

KVNO aktuell

Magazin der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein

SCHWERPUNKT

**KVNO-Wahlen:
Viele Delegierte ziehen
neu in die VV ein**

Aktionstag der KVNO

Niedergelassene stemmen
sich gegen Sparpläne

Corona-Pandemie

Neuer Anlauf für die
Impfkampagne

Digitalisierung in der Praxis

Warum sich der Umstieg
auf den eArztbrief lohnt

„Der ältere Mensch“

Fortbildungsreihe informiert
zu Suchterkrankungen

Engagiert für Gesundheit.

Inhalt



SCHWERPUNKT

Fast die Hälfte der Delegierten zieht neu in die VV ein **2**

AKTUELL

Aktionstag: „Wir reden hier nicht über Petitesse“ **6**

Grippe: Aktuelle Informationen zum Start der Impfsaison **10**

„Neu-Regelungen zu IT-Systemen gehen in die richtige Richtung“ **13**

Corona-Pandemie: Neuer Anlauf für die Impfkampagne **14**

COPD-Vertrag: Beitritt der BARMER zum 1. Oktober 2022 **16**

Kampagne zur HPV-Impfung gestartet **19**

PRAXISINFOS

Vergütung für Reha-Verordnung angehoben **20**

Abrechnung: Telefonische Beratung und Portokosten **20**

ASV: Strahlentherapie und Fallkonferenzen angepasst **21**

ASV: Jährliche Anpassungen in Kraft getreten **21**

Vergütung für psychiatrische und psychotherapeutische Komplexversorgung **22**

Neue Leistung zur UGT1A1-Genotypisierung bei Darmkrebs **23**

Kryokonservierung: Neue GOP bei künstlicher Befruchtung **23**

Lungenkrebs: Neue GOP zur Anwendung des Arzneimittels Tepmetko **24**

Beitritt der hkk zum IVOM-Vertrag **24**

Vertrag ambulante Kardioversion: Beitritt der BARMER zum 1. Oktober **24**

VERORDNUNGSINFOS

Verordnungseinschränkung für Febuxostat **26**

Metformin und Vitamin B12 **27**

Mittel bei Alopecia Areata sind Lifestyle-Produkte **27**

HINTERGRUND

Der Umstieg auf den eArztbrief spart Praxen Zeit und Geld **28**

BERICHTE

Suchterkrankungen im Alter: Im Dunkelfeld sozialer Aufmerksamkeit **32**

IN KÜRZE

Startschuss für Organspende-Kampagne #DüsseldorfEntscheidetSich **35**

Fürs Wartezimmer: Flyer des LKA informiert zu Enkeltrick und Co. **37**

„KVNO aktuell“ geht mit eigener Rubrik online **37**

TERMINE

Start-up in die ambulante Versorgung **39**

Aus Fehlern lernen – Umgang mit der Patientenverfügung **39**

Rational und rationell verordnen **39**

Veranstaltungen für Ärzte und Psychotherapeuten **40**

Veranstaltungen für Medizinische Fachangestellte **40**

Liebe Kolleginnen und Kollegen,



in dieses Vorwort möchten wir mit einem riesengroßen „Dankeschön“ einsteigen – dafür, dass Sie unseren Aktionstag gegen die geplante Streichung der Neupatientenregelung am 7. September so sehr unterstützt und zahlreich daran teilgenommen haben. Laut unseren Rückmeldungen haben sich rund 5000 nordrheinische Praxen am Aktionstag beteiligt. Das ist aus unserer Sicht ein wichtiges Signal in Richtung Politik und ganz speziell in Richtung von Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach. Auch von anderen KVen wird es in den kommenden Wochen vermutlich noch viel Gegenwind geben. Gehen wir einmal davon aus, dass es ungemütliche Herbstwochen für den Bundesgesundheitsminister werden, der nach wie vor in vielen Bereichen viele Antworten schuldig geblieben ist. Auf dem 126. Deutschen Ärztetag in Bremen Ende Mai 2022 hatte Karl Lauterbach noch um Verständnis dafür geworben, dass man den Eindruck gewinnen könnte, in seinem Ministerium stünden die Räder still. Er sei kein Minister voreiliger Handlungen und Schnellschüsse. Beim GKV-Finanzstabilisierungsgesetz gewinnt man aber leider genau einen eben solchen Eindruck.

Sicherlich ist es richtig, dass es aktuell eine der größten Herausforderungen darstellt, die sozialen Sicherungssysteme stabil zu halten, und es ist auch richtig, dass es einen enorm hohen Reformbedarf im Gesundheitswesen gibt. Aber die vorgelegten Vorschläge der Regierungskoalition in Form des GKV-Finanzstabilisierungsgesetzes sind zu kurz gedacht und lösen kein Finanzierungsproblem. Im Gegenteil: Es werden massive Versorgungsprobleme geschaffen. Was wir brauchen, sind vernünftige, rationale Vorschläge, um nachhaltige Gesundheitsversorgung mittelfristig zu sichern – und dieser rote Faden fehlt den politisch Verantwortlichen im Moment vollkommen. Er wird aber dringender denn je gebraucht.

An dieser Stelle wird mit völlig ungeeigneten Mitteln versucht, die Finanzen der Krankenkassen zu stabilisieren – und das am Ende zulasten und zum großen Schaden der Patientinnen und Patienten sowie der Vertragsärzteschaft. Das kann einem Gesundheitssystem mit hohen Ansprüchen an sich selbst nur um die Ohren fliegen – mit einem solchen Drehbuch kann es kein Happy End geben.

Daher unsere Aufforderung: Herr Lauterbach, seien Sie vernünftig und ziehen Sie diesen Gesetzentwurf zurück!

Dr. med. Frank Bergmann
Vorstandsvorsitzender

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



KVNO-Wahlen zur Vertreterversammlung

**Fast die Hälfte der
Delegierten zieht
neu in die VV ein**

Die Wahlen zur 16. Vertreterversammlung (VV) der KV Nordrhein sind vorbei, die Ergebnisse stehen fest: Vertreterinnen und Vertreter von 18 Listen und eines Einzelwahlvorschlags nehmen im neuen „Parlament“ künftig Platz. Bei ihrer ersten Sitzung im Oktober stehen wichtige Entscheidungen an – vor allem die Wahl des Vorstands. Ein Überblick über die Sitzverteilung und die neu gewählten Delegierten.

In der Zeit vom 13. Juni bis 12. August 2022 waren 22325 Mitglieder der KV Nordrhein aufgerufen, über ihre 50 Vertreter zu entscheiden. Neben der Briefwahl war dieses Mal auch eine Abstimmung per Online-Wahl möglich. Die Wahlbeteiligung lag mit 45 Prozent unter der aus dem Jahr 2016 (53 Prozent).

Die Kandidierenden traten in vier verschiedenen Gruppen an: **Zugelassene Hausärztinnen und Hausärzte:** Die Liste „Der Hausärzterverband Gesundheit nachhaltig gestalten“ des Hausärzterverbandes errang mit 1099 Stimmen die meisten Stimmen. Sie ist künftig mit acht Sitzen (bisher neun) in der VV der KV Nordrhein vertreten. Zehn Sitze verteilen sich auf die drei weiteren Listen wie folgt: Vier Sitze errang das „Bündnis Unabhängiger Hausärzte Nordrhein“. Je drei Vertreter entsenden die Listen „Perspektive Nordrhein Haus- und Kinderärzte“ und die „Pädiater für Nordrhein“.

Zugelassene Fachärztinnen und Fachärzte: Insgesamt verteilen sich die 21 Sitze der Fachärzte auf acht Wahlvorschläge.

Die „Versorgerfachärzte“ sammelten mit 1271 Stimmen die höchste Stimmenzahl und sicherten sich damit neun VV-Mandate. Drei Sitze erhielt die „Neue Liste Psychotherapie“ und jeweils zwei Sitze eroberten „Die Internist:Innen“, „ZNS – Bündnis für Nordrhein“, „Augenheilkunde Nordrhein“ sowie die Liste „Bündnis Unabhängige Fachärzte Nordrhein“. Einen Sitz errang der Einzelwahlvorschlag Dr. Siamak Pourhassan.

Angestellte und ermächtigte Ärztinnen und Ärzte: Auf diese Gruppe entfallen sechs Sitze in der VV. Der „Marburger Bund“ konnte die meisten Stimmen (290) auf sich vereinen und ist mit zwei Delegierten vertreten. Die übrigen vier Sitze entfallen auf Vertreter aus dem niedergelassenen Bereich: „Perspektive Nordrhein angestellte Ärzte“, „Bündnis Unabhängiger Angestellter ÄrztInnen Nordrhein“, „Wir in Klinik, Praxis, MVZ“ und „Liste HNO“ erzielten je einen Sitz.

Zugelassene und angestellte Psychotherapeutinnen und -therapeuten: Für diese Gruppe sind fünf Sitze in der VV reserviert. Drei davon erhielt das „Bündnis Kooperative Liste“, für das 1032 Therapeuten votierten. Die „Psychodynamische Liste – Neue Liste Psychotherapie“ und die Liste „DGVT plus“ haben je einen Sitz errungen.



Die Stimmabgabe war per Brief und in diesem Jahr erstmals auch online möglich.

Sitzverteilung in der neuen VV

Zugelassene Hausärztinnen und Hausärzte 18

Der Hausärzterverband Gesundheit nachhaltig gestalten	8
Bündnis Unabhängiger Hausärzte Nordrhein	4
Pädiater für Nordrhein.	3
Perspektive Nordrhein Haus- und Kinderärzte	3

Zugelassene Fachärztinnen und Fachärzte 21

Versorgerfachärzte	9
Neue Liste Psychotherapie.	3
Die Internist:Innen	2
ZNS – Bündnis für Nordrhein	2
Augenheilkunde Nordrhein.	2
Bündnis Unabhängiger Fachärzte Nordrhein	2
Dr. med. Siamak Pourhassan (Einzelwahlvorschlag)	1

Angestellte und ermächtigte Ärztinnen und Ärzte 6

Marburger Bund	2
Perspektive Nordrhein angestellte Ärzte.	1
Bündnis Unabhängiger Angestellter ÄrztInnen Nordrhein	1
Wir in Klinik, Praxis, MVZ	1
Liste HNO	1

Zugelassene und angestellte Psychotherapeutinnen und -therapeuten 5

Bündnis Kooperative Liste	3
DGVT plus.	1
Psychodynamische Liste – Neue Liste Psychotherapie	1



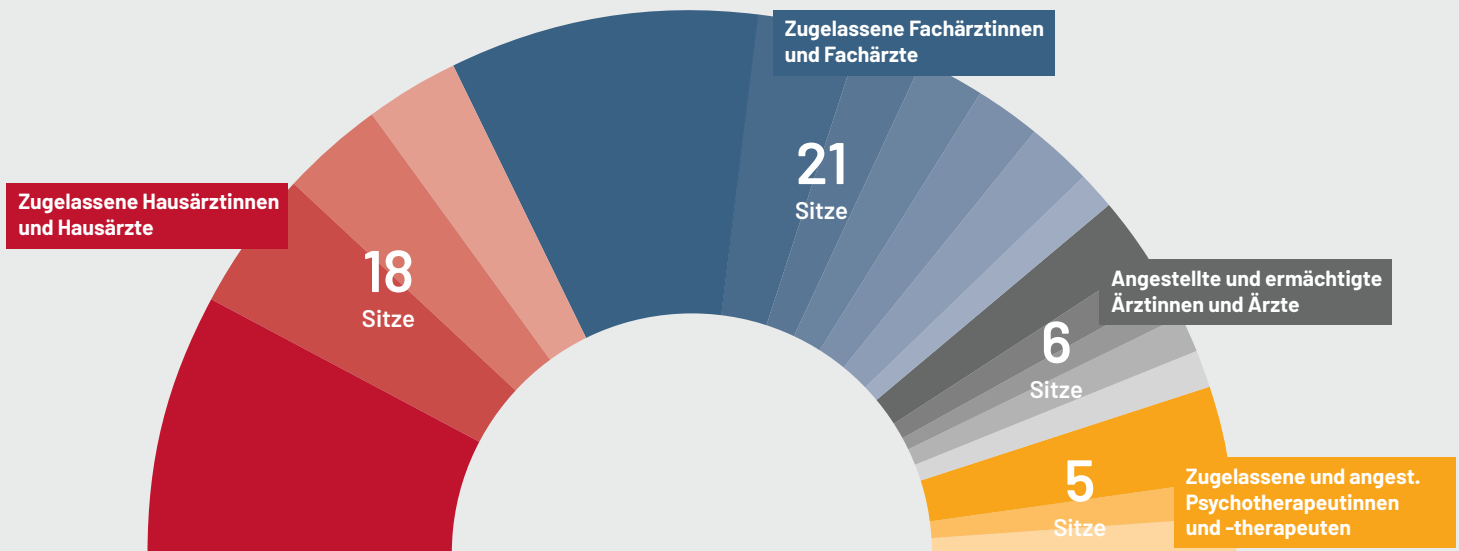
KVNO-Mitarbeitende bei der Auszählung der Stimmen.

Bemerkenswert: 23 der 50 Delegierten ziehen neu in die Versammlung ein, das ist fast die Hälfte der VV-Mitglieder. Die konstituierende Sitzung der neuen Amtsperiode findet am 22. Oktober 2022 statt. Dann werden die Vorsitzenden der Vertreterversammlung sowie der zweiköpfige hauptamtliche Vorstand gewählt. Die neue Amtsperiode beginnt am 1. Januar 2023 und dauert sechs Jahre.

Die Vorstände der Kreisstellen gibt die KV Nordrhein nach der Bestätigung durch den neu gewählten Vorstand Anfang 2023 bekannt. Die detaillierten Ergebnisse der VV-Wahlen sind abrufbar unter kvno.de/wahlen2022

■ KVNO

Die neue Vertreterversammlung



Zugelassene Hausärztinnen und Hausärzte

Der Hausärzteverband Gesundheit nachhaltig gestalten: Dr. med. Oliver Funken, Elke Cremer, Dr. med. Manfred Imbert, Dr. med. Sabine Marten, Bernd Zimmer, Britt Thiele-Elvers, Dr. med. Guido Marx, Dr. Jacqueline Hiepler; Bündnis Unabhängiger Hausärzte Nordrhein: Dr. med. Carsten König, M. san., Dr. med. Johannes Nolte, Dr. med. Matthias Schlochtermeier, Dr. med. Daniel Björn Krause; Perspektive Nordrhein Haus- und Kinderärzte: Dr. med. Jens Wasserberg, Dr. med. Tim Knoop, Andreas Scheid; Pädiater für Nordrhein: Christiane Thiele, Dr. med. Khaled Abou Lebdi, Dr. med. Andreas Weckelmann

Zugelassene Fachärztinnen und Fachärzte

Versorgerfachärzte: Dr. med. Manfred Weisweiler, Bernd Bankamp, Dr. med. Roland Tenbrock, Dr. med. Joachim Wichmann, Dr. med. Rolf Ostendorf, Dr. med. Thomas Buchmann, Dr. med. Philipp Lossin, Dr. med. Jochen Langwasser, Dr. med. Andreas Helfenstein; Neue Liste Psychotherapie: Frank Lambertus, Dirk Galke, Dr. med. Norbert Hartkamp; Die Internist:Innen: Dr. med. Andreas Kleemann, Dr. med. Sebastian Sohrab; ZNS - Bündnis für Nordrhein: Egbert Wienforth,

Dr. med. Christof Sturm; Augenheilkunde Nordrhein: Dr. med. Karsten Paust, Susanne Benedens; Bündnis Unabhängiger Fachärzte Nordrhein: PD Dr. med. Johannes Kruppenbacher, Dr. med. Claus Nolte; Dr. med. Siamak Pourhassan (Einzelwahlvorschlag)

Angestellte und ermächtigte Ärztinnen und Ärzte

Marburger Bund: Michael Lachmund, Dr. med. Christian Schulte; Perspektive Nordrhein angestellte Ärzte: Orhan Yilmaz; Bündnis Unabhängiger Angestellter ÄrztInnen Nordrhein: Dr. med. Nicolai Kohlschmidt; Wir in Klinik, Praxis, MVZ: Fritz Stagge; Liste HNO: Dr. med. Uta Stierstorfer

Zugelassene und angestellte Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten

Bündnis Kooperative Liste: Dipl.-Psych. Martin Zange, Dipl.-Psych. Univ. Dorothea Bodmann, Dipl.-Soz.-Päd. Bernhard Moors; DGVT plus: Dipl.-Psych. Britta Hollenbeck; Psychodynamische Liste - Neue Liste Psychotherapie: Dipl.-Psych. Ingeborg Struck

Nordrheinischer Praxisbörsestag

Informationen rund um Praxisabgabe und Einstieg

Samstag | 15. Oktober 2022

9.00 bis 16.15 Uhr | Hybridveranstaltung

Live vor Ort im Haus der Ärzteschaft | Tersteegenstraße 9 |
40474 Düsseldorf und online



HYBRIDER PRAXISBÖRSENTAG DER KV NORDRHEIN

Sie können den Praxisbörsestag live vor Ort miterleben (begrenzte Teilnehmerzahl) oder sich online von zuhause zuschalten.

