

6+7 | 2016

Magazin der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein

Hintergrund

Telemedizin | Ab ins virtuelle Sprechzimmer

Schwerpunkt

Ab Oktober 2016 | Der Medikationsplan kommt

Aktuell

Ab Juli 2016 | Strukturvertrag mit dem BKK-Landesverband

Verordnungsinfos

Heilmittel | Richtgrößen für das 3. und 4. Quartal vereinbart

Beilagen

KVNO extra | Listen und Kandidaten + Fortbildungsübersicht 2. Halbjahr



Engagiert für Gesundheit.
Kassenärztliche Vereinigung
Nordrhein

Inhalt

Schwerpunkt

- 2 Ab Oktober 2016: Der Medikationsplan kommt
- 2 Hilfen der KVNO: Arzneimittel sicher verordnen

Aktuell

- 4 Antikorruptionsgesetz: Strafe für Bestechung
- 5 Innovationsfonds: Versorgung neu gestalten
- 6 Termintreue lässt zu wünschen übrig
- 9 Neuer Vertrag mit BKK-Landesverband
- 11 Wahlen: 24 Listen kämpfen um VV-Sitze

Praxisinfo

- 12 EBM-Änderungen
- 12 Palliativversorgung: Punktwert angehoben
- 13 Optische Führungshilfen: Abrechenbare Zuschläge
- 13 Betreuungsstrukturverträge ab 1. Juli
- 13 Erste telemedizinische Leistungen im EBM
- 14 Notdienstregelungen
- 14 Neuer Test zur Früherkennung von Darmkrebs
- 14 Untersuchungsheft angepasst
- 15 Weniger Frühgeburten – „Gesund schwanger“
- 16 Bertelsmann BKK tritt Tonsillotomievertrag bei

- 16 QS-Vereinbarung MRSA ab 1. Juli 2016 in Kraft
- 16 Neurophysiologische Behandlungen
- 16 AOK-Hausärzte-Strukturvertrag ab Juli

Verordnungsinformation

- 17 Neue Heilmittel-Richtgrößen vereinbart
- 18 Neue Festbeträge für urologische Spasmolytika
- 19 Aut-idem-Austausch weiter eingeschränkt

Hintergrund

- 20 Telemedizin: Der digitale Doktor ist da
- 22 Dr. Klaus Strömer: „Das virtuelle Sprechzimmer funktioniert“

Berichte

- 24 VV: Keine Mehrheit für Fraktionen
- 26 Beschlüsse der Vertreterversammlung
- 28 Ärzte-Dramen an der Waterkant
- 30 E-Health-Gesetz: Telematikinfrastruktur
- 31 eGK-Lesegerät von Gemalto austauschen

- 31 ISDN-Leitungen seit 1. Juni abgeschaltet
- 32 KVNO-Beratung kommt gut an
- 33 Besucherrekord beim Praxisbörsentag
- 34 Gemeinsam für mehr Offenheit
- 36 CIRS NRW: Anwenderfehler vermeiden

Service

- 38 Fragen Sie unsere Abrechnungsberater
- 40 So läuft die Testabrechnung
- 42 Auf den schlimmsten Fall vorbereitet sein
- 45 Die Europäische Krankenversichertenkarte
- 46 Überblick: Bei der DMP-Abrechnung beachten

In Kürze

- 48 Formular für meldepflichtige Krankheiten
- 48 Ärztliche Versorgung von Gewaltopfern
- 49 KBV-Kampagne: Nähe dreimal anders
- 49 KGNW fordert eine Milliarde Euro mehr
- 49 Qualitätszirkel suchen Mitglieder

Veranstaltungen

- 51 Veranstaltungen | Termine



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

die deutsche Politik ist seit jeher sehr produktiv, wenn es um den Erlass von Gesetzen und Verordnungen geht – und besonders kreativ, wenn es um deren Namen und Bezeichnungen geht. Bei Begriffen wie „Dienstleistungskonjunkturstatistikgesetz“ oder „Terrorismusbekämpfungsergänzungsgesetz“ ist es kein Wunder, dass Kabarettisten so manchen Titel zum Gegenstand satirischer Betrachtung machen.

Im reformgeplagten Gesundheitswesen haben wir viel Erfahrung mit kuriosen Gesetzesbezeichnungen. Das „Versorgungsstärkungsgesetz“ hat nicht nur einen sperrigen Namen, sondern ist auch in der Sache alles andere als ein Programm zur Stärkung der medizinischen Versorgung. Wir erinnern hier nur an die Einführung der zwar funktionierenden, aber überflüssigen Termin-Servicestellen. Oder die Absicht, Facharztpraxen wegen angeblicher „Übersorgung“ vom Netz zu nehmen und zugleich Wartezeiten auf Termine zu verringern.

Einen besonders kuriosen Namen trägt die neueste Erfindung des Bundesgesundheitsministeriums, das „Gesetz zur Stärkung der

Handlungsfähigkeit der Selbstverwaltung der Spitzenorganisationen in der GKV“, oder in Kurzform: „GKV-Selbstverwaltungs-Stärkungsgesetz“. Dessen Eckpunkte-Entwurf machte pünktlich zu Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) am Vortag des Ärztetags am 23. Mai die Runde und ist mit seiner Ansammlung von Kontrollmaßnahmen, Genehmigungsvorbehalten und Sanktionsdrohungen zu Lasten der Spitzenorganisationen das Gegenteil einer Stärkung. Deutlicher kann die Politik nicht zum Ausdruck bringen, dass sie der Selbstverwaltung nicht (mehr) zutraut, ihre Aufgaben zu erfüllen.

Sicher: Die seit Jahren schwelenden Vorgänge in der KBV und deren inkonsequente „Aufarbeitung“ waren eine Steilvorlage für die Politik. Der Gesetzentwurf ist die Quittung für das Desaster in Berlin – und ein Warnschuss. Auch wenn das Einsetzen eines Staatskommissars bei der KBV noch verhindert werden konnte, muss allen Akteuren der Selbstverwaltung klar sein, dass sie jetzt liefern und ihre Aufgaben erledigen müssen. Diese sind groß genug.

Herzliche Grüße

Dr. med. Peter Potthoff, Mag. iur.
Vorsitzender

Bernhard Brautmeier
Stellvertretender Vorsitzender

Der Medikationsplan kommt

Patienten, die mehr als drei Medikamente erhalten, soll die Praxis ab 1. Oktober dieses Jahres einen Medikationsplan ausstellen. Den Plan soll es zunächst auf Papier geben – in Zukunft elektronisch.

Der Medikationsplan soll Angaben enthalten zu

- Wirkstoff,
- Stärke,
- Darreichungsform,
- Handelsnamen (optional),
- Hinweise zur Dosierung und Anwendung (optional),
- Anwendungsgrund (optional).

Den Medikationsplan hat der Gesetzgeber der Selbstverwaltung mit dem E-Health-Gesetz in die Agenda geschrieben. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), die Bundesärztekammer (BÄK) und der Deutsche Apotheker-

verband (DAV) haben deswegen eine Vereinbarung über einen bundeseinheitlichen Medikationsplan geschlossen. Den Plan muss der behandelnde Arzt ausstellen. Er umfasst sowohl verschreibungspflichtige als auch nicht verschreibungspflichtige Arzneien (Grünes Rezept). Wenn der Apotheker im Rahmen von Aut idem ein Fertigpräparat mit anderem Handelsnamen abgibt, kann der Medikationsplan auf Wunsch des Patienten vom Apotheker geändert werden. Der behandelnde Arzt entscheidet, ob die Änderungen auf dem Medikationsplan übernommen werden. Auf Wunsch des Patienten kann der Arzt auch auf die Angabe einer Arznei auf dem Plan verzichten.

Konkrete Hilfen der KV Nordrhein

Arzneimittel sicher verordnen

Medikamente haben Nebenwirkungen und Risiken, besonders im Fall von Interaktionen mit anderen Präparaten. Der bundeseinheitliche Medikationsplan soll die Arzneimitteltherapie sicherer machen. Doch es gibt bisher keine Vorgabe, die Wechselwirkungen regelhaft zu prüfen. Und selbst wenn der Wille da ist: Den Check unterstützt nicht jede Verordnungssoftware.

An dieser Stelle springt die KV Nordrhein mit zwei speziellen Angeboten ein: mit einer frei zugänglichen Interaktionssoftware und dem Medikationscheck.

Interaktionssoftware: Über das KVNO-Portal können Praxen die Software *AiDKlinik* nutzen. Das Programm ermöglicht umfangreiche Interaktionschecks, gibt ergänzende Hinweise zu Arzneimitteln (zum Beispiel Teilbarkeit) oder zur Dosisanpassung bei eingeschränkter Nierenfunktion.

In der „Medibox“ können Sie die Kombination mehrerer Arzneimittel eingeben und analysieren lassen. Die Version im KVNO-Portal ist nicht an Ihre Praxissoftware angebunden. Deswegen können Sie keine Patientendaten übernehmen. Die Auswertungen können Sie zwar ausdrucken, aber nicht speichern.

Medikationscheck: Ein anderer Service der KVNO ist der Medikationscheck. Ärzte aus Nordrhein haben die Möglichkeit, zu komplexen Arznei-Therapieanfragen Auskünfte ►

Ob die Praxen Honorar für die Ausstellung der Pläne erhalten, verhandelt die KBV mit den Krankenkassen. „Wir setzen uns dafür ein, dass der mit dem Medikationsplan verbundene zusätzliche Aufwand auch vergütet wird“, sagte Regina Feldmann, Vizechefin der KBV.

Medikationsplan mit Barcode

KBV, DAV und BÄK und Software-Hersteller einigten sich Anfang Juni auf die technischen Spezifikationen. Demnach sollen die Medikationspläne über einen zweidimensionalen Barcode eingelesen werden können. Praxen sind jedoch nicht verpflichtet, einen entsprechenden Scanner anzuschaffen. Wenn sie aber die Pläne ihrer Patienten einlesen möchten, brauchen sie ein solches Gerät.

Der Medikationsplan soll bis Anfang 2018 auf der elektronischen Gesundheitskarte gespeichert werden. Davor gibt es den Plan auf Papier. Damit dies einheitlich läuft, müssen die Eckpunkte in der Praxissoftware hinterlegt werden, die Hersteller erhalten dafür von der KBV die nötigen Vorgaben. Es gibt eine Übergangsfrist bis zum 31. März 2017. Bis dahin können noch alte Medikationspläne verwendet werden.

■ DR. HOLGER NEYE

Bestehende Pläne bis April 2017 einsetzbar

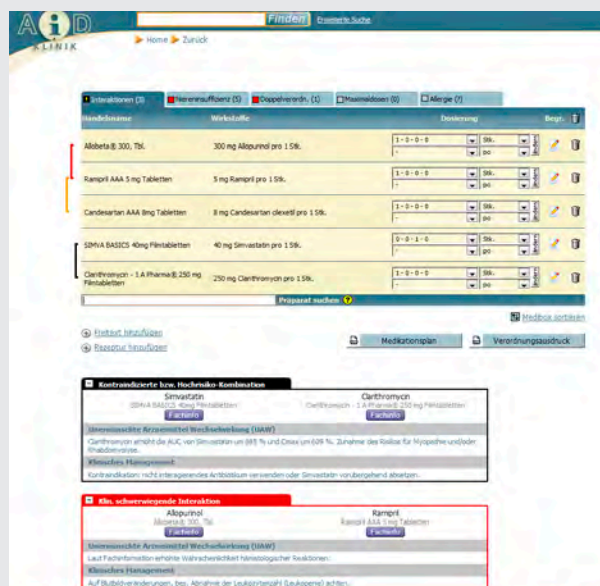
Die Ausgabe eines Medikationsplans ist zwar ab Oktober 2016 Pflicht, doch erst ab April 2017 müssen Praxen die vereinbarten Standards erfüllen. Bis dahin sind Medikationspläne wie der abgebildete einsetzbar, der auf dem Aktionsplan Arzneimitteltherapiesicherheit beruht.

Medikationsplan		für: Ferdinande Amalie Rosalie Mayer		geb. am: 13.12.1832					
Seite 1 von 1		erstellt von: Dr. Rudolf Virchow		Herbert-Lewin-Platz 1, 10623 Berlin					
ARZNEIMITTEL THERAPIESICHERHEIT		Tel. 030-400456-0		E-Mail: medikations.plan@ap-amts.de					
				erstellt am: 12.06.2012					
Wirkstoff	Arzneimittel	Stärke	Form	morgens	mittags	abends	Zur Nacht	Hinweise	Grund
Ramipril	Ramipril STADA® 1H	5 mg	Tab.	1	0	0	0		Bluthochdruck
Hydrochlorothiazid	HCT-dura® 25 mg HZ	25 mg	Tab.	1	0	0	0		Bluthochdruck
Clopidogrel	Plavix® 75 mg N1	75 mg	Tab.	0	0	1	0		Blutverdünnung
Simvastatin	Simvastol® 20mg HZ	20 mg	Tab.	0	0	1	0		Erhöhte Bluttette
Freigestaltbare Zwischenüberschrift: z.B. Fertigspritze									
Insulin human	Insulin B. Braun Basal			201E – 0 – 101E					Erhöhter Blutzucker
Freigestaltbare Zwischenüberschrift: z.B. Bedarfsmedikation									
Glyceronitrat	Coringel® Nitrospray	20 mg	Spray				Max. 3 Hufe akut		Herzschmerzen
Diphenhydramin	Vivnox stark	20 mg	Tab.	0	0	0	1		Schlafstörungen

Mehr Infos unter www.kvno.de | KV | 160705

Auswertungen mit AiDKlinik

Der Screenshot zeigt eine Auswertung für die Kombination Allopurinol, Ramipril, Candesartan, Simvastatin und Clarithromycin. Die Handelsnamen sind Beispiele.



► zu erhalten. Ein Expertenteam aus hochspezialisierten Apothekern beantwortet beispielsweise Fragen zu:

- Medikationsplan und Arzneimittelinteraktionen
 - häufige klinisch relevante Interaktionen von Arzneimitteln
 - klinisch relevante Interaktionen einschränken und dokumentieren
 - Maßnahmen im Einzelfall
- Polypharmazie bei älteren Patienten (Priscus-Liste)
- Wirkungen und Risiken von Arzneistoffen
- Arzneimitteltherapie
- Arzneimittel in Schwangerschaft und Stillzeit
- Off-Label-Use in der ambulanten Praxis
- Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS)

Die Anfrage muss die Praxis in einem Online-Formular stellen, die Antwort in schriftlicher Form (in der Regel eine Seite) erhält sie nach einem Werktag. Die Praxen bleiben für die Experten anonym.

■ DR. HOLGER NEYE

Praxen in Nordrhein erreichen den Medikations-Check unter www.kvno.de > Praxis > Verordnungen | KV | 160703

Strafe für Bestechung

Das vom Bundesrat Mitte Mai 2016 verabschiedete Gesetz zur Bekämpfung von Korruption im Gesundheitswesen ist am 4. Juni in Kraft getreten.

Mit bis zu drei Jahren und in besonders schweren Fällen bis zu fünf Jahren Haft kann nun „korruptives“ Handeln von Heilberuflern bestraft werden. Dies gilt bei Vorteilsgewährung und Vorteilsnahme für die unlautere Bevorzugung eines Anbieters im Wettbewerb in Zusammenhang mit der Verordnung von Arznei-, Heil- oder Hilfsmitteln und von Medizinprodukten sowie Zuweisung von Patienten oder Untersuchungsmaterial. Ein Beispiel sind die Zahlungen von Pharmaunternehmen an Ärzte für die bevorzugte Verordnung von Arzneimitteln.

Die neuen Tatbestände befinden sich im Strafgesetzbuch in den Paragraphen 299a (passive Bestechlichkeit) und 299b (aktive Bestechung). Diese schließen laut Gesetzgeber bisherige Strafbarkeitslücken, die unter anderem insbesondere im Bereich von Kooperationsvereinbarungen unlauteren Wettbewerb verhindern sollen.

Verträge überprüfen

Die Regelungen betreffen freiberuflich und angestellt arbeitende Heilberufler und gelten für gesetzlich und privat erbrachte Leistungen. Bestechung/Bestechlichkeit wird nun zudem als Officialdelikt gefasst, was bedeutet, dass die Staatsanwaltschaft nicht erst auf Strafantrag, sondern direkt von Amts wegen tätig werden kann. Spiegelbildlich wird auch derjenige bestraft, der einem Angehörigen eines Heilberufes entsprechende Vorteile anbietet, verspricht oder gewährt.

So können bestimmte Arten von Kooperationsverträgen zwischen niedergelassenen

Ärzten und Krankenhäusern Zuweisung gegen Entgelt beinhalten. Dies ist nun strafbar, auch wenn durch die Zuweisung eine sonstige Gegenleistung wie eine kostenlose Mitbenutzung verschiedener Geräte erfolgt. Ebenso legt das neue Gesetz für Vereinbarungen zu konsiliarärztlicher Tätigkeit oder zur vor- und nachstationären Behandlung zwischen Kliniken und Praxen strengere Maßstäben an.

Mit manchen „Altverträgen“ bewegen sich die Beteiligten rechtlich möglicherweise jetzt auf dünnem Eis. Eine zeitnahe Überprüfung solcher Vereinbarungen und Gesellschaftsverträge auf Strafbarkeitsrisiken durch einen Fachanwalt ist daher gegebenenfalls sinnvoll. Die KV Nordrhein als Körperschaft des öffentlichen Rechts kann nur allgemein zum diesem Thema informieren, aber keine Rechtsberatung im Einzelfall vornehmen.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hatte während des Gesetzgebungsverfahrens eine klare Abgrenzung zu erlaubten und erwünschten Kooperationen gefordert, damit diese nicht unter den Generalverdacht der Korruption geraten und wünschenswerte Kooperationen nicht behindert werden. Zulässige berufliche Kooperationen und die Verschaffung entsprechender Verdienstmöglichkeiten bleiben legitim – wie bei einer angemessenen Bezahlung für eine ambulante Operation in einem Krankenhaus durch einen niedergelassenen Vertragsarzt, der den Patienten dem Krankenhaus zuvor zugewiesen hat.

■ SIGRID MÜLLER

Mehr Informationen finden Sie bei KV Baden-Württemberg unter www.kvbawue.de
KV | 160704

Versorgung neu gestalten

Im Versorgungsstärkungsgesetz hat der Gesetzgeber die Einführung eines Innovationsfonds beschlossen. Dieser soll neuartige sektorenübergreifende Versorgungsformen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) fördern und die Versorgungsforschung in Deutschland stärken.

Insgesamt stehen für diese Aufgaben in den kommenden vier Jahren Fördergelder in Höhe von je 300 Millionen Euro zur Verfügung – 75 Millionen Euro pro Jahr für die Versorgungsforschung und 225 Millionen Euro pro Jahr für innovative Versorgungsformen. Finanziert wird das neue Forschungs- und Entwicklungsbudget hälftig aus den Reserven des Gesundheitsfonds und durch die Krankenkassen, die sich bis zuletzt gegen die Einführung des Innovationsfonds und insbesondere dessen Finanzierung zur Wehr gesetzt hatten.

Inzwischen hat der Innovationsausschuss – als zentrales Steuerungs- und Entscheidungsgremium des Fonds – die ersten Förderbekanntmachungen veröffentlicht. Bis Anfang Juli 2016 können sich beispielsweise Vertragsärzte, Pharmaunternehmen oder Patientenorganisationen mit ihren Versorgungsprojekten bewerben. Dabei ist wichtig, dass die Projek-

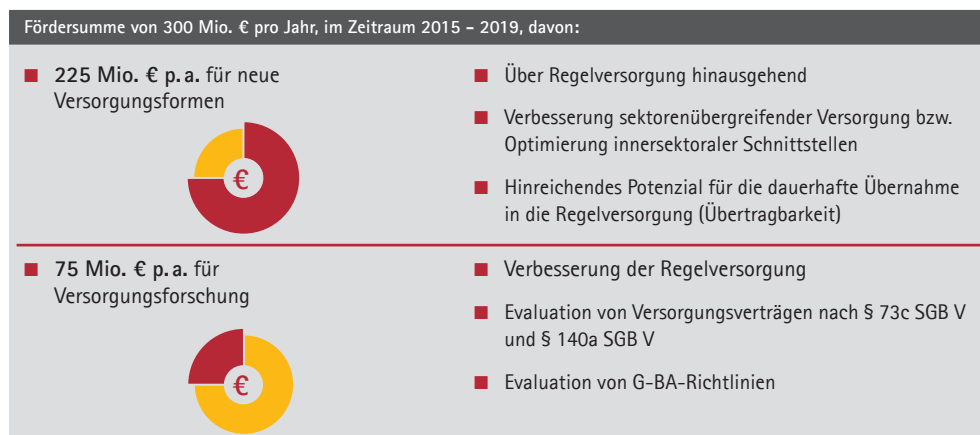
te über die Regelversorgung hinausgehen und die Qualität oder die Wirtschaftlichkeit in der gesetzlichen Krankenversicherung verbessern – oder beides.

Der unparteiische Vorsitzende des Innovationsausschusses, Prof. Josef Hecken, betont, dass bei der Begutachtung der Projekte vor allem zwei Dinge wichtig sind: Die Erkenntnisse sollen auf andere Regionen oder Indikationen übertragbar sein, und es muss gewährleistet sein, dass die Modelle evaluiert und ausgewertet werden. Zudem legt der Ausschuss bei der Vergabe von Fördermitteln Wert auf die Verhältnismäßigkeit von (Einführungs-)Kosten und Nutzen. Mit ersten Förderzusagen für Mittel aus dem Innovationsfonds ist im Frühjahr 2016 zu rechnen. Seitens der Kassenärztlichen Bundesvereinigung ist deren Vorstandsvorsitzender, Dr. Andreas Gassen, Mitglied des Ausschusses. ■ SIMONE GRIMMEISEN

Mehr Informationen zum Innovationsfonds finden Sie im Sozialgesetzbuch V in den Paragraphen 92a und 92b sowie unter innovationsfonds.g-ba.de

KV | 160705

Zahlen zum Innovationsfonds



Quelle: BMC

Termintreue lässt zu wünschen übrig

Bis zum 31. Mai dieses Jahres hat die Termin-Servicestelle in Nordrhein 4.268 Termine vermittelt. Nach dem großen Ansturm in den ersten Wochen hat sich die Zahl der Anrufer auf 500 bis 600 pro Woche eingependelt. Ein wachsendes Problem, nicht nur der Servicestelle, ist die fehlende Termintreue von Patienten.

