



Informationen für die Praxis

KVN-Rundschreiben

Dezember 2018

Inhaltsverzeichnis

1. Abrechnung	3
1.1. Abgabetermin Quartalsabrechnung 4/2018.....	3
1.2. Amtliche Mitteilung der KVN zum HVM für das 1. Quartal 2019 für Haus- und Kinderärzte.....	3
1.3. Mitteilung der fachgruppendurchschnittlichen Obergrenze für Kontrastmittel für das Quartal 1/2019	4
1.4. Amtliche Mitteilung der KVN zum HVM Teil B Nr. 16.1 und 16.2 für das 1. Quartal 2019 - Fachgruppendurchschnittswerte für Laborindividualbudgets	4
1.5. Abschlagszahlungen und Zahlungstermine 2019.....	4
1.6. Höhere Gebühren gegenüber der Unfallversicherung ab 1. Oktober 2018 abrechenbar	5
1.7. Grundinformationen zur Abrechnung von Laborwerten...	5
2. Verordnungen.....	6
2.1. Änderung der Arzneimittelverschreibungsverordnung, Doxylamin	6
2.2. Änderung der Anlage I (OTC-Übersicht) der Arzneimittel-Richtlinie, nasale Glukokortikoide	6
2.3. Verordnung von Grippeimpfstoffen - auch 1er-Packungen erlaubt	7
2.4. Sprechstundenbedarf - Änderungen der Anlage 1 zum 1. Januar 2019	7
2.5. Gemeinsame Arbeitsgruppe Arzneimittel - Informationsschreiben zum Thema „Verordnung von Arzneimitteln mit Abhängigkeits- und Missbrauchspotential“	8
2.6. Oxervate® (Cenegermin) als Praxisbesonderheit anerkannt	8
2.7. Häusliche Krankenpflege in Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen möglich	9
2.8. HPV-Impfung für Jungen ab sofort Kassenleistung.....	10
2.9. Separate Verordnung von Arzneimitteln und Hilfsmittel auf Muster 16	10

3.	Allgemeine Hinweise	11
3.1.	Arztauskunft Niedersachsen im neuen Look: Mit verbesserter Suchfunktion noch schneller den passenden Arzt oder Psychotherapeuten finden	11
3.2.	Richtlinie für organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme (oKFE-RL) und Programm zur Darmfrüherkennung beschlossen	11
3.3.	Hausarztvertrag mit dem BKK Landesverband Mitte: Die BKK VerbundPlus scheidet am 31. Dezember 2018 aus.	13
3.4.	BKK Landesverband Mitte erklärt, dass die DSP-Vereinbarung der Primärkassen auch über den 31. Dezember 2018 hinaus weiter gilt.....	13
3.5.	Bundesweite Umfrage an alle niedergelassenen Ärzte zur Zusammenarbeit mit Unikliniken- Beginn im Dezember 2018/ Januar 2019	13
3.6.	Anpassung des Wiedereingliederungsplans (Muster 20) zum 1. Januar 2019	13
3.7.	TerminServiceStelle (TSS) - Auffrischung, „Visitenkärtchen“ und Terminbedarf	14
3.8.	Hausarztvertrag mit dem BKK Landesverband Mitte: Neue Teilnahme- und Einwilligungserklärung für Versicherte ab Dezember 2018.....	15
3.9.	Früherkennungsuntersuchungen U10 / U11 und J2 mit der TK: Neue Teilnahmeerklärungen Versicherte ab 1. Januar 2019	15
3.10.	Vertrag über die Versorgung von Patienten mit chronischer Niereninsuffizienz „Pro Niere“ mit der Techniker: Neue Einschreibeformulare für Patienten ab Dezember 2018.....	15
3.11.	Versorgung mit klassischer Homöopathie mit der IKK classic: Neue Teilnahmeerklärungen ab 1. Januar 2019.	16
3.12.	Versorgung mit klassischer Homöopathie mit der Securvita BKK: Neue Teilnahmeerklärungen ab 1. Januar 2019	16
3.13.	Hausarztzentrierte Versorgung: Angepasste Indikationsgruppen-listen ab Januar 2019	16
3.14.	Einladung zum Neujahrsempfang 2019	16
4.	Veranstaltungen im Januar und Februar 2019	17
5.	Anlagenverzeichnis	20
5.1.	Amtliche Mitteilung zum HVM für Haus- und Kinderärzte 1/2019	20
5.2.	Amtliche Mitteilung zum HVM Teil B Nr. 16.1 und 16.2 ...	20
5.3.	Zahlungstermine AKK 2019	20
5.4.	Informationsschreiben	20

1. Abrechnung

1.1. Abgabetermin Quartalsabrechnung 4/2018

Der Abgabetermin für die Abrechnung des 4. Quartals 2018 ist der 10. Kalendertag des nachfolgenden Quartals und somit der 10. Januar 2019. Eine Teilnahme am AbrechnungsCheck ist nur bei fristgerechter Einreichung Ihrer Quartalsabrechnung möglich. Bitte denken Sie daran, auch bei der Online-Übermittlung von Abrechnungsdatei(en),

- das Muster der aktuellen Sammelerklärung (Stand: 1/2017) vollständig ausgefüllt, mit Unterschrift und dem Vertragsarztstempel versehen, einzureichen. Das Muster kann auch im KVN-Portal unter Abrechnung/Abrechnungcenter/ Informationen zur Quartalsabrechnung/Downloads ausgedruckt werden;
- die abzugebenden Behandlungsausweise (sortiert nach der Liste: KBV-Prüfmodul Abgabe Behandlungsausweise) einzureichen;
- abhängig von Ihren erbrachten Leistungen: Früherkennungskoloskopie, Hautkrebsscreening, Daten gem. der QS-Richtlinie Dialyse rechtzeitig online zu dokumentieren und zu übertragen;
- ggf. zusätzliche Unterlagen einzureichen:
Sachkostenbelege / Rechnungen,
Behandlungsplan zur künstlichen Befruchtung Muster 70/70A,
Mitteilungen der Praxis zur eingereichten Abrechnung (Beispiel: Pat. Y ist zu löschen, da jetzt BG-Fall).

Listen wie z. B. Prüfprotokolle, Sortier- oder Versandlisten benötigen wir nicht.

Dokumente wie z. B. RLV-Anträge, Genehmigungsanträge, Widersprüche gegen den Honorarbescheid sind direkt an die Bezirksstellen zu senden.

Ansprechpartner bei Terminproblemen ist Ihre Bezirksstelle. Sollten Sie den Abgabetermin nicht einhalten können, so nehmen Sie bitte rechtzeitig Kontakt mit Ihrer Bezirksstelle auf, um aus einer verspätet eingereichten Quartalsabrechnung möglicherweise resultierende Konsequenzen zu vermeiden.

1.2. Amtliche Mitteilung der KVN zum HVM für das 1. Quartal 2019 für Haus- und Kinderärzte

Die für das 1. Quartal 2019 geltenden RLV-/QZV-Mindestfallwerte für Haus- und Kinderärzte sowie die Fallzahlgrenzen für die Fallwertminderung bzw. die Fallzahlzuwachsbegrenzungsregelung (FZZB) entnehmen Sie bitte der Anlage 5.1 zu diesem Rundschreiben. Zusätzlich sind diese Daten auch bereits seit dem 29. November 2018 über das KVN-Portal abrufbar.

Anlage 5.1: Amtliche Mitteilung zum HVM für Haus- und Kinderärzte 1/2019

10. Januar 2019

Wird nicht benötigt:

Direkt an Bezirksstelle

1.3. Mitteilung der fachgruppendurchschnittlichen Obergrenze für Kontrastmittel für das Quartal 1/2019

Gemäß der Kontrastmittelvereinbarung, die die KVN mit den Landesverbänden der Krankenkassen in Niedersachsen zum 1. Januar 2016 abgeschlossen hat, gelten für das 1. Quartal 2019 für Ärzte, die im Basisquartal 1/2018 (noch) keine Kontrastmittel über die o. g. Vereinbarung abgerechnet haben, folgende fachgruppendurchschnittlichen Obergrenzen:

- Institute, Krankenhäuser 1.425,05 Euro
- Fachärzte für Nuklearmedizin 9.474,78 Euro
- Fachärzte für Diagnostische Radiologie 27.641,80 Euro
- Fachärzte für Urologie 2.564,65 Euro

Obergrenzen

Die Vereinbarung gilt für Fachärzte für Nuklearmedizin, Diagnostische Radiologie und Urologie verbindlich. Für andere Fachgruppen nur, wenn in der eigenen BAG/MVZ oder im Institut/Krankenhaus ein Facharzt für Nuklearmedizin, Diagnostische Radiologie oder Urologie tätig ist.

Diese Daten sind über das KVN-Portal unter Verträge/Sonstige Verträge/Kontrastmittel-Vereinbarung abrufbar.

1.4. Amtliche Mitteilung der KVN zum HVM Teil B Nr. 16.1 und 16.2 für das 1. Quartal 2019 - Fachgruppendurchschnittswerte für Laborindividualbudgets

Die für das 1. Quartal 2019 geltenden Fachgruppendurchschnittswerte für Laborindividualbudgets entnehmen Sie bitte der Anlage 5.2 zu diesem Rundschreiben. Zusätzlich sind diese Daten auch bereits seit dem 29. November 2018 über das KVN-Portal abrufbar.

Anlage 5.2: Amtliche Mitteilung zum HVM Teil B Nr. 16.1 und 16.2

1.5. Abschlagszahlungen und Zahlungstermine 2019

In der Anlage erhalten Sie für Ihre eigene Finanzdisposition die Übersicht der Zahlungstermine für das Jahr 2019. Diese Übersicht finden Sie auch ab sofort im KVN-Portal unter Abrechnung/Zahlungstermine.

Der Monatsabschlag beträgt 24 Prozent im 1. und 3. Quartalsmonat Ihres durchschnittlichen Honorars im vergangenen Kalenderjahr (Quartale 4/2017 bis 3/2018). Im 2. Quartalsmonat beträgt der Abschlag 37 Prozent.

Die individuelle Höhe Ihrer Abschlagszahlung teilen wir Ihnen in einem persönlichen Schreiben in der zweiten Januarhälfte mit.

Anlage 5.3: Zahlungstermine AKK 2019

1.6. Höhere Gebühren gegenüber der Unfallversicherung ab 1. Oktober 2018 abrechenbar

Zum 1. Oktober 2018 wurden in der Gesetzlichen Unfallversicherung die Gebühren des Leistungs- und Gebührenverzeichnisses (UV-GOÄ) um drei Prozent erhöht. Behandlungen können somit zu höheren Beträgen gegen über den Unfallversicherungsträgern abgerechnet werden. Damit ist die zweite Stufe der 2017 vereinbarten Honorarsteigerung umgesetzt worden. Weitere Gebührenerhöhungen von jeweils drei Prozent folgen in den Jahren 2019 und 2020.

1.7. Grundinformationen zur Abrechnung von Laborwerten

Zahlreiche Nachfragen in den Bezirksstellen zur Abrechnung von Laboruntersuchungen haben uns gezeigt, dass auf diesem Gebiet offenbar in vielen Praxen noch Unsicherheit besteht. Wir fassen daher die wichtigsten Informationen zu diesem Thema noch einmal knapp zusammen. Grundlegend ist die Unterscheidung zwischen Laborleistungen, die bereits Bestandteil einer GOP oder einer Pauschale sind, und solchen, die aus Anlass einer kurativen Behandlung erbracht werden. Bei Laboruntersuchungen im Zusammenhang mit Prä-OP-Komplexziffern und Betreuung einer Schwangeren sind die Laborleistungen bereits in der GOP enthalten:

1. Prä-operative Leistungen nach den GOP 31010 bis 31013 EBM

Folgende Laboruntersuchungen sind bereits in den obligaten bzw. fakultativen Leistungsinhalten der oben genannten Gebührenordnungspositionen enthalten:

- Präoperative Labordiagnostik: kleines Blutbild, Kalium, Gamm-GT, Glukose, Kreatinin nach der GOP 32125
- Blutungszeit nach der GOP 32110
- Rekalzifizierungszeit nach der GOP 32111
- PTT nach der GOP 32112
- Quick aus Plasma/Kapillarblut nach den GOPen 32113/32114
- Thrombinzeit (TZ) nach der GOP 32115
- Fibrinogen nach der GOP 32116
- TSH nach der GOP 32101

2. Betreuung einer Schwangeren nach der GOP 01770 EBM

Folgende Laborleistungen sind nach den Mutterschaftsrichtlinien Abschnitt A 2 b) Bestandteil der Quartalspauschale nach der GOP 01770:

- GOP 32025 - Glucose
- GOP 32030 - Orientierende Untersuchung
- GOP 32031 - Mikroskopische Untersuchung des Harns auf morphologische Bestandteile (Harnsediment)
- GOP 32035 - Erythrozytenzählung
- GOP 32038 - Hämoglobin
- GOP 32045 - Mikroskopische Untersuchung eine Körpermaterials

Enthaltene
Untersuchungen

Bei diesen Komplexleistungen sind die aufgeführten Laboruntersuchungen bereits in der Vergütung enthalten und müssen vom abrechnenden Arzt selbst erbracht oder privatärztlich über eine Laborgemeinschaft bezogen werden. Eine Überweisung auf Muster 10 oder 10a ist nicht zulässig.

In Behandlungsfällen, die weitere kurative Diagnostik notwendig machen, sind diese Laborleistungen dagegen gesondert berechnungsfähig. Sie müssen dann mit entsprechenden Diagnosen kodiert werden (z. B. Pyelitis gravidarum, Anämie...).

2. Verordnungen

2.1. Änderung der Arzneimittelverschreibungsverordnung, Doxylamin

Mit Wirkung ab dem 1. Januar 2019 tritt eine Änderung der Arzneimittelverschreibungsverordnung (AMVV) bezüglich des Wirkstoffes Doxylamin in Kraft.

Doxylamin wird zur Behandlung von Schlafstörungen bei Kindern bis zum vollendeten 18. Lebensjahr der Verschreibungspflicht unterstellt und wird somit nicht mehr ohne Verordnung erhältlich sein. Das derzeit verfügbare Präparat ist für ein Alter ab sechs Monaten zugelassen.

Verschreibungspflicht
unterstellt

2.2. Änderung der Anlage I (OTC-Übersicht) der Arzneimittel-Richtlinie, nasale Glukokortikoide

Mit Wirkung vom 9. November 2018 wurde die Anlage I der Arzneimittel-Richtlinie geändert:

- 1) In Nummer 6 „Antihistaminika“ wurde der vierte Spiegelstrich wie folgt formuliert:
 - nur zur Behandlung bei persistierender allergischer Rhinitis mit schwerwiegender Symptomatik, bei der eine topische nasale Behandlung mit Glukokortikoiden nicht ausreichend ist.
- 2) Die bisherige Nummer 21 wird die Nummer 22.
- 3) Die Nummer 21 wird wie folgt formuliert:

„21. Glukokortikoide, topisch nasal nur zur Behandlung bei persistierender allergischer Rhinitis mit schwerwiegender Symptomatik.“

Es wird wie folgt ausgeführt, was unter einer persistierenden allergischen Rhinitis mit schwerwiegender Symptomatik verstanden werden kann:

Eine solche schwerwiegende Form der allergischen Rhinitis kann vorliegen, wenn es sich um eine persistierende allergische Rhinitis handelt, bei der die an mindestens 4 Tagen pro Woche und über einen Zeitraum

von mindestens 4 Wochen auftretende Symptomatik als schwerwiegend einzustufen ist. Eine entsprechend schwerwiegende Symptomatik kann vorliegen, wenn die durch eine allergische Rhinitis ausgelösten Symptome Rhinorrhoe, nasale Obstruktion/Schwellung, nasaler Juckreiz, Niesreiz oder Fließschnupfen die Lebensqualität beispielsweise aufgrund von Schlafstörungen und Beschränkungen der Arbeitsfähigkeit oder alltäglicher Aktivitäten erheblich beeinträchtigen und die Ausprägung der Symptomatik nachhaltig und dauerhaft ist.

Die in Anlage I aufgeführten apothekenpflichtigen, nicht verschreibungspflichtigen Arzneimittel sind für die dort genannten Indikationen für Erwachsene und Jugendliche ab zwölf Jahren unter Beachtung der Wirtschaftlichkeit zu Lasten der GKV verordnungsfähig.

Den vollständigen Beschluss des G-BA sowie die vollständige Anlage I der Arzneimittel-Richtlinie finden Sie im Internet unter www.g-ba.d/Richtlinien/Arzneimittel-Richtlinie/Anlage I.

2.3. Verordnung von Grippeimpfstoffen - auch 1er-Packungen erlaubt

In Anbetracht der Schwierigkeiten durch regional bestehende Lieferengpässe in der Impfstoffversorgung sind die GKV-Verbände in Niedersachsen damit einverstanden, dass in der restlichen Grippeimpfsaison 2018/2019 auch 1er-Impfdosen im Rahmen des Sprechstundenbedarfes verordnet und abgerechnet werden können.

2.4. Sprechstundenbedarf - Änderungen der Anlage 1 zum 1. Januar 2019

In der Sitzung der Sprechstundenbedarfs-Kommission im August 2018 wurden folgende Änderungen an der Anlage 1 der Sprechstundenbedarfsvereinbarung beschlossen, die am 1. Januar 2019 in Kraft treten:

- Aufnahme von Cocain-Rezepturen für Hals-Nasen-Ohrenärzte (z. B. für Parazentesen), da kein geeignetes Fertigpräparat im Handel verfügbar ist.
- Unter dem Punkt „Kryotherapeutika“ wird die Aufzählung auf Stickstoff und Kohlendäureschnee eingegrenzt. Der bisherige Zusatz „Oder Ähnliches“ entfällt.
- Klarstellung bei allergologischem Standard-Testmaterial. Diese war notwendig, da die bisherige Regelung immer wieder zu der Fehleinschätzung führte, dass das Testmaterial für die Erbringung der GOP 30120-30123 nur für Haus- u. Kinderärzte verordnungsfähig sei. Korrekt ist aber, dass für Haus- u. Kinderärzte sämtliches allergologisches Standard-Testmaterial verordnungsfähig ist und für die Fachärzte nur dasjenige, welches für die Erbringung der Leistungen 30120-30123 benötigt wird.
- Aufnahme der weiteren Testmaterialien für den Hypophysenfunktionstest neben dem bereits vorhandenen TRH-Test: L-Arginin, TRH, GHRH, LHRH, ACTH und CRH (sofern diese nicht als Fertigarzneimittel verfügbar sind, auch als Rezeptur). Zusammenfassung dieser Substanzen in einem eigenen Punkt „Hypophysenfunktionstest“.

Änderungen

- Klarstellung beim Osteosynthesematerial durch Aufnahme einer weiteren Erläuterung „umfasst auch die Osteotomie- u. Arthrodesematerialien“.
- Klarstellung bei den Infusionsbestecken. Dort wird der Punkt „dürfen keine Infusionsfilter enthalten“ gestrichen und stattdessen eine Klarstellung „nur mit Grobpartikelfiltern ($\geq 15 \mu\text{m}$)“ vorgenommen.

Die Neufassung der Anlage 1 wird in Kürze auf der Internetseite der KVN www.kvn.de/ueber-uns/amtliche-bekanntmachungen veröffentlicht.

Diskutiert wurden in der Sitzung wiederholt auch die Probleme durch falsch oder unvollständig ausgefüllte Rezepte oder die Verwendung von alten Rezeptvordrucken (z. B. eingedruckte BSNR nicht mehr gültig). Achten Sie daher in Zukunft auf eine korrekte Ausfüllung der Sprechstundenbedarfsrezepte (Angabe der BSNR, LANR etc. auch bei manuell ausgefüllten Rezepten) und verwenden Sie bitte nur aktuelle Rezeptvordrucke für Ihre Praxis.

2.5. Gemeinsame Arbeitsgruppe Arzneimittel - Informationsschreiben zum Thema „Verordnung von Arzneimitteln mit Abhängigkeits- und Missbrauchspotential“

Im Anhang finden Sie ein weiteres Informationsschreiben der AG GKV/KVN Arzneimittel zu dem Thema „Verordnung von Arzneimitteln mit Abhängigkeits- und Missbrauchspotential“. Darin werden am Beispiel von Pregabalin Hinweise zur Verordnung - insbesondere im Vertretungsfall - von Arzneimitteln mit Abhängigkeitspotential gegeben.

Das Informationsschreiben finden Sie im KVN-Portal unter [Verordnungen/Arzneimittel/Veröffentlichungen](http://www.kvn.de/Praxis/Verordnungen) sowie im Internet unter www.kvn.de/Praxis/Verordnungen.

Anlage 5.4: Informationsschreiben

2.6. Oxervate® (Cenegermin) als Praxisbesonderheit anerkannt

Ab dem 15. November 2018 wird Oxervate® (Wirkstoff Cenegermin) nach einer Vereinbarung zwischen dem GKV-Spitzenverband und dem pharmazeutischen Unternehmer Dompé Farmaceutici S.p.A ab dem ersten Behandlungsfall als Praxisbesonderheit ausschließlich im Anwendungsgebiet mit einem Zusatznutzen laut G-BA-Beschluss vom 3. Mai 2018 anerkannt:

- Behandlung von mittelschwerer (persistierende epitheliale Defekte) oder schwerer (Hornhautgeschwüre) neurotropher Keratitis bei Erwachsenen.

In diesem Anwendungsgebiet wurde Oxervate® ein nicht quantifizierbarer Zusatznutzen zuerkannt. Weitere Anwendungsgebiete oder Erweiterungen des Anwendungsgebietes sind nicht von der Praxisbesonderheit umfasst. Die Anerkennung als Praxisbesonderheit umfasst

Anwendungsgebiet

daher nicht eine längere Anwendung von Oxervate® als die von der Zulassung umfassten acht Wochen je Auge. Die Anerkennung als Praxisbesonderheit besteht, solange Dompé Oxervate® in Deutschland vertriebt.

Die Einleitung und Überwachung der Behandlung soll nur durch in der Therapie von Patienten mit neurotropher Keratitis erfahrene Augenärztinnen und Augenärzte erfolgen.

Weitere Informationen finden Sie unter www.g-ba.de und www.gkv-spitzenverband.de. Auf der Internetseite des GKV-Spitzenverbandes finden Sie außerdem eine Aufstellung der vereinbarten Praxisbesonderheiten aufgrund des Verfahrens der frühen Nutzenbewertung unter: Krankenversicherung/Arzneimittel/AMNOG-Verhandlungen (§ 130b SGB V)/Übersicht zu den Verhandlungen der Erstattungsbeträge nach §130b SGB V/Filterfunktion: „Nur Einträge mit Anerkennung als Praxisbesonderheit berücksichtigen“.

2.7. Häusliche Krankenpflege in Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen möglich

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seinem Beschluss vom 20. September 2018 näher bestimmt, in welchen Fällen behinderte Menschen in vollstationären Einrichtungen der Behindertenhilfe einen Anspruch auf Behandlungspflege haben. Dies ist der Fall, wenn der Bedarf an Behandlungspflege eine ständige Überwachung und Versorgung durch eine qualifizierte Fachkraft erfordert.

Grundsätzlich sind nur Leistungen verordnungsfähig, die von medizinischem Fachpersonal erbracht werden müssen (z. B. Bedienung und Überwachung eines Beatmungsgerätes oder die spezielle Krankenbeobachtung). Dies gilt auch dann, wenn dieser besonders hohe Bedarf nur vorübergehend, also beispielsweise nach einem Krankenhausaufenthalt, besteht. Einfachste Maßnahmen, d. h. Leistungen, die von jedem erwachsenen Haushaltsangehörigen ohne medizinische Vorkenntnisse und Fertigkeiten von Laien erbracht werden können, sind grundsätzlich nicht verordnungsfähig. Hierzu zählen u. a. das An- und Ausziehen von Kompressionsstrümpfen oder die Tablettengabe. Diese Leistungen sind von den Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen grundsätzlich mit eigenem Personal zu erbringen.

Für Versicherte, bei denen der Bedarf an medizinischer Behandlungspflege keine ständige Überwachung und Versorgung durch eine qualifizierte Pflegefachkraft erfordert, ist eine Erbringung von Behandlungspflege im Rahmen der häuslichen Krankenpflege nur zulässig, wenn die Leistungserbringung nicht zu den Aufgaben der Einrichtung oder Räumlichkeit im Sinne von § 43a SGB XI gehört. Dies ist von der Krankenkasse im Rahmen des Genehmigungsverfahrens zu prüfen.

Der Beschluss des G-BA ist am 1. Dezember 2018 in Kraft getreten und kann auf der Internetseite des G-BA unter (www.g-ba.de/informationen/beschluesse/) abgerufen werden.

Verordnungsfähige
Leistungen

2.8. HPV-Impfung für Jungen ab sofort Kassenleistung

Die Impfung gegen Humane Papillomviren ist nun auch für Jungen im Alter von 9 bis 14 Jahren Kassenleistung. Dies hat der Gemeinsame Bundesausschuss beschlossen und die Schutzimpfungs-Richtlinie entsprechend geändert. Der Beschluss ist am 30. November 2018 in Kraft getreten.

Wie bei der HPV-Impfung für Mädchen sind im Alter von 9 bis 14 Jahren zwei Impfungen im Abstand von mindestens fünf Monaten notwendig. Sollte die erste HPV-Impfung im Alter von 15 Jahren oder älter verabreicht werden, sind insgesamt drei Impfungen erforderlich.

Eine Nachholimpfung sollte bis zum Alter von 17 Jahren erfolgen. In Ausnahmefällen können Impfungen, die vor Vollendung des 18. Lebensjahres begonnen wurden, jenseits des 18. Lebensjahres zu Lasten der GKV beendet werden. Dies hat allerdings zeitnah zu erfolgen.

Die Abrechnung der HPV-Impfung für Jungen erfolgt wie bei der HPV-Impfung für Mädchen unter der GOP 89110 A bzw. 89110 B. Die Verordnung des Impfstoffs erfolgt weiterhin als Einzelverordnung auf den Namen des Patienten.

2.9. Separate Verordnung von Arzneimitteln und Hilfsmittel auf Muster 16

Aus aktuellem Anlass weisen wir nochmal darauf hin, dass eine „Mischverordnung“ von Arznei- und Hilfsmitteln auf derselben Muster 16 - Verordnung nicht zulässig ist. Daher können solche Verordnungen nicht abgerechnet werden.

Werden für einen Patienten Arznei- und Hilfsmittel benötigt, so sind diese auf getrennten Verordnungen vorzunehmen.

Beispiel: Benötigt ein Patient Insulin und zusätzlich Pen-Nadeln, sind zwei Muster-16-Verordnungsblätter zu nutzen.

Hinweise zum Ausfüllen von Hilfsmittelverordnungen finden Sie in unserem KVN-Portal unter: Verordnungen/Hilfsmittel/Ausfüllhilfen

Hinweise zum Ausfüllen von Arzneimittelverordnungen finden Sie in unserem KVN-Portal unter: Verordnungen/Arzneimittel/Ausfüllhilfen

Beispiel/Hinweise

3. Allgemeine Hinweise

3.1. Arztauskunft Niedersachsen im neuen Look: Mit verbesserter Suchfunktion noch schneller den passenden Arzt oder Psychotherapeuten finden

Mit durchschnittlich mehr als 250.000 Besuchern im Monat zählt die Arztauskunft Niedersachs (www.arztauskunft-niedersachsen.de) zu den erfolgreichen Suchportalen im Internet. Jetzt haben die Betreiber, die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen (KVN) und Ärztekammer Niedersachsen (ÄKN), die Arztauskunft auf eine neue technische Plattform gestellt, frisch überarbeitet und einige Neuerungen eingeführt. Die Navigation ist übersichtlicher und das Design klarer. Nutzer können über erweiterte Filterfunktionen noch präziser als bisher niedergelassene Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in ihrer Umgebung suchen und finden.

Mit dem Relaunch wurde eine Suche über nur zwei Suchfelder realisiert, die auch Unschärfen bei der Eingabe toleriert. Gesucht werden kann nach dem Namen, dem Fachgebiet, den Sprechzeiten und den Wochentagen mit Sprechstunden. In einem zweiten Suchfeld ist die Suche nach dem Ort, der Straße oder der Postleitzahl möglich.

Die erweiterte Suche über Filter ermöglicht die Eingabe weiterer Details wie Geschlecht, Fremdsprachenkenntnisse, Kassen- oder Privatpraxis, Teilnahme an verschiedenen DMP-Programmen sowie Sprechstundenzeiten. Neu ist eine Umkreissuche. Wenn Nutzer weitere Filtermerkmale eingeben, können sie das Suchergebnis nach ihren Bedürfnissen eingrenzen. Für die Funktion der Arztsuche ist es nicht erforderlich, alle Felder auszufüllen.

Neu: Umkreissuche

Ist ein passender Arzt, Psychologischer Psychotherapeut oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut gefunden, bietet die neue Arztauskunft auf einen Blick, ob die Praxis geöffnet hat. Beim Klick auf die detaillierten Praxisangaben öffnen sich automatisch eine Landkarte und ein Routenplaner. Angezeigt werden der Name des Arztes oder Psychotherapeuten, seine Kontaktdaten sowie Fachgebiete, Schwerpunkte und Zusatzbezeichnungen. Die Informationen stammen aus den Arztregistern der KVN und ÄKN.

Die neue Arztauskunft Niedersachsen bietet Informationen zu rund 16.000 kassenärztlichen und privatärztlichen Praxen ambulant tätiger Ärzte und Psychotherapeuten in ganz Niedersachsen.

3.2. Richtlinie für organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme (oKFE-RL) und Programm zur Darmfrüherkennung beschlossen

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat am 19. Juli 2018 die neue Richtlinie für organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme (oKFE-RL) nach den Bestimmungen des Krebsfrüherkennungs- und -registergesetzes beschlossen. Die Neue Richtlinie ist am 18. Oktober 2018 in

Kraft getreten. Die Darmkrebsfrüherkennung wird als erstes organisiertes Programm im Rahmen dieser Richtlinie umgesetzt.

Der Bewertungsausschuss hat nun sechs Monate Zeit, den EBM zu überprüfen und ggf. anzupassen. Erst dann sind die Vorgaben umzusetzen und auch erst dann kann die Darmkrebsfrüherkennung starten. Voraussichtlicher Starttermin für das entsprechende Einladungsverfahren ist Juli 2019.

Über die Einzelheiten möchten wir Sie im Folgenden informieren.

Neue Richtlinie für organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme

Zur Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben des Krebsfrüherkennungs- und -registergesetzes hat der G-BA die neue Richtlinie für organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme beschlossen. Sie regelt:

- Die regelmäßige Einladung der Versicherten (Die regelmäßige Einladung der Versicherten erfolgt durch die Krankenkassen, im Allgemeinen regelhaft bei Erreichen eines bestimmten Anspruchsalters und anschließend in programmspezifisch definierten Intervallen).
- Eine umfassende und verständliche Information der Versicherten über Nutzen und Risiken der Programme sowie über die Verarbeitung der personenbezogenen Daten und über Widerspruchsmöglichkeiten bezüglich Einladungen und Datenverarbeitung
- Zielgruppen, Untersuchungsmethoden, Altersgrenzen und Intervalle, Abklärungsdiagnostik und Qualitätssicherung
- Programmevaluation unter besonderer Berücksichtigung von Teilnehmeraten, Intervallkarzinomen, falsch positiven Diagnosen und Mortalität. Hierzu sollen auch Daten der Krebsregister einbezogen werden.

Zur Programmevaluation) werden die elektronischen Dokumentationen der Ärzte, der Krankenkassen und der klinischen Krebsregister einbezogen. Diese Daten werden pseudonymisiert über eine vom G-BA beauftragte Vertrauensstelle an ein auswertendes Institut (voraussichtlich IQTIG) übermittelt. Die Vertrauensstelle soll Anfang 2019 arbeitsfähig sein.

Datenannahmestellen für die Datenlieferung der Ärzte sind wie in der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung die Kassenärztlichen Vereinigungen, die die Daten dann an die Vertrauensstelle weiterleiten. Mit der Entwicklung der entsprechenden technischen Spezifikationen wurde bereits das IQTIG beauftragt.

Anpassung der bestehenden Krebsfrüherkennungsrichtlinie

Gleichzeitig werden die Regelungen in der bestehenden Krebsfrüherkennungsrichtlinie (KFE-RL) angepasst, damit es zu keinen Dopplungen kommt.

Die Krebsfrüherkennungsrichtlinie bleibt ansonsten unverändert gültig.

Der vollständige Beschluss ist auf der Internetseite des G-BA (www.g-ba.de/informationen/beschluesse/3418/) abgerufen werden.

Voraussichtlicher
Starttermin

Regelmäßige Einladung
durch Krankenkassen

3.3. Hausarztvertrag mit dem BKK Landesverband Mitte: Die BKK VerbundPlus scheidet am 31. Dezember 2018 aus

Die BKK VerbundPlus hat ihre Teilnahme am BKK-Hausarztvertrag gekündigt. Infolgedessen enden alle Versichertenteilnahmen zum Jahresende.

3.4. BKK Landesverband Mitte erklärt, dass die DSP-Vereinbarung der Primärkassen auch über den 31. Dezember 2018 hinaus weiter gilt

Der BKK Landesverband Mitte hatte die oben genannte Vereinbarung zum 31. Dezember 2018 gekündigt. Die Kündigung ist nunmehr hinfällig, da die Betriebskrankenkassen die Weitergeltung der oben genannten Vereinbarung bestätigt haben.

Für alle Versicherten der BKKen können somit nach wie vor die Leistungen nach der DSP-Vereinbarung der Primärkassen (GOP 99100 bis 99151) erbracht und abgerechnet werden. Damit gilt diese Vereinbarung weiter für alle Primärkassen.

3.5. Bundesweite Umfrage an alle niedergelassenen Ärzte zur Zusammenarbeit mit Unikliniken- Beginn im Dezember 2018/ Januar 2019

Die intersektorale Zusammenarbeit zwischen ambulanter und stationärer Versorgung ist in den letzten Jahren vermehrt in den Fokus gesundheitspolitischer Bemühungen gerückt. Die Zusammenarbeit von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten und Universitätskliniken wurde aber bisher noch nicht bundesweit untersucht.

Aus diesem Grund wurde von einer Versorgungsforschungsgruppe an der Universitätsmedizin Göttingen der Georg-August-Universität Göttingen unter Leitung von PD Dr. Reiner Wäsche ein Fragebogen mit ca. 40 Fragen erstellt, der als Umfrage per E-Mail im Dezember 2018/ Januar 2019 an niedergelassene Ärztinnen und Ärzte verschickt werden soll, um den aktuellen Stand der intersektoralen Zusammenarbeit mit Universitätskliniken aus Sicht der Niedergelassenen zu erheben.

Die Forschungsgruppe an der Universitätsmedizin Göttingen der Georg-August-Universität Göttingen hofft auf eine große Teilnahme, um repräsentative Ergebnisse bei dieser Studie zu erhalten.

3.6. Anpassung des Wiedereingliederungsplans (Muster 20) zum 1. Januar 2019

Das Formular für die ärztliche Bescheinigung einer stufenweisen Wiedereingliederung (Muster 20) wird zum 1. Januar 2019 angepasst. Dadurch entfallen bisher übliche Nachfragen der Rentenversicherung, was die Vertragsärzte entlasten wird.

Fragebogen mit 40
Fragen

Stichtagsregelung

Das neugestaltete Muster 20 wird zum 1. Januar 2019 eingeführt. Das heißt, ab dann dürfen die alten Formulare nicht mehr benutzt werden. Bitte bestellen Sie daher rechtzeitig die neuen Vordrucke beim Paul-Albrechts-Verlag (PAV) - oder sofern Sie Ihre Vordruckbestellung über Ihre Bezirksstelle durchführen, dort.

Neue Vordrucke
bestellen

Der PAV wird ab dem 3. Dezember 2018 automatisch die neuen Vordrucke verschicken. Sollen Sie für die Zeit bis zum 31. Dezember noch alte Vordrucke benötigen, vermerken Sie dies bitte unter Angabe der Stückzahl auf Ihrer Bestellung.

Die KBV stellt den Softwareherstellern rechtzeitig das geänderte Formular bereit, damit diese es in die Praxisverwaltungssysteme für Ärzte einbinden können.

Entlastung der verordnenden Ärzte

Das neue Muster 20 wird künftig auch von der Deutschen Rentenversicherung DRV als Antrag auf eine stufenweise Wiedereingliederung akzeptiert. Damit entfallen die bisher üblichen Nachfragen der DRV an die verordnenden Vertragsärzte.

Sowohl die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) als auch die DRV können Träger von Maßnahmen zur stufenweisen Wiedereingliederung eines gesetzlich Versicherten in das Erwerbsleben sein.

In der Vergangenheit bestanden zwischen GKV und DRV unterschiedliche Anforderungen an die ärztliche Bescheinigung. Kam die DRV als Trägerin einer stufenweisen Wiedereingliederung in Betracht, hat häufig die ärztliche Einschätzung auf Muster 20 nicht ausgereicht und beim behandelnden Arzt wurden weitere Begründungen angefordert.

Änderungen auf Muster 20

Zukünftig ist auf dem Muster 20 klargestellt, dass die Beurteilung des Arztes „nach aktueller Betrachtung“ erfolgt. Die DRV verzichtet auf die Anforderung weiterer Begründungen für die Einleitung einer stufenweisen Wiedereingliederung. Diese wurden bisher immer dann angefordert, wenn die Einschätzung des verordnenden Arztes von der ersten Einschätzung des Arztes der Rehabilitationseinrichtung abwich.

Ferner müssen verordnende Ärzte künftig keine zusätzliche Einschätzung bezüglich des Zeitpunktes der Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit mehr angeben. Der auf dem Wiedereingliederungsplan prognostizierte letzte Tag der stufenweisen Wiedereingliederung entspricht in der Regel dem voraussichtlich letzten Tag der Arbeitsunfähigkeit.

3.7. TerminServiceStelle (TSS) - Auffrischung, „Visitenkärtchen“ und Terminbedarf

Da wir vermehrt Anfragen zur Erreichbarkeit der TSS erhalten und die „Visitenkärtchen“ in vielen Praxen ausgegangen sind:

Die Terminservicestelle (TSS) der KVN ist montags bis freitags von 8 bis 18 Uhr unter der Telefonnummer 0511 56 99 97 93 erreichbar.

Die Terminvermittlung erfolgt ausschließlich telefonisch. Die ursprünglich angedachte Buchungsmöglichkeit über das Internet wurde aufgrund der insgesamt schwachen Nachfrage zurückgestellt.

Um die Nachfrage nach „Visitenkärtchen“ zu bedienen, stellen wir ein entsprechendes Muster zum Selbstaussdruck bereit (www.kvn.de/Patienten). Eine Neuauflage lohnt mit Blick auf das bevorstehende Terminservice- und Versorgungsgesetz nicht. Zu diesem werden wir gesondert informieren, sobald es verabschiedet ist.

Muster zum
Selbstaussdruck

Und weiterhin gilt: Bitte melden Sie der TSS Termine, damit diese ihre Arbeit machen kann. Dabei helfen auch einzelne Termine. Bis zu 26 von der TSS übernommene Termine (-> die dazugehörigen Fälle) pro Arzt und Quartal sind gemäß Honorarverteilungsmaßstab (HVM) der KVN „budgetbefreit“. Weitere Auskünfte dazu erhalten Sie im Geschäftsbereich Honorar Ihrer Bezirksstelle.

Ansprechpartner ist Ihr Abrechnungsteam und/oder das Team Auskünfte des Abrechnungsceneters, Telefon: 0511 380-4800, E-Mail: abrechnungsceneter@kvn.de

3.8. Hausarztvertrag mit dem BKK Landesverband Mitte: Neue Teilnahme- und Einwilligungserklärung für Versicherte ab Dezember 2018

Die Teilnahme- und Einwilligungserklärung Versicherte ist um Hinweise zur Datenweiterverarbeitung im Sinne der EU-DSGVO angepasst worden. Das Dokument ist als PDF-Download innerhalb der HzV-Webanwendung verfügbar.

