



Mehr freie Sitze und neue Quoten

fotolia | Feydzhet Shabanov

Bedarfsplanung

Neue Richtlinie tritt
in Kürze in Kraft

Honorar

Vergütung steigt
um 1,9 Prozentpunkte

Früherkennung

Koloskopie bereits
für Männer ab 50 Jahre

Herpes zoster

Impfung ist nun
eine Kassenleistung



Inhalt

Schwerpunkt

- 2 Bedarfsplanung:
Mehr freie Sitze
und neue Quoten

Aktuell

- 6 Honorarvereinbarung
2019: 1,7 Prozent plus
- 8 TSVG und TI: Kürzel
mit Konfliktpotenzial
- 10 TI: Die große
Installationswelle
- 12 Praxiseinstieg
leichter gemacht
- 13 NPPV: Projekt
ausgezeichnet
- 14 Stolperstart der Gesund-
heitsuntersuchung

■ Praxisinfos

- 16 Früherkennung:
Koloskopie schon ab 50
- 16 Polysomnografie
extrabudgetär vergütet
- 16 Keratokonus: Hornhautver-
netzung ist Kassenleistung
- 17 Videosprechstunde für alle
Indikationen ab 1. April
- 18 Mehr für die Herzschritt-
macher-Kontrolle
- 18 Anhang 2 des
EBM aktualisiert

- 19 Digitale Vordrucke
für KVB und PBeaKK
- 19 DMP Asthma zum
1. April 2019 aktualisiert
- 20 Zweitmeinung abrechnen
- 20 Reiseschutzimpfung mit
der Barmer seit 1. April
- 21 Finanzierung neuer
Laboruntersuchungen
- 21 Verordnung psychia-
trischer häuslicher
Krankenpflege
- 22 Hämophilie jetzt
auch in der ASV
- 23 Neue Zuzahlungs-
Regelungen

■ Verordnungsinfos

- 24 Impfung gegen Herpes
zoster ist Kassenleistung
- 24 SSB: Fondaparinux
Natrium im Notfall
- 24 Viele Prüfanträge im
Sprechstundenbedarf
- 25 Mehr Wundmaterial im
Sprechstundenbedarf
- 25 Kontrastmittel:
Jetzt gibt es Pauschalen
- 26 HPV-Impfung für Jungen
auch als Satzungsleistung
- 26 Influenza-Impfstoff
2019/2020
- 27 Levocetirizin nicht mehr
verschreibungspflichtig
- 27 Pille auf GKV-Kosten bis
zum 22. Geburtstag

Hintergrund

- 28 Wanderausstellung:
Raum und Zeit
für Erinnerung
- 30 „Meine Biografie ist Teil
der NS-Geschichte“

Berichte

- 32 Gesundheitskongress:
Patienten besser steuern
- 34 Fachtagung:
Die richtige Dosis Medizin
- 36 Premiere: Auf „Land-
partie“ am Niederrhein

Service

- 38 DMP-Einschreibungen
und -Leistungen
- 39 Patienten aus dem
Ausland

In Kürze

- 41 Mehr Gehalt für MFA
und Azubis
- 41 „MFA vernetzt“: 8000
Likes für Facebook-Site
- 41 Qualitätszirkel suchen
Mitglieder

Veranstaltungen

- 43 Veranstaltungen | Termine

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

„Landpartie“ klingt zunächst nach einer gemütlichen Kaffeefahrt ins Grüne. Die erste Landpartie der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein im März in Rees im Kreis Kleve fand auch in idyllischer Umgebung statt, bestand aber vor allem aus Workshops mit Informationen zur Niederlassung. Konkretes Ziel: Medizinerinnen und Mediziner für die Arbeit in einer Praxis auf dem Land begeistern – unterstützt vom Kreis Kleve und Kommunalpolitikern, mit denen wir wie in vielen anderen Kreisen auch schon eine rege Zusammenarbeit pflegen, zum Beispiel auf unseren Praxisbörsentagen.

Fast 30 Teilnehmerinnen und Teilnehmer haben sich bei der Landpartie ein ganzes Wochenende lang intensiv mit dem Berufsziel „Landarzt“ beschäftigt. Der Aufwand hat sich für alle Beteiligten gelohnt, denn das Interesse an der Niederlassung ist groß, wenn die Rahmenbedingungen stimmen und wir mit so manchem Vorurteil aufräumen.

Auf der Landpartie waren auch die Fördermöglichkeiten des Strukturfonds ein wichtiges Thema, dessen Angebote gut ankommen. Auch der Quereinstieg in die Allgemeinmedizin stößt auf lebhaftes Interesse und wird von uns zusammen mit der KV Westfalen-Lippe Ende Mai auf dem Sicherstellungskongress der Kassenärztlichen Bundesvereinigung in Berlin beworben. Zudem hat Nordrhein-Westfalen als erstes Bundesland die Landarztquote eingeführt, die zwar erst langfristig wirken kann, aber einen Einstieg in ein verändertes Auswahlverfahren darstellt und mehr jungen Menschen, die gern auf dem Land praktizieren möchten, den Weg ins Medizinstudium ebnet.

Das alles sind Mosaiksteine im Bemühen um eine gute ambulante Versorgung auch in ländlichen Regionen. In der Summe entsteht daraus das Bild einer zukunftsfähigen Versorgungsstruktur, die wir weiterhin sicherstellen werden, wenn die Politik aufhört, unser immer noch gut



funktionierendes System mit übergreifigen Vorgaben unnötig zu reglementieren und zu verkomplizieren. Das Ziel kluger Politik müsste sein, die Rahmenbedingungen unserer Arbeit zu verbessern, denn die niedergelassenen Vertragsärzte tragen die Hauptlast der medizinischen Versorgung in unserem Land. Selbstständige Freiberufler sind das Rückgrat der ambulanten Versorgung und werden es bleiben – wenn die Politik uns lässt.

Herzliche Grüße

Dr. med. Frank Bergmann
Vorstandsvorsitzender

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



Neue Bedarfsplanungs-Richtlinie ab 1. Juli 2019

Mehr freie Sitze und neue Quoten

Im Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) hat die Bundesregierung den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) beauftragt, die Bedarfsplanungs-Richtlinie zügig anzupassen. Eine entsprechende Neufassung soll am 1. Juli 2019 in Kraft treten und wird wesentliche Änderungen mit sich bringen. Umgesetzt werden die Neuerungen in der ersten Hälfte 2020.

fotolia | Feydzhet Shabanov

Der Unterausschuss Bedarfsplanung des G-BA hat am 18. März 2019 eine vorläufige Fassung der geänderten Bedarfsplanungs-Richtlinie beschlossen. Viele Details der geänderten Version waren bis zur Drucklegung von KVNO aktuell noch strittig, so zum Beispiel konkrete Verhältniszahlen und/oder Quoten für die Arztgruppen der Fachinternisten, Kinderärzte, Nervenärzte und Psychotherapeuten.

Auch Bundesärztekammer und Bundespsychotherapeutenkammer haben inzwischen Stellung genommen. Unter Berücksichtigung aller Stellungnahmen beschließt der G-BA am 16. Mai 2019 die endgültige Fassung der Änderung der Bedarfsplanungs-Richtlinie. Konkrete Vorausberechnungen der im Jahr 2020 zu erwartenden

zusätzlichen Sitze für Vertragsärzte und -psychotherapeuten sind erst nach der abschließenden Beschlussfassung des G-BA möglich. Entsprechende Prognosen werden wir so bald wie möglich – voraussichtlich im Juni 2019 – auf unserer Homepage zur Verfügung stellen. Diese Änderungen in der Bedarfsplanungs-Richtlinie sind zu erwarten:

Herabsetzen der Verhältniszahlen

Fachinternisten: Grundsätzlich ist damit zu rechnen, dass die Verhältniszahlen für Fachinternisten sinken werden. Über deren konkrete Höhe besteht allerdings noch Dissens. Damit soll den substantiellen Entwicklungen in diesem Fachgebiet und in den einzelnen Subspezialisierungen in den vergangenen 30 Jah-

ren Rechnung getragen und die erforderliche zusätzliche Versorgungskapazität geschaffen werden. Eine Öffnung von Planungsbereichen für zusätzliche Niederlassungen von Fachinternisten ist in Nordrhein allerdings nicht zu erwarten, denn hier liegen die Versorgungsgrade in der Regel über 150 Prozent, in manchen Gebieten sogar über 220 Prozent. Es würde allein zu einer Verringerung der auszuweisenden Versorgungsgrade kommen.

Kinder- und Jugendärzte: Es besteht Konsens im G-BA, dass die kinderärztliche Versorgung verbessert werden soll. Bis zuletzt wurde diskutiert, ob dies durch ein Herabsetzen der Verhältniszahlen erfolgen soll oder durch eine kleinteiligere Planung auf Ebene der Mittelbereiche. Bisher erfolgt die kinderärztliche Planung auf Ebene der Kreise und kreisfreien Städte. Die Zahl der zusätzlich entstehenden Kinderarztstühle hängt von der genauen Ausgestaltung der entsprechenden Regelungen ab.

Nervenärzte und Psychotherapeuten: Im Gutachten zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung von 2017 wurde kritisiert, dass Nervenärzte und Psychotherapeuten verglichen mit den übrigen Arztgruppen der allgemeinen fachärztlichen Versorgung eine höhere Mitversorgung des Umlandes zu schultern haben. Dies soll mit dem Herabsetzen der Verhältniszahlen – außer in kreisfreien Städten – korrigiert werden. Der Krankenkassen plädieren für eine geringere Reduzierung bei den Nervenärzten und lehnen die Reduzierung bei den Psychotherapeuten grundsätzlich ab. Die Beschlussfassung des G-BA abzuwarten. Erst danach ist eine Prognose möglich, ob die Änderungen in Nordrhein zu zusätzliche Sitzen führen.

Neue Quotenregelungen

Mindestquote für Rheumatologen: Im G-BA besteht Einigkeit darüber, dass eine Mindestquote für Fachärzte für Innere Medizin und Rheumatologie bzw. mit Schwerpunkt Rheumatologie eingeführt werden soll. Angedacht ist ein Mindestversorgungsanteil für Rheuma-

tologen von fünf bis zehn Prozent der Sollversorgung für Fachinternisten. Gegebenenfalls, könnte die Erhöhung auf zehn Prozent nach

weiter auf Seite 5 ▶

Rheumatologen in Nordrhein



Mit der neuen Bedarfsplanungs-Richtlinie wird es eine Mindestquote für Rheumatologen geben. Die Karte zeigt die derzeitige rheumatologische Versorgung in Nordrhein. Je Raumordnungsregion ist jeweils angegeben, wie hoch aktuell der Anteil der niedergelassenen Rheumatologen an der fachinternistischen Soll-Versorgung ist. Allein in Düsseldorf liegt er bereits über zehn Prozent. Der Berechnung ist die zurzeit gültige allgemeine Verhältniszahl für Fachinternisten zugrunde gelegt (21.508 Einwohner je Fachinternist).

fünf Jahren (2024) oder über zehn Jahre gestaffelt erfolgen.

Maximalquoten für fachinternistische Schwerpunkte: Für einige fachinternistische Schwerpunkte sollen Maximalquoten festgelegt und bei der Nachbesetzung von Vertragsarztsitzen berücksichtigt werden. Numerisch kleinere Fachinternistengruppen sollen davor geschützt werden, von Kardiologen, Gastroenterologen, Pneumologen und Nephrologen „verdrängt“ zu werden. Die Nachbesetzung der bestehenden Arztsitze – auch der größeren Gruppen – soll jedoch weiterhin möglich sein.

Quoten für Psychiater und Neurologen: Aus Sicherstellungsgründen soll angestrebt werden, dass in allen Planungsbereichen die Versorgung mit neurologischen und psychiatrischen Leistungen in einem ausgewogenen Verhältnis angeboten wird. Die genaue Ausgestaltung der Quoten steht noch nicht abschließend fest.

Neue Quote für Psychosomatiker: Die bereits für das Jahr 2013 geplante Unterquote für Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie innerhalb der Quote für ärztliche Psychotherapeuten soll nun kommen. Die neue Richtlinienfassung sieht eine Quote von 12,5 Prozent für Psychosomatiker vor. Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie werden bei der Feststellung, ob auch die bereits bestehende Quote von 25 Prozent für ärztliche Psychotherapeuten erfüllt ist, mitgezählt.

Weitere Änderungen

Aus Demografiefaktor wird Morbiditätsfaktor: Bisher wird in der Bedarfsplanung berücksichtigt, wie hoch der Anteil der Einwohner im Alter von 65 Jahren und älter in einem Planungsbereich ist. Liegt dieser Anteil höher als im Bundesdurchschnitt, wird die Verhältniszahl (Einwohner je Arzt) so angepasst, dass etwa entsprechend mehr Hausärzte, Augenärzte und Urologen zugelassen

werden können. Zukünftig soll die Betrachtung differenzierter erfolgen. Es werden voraussichtlich vier Altersklassen gebildet und sowohl das Geschlecht berücksichtigt als auch die Zahl der dokumentierten Krankheiten nach Alter und Geschlecht betrachtet. Auf dieser Grundlage werden die Verhältniszahlen angepasst und es wird errechnet, ob in einem Planungsbereich mehr oder weniger Ärzte bzw. Psychotherapeuten benötigt werden als im Bundesdurchschnitt. Entsprechend werden die Sollzahlen der Ärzte und Psychotherapeuten angeglichen. Aller Voraussicht nach wird die Anwendung des Morbiditätsfaktors in Nordrhein zu zusätzlichen Niederlassungsmöglichkeiten führen.

Übergangsregelung: Kommt es zu der erwarteten Absenkung der Verhältniszahlen für Kinderärzte, Nervenärzte und/oder Psychotherapeuten sowie – auch für andere Arztgruppen – zu entsprechenden Regelungen bei der Berechnung des neuen Morbiditätsfaktors, so könnte sich die Zahl der Arzt- bzw. Psychotherapeutesitze deutlich erhöhen.

Für diesen Fall ist vorgesehen, den Landesausschüssen der Ärzte und Krankenkassen zur besseren Steuerung eine dreijährige Übergangsregelung einzuräumen. Grundsätzlich gut versorgte Planungsbereiche könnten dann vorübergehend gesperrt werden, um niederlassungswillige Ärzte und Psychotherapeuten in die Regionen zu lenken, in denen sie am dringendsten gebraucht werden.

Inkrafttreten der neuen Bedarfsplanungs-Richtlinie: Die neue Richtlinie soll am 1. Juli 2019 in Kraft treten. Sobald der KV Nordrhein der Beschluss des G-BA vorliegt und konkrete neue Verhältniszahlen und Quotenregelungen bekannt sind, werden wir Prognosen über die zu erwartende Entwicklung der Vertragsarzt- und Vertragspsychotherapeutesitze erstellen. Infos erhalten Sie dann über unsere Medien, unter anderem unseren Internet-Auftritt unter kvno.de

■ MONIKA STENDER



Foto: PhotoSG/fotolia.com

Vermittlung von Patienten

Termine gesucht!

Die Terminservicestelle der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein vermittelt Facharzttermine sowie psychotherapeutische Erstgespräche und Akutbehandlungen und – sofern erforderlich – zeitnahe probatorische Sitzungen an Patientinnen und Patienten. Damit die Servicestelle Termine vereinbaren kann, benötigen wir weitere Terminmeldungen.

Im KVNO-Portal haben Sie die Möglichkeit, Ihre Termine über den eTerminservice selbst einzugeben und zu verwalten.

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

1,7 Prozent plus

Honorarvereinbarung 2019

Die KV Nordrhein und die gesetzlichen Krankenkassen im Rheinland haben sich Mitte März 2019 über die Mittel für die ambulante Versorgung und die Vergütung der Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten für das laufende Jahr geeinigt. Insgesamt stehen für 2019 rund 76,5 Millionen Euro und damit 1,7 Prozent mehr Geld als im Vorjahr zur Verfügung.

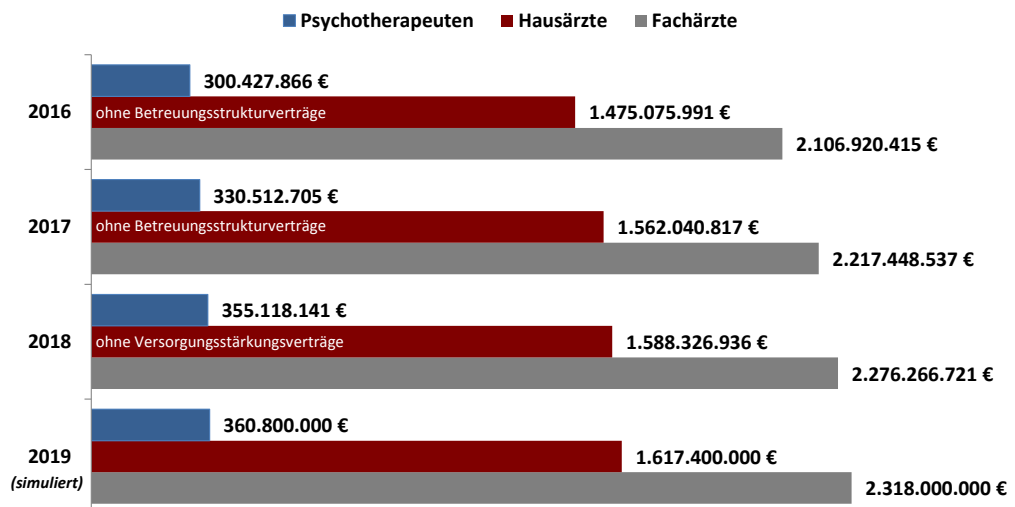
55,2 Millionen Euro aus der Honorarsteigerung entfallen auf die Anhebung der Morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV). Dazu gehört, gemäß der Bundesvorgaben, die Steigerung des regionalen Punktwerts um 1,58 Prozent auf 10,8226 Cent (bisher 10,6543 Cent, entspricht einem Plus von rund 46 Millionen Euro) sowie die Berücksichtigung der Veränderungsrate.

Um 16,8 Millionen Euro steigt die Einzelleistungsvergütung (EGV). Darunter fallen die

Fortführung bisheriger Einzelleistungsvergütungen, Sondervereinbarungen und Zuschläge. Die in Punkten bewerteten Leistungen werden in Höhe des regionalen Punktwerts angehoben, was einer Honorarsteigerung von 15,3 Millionen Euro entspricht. Die Gebührenordnungspositionen (GOP) 30900 und 30901 (Polysomnografie und Polygrafie) werden für drei Jahre extrabudgetär finanziert und damit künftig zu 100 Prozent vergütet. Etwaige Mengenentwicklungen gehen zulasten der Krankenkassen.