Die Zahl der vermittelten Termine der nordrheinischen Termin-Servicestelle belegt zweierlei: Zum einen zeigt sie, dass es inzwischen eine Basisnachfrage seitens der Patienten gibt, die nicht weiter nachlässt und voraussichtlich auf dem aktuellen Niveau bleiben wird. Zum anderen aber belegen die Zahlen, dass nach wie vor nur eine verhältnismäßig kleine Gruppe von Patienten von der Vermittlungstätigkeit Gebrauch macht – vor allem mit Blick auf die Gesamtzahl der jährlich über 60 Millionen Behandlungsfälle in Nordrhein.

„Die Termin-Servicestelle funktioniert. Wir haben niemanden bislang in ein Krankenhaus schicken müssen. Das war und ist unser wichtigstes Ziel, denn wir wollen unsere Fachärzte nicht für ambulante Behandlungen in Kliniken bezahlen lassen“, sagt Bernhard Brautmeier, stellvertretender Vorsitzender der KV Nordrhein. „Die Bilanz zeigt aber auch, und das bundesweit, dass es die Termin-Servicestellen aus Versorgungsgründen nicht braucht. Dennoch müssen wir weiterhin den gesetzlichen Auftrag erfüllen.“

Das Verfahren ist aufwendig und das Ergebnis einer in jedem einzelnen Fall gründlich erfolgten, passgenauen Vermittlung durch die Mitarbeiterinnen der KV Nordrhein – zumal es nach wie vor viele Fragen und Missverständnisse auf Seiten der Anrufer gibt. „Immer noch gibt es Patienten, die glauben, sie seien verpflichtet, die Termin-Servicestelle in Anspruch zu nehmen. Andere suchen einen Termin beim

Wunscharzt oder wollen einen schon vorhandenen Termin optimieren. All dies gehört nicht zu den Aufgaben der Servicestelle und wird auch nicht gemacht“, sagt Brautmeier.

Vornehmlich dringliche Fälle

Patienten können – und sollen – sich auch selbst um einen Termin bemühen, sofern eine Überweisung vorliegt – ob dringlich oder nicht. Klar ist: „Die Termine, die uns die Fachärzte dankenswerterweise nach wie vor in ausreichender Zahl zur Verfügung stellen, werden vornehmlich für die dringlichen Überweisungen vergeben“, erklärt Brautmeier. Wenn ein Patient mit einer nicht dringlichen Überweisung einen Termin wünscht, rufen die Mitarbeiterinnen der Servicestelle in den Praxen an und klären das ab – sofern die Praxis ihre Bereitschaft erklärt hat, auch bei nicht dringlichen Überweisungen Patienten anzunehmen.

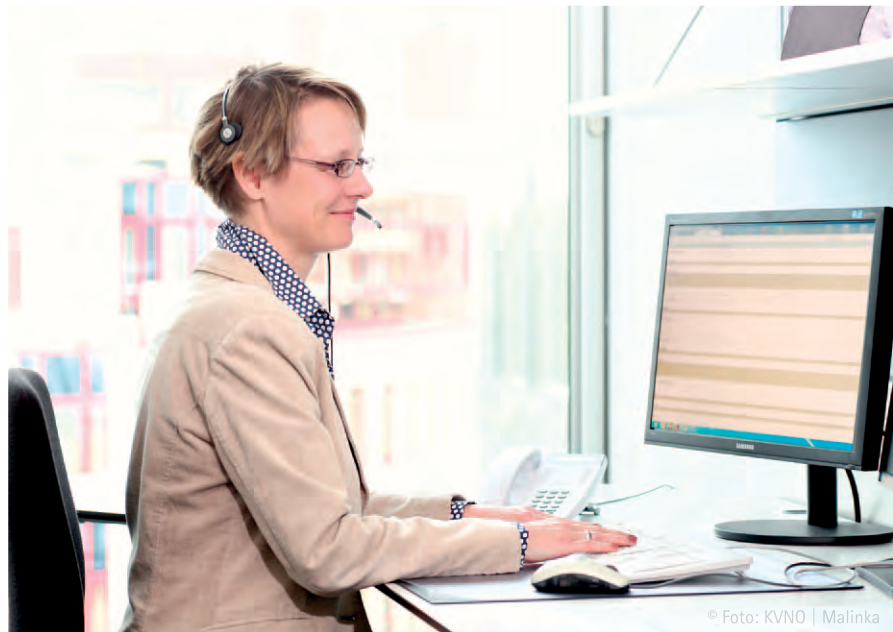
Was die Überweisungen betrifft, die in der Regel von den Hausärzten zu kennzeichnen sind, appelliert die KV Nordrhein an die Allgemeinmediziner, die Dringlichkeit des jeweiligen Falles genau zu prüfen und möglichst präzise Angaben zu machen. Sollte eine dringliche Überweisung erforderlich sein, ist auf dem Auftragsfeld das „A“ für die Dringlichkeit zu vermerken. Sofern möglich, sollten auch eine klare Diagnose und ein klarer Auftrag auf der Überweisung enthalten sein. Beispielsweise sollte bei einer radiologischen Untersuchung das Organ genau angegeben

werden. „Genaue Angaben helfen der Service-
stelle enorm weiter und verringern den Auf-
wand bei der Vermittlung“, betont Brautmeier.
Außerdem lässt sich so leichter verhindern,
dass Patienten ohne dringliche Überweisung
Kapazitäten für dringliche Fälle blockieren.

Immer mehr Patienten erscheinen nicht
Bemerkenswert ist die Zahl der abgelehnten
Termine und der Patienten, die nicht zum
vermittelten Termin erschienen sind: Bis Ende
Mai gab es 550 derartige Rückmeldungen. In
275 Fällen erschienen die Patienten nicht, ohne
den Termin abzusagen. In 252 Fällen wurde
der Termin zumindest vorher abgesagt. In
wenigen Einzelfällen scheiterten die Termine
an organisatorischen Fragen.

Dass Patienten Termine einfach nicht wahr-
nehmen, noch dazu ohne Mitteilung, ist ein
zunehmendes Problem. Vor allem in den nord-
rheinischen Facharztpraxen wächst der Un-
mut über dieses Verhalten. Immer öfter be-
trachten Patienten Termine offenbar als un-
verbindlich oder machen mehrere Termine
aus, von denen sie sich letztlich den pas-
sendsten aussuchen.

Dr. med. Frank Bergmann, Neurologe und Psy-
chiatrer in Aachen, hat das Phänomen für den
Monat April systematisch erfasst: Danach sind
25 Prozent der neuen und 18 Prozent der al-
ten, also schon bekannten Patienten nicht zum
vereinbarten Termin erschienen. Von den 1.700



© Foto: KVNO | Malinka

Terminen in seiner Praxis fielen 325 aus – in
nur vier Wochen.

„Das ist völlig inakzeptabel“, sagt Bergmann,
„vor allem vor dem Hintergrund der Diskussion
um angeblich zu lange Wartezeiten.“ Neben
der politischen Dimension hat das Verhalten
ganz praktische Folgen: Bei Fachgruppen, die
für Untersuchungen längere Behandlungszei-
ten reservieren müssen, entsteht ein erheb-
licher wirtschaftlicher Schaden, auf dem die
Praxen sitzenbleiben. „Geschwänzte“ Termine
in Rechnung zu stellen, ist angesichts der
Rechtslage weitgehend aussichtslos.

■ MIRIAM MAUSS | DR. HEIKO SCHMITZ

Eine Mitarbeiterin vom
Team der Termin-Service-
stelle kümmert sich um
die Vermittlung dring-
licher Termine.



Foto: PhotoSG/fotolia.com

Vermittlung von Patienten Termine gesucht!

Die Termin-Servicestelle der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein vermittelt Facharzttermine an Patientinnen und Patienten.

Damit die Servicestelle Termine vereinbaren kann, benötigen wir weitere Terminmeldungen. Nur dann können wir vermeiden, eine ambulante Behandlung im Krankenhaus organisieren zu müssen – eine Behandlung, die vom Honorar der nordrheinischen Fachärzte bezahlt werden müsste.

So erreichen Sie uns

Telefon 0211 5970 8988 Mo. – Do. 8 – 17 Uhr / Fr. 8 – 13 Uhr

Telefax 0211 5970 9907

Mail terminannahme@kvno.de



Engagiert für Gesundheit.
Kassenärztliche Vereinigung
Nordrhein

Infos zur Termin-Servicestelle und ein
Formular zum Melden freier Termine
unter www.kvno.de/tss2

Start am 1. Juli 2016

Neuer Vertrag mit BKK-Landesverband

Mit dem BKK-Landesverband Nordwest hat die KV Nordrhein zum 1. Juli 2016 einen weiteren Betreuungsstrukturvertrag geschlossen. Dieser Vertrag orientiert sich mit seinen unbürokratischen Regelungen stark an den bestehenden Verträgen mit der AOK Rheinland/Hamburg, der Techniker Krankenkasse sowie der Kaufmännischen Krankenkasse KKH.

Für den erhöhten Betreuungsaufwand bei multimorbiden Patienten mit einer Krankheit aus einem vereinbarten Katalog mit Diagnosen/Indikationen erhalten die behandelnden Ärzte eine kontakt- und aufwandsabhängige Betreuungspauschale. Die Betreuungspauschalen sind mit 3, 6 und 9 Euro angesetzt, wenn entsprechend gesicherte Diagnosen codiert wurden.

Darüber hinaus werden folgende Leistungen zusätzlich vergütet:

- Hausbesuche
- Dringlichkeitsbesuche
- Pflegeheimbesuche (inklusive des Besuchs eines weiteren Kranken)

Die Regelungen des Vertrags im Überblick:

- An dem Vertrag können Hausärzte, Fachärzte und Psychotherapeuten teilnehmen.
- Neben der Betreuung von Patienten mit schwierigen und langwierigen Erkrankungen werden auch Zuschläge auf die Besuchsleistungen nach den Gebührenordnungspositionen 01410 bis 01415 vergütet.
- Weder der Arzt noch der Patient müssen Teilnahmeerklärungen einreichen.
- Die Betreuungspauschalen sowie die Zuschläge auf die Besuchsleistungen werden automatisch von der KV Nordrhein zugewährt. Der Arzt hat lediglich die Behandlungsfälle mit der Symbolnummer 91324 (Patienten im häuslichen Umfeld) oder 91324P (Patienten im Pflegeheim) zu kennzeichnen – so wie in den anderen Betreuungsstrukturverträgen der KV Nordrhein auch.



© Robert Kneschke - Fotolia.com

Eine Besonderheit bei den Betriebskrankenkassen: Der Vertrag sieht vier Varianten der Anlage 1 (a bis d) mit den Indikationen und Diagnosen vor. Jede beitretende Betriebskrankenkasse kann zwischen einer dieser Anlagen wählen. Eine Anlage orientiert sich hierbei an dem Katalog mit den Indikationen und Diagnosen des Hausärzte-Strukturvertrages mit der AOK Rheinland/Hamburg und eine an dem Betreuungsstrukturvertrag mit der Techniker Krankenkasse. Zwei weitere Anlagen sind individuell von den Betriebskrankenkassen entwickelt worden. ■ KVNO

Wenn Sie Fragen haben, wenden Sie sich an die Serviceteams der KV Nordrhein. Welche Betriebskrankenkassen dem Vertrag beigetreten sind, welche Variante der Anlage 1 die Kasse anbietet, ein Merkblatt, eine Indikationsübersicht und viele weitere Infos können Sie abrufen unter www.kvno.de/vertraege | KV | 160709

Auch mit dem Landesverband der Betriebskrankenkassen hat die KV Nordrhein nun einen Vertrag abgeschlossen. Praxen, die multimorbide Patienten behandeln, können demnach extra-budgetäre Pauschalen abrechnen.



Fotos: Brian Jackson, VPD – fotolia.com

Wahlen 2016: Es ist Ihre KV Nordrhein

Wie wird das Honorar verteilt? Wie sieht der Haushalt und die Satzung aus? Mit diesen – und vielen anderen Fragen – beschäftigt sich die Vertreterversammlung. Die 50 Vertreterinnen und Vertreter bestimmen den Kurs der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Nordrhein entscheidend mit. In diesem Jahr entscheiden die Mitglieder der KV Nordrhein, wer sie in der Vertreterversammlung und in den Vorständen der Kreisstellen vertritt.

Wählen Sie mit – es geht um Ihre Selbstverwaltung!

Wichtige Termine

2. Juli bis 3. August	Abgabe der Stimmen per Briefwahl
10. August	Wahlergebnis Vertreterversammlung (vorläufig)
8. Oktober	Wahl des Vorstands der KV Nordrhein



Engagiert für Gesundheit.
Kassenärztliche Vereinigung
Nordrhein

Mehr Infos unter www.kvno.de/wahlen2016



Verpassen Sie keinen Wahltermin.
Folgen Sie uns auf [Twitter/kvno_aktuell](https://twitter.com/kvno_aktuell)

24 Listen kämpfen um VV-Sitze

Die Wahlen in der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein kommen in die heiße Phase. Um die 50 Sitze in der Vertreterversammlung konkurrieren 24 Listen. Bei den Wahlen zu den Kreisstellenvorständen treten in diesem Jahr 104 Listen an. Sie haben die Qual der Wahl.

Alle sechs Jahre sind die Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein aufgerufen, ihre Vertreterversammlung (VV) und den Vorstand ihrer Kreisstelle zu wählen. Wahlberechtigt sind alle zugelassenen Ärzte und Psychotherapeuten, ermächtigte Krankenhausärzte sowie in Praxen angestellte Ärzte und Psychotherapeuten, wenn sie mindestens 20 Stunde pro Woche arbeiten. Mit Ihrer Stimme entscheiden Sie, wer ihre Interessen in der VV und vor Ort im Vorstand der Kreisstelle vertritt.

Die Unterlagen für die Wahl zur VV und den Kreisstellenvorständen versendet die KV Nordrhein am 1. Juli. Bei der VV-Wahl hat jeder Wähler eine Stimme: Sie können also nur einer Liste durch Ankreuzen Ihre Stimme geben. Bei der Wahl des Kreisstellenvorstandes haben Sie als zugelassener Arzt sieben Stimmen, denn hier findet eine Personenwahl statt – im Gegensatz zur VV-Listenwahl. Die Wahlscheine können Sie bis 3. August ausgefüllt an die KV Nordrhein zurückschicken; am 6. August werden die Stimmen ausgezählt.

Die konstituierende Sitzung der neuen VV findet am 8. Oktober 2016 statt. An diesem Tag wählen die Vertreter voraussichtlich den neuen Vorstand der KV Nordrhein. Sein Amt tritt der neue Vorstand erst mit Beginn des Jahres 2017 an. Die Amtszeit beträgt sechs Jahre, genauso lang dauert die Amtszeit der Kreisstellenvorstände.

■ FRANK NAUNDORF

Mehr Infos unter www.kvno.de/wahlen | KV | 160710

Diese VV-Listen treten an

24 Listen und Kandidaten treten bei den Wahlen zur VV in vier Gruppen an.

Hausärzte

- 1 | Die Hausarztliste
- 2 | Gemeinsam – Kritisch – Konstruktiv
- 3 | Unabhängige Hausärzte Nordrhein
- 4 | Pädiater für Nordrhein
- 5 | Hausärzte Mönchengladbach
- 6 | Ärztebündnis Nordrhein – Die Hausärzte

Fachärzte

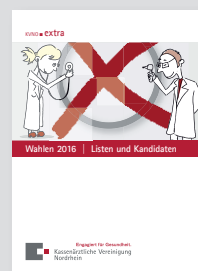
- 1 | Die Internisten
- 2 | Freie Ärzteschaft
- 3 | Augenarztliste Nordrhein – Bündnis Nordrhein
- 4 | Versorgerfachärzte
- 5 | ZNS – Bündnis für Nordrhein
- 6 | Neue Liste Psychotherapie
- 7 | Unabhängige Ärzte – Fachärzte
- 8 | Landesweite Liste fachärztlicher Internisten

Psychologische Psychotherapeuten/KJP

- 1 | Bündnis Kooperative Liste
- 2 | Unabhängige Ärzte – Psychotherapeuten
- 3 | PsychotherapeutInnen Nordrhein
- 4 | Psychodynamische Liste
- 5 | Zusammenarbeit Stärken

Ermächtigte Krankenhausärzte und angestellte Ärzte

- 1 | Die angestellten Internisten
- 2 | Wir in Klinik, Praxis, MVZ
- 3 | Liste HNO
- 4 | Marburger Bund
- 5 | Angestellte Ärzte – Unabhängig



Eine Extra-Ausgabe, in der sich die Listen und Kandidaten für die VV-Wahl vorstellen, liegt dieser KVNO aktuell bei.



EBM-Änderungen

Rückwirkende Klarstellung im Anhang 3 zum 1. Januar 2016

Teil A des Beschlusses betrifft eine Festlegung der „Kalkulationszeiten in Minuten“ zu den Gebührenordnungspositionen (GOP) 34700 bis 34703 des Abschnitts 34.7, „Diagnostische Positronenemissionstomographie (PET), Diagnostische PET mit Computertomographie (PET/CT)“. Die Kalkulationszeiten waren zuvor nicht benannt. Die Änderung im Anhang 3 zum EBM erfolgt rückwirkend zum 1. Januar 2016.

Änderung der GOP 11230 zum 1. Juli 2016

Die GOP 11230, „Humangenetische Beurteilung“, ist ab dem 1. Juli 2016 nicht mehr berechnungsfähig, wenn ausschließlich Proben eingesendet werden. Hierfür wird ein „persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt“ in den erforderlichen Leistungsinhalt der GOP 11230 aufgenommen und die erste Anmerkung zur GOP entfällt entsprechend.

Änderungen durch QS-Vereinbarung MRSA

Zum 1. Juli 2016 werden im Abschnitt 30.12, „Spezielle Diagnostik und Eradikationstherapie im Rahmen von MRSA“, die Vermerke zur Übergangsregelung sowie der Anhang zum Abschnitt 30.12 (Anhang 5 zum EBM) gestrichen. Dann tritt auch die Qualitätssicherungsvereinbarung MRSA in Kraft (gemäß § 135 Absatz 2 SGB V).

Geriatric: GOP des Abschnitts 30.13 in diverse Präambeln aufgenommen

Durch den neuen EBM-Abschnitt 30.13, „Spezialisierte geriatrische Diagnostik und Versorgung“, zum 1. Juli 2016 werden die GOP dieses Abschnitts in den Präambeln verschiedener Fachgruppenkapitel als berechnungsfähige Leistung aufgeführt. Ärzte der betreffenden Fachgruppen können die Leistungen mit entsprechenden Qualifikationsvoraussetzungen

abrechnen. Die QS-Vereinbarung zur spezialisierten geriatrischen Diagnostik tritt ebenfalls zum 1. Juli 2016 in Kraft.

Klarstellung bei Pauschalen für patientenadaptiertes Narkosemanagement

Der Bewertungsausschuss beschloss eine Klarstellung bei den Pauschalen für patientenadaptiertes Narkosemanagement (für Anästhesisten im Rahmen der Kataraktchirurgie) im Anhang 3 zum EBM.

Diese betrifft die „Eignung der Prüfzeit“ (statt Tages- nun Quartalsprofil) zu den GOP 31840, 31841, 36840 und 36841 (Patientenadaptiertes Narkosemanagement im Zusammenhang mit einem operativen Eingriff nach den GOP 31350, 31351, 36350 und 36351). Die genannten GOP kommen zum 1. Juli 2016 neu in den EBM (BA-Beschluss 372. Sitzung).

Der Beschluss steht noch unter dem Vorbehalt der möglichen Beanstandung durch das Bundesgesundheitsministerium.

Mehr Infos unter www.kvno.de | KV 160712

Palliativversorgung: Punktwert angehoben

Die Punktwerte für die Vergütung von Besuchsleistungen im Rahmen der Palliativversorgung werden im Zuge der Erhöhung des Orientierungswertes angeglichen. Rückwirkend zum 1. Januar 2016 steigen die Punktwerte um 0,23750 Cent bzw. 0,22774 Cent oder 1,6 Prozent auf folgende Werte:

Primärkassen:	15,08130 Cent
Ersatzkassen:	14,46144 Cent

Bei den Primärkassen gilt diese höhere Vergütung für die Besuche nach den Gebührenordnungspositionen (GOP) 01411, 01412 und 01415, bei den Ersatzkassen für die Besuche nach den GOP 01410, 01411, 01412, 01413 und 01415.

Optische Führungshilfen: Wann Zuschläge abrechenbar sind

Werden im Rahmen der Ultraschalldiagnostik optische Führungshilfen eingesetzt, können Ärzte hierfür einen Zuschlag berechnen. Das ist aber nur dann der Fall, wenn Führungshilfen oder Lagekontrollen bei Punktionen, präoperativen Markierungen suspekter Befunde (zum Beispiel in der Mamma), Sondierungen, Katheterisierungen, Biopsien oder endoskopische Untersuchungen notwendig werden. Die Zuschläge können über folgende Gebührenordnungspositionen (GOP) abgerechnet werden:

GOP 33091:

Zuschlag zu den GOP 33012, 33040, 33041 und 33081

GOP 33092:

Zuschlag zu den GOP 33042, 33043 und 33044

Betreuungsstrukturverträge: Abrechnung leichter ab 1. Juli

Zum 1. Juli 2016 ändert sich die Abrechnung von Besuchsleistungen in den Betreuungsstrukturverträgen mit der AOK Rheinland/Hamburg, der Techniker Krankenkasse (TK) und der Kaufmännischen Krankenkasse KKH.