3.9. Früherkennungsuntersuchungen U10 / U11 und J2 mit der TK: Neue Teilnahmeerklärungen Versicherte ab 1. Januar 2019

Mit dem neuen Jahr kommen die EU-DSGVO-konformen Einschreibevordrucke (Teilnahmeerklärung sowie separate Versicherteninformation) zum Einsatz.

Ausdruckbereit im KVN-Portal: Verträge/Besondere Versorgung/TK - Früherkennungsuntersuchung (U10/U11 und/ oder (J2)

3.10. Vertrag über die Versorgung von Patienten mit chronischer Niereninsuffizienz „Pro Niere“ mit der Techniker: Neue Einschreibeformulare für Patienten ab Dezember 2018

Anlässlich des Inkrafttretens der Datenschutzgrundverordnung der Europäischen Union (EU-DSGVO) hat die Techniker die Teilnahmeerklärung und Einverständnis zur Datenverarbeitung angepasst. Diese weisen Patienten verstärkt auf die Nutzung sowie Weiterverarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten hin.

Die vollständigen Dokumente zur Ausgabe an den Versicherten enthält der personalisierte PDF-Download der Web-Anwendung.

3.11. Versorgung mit klassischer Homöopathie mit der IKK classic: Neue Teilnahmeerklärungen ab 1. Januar 2019

Es stehen neue EU-DSGVO-konforme Teilnahmeformulare zur Verfügung. Ausdruckbereit im KVN-Portal: Verträge/Besondere Versorgung/IKK classic - Homöopathie ab Januar 2019

3.12. Versorgung mit klassischer Homöopathie mit der Securita BKK: Neue Teilnahmeerklärungen ab 1. Januar 2019

Es stehen neue EU-DSGVO-konforme Teilnahmeformulare zur Verfügung. Ausdruckbereit im KVN-Portal: Verträge/Besondere Versorgung /Securita BKK - Homöopathie ab Januar 2019

3.13. Hausarztzentrierte Versorgung: Angepasste Indikationsgruppenlisten ab Januar 2019

Folgende Krankenkassen passen die Indikationsgruppenlisten für Chroniker innerhalb ihrer Hausarztverträge zum Jahresbeginn an:

- AOK Niedersachsen
- AOK Bremen/Bremerhaven
- Audi BKK
- DAK-Gesundheit
- hkk
- SVLFG

Näheres finden Sie im KVN-Portal: Verträge/Hausarztzentrierte Versorgung

3.14. Einladung zum Neujahrsempfang 2019

Auch zum Start des Jahres 2019 möchten wir Sie herzlich zum Neujahrsempfang in der Bezirksstelle Hildesheim der KVN am Sonntag, den 13. Januar 2019, 11 bis 13 Uhr, einladen.

Ort: Bezirksstelle Hildesheim, Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen, Hannoversche Straße 29, 31134 Hildesheim

Herr Dr. Jan Zeidler von der Leibniz Universität Hannover und Geschäftsführer des Center for Health Economics Research Hannover (CHERH) wird zu Gast sein. Ein spannender Vortrag über die Versorgungsforschung erwartet uns. Hören wir uns an, wo die Zahlen herkommen, mit denen bei der Krankenkasse und in der Politik Entscheidungen getroffen werden.

Wir freuen uns sehr, Sie zu diesem Interessanten Vortrag und einem regen kollegialen Austausch begrüßen zu dürfen. Bitte teilen Sie uns für die Planung mit, wenn Sie teilnehmen möchten:

Telefon: 05121 1601-0, Fax: 0511 380-4671 oder per E-Mail:

kristina.grbic@kvn.de

Hildesheim, 13. Januar

4. Veranstaltungen im Januar und Februar 2019

Hier bekommen Sie eine Übersicht über Seminare und Fortbildungen der KVN mit noch freien Plätzen im Januar und Februar 2019. Ein Anmeldefax ist beigelegt. Bitte nutzen Sie für unterschiedliche Seminare separate Anmeldefaxe. Die ausgefüllten Anmeldungen faxen Sie bitte an folgende Nummer: **0511 380-4620**.

Weitere Informationen, welche Angebote für Ihre Praxis und die MitarbeiterInnen am besten geeignet sind, finden Sie auf unserer Internetseite. Dort können Sie sich auch direkt online anmelden:

<http://www.kvn.de/Seminarangebot/>

Name	Ort	Datum	Gebühr p. P.
Qualitäts- und Praxismanagement			
Arbeitsschutz in der Arztpraxis	Hannover	16.Feb	139 Euro
Kommunikationstraining Umgang mit schwierigen Patientengruppen (Modul 3)	Oldenburg	20.Feb	65 Euro
Personalführung für Erstkräfte	Aurich	27.Feb	80 Euro
Professionelle Praxisorganisation	Aurich	13.Feb	40 Euro
Qualitätsmanagement für Psychotherapeuten - was ist wirklich sinnvoll?	Hannover	16.Feb	135 Euro
Qualitätsmanagementbeauftragte/r (umfasst 3 Termine)	Oldenburg	08.Feb	289 Euro
Sachkundelehrgang gem. §8 Abs. 4 der Medizinproduktebetreiberverordnung (5-tägig)	Hannover	11.Feb	480 Euro
Stressmanagement in der Arztpraxis	Aurich	16.Jan	80 Euro
Das Telefon - Die Visitenkarte der Praxis	Hannover	13.Feb	89. Euro
Abrechnung und Verordnung			
Heilmittelverordnung	Hannover	20.Feb	kostenlos
Heilmittel-Verordnungs-Dschungel	Stade	05.Feb	kostenlos
Honorarbescheid lesen und verstehen	Lüneburg	20.Feb	kostenlos

ICD 10 - Richtig kodieren	Hannover	27.Feb	kostenlos
Sprechstundenbedarf	Aurich	10.Jan	kostenlos
Medizinische und psychotherapeutische Themen			
Gruppentherapie leicht gemacht	Hannover	13.Feb	75 Euro
Moderne Wundversorgung	Aurich	28.Feb	kostenlos
Psychosomatische Grundversorgung	Bremervörde	15.Feb	1040 Euro

Verbindliche Anmeldung (bitte vollständig ausfüllen)

Fax an 0511 380-4620

Ich nehme am Seminar

mit _____ Person/en teil.

Datum des Seminars

Vor- und Nachname(n) der/des Teilnehmer/s

Vor- und Nachname des Rechnungsempfängers (Praxis)

Anschrift des Rechnungsempfängers (Straße, PLZ, Ort)

LANR

BSNR

E-Mail-Adresse

Telefonnummer für evtl. Rückfragen

Datum

**Mit der verbindlichen Anmeldung
akzeptiere ich die AGB der KVN.**

Stempel

5. Anlagenverzeichnis

- 5.1. Amtliche Mitteilung zum HVM für Haus- und Kinderärzte 1/2019
- 5.2. Amtliche Mitteilung zum HVM Teil B Nr. 16.1 und 16.2
- 5.3. Zahlungstermine AKK 2019
- 5.4. Informationsschreiben

Amtliche Mitteilung der KVN zum HVM für das 1. Quartal 2019

in Umsetzung des Honorarverteilungsmaßstabes (HVM) gemäß § 87b Abs. 1 SGB V der KVN vom 17. November 2018

Für die Arztgruppe:

**Fachärzte für Innere und Allgemeinmedizin, Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte,
Fachärzte für Innere Medizin, die dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören**

1. Bekanntgabe der arztgruppenspezifischen Mindest-Fallwerte für RLV und QZV

Regelleistungsvolumen	RLV-Fallwert:	42,4396 €
Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen (QZV)	Gebührenordnungspositionen des EBM	Fallwert
Akupunktur	30790, 30791	164,8321 €
Allergologie (Zusatzbezeichnung)	30110, 30111, 30120, 30121, 30122, 30123	48,9917 €
Behandlung des diabetischen Fußes	02311	55,8320 €
Behandlung von Hämorrhoiden	30610, 30611	13,4742 €
Chirotherapie	30200, 30201	8,3679 €
Dringende Besuche	01411, 01412	71,0246 €
Ergometrie	03321	19,1725 €
Hyposensibilisierungsbehandlung	30130, 30131	29,8763 €
Kardiorespiratorische Polygraphie	30900	40,4646 €
Kleinchirurgie	02310	19,5466 €
Langzeit-Blutdruckmessung	03324	7,7292 €
Langzeit-EKG	03241, 03322	10,8583 €
Phlebologie	30500, 30501	19,3851 €
Physikalische Therapie	30400, 30401, 30402, 30410, 30411, 30420, 30421	10,5325 €
Proktologie	03331	10,0384 €
Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120	22,7051 €
Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150	91,7788 €
Schmerztherapeutische spezielle Versorgung	30700, 30702, 30704, 30706, 30708	99,3950 €
Schmerztherapeutische spezielle Behandlung	30710, 30712, 30720, 30721, 30722, 30723, 30724, 30730, 30731, 30740, 30750, 30751, 30760	100,2659 €
Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092	16,0276 €
Sonographie III	33060, 33061, 33062	18,8706 €
Spirometrie	03330	5,9682 €
Unvorhergesehene Inanspruchnahme	01100, 01101, 01102	17,7210 €

Die o.g. RLV-/QZV-Mindest-Fallwerte können sich im Rahmen der Honorarbescheidung gemäß Teil B Anlage 7 Nr. 2.2 bzw. Anlage 8 Nr. 3.2 des HVM ggf. noch erhöhen.

2. Bekanntgabe der Fallzahlzuwachsbegrenzung (FZZB) gemäß Teil B Nr. 5 des HVM

Sofern der prozentuale Zuwachs aller RLV-Behandlungsfälle einer Arztgruppe in 1/2019 gegenüber 1/2018 fünf vom Hundert überschreitet, unterliegen die Ärzte dieser Arztgruppe im Rahmen der Ermittlung des RLV-Budgets 1/2019 einer Fallzahlzuwachsbeschränkung. In diesem Falle wird das arztindividuelle RLV 1/2019 begrenzt auf die individuelle RLV-relevante Behandlungsfallzahl im Vorjahresquartal zzgl. fünf vom Hundert der arztgruppenspezifischen durchschnittlichen RLV-Behandlungsfallzahl im Vorjahresquartal als maximales Wachstum.

Arztgruppenspezifische durchschnittliche RLV-Behandlungsfallzahl im Vorjahresquartal:	1.026,45
Maximales Wachstum der individuellen RLV-Behandlungsfallzahl:	51,32

Für Ärzte im hausärztlichen Versorgungsbereich, die im aktuellen Quartal weniger als die durchschnittliche RLV-Behandlungsfallzahl je Arzt der Arztgruppe im Vorjahresquartal erreicht haben sowie für neu zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassene Ärzte gilt die arztgruppenspezifische durchschnittliche RLV-Behandlungsfallzahl im Vorjahresquartal zzgl. fünf vom Hundert.

Für Ärzte, die im 1. Quartal 2019 nicht in vollem zeitlichen Umfang an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, reduzieren sich die o. a. durchschnittlichen Behandlungsfallzahlen anteilig auf den Umfang ihrer Tätigkeit.

3. Bekanntgabe der Fallwertminderungsgrenzen gemäß Teil B Nr. 8.1.1 des HVM

Der für einen Arzt zutreffende arztgruppenspezifische RLV-Basisfallwert wird für jeden über 150 % der durchschnittlichen RLV-Behandlungsfallzahl im Vorjahresquartal der Arztgruppe hinausgehenden RLV-Behandlungsfall wie folgt gemindert:

25% Minderung des RLV-Fallwerts ab 150% der durchschnittlichen RLV-Behandlungsfallzahl:	1.539,68
50% Minderung des RLV-Fallwerts ab 170% der durchschnittlichen RLV-Behandlungsfallzahl:	1.744,97
75% Minderung des RLV-Fallwerts ab 200% der durchschnittlichen RLV-Behandlungsfallzahl:	2.052,90

Für Ärzte, die im 1. Quartal 2019 nicht in vollem zeitlichen Umfang an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, reduzieren sich die o. a. Fallwertminderungsgrenzen anteilig auf den Umfang ihrer Tätigkeit.

Amtliche Mitteilung der KVN zum HVM für das 1. Quartal 2019

in Umsetzung des Honorarverteilungsmaßstabes (HVM) gemäß § 87b Abs. 1 SGB V der KVN vom 17. November 2018

Für die Arztgruppe: Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin, die dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören

1. Bekanntgabe der arztgruppenspezifischen Mindest-Fallwerte für RLV und QZV

Regelleistungsvolumen	RLV-Fallwert:	41,0840 €
Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen (QZV)	Gebührenordnungspositionen des EBM	Fallwert
Allergologie	30110, 30111, 30120, 30121, 30122, 30123	41,9076 €
Dringende Besuche	01411, 01412	54,2753 €
Ergometrie	04321	18,1838 €
Hyposensibilisierungsbehandlung	30130, 30131	30,0351 €
Langzeit-Blutdruckmessung	04324	6,2273 €
Langzeit-EKG	04241, 04322	8,4269 €
Neurophysiologische Übungsbehandlung	30300, 30301	51,6690 €
Physikalische Therapie	30400, 30401, 30402, 30410, 30411, 30420, 30421	17,0990 €
Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120	16,5832 €
Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150	69,6367 €
Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092	14,7466 €
Sonographie II	33020, 33021, 33022, 33023, 33030, 33031, 33040	16,0466 €
Sonographie der Säuglingshöften	33051	11,3518 €
Spirometrie	04330	6,6054 €
Unvorhergesehene Inanspruchnahme	01100, 01101, 01102	17,1230 €

Die o.g. RLV-/QZV-Mindest-Fallwerte können sich im Rahmen der Honorarbescheidung gemäß Teil B Anlage 7 Nr. 2.2 bzw. Anlage 8 Nr. 3.2 des HVM ggf. noch erhöhen.

2. Bekanntgabe der Fallzahlzuwachsbeschränkung (FZZB) gemäß Teil B Nr. 5 des HVM

Sofern der prozentuale Zuwachs aller RLV-Behandlungsfälle einer Arztgruppe in 1/2019 gegenüber 1/2018 fünf vom Hundert überschreitet, unterliegen die Ärzte dieser Arztgruppe im Rahmen der Ermittlung des RLV-Budgets 1/2019 einer Fallzahlzuwachsbeschränkung. In diesem Falle wird das arztindividuelle RLV 1/2019 begrenzt auf die individuelle RLV-relevante Behandlungsfallzahl im Vorjahresquartal zzgl. fünf vom Hundert der arztgruppenspezifischen durchschnittlichen RLV-Behandlungsfallzahl im Vorjahresquartal als maximales Wachstum.

Arztgruppenspezifische durchschnittliche RLV-Behandlungsfallzahl im Vorjahresquartal:	1.113,91
Maximales Wachstum der individuellen RLV-Behandlungsfallzahl:	55,70

Für Ärzte im hausärztlichen Versorgungsbereich, die im aktuellen Quartal weniger als die durchschnittliche RLV-Behandlungsfallzahl je Arzt der Arztgruppe im Vorjahresquartal erreicht haben sowie für neu zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassene Ärzte gilt die arztgruppenspezifische durchschnittliche RLV-Behandlungsfallzahl im Vorjahresquartal zzgl. fünf vom Hundert.

Für Ärzte, die im 1. Quartal 2019 nicht in vollem zeitlichen Umfang an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, reduzieren sich die o. a. durchschnittlichen Behandlungsfallzahlen anteilig auf den Umfang ihrer Tätigkeit.

3. Bekanntgabe der Fallwertminderungsgrenzen gemäß Teil B Nr. 8.1.1 des HVM

Der für einen Arzt zutreffende arztgruppenspezifische RLV-Basisfallwert wird für jeden über 150 % der durchschnittlichen RLV-Behandlungsfallzahl im Vorjahresquartal der Arztgruppe hinausgehenden RLV-Behandlungsfall wie folgt gemindert:

25% Minderung des RLV-Fallwerts ab 150% der durchschnittlichen RLV-Behandlungsfallzahl:	1.670,87
50% Minderung des RLV-Fallwerts ab 170% der durchschnittlichen RLV-Behandlungsfallzahl:	1.893,65
75% Minderung des RLV-Fallwerts ab 200% der durchschnittlichen RLV-Behandlungsfallzahl:	2.227,82

Für Ärzte, die im 1. Quartal 2019 nicht in vollem zeitlichen Umfang an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, reduzieren sich die o. a. Fallwertminderungsgrenzen anteilig auf den Umfang ihrer Tätigkeit.

Amtliche Mitteilung der KVN zum HVM für das 1. Quartal 2019

in Umsetzung des Honorarverteilungsmaßstabes (HVM) gemäß § 87b Abs. 1 SGB V der KVN vom 17. November 2018

4. Leistungen außerhalb von RLV und QZV („Freie Leistungen“)

- Leistungen im organisierten Bereitschaftsdienst und Notfall
- Haus- und Heimbefuche (GOP 01410, 01413 und 01415 EBM)
- Verordnung der spezialisierten ambulante Palliativversorgung (GOP 01425 und 01426 EBM)
- Zuschlag für die Betreuung eines Patienten im Rahmen der Videosprechstunde (GOP 01450 EBM)
- Vergütung bei Verordnung von Cannabis (GOP 01460, 01461 und 01626 EBM)
- Verordnung von medizinischer Rehabilitation (GOP 01611 EBM)
- Zuschlag für die Erstellung und Aktualisierung des Medikationsplans (GOP 01630 EBM)
- Notfalldatenmanagement (GOP 01640 bis 01642 EBM)
- Leistungen der Prävention, Empfängnisregelung, Sterilisation und im Rahmen von Schwangerschaftsabbrüchen (Abschnitte 1.7.1 bis 1.7.7 EBM)
- Leistungen der Methadon- und Diamorphinsubstitution (Abschnitt 1.8 EBM)
- Epilation mittels Lasertechnik bei Mann-zu-Frau-Transsexualismus (GOP 02325 bis 02328 EBM)
- Ärztlich angeordnete Hilfeleistungen anderer Personen (GOP 03060 bis 03065 EBM)
- Anleitung zur Selbstanwendung eines Real-Time-Messgerätes zur kontinuierlichen interstitiellen Glukosemessung (GOP 03355, 04590 und 13360 EBM)
- Leistungen der hausärztlichen geriatrischen Versorgung (Abschnitt 3.2.4 EBM)
- Leistungen der palliativmedizinischen Versorgung (Abschnitt 3.2.5 und 4.2.5 EBM)
- Leistungen der sozialpädiatrischen Versorgung (Abschnitt 4.2.4 EBM)
- Leistungen der pädiatrischen Nephrologie und Dialyse (Abschnitt 4.5.4 EBM) sowie die GOP 04000 bis 04015, 04040 und 04230, wenn in demselben Behandlungsfall Leistungen des Abschnitts 4.5.4 EBM abgerechnet werden
- Zuschlag auf die jeweilige Pauschale für die fachärztliche Grundversorgung (PFG)
- Anästhesiologische Leistungen gemäß § 87b Abs. 2 Satz 5 SGB V
- Beratung und Betreuung eines Patienten nach einer intravitrealen operativen Medikamenteneingabe (GOP 06334 und 06335 EBM)
- Transurethrale Botulinumtoxin-Therapie (GOP 08312, 08313, 26316, 26317 EBM sowie die GOP 08311, 26310 und 26311 EBM (Zystoskopien), die in derselben Sitzung mit den GOPen 08312 oder 26316 EBM erbracht werden)
- Leistungen und Begleitleistungen der Reproduktionsmedizin (ohne Beratungsleistungen GOP 08520 und 08521 EBM)
- Balneophototherapie (GOP 10350 EBM)
- Leistungen der Humangenetik (GOP 11230, 11233 bis 11236 sowie Abschnitte 11.4 und 19.4 EBM)
- Leistungen und Kostenpauschalen der Laboratoriumsmedizin (GOP 12210, 12220, 12225 und 32001 sowie Kapitel 32 EBM)*
- Leistungen der Nephrologie und Dialyse (Abschnitt 13.3.6 EBM, ausgenommen GOP 13594 EBM)
- Leistungen auf Überweisungsfällen zur Durchführung ausschließlich von Probenuntersuchungen
- Strahlentherapie (Kapitel 25 EBM)
- Leistungen der Soziotherapie (Abschnitt 30.8 EBM)
- Leistungen der spezialisierten Versorgung HIV-infizierter Patienten (Abschnitt 30.10 EBM)
- Neuropsychologische Therapie (Abschnitt 30.11 EBM)
- Spezielle Diagnostik und Eradikationstherapie im Rahmen von MRSA (Abschnitt 30.12 EBM)
- Leistungen zur spezialisierten geriatrischen Diagnostik und Versorgung (Abschnitt 30.13 EBM)
- Hyperbare Sauerstofftherapie bei diabetischem Fußsyndrom (GOP 30210, 30212, 30216 und 30218 EBM)
- Ambulantes Operieren, PTK, Koloskopie, Kapselendoskopie und ERCP (Leistungen des Kapitels 31 EBM sowie die GOP 04514, 04515, 04518, 04520, 04528 und 04529 sowie 13421 bis 13431 EBM)
- Leistungen der Abschnitte 2 und 3 der Anlage 1 zum AOP-Vertrag nach § 115b SGB V
- Vakuumbiopsien (GOP 34274 EBM)
- Zuschlag zur GOP 34291 für die Messung der myokardialen fraktionellen Flussreserve (GOP 34298 EBM)
- Osteodensitometrische Untersuchung II (GOP 34601 EBM)
- Diagnostische Positronenemissionstomographie (PET) und diagnostische Positronenemissionstomographie mit Computertomographie (PET/CT) (Abschnitt 34.7 EBM)
- Telekonsil von Röntgenaufnahmen und CT-Aufnahmen (Abschnitt 34.8 EBM)
- Probatorische Sitzungen von Ärzten der in § 87b Abs. 2 Satz 4 SGB V genannten Arztgruppen (GOP 35150 EBM)
- Psychotherapeutische Sprechstunde und Akutbehandlung (GOP 35151 und 35152 EBM)
- Antrags- und genehmigungspflichtige Leistungen der Psychotherapie (Abschnitt 35.2 EBM)
- Belegärztliche Leistungen (Kapitel 36 EBM)
- Kooperations- und Koordinationsleistungen gemäß Anlage 27 zum BMV-Ä (Abschnitt 37.2 EBM)
- Besonders qualifizierte und koordinierte palliativmedizinische Versorgung gemäß Anlage 30 zum BMV-Ä (Abschnitt 37.3 EBM)
- Delegationsfähige Leistungen (Kapitel 38 EBM)
- Kosten- und Wegepauschalen (Kapitel 40 EBM)
- Sachkostenerstattung (GOP 99999)
- Vergütungen für regional bzw. bundesweit vereinbarte, nicht im EBM enthaltene Leistungen im GOP-Bereich ≥ 80000

* Die Regelungen gem. Teil B Nr. 16 des HVM zur Umsetzung der Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gemäß § 87b Abs. 4 SGB V zur Vergütung laboratoriumsmedizinischer Leistungen bleiben hiervon unberührt.

Amtliche Mitteilung der KVN zum HVM für das 1. Quartal 2019

in Umsetzung des Honorarverteilungsmaßstabes (HVM) gemäß § 87b Abs. 1 SGB V der KVN vom 17. November 2018

1. Bekanntgabe der Fachgruppendurchschnittswerte für Individualbudgets nach Teil B Nr. 16.1 HVM

Fachgruppe	durchschnittliches Individualbudget
FA Laboratoriumsmedizin	413.514,98 €
FA Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie	266.957,07 €

Die aufgeführten Fachgruppendurchschnittswerte gelten für Ärzte der o.g. Fachgruppen, die im Basiszeitraum 1/2018 noch keine 16 Quartale tätig waren. Sie erhalten ein Individualbudget in Höhe der Leistungsanforderungen für Leistungen gemäß Teil B Nr. 16.1 Satz 1 HVM, maximal jedoch in Höhe der o.g. Fachgruppendurchschnittswerte, es sei denn das sich aus dem Basiszeitraum tatsächlich ergebende Individualbudget liegt über diesem Wert.

Für Ärzte, die im 1. Quartal 2019 nicht in vollem zeitlichen Umfang an der vertragärztlichen Versorgung teilnehmen, reduzieren sich die o.a. Fachgruppendurchschnittswerte anteilig auf den Umfang ihrer Tätigkeit.

2. Bekanntgabe der Fachgruppendurchschnittswerte für Individualbudgets nach Teil B Nr. 16.2 HVM

Fachgruppe	durchschnittliches Individualbudget
FA Chirurgie	3,65 €
FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe	16.143,87 €
FA Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	33.299,07 €
FA Haut- und Geschlechtskrankheiten	1.796,40 €
FA Innere Medizin und (SP) Nephrologie	1.034,60 €
FA Innere Medizin und (SP) Kardiologie	9.859,38 €
FA Kinder- und Jugendmedizin (hausärztlich)	14.997,10 €
FA Innere Medizin und (SP) Pneumologie	6.490,29 €
FA Innere Medizin und (SP) Gastroenterologie	7.045,06 €
FA Pathologie	6.237,10 €
FA Radiologie	13.146,07 €
FA Strahlentherapie	6.837,20 €
FA Urologie	6.837,20 €
FA Nuklearmedizin	38.107,34 €
FA Humangenetik	101.778,04 €
FA Transfusionsmedizin	
FA Biochemie	
FA Allgemeinmedizin, Praktischer Arzt, FA Innere Medizin (hausärztlich)	23.411,41 €
FA Innere Medizin (fachärztlich)	102.306,96 €
FA Innere Medizin und (SP) Endokrinologie	343.062,96 €
FA Innere Medizin und (SP) Hämatologie und Onkologie	19.798,19 €
FA Innere Medizin und (SP) Rheumatologie	74.426,72 €

Die aufgeführten Fachgruppendurchschnittswerte gelten für Ärzte der o.g. Fachgruppen, die im Basiszeitraum 1/2018 noch keine 16 Quartale im Speziallabor tätig waren. Sie erhalten ein Individualbudget in Höhe der Leistungsanforderungen für Leistungen gemäß Teil B Nr. 16.2 Satz 1 HVM, maximal jedoch in Höhe der o.g. Fachgruppendurchschnittswerte, es sei denn das sich aus dem Basiszeitraum tatsächlich ergebende Individualbudget liegt über diesem Wert.

Für Ärzte, die im 1. Quartal 2019 nicht in vollem zeitlichen Umfang an der vertragärztlichen Versorgung teilnehmen, reduzieren sich die o.a. Fachgruppendurchschnittswerte anteilig auf den Umfang ihrer Tätigkeit.

Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen

Zahlungstermine 2019

Januar	Februar	März	April	Mai	Juni	Juli	August	September	Oktober	November	Dezember
1 DI Neujahr	FR	FR	MO	MI Maifeiertag	SA	1 MO	DO	SO	DI	FR	SO
2 MI	SA	SA	DI	DO	SO	2 DI	FR	MO	MI	SA	MO
3 DO	SO	SO	MI	FR	MO	3 MI	SA	DI	DO Tag d.d.t. Einheit	SO	DI
4 FR	MO	MO	DO	SA	DI	4 DO	SO	MI	FR	MO	MI
5 SA	DI	DI	FR	SO	MI	5 FR	MO	DO	SA	DI	DO
6 SO	MI	MI	SA	MO	DO	6 SA	DI	FR	SO	MI	FR
7 MO	DO	DO	SO	DI	FR	7 SO	MI	SA	MO	DO	SA
8 DI	FR	FR	MO	MI	SA	8 MO	DO	SO	DI	FR	SO
9 MI	SA	SA	DI	DO	SO	9 DI	FR	MO	MI	SA	MO
10 DO	SO	SO	MI	FR	MO Pfingstmontag	10 MI	SA	DI	DO	SO	DI
11 FR	MO	MO	DO	SA	DI	11 DO	SO	MI	FR	MO	MI
12 SA	DI	DI	FR	SO	MI	12 FR	MO	DO	SA	DI	DO
13 SO	MI	MI	SA	MO	DO	13 SA	DI	FR	SO	MI	FR
14 MO	DO	DO	SO	DI	FR	14 SO	MI	SA	MO	DO	SA
15 DI Rest 3/18	FR	FR	MO Rest 4/18	MI	SA	15 MO Rest 1/19	DO	SO	DI Rest 2/19	FR	SO
16 MI	SA	SA	DI	DO	SO	16 DI	FR	MO	MI	SA	MO
17 DO	SO	SO	MI	FR	MO	17 MI	SA	DI	DO	SO	DI
18 FR	MO	MO	DO	SA	DI	18 DO	SO	MI	FR	MO	MI
19 SA	DI	DI	FR Karfreitag	SO	MI	19 FR	MO	DO	SA	DI	DO
20 SO	MI	MI	SA	MO	DO	20 SA	DI	FR	SO	MI	FR AB 4/19
21 MO	DO	DO	SO	DI	FR	21 SO	MI	SA	MO	DO	SA
22 DI	FR AB+ 1/19	FR AB 1/19	MO Ostermontag	MI	SA	22 MO	DO	SO	DI	FR AB+ 4/19	SO
23 MI	SA	SA	DI	DO	SO	23 DI	FR AB+ 3/19	MO	MI	SA	MO
24 DO AB 1/19	SO	SO	MI AB 2/19	FR AB+ 2/19	MO AB 2/19	24 MI AB 3/19	SA	DI AB 3/19	DO AB 4/19	SO	DI Heiligabend
25 FR	MO	MO	DO	SA	DI	25 DO	SO	MI	FR	MO	MI Weihnachten
26 SA	DI	DI	FR	SO	MI	26 FR	MO	DO	SA	DI	DO Weihnachten
27 SO	MI	MI	SA	MO	DO	27 SA	DI	FR	SO	MI	FR
28 MO	DO	DO	SO	DI	FR	28 SO	MI	SA	MO	DO	SA
29 DI		FR	MO	MI	SA	29 MO	DO	SO	DI	FR	SO
30 MI		SA	DI	DO Himmelfahrt	SO	30 DI	FR	MO	MI	SA	MO
31 DO		SO		FR	FR	31 MI	SA		DO Reformationstag		DI Silvester

Zu den markierten Terminen geben wir den Überweisungsauftrag zur Bank. Der genaue Zeitpunkt der Wertstellung auf Ihrem Konto hängt von der Bearbeitungszeit der beteiligten Banken ab.

AB=Monats-Abschlag 24%

AB+ =Monats-Abschlag 37 % (Abschlag plus)

REST=Restzahlung

Gemeinsame Arbeitsgruppe Arzneimittel

Kassenärztliche Vereinigung
Niedersachsen

Verbände der gesetzlichen
Krankenkassen in Niedersachsen



Verordnung von Arzneimitteln mit Abhängigkeits- und Missbrauchspotential

Im Jahr 2017 wurden in Niedersachsen 10,3 Millionen DDDs des Antiepileptikums Pregabalin für GKV-Versicherte verordnet. Pregabalin gehört mit einem Umsatz von knapp 35 Millionen Euro in Niedersachsen zu den umsatzstärksten Wirkstoffen (Platz 13 im Ranking).

Bereits 2011 hat die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft über das Abhängigkeitspotential von Pregabalin berichtet.¹ Als Folge der Hinweise auf ein Missbrauchspotential wurden Warnhinweise in die Fachinformation aufgenommen: *Bei Patienten mit Drogenmissbrauch in der Vorgeschichte ist Vorsicht geboten und der Patient sollte hinsichtlich Symptomen eines nicht bestimmungsgemäßen Gebrauchs, des Missbrauchs oder der Abhängigkeit von Pregabalin (berichtet wurden Toleranzentwicklung, Dosissteigerung, wirkstoffsuchendes Verhalten) überwacht werden.*²

Vor der Verordnung von Pregabalin sollten Patienten über das Abhängigkeitspotential informiert werden.² Eine vom Patienten eigenmächtig vorgenommene Dosissteigerung kann Zeichen für die Entwicklung einer Abhängigkeit oder eines Missbrauchs sein.¹ Zudem sollte beim Absetzen von Pregabalin unabhängig von der Indikation die Dosis ausschleichend über einen Zeitraum von mindestens einer Woche verringert werden.²

- Achten Sie auf eine klare Indikationsstellung.
- Wählen Sie bei einer Erstverordnung und im Vertretungsfall die kleinste Packungsgröße.
- Setzen Sie das Medikament bei Patienten mit einer Suchtstörung sehr zurückhaltend ein und verordnen Sie es nur übergangsweise. Setzen Sie das Medikament insbesondere bei psychischen Erkrankungen nur im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplans ein.³
- Fragen Sie den Patienten im Vertretungsfall:⁴
 - „Von welchem Arzt und wann wurde Ihre letzte Verordnung ausgestellt?“ Prüfen Sie eventuell telefonisch, ob diese Arztpraxis wirklich nicht erreichbar ist.
 - „Wie oft nehmen Sie das Medikament ein?“ Überprüfen Sie die zuletzt verordnete Menge und die Reichdauer.
 - „In welcher Apotheke haben Sie Ihre letzte Packung bekommen?“ Halten Sie eventuell mit Einverständnis des Patienten Rücksprache mit dieser Apotheke

Bei Patienten, die diese Fragen nicht plausibel beantworten können, sollte eine Verordnung sorgfältig abgewogen werden.

Prüfen Sie insbesondere im Vertretungsfall bei unbekanntem Patienten die Verordnung von Pregabalin und anderen Arzneimitteln mit Abhängigkeits- und Missbrauchspotential kritisch und verordnen Sie nur die für die Akutversorgung notwendige Menge.

¹ Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) 2011 Abhängigkeitspotential von Pregabalin (Lyrica), Deutsches Ärzteblatt (108) 4; A183

² Fachinformation Pregabalin AbZ, abrufbar unter www.fachinfo.de (letzter Zugriff am 20.06.2018)

³ Cibulski B (2016) Lyrica wird immer häufiger gedealt: Verordnungen sorgfältig abwägen. In Praxis Landesrundschriften KVHB September 2016, abrufbar unter <https://www.kvhb.de/sites/default/files/landesrundschriften-september-2016.pdf> (letzter Zugriff am 12.07.2018.)

⁴ übernommen von der KV Bayerns mit freundlicher Genehmigung



Informationen für die Praxis

KVN-Rundschreiben

November 2018

Inhaltsverzeichnis

1. Abrechnung	3
1.1. Bewertungsausschuss beschließt Änderungen des EBM zum 1. Oktober 2018	3
1.2. Information zur Abrechnung der Darmkrebs-Früherkennung	5
2. Verordnungen	5
2.1. Verordnung von Grippeimpfstoffen	5
2.2. Rituximab bei Mantelzell-Lymphom - Änderung der Arzneimittel-Richtlinie der Anlage VI (Off-Label-Use) ..	6
2.3. Änderung der Anlage V (verordnungsfähige Medizinprodukte) der Arzneimittel-Richtlinie, Fristverlängerung	6
2.4. Änderung der Anlage V (verordnungsfähige Medizinprodukte) der Arzneimittel-Richtlinie, Fristverlängerung	6
2.5. Änderung der Arzneimittelverschreibungsverordnung (AMVV)	7
2.6. Umfangreiche Überarbeitungen der Regelungen zur psychiatrischen häuslichen Krankenpflege (pHKP) beschlossen	7
2.7. Gemeinsame Arbeitsgruppe Arzneimittel - Informationsschreiben zum Thema „Adalimumab-Biosimilars“	9
2.8. Änderung der Anlage V (verordnungsfähige Medizinprodukte) der Arzneimittel-Richtlinie, Fristverlängerung	9
2.9. Änderung der Hilfsmittel-Richtlinie, hier: Hörhilfen	9
2.10. Tremfya® (Guselkumab) als Praxisbesonderheit anerkannt	10
2.11. Anpassungen innerhalb des Wirtschaftlichkeitsziels Biosimilarquote TNF-alpha-Inhibitoren	11
2.12. Erneuter Hinweis auf neue Formulare für die Verordnung medizinischer Vorsorge für Mütter und Väter	11

3.	Allgemeine Hinweise	12
3.1.	Versicherten-Stammdatendatenabgleich (VSDM) nur mit der aktuellen eGK des Versicherten möglich	12
3.2.	Vivy GmbH informiert über digitale Gesundheitsakte "Vivy"	13
3.3.	Erlaubnisfreie Herstellung von sterilen Arzneimitteln durch Ärzte	15
3.4.	Neugestaltung des Check-ups für Erwachsene beschlossen.....	16
3.5.	Psychotherapeutische Akutbehandlung	17
3.6.	Tonsillotomievertrag mit der pronova BKK: Neue Teilnahme- und Einwilligungserklärung für Versicherte	17
3.7.	Hausarztvertrag mit der AOK Bremen / Bremerhaven: Neue Teilnahme- und Einwilligungserklärung für Versicherte	17
3.8.	BKK Erweitertes Präventionsangebot für Kinder U10/ U11 (Starke Kids): Vertragsteilnahme der BKK EWE endet zum 31. Dezember 2018	17
3.9.	Versorgung „Gesund schwanger“: Ab Januar 2019 auch für BKK B. Braun Melsungen und BKK Linde ...	18
3.10.	Einbeziehungsvereinbarungen zur psychotherapeutischen integrierten Versorgung der Audi BKK enden am 31. Dezember 2018	19
3.11.	Änderungshinweis Formularbezug Bezirksstelle Osnabrück.....	19
4.	Veranstaltungen im Dezember 2018 und Januar 2019	20
5.	Anlagenverzeichnis	22
5.1.	Informationsschreiben.....	22
5.2.	Sammelerklärung	22

1. Abrechnung

1.1. Bewertungsausschuss beschließt Änderungen des EBM zum 1. Oktober 2018

Grading und immunhistochemische Bestimmung des Rezeptorstatus im Mammografiescreening

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat mit Beschluss vom 8. November 2017 die Dokumentation des Mammografiescreenings um das Grading und die Bestimmung des Rezeptorstatus erweitert. Der Bewertungsausschuss hat nunmehr die hierfür notwendigen Leistungen des EBM in der neuen GOP 19317 EBM zusammengefasst. Die Leistungen konnten bislang, wenn sie vertragsärztlich durchgeführt wurden, mit den kurativen GOP 19320, 19321 und 19322 abgerechnet werden.

Neue GOP 19317

Messung der myokardialen fraktionellen Flussreserve bei koronarer Herzkrankheit

Ebenfalls zum 1. Oktober 2018 hat der Bewertungsausschuss die Messung der myokardialen fraktionellen Flussreserve (FFR) bei Patienten mit koronarer Herzkrankheit als neue Untersuchungsmethode in den EBM aufgenommen. Dazu wird die GOP 34298 als Zuschlag zur GOP 34291 in den Abschnitt 34.2.9 EBM aufgenommen.

Die Leistung ist mit 980 Punkten bewertet und einmal im Behandlungsfall berechnungsfähig. Zur Abbildung der erforderlichen Sachkosten erfolgt die Aufnahme der Kostenpauschale 40301 in den Abschnitt 40.6. Die Kostenpauschale für die Durchführung der Leistung entsprechend der GOP 34298 ist mit 660 Euro bewertet. Sie enthält alle Sachkosten, einschließlich der Kosten für Kontrastmittel und Sprechstundenbedarf.

Die Vergütung der Leistungen erfolgt außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung.

Die Messung darf nur von Fachärzten für Innere Medizin und Kardiologie durchgeführt werden, die über eine Genehmigung der KVN zur Durchführung der Leistung nach der Qualitätssicherungsvereinbarung zur invasiven Kardiologie verfügen.

Hyperbare Sauerstofftherapien bei schwerem diabetischem Fußsyndrom

Die hyperbare Sauerstofftherapie wird zum 1. Oktober 2018 in den EBM aufgenommen. Patienten mit schwerem diabetischem Fußsyndrom können jetzt ambulant mit der hyperbaren Sauerstofftherapie behandelt werden. Die ärztlichen Aufwände werden durch die folgenden neuen GOP abgebildet:

- GOP 30210 (64 Punkte): Teilnahme an einer multidisziplinären Fallkonferenz zur Indikationsüberprüfung eines Patienten mit diabetischem Fußsyndrom vor Überweisung an ein Druckkammerzentrum
- GOP 30212 (343 Punkte): Indikationsüberprüfung eines Patienten mit diabetischem Fuß-Syndrom vor Überweisung an ein Druckkammerzentrum

Neue GOP

- GOP 30214 (140 Punkte): Betreuung eines Patienten zwischen den Druckkammerbehandlungen
- GOP 30216 (323 Punkte): Untersuchung auf Eignung und Feststellung der Druckkammertauglichkeit vor der ersten Druckkammersitzung für die hyperbare Sauerstofftherapie
- GOO 30218 (1.173 Punkte): Hyperbare Sauerstofftherapie

Die Vergütung der Leistungen erfolgt mit Ausnahme der GOP 30214 außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung.

