

KVNO aktuell

Magazin der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein

SCHWERPUNKT

**Nach dem Erdbeben:
Ärzte aus Nordrhein
im Hilfeinsatz**

VV-Delegierte tagen in Präsenz

Ein Ausblick auf die Themen
der 16. Wahlperiode

Telematikinfrastuktur im Blick

Wohin führt der Weg der
Digitalisierung in 2023?

Zi-Preis für KVNO

Videosprechstunde im
Kindernotdienst ausgezeichnet

Nachgehakt in der KVNO

Was macht eigentlich die
Abteilung KOSA?



Engagiert für Gesundheit.

Kassenärztliche
Vereinigung
NORDRHEIN



SCHWERPUNKT

Erdbeben in der Türkei: „Wir retten diejenigen, die ohne uns keine Chance hätten“	2
Medizinische Grundversorgung nach dem Erdbeben: „Wir haben viel getröstet und in den Arm genommen“	6

AKTUELL

KVNO-Vertreterversammlung: VV fordert kostendeckende Finanzierung der Praxen	8
Außerklinische Intensivpflege: Neues Versorgungsmodell eingeführt	10
Telematikinfrastruktur 2023: Besser den KIM-Spatz in der Hand als die ePA-Taube auf dem Dach	12
Hausarzt-Facharzt-Vermittlung: „Von Ersatz kann keine Rede sein“	15
Ambulante Komplexversorgung bei psychischen Erkrankungen: Erste Netzwerke in Nordrhein nehmen Arbeit auf	16
Ausgezeichnete Gesundheit 2023: Videosprechstunde im Kindernotdienst erhält Zi-Preis	19

PRAXISINFOS

PCR-Test: Vergütung sinkt zum 1. April	20
Vergütung für Infusionstherapie mit Xenopozyme	20
Hausarztvermittlungsfall auch von HzV-Ärzten abrechenbar	20
DiGA: Vergütung für Apps geregelt	21
Hochfrequenzablation des Endometriums neu im EBM	21
Klarstellung zu Sonderlinsen bei intraocularen Eingriffen	21
VorsorgePlus TK, KKH und HEK: Neuer Vertrag fördert hausärztliche Vorsorgeleistungen	22
Neue Sachkostenliste im KVNO-Portal	23
Vordrucke OEGD und IOC für Coronatests entfallen	23

VERORDNUNGSINFOS

Neue Vereinbarung für Arznei- und Heilmittel	24
Verordnung von medizinischem Cannabis geregelt	26

Austauschfreiheiten für Apotheken verlängert	26
Änderung der Arzneimittel-Richtlinie	27
Neue Verordnungsinfos zur Heuschnupfensaison	27

HINTERGRUND

KVNO-Abteilung KOSA: „Wir bauen Brücken zwischen Selbsthilfe und Fachleuten“	28
Online-Talk der KOSA: Krebs - im Schatten der Pandemie?	30

BERICHTE

Disease Management Programme: Trotz Pandemie: Praxen leisten hervorragende Arbeit	32
Wissenschaftlicher Besuch aus Südkorea: Bei DMP von Nordrhein lernen	33

SERVICE

Wer muss Laborwerte anfordern?	35
--------------------------------	----

IN KÜRZE

Neue Patienteninformation „Zahl des Monats“	36
Digi-QS: Neue Upload-Plattform der KV Nordrhein	36
Was tun, wenn das Kindeswohl in Gefahr ist?	38

TERMINE

TI-Grundlagen: Anbindung an die Telematik- infrastruktur (TI) und deren Anwendungen	39
Praxismarketing	39
IQN: Gewalt gegen Kinder und Jugendliche erkennen und richtig handeln - pränataler Kinderschutz (Teil 9)	39
Veranstaltungen für Ärzte und Psychotherapeuten	40
Veranstaltungen für Medizinische Fachangestellte	40

Liebe Kolleginnen und Kollegen,



als Vorstand Ihrer KV Nordrhein sind wir sehr verwundert und gleichzeitig verärgert – wir können uns vorstellen, dass es Ihnen angesichts der aktuellen Situation ganz genauso geht: In Krankenhäuser und Kliniken soll künftig mit Blick auf die Krankenhausreform viel, viel Geld investiert werden, um diese überhaupt am Laufen zu halten. Die Praxen der Niedergelassenen, die mit Abstand den Großteil der Gesundheitsfürsorge für Patientinnen und Patienten leisten, kommen dagegen im politischen Wortschatz dieser Tage so gut wie gar nicht vor. Das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (Zi) hat ausgerechnet, dass jede Praxis im Schnitt 76 Euro pro Tag verliert! Der ambulanten Versorgung in Deutschland fehlen allein in diesem Jahr 2,8 Milliarden Euro.

Ein Grund dafür ist der allgemeine Preisanstieg. In unseren Praxen liegt die Höhe der Aufwendungen allerdings im Normalfall sogar noch deutlich höher. Durch die vereinbarten Honorarsteigerungen können hiervon aber gerade einmal zwei Prozent abgedeckt werden. Das reicht, wie Sie selbst wissen, nicht einmal dafür, die gestiegenen Personalkosten auszugleichen. So kann und darf es aus unserer Sicht nicht weitergehen.

Wir sind mit unseren Praxen das Rückgrat der Versorgung in Deutschland. Daher müssen dringend folgende Maßnahmen erfolgen: Um die aktuellen Preissteigerungen abfedern zu können, sollten der vertragsärztlichen Versorgung in Deutschland dringend und zeitnah die fehlenden 2,8 Milliarden Euro zugeführt werden. Auf längere Sicht braucht es außerdem einen verbindlichen Plan, über den die strukturelle Unterfinanzierung der niedergelassenen Vertragsärzteschaft in Höhe von rund acht Milliarden Euro binnen weniger Jahre ausgeglichen wird. Nur so können wir die Versorgung unserer Patientinnen und Patienten nachhaltig sichern!

Die gesetzliche Krankenversicherung kann dies auch durchaus leisten: Bei den Krankenkassen liegen unseren Informationen zufolge Reserven in Höhe von über zehn Milliarden Euro. Zusätzlich befinden sich weitere zwölf Milliarden Euro im Gesundheitsfonds. Wir sehen daher keinen Grund, dass dieses für die Patientenversorgung immens wichtige Thema nicht sofort angegangen werden könnte.

Und dass dieses Thema dringend angegangen werden muss, steht völlig außer Frage, denn wie sollen wir Nachwuchs in unsere Praxen bekommen, wenn es immer weniger Anreize dafür gibt? Auf der KVNO-Vereinsversammlung (VV) am 24. März haben wir gemeinsam mit den VV-Mitgliedern erneut wichtige Weichen gestellt, um die Nachwuchsgewinnung in Nordrhein weiter voranzutreiben. So werden künftig zusätzliche finanzielle Mittel für die Nachwuchsförderung an den nordrheinischen Medizinfakultäten zur Verfügung gestellt. Die KV Nordrhein beteiligt sich im Rahmen der Initiative Deutschlandstipendium.

Wir werden uns auf allen Ebenen dafür einsetzen, dass dem Berufsbild der niedergelassenen Ärztin/des niedergelassenen Arztes die Bedeutung zukommt, die diesem zusteht – und dass man die Herausforderung, sich darauf einzulassen, auch gern annehmen mag. Das versprechen wir Ihnen!

Dr. med. Frank Bergmann
Vorstandsvorsitzender

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

Endlich gerettet: Nach 100 Stunden konnte die 40-jährige Zeynep aus den Trümmern befreit werden.



Erdbeben in der Türkei

„Wir retten diejenigen,
die ohne uns **keine**
Chance hätten“

In der Nacht auf den 6. Februar erschüttern heftige Erdbeben die türkisch-syrische Grenzregion. Zehntausende sterben. Unzählige werden unter den Trümmern verschüttet, kämpfen ums Überleben. Dr. med. Peter Kaup aus Oberhausen ist als eine der ersten Rettungskräfte vor Ort – als Teil des Search-and-Rescue-Teams der Hilfsorganisation I.S.A.R Germany. Der Hausarzt war schon bei vielen Rettungsaktionen dabei, hat viel erlebt. Doch dieser Einsatz wird ihm auf besondere Weise im Gedächtnis bleiben.

Es ist mitten in der Nacht, als die Erde heftig bebzt und die Menschen aus dem Schlaf reißt. Zehntausende in der türkisch-syrischen Grenzregion werden unter den Trümmern der einstürzenden Gebäude verschüttet. Viele sind sofort tot. Im weit entfernten Oberhausen ist davon nichts zu spüren. Trotzdem wird Dr. med. Peter Kaup jäh geweckt. Sein Handy schrillt. Die Warn-App der Hilfsorganisation I.S.A.R. Germany schlägt Alarm und ruft ihn zum Rettungseinsatz in die Türkei. „Es bleibt keine Zeit, zu packen oder um noch irgendetwas zu regeln – für die Verschütteten zählt jede Minute“, sagt der Hausarzt. Innerhalb von sechs Stunden muss er am Abflughafen sein. Sonst startet die Maschine ins Katastrophengebiet ohne ihn.

Am 6. Februar hatten zwei Beben der Stärke 7,7 und 7,6 die Südosttürkei und den Nordwesten Syriens erschüttert. Es folgten etliche Nachbeben. Insgesamt wurden bisher mehr als 50.000 Todesopfer gemeldet. 230.000 Gebäude wurden laut türkischer Regierung zerstört oder sind unbenutzbar. Anderthalb Millionen Menschen in der Türkei lebten in Zelten, drei Millionen seien evakuiert worden. Laut der Nichtregierungsorganisation Ärzte ohne Grenzen kämen im Nordwesten des Bürgerkriegslands Syrien zu den 2,8 Millionen Vertriebenen 180.000 Erdbeben-Betroffene hinzu.

Von Trümmern einbetoniert

Gut 100 Stunden überlebt ein gut konditionierter Mensch ohne Essen und Flüssigkeit. „Aber die Verschütteten sind nicht gemütlich eingebuddelt. Sie liegen unter den Trümmern wie einbetoniert, wurden vorher vielleicht von einer Betonplatte verletzt. Da ist nicht Wasser das Problem, sondern wie schnell sie medizinisch versorgt werden“, erklärt der erfahrene Katastrophenhelfer. Dr. Kaup ist pünktlich am Abflughafen in Köln. Nur wenige Stunden später sind er und sein Team in Kirikhan in der Provinz Hatay angekommen. Als sogenanntes Search-and-Rescue-Team sind sie mit ihrer Hundestaffel die ersten Rettungskräfte vor Ort. Sie sind die Vorhut. Sie sind da, bevor überhaupt ein Weg für größere Bergungsfahrzeuge frei ist. „Wir retten diejenigen, die ohne uns sonst keine Chance hätten“, sagt er. Die Versorgung nach Erdbeben wird in Stufen eingeteilt. Stufe 1 startet unmittelbar, möglichst innerhalb von 24 Stunden nach dem Ereignis.



Biologische Ortung: Ein Rettungshund sucht zwischen Schutt, Lampen und Bettdecken nach Überlebenden unter den Trümmern.

Die Zerstörung ist immens. In manchen Straßenzügen steht kaum noch ein Haus. Überall Trümmerberge. Jederzeit kann es Nachbeben geben. „Die Lage ist hoch kompliziert. Da braucht es sehr erfahrene Rettungskräfte“, sagt Kaup. All das bringen die ehrenamtlichen Helfenden der Hilfsorganisation I.S.A.R. Germany mit: Seine Truppe ist seit gut 20 Jahren ein eingespieltes Team. Viele von ihnen sind in einer Doppelfunktion unterwegs – Hundeführer sind gleichzeitig Ärzte, Bergerinnen auch Hundeführerinnen –, sodass immer jemand einspringen kann, falls ein anderer ausfällt.

Was sind die ersten Schritte am Einsatzort? „Nachdem wir die Lage sondiert haben, beginnen wir sofort mit der Suche, während andere aus dem Team parallel das Zeltlager aufbauen. Zunächst wird biologisch geortet“, erklärt Kaup. Das heißt, die Trümmersuchhunde werden losgeschickt. Die Tiere sind darauf trainiert, Lebende zu erschnüffeln. Sobald ein Tier auf den Trümmern angezeigt hat, wird ein weiterer Hund zur Absicherung losgeschickt. Erst wenn beide an derselben

Stelle gewittert haben, wird der nächste Schritt eingeleitet. „Dann beginnt die Detektivarbeit“, so Kaup. Der Grund: Die Hunde zeigen zwar dort an, wo sie die stärkste Witterung wahrnehmen, aber das bedeutet nicht, dass ein Mensch direkt an dieser Stelle unter den Trümmern liegt. Die Witterung bahnt sich ihren Weg nach oben und diesen gilt es zurückzuverfolgen.



Lebensretter: Dr. Peter Kaup und sein Team befreien fünf Verschüttete aus den Trümmern.

mern zu befreien. Jeder arbeitet pro Schicht zwölf Stunden. Nachbeben behindern die Arbeit immer wieder. Zwischenzeitlich bricht der Kontakt zu ihr ab. Ist sie noch am Leben? „Wer lange verschüttet ist, schläft auch schon mal ein“, weiß Kaup. Aber bei einer so langen Rettungsaktion gehe man davon aus, dass es zum Bergungstot kommt. „Das muss ich als Teamleiter auch immer in solchen Situationen verantwortungsvoll mit meinen Leuten besprechen.“

Rescue nach 100 Stunden

Mithilfe technischer Ortung wird die verschüttete Person dann lokalisiert. Hochsensible Mikrofone werden auf den Trümmern aufgesetzt. Die Rettenden geben Klopfzeichen. „Schon ein Kratzen als Antwort könnten wir hören“, sagt der Oberhausener, „bei Zeynep war es ihre Stimme.“ Er macht eine kurze, aber bedeutungsvolle Pause, als er den Namen ausspricht. Zeynep. Peter Kaup hat in seiner Zeit als ehrenamtlicher Arzt in Krisengebieten wie Haiti schon viel erlebt. Aber die Rettungsaktion der 40-Jährigen wird ihm für immer besonders im Gedächtnis bleiben. 100 nervenaufreibende Stunden braucht sein Team, um die Türkin aus den Trüm-

Es gelingt schließlich, Zeynep über einen Infusionsschlauch mit lebensrettender Flüssigkeit und Nährstoffen zu versorgen. Immer wieder spricht ihre Schwester ihr Mut zu, wenn sie die Hoffnung zu verlieren droht. Kaups Kollege setzt ein letztes Mal mit dem scharfen Sägeblatt der Flex an. Schneidet ganz nah an ihrem Körper die letzten Betonbrocken durch. Dann können die Helferinnen und Helfer Zeynep behutsam aus den Trümmern befreien, die sie tagelang gefangen hielten. „Als wir sie rausgeholt haben, flossen bei allen die Tränen“, beschreibt Kaup. Kurz darauf stirbt die Türkin dennoch in der Klinik. Wie geht er damit um? „Es gibt für uns

Hilfsorganisation I.S.A.R. Germany

I.S.A.R. Germany ist eine gemeinnützige Hilfsorganisation. Sie wurde 2003 in Duisburg gegründet und kommt weltweit zum Einsatz. I.S.A.R. steht für „International Search-and-Rescue“ und ist ein Zusammenschluss aus Spezialisten verschiedener Hilfsorganisationen und dem Bundesverband Rettungshunde e. V. Die Aufgabe: internationale Hilfe leisten, unter anderem nach Naturkatastrophen, Unglücksfällen und bei humanitären Katastrophen. Dazu gehört zum Beispiel die Suche und Rettung von Erdbebenopfern. Dafür werden Rettungshundeteams und mit modernster Technik ausgestattete Bergungsspezialisten eingesetzt. Rund 190 Helfende sind bei I.S.A.R. Germany aktiv, die weltweit eingesetzt werden können. Die meisten von ihnen arbeiten ehrenamtlich,

lediglich ein kleiner Stab von sechs festen Mitarbeitenden kümmert sich um Administratives wie Organisation, Mitgliederbetreuung und Spenden. Seit 2007 arbeitet die Hilfsorganisation unter dem Dach der Vereinten Nationen.

Spenden

I.S.A.R. Germany ist auf Spenden angewiesen, denn die Kosten für einen Soforthilfeinsatz oder ein Wiederaufbauprojekt nach einer Naturkatastrophe, aber auch für nationale Hilfeinsätze müssen gedeckt werden. Wer spenden möchte, gelangt über folgenden Link zum Spendenportal:

☑ isar-germany.de/spenden

keine Niederlage, denn sie ist in den Armen ihrer Familie gestorben – und das ist gut“, bewertet der Allgemeinmediziner. Auch wenn Menschen nur tot geborgen werden könnten, bedeute das für die Angehörigen sehr viel: das Ende einer verzweifelten Suche, Gewissheit, die Möglichkeit, ihre Toten zu begraben.

Überleben bei minus zehn Grad in der Nacht

Er mag es nicht, als Held bezeichnet zu werden. Das seien andere, sagt er. Die Menschen, die ihr Zuhause verloren hätten und draußen nachts im Pyjama am Feuer stünden, um sich zu wärmen. Bei minus zehn Grad. Und obwohl die mobile Zeltheizung als Luxusgegenstand aus Platzgründen in Deutschland bleiben musste, „hatten wir es nachts in voller Einsatzmontur im Schlafsack in unserem Lager deutlich komfortabler“. All die Einsätze haben seinen Blick auf das Leben verändert. „Die Antwort auf die Frage, wonach ich strebe, hat sich sehr gewandelt. Das Wichtigste sind mir die Menschen und die Spuren, die ich bei ihnen hinterlasse“, meint der Oberhausener demütig.

Nach zehn Tagen ist für das Search-and-Rescue-Team der I.S.A.R. Germany der Einsatz beendet, „weil wir platt sind“. Länger ist eine Truppe nie vor Ort. „Nach dieser Zeit nehmen uns auch nur noch die Menschen im Auto vom Flughafen mit nach Hause, die uns sehr lieb haben“, sagt er, lacht und erklärt: „Wenn wir uns waschen können, ist das Luxus, duschen ist unmöglich.“ Während die Ersthelfenden langsam den Rückzug antreten, beginnt die Stufe 2 der Versorgung: Die Wege sind soweit frei, dass Bagger vorankommen und schweres Gerät zu den Unglücksstellen gebracht werden kann. Um jene zu retten, die in Kellern bei Konserven und Wasservorräten überlebt haben. Die Weltgesundheitsorganisation teilt dann den Regionen Teams zur weiteren medizinischen Versorgung zu, die Verletzte und unmittelbare Opfer nachbetreuen, aber auch eine grundlegende hausärztliche Versorgung gewährleisten (siehe Interview ab Seite 6).