Bisher gilt: Wird ein Behandlungsfall mit der Symbolnummer 91324 gekennzeichnet, rechnet der Arzt nach einem Besuch die entsprechenden Zuschläge (Symbolnummern 91325 bis 91331 sowie 91337) zu den Gebührenordnungspositionen (GOP 01410 bis 01415) ab.

Ab 1. Juli gilt: Patienten, die im häuslichen Umfeld leben, sind nach wie vor mit der Symbolnummer 91324 zu kennzeichnen. Für Patienten, die in einem Pflegeheim leben, ist jedoch die Symbolnummer 91324P anzugeben. Sind diese Voraussetzungen erfüllt, setzt die KV Nordrhein die Zuschläge zu den Besuchen

automatisch hinzu. Der Arzt muss diese also nicht mehr gesondert abrechnen.

Das bedeutet: Nimmt der Patient an einem der Betreuungsstrukturverträge teil und wurde mit der 91324 beziehungsweise 91324P gekennzeichnet, braucht der Arzt beim Besuch des Patienten nur noch die GOP für die Besuchsleistung (GOP 01410 bis 01415) sowie die Doppelkilometer anzugeben.

Mehr Infos unter www.kvno.de | **KV | 160713**

Erste telemedizinische Leistungen im EBM

Das Bundesgesundheitsministerium hat zugestimmt, erste telemedizinische Leistungen in den EBM aufzunehmen. Der Erweiterte Bewertungsausschuss hatte Ende 2015 beschlossen, dass Kardiologen ab dem 1. April 2016 die Funktionsfähigkeit bestimmter kardiologischer Implantate telemedizinisch in der Praxis überprüfen und als EBM-Leistung abrechnen dürfen. Möglich ist dies bei implantierten Kardiovertern beziehungsweise Defibrillatoren und implantierten Systemen zur kardialen Resynchronisationstherapie (CRT-Systeme) – vorausgesetzt, Patienten haben der Datenübermittlung freiwillig zugestimmt.

Zur Durchführung und Abrechnung der Leistung benötigen Kardiologen eine Genehmigung ihrer Kassenärztlichen Vereinigung. Die Anforderungen regelt die Qualitätssicherungsvereinbarung zur Herzschrittmacherkontrolle. Sie wird derzeit entsprechend überarbeitet und soll

Alle Symbolnummern im Internet

Vom ADHS-Vertrag über die Disease-Management-Programme bis zum Tonsillotomievertrag – mehr als 35 Sonderverträge hat die KV Nordrhein mit den Krankenkassen im Rheinland geschlossen. Eine aktuelle Übersicht der in diesen Verträgen geltenden Symbolnummern finden Sie im Internet unter www.kvno.de | **KV | 160713**

in ihrer neuen Form spätestens ab Januar 2017 gelten. Bis dahin gilt die derzeitige Version.

Mehr Infos unter www.kvno.de | **KV | 160714**

Notdienstregelungen

Die Vertreterversammlung (VV) der KV Nordrhein hat am 8. April 2016 folgende Punkte zur Notdienstregelung beschlossen:

Dienstaufteilung unter zwei Kollegen

Bei Notdiensten, die länger als acht Stunden dauern, ist es möglich, einen Dienst zwischen dem eingeteilten Arzt und einem von ihm benannten Partner aufzuteilen. In welchem Umfang die Aufteilung erfolgt, entscheiden die jeweiligen Ärzte. Der Notdienstbescheid des eingeteilten Arztes bleibt trotz der Aufteilung des Dienstes unangetastet, der benannte Partner ist ebenfalls formal zum Dienst einzuteilen.

Der Vorstand der KV Nordrhein hat den Kreisstellen mitgeteilt, dass sie aus Haftungsgründen prüfen müssen, ob der benannte Vertreter im offiziellen Vertreterverzeichnis aufgeführt ist. Wichtig: Erscheint der Vertreter nicht zum Dienst, bleibt der ursprünglich eingeteilte Arzt über den gesamten aufgeteilten Zeitraum dienstverpflichtet.

Einsatz eigenen Praxispersonals

Der VV-Beschluss ermöglicht grundsätzlich das Hinzuziehen eigener nicht-ärztlicher Assistenzkräfte im Notdienst, allerdings auf Kosten des eingeteilten Arztes, der auch die Haftungsrisiken trägt. Das Hausrecht des Betreibers der Notdienstpraxis bleibt davon unberührt.

Neuer Test zur Früherkennung von Darmkrebs ab Oktober 2016

Ab Oktober gibt es ein neues Testverfahren zur Früherkennung von Darmkrebs. Die Untersuchung auf okkultes Blut im Stuhl erfolgt dann mit einem quantitativen immunologi-

schen Test. Anspruch auf die Untersuchung haben wie bisher Versicherte ab einem Alter von 50 Jahren. Ärzte geben den Stuhltest wie bisher an ihre Patienten aus.

Studien haben gezeigt, dass mit immunologischen Tests (iFOBT) nicht sichtbares Blut im Stuhl insbesondere mit einer höheren Sensitivität nachgewiesen werden kann. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat daher festgelegt, den bislang verwendeten Guajak-basierten Test abzulösen und die Krebsfrüherkennungs-Richtlinie entsprechend zu ändern.

Neu ist, dass der Test künftig im Labor und nicht mehr in der Praxis ausgewertet wird, und dass auch Hausärzte den immunologischen Test bei Untersuchungen wie dem Check-up 35 ausgeben können – sofern die Patienten das Anspruchsalter von 50 Jahren erreicht haben. Damit soll die Teilnahmequote insbesondere bei Männern erhöht werden. Die Durchführung des immunologischen Stuhltests dürfen Ärzte vornehmen, die eine Abrechnungsgenehmigung für Leistungen des EBM-Abschnitts 32.3 haben.

Weitere Neuerung: Ärzte, die nach einem positiven iFOBT eine Koloskopie durchführen, müssen das Ergebnis elektronisch dokumentieren. Hierfür wird die bisherige Dokumentation zur Früherkennungskoloskopie um ein Feld erweitert. Künftig kreuzen Ärzte an, ob es sich um eine „Koloskopie als primäre Screening-Untersuchung“ handelt oder um eine „Koloskopie nach positivem iFOBT“. Die Anpassung im Praxisverwaltungssystem werden die Software-Hersteller mit dem Update für das 1. Quartal 2017 vornehmen.

Mehr Infos unter www.kvno.de | **KV | 160714**

Neue Kinder-Richtlinie noch nicht in Kraft

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat im vergangenen Jahr die Kinder-Richtlinie überarbeitet. Demnach sollen bei den Früher-

kennungsuntersuchungen im Kindesalter künftig psychosoziale Aspekte stärker berücksichtigt werden. Diese Neuerungen gelten allerdings noch nicht, da der G-BA auch die gelben Hefte zur Dokumentation der Untersuchungen anpassen musste. Dies ist zwar Mitte Mai geschehen, doch das Bundesministerium für Gesundheit hat die Änderungen bis Redaktionsschluss dieser Ausgabe noch nicht genehmigt, so dass die Kinder-Richtlinie insgesamt noch nicht in Kraft getreten ist. Zudem müssen der GKV-Spitzenverband und die Kassenärztliche Bundesvereinigung noch die Vergütungen für die Leistungen verhandeln, die neu in die U-Untersuchungen aufgenommen werden sollen.

Die wesentlichen Änderungen an den „Richtlinien über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres“: Bei den U2- bis U9-Untersuchungen wurden die Entwicklungsmerkmale überarbeitet und bei der U8 ein Hörtest eingeschlossen. Wenn die Leistungen abrechenbar sind, müssen Ärzte diese in neuen gelben Heften dokumentieren. Das betrifft die U1- bis einschließlich U6-Untersuchungen. Bei Kindern ab der Vorsorgeuntersuchung U7 kann auch in Zukunft das bisherige Heft weiter verwendet werden, allerdings gibt es für die Untersuchungen U7 bis U9 Einlegeblätter, auf denen die neuen Inhalte aufgeführt sind.

*Die neuen gelben Hefte und die Einlegeblätter erhalten die Praxen vom Formularversand der KV Nordrhein. Aktuelle Infos unter www.kvno.de | **KV | 160715***

Weniger Frühgeburten durch Vertrag „Gesund schwanger“

Zum 1. Juli 2016 hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung mit den Berufsverbänden der Frauen- und Laborärzte, dem Berufsverband für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie sowie der Gesellschaft für Wirtschaftlichkeit und Qualität bei Krankenkassen GWQ ServicePlus AG und derzeit sieben Betriebskrankenkassen einen Vertrag zur Vermeidung von Frühgeburten abgeschlossen.

Gegenstand dieses Vertrages:

- Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchung in Kombination mit einem individuellen Risikoscreening und einer umfangreichen Beratung zur Vermeidung von Risikofaktoren einer Frühgeburt
- ein früher vaginaler Ultraschall in der 4. bis zur vollendeten 8. Schwangerschaftswoche
- ein Infektionsscreening auf Bakterien und Mykose-Erreger zwischen der 16. und der vollendeten 24. Schwangerschaftswoche

Schwangere der teilnehmenden Krankenkassen können sich bei ihrem teilnehmenden Gynäkologen in den Vertrag einschreiben und die genannten Leistungen in Anspruch nehmen. Die Vergütung für das ausführliche Beratungsgespräch inklusive Risiko-Screening beträgt 60 Euro, für den vaginalen Frühultraschall werden den teilnehmenden Gynäkologen 50 Euro und für das Infektionsscreening 26 Euro vergütet. Fachärzte für Labormedizin bzw. Mikrobiologie und Virologie sowie Infektionsepidemiologie erhalten für die Laboruntersuchung Nugent-Score und Mykose-Erreger-Befall 15 Euro. Sämtliche Leistungen werden außerhalb des Regelleistungsvolumens vergütet, die Finanzierung durch die Krankenkassen erfolgt außerhalb der Budgetierung.

*Frauen- und Laborärzte sowie Mikrobiologen, Virologen und Infektionsepidemiologen wurden direkt durch den Vorstand informiert. Mehr Infos unter www.kvno.de **KV | 160716***

Serviceteams

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

Serviceteam Köln

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

Serviceteam Düsseldorf

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

Formularversand

Telefon 02151 3710 00 Telefax 02151 9370 655
E-Mail formular.versand@kvno.de

Bertelsmann BKK tritt Tonsillotomievertrag bei

Zum 1. April 2016 ist die Bertelsmann BKK dem Tonsillotomievertrag des BKK-Landesverbandes beigetreten. Für Versicherte der Bertelsmann BKK können Sie deshalb seit dem 1. April 2016 Leistungen dieses Vertrages erbringen und abrechnen. Eine aktuelle Übersicht mit allen teilnehmenden BKKen finden Sie im Internet unter www.kvno.de.

Mehr Infos unter www.kvno.de | KV 160716

QS-Vereinbarung MRSA tritt zum 1. Juli 2016 in Kraft

Zum 1. Juli 2016 tritt die Qualitätssicherungsvereinbarung (QS-Vereinbarung) MRSA in Kraft. Bereits zum 1. April 2014 wurden die Leistungen der „Vergütungsvereinbarung MRSA“ (nach § 87 Absatz 2a Satz 4 SGB V) in den Abschnitt 30.12 des EBM eingebracht. Der dortige Anhang wurde nun weitgehend inhaltsgleich in die zum Juli geltende QS-Vereinbarung MRSA übernommen. Diese regelt die Anforderungen an die Ärzte zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen des entsprechenden EBM-Abschnitts (mit Ausnahme der Laborziffern nach den GOP 30954 und 30956).

Neu ist, dass der Auswertebereich der Kassenärztlichen Bundesvereinigung an das BMG künftig Informationen enthalten kann, die über die in der QS-Vereinbarung MRSA festgelegten Parameter hinausgehen.

Die QS-Vereinbarung sieht eine Übergangsregelung für Ärzte vor, die vor Inkrafttreten der neuen QS-Vereinbarung berechtigt waren, MRSA-Leistungen des Abschnitts 30.12 EBM in der vertragsärztlichen Versorgung abzurechnen. Diese Ärzte erhalten eine Genehmigung, wenn sie diese innerhalb von sechs Monaten nach Inkrafttreten der Vereinba-

rung – also bis spätestens Ende 2016 – bei ihrer Kassenärztlichen Vereinigung beantragen. Bis dahin können sie die Leistungen weiterhin abrechnen.

Mehr Infos unter www.kvno.de | KV 160716

Zuzahlungsbeträge bei neurophysiologischen Behandlungen

Ab 1. Juli 2016 ändern sich bei den Ersatzkassen die Zuzahlungsbeträge für neurophysiologische Übungsbehandlungen und physikalische Therapie. Diese muss der Patient in der Arztpraxis zahlen, sofern seine Krankenkasse ihn nicht von der Zuzahlung befreit hat.

Über die Zuzahlungsbeträge ab 1. April 2016 haben wir bereits in der Ausgabe 1+2 | 2016 KVNO aktuell berichtet. Eine Tabelle mit den neuen Beiträgen finden Sie im Internet auf www.kvno.de.

Mehr Infos unter www.kvno.de | KV 160716

Änderungen beim AOK-Hausärzte-Strukturvertrag ab Juli

Zum 1. Juli 2016 werden leichte Änderungen bei den Indikationen und Diagnosen (Anlage 2) des Hausärzte-Strukturvertrages mit der AOK Rheinland/Hamburg vorgenommen.

So werden die Diagnosen für die „Chronische respiratorische Insuffizienz“ (J96.1-) aus der bestehenden Indikationsgruppe 8, „Chronische obstruktive Bronchitis/Emphysem/respiratorische Insuffizienz“, herausgenommen und in eine neue Indikationsgruppe 68, „Chronische respiratorische Insuffizienz“, verschoben. Weitere Änderungen bei den ICD-10-Codes ergeben sich nicht. Die aktuelle Version 1.5 steht ab sofort auf der Homepage zur Verfügung.

Mehr Infos unter www.kvno.de | KV 160716

Neue Heilmittel-Richtgrößen vereinbart

Die Krankenkassen und die KV Nordrhein haben sich auf ein Ausgabenvolumen für Heilmittel verständigt: Im Jahr 2016 liegt es bei rund 593 Millionen Euro. Diese Summe steht also für die Verordnung von Physio-, Logo-, Ergo- und Podologie in Nordrhein zur Verfügung – etwa 7,5 Prozent mehr als im Jahr zuvor.

Auch die Richtgrößen sind neu festgelegt. Sie sind wie bei den Arzneimitteln abhängig vom Alter der Patienten. Die Richtgrößen gelten ab 1. Juli 2016, also im dritten und vierten Quartal. Für die ersten beiden Quartale galten die Richtgrößen aus dem Jahr 2015.

Die Ausgaben für Heilmittel liegen in Nordrhein mit 85 Euro je Versichertem knapp unter dem Bundesdurchschnitt. Bei der Logopädie allerdings ist Nordrhein Spitzenreiter: Je Versichertem liegen die Ausgaben bei 12,53 Euro pro Jahr, im Bundesdurchschnitt sind es 9,40 Euro. Pro Jahr liegen die Ausgaben für Logopädie im Rheinland nach Angaben des GKV-Spitzenverbands zirka 25 Millionen Euro über dem Betrag, der bei Verordnung auf Durchschnittsniveau entstanden wären.

Praxisbesonderheiten bleiben

Die bundesweit und regional vereinbarten Praxisbesonderheiten bleiben auch in 2016 erhalten. Wie bisher finden Sie die bundesweit vereinbarten Praxisbesonderheiten in Anlage 1 der Richtgrößenvereinbarung Heilmittel. Die regionalen Praxisbesonderheiten sind in Anlage 3a der Richtgrößenvereinbarung abgebildet. Die hier gelisteten Praxisbesonderheiten kennzeichnen Sie durch Angabe des jeweiligen therapielevanten ICD-10-Codes, ergänzt durch den Zusatzcode Z98.8 (Zustand nach chirurgisch-orthopädischen Operationen) auf der Heilmittelverordnung. Ein Beispiel anhand der operativen Korrektur eines Hallux valgus: Der therapierelevante Code M20.1 wird in das entsprechende ICD-10-Feld eingetragen, die zusätzliche Information über den opera-

tiven Eingriff (Z98.8) wird auf der Diagnosezeile vermerkt.

Weitere Praxisbesonderheiten betreffen Heilmittel für Erkrankungen mit langfristigem Behandlungsbedarf. Diese wurden ebenfalls bundesweit vereinbart und sind in Anlage 2 zur Richtgrößenvereinbarung aufgeführt. Stellen Sie diese Verordnungen für Erkrankungen mit langfristigem Behandlungsbedarf bitte direkt als Verordnung außerhalb des Regelfalls aus. Achtung: Auch die Verordnungen müssen Sie regelmäßig wiederholen (entsprechend der Heilmittel-Richtlinie muss mindestens eine ärztliche Untersuchung innerhalb einer Zeitspanne von 12 Wochen nach der Verordnung gewährleistet sein); es gibt keine Langfristverordnungen, die über ein halbes oder ganzes Jahr reichen. ■ CRISTINA DEIBERT

Die Heilmittelvereinbarung und die Richtgrößenvereinbarung Heilmittel finden Sie unter www.kvno.de

Richtgrößen für das 3. und 4. Quartal 2016

Die Tabelle zeigt die Richtgrößen für Heilmittel, die ab 1. Juli 2016 in Nordrhein gelten. Für fehlende Fachgruppen haben Kassen und KV Nordrhein keine Richtgrößen vereinbart. Die Richtgröße wird für die fachärztlichen Internisten mit Schwerpunktbezeichnung Rheumatologie (früher Teilgebiet „Rheumatologie“) ausgesetzt.

Fachgruppe	Altersgruppe [Jahre]			
	0–15	16–49	50–64	≥65
Allgemeinmedizin und Praktische Ärzte	7,93 €	5,12 €	9,55 €	21,26 €
Chirurgie	2,08 €	11,81 €	18,58 €	21,70 €
HNO	14,92 €	2,50 €	3,10 €	2,87 €
Innere Medizin, hausärztlich	7,93 €	5,12 €	9,55 €	21,26 €
Innere Medizin, fachärztlich	1,12 €	2,89 €	4,37 €	5,17 €
Kinderheilkunde*	25,95 €	26,19 €	7,37 €	7,19 €
Orthopädie	14,23 €	23,48 €	27,60 €	31,75 €

* Kosten und Fälle in höheren Altersgruppen resultieren aus kinderärztlichen Betriebsstätten, die nicht rein kinderärztlich tätig sind.

Neue Festbeträge für urologische Spasmolytika

Für die Wirkstoffgruppe der urologischen Spasmolytika gelten seit 1. April 2016 neue Festbeträge. Da nicht alle Hersteller ihre Preise auf den neuen Festbetrag gesenkt haben, müssen Ihre Patienten zuzahlen – zum Teil sogar über 100 Euro. Sie müssen Ihre Patienten bei der Verordnung auf die Mehrkosten hinweisen, allerdings nicht auf die genaue Höhe.

Beispiele für Urospasmolytika in der größten Normpackung

Bei einigen Präparaten fallen neben der Zuzahlung noch Mehrkosten für die Patienten an. Es gibt noch einzelne Reimporte, die ihre Preise noch nicht angepasst haben; sie werden in der Tabelle nicht aufgeführt.

Fertigarzneimittel®	Packungsgröße	Festbetrag [€]	Preis [€]	Mehrkosten [€]
Darifenacin – zum Beispiel:				
Emselex 7,5 mg	N3	68,39	68,39	
Fesoterodin – zum Beispiel:				
Toviaz 4 mg	N3	66,95	169,53	102,58
Propiverin – zum Beispiel:				
Mictonorm	N3	60,52	60,52	
Propiverin Generika	N3	60,52	44,99	
Solifenacin – zum Beispiel:				
Vesikur 5 mg	N3	64,38	64,38 €	
Tolterodin – zum Beispiel:				
Detrusitol 1 mg	N3	45,93	77,12	31,19
Tolterodin 1 mg Generika	100 St.	45,93	45,93	
Trospiumchlorid – zum Beispiel:				
Spasmex 5 mg	N3	35,20	35,20	
Spasmolyt 5 mg	N3	35,20	35,20	
Trospium (Pfleger)	N3	35,20	35,20	

Quelle: Lauertaxe, 1. Juni 2016

Die KV Nordrhein und die Krankenkassen in Nordrhein haben in der Arzneimittelvereinbarung eine Quote für Urospasmolytika mit Patentablauf (Generikaquote) in der Fachgruppe der Urologen vereinbart. Für diese fallen keine Mehrkosten für die Patienten an.

Von der Festbetragsregelung sind folgende Wirkstoffe betroffen:

- Darifenacin (Emselex)
- Fesoterodin (Toviaz)
- Propiverin (zum Beispiel Mictonorm, Mictonorm (Uno, Generika)
- Solifenacin (Vesikur)
- Tolterodin (Detrusitol, Generika)
- Trospiumchlorid (Spasmex, Spasmolyt, Generika)

Bei Toviaz und Detrusitol fallen Mehrkosten an; bei Emselex, Mictonorm Uno und Vesicare haben noch nicht alle Reimporteure die Preise gesenkt (Stand: 1. Mai 2016, siehe Tabelle).