Die Abrechnung der Leistungen 30216 und 30218 ist erst nach Erteilung einer Genehmigung der KVN zur Durchführung der hyperbaren Sauerstofftherapie zulässig. Die Genehmigung wird erteilt, wenn die Anforderungen des Anhangs zum Abschnitt 30.2.2 erfüllt sind. Dieser wurde ebenfalls zum 1. Oktober 2018 beschlossen und regelt bis zum Inkrafttreten einer Qualitätssicherungsvereinbarung die fachliche Qualifikation sowie die personellen, räumlichen und organisatorischen Voraussetzungen für die hyperbare Sauerstofftherapie.

Thulium-Laser-Enukleation und photoselektive Vaporisation

Der Bewertungsausschuss hat zum 1. Oktober 2018 die Operationsverfahren der photoselektiven Vaporisation (OPS-Kode 5-601.42) und der Thulium-Laser-Enukleation (OPS-Kode 5-601.72) der Prostata in den Anhang 2 des EBM aufgenommen. Die Abbildung erfolgt über die bereits bestehende GOP 36289 (Laserendoskopischer urologischer Eingriff der Kategorie RW3) sowie über den dazugehörigen Zuschlag (GOP 36290).

Die Berechnung der GOP 36289 und 36290 setzt eine Genehmigung nach der Qualitätssicherungsvereinbarung zu nicht-medikamentösen, lokalen Verfahren zur Laserbehandlung des benignen Prostatasyndroms (nach § 135 Abs. 2 SGB V) voraus. Die Qualitätssicherungsvereinbarung wird ebenfalls in Bezug auf die photoselektive Vaporisation und Thulium-Laser-Enukleation erweitert.

Qualitätssicherungsvereinbarung

Bis zum Inkrafttreten der erweiterten Vereinbarung können die neu aufgenommenen OPS-Kodes übergangsweise bei Vorliegen einer Genehmigung nach der bestehenden Vereinbarung berechnet werden. Die Übergangsregelung geht längstens bis zum 31. Dezember 2018.

Abrechnung der GOP 01416 (Begleitung eines Kranken durch den behandelnden Arzt beim Transport) durch psychologische Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichentherapeuten

Die Begleitung eines Kranken durch den behandelnden Arzt bei einem Transport zur unmittelbar notwendigen stationären Behandlung ist über die GOP 01416 abgebildet. Eine Abrechnung der GOP 01416 durch psychologische Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten war bislang nicht möglich. Der Bewertungsausschuss hat nun am 1. Oktober 2018 die GOP 01416 in die Nr. 5 der Präambel 23.1 EBM aufgenommen, damit diese Leistung von psychologischen Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten berechnet werden kann.

Hintergrund sind die Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 16. März 2017 zur Änderung der Krankentransport-Richtlinien

und der Krankenhauseinweisungs-Richtlinien. Die Verordnung einer Krankenförderung und Krankenhausbehandlung ist bereits im EBM abgebildet, so dass diesbezüglich keine Anpassung notwendig war.

Die kompletten Beschlüsse wurden im Deutschen Ärzteblatt, Heft 29-30 und 42 vom 23. Juli 2018 bzw. 19. Oktober 2018 veröffentlicht.

1.2. Information zur Abrechnung der Darmkrebs-Früherkennung

Wir haben Ihnen eine Information zur Abrechnung der Darmkrebs-Früherkennung im KVN-Portal unter Abrechnung/Abrechnungscenter/Informationen zur Quartalsabrechnung/Downloads eingestellt.

Ausführliche Informationen zur Darmkrebs-Früherkennung finden Sie auf der Internetseite der Kassenärztlichen Bundesvereinigung.

Ansprechpartner ist Ihr Abrechnungsteam und/oder das Team Auskünfte des Abrechnungscenters, Telefon: 0511 380-4800, E-Mail: abrechnungscenter@kvn.de

2. Verordnungen

2.1. Verordnung von Grippeimpfstoffen

Es gibt erste Hinweise, dass es aufgrund der unterschiedlichen Haltung der Krankenkassen zum Verfahren der Vorbestellung von Grippeimpfstoffen im Frühjahr des Jahres regional zu Lieferengpässen in der Impfstoffversorgung kommen könnte. Das Paul-Ehrlich-Institut (PEI) hat zu deren Feststellung ein entsprechendes Meldeformular auf seiner Homepage eingestellt (<https://www.pei.de/lieferengpaesse-verbrauchermeldung>).

Noch sind allerdings die Firmen Mylan (Influvac Tetra[®]) und Sanofi (Vaxigrip Tetra[®]) lieferfähig. Hersteller, Großhändler und Apotheken sind bemüht, den Bedarf vor Ort zu decken.

Sollte der Grippeimpfstoff in Niedersachsen ggf. regional gleichwohl knapp werden, gilt es, den Bestand nach Dringlichkeit zu verimpfen.

Die GKV in Niedersachsen hat nunmehr auch die Verordnung von Grippeimpfstoffen als Fertigspritzen mit Kanüle freigegeben. Sie können nun unter den auf dem Markt verfügbaren tetravalenten Impfstoffen mit oder ohne Kanüle frei wählen und entsprechende Verordnungen ausstellen (zu beachten ist nach wie vor, dass erforderliche Kanülen für Impfstoffe ohne Kanüle nicht als SSB verordnet werden dürfen. Hierbei handelt es sich weiterhin um Praxisbedarf).

Fertigspritzen mit
Kanüle

2.2. Rituximab bei Mantelzell-Lymphom - Änderung der Arzneimittel-Richtlinie der Anlage VI (Off-Label-Use)

Mit Wirkung vom 3. Oktober 2018 wurde in Anlage VI Teil A der Arzneimittel-Richtlinie (Ziffer XXVI) die Liste der Hersteller, die für ihre Rituximab-haltigen Arzneimittel im Rahmen des in der Anlage vorgenannten Off-Label-Use einer Anwendung zugestimmt haben (Haftung des pharmazeutischen Unternehmers), um den Hersteller „Hexal AG“ erweitert.

Folgende Hersteller sind nun in der Liste aufgeführt:

AASTON HEALTHCARE GmbH, ACA Müller ADAG Pharma AG, adjupharm GmbH, axicorp Pharma B.V., Celltrion Healthcare Hungary Kft., Haemato PHARM GmbH, Hexal AG, kohlpharma GmbH, Lunapharm Deutschland GmbH, MEDICOPHARM AG, Mundipharma Deutschland GmbH & Co. KG, Orifarm GmbH, propharmed GmbH und Roche Registration Ltd.

Wir empfehlen, bei Verordnungen von Rituximab-haltigen Arzneimitteln der genannten Hersteller in dieser Off-Label-Indikation das Aut-Idem-Kreuz zu setzen. Damit vermeiden Sie haftungsrechtliche Konsequenzen, falls die Apotheke das verordnete Präparat gegen ein vergleichbares austauscht, das keine Off-Label-Zustimmung hat.

Die Anlage VI der Arzneimittel-Richtlinie finden Sie auf der Internetseite des G-BA (www.g-ba.de) unter Richtlinien/Arzneimittel-Richtlinie/Anlage VI.

Liste der Hersteller

2.3. Änderung der Anlage V (verordnungsfähige Medizinprodukte) der Arzneimittel-Richtlinie, Fristverlängerung

Bei folgendem Medizinprodukt wurde die Befristung der Verordnungsfähigkeit nach Anlage V der Arzneimittel-Richtlinie verlängert:

Produktbezeichnung	Medizinisch notwendige Fälle	Befristung der Verordnungsfähigkeit
ALCON BSS	Zur Irrigation im extraokulärer Rahmen und intraokulärer Eingriffe.	14. Dezember 2021

Die vollständige Liste der Anlage V wie auch nähere Einzelheiten hierzu finden Sie auf der Internetseite des G-BA unter www.g-ba.de/Richtlinien/Arzneimittelrichtlinie/Anlage V.

2.4. Änderung der Anlage V (verordnungsfähige Medizinprodukte) der Arzneimittel-Richtlinie, Fristverlängerung

Bei folgendem Medizinprodukt wurde die Befristung der Verordnungsfähigkeit nach Anlage V der Arzneimittel-Richtlinie verlängert, die Änderung tritt am 13. November 2018 in Kraft:

Produktbezeichnung	Medizinisch notwendige Fälle	Befristung der Verordnungs-fähigkeit
PARI NaCl Inhalationslösung	Als Trägerlösung bei der Verwendung von Inhalaten in Verneblern oder Aerosolgeräten. Dies gilt nur für die Fälle, in denen der Zusatz einer Trägerlösung in der Fachinformation des arzneistoffhaltigen Inhalats zwingend vorgesehen ist.	15. August 2022

Die vollständige Liste der Anlage V wie auch nähere Einzelheiten hierzu finden Sie auf der Internetseite des G-BA unter www.g-ba.de/Richtlinien/Arzneimittelrichtlinie/Anlage V.

2.5. Änderung der Arzneimittelverschreibungsverordnung (AMVV)

Mit Wirkung ab dem 1. Oktober 2018 ist eine Änderung der Arzneimittelverschreibungsverordnung (AMVV) in Kraft getreten, die sich im Wesentlichen auf den Wirkstoff Ibuprofen bezieht.

Aus der Verschreibungspflicht entlassen wird:

Ibuprofen: Kombinationspräparate mit Ibuprofen (in maximaler Einzeldosis von 400 mg und in maximaler Tagesdosis von 1.200 mg) plus Coffein (in maximaler Einzeldosis von 100 mg und in maximaler Tagesdosis von 300 mg) zur oralen Anwendung zur Behandlung von akuten bis mäßig starken Schmerzen bei Erwachsenen

Derzeit ist kein Kombinationspräparat Ibuprofen/Coffein auf dem deutschen Arzneimittelmarkt verfügbar. Entsprechende Präparate würden bei Inverkehrbringen als apothekenpflichtig eingestuft und wären somit auch ohne ärztliche Verschreibung erhältlich.

2.6. Umfangreiche Überarbeitungen der Regelungen zur psychiatrischen häuslichen Krankenpflege (pHKP) beschlossen

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am 19. Juli 2018 Erweiterungen der Verordnungsmöglichkeiten für pHKP beschlossen. Der Beschluss ist am 12. Oktober in Kraft getreten.

Die wesentlichen Neuerungen möchten wir Ihnen nachfolgend vorstellen.

Erweiterung des Indikationsbereichs

Der Indikationsbereich für die Verordnung von pHKP wird erweitert. Die bestehende Liste der Regelindikationen, die im Leistungsverzeichnis der HKP-Richtlinie unter Ziffer 27a aufgeführt ist, wird um die folgenden Indikationen erweitert:

Entlassen:

Neuerungen

- F05.1 Delir bei Demenz
- F42.1 Vorwiegende Zwangshandlungen
- F42.2 Zwangsgedanken und -handlungen, gemischt
- F43.1 Posttraumatische Belastungsstörung
- F53.1 Schwere psychische Verhaltensstörung im Wochenbett
- F60.3 Emotional instabile Persönlichkeitsstörung

Erweiterung des Indikationsbereichs

Zum anderen hat der G-BA die Einführung einer Öffnungsklausel beschlossen. Dadurch wird für alle ICD-10-GM-Diagnosen aus dem Indikationsbereich F00 - F99 eine Verordnungsmöglichkeit geschaffen, die jedoch an bestimmte Voraussetzungen geknüpft ist.

Verbindliche Anwendung der GAF-Skala (Global Assessment of Functioning Scale)

Die GAF-Skala dient zur besseren Bestimmbarkeit der Funktionseinschränkungen. Bei jeder Verordnung ist zukünftig der GAF-Wert anzugeben.

Verordnungsberechtigte Ärzte

Neben den bisher ordnungsberechtigten Ärzten können künftig auch Fachärzte in psychiatrischen Institutsambulanzen nach § 118 SGB V pHKP verordnen. Darüber hinaus können Hausärzte und zukünftig auch Fachärzte mit der Zusatzbezeichnung Psychotherapie für einen Zeitraum von maximal sechs Wochen pHKP verordnen, sofern eine vom Facharzt gesicherte Diagnose vorliegt, die nicht älter als vier Monate ist.

Dauer und Häufigkeit der Verordnung

Kann nach einer Erstverordnung eine abschließende Einschätzung, ob die Erarbeitung der Pflegeakzeptanz und der Beziehungsaufbau generell möglich ist, nicht getroffen werden, kann künftig noch eine Folgeverordnung für weitere 14 Tage ausgestellt werden. Bisher war es nicht möglich, in diesen Fällen den Ordnungszeitraum nochmal zu verlängern.

Maßnahmen der pHKP können wie bisher grundsätzlich bis zu vier Monate ohne weitere Begründung verordnet werden. Allerdings hat der G-BA die bisherige Vorgabe zur abnehmenden Frequenz gestrichen. Das heißt, die Abstände zwischen den Einheiten müssen künftig nicht mehr größer werden.

Neubewertung der Vergütung

Der Bewertungsausschuss wird innerhalb der nächsten sechs Monate die bestehenden Abrechnungsziffern im EBM (GOP 01422 und GOP 01424) überprüfen. Erst dann kann die psychiatrische häusliche Krankenpflege auf Basis der geänderten Richtlinie verordnet werden. Bis dahin gelten die aktuellen Vorgaben der Richtlinie zur Verordnung psychiatrischer häuslicher Krankenpflege fort.

Die aktuelle HKP-RL ist auf der Internetseite des G-BA (www.g-ba.de/informationen/richtlinien) abrufbar.

2.7. Gemeinsame Arbeitsgruppe Arzneimittel - Informationsschreiben zum Thema „Adalimumab-Biosimilars“

Im Anhang finden Sie ein weiteres Informationsschreiben der AG GKV/KVN Arzneimittel zu dem Thema „Adalimumab-Biosimilars“. Darin wird eine Übersicht zu den seit Kurzem auf dem deutschen Arzneimittelmarkt verfügbaren Biosimilars zu Adalimumab dargestellt.

Das Informationsschreiben finden Sie im KVN-Portal unter Verordnungen/Arzneimittel/Veröffentlichungen sowie im Internet unter www.kvn.de/Praxis/Verordnungen.

Anlage 5.1 - Informationsschreiben

2.8. Änderung der Anlage V (verordnungsfähige Medizinprodukte) der Arzneimittel-Richtlinie, Fristverlängerung

Bei folgenden Medizinprodukten wurde die Befristung der Verordnungsfähigkeit nach Anlage V der Arzneimittel-Richtlinie verlängert:

Produktbezeichnung	Medizinisch notwendige Fälle	Befristung der Verordnungsfähigkeit
ALCON BSS	Zur Irrigation im Rahmen extraokulärer und intraokulärer Eingriffe.	14. Dezember 2021
Isotonische Kochsalzlösung zur Inhalation (Eifelfango)	Als Trägerlösung bei der Verwendung von Inhalaten in Verneblern oder Aerosolgeräten. Dies gilt nur für die Fälle, in denen der Zusatz einer Trägerlösung in der Fachinformation des arzneistoffhaltigen Inhalats zwingend vorgesehen ist.	12. September 2019

Fristverlängerung

Die vollständige Liste der Anlage V wie auch nähere Einzelheiten hierzu finden Sie auf der Internetseite des G-BA unter www.g-ba.de/Richtlinien/Arzneimittelrichtlinie/Anlage V.

2.9. Änderung der Hilfsmittel-Richtlinie, hier: Hörhilfen

Zum 3. Oktober 2018 sind Änderungen der Hilfsmittel-Richtlinie in Kraft getreten. Die Richtlinienänderung betrifft insbesondere den Abschnitt C „Hörhilfen“.

Verordnung von Übertragungsanlagen (§25)

Der G-BA hat demnach klargestellt, dass Übertragungsanlagen (altersunabhängig) auch verordnet werden können, wenn der Patient bereits mit Hörhilfen oder einem CI (Cochlea-Implantat) versorgt ist. Dazu zählen zum Beispiel Übertragungsanlagen für die Sprachentwicklung oder Sprachförderung oder aber soweit Übertragungsanlagen für das Sprachverstehen im Kindergarten oder in der Schule bis zum Abschluss

der schulischen Ausbildung erforderlich sind. Außerdem sind Übertragungsanlagen, zur Verbesserung des Sprachverstehens in jedem Alter, wenn trotz bestmöglicher Hörgeräteanpassung im gesamten täglichen Leben kein ausreichendes Sprachverstehen erreicht wird, verordnungsfähig.

Darüber hinaus können Übertragungsanlagen ebenfalls verordnet werden, wenn bei peripherer Normalhörigkeit aufgrund einer auditiven Verarbeitungs- und Wahrnehmungsstörung eine pathologische Einschränkung des Sprachverstehens im Störschall besteht. Diese muss durch einen Facharzt für Phoniatrie und Pädaudiologie diagnostiziert werden. Bei Erwachsenen kann die Diagnose auch durch einen Facharzt für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde erfolgen.

Nachdem das Bundesministerium für Gesundheit den Beschluss nicht beanstandet hat, muss nun der Bewertungsausschuss entscheiden, in wie weit der Beschluss Auswirkungen auf den EBM hat. Erst dann können Übertragungsanlagen tatsächlich für Erwachsene verordnet werden (Entscheidung voraussichtlich im April 2019).

Bewertungsausschuss
muss entscheiden

Neufassung der Zielsetzung bei der Versorgung mit Hörgeräten (§19)

Bei den Versorgungszielen heißt es nunmehr, dass durch eine beidohrige Versorgung mit Hörgeräten auch das „räumliche Hören“ verbessert werden soll. Das sogenannte räumliche Hören (Richtungshören) ist besonders für Menschen, die eine zusätzliche Sehbehinderung haben, von Bedeutung. Denn dadurch kann das eingeschränkte visuelle Orientierungsvermögen kompensiert werden.

Anpassung der Verordnungsinhalte (§7)

Bei der Verordnung von Hilfsmitteln können ergänzende Hinweise auf spezifische Bedarfe gegeben werden, sofern diese zum Beispiel aufgrund einer Mehrfachbehinderung vorliegen.

Grund hierfür: Werden Menschen mit mehrfachen Behinderungen mit Hilfsmitteln versorgt, besteht die Gefahr, dass das Hilfsmittel zwar grundsätzlich geeignet wäre, um einzelne spezifische Funktionsdefizite auszugleichen, dies aber nicht gelingt, weil zum Beispiel Handhabungsprobleme aufgrund einer weiteren Behinderung bestehen. In diesen Fällen ist es erforderlich, dass die Funktionalität des Hilfsmittels den individuellen Bedürfnissen des Versicherten entspricht.

Der Beschluss, die Tragenden Gründe, die Veröffentlichung im Bundesanzeiger und die geänderte Hilfsmittel-Richtlinie sind auf der Internetseite des G-BA abrufbar (<https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/13/>).

2.10. Tremfya® (Guselkumab) als Praxisbesonderheit anerkannt

Ab dem 1. November 2018 wird Tremfya® (Wirkstoff Guselkumab) nach einer Vereinbarung zwischen dem GKV-Spitzenverband und dem pharmazeutischen Unternehmer Janssen-Cilag GmbH ab dem ersten Be-

handlungsfall als bundesweite Praxisbesonderheit ausschließlich im Anwendungsgebiet mit einem Zusatznutzen laut G-BA-Beschluss vom 17. Mai 2018 anerkannt:

- Tremfya® wird angewendet für die Behandlung erwachsener Patienten mit mittelschwerer bis schwerer Plaque-Psoriasis, die für eine systemische Therapie in Frage kommen.

Die Vorgaben der Fachinformation sind zu beachten. Bei Patienten, die nach 16 Wochen auf die Behandlung nicht angesprochen haben, sollte ein Absetzen der Behandlung mit Guselkumab in Erwägung gezogen werden. Weitere Anwendungsgebiete oder Erweiterungen des Anwendungsgebietes sind nicht von der Praxisbesonderheit umfasst. Die Anerkennung als Praxisbesonderheit besteht, solange Janssen-Cilag Tremfya® in Deutschland vertreibt.

Weitere Informationen finden Sie unter www.g-ba.de und www.gkv-spitzenverband.de. Auf der Internetseite des GKV-Spitzenverbandes finden Sie außerdem eine Aufstellung der vereinbarten Praxisbesonderheiten aufgrund des Verfahrens der frühen Nutzenbewertung unter: Krankenversicherung/Arzneimittel/AMNOG-Verhandlungen (§ 130b SGB V)/Übersicht zu den Verhandlungen der Erstattungsbeträge nach §130b SGB V/Filterfunktion: „Nur Einträge mit Anerkennung als Praxisbesonderheit berücksichtigen“.

Anwendungsgebiet

2.11. Anpassungen innerhalb des Wirtschaftlichkeitsziels Biosimilarquote TNF-alpha-Inhibitoren

Durch Änderungen auf dem Arzneimittelmarkt haben sich innerhalb der Biosimilarquote TNF-alpha-Inhibitoren für die Fachgruppe der internistischen Rheumatologen Anpassungen ergeben. Die aktualisierte Quoteninformation und Tischvorlage finden Sie zu Ihrer Information im KVN-Portal unter Verordnungen/Arzneimittel/Arzneimittelzielvereinbarung/Informationen je Fachgruppe.

2.12. Erneuter Hinweis auf neue Formulare für die Verordnung medizinischer Vorsorge für Mütter und Väter

Mit dem KVN-Rundschreiben 8/2018 informierten wir Sie über die neuen Vordrucke für die Verordnung von medizinischen Vorsorgeleistungen für Mütter und Väter ab 1. Oktober 2018. Aufgrund aktueller Rückmeldungen möchten wir nochmals auf das geänderte Verfahren hinweisen.

Bisher waren für die Verordnung unterschiedliche Formulare zu verwenden, die den Versicherten von ihren Krankenkassen oder den Anbietern von Vorsorgeleistungen zur Verfügung gestellt wurden. Das neue Verordnungsverfahren sieht vor, dass ab 1. Oktober 2018 ausschließlich die Muster 64 und 65 für die Verordnung zu nutzen sind. Die Formulare sind in der Praxis vorzuhalten und können beim Paul-Albrechts-Verlag oder sofern Sie Ihre Vordruckbestellung über Ihre Bezirksstelle durchführen, dort bestellt werden. Eine Ausstellung mittels Blankoformularbedruckung ist ebenfalls möglich. Vertragspsychotherapeuten können die Formulare nicht ausstellen.

3. Allgemeine Hinweise

3.1. Versicherten-Stammdatendatenabgleich (VSDM) nur mit der aktuellen eGK des Versicherten möglich

Praxen, die bereits an die Telematikinfrastuktur (TI) angebunden sind, sehen sich vermehrt mit der Meldung „ungültige eGK“ im Praxisverwaltungssystem (PVS) konfrontiert. Das liegt in den meisten Fällen daran, dass die Patienten nicht mit ihrer aktuellen elektronischen Gesundheitskarte (eGK) in die Praxis kommen.

Hat die Krankenkasse einem Versicherten eine neue eGK ausgestellt, z. B. weil der Versicherte die alte eGK seiner Krankenkasse gegenüber als nicht auffindbar oder verloren gemeldet hat, dann verliert diese alte Karte damit sofort ihre Gültigkeit, auch wenn er sie später wiederfindet.

PVS akzeptiert alte Karten nicht

Ungültige Karten erkennt das PVS im Zuge des Versichertenstammdatendatenmanagements (VSDM). Die alte eGK wird beim Online-Abgleich nicht akzeptiert. Lehnt das PVS eine eGK ab, fragen Sie daher den Patienten, ob er von seiner Krankenkasse in der Zwischenzeit eine neue eGK erhalten hat und versehentlich weiterhin die alte eGK nutzt. Die alte ungültige eGK sollte in diesem Fall vom Patienten/Versicherten zerschnitten und entsorgt werden.

Erbringt der Patient den Versichertennachweis nicht innerhalb von zehn Tagen, indem er die gültige Chipkarte vorlegt, können Sie für die Behandlung eine Privatvergütung verlangen. Reicht der Patient bis zum Ende des Quartals die gültige eGK nach, erhält er den Betrag zurück.

Das sogenannte Ersatzverfahren ist nur anzuwenden, wenn es sich um einen Notfall handelt, oder die Karte defekt ist.

Folgende Daten sind in diesen Fällen zu erheben und anzugeben:

- Bezeichnung der Krankenkasse,
- Name, Vorname und Geburtsdatum des Versicherten,
- Versichertenart,
- Postleitzahl des Wohnortes und
- nach Möglichkeit die Krankenversicherungsnummer

Der Versicherte bestätigt durch seine Unterschrift auf dem Abrechnungsschein (Vordruckmuster 5) das Bestehen des Versicherungsschutzes. Dies gilt nicht für Vordruckmuster 19, sofern es im Notfalldienst verwendet wird.

Das Versichertenstammdatendatenmanagement gilt nicht für Sonstige Kostenträger. Die Krankenversicherungskarten (alte KVK) dieser Personengruppen können weiterhin ohne Online-Prüfung eingeleistet werden.

Hinweise für Patienten

Für einen reibungslosen Praxisablauf informieren Sie Ihre Patienten am besten zukünftig, dass sie immer und ausschließlich die aktuellste eGK in der Praxis vorlegen müssen.

Hinweis

Zu erhebene Daten:

Die G1+-Karten sind nur noch bis zum 31. Dezember 2018 gültig, danach verlieren auch diese ihre Gültigkeit und es können nur noch die Karten der Generation 2 verwendet werden. G1-Karten sind bereits seit dem 1. Oktober 2017 nicht mehr gültig. Optisch sind G1- und G1+-Karten leider nicht zu unterscheiden; auf beiden ist der Aufdruck G1 vorhanden. Nach Angaben der Krankenkassen sollten mittlerweile praktisch alle Versicherten mit G2-Karten ausgestattet sein; tatsächlich suchen allerdings viele Patienten immer noch mit ihrer alten G1+-Karten die Praxen auf (s. oben).

Die derzeitigen Probleme resultieren oftmals daraus, dass beim Versand einer neuen G2-Karte die bisherige eGK des Versicherten von den Kassen aus Sicherheitsgründen gesperrt und als „ungültig“ gekennzeichnet wird. Diese Sperrung der alten Karte erfolgt übrigens jedes Mal, wenn der Versicherte eine neue Karte zugeschickt bekommt - beim turnusgemäß anstehenden Austausch, beim Neuversand wenn sich nach einer Heirat der (auf der Karte aufgedruckte) Name geändert hat, bei einer Verlustmeldung der alten Karte usw. Das war in der „Offline-Welt“ unproblematisch, weil ja kein Abgleich der Versichertendaten und der Gültigkeit der Karte durchgeführt wurde. Nach Anschluss an die TI fällt dieses jedoch auf und die Karten werden - zu Recht - als ungültig abgewiesen, da der Patient bereits eine aktuellere Karte besitzt.

Zur Information der Patienten können Sie die als Anlage beigefügte Kopiervorlage zur Information verwenden.

Anlage 5.2: Kopiervorlage

3.2. Vivy GmbH informiert über digitale Gesundheitsakte "Vivy"

In diesen Tagen erhalten alle niedergelassenen Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten in Niedersachsen ein Informationsschreiben der Vivy GmbH über die neue digitale Gesundheitsakte Vivy. Die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen ist über dieses Vorgehen informiert worden.

Die App Vivy ist eine elektronische Gesundheitsakte, die Krankenkassen ihren Versicherten anbieten. Gesundheitsakten sind nicht gleichzusetzen mit elektronischen Patientenakten. Elektronische Patientenakten müssen die Krankenkassen in Zukunft ihren Versicherten bereitstellen. So sieht es das E-Health-Gesetz vor (§ 291a Abs. 3 Nr. 4 SGB V). Für diese Akten gelten besonders hohe Sicherheitsanforderungen, und sie müssen von der gematik, der Betreibergesellschaft der Telematikinfrastruktur, zugelassen werden. Auch hierfür soll es mobile Lösungen geben, sodass Patienten nicht nur über ihre elektronische Gesundheitskarte, sondern beispielsweise auch auf dem Smartphone ihre Daten verfügbar haben. Für Gesundheitsakten wie Vivy gelten diese strengen Zulassungsverfahren nicht; sie müssen aber konform zu den geltenden Datenschutzbestimmungen sein.

Ein Arzt kann die Möglichkeit einer elektronischen Gesundheitsakte wie Vivy nutzen, wenn der Patient dies ausdrücklich wünscht. Vivy informiert eigenen Angaben zufolge den Patienten darüber, wenn Ärzte einer Do-

Gültigkeit G1+-Karten

Unterschied Gesundheitsakte zu Patientenakte

kumentenanfrage nicht nachkommen oder generell nicht von Vivy kontaktiert werden wollen. Informationen zum Auskunftsrecht: Patienten haben Anspruch auf Kopien ihrer Patientenakte. Ihnen ist nach dem Bürgerlichen Gesetzbuch auf Verlangen „unverzüglich“ Einsicht in die vollständige Patientenakte zu gewähren. Sie können auch elektronische Abschriften von Patientenakten verlangen (§ 630 Absätze 1 und 2 BGB). Auch nach der Datenschutz-Grundverordnung besteht Anspruch auf Auskunft. Die Art der Zurverfügungstellung von Daten können aber die Ärzte bestimmen. So kann es aus Zeitgründen sinnvoll sein, auf eine Kopie zu verweisen. Auch datenschutzrechtliche Bedenken spielen eine Rolle.

Ärzte, die sich für Vivy entscheiden, sollten Folgendes beachten:

- Sie benötigen von ihren Patienten eine Einverständniserklärung/Schweigepflichtentbindung, dass sie angeforderte Dokumente per Web-Upload an Vivy senden dürfen.
- Der Patient wendet sich mit seinem Wunsch nach Befunddaten nicht direkt an den Arzt, sondern an einen Customer Service von Vivy. Dieser nimmt telefonisch Kontakt mit der Praxis auf und informiert diese über die Anfrage des Patienten. Dabei werden dem Arzt zwei Möglichkeiten für die Bereitstellung der Dokumente angeboten: Entweder kommt der Patient in die Praxis und übergibt dem Arzt den temporär gültigen Web-Link - oder Vivy schickt die Anfrage mit dem Web-Link per E-Mail an die Praxis sowie die Einverständniserklärung/Schweigepflichtentbindung des Patienten. Nach Aussage von Vivy besteht ein hohes Sicherheitsniveau. Auch wenn die Praxis vorab telefonisch konsultiert wird, sollte der Arzt bei E-Mail-Anfragen wegen möglicher Phishing-Versuche vorsichtig sein. Im Zweifel sollten vom Patienten angeforderte Daten über einen Vivy-Link beziehungsweise QR-Code, den der Patient persönlich dem Arzt übergibt, vom Arzt versendet werden.
- Das Bereitstellen von Kopien oder elektronischen Ausdrucken von Arztbriefen, Befunden oder Labordaten ist keine Leistung der vertragsärztlichen Versorgung. Das heißt, eine Abrechnung und Vergütung über den EBM ist nicht möglich. Allerdings hat der Patient dem Behandelnden die entstandenen Sach- und Personalkosten zu erstatten. Da die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) dafür derzeit keine Gebührensätze enthält, können sich Ärzte bei den Kosten für Kopien und Ausdrücke am Gerichtskostengesetz orientieren. Danach könnten 50 Cent je Dokument als angemessen betrachtet werden.
- Der Arzt sollte wie bisher überprüfen, dass die an den Patienten herausgegebenen Unterlagen keine Rechte anderer Personen verletzen.

Der Arzt verstößt nicht gegen die Schweigepflicht, wenn er dem Patienten die gewünschten Daten per Web-Upload gibt und eine Einverständniserklärung/Schweigepflichtentbindung vorliegt, unabhängig davon, ob die vom Patienten gewünschte Übermittlungsart aus Sicht des Arztes sicher oder unsicher ist. Der Patient entscheidet.

Einverständniserklärung

Die Finanzierung des ärztlichen Aufwands bei der Nutzung von elektronischen Gesundheitsakten ist zurzeit generell nicht geklärt und mehr als unbefriedigend. Die KBV wird zur Vergütung über die GOÄ die Bundesärztekammer kontaktieren. Es gibt derzeit keine gesetzliche Vorgabe oder Vereinbarung, dass die Krankenkassen die Kosten für die Integration von Gesundheitsakten in die Praxisverwaltungssysteme tragen müssen. Nach jetzigem Stand müsste der Arzt die Kosten selbst tragen oder in Absprache mit der Krankenkasse des Patienten die Kostenerstattung klären. Anders ist das bei der elektronischen Patientenakte: Hier haben wir mit dem GKV-Spitzenverband Verhandlungen aufgenommen.

Finanzierung

3.3. Erlaubnisfreie Herstellung von sterilen Arzneimitteln durch Ärzte

Das Niedersächsische Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung hat die KBV darüber informiert, dass eine „Auslegungshilfe für die Überwachung der erlaubnisfreien Herstellung von sterilen Arzneimitteln, insbesondere Parenteralia, durch Ärzte und sonst zur Heilkunde befugte Personen gemäß § 13 Abs. 2b Arzneimittelgesetz (AMG)“ beschlossen wurde.

Diese Auslegungshilfe richtet sich an die pharmazeutischen Überwachungskräfte der Länder und beschreibt die Auslegung der anerkannten pharmazeutischen Regeln nach dem Arzneimittelgesetz, wie sie von Ärzten und anderen zur Heilkunde befugten Personen bei der Herstellung von Arzneimitteln zu beachten sind. Sie soll aber auch Ärzten als Handlungshilfestellung dienen.

Danach soll jeder Arzt „auf der Grundlage einer schriftlichen Risikobewertung (siehe Kapitel 2 der Auslegungshilfe) unter Beachtung der gesetzlichen Vorgaben (siehe Kapitel 1) die für die individuelle Herstellung einschließlich deren Umgebungsbedingungen angemessenen Bedingungen zur Qualitätssicherung (siehe Kapitel 3) festlegen, anwenden und darüber die erforderlichen Nachweise führen.“

Betroffen sind Ärzte, die beispielsweise Mischinfusionen oder Mischungen von Injektionslösungen selbst herstellen. Diese erlaubnisfreie Herstellung unterliegt der Anzeigepflicht (§ 67 Abs. 2 AMG). Ein Formular zur Anzeige erlaubnisfreier Herstellungen finden Sie auf der Internetseite der Gewerbeaufsicht Niedersachsen unter www.gewerbeaufsicht.niedersachsen.de/Verbraucherschutz/Arzneimittelüberwachung.

Gewerbeaufsicht
Niedersachsen

Die Rekonstitution von Fertigarzneimitteln, d. h. die Überführung in seine anwendungsfähige Form unmittelbar vor der Anwendung gemäß den Angaben der Fachinformation, fällt nicht unter diese Regelungen.

Die Auslegungshilfe und eine zugehörige Checkliste finden Sie im KVN-Portal unter Verordnungen/Arzneimittel/Veröffentlichungen.

3.4. Neugestaltung des Check-ups für Erwachsene beschlossen

Durch das Präventionsgesetz wurde der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) verpflichtet, bis zum 31. Juli 2018 die Inhalte der Gesundheitsuntersuchung nach § 25 Abs. 1 SGB V neu zu regeln. Regungsgegenstand war die bislang geltende Altersgrenze, das vorgegebene Untersuchungsintervall und die bisherige Fokussierung auf bestimmte Zielerkrankungen (Herz-, Kreislauf-, Nierenerkrankungen, Zuckerkrankheit).

Mit Beschluss vom 19. Juli 2018 hat der G-BA die Gesundheitsuntersuchung für Erwachsene („Check-up 35“) angepasst. Die Änderungen sind am 25. Oktober 2018 in Kraft getreten.

Nach dem Inkrafttreten des Beschlusses hat der Bewertungsausschuss nunmehr sechs Monate Zeit, den EBM zu überprüfen und ggf. anzupassen. Erst wenn darüber entschieden worden ist, können Vertragsärzte die neue Gesundheitsuntersuchung durchführen und zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen abrechnen.

Die Einzelheiten der Neugestaltung möchten wir Ihnen im Folgenden näher erläutern.

Altersgrenzen und Intervalle der Gesundheitsuntersuchung

- Ab Vollendung des 18. Lebensjahres bis zum Ende des 35. Lebensjahres haben die Versicherten künftig einmalig Anspruch auf die Gesundheitsuntersuchung. Dabei sind Blutuntersuchungen nur bei entsprechendem Risikoprofil durchzuführen, eine Urinuntersuchung ist nicht vorgesehen.
- Ab Vollendung des 35. Lebensjahres haben die Versicherten künftig alle drei statt wie bisher alle zwei Jahre Anspruch auf die Gesundheitsuntersuchung. Die Fokussierung auf bestimmte Zielerkrankungen (Herz-, Kreislauf-, Nierenerkrankungen und Zuckerkrankheit) wird in der Richtlinie gestrichen.

Anamnese

- stärkere Berücksichtigung von familiären Risiken für Krebserkrankungen (z. B. Brustkrebs, Darmkrebs, malignes Melanom),
- sofern angezeigt systematische Erfassung des kardiovaskulären Risikos mittels Risk-Charts,
- Erfassung des Impfstatus

Laboruntersuchungen

- Aufnahme eines gesamten Lipidprofils (Gesamtcholesterin, LDL-Cholesterin, HDL-Cholesterin, Triglyceride)

Beratung

- Gesundheitsbezogene Änderungspotenziale der Versicherten sollen durch motivierende Gesprächsführung identifiziert werden, um darauf aufbauend geeignete, abgestimmte Schritte zur Verhaltensänderung zu erörtern.

Bewertungsausschuss
hat sechs Monate Zeit

Einzelheiten der
Neugestaltung

- Risikoadaptierte Beratung, insbesondere auch über das anhand von Risk-Charts ermittelte kardiovaskuläre Risiko und über entsprechende Managementstrategien.

Dokumentation

- Die Verpflichtung, die Ergebnisse der Gesundheitsuntersuchung auf dem Berichtsvordruck (Muster 30) zu dokumentieren, entfällt. Die Dokumentation erfolgt künftig ausschließlich in der Patientenakte.

Der vollständige Beschluss ist auf der Internetseite des G-BA abrufbar (<https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/10/#tab/beschluesse/details/3427>).

3.5. Psychotherapeutische Akutbehandlung

Wir möchten darauf hinweisen, dass nach § 15 der Psychotherapievereinbarung die Therapeutin oder der Therapeut der Krankenkasse eine Akutbehandlung spätestens mit ihrem Beginn auf dem Formular PTV 12 anzuzeigen hat. Sollte dieser Anzeigepflicht gegenüber der Krankenkassen nicht nachgekommen werden, ist nicht auszuschließen, dass die Krankenkassen zukünftig Regressanträge hinsichtlich der abgerechneten Leistungen der Akutbehandlung stellen werden, weil die entsprechende Anzeige nicht vorliegt.

Regressanträge
möglich

3.6. Tonsillotomievertrag mit der pronova BKK: Neue Teilnahme- und Einwilligungserklärung für Versicherte

Die Teilnahme- und Einwilligungserklärung Versicherte enthält ab sofort weitere Hinweise zur Datennutzung und -weiterverarbeitung im Sinne der EU-DSGVO.

Zu finden im KVN-Portal: Verträge/Besondere Versorgung/pronova BKK - Tonsillotomie

3.7. Hausarztvertrag mit der AOK Bremen / Bremerhaven: Neue Teilnahme- und Einwilligungserklärung für Versicherte

Die Teilnahme- und Einwilligungserklärung Versicherte ist um Hinweise zur Datenweiterverarbeitung im Sinne der EU-DSGVO erweitert worden. Das Dokument ist als PDF-Download innerhalb der HzV-Webanwendung verfügbar.

3.8. BKK Erweitertes Präventionsangebot für Kinder U10/ U11 (Starke Kids): Vertragsteilnahme der BKK EWE endet zum 31. Dezember 2018

Die BKK EWE beendet ihre Vertragsteilnahme zum 31. Dezember 2018. Somit sind die Gebührenordnungspositionen 99216 (U10) und 99217

(U11) für Versicherte dieser Kasse nur noch im 4. Quartal 2018 abrechenbar.

