



Antigentests und die neue Teststrategie

Pandemie

Sonderregelungen erleichtern Praxisalltag

Antibiotika

Erfolgreiches Projekt gegen Resistenzen

Vereinbarung

Alle Ärzte dürfen impfen

Einleger

Kalender 2021 für die Praxis

Inhalt

Schwerpunkt

Lehren aus der Pandemie	2
Leitfaden zur Pandemieplanung	3
Testen in der Praxis	4
Sonderregelungen erleichtern Arbeit	8
Corona-Tests: Kita-Personal und Lehrer	10
Verteilung von Schutzmaterial	10

Aktuell

WV der KVNO: Klare Forderungen für künftige Pandemien	12
NPPV-Projekt gewinnt NRW-Gesundheitspreis	14
Spielend in die Niederlassung	16
Suche nach optimaler Versorgung im Alter	18

Praxisinfos

Ausweitung von Telekonsilien	20
Vakuumversiegelungstherapie von Wunden	21
Ersatzverfahren bei Kindern ohne eGK	21
Portokosten für Arztbriefe vorerst nicht begrenzt ...	22
Hautkrebsvorsorge U35 wird höher vergütet	22
Onkologie-Vereinbarung: Sonderregelung für Fortbildungen	22
BKK LV beendet Tonsillotomie-Vertrag	23
Kassen kündigen die Kataraktverträge zum 31. Dezember 2020	23
Neue ASV-Indikation: Chronisch entzündliche Darmerkrankungen	23
Verordnung von psychiatrischer häuslicher Krankenpflege	24
Telefonische AU-Bescheinigung wieder möglich	24

AU auch per Videosprechstunde möglich	24
Erste verschreibungsfähige Apps auf dem Markt ...	25

Verordnungsinfos

Alle Ärzte dürfen impfen – neue Impfvergütungen	26
Influenza: Satzungsimpfungen 2020/2021	27
SSB: Liste moderner Wundversorgungs-Produkte ...	27
Benzodiazepine langsam absetzen	28
Ab 2021: Heilmittel leichter verordnen	29

Hintergrundberichte

Resistenzen vermeiden – weniger ist mehr	30
»Patienten haben ausnahmslos positiv reagiert«	32

Berichte

Notfalldaten immer verfügbar	34
eHBA ist der Schlüssel zur digitalen Versorgung	36
Neue Unterlagen gut angekommen	38

Service

Schneller zum Ziel	40
Rund um Krebsfrüherkennungsprogramme	41

In Kürze

Grippe-Impfung: Infomaterial für Praxen	42
Serviceheft für Praxen zu PPI	42
Pauschalen für die TI-Anwendungen NFDM/eMP ...	42

Termine

Veranstaltungen für Ärzte und Psychotherapeuten ...	44
---	----

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

bei Redaktionsschluss dieser Ausgabe erreichten uns täglich neue Hiobsbotschaften von der Corona-Front: Schnell steigende Infektionszahlen, ein starker Anstieg der intensivmedizinisch zu behandelnden Erkrankten und im Zusammenhang damit die Diskussion um einen zeitlich begrenzten Lockdown. Wir hören von Gesundheitsämtern, die trotz externer Unterstützung Infektionsketten nicht mehr nachvollziehen können. Und zudem die Nachricht, dass sich selbst unser Bundesgesundheitsminister infiziert hat.

Mitten hinein in die unerfreuliche Pandemie-Krise erreichte uns dagegen die positive Mitteilung, dass unser vom Innovationsfonds gefördertes Projekt zur „Neurologisch-psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung“, kurz NPPV, den NRW-Gesundheitspreis 2020 erhalten hat. Eine Auszeichnung, die zeigt, dass eine Vernetzung der ärztlichen und psychotherapeutischen Akteure und der effiziente Einsatz ihrer Ressourcen ebenso wichtig ist wie das Reduzieren von Wartezeiten oder unnötigen stationären Einweisungen für Patientinnen und Patienten.

Der Preis mahnt auch, dass es in der ambulanten Versorgung noch andere Herausforderungen gibt als Corona, wobei das Virus ja tatsächlich nicht nur unserem Körper schwer schaden kann, sondern sehr häufig große Ängste und Unsicherheit auslöst. Womit wir bei den „Nebenwirkungen“ der Entscheidungen zur Eindämmung der Pandemie sind, über die immer kontroverser debattiert wird.

So manchem Beitrag in diesen Debatten fehlt es dabei an Bezug zu der Realität, mit der wir täglich in den Praxen konfrontiert werden. Wir haben es mit einer beispiellosen Pandemie zu tun, die alle Akteure in der ambulanten Versorgung schon heute an die Grenzen der Belastbarkeit führt – und darüber hinaus. Deshalb tun wir alles dafür, unsere ambulante Versorgung, deren Wert sich so eindrucksvoll gezeigt hat, mit Ihnen zusammen



aufrechtzuerhalten – durch so viel Information wie möglich, durch Infektionssprechstunden, durch Testzentren und durch weiteres Schutzmaterial, das wir wie im Frühjahr erneut in erheblichen Mengen beschaffen und etwa ab Ende November wieder an Niedergelassene im Rheinland verteilen werden.

Die Flut der Informationen und Regelungen aus der Politik, die uns täglich erreichen, ist immens – das ist auch für uns nicht selten „erschlagend“. Wir bemühen uns um eine möglichst pragmatische Aufbereitung für Sie in den Praxisinformationen.

Kommen Sie weiterhin gut durch diese bewegten Zeiten!

Mit herzlichen Grüßen

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

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

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

Dr. med. Frank Bergmann
Vorstandsvorsitzender



Klausurtagung der Vertreterversammlung

Lehren aus der Pandemie

Zu wenig Schutzausrüstung, hohe finanzielle Belastungen, ein kaum durchschaubares Regelungschaos – im Rückblick auf den bisherigen Umgang mit der Corona-Pandemie fällt vieles auf, was man künftig besser machen kann. Was dafür notwendig ist, erörterten die Delegierten der KVNO-Vertreterversammlung in einer Klausurtagung.

Beinahe auf den Tag genau sieben Monate, nachdem im Kreis Heinsberg die ersten Corona-Fälle gemeldet wurden, trafen sich die Delegierten der KVNO-Vertreterversammlung (VV) zu einer Klausurtagung – um Rückschau zu halten, aber auch um sich darüber auszutauschen, wie mit der Corona-Pandemie und ähnlichen Ereignissen in der Zukunft umzugehen sein wird. Überschrieben war das Treffen, das als Hybridveranstaltung im Haus der Ärzteschaft und gleichzeitig als Videokonferenz stattfand, mit dem Titel „Lehren aus der Pandemie“.

„Wir haben in den vergangenen Monaten die Ereignisse fortwährend kritisch reflektiert, haben Reaktionen und Entscheidungen von Politik und Gesundheitssystem analysiert und daraus Maßnahmen abgeleitet“, sagte Dr. med. Frank Bergmann, Vorstandsvorsitzender der KV Nordrhein, zu Beginn der Tagung. In die nachfolgende Diskussion flossen daher sowohl Erkenntnisse und Initiativen des KVNO-Vorstands und der Fachabteilungen der KV Nordrhein als auch Hinweise und Vorschläge ein, die zuvor in den Beratenden Fachausschüssen erarbeitet wurden. Delegierte und Vorstand belieben es aber nicht bei einem Zwischenfazit, sondern

formulierten auch deutliche Forderungen für einen zukünftigen Einsatz der Vertragsärzte und -psychotherapeuten.

Niedergelassene stärker einbeziehen

Ergebnis der Klausurtagung war ein gemeinsames Positionspapier von VV und KVNO-Vorstand, das in der anschließenden Sitzung der Vertreterversammlung (siehe auch Seite 12/13) einstimmig verabschiedet wurde. „Die Vertragsärzteschaft ist die bedeutendste medizinische, flächendeckend vorhandene Ressource, die nicht durch Anweisung und zentrale Steuerung zu erschließen ist, sondern durch eine intensive Einbindung in die Organisationsstrukturen des Katastrophenschutzes“, heißt es in dem Papier. Die Niedergelassenen müssten daher als Bollwerk für die klinische Versorgung künftig frühzeitig in politische Planungen einbezogen werden. Ihre Expertise in Sachen Versorgung sollte auch stärker bei der Erstellung und Aktualisierung von Pandemieplänen und von kommunalen Krisenstäben genutzt werden. „Wir können Gesundheit besser als alle anderen“, betonte VV-Vorsitzender Bernd Zimmer.

Sicherheit für Praxen

Eine zentrale Lehre aus der Pandemie ist aus Sicht der VV-Delegierten, dass Ärzte und Praxispersonal in Zukunft wesentlich besser abgesichert werden müssen. Nach den Erfahrungen im Frühjahr müssten Staat und Selbstverwaltung künftig die Bereitstellung und Finanzierung ausreichender Mengen an Schutzmaterial garantieren. Praxen müssten außerdem für die besonderen pandemiebedingten Aufgaben und Investitionen (zum Beispiel zur Praxisausstattung und für technische Infrastruktur) sowie die Mehrarbeit adäquat und zusätzlich honoriert werden. Gefordert werden in dem Positionspapier auch eine automatische Schutzschirmregelung im Falle einer epidemischen Lage sowie ein fairer Lastenausgleich für Praxen, die zum Beispiel mit der Schwerpunktversorgung von COVID-Erkrankten andere Praxen entlasten.

Weniger Bürokratie

Deutliche Kritik äußerten die Vertreter der nordrheinischen Niedergelassenen an der zunehmenden Bürokratisierung im Zusammenhang mit der Corona-Teststrategie. Sie forderten ein reduziertes Formularwesen. Ein einheitliches Muster z. B. für die Laborüberweisung sei wünschenswert. Ein-

fache, klare Regeln zum Testgeschehen steigerten außerdem die Chance auf Akzeptanz – auch bei den Bürgerinnen und Bürgern. Angesichts kostenloser Tests für Lehrer, Kita-Angestellte und Urlauber sei es an der Zeit, dass auch die Ärzte, Psychotherapeuten und das Praxisteam Anspruch auf regelmäßige kostenlose Tests erhalten. Schließlich ist dies die Berufsgruppe, die unter einem besonders hohen Risiko der Infektion arbeitet. Sonderregelungen, die sich in der Hochphase der Pandemie bewährt hätten, um Infizierte von Nichtinfizierten in der Praxis zu trennen, sollten wieder eingeführt werden: allen voran die Möglichkeit zur Beratung und Ausstellung der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung per Telefon.

Der Vorstand der KVNO kündigte in der Klausurtagung an, dass die bisherigen Lehren aus der Pandemie in einem „Pandemie-Handbuch“ aufbereitet werden, das allen KV-Mitgliedern zur Verfügung gestellt wird. Das Handbuch erscheint als Online-Ausgabe und wird regelmäßig an aktuelle Entwicklungen angepasst.

Den Wortlaut des gemeinsamen Positionspapiers von Vertreterversammlung und KVNO-Vorstand finden Sie auf [kvno.de](https://www.kvno.de).

KV|201103

■ THOMAS LILLIG

Leitfaden zur Pandemieplanung in Arztpraxen

Das Kompetenzzentrum Hygiene und Medizinprodukte (CoC) der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung hat eine Broschüre mit wichtigen Hinweisen zum Umgang mit dem Coronavirus in der Arztpraxis veröffentlicht. Die Autoren beschreiben geeignete Hygienemaßnahmen und eine strukturierte Pandemieplanung zum Schutz der Praxismitarbeiter und Patienten.

Die Broschüre enthält Checklisten unter anderem zu organisatorischen Maßnahmen zur zeitlichen und räumlichen Trennung von Patienten. Zudem gibt es Mustervorlagen

zur Information der Patienten sowie Hinweise zum Einsatz und zur Bedarfsermittlung von persönlicher Schutzausrüstung. Die Publikation „Pandemieplanung in der Arztpraxis. Eine Anleitung zum Umgang mit Corona“ steht allen Arztpraxen auf der Homepage des CoC kostenlos zum Download zur Verfügung. Alle Mustervorlagen können individuell an die eigene Praxis angepasst werden.

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

KV|201103

■ HEI

Auch Antigentests im Einsatz

Seit 15. Oktober 2020 ist die neue Coronavirus-Testverordnung der Bundesregierung in Kraft. Damit wächst die Anzahl der Anspruchsberechtigten für asymptomatische Testungen deutlich. Eine Neuerung: Auch das Personal in Arztpraxen kann getestet werden.

Wer kann getestet werden?

Die Verordnung unterscheidet im Wesentlichen drei Kategorien von Testungen:

- Testungen von Kontaktpersonen,
- Testungen von Personen nach Ausbrüchen und
- rein präventive Testungen.

Die Verordnung regelt die Testung von asymptomatischen Personen – und zwar für GKV- und für Nicht-GKV-Versicherte. Für Patienten mit Krankheitssymptomen ändert sich nichts: Der Arzt soll weiterhin bei COVID-19-typischer Symptomatik einen PCR-Test veranlassen und den Abstrich nach EBM abrechnen.

Folgende Personengruppen können nun zusätzlich getestet werden:

Kontaktpersonen

Kontaktpersonen sind unter anderem:

- Personen, die in den letzten zehn Tagen mindestens 15 Minuten engen Kontakt mit einem Infizierten hatten,
- Mitbewohner eines Infizierten,
- Personen, die in räumlicher Nähe zu Infizierten waren, zum Beispiel bei Feiern, gemeinsamem Sport in Innenräumen etc.

Vertragsärzte können selbst feststellen, wer die Kontaktpersonen ihrer eigenen COVID-19-Patienten sind, und diese ebenfalls testen. Alle anderen Kontaktpersonen sind weiterhin durch den ÖGD zu beauftragen.

Coronatests bei asymptomatischen Patienten

Die Übersicht zeigt die häufigsten Fälle, die in der Arztpraxis möglich sind.

Präventive Tests

Der Schwerpunkt liegt auf regelhaften Testungen in Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen: Es geht um Mitarbeitende, Patienten/Bewohner und Besucher beispielsweise in Pflegeheimen. Dabei sind grundsätzlich Antigentests einzusetzen.

Sollen Mitarbeiter, Patienten/Bewohner und Besucher in Krankenhäusern, Einrichtungen des ambulanten Operierens, Dialyseeinrichtungen und Pflegeheimen vorsorglich getestet werden, müssen die Testkonzepte mit dem Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) abgestimmt werden. Dabei kann ausschließlich der Antigen-Schnelltest verwendet werden, sofern der ÖGD nichts anderes bestimmt. Die Testkits müssen sich die Einrichtungen selbst beschaffen. Den Abstrich führen Ärzte durch oder geschultes Personal der Einrichtung.

Testung vor Aufnahme

Testungen sind auch möglich vor Aufnahme eines Patienten in ein Krankenhaus, eine Einrichtung des ambulanten Operierens, eine Dialyseeinrichtung oder ein Pflegeheim. Praxen können den Test durchführen und den Abstrich abrechnen. Voraussetzung ist, dass die getestete Person darlegt, dass die Testung durch den ÖGD oder die betreffende Einrichtung verlangt wurde. Vorgesehen sind in diesen Fällen PCR-Tests.

Fortsetzung auf Seite 7 ►

KURZÜBERSICHT: TESTS AUF SARS-CoV-2 IN DER ARZTPRAXIS

Krankenkasse		MAGS		BAS: Testverordnung BMG vom 15.10.2020		
Symptomatische Personen	Corona-Warn-App „erhöhtes Risiko“	Beschäftigte in Schulen und Kitas	Kontaktpersonen	Personen nach Auftreten von Infektionen in Einrichtungen und Unternehmen	Personal Arztpraxis	Einreisende aus ausländischen RKI-Risiko-gebieten
alle Personen (GKV und Nicht-GKV)						
nur GKV-Versicherte						
nach RKI-Kriterien	Meldung in der App	nach Vorlage eines Berechtigungsscheins vom Arbeitgeber vorerst vom 26.10. bis 22.12.2020	Feststellung Arzt, bei eigenem positiven Patienten oder Beauftragung durch ÖGD	Feststellung durch den Arzt (Nachweis über Ausbruch durch Einrichtung oder ÖGD)	Testung von eigenem Personal	Feststellung durch den Arzt bis 10 Tage nach Einreise
nach EBM: ■ mit Versicherten-, Grund-, Konsiliar- und/oder Notfallpauschale im Quartal: 02402 (8 Euro, ex.budg.) ■ ohne o. g. Pauschalen: 02402 (8 Euro, ex.budg.) + 02403 (7 Euro, nicht ex.budg.) ■ Kennziffer 32006 für Laborkosten (keine Belastung des Laborbudgets) ■ Kennziffer 88240 ■ zzgl. ggf. Hausbesuch	nach EBM: ■ mit Versicherten-, Grund-, Konsiliar- und/oder Notfallpauschale im Quartal: 02402A (8 Euro, ex.budg.) Hinweis: Auch ohne Abstrich nach Gespräch berechenbar. ■ ohne o. g. Pauschalen: 02402A (8 Euro, ex.budg.) + 02403 (7 Euro, nicht ex.budg.) ■ Kennziffer 32006 für Laborkosten (keine Belastung des Laborbudgets) ■ Kennziffer 88240 ■ zzgl. ggf. Hausbesuch	■ SNR 97050 (20 Euro) ■ Anspruch auf 3 Tests frei wählbar im o. g. Zeitraum ■ nach Einlesen eGK ändert KV im Nachgang den Kostenträger ■ bei Privatpatienten VKNR MAGS erfassen bei unklarem Versicherungsstatus standardmäßig „1“	■ SNR 97120K (15 Euro) ■ max. 1 Wiederholung nach Einzelfall	■ SNR 97120E (15 Euro) ■ max. 1 Wiederholung nach Einzelfall	■ bei eigenem Personal keine Abstrichleistung ■ bei PoC = Sachkosten (max. 7 Euro) Details folgen! ■ max. 1x/Woche	■ SNR 97120R (15 Euro) ■ max. 1 Wiederholung nach Einzelfall
GKV	GKV	MAGS NRW VKNR 38820/IK100038820	PCR	PCR	Bundesamt für soziale Sicherung (BAS) VKNR 38825/IK100038825	
J06.9G und U99.0G ggf. U07.1G oder U07.2G ggf. zusätzlich Z20.8 G (bei Kontaktperson)	Z20.8 G und U99.0; zusätzlich: ■ positives Ergebnis: U07.1G/Z22.8G ■ negatives Ergebnis: keine zusätzliche Kodierung		PCR	PCR	U99.0G und Z11G	
PCR- oder Antigen-Labor-Test	PCR	PCR	PCR	PCR	Antigen-Labor-Test/PoC*	PCR
Muster 10C: Auftrag GOP 32816 (PCR-Test) Muster 10: Auftrag GOP 32779 (Antigentest), sobald verfügbar und empfohlen	Muster 10C ■ Auftrag GOP 32811 (PCR-Test)	Muster 10C ■ oben rechts Zusatz „MAGS“ erfassen ■ Auftrag 97052 (PCR)	Muster OEKD ■ S 2 RVO (PCR)	Muster OEKD ■ S 3 RVO (PCR)	Muster OEKD nur bei Antigen-Labortest ■ S 4 Abs. 1 Nr. 2 RVO (bis neues Muster OEKD vorliegt, manuell erfassen)	Muster OEKD ■ S 4 Abs. 3 (PCR)
Einverständnis ankreuzen und Telefonnummer des Patienten eintragen						