Andere nehmen Urlaub und entspannen am Strand. Die ehrenamtlichen Einsatzkräfte nutzen ihre Urlaubstage, um Menschen zu retten und sich auf die nächsten Hilfsaktionen vorzubereiten. Für Peter Kaup „funktioniert unsere Gesellschaft nicht ohne Ehrenamt“. Er würde sich freuen, wenn jeder mit dem, was er gut könne und anderen Freude bereite, einen Beitrag leiste. Von blindem Aktionismus hält er hingegen nichts. Es sei sinnvoller, Geld zu spenden. „Wir können mit dem Geld gezielt das besorgen, was wirklich benötigt wird. Kleiderspenden müssen aufwendig durchgesehen werden und oftmals ist viel Unbrauchbares dabei“, gibt er zu bedenken. Auch der Flug muss bezahlt werden. Da werden dann mal eben 200.000 Euro gebraucht. Und damit komme sein



Aufwärmen am Feuer: Selbst tagsüber herrschen Minusgrade. Schutz vor der Kälte gibt es kaum.

Team gerade mal in die Türkei, für einen Einsatz in Haiti, wie vor zwei Jahren, reiche das nicht.

Es fehlt nach wie vor an allem

Bleibt denn nach der Rückkehr zumindest noch ein bisschen Zeit zum Verschnaufen? Nein, die nimmt er sich meistens nicht. Der Oberhausener ist direkt wieder im Einsatz: In seiner Hausarztpraxis. Dann möchte er die Kolleginnen und Kollegen wieder entlasten, die jederzeit für ihn einspringen, wenn er erneut Hals über Kopf losmuss. „Hinter einem Helfenden stehen immer auch weitere Helfende im Hintergrund, ohne die das nicht möglich wäre“, sagt er dankbar. Während der Mediziner nachts wieder recht ruhig schlafen kann und tagsüber seinem gewohnten Alltag nachgeht, ist für die Menschen in der Erdbebenregion an Normalität noch lange nicht zu denken. Es fehlt nach wie vor an allem, was für das konkrete Überleben gebraucht wird: sowohl der Zugang zu Wasser, sanitären Einrichtungen, lebensnotwendigen Gütern als auch die Unterbringung jenseits von Zelten. Deswegen wird der engagierte Oberhausener nicht müde, immer wieder daran zu erinnern: „Nur, weil die Katastrophe so langsam aus dem Fokus der medialen Aufmerksamkeit gerät, dürfen wir diese Menschen nicht vergessen. Denn sie brauchen weiterhin unsere Hilfe!“

■ JANA MEYER

„Wir haben viel getröstet und in den Arm genommen“



Dr. med. Michael Brinkmann ist Hausarzt in Niederkassel bei Bonn – und seit 1991 immer wieder weltweit als Mediziner in Katastrophengebieten im Einsatz. Zuletzt war er zwei Wochen im Erdbebengebiet in der Türkei. Brinkmann ist erfahrener Helfer – und doch berührt ihn jeder Einsatz immer wieder auf eigene Weise.

Herr Dr. Brinkmann, Sie kommen in der Regel in die Krisengebiete, wenn die ersten Rettungsteams den Rückzug antreten, richtig?

Genau, wir lösen die Notfallmediziner und Rettunghundestaffeln ab. Als wir in der Türkei landeten, warteten sie sehr erschöpft und müde in der Halle auf den Rückflug nach Hause. Das war sechs Tage nach dem ersten Beben.

Sie waren 100 Kilometer nördlich der Stadt Gaziantep im Einsatz. Womit wurden Sie vor Ort konfrontiert?

Die medizinische Versorgung der Menschen in den Zelten war nur bedingt gewährleistet, sodass wir direkt anfangen mussten. Wir behandelten viele infizierte Wunden und führten die Nachsorge primärer chirurgischer Eingriffe durch, stellten aber auch die hausärztliche Versorgung sicher.

So ein Einsatz verlangt vermutlich auch viel Improvisationstalent, oder?

Auf jeden Fall. Wir müssen oft sehr kreativ sein. Viele medizinische Geräte wie das Blutzuckermessgerät funktionieren irgendwann nicht mehr, wenn es zu kalt ist. Und da wir es mit extrem frostigen Temperaturen zu tun hatten – nachts bis zu minus zehn, tagsüber oftmals nur maximal minus fünf Grad Celsius –, haben wir die für unsere Arbeit so wichtigen Hilfsmittel kurzerhand unter der Kleidung eng am Körper getragen.

Wir haben nach internationalem WHO-Standard das „Medi Kit“ dabei: 240 Kilogramm Medikamente als Basisausstattung für die Versorgung von rund 3000 Menschen für 14 Tage. Wir können aber nicht das gesamte hausärztliche Spektrum abdecken und haben zum Beispiel kein Insulin dabei.

So musste ich unter den gegebenen Möglichkeiten einen älteren Herrn mit Diabetes neu einstellen, dessen Blutzuckerwert auf 500 mg/dl angestiegen war. Er hatte sein Insulin verbraucht und konnte sich aufgrund der zusammengebrochenen Infrastruktur keinen Nachschub beschaffen. Aber es gab noch ein weiteres Problem.



Welches?

Er hatte sich aufgrund der eisigen Temperaturen an einem Ofen gewärmt und sich dabei an beiden Unterschenkeln Verbrennungen zweiten und dritten Grades zugezogen. Eine diabetische Neuropathie hatte ihn die Hitze nicht spüren lassen.

Oftmals sind die körperlichen Wunden aber nicht das größte Problem, das Sie behandeln müssen ...

Nein. Wir haben auch viel getröstet und in den Arm genommen. Denn nach gut zehn Tagen löst sich langsam die Schockstarre bei den Menschen. Wie bei einem 24-Jährigen, den ich zunächst wegen Rückenschmerzen versorgte: Als ich ihn fragte, wie es ihm geht, brach die emotionale Gemengelage aus ihm heraus. Um Fassung ringend erzählte er, dass er 18 Stunden unter Trümmern verschüttet neben seinem toten Bruder gelegen hatte.

Auch die Geschichte eines Jugendlichen, dem ein Finger amputiert werden musste, hat Sie sehr berührt. Warum?

Ich habe ihn während der ganzen Zeit, die ich vor Ort war, medizinisch versorgt. Er hatte bis auf einen Bruder seine gesamte Familie durch das Unglück verloren. Außerdem haderte er als Handball-Torwart sehr mit dem Verlust seines Fingers. Am Ende meines Aufenthaltes zeigte er mir ein Foto seiner Mannschaft und fragte, ob er wieder erfolgreich sein könne. Ich sagte, er werde der Matchwinner sein. Er lächelte. Und genau das macht die Arbeit für uns aus: Ich konnte ihm ein Stück Hoffnung zurückgeben. Genau dieses Signal ist für die Menschen genauso wichtig wie die unmittelbare medizinische Versorgung: Wir lassen euch nicht allein!

Wie überwinden Sie die Sprachbarrieren?

Wir arbeiten immer mit Dolmetschenden aus der Region zusammen. Dabei darf man aber nicht vergessen, dass diese Menschen meist selbst betroffen sind. Eine junge Helferin rief uns eines Tages an und sagte, dass sie uns nicht mehr beim Übersetzen unterstützen könne, weil das Haus ihrer Familie durch ein Nachbeben nun auch unbewohnbar sei und sie sich nun um die Verwandten kümmern müsse. Das zeigt noch einmal ganz deutlich, was die Menschen dort jeden Tag erleben und aushalten müssen. Mit jedem Nachbeben findet auch immer wieder eine Retraumatisierung statt. Und damit wurde sehr klar, dass man zwar den sichtbaren Schutt auf den Straßen beseitigen und Häuser wiederaufbauen kann, dass



das aber nicht kitten kann, was in den Menschen zerbrochen ist.

Wie gehen Sie mit eigenen Ängsten und Belastungen um?

Ganz wichtig ist immer, dass man sich im Team austauscht und so die emotionale Belastung gut verarbeiten kann. Dann kommt es natürlich auf den Einsatzort an. In Haiti, wo Bürgerkrieg herrscht, ist die Sicherheitslage natürlich zusätzlich extrem angespannt. In der Türkei ging es vorrangig darum, sich vor Nachbeben zu schützen. Immer dabei ist ein Notfallrucksack mit ein paar Müsliriegeln, Stirnlampe, wärmender Wäsche, Helm und einem Liter Trinkwasser, ebenso eine Trillerpfeife, mit der wir uns im Falle einer Verschüttung bemerkbar machen können.

Wie geht ihre Familie damit um, wenn Sie unterwegs sind?

Für meine Familie bin ich eine Zumutung. Aber sie unterstützt mich in beeindruckender Weise. Auch wenn es bedeutet, dass sie manchmal tagelang kein Lebenszeichen von mir erhält, weil im Einsatzgebiet die zusammengebrochene Infrastruktur keinerlei Telekommunikation zulässt. Seit ich Familie habe, bin ich nur noch maximal drei Wochen weg. Früher war ich auf Langzeiteinsätzen und damit oft mehrere Monate nicht zuhause.

■ DAS INTERVIEW FÜHRTE JANA MEYER

VV fordert kostendeckende Finanzierung der Praxen

Am 24. März hat die erste Vertreterversammlung (VV) der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein (KVNO) im Jahr 2023 stattgefunden. Es war gleichzeitig auch die erste Sitzung der 16. Wahlperiode, was Dr. med. Frank Bergmann, KVNO-Vorstandsvorsitzender, zum Anlass für einen Ausblick auf die neue Amtszeit nutzte: „Ob bei den Themen Reform der ambulanten Notfallversorgung, Entbudgetierung oder Digitalisierung – die Zeiten werden herausfordernd“, konstatierte der KVNO-Chef.



Für die Zukunft der Sicherstellung braucht es innovative und progressive Konzepte: Mit großer Mehrheit beschloss die KVNO-Vertreterversammlung die vorliegenden Anträge zur Anpassung der Sicherstellungsrichtlinie. Danach sollen unter anderem künftig zusätzliche Mittel für die Nachwuchsförderung an den nordrheinischen Medizinfakultäten zur Verfügung gestellt und der Aufbau von Praxisnetzen finanziell unterstützt werden.

Dringenden Handlungsbedarf sieht Bergmann mit Blick auf die dauerhafte Unterfinanzierung des ambulanten Versorgungssystems: „Das Zentralinstitut für kassenärztliche Versorgung (Zi) hat ausgerechnet, dass jede Praxis zurzeit im Schnitt 76 Euro pro Tag verliert! Ein Grund dafür ist der allgemeine Preisanstieg von derzeit 8,7 Prozent im Land. In unseren Praxen liegt die Höhe der Aufwendungen im Normalfall sogar noch deutlich höher. Durch die vereinbarten Honorarsteigerungen können hiervon aber gerade einmal zwei Prozent abgedeckt werden. Das reicht nicht einmal, um die gestiegenen Personalkosten auszugleichen – das kann

und darf so auf keinen Fall bleiben!“, sagte der KVNO-Vorstandsvorsitzende.

Laut Bergmann braucht es auf längere Sicht einen verbindlichen Plan, über den die strukturelle Unterfinanzierung der niedergelassenen Vertragsärzteschaft in Höhe von rund acht Milliarden Euro ausgeglichen wird – nur so könne auch die Versorgung der Patientinnen und Patienten nachhaltig gesichert werden. Das Geld dafür könne unter anderem über die Reserven der Krankenkassen und den Gesundheitsfonds aufgebracht werden.

Ressourcengerechte Notdienst-Strukturen

Bei den jüngsten Ideen des Gesetzgebers zur Reform der Notfallversorgung sind aus Sicht des KVNO-Vorstands einige Punkte nicht zu Ende gedacht, etwa der Ausbau des Notdienstes zu einem 24/7-Angebot. Niedergelassene könnten nicht gleichzeitig in ihren Praxen und im Bereitschaftsdienst arbeiten: „Im künftigen Notdienst brauchen wir einen ressourcengerechten Einsatz von Ärztinnen und Ärzten sowie auch von Medizinischen Fachangestellten“, betonte Bergmann. Für eine tragfähige Reform müsse vorrangig die Finanzierungsfrage, zum Beispiel über entsprechende Vorhaltekosten, geklärt werden. Gleichzeitig dürften bereits existierende und bewährte Konzepte wie die Portalpraxen der KVNO an beziehungsweise in zahlreichen rheinischen Kliniken nicht zerschlagen werden.

Weiteres Thema im Vorstandsbericht war die Digitalisierungsstrategie des Bundesgesetzgebers, die bis 2025 etwa die elektronische Patientenakte (ePA) und die digitale Medikationsübersicht breiter ausrollen will. Entscheidend für die Praxen werde es sein, die ePA im Alltag leicht befüllen und störungsfrei ins PVS-System integrieren zu können. Für die Erstbefüllung und Folgebearbeitung sei zudem eine angemessene Vergütung unstrittig. „Bei der ePA sind noch zu viele Fragen ungeklärt, was z. B. den Nutzen und die Risiken angeht. Hier brauchen wir schnell Klarheit, wenn die ePA bis 2025 flächendeckend umgesetzt werden soll“, hielt der KVNO-Chef fest.

Neue Fördermaßnahmen beschlossen

Keinen zeitlichen Aufschub sieht der KVNO-Vorstand auch beim Thema Sicherstellung. Hier mache es vor allem das bevorstehende sukzessive Ausscheiden der ärztlichen Babyboomer-Generation erforderlich, zügig innovative und progressive Konzepte zu entwickeln, um den Versorgungsansprüchen gerecht werden zu können. „Als bewährtes Instrument, um Engpässe frühzeitig zu erkennen und passgenaue Versorgungslösungen zu finden, hat sich unser Strukturfonds bewährt. Diesen von der niedergelassenen Vertragsärzteschaft mitfinanzierten ‚Werkzeugkoffer‘ wollen und werden wir weiter ausbauen“, kündigte Dr. med. Carsten König, stellvertretender KVNO-Vorsitzender, an.

So werden künftig zusätzliche finanzielle Mittel für die Nachwuchsförderung an den nordrheinischen Medizinfakultäten zur Verfügung gestellt. Die KVNO beteiligt sich im Rahmen der Initiative Deutschlandstipendium. Außerdem sollen Workshops mit den Fachschaften angeboten werden, um schon frühzeitig bei Medizinstudierenden für die Tätigkeit im ambulanten Bereich zu werben.



„Schon seit einiger Zeit und zuletzt ganz besonders müssen ärztliche und psychotherapeutische Praxen reale Einkommensverluste hinnehmen. Dagegen müssen und werden wir uns mit allen uns zur Verfügung stehenden Mitteln zur Wehr setzen!“

Dr. med. Frank Bergmann,
KVNO-Vorstandsvorsitzender

Darüber hinaus wird die Förderung anerkannter Praxisnetze ausgebaut. „Vernetzte Strukturen tragen erheblich zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung bei. Wir wollen diese Strukturen nutzen, um gemeinsam innovative Versorgungskonzepte zu erproben. Dafür möchten wir zeitnah einen Ideenwettbewerb initiieren“, sagte der KVNO-Vize. Den entsprechenden Anträgen des Vorstands und des Hauptausschusses zur Anpassung der Sicherstellungsrichtlinie folgte die VV jeweils mit großer Mehrheit.

Zentrales PVS für alle Notdienstpraxen

Mit Blick auf die künftige Abrechnung und Dokumentation von Notdienst-Leistungen in Nordrhein sollten bis Mitte 2024 alle nordrheinischen Notdienstpraxen über ein zentrales Praxisverwaltungssystem (PVS) verfügen. Dies bietet deutliche Vorteile etwa bei der Datensicherheit, der Wirtschaftlichkeit und dem Service-Support. Der entsprechende PVS-Rollout soll stufenweise angegangen werden, zunächst an acht Standorten, darunter Düsseldorf, Köln, Dormagen und Viersen. Danach folgen 17 weitere Notdienstpraxen voraussichtlich bis zum 1. Juli dieses Jahres.

Kölner Neubau auf der Zielgeraden

Gute Nachrichten gab es schließlich noch zum Bau des neuen KVNO-Standorts am Butzweilerhof im Stadtteil Köln-Ossendorf: Inzwischen befindet man sich auf der Zielgeraden, sodass der Umzug der Mitarbeitenden planmäßig im Mai anstehe. Derzeit würden letzte Innenarbeiten und Feininstallationen durchgeführt, darunter neben einer „Lehrpraxis“ auch die Praxis4future. Hier haben künftig Praxisteams aus ganz Nordrhein die Möglichkeit, sich ein Bild davon zu machen, wie digitale Anwendungen den Praxisalltag konkret erleichtern und ergänzen können.

Ein Mitschnitt der KVNO-Vertreterversammlung vom 24. März findet sich unter [kvno.de](https://www.kvno.de)

■ CHRISTOPHER SCHNEIDER

Neues Versorgungsmodell eingeführt

Die außerklinische Intensivpflege ist seit Januar 2023 eine eigenständige Versorgungsform. Die meisten Patientinnen und Patienten, die eine außerklinische Intensivpflege benötigen, sind beatmet oder trachealkanüliert. Die Entwöhnung von der Beatmung beziehungsweise der Trachealkanüle stehen nun im Fokus. Grundlage des neuen Versorgungsmodells ist eine Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses, die bestimmt, dass vor jeder Verordnung der außerklinischen Intensivpflege eine Potenzialerhebung zur Entwöhnung von Beatmung oder Kanülierung vorgenommen werden muss.

Zur Potenzialerhebung berechtigt sind:

- Fachärzte/-innen mit Zusatzbezeichnung Intensivmedizin
- Fachärzte/-innen für Innere Medizin und Pneumologie
- Fachärzte/-innen für Anästhesiologie mit mindestens 6-monatiger einschlägiger Tätigkeit in einer spezialisierten Beatmungsentwöhnungseinheit
- Fachärzte/-innen für Innere Medizin, Chirurgie, Neurochirurgie, Neurologie oder Kinder- und Jugendmedizin mit mindestens 12-monatiger einschlägiger Tätigkeit in einer Beatmungsentwöhnungseinheit
- weitere Fachärzte/-innen mit mindestens 18-monatiger einschlägiger Tätigkeit in einer spezialisierten Beatmungsentwöhnungseinheit.

Für die Erhebung benötigen alle genannten Gruppen eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung. Auch Ärztinnen und Ärzte in Praxen und Krankenhäusern, die nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, sind zur Potenzialerhebung berechtigt - diese nehmen zu diesem Zweck an der vertragsärztlichen Versorgung teil.

Wer ist zur Verordnung berechtigt?

