

Neuer EBM tritt am 1. April in Kraft



shutterstock | NIKCOA

DMP-Bericht

Versorgungsqualität
auf höchstem Niveau

Masern

Das Wichtigste
zur Impfpflicht

Notfallreform

Minister Spahn legt
Gesetzesentwurf vor

Telemedizin

Innovationen
vom Westrand

Inhalt

Schwerpunkt

- 2 Ab 1. April 2020:
Der neue EBM
- 4 Stimmen zum EBM

Aktuell

- 6 Impfpflicht:
Bye, bye, Masern
- 8 KVNO Ticker: Mehr als
5000 Abonnenten
- 8 KV-Börse: Stellen-
anzeigen kostenfrei
- 8 Verwaltungskosten
bleiben konstant
- 10 Ambulant vor stationär,
auch im Notfall

■ Praxisinfos

- 12 EBM: Detailänderungen
seit 1. Januar 2020
- 12 Biomarkerbasierte Tests
bei Brustkrebs
- 13 Früherkennung von
Gebärmutterhalskrebs
- 14 Pulsoxymetrie-Screening:
Messort im Gelben Heft
- 14 Qualitätsvorgaben zur
IVM angepasst
- 15 Genehmigungsverfahren
für Strahlentherapie
- 15 Krebsfrüherkennung:
Dokupflicht ausgesetzt

- 15 Ärztliche Dokumentation
notwendig
- 16 Neue Publikation zu OPS
- 16 Kodierung mit Ersatzwert
„UUU“ entfällt
- 16 Materialpauschale
für Kontrastmittel
- 17 ASV: Lungentumoren
und Sarkoidose
- 17 PTV 11: TSS-Vermitt-
lungscodes aufdrucken
- 18 Kein Gutachterverfahren
für Gruppentherapien
- 18 Unfallversicherung:
Aktuelle Änderungen

■ Verordnungsinfos

- 20 Reha: Neues Formular 61
ab 1. April 2020
- 21 Wiederholungsrezepte
ab März 2020
- 21 Manuelle Lymphdrainage
bei Lipödem
- 22 Kassen zahlen beruflich
bedingte Reiseimpfungen
- 23 Influenza-Impfung
2020/2021: Bestellinfos

Hintergrund

- 24 DMP-Bericht:
Versorgungsqualität
weiter gestiegen
- 25 „Diagnosen angeben,
sonst verschenken
Sie Geld“

- 28 DMP-Atlas: Regionale
Gesundheitsparameter
online

Berichte

- 32 Telemedizin:
Fruchtbare Förderung
- 34 Innovationen vom
Westrand
- 36 2019 ist vorbei –
die Themen bleiben

Service

- 37 Früherkennung
Gebärmutterhalskrebs
- 38 Multimedialer Medika-
tionsplan und mehr

In Kürze

- 40 KV Nordrhein veröffent-
licht Qualitätsbericht
- 40 Landesausschuss
beschließt freie Sitze
- 40 Organspende: Weiterhin
Zustimmung erforderlich
- 41 KV Nordrhein eröffnet
neue Betriebskita
- 41 ACD: Einladung zu
Netzwerktreffen
- 41 Qualitätszirkel suchen
Mitglieder

Veranstaltungen

- 43 Veranstaltungen | Termine

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

der Start ist geglückt: Seit Anfang Januar gibt es nur noch eine Nummer für den Ärztlichen Bereitschaftsdienst und für die Terminvermittlung. Unsere Terminservicestelle ist jetzt unter der 116 117 rund um die Uhr zu erreichen. Große technische Probleme in der Arztzentrale blieben aus, auch wenn in den ersten Tagen noch nicht alles nach Wunsch lief. Seit der zweiten Januarwoche aber läuft der Betrieb rund. Wir werden Sie sehr bald ausführlich darüber informieren, wie sich diese für die Patientensteuerung so wichtige Schnittstelle entwickelt.

Das Termin-Servicegesetz, die Servicestelle und die 116 117 gehören zu den Themen, die uns nun schon lange beschäftigen und weiter beschäftigen werden. Das gilt auch für den Einheitlichen Bewertungsmaßstab, der zum 1. April kommt.

Wir bestreiten nicht, dass die Ziele, die sich mit dem „neuen“ EBM verbanden, richtig waren – erreicht worden

aber ist keines davon. Ohne zusätzliche Mittel für die beabsichtigte Förderung der sprechenden Medizin und die Anhebung des durchschnittlichen Arztlohns bleibt es bei einer Umverteilung des Honorars – ohne Gewinner. Der Grund für dieses ernüchternde Ergebnis ist einfach: Die Einigung hat einen Webfehler. Man kann nicht Leistungen fördern und die Einnahmesituation der Niedergelassenen verbessern wollen, ohne dafür zusätzliches Geld bereitzustellen. Der neue EBM ist ein politisches Nullsummenspiel – aber keine Reform.

„Reform“ ist auch das Zauberwort bei der Notfallversorgung, an deren Neuorganisation die Politik weiter arbeitet – der Referentenentwurf aus dem Hause Spahn liegt auf dem Tisch. Es zeigt sich mal wieder: Gute Argumente machen sich bezahlt. Den zunächst angedachten dritten Sektor für die Notfallversorgung oder die Übertragung des Sicherstellungsauftrags auf die Länder wird es nicht geben. Es ist gut, dass regio-



nale Strukturen und Kooperationen anerkannt werden. Fast alle unsere Notdienstpraxen befinden sich an Kliniken, viele sind bereits sogenannte Portalpraxen, deren Aufgaben und Ausgestaltung weitgehend den vom Minister gewünschten Integrierten Notfallzentren entsprechen. Die sollen unter fachlicher Leitung der KVen stehen – das sind einige Schritte in die richtige Richtung.

Herzliche Grüße

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

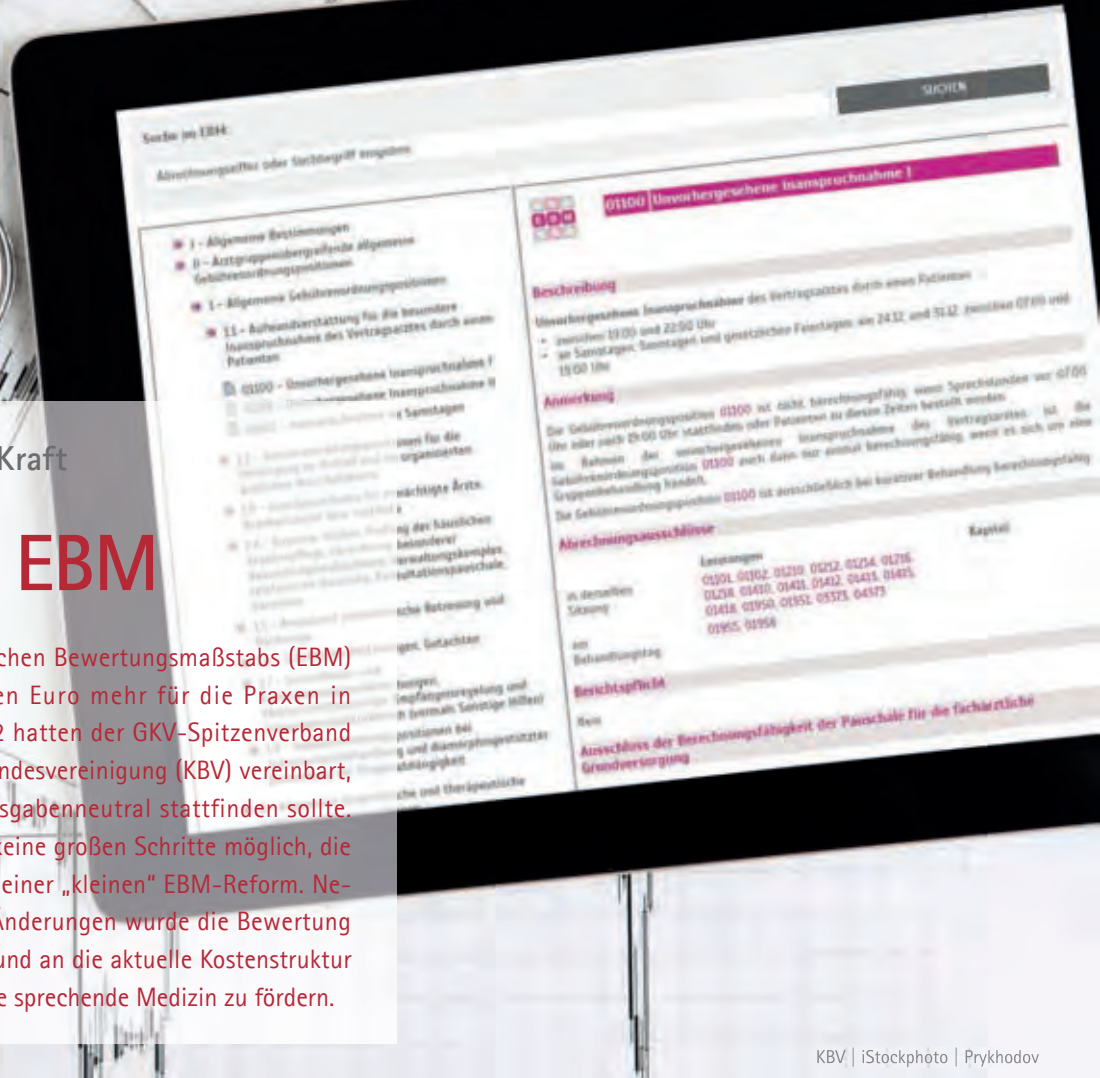
Dr. med. Frank Bergmann
Vorstandsvorsitzender



Ab 1. April 2020 in Kraft

Der neue EBM

Diese Reform des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) wird unterm Strich keinen Euro mehr für die Praxen in Deutschland bringen: 2012 hatten der GKV-Spitzenverband und die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) vereinbart, dass die Überarbeitung ausgabenneutral stattfinden sollte. Mit dieser Vorgabe waren keine großen Schritte möglich, die KBV spricht deswegen von einer „kleinen“ EBM-Reform. Neben einigen strukturellen Änderungen wurde die Bewertung aller Leistungen überprüft und an die aktuelle Kostenstruktur angepasst. Ein Ziel ist es, die sprechende Medizin zu fördern.



KBV | iStockphoto | Prykhodov

Der Vorstandsvorsitzende der KBV, Dr. med. Andreas Gassen, hatte angesichts fehlender finanzieller Luft nach oben auch kein Interesse an großen Veränderungen. „Wir haben uns bei der Weiterentwicklung des EBM auf das Nötigste beschränkt. Keiner muss sich auf einen komplett neuen EBM einstellen wie bei der großen Reform vor 15 Jahren.“ Dennoch dürften die beschlossenen Änderungen sich in einigen Praxen finanziell bemerkbar machen.

Mehr Honorar für sprechende Medizin
Mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) hatte der Gesetzgeber für die EBM-Reform zusätzlich vorgegeben, dass technische Leistungen überprüft und die sprechende Medizin gefördert werden sollen. Dadurch kommt es zu Absenkungen der Leistungsbewertungen bei den technischen Fachern. Besonders betroffen sind nach Angaben der KBV Radiologie, Strahlentherapie, Nuklearmedizin sowie fachärztliche Internisten.

Hausärzte, grundversorgende Fachärzte und die Fachgruppen der Psychotherapie, Psychosomatik, Psychiatrie, Neurologie und Nervenheilkunde sollen dagegen mehr Honorar für ihre Gesprächsleistungen erhalten. Auch die Gesprächsanteile in den fachärztlichen Leistungen werden aufgewertet.

Leistungen neu kalkuliert

Im Fokus der Reform stand, die EBM-Bewertung der ärztlichen und psychotherapeutischen Leistungen an die aktuelle Kostenstruktur der einzelnen Arztgruppen anzupassen. Der kalkulatorische Arztlohn wurde von 105.000 auf 117.060 Euro angehoben.

Auch die Zeiten, die Ärzte im Schnitt für eine Behandlung oder Untersuchung benötigen und die ebenfalls in die Leistungsbewertung einfließen, wurden überprüft und angepasst. Gleiches gilt für die Kosten. „Dies war dringend nötig, da sich die Kosten, aber auch die Zeiten in den vergangenen Jahren teilweise erheblich verändert haben“, erläutert Gassen.

Die abgerechneten Zeiten lagen deutlich über den tatsächlichen Arbeitszeiten. So seien Ärzte immer wieder unverschuldet in eine Plausibilitätsprüfung geraten, weil die Zeiten für bestimmte Leistungen zu hoch bemessen waren. Mit der Reform sinken die Zeiten um 30 Prozent – und damit auch das Risiko von Prüfungen.

Die neue Kalkulation soll auch für eine größere Honorargerechtigkeit zwischen und innerhalb der Arztgruppen sorgen. Gassen: „Dies ist allerdings nur im begrenzten Umfang möglich, da die Krankenkassen nicht mehr Geld bereitstellen. Denn jede Umverteilung führt bei begrenzten Honorargeldern schnell zu neuen Ungerechtigkeiten.“

Aufbau des EBM bleibt unverändert

Der Aufbau und die Struktur des EBM bleiben von der Reform unberührt. Auch bei der Abrechnung der einzelnen Leistungen än-

dert sich für die Ärzte und Psychotherapeuten kaum etwas. Strukturelle Änderungen, wie punktuelle inhaltliche Erweiterungen der Leistungsbeschreibungen oder redaktionelle Klarstellungen, wurden in Abstimmung mit den Berufsverbänden auf das Nötigste reduziert.

Dass mit der Reform nur wenige Leistungen neu in den EBM aufgenommen werden, hängt damit zusammen, dass es kaum zusätzliches Geld gibt. Lediglich für drei Leistungsbereiche stellen die Krankenkassen zusätzliches Geld zur Verfügung: für die Aufnahme der Dermatoskopie im Rahmen des Hautkrebscreenings, für die Beratung beim Chlamydien-Screening und für die höhere Bewertung der Urethrozystoskopie des Mannes. Bundesweit fließen dafür 70 Millionen Euro mehr in die Gesamtvergütung, ein Plus von 0,2 Prozent.

Hausbesuche weiter auf der Agenda

Die Krankenkassen hatten einen Vorschlag zur Höherbewertung der Hausbesuche auf die Agenda der EBM-Weiterentwicklung gesetzt – bei Punktsummen- und Kostenneutralität. „Das konnten wir in keinem Fall akzeptieren, da dies zulasten der Versorger gegangen wäre“, betont der stellvertretende KBV-Vorsitzende Dr. med. Stephan Hofmeister. Denn dies sei nur über eine Abwertung der Versichertenpauschalen zu machen gewesen.

Die KBV hat erreicht, dass die Krankenkassen den Vorschlag zurückgezogen haben. Nun steht die Bewertung der Hausbesuche für 2021 auf der Agenda. Nicht nur die Hausbesuche, auch andere Bereiche wie etwa das ambulante Operieren oder die Sachkostenpauschalen harren einer Neubewertung. Auch der kalkulatorische Arztlohn soll nach dem Willen des KBV-Vorstands bald angehoben werden. Nach der Reform ist deswegen vor der Reform.