KURZÜBERSICHT: TESTS AUF SARS-CoV-2 IN DER ARZTPRAXIS

Kostenträger

BAS: Testverordnung BMG vom 15.10.2020

nach Beauftragung durch den ÖGD oder Einrichtung

Anspruch	Rückkehrer/Aufenthalt innerdeutsche Gebiete – Neuinfizierte > 50 je 100.000 EW (RKI)		präventive Tests in anderen gesundheitlichen Einrichtungen oder Unternehmen vor ambulanter Operation, Dialyse, Aufnahme****		Patienten/Bewohner/ Betreute/Besucher****		Personal****		Ärztliche Schulung (Anwendung von patienten-nahen PoC-Tests)	
	alle Personen (GKV und Nicht-GKV)									
Abrechnung	<ul style="list-style-type: none"> nur nach Beauftragung durch ÖGD (Einzelauftrag oder AV der Kommune) nach Beauftragung durch ÖGD letzte 10 Tage 	<ul style="list-style-type: none"> nach Info/Nachweis der Einrichtung/ Leistungserbringer beispielsweise vor ambulanter Operation, Dialyse, Aufnahme Pflege, Betreuung 	<ul style="list-style-type: none"> Beauftragung durch Einrichtung oder ÖGD während Behandlung, Pflege, Betreuung oder vor Besuch 	<ul style="list-style-type: none"> Beauftragung durch Einrichtung oder ÖGD tätiges Personal oder vor Aufnahme der Tätigkeit 	<ul style="list-style-type: none"> Personal in nichtärztlich geführten Einrichtungen 	<ul style="list-style-type: none"> SNR 97120H (15 Euro) max. 1 Wiederholung nach Einzelfall 	<ul style="list-style-type: none"> SNR 97120P (15 Euro) max. 1 Wiederholung nach Einzelfall 	<ul style="list-style-type: none"> im Fall eines ärztlichen Abstriches: 97120P (15 Euro) Sachkosten PoC* (max. 7 Euro) Details folgen! max. 1x/Woche 	<ul style="list-style-type: none"> SNR 97124 weitere Details zur Abrechnung werden noch bekannt gegeben 	
	<ul style="list-style-type: none"> nach Einlesen eGK ändert KV im Nachgang den Kostenträger bei Privatpatienten VKNR BAS erfassen 	<ul style="list-style-type: none"> grundsätzlicher Kostenträger BAS (VKNR 38825) ausgenommen Pflegeeinrichtungen (hier Abrechnung mit Pflegeversicherung) 	<ul style="list-style-type: none"> grundsätzlicher Kostenträger BAS (VKNR 38825) 	<ul style="list-style-type: none"> grundsätzlicher Kostenträger BAS (VKNR 38825) 		<ul style="list-style-type: none"> Bundesamt für soziale Sicherung (BAS) VKNR 38825/IK100038825 				
Kodierung	U99.0G und Z11G									<ul style="list-style-type: none"> 70 Euro je Einrichtung
Testverfahren**	PCR	PCR	PoC*	Antigen-Labortest oder PoC* (PCR nur auf Veranlassung durch ÖGD)						
Laborauftrag (ausgenommen PoC)	Muster OEGD	Muster OEGD	nicht erforderlich – nur PoC	Muster OEGD nur bei Antigen-Labortest oder PCR						
	<ul style="list-style-type: none"> § 4 Abs. 4 RVO (PCR) 	<ul style="list-style-type: none"> § 4 Abs. 1 Nr. 1 RVO (PCR) 		<ul style="list-style-type: none"> § 4 Abs. 1 Nr. 2 RVO (bis neues Muster OEGD vorliegt, manuell erfassen) 	Einverständnis ankreuzen und Telefonnummer des Patienten eintragen					

* PoC = Point of Care. Bei einem positiven PoC-Ergebnis ist der ÖGD hierüber zu informieren. Der daraufhin notwendige PCR-Test ist kurativ abzurechnen.

** Grundlage für das gewählte Verfahren sollte die nationale Teststrategie SARS-CoV-2 des BMG sein.

*** Testungen vor stationären Operationen erfolgen durch die Krankenhäuser

**** Zu medizinischen Einrichtungen zählen zum Beispiel Einrichtungen für ambulantes Operieren, Vorsorge-/Rehaeinrichtungen, Dialyseeinrichtungen, ambulante Pflegedienste, Zahnarztpraxen, sonstige humanmedizinische Heilberufe, ambulante Dienste oder die Wiedererbringungshilfe.

Personal in Arztpraxen

Das Personal in Arztpraxen kann ebenfalls regelmäßig präventiv getestet werden. Hier besteht die Besonderheit, dass sowohl Antigen-Labortests als auch Antigen-Schnelltests möglich sind. Eine Abstimmung mit dem ÖGD ist nicht nötig. Für das Abstreichen bei eigenem Personal gibt es keine separate Vergütung; für die Sachkosten erhalten Praxen einen Zuschuss von maximal sieben Euro.

Nach Ausbruch in Einrichtungen

Es geht um Testungen von Personen, die in Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen tätig oder untergebracht sind, betreut oder gepflegt werden. Dazu zählen beispielsweise Pflegeheime, Krankenhäuser und Arztpraxen.

Diese Personen können in der Arztpraxis getestet werden, wenn sie gegenüber dem Arzt darlegen, dass die Einrichtung oder der ÖGD in der Einrichtung einen Ausbruch festgestellt hat; eine Beauftragung durch den ÖGD ist nicht nötig. Für Personen, die dort behandelt, untergebracht, gepflegt oder betreut wurden, gilt dies sogar für zehn Tage im Nachhinein – auch wenn sie die Einrichtung bereits verlassen haben.

Personen aus einem Gebiet mit einer 7-Tage-Inzidenz von mehr als 50

Die Tests sind aber nur dann vorgesehen, wenn das zuständige Gesundheitsamt die Testungen für diese Region veranlasst hat.

Reiserückkehrer

Bei Reiserückkehrern aus dem Ausland ist nach der Verordnung keine Veranlassung durch den ÖGD nötig.

Wer kann die Tests durchführen?

- Gesundheitsämter
- von den Gesundheitsämtern beauftragte Dritte
- Vertragsärzte und Testzentren

Es bleibt dabei: Praxen können also Testungen von asymptomatischen Personen unter den beschriebenen Voraussetzungen durchführen, sind aber nicht zum Testen verpflichtet.

Symbolnummern

Die neue Testverordnung deckt alle Test-Szenarien ab, die bisher im Rahmenvertrag ÖGD geregelt waren. Ab sofort sollen Praxen nur noch die neuen Symbolnummern (SNR) verwenden (siehe Kurzübersicht zum Heraustrennen auf den Seiten 5/6). Schon eingegebene alte SNR 97080ff müssen aber nicht nachträglich korrigiert werden – das übernimmt das Abrechnungssystem automatisch.

Formulare

Die Beauftragung der labordiagnostischen Leistungen bei asymptomatischen Patienten erfolgt üblicherweise über das Muster OEGD. Ab 12. November soll es ein neues Formular geben, das dann bei der KV Nordrhein im Formularversand erhältlich ist. Bis dahin gilt das alte Formular OEGD. Werden Antigen-Schnelltests durchgeführt, ist kein Auftrag nach Formular OEGD erforderlich, da das Abstrichmaterial in der Praxis untersucht wird.

Antigentests

Die Antigentests sollen bei rein präventiven Testungen von Mitarbeitenden, Betreuten/Patienten und Besuchern in Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen eingesetzt werden. Es dürfen nur Antigen-Testverfahren eingesetzt werden, die im Internet-Angebot des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) aufgeführt sind: www.bfarm.de/antigentests

Die Point-of-Care-Tests (PoC-Tests) für eigenes Personal müssen die Praxen selbst beschaffen. Sie können über den medizinischen Fachhandel oder die Apotheke bzw. den pharmazeutischen Großhandel bezogen werden; die Tests sind nicht über den Sprechstundenbedarf zu beziehen. Eine Info zur Abrechnung der Sachkosten folgt in Kürze. Positive Antigentests sollen durch einen PCR-Test bestätigt werden. Aber schon das positive Ergebnis eines Antigentests ist meldepflichtig.

Mehr Infos unter www.coronavirus.nrw

■ FRANK NAUNDORF

Sonderregelungen erleichtern Arbeit

Mit Beginn der kalten Jahreszeiten steigt nicht nur die Zahl der Grippe- und Erkältungskranken – auch die COVID-19-Fälle werden weiter wachsen. Um Vertragsärzte und -psychotherapeuten in der Corona-Krise zu entlasten und eine zusätzliche Ausbreitung von COVID-19 über die Wartezimmer der Praxen zu verhindern, gelten weiterhin einige Sonderregelungen – die wichtigsten im Überblick.

gilt
unbefristet

- ▶ **Extrabudgetäre Vergütung für alle COVID-19-Leistungen**
Alle COVID-19-Leistungen werden unbefristet extrabudgetär vergütet.
- ▶ **Entlassmanagement: Verordnungen für bis zu 14 Tage**
Im Entlassmanagement dürfen Krankenhäuser zum Beispiel zum Übergang in die ambulante Versorgung für bis zu 14 Tage Leistungen veranlassen beziehungsweise Bescheinigungen ausstellen.
- ▶ **Krankentransporte zur ambulanten Behandlung**
Krankentransporte zur ambulanten Behandlung bedürfen keiner Genehmigung der Krankenkasse.
Voraussetzungen: zwingend nötige Behandlungen von an COVID-19 Erkrankten oder von Versicherten, die aufgrund einer behördlichen Anordnung unter Quarantäne stehen.
- ▶ **U-Untersuchungszeiträume ab U6 ausgesetzt**
Ärzte können Kinder-Früherkennungsuntersuchungen (U6 bis U9) durchführen und abrechnen, wenn die vorgegebenen Untersuchungszeiträume und Toleranzzeiten überschritten sind.

gilt bis
31. Dez.
2020

- ▶ **Telefonische AU-Bescheinigung**
Patienten, die an leichten Atemwegserkrankungen leiden, können telefonisch bis zu sieben Kalendertage krankgeschrieben werden. Eine einmalige Verlängerung der Krankschreibung kann telefonisch für weitere sieben Kalendertage erfolgen.
- ▶ **Mehr Zeit für Refresher-Kurse von NÄPA**
Nichtärztliche Praxisassistenten (NÄPA) haben bis Ende 2020 Zeit, die sogenannte Refresher-Fortbildung zu absolvieren. Die Nachweisfrist wird um sechs Monate verlängert, sofern die Drei-Jahres-Frist im Zeitraum vom 1. Juli bis zum 31. Dezember 2020 endet.
- ▶ **Verordnung von Heilmitteln**
Die Heilmitteltherapie muss erst innerhalb von 28 Tagen beginnen, regulär sind es 14 Tage.
- ▶ **Videosprechstunde unbegrenzt möglich**
Ärzte und Psychotherapeuten können unbegrenzt Videosprechstunden anbieten, bei allen Indikationen und auch bei neuen Patienten. Fallzahl und Leistungsmenge sind nicht begrenzt.

- ▶ **Sozialpsychiatrie: Funktionelle Entwicklungstherapie per Video**
Zur Erleichterung der sozialpsychiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen während der Corona-Krise kann die funktionelle Entwicklungstherapie auch per Video erfolgen.
 - ▶ **Videosprechstunde: Sonderregelung für Psychotherapeuten**
Psychotherapeuten dürfen neben Einzeltherapiesitzungen auch Psychotherapeutische Sprechstunden und probatorische Sitzungen (auch neuropsychologische Therapie) per Video durchführen.
 - ▶ **Psychotherapie: Umwandlung von Gruppen- in Einzeltherapie**
Genehmigte Leistungen einer Gruppenpsychotherapie können übergangsweise formlos in Einzelpsychotherapie umgewandelt werden.
 - ▶ **Kontrolluntersuchungen und Schulungen von DMP-Patienten**
Die vorgeschriebenen quartalsbezogenen Kontrolluntersuchungen in den Disease-Management-Programmen (DMP) dürfen ausfallen, wenn es die koordinierenden Ärzte für medizinisch vertretbar halten.
 - ▶ **Nachweisfrist der Fortbildungsverpflichtung verlängert**
Ärzte und Psychotherapeuten haben ein weiteres Quartal bis zum Jahresende 2020 Zeit, die nötigen CME-Punkte nachzuweisen. Die erforderliche Punktzahl wurde jedoch zum 1. Oktober wieder auf die ursprünglichen 250 (anstelle von 200) angehoben.
 - ▶ **Onkologie-Vereinbarung: Fortbildungen reduziert**
An der Onkologie-Vereinbarung teilnehmende Ärzte müssen für das Jahr 2020 weniger Fortbildungen nachweisen: 30 anstatt 50 CME-Punkte. Außerdem reicht die Teilnahme an einer Pharmakotherapieberatung (anstelle von zwei). Die Online-Beratung einer Krankenkasse wird nicht mehr als Nachweis anerkannt. Auch für die sogenannte Nordrheinische Regelung wurde analog dazu eine Sonderregelung übernommen.
 - ▶ **Angehende NÄPA dürfen auf Hausbesuch**
Angehende nichtärztliche Praxisassistenten (NÄPA) dürfen auch dann schon auf Haus- und Pflegeheimbesuch gehen, wenn die NÄPA-Fortbildung noch läuft. Der voraussichtliche Abschluss muss bis zum 31. Dezember 2020 erfolgen.
-
- ▶ **Notfallplan sichert Dialyse-Versorgung**
Einrichtungen können flexibel auf bestimmte Notsituationen reagieren und beispielsweise unkompliziert Patienten anderer Praxen übernehmen. Außerdem wurden die Zuschlagsziffern für Infektionsdialysen an die Coronavirus-Situation angepasst.
 - ▶ **Corona-Warn-App: Neue EBM-Leistungen**
Zum Start der Corona-Warn-App wurden neue Leistungen in den EBM aufgenommen, um den Abstrich und die Laboruntersuchung infolge eines Warnhinweises der App zu vergüten.
 - ▶ **Austausch bei Arzneimittelabgabe**
Apotheker haben laut SARS-CoV-2-Arzneimittelversorgungsverordnung mehr Möglichkeiten zum Austausch von Arzneimitteln.

gilt bis
31. März
2021

Ausführliche Informationen und alle Sonderregelungen im Überblick finden Sie unter [kvno.de](https://www.kvno.de) **KV | 201109**

■ JANA MEYER

Corona-Tests: Abrechnung bei Kita-Personal und Lehrern

Die Abrechnung der Testfälle für Kita-Personal und Lehrer erfolgt im Rahmen der Quartalsabrechnung. Die Abrechnung zulasten des Kostenträgers MAGS ist auch ohne Einlesen der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) möglich, wenn Name, Vorname, Geburtsdatum, Ort und Postleitzahl des Patienten eingetragen sind.

Die Praxissoftware benötigt für die Abrechnung auch den Versichertenstatus. Falls keine eGK eingelesen wurde, ist hier bei Testungen für Personal von Kitas und Schulen standardmäßig die „1“ anzugeben. Labore, denen diese Daten fehlen, ergänzen ebenfalls für die Abrechnung den Versichertenstatus mit der „1“.

■ MAF

Weitere Verteilungen von Schutzmaterial in Planung

Große Verteilaktion von Schutzmaterial in Düsseldorf – Zahlreiche Ärztinnen und Ärzte nahmen das Angebot von KVNO und GMG an.

In den vergangenen Monaten hatten KVNO und GMG in großen Verteilaktionen Schutzmaterialien an die nordrheinischen Praxen abgegeben – die letzte Aktion lief Ende September in Bonn. Nach einer kurzen Pause sind für Ende November/Anfang Dezember erneut Ausgaben von Schutzmaterial vor-

gesehen, entsprechende Bestellungen sind in Vorbereitung. Die KVNO plant den Einkauf von Material bis ins kommende Jahr. Ergänzend dazu sollten Praxen weiterhin in Eigenregie für sie notwendiges Schutzmaterial über entsprechende Bezugswege ordern, die Verfügbarkeit hat sich seit dem Frühjahr allgemein verbessert. Sobald die neuen Ausgabetermine im Rheinland konkret feststehen und die KVNO über ausreichend Material verfügt, werden wir Sie in unseren Praxisinformationen informieren.

Wichtig: Sollten Sie bereits über Rechnungen für selbst angeschafftes Schutzmaterial verfügen, reichen Sie diese zum jetzigen Zeitpunkt bitte noch nicht bei der KVNO ein, sondern sammeln diese bitte zunächst noch bei sich. Zur Frage der Kostenerstattung laufen derzeit die Verhandlungen mit den Kostenträgern. Wir informieren Sie, sobald die entsprechenden Modalitäten geklärt sind.