Ob der Preis einer Arznei über dem Festbetrag liegt, zeigt Ihre Verordnungssoftware an, wenn zum 1. April 2016 oder danach ein Update erfolgt ist. Bei der Erstverordnung eines Arzneimittels muss die Software anzeigen:

- die Höhe des Festbetrags
- Preis unter, im oder über Festbetrag
- Zuzahlung, Mehrkosten und Gesamtzuzahlung des Patienten

Bei einer Wiederholungsverordnung müssen in der Verordnungssoftware nur noch Zuzahlung, Mehrkosten und Gesamtzuzahlung des Patienten angegeben werden. ■ DR. HOLGER NEYE

Kontakt

Hilfsmittelberatung

Telefon 0211 5970 8070

Telefax 0211 5970 8136

E-Mail patricia.shadiakhy@kvno.de

Pharmakotherapieberatung

Telefon 0211 5970 8111

Telefon 0211 5970 8666 (SSB)

Telefax 0211 5970 8136

E-Mail pharma@kvno.de

Bei Fragen zu Prüfung und Verfahren:

Qualitätssicherung Prüfwesen

Telefon 0211 5970 8396

Telefax 0211 5970 9396

E-Mail margit.karls@kvno.de

Aut-idem-Austausch weiter eingeschränkt

Der Austausch von verordneten Arzneimitteln durch die Apotheke (Aut idem) ist weiter eingeschränkt worden. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat die Liste der Präparate um acht Wirkstoffe ergänzt, die wie verordnet in der Apotheke abzugeben sind. Die Neuaufnahmen treten nach Zustimmung des Bundesgesundheitsministeriums mit Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft.

Die Liste enthält Wirkstoffe mit enger therapeutischer Breite, bei denen ein Wechsel auf ein anderes Fertigpräparat als kritisch gilt. Apotheken dürfen daher weder gegen ein preiswer-

tes Generikum noch gegen ein Rabattvertragsarzneimittel tauschen, unabhängig davon, ob ein Aut-idem-Kreuz gesetzt wurde oder nicht.

Die Verordnungen müssen eindeutig sein. Eine reine Wirkstoffverordnung stellt für Wirkstoffe der Substitutionsausschlussliste eine „unklare Verordnung“ dar, die von der Apotheke nicht beliefert werden kann. Wenn das verordnete Arzneimittel nicht verfügbar ist, kann die Apotheke ein vorrätiges Präparat nur nach einer Änderung des Rezepts abgeben. Originale und deren Reimporte dürfen gegeneinander getauscht werden. ■ HON

Substitutionsausschlussliste (Anlage VII der Arzneimittel-Richtlinie)

Wirkstoff	Darreichungsform
Betaacetyldigoxin	Tabletten
Neu: Buprenorphin	Transdermale Pflaster mit unterschiedlicher Applikationshöchstdauer (z. B. bis zu 3 bzw. bis zu 4 Tage) dürfen nicht gegeneinander ersetzt werden.
Neu: Carbamazepin	Retardtabletten
Ciclosporin	Lösung zum Einnehmen, Weichkapseln
Digitoxin	Tabletten
Digoxin	Tabletten
Neu: Hydromorphon	Retardtabletten mit unterschiedlicher täglicher Applikationshäufigkeit (z. B. alle 12 bzw. 24 Std.) dürfen nicht gegeneinander ersetzt werden.
L-Thyroxin-Na	Tabletten
L-Thyroxin-Na plus Kaliumiodid in fixer Kombination	Tabletten
Neu: Oxycodon	Retardtabletten mit unterschiedlicher täglicher Applikationshäufigkeit (z. B. alle 12 bzw. 24 Std.) dürfen nicht gegeneinander ersetzt werden.
Neu: Phenobarbital	Tabletten
Neu: Phenprocoumon	Tabletten
Phenytoin	Tabletten
Neu: Primidon	Tabletten
Tacrolimus	Hartkapseln
Neu: Valproinsäure (auch als Natriumvalproat und Valproinsäure in Kombination mit Natriumvalproat)	Retardtabletten

Der digitale Doktor ist da

Wir bestellen Geschenke bei Amazon, steuern die Heizung via Internet und konferieren auf Skype – auch im Gesundheitswesen lässt sich immer mehr online erledigen. Doch telemedizinische Anwendungen sind in den Praxen in Nordrhein eine absolute Ausnahme. Noch. Telemedizin-Projekte gibt es immer mehr – und Gesundheitsminister Hermann Gröhe forciert die Entwicklung.

Die Patienten scheinen offen für den Bildschirm-Kontakt zum Arzt zu sein. Nach einer Umfrage der Bertelsmann-Stiftung würden 45 Prozent der Bundesbürger per Video mit ihrem Arzt sprechen wollen. Nur finden sie in Deutschland kaum einen Mediziner, der ihre Fragen online beantwortet. Gerade einmal 3,5 Prozent der Praxen in Deutschland bieten ein virtuelles Sprechzimmer an.

Rezept von DrEd

Angebote sind jedoch im Ausland verfügbar. In Großbritannien beispielsweise sitzt DrEd.com, seit 2011 auch für deutsche Patienten bequem über das Internet erreichbar. Eine Sprechstunde, zum Beispiel bei Akne, Bluthochdruck oder Erektionsstörungen, kostet zwischen 9 und 49 Euro – bei Bedarf mit Rezept, das über eine deutsche Versandapotheke ausgeliefert wird. Auch wenn Stiftung Warentest in einem Test auf Fehler in der Beratung stieß: Das Portal läuft.

Zwar zielt DrEd auf deutsche Patienten, dürfte aber in Deutschland seine Dienste in dieser Form nicht anbieten. Die Berufsordnungen der Ärztekammern verbieten, dass Patienten ausschließlich aus der Ferne behandelt werden: „Ärztinnen und Ärzte dürfen individuelle ärztliche Behandlung, insbesondere auch Beratung, nicht ausschließlich über Print- und Kommunikationsmedien durchführen“, heißt es in der Berufsordnung der Ärztekammer Nordrhein.

Sinn und Zweck der Regelung: Der Arzt soll sich selbst ein direktes Bild vom Patienten machen, sich nicht allein auf Schilderungen Dritter verlassen und die Möglichkeit einer direkten körperlichen Untersuchung gehabt haben. So weit, so gut.

Fernbehandlungsverbot light

Doch was ist mit Video-Sprechstunden für einen Patienten, den der Arzt schon ein-

Stichwort: Telemedizin

Die Telemedizin bezeichnet Verfahren, bei dem Ärzte Diagnosen und Therapien über das Internet übermitteln – an ihre Patienten, Apotheker oder Kollegen. Erprobt wird es seit den 1980er-Jahren, vor allem in Gebieten, wo Arzt und Patient weit voneinander entfernt sind.

Den ersten Anwendungsfall der Telemedizin datiert Wikipedia indes schon viel früher: Am 10. März 1876 schüttete sich der Erfinder des Telefons, Alexander Graham Bell, ver-

sehnlich Säure über den Anzug. Seinen Prototypen nutzte er dazu, den im Nebenzimmer sitzenden Kollegen Thomas A. Watson zu Hilfe zu rufen. „Betrug die Entfernung bei diesem ersten medizinischen Not- bzw. Fernruf vor nur 130 Jahren nur wenige Meter, so hat sich die Telemedizin bis heute zu einem Instrument weiterentwickelt, das dem Bodenpersonal der amerikanischen Raumfahrtbehörde ‚NASA‘ die medizinische Überwachung bzw. Betreuung der in der Thermosphäre befindlichen Astronauten ermöglichte (...)“

mal gründlich untersucht hat? Die Bundesärztekammer hat „Hinweise und Erläuterungen“ gegeben, die das Fernbehandlungsverbot zeitgemäßer auslegen. So ist es zum Beispiel möglich, dass die Patienten Daten übermitteln, besonders bei chronischen Erkrankungen. Auch gegen konsiliarische Beratungen oder die Befundung von Untersuchungsergebnissen an einem anderen Ort hat die Bundesärztekammer keine Einwände.

Nicht nur in England sind die Hürden viel geringer – ärztliche Behandlung via Telefon oder Internet sind zum Beispiel in der Schweiz gang und gäbe: Das Unternehmen Medgate betreibt dort ein Telemedizinzentrum – neben zwei „normalen“ Gesundheitszentren. Rund um die Uhr können Patienten dort Bilder befunden lassen, Rezepte anfordern, Behandlungspläne per E-Mail oder SMS erhalten oder sich eine Arbeitsunfähigkeit bescheinigen lassen. Über 4.000 Telekonsultationen täglich wickelt Medgate ab, die direkt mit den Schweizer Krankenkassen abgerechnet werden können.

Dass die Telemedizin in den nordrheinischen Praxen ein Schattendasein führt, liegt auch an fehlenden Abrechnungsmöglichkeiten. Der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) bietet seit April 2016 drei neue telemedizinische Ziffern. Sie betreffen die Kontrolle eines implantierten Kardioverters, Defibrillators oder eines implantierten Systems zur kardialen Resynchronisationstherapie.

Mehr Telemedizin im EBM

In Zukunft soll es mehr telemedizinische Leistungen geben, die Vertragsärzte abrechnen können. Bundesgesundheitsminister Gröhe hat die Krankenkassen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung im E-Health-Gesetz verpflichtet, weitere Abrechnungspositionen einzuführen. Ab April 2017 soll es für Telekonsile bei der Befundung von Röntgenaufnahmen eine Gebührenordnungsposition im EBM geben. Ab Juli 2017 sollen Videosprechstunden mit Bestandspatienten als Leistung



in der gesetzlichen Krankenversicherung via EBM vergütet werden.

Mit Videosprechstunden sammeln Ärzte und Kassen derzeit an vielen Orten bereits Erfahrungen. Die Barmer GEK hat ein Modell mit dem Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ) gestartet. Niedergelassene Pädiater haben seit Jahresbeginn die Möglichkeit, bei der Behandlung von Jugendlichen mit chronischen und seltenen Erkrankungen Spezialisten online zu Rate zu ziehen, etwa bei Rheuma, Autoimmunthyreoiditis oder instabilem Asthma bronchiale. Ab Juli 2016 soll das Online-Konsil allen pädiatrischen Praxen in Deutschland zur Verfügung stehen.

Der Vorteil der Videosprechstunden aus Sicht der Patienten ist klar: Anfahrts- und Wartezeiten fallen weg. Vor allem im ländlichen Raum mit oft längeren Wegen ein großer Vorteil – auch für Ärzte, die viel Zeit mit der Fahrt zu Hausbesuchen verlieren. „Telemedizinische Konsultationen sind auch deshalb sehr wichtig, weil die Zahl der Praxen rückläufig ist, vor allem auf dem Land“, sagte Thomas Fischbach, Pädiater aus Solingen und Präsident des BVKJ. Auch auf die Therapietreue der Patienten sollen sich Telemedizin-Anwendungen positiv auswirken.

Die Telemedizin wird Alltag. Zuerst in Modellen und Projekten – und nach und nach auch im medizinischen Regelbetrieb. ■ FRANK NAUNDORF

Die Fernbehandlung ist in vielen Fällen schon möglich – und wird in zahlreichen Projekten erprobt.

„Das virtuelle Sprechzimmer funktioniert“

Im Oktober 2015 startete die Techniker Krankenkasse (TK) mit dem Bundesverband Deutscher Dermatologen (BVDD) und dem Lübecker IT-Unternehmen Patientus ein Projekt, um zu testen, ob und wie Video-Sprechstunden funktionieren. Sieben Hautärzte machten mit – darunter Dr. Klaus Strömer, der Präsident des BVDD. Wir fragten ihn nach seinen Erfahrungen, die nächsten Projektschritte und die Zukunft der Telemedizin.

Ist die Telemedizin nur ein Spielfeld für IT-Freaks?

Nein. In meinen Augen ist die Telemedizin ein zentrales Thema – und da stehe ich nicht allein. Im BVDD haben wir es 2013 als Schwerpunktthema unserer Vorstandsarbeit festgelegt. In einem Workshop mit Vertretern der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, der Bundesärztekammer, der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft und Vertretern der IT-Industrie haben wir 2015 ein Positionspapier erstellt. Darauf erhielten wir sehr viel positive Resonanz, unter anderem eine Einladung ins Bundesgesundheitsministerium.

Wie geht es weiter?

Gerade laden wir zu einem zweiten Workshop im November dieses Jahres ein: Wir brauchen und wollen Telemedizin-Guidance, also einen Rahmen, in dem wir uns mit der Telemedizin sicher bewegen können, eine Handlungs-

anweisung für Nutzer der Neuen Medien in der Medizin. Dafür m ü s s e n

» **Telemedizin ist ein zentrales Thema, bei dem noch viele Fragen offen sind.** «

wir viele offene Fragen klären, darunter technische oder haftungsrechtliche. Für ein besseres Verständnis, ein gemeinsames Vorgehen und belastbare Ergebnisse setzen wir uns mit Experten aus Industrie, Selbstverwaltung und Politik zusammen.

Wie entstand der Videosprechstunden-Vertrag mit der TK?

Aus einer vertrauensvollen Zusammenarbeit. Mit der TK haben wir im Oktober 2014 einen Vertrag über die Online-Terminvergabe geschlossen. Demnach können Mitglieder unseres Berufsverbandes die Software für die Online-Termine kostenfrei nutzen. Das läuft gut. In unserer Praxis zum Beispiel vergeben wir darüber 25 Termine pro Woche, können das aber nach Bedarf hoch- oder runterfahren. Die TK wollte sich auf dem Feld der Telemedizin etablieren – und wir Dermatologen das Thema praktisch angehen.

Wann startete das Sprechstunden-Projekt?

Im Oktober 2015 legten wir mit einer Pilotphase in nur sieben Praxen bundesweit los. Wir haben vor allem getestet, ob die Webplattform der Patientus GmbH leicht zu bedienen ist und stabil läuft.

Hat die Technik den Praxis-Test bestanden?

Absolut. Arzt und Patient benötigen nur einen Rechner mit Webcam. Der Patient vereinbart in der Praxis oder via Internet einen Online-Termin und wählt sich dann mit einer TAN auf der Webplattform ein, die der Online-Dienstleister Patientus stellt. Kurz bevor seine Video-Sprechstunde beginnt, läuft ein Countdown von zehn auf null runter – und dann kommuniziert er geschützt mit seinem Hautarzt im virtuellen Sprechzimmer. Das funktioniert einwandfrei.

Also alles bestens?

Fast. Der Verwaltungsaufwand rund um einen solchen Vertrag ist für einen kleinen Verband wie den unsrigen nicht ohne. So müssen die Vertragspartner zum Beispiel verschiedenste Datenschutzerklärung abstimmen. Die Patienten können nur mitmachen, wenn sie sich in das Projekt einschreiben – darüber müssen die Praxen informieren.

Wie ging es nach der Pilotphase weiter?

Ende März endete der Pilot. Seitdem sind alle Dermatologen eingeladen, dem Vertrag beizutreten. Derzeit machen etwa 70 Kolleginnen und Kollegen mit.

Was hält Dermatologen davon ab, mitzumachen?

Viele sagen sinngemäß: „Ich habe schon genug Patienten in der Praxis. Warum soll ich mir noch mehr Arbeit via Video machen?“ Wir müssen wohl noch etwas Überzeugungsarbeit leisten.

Was spricht denn für eine Teilnahme?

Die Teilnehmer erhalten zum einen eine extrabudgetäre Vergütung von 19,50 Euro pro Kontakt. Es geht aber vor allem darum, sich bereit zu machen für die Zukunft, in der die Telemedizin größere Bedeutung haben wird. Das dauert nicht mehr ewig: So schreibt das E-Health-Gesetz bereits im April 2017 mehr Ziffern für die telemedizinische Versorgung vor.

Was passiert, wenn die Praxen das Thema ausblenden?

Dann läuft die digitale Entwicklung ohne uns. Apple, Google und Co. investieren Milliarden in diesen Bereich. Die Patienten nutzen verschiedene Angebote – von Apps über Infosei-

ten bis hin zu Sprechstunden wie bei Dr. Ed, die in England sitzen. Wenn wir das Thema ignorieren, sind wir als deutsche Niedergelassene raus aus dem Bereich.

Welche Patienten passen in das Programm?

Die Videosprechstunde ist ideal für Bestandspatienten mit Krankheiten wie chronischen Wunden, Psoriasis oder Akne, wo wir den Verlauf kontrollieren oder Nebenwirkungen einschätzen

müssen. Dafür brauchen wir die Patienten nicht in der Praxis zu sehen, der Kontakt am

Bildschirm reicht. Natürlich gehört auf Seiten der Patienten auch eine gewisse Affinität zur Online-Kommunikation dazu. Bei uns sind es vor allem Selbstständige und leitende Angestellte, die sich über das Angebot freuen – und natürlich die jungen Patienten, für die Online-Kommunikation selbstverständlich ist.

» Videosprechstunden sind ideal für Bestandspatienten – und sehr beliebt bei Selbständigen, leitenden Angestellten und vor allem jungen Patienten. «

■ DIE FRAGEN STELLTE FRANK NAUNDORF.



Zur Person

Dr. med. Klaus Strömer (55) ist als Dermatologe in Mönchengladbach niedergelassen. Seit 2013 ist er Präsident des Berufsverbands Deutscher Dermatologen, vorher war er mehr als zehn Jahre Vorsitzender des Landesverbandes in Nordrhein und sechs Jahre Vizepräsident des Bundesverbandes. In seiner Freizeit reist der Vater von zwei Kindern gern, klettert oder spielt Schach.

Keine Mehrheit für Fraktionen

Auch in der kommenden Wahlperiode wird es keine Fraktionsbildung in der Vertreterversammlung der KV Nordrhein geben. Entsprechende Anträge wurden in der jüngsten VV, der letzten Sitzung vor den Wahlen in diesem Jahr, mehrheitlich abgelehnt.

Schon im Satzungsausschuss der KV Nordrhein hatte es keine Einigung über die Details zur Bildung von Fraktionen und zentralen Ausschüssen gegeben. Diese aber wäre nötig gewesen, um die Auflagen des NRW-Ministeriums zu erfüllen. Die Aufsichtsbehörde hatte schon im vergangenen Jahr signalisiert, dass ein Beschluss zur Bildung von Fraktionen in der KVNO-VV mit ergänzenden Regelungen zu versehen sei, etwa zur Mindestgröße von Fraktionen. Vor allem aber müsse – im Einklang mit der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts – gewährleistet sein, dass die Fraktionen spiegelbildlich in den Ausschüssen der VV vertreten seien.

Entsprechende Regelungen für die Besetzung von Haupt- und Haushaltsausschuss wurden in der VV in verschiedenen Varianten abgestimmt – keine jedoch fand die erforderliche Zweidrittelmehrheit unter den Delegierten. Damit ist in der VV weiterhin keine Bildung von Fraktionen möglich, die einen in der Satzung oder der Geschäftsordnung geregelten „parlamentarischen“ Status genießen.

Keine Annäherung unter den Gruppen

Strittig waren vor allem die Detailregelungen zur Frage, wie die Delegierten der psychologischen Psychotherapeuten und der ermächtigten beziehungsweise angestellten Ärzte in den Ausschüssen vertreten seien, sofern diese Gruppen künftig keine eigenen Fraktionen bilden sollten. Die Vertreter des Hausärzterverbandes wollten verhindern, dass es innerhalb der VV zu einer „Über-Repräsentanz“ der

auch in der nächsten Wahlperiode fünfköpfigen Gruppe der Psychotherapeuten in den Ausschüssen kommen könnte. Eine Annäherung blieb aus.

Der Satzungsdiskussion folgte ein Rückblick auf die jüngste Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) am Vortag der Eröffnung des 119. Deutschen Ärztetags in Hamburg. In seinem Bericht zur Lage informierte Dr. med. Peter Potthoff, Vorsitzender der KV Nordrhein, die Delegierten über das beschlossene Positionspapier „KBV 2020 – Versorgung gemeinsam gestalten“.

„Der Kern des Papiers ist das klare Bekenntnis zum Sicherstellungsauftrag der KVen.“ Dieser soll vermehrt in Kooperation mit Krankenhäusern gestaltet werden – „das ist ein Weg, den wir im Zuge unserer Notdienstreform konzeptionell bereits beschritten haben“, sagte Potthoff.

Aufsicht macht ernst

Potthoff ging auch auf die Eckpunkte des geplanten „Selbstverwaltungsstärkungs-Gesetzes“ ein, durch das die Politik das Handeln der Selbstverwaltung der Spitzenorganisationen auf Bundesebene stärker beaufsichtigen möchte. „Die Betitelung des Gesetzentwurfs ist zynisch, wenn man sich die Inhalte genauer anschaut“, kritisierte Potthoff. „Der Gesetzgeber hat darin einfach aufgegriffen, was ihm in der aktuellen Debatte um die KBV an Sachverhalten begegnet ist.“ Einige Regelungen unterschieden sich kaum von der Einsetzung

eines Staatskommissars – etwa die Möglichkeit, Weisungen zur Rechtsanwendung und zur Rechtsauslegung zu erlassen, ohne dass dagegen eine Klagemöglichkeit bestünde.

Bernhard Brautmeier, stellvertretender Vorsitzender der KV Nordrhein, nahm Stellung zum aktuellen Stand in Sachen Richtgrößenvereinbarung. „Wir haben die noch bestehende Vereinbarung zum Ende dieses Jahres gemäß des Beschlusses unserer VV gekündigt und verhandeln mit den Kostenträgern über eine neue Vereinbarung“, sagte Brautmeier. Ziel sei es, das Ordnungsverhalten der Ärzte so zu begleiten, dass es nicht (mehr) zu Regressen komme.

Austausch eines Teils der Lesegeräte

Allmählich Tempo kommt in das Thema E-Health: Anfang Oktober soll der Testbetrieb des elektronischen Versichertenstammdatenmanagements (VSDM) in der Region Nordwest beginnen. „Wir haben immer deutlich gemacht, dass wir darin keine Aufgabe der Praxen sehen – leider vertritt der Gesetzgeber hier eine andere Meinung. Zumindest können wir davon ausgehen, dass der Abgleich der Stammdaten in den meisten Fällen maximal fünf Sekunden dauert und es zu keinen Beeinträchtigungen im Praxisalltag kommt“, sagte Brautmeier.

