

KVNO aktuell

Magazin der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein

HINTERGRUND

**Long COVID:
Einer neuen Krankheit
auf der Spur**

Zukunft der Gesundheitspolitik

KVNO-Vorstandsvorsitzender
Dr. med. Frank Bergmann im Interview

Vertreterversammlung tagt hybrid

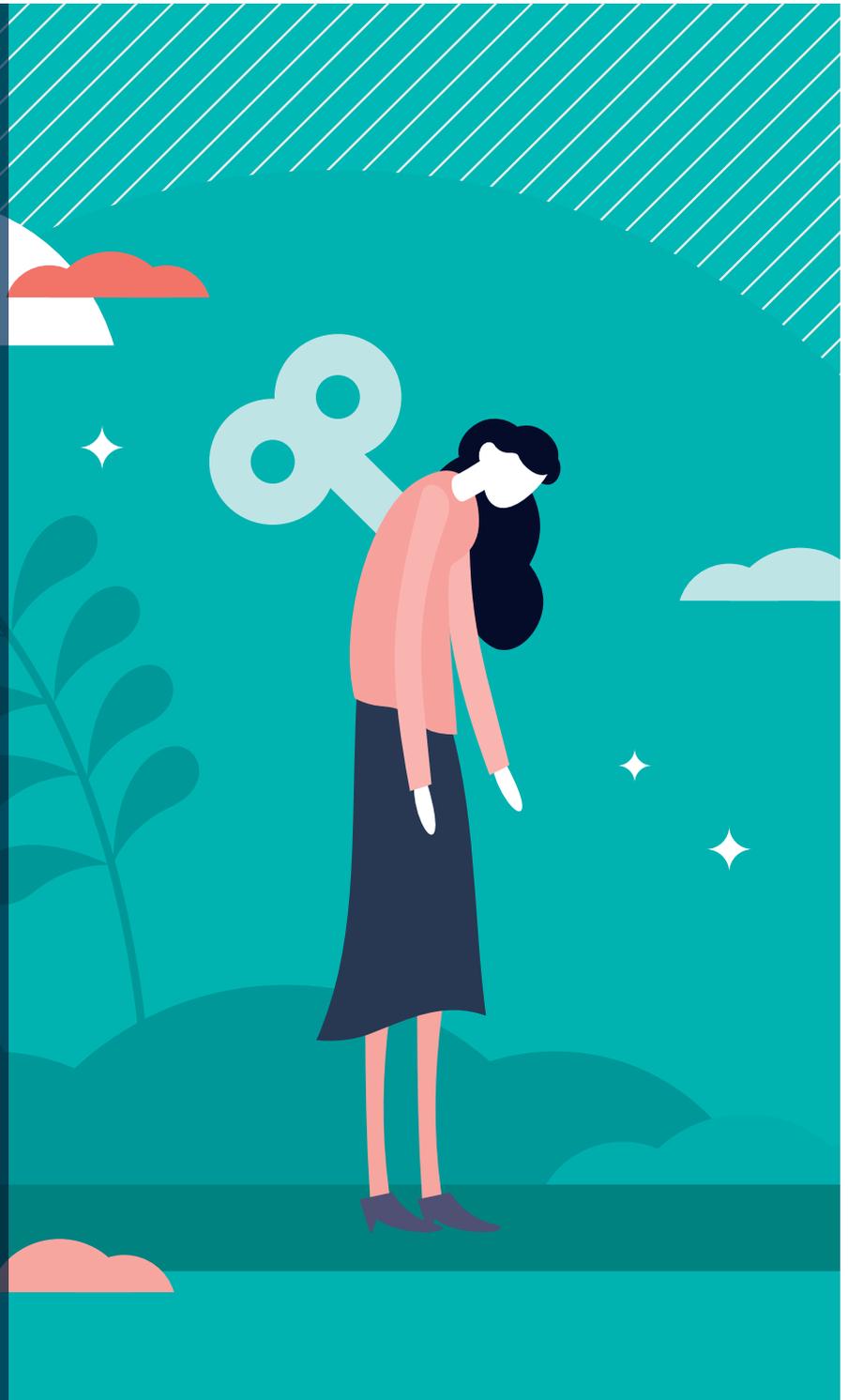
Delegierte fordern mehr Wertschätzung
für Ärzte und Praxisteams

Aufschub für das eRezept

Wie Praxen die Testphase
bestmöglich nutzen

Versorgung chronisch Kranker

DMP-Qualitätsbericht 2020
mit Fokusthema Corona
veröffentlicht



Engagiert für Gesundheit.

Kassenärztliche
Vereinigung
NORDRHEIN

Inhalt



SCHWERPUNKT

Ein Blick auf die Gesundheitspolitik:
KVNO-Chef Dr. med. Frank Bergmann im Interview **2**

AKTUELL

Ärger in der Ärzteschaft über politische Entscheidungen **7**

Mehr Wertschätzung für Ärzte und Praxisteam gefordert **10**

Aufschub für das eRezept **12**

Welche TI-Pauschalen können Praxen beantragen? **14**

Kreisstelle Aachen: Neuer Regionalstandort eröffnet **17**

Schutzmaterial: Nächste Ausgabetermine im Dezember **18**

Online-Testabrechnung **19**

Einzureichende Dokumente zur Abrechnung **19**

Diagnosen leichter verschlüsseln **20**

MEINUNG

Krebsbekämpfung: Praxen, bitte melden! **22**

PRAXISINFOS

ASV: Neue Leistungen im Rahmen der Krebs-
behandlung abrechenbar **24**

Unfallversicherung: Neue Gebühr bei Hautkrebs **24**

Neuerungen bei der Abrechnung von Sachkosten **25**

EBM: Anhang 2 wird zum 1. Januar aktualisiert **25**

Neue Zusatzpauschalen für Medikamente **26**

Grippeimpfung: Verlängerung der Satzungsimpfung
mit der BIG direkt gesund **26**

Nordrheinische Onkologie-Vereinbarung:
Weiter reduzierte Fortbildungsanforderungen **26**

SIEMAG BKK und Novitas BKK sowie BKK RWE und
energie-BKK fusionieren **27**

Nicht invasiver Pränataltest: Qualifikation für
gendiagnostische Beratung einreichen **27**

Hygienezuschlag für Praxen ab Januar 2022 **27**

VERORDNUNGSINFOS

Regressbarometer **28**

Mitglieder für Beschwerdeausschuss gesucht **28**

Verordnung von Arzneimitteln, die in Deutschland
vom Markt zurückgezogen wurden **29**

Behandlung von Fettstoffwechselstörungen wurde
um neue Wirkstoffe erweitert **29**

HINTERGRUND

Neue Versorgungsstrukturen für Long COVID benötigt? **30**

BERICHTE

DMP-Qualitätsbericht 2020 veröffentlicht **34**

Deutlich mehr Influenzaimpfungen im ersten
„Corona-Winter“ **37**

Durch die Augen des älteren Patienten sehen **38**

IN KÜRZE

Neues Material zur Bewerbung der 116 117 **40**

Neues Online-Portal für Patienten in NRW **40**

Flutkatastrophe: Therapie-Angebot verlängert **42**

Hartmannbund-Stiftung: Ärzte helfen Ärzten in Not **42**

TERMINE

Hausärztliche Behandlung opioidabhängiger
Patienten – wie geht das? **43**

Fortbildungskongress **43**

Aus Fehlern lernen: Behandlungsfehlervorwürfe
bei Eingriffen zur Knieendoprothetik **43**

Veranstaltungen für Ärzte und Psychotherapeuten **44**

Veranstaltungen für Medizinische Fachangestellte **44**

Liebe Kolleginnen und Kollegen,



„die Corona-Pandemie haben wir mittlerweile so gut im Griff, dass wir zumindest halbwegs entspannt auf das Weihnachtsfest und den Jahreswechsel zusteuern können.“ Mit diesen Worten hätten wir das Vorwort für diese KVNO aktuell-Ausgabe gern begonnen - allerdings sieht die Realität leider völlig anders aus: In den Praxen ist die Situation mehr als angespannt. Wie immer zu dieser Jahreszeit sind sie aufgrund von Erkältungswelle, grippalen Infekten und Gripeschutzimpfungen bereits sehr ausgelastet. Die Booster-Impfungen fordern uns nun die letzten Reserven ab. Politisch wird im Kontext der neuen Rekord-Inzidenzen der Impf-Advent eingeläutet. Und als wenn das alles nicht schon genug wäre, unterläuft dem noch geschäftsführenden Bundesgesundheitsminister Jens Spahn die „Biontech-Panne“. Jetzt müssen wir erneut in die Bresche springen: Wir müssen umdenken, umorganisieren und bei den Patientinnen und Patienten zusätzliche Überzeugungsarbeit leisten.

Man könnte die Negativ-Liste noch endlos fortführen, das möchten wir Ihnen aber sehr gern ersparen und lieber etwas Positives konstatieren: Mit Ihnen zusammen als Niedergelassene in Nordrhein ist uns in den vergangenen fast schon zwei Corona-Jahren so gut wie immer Antworten auf die Herausforderungen eingefallen, auch wenn sich diese oft als mühsam und kraftraubend herausgestellt haben.

Aber wir dürfen nicht vergessen, dass wir uns noch immer in einer Ausnahmesituation befinden. Wir brauchen zum Jahresende 2021 sowie zum Jahresbeginn 2022 noch einmal eine große Kraftanstrengung, um die Pandemie über hoffentlich noch einige Erst- und Zweit- sowie die Auffrischimpfungen weiter eindämmen zu können. Wir werden Ihnen, so gut wir es vermögen, den Rücken freihalten. Denn was Sie am Ende brauchen, ist eine möglichst einfache und wenig kleinteilige Impf-Organisationsstruktur in Ihren Praxen. Hier werden wir nicht müde, auf politischer Ebene einzufordern, was Sie konkret benötigen - das versprechen wir Ihnen!

Auch in den kommenden Monaten warten also Herausforderungen auf uns, auf einige davon werden wir in dieser Ausgabe eingehen. Die Behandlung von Long-COVID-Patientinnen und -Patienten ist schon bei vielen von Ihnen ein Thema. Wir haben dieses Krankheitsbild, das sicherlich noch um viele Kapitel ergänzt werden muss, für Sie näher beleuchtet. Auch die Themen der Digitalisierung - also eRezept, eAU und ePA - werden trotz verlängerter Übergangsfristen 2022 im Fokus bleiben. Hier haben wir für Sie einmal aufgelistet und kompakt zusammengefasst, wie Sie die Testphase bestmöglich nutzen können und welche Erstattungs-Pauschalen Sie für Ihren Anschluss an die Telematikinfrastruktur beantragen können. Last, but not least haben wir ein Resümee der Gesundheitspolitik mit Blick auf die ablaufende Amtszeit von Jens Spahn gezogen und auch aufgezeigt, was wir uns vom Bundesgesundheitsministerium und den künftig dort verantwortlich handelnden Personen erwarten.

Trotz alledem und gerade deshalb möchten wir Ihnen und Ihren Familien umso mehr ein schönes, besinnliches Weihnachtsfest und einen guten Jahresübergang wünschen - bleiben Sie bitte auch in 2022 gesund!

Dr. med. Frank Bergmann
Vorstandsvorsitzender

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



Gesundheitspolitik

**„Konsolidierung des ambulanten
Versorgungssystems!
Schluss mit der Budgetierung!“**



Deutschland hat gewählt: Bei Erscheinen dieser Ausgabe von KVNO aktuell wird es vielleicht schon eine neue Regierung geben – und damit einen Wechsel im Bundesgesundheitsministerium (BMG). Was bleibt von der Amtszeit Spahn? Wie geht es weiter in der Gesundheitspolitik? Fragen an den Vorstandsvorsitzenden der KV Nordrhein, Dr. med. Frank Bergmann¹.

Der geschäftsführende Bundesgesundheitsminister Jens Spahn wird als „Turbominister“ in die Geschichte eingehen: Er hat besonders viele Gesetze und Verordnungen auf den Weg gebracht. Mit welchen Initiativen wird der scheidende Gesundheitsminister in Erinnerung bleiben?

Aktuell muss man sagen: auf jeden Fall mit der Rolle rückwärts beim Boostern. Zuerst konnte es nicht schnell genug gehen, sollten die Ärzte mehr Tempo beim Impfen machen. Impfstoff sei dafür ausreichend vorhanden, hieß es immer. Dann wird der Impfstoff von Biontech/Pfizer doch wieder rationiert. Dieses planlos wirkende Verhalten hat sich durch die ganze Pandemie gezogen. Das werden die Vertragsärztinnen und -ärzte sicher nicht vergessen.

Dann das große Thema Digitalisierung: In die Amtszeit von Jens Spahn fällt der Anschluss der Praxen an die Telematikinfrastruktur, damit zusammenhängend die Notwendigkeit, sich Konnektoren und andere technische Geräte zu kaufen, aber auch die vielen Schwierigkeiten, die die Digitalisierung bislang mit sich gebracht hat: Nicht-Lieferbarkeit von technischen Produkten wie dem eHBA, Probleme bei den PVS-Herstellern, die unzureichende Erprobung der neuen Anwendungen. Wir sehen das aktuell bei der eAU und dem eRezept. Also: Wir haben auf der einen Seite einen Minister erlebt, der mit viel Dynamik versucht hat, die Digitalisierung anzuschieben, was ich grundsätzlich auch gar nicht kritisieren möchte. Er hat andererseits aber offenbar geglaubt, dass mit einer entschlossenen Ansage von oben alle Probleme in der Umsetzungskette lösbar sind. Das war ein großer Irrtum.

Sie sprechen die elektronische Arbeitsfähigkeitsbescheinigung und das elektronische Rezept an, zwei für die Vertragsärzte zentrale Anwendungen. Wo liegen denn hier die politischen Versäumnisse?

Die Akteure im Gesundheitssystem haben zu Recht die Erwartungshaltung, dass die Produkte und Anwendungen, die verpflichtend vorgesehen sind, tatsächlich einen Mehrwert bringen und reibungslos funktionieren. Die eAU ist hier ein gutes Beispiel: Wir haben eine Anwendung, die noch gar nicht fertig ist. Die wenigen Praxen, die die AU bereits digital ausstellen können, müssen trotzdem noch den Drucker be-

tätigen, weil der Patient ein Exemplar für den Arbeitgeber benötigt, der nämlich noch gar nicht digital eingebunden ist. Das Zweite: Bis heute funktioniert die Übertragung häufig noch nicht. Es gibt eine zu hohe Fehlerquote, zum Teil können die Krankenkassen nicht korrekt angesteuert werden oder sie können die eAU nicht richtig annehmen. Ein solches Produkt mit einer solchen Relevanz auch für die Patienten – da geht es um die Fortzahlung von Lohn – muss durch sich selbst überzeugen. Sonst bleibt es im Regal. Ein teurer Ladenhüter!



Wir brauchen schon bei der Planung und Entwicklung neuer digitaler Anwendungen viel mehr Expertise von den späteren Anwendern in den Praxen.

Dr. med. Frank Bergmann,
KVNO-Vorstandsvorsitzender

Der Präsident der Bundesärztekammer, Dr. med. Klaus Reinhardt, hat verlangt, dass die gematik für eine Weile in die Warteschleife geschickt werden soll. Er fordert die neue Bundesregierung auf, der gematik ein einjähriges Moratorium für die geplanten digitalen Anwendungen aufzuerlegen. Hat er recht?

Ich freue mich, dass Herr Dr. Reinhardt die Forderungen aus dem vertragsärztlichen Sektor und auch aus der KV Nordrhein aufgegriffen hat. Wir brauchen schon bei der Planung und Entwicklung neuer digitaler Anwendungen viel mehr Expertise von den späteren Anwendern in den Praxen. Wie geht das im Einzelnen? Wie sind die Abläufe in der Praxis? Sind die Anwendungen tatsächlich serviceorientiert? Oder brauchen wir am Ende sogar mehr Zeit, weil wir digitale und analoge Anwendungen parallel betreiben müssen? Insofern begrüße ich den Vorschlag von Herrn Reinhardt außerordentlich. Die Zeit eines Moratoriums muss so genutzt werden, dass alle geplanten Anwendungen auf Herz und Nieren geprüft und einem strengen Praxistest unterworfen werden. Es ist doch so:

¹ Das Interview wurde am 24. November 2021 geführt.

Die digitalen Prozesse müssen nicht nur in der Einzelpraxis, sondern auch in großen Gemeinschaftspraxen mit 20 oder mehr Behandlern funktionieren, gleichermaßen für Inhaber, Angestellte, alle mit unterschiedlichem Status. Diese Abläufe müssen in den verschiedenen Praxisbetriebsmodellen – hier sind auch die Notdienstpraxen zu nennen – getestet und vorbereitet werden, damit irgendwann auf Knopfdruck fehlerfrei gearbeitet werden kann.

Während die erste Stufe der Digitalisierung offensichtlich noch mit großen Problemen zu kämpfen hat, hat das BMG im Digitale-Versorgung-und-Pflege-Modernisierungs-Gesetz (DVPMG) bereits Maßnahmen auf dem Weg zur TI 2.0 aufgezeigt ...

Ja, wir schaffen uns gerade mit großem Aufwand eine Übergangstechnologie an, von der wir alle wissen, dass sie nicht lange in den Praxen Bestand haben wird. Die Zukunft ist völlig digital, also ohne Zwischenschaltung analoger Geräte oder Instrumente wie dem eHBA – da wird es unter anderem „digitale Identitäten“ geben. Derzeit gibt es viel Druck und Drohpotenzial – immerhin sollen Praxen ja auch Honorarabzüge erhalten, wenn sie nicht mitmachen. Das muss meiner Meinung nach nicht sein und belastet die Digitalstrategie sowie eine erfolgreiche Umsetzung.

Was werden Vertragsärzte neben der Digitalisierung sonst noch mit der Amtszeit von Jens Spahn verbinden?

Das sind sicher die zum Teil erheblichen Eingriffe in die Praxisorganisation mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz, dem TSVG. Ich nenne hier etwa die Einführung der Terminservicestellen, die Verpflichtung zur Akutsprechstunde, Regelungen zu Neupatienten. Das sind große Strukturveränderungen im Patientenmanagement. Auf der anderen Seite ist mit dem Gesetz die extrabudgetäre Vergütung vieler dieser Leistungen verbunden, die vor allem im fachärztlichen Bereich zusätzliche Honorarsteigerungen generiert hat. Umso ärgerlicher ist, dass in der Umsetzung des Maßnahmenpakets die Krankenkassen wegen der Corona-Pandemie auf einer Verlängerung der Bereinigungszeiträume bestanden haben.

Wie beurteilen Sie die Corona-Politik von Jens Spahn?

Vielleicht vorab: Mit einer professionellen Kommunikationsstrategie wäre manches Problem deutlich eleganter lösbar gewesen. Generell fällt es mir schwer, hier eine Gesamtbilanz zu ziehen. Der Ärger am Ende dieses Jahres um Booster-Impfungen und das Hin und Her der Impfstofflieferungen ist dabei ja nur ein Aspekt. Es wurden durchweg auch viel zu wenig die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte und ihre Mitarbeiterin-

nen und Mitarbeiter in den Praxen gewürdigt, die neben den Krankenhäusern zahlenmäßig die Hauptlast der Versorgung in der Pandemie getragen haben. Die Corona-Pandemie hat einen Verlauf genommen, der so kaum vorhersehbar war. Alle Akteure auf den verschiedenen Entscheidungsebenen mussten jeden Tag Maßnahmen neu justieren und abstimmen. Was man aber kritisieren muss: Es gab zu wenig Vorbereitung im Bund und in den Ländern, obwohl seit Jahren entsprechende Gutachten in den Schubladen liegen, die das Auftreten einer derartigen Pandemie antizipiert haben.



Die Aufhebung der Budgetierung sollte die erste und wichtigste Maßnahme in der neuen Legislaturperiode sein!

Dr. med. Frank Bergmann,
KVNO-Vorstandsvorsitzender

Was meinen Sie hier genau?

Zum Beispiel die Bevorratung von Schutzmaterial; wir erinnern uns: Mit Beginn der Pandemie im Rheinland am Aschermittwoch 2020 – und auch im weiteren Verlauf! – mussten wir als KV unmittelbar loslegen und auf eigene Faust Schutzmaterialien für unsere Mitglieder organisieren. Man kann vielleicht nicht Herrn Spahn allein, aber der Bundesregierung insgesamt anlasten, dass hier entsprechende Vorsorge nicht in ausreichendem Maße getroffen wurde. Ebenfalls unglücklich an der Corona-Politik von Jens Spahn, aber auch der Länder sind die zum Teil sehr spontanen Verordnungen, etwa im Zusammenhang mit den Impfpriorisierungen. Da wurde häufig gar nicht abgewartet, was ein wissenschaftliches Gremium wie die STIKO empfiehlt. Das ist irritierend und sorgt für große Unruhe und Belastungen in den Praxen, weil auch die Menschen irritiert sind und Beratung oder immer häufiger auch die sofortige Befriedigung ihrer von der Politik zugestandenen Ansprüche einfordern. Hier wäre es sicher wünschenswert gewesen, wenn die Politik mehr auf ihre beratenden Gremien gehört hätte – und es ist im Übrigen auch für die Zukunft wünschenswert.

Während wir hier miteinander sprechen, hat in Berlin die Ampel gerade ihren Koalitionsvertrag vorgelegt. Wie bewerten Sie den gesundheitspolitischen Ansatz der neuen Regierung?

Das Papier der Arbeitsgruppe Gesundheit und Pflege ist ja schon seit ein paar Tagen bekannt. Die Themen daraus fin-

den sich auch im Koalitionsvertrag wieder. Zum Beispiel stellt das Thema Komplexbehandlung einen wichtigen Aspekt dar. Das ist ja etwas, was Herr Spahn beispielsweise im Bereich der neuropsychiatrischen und psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung mit auf den Weg gebracht hat: die Komplexbehandlung schwer psychisch Erkrankter. Dafür bin ich ihm dankbar, denn es ist das erste Mal, dass ein Minister hier den erheblichen Nachholbedarf im ambulanten Bereich anerkennt. Ich hoffe sehr, dass die neue Richtlinie, die jetzt gerade vom G-BA verabschiedet worden ist, dann auch im nächsten Jahr ihre Wirkung entfaltet.

Ein Schwerpunktthema in der kommenden Legislaturperiode ist außerdem die Schnittstelle ambulant/stationär. Ein Stichwort aus dem Koalitionsvertrag hierzu ist der Ausbau multiprofessioneller, integrierter Gesundheits- und Notfallzentren – wir kennen das zum Teil bereits aus dem Gesetzentwurf zur Reform der Notfallversorgung von Januar 2020. Das Prinzip, den Bereitschaftsdienst der Vertragsärzteschaft kooperativ durchzuführen, ist grundsätzlich eine gute Idee. Wir sehen durch die Einführung von Portalpraxen, die wir in Nordrhein sehr bald abgeschlossen haben werden, dass die Zusammenarbeit mit den Krankenhäusern sehr gut läuft. Wir erreichen auf diese Weise eine arbeitsteilige Versorgung, die für alle Beteiligten von Vorteil ist – nicht zuletzt für die Patienten, für die es mit der Portalpraxis nur noch eine Anlaufstelle gibt.

Darüber hinaus denkt die Koalition über bevölkerungsbezogene regionale Versorgungsverträge, niedrigschwellige Gesundheitsangebote im ländlichen Raum und eine sektorenübergreifende Bedarfsplanung nach. Was mich besonders freut: Die Ampel möchte die Budgetierung der ärztlichen Honorare im hausärztlichen Bereich aufheben. Ich finde, damit sollte unbedingt und schnellstmöglich auch im fachärztlichen Bereich Schluss sein.