■ CSS



Grippeimpfstoff – auch Einzeldosen verordnungsfähig

Wenn 10er oder 20er Packungen nicht verfügbar sind, können auch einzelne Dosen Grippeimpfstoff als Sprechstundenbedarf (SSB) abgegeben werden. Praxen können den Impfstoff entweder als „Grippeimpfstoff 2020/2021 mit/ohne Kanüle“ oder einen Handelsnamen verordnen. Wegen der hohen Nachfrage sollen Personen, die unter die Kriterien für die

Standard- und Indikationsimpfung gemäß Schutzimpfungs-Richtlinie fallen, bevorzugt geimpft werden. Dies sind besonders Personen über 60 Jahre (Standardimpfung) und Personen mit erhöhter gesundheitlicher Gefährdung infolge eines Grundleidens sowie Schwangere ab dem zweiten Trimenon und Personen, die aus beruflichen Gründen geimpft werden.

■ NAU

Mehr Infos unter
[kvno.de](https://www.kvno.de)
KV|201010

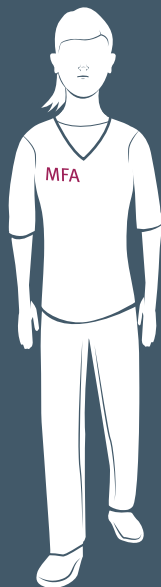


Über 100.000 Praxen schaffen eine flächendeckende Versorgung.

Damit jeder in seiner Nähe einen Arzt oder Psychotherapeuten erreichen kann.

Unsere Praxen betreuen 3,9 Mio. Patienten pro Tag.

Zögern Sie nicht, bei allen Gesundheitsfragen Ihren Arzt oder Psychotherapeuten anzusprechen.



400.000 Medizinische Fachangestellte sind täglich im Einsatz.

Als erste Kontaktperson kümmern sie sich jeden Tag aufopferungsvoll um Patienten.

Wir sind für Sie da.

Die neue Normalität stellt uns alle vor Herausforderungen. Doch mit einer Vielzahl von niedergelassenen Ärzten, Psychotherapeuten und Medizinischen Fachangestellten sind wir gut aufgestellt, um für jeden die bestmögliche gesundheitliche Versorgung zu garantieren.

#IhreAbwehrkräfte

KBV

KASSENÄRZTLICHE
BUNDESVEREINIGUNG

Klare Forderungen für künftige Pandemien

Bei ihrer ersten „Hybridvertreterversammlung“ (VV) der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Nordrhein am 25. September, bei der sowohl Delegierte vor Ort als auch per Videokonferenz zugeschaltet waren, standen die Lehren aus der Corona-Pandemie im Mittelpunkt der Debatte. Weitere wichtige Themen waren die Honorarentwicklung und die Inanspruchnahme des „Schutzschirms“.

Bevor sich die Delegierten der Vertreterversammlung der eigentlichen Sitzungsagenda zuwandten, blickten sie im Rahmen einer zweistündigen Klausurtagung zurück auf den Verlauf der bisherigen Corona-Pandemie. „Es geht um unsere Erfahrungen aus den vergangenen sieben Monaten, die sehr schwierig waren, in denen wir aber auch viel gelernt haben“, sagte Dr. med. Frank Bergmann, Vorstandsvorsitzender der KV Nordrhein, zu Beginn der Tagung. „Wir wollen in Zukunft besser auf vergleichbare Situationen vorbereitet sein.“ Der Anstoß zum Austausch über die Erfahrungen mit der Pandemie kam bei der vergangenen VV: „Dieser Rückenwind kam uns gerade recht“, sagte Bergmann.

Wesentliche Ergebnisse der Tagung wurden in der anschließenden VV formal bestätigt. So verständigten sich Vorstand und Delegierte darauf, eine „Task Force“ aus Teilnehmern des KVNO-Krisenstabs und den Vorsitzenden der Beratenden Fachausschüsse einzurichten. Ein weiteres Ergebnis war die Verabschiedung eines Positionspapiers mit zentralen Forderungen, insbesondere an Politik und Gesundheitsbehörden (siehe Seite 3).

Für den weiteren Verlauf der Pandemie hielten die Delegierten fest: Erste Anlaufstelle für Patienten bleiben die Praxen. Die Vertragsärzteschaft sei in der Lage, eine getrennte Versorgung von Infizierten bzw. Verdachtsfällen und nicht infizierten Patienten zu organisieren – mit an die Infektionslage und an lokale Strukturen angepassten Maßnahmen. Zu denen könnten im letzten Schritt nach Infektions-

sprechstunden, der Aufrüstung von Testzentren und Hausbesuchsdiensten auch Behandlungszentren gehören.

Kritik an Honorarvereinbarung 2021

Deutlich positionierte sich die KVNO-VV zur Entscheidung des Erweiterten Bewertungsausschusses, den Orientierungswert ab dem 1. Januar 2021 nur um 1,25 Prozent anzupassen. Vorstand und VV votierten einstimmig für eine Resolution, in der die Anpassung kritisiert wird. „Dieses Ergebnis ist nicht angemessen und kann vor dem Hintergrund der Leistungen der Vertragsärztinnen und -ärzte sowie der Vertragspsychotherapeutinnen und -therapeuten, insbesondere während der Pandemie, nur als Affront gewertet werden“, heißt es darin.

Der Schiedsspruch des Erweiterten Bewertungsausschusses trage weder den gestiegenen Aufwendungen in den Praxen Rechnung noch erkenne er die Versorgungsleistung und die Doppelbeanspruchung der Vertragsärzte und -psychotherapeuten an. Anders als bei anderen Akteuren im Gesundheitswesen – insbesondere Kliniken und Öffentlichem Gesundheitsdienst – blieben Kosten für die hohen Hygieneanforderungen und die Digitalisierung unberücksichtigt.

Gegenstand der Resolution sind auch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Praxen: Auch ihre Leistungen müssten analog dem Corona-Sonderbonus in der Altenpflege mit einem angemessenen finanziellen Bonus gewürdigt werden.

Versorgung war gesichert

Dies sei umso unverständlicher, da die Niedergelassenen in jedem Fall weiterhin eine wichtige Rolle spielen werden bei der Bewältigung der Pandemie. Dass die ambulante Versorgung in den vergangenen Monaten jederzeit gesichert war und es keine nennenswerte Zahl an geschlossenen Praxen gab, belegen die Zahlen der Inanspruchnahme des Schutzschirms und der Honorarentwicklung.

Bereits im ersten Quartal haben sich über 3.000 Praxen an der Versorgung von Corona-Patienten beteiligt und dabei über 100.000 Personen mit Infektionsverdacht oder nachgewiesener Infektion versorgt. Die KV Nordrhein leistete an Praxen Ausgleichszahlungen in Höhe von 17,85 Millionen Euro; 3.015 Praxen (3.841 Ärztinnen und Ärzte) haben Geld erhalten. „Der Durchschnitt pro Praxis lag bei knapp

6.000 Euro – das ist weniger als wir erwartet haben. Tatsächlich gab es im ersten Quartal nur einen Rückgang von zwei Prozent bei den Behandlungsfällen“, sagte Bergmann. „Gleichwohl war es wichtig, den Schutzschirm zu haben, um Praxen zu erhalten.“

Im zweiten Quartal lagen die Gesamtausgaben beim Honorar ohne Schutzschirmzahlungen um etwa ein Prozent über dem Vorjahresquartal. Das liegt vor allem daran, dass der starke Rückgang bei den Fallzahlen von knapp elf Prozent höhere Fallwerte erzeugt – ein einmaliger Effekt. Die erwartete Schutzschirmzahlung im zweiten Quartal bewegt sich zwischen 30 und 40 Millionen Euro. Explosionsartig entwickelt hat sich in Nordrhein die Zahl der Videosprechstunden: Im zweiten Quartal gab es 161.480 Arzt-Patienten-Kontakte – im gleichen Quartal des Vorjahres waren es 38.

■ DR. HEIKO SCHMITZ



Die KVNO-Vertreterversammlung fand erstmals als „Hybridveranstaltung“ statt. KVNO-Vorstand Dr. Frank Bergmann begrüßte die Delegierten nicht nur im Haus der Ärzteschaft, sondern auch dezentral per Videokonferenz.

NPPV-Projekt gewinnt Gesundheitspreis

Das Versorgungsmodell „Neurologisch-psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung (NPPV)“, das von der KV Nordrhein und der IVP Networks GmbH entwickelt wurde und zusammen mit der AOK Rheinland/Hamburg sowie weiteren Krankenkassen und Kooperationspartnern umgesetzt wird, erhält den Gesundheitspreis 2020 des Landes Nordrhein-Westfalen.

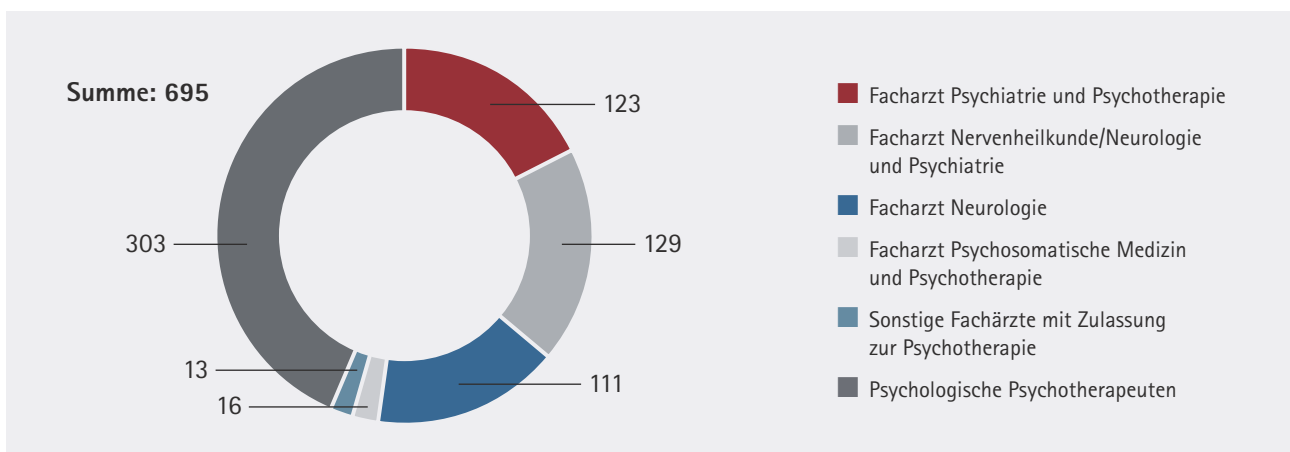
Das vom Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses geförderte Projekt wird insbesondere für seinen alltagsnahen Ansatz ausgezeichnet, Patienten im Rheinland mit schweren neurologischen und psychischen Erkrankungen (Depressionen, Psychosen, komplexen Traumafolgestörungen, Demenz, Multiple Sklerose, Morbus Parkinson und Schlaganfall) schnell und strukturiert Hilfe von Ärzten und Psychotherapeuten zu vermitteln. NPPV ist eine Antwort auf die wachsende Zahl von Patienten mit neurologisch-psychiatrischen Erkrankungen und psychotherapeutischem Behandlungsbedarf. Inzwischen wurden rund 12.000 Patienten im Rahmen des Behandlungsprogramms versorgt, der überwiegende Teil davon Versicherte der AOK Rheinland/Hamburg.

Für Dr. med. Frank Bergmann, Vorstandsvorsitzender der KV Nordrhein, ist die Auszeichnung vor allem eine Bestätigung des zentralen Netzwerk-Gedankens von NPPV. „Durch die vielen Beteiligten und ihre Vernetzung, durch intensiven Austausch und

Kooperation können wir komplexe Versorgung effizienter organisieren. Das hilft vor allem den Patienten, denn wir können Wartezeiten verkürzen, vorzeitige Therapieabbrüche verhindern und eine höhere Lebensqualität schaffen. Zugleich entlasten wir die Behandler, indem wir auch ihnen Unterstützung bieten und ihre ärztlichen und therapeutischen Ressourcen schonen.“

Vernetzung als zentrales Element

Die spezifischen Angebote der einzelnen Netzwerkpartner werden regelmäßig gemeinsam in Qualitätszirkeln vorgestellt und diskutiert. So entstehen vertrauensvolle Zusammenarbeit, Transparenz und Verbindlichkeit durch Umsetzung der Behandlungspfade in IT-gestützte Prozesse. In die Netzwerke werden gezielt auch weitere wichtige Institutionen durch Netzwerkmanager einbezogen. Insbesondere Kliniken, Akteure der Selbsthilfe, aber auch andere lokale Projekte und Anbieter, zum Beispiel Ergothe-



Neurologisch-psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung (NPPV) in Zahlen



rapie, Pflege oder Integrationsfachdienste, haben sich bereits auf regionaler Ebene mit dem Projekt vernetzt. Die Informationen über die Angebote laufen in der zentralen Koordinationsstelle zusammen und werden so allen Patienten im Bedarfsfall zugänglich gemacht.

Zu den Kernelementen von NPPV zählt die Lotsenfunktion eines speziellen Bezugsarztes oder -therapeuten, der die Versorgung des Patienten individuell koordiniert und aus einer Palette von therapeutischen Angeboten die jeweils am besten geeigneten auswählt. Das Risiko, dass sich der Zustand der Patienten verschlechtert, wird reduziert, da sie zielgerichtet Unterstützung erhalten. Dabei hilft das NPPV-Netzwerk im Rheinland.

Besonders erwähnenswert: Dem Projekt ist es gelungen, niederschwellige Gruppenangebote im ambulanten Bereich fast flächendeckend zur Verfügung zu stellen. Über 220 solcher Angebote sind in den vergangenen drei Jahren in Nordrhein entstanden und dank einer digitalen Gruppenbörse im ganzen Netzwerk transparent und zugänglich.

Auch in Zeiten des Lockdowns

Die Situation im Lockdown war auch für das Projekt NPPV eine Herausforderung. Das Ausbleiben von Patienten aus den Praxen hat es deutlich erschwert, diese überhaupt mit den neuen Angeboten zu erreichen. Allerdings wurde sofort reagiert und alles daran gesetzt, in der vor allem für die Patienten schwierigen Zeit die Versorgung aufrecht zu erhalten.

So wurde den Patienten die Möglichkeit gegeben, engmaschig Kontakt mit dem Bezugarzt/-therapeuten per Telefon oder Videosprechstunde zu halten. Gruppenangebote wurden als Online-Seminare angeboten oder unter strengen Hygieneauflagen fortgesetzt.

Damit Qualitätszirkel und Netzwerktreffen nicht ausfallen mussten, wurden hier auch entsprechende Videokonferenzen organisiert. Die E-Mental-Health Programme wurden von den Patienten in dieser Phase noch häufiger in Anspruch genommen als bereits zuvor.

Blaupause für die Regelversorgung

Als Innovationsfondsprojekt hat NPPV den Anspruch, zukünftig den Weg in die Regelversorgung zu schaffen. Um den Nachweis der Wirksamkeit zu erbringen wird das Projekt daher umfangreich evaluiert. Das IGES Institut untersucht die patienten-seitigen Endpunkte, während das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (Zi) unter anderem die teilnehmenden Ärzte und Psychotherapeuten befragt. Zusätzlich findet aktuell eine Befragung der Angehörigen von teilnehmenden Patienten statt, um auch deren Perspektive zu erfassen.

Das NPPV-Projekt startete Ende 2017. Aktuell sind über 7.000 Versicherte eingeschrieben, fast 400 Nervenärzte, Neurologen und Psychiater sowie rund 300 Psychotherapeuten beteiligen sich an der vernetzten Versorgung. Neben der AOK Rheinland/Hamburg nehmen auch die BKK Deutsche Bank AG sowie die Continentale BKK am Projekt teil. Weitere Kooperationspartner sind der BKK Landesverband Nordwest, das Zi und das IGES Institut GmbH.

Preisverleihung

Über die aktuelle Auszeichnung hinaus hat NPPV bereits 2019 den „Preis für Gesundheitsnetzwerke“ gewonnen und schaffte es 2020 auf die Shortlist zum MSD Gesundheitspreis.

NRW Gesundheitsminister Karl-Josef Laumann sollte den mit 5.000 Euro dotierten Gesundheitspreis des Landes Nordrhein-Westfalen ursprünglich am 5. November an die Projektpartner übergeben. Aufgrund der aktuellen Corona-Regelungen kann die Preisverleihung nicht wie geplant stattfinden. Sie wird auf einen späteren Zeitpunkt verschoben.

■ SIMONE HEIMANN / RENÉ ENGELMANN

Weitere Informationen zum Projekt finden Sie unter nppv-nordrhein.de

Spielend in die Niederlassung

Um Ärzten den Start in die eigene Praxis zu erleichtern, bietet die KV Nordrhein ein breites Spektrum Hilfen an. Das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (Zi) unterstützt dieses Engagement nun mit dem Planspiel „Praxisraum“. Interessierte können in der App eine fiktive Vertragsarztpraxis eröffnen, organisieren und führen.

Der Strukturfonds bietet finanzielle Unterstützung beim Start in die eigene Praxis. Die Niederlassungsberatung unterstützt Ärzte individuell auf dem Weg in die Vertragsarztstätigkeit – die KV Nordrhein engagiert sich vielfältig in Sachen Niederlassung. Das Zi hat mit dem neuen Planspiel „Praxisraum“ nun eine weitere Komponente geschaffen, um noch mehr Ärzte für eine eigene Praxis zu begeistern. In der App können Interessierte realitätsnah erleben, wie eine Praxis funktioniert.

Das Spiel ist seit dem 15. Oktober sowohl im Apple-App-Store als auch im Google-Playstore kostenfrei verfügbar. Mit dem Planspiel bieten sich die Kassenärztlichen Vereinigungen als Begleiter und Berater für die Niederlassung an. Über die Webseite praxisraum.de sind detaillierte Informationen zur Vertragsarztstätigkeit zugänglich. Für weiterführende Informationen zur Niederlassung wird auf lass-dich-nieder.de verwiesen. Die KV Nordrhein hat zudem eine eigene Website, die umfassende Informationen zum Thema Niederlassung speziell in Nordrhein bietet: arzt-sein-in-nordrhein.de

Möchte ich neugründen oder eine bestehende Praxis übernehmen? Das ist nach der Wahl des Avatars die erste Entscheidung, die ein Spieler zu Beginn treffen muss. Und welcher Standort passt am besten zu mir? Keine einfachen Fragen zum Einstieg. Doch das Planspiel schafft es sofort, den Spieler mitzunehmen und in seiner Entscheidungsfindung zu unterstützen. Hilfestellung gibt es von einer virtuellen Mentorin der Kassenärztlichen Vereinigung. Sie unterstützt über Sprechblasen mit Tipps und Hintergrundinformationen.