Die Verordnung der außerklinischen Intensivpflege darf von Hausärztinnen und -ärzten mit Kompetenzen im Umgang mit beatmeten oder trachealkanülierten Patientinnen und Patienten vorgenommen werden. Sie benötigen dafür eine Genehmigung der KV Nordrhein. Sofern sie keinen Nachweis über entsprechende Kompetenzen im Umgang mit beatmeten oder trachealkanülierten Patientinnen und Patienten erbringen können, müssen sie innerhalb eines halben Jahres eine entsprechende Fortbildung nachweisen.

Fachärztinnen und -ärzte mit Zusatzbezeichnung Intensivmedizin/für Innere Medizin und Pneumologie/für Anästhesiologie/für Neurologie/für Kinder- und Jugendmedizin und Fachärztinnen/-ärzte mit Genehmigung zur Potenzialerhebung können ohne Genehmigung verordnen.

Übergangsregelung bis 30. Oktober 2023

Um eine nahtlose Patientenversorgung zu gewährleisten, darf die außerklinische Intensivpflege bis zum 30. Oktober 2023 weiterhin wie gewohnt ohne Potenzialerhebung auf Formular 12 (häusliche Krankenpflege) verordnet werden. In diesem Fall können die neuen EBM-Leistungen nicht abgerechnet werden. Die Abrechnung der neuen Leistungen ist erst möglich, wenn die Verordnung nach der neuen Richtlinie erfolgt.

Alle Informationen und Antragsformulare finden Sie unter:

☑ [kvno.de/praxis/qualitaet/genuehmigungen/aki](https://www.kvno.de/praxis/qualitaet/genuehmigungen/aki)

■ DR. JENNIFER PFINGSTEN

Kontakt

Susanne Junge

Telefon 0211 5970 8472
Fax 0211 5970 33287
E-Mail AKI@kvno.de

Christiane Kamps

Telefon 0211 5970 8361
Fax 0211 5970 33287
E-Mail AKI@kvno.de



Ziel der neuen Richtlinie ist es, das Potenzial zur Verringerung der künstlichen Beatmungszeit bis hin zur Entwöhnung oder Dekanülierung bei intensiv Pflegebedürftigen besser zu erkennen und ausschöpfen zu können.

Außerklinische Intensivpflege: Vergütung im Überblick

Seit 1. Dezember 2022 im EBM		
37700	Potenzialerhebung (gemäß § 5 der AKI-RL) auf Formular 62A, einmal im Behandlungsfall (= Quartal)	257 Punkte 2022: 28,95 Euro 2023: 29,53 Euro
37701	Zuschlag zur GOP 37700 bei Durchführung der Erhebung im Rahmen eines Besuchs nach GOP 01410 oder 01413, je weitere vollendete 10 Minuten, höchstens dreimal im Behandlungsfall	128 Punkte 2022: 14,42 Euro 2023: 14,71 Euro
37704	Zuschlag zur GOP 37700 für Schluckendoskopie	294 Punkte 2022: 33,12 Euro 2023: 33,79 Euro
37705	Zuschlag zur GOP 37700 für Bestimmung des Säurebasenhaushalts und Blutgasanalyse	84 Punkte 2022: 9,46 Euro 2023: 9,65 Euro
37706	Grundpauschale im Zusammenhang mit der GOP 37700 für Ärzte und Krankenhäuser (gemäß § 5 Absatz 2 Satz 2 der AKI-RL), einmal im Behandlungsfall	159 Punkte 2022: 17,91 Euro 2023: 18,27 Euro
37714	Pauschale für die konsiliarische Erörterung und Beurteilung medizinischer Fragestellungen durch einen konsiliarisch tätigen Arzt, einmal im Behandlungsfall	106 Punkte 2022: 11,94 Euro 2023: 12,18 Euro
Seit 1. Januar 2023 im EBM		
37710	Verordnung auf Formular 62B und Behandlungsplan auf Formular 62C, höchstens dreimal im Krankheitsfall	167 Punkte / 19,19 Euro
37711	Zuschlag zur Versichertenpauschale oder Grundpauschale für den die außerklinische Intensivpflege koordinierenden Vertragsarzt (gemäß § 12 Absatz 1 der AKI-RL), einmal im Behandlungsfall	275 Punkte / 31,60 Euro
37720	Fallkonferenz gemäß § 12 Absatz 2 der AKI-RL, höchstens achtmal im Krankheitsfall	86 Punkte / 9,88 Euro

* Orientierungswert 2022: 11,2662 Cent / 2023: 11,4915 Cent

Besser den KIM-Spatz in der Hand als die ePA-Taube auf dem Dach

Seit 40 Jahren begleitet Gilbert Mohr die Digitalisierung im Gesundheitswesen. Er hat sich in dieser Zeit eine Expertise aufgebaut, die weit über die KV Nordrhein hinaus gefragt ist. Für KVNO aktuell blickt er zurück und zeichnet den Weg nach, den die Digitalisierung in der ambulanten Versorgung bis heute genommen hat.

Vor nunmehr 20 Jahren, anno 2003, wurde das Sozialgesetzbuch (SGV) V um den Paragraphen 291a ergänzt. Darin ist die elektronische Gesundheitskarte (eGK) geregelt. Bis zum 1. Januar 2006 – so hieß es damals bei Aufnahme des Paragraphen – sollte die Krankenversichertenkarte zu ebendieser eGK erweitert werden mit dem Ziel der „Verbesserung von Wirtschaftlichkeit, Qualität und Transparenz der Behandlung“. Daraus wurde leider nichts. Tatsächlich hat es neun Jahre länger gedauert, bis auch der letzte GKV-Versicherte Anfang 2015 seine eGK in Händen hielt.

Genauso schleppend lief es auch mit den digitalen Anwendungen, für die die eGK ja lediglich den Türöffner für das dahinterstehende sichere Netz im Gesundheitswesen, die Telematikinfrastruktur (TI), darstellt. Erst 2019 war das Gros der medizinischen Betriebsstätten tatsächlich an die TI angeschlossen. Das Einzige jedoch, was man damit lange Zeit machen konnte, war das sogenannte Versichertenstammdatenmanagement (VSDM), also die Online-Prüfung am Kassenserver, ob eine eGK noch gültig ist oder nicht.

Dass diese rein administrative Funktionalität bis dahin unter den Leistungserbringern keine Begeisterungstürme zur Digitalisierung im Gesundheitswesen hervorrief, liegt auf der Hand. Deshalb beeilte sich die Regierung, die seit dem Inkrafttreten des Paragraphen 291a SGB V aus wechselnden Koalitionen der Parteien CDU, SPD, FDP und Grüne gebildet wird, so schnell wie möglich „medizinische Anwendungen“ ans Laufen zu bringen, und positionierte ab 2019 eine ganze Batterie vermeintlicher Mehrwertapplikationen für die Jahre 2020 bis 2022.

Mit vier Jahren Abstand bleibt nur nüchtern zu bilanzieren, dass keine einzige dieser Anwendungen zeitlich planmäßig und inhaltlich vollständig etabliert werden konnte – bestenfalls, wie bei der eAU, mit einem Jahr Verspätung gegenüber der gesetzlichen Vorgabe und aktuell etwas über 80 Prozent Umsetzungsgrad. Alles andere – Notfalldatenmanagement (NFDM), elektronischer Medikationsplan (eMP), eRezept und

elektronische Patientenakte (ePA) – blieb weit hinter den Erwartungen zurück.

Um die Einführung der eGK in Deutschland zu koordinieren und zu steuern, wurde 2005 extra eine eigene Gesellschaft aufgebaut, die gematik. Doch erst unter der Leitung von Dr. Markus Leyck Dieken ist dort seit 2018 vieles besser organisiert als zuvor. Am meisten beeindruckt hat mich das Plus an Transparenz, vor allem durch das TI-Dashboard. Als Freund von Zahlen und Statistiken freue ich mich immer wieder, in diesem Schaufenster der Digitalisierung jederzeit eine realistische Wasserstandsmeldung zum Erfolg bzw. Misserfolg der TI-Anwendungen vor Augen geführt zu bekommen. Allerdings verzerren zum Teil die Fokussierung auf absolute Zahlen ohne Bezugsgrößen eine realistische Wahrnehmung, z. B. beim eRezept. Andere Parameter tauchen im TI-Dashboard erst gar nicht auf, beispielsweise das Notfalldatenmanagement (NFDM), weil die gematik naturgemäß nicht zu allen Daten Zugang hat.

Das Faxgerät hat bald ausgedient

Während für ePA, NFDM/eMP und auch eRezept – letzteres gemessen an den 500 Millionen Muster-16-Formularen, die pro Jahr in den Apotheken landen – bislang zahlenmäßig nur ein bescheidener Erfolg nachzuweisen ist, konnte sich eine andere Anwendung in der realen Versorgung durchsetzen. Die mit Abstand erfolgreichste TI-Anwendung, auch laut Dashboard der gematik, ist KIM – und das hat einen einfachen Grund: die elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (eAU).

Durch die eAU-Pflicht konnte erstmals in der Geschichte des deutschen Gesundheitswesens in nahezu allen Arzt- und Zahnarztpraxen und auch in den Krankenhäusern ein einheitliches Ende-zu-Ende-verschlüsseltes E-Mail-System etabliert werden, mit einem öffentlichen und privaten Schlüsselmanagement, was im Fachjargon Public Key Infrastructure (PKI) genannt wird. Das ist nicht trivial, was man schon daran erkennen kann, dass privat kaum jemand verschlüsselte E-

Mails benutzt. Man braucht Zertifikate, die der Person oder Institution rechtssicher zugeordnet werden (deswegen die komplexen Verfahren mit der Kartenzustellung), und die Freischaltung jedes Vorgangs durch eine autorisierende PIN. Dadurch, dass mittlerweile nahezu alle KV-Mitglieder über SMC-B und den Heilberufeausweis (HBA) verfügen, ist die Haupthürde für eine sichere E-Mail-Kommunikation im Gesundheitswesen endlich genommen.

Mit KIM und eHBA lässt sich aber noch viel mehr transportieren als nur die eAU. Bis Ende vergangenen Jahres wurden in Summe rund 3,5 Millionen eArztbriefe mit KIM versandt, davon im zweiten Halbjahr 2022 allein 2,5 Millionen Stück. Wenn man diese Zahlen referenziert mit den rund 140 Millionen Arztbriefen, die per anno in Deutschland verschickt werden, dann beträgt das Verhältnis der elektronischen Arztbriefe gegenüber den konventionellen, die per Fax oder Post versandt wurden, 4,5 zu 95,5 Prozent. Das klingt vordergründig ernüchternd, tatsächlich handelt es sich dabei aber um historische Höchstwerte. Was KIM jetzt sozusagen über Nacht gelingt, daran haben wir im niedergelassenen Bereich mit D2D, SafeMail oder KV-Connect mehr als ein Jahrzehnt vergeblich gearbeitet. Dank der glücklichen Kombination von eAU, KIM und eHBA geht die digitale Kurve steil nach oben und es besteht die berechtigte Hoffnung, dass sich die eArztbriefquote in den nächsten zwei Jahren auf ungeahnte Höhen emporschwingen wird. Dies bedeutet dann nebenbei auch endlich das absehbare Ende des Faxgerätes in Praxen und Krankenhäusern.

Mehrwert für den Abrechnungsprozess

Die KV Nordrhein hat die Zeichen der Zeit erkannt, indem sie früh auf KIM setzte. Zum einen soll in diesem Jahr die Migration der 1-Click-Quartalsabrechnung von KV-Connect nach KIM migriert werden. Bisher nutzen diesen eleganten Abrechnungsweg direkt aus dem PVS heraus nur etwa 15 Prozent der KVNO-Mitglieder. Angesichts der zunehmenden KIM-Durchdringung, die aktuell bei circa 60 Prozent liegt (90 Prozent bei den rund 10.000 Arztpraxen und fünf Prozent bei den circa 4000 Psychotherapeutenpraxen, die keine eAUs ausstellen), ist zu erwarten, dass die 1-Click-Abrechnung in Zukunft sehr viel stärker genutzt werden wird als der alternative Portal-Upload der KVDT-Datei. 1-Click mit KIM bietet ein wichtiges Feature, das beiden Kommunikationspartnern – Praxis und KV – einen signifikanten Mehrwert liefert: die elektronische Sammelerklärung. Die mit HBA-signierte eSammelerklärung wird in der KVNO bereits seit über zehn Jahren angeboten, zuerst mit D2D und später mit KV-Connect. Zu diesem Zweck wurde im Rheinland schon im Jahr 2009 der eHBA gefördert. Etwa zwei Drittel der 1-Click-User nutzen bereits die eSammelerklärung, also rund zehn Prozent der KVNO-Praxen. Die-



Sichere E-Mail-Kommunikation: Dank KIM können auch sensible Daten digital ausgetauscht werden.

se Quote soll mit KIM deutlich gesteigert werden – weil das papierne Pendant ein Hemmschuh ersten Ranges für den ansonsten weitestgehend digitalisierten Abrechnungsprozess darstellt.

Neben der eSammelerklärung, die durch die weite Verbreitung des eHBA zum Standard werden könnte, bietet die 1-Click-Abrechnung mit KIM auch die Option der sogenannten Testabrechnung. Das heißt im Bereich der KVNO konkret, dass schon vier Wochen vor dem Quartalsende Abrechnungen testweise eingereicht werden können, über die dann die Regelwerksprüfungen laufen und den Praxen frühzeitig qualifizierte Rückmeldungen zum Fehlerstatus ihrer Abrechnung geben. Diesen qualitätssichernden KV-Service nutzt etwa die Hälfte der 1-Click-Abrechner. Auch hier lässt sich unschwer ein Rationalisierungspotenzial erkennen: Wenn eine Abrechnung im Vorfeld der „Echtabrechnung“ über diesen iterativen Weg qualitätsgesichert werden kann, sparen KVNO und Praxen Zeit und Aufwand. Insofern wird in der KVNO auch das Thema Testabrechnung in den kommenden Quartalen stärker vorangetrieben werden.

Potenziale für die Mitglieder-Korrespondenz

Der zweite Kommunikationsstrang neben der Abrechnung befasst sich mit der formalen Korrespondenz zwischen Praxen und den jeweiligen KV-Fachabteilungen. Seien es Fragen zur Qualitätssicherung, zur Abrechnung oder zur Sicherstellung: Es gibt durchweg einen transparenten und schriftlichen Informationsaustausch zwischen der KVNO und ihren Mitgliedern. Oft sind auch Versichertendaten inkludiert, so dass ein E-Mail- oder Faxversand aus Datenschutzgründen

nicht möglich ist. Hier bietet KIM als flächendeckende Ende-zu-Ende-Kommunikation im Gesundheitswesen die Möglichkeit, auch vertrauliche Korrespondenz zu übermitteln. Erste technische Vorbereitungen sind in Nordrhein bereits getroffen. Für das erste Halbjahr 2023 sind ausführliche Tests vorgesehen. Unterm Strich bietet KIM hohe Rationalisierungspotenziale für Verwaltungsprozesse.

Weitere KIM-Applikationen sind in der Pipeline, zum Beispiel DALE-UV, das Abrechnungsverfahren der Berufsgenossenschaften, oder der Versand von DMP-Bögen an die DMP-Annahmestellen bzw. der abrechnungsbegleitenden Dokumentationen an die KV. Es bleibt zu hoffen, dass KIM als „Killerapplikation der TI“ bald noch mehr Ideen und Lösungen motiviert, insbesondere über die Sektoren hinaus, z.B. von und zu den Krankenhäusern, Apotheken oder Heilmittelerbringern.

Deutlich verhaltener ist meine Prognose für TI-Anwendungen, in die Patientinnen und Patienten einbezogen werden, denn die Versicherten müssen dabei mit Schlüsseln, Identifizierungen, PINs usw. in gleicher Weise involviert werden, wie Leistungserbringer es durch den erfolgreichen Rollout von SMC-B und HBA gerade hinter sich gebracht haben. Deswegen stockt es gerade bei eRezept und ePA. Beide Anwen-

dungen werden noch viele Jahre brauchen, bis sie von der Mehrheit der Versicherten akzeptiert sind.

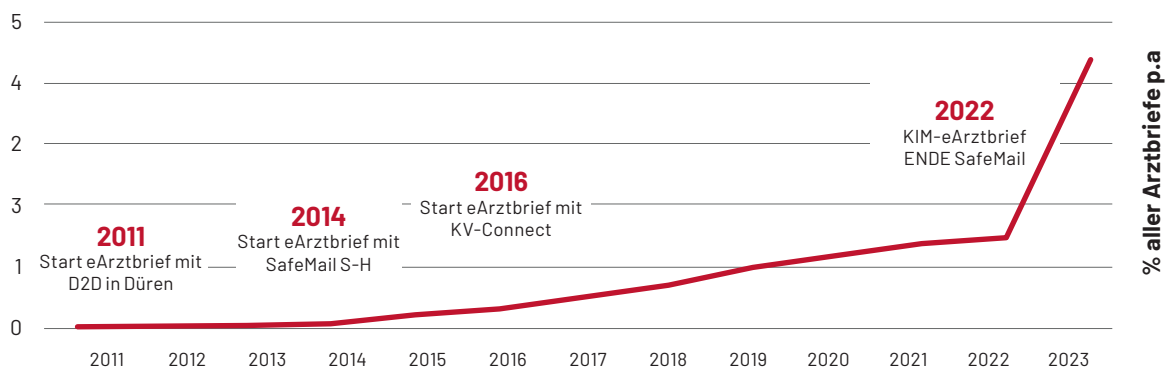
Fazit: Nach wie vor besteht die Telematikinfrastruktur überwiegend aus Plänen und weniger aus Wirklichkeit. Die einzige TI-Realität, die in der medizinischen Versorgung Anfang des Jahres 2023 angekommen ist, heißt KIM. Auf diesen Eckstein sollte man weiter bauen, um die Digitalisierung im deutschen Gesundheitswesen zügig und erfolgreich voranzubringen.

■ GILBERT MOHR



Gilbert Mohr ist Leiter der Stabsstelle eHealth in der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein.

eArztbrief Entwicklung



Bisherige Ansätze und technische Lösungen für den eArztbrief kamen über den Projektstatus nicht hinaus. Erst mit KIM gewinnt die Anwendung an Attraktivität bei immer mehr Ärztinnen und Ärzten.



„Von Ersatz kann keine Rede sein“

Nach dem Aus der Neupatientenregelung wurde auch die Hausarzt-Facharzt-Vermittlung (HAFA) zum Jahreswechsel angepasst. Trotz erhöhter Zuschläge für Praxen steht die Regelung in der Kritik. Was die HAFA leistet und wie sich die ambulante Versorgung künftig aufstellen muss, das erklärt Dr. med. Frank Bergmann, Vorstandsvorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein (KVNO).

Trotz nachweislich positiver Effekte hat der Gesetzgeber die Neupatientenregelung wieder kassiert. Um eine schnellere Terminvergabe im fachärztlichen Bereich durch finanzielle Anreize anzukurbeln, gilt nun die sogenannte HAFA – ein tragfähiger Ersatz?