Apropos Schnittstelle ambulant-stationär: Josef Dülling, Präsident des Verbandes der Krankenhausdirektoren Deutschlands, sagte jüngst beim Deutschen Krankenhausstag, Ambulantisierung sei nur mit und an den Krankenhäusern möglich. Sollten sich Kliniken an der ambulanten Weiterbehandlung beteiligen können?

Ich sehe die Kernkompetenz des Krankenhauses nach wie vor in der Versorgung stationärer Patienten. Diese sollten sie ausbauen. Es gibt ja von der NRW-Landesregierung Bestrebungen, die Krankenhauslandschaft stärker zu strukturieren, Stichwort Spezialisierung. Das sind Aufgaben, die der stationäre Bereich erst einmal abuarbeiten hat – zumal in einer Situation mit einem erheblichen Mangel an Ärzten und Pfle-

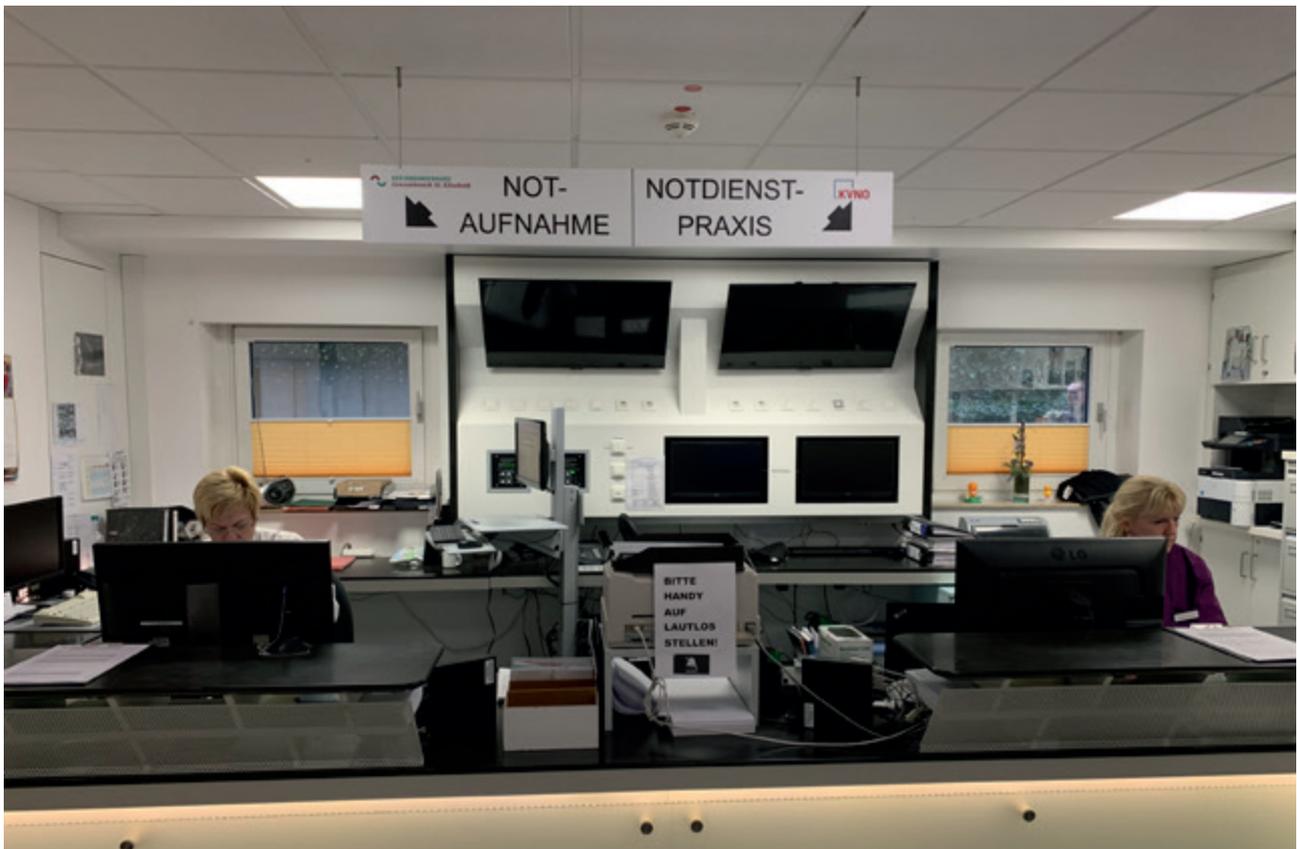
gekräften in den Kliniken. Und machen wir uns nichts vor: Die Betriebsmodelle von stationären Einrichtungen unterscheiden sich gravierend von Betriebsmodellen der vertragsärztlichen Praxis. Das bedeutet auch, dass ein Krankenhaus in der Regel ambulante Leistungen zu höheren Preisen anbieten müsste, als es in der vertragsärztlichen Versorgung der Fall ist. Ein wichtiger zukünftiger Aspekt wird daher auch die Erarbeitung von diagnosebasierten Fallpauschalen im ambulanten Bereich, sogenannten Hybrid-DRGs, sein: gleiche Vergütung für gleiche Leistung, unabhängig vom Ort der Erbringung.

Nun entdecken ja auch immer mehr Investoren, dass sich mit ambulanter Versorgung Geld verdienen lassen kann. Wie stehen Sie zur Kommerzialisierung der ambulanten Versorgung und zu investorbetriebenen MVZ? Wie sollte die Politik sich hierzu verhalten?

Wir sehen das als KV mit der Vertragsärzteschaft sehr kritisch. Das ist ein Thema, das wir schon mit dem Vorgänger von Jens Spahn, Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe, intensiv erörtert haben. Ich erinnere mich, dass wir bereits damals die Forderung aufgestellt haben, dafür zu sorgen, dass der Kommerzialisierung bei MVZ Einhalt geboten wird. Das ist bis jetzt nicht in ausreichendem Maße geschehen. Ich bin insofern dankbar, dass die derzeitigen Koalitionsgespräche auch dieses Thema zum Inhalt haben – und ich hoffe sehr, dass hier den Ankündigungen auch Taten folgen, denn wir haben ein vertragsärztliches System, das bei der Finanzierung solidarisch organisiert ist. Das verträgt sich überhaupt nicht mit einem System, in dem Investoren durch Kauf von Sitzen und selektiver Versorgung möglichst hohe Kapitalerträge erwirtschaften wollen. Das führt dazu, dass Rosinenpickerei betrieben wird, das heißt nur die Maßnahmen angeboten werden, die besonders hohe Erlöse versprechen. Das geht zweifelsfrei zulasten der Grundversorgung. Deshalb stellen MVZ, die durch Private Equity getragen sind, perspektivisch ein hohes Risiko für die flächendeckende und breite Gesundheitsversorgung der Bevölkerung dar.

Wenn Sie an der gesundheitspolitischen Agenda für die nächste Legislatur mitschreiben dürften, was würden Sie noch notieren?

Aufhebung der Budgetierung wäre die erste und wichtigste Maßnahme! Ansonsten bitte keinen Aktionismus! Alle Maßnahmen, die sich gerade in der operativen Umsetzung befinden, müssen erst einmal wirken können. Es macht keinen Sinn, alle sechs Monate mit neuen Ideen und Strukturen das System von rechts auf links zu krempeln. Wir haben in den vergangenen Jahren – nicht zuletzt in der Corona-Pandemie – die Praxen und ihre Angestellten bis zur Erschöpfung be-



Die intersektorale Zusammenarbeit - wie hier in einer Portalpraxis in Grevenbroich - wird künftig eine größere Rolle spielen.

lastet. Jetzt ist Konsolidierung angesagt, Regelversorgung ohne ständige Zusatzbelastungen. Und um es noch einmal deutlich herauszuheben: Genauso wie der Krankenhaus-Bereich eine stärkere Anerkennung und Besserstellung der Pflegeberufe fordert, muss auch die Leistung unserer Medizinischen Fachangestellten wesentlich besser gewürdigt und bezahlt werden. Wir müssen diesen Beruf attraktiver machen, sonst werden wir es künftig noch schwerer haben, neue MFA für unsere Praxen zu finden bzw. sie in den Praxen zu halten.

Das bedeutet aber auch: Wir müssen in den ärztlichen Honoraren in viel umfänglicherem Maße auch die Vergütung der MFA vorsehen. Die Ärzteschaft konnte sich in den Honorarverhandlungen für das nächste Jahr leider nicht damit durchsetzen, die tariflichen Gehaltsanpassungen für MFA in den Honoraren zu berücksichtigen. Wir werden hier aber nicht lockerlassen dürfen, besonders auch mit Blick auf den fachärztlichen Bereich, in dem immer noch eine quotierte Auszahlung erfolgt und keine Auszahlung eins zu eins nach EBM-Vorgaben. Das ist beschämend und muss dringend geändert werden.

Aus den Honoraren wird größtenteils auch die Förderung und Weiterbildung des ärztlichen Nachwuchses finanziert. Dabei handelt es sich doch hier um Daseinsvorsorge, wenn man zum Beispiel auf die Versorgung auf dem Land schaut. Sehen Sie hier künftig den Staat stärker in der Pflicht?

Wir brauchen eine neue Struktur der Finanzierung und Förderung von Weiterbildung. Im stationären Bereich gibt es eine völlig andere Struktur. Dort wird Weiterbildung im Rahmen der vom Krankenhaus ausgehandelten Vergütung mitfinanziert, was auch damit zu tun hat, dass Weiterbildungsassistenten in der Klinik vollumfänglich in die Versorgung eingebunden sind. Das ist im vertragsärztlichen Bereich etwas anders. Hier fördern wir die Vergütung der Weiterbildungsassistenten mit Festbeträgen, ohne deren Versorgungsleistung zu berücksichtigen. Ich könnte mir eine kluge Weiterentwicklung und Differenzierung des Fördermodells vorstellen, das zumindest zum Teil auch die Versorgungsleistung mit anerkennt. Weiterbildung ist kein Praktikum, sondern auch Patientenversorgung. Sie erfordert ein Mehr an Arbeit und Einsatz für den Praxisinhaber. Deshalb sollte man hier auch über einen Ausgleich nachdenken.

■ DAS INTERVIEW FÜHRTE THOMAS LILLIG.

Ärger in der Ärzteschaft über politische Entscheidungen

Die Corona-Pandemie hat Deutschland auch in diesem Winter fest im Griff. Arztpraxen arbeiten als ambulantes Bollwerk erneut am absoluten Limit. Doch anstatt die Niedergelassenen bestmöglich zu unterstützen, sorgt die Politik mit ihren oft planlosen Entscheidungen für immer mehr Entrüstung bei den Medizinerinnen und ihren Teams. Unterdessen konnte die KV Nordrhein (KVNO) einige bürokratische Erleichterungen für das Impfen in den Praxen durchsetzen.

Zunächst das Comirnaty-Desaster mit der völlig über- raschenden, kurzfristigen Kontingentierung bei der Impfstoffbestellung, dann die überstürzte Einführung der Testpflicht auch für immunisiertes Praxispersonal mit der Änderung des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) zum 24. November 2021 – ein Affront gegenüber den Niedergelassenen, die in Akutzeiten wie diesen beinahe Übermenschliches leisten und deren Arbeit damit weiter erschwert wird. Der KVNO-Vorstand hatte umgehend gegenüber den politisch Verantwortlichen gegen die Regelungen protestiert und forderte die Abschaffung der täglichen Testpflicht für Geimpfte und Genesene in den Praxen. Mit dieser Regelung sei eine Aufrechterhaltung der ambulanten Sicherstellung zuzüglich des politisch gewollten Hochbetriebs in Sachen (Booster-) Impfungen nicht möglich. „Aus unserer Sicht ist dies – bei allem Verständnis für das Bemühen zum Brechen der vierten Corona-Welle – das völlig falsche Signal“, schrieben Vorstandsvorsitzender Dr. med. Frank Bergmann und sein Vize Dr. med. Carsten König.

GMK fordert Korrektur bei Testpflicht

Die Konferenz der Gesundheitsminister und -senatoren der Länder (GMK) hatte dann am 25. November den Bundesgesetzgeber zu einer Korrektur der gesetzlichen Regelung aufgefordert und gebeten festzulegen, dass „für die immunisierten Beschäftigten“ unter anderem in Arztpraxen „eine Testung von zwei Mal wöchentlich mittels einem vom Arbeitgeber bereitgestellten Antigen-Schnelltest in Eigenanwendung ausreichend ist“. Eine tägliche Testung vollständig immunisierter Beschäftigter führe zu unzumutbaren Belastungen der durch die Pandemie ohnehin schon belasteten Praxen. Testkapazitäten seien nur begrenzt verfügbar und insbesondere seien auch die Laborkapazitäten durch die hohen Inzidenzen in zahlreichen Ländern bereits ausgeschöpft. Die Länderminister und -senatoren einigten sich auf den Be-

schluss, dass bis zur Korrektur des Gesetzes die Regelung der täglichen Testpflicht für Immunisierte nach §28b Abs. 2 IfSG nicht angewendet wird – ebenso, wie die in diesem Paragraphen angeordneten Dokumentations- und Berichtspflichten. Außerdem forderte die GMK die Bundesregierung auf, die Testverordnung (TestV) im Hinblick auf „eine vollständige Refinanzierung aller sich aus § 28b Absatz 2 ergebenden Testpflichten“ anzupassen.¹ Nach der gegenwärtig geltenden TestV des Bundes können Praxen die Sachkosten nur für monatlich zehn PoC-Antigentests pro Beschäftigten mit einer Pauschale von 3,50 Euro (SNR 88312) abrechnen.

Auch das NRW-Gesundheitsministerium (MAGS) hatte auf die Einsprüche aus der Ärzteschaft reagiert. Es bestünden „bis auf Weiteres“ keine Bedenken dagegen, wenn die Praxen die Testung ihrer genesenen beziehungsweise vollständig geimpften Beschäftigten auf zwei Mal pro Woche begrenzen, schrieb das MAGS in einem Erlass an die zuständigen Behörden. Für ungeimpfte respektive nicht-genesene Beschäftigte bleibe es dagegen bei der täglichen Testpflicht (Nachweis eines tagesaktuellen negativen Schnelltests – nicht zur Eigenanwendung) oder alternativ eines Nukleinsäurenachweises (zum Beispiel PCR, PoC-PCR), der nicht älter als 48 Stunden ist. Arbeitgeber sind verpflichtet, die Einhaltung der Regeln zu kontrollieren. Bei Verstößen drohen hohe Bußgelder.

3G für Patienten und Begleitpersonen?

Patienten haben ein Recht auf Behandlung, unabhängig davon, ob sie geimpft, genesen oder getestet sind. Vertragsärzte sind zur medizinischen Versorgung verpflichtet. Begleitpersonen (zum Beispiel Eltern oder Betreuer) von unterstützungsbedürftigen Patienten „sind den behandelten und betreuten Personen i. S. des § 28b Abs. 2 Satz 2 IfSG n. F. gleichzusetzen“, stellt das MAGS in seinem Erlass vom

¹ Bis zur Drucklegung lag der Redaktion zu den Forderungen der GMK auf Korrektur des IfSG noch kein Beschluss vor.

24. November klar. Es handelt sich dabei nicht um „Besucher“ im Sinne von §28b IfSG. Für Begleitpersonen gilt entsprechend wie für die Patienten nach Auskunft des MAGS keine 3G-Pflicht in der Praxis. Nach allgemeiner Auffassung der Rechtsberater der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und Länder-KVen ist es zulässig, dass Ärzte getrennte Sprechstunden für 3G- und Nicht-3G-Patienten anbieten.

Abrechnung der Corona-Impfung

Zuletzt hatte sich die KV Nordrhein gemeinsam mit der KBV und anderen KVen auch dafür stark gemacht, dass die Impfvergütung dem Impfaufwand besser Rechnung trägt und Dokumentation sowie Bestellwege so pragmatisch wie möglich gestaltet sein müssen - mit ersten Erfolgen. Mit Inkrafttreten der neuen Coronavirus-Impfverordnung (CoronaImpV) zum 16. November 2021 erhalten Vertragsärzte pro COVID-19-Impfung nun 28 Euro statt bislang 20 Euro. Der Wochenendzuschlag (gilt auch an gesetzlichen Feiertagen sowie am 24. und 31. Dezember) wird mit der GOP 88325 (acht Euro) abgerechnet. Die Leistungen wurden mit einem Sonderupdate in die Praxisverwaltungssysteme (PVS) aufgespielt. Wichtig: Der Impfzuschlag an Wochenenden und Feiertagen wird von Seiten der KV Nordrhein automatisch in der Abrechnung berücksichtigt. Dafür ist es wesentlich, dass Praxen die Impfung Tag genau dokumentieren.

Kodierung der COVID-19-Impfung

Im Zusammenhang mit einer COVID-19-Schutzimpfung gibt es diese spezifischen ICD-10-GM-Kodes:

- U11.9 für eine Impfung gegen COVID-19
- U12.9 für unerwünschte Nebenwirkungen im Zusammenhang mit der Corona-Schutzimpfung

Erleichterung der Impforganisation

Um die Impforganisation in den Praxen zu erleichtern, genügt es bei einer Wiederholungsimpfung der eigenen Patienten, in der Patientendokumentation niederzulegen, dass der Patient bereits aufgeklärt worden ist und keine weiteren Fragen hat. Zur Absicherung wird empfohlen, dies vom Patienten unterschreiben zu lassen. Soweit es sich um Patienten handelt, die bislang keine Corona-Impfung in der Praxis erhalten haben, sollte zur eigenen Absicherung eine Formularaufklärung anhand der Impfdokumente des Robert Koch-Instituts oder eine mündliche Aufklärung nebst Dokumentation erfolgen.

Zur Unterstützung bei Corona-Impfungen in den Praxen, können die Niedergelassenen auch zusätzliche approbierte Ärzte einstellen. Diese können im Auftrag der Praxis Impfungen



Der Kinderimpfstoff soll erstmals am 20. Dezember in einem Umfang von 2,4 Millionen Dosen geliefert werden.

durchführen und über die BSNR der Praxis abrechnen und melden. Es gelten hier nicht die üblichen vertragsärztlichen Anforderungen der Genehmigung einer Anstellung. Angestellte approbierte Impfärzte können grundsätzlich in allen Leistungsschritten unterstützend tätig sein.

Ausgelagerte Impfstellen

In der aktuellen Pandemiesituation werden Impfaktionen durch Vertragsärzte seitens der KV Nordrhein ausdrücklich begrüßt. Sie unterstützt deshalb unbürokratisch Impfungen auch außerhalb der vertragsärztlichen Praxis. Laut CoronaImpfV handelt es sich dabei nicht um vertragsärztliche Leistungen, so dass bestimmte vertragsarztrechtliche Regelungen wie zum Beispiel die Anzeige- oder Genehmigungspflicht nicht gelten. Für hygienerechtliche Vorgaben ist der ÖGD zuständig. Wichtig: Bei Impfaktionen außerhalb der Praxisräume müssen die Anforderungen an die Leistungserbringung sowie Dokumentation und Meldung erfüllt werden.

STIKO-Empfehlungen

Die Ständige Impfkommission (STIKO) hat allen Bürgern ab 18 Jahren eine Auffrischimpfung empfohlen. Diese soll in der Regel sechs Monate nach der letzten Impfdosis der Grundimmunisierung erfolgen. Außerdem empfiehlt die STIKO allen Ungeimpften, sich „dringend“ immunisieren zu lassen. Eine Verkürzung des Impfabstandes auf fünf Monate ist laut STIKO im Einzelfall oder bei entsprechenden Kapazitäten möglich. Für den Booster soll einer der beiden mRNA-Impfstoffe verwendet werden. Menschen unter 30 Jahren sowie Schwangere sollen nur mit Comirnaty von Biontech/Pfizer geimpft werden. Vorrangig sollen laut Expertengremium gefährdete Menschen eine Auffrischimpfung erhalten, insbesondere Personen mit Immundefizienz, Personen über 70 Jahre, Bewohner in Pflegeeinrichtungen sowie Personal in medizini-

schen und pflegerischen Einrichtungen. Eine Orientierungstabelle zur COVID-Impfung nach STIKO ist verfügbar unter [☑ coronavirus.nrw](https://www.coronavirus.nrw)

Infektionssprechstunde

Seit April 2021 unterstützt die KV Nordrhein alle Haus- und Kinderärzte, die Infektionssprechstunden in ihren Praxisbetrieb integriert haben, mit einem finanziellen Bonus. Aufgrund des aktuellen Infektionsgeschehens wird die Förderung bis zum 31. März 2022 verlängert und gilt zukünftig auch wieder für den fachärztlichen Versorgungsbereich. Somit können gesonderte Infektionssprechstunden für Patienten, die aufgrund eines klinischen Verdachts oder einer nachgewiesenen SARS-CoV-2-Infektion mit der SNR 88240 gekennzeichnet sind, weiterhin über die SNR 97150 (zehn Euro; Behandlung werktags außer Samstag) und 97151 (15 Euro; Behandlung an einem Samstag) abgerechnet werden. Voraussetzung für die Förderung bleibt, dass innerhalb eines Quartals mindestens 20 symptomatische Corona-Patienten behandelt werden. Hierbei gilt wie bisher, dass die GOP 88240 an jedem Tag der Behandlung eingetragen werden muss.

Bürgertests erneut eingeführt

Aufgrund des sich verschärfenden Infektionsgeschehens hat der Gesetzgeber wieder kostenlose Schnelltests auf SARS-CoV-2 für asymptomatische Bürger ermöglicht. Auch Praxen können somit grundsätzlich wieder präventive Bürgertestungen durchführen und im Rahmen der Quartalsabrechnung abrechnen. Der Abstrich einer Bürgertestung wird mit acht Euro honoriert (SNR 88310B), als Sachkostenpauschale sind 3,50 Euro abrechenbar (SNR 88312B). Die Vergütung schließt die Beratung und das Ausstellen eines ärztlichen Zeugnisses über das Testergebnis inklusive COVID-19-Testzertifikat ein. Weitere Voraussetzung: Praxen müssen an die Corona-Warn-App (CWA) angebunden sein, um auf Wunsch der getesteten Person das Ergebnis in die App übermitteln zu können. Praxen können dazu das CWA-Schnelltestportal nutzen, das die Firma T-Systems im Auftrag der Bundesregierung kostenfrei bereitstellt.

Zusätzlich verpflichtet die Corona-Teststrukturverordnung des Landes NRW Leistungserbringer von Bürgertests dazu, bis 24 Uhr eines Tages die Zahl durchgeführter Bürgertests und der positiven Testergebnisse mittels eines automatisierten Meldeverfahrens zu melden. Ebenfalls ist eine Wiederaufnahme der Tätigkeit der unteren Gesundheitsbehörde mitzuteilen. Wer erstmals Bürgertestungen anbieten möchte, muss sich dafür bei der unteren Gesundheitsbehörde des Kreises oder der kreisfreien Stadt formlos per E-Mail anmelden. Die zuständige Behörde teilt dann per E-Mail eine Teststellenummer zu, die im Meldeverfahren anzugeben ist. Fällt

der Bürgertest positiv aus, muss zur Bestätigung einer Corona-Infektion ein PCR-Test durchgeführt werden. Eine aktualisierte Vergütungsübersicht zu den verschiedenen Testkonstellationen gibt es auf [☑ coronavirus.nrw](https://www.coronavirus.nrw)

KV|211209

■ VON THOMAS LILLIG UND JANA MEYER

EMA gibt grünes Licht für Kinderimpfung

Am 25. November 2021 hat die Europäische Arzneimittelbehörde (EMA) den Weg für die Corona-Schutzimpfung bei Kindern von fünf bis elf Jahren freigemacht. Der zuständige Ausschuss empfahl eine Erweiterung der Zulassung des mRNA-Impfstoffs von Biontech/Pfizer für diese Altersgruppe.