Nach Auswahl des Standorts erscheint die erste Ansicht der Praxis mit Arztzimmer, Labor, Diagnostik, Therapie, Wartezimmer, Anmeldung. Diese Räume sind Stationen, die der Patient bei seinem Besuch der Praxis durchläuft. Ein Raum kann nur einen Patienten aufnehmen und benötigt den Arzt oder einen qualifizierten Mitarbeiter, um den Patienten zu versorgen. Klar strukturiert und einfach aufgebaut führt die App Schritt für Schritt immer tiefer in die komplexe Welt des Praxisalltags. Die Räume müssen eingerichtet, das Labor ausgestattet und Personal eingestellt werden.





PRAXISRAUM

SPIELEND SELBSTSTÄNDIG



Willkommen bei Praxisraum. Mein Name ist Christiane Exleben. Ich bin Beraterin bei der Kassenärztlichen Vereinigung und werde Sie beim Aufbau Ihrer Praxis unterstützen.

TIPPEN UM FORTZUFAHREN

Spiel auf Zeit

Die zentrale Mechanik des Spiels ist das Zeitmanagement. Der Spieler erlebt, dass er viele Freiheiten in der zeitlichen Gestaltung seines Praxisbetriebs hat, aber auch einigen Anforderungen gerecht werden muss. Weder der Avatar noch die Praxis sind einem konkreten medizinischen Fachgebiet zugeordnet. Die Fachausrichtung ist in diesem Spiel irrelevant. Die medizinische Versorgung und die Geräteausstattung der Praxis werden ausschließlich auf abstrakter Ebene berücksichtigt.

Auch konkrete Krankheitsbilder spielen keine Rolle. Die Patienten haben individuelle Eigenschaften. Ihre Beschwerden sind jedoch unspezifisch und abstrahiert. Ob ein Patient behandelt werden kann, hängt

von der Praxisausstattung ab. Der Spieler bestimmt, wie viele Patienten er pro Block Terminsprechstunde annehmen will. Dabei muss er die Versorgungslage seiner Praxis anhand der aktuellen Ausstattung an medizinischen Geräten und Personal abschätzen. Bei offenen Sprechstunden ist die Anzahl der angenommenen Patienten zufällig.

Ziel des Spiels ist es, eine wirtschaftlich erfolgreiche Arztpraxis aufzubauen. Das wird anhand von drei Werten gemessen: Qualität der Praxis – wie zufrieden sind Patienten und Mitarbeiter? Work-Life-Balance – wie ist die Arbeitsbelastung des Praxisinhabers? Einkommen – welche Einnahmen und laufende Kosten gibt es? Mittels einer Highscore-Liste können sich Spieler mit anderen messen.

■ JANA MEYER

ANNA FINKE

Alter: 69
Geschlecht: Weiblich
Beruf: Rentnerin

ZUFRIEDENHEIT hoch

Wartezeit auf einen Termin: 100%
Vollständigkeit der Geräte: 42%
Dekoratives Inventar: 0%
Freundlichkeit des Personals: 100%
Wartezeit in der Arztpraxis: 55%
Terminverschiebungen: 100%

GESAMT: 65% gering

ZEITBEDARF BEIM LETZTEN BESUCH

Empfang: 2
Arztgespräch: 2
Labor: 2
Diagnostik: 2
Therapie: 1

PROBLEMTUFE: Labor-Ausstattung erforderlich: 2, Diagnostik-Ausstattung erforderlich: 2, Therapie-Ausstattung erforderlich: 1

Abrechnung - Abrechnungszeitraum 1

AUSGABEN	EINNAHMEN
Personalkosten: € 400	Patienten der Terminsprechstunde: € 757
Miete: € 150	Patienten der offenen Sprechstunde: € 38
Versicherungen: € 100	Klinikkzeit: € 356
Energie: € 0	Haus- und Heimbesuche: € 626
Fortbildungen: € 0	
Kreditung: € 200	
Sonstiges: € 100	
GESAMT: € 950	GESAMT: € 1777
	GEWINN: € 827

SCHLESEN

Suche nach optimaler Versorgung im Alter

Am 5. Oktober startete ein neues Innovationsfonds-Projekt der Uniklinik RWTH Aachen, an dem auch die KV Nordrhein beteiligt ist: „Optimal@NRW“. Das Projekt soll die medizinische Akutversorgung verbessern und unnötige Krankenhauseinweisungen geriatrischer Patienten in stationärer und ambulanter Pflege vermeiden.

In den kommenden zehn Jahren wird die Zahl der Menschen, die über 65 Jahre alt und pflegebedürftig sein werden, auf über vier Millionen in Deutschland steigen. „Das ist ein Segen, aber auch eine enorme Herausforderung für die medizinische und pflegerische Versorgung, da die Menschen nicht nur älter, sondern eben auch kränker werden“, sagt Dr. med. Frank Bergmann, Vorstandsvorsitzender der KV Nordrhein. Helfen sollen Technik und Kooperation: Das Innovationsfonds-Projekt etabliert einen virtuellen „Tresen“, der für Pflegebedürftige einen telemedizinisch unterstützten Zugang zur Notfallversorgung sicherstellt. Die Behandlung wird durch eine interdisziplinäre medizinische Betreuung aus dem Versorgungsnetzwerk optimiert. Ein neues Frühwarnsystem in der Altenpflege erkennt mithilfe einheitlicher Bewertungskriterien frühzeitig einen sich verschlechternden Gesundheitszustand. Ziel: schnellere Versorgung.

Arztrufzentrale koordiniert

Alarmiert das Frühwarnsystem oder kommt es zu einer medizinischen Akutsituation, kontaktieren die Pflegekräfte die Arztrufzentrale NRW unter der 11 6 11 7. Nach standardisierter Ersteinschätzung findet – je nach Dringlichkeit – eine Weitervermittlung an den Hausarzt, an den KVNO-Notdienst oder den Notfallmediziner der Uniklinik Aachen statt. Wenn die Maßnahme nicht vor Ort durchgeführt werden kann, kann der Arzt eine mobile Versorgungsassistentin des Netzwerks beauftragen. Diese ist mit telemedizinischem Equipment ausgestattet und wird durch die Arztrufzentrale NRW koordiniert. „Dank der Telekonsultation werden unnötige Wege und Krankenhaustransporte verringert“, sagt Dr. med. Jörg Christian Brokmann, Leiter der Zentralen Notaufnahme der Uniklinik und Projektleiter von „Optimal@NRW“.

Das Projekt „Optimal@NRW“

„Optimal@NRW“ (= Optimierte Akutversorgung geriatrischer Patienten durch ein intersektorales telemedizinisches Kooperationsnetzwerk rund um die Uhr) soll die medizinische Akutversorgung geriatrischer Patienten in stationärer und ambulanter Pflege durch Videosprechstunden, Telekonsile, telemedizinische Einbindung von niedergelassenen Ärzten sowie von NÄPAs in den Pflegeheimen verbessern. 3.500 Pflegebedürftige aus Aachen, Heinsberg und Düren werden angeschlossen. Das Projekt wird über vier Jahre mit 15 Millionen Euro aus dem Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses (GB-A) gefördert. Konsortialführer ist Dr. med. Jörg Christian Brokmann, Leiter der Zentralen Notaufnahme der Uniklinik RWTH Aachen. Konsortialpartner sind die KV Nordrhein, die TK, die DAK-Gesundheit, die IKK classic, die Barmer und die Universität Bielefeld.

Das System funktioniert auch im Notfall: Wird bei der Ersteinschätzung eine lebensbedrohliche Situation festgestellt, erfolgt die digitale Weiterleitung an die 112.

„Das Projekt zeigt, welche Möglichkeiten der Einsatz von Technik zur Vernetzung der Akteure auch bei der Versorgung unserer immer älter werdenden Bevölkerung spielen kann. Gerade in ländlichen Regionen führt die steigende Arbeitsbelastung von Pflegepersonal und Ärzten dazu, dass eine zeitnahe Versorgung etwa in Form von Hausarztbesuchen nicht immer gewährleistet ist. Eine telemedizinische Netzwerkstruktur wird helfen, Ressourcen effizienter einzusetzen, Patienten vor unnötigen Einweisungen zu bewahren – und die Niedergelassenen zu entlasten“, sagt KVNO-Chef Bergmann.

■ DR. HEIKO SCHMITZ

ONLINE-EINFÜHRUNGSWORKSHOP

RATIONAL UND RATIONELL VERORDNEN

Mittwoch | 9. Dezember 2020 | 15 bis 17 Uhr

Wirtschaftlich und bedarfsgerecht – so soll die Arznei- und Heilmitteltherapie nach den Vorgaben des Sozialgesetzbuches sein. Doch wann sind diese beiden Attribute eigentlich konkret erfüllt?

Mit dieser Frage befasst sich unser **Online-Einführungsworkshop: Rational und rationell verordnen**, den wir speziell für neu niedergelassene und angestellte Ärzte anbieten.

Wir möchten Ihnen auf diesem Weg die gesetzlichen Grundlagen und Steuerungselemente zur wirtschaftlichen Verordnung von Arznei- und Heilmitteln näher bringen.

Referenten:

Dr. Holger Neye | Abteilung Grundsätze Wirtschaftlichkeit | KV Nordrhein

Cristina Deibert | Abteilung Grundsätze Wirtschaftlichkeit | KV Nordrhein

Christine Brückner | Abteilung Grundsätze Wirtschaftlichkeit | KV Nordrhein

Weitere Informationen und die Online-Anmeldung finden Sie unter [kvno.de/termine](https://www.kvno.de/termine) 

Anmeldung erforderlich





EBM

Ausweitung von Telekonsilien

Ärztliche Konsilien können laut Kassenärztlicher Bundesvereinigung künftig in größerem Umfang telemedizinisch durchgeführt und abgerechnet werden. Zum 1. Oktober 2020 wurden dazu mehrere neue Leistungen in den EBM aufgenommen. Die vom ergänzten Bewertungsausschuss beschlossene Regelung umfasst auch Telekonsilien zwischen Vertrags- und Krankenhausärzten.

Bislang waren Telekonsilien auf Befundbeurteilungen von Röntgen- und CT-Aufnahmen beschränkt. Jetzt können Ärzte und Psychotherapeuten bei unterschiedlichen fachlichen Fragestellungen einen ambulant oder stationär tätigen Kollegen digital zu Rate ziehen. Dazu werden alle Unterlagen wie die Befunde elektronisch an den Konsiliararzt übermittelt. Möglich ist auch ein Videokonsilium, an dem der Patient teilnimmt.

Der Beschluss des Bewertungsausschusses sieht drei neue Leistungen vor: Für das Einholen eines Telekonsiliums die Gebührenordnungsposition (GOP) 01670 und für die telekonsiliarische Beurteilung die GOP 01671 und 01672. Die Vergütung erfolgt jeweils extrabudgetär.

Abrechenbar sind die Leistungen in zwei Fällen: Der behandelnde Arzt wendet sich mit einer fachfremden Fragestellung an einen fachfremden Kollegen, zum Beispiel ein Gynäkologe an einen Urologen. Oder die Fragestellung ist so komplex, dass der Arzt einen Kollegen desselben Fachgebiets beispielsweise zur weiteren Behandlung des Patienten konsultieren möchte.

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](https://www.kvno.de)

KV | 201120

GOP 01670:

Einholung eines Telekonsiliums

In beiden Fällen können Vertragsärzte und -psychotherapeuten ein Telekonsilium einholen, sofern der Patient dem zugestimmt hat. Für das Zusammenstellen der Unterlagen und die elektronische Übermittlung erhalten Vertragsärzte einen Zuschlag zur Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale (GOP 01670). Dieser ist mit 12,09 Euro bewertet.

GOP 01671 und 01672: Beurteilung

Konsiliarärzte und -psychotherapeuten rechnen die GOP 01671 ab. Sie umfasst die Beurteilung der medizinischen Fragestellung, die Erstellung eines schriftlichen Berichts sowie die elektronische Übermittlung an den Arzt, der das Telekonsilium in Auftrag gegeben hat. Die Leistung ist für eine Dauer von bis zu zehn Minuten mit 14,06 Euro bewertet. Bei zeitaufwändigeren Konsilien ist ein Zuschlag von 7,14 Euro (GOP 01672) je weitere vollendete fünf Minuten berechnungsfähig – maximal dreimal im Behandlungsfall.

Technikzuschlag bei Telekonsilium per Video

Falls eine telekonsiliarische Abstimmung im Rahmen eines Videokonsiliums erfolgt, ist die GOP 01450 (Zuschlag Videosprechstunde) berechnungsfähig. Den Technikzuschlag von 4,39 Euro erhält der Arzt beziehungsweise Psychotherapeut, der das Konsilium initiiert hat.

Ein Videokonsilium bietet sich an, wenn auch der Patient eingebunden werden soll – etwa, wenn eine patientenbezogene Frage per Videoaufnahme des Patienten besser geklärt werden kann.

Technische Voraussetzungen

Für Telekonsilien gelten hohe Sicherheitsanforderungen. Deshalb dürfen nur sichere elektronische Informations- und Kommunikationstechnologien eingesetzt werden. So benötigen Ärzte und Psychotherapeuten für die elektronische Übermittlung von Unterlagen, wie Befunden und Konsiliarberichten, einen Dienst für Kommunikation in der Medizin, der über die Telematikinfrastruktur läuft. Übergangsweise kann hierfür auch KV-Connect genutzt werden.

Keine Neuregelungen bei Röntgen- und CT-Aufnahmen

Die bestehenden Leistungen im Zusammenhang mit telekonsiliarischen Befundbeurteilungen von Röntgenaufnahmen und CT-Aufnahmen sind von den Neuregelungen nicht umfasst. Sie sind weiterhin berechnungsfähig nach den Leistungen des Abschnitts 34.8 EBM.

Vakuumversiegelungstherapie von Wunden neu im EBM

Seit 1. Oktober 2020 können Ärzte die Vakuumversiegelungstherapie von Wunden auch in der ambulanten Versorgung abrechnen. Hierbei wird zwischen dem primären und sekundären Wundverschluss unterschieden. Bei letzterem kann die Leistung auch von nicht operativ tätigen Ärzten berechnet werden.

Die Vakuumversiegelungstherapie für den primären Wundverschluss wird über die GOP 31401 (68 Punkte/7,47 Euro) und die GOP 36401 (64 Punkte/7,03 Euro) abgebildet. Diese sind als Zuschlag zu einem Eingriff des EBM-Abschnitts 31.2 (ambulante Operationen) beziehungsweise 36.2 (belegärztliche Operationen) einmal am Behandlungstag berechnungsfähig. Die Finanzierung erfolgt – als Leistungen des ambulanten und belegärztlichen Operierens – dauerhaft außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) und somit extrabudgetär zu festen Preisen.

Die neuen Leistungen zum primären Wundverschluss können nur operativ tätige Fachärzte abrechnen. Auf die Aufnahme eines OPS-Kodes für die Vakuumversiegelungstherapie in den Anhang 2 zum EBM wird verzichtet, da die Anlage des entsprechenden Verbandes beim intendierten primären Wundverschluss Bestandteil der Schnitt-Naht-Zeit des Haupteingriffes ist.

Zur Abrechnung der Vakuumversiegelungstherapie beim sekundären Wundverschluss wird die GOP 02314 (135 Punkte/14,83 Euro) in den EBM-Abschnitt 2.3 (kleinchirurgische Eingriffe) aufgenommen. Diese GOP kann neben operativ tätigen Fach-

ärzten auch von weiteren Fachgruppen berechnet werden. Die Vergütung erfolgt zunächst extrabudgetär.

Für die bei der primären und sekundären Vakuumversiegelungstherapie anfallenden Sachkosten werden außerdem vier leistungsbezogene Kostenpauschalen (GOP 40900 bis 40903) in den neuen EBM-Abschnitt 40.17 eingeführt. Die Finanzierung der Kostenpauschalen erfolgt zunächst außerhalb der MGV.

Die Vakuumversiegelungstherapie kann bei Patienten eingesetzt werden, bei denen aufgrund wund- oder patientenspezifischer Risikofaktoren unter einer Standardwundbehandlung keine ausreichende Heilung zu erwarten ist.

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

KV | 201121

Ersatzverfahren bei Kindern ohne elektronische Gesundheitskarte

Seit dem 1. Oktober 2020 ist bei Kindern, bei denen bis zum vollendeten dritten Lebensmonat noch keine eigene elektronische Gesundheitskarte (eGK) vorliegt, das Ersatzverfahren anzuwenden. Das teilt die Kassenärztliche Bundesvereinigung mit.

Damit gibt es bei Kindern ohne eGK nun eine Regelung zur Abrechnung von Leistungen über die ersten zwei Vorsorgeuntersuchungen hinaus sowie für kurative Leistungen jeweils bis zum vollendeten dritten Lebensmonat.

Die erste und zweite Früherkennungsuntersuchung nach der Kinder-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) haben Ärzte bisher über die eGK eines Elternteils abgerechnet, wenn das Kind keine eigene eGK hat. Auch hier ist ab Oktober das Ersatzverfahren anzuwenden, wenn keine eGK des Kindes vorliegt.

Die bisherige Anwendung einer elterlichen eGK, die im EBM geregelt war, wurde zum 1. Oktober 2020 gestrichen. Konkret handelt es sich um die erste Bestimmung zum Abschnitt 1.7.1 EBM.

Portokosten für Arztbriefe vorerst nicht begrenzt

Die Vergütungssystematik für den Versand von Arztbriefen war zum 1. Juli 2020 umgestellt worden. Hintergrund ist die Vorgabe des Gesetzgebers, den Versand elektronischer Arztbriefe und Befunde mit dem Ziel, den Umstieg auf die digitale Kommunikation zu beschleunigen, stärker zu fördern.