■ FRANK NAUNDORF

Ausführliche Infos zur Reform inklusive des ab 1. April 2020 gültigen EBM unter kbv.de |

KV | 200203

Stimmen zum EBM



» Diese EBM-Reform ist in meinen Augen blanker Honorarabschewismus. Geld wird umverteilt von vermeintlich gut verdienenden Praxen zu vermeintlich schlechter verdienenden. Uns Gastroenterologen droht nicht nur ein Umsatzverlust von gut fünf Prozent, wie die Simulationsrechnung der KBV anzeigt, sondern ein deutlich höherer Ertragsverlust von bis zu 15 Prozent. Der Hauptgrund dafür sind die schlechter bewerteten Koloskopien. Wir haben noch mehr Kröten zu schlucken: So wurden die Prüfzeiten für Koloskopien verlängert und unsere Gesprächsleistungen reduziert. Das können und werden wir nicht auf sich beruhen lassen. «

DR. MED. ARNO THEILMEIER

GASTROENTEROLOGE AUS MÖNCHENGLADBACH | VORSITZENDER DES LANDESVERBANDS NORDRHEIN
IM BERUFSVERBAND NIEDERGELASSENER GASTROENTEROLOGEN DEUTSCHLANDS (BNG)



» Unsere Arbeit wird vorwiegend politisch motiviert abgewertet. Technisch findet diese Abwertung auf Basis von Berechnungen statt, die auf Daten von nicht repräsentativen Subgruppen fußen. So wurden die kalkulatorischen Kosten der Radiologie im Standardbewertungssystem um 100.000 Euro gesenkt – und der Investitionsstau damit wissentlich fortgeschrieben. Ohne Einbeziehung, ja hinter dem Rücken unseres Berufsverbands wurden Untersuchungs-, Befundungs- und Patientenwechselzeiten willkürlich und sachfremd erheblich und unplausibel reduziert. Zu keinem Zeitpunkt der Gespräche mit der KBV wurde der BDR darüber transparent informiert. «

DR. MED. ALEXANDER STORK

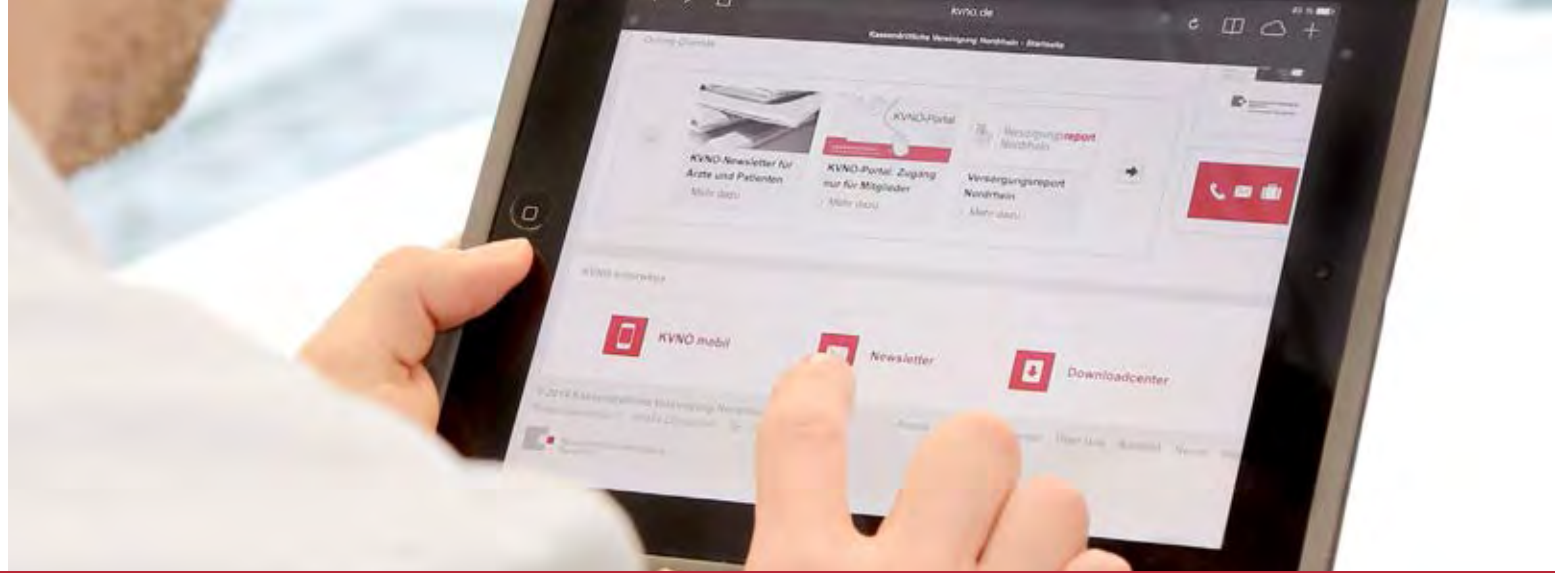
RADIOLOGE AUS DÜSSELDORF | VORSITZENDER DES LANDESVERBANDS NORDRHEIN
DES BERUFSVERBANDS DER DEUTSCHEN RADIOLOGEN (BDR)



» Der Versorgungsbedarf bei Patientinnen und Patienten mit neurologischen und psychischen Erkrankungen hat dramatisch zugenommen. Die EBM-Reform unter dem Aspekt der Kostenneutralität ist kein geeignetes Mittel, diese wachsende Patientengruppe besser zu versorgen. Ohne eine gezielte Förderung der zeitgebundenen Gesprächsleistungen zur Diagnostik, Behandlung und Therapieprüfung wird sich nichts an der angespannten Versorgungssituation neurologisch, psychiatrisch und psychosomatisch erkrankter Kinder und Erwachsener ändern. Die moderate Besserstellung mancher Gesprächsleistungen wird dadurch konterkariert, dass diese nicht zu 100 Prozent ausbezahlt werden beziehungsweise die sogenannten Grundpauschalen erheblich abgesenkt werden. «

DR. MED. UWE MEIER

NEUROLOGE AUS GREVENBROICH | 1. VORSITZENDER DES BERUFSVERBANDS DEUTSCHER NEUROLOGEN (BDN)



Neues auf den Punkt gebracht

Besser informiert mit den Newslettern der KV Nordrhein

■ KVNO-Ticker

Der Nachrichtendienst der KV Nordrhein inklusive aktueller Honorar-Informationen

■ Amtliche Bekanntmachungen

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

■ Internet

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

■ IT-Beratung

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

■ MFA aktuell

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

■ Praxis & Patient

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

■ VIN – VerordnungsInfo Nordrhein

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

NEU

■ KOSA aktuell

Im Überblick: wichtige Themen aus der gesundheitlichen Selbsthilfe und zur Patientenberatung von Arznei- und Heilmitteln.



Engagiert für Gesundheit.

Kassenärztliche Vereinigung
Nordrhein



kvno.de

Bye, bye, Masern

Am 1. März 2020 tritt das Masernschutzgesetz in Kraft. Eltern müssen nun nachweisen, dass ihr Kind gegen Masern geimpft oder bereits immun ist. Wenn nicht, dürfen die Kinder eine Kindertagesstätte oder Schule nicht besuchen.

Das Gesetz soll helfen, das von der Weltgesundheitsorganisation vorgegebene Ziel einer Durchimpfungsrate von 95 Prozent zu erreichen, um die Masern zu eliminieren. Seit 1984 verfolgt auch Deutschland dieses Ziel – ohne es bis dato zu erreichen.

Wer muss geimpft sein?

Das Gesetz sieht vor, dass Eltern vor Aufnahme ihres Kindes in eine Kita oder Schule belegen müssen, dass das Kind gegen Masern geimpft oder bereits immun ist. Auch Beschäftigte solcher Einrichtungen müssen den Impfschutz nachweisen – und zwar bis 31. Juli 2021. Bis dahin müssen auch für die Kinder, die schon vor dem 1. März 2020 eine Kita oder Schule besucht haben, Impfnachweise vorgelegt werden.

Zweimal MMR fürs Praxispersonal

Die Ständige Impfkommission (STIKO) hat eine neue Empfehlung für die beruflich indizierte MMR-Impfung ausgesprochen. Die Empfehlung betrifft Menschen, die in Praxen, Kliniken und Pflegeheimen arbeiten: Sie sollen zweimal gegen MMR geimpft werden. Grund für die doppelte Dosis: das im Vergleich zur Normalbevölkerung höhere Expositionsrisiko. Der Abstand zwischen den beiden Impfungen sollte bei mindestens vier Wochen liegen.

Mehr Infos unter rki.de | [KV | 200206](https://www.kv.de/kv/200206)

Die Impfpflicht gilt auch für medizinische Einrichtungen: Alle Beschäftigten von Arztpraxen, ambulanten Pflegediensten oder Krankenhäusern müssen geimpft sein oder ihre Immunität nachweisen.

Auch für Tagesmütter sowie Bewohner und Mitarbeitende in Asylbewerber- und Flüchtlingsunterkünften gilt die Impfpflicht. Die Regelungen des Gesetzes betreffen Menschen, die nach dem 31. Dezember 1970 geboren sind.

Wie wird der Nachweis erbracht?

Der Nachweis kann durch den Impfausweis, das gelbe Kinderuntersuchungsheft oder – besonders bei bereits erlittener Krankheit – ein ärztliches Attest erbracht werden. Der Nachweis ist in der Regel gegenüber der Leitung der jeweiligen Einrichtung zu erbringen, also in der Praxis dem Inhaber.

Wer darf impfen?

Ab Anfang März darf jeder Arzt (keine Zahnärzte) impfen und zwar unabhängig von seinem Fachgebiet. Auch Betriebsärzte dürfen impfen. Jeder Arzt (also nicht nur der, der die Impfung durchführt) darf außerdem Schutzimpfungen in einen Impfausweis oder einer Impfbescheinigung nachtragen. Voraussetzung ist, dass der Patient die Impfung nachweist.

Der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) soll wieder mehr freiwillige Reihenimpfungen in Schulen durchführen können. Deswegen verpflichtet das Gesetz die Krankenkassen, mit dem ÖGD Vereinbarungen über die Erstattung der Kosten für die Impfungen zu treffen.

Welche Sanktionen drohen?

Ohne ausreichenden Masernschutz dürfen Kinder nicht in Kitas aufgenommen werden und Personal nicht in Gemeinschafts- und Gesundheitseinrichtungen arbeiten. Für Kinder, die bereits vor dem 1. März 2020 eine Kita oder Schule besuchen, sowie für Beschäftigte in entsprechenden Einrichtungen gilt eine Nachweisfrist bis zum 31. Juli 2021.

Gegen Eltern, die ihre in Gemeinschaftseinrichtungen betreuten Kinder nicht impfen lassen, können die Gesundheitsämter künftig ein Bußgeld in Höhe von bis zu 2500 Euro verhängen. Das gilt auch für nicht geimpfte Mitarbeiter in Gesundheits- und Gemeinschaftseinrichtungen.

Was war da mit den Apotheken?

Das Masernschutzgesetz sieht vor, dass Apotheker im Rahmen von Modellprojekten impfen dürfen – aber nur Erwachsene und ausschließlich gegen Influenza.

■ FRANK NAUNDORF

Mehr Infos unter kbv.de | [KV | 200206](https://www.kv.de/kv/200206)

Wir haben unsere Leistungen vervielfältigt.



- Ärztlicher Bereitschaftsdienst
- 24/7-Erreichbarkeit
- Terminvermittlung
- Patienten-Navi

Mehr unter **116117.de**

KVNO Ticker: Mehr als 5000 Abonnenten

Die Newsletter der KV Nordrhein erfreuen sich großer Beliebtheit. Gestartet ist die KV mit dem KVNO-Ticker im Jahr 2004. Dieser Newsletter hat inzwischen über 5000 Abonnenten – Hauptzielgruppe sind die Praxen.

Mittlerweile bietet die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein elf Newsletter an. Sie richten sich auch an Medizinische Fachangestell-

te, Patienten und Jobsuchende. Das Angebot für Praxen umfasst zudem spezielle Themenbereiche wie die Amtlichen Bekanntmachungen mit den ausgeschriebenen Sitzen für Vertragsärzte und Psychotherapeuten, Telematik und Verordnungsinfos. Sämtliche Newsletter sind für alle Interessenten selbst über die Internetseite bestellbar und kostenfrei. ■ SIG

Eine Übersicht finden Sie unter kvno.de | **KV | 200208**

KV-Börse: Stellenangebote und -gesuche kostenfrei

Die KV-Börse ist eine Onlineplattform, die seit 2006 von der GMG Gesundheitsmanagementgesellschaft mbH und der KVWL Consult betrieben wird. Sie bietet einen Marktplatz für Angebot und Nachfrage rund um die Niederlassung und den Praxisbetrieb. Ab sofort können neben Medizinischen Fachangestellten auch Ärzte und Psychotherapeuten im Bereich der Personalbörse kostenlos Anzeigen schalten.

Kostenfrei zu schalten sind sowohl Stellenangebote als auch Gesuche. Die Inserate können auch anonym geschaltet werden. In diesem Fall haben Interessenten die Möglichkeit, den ersten Kontakt mit dem Anbieter über ein Kontaktformular herzustellen. Dabei wird die Anfrage durch das System an eine für die Öff-

fentlichkeit verborgene E-Mail-Adresse des Anbieters weitergeleitet.

Neben den kostenlosen Inseraten gibt es auch kostenpflichtige Services, die aber für KV-Mitglieder zum vergünstigten Preis angeboten werden. Die aktuell geltende Preisliste ist auf der Internetplattform hinterlegt.

Eine Anzeige wird für eine Laufzeit von drei Monaten veröffentlicht und kann nach Ablauf vom Inserenten selbst verlängert werden. Darüber wird der Inserent frühzeitig per E-Mail informiert. Wird keine Verlängerung vorgenommen, läuft die Anzeige am Ende der Laufzeit einfach aus und bedarf keiner gesonderter Kündigung oder Löschung. ■ KÖN

Mehr Infos unter kvboerse.de | **KV | 200208**

Verwaltungskosten bleiben konstant

Am Verwaltungskostensatz zur Deckung der Kosten unter anderem für die Verwaltung der KV, die Förderung der Weiterbildung, die Terminservicestelle oder Beiträge für die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) ändert sich für 2020 nichts. Gemäß Paragraf 13 Absatz 2 der Satzung zahlen Mitglieder, die ihre Abrechnung IT-unterstützt vornehmen, 2,8 Pro-

zent des Arztumsatzes (sonst 3,5 Prozent). Der besondere Aufwand für die Terminservicestellen, die ca.1,5 Millionen Euro pro Jahr kosten und insbesondere zur Honorierung mit Einzelleistungsvergütung (EGV) führen, wird hälftig durch einen besonderen Verwaltungskostensatz auf EGV-Abrechnungen in Höhe von 0,034 Prozent mitfinanziert. ■ HSCH

KV**b**örse

BEI UNS WERDEN SIE FÜNDIG!

Ihre KV-Börse im Internet unter kvboerse.de

KOSTEN**FREI** FÜR MFA AUS NRW

PRAXIS**BÖRSE**

PERSONAL**BÖRSE**

WEITERBILDUNGSASSISTENTEN**BÖRSE**

REGIONAL**BÖRSE**

IMMOBILIEN**BÖRSE**

GERÄTE- UND INVENTAR**BÖRSE**

Praxisbörse und Weiterbildungsassistentenbörse für die Bereiche KVNO und KVWL kostenlos

Ambulant vor stationär, auch im Notfall

Mit Integrierten Notfallzentren, einem gemeinsamen Notfalleitsystem und der Aufwertung des Rettungsdienstes will der Bundesgesundheitsminister die Patientensteuerung im medizinischen Notfall verbessern.

Wie von Bundesgesundheitsminister Jens Spahn nicht anders zu erwarten, hat er das Jahr 2020 mit einem neuen Gesetzentwurf eröffnet – und zwar zur Reform der Notfallversorgung. Er will die vielerorts überfüllten Notaufnahmen entlasten und Patienten mit weniger schwerwiegenden Erkrankungen dazu bringen, den ärztlichen Bereitschaftsdienst in Anspruch zu nehmen.

Der Entwurf basiert auf einer Diskussionsvorlage aus dem vergangenen Jahr, die bei den Akteuren des Gesundheitswesens zum Teil heftige Debatten auslöste. Die KV kritisierten vor allem, dass für die Notfallversorgung ein dritter Sektor eingeführt und der Sicherstellungsauftrag außerhalb der Sprechstundenzeiten auf die Länder übertragen werden sollte. Beides ist nach dem aktuellen Gesetzentwurf vom Tisch.

Für den Vorstandschef der KV Nordrhein, Dr. med. Frank Bergmann, enthält der Entwurf viele richtige Ansätze. Er begrüßt, dass regional bereits bestehende Strukturen und sektorübergreifende Kooperationen anerkannt werden. „Wir haben in Nordrhein bereits über 70 Notdienstpraxen, die räumlich und organisatorisch mit einer Klinik verbunden sind“, so Bergmann. „Viele davon sind sogenannte Portalpraxen, deren Aufgaben und Ausgestaltung weitgehend den vom Minister gewünschten Integrierten Notfallzentren entsprechen.“

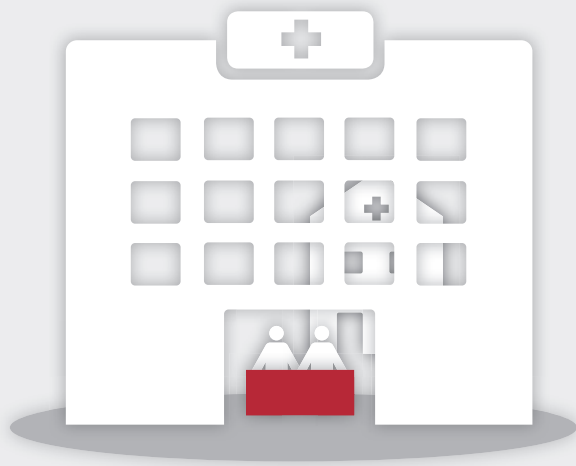
Neue Säulen im Notdienst

Diese Integrierten Notfallzentren (INZ) bilden eine von drei Säulen, auf denen die künftige

Notfallversorgung errichtet werden soll. INZ sollen „an dafür geeigneten Krankenhausstandorten“ eingerichtet werden, rund um die Uhr zugänglich sein und von Kassenärztlicher Vereinigung und Krankenhäusern gemeinsam betrieben werden – aber unter der „fachlichen Leitung“ der KV stehen. Jeder Patient soll dort durch eine qualifizierte Ersteinschätzung in die richtige Versorgungsstruktur geleitet werden, wobei das Prinzip „ambulant vor stationär“ gelte, heißt es im Gesetzentwurf.

