

Kommt die Impfpflicht?

folia | Stockfotos-MG

Masern

Gesetzentwurf schreibt
Impfung für Kinder & Co. vor

Termine

Online melden
übers KVNO-Portal

Labor

Diagnostik bei
Schilddrüsenerkrankungen

Beilage

Fortbildungsübersicht
Juli bis Dezember 2019

Inhalt

Schwerpunkt

- 2 Terminservicestelle:
Termine melden über
das KVNO-Portal
- 6 TSVG-Terminvermittlung

Aktuell

- 8 TSVG: Neue
Vergütungsregelungen
- 10 Mehr Gesetze,
mehr Gängelung
- 12 Aktuelle Fallzahl
auch für Fachärzte
- 13 TI: Checkliste für
den Einstieg
- 13 Konnektor: Auf die
Installation kommt es an
- 13 Künftig drohen
2,5 Prozent Honorarabzug
- 14 KVNO-Portal:
Übersichtlicher und
mit neuen Funktionen
- 18 Bedarfsplanung:
Neue Verhältniszahlen
- 21 Schlagabtausch mit
Minister Spahn

■ Praxisinfos

- 24 Vertrag Hallo Baby
startet am 1. Juli
- 24 Schwangerschafts-
Screening K.I.S.S.
- 24 Mutterschaftsvorsorge:
Urintest gestrichen

- 25 Hautkrebsvorsorge U35:
Höhere Vergütung bei
Knappschaff
- 25 Pille und Co. länger
auf Kassenrezept
- 25 Hautkrebs jetzt
auch in der ASV
- 26 HzV-Vertrag: Original-
Formulare verwenden
- 26 Psychotherapie:
Honorare für Gutachten-
aufträge steigen
- 26 Testabrechnung:
Neues Zeitintervall
- 27 DMP:
Angaben angepasst
- 27 Änderung im
Formularbereich

■ Verordnungsinfos

- 28 Biosimilars: Ärzte wollen
die Umstellung steuern
- 29 Verblistern von
Arzneimitteln
- 29 Heilmittelvereinbarung
2019 steht
- 30 Kleines Hilfsmittel-ABC,
Teil 1

Hintergrund

- 32 Masernschutzgesetz:
Kommt jetzt die
Impfpflicht?
- 36 Christine Thiele:
„Derzeit brauchen
wir die Impfpflicht“

Berichte

- 38 KVNO: Werben für
die Niederlassung
- 42 Das AIS – was bringt's?
- 44 Von Wachtberg nach
Westafrika

Service

- 46 Labordiagnostik bei
Schilddrüsenerkrankungen
- 49 Wer muss Laborwerte
anfordern?
- 50 Digitale Selbsthilfe

In Kürze

- 51 Urlaubsvertretung
richtig regeln
- 51 Vorsicht: Gefälschte
E-Mails im Umlauf
- 52 Zahl der Organspender
steigt wieder
- 53 Fortbildungs-App
jetzt auch in Nordrhein
- 53 Serviceheft zur
Verordnung häuslicher
Krankenpflege
- 53 Kreispolizeibehörde
Kleve sucht Ärzte
- 54 Qualitätszirkel
suchen Mitglieder

Veranstaltungen

- 55 Veranstaltungen | Termine

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

nach dem Gesetz ist vor dem Gesetz – das wissen wir im Gesundheitswesen schon lange. In Zeiten von Jens Spahns Turbo-Gesetzgebung bekommt die Erkenntnis aber eine ganz neue Qualität. Das Tempo ist so hoch, dass im Bundesministerium für Gesundheit (BMG) offenbar die Zeit fehlt, sich über die Konsequenzen neuer Vorgaben ausreichend Gedanken zu machen – oder vorab Rat bei denen einzuholen, die die Versorgung täglich gestalten.

Beispiel Terminservicegesetz (TSVG): Niemandem im BMG dürfte klar gewesen sein, was die Kleinteiligkeit des TSVG im Einzelnen auslöst – etwa bei den Vergütungsregelungen für vermittelte Termine. Da steckt der Teufel im Detail. Das nutzen die Krankenkassen in den aktuellen Verhandlungen aus, um das Versprechen des Ministers, für mehr Leistung auch mehr Geld zur Verfügung zu stellen, auszuhöhlen und auszusitzen. Mal sehen, ob Spahn auch hier den Turbo einschaltet.

Während wir beim TSVG noch in der Umsetzung stecken, liegen schon das Digitale Versorgung Gesetz (DVG) und das Faire-Kassenwahl-Gesetz (GKV-FKG) auf dem Tisch. Bei beiden Entwürfen haben wir größte Bedenken. Mit dem DVG öffnet der Gesetzgeber den Kassen Tür und Tor für eine alleinige, direkte Steuerung der Versorgung. Wir wollen und müssen aber an einer digitalen Versorgungsstruktur mitwirken, denn nur wir verfolgen medizinische und nicht primär ökonomische Interessen. Wir haben das Know-how für die Versorgung. Die Ausgestaltung der Digitalisierung ist daher Kernaufgabe des KV-Systems – mit Mitteln, die uns die Politik dafür zur Verfügung stellen muss.

Der Gesetzentwurf zum Faire-Kassenwahl-Gesetz sieht vor, finanzielle Zuschläge für DMP aus dem Risikostrukturausgleich für die Krankenkassen zu streichen. Damit stünden die Programme vor dem Aus. Dabei zeigen



sie enormes Potenzial bei den Qualitätszielen, bei der Vernetzung haus- und fachärztlicher Versorgung und bei der Schulung der Patientinnen und Patienten. Allein in Nordrhein nehmen etwa 6500 Ärztinnen und Ärzte an DMP teil. Rund eine Million Menschen profitieren von der deutlich verbesserten Diagnostik und dem höheren Behandlungsniveau. Das muss so bleiben.

Herzliche Grüße

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Frank Bergmann'.

Dr. med. Frank Bergmann
Vorstandsvorsitzender

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Carsten König'.

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



Termine für die Servicestelle

Online melden über das KVNO-Portal

Der Gesetzgeber hat die Praxen im Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) verpflichtet, Termine an die Servicestellen der Kassenärztlichen Vereinigungen zu melden. Am besten klappt das online über das KVNO-Portal.

fotolia | coldwaterman

Die KV Nordrhein hat alle Mitglieder angeschrieben und informiert, wie viele Termine sie pro Quartal melden sollen. Ein Neurologe beispielsweise soll einen Termin pro Woche melden. Und so funktioniert die eTerminmeldung:

1. AUFRUFEN

Als Mitglied der KV Nordrhein können Sie sich über das KVNO-Portal anmelden – mit den bekannten Zugangsdaten. Gehen Sie auf die Kachel eTerminservice. Wählen Sie nun die Art des Zugriffs aus, über den Sie das KVNO-Portal aufrufen, also entweder über KV-Safenet.de oder klassisch über das Internet unter kvnportal.de

2. ANMELDEN

Danach wählen Sie FIM KV Nordrhein aus und geben erneut Ihre Zugangsdaten für

das KVNO-Portal ein. Wenn Sie Hilfe im eTerminservice benötigen, finden Sie ganz unten links auf der Seite einen Punkt Hilfe. Dort ist alles nochmal ausführlich erklärt.

e-Terminservice starten

Art der Anmeldung auswählen	
KV Telematik Benutzerverwaltung / KV-Connect	
<input type="checkbox"/>	FIM KV Berlin
<input type="checkbox"/>	FIM KV Hamburg
<input type="checkbox"/>	FIM KV Hessen
<input type="checkbox"/>	FIM KV Niedersachsen
<input type="checkbox"/>	FIM KV Thüringen
<input type="checkbox"/>	FIM KV Westfalen-Lippe
<input checked="" type="checkbox"/>	FIM KV Nordrhein
<input type="checkbox"/>	FIM KV Brandenburg

Auswählen

Nutzen Sie den eTerminservice zum ersten Mal, prüfen Sie zunächst Ihr Termin- und Praxisprofil. Unter den beiden Menüpunkten sind bereits bestimmte Profile hinterlegt, die Sie anpassen können.

3. TERMINE EINTRAGEN

Klicken Sie nun in der Menüleiste Terminplanung an. Dort finden Sie das Feld Termine hinzufügen. Von hier aus sind Sie in wenigen Schritten am Ziel: Wählen Sie zunächst unter Terminprofil aus, für welchen Arzt oder Psychotherapeuten Ihrer Praxis Termine hinzugefügt werden sollen.

Danach geben Sie Datum, Uhrzeit und Dauer des Termins an. Ist die Auswahl getroffen, können Sie noch festlegen, in welchem Abstand der Termin wiederholt werden soll (etwa immer dienstags von

mittelter Termin freigegeben wird. Hierzu können Sie einen Buchungsabstand individuell einstellen. Sollte ein Termin nicht gebucht worden sein, können Sie den Termin wieder vergeben.

Nachdem Sie diese Angaben gemacht haben, fehlt noch ein Klick: Mit dem Terminhinzufügen-Feld speichern Sie Ihre Einträge. Die Terminservicestelle (TSS) kann den Termin jetzt vermitteln. Per E-Mail oder Fax können Sie erfahren, ob ein Termin vermittelt wurde. Klicken Sie hierfür Praxisdaten und anschließend Kontaktinformationen an, um danach den Benachrichtigungskanal auszuwählen, also Fax oder E-Mail. Nach wenigen Minuten erhalten Sie per Fax oder E-Mail den Bestätigungscodex, den Sie in das entsprechende Feld im eTerminservice eintragen. Dann ist Ihr Benachrichtigungskanal aktiviert.

Terminübersicht im Menüpunkt Terminplanung



9 bis 9.15 Uhr). Abhängig von der Fachgruppe können Sie eintragen, ob Sie Patienten mit akuten Beschwerden (Behandlung innerhalb von 24 Stunden) sowie mit dringendem Terminwunsch (innerhalb von vier Wochen) und nicht dringendem Terminwunsch (bei Bagatellerkrankungen und verschiebbaren Vorsorgeuntersuchungen, in angemessener Frist) behandeln wollen. Auch bestimmen Sie, wann ein nicht ver-

Kommt es zu einer Buchung, erfahren Sie über das System auch den Namen und die Kontaktdaten des Patienten.

Übrigens: Die Eintragung im eTerminservice können Sie auch ans Praxispersonal delegieren. Sie müssen allerdings die Anwendung im KVNO-Portal für eine Medizinische Fachangestellte freigeben. Das funktioniert nach der Anmeldung im Portal auf der Startseite unter dem Punkt Ihr Profil.

Extrabudgetäre Vergütung

Positiv bei den über die TSS vermittelten Behandlungen ist, dass die Leistungen im Behandlungsfall, die aufgrund der Terminvermittlung nötig sind, extrabudgetär vergütet werden sollen. Details klären die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der GKV-Spitzenverband derzeit.

Durch TSS vermittelte Fälle sind in der Praxissoftware entsprechend zu kennzeichnen. Zum Kennzeichnen des Falls muss die Praxis in der Praxissoftware in dem neu eingerichte-

ten Feld Vermittlungsart angeben, ob es sich um einen TSS-Terminfall, einen TSS-Akutfall oder den Vermittlungsfall vom Hausarzt handelt.

Ab 1. September 2019 erhalten Praxen zusätzlich zur extrabudgetären Vergütung der Behandlung für TSS-Patienten einen Zuschlag auf die Grund- beziehungsweise Versichertenpauschale von bis zu 50 Prozent, ebenfalls extrabudgetär. Die Höhe der Zuschläge ist nach der Länge der Wartezeit auf einen Termin gestaffelt:

- 50 Prozent: Termin innerhalb von acht Tagen sowie in Akutfällen innerhalb von 24 Stunden nach medizinischem Ersteinschätzungsverfahren
- 30 Prozent: Termin innerhalb von neun bis 14 Tagen
- 20 Prozent: Termin innerhalb von 15 bis 35 Tagen

Zur Abrechnung der Zuschläge wird der Bewertungsausschuss neue Gebührenordnungspositionen in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab aufnehmen. ■ FRANK NAUNDORF

Erklärvideos

Wie der eTerminservice funktioniert, zeigen vier kurze Videos, die Sie im Internet abrufen können:

eTerminservice allgemein
kvno.eu/eterminservice

Anmeldung und Profilbearbeitung
kvno.eu/anmeldung

Terminplanung
kvno.eu/terminplanung

Terminbearbeitung
kvno.eu/terminbearbeiten

Kontakt

Bei Fragen oder Problemen mit den Online-Diensten oder für allgemeine IT-Beratungen wenden Sie sich bitte an:

IT-Hotline
Telefon 0211 5970 8500
E-Mail it-hotline@kvno.de

Bei inhaltlichen Fragen zum eTerminservice wenden Sie sich bitte an:

Terminservicestelle
Telefon 0211 5970 8988
E-Mail terminannahme@kvno.de



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

E-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

TSVG-Terminvermittlung

Das Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) ist am 11. Mai 2019 in Kraft getreten. Mit dem Gesetz soll vor allem die Terminvergabe für gesetzlich versicherte Patienten beschleunigt werden. Die Regelungen dazu werfen Fragen auf – hier finden Sie die Antworten.

Wer muss Termine melden?

Betroffen sind vier Gruppen:

- alle Facharztgruppen
- psychologische Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten für Psychotherapie-Sprechstunden, Akutbehandlung und Probatorik
- Hausärzte für einmalige, dringende Untersuchungen
- Kinder- und Jugendmediziner für einmalige, dringende Untersuchungen und Früherkennungsuntersuchungen

Gilt diese Anzahl der zu meldenden Termine je Praxis oder je Arzt?

Diese Anzahl gilt je Arzt.

Wenn ich als Psychotherapeut einen Termin für Akutbehandlung/Probatorik melde, ist das ja nur der Anfang einer Terminserie. Muss ich trotzdem für jeden Monat einen Termin melden?

Ja. Sollte ein von Ihnen gemeldeter Termin zur Akutbehandlung/Probatorik gebucht werden und sich dann herausstellen, dass dieser auch bei Ihnen durchgeführt wird, können Sie entsprechend gemeldete Termine für die nächsten Monate löschen.

Muss ich als Hausarzt auch Termine melden, wenn ich eine offene Sprechstunde anbiete?

Ja. Von der Terminservicestelle (TSS) können nur konkrete Termine vermittelt werden. Welchen Termin Sie melden, hängt von der Organisation Ihrer offenen Sprechstunde ab. Eventuell ist es eine Option für Sie, wenn Sie uns

einen Termin zu Beginn der offenen Sprechstunde melden.

Was ist, wenn ich krank werde oder Urlaub habe? Muss ich gemeldete Termine trotzdem wahrnehmen?

Noch nicht gebuchte Termine können Sie im eTerminservice löschen. Bereits gebuchte Termine sagen Sie bitte beim Patienten ab, so wie Sie das bei Ihren eigenen Patienten handhaben. Während der Urlaubszeit oder einer längeren Krankheit brauchen Sie keine Termine zu melden.

Wie erfahre ich von einer Terminvergabe?

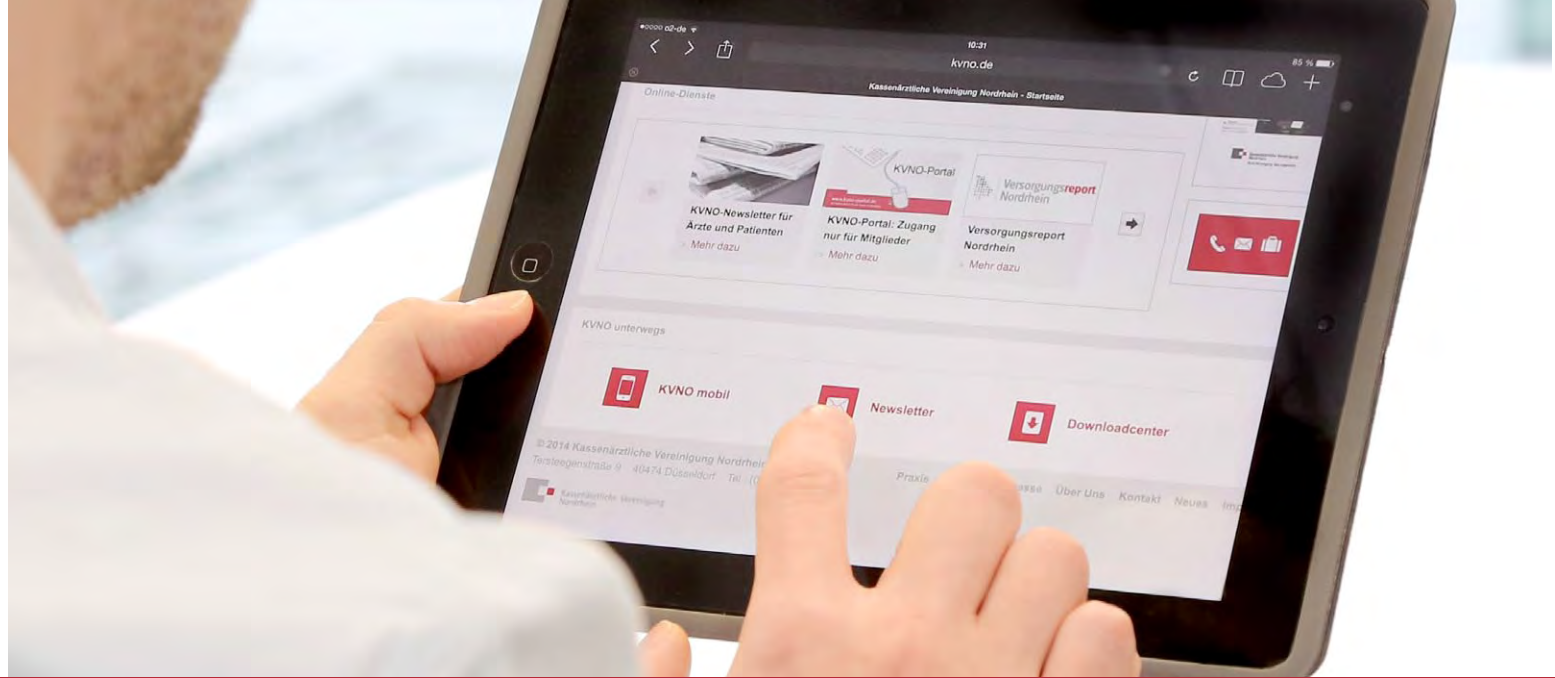
Entweder ruft der Patient in der Praxis an und bestätigt den Termin, oder die Praxis kann eine Nachricht per E-Mail oder Fax erhalten. Dazu wählen Sie im eTerminservice den Punkt Praxisdaten aus, scrollen herunter und klicken neben der Praxisanschrift den Stift an. Es öffnet sich ein neues Feld. In der Mitte des Formulars können Sie den Benachrichtigungskanal per E-Mail oder per Fax hinterlegen. Wichtig: Klicken Sie Fax oder E-Mail an, um die Auswahl zu bestätigen.

Muss ich die Eintragung im eTerminservice selbst machen?

Nein. Dies kann auch etwa durch das Praxispersonal erfolgen. Dafür geben Sie im Portal diese Anwendung für einen Mitarbeiter frei. Der Arzt oder Psychotherapeut kann nach der Anmeldung im Portal auf der Startseite unter dem Punkt Ihr Profil einen Zugang für Medizinische Fachangestellte anlegen und verwalten.

Mehr Fragen und Antworten zu diesem Thema finden Sie unter kvno.de |

KV | 190706



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

Neue Vergütungsregelungen

Das Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) hat nicht nur viele Vorgaben wie die neuen Mindestsprechstundenzeiten gebracht, sondern auch Änderungen zum Thema Vergütung.

Im TSVG befinden sich einige Regelungen, die die Vergütung der Ärzte und Psychotherapeuten maßgeblich beeinflussen werden. Seit dem 11. Mai 2019 erhalten Praxen Leistungen außerhalb der Budgets extrabudgetär vergütet, die nach einer Vermittlung durch die Terminservicestelle (TSS) oder bei einer Vermittlung des Patienten durch einen Hausarzt erfolgt sind. In diesen Fällen muss die Praxis in ihrer Praxisverwaltungssoftware einen neuen Schein anlegen und diesen mit der zugehörigen Kennzeichnung Vermittlungsart versehen. Weitere Vergütungsanreize treten ab dem 1. September 2019 in Kraft. Hierbei spielen die

Vergütung der Terminvermittlung durch den Hausarzt und die Vergütung von Zuschlägen für die zeitnahe TSS-Vermittlung sowie extrabudgetäre Vergütungen für neue Patienten und Behandlungen in der offenen Sprechstunde eine Rolle.