Den vollständigen Vertrag finden Sie im KVN-Portal: Verträge/Besondere Versorgung/BKK - Prävention für Kinder - Starke Kids (U10/ U11)

3.9. Versorgung „Gesund schwanger“: Ab Januar 2019 auch für BKK B. Braun Melsungen und BKK Linde

Damit treten zwei weitere BKK der besonderen Versorgung „Gesund schwanger“ bei. Hier eine Übersicht:

Krankenkasse	VKNR
BAHN-BKK	40401
Bertelsmann BKK	19557
BKK Aesculap	58430
BKK B. Braun Melsungen AG (ab 1. Januar 2019)	42401
BKK Deutsche Bank AG	24413
BKK Diakonie	19402
BKK Linde (ab 1. Januar 2019)	45411
BKK Melitta Plus	19540
BKK Voralb HELLER*INDEX*LEUZE	61493
Daimler Betriebskrankenkasse	61491
DIE BERGISCHE KRANKENKASSE	37436
Salus BKK	40410
Südzucker BKK	52405
VIACTIV Krankenkasse	18405

Übersicht

Näheres im KVN-Portal: Verträge/Besondere Versorgung/BKK - Gesund schwanger

3.10. Einbeziehungsvereinbarungen zur psychotherapeutischen integrierten Versorgung der Audi BKK enden am 31. Dezember 2018

Seit 1. Oktober 2018 bietet die Audi BKK ihren Versicherten in Zusammenarbeit mit der Deutschen Psychotherapeuten Vereinigung (DPtV) und der KVN ein neues besonderes (akut-) psychotherapeutisches Angebot an.

Infolgedessen enden die bisherigen vertraglichen Vereinbarungen zum 31. Dezember 2018. Das heißt: Die GOP 98270, 98271, 98272, 98273, 98274 sind nur noch im laufenden Quartal abrechenbar.

Näheres zum Neu- bzw. Nachfolgevertrag finden Sie im KVN-Portal: Verträge/Besondere Versorgung/„Audi BKK - (akut-) psychotherapeutische Versorgung“

3.11. Änderungshinweis Formularbezug Bezirksstelle Osnabrück

Bis dato haben Sie in der KVN-Bezirksstelle Osnabrück Ihre Formulare bestellt bzw. persönlich abgeholt. Aus betriebsinternen Gründen stehen Ihnen diese Wege zukünftig nicht mehr zur Verfügung. Daher bitten wir Sie, Ihre Formulare ab dem 1. Dezember 2018 direkt über den Paul Albrechts Verlag zu beziehen.

Das Bestellformular stellen wir für Sie im KVN-Portal unter Bezirksstellen/Osnabrück/Formularbestellungen/Formulare allgemein bereit.

Die Kontaktdaten des Verlages lauten wie folgt:

Paul Albrechts Verlag
Hamburger Straße 6
22952 Lütjensee
Telefon 04154 7990
www.pav.de

Wir bitten um Ihr Verständnis, dass nun auch wir den niedersachsenweit bewährten Weg einschlagen.

4. Veranstaltungen im Dezember 2018 und Januar 2019

Hier bekommen Sie eine Übersicht über Seminare und Fortbildungen der KVN mit noch freien Plätzen im Dezember 2018 und Januar 2019. Ein Anmeldefax ist beigefügt. Bitte nutzen Sie für unterschiedliche Seminare separate Anmeldefaxe. Die ausgefüllten Anmeldungen faxen Sie bitte an folgende Nummer: **0511 380-4620**.

Weitere Informationen, welche Angebote für Ihre Praxis und die MitarbeiterInnen am besten geeignet sind, finden Sie auf unserer Internetseite. Dort können Sie sich auch direkt online anmelden:

<http://www.kvn.de/Seminarangebot/>

Name	Ort	Datum	Gebühr p. P.
Qualitäts- und Praxismanagement			
Datenschutz in der Arztpraxis	Stade	12.Dez	139 Euro
Datenschutz in der Arztpraxis	Stade	23.Jan	50 Euro
Tatort: Wartezimmer	Hannover	01.Dez	125 Euro
Abrechnung und Verordnung			
Strukturiertes Geriatrisches Schulungsprogramm	Hannover	08.Dez	119 Euro
Sprechstundenbedarf	Aurich	10.Jan	kostenlos

Verbindliche Anmeldung (bitte vollständig ausfüllen)

Fax an 0511 380-4620

Ich nehme am Seminar

mit _____ Person/en teil.

Datum des Seminars

Vor- und Nachname(n) der/des Teilnehmer/s

Vor- und Nachname des Rechnungsempfängers (Praxis)

Anschrift des Rechnungsempfängers (Straße, PLZ, Ort)

LANR

BSNR

E-Mail-Adresse

Telefonnummer für evtl. Rückfragen

Datum

**Mit der verbindlichen Anmeldung
akzeptiere ich die AGB der KVN.**

Stempel

5. Anlagenverzeichnis

5.1. Informationsschreiben

5.2. Kopiervorlage

5.3. Sammelerklärung

Gemeinsame Arbeitsgruppe Arzneimittel

Kassenärztliche Vereinigung
Niedersachsen

Verbände der gesetzlichen
Krankenkassen in Niedersachsen



Adalimumab-Biosimilars

Der Patentschutz von Humira® lief am 16.10.2018 aus. Ab sofort stehen kostengünstige Biosimilars zur Verfügung.

Biosimilars sind biotechnologisch hergestellte Arzneimittel, die in einem speziell entwickelten Zulassungsverfahren der Europäischen Zulassungsbehörde auf ausreichende Ähnlichkeit zum Referenzprodukt geprüft werden. Anders als bei Generika müssen Biosimilar-Hersteller für die Zulassungserteilung umfangreiche Unterlagen mit eigenen Studien zur pharmazeutischen Qualität des Biosimilars und zur Vergleichbarkeit (Biosimilarität) mit dem zugelassenen Referenzarzneimittel vorlegen.¹ Mit der Zulassung wird eine therapeutische Gleichwertigkeit des Biosimilars zum Referenzarzneimittel bestätigt.

Aufgrund der Verwendung von lebenden Zellen während des Herstellungsprozesses, bestehen minimale Unterschiede sowohl zwischen den Chargen des Referenzarzneimittels selbst als auch von Referenzarzneimittel zu Biosimilars und deren Chargen. Diese minimalen Unterschiede haben keine Auswirkung auf Sicherheit und Qualität des Endproduktes.

Adalimumab-Biosimilars sind daher genauso sicher und wirksam wie Humira®.

Neu auf dem Markt sind folgende Adalimumab-Biosimilars:

Handelsname	Nicht zugelassene Indikationen ²	Preis N3 (6 Stück), 40mg ³	Ersparnis gegenüber Humira®
Humira®	---	5.021,91 €	---
Amgevita®	Uveitis bei Kindern und Jugendlichen	4.275,71 €	15 %
Hyrimoz®	---	3.967,63 €	21 %
Imraldi®	Uveitis bei Kindern und Jugendlichen	3.164,36 €	37 %

Biosimilars müssen namentlich verordnet werden. Die Apotheke darf keinen eigenmächtigen Austausch untereinander vornehmen. Auch eine reine Wirkstoffverordnung ist nicht zulässig.

Die Verordnung von Biosimilars fördert den Wettbewerb und kann zu bedeutenden Kosteneinsparungen führen.

¹ https://www.bfarm.de/DE/Arzneimittel/Arzneimittelzulassung/Zulassungsarten/Zulassung_von_Biosimilars/_node.html

² Im Vergleich zu Humira®

³ Stand 01.11.2018 gemäß Lauer-Taxe, Herstellerrabatt und Apothekenrabatt sind berücksichtigt. **Teilweise Preissenkungen zum 15.11.2018 angekündigt.**

Merkblatt für Patienten

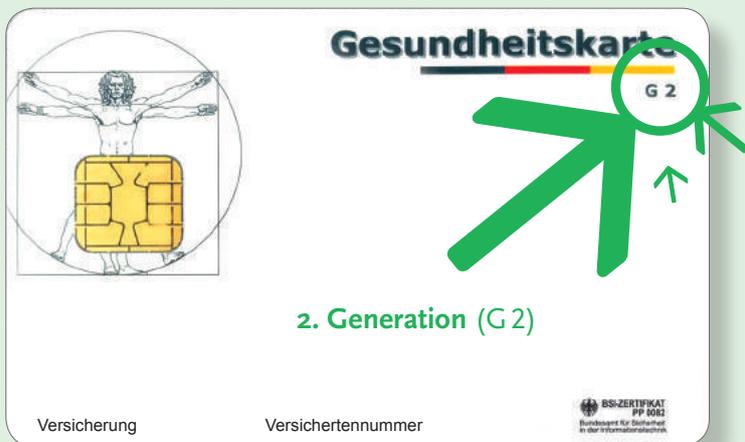
➤ Die elektronische Gesundheitskarte (eGK)

Fragen und Antworten zu Problemen beim Einlesen der eGK

Die Telematikinfrastuktur ist da – in dieser Praxis werden bereits die Daten Ihrer elektronischen Gesundheitskarte (eGK) online mit Ihrer Krankenkasse abgeglichen.

➤ Welche Karten sind gültig?

Gesundheitskarten der 2. Generation (G2) sind **gültig**, mit diesen Karten kann der Datenabgleich durchgeführt werden.



2. Generation (G2)

➤ Warum hat das Einlesen ggf. bei einem anderen Arzt noch funktioniert?

Eventuell wird in einer anderen Praxis noch kein Datenabgleich durchgeführt, da diese noch nicht an die Telematikinfrastuktur angeschlossen ist.

➤ Was müssen Sie als Patient tun, wenn Ihre eGK ungültig ist?

Bitte prüfen Sie zunächst, ob Ihre Krankenkasse Ihnen bereits eine Gesundheitskarte der 2. Generation zugestellt hat. Sollte dies nicht der Fall sein, nehmen Sie umgehend Kontakt mit Ihrer Krankenkasse auf und fordern Sie eine neue, gültige eGK an. Für die Übergangszeit sollten Sie einen „anderen Versichertenachweis“ Ihrer Krankenkasse anfordern, um diesen bei Ihrem Zahnarzt/Arzt vorlegen zu können. Damit können Sie nachweisen, dass Sie weiterhin bei der Krankenkasse versichert sind.

➤ Warum sind die anderen Karten ungültig?

Gesundheitskarten der 1. Generation (G1) sind **ungültig**, da diese die technischen Voraussetzungen zum Datenabgleich nicht erfüllen.

➤ Was passiert, wenn Sie keine gültige eGK und keinen anderen Versichertenachweis vorlegen?

Wenn Sie weder eine gültige eGK noch einen anderen Versichertenachweis vorlegen, kann der Zahnarzt/Arzt für die Behandlung eine Privatvergütung verlangen.

Bei weiteren Fragen zu Ihrer eGK oder zum Datenabgleich wenden Sie sich bitte direkt an Ihre Krankenkasse.

Eine gemeinsame Serviceinformation der

www.kvn.de
info@kvn.de

www.kzvn.de
info@kzvn.de



KVN

Kassenärztliche Vereinigung
Niedersachsen



Kassenzahnärztliche Vereinigung
Niedersachsen



Informationen für die Praxis

KVN-Rundschreiben

Oktober 2018

Inhaltsverzeichnis

1. Abrechnung	2
1.1. Änderungen beim Umgang mit der europäischen Krankenversicherungskarte (EHIC) mit Wirkung zum 1. Oktober 2018.....	2
2. Verordnungen.....	3
2.1. Verordnung von Grippeimpfstoffen nur ohne Kanüle..	3
2.2. Darzalex® (Daratumumab) in Teilindikation als Praxisbesonderheit anerkannt.....	3
2.3. Gemeinsame Arbeitsgruppe Arzneimittel – Rezept-Info zum Thema Vitamin D.....	4
3. Allgemeine Hinweise.....	4
3.1. Änderungen am Vertrag Ärzteunfallversicherungsträger – Neue Beschlüsse der Ständigen Gebührenkommission mit Wirkung ab 1. Oktober 2018.....	4
3.2. AOK - Junior: Freiumsschläge für die Teilnahme- und Datenschutzerklärungen	6
3.3. Terminvorankündigung: Neujahrsempfang am 22. Januar 2019 der KVN Bezirksstelle Aurich und der Oldenburgischen Landesbank AG (OLB)	6
3.4. Psychotherapeutische Akutbehandlung zeitnah anzeigen	6
4. Veranstaltungen im November und Dezember 2018.....	6
5. Anlagenverzeichnis.....	11
5.1. Rezept-Info zu Vitamin D.....	11

1. Abrechnung

1.1. Änderungen beim Umgang mit der europäischen Krankenversicherungskarte (EHIC) mit Wirkung zum 1. Oktober 2018

Wir möchten Ihnen nachfolgend die zum 1. Oktober 2018 in Kraft tretenden Änderungen in Kürze vorstellen.

Fahrender Notdienst

Im fahrenden Notdienst bestand bislang das Problem, dass die Kopie der EHIC zur Dokumentation des Behandlungsanspruchs wegen fehlender unmittelbarer Kopiermöglichkeit oder anderer geeigneten Erfassungsmöglichkeiten nicht erstellt werden konnte.

Künftig ist es im fahrenden Notdienst zulässig, die Daten der EHIC oder der provisorischen Ersatzbescheinigung händisch zu erfassen. Vom Arzt sind folgende Daten zu erfragen und zu erfassen:

- Herkunftsland sowie jeweils unter Angabe der zugehörigen Ordnungsnummer (3. bis 9.) Vor- und Nachname des Versicherten,
- Geburtsdatum,
- Persönliche Kennnummer,
- Kennnummer des Trägers,
- Kennnummer der Karte und Ablaufdatum,
- bei Vorlage einer provisorischen Ersatzbescheinigung zusätzlich die Gültigkeitsdauer und das Ausgabedatum.

EHIC-Daten dürfen händisch erfasst werden

Anpassung der Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung

In dem Formular wird eine neue Zeile „Name des behandelnden Arztes“ eingefügt. Dies ermöglicht den Krankenkassen die eindeutige Zuordnung der Patientenerklärung zur Kopie der EHIC. Die neue Patientenerklärung wird ab 1. Oktober 2018 in 13 Sprachen in Ihren Praxisverwaltungssystemen enthalten sein. Alte Patientenerklärungen dürfen dann nicht mehr verwendet werden.

Neues Formular: Nationaler Anspruchsnachweis

Dieses Formular erhalten die Patienten bei ihrer Krankenkasse und legen es in der Praxis vor. Darauf dokumentieren die Krankenkassen den genehmigten Leistungsumfang für Patienten nach Abkommensrecht beziehungsweise nach EG-Recht für Patienten, die für eine Behandlung nach Deutschland eingereist sind. Bislang erfolgte die Dokumentation auf einem Abrechnungsschein.

Genehmigter Leistungsumfang wird bescheinigt

Überarbeitete Praxismaterialien

Die Checkliste für die Praxis „So funktioniert die Abrechnung bei Patienten, die im Ausland krankenversichert sind“ sowie das Merkblatt „Hin-

weise und Erläuterungen zur vertragsärztlichen Versorgung von Personen, die im Ausland krankenversichert sind“ wurden überarbeitet. Beide Dokumente sind im KVN-Portal im Downloadbereich unter [Verträge - Sonstige Verträge](#) - für Sie eingestellt.

2. Verordnungen

2.1. Verordnung von Grippeimpfstoffen nur ohne Kanüle

Eine Verordnung der verschiedenen Grippeimpfstoffe kann nur ohne Kanüle erfolgen. Nur wenn ein Impfstoff nicht lieferbar ist, ist die Apotheke berechtigt, auch Impfstoffe mit Kanülen abzugeben. Für diesen Austausch gibt es klare Regelungen zwischen den Apotheken und den Krankenkassen. Hierfür ist aber kein neues Rezept notwendig, es gilt weiterhin die Verordnung ohne Kanüle! Nur so kann auch die Nichtlieferfähigkeit von der Apotheke dokumentiert werden.

Bei Ausstellung einer Verordnung von Grippeimpfstoffen mit Kanüle besteht die Gefahr, dass die Krankenkassen ggf. Regressanträge stellen. In Zweifelsfällen gibt Ihnen Ihre Bezirksstelle Auskunft.

2.2. Darzalex® (Daratumumab) in Teilindikation als Praxisbesonderheit anerkannt

Darzalex® (Wirkstoff Daratumumab) wird als Kombinationstherapie ab dem 15. September 2018 nach einer Vereinbarung zwischen dem GKV-Spitzenverband und dem pharmazeutischen Unternehmer Janssen-Cilag GmbH ab dem ersten Behandlungsfall als Praxisbesonderheit ausschließlich im Anwendungsgebiet mit einem Zusatznutzen laut G-BA-Beschluss vom 15. Februar 2018 anerkannt:

Darzalex ist indiziert in Kombination mit Lenalidomid und Dexamethason oder Bortezomib und Dexamethason für die Behandlung erwachsener Patienten mit multiplen Myelom, die bereits mindestens eine Therapie erhalten haben.

In diesem Anwendungsgebiet wurde Darzalex ein Hinweis auf einen beträchtlichen Zusatznutzen zuerkannt. Der Beschluss des G-BA ist bis zum 1. Oktober 2021 befristet.

Die Vorgaben der Fachinformation sind zu berücksichtigen. Weitere Anwendungsgebiete oder Erweiterungen des Anwendungsgebietes sind nicht von der Praxisbesonderheit umfasst. Die Anerkennung als Praxisbesonderheit besteht, sobald und solange Janssen-Cilag Darzalex® in Deutschland vertreibt.

Die Einleitung und Überwachung der Behandlung mit Daratumumab muss durch in der Therapie von Patienten mit multiplen Myelom erfahrene Fachärzte für Innere Medizin, Hämatologie und Onkologie erfolgen.

Lieferungen mit Kanüle
nur bei
Lieferengpässen
- Verantwortung liegt
bei der Apotheke

Behandlung von
multiplem Myelom, nur
durch darin erfahrene
Fachärzte

Wichtiger Hinweis: Diese Praxisbesonderheit ersetzt die Praxisbesonderheit vom 23. Juni 2017 zu Darzalex®. Somit ausdrücklich **nicht** mehr von dieser Praxisbesonderheit umfasst ist die Anwendung von Darzalex® als Monotherapie für die Behandlung erwachsener Patienten mit rezidivierendem und refraktärem multiplen Myelom, die bereits mit einem Proteasom-Inhibitor und einem Immunmodulator behandelt wurden, und die während der letzten Therapie eine Krankheitsprogression zeigten.

Weitere Informationen finden Sie unter www.g-ba.de und www.gkv-spitzenverband.de. Auf der Internetseite des GKV-Spitzenverbandes finden Sie außerdem eine Aufstellung der vereinbarten Praxisbesonderheiten aufgrund des Verfahrens der frühen Nutzenbewertung. Kurzlink: <http://www.haeverlag.de/n/053>.

2.3. Gemeinsame Arbeitsgruppe Arzneimittel – Rezept-Info zum Thema Vitamin D

Im Anhang finden Sie eine weitere Rezept-Info der AG GKV/KVN Arzneimittel zu dem Thema Vitamin D. Darin werden unter anderem Hinweise zur Bestimmung des Vitamin-D-Status und zur Verordnungsfähigkeit von Vitamin D zu Lasten der GKV gegeben.

Rezept-Infos enthalten sowohl Empfehlungen für den behandelnden Arzt als auch Vordrucke für die Patienteninformation.

Anlage 5.1: Rezept-Info zu Vitamin D.

Infos zur Bestimmung des Vitamin-D-Status

3. Allgemeine Hinweise

3.1. Änderungen am Vertrag Ärzteunfallversicherungsträger – Neue Beschlüsse der Ständigen Gebührenkommission mit Wirkung ab 1. Oktober 2018

1. Heilverfahrenskontrolle

Neu eingeführt wurde die Heilverfahrenskontrolle als neue Leistung Nr. 34 der UV-GOÄ. Künftig haben Ärzte die Möglichkeit, Einschätzungen zum bisherigen Verlauf des Heilverfahrens oder zu geplanten medizinischen Behandlungen auf Wunsch des Versicherten oder nach Auftrag durch den Unfallversicherungsträger abzugeben.

Diese neue Leistung umfasst insbesondere die Sichtung und Auswertung der vorhandenen medizinischen Unterlagen einschließlich bildgebender Diagnostik, eine umfassende Untersuchung und Beratung sowie die zeitnahe Erstattung eines Berichtes über dieses Untersuchungsergebnis. Sie wird mit 65 Euro vergütet. Eine Mitwirkung bei der Erstellung des Reha-Planes nach Nr. 17 UV-GOÄ kann daneben nicht abgerechnet werden.

65 Euro Vergütung für ärztliche Einschätzung des Behandlungsverfahrens

2. Beratung von verletzten Kindern

Der besondere Beratungsbedarf bei unfallverletzten Kindern bis zum 6. Geburtstag wird künftig durch die Nr. 6 UV-GOÄ anstelle der Nr. 1 UV-GOÄ abgebildet. Damit wird diese ärztliche Leistung höher bewertet.

3. Neue Formtexte im Bereich Dermatologie

Im Bereich der Dermatologie sind zwei neue Formtexte vereinbart worden:

- a) Vordruck F 6120 - Bericht Hautkrebs BK - 5103 - Vergütung 30 Euro (Nr. 135 UV-GOÄ)
- b) Vordruck F 6122 - Nachsorgebericht Hautkrebs BK - Nr. 5103 - Vergütung 50 Euro (Nr. 135a UV-GOÄ)

4. Acht Formtexte sind entfallen - dafür bei Bedarf Bericht in freier Form

Im Rahmen der Entbürokratisierung sind folgende Formtexte mit Wirkung ab 1. Oktober 2018 entfallen:

- a) F 1102 - Auskunft Kopfverletzung
- b) F 1104 - Auskunft Komplikation Gliedmaßverletzung
- c) F 1108 - Auskunft Verbrennung
- d) F 1114 - Ausführliche Auskunft allgemein
- e) F 1116 - Ausführliche Auskunft Augen
- f) F 1120 - Bericht neurologischer Befund
- g) F 2132 - Ausführlicher Bericht Kopfverletzung
- h) F 2134 - Ausführlicher Bericht Knie

Ausführliche Befundberichte in diesen Bereichen können bei Bedarf künftig nach der Nr. 118 UV-GOÄ in freier Form erbracht werden (Vergütung 30,75 Euro).

5. Ab 2020 keine Formtexte mehr in Papierform

Ab 1. Januar 2020 stellen die Landesverbände der DGUV keine Formulare mehr in Papierform zur Verfügung. Die Formtexte sind dann ausschließlich im PDF-Format elektronisch verfügbar. Voraussichtlich bis Ende des Jahres 2018 werden ausfüllbare PDF-Dateien zur Verfügung gestellt, die von der Homepage der DGUV unter: <https://www.dguv.de/Formtexte/Index.jsp> abgerufen und direkt ausgefüllt oder in die Praxissoftware übernommen werden können.

Es handelt sich hierbei zunächst um die folgenden Formtexte:

- F 1030 - Augenarztbericht
- F 1040 - HNO-Arztbericht
- F 1050 - Ärztliche Unfallmeldung
- F 6000 - Ärztliche Anzeige Verdacht Berufskrankheit
- F 6050 - Erstbericht Hautarzt BK 5101
- F 6052 - Verlaufsbericht Hautarzt

Die Abrechnungsvordrucke F 9990, F 9992 und F 9994 werden ebenfalls nicht mehr gedruckt, da die Abrechnung auch in freier Form als Privatrechnung erfolgen kann.

Weniger Formulare

DGUV stellt völlig auf elektronische Dokumente um

3.2. AOK - Junior: Freiumschräge für die Teilnahme- und Datenschutzerklärungen

Die Übermittlung der Patientenerklärungen an die KVN-Bezirksstelle entfällt künftig. Sie sind stattdessen am Ende eines jeden Quartals gesammelt per Freiumschräge direkt zur AOK Niedersachsen, Hans-Böckler-Allee 13, 30173 Hannover, zu senden.

Die Freiumschräge sind mittels Bestellschein beim Zentralversand der KVN zu beziehen: [KVN-Portal > Bezirksstellen > Standort auswählen > Formularbestellungen > Link: Bestellschein Flyer und Plakate AOK Niedersachsen](#)

Weiterhin gilt: Die Originalerklärungen gehören zu Nachweiszwecken in die Patientenakte.

Nur noch gebündelte
Übersendung der
Erklärungen

3.3. Terminvorankündigung: Neujahrsempfang am 22. Januar 2019 der KVN Bezirksstelle Aurich und der Oldenburgischen Landesbank AG (OLB)

Die KVN-Bezirksstelle Aurich und die OLB führen gemeinsam einen Neujahrsempfang am Dienstag, 22. Januar 2019, 18 Uhr, im Gebäude der KVN-Bezirksstelle Aurich, Kornkamp 50, 26605 Aurich, durch.

Prof. Dr. Herrmann, European Medical School, Carl von Ossietzky University, wird einen Fachvortrag zum Thema „Transkranielle Hirnstimulation: Mechanismen und Anwendungen“ halten.

Alle Vertragsärzte und Psychologischen Psychotherapeuten sind herzlich eingeladen, am Neujahrsempfang teilzunehmen. Eine Einladung hierzu erfolgt im November. Bitte merken Sie sich den Termin schon jetzt vor.

Save the Date

3.4. Psychotherapeutische Akutbehandlung zeitnah anzeigen

Bitte beachten Sie: Nach § 15 der Psychotherapievereinbarung muss die Therapeutin oder der Therapeut der Krankenkasse eine Akutbehandlung spätestens mit ihrem Beginn auf dem Formular PTV 12 anzeigen. Unterbleibt dies, ist nicht auszuschließen, dass die Krankenkassen zukünftig Regressanträge hinsichtlich der abgerechneten Leistungen der Akutbehandlung stellen werden.

Vorsicht Regresse

4. Veranstaltungen im November und Dezember 2018

Hier bekommen Sie eine Übersicht über Seminare und Fortbildungen der KVN mit noch freien Plätzen im November und Dezember 2018. Ein Anmeldefax ist beigefügt. Bitte nutzen Sie für unterschiedliche Seminare

separate Anmeldefaxe. Die ausgefüllten Anmeldungen faxen Sie bitte an folgende Nummer: **0511 380-4620**.

Weitere Informationen, welche Angebote für Ihre Praxis und die MitarbeiterInnen am besten geeignet sind, finden Sie auf unserer Internetseite. Dort können Sie sich auch direkt online anmelden:

<http://www.kvn.de/Seminarangebot/>

Name	Ort	Datum	Gebühr p. P.
Qualitäts- und Praxismanagement			
Auf dem Weg zum Erfolgsteam	Oldenburg	14.Nov	120 Euro
Betriebliches Gesundheitsmanagement in medizinischen Einrichtungen	Hannover	20.Okt	70 Euro
Effektive Kommunikation in der Arztpraxis	Aurich	21.Nov	80 Euro
Erfolgreiches Management für die moderne Arztpraxis	Aurich	24.Okt	80 Euro
Fehler- und Risikomanagement in der Praxis	Oldenburg	10.Nov	135 Euro
Führungskunst - Sicher führen und überzeugen	Hannover	03.Nov	119 Euro
Gesundheit von PraxismitarbeiterInnen erhalten und schützen	Oldenburg	21.Nov	kostenlos
Der kleine Knigge - Souverän in den Berufsalltag	Hannover	19.Okt	115 Euro
Interne Schulungen gekonnt durchführen	Hannover	28.Nov	119 Euro
Teamführung und Konfliktprävention	Aurich	14.Nov	40 Euro
Telefonieren in der Arztpraxis	Aurich	17.Okt	80 Euro
Terminplanung	Aurich	07.Nov	80 Euro

Datenschutz in der Arztpraxis	Stade	12.Dez.	139 Euro
Tatort Wartezimmer	Hannover	01.Dez.	125 Euro
Teamwork in der Arztpraxis	Aurich	05.Dez.	80 Euro
Abrechnung und Verordnung			
Abrechnung aktuell	Oldenburg	17.Okt	kostenlos
Freude mit Formularen - Modul 3	Oldenburg	03.Nov	45 Euro
Heilmittelschulung für MFA	Hildesheim	17.Okt	kostenlos
Heilmittelschulung für MFA	Osnabrück	07.Nov	kostenlos
Heilmittelschulung für MFA	Lüneburg	21.Nov	kostenlos
Sicher durch den „Heilmittel-Verordnungs-Dschungel“	Hannover	07.Nov	kostenlos
Sicher durch den „Heilmittel-Verordnungs-Dschungel“	Oldenburg	13.Nov	kostenlos
Kooperation und Abrechnung	Hannover	21.Nov	kostenlos
Medizin im Bereitschaftsdienst	Cuxhaven	07.Nov	30 Euro
Offene Fragestunde für MFA	Stade	17.Okt	kostenlos
Richtig kodieren nach ICD 10	Aurich	25.Okt	kostenlos
Verordnungsweise in der täglichen Praxis	Hannover	10.Okt	kostenlos
<u>SGS - Strukturiertes Geriatri-sches Schulungsprogramm (für Diabetologische Schwerpunktpraxen)</u>	Hannover	8.Dez.	119 Euro
Medizinische und psychotherapeutische Themen			
Behandlungs- und Schulungsprogramm Typ 2-Diabetiker mit Normalinsulin	Hannover	17.Okt	61 Euro

Diabetes und Verhalten - für Menschen mit Typ 2-Diabetes, die Insulin spritzen	Hannover	03.Nov	185 Euro
DMP Asthma und COPD	Stade	14.Nov	20 Euro
DMP Diabetes mellitus Typ 2	Verden	24.Nov	20 Euro
DMP KHK	Verden	24.Nov	20 Euro
Hautkrebs-Screening für Hausärzte	Aurich	20.Okt	168 Euro
HZV Sonderverträge (2-tägig)	Verden	26.Okt	135 Euro
HZV Sonderverträge (2-tägig)	Verden	16.Nov	135 Euro
Notfallseminar	Aurich	07.Nov	70 Euro
Sinnhaftigkeit von Terminservicestellen bei depressiven Patienten	Hannover	27.Okt	kostenlos
Wundversorgung	Wilhelms-haven	24.Okt	kostenlos
Wirtschaftsseminare			
Existenzgründer- und Praxisabgebortag	Hannover	10.Nov	kostenlos
Niederlassen in Niedersachsen	Göttingen	20.Okt	kostenlos
Niederlassen in Niedersachsen	Oldenburg	24.Okt	kostenlos
Niederlassen in Niedersachsen	Göttingen	27.Okt	kostenlos

Verbindliche Anmeldung (bitte vollständig ausfüllen)

Fax an 0511 380-4620

Ich nehme am Seminar

mit _____ Person/en teil.

Datum des Seminars

Vor- und Nachname(n) der/des Teilnehmer/s

Vor- und Nachname des Rechnungsempfängers (Praxis)

Anschrift des Rechnungsempfängers (Straße, PLZ, Ort)

LANR

BSNR

E-Mail-Adresse

Telefonnummer für evtl. Rückfragen

Datum

**Mit der verbindlichen Anmeldung
akzeptiere ich die AGB der KVN.**

Stempel

5. Anlagenverzeichnis

5.1. Rezept-Info zu Vitamin D.

Gemeinsame Arbeitsgruppe Arzneimittel

Kassenärztliche Vereinigung
Niedersachsen

Verbände der gesetzlichen
Krankenkassen in Niedersachsen



Rezept-Info – Vitamin D

Vitamin D₃ (Cholecalciferol) wird in der Haut unter Einwirkung von UVB-Strahlung aus Cholesterin vom Körper synthetisiert. In seiner *Wirkform Calcitriol* (1,25(OH)₂-Cholecalciferol) ist es im Wesentlichen für die Calcium-Resorption in Darm und Niere zuständig und sorgt damit für die Aufrechterhaltung der physiologischen Calcium-Konzentration im Blut.¹ Eine fehlende prophylaktische Gabe von Vitamin D kann bei Säuglingen und Kleinkindern zu Rachitis führen; bei Erwachsenen bewirkt ein ausgeprägter Vitamin-D-Mangel Osteomalazie.¹

Nach Angaben der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE) zählen neben Säuglingen Menschen, die sich wenig oder gar nicht im Freien aufhalten (können), Menschen mit dunkler Hautfarbe sowie - wegen der Abnahme der Vitamin-D-Bildung im Alter - ältere Menschen zu den Risikogruppen für einen Vitamin-D-Mangel.²

Etwa 80 bis 90 % des Vitamin-D-Bedarfs bildet der Körper selbst und nur 10 bis 20 % werden über die Nahrung aufgenommen.² Je nach Hauttyp ist in den Sommermonaten die Sonnenlichtbestrahlung von einem Viertel der Körperoberfläche (Gesicht, Hände, Teile von Armen und Beinen) für 5-10 Minuten sowie im Frühjahr und Herbst für 20-25 Minuten für die körpereigene Vitamin-D-Produktion ausreichend.² Im Winter, wenn die Sonnenstrahlen in einem zu flachen Winkel einfallen, findet die Vitamin-D-Versorgung über die *Speicherform Calcidiol* (25(OH)-Cholecalciferol) statt.³

Die Bestimmung des Vitamin-D-Status (Konzentration des 25(OH)-Cholecalciferol bzw. 1,25(OH)₂-Cholecalciferol im Serum) ist nur bei medizinischer Notwendigkeit mit guter Dokumentation und Begründung zu Lasten der GKV möglich.⁴ Allerdings muss diese im Rahmen einer ambulant-kurativen Behandlung erfolgen, als Screeningleistung gemäß Einheitlichem Bewertungsmaßstab (EBM) ist sie nicht erstattungsfähig. Ist die Spiegelbestimmung ausschließlich ein Wunsch des Patienten, so ist die Bestimmung vom Patienten selbst zu zahlen.

Verordnungsfähigkeit zu Lasten der GKV

Die Verordnungsfähigkeit von Vitamin D-haltigen Arzneimitteln zu Lasten der GKV ist eingeschränkt. Für Erwachsene und Jugendliche ab 12 Jahren (bei Entwicklungsverzögerung ab 18 Jahren) gelten für die Verordnung von apothekenpflichtigen, nicht verschreibungspflichtigen Vitamin-D-Arzneimitteln die Vorgaben der Anlage I der Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL) Nr. 11:

- nur zur Behandlung der manifesten Osteoporose,

¹ Mutschler E et al. Mutschler Arzneimittelwirkungen. 10. Auflage 2013, Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH

² Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V. (DE) mit dem Bundesinstitut für Risikobewertung (BfR) und dem Robert Koch Institut (RKI) (2012) Ausgewählte Fragen und Antworten zu Vitamin D. Abrufbar unter <https://www.dge.de/wissenschaft/weitere-publikationen/fags/vitamin-d/#vitdversorgung> (letzter Zugriff am 23.08.2018)

³ Siebenand S (2012) Vitamin D: Das Hormon der Streithähne, Pharmazeutische Zeitung 06/2012, abrufbar unter: <https://www.pharmazeutische-zeitung.de/?id=40818> (letzter Zugriff am 28.08.2018)

⁴ Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM), GOP 32413 (25(OH)-Cholecalciferol) und GOP 32421 (1,25(OH)₂-Cholecalciferol), abrufbar unter <http://www.kbv.de/html/online-ebm.php> (letzter Zugriff am 29.08.2018)

- nur zeitgleich zur Steroidtherapie bei Erkrankungen, die voraussichtlich einer mindestens sechsmonatigen Steroidtherapie in einer Dosis von wenigstens 7,5 mg Prednisolonäquivalent bedürfen,
- bei Bisphosphonat-Behandlung gemäß Angabe in der jeweiligen Fachinformation bei zwingender Notwendigkeit.

Verschreibungspflichtige Vitamin-D-Präparate dürfen nur in den zugelassenen Anwendungsgebieten und nach den Vorgaben der Fachinformation zu Lasten der GKV verordnet werden.⁵

Die Prophylaxe eines Vitamin-D-Mangels stellt keine Leistungspflicht der GKV dar. Eine Ausnahme bildet die Rachitis-Prophylaxe für Säuglinge und Kleinkinder bis zum vollendeten 2. Lebensjahr.⁶

Sind für die Behandlung eines Vitamin-D-Mangels frei verkäufliche Präparate medizinisch notwendig, zweckmäßig und ausreichend, sollen vorrangig diese zu Lasten des Patienten verordnet werden. Eine Verordnung von Arzneimitteln zu Lasten der GKV kann in diesen Fällen unwirtschaftlich sein! (AM-RL § 12 Abs.11)

⁵ z.B. bei Rachitis, Osteomalazie oder Hypoparathyroidismus oder ggf. zu einmaligen Anwendung bei der Anfangsbehandlung von Vitamin-D-Mangelzuständen.

⁶ gemäß § 23 Abs. 1 Satz 2 SGB V

Patienteninformation Vitamin D

Die Kassenärztliche Vereinigung und die Verbände der Krankenkassen in Niedersachsen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,



Vitamin D wird mit Hilfe der UV-Strahlung des Sonnenlichts in der Haut gebildet und ist im Körper für viele Funktionen wichtig. Es wird beispielsweise für die Knochengesundheit, die Muskelentwicklung und Muskelkraft gebraucht.



80 bis 90 % des Bedarfs an Vitamin D bildet der Körper selbst und nur etwa 10 bis 20 % werden über die Nahrung aufgenommen. Vitamin-D-haltige Nahrungsmittel sind vor allem Lachs und Hering sowie Eigelb und einige Speisepilze, wie Pfifferlinge oder Champignons.



Für die Eigenproduktion von Vitamin D ist ein regelmäßiger Aufenthalt im Freien wichtig. Im Frühjahr und Herbst sind bereits 20 bis 25 Minuten Sonnenlichtbestrahlung auf etwa einem Viertel der Körperoberfläche (Gesicht, Hände, Teile von Armen und Beinen) ausreichend. In den Sommermonaten werden nur 5 bis 10 Minuten Sonnenbestrahlung für die Vitamin-D-Versorgung benötigt. Da der Körper Vitamin D speichern kann, tragen diese Speicher der Sommermonate im Winter dazu bei, dass Vitamin D trotz unzureichender Sonnenstrahlung vorhanden ist.



Bei bestimmten Erkrankungen, wie z.B. einer manifesten Osteoporose, oder bei der Einnahme mancher Arzneimittel ist eine zusätzliche Einnahme von Vitamin D notwendig. Der Arzt stellt Ihnen in diesem Fall ein Kassenrezept über ein Vitamin-D-Präparat aus. Liegt allerdings kein behandlungsbedürftiger Vitamin-D-Mangel vor oder handelt es sich um eine Prophylaxe, kann Ihnen der Arzt nur ein Privatrezept ausstellen. Eine Kostenübernahme durch die gesetzliche Krankenversicherung ist nicht möglich.



Sprechen Sie Ihren Arzt auf Ihre Fragen zu Vitamin D an. Bitte beachten Sie auch, dass eine zu große Menge an eingenommenem Vitamin D ungesund sein kann und teilen Sie Ihrem Arzt mit, wenn Sie bereits Vitamin D einnehmen.



Praxisstempel

Gemeinsame Arbeitsgruppe Arzneimittel

Kassenärztliche Vereinigung
Niedersachsen

Verbände der gesetzlichen
Krankenkassen in Niedersachsen



Rezept-Info – Kurzinformation Vitamin D

- 80 bis 90 % des Vitamin-D-Bedarfs werden vom Körper aus Cholesterol synthetisiert.
- Die Prophylaxe eines Vitamin-D-Mangels stellt keine Leistungspflicht der GKV dar.
Ausnahme: Rachitis-Prophylaxe bei Säuglingen und Kleinkindern bis zum vollendeten 2. Lebensjahr
- Für Erwachsene und Jugendliche ab 12 Jahren (bei Entwicklungsverzögerung ab 18 Jahren) sind nicht-verschreibungspflichtige, apothekenpflichtige Vitamin-D-Arzneimittel nur bei manifester Osteoporose, gleichzeitiger Steroid-Therapie oder Bisphosphonat-Gabe verordnungsfähig (Anlage I, AM-RL, Nr. 11).
- Bei der Verordnung von verschreibungspflichtigen Vitamin-D-haltigen Arzneimitteln sind die zugelassenen Anwendungsgebiete und die Vorgaben der Fachinformationen zu berücksichtigen.