KVen und Kliniken sind aufgefordert, in Kooperationsvereinbarungen die organisatorischen und wirtschaftlichen Rahmenbedingungen für Einrichtung und Betrieb der INZ zu regeln – auch hinsichtlich des vorzuhaltenden ärztlichen und nichtärztlichen Personals.

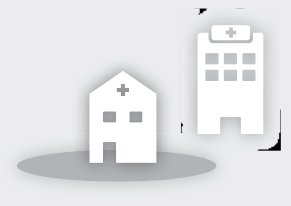
Mit der Reform der Notfallversorgung will Spahn die vorhandenen Angebote insgesamt enger verzahnen. Neben den INZ ist als zweite Säule ein Gemeinsames Notfalleitsystem vorgesehen, das eine zentrale telefonische Lotsenfunktion für die Nummern der Rettungsleitstellen und des ärztlichen Bereitschaftsdienstes – 112 und 116 117 – übernehmen soll. Den Rettungsdienst, die dritte Säule, will der Minister als eigenständigen Leistungsbereich der gesetzlichen Krankenversicherung anerkennen. Für den Vorstandsvorsitzenden der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Dr. med. Andreas Gassen, sind das „viele Schritte in die richtige Richtung“. Dennoch seien aus Sicht der Ärztevertretung noch einige Details zu klären. ■ THOMAS LILLIG



Portalpraxen 40



Notdienstpraxen
am Krankenhaus 36



Notdienstpraxen
außerhalb Krankenhaus 1

Notfallpraxen in Nordrhein



EBM: Detailänderungen seit 1. Januar 2020

Der Bewertungsausschuss hat neben der EBM-Weiterentwicklung auch verschiedene Detailänderungen im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) beschlossen, die zum 1. Januar 2020 in Kraft treten. Diese betreffen folgende Leistungen:

■ erweitertes Neugeborenen-Screening

Die Gebührenordnungsposition (GOP) 01707 kann künftig gemäß der Kinder-Richtlinie bis zur U3 durchgeführt und abgerechnet werden, sofern die Durchführung noch nicht im Kinderuntersuchungsheft dokumentiert ist.

■ optische Kohärenztomografie (OTC)

Die OCT zur Therapiesteuerung kann jetzt neben den GOP zur intravitrealen Medikamenteneingabe berechnet werden. Auch Fachärzte für Innere Medizin mit einem Schwerpunkt und der Zusatzweiterbildung „Diabetologie“ oder der Qualifikation „Diabetologe Deutsche Diabetes Gesellschaft DDG“ sowie Schwerpunktinternisten können neuerdings die GOP 13360 berechnen.

■ hyperbare Sauerstofftherapie bei diabetischem Fußsyndrom

Die neu in Kraft getretene Qualitätssicherungsvereinbarung zur hyperbaren Sauerstofftherapie regelt die fachlichen, apparativen, räumlichen und organisatorischen Anforderungen und ersetzt den bisherigen Anhang 5 im EBM.

Mehr Infos unter kvno.de | [KV | 200212](https://www.kvno.de/kvno/200212)

Vergütung von biomarkerbasiertem Test bei Brustkrebs

Für die Vergütung der ärztlichen Leistungen und des kostenintensiven Tests wurden mehrere neue Gebührenordnungspositionen in den EBM aufgenommen.

Die Aufklärung des Patienten über den Test und die Erläuterung des Testergebnisses nach Durchführung kann je fünf Minuten und insgesamt bis zu 25 Minuten abgerechnet werden (65 Punkte/7,14 Euro je 5 Minuten). Dafür erhält der Arzt bis zu maximal 35,71 Euro (325 Punkte) im Krankheitsfall. Hierzu werden die GOP 08347 für Gynäkologen und die GOP 13507 für Internisten in den EBM aufgenommen. Zur Abrechnung müssen die Ärzte spezielle Voraussetzungen erfüllen.

Die Aufarbeitung der Gewebeprobe und die Weiterleitung zur Genexpressionsanalyse werden durch die GOP 19501 (552 Punkte/60,65 Euro) abgebildet. Diese kann ausschließlich von Fachärzten für Pathologie abgerechnet werden.

Die GOP 19502 vergütet die Testkosten mit 3.296,50 Euro. Dabei handelt es sich explizit um den Test „Oncotype DX Breast Recurrence Score“, denn nur diesen Test hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) in die vertragsärztliche Versorgung aufgenommen. Andere biomarkerbasierte Tests sind bislang keine vertragsärztliche Leistung, sondern können beispielsweise in der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung angewendet werden. Die Vergütung der neuen Leistungen erfolgt extrabudgetär – eine Finanzierungsvereinbarung mit den gesetzlichen Krankenkassen wird noch vereinbart. Da eine Durchführung des Tests bislang nur in den USA möglich ist, wurde aufgrund dieser Besonderheit eine Anpassung des Paragraphen 25 Bundesmantelvertrag-Ärzte erforderlich.

Für die Aufklärung der Patienten nutzen Ärzte das vom G-BA veröffentlichte Merkblatt zum „Biomarkerbasierten Test beim frühen Brustkrebs“. Darin werden Fragen beantwortet wie: Worum geht es bei der Entscheidung? Wie wird das Rückfallrisiko ohne den Biomarker-Test bestimmt? Welche Zusatzinformationen liefert der Biomarker-Test? Sorgt der Biomarker-Test für eine klare Empfehlung?



Die neuen GOP im Überblick

GOP	Beschreibung	Bewertung
08347	Erörterung der Besonderheiten des Tests/ nicht neben der GOP 13507 berechnungsfähig	65 Punkte je vollendete fünf Minuten/ 7,14 Euro – höchstens fünfmal im Krankheitsfall
13507	Erörterung der Besonderheiten des Tests/ nicht neben den GOP 08347, 36881 bis 36883 und nicht neben den GOP der Abschnitte 13.3.1, 13.3.2, 13.3.3, 13.3.6, 13.3.7 und 13.3.8 berechnungsfähig	65 Punkte je vollendete fünf Minuten/ 7,14 Euro – höchstens fünfmal im Krankheitsfall
19501	Aufarbeitung einer Gewebeprobe für den Test gemäß Nr. 30 Anlage der MVV-RL*/nicht neben GOP 19401 und 19403 berechnungsfähig	552 Punkte/60,65 Euro
19502	Biomarkerbasierter Test einschließlich der Testkosten	3.296,50 Euro*

* Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung (MVV-RL)

Nur bestimmte ärztliche Fachgruppen dürfen die Aufklärung zum Test durchführen:

- Gynäkologen mit dem Schwerpunkt gynäkologische Onkologie oder mit der Zusatzbezeichnung „Medikamentöse Tumorthherapie“ oder mit Genehmigung zur Teilnahme an der Onkologie-Vereinbarung
- Fachärzte für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie
- Internisten ohne Schwerpunkt mit Genehmigung zur Teilnahme an der Onkologie-Vereinbarung oder mit der Zusatzbezeichnung „Medikamentöse Tumorthherapie“

Der G-BA hatte am 20. Juni 2019 beschlossen, dass der Test „Oncotype DX Breast Recurrence Score“ gesetzliche Kassenleistung wird.

Das Merkblatt zum „Biomarkerbasierten Test beim frühen Brustkrebs“ finden Sie unter gba.de | [KV|200213](#)

Gebärmutterhalskrebs: Vergütung für Früherkennung fixiert

Am 1. Januar 2020 startete das Programm für die Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs. Dafür gibt es im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) mehrere neue Leistungen.

Es geht um das Primärscreening und die Abklärungsdiagnostik zum Zervixkarzinom, die ab diesem Jahr nach der Richtlinie für organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme durch-

geführt werden. Das Screening sieht für Frauen zwischen 20 und 34 Jahren jährlich eine zytologische Diagnostik vor. Neu für Versicherte ab dem 35. Lebensjahr ist, dass sie alle drei Jahre Anspruch auf einen kombinierten Test (Zytologie + HPV-Test) haben.

Diesen Test können ab Jahresbeginn auch die Frauen machen lassen, die 2019 oder 2018 nach den Vorgaben der bisherigen Richtlinie untersucht wurden. In den zwei Jahren zwischen den kombinierten Tests besteht zukünftig nur der Anspruch auf eine klinische Untersuchung.

Seit 1. Januar 2020 erhalten Ärzte für die gynäkologische Untersuchung und Abstrichentnahme im Rahmen des Primärscreenings 19,67 Euro (179 Punkte). Die Abrechnung erfolgt über die Gebührenordnungsposition (GOP) 01761. Sobald die Dokumentation zum Programm mit gesondertem Beschluss in Kraft tritt und aufgenommen wird, steigt die Bewertung auf 23,73 Euro (216 Punkte).

Zwei weitere neue GOP gibt es für die Untersuchung der Abstriche im Primärscreening: die GOP 01762 (81 Punkte/8,90 Euro) für die zytologische Untersuchung und die GOP 01763 (171 Punkte/18,79 Euro) für den HPV-Test. Letztere GOP enthält den Nachweis der High-Risk-HPV-Typen sowie bei positivem Befund die Genotypisierung auf die besonders cancerogenen Typen 16 und 18.

Für gynäkologische Untersuchungen ohne Abstrich, die Ärzte zwischen dem dreijährigen Untersuchungsintervall einmal jährlich (nach der Krebsfrüherkennungsrichtlinie und außerhalb des Programms) durchführen können, wird die GOP 01760 (159 Punkte/17,47 Euro) in den EBM aufgenommen. Die bisherige GOP 01730 für die Krebsfrüherkennungsuntersuchung bei Frauen entfällt.

Zur Abklärung auffälliger Befunde aus dem Primärscreening wird für die Abklärungsdagnostik mit Abstrichentnahme die GOP 01764 (67 Punkte/7,36 Euro) in den EBM aufgenommen. Die Entnahmematerialien werden der gynäkologischen Praxis vom zytologischen Labor zur Verfügung gestellt.

Die Abklärungskolposkopie nach der GOP 01765 dürfen nur Gynäkologen mit entsprechender Qualifikation und einer Abrechnungsgenehmigung durchführen. Die Untersuchung wird mit 72,30 Euro (658 Punkte) vergütet. Sobald die Dokumentation zum Programm startet, werden auch die Bewertungen der GOP 01764 und 01765 angepasst.

Im Zusammenhang mit der Abklärungsdagnostik werden für die zytologische Untersuchung die GOP 01766 (288 Punkte/31,64 Euro), für den HPV-Test die GOP 01767 (171 Punkte/18,79 Euro) und für die histologische Untersuchung die GOP 01768 (248 Punkte/27,25 Euro) in den EBM aufgenommen.

Sämtliche Leistungen zur Früherkennung eines Zervixkarzinoms und zur Abklärung auffälliger

Befunde werden extrabudgetär vergütet – eine Finanzierungsvereinbarung mit den gesetzlichen Krankenkassen wird noch vereinbart.

Mehr Infos unter kvno.de | [KV | 200214](#)

FRÜHERKENNUNG

Pulsoxymetrie-Screening: Messort im Gelben Heft ergänzt

Im Dezember 2019 wurde in der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Früherkennung von Krankheiten bei Kindern (Kinder-Richtlinie) festgelegt, dass beim Pulsoxymetrie-Screening der Messort „am Fuß“ ist. Die Formulierung „am Fuß“ wurde bei den aktualisierten Gelben Heften in die Überschrift des Abschnitts zur Dokumentation der Pulsoxymetrie aufgenommen. Die Ergänzung soll dazu beitragen, dass das Screening korrekt an einer der unteren Extremitäten durchgeführt wird. Die Wahrscheinlichkeit für falsch-negative Screeningbefunde infolge einer Messung soll durch die Klarstellung minimiert werden.

Mehr Infos unter g-ba.de | [KV | 200214](#)

QUALITÄTSSICHERUNG

Qualitätsvorgaben zur IVM angepasst

Die optische Kohärenztomografie kann seit 1. Oktober 2019 zur Diagnostik und Therapiesteuerung bei einer intravitrealen Medikamenteneingabe (IVM) eingesetzt werden. Die Qualitätssicherungsvereinbarung dazu wurde ebenfalls zu Quartalsbeginn angepasst. Die Anpassungen betreffen unter anderem die fachliche Befähigung.

Ärzte, die eine Genehmigung für die IVM beantragen, müssen nun zusätzlich den Nachweis der selbstständigen Indikationsstellung

Alle Symbolnummern im Internet

Vom ADHS-Vertrag über die Disease-Management-Programme bis zum Tonsillotomie-Vertrag – mehr als 35 Sonderverträge hat die KV Nordrhein mit den Krankenkassen im Rheinland geschlossen. Eine aktuelle Übersicht der in diesen Verträgen geltenden Symbolnummern finden Sie im Internet unter kvno.de | [KV | 200214](#)

und Befundung von 100 optischen Kohärenztomografien (OCT) am Augenhintergrund unter Anleitung oder alternativ der selbstständigen Durchführung von mindestens 200 OCT-Untersuchungen am Augenhintergrund erbringen. Für Ärzte, die bereits vor dem 1. Oktober 2019 über eine Abrechnungsgenehmigung zur IVM verfügt haben, gilt diese Vorgabe nicht.

Mehr Infos unter kvno.de | [KV | 200215](#)

Genehmigungsverfahren für Strahlentherapie erleichtert

Die Vereinfachung betrifft nur Ärzte, die ab 1. Januar 2020 eine Genehmigung für strahlendiagnostische Untersuchungen bei ihrer Kassenärztlichen Vereinigung (KV) beantragen. Sie müssen keine Gewährleistungserklärung beim Hersteller oder Vertreiber des entsprechenden Gerätes mehr einholen. Darauf haben sich die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der GKV-Spitzenverband verständigt.

Statt der Erklärung legen Antragsteller künftig die behördliche Genehmigung für das Gerät vor. Außerdem reichen sie den Sachverständigen-Prüfbericht ein, der bereits für die behördliche Genehmigung erforderlich war. Aus diesen Unterlagen erhält die KV alle für die Genehmigungserteilung notwendigen Informationen. Weitere Nachweise sind nicht erforderlich.

DOKUMENTATION

Krebsfrüherkennung: Dokupflicht vorerst ausgesetzt

Die Dokumentationsverpflichtung für die neuen Krebsfrüherkennungsprogramme wurde auf Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses vorläufig ausgesetzt. Dies betrifft sowohl das bereits laufende Programm



zur Früherkennung von Darmkrebs als auch das zum 1. Januar 2020 gestartete Programm zur Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs.

Die Dokumentationspflicht für die neuen Krebsfrüherkennungsprogramme ist vorerst ausgesetzt.

Dagegen erfolgt der Auftrag des Gynäkologen an den Zytologen mit Muster 39 wie bisher, nur, dass der Überweisungsschein zur präventiven zytologischen Untersuchung entfällt. Seit Januar löst das überarbeitete Muster 39 die bislang geltende Version ab.

Mehr Infos unter kbv.de | [KV | 200215](#)

Ärztliche Dokumentation notwendig

Vertragsärzte müssen auf eine umfassende und korrekte Dokumentation ihrer Leistungen achten – auch wenn dies nicht immer explizit vorgegeben ist. So muss beispielsweise das problemorientierte ärztliche Gespräch von mindestens zehnminütiger Dauer, das aufgrund der Art und Schwere einer Erkrankung erforderlich ist (Gebührenordnungsposition, kurz GOP, 03230), dokumentiert werden. Der obligate Leistungsumfang beinhaltet keine vorgegebene Form der Dokumentation,

dennoch ist das Dokumentieren auch hier nötig. Aus der Dokumentation sollten sich der Grund für das ausführliche Gespräch sowie der wesentliche Inhalt ergeben.

Für sämtliche geleistete beziehungsweise abgerechnete ärztliche Leistungen gibt es eine Pflicht zur umfassenden und korrekten Dokumentation. Das alleinige Einsetzen der jeweiligen GOP ist zur Dokumentation nicht ausreichend.

Die ärztliche Dokumentation ist in Paragraph 630f Bürgerliches Gesetzbuch sowie im Bundesmantelvertrag-Ärzte (Paragraph 57) und in der Berufsordnung (Paragraph 10) festgelegt. Damit ist sie in jedem Fall erforderlich. Das gilt auch für die Gesprächsleistungen, die im Einheitlichen Bewertungsmaßstab aufgeführt sind. Eine fehlende oder mangelhafte Dokumentation abgerechneter Leistungen kann in einer Plausibilitätsprüfung finanzielle Nachteile mit sich bringen.

Mehr Infos unter kvno.de | [KV | 200216](#)

Neue Publikation zu OPS

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat die relevanten Änderungen des Operationen- und Prozedurenschlüssels (OPS) sowie Material zur Anpassung an die Jahresversion 2020 in einer Broschüre veröffentlicht.

Sie finden die Broschüre im Internet unter kbv.de | [KV | 200216](#)

Kodierung mit Ersatzwert „UUU“ entfällt: Neuregelung ab Januar

Laborärzte, Pathologen und einige andere Fachgruppen konnten bisher in der Quartalsabrechnung einen sogenannten Ersatzwert „UUU“ anstatt eines ICD-10-Schlüssels angeben. Seit 2020 gibt es hierfür eine Neuregelung. Das teilte die Kassenärztliche Bundesvereinigung mit.