PROGRAMM – KURZVORTRÄGE

- Die Beratungsangebote der KV Nordrhein
- Die eigene Praxis: Von der Niederlassung bis zur Abgabe
- Praxiswertermittlung: Strategien für Praxisabgabe und Einstieg
- Fördermöglichkeiten in Nordrhein: Der Strukturfonds
- Gefördert in die eigene Praxis: Wie EU, Bund, Land und Kommunen Sie unterstützen können

MEET AND GREET

Treten Sie direkt mit Praxisnachfolgerinnen und -nachfolgern, Praxiseinsteigerinnen und -einsteigern sowie Kooperationspartnerinnen und -partnern in Kontakt - live vor Ort oder digital über unsere Event-App.

In der KVbörse unter www.kvboerse.de können Sie ein Inserat schalten und zum Aushang in Papierform beauftragen.

BERATEN

Das Beratungsteam der KV Nordrhein und weitere Kooperationspartnerinnen und -partner beraten Sie individuell an Informationsständen. Auch der Oberbergische Kreis stellt sich vor und zeigt Ihnen, welche Unterstützungsmöglichkeiten für Niedergelassene er anbietet.

ANMELDUNG

Bitte melden Sie sich in jedem Fall online unter www.kvno.de/termine/praxisboersestag an. Nach Anmeldung erhalten Sie eine Teilnahmebestätigung per E-Mail.

Anmeldung und weitere Informationen unter
www.kvno.de/termine/praxisboersestag

Kassenärztliche
Vereinigung
NORDRHEIN

Nein zum Wegfall der Neupatientenregelung

„Wir reden hier nicht über Petitesse“

Keinen Schritt zurück bei der Patientenversorgung – unter diesem Motto veranstaltete die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein (KVNO) am 7. September einen Aktionstag, um auf die desaströsen Auswirkungen des geplanten GKV-Finanzstabilisierungsgesetzes aufmerksam zu machen. Vertreterinnen und Vertreter verschiedener medizinischer Fachgruppen richteten eine eindeutige Botschaft in Richtung Berlin: Leistungskürzungen auf dem Rücken der Patientinnen und Patienten können und werden die Praxen nicht akzeptieren!

Mit seinem Gesetzesvorhaben zur Stabilisierung der gesetzlichen Krankenkassen hat Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach unter den Niedergelassenen für einen Sturm der Entrüstung gesorgt: Bewährte Verbesserungen in der ambulanten Versorgung, die erst 2019 mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) eingeführt wurden, sollen dem Spardiktat des Ministers zum Opfer fallen. Konkret geht es um die Neupatientenregelung, mit der die schnellere Vergabe von Behandlungsterminen erreicht worden ist, GKV-Versicherte in den letzten Jahren also in hohem Maße nachweislich profitiert haben. Geht es nach dem Gesundheitsminister, ist das bald wieder passé.

Gelbe Karte für Berlin

Diese Rolle rückwärts wollen die Vertragsärztinnen und -ärzte sowie die Psychotherapeutinnen und -therapeuten in Nordrhein nicht zulassen. Die KVNO hatte darum am 7. September zu einer zweistündigen Praxispause im Rahmen eines Aktionstages aufgerufen. Rund 5000 Niedergelassene unterstützten die Aktion, mit der den verantwortlichen Politikern in Berlin die gelbe Karte gezeigt und ein starkes Zeichen im Auftrag guter Versorgung gesetzt werden sollte. „Unserem sehr guten Gesundheitssystem – eines der stärksten weltweit – droht mit dem Wegfall der Neupatientenregelung eine empfindliche Schwächung“, warnte der Vorstandsvorsitzende der KVNO, Dr. med. Frank Bergmann, zu Beginn einer Infoveranstaltung zu den Hintergründen der politischen Kürzungspläne. Die vorgelegten Vorschläge der Regierungskoalition seien zu kurz gedacht und lösten kein Finanzierungsproblem. „Im Gegenteil“, so Bergmann weiter, „es werden Versorgungsprobleme geschaffen.“ Eine Sparpolitik auf dem Rücken der Praxen und damit der Patientinnen und Patienten sei inakzeptabel. Dabei sei es Lauterbach selbst

„In der Öffentlichkeit wird gern die irri-
ge Annahme wiedergegeben, dass die Niedergelassenen zusätzliches Geld für Neupatientinnen und Neupatienten bekommen. Das ist falsch: Es handelt sich bei der extrabudgetären Vergütung dieser Leistung vielmehr um eine endlich angemessene Aufwandsentschädigung. Durch die nach wie vor bestehende Budgetierung gewähren die Niedergelassenen den Krankenkassen permanent zehn Prozent Zwangsrabatt auf ihre erbrachten Leistungen.“

Dr. med. Frank Bergmann,
Vorstandsvorsitzender der KV Nordrhein

gewesen, der als Abgeordneter vor gut drei Jahren das TSVG noch befürwortet und gerade die Neupatientenregelung maßgeblich mit vorangetrieben habe. Auch habe er sein Versprechen gebrochen, dass es unter seiner Ägide zu keinen Leistungskürzungen kommen werde. Sollte sich der Minister mit seinen Sparplänen durchsetzen, bedeute dies auch das Aus für die extrabudgetäre Vergütung der im Zuge des TSVG neu geschaffenen Leistungen, denen somit der finanzielle Boden unter den Füßen wegbrechen würde.



Versorgung ist Minutenmedizin

Wut und Entsetzen in den Praxen sind groß, wie die Wortmeldungen von Vertreterinnen und Vertretern verschiedener medizinischer Fachgruppen deutlich machten. Im Vertrauen auf den Bestand gesetzlicher Regelungen haben die Praxen trotz größter Belastungen ihr Terminangebot ausgebaut und dafür auch investiert. Dr. med. Manfred Weisweiler, Facharzt für Chirurgie und Unfallchirurgie, sagte, dass er zwei neue Vollzeit-Stellen geschaffen habe. Ohne eine entsprechende Gegenfinanzierung dieser Investitionen könne er sein Leistungsangebot nicht länger aufrechterhalten – mit absehbaren Folgen: Patientinnen und Patienten müssten aufgrund reduzierter Kapazitäten dann wieder teils deutlich längere Wartezeiten in Kauf nehmen. „Versorgung auf einem derartigen Niveau der Kassenfinanzierung ist Minutenmedizin, die keine Zeit zum Atmen lässt“, betonte der Chirurg mit Praxis in Geilenkirchen. Seinen Fachbereich träfe die Gesetzesänderung besonders. „In chirurgischen Praxen sind etwa 40 Prozent der Patientinnen und Patienten Neupatienten“, so Weisweiler.

Dass die geplante Kürzungsmaßnahme im GKV-Finanzierungsgesetz auch für die Medizinischen Fachangestellten (MFA) nicht ohne Folgen bleiben würde, bestätigte Hannelore König, Präsidentin des Verbands medizinischer Fachberufe: „In der Tat haben Praxen ihren Personalbestand bei den MFA wegen des erweiterten Sprechstundenangebots aufgestockt. Schlimmstenfalls fallen diese Stellen, die zur Verstärkung eingestellt worden sind, wieder weg. Das wäre wegen der immensen Belastungssituation in den Praxen für die verbleibenden Teams hochdramatisch.“

Solidarisches Unterhaken

Zwar haben die im TSVG beschlossenen Maßnahmen in erster Linie den fachärztlichen Bereich entlastet, der mit Abstand die meisten Neupatientinnen und -patienten verzeichnet, doch die positiven Auswirkungen sind ebenso bei der Hausärzteschaft angekommen. „Die zusätzlichen Facharzttermine sind auch eine Erleichterung für die Hausärztinnen und Hausärzte“, führte Dr. med. Carsten König, stellvertretender Vorsitzender der KVNO und selbst praktizierender Hausarzt, aus. „Auch wir haben dadurch mehr Zeit gewonnen, um unsere Patientinnen und Patienten angemessen und ohne permanenten Planungs- und Zeitdruck behandeln zu können. Haus- und Fachärzte in Nordrhein stehen deshalb in dieser Frage solidarisch und fachgruppenübergreifend zusammen“, so König. Die Pläne des Bundesgesundheitsministers dürften so niemals im geplanten Gesetz umgesetzt werden. Alles andere würde zu einer Verschlechterung der ambulanten Ver-

sorgung führen. Mit deutlichen Worten appellierte König an Lauterbach: „Herr Bundesminister, unterlassen Sie diesen Unsinn.“

Konsequenz: Mehr stationäre Einweisungen

An konkreten Beispielen stellten Vertreterinnen und Vertreter verschiedener Fachgruppen anschaulich heraus, was die Abschaffung der Neupatientenregelung für Patientinnen und Patienten bedeuten würde. Dr. med. Joachim Wichmann, Facharzt für Nasen-Ohrenheilkunde, berichtete, dass insbesondere jungen Patientinnen und Patienten Nachteile drohen, wenn sie wieder lange auf Termine warten müssten: „Bei Kindern ist es elementar, dass beispielsweise Auffälligkeiten im Neugeborenen-Hörscreening zeitnah abgeklärt werden. Wenn Probleme zu spät erkannt werden, können die Kinder den Entwicklungsrückstand nicht mehr aufholen.“ Und ein Ausweichen auf eine spezialfachärztliche Versorgung in den Unikliniken sei keine Alternative. „Die Wartezeiten betragen dort zurzeit schon gut drei Monate“, so Wichmann.



„Die Aufhebung der Neupatientenregelung würde zwangsläufig zu längeren Wartezeiten führen – gerade für Schmerzpatientinnen und -patienten eine sehr leidvolle Konsequenz.“

Dr. med. Folker Franzen,

Orthopäde, Unfallchirurg und Schmerztherapeut aus Bergisch-Galdbach

Vor negativen Folgen für die bestmögliche Patientensteuerung warnte auch Dr. med. Matthias Schlochtermeier, Hausarzt in Hürth-Efferen: „Der Wegfall der Neupatientenregelung führt dazu, dass die Zahl stationär Versorgter wieder steigt. Denn was soll ich machen, wenn eine Patientin oder ein Patient möglicherweise unterversorgt bleibt, weil es keine Kapazitäten in einer fachärztlichen Praxis gibt?“ Es werde also wieder mehr stationäre Einweisungen geben – mit entsprechend höheren Kosten für das Gesundheitssystem.

Fast verzweifelt klang die Klage aus dem Berufsverband der Dermatologen: „Rein in die Kartoffeln – raus aus den Kartoffeln – wir sind es leid. Die Vorgaben, die wir kurzfristig immer wieder erhalten, machen uns eine Kalkulation der Praxisarbeiten unmöglich“, bestätigt Hautarzt Dr. med. Rolf Ostendorf.

Dabei seien es gerade die Neupatientinnen und -patienten, die in der Behandlung sehr viel enger betreut werden müssten, unter anderem aufgrund einer umfangreichen Anamnese. Das wiederum koste Zeit und Ressourcen, die mit einer „Flatrate“ im Regelleistungsvolumen nicht zu stemmen sei. Ostendorf sorgt sich um die Zukunft der ambulanten Medizin: „Viele Kolleginnen und Kollegen, gerade die älteren, befinden sich in einer Ethikfalle und haben meist über ihren Kapazitäten gearbeitet, um die Patientinnen und Patienten dennoch zu versorgen. Ob dies die nächste Generation in gleicher Art und Weise fortführen wird, wage ich zu bezweifeln.“

Wunsch nach evidenzbasierter Politik

Zustimmung kam von Dr. med. Jens Wasserberg, Hausarzt aus Bedburg, der bei so viel „Flickschusterei“ nur den Kopf schütteln könne. Die aktuellen Sparpläne konterkarierten das politische Ziel „ambulant vor stationär“ und seien „nichts anderes als eine erhebliche Leistungskürzung“. Wasserberg schlug vor, dass bis Jahresende alle Praxen vier Wochen die Neupatientenregelung aussetzen sollten, um vor Inkrafttreten des Gesetzes zu zeigen, was das konkret bedeuten würde. Seine Forderung an die Politik: „Wir dürfen nicht mehr von der politischen Hand in den Mund leben.“

Dr. med. Uwe Meier schlug in die gleiche Kerbe. „Ich wünsche mir nichts mehr als eine evidenzbasierte Politik, und wir sind gern bereit, unser Versorgungswissen – das wir täglich in

„In der Frauenarztpraxis gehören häufig ältere Frauen zu den Neupatientinnen, die zum Beispiel etwas in der Brust getastet haben. Für sie ist es wichtig, frühzeitig einen Termin zur Abklärung oder weiteren Therapie zu bekommen. Mit dem Wegfall der Neupatientenregelung müssten sie länger mit ihrer Angst leben, was auch eine psychische Belastung wäre.“

Dr. med. Jochen Langwasser,
Frauenarzt in Wuppertal

der Praxis generieren – miteinzubringen“, so der Neurologe. Er forderte nicht nur die Beibehaltung der Neupatientenregelung, sondern mahnte eine generelle Verbesserung der Zugangsstruktur zu medizinischer Versorgung an: „Diese Brille, per Gesetz den Zugang nach dem Versichertenstatus zu steuern, ist ein furchtbar unärztliches Denken.“ Benötigt werde eine Gesetzgebung, die eine Terminvergabe auch nach Dringlichkeit regelt. „Die Wahrscheinlichkeit, dass meine Patientin mit Multiple Sklerose im Rollstuhl landet, ist deutlich geringer, wenn ich ihren Schub schnellstmöglich behandle“, so Meier. „Achtet die Politik überhaupt noch auf Patientinnen, Patienten und die Ärzteschaft? Es sieht nicht so aus“, brachte es Armin Rösl, stellvertretender Vorsitzender der Deutschen Depressionsliga, auf den Punkt.

Rückgrat der ambulanten Versorgung

Die Äußerungen seiner Kolleginnen und Kollegen hätten nichts mit Jammern oder Klagen zu tun, fasste KVNO-Chef Bergmann in seinem Schlusswort zusammen: „Wir reden hier nicht über Petitessen, sondern über ernstzunehmende Probleme in der Patientenversorgung. Das haben die Kollegen heute eindrucksvoll geschildert.“ Die Neupatientenregelung dürfe nicht fallen, „sie hat Steuerungswirkung!“ Der Wegfall wäre eine schwere Fehlentscheidung, die großen Schaden anrichten würde. Nicht zuletzt die Leistungen des niedergelassenen Bereichs in der Corona-Impfkampagne hätten gezeigt, dass Vertragsärztinnen und -ärzte gemeinsam mit den Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten das stabile Rückgrat der ambulanten Versorgung seien. „Eine Politik, die diesem Rückgrat die notwendige Finanzierung entzieht, ist schlichtweg eine verantwortungslose Politik!“

■ THOMAS PETERSDORFF, THOMAS LILLIG UND JANA MEYER

Offener Brief

In einem offenen Brief gemeinsam mit den anderen KVen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) hat die KV Nordrhein nachdrücklich an die Verantwortung des Bundesgesundheitsministers für die Aufrechterhaltung der ambulanten medizinischen Versorgung appelliert, verbunden mit der dringenden Bitte, die geplanten Sparmaßnahmen zulasten der vertragsärztlich versorgten Patientinnen und Patienten zurückzunehmen. Über 50.000 Ärztinnen, Ärzte, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten hatten unterschrieben. Die Auswirkungen der geplanten Aufhebung der Neupatientenregelung waren auch Anlass einer Sondersitzung der Vertreterversammlung (VV) der KBV sowie der VV-Vorsitzenden und Vorstände der KVen am 9. September in Berlin.

Weitere Informationen unter [☑ kbv.de](https://www.kbv.de)

KV|220908



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

Aktuelle Informationen zum Start der Impfsaison

Zum Beginn der Grippesaison 2022/2023 stellt die KV Nordrhein wieder eine Übersicht mit allen relevanten Informationen zur Influenza-Impfung bereit. Ein Exemplar zum Heraustrennen finden Sie in diesem Heft auf S. 13 und online ([☑ kvno.de](https://www.kvno.de)) zum Download.



Alle Impfstoffe können in der laufenden Saison 2022/2023 nachbestellt werden.

Die Gripeschutzimpfung gliedert sich zum einen in die Grippeimpfung nach der Schutzimpfungs-Richtlinie (SI-RL) für Versicherte aller Krankenkassen als

- Standardimpfung (SNR 89111),
- Indikationsimpfung (SNR 89112) und
- berufliche Indikationsimpfung (SNR 89112Y).

Hinsichtlich der Durchführung und Abrechnung haben sich zur vorherigen Impfsaison keine relevanten Änderungen ergeben. Der Impfstoff wird gemäß der SI-RL nach wie vor über den Sprechstundenbedarf bezogen.

Zum anderen gibt es weiterhin zusätzliche Vereinbarungen mit einzelnen Krankenkassen über die Durchführung von Gripeschutzimpfungen im Rahmen von Satzungsleistungen außerhalb der in der SI-RL genannten Indikationen sowie Altersgruppen. In diesen Fällen übernimmt die Krankenkasse die Kosten der Impfung für ihre Versicherten unter 60 Jahren ohne bestehende Indikation. Die Abrechnung erfolgt auch in diesem Jahr mit der SNR 89112T.