Die nötige Technik für den elektronischen Versand und Empfang der Briefe aber steht noch nicht flächendeckend zur Verfügung. Deshalb werden die Versandkosten für Arztbriefe vorerst weiterhin ohne Limit erstattet. Die zum 1. Juli 2020 eingeführten Höchstwerte werden bis zum 30. September 2021 ausgesetzt. Das konnte die Kassenärztliche Bundesvereinigung in den Verhandlungen mit den Krankenkassen erreichen.

Damit erhalten Praxen für jeden Brief, der per Post oder per Fax verschickt wird, weiterhin eine Kostenpauschale. Die Höchstwerte gelten erst ab Oktober 2021. Wer Arztbriefe bereits jetzt elektronisch versenden kann, bekommt dies ebenfalls vergütet.

Hautkrebsvorsorge U35 wird höher vergütet

Zum 1. Oktober 2020 erhöht sich die Vergütung für Hautkrebsvorsorge bei unter 35-Jährigen mit den meisten Krankenkassen. So erhalten Ärzte für die Untersuchung von Versicherten der Techniker Krankenkasse, teilnehmenden Betriebskrankenkassen, BIG direkt gesund sowie der Knappschaft 28 Euro.

Für Versicherte der AOK Rheinland/Hamburg und der BARMER beträgt die Vergütung jeweils 27,80 Euro je Untersuchung. Bei den meisten Krankenkassen erfolgt zudem ab 1. Januar 2021 eine jährliche Anpassung ausgehend vom jeweils aktuellen Orientierungspunktwert.

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

KV | 201122

FORTBILDUNG

Onkologie-Vereinbarung: Sonderregelung für Fortbildungen

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat eine Korrektur der Sonderregelung zur Onkologie-Vereinbarung mitgeteilt. Sie betrifft den Nachweis von Pharmakotherapieberatungen. Die Beratung von Vertragsärzten durch Krankenkassen ist nun nicht mehr möglich. Damit kann die Online-Pharmakotherapieberatung einer Krankenkasse nicht mehr als Nachweis anerkannt werden.

Für die KV Nordrhein gilt damit folgendes: Ärzte müssen für das Jahr 2020 anstatt 50 nur 30 CME-Punkte nachweisen. Das betrifft Teilnehmer gemäß Anlage 7 BMV-Ä. Außerdem reicht es aus, wenn Ärzte an einer industrieneutralen, durch die Ärztekammer zertifizierten Pharmakotherapieberatung teilnehmen (anstelle von mindestens zwei).

Zusätzlich wurde von den Partnern des Bundesmantelvertrags eine Öffnungsklausel vereinbart, sofern im Jahr 2020 keine Teilnahme an einer Pharmakotherapieberatung möglich ist. Das gilt jedoch nur bei nicht durch den Arzt zu verantwortenden Gründen.

Die KV Nordrhein einigte sich mit den Krankenkassen überdies darauf, die Sonderregelung zum Fortbildungsnachweis analog auch für Teilnehmer der so genannten Nordrheinischen Regelung zur Onkologie-Vereinbarung (Symbolnummern 86512, 86514, 86516, 86518, 86520) zu übernehmen. Die Fortbildungspunkte sind somit von 50 auf 30 Punkte (analog den Vorgaben der Anlage 7 BMV) reduziert. Dies betrifft diejenigen Teilnehmer, die über eine Genehmigung für die gesamten onkologischen Pauschalen nach den Symbolnummern 86512-86520 verfügen. Herabsetzung der Fortbildungspunkte von 25 auf 15 Punkte (analog zur Anlage 7 BMV-Ä, d. h. 60 Prozent der ursprünglichen CME-Punkte) für die Teilnehmer, die nach der Nordrheinischen Regelung über eine auf die Symbolnummern 86512-86514 beschränkte Genehmigung verfügen (sog. Kleine Genehmigung).

Die KV Nordrhein bietet weiterhin keine Pharmakotherapieberatung zum Thema an.

Die aktualisierte Fassung der Onkologie-Vereinbarung wird in Kürze auf der Homepage der KBV veröffentlicht.

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

KV | 201123

VERTRÄGE

BKK Landesverband beendet Tonsillotomie-Vertrag

Der BKK Landesverband NRW hat seine Tonsillotomie-Vereinbarung mit der KV Nordrhein zum 31. Dezember 2020 beendet. Die Verträge mit der Knappschaft und der KKH laufen vorerst weiter.

Für Versicherte der Betriebskrankenkassen sowie den hier nicht erwähnten Krankenkassen kann damit eine durchgeführte Tonsillotomie ab dem 1. Januar 2021 ausschließlich über den EBM abgerechnet werden.

Kassen kündigen die Kataraktverträge zum 31. Dezember 2020

Die Ersatzkassen, die IKK classic, die Betriebskrankenkassen und die AOK Rheinland/Hamburg haben die Katarakt-Kontingentverträge mit der KV Nordrhein zum Jahresende gekündigt. Die Sachkostenvereinbarungen mit der Knappschaft und der Sozialversicherung für Land- und Fortwirtschaft und Gartenbau wurden ebenfalls zum Jahresende gekündigt.

Alle Kassen streben an, dass die Kataraktoperation über den EBM mit der dort festgesetzten Vergütung abgerechnet wird. Die Sachkosten für die Linse und weitere Kosten sollen nach den Kassenvorstellungen mit einer Sachkostenpauschale abgedeckt werden.

Hintergrund hierfür ist eine entsprechende Regelung im Bezirk der KV Westfalen-Lippe. Derzeit führt die KV Nordrhein in Abstimmung mit dem Verband

der operierenden Augenärzte (VoA) Gespräche mit den Kassen. Sobald die Regelungen für das nächste Jahr bekannt sind, informieren wir Sie natürlich darüber hier in der KVNO aktuell.

ASV

Neue ASV-Indikation: Chronisch entzündliche Darmerkrankungen

Chronisch entzündliche Darmerkrankungen sind als neue Indikation in den Katalog der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung aufgenommen worden. Grund: Es handelt sich um komplexe Multiorganerkrankungen, die besondere Anforderungen an Diagnostik und Therapie stellen und eine spezialisierte Betreuung der Betroffenen durch ein interdisziplinäres Team erfordern. Hauptformen sind Morbus Crohn und Colitis ulcerosa. Bei diesen Patienten wurde bereits wiederholt auf Versorgungslücken hingewiesen.

Die ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV) stellt ein Angebot für Menschen dar, die an einer komplexen, schwer therapierbaren Krankheit leiden, deren Behandlung besonders hohe Anforderungen an die Ärzte stellt. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) kann diesen Katalog der Indikationen ergänzen, was er nun getan hat. Damit die betroffenen Patienten in der ASV behandelt werden können, muss der G-BA noch die Details der Versorgung festlegen.

Serviceteams

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

Serviceteam Köln

Tel. +49 (0)221 7763-6666 | Fax +49 (0)221 7763-6450
service.koeln@kvno.de

Serviceteam Düsseldorf

Tel. +49 (0)211 5970-8888 | Fax +49 (0)211 5970-8889
service.duesseldorf@kvno.de

Formularversand

Tel. +49 (0)228 9753-1900 | Fax +49 (0)228 9753-1905
formular.versand-kvno@gvp-bonn.de

PSYCHOTHERAPIE

Verordnung von psychiatrischer häuslicher Krankenpflege

Psychotherapeuten dürfen künftig psychiatrische häusliche Krankenpflege verordnen. Das hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) beschlossen. Bisher waren nur bestimmte Facharztgruppen sowie für einen begrenzten Zeitraum Hausärzte dazu berechtigt.

Mit dem Gesetz zur Reform der Psychotherapeutenausbildung wurden zum 1. September 2020 die Befugnisse der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendpsychotherapeuten in Bezug auf die Verordnung von psychiatrischer häuslicher Krankenpflege erweitert.

Die Verordnung erfolgt auf Formular 12 „Verordnung häuslicher Krankenpflege“. Darauf ist die Nummer 27a beziehungsweise „psychiatrische häusliche Krankenpflege“ unter „Behandlungspflege“ anzugeben. Das Formular 12 erhalten Psychotherapeuten über ihre reguläre Formularbestellung.

Das Bundesgesundheitsministerium muss den Beschluss des G-BA nun prüfen. Außerdem muss der EBM angepasst werden. Erst dann dürfen auch Psychologische Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendpsychotherapeuten die Leistung verordnen.

TELEMEDIZIN

G-BA ermöglicht erneut telefonische Krankschreibung

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat sich am 15. Oktober erneut auf eine Sonderregelung zur telefonischen Krankschreibung verständigt. Patienten, die an leichten Atemwegserkrankungen leiden, können seit dem 19. Oktober 2020 bis vorerst 31. Dezember 2020 telefonisch bis zu sieben Kalendertage krankgeschrieben werden (Muster 1). Die niedergelassenen Ärzte müssen

sich dabei persönlich vom Zustand der Patientin oder des Patienten durch eine eingehende telefonische Befragung überzeugen. Eine einmalige Verlängerung der Krankschreibung kann telefonisch für weitere sieben Kalendertage ausgestellt werden.

Auch die Ausstellung einer „Ärztlichen Bescheinigung für den Bezug von Krankengeld bei der Erkrankung eines Kindes“ (Muster 21) ist wieder telefonisch möglich. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat dazu eine entsprechende Vereinbarung mit dem GKV-Spitzenverband getroffen.

Die Versicherten- beziehungsweise Grundpauschale kann abgerechnet werden, wenn der Patient in dem Quartal mindestens einmal in der Praxis war oder einen Arzt-Kontakt per Videosprechstunde hatte. Bleibt es in dem Quartal bei einem telefonischen Kontakt, ist die Bereitschaftspauschale (GOP 01435) berechnungsfähig.

Die Kosten für den postalischen Versand der AU-Bescheinigung werden von den Krankenkassen mit 90 Cent übernommen. Ärzte rechnen dazu die Pseudo-GOP 88122 für das Porto ab.

Krankschreibung jetzt auch per Videosprechstunde möglich

Ärzte können ihre Patienten jetzt auch in einer Videosprechstunde krankschreiben. Voraussetzung ist, dass der Patient der Praxis aufgrund früherer Behandlung persönlich bekannt ist und die Arbeitsunfähigkeit im Rahmen einer Videosprechstunde festgestellt werden kann. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hatte Mitte Juli die Vorgaben zur Bescheinigung einer Arbeitsunfähigkeit (AU) gelockert und beschlossen, dass die Feststellung einer AU auch in einer Videosprechstunde erfolgen kann. Dieser Beschluss ist nun in Kraft getreten.

Eine erstmalige Krankschreibung per Video kann für maximal sieben Kalendertage ausgestellt werden. Danach muss der Patient die Praxis auf-

suchen, falls er weiterhin arbeitsunfähig sein sollte. Eine Folgeverordnung ist in einer Videosprechstunde dann möglich, wenn der Patient bereits zuvor wegen derselben Krankheit persönlich in der Praxis war und deshalb eine AU festgestellt wurde. Weitere Folgebescheinigungen sind dann grundsätzlich auch ohne erneuten Praxisbesuch möglich.

Als Standard für die Feststellung von Arbeitsunfähigkeit gilt aber weiterhin die unmittelbare persönliche ärztliche Untersuchung. Auch haben Patienten keinen Anspruch darauf, dass die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung in einer Videosprechstunde ausgestellt wird. Die Entscheidung liegt beim Arzt.

Eine generelle Krankschreibung nur auf Basis eines Telefonates, einer Chat-Befragung oder eines Online-Fragebogens wurde explizit ausgenommen.

Die Änderung der Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie durch den G-BA steht nicht im Zusammenhang mit der Coronavirus-Pandemie, sondern geht zurück auf die berufsrechtliche Lockerung des Verbots der ausschließlichen Fernbehandlung.

Für Personen, für die das Gesundheitsamt eine Quarantäne angeordnet hat, die aber keine Krankheitssymptome aufweisen, muss der Vertragsarzt auch keine AU-Bescheinigung für den Arbeitgeber ausstellen. Dies gilt auch für positiv auf SARS-CoV-2 getestete Personen, die keine Symptome aufweisen. Ist die betroffene Person nicht krank, kann auch keine AU-Bescheinigung ausgestellt werden. In diesem Fall ist die Entgeltfortzahlung durch den Arbeitgeber über die Entschädigung nach dem Infektionsschutzgesetz gesichert.

Erste verschreibungsfähige Apps auf dem Markt

Die ersten erstattungsfähigen Gesundheits-Apps sind auf dem Markt: eine Tinnitus-App und eine Webanwendung für Patienten mit Angst- und

Panikstörungen. Den Nutzen der Apps sieht die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) aber aufgrund der Studienlage kritisch. Ihr zufolge sollten bei der Verordnung von Apps ähnlich hohe Anforderungen wie bei anderen verordnungsfähigen Leistungen gelten. Dies sei bislang nicht gewährleistet, so die KBV.

Mit dem Digitale-Versorgung-Gesetz (DVG) wurde ein Leistungsanspruch für Versicherte für digitale Gesundheitsanwendungen geschaffen. Diese sollen helfen, Krankheiten zu erkennen, zu überwachen, zu behandeln oder zu lindern.

Welche Anwendungen das genau sind, legt das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) fest. Es prüft dazu bestimmte Produkteigenschaften wie Benutzerfreundlichkeit, Datensicherheit und -schutz. Um dauerhaft in das DiGA-Verzeichnis aufgenommen zu werden, müssen die Hersteller spätestens nach zwei Jahren positive Versorgungseffekte nachweisen.

Ärzte und Psychotherapeuten können grundsätzlich alle Gesundheitsanwendungen verordnen, die in dem DiGA-Verzeichnis beim BfArM gelistet sind. Sie nutzen dafür das Arzneimittelrezept (Formular 16), geben die zugeordnete PZN und die Bezeichnung der Anwendung an, sofern die Verordnungssoftware diese nicht bereits automatisch hinzugefügt hat. Das Rezept reicht der Patient bei seiner Krankenkasse ein.

Möglich ist auch, dass sich der Versicherte direkt an seine Krankenkasse wendet. Diese kann die Kosten auf Antrag übernehmen, wenn eine entsprechende Indikation vorliegt. Der Nachweis erfolgt anhand von Informationen, die dem Versicherten oder der Krankenkasse vorliegen. Der Arzt oder Psychotherapeut muss dafür keine Nachweise erbringen oder Befunde zusammenstellen.

Nach dem DVG sollen ärztliche Leistungen, die mit der Nutzung der DiGA verbunden sind, honoriert werden. Der Bewertungsausschuss hat nun die Aufgabe, dies für jede DiGA zu prüfen und gegebenenfalls den EBM anzupassen.

Alle Ärzte dürfen impfen – neue Impfvergütungen

Die neue nordrheinische Impfvereinbarung ist seit 1. Oktober 2020 in Kraft. Seitdem dürfen alle Ärzte impfen und die Leistungen abrechnen – auch außerhalb ihrer Fachgebietsgrenzen. Diese Regelung geht auf das Masernschutzgesetz zurück.

Ausnahme ist die Gelbfieberimpfung, die nach wie vor nur durch die Gelbfieberimpfstellen durchführbar ist. Qualifikationsnachweise wie Impfbescheinigungen müssen Praxen nicht einreichen.

Japanische Enzephalitis und Typhus oral: Die KV Nordrhein hat sich mit den nordrheinischen Krankenkassen und -verbänden auf Vergütungen der Impfungen gegen Japanische Enzephalitis und Typhus oral im Zuge einer beruflichen Indikation bzw. eines beruflich bedingten oder die Ausbildung betreffenden Auslandsaufenthalts („Reiseindikation“) geeinigt. Diese Impfungen werden mit 7,95 Euro vergütet. Dazu kommt ein Zuschlag von 3,05 Euro.

Diesen Zuschlag gibt es für Reiseindikation, also einem beruflich bedingten oder die Ausbildung betreffenden Auslandsaufenthalt außerhalb Deutschlands. Praxen erhalten ihn auch für die Impfungen gegen Cholera, Gelbfieber, Tollwut und Typhus Inj.

mit entsprechender Reiseindikation. Grund ist der erhöhte Beratungsaufwand.

Die Beratung umfasst das Prüfen des Infektionsrisikos und der Indikation zur Impfung aufgrund eines individuell erhöhten Expositions-, Erkrankungs- oder Komplikationsrisikos. Auch das Beurteilen der Gefährdung sowie die Information über aktuelle gesundheitliche Risiken im Reiseland zählen zur Beratung.

Typhus: Seit 1. Oktober 2020 ist die zweite Impfdosis bei einer Typhus Injektionsimpfung nicht mehr abrechenbar.

Lieferengpässe: Wenn einzelne Impfstoffe in Deutschland nicht verfügbar sind, sind die Hinweise des Robert-Koch-Instituts zu Lieferengpässen zu beachten. Wenn nicht verfügbare Mono-Impfstoffe durch Kombinationsimpfstoffe ersetzt werden können, ist kein Import der Monoimpfstoffe zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung möglich.

Impfstoffvereinbarung: Sie gilt nun auch für die Polizeivollzugsbeamten in NRW. Die können nun Impfstoffe gegen Cholera, Gelbfieber, Japanische Enzephalitis, Typhus und Tollwut erhalten.