Seit 1. Januar 2020 kann der Ersatzwert „UUU“ nicht mehr angegeben werden. Darauf haben sich die Partner des Bundesmantelvertrags-Ärzte verständigt. Stattdessen können Pathologen, Neuropathologen, Laborärzte und Mikrobiologen den ICD-10-Kode Z01.7 angeben, wenn ausschließlich in-vitro-diagnostische Untersuchungen ohne Arzt-Patienten-Kontakt erbracht werden.

Dies gilt auch für andere Fachgruppen, die ausschließlich in-vitro-diagnostische Untersuchungen ohne Arzt-Patienten-Kontakt durchführen. Für alle anderen Fachgruppen oder Konstellationen gilt, dass ein spezifischer ICD-Kode dokumentiert werden sollte.

VEREINBARUNGEN

Materialpauschale für Kontrastmittel

Die Materialpauschale für Anwendungen, die Kontrastmittel erfordern (Symbolnummer 92820) kann auch 2020 von Radiologen, Urologen und Nuklearmedizinern abgerechnet werden. Die Vergütung liegt weiterhin bei 8 Euro extrabudgetär.

Die Materialien dürfen allerdings nicht mehr über den Sprechstundenbedarf oder als Sachkosten abgerechnet werden. Die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein hat sich mit den nordrheinischen Krankenkassen/-verbänden darauf verständigt, dass diese Materialpauschale auch ab 1. Januar 2020 fortgeführt wird.

Die Krankenkassen hatten die Vereinbarung zur Pauschalierung von Kontrastmitteln zum 31. Dezember 2019 gekündigt; diese Vereinbarung sah unter anderem eine Pauschale von für die Einbringung/Anwendung von Kontrastmitteln notwendigen Verbrauchsmaterialien (sogenannte Materialpauschale) vor.

Mehr Infos unter kvno.de | [KV | 200216](#)

ASV

Neue Indikationen: Lungentumoren und Sarkoidose

Künftig können auch Patienten mit Lungentumoren und Sarkoidose im Rahmen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) behandelt werden. Das ASV-Team zur Diagnostik und Behandlung von Patienten mit Tumoren der Lunge und des Thorax muss sich aus ambulanten und stationären Ärzten zusammensetzen.

Die Teamleitung kann ein Pneumologe, Hämatonkologe oder Thoraxchirurg übernehmen. Diese Ärzte bilden auch das Kernteam, das noch um einen Strahlentherapeuten ergänzt wird. Werden im ASV-Team Patienten mit Herztumoren behandelt, muss dem Team zusätzlich auch ein Herzchirurg oder Kardiologe angehören.

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) gibt in der neuen Anlage 1.1a Tumorgruppe 5 zur ASV-Richtlinie zudem sachliche und organisatorische Anforderungen vor. Dazu gehören unter anderem Mindestmengen: So muss das ASV-Team pro Jahr mindestens 70 Patienten behandeln. Darüber hinaus gelten arztbezogene Mindestmengen analog zur Onkologie-Vereinbarung.

Patienten, die an der seltenen Erkrankung Sarkoidose leiden, können künftig in der ASV von spezialisierten Teams aus Pneumologen und Rheumatologen behandelt werden. Um an der ASV teilnehmen zu können, muss das Kernteam pro Jahr mindestens 50 Patienten mit Verdachts- beziehungsweise gesicherter Diagnose behandeln.

Zudem muss eine 24-Stunden-Notfallversorgung einschließlich einer intensivmedizinischen Behandlung möglich sein sowie eine Zusammenarbeit mit sozialen Diensten, physikalischer Therapie und Transplantationszen-

ten (Lunge). Das Bundesgesundheitsministerium prüft derzeit noch diese Beschlüsse des G-BA vom 19. Dezember 2019.

Mehr Infos unter kvno.de | [KV | 200217](#)

PSYCHOTHERAPIE

PTV 11: TSS-Vermittlungscodes aufdrucken

Um einen Arzttermin über die Terminservice-stelle zu bekommen, geben Patienten einen Vermittlungscodes an. Diesen Code können Ärzte und Psychotherapeuten auf die Überweisung beziehungsweise das Formular PTV 11 drucken, statt ihn wie bisher aufzukleben. Viele Softwarehersteller bieten diesen Service bereits jetzt schon an.



Ärzte, die den neuen Service nutzen, wählen beim Ausstellen einer Überweisung in ihrem Praxisverwaltungssystem (PVS) die Fachgruppe, gegebenenfalls eine Zusatzqualifikation sowie „dringend“, wenn eine Terminvermittlung innerhalb spätestens von 35 Tagen erforderlich ist, oder „nicht dringend“ für Bagatellfälle und Vorsorgetermine aus. Psycho-

Rufen Patienten bei der Terminservice-stelle an, um einen Termin zu vereinbaren, benötigen sie einen Vermittlungscodes. Diesen können Ärzte und Psychotherapeuten nun auf die Überweisung oder das Formular PTV 11 aufdrucken.

therapeuten wählen entsprechend „zeitnah erforderlich“ aus. Im Hintergrund wird der entsprechende Code abgerufen und bei der Formularbedruckung direkt mit aufgedruckt.

Auf der Überweisung (Muster 6) steht der zwölfstellige Vermittlungscode dann im Feld „Auftrag“. Psychotherapeuten können den Code entsprechend auf das Formular PTV 11 drucken lassen (Feld „Nähere Angaben zu den Empfehlungen“).

Für die automatische Bedruckung benötigen Praxen einen Zugang zu KV-Connect, dem Kommunikationsdienst der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) und der KBV.

Die Klebeetiketten mit den alten „Überweisungs-codes“ können weiterhin verwendet und auf den gewohnten Wegen bestellt beziehungsweise generiert und ausgedruckt werden.

Kein Gutachterverfahren mehr für Gruppentherapien

Für Gruppentherapien nach der Psychotherapie-Richtlinie entfallen die Gutachterverfahren. Die entsprechende Regelung im „Gesetz zur Reform der Psychotherapeutenausbildung“ ist am 23. November 2019 in Kraft getreten. Der Gesetzgeber will damit ambulante Psychotherapien in Form von Gruppentherapie fördern, die derzeit nur in geringem Umfang durchgeführt werden.

Da die Regelung unmittelbar wirkt, konnte eine Anpassung der Psychotherapie-Richtlinie und -Vereinbarung bislang nicht vorgenommen werden. Die darin enthaltenen Rahmenbedingungen zum Antragsverfahren bezüglich der Anwendung von Gruppentherapie haben jedoch weiterhin Bestand. Anträge auf Kombinationsbehandlungen aus Einzel- und Gruppentherapie sind durch die Gesetzesänderung nicht betroffen.

Mehr Infos unter kbv.de | [KV | 200218](#)

UNFALLVERSICHERUNG

Änderungen seit 1. Januar 2020

Seit dem 1. Januar 2020 gibt es Änderungen im Leistungs- und Gebührenverzeichnis für ärztliche Leistungen in der gesetzlichen Unfallversicherung (UV-GOÄ) und im Gebührenverzeichnis Psychotherapeutenverfahren der gesetzlichen Unfallversicherungsträger. Das haben die Partner des Vertrages (Ärzte und Unfallversicherungsträger) beschlossen.

Bereich G, Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie | Nummer 800 UV-GOÄ: Die Gebühren für die Allgemeine und Besondere Heilbehandlung werden zum 1. Januar 2020 wie folgt erhöht:

- Allgemeine Heilbehandlung: 16,61 Euro (bisher: 15,43 Euro)
- Besondere Heilbehandlung: 20,66 Euro (bisher: 19,19 Euro)

Sie werden zusätzlich mit der nächsten Stufe der turnusmäßigen Erhöhungen der Gebühren der UV-GOÄ zum 1. Oktober 2020 um je drei Prozent angepasst. Zudem ist in der Leistungslegende klargestellt worden, dass auch Neuropädiater die Gebühr nach Nummer 800 abrechnen dürfen.

Nummer 6 und 826 UV-GOÄ: Es wurde klargestellt, dass die Leistungen der Nummer 6 nicht mehr neben der Nummer 826 abgerechnet werden dürfen. Hierzu hatte es in der Vergangenheit Anfragen an die Clearingstelle auf Bundesebene gegeben. Künftig kann entweder eine neurologische Gleichgewichts- und Koordinationsprüfung im Rahmen der Nummer 6 oder, falls sie als eigenständige Leistung erbracht wird, nach der Nummer 826 abgerechnet werden. Eine Nebeneinanderberechnung ist ausgeschlossen.

Vordrucke | Nummer 116 neu UV-GOÄ: Für das Ausfüllen der Vordrucke F3110 (Belastungs-

erprobung) einschließlich Anlage F3112 (Arbeitsplatzbeschreibung) wurde zum 1. Januar 2020 die Nummer 116 neu eingeführt. Diese Leistung kann nun mit 18,49 Euro abgerechnet werden. Auch diese Gebühr wird mit der nächsten Gebührenerhöhung am 1. Oktober 2020 um drei Prozent erhöht. Zuvor wurde das Ausfüllen der Vordrucke F3110 und F3112 nach Nummer 117 abgerechnet, eine Gebühr fehlte.

Teil F, Innere Medizin, Kinderheilkunde und Dermatologie | Nummer 753 UV-GOÄ: In der Leistungslegende sind die Wörter „in einem Behandlungsareal von bis zu 100 cm²“ durch das Wort „inklusive“ ersetzt worden. Das bedeutet, dass die Arealgröße keine Rolle mehr spielt.

Gebührenverzeichnis Psychotherapeutenverfahren | Nummern P23 bis P39 Anlage 2 zum Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger: Die Gebühren wurden zum 1. Januar 2020 deutlich angehoben. Zudem ist eine neue Nummer

P33 eingefügt worden, nach der die Erstellung einer biografischen Anamnese unter Einbeziehung der erhobenen Daten einmal im Behandlungsfall abgerechnet werden kann. Die neue Gebühr beträgt 75 Euro. Dieser Beschluss tritt vorbehaltlich der Zustimmung in den Gremien der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung zum 1. Januar 2020 in Kraft.

Serviceteams

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

Service team Köln

Telefon 0221 7763 6666 Telefax 0221 7763 6450

E-Mail service.koeln@kvno.de

Service team Düsseldorf

Telefon 0211 5970 8888 Telefax 0211 5970 8889

E-Mail service.duesseldorf@kvno.de

Formularversand

Telefon 0228 9753 1900 Telefax 0228 9753 1905

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



Engagiert für Gesundheit.

Kassenärztliche Vereinigung
Nordrhein



© Kzenon | fotolia

Amtliche Bekanntmachungen

der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein

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

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

kvno.de/bekanntmachungen

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

Ausschreibung von Vertragsarztsitzen

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

Bedarfsplanung des Landesausschusses der Ärzte und Krankenkassen

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

Reha: Neues Formular 61 ab 1. April 2020

Das Formular für die Reha-Verordnung wird zum 1. April 2020 angepasst. Auf dem geänderten Formular können Ärzte ankreuzen, dass sie einem pflegenden Angehörigen eine

stationäre Reha verordnen, auch wenn es ambulante Möglichkeiten gibt. Der Grundsatz „ambulant vor stationär“ ist also hier nicht zu beachten, weil es für pflegende Angehörige schwierig sein kann, eine ambulante Reha in den Tagesablauf zu integrieren.

Das überarbeitete Formular 61 löst das bisherige zum 1. April ab, die bisherigen

Formulare gelten dann nicht mehr. Praxen sollten daher rechtzeitig neue Formulare bestellen; sie sind über den Formularversand erhältlich.

Das neue Reha-Formular wird auch in den Praxisverwaltungssystemen hinterlegt sein.

Nicht nur das Ankreuzfeld für pflegende Angehörige ist neu auf dem Formular. Pflegende Angehörige können sich wünschen, dass der Pflegebedürftige während der Rehabilitation in ihrer Reha-Einrichtung oder in einer anderen Einrichtung (zum Beispiel Kurzzeitpflege) betreut wird. Die gewünschte Versorgungsform kreuzen Ärzte auf dem neuen Formular an.

Unter Umständen kann der Pflegebedürftige nicht mit in der Reha-Einrichtung aufgenommen werden. Dann muss die Kranken- beziehungsweise Pflegekasse seine Betreuung für die Zeit organisieren, in der der pflegende Angehörige in der Reha-Einrichtung ist.

Sprechen medizinische Gründe gegen die Mitnahme des Pflegebedürftigen, geben Ärzte diese unter „Sonstiges“ an. Dies kann etwa bei schweren Erschöpfungssyndromen oder depressiven Störungen des pflegenden Angehörigen der Fall sein.



Wichtige Änderungen auf dem Reha-Formular

Formularbereich	Das ändert sich
Teil A und Teil B Abschnitt I. A. „Rehabilitationsbegründende Funktionsdiagnosen“	Die rehabilitationsbegründenden Diagnosen sollen künftig als „Funktionsdiagnosen“ angegeben werden. Außerdem fallen die Ankreuzfelder zur „Seitenlokalisation“ weg. Sofern Angaben dazu notwendig sind (rechts, links, beidseitig), können sie im Freitextfeld der Diagnose aufgeführt werden.
Teil B Abschnitt II. A „Kurze Angaben zur Anamnese und zu Krankenhaus- und Facharztbehandlung“	Ärzte sollen neben den Angaben zur Anamnese auch Angaben zu Krankenhaus- und Facharztbehandlung machen, wenn diese für die Rehabilitation relevant sind.
Abschnitt II. G „Nicht nur vorübergehende Beeinträchtigungen der Aktivitäten/Teilhabe“	In den Kategorien „Mobilität“ und „Selbstversorgung“ kann jetzt für jede Aktivität (zum Beispiel „Stehen/Gehen“ oder „Essen/Trinken“) einzeln angekreuzt werden, ob eine Beeinträchtigung besteht.
Abschnitt VI. C Zuweisungsempfehlungen	Neu ist der Punkt „C. Weitere Bemerkungen/Begründungen“. Das neue Feld soll angekreuzt werden, wenn es sich um eine medizinische Reha für einen pflegenden Angehörigen handelt.

Mit dem Pflegepersonal-Stärkungsgesetz wurde Anfang 2019 für pflegende Angehörige der Anspruch geschaffen, auf ärztliche Verordnung und mit Genehmigung der Krankenkasse auch dann stationäre Rehabilitation zu erhalten, wenn vom medizinischen Gesichtspunkt her eine ambulante Versorgung ausreichend wäre. Als pflegende Angehörige gelten Versicherte,

die Pflegebedürftige (Pflegegrad 1 bis 5) nicht erwerbsmäßig in deren häuslicher Umgebung pflegen. Dazu zählen Familienmitglieder sowie Verwandte, es können aber beispielsweise auch ehemalige Ehepartner sein.

■ FRANK NAUNDORF

Mehr Infos zum Ausfüllen des neuen Reha-Rezepts unter kbv.de | [KV | 200221](#)

Wiederholungsrezepte ab März 2020

Das neue Masernschutzgesetz macht es zum 1. März 2020 möglich, Wiederholungsrezepte auszustellen. Ärzte können dann Rezepte herausgeben, die bis zu viermal beliefert werden können. Die neue Passage im Sozialgesetzbuch lautet ab 1. März: „Für Versicherte, die eine kontinuierliche Versorgung mit einem bestimmten Arzneimittel benötigen, können Vertragsärzte Verordnungen ausstellen, nach denen eine nach der Erstabgabe bis zu dreimal sich wiederholende Abgabe erlaubt ist. Die Verordnungen sind besonders

zu kennzeichnen. Sie dürfen bis zu einem Jahr nach Ausstellungsdatum zulasten der gesetzlichen Krankenkasse durch Apotheken beliefert werden.“

Wie genau diese Passage umgesetzt werden soll, klären die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der GKV-Spitzenverband. Hierbei wird unter anderem festgelegt, wie die Rezepte zu kennzeichnen sind. Das Masernschutzgesetz wird zum 1. März 2020 in Kraft treten.

■ HON

Manuelle Lymphdrainage bei Lipödem

Als besonderer Versorgungsbedarf wird die manuelle Lymphdrainage bei Lipödem Stadium I bis III (ICD-10 Codes E88.20, E88.21 und E88.22) ab 1. Januar 2020 eingestuft.

Die Diagnose Lipödem wird zudem auch ohne Vorliegen eines Lymphödems als Indikation für eine manuelle Lymphdrainage in die Heilmittel-Richtlinie aufgenommen. Die Aufnahme wird zunächst bis zum 31. Dezember 2025 befristet.