Dr. med. Frank Bergmann: Nein, definitiv nicht. Für die Praxen geht die neue Regelung in erster Linie mit einem bürokratischen Mehraufwand einher. Das beginnt bei der Arbeit an der Rezeption und erstreckt sich bis zum neuen e-Terminservice, den wir seit kurzer Zeit im KVNO-Portal anbieten. Dieser ist sicherlich eine gute Alternative, in seiner jetzigen Form aber noch nicht an die Praxisverwaltungssysteme (PVS) angeschlossen, sodass Patientendaten händisch nachgetragen werden müssen. Das kostet Zeit. Gemessen am Aufwand kann von Ersatz mithin keine Rede sein.

Zur ganzen Wahrheit gehört aber, dass auch die Neupatientenregelung anfangs wenig Euphorie ausgelöst hat. Im Raum stand unter anderem die Befürchtung, dass sich eine Bevorzugung von Neupatientinnen und -patienten negativ auf die Behandlung chronisch Kranker auswirken könne. Ganz unberechtigt war die damalige Skepsis nicht, auch wenn sich die Neupatientenregelung schließlich bewährt hat.

Tatsache ist, dass wir mehr Steuerung in der Patientenversorgung benötigen. Das betrifft nicht nur den Transfer von der haus- in die fachärztliche Ebene, sondern auch den ambulanten Notdienst. Die Ressource „Arzt und Ärztin“ ist heute ein knappes Gut geworden. Das macht effiziente Strukturen nur umso dringlicher, um Patientinnen und Patienten mit akuten Beschwerden, aber auch chronisch Kranken weiter die Möglichkeit zu geben, auf qualitativ hohem Niveau ärztliche Leistungen in Anspruch nehmen zu können.

Nun ist die HAFA angepasst und Teil der Versorgungsrealität. Es gilt also, das Beste aus der Situation zu machen ...

Bergmann: Eine komplette Absage oder Verweigerung wäre weder im Sinne der Patientinnen und Patienten noch der niedergelassenen Ärzteschaft. Auch die mitunter anzutreffende Meinung, dass nur mehr HAFA-Patientinnen und -Patienten an einen Facharzttermin kommen sollten, ist nicht zielfüh-

rend. Grundsätzlich kann ich den Ärger vieler Kolleginnen und Kollegen sehr gut nachvollziehen: Der Wegfall der Neupatientenregelung ist unbestreitbar ein herber Einschnitt. Gleichwohl sollten wir uns vor Augen halten, dass die eigentliche Problematik nicht bei einzelnen extrabudgetären Vergütungselementen liegt, sondern der Tatsache geschuldet ist, dass es eine Budgetierung gibt und es an den nötigen Mitteln mangelt, um ein System wie den EBM zu finanzieren.

Dennoch lässt sich nicht übersehen, dass die HAFA mit der heißen Nadel gestrickt wurde. Wo wurden Chancen verspielt?

Bergmann: Die HAFA kann nur ein kleiner Baustein in einem übergreifenden Konzept zur Steuerung medizinischer Leistungen sein. Weitere Komponenten sind die Terminservicestellen und auch die Arztzufentrale, wenn wir an den ambulanten Notdienst denken. Nicht zuletzt wird auch eine Steuerung ins Krankenhaus gebraucht.

Fest steht: Hier wie dort können digitale Anwendungen wesentlich zur Lösung beitragen. Als konkretes Beispiel sei die Videosprechstunde im pädiatrischen Notdienst erwähnt, die wir mit Unterstützung des NRW-Gesundheitsministeriums über die Weihnachtsfeiertage erfolgreich durchgeführt haben. Dabei hat sich gezeigt: Von knapp 2500 durchgeführten Konsultationen musste weniger als die Hälfte der Patientinnen und Patienten anschließend an eine Notdienstpraxis verwiesen werden. Dies ist ein Beleg dafür, dass gute Angebote auch eine Filterfunktion übernehmen, um Patientinnen und Patienten in die richtige Behandlungsschiene zu lenken. Unsere Aufgabe liegt nun darin, die Angebote zu vernetzen und in ein gestuftes Gesamtsystem zu überführen.

Die vollständige Fassung des Interviews mit Dr. med. Frank Bergmann findet sich unter [kvno.de/hafa-video](https://www.kvno.de/hafa-video)

■ DAS INTERVIEW FÜHRTE SVEN LUDWIG



Dr. med. Frank Bergmann

Erste Netzwerke in Nordrhein nehmen Arbeit auf

Das neue Versorgungsprogramm KSVPsych verfolgt das Ziel, die Behandlung psychisch schwer erkrankter Menschen innerhalb dezidierter Netzverbände zu verbessern und ihre Lebensqualität zu steigern. In Nordrhein gründen sich nun die ersten regionalen berufsgruppenübergreifenden Netzwerke. Ein Fachbeirat begleitet die Entwicklungen.

AUF EINEN BLICK

BEHANDLUNG IM MULTIPROFESSIONELLEN TEAM: AMBULANTE KOMPLEXVERSORGUNG BEI PSYCHISCHEN ERKRANKUNGEN

NETZ VERBUND

MINDESTENS 10 PSYCHOTHERAPEUTEN/-INNEN UND ÄRZTE/-INNEN (z. B. PSYCHIATER, NEUROLOGEN, PSYCHOSOMATIKER)

ZUGANG ZUR VERSORGUNG

- › Arzt / Ärztin
- › Psychotherapeut/-in
- › Krankenhaus
- › Psychiatrische Institutsambulanz
- › Direktzugang ohne Überweisung oder Empfehlung

EINE PERSON KOORDINIERT DIE BEHANDLUNG

- › Ergotherapeut/-in
- › Soziotherapeut/-in
- › Psychiatrische häusliche Krankenpflege
- › Medizinische/-r Fachangestellte/-r
- › Sozialpädagoge/-in
- › Pflegefachkraft
- › Psychologe/-in

KOOPERATIONSPARTNER

- › Ergotherapeut/-in
- › Soziotherapeut/-in
- › Psychiatrische häusliche Krankenpflege
- › Krankenhaus

WEITERE HILFEN

z. B. Sozialpsychiatrischer Dienst und Eingliederungshilfe

Herausgeberin: Kassennärztliche Bundesvereinigung; Stand: Juli 2022

➔ Weitere Infos unter: www.kbv.de/komplexversorgung

Für schwer psychisch kranke Patientinnen und Patienten bietet sie eine Chance auf bessere Versorgung: die neue Richtlinie KSVPsych. In Nordrhein kommt dazu mittlerweile einiges in Bewegung. Zwei Versorgungsnetzwerke haben bereits eine Genehmigung erhalten: „Düsseldorf und Umgebung“ und „Ruhrgebiet und Umgebung“ – weitere gründen sich gerade. „Das Konzept ist wirklich gut“, sagt Tanja Petrocini, leitende Medizinische Fachangestellte (MFA) in der Praxis Neuroärzte in Düsseldorf, „die Patientinnen und Patienten werden schneller und besser abgeholt. Die Eingangsschwelle in die Versorgung wird niedriger.“

Im Mittelpunkt des neuen Versorgungsprogramms stehen Netzverbände, in denen sich Ärzte und Ärztinnen sowie

Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen zusammenschließen, um eine berufsgruppen- und sektorenübergreifende Versorgung zu gewährleisten. In enger Kooperation mit Kliniken und qualifizierten Gesundheitsberufen wie Ergotherapie und Soziotherapie sollen sie künftig für eine wohnortnahe Betreuung, zeitnahe Diagnostik- und Therapieangebote und eine bedarfsgerechte Behandlung sorgen.

Schnellere Soforthilfe möglich

Der große Vorteil des Netzverbands ist, „dass ich nicht mehr überall herumtelefonieren muss, um unsere Patientinnen und Patienten in die Versorgung zu bringen“. Die erfahrene Praxismanagerin kann künftig einen Fall mit allen Infos einfach in den gemeinsamen Pool stellen, auf den alle beteiligten Be-

rufsgruppen zugreifen können, verbunden mit der Frage: Wer hat Zeit und was können wir tun? „Und wenn ein Patient mit Depression zunächst mit Ergotherapie starten kann, ist das schon mal ein Anfang, um gegen seine Antriebslosigkeit zu arbeiten“, so Petrocini. Soforthilfe sei schneller möglich und die teils langen Wartezeiten bis zum Therapiebeginn würden gut überbrückt. Positive Erfahrungen hatte die leitende MFA bereits im Rahmen des NPPV-Projekts gemacht. NPPV steht für „Neurologisch-psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung“, ein KVNO-Projekt, das für die Entwicklung der KSVPsych-Richtlinie wertvolle Impulse lieferte.

Regelmäßige Treffen des neuen Beirats

Auch Dr. med. Thilo Hashemi hofft, mithilfe der neuen KSVPsych-Richtlinie am „wertvollen Faktor Zeit“ zu gewinnen. „Neben der Möglichkeit von Fallkonferenzen verbessert auch die digitale Plattform den Austausch zwischen den einzelnen Akteuren und die Kenntnis über Patientinnen und Patienten“, betont der Facharzt für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie. Ein weiterer Pluspunkt: die einfache Handhabung. „Wenig Bürokratie, problemlose Abrechnung“, so Hashemi. Der Niedergelassene aus Mettmann war ebenfalls bereits bei NPPV mit im Boot und ist nun im Netzwerk Düsseldorf aktiv. In den ersten sechs Wochen hat er bereits acht Patientinnen und Patienten ans neue Portal angeschlossen. Die Basis ist geschaffen. „Eine gute Bilanz“, resümiert er. Nun gehe es darum, Erfahrung zu sammeln – und noch mehr Kolleginnen und Kollegen für ein Engagement im Netzverbund zu begeistern. „Wir helfen nicht nur den Patientinnen und Patienten, in eine bessere Versorgung zu kommen, sondern entlasten auch die

Praxen durch die bessere Zusammenarbeit zwischen allen Beteiligten“, glaubt Hashemi.

Der Neurologe engagiert sich gleichzeitig als Mitglied im neu gegründeten KSVPsych-Beirat der KV Nordrhein, der sich regelmäßig trifft. „Wie können wir die Richtlinie so ausgestalten, dass möglichst viele schwer psychisch erkrankte Patientinnen und Patienten qualitativ hochwertig in der neuen Struktur versorgt werden, und in welchen Bereichen muss noch nachgebessert werden?“, formuliert der KVNO-Vorstandsvorsitzende Dr. med. Frank Bergmann zwei wesentliche Fragestellungen, mit denen sich das Gremium beschäftigt wird. „Dabei steht die Lebensqualität der Betroffenen im Fokus, nicht die Kostenoptimierung“, betont er. Der Beirat soll sich zudem um den Wissenstransfer bezüglich der Richtlinie und deren Umsetzung kümmern sowie über mögliche Unterstützungsangebote seitens der KV Nordrhein diskutieren. Dem Gremium gehören Vertreterinnen und Vertreter der psychologischen sowie ärztlichen Psychotherapie und der Fachbereiche Psychiatrie, Neurologie sowie Psychosomatik an. Ebenfalls dabei sind Experten aus dem Bereich der Selbsthilfe. „In der Richtlinie liegt so viel Potenzial“, glaubt Petrocini, die nach 20 Jahren bei den Neuroärzten viele verzweifelte Patientinnen und Patienten auf der Suche nach adäquaten Therapien begleitet hat, „wir sollten die Chance nutzen!“

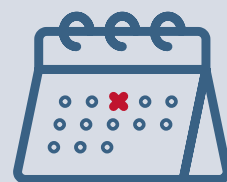
Weiterführende Informationen gibt es auf kvno.de/genehmigungen/ksv-psych sowie per Mail an kompexversorgung@kvno.de

■ JANA MEYER

TSS-Termine gesucht

Aktuell verzeichnen wir einen hohen Bedarf an Terminen bei Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Fachärztinnen und Fachärzten, insbesondere in den Bereichen Gastroenterologie, Radiologie 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.



SONDERTARIF FÜR NIEDERGEKASSENE

Informationen erhalten Sie im Kongressbüro oder online



Gesundheitskongress des Westens

3. und 4. Mai
2023 | KÖLN

**Raus aus dem Krisenmanagement
Rein in eine nachhaltige Zukunft!**



WICHTIGE INFORMATION FÜR ÄRZTINNEN UND ÄRZTE

Die Zertifizierung als ärztliche Fortbildung
wird bei der Ärztekammer Nordrhein beantragt.



Anmeldung und aktuelle Informationen im Internet!
www.gesundheitskongress-des-westens.de

Kongressbüro +49 (0) 2234-95322-51 • info@gesundheitskongress-des-westens.de
Veranstalterin © WISO S. E. Consulting GmbH

Videosprechstunde im Kindernotdienst erhält Zi-Preis

Als ein exzellentes Beispiel ambulanter Versorgung wurde die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein (KVNO) für ihr Angebot der Videosprechstunde im kinderärztlichen Notdienst mit dem Innovationspreis „Ausgezeichnete Gesundheit 2023“ des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung (Zi) prämiert.



Zukunftsweisend: Das Zusatzangebot der Videosprechstunde im Kindernotdienst hat sich in Nordrhein bewährt und wurde als innovatives Projekt nun auch mit einem Preis gewürdigt, den KVNO-Vorstandsvorsitzender Dr. Frank Bergmann vom Zi-Vorstandsvorsitzenden Dr. Dominik von Stillfried und der Zi-Kuratoriumsvorsitzenden Dr. Annette Rommel überreicht bekam.

In der Session „Versorgung Digital“ konnte sich das Projekt aus Nordrhein erfolgreich gegen Mitbewerber aus Hessen und Westfalen-Lippe durchsetzen. Über die Vergabe der Auszeichnungen in den Kategorien stimmten knapp 200 Gäste aus Politik, Ärzteschaft und Wissenschaft live vor Ort in Berlin ab.

Dr. med. Frank Bergmann, Vorstandsvorsitzender der KV Nordrhein, nahm den Preis für die KVNO entgegen. „Ich freue mich sehr, dass unsere Initiative im pädiatrischen Notdienst so viel Anerkennung erfährt. Wir selbst konnten daraus einige sehr wertvolle Erfahrungen ableiten. Das Angebot zeigt zunächst, dass KVen kurzfristig, schnell und flexibel auf endemische Lagen oder Versorgungsspitzen reagieren können und dass sich dafür spontan auch Unterstützung bei den Vertragsärztinnen und -ärzten finden lässt. Die Videosprechstunde hat maßgeblich zu einer Entlastung der Notdienstpraxen während der Feiertage geführt, sodass wir hier ein großes Potenzial für ein dauerhaftes Angebot im vertragsärztlichen Bereitschaftsdienst sehen. Entsprechende Kon-

zepte sind derzeit in Arbeit und können, sobald die Rahmenbedingungen für Telemedizin angepasst worden sind, in der Fläche ausgerollt werden“, sagte Bergmann.

Es ist das fünfte Mal, dass der Preis für „Ausgezeichnete Gesundheit“ vergeben wird. Für die Zi-Auszeichnung standen insgesamt zehn regionale Projekte der Kassenärztlichen Vereinigungen aus den Kategorien Versorgung akut, Versorgung digital und Versorgung kooperativ zur Auswahl.

Zum Hintergrund: Im Rahmen des KVNO-Projekts haben Ärztinnen und Ärzte in der Zeit vom 24. Dezember 2022 bis zum 31. Januar 2023 mittwochs, feiertags und am Wochenende ein Angebot digitaler Erstberatungen durchgeführt, um die hohe Belastung der Kinderarzt-/ und Notdienstpraxen zum Jahreswechsel zu entzerren. Dabei wurden mehr als 2300 Videosprechstunden durchgeführt.

■ THOMAS PETERSDORFF



EBM

PCR-Test: Vergütung sinkt zum 1. April

PCR-Tests auf SARS-CoV-2 werden ab dem 1. April 2023 nur noch mit 19,90 Euro vergütet. Das hat der Bewertungsausschuss beschlossen, wie die Kassenärztliche Bundesvereinigung berichtet.

Der PCR-Test (GOP 32816) bei Patienten mit COVID-19-Symptomen wird damit nach der im EBM geltenden Bewertung für direkte Erregernachweise mit Nukleinsäureamplifikationstechnik (NAT) vergütet. Die Honorierung erfolgt weiterhin extrabudgetär.

Darüber hinaus hat der Bewertungsausschuss folgende redaktionelle Klarstellung bei der GOP 32851 für den Nukleinsäurenachweis von Erregern akuter respiratorischer Infektionen vorgenommen: Bei der Aufzählung der viralen Erreger wurde das „und“ zwischen Enteroviren und Coronaviren durch ein Komma ersetzt, da die Abrechnung je Erreger erfolgt. Diese Anpassung des EBM gilt rückwirkend zum 1. Januar 2023.

Vergütung für Infusionstherapie mit Xenozyme

Für die Enzyersatztherapie mit dem neuen Arzneimittel Xenozyme erhalten Ärztinnen und Ärzte ab dem 1. April 2023 eine Vergütung. Der Bewertungsausschuss hat dazu den EBM angepasst.

Xenozyme enthält den Wirkstoff Olipudase alfa und wird zur langfristigen Behandlung von Patientinnen und Patienten mit einem Mangel an saurer Sphingomyelinase (ASMD) außerhalb des zentralen Nervensystems verabreicht. Bei ASMD handelt es sich um eine seltene genetische Stoffwechselerkrankung.

GOP für Behandlung mit Xenozyme

GOP	Inhalt	Vergütung
02102	Infusionstherapie mit dem Arzneimittel/mindestens 60 Minuten	165 Punkte/ 18,96 Euro
01540	Zusatzpauschale für die Beobachtung und Betreuung eines Kranken unter Behandlung mit Arzneimitteln, einschließlich Infusionen/mehr als 2 Stunden	386 Punkte/ 44,36 Euro
01541	Zusatzpauschale für die Beobachtung und Betreuung eines Kranken unter Behandlung mit Arzneimitteln, einschließlich Infusionen/mehr als 4 Stunden	625 Punkte/ 71,82 Euro
01541	Zusatzpauschale für die Beobachtung und Betreuung eines Kranken unter Behandlung mit Arzneimitteln, einschließlich Infusionen/mehr als 6 Stunden	961 Punkte/ 110,43 Euro

Die vier GOP sind bereits im EBM enthalten und können bislang für Infusionstherapien mit Sebelipase alfa und Velmanase alfa abgerechnet werden. Ihr Leistungsinhalt wird zum 1. April 2023 um den Wirkstoff Olipudase alfa erweitert. Die Vergütung der vier GOP erfolgt weiterhin extrabudgetär und damit zu festen Preisen – zunächst bis zum 30. März 2025.