Wichtig: Die Impfleistung für die zusätzlich vereinbarten Satzungsimpfungen nach der SNR 89112T kann nur in der Zeit vom 1. Oktober 2022 bis 31. März 2023 abgerechnet werden. Der Bezug erfolgt hierbei nach wie vor auf den Namen des Patienten (Muster 16) zulasten der Krankenkasse (nicht als SSB-Rezept). Eine Zuzahlung durch die Versicherten entfällt.

Für alle Influenza-Impfungen erhalten die Ärzte derzeit 8,15 Euro je Impfung, die extrabudgetär vergütet werden.

Impfstoffe in der Saison 2022/2023

Für die Standard-Grippeimpfung für Personen ab 60 Jahren können in der Grippesaison 2022/2023 sowohl ein hochdosierter als auch andere viervalente Impfstoffe eingesetzt werden. Alle Impfstoffe können in der laufenden Saison nachbestellt werden.

Die Ständige Impfkommission (STIKO), empfiehlt, Personen über 60 Jahre mit einem Hochdosisimpfstoff (Efluelda) gegen Grippe zu impfen. Aufgrund einer Ausnahmeregelung können auch für die aktuelle Saison 2022/2023 die anderen tetravalenten Grippeimpfstoffe für Versicherte über 60 Jahre zulasten der GKV verordnet werden. Dies sieht die Änderungsverordnung zum Anspruch auf Schutzimpfungen gegen Influenza und Masern vom 24. Februar 2022 vor.

Ohne erneute Ausnahmeregelung würde in der folgenden Saison 2023/2024 für die Standardimpfung der Über-60-Jährigen nur noch ein hochdosierter viervalenter Grippeimpfstoff erstattet werden. Dies wäre bei den Vorbestellungen für 2023/2024 zu beachten.

KV|220910

■ ANJA TIETJE

ÜBERSICHT INFLUENZA-IMPfung 2022/2023 IN NORDRHEIN

Standard- und Indikationsimpfung gemäß Schutzimpfungs-Richtlinie		Satzungsimpfung	
Standardimpfung	Indikationsimpfung	Berufliche Indikation	Satzungsimpfung
<p>Anspruch</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Personen über 60 Jahre 	<ul style="list-style-type: none"> ■ alle Schwangeren ab 2. Trimenon, bei erhöhter gesundheitlicher Gefährdung infolge eines Grundleidens ab 1. Trimenon ■ Personen ab dem Alter von 6 Monaten mit erhöhter gesundheitlicher Gefährdung infolge eines Grundleidens ■ Bewohner in Alters- oder Pflegeheimen ■ Personen, die als mögliche Infektionsquelle im selben Haushalt lebende oder von ihnen betreute Risikopersonen gefährden können 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Personen mit erhöhter beruflicher Gefährdung, z. B. medizinisches Personal, Personen in Einrichtungen mit umfangreichem Publikumsverkehr sowie Personen, die als mögliche Infektionsquelle für von ihnen betreute Risikopersonen fungieren können ■ Personen mit erhöhter beruflicher Gefährdung durch direkten Kontakt zu Geflügel und Wildvögeln 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Personen unter 60 Jahre ohne erhöhte gesundheitliche Gefährdung ■ 01.10.2022 bis 31.03.2023
<p>Abrechnung/Vergütung</p>	SNR 89111 (8,15 Euro)	SNR 89112 (8,15 Euro)	SNR 89112T (8,15 Euro)
<p>Kassen</p>	alle Kassen		AOK Rheinland/Hamburg, BARMER, Bergische Krankenkasse, BKK 24, BKK EURO-REGIO, DAK-Gesundheit, IKK classic, KKH, mhplus-Betriebskrankenkasse, pronova BKK, Siemens-Betriebskrankenkasse, TK, VIACTIV Krankenkasse
<p>Bezugsweg Impfstoff</p>	<p>Sprechstundenbedarf (SSB)</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ auf der Verordnung angeben: Kostenträger „SSB Nordrhein“, Kostenträgernummer 102091710 ■ auf dem Rezept „8“ für Impfstoff und „9“ für SSB eintragen 	<p>Sprechstundenbedarf (SSB)</p>	<p>Einzelverordnung auf den Namen des Patienten zulasten der zuständigen Krankenkassen (Zuzahlung durch den Versicherten entfällt)</p>
<p>Impfstoff</p>	<p>Grippe-impfstoff 2022/2023*</p> <p>In der Impfsaison können der hochdosierte und andere tetravalente Grippeimpfstoffe gleichrangig eingesetzt und verordnet werden.</p>	<p>Grippe-impfstoff 2022/2023*</p> <p>Nasale Impfung: Die Verordnung des nasalen Grippe-impfstoffes (Fluenz Tetra) für Kinder über den Sprechstundenbedarf ist nach der Schutzimpfungs-Richtlinie nur im medizinisch begründeten Einzelfall möglich. Dieser sollte in der Patientenakte jeweils dokumentiert werden.</p>	<p>Grippe-impfstoff 2022/2023* (nicht nasal)</p>

* Grippeimpfstoffe 2022/2023: Afluria Tetra (Seqirus), zugelassen ab 18 Jahren, Applikation i. m. | Efluëda (Hochdosisimpfstoff, Sanofi), zugelassen ab 60 Jahren, Applikation i. m., s. c. | Flucelvac Tetra (Seqirus), zugelassen ab 2 Jahren, Applikation i. m. | Fluvad Tetra (Seqirus), zugelassen ab 65 Jahren, Applikation i. m. | Influvac Tetra (Viatris), zugelassen ab 6 Monaten, Applikation i. m., tief s. c. | Influxit Tetra (GSK), zugelassen ab 6 Monaten, Applikation i. m. | Vaxigrip Tetra (Sanofi), ab 6 Monaten, Applikation i. m., s. c.



DIE KRIMINALPOLIZEI BITTET UM IHRE MITHILFE!

Am frühen Mittwochmorgen, dem 15.06.2022, wurde gegen 01:31 Uhr unterhalb einer Brücke der Autobahn BAB 61 nahe der Bundesstraße B 48 bei 55424 Münster-Sarmsheim (Kreis Mainz-Bingen) ein bisher nicht identifizierter, verbrannter weiblicher Leichnam aufgefunden.

Derzeit liegen nachfolgende Informationen vor:

- Alter: ca. 25-40 Jahre
- Größe: 1,55m - 1,75m
- Braune Augen
- Dunkelbraune bis schwarze Haare
- Mindestens 15cm lange Haare (zu einem Zopf gebunden)
- Charakteristisches Zahnschema: zu kurzer Eckzahn oben rechts, Engstand in der Ober- und Unterkieferfront (Eckzähne wurden nach vorne geschoben, stehen hervor)
- **Wer kannte die hier abgebildete Frau?**
- **Wer kann sich an eine Frau dieses Aussehens erinnern?**
- **Wer kann sonst sachdienliche Angaben machen?**



Gesichtsrekonstruktion



5.000,- Euro Belohnung*

*Die Staatsanwaltschaft Mainz hat eine Belohnung in Höhe von **5.000,-€** für Hinweise, die zur Aufklärung der Tat führen, ausgesetzt. Über die Zuerkennung und Verteilung wird unter Ausschluss des Rechtswegs entschieden. Die Belohnung ist ausschließlich für Privatpersonen und nicht für Personen bestimmt, zu deren Berufspflicht die Verfolgung strafbarer Handlungen gehört.

Hinweise bitte an die **Kriminalpolizei Mainz**,
Telefon **06131 65-3633** oder per Mail an
KDMainz.SokoLuna.Hinweise@polizei.rlp.de
oder jede andere Polizeidienststelle.



„Neu-Regelungen zu IT-Systemen gehen in die richtige Richtung“

Ein wichtiges Signal beim Reizthema Telematikinfrastruktur (TI) in den Praxen: Die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein (KVNO) sieht im aktuellen Referentenentwurf zum geplanten Krankenhauspflegeentlastungsgesetz (KHPfIEG) einen Schritt in die richtige Richtung.

Dabei geht es im KHPfIEG vor allem um den neu gefassten Paragrafen 232a SGB V „zu unzulässigen Beschränkungen“ durch Anbieter und Hersteller informationstechnischer Systeme für die vertragsärztliche Versorgung. Der Gesetzgeber greift damit eine langjährige Forderung der Niedergelassenen – insbesondere aus Nordrhein – auf.

„Die sogenannte ‚Interoperabilität‘, also das reibungslose Zusammenwirken von Komponenten und Systemen verschiedener Hersteller, funktioniert in den Praxen bislang leider oftmals nur auf dem Papier oder ist zumeist mit satten Zusatzgebühren für die Kolleginnen und Kollegen an ihren jeweiligen PVS-Anbieter verbunden. Für eine reibungslose Versorgung der Patientinnen und Patienten ist es aber wichtig, dass die Praxen frei die für sie individuell am besten geeigneten digitalen Systeme und Anwendungen wählen beziehungsweise kombinieren können – und dies definitiv ohne Zusatzkosten“, kommentiert Dr. med. Frank Bergmann, Vorstandsvorsitzender der KVNO, den Entwurf. Die Niedergelassenen müssten allein schon deshalb das Wahlrecht über die in ihren Praxen zum Einsatz kommenden technischen Komponenten haben, weil sie qua Gesetz bestimmte digitale Anwendungen tagtäglich um- und einsetzen müssten und ihnen anderenfalls finanzielle Sanktionen drohten.

Auch an dieser Stelle greift der Referentenentwurf nach Ansicht der KVNO eine bisherige gesetzliche Schwachstelle auf: Wenn Anbieter künftig zum Beispiel notwendige Updates nicht rechtzeitig anbieten oder Sicherheitslücken in der Praxis-TI nicht zügig schließen können, soll gemäß des neu formulierten Paragrafen 232c SGB V betroffenen Praxen zukünftig ein außerordentliches Kündigungsrecht zugesprochen werden. „Auf diesen Punkt haben wir als KVNO-Vorstand in der Vergangenheit immer wieder auf Bundesebene hingewiesen: Praxen dürften nicht für die technischen Defizite ihrer Soft- oder Hardwareanbieter bestraft werden und am Ende für etwas haften, das sie faktisch nicht beeinflussen können. Die Verantwortung für funktionierende Technik-Komponenten muss klipp und klar bei deren Herstellern liegen. Es ist gut, wenn der Gesetzgeber auch an dieser Stelle für die Zukunft die Verantwortlichkeiten und ebenso die damit verbundenen möglichen Konsequenzen verbindlich im Sinne der Ärzteschaft regelt“, sagt Dr. med. Carsten König, stellvertretender KVNO-Vorstandsvorsitzender.

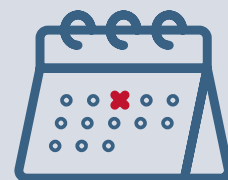
Entsprechende Forderungen an den Normgeber hatten zuletzt auch die Mitglieder der Vertreterversammlung der KV Nordrhein im Rahmen ihrer Sitzungen in entsprechend deutlichen Beschlüssen formuliert.

■ CHRISTOPHER SCHNEIDER

TSS-Termine gesucht

Aktuell verzeichnen wir einen hohen Bedarf an Terminen bei Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Fachärztinnen und Fachärzten, insbesondere in den Bereichen Gastroenterologie, Pneumologie und Rheumatologie. Wir möchten Sie daher bitten, nach Möglichkeit regelmäßig TSS-Termine einzustellen, damit die Patientenversorgung gewährleistet werden kann. Um einen Termin oder eine Terminserie einzustellen, rufen Sie im KVNO-Portal den „eTerminservice“ auf. Danach gehen Sie im Reiter „Terminplanung“ auf „Termin hinzufügen“ und stellen die gewünschten Termine ein.

Bei Fragen oder Unsicherheiten hilft Ihnen das Team der Terminservicestelle **montags bis donnerstags von 8 bis 17 Uhr und freitags von 8 bis 13 Uhr unter 0211 5970 8988** gern weiter.



Neuer Anlauf für die Impfkampagne

Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach hat einen „heißen Corona-Herbst“ prophezeit. Damit Deutschland nicht überhitzt, hat er Impfstoffe geordert, die auch gegen die neuen Varianten des SARS-CoV-2-Erregers wirken sollen. Die ersten Bestellungen sind jetzt in den Praxen angekommen. Zur Prävention eines schweren Verlaufs einer Corona-Infektion können Niedergelassene außerdem das Medikament Paxlovid direkt an Patientinnen und Patienten abgeben.

Die Europäische Kommission hat die beiden neuen bivalenten Impfstoffe von Biontech/Pfizer und Moderna, die sowohl gegen den Wildtyp des Coronavirus als auch gegen die Omikronvariante BA.1 wirken sollen, am 1. September 2022 für Personen ab zwölf Jahren für Auffrischimpfungen zugelassen. Die Auslieferung durch die Hersteller hat unmittelbar danach begonnen. An NRW gingen in der ersten Tranche rund zwei Millionen Impfstoffdosen von Biontech/Pfizer und 870.000 Dosen des neuen Moderna-Impfstoffs. Deutschland erhält nach Angaben des Bundesgesundheitsministeriums (BMG) im September insgesamt rund zehn Millionen Dosen des BA.1-Impfstoffes von Biontech/Pfizer und weitere rund vier Millionen Dosen von Moderna. Das BMG erwartet, dass Ende September/Anfang Oktober außerdem an die Omikronvarianten BA.4 und BA.5 angepasste Impfstoffe zugelassen werden.

BA.1-Impfstoffe bereits bestellbar

Arztpraxen können die neuen Booster-Impfstoffe im Rahmen ihrer wöchentlichen Impfstoffbestellung bis jeweils Dienstag, 12 Uhr, bei ihrer Apotheke ordern. Der neue bivalente Impfstoff wird mit dem Zusatz „Orig./BA.1“ auf dem Rezept (Muster 16) versehen – also „Comirnaty Orig./BA.1“ beziehungsweise „Spikevax Orig./BA.1“. Für den neuen und den bisherigen Biontech/Pfizer-Impfstoff (Comirnaty Orig./BA.1 sowie Comirnaty) gibt es eine Höchstbestellmenge von jeweils 240 Dosen pro Ärztin/Arzt. Der Kinder-Impfstoff von Biontech/Pfizer sowie alle anderen vom Bund zur Verfügung gestellten Vakzine sind ohne Mengenbegrenzung bestellbar.

Bei neuen Impfstoffen beachten

Beide Impfstoffhersteller haben eine Zulassung ihres angepassten Impfstoffes ausschließlich für Auffrischimpfungen beantragt. Die Impfstoffe dürfen damit nicht für eine Grundimmunisierung eingesetzt werden. Hierfür stehen weiterhin die bisher eingesetzten Vakzine bereit. Bezüglich Lagerung und Haltbarkeit gibt es bei den angepassten Impfstoffen von Biontech/Pfizer und Moderna keine Unterschiede zu den bis-

herigen Vakzinen. Der Comirnaty Orig./BA.1-Impfstoff von Biontech/Pfizer wird als Fertiglösung bereitgestellt, es ist keine Rekonstitution erforderlich. Eine Flasche (Vial) enthält wie gewohnt sechs Impfdosen. Bei dem neuen Spikevax Orig./BA.1-Impfstoff kommt das Vial mit fünf Dosen für die Boosterimpfungen.

Neu: Valneva zur Grundimmunisierung

Arztpraxen können nun auch den COVID-19-Impfstoff Valneva bestellen. Valneva ist ein „Totimpfstoff“, der allerdings noch nicht an Omikron angepasst ist. Die EU-Kommission hat den COVID-19-Impfstoff für Personen zwischen 18 und 50 Jahren zugelassen. Er kann für die Grundimmunisierung verwendet werden. Laut Fachinformation soll die zweite Dosis 28 Tage nach der ersten Dosis verabreicht werden.

Bei dem inaktivierten, adjuvantierten Ganzvirusimpfstoff Valneva handelt es sich um eine Fertiglösung, es ist keine Rekonstitution erforderlich. Er kann bis zu 15 Monate bei Kühlschranktemperaturen gelagert werden. Geöffnete Durchstechflaschen sind innerhalb von sechs Stunden zu verbrauchen. Eine Flasche enthält zehn Dosen je 0,5 ml. Die Haltbarkeit für den Impfstoff war erst kürzlich von neun auf 15 Monate verlängert worden. Vials mit einem aufgedruckten Haltbarkeitsdatum 30. September 2022 sind nunmehr bis 31. Dezember 2022 verwendbar.

Dispensierrecht für Paxlovid

Ab sofort dürfen hausärztlich tätige Vertragsärztinnen und -ärzte das oral anwendbare antivirale Medikament Paxlovid zur Behandlung von COVID-19 bevorraten und direkt an ihre Patientinnen und Patienten abgeben. Möglich ist eine Lagerung von bis zu fünf Packungen je Arztpraxis. Eine Packung des Arzneimittels entspricht einer Therapieeinheit und ist ausreichend für einen Behandlungszyklus von fünf Tagen. Der Bezug erfolgt über die Apotheke, in der üblicherweise auch der Sprechstundenbedarf bezogen wird.