Die mit der Aufnahme der Diagnose Lipödem verbundenen Änderungen des Heilmittelkatalogs und die Ergänzung der Diagnoseliste der besonderen Ordnungsbedarfe wurden in die entsprechenden Stammdateien für die Verordnungssoftware aufgenommen. Sie wurden an die Hersteller der Heilmittelverordnungssoftware übermittelt, damit die Änderungen noch Eingang in die zum 1. Januar 2020 zu implementierenden Software-Updates finden. ■ NAU

Mehr Infos unter kbv.de | [KV | 200221](#)

Kassen zahlen beruflich bedingte Reiseimpfungen



Beruflich ins Ausland? Wer dafür Reiseimpfungen benötigt, kann sich die Kosten jetzt von den gesetzlichen Krankenkassen erstatten lassen.

Die gesetzlichen Krankenkassen können nun auch Impfungen zahlen, die aufgrund beruflich bedingter oder die Ausbildung betreffender Reisen durchgeführt werden. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat auf Grundlage der Empfehlungen der Ständigen Impfkommission sowie gesetzlicher Änderungen die Schutzimpfungs-Richtlinie angepasst. Die Änderungen sind Ende Dezember im Bundesanzeiger veröffentlicht worden und somit in

Kraft getreten. Aus Sicht der Kassen bleibt die vorrangige Leistungspflicht jedoch beim Arbeitgeber.

Für die Reiseimpfungen fehlte bis zum Redaktionsschluss dieser Ausgabe noch eine Vergütungsvereinbarung zwischen den Krankenkassen und der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein. Dies bedeutet, dass die Impfleistungen zunächst im Rahmen der Kostenerstattung vergütet werden. Gleiches gilt für den jeweiligen Impfstoff, der im Rahmen der Kostenerstattung ebenfalls auf Privatrezept zu verordnen ist. Sobald wir uns über eine Vergütungsregelung mit den Krankenkassen verständigen können, werden wir Sie über unsere Medien informieren.

Aufgrund der Kurzfristigkeit der Änderungen konnten die neuen Abrechnungsziffern nicht mehr zum Jahreswechsel in die Praxissoftware aufgenommen werden. Dies kann voraussichtlich erst mit Wirkung zum zweiten Quartal 2020 erfolgen, sofern die Softwarehäuser kein Sonderupdate bereitstellen. Geschieht dies nicht, müssten die neuen Abrechnungsziffern zunächst händisch in die PVS aufgenommen werden. ■ TIE

Mehr Infos inklusive Abrechnungsziffern unter kvno.de | [KV | 200222](https://www.kvno.de/kv/200222)

Kontakt

Arznei- und Heilmittel

Telefon 0211 5970 8111
Telefax 0211 5970 9904 AM
Telefax 0211 5970 9905 HM
E-Mail pharma@kvno.de
E-Mail heilmittel@kvno.de

Sprechstundenbedarf

Telefon 0211 5970 8666
Telefax 0211 5970 33102
E-Mail ssb@kvno.de

Hilfsmittel-Beratung

Telefon 0211 5970 8070
Telefax 0211 5970 9070
E-Mail patricia.shadiakhy@kvno.de
E-Mail hilfsmittel@kvno.de

QS Prüfwesen

Bei Fragen zu Prüfung und Verfahren
Telefon 0211 5970 8396
Telefax 0211 5970 9396
E-Mail margit.karls@kvno.de

Influenza-Impfung 2020/2021: Bestellinfos

Auch in der Grippezeit 2020/2021 sollen Praxen quadrivalente Influenza-Impfungen einsetzen. Dies hat die Ständige Impfkommission (STIKO) empfohlen und so sieht es die Schutzimpfungs-Richtlinie vor. Praxen in Nordrhein sollten den Grippeimpfstoff für die kommende Saison bis Ende Februar 2020 bestellen.

Den Vierfach-Grippeimpfstoff für die Standardimpfung ab 60 Jahre und für Indikationsimpfungen gemäß Schutzimpfungs-Richtlinie beziehen Praxen als Sprechstundenbedarf (SSB) über die Apotheke. Krankenkassen und Apotheken haben sich auf folgenden Bestell- und Abrechnungsmodus verständigt:

Die Praxen in Nordrhein bestellen den Impfstoff als „Grippeimpfstoff quadrivalent mit oder ohne Kanüle 2020/2021“. Das sollte bis Ende Februar passieren. Eine Bestellung unter dem Handelsnamen ist ebenfalls möglich, wenn ein bestimmter Impfstoff verwendet werden soll – beispielsweise bei Hühnereiweißallergie.

Praxen sollten bis zu 100 Prozent des Bedarfs der Vorsaison bestellen. Wenn der Impfstoff für Kinder ab sechs Monaten verwendet werden soll, sollte die Altersangabe auf dem Rezept vermerkt werden, damit die Apotheke den Impfstoff entsprechend seiner Zulassung auswählen kann.


Pro Verordnungsblatt sollten bis zu 70 Dosen bestellt werden. Wenn mehr als 70 Dosen vorbestellt werden, so sollten diese auf mehrere Rezepte verteilt werden, damit die Apotheken zu Beginn der Saison auch kleinere Mengen liefern und abrechnen können.

Grippeimpfstoffe für Standard- und Indikationsimpfungen werden als Sprechstundenbedarf (Kostenträger „SSB Nordrhein“, Kostenträgerkennung 102091710) bestellt. Auf dem Rezept werden eine „8“ für Impfstoffe und eine „9“ für SSB eingetragen. In der Impfsaison 2020/2021 sind vier quadrivalente Grippeimpfstoffe verfügbar. ■ HON

Grippeimpfstoffe 2020/2021

Hersteller	Grippeimpfstoff	Zugelassen ab	GKV-Erstattungspreis pro Dosis*
Mylan 10er	Influvac tetra m./o. K.	3 Jahren, i. m. und tief s. c.	11,09 €
Sanofi 20er	Vaxigrip tetra m./o. K.	6 Monaten, i. m. und s. c.	11,86 €
Sanofi 10er	Vaxigrip tetra m./o. K.	6 Monaten, i. m. und s. c.	11,90 €
GSK 10er	Influsplit tetra FER	6 Monaten, nur i. m.	12,93 €
Seqirus 10er	Flucelvax Tetra	9 Jahren, nur i. m.	13,18 €

* Preisinformation der Krankenkassen gemäß 73 Absatz 8 Sozialgesetzbuch V nach Mitteilung der Hersteller, Stand: 6. November 2019



DMP-Bericht

Versorgungsqualität weiter gestiegen

In Nordrhein wurden im Jahr 2018 über 900.000 Patienten in Disease-Management-Programmen (DMP) betreut. Das sind 41 Prozent mehr als vor zehn Jahren. Der Qualitätsbericht 2018 der Gemeinsamen Einrichtung DMP Nordrhein zeigt, dass sich die Versorgungsqualität der in den DMP betreuten Patienten in substantiellen Bereichen deutlich verbessert hat.

shutterstock | Fusionstudio

DMP Typ-2-Diabetes: Positiv ist vor allem die geringe Zahl schwerer Hypoglykämien. Der Anteil an relevanten Kontrolluntersuchungen wie zur Nierenfunktion und zum Fußstatus als auch von Diabetes-Schulungen ist erneut gestiegen. „Die regelmäßigen Kontrollen der Netzhaut und die Überweisung von Patienten mit Ulzera sind noch stärker zu intensivieren“, sagt Dr. med. Carsten König, stellvertretender Vorsitzender der KV Nordrhein. Denn dann dürften die Quoten von Amputationen und Erblindungen weiter kontinuierlich zurückgehen.

Typ-1-Diabetes: Auch hier lassen sich positive Ergebnisse feststellen. „Vor dem Hinter-

grund der langen Erkrankungsdauer und dem Vermeiden oder zumindest Hinauszögern von Spätkomplikationen ist bei dieser Diabetesart wichtig, dass künftig noch mehr Patienten ihren jeweils individuell vereinbarten HbA1c-Wert erreichen“, sagt Matthias Mohrmann, Mitglied des Vorstands der AOK Rheinland/Hamburg, im Namen der gesetzlichen Krankenkassen in Nordrhein.

DMP Asthma bronchiale: Trotz einer im Vergleich zu den anderen internistischen DMP deutlich jüngeren Patientengruppe nimmt auch die Zahl der im DMP Asthma bronchiale betreuten erwachsenen Patienten weiter zu. Hier gelingt es sehr gut, stationäre Be-

handlungen zu vermeiden, eine gute Symptomkontrolle zu erreichen, die Quote einer Schulungswahrnehmung zu steigern und auch in hohem Maß inhalative Kortikosteroide zu verordnen. „Verbessert werden kann allerdings die Quote derjenigen Patienten, denen ein Selbstmanagementplan ausgehändigt wird“, meint Matthias Mohrmann,

DMP Brustkrebs: Seit 2018 steht beim DMP Brustkrebs die Nachsorge im Fokus. Hierzu wurden sowohl die Dokumentationen als auch die zu erreichenden Qualitätsziele fast vollständig neu gefasst und bei vielen der neuen Qualitätsindikatoren konnten die gewünschten Quoten bereits 2018 erreicht werden. Dies trifft zum Beispiel zu auf das Erfragen möglicher Nebenwirkungen einer endokrinen Therapie oder den Kenntnisstand über deren mögliche kardiotoxische Auswirkungen. Aber auch ein körperliches Training wird bereits einem hohen Anteil der Patientinnen nahegelegt. Zudem wird bei fast drei Viertel der Patientinnen eine endokrine Therapie über eine Zeit von fünf Jahren hinaus weitergeführt.

„Die strukturierte Behandlung über die nordrheinischen DMP ist ein Erfolgsmodell, wie die ständig steigende Zahl der teilnehmenden Patienten eindrucksvoll beweist. Unsere Aufgabe wird es künftig sein, neue innovative Technologien in die DMP zu integrieren, um einen erweiterten Nutzen für die Menschen zu erzielen“, sagt Matthias Mohrmann, Mitglied des Vorstandes der AOK Rheinland/Hamburg. ■ SIGRID MÜLLER

Eine noch ausführlichere Darstellung aller DMP-Ergebnisse findet sich in dem begleitenden Tabellenband unter zi-dmp.de | [KV | 200225](#)

DMP-Bericht

Den Bericht hat das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi) im Auftrag der Gemeinsamen Einrichtung erstellt. In dieser Einrichtung arbeiten Krankenkassen und KV Nordrhein zusammen. Sie finden den Bericht im Internet unter kvno.de | [KV | 200225](#)



„Diagnosen angeben, sonst verschenken Sie Geld“

Im Jahr 2003 starteten die ersten beiden Disease-Management-Programme (DMP). Vier weitere sind 2004 und 2006 dazugekommen. Nun stehen die nächsten DMP vor der Tür. Wir sprachen mit dem KVNO-Vorstand Dr. med. Frank Bergmann und Dr. med. Carsten König über die strukturierten Behandlungsprogramme.

Die Krankenkassen und die KV Nordrhein lassen seit 2003 die DMP wissenschaftlich auswerten. Was haben die Praxen davon?

König: Sie können die Auswertungen zum Beispiel sehr gut in die Qualitätszirkel-Arbeit einbringen. Einmal im Jahr könnte man auf Basis der Daten checken, wo es regional Verbesserungspotenzial gibt.

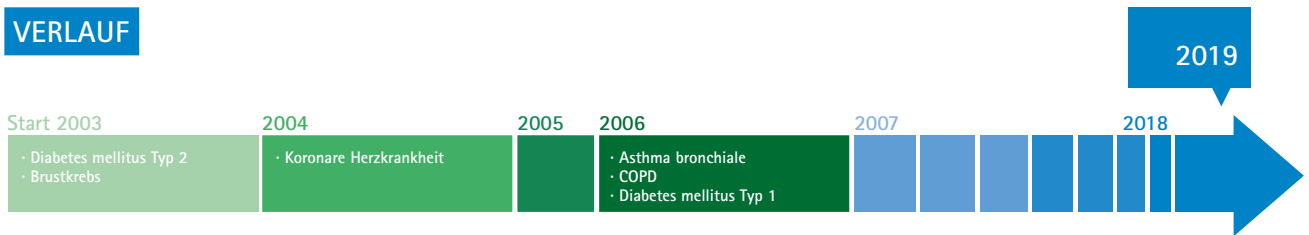
An was denken Sie da zum Beispiel?

König: Ich könnte als Hausarzt hinterfragen, ob ich nicht mehr COPD-Patienten vom Rauchen wegkomme oder bei den Patienten mit Diabetes in meiner Praxis noch mehr darauf achten, dass sie Kontrolluntersuchungen bei anderen Fachärzten wahrnehmen, um zum Beispiel Amputationen zu vermeiden.



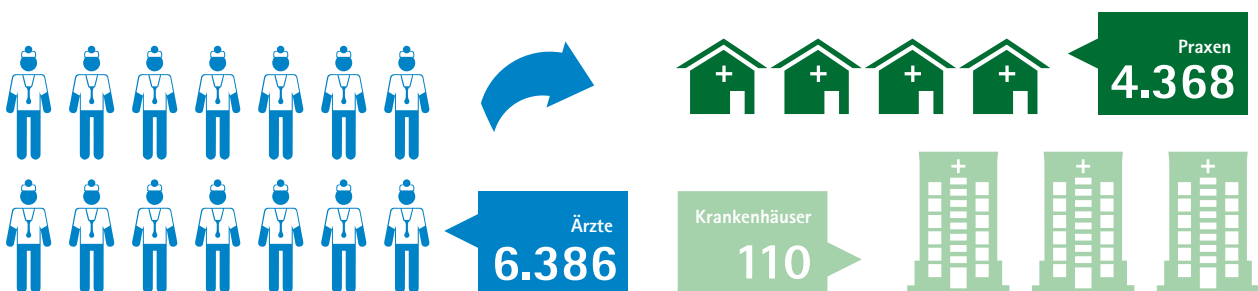
FAKTEN ZU DEN DMP IN NORDRHEIN

VERLAUF



BETEILIGUNG

An den DMP beteiligt sind 6.386 Ärzte aus 4.368 Praxen, darunter eine große Zahl von Fachärzten (vor allem Diabetologen, Gynäkologen, Pneumologen, Kardiologen) sowie Ärzte in 110 stationären Einrichtungen.



Dr. med. Carsten König,
stellvertretender
Vorstandsvorsitzender

Sind die DMP ein Erfolgsmodell?

König: Auf jeden Fall. Die strukturierte Versorgung in den Programmen hilft, die gesetzten Ziele zu erreichen. Und das gelingt uns bereits bei fast allen Zielen. So hat zum Beispiel der Anteil geschulter Patienten, aber auch die Verordnung einer prognoserelevanten

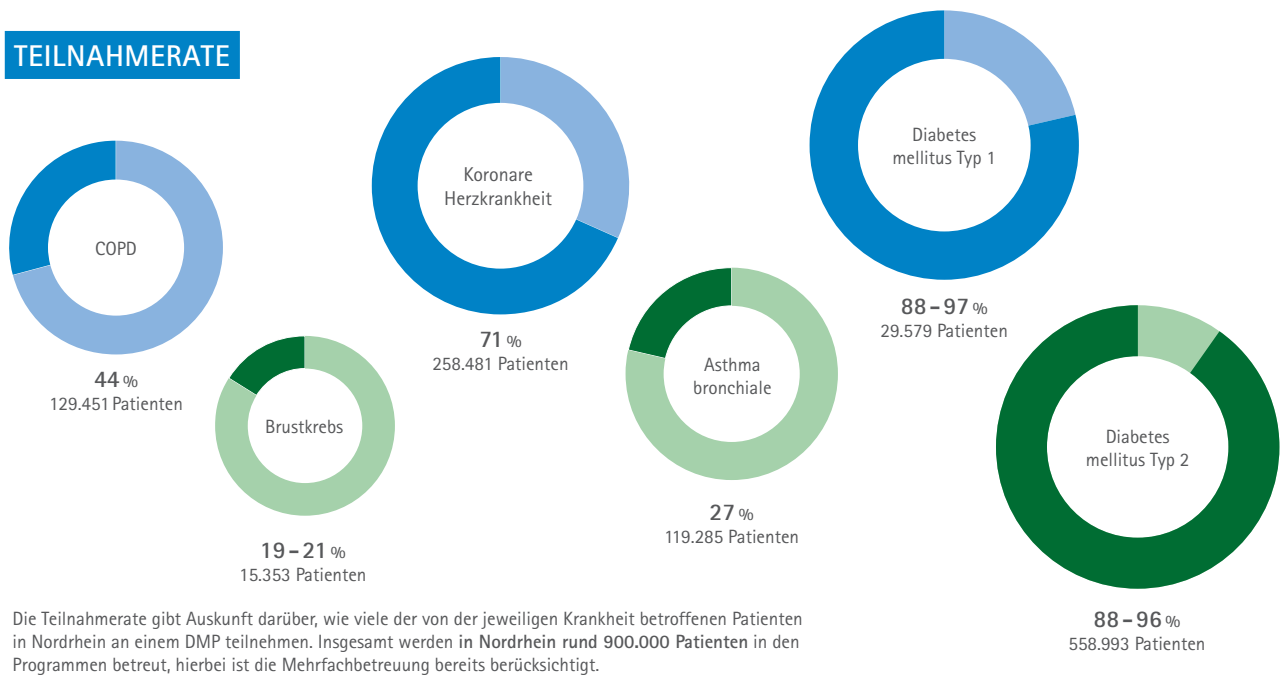
Medikation seit Einführung der DMP zugenommen. Unterm Strich machen DMP also die Versorgung besser.