Beschlüsse auf Bundesebene

Trotz dieser grundsätzlich positiv zu betrachtenden Regelungen gibt es Einschränkungen im Gesetz, die noch näher definiert werden müssen. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und der GKV-Spitzenverband haben sich am 19. Juni im Bewertungsausschuss

TSVG – Übersicht Vergütungsregelungen

Terminvermittlung vom Hausarzt zum Facharzt		Terminvermittlung durch Terminservicestelle (TSS)		Erstkontakt*	Offene Sprechstunde*
Terminvermittlung durch Hausarzt	Weiterbehandlung durch Facharzt*	TSS-Terminfall*	TSS-Akutfall*		
Vermittlung eines aus medizinischen Gründen dringend erforderlichen Behandlungstermins	Leistungen im Behandlungsfall aufgrund der Vermittlung durch einen Hausarzt	Leistungen im Behandlungsfall, die aufgrund der Vermittlung durch die TSS erbracht werden	Vermittlung über die Rufnummer 116 117 auf der Grundlage eines bundesweit einheitlichen, standardisierten Ersteinschätzungsverfahrens	Leistungen im Behandlungsfall, bei Patienten, die erstmalig oder mindestens zwei Jahre nicht in der Praxis untersucht und behandelt wurden	Leistungen im Behandlungsfall, die im Rahmen von bis zu fünf offenen Sprechstunden je Kalenderwoche ohne vorherige Terminvereinbarung erbracht wurden
Inkrafttreten	Inkrafttreten	Inkrafttreten	Inkrafttreten	Inkrafttreten	Inkrafttreten
1. September 2019	11. Mai 2019	11. Mai 2019	Bis spätestens 1. Januar 2020	1. September 2019	1. September 2019

*Bereinigung der Leistungen auf Basis der aktuellen Abrechnung

Aktuelle Beschlüsse zum TSVG

Zuschlag Terminvermittlung an Facharzt durch Hausarzt: Ab 1. September 2019 gibt es für den Hausarzt einen extrabudgetären Zuschlag von zehn Euro je Vermittlung. Voraussetzung: Der vermittelte Termin muss innerhalb von vier Kalendertagen nach Feststellung der Behandlungsnotwendigkeit durch den Hausarzt liegen.

Offene Sprechstunde: Ab 1. September 2019 können maximal fünf offene Sprechstunden je Woche extrabudgetär abgerechnet werden. Im Bewertungsausschuss einigte man sich auf die jeweiligen Arztgruppen, die eine offene Sprechstunde anbieten müssen. Dies

sind Augenärzte, Chirurgen, Gynäkologen, HNO-Ärzte, Hautärzte, Kinder- und Jugendpsychiater, Nervenärzte, Neurologen, Orthopäden, Psychiater und Urologen. Nun müssen KBV und GKV-Spitzenverband noch den Bundesmantelvertrag anpassen.

Versorgung von Neupatienten: Ab 1. September 2019 können Ärzte die Behandlung von Neupatienten extrabudgetär abrechnen. Patienten gelten als Neupatienten, wenn sie seit zwei Jahren nicht mehr in der Praxis behandelt oder untersucht worden sind.

Mehr Infos erhalten Sie im Internet unter kbv.de und kvno.de/tsvg | **KV | 190709**

auf konkrete Eckpunkte geeinigt, zum Beispiel die Facharztgruppen, die fünf offene Sprechstunden anbieten müssen (siehe Kasten). Bis Redaktionsschluss waren noch nicht alle Details veröffentlicht.

Die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein hat sich dafür entschieden, im ersten Schritt über eine Anpassung des Honorarverteilungsmaßstabs den Weg frei zu machen, um eine adäquate Vergütung zu gewährleisten. Entscheidender Baustein ist hier die Umstellung der Systematik der Regelleistungsvolumina (RLV) im fachärztlichen Versorgungsbereich auf die aktuelle Fallzahl (siehe Seite 12). Auslöser hierfür war, dass die zusätzliche Vergütung in Teilen zulasten der bestehenden RLV berechnet wird.

Hierbei ist festzuhalten, dass die Anhebung der Vergütung auch aus der Morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) finanziert wird. Alle Leistungen, die in den ersten Quartalen extrabudgetär vergütet werden, werden zeitgleich auch aus der MGV entnommen. Hierbei wird aber nicht der volle Betrag in Abzug gebracht,

sondern die durchschnittliche Vergütungshöhe des entsprechenden Vorjahresquartals. Das bedeutet, wenn die bisherige Vergütungshöhe 90 Prozent des EBM-Wertes betragen hat, erhält der Arzt jetzt 100 Prozent des EBM-Wertes und auf der Gegenseite erfolgt eine Kürzung der bisherigen Gesamtvergütung.

Diese Kürzung wird dabei über die Anwendung der aktuellen Fallzahl auf die betroffenen Ärzte umgelegt. Der Arzt erhält daher für diese Patienten kein RLV mehr.

Ein Beispiel für die TSVG-Vergütung: Wenn eine Leistung im EBM bisher mit 20 Euro vergütet werden sollte, haben die Ärzte häufig aufgrund der gedeckelten MGV nur 90 Prozent des Wertes erhalten – also 18 Euro. Nun fällt diese Deckelung weg und der Arzt erhält 100 Prozent, also in diesem Fall die im EBM vorgesehenen 20 Euro.

Wie bei jeder Regelung im Gesundheitswesen steckt der Teufel im Detail. Sobald nähere Informationen vorliegen, werden wir diese umgehend veröffentlichen. ■ DIRK SCHULTEJANS

Mehr Gesetze, mehr Gängelung

Die Stimmung auf der Vertreterversammlung (VV) der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Nordrhein am 14. Juni schwankte zwischen Pragmatismus und Empörung angesichts der Gesetzesflut im Bundesgesundheitsministerium (BMG). Während noch viele Detailregelungen im Zusammenhang mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) offen sind, liegen schon die nächsten Aufreger auf dem Tisch.

Dass der Gesetzesmarathon auch die Vertreterversammlung vor der Sommerpause prägen würde, war keine Überraschung. Die Empörung darüber auch nicht, die unter anderem in einem Antrag zum Ausdruck kam, der – anschließend an einen Beschluss des Ärztetags – „Gängelungen und Bevormundungen“ freiberuflicher Ärztinnen und Ärzte in den Gesetzgebungsverfahren der Bundesregierung scharf kritisiert und den Gesetzgeber auffordert, auf Eingriffe in die Praxisorganisation, Strafandrohungen und weitere Belastungen wie beim TSVG zu verzichten.

Doch die sind vorprogrammiert, etwa beim Faire-Kassenwahl-Gesetz (GKV-FKG). Das sieht unter anderem vor, Zuschläge für DMP aus dem Risikostrukturausgleich für die Kassen zu streichen. „Das ist gar nicht fair, auch wenn das Gesetz die Fairness im Namen trägt“, betonte KVNO-Vize Dr. med. Carsten König. Die DMP zeigten enormes Potenzial bei Qualitätszielen, bei der Vernetzung der haus- und fachärztlichen Versorgung und bei der Schulung der Patientinnen und Patienten. „Allein in Nordrhein nehmen 6500 Ärzte daran teil. Fast eine Million Menschen in Nordrhein profitieren von dem höheren Behandlungsniveau. Das muss so bleiben“, forderte König.

Digitalisierung: Kernaufgabe der KVen

Auch das Digitale Versorgung Gesetz (DVG) hat aus Sicht der KVNO Schwachstellen: „Das geplante Gesetz in seiner jetzigen Form öffnet den Kassen Tür und Tor für eine alleinige Steu-

erung der Versorgung. Wir müssen an einer digitalen Versorgungsstruktur mitwirken, denn nur wir verfolgen medizinische und nicht primär ökonomische Interessen auch der Patienten. Die Ausgestaltung der Digitalisierung ist Kernaufgabe des KV-Systems – „mit Mitteln, die uns die Politik dafür zur Verfügung stellen muss“, betonte KVNO-Vorstandsvorsitzender Dr. med. Frank Bergmann.

Beim TSVG, das seit 11. Mai 2019 in Kraft ist, zeigt sich die KVNO pragmatisch. „Nachdem wir das komplexe Gesetz lange und umfangreich kritisiert und auch beeinflusst haben, müssen wir jetzt in den Modus der Umsetzung schalten“, sagte Bergmann. Noch aber ist vieles ungeklärt, insbesondere bei der zusätzlichen Vergütung von Mehrarbeit. So ist einer der auf Bundesebene mit den Krankenkassen noch zu klärenden Punkte die Bereinigung der Morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) aufgrund der extrabudgetären Vergütung zum Beispiel von vermittelten Terminen. Ein Antrag, der die zügige Finanzierung der Mehrleistungen im Rahmen des Gesetzes anmahnt, wurde von der VV einstimmig angenommen.

Klar sei, dass „wir die Interessen aller Mitglieder im Blick behalten und die Lasten, aber auch Vorteile des Gesetzes gerecht verteilen müssen“, so Bergmann. Zu den Lasten zähle die Verpflichtung zum Melden freier Termine für die Terminservicestelle (TSS). De-

ren Integration mit der Notdienst-Hotline 116 117 biete zumindest die Chance zur sinnvollen Steuerung der Patienten. „Wir haben dafür gekämpft, dass diese Steuerung nicht durch andere erfolgt. Jetzt müssen wir liefern“, sagte Bergmann. Die TSS wird seit der Debatte um das TSVG deutlich mehr in Anspruch genommen: Seit März ist die Zahl der Anrufer von etwa 300 auf bis zu 900 pro Tag gestiegen.

Voraussichtlich 320 zusätzliche Sitze

Zahlen präsentierte der Vorstand auch zur Bedarfsplanungs-Richtlinie, die zum 1. Juli 2019 gelten soll. Laut einer Prognose der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) könnte es in Nordrhein ein Plus von etwa 320 Sitzen geben, davon circa 110 für Hausärzte. Durch das Absenken von Verhältniszahlen stünden auch mehr Sitze für Fachinternisten, Kinderärzte, Nervenärzte und Psychotherapeuten zur Verfügung. Zusätzliche Niederlassungsmöglichkeiten seien ab Anfang 2020 zu er-

warten – leider bleibe einmal mehr offen, wie die Gegenfinanzierung der zusätzlichen Sitze aussehe. Bergmann kritisierte Eingriffsmöglichkeiten der Landespolitik, die nicht zu einer „Politisierung“ der Planung wie bei den Krankenhäusern führen dürfe. „Wir verlieren auch an Autonomie bei der Planung, da die Zahlen alle zwei Jahre von der KBV aktualisiert werden.“

In Sachen Telematikinfrastruktur (TI) gab es erneut Kritik an den Vorgaben des Gesetzgebers und dem Zwang zur Vernetzung. Das DVG aber zeigt, wohin die Reise geht – und dass die Politik keinen Zentimeter von ihrer Linie abweicht. In Nordrhein müssen rund 17.500 Betriebsstätten an die TI angeschlossen werden, bis Ende Mai waren es mindestens 30 Prozent. Bis Ende September sollen etwa 90 Prozent der KVNO-Praxen angeschlossen sein. ■ DR. HEIKO SCHMITZ

Die VV-Beschlüsse finden Sie unter kvno.de |

KV | 190711



Amtliche Bekanntmachungen

der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein

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

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

kvno.de/bekanntmachungen

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

Ausschreibung von Vertragsarztsitzen

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

Bedarfsplanung des Landesausschusses der Ärzte und Krankenkassen

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

Aktuelle Fallzahl auch für Fachärzte

Ab dem dritten Quartal 2019 erfolgt die Berechnung des Regelleistungsvolumens (RLV) nun auch bei Fachärztinnen und Fachärzten nach aktueller Fallzahl – genauso wie bereits bei Hausärztinnen und -ärzten. Grund sind die neuen Vergütungsregeln des TSVG.

Das Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) sieht für eine Reihe vertragsärztlicher Leistungen extrabudgetäre Vergütungen vor. Dazu gehören etwa die Behandlung von Patientinnen und Patienten, die durch die Terminservicestellen (TSS) vermittelt werden – sogenannte TSS-Terminfälle – sowie Leistungen, die Fachärzte in der Offenen Sprechstunde erbringen. Bei der Abrechnung dieser Leistungen wird die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung allerdings um die extrabudgetären Fälle bereinigt – zeitlich begrenzt auf ein Jahr. Das wirkt sich auf das Regelleistungsvolumen (RLV) der niedergelassenen Ärzte aus.

Bei Hausärzten wird das RLV bereits seit 2016 nach der aktuellen Fallzahl berechnet. Die Vertreterversammlung der KV Nordrhein hat sich nun dafür ausgesprochen, dies auch für Fachärzte zu übernehmen. Denn durch die neuen extrabudgetären Vergütungsregeln des TSVG bildet die Ermittlung der RLV auf Basis des Vorjahresquartals nicht mehr das aktuelle Leistungsgeschehen ab. Maßnahmen im Zusammenhang mit der Berechnung des RLV, die bislang nur im hausärztlichen Bereich Anwendung fanden – zum Beispiel die Fallzahlzuwachsbegrenzung –, gelten nun auch im fachärztlichen Bereich.

Mit der Umstellung auf aktuelle Fallzahlen erhalten die Praxen den notwendigen Spielraum für die Behandlung von Patienten nach TSVG-Vorgabe. Achtung: Das RLV wird dadurch auch bedeutend kleiner ausfallen, da für die Berechnung weniger Fälle herangezogen werden.

Weitere HVM-Anpassungen

Ebenfalls ab dem dritten Quartal 2019 vergütet die KV Nordrhein geriatrische und sozialpädiatrische Leistungen besser. Das bisherige Kontingent für diese Leistungen wird aufgelöst. Geriatrische Leistungen werden künftig aus dem RLV der Hausärzte vergütet, Leistungen der Sozialpädiatrie als leistungsfallbezogenes Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen (QZV). Die bisher gezahlten Mittel werden in das RLV bzw. QZV überführt.

Eine Änderung gibt es auch bei der Mutterschaftsvorsorge. Die Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen (GOP) 01841 und 01842 EBM werden künftig als eigenes Kontingent innerhalb des Grundbetrags genetisches Labor mit einem floatenden Punktwert vergütet. Damit soll verhindert werden, dass die Mengenausweitung in der Molekularge-netik zulasten dieser beiden Leistungen geht.

Fachärzte für Augenheilkunde erhalten ab dem dritten Quartal ein Jahr lang einen Anpassungsfaktor auf ihren RLV-Fallwert. Grund dafür ist die Erhöhung der Grundpauschale, deren Finanzierung von den Kostenträgern übernommen wird.

Als Folge der Honorarverhandlung sind außerdem die bisherigen Honorarbegrenzungsregelungen zur Polysomnografie und zur kardiorespiratorischen Polygrafie aus dem HVM entnommen worden. Diese werden drei Jahre lang extrabudgetär von den Krankenkassen bezahlt.

■ DIRK SCHULTEJANS

TI: Checkliste für den Einstieg

Damit die Praxis sicher in die Telematikinfrastruktur (TI) einsteigt, ist der richtige Anschluss des Konnektors wichtig. Das übernehmen die Techniker des IT-Dienstleisters. Eine gute Vorbereitung der Praxis hierauf ist aber wichtig, damit die Installation komplikationslos und zü-

gig abläuft – und die richtige Betriebsart gewählt wird. Die „Checkliste: Für den reibungslosen Anschluss an die TI“ der KV Nordrhein hilft dabei. Sie ist abrufbar unter onlinerollout.de

Konnektor: Auf die Installation kommt es an

Ein Punkt der Vorbereitung des TI-Einstiegs ist das Gespräch mit dem IT-Dienstleister. Dabei sollte man auch die Betriebsart des Konnektor festlegen: Reihenbetrieb, Netztrennung oder Pa-

rallelbetrieb. Eine gute Orientierung bietet eine Information der gematik, „Informationsblatt – Anschluss einer medizinischen Einrichtung“, die auch abrufbar ist über onlinerollout.de

Künftig drohen 2,5 Prozent Honorarabzug

Praxen, die sich nicht an die TI anschließen, müssen sich auf noch höhere Sanktionen einstellen. Nach den bestehenden gesetzlichen Vorgaben muss die KV ihnen ein Prozent des Honorars kürzen. Ab März 2020 soll der Abzug auf 2,5 Prozent steigen. Das sieht der Entwurf des Digitale Versorgung Gesetz vor, den das Bundesgesundheitsministerium im Mai vorgelegt hat.

Bislang waren auch diejenigen Praxen von der Pflicht zur Anbindung an die TI ausgenommen, die keinen Patientenkontakt haben, etwa das Gros der Labore oder Pathologen. Das BMG will mit dem neuen Gesetz die Pflicht für alle fixieren, Ausnahmen soll es nicht mehr geben.

■ FRANK NAUNDORF

Über weitere Regelungen des Digitalisierungsgesetzes berichten wir in der nächsten Ausgabe von KVNO aktuell.

Hotline

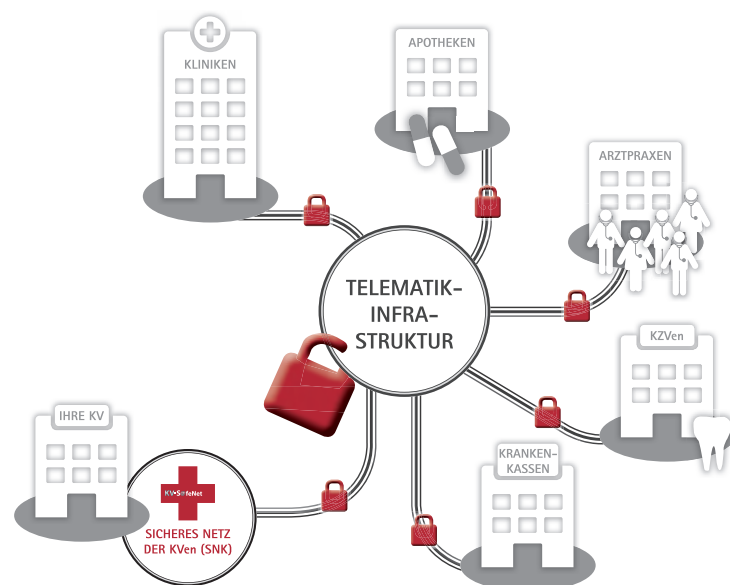
Wenn Sie Fragen rund um den TI-Einstieg haben, ist Ihr IT-Haus ein wichtiger Ansprechpartner. Darüber hinaus können Sie sich gern an unsere IT-Hotline wenden.

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 ithotline@kvno.de



Übersichtlicher und mit neuen Funktionen

Fast alle Praxen in Nordrhein nutzen das KVNO-Portal, die meisten, um ihre Abrechnungsdaten hochzuladen und die Abrechnungsunterlagen herunterzuladen. Den Bereich rund um die Abrechnung hat die KV Nordrhein überarbeitet. Ab Mitte August ist er online.

Klare Gliederung: Die Einstiegsseite des Portals

- 1 Die Inhalte des Portals sind Rubriken in der Navigationsleiste zugeordnet.
- 2 Die Funktionen der Rubriken Abrechnung, Dokumentation und Fortbildung erreichen Sie auch über die Startseite.
- 3 Wichtige Kurzmeldungen fallen sofort auf.
- 4 Eine Benachrichtigung erhalten Sie zum Beispiel, wenn die Abrechnungsunterlagen eingegangen sind.

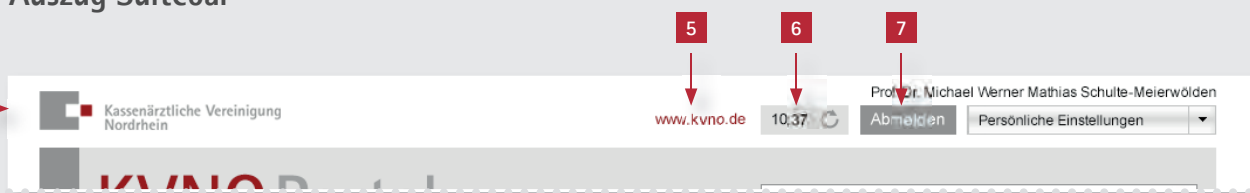


Bei der Anmeldung hat sich nichts geändert: Mitglieder der KV Nordrhein und berechnete Medizinische Fachangestellte können sich mit ihren bekannten Zugangsdaten (Benutzername und Passwort) anmelden. Ihnen dürfte nach der Anmeldung als erstes das neue Design auffallen. Die Seite wirkt nun viel aufgeräumter. Das haben auch Tests und Befragungen von Praxen im Laufe der Entwicklung

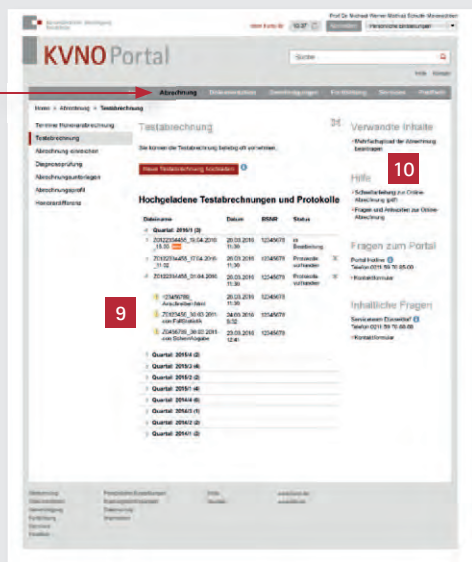
bestätigt. Die sind sich einig, dass die frischere und modernere Darstellung das schnelle Auffinden von wichtigen Funktionen unterstützt.

Die Übersichtlichkeit soll dazu beitragen, den Praxen die Arbeit zu erleichtern. Zunächst einmal betrifft dies den Abrechnungsbereich. Hier laden Praxen zum Beispiel ihre Abrech-

Auszug Suitebar

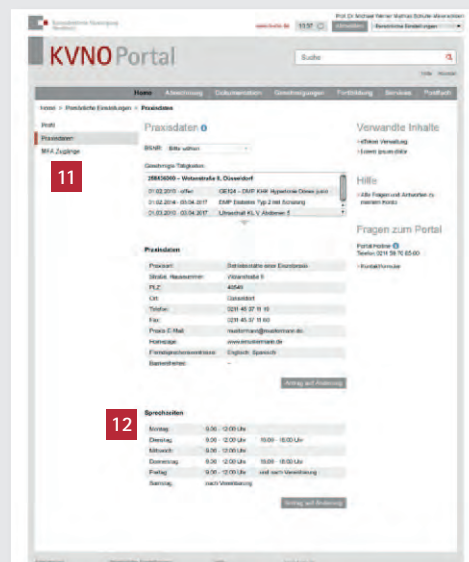


Gut sortiert: Der Abrechnungsbereich



- 8 Die verschiedenen Funktionen im Abrechnungsbereich
- 9 Aktuelle Testabrechnungen und Protokolle auf einen Blick
- 10 Wenn Sie Hilfe benötigen: Hier ist sie.