Paxlovid kann schwere Krankheitsverläufe verhindern. Es ist seit dem 28. Januar 2022 in der Europäischen Union zugelassen und soll zur Behandlung symptomatischer, nicht hospitalisierter COVID-19-Patientinnen und -Patienten eingesetzt werden, die ein erhöhtes Risiko für einen schweren Krankheitsverlauf, aber keinen zusätzlichen Sauerstoffbedarf haben. Die Therapie kann bei entsprechender klinischer Symptomatik auf Grundlage eines positiven Schnelltestes initiiert werden, die Bestätigung durch PCR-Test wird empfohlen.

Therapiebeginn innerhalb von fünf Tagen

Paxlovid sollte so früh wie möglich und innerhalb der ersten fünf Tage nach Symptombeginn verabreicht werden. Vorsicht ist bei der Einnahme mit bestimmten anderen Medikamenten geboten. Durch den CYP3A4-Hemmer Ritonavir sind die zahlreichen Wechselwirkungen zu beachten. Auch Patientinnen und Patienten mit stark eingeschränkter Nieren- und Leberfunktion sollten das Präparat nicht erhalten. Ebenfalls nicht empfohlen ist Paxlovid während der Schwangerschaft und für Frauen im gebärfähigen Alter, die keine Verhütungsmittel anwenden.

Bestellung von Paxlovid

Ärztinnen und Ärzte stellen eine Verordnung ohne Namensnennung auf dem Arzneimittelrezept (Muster 16) aus. Als Kostenträger geben sie, wie bei der Bestellung von Impfstoffen

gegen COVID-19, das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) mit dem IK 103609999 an. Nach Abgabe des Arzneimittels können in entsprechender Anzahl neue Packungen nachbestellt werden – bis zur maximalen Bevorratung von fünf Therapieeinheiten (Packungen).

Unabhängig von der neuen Regelung ist es weiterhin möglich, dass Haus- und Fachärztinnen/-ärzte patientenindividuell Verordnungen ausstellen, die die Patientinnen und Patienten selbst in der Apotheke einlösen. Für fachärztlich tätige Vertragsärztinnen und -ärzte sowie Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte bleibt dies der alleinige Beschaffungs- und Versorgungsweg.

Abrechnung und Vergütung

Für den Aufwand im Zusammenhang mit der Abgabe des Medikaments erhalten Ärztinnen und Ärzte eine Vergütung von 15 Euro je abgegebene Packung. Diese Regelung ist zeitlich befristet und gilt zunächst für Verordnungen bis 30. September 2022. Die Leistung ist monatlich abrechenbar mit der Pseudoziffer 88125. Die Abrechnung für die Monate August und September muss spätestens bis zum 31. Oktober 2022 erfolgen.

KVI 220915

■ THOMAS LILLIG

Drei Fragen an ...

Dr. med. Guido Pukies, Hausarzt in Neuss

Über die Abgabe oder Verschreibung von Paxlovid sollen Hausärztinnen und -ärzte nach patientenindividueller Abwägung entscheiden. Bislang wurde von dieser Therapiemöglichkeit wenig Gebrauch gemacht. Haben Sie bereits Paxlovid verordnet?

Dr. Pukies: Nein, das war bislang nicht erforderlich. In unserer Praxis haben wir einen sehr hohen Anteil geimpfter Patientinnen und Patienten. Insbesondere diejenigen mit gesundheitlichen Risiken sind praktisch alle geimpft und geboostert. Weil wir auch bei den Boosterimpfungen nach individueller Beratung über die Empfehlungen der Ständigen Impfkommission hinaus geimpft haben, ist die Zahl der Patientinnen und Patienten mit COVID überschaubar. Somit musste ich erfreulicherweise gar nicht abwägen, ob ich es hätte verordnen müssen.

Können Sie denn nachvollziehen, dass viele Hausärztinnen und -ärzte zurückhaltend bei der Verordnung von Paxlovid sind?

Dr. Pukies: Definitiv ja!

Was könnten die Gründe dafür sein? Sogar Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach hat es schließlich genommen ...

Dr. Pukies: Paxlovid ist nur mit einer „bedingten Zulassung“ und nur für die Behandlung Erwachsener mit COVID-Erkrankung und erhöhtem Risiko für einen schweren Krankheitsverlauf zugelassen. Für Personen ohne Risikofaktoren ist laut Hersteller kein Nutzen belegt. Die Datenlage ist also ernüchternd. Erschwerend kommt hinzu, dass viele weit verbreitete Medikamente kontraindiziert sind. Dass der Bundesgesundheitsminister es dennoch öffentlichkeitswirksam eingenommen hat, kann daher eigentlich nur bedeuten, dass er zu einer Risikogruppe gehört, sonst hätte er es studien- und zulassungskonform sicher nicht genommen. Ich wünsche ihm alles Gute!



Das Interview führte Thomas Lillig

Beitritt der BARMER zum 1. Oktober 2022

Ab dem 1. Oktober 2022 können auch Versicherte der BARMER im Rahmen des Vertrages zur Früherkennung und Betreuung chronisch obstruktiver Lungenerkrankung (COPD) versorgt werden. Hierzu ist die BARMER dem Vertrag mit der IKK classic beigetreten, an dem auch bereits die Kaufmännische Krankenkasse und die HEK teilnehmen. Über den inhaltsgleichen Vertrag über den BKK-Landesverband Nordwest bieten auch einzelne BKKen diese Versorgung an. Ein Überblick über die Vertragsinhalte.



Der COPD-Vertrag verbessert die Versorgung.

Teilnahmeberechtigte Ärztinnen und Ärzte

- Hausärztinnen und -ärzte, die nach Paragraph 73 Absatz 1 a SGB V an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen
- Fachärztinnen und -ärzte
 - für Lungen- und Bronchialheilkunde
 - für Innere Medizin mit der Schwerpunktbezeichnung Pneumologie oder Pulmologie
 - für Innere Medizin mit dem Nachweis einer mindestens zwölfmonatigen Weiterbildung in einer pneumologischen Abteilung mit Weiterbildungsermächtigung

Die ärztliche Teilnahme ist gegenüber der KV Nordrhein schriftlich zu erklären. Dabei müssen die apparativen Voraussetzungen zur Durchführung von Spirometrien in der Betriebsstätte erfüllt sein.

Versorgungsinhalte

Der COPD-Vertrag ist modular aufgebaut. Die teilnahmeberechtigten Versicherten werden entweder in Modul 1, hier geht es um ein Screening zur frühzeitigen Diagnostik einer COPD, oder in Modul 2, das die Betreuung gesicherter COPD-Patientinnen und -Patienten umfasst, betreut.

Modul 1 (Screening)

Das Screening kann von genannten Haus- und Fachärztinnen und -ärzten bei Versicherten der teilnehmenden Krankenkassen ohne eine bisher gesicherte COPD-Erkrankung durchgeführt werden, wenn diese mindestens 35 Jahre alt sind und folgende Aufgreifkriterien für ein COPD-Screening vorliegen:

1. chronische Bronchitis (ohne gesicherte COPD) und
2. mindestens eines der folgenden Risikomerkmale:
 - A. Rauchen respektive Rauchen in der Vergangenheit
 - B. berufliche Vorbelastung (zum Beispiel Rauch von Verbrennungen, chemische Dämpfe, Gase, Feinstaub)

Neben der Anamnese ist eine Spirometrie durchzuführen, aus dessen Ergebnis sich zwei mögliche Abläufe ergeben. Sollte eine COPD nicht festgestellt werden, ist der Patient über das Ergebnis, seine Risiken sowie präventive Maßnahmen zu beraten. Eine Wiederholung des COPD-Screenings kann frühestens nach Eintreten eines neuen Krankheitsfalls und maximal zwei Mal erfolgen. Liegt eine gesicherte COPD-Erkrankung mit einem spirometrischen FEV1/FVC-Wert von weniger als 70 Prozent vor, soll der Patient oder die Patientin hinsichtlich der COPD-assoziierten Begleiterkrankungen und erforderlichen Lebensstiländerungen beraten und über das Modul 2 weiter betreut werden.

Modul 2 (Betreuung)

Neben den im Rahmen des Screenings (Modul 1) neu festgestellten COPD-Patientinnen und -Patienten können in Modul 2 auch Betroffene eingeschrieben werden, bei denen bereits im Vorfeld eine gesicherte COPD-Diagnose vorgelegen hat

Weiter auf S. 18

Versorgungspfad zum COPD-Vertrag

Modul 1: Screening potenzielle COPD-Patientinnen/-Patienten

**Patientinnen/
Patienten**

ab 35 Jahren mit chronischer Bronchitis (ohne COPD-ICD) + Rauchen und/oder berufliche Vorbelastung (Gase, Feinstaub, chemische Dämpfe etc.)

Patienten-Teilnahmeerklärung
an die KV Nordrhein

Screening
(Spirometrie + Dokumentation)

**Leistungen
Haus- und
Fachärztinnen/
-ärzte**

**FEV1/FVC-Wert < 70 %
+ gesicherte COPD:**
Patientengespräch zur Erfassung der individuellen Situation, Berücksichtigung COPD-assoziiierter Begleiterkrankungen und Lebenszielveränderung, Überprüfung einer Therapieanpassung, Motivation zur Teilnahme am DMP COPD und
Weiterbetreuung über Modul 2

FEV1/FVC-Wert > 70 %:
ausführliche Beratung über Untersuchungsergebnis, Gefahren sowie Begleiterkrankungen einer COPD und Motivation zum Tabakverzicht sowie Sport und Bewegung

1x im KHF* SNR 91510 = 10 €

maximal 2
Wiederholungen

Modul 2: Betreuung gesicherte COPD-Patientinnen/-Patienten

**Patientinnen/
Patienten**

mit gesicherter COPD
aus Modul 1

oder

mit im Vorfeld bereits gesicherter COPD
ohne Altersbeschränkung

bereits über Modul 1
eingeschrieben

Patienten-Teilnahmeerklärung
an die KV Nordrhein

Hausärztliche Betreuung (maximal 2 Quartale im Kalenderjahr)

**Leistungen
Hausärztin/
-arzt**

- maximal 2 Quartale im Jahr (möglichst am DMP-Intervall orientiert)
- Erhebung und Überprüfung des Krankheitsverlaufs anhand des CAT*-Fragebogens
- Schweregradstratifizierung nach CAT auf Basis der aktuellen Leitlinie bei Einbezug stationärer/ambulanter Behandlung bei Exazerbation
- intensives Patientengespräch (Arzneimittel, Begleiterkrankungen, Lebensstilveränderung, Impf- und DMP-Status)
- regelmäßige Überweisung an den Facharzt nach den Vorgaben der Versorgungsfelder 1-3 (maximal 2 Quartale im Kalenderjahr) SNR 91520 = 20 €

Überweisung
1x im KHF

SNR 91522 = 5 €

Überweisung inklusive (telefonischer) Terminabstimmung

SNR 91523 = 10 €

Überweisung
maximal 2x im KHF

SNR 91525 = 5 €

Versorgungsfeld 1

Exazerbationsrisiko und/oder Förderung Adhärenz
maximal 1x im KHF

**Leistungen
Fachärztin/
-arzt**

- intensivierete Beratung des Patienten
- Überprüfung der Zweckmäßigkeit-/Notwendigkeit der aktuellen Medikation
- Berücksichtigung von Komorbiditäten
- erweiterte Device-Schulung

SNR 91532 = 20 €

Versorgungsfeld 2

nach akuter Exazerbation oder stationärem Aufenthalt

- Terminvergabe innerhalb von zwei Werktagen nach Kontakt Hausarzt
- Therapieintensivierung mit Bronchodilatoren, Überprüfung der Notwendigkeit einer kurzfristigen Gabe systemischer Glucocorticoide

SNR 91533 = 20 €

Überprüfung 1.-4. Woche nach Umstellung

„Follow-up“ innerhalb der 1.-4. Woche nach 91533 zur Überprüfung der Exazerbationsmedikation und Inhalationstechnik

SNR 91534 = 20 €

Versorgungsfeld 3

Verdacht oder Überprüfung LOT
maximal 2x im KHF

- Überprüfung bei Verdacht auf LOT* oder halbjährliche Überprüfung einer bestehenden LOT
- mindestens zwei Blutgasanalysen
- Information des Patienten, ob initial oder weiterhin eine LOT erforderlich bzw. ob die bestehende/n Therapie/ Hilfsmittel anzupassen sind

SNR 91535 = 30 €

* KHF = Krankheitsfall;
LOT = Langzeitsauerstofftherapie;
CAT = COPD-Assessment-Test

und klinisch auffällige Verläufe eine intensive Betreuung aktuell erfordern. Hierzu zählen unter anderem das Vorliegen rezidivierender Infekte, eine erhöhte Exazerbationsrate, klinisch relevante Komorbiditätsausprägungen und Probleme in Bezug auf die Arzneimitteltherapie. Bei diesen Patientinnen und Patienten soll im Rahmen der hausärztlichen Betreuung zweimal im Krankheitsfall der Krankheitsverlauf mithilfe des Fragebogens des COPD-Assessment-Tests (CAT) überprüft, der Schweregrad der COPD-Erkrankung festgelegt und ein krankheitsorientierendes intensives Patientengespräch geführt werden. Ebenso sind die Versicherten für eine Teilnahme am Disease-Management-Programm COPD zu motivieren. Darüber hinaus sollen (regelmäßige) Überweisungen an den Facharzt oder die Fachärztin nach den beschriebenen drei Versorgungsfeldern erfolgen (siehe Abbildung zu Modul 2). Auf der Überweisung sind der Überweisungsgrund sowie der Vermerk „Vertrag COPD“ vom Hausarzt anzugeben.

Im Versorgungsfeld 1 überweist der Hausarzt oder die Hausärztin den teilnehmenden Patienten oder die teilnehmende Patientin mit Schweregrad C/D (gemäß CAT), das heißt bei erhöhtem Exazerbationsrisiko und zur Förderung der Adhärenz, einmal im Krankheitsfall an einen teilnehmenden Facharzt oder eine teilnehmende Fachärztin. Dieser oder diese prüft unter anderem umfassend die Arzneimitteltherapie(n) und erörtert mit den Betroffenen die aktuelle Krankheitssituation. Des Weiteren erhält der Patient oder die Patientin eine umfassende Device-Schulung.

Das Versorgungsfeld 2 greift bei einer akuten Exazerbation oder Exazerbation nach stationärem Aufenthalt. Hier vereinbaren Haus- und Fachärztinnen und -ärzte innerhalb von zwei Werktagen – vorrangig telefonisch – einen Termin zur Bewertung der klinischen Situation und Medikation. Bei Einleitung einer Therapieintensivierung mit Bronchodilatoren ist diese innerhalb der nächsten vier Wochen zu überprüfen („Follow-up“).

Im Versorgungsfeld 3 sind die Betroffenen bei einem Verdacht auf Indikation für eine Langzeitsauerstofftherapie (LOT) oder zur halbjährlichen Überprüfung einer bestehenden LOT an den Facharzt oder die Fachärztin zu überweisen. Dabei führt dieser oder diese jeweils mindestens zwei Blutgasanalysen durch und informiert den Patienten umfassend, ob initial oder weiterhin eine LOT erforderlich ist beziehungsweise ob die bestehende Therapie angepasst werden muss.

Abrechnung und Vergütungen

Alle vereinbarten Leistungen werden außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung und somit extrabudgetär vergütet. Eine gleichzeitige Teilnahme und Abrechnung neben dem DMP-Vertrag Asthma/COPD ist erlaubt.

Für eine Leistungsabrechnung müssen Patientinnen und Patienten ihre Teilnahme schriftlich erklären. Diese ist von der Praxis an die KV Nordrhein zu übermitteln.

Teilnehmende und beigetretene Krankenkassen (zum Redaktionsschluss)

Krankenkassen	VKNR
IKK classic	95301
KKH	17603
HEK	02606
BARMER (ab 01.10.2022)	72601

Betriebskrankenkassen	VKNR
vivida BKK	58434
BKK 24	09416
BKK B.Braun Aesculap	42401
BKK Linde	45411
BKK Mahle	61435
BKK Miele	19473
BKK Pfalz	49411
BKK Public	07430
BKK Salzgitter	07417
BKK Technoform	08425
BKK VDN	18544
BKK VerbundPlus	62461
Continental BKK	02422
energie BKK	09450
NOVITAS BKK	02407
R+V BKK	45405
TUI BKK	09452
BKK Wirtschaft& Finanzen	42406

Alle Vertragsunterlagen inklusive Teilnahmeerklärungen für Ärztinnen und Ärzte sowie Patientinnen und Patienten, ein Merkblatt mit allen detaillierten Informationen zum Vertrag sowie eine fortlaufende Liste der teilnehmenden BKKen finden Sie auf [kvno.de](https://www.kvno.de)

KV | 220918

■ TORSTEN KLÜSENER

Kampagne zur HPV-Impfung gestartet

Der Nutzen der Impfung gegen humane Papillomviren (HPV) ist nicht ausreichend bekannt. Deswegen starten die AOK Rheinland/Hamburg und die KV Nordrhein eine gemeinsame Informationskampagne zu diesem Thema. Kinder- und jugendärztliche Praxen sowie gynäkologische Praxen können die Kampagne unterstützen. Materialien dazu sind ab sofort bestellbar.