■ MELINA KURTE

Abrechnung von Japanische Enzephalitis und Typhus oral

Impfung	erste Dosen eines Impfzyklus, bzw. unvollständige Impfserie	letzte Dosis eines Impfzyklus oder abgeschlossene Impfung	Auffrischimpfung	Vergütung in Euro
Typhus Inj. ■ berufliche bzw. Reiseindikation nach § 11 Abs. 3 SI-RL	89133 Y			7,95
Typhus oral ■ berufliche bzw. Reiseindikation nach § 11 Abs. 3 SI-RL	89133 V	89133 W		7,95
Japanische Enzephalitis ■ berufliche bzw. Reiseindikation nach § 11 Abs. 3 SI-RL	89134 V	89134 W	89134 X	7,95
Pauschaler Vergütungsaufschlag für die Einfachimpfung bei Reiseindikation: ■ Japanische Enzephalitis ■ Typhus Inj. ■ Typhus oral	absetzen			3,05

Influenza: Satzungsimpfungen 2020/2021

Für die anstehende Impfsaison hat die KV Nordrhein mit vier neuen Krankenkassen Verträge über die Grippeimpfung als Satzungsimpfung abgeschlossen. Dadurch können auch Patienten gegen Influenza geimpft werden, die keine in der Schutzimpfungs-Richtlinie vorgegebene Indikation aufweisen: Also unter 60 Jahren sind und kein erhöhtes Gesundheitsrisiko aufweisen. Damit bieten in dieser Saison folgende Krankenkasse Satzungsimpfungen gegen die Grippe an:

- actimonda Krankenkasse
- AOK R/H
- BARMER
- Bergische Krankenkasse
- BKK 24
- BKK EUREGIO
- DAK Gesundheit
- Kaufmännische Krankenkasse – KKH

- mhplus-Betriebskrankenkasse
- pronova BKK
- Siemens-Betriebskrankenkasse
- Techniker Krankenkasse
- VIACTIV Krankenkasse

Die Krankenkassen übernehmen die Kosten der Impfung. Hierzu rechnen die Ärzte die Influenzaimpfung über die Symbolnummer 89112T gegenüber der KV Nordrhein ab. Die Vergütung beträgt hierbei 7,95 Euro je Impfung. Die Finanzierung der Impfleistungen erfolgt extrabudgetär.

Die Impfleistung für die Satzungsimpfungen können in der Zeit vom 1. Oktober 2020 bis 31. März 2021 abgerechnet werden. Bei den Satzungsleistungen wird der Impfstoff auf den Namen des Patienten verordnet. Darüber hinaus gilt, dass Patienten von den Zuzahlungen befreit sind.

■ TIE

Spechstundenbedarf: Liste moderner Wundversorgungs-Produkte

Produkte der modernen Wundversorgung können in Nordrhein nur eingeschränkt im Sprechstundenbedarf (SSB) verordnet werden. Einerseits können sie nur für die Erstversorgung von Patienten eingesetzt werden, andererseits sind auch nur bestimmte Produktgruppen nach der SSB-Vereinbarung verordnungsfähig. Dazu zählen feinporige PU-Schäume, Polyacrylat-Saugkissen, Hydrokolloide, Wunddistanzgitter und in bestimmten Indikationen semipermeable Wundfolien in Verbindung mit PU-Schäu-

men. Kombinationen, beispielsweise mit Silber, sind nicht verordnungsfähig. Die Krankenkassen und KV in Nordrhein haben als reine Marktbeobachtung eine Liste der derjenigen Produkte veröffentlicht, die bisher im nordrheinischen Sprechstundenbedarf verordnet wurden und die gemäß der aktuellen SSB-Vereinbarung als verordnungsfähig gelten. Die Liste finden Sie im Internetauftritt der KV Nordrhein unter kvno.de

■ HON

Kontakt

Arznei- und Heilmittel

Tel. +49 (0)211 5970-8111
Fax +49 (0)211 5970-9904 AM
Fax +49 (0)211 5970-9905 HM
pharma@kvno.de
heilmittel@kvno.de

Sprechstundenbedarf

Tel. +49 (0)211 5970-8666
Fax +49 (0)211 5970-33102
ssb@kvno.de

Hilfsmittel-Beratung

Tel. +49 (0)211 5970-8070
Fax +49 (0)211 5970-9070
patricia.shadiakhy@kvno.de
hilfsmittel@kvno.de

QS Prüfwesen

Bei Fragen zu Prüfung und Verfahren
Tel. +49 (0)211 5970-8396
Fax +49 (0)211 5970-9396
margit.karls@kvno.de

Benzodiazepine als Schlafmittel: langsam absetzen

Die Verordnungszahlen für Benzodiazepine und sogenannte Z-Substanzen (Zopiclon und Zolpidem) sind seit Jahren auf einem hohen Niveau. Die Zahl der verordneten Benzodiazepin-Rezeptor-Agonisten (BZRA) liegt mit 115 Verordnungen je 1.000 Versicherte in Nordrhein über dem Bundesschnitt. Zum Vergleich: In Sachsen-Anhalt gibt es 53 BZRA-Verordnungen je 1.000 Versicherte pro Jahr, im Saarland im Schnitt 187. Dazu kommen noch zirka ein Drittel private Verordnungen.

Benzodiazepine sind ein wichtiger Baustein in der Behandlung schwerer psychischer Erkrankungen. Am häufigsten werden BZRA jedoch zur Behandlung von Schlafproblemen eingesetzt, für die sie nicht die Therapie erster Wahl sind. Sie sollten nur kurzfristig über zirka vier Wochen genutzt werden, da die schlafinduzierenden Effekte aufgrund von Gewöhnungseffekten nachlassen. Bei einer länger dauernden Behandlung sollte über die weitere Indikation ein Neurologe oder Psychiater entscheiden.

In einer aktuellen Übersichtsarbeit der kanadischen Arbeitsgruppe am Bruyère Research Institute (Ottawa) und der Université de Montréal wurden die evidenzbasierten Empfehlungen zum Absetzen noch

einmal zusammengefasst. Insgesamt überwiegen die Vorteile des Absetzens denen einer Weiterführung der pharmakologischen Therapie der Schlafprobleme. Für alle älteren Patienten, deren Schlafprobleme keine organischen Ursachen wie Restless Legs haben, wird empfohlen, BZRA abzusetzen.

Die besten Strategien zum Absetzen sind ein Ausschleichen der Therapie, idealerweise kombiniert mit einer kognitiven Verhaltenstherapie (CBT) und einer Begleitung der Patienten mit regelmäßiger Ansprache (Termine, Telefonate oder schriftliche Erinnerungen).

Ein Wechsel auf einen BZRA mit längerer Halbwertszeit wird nicht mehr empfohlen. Eine Dosisreduktion um 25 Prozent alle zwei Wochen und um 12,5 Prozent zum Ende des Ausschleichprozesses gefolgt von tablettenfreien Tagen haben sich in Studien bewährt. Absetzphänomene (allen voran Schlafprobleme) sind beim Ausschleichen mild und vorübergehend. Depressionen und Angststörungen treten bei Personen, die BZRA einnehmen, häufiger auf und können durch den regelmäßigen Gebrauch überdeckt werden. Daher sollte beim Absetzen auf diese Erkrankungen geachtet werden.

■ DR. HOLGER NEYE

Mehr Infos in unserem VIN-Newsletter über Benzodiazepine unter kvno.de
KV | 201028

Beispiel: Ausschleichen von Benzodiazepinen

Zeitpunkt	Wirkstoff, Stärke	Dosierung	Bemerkung
bisher	Lorazepam 2 mg	0-0-0-1/2	
1. + 2. Woche: Umstellung auf	Oxazepam 10 mg	0-0-0-1 1/2	Äquivalenzdosis*
3. + 4. Woche	Oxazepam 10 mg	0-0-0-1	Reduktion um 30%
5. + 6. Woche	Oxazepam 10 mg	0-0-0-3/4	Reduktion um 25%
6. + 7. Woche	Oxazepam 10 mg	0-0-0-1/2	Reduktion um 30%
8. + 9. Woche	Oxazepam 10 mg	0-0-0-1/4	Reduktion um 50%
10. + 11. Woche	Oxazepam 10 mg	0-0-0-1/4 alle zwei Tage	Reduktion um 50%
12. Woche	absetzen		

*Umstellung auf Oxazepam, weil sich die 10-mg-Tabletten besser herunterdosieren lassen

Ab 2021: Heilmittel leichter verordnen

Ab 1. Januar 2021 gibt es nur noch ein Muster für die Verordnung von Heilmitteln wie Krankengymnastik oder Ergotherapie. Dies ist nur eine von mehreren Vereinfachungen, die die Praxen entlasten sollen.

Bis Anfang 2021 bleiben somit die bisherigen Verordnungsformulare 13, 14 und 18 bestehen. Ab 1. Januar 2021 müssen Praxen nur noch das neue Formular 13 einsetzen (wir berichteten). Dieses Formular ist zum Verordnen sämtlicher Heilmittel gültig. Die wichtigsten Regelungen im Überblick:

Regelfallsystematik abgeschafft: Bisher ist festgelegt, nach wie vielen Behandlungen das Therapieziel erreicht werden soll. Sind weitere Verordnungen notwendig, handelt es sich um eine Verordnung außerhalb des Regelfalls, für die gegebenenfalls eine Genehmigung der Krankenkasse eingeholt werden muss. Künftig gibt es einen Verordnungsfall und daran geknüpft eine sogenannte orientierende Behandlungsmenge. Ärzte können sich an dieser Menge orientieren, dürfen jedoch auch davon abweichen. Wird die orientierende Behandlungsmenge überschritten, müssen Ärzte dies auf der Verordnung nicht mehr begründen. Sie dokumentieren lediglich in der Patientenakte, warum weitere Behandlungen nötig sind.

Diagnosegruppen: Die Diagnosegruppen im Heilmittel-Katalog werden vor allem im Bereich Physiotherapie zusammengefasst, die Zahl sinkt von 22 auf 13.

Schlucktherapie: Ärztinnen und Ärzte können künftig Schlucktherapie als eigenes Heilmittel verordnen. Dieser Heilmittelbereich heißt künftig Stimm-, Sprech-, Sprach und Schlucktherapie.

Verordnungsfall ist immer arztbezogen: In der Heilmittel-Richtlinie wird klargestellt, ab wann Ärzte von einem neuen Verordnungsfall ausgehen können. Danach bezieht sich ein Verordnungsfall immer auf den verordnenden Arzt und ist nicht an den Patienten gekoppelt. Somit erfolgt auch die Bemessung der orientierenden Behandlungsmenge immer arztbezogen. Das hat den Vorteil, dass Ärzte sich nicht mehr informieren müssen, was ihre Vorgänger verordnet haben.

Verordnungsfreies Intervall: Das derzeitige „behandlungsfreie Intervall“ von zwölf Wochen wird durch ein ordnungsfreies Intervall von sechs Monaten ersetzt. Liegt die letzte Heilmittelverordnung weniger als sechs Monate zurück, wird der bisherige Verordnungsfall fortgeführt. Liegt das Datum sechs Monate oder länger zurück, löst dies einen neuen Verordnungsfall aus.

Flexiblere Behandlungsfrequenz: Bisher müssen Therapeuten Abweichungen von Empfehlungen des Heilmittel-Katalogs zur Behandlungsfrequenz mit dem Arzt abstimmen. Ab Anfang 2021 gibt es lediglich Vorgaben zu Frequenzspannen. Dadurch können Therapeuten und Patienten Behandlungstermine flexibler vereinbaren.

Längere Frist für Beginn der Heilmitteltherapie: Der späteste Behandlungsbeginn wird von bisher 14 auf 28 Tage verlängert.

■ DER BEITRAG BASIERT AUF EINER VERÖFFENTLICHUNG DER KV BERLIN.



Für die Praxen wird die Verordnung von Heilmitteln wie Physiotherapie durch die neue Richtlinie einfacher.



Studie zu Antibiotika-Verordnung

Resistenzen vermeiden – weniger ist mehr

Die Antibiotika-Verordnungen bei akuten Atemwegserkrankungen sind in Deutschland in den vergangenen Jahren stark zurückgegangen. Eine aktuelle Studie zeigt nun, dass dies durch Patientenaufklärung noch verstärkt werden kann – ein Überblick der Ergebnisse mit Fokus auf Nordrhein.

Der Trend geht zu „weniger ist mehr“. Bundesweit sinkt die Verordnungsrate von Antibiotika bei akuten Atemwegsinfekten im ambulanten Sektor – auch in Nordrhein. Mit gezielter Aufklärung kann diese Entwicklung sogar noch stärker vorangetrieben werden. Das belegt die aktuelle Studie „RESISTenzvermeidung durch adäquaten Antibiotikaeinsatz bei akuten Atemwegsinfektionen“. „Das Ergebnis zeigt einmal mehr, wie wichtig es ist,

Mediziner, aber auch Patienten auf das Thema aufmerksam zu machen. Wir müssen noch mehr Kolleginnen und Kollegen dafür sensibilisieren, dass der Einsatz von Antibiotika genau bedacht und geprüft sein will. Wichtig ist auch, Patientinnen und Patienten besser zu informieren, damit sie nicht immer und sofort die Gabe von Antibiotika erwarten,“ resümiert KVNO-Vorstandsvorsitzender Dr. med. Frank Bergmann.

Die KV Nordrhein hatte gemeinsam mit sieben weiteren Kassenärztlichen Vereinigungen, dem Verbund der Ersatzkassen (vdek) und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) das RESIST-Projekt bei Haus-, Kinder- und HNO-Ärzten sowie bei Fachärzten für Innere Medizin durchgeführt – wissenschaftlich begleitet vom Institut für Allgemeinmedizin der Universitätsmedizin Rostock sowie dem Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (Zi). Die Studie lief von Juli 2017 bis Juni 2019. Ziel: Ärzte und Patienten für das Thema Resistenzbildung zu sensibilisieren und zu einem bewussteren Umgang mit Antibiotika bei akuten Atemwegsinfekten zu motivieren.

39 Millionen Antibiotika-Verordnungen gibt es laut vdek pro Jahr – 85 Prozent davon entfallen auf den ambulanten Sektor. Im internationalen Vergleich zählt Deutschland zu den Niedrigverordnungsländern mit sinkenden Verordnungsraten. Trotzdem wird immer noch zu oft Antibiotika verordnet, wenn es nicht nötig ist.

Weniger Verordnungen

Voraussetzung für eine Projektteilnahme war die Absolvierung einer Online-Fortbildung zur besseren Arzt-Patienten-Kommunikation sowie zu Grundlagen der rationalen und leitliniengerechten Antibiotikatherapie bei Atemwegserkrankungen. Für den Einsatz im Praxisalltag erhielten die teilnehmenden Ärzte zudem Praxisposter, Patienteninformationen und Entscheidungshilfen, die die Beratung der Patienten sowie die gemeinsame Entscheidungsfindung unterstützen sollten – auch ein sogenanntes Infozept (anstatt Rezept) mit Tipps zum Umgang mit Erkältungskrankheiten.

Das Ergebnis: Innerhalb des Studienzeitraumes sank die Verordnungsraten von Antibiotika bei akuten Atemwegsinfekten deutschlandweit bei Patienten der an RESIST beteiligten Fachgruppen um 16 Prozent. Insgesamt konnte die Verordnungsraten von Antibiotika damit sogar um signifikante 3,1 Prozent gesenkt werden. In Nordrhein beteiligten sich 318 Ärzte. Sie verordneten weniger Antibiotika als nicht am RESIST-Projekt teilnehmende Kollegen. Am deutlichsten war der Rückgang bei Infektionen

RESIST

ANTIBIOTIKA BEWUSST ANWENDEN – RESISTENZEN VERMEIDEN

der unteren Atemwege um zehn Prozent (von 48 auf 38). Auch bei den Infektionen der oberen Atemwege verzichteten teilnehmende Ärzte im Vergleich zu Nicht-Teilnehmern überproportional häufig auf ein Antibiotikum. Insgesamt betrachtet betrug der Unterschied zwischen Teilnehmern und Nicht-Teilnehmern nach RESIST neun Prozent (vorher: sechs).

Mehr Antibiotika bei Pneumonie

Doch greifen RESIST-Teilnehmer generell seltener zu einem Antibiotikum? Nein. Sie verzichten lediglich auf die Verordnung, wenn bestimmte Indikationen keine antibiotische Behandlung erfordern. Ist eine Antibiose jedoch angezeigt, erhalten die Patienten diese auch. So verordnen RESIST-Teilnehmer mit Sitz in Nordrhein bei Lungenentzündungen häufiger ein Antibiotikum als Nicht-Teilnehmer. Fluorchinolone wurden in der Studie gesondert betrachtet, da diese nur zurückhaltend und bei schweren Infektionen verschrieben werden sollen. Wenn sich RESIST-Teilnehmer zu einem Antibiotikum entscheiden, greifen sie deutlich seltener als Nicht-Teilnehmer zu einem Fluorchinolon. In diesem Bereich hatte das Projekt einen besonders positiven Effekt auf die Studienteilnehmer.

RESIST-Teilnehmer wägen den Einsatz von Antibiotika hinsichtlich des möglichen Nutzens und der möglichen Nebenwirkungen kritisch ab. Zudem entscheiden sie sich bei Erkrankungen, die nicht notwendigerweise mit einem Antibiotikum behandelt werden müssen, häufiger als Nicht-Teilnehmer für ein alternatives Behandlungsregime (symptomatische Therapie). Auch die Verschiebung zu Wirkstoffen mit einem schmalen Wirkungsspektrum anstelle von Breitspektrum-Antibiotika ist zu beobachten.

Weitere Infos zum Programm unter [kvb.de](https://www.kbv.de).

KV | 201131

■ JANA MEYER

» Patienten haben ausnahmslos positiv reagiert«



Dr. med. Ralph-Detlef Köhn ist Hausarzt mit Praxis in Essen.

Herr Dr. Köhn, was kommt Ihnen beim Begriff Antibiotika zuerst in den Sinn?

Eine der segenreichsten Entwicklungen in der Medizingeschichte. Mit Antibiotika können viele Infektionskrankheiten behandelt und beherrscht werden, die viele jahrhundertlang als nicht beeinflussbare Schicksalsereignisse empfunden wurden. Wir alle sind gefordert, diese immensen Vorteile und Chancen nicht leichtfertig zu gefährden.

Was hat Sie motiviert, am RESIST-Projekt teilzunehmen und sich kritisch mit dem Thema Antibiotika-Verordnung auseinanderzusetzen?

Der unbestreitbare Nutzen von Antibiotika ist auch abhängig von seinem differenzierten, kritischen Einsatz. Dies setzt sachliche Information zur zielgerichteten Indikation voraus. Das RESIST-Programm setzt mit fachlichen Fortbildungen jedoch nicht nur beim Arzt an, sondern hat mit der Verbesserung der Arzt-Patienten-Kommunikation auch den Patienten im Blick. Dieser duale Ansatz ist wichtig. Die Module waren kurzweilig, interessant und entsprechen dem Anspruch: aus der Praxis – für die Praxis.