Informationen für die Praxis

KVN-Rundschreiben

September 2018

Inhaltsverzeichnis

1. Abrechnung	3
1.1. Abgabetermin Quartalsabrechnung 3/2018.....	3
1.2. Teilnahme am AbrechnungsCheck für Institute und Notfallambulanzen	3
1.3. TerminServiceStelle (TSS) - Vermittlung probatorischer Sitzungen.....	4
1.4. Mitteilung der fachgruppendurchschnittlichen Obergrenze für Kontrastmittel für das Quartal 4/2018 .	5
1.5. Amtliche Mitteilung der KVN zum HVM Teil B Nr. 16.1 und 16.2 für das 4. Quartal 2018 - Fachgruppen- durchschnittswerte für Laborindividualbudgets	5
1.6. Amtliche Mitteilung der KVN zum HVM für das 4. Quartal 2018 für Haus- und Kinderärzte	5
1.7. IKK zieht Kündigung der DSP-Vereinbarung der Primärkassen zurück	6
1.8. Knappschaft kündigt den Sondervertrag zur Behandlung der feuchten, altersabhängigen Makuladegeneration (AMD) mittels intravitrealer Eingabe von VEGF-Hemmern mit Wirkung zum 30. September 2018.....	6
1.9. Neufassung des Vertrages über ein strukturiertes Behandlungsprogramm (DMP) zur Verbesserung der Versorgung von Brustkrebspatientinnen in Niedersachsen mit Wirkung ab 1. Oktober 2018.....	6
2. Verordnungen.....	7
2.1. Tagrisso® (Osimertinib) in Teilindikation als Praxisbesonderheit anerkannt.....	7
2.2. Kyprolis® (Carfilzomib) als Praxisbesonderheit anerkannt	8
2.3. Keytruda® (Pembrolizumab) in weiterer Teilindikation als Praxisbesonderheit anerkannt.....	9
2.4. Anpassung der Rehabilitations-Richtlinie an das Bundesteilhabegesetz mit Wirkung zum 4. August 2018.....	10

2.5.	Kyntheum® (Brodalumab) als Praxisbesonderheit anerkannt	10
2.6.	Verordnung von Perücken	11
2.7.	Änderung der Anlage V (verordnungsfähige Medizinprodukte) der Arzneimittel-Richtlinie, Fristverlängerung	13
2.8.	Änderung der Heilmittelzuzahlung in der Arztpraxis, hier: Für Versicherte der SVLFG	13
2.9.	Änderung der Schutzimpfungs-Richtlinie (SI-RL) mit Wirkung zum 22. August 2018	14
2.10.	Gemeinsame Arbeitsgruppe Arzneimittel - Informationsschreiben zum Thema „Moderne Wundversorgung“	14
2.11.	Durchschnittswerte- Frühinformation für das 1. Quartal 2018 im Portal abrufbar	14
3.	Allgemeine Hinweise	15
3.1.	Hausarztvertrag mit der AOK Niedersachsen: Neue Einschreibevergütung mit Wirkung ab 1. Juli 2018 und Änderung im HzV-Modul Neuopad	15
3.2.	Ab 1. Oktober 2018 neuer Vertrag mit der AOK Niedersachsen - AOKTrio- Das Transitionsprogramm für mehr Gesundheitskompetenz von Teenagern	15
3.3.	Besondere (akut-) psychotherapeutische Versorgung mit der Audi BKK startet ab 1. Oktober 2018	16
3.4.	Besondere akutpsychotherapeutische Versorgung mit der Bosch BKK startet ab 1. Oktober 2018	17
3.5.	Früherkennungsuntersuchungen U10, U11 und J2 mit der Knappschaft: Neue Einschreibeformulare für Patienten zum 1. Oktober 2018	17
3.6.	Fortbildungskurs Kurative Mammographie nach der Mammographie-Vereinbarung („Befundungstraining“)	17
3.7.	Seminarangebote 2019	18
4.	Veranstaltungen im Oktober und November 2018	19
5.	Anlagenverzeichnis	23
5.1.	Kurzinfo TSS	23
5.2.	Amtliche Mitteilung zum HVM Teil B Nr. 16.1 und 16.2	23
5.3.	Amtliche Mitteilung zum HVM für Haus- und Kinderärzte 4/2018	23
5.4.	Informationsschreiben	23
5.5.	Fortbildungskurs	23

1. Abrechnung

1.1. Abgabetermin Quartalsabrechnung 3/2018

Der Abgabetermin für die Abrechnung des 3. Quartals 2018 ist der 10. Kalendertag des nachfolgenden Quartals und somit der 10. Oktober 2018.

10. Oktober 2018

Eine Teilnahme am AbrechnungsCheck ist nur bei fristgerechter Einreichung Ihrer Quartalsabrechnung möglich.

Bitte denken Sie daran, auch bei der Online-Übermittlung von Abrechnungsdatei(en),

- das Muster der aktuellen Sammelerklärung (Stand: 1/2017) vollständig ausgefüllt, mit Unterschrift und dem Vertragsarztstempel versehen, einzureichen. Das Muster kann auch im KVN-Portal unter Abrechnung/Abrechnungcenter/Informationen zur Quartalsabrechnung/Downloads ausgedruckt werden;
- die abzugebenden Behandlungsausweise (sortiert nach der Liste: KBV-Prüfmodul Abgabe Behandlungsausweise) einzureichen;
- abhängig von Ihren erbrachten Leistungen: Früherkennungskolonoskopie, Hautkrebsscreening, Daten gem. der QS-Richtlinie Dialyse rechtzeitig online zu dokumentieren und zu übertragen;
- ggf. zusätzliche Unterlagen einzureichen: Sachkostenbelege/Rechnungen, Behandlungsplan zur künstlichen Befruchtung Muster 70/70A, Mitteilungen der Praxis zur eingereichten Abrechnung (Beispiel: Pat. Y ist zu löschen, da jetzt BG-Fall).

Listen wie z. B. Prüfprotokolle, Sortier- oder Versandlisten benötigen wir nicht.

Nicht benötigt

Dokumente wie z. B. RLV-Anträge, Genehmigungsanträge, Widersprüche gegen den Honorarbescheid sind direkt an die Bezirksstellen zu senden.

Direkt an Bezirksstellen

Ansprechpartner bei Terminproblemen ist Ihre Bezirksstelle. Sollten Sie den Abgabetermin nicht einhalten können, so nehmen Sie bitte rechtzeitig Kontakt mit Ihrer Bezirksstelle auf, um aus einer verspätet eingereichten Quartalsabrechnung möglicherweise resultierende Konsequenzen zu vermeiden.

1.2. Teilnahme am AbrechnungsCheck für Institute und Notfallambulanzen

Für Institute und Notfallambulanzen ist ab dem Abrechnungsquartal 3/2018 eine Teilnahme am AbrechnungsCheck möglich.

- Dazu ist eine „Freischaltung“ des Benutzernamens erforderlich, mit dem Sie sich, unter Verwendung Ihrer KVN-PINCard, am KVN-Portal anmelden. Eine Teilnahme am AbrechnungsCheck

ist nur möglich, wenn eine gültige E-Mail-Adresse im KVN-Portal unter Online-Dienste/Emily für diesen Benutzer hinterlegt wurde.

Gültige E-Mail-Adresse

Bitte senden Sie uns bei Interesse an einer Teilnahme eine E-Mail mit den betroffenen BSNR an: ABR-Check@kvn.de

Ausführliche Informationen zum AbrechnungsCheck finden sie im KVN-Portal unter Online-Dienste/AbrechnungsCheck.

Ansprechpartner ist Ihr Abrechnungsteam und/oder das Team Auskünfte des Abrechnungsceneters, Telefon: 0511 380-4800, E-Mail: abrechnungsceneter@kvn.de

1.3. TerminServiceStelle (TSS) - Vermittlung probatorischer Sitzungen

Ab dem 1. Oktober 2018 muss die TSS auch probatorische Sitzungen vermitteln. Hierzu haben wir Sie bereits per Brief informiert.

Falls wirklich jede psychotherapeutisch tätige Praxis der TSS:

- 2 Sprechstundentermine
- 1 Akutbehandlungstermin und
- 1 Termin für eine zeitnah erforderliche probatorische Sitzung

Pro Quartal

pro Quartal zur Verfügung stellt, würde dies nach den bisherigen Erwartungen ausreichen, um den dortigen Bedarf zu decken.

Selbstverständlich dürfen Sie gerne wie bisher auch mehr Termine zur Verfügung stellen.

Die der TSS zur Verfügung gestellten Termine sind regelmäßig nur Teil Ihrer Verpflichtung gemäß Psychotherapie-Richtlinie Sprechstunden anzubieten (bei vollem Versorgungsauftrag 100 Minuten Sprechstunde je Woche - Ansprechpartner hierzu ist Ihre Bezirksstelle).

Das Bereitstellen von Termin erfolgt ausschließlich über das KVN-Portal/Online-Dienste/eTerminservice. Eine ausführliche Anleitung finden Sie innerhalb der Anwendung eTerminservice, eine Kurzanleitung erhalten Sie als Anlage zu diesem Rundschreiben.

KVN-Portal

Die Vermittlung von Terminen geschieht ausschließlich über die TSS.

Für das Anfordern einer Akutbehandlung oder einer zeitnah erforderlichen probatorischen Sitzung ist ein entsprechend ausgefülltes Formular Muster PTV 11 versehen mit einem Überweisungscode notwendig. Das neue ab dem 1. Oktober 2018 gültige Muster PTV 11 fordern Sie bitte direkt über den Paul-Albrechts-Verlag an. Ggf. benötigte Überweisungs-codes können Sie über Ihre Bezirksstelle anfordern.

Muster PTV 11 und Überweisungscode

Anlage 5.1: Kurzinfo TSS

1.4. Mitteilung der fachgruppendurchschnittlichen Obergrenze für Kontrastmittel für das Quartal 4/2018

Gemäß der Kontrastmittelvereinbarung, die die KVN mit den Landesverbänden der Krankenkassen in Niedersachsen zum 1. Januar 2016 abgeschlossen hat, gelten für das 4. Quartal 2018 für Ärzte, die im Basisquartal 4/2017 (noch) keine Kontrastmittel über die o. g. Vereinbarung abgerechnet haben, folgende fachgruppendurchschnittlichen Obergrenzen:

• Institute, Krankenhäuser	629,09 Euro
• Fachärzte für Nuklearmedizin	9.372,25 Euro
• Fachärzte für Diagnostische Radiologie	30.331,37 Euro
• Fachärzte für Urologie	1.776,73 Euro

Obergrenzen

Die Vereinbarung gilt für Fachärzte für Nuklearmedizin, Diagnostische Radiologie und Urologie verbindlich. Für andere Fachgruppen nur, wenn in der eigenen BAG/MVZ oder im Institut/Krankenhaus ein Facharzt für Nuklearmedizin, Diagnostische Radiologie oder Urologie tätig ist.

Diese Daten sind über das KVN-Portal unter Verträge/Sonstige Verträge/Kontrastmittel-Vereinbarung abrufbar.

1.5. Amtliche Mitteilung der KVN zum HVM Teil B Nr. 16.1 und 16.2 für das 4. Quartal 2018 - Fachgruppendurchschnittswerte für Laborindividualbudgets

Die für das 4. Quartal 2018 geltenden Fachgruppendurchschnittswerte für Laborindividualbudgets entnehmen Sie bitte der Anlage 5.2 zu diesem Rundschreiben. Zusätzlich sind diese Daten auch bereits seit dem 30. August 2018 über das KVN-Portal abrufbar.

Anlage 5.2: Amtliche Mitteilung zum HVM Teil B Nr. 16.1 und 16.2

1.6. Amtliche Mitteilung der KVN zum HVM für das 4. Quartal 2018 für Haus- und Kinderärzte

Die für das 4. Quartal 2018 geltenden RLV-/QZV-Mindestfallwerte für Haus- und Kinderärzte sowie die Fallzahlgrenzen für die Fallwertminderung bzw. die Fallzahlzuwachsbegrenzungsregelung (FZZB) entnehmen Sie bitte der Anlage 5.3 zu diesem Rundschreiben. Zusätzlich sind diese Daten auch bereits seit dem 30. August 2018 über das KVN-Portal abrufbar.

Anlage 5.3: Amtliche Mitteilung zum HVM für Haus- und Kinderärzte 4/2018

1.7. IKK zieht Kündigung der DSP-Vereinbarung der Primärkassen zurück

Im August-Rundschreiben informierten wir Sie darüber, dass die IKK die o. g. Vereinbarung zum 31. Dezember 2018 gekündigt hatte. Erfreulicherweise hat die IKK ihre Kündigung zurückgezogen. Die Vereinbarung gilt somit für Versicherte der IKK unverändert fort.

1.8. Knappschaft kündigt den Sondervertrag zur Behandlung der feuchten, altersabhängigen Makuladegeneration (AMD) mittels intravitrealer Eingabe von VEGF-Hemmern mit Wirkung zum 30. September 2018

Die Knappschaft hat die o.g. Vereinbarung fristgemäß zum 30. September 2018 gekündigt. Somit sind die in diesem Vertrag vorgesehenen Leistungskomplexpauschalen (GOP 99821 bis 99823) mit Wirkung ab 1. Oktober 2018 nicht mehr abrechnungsfähig.

1.9. Neufassung des Vertrages über ein strukturiertes Behandlungsprogramm (DMP) zur Verbesserung der Versorgung von Brustkrebspatientinnen in Niedersachsen mit Wirkung ab 1. Oktober 2018

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat mit Wirkung zum 1. Oktober 2017 eine Aktualisierung der Anforderungen an das DMP Brustkrebs beschlossen. Neben der verlängerten Teilnahmedauer von zehn Jahren (wir berichteten im KVN-Rundschreiben 10/2017) liegt der Schwerpunkt auf der Nachsorge. Daneben wurden die Qualitätsziele neu geregelt, so dass sie von den nachsorgenden Ärztinnen und Ärzten nunmehr wesentlich beeinflusst werden können, z. B.:

- Durchführung der endokrinen Therapie über mindestens fünf Jahre und Erfassung der Nebenwirkungen,
- Frühzeitiges Erkennen von Spätfolgen der Primärtherapie (Kardiotoxizität, Osteoporose, Lymphödem),
- Motivation zu körperlichem Training, Vermeidung von Übergewicht.

Aufgrund der neuen Qualitätsziele erfolgten entsprechend umfassende Änderungen an den Dokumentationsparametern.

Die vollständigen Anforderungen an das DMP Brustkrebs können Sie der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL) des Gemeinsamen Bundesausschusses unter www.g-ba.de entnehmen.

Vor dem Hintergrund der Neuregelungen war es erforderlich, den DMP-Vertrag Brustkrebs in Niedersachsen mit Wirkung ab 1. Oktober 2018 anzupassen. Neben den redaktionellen Änderungen konnte auch eine Verbesserung der ärztlichen Vergütung erreicht werden.

Nachsorge

- Anhebung der ersten Beratung im Rahmen der Einschreibung (GOP 99534) von 11 Euro auf 12 Euro,
- anstelle der bisherigen vier „ergänzenden Patientinnenberatungen (GOP 99532) à 11 Euro, neun „onkologische Nachsorgegespräche“ (GOP 99536) à 12 Euro. Die Nachsorgegespräche sind in den Jahren 2 bis 10 der Einschreibung jeweils einmal im Kalenderjahr abrechenbar.
- Anhebung der Qualitätssicherungspauschale (GOP 99535) von 10 Euro auf 11 Euro. Die Qualitätssicherungspauschale wird in den ersten fünf Jahren der Einschreibung gezahlt.

Vergütung

Die aktuelle Lesefassung des DMP-Vertrages Brustkrebs inklusiv der aktualisierten Anlagen finden Sie in Kürze im KVN-Portal unter [www.kvn.de/Verträge/DMP-Strukturierte Behandlungsprogramme](http://www.kvn.de/Verträge/DMP-Strukturierte_Behandlungsprogramme).

Aufgrund der ab 1. Oktober 2018 geltenden Änderungen bei den Erst- und Folgedokumentationen für das DMP Brustkrebs ist es dringend erforderlich, dass Sie ab dem 4. Quartal 2018 die von Ihrem PVS-Hersteller bereitgestellte aktualisierte Software nutzen. Bitte führen Sie daher das Softwareupdate rechtzeitig durch. Bei Fragen wenden Sie sich direkt an Ihre Softwarefirma.

2. Verordnungen

2.1. Tagrisso® (Osimertinib) in Teilindikation als Praxisbesonderheit anerkannt

Ab dem 12. Juni 2018 wird Tagrisso® (Wirkstoff Osimerinib) nach einer Vereinbarung zwischen dem GKV-Spitzenverband und dem pharmazeutischen Unternehmer AstraZeneca Deutschland GmbH ab dem ersten Behandlungsfall als Praxisbesonderheit ausschließlich im Anwendungsgebiet mit einem Zusatznutzen laut G-BA-Beschluss vom 19. Oktober 2017 anerkannt:

- „Tagrisso® ist angezeigt zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem, nicht-kleinzelligem Lungenkarzinom (NSCLC) und einer positiven T790M-Mutation des epidermalen Wachstumsfaktor-Rezeptors (Epidermal Growth Factor Receptor, EGFR) nach Vorbehandlung mit einem EGFR-Tyrosinkinase-Inhibitor, für die eine zytotoxische Chemotherapie infrage kommt.“

Anwendungsgebiet

In diesem Anwendungsgebiet wurde Tagrisso® ein Anhaltspunkt für einen beträchtlichen Zusatznutzen zuerkannt. Wird die Anwendung von Tagrisso® in Betracht gezogen, muss der EGFR-Mutationsstatus in Tumor- oder Plasmaproben mittels eines validierten Testverfahrens bestimmt werden (weitere Informationen siehe Fachinformation Abschnitt 4.4).

Die Einleitung und Überwachung der Behandlung mit Osimertinib soll durch in der Therapie von Patienten mit nicht-kleinzelligem Lungenkarzinom erfahrene Fachärzte für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie sowie durch Fachärzte für Innere Medizin und Pneumologie oder Fachärzte für Lungenheilkunde und weitere, an der Onkologie-Vereinbarung teilnehmende Ärzte anderer Fachgruppen erfolgen. Zudem wird darauf hingewiesen, dass weitere Anwendungsgebiete oder Erweiterungen des Anwendungsgebietes nicht von der Praxisbesonderheit umfasst sind. Die Anerkennung als Praxisbesonderheit besteht, solange AstraZeneca Tagrisso® in Deutschland vertreibt.

Weitere Informationen finden Sie unter www.g-ba.de und www.gkv-spitzenverband.de. Auf der Internetseite des GKV-Spitzenverbandes finden Sie außerdem eine Aufstellung der vereinbarten Praxisbesonderheiten aufgrund des Verfahrens der frühen Nutzenbewertung unter: Krankenversicherung/Arzneimittel/AMNOG-Verhandlungen (§ 130b SGB V)/Übersicht zu den Verhandlungen der Erstattungsbeträge nach §130b SGB V/Filterfunktion: „Nur Einträge mit Anerkennung als Praxisbesonderheit berücksichtigen“.

2.2. Kyprolis® (Carfilzomib) als Praxisbesonderheit anerkannt

Ab dem 15. August 2018 wird Kyprolis® (Wirkstoff Carfilzomib) als Kombinationstherapie nach einer Vereinbarung zwischen dem GKV-Spitzenverband und dem pharmazeutischen Unternehmer Amgen GmbH ab dem ersten Behandlungsfall als Praxisbesonderheit ausschließlich im Anwendungsgebiet mit einem Zusatznutzen laut G-BA-Beschluss vom 15. Februar 2018 anerkannt:

- Kyprolis® ist in Kombination mit entweder Lenalidomid und Dexamethason oder Dexamethason allein zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit multiplen Myelom indiziert, die mindestens eine vorangegangene Therapie erhalten haben.

In diesem Anwendungsgebiet wurde Kyprolis® ein Anhaltspunkt für einen beträchtlichen Zusatznutzen zuerkannt. Weitere Anwendungsgebiete oder Erweiterungen des Anwendungsgebietes sind nicht von der Praxisbesonderheit umfasst. Es wird zudem darauf hingewiesen, dass Patientinnen und Patienten mit einem ECOG-Performance Status größer als zwei innerhalb der Zulassungsstudien nicht untersucht wurden. Die Anerkennung als Praxisbesonderheit besteht, solange Amgen Kyprolis® in Deutschland vertreibt. Die Einleitung und Überwachung der Behandlung mit Carfilzomib muss durch in der Therapie von Patienten mit multiplem Myelom erfahrene Fachärzte für Innere Medizin, Hämatologie und Onkologie erfolgen.

Weitere Informationen finden Sie unter www.g-ba.de und www.gkv-spitzenverband.de. Auf der Internetseite des GKV-Spitzenverbandes finden Sie außerdem eine Aufstellung der vereinbarten Praxisbesonderheiten aufgrund des Verfahrens der frühen Nutzenbewertung unter: Krankenversicherung/Arzneimittel/AMNOG-Verhandlungen (§ 130b SGB V)/Übersicht zu den Verhandlungen der Erstattungsbeträge nach §130b SGB V/Filterfunktion: „Nur Einträge mit Anerkennung als Praxisbesonderheit berücksichtigen“.

Anwendungsgebiet

2.3. Keytruda® (Pembrolizumab) in weiterer Teilindikation als Praxisbesonderheit anerkannt

Keytruda® (Wirkstoff Pembrolizumab) wird nach einer Vereinbarung zwischen dem GKV-Spitzenverband und dem pharmazeutischen Unternehmer MSD Sharp & Dohme GmbH ab dem 15. August 2018 ab dem ersten Behandlungsfall als Praxisbesonderheit ausschließlich im Anwendungsgebiet mit Zusatznutzen laut G-BA-Beschluss vom 16. März 2018 anerkannt:

- Keytruda® ist als Monotherapie zur Behandlung des lokal fortgeschrittenen oder metastasierenden Urothelkarzinoms nach vorheriger Platin-basierter Therapie bei Erwachsenen angezeigt.

In diesem Anwendungsgebiet wurde Keytruda® ein Hinweis auf einen beträchtlichen Zusatznutzen zuerkannt. Die bestehenden Praxisbesonderheiten im Anwendungsgebiet des nicht-kleinzelligen Lungenkarzinoms in Erst- (NSCLC 1L) oder Zweitlinientherapie (NSCLC 2L) (wir informieren im Mai-Rundschreiben) gelten weiterhin fort. Weitere Anwendungsgebiete oder Erweiterungen des Anwendungsgebietes sind nicht von dieser Praxisbesonderheit umfasst. Die Anerkennung als Praxisbesonderheit besteht, solange MSD Sharp & Dohme Keytruda® in Deutschland vertreibt.

Die Einleitung und Überwachung der Behandlung mit Pembrolizumab beim nicht-kleinzelligen Lungenkarzinom (NSCLC 1L/2L) und Urothelkarzinom 2L darf nur durch in der Therapie von Patienten mit diesen Tumorentitäten erfahrene Fachärzte für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie und weitere an der Onkologievereinbarung teilnehmende Ärzte erfolgen, sowie bei NSCLC 1L/2L durch Fachärzte für Innere Medizin & Pneumologie oder Fachärzte für Lungenheilkunde, sowie beim Urothelkarzinom 2L auch durch Fachärzte für Urologie.

Gemäß den Vorgaben der EMA hinsichtlich zusätzlicher Maßnahmen zur Risikominimierung ist vom pharmazeutischen Unternehmer Schulungsmaterial sowie ein Patientenausweis zur Verfügung zu stellen. Der Patient ist aufgefordert, den Patientenausweis immer bei sich zu tragen. Das Schulungsmaterial für Angehörige von Gesundheitsberufen enthält insbesondere Anweisungen zum Umgang mit den unter Pembrolizumab potenziell auftretenden immunvermittelten Nebenwirkungen sowie zu infusionsbedingten Reaktionen.

Vor Beginn einer Behandlung mit Pembrolizumab sollte regelhaft der PD-L1-Status der Tumoren vorliegen. Bei der Bestimmung des PD-L1-Status des Tumors sollte eine entsprechend validierte und robuste Methode verwendet werden, um falsch-negative oder falsch-positive Bestimmungen zu minimieren. Die Wirksamkeit und Sicherheit von Pembrolizumab bei Patienten, deren Tumoren kein PD-L1 exprimieren, sind nicht erwiesen. Die Vorgaben der Fachinformation sind zu berücksichtigen.

Anwendungsgebiet

Weitere Informationen finden Sie unter www.g-ba.de und www.gkv-spitzenverband.de. Auf der Internetseite des GKV-Spitzenverbandes finden Sie außerdem eine Aufstellung der vereinbarten Praxisbesonderheiten aufgrund des Verfahrens der frühen Nutzenbewertung unter: Krankenversicherung/Arzneimittel/AMNOG-Verhandlungen (§ 130b SGB V)/Übersicht zu den Verhandlungen der Erstattungsbeträge nach §130b SGB V/Filterfunktion: „Nur Einträge mit Anerkennung als Praxisbesonderheit berücksichtigen“.

2.4. Anpassung der Rehabilitations-Richtlinie an das Bundesteilhabegesetz mit Wirkung zum 4. August 2018

Durch das seit Anfang des Jahres geltende Bundesteilhabegesetz soll Menschen mit Einschränkungen und Behinderungen mehr Teilhabe am Leben in der Gesellschaft und individuelle Selbstbestimmung ermöglicht werden. Entsprechend wurde nun auch die Rehabilitations-Richtlinie angepasst.

Ziel ist es, frühzeitig den Rehabilitationsbedarf zu erkennen. Neu ist die Möglichkeit, dass Ärzte und Psychotherapeuten bei Anhaltspunkten auf weitere Teilhabebedarfe, diese auf dem Vordruckmuster 61 vermerken sollen, das zum 1. Juli entsprechend angepasst wurde (§ 1).

Zudem sieht die Richtlinie nun vor, dass Ärzte und Psychotherapeuten Betroffene auf Beratungsstellen der Rehabilitationsträger sowie auf ergänzende unabhängige Angebote zur Teilhabeberatung hinweisen sollen (§ 5). Die bisherigen gemeinsamen Servicestellen sind entfallen.

2.5. Kyntheum® (Brodalumab) als Praxisbesonderheit anerkannt

Kyntheum® (Wirkstoff Brodalumab) wird ab dem 1. September 2018 nach einer Vereinbarung zwischen dem GKV-Spitzenverband und dem pharmazeutischen Unternehmer LEO Pharma GmbH ab dem ersten Behandlungsfall als Praxisbesonderheit ausschließlich in der Patientengruppe B mit einem Zusatznutzen laut G-BA-Beschluss vom 1. März 2018 anerkannt:

- „Kyntheum® ist angezeigt für die Behandlung von erwachsenen Patienten mit mittelschwerer bis schwerer Plaque-Psoriasis, die auf andere systemische Therapien einschließlich Ciclosporin, Methotrexat oder orale PUVA (Psoralen und Ultraviolett A-Licht) nur unzureichend angesprochen haben oder bei denen eine Kontraindikation oder Unverträglichkeit gegen solchen Therapien vorliegt.“

In diesem Anwendungsgebiet wurde Kyntheum® ein Hinweis auf einen nicht quantifizierbaren Zusatznutzen zuerkannt.

Ausgeschlossen ist die Anerkennung als Praxisbesonderheit bei Patienten mit mittelschwerer bis schwerer Plaque-Psoriasis, die für eine systemische Therapie in Frage kommen (Patientengruppe A).

Anwendungsgebiet

Die Vorgaben der Fachinformation sind zu berücksichtigen. Zudem wird darauf hingewiesen, dass weitere Anwendungsgebiete oder Erweiterungen des Anwendungsgebietes nicht von der Praxisbesonderheit umfasst sind. Die Anerkennung als Praxisbesonderheit besteht, solange LEO Pharma Kyntheum® in Deutschland vertreibt.

Weitere Informationen finden Sie unter www.g-ba.de und www.gkv-spitzenverband.de. Auf der Internetseite des GKV-Spitzenverbandes finden Sie außerdem eine Aufstellung der vereinbarten Praxisbesonderheiten aufgrund des Verfahrens der frühen Nutzenbewertung unter: Krankenversicherung/Arzneimittel/AMNOG-Verhandlungen (§ 130b SGB V)/Übersicht zu den Verhandlungen der Erstattungsbeträge nach §130b SGB V/Filterfunktion: „Nur Einträge mit Anerkennung als Praxisbesonderheit berücksichtigen“.

2.6. Verordnung von Perücken

Der GKV-Spitzenverband hat das Hilfsmittelverzeichnis geändert und die Produktgruppe 34 „Haarersatz“ fortgeschrieben.

Somit wurde die Verordnungsmöglichkeit von Haarersatz nun grundsätzlich im GKV-Hilfsmittelverzeichnis geregelt. Haarersatz ist bei vorübergehendem oder langfristigem, großflächigem massiven Verlust des Haupthaares, wenn diesem unter dem Aspekt der entstehenden Wirkung Krankheitswert zukommt bzw. zur Sicherung der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben, indiziert. Bei einer Verordnung von Haarersatz sind die geschlechter-spezifischen Besonderheiten und die Besonderheiten bei der Versorgung von Kindern und Jugendlichen zu beachten.

Geschlechterspezifische Versorgung

Die Kaschierung des Haarverlustes bei Männern gilt grundsätzlich als optische Maßnahme und fällt in die Eigenverantwortung des Versicherten, da der teilweise bzw. vollständige Haarverlust eine Vielzahl an Männern verschiedenen Alters betrifft

Für Frauen gilt, dass eine Versorgung mit Haarersatz dann möglich ist, wenn der Haarverlust des Kopfes mit einer Beeinträchtigung der Lebensqualität einhergeht und dem Haarverlust daher ein Krankheitswert zukommt.

Haarersatz für Kinder und Jugendliche

Bei vorliegender Indikation ist ein Haarersatz für Kinder, egal welchen Geschlechts, GKV-Leistung.

Haarersatz bei Transsexualität von Mann zu Frau

Wenn die Transsexualität mit einem Gutachten bestätigt ist und, wenn aufgrund des ursprünglichen männlichen Haarwuchses (Haarverlust) kein ausreichendes weibliches Erscheinungsbild möglich ist und der Patient daher in seiner Lebensqualität eingeschränkt ist, so ist eine notwendige Versorgung von Haarersatz möglich.

Besonderheiten
beachten

Versorgungsumfang

- Vollperücken (sollen nicht mehr vorhandenes Haupthaar ersetzen)
- Teilbereichsperücken (sollen nur den vom Haarverlust betroffenen Bereich des Oberkopfes bedecken und werden meistens nach Maß hergestellt)
- Perückenkopf zur Aufbewahrung
- Befestigungselemente (Klebestreifen, vollflächiges Verklebungsmaterial etc.)

Material

- Echthaar
- Synthetikfaser
- Kunstfaser
- Mischhaar

Haltbarkeit

Bei sachgerechter Handhabung und Pflege:

- Kunsthaarperücken: mindestens 6 bis 8 Monate
- Echthaarperücke: mindestens 12 bis 15 Monate

Die Haltbarkeit ist jedoch abhängig davon, wie oft die Perücke getragen wird.

Folge-, Wechsel und Mehrversorgung

Eine Folgeversorgung ist erst nach Ablauf der allgemeinen Haltbarkeitsdauer notwendig, richtet sich letztendlich jedoch nach dem tatsächlichen Verschleiß des Haarersatzes. Eine Wechselversorgung aufgrund der Hygiene ist nicht nötig. Eine Mehrversorgung an Perücken z. B. aufgrund der Arbeit o. ä. ist keine Leistungspflicht der GKV.

Die Produktgruppe 34 umfasst bisher folgende drei Produktuntergruppen:

- 34.18.01: Haarersatz, konfektioniert
- 34.18.02: Haarersatz, individuell gefertigt
- 34.99.99: Abrechnungspositionen für Zubehör, Verbrauchsmaterial, Aufbereitung, Instandsetzung

Produktuntergruppen

Weitere Einzelheiten zur Versorgung von Haarersatz finden Sie unter:
[https://www.gkv-spitzenverband.de/Krankenversicherung/Hilfsmittel/Hilfsmittelverzeichnis/Fortschreibungen der Produktgruppen/Produktgruppe 34 „Haarersatz“](https://www.gkv-spitzenverband.de/Krankenversicherung/Hilfsmittel/Hilfsmittelverzeichnis/Fortschreibungen%20der%20Produktgruppen/Produktgruppe%2034%20„Haarersatz“) (PDF, 545 KB)

und

[https://hilfsmittel.gkv-spitzenverband.de/Hilfsmittelverzeichnis/Gruppe 34 Haarersatz](https://hilfsmittel.gkv-spitzenverband.de/Hilfsmittelverzeichnis/Gruppe%2034%20Haarersatz)

2.7. Änderung der Anlage V (verordnungsfähige Medizinprodukte) der Arzneimittel-Richtlinie, Fristverlängerung

Bei folgendem Medizinprodukt wurde die Befristung der Verordnungsfähigkeit nach Anlage V der Arzneimittel-Richtlinie verlängert:

Produktbezeichnung	Medizinisch notwendige Fälle	Befristung der Verordnungsfähigkeit
myVISC Hyal 1.0	Zur Anwendung als Operationshilfe in der Ophthalmochirurgie des vorderen Augenabschnittes	1. Juli 2023

Die vollständige Liste der Anlage V wie auch nähere Einzelheiten hierzu finden Sie auf der Internetseite der G-BA unter [www.g-ba.de/Richtlinien/Arzneimittel-Richtlinie/Anlage V](http://www.g-ba.de/Richtlinien/Arzneimittel-Richtlinie/Anlage_V).

2.8. Änderung der Heilmittelzuzahlung in der Arztpraxis, hier: Für Versicherte der SVLFG

Die Heilmittelzuzahlungen gemäß § 32 Abs. 2 SGB V für medizinisch-physikalische Leistungen in der Arztpraxis ändern sich für die Patienten der SVLFG ab dem 4. Quartal 2018 wie folgt:

Ab 4. Quartal 2018

EBM	Leistung	Zuzahlung SVLFG
30300	Sensomotorische Übungsbehandlung (Einzelbehandlung)	1,38 Euro
30301	Sensomotorische Übungsbehandlung (Gruppenbehandlung)	0,50 Euro
30400	Massagetherapie	1,27 Euro
30402	Unterwassermassage	2,06 Euro
30410	Atemgymnastik (Einzelbehandlung)	1,86 Euro
30411	Atemgymnastik (Gruppenbehandlung)	0,90 Euro
30420	Krankengymnastik (Einzelbehandlung)	1,86 Euro
30421	Krankengymnastik (Gruppenbehandlung)	0,90 Euro

Patienten, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben oder eine Befreiungsbescheinigung ihrer Krankenkasse vorlegen, müssen keine Zuzahlung leisten. In diesen Fällen ist hinter der EBM- Nummer ein „A“ einzutragen (z. B. 30402A). Mit dieser Kennzeichnung entfällt für Sie der Abzug der Zuzahlung über die Honorarabrechnung.

2.9. Änderung der Schutzimpfungs-Richtlinie (SI-RL) mit Wirkung zum 22. August 2018

Aufgrund der Empfehlungen der Ständigen Impfkommision (STIKO) aus August 2017 hatte der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) am 17. November 2017 Änderungen an der SI-RL beschlossen. Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) hatte den Beschluss in Teilen beanstandet. Ein weiterer Beschluss des G-BA vom 2. August 2018 ist zwischenzeitlich nach Veröffentlichung im Bundesanzeiger mit Wirkung ab 22. August 2018 in Kraft getreten.

Dieser Beschluss sieht lediglich vor, dass bei der Hepatitis A und Hepatitis B-Impfung die beruflich bedingten Impfungen um die Personenkreise der Auszubildenden, Praktikanten, Studierenden und ehrenamtlich Tätigen, für die ein erhöhtes berufliches Expositionsrisiko besteht, erweitert werden.

Die darüber hinausgehenden Inhalte des Beschlusses vom 17. November 2017 werden bis zur gerichtlichen Klärung vorbehaltlich weiterer aufsichtsrechtlichen Maßnahmen nicht veröffentlicht und zurückgestellt.

Die aktuelle SI-RL ist auf der Internetseite des G-BA (www.g-ba.de/informationen/richtlinien) abrufbar.

Gerichtliche Klärung

2.10. Gemeinsame Arbeitsgruppe Arzneimittel - Informationsschreiben zum Thema „Moderne Wundversorgung“

Im Anhang finden Sie ein weiteres Informationsschreiben der AG GKV/KVN Arzneimittel zu dem Thema „Moderne Wundversorgung“. Darin werden die Grundlagen einer wirtschaftlichen Verordnung von Wundauflagen dargestellt und Empfehlungen für eine Wundstadien-gerechte Versorgung gegeben.

Das Informationsschreiben finden Sie im KVN-Portal unter Verordnungen/Arzneimittel/Veröffentlichungen sowie im Internet unter www.kvn.de/Praxis/Verordnungen.

Anlage 5.4: Informationsschreiben

2.11. Durchschnittswerte- Frühinformation für das 1. Quartal 2018 im Portal abrufbar

Ab sofort sind die Berichte der Durchschnittswerte- Frühinformation für das 1. Quartal 2018 im KVN- Portal unter e-Dokumente abrufbar.

3. Allgemeine Hinweise

3.1. Hausarztvertrag mit der AOK Niedersachsen: Neue Einschreibevergütung mit Wirkung ab 1. Juli 2018 und Änderung im HzV-Modul Neuropad

Im 3. und 4. Quartal des Jahres 2018 wird die Einschreibevergütung im Rahmen des Hausarztvertrages für die AOK Niedersachsen auf 15 Euro erhöht. Nach Ablauf dieses Aktionszeitraumes wird wieder die reguläre Vergütung von 10 Euro für die Einschreibung gezahlt.

Zusätzlich konnte vereinbart werden, dass zur Entbürokratisierung und Vereinfachung der Vorsorgeuntersuchung von Diabetikern (Modul Neuropad) die AOK zukünftig auf die Vorschlagsliste verzichtet. Mit Wirkung ab 1. Oktober 2018 ist der Hausarzt berechtigt, jeden nicht neurologisch erkrankten Diabetiker entsprechend den Vertragsvorgaben in die Vorsorge einzubeziehen. Zur arztseitigen Unterstützung wird ab Oktober eine entsprechende Listenfunktion im KVN-Portal in der HzV-Anwendung vorhanden sein.

Verzicht auf Vorschlagsliste

3.2. Ab 1. Oktober 2018 neuer Vertrag mit der AOK Niedersachsen - AOKTrio- Das Transitionsprogramm für mehr Gesundheitskompetenz von Teenagern

Im Rahmen des Innovationsfonds unterstützt das Projekt die nahtlose medizinische Versorgung von Jugendlichen beim Übergang in die Erwachsenenmedizin, wenn Sie unter bestimmten chronischen Erkrankungen leiden.

Patientenzielgruppe sind Jugendliche vom vollendeten 14. bis zur Vollendung des 18. (in Ausnahmefällen 21.) Lebensjahres mit folgenden Diagnosen (jeweils gesichert):

- AD(H)S (F90.-, F98.8)
- Asthma (J45.-)
- Autismus (F84.0, F84.1, F84.5, F84.9)
- Chronische entzündliche Darmerkrankungen -CED- (K50.-, K51.-, K52.8)
- Diabetes mellitus Typ1 (E10.-)
- Epilepsie (G40.-)
- Rheumatische Erkrankungen (M08.-, M09.-, M30.-, M31.-, M32.-, M33.0, M33.2, M34.-, M35.-, M45.-)

Diagnosen

Teilnahmeberechtigt sind in Niedersachsen zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassene Ärzte, welche auf Antrag (Anlage 1) eine Genehmigung von der zuständigen Bezirksstelle erhalten und chronisch erkrankte Jugendliche gemäß den definierten Erkrankungen behandeln.