Der überwiegende Teil der Eltern hält Schutzimpfungen für Kinder grundsätzlich für sinnvoll. Nach einer repräsentativen Umfrage im Auftrag der AOK Rheinland/Hamburg vertreten vier von fünf Eltern (79 Prozent) diese Meinung. Doch es gibt auch noch Aufklärungsbedarf bei diesem Thema. So gibt mehr als jeder dritte Vater und mehr als jede dritte Mutter (35 Prozent) an, nicht zu wissen, dass auch Schutzimpfungen gegen bestimmte Krebserkrankungen existieren, beispielsweise gegen HPV, die das Risiko für Krebs im genitalen Bereich erhöhen.

Deshalb haben die KV Nordrhein und die AOK Rheinland/Hamburg eine Kampagne ins Leben gerufen, um die HPV-Impfung für Kinder und Jugendliche bekannter zu machen und die Impfquote zu steigern. Dr. med. Frank Bergmann, Vorstandsvorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein, sagt: „Es besteht großes Vertrauen in die niedergelassene Ärzteschaft sowie in die Krankenkassen beim Thema Impfungen. Im Kampf gegen den Gebärmutterhalskrebs müssen wir dieses Vertrauen mobilisieren und gezielt Aufklärung betreiben, um durch frühzeitige Prävention bestmöglich vor einer Erkrankung zu schützen.“ Nur 59 Prozent der Eltern fühlen sich grundsätzlich ausreichend über Nutzen und Risiken von Impfungen informiert. Im Falle der HPV-Impfung erklären rund 40 Prozent, bislang noch nicht von ihrem Kinderarzt oder ihrer Kinderärztin auf das Angebot hingewiesen worden zu sein. Dabei schenken die Eltern vor allem dieser Berufsgruppe großes Vertrauen: 63 Prozent finden, dass Kinderärztinnen und -ärzte am glaubwürdigsten über die HPV-Impfung aufklären könnten. Auch den Gynäkologinnen und Gynäkologen (44 Prozent) sowie den Krankenkassen (32 Prozent) wird eine vergleichsweise hohe Glaubwürdigkeit zugesprochen.

HPV-Impfung ab neun Jahren

„Gebärmutterhalskrebs ist weltweit die vierthäufigste Krebserkrankung bei Frauen. In Deutschland erkranken jährlich etwa 4600 Frauen neu, 1600 sterben daran. Durch eine hohe

Impfquote beider Geschlechter kann ein Gemeinschaftsschutz erreicht werden. Mediziner raten zur HPV-Impfung im Kindesalter ab neun Jahren. Die Kosten dafür übernehmen die gesetzlichen Krankenkassen“, sagt Günter Wältermann, Vorstandsvorsitzender der AOK Rheinland/Hamburg. Die Ständige Impfkommission am Robert Koch-Institut empfiehlt die HPV-Impfung für Kinder und Jugendliche im Alter von neun bis 14 Jahren, gegebenenfalls auch bis 17 Jahre – idealerweise vor den ersten Intimkontakten. Die Empfehlung richtet sich sowohl an Jungen als auch an Mädchen, da die Impfung beide Geschlechter vor potenziell krebsauslösenden Viren schützt. Eine schwedische Studie hat gezeigt, dass das Risiko für Gebärmutterhalskrebs bei Frauen, die bei der HPV-Impfung jünger als 17 Jahre alt waren, um 88 Prozent niedriger lag als bei Frauen, die keine Impfung erhalten haben. Außerdem wirkt die Impfung gegen Genitalwarzen.

■ KVNO UND AOK RHEINLAND/HAMBURG

Unterstützen Sie unsere Kampagne!

Machen Sie Ihre Patientinnen und Patienten auf die HPV-Impfung aufmerksam. Wir unterstützen Sie gern mit Informationsmaterial. Ein Flyer zur Kampagne liegt dieser Ausgabe der KVNO aktuell bei. Weitere Exemplare können Sie kostenlos in folgenden Sprachen für Ihre Praxis beim Formularversand bestellen: Deutsch, Englisch, Türkisch, Arabisch und Russisch. Den Bestellschein finden Sie auf [kvno.de](https://www.kvno.de)

GVP Bonn-Rhein-Sieg gGmbH | diekonfektionierer
Pfaffenweg 27
53227 Bonn
Telefon 0228 9753 1900
Fax 0228 9753 1905
E-Mail formular.versand-kvno@gvp-bonn.de



EBM

Vergütung für Reha-Verordnung angehoben

Die Verordnung medizinischer Rehabilitation zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung wird rückwirkend ab 1. Juli 2022 höher vergütet. Das teilt die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) mit. Außerdem wird ein Zuschlag im Zusammenhang mit der Beantragung einer geriatrischen Rehabilitation eingeführt.

Um den Zugang der Versicherten zu einer medizinischen Rehabilitation zu erleichtern, traten zum 1. Juli mehrere Änderungen in Kraft, insbesondere bei der Verordnung einer geriatrischen Rehabilitation. Auf die Arzt- und Psychotherapiepraxen kommen dadurch zusätzliche Aufgaben zu. So müssen sie vor jeder Verordnung die gesetzlich vorgegebenen Einwilligungserklärungen von Versicherten einholen. Der Bewertungsausschuss hat daher den EBM angepasst.

Höhere Bewertung der GOP 01611

Die Gebührenordnungsposition (GOP) 01611 für die Verordnung medizinischer Rehabilitation wird um 13 Punkte auf 315 Punkte (35,49 Euro) angehoben. Dies vergütet den Mehraufwand, der den Arzt- und Psychotherapiepraxen unter anderem durch die neuen gesetzlich vorgegebenen Einwilligungserklärungen von Versicherten entsteht.

Neue GOP 01613 bei geriatrischer Reha

Für die Verordnung einer geriatrischen Rehabilitation sind seit Juli 2022 mindestens eine rehabilitationsbegründende Funktionsdiagnose und mindestens zwei geriatrietypische Diagnosen auf dem Ordnungsformular 61 anzugeben. Die Schädigungen, die aus den Diagnosen hervorgehen, sind durch zwei Funktionstests aus unterschiedlichen Schädigungsbereichen nachzuweisen.

Hierfür wurde mit der GOP 01613 ein neuer Zuschlag in den Abschnitt 1.6 EBM aufgenommen. Er ist mit 75 Punkten bewertet (8,45 Euro), die Vergütung erfolgt außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung.

Die Berechnung ist einmal im Krankheitsfall durch folgende Fachgruppen möglich: Hausärztinnen und -ärzte, Fachärztinnen und -ärzte für Innere Medizin, Fachärztinnen und -ärzte für Orthopädie, Fachärztinnen und -ärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie, Fachärztinnen und -ärzte des Gebiets Chirurgie, Fachärztinnen und -ärzte für Physikalische und Rehabilitative Medizin sowie für Fachärztinnen und -ärzte, die nach Kapitel 16 und 21 EBM Leistungen abrechnen können.

Die KBV hat alle wichtigen Neuerungen in einer Praxisinfo zusammengefasst. Diese steht im Internet auf [kbv.de](https://www.kbv.de) zum Download zur Verfügung.

KVI 220920

Abrechnung: Telefonische Beratung und Portokosten

Die Zuschläge im EBM für eine eingehende telefonische Beratung werden trotz hoher Corona-Infektionszahlen nicht wieder eingeführt. Das berichtet die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV). Die Kassenseite lehnte eine Wiedereinführung der Zuschläge ab. Auch im Erweiterten Bewertungsausschuss fand sich keine Mehrheit für die Wiederaufnahme der Gebührenordnungspositionen 01433 und 01434, da eine pandemische Lage mit nationaler Tragweite nicht mehr vorliegt.

Damit wird die telefonische Beratung Versicherter im Zusammenhang mit einer Krankschreibung ausschließlich über die Versicherten-, Grund- und Konsiliarpauschale vergütet. Sollte die Patientin oder der Patient in dem Quartal nicht persönlich in die Sprechstunde oder in eine Videosprechstunde kommen, ist die GOP 01435 berechnungsfähig.

Die Zuschläge für eine eingehende telefonische Beratung wurden als Corona-Sonderregelung im April 2020 eingeführt. Sie waren bis Ende März 2022 unter anderem auch im Zusammenhang mit einer telefonischen Krankschreibung berechnungsfähig.

Portokosten wieder abrechenbar

Wieder abgerechnet werden kann das Porto für den Versand der Arbeitsfähigkeits-Bescheinigungen an die Versicherten. Die Abrechnung erfolgt über die GOP 88122 (90 Cent). Auch die Ausstellung einer „Ärztlichen Bescheinigung für den Bezug von Krankengeld bei der Erkrankung eines Kindes“ (Muster 21) ist wieder telefonisch möglich. Die zwischen KBV und Krankenkassen getroffene Vereinbarung wird wieder aufgenommen. Hierfür gilt ebenfalls die Portoregelung.

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat die Sonderregelung zur telefonischen Feststellung einer Arbeitsunfähigkeit bis 30. November 2022 befristet. Bis dahin soll eine Entscheidung getroffen werden, ob künftig unabhängig von Corona bei bekannten Patientinnen und Patienten erstmalige Krankenschreibungen für einen begrenzten Zeitraum von bis zu sieben Kalendertagen auch per Telefon möglich sein sollen.

ASV: Strahlentherapie und Fallkonferenzen angepasst

Fallkonferenzen zur Behandlung chronisch entzündlicher Darmerkrankungen können jetzt schon in der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) durchgeführt werden. Sie sind als Abschnitt-2-Leistung im Appendix zur ASV-Anlage 1.1c, Chronisch entzündliche Darmerkrankungen, aufgenommen.

Zum 1. Oktober 2022 wird die Leistung in das ASV-Kapitel 50 des EBM überführt und dazu ein neuer Abschnitt 50.6 mit der GOP 50600 aufgenommen. Diese ist mit 201 Punkten (22,65 Euro) bewertet. Sie kann nur von der Ärztin oder dem Arzt abgerechnet werden, der die Patientin beziehungsweise den Patienten in der Konferenz vorstellt, nicht von den anderen Konferenz-Teilnehmenden. Die GOP ist im Regelfall einmal im Kalendervierteljahr pro Patientin oder Patient berechnungsfähig (bei medizinischer Notwendigkeit im Einzelfall höchstens zweimal).

Weitere Änderung: Rückwirkend zum 1. Juli 2022 werden die abrechnungsfähigen GOP in der ASV an den aktuellen Stand des EBM angepasst. Zum 1. Juli waren im Kapitel 25 EBM mehrere Zuschläge in andere GOP überführt und dementsprechend gelöscht worden.

Jetzt werden diese Zuschläge (GOP 25325, 25326 und 25327) ebenfalls aus dem Abschnitt 1 der Appendizes der folgenden Anlagen zur ASV-Richtlinie herausgenommen: Gastrointesti-



In der ASV übernehmen interdisziplinäre Ärzteteams gemeinsam die hochspezialisierte Versorgung.

nale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle, Gynäkologische Tumoren (mit und ohne Subspezialisierung), Urologische Tumoren, Hauttumoren, Tumoren der Lunge und des Thorax, Kopf- oder Halstumoren sowie Tumoren des Gehirns und der peripheren Nerven.

Zudem wird die GOP 25318 aus dem Abschnitt 1 des Appendix der ASV-Anlage Tumoren des Gehirns und der peripheren Nerven gestrichen.

ASV: Jährliche Anpassungen in Kraft getreten

Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGAs) können jetzt auch in der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) verordnet werden. Für die Erstverordnung von DiGAs können Ärztinnen und Ärzte die GOP 01470 im EBM abrechnen.

Alle Symbolnummern im Internet

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

Eine aktuelle Übersicht der in diesen Verträgen geltenden Symbolnummern finden Sie im Internet unter [kvno.de](https://www.kvno.de) **KV|220921**

Weitere inhaltliche Änderungen betreffen die Anlage Gynäkologische Tumoren, die eine MRT der Mamma bei erweiterten Indikationen in der ASV vorsieht.

Zudem wurden bestehende PET-Untersuchungen präzisiert und um spezifische Indikationen in den Anlagen Gastrointestinale Tumoren und Urologische Tumoren ergänzt.

Im Rahmen seiner jährlichen Überprüfung des Leistungsumfangs in der ASV hatte der Gemeinsame Bundesausschuss die Appendizes der erkrankungsspezifischen Anlagen der ASV-Richtlinie im März 2022 aktualisiert und an den Stand des EBM vom 1. Oktober 2021 angepasst. Leistungen, die nach EBM abgerechnet werden können, werden nun auch in der ASV vergütet, wenn sie für die Behandlung der einzelnen Erkrankungen relevant sind.

Vergütung für psychiatrische und psychotherapeutische Komplexversorgung

Die Vergütung für die neue Komplexversorgung schwer psychisch kranker Menschen ist jetzt geregelt. Damit kann das Versorgungsprogramm zum 1. Oktober 2022 starten.

Kern der ambulanten Komplexversorgung ist eine aufeinander abgestimmte multiprofessionelle Behandlung mit dem Ziel, Versorgungsbrüche zu vermeiden und die Betroffenen bei einem eigenständigen Leben zu unterstützen. Dazu werden mehrere neue Leistungen für zusätzlich anfallende Aufgaben wie die Eingangssprechstunde, die Koordination der Behandlung und die Fallkonferenzen in den EBM aufgenommen.



Zum 1. Oktober 2022 startet ein neues Programm zur Komplexversorgung schwer psychisch kranker Menschen. Die Vergütung dafür steht nun fest.

Es gibt neun Gebührenordnungspositionen (GOP) für die ambulante Komplexversorgung, die ab 1. Oktober in einem neuen Abschnitt 37.5 im EBM aufgeführt sind.

Dazu gehören die Eingangssprechstunde (GOP 37500) und die differentialdiagnostische Abklärung (GOP 37510). Für je vollendete 15 Minuten werden jeweils 26,02 Euro (231 Punkte) gezahlt. Beide Leistungen sind bis zu viermal im Krankheitsfall berechnungsfähig. Die GOP 37510 für die Differentialdiagnostik können ausschließlich Fachärztinnen und -ärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Nervenheilkunde sowie Neurologie und Psychiatrie abrechnen.

Für das Erstellen des Gesamtbehandlungsplans kann der Bezugsarzt oder die Bezugsärztin beziehungsweise der Bezugstherapeut oder die Bezugstherapeutin die GOP 37520 einmal im Krankheitsfall abrechnen (448 Punkte/50,47 Euro). Der Bezugsarzt oder -psychotherapeut beziehungsweise die Bezugsärztin oder -psychotherapeutin, der/die die zentrale Ansprechperson für den Patienten oder die Patientin ist, kann außerdem für zusätzliche Aufgaben einmal im Quartal die GOP 37525 (450 Punkte/50,70 Euro) ansetzen. In dieser Zusatzpauschale ist zum Beispiel die Aktualisierung des Behandlungsplans enthalten.

Eine weitere Zusatzpauschale gibt es für Organisations- und Managementaufgaben sowie technische Aufwände des Netzverbundes, die GOP 37570 (200 Punkte/22,53 Euro) kann der Bezugsarzt oder -psychotherapeut beziehungsweise die Bezugsärztin oder -psychotherapeutin einmal im Quartal abrechnen.

Zwei neue Leistungen gibt es zudem für die Koordination der Versorgung durch eine Medizinische Fachangestellte beziehungsweise einen Medizinischen Fachangestellten oder eine Person, die beispielsweise in psychiatrischer häuslicher Krankenpflege ausgebildet ist. Ihre Aufgabe ist es unter anderem, den Patienten oder die Patientin dabei zu unterstützen, die einzelnen Behandlungsmaßnahmen wahrzunehmen. Der Bezugsarzt oder -psychotherapeut beziehungsweise die Bezugsärztin oder -psychotherapeutin kann hierfür einmal im Quartal die GOP 37530 (577 Punkte/65,01 Euro) abrechnen. Muss der Patient oder die Patientin zu Hause aufgesucht werden, ist die GOP 37535 (166 Punkte/18,70 Euro) berechnungsfähig.

Extra vergütet werden außerdem die Fallbesprechungen, die auch telefonisch oder per Video durchgeführt werden können. Die GOP 37550 (128 Punkte/14,42 Euro je zehn Minuten) kann bis zu viermal im Quartal berechnet werden. Nimmt eine nicht ärztliche Person an der Besprechung teil, zum Beispiel

ein Ergotherapeut oder eine Ergotherapeutin, rechnet der Bezugsarzt oder -psychotherapeut beziehungsweise die Bezugärztin oder -psychotherapeutin zusätzlich die GOP 37551 (128 Punkte/14,42 Euro je zehn Minuten) ab.

Die neuen Leistungen der ambulanten Komplexversorgung können Ärztinnen und Ärzte der Fachrichtungen Psychotherapie und Psychiatrie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Nervenheilkunde, Neurologie und Psychiatrie sowie ärztliche und psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten abrechnen, die sich in einem regionalen Netzwerk zusammengeschlossen haben. Der Netzwerkverbund benötigt zudem eine Genehmigung der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung.