Ihr Profil auf einen Blick



- 11 Hier können Sie Ihrer MFA einen Zugang einrichten, zum Beispiel um Termine an die Terminservicestelle zu melden.
- 12 Stimmen Ihre Sprechzeiten? Hier können Sie Änderungen beantragen, die dann im Arztregister eingepflegt werden.

- 5 Der Link führt auf die Homepage [kvno.de](http://www.kvno.de) mit allen öffentlichen Informationen.

- 6 Wenn Sie 15 Minuten lang nicht im Portal aktiv sind, werden Sie automatisch abgemeldet. So kann niemand Unbefugtes Ihre Daten einsehen, falls Sie das Abmelden vergessen.

- 7 Hier können Sie sich abmelden.

Die erste Ausbaustufe des neuen KVNO-Portals ist ab Mitte August unter der bekannten Adresse zu erreichen
kvnportal.de

nungsdaten hoch oder ihre Abrechnungsunterlagen herunter. Dies können sie jetzt noch übersichtlicher entweder für eine Testabrechnung oder die Quartalsabrechnung machen.

Neue Features sind zum Beispiel die Kurzmeldungen und das Benachrichtigungscenter auf der Startseite. In den Kurzmeldungen finden Praxen immer die neuesten Informationen zum KVNO-Portal wie beispielsweise Wartungszeiträume. Im Benachrichtigungscenter

laufen künftig alle Meldungen zu Aktivitäten im Portal zusammen, zum Beispiel das Protokoll zum Upload der Abrechnung.

Viele Bereiche des Portals wie etwa die eDokumentationen sehen dann aber noch genauso aus wie bisher. Sie werden zu einem späteren Zeitpunkt überarbeitet, damit die Praxen auch in diesen Bereichen künftig von mehr Übersichtlichkeit und neuen Funktionen profitieren. ■ FRANK NAUNDORF | YVONNE KLINGEBIEL

»Die Umsetzung gefällt mir sehr gut, die Abrechnung verlief glatt. Ich bin auf das neue Portal gespannt. Weiter so!«

DR. MED. ROLAND TENBROCK
ORTHOPÄDE AUS DÜSSELDORF



»Die Bedienung ist wirklich intuitiv. Selbst wenn man das Portal selten nutzt, findet man sich schnell zurecht. Auch das Benachrichtigungscenter auf der Startseite ist eine Verbesserung.«

DR. PAUL DOHMEN
PSYCHOLOGISCHER PSYCHOTHERAPEUT AUS AACHEN



»Besonders gut gefällt mir, dass wichtige Funktionen wie die persönlichen Einstellungen schneller zu finden sind. Die Übersicht der Abrechnungsunterlagen und die Darstellung des Dienstes eHKS sind vielversprechend.«

THORSTEN MALZKORN
ALLGEMEINMEDIZINER AUS KERPEN



KVNO twittert

Kurz gefasst,
bestens informiert



Fotos: Antonio Guillem / Shutterstock.com



Engagiert für Gesundheit.
Kassenärztliche Vereinigung
Nordrhein



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

Verhältniszahlen liegen vor

Die Neufassung der Bedarfsplanungs-Richtlinie führt zu einer Vielzahl zusätzlicher Vertragsarzt- und Vertragspsychotherapeuten-sitze in Nordrhein. Der Landesausschuss hat sechs Monate Zeit, um die Neuerungen in einen Beschluss umzusetzen und die Öffnungen von Planungsbereichen für zusätzliche Niederlassungen zu realisieren.

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat am 16. Mai 2019 die angekündigte Änderung der Bedarfsplanungs-Richtlinie beschlossen. Teilweise abgesenkte Verhältniszahlen sowie die Anwendung des neuen Mor-

biditätsfaktors führen zu zusätzlichen freien Sitzen für eine Reihe von Arztgruppen. Außerdem eröffnen neue Quotenregelungen weitere Niederlassungsmöglichkeiten.

Auch wenn die geänderte Richtlinie bereits zum 30. Juni 2019 in Kraft getreten ist, entfaltet sie ihre Wirkung erst nach einem entsprechenden Beschluss des Landesausschusses. Dieser ist für November 2019 vorgesehen. Bis dahin gilt der Beschluss des Landesausschusses vom 6. Juni 2019 auf der Grundlage der alten Bestimmungen weiter. Das heißt, dass aktuell noch keine Zulassungsanträge auf die neu zu erwartenden Sitze gestellt werden können und die neuen Quotenregelungen bis dahin noch nicht greifen.

Morbiditätsfaktor wirkt sich aus

Für Augenärzte sinkt die allgemeine Verhältniszahl von beispielsweise 20.229 Einwohnern je Augenarzt auf 18.817 (Planungstyp 2). Dadurch entstehen voraussichtlich insgesamt rund 15 zusätzliche Augenarztsitze in Nordrhein.

Die allgemeine Verhältniszahl für Hausärzte wird auf 1609 festgelegt (bisher 1671 Einwohner je Hausarzt). Bereits heute bestehen in Nordrhein 255 freie Niederlassungsmöglichkeiten für Hausärzte. Etwa drei Viertel der Planungsbereiche sind für die Niederlassung offen. Durch die Anwendung des Morbiditätsfaktors kommen voraussichtlich noch einmal 115 Hausarztsitze hinzu. Damit sind insgesamt bis zu 370 freie Hausarztsitze denkbar.

Kreistyp	Definition	Zum jeweiligen Kreistyp gehörige Kreise und kreisfreie Städte in Nordrhein
1	Großstädte, stark mitversorgend	Aachen, Bonn, Düsseldorf, Köln, Krefeld, Leverkusen, Mönchengladbach, Wuppertal
2	Kreise bzw. kreisfreie Städte, die sowohl umliegende Gebiete mitversorgen, als auch selbst im Einzugsgebiet großer Städte liegen und von der dortigen medizinischen Versorgung profitieren (mitversorgt und mitversorgend)	Kreis Aachen, Kreis Mettmann, Remscheid, Rheinisch-Bergischer Kreis, Rhein-Erft-Kreis, Rhein-Kreis Neuss, Solingen, Kreis Viersen
3	Umliegende Gebiete, die mit der Großstadt noch eng verflochten sind (stark mitversorgt)	Kreis Düren
4	Umliegende Gebiete, die mit der Großstadt lediglich lose verflochten sind (mitversorgt)	Kreis Euskirchen, Kreis Heinsberg, Rhein-Sieg-Kreis
5	Ländliche Regionen abseits großer Städte, in denen aus sich heraus eine vergleichbar gute Versorgung sichergestellt werden muss (eigenversorgt)	Kreis Kleve, Oberbergischer Kreis
6	Polyzentrischer Verflechtungsraum: Städte und Kreise des Ruhrgebiets	Duisburg, Essen, Mülheim, Oberhausen, Kreis Wesel

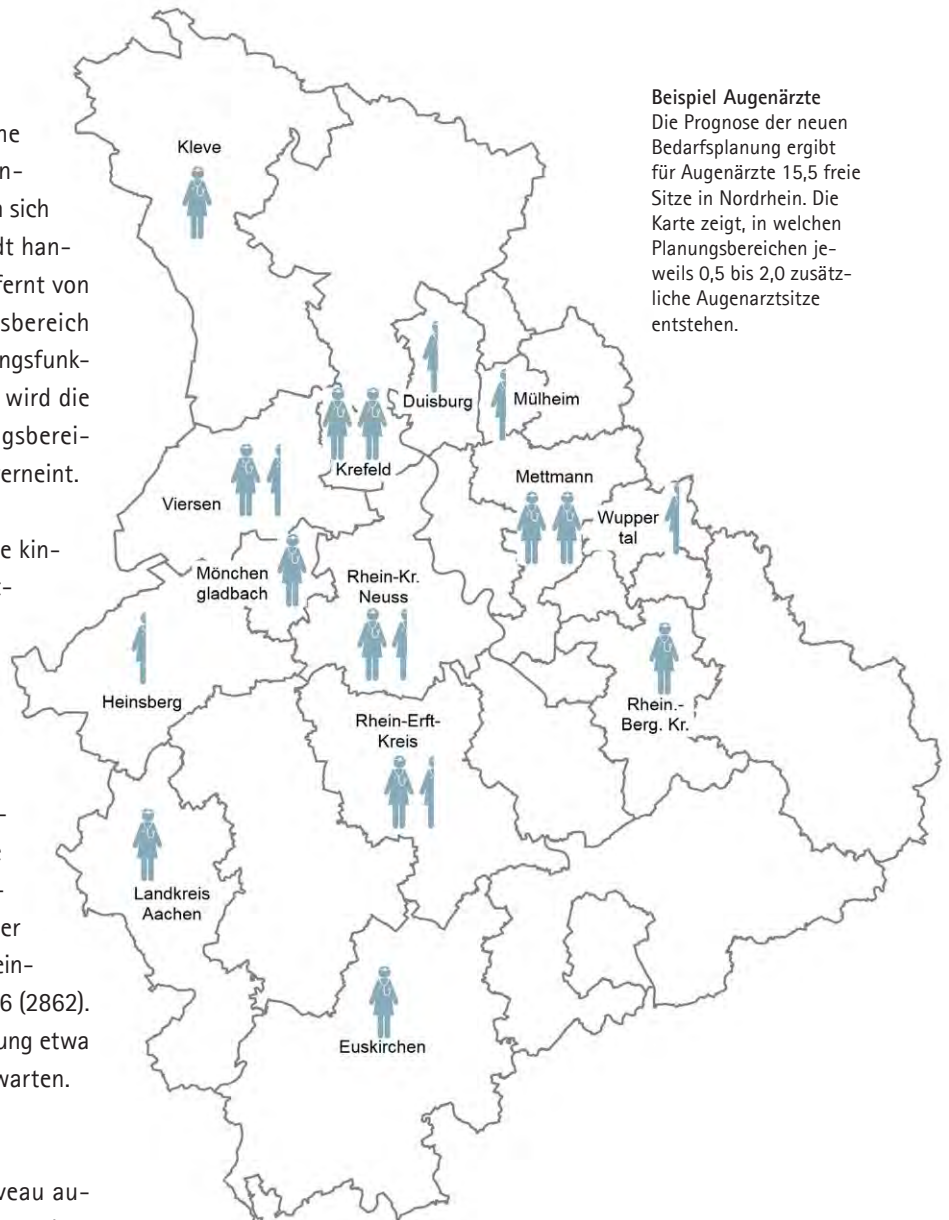
Kinder- und Jugendärzte

Bisher gab es sechs unterschiedliche Allgemeine Verhältniszahlen für Kinder- und Jugendärzte. Diese richteten sich danach, ob es sich um eine Kernstadt handelte beziehungsweise wie weit entfernt von einer kreisfreien Stadt der Planungsbereich lag. Eine entsprechende Mitversorgungsfunktion wurde angenommen. Nunmehr wird die Mitversorgung umliegender Planungsbereiche bei Kinderärzten grundsätzlich verneint.

Es wird allerdings unterstellt, dass die kinderfachärztliche Versorgung zentral in den Kernstädten angeboten wird und daher die Gesamtzahl der Kinderärzte in den Städten etwas höher sein sollte als im Umland. Aus diesem Grund gibt es nur noch zwei verschiedene Verhältniszahlen: eine niedrigere für kreisfreie Städte (2043 minderjährige Einwohner je Kinderarzt, bisher 2405) und eine etwas höhere bundeseinheitliche für die Planungstypen 2 bis 6 (2862). Für Nordrhein sind durch diese Änderung etwa 30 zusätzliche Kinderarztsitze zu erwarten.

Nervenärzte

Das nervenärztliche Versorgungsniveau außerhalb der kreisfreien Städte wird angehoben. Niedrigere Verhältniszahlen – 13.454 in Kernstädten (bisher 13.745 Einwohner je Nervenarzt), 20.201 bis 24.773 im Umland (bisher 28.921 bis 33.102) – führen zu voraussichtlich etwa 55 neuen Niederlassungsmöglichkeiten in Nordrhein. Über eine Quotenregelung, die in gesperrten Planungsbereichen greift, wird ein ausgewogenes Verhältnis bei der Versorgung mit neurologischen und psychiatrischen Leistungen angestrebt. Auf längere Sicht sind durch die Quoten nach der Vergabe der freien Sitze gegebenenfalls noch weitere Sitze für Neurologen und/oder Psychiater zu erwarten. Darüber hinaus ist den Nervenärzten und Ärzten mit doppelter Facharztanerkennung (Neurologie und Psychiatrie) eine Min-



Beispiel Augenärzte
Die Prognose der neuen Bedarfsplanung ergibt für Augenärzte 15,5 freie Sitze in Nordrhein. Die Karte zeigt, in welchen Planungsbereichen jeweils 0,5 bis 2,0 zusätzliche Augenarztsitze entstehen.

destquote von 25 Prozent der regionalen Verhältniszahl vorbehalten.

Psychosomatiker

Neben einer Absenkung der Verhältniszahlen für Psychotherapeuten führt der G-BA wie erwartet eine zusätzliche Unterquote für Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (12,5 Prozent) innerhalb des Mindestversorgungsanteils für ärztliche Psychotherapeuten (25 Prozent) ein. Neben voraussichtlich mehr als 60 zusätzlichen freien Sitzen für Psychotherapeuten werden in den meisten Planungsbereichen Quotensitze für Psychosomatiker unbesetzt sein.



Fachinternisten

Die allgemeine Verhältniszahl für Fachinternisten wird deutlich gesenkt – von 21.508 Einwohnern je Fachinternist auf 14.437. Aufgrund der derzeit sehr hohen Versorgungsgrade in Nordrhein ergeben sich hierdurch jedoch kaum Öffnungen von Planungsbereichen. Allein in der Raumordnungsregion Duisburg/Essen könnten etwa 5 zusätzliche Fachinternistensitze entstehen. Die Rheumatologen erhalten eine Mindestquote von 8 Prozent. Aufgrund von Höchstquoten für Kardiologen (33 Prozent), Gastroenterologen (19 Prozent), Pneumologen (18 Prozent) und Nephrologen (25 Prozent) werden die Nachbesetzungsmöglichkeiten eingeschränkt. Das heißt: Wird die Höchstquote etwa für Gastroenterologen überschritten, kann ein zugelassener Fachinternist mit Schwerpunkt Gastroenterologie seinen Vertragsarztsitz weiterhin an einen Nachfolger desselben Schwerpunkts abgeben. Es wird bei erfüllter Höchstquote jedoch grundsätzlich nicht mehr möglich sein, dass beispielsweise ein Fachinternist ohne

Schwerpunktbezeichnung seinen Sitz an einen Gastroenterologen abgibt.

Hausärzte

Aufgrund des zu erwartenden großen Zuwachses an Hausarztsitzen besteht die Option, diejenigen hausärztlichen Planungsbereiche, die aktuell vergleichsweise gut mit Hausärzten versorgt sind (Versorgungsgrade zwischen 100 und 110 Prozent), vorübergehend für weitere Niederlassungen zu sperren. Hierdurch soll zunächst die hausärztliche Versorgung in den Planungsbereichen mit den niedrigsten Versorgungsgraden verbessert werden, in denen dies am dringendsten erforderlich erscheint. Um diese Regelung anwenden zu können, bedarf es einer entsprechenden Übereinkunft der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein mit den nordrheinischen Landesverbänden der Krankenkassen. Hierzu sind Gespräche geplant.

Der Landesausschuss wird im November 2019 auf der Grundlage der neuen Bestimmungen einen Beschluss über die freizugebenden Vertragsarzt- und Vertragspsychotherapeuten-sitze fassen. Gleichzeitig stellt er die Erfüllung der Quoten beziehungsweise die freien Quotensitze fest. Nach der erforderlichen Nichtbeanstandung des Beschlusses durch die Aufsichtsbehörde werden die freien Sitze voraussichtlich ungefähr zum Jahreswechsel 2019/2020 auf der Homepage der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein veröffentlicht. Mit einer Frist von sechs Wochen können sich Interessierte auf die freien Sitze bewerben. Die Zulassungsausschüsse sind spätestens ab der Veröffentlichung des Beschlusses des Landesausschusses auch verpflichtet, beim Antrag auf Zulassung oder Nachbesetzung auf die Einhaltung der Höchstquoten zu achten.

■ MONIKA STENDER

Schlagabtausch mit Minister Spahn

Auf der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und bei der Eröffnung des 122. Ärztetags in Münster machte die Ärzteschaft ihrem Ärger über die aktuelle Gesundheitspolitik Luft. Bundesgesundheitsminister Jens Spahn konterte – und wich keinen Zentimeter von seiner Linie ab.



Abstimmung während der KBV-Vertreterversammlung

Petra Reis-Berkowicz gab schon bei ihrer Begrüßung die Linie vor: „Wir erleben derzeit einen Output an Gesetzen im Akkordtempo. Bei diesem Tempo bleibt naturgemäß an manchen Stellen die Qualität auf der Strecke“, sagte die Vorsitzende der Vertreterversammlung der KBV beim Auftakt in Münster.

Auch KBV-Vorstandsvorsitzender Dr. med. Andreas Gassen mahnte: „Bei der krampfhaften Suche nach innovativen Ideen wäre auch mal Demut vor der Komplexität der Aufgaben gefragt.“ Und Konsequenz: Das Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) enthalte sinnvolle Lösungen, aber die ersten Gespräche mit den Krankenkassen ließen nichts Gutes erah-

nen. „Die entscheidende Zusage von Bundesgesundheitsminister Jens Spahn war, mehr Geld für die Versorgung und zusätzliche Leistungen zur Verfügung zu stellen. Dieses Vorhaben des Ministers lässt die Kassen jedoch bislang völlig kalt.“

Die Kritik am Gesetzgebungs-Marathon eskalierte bei der Eröffnung des Ärztetags am 28. Mai 2019. Besonders der scheidende Präsident der Bundesärztekammer (BÄK), Prof. Frank Ulrich Montgomery, nannte nach einer kurzen Würdigung der Initiativen von Minister Spahn etwa beim Thema Organspende jene Punkte, die er als „Angriffe auf oder Eingriffe in unsere Tätigkeit“ betrachte und ablehne – zum Bei-

spiel die Anhebung der Mindestsprechstundenzeit für Vertragsärzte auf 25 Stunden.

Das diene nicht der Versorgung, sondern adressiere „Scheinprobleme, die dann aus dem Dunstkreis Ihres Koalitionspartners mit inadäquaten Assoziationen zu faulen, nur noch Golf spielenden Ärzten konnotiert“ würden. Nächster Kritikpunkt war der „enteignungsgleiche Eingriff“ in die Besitzverhältnisse der gematik, in deren Entscheidungen sich das Bundesministerium für Gesundheit immer wieder eingemischt habe.

Problem: politische Vorgaben

Besonders hob Montgomery die unterschiedliche Sicht auf die Selbstverwaltung hervor. „Ich bin – trotz mancher Probleme – zutiefst von ihr überzeugt. Ich weiß, was sie kann, ich weiß, was sie alles leistet.“ Ihr „scheinbares Nichtleisten“ liege an den „nicht erfüllbaren, politisch gemachten Vorgaben“. Spahn

verwechsle Selbstverwaltung mit Auftragsverwaltung. Ausführlich kritisierte der BÄK-Präsident die Tendenz, mit einer Fülle von Gesetzesentwürfen „am Rande ärztlicher Tätigkeit neue Berufe“ zu kreieren und bekannte Berufe zu verselbstständigen – ein Beispiel dieser „Deprofessionalisierung“ sei das völlig überflüssige Gesetz zur Psychotherapeutenausbildung.

Am Vortag hatte sich KBV-Vize Dr. med. Stephan Hofmeister vor allem das geplante Digitale Versorgung Gesetz (DVG) vorgeknöpft: „Teile des DVG entpuppen sich als ein Regelwerk, mit dem Krankenkassen erstmals alleine und direkt die Versorgung steuern können. Krankenkassen haben ein Interesse an der Kassenlage. Entsprechend steuern sie primär unter finanziellen Aspekten – und nicht unter medizinischen. Letzteres tun wir Vertragsärzte und -psychotherapeuten. Auf diesem Ausgleich fußt das gesamte System. Wenn dieser

Klaus Reinhardt ist neuer BÄK-Präsident

Klaus Reinhardt aus Bielefeld wurde auf dem Ärztetag zum Nachfolger von Prof. Frank Ulrich Montgomery gewählt, der nach acht Jahren als BÄK-Präsident nicht mehr kandidierte. Erstmals seit 70 Jahren steht damit wieder ein niedergelassener Hausarzt an der Spitze der Bundesärztekammer (BÄK). Der 59-jährige Facharzt für Allgemeinmedizin setzte sich im dritten Wahlgang mit 124 zu 121 Stimmen gegen die Präsidentin der Ärztekammer Niedersachsen, Dr. med. Martina Wenker, durch.