Fünf- bis Elfjährigen soll aber nur ein Drittel der Erwachsenen-Dosis verabreicht werden – als Injektion in den Oberarm. Die Folgeimpfung soll drei Wochen nach der Erstimmunisierung erfolgen. In den USA sind bereits drei Millionen Kinder ab fünf Jahren mit dem Biontech/Pfizer-Vakzin geimpft worden. Auch in Israel und Kanada sind die Impfungen in dieser Altersgruppe bereits angelaufen.

Auslieferung noch vor Weihnachten

Das Bundesgesundheitsministerium hat für den 20. Dezember eine erste Lieferung des Kinderimpfstoffs im Umfang von 2,4 Millionen Dosen angekündigt. Insgesamt gibt es in Deutschland etwa 4,5 Millionen Kinder im Alter zwischen fünf und elf Jahren.

Kommt die STIKO-Empfehlung rechtzeitig zum Lieferstart?

Medienberichten zufolge ist eine Empfehlung der STIKO bereits in Arbeit. Das Expertengremium stellte in Aussicht, sie bis zur Auslieferung des Impfstoffs fertigzustellen. Aber auch wenn die STIKO-Empfehlung zu diesem Zeitpunkt noch nicht vorliegt, sind Ärzte berechtigt, das Vakzin nach ärztlichem Ermessen bereits an Kinder zu verimpfen. Studien zufolge entspricht die Wirksamkeit des Kinderimpfstoffs von Biontech/Pfizer etwa der bei Erwachsenen.

Mehr Wertschätzung für Ärzte und Praxisteams gefordert

Die letzte Vertreterversammlung (VV) der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein (KVNO) fand am 19. November in Hybridform statt – die Delegierten nahmen digital oder in Präsenz an der Sitzung teil. Hauptthema waren einmal mehr die Impfungen gegen das Coronavirus und die oft unberechenbaren Vorgaben des Bundes.

Mitten in den Lagebericht des KVNO-Vorstandsvorsitzenden, Dr. med. Frank Bergmann, platzte die Nachricht aus Berlin, wonach das Bundesgesundheitsministerium die Bestellmengen des Biontech-Impfstoffs für Praxen erneut kontingentieren wird – sehr zum Ärger von Vorstand und VV. „Das ist wieder ein Beispiel für die Unzuverlässigkeit der Politik und für die Praxis-Impfungen wie Sand im Getriebe – zumal Bund und Land ja mehr Einsatz von uns Ärzten erwarten“, so Bergmann. Bereits zuvor hatte er in seinem Lagebericht die jüngsten Entscheidungen der Bundesebene kritisiert, hier vor allem die Freigabe der Booster-Impfungen für alle über 18-Jährigen. Diese von der Politik initiierte „Beliebigkeit“ sei der Bedeutung der Sache aber unangemessen, die Praxen impften bereits im Eiltempo. Allerdings handele es sich bei den Impfungen nicht um eine „Bonus-Aktion des Staates“, sondern um die medizinische Entscheidung, wer die Auffrischimpfung am dringendsten benötigt.



Wovor wir uns verwahren müssen, sind zunehmende Pöbeleien und Drohungen gegen unsere Praxen und Mitarbeiter, dem muss Einhalt geboten werden.

Dr. med. Frank Bergmann,
KVNO-Vorstandsvorsitzender

Corona-Bonus für MFA gefordert

Auch an einem weiteren Punkt wurde der KVNO-Chef deutlich: „Wovor wir uns in diesen Zeiten verwahren müssen, sind zunehmende Pöbeleien und Drohungen, dem muss Einhalt geboten werden.“ Die VV folgte mit großer Mehrheit einem Vorstandsantrag, der Staat und Justiz auffordert, entschlossenen Diffamierungen oder gar persönliche Angriffe gegen



Beinahe wie in alten Zeiten: Die Vertreterversammlung tagte zumindest teilweise und unter 2G-Plus-Auflagen wieder in Präsenz.

Impfärzte und ihre Teams rechtlich zu ahnden. Zur Anerkennung ihres großen Einsatzes in der Pandemie forderte die VV zudem einen finanziellen Corona-Bonus ebenso für die in Praxen tätigen Medizinischen Fachangestellten (MFA), analog zum bereits existierenden Bonus für die Pflegekräfte.

Infektionssprechstunden weiterhin gefördert

Bergmann berichtete den Delegierten auch über die finanzielle Förderung von Infektionssprechstunden durch die KVNO, die in den vergangenen Monaten von im Schnitt gut 3000 Praxen je Quartal in Anspruch genommen wurde; die Fördersumme betrug 4,8 Millionen Euro: „Das war und ist gut investiertes Geld und trägt in der Pandemie zur Sicherung der ambulanten Grundversorgung bei.“ Per Beschluss verlängerte die VV die Förderung für das erste Quartal 2022 im haus- und fachärztlichen Bereich. Ebenso positionierte sich die VV zum wachsenden ambulanten Versorgungsbedarf von Long-COVID-Patienten – dieser Mehraufwand soll künftig aus staatlichen Mitteln extrabudgetär honoriert werden.

Hilfszahlungen für Flutgeschädigte starten

Eine finanzielle Unterstützung durch die KVNO werden auch jene Praxen im Rheinland erhalten, die stark von der Flutkatastrophe im Juli betroffen waren. Dr. med. Carsten König, stellvertretender KVNO-Vorsitzender, informierte, dass auf dem eigens eingerichteten Spendenkonto der KVNO nunmehr fast 820.000 Euro eingegangen sind, neben etwa 1500 Einzelspenden von Ärzten aus dem gesamten Bundesgebiet und Großspenden der KVen Westfalen-Lippe und Thüringen. „Wir werden im November mit den Auszahlungen an die Geschädigten beginnen, die uns gegenüber nachweislich wirtschaftliche Bedürftigkeit oder eine persönliche Notlage dargelegt haben.“ Er dankte allen Spendern und ihrer bewiesenen großen kollegialen Solidarität.

Praxen sind keine Versuchslabore

Deutlich kritische Töne gab es vom KVNO-Vorstand und der VV dagegen unisono zum Thema Digitalisierung. Zwar ist die verpflichtende Einführung von elektronischer Arbeitsfähigkeitsbescheinigung sowie elektronischem Rezept auf Ende Juni 2022 verschoben, dennoch „besteht für Freude kein Anlass“, kommentierte König. Die per Gesetz vorgesehenen Honorarkürzungen für Praxen, die unverschuldet und nicht rechtzeitig zum dritten Quartal 2021 die technischen Voraussetzungen zur Nutzung der elektronischen Patientenakte vorhalten konnten, werde die KVNO nicht vornehmen: „Es fehlen vielerorts noch die technischen Voraussetzungen, wir werden unsere Mitglieder nicht für etwas sanktionieren, das sie nicht zu verantworten haben.“ Die VV fasste mehrheitlich Beschlüsse unter anderem zum Datentransfer in der Telematikinfrastruktur (TI), zu einem Moratorium bei der weiteren TI-Umsetzung sowie zur Aussetzung von Strafzahlungen. Per Resolution werden die Krankenkassen zudem aufgefordert, die Kosten für die TI-Erstausrüstung auch für Neupraxen vollständig zu erstatten.

Positive Neuigkeiten konnte König im weiteren Verlauf seines Berichtsteils zu den Themen Notdienst und Strukturfonds überbringen: Im Juli wurde im Kreis Kleve die letzte Lücke im Netz der Notdienstpraxen im Rheinland geschlossen, es wurden dort drei neue Einrichtungen etabliert. Damit sind nun in allen Kreisen und Städten des Landesteils 80 zentrale Notdienstpraxen vorhanden, davon schon 45 im Sinne moderner Portalpraxen in enger Vernetzung mit dem örtlichen stationären Bereich.

„Auch der Strukturfonds trägt seit 2018 nachhaltig zu einer Versorgungsverbesserung im Rheinland bei: insgesamt wurden in den letzten gut drei Jahren rund 15 Millionen Euro an Fördermitteln für die wohnortnahe Versorgung von der KVNO



*Bewährtes Veranstaltungskonzept in Hybridform:
Ein Teil der VV-Mitglieder nahm erneut digital teil.*

bereitgestellt“, sagte König. „Wir konnten insgesamt fast 230 neue Kolleginnen und Kollegen für die ambulante Versorgung gewinnen.“ Der KV-Vize kündigte für das nächste Jahr neue Förderschwerpunkte mit Fondsmitteln an, beispielsweise im Bereich der Substitution. Mit großer Mehrheit stimmte die VV darüber hinaus für eine Verlängerung der Weiterbildungsförderung im Bereich Allgemeinmedizin ab 2022 auf 48 Monate.



Wir haben über 300 Förderungen bewilligt und insgesamt fast 230 neue Kolleginnen und Kollegen für die ambulante Versorgung gewinnen können.

Dr. med. Carsten König,
KVNO-Stellv. Vorstandsvorsitzender

Verwaltungskostensatz bleibt unverändert

Wie immer am Jahresende setzte sich die VV auch mit der Bilanz des zurückliegenden Geschäftsjahres und dem Haushalt für das kommende Jahr auseinander. Ohne Gegenstimmen wurden beide Zahlenwerke genehmigt und der Vorstand entlastet. Der Verwaltungskostensatz der KVNO bleibt auch 2022 unverändert. Die Mitglieder zahlen bei IT-unterstützter Abrechnung weiterhin 2,8 Prozent ihres Arztumsatzes.

■ CHRISTOPHER SCHNEIDER

Aufschub für das eRezept

Wie bei der elektronischen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (eAU) gibt es auch beim eRezept Startschwierigkeiten: Nachdem die Testphase verlängert und die freiwillige Einführung zum 1. Oktober 2021 auf Eis gelegt wurde, startet das eRezept nun zum 1. Januar 2022. Doch für die Praxen gibt es eine Übergangsfrist bis zum 30. Juni 2022.

Weil absehbar ist, dass die erforderlichen technischen Voraussetzungen Anfang des nächsten Jahres nicht flächendeckend verfügbar sein werden, hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) per Richtlinie eine weitere Übergangsregelung für eAU und eRezept erwirkt. Die KV Nordrhein hatte die KBV Ende Oktober aufgefordert, sich für den (erneuten) Aufschub einzusetzen. Um die Versorgung weiterhin sicherzustellen, kann noch bis 30. Juni 2022 alternativ das Papierrezept (Muster 16) verwendet werden. Praxen sollten den zeitlichen Puffer von sechs Monaten nutzen, um die notwendigen Komponenten zu beschaffen, die Prozesse und Übermittlungswege zu testen und die neuen Abläufe zu integrieren.

Was ändert sich?

Das eRezept gilt in einem ersten Schritt für verschreibungspflichtige Arzneimittel, die zulasten der gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) verordnet werden. Es wird digital erstellt und signiert. Der Zugriff erfolgt über einen QR-Code. In weiteren Folgestufen werden unter anderem Betäubungsmittelrezepte und nicht verschreibungspflichtige apothekenpflichtige Arzneimittel umgesetzt.

Wie sieht das zukünftige Verfahren aus?

- Im Praxisverwaltungssystem (PVS) wird das Rezept wie bisher aufgerufen und ausgefüllt.
- Der Arzt signiert das Rezept mit dem elektronischen Heilberufsausweis (eHBA) – idealerweise mit der Komfortsignatur, die eine einmalige PIN-Eingabe beispielsweise morgens ermöglicht. Anschließend können bis zu 250 Rezepte automatisch signiert werden.
- Nach der Signatur erzeugt das System einen Rezeptcode und die Verordnung wird auf den eRezept-Server geladen.
- Der Patient kann nun entscheiden, ob er seine Verordnung als Ausdruck erhalten möchte oder alternativ elektronisch über die eRezept-App.

- Für die App-Nutzung ist seitens des Versicherten ein NFC*-fähiges Smartphone sowie eine NFC-fähige elektronische Gesundheitskarte mit zugehöriger PIN vonnöten. Letztere muss bei der zuständigen Krankenkasse angefordert werden. Bei Nutzung der App muss die Praxis nichts mehr ausdrucken.
- Möchte der Patient einen Ausdruck des eRezeptes, dann kann dieser wahlweise auf DIN A4 oder DIN A5 erfolgen. Eine Unterschrift ist nicht erforderlich.

Auch in Videosprechstunden können eRezepte unter Wahrung der ärztlichen Sorgfaltspflicht ausgestellt werden. Nutzen Patienten die App, erübrigt sich der Praxisbesuch beziehungsweise der Versand der Verordnung.

Wie wird das eRezept eingelöst?

Wurde für den Versicherten ein Ausdruck erstellt, kann er mit diesem zu einer Apotheke seiner Wahl gehen und sein Rezept einlösen. Jede einzelne Verschreibung auf dem eRezept hat auf dem Ausdruck einen eigenen QR-Code, außerdem ist ein Sammelcode enthalten. So können Versicherte alle Verschreibungen auch in unterschiedlichen Apotheken einlösen.

Bei Nutzung der App können die verschriebenen Medikamente nicht nur elektronisch eingesehen werden. Es ist auch möglich, bis zu drei Apotheken anzufragen und ihre Verschreibungen zu reservieren. Das spart unnötige Wege. Das Einlösen erfolgt wie beim ausgedruckten eRezept wahlweise über einen Sammelcode oder einzelne Codes.

 * NFC bedeutet Near Field Communication und ist ein Übertragungsstandard zum kontaktlosen Austausch von Daten. Karten und Smartphones müssen nur an das Kartenlesegerät gehalten werden, um Daten zu übertragen.

Wie bereiten sich Praxen vor?

Damit Praxen in der Lage sind, elektronische Rezepte auszustellen, benötigen sie die erforderliche Technik:

- Neben der Anbindung an die TI, welche die Grundvoraussetzung bildet, benötigt der Konnektor ein entsprechendes Upgrade: Mindestens notwendig ist das PTV-3-Upgrade, empfehlenswert ist das PTV-4-Upgrade, damit die Komfortsignatur genutzt werden kann.
- Da das eRezept elektronisch unterschrieben werden muss, wird zwingend der eHBA der Generation 2 benötigt, mit dem die sogenannte qualifizierte elektronische Signatur erzeugt werden kann.
- Das PVS muss über ein eRezept-Modul verfügen.
- Darüber hinaus wird ein Drucker mit mindestens 300 dpi für den Ausdruck der Formulare benötigt. Geeignet sind sowohl Laser- als auch Tintenstrahldrucker.

Gibt es ein Ersatzverfahren?

Auch nach der flächendeckenden Einführung des eRezeptes wird es ein Ersatzverfahren geben. Das bedeutet, Muster 16 kann in bestimmten Fällen weiterhin genutzt werden: bei technischen Störungen, Haus- und Heimbisuchen sowie für die Übermittlung von Versorgungstypen, die noch nicht über das eRezept vorgesehen sind, beispielsweise Hilfsmittel und Sprechstundenbedarf.

Wofür gilt das eRezept nicht?

Neben der Einführung des eRezeptes für verschreibungspflichtige Arzneimittel zulasten der GKV können ab dem 1. Januar 2022 folgende weitere Anwendungsbereiche genutzt werden: apothekenpflichtiger Arzneimittel für Selbstzahler (blaues Rezept), elektronische Empfehlungen apothekenpflichtiger Arzneimittel (grünes Rezept) sowie apothekenpflichtige Arzneimittel zulasten der Berufsgenossenschaften und Unfallkassen.

In weiteren Ausbaustufen sind elektronische Rezepte unter anderem auch für folgende Fälle geplant: BTM-Rezepte, T-Rezepte, Hilfsmittel, Sprechstundenbedarf, Verordnungen zulasten sonstiger Kostenträger und digitale Gesundheitsanwendungen. Für Privatversicherte gibt es aktuell noch keine Möglichkeit zur Ausstellung von eRezepten, ebenso wenig für Versicherte, bei denen die Versichertennummer nicht bekannt ist.



Künftig können Rezepte digital per App eingelöst werden.

Was ist im Vertretungsfall zu beachten?

Im Vertretungsfall muss zwischen der kollegialen und der persönlichen Vertretung unterschieden werden. Bei der kollegialen Vertretung, bei welcher der abwesende Arzt sich von einem fachgleichen Kollegen in dessen Praxis vertreten lässt, erfolgt die Abrechnung über die LANR/BSNR des Vertreters. Es erfolgt keine Kennzeichnung der Vertretungskonstellation. Bei der persönlichen Vertretung, bei welcher der Vertreter in der Praxis des vertretenen Arztes tätig wird, erfolgt die Abrechnung über die LANR/BSNR des Vertretenen. Es muss eine Kennzeichnung des Vertreters im Datensatz erfolgen. In beiden Fällen muss die elektronische Verordnung von der ausstellenden Person mit dem eigenen eHBA elektronisch signiert werden.

Übrigens: Auch Weiterbildungsassistenten dürfen eRezepte ausstellen, sofern die ordnungsgemäße Überwachung und Anleitung gewährleistet sind. Sie verwenden hierfür ebenfalls den eigenen eHBA.

Wie läuft die Finanzierung?

Für die Einführung des eRezeptes wird eine einmalige Pauschale in Höhe von 120 Euro gewährt. Darüber hinaus erhält jede Vertragsarztpraxis einen Zuschlag zu den Betriebskosten in Höhe von einem Euro je Quartal (siehe auch S. 15).

Im Rahmen der Veranstaltungsreihe Telematik-Infrastruktur bietet die KV Nordrhein am 24. November und am 10. Dezember 2021 weitere Online-Veranstaltungen an, Anmeldung über [kvno.de](https://www.kvno.de).

Weitere Informationen zum eRezept wie Praxisbeispiele, FAQs und Videos unter [onlinerollout.de](https://www.onlinerollout.de) **KV|211213**

■ CLAUDIA PINTARIC

Welche Pauschalen können Praxen beantragen?

Praxen, die sich an die TI anbinden, können Finanzierungspauschalen erhalten, zum Beispiel für die technische Erstausrüstung, die laufenden Betriebskosten, aber auch für Folgekosten wie etwa für Konnektor-Updates. Welche Kosten erstattet werden, welche Anträge dafür nötig sind und wo sie gestellt werden müssen, haben wir kompakt zusammengefasst.

Praxen müssen die Kosten für die Anschaffung der Geräte und Dienste sowie für die Installation zunächst selbst tragen, erhalten jedoch nachträglich Pauschalen für die Erstausrüstung, den Installationsaufwand sowie für die quartalsweisen Betriebskosten erstattet – wenn entsprechende Anträge bei der KV Nordrhein gestellt werden.

Erstausrüstung

Für Praxen, die Anspruch auf zwei oder drei Kartenterminals haben, erhöht sich die Erstausrüstungspauschale pro Gerät um 535 Euro. Mit der einmaligen Startpauschale werden insbesondere Kosten gedeckt, die im Zusammenhang mit der technischen Ausstattung stehen, zum Beispiel für die Kosten des Praxisverwaltungssystems (PVS). Anspruch auf ein mobiles Kartenterminal haben Ärzte, die mindestens drei Hausbesuche im Quartal durchführen, an einem Kooperationsvertrag zur ambulanten Behandlung in stationären Pflegeeinrichtungen teilnehmen oder Patienten in anderen Praxen versorgen (zum Beispiel Anästhesisten). Der Betrag wird dann je Vertragsarzt mit mindestens halber Zulassung gezahlt. Ausgelagerte Praxisstätten erhalten unabhängig davon ein mobiles Kartenterminal, damit sie sich keinen Konnektor anschaffen müssen.

Erstausrüstung – Einmalpauschale	
Erstausrüstungspauschale für Konnektor und stationäres Kartenterminal	1549 Euro (1014 Euro für Konnektor, 535 Euro für Terminal)
Starterpauschale für PVS-Update, Installation, Schulung, Ausfallzeiten und zusätzlichen Aufwand in der Startphase	900 Euro
Pauschale für mobiles Kartenterminal	350 Euro

Weitere Ausstattung und Updates

Praxen haben Anspruch auf die Erstattung der Kosten ab dem Zeitpunkt, zu dem sie die benötigten Komponenten für Notfalldatenmanagement (NFDM) und/oder elektronischen Medikationsplan (eMP) vorhalten und anwenden können. Das müssen Praxen gegenüber der KV Nordrhein nachweisen können. Neben der Einmalzahlung von 100 Euro je Praxis zur Einrichtung des Kommunikationsdienstes KIM wird zusätzlich eine Betriebskostenpauschale von 23,40 Euro pro Quartal gezahlt.

Ausstattung für weitere Anwendungen der TI/Konnektor-Updates	
Update E-Health-Konnektor inklusive PVS-Updates für NFDM/eMP	530 Euro
Zusätzliches Kartenterminal NFDM/eMP	595 Euro je Kartenterminal
Update ePA*-Konnektor	400 Euro
PVS-Anpassung ePA	150 Euro
PVS-Anpassung eRezept	120 Euro
Einrichtung Kommunikationsdienst KIM	100 Euro

* elektronische Patientenakte

Anträge

Erstantrag

Der Erstantrag zur Erstattung der Pauschalen für die Einrichtung der TI steht unter folgendem Link zum Download bereit:

[☑ onlinerollout.de/finanzierung](https://onlinerollout.de/finanzierung)

Folgeanträge

Die Folgeanträge auf Erstattung der Pauschalen für das Konnektor-Update (Notfalldatenmanagement, elektronischer Medikationsplan, KIM-Dienst, eArztbrief, ePA) müssen über das KVNO Portal gestellt werden. Diese müssen im Bereich „Service“ unter „Förderantrag Telematik“ zu finden.



Laufende Betriebskosten

Laufende Betriebskosten	
Pauschale für Wartung Konnektor und VPN-Zugangsdienst	248 Euro pro Quartal
Pauschale für Praxisausweis (SMC-B)	23,25 Euro pro Quartal und Ausweis (ein Ausweis pro Praxis, ein weiterer Ausweis für jedes mobile Kartenterminal, auf das die Praxis Anspruch hat)
Pauschale für eHBA/ePtA*	11,63 Euro pro Quartal und Arzt/Psychotherapeut
Zuschlag für NFDm/eMP	4,50 Euro je Quartal
Zuschlag für ePA	4,50 Euro je Quartal
Zuschlag für eRezept	1 Euro je Quartal
Pauschale für KIM	23,40 Euro je Quartal und Praxis

* elektronischer Psychotherapeuten ausweis

Anspruch auf ein zusätzliches Kartenterminal NFDm/eMP besteht je angefangene 625 Betriebsstättenfälle. Für die Berechnung wird der Durchschnitt von Q3 und Q4/2016 sowie Q1 und Q2/2017 herangezogen. Wenn eine Praxis nach dem 31. Mai 2015 zugelassen wurde oder es sich um eine Neuniederlassung handelt, wird mindestens der Fachgruppendurchschnitt veranschlagt.