Mehr Infos sowie alle Vergütungen der Leistungen im Überblick unter [kbv.de](https://www.kbv.de)

KV|220923

Neue Leistung zur UGT1A1-Genotypisierung bei Darmkrebs

Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) empfiehlt, vor Beginn einer systemischen Therapie mit irinotecanhaltigen Arzneimitteln bei Darmkrebspatientinnen und -patienten eine UGT1A1-Genotypisierung durchzuführen. Dazu wird zum 1. Oktober 2022 die Gebührenordnungsposition 32868 (50 Euro/einmal im Krankheitsfall

berechnungsfähig) in den Abschnitt 32.3.14 EBM aufgenommen. Sie wird zunächst extrabudgetär vergütet.

Patientinnen und Patienten, die langsame UGT1A1-Metabolisierer sind, haben nach einer Behandlung mit Irinotecan ein erhöhtes Risiko für schwere Neutropenien und Durchfälle. Dieses Risiko steigt mit der Dosierung von Irinotecan. Gemäß der Empfehlung des BfArM kann eine UGT1A1-Genotypisierung hilfreich sein, um diese Patientinnen und Patienten zu identifizieren. Für sie sollte eine geringere Anfangsdosis irinotecanhaltiger Arzneimittel gegeben werden.

Kryokonservierung: Neue GOP bei künstlicher Befruchtung

Für eine künstliche Befruchtung nach einer Kryokonservierung unbefruchteter Eizellen aufgrund einer keimzellschädigenden Therapie muss die Gebärmutterschleimhaut der Patientin hormonell vorbereitet werden. Dazu wird zum 1. Oktober 2022 eine neue Leistung in den EBM aufgenommen. Das berichtet die Kassenärztliche Bundesvereinigung.

Bei der Endometriumsvorbereitung zur Durchführung einer extrakorporalen Befruchtung sind Ultraschall- und Laborkontrollen notwendig. Dafür wird nun die Gebührenordnungsposition (GOP) 08536 in den Abschnitt 8.5 des EBM aufgenommen. Sie ist mit 335 Punkten (37,74 Euro) bewertet und einmal im Zyklusfall berechnungsfähig.

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





Im Rahmen einer künstlichen Befruchtung sind verschiedene Ultraschall- und Laborkontrollen notwendig.

In diesem Zusammenhang hat der Bewertungsausschuss eine Absenkung der GOP 08635 ab der zweiten Stimulationsbehandlung im Zyklusfall beschlossen. Diese GOP ist aktuell mit medizinischer Begründung bis zu dreimal im Zyklus berechnungsfähig und mit 1991 Punkten bewertet. Ab 1. Januar 2023 wird die GOP 08635 bei der ersten Stimulationsbehandlung im Zyklusfall wie bisher mit der vollen Punktzahl, ab der zweiten Stimulationsbehandlung im Zyklusfall jedoch mit 1901 Punkten bewertet.

Lungenkrebs: Neue GOP zur Anwendung des Arzneimittels Tepmetko

Pathologinnen und Pathologen können ab 1. Oktober 2022 bei Patientinnen und Patienten mit einem nicht kleinzelligen Lungenkarzinom vor Beginn einer systemischen Therapie mit Tepmetko den Nachweis einer MET-Exon-14-Skipping-Mutation aus zirkulierender Tumor-DNA durchführen, wie die Kassenärztliche Bundesvereinigung mitteilt.

Für den Nachweis einer MET-Exon-14-Skipping-Mutation aus zirkulierender Tumor-DNA (Liquid Biopsy) wird die Gebührenordnungsposition (GOP) 19465 als Companion Diagnostic neu in den Abschnitt 19.4.4 EBM aufgenommen. Sie ist mit 3934 Punkten (443,21 Euro) bewertet und wird extrabudgetär vergütet.

Die GOP 19465 ist nur dann berechnungsfähig, wenn ein nicht kleinzelliges Lungenkarzinom histologisch nachgewiesen ist und nicht genügend Tumorgewebe als Untersuchungsmaterial zur Verfügung steht oder gewonnen werden kann.

Als Companion Diagnostic in Geweben und Organen kann der Nachweis einer MET-Exon-14-Skipping-Mutation über die

bereits im Abschnitt 19.4.4 EBM enthaltenen GOP berechnet werden.

Pathologinnen und Pathologen müssen für die Untersuchung ein validiertes Verfahren verwenden, für das anhand von Vergleichsproben Nachweisgrenzen von ≤ 1 Prozent für MET-Exon-14-Skipping-Mutationen belegt werden können. Zudem muss das Untersuchungsverfahren Maßnahmen zur Erkennung falsch positiver Mutationsnachweise im Einzelfall vorsehen.

Verträge

Beitritt der hkk zum IVOM-Vertrag

Zum 1. Oktober 2022 tritt die Handelskrankenkasse (hkk) dem bundesweiten IVOM-Vertrag der Techniker Krankenkasse (TK) bei. Ab diesem Zeitpunkt können somit auch für hkk-Versicherte Leistungen nach dem TK-Vertrag erbracht und abgerechnet werden.

Voraussetzung ist, dass die Augenärztin oder der Augenarzt bereits eine Genehmigung für den Vertrag der TK hat.

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

KV | 220924

Vertrag ambulante Kardioversion: Beitritt der BARMER zum 1. Oktober

Die BARMER ist dem Vertrag zur besonderen ambulanten Versorgung mit dem BKK Landesverband Nordwest beigetreten, dem sich auch bereits die BIG direkt gesund angeschlossen hatte. Somit kann die Kardioversion ab dem 1. Oktober 2022 auch für Versicherte der BARMER ambulant über diesen Vertrag erbracht werden. Folgend einige Eckdaten zum Vertrag:

Teilnahmeverfahren

Die ambulante Kardioversion kann bei Patientinnen und Patienten erbracht werden, bei denen eine tachykarde Herzrhythmusstörung gesichert festgestellt wurde und bei denen eine Indikation zur rhythmuserhaltenden Therapie besteht. Bei bestimmten Kontraindikationen ist keine Teilnahme möglich. Um die Behandlung durchführen zu können, müssen die Patientinnen und Patienten die Teilnahmeerklärung ausfüllen, die der einschreibende Arzt oder die einschreibende Ärztin dann im Original an die KV Nordrhein übermittelt.

Leistungen

Am Vertrag können in zwei Versorgungsebenen teilnehmen: Fachärztinnen und -ärzte für Innere Medizin und Kardiologie beziehungsweise Fachärztinnen und -ärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Kardiologie. Diese müssen ihre Teilnahme vorab gegenüber der KV Nordrhein (Anlage 4 des Vertrages) erklären.

In der ersten Versorgungsebene werden die Patientinnen und Patienten durch Überprüfung der speziellen Teilnahmevoraussetzungen und Kontraindikationen identifiziert. Der Kardiologe oder die Kardiologin berät die Patientin oder den Patienten über den Inhalt und den Ablauf der besonderen Versorgung, schreibt sie oder ihn in den Vertrag ein und stimmt das weitere Vorgehen mit dem spezialisierten Kardiologen oder der spezialisierten Kardiologin ab.

In der zweiten Versorgungsebene erfolgt die eigentliche Durchführung der Kardioversion durch die hierfür spezialisierten Kardiologinnen und Kardiologen, die diese neben der Diagnose- und Indikationsstellung zur Kardioversion auch vorbereiten. Die Leistungen der zweiten Versorgungsebene können nur erbracht werden, wenn eine Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung echokardiografischer Untersuchungen vorliegt und bestimmte räumliche, apparative sowie personelle Qualitätsstandards erfüllt sind, etwa ein Überwachungsraum mit EKG-Monitor.

Die Weiterbehandlung wird zwischen den Kardiologinnen und Kardiologen der beiden Versorgungsebenen eng abgestimmt.

Leistungen	Berechtigte Ärztinnen und Ärzte	Symbolnummer	Vergütung
1. Versorgungsebene: umfassende Beratung und Einschreibung der Patientin/ des Patienten	Kardiologinnen/Kardiologen sowie spezialisierte Kardiologinnen/Kardiologen	91400	20,00 € (einmal je Patient/ Patientin)
2. Versorgungsebene: Indikationsstellung sowie Durchführung der ambulanten Kardioversion inklusive Vor- und Nachbehandlung	spezialisierte Kardiologinnen/Kardiologen	91401	370,00 € (maximal 2x im KHF*/ 1x am Tag)

* KHF = Krankheitsfall

Krankenkassen	VKNR
BIG direkt gesund	18306
BARMER ab 01.10.2022	72601

Betriebskrankenkassen	VKNR
Bertelsmann BKK	19557
BKK B. Braun Aescualp	42401
BKK EUREGIO	21407
BKK GILDEMEISTER SEIDENSTICKER	19410
BKK Linde	45411
BKK Miele	18473
BKK Pfalz	49411
BKK Technoform	08425
BKK VerbundPlus	62461
BKK VBU	72421
BKK Wirtschaft & Finanzen	42406
BKK ZF & Partner	47434
BKK 24	09416
Continental BKK	02422
energie-BKK	09450
Heimat Krankenkasse	19418
mhplus BKK	61421
Novitas BKK	02407
pronova BKK	49402
Salus BKK	40410
VIActiv Krankenkasse	18405
vivida BKK	58434
WMF Betriebskrankenkasse	61477
Die Bergische Krankenkasse	37436

Alle Vertragsunterlagen inklusive Teilnahmeerklärungen für Ärzte- und Patientenschaft, ein Merkblatt mit allen detaillierten Informationen zum Vertrag sowie eine fortlaufende Liste der teilnehmenden BKKen finden Sie auf [kvno.de](https://www.kvno.de)

KV|220925



Verordnungsinfos

Verordnungseinschränkung für Febuxostat



Zur Behandlung chronischer Hyperurikämie, die unter anderem zu Gicht führt, kann Febuxostat laut G-BA-Beschluss ab sofort nur noch in Ausnahmefällen zulasten der GKV verordnet werden.

Nach einem Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) ist das Urikostatikum Febuxostat zur Behandlung der chronischen Hyperurikämie nicht mehr ordnungsfähig, wenn es mit Mehrkosten im Vergleich zu Allopurinol verbunden ist. Bei der Behandlung der Hyperurikämie ist das angestrebte Behandlungsziel einer Vermeidung klinischer Komplikationen hyperurikämischer Zustände mit Allopurinol ebenso zweckmäßig, aber kostengünstiger zu erreichen, erklärt der G-BA.

Diese Regelung sieht eine Änderung der Arzneimittel-Richtlinie in Anlage III Nummer 29a vor, die am 18. August 2022 beschlossen wurde und die nach Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft treten wird.

Die Verordnungseinschränkung gilt nicht für Patientinnen und Patienten

- mit Unverträglichkeit oder hohem Risiko für Unverträglichkeit gegenüber Allopurinol oder
- bei denen ein Therapieversuch mit patientenindividuell optimierter Therapie mit Allopurinol erfolglos geblieben ist.

Auf die Unverträglichkeit aufgrund des HLA-B*5801-Allels geht die Fachinformation von Allopurinol ein. Eine unzureichende Wirksamkeit von Allopurinol kann zum Beispiel dann vorliegen, wenn bei eingeschränkter Nierenfunktion in Abhängigkeit von der Kreatinin-Clearance eine Dosisescalation von Allopurinol bis zum Erreichen des therapeutischen Ziels nicht möglich ist. Die Ausnahmen, die zur Wahl von Febuxostat führen, sind bei Verordnung stets in der Patientenakte zu dokumentieren.

Die Regelung ergänzt die bisherigen Einschränkungen der Arzneimittel-Richtlinie zu Gichtmitteln, wonach eine medikamentöse Behandlung zur prophylaktischen Absenkung erhöhter Harnsäurespiegel zulasten der GKV erst möglich ist bei chronischer Niereninsuffizienz, bei Hyperurikämie im Rahmen onkologischer Erkrankungen sowie bei ausbleibendem Therapieerfolg beim Einsatz nicht medikamentöser Maßnahmen.

In Nordrhein wurden 2021 insgesamt 31,9 Millionen definierte Tagesdosen (DDD) Allopurinol und 3,4 Millionen DDD Febuxostat verordnet. Eine DDD Allopurinol (400 mg) kostete durchschnittlich 27 Cent, eine DDD Febuxostat (80 mg) durchschnittlich 41 Cent.

■ HON

Metformin und Vitamin B12

Bei der Einnahme von Metformin in höherer Dosierung oder bei längerer Behandlungsdauer sowie bei Personen mit vorbestehenden Risikofaktoren kann es zu einem verminderten Vitamin-B12-Spiegel beziehungsweise zu Vitamin-B12-Mangel kommen. Darauf weist die Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft (AKdÄ) in einer neuen Drug-Safety-Mail hin; die AKdÄ verweist auf eine Information der britischen Arzneimittelbehörde (MHRA). Zu den Risikofaktoren für einen Vitamin-B12-Mangel zählen höheres Alter, vegetarische oder vegane Ernährung, eine Komedikation mit Protonenpumpenhemmern sowie gastrointestinale Erkrankungen. Klinische Symptome eines Vitamin-B12-Mangels wie

zum Beispiel eine Polyneuropathie können als diabetes- oder altersbedingt fehlinterpretiert werden, so die AKdÄ. Wenn ein Vitamin-B12-Mangel aufgrund von Symptomen wie Polyneuropathie oder Anämie vermutet wird, sollte er im Serum überwacht werden. Eine routinemäßige Bestimmung sieht der EBM hingegen nicht vor. Wasserlösliche Vitamine können als Monopräparate nur bei nachgewiesenem, schwerwiegendem Vitaminmangel, der durch eine entsprechende Ernährung nicht behoben werden kann, zulasten der GKV verordnet werden. So ist es in Anlage I der Arzneimittel-Richtlinie geregelt.

■ HON

Mittel bei Alopecia Areata

Zur Behandlung der Alopecia Areata sind verschiedene Arzneimittel zugelassen, beispielsweise die Kortikoide Triamcinolon und Betamethason und seit 2022 jüngst auch Baricitinib (Olimiant). Die Behandlung des kreisrunden Haarausfalls ist eine Lifestyle-Indikation. Die Mittel können für die Indikation damit nicht zulasten der gesetzlichen Krankenkasse verordnet werden. Dies gilt auch, wenn die Präparate noch nicht in die Anlage II der Arzneimittel-Richtlinie aufgenommen wurden.



Als Lifestyle-Produkte können Kortikoide bei kreisrundem Haarausfall nicht zulasten der GKV verordnet werden.

■ HON

10 Jahre

CIRS NRW

CIRS-NRW-Gipfel

2. November 2022 ab 13 Uhr

Ärztchamber Westfalen-Lippe | Gartenstraße 210-214 | Münster

Patientensicherheit wird im Team entschieden.

www.cirs-nrw.de



Der Umstieg auf den eArztbrief spart Praxen Zeit und Geld

Der Umstieg auf den elektronischen Arztbrief (eArztbrief) lohnt sich für Niedergelassene nicht nur finanziell, sondern macht auch die Prozesse in der Praxis effizienter. Das Personal hat damit mehr Zeit für fachbezogene Tätigkeiten. Zudem ist der eArztbrief nicht nur sicherer, sondern auch schneller beim Empfänger – und für die Umstellung auf die elektronische Variante müssen Praxen in der Regel nicht viel tun.

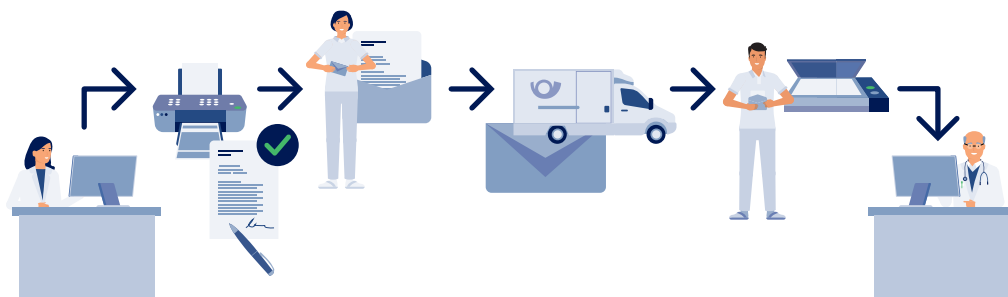
Der Arztbrief bildet das Rückgrat der Behandlungskommunikation zwischen Ärztinnen und Ärzten über einen gemeinsamen Patienten. Pro Jahr werden rund 140.000.000 Arztbriefe im ambulanten und stationären Sektor in Deutschland erstellt. Im niedergelassen Bereich sind es vor allem Fachärztinnen und -ärzte, die Arztbriefe erstellen und an Kolleginnen und Kollegen versenden, von denen Patienten überwiesen wurden.

Zur Arztbrieferstellung bei KV-Mitgliedern besteht eine explizite Verpflichtung über den Bundesmantelvertrag und im EBM sind Honorare dafür ausgewiesen, die integraler Bestandteil einer Behandlung sind. Darüber hinaus versenden Kranken-

häuser Arztbriefe an niedergelassene Haus- und Fachärztinnen und -ärzte als Ergebnis einer stationären Diagnostik oder nach einem Krankenhausaufenthalt (sogenannter Entlassbrief).