Die Amtszeit beträgt vier Jahre. Der seit 1993 niedergelassene Hausarzt ist seit 2005 Vizepräsident der Ärztekammer Westfalen-Lippe und sitzt seit 1997 in der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe. „Wir freuen uns auf eine offene und konstruktive Zusammenarbeit mit dem neuen Präsidenten. Mit ihm steht ein Arzt an der Spitze, dem der Zusammenhalt der Ärzteschaft und die Stärkung der ärztlichen Selbstverwaltung wichtige Anliegen sind“, sagte KBV-Chef Dr. med. Andreas Gassen zur Wahl.

Ausgleich nun unterhöhlt wird, wenn die Kassen selbst die Versorgung ihrer Versicherten übernehmen, ist damit für mich eine rote Linie überschritten", sagte Hofmeister.

Der Vorstand der KV Nordrhein brachte einen mit großer Mehrheit angenommenen Antrag in die KBV-VV ein, der den KBV-Vorstand beauftragt, sich für den Aufbau einer digitalen Versorgungsstruktur einzusetzen, an der KBV und KVen maßgeblich mitwirken. „Wir wollen bei der Entwicklung digitaler Strukturen als KV-System beteiligt sein, insbesondere in der Entwicklung und operativen Umsetzung digitaler Anwendungen, und zwar dort, wo es aus Sicht der Vertragsärzte und -psychotherapeuten medizinisch sinnvoll ist und die Qualität der Versorgung tatsächlich verbessert“, heißt es darin.

■ DR. HEIKO SCHMITZ



Prof. Dr. med. Frank Ulrich Montgomery, bisheriger Präsident der BÄK bei der Eröffnung des Deutschen Ärztetages.

Faire-Kassenwahl-Gesetz: DMP-Programmkosten-Pauschale soll wegfallen

Das geplante Faire-Kassenwahl-Gesetz betrifft nicht nur die Krankenkassen, sondern dürfte auch „Kollateralschäden“ in den Praxen verursachen. Denn das Bundesgesundheitsministerium plant, die Programmpauschalen in den Disease-Management-Programmen (DMP) zu streichen.

Für jeden teilnehmenden Patienten erhalten die Krankenkassen aus dem Risikostrukturausgleich derzeit eine Programmkosten-Pauschale über 145 Euro, die eine arztbezogene Vergütung in Höhe von 124 Euro und eine kassenbezogene Vergütung von 21 Euro enthält. Diese

Zahlungen sollen die Kosten kompensieren, die in den DMP entstehen – und künftig entfallen. „Das könnte das Aus für die Programme bedeuten“, warnt KVNO-Vize Dr. med. Carsten König.

Der Wegfall würde zu einer Schwächung der Versorgung chronisch kranker Patienten führen, da zum Beispiel Patientenschulungen vor allem über DMP angeboten werden. In Nordrhein nehmen über 950.000 Patienten an den fünf internistischen Programmen (Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2, Asthma bronchiale/COPD, KHK sowie Brustkrebs) bei über 6.500 Ärzten teil.

Vertrag Hallo Baby: Leistungen seit 1. Juli abrechnungsfähig

Gynäkologen und Fachärzte für Laboratoriumsmedizin können Leistungen aus dem Vertrag Hallo Baby zur Vermeidung von Frühgeburten und infektionsbedingten Geburtskomplikationen seit 1. Juli 2019 abrechnen. Eine Dokumentation der durchgeführten Untersuchung und gegebenenfalls Therapie erfolgt im Mutterpass sowie in der Patientenakte. Schwangere Versicherte der teilnehmenden BKKen können sich bei ihrem teilnehmenden Gynäkologen seit dem 1. Juli 2019 einschreiben.

Abrechnung für teilnehmende Gynäkologen

SNR	Leistung	Vergütung
81310	Einschreibung für Versicherte ab Feststellung der Schwangerschaft	10 Euro
81311	Technische und administrative Leistungen im Rahmen des Toxoplasmose-Suchtests	10 Euro
81312	Risikoaufklärung und ärztliches Gespräch im Rahmen des Toxoplasmose-Suchtests, Umfang 10 Minuten	20 Euro
81313	Infektionsscreening in der 13. bis 20. Schwangerschaftswoche	20 Euro
81314	Risikoaufklärung und anogenitaler Abstrich zum Nachweis auf Streptokokken B in der 35. bis 37. Schwangerschaftswoche, Umfang 10 Minuten	17 Euro

Abrechnung für teilnehmende Gynäkologen mit Spezial-Labor-Genehmigung und Fachärzte für Laboratoriumsmedizin

SNR	Leistung	Vergütung
81315	Durchführung des Toxoplasmose-Suchtests	12 Euro
81316	Durchführung Streptokokken B Test in der 35. bis 37. Schwangerschaftswoche	10 Euro

Mehr Infos unter kvno.de | [KV | 190720](http://kvno.de)

Schwangerschafts-Screening K.I.S.S. zum 1. Juli angepasst

Die Arbeitsgemeinschaft der Kassenärztlichen Bundesvereinigung hat den Vertrag Konse-

quentes Infektionsscreening in der Schwangerschaft (K.I.S.S.) mit der BIG direkt gesund an die Vorgaben der Datenschutz-Grundverordnung angepasst.

Schwangere Versicherte müssen ihre Teilnahme an diesem Vertrag vor der Untersuchung schriftlich gegenüber ihrer Krankenkasse erklären. Die Unterlagen können sie bei der BIG direkt gesund anfordern. Seit 1. Juli 2019 dürfen sie nur noch die angepassten, für den Arzt erforderlichen Unterlagen (Arztinformation, Versandunterlagen an das Vertragslabor) verwenden.

Alle weiteren Regelungen des Vertrages bestehen unverändert fort. So erhalten die teilnahmeberechtigten Gynäkologen für die Beratung und Durchführung des Infektionsscreenings weiterhin pauschal 26 Euro über die Symbolnummer 81103 extrabudgetär vergütet.

Ärzte erklären ihre Teilnahme automatisch durch Abrechnung der Symbolnummer – eine gesonderte Erklärung ist nicht erforderlich.

Mehr Infos unter kvno.de | [KV | 190720](http://kvno.de)

Mutterschaftsvorsorge: routinemäßige Urintest gestrichen

Bei Schwangeren wird der Urin nur noch in besonderen Fällen auf Bakterien untersucht. Die regelhafte Urinuntersuchung wurde aus den Mutterschafts-Richtlinien gestrichen. Ein entsprechender Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) ist bereits Ende Mai 2019 in Kraft getreten.

Grund für die Änderung: Das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) hat zum Nutzen des Urinsediments keine Studien gefunden. Internationale Leitlinien empfehlen ein einmaliges Screening durch Kultur aus Mittelstrahlurin. Auch dieses Vorgehen ist aus Sicht des IQWiG nicht ausreichend belegt.

In besonderen Fällen – beispielsweise bei auffälligen Symptomen, rezidivierenden Harnwegsinfektionen in der Anamnese, Zustand nach Frühgeburt oder erhöhtem Risiko für Infektionen der ableitenden Harnwege – bleibt der Anspruch auf bakteriologische Urinuntersuchungen weiter bestehen. Diese sind dann Inhalt der Vorsorgeleistung. In diesen Fällen kann der Arzt bei der Mutterschaftsvorsorge auch weiterhin eine Urinuntersuchung durchführen.

Hautkrebsvorsorge U35: Höhere Vergütung bei Knappschaft

Seit dem 1. Juli 2019 erhalten Ärzte für die Hautkrebsvorsorge bei unter 35-Jährigen von der Knappschaft 27 Euro. Im vergangenen Jahr wurden die Vergütungen bereits bei Patienten der Techniker Krankenkasse, der Barmer, BIG direkt gesund und der Bosch BKK angehoben.

Die übrigen Regelungen zur Teilnahme, Leistungserbringung und Abrechnung gelten unverändert fort. Ärzte müssen ihre bestehende Teilnahme an dem Vertrag nicht erneut erklären.

Mehr Infos, inklusive einer Übersicht der krankenkassen-individuellen Abrechnungsmöglichkeiten, unter kvno.de | [KV 190721](#)

Pille und Co. länger auf Kassenrezept

Seit 1. April 2019 gibt es die Pille und andere Verhütungsmittel wie z. B. die Spirale bis zum 22. Geburtstag und damit zwei Jahre länger auf Kassenrezept (wir berichteten).

Die höhere Altersgrenze gilt ebenfalls für die EBM-Leistungen Einlegen, Wechseln oder Entfernung eines Intrauterin pessars (GOP 01830) sowie für die subkutane Applikation eines Depot-Kontrazeptivums (GOP 01832), die noch angepasst werden müssen. Bei Redaktionsschluss stand die Zustimmung des Ministeriums noch aus.

Hautkrebs jetzt auch in der ASV



fotolia | Urheber: M.Dörr & M.Frommherz

Patienten mit Hautkrebs können jetzt auch in der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) behandelt werden. Damit ist Hautkrebs die elfte Indikation, die interdisziplinär behandelt werden kann.

Die Hauttumoren fallen in den ASV-Bereich der Erkrankungen mit besonderem Krankheitsverlauf. Neben bösartigen Melanomen der Haut – unter bestimmten Voraussetzungen auch Basaliomen – können ebenfalls Patienten mit primär kutanen Lymphomen in der ASV behandelt werden.

Ärzte, die sich dafür interessieren, schließen sich in Behandlungsteams zusammen und zeigen ihre Teilnahme dem erweiterten Landesausschuss an. Sobald die Berechtigung vorliegt, können sie mit der Behandlung in der ASV beginnen.

Die Teamleitung können Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten oder Hämatologen übernehmen. Ärzte dieser Fachrichtungen bilden auch das Kernteam, das noch um einen Strahlentherapeuten ergänzt wird.

Suche nach Tumoren bei der Hautkrebsvorsorge

Ein Facharzt muss über die Zusatzweiterbildung Palliativmedizin verfügen. Komplettiert wird das Team durch Ärzte verschiedener Fachgruppen, die bei Bedarf hinzugezogen werden dürfen.

ASV-Teams können die Leistungen abrechnen, die im Wesentlichen zur Diagnostik, Behandlung und Beratung erforderlich sind. Alle Leistungen in der ASV werden extrabudgetär und zu festen Preisen vergütet.

Mehr Infos unter kvno.de | [KV | 190722](#)

HZV-Vertrag mit der Knappschaft: Original-Formulare

Der zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und der Knappschaft abgeschlossene Vertrag zur hausarztzentrierten Versorgung (HZV) sieht unter anderem die Verwendung von Teilnahmeerklärungen für Versicherte vor. Praxen sollen zur Einschreibung der Versicherten keine kopierten oder ausgedruckten Teilnahmeerklärungen verwenden, sondern nur die Original-Formulare. Diese können mit Bestellschein (Muster 311) über den Formularversand der KV Nordrhein angefordert werden:

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein
c/o GVP Gemeinnützige Werkstätten Bonn GmbH
Pfaffenweg 27
53227 Bonn
Telefon 0228 9753-1900
Telefax 0228 9753-1905
E-Mail: formular.versand-kvno@gvp-bonn.de

Alle Symbolnummern im Internet

Vom ADHS-Vertrag über die Disease-Management-Programme bis zum Tonsillotomie-Vertrag – mehr als 35 Sonderverträge hat die KV Nordrhein mit den Krankenkassen im Rheinland geschlossen. Eine aktuelle Übersicht der in diesen Verträgen geltenden Symbolnummern finden Sie im Internet unter kvno.de | [KV | 190722](#)

Testabrechnung: Neues Zeitintervall

Praxen können ihre Testabrechnung künftig ab dem achten Tag des dritten Quartalsmonats für das laufende Quartal online absenden. Bisher war dies bereits ab dem 20. Tag des ersten Quartalsmonats möglich. Die neue Regelung des KV-Services startet zum 3. Quartal 2019. Vorteil: Der spätere Abgabetermin gewährleistet, dass in der elektronischen Prüfung alle neuen Gebührenordnungspositionen des Abrechnungsquartals und kürzlich erteilte Genehmigungen in das System eingepflegt sind.

Was bleibt wie bisher: Die Daten der Testabrechnung können bis zum 20. Tag des nachfolgenden ersten Quartalsmonats beliebig oft elektronisch geprüft werden. Auch das Ergebnis wird unverändert in einem Protokoll dargestellt, sodass bei Unstimmigkeiten eine Klärung vor Abgabe der Echtabrechnung erfolgen kann. Natürlich ist dann eine Korrektur in der Praxis noch möglich.

Ab den folgenden Daten startet/endet die Online-Testabrechnung:

Quartal	Start	Ende
3/2019	09.09.2019	20.10.2019
4/2019	09.12.2019	20.01.2020
1/2020	09.03.2020	20.04.2020
2/2020	08.06.2020	20.07.2020
3/2020	08.09.2020	20.10.2020
4/2020	08.12.2020	20.01.2021

Mehr Infos zur Testabrechnung unter kvno.de | [KV | 190722](#)

Psychotherapie: Honorare für Gutachtenaufträge steigen

Die Honorare für Gutachtenaufträge sind zum Quartalswechsel deutlich gestiegen. Darauf haben sich Kassenärztliche Bundesvereinigung und GKV-Spitzenverband geeinigt. Seit mehr als 15 Jahren waren die Honorare für Gutachten im Rahmen des Gutachterver-

fahrens der Psychotherapie unverändert. Seit 1. Juli 2019 gelten folgende Beträge:

- **Kurzzeittherapie Erstgutachten:**
27 Euro (bisher 18,40 Euro)
- **Langzeittherapie Erstgutachten:**
50 Euro (bisher 38,80 Euro)
- **Kurzzeittherapie Zweitgutachten:**
45 Euro (bisher 35,80 Euro)
- **Langzeittherapie Zweitgutachten:**
85 Euro (bisher 76,70 Euro)

Die Neufassung der Gutachtenhonorar-Vereinbarung sowie mehr Infos zum Gutachterverfahren erhalten Sie unter kvno.de | [KV 190723](https://www.kvno.de/kvno/190723)

DMP: Angaben zu Raucher und Geschlecht angepasst

Für alle Disease-Management-Programme (DMP) wurden die Dokumentationsparameter Raucher und Geschlecht angepasst. Die Änderungen in der DMP-Anforderungen-Richtlinie gelten seit dem 1. April 2019.

Ob jemand Raucher oder Nichtraucher ist, müssen Ärzte jetzt erst für Patienten ab dem vollendeten 12. Lebensjahr verpflichtend in der Dokumentation angeben. Bislang war dies auch für jüngere Kinder vorgeschrieben, jetzt ist es optional. Grund: In der Richtlinie

des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Jugendgesundheitsuntersuchung wird ein Leistungsanspruch für Jugendliche ab 12 Jahre auf Erhebung des Raucherstatus und gegebenenfalls entsprechende Präventionsempfehlungen definiert.

Der Parameter Geschlecht wurde um die Bezeichnung divers ergänzt. Hintergrund ist die Änderung des Personenstandsgesetzes vom Dezember 2018 zur Geschlechtsangabe, in der als eine weitere Möglichkeit die Bezeichnung divers für Personen mit Varianten der Geschlechtsentwicklung vorgesehen ist. Nach Auskunft der Krankenkassen wird die Bezeichnung divers auf den Versichertenkarten zum Oktober 2019 möglich.

Änderung im Formularbereich

Abschaffung von Muster 30: Seit 1. April 2019 müssen Ärzte die Ergebnisse des Check-ups nicht mehr auf dem Berichtsvordruck für die Gesundheitsuntersuchung (Muster 30) dokumentieren, sondern ausschließlich in der Patientenakte. Damit wird das Muster 30 nicht mehr benötigt und rückwirkend zum 1. April abgeschafft.

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

Biosimilars: Ärzte wollen die Umstellung steuern

Eine aktuelle Befragung der KV Nordrhein zeigt: Ärztinnen und Ärzte sind bereit, ihre Patientinnen und Patienten auf Biosimilars umzustellen. Dieser Prozess sollte aber in ärztlicher Hand bleiben.

Für das biologische Arzneimittel Adalimumab (Humira) wurden im Oktober 2018 die ersten Biosimilars in Deutschland eingeführt. Mit einem Preisvorteil von bis zu 40 Prozent gegenüber dem Original waren diese Biosimilars noch günstiger als vergleichbare Biosimilars anderer TNFalpha-Inhibitoren. Im ersten Quartal 2019 waren bereits 38 % aller Adalimumab-Patienten in Nordrhein auf Biosimilars eingestellt.

Im April befragte die KV Nordrhein 134 Praxen mit mindestens zehn Adalimumab-Patienten zum Umgang mit Biosimilars. Der Rücklauf war sehr gut: Mehr als die Hälfte

der Praxen (Gastroenterologen, Rheumatologen und Dermatologen) sendeten den Fragebogen zurück.

Ein Drittel der Praxen verordnen Biologika an mehr als 20 Prozent ihrer Patienten. Um sich zu informieren, nutzen die Praxen bevorzugt Quellen ihrer Fachgesellschaften (28 Prozent) oder des pharmazeutischen Unternehmers (21 Prozent). Biosimilars werden besonders wegen der Wirtschaftlichkeit (40 Prozent) oder wegen vorgegebener Quoten (30 Prozent) eingesetzt.

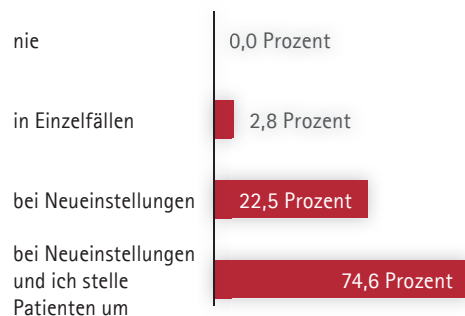
Der Preis und das Device (Fertigpen) sind bei der Wahl des Biosimilars ausschlaggebend und letztlich sprechen sich 98 Prozent der antwortenden Ärzte dafür aus, dass die Ein- und Umstellung der Patienten in der Hand des Arztes bleiben sollte. ■ HON

Die vollständige Auswertung finden Sie als Foliensatz unter kvno.de | [KV | 190724](http://kvno.de)

Wie häufig setzen Sie in Ihrer Praxis gentechnisch hergestellte Arzneimittel (Biologica) insgesamt ein (nicht nur Biosimilars)?



Adalimumab-Biosimilars setze ich ein



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

Verblistern von Arzneimitteln

Die Versorgung von Heimpatienten mit Arzneimitteln wird zunehmend mit sogenannten Blistern durchgeführt. Dabei löst diese patientenindividuelle Zusammenstellung der täglichen Arzneimitteldosen in Tütchen (Blistern) das traditionelle Stellen der Arzneimittel in Tablettendosen für einzelne Patienten ab. Auch Pflegedienste gehen dazu über, Tabletten verblistern zu lassen.

Altenheime können mit einzelnen Apotheken die Versorgung der Patienten vertraglich vereinbaren. In der Regel stimmen die Heimbewohner der Versorgung durch eine Apotheke zu, sodass die Arzneimittelrezepte gebündelt zu der versorgenden Apotheke laufen.

Das Verblistern wird durch die Apotheke als Kundenauftrag des Heimes durchgeführt. Die behandelnden Ärzte stellen den Patienten die jeweiligen Arzneimittelrezepte aus. Die beauftragte Apotheke verwahrt formal die Arzneimittel der Patienten treuhänderisch – auch dann, wenn die Verblisterung durch einen Dritten (Blisterzentrum) durchgeführt wird. Wechselt die Vertragsapotheke des Heims oder des Blisterzentrums, besteht kein Anspruch auf neue Rezepte. Die Kosten für die verordneten Arzneimittel fließen jeweils in das Arzneimittelvolumen der verordnenden Praxis. Die Kosten für das Verblistern werden vertraglich zwischen Heim und Apotheke geregelt.

In Blistern können keine halben Tabletten gestellt werden. Bei einem Wechsel der Dosierung müsste somit ein neues Rezept ausgestellt werden. Der Arzt ist nicht verpflichtet, dem Wunsch eines Heimes auf Verblisterung nachzukommen, und könnte in Einzelfällen auch auf der Gabe halber Tabletten bestehen, beispielsweise wenn eine Therapie ein- oder ausgeschlichen werden soll. Beachten Sie: Nicht alle Tabletten sind teilbar oder in geteilter Form über einen längeren Zeitraum lagerbar. ■ HON

Tabletten sollten in folgenden Fällen nicht geteilt werden:



Robert Kneschke | Fotolia

- wenn die Fach- oder Gebrauchsinformation sie ausdrücklich als nicht teilbar bezeichnet
- wenn nach der Teilung die Magensaftresistenz nicht mehr gegeben ist
- bei einem Überzug zur verzögerten Wirkstofffreisetzung; andere Retardformulierungen, zum Beispiel Pellets, können unter Umständen geteilt werden.
- bei Mantel- oder Zweischichttabletten
- bei speziellen Formulierungen, etwa OROS-System
- bei sehr niedrig dosiertem Wirkstoff (Mikrogramm-Bereich)
- bei sehr kleinen Tabletten (< 50 mg)

Quelle: Arzneimittelkommission der Deutschen Apotheker

Heilmittelvereinbarung 2019 steht

Die Heilmittelvereinbarung 2019 ist mit den Krankenkassen konsentiert. Das Ausgabenvolumen für Heilmittel steigt um 6,6 Prozent auf 810 Millionen Euro. Die Diagnoseliste Langfristiger Heilmittelbedarf/Besonderer Verordnungsbedarf wurde aktualisiert.