Die ärztliche Leistung nach diesem Vertrag wird extrabudgetär wie folgt vergütet:

- Einschreibung des Versicherten und Transitionsgespräch - 60 Euro (GOP 99954)
- Initiierung Terminvermittlung an Facharzt - 5 Euro (GOP 99955)
- Ausführliche Epikrise durch den Kinderarzt für weiterbehandelnden Facharzt - 50 Euro (GOP 99956)
- Transitionsgespräch beim aufnehmenden Facharzt - 60 Euro (GOP 99957)
- Gemeinsame ärztliche Fallbesprechung - 20 Euro (GOP 99958)

Vergütung

Weitere Einzelheiten zu Leistungsinhalten und Vergütung stehen in den Anlagen 4 und 5 zum Vertrag.

Der Wirkbetrieb mit Einschreibung der Versicherten und Abrechnung der Leistungen aus diesem Vertrag beginnt am 1. Oktober 2018 und endet am 30. September 2020.

Den Vertrag nebst Anlagen finden Sie im KVN-Portal unter Verträge/Innovationsfonds/Projekt „AOKTrio - Das Transitionsprogramm für mehr Gesundheitskompetenz von Teenagern“.

3.3. Besondere (akut-) psychotherapeutische Versorgung mit der Audi BKK startet ab 1. Oktober 2018

Um ihren Versicherten einen schnellen Zugang zur Psychotherapie zu ermöglichen, ergänzt die Audi BKK in Zusammenarbeit mit der Deutschen Psychotherapeuten Vereinigung (DPtV) die gesetzlichen Leistungen (im Sinne der Richtlinien-therapie) um ein besonderes (akut-) psychotherapeutisches Angebot.

Den raschen Behandlungsbeginn und den zusätzlichen Betreuungsaufwand honoriert die Audi BKK - zusätzlich zur EBM-Vergütung - anhand von Zuschlägen in Höhe von 10 bis 40 Euro.

Teilnahme für Ärzte/Psychotherapeuten

Die Teilnahme kann ab sofort mittels Vordruck gegenüber der Bezirksstelle beantragt werden. Vorausgesetzt, der Antragsteller verfügt bereits über eine Genehmigung gemäß der Psychotherapie-Vereinbarung (gem. Anlage 1 zum BMV-Ä).

Teilnahme für Versicherte

Versicherte erklären ihre Teilnahme gegenüber dem teilnehmenden Therapeuten. Vorausgesetzt, sie können einen „Vermittlungsbogen“ vorweisen. Die personalisierte Ausstellung ist Kooperationspartnern der Audi BKK vorbehalten und bildet damit die Zugangsvoraussetzung zu dieser besonderen Versorgung.

Weitere Informationen sowie die Teilnahmeformulare finden Sie im KVN-Portal: Verträge/Besondere Versorgung/„Audi BKK - (akut-) psychotherapeutische Versorgung“

3.4. Besondere akutpsychotherapeutische Versorgung mit der Bosch BKK startet ab 1. Oktober 2018

Die Bosch BKK hat in Zusammenarbeit mit der Deutschen Psychotherapeuten Vereinigung (DPtV) eine besondere akutpsychotherapeutische Versorgung vereinbart. Diese ergänzt die gesetzlichen Leistungen (im Sinne der Richtlinientherapie) und zielt darauf ab, ihren Versicherten einen schnellen Zugang zur Psychotherapie zu ermöglichen.

Den raschen Behandlungsbeginn und den zusätzlichen Betreuungsaufwand honoriert die Bosch BKK - zusätzlich zur EBM-Vergütung - anhand von Zuschlägen in Höhe von 15 bis 40 Euro.

Teilnahme für Ärzte/ Psychotherapeuten

Die Teilnahme kann ab sofort mittels Vordruck gegenüber der Bezirksstelle beantragt werden. Vorausgesetzt, der Antragsteller verfügt bereits über eine Genehmigung gemäß der Psychotherapie-Vereinbarung (gem. Anlage 1 zum BMV-Ä).

Teilnahme für Versicherte

Versicherte können sich direkt an einen teilnehmenden Therapeuten wenden und ihre Teilnahme an dieser besonderen Versorgung erklären.

Weitere Informationen sowie die Teilnahmeformulare finden Sie im KVN-Portal: Verträge/Besondere Versorgung/„Bosch BKK - akutpsychotherapeutische Versorgung“

3.5. Früherkennungsuntersuchungen U10, U11 und J2 mit der Knappschaft: Neue Einschreibeformulare für Patienten zum 1. Oktober 2018

Anlässlich des Inkrafttretens der Datenschutzgrundverordnung der Europäischen Union (EU-DSGVO) wurden die Teilnahme- und Einwilligungserklärung für Versicherte angepasst. Diese weisen Patienten verstärkt auf die Nutzung sowie Weiterverarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten hin. Den vollständigen Vertrag finden Sie im KVN-Portal: Verträge/Besondere Versorgung/Knappschaft - Früherkennungsuntersuchung (U10/ U11) / Knappschaft - Früherkennungsuntersuchung (J2)

3.6. Fortbildungskurs Kurative Mammographie nach der Mammographie-Vereinbarung („Befundungstraining“)

Im Auftrag der KVN bietet die RADSERV GmbH vom 22. bis 23. November 2018 einen Fortbildungskurs Kurative Mammographie nach der Mammographie-Vereinbarung an. Der Kurs findet in Oldenburg im Referenzzentrum Mammographie Nord statt und richtet sich insbesondere an Ärzte, die an einer Mammographie-Genehmigung interessiert sind.

Weitere Details entnehmen Sie bitte der Anlage oder der Homepage der RADSERV GmbH (www.radsev.de).

Anlage 5.5: Fortbildungskurs

3.7. Seminarangebote 2019

Auch im Jahr 2019 bietet Ihnen Ihre Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen ein umfassendes Seminarangebot an. Die Themen mit den ausführlichen Kursinhalten finden Sie ab dem 30. September 2018 auf der Internetseite der KVN unter www.kvn.de/Seminarangebot. Es werden nur schriftliche Anmeldungen angenommen. Nutzen Sie hierzu die Anmeldemodalitäten auf unserer Homepage. Dort finden Sie auch die noch nicht ausgebuchten Seminare aus dem Jahr 2018.

4. Veranstaltungen im Oktober und November 2018

Hier bekommen Sie eine Übersicht über Seminare und Fortbildungen der KVN mit noch freien Plätzen im Oktober und November 2018. Ein Anmeldefax ist beigelegt. Bitte nutzen Sie für unterschiedliche Seminare separate Anmeldefaxe. Die ausgefüllten Anmeldungen faxen Sie bitte an folgende Nummer: **0511 380-4620**.

Weitere Informationen, welche Angebote für Ihre Praxis und die MitarbeiterInnen am besten geeignet sind, finden Sie auf unserer Internetseite. Dort können Sie sich auch direkt online anmelden:

<http://www.kvn.de/Seminarangebot/>

Name	Ort	Datum	Gebühr p. P.
Qualitäts- und Praxismanagement			
Auf dem Weg zum Erfolgsteam	Oldenburg	14.Nov	120 Euro
Betriebliches Gesundheitsmanagement in medizinischen Einrichtungen	Hannover	20.Okt	70 Euro
Effektive Kommunikation in der Arztpraxis	Aurich	21.Nov	80 Euro
Erfolgreiches Management für die moderne Arztpraxis	Aurich	24.Okt	80 Euro
Fehler- und Risikomanagement in der Praxis	Oldenburg	10.Nov	135 Euro
Führungskunst - Sicher führen und überzeugen	Hannover	03.Nov	119 Euro
Gesundheit von PraxismitarbeiterInnen erhalten und schützen	Oldenburg	21.Nov	kostenlos
IGeLn leicht gemacht	Hannover	21.Nov	89 Euro
Der kleine Knigge - Souverän in den Berufsalltag	Hannover	19.Okt	115 Euro
Interne Schulungen gekonnt durchführen	Hannover	28.Nov	119 Euro
Teamführung und Konfliktprävention	Aurich	14.Nov	40 Euro
Telefonieren in der Arztpraxis	Aurich	17.Okt	80 Euro
Terminplanung	Aurich	07.Nov	80 Euro

Abrechnung und Verordnung			
Abrechnung aktuell	Oldenburg	17.Okt	kostenlos
Betriebliches Gesundheitsmanagement in medizinischen Einrichtungen	Hannover	20.Okt	70 Euro
Freude mit Formularen - Modul 3	Oldenburg	03.Nov	45 Euro
Gruppentherapie leicht gemacht	Braunschweig	13.Okt	50 Euro
Gruppentherapie leicht gemacht	Oldenburg	07.Nov	75 Euro
Heilmittelschulung für MFA	Hildesheim	17.Okt	kostenlos
Heilmittelschulung für MFA	Osnabrück	07.Nov	kostenlos
Heilmittelschulung für MFA	Lüneburg	21.Nov	kostenlos
Sicher durch den „Heilmittel-Verordnungs-Dschungel“	Hannover	07.Nov	kostenlos
Sicher durch den „Heilmittel-Verordnungs-Dschungel“	Oldenburg	13.Nov	kostenlos
Kooperation und Abrechnung	Hannover	21.Nov	kostenlos
Medizin im Bereitschaftsdienst	Cuxhaven	07.Nov	30 Euro
Offene Fragestunde für MFA	Stade	17.Okt	kostenlos
Richtig kodieren nach ICD 10	Aurich	25.Okt	kostenlos
Verordnungsweise in der täglichen Praxis	Hannover	10.Okt	kostenlos
Medizinische und psychotherapeutische Themen			
Behandlungs- und Schulungsprogramm Typ 2-Diabetiker mit Normalinsulin	Hannover	17.Okt	61 Euro
Diabetes und Verhalten - für Menschen mit Typ 2-Diabetes, die Insulin spritzen	Hannover	03.Nov	185 Euro
DMP Asthma und COPD	Stade	14.Nov	20 Euro
DMP Diabetes mellitus Typ 2	Stade	10.Okt	20 Euro
DMP Diabetes mellitus Typ 2	Verden	24.Nov	20 Euro

DMP KHK	Verden	24.Nov	20 Euro
Hautkrebs-Screening für Hausärzte	Aurich	20.Okt	168 Euro
HZV Sonderverträge (2-tägig)	Verden	26.Okt	135 Euro
HZV Sonderverträge (2-tägig)	Verden	16.Nov	135 Euro
Notfallseminar	Aurich	07.Nov	70 Euro
Sinnhaftigkeit von Terminservicestellen bei depressiven Patienten	Hannover	27.Okt	kostenlos
Wundversorgung	Wilhelms-haven	24.Okt	kostenlos
Wirtschaftsseminare			
Existenzgründer- und Praxisabgebortag	Hannover	10.Nov	kostenlos
Niederlassen in Niedersachsen	Göttingen	20.Okt	kostenlos
Niederlassen in Niedersachsen	Oldenburg	24.Okt	kostenlos
Niederlassen in Niedersachsen	Göttingen	27.Okt	kostenlos

Verbindliche Anmeldung (bitte vollständig ausfüllen)

Fax an 0511 380-4620

Ich nehme am Seminar

mit _____ Person/en teil.

Datum des Seminars

Vor- und Nachname(n) der/des Teilnehmer/s

Vor- und Nachname des Rechnungsempfängers (Praxis)

Anschrift des Rechnungsempfängers (Straße, PLZ, Ort)

LANR

BSNR

E-Mail-Adresse

Telefonnummer für evtl. Rückfragen

Datum

**Mit der verbindlichen Anmeldung
akzeptiere ich die AGB der KVN.**

Stempel

5. Anlagenverzeichnis

5.1. Kurzinfo TSS

5.2. Amtliche Mitteilung zum HVM Teil B Nr. 16.1 und 16.2

5.3. Amtliche Mitteilung zum HVM für Haus- und Kinderärzte 4/2018

5.4. Informationsschreiben

5.5. Fortbildungskurs

„Kurzinformation TerminServiceStelle (TSS) für Therapeuten“ Stand 05.09.2018

für alle Psychotherapeut/innen, Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeut/innen sowie Fachärzte für psychotherapeutische Medizin, (überwiegend) psychotherapeutisch tätige Ärzt/innen der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen

Wer soll Termine anbieten?

Die KVN bittet alle Psychotherapeut/innen, Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeut/innen sowie Fachärzte für psychotherapeutische Medizin, (überwiegend) psychotherapeutisch tätige Ärzt/innen, **je Quartal zwei Sprechstundentermine, einen Termin für die Akutbehandlung sowie einen Termin für die zeitnah erforderliche probatorische Sitzung** für die TerminServiceStelle (TSS) der KVN bereit zu stellen. Je nach Praxiskapazität dürfen diese Zahlen gerne auch höher sein.

Wie funktioniert das Melden von Terminen?

- Reservieren Sie bitte in Ihrem **Praxisverwaltungssystem** (PVS)/Kalender feste Termine (am besten als Terminserien) für die TSS („KVN TSS Termin“).
- Verwenden Sie je „Terminart“ (PT-Sprechstunde, PT-Akutbehandlung, PT-Probatorik) eine eigene Serie und vermeiden Sie **Überschneidungen** bei den Uhrzeiten.
- Melden Sie sich dann bitte im **KVN-Portal** der KVN (www.kvn.de → „KVN-Portal Login“) an. Dort finden Sie unter den „Online-Dienste“ den Button „**eTerminservice**“.
- Durch Klick auf „Starten“ werden Sie zunächst einmalig zu den **Nutzungsbedingungen** geleitet. Akzeptieren Sie diese bitte – erst dann dürfen wir Ihre Daten für die TSS nutzen.
- Im eTerminservice finden Sie Ihre Praxis (ggf. mit allen beteiligten Kolleg/innen in der Praxis).
- Bitte überprüfen Sie die Ihnen angezeigten **Praxisdaten**. Bei Abweichungen melden Sie sich bitte in Ihrer **Bezirksstelle**, damit diese die hinterlegten (Original-)Praxisdaten anpasst.
- Tragen Sie die Termine bitte jeweils in **eines der Profile** PT-Sprechstunde, PT-Akutbehandlung und PT-Probatorik ein!

Im eTerminservice finden Sie detaillierte Benutzeranleitungen und Erklärvideos.

Wie erfolgt die Terminvergabe?

Sprechstunden: Den Patient/innen wird die nächsterreichbare psychotherapeutisch tätige Praxis vermittelt. Dabei wird zwischen Kindern/Jugendlichen und Erwachsenen differenziert.

Akutbehandlung und zeitnah erforderliche probatorische Sitzungen: Auch hierbei wird zwischen Kindern/Jugendlichen und Erwachsenen differenziert.

Bei den zeitnah erforderlichen probatorischen Sitzungen wird zusätzlich nach der Behandlungsform differenziert.

Über von der TSS für Ihre Praxis vergebene Termine können Sie sich per E-Mail-Versand oder Faxversand täglich informieren lassen. Die entsprechenden Einstellungen nehmen Sie bitte im eTerminservice auf Ihrer Profil-Seite unter Kontaktdaten vor.

Patient/innen werden durch die TSS aufgefordert, zur **Terminbestätigung** unbedingt direkt in der Praxis anzurufen (und ggf. auf den Anrufbeantworter zu sprechen und eine Rückrufnummer zu hinterlassen).

Nicht vergebene Termine werden eine Woche (5 Arbeitstage) vor dem jeweiligen Datum wieder freigegeben – d.h. die TSS kann diese Termine nicht mehr vergeben und sie stehen Ihnen zur kurzfristigen Terminvergabe zur Verfügung.

Wie erfolgt die Abrechnung?

Sprechstunde und Akutbehandlung sind Leistungen des EBM (GOP 35151 für die Psychotherapeutische Sprechstunde gemäß § 11 der Psychotherapie-Richtlinie und die GOP 35152 für die Psychotherapeutische Akutbehandlung gemäß § 13 der Psychotherapie-Richtlinie).

Kennzeichnen Sie die von der TSS vermittelten Fälle/Patient/innen bitte **zusätzlich** für statistische Zwecke mit der **GOP 88261 „Termin durchführen für Terminservice“**.

BITTE BEACHTEN SIE AUCH DIE BEDIENUNGSANLEITUNGEN DIREKT IM eTERMINSERVICE!

Für Fragen per E-Mail verwenden Sie bitte das Formular KVN Kontakt 24 im KVN-Portal.

Ansprechpartner für technische Fragen: IT-Service der KVN – Tel 0800 5 101025 (gebührenfrei)

*Ansprechpartner für Honorarfragen und Ihre Praxisdaten: Ihre KVN **Bezirksstelle***

Ansprechpartner für allgemeine Fragen: Ihr AbrechnungsCenter – Tel 0511 380 4800

„Kurzinformation TerminServiceStelle (TSS) für Therapeuten“ Stand 05.09.2018

für alle Psychotherapeut/innen, Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeut/innen sowie Fachärzte für psychotherapeutische Medizin, (überwiegend) psychotherapeutisch tätige Ärzt/innen der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen

Überweisungen/individuelle Patienteninformationen ausstellen und Termine suchen

Grundsätzlich gilt: Bitte behalten Sie Ihr (Überweisungs-)Verhalten bei. Sie sind und bleiben die/der **Steuernde** für die Patient/innen.

Für eine Überführung in eine Akuttherapie oder die zeitnah erforderliche probatorische Sitzung ist ein entsprechendes Kreuz auf der individuellen Patienteninformation (erneut ergänztes Formular PTV 11 ab dem 01.10.2018) notwendig. Bitte kennzeichnen Sie Patient/innen, die die TSS in Anspruch nehmen sollen, zusätzlich mit einem **Überweisungscode**.

Ein Überweisungscode ist **nicht geeignet** für eine/n Patient/in, die/der zu einem namentlich benannten Therapeuten („**Wunschtherapeut**“) möchte, da die TSS solche Termine nicht vermittelt.

Wir empfehlen daher, einen Überweisungscode nur denjenigen Patienten aufzukleben, die **nicht zu einem („ihrem“)** bestimmten Therapeuten wollen, sondern bereit sind, einen ihnen **unbekannten Therapeuten** zu einem von der TSS **vorgegebenen Termin** aufzusuchen und dafür auch **bis zu 30 Kilometer** zusätzlich zu fahren.

The image shows a screenshot of the 'Individuelle Patienteninformation zur ambulanten Psychotherapeutischen Sprechstunde' (PTV 11) form. The form is divided into several sections. A blue box labeled 'PTV 11' points to the top right corner. A second blue box labeled 'zeitnah erforderlich' points to a checkbox in the 'Ergebnis der Psychotherapeutischen Sprechstunde' section. A third blue box labeled 'Platz für Überweisungscode' points to a specific field in the 'Empfehlungen zur weiteren Vorgehen' section.

Sofern Sie als ambulante Therapie eine zeitnah erforderliche probatorische Sitzung anfordern, geben Sie bitte auch die benötigte Behandlungsform an.

Der Überweisungscode ist ein **12-stelliger Code** und enthält **keine** Daten. Er ist bei der Suche einer Akutbehandlung **zwingend** anzugeben. Die individuelle Patienteninformation ist dem weiterbehandelnden Therapeuten vorzulegen.

Überweisungscode fordern Sie bitte bei Bedarf in Ihrer Bezirksstelle an.

Die TSS ist unter der
Telefonnummer 0511 56 999 793
von Montag bis Freitag
von 08.00 Uhr bis 18.00 Uhr
erreichbar.

Sie vermittelt **keinen „Wunschtermin“**.
Sie vermittelt **keinen „Wunschtherapeuten“**.
Es ist eine **längere Anfahrtstrecke** möglich.

Es ist eine **Terminbestätigung durch den Patienten** in der Praxis notwendig.

Entschädigungsansprüche für nicht wahrgenommene Termine sind analog zu „normalen“ Terminen direkt zwischen Therapeut und Patient zu regeln.

BITTE BEACHTEN SIE AUCH DIE BEDIENUNGSANLEITUNGEN DIREKT IM eTERMINSERVICE!
Für Fragen per E-Mail verwenden Sie bitte das Formular KVN Kontakt 24 im KVN-Portal.
Ansprechpartner für technische Fragen: IT-Service der KVN – Tel 0800 5 101025 (gebührenfrei)
Ansprechpartner für Honorarfragen und Ihre Praxisdaten: Ihre KVN **Bezirksstelle**
Ansprechpartner für allgemeine Fragen: Ihr AbrechnungsCenter – Tel 0511 380 4800

Amtliche Mitteilung der KVN zum HVM für das 4. Quartal 2018

in Umsetzung des Honorarverteilungsmaßstabes (HVM) gemäß § 87b Abs. 1 SGB V der KVN vom 3. März 2018

1. Bekanntgabe der Fachgruppendurchschnittswerte für Individualbudgets nach Teil B Nr. 16.1 HVM

Fachgruppe	durchschnittliches Individualbudget
FA Laboratoriumsmedizin	365.276,60 €
FA Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie	240.969,15 €

Die aufgeführten Fachgruppendurchschnittswerte gelten für Ärzte der o.g. Fachgruppen, die im Basiszeitraum 4/2017 noch keine 16 Quartale tätig waren. Sie erhalten ein Individualbudget in Höhe der Leistungsanforderungen für Leistungen gemäß Teil B Nr. 16.1 Satz 1 HVM, maximal jedoch in Höhe der o.g. Fachgruppendurchschnittswerte, es sei denn das sich aus dem Basiszeitraum tatsächlich ergebende Individualbudget liegt über diesem Wert.

Für Ärzte, die im 4. Quartal 2018 nicht in vollem zeitlichen Umfang an der vertragärztlichen Versorgung teilnehmen, reduzieren sich die o.a. Fachgruppendurchschnittswerte anteilig auf den Umfang ihrer Tätigkeit.

2. Bekanntgabe der Fachgruppendurchschnittswerte für Individualbudgets nach Teil B Nr. 16.2 HVM

Fachgruppe	durchschnittliches Individualbudget
FA Chirurgie	3,65 €
FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe	13.747,72 €
FA Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	33.372,06 €
FA Haut- und Geschlechtskrankheiten	1.571,56 €
FA Innere Medizin und (SP) Nephrologie	906,61 €
FA Innere Medizin und (SP) Kardiologie	6.288,38 €
FA Kinder- und Jugendmedizin (hausärztlich)	16.771,96 €
FA Innere Medizin und (SP) Pneumologie	6.424,10 €
FA Innere Medizin und (SP) Gastroenterologie	8.147,28 €
FA Pathologie	5.783,14 €
FA Radiologie	10.344,56 €
FA Strahlentherapie	
FA Urologie	6.535,17 €
FA Nuklearmedizin	35.552,50 €
FA Humangenetik	
FA Transfusionsmedizin	99.817,30 €
FA Biochemie	
FA Allgemeinmedizin, Praktischer Arzt, FA Innere Medizin (hausärztlich)	25.412,31 €
FA Innere Medizin (fachärztlich)	101.375,91 €
FA Innere Medizin und (SP) Endokrinologie	249.724,25 €
FA Innere Medizin und (SP) Hämatologie und Onkologie	17.504,63 €
FA Innere Medizin und (SP) Rheumatologie	67.028,17 €

Die aufgeführten Fachgruppendurchschnittswerte gelten für Ärzte der o.g. Fachgruppen, die im Basiszeitraum 4/2017 noch keine 16 Quartale im Speziallabor tätig waren. Sie erhalten ein Individualbudget in Höhe der Leistungsanforderungen für Leistungen gemäß Teil B Nr. 16.2 Satz 1 HVM, maximal jedoch in Höhe der o.g. Fachgruppendurchschnittswerte, es sei denn das sich aus dem Basiszeitraum tatsächlich ergebende Individualbudget liegt über diesem Wert.

Für Ärzte, die im 4. Quartal 2018 nicht in vollem zeitlichen Umfang an der vertragärztlichen Versorgung teilnehmen, reduzieren sich die o.a. Fachgruppendurchschnittswerte anteilig auf den Umfang ihrer Tätigkeit.

Amtliche Mitteilung der KVN zum HVM für das 4. Quartal 2018

in Umsetzung des Honorarverteilungsmaßstabes (HVM) gemäß § 87b Abs. 1 SGB V der KVN vom 3. März 2018

Für die Arztgruppe:

**Fachärzte für Innere und Allgemeinmedizin, Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte,
Fachärzte für Innere Medizin, die dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören**

1. Bekanntgabe der arztgruppenspezifischen Mindest-Fallwerte für RLV und QZV

Regelleistungsvolumen	RLV-Fallwert:	43,0529 €
Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen (QZV)	Gebührenordnungspositionen des EBM	Fallwert
Akupunktur	30790, 30791	165,7473 €
Allergologie (Zusatzbezeichnung)	30110, 30111, 30120, 30121, 30122, 30123	48,4388 €
Behandlung des diabetischen Fußes	02311	53,6707 €
Behandlung von Hämorrhoiden	30610, 30611	13,3666 €
Chirotherapie	30200, 30201	8,4400 €
Dringende Besuche	01411, 01412	72,9238 €
Ergometrie	03321	19,2714 €
Hyposensibilisierungsbehandlung	30130, 30131	30,1824 €
Kardiorespiratorische Polygraphie	30900	38,8505 €
Kleinchirurgie	02310	19,7207 €
Langzeit-Blutdruckmessung	03324	7,4687 €
Langzeit-EKG	03241, 03322	10,1532 €
Phlebologie	30500, 30501	18,8430 €
Physikalische Therapie	30400, 30401, 30402, 30410, 30411, 30420, 30421	10,1987 €
Proktologie	03331	9,9148 €
Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120	22,7229 €
Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150	90,9543 €
Schmerztherapeutische spezielle Versorgung	30700, 30702, 30704, 30706, 30708	97,9600 €
Schmerztherapeutische spezielle Behandlung	30710, 30712, 30720, 30721, 30722, 30723, 30724, 30730, 30731, 30740, 30750, 30751, 30760	90,2309 €
Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092	15,9898 €
Sonographie III	33060, 33061, 33062	18,3307 €
Spirometrie	03330	6,0129 €
Unvorhergesehene Inanspruchnahme	01100, 01101, 01102	18,2322 €

Die o.g. RLV-/QZV-Mindest-Fallwerte können sich im Rahmen der Honorarbescheidung gemäß Teil B Anlage 7 Nr. 2.2 bzw. Anlage 8 Nr. 3.2 des HVM ggf. noch erhöhen.

2. Bekanntgabe der Fallzahlzuwachsbegrenzung (FZZB) gemäß Teil B Nr. 5 des HVM

Sofern der prozentuale Zuwachs aller RLV-Behandlungsfälle einer Arztgruppe in 4/2018 gegenüber 4/2017 fünf vom Hundert überschreitet, unterliegen die Ärzte dieser Arztgruppe im Rahmen der Ermittlung des RLV-Budgets 4/2018 einer Fallzahlzuwachsbeschränkung. In diesem Falle wird das arztindividuelle RLV 4/2018 begrenzt auf die individuelle RLV-relevante Behandlungsfallzahl im Vorjahresquartal zzgl. fünf vom Hundert der arztgruppendurchschnittlichen RLV-Behandlungsfallzahl im Vorjahresquartal als maximales Wachstum.

Arztgruppendurchschnittliche RLV-Behandlungsfallzahl im Vorjahresquartal:	964,71
Maximales Wachstum der individuellen RLV-Behandlungsfallzahl:	48,24

Für Ärzte im hausärztlichen Versorgungsbereich, die im aktuellen Quartal weniger als die durchschnittliche RLV-Behandlungsfallzahl je Arzt der Arztgruppe im Vorjahresquartal erreicht haben sowie für neu zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassene Ärzte gilt die arztgruppendurchschnittliche RLV-Behandlungsfallzahl im Vorjahresquartal zzgl. fünf vom Hundert.

Für Ärzte, die im 4. Quartal 2018 nicht in vollem zeitlichen Umfang an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, reduzieren sich die o. a. durchschnittlichen Behandlungsfallzahlen anteilig auf den Umfang ihrer Tätigkeit.

3. Bekanntgabe der Fallwertminderungsgrenzen gemäß Teil B Nr. 8.1.1 des HVM

Der für einen Arzt zutreffende arztgruppenspezifische RLV-Basisfallwert wird für jeden über 150 % der durchschnittlichen RLV-Behandlungsfallzahl im Vorjahresquartal der Arztgruppe hinausgehenden RLV-Behandlungsfall wie folgt gemindert:

25% Minderung des RLV-Fallwerts ab 150% der durchschnittlichen RLV-Behandlungsfallzahl:	1.447,07
50% Minderung des RLV-Fallwerts ab 170% der durchschnittlichen RLV-Behandlungsfallzahl:	1.640,01
75% Minderung des RLV-Fallwerts ab 200% der durchschnittlichen RLV-Behandlungsfallzahl:	1.929,42

Für Ärzte, die im 4. Quartal 2018 nicht in vollem zeitlichen Umfang an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, reduzieren sich die o. a. Fallwertminderungsgrenzen anteilig auf den Umfang ihrer Tätigkeit.

Amtliche Mitteilung der KVN zum HVM für das 4. Quartal 2018

in Umsetzung des Honorarverteilungsmaßstabes (HVM) gemäß § 87b Abs. 1 SGB V der KVN vom 3. März 2018

Für die Arztgruppe:
Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin, die dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören

1. Bekanntgabe der arztgruppenspezifischen Mindest-Fallwerte für RLV und QZV

Regelleistungsvolumen	RLV-Fallwert:	41,5698 €
Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen (QZV)	Gebührenordnungspositionen des EBM	Fallwert
Allergologie	30110, 30111, 30120, 30121, 30122, 30123	43,2429 €
Dringende Besuche	01411, 01412	53,1213 €
Ergometrie	04321	20,3616 €
Hyposensibilisierungsbehandlung	30130, 30131	29,6739 €
Langzeit-Blutdruckmessung	04324	5,8866 €
Langzeit-EKG	04241, 04322	8,2116 €
Neurophysiologische Übungsbehandlung	30300, 30301	54,6069 €
Physikalische Therapie	30400, 30401, 30402, 30410, 30411, 30420, 30421	17,9609 €
Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120	16,7310 €
Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150	85,6990 €
Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092	14,8852 €
Sonographie II	33020, 33021, 33022, 33023, 33030, 33031, 33040	17,0716 €
Sonographie der Säuglingshöften	33051	11,4126 €
Spirometrie	04330	6,6618 €
Unvorhergesehene Inanspruchnahme	01100, 01101, 01102	17,7720 €

Die o.g. RLV-/QZV-Mindest-Fallwerte können sich im Rahmen der Honorarbescheidung gemäß Teil B Anlage 7 Nr. 2.2 bzw. Anlage 8 Nr. 3.2 des HVM ggf. noch erhöhen.

2. Bekanntgabe der Fallzahlzuwachsbeschränkung (FZZB) gemäß Teil B Nr. 5 des HVM

Sofern der prozentuale Zuwachs aller RLV-Behandlungsfälle einer Arztgruppe in 4/2018 gegenüber 4/2017 fünf vom Hundert überschreitet, unterliegen die Ärzte dieser Arztgruppe im Rahmen der Ermittlung des RLV-Budgets 4/2018 einer Fallzahlzuwachsbeschränkung. In diesem Falle wird das arztindividuelle RLV 4/2018 begrenzt auf die individuelle RLV-relevante Behandlungsfallzahl im Vorjahresquartal zzgl. fünf vom Hundert der arztgruppenspezifischen durchschnittlichen RLV-Behandlungsfallzahl im Vorjahresquartal als maximales Wachstum.

Arztgruppenspezifische durchschnittliche RLV-Behandlungsfallzahl im Vorjahresquartal:	1.009,52
Maximales Wachstum der individuellen RLV-Behandlungsfallzahl:	50,48

Für Ärzte im hausärztlichen Versorgungsbereich, die im aktuellen Quartal weniger als die durchschnittliche RLV-Behandlungsfallzahl je Arzt der Arztgruppe im Vorjahresquartal erreicht haben sowie für neu zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassene Ärzte gilt die arztgruppenspezifische durchschnittliche RLV-Behandlungsfallzahl im Vorjahresquartal zzgl. fünf vom Hundert.

Für Ärzte, die im 4. Quartal 2018 nicht in vollem zeitlichen Umfang an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, reduzieren sich die o. a. durchschnittlichen Behandlungsfallzahlen anteilig auf den Umfang ihrer Tätigkeit.

3. Bekanntgabe der Fallwertminderungsgrenzen gemäß Teil B Nr. 8.1.1 des HVM

Der für einen Arzt zutreffende arztgruppenspezifische RLV-Basisfallwert wird für jeden über 150 % der durchschnittlichen RLV-Behandlungsfallzahl im Vorjahresquartal der Arztgruppe hinausgehenden RLV-Behandlungsfall wie folgt gemindert:

25% Minderung des RLV-Fallwerts ab 150% der durchschnittlichen RLV-Behandlungsfallzahl:	1.514,28
50% Minderung des RLV-Fallwerts ab 170% der durchschnittlichen RLV-Behandlungsfallzahl:	1.716,18
75% Minderung des RLV-Fallwerts ab 200% der durchschnittlichen RLV-Behandlungsfallzahl:	2.019,04

Für Ärzte, die im 4. Quartal 2018 nicht in vollem zeitlichen Umfang an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, reduzieren sich die o. a. Fallwertminderungsgrenzen anteilig auf den Umfang ihrer Tätigkeit.

Amtliche Mitteilung der KVN zum HVM für das 4. Quartal 2018

in Umsetzung des Honorarverteilungsmaßstabes (HVM) gemäß § 87b Abs. 1 SGB V der KVN vom 3. März 2018

4. Leistungen außerhalb von RLV und QZV („Freie Leistungen“)

- Leistungen im organisierten Bereitschaftsdienst und Notfall
- Haus- und Heimbefuche (GOP 01410, 01413 und 01415 EBM)
- Verordnung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (GOP 01425 und 01426 EBM)
- Zuschlag für die Betreuung eines Patienten im Rahmen der Videosprechstunde (GOP 01450 EBM)
- Vergütung bei Verordnung von Cannabis (GOP 01460, 01461 und 01626 EBM)
- Verordnung von medizinischer Rehabilitation (GOP 01611 EBM)
- Zuschlag für die Erstellung und Aktualisierung des Medikationsplans (GOP 01630 EBM)
- Notfalldatenmanagement (GOP 01640 bis 01642 EBM)
- Leistungen der Prävention, Empfängnisregelung, Sterilisation und im Rahmen von Schwangerschaftsabbrüchen (Abschnitte 1.7.1 bis 1.7.7 EBM)
- Leistungen der Methadon- und Diamorphinsubstitution (Abschnitt 1.8 EBM)
- Epilation mittels Lasertechnik bei Mann-zu-Frau-Transsexualismus (GOP 02325 bis 02328 EBM)
- Ärztlich angeordnete Hilfeleistungen anderer Personen (GOP 03060 bis 03065 EBM)
- Anleitung zur Selbstanwendung eines Real-Time-Messgerätes zur kontinuierlichen interstitiellen Glukosemessung (GOP 03355, 04590 und 13360 EBM)
- Leistungen der hausärztlichen geriatrischen Versorgung (Abschnitt 3.2.4 EBM)
- Leistungen der palliativmedizinischen Versorgung (Abschnitt 3.2.5 und 4.2.5 EBM)
- Leistungen der sozialpädiatrischen Versorgung (Abschnitt 4.2.4 EBM)
- Leistungen der pädiatrischen Nephrologie und Dialyse (Abschnitt 4.5.4 EBM) sowie die GOP 04000 bis 04015, 04040 und 04230, wenn in demselben Behandlungsfall Leistungen des Abschnitts 4.5.4 EBM abgerechnet werden
- Zuschlag auf die jeweilige Pauschale für die fachärztliche Grundversorgung (PFG)
- Anästhesiologische Leistungen gemäß § 87b Abs. 2 Satz 5 SGB V
- Beratung und Betreuung eines Patienten nach einer intravitrealen operativen Medikamenteneingabe (GOP 06334 und 06335 EBM)
- Transurethrale Botulinumtoxin-Therapie (GOP 08312, 08313, 26316, 26317 EBM sowie die GOP 08311, 26310 und 26311 EBM (Zystoskopien), die in derselben Sitzung mit den GOPen 08312 oder 26316 EBM erbracht werden)
- Leistungen und Begleitleistungen der Reproduktionsmedizin (ohne Beratungsleistungen GOP 08520 und 08521 EBM)
- Balneophototherapie (GOP 10350 EBM)
- Leistungen der Humangenetik (GOP 11230, 11233 bis 11236 sowie Abschnitt 11.4 und 19.4 EBM)
- Leistungen und Kostenpauschalen der Laboratoriumsmedizin (GOP 12210, 12220, 12225 und 32001 sowie Kapitel 32 EBM)*
- Leistungen der Nephrologie und Dialyse (Abschnitt 13.3.6 EBM, ausgenommen GOP 13594 EBM)
- Leistungen auf Überweisungsfällen zur Durchführung ausschließlich von Probenuntersuchungen
- Psychotherapeutisches Gespräch als Einzelbehandlung (GOP 22220 und 23220 EBM)
- Strahlentherapie (Kapitel 25 EBM)
- Leistungen der Soziotherapie (Abschnitt 30.8 EBM)
- Leistungen der spezialisierten Versorgung HIV-infizierter Patienten (Abschnitt 30.10 EBM)
- Neuropsychologische Therapie (Abschnitt 30.11 EBM)
- Spezielle Diagnostik und Eradikationstherapie im Rahmen von MRSA (Abschnitt 30.12 EBM)
- Leistungen zur spezialisierten geriatrischen Diagnostik und Versorgung (Abschnitt 30.13 EBM)
- Ambulantes Operieren, PTK, Koloskopie, Kapselendoskopie und ERCP (Leistungen des Kapitels 31 EBM sowie die GOP 04514, 04515, 04518, 04520, 04528 und 04529 sowie 13421 bis 13431 EBM)
- Leistungen der Abschnitte 2 und 3 der Anlage 1 zum AOP-Vertrag nach § 115b SGB V
- Vakuumbstanziopsien (GOP 34274 EBM)
- Osteodensitometrische Untersuchung II (GOP 34601 EBM)
- Diagnostische Positronenemissionstomographie (PET) und diagnostische Positronenemissionstomographie mit Computertomographie (PET/CT) (Abschnitt 34.7 EBM)
- Telekonsil von Röntgenaufnahmen und CT-Aufnahmen (Abschnitt 34.8 EBM)
- Probatorische Sitzungen von Ärzten der in § 87b Abs. 2 Satz 4 SGB V genannten Arztgruppen (GOP 35150 EBM)
- Psychotherapeutische Sprechstunde und Akutbehandlung (GOP 35151 und 35152 EBM)
- Antrags- und genehmigungspflichtige Leistungen der Psychotherapie (Abschnitt 35.2 EBM)
- Belegärztliche Leistungen (Kapitel 36 EBM)
- Kooperations- und Koordinationsleistungen gemäß Anlage 27 zum BMV-Ä (Abschnitt 37.2 EBM)
- Besonders qualifizierte und koordinierte palliativmedizinische Versorgung gemäß Anlage 30 zum BMV-Ä (Abschnitt 37.3 EBM)
- Delegationsfähige Leistungen (Kapitel 38 EBM)
- Kosten- und Wegepauschalen (Kapitel 40 EBM)
- Sachkostenerstattung (GOP 99999)
- Vergütungen für regional bzw. bundesweit vereinbarte, nicht im EBM enthaltene Leistungen im GOP-Bereich ≥ 80000

* Die Regelungen gem. Teil B Nr. 16 des HVM zur Umsetzung der Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gemäß § 87b Abs. 4 SGB V zur Vergütung laboratoriumsmedizinischer Leistungen bleiben hiervon unberührt.