Hausärztinnen und -ärzte sind bis auf wenige Ausnahmen Empfänger von Arztbriefen, die von Fachärztinnen und -ärzten oder aus Krankenhäusern kommen. Fachärztinnen und -ärzte können in einer Doppelrolle sein und auch zu Empfangenden werden, wenn es sich um eine Weiterüberweisung ihnen zugewiesener Patientinnen und Patienten handelt. Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten (circa 25 Prozent der KV-Mitglieder) erstellen und erhalten keine Arztbriefe im Sinne des EBM.

So läuft es beim nicht elektronischen Arztbrief



Schneller und einfacher ist der elektronische Arztbrief



Quelle: Zi

Es gibt grundsätzlich zwei unterschiedliche Methoden, einen Arztbrief zu verschicken, mit diversen Variationen:

1. Der Arztbrief wird mit einem Textverarbeitungssystem erstellt, das mit dem Praxisverwaltungssystem (PVS) verbunden ist, aus dem heraus die Patientenstammdaten eingespeist werden.
2. Im PVS werden einzelne Komponenten einer medizinischen Dokumentation (zum Beispiel Anamnesen und Diagnosen) zu einem Arztbrief „zusammengeklickt“.

Anschließend wird der Arztbrief vom PVS zum Versand (per Fax, Ausdruck auf dem Drucker) angeboten. Faxversand macht aktuell 90 Prozent der Versände insgesamt aus und bedeutet in der Regel elektronisches Fax. Das heißt, das Fax wird aus dem PVS heraus ohne Papierausdruck über einen Faxserver digital verschickt. Faxdateien müssen von den Medizinischen Fachangestellten (MFA) (an)gelesen werden, um

eine Zuordnung zu einem Patienten im PVS sicherzustellen. Papierne Faxe und Briefe müssen vor der Zuordnung zur richtigen Patientenakte im PVS noch eingescannt werden.

Was ist ein eArztbrief?

Von einem eArztbrief spricht man, wenn der Inhalt/Text eines Arztbriefes über ein sicheres Ende-zu-Ende-verschlüsselndes E-Mail-System verschickt und empfangen wird. Dazu gab es im Gesundheitswesen als Transportweg KV-Connect, über das in Deutschland etwa zehn Prozent der Arztpraxen verfügen. KV-Connect wird abgelöst vom zugelassenen Kommunikationsdienst KIM in der Telematikinfrastruktur (TI). Seit 1. April 2021 sind andere elektronische Übertragungswege unzulässig und werden nicht mehr vergütet. Vor dem Hintergrund der verpflichtenden Einführung der elektronischen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (eAU), die auch mit KIM transportiert wird, werden spätestens in 2023 nahezu 100 Prozent der Praxen mit KIM erreichbar sein. Der eArztbrief ist im Gegensatz zur eAU jedoch frei-

Welche Vorteile hat der eArztbrief mit KIM?

Versenderseite:

- Wer Fax verschickt, verstößt gegen Datenschutzvorgaben, da Fax heute IP-basiert ist. KIM ist datenschutzrechtlich sauber.
- Gegenüber dem Papier-Arztbrief entfallen beim KIM-eArztbrief Ausdruck und Kuvertierung.
- Etwa 70 Prozent aller Arztpraxen sind zurzeit schon mit KIM erreichbar und befinden sich mit ihrer KIM-Adresse im TI-Verzeichnisdienst, Tendenz steigend.
- Der Workflow mit der Komfortsignatur des eHBA ist idealerweise effektiver als mit der manuellen Unterschrift auf Papier.
- Der EBM ist bei der Arztbriefvergütung auf eArztbrief mit KIM justiert, nur darüber lässt sich maximales Honorar für Praxis erzielen.

Empfängerseite:

- Eingehende eArztbriefe werden vom PVS auf Basis ihrer sogenannten Dienstkennung (systematische Kennzeichnung von KIM-Nachrichten, die Auskunft gibt, um was es sich beim Inhalt handelt, also zum Beispiel „eAU-Quittung“ oder „eArztbrief“) sortiert und zur Vorbereitung durch die MFA aufbereitet. Das bedeutet: kein Einscannen und reduzierte manuelle Prozesssteuerung.
- Die Zuordnung zur Patientenakte der betreffenden Patientinnen und Patienten läuft über die Header-Inhalte weitestgehend automatisch. Nur in Zweifelsfällen muss die MFA noch eingreifen – Vorteil Zeitersparnis.
- Die Ärztinnen und Ärzte erhalten in ihrem Workflow am Bildschirm Hinweise, zu welchen Patientinnen und Patienten Arztbriefe eingegangen sind, und können sich die neuen Unterlagen komfortabel in der Patientenakte anschauen sowie gegebenenfalls weitere Maßnahmen ergreifen.
- Alle eArztbriefe sind mittels eHBA qualifiziert signiert (QES) und bieten damit höhere Rechtssicherheit bei haftungsrechtlichen Auseinandersetzungen, zum Beispiel Klagen von Patientinnen und Patienten wegen Behandlungsfehlern.

willig. KIM-eArztbriefe bestehen datentechnisch aus zwei Komponenten:

1. Header des eArztbriefes: Dabei handelt es sich um eine von einer etablierten Standardisierungsorganisation (HL7 Deutschland) definierten XML-Spezifikation (CDA), in der die wesentlichen Patientenstamm- und Praxisdaten des Arztbrieferstellers/der Arztbrieferstellerin enthalten sind, die eine maschinelle Zuordnung ermöglichen.
2. Body des eArztbriefes mit dem medizinischen Inhalt: Dafür ist PDF als Datenformat definiert. Grundsätzlich ist in der Spezifikation ergänzend zu PDF auch XML für den Body in einer strukturierten Übertragung granularer Daten möglich. Das bedeutet, Daten wie Diagnosen könnten so auch automatisch erkannt und in die Patientenakte ergänzt werden. Diese Erweiterung wird aber bisher praktisch kaum genutzt.

Zum Versenden von eArztbriefen benötigen Ärztinnen und Ärzte einen elektronischen Heilberufsausweis (eHBA), der für die Identifizierung des Inhabers im elektronischen Netz benötigt wird. Mit ihm kann auch eine rechtssichere elektronische Unterschrift erstellt werden, die qualifizierte elektronische Signatur (QES).

Viele Arztpraxen haben sich in den letzten Monaten für die eAU KIM zugelegt. Wer eAU mit KIM kann, ist grundsätzlich auch in der Lage, eArztbriefe mit KIM zu versenden oder zu empfangen. Hinzu kommt, dass nach dem Willen des Gesetzgebers der eArztbrief mit KIM insbesondere für Versender-Praxen als einzig wirtschaftliche Lösung im EBM etabliert wurde. Versender (Fachärzte/-ärztinnen) haben je nach Arztgruppe bei Nutzung von Fax oder Briefpost gegenüber KIM-eArztbrief ein kalkulatorisches Defizit von 25-100 Euro im Quartal. Für Empfänger (Hausärzte) gibt es 0,27 Euro pro eArztbrief, der Betrag ist allerdings gedeckelt auf 24,80 Euro pro Quartal. Was muss eine Praxis tun, um mit dem KIM-eArztbrief zu starten? Zunächst sollte sie mit dem PVS-Anbieter sprechen, ob alle Funktionen für den eArztbrief vorhanden sind; manche PVS-Anbieter rufen für das eArztbrief-Modul einen separaten Preis auf. Dann sollten sich die Niedergelassenen vom PVS-Anbieter erklären lassen, wie eArztbrief-Erstellung und -empfang konkret funktionieren. Je nachdem, ob man versendende oder empfangende Praxis ist, ist es wesentlich, die wichtigsten Partnerpraxen darüber zu informieren, dass man auf eArztbrief mit KIM umsteigen möchte, und die KIM-Adresse bekanntzugeben.

Weitere Informationen sind auf der Website [ti.kvno.de](https://www.ti.kvno.de) zu finden.

KV | 220930

■ GILBERT MOHR

Vergütung eArztbrief

Nach dem E-Health-Gesetz zahlen die Krankenkassen eine **Vergütungspauschale** von insgesamt 55 Cent für jeden elektronisch übermittelten Brief, wenn dessen Übertragung sicher erfolgt und der Papierversand entfällt:

- 28 Cent erhalten Ärzte für den Versand eines eArztbriefs (GOP 86900).
- 27 Cent erhalten die Empfänger der eArztbriefe (GOP 86901).

Für die Pauschalen gilt seit 1. April 2020 ein **gemeinsamer Höchstwert** von 23,40 Euro je Quartal und Ärztin, Arzt, Psychotherapeut und -therapeutin.

Voraussetzung für den Erhalt der Vergütung für das Versenden und Empfangen eines eArztbriefes ist, dass dadurch

jeweils der Versand als Brief oder Fax entfällt und keine zusätzlichen Kostenpauschalen des Abschnitts 40.4 des EBM hierfür abgerechnet werden.

Seit dem 1. Juli 2020 wird – befristet auf einen Zeitraum von drei Jahren – ein neuer Zuschlag in den Abschnitt 1.6 (Schriftliche Mitteilungen, Gutachten) des EBM aufgenommen:

- Zuschlag zur eArztbrief-Versandpauschale gemäß Anlage 8 Paragraph 2 Absatz 3 der TI-Finanzierungsvereinbarung: 1 Punkt (2020: 11 Cent; GOP 01660)

Der Zuschlag wird auch dann vergütet, wenn der Höchstwert für den Versand und Empfang von eArztbriefen gemäß der TI-Finanzierungsvereinbarung (23,40 je Quartal und Arzt/Ärztin) erreicht beziehungsweise überschritten wird, und fließt nicht in dessen Berechnung ein.



Anmeldung erforderlich

Zertifiziert

IT in der Arztpraxis

Die IT-Beratung der KV Nordrhein informiert in dieser Online-Veranstaltung über:

- die aktuellen Anforderungen an die Praxis IT
- die Auswahl eines Praxisverwaltungssystems
- die Videosprechstunde
- die Telematikinfrastuktur
- Datenschutz und IT-Sicherheit
- und das KVNO-Portal



Kompass

**PRAXIS
START**

Als Veranstaltung für den Praxiseinstieg auch in Verbindung mit dem Einsteigerprogramm KOMPASS PraxisSTART besonders empfehlenswert.

IT in der Praxis für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten

am 16.09.2022 von 14:00 - 17:30 Uhr

IT in der Praxis für Ärztinnen und Ärzte

am 30.09.2022 von 14:00 - 17:30 Uhr

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



Im Dunkelfeld sozialer Aufmerksamkeit

Alkohol, Medikamente, illegale Drogen – die Bandbreite substanzbezogener Abhängigkeiten ist groß. Dass Suchterkrankungen auch bei älteren Menschen eine Rolle spielen, wird oft tabuisiert – dabei spricht die UNO sogar von einer versteckten Drogen-Epidemie. Wie groß die Ausmaße des Problems sind und welche Wege es aus der Sucht gibt, war Thema der gemeinsam von Kassenärztlicher Vereinigung und Ärztekammer Nordrhein, dem Institut für Qualität im Gesundheitswesen Nordrhein (IQN) sowie der Ärztlichen Akademie für medizinische Fort- und Weiterbildung in Nordrhein ausgerichteten Fortbildungsreihe „Der ältere Mensch“.

Das Älterwerden bringt viele Veränderungen mit sich: Der berufliche Alltag endet, Freunde versterben, Krankheiten oder körperliche Einschränkungen nehmen zu – und damit oft auch die Einsamkeit. Wer vorher erst abends zum Bier gegriffen hat, trinkt vielleicht in der Rente schon morgens – schließlich gibt es niemanden mehr, der den Griff zur Flasche bemerken würde. Dabei ist der Wegfall sozialer Auffangnetze nur ein möglicher Grund. Die Ursachen, warum Suchterkrankungen auch noch im Alter entstehen oder sich verstärken, sind denkbar vielfältig. Dass Abhängigkeit im Alter nicht an erster Stelle in der öffentlichen Wahrnehmung steht, führte Stephanie Theiß, Leiterin der Kooperationsberatung für Selbsthilfegruppen, Ärzte und Psychotherapeuten (KOSA) und Moderatorin der Veranstaltung, aus.

Doch egal, wo die Sucht ihren Anfang nimmt und welche Substanzen konsumiert werden, eins haben fast alle Fälle gemeinsam: Sie bleiben im Verborgenen. „Das Thema ist in der Gesellschaft stigmatisiert, vor allem, wenn es ältere Menschen betrifft. Die Betroffenen verstecken ihr Problem meist, haben ein großes Schamgefühl. Dazu kommt, dass das Thema in Familien, in Pflegeheimen, aber auch von Ärztinnen und Ärzten ungern angesprochen wird“, erklärte Dr. med. Frank Bergmann, Vorstandsvorsitzender der KV Nordrhein. „Selbst Fachleute diagnostizieren Suchtfolgen, etwa Gangunsicherheit, teils fälschlicherweise als typische Alterssymptome“, ist seine Erfahrung. Deswegen sei es wichtig, das Thema in den Fokus zu rücken.

Suchterkrankungen im Alter nicht selten

Prof. Dr. med. Norbert Scherbaum, Vorstandsvorsitzender der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e. V. und Ärztlicher Direktor des LVR-Klinikums Essen, zeigte auf, dass Suchterkrankungen im Alter keine Seltenheit sind. Ein Beispiel: Etwa 17,5 Millionen Menschen über 65 Jahren leben in Deutschland. 27 Prozent der Männer und 18,5 Prozent der

Frauen dieser Altersgruppe haben laut Studien einen riskanten Alkoholkonsum, einige wenige Prozent sind abhängig. Scherbaum geht davon aus, dass diese Zahlen weiter steigen werden – nicht nur in Prozent, sondern auch in absoluten Zahlen. Der Grund: Die Zahl der älteren Menschen nimmt durch die Baby-Boomer-Generation in den kommenden Jahren zu und die Sucht-Quote ist in diesen Jahrgängen höher. Nikotin-, Alkohol- oder Drogenabhängige haben ihre Sucht meist bereits in frühen Jahren entwickelt. Im Alter steigt eher das Risiko für eine Medikamentenabhängigkeit. Deswegen sollten Ärztinnen und Ärzte die Dauer und Dosis von Verschreibungen, etwa bei Benzodiazepinen, stets im Blick behalten und auch bei nicht verschreibungspflichtigen Mitteln entsprechend beraten.

Dass Hilfe und Therapien in höherem Alter noch wirksam sein können, machte ein Fallbeispiel von Dr. med. Julia Christl, Leitende Oberärztin der Abteilung für Gerontopsychiatrie am LVR-Klinikum Düsseldorf, deutlich: Der Patient war 69 Jahre alt, rauchte und war nach langjähriger Alkoholabhängigkeit abstinent. Allerdings hatte er eine Abhängigkeit von Clomethiazol entwickelt, eine Epilepsie sowie unter anderem ein depressives Syndrom. Während des Klinikaufenthalts setzte er sich mit seiner Situation auseinander und fand neue Ziele für die Zukunft. „Seine besondere Motivation war es, seine guten kognitiven Fähigkeiten zu erhalten“, erklärte Christl. Die Therapie zeigte Wirkung: Bis heute geht es dem Patienten gut. Er schafft es, auch im häuslichen Umfeld nicht zu seinen alten Verhaltensmustern zurückzukehren.

Betroffene schätzen gute Versorgung

Eva Dorgeloh, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie von der Substitutionsambulanz Köln, sprach über Erfahrungen bei der Begleitung Opiat- Abhängiger. 312 Menschen wurden in Köln 2021 von der Substitutionsambulanz begleitet und behandelt, 19 Prozent davon waren älter als 55 Jahre.



Ein gesellschaftliches Tabu: Substanzbezogene Abhängigkeiten sind auch im fortgeschrittenen Alter weit verbreitet. Meist verstecken die Betroffenen jedoch ihr Problem, sodass bestehende Suchterkrankungen nicht immer sofort erkannt werden.

Viele dieser Menschen sind bereits in jüngeren Jahren somatisch krank, leiden an Infektionskrankheiten oder Mobilitätseinschränkungen ebenso wie verschiedenen psychischen Erkrankungen. Auch COPD und Demenz treten durch den Konsum oft bereits in relativ jungen Jahren auf. „Die Zielsetzung für diese Patienten ist meist nicht mehr ein vollständiger Entzug oder eine Abstinenz, sondern ein geringerer Konsum“, so die Substitutions-Expertin. Ihre Erfahrung: Die Betroffenen wissen eine gute Versorgung sehr zu schätzen.

Medya Akbal, Stationsleitung der Abteilung für Abhängigkeitserkrankungen im LVR-Klinikum Düsseldorf, berichtete von den Herausforderungen in der Pflege älterer Abhängiger. Einigen Patientinnen und Patienten fehle – auch aufgrund kognitiver Einschränkungen – zum Beispiel die Einsicht für die Notwendigkeit medizinischer Maßnahmen. Neben der medizinischen Versorgung stehe ganz besonders die soziale Interaktion im Mittelpunkt, mit Beschäftigungsmöglichkeiten oder Gesprächen. „Im Fokus steht die Verbesserung der Lebensqualität“, betonte sie.