Entwicklung des Gesamthonorars

Die Gesamtvergütung für die Mitglieder der KV Nordrhein wird im Jahr 2019 bei etwa 4,5 Milliarden Euro in Nordrhein liegen. Davon entfallen auf die etwa 7450 Fachärzte etwa 2,6 Milliarden, auf die 6550 Hausärzte rund 1,55 Milliarden und auf die 3035 Psychotherapeuten circa 350 Millionen Euro.



Schwerpunkt Pflegeheimversorgung

16,5 Millionen Euro stehen zusätzlich für die Förderung der Pflegeheimversorgung bereit, verteilt auf zweieinhalb Jahre. Die Krankenkassen stellen die zusätzlichen Mittel ab 1. Juli dieses Jahres zur Verfügung. 4,5 Millionen Euro können noch in diesem Jahr, jeweils sechs Millionen Euro für die beiden Folgejahre verwendet werden. Details zu dieser Regelung beziehungsweise zur Verwendung der zusätzlichen Mittel sind noch Gegenstand weiterer Verhandlungen. Klar ist, dass die Vergütung von Hausbesuchen, die ja auch auf Bundesebene diskutiert wird, ein Thema bleibt. Für den am häufigsten abgerechneten Besuch mit der Ziffer GOP 01410 zahlen die Krankenkassen aktuell 22,59 Euro. Für die Betreuung eines Patienten im Pflegeheim kommt nochmal eine Vergütung für die Besuchsleistung (Besuchspauschale) von 13,32 Euro hinzu. Da der

GKV-Spitzenverband auf Bundesebene bisher eine bessere Vergütung ablehnt, soll im Zuge der EBM-Weiterentwicklung über eine höhere Vergütung von Hausbesuchen verhandelt werden.

„Wir haben mit der Vereinbarung ein solides Ergebnis erzielt, mit dem auch die Kolleginnen und Kollegen in Nordrhein gut leben können“, sagt Dr. med. Frank Bergmann, Vorstandsvorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein. „Wir begrüßen die rasche Einigung und investieren jetzt insgesamt 88,5 Millionen Euro in eine bessere Qualität und eine nachhaltige Stärkung der ambulanten Gesundheitsversorgung“, ergänzt Günter Wältermann, Vorsitzender des Vorstandes der AOK Rheinland/Hamburg, im Namen der gesetzlichen Krankenkassen im Rheinland.

■ DR. HEIKO SCHMITZ



CIRS^{NRW}

Machen Sie mit,
helfen Sie mit,
lernen Sie mit!

CIRS-NRW ist ein Lern- und Berichtssystem für kritische Ereignisse in der medizinischen Versorgung. Mit Ihrer Teilnahme an CIRS-NRW engagieren auch Sie sich für Sicherheitskultur und Patientensicherheit.

- CIRS-NRW ist:
- freiwillig
 - einfach
 - anonym
 - übersichtlich
 - interaktiv
 - effektiv



www.cirs-nrw.de

TSVG und TI: Kürzel mit Konfliktpotenzial

Die Kassenärztliche Vereinigung (KV) Nordrhein hatte ihre Vertreterversammlung (VV) vom 22. Februar auf den 30. März verschoben, um den Delegierten das komplette „Termin-Servicegesetz“ (TSVG) der Bundesregierung präsentieren zu können. Neben dem TSVG stand vor allem die Telematikinfrastruktur im Fokus der Sonder-VV.



links | Einstimmig wandten sich die VV-Mitglieder in einer Resolution gegen die Spaltung der Ärzteschaft in Teilnehmer und Gegner der Telematikinfrastruktur.

rechts | Am Tag vor der Sonder-VV beschäftigten sich die Teilnehmer in einer Klausurtagung mit aktuellen Themen. Die Studentin Constanze Czimmeck sprach darüber, wie der medizinische Nachwuchs die Herausforderungen der ärztlichen Tätigkeit sieht.

„Im Kern geht es ausschließlich um mehr und schnellere Termine. Statt der von der SPD gewünschten Bürgerversicherung haben wir im ersten Schritt die Termin-Servicestelle und jetzt das Termin-Servicegesetz bekommen, das Ausdruck der seit Jahren ungelösten Probleme der Großen Koalition ist.“ So fasste KVNO-Vorstandsvorsitzender Dr. med. Frank Bergmann die politische Großwetterlage rund um das TSVG zusammen (siehe auch Artikel auf den Seiten 2 und 3), dessen aus vertragsärztlicher Sicht wesentlichen Bestandteile er auf der Sonder-VV kommentierte. Die Ver-

anstaltung fand im Anschluss an die zweite Klausur der VV in Bensberg statt.

Das TSVG habe jedoch nicht nur Schattenseiten, betonte Bergmann. So könne die gemeinsame Plattform der Termin-Servicestelle (TSS) und der Notdienst-Hotline 116 117 eine sinnvolle Regelung sein, weil sie eine Steuerung der Patienten durch die KVen ermögliche. „Natürlich ist es fragwürdig, dass der Terminservice rund um die Uhr gilt. Niemand muss nachts um drei Uhr eine regulären Termin machen. Aber immerhin ist es uns ge-

meinsam mit der KBV gelungen, dass die Steuerung bei uns Ärzten verbleibt und nicht bei den Krankenkassen."

Mehr Service

Die Zahl der Anrufe bei der TSS nehme bereits deutlich zu. „Wir werden zukünftig einen erheblich höheren Personalaufwand haben. Bisher haben wir es hinbekommen, innerhalb der Frist zu vermitteln – das wird deutlich schwieriger werden, denn mehr Service für die Bürger vermehrt keine Arztzeit.“ Das TSVG habe erstmal nichts mit einer Verbesserung der Versorgung zu tun, zumal das Thema Eigenverantwortung der Patienten ausgeklammert wurde. Kritisch kommentierte Bergmann die Vorgabe der Mindestsprechstundenzeit von 25 Stunden. „Wir arbeiten im Schnitt über 50 Stunden, daher ist die Regelung blanker Populismus. Sie schafft wie die neuen Vergütungsregelungen oder die Dokumentation offener Sprechstunden vor allem neue Bürokratie.“

Fazit: „Der Gesetzgeber hätte sein Misstrauen gegenüber der Ärzteschaft nicht deutlicher formulieren können“, so Bergmann.

Bernd Zimmer, Vorsitzender der KVNO-Vertreterversammlung, stellte eine Verbindung zwischen dem TSVG und der Freiberuflichkeit her: „Ich habe große Sorge, dass dieser Staat durch seine Gesetzgebung und Vorgaben zunehmend unsere Freiberuflichkeit einschränkt und versucht, ärztliches Handeln zu beeinflussen.“ Das betreffe auch die gesetzliche Vorgabe zum Anschluss an die Telematikinfrastruktur (TI): „Warum stößt diese Verpflichtung auf so viele Vorbehalte? Weil die nächsten Schritte und Beschlüsse für mehr Kontrolle und Zugriff auf unsere Daten absehbar sind.“ Die VV-Mitglieder beschlossen einstimmig eine Resolution, die während der Klausurtagung der VV in einer Ad-hoc-Arbeitsgruppe vorbereitet worden war.

■ DR. HEIKO SCHMITZ

Resolution der VV zur Telematikinfrastruktur

„Wir, die gewählten Vertreterinnen und Vertreter der Vertragsärzte- und Psychotherapeuteschaft in Nordrhein,

- in Besorgnis über die aktuellen Entwicklungen und die angedrohten Sanktionen sowie weiterer angeordneter Maßnahmen bei Verweigerung des TI-Anschlusses,
- in Empörung über die katastrophale und Vertrauen beschädigende Kommunikation der Verantwortlichen zu essenziellen Sicherheitsfragen der Telematikinfrastruktur und der dezentralen Komponenten und zu daraus resultierenden Besorgnissen,
- in Solidarität mit allen Kolleginnen und Kollegen,

erklären hiermit:

1. Wir sind solidarisch mit allen verunsicherten und sich unter Druck fühlenden Kolleginnen und Kollegen, die sich unter dem massiven Drohpotenzial an die TI anschließen oder sich bewusst dagegen entscheiden.
2. Wir sehen die Information der politisch Verantwortlichen hinsichtlich der Sicherheitsfragen und der Si-

cherheitsstruktur mit den Konsequenzen für Praxen und die daraus resultierenden Haftungsrisiken als Vertrauen zerstörend an.

3. Die politisch Verantwortlichen sehen wir in der vollumfänglichen Verantwortung für alle Folgen.
4. Wir stellen uns uneingeschränkt hinter das Arzt- und Psychotherapeuten-Patientenverhältnis und fordern eine sofortige Anpassung der Sicherheitskultur in Deutschland an internationale Standards. Dieses soll gelten für alle Digitalisierungsmaßnahmen und für die Telematikinfrastruktur.
5. Die Wahrung des Patientengeheimnisses als Teil der Grund- und Menschenrechte ist unantastbar.
6. Wir fordern eine offene und transparente Diskussion zu allen aufgeworfenen Fragen.
7. Wir stellen uns hinter alle durch ihre Entscheidungen betroffenen Kolleginnen und Kollegen.
8. Wir fordern die Darstellung der Folgen für die einzelnen Ärztinnen und Ärzte sowie die Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten.“

Die große Installationswelle

Bis 31. März 2019 hatten Ärzte und Psychotherapeuten nach den Vorgaben des Gesetzgebers Zeit, die Weichen für den Anschluss an die Telematikinfrastruktur (TI) zu stellen, also die notwendige Hardware und Installation zu bestellen. Die Bestellbestätigung mussten sie der KV einreichen – und das haben die meisten auch gemacht.

Anfang Mai 2019 waren in Nordrhein knapp 20 Prozent der Praxen an die TI angeschlossen. In Kürze dürften es deutlich mehr sein, denn über 10.000 Praxen hatten bereits einen sogenannten Praxisausweis (SMC-B-Karte) bestellt bzw. Erklärungen an die KV Nordrhein gesendet, dass die nötige Hard- und Software geordert ist. Viele Praxen werden in den nächsten Wochen an die TI angeschlossen. Damit der Anschluss möglichst reibungslos läuft, stellt die KV Nordrhein zum Beispiel Infos und Checklisten auf einer eigenen Website bereit (siehe Kasten). Bis zum 30. Juni soll dies laut E-Health-Gesetz abgeschlossen sein. Dann stellt sich natürlich die Frage: Wie erhalte ich die Pauschalen für den Anschluss und den laufenden Betrieb?

Einfach: Abrechnungsverfahren
Die Pauschalen erhalten Praxen erst, nachdem sie das erste Mal mindestens einen Abgleich der Versichertenstammdaten online durchgeführt haben. Am einfachsten und schnellsten ist das sogenannte Abrechnungsverfahren: Praxen erhalten die Pauschalen dabei automatisch spätestens zwölf Wochen nach Ende des Abrechnungsquartals – ganz ohne weiteres Zutun.
Deutlich aufwendiger und inzwischen kaum noch schneller ist das Antragsverfahren. Hier stellen Praxen einen Förderantrag unmittelbar nach dem ersten Versichertenstammdatenabgleich. Die Auszahlung findet derzeit frühestens acht Wochen nach Eingang des Antrags statt.

Auch Ärzte und Psychotherapeuten kurz vor dem Ruhestand müssen ihre Praxis an die TI anbinden. Eine Übergangsregelung sieht das Gesetz leider nicht vor. Wer bereits weiß, dass er seine Praxis in Kürze abgeben oder schließen wird, sollte vorab die Vertragslaufzeiten prüfen und bei Bedarf kürzere Laufzeiten oder ein Sonderkündigungsrecht mit dem Anbieter vereinbaren, empfiehlt die Kassenärztliche Bundesvereinigung. Das gilt nicht nur für die technischen Komponenten, auch Verträge für den Praxisausweis haben teils lange Laufzeiten. Ärzten und Psychotherapeuten, die keine Versichertenstammdaten online abgleichen, muss die KV Nordrhein aufgrund gesetzlicher Vorgaben ein Prozent des Honorars abziehen. ■ FRANK NAUNDORFF

So klappt die Installation

Checkliste: Damit die Installation der TI-Technik in der Praxis möglichst reibungslos abläuft, hat die KV Nordrhein eine Checkliste mit den zehn wichtigsten Punkten erstellt. So ist zum Beispiel nötig, dass die Praxis die SMC-B-Karte rechtzeitig vor der Installation bestellt und alle nötigen Passwörter vorliegen. Die Checkliste zum Herunterladen finden mit vielen weiteren Informationen der KV Nordrhein und Kontaktdaten unter: onlinerollout.de

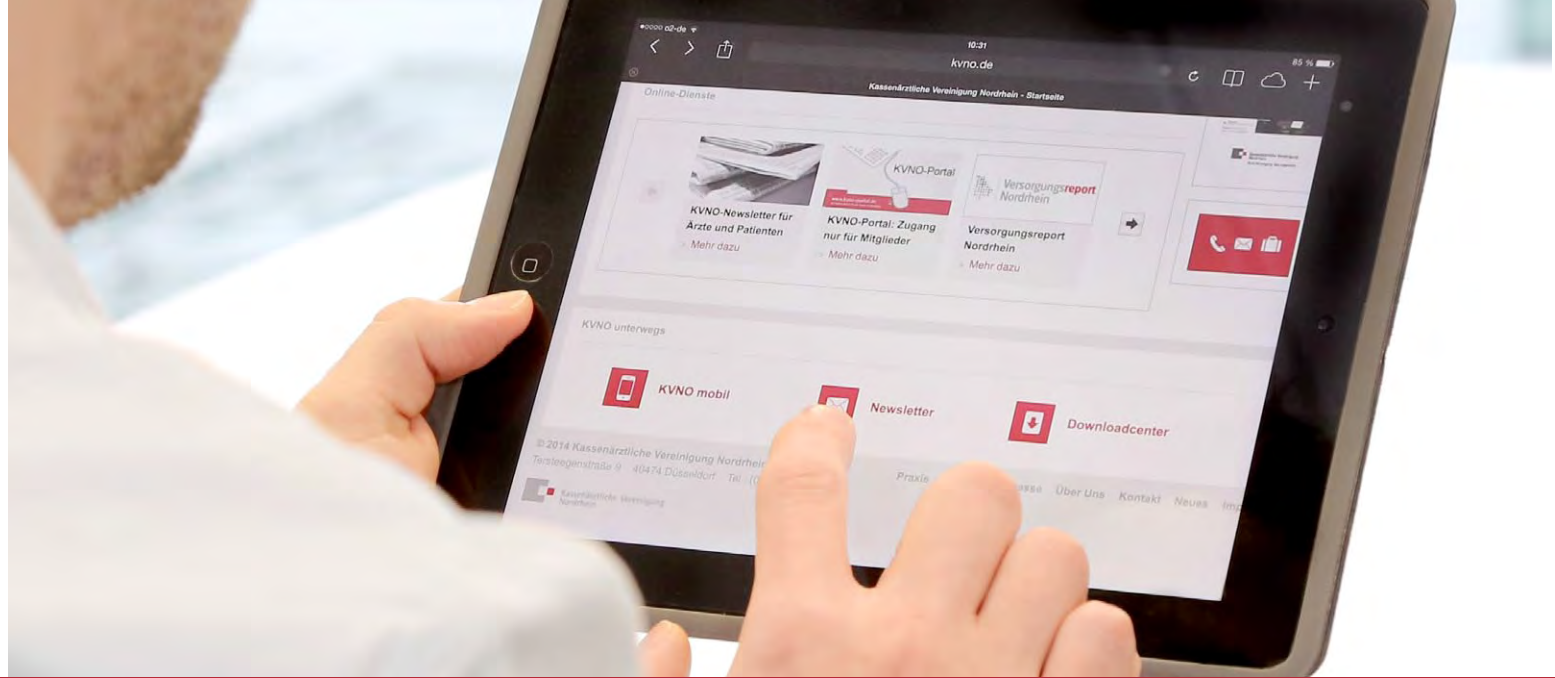
Hotline: Wenn Sie Fragen rund um den TI-Einstieg haben, ist Ihr IT-Haus ein wichtiger Ansprechpartner. Darüber hinaus können Sie sich gern an unsere IT-Hotline wenden. Sie ist erreichbar am Montag, Mittwoch und Donnerstag von 8 bis 17 Uhr, Dienstag von 8 bis 16 Uhr und Freitag von 8 bis 13 Uhr: Telefon 0211 5970 8500 | Telefax 0211 5970 9500 | E-Mail it-hotline@kvno.de

Engagiert für Gesundheit.
Kassenärztliche Vereinigung
Nordrhein

Checkliste: Für den reibungslosen Anschluss an die TI

Um einen reibungslosen Ablauf der Installation zu gewährleisten und mögliche Mehrkosten zu vermeiden, sollten Praxen die in dieser Checkliste genannten Punkte im Vorfeld des Installationstermins klären. Nur, wenn Sie alle Punkte als erledigt abhaken, ist Ihre Praxis bereit für eine reibungslose Installation von Konnektor und Co.

	ERLEDIGT
<p>1. Ein Internet-Anschluss ist in der Praxis vorhanden.</p> <p>Ein Internet-Anschluss ist Grundvoraussetzung für die Anbindung an die Telematik-Infrastruktur. Wenn kein PC in Ihrer Praxis an das Internet angeschlossen ist, sollten Sie sich rechtzeitig im Vorfeld um die Anbindung kümmern. Mindestens sollte ein DSL-Anschluss vorhanden sein, wobei die vorteilhafteste Bandbreite ausreicht.</p> <p>Rechnen Sie für Beschaffung und Installation genug zeitlichen Vorlauf ein.</p>	
<p>2. Der Praxisausweis (SMC-B) inklusive PIN liegt vor und ist freigezeichnet.</p> <p>Um eine Verbindung zwischen der Praxis und der TI herzustellen, ist ein Praxisausweis (SMC-B) erforderlich. Der Praxisausweis muss zum Installationstermin vorliegen, er wird in das Kartenregal einsteigbar und versiegelt. Den Praxisausweis bestellen Sie direkt bei einem zugelassenen Trusted Service Provider (Kartenhersteller). Zertifizierte Provider und die Kontaktstellen finden Sie auf onlinerollout.de.</p> <p>Vom Senden des Antrags bis zum Empfang der Karte und PIN können vier Wochen vergehen. Der Praxisausweis muss nach Erhalt über einen Online-Link bei einem kassenärztlichen Fragesteller werden. Beim Installationstermin benötigen Sie Praxisausweis und PIN, die Sie mit einem separaten Brief ebenfalls vom Kartenhersteller erhalten. Bewahren Sie die PIN an einem sicheren Ort auf, da Sie sie auch während des späteren Betriebs benötigen können.</p>	
<p>3. Update des Praxisverwaltungssystems (PVS) ist erfolgt.</p> <p>Für die Verbindung mit der TI müssen 10 freien PVS-Anpassungen vorgenommen werden. Das Update ist die Grundvoraussetzung für alle weiteren Schritte zur Anbindung an die TI. Es sollte bereits im Vorfeld stattfinden, zur Not ist dies aber auch während der Anbindungs-Installation möglich. Nehmen Sie rechtzeitig Kontakt zu Ihrem PVS-Hersteller auf und erwidern Sie sich, wenn das Update für PVS verfügbar ist und ob es im Vorfeld oder während der Installation eingepflegt wird.</p>	
<p>4. Alle nötigen Passwörter liegen vor.</p> <p>Zum Installationstermin müssen folgende Passwörter vorliegen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Benutzername/Kennwort für die Anmeldung am Betriebssystem und am PVS ■ Administrationskennwort für die Anmeldung am Betriebssystem und am PVS ■ Zugangsdaten für den DSL-Router <p><small>Bitte beachten Sie, dass Online-Passwörter zum Abrufen des Installationsstatus Online können bzw. können ebenfalls am Online-portal der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrh.</small></p>	



Neues auf den Punkt gebracht

Besser informiert mit den Newslettern der KV Nordrhein

■ KVNO-Ticker

Der Nachrichtendienst der KV Nordrhein inklusive aktueller Honorar-Informationen

■ Amtliche Bekanntmachungen

Ob Ausschreibungen, Honorarverteilungsmaßstab oder Verträge: Die Amtlichen Bekanntmachungen der KV Nordrhein gibt es jetzt auch als Newsletter.