In diesem Jahr stehen mit Herzinsuffizienz, Rücken und Depression weitere DMP an. Wie verändert das die Versorgung in diesen Bereichen?

Bergmann: Es werden Standards für Behandlungsprozesse definiert. Das kann in einigen Gebieten von Vorteil sein. Es gibt aber auch Indikationen, bei denen wir schon gut laufende Prozesse implementiert und Netzwerke aufgebaut haben, zum Beispiel bei der Behandlung von Depressionen im Rahmen des sehr erfolgreichen NPPV-Modells. Hier müssen wir beobachten, ob uns ein DMP in diesem Bereich wirklich weiterbringt.

Gibt es bei den bestehenden DMP Punkte, die noch nicht rund laufen?

TEILNAHMERATE



Bergmann: Natürlich gibt es die. Dies betrifft derzeit vor allem die Angabe der Diagnosen, zu denen die Praxen verpflichtet sind. Fehlen die Diagnosen, dann muss die KV den Praxen die DMP-Honorare für die behandelten Patienten abziehen. Rund 600.000 Euro sind deswegen an die Krankenkassen für das dritte Quartal 2019 zurückgefließen. Das ist natürlich sehr ärgerlich. Die Kolleginnen und Kollegen sollten deswegen darauf achten, die Diagnosen anzugeben, sonst verschenken sie Geld.

Gibt es noch mehr vermeidbare Fehler rund um die DMP?

Bergmann: Häufig werden die DMP Asthma bronchiale und COPD verwechselt: Der Patient ist im DMP COPD eingeschrieben, abgerechnet werden die Ziffern aus dem DMP Asthma bronchiale. Das kann leider nicht vergütet werden. Und viele Praxen vergessen, die Laborsonderziffern 32015 für die orale

Antikoagulantientherapie, die 32022 für Patienten mit manifestem Diabetes mellitus und die 32018 bei Patienten mit Nierenschädigung einzutragen. Die Laborleistungen aus dem Kapitel 32 des EBM fallen dann ins Laborbudget – mit dem Risiko, dass der Bonus geringer ausfällt. ■ DIE FRAGEN STELLTE FRANK NAUNDORF

Dr. med. Frank Bergmann,
Vorstandsvorsitzender



KVNO | Malinka

Regionale Gesundheitsparameter online

Der neue webbasierte DMP-Atlas des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi) zeigt die Daten der patientenbezogenen DMP-Qualitätsziele vor Ort, für alle derzeit laufenden DMP und alle aktuell gültigen Qualitätsziele. Der Atlas zeigt die Unterschiede in Städten und Landkreisen Nordrhein-Westfalens auf. Somit bietet er eine gute Basis, epidemiologische Fragen zu beantworten.

In den vergangenen Jahren sind regionale Differenzen in der medizinischen Versorgungsqualität stärker in den öffentlichen Fokus gerückt. Dies betrifft sowohl die Prävalenz verschiedener Erkrankungen sowie die Häufigkeit operativer Eingriffe als auch medikamentöse Verordnungen.

Es ist davon auszugehen, dass meist ein ganzes Set von Faktoren Einfluss auf den jeweils untersuchten Indikator nimmt. So lassen sich auch bei Betrachtung der Patientenmerkmale wie Alter, Geschlecht, Komorbidität sowie der individuellen Lebensstil-, Persönlichkeits- und Risikofaktoren oder ausgewählter genetischer Marker niemals alle möglicherweise relevanten Parameter ermitteln.

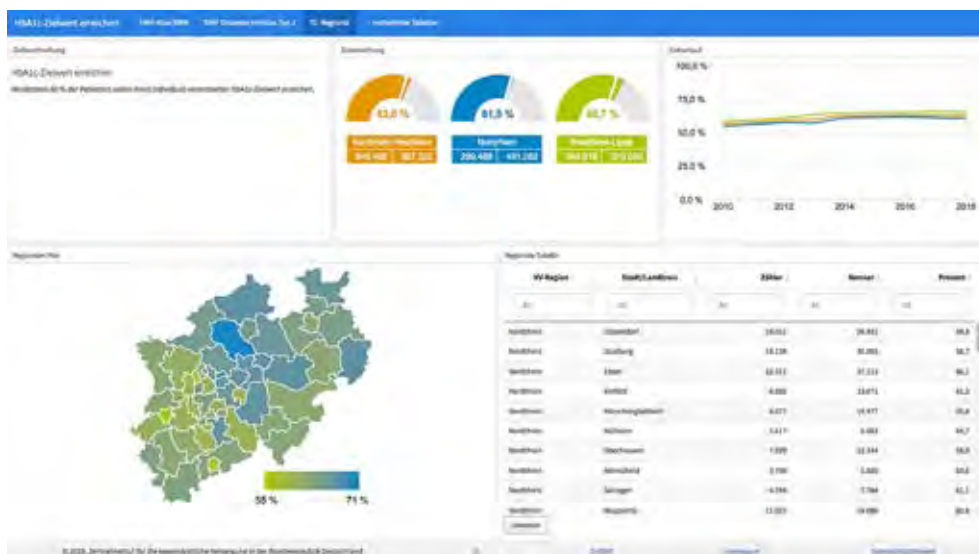
Hinzu kommt ein ganzes Bündel diverser Umweltfaktoren inklusive sozialer oder wirtschaftlicher Strukturen in der unmittelbaren Lebensumgebung der Patienten. Als dritter relevanter Aspekt ist zudem die Menge, Dichte und Erreichbarkeit medizinischer Versorgungsangebote zu bedenken, die für einen Teil der Stadt-Land-Unterschiede maßgeblich sein kann.

Regionale Unterschiede

Im Rahmen der DMP wurden bisher lediglich vereinzelt Unterschiede in der Versorgungsqualität jeweils innerhalb einer Region untersucht. So wurde unter anderem der Einfluss der mittleren Entfernung zwischen hausärzt-

DMP-Atlas NRW, Beispiel DMP Asthma bronchiale, Qualitätsziel „Ausstellen eines schriftlichen Selbstmanagementplans“: Bei diesem Indikator wird landesweit eine Quote von knapp 73 Prozent erreicht. Anzustreben sind 90 Prozent. In den Städten und Landkreisen schwankt die Quote zwischen 53 Prozent in Essen und 91 Prozent im Kreis Gütersloh.





DMP-Atlas NRW, Beispiel DMP Diabetes mellitus Typ 1, Qualitätsziel „HbA1c-Zielwert erreichen“: Hier wird landesweit eine Quote von knapp 45 Prozent erreicht. Anzustreben ist ein möglichst großer Patientenanteil. Die erreichte Quote schwankt zwischen 25 Prozent in Leverkusen und 70 Prozent in Gelsenkirchen.

lichen Praxen und den nächstgelegenen spezialisierten Angeboten der Diabetesversorgung auf die Höhe der Stoffwechseleinstellung beziehungsweise die Häufigkeit schwerer Hypoglykämien untersucht. Die Ergebnisse sind im DMP-Qualitätsberichts 2015 dargestellt.

Im Rahmen des aktuellen DMP-Berichts erfolgte eine Analyse der Qualitätszielerreichung für alle DMP sowie aller aktuell gültigen patientenbezogenen Qualitätsziele für das komplette Bundesland NRW auf der Ebene sämtlicher 53 Städte und Landkreise. Dies ermöglicht erstmals einen Gesamtüberblick auch der kleinräumigen regionalen Unterschiede bei allen Qualitätsindikatoren. In NRW betreuen Ärzte circa 1,685 Millionen Patienten in DMP - rund ein Viertel der DMP-Patienten bundesweit.

Neben der kartografischen Visualisierung bietet der DMP-Atlas im Internet eine Vielzahl weiterer Möglichkeiten, sich die Zielerreichung detailliert anzuschauen. So können die Ergebnisse dort zum Beispiel nach Regionen, Städten oder Landkreisen gefiltert beziehungsweise nach der absoluten oder relativen Anzahl der Patienten sortiert werden. Alle

dort hinterlegten, aggregierten Zahlen lassen sich exportieren.

Qualitätsziele konkret

In dem DMP Diabetes mellitus Typ 1 zeigt sich für das Qualitätsziel „Wahrnehmen einer empfohlenen Diabetes-Schulung“ eine Teilnehmerspanne zwischen 27 und 90 Prozent bezogen auf einen Zeitraum von bis zu zwölf Monaten nach der Empfehlung. Hohe Werte finden sich vor allem entlang des Rheins, so im Rhein-Sieg-Kreis und in den Kreisen Mettmann und Kleve sowie den Städten Köln, Duisburg und Oberhausen, aber auch an der Landesperipherie, beispielsweise in den Kreisen Heinsberg, Siegen-Wittgenstein, Höxter und Steinfurt. Niedrige Quoten werden vor allem im Ruhrgebiet in Bottrop, im Kreis Recklinghausen, in Bochum, Dortmund sowie Düsseldorf oder Solingen erreicht.

Betrachtet man die Schulungswahrnehmung bei den vier DMP Typ-1- und Typ-2-Diabetes, Koronare Herzkrankheit sowie Asthma bronchiale, so wird in den Landkreisen ein geringerer Durchschnittswert als in den städtischen Verdichtungsräumen erreicht. Für andere Indikatoren zeigt der DMP-Atlas allerdings genau

den gegenteiligen Effekt: Im DMP Typ-2-Diabetes finden sich beispielsweise die höchsten Quoten für das Überprüfen der Nierenfunktion oder eine komplette Untersuchung des Fußstatus eher in den ländlichen Randgebieten von NRW.

Lassen sich Differenzen auch hinsichtlich patientenrelevanter Outcome-Indikatoren wie etwa Amputationen bestätigen? Erste Ergebnisse deuten darauf hin, dass auch hierbei beträchtliche regionale Unterschiede existieren. Über deren Ursachen werden zukünftige Analysen Auskunft geben. ■ FRANK NAUNDORF

„Ergebnisse für jeden Ort abrufbar“

Der DMP-Atlas NRW vermittelt für alle DMP und alle patientenbezogenen Qualitätsziele einen Gesamtüberblick zu kleinräumigen regionalen Unterschieden zwischen den Städten und Landkreisen Nordrhein-Westfalens. Den Atlas hat der von Dr. Bernd Hagen geleitete Fachbereich Evaluation und Qualitätssicherung des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland (Zi) erstellt.

Waren Sie überrascht von den Unterschieden?

Von den Unterschieden an sich nicht. Aus den Feedback-Berichten und den zahlreichen Besuchen in Qualitätszirkeln wissen wir seit vielen Jahren, dass sich auf der Ebene einzelner Praxen oder lokaler Praxisgruppen eine große Spannweite beim Erreichen der DMP-Qualitätsziele zeigt. Wenn man sich allerdings die Größe der Differenzen zwischen den Städten und Landkreisen im Detail anschaut, wird man schon etwas nachdenklich. Hierauf werden wir künftig noch intensiver bei Fortbildungsveranstaltungen eingehen.

Wie geht es weiter mit dem Atlas?

Wir werden den DMP-Atlas Schritt für Schritt weiter ausbauen. Bislang zeigen wir dort zum Beispiel nur die rohen, also in Bezug auf Alters- und Geschlechtsunterschiede nicht adjustierten Häufigkeiten. Die adjustierten Häufigkeiten stellen wir bislang nur in den Berichten dar. Künftig werden sie auch im Atlas zu finden sein. Weiter ist geplant, zu allen DMP ergänzende Analysen der regionalen Ereignishäufigkeiten anzubieten, zum Beispiel für Indikatoren wie die Häufigkeit

schwerer Hypoglykämien, die Häufigkeit von Herzinfarkten, Schlaganfällen oder koronartherapeutischer Interventionen.

Wie können Ärzte vor Ort die Daten nutzen?

Jeder kann sich die DMP-Ergebnisse in seiner Stadt oder seinem Landkreis anschauen. Der Atlas ermöglicht über seine Filter-, Sortier- und Exportfunktionen auch schnelle und einfache Vergleiche zum Beispiel mit Nachbarstädten oder -kreisen. Wir hoffen, dass dies Qualitätszirkel dazu anregt, sich mit den Hintergründen ihrer regionalen Ergebnisse stärker auseinanderzusetzen. Mittelfristig könnten dadurch die großen Unterschiede beim Erreichen der Qualitätsziele verringert und die Versorgungsqualität weiter verbessert werden. ■ DIE FRAGEN STELLTE FRANK NAUNDORF



Dr. Bernd Hagen, Leiter des Fachbereichs Evaluation und Qualitätssicherung, Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland



KARDIALE NOTFÄLLE

RUND UMS HERZ

7. März 2020 | 10 bis 16 Uhr
im Haus der Ärzteschaft



Moderation: Dr. Heinz Wilhelm Esser | Oberarzt für Innere Medizin und Pneumologie,
bekannt als „Doc Esser“ aus dem WDR-Fernsehen

(Bild: WDR)

Ein Informationstag mit Vorträgen und Workshops zum Thema Herzgesundheit. Herzspezialisten und Notfallmediziner informieren über Ursachen, Erkennung und Behandlung kardialer Notfälle. Darüber hinaus stehen interaktive Workshops zum Thema Reanimation/Notfall und Prävention auf dem Programm.

Auch die Jüngsten sollten lernen, was in einem Notfall zu tun ist. Über den Tag verteilt finden spezielle Erste-Hilfe-Kurse für Kinder und Jugendliche statt.

Weitere Informationen und das detaillierte Programm finden Sie unter kvno.de/rundumsherz



Eintritt kostenlos. Um Anmeldung wird gebeten unter anmeldung@kvno.de

Zertifiziert mit 6 Punkten

Fruchtbare Förderung

Für Praxen, Pflegeheime und Hospize in Nordrhein hat das Land Nordrhein-Westfalen eine Million Euro an Fördermitteln für die weitere Verbreitung der Telemedizin bereitgestellt. Das Interesse an den Mitteln ist groß: Die Anträge von gut 30 Praxen sind bereits angenommen worden.



Mit den Fördergeldern werden auch Fortbildungen für Ärzte und Medizinische Fachangestellte (MFA) gefördert.

Insgesamt hat die KV Nordrhein bis Mitte Januar Zusagen für Fördergelder in Höhe von 200.000 Euro getätigt. Und es stehen immer noch ausreichend Mittel zur Verfügung, Förderanträge können noch bis zum 16. Februar gestellt werden.

Gefördert wird zum einen die technische Infrastruktur zur Durchführung von Videosprechstunden zwischen Ärzten und Patienten sowie zur telemedizinisch gestützten Delegation. Geld gibt es für technische Telemedizin-komponenten wie zum Beispiel den Telearzt-Rucksack.

Infrastruktur und Fortbildungen

Die Anschaffungskosten werden mit bis zu 90 Prozent für niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten, medizinische Versorgungszentren und Praxisnetze übernommen. Schaffen sich Pflegeheime und Hospize die entsprechende Infrastruktur für die Nutzung der elektronischen Visite in der Pflege an, erhalten sie eine Förderquote von 60 Prozent

Zahlreiche Fortbildungen für Ärzte und MFA im Bereich Telematik und Telemedizin sind förderfähig. Das wären beispielsweise die Ausbildung Medizinischer Fachangestellter zur Entlastenden Versorgungsassistentin (EVA) oder zur Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis (VERAH) sowie alle mit Fortbildungspunkten bewerteten Seminare. Fortbildungen und Seminare werden mit bis zu 80 Prozent der Gesamtkosten gefördert.

Gemeinsam mit den Kassenärztlichen Vereinigungen, den Hausärzteverbänden und den Krankenkassen hat das Land ein Förderprogramm entwickelt, mit dem Arztpraxen, Pflegeheime, ambulante Pflegedienste und Hospize die Förderung technischer Telemedizin-komponenten und eHealth-Fortbildungen beantragen können. Insgesamt standen in dem Projekt eine Million Euro zur Förderung von Akteuren in Nordrhein zur Verfügung.