Verlaufen die Tests erfolgreich, soll der Online-Rollout in der Fläche im April 2017 erfolgen. Beim durch die neue eGK ab Mitte 2016 nötig werdenden Austausch eines Teils der Kartenlesegeräte in den Praxen steht die KV ihren Mitgliedern unterstützend zur Seite und koordiniert eine Auszahlung der Pauschalersatzung von knapp 60 Euro. Da die Erstattung auf 5.000 Kartenterminals begrenzt ist, riet Brautmeier, den Erstattungsantrag möglichst bald bei der Gematik zu stellen.



© fotolia-Syda Productions

Abschließend informierte Brautmeier über den bereits weitgehend konsentierten Entwurf einer Bundesvereinbarung zwischen KBV, Krankenkassen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft zur Förderung der ambulanten Weiterbildung. Zusätzlich zu den 7.500 Stellen im hausärztlichen Bereich gibt es künftig 1.000 Weiterbildungsstellen im fachärztlichen Bereich.

Ein besonderes Augenmerk gelte dabei den Fachgruppen der Pädiater, Gynäkologen und Augenärzte. Nicht alle Kriterien zur Förderung der fachärztlichen Weiterbildung werden in Nordrhein gegenwärtig erfüllt. So habe der Landesausschuss der Krankenkassen und Ärzte bisher keine Unterversorgung oder drohende Unterversorgung festgestellt. „Es gibt aber auch in Nordrhein in einigen Regionen Probleme bei der Nachbesetzung frei werdender Arztsitze“, sagte Brautmeier.

■ DR. HEIKO SCHMITZ

Bundesweit sollen neben 7.500 Weiterbildungsstellen im hausärztlichen Bereich auch 1.000 Stellen für fachärztliche Weiterbildungsassistenten gefördert werden.

Beschlüsse der Vertreterversammlung

Die Vertreterversammlung (VV) der KV Nordrhein fasste am 3. Juni 2016 folgende Beschlüsse:

Ärztliches Hilfswerk läuft weiter

§ 7 der Ordnung der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein zur Durchführung von Fürsorgemaßnahmen wird wie folgt gefasst: „Diese Ordnung

hat zunächst Gültigkeit bis zum 31.12.2022.“

Antrag: Ausschuss Ärztliches Hilfswerk

Änderungen des Honorarverteilungsmaßstabs

Auf Antrag des Hauptausschusses beschloss die VV, den Honorarverteilungsmaßstab (HVM) zu ändern. Die wesentlichen Änderungen: Fachärzte für Chirurgie, Kinderchirurgie, Plastische Chirurgie, Herz- und Neurochirurgie und Gefäßchirurgie sowie Fachärzte für Orthopädie erhalten ab dem 3. Quartal 2016 ein leistungsfallbezogenes qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen (QZV) für die teilradiologischen Leistungen anstelle der bisherigen behandlungsfallbezogenen Regelung. Fachärzte für Chirurgie, Kin-

derchirurgie, Plastische Chirurgie, Herz- und Neurochirurgie und Gefäßchirurgie sowie Fachärzte für Orthopädie erhalten künftig ein leistungsfallbezogenes qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen (QZV) für die teilradiologischen Leistungen anstelle der bisherigen behandlungsfallbezogenen Regelung.

Der HVM wird in der Juli-Ausgabe des Rheinischen Ärzteblattes amtlich bekannt gegeben. Sie finden ihn auch im Internet-Angebot der KV Nordrhein unter www.kvno.de
KV | 160726

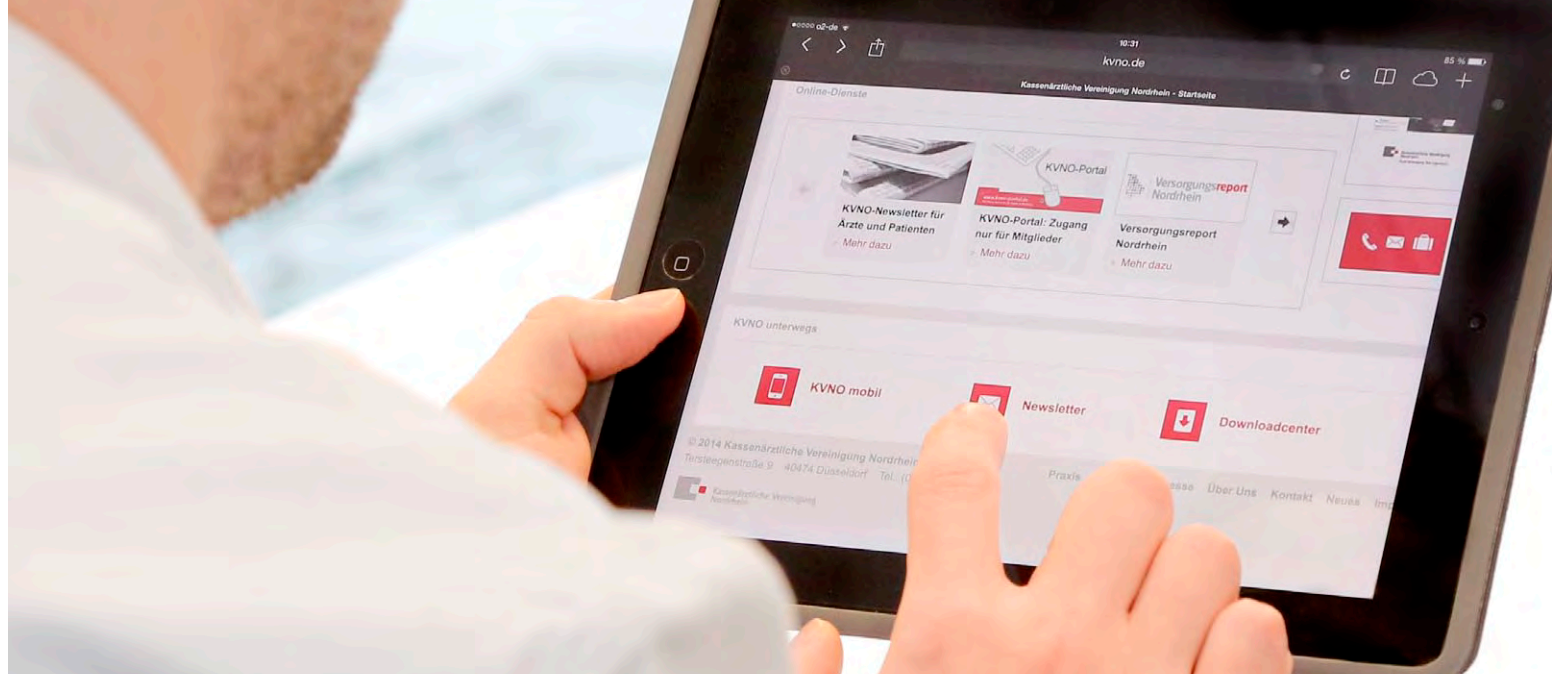


QZV Teilradiologie für Orthopäden und Chirurgen geändert

Die Vertreterversammlung der KV Nordrhein hat am 3. Juni 2016 beschlossen den Honorarverteilungsmaßstab zu ändern. Eine der wesentlichen Änderungen betrifft die Umstellung des qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen (QZV) Teilradiologie bei Fachärzten für Chirurgie, Kinderchirurgie, Plastische Chirurgie, Herz- und Neurochirurgie und Gefäßchirurgie sowie Fachärzten für Orthopädie. Um den QZV-Fallwert zu ermitteln, hat die KV Nordrhein bislang die jeweilige, individu-

elle Fallzahl des Regelleistungsvolumen (RLV) des Arztes zugrunde gelegt. Ab dem 3. Quartal 2016 dient als Basis bei den genannten Fachgruppen der Leistungsfall. Das heißt, Orthopäden und Chirurgen erhalten nicht mehr ein Gesamtbudget für alle RLV-Fälle, sondern für jeden behandelten Patienten einen festen Fallwert. Umso mehr Patienten eine orthopädische oder chirurgische Praxis teilradiologisch untersucht, desto höher fällt das Budget aus.

Arztgruppe	QZV-Fallwert Teilradiologie
Fachärzten für Chirurgie, Kinderchirurgie, Plastische Chirurgie, Herz- und Neurochirurgie und Gefäßchirurgie	12,01 Euro
Fachärzten für Orthopädie	12,02 Euro



Neues auf den Punkt gebracht

Besser informiert mit den Newslettern der KV Nordrhein

■ KVNO-Ticker

Der Nachrichtendienst der KV Nordrhein inklusive aktueller Honorar-Informationen

■ Praxis & Patient

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

■ VIN – VerordnungsInfo Nordrhein

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

■ Internet

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

■ IT-Telematik

Für Anbieter von Gesundheits-IT und Systembetreuer von Praxis-EDV: News rund um die Telematik in Nordrhein

■ IT-Beratung

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

■ MFA aktuell

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



Engagiert für Gesundheit.
Kassenärztliche Vereinigung
Nordrhein



www.kvno.de

Ärzte-Dramen an der Waterkant

Showdown in Hamburg: Über der Vertreterversammlung (VV) der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) schwebte das Gespenst des drohenden Staatskommissars. Beim nachfolgenden Ärztetag eskalierte der erbittert geführte Streit um eine neue Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ).



Musste sich in Hamburg heftiger Attacken erwehren: Bundesärztekammer-Präsident Prof. Frank Ulrich Montgomery

Das gab es noch nie bei einem Ärztetag: Gleich zu Beginn des Sitzungsmarathons im Kongresscenter der Hamburger Messe wurde darüber gestritten, ob ein Antrag auf Abwahl des Präsidenten auf die Tagesordnung kommt. Nach 90-minütiger Debatte war dieses Ansinnen vom Tisch. Dennoch

musste Prof. Frank Ulrich Montgomery, Präsident der Bundesärztekammer, eine Menge Kritik einstecken – zu tief sitzt bei vielen Kammervereinigungen die Enttäuschung über die seit mehr als 20 Jahren ausstehende Anpassung der GOÄ, die in diesem Frühjahr einmal mehr gescheitert ist.

Schon bei der Eröffnung des Ärztetags am 24. Mai hatte Montgomery Fehler eingeräumt: „Wir alle – und da schließe ich mich ein – haben die Komplexität dieses Prozesses unterschätzt.“ Er betonte aber auch, dass es keine Alternative dazu gegeben habe, den „Reset-Knopf“ zu drücken und sich für den nächsten Versuch neu aufzustellen – mit ihm als politischem Verhandlungsführer, Hartmannbund-Chef Dr. Klaus Reinhardt als Vorsitzendem des GOÄ-Ausschusses, einer neuen „Lenkungsgruppe GOÄ“ und mehr Personal im zuständigen Dezernat der Bundesärztekammer.

KBV-VV erfüllt Forderungen der Politik
Zündstoff barg auch die VV der KBV am Vortag – immerhin wurde vor der VV über einen

drohenden Staatskommissar spekuliert, der den Vorstand der KBV als Reaktion auf die internen Querelen und Auseinandersetzungen mit dem ehemaligen KBV-Vorsitzenden Dr. Andreas Köhler entmachten könnte. KBV-Chef Dr. Andreas Gassen machte klar, dass die Politik der Ärzteschaft mit einem Verwaltungsbeamten an der Spitze einen Bärendienst erweisen würde – und die KBV hart daran gearbeitet hätte, ebendies zu vermeiden.

Vier vom Bundesgesundheitsministerium geforderte Beschlüsse, die Ansprüche und Rückforderungen der KBV gegenüber ihrem ehemaligen Vorsitzenden und besonders dessen Ruhestandsbezüge betreffen, fasste die VV in geschlossener Sitzung – mit einem „eindeutigen Votum“ und deutlichen Mehrheiten, so der KBV-VV-Vorsitzende Hans-Jochen Weidhaas. Das Ministerium will die Beschlüsse zügig prüfen und über den Kommissar entscheiden.

Politisches Programm: „KBV 2020“

Vor diesem Hintergrund spielten die Weichenstellungen zum politischen Programm des KBV mit Blick auf die Bundestagswahl 2017 nur eine Nebenrolle. Unter dem Titel „KBV 2020“ beschlossen die Delegierten einstimmig das Positionspapier „Versorgung gemeinsam gestalten“, mit dem die KBV „die Politik mit einem stringenten Konzept“ konfrontieren will. Das Papier enthalte ein klares Bekenntnis zum Sicherstellungsauftrag – dem Kern des KV-Systems.

■ DR. HEIKO SCHMITZ

Mehr Infos unter www.kbv.de | KV | 160728



» Sicher in die Zukunft «

Aus D2D wird KV Connect

Mittwoch | 6. Juli 2016 | 13 bis 18 Uhr
KV Nordrhein | Haus der Ärzteschaft | Düsseldorf

Vorträge

14 Uhr Begrüßung

Dr. med. Peter Potthoff, Mag. iur.
Vorsitzender KV Nordrhein

Ab 14.15 Uhr und ab 16 Uhr

D2D – KV-Connect

Gilbert Mohr | Stabsstelle Telematik | KV Nordrhein

eArztbrief

Ulrich Driessen | Facharzt für Allgemeinmedizin

Aussteller

- KV Nordrhein (KV-Connect-Registrierung, IT-Beratung)
- Ärztekammer Nordrhein (Heilberufausweis)
- CGM Deutschland AG, Geschäftsbereich teledem (KV-SafeNet-Provider)
- Compugroup, Geschäftsbereich Albis
- Compugroup, Geschäftsbereich M1 Pro
- Compugroup, Geschäftsbereich Medistar
- DGN (GUSBox, KV-SafeNet-Provider)
- Duria eG (Duria)
- Epikur GmbH & Co. KG (Epikur)
- Ergosoft GmbH (PsychoDat)
- Frey ADV GmbH (Quincy)
- GMC Systems GmbH (GMC PaDok)
- Hasomed (Elefant)
- Incas Medical (KV-SafeNet-Provider)
- Indamed GmbH (Medical Office)
- KV Telematik GmbH
- Medatixx (medatixx, x.concept, x.isynet), I-Motion (KV-SafeNet-Provider)
- New Media Company (Smarty)



Schonfrist gilt nur bis Ende des Jahres

Das E-Health-Gesetz hat klar geregelt, wann welche Schritte bei der Einführung und Weiterentwicklung der Telematikinfrastruktur (TI) eingeleitet werden müssen. Neben der Initiierung eines Notfalldatensatzes im Jahr 2018 und einer elektronischen Patientenakte in 2019 sollte bereits in diesem Jahr das Versichertenstammdatenmanagement (VSDM) implementiert werden. Dieser Termin ist bereits jetzt nicht mehr zu halten. Deshalb drohen vom Gesetzgeber nun Strafen.

Der Termin zur Einführung des VSDM am 30. Juni 2016 ist nicht zu schaffen. An diesem Tag sollte dieser Online-Dienst flächendeckend bestehen. Zuvor muss jedoch ein Test erfolgen. Die Industrie hängt derzeit aber bei

der Bereitstellung der dafür benötigten Konnektoren und Kartenlesegeräte hinterher. Deshalb können die Tests vermutlich für den Bereich Nordwest – also in Nordrhein, Westfalen-Lippe, Rheinland-Pfalz und Schleswig-Holstein – erst ab Oktober 2016 stattfinden. Da die Tests mehrere Monate in Anspruch nehmen, wird der Online-Rollout dann auch erst zum 2. Quartal 2017 erfolgen können. Gibt es weitere Verzögerungen, verschiebt sich auch der Termin weiter nach hinten.

Das Bundesministerium für Gesundheit hat der Gesellschaft für Telematik Anwendungen der Gesundheitskarte mbH (Gematik) noch eine Schonfrist bis Ende 2016 gegeben. Danach greifen vermutlich die im E-Health-Gesetz bestehenden Sanktionen. Das heißt, das Haushaltsvolumen von GKV-Spitzenverband und KBV wird ab 2017 auf die Ausgaben des Jahres 2014 gekürzt, abzüglich einem Prozent. Diese Sanktionen greifen solange, bis das VSDM eingeführt wurde.

Auch für Vertragsärzte und -psychotherapeuten sollen Sanktionen greifen, wenn sie ab dem 1. Juli 2018 kein VSDM quartalsweise pro Versichertem durchführen. Das Honorar soll in solchen Fällen pauschal um ein Prozent gekürzt werden. ■ MARSCHA EDMONDS

Mehr Informationen zum E-Health-Gesetz und den weiteren Fristen gibt es in der Ausgabe 1+2 | 2016 der KVNO aktuell.



Stichwort: Telematikinfrastruktur

Die Telematikinfrastruktur ist das von der Gematik betriebene Gegenstück zum Sicherem Netz der KVen. Vereinfacht gesagt, ist die Telematikinfrastruktur ein abgesichertes Netz jenseits des Internets und davon völlig abgeschottet, in dem die elektronische Kommunikation rund um die eGK stattfinden soll. Man hat nur Zugang, wenn man über einen Konnektor verfügt. Im Konnektor wird sich eine Sicherung (SMC Typ B) befinden, die im Falle der Vertragsärzte von den KVen ausgegeben werden muss.

eGK-Lesegerät von Gemalto austauschen

Ab Mitte 2016 beginnen die gesetzlichen Krankenkassen damit, elektronische Gesundheitskarten (eGK) der zweiten Generation auszugeben. Bei einigen Lesegeräten können beim Auslesen dieser Karten Probleme auftreten. Bei den meisten Lesegeräten hilft ein einfaches Software-Update. Die Geräte GCR 5500-D von Gemalto müssen hingegen komplett ausgetauscht werden. Seit dem 1. Januar 2016 hat das Gerät GCR 5500-D die Zulassung der Gesellschaft für Telematikanwendungen der Gesundheitskarte mbH (Gematik) verloren.

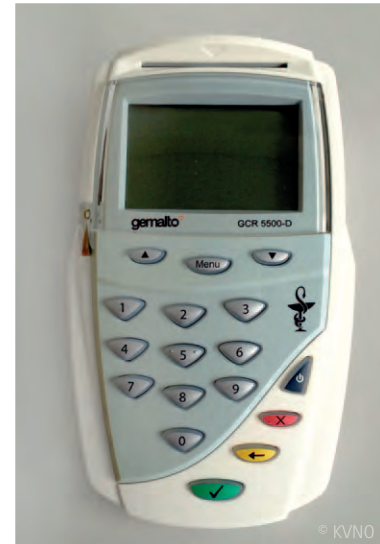
Praxen, die mit diesem Kartenterminal arbeiten, können seit dem 1. Juni 2016 bis Ende Juli 2016 auf der Internetseite der Gematik einen Antrag auf eine Pauschalerstattung in Höhe von 58,89 Euro stellen. In diesem Antrag müssen die Praxen die Seriennummer des Gerätes angeben. Das ausgefüllte Formu-

lar senden sie anschließend an die Gematik. Die Auszahlung der Pauschale erfolgt durch die KV Nordrhein.

Auf die Finanzierungsregelung haben sich die KBV, die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und der Spitzenverband der gesetzlichen Krankenkassen geeinigt. Insgesamt gibt es diese Pauschale nur für den Austausch von maximal 5.000 Kartenterminals. Da aber einige hundert Lesegeräte mehr dieses Typs im Umlauf sind, empfiehlt die KV Nordrhein dringend, frühzeitig einen Antrag auf Förderung zu stellen. Als Ersatz sollte ein sogenanntes multifunktionales Kartenterminal (MKT+) angeschafft werden. Eine Liste der zertifizierten Lesegeräte befindet sich auf der Internetseite der Gematik. ■ MED

Mehr Informationen zu zertifizierten eGK-Lesegeräten finden Sie unter www.kvno.de | **KV | 160731**

Die gemalto-Lesegeräte haben seit Anfang 2016 keine Zulassung mehr und müssen deshalb ausgetauscht werden.



ISDN-Leitungen seit 1. Juni abgeschaltet

Die KV Nordrhein hat am 1. Juni 2016 die ISDN-Leitungen aufgrund mangelnder Datensicherheit abgeschaltet. Die Praxen wurden darüber frühzeitig per Brief und in den Medien der KV Nordrhein informiert. Die Richtlinie zur IT-gestützten Quartalsabrechnung hat die KV Nordrhein angepasst.

Die nächste Umstellung ist am 30. September 2016 geplant. Dann wird D2D abgeschaltet, da auch dieses System veraltet ist. Für elektronische Anwendungen können Praxen stattdessen KV-Connect nutzen. Dazu gehört nicht nur die 1-Click-Abrechnung, sondern beispielsweise auch die Übermittlung von BG- und Disease-Management-Programm-Berichten.

Für die Übermittlung von Daten über KV-Connect benötigen Praxen zwingend einen KV-

SafeNet-Anschluss. Über diesen gelangen sie mit einem vom Internet getrennten Tunnel direkt ins sichere Netz der KVen (SNK). Dafür ist ein speziell konfiguriertes Zusatzgerät nötig, ein sogenannter KV-SafeNet-Router. Diesen Router dürfen nur von der KBV zertifizierte Provider anbieten. Das SNK garantiert auf diesem Weg die höchste Sicherheit. Neben einmaligen Installationskosten für den Router fallen je nach Anbieter und Angebot auch monatliche Folgekosten an.

Ihre Online-Abrechnung an die KV Nordrhein können Sie alternativ auch über das KVNO-Portal nahezu kostenlos via eToken übermitteln. ■ PIN

Niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten können sich auf www.kvno-portal.de registrieren.

KV | 160731

Positives Feedback der Niedergelassenen

Die KV Nordrhein berät ihre Mitglieder schon seit langer Zeit. Durch die steigenden Anforderungen an niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten wächst auch die Themenvielfalt in den Beratungsgesprächen. Mittlerweile gibt es sieben Bereiche, die für persönliche Beratungen zur Verfügung stehen: Abrechnung, Hygiene, IT, Niederlassung, Qualitätssicherung, Verordnung und Beratung bei Prüfverfahren. Allein im Jahr 2015 haben diese Bereiche rund 2.900 persönliche Beratungsgespräche mit den nordrheinischen Praxen geführt. Hinzu kommen unzählige telefonische Beratungen und viele schriftliche Anfragen.