■ Internet

Der Newsletter informiert regelmäßig über aktuelle Neuigkeiten im Internetangebot der KV 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

■ 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.



Engagiert für Gesundheit.
Kassenärztliche Vereinigung
Nordrhein



www.kvno.de

Praxiseinstieg leichter gemacht

Wenn es um aktuelle Informationen zum Praxiseinstieg, zu Fördermöglichkeiten und regionalen Vorteilen für eine Niederlassung in Nordrhein geht, ist das Internetportal *arzt-sein-in-nordrhein.de* die erste Adresse. Nun gibt es neue Funktionen, die das Auffinden freier Arztsitze in der hausärztlichen Versorgung weiter erleichtern.

Mit wenigen Klicks gelangen Sie zu einer interaktiven Karte, in der Förderregionen, Planungsbereiche und Gemeinden in Nordrhein markiert sind, in denen Landärzte gesucht und Niederlassungen unterstützt werden. Sie erkennen auf einen Blick, in welchen Gebieten (sogenannten Mittelbereichen) derzeit freie Arztsitze angeboten werden und welche Bereiche gesperrt sind, also freie Arztsitze nur bei Ausschreibung belegt werden können.

Ein Klick in die Karte genügt, und Sie erhalten weitere Informationen zum derzeitigen Ver-

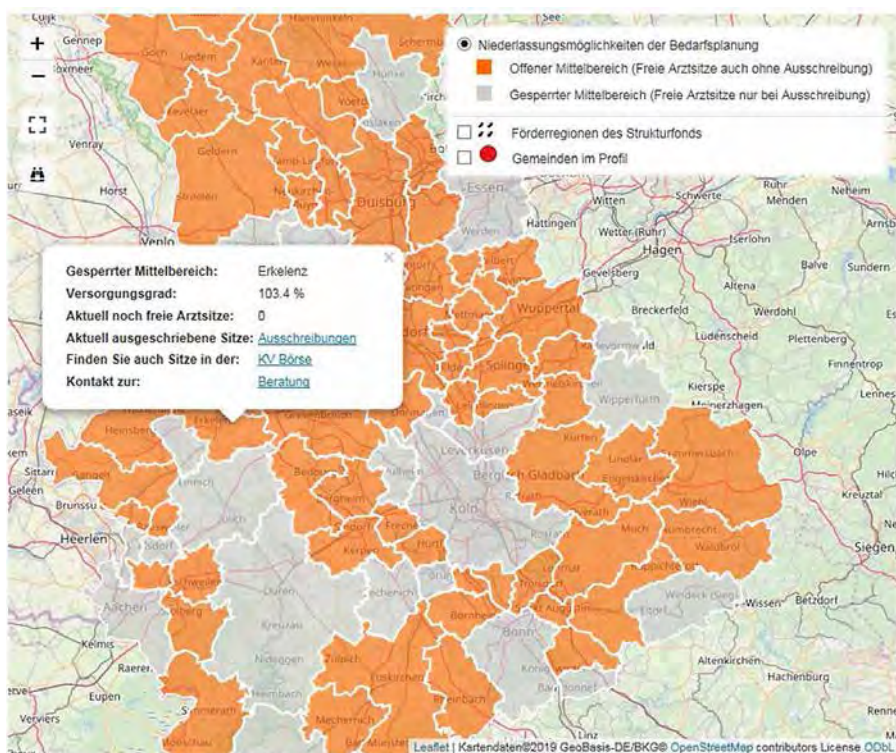
sorgungsgrad in einer bestimmten Region und zur Anzahl freier Arztsitze. Ein Link führt direkt zur KV-Börse und zu den Niederlassungsberatern der KVNO. In den grau hinterlegten, gesperrten Bereichen wird zusätzlich noch ein Link zu den ausgeschriebenen Vertragsarztsitzen angeboten.

Doch damit nicht genug: Sie können sich auch gezielt die Förderregionen des Strukturfonds anzeigen lassen. Sie interessieren sich zum Beispiel für eine Niederlassung in Kleve? Dann klicken Sie in der Karte einfach den Kreis Kle-

ve an und erfahren sofort, wie viele geförderte Arztsitze dort derzeit verfügbar sind. Auch hier führen Verlinkungen zu weiteren Informationen, zum Beispiel aktuellen Fördermöglichkeiten durch den Strukturfonds.

Wenn Sie sich zunächst über die Gegebenheiten vor Ort informieren möchten, aktivieren Sie einfach das Kästchen „Gemeinden im Profil“. Hier stellen sich Städte und Gemeinden in Nordrhein mit ihrer Infrastruktur vor und nennen Ansprechpartner für Ärztinnen und Ärzte.

■ RALF NAUNDORF



Über 5000 Patienten eingeschrieben

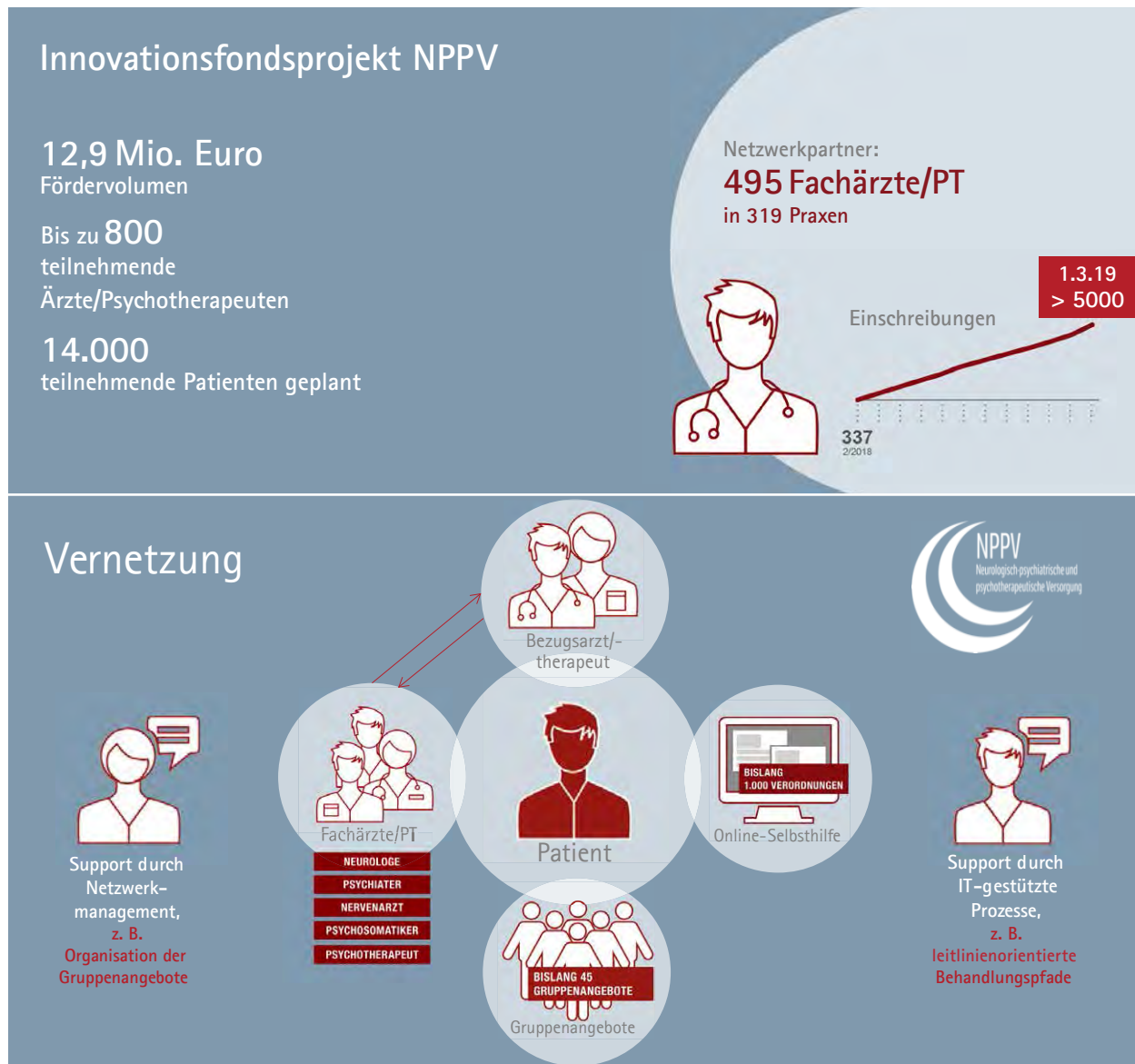
NPPV: Projekt ausgezeichnet

Seit Anfang März 2019 sind mehr als 5000 Patientinnen und Patienten in das NPPV-Projekt der KV Nordrhein und der IVP Networks GmbH eingeschrieben. Rund 500 Fachärzte und Psychologische Psychotherapeuten nehmen derzeit teil – weiteres Wachstum ist willkommen.

Anfang April erhielt das vom Innovationsfonds geförderte Projekt in Berlin den Hauptpreis der Gesundheitsnetzwerker 2019. Der Jury gefiel besonders die engmaschige Begleitung der Patienten und die Kooperation von Ärzten, Psychotherapeuten, Case Managern und Krankenhäusern.

„Alle am Behandlungsprozess Beteiligten sind einbezogen und arbeiten mit sinnvoller digitaler Unterstützung auf Höhe der Zeit“, lobte die Jury. Assessment und Behandlungspfade werden über einfache IT-gestützte Prozesse gemanagt, auch E-Mental-Health-Angebote gehören zum Angebot.

■ FRANK NAUNDORF



Mehr Infos unter nppv-nordrhein.de | KV | 190513

Stolperstart der Gesundheitsuntersuchung

Was lange währt, wird gut. Zumindest für den Start der neuen Gesundheitsuntersuchung traf diese Redewendung nicht zu. Seit 1. April 2019 sind die Neuerungen in Kraft – was aber leider erst wenige Tage zuvor beschlossen wurde, sodass die Infos nicht rechtzeitig in den Praxen ankamen. Immerhin: Nach einiger Kritik beschlossen GKV-Spitzenverband und Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) eine Übergangregelung.

Diese Regelung sieht vor, dass bei Patientinnen und Patienten, bei denen im Jahr 2017 die letzte Gesundheitsuntersuchung durchgeführt wurde, die Wiederholungsuntersuchung bis zum 30. September 2019 terminiert sein kann. Für alle gesetzlich Versicherten ab 35 Jahren, bei denen die letzte Gesundheitsuntersuchung im Jahr 2018 (und später) stattgefunden hat, gilt das neue dreijährige Untersuchungsintervall. Mit anderen Worten: Wurde 2018 eine Gesundheitsuntersuchung durchgeführt, kann der nächste Check-up wieder ab

dem Jahr 2021 erfolgen. Versicherte, die 2019 den Check-up wahrnehmen, haben 2022 wieder Anspruch auf die Untersuchung.

„Die KV Nordrhein begrüßt, dass die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der GKV-Spitzenverband schnell auf den Unmut in den KVen und vor allem in den Praxen reagiert und zügig eine Regelung gefunden haben. Wir hätten uns eine solche Übergangslösung natürlich früher gewünscht und gern früher kommuniziert, aber offenbar ist das Ausmaß der durch die Neuregelung entstandenen Probleme erst mit Verspätung in Berlin angekommen“, sagte Dr. med. Frank Bergmann, Vorstandsvorsitzender der KV Nordrhein.

Der Gemeinsame Bundesausschuss hatte bereits 2018 die Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinie überarbeitet und damit eine Vorgabe aus dem Präventionsgesetz umgesetzt. Neu ist neben dem längeren Untersuchungsintervall unter anderem, dass Versicherte zwischen dem vollendeten 18. und vollendeten 35. Lebensjahr einmalig zum Check-up gehen können.

Vergütung leicht angehoben

Die KBV und der GKV-Spitzenverband haben die Vergütung leicht erhöht: Die EBM-Gebührenordnungsposition (GOP) 01732 ist jetzt mit 320 statt bisher 303 Punkten bewertet. Für eine Untersuchung erhält eine Praxis demnach 34,63 Euro extrabudgetär.

Check-up: Die wichtigsten Neuerungen

- Bei Versicherten ab 35 Jahre kann der Check-up nur noch alle drei Jahre stattfinden.
- Versicherte zwischen 18 und 35 Jahren haben einmalig einen Anspruch auf einen Check-up.
- Die Beratung erhält mehr Gewicht. Kardiovaskuläre Risiken sollten mittels Risk-Charts systematisch erfasst werden, wenn dies aus ärztlicher Sicht angezeigt ist. Je nach Ergebnis erfolgt im Anschluss eine Beratung, wie das Risiko einer Herz-Kreislauf-Erkrankung minimiert werden kann.
- Die Blutuntersuchung wird erweitert. Dabei wird künftig ein vollständiges Lipidprofil erstellt, bestehend aus Gesamtcholesterin, LDL- und HDL-Cholesterin sowie Triglyceriden.
- Neu ist auch eine Impfanamnese.
- Die Bürokratie wird reduziert. Ärzte müssen die Ergebnisse des Check-ups nicht mehr auf dem Formular 30 („Berichtsvordruck Gesundheitsuntersuchung“) dokumentieren. Die Dokumentation erfolgt künftig ausschließlich in der Patientenakte.

Auch die Laborleistungen nach den GOP 32880 bis 32882 wurden angepasst. Seit 1. April haben sich mit der neuen Gesundheitsuntersuchung die dazu gehörenden Laborpauschalen im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) geändert. Neben Urin-, Blutzucker- und Gesamtcholesterin soll im Rahmen des Check-ups nun ein vollständiges Lipidprofil erfolgen. Dieses setzt sich aus Gesamt-, HDL- und LDL-Cholesterin sowie Triglyceriden zusammen. Bei den 18- bis 35-Jährigen soll das Blut nur bei entsprechender Risikokonstellation untersucht werden, ein Urintest ist nicht vorgesehen.

Die Laborleistungen im Rahmen des Check-ups werden weiterhin über die GOP 32880, 32881 und 32882 abgerechnet, die Ziffern haben teilweise andere Inhalte:

- 32880, Harnstreifentest auf Eiweiß, Glukose, Erythrozyten, Leukozyten, Nitrit
- 32881, Bestimmung der Nüchternblutzucker
- 32882, Bestimmung von Gesamtcholesterin, LDL-Cholesterin, HDL-Cholesterin, Triglyceride (Lipidprofil)

Die Ausschlüsse zur Gesundheitsuntersuchung nach GOP 01732 bleiben im Wesentlichen unverändert.

Die wichtigsten neuen Bestimmungen bei kurativen Laboren:

- Die GOP 32030 kann nicht mehr für Urin-Streifentests abgerechnet werden – für andere orientierende Laboruntersuchungen/Schnelltests aber sehr wohl.
- Die GOP 32032 ist und bleibt die apparative pH-Messung. Sie war auch früher nicht für die pH-Bestimmung im Urin möglich.
- Für Urin-Streifentests ist jetzt die GOP 32033 abrechnungsfähig. Sie beinhaltet Tests auf Eiweiß, Glukose, Erythrozyten, Leukozyten, Nitrit, pH-Wert, spezifisches Gewicht, Ketonkörper und gegebenenfalls eine Ascorbinsäurekontrolle. Mindestens fünf dieser Parameter müssen getestet werden.
- GOP 32033 dürfen Ärzte nicht mit der GOP 01732 in gleicher Sitzung abrechnen.

■ FRANK NAUNDORF

In unserem Internet-Angebot finden Sie alle Infos rund um die Gesundheitsuntersuchung unter kvno.de | KV 190515

Flyer und Plakat

Die KV Nordrhein hat im April ein Wartezimmerplakat und Flyer an die Hausarztpraxen verschickt.

Wer mehr Plakate und Flyer benötigt, kann sie kostenlos per E-Mail bestellen bei gernot.grothe@kvno.de

Der Flyer steht im Internet ab Anfang Mai 2019 auch als Infoblatt in fünf Fremdsprachen zur Verfügung.

Alle Infos für Patienten finden Sie unter kvno.de/check-up





Früherkennung: Koloskopie schon für Männer ab 50

Seit 19. April 2019 ist die Koloskopie im Rahmen der Krebsfrüherkennung für Männer ab 50 Jahren Kassenleistung. Grund: Sie haben ein höheres Risiko als Frauen, an Darmkrebs zu erkranken. Für Frauen bleibt das Anspruchsalter ab 55 Jahren bestehen. Die Untersuchung ist – wie bisher – zweimal im Abstand von zehn Jahren möglich.

Ebenfalls neu: Ärzte können die Beratung zur Früherkennung von Darmkrebs nach der Gebührenordnungsposition (GOP) 01740 jetzt bei allen Versicherten schon ab 50 Jahren abrechnen. Bislang war dies ab 55 Jahren möglich. Die Bewertung wurde um 12 Punkte auf 115 Punkte (12,45 Euro) angehoben.

Der Gemeinsame Bundesausschuss hatte im vergangenen Jahr die Richtlinie für organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme beschlossen. Die Darmkrebsfrüherkennung ist das erste organisierte Programm, das danach umgesetzt wird. Gesetzlich Versicherte ab 50 Jahren werden ab Juli schriftlich regelmäßig von den Krankenkassen zum Screening eingeladen.

Mehr Infos unter kvno.de | [KV | 190516](#)

Polysomnografie und kardiorespiratorische Polygrafie

Leistungen der kardiorespiratorischen Polygrafie und Polysomnografie werden ab 2019 ohne Mengengrenzung extrabudgetär entsprechend der Preise im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) vergütet. Das haben die KV Nordrhein und die gesetzlichen Krankenkassen beschlossen. Die Regelung gilt befristet für drei Jahre.