Die Vereinbarung im Wortlaut, die Liste der Praxisbesonderheiten in Nordrhein sowie die Diagnoseliste Langfristiger Heilmittelbedarf/Besonderer Verordnungsbedarf finden Sie unter kvno.de ■ NAU

Mehr Infos unter kvno.de | [KV | 190725](http://kvno.de)

Kleines Hilfsmittel-ABC, Teil 1

Die Hilfsmittelverordnung stößt auch bei langjähriger ärztlicher Erfahrung immer wieder auf Fallstricke. Woran liegt das? Zunächst kann niemand sich alle im GKV-Hilfsmittelverzeichnis gelisteten über 20.000 Einzelprodukte merken. Darüber hinaus hat es seit 2017 viele Anpassungen hinsichtlich der Produkte gegeben. Wir haben wichtige Punkte rund um das Verordnen in einer Serie zusammengestellt – von A wie Angabe der Diagnose bis Z wie zehnstellige Hilfsmittelnummer.

Je nach benötigtem Hilfsmittel stellen sich einige Fragen: Handelt es sich hierbei um ein Hilfsmittel, das zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordnet werden kann? Diese Frage lässt sich durch einen Blick ins GKV-Hilfsmittelverzeichnis lösen: Zum Verordnen dient Muster 16, sofern es sich weder um eine Hör-, noch um eine Sehhilfe handelt. Die Dia-

gnosen/Indikationen finden sich unter der siebenstelligen Hilfsmittelnummer (= Produktart). Sollte es keine eindeutige siebenstellige Hilfsmittelnummer geben oder es schwierig sein, ein Hilfsmittel zuzuordnen, kann man sich über die generellen Verordnungsmöglichkeiten der Produkte bei den Definitionen (zum Beispiel Produktgruppe 31: „Schuhe“) einen leistungsrechtlichen Überblick darüber verschaffen, was generell möglich und verordnungsfähig ist und was nicht. So könnten Sie vorgehen:

- Benötigt der Patient ein Hilfsmittel?
- Handelt es sich um ein verordnungsfähiges Hilfsmittel? Ist es im GKV-Hilfsmittelverzeichnis gelistet?
- Diagnosen/Indikationen angeben; Sie finden sie unter der siebenstelligen Hilfsmittelnummer (= Produktart).
- Wenn nicht: Konsultation der Definition der jeweiligen Produktart

Beispiel: Verordnung eines Standardgreifrollstuhls

Eine Standardgreifrollstuhlverordnung könnte gemäß den Verordnungsvorgaben der Hilfsmittelrichtlinie wie folgt aussehen. Bitte vergessen Sie das Hilfsmittelkreuz nicht.

Gebührenpflichtig oder befreit ankreuzen

<input type="checkbox"/> Geb.-pflichtig <input type="checkbox"/> Geb.-befreit <input type="checkbox"/> nodu <input type="checkbox"/> Sonstige <input type="checkbox"/> Unfall <input type="checkbox"/> Arbeitsunfall	Krankenkasse bzw. Kostenträger		Hilfs- mittel- num- mer		Spe- zial- Bezahl- weise	Bezugs- Pflicht	Apotheken-Nummer / IK	
	Krankenkasse		6	7	8	9		
	Name, Vorname des Versicherten		Zusatzung		Gesamt-Bezüge			
	geb. am		Arzneimittel-Hilfsmittel-Nr.		Faktor		Taxe	
	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	1. Verordnung		2. Verordnung		3. Verordnung	
	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum				Vertragsarztstempel	
Ap. (Bitte Leerräume durchstreichen)								
<input type="checkbox"/> aut idem <input type="checkbox"/> aut idem <input type="checkbox"/> aut idem		1 x Standardgreifrollstuhl (oder HiMinr:18.50.02.0)					Datum, Unterschrift	
		· Starke neuromuskuloskeletal bedingte Mobilitätsstörung der unteren Extremität wegen fortgeschrittener Multipler Sklerose						
		· Sicherung der Mobilität: Innen- und Außenbereich						
bbbh Bei Arbeitsunfall auszufüllen:		Abgabedatum in der Apotheke		Unterschrift des Arztes		Muster 16 (10.2014)		
Unfalltag		Unfallbetrieb oder Arbeitgebernummer						

A wie Angabe der Diagnose

Die Diagnose ist gemäß der Hilfsmittelrichtlinie stets zu nennen. Daran ändert auch die Europäische Datenschutzrichtlinie nichts.

Wie genau sollte diese Diagnose/Indikation angegeben werden? So genau wie möglich. Praxen sollten sich an den Vorgaben des Hilfsmittelverzeichnis (§ 7 Abs. 2) orientieren. Es reicht zum Beispiel bei einer Verordnung eines Rollstuhls nicht aus, von einer bestimmten Erkrankung auszugehen, die gegebenenfalls mit starker Gehbeeinträchtigung einhergeht (z. B. Multiple Sklerose). In diesem Fall muss ersichtlich sein, dass bereits eine starke Gehbeeinträchtigung vorliegt. Die genauen Angaben sind notwendig, damit eine rasche

Beurteilung durch die Krankenkasse stattfinden kann.

Beispiel: Verordnung eines Rollstuhls unter Angabe der Diagnose:

1. Alle Angaben sollen so genau wie möglich angegeben werden:
 - a. Name des Versicherten
 - b. Diagnose
 - c. Hilfsmittel: Produktart oder siebenstelligen Hilfsmittelnummer
2. Wird der Rollstuhl zum Gebrauch innen und außen (zum Beispiel im Straßenverkehr) benötigt?
 - a. Für innen und außen: siehe GKV-Hilfsmittelverzeichnis

B wie Begründung

Kann man auch ein Einzelprodukt eines bestimmten Herstellers oder die entsprechende zehnstellige Hilfsmittelnummer bei der Verordnung angeben? Das ist möglich, aber nicht immer empfehlenswert. Denn die Abgabe eines spezifischen Produkts erfolgt durch die (Hilfsmittel-)Leistungserbringer auf Basis der mit den

Krankenkassen geschlossenen Verträge. Wenn ein spezielles Hilfsmittel (zehnstellige Hilfsmittelnummer oder spezielle Bezeichnung) verordnet werden soll, das im Hilfsmittelverzeichnis aufgeführt ist, muss dies durch eine Begründung ergänzt werden (§ 7 Abs. 3, Satz 3 der Hilfsmittel-Richtlinie). ■ DR. MED. PATRICIA SHADIAKHY

Aufbau der Hilfsmittelnummer

Die Hilfsmittelverordnung lässt sich sehr gut anhand des Bezugs zum strukturellen Aufbau des GKV-Hilfsmittelverzeichnisses verdeutlichen:

18	50	2	0
Produktgruppe: Kranken-/ Behindertenfahr- zeuge	↓		
	Anwendungsort: Innenraum und Außen- bereich/Straßenverkehr	↓	
		Untergruppen: Rollstühle mit Greifreifenantrieb	↓
			Produktarten: Standardgreifreifen- rollstühle



Entwurf des Masernschutzgesetzes

Kommt jetzt die Impfpflicht?

Gibt es künftig eine Pflicht zum Impfen gegen Masern? Wenn es nach dem Willen des Bundesgesundheitsministers geht, ja. Jens Spahn (CDU) hat sich im April für verpflichtende Masern-Impfungen für Kinder in Kitas und Schulen ausgesprochen und den Entwurf des Masernschutzgesetzes vorgelegt.

foto!ia | Prostock-studio

Masern sind keine harmlose Krankheit: 2017 sind rund 110.000 Menschen daran gestorben.

Die Landesregierung in Nordrhein-Westfalen stellt sich hinter die Initiative. „Ich unterstütze Bundesgesundheitsminister Spahn ausdrücklich bei dem Ziel, eine Impfpflicht einzuführen, ohne Wenn und Aber“, sagt NRW-Gesundheitsminister Karl-Josef Laumann (CDU).

Es gibt aber auch kritische Stimmen. „Eine Impfpflicht könnte auch den Eindruck erwecken, dass die sachlichen Argumente doch nicht so gut sind“, gibt Prof. Lothar H. Wie-

ler, Präsident des Robert Koch-Instituts, zu bedenken.

Trotz mehrerer Aufklärungskampagnen sind in Nordrhein-Westfalen nur 79,2 Prozent der zweijährigen Kinder gegen die Virus-Erkrankung geschützt – zu wenig für eine Elimination. In den vergangenen zehn Jahren gab es in Deutschland nach Angaben des Robert Koch-Instituts 9907 gemeldete Masernfälle. Weltweit hat sich die Zahl der Masernfälle 2018 verdoppelt, nach Angaben der Welt-

gesundheitsorganisation sind schätzungsweise 110.000 Menschen an Masern gestorben, meist kleine Kinder.

Ziel: Masern eliminieren

Um die Krankheit auszurotten, wären Durchimpfungsraten von 95 Prozent nötig. Die werden in Deutschland zwar bei der Schuleingangsuntersuchung fast erreicht – aber auch nur fast. Und so verfehlt Deutschland seit 1984 regelmäßig das Ziel, die Masern – und auch Röteln – auszurotten.

Konkret denkt Spahn nach Medienberichten über Bußgelder von bis zu 2500 Euro nach, die Eltern zahlen müssten, wenn sie ihre Kinder nicht gegen Masern impfen lassen. Auch einen Kita-Ausschluss will er per Gesetz durchsetzen – und zwar ab 1. März 2020.

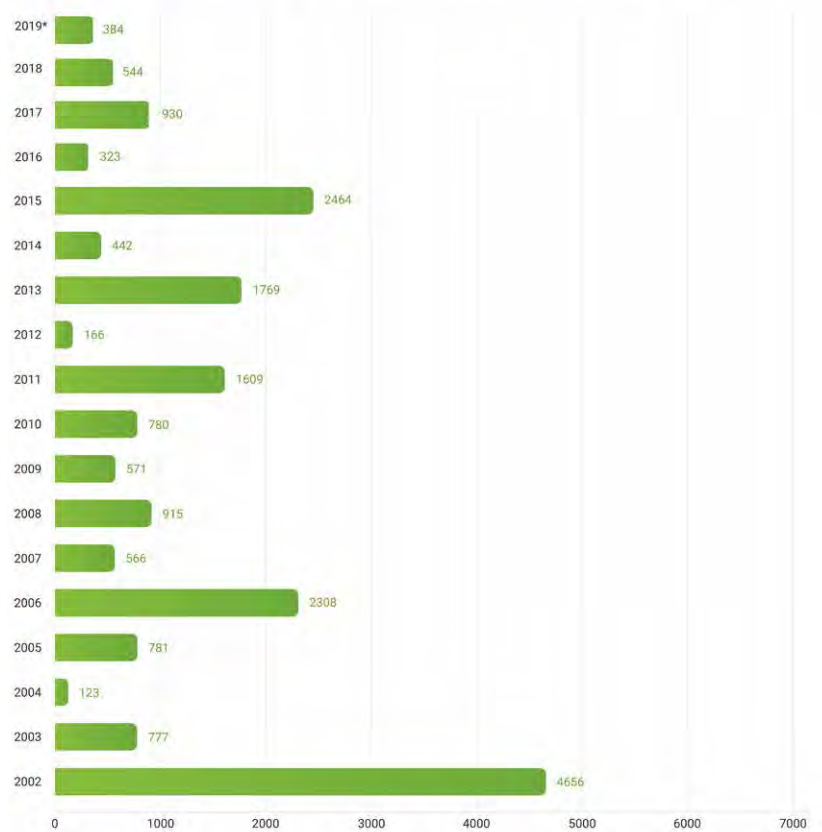
„Wir wollen alle Kinder davor schützen, sich mit Masern zu infizieren“, sagte Spahn. Deswegen soll nach dem Gesetzentwurf die „Freiwilligkeit der Impfentscheidung (...) für bestimmte Personengruppen aufgehoben werden, um eine höhere Durchimpfungsrate zu erreichen.“ Konkret: Alle, die eine Kita oder Schule besuchen, müssen gegen Masern geimpft sein. Wer neu aufgenommen wird, muss das künftig nachweisen. Wer schon eine Schule oder Kita besucht, muss den Nachweis bis 31. Juli 2019 liefern.

Erwachsene kommen in dem Gesetzentwurf zwar nicht vor, wohl aber bestimmte Berufsgruppen – auch in medizinischen Einrichtungen. Dazu gehören unter anderem Krankenhäuser, ambulante OP-Zentren, Arzt- und Zahnarztpraxen. „Gleichzeitig regeln wir, dass Erzieherinnen und Erzieher, Lehrerinnen und Lehrer und Beschäftigte in öffentlichen Gemeinschaftseinrichtungen geimpft werden müssen“, sagte Spahn.

Auch wenn es gute Gründe für die Impfpflicht gibt: Die rechtlichen Hürden sind hoch. „Man kann verbieten, dass ungeimpfte Kinder in

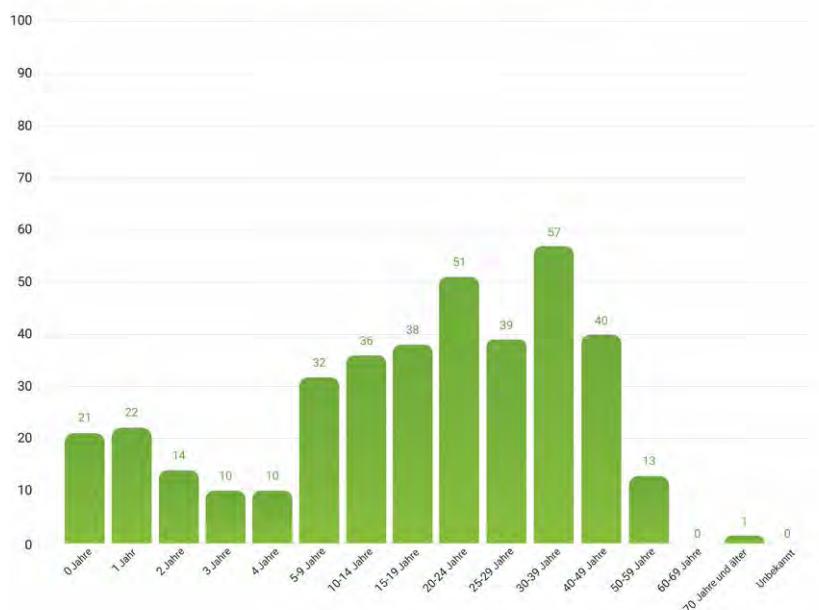
Gemeldete Masernfälle in Deutschland 2002 bis 2019

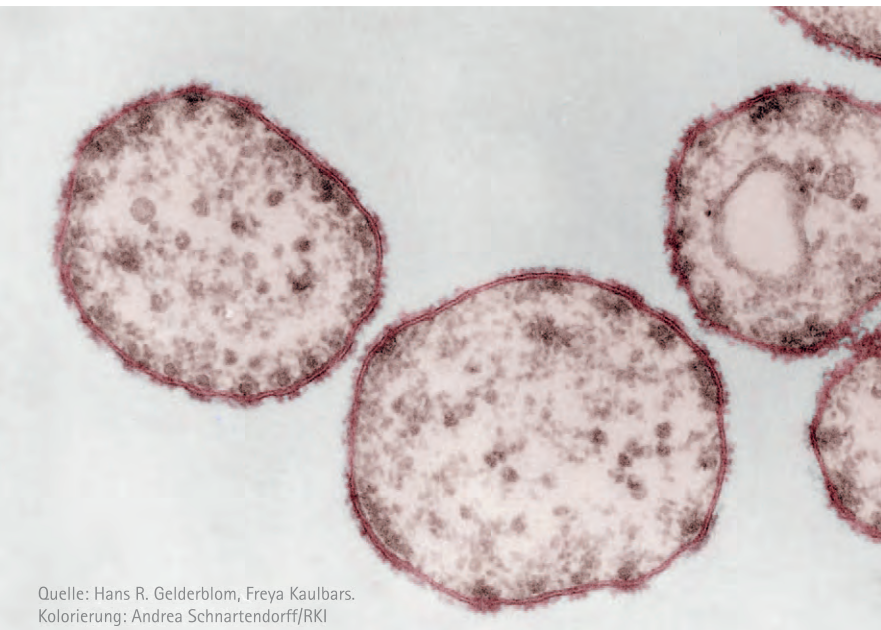
Quelle: Robert Koch-Institut, SurvStat, <https://survstat.rki.de/>, Datenstand 22.05.2019*



Gemeldete Masernfälle in Deutschland 2019 – nach Altersgruppen

Quelle: Robert Koch-Institut, SurvStat, <https://survstat.rki.de/>, Datenstand 22.05.2019





Quelle: Hans R. Gelderblom, Freya Kaulbars.
Kolorierung: Andrea Schnartendorff/RKI

Masernvirus (Paramyxoviren) im Elektronenmikroskop

den Kindergarten gehen, weil sie eine Gefahr für andere sind. Aber wir haben eine Schulpflicht“, skizzierte Bundesärztekammer-Präsident Prof. Frank Ulrich Montgomery eine rechtliche Herausforderung.

Und dann sind auch noch einige ganz praktische Punkte zu fixieren, zum Beispiel, ob

sich die Pflicht auf die Erst- oder auch auf die Auffrischimpfung bezieht, nach der ja erst der Schutz gegen die Masern besteht. Da es die Impfung nur als Dreifach- oder Vierfachimpfstoff gibt, würde die Pflicht de facto auch Mumps und Röteln sowie im Falle des Vierfachimpfstoffs ebenso die Windpocken umfassen.

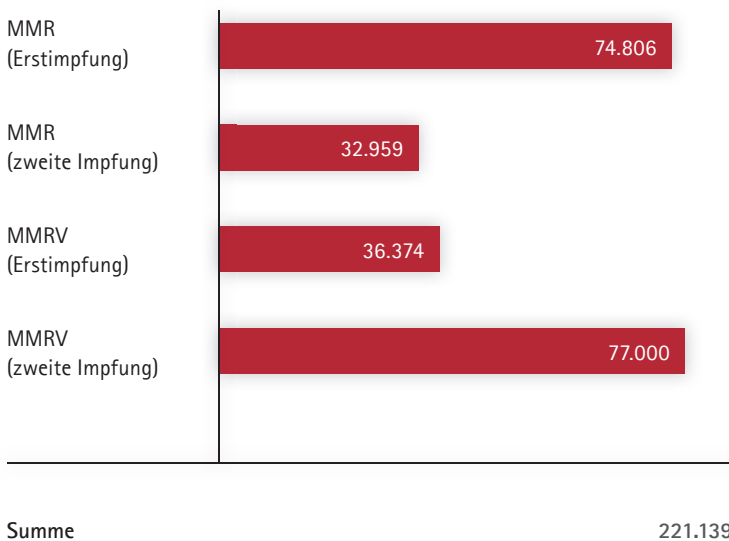
Länder warten auf das Gesetz

Auch wenn einzelne Länder sich für die Impfpflicht ausgesprochen haben: Sie werden wohl mit der Umsetzung auf eine Bundesvorgabe warten. Das war auch im Falle der verpflichtenden Impfberatung so. Seit August 2015 müssen Eltern, die ihre Kinder in eine Kita schicken, eine Impfberatung nachweisen.

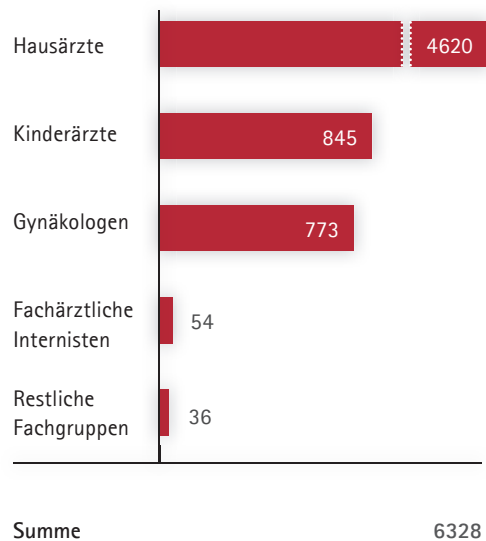
Sollte die Impfpflicht wie geplant kommen, hätten die Praxen viel zu tun: Rund 731.000 Menschen müssten sich nach Schätzungen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) nachimpfen lassen. In Kindergärten und Schulen wären bundesweit 361.000 Kinder zu impfen; auf Nordrhein entfallen davon etwa zehn Prozent, also rund 36.000. Dazu kommen An-

weiter auf Seite 32 ►

Masernimpfungen in Nordrhein 2018



Impfende Ärztinnen und Ärzte in Nordrhein





Die Arztpraxis organisiert und sicher

Start-up in die Niederlassung

Informationstag für Ärztinnen und Ärzte in der Niederlassungsphase



Samstag | 28. September 2019 | 9.30 - 16 Uhr

Haus der Ärzteschaft | Tersteegenstr. 9 | 40474 Düsseldorf

Moderation: Dr. med. Oscar Pfeifer

- 9.30 Uhr** **Begrüßung und Einführung**
Dr. med. Frank Bergmann | Vorstandsvorsitzender der KV Nordrhein
- 10.00 Uhr** **Vorstellung der Beratungsangebote der KV Nordrhein für die Startphase der Niederlassung**
Katja Wellner | Niederlassungsberatung der KV Nordrhein
- 10.30 Uhr** **Prozesse zuverlässig steuern – Praxis-, Qualitäts- und Risikomanagement im Niederlassungsalltag**
Dr. med. Oscar Pfeifer | Facharzt für Allgemeinmedizin | Essen
- 12.00 Uhr** **Mittagspause**
- 12.45 Uhr** **IT in der Praxis – auf was Sie achten sollten**
Claudia Pintaric | IT-Beratung der KV Nordrhein
- 13.30 Uhr** **Von der ärztlichen Behandlung zum Euro**
Ulrike Donner | Abrechnungsberatung der KV Nordrhein
- 15.00 Uhr** **Kaffeepause**
- 15.15 Uhr** **Datenschutz in der Praxis**
Dr. med. Oscar Pfeifer | Facharzt für Allgemeinmedizin | Essen
- 16.00 Uhr** **Ausgabe der Zertifikate und Ende der Veranstaltung**

Begrenzte Teilnehmerzahl

Anmeldung bitte unter:
www.kvno.de/termine

Zertifizierung beantragt



gestellte in Gemeinschaftseinrichtungen (Kindergärten, Kitas, Heime etc.), Krankenhäusern und Praxen. Sie sollen per Impfausweis bis 31. Juli 2020 nachweisen, dass sie gegen Masern geimpft sind.