Weitere Informationen zum TI-Einstieg, zur Finanzierung sowie ein Überblick über die notwendigen technischen Komponenten, eine Checkliste und Ausfüllhilfen für die Anträge unter [onlinerollout.de](https://www.onlinerollout.de) **KV|211215**

■ CANDAN KILIC



onlinerollout.de/eRezept

Alles rund um das eRezept

Übergangsfrist

bis 30.06.2022

eRezept

ab 01.01.2022

**FAQs &
Erklärvideos**

eAU

01.10.2021



Sind Sie vorbereitet? Nutzen Sie die Testphase!

Unter onlinerollout.de/eRezept finden Sie Informationen zu folgenden Themen:

- Verpflichtung für Praxen
- Finanzierung und Pauschalen
- technische Voraussetzungen
- Musteransicht des eRezept-Token
- Varianten zur Ausstellung des eRezepts in der Praxis
- Ansicht eRezept App
- To-do-Listen

Engagiert für Gesundheit.

Kassenärztliche
Vereinigung
NORDRHEIN

Eröffnung des neuen Regionalstandortes

Neuer Standort, gewohnt hohe Qualität und deutlich bessere Ausstattung – nach ihrem Umzug innerhalb der Stadt hat die Kreisstelle Aachen der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein (KVNO) Mitte Oktober ihre neuen Räumlichkeiten im Rahmen einer feierlichen Standorteröffnung entgegengenommen.

Freundlich, hell, modern und nah an den Mitgliedern – die neue Liegenschaft mit Adresse an der Krefelder Straße 201 nahe Tivoli soll eine Stätte der Begegnung sein und als offenes Beratungs- und Servicezentrum für die insgesamt 2230 Ärzte der Region dienen. Dieser Leitgedanke spiegelt sich auch in der Zusammensetzung der Kreisstelle wider, die neben Mitarbeitern der Bezirke Aachen Stadt, Aachen Land und Heinsberg auch das Kreisstellenteam der Ärztekammer Nordrhein (ÄKNO) umfasst.

Der Standortwechsel war notwendig geworden, nachdem der Mietvertrag im vorherigen Gebäude an der Habsburgerallee nach 31 Jahren ausgelaufen war. Aber auch finanzielle Erwägungen sprachen für einen räumlichen Neuanfang, da die erforderliche Komplettsanierung der bereits in die Jahre gekommenen Büros mehr Geld verschlungen hätte als ein Umzug mitsamt neuer Ausstattung.

Gesicht der ärztlichen Selbstverwaltung

Was die angemieteten Räumlichkeiten angeht, hat sich die Kreisstelle für alle Beteiligten deutlich verbessert: Neben einer moderneren Ausstattung mit neuester Medientechnik bietet die Krefelder Straße größere Besprechungsräume, die unter anderem auch für Fortbildungen genutzt werden können, sowie einen separaten Raum für Berater der KVNO.

„Auch wenn der Abschied nach mehr als 30 Jahren nicht leichtgefallen ist, so bin ich doch der festen Überzeugung, dass die drei Kreisstellen ihre Arbeit vom neuen Standort aus in Zukunft so verlässlich wie gewohnt erledigen werden, vielleicht sogar noch effektiver – vor allem aber vom Servicegedanken her näher an unseren Mitgliedern“, sagt der Vorstandsvorsitzende der KVNO, Dr. med. Frank Bergmann. Als lokaler Kontakt seien die Kreisstellen mit den Gegebenheiten vor Ort vertraut und damit in Servicefragen teils besser aufgestellt als die Hauptstelle. „Ich bin ein großer Fan der Kreisstellen – sie sind ein unverzichtbarer Bestandteil der ärztlichen Selbstverwaltung“, so Bergmann.



Groß, hell und zeitgemäß – die neuen Räumlichkeiten der Kreisstelle sind mit modernster Medientechnik ausgestattet.

Fokus auf Versorgung und Zusammenarbeit

Doch ist der räumliche Neuanfang an der Krefelder Straße nicht ohne Kontinuität: Wie schon in der Habsburgerallee arbeiten KVNO und ÄKNO weiterhin eng unter einem Dach zusammen. „Eine qualitativ hochwertige Versorgung braucht gute Rahmenbedingungen“, sagt der Präsident der ÄKNO, Rudolf Henke. Umso erfreulicher sei es, dass man mit der neuen Kreisstelle nun den zentralen Anlaufpunkt für Ärzte in der Region bilde.

Aber nicht nur das: Auch der Dezernent für Soziales und Gesundheit der Städteregion Aachen, Dr. Michael Ziemons, freut sich über die starke Präsenz von KVNO und ÄKNO in der Region: Zwar habe man vor Corona nur wenige Berührstellen gehabt, aus der Krise sei aber eine vertrauensvolle Partnerschaft erwachsen, die jetzt weiter ausgebaut werden müsse. Auch konkrete Projekte dafür seien schon geplant – etwa bei der medizinischen Versorgung des ländlichen Raumes.

■ THOMAS PETERSDORFF

Nächste Ausgabeterminine im Dezember

Die KV Nordrhein versorgt ihre Mitglieder seit März 2020 regelmäßig mit Schutzmaterial – organisiert durch die Tochtergesellschaft GMG. Die nächsten Verteilaktionen für nordrheinische Ärzte und Psychotherapeuten finden im Dezember statt, Anmeldung ab sofort über das KVNO-Portal.

Ausgabeort	Ausgabetermin	Zugeordnete Kreisstellen	Anmeldeschluss
Köln	Mittwoch, 15.12.21	Köln, Leverkusen, Rhein-Erft-Kreis, Rhein.-Berg.-Kreis sowie Teile des Oberbergischen Kreises (Gemeinden Engelskirchen, Gummersbach, Hückeswagen, Lindlar, Marienheide, Radevormwald und Wipperfürth)	Montag, 13.12.21
Bonn	Freitag, 17.12.21	Bonn, Euskirchen, Rhein-Sieg-Kreis sowie Teile des Oberbergischen Kreises (Gemeinden Waldbröl, Wiehl, Morsbach, Nümbrecht, Reichshof und Bergneustadt)	Mittwoch, 15.12.21
Alsdorf	Mittwoch, 22.12.21	Aachen Kreis, Aachen Stadt, Düren, Heinsberg	Montag, 20.12.21

So bestellen Sie

Anmeldungen erfolgen über das KVNO-Portal. Klicken Sie dafür im Bereich „Services“ die Rubrik „Corona-Schutzmaterial“ an, von dort gelangen Sie zum Bestellformular. Hier muss zunächst der Leistungsort angegeben werden. Danach richtet sich, an welcher Ausgabestation das Material abgeholt werden kann. Anschließend ist anzugeben, an welchem Tag und in welchem Zeitfenster die Bestellung abgeholt wird

Alle Haus- und Fachärzte werden pro Arzt zwei Pakete in der Größe 41 cm x 39 cm x 59 cm mit folgendem Inhalt erhalten: sechs FFP3-Masken, 200 FFP2-Masken, 400 OP-Masken, zehn Overalls, zehn Kittel, zehn Schutzbrillen, acht Liter Desinfektionsmittel, insgesamt 2400 Handschuhe (Größe M bis XXL), ein Gesichtsschild, zehn Waschlotionen, zehn Dosen Desinfektionstücher.

Alle Psychotherapeuten (sowie alle, die unter diese Gruppe fallen) werden pro Berechtigtem ein Paket in der Größe 41 cm x 39 cm x 59 cm – mit folgendem Inhalt bekommen: 300 FFP2-Masken, 400 Mund-Nasen-Schutz, acht Liter Desinfektionsmittel, sieben Waschlotionen, acht Dosen Desinfektionstücher.

Es ist weiterhin möglich, für andere Praxisteilnehmer desselben Leistungsortes Pakete zu bestellen und abzuholen. Hierzu wird im letzten Schritt der Online-Bestellung die An-



zahl der gewünschten Pakete abgefragt. Es können so viele Pakete bestellt werden, wie berechtigte Teilnehmer in einer Praxis gemeldet sind. Nachdem das Formular abgeschickt wurde, wird ein Abholschein mit einem QR-Code zum Download erstellt. Dieser muss bei der Ausgabestation digital oder ausgedruckt vorgezeigt werden. Im KVNO-Portal können unter „Bestellübersicht“ alle bisherigen Bestellungen eingesehen, Bestellungen storniert sowie Abholscheine erneut heruntergeladen werden.

Anmeldefrist beachten

Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass nach Ablauf des jeweiligen Anmeldeschlusses keine weiteren Bestellungen für den Ausgabetermin angenommen werden können, da die Ausgabe zuvor im Zentrallager vorbereitet wird.

■ JANA MEYER

Online-Testabrechnung

Die Online-Testabrechnung bietet Vertragsärzten und Vertragspsychotherapeuten die Möglichkeit, Quartalsabrechnungen vorab zu überprüfen und Fehler sowie Auffälligkeiten in der Abrechnungsdatei selbst zu beheben. Die Testabrechnung kann am achten Tag des dritten Quartalsmonats für das laufende Quartal abgesendet und bis zum 20. Tag des nachfolgenden ersten Quartalsmonats durchgeführt werden. Nach jeder Testabrechnung wird ein qualifiziertes Prüfprotokoll erstellt und zum Download zur Verfügung gestellt. Das Prüfprotokoll gibt Praxen zum Beispiel Hinweise auf Gebührenordnungspositionen, welche laut EBM nicht nebeneinander abgerechnet werden dürfen, Sondervertragsziffern, welche bei Krankenkassen abgerechnet werden, die nicht an dem entsprechenden Vertrag teilnehmen, oder fehlende individuelle Genehmigungen. Liegt eine Genehmigung für eine bestimmte Leistung nicht vor oder ist eine Genehmigung erst ab einem bestimmten Tag im Quartal

gültig, so kann die Fehlermeldung „Genehmigung fehlt“ auftreten.

Die Testabrechnung kann beliebig oft elektronisch überprüft werden und das Ergebnis wird unverändert im Protokoll dargestellt. Bei Unstimmigkeiten kann eine Klärung vor Abgabe der Echtabrechnung erfolgen. Eine Korrektur seitens der Praxis ist dann noch möglich. Es wird empfohlen, zuerst einen Prüflauf der Abrechnungssoftware durchzuführen und falls eine Fehlerliste angezeigt wird, diese abzarbeiten und im Nachgang das KBV-Prüfmodul durchlaufen zu lassen. Wenn das Gesamtergebnis „Die geprüfte Datei kann verschlüsselt und der KV übergeben werden“ lautet, können Sie Ihre Abrechnungsdatei im KVNO-Portal hochladen. Das Ergebnis des KBV-Prüfmoduls muss nicht zusätzlich in Papierform an die KV Nordrhein gesandt werden.

■ DIN

Einzureichende Dokumente zur Abrechnung

Nicht alle Dokumente und Unterlagen in den Praxen müssen zusammen mit der Quartalsabrechnung an die KV Nordrhein gesandt werden. Zu jeder Abrechnung muss jedoch die Sammelerklärung eingereicht werden, entweder elektronisch mit einer qualifizierten elektronischen Signatur oder postalisch. Die unterschriebene Papier-Sammelerklärung muss innerhalb von sieben Tagen nach Sendung der Abrechnung an die zuständige Dienststelle Köln oder Düsseldorf gesendet werden. Zudem ist es erforderlich, Teilnahmeerklärungen/Dokumentationen der Patienten an

bestimmten Sonderverträgen, wie zum Beispiel dem AD(H)S-Vertrag, dem COPD-Vertrag oder der Palliativversorgung, einzureichen. Außerdem werden verschiedene Nachweise oder Originalrechnungen bei Abrechnung von Sachkosten erforderlich. Dazu gehören unter anderem die Behandlungspläne zur künstlichen Befruchtung oder der jährliche Nachweis zur Wartung des Audiometers. Die Prüfprotokolle der Praxisverwaltungssoftware müssen nicht mitversandt werden.

■ DIN

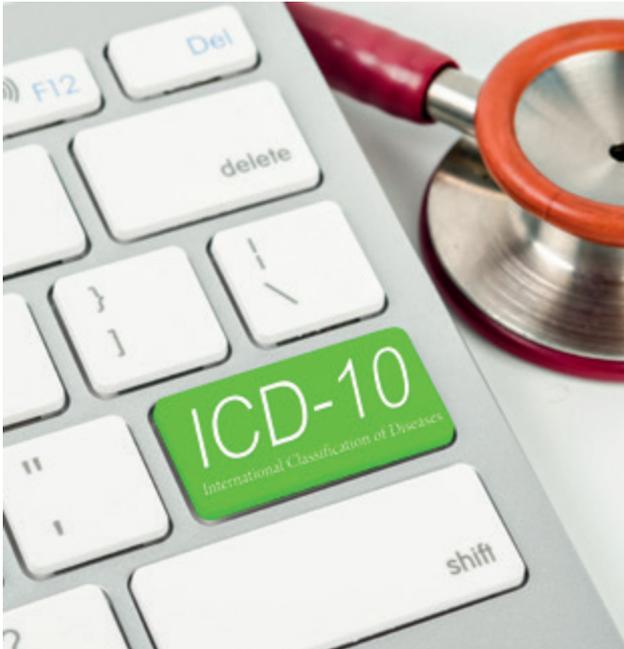
Aufbewahrungsfristen für Dokumente

Dokument	Aufbewahrungsort	Aufbewahrungsfrist
Allgemeine Behandlungsnachweise/Überweisungen oder Behandlungsscheine sonstiger Kostenträger oder besonderer Kostenträger	Aufbewahrung in der Praxis	vier Quartale Ausnahme: Asylvertrag zwei Jahre
Ausgestellte Vertreter- oder Notfallscheine (Muster 19)	Aufbewahrung in der Praxis	zehn Jahre
Ausdruck von Fallstatistiken, Gesamtansichten und Prüfläufen	Aufbewahrung nicht erforderlich, bitte nicht einreichen	keine Aufbewahrungspflicht
Dokumentation/Berichtsvordrucke von Kinder- vorse-, Jugendgesundheits-, Gesundheits- und Krebsvorsorgeuntersuchung	Aufbewahrung in der Praxis (digitale Dokumentation möglich*)	zehn Jahre

* wenn die Dokumentation unveränderbar und reproduzierbar bleibt

Diagnosen leichter verschlüsseln

Praxen bekommen ab Januar 2022 einen digitalen Helfer, der sie beim Verschlüsseln von Diagnosen unterstützen soll. Er wird in das Praxisverwaltungssystem (PVS) eingebunden und steht Ärzten und Psychotherapeuten direkt beim Kodieren zur Verfügung. Die neue Anwendung im Überblick.



Um den passgenauen Kode im PVS zu finden, hilft künftig der Kodier-Check.

Mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz hat die KBV den Auftrag erhalten, verbindliche Vorgaben zum Kodieren zu erstellen und zum 1. Januar 2022 einzuführen. Das birgt weder zusätzliche Bürokratie noch neue Regeln oder Vorgaben. Basis ist und bleibt die ICD-10-GM. Ziel ist es, das Kodieren zu erleichtern.

Warum kodieren wichtig ist

Alle Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten sind seit dem Jahr 2000 gesetzlich verpflichtet, jede Behandlungsdiagnose so genau wie möglich zu kodieren, zum Beispiel auf Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen und Abrechnungsunterlagen. Die Kodierung erfolgt nach der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, ICD-10-GM.

Die exakte Verschlüsselung der Behandlungsdiagnosen ist wichtig, um die Morbidität in Deutschland möglichst genau bestimmen zu können. Sie ist ein entscheidendes Kriterium dafür, wie viel Geld die gesetzlichen Krankenkassen für die

ambulante medizinische Versorgung zur Verfügung stellen müssen. Hierbei spielen gesicherte Diagnosen (als Kode mit G gekennzeichnet) eine entscheidende Rolle.

Aber nicht nur für den Honorartopf der Ärzte und Psychotherapeuten ist die Kodierung wichtig: Auch für die Krankenkassen spielen die kodierten Behandlungsdiagnosen eine Rolle, da sich nach der Morbidität ihrer Versicherten die finanziellen Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds bemessen.

Passgenaue Diagnoseschlüssel

Eine im PVS integrierte Kodesuche oder automatisch angezeigte Hinweise zum Kodieren stehen Ärzten und Psychotherapeuten bereits zur Verfügung. Wird das Krankheitsbild aber komplexer, kann sich die Suche nach einem passgenauen Diagnoseschlüssel mitunter schwierig gestalten. In diesen Fällen kommt künftig die neue Kodierunterstützung zum Einsatz, die bestehende und neue Funktionen rund um die Verschlüsselung von Diagnosen kombiniert. Die Regelungen der ICD-10-GM werden transparenter und leichter anwendbar. Neu ist der Kodier-Check zur Plausibilisierung gewählter Kodes, der zunächst bei vier Diagnosebereichen im Hintergrund läuft.

So funktioniert der Kodier-Check

Der neue Kodier-Check startet für vier Diagnosebereiche mit hohen Fallzahlen und einer komplexen Kodierung:

- Herzinfarkt
- Schlaganfall
- Diabetes mellitus
- Folgen eines Bluthochdrucks

Geben Praxen einen Kode aus diesen Diagnosebereichen an, beginnt ein Kodier-Regelwerk im Hintergrund mit der Prüfung. Bei Unstimmigkeiten meldet sich der Kodier-Check und gibt beispielsweise den Hinweis, dass ein spezifischerer ICD-10-GM-Kode vorhanden ist, und bietet diesen direkt zur Auswahl an. Mit nur einem Klick kann der Anwender den Kode übernehmen oder ablehnen. Soll der Hinweis bei diesem Fall im selben Quartal nicht noch einmal angezeigt werden, kann er deaktiviert werden. Die Entscheidungshoheit liegt beim Arzt.

Testabrechnung

Was ist im Zusammenhang mit der Kodierhilfe mit einer Testabrechnung gemeint? Dabei geht es um einen Prüflauf auf Software-Ebene, der im Vorfeld bei der Erstellung einer Abrechnungsdatei durchgeführt wird. Die Software ist so vor-eingestellt, dass der Kodier-Check direkt bei der Kodierung läuft. Wer das nicht möchte, kann die Einstellung so anpassen, dass die Überprüfung erst bei der (Test-)Abrechnung erfolgt. Das Nachschlagen in Büchern und Suchen im Internet, was gerade bei komplexen Kodierungen mitunter nötig ist, entfällt. Die zusätzliche Option, eine Testabrechnung an die KVNO zu senden, besteht weiterhin. In diesen Protokollen werden Ihnen Fehler und Auffälligkeiten fallbezogen angezeigt, sodass diese vor der Übersendung der Echtabrechnung bearbeitet werden können.

Beispiel einer Kodierunterstützung

Sie haben bei einem Patienten folgende ICD-10 angesetzt:

I21.2 Z Akuter transmuraler Myokardinfarkt (Zustand nach); für die Abbildung eines Zustandes nach akutem Myokardinfarkt sieht die ICD-10 einen spezifischen gesicherten Kode vor. An diesem Punkt unterstützt die Software. Sofern zutreffend, ersetzen Sie bitte den Kode durch einen der folgenden Kodes mit dem Zusatzkennzeichen „G“:

I25.20 (alter Myokardinfarkt, 29 Tage bis unter 4 Monate zurückliegend) G

I25.21 (alter Myokardinfarkt, 4 Monate bis unter 1 Jahr zurückliegend) G

I25.22 (alter Myokardinfarkt, 1 Jahr und länger zurückliegend) G

I25.29 (alter Myokardinfarkt, nicht näher bezeichnet) G

Mit einem Klick kann dies hinterlegt werden.

Dauerdiagnosen weiter möglich

Die Funktion, Behandlungsdiagnosen eines Quartals so zu kennzeichnen, dass sie auch in den Folgequartalen automatisch in die Abrechnungsunterlagen übernommen werden können, bleibt erhalten. Neu ist, dass diese Funktion künftig ebenfalls für anamnestische Diagnosen bereitsteht und in jeder Praxissoftware aktiviert ist. Einige Ärzte und Psychotherapeuten werden somit ab Januar 2022 zum ersten Mal damit arbeiten können – die Nutzung bleibt aber freiwillig.

Bevor Praxen Dauerdiagnosen oder anamnestische Diagnosen in die Abrechnung übernehmen, sollte eine Prüfung erfolgen, ob diese in dem Quartal für die Behandlung relevant waren. Die Auswahl und Übernahme ist weiterhin mittels weniger Klicks im PVS möglich. Der Diabetes mellitus eines Patienten ist beispielsweise regelhaft Anlass zur Behandlung und wäre eine klassische Dauerdiagnose. Eine Penizillin-Allergie hat ein Patient ebenfalls dauerhaft, sie führt aber nur sporadisch zu einem Behandlungsaufwand. Für die ärztliche Entscheidung ist sie etwa bei der Verordnung eines Antibiotikums wichtig und daher als anamnestische Diagnose zu kennzeichnen.

Vorteile der Kodierunterstützung

- Ausschließlich digital
- Keine dicken Bücher
- Keine neuen Regeln
- Direkte Einbindung ins PVS – steht immer zur Verfügung, wenn Ärzte und Psychotherapeuten sie brauchen, zum Beispiel bei der Abrechnung;

Bausteine der Kodierunterstützung

- Kodesuche und Spezifizierung
- Freitextsuche nach Codes der ICD-10-GM
- Suche kann fachgruppenspezifisch durch die Einbindung der Facharzt- und Hausarztthesauren des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung angepasst werden. Diese werden von den PVS unterschiedlich komfortabel umgesetzt.
- Benutzungshinweise
- Hinweise aus der ICD-10-GM, zum Beispiel Abrechenbarkeit eines Diagnosekodes und Meldepflicht nach Infektionsschutzgesetz
- freiwillige Nutzung zu einem beliebigen Zeitpunkt

Bei Fragen zur Umsetzung hilft das Systemhaus, das möglicherweise weiterführende Informationen oder digitale Erklärungen bereitstellt.

Weitere Informationen und Erklärvideos zum Thema Kodieren und das Serviceheft PraxisWissen „Kodierunterstützung“ zum Download unter [kvno.de](https://www.kvno.de) **KV|211221**

■ MICHAEL SCHILF

Krebsbekämpfung: Praxen, bitte melden!

Vor acht Jahren hat das Krebsfrüherkennungs- und -registergesetz die Bundesländer zum Aufbau sogenannter klinischer Krebsregister verpflichtet. Stationäre und ambulante Patientendaten über Art, Behandlung und Verlauf von Tumorerkrankungen müssen erfasst und an solche Register gemeldet werden. Eine Bilanz.

Von Dr. Andres Schützendübel und Prof. Dr. Andreas Stang

Jetzt kann das Landeskrebsregister (LKR) NRW endlich richtig durchstarten - nach fünf Jahren intensiver Aufbauarbeit, einem Umzug von Münster zum Gesundheitscampus nach Bochum und der Erfüllung der Förderkriterien, um die Finanzierung für den Betrieb sicherzustellen. Nun gilt es, die Potenziale, die das LKR NRW mit seinem Datenbestand und seinen zukunftsfähigen Strukturen hat, zu nutzen und weiterzuentwickeln. Die Krebsregistrierung ist integraler Bestandteil der Krebsbekämpfung. Sie schafft die Grundlagen für die Verbesserung der Prognose und Lebensqualität von Menschen mit einer Krebserkrankung. Damit leistet das Landeskrebsregister NRW einen wichtigen Beitrag zur Optimierung der medizinisch-onkologischen Versorgung und der Erforschung von Krebsursachen.

Die Krebsregistrierung ist integraler Bestandteil der Krebsbekämpfung. Sie schafft die Grundlagen für die Verbesserung der Prognose und Lebensqualität von Menschen mit einer Krebserkrankung.