Bisher wurden die Leistungen der Polygrafie je nach Arztgruppe entweder innerhalb des Regelleistungsvolumens (RLV) oder innerhalb ei-

nes qualifikationsgebundenen Zusatzvolumens (QZV) vergütet. Nach der neuen Regelung sinkt zwar in beiden Fällen das zugeteilte RLV-/QZV-Volumen, diesem steht aber auch insgesamt eine kleinere Leistungsmenge gegenüber, da der Leistungsbedarf der Polygrafie das zugeteilte RLV/QZV nicht mehr belastet.

Im fachärztlichen Versorgungsbereich erfolgte die Vergütung der Polysomnografie bisher gemäß der Regelung des Honorarverteilungsmaßstabs (HVM) aus einem Kontingent. Dies hatte zur Folge, dass der sich rechnerisch ergebende Punktwert deutlich unter dem regional vereinbarten Punktwert lag. Eine Mengenausweitung hat daher zu einem niedrigeren Punktwert geführt. Dies ist durch die Neuregelung aufgehoben. Die Vergütung erfolgt zum festen Preis nach EBM.

Wenn die Leistungen der kardiorespiratorischen Polygrafie und der Polysomnografie bislang innerhalb des Regelleistungsvolumens vergütet wurden, wird der RLV-Fallwert diese Leistungen künftig nicht mehr enthalten. Das heißt: Der Fallwert ist niedriger als bisher. Das QZV „kardiorespiratorische Polygrafie“ wird ersatzlos gestrichen.

Keratokonus: Hornhautvernetzung ist Kassenleistung

Augenärzte können bei Patienten mit fortschreitendem Keratokonus seit 1. April 2019 die Hornhautvernetzung mit Riboflavin als neue Behandlungsmethode anwenden. Das hat der Bewertungsausschuss festgelegt und mehrere Gebührenordnungspositionen (GOP) in den EBM aufgenommen. Es handelt sich um eine genehmigungspflichtige Leistung des Kapitels 31 EBM.

Den operativen Eingriff rechnen Ärzte über die GOP 31364 ab. Diese Leistung ist je Au-

ge mit 2.704 Punkten bewertet (292,64 Euro) und kann je Auge höchstens einmal im Krankheitsfall berechnet werden.

Zur Vergütung der topografischen Untersuchung der Hornhaut wurde zudem die Grundpauschale der Augenärzte für die Altersklasse 6. bis 59. Lebensjahr (GOP 06211) um zwei Punkte angehoben. Die höhere Grundpauschale gilt für alle Behandlungsfälle, auch wenn keine UV-Vernetzung mit Riboflavin erfolgt.

Die Hornhauttomografie wurde als weitere diagnostische Begleitleistung mit der GOP 06362 in den EBM aufgenommen. Sie ist je Auge einmal am Behandlungstag und höchstens zweimal im Krankheitsfall berechnungsfähig. Diese Leistung ist mit 231 Punkten (25 Euro) bewertet. Die Sachkosten für Riboflavin (Kostenpauschale GOP 40681) werden mit 86 Euro erstattet.

Darüber hinaus können Augenärzte die postoperative Behandlung abrechnen. Hierfür stehen zwei neue Abrechnungsziffern bereit: die GOP 31738 für Augenärzte, die den Eingriff selbst vorgenommen haben, und die GOP 31737, wenn Augenärzte die Nachsorge bei einem an sie überwiesenen Patienten durchführen.

Alle neu eingeführten Leistungen werden extrabudgetär und damit zu festen Preisen bezahlt. Im Zusammenhang mit der Höherbewertung der Grundpauschale wird die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung entsprechend angehoben.

Mehr Infos unter kvno.de | [KV | 190517](https://www.kvno.de/kvno/190517)

Videosprechstunde ab 1. April für alle Indikationen

Die Einschränkung auf bestimmte Indikationen bei der Videosprechstunde ist seit 1. April 2019 aufgehoben. Der EBM wurde entsprechend angepasst. Durch den Wegfall der definierten Krankheitsbilder können jetzt auch



Psychotherapeuten folgende Leistungen der Videosprechstunde abrechnen:

- GOP 01439: Betreuung eines Patienten im Rahmen einer Videosprechstunde (88 Punkte | 9,52 Euro)
- GOP 01450: Technik- und Förderzuschlag (40 Punkte | 4,33 Euro | extrabudgetär)
- Die GOP 01439 gilt auch hier nur für Fälle, bei denen der Patient in einem Quartal nicht die Praxis aufsucht. Sie ist einmal im Behandlungsfall berechnungsfähig, wenn der Patient in den vorangegangenen zwei Quartalen mindestens einmal in der Praxis persönlich vorstellig geworden ist.

Die Videosprechstunde wurde zudem auch für Pflegefallkonferenzen zwischen dem Arzt beziehungsweise Psychotherapeuten und der Pflegekraft – bei der kein Patient einbezogen ist – angepasst. Dafür kann die GOP 01450 neben den GOP 37120 (Fallkonferenz Pflegeheim) und 37320 (Fallkonferenz Palliativversorgung) abgerechnet werden. Videosprechstunden zwischen Vertragsärzten beziehungsweise Vertragspsychotherapeuten und Pflegebedürftigen, eventuell unterstützt durch Bezugspersonen, können weiterhin auf Basis der bestehenden Regelungen im EBM erfolgen.

Ab sofort können auch Psychotherapeuten Videosprechstunden anbieten. Benötigt werden Bildschirm mit Kamera, Mikrofon und Lautsprecher sowie eine Internetverbindung eines zertifizierten Videodienstbieters.

Mehr Infos unter kvno.de | [KV | 190517](https://www.kvno.de/kvno/190517)

Höhere Vergütung für Herzschrittmacher-Kontrolle

Kardiologen erhalten für die Funktionsanalyse von Schrittmachersystemen eine höhere Vergütung. Das hat der Bewertungsausschuss beschlossen und die Punktzahlen rückwirkend zum 1. Januar erhöht.

Die Anhebung wurde notwendig, weil die mit der differenzierten Abbildung der Aggregattypen vereinbarte Punktsummenneutralität für Funktionsanalysen nicht ausgeschöpft wurde.

Die telemedizinische und konventionelle Funktionsanalyse von Schrittmachersystemen wird seit Oktober 2017 nach drei Aggregattypen differenziert vergütet: Schrittmacher, implantierte Kardioverter oder Defibrillatoren sowie implantierte Systeme zur kardialen Resynchronisationstherapie (CRT-P, CRT-D).

Fachärzte für Innere Medizin und Kardiologie (Kapitel 13 EBM) sowie Pädiater (Kapitel 4 EBM) können die Leistungen abrechnen. Die Ärzte benötigen dafür eine Genehmigung ihrer Kassenärztlichen Vereinigung.

Die neue Bewertung im Überblick

GOP	Art der Funktionskontrolle	Bewertung bis 31.12.2018 Orientierungswert: 10,6543 Cent	Bewertung seit 1.1.2019 Orientierungswert: 10,8226 Cent
EBM Kapitel 13 – Innere Medizin und Kardiologie			
13571	Herzschrittmacher konventionell	189 Punkte 20,14 Euro	216 Punkte 23,38 Euro
13573	Kardioverter Defibrillator konventionell	350 Punkte 37,29 Euro	400 Punkte 43,29 Euro
13574	Kardioverter Defibrillator telemedizinisch	350 Punkte 37,29 Euro	400 Punkte 43,29 Euro
13575	CRT konventionell	431 Punkte 45,92 Euro	492 Punkte 53,28 Euro
13576	CRT telemedizinisch	431 Punkte 45,92 Euro	492 Punkte 53,28 Euro

EBM Kapitel 4 – Pädiater

04411	Herzschrittmacher konventionell	347 Punkte 36,97 Euro	396 Punkte 42,86 Euro
04413	Kardioverter Defibrillator konventionell	641 Punkte 68,29 Euro	732 Punkte 79,22 Euro
04414	Kardioverter Defibrillator telemedizinisch	641 Punkte 68,29 Euro	732 Punkte 79,22 Euro
04415	CRT konventionell	789 Punkte 84,06 Euro	901 Punkte 97,51 Euro
04416	CRT telemedizinisch	789 Punkte 84,06 Euro	901 Punkte 97,51 Euro

Anhang 2 des EBM aktualisiert

Der Anhang 2 des EBM wurde zum 1. April 2019 an die aktuelle Version des Operationen- und Prozedurenschlüssels angepasst. Der Bewertungsausschuss nahm neue Codes des aktuellen Operationen- und Prozedurenschlüssels (OPS) in den Anhang 2 auf und streicht ungül-

tige (beendete) Codes. Die Anpassungen beruhen auf der jährlichen Aktualisierung der Internationalen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD-10-GM) und des OPS durch das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information.

Digitale Vordrucke und Ersatzverfahren bei ungültiger KVK

Seit dem 1. April 2019 können Praxen auch für Versicherte der Krankenversicherung der Bundesbeamten (KVB) sowie der Postbeamtenkrankenkasse (PBeaKK) digitale Vordrucke der Anlage 2b zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) nutzen. Dies betrifft folgende Vordrucke:

- Überweisung zum radiologischen Telekonsil (Muster 6)
- wenn für die Durchführung der Leistung des überweisungsannahmenden Arztes kein Arzt-Patienten-Kontakt erforderlich ist: Überweisung nach Muster 6
- Laborüberweisung (Muster 10)
- Anforderungsschein für Laboruntersuchungen bei Laborgemeinschaften (Muster 10A)

Zusätzlich kann für Versicherte der PBeaKK mit ungültiger Krankenversichertenkarte (KVK) ein Ersatzverfahren gemäß Anlage 4a zum BMV-Ä angewendet werden.

Mehr Infos unter kvno.de | [KV | 190519](http://kvno.de)

DMP Asthma zum 1. April 2019 aktualisiert

Die nordrheinischen Vertragspartner haben den Vertrag zum Disease-Management-Programm (DMP) Asthma bronchiale aufgrund der Richtlinienanpassung des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zum 1. April 2019 angepasst. So können jetzt auch Kleinkinder ab Vollendung des ersten Lebensjahres am DMP Asthma teilnehmen. Für Eltern von Vorschulkindern wurde eine spezielle Asthmaschulung (ASEV) eingeführt.

Für Klein- und Vorschulkinder, bei denen eine valide Lungenfunktion noch nicht durchführbar ist, müssen für eine Einschreibung folgende Kriterien der Diagnosestellung vorliegen:



silentalex88 | Fotolia

Statt des altersunabhängigen Grenzwertes von $FEV_1|VC \leq 70$ Prozent beziehungsweise 75 Prozent können die neueren altersabhängigen Sollwerte der Global Lung Initiative (GLI) eingesetzt werden, die die Altersabhängigkeit von $FEV_1|VC$ berücksichtigen: als unterer Grenzwert (LLN: lower limit of normal): 5. Perzentil (Sollmittelwert minus 1,64-faches der Streuung).

Ärzte, die eine Fortbildung zum „Qualifizierten Asthatrainer“ der AG Asthmaschulung im Kindes- und Jugendalter e. V. bei der KV Nordrhein nachgewiesen haben, können die genehmigungspflichtige Leistung für Kinder im Alter von 1 bis 5 Jahren im DMP Asthma gesondert abrechnen. Ärzte, für die bereits eine Genehmigung zur Schulung „Qualitätsmanagement in der Asthmaschulung für Kinder und Jugendliche“ im Alter von 5 bis 18 Jahren vorliegt, können die neue ASEV-Schulung ohne eine erneute Antragstellung automatisch abrechnen.

Weitere Änderungen der Versorgungsinhalte wurden in einer Übersicht zusammengefasst. Diese finden Sie unter kvno.de | [KV | 190519](http://kvno.de)

Auch Klein- und Vorschulkinder zwischen 1 und 5 Jahren können jetzt am DMP Asthma bronchiale teilnehmen. Die Eltern der Kinder werden speziell geschult.

Reiseschutzimpfung mit der Barmer seit 1. April 2019



Versicherte der Barmer erhalten Reiseschutzimpfungen etwa gegen FSME, Tollwut, Typhus oder Gelbfieber ab sofort auch als Satzungsimpfungen.

Die KV Nordrhein konnte sich mit der Barmer auf den Abschluss einer Vereinbarung von Satzungsimpfungen verständigen. Dies bedeutet, dass auch Versicherte der Barmer seit 1. April 2019 Satzungsimpfungen erhalten.

Bei den Satzungsimpfungen, die mit der Barmer vereinbart wurden, handelt es sich um:

Einfachimpfungen

- Hepatitis A
- Hepatitis B
- FSME
- Meningokokken B
- Meningokokken C
- Meningokokken (A, C, W₁₃₅, Y)

Alle Symbolnummern im Internet

Vom ADHS-Vertrag über die Disease-Management-Programme bis zum Tonsillotomie-Vertrag – mehr als 35 Sonderverträge hat die KV Nordrhein mit den Krankenkassen im Rheinland geschlossen. Eine aktuelle Übersicht der in diesen Verträgen geltenden Symbolnummern finden Sie im Internet unter kvno.de | [KV | 190520](http://kvno.de)

- Tollwut
- Typhus
- Cholera
- Gelbfieber
- Malariaphylaxe (Tabletten)
- Japanische Enzephalitis

Mehrfach- und Simultan-Impfungen

- Hepatitis A und B (Kombinationsimpfstoff)
- Typhus und Hepatitis A (Kombinationsimpfstoff)

Für die Einfachimpfung erhalten Ärzte 15 Euro je Impfung beziehungsweise ab der zweiten Impfung im selben Arzt-Patienten-Kontakt 7,50 Euro je Impfung. Mehrfachimpfungen werden ebenfalls mit 15 Euro honoriert und die Beratung für die Malariaphylaxe mit 10 Euro. Die Vergütung erfolgt extrabudgetär, eine Zuzahlung der Versicherten ist nicht erforderlich.

Für die Abrechnung gelten – wie bei den anderen Krankenkassen – die bislang bekannten Symbolnummern (SNR). Neu ist jedoch die Meningokokken-C-Impfung, die mit der neuen SNR 89708C abgerechnet wird.

Zweitmeinung abrechnen

Vor bestimmten planbaren Operationen dürfen Patienten eine Zweitmeinung einholen. Der indikationsstellende Arzt rechnet für die Einleitung des Zweitmeinungsverfahrens die Gebührenordnungsposition (GOP) 01645 entweder mit der Kennzeichnung „A“ bei einer bevorstehenden Mandeloperation oder mit der Kennzeichnung „B“ bei einer bevorstehenden Gebärmutterentfernung ab.

Zusätzlich gibt der indikationsstellende Arzt im freien Begründungsfeld die Kennziffer 88200A für die bevorstehende Mandeloperation oder 88200B bei einer bevorstehenden Gebärmutterentfernung an. Die GOP 01645 beinhaltet die Aufklärung und Beratung über die Möglichkeit, eine Zweitmeinung einzuho-

len, Aushändigung des Informationsblattes des gemeinsamen Bundesausschusses, Information zu geeigneten Zweitmeinungsärzten sowie das Zusammenstellen aller relevanten Unterlagen für den „Zweitmeiner“.

Der Zweitmeinungsabgebende Arzt rechnet seine jeweilige Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale ab und kennzeichnet diese Leistung im freien Begründungsfeld mit der Kennziffer 88200A bei einer bevorstehenden Mandeloperation mit der Kennziffer 88200B bei einer bevorstehenden Gebärmutterentfernung.

Sofern weitere Leistungen im Rahmen des Zweitmeinungsverfahrens abgerechnet werden, sind diese ebenfalls mit der Kennziffer 88200A oder 88200B im freien Begründungsfeld zu kennzeichnen und die Notwendigkeit zu begründen.

Der Zweitmeiner benötigt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung. Die Vergütung der Leistungen erfolgt extrabudgetär.

Mehr Infos unter kvno.de | [KV | 190521](https://www.kvno.de/kvno/190521)

Finanzierung neuer Laboruntersuchungen seit 1. April

Die KV Nordrhein konnte sich mit den nordrheinischen Krankenkassen/-verbänden auf eine extrabudgetäre Finanzierung folgender Laborleistungen verständigen, die neu in das Kapitel 32.3.5 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) aufgenommen wurden:

- GOP 32480: Untersuchung zum Ausschluss oder Sicherung der Verdachtsdiagnose auf Antikörper gegen Velmanase alfa sowie
- GOP 32557: zur Vorbehandlung von Testbeziehungweise Spendererythrozyten

Diese Regelung gilt vom 1. April 2019 bis zum 31. März 2021, danach sollen die Leistungen wieder in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung überführt werden. Der Bewertungs-



Henrik Dolle | Fotolia

ausschuss hatte die Aufnahme der neuen Laboruntersuchungen bereits im Januar 2019 beschlossen.

Einige Laborleistungen wurden zum 1. April neu in den EBM aufgenommen. Sie werden extrabudgetär finanziert.

Neues zur Verordnung psychiatrischer häuslicher Krankenpflege

Ärzte dürfen seit 1. April 2019 auch bei Patienten mit posttraumatischen Belastungsstörungen oder mit schweren psychischen Beeinträchtigungen im Wochenbett psychiatrische häusliche Krankenpflege verordnen. Die Vergütung wurde zudem angehoben.

So wird eine Erstverordnung der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege jetzt mit 16,13 Euro (GOP 01422 | 149 Punkte) vergütet. Bei der Folgeverordnung sind es 16,67 Euro (GOP 01424 | 154 Punkte). Vorher waren es jeweils 14,50 Euro (134 Punkte).

Seit 1. April müssen Praxen den sogenannten GAF-Wert auf der Verordnung angeben. Dazu nutzen sie die GAF-Skala, eine international wissenschaftlich anerkannte Klassifikation zur Beschreibung der psychischen, sozialen und beruflichen Funktionen psychisch erkrankter Menschen.

Bei Regelindikationen muss ein GAF-Wert ≤ 50 vorliegen, damit Ärzte psychiatrische häusliche Krankenpflege verordnen dürfen. Für eine Verordnung aufgrund einer anderen Erkrankung aus dem Indikationsbereich F00–F99 muss der GAF-Wert ≤ 40 sein.

Grundsätzlich dürfen nur bestimmte Facharztgruppen psychiatrische häusliche Krankenpflege verordnen, zum Beispiel Neurologen und Psychiater. Haus- und Fachärzte mit der Zusatzbezeichnung Psychotherapie dürfen für sechs Wochen verordnen – allerdings nur, wenn eine vom verordnungsberechtigten Facharzt gesicherte Diagnose vorliegt, die nicht älter als vier Monate ist.

Mehr Infos unter kvno.de | [KV | 190522](#)

Hämophilie jetzt auch in der ASV

Patienten mit der seltenen Bluterkrankheit Hämophilie können künftig auch von einem interdisziplinären Team in der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) behandelt werden. Die spezifischen Anforderungen hat der Gemeinsame Bundesausschuss

(G-BA) jetzt festgelegt. Damit umfasst die ASV inzwischen zwölf Indikationen.