Wie hat die Umsetzung des Projekts geklappt?

Wie wahrscheinlich fast alle Kollegen haben auch wir uns als kritische, indikationsbezogene, nicht leichtfertige Antibiotika-Verordnende empfunden. Trotzdem ist unsere Verordnungs-Frequenz durch

das RESIST-Programm weiter gesunken – ohne Nachteil für den Krankheitsverlauf unserer Patienten. Wie bei jeder Verhaltensänderung spielt sich die entscheidende Weichenstellung im Kopf ab. Wenn man selbst motiviert und überzeugt ist, klappt es auch mit der Umsetzung. Die Patienten haben ausnahmslos positiv reagiert. Kritisch muss angemerkt werden, dass der Beratungs- und Gesprächsbedarf teilweise deutlich höher war und manchmal Vorwürfe im Raum standen wie etwa, die Nicht-Verordnung läge an Sparmaßnahmen.

Lässt sich das Konzept nachhaltig in den Praxisalltag integrieren?

Die Module des RESIST-Programms sind einzelne Bausteine – es liegt an jedem selbst, das für sich und seine Praxis passende Gebilde daraus zu bauen. Manche der kennengelernten Inhalte wären auch in anderen Praxisfeldern einsetzbar – zum Beispiel im Rahmen von DMP-Beratungen.

Was könnte verbessert werden?

Für die Zukunft wünschenswert wären kurze, praxisrelevante und zertifizierte Updates. Die zahlreichen Flyer und Infobroschüren in Papierform könnten zusammengefasst, optimiert und auch digital angeboten werden.

Generell wünsche ich mir weniger theoretische Überlegungen und gute Vorsätze, ohne ein sich daraus ergebendes konkretes Handeln. Also, einfach machen!



TELEMATIKINFRASTRUKTUR



Medizinische Anwendungen im Überblick

Digitalisierung und Vernetzung im Gesundheitswesen schreiten weiter voran. Nach dem Basis-Rollout der Telematik-Infrastruktur (TI), bei dem es lediglich um den Abgleich von Versichertenstammdaten geht, gibt die KV Nordrhein einen Ausblick auf die medizinischen Anwendungen, durch die sich Mehrwerte für Praxis und Patient ergeben sollen.

2. Dezember 2020 | 16 – 18 Uhr

Referenten:

Claudia Pintaric | Abteilungsleiterin IT-Beratung | KV Nordrhein
Sandra Onckels | IT-Beraterin | KV Nordrhein
Franz-Josef Eschweiler | IT-Berater | KV Nordrhein

Weitere Informationen sowie die Online-Anmeldung finden Sie unter www.kvno.de/termine

Notfalldaten immer verfügbar

Mit den medizinischen Anwendungen soll die TI ab diesem Jahr endlich einen Mehrwert für die Gesundheitsversorgung erhalten. Eine der Anwendungen, die schon in den ersten Praxen verfügbar ist, ist das Notfalldatenmanagement, kurz NFDM.

Ziel des NFDM ist die Verfügbarkeit aller notfallrelevanten Daten, insbesondere in Notfallsituationen, wie etwa bei der Notaufnahme im Krankenhaus, bei der Erstversorgung durch einen Notarzt oder durch den Rettungsdienst oder bei der Versorgung außerhalb der Sprechzeiten, beispielsweise in einer Notdienstpraxis. In all diesen Situationen ist es wichtig für den Arzt oder Rettungssanitäter zu wissen, welche Medikamente ein Patient einnimmt oder ob er Vorerkrankungen oder Allergien hat, um ihn in dieser bedrohlichen Situation optimal behandeln zu können.

Das NFDM besteht grundsätzlich aus zwei Datensätzen, die getrennt voneinander angelegt und auch getrennt ausgelesen werden: Zum einen der eigentliche Notfalldatensatz mit allen relevanten medizinischen Informationen und zum anderen der Datensatz mit der persönlichen Erklärung (DPE), in welchem Hinweise auf den Aufbewahrungsort von Organspendeausweis, Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht hinterlegt werden können.

Das NFDM ist für die Versicherten freiwillig. Anspruch auf die Anlage und Aktualisierung hat aber jeder Patient. Ansprechen sollten die Praxen insbesondere Patienten mit seltenen, komplexen und notfallrelevanten Erkrankungen, Patienten mit einer Vielzahl von Diagnosen und Medikamenten, aber auch Schwangere.

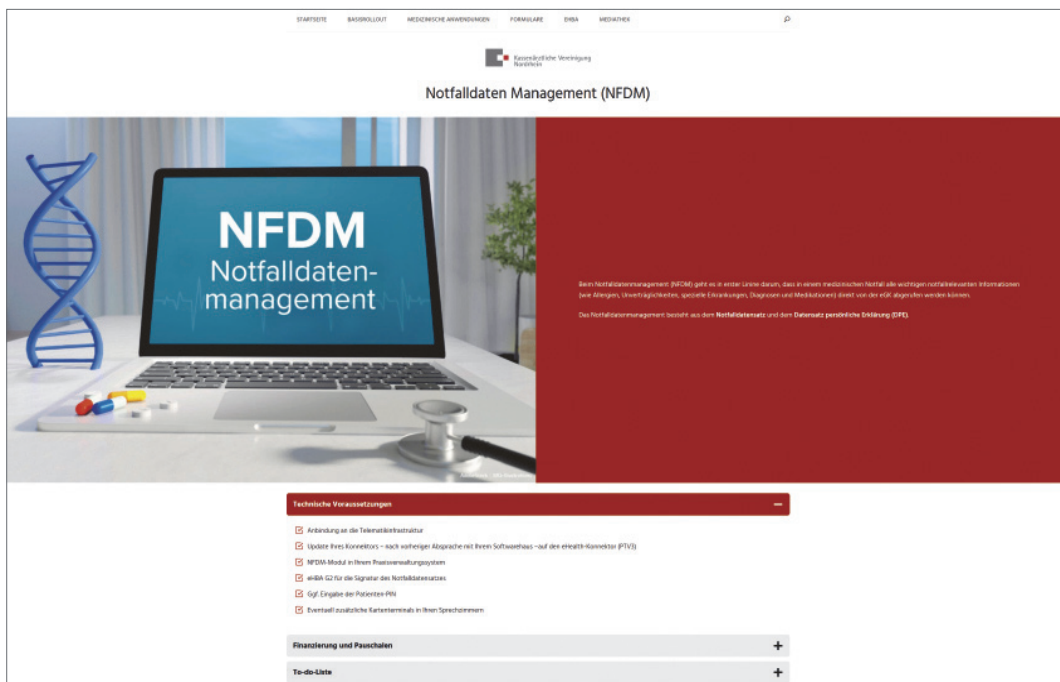
Die Erstanlage der Daten sollte in der Praxis erfolgen, die einen umfassenden Überblick über Diagnosen und Befunde des Patienten hat, zum Beispiel in einer hausärztlichen Praxis. Für die Anlage der Daten in der Praxis ist immer die Einwilligung des Patienten erforderlich, außerdem muss die An-

lage durch den elektronischen Heilberufsausweis der Generation 2 signiert werden, bevor die Informationen auf die Gesundheitskarte übertragen werden.

Das Auslesen des Notfalldatensatzes kann in jeder Praxis erfolgen, die notfallrelevante Informationen benötigt oder diese aktualisieren möchte, grundsätzlich aber immer nur im Rahmen der Behandlung bzw. Versorgung. Aus Datenschutzgründen werden beim Auslesen immer der Zugriffszeitpunkt, die auslesende Person und der Grund des Auslesens auf der Gesundheitskarte protokolliert. Ausgewählt werden muss aus drei vorgelegten Gründen: Notfall, Aktualisierung oder Abruf ohne Notfallhintergrund, z. B. wenn Daten in das Praxisverwaltungssystem übertragen werden sollen.

Auch für das Auslesen der Daten ist immer eine Einwilligung erforderlich, verzichtbar ist diese nur bei fehlender Zustimmungsfähigkeit, z. B. Bewusstlosigkeit des Patienten. Die Eingabe einer zusätzlichen PIN beim Auslesen ist im Normalfall beim NFDM nicht erforderlich, jedoch kann der Patient sich dafür entscheiden. In Notfällen ist jedoch ein Auslesen der Daten immer ohne PIN möglich. Ausnahmen gibt es bei den Psychotherapeuten. Diese dürfen **immer** nur mit der PIN-Eingabe des Versicherten die Notfalldaten auslesen.

Die Aktualität des Notfalldatensatzes ist ein entscheidender Faktor, da aus einem nicht aktuellen Datensatz Fehler in der Notfallbehandlung resultieren können. Daher sollte im Rahmen von regulären Behandlungsanlässen immer eine Prüfung der Daten auf Vollständigkeit und Korrektheit stattfinden.



Weitere Informationen zur TI und allen medizinischen Anwendungen bietet die KV Nordrhein im Internet unter [onlinerollout.de](https://www.onlinerollout.de)

Technik und Finanzierung

Die technischen Voraussetzungen, die Praxen benötigen, sind größtenteils bereits vorhanden, sofern die Praxis an die TI angeschlossen ist. Praxen benötigen lediglich eine Anpassung ihres Praxisverwaltungssystems, ein Upgrade des Konnektors sowie den elektronischen Heilberufsausweis der Generation 2 für die Anlage und die Aktualisierung von Daten.

Die Vergütung für die notwendigen technischen Komponenten haben die KBV und die Krankenkassen festgelegt. Praxen erhalten einmalige Pauschalen in Höhe von 530 Euro für das Upgrade und Pauschalen für weitere stationäre Kartenterminals. Je angefangene 625 Betriebsstättenfälle werden nochmals 535 Euro ausgezahlt. Jedes Quartal gibt es zudem einen Zuschlag in Höhe von 4,50 Euro auf die vorhandene laufende Betriebskostenpauschale.

Sobald eine Praxis betriebsbereit ist, das heißt das Upgrade des Konnektors durchgeführt wurde und das PVS über die Anwendung NFDM verfügt, können die einmaligen und laufenden Pauschalen bei der KV Nordrhein über ein Online-Formular beantragt werden. Das Formular ist abrufbar unter [onlinerollout.de](https://www.onlinerollout.de)

Auch für die Anlage, Aktualisierung und das Löschen des NFDM erhalten Praxen eine Vergütung, die im erweiterten Bewertungsausschuss festgelegt wurde:

- Für die Anlage des Notfalldatensatzes können 80 Punkte berechnet werden (GOP 01640). Seit 15. Oktober 2020 ist für zwölf Monate die Bewertung der GOP 01640 auf 160 Punkte angehoben worden.
- Für jede Überprüfung und Aktualisierung werden 4 Punkte berechnet (GOP 01641). Dieser Zuschlag wird einmal im Behandlungsfall von der KV automatisch hinzugefügt. Für das Löschen eines Notfalldatensatzes erhalten Praxen einen Punkt je Behandlungsfall (GOP 01642).

Praxen, die am NFDM teilnehmen möchten, sollten sich mit der Ärztekammer bezüglich des elektronischen Heilberufsausweises der Generation 2 sowie mit ihrem Softwarehaus in Verbindung setzen, um abzuklären, ob das Upgrade für den Konnektor sowie das Modul NFDM für das PVS bereits vorhanden ist. Derzeit sind noch nicht alle Konnektoren für das Upgrade zugelassen und auch das Update für das NFDM bieten nicht alle Softwarehäuser an. Eine flächendeckende Nutzung ist derzeit leider nicht möglich.

■ CLAUDIA PINTARIC

eHBA ist der Schlüssel zur digitalen Versorgung

Wer künftig an der digitalen Gesundheitsversorgung teilnehmen möchte, braucht den elektronischen Heilberufsausweis (eHBA) – denn nur damit ist eine rechtsgültige elektronische Unterschrift möglich. In Nordrhein verfügen bisher aber nur wenige Ärzte über einen eHBA.



Zahlreiche neue Gesetze wie das Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) treiben die Digitalisierung im deutschen Gesundheitswesen massiv voran. Sie sollen einen effizienten Datenaustausch über die Telematikinfrastruktur (TI) zwischen den Versorgungsebenen unterstützen. Der elektronische Heilberufsausweis (eHBA) ist ein zentraler ärztlicher Schlüssel, um künftig an der digitalen Gesundheitsversorgung teilnehmen zu können. Zu den Funktionen gehört die rechtsgültige elektronische Unterschrift für medizinische Dokumente.

Anwendungen in der TI

Ab 2021 werden Ärzte verpflichtet mit dem eHBA die elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung zu signieren. Zudem sollen Rezeptverordnungen ab 2022 ausschließlich elektronisch mit der Signatur des eHBA durchgeführt werden. Der Ausweis dient aber auch zur Verschlüsselung von digitalen Dokumenten, die über einen sicheren KIM-Dienst übermittelt werden sollen. Ohne eHBA haben Ärzte weder Zugang zum Notfalldatenmanagement,

elektronischem Medikationsplan noch zur elektronischen Patientenakte.

Die Signatur mit dem eHBA ist immer dann notwendig, wenn Datensätze neu angelegt oder geändert werden müssen. Sofern die Praxis das Update für ihren eHealth-Konnektor eingespielt hat, ist mit dem eHBA eine sogenannte Stapelsignatur möglich. Das heißt, der Arzt muss nur einmal am Kartenterminal mit gestecktem eHBA die PIN eingeben und bestätigen, um mehrere, vorab angelegte Dokumente gleichzeitig signieren zu können. Nähere Informationen zu den technischen Anforderungen gibt es in den Handbüchern des Praxisverwaltungssystems bzw. des Konnektors.

Ärzte aus Nordrhein müssen ihren eHBA über das Mitgliederportal meineakno.de bei einem der vier sogenannten Vertrauensdiensteanbieter bestellen: Bundesdruckerei, medisign, SHC Stolle & Heinz Consultants und T-Systems. Vom Antrag bis zum Erhalt des Ausweises können vier Wochen vergehen. Ärzte sollten den eHBA daher frühzeitig bestellen.

■ IOANNIS CHRISTOPOULOS

Mehr Informationen zum eHBA und dem Beantragungsprozess sowie eine Anleitung zum Antrag unter ae.kno.de

KV|201136

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

Extra für MFA:

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

Jetzt registrieren!
www.kvno-newsletter.de



Engagiert für Gesundheit.
Kassenärztliche Vereinigung
Nordrhein

Neue Unterlagen gut angekommen

Seit Anfang 2020 erhalten Ärzte und Psychotherapeuten in Nordrhein die neugestalteten Abrechnungsunterlagen. Die sind einheitlicher gestaltet, übersichtlicher und die Aussendung wurde schlanker. Die KV Nordrhein hat dazu viele positive Rückmeldungen erhalten, aber auch einige negative.

Mit und in den Nachweisen der Honorarbestandteile finden sich die Praxen gut zurecht. Die Unterlage zeigt den Umsatz für Vertragskassen, differenziert nach Gebührenordnungspositionen und Leistungskategorien. Ärzte und Psychotherapeuten haben mit dem Quotierungsnachweis zusätzlich den anerkannten Leistungsbedarf im Blick.

Differenzierte Honorarauswertung

Sehr gut angekommen ist auch die differenzierte Honorarauswertung. Diese weist den Beitrag zum Gesamthonorar für jeden Arzt bzw. Psychotherapeuten sowie für jeden Leistungsort aus. Außerdem enthält sie eine Darstellung des Honorars je Behandlungsfall und je Gebührenordnungsposition. Da es sich um eine arzt- bzw. psychotherapeutenbezogene Auswertung handelt muss daher von Berufsausübungsgemeinschaften oder Medizinischen Versorgungszentren eine schriftliche Einwilligungserklärung zur Teilnahme an der differenzierten Honorarauswertung aller Partner vorliegen. Den Vordruck für die Einverständniserklärung finden sie Sie im Internetangebot der KV Nordrhein in der Rubrik Praxis: [kvno.de/praxis](https://www.kvno.de/praxis)

NACHWEIS DER HONORARBESTANDTEILE VERTRAGSKRANKENKASSEN

1. Zusammenfassung der Betriebsdaten

Leistungsart	Honorar	Beitrag
Diese Leistungen mit Beitragsleistung		2.124,84 €
Diese Leistungen ohne Beitragsleistung		1.078,81 €
Gesamt		3.203,65 €

2. Einzelauswertung

Gebührenordnungsposition	Häufigkeit	Umsatzbeitrag in Euro/Min	Kostenbeitrag	Beitrag
Diese Leistungen mit Beitragsleistung				2.124,84 €
Regelleistungen (keine Krankheitskassen)				
0302 03	270	26,980	728,46 €	2.124,84 €
Diese Leistungen ohne Beitragsleistung				1.078,81 €
Regelleistungen (keine Krankheitskassen) - MDR				
0302 10	36	4,525	162,90 €	67,64 €
0302 12	4	6,500	26,00 €	10,80 €
0302 13	1	4,500	4,50 €	1,80 €
0302 14	1	1,470	5,88 €	2,35 €
0302 15	2	5,000	10,00 €	3,90 €
Praxisleistungen (Krankenkassen) - MDR				
0302 16	14	3,360	47,04 €	18,18 €
0302 17	4	3,614	14,46 €	5,64 €
0302 18	4	3,614	14,46 €	5,64 €
0302 19	14	3,360	47,04 €	18,18 €

Eine der neu gestalteten Abrechnungsunterlagen: der Nachweis der Honorarbestandteile

Für den Service „Abrechnungsprofil“ gibt es positive Rückmeldungen zu Transparenz, Übersichtlichkeit und Verständlichkeit. Die Auswertungen im Rahmen des Abrechnungsprofils liefern schwerpunktbezogene Vergleiche der eigenen Praxis mit einer geeigneten Vergleichsgruppe.