Gemeinsame Arbeitsgruppe Arzneimittel

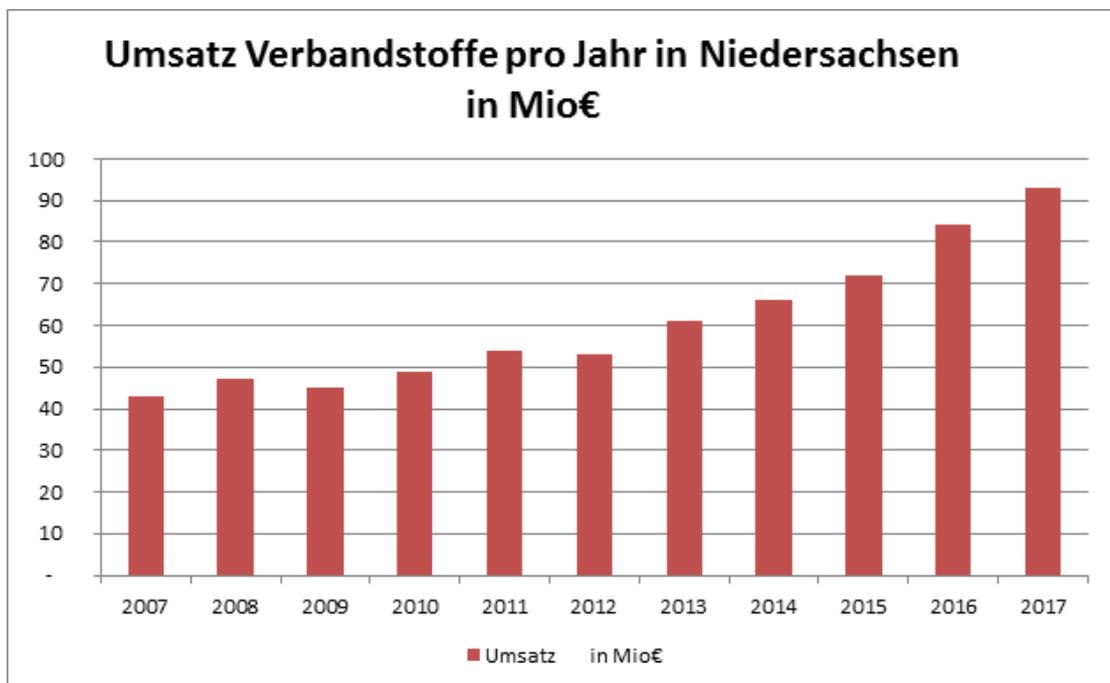
Kassenärztliche Vereinigung
Niedersachsen

Verbände der gesetzlichen
Krankenkassen in Niedersachsen



Moderne Wundversorgung

In den letzten 10 Jahren haben sich die GKV-Ausgaben für Verbandstoffe in Niedersachsen mehr als verdoppelt. Dabei geht der Trend zu kostenintensiveren Verbandstoffen.



Quelle: Actrapid, KV Niedersachsen, GamSi Daten

Auch für die Verordnung von Verbandstoffen gilt das Wirtschaftlichkeitsgebot. Die meisten Verbandstoffe werden als zertifizierte Medizinprodukte in den Markt gebracht. Ist ein Arzneistoff enthalten, der für die Hauptwirkung verantwortlich ist, muss das Produkt als Arzneimittel zugelassen werden. Die Hersteller definieren die Zweckbestimmung und lassen die Produkte in der Regel als Medizinprodukt zertifizieren. Verbandstoffverordnungen dürfen nicht in der Apotheke ausgetauscht werden.

Die Produkte der modernen Wundversorgung halten ein feuchtes Wundmilieu aufrecht.

Zu den einzelnen Wundaufagentypen gibt es eine große Produktvielfalt. Sie werden in unterschiedlichen Größen und Formen angeboten und je nach Produkt werden unterschiedliche Liegezeiten empfohlen. Durch Erhaltung eines feuchten Wundmilieus soll die physiologische Wundheilung unterstützt werden.

Eine wirtschaftliche Versorgung setzt voraus, dass

- das Verbandmittel für das Wundstadium geeignet ist,
- zur Größe der Wunde passt,
- die Wechselfrequenz beachtet wird.

- Silberverbände sind nur für infizierte Wunden indiziert und sollten zeitlich begrenzt (in der Regel 2 – 3 Wochen) eingesetzt werden, da die Wundheilung im Vergleich zu nicht silberhaltigen Produkten verzögert wird.¹

Namenszusätze wie z.B. „Border“, „Silber (AG)“, „plus“ oder „steril“ führen zu teilweise erheblichen Preissteigerungen ohne medizinischen Zusatznutzen.²

Für eine optimale Versorgung ist ein Wundstadien-gerechter Einsatz wichtig. Empfehlung dazu gibt nachfolgende Tabelle:³

Wundauflagen-typen	Reinigungsphase				Granulations-phase	Epithelisierungs-phase
	blutend	exsudativ	belegt	infiziert		
Saugkompressen	■	■■	□	□		
Imprägnierte Gaze 1)	■	■				
Kohlekompressen				■■ 2)		
Alginate	■■	■■		■■	■	
Hydrofiber	■	■■		■	■	
Hydrogele			■■		■■	■
Hydrokolloide		■	■		■■	■
Schaumstoffe		■■	■	□	■	
Semipermeable Wundfolien						■■
Nasstherapeutika			■■	■■	■	
Antibakterielle Wundauflagen				■■		

■■ bevorzugt eingesetzt □□ eingesetzt

1) In Kombination mit Saugkompressen 2) insbesondere bei üblem Geruch

In absehbarer Zeit werden in der Arzneimittelverordnungssoftware auch Daten für Verbandmittel, wie beispielsweise Preisangaben, angezeigt werden. Aktuell kann eine Preisinformation der AOK Niedersachsen zu Produktgruppen von Verbandstoffen, die häufig verordnet werden, über diesen Link abgerufen werden:

http://www.aok-gesundheitspartner.de/imperia/md/gpp/nds/arzneimittel/verordnung/aok-preisinformation_für_moderne_wundversorgung_.pdf

Hinweis zum Sprechstundenbedarf

Zur akuten Wundversorgung können Verbandstoffe auch als Sprechstundenbedarf (SSB) verordnet werden. Fachgruppenbezogene Hinweise zur Verordnungsfähigkeit sind im Musterkoffer auf der KVN-Homepage im geschützten Bereich zu finden (KVN-Portal > Sprechstundenbedarf > Musterkoffer SSB). Wundauflagen mit Aktivkohle und/oder Silber sowie Wundverbände in der Darreichungsform Gel sind als SSB nicht ordnungsfähig.

¹ Aziz Z, Abu SF, Chong NJ (2012)

² Anette Vassel-Biergans: Wundauflagen, 4. Auflage 2017

³ Anette Vassel-Biergans Wundauflagen, 4. Auflage 2017

Fortbildungskurs kurative Mammographie

Sehr geehrte Damen und Herren,

die Qualitätssicherung nimmt im radiologischen Alltag einen zunehmend wichtigeren Stellenwert ein. In der Mammographie wurde dazu am 11.02.2011 durch den gemeinsamen Bundesausschuss die Mammographie-Vereinbarung veröffentlicht. Zur Vorbereitung auf die Fallsammlungsprüfungen bieten wir im Auftrag der kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen diesen Fortbildungskurs an. Er richtet sich an Ärzte, die Mammographieleistungen in der kurativen Versorgung erbringen wollen und hat das Ziel, Sie über die Neuerungen in der Gesetzgebung und Technik zu informieren sowie intensiv die Mammographie-Befundung zu trainieren.

Wir laden Sie herzlich nach Oldenburg ein und freuen uns auf eine konstruktive, diskussionsfreudige Arbeitsatmosphäre.



Dr. med. Gerold Hecht

1. Kurstag (Donnerstag)

Registrierung ab 09:30h

10:00	Rechtliche Grundlagen, Abrechnung	Hecht
10:45	Radiologie gut- und bösartiger Erkrankungen im Mammogramm	Bremer
11:30	Technische Grundlagen und Qualitätssicherung	Gese

12:30 Mittagspause

13:15	Einführung prakt. Übungen	Hecht
13:30	Praktische Übungen in der Befundung	Hecht/ Sougrati/ Stephan

15:00 Kaffeepause

15:15	Besprechung der Fälle	Hecht
15:45	Ergänzende bildgebende Verfahren in der Mammadiagnostik	Ganseforth
16:45	Diskussion	

17:00 Ende des 1. Kurstages

2. Kurstag (Freitag)

09:00	Differentialdiagnose mammogr. Läsionen	Hecht
10:00	Abklärungsdiagnostik	Bremer

10:30 Kaffeepause

10:45	Praktische Übungen in der der Befundung	Hecht/ Sougrati/ Stephan
-------	---	--------------------------------

12:15 Mittagspause

13:00	Besprechung der Fälle	Hecht
13:30	Pathologisch-Radiologische Korrelation	Hecht

14:15 Kaffeepause

14:30	Praktische Übungen in der der Befundung	Hecht/ Sougrati/ Stephan
	Abschlussbesprechung und Zertifikatsausgabe	

16:15 Ende der Veranstaltung

Referenten:

Dr. med. Sebastian Bremer
Arzt im Referenzzentrum Mammographie Nord

Dr. med. Margret Ganseforth
Fachärztin für diagnostische Radiologie,
Praxis Wilhelmshaven

Dipl.-Ing. (FH) Ina-Kathrin Gese
Diplomingenieurin im technischen Support,
Firma MMS Medicor

Dr. med. Gerold Hecht
Leiter des Referenzzentrums Mammographie Nord
und PVA der Screening-Einheit Niedersachsen
Nordwest

Veranstalter:

Dr. med. Gerold Hecht

Veranstaltungsort:

Referenzzentrum Mammographie Nord
Heiligengeiststraße 28, 1. OG
26121 Oldenburg

Anmeldung und Organisation:

Brigitte Sturm

Tel.: 04941 / 60 510-27

Fax: 04941 / 60 510-727

E-Mail: fortbildung@radserv.de

Internet: www.radserv.de

Die Teilnehmerzahl ist begrenzt.

Die Veranstaltung ist von der Ärztekammer
Niedersachsen zertifiziert und auf das
Fortbildungszertifikat anrechenbar.

Teilnahmegebühr:

€ 500,- inkl. MwSt (inkl. Pausenverpflegung)
Die Kursgebühr ist innerhalb von 14 Tagen
nach der Anmeldung zu entrichten. Eine
Rückerstattung ist nur bis 10 Tage vor
Kursbeginn abzüglich einer Bearbeitungs-
gebühr in Höhe von € 25,- möglich. Bei
späterer Absage oder Nichterscheinen wird die
Kursgebühr in voller Höhe fällig. Der
Veranstalter behält sich die Absage des Kurses
bei Nichtzustandekommen bis 14 Tage vor
Veranstaltungsbeginn vor.

Organisation:

RADSERV GmbH
Dienstleistungen für radiologische Praxen

**Fortbildungskurs
Kurative Mammographie
nach
Mammographie-Vereinbarung § 8**

Oldenburg

22. – 23.11.2018

Im Auftrag der



KVN
Kassenärztliche Vereinigung
Niedersachsen



Informationen für die Praxis

KVN-Rundschreiben

August 2018

Inhaltsverzeichnis

1. Abrechnung	3
1.1. BKK Landesverband Mitte und IKK kündigen die DSP-Vereinbarung der Primärkassen zum 31. Dezember 2018.....	3
1.2. Kataraktvertrag endet zum 30.09.2018 - Abrechnung der postoperativen Behandlung	3
1.3. Kennzeichnung der GOP 04411, 04413 bis 04416 sowie GOP 13571, 13573 bis 13576 EBM bei Durchführung von gleichzeitiger Strahlentherapie	3
1.4. Ungültige Kennnummern Labor	4
2. Verordnungen.....	4
2.1. Analgetika-Warnhinweis-Verordnung (AnalgetikaWarnHV).....	4
2.2. Vierfach-Grippeimpfstoff in die Schutzimpfungs-Richtlinie (SI-RL) aufgenommen.....	5
2.3. Änderung der Anlage V (verordnungsfähige Medizinprodukte) der Arzneimittel-Richtlinie.....	5
2.4. Einfacherer Wechsel der Arzneimittelverordnungssoftware ab dem Jahr 2020 möglich.....	6
2.5. Gemeinsame Arbeitsgruppe Arzneimittel – Informationsschreiben zum Thema „Dermatologische Rezepturen“	6
2.6. Rituximab bei Mantelzell-Lymphom – Änderung der Arzneimittel-Richtlinie der Anlage VI (Off-Label-Use) ..	6
2.7. Arzneimittelrichtlinie Anlage V: Fristverlängerung von verordnungsfähigen Medizinprodukten.....	7
2.8. Neue Vordrucke für die Verordnung von medizinischen Vorsorgeleistungen für Mütter und Väter ab 1. Oktober 2018.....	8
2.9. Änderungen am Formblatt PTV 11 „Individuelle Patienteninformation zur ambulanten Psychotherapeutischen Sprechstunde“ zum 1. Oktober 2018.....	8

3.	Allgemeine Hinweise	9
3.1.	Hautkrebsvorsorge im Alter von 18 bis 34 Jahren: Neuer HEK-Vertrag mit Einschreibeverfahren – gültig ab 1. Oktober 2018	9
4.	Veranstaltungen im September und Oktober 2018	10
4.1.	Seminar im neuen Gewand: Gruppentherapie leicht gemacht – Erneut/erstmalig in der Praxis anbieten –	12
5.	Anlagen	13
5.1.	Sammelerklärung	13
5.2.	Informationsschreiben AG Arzneimittel	13
5.3.	Vordrucke medizinische Versorgungsleistungen	13
5.4.	Ausfüllhinweise Formblatt PTV 11	13

1. Abrechnung

1.1. BKK Landesverband Mitte und IKK kündigen die DSP-Vereinbarung der Primärkassen zum 31. Dezember 2018

Der BKK Landesverband Mitte und die IKK haben die o. g. Vereinbarung fristgemäß zum 31. Dezember 2018 gekündigt. Somit sind für an Diabetes erkrankte Versicherte der Betriebs- und Innungskrankenkassen die GOP 99100 bis 99151 ab 1. Januar 2019 nicht mehr abrechnungsfähig.

Für Versicherte der AOK, der SVLFG und der Knappschaft können die Leistungen nach wie vor erbracht und abgerechnet werden.

1.2. Kataraktvertrag endet zum 30.09.2018 - Abrechnung der postoperativen Behandlung

Bitte beachten Sie, dass ab 01.10.2018 die postoperative Betreuung und Behandlung nach einer Kataraktoperation nach der **GOP 99876 nicht mehr berechnungsfähig** ist.

Die erbrachte Leistung ist nach dem EBM abzurechnen. Dabei kann der postoperative Behandlungskomplex nur innerhalb von 21 Tagen nach der Operation abgerechnet werden. Die Abrechnungsfristen aus dem Kataraktvertrag sind nicht mehr relevant.

Ansprechpartner ist Ihr Abrechnungsteam und/oder das Team Auskünfte des Abrechnungszentrums, Telefon: 0511 380 4800, E-Mail: abrechnungszentrum@kvn.de.

Achtung Abrechnungsfrist

1.3. Kennzeichnung der GOP 04411, 04413 bis 04416 sowie GOP 13571, 13573 bis 13576 EBM bei Durchführung von gleichzeitiger Strahlentherapie

Die GOP 04411, 04413 bis 04416 sowie die GOP 13571, 13573 bis 13576 sind insgesamt höchstens fünfmal im Krankheitsfall berechnungsfähig.

Bei Patienten, bei denen **gleichzeitig eine Strahlentherapie** durchgeführt wird, entfällt diese Häufigkeitsbegrenzung. Diese **Leistungen** müssen in der Abrechnung **mit dem Buchstaben „J“** gekennzeichnet werden, z. B. GOP 13571J. Als Begründung ist im KVDT - Feld 5009 der ICD10 - Code der für die Strahlentherapie maßgeblichen Erkrankung anzugeben.

Keine Häufigkeitsbegrenzung bei Strahlentherapie

Ansprechpartner ist Ihr Abrechnungsteam und/oder das Team Auskünfte des Abrechnungszentrums, Telefon: 0511 380 4800, E-Mail: abrechnungszentrum@kvn.de.

1.4. Ungültige Kennnummern Labor

Seit dem 01.04.2018 sind folgende Kennnummern **nicht** mehr **abrechnungsfähig**:

- GOP 32013 (Diagnostik und Therapie von Fertilitätsstörungen),
- GOP 32016 (präoperative Labordiagnostik).

Die **bisherige** GOP **32019** (Erkrankungen unter systemischer Zytostatika-Therapie und/oder Strahlentherapie) ist seit dem 01.04.2018 in der GOP **32012** aufgegangen.

Die ungültige GOP 32019 wird bei der Berechnung des Laborbudgets nicht berücksichtigt. Daher haben wir die **GOP 32019** in Ihrer **Quartalsabrechnung** in die **GOP 32012** geändert. Diese Korrektur haben wir **einmalig** für das 2. Quartal 2018 durchgeführt.

Ansprechpartner ist Ihr Abrechnungsteam und/oder das Team Auskünfte des Abrechnungsceneters, Telefon: 0511 380 4800, E-Mail: abrechnungsceneter@kvn.de.

Standardmäßige
Abrechnungskorrektur

2. Verordnungen

2.1. Analgetika-Warnhinweis-Verordnung (AnalgetikaWarnHV)

Mit Wirkung vom 1. Juli 2018 ist die Analgetika-Warnhinweis-Verordnung in Kraft getreten. Zukünftig müssen pharmazeutische Unternehmen folgenden Warnhinweis auf der äußeren Umhüllung von OTC-Analgetika anbringen:

„Bei Schmerzen oder Fieber ohne ärztlichen Rat nicht länger anwenden als in der Packungsbeilage vorgegeben!“

Das dient der Risikobegrenzung bei der Anwendung von OTC-Analgetika. Es gilt für nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel zur Behandlung leichter bis mäßig starker Schmerzen oder von Fieber zur oralen oder rektalen Anwendung mit den Wirkstoffen Acetylsalicylsäure, Diclofenac, Ibuprofen, Naproxen, Paracetamol, Phenazon und Propyphenazon.

Für in der Apotheke hergestellte Rezeptur- und Defekturarzneimittel muss die Apotheke folgenden Warnhinweis auf dem Behältnis anbringen:

„Bei Schmerzen oder Fieber ohne ärztlichen Rat nicht länger anwenden als vom Apotheker oder von der Apothekerin empfohlen!“

Für die Umsetzung dieser Vorgaben haben die pharmazeutischen Unternehmen eine zweijährige Übergangsfrist. Packungen ohne Warnhin-

weis dürfen Apotheken bis zu ihrem Verfalldatum abgeben. Für Rezeptur- und Defekturarzneimittel gilt die Übergangsfrist bis zum 30. Juni 2019.

2.2. Vierfach-Grippeimpfstoff in die Schutzimpfungs-Richtlinie (SI-RL) aufgenommen

Die Gripeschutzimpfung mit dem Vierfach-Grippeimpfstoff wurde in die SI-RL aufgenommen. Entsprechend der Empfehlung der STIKO müssen künftig Impfungen gegen Grippe mit einem Vierfach-Grippeimpfstoff mit der jeweils aktuellen, von der WHO empfohlenen Antigenkombination erfolgen.

Influenza-Impfung von Kindern und Jugendlichen

Laut G-BA handelt es sich bei dem quadrivalenten Influenzaimpfstoff (QIV) als auch bei dem quadrivalenten attenuierten Influenza-lebendimpfstoff (LAIV4) zur nasalen Applikation um gleich geeignete Maßnahmen zur Influenzaimpfung von Kindern und Jugendlichen.

Allerdings gilt für Kinder und Jugendliche ab einem Alter von zwei Jahren mit erhöhter gesundheitlicher Gefährdung infolge eines Grundleidens der Einsatz des LAIV weiterhin als unwirtschaftlich. Daher ist in diesen Fällen eine Verordnung des nasalen Grippeimpfstoffs zu Lasten der GKV ausgeschlossen.

Achtung: Bei Grundleiden keine Impfung mit LAIV4

2.3. Änderung der Anlage V (verordnungsfähige Medizinprodukte) der Arzneimittel-Richtlinie

Zum 1. Dezember 2018 wird das Medizinprodukt MOVICOL® V wie folgt in Anlage V der Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL) aufgenommen:

Produktbezeichnung	Medizinisch notwendige Fälle	Befristung der Verordnungsfähigkeit
MOVICOL® V	Für Patienten ab dem vollendeten 12. Lebensjahr zur Behandlung der Obstipation nur in Zusammenhang mit Tumorleiden, Megacolon (mit Ausnahme des toxischen Megacolons), Divertikulose, Divertikulitis, Mukoviszidose, neurogener Darmlähmung, bei phosphatbindender Medikation bei chronischer Niereninsuffizienz, Opiat- sowie Opioidtherapie und in der Terminalphase. Für Jugendliche mit Entwicklungsstörungen im Alter von 12 Jahren bis zum vollendeten 18. Lebensjahr zur Behandlung der Obstipation.	27. Januar 2021

Die Verordnungsfähigkeit ist bis zum 27. Januar 2021 befristet.

Die namentlich in Anlage V der Arzneimittel-Richtlinie aufgeführten Medizinprodukte dürfen in den genannten medizinisch notwendigen Fällen

zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung auf Namen des Patienten verordnet werden. Dabei müssen die angegebene Befristung und evtl. bestehende Sondervertragsregelungen berücksichtigt werden.

Die vollständige Liste der Anlage V wie auch nähere Einzelheiten hierzu finden Sie auf der Internetseite des G-BA unter www.g-ba.de > [Richtlinien](#) > [Arzneimittelrichtlinie](#) > [Anlage V](#).

2.4. Einfacherer Wechsel der Arzneimittelverordnungssoftware ab dem Jahr 2020 möglich

Ab Mitte des Jahres 2020 soll ein einfacherer Wechsel der Arzneimittelverordnungssoftware ohne gleichzeitigen Wechsel der Praxisverwaltungssoftware in den Arztpraxen möglich sein. Dafür hat die KBV eine neue, einheitliche Schnittstellendefinition erarbeitet. Die Softwarehersteller haben eine zweijährige Umsetzungsfrist, um sie in ihre Produkte zu integrieren. Ab dem 1. Juli 2020 dürfen nur noch solche Systeme zur Verordnung von Arzneimitteln eingesetzt werden, bei denen die korrekte Umsetzung der Schnittstelle von der KBV bestätigt wurde. Eine Liste der zugelassenen Systeme veröffentlicht die KBV auf ihrer Internetseite unter www.kbv.de/html/5614.php.

Ab 1. August 2018 werden durch einen aktualisierten Anforderungskatalog für Arzneimittelverordnungssoftware neben den Arzneimitteldaten auch Daten für Verbandmittel und weitere Produkte wie Teststreifen oder bilanzierte Diäten zur enteralen Ernährung angezeigt. Die Vollständigkeit dieser Daten wird allerdings erst ab dem 1. Juli 2019 gewährleistet sein.

2.5. Gemeinsame Arbeitsgruppe Arzneimittel – Informationsschreiben zum Thema „Dermatologische Rezepturen“

Im Anhang finden Sie ein weiteres Informationsschreiben der AG GKV/KVN Arzneimittel zu dem Thema „Hinweise zur Verordnung von dermatologischen Rezeptur Arzneimitteln“. Darin werden die wichtigsten Grundlagen zu Rezepturen und ihrer Verordnungsfähigkeit dargestellt sowie Hinweise gegeben, was bei der Verordnung einer Rezeptur zu beachten ist.

Das Informationsschreiben finden Sie in Kürze im [KVN-Portal unter Verordnungen > Arzneimittel > Veröffentlichungen](#) sowie im Internet unter www.kvn.de > [Praxis](#) > [Verordnungen](#).

Anlage 5.2 Informationsschreiben AG Arzneimittel

2.6. Rituximab bei Mantelzell-Lymphom – Änderung der Arzneimittel-Richtlinie der Anlage VI (Off-Label-Use)

In Anlage VI Teil A der Arzneimittel-Richtlinie (Ziffer XXVI) wurde die Liste der Hersteller, die für ihre Rituximab-haltigen Arzneimittel im Rahmen des in der Anlage vorgenannten Off-Label-Use einer Anwendung zugestimmt haben (Haftung des pharmazeutischen Unternehmers) zum

Mundipharma stimmt
Off-Label-Use zu

13. Juli 2018 um den Hersteller „Mundipharma Deutschland GmbH & Co. KG“ erweitert.

Folgende Hersteller sind nun in der Liste aufgeführt:

AASTON HEALTHCARE GmbH, ACA Müller ADAG Pharma AG, adjupharm GmbH, axicorp Pharma B.V., Celltrion Healthcare Hungary Kft., Haemato PHARM GmbH, kohlpharma GmbH, Lunapharm Deutschland GmbH, MEDICOPHARM AG, Mundipharma Deutschland GmbH & Co. KG, Orifarm GmbH, propharmed GmbH und Roche Registration Ltd.

Wir empfehlen, bei Verordnungen von Rituximab-haltigen Arzneimitteln der genannten Hersteller in dieser Off-Label-Indikation das Aut-Idem-Kreuz zu setzen. Damit vermeiden Sie haftungsrechtliche Konsequenzen, falls die Apotheke das verordnete Präparat gegen ein vergleichbares austauscht, das keine Off-Label-Zustimmung hat.

Die Anlage VI der Arzneimittel-Richtlinie finden Sie auf der Internetseite des G-BA (www.g-ba.de) unter [Richtlinien > Arzneimittel-Richtlinie > Anlage VI](#).

Empfehlung: Aut-Idem-Kreuz setzen!

2.7. Arzneimittelrichtlinie Anlage V: Fristverlängerung von verordnungsfähigen Medizinprodukten

Bei folgenden Medizinprodukten hat sich die Befristung der Verordnungsfähigkeit nach Anlage V geändert:

Produktbezeichnung	Medizinisch notwendige Fälle	Befristung der Verordnungsfähigkeit
NaCl 0,9% B. Braun	<ul style="list-style-type: none"> zur Spülung und Reinigung bei operativen Eingriffen zur Spülung von Wunden und Verbrennungen zum Anfeuchten von Wundtamponaden, Tüchern und Verbänden zur Überprüfung der Durchlässigkeit von Kathetern zur intra- und postoperativen Spülung bei endoskopischen Eingriffen zur mechanischen Augenspülung 	23. Januar 2023
Ringer B. Braun	<ul style="list-style-type: none"> zur Spülung und Reinigung bei operativen Eingriffen zur Spülung von Wunden und Verbrennungen zur intra- und postoperativen Spülung bei endoskopischen Eingriffen 	23. Januar 2023
Aqua B. Braun	<ul style="list-style-type: none"> zur Spülung und Reinigung bei operativen Eingriffen zur Spülung von Wunden und Verbrennungen zum Anfeuchten von Wundtamponaden, Tüchern und Verbänden zur Überprüfung der Durchlässigkeit von Blasenkatetern zur mechanischen Augenspülung 	23. Januar 2023

Freka Drain-jet® Purisolet SM	<ul style="list-style-type: none"> intra- und postoperative Blasenspülung bei urologischen Eingriffen 	06.Juni 2023
Freka Drain-jet® NaCl 0,9 %	<ul style="list-style-type: none"> zur internen und externen Anwendung wie Perfusion des extracorporalen Systems bei der Hämodialyse, postoperative Blasenspülung bei allen urologischen Eingriffen, Spülungen im Magen-Darmtrakt und von Fisteln und Drainagen auch zur Wundbehandlung und zum Befeuchten von Tüchern und Verbänden 	06.Juni 2023

2.8. Neue Vordrucke für die Verordnung von medizinischen Vorsorgeleistungen für Mütter und Väter ab 1. Oktober 2018

Ab 1. Oktober 2018 steht den Vertragsärzten für die Verordnung von medizinischer Vorsorge für Mütter und Väter das **Muster 64** zur Verfügung. Zudem gibt es mit dem **Muster 65** ein neues Formular für ein ärztliches Attest, das für das mitzubehandelnde Kind ausgestellt werden kann. Das Muster 65 kann auch verwendet werden, wenn den Müttern und Vätern eine medizinische Rehabilitation verordnet wird.

Erstmals
Reha-Formular für
Mütter und Väter

Für das Ausstellen des Musters 64 wird die GOP 01624 EBM neu in den EBM aufgenommen. Die Leistung ist mit 210 Punkten (22,37 €) bewertet. Das Ausstellen des Musters 65 ist mit der GOP 01622 (83 Punkte/8,84 €) berechnungsfähig.

Die Formulare sind ab 1. Oktober 2018 in den Praxen vorzuhalten. **Bitte bestellen Sie daher rechtzeitig die neuen Vordrucke beim Paul-Albrechts-Verlag oder, sofern Sie Ihre Vordruckbestellung über Ihre Bezirksstelle durchführen, dort.**

Die neuen Formulare 64 und 65 werden zum 1. Oktober 2018 in den Praxisverwaltungssystemen und für die Blankoformularbedruckung hinterlegt sein. Eine Verordnung durch Vertragspsychotherapeuten ist nicht möglich.

Ausführliche Ausfüllhilfen für die Muster 64 und 65 finden Sie in der Anlage zu diesem Rundbrief. Sie sind auch in Kürze bei der KBV unter <http://www.kbv.de/html/bundesmantelvertrag.php> abrufbar.

Anlage 5.3 Vordrucke medizinische Versorgungsleistungen

2.9. Änderungen am Formblatt PTV 11 „Individuelle Patienteninformation zur ambulanten Psychotherapeutischen Sprechstunde“ zum 1. Oktober 2018

Das Formblatt PTV 11 wird zum 1. Oktober durch eine geänderte Version ersetzt. Auf dem Formular wurde ein neues Ankreuzfeld hinzugefügt. Damit kann der Therapeut vermerken, ob eine ambulante Psychotherapie zeitnah erforderlich ist oder nicht. Kreuzt er „zeitnah erforderlich“ an, hat der Patient einen Anspruch auf Vermittlung von probatorischen Sitzungen

Anspruch auf
probatorische
Sitzungen
dokumentiert

über die Terminservicestelle der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen.

Zudem wurde die Bezeichnung der ICD-10-Felder redaktionell korrigiert.

Alte Vordrucke dürfen nur noch bis zum 30. September 2018 genutzt werden. Ab dem 1. Oktober 2018 sind nur noch die neuen Vordrucke zu verwenden. Bitte berücksichtigen Sie dies bei Ihrer nächsten Vordruckbestellung.

Als Anlage erhalten Sie eine aktualisierte Ausfüllhilfe zum Formblatt PTV 11. Diese finden Sie ab dem 1. Oktober 2018 auch im Internet unter www.kbv.de/psychotherapie.

Anlage 5.4 Ausfüllhinweise Formblatt PTV 11

3. Allgemeine Hinweise

3.1. Hautkrebsvorsorge im Alter von 18 bis 34 Jahren: Neuer HEK-Vertrag mit Einschreibeverfahren – gültig ab 1. Oktober 2018

Der bestehende HEK-Hautuntersuchungsvertrag wird zum 1. Oktober 2018 durch einen Neuvertrag (gem. § 140 a SGB V) ersetzt. Bitte beachten Sie dabei insbesondere das ergänzende Teilnahmeverfahren.

Teilnahme für Ärzte

Dermatologen nehmen nicht mehr im Rahmen des konkludenten Handelns am Vertrag teil, sondern mittels schriftlichen Teilnahmeantrages gegenüber der KVN.

Teilnahme für Versicherte

Künftig schreibt der teilnehmende Dermatologe seine Patienten mithilfe der Teilnahmeerklärung in die Versorgung ein und übermittelt zudem diese Erklärung an die HEK.

Extrabudgetäre Vergütungspauschale

GOP 99214	Hautkrebsvorsorge im Alter von 18 bis 34 Jahren	34 Euro	Jedes zweite Kalenderjahr abrechenbar.
--------------	---	---------	--

Vertragsdokumente finden Sie im KVN-Portal: [Verträge > Besondere Versorgung > „HEK – Hautkrebsvorsorge“](#).

Dermatologen
brauchen eigenen
Teilnahmeantrag

4. Veranstaltungen im September und Oktober 2018

Hier bekommen Sie eine Übersicht über Seminare und Fortbildungen der KVN mit noch freien Plätzen im September und Oktober 2018. Ein Anmeldefax ist beigelegt. Bitte nutzen Sie für unterschiedliche Seminare separate Anmeldefaxe. Die ausgefüllten Anmeldungen faxen Sie bitte an folgende Nummer: **0511 380-4620**.

Weitere Informationen, welche Angebote für Ihre Praxis und die MitarbeiterInnen am besten geeignet sind, finden Sie auf unserer Internetseite. Dort können Sie sich auch direkt online anmelden:

<http://www.kvn.de/Seminarangebot/>

Name	Ort	Datum	Gebühr p. P.
Qualitäts- und Praxismanagement			
Digitalisierung im Gesundheitswesen	Hannover	12.Sep	kostenlos
Gefährdungsbeurteilung für die Arztpraxis	Hannover	12.Sep	85 Euro
Homepagegestaltung in der Arztpraxis	Hannover	19.Sep	99 Euro
Kommunikationstraining	Aurich	26.Sep	80 Euro
Der Knigge - Wirkung immer und überall	Hannover	22.Sep	115 Euro
Praxis Check-up	Hannover	26.Sep	85 Euro
Personalführung für PraxismitarbeiterIn	Hannover	18.Sep	139 Euro
Praxisbegehungen durch das Gewerbeaufsichtsamt	Hannover	08.Sep	25 Euro
Refresherkurs PraxismanagerIn - AufbauSeminar (3-tägig)	Oldenburg	05.Sep	295 Euro
Raus aus der Stressfalle für PraxismitarbeiterIn	Hannover	18.Sep	144 Euro
Stressfrei durch den Praxisalltag	Verden	12.Sep	50 Euro
Unterstützung in der Arztpraxis im Umgang mit Flüchtlingen	Hannover	22.Sep	125 Euro
Weiterbildungsassistenten - Praxisseminar	Hannover	19.Sep	kostenlos
Betriebliches Gesundheitsmanagement in medizinischen Einrichtungen	Hannover	20.Okt.	70 Euro

Datenschutz in der Arztpraxis	Stade	10.Okt.	50 Euro
Datenschutz in der Arztpraxis	Verden	19.Okt.	50 Euro
Erfolgreiches Management für die moderne Arztpraxis	Aurich	24.Okt.	80 Euro
Von der Kollegin zur erfolgreichen Führungskraft	Hannover	24.Okt.	115 Euro
Der kleine Knigge – souverän in den Berufsalltag	Hannover	19.Okt.	115 Euro
Rechtsnormen für die Arztpraxis – Wie sicher ist Ihre Praxis aufgestellt?	Hannover	24.Okt.	85 Euro
Telefonieren in der Arztpraxis	Aurich	17.Okt.	80 Euro
Abrechnung und Verordnung			
Abrechnung aktuell	Papenburg	05.Sep	kostenlos
Abrechnung aktuell	Aurich	06.Sep	kostenlos
Abrechnung aktuell	Aurich	12.Sep	kostenlos
Abrechnung aktuell	Aurich	13.Sep	kostenlos
Abrechnung aktuell	Oldenburg	17.Okt.	kostenlos
Behandlungs- und Schulungsprogramm Typ 2-Diabetes mit Normalinsulin (für Diabetologische Schwerpunktpraxen)	Hannover	17.Okt.	61 Euro
Honorarbescheid lesen und verstehen	Braunschweig	19.Sep	kostenlos
Sicher durch den „Heilmittel-Verordnungs-Dschungel“	Osterholz-Scharmbeck	04.Sep	kostenlos
Schutzimpfungen und Sprechstundenbedarf für MFA	Lüneburg	12.Sep	kostenlos
Weiterbildungsassistenten - Praxisseminar	Hannover	19.Sep	kostenlos
Gruppentherapie leicht gemacht	Braunschweig	13.Okt.	50 Euro
Heilmittelschulung für MFA	Hildesheim	17.Okt.	kostenlos
Offene Fragestunde für MFA	Stade	17.Okt.	kostenlos

Richtig kodieren nach ICD 10	Aurich	25.Okt.	kostenlos
Verordnungsweise in der täglichen Praxis	Hannover	10.Okt.	kostenlos
Medizinische und psychotherapeutische Themen			
DMP Asthma und COPD	Verden	15.Sep	20 Euro
Wundversorgung	Oldenburg	19.Sep	kostenlos
DMP Diabetes mellitus Typ 2	Stade	10.Okt.	20 Euro
Hautkrebs-Screening für Hausärzte	Aurich	20.Okt.	168 Euro
HZV Sonderverträge (2-tägig)	Verden	26.Okt.	135 Euro
Sinnhaftigkeit von Terminservicestellen bei depressiven Patienten	Hannover	27.Okt.	kostenlos
Wirtschaftsseminare			
Niederlassen in Niedersachsen	Göttingen	22.Sep	kostenlos
Niederlassen in Niedersachsen	Göttingen	20.Okt.	kostenlos
Niederlassen in Niedersachsen – Existenzgründungsseminar für Ärzte/-innen	Oldenburg	24.Okt.	kostenlos
Niederlassen in Niedersachsen	Göttingen	27.Okt.	kostenlos

4.1. Seminar im neuen Gewand: Gruppentherapie leicht gemacht – Erneut/erstmalig in der Praxis anbieten –

Die KVN möchte ihre Ärzte und Psychotherapeuten, die eine Genehmigung zur Abrechnung von Gruppentherapie haben, diese aber nicht nutzen, mit einem speziellen Seminar unterstützen. Hierzu werden Fachkollegen von ihren praktischen Erfahrungen im Bereich der Psychogruppentherapie berichten sowie Informationen zu rechtlich-formalen und praktisch-organisatorischen Inhalten geben. Es sollen Hürden für die Durchführung und Umsetzung abgebaut werden. Der Schwerpunkt wird auf den Abbau von Ängsten und die Schaffung von Motivation gerichtet werden, um erstmalig (oder nach langer Pause erneut) Gruppentherapie anzubieten. Das Seminar bietet ausreichend Platz für Fragen und Diskussionen.

Anliegen: Mehr Gruppentherapie

Das Seminar findet am 7. November 2018 in der Zeit von 15 bis 19 Uhr in der KVN Bezirksstelle Oldenburg in kleiner Runde mit 15 Teilnehmern und einem Referenten statt. Die Teilnehmergebühr beträgt 75 Euro pro Person. Ein weiterer Termin ist für das Jahr 2019 geplant.

Ihre Ansprechpartnerin ist Frau Marlen Hilgenböker (Telefon: 0511 380-3311)

Ausführliche Informationen zu dem o. g. Seminar finden Sie im Internet unter <http://www.kvn.de/Seminarangebot/Medizinische-und-psychotherapeutische-Themen/>

Bitte nutzen Sie das beiliegende Anmeldeformular oder das Anmeldeformular auf unserer Homepage.

5. Anlagen

- 5.1. **Sammelerklärung**
- 5.2. **Informationsschreiben AG Arzneimittel**
- 5.3. **Vordrucke medizinische Versorgungsleistungen**
- 5.4. **Ausfüllhinweise Formblatt PTV 11**

Verbindliche Anmeldung (bitte vollständig ausfüllen)

Fax an 0511 380-4620

Ich nehme am Seminar

mit _____ Person/en teil.

Datum des Seminars

Vor- und Nachname(n) der/des Teilnehmer/s

Vor- und Nachname des Rechnungsempfängers (Praxis)

Anschrift des Rechnungsempfängers (Straße, PLZ, Ort)

LANR

BSNR

E-Mail-Adresse

Telefonnummer für evtl. Rückfragen

Datum

**Mit der verbindlichen Anmeldung
akzeptiere ich die AGB der KVN.**

Stempel

6. Zur Beschäftigung eines Assistenten^{2,3} erkläre(n) ich/wir Folgendes:

2

Anzahl beschäftigte(r) Assistent(en):

LANR oder Name(n) des (der) Assistenten^{2,3}:

Table with 28 columns and 3 rows for LANR or Name of assistants.

Assistententätigkeit:

Table for dates of assistant activity with 'vom' and 'bis' labels.

7. Bereitschaftsdienstteilnahme

An den folgenden Tagen habe(n) ich/wir im Bereitschaftsdienstbezirk meiner/unserer Praxis am mit der Bezirksstelle abgestimmten organisierten Bereitschaftsdienst teilgenommen bzw. mich/uns hierbei vertreten lassen:

1. Quartalsmonat⁴

Calendar grid for the 1st quarter (days 1-31).

2. Quartalsmonat⁴

Calendar grid for the 2nd quarter (days 1-31).

3. Quartalsmonat⁴

Calendar grid for the 3rd quarter (days 1-31).

8. Abrechnung von Laborleistungen

Die Qualitätssicherung (interne und externe Maßnahmen) bei Laborleistungen wird entsprechend den geltenden Bestimmungen durchgeführt.