Die Teamleitung bei der Hämophilie können Fachärzte für Innere Medizin – auch ohne Schwerpunktbezeichnung –, Hämatonkologen oder Transfusionsmediziner übernehmen, jeweils mit Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie. Zum Kernteam zählen darüber hinaus Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie. Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, müssen Kinder- und Jugendmediziner mit entsprechender Expertise im Kernteam vertreten sein.

Ärzte finden alle Leistungen, die sie in der ASV abrechnen können im sogenannten Appendix. Für jede ASV-Erkrankung hat der G-BA diese Abrechnungsgrundlage jetzt an den aktuellen EBM angepasst und weitere Detailänderungen vorgenommen.

Der Beschluss steht noch unter dem Genehmigungsvorbehalt des Bundesgesundheitsministeriums und tritt nach der Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft. Erst dann können ASV-Teams ihre Teilnahme dem Erweiterten Landesausschuss in ihrer Region anzeigen.

Mehr Infos unter kvno.de | [KV | 190522](#)

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 0228 9753 1900

Telefax 0228 9753 1905

E-Mail formular.versand-kvno@gvp-bonn.de

Neue Zuzahlungs-Regelungen

Die gesetzlichen Krankenkassen haben mit dem Verband der Physiotherapeuten/Krankengymnasten eine neue Vergütungsvereinbarung geschlossen. Diese Vereinbarung ist auch Grundlage für die Errechnung der Zuzahlungen der in der Arztpraxis erbrachten neurophysiologischen Übungsbehandlungen und physikalischen Therapie. Bei den Primär- und

Ersatzkassen werden die Zuzahlungsbeträge deshalb zum 1. Juli 2019 angepasst.

Patienten müssen künftig folgende Beiträge in der Arztpraxis zahlen, sofern sie nicht von der Zuzahlung befreit sind (dann ist eine Kennzeichnung mit dem Buchstaben A erforderlich):

Zuzahlungsbeträge bei neurophysiologischen Übungsbehandlungen und physikalischer Therapie

EBM-Nr.	Behandlung	Primärkassen ab 01.07.2019	Ersatzkassen ab 01.07.2019
30300	Sensomotorische Übungsbehandlung komplexer Funktionsstörungen von Organsystemen auf neurophysiologischer Grundlage als Einzelbehandlung, gegebenenfalls einschließlich Einweisung der Bezugsperson(en) in das Verfahren, je vollendete 15 Minuten, insgesamt höchstens 60 Minuten	1,95 €	1,96 €
30301	Sensomotorische Übungsbehandlung komplexer Funktionsstörungen von Organsystemen auf neurophysiologischer Grundlage als Gruppenbehandlung (2 bis 6 Teilnehmer), gegebenenfalls einschließlich Einweisung der Bezugsperson(en) in das Verfahren, je vollendete 15 Minuten, insgesamt höchstens 60 Minuten, je Teilnehmer, je Sitzung	1,30 €	1,30 €
30400	Massagetherapie lokaler Gewebeeränderungen eines oder mehrerer Körperteile und/oder Bindegewebsmassage, Periostmassage, Kolonmassage, manuelle Lymphdrainage, je Sitzung	1,65 €	1,42 €
30402	Unterwasserdruckstrahlmassage (Wanneninhalt mindestens 400 Liter, Leistung der Apparatur mindestens 400 kPa [4 bar]), je Sitzung	2,15 €	2,15 €
30410	Atemgymnastik als Einzelbehandlung und Atmungsschulung, gegebenenfalls einschließlich intermittierender Anwendung manueller Weichteiltechniken, Dauer mindestens 15 Minuten, je Sitzung	1,50 €	1,47 €
30411	Atemgymnastik und Atmungsschulung als Gruppenbehandlung (3 bis 5 Teilnehmer), Dauer mindestens 20 Minuten, je Teilnehmer und Sitzung	0,60 €	0,60 €
30420	Krankengymnastik (Einzelbehandlung), fakultativer Leistungsinhalt: intermittierende Anwendung, manueller Weichteiltechniken, Anwendung von Geräten, Durchführung im Bewegungsbad, Dauer mindestens 15 Minuten, je Sitzung	2,05 €	2,05 €
30421	Krankengymnastik (Gruppenbehandlung), fakultativer Leistungsinhalt: intermittierende Anwendung manueller Weichteiltechniken, Anwendung von Geräten, Durchführung im Bewegungsbad (3 bis 5 Teilnehmer), Dauer mindestens 20 Minuten, je Teilnehmer und Sitzung	1,05 €	0,92 €

Impfung gegen Herpes zoster ist Kassenleistung

Die Impfung gegen Herpes zoster ist seit 1. Mai 2019 eine Kassenleistung. Für Versicherte über 60 Jahre ist die Impfung mit einem adjuvantierten Herpes-zoster Totimpfstoff (Shingrix) eine Standardimpfung. Für Personen über 50 Jahre, die wegen einer erhöhten gesundheitlichen Gefährdung infolge einer Grundkrankheit oder wegen einer Immunsuppression ein erhöhtes Zoster-Risiko haben, ist es eine Indikationsimpfung. Der Gemeinsame Bundes-

ausschuss hat die Empfehlungen der Ständigen Impfkommission vom Dezember 2018 in die Schutzimpfungs-Richtlinie übernommen. Praxen rechnen die Standardimpfung mit der Symbolnummer 89128 ab, die erste Dosis mit dem Buchstaben A am Ende, die zweite Dosis mit B am Ende. Bei den Versicherten mit einer gesundheitlichen Gefährdung sind die Nummern 89129A bzw. 89129B einzutragen. Je Impfung erhält die Praxis 7,83 Euro. ■ HON

Mehr Infos unter kbv.de
KV | 190524

Viele Prüfanträge im Sprechstundenbedarf

In der ersten Aprilwoche versendete die Prüfungsstelle 5.360 Anträge, die die Verordnung von Sprechstundenbedarf (SSB) betreffen. Die Krankenkassen stellen diese Anträge für das erste und zweite Quartal 2018.

Die Prüfungsstelle muss die von den Kassen gestellten Anträge den betroffenen Praxen zeitgerecht zur Kenntnis bringen und hat nicht die Möglichkeit, die Anträge im Vorfeld inhaltlich zu prüfen. Die Grenze für die Anträge auf unzulässige Verordnungen liegt bei Verordnungskosten von 30 Euro je Quartal, was ein Grund für die hohe Anzahl der Anträge ist.

Sofern der Antrag begründet ist, können die betroffenen Praxen sich mit der Forderung einverstanden erklären. Anderenfalls können sie eine Stellungnahme abgeben. Danach entscheidet die Prüfungsstelle über den Antrag. Über das Ergebnis erhalten die Praxen schriftlich Nachricht. Sowohl der Antragsteller als auch die betroffenen Praxen können gegen die Entscheidung der Prüfungsstelle Widerspruch einlegen, der nachfolgend vor dem Beschwerdeausschuss verhandelt wird. Nach einem Bescheid des Beschwerdeausschusses ist nur noch eine Klage vor dem Sozialgericht möglich. ■ HON

Infos zum SSB unter kvno.de | KV | 190524

SSB: Fondaparinux Natrium im Notfall

Fondaparinux Natrium (Arixtra) können Praxen nun auch in geringerer Dosierung (2,5 mg) zur Notfallbehandlung akuter, symptomatischer, spontaner, oberflächlicher Venenthrombosen der unteren Extremitäten ohne begleitende tiefe Venenthrombose bei Erwachsenen als Sprechstundenbedarf verordnen. Begrenzt ist diese Möglichkeit auf die kleinste Originalpackung einmal im Quartal für Notfälle. Für diese Indikation ist nur Arixtra 2,5 mg zugelassen.

Weiterhin sind Heparinpräparate und Fondaparinux bei Heparin-Unverträglichkeit bei tiefer Beinvenenthrombose (TVT) als SSB zu verordnen. Direkte orale Antikoagulantien, die auch zur Akutbehandlung tiefer Beinvenenthrombosen zugelassen sind, sind kein SSB. Sumatriptan-Nachfüllsets (Imigran Inject + Glaxopen und Imigran Inject Nachfüllpackung) können zukünftig nur zur Sofortanwendung im Notfall von Neurologen als Sprechstundenbedarf verordnet werden. ■ HON

Mehr Wundmaterial im Sprechstundenbedarf

Seit 1. April 2019 können Praxen bestimmte Polyurethan-Schäume, Polyacrylat-Saugkissen, Hydrokolloide, semipermeable Wundfolien sowie Wunddistanzgitter über den Sprechstundenbedarf (SSB) beziehen. Das verordnungsfähige SSB-Wundmaterial dient zur

Erstversorgung von Versicherten in der Praxis. Für die weitere Versorgung im Anschluss an die erste Behandlung in der Praxis sind diese Wundmaterialien dann zulasten der jeweiligen Krankenkasse zu verordnen. ■ TIE

Mehr Infos unter kvno.de | [KV | 190525](#)

Kontrastmittel: Jetzt gibt es Pauschalen

Seit November 2016 regeln die nordrheinischen Krankenkassen/-verbände die Verordnung von Kontrastmitteln im Rahmen von Ausschreibungsverfahren. Die Kontrastmittel werden in Gruppen zusammengefasst, innerhalb derer der jeweilige Ausschreibungsgewinner aus wirtschaftlichen Gründen bevorzugt verordnet werden soll. Diese Regelung war für die einzelnen Fachlose zeitlich befristet (längstens bis 31. März 2019).

Da der Bezugsweg der Kontrastmittel neu geregelt werden musste, hat sich die KV Nordrhein mit den nordrheinischen Krankenkassen/-verbänden sowie den Berufsverbänden über eine neue Regelung verständigt. Diese trat am 1. April 2019 in Kraft und gilt für folgende Fachgruppen:

- Radiologen (einschließlich Kinderradiologie und Neuroradiologie)
- Nuklearmediziner
- Urologen

Ärzte dieser Fachgruppen erhalten künftig Pauschalen für den Bezug der Kontrastmittel.

Beziehen können Praxen die Kontrastmittel bei einem Lieferanten ihrer Wahl, auf einen wirtschaftlichen Kontrastmitteleinsatz ist selbstverständlich zu achten. Darüber hinaus zahlt die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein eine Materialpauschale von 8 Euro für bestimmte Kontrastmitteleinbringungen/-anwendungen der Gruppen II, V und VI.

Die genannten Fachgruppen dürfen seit 1. April 2019 Kontrastmittel und Materialien für deren Einbringung/Anwendung nicht mehr als Sprechstundenbedarf (SSB) beziehen. Mit der Beendigung der Fachlose ist der Bezug der Kontrastmittel über den SSB unabhängig von den Ergebnissen der Ausschreibungsverfahren nicht mehr möglich. ■ TIE

Mehr Infos unter kvno.de | [KV | 190525](#)

Kontakt

Arznei- und Heilmittel

Telefon 0211 5970 8111
Telefax 0211 5970 9904 AM
Telefax 0211 5970 9905 HM
E-Mail pharma@kvno.de
E-Mail heilmittel@kvno.de

Sprechstundenbedarf

Telefon 0211 5970 8666
Telefax 0211 5970 33102
E-Mail ssb@kvno.de

Hilfsmittel-Beratung

Telefon 0211 5970 8070
Telefax 0211 5970 9070
E-Mail patricia.shadiakhy@kvno.de
E-Mail hilfsmittel@kvno.de

QS Prüfwesen

Bei Fragen zu Prüfung und Verfahren
Telefon 0211 5970 8396
Telefax 0211 5970 9396
E-Mail margit.karls@kvno.de

HPV-Impfung für Jungen auch als Satzungsleistung

Impfungen gegen Humane Papillomviren (HPV) dürfen Ärztinnen und Ärzte seit 30. November 2018 auch für Jungen zwischen 9 und 14 Jahren zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung über den Sprechstundenbedarf (SSB) abrechnen.

Nachholimpfungen können bis zum 18. Geburtstag über den SSB durchgeführt werden. Darüber hinaus bestehen mit einigen Krankenkassen Vereinbarungen über die Abrechnung der HPV-Impfung.

Diese können Sie auch als Satzungsleistung abrechnen für männliche Versicherte von 18 bis 26 Jahren der

- BIG direkt gesund,
- pronova BKK sowie
- VIACTIV Krankenkasse.

Praxen können die Impfung mit der bekannten Symbolnummer 89715 abrechnen. Die Vergütung liegt zwischen 6 und 21 Euro pro Impfung, je nach Regelung der einzelnen Krankenkasse. Das Honorar erhalten die Praxen extrabudgetär.

Mehr Infos zu HPV-Impfungen unter rki.de
KV | 190526

Influenza-Impfstoff 2019/2020

Auch in der Grippezeit 2019/2020 sollen Praxen quadrivalente Influenza-Impfungen einsetzen. Dies hat die Ständige Impfkommission (STIKO) empfohlen und so sieht es die Schutzimpfungs-Richtlinie vor.

Der Vierfach-Grippeimpfstoff für die Standardimpfung ab 60 Jahre und für Indikationsimpfungen gemäß Schutzimpfungs-Richtlinie beziehen Praxen als Sprechstundenbedarf (SSB) über die Apotheke. Krankenkassen und Apotheken haben sich auf folgenden Bestell- und Abrechnungsmodus verständigt: Die Praxen in Nordrhein bestellen den Impfstoff als

Vorsaison bestellen. Pro Verordnungsblatt sollten bis zu 70 Dosen bestellt werden. Wenn mehr als 70 Dosen vorbestellt werden, so sollten die Dosen auf mehrere Rezepte verteilt werden, damit die Apotheken zu Beginn der Saison auch kleinere Mengen liefern und abrechnen können.

Grippeimpfstoffe für Standard- und Indikationsimpfungen werden als Sprechstundenbedarf (Kostenträger „SSB Nordrhein“, Kostenträgerkennung 102091710) bestellt. Auf dem Rezept werden eine „8“ für Impfstoffe und eine „9“ für SSB eingetragen.

Grippeimpfstoff	Hersteller	Zugelassen ab	Applikation	GKV-Erstattungspreis je Dosis*
Influvac tetra m/o Kanüle	Mylan	3 Jahren	i.m. und tief s.c.	11,11 €
Vaxigrip tetra m/o Kanüle	Sanofi	6 Monate	i.m. und s.c.	11,79 €
Influsplit tetra FER	GSK	6 Monate	i.m.	12,42 €
Flucelvax Tetra m Kanüle	Seqirus	9 Jahren	i.m.	13,18 €

*Preisinformation der Krankenkassen gemäß § 73 SGB V

„Grippeimpfstoff quadrivalent mit oder ohne Kanüle 2019/2020“. Eine Bestellung unter dem Handelsnamen ist ebenfalls möglich. Nachbestellungen können während der laufenden Saison vorgenommen werden. Praxen sollten bis zu 100 Prozent des Bedarfs der

Die Vereinbarungen zu zusätzlichen Satzungsimpfungen werden erst zu Beginn der Grippezeit geschlossen. Für diese Impfungen wird der Grippeimpfstoff auf den Namen des Patienten verordnet und nicht aus dem Sprechstundenbedarf genommen. ■ HON

Levocetirizin nicht mehr verschreibungspflichtig

Das Antihistaminikum Levocetirizin (Xusal, Generika) ist nicht mehr verschreibungspflichtig. Dies geht aus einer aktuellen Änderung der Arzneimittel-Verschreibungsverordnung (AMVV) hervor. Patienten können sich dieses Präparat nun selbst kaufen.

Nicht verschreibungspflichtige Antihistaminika wie Cetirizin und Levocetirizin können in Ausnahmefällen auf einem Kassenrezept verordnet werden:

- in Notfallsets zur Behandlung bei Bienen-, Wespen-, Hornissengift-Allergien
- zur Behandlung schwerer, rezidivierender Urticarien
- bei schwerwiegendem, anhaltendem Pruritus
- zur Behandlung bei persistierender allergischer Rhinitis, mit schwerwiegender Symptomatik, bei der eine topische nasale Behandlung mit Glukokortikoiden nicht ausreichend ist;

tomatik, bei der eine topische nasale Behandlung mit Glukokortikoiden nicht ausreichend ist;

Nicht verschreibungspflichtige nasale Glukokortikoide (Beclomethason, Momethason, Fluticason) können zur Behandlung bei persistierender allergischer Rhinitis mit schwerwiegender Symptomatik auf einem Kassenrezept verordnet werden. Eine schwerwiegende Form der allergischen Rhinitis kann nach Angaben des Gemeinsamen Bundesausschusses vorliegen, „wenn es sich um eine persistierende allergische Rhinitis handelt“, bei der die Symptomatik „an mindestens 4 Tagen pro Woche und über einen Zeitraum von mindestens 4 Wochen“ auftritt und als schwerwiegend einzustufen ist. ■ HON

Pille auf GKV-Kosten bis zum 22. Geburtstag

Gesetzlich versicherte Frauen haben seit 1. April 2019 einen Anspruch auf die Pille bis zur Vollendung des 22. Lebensjahrs, also bis zum 22. Geburtstag. Bisher durften Ärztinnen und Ärzte die Pille nur bis zur Vollendung des 20. Lebensjahrs verschreiben, das heißt bis zum 20. Geburtstag. Mit anderen Worten: Die Pille gibt es nun zwei Jahre länger auf Kassenrezept. Krankenkassen übernehmen die Kosten für ärztlich verordnete (Notfall-)Kontrazeptiva wie Pille, Pille danach, Spirale, Implantate oder Ringe ab sofort bei Versicherten bis zur Vollendung des 22. Lebensjahres. Ist die Versicherte über 18, muss sie zuzahlen. Die höhere Altersgrenze gilt auch für den Anspruch auf ärztlich verordnete, nicht verschreibungspflichtige Notfallkontrazeptiva. Die Wahl, welches empfängnisverhütende Mittel zulasten der Krankenkasse verordnet wird, trifft der Arzt gemeinsam mit der Patientin.

Darüber hinaus will der Gesetzgeber Frauen, die einen Schwangerschaftsabbruch erwägen,

besser informieren und die Rechtssicherheit für Ärzte verbessern. Deshalb hat er den Paragraphen 219a des Strafgesetzbuches (StGB) um einen weiteren Ausnahmetatbestand ergänzt. Danach ist es Ärzten jetzt erlaubt, auf die Tatsache hinzuweisen, dass sie Schwangerschaftsabbrüche im Rahmen von Paragraph 218a StGB vornehmen. Dieser regelt die Voraussetzungen für legale Schwangerschaftsabbrüche. Auch dürfen Ärzte auf Informationen von Behörden, Beratungsstellen oder Ärztekammern über einen Schwangerschaftsabbruch hinweisen.