Wenn es eine Kontraindikation gegen die Impfung gibt, können Ärzte dies bescheinigen. Wer nicht geimpft ist, soll den Gesundheits-

ämtern gemeldet werden; die sollen auch die Bußgelder veranlassen.

Weitere Punkte des Gesetzentwurfs: Künftig sollen alle Ärzte Impfungen vornehmen dürfen. Und es soll auch einen digitalen Impfausweis geben. Der Deutsche Ärztetag in Münster begrüßte das Masernschutzgesetz, weil es dazu beitrage, die Bevölkerung durch Impf-

„Derzeit brauchen wir die Impfpflicht“

Die Impfpflicht wird in der Politik, aber auch in der Ärzteschaft heiß diskutiert. Die Pädiater unterstützen die Pläne des Bundesgesundheitsministeriums. Warum sie das tun und wo sie den Gesetzentwurf ändern würden, besprachen wir mit Christiane Thiele, der nordrheinischen Vorsitzenden des Berufsverbands.



Zur Person: Christiane Thiele ist Vorsitzende des Berufsverbands der Kinder- und Jugendärzte in Nordrhein und Mitglied der Vertreterversammlung der KV Nordrhein. Seit 2009 ist sie in Viersen niedergelassen.

Was halten Sie von einer Pflicht für Impfungen? Oder doch besser nur Aufklären?

Grundsätzlich sind Freiwilligkeit und Überzeugung die erste Wahl. Doch leider reicht dies derzeit nicht. Die Pflicht ist notwendig geworden, um Menschen vor der Ansteckung zu schützen. Es wäre schön, wenn wir darauf verzichten könnten.

Dafür sind erst einmal höhere Durchimpfungsraten nötig. Warum liegen wir unter den 95 Prozent? Haben wir so viele erklärte Impfgegner?

Nein, das glaube ich nicht. Aber die Impfgegner sind sehr aktiv und im Internet und in den sozialen Medien präsent. Ich hatte vor einigen Tagen Eltern in der Praxis, die ihr Kleinkind nicht gegen Masern impfen lassen wollten, weil sie auf Facebook gelesen hatten, dass dies in Einzelfällen zu Atemstillstand führen könnte.

Wie haben Sie darauf reagiert?

Ich habe mir Zeit genommen für eine gute Aufklärung. Wir müssen den Menschen erklären, wie gut Impfungen helfen. Das ist der beste Weg – auch wenn diese Art von sprechender Medizin leider nicht besonders gut honoriert wird.

Sehen Sie Handlungsbedarf?

Eine höhere Vergütung wäre angesichts des Aufwands sicher gerechtfertigt. Vielleicht lässt sich im Kontext des Gesetzes zumindest sicherstellen, dass die Impfberatung auch dann vergütet wird, wenn wir sie zusammen mit anderen Leistungen abrechnen.

Nach Angaben des Bundesgesundheitsministeriums arbeiten im Gesundheitswesen viele Menschen, die nicht

gegen Masern geschützt. Wie finden Sie das?

»Beratung besser bezahlen.«

gen vor Infektionen zu schützen. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung kann das Gesetz „angesichts der immer wiederkehrenden Masernausbrüche in Deutschland in den letzten Jahren nachvollziehen.“

Während im Bund über den Vorstoß Spahns diskutiert wird, hat der Stadtrat in Duisburg Anfang Mai eine kommunale Impfpflicht be-

schlossen. Demnach dürfen nur noch geimpfte Kinder staatliche Betreuungseinrichtungen besuchen. Der Beschluss wird juristisch geprüft und soll dann umgesetzt werden. In den vergangenen Jahren gab es mehrere Masernausbrüche in Duisburg, besonders in den nördlichen Stadtteilen. 2018 erkrankten in der Ruhrgebietsstadt 36 Kinder an Masern. Auch hier soll künftig die Null stehen. ■ FRANK NAUNDORF

Das ist unverantwortlich. Deswegen ist es gut, dass die Impfpflicht nicht nur für Erzieherinnen und Erzieher gilt, sondern auch für die Menschen, die in Kliniken und Praxen arbeiten. Ganz wichtig dabei: die Hebammen.

Wenn bei den Einschulungsuntersuchungen fast 95 Prozent der Kinder geimpft sind, warum klappt dann die Elimination nicht?

Weil die Masern sich dann weiter verbreiten können. Wir müssen um die entscheidenden drei Prozentpunkte kämpfen. Dabei ist zu beachten, dass wir in vielen Regionen eine sehr gute Durchimpfungsrate haben. Es gibt aber auch Gebiete, wo wir nur 80 Prozent Geimpfte vorfinden.

»Hebammen in die Pflicht nehmen.«

Woran liegt das?

Das kann unterschiedliche Ursachen haben. Es gibt Gebiete mit vielen Menschen, die aus Ländern kommen, in denen das Impfen nur eine untergeordnete Rolle spielt. Auch um die eine oder andere Waldorfschule soll es niedrigere Quoten geben. Und leider gibt es auch ärztliche Kolleginnen und Kollegen, die nicht konsequent impfen.

In Deutschland treten immer mehr Masernfälle bei Jugendlichen und jungen Erwachse-

nen auf. Reicht es, wenn sich das Gesetz auf den Impfschutz der kleineren Kinder konzentriert?

Nein, wir müssen auch die Älteren im Blick behalten. In meiner Praxis schauen wir uns ebenso den Impfstatus der Eltern und der Großeltern an. Zum Glück dürfen wir das in Nordrhein, das ist nicht in allen Regionen der Fall.

Hilft Ihnen ein digitaler Impfausweis dabei?

Durchaus, denn immer wieder fehlen die Ausweise. Wenn die Angaben über die eGesundheitskarte abrufbar wären, dann hätten wir sie immer verfügbar. Derzeit impfen wir im Zweifel lieber einmal zu viel.

Der Gesetzentwurf ist auf die Masern fokussiert. In Deutschland ist ein Mono-Impfstoff aber gar nicht erhältlich. Wie bewerten Sie das?

Ich würde das Gesetz auf alle von der Ständigen Impfkommission empfohlenen Impfungen ausweiten. Das dürfte die Impfpflicht weniger angreifbar machen und auch eventuellen Diskussionen in der Praxis vorbeugen. Ich bin aber auch dafür, weil Impfungen einfach den wirksamsten Schutz vor Krankheiten bieten.

■ DIE FRAGEN STELLTE FRANK NAUNDORF

Werben für die Niederlassung

Vier Veranstaltungsformate – ein Ziel: Mit dem Praxisbörsentag, der Einsteiger-Veranstaltung Start-up, dem PJ-Tag und dem Hausärztekongress auf Norderney wirbt die KV Nordrhein für die Niederlassung in der eigenen Praxis.

In den vergangenen Jahren ist das Durchschnittsalter der nordrheinischen Ärzteschaft weiter gestiegen. Mehr als zwei Drittel gehören der Gruppe 50plus an. Vielerorts suchen Ärztinnen und Ärzte inzwischen händeringend nach Nachwuchsmedizinern, die ihre Praxis übernehmen und weiterführen. Um dem drohenden Ärztemangel vor allem auf dem Land

zu begegnen, hat die KV Nordrhein ein Bündel an Maßnahmen geschnürt. Dazu zählen auch Informationsveranstaltungen für verschiedene Zielgruppen.

So lädt die KV Nordrhein zweimal im Jahr zum Praxisbörsentag ein. Ärzte und Psychotherapeuten, die entweder eine Nachfolge für die



Herzstück des Praxisbörsentags: der Info-Markt mit „Suche“- und „Biete“-Anzeigen.



KVNO | Malinka



KVNO | Malinka

eigene Praxis suchen oder sich für den Einstieg in die Niederlassung interessieren, können sich hier umfassend informieren. Am 25. Mai 2019 fand der Praxisbörsentag zum 22. Mal 2019 statt. Rekordverdächtige 450 Besucherin-

An den medizinischen Nachwuchs richtet sich der PJ-Tag. In Kooperation mit der Universität Köln informiert die KV Nordrhein zweimal jährlich rund 200 angehende Ärztinnen und Ärzte über die vielfältigen Varianten der kassenärztlichen Tätigkeit. Mit

links | Der Kreis Viersen warb mit eigenem Stand um junge Mediziner: Marie-Christin Dieser von der Kommunalen Gesundheitskonferenz und Dr. med. Frank Bergmann, Vorstandsvorsitzender der KV Nordrhein.

rechts | Neben Beratungen und Inseraten gab es vielfältige Vorträge rund um das Thema Niederlassung.

attraktiven Förderangeboten wirbt sie dabei besonders um Studierende im letzten Jahr ihres Studiums, die sich in der Weiterbildung für die Allgemeinmedizin entscheiden.



» Der Umgang mit uns Interessierten ist sehr professionell und hilfreich gewesen. Ich danke der KV für die Möglichkeit zur Teilnahme am Praxisbörsentag. «

DR. MED. AMMAR GHOUZI

nen und Besucher kamen ins Haus der Ärzteschaft, lauschten den Fachvorträgen oder ließen sich von Beraterinnen und Beratern der KV Nordrhein persönlich über Wege in die Niederlassung beraten.

Für Praxiseinsteiger und Studierende

Gleich viermal pro Jahr gibt es die Veranstaltung „Start-up in die Niederlassung“. Praxiseinsteiger erfahren hier alles, was sie wissen müssen, um im Rheinland als niedergelassener Vertragsarzt oder -psychotherapeut zu arbeiten.

Bei den Informationsveranstaltungen ist das Beraterteam der Kassenärztlichen Vereinigung

» Der Praxisbörsentag hat mir dabei geholfen, Kontakt zu potenziellen Nachfolgern herzustellen. Außerdem bietet er die Möglichkeit, in einen guten Austausch mit Kollegen zu kommen. «

GABRIELE REINICKE



rechts | Gefragt waren die Beraterinnen und Berater der KV Nordrhein, zum Beispiel aus der Niederlassungs-, Abrechnungs- und IT-Beratung.

unten | Mit solchen Postkarten wirbt die KV Nordrhein in den medizinischen Fakultäten der Universitäten für die Niederlassung in Nordrhein.



Mettmann oder Mailand – Hauptsache Rheinland!



Nordrhein stets zur Stelle. So auch beim Hausärztekongress auf der Ferieninsel Norderney. Während der jüngsten Tagung vom 18. bis 24. Mai 2019 betreute das Team die Allgemeinmediziner am KVNO-Infostand. In Workshops klärten die KV-Fachleute außerdem rund um Themen wie Zulassungsrecht, Abrechnung und Honorar auf und zeigten, welche Wege in die Niederlassung führen.

Raus aus der Klinik – rein in die Praxis
Ergänzt werden die Info-Veranstaltungen durch die Initiative Arzt-sein-in-Nordrhein, die auch unter dem Titel Ärztin-sein-in-Nordrhein im Internet erreichbar ist, denn der medizinische Nachwuchs ist schließlich mehrheitlich weiblich. Unter dem Motto „nah – persönlich – gemeinsam“ wirbt die KVNO für Niederlassungen vor allem in Gebieten, in denen der Bedarf an ärztlichem Nachwuchs schon heute besonders groß ist.

Das Portal enthält Informationen über die Regionen, sämtliche Fördermöglichkeiten, Daten zum Strukturfonds in Nordrhein sowie spezielle Beratungsangebote.

■ THOMAS LILLIG

Mehr Infos rund um das Thema Niederlassung gibt es unter arzt-sein-in-nordrhein.de

23. Nordrheinischer Praxisbörsentag

Informationen rund um Praxisabgabe und Nachfolge

Samstag, 21. September 2019

9.30 bis 15.15 Uhr | Maternushaus | Kardinal-Frings-Straße 1-3 | 50668 Köln



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
- Finanzplanung vor der Praxisabgabe
- Auf was muss ich beim Übergabevertrag achten?
- Steuerliche Gestaltungsmöglichkeiten beim Praxisverkauf
- Praxiseinstieg – Fördermöglichkeiten in Nordrhein
- 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 Fachaussstellung bietet weitere Informationen.

Das AIS – was bringt's?

Die Bundesregierung will Ärzte und Psychotherapeuten besser über die frühe Nutzenbewertung von Arzneimitteln informieren. Einzelheiten dazu stehen im Referentenentwurf zu einer Verordnung, über den Mediziner sowie Vertreter der Pharmaindustrie und der Krankenkassen am 6. Mai 2019 im Haus der Ärzteschaft diskutierten.

Der Vorstandsvorsitzende der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein, Dr. med. Frank Bergmann, machte gleich zu Beginn der Informationsveranstaltung klar, was er von dem geplanten Arzneimittelinformationssystem (AIS) hält: „Alles, was die Verordnungssicherheit und Therapieentscheidung der Ärztinnen und Ärzte verbessert, ist grundsätzlich positiv zu bewerten.“

Es gäbe allerdings ein paar „Aber“: Die Kosten für das System dürften nicht zulasten der Ärzteschaft gehen – auch nicht auf Umwegen über Lizenzgebühren oder höhere Softwarepreise. Sie müssten von den Krankenkassen übernommen werden. Die Informationen über die Nutzenbewertung von Arzneimitteln sollten einen klaren Mehrwert bringen und müssten so

aufbereitet sein, dass die Ärzte nicht mit Text überflutet werden. Und: Es dürfe keine „verkappte Verordnungssteuerung“ stattfinden.

Praxistauglich in 2000 Zeichen

Dr. Ralf Halfmann, Referatsleiter im Bundesgesundheitsministerium, versuchte zu beruhigen: Das AIS sei kein umfassendes Informationssystem, sondern nur ein Modul. Es diene lediglich dazu, Ärzten einen praxistauglichen Zugang zu den Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zum Zusatznutzen neuer Arzneimittel anzubieten. Der G-BA sei gehalten, seine Beschlüsse in verständlicher Sprache „und in maximal 2000 Zeichen“ zusammenzufassen. Ziel sei die amtliche Information und „keine darüber hinausgehende Verordnungssteuerung“.

So stellt sich der GKV-Spitzenverband das AIS vor: Via Praxissoftware erhalten Ärzte beim Verordnen Hinweise zum ausgewählten Arzneimittel.

Wirkstoff hat AMNOG-Verfahren durchlaufen
Obligatorische Informationen im Arztsinformationssystem – 1. Ebene

Dr. Maya Müstmann

Mittels des Arztsinformationssystems kann man sich zu den G-BA-Bewertungen kurz informieren bzw. vergewissern.

Name und Menge	Info	Therapiealternativen
GIOTRIF 20 mg Filmtabletten	sa	✓
GIOTRIF 30 mg Filmtabletten	sa	✓
GIOTRIF 40 mg Filmtabletten	sa	✓
GIOTRIF 50 mg Filmtabletten	sa	✓
GIOTRIF 20 mg Filmtabletten	sa	✓
GIOTRIF 30 mg Filmtabletten	sa	✓
GIOTRIF 40 mg Filmtabletten	sa	✓
GIOTRIF 20 mg Filmtabletten	sa	✓
GIOTRIF 30 mg Filmtabletten	sa	✓
GIOTRIF 40 mg Filmtabletten	sa	✓

Giotrif (Afatinib) – G-BA-Beschluss nach § 35a SGB V

Beschluss vom 05.11.2015 Beschluss vom 20.10.2016

Monotherapie zur Behandlung von EGFR-TKI-naiven erwachsenen Patienten mit lokal fortgeschrittenem und/oder metastasiertem NSCLC mit aktivierenden EGFR-Mutationen

Patientengruppe 1a) Nicht vorbehandelte Patienten, ECOG 0 oder 1 mit EGFR-Mutation Del19:
Hinweis für einen erheblichen Zusatznutzen
zVT: Gefitinib oder Erlotinib oder **Cisplatin** bzw. Carboplatin + Drittgenerationszytostatikum (Vinorelbine, Gemcitabin, Docetaxel, Paclitaxel, **Pemetrexed**)

Patientengruppe 1b) Nicht vorbehandelte Patienten, ECOG 0 oder 1 mit EGFR-Mutation L858R:
Ein Zusatznutzen ist nicht belegt.

Presisinformationen Wissenschaftliche Fachinformationen



Diskutierten über das Arzneimittelinformations-System (v.l.n.r.): Mathias Mohrmann (AOK Rheinland/Hamburg), Dr. Carsten König (stellv. Vorstandsvors. KVNO), Dr. Frank Bergmann (Vorstandsvors. KVNO), Dr. Holger Neye (Pharmakotherapieberatung KVNO), Dr. Markus Frick (Geschäftsführer vfa), Dr. Ralf Halfmann (BMG) und Frank Naundorf (Leiter Medien KVNO).

„Information ist sehr schnell auch Interpretation“, gab Dr. med. Markus Frick, Geschäftsführer des mitveranstaltenden Verbands forschender Pharma-Unternehmen (vfa), zu bedenken. Zu vielen Arzneimitteln gebe es gar keinen G-BA-Beschluss: „Soll der Arzt dies in der Therapie nicht berücksichtigen?“, fragte Frick. Er schlug stattdessen vor, auch vorhandene Leitlinien in das Informationsangebot zu integrieren.

Es geht auch ums Geld

Pharmaunternehmen und Krankenkassen hätten beide legitime Interessen, befänden sich aber in einem Spannungsfeld, räumte Mathias Mohrmann, Vorstandsmitglied der AOK Rheinland/Hamburg, ein. Während die Pharmaindustrie Gewinne machen wolle, müssten die Kassen auf Wirtschaftlichkeit achten. Aus diesem Grund bedauerte Mohrmann auch, dass die Dokumentation der Jahrestherapiekosten im neuen Verordnungsentwurf gestrichen worden sei. Die gesetzlichen Kassen würden aber gern mehr Geld für Arzneimittel ausgeben, wenn es einen echten Nutzen für die medizinische Therapie gebe.

Die Frage des Nutzens des AIS für die Versorgungspraxis beherrschte dann auch die anschließende Diskussion. Ein Arzt aus dem Pu-

blikum bemerkte, das Wort „Zusatznutzen“ sei für ihn als Behandler eine schwierige Kategorie, um Therapieeffektivität zu belegen. „Statistische Aussagen bleiben endlos unsicher“, sagte er.

Auch Bergmann betonte, dass das AIS nur ein kleiner Baustein in der Therapieentscheidung sein könne. Die darin abgebildeten Informationen seien vor allem an hochspezialisierte Ärzte adressiert: „Die G-BA-Beschlüsse zum Zusatznutzen betreffen zu 80 Prozent Spezialpräparate“, so Bergmann. Ärzte und Psychotherapeuten würden im Einzelfall immer Leitlinien und andere fachmedizinische Quellen konsultieren und nach dem klinischen Bild entscheiden. So blieb am Ende der Diskussion die Frage nach dem Mehrwert des AIS unbeantwortet, was Matthias Mohrmann ernüchtert mit „Das hätte ich nicht erwartet“ kommentierte.

Dr. med. Carsten König riet daher in seinem Fazit auch dazu, „die Kirche im Dorf zu lassen“. Die Grundidee des AIS möge in Ordnung sein, aber die Transparenz des ärztlichen Handelns könne es nicht verbessern. So schloss König mit der Empfehlung: „Bei Risiken und Nebenwirkungen fragen Sie besser nicht das AIS.“

■ THOMAS LILLIG

Von Wachtberg nach Westafrika

Als 16-Jähriger beschloss er, Hausarzt zu werden – für ihn die umfassendste Möglichkeit, Patienten zu betrachten. Das tat er dann nicht nur im beschaulichen Wachtberg bei Bonn, wo in den Reihenhäuschen die Welt scheinbar in Ordnung ist, sondern auch in Benin in Westafrika, wo Menschen in Strohütten mit Krankheiten wie Malaria oder Cholera kämpfen. „Dort sterben 18-Jährige an einer simplen Blinddarmentzündung, weil ihre Eltern kein Geld für eine Behandlung haben und niemand krankenversichert ist“, sagt Dr. med. Clemens Wagner.

Seit seinem Studium setzt sich Clemens Wagner für die Gesundheit der Menschen in Benin ein. Heute finanziert er mit einem eigens gegründeten Förderverein eine Krankenstation und reist mindestens einmal im Jahr dorthin, um die Lage zu überprüfen.