Die Beratung hilft Ärzten und Psychotherapeuten. Gut 96 Prozent würden den KVNO-Service weiterempfehlen – und vergaben in einer Befragung die Note 1,2.

Neue Beratungsangebote

Um allen Anforderungen gerecht zu werden, arbeiten die Berater der KV Nordrhein schon seit Monaten an der Verbesserung und dem Ausbau der Beratungsangebote. Neue Angebote wie das Praxislotsenkonzept und eine Marketingberatung sind seitdem entstanden.

Beim Praxislotsenkonzept begleiten Berater der KV Nordrhein Praxiseinsteiger vor der Übernahme einer Praxis. Die niedergelassene Fachärztin für Physikalische und Rehabilitative Medizin in Krefeld, Dr. Daniela Grawe, ist begeistert von dem neuen Konzept: „Die Teilnahme hilft auf jeden Fall sehr – vor allem,

weil die Berater genau wissen, welche Informationen zu welchem Zeitpunkt der Niederlassung wichtig sind. Mit meiner ersten Abrechnung bin ich zur KV gegangen und in einem persönlichen Gespräch wurde mir ganz in Ruhe erklärt, auf was ich bei der Abrechnung achten muss.“

Auch Daniel Herden, angestellter Hausarzt in Oberhausen, empfindet die Beratungsangebote als eine große Unterstützung: „Als ich den ersten Termin bei der KV vereinbart habe, war ich schon etwas skeptisch. Aber dieses Gespräch hat mir geholfen und mir die teils doch ominös erscheinenden Verfahren nähergebracht. Mir wurde sogar eine Art Fahrplan geschrieben, der mich daran erinnert, welche weiteren Schritte zu tun sind.“ Besonders schätzt Herden die Freundlichkeit und Verbindlichkeit, die ihm die Berater der KV entgegenbringen.

Begeistert von Rückmeldungen

Anfang des Jahres hat die KV Nordrhein eine Kundenbefragung durchgeführt, in der sie verschiedene Kriterien wie die Qualität und die Verständlichkeit der Beratungsgespräche anhand eines Schulnotensystems abgefragt hat. Die Berater haben insgesamt 642 Fragebögen ausgehändigt.

Über 500 ausgefüllte Bögen haben die Niedergelassenen zurückgesendet – das ent-

spricht einem Rücklauf von fast 80 Prozent. „Wir sind richtig begeistert von dem Feedback und freuen uns sehr darüber, dass sich so viele Ärzte und Psychotherapeuten die Mühe gemacht haben, unsere Beratungsleistungen zu beurteilen“, sagt Linda Pawelski, zuständig für die Koordination der Beratungsangebote.

Im Zuge der Kundenbefragung wurde natürlich auch nach der Weiterempfehlungsrate der Beratungsangebote gefragt – diese liegt über alle Bereiche hinweg bei 96,2 Prozent. „Die Kundenbefragung zeigt uns, dass sich die Mühe der Berater lohnt. Das motiviert uns natürlich, weiterhin am Ball zu bleiben“, sagt Pawelski. Im Durchschnitt gab es

für die abgefragten Kriterien aller Beratungsabteilungen die Note 1,2. Auf den ausgefüllten Fragebögen gab es Platz für individuelle Anmerkungen und Verbesserungsvorschläge. Über Statements wie „Der Berater ist mit Gold nicht zu bezahlen“ oder „Vielen Dank für die fachlich und menschlich kompetente Beratung!“ freuen die Berater sich sehr. Die meisten Anmerkungen loben besonders die Kompetenz und Freundlichkeit der Berater. Aber es gibt an der einen oder anderen Stelle Rückmeldungen, dass die KV Nordrhein an der telefonischen Erreichbarkeit arbeiten sollte. „Das nehmen wir ernst und überlegen uns dazu Maßnahmen, um die Erreichbarkeit zu verbessern“, sagt Pawelski. ■ KVNO

Besucherrekord beim Praxisbörsentag

Die KV Nordrhein hat auf ihrem 18. Praxisbörsentag am 4. Juni in Düsseldorf einen neuen Besucherrekord verzeichnet. Rund 350 Menschen waren der Einladung ins Düsseldorfer Haus der Ärzteschaft gefolgt und nutzten die vielfältigen Informations- und Beratungsangebote rund um die Themen Praxisabgabe und Praxisübernahme. Außerdem sorgten über 300 Anzeigen für jede Menge „Gesprächsstoff“: Nordrheinische Haus- und Fachärzte suchten Nachfolger für ihre Praxen, die jungen Besucher hielten Ausschau nach ihrer Wunschpraxis im Rheinland.

Über den ganzen Tag verteilt waren die Stände der Berater der Publikumsmagnet. Einen Stand im Haus der Ärzteschaft hatte der Kreis Kleve: Mit dem Landkreis vom Niederrhein war erstmals eine Region als Aussteller auf dem Praxisbörsentag vertreten. „Ich freue mich sehr, dass der Kreis Kleve diese Möglichkeit wahrgenommen hat, und kann mir gut vorstellen, dass künftig auch andere Regionen die Gelegenheit nutzen. Die Präsenz zeigt, dass die Kommunen verstanden haben,



dass auch sie selbst einen Beitrag leisten können zum Erhalt der ärztlichen Versorgung vor Ort. Es geht nur gemeinsam“, sagte Bernhard Brautmeier, stellvertretender Vorsitzender der KV Nordrhein. ■ MED

Maria Becker, Hans-Josef Kuypers und Landrat Wolfgang Spreen erklären Nachwuchsärzten die Vorzüge des Kreises Kleve.

Der nächste Praxisbörsentag findet am 12. November in der Bezirksstelle Köln statt. Mehr Infos unter www.kvno.de/termine | [KV | 160732](https://www.kvno.de/termine)

„Zur Treue gehören immer zwei“

Gemeinsam für mehr Offenheit

Auf die Therapietreue der Patienten wirken zahlreiche Faktoren ein. So haben viele Patienten gute Gründe, sich nicht therapietreu zu verhalten. Problematisch ist, wenn dies in der Sprechstunde unausgesprochen bleibt. Auf der Fachtagung „Zur Treue gehören immer zwei“ diskutierten am 25. Mai 2016 im Haus der Ärzteschaft rund 120 Ärzte und Patienten darüber, wie die Kommunikation zwischen Arzt und Patient offener werden kann. Zu der Tagung hatte die KV Nordrhein in Zusammenarbeit mit Selbsthilfe- und Patientenvertretern eingeladen.

Studien zufolge nehmen rund 30 Prozent der Patienten, darunter selbst lebensbedrohlich Erkrankte, ihre Medikamente nicht oder nicht in der verordneten Weise ein. „Als Arzt frage ich natürlich nach den Gründen hierfür und wie ich als Arzt damit umgehen kann. Der Patient darf sich gegen eine Therapie entscheiden, aber ich als sein Arzt möchte dies gern wissen, damit ich gemeinsam mit ihm nach Alternativen suchen kann. Außerdem will ich nicht in einer Scheinwelt agieren“, stellte Dr. med. Peter Potthoff, Vorsitzender der KV Nordrhein, zu Beginn der Veranstaltung in Düsseldorf fest.

Seit vier Jahren widmen sich die KV Nordrhein und Patientenvertreter dem Thema Therapietreue und haben Ärzte und Patienten zu deren Erfahrungen und Befürchtungen befragt. Insgesamt ergab sich ein breiter

gemeinsamer Nenner von Ärzten und Patienten bezüglich der Erfolgsfaktoren für Therapietreue.

Verständlich kommunizieren

„Alle Ergebnisse zeigen, dass sich Patienten und Ärzte mehr Zeit für eine verständliche und ausführliche Kommunikation wünschen“, sagte Potthoff. Zudem sehen beide Seiten in der gegenseitigen Wertschätzung die Grundlage für eine gelingende Therapietreue. Bestandteil dieser Wertschätzung sei beispielsweise auch, offen über Nebenwirkungen und Risiken von Medikamenten zu sprechen.

„Zu einer intakten Beziehung zwischen den Beteiligten gehört, dass der Patient dem Arzt erklären kann, warum er die Arznei nicht einnimmt“, betonte Rita Januschewski, Koordinatorin der Gesundheitsselbsthilfe NRW. Ihr

Fotos von links:

Lutz Engelen, Petra Belke, Dr. Winfried Kösters, Rita Januschewski, Dr. Volker Runge, Dr. Peter Potthoff, Dirk Meyer, Stephanie Theiß, Ulf Jacob, im Rollstuhl: Wolfram Schlums

Diskussion auf dem Podium

Sehbehinderte Teilnehmer mit Hunden und Dr. Ralf Raßmann



Mitstreiter Dr. phil. Volker Runge berichtete, dass die Selbsthilfe-Organisation mit ihren 70 Mitgliedsverbänden zur Stärkung des Arzt-Patienten-Verhältnisses beiträgt, indem sie Fortbildungen für Patienten zur Übernahme von Eigenverantwortung durchführt.

Flut von Informationen

Sowohl Patienten als auch Ärzte sehen die zunehmende Flut an Gesundheitsinformationen kritisch. „Insbesondere Internet-Foren oder Empfehlungen von ‚guten Nachbarn‘ können die Arzneimitteltherapie negativ beeinflussen“, berichtete Stephanie Theiß, Leiterin der Kooperationsberatung für Selbsthilfegruppen, Ärzte und Psychotherapeuten der KV Nordrhein. Petra Belke, Leiterin der Koskon NRW, einer landesweiten Einrichtung für Selbsthilfeunterstützung, wünscht sich vor allem, dass auch für die Ängste der Patienten Raum ist und diese im Gespräch berücksichtigt werden.

Hildegard Mang, seit 28 Jahren aktiv in der Rheumaliga NRW, ergänzte: „Die Patienten haben Angst vor dem ‚Teufelszeug‘, weil ihnen die Erfahrung zum Nutzen der Medikation fehlt – und Angst ist stets ein schlechter Ratgeber.“ Klaus-Werner Mahlfeld von der Plasmozytom/Multiples Myelom Selbsthilfegruppe NRW konnte seine Angst durch das Vertrauen in den behandelnden Arzt überwinden.

Hausarzt Dr. Ralf Raßmann muss oft erklären, dass Medikamente kein „Gift“, sondern Stoffe

mit erwünschten und unerwünschten Wirkungen sind. Stets fragt er nach, falls sich zum Beispiel bei einem Diabetiker die Laborwerte nicht bessern. „Wenn mein Patient mir dann erklärt, dass er für die von mir vorgeschlagene Bewegungstherapie abends zu müde ist, überlege ich mit ihm, wie wir denn mehr Bewegung in seinen Alltag integrieren könnten.“

Herausforderung: Chroniker

Manche Patienten befürchten, die Beziehung zu ihrem Arzt zu beeinträchtigen, wenn sie Fragen stellen. „Es ist aber besonders wichtig, dass Patienten ihren Arzt frühzeitig ansprechen, wenn sie Unstimmigkeiten fühlen“, sagte Dirk Meyer, Patientenbeauftragter der NRW-Landesregierung. Er beschrieb es als hohe ärztliche Kunst, einen chronisch kranken Patienten langfristig zu behandeln und dabei aufmerksam zu berücksichtigen, wie Alter, soziales Umfeld und kultureller Hintergrund den Krankheitsprozess beeinflussen. In dieser Hinsicht sei die Arzt-Patienten-Kommunikation unterbezahlt und komme auch als Aus- und Fortbildungsthema zu kurz.

Die Frage des Moderators Dr. phil. Winfried Kösters, ob zur Therapietreue nicht mehr als zwei gehören, konnten Lutz Engelen, Präsident der Apothekerkammer Nordrhein, sowie Dr. med. Peter-Johann May von der Krankenhausgesellschaft NRW nur bejahen. Beide plädierten für ein vernetztes Vorgehen aller Beteiligten.

■ MARITA MEYE



Erfolgsfaktoren für Therapietreue aus Sicht von Ärzten und Patienten

- Mehr (bezahlte) Zeit für Gespräche!
- Wertschätzung als Grundhaltung
- Geteilte Verantwortung
- Abbau der Verunsicherung aufgrund von Informationsüberflutung durch Beipackzettel, Internet, Nachbarn etc.
- Erklärungen zu Diagnose und Therapie gemäß des jeweiligen Patiententyps

Anwenderfehler vermeiden

Aus Fehlern lernen – das ist das Ziel von CIRS NRW, dem Lern- und Berichtssystem für kritische Ereignisse in der Patientenversorgung. Um Fehler zu vermeiden, ist nicht nur das medizinische Knowhow des Arztes unerlässlich, sondern auch ein richtiger Umgang mit der modernen Technik – und das Wissen des Patienten.

Hochmoderne Geräte wie MRTs und Medizinprodukte wie zum Beispiel Implantate tragen zur Verbesserung der Patientenversorgung und der Lebensqualität bei – vorausgesetzt, sie werden richtig angewendet. Um dies zu gewährleisten, gibt es zahlreiche Gesetze, die sowohl von den Betreibern der Geräte als

auch von den Anwendern zu beachten sind.

So regelt das Medizinproduktegesetz

(MPG) beispielsweise die Herstellung und Zulassung, das Inverkehrbringen und den Umgang mit Medizinprodukten sowie deren Wiederaufbereitung. Die aktuellen Gesetze zu kennen, reicht jedoch nicht aus. Denn auch Änderungen müssen in die praktische Anwendung übersetzt werden können.

Fachliche Qualifikation ist wichtig

Dass nur eingewiesenes und qualifiziertes Personal entsprechende Geräte oder Medizinprodukte anwenden und bedienen darf, sollte selbstverständlich sein. In der Praxis sieht das aber häufig anders aus. Denn nicht selten werden Begründungen angeführt wie: „Wir haben keine Zeit dafür“ und „Ein Gerät ist doch wie das andere!“ oder „Bei Leiharbeitskräften lohnt sich der Aufwand nicht!“. Manche Praxen sagen auch, dass sie keine qualifizierten Mitarbeiter haben, die den Kollegen die richtige Handhabung der Technik vermitteln können.

Hinzu kommt, dass manchmal gar nicht klar ist, was überhaupt zu Medizinprodukten zählt – und dass man sich natürlich auch mit den Produkten auskennen muss, deren Einweisung nicht explizit im MPG vorgesehen ist. Auf der Führungsebene wird dieses Thema häufig nicht mit oberster Priorität behandelt – möglicherweise deshalb, weil die Organisation der Einweisungen mit nachvollziehbarer Dokumentation aufwändig ist. Diese Sichtweise muss sich ändern.

Fallbeispiel Augenprothese beim MRT

Wie wichtig Aufklärung und der richtige Umgang mit der Technik sind, zeigt zum Beispiel der CIRS-Fall Nr. 129957. Hier benötigte ein Patient mit Augenprothese eine MRT-Untersuchung. Zwei Aspekte waren dabei zu berücksichtigen: Bei der Augenprothese handelte es sich um ein Medizinprodukt, das Magnete zur Fixierung enthielt, die vor einer MRT entfernt werden müssen. Das war zunächst nicht ersichtlich, da kein Implantat-Ausweis vorlag und der Patient angab, MRT-fähig zu sein. Eine Rückfrage bei der Augenklinik sorgte jedoch für Klarheit. Dies zeigt, dass im Zweifel eine doppelte Vergewisserung helfen kann, eventuellen Schaden zu vermeiden. Auf den ehemals „aufgeklärten“ Patienten konnte man sich in dem Fall nicht verlassen.

Zur Stärkung der Patientensicherheit wurden die in der Medizinproduktebetreiberverordnung niedergelegten Anforderungen an implantierende Einrichtungen im Jahr 2014 er-

CIRS NRW

hört. Hiernach erhalten alle Patienten mit Implantaten einen Implantat-Ausweis und eine Patienteninformation mit notwendigen Verhaltensanweisungen zu ihrer Sicherheit. Die richtige Aufklärung ist hier ein zentraler Aspekt der Patientensicherheit. Informationen zu Besonderheiten und Verhaltensweisen sollten gegebenenfalls auch mit den Angehörigen besprochen werden.

Gemeinsam in der Verantwortung

Bei der Anwendung von Geräten und Medizinprodukten spielen also beide Seiten eine wichtige Rolle: Anwender müssen sich auskennen und eingewiesen sein. Sie müssen die Risiken kennen, zum Beispiel die Urgewalt des starken Magnetfeldes im MRT. Es müssen klare Vorgaben für die Anwendung vorliegen. Mitarbeiter, die nicht eingewiesen sind oder sich unsicher fühlen, sollten nicht tätig werden – auch wenn das zu Konflikten führen kann. Hier ist die Führungsebene gefragt.

Patienten müssen über Medizinprodukte und die Anwendung der Technik informiert sein und sich bewusst machen, wie wichtig es ist, beispielsweise Implantat-Pässe mitzuführen.



© fotolia.com | Kzenon

Sofern Patienten und Ärzte beziehungsweise medizinisches Fachpersonal für eine eventuelle Besonderheit oder Gefahr sensibilisiert sind, stehen die Chancen auf eine korrekte Vorgehensweise gut.

■ JUDITH SINGER, ÄRZTEKAMMER NORDRHEIN
MIRIAM MAUSS, KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG NORDRHEIN

Mehr Infos unter www.kvno.de | KV 160737

Geräte wie Magnetresonanztomographen (MRT) bieten verschiedene Vorteile, haben aber auch Risiken. In einem in CIRS-NRW beschriebenen Fall, wäre eine Patientin mit Augenprothese fast in ein MRT-Gerät geschoben worden, da der Implantatausweis fehlte.

Save the Date: CIRS-NRW-Gipfel 2016

Am Freitag, den 28. Oktober 2016, findet der CIRS-NRW-Gipfel von 13 bis 18 Uhr im Haus der Ärzteschaft in Düsseldorf statt.

Programm und Anmeldung finden Sie ab 1. September unter www.cirs-nrw.de

Fragen Sie unsere Abrechnungsberater

Sie haben Fragen zum Honorar? Dann wenden Sie sich doch einfach an die Abrechnungsberater der KV Nordrhein. Zum Service gehört auch die Analyse Ihrer Abrechnungen oder Simulationsberechnungen, die zeigen, wie sich Umsätze durch eine neue Praxiskonstellation verändern können. Eine Auswahl typischer Fragen haben wir für Sie zusammengestellt – natürlich mit der dazugehörigen Antwort.

RLV und QZV

Wir sind eine Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) mit zwei Ärzten und manche Patienten werden im Quartal bei uns beiden vorstellig. Wer bekommt den Behandlungsfall fürs Regelleistungsvolumen (RLV) zugerechnet? Ist es entscheidend, wer die Versicherten-/Grundpauschale als Erstes abgerechnet hat?

Nein. Die RLV-Behandlungsfälle einer Praxis werden seit dem 1. Quartal 2014 über die RLV-Arztfälle auf die einzelnen Ärzte verteilt. Es ist also nicht entscheidend, wer den Erstkontakt mit dem Patienten hatte und die Grundpauschale/Versichertenpauschale als Erster angesetzt hat. Alle Arztfälle mit RLV-Leistungen rechnet die KV zusammen, daraus werden Anteile je Arzt ermittelt und diese dann mit der Behandlungsfallzahl der Praxis multipliziert und auf die einzelnen Ärzte verteilt. Deswegen haben die Behandlungsfälle in der RLV-Mitteilung je Arzt auch oft Stellen hinter dem Komma.

Wir sind eine BAG mit zwei Ärzten. Mein Kollege ist neu niedergelassen. Wird unser gesamtes RLV bzw. werden unsere qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen (QZV) mit der aktuellen Behandlungsfallzahl berechnet?

Nein. Das RLV/QZV wird in einer BAG arztbezogen ermittelt. Das RLV/QZV der über vier Jahre niedergelassenen Fachärzte basiert auf der Behandlungsfallzahl des Vorjahresquartals. Die aktuellen Fallzahlen wirken sich

auf das RLV/QZV des jeweiligen Quartals im nächsten Jahr aus.

Anders bei den Fachärzten in den ersten 16 Niederlassungsquartalen und für Hausärzte und Pädiater: Bei ihnen ist die Behandlungsfallzahl des aktuellen Quartals Grundlage der RLV/QZV-Berechnung. Bei den Hausärzten und Pädiatern gibt es dabei noch eine Regelung: Steigt die Fallzahl aller Hausärzte in Nordrhein im Vergleich zum Vorjahr um 5 Prozent oder mehr, ist das Fallzahlwachstum der Hausärzte, die länger als vier Jahre niedergelassen sind, auf maximal 5 Prozent begrenzt.

Wie werden QZV-Leistungsfälle in einer BAG unter allen Ärzten verteilt?

Die KV ermittelt bzw. berechnet die QZV arztbezogen analog zum RLV. Achtung: Manche QZV wie Ultraschall oder Psychosomatische Grundversorgung setzen jedoch eine Abrechnungsgenehmigung voraus.

Habe ich als neu niedergelassener Arzt auch ein RLV/QZV?

Ja, der Unterschied zwischen jungen und etablierten Fachärzten besteht darin, dass die KV die RLV/QZV für Jungärzte auf Basis der aktuellen Fallzahl berechnet. Für etablierte Ärzte hingegen dient die Fallzahl aus dem Vorjahr als Basis.

Ist mein Fallzahlwachstum begrenzt?

Nein. Bei etablierten, also mehr als vier Jahre niedergelassenen Fachärzten führen gestei-

gerte Fallzahlen allerdings erst im jeweiligen Quartal des nächsten Jahres zu einer Steigerung des RLV/QZV. Mit der Fallzahl steigen aber meist auch die Leistungen außerhalb des RLV/QZV – und das macht sich direkt im Abrechnungsquartal bemerkbar.