Hausarztvermittlungsfall auch von HzV-Ärzten abrechenbar

Seit 1. Januar 2023 können Hausärztinnen/Hausärzte sowie Kinder- und Jugendärztinnen/-ärzte höhere Zuschläge auf die Versichertenpauschale geltend machen, wenn sie für ihre Patientinnen und Patienten direkt Termine zur (Weiter-)Behandlung in einer fachärztlichen/psychotherapeutischen Praxis organisieren. Voraussetzung ist das dringende medizinische Erfordernis eines Facharzttermins. Der Zuschlag (GOP 03008/04008) ist mit 15,05 Euro (131 Punkte) bewertet.

Die GOP 03008/04008 ist auch von Ärztinnen und Ärzten abrechenbar, die an der hausarztzentrierten Versorgung (HzV)

teilnehmen und den Hausarztvermittlungsfall für HzV-Patientinnen und -Patienten in Anspruch nehmen wollen. Darauf hat sich die Kassenärztliche Bundesvereinigung mit den Krankenkassen geeinigt.

Wichtig: Zusätzlich zur GOP 03008/04008 müssen HzV-Ärztinnen und -Ärzte für die Vermittlung von HzV-Patientinnen und -Patienten aus abrechnungstechnischen Gründen auch die Pseudo-GOP 88196 anstelle der Versichertenpauschale angeben. Die Regelung gilt rückwirkend für das gesamte erste Quartal 2023.

Für die Vermittlung von HzV-Patientinnen und -Patienten durch Ärztinnen und Ärzte, die nicht an der hausarztzentrierten Versorgung teilnehmen, bleibt es bei dem regulären Abrechnungsverfahren – also ausschließlich Angabe der GOP 03008/04008 sowie der zugehörigen Versichertenpauschale.

DiGA: Vergütung für Apps geregelt

Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte hat die digitale Gesundheitsanwendung (DiGA) „Invirtio“ Ende letzten Jahres nach zweijähriger Erprobung dauerhaft in das Verzeichnis der verordnungsfähigen DiGA aufgenommen. Der Bewertungsausschuss hat nun zum 1. April 2023 die Vergütung der Verlaufskontrolle und Auswertung der App festgelegt.

Die Abrechnung erfolgt über die GOP 01474 (64 Punkte/7,35 Euro). Ärztinnen/Ärzte beziehungsweise Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten mit einer Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung von Verhaltenstherapie können die GOP je Indikation einmal im Krankheitsfall (= ein Jahr) abrechnen. Die Leistung wird, zunächst für zwei Jahre, extrabudgetär vergütet. Die App kann Personen zwischen 18 und 65 Jahren verordnet werden, die an einer Agoraphobie, Panikstörung oder sozialen Phobie leiden.

Während des Erprobungszeitraums erfolgte die Abrechnung über die Pauschale 86700 (7,12 Euro) nach den Regelungen der Anlage 34 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte. Über diese Pauschale kann ab 1. April 2023 erstmals die DiGA „elona therapy Depression“ abgerechnet werden. Das digitale Angebot kann die ambulante Psychotherapie bei einer Angsterkrankung, Depression oder hypochondrischen Störungen ergänzen. Die App „elona therapy Depression“ wurde im Dezember 2022 zur Erprobung in das DiGA-Verzeichnis aufgenommen.

Hochfrequenzablation des Endometriums neu im EBM

Die Hochfrequenzablation mittels Netzelektrode bei Frauen mit starker oder verlängerter Regelblutung wird zum 1. April 2023 als neues Operationsverfahren in den EBM aufgenommen.

Für den Eingriff wird der OPS-Kode 5-681.53 (Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus: Endometri-umablation: Hochfrequenzablation) in den Anhang 2 des EBM aufgenommen. Er ist mit 280,05 Euro (2437 Punkte) bewertet und wird bei ambulantem Eingriff mit der neuen GOP 31319 abgerechnet. Bei einem belegärztlichen Eingriff kommt die GOP 36319 (1143 Punkte/131,35 Euro) zur Anwendung. Die Vergütung erfolgt extrabudgetär. Für die Sachkosten wird mit der GOP 40685 (1020 Euro) eine neue Kostenpauschale in den EBM aufgenommen.

Fachärztinnen/Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, die über eine Genehmigung für ambulantes Operieren verfügen, können das Verfahren anwenden und abrechnen.

Klarstellung zu Sonderlinsen bei intraocularen Eingriffen

Bestimmte intraoculare Eingriffe sind auch dann über die GOP im EBM berechnungsfähig, wenn Versicherte statt einer Standardlinse eine Sonderlinse wählen und die zusätzlichen Kosten für ärztliche Leistungen und Sachmittel selbst zahlen. In diesen Fällen müssen Ärztinnen/Ärzte die GOP 31351 mit einem „I“ kennzeichnen. Diese GOP sollte zum 1. April 2023 im Praxisverwaltungssystem vorhanden sein. Der Bewertungsausschuss hat dazu eine Klarstellung formuliert und beschlossen, dass zum 1. April 2023 eine neue Nummer 18 in die Präambel 2.1 zum Anhang 2 EBM aufgenommen wird.

Demnach sind bei intraocularen Eingriffen, deren Kategorie mit einem „A“ gekennzeichnet ist und für die keine medizinische Indikation für die Implantation einer Sonderform der Intraocularlinse vorliegt, auch dann die GOP der Abschnitte 31.2 oder 36.2 EBM berechnungsfähig, wenn die Implantation über das Maß des Notwendigen hinausgeht, weil Patientinnen/Patienten eine Sonderform der Intraocularlinse wählen. Die Verpflichtungen zur medizinischen Begründung und zur Genehmigung durch die Krankenkasse, die nach Nummer 17 der Präambel 2.1 zum Anhang 2 EBM vorgesehen sind, entfallen damit. Der Beschluss steht noch unter dem Genehmigungsvorbehalt des Bundesgesundheitsministeriums.

Verträge

VorsorgePlus TK, KKH und HEK: Neuer Vertrag fördert hausärztliche Vorsorgeleistungen

Die KV Nordrhein hat mit der Techniker Krankenkasse (TK), der Kaufmännischen Krankenkasse KKH und der Hanseatischen Krankenkasse HEK zum 1. April 2023 den Vertrag VorsorgePlus abgeschlossen. Dadurch sollen Früherkennung und Nachsorge von Komorbiditäten und Folgeerkrankungen bei Patientinnen und Patienten mit bestimmten chronischen Erkrankungen in der Hausarztpraxis gefördert werden.

Der Vertrag startet zum 1. April 2023 mit den Versorgungsprogrammen zur Früherkennung von:

- Demenz
- Eisenmangel bei Herzinsuffizienz
- respiratorische Insuffizienz bei COPD
- periphere arterielle Verschlusskrankheit (pavk)
- COPD bei vorbestehendem Asthma

Ziele und Inhalte des Vertrages

Betroffene sollen nach festgestellter Früherkennung durch strukturierte Betreuung zielgerichtet versorgt werden. Der Fortschritt chronischer Erkrankungen, die bereits bestehen, soll verhindert oder zumindest verlangsamt werden, indem Begleit- und Folgeerkrankungen rechtzeitig erkannt werden. Die Patientinnen und Patienten sollen zudem über intensive Patientengespräche im Umgang mit ihren Krankheiten sowie

erforderlichen Lebensstilveränderungen unterstützt und geschult werden. So können Ärztinnen und Ärzte auch kostenlose und therapieunterstützende Gesundheitsapps empfehlen. Es handelt sich dabei jedoch nicht um die Verordnung digitaler Gesundheitsanwendungen.

Teilnahme von Hausärztinnen und Hausärzte

Alle zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen, angestellten und ermächtigten Hausärztinnen und Hausärzte in Nordrhein können an dem neuen Vertrag teilnehmen. Ihre Teilnahme müssen sie der KV Nordrhein schriftlich mitteilen. Verpflichtend ist der jährliche Besuch einer anerkannten Fortbildung oder eines Qualitätszirkels mit Bezug zu den zu versorgenden Krankheiten. Die Teilnahme darüber ist der KV Nordrhein spätestens nach fünf Jahren nachzuweisen.

Die ärztliche Teilnahmeerklärung (Anlage 4) steht auf [kvno.de](https://www.kvno.de) zum Download zur Verfügung. Wer bereits im KVNO-Portal registriert ist und über den Token für die 2-Faktor-Authentifizierung verfügt, kann die Teilnahme auch über das digitale Antragsmanagement (DAM) online erklären. Die Teilnahme beginnt mit dem Datum des Genehmigungsbescheides der KV.

Teilnahme von Versicherten

Alle Versicherten der teilnehmenden Krankenkassen können unabhängig von ihrem Wohnort an dem neuen Vertrag teilnehmen. Voraussetzung sind die definierten medizinischen Anforderungen der jeweiligen Versorgungsprogramme, die in den Anlagen 3.1 bis 3.5. aufgeführt werden. Praxen sollen die unterzeichneten Teilnahmeerklärungen der Patientinnen und Patienten innerhalb von zehn Tagen im Original an die

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



KV Nordrhein senden. Je Versicherten ist die Einschreibung nur einmal für alle Versorgungsprogramme erforderlich. Für Versicherte der TK besteht auch die Möglichkeit, sich durch Scannen eines QR-Codes via Handy oder Tablet direkt in der Praxis im Portal der TK anzumelden, und so kurzfristig die Bestätigung der Einschreibung zu erhalten.

Abrechnung und Vergütung

Die Leistungen für teilnehmende Ärztinnen und Ärzte werden nach den in Anlage 1 aufgeführten Voraussetzungen wie folgt extrabudgetär vergütet:

SNR	Leistung*	Vergütung
Anlage 3.1: Versorgungsprogramm zur frühzeitigen Diagnostik und Nachsorge einer Demenz		
91540	Durchführung Früherkennung, 1x im KHF	20 Euro
91541	Durchführung Nachsorge, 1x im BHF/maximal 8 Quartale	20 Euro
Anlage 3.2: Versorgungsprogramm zur frühzeitigen Diagnostik und Nachsorge von Eisenmangel bei Herzinsuffizienz		
91544	Durchführung Früherkennung, 1x im KHF	20 Euro
91545	Durchführung Nachsorge, 1x im BHF/maximal 8 Quartale	20 Euro
Anlage 3.3: Versorgungsprogramm zur frühzeitigen Diagnostik und Nachsorge einer respiratorischen Insuffizienz bei COPD		
91546	Durchführung Früherkennung, 1x im KHF	20 Euro
91547	Durchführung Nachsorge, 1x im BHF/maximal 8 Quartale	20 Euro
Anlage 3.4: Versorgungsprogramm zur frühzeitigen Diagnostik und Nachsorge einer peripheren arteriellen Verschlusskrankheit (pavk)		
91542	Durchführung Früherkennung pavk, 1x im KHF	20 Euro
91543	Durchführung Nachsorge pavk, 1x im BHF/maximal 8 Quartale	20 Euro
Anlage 3.5: Versorgungsprogramm zur frühzeitigen Diagnostik und Nachsorge von COPD bei vorbestehendem Asthma bronchiale		
91548	Durchführung Früherkennung, 1x im KHF	20 Euro
91549	Durchführung Nachsorge, 1x im BHF/maximal 8 Quartale	20 Euro

* KHF= Krankheitsfall, BHF= Behandlungsfall

Die Früherkennung kann bei Verdacht einmalig im Krankheitsfall je Versorgungsprogramm abgerechnet werden, die Nachsorge einmal im Behandlungsfall für maximal acht aufeinanderfolgende Quartale. Hinweis: Im zweiten Quartal 2023 müssen die Symbolnummern (SNR) manuell ins Praxisverwaltungssystem eingegeben werden, ab dem dritten Quartal sind sie automatisch verfügbar.

Die Teilnahme je Versicherten ist inklusive der Früherkennung je Programm auf maximal neun aufeinanderfolgende Quartale begrenzt (Früherkennung + zwei Jahre Nachsorgezeitraum). Eine gleichzeitige Betreuung und Abrechnung über mehrere Versorgungsprogramme ist möglich. Auch hierfür müssen Patienten und Patientinnen nur einmal eingeschrieben sein. Eine Abrechnung neben den Leistungen der Regelversorgung sowie anderen Verträgen, etwa DMP oder HZV, ist erlaubt.

Alle Informationen zum Vertrag inklusive der erforderlichen Teilnahmeerklärungen und einem Merkblatt finden Sie auf

kvno.de/vertraege

Neue Sachkostenliste im KVNO-Portal

Ab sofort steht eine aktualisierte Sachkostenliste im KVNO-Portal zur Verfügung. Änderungen zur Vorversion sind direkt in der Liste kenntlich gemacht. Künftig werden wir die aktualisierten Sachkostenlisten im KVNO-Portal jeweils zu Quartalsbeginn ohne gesonderte Ankündigung zur Verfügung stellen.

Vordrucke OEGD und 10C für Coronatests entfallen

Seit dem 1. März 2023 besteht kein Anspruch mehr auf präventive SARS-CoV-2-Testungen. Ab diesem Datum übernimmt der Bund keine Kosten mehr für sämtliche Leistungen nach der Coronavirus-Testverordnung. Damit entfällt auch die Rechtsgrundlage für eine Beauftragung von SARS-CoV-2-Nachweisen über das Muster OEGD. Mit dem Wegfall des Musters OEGD wird ebenfalls die besondere bundesmantelvertragliche Regelung zur Veranlassung kurativer Corona-Nachweise mit Muster 10C in der Vordruckvereinbarung aufgehoben. Für die Beauftragung eines PCR-Tests bei symptomatischen Patienten ist seit dem 1. März 2023 – wie für alle anderen Laboruntersuchungen auch – das Muster 10 zu verwenden. Der Versand des Musters OEGD und des Musters 10C wurde eingestellt.

Die Vergütung für den Abstrich ist wie bisher in der jeweiligen Versicherten- und Grundpauschale enthalten. Labore rechnen für den PCR-Test die GOP 32816 und für den Antigentest die GOP 32779 nach EBM ab. Für nicht gesetzlich Versicherte gelten die Bestimmungen des jeweiligen Kostenträgers.



Neue Vereinbarung für Arznei- und Heilmittel



Für 2023 konnten sich KV und Kassen in Nordrhein auf Zuwächse von mehr als drei Prozent im Arzneimittel- und rund elf Prozent im Heilmittelbereich einigen.

Für das Jahr 2023 konnten sich die Kassenärztliche Vereinigung und die Krankenkassen in Nordrhein auf je eine Vereinbarung für Arzneimittel und Verbandstoffe und für Heilmittel einigen. Für die beiden Bereiche müssen jeweils ein Ausgabenvolumen sowie steuernde Quoten für die Arzneimittelverordnungen festgelegt werden.

Das Volumen für Arzneimittel wurde um 3,1 Prozent auf 5.150.840.000 Euro gesteigert. Im Heilmittelbereich hat man sich – unter Ausschluss von Quoten – auf ein Ausgabenvolumen von 1.213.466.234,36 Euro verständigt. Dies entspricht einer Steigerung von rund elf Prozent gegenüber dem verhandelten Ausgabenvolumen des Vorjahres.

Quoten größtenteils unverändert

Bei den Quoten zur Steuerung der Arzneimittelverordnungen wurden zwei Anpassungen in der Allgemeinmedizin und bei hausärztlichen Internistinnen und Internisten vorgenommen. Die Quoten der anderen Fachgruppen bleiben unverändert, nur die Zielwerte werden angepasst.

Bei Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmedizinern sowie hausärztlichen Internistinnen und Internisten wird die Quote für den Medikationskatalog der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) zusammengefasst: Anstelle der bis-

herigen zwei Mindest- und Höchstquoten für Standard- und nachrangig zu verordnende Wirkstoffe gibt es ab 2023 nur noch eine Quote für Standard- und Reservewirkstoffe. Statt grüner und roter Quote zählen nun grün und gelb zusammen als eine Quote.

Im letzten Jahr sind die Insuline von Standard auf Reserve umgestuft worden. Zusätzlich werden im KBV-Medikationskatalog innerhalb der Gruppen der SGLT-2-Inhibitoren/Gliflozine und GLP-1 Analoga/Glutide die Wirkstoffe sowohl als Standard als auch als Reserve gelistet, obwohl die Nationale Versorgungsleitlinie (NVL) hier nicht differenziert. Besonders spezialisierte Praxen hatten hier Probleme mit den Quoten, die mit dem neuen Ziel eingefangen werden sollen. Standard- und Reservewirkstoffe sollen zu mindestens 95 Prozent verordnet werden.

Neben der einzelnen Quote für den KBV-Medikationskatalog wurde für die Allgemeinmedizinerinnen und -mediziner und hausärztlichen Internistinnen und Internisten eine separate Quote zur Steuerung der Lipidsenker aufgenommen, die bisher auch schon für die fachärztlichen Internistinnen und Internisten gilt. Hier sollten die Anteile der Statine Simva-, Prava-, Atorva- und Rosuvastatin 85 Prozent der Dosen ausmachen.

Die vereinbarten DDD-Quoten sollen zur Steuerung der Arzneimittelausgaben dienen, was angesichts anderer Steuerungsinstrumente wie etwa Festbeträgen, Früher Nutzenbewertung, Rabattverträgen und auch Selektivverträgen einen immer kleineren Raum einnimmt. Zusätzlich können sich Praxen aus der statistischen Prüfung nach Durchschnittswerten befreien, wenn sie alle Quoten einhalten. Die bisherigen Erfahrungen mit dem System sind größtenteils positiv: So sind im letzten Prüffahr 2020 weniger als zehn Praxen in die statistische Prüfung der Arzneimittelverordnungen gekommen und für keine Praxis wurde ein Regress ausgesprochen.

Die Definitionen der Quoten in den anderen Fachgruppen bleiben unverändert. Die angepassten Zielwerte finden sich in der nachfolgenden Tabelle.