Arbeiten im Ausland, das kannte der gebürtige Koblenzer von seinem Vater, der für die UNESCO (Organisation der Vereinten Nationen für Bildung, Wissenschaft, Kultur und Kommunikation) von Paris aus als Historiker und Archivar unterwegs war – unter anderem im Senegal. So kam es auch, dass der Sohn Französisch lernte. Das war durchaus hilfreich, um sich zu verständigen, als Wagner während

seiner Famulatur und neun Jahre später als Arzt auf Tuchfühlung mit den Problemen eines Entwicklungslandes ging. Vermittelt hatte dies der Deutsche Entwicklungsdienst, dessen Aufgabe es in Zusammenarbeit mit dem Staat Benin war, strukturelle Änderungen in die Wege zu leiten.

Improvisationstalent gefragt

Im Fall von Clemens Wagner sah das so aus, dass er als 33-Jähriger zwei Jahre lang mit einem afrikanischen Gynäkologen ein kleines Krankenhaus leitete. Es lag am Niger und dort lernte der Wachtberger, was ihm als Facharzt für Allgemeinmedizin in Deutschland nie beigebracht wurde: Darmresektionen ohne Beatmungs-

gerät in Angriff nehmen, „mit Ketanest-Narkose, wir mussten sicherstellen, dass der Patient noch atmete“. Welcher Schnitt wie gesetzt werden sollte, das schlug Wagner manchmal im OP-Saal im Fachbuch nach. „Hat besser funktioniert, als man denkt“, konstatiert der Mann mit dem grauen Wuschelkopf, der so charmant unter seinem Schnurrbart hervorlächeln kann.

Er bekämpfte plötzlich auftretende Cholera- und Meningitis-Epidemien, indem verdreckte Brunnen ausgepumpt sowie spontan Impfkampagnen organisiert wurden. Und er war ein Jahr lang allein im Einsatz, weil der Beniner Arzt anderen Aufgaben



Foto: Privat



Foto: Privat

Einsatz für die Gesundheit in Benin (Bilder von links): Impftag gegen Mumps-Masern-Röteln, das Team der Gesundheitsambulanz und eine Malariabehandlung bei einem kleinen Patienten.

nachging. „Ich hatte gutes Personal. Die Krankenschwestern konnten Blinddarmentzündungen und Leistenbrüche selbst operieren, nachdem ich es ihnen gezeigt hatte.“ Der Doktor brauste unterdessen mit dem Motorrad zu einer der fünf Satellitenstationen des Krankenhauses, um zu überprüfen, ob es dort noch genügend Medikamente gegen Malaria oder Antibiotika gab. „Weil nicht jeder sich diese Arzneien leisten konnte, hatten wir eine schwarze Kasse, in die Überschüsse und Spenden flossen. So konnten wir Bedürftigen helfen.“

In Deutschland lernte Clemens Wagner während dieser Zeit seine Ehefrau Nicole kennen. Die Gynäkologin begleitete ihren Mann nach Westafrika, die Kinder Jan und Frederike wurden geboren – und eine Idee, wie die medizinische Versorgung zumindest im Kleinen auf solide Füße gestellt werden könnte: Ein Verein sollte die Landwirtschaft in dem Dorf Adjadji in Benin, rund 80 Kilometer von der Hauptstadt Cotonou entfernt, unterstützen. Deren Erträge sollten dann eine sogenannte Gesundheitsambulanz finanzieren.

Der befreundete Beniner Arzt Germain Damassoh gründete zu diesem Zweck im Jahr 2001 eine gemeinnützige Organisation vor Ort und Wagners riefen zeitgleich ihren Verein „Agromed“ in Deutschland ins Leben. Doch das Ärztee Paar musste erleben, dass die Saat nicht aufging. „Eine strukturierte Planung der Landwirtschaft war vor Ort nicht möglich. Ganze Ananasernten wurden so lange nicht weitertransportiert, bis sie ungenießbar waren“, seufzt der Hausarzt an seinem Schreibtisch in Wachtberg.

Krankenstation eröffnet

Doch die gute Sache nahm eine glückliche Wendung: Die Gemeinschaft des Dorfes schaltete sich ein. Sie hatte schon zuvor die Schenkung von 14 Hektar Land vermittelt und bot nun an, den Bau einer neuen Gesundheitsambulanz zu unterstützen. Deren Verwaltung wollte die inzwischen 6.000 Köpfe zählende Dorfgemeinschaft selbst in die Hand nehmen – mithilfe des Geldes aus Deutschland. Gesagt, getan, und so fließen die Spenden nun ausschließlich in die Versorgung von Patienten und die Vorsorge vor Krankheiten.

Den 25 Vereinsmitgliedern, allesamt engagierte Freunde der Wagners, ist diese Entwicklung recht. Sie reisen auch zusammen mit den Ärzten aus Wachtberg nach Benin. Dort geht es dann nicht nur darum, die Buchhaltung zu überprüfen, damit die Spendengelder richtig verwendet werden – Clemens Wagner bekommt auch Patienten vorgestellt, seine Meinung ist gefragt.

Nicole Wagner unterstützt derweil in der Gynäkologie und auch befreundete Mediziner helfen, wo sie können, wenn sie die Reise begleiten. „Nach acht Tagen geht man quasi auf dem Zahnfleisch“, erzählt Wagner. Denn die Schwierigkeiten werden nicht geringer, weil die Bevölkerung ständig wächst. Obwohl Reisen in Afrika im Lauf der Jahre gefährlicher wurden: Im nächsten Jahr ist ein Jahresurlaub dort geplant – gemeinsam mit den Kindern. Sohn Jan ist inzwischen selbst auf dem Weg, Mediziner zu werden, Tochter Frederike studiert Biologie und Deutsch auf Lehramt. Sie haben sich diese Reise ausdrücklich gewünscht.

■ NATASCHA PLANKERMANN

Fördermitglieder/Spender willkommen, weitere Informationen unter agromed.de



Dr. med. Clemens Wagner (61) arbeitet in einer Gemeinschaftspraxis für Allgemeinmedizin in Wachtberg. Der Vater von zwei Kindern ist Mitglied der Vertreterversammlung der KV Nordrhein – und engagiert in der Afrikahilfe.

Labordiagnostik bei Schilddrüsenerkrankungen

Die Labordiagnostik und Verlaufsbeurteilung von Schilddrüsenerkrankungen sollten sich immer an der jeweiligen Fragestellung ausrichten. In den meisten Fällen kann der Hausarzt aufgrund der Anamnese, des klinischen Befundes und eventuell des Ultraschallbefundes die notwendigen Laboruntersuchungen veranlassen und unter Berücksichtigung der wichtigsten Grundkenntnisse richtig interpretieren. Die Überweisung an den Endokrinologen oder andere Fachärzte kann auf besondere oder unklare Fälle begrenzt werden.



Bei den Antikörperbefunden sind anti-TPO gegenüber TAK zu bevorzugen; letztere ergeben meist keine weiteren Aufschlüsse. Die Normwerte und die Behandlungsindikationen können in speziellen Situationen von den sonst üblichen Standards zum Teil erheblich abweichen, besonders bei Neugeborenen, in der Schwangerschaft und bei Schwerkranken.

Die Sonografie ist das wichtigste bildgebende Diagnose-Verfahren bei Schilddrüsenerkrankungen. Das Ultraschallbild lässt Rückschlüsse auf Größe, Lage, Form und Gewebebeschaffenheit der Schilddrüse zu.

Für Hausärzte sind drei Funktionsparameter und zwei Antikörperbefunde der Schilddrüse besonders wichtig: die Serumwerte von TSH, freiem Thyroxin (fT4) und freiem Trijodthyronin (fT3) sowie der Antikörper gegen Schilddrüsenperoxidase (Anti-TPO beziehungsweise mikrosomale Schilddrüsenantikörper, kurz MAK), gegebenenfalls Antikörper gegen Thyreoglobulin (TAK) und bei Hyperthyreose die TSH-Rezeptor-Antikörper (TRAK).

Dieser Beitrag stellt die wesentlichen an der Verdachtsdiagnose und der Anamnese ausgerichteten Laboruntersuchungen kurz dar. Die vier klinischen Fragestellungen mit den wenigen Tests decken nach Einschätzung des Autors gut 90 Prozent aller Indikationen für die Bestimmung von Schilddrüsenwerten durch den Hausarzt ab. Bei Problemen mit der Interpretation ist eine Rücksprache mit einem Endokrinologen oder die Überweisung des Patienten an einen solchen zu empfehlen.

1. Blande Struma: Abklärung der Schilddrüsenfunktion

Hier reicht es zunächst aus, den TSH-Wert im Serum zu bestimmen. Wenn dieser im Normbereich liegt, ist in der Regel keine weitere Diagnostik erforderlich.

Bei einem erhöhten Wert sollte noch die Nachbestimmung von fT4 veranlasst werden. Wenn dieser erniedrigt ist, handelt es sich um eine manifeste Hypothyreose, die in der Regel mit Thyroxin und eventuell zusätzlich Jodid behandelt werden muss. Ist fT4 normal, liegt eine laten-

te Hypothyreose vor, bei der zunächst eine Kontrolle des TSH-Werts in drei Monaten ansteht. In der Hälfte der Fälle ist der Wert dann normal. Wenn TSH erneut erhöht ist, sollte in der Regel erst ab einem Wert von über 10 mIU/L mit Thyroxin behandelt werden. Wenn TSH erniedrigt ist, besteht der Verdacht einer Hyperthyreose (siehe unten). Dann sollten fT3 und wenn nötig auch fT4 nachbestimmt werden.

2. Verlaufskontrollen

Bei Patienten unter Substitution mit Schilddrüsenhormon ist allein der TSH-Wert für die Beurteilung der Substitutionsdosis entscheidend. fT4 und fT3 helfen dabei für die Beurteilung nicht weiter.

Nach einer zu hoch dosierten Therapie mit Thyroxin kann der TSH-Wert allerdings noch über wenige Wochen supprimiert bleiben, auch wenn die Dosis schon reduziert wurde. Ein ähnliches Laborphänomen zeigt sich bei der Behandlung der Hyperthyreose, wobei der TSH-Wert noch

supprimiert sein kann, wenn fT4 schon erniedrigt ist. In diesen Fällen dient daher zunächst die Messung von fT4 zur Beurteilung der Schilddrüsenfunktionslage. Erst wenn TSH wieder messbar wird, ist dieses als verlässlicher Parameter heranzuziehen. Während eine Verlaufskontrolle des TRAK-Werts zur Bestimmung der entzündlichen Aktivität bei Immunhyperthyreose empfohlen wird, ist eine wiederholte Messung der TPO-Antikörper oder der TAK auch bei Autoimmunthyreoiditis nicht sinnvoll.

3. Verdacht auf Hyperthyreose

Unabhängig vom Vorhandensein einer Struma sollte dann TSH und fT3 bestimmt werden. Wenn TSH erniedrigt und fT3 erhöht ist, ist die manifeste Hyperthyreose bestätigt. Wegen der Verlaufsbeobachtung sollte noch fT4 nachbestimmt werden. Ist TSH erniedrigt und fT3 normal, sollte ebenfalls fT4 nachbestimmt werden. Falls auch dieses normal ist, handelt es sich um eine latente Hyperthyreose, die ebenso wie die manifeste Hyperthyreose einer weiteren endokrinologischen Abklärung bedarf (Schilddrüsen-Sonografie, Bestimmung von Anti-TPO, TAK und TRAK, gegebenenfalls Technetium-Szintigrafie der Schilddrüse und

eventuell eine Schilddrüsenpunktion), bevor eine adäquate Behandlung eingeleitet werden kann.

Cave: Das klinische Bild muss immer mit berücksichtigt werden. Zum Beispiel sind Thyreostatika bei einer subakuten Thyreoiditis de Quervain oder einer akuten Thyreoiditis unwirksam. Beim Nachweis von TRAK (oder Vorhandensein einer endokrinen Orbitopathie, zum Beispiel Exophthalmus) handelt es sich um eine Immunhyperthyreose (Morbus Basedow), deren Behandlung in die Hände des Endokrinologen gehört.

4. Verdacht auf Hypothyreose

In diesen Fällen wird die Bestimmung von TSH und fT4 veranlasst. Wenn TSH erhöht und fT4 erniedrigt ist, handelt es sich um eine manifeste Hypothyreose. Wenn nur TSH erhöht und fT4 normal ist, liegt eine latente Hypothyreose vor. In beiden Fällen sollten auch noch Anti-TPO und gegebenenfalls TAK nachbestimmt werden, um eine Autoimmunthyreoiditis als ätiologische Ursache zu belegen oder auszuschließen.

Bei manifester Hypothyreose wird mit Thyroxin sowie noch vorhandener Schilddrüse und Ausschluss einer Autoimmun-

thyreoiditis zusätzlich mit Jodid substituiert. Im Gegensatz zu bei Fragestellung 1 genannten Ausführungen wird eine Autoimmunthyreoiditis (chronisch lymphozytäre Thyreoiditis Hashimoto) mit latenter Hypothyreose schon bei einem nach drei Monaten bestätigten TSH-Wert von über 6 mIU/L mit Schilddrüsenhormon substituiert. Bei einer durch einen positiven Antikörperbefund und eventuell Sonografie nachgewiesenen Autoimmunthyreoiditis mit normalem TSH ist keine Hormontherapie angezeigt. Kontrollen von TSH und fT4 in Abständen von einem Jahr sind dabei ausreichend.

Indikation für wesentliche Laboranforderungen

	TSH	fT4	fT3	Anti-TPO	TRAK
Blande Struma	+	(+)	(+)		
Verlaufskontrollen	+	(+)			
Verdacht auf Hyperthyreose	+	(+)	+	(+)	(+)
Verdacht auf Hypothyreose	+	+		(+)	

+ primäre Laboranforderung | (+)eventuell sekundär zu bestimmen

Probleme bei der Interpretation

Wenn die Laborwerte nicht zu dem klinischen Bild passen, empfiehlt es sich zunächst, die Bestimmungen zu wiederholen. Wenn das Labor dann immer noch nicht in das oben genannte Schema passt, muss etwas Besonderes in Erwägung gezogen werden. So kann zum Beispiel eine Hyperthyreose mit Erhöhung von fT4 bei nur leicht supprimiertem TSH auf eine transiente Schwangerschaftshyperthyreose am Ende des ersten Trimesters hinweisen. Humanes Choriogonadotropin (hCG) hat nämlich die gleiche alpha-Kette wie TSH und eine spezifische β -Kette, die große Ähnlichkeit mit TSH aufweist, sodass hCG eine TSH-ähnliche Wirkung entfalten kann. Wenn TSH erhöht ist und gleichzeitig auch fT3 und/oder fT4 erhöht sind, könnte es sich um den extrem seltenen Fall eines TSH-sezernierenden Adenoms der Hypophyse handeln.

Häufiger zu beachten ist das sogenannte Low-T3-Syndrom, das bei schweren Allgemeinerkrankungen auftritt. Dabei ist TSH supprimiert, ohne dass eine Hyperthyreose vorliegt. fT3 ist dabei stark erniedrigt, fT4 leicht erniedrigt. Ursache ist eine ungenügende Konversion von T4 zu T3 in den peripheren Geweben. Auch bei akuter Gabe hoch dosierter Glukokortikoide ist TSH supprimiert, fT3 erniedrigt, fT4 normal. Wenn klinisch eine Hypothyreose vorliegt und dennoch der TSH-Wert

erniedrigt ist, könnte es sich um eine zentrale (hypophysäre oder hypothalamische) Hypothyreose handeln, um nur ein weiteres von vielen Beispielen für ungewöhnliche Labor-konstellationen zu nennen. Im letztgenannten Fall ist fT4 erniedrigt.

Laborwerkzeug der Spezialisten

Neben den genannten Parametern gibt es natürlich eine Fülle von Laboruntersuchungen, die Spezialsituationen vorbehalten sind. Dazu gehört die Bestimmung von Thyreoglobulin (hTg) zum weitgehenden Ausschluss eines Rezidivs und des TRH-Tests zum Nachweis der kompletten Suppression der Schilddrüse unter Thyroxingabe bei der Nachkontrolle nach Thyreoidektomie wegen eines Schilddrüsenkarzinoms. Weitere Beispiele sind die Bestimmung von Calcitonin im Serum bei der Suche nach einem C-Zell-Karzinom (medulläres Schilddrüsenkarzinom, MTC) bei bestimmten Schilddrüsenknoten oder beim Familienscreening bei multipler endokriner Neoplasie (MEN2 und MEN2B) und familiärem MTC sowie die Gen Diagnostik mit Nachweis des RET-Protoonkogens bei den oben genannten Neoplasien oder bei bestimmten klinischen und wissenschaftlichen Fragestellungen wie zum Beispiel Nachweis von Antikörpern gegen T3 und/oder T4, die Bestimmung von Reverse-T3 (rT3), Gesamt-T4, Gesamt-T3, hCG oder der Jodausscheidung im Urin. ■ PROF. DR. MED. WERNER A SCHERBAUM

Wer muss Laborwerte anfordern?

Im Zuge der Laborreform zum 1. April 2018 kam es wiederholt zu Anfragen im Zusammenhang mit der Veranlassung von Laborleistungen. Dabei hat sich an den diesbezüglichen Regelungen durch die Laborreform nichts geändert. Grundsätzlich gilt: Laborkontrollen muss die Praxis durchführen, die auch die Therapie gestaltet.

Für die Veranlassung eines Laborwertes ist also nach wie vor der Arzt zuständig, der diesen Wert benötigt. Jeder Arzt hat die durchzuführenden Maßnahmen wirtschaftlich zu verantworten und zu veranlassen, die von ihm im Rahmen seiner Diagnostik und/oder Behandlung für erforderlich gehalten werden.

Ein Hausarzt ist für die Kontrolle der Werte zuständig, wenn ein Patient bei ihm in Behandlung ist. Ist ein Patient in fachärztlicher Behandlung, zum Beispiel beim Rheumatologen oder Radiologen, dann sind die Werte dort zu erheben bzw. zu kontrollieren. So bleiben Therapie und Kontrolle in einer Hand. Dies gilt besonders dann, wenn die Versorgung mit Medikamenten ausschließlich durch die Facharzt-Praxis erfolgt.

Vorhandene Befunde übermitteln

Natürlich stellt die Hausarzt-Praxis vorliegende, aktuelle Laborbefunde, welche für die Mit- und Weiterbehandlung erforderlich sind, dem Facharzt zur Verfügung. Dies gilt in gleicher Weise von Facharzt zu Facharzt. Werden Patienten im Rahmen der Mit- und Weiterbehandlung vom Hausarzt an den Facharzt überwiesen und hält der Facharzt im Rahmen seiner weiteren Behandlung eine Labordiagnostik für erforderlich, so ist der Facharzt auch grundsätzlich für die Materialgewinnung und Überweisung ans Labor verantwortlich.

Wird der Patient nach Abschluss der Behandlung beim Facharzt wieder zur Betreuung an

den Hausarzt übergeben, ist dieser für weitere Behandlungen verantwortlich – inklusive eventuell nötiger Labordiagnostik. Das sollte, wenn nötig, in Abstimmung mit dem Facharzt stattfinden, besonders im Rahmen von Verträgen wie den Disease-Management-Programmen, die eine strukturierte Behandlung spezifischer Krankheitsbilder beschreiben. ■ MICHAEL SCHILF

Stichwort: Laborreform



Den Anstieg der Kosten für Laborleistungen stoppen, das war ein Ziel der Laborreform, auf die sich die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der GKV-Spitzenverband verständigt haben. Außerdem sollte eine für Haus- und Fachärzte tragbare Lösung für die Finanzierung des Labornachschusses gefunden werden. Die neuen Vergütungsregelungen für das Labor gelten seit 1. April 2018. Weiteres Reform-Element: Um den Anreiz für eine wirtschaftliche Veranlassung von Laboruntersuchungen zu erhöhen, wurde der Wirtschaftlichkeitsbonus neu geregelt. Die durchschnittlichen Laborkosten eines Arztes je Behandlungsfall werden mit den Kosten seiner Arztgruppe verglichen – und dieses Verhältnis bestimmt die Höhe des Bonus.

Mehr Infos unter kvno.de | [KV 190745](http://KV190745)

Digitale Selbsthilfe

Geschätzte drei Millionen Menschen engagieren sich in etwa 100.000 Selbsthilfegruppen. Nichtsdestotrotz geht es der Selbsthilfe wie vielen Verbänden und Vereinen: Sie klagt über Nachwuchssorgen und fragt sich, wie es gelingen kann, neue Zielgruppen zu erreichen, jüngere Menschen etwa, oder Betroffene mit eingeschränkter Mobilität. Dafür eignen sich Online- und Social-Media-Angebote.



Selbsthilfeorganisationen nutzen zunehmend die Möglichkeiten der Digitalisierung für sich. Da Datenschutz in der Selbsthilfe traditionell großgeschrieben wird, legen die Entwickler darauf besonderen Wert.

Zeitgemäße Ergänzung

Von den neuen Zugangswegen profitieren auch Patienten und deren Angehörige etwa im ländlichen Raum, wo Wege zu Ärzten, Therapeuten oder Selbsthilfegruppen weit sein können.

Wie die bewährten analogen Gesprächsgruppen können auch die Online-Angebote eine Behandlung sinnvoll ergänzen oder die Wartezeit auf einen Therapieplatz oder einen speziellen Behandlungstermin überbrücken. Einige bieten sich als Rückfallprophylaxe nach Abschluss einer Therapie an. Darüber hinaus ermöglichen sie den Betroffenen soziale Teilhabe und das gute Gefühl, nicht nur

passiv abzuwarten, sondern ihr Leben selbstbestimmt in die Hand zu nehmen. Die Frauenselbsthilfe nach Krebs hat die Erfahrung gemacht, dass Online-Foren den Vor-Ort-Gruppen neue Teilnehmer bescheren.