Prof. Dr. med. Andreas Stang,
Ärztlicher Leiter, LKR NRW

Das Landeskrebsregister NRW hat seit dem Jahr 2016 den hoheitlichen Auftrag des Landes Nordrhein-Westfalen, fortlaufend und flächendeckend Daten über Entstehen, Auftreten, Behandlung sowie Verlauf von Krebserkrankungen zu registrieren, zu verarbeiten, zu publizieren und wissenschaftlich auszuwerten. Mit einer Bezugsgröße von 18 Mil-

lionen Einwohnern in Nordrhein-Westfalen ist es das größte Krebsregister Deutschlands und eines der größten in Europa. Jährlich werden mit stetig steigender Tendenz aktuell rund zwei Millionen Diagnose-, Verlaufs-, Therapie-, Pathologie- und Sterbefallmeldungen entgegengenommen und verarbeitet. Rund acht Millionen Meldungen insgesamt wurden bereits seit der Gründung des klinischen Krebsregisters NRW registriert.

Auch technologisch und aus Sicht des Datenschutzes zählt das LKR NRW damit zu den modernsten Krebsregistern Europas. Meldungen können ausschließlich auf elektronischem Weg in der Telematikinfrastruktur (TI) oder im sicheren Netz der Kassenärztlichen Vereinigungen übermittelt werden. Für den Erfolg des Registers sind die Datenqualität, die Vollständigkeit und die Vollständigkeit der Meldungen entscheidend. Deshalb gilt eine gesetzliche Meldepflicht für alle Ärzte, die Krebserkrankungen diagnostizieren und behandeln. Auf dieser Grundlage kann ein riesiger Datenschatz aufgebaut werden, der bereits jetzt, aber besonders mittelfristig und langfristig Perspektiven für die klinische und epidemiologische Forschung sowie für die Versorgungsforschung eröffnet. Der Grund: Auswertungen von Krebsregisterdaten, Kooperationen zwischen Kliniken und Ärzten sowie eine gute Kommunikation mit Patienten sind in der Kombination mehr als die Summe ihrer Teile - denn alles ist nichts, wenn es nicht dem Patienten hilft.

In diesem Kontext sind die Meldungen aus den Praxen von besonderer Bedeutung dafür, die Daten über den gesamten Krankheitsverlauf eines Patienten auszuwerten. Die Potenziale der Krebsregistrierung lassen sich nur ausschöpfen, wenn Diagnose-, Therapie- und Verlaufsdaten kontinuierlich gemeldet werden. Die Kliniken in NRW sind als Melder bereits vollumfänglich an das Register angeschlossen. Im niedergelassenen Bereich ist aufgrund einer sehr heterogenen IT-In-

Die Potenziale der Krebsregistrierung lassen sich nur ausschöpfen, wenn Diagnose-, Therapie- und Verlaufsdaten kontinuierlich gemeldet werden.



Dr. Andres Schützendübel,
Geschäftsführer, LKR NRW

Infrastruktur in den Praxen die Situation allerdings schwieriger. Das LKR NRW ist bei dem Aufbau der Meldestrukturen im niedergelassenen Bereich daher insbesondere auf die Unterstützung der PVS-Hersteller und die Kommunikation über die Verbandsstrukturen der Fachärzte angewiesen, um die für eine vollständige klinische Krebsregistrierung so wichtigen Meldungen aus dem niedergelassenen Bereich möglichst vollumfänglich zu erhalten.

Für das Melden von Krebsregisterdaten stellt das Landeskrebsregister NRW ein breit gefächertes kostenfreies Dienstleistungsportfolio zur Verfügung. In der Vertrauensstelle werden die Meldestellen registriert. Die ankommenden Meldungen werden verschlüsselt und weitergeleitet zur Datenvalidierung und -speicherung. Auch die Meldevergütung wird hier ausgezahlt und ist abhängig von der Meldungsart. Sie wird aus Mitteln der Kostenträger (Paragraf 5c SGB V) oder aus Zuschüssen des Landes NRW getragen. Die verschiedenen Meldungen werden mit bis zu 18 Euro vergütet. Darüber hinaus steht umfangreiche technische Unterstützung telefonisch und per E-Mail zur Verfügung.

Die klinische Auswertungsstelle bietet Beratung, Hilfe bei Meldungsinhalten und ein differenziertes Qualifizierungsangebot an. In jedem Regierungsbezirk gibt es ein Team mit festen Ansprechpartnern. Durch diesen regionalen Bezug ist eine größtmögliche Nähe zu den Meldern gewährleistet. Die Teams verfügen über langjährige Erfahrungen als klinische Dokumentare. Sie geben Hilfestellung bei der Kodierung von Diagnosen und Befundtexten nach ICD-O-3, beraten die Einrichtungen bei der Optimierung der zu meldenden onkologischen Daten und klären zu inhaltlichen Fragen bei der Tumordokumentation auf. Jede Krebsdiagnose und Krebsbehandlung ist individuell – deshalb ist die Einhaltung der ICD-O-Standards bei der Tumordokumentation eine wichtige Voraussetzung für die Datenqualität als Grundlage für die Auswertung der Krebsregisterdaten. Vor diesem Hintergrund

bietet die klinische Auswertungsstelle regelmäßig kostenfrei Qualifizierungsformate für Melder an – online oder in Präsenz.

Darüber hinaus erarbeitet die klinische Auswertungsstelle behandlungsbezogene Auswertungen der gemeldeten Krebsregisterdaten. So werden Melder bei einer leitliniengerechten Versorgung der Betroffenen sowie bei der Bewertung der individuellen Krebstherapie unterstützt. Mithilfe der Auswertungen ist es auch möglich, Qualitätsindikatoren der Einrichtungen zu vergleichen, um die Versorgungsqualität zu bewerten. Gleichzeitig sind sie auch ein wichtiges Instrument für das interne Qualitätsmanagement der medizinischen Einrichtungen.

Das Landeskrebsregister NRW engagiert sich zudem als Kooperationspartner in verschiedenen Forschungsprojekten wie beispielsweise „Prostatakrebs beim jüngeren Mann“. Hier analysiert Prof. Peter Albers, Direktor der Klinik für Urologie am Universitätsklinikum Düsseldorf, wie sich die aktive Überwachung junger Patienten mit Prostatakarzinom im Stadium des niedrigen Risikos auf Tumorentwicklung, Lebensqualität und Überleben auswirkt. Eine weitere Beteiligung am Vorhaben gibt es von Prof. Wolfgang Fendler, Leitender Oberarzt der Klinik für Nuklearmedizin am Universitätsklinikum Essen. Er untersucht in seiner Studie „Molekulare PET-Bildgebung – Erhöhung der Überlebensrate durch frühe Darstellung des Prostatakarzinoms bei steigenden PSA-Werten?“, ob die Behandlung von Patienten auf Grundlage der PSMA-PET-Diagnostik zur Erhöhung der Überlebensrate führt.

Um die Krebsbekämpfung voranzutreiben, zählt jede Meldung. Praxen, die sich als Melder registrieren möchten, finden alle Informationen dazu unter [landeskrebsregister.nrw](https://www.landeskrebsregister.nrw)



Qualifizierungsangebote

LKR | LANDES
KREBS
REGISTER NRW



Abrechnung

ASV: Neue Leistungen im Rahmen der Krebsbehandlung abrechenbar

Ärzte können bei Patienten mit Krebserkrankungen in der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) rückwirkend zum 1. Oktober 2021 drei neue Leistungen abrechnen. Darauf haben sich die Kassenärztliche Bundesvereinigung, der GKV-Spitzenverband und die Deutsche Krankenhausgesellschaft im ergänzten Bewertungsausschuss geeinigt.

Zum einen handelt es sich um die Untersuchung einer Mikrosatelliteninstabilität im Tumormaterial. Pathologen in ASV-Teams für gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle sowie in ASV-Teams für gynäkologische Tumoren können die Untersuchungen jetzt mit der neuen GOP 19464 auch im Rahmen einer pharmakologischen Therapie abrechnen. Die Untersuchung ist als GOP 19426 schon Teil des Behandlungsumfangs.

Neu ist außerdem die GOP 19506 für den biomarkerbasierten Test Oncotype DX Breast Recurrence Score in Deutschland. Sie ist bei der ASV-Behandlung von Patientinnen mit gynäkologischen Tumoren berechnungsfähig.

Ferner wurde die GOP 25345 für die rechnerunterstützte Planung einer perkutanen Bestrahlung bei Weichstrahl- oder

Orthovolttherapie in alle bisherigen onkologischen ASV-Anlagen aufgenommen.

Die GOP 19501 und 19502 zur Durchführung des biomarkerbasierten Tests Oncotype DX Breast Recurrence Score in den USA werden zum 1. Januar 2022 gestrichen. Grund: Die Übergangsregelung zur Etablierung des Testverfahrens in Deutschland läuft Ende dieses Jahres aus.

Unfallversicherung: Neue Gebühr für Untersuchung bei Hautkrebs

Seit dem 1. November 2021 können Ärzte in der Unfallversicherung eine neue Gebühr abrechnen, wenn ein als Berufskrankheit anerkannter Hautkrebs vorliegt. Außerdem wird die Entfernung kleiner maligner Hautveränderungen an Kopf und Händen unter bestimmten Voraussetzungen höher vergütet.

Die neue Gebühr 6b können Ärzte bei Ganzkörperuntersuchungen der Haut „im Rahmen der leitliniengemäßen Nachsorge von Plattenepithelkarzinomen“ berechnen. Eine solche Untersuchung wird gefordert, wenn Versicherte an einem als Berufskrankheit anerkannten Hauttumor (Basalzellkarzinome und Plattenepithelkarzinome) leiden. Bislang gab es dafür jedoch keine Abrechnungsziffer in der UV-GOÄ.

Die neue Gebühr beträgt 17,11 Euro sowohl in der allgemeinen als auch besonderen Heilbehandlung. Ist eine Auflichtmikroskopie erforderlich, kann diese zusätzlich berechnet werden. Hierfür rechnen Ärzte die Gebühr 750 ab (allgemeine Heilbehandlung: 9,77 Euro, besondere Heilbehandlung: 12,15 Euro).

Die zweite Neuerung betrifft die Gebührennummer 2403 im Kapitel „VII. Chirurgie der Körperoberfläche“ der UV-GOÄ. Hier wurde die Leistungslegende so angepasst, dass kleine histologisch gesicherte maligne Tumore am Kopf und an den Händen unter bestimmten Voraussetzungen nach der höheren Gebühr 2404 abgerechnet werden können.

Die aktuelle UV-GOÄ ist im Internet erhältlich unter [kvb.de](https://www.kbv.de)

[KV1211224](https://www.kvno.de)

Alle Symbolnummern im Internet

Vom ADHS-Vertrag über die Disease-Management-Programme bis zum Tonsillotomie-Vertrag – mehr als 35 Sonderverträge hat die KV Nordrhein mit den Krankenkassen im Rheinland geschlossen.

Eine aktuelle Übersicht der in diesen Verträgen geltenden Symbolnummern finden Sie im Internet unter [kvno.de](https://www.kvno.de) [KV1211224](https://www.kvno.de)

Neuerungen bei der Abrechnung von Sachkosten

Sachkosten sind in der Praxisverwaltungssoftware (PVS) für jeden Patienten zu dokumentieren. Neu ist, dass der Artikel- oder Modellnummer das Kürzel „AMN“ voranzustellen ist. Sofern aus der Rechnung keine Artikel- oder Modellnummer ersichtlich ist, kann auch die Pharmazentralnummer oder die Chargennummer angegeben werden. Grundsätzlich sind die folgenden Kürzel zu verwenden:

Nummer	Darstellung in der Feldkennung 5075
Artikel-/Modellnummer	AMN Y0001234
Pharmazentralnummer	PZN Y0001234
Chargennummer	CHN Y001234

Folgende Felder in der PVS sind für alle verwendeten Materialien einzeln anzugeben:

Feldkennung in der PVS	Feldbezeichnung	Beispiel
5001	Symbolnummer Untergruppe Sachkostenliste	99500
5011	Sachkosten- bzw. Materialbezeichnung	Infusionsbesteck
5012	Preis in Cent	230
5074	Name des Herstellers/ Lieferanten	Mustermann GmbH
5075	Artikel-/Modellnummer	AMN Y0001234

Wichtig ist, dass für jeden Artikel auch die Symbolnummer (SNR) der Untergruppe angegeben wird, in die der Artikel fällt. Die SNR der Untergruppen finden Sie auf der Sachkostenliste, die fortlaufend aktualisiert im KVNO-Portal eingestellt ist.

Grundsätzlich ist es erforderlich, die Angaben für jeden verbrauchten Artikel einzeln vorzunehmen. Werden zum Beispiel aus einer Untergruppe zwei unterschiedliche Artikel für einen Patienten verwendet, sind für beide Artikel die SNR der Untergruppe, die jeweilige Materialbezeichnung des Artikels, der Preis in Cent, der Name des Herstellers/Lieferanten und die Artikel- oder Modellnummer anzugeben.

Die Zusammenfassung gleicher Artikel ist nur möglich, falls am selben Behandlungstag für den denselben Patienten der gleiche Artikel mehrfach verwendet wurde. Wenn ein Infu-

sionsbesteck beispielsweise 2,30 Euro kostet, ist für zwei Infusionsbestecke der Gesamtpreis in Cent „460“ anzugeben:

Feldkennung in der PVS	Feldbezeichnung	Beispiel
5001	Symbolnummer Untergruppe Sachkostenliste	99500
5011	Sachkosten- bzw. Materialbezeichnung	2 Infusionsbestecke
5012	Gesamtpreis für alle Artikel in Cent	460
5074	Name des Herstellers/ Lieferanten	Mustermann GmbH
5075	Artikel-/Modellnummer	AMN Y0001234

Voraussichtlich Ende Dezember wird die neue Sachkostenliste in Form eines Leitfadens, der weitere Informationen zur Abrechnung von Sachkosten beinhaltet, im KVNO-Portal veröffentlicht.

EBM: Anhang 2 wird zum 1. Januar aktualisiert

Der Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) zur Kodierung ambulanter und belegärztlicher Operationen wird jährlich durch das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte aktualisiert. Deshalb wird das Verzeichnis der operativen Prozeduren im Anhang 2 zum EBM zum Jahresbeginn an die aktuelle Version des OPS angepasst.

Beispielsweise wurden aufgrund der Differenzierung von Katheterverweilsystemen je nach Zweck der Implantation, zur Peritonealdialyse oder Aszitesdrainage zwei neue Codes (5-549.20 und 5-549.21) in den Anhang 2 aufgenommen und der ursprüngliche Code 5-549.2 aus dem Anhang 2 gestrichen.

Darüber hinaus wird der Anhang 2 um weitere OPS-Kodes ergänzt. Hierbei handelt es sich um die OPS-Kodes zur Abbildung des operativen Aufwandes für Ligaturen bei Hämorrhoiden 3. Grades (5-493.01 und 5-493.02) und um weitere belegärztlich urologisch-operative Verfahren (5-568.d0, 5-575.00, 5-575.01, 5-577.01, 5-579.41).

Welche neuen OPS-Kodes in den Anhang 2 aufgenommen und welche gestrichen werden, ist detailliert im Beschluss des Bewertungsausschusses aufgeführt. **Diesen können Sie unter [☑ kbv.de](https://www.kbv.de) herunterladen.**

KV|211225

Für Medikamentengabe gelten ab April 2022 neue Zusatzpauschalen

Für die Beobachtung und Betreuung von Patienten bei der Gabe bestimmter Medikamente werden zum 1. April 2022 neue Zusatzpauschalen in den EBM aufgenommen. Mit dem Beschluss des Bewertungsausschusses werden die GOP 01514, 01516 und 01517 zum 1. April gestrichen, da ihre Leistungsbestandteile in die neuen Zusatzpauschalen überführt wurden.

Die Neuerungen betreffen zum einen die Beobachtung und Betreuung eines Patienten unter parenteraler intravasaler Behandlung mit Sebelipase alfa und/oder Velmanase alfa, für die es ab April eine neue Zusatzpauschale gibt, die je nach Dauer der Leistung unterschiedlich hoch bewertet ist.

Ärzte rechnen bei mehr als zwei Stunden die GOP 01540 (386 Punkte / 43,49 Euro) ab, bei mehr als vier Stunden die GOP 01541 (625 Punkte / 70,41 Euro) und bei mehr als sechs Stunden die GOP 01542 (961 Punkte / 108,27 Euro).

Eine weitere Zusatzpauschale gibt es für Beobachtung und Betreuung eines Patienten nach der oralen Gabe von Fingolimod oder Siponimod sowie erstmals auch von Ozanimod oder Ponesimod. Die Abrechnung erfolgt analog zu den anderen GOP je nach Dauer der Leistung mit den GOP 01543 (311 Punkte / 35,04 Euro), 01544 (550 Punkte / 61,96 Euro) und 01545 (885 Punkte / 99,71 Euro). Die Anlässe, die eine Beobachtung des Patienten nach den neuen GOP 01540 bis 01545 erforderlich machen, sind in den jeweils aktuell gültigen Fachinformationen definiert.

Eine weitere Neuerung betrifft die GOP 02102: Sie kann ab April auch bei einer Infusionstherapie (ohne anschließende Beobachtung) mit Velmanase alfa abgerechnet werden.

Verträge

Grippeimpfung: Verlängerung der Satzungsimpfung mit der BIG direkt gesund

Für die laufende Impfsaison hat die KV Nordrhein den Vertrag mit der BIG direkt gesund über die Grippeimpfung als Satzungsleistung verlängert. Dies bedeutet, dass Versicherte der BIG direkt gesund, die keine in der Schutzimpfungs-Richtlinie vorgegebenen Indikationen aufweisen, auch in dieser Impfsaison gegen Influenza geimpft werden können. Das sind Versicherte

- unter 60 Jahre beziehungsweise
- ohne erhöhtes Gesundheitsrisiko.

Die übrigen Regelungen gelten auch bei der BIG direkt gesund fort; hierzu zählt die Finanzierung der Impfleistungen, die weiterhin extrabudgetär erfolgt. Die Ärzte rechnen die Influenza-Impfung über die Symbolnummer (SNR) 89112T gegenüber der KV Nordrhein ab. Die Vergütung beträgt derzeit 8,05 Euro je Impfung.

Zu beachten ist außerdem, dass die Impfleistungen für diese Satzungsimpfung in der Zeit vom 1. Oktober 2021 bis 31. März 2022 abgerechnet werden können. Der Impfstoff wird hierbei auf den Namen des Patienten verordnet. Auch Versicherte der BIG direkt gesund sind von Zuzahlungen befreit.

Mehr Infos dazu finden Sie auf einem Merkblatt auf [kvno.de](https://www.kvno.de)

KV|211226

Nordrheinische Onkologie-Vereinbarung: Weiter reduzierte Fortbildungsanforderungen

Die Fortbildungsanforderungen der Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 des Bundesmantelvertrages) wurden analog zu 2020 auch für das gesamte Kalenderjahr 2021 aufgrund der pandemischen Lage reduziert. Demnach müssen Ärzte bis zum 31. Dezember anstatt 50 nur 30 CME-Punkte nachweisen.

Nun haben die Krankenkassen auch der Fortführung der Sonderregelung im Rahmen der nordrheinischen Onkologie-Vereinbarung zugestimmt. Auch für Teilnehmer an der regionalen Vereinbarung gelten für das gesamte Kalenderjahr 2021 folgende Fortbildungsvereinfachungen:

- Reduzierung der nachzuweisenden Fortbildungspunkte von 50 auf 30 CME-Punkte für Teilnehmer, die nach der regionalen Regelung über eine Genehmigung für die gesamten onkologischen Pauschalen nach den Symbolnummern 86510 bis 86520 verfügen
- Reduzierung der nachzuweisenden Fortbildungspunkte von 25 auf 15 CME-Punkte für Teilnehmer, die nach der regionalen Regelung über eine auf die Symbolnummern 86512 und 86514 beschränkte Genehmigung verfügen

Mehr Infos auf [kvno.de](https://www.kvno.de) **KV|211226**

SIEMAG BKK und Novitas BKK sowie BKK RWE und energie-BKK fusionieren

Die SIEMAG BKK fusioniert zum 1. Januar 2022 mit der Novitas BKK, Duisburg. Gemeinsam betreuen beide Krankenkassen dann rund 400.000 Versicherte. Die fusionierte Krankenkasse wird Novitas BKK heißen und ihren Sitz – wie bisher – in Duisburg haben.

Damit enden die Verträge, die allein mit der SIEMAG BKK bestehen, zum Beispiel der Vertrag über die Durchführung einer Hautkrebsvorsorgeuntersuchung unter 35 Jahren, zum 31. Dezember 2021. Für Versicherte der SIEMAG BKK gelten ab dem 1. Januar 2022 dann die Verträge, die mit der Novitas BKK bestehen. Neueinschreibungen von Versicherten, die in Verträgen der SIEMAG BKK eingeschrieben wurden, die auch von der Novitas BKK umgesetzt werden, etwa die DMP-Verträge, entfallen.

Die BKK RWE und die energie-BKK fusionieren ebenfalls und werden ab dem 1. Januar 2022 zur energie-BKK unter dem bisherigen Institutskennzeichen (IK) 102129930 mit 142.000 betreuten Versicherten. Hauptsitz der dann bundesweit geöffneten energie-BKK ist künftig Hannover, sämtliche Standorte beider Kassen bleiben bestehen. Die bisherigen Verträge der BKK RWE werden fortgeführt, sodass die Versicherten wie bisher versorgt werden können.

Über weitere Fusionen zum Jahreswechsel halten wir Sie auf dem Laufenden.

Qualitätssicherung

Nicht invasiver Pränataltest: Qualifikation für gendiagnostische Beratung einreichen

Zum 1. Juli 2021 wurde die GOP 01788 für die Beratung zum nicht invasiven Pränataltest für den Rhesus-Faktor in den EBM aufgenommen. Da es sich bei dem neuen Test um eine genetische Untersuchung handelt, müssen Ärzte zur Leistungserbringung und -abrechnung die Qualifikationsvoraussetzung zur fachgebundenen genetischen Beratung gemäß Gendiagnostikgesetz erworben und nachgewiesen haben. Den Nachweis über den Erwerb dieser fachlichen Qualifikation (Kursbescheinigung 72-Stunden-Kurs und/oder Zertifikat über die erfolgreiche Online-Prüfung) sollten sie möglichst bis zum 31. Dezember 2021 bei der Abteilung Qualitätssicherung einreichen, gern auch per E-Mail an labor@kvno.de.

Alle Praxen erhalten ab Januar 2022 einen Hygienezuschlag von zwei Punkten

Der Erweiterte Bewertungsausschuss hat entschieden, dass alle Haus- und Facharztpraxen mit direktem Patientenkontakt ab 1. Januar einen Hygienezuschlag erhalten. Pro Praxis ergibt sich demnach ein Zuschlag von zwei Punkten (rund 22,5 Cent), der dann zu jeder Grund-, Versicherten- und Konsiliarpauschale gezahlt wird. Ausgenommen sind Fälle, die ausschließlich über Videokontakte stattfinden. Der Zuschlag ist für alle Fachgruppen einheitlich, da sich die allgemeinen Hygienekosten je Behandlungsfall nur unwesentlich unterscheiden.