■ FRANK NAUNDORF

Auf Seite 34 und 35 berichtet Hausärztin Michaela Funken, wie sie die Versorgung mithilfe der Telemedizin verbessern will.



www.kvnoportal.de 
Das Online-Portal für die Praxen in Nordrhein



- **Abrechnungsunterlagen** Erhalten Sie vorab Informationen zu Ihrem Abrechnungsbescheid und sehen Sie Unterlagen vergangener Quartale ein.
- **Abrechnung einreichen** Reichen Sie Ihre Quartalsabrechnung online ein.
- **Testabrechnung** Führen Sie Testabrechnungen beliebig oft durch, um Fehler in Ihrer Quartalsabrechnung zu vermeiden.
- **Begleitende Dokumentationen** Laden Sie Ihre begleitenden Dokumentationen zur Abrechnung hoch.
- **Dokumentation** Geben Sie Ihre Dokumentation für das Hautkrebs-Screening oder zytologische Untersuchungen einfach online ein.
- **Vordrucke bestellen** Alle Vordrucke für Ihre Praxis können Sie rund um die Uhr online bestellen.
- **Praxisdaten** Mit diesem Dienst können Sie Ihre Praxisdaten einsehen, wie Anschrift, E-Mail-Adresse und Öffnungszeiten prüfen und elektronisch ändern.
- **Benachrichtigungen** Im Benachrichtigungscenter auf der Startseite erhalten Sie Benachrichtigungen zu Ihren Aktivitäten im Portal.
- **MFA-Zugang** Wenn Ihre medizinischen Fachangestellten (MFA) für Sie Aufgaben im Portal übernehmen sollen, legen Sie einen MFA-Zugang an.

Das KVNO-Portal steht allen Mitgliedern der KV Nordrhein kostenlos zur Verfügung. Ihre Zugangsdaten erhalten Sie unter www.kvnoportal.de

Kontakt

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



www.kvnoportal.de 

Online-Dienste für Ihre Praxis: Rund um die Uhr – 365 Tage im Jahr

Innovationen vom Westrand

Michaela Funken hat im Juli 2019 den Sprung gewagt und eine eigene Praxis eröffnet. Die Fachärztin für Innere Medizin und Allgemeinmedizin hat sich im Selfkant niedergelassen, der westlichsten Gemeinde Deutschlands, rund 42 km² groß, geografisch fast schon eine Enklave der Niederlande. Der Selfkant besteht aus gut einem Dutzend Dörfern mit zusammen etwa 10.000 Menschen. Michaela Funken berichtet, wie sie die Versorgung modernisieren will.

„Die Westzipfelregion grenzt unmittelbar an die Niederlande und ist sehr beliebt bei jungen Familien und Grenzgängern. Leider drohen im Selfkant, wie in vielen ländlichen Regionen, Lücken in der ärztlichen Versorgung. Ich habe daher vor wenigen Monaten kurz hinter der Grenze eine neue Hausarztpraxis eröffnet, was von den Menschen hier sehr positiv aufgefasst wurde. Mobilität und Erreichbarkeit sind bei uns große Herausforderungen. Zudem empfand ich die Betreuung der Patienten im häuslichen Umfeld als nicht ausreichend. Daher habe ich mich sehr über den Trend zur Telemedizin gefreut. Sie stellt eine wahre Bereicherung für meinen Praxisalltag dar.

Auch meine hochmotivierten Medizinischen Fachangestellten freuen sich auf viele neue

Aufgaben und Herausforderungen. Zwei von ihnen haben sofort starkes Interesse an der Weiterbildung zur nichtärztlichen Praxisassistentin (NäPa) gezeigt. Die erste wird in Kürze die Qualifikation erlangen und mich bei der täglichen Arbeit sehr unterstützen und entlasten können. Wir verfügen über eine telemedizinische Ausstattung mit 12-Kanal-EKG und Spirometrie sowie eine Videosprechstunde.

Der Einsatz des telemedizinischen Equipments verbessert nachhaltig die Versorgung der Patientinnen und Patienten – und sie spart Ressourcen. So können wir durch telemedizinisch gestützte Triagierung unnötige Krankenhauseinweisungen vermeiden.

Beispiel 1: Eine meiner Patientinnen, 84 Jahre alt, lebt im Pflegeheim. Sie wacht morgens mit thorakalem Druck und Atembeschwerden auf. Bislang beschränkte sich eine übliche hausärztliche Behandlung auf eine zeitnahe körperliche Untersuchung und meist eine Einweisung ins Krankenhaus zum Ausschluss eines Herzinfarktes.

Dank der Telemedizin kann meine NäPa nun unmittelbar nach Information durch das Pflegeheim die Patientin aufsuchen, ein EKG schreiben, die Vitalparameter kontrollieren und, wenn nötig, einen Troponin-Schnelltest durchführen. Zeitgleich stehe ich mit der Patientin via Video in Verbindung und kann besser abschätzen, ob eine weitere Abklärung im

Das Praxisteam (v. l.)
Leonie Philippen, Jessica
Horsten, Laura Heinen,
Nadine von Cleef, Birgt
Herfs und Michaela
Funken



Huchel Werbeagentur GmbH

Krankenhaus nötig ist. Dies ist nicht nur für mich eine deutliche Verbesserung der Behandlungsmöglichkeiten, sondern auch ein spürbarer Vorteil für die Patientin, der eine eventuell unnötige Krankenhausbehandlung inklusive Krankentransport erspart bleibt.

Als hausärztliche Internistin plane ich zudem die Anschaffung eines mobilen Sonografie-Gerätes. Dies ermöglicht es mir, bei akuten Beschwerden künftig eine schnelle und genauere Diagnose zu stellen.

Beispiel 2: Ein rollstuhlmobiler Altenheimbewohner, 87 Jahre alt, klagt über Oberbauchschmerzen und Erbrechen nach dem Essen. Bislang wurde er bei nicht eindeutigem körperlichem Befund zur weiteren Diagnostik ins Krankenhaus eingewiesen.

In Zukunft kann meine NäPa zeitnah ein EKG schreiben, Vitalparameter kontrollieren und nach Rücksprache mit mir via Video eine symptomatische Therapie durchführen, zum Beispiel eine Infusion. Durch die ergänzende Oberbauchsonografie kann ich eine sichere Diagnose stellen und dadurch eine Einweisung eventuell vermeiden.

Aus meiner Sicht kann die Telemedizin die Versorgung der Patienten verbessern, Behandlungskosten reduzieren und die Arbeitszufriedenheit von uns Ärztinnen und Ärzten steigern. Die Förderung dieser Maßnahmen begrüße ich daher sehr. Auch die Videosprechstunde ist ein

»Die Telemedizin kann die Versorgung verbessern. Und sie macht meine Arbeit als Internistin und Hausärztin deutlich attraktiver.«

MICHAELA FUNKEN



attraktives Angebot – besonders für berufstätige Patienten, die täglich pendeln müssen und für die ein Arztbesuch zu den „normalen“ Öffnungszeiten einer Praxis nicht möglich ist. Im Zeitalter von Google, WhatsApp und Facebook war dieser Schritt überfällig. Ich freue mich über diese Bereicherung meines Berufsalltages und die engere Zusammenarbeit und Unterstützung durch meine Medizinischen Fachangestellten.

■ MICHAELA FUNKEN

Michaela Funken, NäPa Leonie Philippen und NäPa Nadine von Cleef mit Telemedizinrucksäcken und dem neuen „Praxismobil“ vor der Praxis in der Ortschaft Schalbruch.



Huechel Werbeagentur GmbH

2019 ist vorbei – die Themen bleiben

Die Delegierten der Vertreterversammlung (VV) nahmen in der letzten Sitzung des Jahres 2019 zu allen aktuellen Themen dezidiert Stellung – unter anderem zum Mangel an wichtigen Arzneimitteln wie Antidepressiva und Neuroleptika. Dazu beschäftigte sich die VV mit der neuen Bedarfsplanung, der Telematikinfrastruktur (TI) und den Plänen des Gesetzgebers bei der Notfallversorgung – Themen, die auch das neue Jahr prägen werden.

KVNO-Vorstandsvorsitzender Dr. med. Frank Bergmann zog Bilanz eines Jahres, das durch die Bundespolitik geprägt wurde. Bergmann ging ausführlich auf die Auswirkungen des Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) ein, vor allem die Erweiterung der Terminservicestellen, die jetzt unter der 116 117 rund um die Uhr erreichbar sind – der Start verlief weitgehend reibungslos.

Gute Nachrichten hatte Bergmann auch mit Blick auf das in Nordrhein entstandene Projekt zur „Neurologisch-psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung“ (NPPV): „Es ist zum Vorbild für Strukturen auf Bundesebene geworden. Im Psychotherapeutenausbildungs-Gesetz wurde die im NPPV-Projekt angelegte Versorgungsstruktur fast wortwörtlich übernommen. Wir sind damit an einer wichtigen Stelle zum Schrittmacher der Politik und zum Vorbild einer strukturierten Versorgung geworden.“

Famulaturförderung im Rheinland
Positiv fällt auch die erste Jahresbilanz des Strukturfonds aus. Seit Ende 2018 wurden rund 70 Förderanträge mit einem Finanzvolumen von über vier Millionen Euro von der KVNO unterstützt. Als neuestes Ins-

trument fördert die Kassenärztliche Vereinigung seit Oktober 2019 Famulaturen. Die Delegierten stimmten einem Antrag des Vorstands zu, die Obergrenze für die Mittel des Strukturfonds für 2020 auf 0,2 Prozent der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zu erhöhen.

Weiteres Thema waren die Auswirkungen der neuen Bedarfsplanung. Durch die Änderungen der Bedarfsplanungsrichtlinie werden voraussichtlich 142 neue Sitze im hausärztlichen und rund 210 im fachärztlichen Bereich entstehen. Bergmann: „Bei aller Freude über zusätzliche Sitze, für die wir zunächst einmal Mediziner finden müssen: Zusätzliche Ärzte müssen auch zusätzlich finanziert werden.“ Einstimmig fassen die Delegierten einen Beschluss, in dem sie eine Refinanzierung durch die gesetzlichen Krankenkassen fordern.

Das gilt auch für den Aus- und Umbau der Notfallversorgung im ambulanten Bereitschaftsdienst, etwa in Form von Portalpraxen und Ersteinschätzungsverfahren: Auch hier wurde ein Antrag auf Finanzierung neuer Strukturen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung einstimmig angenommen.

TI bleibt Reizthema

Dr. med. Carsten König, stellvertretender Vorsitzender der KV Nordrhein, berichtete über den Stand bei der Anbindung der Praxen an die Telematikinfrastruktur (TI). Im dritten Quartal 2019 waren rund 10.100 von etwa 12.700 Betriebsstätten an die TI angeschlossen, das waren knapp 81 Prozent. Mit Blick auf die Diskussionen über die Datensicherheit stellte KV-Vize König klar, dass Probleme der TI-Installation und des TI-Betriebs nicht bei den Ärzten abgeladen werden dürften. „Der Gesetzgeber hat die TI gewollt, gegen Schuldzuweisungen für angebliche Sicherheitsmängel verwehren wir uns.“ Angenommen wurde ein Antrag, in dem der Vorstand empfiehlt, TI-Anschlüsse überprüfen zu lassen.

Einstimmig fordert die VV die Krankenkassen in Nordrhein auf, keine Minimalregresse mehr im Bereich Arzneimittel und Sprechstundenbedarf anzustrengen. Außerdem forderten die Delegierten das Bundesministerium für Gesundheit per Resolution auf, Lieferengpässe vollständig zu erfassen und Maßnahmen zu deren Vermeidung einzuführen.

■ DR. HEIKO SCHMITZ

Alle Beschlüsse der VV finden Sie unter kvno.de | [KV | 200236](#)

Früherkennung Gebärmutterhalskrebs

Das geänderte Programm zur Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs ist zum 1. Januar 2020 gestartet. Die Antworten auf häufige Fragen hierzu haben wir für Sie zusammengestellt.

Woran sieht der „Überweisungsempfänger“ auf dem Muster 39, welche Leistungen von ihm erbracht werden sollen?

Der Gynäkologe trägt seine Untersuchungsergebnisse in Muster 39 ein. Wenn er die Zytologie ebenfalls durchführt, trägt er diese ebenso ein. Somit bleibt für den Empfänger von Muster 39 der HPV-Test offen. Das Ergebnis des HPV-Tests wird mittels Muster 39a an den Gynäkologen zurückgeschickt, der das Ergebnis bei seiner Befundung berücksichtigen muss.

Wird die Probe an einen Arzt weitergeleitet, der sowohl die Zytologie als auch den HPV-Test erbringen darf, füllt dieser die entsprechenden Felder aus und schickt das Muster 39 an den veranlassenden Gynäkologen zurück.

Überweist der Gynäkologe zu einem Zytologen, der keine Genehmigung für HPV hat, würde dieser das Zytologie-Ergebnis eintragen und zur Veranlassung des HPV-Tests Muster 39 mit dem Untersuchungsmaterial an einen Laborarzt oder Pathologen weiterleiten. Dieser muss dann das Ergebnis des HPV-Tests auf Muster 39 eintragen und an den Zytologen zurückschicken. Dieser muss das HPV-Testergebnis bei seiner Befundung berücksichtigen und schickt dann das Muster 39 an den Gynäkologen zurück.

Die Patientinnen haben einen jährlichen Anspruch auf eine Vorsorge nach GOP 01760 (klinische Untersuchung) oder 01761 (Primärscreening). Bleibt es bei der Regelung, dass hier nur das Kalenderjahr entscheidend ist?

Nein. Im EBM gibt es die Regelung, dass die 01760 oder 01761 nicht im gleichen Krank-

heitsfall abgerechnet werden können. Das bedeutet, dass eine Patientin immer im gleichen Quartal einen Anspruch auf die GOP 01760 oder 01761 hat.

Wir führen die zytologischen Untersuchungen durch, machen aber den HPV-Test nicht selbst. Können wir für den HPV-Test weiterüberweisen?

Ausschließlich für Zytologen gilt: Sofern die zytologische Untersuchung und der HPV-Test nicht in derselben Praxis durchgeführt werden können, kann der HPV-Test mittels Muster 10 mit der Kennzeichnung „präventiv“ als Weiterüberweisung veranlasst werden. Hierbei kann der Erstveranlasser angegeben werden. Die Abrechnung des HPV-Tests erfolgt dann auf Muster 10 (Scheinart 27).

Wann kann die GOP 01760 abgerechnet werden?

Patientinnen, die über 35 Jahre alt sind und sich für die Kombiuntersuchung entschieden haben, können trotzdem jährlich zur klinischen Untersuchung kommen – dann allerdings ohne den Anspruch auf einen Abstrich. Hier kommt die GOP 01760 zur Abrechnung. Wenn anspruchsberechtigte Patientinnen von 20 bis 34 Jahren sich für eine Untersuchung ohne Abstrich entscheiden, wird auch hier die GOP 01760 angesetzt. Die Dokumentation der GOP 01760 erfolgt nur in den Akten der Patientinnen und nicht nach Muster 39.

Gibt es eine Liste der Ärzte, die die Abklärungskolposkopie durchführen?

Ja, die Liste finden Sie auf kvno.de.

Mehr Fragen und Antworten auf dem aktuellsten Stand sowie Fallbeispiele finden Sie unter kvno.de | [KV|200237](http://kvno.de)

Multimedialer Medikationsplan und mehr

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) hat ihr Fortbildungsportal modernisiert und bietet nun auch multimediale Fortbildungen an. Den Auftakt bildet eine Weiterbildung zum bundeseinheitlichen Medikationsplan. Die Teilnahme ist kostenfrei und mit drei Fortbildungspunkten zertifiziert.



Der Zugang zum Fortbildungsangebot der KBV erfordert einen Anschluss des Praxiscomputers an das Sichere Netz der Kassenärztlichen Vereinigungen (etwa über die Telematikinfrastruktur). Hinweis: Aufgrund von Inkompatibilitäten des Internet Explorers empfiehlt die KBV, die Browser Mozilla Firefox oder Google Chrome für das Fortbildungsportal zu verwenden.

Mit dem Relaunch hat das Fortbildungsportal nicht nur ein neues Design, sondern auch zusätzliche Funktionen erhalten. Bilder und kurze Texte bieten den Ärzten einen schnellen Überblick über die angebotenen Online-Fortbildungen. Diese lassen sich als Favoriten markieren, um sie später schneller wiederzufinden. Zudem können Ärzte die Fortbildungen über den Button „Meine Meinung“ bewerten und Kommentare abgeben.

Neue, multimediale Inhalte

Eine weitere Neuerung ist, dass die Fortbildungsinhalte multimedial dargestellt werden können. So enthält die neue Fortbildung zum bundeseinheitlichen Medikationsplan erstmals auch Videos. Seit Oktober 2016 haben gesetzlich krankenversicherte Patienten, die regelmäßig mindestens drei Arzneimittel einnehmen oder anwenden, Anspruch auf einen Medikationsplan.

Die Weiterbildung informiert über Einführung und Entwicklung des Medikationsplans und erklärt die Struktur, das richtige Ausfüllen sowie die jeweiligen Zuständigkeiten von Haus- und Fachärzten beziehungsweise Apothekern. Entscheidend dabei ist, dass der Medikationsplan vollständig und aktuell ist, lautet eine der Kernbotschaften.

Die Online-Fortbildung dauert etwa 45 Minuten und richtet sich an niedergelassene Haus- und Fachärzte. Beantwortet der Arzt mindestens sieben der zehn Multiple-Choice-Fragen richtig, erhält er drei Fortbildungspunkte. Wenn er im Fortbildungsportal seine Einheitliche Fortbildungsnummer angegeben hat, werden die Punkte elektronisch an seine Ärztekammer übertragen und dem Fortbildungskonto gutgeschrieben.