Gibt es den Kooperationszuschlag von 10 Prozent auch für angestellte Ärzte?

Ja. Den Zuschlag erhalten angestellte Ärzte, wenn an einem Standort zwei Ärzte tätig sind, egal ob angestellt oder niedergelassen. Eine Ausnahme: Jobsharing-Partner oder angestellte Ärzte im Jobsharing erhalten keinen Kooperationszuschlag.

Gibt es Leistungssteigerungsmöglichkeiten beim Jobsharing bzw. bei der Beschäftigung von Entlastungs- oder Weiterbildungsassistenten?

Im Jobsharing ist eine Leistungssteigerung möglich bis zur Punktzahlobergrenze; betroffen sind nur die in Punkten bewerteten Leistungen. Achtung: Wenn Sie die Grenze überschreiten, dann kürzt die KV alle punktbewerteten Leistungen, also sowohl RLV/QZV-Leistungen als auch Leistungen außerhalb der RLV/QZV.

Bei der Beschäftigung von Entlastungs- oder Weiterbildungsassistenten gibt es keine Punktzahlobergrenze, denn es sollte keine Leistungsausweitung stattfinden. Ein Entlastungsassistent unterstützt eine(n) Praxisinhaber(in) in Zeiten der Kindererziehung oder Pflege von Familienangehörigen. Ein Weiterbildungsassistent ist zur Weiterbildung – und sollte auch nicht zur Leistungsausweitung führen.

Psychotherapeutische Leistungen

Werden die Therapieleistungen voll bezahlt oder gibt es Begrenzungen?

Seit 2013 werden Leistungen der Psychotherapie nach Kapitel 35.2 und die Probatorischen Sitzungen nach der Gebührenord-

nungsposition (GOP) 35150 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) für Psychotherapeuten als Einzelleistungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung bezahlt. Die Leistungen werden also unbegrenzt zum aktuellen EBM-Preis vergütet.

Wie viele Therapien bzw. Therapieleistungen sind bei einer vollen Zulassung plausibel? Wieviel bei einer halben?

Nach der Plausibilitätsrichtlinie werden in jedem Quartal für jede Praxis bzw. jeden Arzt oder Psychotherapeuten sowohl Tages- als auch Quartalsprofile erstellt. In die Tagesprofile bzw. Quartalsprofile werden die Leistungen einbezogen, für die im EBM (Anhang 3) eine Prüfzeit fixiert ist. Für eine Therapiesitzung sind dort 70 Minuten angesetzt.

Das Aufgreifkriterium für das Tagesprofil gilt als überschritten, wenn an drei Tagen Leistungen von insgesamt mehr als zwölf Stunden abgerechnet wurden. Im Quartalsprofil gilt das Aufgreifkriterium, wenn bei einem vollen Versorgungsauftrag Leistungen von mehr als 780 Stunden abgerechnet werden. Der Umfang der Tätigkeit wird berücksichtigt: Beim halben Versorgungsauftrag sind 390 Stunden pro Quartal die Grenze. ■ KVNO

Abrechnungsberater

Bezirksstelle Düsseldorf



Ulrike Donner

Telefon 0211 5970 8779

Telefax 0211 5970 8610

E-Mail ulrike.donner@kvno.de



Olga Lykova

Telefon 0211 5970 8704

Telefax 0211 5970 8610

E-Mail olga.lykova@kvno.de



Susann Degenhardt

Telefon 0211 5970 8780

Telefax 0211 5970 8610

E-Mail susann.degenhardt@kvno.de

Bezirksstelle Köln



Jasmin Krahe

Telefon 0221 7763 6446

Telefax 0221 7763 5446

E-Mail jasmin.krahe@kvno.de



Michael Sybertz

Telefon 0221 7763 6447

Telefax 0221 7763 5447

E-Mail michael.sybertz@kvno.de

Kleiner Aufwand – große Wirkung

Die Testabrechnung gibt es bei der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Nordrhein seit 2003. Niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten können ihre Honorarabrechnung vorab mit dieser Online-Anwendung auf Fehler überprüfen lassen. Das gibt in vielen Fällen mehr Geld für die Praxis.

Bisher kommen pro Quartal etwa 4.500 bis 5.000 Testabrechnungen bei der KV Nordrhein an. Diese stammen von über 2.400 Ärzten und Psychotherapeuten. Gemessen an den rund 19.500 Niedergelassenen in Nordrhein ist das aber noch eine recht geringe Zahl. Dabei hat die Testabrechnung für alle deutliche Vorteile – bei geringem Aufwand. Die Testabrechnung können Vertragsärzte und -psychotherapeuten über das KVNO-Portal an die KV Nordrhein übermitteln – egal ob über KV-Connect, den eToken, den Arztausweis oder die 1-Click-Abrechnung. Auch D2D ist ein möglicher Übermittlungsweg, jedoch wird dieser Dienst am 30. September 2016 abgeschaltet und von KV-Connect abgelöst.

Vollautomatischer Ablauf

Vom Eingang der Unterlagen bis zur Ausgabe des Prüfprotokolls erfolgen bei der Test-

abrechnung sämtliche Schritte vollautomatisch:

- die Entschlüsselung der aus dem Praxisverwaltungssystem generierten Daten
- die technische Prüfung der Daten
- die Umwandlung und Sortierung der Daten
- der Abgleich mit den Stammdaten (Betriebsstättennummern etc.)
- der Abgleich mit dem Regelwerk

Das System entdeckt beim Regelwerkscheck beispielsweise Gebührenordnungspositionen, die nicht nebeneinander abgerechnet werden dürfen, oder EBM-Ziffern, die bei gewissen Krankenkassen nicht abrechenbar sind.

Solche Fehler werden im Prüfprotokoll angezeigt, das der Arzt oder Psychotherapeut in der Regel nach wenigen Stunden erhält. Mithilfe des Prüfprotokolls kann er möglicherweise

IT-Beratung

Für Fragen zum Ende von D2D und zum Umstieg auf KV-Connect stehen Ihnen die IT-Beraterinnen und -Berater gern für telefonische und persönliche Gespräche zur Verfügung. Vereinbaren Sie einfach einen Termin mit uns.

Telefon 0211 5970 8500 | E-Mail it-beratung@kvno.de



Claudia Pintaric



Franz-Josef Eschweiler



Nicole Elias



Sandra Onckels

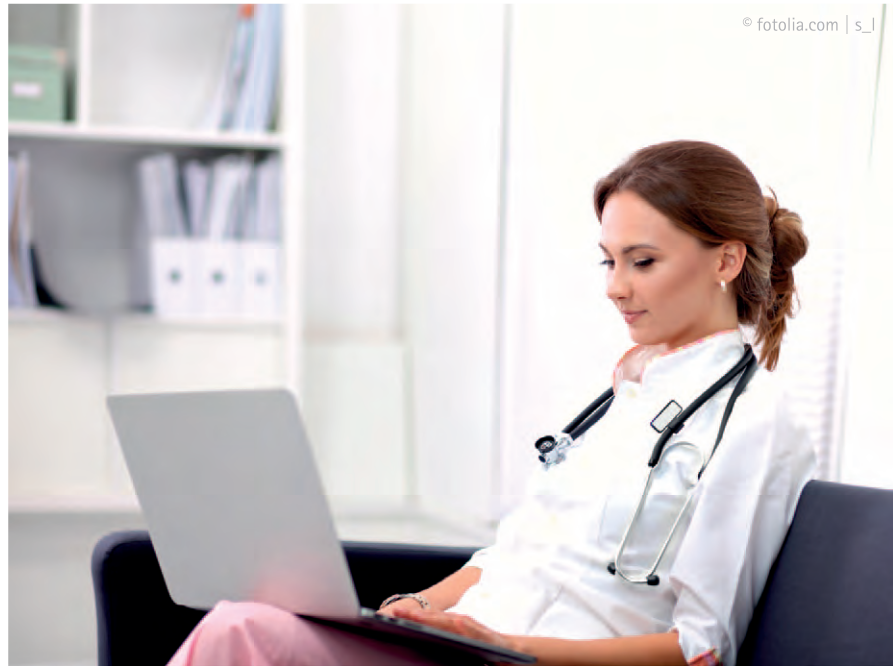
che Fehler erkennen. Die KV Nordrhein empfiehlt, diese Fehler zu korrigieren. Bei der echten Quartalsabrechnung werden sie sonst herausgerechnet. Das bedeutet, dass am Ende des Quartals weniger Honorar in der Praxis ankommt. Der Arzt kann also mit geringem Aufwand einen hohen Nutzen erzielen.

Dr. Martin Franke, Hausarzt aus Niederzier, macht die Testabrechnung seit ungefähr fünf Jahren. „Die Fehler in meinen Abrechnungen werden immer weniger“, erzählt er. „Manche verstehe ich jedoch trotzdem nicht immer und richte mich dann an die Ansprechpartner der KV.“ Diese werden bei jedem Prüfprotokoll automatisch genannt. Franke macht die Testabrechnung in der Regel zum Quartalsende – so oft, bis das Protokoll keine oder nur noch wenige Fehler anzeigt.

Es kann jedoch auch passieren, dass das System Fehler kennzeichnet, die keine sind. Dies liegt daran, dass Genehmigungen gegebenenfalls noch nicht vollständig im System erfasst oder EBM-Änderungen noch nicht im automatisierten Regelwerk eingepflegt wurden. Die angezeigten „Fehler“ werden in der echten Quartalsabrechnung nicht als Fehler gewertet. Im Zweifel fragen Sie die Ansprechpartner der KV Nordrhein.

Daten sind jederzeit gesichert

IT-seitig läuft das ausgeklügelte System ohne menschliches Zutun. Nur wenn es bei den vielen hintereinandergeschalteten Systemen zu technischen Problemen kommt, greifen die Informatiker der KV Nordrhein ein. „Im gesamten Ablauf wird der Datenschutz natürlich strikt eingehalten“, erklärt Marion Flucht, Leiterin der Honorarabrechnung in der Be-



zirksstelle Düsseldorf. „Wir halten uns dabei an das Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik und die gesetzlichen Vorgaben“, erklärt sie.

Da der Ablauf der Testabrechnung voll automatisiert ist, haben die Mitarbeiter, die sich mit den echten Quartalsabrechnungen befassen, keinen Zugriff auf die Testabrechnung. Diese wird für ein Quartal gespeichert – solange, bis die nächste Testabrechnung eingereicht werden kann. Das ist immer ab dem 21. des aktuellen Quartalsmonats bis zum 20. Tag des ersten Folgequartals möglich, beispielsweise für das 1. Quartal 2016 vom 21. Januar bis zum 20. April 2016. ■ MARSCHA EDMONDS

Niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten können die Testabrechnung nutzen, indem sie sich auf www.kvno-portal.de registrieren. | KV 160741

Die Testabrechnung können Sie unbegrenzt häufig durchführen. Durch Ihre anschließende Fehlerbehebung verhindern Sie, dass Leistungen bei der echten Abrechnung herausgerechnet werden.

Auf den schlimmsten Fall vorbereitet sein

Über den Tod spricht man nicht gern, schon gar nicht über den eigenen. In der KV Nordrhein sind rund 19.500 Vertragsärzte und -psychotherapeuten als Freiberufler oder Angestellte tätig, um die ambulante Versorgung rund um die Uhr zu sichern. Und genau wie bei anderen Freiberuflern oder Unternehmern gilt für den Fall der Fälle: Vorsorge ist besser als Nachsorge.

Die Niederlassungsberater der KV Nordrhein beschäftigen sich jährlich nicht nur mehrfach mit Fragen zur Vertretung eines Vertragsarztes oder -psychotherapeuten bei längerer Erkrankung, sondern auch mit Fragen zum Vorgehen im Todesfall.

Gerade die Erben des Verstorbenen befinden sich in einer sehr schwierigen Situation. Geschockt vom eventuell sogar plötzlichen Tod des Angehörigen, müssen sie sich nun mit den teilweise bürokratischen Verfahren der Praxisabgabe beschäftigen. Dabei hat der Gesetzgeber hierzu klare Regelungen getroffen.

Kurzfristige Vertretung möglich

Verstirbt ein Vertragsarzt oder -psychotherapeut, kann die Praxis gemäß Bundesmantelvertrag für Ärzte bis zur Dauer von zwei Quartalen durch einen Vertreter derselben Fachrichtung fortgeführt werden. Der Vertreter muss bei einer ärztlichen Praxis über die Facharzturkunde bzw. bei einer psychotherapeutischen Praxis über die Approbationsurkunde verfügen.

Die formlose, schriftliche Anzeige der Vertretung und das Beifügen der Sterbeurkunde sollte durch die Erben veranlasst werden – entgegen vieler Meinungen ist das auch möglich, wenn noch kein Erbschein vorliegt.

In gesperrten Planungsbereichen muss eine Praxis auch im Todesfall ausgeschrieben werden, damit ein Nachfolger sie weiterführen kann.

Nachbesetzungsverfahren

Da das Nachbesetzungsverfahren in der Regel sechs bis – in Ausnahmefällen – neun Monate in Anspruch nimmt, und die Vertretung gemäß Bundesmantelvertrag für zwei Quartale erfolgen kann, sollte der Erbe schnellstmöglich handeln. Den entsprechenden Antrag auf Durchführung des Nachbesetzungsverfahrens finden Sie unter den Formularen auf der Website der KV Nordrhein. Die Niederlassungsberater der KV Nordrhein stehen den Angehörigen in einer solchen Situation soweit es geht zur Seite und senden die notwendigen Informationen und Anträge zu.

Ganz wichtig ist es, dass der Erbe schnellstmöglich den Antrag auf Durchführung des Nachbesetzungsverfahrens beim zuständigen Zulassungsausschuss einreicht. Damit bringen die Erben dann das Nachbesetzungsverfahren „ins Rollen“ und legen den Grundstein für eine fristgerechte Übergabe der Praxis. Auch für die Antragsstellung ist das Vorliegen eines Erbscheines nicht zwangsläufig notwendig.

Vollmachten sammeln

Besteht eine Erbengemeinschaft, müssen alle potenziellen Erben den Antrag auf Durchführung des Nachbesetzungsverfahrens unterschreiben. Sollte nur einer von mehreren Erben mit dem Verfahren betraut sein, benötigt die KV Nordrhein eine Vollmacht sämtlicher anderer Erben. Sind die Erben noch nicht volljährig, sind sie nicht antragsbefugt, sodass der Vormund den Antrag stellen oder die Vollmacht

erteilen muss. Wenn der Erbe sich nicht mit dem Verfahren befassen möchte, kann dieser eine Vertrauensperson seiner Wahl mit einer Vollmacht für das Verfahren beauftragen.

In dem Antrag auf Durchführung des Nachbesetzungsverfahrens muss zudem die Bewerbungsfrist für die Ausschreibung angegeben werden. Damit ist die zeitliche Frist gemeint, die Bewerber haben, um sich nach Erscheinen des Rheinischen Ärzteblattes auf die Chiffre-Anzeige zu bewerben. Hier haben Erben die Wahl zwischen einer ein-, zwei- oder dreiwöchigen Bewerbungsfrist.

Auswahl der Bewerbungsfrist

Die Niederlassungsberater der KV Nordrhein helfen auch bei der Auswahl der Bewerbungsfrist. So kann beispielsweise eine dreiwöchige Bewerbungsfrist gewählt werden, wenn es noch keinen potenziellen Nachfolger oder Interessenten für die Praxis gibt. Gibt es hingegen schon einen konkreten Wunschnachfolger, sollten die Erben die Bewerbungsfrist auf eine Woche begrenzen.

Der Antrag wird anschließend vom Zulassungsausschuss bearbeitet und in einer nächsten Sitzung darüber entschieden, ob die Praxis ausgeschrieben werden kann. Stimmt der Zulassungsausschuss der Nachbesetzung zu, wird ein anonymes Inserat im Rheinischen Ärzteblatt gedruckt. Nun können sich Interessenten innerhalb der gewählten Bewerbungsfrist darauf bewerben. Falls der Zulassungsausschuss den Antrag auf Nachbesetzung ablehnt, zahlt die KV auf Antrag eine finanzielle Entschädigung für die Praxis an die Erben.

Nach Ablauf der Bewerbungsfrist sendet die KV Nordrhein dem Erben die Liste der Bewerber zu und bittet gleichzeitig darum, mit jedem in Kontakt zu treten und die ersten Gespräche und Verhandlungen zu führen.

Erbschein notwendig

Sobald es einen Wunschnachfolger gibt und dieser die formalen Bedingungen erfüllt



(Facharzturkunde, gegebenenfalls Antrag auf Kassenzulassung oder Anstellung etc.), kann die KV das Ausschreibungsverfahren in einer zweiten Runde an den Zulassungsausschuss weiterleiten und dieser entscheidet in der nächstmöglichen Sitzung über die Nachbesetzung.

Spätestens zu dieser Sitzung, in der über die Übernahme der Zulassung entschieden wird, muss dann letztendlich der Erbschein oder ein notariell beglaubigtes Testament vorliegen. Der Erbschein ist ein rechtssicherer Nachweis über die Erbschaft und wird durch das Nachlassgericht (Amtsgericht) ausgestellt. Aus dem Erbschein ist ersichtlich, wer als Erbe zu welcher Quote am Nachlass beteiligt ist.

Ohne einen Nachweis kann und darf der Zulassungsausschuss nicht über die Nachbesetzung entscheiden. Das führt im schlimmsten Fall dazu, dass der Sitz verfällt, wenn er nicht innerhalb der zwei Quartale nachbesetzt werden kann.

Alle wichtigen Dokumente sollten Praxisinhaber für den Fall der Fälle vorbereiten. (Quelle: KVNO)

Checkliste für die Notfalldokumentation

Überlegen Sie sich, ob Sie ein notarielles Testament verfassen möchten. Ein solches Testament sollte dann auch Angaben zur Praxis enthalten, damit daraus hervorgeht, wer welche Anträge stellen darf. Informieren Sie auch Ihre Angehörigen über das Vorliegen eines Testaments.

Sammeln Sie alle für das Veranlassen eines Erbscheines erforderlichen Urkunden (Geburtsurkunden, Abstammungsurkunden) im Original oder als beglaubigte Kopie an einem Ort, der Ihren Angehörigen bekannt ist. Sie können Ihre Angehörigen darauf hinweisen, dass die Beantragung eines Erbscheins von den Erben selbst beauftragt werden muss und hierbei gegebenenfalls notarielle Hilfe in Anspruch genommen werden kann.

Informieren Sie Ihre Angehörigen und Praxispartner darüber, dass im Falle des Versterbens schnellstmöglich das Nachbesetzungsverfahren in Gang gesetzt werden sollte. Hinterlassen Sie hierzu die Kontaktdaten der Niederlassungsberater – hier erhalten Ihre Angehörigen und Praxispartner Unterstützung bezüglich der zu tätigen Schritte im Falle

des Falles. Weisen Sie auch darauf hin, dass die KV Nordrhein über eine Vermittlungsliste verfügt, in der potenzielle Praxisübernehmer registriert sind.

Besprechen Sie gegebenenfalls mit Ihrem Praxispartner das Vorgehen für den Fall der Fälle. Bei Berufsausübungsgemeinschaften gibt es Gesellschaftsverträge, in denen häufig Regelungen zur Übernahme der Zulassung beim Tod des Praxisinhabers und zur Vertretung enthalten sind. Am besten lesen Sie sich diese Regelungen durch und besprechen diese mit Ihrem Praxispartner.

Sammeln Sie sämtliche Unterlagen für die Praxis, etwa Passwörter, Arbeits- und Mietverträge, Policen, Bankverbindungen und Kontaktdaten. Diese müssen aktuell gehalten und sicher aufbewahrt werden. Teilen Sie Ihren Angehörigen mit, wo sie diese Unterlagen finden können. Sollen sich Nicht-Angehörige um die Formalitäten im Todesfall kümmern, benötigen Sie Vollmachten für diese.

■ LINDA PAWELSKI

Mehr Informationen zu den Niederlassungsberatern und den Formularen finden Sie unter www.kvno.de

KV | 160744



- Abrechnung online
- Abrechnungsunterlagen
- Kennzahlen der Praxis
- Honorardifferenzierung
- eQualitätszirkel
- eDokumentationen
- Vordrucke bestellen
- Praxisdaten ändern

Kontakt
KV Nordrhein
IT-Servicedesk
Telefon 0211 5970 8500
Telefax 0211 5970 9500
E-Mail portal@kvno.de

www.kvno-portal.de
Der Online-Dienst für die Praxen in Nordrhein

Die Europäische Krankenversichertenkarte

Erkrankt ein im Ausland versicherter Patient bei einem vorübergehenden Aufenthalt in Deutschland, bestehen unterschiedliche Vorgehensweisen und Abrechnungsmodalitäten.

Welche Patienten legen eine Europäische Krankenversichertenkarte (EHIC) vor?

Patienten mit Wohnsitz im Europäischen Wirtschaftsraum (EWR) oder in der Schweiz werden eine EHIC oder eine Ersatzbescheinigung (PEB) vorlegen. In diesen Fällen wird Muster 80 und/oder 81 ausgefüllt.

Wann wird welches Muster ausgefüllt?

Muster 81 (Erklärung des Patienten) muss der Patient immer ausfüllen und unterschreiben. Er gibt hier auch die von ihm gewählte deutsche Krankenkasse an. Muster 80 wird nur dann ausgefüllt, wenn die EHIC oder PEB sowie ein Identitätsnachweis wie Personalausweis oder Reisepass nicht kopiert werden können.

Was passiert mit den ausgefüllten Vordrucken?

Sie schicken eine Kopie der EHIC/PEB, des Identitätsnachweises – oder Muster 80 – sowie das Muster 81 schnellstmöglich an die vom Patienten ausgewählte deutsche Krankenkasse. Eine Zweitkopie bleibt in der Praxis und wird zwei Jahre lang aufbewahrt. Für die Versendung der Unterlagen an die Krankenkasse kann die Gebührenordnungsposition 40120 abgerechnet werden.