Im Rahmen der Änderungen des Paragraphen 219 Strafgesetzbuch zur Regelung des Werbeverbotes für Schwangerschaftsabbrüche wurde Ende März das „Gesetz zur Verbesserung der Information über einen Schwangerschaftsabbruch“ im Bundesgesetzblatt veröffentlicht, inklusive einer Anpassung des Paragraphen 24 SGB V. Die Richtlinie zur Empfängnisregelung des Gemeinsamen Bundesausschuss wird noch angepasst. ■ HON

Mehr Infos unter kbv.de
KV | 190527



DGPPN-Wanderausstellung

Raum und Zeit für Erinnerung

Vom 12. März bis zum 15. April 2019 war im Düsseldorfer Haus der Ärzteschaft die Wanderausstellung „erfasst, verfolgt, vernichtet. Kranke und behinderte Menschen im Nationalsozialismus“ zu sehen, die von der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) auf den Weg gebracht worden ist. Hochkarätige Veranstaltungen und Vorträge bildeten das Begleitprogramm.

Jochen Rolfes

Schattenspiel: Besonders eindrucksvoll wirkt die Ausstellung mit Beleuchtung in der dunklen Warmhalle. Noch lange nach dem Ende der Eröffnungsveranstaltung ließen die Besucher Texte und Bilder auf sich wirken.

„Die Ausstellung und die Veranstaltungen, die wir in diesem Kontext organisiert haben, bringen den Willen zum Ausdruck, sich der Vergangenheit zu stellen – und die Verwicklung und Beteiligung von Ärzten und Therapeuten an den Verbrechen der NS-Zeit zu erforschen.“ Dieses Resümee zog KVNO-Chef Dr. med. Frank Bergmann bei der Eröffnung der Abschlussveranstaltung zur Ausstellung. „Das Echo auf die Ausstellung war groß, auch in den vergangenen Wochen hat sie viel Aufmerksamkeit erfahren. Die Besucher und Gäste unseres Hauses haben sich zumeist stumm oder kopf-

schüttelnd mit ihr beschäftigt.“ Bergmann, selbst Psychiater und Neurologe, sprach auch über seine persönliche Betroffenheit. „Auf die Frage, wie es zum tausendfachen, organisierten und keinesfalls unter Ausschluss der Öffentlichkeit stattfindenden Mord an kranken und behinderten Menschen kommen konnte, hat eine banale Antwort: Es konnte geschehen, weil sich auch Ärzte in zu vielen Fällen daran beteiligt haben.“ Er verwies auf das Vorhaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) zur Erforschung der Rolle ihrer Vorgängerorganisation, der „Kassenärztlichen Verei-



nigung Deutschlands", und ihrer Protagonisten während der Zeit des Nationalsozialismus. „Ich bin dankbar dafür, dass wir dieses viel zu lange vergessene und verdrängte Thema endlich systematisch erforschen.“

Raum und Zeit für Erinnerung

Die KV Nordrhein eröffnete die Ausstellung am 12. März 2019 mit einer Vortragsveranstaltung. Prof. Frank Schneider, ärztlicher Direktor und Vorstandsvorsitzender der Uniklinik Düsseldorf, zugleich Initiator der Ausstellung, führte die Zuhörer in das Thema und die Genese der Wanderausstellung ein. „Die Ausstellung wurde erstmals 2014 im Deutschen Bundestag unter Schirmherrschaft von Bundespräsident Joachim Gauck a. D. eröffnet und war seither national und international an mehr als 48 Orten zu sehen“, sagte Schneider. Die Wanderausstellung richtet sich gezielt an ein breites Publikum. Mehr als 350.000 Menschen haben sie inzwischen besucht. „Sie soll aufklären und informieren, aber auch einen Raum für Erinnerung schaffen. Sie erreicht mehr Menschen als eine Gedenkstätte“, so Schneider. Im Haus der Ärzteschaft kamen Hunderte Besucher hinzu – auch Schulklassen, Studierende und viele Beschäftigte, die im Haus der Ärzteschaft tätig sind.

Die Erinnerung an das Schicksal seines 1941 ermordeten Onkels Benjamin hält Dr. Hartmut Traub wach: Er erzählte bei der Eröffnung vom Leben und Sterben seines 1914 in Mülheim an der Ruhr geborenen Onkels, der in der „Lan-



des-Heil- und Pflegeanstalt Hadamar“ am 2. April 1941 getötet wurde. „Benjamins Geschichte ist die Geschichte von zigtausend Kindern, Jugendlichen und Heranwachsenden, die durch eine krisenhafte Lebenssituation in das tödliche Räderwerk eines menschenverachtenden Systems gerieten, das – durch die Wahndee von Volksgesundheit und Rassenreinheit getrieben – auf bedingungslose Anpassung und reibungsloses Funktionieren angelegt war (siehe Interview).“

Vom Wert des Menschen

Bis zu 400.000 Menschen wurden zwischen 1933 und 1945 zwangssterilisiert, mehr als 200.000 wurden ermordet. Bei der Selektion der Patienten wurde der vermeintliche „Wert“ des Menschen zum leitenden Gesichtspunkt – und zum roten Faden der Ausstellung. Ärzte, Pflegende und Funktionäre urteilten nach Maßgabe von „Heilbarkeit“, „Bildungsfähigkeit“ oder „Arbeitsfähigkeit“ über die ihnen Anvertrauten. Dabei fand die Ausgrenzung, Verfolgung und Vernichtung auffälliger, störender und kranker Menschen innerhalb des damaligen Anstalts- und Krankenhauswesens statt. Wie genau das ablief, erklärten Dr. Andrea Ditchen von der Mahn- und Gedenkstätte Düsseldorf und Andreas Kinast in einem Autorengespräch am 18. März. Für sein Buch „Das Kind ist nicht abrichtfähig“ wertete Kinast Quellenmaterial zu einer ehemaligen „Kinderfachabteilung“ in Waldniel bei Mönchengladbach aus, in der ab 1941 unter strenger Geheimhaltung körperlich und geistig be-

links | Dr. Hartmut Traub erzählte die ebenso berührende wie traurige Geschichte seines Onkels Benjamin Traub aus Mülheim an der Ruhr, der 1941 in Hadamar ermordet wurde und dessen Foto auf dem Ausstellungsplakat zu sehen ist. Sein Neffe hat das Geschehen als „Chronik einer Ermordung“ genau rekonstruiert und warb um Aufmerksamkeit für „Stolpersteine“, die in Gehwege eingelassen sind und markieren, wo der Alltag vieler von den Nationalsozialisten Verfolgter endete – und ihr Leidensweg begann.

rechts | Freuten sich über einen gelungenen Auftakt für die DGPPN-Wanderausstellung im Haus der Ärzteschaft: Initiator Prof. Frank Schneider, Ärztlicher Direktor und Vorstandsvorsitzender der Uniklinik Düsseldorf, KVNO-Vize Dr. med. Carsten König, KVNO-Vorstandsvorsitzender Dr. med. Frank Bergmann und Dr. Hartmut Traub, Neffe eines NS-Euthanasie-Opfers (von links).

hinderte Kinder behandelt und viele von ihnen ermordet wurden.

Im Kontext dieses Abends bestand für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der KV Nordrhein unter anderem die Gelegenheit, an einer Führung durch die Mahn- und Gedenkstätte in der Düsseldorfer Altstadt teilzunehmen, in der Historikerin Ditchen auch die lokale Dimension des Geschehens verdeutlichte. Auch die Dauerausstellung in der Mahn- und Gedenkstätte erzählt Zeitgeschichte anhand persönlicher Schicksale von Menschen aus ganz unterschiedlichen Milieus und Gesellschaftsschichten und schafft damit eine direkte Betroffenheit beim Besucher – genau wie die DGPPN-Wanderausstellung.

Die Abschlussveranstaltung am 10. April bot einen Blick in den Stand der Forschung: Prof. Heiner Fangerau, Direktor des Instituts für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin an der Uniklinik Düsseldorf, und Dr. Ulrich Prehn vom Zentrum für Antisemitismusforschung der TU Berlin waren die Referenten vor etwa 100 Zuhörern. Der Schwerpunkt lag auf der Psychiatrie als Disziplin und dem Wirken von Psychiatern und Nervenärzten während der NS-Zeit.

Volk statt Individuum

Fangerau machte den Kontext der Verbrechen deutlich: „Die Medizin ist nicht einfach in etwas hineingefallen, sondern hat schon jahrzehntelang vorgedacht, was dann ab 1933 zur nationalsozialistischen Gesundheitspolitik

„Meine Biografie ist Teil der NS-Geschichte“

Dr. Hartmut Traub (66) erzählt in seinem Buch „Ein Stolperstein für Benjamin“ vom Schicksal seines Onkels, der 1941 in der „Heilanstalt Hadamar“ umgebracht wurde. Dr. Heiko Schmitz sprach mit ihm über die schwierige Aufarbeitung der organisierten Euthanasie in der NS-Zeit.

Herr Dr. Traub, wie sind Sie dazu gekommen, sich so intensiv mit dem Schicksal Ihres Onkels zu beschäftigen?

Es gab einen Anstoß von außen: In meiner Heimatstadt Mülheim liefen Planungen von Schülern zur Verlegung des 100. „Stolpersteins“ zum Gedenken an Opfer der NS-Euthanasie. Daraus entstand die Idee, den Stolperstein meinem Onkel zu widmen, mit dessen Leben und Schicksal ich mich daraufhin intensiv zu beschäftigen begann – zunächst im Familienalbum und in den Tagebüchern meines Vaters. So entstand ein Sog in die Geschichte. Aber es war klar, dass mein Buch keine wissenschaftliche, sondern eine persönliche Auseinandersetzung mit dem Thema werden würde. Denn die Beschäftigung mit dem Euthanasie-Tod meines Onkels ging mir sehr nahe. Während der Arbeit wurde meine eigene Biografie zu einem Teil der NS-Geschichte und ihrer Aufarbeitung.

Wie kommt es, dass selbst in den Familien das Schicksal der Euthanasie-Opfer so lange verschwiegen wurde?

Das hat verschiedene Gründe. In meiner Familie spielte deren Strenggläubigkeit eine Rolle – in einem Gedicht über seine vier Söhne bezeichnete mein Großvater die Krankheit seines Sohnes Benjamin als „Besessenheit“. Er sah ihn als ein Opfer dunkler Mächte. Dazu kam die Entfremdungspolitik der Nationalsozialisten, die den Kontakt der Familien zu den teilweise weit entfernt untergebrachten Angehörigen erschwerte und die Wege zu den Aufenthaltsorten bis hin zu den Zielanstalten verschleierte. Mein Onkel war ein Jahr lang ohne Wissen seiner Eltern in Weilmünster untergebracht – er war kräftig und konnte arbeiten –, ehe er nach Hadamar kam. Nach 1945 wurde das Geschehen lange nicht aufgearbeitet, erst nach Jahrzehnten wurden die Euthanasie-Opfer als Opfer



Der „Stolperstein“ für Benjamin Traub in Mülheim an der Ruhr, verlegt am 9. November 2010.

wurde.“ Er beschrieb die damals viel beschwo-
rene „Krise der Medizin“, in der sich vor allem
die Psychiater, deren diagnostische Möglich-
keiten noch begrenzt waren, als „Parias“ einer
zunehmend mechanistischen Medizin betrach-
teten, die bei der Chirurgie und Pathologie rie-
sige Fortschritte machte. „Die Nationalsozia-
listen haben vielen Medizinern eine gewalti-
ge Aufwertung versprochen durch eine neue,
ganzheitliche Volksmedizin, in der aber nicht
mehr das Individuum im Mittelpunkt stand.“

Dass die Vorstellungen der Nationalsozialis-
ten in der Ärzteschaft Gehör fanden, zeigt
die Tatsache, dass rund die Hälfte der deut-
schen Ärzte zu Mitgliedern der NSDAP wur-
den – 70 Prozent waren in NS-nahen Orga-

nisationen vertreten. Fangerau erinnerte an
die schon um die Jahrhundertwende begon-
nenen Diskurse um Sterilisation, Eugenik und
Euthanasie – bis hin zum „Gesetz zur Verhü-
tung erbkranken Nachwuchses“ von 1933 und
dem Beginn der systematischen, bürokratisch
durchorganisierten Ermordung von Patienten.
Wie es zur Gleichschaltung der „Kassenärzt-
lichen Vereinigung Deutschlands (KVD)“ kam
und welche Rolle die Organisation der Kas-
senärzte im NS-Gesundheitssystem sowohl
beim Ausschluss „missliebiger“ und jüdischer
Ärzte als auch im Zweiten Weltkrieg spielte,
beschrieb Dr. Ulrich Prehn an Beispielen und
Dokumenten. Er wird sich nun auch intensiv
mit dem Archiv der KBV beschäftigen.

■ DR. HEIKO SCHMITZ

der NS-Ideologie anerkannt. Vor dem Hinter-
grund der politisch und gesellschaftlich unter-
drückten Diskussion zu diesem Thema war es
für die Familien schwierig, darüber zu sprechen.

Warum ist es so wichtig, die Verbrechen der NS-Zeit an individuellen Lebensläufen sicht- bar zu machen?

Es reicht nicht, sich nur theoretisch mit der NS-
Zeit auseinanderzusetzen. Mitgefühl wecken
sie durch exemplarische Einzelschicksale. Den-
ken Sie etwa an den Film „Schindlers Liste“.
Zu einer konkreten Biografie finden Sie einen
anderen Zugang als zu Millionen Toten. Trotz-
dem: Das Schicksal meines Onkels war eines
von 300.000 Euthanasie-Opfern.

Sie schreiben vom „Wertewandel“ in der Ge- sellschaft – was meinen Sie?

Ich reagiere aufgrund meiner Familienge-
schichte sensibel auf aktuelle Debatten, in
denen der Wert des Lebens und die Würde
des Menschen nach Nützlichkeitsabwägung
oder eugenischen Gesichtspunkten be-
stimmt werden. Ein Beispiel sind für mich die
Tests auf Trisomie 21, die Gesundheitsminis-

ter Spahn zur Kassenleistung machen möchte.
Zwar ist unsere Gesellschaft eine andere als
die in den 1930er-Jahren und reagiert stark
auf ethische Fragestellungen und diskriminie-
rende Sprache. Aber was ist, wenn die Prä-
nataldiagnostik und -therapie noch weiter vo-
ran schreitet, sich die ökonomischen Verhält-
nisse verschlechtern und extreme politische
Positionen weiter an Popularität gewinnen?

Woran denken Sie, wenn Sie den Titel Ihres Buches mit dem „Stolperstein“ Ihres Onkels sehen?

Als der Verlag den Vorschlag zum Titelbild
machte, musste ich schlucken. Das Motiv er-
innerte mich an die finstersten Stunden mei-
ner Recherche im Keller von Hadamar, wo ich
die maschinell organisierte Ermordung von
mehr als 10.000 Menschen plastisch vor Au-
gen geführt bekam. Die Stolperstein-Idee ist
wichtig, weil sie vor allem auch junge Men-
schen mit lokaler Geschichte konfrontiert und
so biografische Bezüge herstellt. Zur päda-
gogischen Arbeit mit Stolpersteinen braucht
es allerdings Engagement und Mut, denn die
Stolpersteine finden ja nicht nur Beifall.

■ DR. HEIKO SCHMITZ FÜHRTE DAS GESPRÄCH.



Foto: privat

Benjamin Traub bei den
Hausaufgaben am
Küchentisch (um 1927).

Patienten besser steuern

Die Kassenärztliche Vereinigung (KV) Nordrhein hat sich am „Gesundheitskongress des Westens“ beteiligt, der am 26. und 27. März im Kölner Gürzenich stattfand. Die KVNO nutzte die Chance, der Fachöffentlichkeit zwei laufende Projekte vorzustellen, die direkt auf das Thema des Kongresses Bezug nahmen: „Der Druck nimmt zu: Zeit für mutige Veränderungen!“ lautete die Losung in diesem Jahr.

Die beiden Projekte, die die KVNO in Köln präsentierte, leisten bereits einen konkreten Beitrag zur Patientensteuerung. Es handelt sich zum einen um das Anfang Januar in Köln gestartete Pilotprojekt zur „komplementären Notfallversorgung“, zum anderen um das nordrheinweite NPPV-Projekt zur „neurologisch-psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung“.

Unter dem Titel „Härtetest Notfallversorgung!“ diskutierte Moderator Heinz-Wilhelm „Doc“ Esser, Oberarzt für Pneumologie am Klinikum Remscheid, mit Dr. med. Frank Bergmann, KVNO-Vorstandsvorsitzender, Prof. Jens Kierdorf, Klinischer Direktor der Kliniken der Stadt Köln, Prof. Dr. Alexander Lechleuthner, ärztlicher Leiter des Rettungsdienstes in Köln, und Dr. Stephan Hofmeister, stellvertretender Vorsitzender der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), über Chancen einer vernetzten Notfallversorgung.

Ausbau der 116 117

„Dazu gehört nicht nur eine enge Kooperation und Arbeitsteilung zwischen niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten und deren Kolleginnen und Kollegen in den Kliniken, beispielsweise in Portalpraxen, sondern auch der Rettungsdienst“, sagte KVNO-Chef Bergmann. KBV-Vize Hofmeister verwies auf die „schon seit Jahren veränderte Inanspruchnahme und gestiegene Erwartungshaltung der Patientinnen und Patienten im Notdienst“, auf die das KV-System

Antworten geben müsse, zum Beispiel durch den Ausbau der bundesweiten Hotline 116 117. Nordrhein sei mit dem Konzept zur komplementären Notfallversorgung wie so oft Vorreiter, denn in Köln sei die 116 117 jetzt schon rund um die Uhr erreichbar. Bergmann stellte das KVNO-Projekt, das am 7. Januar 2019 gestartet ist, vor.

„De facto gibt es an vielen Stellen schon Kooperationen im Notdienst. 90 Prozent unserer Notdienstpraxen befinden sich bereits an oder in Krankenhäusern.“ In Köln gehe es um eine inhaltliche und technische Vernetzung der Arztrefzentrale, bei der die Anrufe der 116 117 eingehen, und der Integrierten Leitstelle der Feuerwehr. „Wir erhalten die etablierten Strukturen und bearbeiten Anrufe dort, wo sie ankommen. Dafür schaffen wir einheitliche Regelungen und eine standardisierte Triagierung.“

Zentrales Element seien die haus- und fachärztlichen Partnerpraxen, die über das Stadtgebiet verteilt sind und Patienten tagsüber ambulant versorgen. „So werden wir den Rettungsdienst voraussichtlich um einige Tausend Patienten pro Jahr entlasten und diese an der richtigen Stelle versorgen.“

Klinikchef Kierdorf verwies auf den Patientenstrom in die Notaufnahme – vor allem tagsüber. „Wir verzeichnen seit 2014 einen Anstieg um 30 Prozent, ohne dass die Menschen

kränker geworden sind.“ Gestiegen sei auch die Zahl an Einsätzen im Rettungsdienst, berichtete Lechleuthner, und das, obwohl beispielsweise die Zahl der Reanimationen gesunken sei. Eine Auswertung der Fälle aus 2018 habe ergeben, dass 15 Prozent der Patienten im Rettungsdienst von einem Hausarzt zu versorgen gewesen wären. „Deshalb ist das Projekt sinnvoll, zumal die 11 6 11 7 in Köln jetzt auch tagsüber zu erreichen ist. So ist das System für Patienten leichter nachvollziehbar, denn viele nutzen auch aus Bequemlichkeit oder Unkenntnis das Angebot des Rettungsdienstes.“

aber schlecht gemacht“ gewesen – umso wichtiger seien Modelle wie NPPV.