■ HON

DDD-Quoten 2023 Nordrhein	
Allgemeinmediziner und hausärztliche Internisten	Soll
■ KBV-Medikationskatalog (Anteil Standard- und Reservewirkstoffe)	min. 95 %
■ Blutzuckerteststreifen (Durchschnittswert pro Teststreifen), mindestens 5000 BZT/Jahr	max. 47,3 Cent*
■ Direkte orale Antikoagulantien (DOAK): (Anteil preiswerter DOAK (Eliquis, Lixiana) an allen DOAK; Xarelto 2,5 mg zählt nicht bei der Berechnung)	min. 70 %*
■ Anteil an Patienten, die mit Protonenpumpeninhibitoren behandelt werden, an allen Arzneimittelpatienten	max. 22 %
■ Lipidsenker (Simva-, Prava-, Atorva-, Rosuvastatin), mindestens 1825 DDD/Jahr	min. 85 %
Fachärztliche Internisten	
■ Lipidsenker (Simva-, Prava-, Atorva-, Rosuvastatin), mindestens 1825 DDD/Jahr	min. 85 %
■ Antidiabetika ohne Insulin (Metformin)	in 2023 ausgesetzt
■ Blutzuckerteststreifen (Durchschnittswert pro Teststreifen), mindestens 5000 BZT/Jahr	max. 47,3 Cent*
■ Direkte orale Antikoagulantien (DOAK): (Anteil preiswerter DOAK (Eliquis, Lixiana) an allen DOAK; Xarelto 2,5mg zählt nicht bei der Berechnung)	min. 70 %*
Zusätzlich für Nephrologen	
■ Erythropoietin (Biosimilars), mindestens 1825 DDD/Jahr	min. 80 %*
Zusätzlich für Gastroenterologen	
■ TNFalpha-Inhibitoren (Biosimilars), mindestens 1825 DDD/Jahr Bei der Verordnung neuer, selektiver Immunsuppressiva sind biosimilarfähige TNFalpha-Inhibitoren aus wirtschaftlichen Gründen zu bevorzugen.**	min. 82,5 %*
Zusätzlich für Rheumatologen	
■ TNFalpha-Inhibitoren (Biosimilars), mindestens 1825 DDD/Jahr Bei der Verordnung neuer, selektiver Immunsuppressiva sind biosimilarfähige TNFalpha-Inhibitoren aus wirtschaftlichen Gründen zu bevorzugen.**	min. 82,5 %*
Zusätzlich für Onkologen	
■ Koloniestimulierende Faktoren (Filgrastim Biosimilars), mindestens 1825 DDD/Jahr	min. 80 %*
■ Bevacizumab, Rituximab, Trastuzumab (Biosimilars), mindestens 1825 DDD/Jahr	min. 90 %*
Augenärzte	
■ Glaukomtherapeutika (generikafähige)	in 2023 ausgesetzt
Chirurgen	
■ Heparine (Anteil DDD generikafähige)	in 2023 ausgesetzt
Gynäkologen	
■ Follitropin (Anteil Biosimilars), mindestens 1825 DDD/Jahr	min. 37,5 %*
Hautärzte/Dermatologen	
■ TNFalpha-Inhibitoren (Biosimilars), mindestens 1825 DDD/Jahr Bei der Verordnung neuer, selektiver Immunsuppressiva sind biosimilarfähige TNFalpha-Inhibitoren aus wirtschaftlichen Gründen zu bevorzugen.**	min. 82,5 %*
Kinderärzte	
■ Somatotropin (Anteil Biosimilars), mindestens 1825 DDD/Jahr	min. 32,5 %*
Neurologen/Nervenärzte	
■ MS-Therapeutika Kategorie 1*** (Anteil IF-beta1a, PEG-IF-beta1a)	max. 20 %
Orthopäden	
■ Mittel zur Osteoporosetherapie inklusive Kombinationen (Anteil DDD Alendronat, Risedronat inklusive Kombinationen)	min. 59 %
■ Heparine (Anteil DDD generikafähige)	in 2023 ausgesetzt
Urologen	
■ Mittel bei BPH**** (Anteil Tamsulosin inklusive Kombinationen)	min. 80 %
■ Leuprorelin (Anteil preiswerte = Leuprone Hexal, Leupro Sandoz, Leuprolin Ratio)	min. 50 %*

Mindestmengen bei den Quoten für Blutzuckerteststreifen, Lipidsenker, Biosimilars: Die Quote zählt erst, wenn die Mindestmengen pro Jahr verordnet werden. Bei kleineren Verordnungsmengen bleibt die Quote unberücksichtigt.

* Im Prüfungsfall werden rabattierte Präparate positiv in der Quote berücksichtigt.

** Den „neuen, selektiven Immunsuppressiva“ werden folgende Wirkstoffgruppen und Wirkstoffe zugeordnet: TNFalpha-Inhibitoren, JAK-Inhibitoren, IL-Antagonisten, Abatacept (Rheumatologie), Apremilast (Rheumato- und Dermatologie), Ozanimod (Gastroenterologie), Rituximab (Rheumatologie) und Vedolizumab (Gastroenterologie). Darüber hinaus werden alle weiteren, patentgeschützten Wirkstoffe hier eingruppiert, für die Zulassungen für die Indikationen Rheumatoide Arthritis, Psoriasis-Arthritis, Juvenile idiopathische Arthritis, Axiale Spondyloarthritis, Colitis Ulcerosa, Morbus Crohn oder Plaque-Psoriasis vorliegen.

*** Kategorie 1: IFNbeta, DMF, Glatiramer, Teriflunomid

**** Alfuzosin (auch Kombinationen), Tamsulosin (auch Kombinationen), Terazosin, Silodosin, Doxazosin, Finasterid, Dutasterid

Verordnung von medizinischem Cannabis geregelt



Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat die Detailregelungen getroffen, die künftig bei der Verordnung von medizinischem Cannabis als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung gelten. Der Beschluss tritt nach Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft.

Vorgesehen ist, dass nur die Erstverordnung von Cannabis in Form von getrockneten Blüten oder Extrakten sowie ein grundlegender Therapiewechsel einer Genehmigung durch die Krankenkassen bedürfen. Diese soll nur in begründeten Ausnahmefällen versagt werden können. Folgeverordnun-

gen, Dosisanpassungen oder der Wechsel zu anderen getrockneten Blüten beziehungsweise zu anderen Extrakten in standardisierter Form verlangen keine erneute Genehmigung. Sofern eine Genehmigung für eine Therapie mit Cannabis bereits vor Inkrafttreten der neuen Regelungen erteilt worden ist, gilt diese auch weiterhin.

Es gibt keinen Facharztvorbehalt für die Verordnung von medizinischem Cannabis, das heißt, alle Ärztinnen und Ärzte sind verordnungsbefugt. Dies ist vor allem für die Versorgung von Patientinnen und Patienten in der Allgemeinen Ambulanten Palliativversorgung (AAPV) und der Spezialisierten Ambulanten Palliativversorgung (SAPV) von erheblicher Bedeutung, weil hier Allgemeinmedizinerinnen und -mediziner große Teile der Patientenversorgung sicherstellen.

Cannabis-Verordnungen im Rahmen der SAPV bedürfen grundsätzlich keiner Genehmigung. Im Rahmen der AAPV oder bei Beginn einer Cannabistherapie bereits während einer stationären Behandlung besteht zwar eine Genehmigungspflicht, die Prüffrist der Krankenkassen beträgt hier aber nur drei Tage.

■ KVNO

Austauschfreiheiten für Apotheken verlängert

Der Austausch von Arzneimitteln in der Apotheke im Rahmen der „aut idem-Regelungen“ wird über den 7. April 2023 hinaus bis Ende Juli 2023 verlängert. Das hat der Deutsche Bundestag nach einem Änderungsantrag im Rahmen des Gesetzes zur Neustrukturierung der Unabhängigen Patientenberatung Deutschlands (UPD) beschlossen.

Damit gelten die im Rahmen der Corona-Pandemie eingeführten erleichterten Abgaberegulungen für Arzneimittel bis zum 31. Juli 2023 fort. Apotheken dürfen demnach auch weiter von der vorrangigen Belieferung von Rabattarzneimitteln abweichen, wenn diese nicht lieferbar sind. Sie dürfen ohne Rücksprache mit dem verordnenden Arzt bei der Packungsgröße und -anzahl sowie der Entnahme von Teilmengen aus Fertigarzneimittelpackungen und der Wirkstärke von der ärztlichen Verordnung abweichen, sofern dadurch die verordnete Gesamtmenge des Wirkstoffs nicht überschritten wird.

Für die abweichende Belieferung müssen die Rezepte nicht geändert werden, sondern werden mit Sonderziffern gekennzeichnet. Wenn einzelne Wirkstoffe gar nicht lieferbar sind, können Apotheken nach Rücksprache mit der Praxis auch auf andere Wirkstoffe ausweichen. Auch hier wäre keine Änderung des Rezeptes nötig.

Die erleichterten Austauschmöglichkeiten gelten nicht für Betäubungsmittel. Hier müssen weiterhin die Vorgaben der Betäubungsmittelverschreibungsverordnung beachtet werden. Die Abgabe eines anderen Wirkstoffs ist hier beispielsweise nicht möglich.

■ KVNO

Änderung der Arzneimittel-Richtlinie

Die Arzneimittel-Richtlinie ist in mehreren Punkten durch Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) ergänzt oder präzisiert worden.

So wurde im Richtlinientext die Formulierung zur Verordnung nicht verschreibungspflichtiger Arzneimittel als Begleitmedikation angepasst. Nunmehr können diese zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) verordnet werden, wenn „gemäß Fachinformation des Hauptarzneimittels, die Gabe einer entsprechenden Begleitmedikation vorausgesetzt wird, oder der Patient darauf hinzuweisen ist, dass die Anwendung einer entsprechenden Begleitmedikation erforderlich ist“. Die alte Formulierung „zwingend vorgeschrieben“ ist ersetzt worden mit dem Ziel, an dieser Stelle für mehr Verordnungssicherheit zu sorgen. Die Änderung des Paragraphen 12 Absatz 7 tritt nach Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft.

Auch in der Anlage I der Arzneimittel-Richtlinie (OTC Übersicht) wurden einige Punkte präzisiert:

- Eisenpräparate sind nur als Monopräparate (nicht in Kombination mit zum Beispiel Folsäure) bei gesicherter Eisenmangelanämie verordnungsfähig (Nr. 11 der Anlage).
- Flohsamen können nun allgemein bei ausgedehnter Darmresektion verordnet werden (Nr. 18 der Anlage).
- Bei harnstoffhaltigen Dermatika wird klargestellt, dass Monopräparate gemeint sind (Nr. 22 der Anlage).
- Die Regelungen zu Metixen zur Behandlung des Parkinsonsyndroms wurden gestrichen, da kein entsprechendes Präparat mehr vorliegt (Nr. 31 der Anlage).
- Bei der Behandlung von Mykosen bei immunsupprimierten Patientinnen und Patienten mit Nystatin wird klargestellt, dass nur orale Präparate infrage kommen (Nr. 34 der Anlage).
- Für Pankreasenzyme wurde ebenfalls geregelt, dass fixe Kombinationen mit anderen Wirkstoffen ausgeschlossen sind (Nr. 36 der Anlage).

In Anlage III der Richtlinie ist für die Verordnung von Alirocumab, Evolocumab und Inclisiran geregelt, dass diese nur unter bestimmten Voraussetzungen verordnungsfähig sind. Eine Verordnung der Wirkstoffe ist unwirtschaftlich, solange sie mit Mehrkosten im Vergleich zu anderen Lipidsenkern – bisher Statine, Anionenaustauscher und Cholesterinresorptionshemmer (Ezetimib) – verbunden ist. Bei den anderen Lipidsenkern wurden nun die ACL-Hemmer (Bempedoinsäure in Nilemto und Nustendi) ergänzt.

Die Änderungen in der Anlage I und III sind schon in Kraft getreten. Die Arzneimittel-Richtlinie findet sich unter

[g-ba.de/richtlinien/3/](https://www.g-ba.de/richtlinien/3/)

■ HON

Neue Verordnungsinfo zur Heuschnupfensaison

Die Regelungen zur Verordnung von Antihistaminika und nasalen Kortikoiden zulasten der GKV sind leider sehr komplex, weil mehrere Gesetze, Zulassungen und Richtlinien ineinandergreifen. Eine neue VerordnungsInformation Nordrhein (VIN) informiert zu dem Thema, damit Praxen den Überblick behalten bei der Behandlung der saisonalen und perennialen allergischen Rhinitis bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit den genannten Wirkstoffen.

Den VIN-Newsletter gibt es unter [kvno.de/vin](https://www.kvno.de/vin) ■ HON





KOSA

„Wir bauen Brücken zwischen Selbsthilfe und Fachleuten“

Die „Kooperationsberatung für Selbsthilfegruppen, Ärzte und Psychotherapeuten“ der KV Nordrhein – kurz KOSA – versteht sich als Scharnier zwischen Ärztinnen bzw. Ärzten und ihren Patientinnen und Patienten. Das dreiköpfige Team unterstützt die KVNO-Mitglieder dort, wo oft zu wenig Zeit für eine umfassende Patientenberatung bleibt.



Wollen verbinden: Anke Petz, Bianca Wolter und Stephanie TheiB von der KOSA.

Das Zeitkontingent von Ärztinnen und Ärzten ist begrenzt. Viel Zeit zum Reden bleibt meist nicht. Dennoch ist neben der Behandlung einer Erkrankung und dem Verschreiben von Therapien und Hilfsmitteln der per-

sönliche Austausch für viele Betroffene auch sehr wichtig. Dabei geht es um Lebensqualität und die damit einhergehende mentale Gesundheit – vor dem Hintergrund der Krankheit. „Und an dieser Stelle kommen wir ins Spiel“, sagt Stephanie TheiB, Abteilungsleiterin der KOSA. „Ärztinnen und Ärzte können sich bei uns melden. Wir informieren über Selbsthilfegruppen, Beratungsangebote oder weitere unterstützende Hilfen, an die sie ihre Patientinnen und Patienten weitervermitteln können.“

Die KOSA ist seit den 1990er-Jahren ein Teil der KVNO-Verwaltung. „Wir bauen Brücken zwischen der Selbsthilfe und medizinischen sowie psychotherapeutischen Fachleuten“, beschreibt TheiB. Ziel ist es, dass alle sich auf Augenhöhe begegnen, austauschen und voneinander lernen. Die vier Kernaufgaben sind Beratung, Vernetzung, Organisation von Veranstaltungen und Öffentlichkeitsarbeit. „Manchmal beantworte ich morgens die Frage einer Bürgerin, arbeite dann an Konzepten für barrierefreie Praxen mit und moderiere nachmittags eine Fachveranstaltung, zum Beispiel zur Kommunikation mit älteren Patientinnen und Patienten“, beschreibt TheiB ihren abwechslungsreichen Job. Zudem ist das Trio der KOSA auch gesundheitspolitisch unterwegs,

Neuer Flyer „Psychische Erkrankungen“

Im Rahmen ihrer Öffentlichkeitsarbeit erstellt die KOSA regelmäßig Informationsflyer. Gerade erschienen ist ein Infoblatt zu Hilfen und Unterstützungsangeboten bei psychischen Erkrankungen. Die Bandbreite an seelischen Erkrankungen ist groß. Zu den häufigsten zählen Angststörungen, Depressionen, Sucht, Zwangsstörungen. Wer mit psychischen Belastungen zu kämpfen hat, für den sind Haus- und Facharztpraxen häufig die ersten Anlaufstellen. Die Wartezeit auf einen Psychotherapieplatz ist oft sehr lang. Zur Überbrückung können Selbsthilfegruppen und auch Apps sinnvoll sein. Die

Kosten für bestimmte geprüfte Apps übernehmen die Krankenkassen.

Der neue Flyer gibt Empfehlungen, welche Informationen, Websites und Beratungsangebote hilfreich sein können. Er ist online auf

☐ patienten.kvno.de zum Download verfügbar.

Zudem kann er kostenlos bei der KOSA zum Auslegen im Wartezimmer angefordert werden.



etwa im Fachbeirat Partizipation oder in den Gremien der Krebsgesellschaft, und arbeitet landesweit mit wichtigen Akteuren wie dem NRW-Gesundheitsministerium zusammen.

Gegen Vorurteile ankämpfen

„Wir möchten etwas bewegen und gestalten. Unsere Themenpalette ist groß – von Inklusion über den Alltag mit einer Krebserkrankung bis hin zum Thema Einsamkeit“, so KOSA-Mitarbeiterin Bianca Wolter. Die interdisziplinäre Arbeit steht im Vordergrund – und die Entwicklung von Vernetzung und Synergien, die alle Beteiligten voranbringen und die Versorgung verbessern. Wolters Kollegin Anke Petz blickt auf viele Jahre Erfahrung im Bereich der Selbsthilfe zurück und erlebt, dass der Begriff bei einigen immer noch mit Vorurteilen belegt ist. Viele Selbsthilfegruppen nennen sich daher oft lieber Netzwerk, was den Kern der Sache besser trifft. „Generell ist ganz viel im Wandel, allein schon durch die zunehmende Digitalisierung“, sagt sie. Einige Selbsthilfegruppen seien mittlerweile sehr professionalisiert und hätten in Zusammenarbeit mit Hochschulen Schulungsprogramme entwickelt, zum Beispiel die Deutsche Rheuma-Liga.

Die Expertinnen der KOSA beraten zu medizinischen Themen, mit denen Ärztinnen und Ärzte in der Praxis immer wieder konfrontiert sind, zum Beispiel Adipositas, Diabetes und Depressionen. Psychische Probleme zählen dabei zu den besonders relevanten Inhalten in der Selbsthilfe. „Wir wissen, dass es extrem schwer ist, einen Therapieplatz zu bekommen. Aber Menschen mit leichten Beschwerden ist oft schon geholfen, wenn sie sich in einer Selbsthilfegruppe Unterstützung holen“, erklärt Bianca Wolter.

Wissen, dass man nicht allein ist

Was kann Selbsthilfe denn grundsätzlich leisten? „Sie ist sehr facettenreich“, beschreibt Stephanie TheiB. Es gehe um den Austausch mit Gleichgesinnten, um konkrete Hilfe, das Teilen von Erfahrungen oder die Vermittlung von Ansprechpersonen, um die Vermittlung des Gefühls, dass man mit seinem gesundheitlichen Problem nicht allein ist. Oft organisiert die Gruppenleitung Fachvorträge, manchmal werden sogar Therapien oder Sportgruppen angeboten. Aber auch Spaß sei wichtig, zum Beispiel bei gemeinsamen Ausflügen. „Immer wieder höre ich, dass unter den Teilnehmenden enge Freundschaften entstehen. Auch das ist ein wichtiger Aspekt der Selbsthilfe“, sagt TheiB.

Die Mitarbeiterinnen der KOSA wünschen sich noch mehr Austausch mit den Niedergelassenen. „Wir haben da noch einiges an Potenzial, das wir im Sinne der Patientenversorgung

ausschöpfen können“, glaubt Stephanie TheiB. Natürlich kostet ein Anruf bei der KOSA auch Zeit, die aber oftmals gut investiert ist. „Wenn die Patientinnen und Patienten in einem Selbsthilfe-Netzwerk – neben der medizinischen Versorgung – gut mitbetreut werden, fühlen sie sich besser, sind zufriedener und kommen im Zweifel seltener in die Sprechstunde, was Ärztinnen und Ärzte wiederum entlastet“, konstatiert sie. Großes Ziel der KOSA ist es, Menschen zu helfen und zu einer positiven Veränderung im Gesundheitssystem beizutragen. An Engagement mangelt es dem KOSA-Team jedenfalls nicht – ganz im Gegenteil! Ausführliche Informationen über die KOSA online auf patienten.kvno.de

■ JANA MEYER

Welche Aufgaben hat die KOSA?