Serviceteams

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

Serviceteam Köln

Telefon 0221 7763 6666 | Fax 0221 7763 6450
service.koeln@kvno.de

Serviceteam Düsseldorf

Telefon 0211 5970 8888 | Fax 0211 5970 8889
service.duesseldorf@kvno.de

Formularversand

Telefon 0228 9753 1900 | Fax 0228 9753 1905
formular.versand-kvno@gvp-bonn.de





Verordnungsinfos

Regressbarometer

Wie ist mit beanstandeten Verordnungen umzugehen? Worauf bei Regressen zu achten? Mit der neuen Rubrik „Regressbarometer“ informiert die KV Nordrhein ab sofort über aktuelle Prüfanträge der Krankenkassen speziell zur Verordnung von Arznei- und Heilmitteln sowie Sprechstundenbedarf, aber auch zu weiteren aktuellen Themen.

Für Mitglieder besteht darüber hinaus die Möglichkeit, im KVNO-Portal unter dem Reiter „Services“ weitere Informationen zu häufig gestellten Prüfanträgen sowie zu unzulässigen Arzneimittelverordnungen einzusehen. Hinweis: Für den Zugriff wird ein Account als KVNO-Mitglied benötigt.

Allgemeines zum Prüfverfahren

Zunächst zum allgemeinen Rahmen: Krankenkassen haben grundsätzlich die Möglichkeit, bei unzulässig verordneten Leistungen einen Prüfantrag zu stellen. Dabei senden sie einen entsprechenden Antrag an die Prüfungsstelle der Krankenkassen und Ärzte in Nordrhein, die sich daraufhin an die betroffene Praxis wendet.

Prinzipiell bestehen drei Möglichkeiten, auf ein solches Verfahren zu reagieren:

- Der Regress wird akzeptiert und die dem Antrag beiliegende Vereinbarung an die verantwortliche Prüfungsstelle zurückgesendet. Das Verfahren wäre damit beendet.
- Es wird zunächst nichts unternommen. Die Prüfungsstelle ist auf jeden Fall verpflichtet, den Sachverhalt von Amts wegen zu ermitteln und zu entscheiden.

- Alternativ besteht die Möglichkeit, innerhalb der gesetzten Frist eine Stellungnahme bei der verantwortlichen Prüfungsstelle einzureichen. Diese kann formlos sein, muss aber eine Begründung enthalten, weshalb der Prüfantrag zurückgewiesen wird. Falls notwendig, muss eine Fristverlängerung beantragt werden.

Im weiteren Verlauf befindet die Prüfungsstelle über den vorliegenden Fall. Gegen eine Entscheidung kann bei Anträgen aus dem Sprechstundenbedarf Widerspruch erhoben werden, der anschließend vor dem Beschwerdeausschuss verhandelt wird. Dieser Weg ist für Praxen grundsätzlich nicht mit Kosten verbunden. Bei Entscheidungen aufgrund eines Verstoßes gegen die Arznei- oder Heilmittel-Richtlinie kann nur noch vor dem Sozialgericht geklagt werden; hier entfällt der Beschwerdeausschuss. Insoweit ist die Rechtsbehelfsbelehrung am Ende eines Bescheides – insbesondere die Rechtsmittelfrist von einem Monat nach Bekanntgabe – unbedingt zu beachten.

Seit Inkrafttreten des Terminservice- und Versorgungsgesetzes am 11. Mai 2019 gilt, dass für die Schadensberechnung eine Differenzwertberechnung anzuwenden ist (vergleiche Paragraph 106b Absatz 2a SGB V). Während bis dahin unzulässige Verordnungen in Höhe der Nettokosten beanstandet werden konnten, wird bei der Differenzwertberechnung nunmehr berücksichtigt, welche Kosten der Krankenkasse bei richtiger Verordnung entstanden wären.

Weitere Infos zum Thema finden sich im Newsletter

Verordnungsinfos (VIN) [KV | 211228](#)

■ HON

Mitglieder für Beschwerdeausschuss gesucht

Für die ärztlichen Vertreter im Beschwerdeausschuss sucht die KV Nordrhein derzeit weitere ehrenamtliche Mitglieder. Bei diesem Ausschuss handelt es sich um eine unabhängige Einrichtung, die sich aus je drei Vertretern der Ärzteschaft und der Krankenkassen zusammensetzt und von einem unabhängigen Vorsitzenden geleitet wird.

Weitergehende Fragen können gern an die Abteilung „Grundsätze Wirtschaftlichkeit“ gerichtet werden.

E-Mail: gruwi@kvno.de

Telefon: 0211 5970 8714

■ HON

Verordnung von Arzneimitteln, die in Deutschland vom Markt zurückgezogen wurden

Pharmazeutische Unternehmer (PU) haben die Möglichkeit, Arzneimittel im Rahmen einer Opt-out-Regelung in Deutschland wieder vom Markt zu nehmen. Dies geschieht in der Regel, wenn sich der PU und der GKV-Spitzenverband nach der Frühen Nutzenbewertung nicht auf einen neuen Erstattungspreis einigen können. Meist werden Arzneimittel dann aus wirtschaftlichen Gründen vom Markt genommen. In den ersten zehn Jahren der Frühen Nutzenbewertung bis 2020 wurde von der Opt-out-Regelung insgesamt zwölf Mal Gebrauch gemacht, weitere 21 Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMNOG)-Produkte wurden aus anderen Gründen vom Markt genommen (Quelle BPI). Aktuelle Beispiele aus 2021 sind der Kinasehemmer Alpelisib (Piqray) und das Influenzavirusmittel Baloxavir (Xofluza).

Arzneimittel, die im Rahmen der Opt-out-Regelung in Deutschland außer Vertrieß genommen wurden, können nur mit Einschränkungen und im medizinisch begründeten Einzelfall verordnet und dann aus dem Ausland importiert werden. Die

Versorgungssicherheit ist jedoch aufgrund etwaiger Lieferengpässe oder der fehlenden Marktverfügbarkeit im EU-Ausland nicht immer gewährleistet. Die Präparate haben in der Regel bei fehlendem Zusatznutzen keinen verhandelten Erstattungspreis. Ein Bezug über einen Import gilt bis auf wenige Einzelfälle als unwirtschaftlich. Die medizinische Begründung des Einzelfalles sollte in der Patientenakte dokumentiert werden.

Eine Verordnung der Präparate wäre als Import möglich und die Marktverfügbarkeit in Deutschland spielt bei einem Import nach Paragraph 73 Absatz 1 AMG keine Rolle. Wenn die Arzneimittel weiterhin zentral durch die EMA zugelassen sind und es keine Verordnungsaußchlüsse gibt, ist eine vorherige Genehmigung der Verordnung durch die Krankenkasse gegenüber dem Arzt nicht erforderlich. Bevor die jeweilige Apotheke jedoch ein Arzneimittel importieren und zulasten der GKV abgeben kann, muss eine Anfrage bei der jeweiligen Krankenkasse auf der Basis der ärztlichen Verordnung gestellt werden. ■ HON

Behandlung von Fettstoffwechselstörungen wurde um neue Wirkstoffe erweitert

Die Auswahl von Mitteln zur Behandlung von Fettstoffwechselstörungen ist um zwei Wirkstoffe erweitert worden, die mittlerweile auch das Stadium der Frühen Nutzenbewertung beim Gemeinsamen Bundesausschuss durchlaufen haben und für die ein Erstattungspreis verhandelt wurde.

Incliseran (Leqvio) greift über den Mechanismus der RNA-Interferenz in den Stoffwechsel der Hepatozyten ein und erhöht über einen ähnlichen Mechanismus wie die PCSK9-Inhibitoren Evolocumab (Repatha) und Alirocumab (Praluent) die LDL-Rezeptoren der Leberzelle. Das Arzneimittel Leqvio konnte in der Frühen Nutzenbewertung nicht überzeugen, da ein „Zusatznutzen nicht belegt“ wurde. Die Verordnung des Arzneimittels zulasten der GKV wurde genau wie bei den PCSK9-Inhibitoren über die Arzneimittel-Richtlinie stark eingeschränkt und die Therapie darf nur von bestimmten Facharztgruppen eingeleitet und überwacht werden. Der genaue Wortlaut ist der Arzneimittel-Richtlinie zu entnehmen; dieser ist identisch zu den Bestimmungen bei PCSK9-Inhibitoren und tritt mit Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft.

Bempedoinsäure ist als Nilemdo und in Kombination mit Ezetimib als Nustendi in Deutschland eingeführt worden. Die aktive Form der Bempedoinsäure hemmt die Cholesterolsynthese in der Leber in einem den Statinen vorgelagerten Schritt. Bempedoinsäure wird selektiv in der Leber und nicht in der Skelettmuskulatur aktiviert, wodurch sich ein theoretischer Vorteil im Nebenwirkungsprofil gegenüber den Statinen ergibt. In der Frühen Nutzenbewertung konnte jedoch auch für Nilemdo und Nustendi ein Zusatznutzen aufgrund fehlender Endpunktstudien nicht belegt werden. Es wurde ein Erstattungsbetrag, aber keine Praxisbesonderheit zwischen dem pharmazeutischen Unternehmer und dem GKV-Spitzenverband vereinbart. Nilemdo und Nustendi sind zugelassen in Kombination mit einem Statin bei Patienten, die LDL-C-Ziele mit der maximal verträglichen Statin-Dosis zusätzlich zu Ezetimib nicht erreichen oder bei Statin-Unverträglichkeit und Kontraindikationen. Leitsubstanzen zur Behandlung der Hypercholesterinämie sind aus wirtschaftlichen Gründen und bei besserer Studienlage weiterhin Statine.

■ HON

Neue Versorgungsstrukturen für Long COVID benötigt?

„Geimpft, genesen oder gestorben“ – das sind laut Bundesgesundheitsminister Jens Spahn die drei Zustände, in denen wir aus der Pandemie herauskommen werden. Immer mehr in den Blick rückt jedoch ein vierter Zustand, nämlich das kontinuierliche Leiden an den Folgen von COVID-19. Fast jede Hausarztpraxis sieht sich mit dem sogenannten Post- oder Long-COVID-Phänomen konfrontiert, das nicht so einfach zu diagnostizieren ist und zurzeit nur symptomatisch behandelt werden kann.



Häufiges Symptom bei Long COVID-Patienten ist das Fatigue-Syndrom.

Long COVID bezeichnet persistierende Symptome ab einem Zeitraum von vier Wochen nach Infektion, nach mehr als zwölf Wochen findet man in der Literatur auch die Bezeichnung Post-COVID-Syndrom. Im ICD-10 wird der Zustand nach COVID-19 mit U09.9 kodiert.

Datenlage

Je nach Definition der Symptome, der Studienpopulation und der Studiendesigns werden Prävalenzen zwischen zwei und zehn Prozent geschätzt. Bei der derzeitigen Infektionsdynamik ist klar, dass die Pandemie einen Behandlungsbedarf für mehrere hunderttausend Patienten in Deutschland nach sich ziehen wird.

Anhand der Routinedaten aus dem ersten Quartal 2021 erstellte das Zentralinstitut der kassenärztlichen Versorgung (Zi) eine erste Übersicht über die bis dato erfassten 12.687 Patienten mit „Zustand nach COVID-19“ in nordrheinischen Praxen. Von diesen wiesen rund zwei Drittel ein oder mehrere aus Studien bekannte Long-COVID-Symptome auf. Am häufigsten wurden Halsschmerzen/Heiserkeit (23 Prozent), Kurzatmigkeit (20 Prozent) und Ermüdung/Erschöpfung (18 Prozent) diagnostiziert, etwas weniger häufig Husten, Schlaf-

störungen, Kopfschmerzen (acht bis neun Prozent), Geruchs- und Geschmacksstörung sowie Brust- und Bauchschmerzen (drei bis vier Prozent). Selten traten Schmerzstörung, Haarverlust oder Delir auf (ein Prozent oder weniger). Die Personen mit komplexer Symptomatik sind nur eine relativ kleine Gruppe: Bei rund 85 Prozent der Patienten mit Symptomen lagen maximal zwei Symptome vor, nur drei Prozent hatten vier und mehr Symptome.

Die bisher vorliegenden Analysen müssen als vorläufige Erkenntnisse angesehen werden. Angesichts der rasant zunehmenden Evidenz aus epidemiologischen Studien und klinischen Beobachtungen ist es keine leichte Aufgabe für die behandelnden Ärzte, sich immer auf dem neuesten Wissensstand zu halten. Die ärztlichen Körperschaften reagierten bereits frühzeitig auf den akuten Informationsbedarf: Das Institut für Qualität im Gesundheitswesen Nordrhein und die Ärztekammer Nordrhein bieten regelmäßig Online-Fortbildungen an, zuletzt am 17. November. Dr. med. Carsten König, stellvertretender Vorsitzender der KV Nordrhein, vertrat die hausärztliche Perspektive. Drei weitere Referenten brachten klinische Expertise aus dem universitären Bereich ein: Prof. Carmen Scheibenbogen vom Fatigue Centrum der Charité, Prof. Wilhelm Bloch von der Sporthochschule Köln und Dr. med. Daniel Vilser von der Kinderambulanz der Uniklinik Jena.

S1-Leitlinie gibt Orientierung

Dr. König hob hervor, dass der allergrößte Teil der Long-COVID-Patienten in der ambulanten Versorgung betreut wird. Mildere Verläufe werden von der haus- und kinderärztlichen Versorgung aufgefangen, während unklare Befunde und lang anhaltende Beschwerden einer intensiveren Diagnostik und der Zusammenarbeit mit anderen Versorgungsebenen bedürfen.

Besonders gefragt bei diesem neuen Krankheitsbild sind konkrete Empfehlungen zur Diagnostik und (zurzeit leider nur sym-

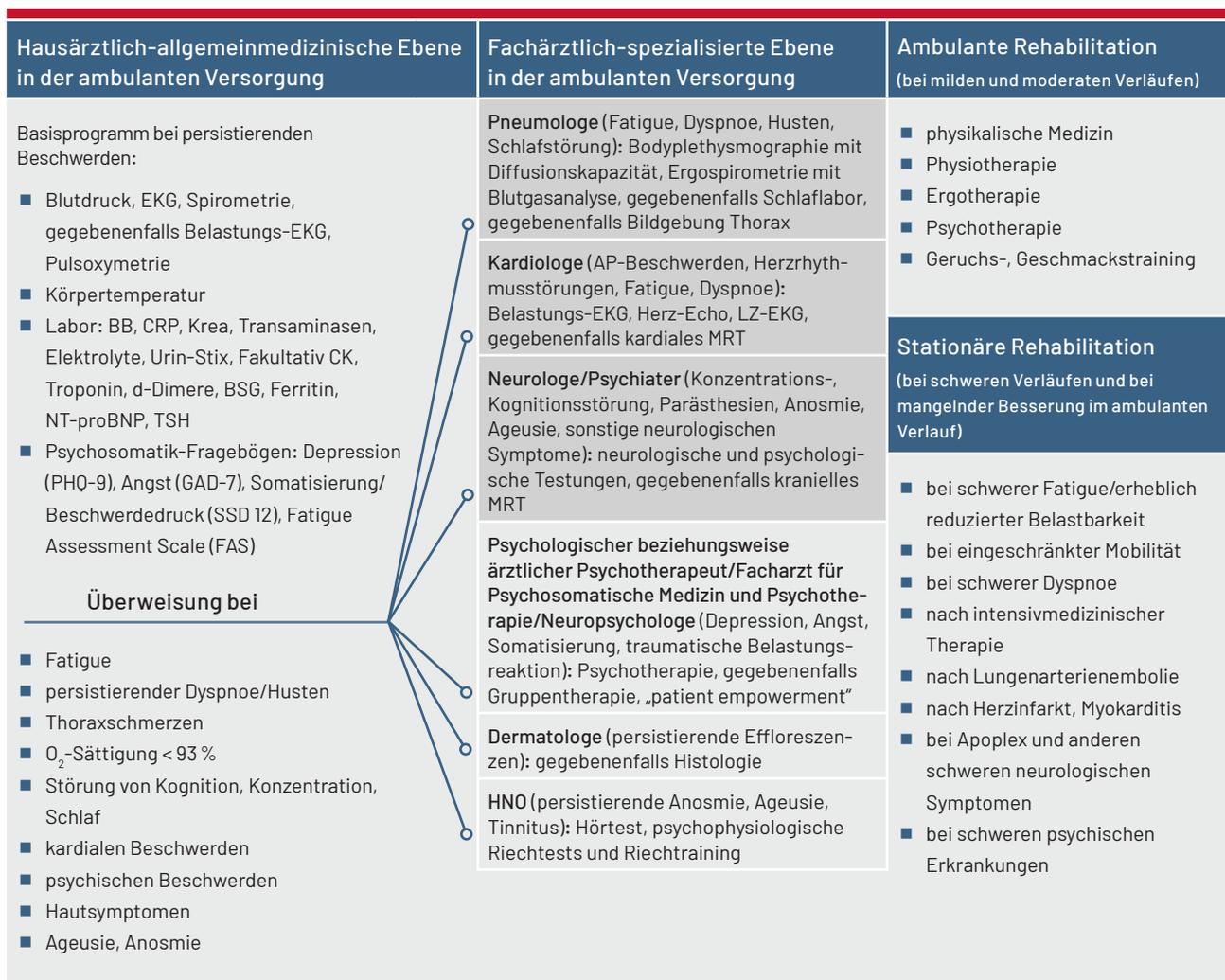
ptomatischen) Therapie. Die Leitlinie der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) zu Post-COVID/Long COVID ist in dieser Hinsicht ein bemerkenswertes Dokument: Unter der Federführung der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP) versammelten sich 14 Fachgesellschaften, um in nur dreieinhalb Monaten den aktuellen Wissensstand zusammenzufassen und, so Hauptautor Prof. Rembert Koczulla, „pragmatische Behandlungspfade“ zu empfehlen.

Die Leitlinie enthält Erläuterungen und Empfehlungen zu allgemeinmedizinischen und fachspezifischen Aspekten der Infektiologie, Kardiologie, Neurologie, Dermatologie, Pädiatrie, Hals-Nasen-Ohrenheilkunde sowie zu psychischen Problemen. Eine Patientenversion fasst die Leitlinie in für Laien verständlicher Form zusammen. Die vorgeschlagenen Behandlungspfade gehen vom primärärztlichen Setting aus und je nach Diagnostik und Persistenz der Symptome in die fachärztlich-spezialisierte Ebene oder in die ambulante respektive stationäre Reha über (siehe Schaubild). Nicht zu vergessen bleibt die Prävention: Eine Impfung ist spätestens

sechs Monate nach überstandener Infektion sinnvoll! Für den Nutzen einer frühzeitigen therapeutischen Vakzinierung gibt es allerdings keine Evidenz.

Unter den vielen Symptomen hervorzuheben ist die häufig nach COVID-19 auftretende Fatigue. Prof. Scheibenbogen von der Charité hat eine positive Botschaft an die Patienten: Bei vielen heile Long COVID vollständig aus. Verschiedene Therapien seien wirkungsvoll, zum Beispiel Atem- und Psychotherapie. Die Gabe von Ginkgo-Präparaten habe eine gewisse Chance auf Linderung bei geringem Risikoprofil für unerwünschte Nebenwirkungen. Bei der Abwägung therapeutischer Maßnahmen sei besonders wichtig, dass die Belastungstoleranz erkannt werde, denn normale sportliche Betätigung oder aktivierende Reha sei in diesen Fällen kontraindiziert. Statt steigender Belastung sollte ein sogenanntes Pace-Training erfolgen, das heißt Bewegung in Intervallen mit vielen Ruhepausen.

Prof. Bloch bestätigte die Maxime „Moderate Aktivitäten mit Ruhepausen in der Reha“. Sein Vortrag zeigte eindrucksvolle



Entwicklung ambulanter Behandlungspfade auf Basis der kürzlich erschienenen S1-Leitlinie „Post-COVID/Long-COVID“

Beispiele des Zerstörungswerks des Coronavirus, etwa Bilder einer Lungenfibrose und von nicht wiederzuerkennenden Erythrozyten bei jungen, sportlichen Patienten.

Long COVID und die Kinder

Während das Risiko schwerer Infektionsverläufe bei Kindern sehr gering ist, löst das Krankheitsbild Long COVID einige Besorgnis aus, denn die Altersgruppe unter zwölf Jahren kann noch nicht geimpft werden. „Long COVID bleibt bei Kindern eine Ausschlussdiagnose“, berichtet Dr. Vilser von der Corona-Kinderambulanz Jena über die Schwierigkeit der Abgrenzung zu ähnlichen Symptomen. So seien die psychosomatischen Folgen des Lockdowns denen der Infektion sehr ähnlich. Eine umfangreiche zusätzliche Diagnostik sei erforderlich, um die „wahren“ Long-COVID-Fälle herauszufiltern. Seiner Erfahrung nach erfüllten bei Kindern ein halbes bis ein Prozent der Infizierten die Diagnosekriterien.

Kooperation ist gefragt

Ein komplexes Krankheitsbild wie Post-/Long COVID erfordert eine generalistische Herangehensweise sowie eine Kontinuität der Versorgung. Dies spricht für eine zentrale Rolle der Hausärzte, plus einer engen Vernetzung mit der fachärztlichen Ebene sowie ambulanter und stationärer Reha.

Die Leistung der vertragsärztlichen Praxen spiegelt sich in der schon erwähnten Zi-Analyse der Abrechnungsdaten wider: 91 Prozent der Long-COVID-Patienten hatten nur einen Arztbesuch im Quartal, über 90 Prozent der Arztbesuche fielen auf zwei Fachgruppen (71 Prozent Hausärzte, 19 Prozent Innere Medizin). Nur 0,6 Prozent aller Patienten erhielten eine Reha-Verordnung – was auch an dem frühen Zeitpunkt der Studie liegen könnte.

Über alle Versorgungsebenen hinweg wird der Nutzen von Netzwerken der behandelnden Ärzte betont. So initiierte die KV Bayerns das sogenannte LoCoN-Netzwerk, ein Verzeichnis niedergelassener Ärzte und Psychotherapeuten, die sich bereit erklären, zeitnahe Termine für Long-COVID-Patienten zu vergeben und leitliniengerechte Diagnostik-, Therapie- und Unterstützungsangebote vorzuhalten.

In NRW wurde das Netzwerk „Beyond COVID“ vor allem zum Zweck der besseren Erforschung aller Aspekte von Long COVID gegründet. Netzwerkpartner sind die Unikliniken aller Medizinischen Fakultäten des Rheinlandes sowie Münster. Das interdisziplinäre wissenschaftliche Netzwerk widmet sich den gesundheitlichen und psychosozialen Spätfolgen nach Rekonvaleszenz von einer SARS-CoV-2-Infektion. Gemeinsam soll eine standortübergreifende Kohorte aufgebaut werden, die nach einer ausgeheilten COVID-19-Erkrankung

für mindestens drei Jahren nachbeobachtet wird. Das Ministerium für Kultur und Wissenschaft des Landes Nordrhein-Westfalen fördert das Projekt mit rund vier Millionen Euro in den kommenden vier Jahren.

Doch die Vernetzung allein löst nicht ein möglicherweise schon bald auftretendes Ressourcenproblem: Es zeichnet sich ein erhöhter Bedarf an „sprechender Medizin“ bei den Long-COVID-Patienten in den Praxen ab. Ein Indikator dafür ist die erhöhte Abrechnungsfrequenz der GOP 03230 (problemorientiertes ärztliches Gespräch, das aufgrund von Art und Schwere der Erkrankung erforderlich ist). Dieser Eindruck wird von den Klinikern aus den Hochschulambulanzen voll bestätigt. Es fehlen auch psychotherapeutische Angebote, die Wartelisten sind lang.