Auch Bergmann betonte den bundespolitischen Kontext des Projekts, das kein „medizinisches Konzept, sondern ein komplexer Ansatz zur Versorgungssteuerung“ sei. „Wir wollen Versorgung neu strukturieren und keinen neuen Flaschenhals schaffen.“

Dr. Norbert Paas, Geschäftsführer des Projektdienstleisters Ivp Networks, zeigte sich optimistisch: „Wir liegen mit 530 Ärzten und The-



NPPV zieht immer größere Kreise

Neben der Kölner Kooperation im Notdienst präsentierte die KV Nordrhein ihr Projekt zur „neurologisch-psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung (NPPV)“, an dem schon über 5000 Patienten und mehr als 400 Ärzte und Therapeuten teilnehmen. Moderator Wolfgang van den Bergh, Chefredakteur der Ärzte Zeitung, bezeichnete NPPV als „Nucleus eines Versorgungssystems, das bundesweit Relevanz erhalten wird“ – nicht zuletzt vor dem Hintergrund dramatischer Zahlen bei Fehltagen in Unternehmen aufgrund psychischer Erkrankungen. Die Ansätze im „Terminservicegesetz“ der Bundesregierung zur gestuften psychotherapeutischen Versorgung seien „gut gemeint,

rapeuten über unserem Plan. Bis Mitte 2019 sollen 6800 Patienten von NPPV profitieren.“ Das Projekt umfasse mehr als nur „Geld für Zeit“: „Es bietet allen Beteiligten einen Mehrwert.“ Das bestätigte Thomas Czihal vom Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (Zi), der über die Evaluation sprach: „Das Projekt wird bemerkenswert gut bewertet: 62 Prozent der erstmals zum NPPV befragten Ärztinnen, Ärzte und Therapeuten geben die Note sehr gut oder gut.“ Mathias Mohrmann, Mitglied des Vorstands bei Projektpartner AOK Rheinland/Hamburg, sagte: „Patienten benötigen Rat und Orientierung, das braucht Zeit und Kompetenz. NPPV ist der Maßstab für die Regelversorgung.“

■ DR. HEIKO SCHMITZ

links | Der Stand der KV Nordrhein war wichtiger Treffpunkt der Kongressbesucher.

rechts | KVNO-Vorstandsvorsitzender Dr. Frank Bergmann sprach beim Gesundheitskongress auch mit Prof. Wolfgang Greiner (li.), wissenschaftlicher Leiter des Kongresses, über die Zukunft der Notfallversorgung in NRW.

„Zur Treue gehören immer zwei – Wege zu einer gelungenen Kommunikation“

Die richtige Dosis Medizin

Gespräche mit Patienten gehören für Ärzte zum Alltag. Das Bedürfnis nach guter Kommunikation und einem angenehmen Gesprächsklima besteht dabei wechselseitig. Doch welche Faktoren unterstützen eine gute, offene Kommunikationskultur?

Diese Frage stand im Mittelpunkt des Fachtags „Zur Treue gehören immer zwei – Wege zu einer gelungenen Kommunikation“ am 3. April 2019 im Haus der Ärzteschaft in Düsseldorf. Über 200 Ärzte, Psychotherapeuten sowie Patienten- und Selbsthilfevertreter nahmen an der Veranstaltung von KV Nordrhein, Gesundheitsselbsthilfe NRW und KOSKON, einer landesweiten Einrichtung für Selbsthilfeunterstützung, teil. Die Veranstaltung stand im Zeichen von Teilhabe und Inklusion und wurde von Arzt und Fernsehmoderator „Doc Esser“ moderiert.

Dr. med. Frank Bergmann, Vorstandsvorsitzender der KV Nordrhein, wies eingangs auf die Bedeutung der Arzt-Patienten-Kommunikation für eine gute Versorgung hin. Ein gelungenes Gespräch erhöhe nachweislich die Therapietreue und damit den Behandlungserfolg der Patienten. Seinen

Erfahrungen nach tragen gegenseitige Wertschätzung, zugewandtes Zuhören und eine gemeinsame Lösungsfindung viel zum Heilungserfolg bei. Als Arzt müsse er sich in jedem Fall die Frage stellen: „Was kann ich tun, um den Patienten abzuholen und sein Anliegen zu verstehen?“ Wie man besser nicht miteinander spricht, veranschaulichte Bergmann gemeinsam mit dem stellvertretenden Vorsitzenden der KV Nordrhein Dr. med. Carsten König in einem szenischen Dialog.

Stephanie Theiß, Leiterin der Kooperationsberatung für Selbsthilfegruppen, Ärzte und Psychotherapeuten der KV Nordrhein, und Ulf Jacob von der Gesundheitsselbsthilfe NRW stellten die Ergebnisse einer Studie zur gemeinschaftlichen Therapieverantwortung vor. Demnach würden nach Einschätzung von Ärzten und Patienten vor allem folgende Punkte die Therapietreue

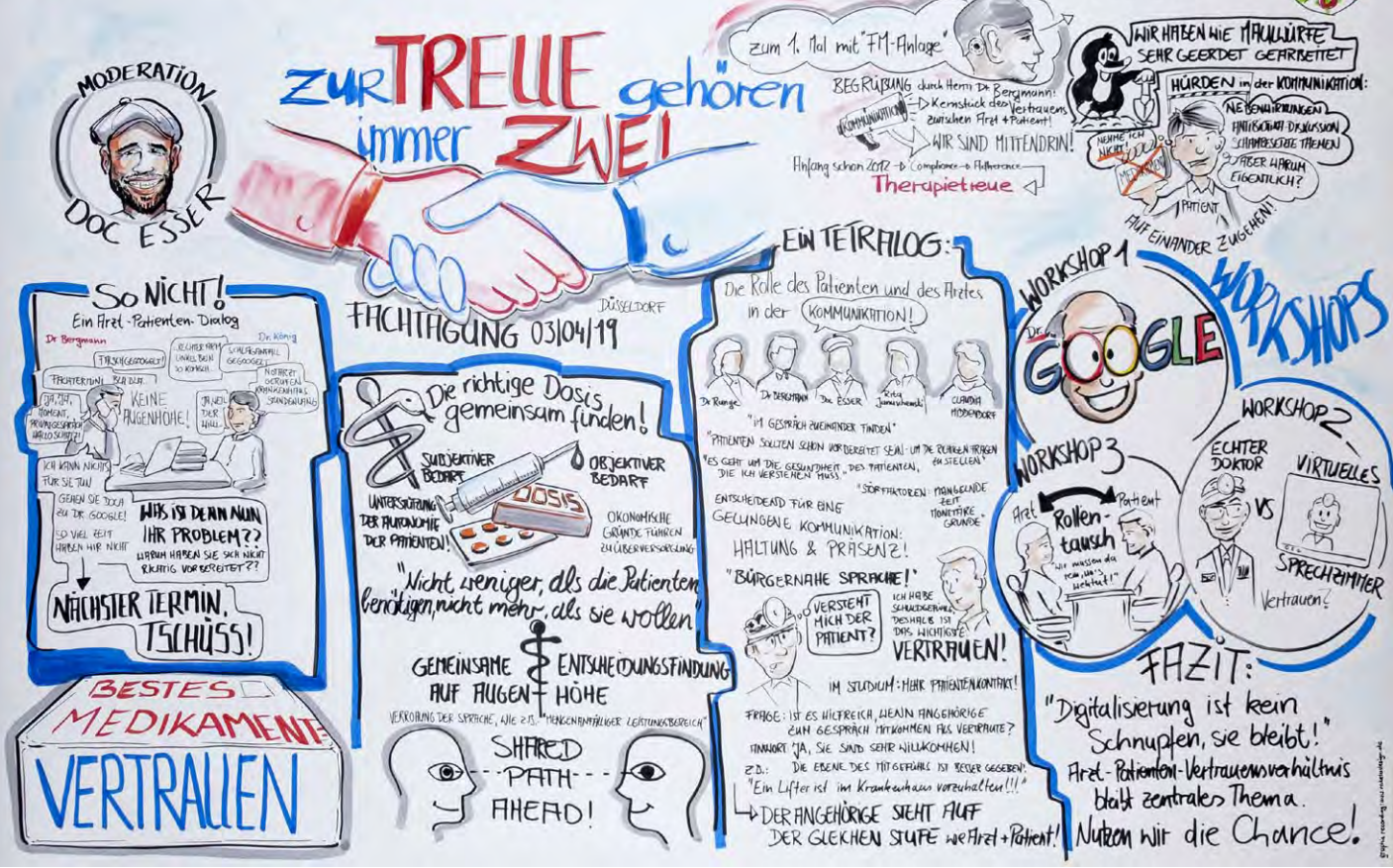
verbessern: mehr bezahlte Zeit für Gespräche, geteilte Verantwortung, der Abbau von Verunsicherung aufgrund von Informationsüberflutung sowie dem Patiententyp angepasste Erklärungen.

Verschiedene Bedarfe

Wie sich die angemessene Dosis Medizin gemeinsam finden lässt, zeigte Prof. Dr. med. David Klemperer von der Ostbayerischen Technischen Hochschule Regensburg in seinem Vortrag. Bei einer Behandlung stünden sich der medizinisch objektive und der persönlich subjektive Bedarf oft gegenüber. Zu einer Lösung, die vom Patienten gut mitgetragen werden kann, lasse sich nur in einem „partizipativen Team-Talk“ kommen. „Das A und O dabei ist, dass Patienten die Gelegenheit erhalten, sich über den Sinn und Nutzen einer Behandlung eine eigene Meinung zu bilden.“



von links: Prof. Dr. med. David Klemperer, Internistin Gabriele Schwerdtfeger, Ulf Jacob, Gesundheitsselbsthilfe NRW, Petra Belke, KOSKON, Dr. Volker Runge, Gesundheitsselbsthilfe NRW, Stephanie Theiß, KOSA, Dr. med. Frank Bergmann, Vorstandsvorsitzender KV Nordrhein, Dr. med. Carsten König, M. san., stellvertretender Vorstandsvorsitzender KV Nordrhein, Rita Januschewski, Gesundheitsselbsthilfe NRW, „Doc Esser“, Claudia Middendorf, NRW-Patienten- und Behindertenbeauftragte, Orthopäde Dr. med. Roland Tenbrock, André Beermann, Selbsthilfekontaktstelle Kreis Viersen, Dipl.-Psych. Evelyn Rasper



Eine ganze Veranstaltung auf einem Bild: Graphic Recording macht's möglich.

Diese Ansicht wurde in der Diskussionsrunde mehrfach geteilt, etwa von der NRW-Patienten- und Behindertenbeauftragten Claudia Middendorf. Sie setzt sich für Patientenorientierung im Gesundheitswesen ein und wünscht sich, dass Behandlungsprozesse respektvoll in einer „bürgernahen Sprache“ erklärt werden. Rita Januschewski und Dr. Volker Runge von der Gesundheitsselbsthilfe NRW zufolge ist den Patienten das Vertrauensverhältnis am allerwichtigsten. „Patienten, gerade chronisch Kranke, möchten mitreden und mitgestalten und nicht nur passiv erdulden.“ Doch in der Arzt-Patienten-Kommunikation bleibe vieles unausgesprochen. Teilweise hinderten die Angst vor der

Diagnose sowie Schuldgefühle Patienten an der notwendigen Offenheit.

In drei Workshops konnten die Ärzte, Psychotherapeuten und Patienten abschließend ihre Sichtweisen und Erfahrungen austauschen. Unter anderem ging es um Chancen und Risiken von „Dr. Google“, um wichtige Voraussetzungen für die kooperative Entscheidungsfindung und um die Vor- und Nachteile des digitalen Kommunizierens. In der Praxis des Orthopäden Dr. med. Roland Tenbrock ist die Telekonsultation bereits gang und gäbe. Er empfindet sie bei bestimmten Indikationen als sinnvolle Ergänzung zur konventionellen Behandlung. Sie könne die allgemeine medizinische Ver-

sorgung erleichtern – das klassische, persönliche Arzt-Patienten-Gespräch allerdings nicht ersetzen.

Partizipativ entscheiden

Fazit: Es bestand Konsens, dass Arzt und Patienten den Behandlungserfolg am besten durch partnerschaftliche Verständigung und Einbezug des Patienten in die Therapieentscheidungen sichern. Die sogenannte partizipative Entscheidungsfindung wurde als Idealbild einer modernen Medizin herausgestellt. Auch die grundlegende Gesundheitskompetenz der Menschen gilt es zu fördern, um gut informiert und selbstbestimmt relevante Entscheidungen treffen zu können.

■ BIANCA WOLTER

Auf „Landpartie“ am Niederrhein

Um für die Niederlassung auf dem Land zu werben, lud die KV Nordrhein erstmals angestellte und in Weiterbildung tätige Ärzte und Psychotherapeuten zu einem Workshop-Wochenende ein. Die Landpartie führte in den Kreis Kleve, der zu den geförderten Regionen im Rahmen des Strukturfonds zählt.

„Wir arbeiten da, wo andere Urlaub machen“: Christoph Gerwers, Bürgermeister von Rees, rührte bei einer Stadtführung kräftig die Werbetrommel für seine Stadt und den gesamten Kreis Kleve. Dort sind derzeit 20,5 Arztstühle unbesetzt. 327,5 sind es in ganz Nordrhein. Der Grund: Es mangelt an Nachwuchsmedizinern, viele von ihnen zieht es eher in die größeren Städte und ins Angestelltenverhältnis als in die eigene Praxis auf dem Land. Um diesem Trend entgegenzuwirken, hatte die KV Nordrhein vom 5. bis 7. April rund 30 Ärzte und Psychotherapeuten ins beschauliche Rees eingeladen. Sie trafen dort auf niedergelasse-

ne Kolleginnen und Kollegen, die seit Langem vor Ort als Haus- oder Fachärzte tätig sind und Nachfolger suchen.

In Vorträgen und Workshops, die größtenteils von Beratern der KV Nordrhein gestaltet wurden, beschäftigten sich die Teilnehmerinnen und Teilnehmer intensiv mit einer möglichen Niederlassung in der eigenen Praxis. Dr. Johannes Martin, Projektleiter für den Strukturfonds der KV Nordrhein, präsentierte Möglichkeiten der finanziellen Unterstützung etwa von Hospitationen in Fördergebiets-Praxen. Niederlassungsberater Andreas Bäcker

Landrat Wolfgang Spreen warb persönlich für den Kreis Kleve und stellte attraktive Angebote für niederlassungswillige Ärztinnen und Ärzte vor.



KVNO | Malinka



referierte über Wege in die eigene Landarztpraxis, und Abrechnungsexpertin Ulrike Donner führte mit anschaulichen Beispielen durch das Thema Honorar. Wie es sich konkret als Arzt auf dem Land lebt, berichteten die Hausärzte Martin Steiger aus Weeze und Dr. Michael El-Nounou aus Rees.

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer erhielten bei der Landpartie aber auch Gelegenheit, den Kreis Kleve näher kennenzulernen. Landrat Wolfgang Spreen stellte Angebote des Kreises für Ärztinnen und Ärzte vor, die sich für eine Niederlassung im Kreis Kleve interessieren. „Wir haben viel zu bieten – Ärztinnen und Ärzte aber fehlen uns. Wir freuen uns deshalb sehr, dass die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein so viele an einer Niederlassung Interessierte zu uns eingeladen hat, und versuchen selbst, einen Beitrag zur Sicherung der medizinischen Versorgung vor Ort zu leisten“, sagte Spreen. Wirtschaftsförderer Hans-Josef Kuypers verwies auf die ökonomische Stärke des Kreises, die es erlaube, auch für Familien viel tun zu können.

Ein wichtiger Bestandteil der Landpartie war das Treffen abgabewilliger Ärzte mit den suchenden Kolleginnen und Kollegen im Rahmen einer Praxisbörse. Die Niedergelassenen

warben für den Arztberuf auf dem Land und stellten die Vorteile heraus, die sich mit der Übernahme einer etablierten Praxis verbinden. „Mein Nachfolger würde sich ins gemachte Nest setzen und gute Verdienstmöglichkeiten haben“, sagte Meinard Klein-Walbeck, 65-jähriger Hausarzt und Palliativmediziner aus Geldern. Wie er berichteten die meisten der angereisten Praxisinhaber, ihre Praxis in den nächsten drei Jahren abgeben zu wollen.

Dr. med. Frank Bergmann, Vorstandsvorsitzender der KV Nordrhein, freute sich sehr über die rege Teilnahme der jungen Nachwuchsmediziner. „Wir haben die Teilnehmer zweieinhalb Tage lang mit allen möglichen Infos rund um die Arbeit als selbstständiger Mediziner oder Therapeut in der eigenen Praxis informiert und mit vielen Vorurteilen aufgeräumt – auch was das Leben in ländlichen Regionen betrifft.“

Auch Dr. med. Carsten König zog eine positive Bilanz der ersten Landpartie: „Wir werden diese erfolgreiche Premiere sicher als Vorlage für weitere vergleichbare Veranstaltungen in weiteren Regionen Nordrhein nutzen“, sagte der stellvertretende Vorsitzende der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein.

■ THOMAS LILLIG

links | Abgabewillige Ärzte standen in persönlichen Gesprächen für alle Fragen rund um die Praxis-Übernahme zur Verfügung – und gingen mit vielen Visitenkarten nach Hause.

rechts | Was der Niederrhein landschaftlich zu bieten hat, erlebten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Landpartie bei einer gemeinsamen Rhein-Schiffahrt.

DMP-Einschreibungen und –Leistungen

Ärztinnen und Ärzte dürfen Leistungen aus Disease-Management-Programmen (DMP) nur dann abrechnen, wenn sie bestimmte Voraussetzungen erfüllen. Dazu gehört neben der Angabe einer gesicherten DMP-Diagnose, dass die Patienten korrekt in das jeweilige DMP eingeschrieben sind. Dazu sind bei den Serviceteams viele Fragen eingegangen. Unsere Antworten auf die häufigsten Fragen haben wir hier für Sie zusammengestellt.

Wann müssen Teilnahmeerklärungen und die Dokumentationsdaten an die Datenstelle übermittelt werden?