Einsamkeit und Zukunftsängste

Die Situation aus Sicht Betroffener schilderte Klaus Kuhlen, stellvertretender Vorstand des Kreuzbund Selbsthilfe für Suchtkranke und Angehörige: Einsamkeit und Angst vor der Zukunft seien für Abhängige im Alter große Themen. Er selbst hat mit 60 Jahren erfolgreich eine Therapie gegen seine Alkoholabhängigkeit absolviert und unterstützt nun andere auf ihrem Weg durch Selbsthilfeangebote.

KVNO-Chef Bergmann thematisierte die Umsetzung der Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischem

oder psychotherapeutischem Behandlungsbedarf (KSV-Psych-Richtlinie), die im Herbst 2022 starten soll. Grundlage für die Richtlinie ist ein Innovationsfondsprojekt der KVNO zur neurologisch psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung (NPPV). Die verschiedenen Fachgruppen, die an der Versorgung der Patientinnen und Patienten beteiligt sind, sollen sich besser vernetzen und so zu einer optimalen Versorgung beitragen. Ziele sind unter anderem eine zeitnahe Diagnostik, eine leitliniengerechte Behandlung, die Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten im Netzverbund sowie ein leichter Übergang zwischen stationärer und ambulanter Behandlung. Viele Akteure sind an der komplexen Versorgung beteiligt, von Rehabilitationseinrichtungen über psychosoziale Beratungsstellen bis hin zu Selbsthilfeorganisationen. Eine Bezugstherapeutin oder ein Bezugstherapeut bleibt dabei für die Patientinnen und Patienten die feste Ansprechperson in allen Phasen der Behandlung. Schulungen zur neuen Richtlinie sind bereits in Planung.

Bergmanns Fazit: „Neben der Behandlung von Suchterkrankungen bei älteren Menschen müssen wir uns vor allem um die Prävention kümmern. Welche Faktoren spielen eine Rolle? Was können wir tun gegen die Einsamkeit? Wie können wir verhindern, dass jemand im Alter eine Sucht entwickelt oder sich eine vorhandene Abhängigkeit verstärkt?“

■ INA ARMBRUSTER

Die Aufzeichnung der Veranstaltung finden Sie online ([☑ kvno.de](https://www.kvno.de)). Unter [☑ nppv-nordrhein.de](https://www.nppv-nordrhein.de) sind weitere Informationen zum NPPV-Projekt zu finden. Bei weiteren Fragen zum Thema unterstützt die KOSA ([☑ patienten.kvno.de](https://www.patienten.kvno.de)). **KVI220933**



ti.kvno.de

Alles rund um die Telematikinfrastruktur

Sie haben Fragen? **Wir liefern Antworten!**

Unter **ti.kvno.de** finden Sie Informationen zu folgenden Themen:

- ePA, KIM, TIM, eAU, NFDM, eMP, eRezept, eArztbrief
- Fristen
- Finanzierung und Pauschalen
- Technische Voraussetzungen
- Todo-Listen
- Erklärvideos
- Informationsveranstaltungen
- FAQ's

Startschuss für Organspende-Kampagne #DüsseldorfEntscheidetSich

Laut Zahlen der Deutschen Stiftung Organtransplantation gab es 2021 im Bund insgesamt rund 8500 Menschen, die dringend auf ein Spenderorgan gewartet haben. Demgegenüber standen „nur“ gut 2900 im Vergleichszeitraum gespendete Organe von insgesamt 933 Spendern. Mit einer am 5. September 2022 offiziell gestarteten neuen Kampagne möchte die Universitätsklinik Düsseldorf unter anderem zusammen mit der Stadt Düsseldorf und dem Netzwerk Organspende NRW die Öffentlichkeit noch stärker für das Thema sensibilisieren. Auch die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein (KVNO), die Rheinbahn und alle Düsseldorfer Krankenhäuser zählen zu den Unterstützern.

Im Rahmen von #DüsseldorfEntscheidetSich sollen Bürgerinnen und Bürger der Stadt motiviert werden, einen Organspende-Ausweis auszufüllen und mit sich zu tragen. Dabei ist grundsätzlich unerheblich, ob sich die betreffenden Menschen auf dem Ausweis als Organspender zur Verfügung stellen oder nicht. Die Entscheidung allein sorgt schon für einen Mehrwert, weil sich Angehörige eines plötzlich Verstorbenen in dieser emotionalen Situation nicht mit der Frage beschäftigen müssen, ob eine Organspende erwünscht war oder nicht – genau dort möchte die Kampagne ansetzen. Bis Mitte 2023 sollen dann so viele Organspende-Ausweise wie mög-

lich an Bürgerinnen und Bürger der Stadt ausgegeben und diese über das Thema informiert werden.

„Als Vertrauensperson und erster Ansprechpartner in medizinischen Belangen nehmen die niedergelassenen Haus- und Fachärzte eine tragende Rolle bei Fragen rund um die Organspende ein. Durch kompetente Beratung und Information können wir – insbesondere auch im Rahmen der jetzt startenden Kampagne – dazu beitragen, mit etwaigen Bedenken und Zweifeln aufzuräumen, um so das Leben betroffener Patientinnen und Patienten zu bewahren“, sagte Dr. med. André Schumacher, Vorsitzender der KVNO-Kreisstelle Düsseldorf, anlässlich der Start-Presskonferenz am heutigen Tag. Praxen, die sich in den kommenden Wochen und Monaten an der Düsseldorfer Kampagne beteiligen möchten, können über die Internetseiten der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung [□ organspende-info.de](https://www.organspende-info.de) via E-Mail oder Fax kostenfrei Ausweise und weitere Informationsmaterialien bestellen. Informationen zur Kampagne #DüsseldorfEntscheidetSich sind darüber hinaus auf der Kampagnen-Website unter [□ uniklinik-duesseldorf.de](https://www.uniklinik-duesseldorf.de) zu finden.

KV1220935

■ CSC

Kassenärztliche
Vereinigung
NORDRHEIN

Engagiert für Gesundheit.



Amtliche Bekanntmachungen der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein

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

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

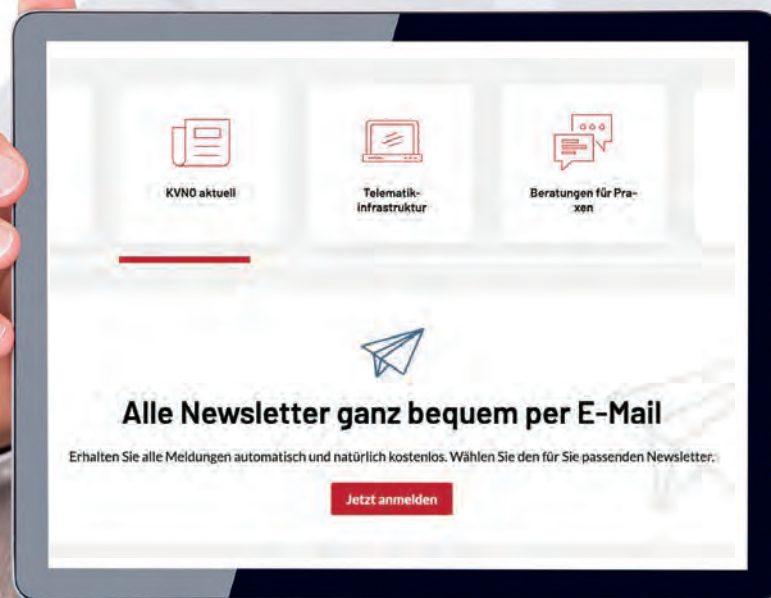
Ausschreibung von Vertragsarztsitzen

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

Bedarfsplanung des Landesausschusses der Ärzte und Krankenkassen

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

Neues auf
den Punkt
gebracht



Besser informiert mit den Newslettern der KV Nordrhein

Amtliche Bekanntmachungen

Mit diesem Newsletter informieren wir regelmäßig über die neuesten Änderungen der Webseiten-Rubrik „Amtliche Bekanntmachungen“.

IT-Beratung

Dieser Newsletter gibt aktuelle Informationen rund um das Thema IT in der Praxis.

VIN – Verordnungsinformation Nordrhein

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

MFA aktuell

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

KVNO direkt

Der Nachrichtendienst der KV Nordrhein – inklusive aktueller Honorar-Informationen

Stellenangebote

Dieser Newsletter liefert die aktuellsten Jobangebote.

KOSA

Hier erhalten Praxen, Patientinnen und Patienten Informationen rund um die Themen Selbsthilfe und Gesundheitswesen.

Praxis & Patient

Die Entwicklungen in der ambulanten medizinischen Versorgung in Nordrhein sowie allgemeine Themen aus Medizin und Gesundheitswesen

Fürs Wartezimmer: Flyer des LKA informiert zu Enkeltrick und Co.

Sie geben sich als Enkel oder Polizisten aus und erschleichen sich so das Vertrauen vornehmlich älterer Menschen, um im Anschluss an deren Geld, Wertsachen oder persönliche Daten zu gelangen: dreiste Diebe. Um die Bevölkerung vor diesen Betrugsmaschen zu schützen, hat das Landeskriminalamt (LKA) Nordrhein-Westfalen den Präventionsflyer „Sicher im Alter“ entwickelt. Darin werden die gängigsten Methoden der Kriminellen beschrieben und wie man in stressigen Tat-situationen Betrüger erkennt und richtig handelt. Praxen können die Polizei dabei unterstützen, insbesondere ältere Menschen vor Betrügern zu schützen, und die Flyer in ihrem Wartezimmer auslegen. Ein Exemplar liegt dieser Ausgabe der KVNO aktuell bei. Weitere Falthefte können online bestellt werden. Dazu einfach den QR-Code scannen.

KV|220937

■ RUP



„KVNO aktuell“ geht mit eigener Rubrik online



Von aktuellen Hinweisen zu Abrechnungsmodalitäten und Verordnungen über Hintergründe zu gesundheitspolitischen Themen, Einblicken in den Praxisalltag bis hin zu Fortbildungen – die „KVNO aktuell“ informiert rund zehn Mal im Jahr über relevante Themen aus dem vertragsärztlichen und -psychotherapeutischen Bereich. Nun sind die digitalen Ausgaben der Zeitschrift und vergangene Artikel auf [kvno.de](https://www.kvno.de) noch schneller zu finden: Das Magazin hat nun eine eigene Rubrik unter dem Reiter „Medien“.

KV|220937

■ JAM

Qualitätszirkel suchen Mitglieder

Thema Gruppentherapie
Kontakt Marianne Marohn
Ort online/bei Präsenz in Linnich
Telefon 01573 6214158
E-Mail marianne.marohn@web.de

Kontaktaufnahme bitte per WhatsApp oder E-Mail

Für Ärztinnen und Ärzte jeglicher Fachrichtung sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten

Team Qualitätszirkel KV Nordrhein

Sabine Stromberg
Telefon 0211 5970 8149

Jessica Lungen
Telefon 0211 5970 8478

Christiane Kamps
Telefon 0211 5970 8361

E-Mail qualitaetszirkel@kvno.de

BERATUNGSANGEBOTE

Kompetent beraten von der
Niederlassung bis zur Praxisabgabe



Kompass

**PRAXIS
START**

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



Abrechnungs

BERATUNG



Hygiene

BERATUNG



IT

BERATUNG



Niederlassungs

BERATUNG



Pharmakotherapie

BERATUNG



SSB

BERATUNG



Termine

Start-up in die ambulante Versorgung

In der Niederlassungsphase müssen sich Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und -therapeuten mit verschiedenen Themenbereichen beschäftigen. Praxiseinsteiger können sich bei der zweitägigen Fortbildungsveranstaltung „Start-up in die ambulante Versorgung“ umfassend über die grundlegenden Themen wie zum Beispiel Honorarverteilung, Abrechnung, Praxis-, Qualitäts- und Risikomanagement oder Hygiene respektive Arbeitsschutz in der Arztpraxis informieren. Am zweiten Tag findet der Workshop „EBM und Abrechnung“ getrennt für Ärzteschaft sowie Psychotherapeutinnen und -therapeuten statt. Bitte vermerken Sie im Anmeldeprozess, an welchem Workshop Sie teilnehmen möchten. Zwischen den Vortragseinheiten besteht die Möglichkeit, individuelle Fragen zu stellen.

**Termin:**

07.10.2022, 14–18:40 Uhr und
08.10.2022, 9–13:30 Uhr

**Online-Anmeldung:**

kvno.de/termine

**Zertifizierung:**

12 Punkte

**Kontakt:**

KV Nordrhein
Bereich Presse und Medien
Simone Greis
Telefon 0211 5970 8281

Aus Fehlern lernen – Umgang mit der Patientenverfügung

Wer denkt schon gern über das Lebensende nach? Dabei ist gesundheitliche Versorgungsplanung, Advance Care Planning (ACP), heute wichtiger denn je. Häufig wenden sich Patientinnen und Patienten an ihre behandelnde Ärztin oder ihren behandelnden Arzt, die sie beim Verfassen einer bindenden Patientenverfügung unterstützen sollen. Ziel: Das Selbstbestimmungsrecht in der letzten Lebensphase fördern und stärken. In dieser Fortbildung erfahren Sie, welche rechtlichen Fragen bei der Beratung zur Patientenverfügung zu beachten sind, um den geäußerten Wunsch der Patientinnen und Patienten rechtsicher umzusetzen, auch wenn eine Willensäußerung nicht mehr möglich ist.

**Termin:**

19.10.2022, 15:30–17:45 Uhr

**Online-Anmeldung:**

aekno.de

**Zertifizierung:**

3 Punkte

**Kontakt:**

IQN
Telefon: 0211 4302 2752
E-Mail: iqn@aekno.de

Rational und rationell verordnen

Bei der Ausstellung von Arznei- und Heilmittelverordnungen sind vielfältige Bestimmungen zu beachten. Alle Verordnungen sind nach dem Wirtschaftlichkeitsgebot auszurichten. Die Online-Veranstaltung „Rational und rationell verordnen“ einen Einblick in die Verordnungsthemen Arznei- und Heilmittel, Sprechstundenbedarf sowie Wirtschaftlichkeitsprüfung. Wir zeigen auf, welche Gesetze, Verordnungen und Richtlinien zu beachten und wo weitere Informationen dazu zu finden sind. Erklärt werden zudem Begriffe wie Zielvereinbarung/Quoten, Medikationskatalog oder Sprechstundenbedarf.

**Termin:**

26. Oktober 2022, 15–17:30 Uhr

**Online-Anmeldung:**

kvno.de/termine

**Zertifizierung:**

3 Punkte

**Kontakt:**

KV Nordrhein
Bereich Presse und Medien
Dörte Arping
Telefon 0211 5970 8068



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

Veranstaltungen für Ärzte und Psychotherapeuten

23.09.2022	KV Nordrhein: „Wege in die Niederlassung für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten“, online
30.09.2022	KV Nordrhein: „IT in der Praxis für Ärztinnen und Ärzte“, online
07.-08.10.2022	KV Nordrhein: „Start-up in die ambulante Versorgung“, online
15.10.2022	KV Nordrhein: „Nordrheinischer Praxisbörsentag“, hybrid: Düsseldorf und online
19.10.2022	IQN: 89. FB „Aus Fehlern lernen - Umgang mit der Patientenverfügung“, online
26.10.2022	KV Nordrhein: „Rational und rationell verordnen“, online
28.10.2022	KV Nordrhein: „Honorarsystematik und Abrechnungsunterlagen für ärztliche und psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten“, online
28.10.2022	IQN: „Palliativmedizin“, online
04.11.2022	IQN: „Long Covid Teil 3 – aktueller Stand“, online
16.11.2022	IQN: „Gewalt gegen Kinder und Jugendliche erkennen und richtig handeln, Teil 7“, online
14.12.2022	IQN: „Der Notfall in der Arztpraxis“, online
18.01.2023	IQN: 90. FB „Aus Fehlern lernen - Behandlungsfehlervorwürfe bei Eingriffen zur Hüftgelenk-Endoprothetik“, online

Veranstaltungen für Medizinische Fachangestellte

19.10.2022	KV Nordrhein: „Verordnung von Arznei- und Heilmitteln“, online
-------------------	---

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

Vorschau

KVNO aktuell 10 | 2022

- **KVNO-Talk**
Wohin führt der Weg in der Notfallversorgung?
- **Versorgung von Beatmeten**
Auf Hausbesuch mit zwei Niedergelassenen

Die nächste Ausgabe
von KVNO aktuell
erscheint am
20.10.2022

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 Bonn-Rhein-Sieg gGmbH |

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.

Bildnachweise

Titelseite: Ingo Bartussek | Adobe Stock; S. 2: ink_drop | Adobe Stock; S. 3, 4: KVNO; S. 10: drazen | Adobe Stock; S. 11: Malinka | KVNO; S. 16: mi_viri | Adobe Stock; S. 21: Robert Kneschke | Adobe Stock; S. 22: nito | Adobe Stock; S. 24: ryanking999 | Adobe Stock; S. 26: jaojormami | AdobeStock; S. 27: AJ_stock_photos | Adobe Stock; S. 33: mrmohock | Adobe Stock; S. 37: LKA NRW (oben), KVNO

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