Landtag thematisiert Krankheitslast

Die Gesundheitspolitik in NRW hat erkannt, dass Long COVID eine Herausforderung für das Gesundheitswesen sein wird. Das aus Fachpolitikern des Landtags bestehende „parlamentarische Begleitgremium Covid-19-Pandemie“ lud bereits zwei Mal Experten aus Kliniken und ambulanter Versorgung zu einer Fachanhörung ein. Die Abgeordneten interessierte vor allem, wie hoch die zukünftige Krankheitslast einzuschätzen sei, welche Versorgungsstrukturen am besten geeignet seien und was jetzt getan werden müsse, um notwendige Strukturen aufzubauen. Kompetenzzentren sind im Gespräch – allerdings nicht als singuläre hoch spezialisierte Einheiten der Unikliniken, an die alle komplizierten Fälle überwiesen werden könnten. Besser geeignet scheinen im Sinne der Leitlinie vernetzte Strukturen unter Einbeziehung der Niedergelassenen.

Die Datenlage ist, wie oben beschrieben, noch zu unvollständig und unsicher, als dass alle Fragen beantwortet werden könnten. Sie verbessert sich aber stetig: Routinedaten der KV bilden das Versorgungsgeschehen in den Praxen ab, weitere Erkenntnisse sind bald von den Forschungsprojekten zu erwarten. Schon rund 2000 Patienten sind in die „Beyond COVID“-Studie eingeschrieben, werden körperlich untersucht und regelmäßig befragt. Mit der Rekrutierung von Probanden, so der Düsseldorfer Infektiologe Prof. Tom Lüdde, Leiter des „Beyond COVID“-Netzwerks, gebe es keine Probleme: Die Long-COVID-Betroffenen stünden Schlange, um in die Studie aufgenommen zu werden.

Weiterführende Informationen zur AWMF-Leitlinie, ein Erklärvideo sowie eine Dokumentation zu Long COVID auf

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

KV|211232

■ MIGUEL TAMAYO

LEISTUNGSSTARK UND PATIENTENNAH AMBULANTE VERSORGUNG IN DER CORONA-PANDEMIE

Die Corona-Pandemie hat den Wert einer Besonderheit des deutschen Gesundheitssystems deutlich gemacht: Wer krank ist, muss in der Regel nicht ins Krankenhaus. Denn die rund 100.000 haus- und fachärztlichen sowie psychotherapeutischen Praxen ermöglichen eine niedrigschwellige, wohnortnahe Versorgung der Menschen.

➔ Mehr Infos: www.kbv.de/html/corona-bilanz.php

DIE WICHTIGSTEN KENNZAHLEN

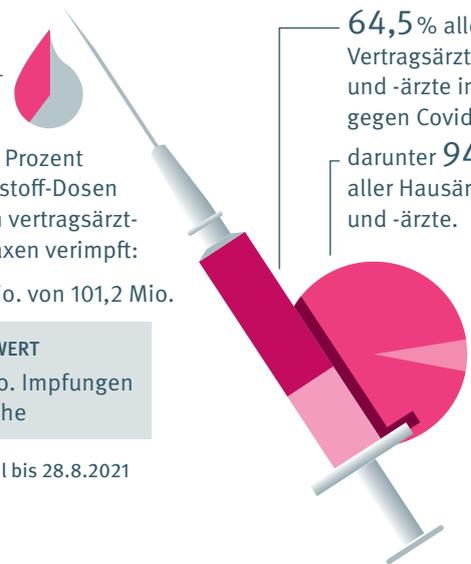
➔ WEGBEREITER AUS DER PANDEMIE IMPFTURBO PRAXEN

Rund 40 Prozent aller Impfstoff-Dosen wurden in vertragsärztlichen Praxen verabreicht:
40,9 Mio. von 101,2 Mio.

SPITZENWERT
3,4 Mio. Impfungen pro Woche

Anfang April bis 28.8.2021

64,5% aller Vertragsärztinnen und -ärzte impften gegen Covid-19 – darunter 94,5% aller Hausärztinnen und -ärzte.



➔ AMBULANT VERSORGT ZUSÄTZLICH ZUR REGELVERSORGUNG



Arztpraxen versorgten im Jahr 2020 zusätzlich zur Regelversorgung:
– 10,3 Mio. Personen im Zusammenhang mit einer SARS-CoV-2-Infektion
– 1,3 Mio. an Covid-19 Erkrankte

➔ PRAXEN ALS SCHUTZWALL ENTLASTUNG DER KRANKENHÄUSER

13 von 14 Covid-19-Fällen wurden von Niedergelassenen behandelt.
Februar 2020 bis August 2021



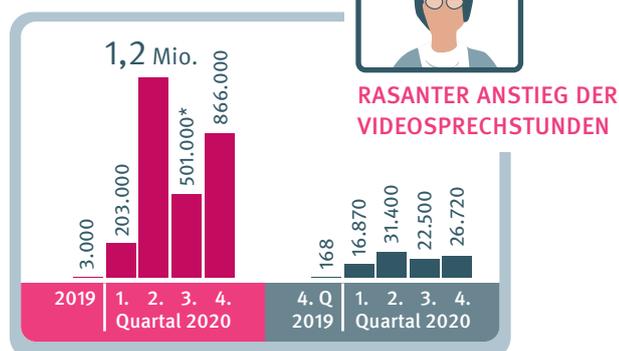
➔ UNBÜROKRATISCHE LÖSUNGEN FÜR DIE VERSORGUNG ÜBER 60 SONDERREGELUNGEN

Durch die Vereinbarungen der KBV mit den Partnern der Selbstverwaltung hatten die Praxen mehr Spielraum, die Versorgung aller Patienten unter Pandemie-Bedingungen sicherzustellen, zum Beispiel:

- ➔ mehr telefonische Konsultationen
- ➔ Versand von Folgerezepten und anderen Verordnungen
- ➔ mehr Videosprechstunden



RASANTER ANSTIEG DER VIDEOSPRECHSTUNDEN



ANZAHL VIDEO-SPRECHSTUNDEN

ANZAHL ÄRZTE/PSYCHOTHERAPEUTEN, DIE VIDEOSPRECHSTUNDEN ANBIETEN

* Im 3. Quartal 2020 sanken Infektionszahlen.

➔ TESTUNGEN FRÜH UND FLÄCHENDECKEND

10,3 Mio. PCR-Tests erfolgten in Arztpraxen bei Personen mit Symptomen
2020



Praxen, Apotheken und weitere Anbieter testeten Personen ohne Symptome:

ca. 21 Mio. PCR-Tests
14.05.2020 – 19.07.2021

ca. 200 Mio. PoC-Antigentests
15.10.2020 – 19.07.2021

Abrechnung über die KVen

➔ 116117 INFORMATIONEN RUND UM DIE UHR

Von der Rufnummer für den ärztlichen Bereitschaftsdienst der KVen zur „Corona-Hotline“:

67 Mio. Anrufe

88% Anrufe zur Corona-Schutzimpfung

SPITZENWERTE

2.751.196 Anrufe am 3. April 2021

Bis zu 620.000 Websitebesuche täglich im 1. Halbjahr 2021



Bis zu 620.000 Websitebesuche täglich im 1. Halbjahr 2021

DMP-Qualitätsbericht 2020 veröffentlicht

Das Corona-Jahr 2020 war in vielerlei Hinsicht eine Herausforderung und hat auch die strukturierte Versorgung chronisch Kranker auf eine Belastungsprobe gestellt. Doch wie steht es aktuell um die Versorgungsqualität in den dafür eingerichteten Disease-Management-Programmen (DMP)? Der Beantwortung dieser Frage widmet sich der diesjährige DMP-Qualitätsbericht 2020.



Disease-Management-Programme: Trotz massiver Einschränkungen in Folge der Corona-Pandemie blieb die Versorgungsqualität bei chronisch kranken Patienten in Nordrhein auch 2020 auf einem sehr hohen Niveau.

Um anzufangen mit der allgemeinen Entwicklung: Die Anzahl der in allen sechs derzeit laufenden DMP betreuten Patienten lag im Jahr 2020 bei knapp 930.000. Fast 6400 Ärzte nahmen aktiv an den DMP teil. Allein schon dies verdeutlicht, dass die DMP eine relevante Rolle in der Versorgung chronisch Kranker spielen. Darüber hinaus nahm im Zeitverlauf die Zahl der in den DMP betreuten Menschen deutlich zu, sie stieg seit 2010 um 24,5 Prozent.

Erreichungsgrad der einzelnen Programme

Mit etwa 570.000 und 260.000 Patienten sind die beiden DMP für Typ-2-Diabetes und Koronare Herzkrankheit nach wie vor die größten Programme. Danach folgen mit jeweils etwas mehr als 120.000 betreuten chronisch Kranken die DMP für Asthma bronchiale und chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD). In den beiden kleinsten DMP für Typ-1-Diabetes und Brustkrebs werden 2020 ungefähr 32.000 beziehungsweise 17.000 Patienten versorgt.

Der Erreichungsgrad oder Anteil mutmaßlich chronisch kranker, gesetzlich krankenversicherter Menschen, die in den insgesamt sechs Programmen betreut werden, weist jedoch eine hohe Spannweite auf. Diese liegt zwischen lediglich 18 bis 19 Prozent (Brustkrebs) und 89 bis 97 Prozent (Typ-2-Diabetes). Mehr als sieben von zehn aller erwarteten Betroffenen werden vermutlich auch in den beiden DMP Koronare Herzkrankheit und Typ-1-Diabetes erreicht. In den beiden DMP Asthma bronchiale und COPD wird allerdings mit rund 25 und 42 Prozent nur etwa ein Viertel respektive weniger als die Hälfte aller Betroffenen betreut.

FAKTEN ZU DEN DMP IN NORDRHEIN

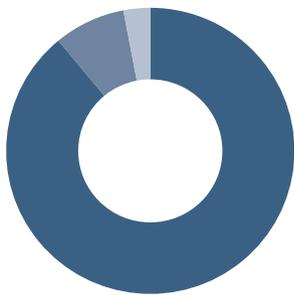
VERLAUF

Angegeben ist das Jahr des jeweiligen Vertragsbeginns

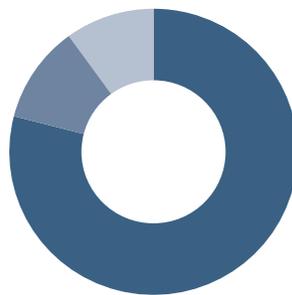


TEILNAHMERATE

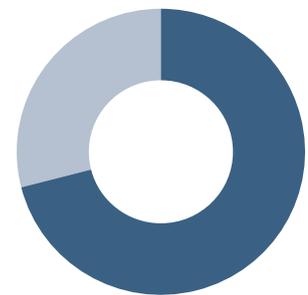
Die Teilnehmerate gibt Auskunft darüber, wie viele der von der jeweiligen Krankheit betroffenen Patienten in Nordrhein an einem DMP teilnehmen. Insgesamt werden 2020 in den sechs DMP 928.658 Patienten in Nordrhein betreut, dies sind - vermutlich infolge der Corona-Pandemie - 5.894 weniger als 2019.



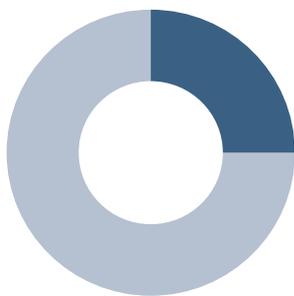
Diabetes mellitus Typ 2
89–97% (571.338 Patienten)



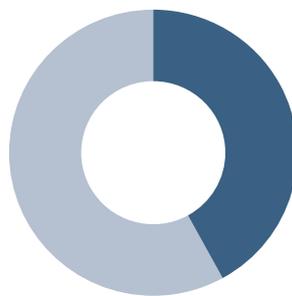
Diabetes mellitus Typ 1
79–90% (32.015 Patienten)



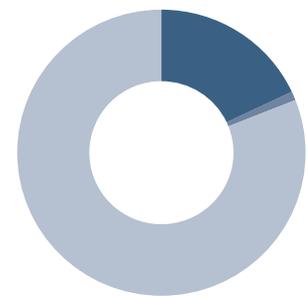
Koronare Herzkrankheit
ca. 71% (262.014 Patienten)



Asthma bronchiale
ca. 25% (122.753 Patienten)



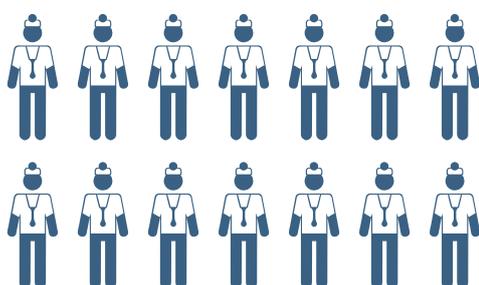
COPD
ca. 42% (126.143 Patienten)



Brustkrebs
18–19% (16.788 Patientinnen)

BETEILIGUNG

An den DMP beteiligt sind 6.360 Ärzte aus 4.252 Praxen, darunter eine große Zahl von Fachärzten (vor allem Diabetologen, Gynäkologen, Pneumologen, Kardiologen) sowie Ärzte in 110 stationären Einrichtungen.



Ärzte
6.360



Praxen
4.252

Krankenhäuser
110



Schwerpunkt DMP und Corona

2020 war kein Jahr wie jedes andere: Die rasche und flächendeckende Ausbreitung des SARS-CoV-2-Virus und der dadurch verursachten COVID-19-Erkrankung stellte die strukturierte Versorgung chronisch Kranker auf eine in diese Form bisher unbekannte Belastungsprobe. Zu den Vorsichtsmaßnahmen, die zu einer Beschränkung der Pandemie-Ausbreitung Anfang des Jahres ergriffen wurden, kamen auch DMP-spezifische Sonderregelungen durch den Gemeinsamen Bundesausschuss. So wurde unter anderem beschlossen, für die Dauer der epidemischen Lage die Pflicht zu einer regelmäßigen Dokumentation auszusetzen. Ebenso sollten versäumte Patientenschulungen nicht automatisch zu einer Ausschreibung aus den DMP führen.

Der DMP-Bericht beschreibt, wie sich die Patienten- und Schulungszahlen, aber auch die in den verschiedenen Qualitätszielen erreichten Quoten 2020 entwickelt haben. Als überraschend stabil erwies sich 2020 die Gesamtzahl aller betreuten Patienten: Sie sank gegenüber 2019 nur um 0,6 Prozent. In der Altersgruppe ab 80 Jahren nahm die Zahl sogar um fast drei Prozent zu. Dementgegen gingen sowohl die Häufigkeit empfohlener als auch diejenige wahrgenommener Schulungen um mehr als sechs Prozent zurück. Während nur 2,4 Prozent weniger Folgedokumentationen erfasst wurden, verringerte sich die Zahl der Erstdokumentationen um 15,2 Prozent. Die langfristigen Konsequenzen hieraus lassen sich jedoch derzeit nicht abschließend bewerten und müssen in den kommenden Jahren sorgfältig untersucht werden.

Wie sich die Pandemie konkret auf den Praxisalltag ausgewirkt hat, ist eines der Hauptthemen eines im Rahmen des Berichts durchgeführten Interviews. Im Gespräch beschreibt Norbert Mülleneisen, Lungenfacharzt aus Leverkusen-Rheindorf, wie er die DMP in seinen Praxisalltag – auch unter den erschwerten Bedingungen des Jahres 2020 – erfolgreich integriert hat.

Aspekte guter Versorgungsqualität

Im DMP-Bericht findet sich eine Vielzahl von Hinweisen auf eine gute bis teils sogar sehr gute Versorgungsqualität der Patienten. Herausgehoben werden hier beispielhaft vier Ergebnisse, woran sich diese gute Qualität messen lässt:

1. In den beiden DMP Typ-1- und Typ-2-Diabetes finden sich anhaltend sehr geringe Quoten des Auftretens schwerer Stoffwechsellentgleisungen. Diese wurden lediglich bei 0,4 Prozent (Typ-2-Diabetes) und 2,4 Prozent (Typ-1-Diabetes) der Betreuten im Laufe des Jahres 2020 dokumentiert.

2. Im DMP Typ-2-Diabetes treten nicht tödliche Herzinfarkte oder Schlaganfälle nur sehr selten neu auf. So sind sie in der Eingangskohorte 2016/17 in den beiden ersten Jahren nach DMP-Eintritt nur bei jeweils 0,7 Prozent der Patienten festgehalten.

3. Im DMP Asthma bronchiale sind weiterhin insbesondere junge Menschen sehr gut versorgt, was sich unter anderem darin zeigt, dass fast neun von zehn Kindern und Jugendlichen einen Selbstmanagementplan erhalten.

4. Patienten, denen im Vorjahr eine Schulung empfohlen wurde, haben diese in hohem Ausmaß entweder bereits 2019 oder spätestens 2020 auch wahrgenommen. Hier liegen die Anteile zwischen 73 Prozent im DMP COPD und 88 Prozent im DMP Typ-1-Diabetes.

Gleichzeitig stellt der diesjährige Bericht aber auch solche Ziele dar, bei denen die gewünschten Quoten bislang noch nicht erreicht werden konnten. Exemplarisch sei an dieser Stelle darauf verwiesen, dass nach wie vor

- vergleichsweise viele Betreute in den DMP für Typ-2- und Typ-1-Diabetes ihren individuell vereinbarten HbA1c-Wert nicht aufweisen und viele nicht regelmäßig augenärztlich untersucht werden.
- über ein Drittel der COPD-Patienten raucht.
- fast ein Drittel der erwachsenen Asthma-Patienten noch keinen Selbstmanagementplan erhalten hat.

Alles in allem belegt der Qualitätsbericht 2020 somit nicht nur anhand vieler Ergebnisse, dass in den DMP – auch während der epidemischen Lage – chronisch kranke Menschen weiterhin sehr gut versorgt wurden, er zeigt darüber hinaus auch auf, an welchen Stellen definitiv noch Verbesserungsbedarf vorliegt.

Der DMP-Qualitätsbericht wird von der Nordrheinischen Gemeinsamen Einrichtung Disease-Management-Programme GbR herausgegeben. Mit der Evaluation der Ergebnisse wurde das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland beauftragt.



■ DR. BERND HAGEN

Deutlich mehr Influenzaimpfungen im ersten „Corona-Winter“

Die Corona-Pandemie hatte im Zeitraum zwischen Oktober 2020 und März 2021 nicht nur eine verhältnismäßig milde Influenzawelle zur Folge, sondern wirkte sich auch sehr positiv auf die Anzahl der durchgeführten Influenzaimpfungen in den nordrheinischen Praxen aus. Ein Überblick.

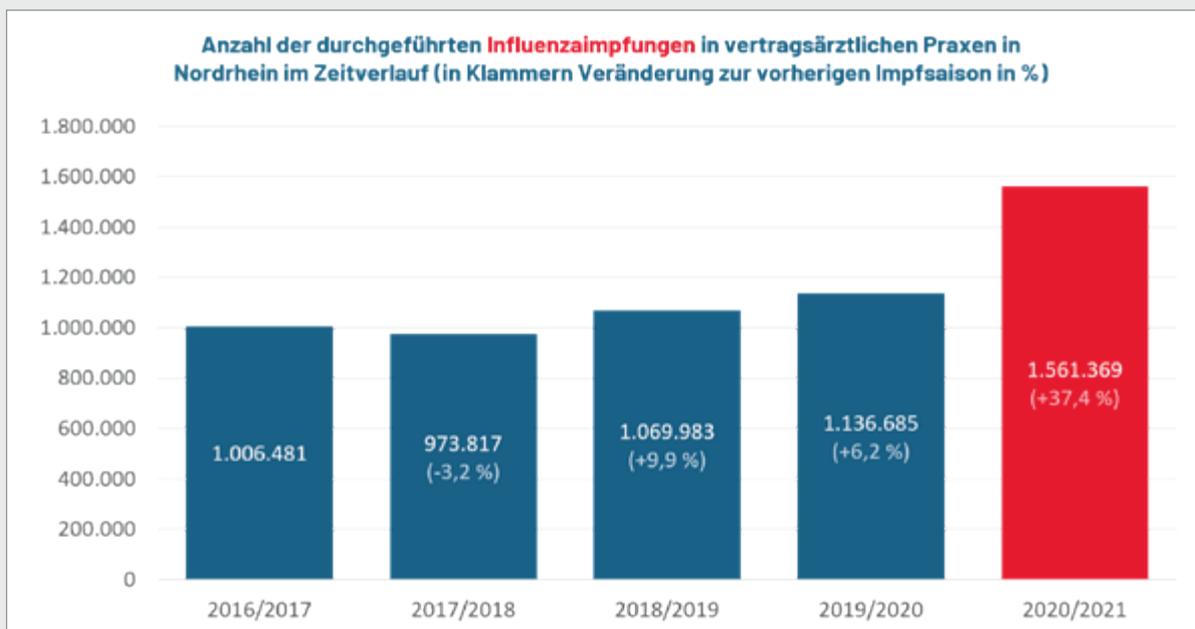
Um zu vermeiden, dass sich Patienten gleichzeitig mit der Grippe und dem Coronavirus infizieren, hatte die KV Nordrhein im vergangenen Winter wiederholt auf die Bedeutsamkeit der Gripeschutzimpfung in Pandemiezeiten hingewiesen. Zum damaligen Zeitpunkt war noch keine flächendeckende Impfung gegen SARS-CoV-2 für die Bevölkerung verfügbar.

Dem Aufruf zur Immunisierung sind im vergangenen Winter viele Menschen im Rheinland gefolgt: Laut aktueller Abrechnungsdaten wurden in den vertragsärztlichen Praxen in Nordrhein während der Grippesaison 2020/2021 über 1,56 Millionen Influenzaimpfungen durchgeführt. Dies entspricht einem sehr deutlichen Zuwachs von 37,4 Prozent gegenüber der vorangegangenen Grippesaison. Dieser Anstieg der Influenzaimpfungen unterstreicht die Leistungsfähigkeit der Vertragsärzte und belegt eindrucksvoll, dass das Impfen in die Praxen gehört.

Auf diesen Zahlen gilt es auch in der diesjährigen Grippesaison aufzubauen. Insbesondere vor dem Hintergrund der steigenden Inzidenzen und der immer stärker ausgelasteten Intensivkapazitäten in den Krankenhäusern sind die Gripeschutzimpfungen erneut ein wichtiger Baustein, um eine Überlastung des Gesundheitswesens zu verhindern.

Für etwas Entlastung im vertragsärztlichen Praxisalltag sorgt in diesem Zusammenhang die Ende September erfolgte Aktualisierung der COVID-19-Impfempfehlung der Ständigen Impfkommission (STIKO). Das Expertengremium empfiehlt, dass zwischen Impfungen gegen COVID-19 und anderen Totimpfstoffen kein zeitlicher Mindestabstand mehr eingehalten werden muss. Unter der Voraussetzung, dass sowohl eine Indikation zur Impfung gegen Influenza als auch gegen COVID-19 besteht, ist dementsprechend eine gleichzeitige Verabreichung beider Impfstoffe möglich.

■ CHRISTOPH POTEMPA



Durch die Augen des älteren Patienten sehen

Vernetzung, Verzahnung, Verstehen und Verständnis sind die Grundlagen guter Versorgung betagter Menschen – sowohl in der Theorie als auch in der Praxis. Das Seminar „Geriatric und ihre ambulanten Schnittstellen“ sowie die Online-Veranstaltung „Der ältere Mensch: Pflegeheimversorgung in Nordrhein“ bereiten das komplexe ärztliche Handlungsfeld kompakt auf – und widmen sich dabei auch der zusehends an Bedeutung gewinnenden Telemedizin.