Die KOSA ist eine Fach- und Beratungsstelle innerhalb der KV Nordrhein. Sie setzt sich für einen konstruktiven Dialog zwischen Ärztinnen/Ärzten, Psychotherapeutinnen/-therapeuten und Patientinnen/Patienten ein. Das Angebot:

- qualifizierte Beratung und Information über Selbsthilfeaktivitäten in Nordrhein
- Organisation interdisziplinärer (Fortbildungs-) Veranstaltungen
- landesweite Netzwerk- und Gremienarbeit mit diversen Institutionen aus dem Gesundheitsbereich
- Erstellung von Broschüren und Fachinformationen für die Öffentlichkeit



Kontakt

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein
KOSA
Tersteegenstr. 9
40474 Düsseldorf
kosa@kvno.de

Online-Talk der KOSA

Krebs – im Schatten der Pandemie?

Etwa 500.000 Mal pro Jahr lautet in Deutschland die Diagnose: Krebs. Sie bringt ohnehin Angst und Unsicherheit mit sich – umso mehr in den vergangenen Jahren, denn eine Krebserkrankung zählt zu den Hochrisikofaktoren für einen schweren Verlauf von COVID-19. Beim Online-Talk „Krebs – im Schatten der Pandemie?“ der KV Nordrhein berichteten Ärzte und Vertreterinnen von Selbsthilfeorganisationen von ihren Erfahrungen.

Die Statistik lässt keinen Zweifel: Menschen mit einer akuten Krebserkrankung haben das höchste Risiko für einen schweren Verlauf einer COVID-19-Infektion. Damit übertrifft Krebs als Risikofaktor sogar die Faktoren hohes Alter, Herzinsuffizienz oder Organtransplantation.

„Die Pandemie ist zwar nicht mehr akut, aber die Situation ist weiterhin kritisch für Menschen, die akut an Krebs erkrankt sind“, erklärt Prof. Dr. med. Bernhard Wörmann, Medizinischer Leiter der Deutschen Gesellschaft für Hämatologie und medizinische Onkologie. Er arbeitet an der Berliner Charité und hat selbst die oft schweren Folgen von COVID-19 bei Krebspatientinnen und -patienten erlebt.

„Ich wünsche mir ein Netzwerk, das miteinander lernt, Dinge nach vorn treibt und Patientinnen und Patienten gut versorgt. Es sollten alle an einem Strang ziehen.“

Lars Galonska, Hämatologe und Onkologe

Mittlerweile seien die Präventions- und Behandlungsmöglichkeiten besser geworden. „Wir stehen nicht mehr waffenlos dar“, sagt der Experte. Die vorhandenen Präparate, etwa Virostatika, seien zwar relativ gut verträglich, allerdings bei der Omikron-Variante nur reduziert wirksam. Wörmann betont: „Es ist wichtig, dass sich Krebspatientinnen und -patienten sofort bei ihren Behandlern melden, wenn sie Corona-Symptome haben. Je schneller wir reagieren können, desto besser.“

Mehr Vorsorge nötig

Die Zahl der Vorsorgeuntersuchungen ist 2020 im Vergleich zu 2019 zurückgegangen, um etwa elf Prozent bei Gebärmutterhalskrebs und Hautkrebs-Screenings sowie um 16 Prozent bei der Darmkrebsvorsorge. Neuere Zahlen liegen noch nicht

„Ich wünsche mir eine Stärkung unserer Lotsen-Funktion. Die Patientinnen und Patienten sollen bei allen Leistungen im Mittelpunkt stehen. Außerdem ist bei der Digitalisierung noch Luft nach oben, zum Beispiel in Sachen Apps.“

Sandra Bothur, Krebsgesellschaft NRW

vor. Die Zahl der Vorsorgeuntersuchungen sollte sich aber insgesamt steigern, findet Wörmann. „Etwa 50 Prozent der Menschen nehmen die angebotenen Früherkennungsmaßnahmen wahr – auch schon vor Corona. Damit sind wir weit entfernt von den international angestrebten 70 Prozent.“ Krebs als Todesursache nehme konstant zu – zumindest in absoluten Zahlen. Dabei lasse sich aber kein Bezug zur Pandemie herstellen: „Die Bevölkerung wird immer älter, entsprechend mehr Menschen haben in höherem Alter irgendwann Krebs.“ Relativ gesehen auf die Gesamtsterblichkeit nehme Krebs als Todesursache sogar eher ab.

Virtuelle Präventionsaktionen kommen an

Die Krebsgesellschaft NRW setzt sich nicht nur für Betroffene ein, sondern organisiert auch zahlreiche Informations- und Präventionskampagnen. Auch diese hat die Pandemie verändert, wie Geschäftsführerin Sandra Bothur erklärt: „Wir informieren zum Beispiel in Schulen zur Hautkrebs-Prävention. Dieses Programm findet jetzt virtuell über ein Online-Portal statt. Zuletzt verzeichneten wir einen Teilnahmerecord.“ Dank neuer Online-Programme nehmen mehr Klassen am Programm teil als je zuvor. Andere Beratungsangebote seien dagegen während der Pandemie kaum möglich gewesen. Vor allem die Familienberatung sei zu kurz gekommen. Dies sei online kaum möglich, da die Sprechstunde auch didaktische Konzepte nutzt – etwa, wenn kleine Kinder die aktuelle Familiensituation anhand eines Puppenhauses nachspielen sollen.

„Die Patientinnen und Patienten stehen bei der Diagnose vor einem Abgrund, wir Behandler bauen ihnen eine Brücke. Diese Brücke ist durch Corona ins Schwanken geraten. Ich wünsche mir, dass wir wieder stabile Brücken bauen können und die Menschen das Vertrauen in das System behalten.“

Prof. Dr. Bernhard Wörmann,
DGHO



Diagnose stellt das Leben auf den Kopf

Gisela Schwesig von der Frauenselbsthilfe Krebs weiß, auch aus eigener Erfahrung, dass eine Krebsdiagnose das Leben auf den Kopf stellt: „Die Normalität des Alltags ist plötzlich weg. Die Betroffenen werden fremdbestimmt durch Untersuchungen, Behandlungen und deren Nebenwirkungen. Dazu kommen meist eine große Hilflosigkeit und Zukunftsängste.“ Die Frauenselbsthilfe steht dabei stellvertretend für zahlreiche Selbsthilfeorganisationen. Sie fangen Betroffene auf, informieren über mögliche Hilfen und begleiten in ein Leben nach dem Krebs.

Die Pandemie habe die Selbsthilfe zunächst zurückgeworfen. Persönliche Treffen waren tabu, die Nutzung von Räumlichkeiten in Kliniken ist teils bis heute nicht möglich. Das brachte allerdings auch technische Fortschritte mit sich: Zu überregionalen Sitzungen und Schulungen, etwa für die Gruppenleiterinnen, treffen sich die Frauen weiterhin online, um den Teilnehmerinnen lange Anfahrtswege zu ersparen. „Für die Gruppen vor Ort sind persönliche Gespräche aber unersetzlich. Glücklicherweise konnten wir mit der Zeit vielerorts große Räume finden, in denen auch Abstände eingehalten werden können.“ Einige Teilnehmerinnen seien aufgrund ihrer Erkrankung nach wie vor sehr vorsichtig.

Videosprechstunden sind kein Ersatz

Wie wichtig persönliche Gespräche sind, hat auch Lars Galonska erlebt. Er ist Facharzt für Innere Medizin, Hämatologie und Onkologie sowie anthroposophische Medizin. In seiner Praxis gibt es nur wenige Videosprechstunden. „Wenn wir Therapien, Nebenwirkungen oder Perspektiven besprechen, lassen sich Ängste und Unsicherheiten im persönlichen Gespräch wesentlich besser auffangen. Wir haben alles daran-

„Ich wünsche mir, dass Behandler verstärkt auf die Angebote der Selbsthilfe aufmerksam machen. Viele folgen eher der Empfehlung von Fachleuten als selbst aktiv nach Angeboten zu suchen.“

Gisela Schwesig, Frauenselbsthilfe

gesetzt, dies auch während der Hochphasen der Pandemie zu ermöglichen.“ Das brachte viele Veränderungen in den Praxisabläufen mit sich, schließlich ging es fast ausschließlich um Hochrisikopatientinnen und -patienten. „Wir haben zum Beispiel separate Therapiezeiten für Corona-Erkrankte organisiert, die bei uns sogar einen eigenen Eingang nutzen konnten“, berichtet er. Besonders wichtig sei in dieser Zeit ein gutes Netzwerk gewesen, etwa zu anderen Praxen, Kliniken oder Berufsverbänden. „Wie geht man zum Beispiel damit um, wenn Krebspatienten nach einer Infektion noch wochenlang positiv getestet werden?“, gibt Galonska ein Beispiel. „In Fragen zu Hygienekonzepten und Behandlungsstrategien war ein schneller Wissenstransfer essenziell.“

Kritisch äußerten sich die Expertinnen und Experten über das bundesweit einheitliche Krebsregister, das nicht gut funktioniert. Gerade während der Corona-Pandemie sei deutlich geworden, wie wichtig so ein Register ist, um zu erkennen, welche Entwicklungen es gibt und wo man reagieren muss. Leider fehle es aber nach wie vor an der Datenorganisation. Lars Galonska: „Das ist eine Einbahnstraße. Wir liefern Daten, doch es kommt nichts zurück.“

■ INA ARMBRUSTER

Trotz Pandemie: Praxen leisten hervorragende Arbeit

Ob Koronare Herzkrankheit, Diabetes mellitus oder COPD, seit über 20 Jahren leisten Disease Management Programme (DMP) einen zentralen Beitrag für die Versorgung chronisch Kranker. Im Bürgerhaus Bilk widmeten sich Expertinnen und Experten am 22. März 2023 dem Themenkomplex, dabei diskutierten sie Effekte der Corona-Pandemie und Verbesserungspotenziale.



Ein großes Risiko in der Behandlung chronisch Kranker ist der nach wie vor hohe Tabakkonsum. Insbesondere im DMP COPD greift noch ein Drittel der Teilnehmenden regelmäßig zur Zigarette.

Eines wurde beim DMP-Kongress besonders deutlich: Die Praxen haben auch während der Pandemie hervorragende Arbeit geleistet. Trotz erschwelter Rahmenbedingungen sind die Teilnehmerzahlen für alle DMP-Programme in 2020 und 2021 nur minimal zurückgegangen, 2022 gab es sogar ein leichtes Plus im Vergleich zu vor der Pandemie; insgesamt wurden 949.000 Patientinnen und Patienten im Rahmen der DMP betreut. Doch macht die Statistik auch einen anderen Trend sichtbar: Immer mehr Menschen nehmen parallel an zwei oder mehreren Programmen teil. „Die Multimorbidität nimmt zu“, konstatierte Dr. med. Frank Bergmann, Vorstandsvorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein (KVNO). Faktoren wie der demografische Wandel stellten auch die Chroniker-Programme vor neue Herausforderungen. Sein Impuls: „Vielleicht ist es an der Zeit für DMP zur Multimorbidität?“

Nach diesem Ausblick widmete der Infoabend sich dem Status quo, vor allem bei den DMP-Klassikern Koronare Herzkrankheit, Diabetes mellitus und chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD). Moderiert wurde die Veranstaltung von KVNO-Vize Dr. med. Carsten König und Dr. med. Ingo Bläse vom Mitveranstalter Cardio Zentrum Düsseldorf, die

neben den positiven Ergebnissen auch auf Verbesserungspotenziale der Programme zu sprechen kamen. So hätten etwa drei von zehn Asthma-Betroffene keinen individuellen Notfallplan, ein Drittel der COPD-Betroffenen rauche trotz Diagnose weiter. Die Teilnahmequoten an angebotenen Tabakentwöhnungsprogrammen seien gering.

Risikofaktor Tabakkonsum

Dabei ist die Tabakentwöhnung ein wichtiger Faktor bei vielen Erkrankungen – auch vor Operationen. „Bereits ein vierwöchiger Nikotinstopp reduziert das Risiko bei Operationen deutlich“, betonte Dr. med. Thomas Lauer, Facharzt für Allgemeinmedizin, Kardiologie und Angiologie. Da bei der Ermittlung des OP-Risikos immer auch individuelle Faktoren eine Rolle spielten, könne es vorkommen, dass ein geplanter Eingriff verschoben werden müsse. Konkrete Vorschläge machte Dr. med. Claudia Suerbaum. In ihrem Vortrag ging die Fachärztin für Kinder-Pneumologie auf Atemwegsinfekte ein. Sie erlebe immer wieder kleine Kinder, bei denen die Sprachentwicklung verzögert sei. „Aber längst nicht alle müssen deswegen zum Logopäden. Einige waren einfach so oft krank, dass sie inzwischen schlecht hören“, erklärt sie.

Ein eigenes DMP für Schlafapnoe könnte sich Schlafmediziner Dr. med. Charles Lange vorstellen. Vor allem schwer Erkrankte bemerken bereits in der ersten Nacht mit einer Maske eine starke Verbesserung der Schlafqualität, andere kämen besser mit der Unterkiefer-Protrusionsschiene klar, deren Kosten inzwischen teils auch von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen werden. Den Faden seiner Vorredner aufgreifend, kam Dr. med. Markus Wies schließlich auf die veränderten Arbeitsbedingungen für niedergelassene Vertragsärztinnen und -ärzte zu sprechen. Der Facharzt für Allgemeinmedizin und neuer Vorsitzender der KV-Kreisstelle Düsseldorf erläuterte nicht nur die Herausforderungen des Arbeitsalltags, sondern gab den Teilnehmenden auch Tipps für mehr Resilienz. Sein Fazit: „Es ist immer noch ein toller Beruf!“

■ INA ARMBRUSTER

Bei DMP von Nordrhein lernen

Nachdem bereits vor ein paar Jahren eine Delegation mit Vertretern der südkoreanischen Gesundheitsbehörde im Haus der Ärzteschaft zu Gast war, um sich über das System der ambulanten Versorgung in Deutschland zu informieren, bekam die KV Nordrhein nun erneut Besuch aus Ostasien: Prof. Dr. Sukil Kim von der Catholic University of Korea reiste direkt aus Seoul an den Rhein und ließ sich im Gespräch mit dem stellvertretenden Vorstandsvorsitzenden der KVNO, Dr. med. Carsten König, und Dr. Bernd Hagen vom Zentralinstitut der Kassenärztlichen Versorgung (Zi) aus erster Hand über Disease Management Programme (DMP) ins Bild setzen.

Kim ist in Seoul Professor am College of Medicine und außerdem Vorsitzender der Korean Medical Association (KMA), einer führenden nationalen Ärztevereinigung in Südkorea. Darüber hinaus ist er wissenschaftliches Mitglied des Health Insurance Review & Assessment Service (HIRA), einer staatlichen Agentur in Südkorea, die für die Überwachung und Bewertung der Krankenversicherung und Kosteneffizienz in der Gesundheitsversorgung zuständig ist. Eine wichtige Rolle hat die HIRA bei der Umsetzung von DMPs.

Ähnlich wie in Deutschland gibt es DMPs in Südkorea seit den frühen 2000er-Jahren, etwa zur Behandlung von Diabetes, Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder Krebs. Obwohl diese Programme dort eine wichtige Rolle bei der Verbesserung der Gesundheit und Lebensqualität von Menschen mit chronischen Erkrankungen spielen, gibt es auch einige Herausforderungen und Probleme, die sich im Laufe der Zeit ergeben haben. Einige DMPs erfordern zum Beispiel, dass die Teilnehmenden eine jährliche Teilnahmegebühr zahlen, was den Zugang insbesondere für Menschen mit begrenztem Einkommen einschränkt. Unterschiede zu den DMPs in Deutschland gibt es auch in Fragen der Evidenzbasierung, bei der Koordination und Qualitätssicherung.

Weniger stationäre Behandlungen

KVNO-Vize König erläuterte anhand ausgewählter Programme das DMP-Verfahren in Deutschland – von den Teilnahmebedingungen über regelmäßige Kontrollen und Gesundheits-Checks, die intensive und strukturierte Kooperation zwischen Ärzten und Spezialisten bis hin zur Dokumentation. Wie die DMP die Lebensqualität der teilnehmenden Patientinnen und Patienten über die Zeit verbessern konnten, stellte Bernd Hagen anhand von Evaluationsdaten vor. So sei etwa die Hospitalisierung für DMP-Teilnehmende substantiell zurückgegangen – im DMP Diabetes Typ 1 sogar zu fast 100 Prozent. „Das sah zu Anfang des Programms noch ganz anders aus“, bemerkte König dazu. Die bisherigen Erfolge der



Im Austausch: Dr. med. Carsten König, stellvertretender Vorstandsvorsitzender der KVNO, Prof. Dr. Sukil Kim, Arum Choi (beide Catholic University of Korea), Dr. Bernd Hagen (Zi) (v. l.).

DMP hätten außerdem auch einen deutlichen ökonomischen Effekt für das Gesundheitssystem, ergänzte Dr. Monika Mund von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), die von Berlin aus zugeschaltet war.

Allerdings, räumte Carsten König ein, gäbe es auch in Deutschland nicht nur Licht, sondern auch Schattenseiten beim Thema DMP. So lägen derzeit mehrere bereits vorbereitete neue Programme auf Eis, weil es keine Finanzierung durch die Krankenkassen dafür gebe. Mit Blick auf die älter werdende Gesellschaft sei auch ein DMP für multimorbide Patientinnen und Patienten dringend nötig.

Im Anschluss an den Austausch im Haus der Ärzteschaft besuchte Prof. Dr. Sukil Kim noch zwei Hausarztpraxen, um sich darüber zu informieren, wie DMP vor Ort konkret gehandhabt werden.

■ THOMAS LILLIG

SAVE THE DATE

Fortbildungsreihe

Der ältere Mensch

Niemanden allein lassen – gemeinsam in die Zukunft

18. August 2023 | 13:00 bis 18:00 Uhr

Im Haus der Ärzteschaft findet nun wieder in Präsenz eine Veranstaltung im Rahmen der erfolgreichen Fortbildungsreihe „Der ältere Mensch“ statt. Mit ausgewiesenen Expertinnen und Experten wird das aktuelle Thema der Einsamkeit im Alter aus verschiedenen Perspektiven betrachtet. Es erwarten Sie interessante Impulsvorträge, lebendige Foren und Workshops sowie ein Markt der Möglichkeiten mit Infoständen und Aktionen.