Weitere Themen

Das Fortbildungsportal der KBV gibt es seit zehn Jahren. Gestartet mit regelmäßigen Fortbildungen zur Arzneimitteltherapie, werden mittlerweile Fortbildungen zu verschiedenen Themen angeboten, unter anderem zur Verordnung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder Vermeidung postoperativer Wundinfektionen.

Darüber hinaus sind für das laufende Jahr Weiterbildungen zum Disease-Management-Programm Herzinsuffizienz, zum Umgang mit Kindesmisshandlung sowie zu Schutzkonzepten in der vertragsärztlichen Praxis gegen sexuellen Missbrauch geplant. ■ MARSCHA EDMONDS

Mehr Infos zum Fortbildungsprogramm auf kvno.de | [KV | 200238](http://kvno.de)



IT-Sicherheit in der Praxis

19. Februar 2020 | 15 bis 17 Uhr

Bildungshotel Bfz-Essen | Karolingerstraße 93 | 45141 Essen

Digitalisierung und Vernetzung im Gesundheitswesen schreiten voran. Dieser Fortschritt modernisiert und erleichtert viele Verwaltungsprozesse, aber es sind auch Risiken damit verbunden. Unsere Experten bringen Sie auf den neuesten Stand, wie Sie die IT-Sicherheit in Ihrer Praxis gewährleisten und aufrechterhalten können.

Programmablauf

- | | |
|-----------|---|
| 15.00 Uhr | IT-Sicherheit in der Praxis
Claudia Pintaric Abteilungsleiterin IT-Kundendienste KV Nordrhein
Franz-Josef Eschweiler IT-Berater KV Nordrhein |
| 16.00 Uhr | Moderierte Fragerunde |
| 17.00 Uhr | Ende der Veranstaltung |

Anmeldung für die Vorträge unter www.kvno.de/termine



Engagiert für Gesundheit.
Kassennärztliche Vereinigung
Nordrhein

Zertifiziert mit 2 Punkten

KV Nordrhein veröffentlicht Qualitätsbericht



Der 16. Qualitätsbericht der KV Nordrhein zeigt, dass die Praxen im Rheinland ihre Patienten auf hohem Niveau versorgen. Dabei gibt es einige Neuerungen. Die betreffen zum Beispiel die sektorenübergreifende Qualitätssicherung, also Leistungen, die in Praxen und Krankenhäusern angeboten werden, sowie sektorenübergreifende Behandlungsabläufe. Derzeit findet die sektorübergreifende Qualitätssicherung für folgende Verfahren

statt: Koronarangiografie und perkutane Koronarintervention, postoperative Wundinfektion sowie Gallenblasenoperation. Als viertes Qualitätssicherungsverfahren wurde im Juni 2019 die Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen einschließlich Pank-

reastransplantation in die Richtlinie zur einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung aufgenommen.

Zudem umfasst der Qualitätsbericht einen Beitrag zum Zweitmeinungsverfahren bei planbaren Eingriffen und berichtet über den Vertrag zwischen der KV Nordrhein und der Barmer über ein telemedizinisches Expertenkonsil bei der Behandlung von Patienten mit bestimmten neurologischen und psychiatrischen Indikationen. Die KV Nordrhein hat dabei zusammengearbeitet mit dem Berufsverband Deutscher Nervenärzte, dem Berufsverband Deutscher Neurologen und dem Berufsverband Deutscher Psychiater. Auch die Qualitätszirkelarbeit in Nordrhein wird beleuchtet, zum Beispiel neue Themen der Zirkel. Dabei geht es unter anderem um die Themen sexuelle Gewalt in Praxen und Kunstfehler. ■ SIG

Landesausschuss beschließt freie Sitze

Aufgrund der für mehrere Arztgruppen gesenkten Verhältniszahlen gibt es in einigen Planungsbereichen zusätzliche Niederlassungsmöglichkeiten. Bei Redaktionsschluss lagen die Beschlüsse des Landesausschusses dem Landesgesundheitsministerium zur Nichtbeanstandung vor. Wenn das Ministerium keine Einwände hat, können die konkreten

Zahlen unter den amtlichen Bekanntmachungen auf der Homepage der KV Nordrhein veröffentlicht werden. Interessierte können sich dann auf die freien Sitze beim zuständigen Zulassungsausschuss bewerben, die Frist liegt bei sechs Wochen. Mit der Veröffentlichung wird im Laufe des Monats Februar 2020 gerechnet. ■ STE

Organspende: Weiterhin Zustimmung erforderlich

Der Bundestag hat den von Gesundheitsminister Jens Spahn (CDU) eingebrachten Gesetzentwurf für die Widerspruchslösung bei Organspenden am 16. Januar 2020 abgelehnt. Dieser hätte vorgesehen, dass jeder Bürger Organspender geworden wäre, wenn er dem nicht zuvor widersprochen hat. Der Bundestag beschloss einen Entwurf der Opposition, einer Abgeordnetengruppe um Grünen-Che-

fin Annalena Baerbock. Dieser beinhaltet, dass nun regelmäßig für das Thema sensibilisiert wird, zum Beispiel bei Behörden oder Ärzten. Hierfür votierten 432 Abgeordnete, 200 dagegen, 37 enthielten sich. Die Organspende in Deutschland ist damit weiterhin nur mit ausdrücklich erklärter Zustimmung erlaubt. Weitere Informationen folgen, sobald nähere Details hierzu vorliegen. ■ SIG

KV Nordrhein eröffnet neue Betriebskita

Die KV Nordrhein hat ihre erste Betriebs-Kita am KV-Hauptsitz in Düsseldorf-Golzheim eröffnet – zusammen mit der Trägerin der Einrichtung, der Kita|Concept GmbH. In der Kita mit dem Namen „KV Knirpse“ werden seit 2. Januar 2020 Kinder betreut. Es stehen dort 30 Plätze für Kinder im Alter von 0 bis 6 Jahren zur Verfügung, die bis zu 45 Stunden pro Woche versorgt werden. Zehn Plätze sind für unter Dreijährige, 20 für über Dreijährige vorgesehen.

Platz zum Toben, Spielen und Ausruhen bieten komplett neu geschaffene Innen- und Außenbereiche auf einer Fläche von rund 850 m². „Ich freue mich über unsere neue Kita. Sie ist ein wichtiger Baustein für uns als familienfreundlicher Arbeitgeber, um Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern das Vereinbaren von Familie und Beruf zu erleichtern. Die Kita ermöglicht, den Nachwuchs in direkter Nähe



Eröffneten die Kita (v. l. n. r.): KV-Vize Dr. med. Carsten König, Projektleiterin Chantal Zimmermann, Lilly Fleck von der Zukunftswerkstatt Düsseldorf, Bauleiter Markus Brombach, KV-Vorstandschef Dr. med. Frank Bergmann, Kita|Concept-Geschäftsführer David Brabender, Kita-Leiterin Jasmin Kupfer und stellvertretender Geschäftsführer Dr. Stephan Lohre.

des Arbeitsplatzes qualifiziert betreuen zu lassen“, sagt Dr. med. Frank Bergmann, Vorstandsvorsitzender der KV Nordrhein. ■ NAU

ACD: Einladung zu Netzwerktreffen

Das Innovationsfondsprojekt „Accountable Care in Deutschland“ (ACD) untersucht informelle Netze zwischen Arztpraxen in einer Region, die eine nennenswerte Anzahl von Patienten gemeinsam behandeln. Ein wichtiger Bestandteil des Projektes sind halbjährliche Treffen der Mitglieder eines Netzes, auf dem Aspekte der kollegialen Zusammenarbeit diskutiert werden. Herausforderungen wie un-

sinnige Überweisungen, Doppeluntersuchungen und Terminsuchen bei Kollegen können so gemeinsam bewältigt werden. Wenn Sie Mitglied eines ACD-Netzes sind, bekommen Sie in Kürze ein Einladungsschreiben für die vierte und letzte Runde der Netzwerktreffen. Für die Teilnahme erhalten Sie eine pauschale Aufwandsentschädigung und CME-Punkte bei der Ärztekammer Nordrhein. ■ POL

Qualitätszirkel suchen Mitglieder

Thema Balintgruppe,
die Arzt-Patienten-Beziehung
Kontakt Anja Holl
Ort Bonn
Telefon 0228 9762 7033
E-Mail praxis.anjaholl@t-online.de

Thema QZ „Ein schwieriger Fall“
(Balintgruppe für Psychosomatische Grundversorgung und Psychotherapie;
facharztübergreifend)
Kontakt Dr. Bodo Altröck
Ort Bonn
Telefon 0228 65 9627
E-Mail praxisdraltroeck@t-online.de

Kontakt/Anmeldung

Sabine Stromberg
Telefon 0211 5970 8149
Telefax 0211 5970 33 150
E-Mail qualitaetszirkel@kvno.de

Christiane Kamps
Telefon 0211 5970 8361
Telefax 0211 5970 33 150
E-Mail qualitaetszirkel@kvno.de



Engagiert für Gesundheit.
Kassenärztliche Vereinigung
Nordrhein

www.arzt-sein-in-nordrhein.de

Informieren – Netzwerken – die eigene Zukunft gestalten

Raus aus der Klinik – rein in die Praxis! Landpartie in Wiehl im Oberbergischen Kreis

Eine kostenlose Veranstaltung für angestellte Ärzte sowie Ärzte in Weiterbildung

- Erfolgreich in die eigene Praxis – damit aus dem Traum kein Trauma wird
- Von der ärztlichen Behandlung zum Euro
- Fördermaßnahmen in Nordrhein
- „Einsteiger trifft Abgeber“

Weitere Informationen zu dieser Veranstaltung und die Online-Anmeldung finden Sie unter www.kvno.de/landpartie



Arzt-sein-in-**Nordrhein**.de

ZERTIFIZIERUNG BEANTRAGT

Start-up in die Niederlassung

Am Anfang der Niederlassung kommt viel Neues auf Ärztinnen und Ärzte zu. Praxiseinsteiger können sich bei der eintägigen Fortbildungsveranstaltung „Start-up in die Niederlassung – Die Arztpraxis organisiert und sicher“ umfassend über wichtige Themen informieren. 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 Ausbilder und Arbeitgeber.

Termine 15. Februar 2020
Düsseldorf
4. April 2020
Köln
12. September 2020
Düsseldorf
21. November 2020
Köln
Orte Haus der Ärzteschaft
Bezirksstelle Köln
Kontakt KV Nordrhein
Britta Schnur
Anmeldung kvno.de/termine
Telefon 0211 5970 8305

90. Fortbildungskongress auf Norderney

Auf dem nächsten Fortbildungskongress im Mai auf Norderney können sich Niedergelassene wieder umfangreich fortbilden. In diesem Rahmen findet auch eine Zertifizierungswoche für Haus- und Fachärzte statt. Angeboten werden auf dem Kongress DMP-Veranstaltungen, fachliche Kurse sowie EDV-Seminare. Die Themen reichen von Echo-Kursen über Sonografie bis zur Sportmedizin.

Termin 2.–8. Mai 2020
Ort Norderney
Anmeldung/Nordrheinische
Kontakt Akademie
Tersteegenstraße 9
40474 Düsseldorf
Telefon 0211 4302 2802
E-Mail andrea.ebels@aekno.de
Mehr Infos akademienordrhein.info/norderney/
Gebühr kursabhängig

Nordrheinischer Praxisbörsentag in Düsseldorf

Der Nordrheinische Praxisbörsentag bietet Praxisabgebern und Praxissuchenden die Möglichkeit, persönlich miteinander in Kontakt zu treten oder Angebote und Gesuche zu veröffentlichen. Die Vorträge während des Praxisbörsentags greifen Themen wie Perspektiven der Niederlassung, den Ablauf der Praxisabgabe und -übernahme, Praxiswertermittlung, steuerliche Aspekte der Abgabe und Finanzierung einer Praxis auf. Die Besucher können sich zudem persönlich von Experten der KV Nordrhein beraten lassen.

Termin 9. Mai 2020
Ort Haus der Ärzteschaft
Tersteegenstraße 9
40474 Düsseldorf
Kontakt KV Nordrhein
Simone Greis
Telefon 0211 5970 8281
Anmeldung nicht erforderlich

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

Veranstaltungen für Ärzte und Psychotherapeuten

■ 15.02.2020	KV Nordrhein: Start-up in die Niederlassung, Düsseldorf
■ 19.02.2020	KV Nordrhein: IT-Sicherheit in der Praxis, Essen
■ 26.02.2020	KV Nordrhein: Anschaffung und Wechsel von Praxisverwaltungssystemen (PVS), Köln
■ 26.02.2020	KV Nordrhein: Grundlagenseminar EBM, Düsseldorf
27.–28.02.2020	Nordrheinische Akademie: Antibiotic Stewardship (ABS) Modul 1 – Grundkurs zum ABS-beauftragten Arzt, Düsseldorf
29.02.2020	Nordrheinische Akademie: Hygienebeauftragter Arzt – Refresher, Düsseldorf
■ 06.03.2020	KV Nordrhein: Anschaffung und Wechsel von Praxisverwaltungssystemen (PVS), Düsseldorf
06.03.2020	Nordrheinische Akademie: Hygienebeauftragter Arzt für den ambulant operierenden Bereich mit Online-Lernanteil, Düsseldorf
■ 07.03.2020	KV Nordrhein in Kooperation mit der Ärztekammer Nordrhein: Kardiale Notfälle – Rund ums Herz, Düsseldorf
■ 11.03.2020	KV Nordrhein: Praxisabgabeworkshop für Psychotherapeuten, Düsseldorf
13.–14.03.2020	Nordrheinische Akademie: Grundkurs Moderatoren, Düsseldorf
20.03.2020	Nordrheinische Akademie: Hygienebeauftragter Arzt für den ambulant operierenden Bereich mit Online-Lernanteil, Düsseldorf
21.03.2020	Nordrheinische Akademie: Aufbaukurs Moderatoren, Düsseldorf
■ 25.03.2020	KV Nordrhein: Datenschutz und IT-Sicherheit in der Praxis, Köln
25.03.2020	IQN: Aus Fehlern lernen Teil 81 – Dokumentations- und Aufklärungsversäumnisse, Düsseldorf

Veranstaltungen für Medizinische Fachangestellte

■ 15.02.2020	KV Nordrhein: Abrechnung Hausärzte, Düsseldorf
19.02.2020	Nordrheinische Akademie: Hygiene und Desinfektion in der Arztpraxis, Düsseldorf
■ 19.02.2020	KV Nordrhein: Workshop Sprechstundenbedarf (SSB), Düsseldorf
■ 28.02.2020	KV Nordrhein: Qualitätszirkel für MFA, Moderatorenausbildung, Düsseldorf
29.02.2020	Nordrheinische Akademie: Refresher Notfallmanagement gemäß Delegationsvereinbarung §7 (5) für EVA/NäPa, Köln
■ 04.03.2020	KV Nordrhein: Abrechnung Hausärzte, Köln
■ 07.03.2020	KV Nordrhein in Kooperation mit der Ärztekammer Nordrhein: Kardiale Notfälle – Rund ums Herz, Düsseldorf
■ 11.03.2020	KV Nordrhein: Workshop EBM Wiedereinsteiger (Teil 1), Köln
■ 11.03.2020	KV Nordrhein: Ambulante Operationen nach EBM, Düsseldorf
11.03.2020	Nordrheinische Akademie: Sachkenntnis zur Instandhaltung von Medizinprodukten in Arztpraxen gemäß §4 MBetreibV, Düsseldorf
■ 18.03.2020	KV Nordrhein: Workshop Sprechstundenbedarf (SSB), Köln
■ 18.03.2020	KV Nordrhein: Workshop EBM Wiedereinsteiger (Teil 2), Köln

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

Impressum

Herausgeber

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein

Redaktion

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

Redaktionsbeirat

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

Druck

Bonifatius, Paderborn

Satz

Heike Merzhäuser | grafik+design | Bonn

Anschrift der Redaktion

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

Ansprechpartner

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

Serviceteam Köln

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

Serviceteam Düsseldorf

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

Formularversand

GVP Gemeinnützige Werkstätten Bonn GmbH
diekonfektionierer
Pfaffenweg 27
53227 Bonn
Telefon 0228 9753 1900
Telefax 0228 9753 1905
formular.versand-kvno@gvp-bonn.de

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

Gesamtauflage dieser Ausgabe: 25.000

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

Vorschau „KVNO ■ aktuell“ 3+4 | 2020

■ EBM

Details der Reform

■ 11 6 11 7

Rund um die Uhr erreichbar

■ Krebsregister NRW:

Praxen müssen melden

■ Antibiotika:

Wettlauf gegen Resistenzen

**Die nächste Ausgabe von KVNO aktuell
erscheint am 26. März 2020.**

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

kvno.de



Engagiert für Gesundheit.
Kassenärztliche Vereinigung
Nordrhein