Es werden unter anderem folgende Werte dargestellt:

- Abweichung Anzahl Patienten vom Durchschnitt der Vergleichsgruppe in Prozent
- Abweichung Honorar vom Durchschnitt der Vergleichsgruppe in Prozent
- durchschnittliche Anzahl Patienten
- durchschnittliches Honorar

Weniger zufrieden sind Ärzte und Psychotherapeuten mit dem „Kürzungsnachweis“. Deswegen wird die KV Nordrhein diese Unterlage überarbeiten. Eine Klarstellung direkt an dieser Stelle: Schon der Begriff „Kürzungsnachweis“ ist irreführend. Denn wenn die KV Nordrhein einen Begrenzungsmechanismus des EBM umsetzt, ist dies keine Kürzung im juristischen Sinne.

Besonders die Mischung aus automatischer Zusetzung von Zuschlägen und Höchstwertgrenzen durch die KV Nordrhein führt zu Darstellungsfehlern. Zum Beispiel wird bei Psychotherapeuten die keinen Strukturzuschlag erhalten, eine Kürzung von 100 Prozent ausgewiesen. De facto wurde aber gar nicht gekürzt. Vielmehr wurde der Strukturzuschlag erst gar nicht ausgelöst, weil die geforderten Bedingungen des EBM nicht erfüllt waren.

■ HONORARABTEILUNG



Bildnachweis: © Goodluz, shutterstock.de

Beratungsangebote

Kompetent beraten von der Niederlassung bis zur Praxisabgabe

Ärzte und Psychotherapeuten sind als niedergelassene Praxisinhaber auch Unternehmer, Investoren und Arbeitgeber. Die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein unterstützt ihre Mitglieder und Einsteiger in die ambulante Versorgung bei allen praxisrelevanten Themen.

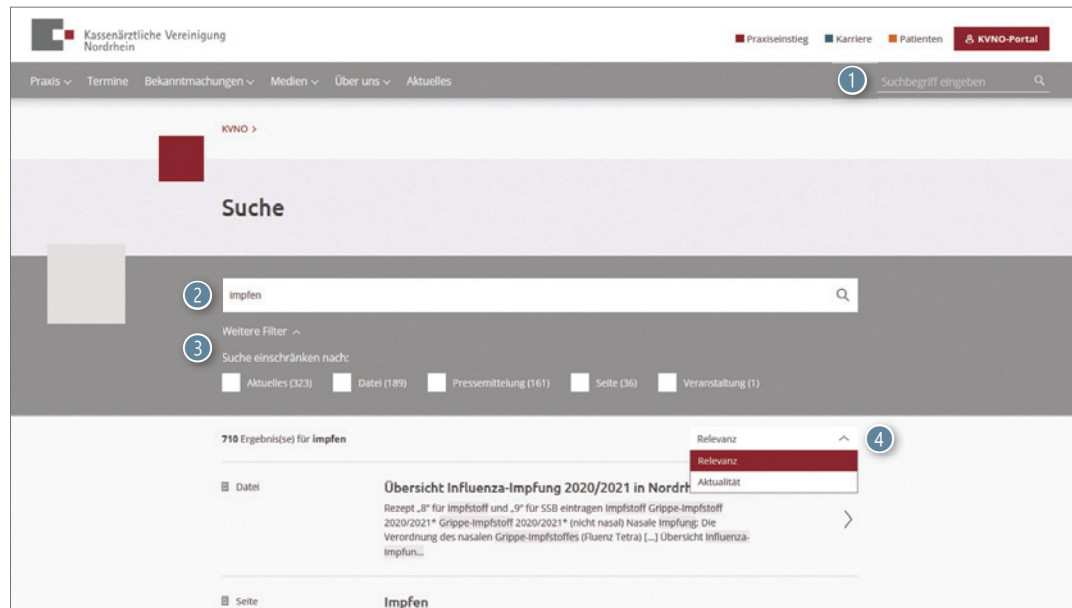
Wir bieten an

- | | | | |
|---|---|---|-----------------------------|
|  | Abrechnungsberatung |  | Hygieneberatung |
|  | Betriebswirtschaftliche Beratung |  | IT-Beratung |
|  | Prüfverfahrensberatung |  | Niederlassungsberatung |
|  | Verordnungsberatung/
Medikations-Check |  | Qualitätssicherungsberatung |
| | |  | Praxislotsenkonzept |

Schneller zum Ziel

Die neue Website ist zum Herbstferienbeginn am 12. Oktober 2020 online gegangen. Der Internetauftritt unter kvno.de hat ein neues und übersichtliches Design – aber die bewährte Navigation erhalten. Wer Inhalte nicht über die Startseite oder die Navigation findet, kann sich mehrerer Suchen bedienen.

- 1 Oben rechts auf der Seite finden Sie die Hauptsuche.
- 2 Wenn Sie dort einen Suchbegriff (hier das Beispiel Impfen) eingeben haben, erscheint diese Seite und der Suchbegriff ist im Suchschlitz bereits übernommen worden.
- 3 Nun können Sie die Ergebnisse zu Ihrem Suchwort hier filtern.
- 4 Und hier können Sie die Ergebnisse nach Relevanz oder Aktualität sortieren.



Die Hauptsuche der Website finden Sie auf jeder Seite oben rechts – auch auf dem Smartphone oder Tablet. Mit dieser Suchfunktion können Sie den gesamten Auftritt nach Stichwörtern durchsuchen. Haben Sie etwa einen Begriff wie Impfen eingegeben, erhalten Sie unter dem Suchschlitz mehrere Filtermöglichkeiten. Sie können auswählen, ob Ihnen nur Dateien, Aktuelles oder Pressemeldungen, Veranstaltungen oder feststehende Seiten, wie die zum Impfvertrag, angezeigt werden sollen. Zudem können Sie die Ergebnisse nach Relevanz oder Datum sortieren.

Darüber hinaus gibt es noch weitere Suchen auf der Seite für Praxen. Unter dem Navigationspunkt Aktuelles finden Sie aktuelle Meldungen und können hier die eigene Suche ausprobieren. Diese zeigt dann ausschließlich aktuelle Meldungen zu Ihrem Suchbegriff an. Hier können User nach Themen filtern und die Suchergebnisse nach Aktualität oder alphabetisch sortieren.

Auch die Suchergebnisse der Pressemeldungen lassen sich nach Datum oder Alphabet sortieren. Diese Suche finden Sie unter Medien > Presse > Pressemeldungen. Unter Medien liegt auch der Punkt Mediathek. Diese hat ebenfalls eine eigene Suche. Hier lassen sich die Ergebnisse nach Datei-Art wie PDF oder Bild sortieren; derzeit befinden sich nur PDF-Dateien in der Mediathek.

Auch die Praxissuche ist weiter Bestandteil der neuen Website. Prominent auf der Startseite unter den Neuigkeiten befindet sich der Link zur Suche. Diese funktioniert genauso wie die Praxissuche auf kvno.de. Wer seinen Patienten diese Suche empfehlen möchte: Es gibt diese auch auf der neuen Patienten-Website patienten.kvno.de

■ MARSCHA EDMONDS

Rund um Krebsfrüherkennungsprogramme

Die elektronischen Dokumentationen für die Früherkennungsprogramme Darm- und Gebärmutterhalskrebs ist seit dem 1. Oktober verpflichtend. Die Antworten auf häufige Fragen haben wir für Sie zusammengestellt.

Ist die Dokumentation Voraussetzung für die Abrechnung?

Ja, die Früherkennungs- und Abklärungsuntersuchungen können nur bei erfüllten Dokumentationsvorgaben zulasten der gesetzlichen Krankenkassen abgerechnet werden.

Wie kann ich meine Dokumentationen an die KV übermitteln?

Das geht ausschließlich über das KVNO-Portal. Dort finden Sie auch eine Anleitung zur Übermittlung der Dokumentation.

Wer stellt uns die Software zu Verfügung, damit wir die Dokumentationen der KV übermitteln können?

Die Softwarehersteller entwickeln die nötigen Softwaremodule und stellen sie bereit. Bei Fragen dazu wenden Sie sich bitte an Ihre Softwarehersteller.

Welche Arztgruppe muss bei der Gebärmutterhalskrebsvorsorge welche Daten elektronisch erfassen?

Die Dokumentation des Primärscreenings mit der erfolgten Abklärung der Zytologie und dem HPV-Test erfolgt durch die Gynäkologen elektronisch in der Praxissoftware. Folgende Angaben sind notwendig: Angaben zur Person, Versichertennummer, Programmnummer, Vertragsarztnummer und/oder Betriebsstättennummer, Datum der Untersuchung, Untersuchungsnummer, HPV-Impfstatus, Art und Anlass der Untersuchung, vorangegangene Untersuchung, anamnestische Angaben, Gravidität, klinischer Befund, empfohlene Maßnahme.

Auch Zytologen, Pathologen oder Labormediziner, die die Auswertungen durchführen, müssen elektronisch dokumentieren. Sie müssen zusätzlich noch folgende Daten erfassen: Ergebnis der zytologischen Untersuchung und/oder HPV-Test-Ergebnis.



Ich führe die Früherkennungskoloskopie durch. Welche Daten muss ich dokumentieren und übermitteln?

Programmnummer, Versicherteninformationen wie Geburtsdatum und Geschlecht, Untersuchungsdatum, nähere Angaben zur Koloskopie, Vertragsarztnummer, bei Polypen nähere Angaben zu Zahl, Form und ggf. Polypenabtragung/Biopsie, Angaben zu Komplikationen, histologischer Befund, Diagnose, angeratene weitere Maßnahmen, Tumor-Klassifikation, Datum der Operation.

Wie erfolgt die Dokumentation des iFOB-Tests?

Die Dokumentation durch iFOB-Test auswertende Vertragsärzte erfolgt elektronisch in der Praxissoftware. Hier dokumentiert und übermittelt der auswertende Arzt (Labormediziner) folgendes: Programmnummer, Versichertennummer, Geburtsdatum, Geschlecht, erste drei Stellen der PLZ, Untersuchungsdatum, Betriebsstättennummer oder Vertragsarztnummer, Angaben zur Probe, Angaben zum iFOB-Test-Ergebnis, Angaben zum verwendeten Test.

Mehr Fragen und Antworten auf

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

KV|201141

Grippe-Impfung: Infomaterial für Praxen

Der Gripeschutz ist vor allem für Risikopatienten wichtig – insbesondere in Corona-Zeiten. Die KV Nordrhein unterstützt die Praxen deshalb wieder mit Plakaten und Flyern („Gut geschützt“) mit Patienten-Informationen zum Thema Influenza und Impfung.

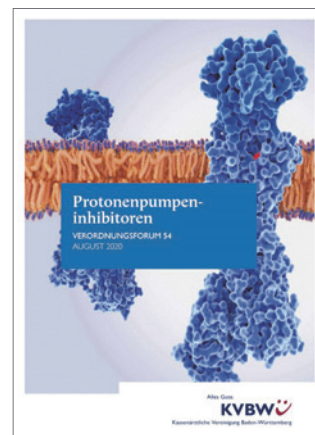
Bestellung mit Mengenangaben per Mail an bestellung.koeln@kvno.de.

■ CAL

Neues Serviceheft für Ärzte zu Protonenpumpeninhibitoren

Im neuen Serviceheft informiert die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg über die rationale Verordnung von Protonenpumpeninhibitoren (PPI) und dient als Alltagshilfe bei den steigenden Verordnungszahlen. Um weiteren Verordnungsanstiegen entgegenzuwirken, ist eine indikationsgerechte Einsetzung als auch eine optimale Therapiedauer mit PPI von Bedeutung, schreibt die KV Baden-Württemberg.

Im Serviceheft erhalten Ärzte unter anderem eine Empfehlung zur indikationsgerechten Verordnung und eine angemessene Therapiedauer. Zusätzlich werden Wirkstoffklassen der PPI vorgestellt. Darunter welche Wirkstoffe es aktuell gibt, für welche Indikationen diese zugelassen sind und welche Nebenwirkungen sie mit sich tragen.



Mehr Infos sowie das Serviceheft finden Sie bei der KV Baden-Württemberg unter [kvbawue.de/presse/publikationen/verordnungsforum](https://www.kvbawue.de/presse/publikationen/verordnungsforum)

■ CAL

Pauschalen für die TI-Anwendungen NFDM/eMP

Für die Erstattung der Pauschalen beim Notfalldatenmanagement und dem eMedikationsplan steht ausschließlich das Antragsverfahren zur Verfügung. Der Antrag lässt sich über das KVNO-Portal stellen.

Leider kann die KV Nordrhein zur Erstattung der Pauschalen kein Abrechnungsverfahren anbieten. Der Grund: Das angekündigte Kennzeichen in der

Quartalsabrechnung, anhand dessen erkennbar sein sollte, ob Praxen das Konnektor-Update zur Nutzung der neuen Fachanwendungen durchgeführt haben, wurde leider nicht in die PVS-Systeme aufgenommen.

■ HAC



Die Arztpraxis organisiert und sicher Start-up in die Niederlassung



Didaktische Gründe machen es erforderlich, die genannten Themen auf zwei Einzelveranstaltungen aufzuteilen.

Moderation: Dr. med. Oscar Pfeifer | Facharzt für Allgemeinmedizin | Essen

TEIL 1 | Freitag, 20. November 2020 | 15 – 17.30 Uhr

Begrüßung und Einführung

Dr. med. Frank Bergmann | Vorstandsvorsitzender der KV Nordrhein

Datensicherheit in der Arztpraxis

Claudia Pintaric | Abteilungsleiterin IT-Beratung | KV Nordrhein

Prozesse zuverlässig steuern – Praxis-, Qualitäts- und Risikomanagement im Niederlassungsalltag

Dr. med. Oscar Pfeifer | Facharzt für Allgemeinmedizin | Essen

TEIL 2 | Samstag, 21. November 2020 | 9.30 – 12.30 Uhr

Hygiene in der Arztpraxis

Dr. med. Oscar Pfeifer | Facharzt für Allgemeinmedizin | Essen

Arbeitsschutz und Arbeitssicherheit in der Arztpraxis

Dipl.-Ing. H. Jörg Damm | zas safety consult gmbh

Aufgaben und Leistungen der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW)

Rahwa Gebrekiros | Präventionsberaterin | BGW-Bezirksstelle Köln

Von der ärztlichen Behandlung zum Euro

Ulrike Donner | Abrechnungsberatung | KV Nordrhein

Weitere Informationen sowie die Online-Anmeldung finden Sie unter: www.kvno.de/termine



Alle Präsenzveranstaltungen im Haus der Ärzteschaft sind zurzeit aufgrund der Corona-Pandemie abgesagt. Folgende Seminare finden als Online-Veranstaltung oder Live-Stream statt:

Veranstaltungen für Ärzte und Psychotherapeuten

Datum	Thema der Veranstaltung
13. – 14.11.2020	Nordrheinische Akademie: Qualitätszirkel – Moderatoren-Training Grundkurs (online)
18.11.2020	IQN: 8. Fortbildungsveranstaltung „Indikationsqualität im Fokus“, Teil I – Bewegungsstörungen im Alter (online)
21.11.2020	Nordrheinische Akademie: Medizinische Begutachtung, Modul II (online)
27.11.2020	IQN: 8. Fortbildungsveranstaltung „Indikationsqualität im Fokus“, Teil II – Bewegungsstörungen im Alter (online)
■ 02.12.2020	KV Nordrhein: Online-Veranstaltung Telematikinfrastruktur – Medizinische Anwendungen im Überblick
■ 09.12.2020	KV Nordrhein: Online-Einführungsworkshop Rational und rationell verordnen

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



Engagiert für Gesundheit.
Kassenärztliche Vereinigung
Nordrhein

Amtliche Bekanntmachungen

der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein



© Kzenon | fotolia

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).

Vorschau »KVNO aktuell« 12 | 2020

■ Coronavirus:

Die Impf-Planungen

■ DMP-Bericht:

Versorgung mit Konzept

■ Telematik:

KIM-Dienst der KVen

■ Heilmittel:

2021 gilt die neue Richtlinie

Die nächste Ausgabe von KVNO aktuell erscheint am 15. Dezember 2020.

Impressum

Herausgeber

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein

Redaktion

Frank Naundorf (verantwortlich)

Dr. Heiko Schmitz

Simone Heimann

Marscha Edmonds

Jana Meyer

Redaktionsbeirat

Dr. med. Frank Bergmann,

Dr. med. Carsten König,

Frank Naundorf, Dr. Heiko Schmitz

Visuelle Gestaltung und Satz

Kreuder | Designbüro, Bonn

Druck

Bonifatius, Paderborn

Anschrift der Redaktion

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein

40182 Düsseldorf

Tel. +49 (0)211 5970-8106

Fax +49 (0)211 5970-8100

redaktion@kvno.de

Ansprechpartner

Montag bis Donnerstag von 8 bis 17 Uhr

Freitag von 8 bis 13 Uhr

Serviceteam Köln

Tel. +49 (0)221 7763-6666

Fax +49 (0)221 7763-6450

service.koeln@kvno.de

Serviceteam Düsseldorf

Tel. +49 (0)211 5970-8888

Fax +49 (0)211 5970-8889

service.duesseldorf@kvno.de

Formularversand

GVP Gemeinnützige Werkstätten Bonn GmbH

diekonfektionierer

Pfaffenweg 27, 53227 Bonn

Tel. +49 (0)228 9753-1900

Fax +49 (0)228 9753-1905

formular.versand-kvno@gvp-bonn.de

»KVNO aktuell«

erscheint als Mitteilungsorgan für die Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein.

Gesamtauflage dieser Ausgabe: 26.000

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.

Bildnachweis

Titelseite: Adobe Stock | peterschreiber.media, Seite 1: KVNO | Malinka, Seite 2: KVNO | Malinka, Seite 10: KVNO | Malinka, Seite 13: KVNO | Schmitz, Seite 29: Adobe Stock | Fotoimpressionen, Seite 30: Adobe Stock | jarun011, Seite 36: Ärztekammer Nordrhein, Seite 41: Adobe Stock | Liudmila Dutko



Engagiert für Gesundheit.
**Kassenärztliche Vereinigung
Nordrhein**

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein

Körperschaft des öffentlichen Rechts

40182 Düsseldorf

Tel. +49 (0)211 5970-0

Fax +49 (0)211 5970-8100

redaktion@kvno.de

 kvno.de