Was die Selbsthilfe ausmacht, wird weiterhin zentral bleiben: persönlicher Kontakt mit Gleichbetroffenen sowie Rückhalt in der Gemeinschaft. Die digitalen Anwendungen stellen aber eine zeitgemäße Alternative zu bestehenden Angeboten dar. Sie können bei der Krankheitsbewältigung von Nutzen sein und die Gesundheitskompetenz der Patienten stärken. ■ BIANCA WOLTER

Beispiele für digitale Selbsthilfe

ADHS: Die virtuelle Selbsthilfegruppe ADHS trifft sich einmal im Monat: adhs-deutschland.de | KV | 190746

Angsterkrankungen: Die Angst-Hilfe e. V. bietet eine Online-Beratung an, kostenlos und 24 Stunden am Tag erreichbar: angstselbsthilfe.de | KV | 190746

Depressionen: Das Online-Selbsthilfe-Programm der Deutschen Depressionshilfe ist in zwölf Sprachen verfügbar. Die arabische Version richtet sich vor allem an Migranten und soll helfen, Sprachbarrieren und Versorgungsengpässe mangels muttersprachlicher Psychotherapeuten und Ärzte zu überbrücken. Es ist geeignet für Betroffene mit leichteren Depressionsformen: ifightdepression.com | KV | 190746

Krebs: Die Netzwerkstatt Krebs bietet monatlich professionell moderierte Gruppentreffen als Videochat für Krebspatienten an: netzwerkstattkrebs.de | KV | 190746

Pflege: Das Online-Portal und eine App sind speziell auf die Bedürfnisse pflegender Angehöriger zugeschnitten. Wer Familienmitglieder versorgt, kommt oft nicht aus dem Haus. Die App hilft, soziale Kontakte aufrechtzuerhalten und sich untereinander zu vernetzen: in.kontakt | KV | 190746

Rheuma: Die App der Deutschen Rheuma-Liga hilft unter anderem durch Bewegungsanleitungen bei der Bewältigung rheumatischer Schmerzen: [Auszeit-App](https://auszeit-app.de)

Urlaubsvertretung richtig regeln

Die Sommerferien stehen vor der Tür – auch für viele Praxen. Vor dem Urlaub sollten Sie die Vertretung regeln, denn schon ab einem Tag Urlaub benötigen Vertragsärzte eine Vertretung.

Wenn Sie Ihre Praxis während der Urlaubszeit schließen und ein Kollege Ihre Patienten in seiner Praxis behandelt, dann informieren Sie Ihre Patienten bitte rechtzeitig darüber. Dies kann zum Beispiel durch einen Aushang an der Praxistür, eine Ansage auf dem Anrufbeantworter oder durch einen Hinweis auf der eigenen Internetseite erfolgen. Bitte stimmen Sie diese kollegiale Vertretung im Vorfeld mit Ihrem Kollegen ab. Der Kollege rechnet die Leistungen auf dem Muster 19 ab.

Findet die Vertretung hingegen in Ihrer Praxis statt, erfolgt die Vertretung in Ihrem Namen. Der Vertreter rechnet die Leistungen unter Ihrer Betriebsstättennummer (BSNR) ab.

Bei dem Vertreter muss es sich um einen Vertragsarzt oder um einen approbierten Arzt mit abgeschlossener Weiterbildung handeln. Dieser muss über die gleiche Gebietsbezeichnung verfügen. Gelten spezielle Qualifikationsanforderungen und Abrechnungsbestimmungen, hat



auch der Vertreter diese zu erfüllen. Zu beachten haben Vertreter und Vertretene auch die Trennung der haus- und fachärztlichen Versorgung.

Eine Urlaubsvertretung bei genehmigungspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen einschließlich der probatorischen Sitzungen ist unzulässig. Das gilt für alle ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten sowie für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. ■ HEI

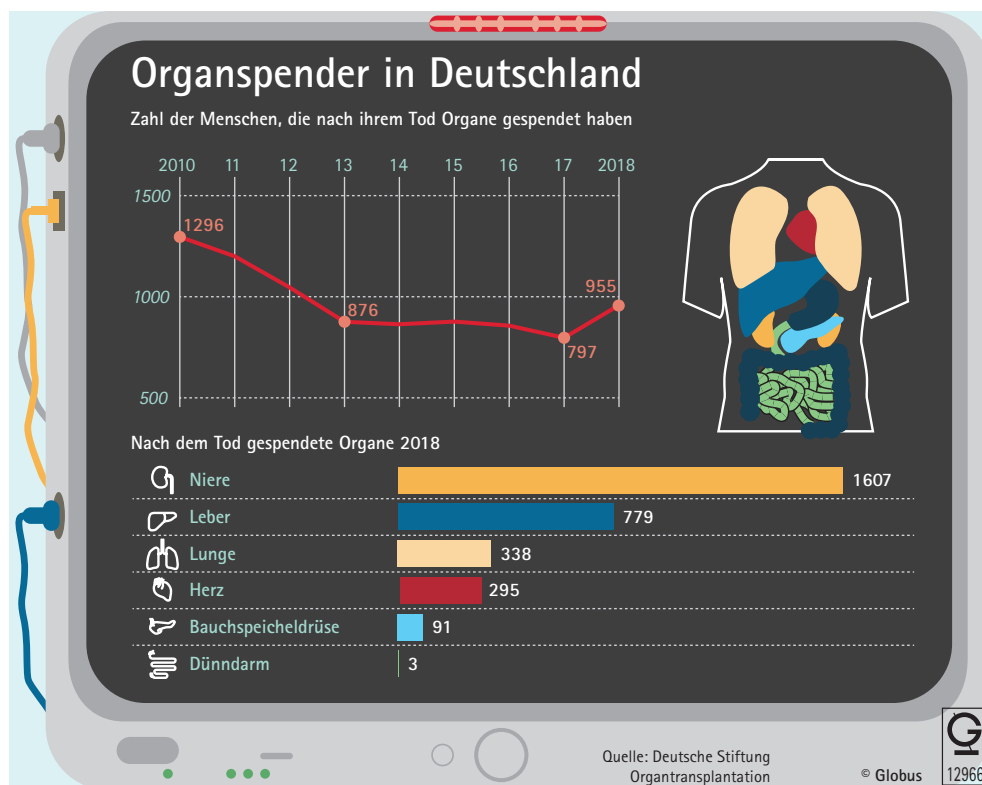
Ausführliche Infos zu den rechtlichen Aspekten bei Vertretungen finden Sie unter kvno.de | [KV | 190547](#)

Vorsicht: Gefälschte E-Mails im Umlauf

Der KV Nordrhein erhält in letzter Zeit vermehrt Hinweise zu gefälschten E-Mails, die scheinbar von einer KVNO-Adresse versendet wurden. Tatsächlich stammen diese Mails nicht von der KV Nordrhein, sondern von Cyberkriminellen. Betreff ist zum Beispiel „gescanntes Dokument“ oder „Rechnung N91135354“. Im Anhang befinden sich Dokumente wie Rechnungen oder Kontoauszüge, die eine Schadsoftware enthalten. Bitte öffnen Sie die angehängten Dokumente nicht.

Auch die Techniker Krankenkasse (TK) weist darauf hin, dass Arztpraxen aus dem gesamten Bundesgebiet zurzeit vermehrt gefälschte E-Mails erhalten, vom Absender s.voigt@tkk-versicherung.com. Inhalt ist die angebliche Übermittlung von angeforderten Patientendaten – der Anhang beinhaltet jedoch einen Trojaner, welcher das Computersystem der Praxen lahmlegen soll. Bitte öffnen Sie den Anhang solcher Mails nicht. Diese E-Mail stammt nicht von der TK. ■ HEI

Zahl der Organspender steigt wieder



955 Menschen haben im Jahr 2018 in Deutschland nach ihrem Tod Organe gespendet, um schwer kranken Menschen zu helfen. Damit ist die Zahl der Organspender erstmals seit dem langen Abwärtstrend wieder gestiegen. Das geht aus den Zahlen der Deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO) hervor. Der Rückgang der Spenderzahlen begann 2012, nachdem Manipulationen bei der Vergabe von Organspenden bekannt geworden waren.

Um die Organspendezahlen zu erhöhen, ist auch die Art der Organentnahmezustimmung immer wieder ein Thema. Bundesgesundheitsminister Jens Spahn (CDU) hat zusammen mit weiteren Politikern verschiedener Parteien Anfang April einen Gesetzesentwurf vorgestellt, der die doppelte Widerspruchslösung vorsieht. Danach sollen alle Bürger automa-

tisch zu Organspendern werden, außer sie widersprechen aktiv. Zudem können Angehörige einer Organentnahme widersprechen.

Grünen-Vorsitzende Annalena Baerbock strebt ebenfalls mit Politikern weiterer Parteien eine andere Lösung an: Hier sollen die Bürger mindestens alle zehn Jahre beim Abholen von Ausweisen in Ämtern auf das Thema Organspende angesprochen werden. In einem bundesweiten Online-Register soll dann die Entscheidung für oder gegen eine Organspende nach dem Tod eintragen werden. Diese kann jederzeit geändert werden. Außerdem sollen Hausärzte Patienten bei Bedarf aktiv alle zwei Jahre über Organspende beraten.

Über die beiden Gesetzesentwürfe soll der Bundestag voraussichtlich im Herbst ohne Fraktionszwang entscheiden. ■ MARSCHA EDMONDS

Fortbildungs-App jetzt auch in Nordrhein

Mit der kostenfreien Fortbildungs-App deutscher Ärztekammern „FobiApp“ können nun auch alle Mitglieder der Ärztekammer Nordrhein ihre Fortbildungspunkte abfragen, nach Fortbildungen suchen oder Veranstaltungen organisieren. Der Zugriff erfolgt über das Ein-

scannen eines persönlichen QR-Codes, den Mitglieder auf www.meineaekno.de unter der Rubrik Fortbildung/FOBI-App finden. Weitere Informationen zur Verwendung der FobiApp finden sich auf fobiapp.de. Die App arbeitet unter Android- als auch iOS-Systemen. ■ ÄKNO

Serviceheft zur Verordnung häuslicher Krankenpflege

Zur Verordnung häuslicher Krankenpflege bietet die KBV jetzt eine Broschüre an: Das Serviceheft „Häusliche Krankenpflege – Hinweise zur Verordnung für Ärzte“ enthält grundlegende Informationen zur Behandlungspflege,

Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung sowie Praxisbeispiele. Die Broschüre kann kostenfrei bei der KBV bestellt werden, zudem steht sie als Webversion bereit.

Mehr Infos unter kvno.de | KV | 190749



Kreispolizeibehörde Kleve sucht Ärzte

Die Kreispolizeibehörde Kleve sucht Ärzte, um polizeispezifische ärztlicher Leistungen durchzuführen. Dazu zählen etwa Blutentnahmen zur Feststellung von Alkohol oder Drogen im Blut und Gewahrsamsfähigkeitsuntersuchungen bei den jeweiligen Polizeiwachen im Kreisgebiet Kleve. Dabei stellt sich die Kreispolizeibehörde Kleve eine durchgängige Verfüg-

barkeit in Rahmen eines Bereitschaftsplans vor. Angeboten wird eine Abrechnung nach der Gebührenordnung für Ärzte. Wer sich für die Arbeit bei der Kreispolizeibehörde Kleve interessiert, kann sich per E-Mail an dirbueroza.kleve@polizei.nrw.de oder per Telefon unter der Nummer 02821 504-1210 melden

■ MED

Qualitätszirkel suchen Mitglieder

Thema Spezielle Probleme in der psychoanalytischen Behandlung

Ort Aachen

Kontakt Maria Bicker

Telefon 0241 4025 28

E-Mail m.bicker@web.de

Thema Psychotherapeutischer Zirkel am Niederrhein

Ort Krefeld und Umgebung

Kontakt Joachim Küppers

Telefon 0215 1154 674

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

Das Kompetenzzentrum Weiterbildung Allgemeinmedizin Nordrhein (KWNö) ist gemäß § 75 a Sozialgesetzbuch V ein Zusammenschluss der folgenden Institutionen:

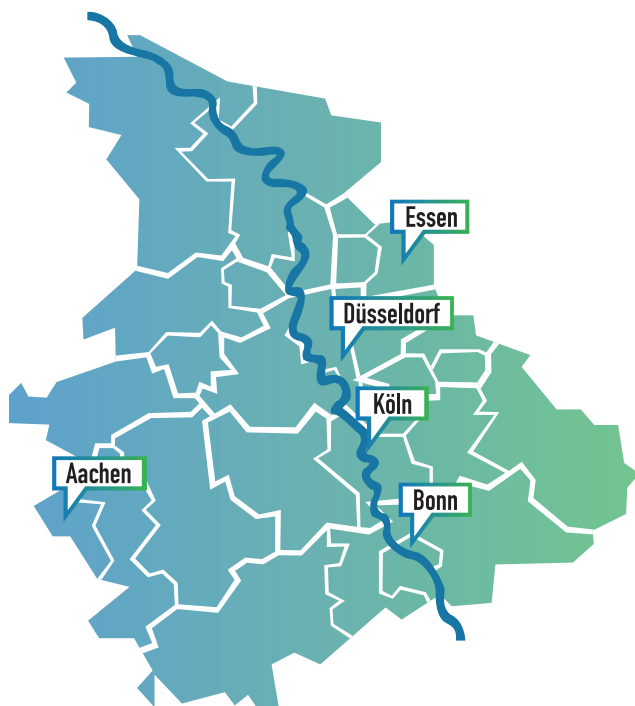
- Ärztekammer Nordrhein
- Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein
- Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen

und den fünf Einrichtungen für Allgemeinmedizin der Universitäten in Nordrhein:

- Rheinisch-Westfälische Technische Hochschule Aachen
- Rheinische Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn
- Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf
- Universität Duisburg-Essen
- Universität zu Köln

in Kooperation mit dem Hausärzterverband Nordrhein e.V. und der Jungen Allgemeinmedizin Deutschland, Regionalgruppe NRW.

Das KWNö führt regelmäßig Veranstaltungen an allen fünf universitären Standorten in Nordrhein und als »Landtage« in unterversorgten Gebieten durch. Die praxisnahen Seminare werden interaktiv, u. a. durch fallbasierte Kleingruppenarbeit und Training mit Schauspielpatienten, gestaltet. Daneben werden kollegiale Unterstützungsangebote die Weiterbildung begleiten und den Weg in die Niederlassung erleichtern.



Fit für die Hausarztpraxis –
Qualifizierte und effiziente Weiterbildung
in der Hausarztmedizin

**Angebote für Ärztinnen und Ärzte in
Weiterbildung (ÄiW) Allgemeinmedizin**



**Seminartage für ÄiW Allgemeinmedizin
im zweiten Halbjahr 2019:**

- 04.09.** Universität Köln
- 18.09.** Universität Essen
- 25.09.** Universität Bonn:
Landtag im Kreis Euskirchen
- 06.11.** Universität Aachen
- 20.11.** Universität Düsseldorf
- 04.12.** Universität Bonn

Die Teilnahme ist für ÄiW kostenfrei.

Online-Anmeldung unter:

www.kompetenzzentrum-nordrhein.de



Kontakt

Kompetenzzentrum Weiterbildung Allgemeinmedizin
Nordrhein
c/o Institut für Hausarztmedizin
Universitätsklinikum Bonn (AöR)
Gebäude 05, Venusberg-Campus 1
(ehemals Sigmund-Freud-Str. 25), 53127 Bonn

Telefon +49 (0) 228 287 11156

Telefax +49 (0) 228 287 11160

E-Mail info@kompetenzzentrum-nordrhein.de

Fortbildung der Kreisstelle Essen zum Thema Praxisübergabe

Die Kreisstelle Essen der KV Nordrhein bietet eine Fortbildung zum Thema Praxisübergabe an. Weiterer Bestandteil dieser Fortbildung ist die Arzneimittelrichtlinie 2019.

Termin Kreisstelle Essen
10. Juli 2019
17–20 Uhr

Ort Kreisstelle Essen
Lindenallee 29–41
45127 Essen

Anmeldung Kreisstelle Essen
Simone Busbach

Telefon 0201 3841 6112/3

E-Mail kreis.essen@kvno.de

Workshops Praxisabgabe für Hausärzte, Fachärzte 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 erkundigen?

Wir informieren Sie in den Workshops für Hausärzte, Fachärzte und Psychotherapeuten darüber, was Sie von den ersten Überlegungen bis zur erfolgreichen Praxisübergabe beachten müssen.

Anmeldung KV Nordrhein
Brigitte Klimpel

Telefon 0221 7763 6303

E-Mail akademie-kvno@kvno.de

ZERTIFIZIERT | beantragt

Termin Psychotherapeuten

16. Oktober 2019

15–17.30 Uhr

Ort

Bezirksstelle Köln
Sedanstraße 10–16
50668 Köln

Termin Fachärzte

4. September 2019

15–17.30 Uhr

Ort

Bezirksstelle Köln
Sedanstraße 10–16
50668 Köln

Termin Hausärzte

6. November 2019

15–17.30 Uhr

Ort

Haus der Ärzteschaft
Tersteegenstraße 9
40474 Düsseldorf

89. Fortbildungskongress mit Hausarztwoche auf Norderney

Von „Fit im Notdienst“ über „Psychosomatische Grundversorgung in der Hausarztpraxis“ bis hin zu DMP-Fortbildungen erstreckt sich das Programm des 89. Fortbildungskongresses der Nordrheinischen Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung. Die KV Nordrhein plant ein Seminar rund um die Themen Niederlassung und Abrechnung in Nordrhein. Darüber hinaus sind Niederlassungs- und Abrechnungsberater vom 13. bis 16. Oktober mit einem Infostand vor Ort und stehen für Beratungen zur Verfügung.

Termin 12.–18. Oktober 2019

Anmeldung Nordrheinische Akademie
Tersteegenstraße 9
40474 Düsseldorf

Telefon 0211 4302 2801

E-Mail akademie@aekno.de

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

Veranstaltungen für Ärzte und Psychotherapeuten

10.07.2019	Kreisstelle Essen der KV Nordrhein: Fortbildung „Die erfolgreiche Praxisabgabe/(Teil-)Übergabe“, Arzneimittelrichtlinie 2019, Essen
21.08.2019	IQN: Wie begegne ich Gewalt in der Praxis und in der Notaufnahme, Düsseldorf
29.08.2019	IQN: Symposium zu Projekt „InterKultKom“, Düsseldorf
■ 04.09.2019	KV Nordrhein: Praxisabgabeworkshop für Fachärzte, Köln
06.–07.09.2019	Nordrheinische Akademie: Grundkurs Moderatoren, Düsseldorf
20.09.2019	Nordrheinische Akademie: Grundlagen der Abrechnung nach GOÄ für niedergelassene Ärzte und ihre Teams, Düsseldorf
20.–21.09.2019	Nordrheinische Akademie: Geriatrische Grundversorgung nach dem Curriculum der Bundesärztekammer, Düsseldorf
■ 21.09.2019	KV Nordrhein: 23. Nordrheinischer Praxisbörsentag, Köln
21.09.2019	Nordrheinische Akademie: Grundlagen der Lungenfunktion – Lungenfunktion für Hausärzte, Düsseldorf
■ 27.09.2019	KOSA der KV Nordrhein in Kooperation mit der Selbsthilfeakademie NRW: Voneinander lernen – Zusammenarbeit stärken!, 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

■ 28.08.2019	KV Nordrhein: Abrechnung Hausärzte, Düsseldorf
■ 04.09.2019	KV Nordrhein: Fit am Empfang – der erste Eindruck zählt, Köln
■ 04.09.2019	KV Nordrhein: Bundesweite Richtlinien, Köln
04.09.2019	IQN: 6. Fortbildung für Medizinische Fachangestellte, Düsseldorf
■ 04.09.2019	KV Nordrhein: Kommunikation – verstehen und verstanden werden, Düsseldorf
■ 06.09.2019	KV Nordrhein: Umgang und Interaktion mit anspruchsvollen Patienten, Köln
■ 11.09.2019	KV Nordrhein: Abrechnung Hausärzte, Köln
13.–14.09.2019	Nordrheinische Akademie: Fit am Telefon und am Empfang – souveräne Gesprächsführung, Düsseldorf
14.09.2019	Nordrheinische Akademie: Qualitätsmanagement für MFA – gut gerüstet für den Job der Qualitätsmanagementbeauftragten, Düsseldorf
■ 18.09.2019	KV Nordrhein: Workshop EBM Wiedereinsteiger (Teil 1), Köln
■ 20.09.2019	KV Nordrhein: Diagnosekodierung in der Praxis – Grundlagenkurs, Düsseldorf
27.–28.09.2019	Nordrheinische Akademie: Ausstrahlung optimieren und Durchsetzungskraft stärken, Düsseldorf

Veranstaltungen für Patienten

■ 25.09.2019	KV Nordrhein in Kooperation mit der VHS Köln: Frauengesundheit im Fokus, Köln
--------------	---

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“ 8+9 | 2019

■ Digitalisierung

Apps bald auf Rezept

■ 116 117

Die Notdienst-Nummer

■ Praxisabgabe

Schritt für Schritt geplant

■ Contergan

Anlaufstelle für Geschädigte

**Die nächste Ausgabe von KVNO aktuell
erscheint am 12. September 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