Wie legt man den Patienten in der Software an?

Die Patienten werden im Ersatzverfahren angelegt. Im Feld „Status“ tragen Sie die Ziffer 1 für die „Versichertenart“ (Feldkennung 3108) und der Ziffer 7 für die „besondere Personengruppe“ (Feldkennung 4131) ein. Bei Überweisungen übernehmen Sie bitte diese Angaben.

Welche Leistungen sind bei Patienten aus den EWR-Staaten abrechnungsfähig?

Die Patienten haben Anspruch auf alle Leistungen, die sich während ihres Aufenthalts in Deutschland unter Berücksichtigung der Art der Leistung und der voraussichtlichen Aufenthaltsdauer als medizinisch notwendig erweisen.

Wie rechnet man Patienten ab, die nicht aus einem EWR-Staat kommen?

Patienten aus einem Land mit bilateralem Abkommen über soziale Sicherheit können mit Vordruck E112 der ausländischen Krankenkasse zu einer ausgewählten deutschen Krankenkasse gehen. Dort erhalten sie einen Abrechnungsschein. Folgende Staaten nehmen an dem bilateralen Abkommen teil: Bosnien, Herzegowina, Kroatien, Mazedonien, Montenegro, Serbien, Türkei, Tunesien und Israel (nur für Leistungen bei Mutterschaft).

Welche Leistungen sind hier abrechnungsfähig?

Leistungen bei Krankheit und Mutterschaft, sofern eine sofortige ärztliche Behandlung erforderlich ist. Auf dem Abrechnungsschein ist die Einschränkung „für sofort notwendige Leistungen“ vermerkt.

Was machen wir, wenn ein Patient weder aus einem europäischen Land noch aus einem Land mit bilateralem Abkommen stammt?

Dann muss die Praxis die Behandlung privat in Rechnung stellen. Dies gilt auch für Arznei-, Heil- und Hilfsmittel.

Bei der DMP-Abrechnung beachten

Wenn Ärzte Leistungen aus Disease-Management-Programmen (DMP) abrechnen wollen, müssen bestimmte Voraussetzungen erfüllt sein. Wir haben die wichtigsten Infos zusammengestellt.

Voraussetzungen zur Abrechnung

Der Arzt muss zunächst eine Genehmigung für das jeweilige DMP haben und der Patient muss im DMP eingeschrieben sein. Außerdem muss der Behandlungsfall mindestens eine gesicherte DMP-ICD-10-Diagnose für das jeweilige DMP enthalten.

Einschreibung und Dokumentation

Der koordinierende Arzt muss die Teilnahmeerklärung des Patienten unterschreiben und per Post an die DMP-Datenstelle senden. Zu Beginn einer Behandlung erstellt er elektronisch eine Erstdokumentation und übermittelt diese ebenfalls an die Datenstelle.

Wichtig: Die Krankenkasse schreibt den Patienten erst ins DMP ein, wenn Teilnahmeerklärung und Erstdokumentation gemeinsam vorliegen.

Ausschreibung

Sobald zwei aufeinanderfolgende Dokumentationen fehlen, muss die Krankenkasse den Patienten zum Zeitpunkt der letztmalig erfolgten Dokumentation aus dem DMP ausschreiben. Eine nachträgliche Dokumentation für vorangegangene Quartale ist nicht möglich.

Nach einer Ausschreibung muss der koordinierende Arzt den Patienten neu ins DMP einschreiben. Eine rückwirkende Einschreibung ist nicht möglich. Leistungen aus den DMP-Verträgen zwischen Aus- und erneuter Einschreibung sind nicht abrechenbar.

Kassen- und Arztwechsel

Jede Krankenkasse hat ein eigenes DMP-Programm. Deshalb muss der Arzt den Patienten beim Kassenwechsel neu einschreiben.

Beim Arztwechsel muss der neue DMP-Arzt nur eine Folgedokumentation für den Patienten innerhalb der üblichen Frist an die Datenstelle übermitteln. Sofern der Patient in den zwei vorangegangenen Quartalen nicht ordnungsgemäß dokumentiert wurde, muss der neue koordinierende Arzt ihn zur Sicherung der Abrechnungsgrundlage neu einschreiben.

Überweisung

Der koordinierende Arzt muss die Teilnahme eines Patienten am jeweiligen DMP (Diabetes Typ 1 und 2, KHK, Asthma, COPD) auf Überweisungen für weitere DMP-Behandler kennzeichnen. Nur bei eingeschriebenen Patienten können auch ärztliche Kollegen DMP-Leistungen abrechnen. ■ TORSTEN KLÜSENER

Folgedokumentationen muss der koordinierende Arzt für die jeweiligen DMP im vorgegebenen Rhythmus – quartalsmäßig oder halbjährlich – erstellen und in einem 14-tägigen Intervall an die Datenstelle übermitteln. Hat die Datenstelle Korrekturen, muss der Arzt diese spätestens 52 Tage nach Quartalsende umsetzen und an die Datenstelle zurücksenden. Nach Ablauf dieser Frist nimmt die Datenstelle keine Dokumentationen mehr an.

Patient willigt schriftlich in die Teilnahme ein



Arzt erstellt eine Erstdokumentation



Teilnahmeerklärung in Papier sowie elektronische Erstdokumentation werden in 14-tägigem Intervall

an die DMP-Datenstelle weitergeleitet

DMP-Datenstelle Nordrhein

Postfach 100 423

96056 Bamberg

Telefon 0951 3093 973

Telefax 0951 3093 974

KVNO twittert

Kurz gefasst,
bestens informiert



Fotos: Antonio Guillem / Shutterstock.com



Engagiert für Gesundheit.
Kassennärztliche Vereinigung
Nordrhein



Folgen Sie uns auf [Twitter/kvno_aktuell](#)

Formular für meldepflichtige Krankheiten überarbeitet

Für bestimmte Infektionskrankheiten besteht nach § 6, 8 und 9 des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) eine namentliche Meldepflicht. Der entsprechende Meldebogen wurde kürzlich aktualisiert.

Dabei sind einzelne meldepflichtige Erkrankungen neu hinzugekommen, zum Beispiel Clostridium-difficile-Infektion (CDI) in der schweren Verlaufsform oder Influenza (zoonotisch). Krankheiten wie Pertussis und Hämorrhagisches Fieber wurden umben-

annt in Keuchhusten (Pertussis) und Virales hämorrhagisches Fieber (VHF). Änderungen gibt es auch bei den zugehörigen Symptomen. Im oberen Abschnitt des Formulars wird außerdem der Impfstatus bei impfpräventablen Krankheiten abgefragt.

Der neue Meldebogen kann weiterhin ohne großen Zeitaufwand ausgefüllt werden. Entsprechende Muster erhalten Sie von den jeweiligen Landesbehörden.

Mehr Infos unter www.kvno.de | KV | 160748

Plattform für ärztliche Versorgung von Gewaltopfern

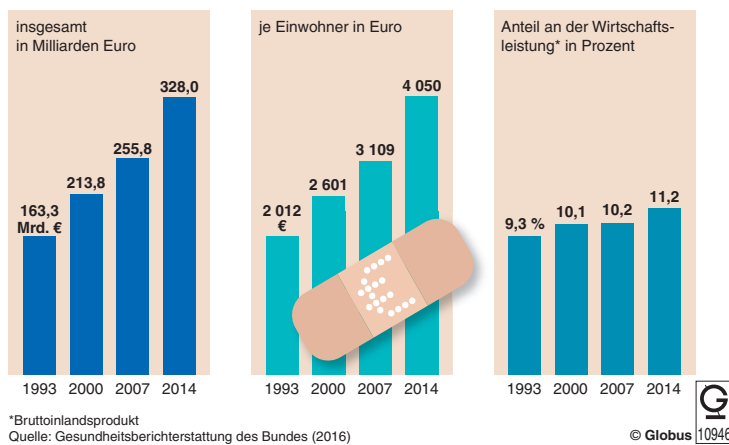
Um Gewaltopfer besser zu erkennen und ihnen umfassend zu helfen, hat die Uniklinik Düsseldorf eine Dokumentations- und Informationsplattform für Ärzte entwickelt. Für das Portal iGOBSIS (intelligentes Gewaltopfer-BeweisSicherungs-Informationssystem) sucht das Institut für Rechtsmedizin Ärzte, die die Plattform testen – vor allem Niedergelassene aus den Fachrichtungen Gynäkologie, Allgemeinmedizin und Pädiatrie. In dem System finden Mediziner Anleitungen für Untersuchungen,

die Dokumentation, die Spurensicherung sowie die Beratung beim Umgang mit Gewaltopfern. Außerdem haben Ärzte die Möglichkeit, eine schnelle und gerichtsfeste elektronische Befunddokumentation zu erstellen. In schwierigen Fällen bietet die Rechtsmedizin rund um die Uhr direkten Kontakt. Das System wurde im Auftrag des Ministeriums für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen entwickelt.

Mehr Infos unter gobsis.de | KV | 160749

Der Preis für die Gesundheit

Gesundheitsausgaben in Deutschland



Im Jahr 2014 betragen die Gesundheitsausgaben in Deutschland 328 Milliarden Euro. Je Einwohner waren das 4.050 Euro. Mit 191,8 Milliarden Euro trugen die gesetzlichen Krankenkassen den größten Teil der Kosten. Mit großem Abstand folgten die privaten Haushalte und die privaten Organisationen ohne Erwerbszweck (beispielsweise Gewerkschaften oder Kirchen) mit Ausgaben in Höhe von 43,2 Milliarden Euro. Insgesamt machten die Gesundheitsausgaben im Jahr 2014 11,2 Prozent des Bruttoinlandsproduktes aus.

KBV-Kampagne: Nähe dreimal anders

Am Flughafen Köln/Bonn, rund um die KV und in den großen Bahnhöfen Nordrheinens waren sie zu sehen: die neuen Plakate der Kampagne von KBV und KVen, „Wir arbeiten für Ihr Leben gern.“. Das Thema in diesem Jahr lautet „Nähe“. Dabei ist nicht nur die Nähe zwischen Arzt und Patient gemeint, sondern auch der fachliche Austausch unter den Kollegen und die Beziehung zwischen Praxisinhabern und ihren Nachfolgern.

Um das zu zeigen, sind auf den 16 neuen Kampagnenmotiven ausschließlich „Paare“

abgebildet. Der Nierenarzt Martin Lesch aus Essen ist zum zweiten Mal Teil der Kampagne. Er begleitet schon seit vielen Jahren eine Dialysepatientin. Nach mehr als 100 Arztterminen bei ihm, vielen Telefonaten und der Geburt ihrer Tochter ist er auch heute außerhalb der Sprechstunde für sie erreichbar. Auf dem Kampagnenplakat sind sie zu dritt zu sehen.

Mehr Infos unter www.ihre-aerzte.de | KV | 160748

Nephrologe Martin Lesch, seine Patientin Cheryl Gamboa und ihre Tochter Ariana

(Foto: KBV)



KGWV fordert eine Milliarde Euro mehr für Kliniken

500 Millionen Euro investierte das Land Nordrhein-Westfalen im Jahr 2014 in Infrastruktur und Technik der Kliniken in NRW. „Der tatsächliche Investitionsbedarf aber liegt bei jährlich 1,5 Milliarden Euro“, sagt Jochen Brink. Der Präsident der Krankenhausgesellschaft NRW (KGWV) beziffert die jährliche „Förderlücke“ also auf eine Milliarde Euro. Zum Beleg präsentierte er jetzt in Düsseldorf eine Studie, mit der das Rheinisch-Westfälische Institut für Wirtschaftsforschung (RWI)

von der KGWV beauftragt wurde. An der Befragung für das „Investitionsbarometer NRW“ haben sich 93 Prozent der Kliniken in NRW beteiligt (ohne Unikliniken). Deren Lage ist regional sehr unterschiedlich. Insgesamt sind in den NRW-Kliniken über 250.000 Menschen beschäftigt. Laut RWI tragen die Krankenhäuser rund eine Milliarde Euro zum Steueraufkommen des Landes und seiner Kommunen bei – eine Zahl, die ziemlich genau zur diagnostizierten Förderlücke passt. ■ HSCW

Qualitätszirkel suchen Mitglieder

Thema Tiergestützte Psychotherapie

Kontakt Anna Nora
Steinhausen-Wachowski
Ort Köln
Telefon 0178 3529141

Thema Gemischte KJP/PP-Interventionsgruppe sucht PP

Kontakt Petra R. Nietz
Telefon 0221 7325675
E-Mail info@petra-nietz.de
Ort Köln

Thema „Methoden-Integrativer Arbeitskreis“ (Psycholog./Ärztl. Psychotherapeuten)

Kontakt Hartmut Reinhard Kujath
Ort Düsseldorf
Telefon 0211 56 67 57 25
E-Mail kujath@vt-praxis.com

Thema Kollegiale Intervention – tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie

Kontakt Dr. Uta Reifenstein-Herzig
Ort Köln
Telefon 0228 973 72 331
E-Mail praxis@reifenstein-herzig.de

Kontakt

Sabine Stromberg
Telefon 0211 5970 8149
Telefax 0211 5970 8160
E-Mail qualitaetszirkel@kvno.de



Start-up in die Niederlassung – Die Arztpraxis organisiert und sicher

Informationstag für Ärztinnen und Ärzte in der Niederlassungsphase

Freitag | 9. September 2016 | 10 – 16.30 Uhr

Bezirksstelle Köln | Sedanstr. 10-16 | 50668 Köln

Vorträge

Moderation: Dr. med. Oscar Pfeifer

- Begrüßung und Einführung
- Prozesse zuverlässig steuern – Praxis-, Qualitäts- und Risikomanagement im Niederlassungsalltag
- Der Arzt als Ausbilder von Medizinischen Fachangestellten
- Datenschutz in der Arztpraxis
- Arbeitssicherheit in der Arztpraxis | Aufgaben und Leistungen der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW)
- Hygiene – Schutz für Patienten und Mitarbeiter

Begrenzte Teilnehmerzahl

Anmeldung erforderlich unter

E-Mail anmeldung@kvno.de

Fax 0211 5970 9990

Zertifizierung beantragt



Engagiert für Gesundheit.
Kassenärztliche Vereinigung
Nordrhein

www.kvno.de

Bandscheibenschäden – gute Behandlung mit und ohne Skalpell!?

In der IQN-Fortbildungsveranstaltung „Indikationsqualität im Fokus“ geht es um die Behandlung von Bandscheibenschäden. Ärzte stehen in der Kritik, es werde zu viel oder zum Teil auch unnötig operiert. Dazu werden meist Zahlen aus anderen Ländern als Beweis herangezogen. Das IQN sieht mit der Fortbildungsreihe „Indikationsqualität im Fokus“ genauer hin.

Termin 29. Juni 2016
16–19.30 Uhr

Ort Haus der Ärzteschaft
Tersteegenstraße 9
40474 Düsseldorf

**Anmeldung
+ Kontakt** Institut für Qualität
im Gesundheitswesen
Tersteegenstraße 9
40474 Düsseldorf

Telefon 0211 4302 2751

Telefax 0211 4302 5751

E-Mail iqn@aekno.de

Aus D2D wird KV-Connect: Sicher in die Zukunft

Rund 3.000 Praxen in der KV Nordrhein nutzen derzeit noch den Kommunikationsdienst D2D. Zum 30. September 2016 wird D2D durch den Nachfolger KV-Connect abgelöst. Damit der Wechsel von D2D auf KV-Connect reibungslos verläuft, bietet die KV Nordrhein den D2D-Usern eine Infoveranstaltung inklusive Messe. Es sind Vorträge zur Migration von D2D nach KV-Connect sowie zur KV-Connect-Anwendung „eArztbrief“ vorgesehen. Außerdem zeigen Hersteller von Praxissoftware, welche Lösungen sie für D2D-Anwendungen bieten. Die KV Nordrhein berät zu den Themen IT und Telematik. Die KV-Connect-Registrierung direkt vor Ort ist möglich.

Termin 6. Juli 2016
13–18 Uhr

Ort Haus der Ärzteschaft
Tersteegenstraße 9
40474 Düsseldorf

Kontakt KV Nordrhein
IT-Beratung

Telefon 0211 5970-8197/
-8188/-8099

E-Mail it-beratung@kvno.de

„Start-up in die Niederlassung – die Arztpraxis organisiert und sicher“

Die Fortbildungsveranstaltung „Start-up in die Niederlassung – die Arztpraxis organisiert und sicher“ informiert neu niedergelassene oder an der Niederlassung Interessierte über Themen für Praxiseinsteiger. Neben dem Praxis-, Qualitäts- und Risikomanagement ist auch der Datenschutz in der Arztpraxis ein zentrales Thema. Weitere Vorträge beschäftigen sich mit dem Arzt als Arbeitgeber und Ausbilder Medizinischer Fachangestellter und der Praxis-Hygiene als Schutz für Patienten und Personal.

ZERTIFIZIERUNG | beantragt

Termin 9. September 2016
10–16.30 Uhr

Ort Bezirksstelle Köln
der KV Nordrhein
Sedanstraße 10–16
50668 Köln.

**Anmeldung
+ Kontakt** KV Nordrhein
Bereich Presse
und Medien
Britta Schnur

Telefon 0211 5970 8305

E-Mail anmeldung@kvno.de

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

Veranstaltungen für Ärzte und Psychotherapeuten

29.06.2016	IQN: Indikationsqualität im Fokus: Bandscheibenschäden – gute Behandlung mit und ohne Skalpell?, Düsseldorf
■ 29.06.2016	KV Nordrhein: Grundlagenseminar EBM, Düsseldorf
01.07.2016	Medizinisches Zentrum an der Inde: ZI-Seminar „Diabetes mit Insulin“, Würselen
■ 06.07.2016	KV Nordrhein: Aus D2D wird KV Connect – Info- und Messeveranstaltung, Düsseldorf
■ 09.09.2016	KV Nordrhein: Start-up in die Niederlassung – die Arztpraxis organisiert und sicher, Köln
10.09.2016	Patientenorganisation Lungenemphysem-COPD Deutschland: Symposium Lunge 2016, Hattingen/Ruhr
16.09.2016	Medizinisches Zentrum an der Inde: ZI-Seminar „Diabetes mit Hypertonie“, Würselen
■ 12.11.2016	KV Nordrhein: 17. Nordrheinischer Praxisbörsentag, Köln
14.-17.11.2016	MEDICA 2016, Düsseldorf
18.-19.11.2016	Nordrheinische Akademie: QEP-Einführungsseminar® - Qualität und Entwicklung in Praxen, Düsseldorf
19.11.2016	Ärztammer Nordrhein: Kammerversammlung, Düsseldorf
■ 25.11.2016	KV Nordrhein: Vertreterversammlung, Düsseldorf

Veranstaltungen für Medizinische Fachangestellte

29.06.2016	KV Nordrhein: Abrechnung Hausärzte, Köln
01.-02.07.2016	Medizinisches Zentrum an der Inde: ZI-Seminar „Diabetes mit Insulin“, Würselen
07.09.2016	KV Nordrhein: Diagnosekodierung in der Praxis – Aufbaukurs, Düsseldorf
16.-17.09.2016	Medizinisches Zentrum an der Inde: ZI-Seminar „Diabetes mit Hypertonie“, Würselen
05.10.2016	KV Nordrhein: Geriatrisches Basiswissen für MFA – Workshop, Düsseldorf
18.-19.11.2016	Nordrheinische Akademie: QEP-Einführungsseminar® - Qualität und Entwicklung in Praxen, Düsseldorf
07.12.2016	KV Nordrhein: Diagnosekodierung in der Praxis – Grundkurs, Düsseldorf

Veranstaltungen für Patienten

13.09.2016	KV Nordrhein/Rheinbote Düsseldorf: Ratgeber Gesundheit, Düsseldorf
30.11.2016	KV Nordrhein/VHS Köln: Gesundheit im Gespräch, Köln
06.12.2016	KV Nordrhein/Rheinbote Düsseldorf: Ratgeber Gesundheit, Düsseldorf

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

Impressum

Herausgeber

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein

Redaktion

Frank Naundorf (verantwortlich)

Dr. Heiko Schmitz

Simone Heimann

Marscha Edmonds

Redaktionsbeirat

Dr. Peter Potthoff, Bernhard Brautmeier,

Frank Naundorf, Dr. Heiko Schmitz

Druck

Echo Verlag, Köln

Satz

Heike Merzhäuser | grafik+design | Bonn

Anschrift der Redaktion

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein

40182 Düsseldorf

Telefon 0211 5970 8106

Telefax 0211 5970 8100

E-Mail redaktion@kvno.de

Ansprechpartner

Montag bis Donnerstag von 8 bis 17 Uhr

Freitag von 8 bis 13 Uhr

Serviceteam Köln

Telefon 0221 7763 6666

Telefax 0221 7763 6450

E-Mail service.koeln@kvno.de

Serviceteam Düsseldorf

Telefon 0211 5970 8888

Telefax 0211 5970 8889

E-Mail service.duesseldorf@kvno.de

Formularversand

Petersstraße 17-19

47798 Krefeld

Telefon 02151 3710 00

Telefax 02151 9370 655

E-Mail formular.versand@kvno.de

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

Gesamtauflage dieser Ausgabe: 24.400

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

Vorschau „KVNO ■ aktuell“ 8 | 2016

■ Gesundheits-Apps

Digitaler Fluch oder Segen?

■ KVNO

Ergebnisse der VV-Wahlen

■ Kreis Kleve

Wie die Region Ärzte sucht

■ Duisburg

Palliativausweis für den Notfall

Die nächste Ausgabe von KVNO aktuell

erscheint am 24. August 2016.

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

www.kvno.de



Engagiert für Gesundheit.
Kassenärztliche Vereinigung
Nordrhein