Die Foren vertiefen die Themen „Bewegung“, „Wohnen“ und „Ernährung“. Hier ist Raum für Diskussionen, wie eine zukünftige Versorgung älterer Menschen noch besser gelingen kann. Unsere Partner bieten Ihnen die Möglichkeit, Netzwerkstellen zum Thema „Alter“ kennenzulernen. Knüpfen Sie Kontakte!

Eingeladen sind Ärztinnen und Ärzte, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Medizinische Fachangestellte und Fachkräfte aus medizinischen und pflegerischen Bereichen. Das vollständige Programm erscheint in Kürze. Nutzen Sie die Gelegenheit und melden Sie sich zu unserer Fortbildungsveranstaltung an.

CME-Punkte: beantragt
Anrechnung nur bei vollständiger Teilnahme

RbP-Punkte: beantragt
Registrierung beruflich Pflegender

Wer muss Laborwerte anfordern?

Über die Zuständigkeit bei der Veranlassung von Laboruntersuchungen gibt es immer wieder Unsicherheiten: Macht das die Hausärztin bzw. der Hausarzt oder ist dies Aufgabe der Fachärztin oder des Facharztes? Grundsätzlich gilt: Für die Veranlassung von Laborleistungen ist diejenige Praxis zuständig, die den Wert benötigt.

Für Vertragsärztinnen und -ärzte steht die bestmögliche Versorgung ihrer Patientinnen und Patienten zweifelsfrei im Vordergrund. Aber sie müssen auch die Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit ihrer Behandlungs- und Verordnungstätigkeit umfassend beachten. Hierbei gilt: Jede Ärztin und jeder Arzt ist für die eigene Diagnostik und Therapie verantwortlich. Wer einen Laborwert benötigt, muss ihn selbst veranlassen.

Das bedeutet konkret: Ist eine Patientin/ein Patient in hausärztlicher Behandlung und benötigt Medikamente, so ist die Hausärztin/der Hausarzt für die Kontrolle der Werte zuständig. Ist die Patientin/der Patient in fachärztlicher Behandlung, zum Beispiel beim Rheumatologen oder der Urologin, dann sind die Werte dort zu erheben bzw. zu kontrollieren. Dies gilt besonders dann, wenn die Versorgung mit Medikamenten ausschließlich durch die Facharzt-Praxis erfolgt. Dadurch bleiben Therapie und Kontrolle in einer Hand.

Und bei Überweisung?

Die für eine Verdachtsdiagnose notwendigen Basisuntersuchungen sind durch die Hausärztin/den Hausarzt zu veranlassen. Folgt anschließend eine Überweisung an eine fachärztliche Praxis und ist dort dann eine ergänzende oder erstmalige laborgestützte Diagnose notwendig, so fällt die Veranlassung des Labors in den Aufgabenbereich der jeweiligen Fachärztin oder des Facharztes. Benötigen etwa Orthopäden für die leitliniengerechte Diagnostik und Therapie der Osteoporose spezifische Laborwerte, dürfen sie diese nicht bei der überweisenden Praxis anfordern, sondern müssen die notwendigen Laboruntersuchungen selbst durchführen oder im Labor veranlassen.

Vorhandene Befunde übermitteln

Natürlich sollte die überweisende Praxis vorliegende aktuelle Laborbefunde, die für die Mit- und Weiterbehandlung erforderlich sind, der Facharzt-Praxis zur Verfügung stellen, um unnötige Doppeluntersuchungen zu vermeiden. Umgekehrt

gilt das Gleiche, wenn die Patientin/der Patient nach Abschluss der fachärztlichen Behandlung wieder zur Betreuung an die Hausärztin/den Hausarzt übergeben wird.

Operationsvorbereitung für ambulante und belegärztliche Eingriffe

Werden für die Freigabe einer bevorstehenden Operation Laborwerte benötigt, so sind diese von der Ärztin bzw. dem Arzt zu veranlassen, die oder der die Operationsvorbereitung durchführt.

Wird die Operationsvorbereitung von einer Hausarzt-Praxis als Komplexleistung nach Abschnitt 31.1.2 EBM erbracht und abgerechnet, so muss sie auch die Laboruntersuchungen, die fakultativer Bestandteil der präoperativen Pauschalen nach Abschnitt 31.1.2 EBM sind, selbst durchführen oder sie auf eigene Kosten in einem Labor anfordern.

Wie ist das vor oder nach Krankenhausaufenthalt?

Wird eine Patientin/ein Patient gemäß Paragraph 115a SGB V im Krankenhaus vor- oder nachstationär behandelt oder nach Einweisung stationär betreut, so muss das Krankenhaus auch die erforderlichen Laboruntersuchungen selbst durchführen oder intern auf eigene Kosten beauftragen. Da die Leistungen bereits mit den entsprechenden Fallpauschalen abgegolten sind, ist eine vertragsärztliche Abrechnung nicht möglich.

Sowohl für ambulante Operationen im Krankenhaus als auch für die stationäre Behandlung stellt der/die überweisende bzw. einweisende Vertragsarzt/-ärztin der/dem durchführenden Ärztin/Arzt zur Vermeidung von Doppeluntersuchungen die bereits vorliegenden Befunde zur Verfügung (Paragraph 4 des AOP-Vertrages bzw. Paragraph 5 der Krankenseinweisungs-Richtlinie).

■ KVNO

Neue Patienteninformation „Zahl des Monats“

Machen Sie Ihre Patientinnen und Patienten neugierig auf medizinische Themen! Unser neuer Service: Wir bieten ab sofort jeden Monat einen Informationsflyer zum Ausdrucken auf DIN A4 zur Auslage im Wartezimmer oder auf DIN A3 als Wandplakat. Unter dem Motto „Wussten Sie, dass...?“ präsentiert die Kassenärztliche Vereinigung Zahlen, Daten und Fakten zu verschiedenen Gesundheitsthemen. Wir greifen Studien und Statistiken auf und bieten einen spannenden Einblick in unterschiedliche medizinische oder psychotherapeutische Fachgebiete – kurz, bündig und ganz ohne Fachchinesisch. Längere Wartezeiten?

Auch dafür haben wir etwas: Über einen QR-Code gelangen die Leserinnen und Leser direkt auf unserer Webseite „Thema des Monats“. Dort gibt es zahlreiche Interviews mit unseren Mitgliedern und weitere Berichte zum jeweiligen Schwerpunktthema. Einen Einblick in die bisherigen Themen des Monats erhalten Sie hier:

☞ patienten.kvno.de/thema-des-monats

Die PDF-Vorlage zum Ausdrucken steht jeweils ab dem ersten Montag des Monats zur Verfügung:

☞ patienten.kvno.de/zahl-des-monats

■ IA

Digi-QS: Neue Upload-Plattform der KV Nordrhein

Die KV Nordrhein (KVNO) geht einen weiteren Schritt in Richtung Digitalisierung und moderne Selbstverwaltung: Seit 1. März 2023 können Mitglieder die neue KVNO-Upload-Plattform Digi-QS nutzen – als Alternative zum aktuellen Prozess der Datenübermittlung. Die im Zusammenhang mit den Qualitätsrichtlinien stehenden Bild- und schriftlichen Befunddokumentationen können über Digi-QS direkt an die KV Nordrhein übermittelt werden. Zunächst wird mit den Qualitäts- und Stichprobenprüfungen in den Bereichen Computertomografie, Kernspintomografie und konventionelle

Radiologie gestartet. Digi-QS ist Teil des KVNO-Portals, die Zugangsdaten sind damit identisch. Der Zugang zur Upload-Plattform ist direkt aus dem SafeNet der TI oder über eine Zwei-Faktor-Authentifizierung als KVNO-Portal-Benutzer möglich. Wer bisher noch nicht für die Dienstleistungsplattform der KV Nordrhein registriert ist, kann dies schnell und einfach nachholen unter kvnoportal.de. Dort finden sich auch weitere Informationen und eine ausführliche Anleitung zur neuen Upload-Plattform Digi-QS.

■ KVNO

Qualitätszirkel suchen Mitglieder

Thema	Methodenintegrativer Arbeitskreis
Teilnahmekreise	Psychologische und ärztliche Psychotherapeutinnen und -therapeuten
Kontakt	Hartmut Kujath
Ort	Düsseldorf
Termine	alle sechs Wochen, jeweils donnerstags um 18:30 Uhr
E-Mail	kujath@vt-praxis.com
Thema	Psychotherapie Nümbrecht
Kontakt	Elke Willwoll
Ort	Nümbrecht und Umgebung
Telefon	02293 9291471
E-Mail	psychotherapie.willwoll@posteo.de

Team Qualitätszirkel KV Nordrhein

Sabine Stromberg

Telefon 0211 5970 8149

Jessica Längen

Telefon 0211 5970 8478

Christiane Kamps

Telefon 0211 5970 8361

E-Mail qualitaetszirkel@kvno.de

Raus aus der Klinik – rein in die Praxis! Informieren & Netzwerken

Eine kostenlose Veranstaltung für angestellte Ärztinnen und Ärzte sowie
Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung

Freitag, 28. April 2023 | 15.00 Uhr bis ca. 21.00 Uhr

Begrüßung und Moderation: Sven Ludwig

Organisation der KV Nordrhein

Sven Ludwig | Pressesprecher | Bereichsleiter Kommunikation | KV Nordrhein

Beratungsangebote der KV Nordrhein und der Kompass PraxisStart

Claudia Pintaric | Abteilungsleiterin Beratung | KV Nordrhein

Ulrike Donner | stellvertretende Abteilungsleiterin Beratung | KV Nordrhein

Wege in die Niederlassung

Niederlassungsberatung | KV Nordrhein

Fördermaßnahmen in Nordrhein

Linda Pawelski | Nachwuchsförderung | KV Nordrhein

Spaziergang am Rhein mit Stadtführer aus dem Kreis Wesel

Samstag, 29. April 2023 | 08.15 Uhr bis ca. 14.30 Uhr

Begrüßung und Moderation: Sven Ludwig

Begrüßung durch den Vorstand der KV Nordrhein

Dr. med. Frank Bergmann | Vorstandsvorsitzender der KV Nordrhein

Dr. med. Carsten König M. san. | stellvertretender Vorstandsvorsitzender der KV Nordrhein

Der Kreis Wesel stellt sich vor

Dr. Elizabeth Wells | ärztliche Fachdienstleitung | Kreis Wesel

Get-together – Informieren & Netzwerken

Von der ärztlichen Behandlung zum Euro

Ulrike Donner | stellvertretende Abteilungsleiterin Beratung | KV Nordrhein

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



Was tun, wenn das Kindeswohl in Gefahr ist?



Das Institut für Qualität im Gesundheitswesen Nordrhein (IQN) hat zusammen mit einer Expertengruppe und dem Kompetenzzentrum Kinderschutz im Gesundheitswesen (KKG) eine

umfangreiche Handreichung zum Kinderschutz in der Arztpraxis und Notaufnahme herausgegeben. Der „Notfall- und Informationskoffer“ in Form einer Broschüre gibt Ärztinnen und Ärzten wertvolle Hilfen zum Wahrnehmen und Erkennen von Kindeswohlgefährdungen sowie praxisorientierte Hinweise zum Handeln, etwa zum strukturierten Vorgehen bei Verdacht auf Misshandlungen oder zum Ablauf möglicher Untersuchungen in bestimmten Verdachtsfällen. Er hilft, die richtigen Fragen zu stellen, und liefert fundierte Antworten. Ergänzend bietet die Broschüre wichtige Informationen zu rechtlichen Aspekten und eine Übersicht relevanter Hilfsangebote für Ärztinnen und Ärzte, Sorgeberechtigte und Kinder beziehungsweise Jugendliche. Der von einer interdisziplinären Arbeitsgruppe entwickelte Notfall- und Informationskoffer kann unter [aekno.de/Kindernotfallkoffer](https://www.aekno.de/Kindernotfallkoffer) heruntergeladen werden. Das Informationsangebot wird begleitet von einer Fortbildungsreihe des IQN zu verschiedenen Aspekten von Kindeswohlgefährdungen. Die nächste Veranstaltung hierzu – mittlerweile Teil 9 der Reihe – findet am 3. Mai 2023 statt und widmet sich dem pränatalen Kinderschutz. Im Herbst ist eine weitere Veranstaltung vorgesehen. Anmeldung zur Online-Veranstaltung des IQN am 3. Mai unter [aekno.de](https://www.aekno.de)

■ TLI



Amtliche Bekanntmachungen der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein

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

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

Kurzlink: www.kvno.de/bekanntmachungen

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

Ausschreibung von Vertragsarztsitzen

In den Amtlichen Bekanntmachungen werden alle im Landesteil Nordrhein nachzubesetzenden Vertragsarztsitze/Psychotherapeutensitze mit der geltenden Bewerbungsfrist ausgeschrieben (§ 103 Abs. 4 Satz 1 SGB V).

Bedarfsplanung des Landesausschusses der Ärzte und Krankenkassen

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





Termine

TI-Grundlagen: Anbindung an die Telematikinfrastruktur (TI) und deren Anwendungen

Das im Januar 2016 verabschiedete E-Health-Gesetz sieht vor, dass eine Telematikinfrastruktur (TI) geschaffen wird, die alle Beteiligten im Gesundheitswesen sektorenübergreifend vernetzen soll. Die Online-Veranstaltung informiert über die Hintergründe der TI, den aktuellen Stand der TI-Anwendungen (eMP, NFDM, ePA, KIM, eArztbrief, eAU und eRezept) und gibt einen Ausblick auf die geplanten Schritte.



Termin:
19.04.2023,
15–17:45 Uhr



Online-Anmeldung:

kvno.de/termine



Zertifizierung:

4 Punkte



Kontakt:

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

Praxismarketing

Ziel der Online-Veranstaltung zum Praxismarketing ist es, Verständnis für die Sinnhaftigkeit eines Praxismarketings zu vermitteln. Außerdem soll sie ein erster Ideengeber für die Umsetzung eines Marketings in einer Arztpraxis sein. Der inhaltliche Fokus beleuchtet die Möglichkeiten einer gezielten Praxisorganisation und gibt Anhaltspunkte, wie sich eine Praxis Patientinnen und Patienten gegenüber präsentieren kann. Die Teilnehmenden haben während des Vortrags die Möglichkeit, Fragen im Chat zu stellen, die von den Referierenden beantwortet werden.



Termin:
26.04.2023, 15–18 Uhr



Online-Anmeldung:

kvno.de/termine



Zertifizierung:

4 Punkte



Kontakt:

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

IQN: Gewalt gegen Kinder und Jugendliche erkennen und richtig handeln – pränataler Kinderschutz (Teil 9)

Schon vor der Geburt kann das ungeborene Kind schädigenden Einflüssen ausgesetzt sein, beispielsweise durch einen auch in der Schwangerschaft fortgesetzten Substanzgebrauch oder eine unzureichende beziehungsweise fehlende Behandlung von Erkrankungen der Schwangeren. Aus medizinischer Sicht ist dies unumstritten, jedoch ist die Thematisierung und Umsetzung des pränatalen Kinderschutzes in diesem Kontext schwierig sowie aus medizinischer und juristischer Sicht eine Herausforderung. In dieser Veranstaltung wird das sensible Thema von verschiedenen Seiten beleuchtet und es werden konkrete Handlungsempfehlungen gegeben.



Termin:
03.05.2023,
15:30–17 Uhr



Online-Anmeldung:

kvno.de/termine



Zertifizierung:

2 Punkte



Kontakt:

Institut für Qualität im
Gesundheitswesen Nordrhein
(IQN)
Telefon 0211 4302 2752



Fortbildungs- und Informationsveranstaltungen finden oftmals als Online-Seminar oder Live-Stream statt.

Veranstaltungen für Ärzte und Psychotherapeuten

19.04.2023	KV Nordrhein: „Abrechnung, EBM und Honorar für Fachärztinnen und -ärzte“, online
19.04.2023	KV Nordrhein: „TI-Grundlagen: Anbindung and die Telematikinfrastruktur (TI) und deren Anwendungen“, online
19.04.2023	IQN: „Übergewicht und Adipositas – eine große gesundheitsrelevante Herausforderung“, online
26.04.2023	KV Nordrhein: „Praxismarketing“, online
26.04.2023	IQN: „Adipositas-Chirurgie“, online
28.–29.04.2023	KV Nordrhein: „Landpartie Kreis Wesel“, Wesel
03.05.2023	IQN: „Gewalt gegen Kinder und Jugendliche erkennen und richtig handeln – pränataler Kinderschutz (Teil 9)“, online
05.05.2023	KV Nordrhein: „Honorarsystematik und Abrechnungsunterlagen für Ärztinnen und Ärzte“, online
06.05.2023	HHU: „12. Tag der Allgemeinmedizin“, Düsseldorf
10.05.2023	KV Nordrhein: „Praxisabgabe Haus-/Fachärzte“, online oder Präsenz
10.05.2023	IQN: „Wenn die Waage das Leben bestimmt – Anorexia nervosa im Kindes- und Jugendalter“, online
12.05.2023	KV Nordrhein: „Datenschutz und IT-Sicherheit“, online
16.–19.05.2023	BÄK: „127. Deutscher Ärztetag“, Essen
24.05.2023	KV Nordrhein: „IT in der Praxis“, online
24.05.2023	IQN: „Epilepsie – Gewitter im Kopf“, online
03.06.2023	KV Nordrhein: „Praxisbörsentag“, online oder Präsenz
07.06.2023	KV Nordrhein: „Rational und rationell verordnen“, online
14.06.2023	KV Nordrhein: „Honorarsystematik und Abrechnungsunterlagen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten“, online

Veranstaltungen für Medizinische Fachangestellte

26.04.2023	KV Nordrhein: „Verordnungsfähigkeit, Abrechnungsmöglichkeiten und Prüfungen im Sprechstundenbedarf“, online (ausgebucht)
03.05.2023	KV Nordrhein: „Arzneimittel, Kassenrezept & Co.“, online
31.05.2022	KV Nordrhein: „Die neue SSB-Vereinbarung und der Umgang mit der Anlage I“, online (ausgebucht)

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

Die nächste Ausgabe von KVNO aktuell...

... erscheint am
26.05.2023

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: I.S.A.R. Germany; S. 2-5: I.S.A.R. Germany; S. 6+7: Michael Brinkmann; S. 8: Quelle Malinka | KVNO; S. 11: Merpics | Adobe Stock; S. 13: MQ-Illustrations | Adobe Stock; S. 14: Petersdorff | KVNO; S. 15: Malinka | KVNO; S. 16: KBV; S. 19: BILDSCHEIN | Maelsa; S. 24: ipopba | Adobe Stock; S. 26: Africa Studio | Adobe Stock; S. 27: Sandor Jackal | Adobe Stock; S. 28: Meyer | KVNO; S. 31: romankosolapov | Adobe Stock; S. 32: ivanchik29 | Adobe Stock; S. 33: Lillig | KVNO; S. 38: IQN

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