Es klingt beinahe ein bisschen wie Science-Fiction: Yasmin Maassen und Roman von Stillfried tragen große Brillen – doch schlüpfen sie nicht in eine fiktionale Realität, sondern in die Rolle älterer Menschen. Die Testbrille simuliert, wie sich Einschränkungen – hervorgerufen beispielsweise durch Maculadegeneration oder Katarakt – auf die Wahrnehmung von Patienten mit Geriatric-typischen Erkrankungen auswirken können. Wie sich das schlechtere Sehvermögen in Kombination mit Mobilitätseinschränkungen anfühlt, wurde durch das Tragen eines Alterssimulationsanzuges sensomotorisch erlebbar.

Perspektivwechsel

Im Rahmen der Weiterbildung „Geriatric und ihre ambulanten Schnittstellen“ des Kompetenzzentrums Weiterbildung Allgemeinmedizin Nordrhein besuchten die Teilnehmer das Bewegungslabor am Standort Franziskus der Uniklinik RWTH Aachen und konnten an verschiedenen Stationen den Alltag ihrer geriatricen Patienten am eigenen Körper nachempfinden – ein Perspektivwechsel, der dazu beiträgt, Krankheitsbilder geriatricer Patienten besser zu verstehen und damit auch, sie besser versorgen zu können.

Während sich von Stillfried – unter sichtlichem Stolpern und Straucheln – einem virtuellen Hindernisparcours auf dem Laufband mit multiplen Einschränkungen stellte, machte Maassen mit Rollator den sogenannten „timed up and go“-Test, mit dem Beweglichkeit und Gleichgewichtssinn der Patienten beurteilt werden. Für die Ärztin in Weiterbildung im Bereich Altersmedizin selbst war das ein ganz neues Erlebnis: Zwar hat sie den Test bereits unzählige Male bei ihren Patienten angeleitet – am eigenen Leib gespürt, wie es ist, sich nur unter erheblichen Einschränkungen fortbewegen zu können, hat sie indes noch nie. „Eine beeindruckende und zugleich wertvolle Erfahrung – besonders, wenn es darum geht, den ganzheitlichen Blick auf den Patienten zu bewahren“, schließt sie – und trifft damit einen sensiblen Punkt.



Im Körper des Patienten: Wie sich Geriatric-typische Erkrankungen anfühlen, konnte der Arzt in Weiterbildung, Roman von Stillfried, bei einem virtuellen Hindernisparcours am eigenen Leib spüren.

Möglichkeiten der Telemedizin

Denn in Zeiten einer immer älter werdenden Gesellschaft ist Arztzeit zum knapp bemessenen Gut geworden. Umso wichtiger ist heute darum das reibungsfreie Zusammenspiel der verschiedenen ärztlichen Fachgruppen mit der Hausarzt- bzw. Stammpraxis als zentralem Ansprechpartner. Was Hausärzte hierbei zu beachten haben – insbesondere mit Blick auf Praxis- und Abrechnungsmanagement –, bil-

dete denn auch den Themenschwerpunkt des Beitrages der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein (KVNO): Um digitale Technologien und wie diese dabei unterstützen können, den gestiegenen Ansprüchen an die hausärztliche Versorgung in Pflegeheimen nachzukommen, ging es im anschließenden Panel.

Einblicke in die Praxis gewährte Dr. med. Hartmut Becher: In seinem Vortrag nahm der Facharzt für Innere Medizin und Hausarzt die Teilnehmer mit auf eine Videovisite ins Pflegeheim und demonstrierte dabei die Vorteile der Telemedizin. Derer gebe es viele, wie Becher versichert: So könne er unter anderem auch aus größerer Distanz mit den Patienten und Pflegepersonal sprechen, Vitalwerte direkt ins Praxisverwaltungssystem übertragen oder sogar die Lunge abhören. Durch die Einbindung qualifizierter Mitarbeiter, sogenannter Nicht-ärztlicher Praxisassistenten (NäPA), würden zudem weitere Synergieeffekte erzielt. Der Hausarzt kennt seine Patienten sehr gut, weshalb er auch über digitale Wege bei akuten Veränderungen schnell und zielgenau handeln kann: „Das geht im Notfall auch mal von zu Hause oder aus der laufenden Sprechstunde heraus – ohne den ansonsten erforderlichen Zeitaufwand“, verrät Becher. So mancher Einweisung ins Krankenhaus habe er derart schon vorbeugen können.

Sektorengrenzen überwinden

Überflüssige Krankenhausaufenthalte zu reduzieren, ist auch das zentrale Anliegen von Optimal@NRW. Die Grundzüge des ambitionierten Versorgungsprojektes stellten Dr. med. Jörg Christian Brokmann, Leiter der Notaufnahme der Uniklinik der RWTH Aachen, und Bernhard Acke, stellvertretender Leiter der Stabstelle eHealth der KVNO, im Rahmen der Online-Veranstaltung „Der ältere Mensch: Pflegeheimversorgung in Nordrhein“ vor. Worum geht es dabei konkret? Im April vergangenen Jahres gestartet, soll im Zuge von Optimal@NRW ein telemedizinisches Angebot für insgesamt 25 Pflegeheime im Raum Aachen errichtet werden – ganz so, wie in der Praxis von Dr. med. Hartmut Becher schon derzeit der Fall.

„Der direkte Arzt-Patienten-Kontakt bleibt der absolute Goldstandard und soll durch Optimal@NRW nicht ersetzt werden“, sagt Bernhard Acke. Insofern versteht sich das Projekt auch explizit als ergänzendes Angebot, das immer dann zum Zuge kommen soll, wenn der betreuende Hausarzt einmal nicht greifbar ist. Das kann etwa außerhalb der Sprechstundenzeiten sein. Für den Fall, dass bei einem Heimbewohner plötzlich Beschwerden auftreten, die keinen akuten Notfall darstellen, leitet die Servicestelle der 116 117 einen Anruf an die diensthabende Bereitschaftspraxis oder auch die Teleärzte der Uniklinik weiter. Sie machen sich per Videovisite zunächst ein Bild der Lage. Sollten zusätzliche Maßnahmen notwendig

werden, kommen die NäPAs ins Spiel, die unter Anleitung des Arztes beispielsweise einen Blasenkatheder legen. „Worauf es uns in erster Linie ankommt, ist, ein sektorübergreifendes Miteinander zu schaffen, das dem Pflegepersonal in den Heimen die notwendige Rückendeckung und auch entsprechenden Kompetenzen gibt“, sagt Brokmann.

Aktuell befindet sich das Versorgungsprojekt noch in der sogenannten Transitionsphase, bei der zunächst die technischen Voraussetzungen vor Ort geschaffen werden. In diesem Zuge werden die teilnehmenden Pflegeheime mit telemedizinischen Rollständern und Frühwarnsystemen ausgestattet. Praxen mit Patienten in den Pflegeheimen können ab sofort die Teilnahme am Versorgungsvertrag beantragen. Bis Februar sollen die Vorbereitungen dann so weit abgeschlossen sein, dass die ersten sieben Heime loslegen können. Danach erfolgt der Rollout kaskadenartig, sodass die restlichen 18 Pflegeheime bis Ende 2022 folgen können. Zunächst ist das Projekt bis März 2024 terminiert, langfristig wird es jedoch darum gehen, die Erkenntnisse, die man bis dahin sammeln konnte, in die Regelversorgung zu übernehmen.

Weitere Informationen zum Angebot des Kompetenzzentrums Weiterbildung Nordrhein unter [☑ kompetenzzentrum-nordrhein.de](https://www.kompetenzzentrum-nordrhein.de)

Die Aufzeichnung der Online-Veranstaltung „Der ältere Mensch: Pflegeheimversorgung in Nordrhein“ finden Sie auf dem Youtube-Kanal der KV Nordrhein [KV|211239](https://www.youtube.com/channel/UC121239)

■ ULRIKE DONNER UND THOMAS PETERSDORFF

Optimal@NRW-Versorgungsvertrag – Teilnahme ab sofort möglich

Optimal@NRW steht für die Optimierung der Akutversorgung geriatrischer Patienten rund um die Uhr und wird in der Region Aachen, Düren und Heinsberg durchgeführt. Ziel dieses Innovationsfondsprojektes ist es, nicht notwendige oder vor-schnelle Krankenhauseinweisungen zu vermeiden und ein Verbleiben in der gewohnten Umgebung zu ermöglichen – so weit dies medizinisch vertretbar erscheint. Für Ärzte, welche Pflegeheimbewohner in den beteiligten Pflegeheimen betreuen, ist die Teilnahme am Versorgungsvertrag ab sofort möglich.

Die Teilnahmeerklärung sowie weitere Informationen zum Versorgungsangebot finden Sie unter [☑ kvno.de](https://www.kvno.de) [KV|211239](https://www.youtube.com/channel/UC121239)

Neues Material zur Bewerbung der 116 117



Ein wichtiger Hinweis für Praxen: Das Werbematerial für die Bereitschaftsdienstnummer 116 117 wird zurzeit überarbeitet. Grund dafür ist, dass die Lizenzen für bestehende Poster, Give-aways und Karten mit den Fotos der realen Elfen 6 und 7 zum Jahresende auslaufen und ab 2022 nicht mehr genutzt werden dürfen. Die neuen Materialien können Sie im Web-

shop der 116 117 unter shop.116117.de bestellen, sie werden laut Kassenärztlicher Bundesvereinigung noch bis Ende des Jahres verschickt.

KV | 211240

■ JAM

Neues Portal bietet niederschwellig Informationen, Aufklärung und Beratung für Patienten in NRW

Die Patientenberatungsstellen der ärztlichen Körperschaften in Nordrhein-Westfalen setzen sich gemeinsam mit anderen Beratungsstellen seit vielen Jahren engagiert dafür ein, die Gesundheitskompetenz der Bürger zu fördern sowie Patienten und ihre Angehörigen durch sachliche Informationen, Aufklärung und Beratung zu unterstützen. Um dieses Angebot für den Bürger sichtbarer zu machen und die Kompetenz sowie das Angebot der verschiedenen Anlaufstellen in NRW

gebündelt darzustellen, gibt es nun eine neue Website: patientenberatung.nrw. Die Website ist niederschwellig und übersichtlich gestaltet, wobei eine Navigation zu folgenden Bereichen besteht: Beratungsstellen, Gesundheitsinformation, Arztsuche in NRW, Selbsthilfe in NRW, Hilfe im Notfall.

KV | 211240

■ JAM



Engagiert für Gesundheit.



Kzenon | Adobe Stock

Amtliche Bekanntmachungen der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein

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

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

kvno.de/bekanntmachungen

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

Ausschreibung von Vertragsarztsitzen

In den Amtlichen Bekanntmachungen werden alle im Landesteil Nordrhein nachzubesetzenden Sitze von Vertragsärzten oder Psychotherapeuten mit der geltenden Bewerbungsfrist beschrieben (§ 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).



Ärztin-sein-in-Nordrhein.de

„Geregelte Arbeitszeiten ohne Schichtdienst sind ein enormer Vorteil für alle Eltern.“ – Sonja Malzkorn, Weiterbildungsassistentin Allgemeinmedizin

Gesucht? Gefunden!

Familie und Praxis: Für Sonja Malzkorn bietet die Arbeit in der Berufsausübungsgemeinschaft die perfekte Mischung. Möchten auch Sie sich niederlassen, den Schritt aber nicht allein wagen? Wir finden gemeinsam Lösungen für Ihre individuelle Situation – von der Niederlassung bis zur Praxisabgabe.

ärztin-sein-in-nordrhein.de

Flutkatastrophe: Therapeutisches Angebot der KV Nordrhein bis Ende Februar 2022 verlängert



Die KV Nordrhein hatte zur Unterstützung Betroffener und Helfer der verheerenden Flutkatastrophe in Teilen NRW im Juli dieses Jahres ein gruppentherapeutisches Angebot ermöglicht, das mit Mitteln des Landes NRW gefördert wurde. Nun wurde der Durchführungszeitraum verlängert, entsprechende Maßnahmen können noch bis zum 28. Februar 2022

durchgeführt und abgerechnet werden. Die KV Nordrhein hatte sich für eine Fortführung des Angebotes über den 31. Oktober 2021 eingesetzt, da der Bedarf an psychologischer Unterstützung in den betroffenen Gebieten nach wie vor hoch ist. Wer das Hilfsangebot in Anspruch nehmen möchte, kann über den Terminalservice der KVNO einen Termin an einem Standort (Eschweiler, Stolberg, Meckenheim, Euskirchen, Bad Münstereifel, Kall, Schleiden) in seiner Nähe vereinbaren (Telefon 0800 116 117 05, montags bis donnerstags von 9 bis 16 Uhr, freitags von 9 bis 12 Uhr). Ebenso ist eine Anmeldung per E-Mail an fluthilfe@arztrufzentrale-nrw.de möglich. Das Angebot steht allen von der Flutkatastrophe Betroffenen unabhängig von ihrem Versicherungsstatus offen.

KV|211242

■ JAM

Hartmannbund-Stiftung: Ärzte helfen Ärzten in Not

Es ist ein einmaliges Hilfswerk innerhalb der Ärzteschaft: die Hartmannbundstiftung „Ärzte helfen Ärzten“. Sie unterstützt Arztfamilien (laut Satzung der Human-, Zahn- und Tiermedizin) in schwierigen Lebenslagen, Kinder in Not geratener Ärzte, Halbwaisen und Waisen aus Arztfamilien. Die Stiftung bietet kollegiale Solidarität, finanzielle Unterstützung bei Schulausbildung und Studium, fördert berufsrelevante Fortbildungen - und hilft schnell und unbürokratisch. Wer Kollegen in Not mit einer Spende unterstützen möchte, kann dies online unter [☑ hartmannbund.de](https://www.hartmannbund.de) oder an folgendes Spendenkonto umsetzen:

Spendenkonto

Deutsche Apotheker und Ärztebank eG Düsseldorf
IBAN DE88 3006 0601 0001 4869 42
BIC DAAEDEDXXX

KV|211242

■ JAM

Qualitätszirkel suchen Mitglieder

Thema Psychologische Psychotherapie
Kontakt Caroline Scheulen
Ort Köln
Telefon 0221 47 89 61 08
E-Mail caroline.scheulen@uk-koeln.de

Thema Tiefenpsychologische Therapie
Kontakt Thomas Cramer
Ort Köln
Telefon 0176 66 83 55 00
E-Mail th-cramer-psych@web.de

Team Qualitätszirkel KV Nordrhein

Sabine Stromberg
Telefon 0211 5970 8149

Jessica Längen
Telefon 0211 5970 8478

Christiane Kamps
Telefon 0211 5970 8361

E-Mail qualitaetszirkel@kvno.de



Termine

Hausärztliche Behandlung opioidabhängiger Patienten – wie geht das?

Suchterkrankungen wie die Opioidabhängigkeit sind chronische Krankheiten. Die Suchtmedizin ist daher ein wichtiger Bestandteil der medizinischen Versorgung der Bevölkerung. Die KVen Nordrhein und Westfalen-Lippe fördern die Teilnahme an dem Fortbildungsseminar durch Übernahme der Teilnahmegebühr (je KV-Bereich für 36 Ärzte). Dies wird bei der Anmeldung nach Posteingangsdatum berücksichtigt. Die Anzahl der Teilnehmer ist begrenzt.

**Termin:**

15. Dezember 2021, 16-20 Uhr

**Teilnahmegebühren:**

Mitglieder Akademie: 369 Euro
Nichtmitglieder Akademie: 429 Euro
Arbeitslos/Elternzeit: 319 Euro

**Auskunft und Anmeldung:**

Akademie für medizinische Fortbildung der ÄKWL und der KVWL
Hendrik Petermann
Telefon 0251 929 2203
Telefax 0251 929 27 2203
hendrik.petermann@aekwl.de

Fortbildungskongress

Unter dem Titel „Gute Führung in schwierigen Zeiten“ findet am 4. und 5. März 2022 der nächste Fortbildungskongress der nordrheinischen Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung statt. Das Hauptprogramm wird sowohl online als auch vor Ort im Congress Center Essen angeboten. Themen des Hybridkongresses sind unter anderem die ärztliche Führungsrolle in der Pandemie und Flutkatastrophe, Führung im ärztlichen Alltag, Führung von Mitarbeitern, Führung in der Weiterbildung und Führung im Umgang mit Patienten. Es referieren Experten aus den Gebieten Ethik, Medizin und Weiterbildung, Management, Philosophie und Psychologie. Mit einer Mischung aus Vorträgen, Diskussionen und Workshops soll wieder der moderierte wissenschaftliche Diskurs mit einer praktischen Botschaft für den Alltag im Vordergrund stehen.

**Termin:**

4.-5. März 2022

**Zertifizierung:**

beantragt

**Kontakt:**

Ärztliche Akademie für
medizinische Fort- und
Weiterbildung in Nordrhein
Telefon 0211 4302 2830
kongress@aekno.de



Aus Fehlern lernen: Behandlungsfehlervorwürfe bei Eingriffen zur Knieendoprothetik

Das Institut für Qualität im Gesundheitswesen Nordrhein (IQN) bereitet in Kooperation mit der Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler bei der Ärztekammer Nordrhein versorgungsrelevante Fälle aus bei der Gutachterkommission eingegangenen Behandlungsfehlervorwürfen auf. Diese Veranstaltung behandelt Vorwürfe bei Eingriffen zur Knieendoprothetik. Ziel der Veranstaltungen ist, Ärzte anhand von Beispielen aus den Daten der Gutachterkommission für typische Mechanismen und Gefahrenquellen bei der Entstehung von Behandlungsfehlern zu sensibilisieren und damit bei der Vermeidung von Fehlern im Klinik- und Praxisalltag zu helfen.

**Termin:**

19. Januar 2022, 15.30-17.45 Uhr

**Zertifizierung:**

3 Punkte

**Kontakt:**

IQN
Gerdemarie Holtz
Telefon 0211 4302 2752
iqn@aekno.de





Viele Präsenzveranstaltungen sind zurzeit aufgrund der Corona-Situation abgesagt. Informationsveranstaltungen finden oftmals als Online-Seminar oder Live-Stream statt:

Veranstaltungen für Ärzte und Psychotherapeuten

10.12.2021	KV Nordrhein: Telematikinfrastruktur – elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung und elektronisches Rezept, online
10.12.2021	Ärzttekammer Nordrhein in Kooperation mit KV Nordrhein und IQN: Veranstaltungsreihe „Der ältere Mensch“: Resümee, online
15.12.2021	KV Nordrhein in Kooperation mit KV Westfalen-Lippe: Hausärztliche Behandlung opioidabhängiger Patienten – wie geht das?, Dortmund
21.01.2022	KV Nordrhein: Wege in die Niederlassung für Psychotherapeuten, online
26.01.2022	KV Nordrhein: Honorarsystematik und Erläuterung Abrechnungsunterlagen Ärzte, online
02.02.2022	KV Nordrhein: Telemedizin, online
04.02.2022	KV Nordrhein: Abrechnung und Honorar Fachärzte
09.02.2022	KV Nordrhein: Rational und rationell verordnen, online
11.02.2022	KV Nordrhein: Honorarsystematik und Erläuterung Abrechnungsunterlagen Psychotherapeuten, online
16.02.2022	KV Nordrhein: Abrechnung und Honorar Haus- und Kinderärzte, online
23.02.2022	IQN: Gewalt gegen Kinder und Jugendliche erkennen und richtig handeln, Teil IV, online
04.-05.03.2022	Nordrheinische Akademie: Fortbildungskongress „Gute Führung in schwierigen Zeiten“, Hybrid, Congress Center Essen und online
09.03.2022	KV Nordrhein: AMVV/Kassenrezept, online
12.03.2022	KV Nordrhein: EBM Allgemein für Ärzte und Praxisteam, online
16.03.2022	KV Nordrhein: IT in der Praxis für Psychotherapeuten, online
25.03.2022	KV Nordrhein: Wege in die Niederlassung für Ärzte
25.03.2022	KV Nordrhein: Vertreterversammlung
28.03.2022	KV Nordrhein: Die neue SSB-Vereinbarung und der Umgang mit der Anlage 1, online
30.03.2022	KV Nordrhein: IT in der Praxis für Ärzte, online

Veranstaltungen für Medizinische Fachangestellte

19.01.2022	KV Nordrhein: Arznei- und Heilmittel für MFA, online
28.01.2022	KV Nordrhein: Sprechstundenbedarf für MFA, online
02.03.2022	KV Nordrhein: Sprechstundenbedarf MFA, online

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

Vorschau

KVNO aktuell 01+02 | 2022

- **Ehrenamt bei der KV Nordrhein**
Engagiert für die ärztliche Selbstverwaltung
- **Long COVID behandeln**
Ärzte berichten aus dem Praxisalltag

Die nächste Ausgabe
von KVNO aktuell
erscheint am
17.02.2022

Herausgeber

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein

Redaktion

Sven Ludwig (verantwortlich)

Jana Meyer (verantwortliche Redakteurin)

Simone Heimann

Thomas Lillig

Thomas Petersdorff

Redaktionsbeirat

Dr. med. Frank Bergmann

Dr. med. Carsten König

Sven Ludwig

Visuelle Gestaltung und Satz

Kreuder | Designbüro

Druck

Bonifatius, Paderborn

Anschrift der Redaktion

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein

40182 Düsseldorf

Telefon 0211 5970 8106

Fax 0211 5970 8100

redaktion@kvno.de

Servicezeiten

Montag bis Donnerstag von 8 bis

17 Uhr, Freitag von 8 bis 13 Uhr

Serviceteam Köln

Telefon 0221 7763 6666

Fax 0221 7763 6450

service.koeln@kvno.de

Serviceteam Düsseldorf

Telefon 0211 5970 8888

Fax 0211 5970 8889

service.duesseldorf@kvno.de

Formularversand

GVP Gemeinnützige Werkstätten

Bonn GmbH diekonfektionierer

Pfaffenweg 27, 53227 Bonn

Telefon 0228 9753 1900

Fax 0228 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.

Der Inhalt der KVNO aktuell spricht alle Geschlechter (weiblich, männlich, divers) an. Die Begriffe Arzt, Patient etc. werden allein zur besseren Lesbarkeit nur in der männlichen Form verwendet.

Bildnachweise

Titelseite: VectorMine | Adobe Stock, S. 2: Malinka | KVNO, S. 6: Lillig | KVNO, S. 8:

Studio Romantic | KVNO, S. 10: Archiv | KVNO, S. 11: Jane | Adobe Stock, S. 13:

Viewfinder | AdobeStock, S. 15: mrmohock | Adobe Stock, S. 17: Otto | KVNO, S. 18:

KVNO, S. 20: gamjai | Adobe Stock, S. 22, 23: Landeskrebsregister NRW, S. 30:

Andrzej Wilusz | Adobe Stock, S. 31: KV Bayerns, S. 34: Goodluz | stock.adobe,

S. 37: Potempa | KVNO, S. 38: Donner | KVNO, S. 42: Vectorwonderland | AdobeStock

Engagiert
für
Gesundheit.

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein
Körperschaft des öffentlichen Rechts
40182 Düsseldorf

Telefon 0211 5970 0
Fax 0211 5970 8100
redaktion@kvno.de
☑ kvno.de

Kassenärztliche
Vereinigung
NORDRHEIN