Teilnahmeerklärungen und Dokumentationen übermitteln Sie bitte spätestens zehn Tage nach dem Untersuchungs- bzw. Dokumentationstag an die Datenstelle. Es ist nicht vertragskonform, die gebündelten Unterlagen von allen im Quartal behandelten DMP-Patienten erst am Quartalsende zu übermitteln.

Wir haben das Schreiben zu fehlenden DMP-Einschreibungen erhalten. Bei den aufgeführten Patienten haben wir eine falsche SNR abgerechnet. Können Sie das bei der Ihnen aktuell vorliegenden Abrechnung ändern?

Ja. Bitte reichen Sie uns schriftlich ein, welche Änderungen wir vornehmen sollen.

Wir haben das Schreiben zu fehlenden DMP-Einschreibungen bekommen, aber alle aufgeführten Patienten sind schon seit Jahren eingeschrieben. Wie gehen wir damit um?

Die KV Nordrhein erhält die Daten von den Krankenkassen. Wir gleichen diese mit der Abrechnung ab. Sollten hier Unstimmigkeiten zu den Einschreibungen vorliegen, setzen Sie sich bitte mit der jeweiligen Krankenkasse in Verbindung, um den Einschreibestatus zu klären. Dazu haben wir in unserem Internet-Angebot eine Übersicht mit Ansprechpartnern der Krankenkassen hinterlegt. Infos finden Sie unter kvno.de | [KV | 190538](http://kvno.de)

Wie können wir als DSP-Praxis sicher sein, dass ein Patient im DMP eingeschrieben ist, wenn auf der Überweisung kein Hinweis auf DMP-Teilnahme vermerkt ist?

Die überweisende Praxis teilt die DMP-Teilnahme und das jeweilige DMP-Programm auf der Überweisung mit. Sollte keine Angabe auf der Überweisung vermerkt sein, empfehlen wir Ihnen, mit der überweisenden Praxis Kontakt aufzunehmen und den Einschreibestatus zu klären. Diese Auskunft erteilt auch die Krankenkasse.

Werden die DMP-Leistungen für die aufgeführten Patienten aus den Listen gestrichen?

Eine Honorarberichtigung erfolgt erst, wenn der Patient oder die Patientin im vorangegangenen Quartal bereits in der Übersicht aufgeführt war und zwischenzeitlich nicht erneut eingeschrieben wurde. Patienten und Leistungen, die von einer Berichtigung betroffen sind, werden nur im Regelwerksprotokoll im KVNO-Portal angezeigt.

Wir haben den Einschreibestatus mit der Krankenkasse geklärt. Die Kasse hat uns jetzt eine Bestätigung zukommen lassen, dass der Patient eingeschrieben ist. Was machen wir damit?

Erst wenn Leistungen laut Regelwerksprotokoll bei einem Patienten berichtigt wurden, wird die Bestätigung der Kasse wichtig. Legen Sie dann Widerspruch gegen den Abrechnungsbescheid ein und fügen Sie die schriftliche Bestätigung der Kasse bei.

Patienten aus dem Ausland

Für die ärztliche Behandlung von Patienten, die im Ausland krankenversichert sind und während ihres Aufenthalts in Deutschland erkranken, bestehen je nach Herkunftsland und Aufenthaltswort unterschiedliche Abrechnungsmodalitäten.

1. Patienten aus den Staaten der Europäischen Union (EU), des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR) und der Schweiz

Diese Patienten haben einen Anspruch auf alle Leistungen, die während ihres Aufenthalts in Deutschland medizinisch notwendig sind. Eine unmittelbar erforderliche medizinische Versorgung (zum Beispiel Virusinfektion) müssen Ärztinnen und Ärzte demnach behandeln. Das gilt auch für eine fortlaufende Versorgung chronisch Kranker (zum Beispiel Dialysepatient), die nicht bis zur Rückkehr in das Heimatland aufschiebbar ist.

Um seinen Anspruch nachzuweisen, legt der Patient eine Europäische Krankenversicherungskarte (EHIC) oder eine Provisorische Ersatzbescheinigung (PEB) sowie seinen Personal-

ausweis zur Legitimation vor. Die Behandlung rechnet die Praxis über die Kassenärztliche Vereinigung mit der aushelfenden deutschen Krankenkasse ab.

Wenn Patienten nur nach Deutschland reisen, um Gesundheitsleistungen in Anspruch zu nehmen, müssen sie dafür eine Genehmigung ihrer Krankenkasse im Heimatstaat haben. Die Patienten erhalten von der Kasse ein Formular (Vordruck E 112 oder S2). Das müssen sie vor Behandlungsbeginn bei einer deutschen Krankenkasse am Aufenthaltsort gegen einen Nationalen Anspruchsnachweis eintauschen.

2. Patienten aus Nicht-EU-Staaten, aber mit bilateralem Abkommen

Patienten aus Staaten mit einem sogenannten bilateralem Abkommen über Soziale Sicherheit (Bosnien-Herzegowina, Serbien, Montenegro, Mazedonien, Türkei, Tunesien und Israel, hier beschränkt auf medizinische Leistungen bei Krankheit und Mutterschaft) müssen grundsätzlich zunächst eine von ihnen gewählte deutsche Krankenkasse kontaktieren.

Die Krankenkasse stellt einen nationalen Anspruchsnachweis aus, auf dem der genehmigte Leistungsumfang dokumentiert ist. Generell sind nur Leistungen abrechenbar, die unaufschiebbar sind. Bei Fragen zum Leistungsumfang wenden Sie sich bitte an die vom Patienten gewählte deutsche Krankenkasse. Die Abrechnung erfolgt wie bisher über die KV.

3. Patienten aus anderen Ländern oder Patienten, die keinen Anspruchsnachweis vorlegen

Patienten aus anderen Staaten erhalten eine Privatrechnung nach der Gebührenordnung für Ärzte. Arznei-, Heil- und Hilfsmittel werden

privat verordnet. Das gilt auch für Patienten, die keinen der oben genannten Anspruchsnachweise vorlegen können. ■ FRANK NAUNDORF

Mehr Infos und Checklisten unter kvno.de und kbv.de | KV | 190539

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

Extra für MFA:

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

Jetzt registrieren!
www.kvno-newsletter.de



Engagiert für Gesundheit.
Kassenärztliche Vereinigung
Nordrhein

Mehr Gehalt für MFA und Azubis

Seit dem 1. April 2019 gibt es für Medizinische Fachangestellte (MFA) 4,5 Prozent mehr Gehalt in zwei Stufen. Bei der Tarifgruppe I sind es zum 1. April 2019 2,5 Prozent und ab 1. April 2020 weitere 2 Prozent mehr. Auch Auszubildende profitieren von der Einigung: Die monatliche Vergütung steigt um 60 Euro. Im ersten Ausbildungsjahr gibt es somit 865 Euro, im zweiten 910 Euro und im

dritten Jahr 960 Euro. Der Tarifvertrag für das Gehalt gilt bis Ende 2020.

Der Verband medizinischer Fachberufe e. V. und die Arbeitsgemeinschaft zur Regelung der Arbeitsbedingungen der Arzthelferinnen/Medizinischen Fachangestellten hatten die neuen Gehaltstabellen im März bekannt gegeben. In der ersten Tätigkeitsgruppe beginnen die Tarifgehälter in den ersten

drei Berufsjahren ab dem 1. April 2019 bei 1.931,56 Euro und ab dem 1. April 2020 bei 1.970,19 Euro. Bei entsprechenden Weiterbildungen kommen die im Tarifvertrag vereinbarten Zuschläge von 7,5 Prozent in Tätigkeitsgruppe II bis 50 Prozent in Tätigkeitsgruppe VI hinzu. ■ YVK

Mehr Infos zu den Tarifverhandlungen sowie die Gehaltstabellen finden Sie unter kvno.de | KV | 190541

„MFA vernetzt“: 8000 Likes für Facebook-Site

Die Facebook-Präsenz für Medizinische Fachangestellte „MFA vernetzt“ der KV Nordrhein erfreut sich weiterhin großer Beliebtheit. Inzwischen hat die Site über 8000 Fans, von denen die meisten aus Nordrhein kommen. Aber auch MFA aus anderen Bundesländern liken das Angebot und abonnieren damit Nachrichten, die für den Praxisalltag relevant sind. Das Medium eignet sich besonders gut, um In-

formationen in kurzer Zeit an möglichst viele Praxen zu transportieren. So haben die Meldungen zur reformierten Gesundheitsuntersuchung im April bei Facebook rund 50.000 Personen erreicht: Durch das Liken, Teilen und Kommentieren eines Beitrags machen die Fans der Site auch andere Personen auf die Neuerungen aufmerksam. Doch nicht nur die MFA profitieren von der Facebook-

Site, sondern auch die KV Nordrhein. Grund: Viele Kommentare zu aktuellen Änderungen liefern eine Art Stimmungsbild aus den Praxen – etwa, ob Neuerungen gut in der Praxis ankommen oder viel organisatorischen Aufwand erfordern. Auf Fragen, die mit aktuellen Änderungen einhergehen, kann die KV Nordrhein zeitnah reagieren und beantwortet diese so schnell wie möglich. ■ HEI

Qualitätszirkel suchen Mitglieder

Thema Kinder- und Jugendlichen-psychotherapie -TFP / Fallbesprechungen
Ort Düsseldorf
Kontakt Regine Dülks
Telefon 0221 98559633
E-Mail regine.duelks@praxis-duelks.de

Thema Behandlung traumatisierter Patientinnen und Patienten methodenübergreifend und intervisorisch
Ort Köln
Termin jeden 3. Dienstag im Monat
Kontakt Lisa Depré
E-Mail praxis-depre@berg.net

Thema Psychotherapie – Schwerpunkt TP – in Düsseldorf
Ort Düsseldorf
Kontakt Julia Weber
Telefon 0211 91198937
E-Mail julia-weber-mail@web.de

Thema Qualitätsmanagement, Fallbesprechungen, methodenübergreifend
Kontakt Britta Laustroer
Ort Krefeld und Umgebung
Telefon 02151 200017
E-Mail praxis_laustroer@yahoo.de

Kontakt und Anmeldung

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

Christiane Kamps
Telefon 0211 5970 8361
Telefax 0211 5970 8160
E-Mail qualitaetszirkel@kvno.de

22. Nordrheinischer Praxisbörsentag

Informationen rund um Praxisabgabe und Nachfolge

Samstag, 25. Mai 2019

9.30 bis 15.30 Uhr | KV Nordrhein | Tersteegenstraße 9 | 40474 Düsseldorf



informieren

Kurzvorträge für Abgeber und Nachfolger

- Die eigene Praxis: Von der Niederlassung bis zur Abgabe
- Praxiswertermittlung: Strategien für Einsteiger und Praxisabgeber
- Die Beratungsangebote der KV Nordrhein: Kurzporträts
- Finanzplanung vor der Praxisabgabe
- Auf was muss ich beim Übergabevertrag achten?
- Steuerliche Gestaltungsmöglichkeiten beim Praxisverkauf
- Fördermöglichkeiten
- Die eigene Praxis: Wege zur Finanzierung

kontaktieren

Meet and Greet: Der Nordrheinische Praxisbörsentag bietet die Möglichkeit, direkt mit Praxisabgebern und -nachfolgern, Anstellungssuchenden und Kooperationspartnern in Kontakt zu treten. In der KV-Börse können Sie ein Inserat schalten und mit einem Aushang ihre Praxis vorstellen. An Terminals suchen Sie nach interessanten Anzeigen und nehmen Kontakt zum Anbieter auf.

Das Inserat bereiten Sie am besten schon in Ruhe zu Hause vor und teilen uns die Chiffre-Nr. Ihrer Anzeige mit: www.kvno.de/Praxisboersentag_aushang. Das Aufhängen übernehmen wir für Sie.

beraten

Niederlassung, Rechtsfragen, Kooperationen – Experten der KV Nordrhein beraten individuell. Eine Fachausstellung bietet weitere Informationen.

Handverletzungen – Diagnostik, Therapie und Nachbehandlung

Die 78. Veranstaltung der Fortbildungsreihe „Aus Fehlern lernen“ des IQN klärt über den rechtlichen und medizinischen Umgang mit Handverletzungen inklusive Biss-/Kratzverletzungen und Infektionen auf. Erfahren Sie in diesem Termin von ausgewiesenen Experten, wie vermeintliche Bagatellverletzungen einzuordnen sind. Informieren Sie sich, was bei der Diagnose und Behandlung von Sehnen- und Bandverletzungen von Fingern und Hand sowie von handgelenksnahen Frakturen zu beachten ist. Lernen Sie zudem physiotherapeutische Test- und Therapiemöglichkeiten zur Nachbehandlung kennen.

ZERTIFIZIERT | 4 Punkte

Termin 29. Mai 2019
15.30–19 Uhr

Ort Haus der Ärzteschaft
Tersteegenstraße 9
40474 Düsseldorf

Veranstalter Institut für Qualität im
Gesundheitswesen (IQN)

Anmeldung per E-Mail an
iqn@aeqno.de

Telefon 0211 4302 2751

E-Mail iqn@aeqno.de

Workshops Praxisabgabe für Hausärzte und Psychotherapeuten

Sie möchten Ihre Praxis in den nächsten Jahren abgeben? Sie brauchen Unterstützung bei der Umsetzung und möchten sich frühzeitig über die Schritte der Praxisabgabe informieren? Wir informieren Sie in den Workshops für Hausärzte, Fachärzte und Psychotherapeuten darüber, was Sie von den ersten Überlegungen bis zur erfolgreichen Praxisübergabe beachten müssen.

ZERTIFIZIERT | 3 Punkte

Termin Psychotherapeuten
7. Juni 2019
15–17.30 Uhr

Ort Bezirksstelle Köln
Sedanstraße 10–16
50668 Köln

Termin Hausärzte
26. Juni 2019
15–17.30 Uhr

Ort Haus der Ärzteschaft
Tersteegenstraße 9
40474 Düsseldorf

Anmeldung KV Nordrhein
Brigitte Klimpel

Telefon 0221 7763 6303

E-Mail akademie-kvno@kvno.de

Substitution: Neuerungen 2019

Über die wichtigsten Änderungen bei der Substitution möchten wir Sie gern im Rahmen der Veranstaltung „Substitution 2019“ am 3. Juli 2019 informieren, da nun auch die Anlage I Nr. 2 der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung aktualisiert wurde. Nach der Präsentation des Status quo inklusive der Altersstruktur der substituierenden Ärzte werden aktuelle rechtliche Rahmenbedingungen und der neue Dokumentationsbogen für die Stichprobenprüfung vorgestellt. Im Anschluss ist Zeit für Fragen und Diskussion.

ZERTIFIZIERUNG | beantragt

Termin 3. Juli 2019
14–16.30 Uhr

Ort Haus der Ärzteschaft
Tersteegenstraße 9
40474 Düsseldorf

Anmeldung online über
kvno.de/Termine

Mehr Infos über unsere Veranstaltungen unter ► [kvno.de/termine](https://www.kvno.de/termine)

Veranstaltungen für Ärzte und Psychotherapeuten

18.–24.05.2019	Nordrheinische Akademie: „88. Fortbildungskongress“, Norderney
20.05.2019	KBV: „Sicherstellungskongress 2019“, Berlin
■ 25.05.2019	KV Nordrhein: „22. Nordrheinischer Praxisbörsentag“, Düsseldorf
29.05.2019	IQN: „Aus Fehlern lernen – Teil 78: Handverletzungen“, Düsseldorf
■ 05.06.2019	KV Nordrhein: „Einführungsworkshop ‚rational und rationell verordnen‘ für neu niedergelassene Ärzte“, Köln
■ 05.06.2019	KV Nordrhein: „Grundlagenseminar EBM für Ärzte“, Düsseldorf
■ 07.06.2019	KV Nordrhein: „Workshop Praxisabgabe für Psychotherapeuten“, Köln
■ 26.06.2019	KV Nordrhein: „Workshop Praxisabgabe für Hausärzte“, Düsseldorf
26.06.2019	IQN: „Sprechstundenbedarf/Sprechstundenmanagement“, Düsseldorf
■ 03.07.2019	KV Nordrhein: „Substitution 2019“, Düsseldorf
27.09.2019	IQN: „79. Fortbildungsveranstaltung: Aus Fehlern lernen“, Düsseldorf
■ 28.09.2019	KV Nordrhein: „Start-up in die Niederlassung“, Düsseldorf

Veranstaltungen für Medizinische Fachangestellte

■ 22.05.2019	KV Nordrhein: „Workshop EBM Wiedereinsteiger (Teil 1)“, Düsseldorf
■ 22.05.2019	KV Nordrhein: „Bundesweite Richtlinien“, Köln
■ 29.05.2019	KV Nordrhein: „Workshop EBM Wiedereinsteiger (Teil 2)“, Düsseldorf
■ 29.05.2019	KV Nordrhein: „Abrechnung Hausärzte“, Köln
■ 05.06.2019	KV Nordrhein: „MFA-Start-up“, Köln
■ 06.06.2019	KV Nordrhein: „Stress lass nach – der Weg zu mehr Gelassenheit“, Düsseldorf
■ 07.06.2019	KV Nordrhein: „Führung I – Führungsqualitäten entwickeln“, Köln
■ 12.06.2019	KV Nordrhein: „Effizienzcoaching – die Kunst, sich selbst und andere zu organisieren“, Düsseldorf
■ 19.06.2019	KV Nordrhein: „Führung II – Kommunikation: Grundlage zur Führung“, Düsseldorf
■ 26.06.2019	KV Nordrhein: „IGe-Leistungen“, Köln
■ 09.10.2019	KV Nordrhein: „Selbsthilfe – Unterstützung für Patient und Praxis“, Oberhausen

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

Impressum

Herausgeber

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein

Redaktion

Frank Naundorf (verantwortlich)
Dr. Heiko Schmitz
Simone Heimann
Marscha Edmonds

Redaktionsbeirat

Dr. med. Frank Bergmann, Dr. med. Carsten König,
Frank Naundorf, Dr. Heiko Schmitz

Druck

Bonifatius, Paderborn

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

GVP Gemeinnützige Werkstätten Bonn GmbH
diekonfektionierer
Pfaffenweg 27
53227 Bonn
Telefon 0228 9753 1900
Telefax 0228 9753 1905
formular.versand-kvno@gvp-bonn.de

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

Gesamtauflage dieser Ausgabe: 25 000

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

Vorschau „KVNO ■ aktuell“ 6+7 | 2019

■ TSVG

Neuerungen ab 1. August

■ Impfen

Brauchen wir die Pflicht?

■ Contergan

Anlaufstelle für Geschädigte

■ Laborleitfaden

Erkrankungen der Schilddrüse

**Die nächste Ausgabe von KVNO aktuell
erscheint am 4. Juli 2019.**

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

kvno.de



Engagiert für Gesundheit.
Kassenärztliche Vereinigung
Nordrhein