Ich/Wir bin/sind Mitglieder der Laborgemeinschaft (BSNR) für die GKV-Leistungsabrechnung

Small grid for BSNR membership information.

Ich/wir erkläre(n), dass die von mir/uns über Muster 10 A bezogenen und von der Laborgemeinschaft abzurechnenden Analysekosten nicht Bestandteil meiner/unserer Abrechnung sind.

Ich/Wir erbringe(n) zertifizierte Leistungen gemäß Abschnitt 32.2 EBM in dem zertifizierten Labor der Praxis

BSNR:

9. Datentechnisches Abrechnungsverfahren/Arzneimittelmodul

Ich/Wir bestätige(n), dass ich/wir die Bestimmungen der Richtlinie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung für den Einsatz von IT-Systemen in der Arzt-Praxis zum Zweck der Abrechnung gemäß § 295 Abs. 4 SGB V in der jeweils gültigen Fassung, die Bestimmungen der Bundesmantelverträge zur Nutzung von Datenverarbeitungssystemen in der Arztpraxis und die Verfahrensanweisung der KVN "Vertragsärztliche Übermittlung der Abrechnungsdaten auf maschinenlesbaren elektronischen Medien" kenne(n) und diese von mir/uns beachtet und eingehalten werden. Insbesondere bestätige ich/wir, dass durch entsprechende organisatorische und technische Maßnahmen eine Erfassung jeder einzelnen Leistung zur Abrechnung erst nach deren vollständiger Erbringung erfolgt ist und ausschließlich eine zertifizierte Softwareversion in der für dieses Abrechnungsquartal gültigen Version Anwendung gefunden hat.

Sofern ich/wir ein Arzneimittelmodul und/oder ein Heilmittelmodul einsetze(n), habe(n) ich/wir die entsprechende(n) KBV-Prüfnummer(n) mittels KVDT übertragen.

10. Praxisklinische Betreuung und Nachsorge/Postoperative Überwachung/Belegärztliche Strukturpauschalen

Soweit andere Ärzte an der Erbringung von Leistungen nach den GOP 01510-01512, 01520, 01521, 01530, 01531, 01857, 01910, 01911, 05350, 31501-31507, 36501-36507, 36861, 36867 und 36881-36884 beteiligt gewesen sind, besteht eine Vereinbarung, dass ich/wir diese Leistungen alleine abrechne(n). In den Fällen, in denen bei der Leistungserbringung in demselben Arztfall mehrere Arztpraxen mitgewirkt haben, bestätige(n) ich/wir, dass ich/wir mit den anderen Arztpraxen eine Vereinbarung getroffen haben, wonach nur ich/wir in den jeweiligen Fällen diese Leistungen abrechne(n).

Ich/Wir bin/sind mir/uns bewusst, dass die Abgabe unrichtiger Angaben in dieser Erklärung einen Verstoß gegen vertragsärztliche Pflichten darstellt, der unter Umständen strafrechtliche und berufsrechtliche Konsequenzen - bis zum Entzug der vertragsärztlichen Zulassung - zur Folge haben kann.

(Ort)

(Datum) TTMMJJJ

(Unterschrift⁵ und Vertragsarztstempel²)

Form boxes for location and date.

Form boxes for signature and stamp.

² Sollte der Platz nicht ausreichen, bitte einen weiteren Bogen ausfüllen.

³ Auf die §§ 32 und 32a Ärzte-ZV wird verwiesen.

⁴ Die jeweiligen Tage der Vertretung in dem Monat sind anzukreuzen.

⁵ Bei Berufsausübungsgemeinschaften und bei MVZ sind die Unterschriften/ist die Unterschrift sämtlicher in der Praxis tätigen zugelassenen Vertragsärzte bzw. einer vertretungsberechtigten Person erforderlich. Bei ermächtigten Institutionen bzw. einer Krankenhausambulanz erfolgt die Unterschrift durch eine den Rechtsträger vertretungsberechtigte Person.

Gemeinsame Arbeitsgruppe Arzneimittel

Kassenärztliche Vereinigung
Niedersachsen

Verbände der gesetzlichen
Krankenkassen in Niedersachsen



KVN
Kassenärztliche Vereinigung
Niedersachsen



Hinweise zur Verordnung von dermatologischen Rezeptur Arzneimitteln

Trotz der Vielzahl an Fertigarzneimitteln ist die Verordnung von individuell herzustellenden Rezeptur Arzneimitteln nach wie vor eine wichtige Option, z.B. für Kinder oder bei Unverträglichkeiten. Rezeptur Arzneimittel werden als Arzneimittel im Einzelfall auf Grund einer Verschreibung in der Apotheke hergestellt.¹ Vor der Herstellung der Rezeptur ist in der Apotheke eine *Plausibilitätsprüfung* durchzuführen. Dabei werden insbesondere folgende Punkte geprüft:²

- Dosierung
- Applikationsart
- Art, Menge und Kompatibilität der Ausgangsstoffe untereinander
- gleichbleibende Qualität in dem fertig hergestellten Rezeptur Arzneimittel über dessen Haltbarkeitszeitraum und Haltbarkeit des Rezeptur Arzneimittels.

Entspricht eine Rezepturverordnung nicht den Qualitätsanforderungen oder ergeben sich sonstige Bedenken, darf die Rezeptur nicht hergestellt werden, bis die Unklarheit beseitigt ist.¹

Für Fertigarzneimittel müssen im Rahmen des Zulassungsverfahrens die pharmakologischen und toxikologischen Wirkungen dargelegt werden; bedenklichen Fertigarzneimitteln wird gegebenenfalls keine Zulassung erteilt. Da Rezeptur Arzneimittel nicht zulassungspflichtig sind, wird die Frage der Bedenklichkeit der enthaltenen Stoffe vor der Herstellung in der Apotheke geklärt.³ Bedenkliche Rezepturen dürfen nicht hergestellt und abgegeben werden (Verbot des Inverkehrbringens bedenklicher Arzneimittel).⁴

Etwa 80 Prozent aller freien Rezepturen können durch NRF⁵-Rezepturen ersetzt werden.⁶ Dies sind standardisierte Rezepturvorschriften, die von der Arzneimittelkommission der Deutschen Apotheker (AMK) beurteilt und hinsichtlich ihrer Plausibilität geprüft wurden. Werden diese standardisierten Rezepturen verordnet, sind Rückfragen in der Regel nicht mehr notwendig.⁶ Ärzte haben mit einem DocCheck-Passwort kostenlosen Zugriff auf die Zusammensetzungen der NRF-Rezepturen.⁷

¹ § 1a „Begriffsbestimmungen“ Abs. 8 ApBetrO

² § 7 „Rezeptur Arzneimittel“ Abs. 1 ApBetrO

³ Welche Stoffe und Rezepturen unter diesen Begriff fallen, hat die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) in den Hinweisen zu bedenklichen Stoffen und Rezepturen zusammengestellt und veröffentlicht: Dicheva-Radev S. „Bedenkliche Stoffe und Rezepturen – Hinweise für die ärztliche Verschreibung“ April 2018, Arzneiverordnung in der Praxis, Band 45, Heft 2, S. 92-96, verfügbar unter: <https://www.akdae.de/Arzneimitteltherapie/AVP/Ausgaben/ab2015/201802.pdf> (letzter Zugriff 14.05.2018)

⁴ § 5 „Verbot bedenklicher Arzneimittel“, Abs. 1 AMG

⁵ Neues Rezeptur-Formularium; Herausgeber: ABDA – Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände

⁶ Mehr Gesprächsbedarf bei Rezeptur Arzneien Ärztezeitung 30.11.2012, verfügbar unter: https://www.aerztezeitung.de/praxis_wirtschaft/praxismanagement/praxisfuehrung/article/827637/arzt-apotheker-gespraechsbedarf-rezeptur-arzneien.html (letzter Zugriff 14.05.2018)

⁷ DAC/NRF: Arzt-Service, verfügbar unter: <https://dacnrf.pharmazeutische-zeitung.de/index.php?id=5> (letzter Zugriff 23.05.2018)

Für die Verordnung von Rezepturen gelten dieselben Grundsätze wie für Fertigarzneimittel, d.h. die Vorgaben der Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL) und des SGB V sowie die Verordnungsgrundsätze der Wirtschaftlichkeit nach SGB V sind zu beachten.

Bei der Verordnung für Erwachsene und Jugendliche ab 12 Jahren muss eine Rezeptur mindestens einen verschreibungspflichtigen Wirkstoff enthalten. Eine Übersicht über die verschreibungspflichtigen Wirkstoffe ist in Anlage 1 der Arzneimittelverschreibungsverordnung (AMVV) zu finden.⁸ Weitere Verordnungseinschränkungen konkretisiert die AM-RL:

Anlage III der AM-RL⁹

Dermatika, die auch zur Reinigung und Pflege oder Färbung der Haut, des Haares, der Nägel, der Zähne, der Mundhöhle usw. dienen einschließlich Medizinische Haut- und Haarwaschmittel sowie Medizinische Haarwässer und kosmetische Mittel sind nicht verordnungsfähig (Anlage III, Nr. 23 der AM-RL).

Anlage I der AM-RL¹⁰

Für die Verordnung nicht verschreibungspflichtiger Rezepturen ist die Anlage I der AM-RL maßgeblich. Beispielsweise sind harnstoffhaltige Dermatika mit einem Harnstoffgehalt von mindestens 5 % bei gesicherter Diagnose bei Ichthyosen verordnungsfähig, wenn keine therapeutischen Alternativen für den jeweiligen Patienten indiziert sind (Anlage I, Nr. 21 der AM-RL).

Als Rezepturgrundlage und Ausgangsstoff einer Rezeptur können apothekenpflichtige Arzneimittel oder auch nicht apothekenpflichtige Ausgangsstoffe wie Nichtarzneimittel, Kosmetika oder Medizinprodukte verwendet werden, wenn die pharmazeutische Qualität geprüft und nachgewiesen ist.¹¹ In der Apotheke wird die Eignung als Ausgangsstoff geprüft und bei Implausibilität Rücksprache mit dem verordnenden Arzt gehalten. Es empfiehlt sich zudem, vor der Verordnung einer neuen Rezeptur Rücksprache mit einer Apotheke zu halten.

Die Preisberechnung der Rezepturarzneimittel erfolgt in der Apotheke individuell durch einen 90%-igen Festzuschlag auf Ausgangsstoffe und Packmittel, den Rezepturzuschlag nach Arzneimittelpreisverordnung sowie einen Festzuschlag von 8,35 Euro und die Mehrwertsteuer. Ein Herstellerrabatt wird nicht mehr abgezogen.

Prüfen Sie vor der Verordnung einer Rezeptur, ob Fertigarzneimittel zur Verfügung stehen. Rezepturen stellen in der Regel dann eine wirtschaftliche Alternative zu Fertigarzneimitteln dar, wenn für diese Indikation oder Patienten kein vergleichbares oder geeignetes Fertigarzneimittel zur Verfügung steht. Wichtige Hinweise zur Verordnung von dermatologischen Rezepturarzneimitteln sind auch in der S2k-Leitlinie „Gebrauch von Präparationen zur lokalen Anwendung auf der Haut“ zu finden.¹²

Bei der Auswahl der Menge des herzustellenden Rezepturarzneimittels ist, wie bei Fertigarzneimitteln auch, die Dauer der Therapie und die Dosierung zu berücksichtigen, um unwirtschaftliche Mehrverordnungen zu vermeiden. Werden innerhalb einer Rezeptur Fertigarzneimittel verordnet, so sollten die vorhandenen Packungsgrößen des Fertigarzneimittels bei der verordneten Menge berücksichtigt werden.

Geben Sie bei der Verordnung einer Rezeptur stets die Gebrauchsanweisung und die Dosierung (z.B. „2x täglich dünn auf die betroffenen Stellen auftragen“) an. Bewusste Überschreitungen der oberen Richtkonzentration können mit einem Ausrufungszeichen gekennzeichnet werden.

⁸ Anlage 1 „Stoffe und Zubereitungen nach §1 Nr. 1“ AMVV

⁹ <https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/anlage/16/> (letzter Zugriff 15.05.2018)

¹⁰ <https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/anlage/17/> (letzter Zugriff 15.05.2018)

¹¹ § 55 „Arzneibuch“ Abs. 8 AMG

¹² Deutsche Dermatologische Gesellschaft (2017) „S2k-Leitlinie zum Gebrauch von Präparationen zur lokalen Anwendung auf der Haut (Topika)“, verfügbar unter https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/013-092l_S2k_Praeparationen_lokale_Anwendung_2017-11.pdf (letzter Zugriff 02.08.2018)

Muster 64: Verordnung medizinischer Vorsorge für Mütter oder Väter gemäß § 24 SGB V

Auf dem Muster 64 können Vertragsärztinnen und Vertragsärzte Leistungen der medizinischen Vorsorge für Mütter oder Väter verordnen. Diese Leistungen können auch als Mutter-/Vater-Kind Leistung erbracht werden. Maßgebend für deren Empfehlung ist die Indikation für die Mutter/den Vater. Das Muster wird in der Vertragsarztpraxis vorgehalten.

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation für Mütter und Väter können auf dem Muster 61 Teil B-D verordnet werden. Im Gegensatz zu einer Rehabilitationsmaßnahme für Mütter oder Väter liegen bei einer Vorsorgeleistung für Mütter oder Väter noch keine längerfristigen (> 6 Monate) Aktivitätsbeeinträchtigung bei der Mutter/ dem Vater vor.

Bei Verwendung des Musters 64 ist zu beachten, dass die Krankenkasse nur Leistungen zur medizinischen Vorsorge erbringt, wenn eine ausreichende physische und psychische Belastbarkeit für die Vorsorgeleistung gegeben ist.

Beim Befüllen der Felder sind folgende Hinweise zu beachten:

I. Vorsorgerelevante Gesundheitsstörungen/Erkrankungen

① In diesem Abschnitt sind die für die Leistung begründenden vorsorgerelevanten Gesundheitsstörungen einschließlich Risikofaktoren (z. B. Übergewicht, Tabak- und Alkoholkonsum, Bewegungsmangel) sowie die vorsorgerelevanten Erkrankungen in der Reihenfolge ihrer Bedeutung anzugeben. Die Diagnosen sind als ICD-Codes zu verschlüsseln und können zusätzlich als Klartext angegeben werden. Um eine bessere Vorstellung davon zu erhalten, welche Einschränkungen im täglichen Leben aus der Erkrankung resultieren, können darüber hinaus Funktionsdiagnosen angegeben oder Freitextangaben gemacht werden.

II. Vorsorgebedürftigkeit

In diesem Abschnitt werden zur Anamnese und den vorübergehenden Beeinträchtigungen der Aktivitäten/Teilhabe, die Kontextfaktoren abgefragt, die für die mütter-/väter spezifische Problemsituation relevant sind.

Vorsorgebedürftigkeit besteht einerseits, wenn bei der Mutter/dem Vater beeinflussbare Risikofaktoren oder Gesundheitsstörungen vorliegen, die voraussichtlich in absehbarer Zeit zu einer Krankheit führen werden.

Vorsorgebedürftigkeit besteht andererseits auch, wenn bei manifester (chronischer) Krankheit drohende Beeinträchtigungen der Aktivitäten verhindert, das Auftreten von Rezidiven bzw. Exazerbationen vermieden bzw. deren Schweregrad vermindert oder dem Fortschreiten der Krankheit entgegengewirkt werden soll.

Bei der Beurteilung der Vorsorgebedürftigkeit sind die auf das Gesundheitsproblem wirkenden Kontextfaktoren zu berücksichtigen.

Vorsorgebedürftigkeit besteht nur dann, wenn über die kurative Versorgung hinaus der komplexe (interdisziplinäre, mehrdimensionale) Ansatz der Vorsorgeleistung erforderlich ist.

A. Kurze Angaben zur Anamnese

② Dieser Unterabschnitt dient der Dokumentation der Anamnese und ggf. des bisherigen Verlaufes der Krankenbehandlung einschließlich der Beschwerden.

B. Vorübergehende Beeinträchtigungen der Aktivitäten/Teilhabe in Folge der unter I. B. genannten Erkrankungen

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td colspan="3">Krankenkasse bzw. Kostenträger</td></tr> <tr><td colspan="3">Name, Vorname des Versicherten</td></tr> <tr><td colspan="2"></td><td style="text-align: right;">geb. am</td></tr> <tr><td>Kostenträgerkennung</td><td>Versicherten-Nr.</td><td>Status</td></tr> <tr><td>Betriebsstätten-Nr.</td><td>Arzt-Nr.</td><td>Datum</td></tr> </table>	Krankenkasse bzw. Kostenträger			Name, Vorname des Versicherten					geb. am	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	<p style="text-align: right;">64 Teil A</p> <p>Verordnung medizinischer Vorsorge für Mütter oder Väter gemäß § 24 SGB V</p> <p>Ausreichende physische und psychische Belastbarkeit für eine Vorsorgeleistung ist gegeben</p>									
Krankenkasse bzw. Kostenträger																									
Name, Vorname des Versicherten																									
		geb. am																							
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status																							
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum																							
I. Vorsorgerelevante Gesundheitsstörungen/Erkrankungen																									
<p>1 A. Vorsorgerelevante Gesundheitsstörungen einschließlich Risikofaktoren <i>(Beschwerden, die in absehbarer Zeit zu einer Erkrankung führen können)</i></p> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>																									
<p>1 B. Vorsorgerelevante Erkrankungen in der Reihenfolge ihrer Bedeutung</p>	<p style="text-align: right; font-size: small;">Diagnoseschlüssel ICD-10-GM</p>																								
II. Vorsorgebedürftigkeit																									
<p>2 A. Kurze Angaben zur Anamnese</p> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>																									
<p>3 B. Vorübergehende Beeinträchtigungen der Aktivitäten/Teilhabe in Folge der unter I. B. genannten Erkrankungen <i>(beispielsweise Entscheidungen treffen, mit Stress umgehen, auf die eigene Gesundheit und Ernährung achten, Hausarbeiten erledigen, häusliches Leben organisieren, Familien-/soziale Beziehungen pflegen, einer Beschäftigung sowie eigenen Interessen und Hobbies nachgehen)</i></p> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>																									
<p>4 C. Kontextfaktoren, die für die mütter-/vaterspezifische Problemkonstellation relevant sind</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Mehrfachbelastung durch Beruf/Familie</td> <td><input type="checkbox"/> fehlende Anerkennung der Mutter-/Vaterrolle</td> <td><input type="checkbox"/> Tod des Partners/naher Angehöriger</td> <td><input type="checkbox"/> beeinträchtigte Mutter-/Vater-Kind Beziehung</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> mangelnde Unterstützung bei der Kindererziehung</td> <td><input type="checkbox"/> Partner-/ Eheprobleme/Trennung vom Partner</td> <td><input type="checkbox"/> Teenager-schwangerschaft</td> <td><input type="checkbox"/> Überforderungssituation am Arbeitsplatz/in der Schule</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Erziehungs-schwierigkeiten</td> <td><input type="checkbox"/> Pflege von Familienangehörigen</td> <td><input type="checkbox"/> soziale Isolation</td> <td><input type="checkbox"/> sprachliche Verständigungsschwierigkeiten</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Schwierigkeiten bei der Problembewältigung (Alltagsprobleme)</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> finanzielle Sorgen</td> <td><input type="checkbox"/> besonders belastende/unregelmäßige Arbeitszeiten</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> mangelnde Grundkompetenzen im Zusammenhang mit den Aufgaben einer Mutter/eines Vaters</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> ständiger Zeitdruck</td> <td><input type="checkbox"/> drohender Arbeitsplatzverlust/Arbeitslosigkeit</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> erhöhter Betreuungsaufwand durch häufig oder chronisch erkrankte, verhaltensauffällige oder behinderte Kinder, frühgeborene Kinder, Mehrlingsgeburten</td> <td><input type="checkbox"/> allein erziehend</td> <td><input type="checkbox"/> nicht gleichberechtigte Stellung der Frau / des Mannes in der Familie</td> <td></td> </tr> </table> <p>andere Kontextfaktoren: ggf. nähere Erläuterungen</p> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>		<input type="checkbox"/> Mehrfachbelastung durch Beruf/Familie	<input type="checkbox"/> fehlende Anerkennung der Mutter-/Vaterrolle	<input type="checkbox"/> Tod des Partners/naher Angehöriger	<input type="checkbox"/> beeinträchtigte Mutter-/Vater-Kind Beziehung	<input type="checkbox"/> mangelnde Unterstützung bei der Kindererziehung	<input type="checkbox"/> Partner-/ Eheprobleme/Trennung vom Partner	<input type="checkbox"/> Teenager-schwangerschaft	<input type="checkbox"/> Überforderungssituation am Arbeitsplatz/in der Schule	<input type="checkbox"/> Erziehungs-schwierigkeiten	<input type="checkbox"/> Pflege von Familienangehörigen	<input type="checkbox"/> soziale Isolation	<input type="checkbox"/> sprachliche Verständigungsschwierigkeiten	<input type="checkbox"/> Schwierigkeiten bei der Problembewältigung (Alltagsprobleme)		<input type="checkbox"/> finanzielle Sorgen	<input type="checkbox"/> besonders belastende/unregelmäßige Arbeitszeiten	<input type="checkbox"/> mangelnde Grundkompetenzen im Zusammenhang mit den Aufgaben einer Mutter/eines Vaters		<input type="checkbox"/> ständiger Zeitdruck	<input type="checkbox"/> drohender Arbeitsplatzverlust/Arbeitslosigkeit	<input type="checkbox"/> erhöhter Betreuungsaufwand durch häufig oder chronisch erkrankte, verhaltensauffällige oder behinderte Kinder, frühgeborene Kinder, Mehrlingsgeburten	<input type="checkbox"/> allein erziehend	<input type="checkbox"/> nicht gleichberechtigte Stellung der Frau / des Mannes in der Familie	
<input type="checkbox"/> Mehrfachbelastung durch Beruf/Familie	<input type="checkbox"/> fehlende Anerkennung der Mutter-/Vaterrolle	<input type="checkbox"/> Tod des Partners/naher Angehöriger	<input type="checkbox"/> beeinträchtigte Mutter-/Vater-Kind Beziehung																						
<input type="checkbox"/> mangelnde Unterstützung bei der Kindererziehung	<input type="checkbox"/> Partner-/ Eheprobleme/Trennung vom Partner	<input type="checkbox"/> Teenager-schwangerschaft	<input type="checkbox"/> Überforderungssituation am Arbeitsplatz/in der Schule																						
<input type="checkbox"/> Erziehungs-schwierigkeiten	<input type="checkbox"/> Pflege von Familienangehörigen	<input type="checkbox"/> soziale Isolation	<input type="checkbox"/> sprachliche Verständigungsschwierigkeiten																						
<input type="checkbox"/> Schwierigkeiten bei der Problembewältigung (Alltagsprobleme)		<input type="checkbox"/> finanzielle Sorgen	<input type="checkbox"/> besonders belastende/unregelmäßige Arbeitszeiten																						
<input type="checkbox"/> mangelnde Grundkompetenzen im Zusammenhang mit den Aufgaben einer Mutter/eines Vaters		<input type="checkbox"/> ständiger Zeitdruck	<input type="checkbox"/> drohender Arbeitsplatzverlust/Arbeitslosigkeit																						
<input type="checkbox"/> erhöhter Betreuungsaufwand durch häufig oder chronisch erkrankte, verhaltensauffällige oder behinderte Kinder, frühgeborene Kinder, Mehrlingsgeburten	<input type="checkbox"/> allein erziehend	<input type="checkbox"/> nicht gleichberechtigte Stellung der Frau / des Mannes in der Familie																							
<div style="border: 1px solid black; display: inline-block; padding: 2px 10px;">Ausfertigung für die Krankenkasse</div>																									
Muster 64 Aa (10/2018)																									

3 Beeinträchtigungen der Aktivitäten sind Schwierigkeiten, die ein Mensch bei deren Durchführung haben kann. Bei Müttern und Vätern in Erziehungsverantwortung kann dies z. B. folgende Aktivitäten betreffen: Entscheidungen treffen, mit Stress umgehen, auf die eigene Gesundheit und Ernährung achten, häusliches Leben organisieren.

Die Teilhabe (Partizipation) kennzeichnet das Einbezogensein in eine Lebenssituation, beispielsweise Teilhaben am Familienleben, an der Arbeitswelt oder am sozialen Umfeld. Beeinträchtigungen können beispielsweise Probleme beim Einkaufen, Kochen, in Beziehungen, bei der Erziehung von Kindern, bei der Arbeit oder in der Freizeit sein.

C. Kontextfaktoren, die für die mütter-/väter-spezifische Problemkonstellation relevant sind

④ Kontextfaktoren stellen die gesamten Lebensumstände einer Person dar. Sie umfassen sowohl externe (Umweltfaktoren) wie interne Einflussfaktoren (personbezogene Faktoren). Diese können einen positiven oder negativen Einfluss auf das Gesundheitsproblem haben.

Kontextfaktoren tragen zum Verständnis der krankheits-/behinderungsbedingten Auswirkungen eines Gesundheitsproblems bei. So sind beispielsweise sowohl die Bedingungen im Sozialraum als auch eigene Kompetenzen im Zusammenhang mit der Bewältigung des Gesundheitsproblems und seiner Auswirkungen von Bedeutung. (z. B. ständiger Zeitdruck, finanzielle Sorgen). Bei Müttern und Vätern können die Kontextfaktoren aufgrund der Erziehungsverantwortung eine besondere mütter-/väter-spezifische Belastung entfalten und damit in eine mütter-/väter-spezifische Problemkonstellation münden.

III. Krankenbehandlung und andere Maßnahmen

⑤ In den Unterabschnitten A. und B. werden die bisher durchgeführten Leistungen der Krankenbehandlung, wie ärztliche/psychotherapeutische Interventionen, Arzneimittel-/Heilmitteltherapie und andere Maßnahmen wie z. B. Patientenschulungen oder Rehabilitationssport/Funktionstraining erfragt.

Zudem soll bestätigt werden, dass das Behandlungsziel mit weiteren Heilmittelbehandlungen nicht zu erreichen ist. Dies bedeutet, dass eine generelle Heilmittelversorgung als auch das Weiterverordnen einer bestehenden Heilmittelversorgung dem Behandlungsziel nicht gerecht wird.

Die Dokumentation der bisherigen Maßnahmen zur Vermeidung und Behandlung von Krankheiten in Unterabschnitt B soll noch einmal unterstreichen, dass mit den bisherigen Einzelmaßnahmen die Behandlungsziele nicht erreicht wurden bzw. erreicht werden können.

IV. Vorsorgeziele

⑥ In diesem Abschnitt sind die Vorsorgeziele in Bezug auf die genannten Gesundheitsstörungen/Erkrankungen bzw. Kontext- und Risikofaktoren anzugeben (z. B. Erlernen von Bewältigungsstrategien, Vermeidung der Chronifizierung oder Verschlimmerung eines Gesundheitsproblems).

Name, Vorname des Versicherten

Kostenträgerkennung

Versicherten-Nr.

64 Teil B

III. Krankenbehandlung und andere Maßnahmen

5 A. Bisherige ärztliche/psychotherapeutische Interventionen einschließlich Arzneimittel-/Heilmitteltherapie

Heilmittel zur Erreichung des Behandlungsziels nicht ausreichend / nicht zielführend

6 B. Bisherige andere Maßnahmen (z. B. Patientenschulungen, Rehabilitationssport/Funktionstraining, Wahrnehmung von Beratungs- und Selbsthilfeeinrichtungen, Angaben zu Maßnahmen in eigener Regie)

IV. Vorsorgeziele

Vorsorgeziele in Bezug auf die genannten Gesundheitsstörungen/Erkrankungen, Kontext- und Risikofaktoren

V. Zuweisungsempfehlungen

7 A. Empfohlene Leistungsform: Medizinische Vorsorge für Mütter oder Väter nach § 24 SGB V als

Mütter-Leistung Väter-Leistung Mutter-Kind-Leistung Vater-Kind-Leistung

8 B. Angaben zu Kindern, die mit aufgenommen werden sollen

Name des Kindes	Geburtsdatum	s. Attest Kind insbes. bei Behandlungsnotwendigkeit*	Belastete Mutter-/Vater-Kind-Beziehung	Psychosoziale Gründe/Betreuung notwendig
1. _____	TTMMJJ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. _____	TTMMJJ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. _____	TTMMJJ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* Das „Ärztliche Attest Kind“ (Muster 65) nur ausfüllen bei Behandlungsbedürftigkeit, chronischer Erkrankung, Behinderung oder bei psychischen Auffälligkeiten des Kindes (ggf. durch den behandelnden Kinderarzt)

VI. Sonstige Angaben

9 A. Anforderungen an die Einrichtung (z. B. Klima, Barrierefreiheit, Allergienarmut, besondere Kostformen, fremdsprachliche Angebote, spezialisierte Therapieangebote, konfessionelle Ausrichtung, Einrichtung nur für Frauen, Hinweise für mitaufzunehmende Kinder)

ja, folgende _____

10 B. Die Leistung ist vor Ablauf der gesetzlichen Wartefrist von 4 Jahren dringend medizinisch notwendig

ja, Erläuterung _____

11 C. Sonstiges (z. B. besondere Hinweise zur Reisefähigkeit, ggf. vorliegende Schwangerschaft)

12 D. Rückruf erbeten unter Telefon-Nummer

Für das Ausstellen der ärztlichen Verordnung ist die Nr. 01624 EBM berechnungsfähig

Ausfertigung für die Krankenkasse

Ausstellungsdatum

TTMMJJ

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Muster 64 Bz (10.2016)

V. Zuweisungsempfehlungen

A. Empfohlene Leistungsform

7 In diesem Unterabschnitt kann eine Leistungsform empfohlen werden, z. B. ausschließlich Mütter-Leistung oder als gemeinsame Mutter-Kind-Leistung.

Eine gemeinsame Mutter-/Vater-Kind-Leistung kommt in Betracht, wenn bei der Mutter/dem Vater eine eigene Vorsorgebedürftigkeit besteht und z. B.

- für das Kind eine Behandlungsnotwendigkeit besteht, d. h. es behandlungsbedürftig ist oder bereits an einer chronischen Erkrankung leidet, eine Behinderung oder eine psychische Auffälligkeit aufweist und entsprechend dieser Beeinträchtigung(en) behandelt werden kann oder
- eine belastete Mutter-/Vater-Kind-Beziehung verbessert werden soll oder
- psychosoziale Gründe vorliegen bzw. die Betreuung des Kindes sichergestellt werden muss.

Eine Mutter-/Vater-Kind-Leistung kommt nicht in Betracht, wenn beim Kind eine eigene Indikation zu einer Vorsorgeleistung oder einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation vorliegt. In diesen Fällen ist für das Kind eine medizinische Vorsorgeleistung zu Lasten der GKV oder eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation zu Lasten der DRV oder GKV zu beantragen bzw. zu verordnen.

B. Angaben zu Kindern, die mit aufgenommen werden sollen

⑧ Sofern es sich um eine Mutter-Kind-Leistung bzw. Vater-Kind-Leistung handelt, sind an dieser Stelle der Name und das Geburtsdatum des Kindes anzugeben. Darüber hinaus ist anzukreuzen, aus welchem Grund (vgl. Pkt. ⑦) eine Aufnahme erfolgen soll.

VI. Sonstige Angaben

A. Anforderungen an die Einrichtung

⑨ Hier sollen Angaben darüber gemacht werden, welche Anforderungen an die Vorsorgeeinrichtung gestellt werden, in der die Leistung zur medizinischen Vorsorge erfolgen soll (z. B. Klima, Barrierefreiheit, spezialisierte Therapieangebote, besondere Kostformen etc.). Ebenso können besondere Hinweise für mitaufzunehmende Kinder angegeben werden.

B. Die Leistung ist vor Ablauf der gesetzlichen Wartefrist dringend medizinisch notwendig

⑩ In diesem Unterabschnitt ist ggf. die Frage zu beantworten, ob die beantragte Leistung zur medizinischen Vorsorge vor Ablauf der gesetzlich festgelegten Wartefrist von vier Jahren zwischen zwei Vorsorgeleistungen medizinisch notwendig ist. Dies kann der Fall sein, wenn infolge einer zwischenzeitlichen Verschlimmerung der vorsorgebegründenden Gesundheitsstörung/Erkrankung erneut eine Leistung zur medizinischen Vorsorge indiziert ist, oder eine andere Gesundheitsstörung/Erkrankung die Vorsorge begründet. In jedem Fall müssen eine solche Maßnahme und ihre Dringlichkeit gesondert erläutert werden.

C. Sonstige

⑪ In diesem Unterabschnitt können besondere Hinweise, die im Hinblick auf die indizierte Maßnahme von Bedeutung sind, gegeben werden, wie z. B. zur Reisefähigkeit oder zum Bestehen einer Schwangerschaft.

D. Rückruf erbeten

⑫ Die Vertragsärztin/der Vertragsarzt hat hier die Möglichkeit, die Krankenkasse um Rückruf zu bitten um z. B. vor einer Leistungsentscheidung der Krankenkassen noch weitere Informationen auszutauschen.

Elektronische Ausfüllhilfe Psychotherapie – PTV 11

Erläuterungen zu den einzelnen Feldern

1. Datum oder ggf. Daten der letzten 50 Minuten der Sprechstunde

Geben Sie hier bitte das Datum der letzten Psychotherapeutischen Sprechstunde (50 Minuten am Stück) oder die Daten der letzten beiden Psychotherapeutischen Sprechstunden (zweimal 25 Minuten) jeweils im Format TTMMJJ an. Eine Psychotherapeutische Sprechstunde (1x50 oder 2x25 Minuten) ist vor probatorischen Sitzungen, Akutbehandlung oder Psychotherapie in einem Richtlinienverfahren grundsätzlich verpflichtend.

2. Ergebnis der Psychotherapeutischen Sprechstunde

Machen Sie hier Angaben zum Ergebnis der Psychotherapeutischen Sprechstunde im Sinne eines vorläufigen Befundberichts. Wenn Sie eine psychische Erkrankung oder einen Verdacht auf eine psychische Erkrankung feststellen, geben Sie die Diagnose(n) als endständige ICD-10-GM-Codes an. Die Angabe „endständig“ macht deutlich, dass die ICD-10-GM-Codes als terminale Schlüsselnummern anzugeben sind (Codes, die keine Subcodes mehr enthalten). Darüber hinaus ist die Diagnosesicherheit anzugeben (z. B. „V“ für „Verdachtsdiagnose“). Erläutern Sie im Freitextfeld die festgestellten Diagnosen und Verdachtsdiagnosen in allgemein verständlicher Sprache. Im Freitextfeld können Sie für den Patienten bzw. für einen Weiterbehandler relevante Zusatzinformationen, wie weitere Hinweise zum Krankheitsbild oder Angaben zu ggf. durchgeführten Maßnahmen (z. B. zu durchgeführten Testverfahren), angeben.

3. Empfehlungen zum weiteren Vorgehen

Geben Sie dem Patienten hier Empfehlungen zum weiteren Vorgehen. Eine Mehrfachauswahl ist möglich. Das Ergebnis einer Psychotherapeutischen Sprechstunde kann auch sein, dass keine Maßnahme oder aber eine weitere ärztliche Abklärung erforderlich ist. Ist eine weitere Abklärung bei einem Facharzt erforderlich, geben Sie bitte die entsprechende Gebietsbezeichnung an. Wird eine ambulante Psychotherapie empfohlen muss angegeben werden, ob eine zeitnahe Behandlung erforderlich ist oder nicht. Wird angegeben, dass die ambulante Psychotherapie zeitnah erforderlich ist, hat der Patient einen Anspruch auf Vermittlung von probatorischen Sitzungen über die Terminservicestellen der Kassenärztlichen Vereinigungen. Erläutern Sie im Freitextfeld die aus Ihrer Sicht empfohlenen Maßnahmen. Machen Sie hier nähere Angaben zur Art der Maßnahme (z. B. um welche Präventionsmaßnahme oder andere Maßnahme handelt es sich?) und ggf. zu Kontaktdaten von empfohlenen Einrichtungen. Handelt es sich bei der Empfehlung um eine Weiterbehandlung, können Sie auch hierzu nähere Angaben machen. Bitte achten Sie auf eine allgemein verständliche Sprache.

4. Durchführung der psychotherapeutischen Behandlung in der eigenen Praxis?

Wenn Sie dem Patienten eine ambulante psychotherapeutische Behandlung empfehlen, geben Sie hier an, ob diese in Ihrer Praxis durchgeführt werden kann oder nicht. Bei Durchführung in Ihrer Praxis können Sie hier den nächsten Termin bei Ihnen angeben.

5. Erklärung des Patienten

Wünscht der Patient die Weitergabe einer Kopie der individuellen Patienteninformation an seinen Hausarzt oder einen anderen mitbehandelnden Arzt, kann er hier die entsprechenden Kontaktinformationen des Arztes eintragen und sein Einverständnis zur Übermittlung angeben.

Mehr Informationen

Themenseite Psychotherapie: <http://www.kbv.de/psychotherapie>

Formulare zum Download: <http://www.kbv.de/html/formulare.php>



Informationen für die Praxis

KVN-Rundschreiben

Juli 2018

Inhaltsverzeichnis

1.	Abrechnung	3
1.1.	GOP 01223, 01224 und 01226 (Schweregradzuschläge) im Notdienst.....	3
1.2.	Abrechnung von Sachkosten	3
2.	Verordnungen.....	4
2.1.	Rückruf und Widerruf der Zulassung des Schmerzmittels Flupirtin	4
2.2.	Gebrauchsanweisung auf Rezepturverordnungen.....	4
2.3.	Überarbeitete Praxisinformation „Krankenförderung: Was Sie bei der Verordnung wissen sollten“	4
2.4.	Gemeinsame Arbeitsgruppe Arzneimittel - Rezept-Info zum Thema Antibiotika	5
2.5.	Arzneimittelquoten- Frühinformationen Januar - März 2018 im Portal abrufbar	5
3.	Allgemeine Hinweise	5
3.1.	Vorsicht Telefonbetrug: KV-Anrufe sind eine Fälschung	5
3.2.	Versorgung „Gesund schwanger“: BKK Melitta Plus ab 1. Oktober 2018	6
3.3.	Hausarztvertrag mit der DAK: Information zum Datenschutz für Patienten angepasst	7
3.4.	Tonsillotomievertrag mit der KKH: Neue Teilnahme- und Einwilligungserklärung für Versicherte.....	7
3.5.	„Willkommen Baby!“ mit der DAK-Gesundheit: Neue Einschreibeformulare für Patienten infolge des Inkrafttretens der EU-DSGVO	7
3.6.	Hausarztzentrierte Versorgung der hkk: Anpassung des Merkblattes zum Datenschutz	7
3.7.	Besondere Versorgung „Pro Niere“ der pronova BKK: Neues Teilnahmeformular für Patienten	7
3.8.	Hausarztvertrag mit der pronova BKK: Neue Einschreibeformulare für Patienten	8

3.9.	Tonsillotomievertrag mit der BARMER: neue Einschreibeformulare für Versicherte.....	8
3.10.	Vertrag über die Versorgung von Patienten mit chronischer Niereninsuffizienz „Pro Niere“ mit der BARMER: Neue Einschreibeformulare für Patienten ...	8
4.	Veranstaltungen im August und September 2018.....	9
5.	Anlagenverzeichnis.....	12
5.1.	GOP.....	12
5.2.	Krankenförderung.....	12
5.3.	Antibiotika	12

1. Abrechnung

1.1. GOP 01223, 01224 und 01226 (Schweregradzuschläge) im Notdienst

Die Zuschläge der GOP 01223 und 01224 zu den Notfallpauschalen sind ausschließlich bei Patienten berechnungsfähig, die aufgrund der Art, Schwere und Komplexität der Erkrankung einer besonders aufwendigen Versorgung bedürfen. Die entsprechenden Diagnosen, bei denen von einer besonders aufwendigen Versorgung auszugehen ist, hatten wir im Rundschreiben vom November 2017 veröffentlicht und sind auch hier nochmals als Anlage beigefügt.

Bei Patienten mit anderen Erkrankungen, die ebenfalls eine besonders aufwendige Versorgung benötigen, können die GOP 01223 und 01224 im Ausnahmefall mit einer ausführlichen schriftlichen Begründung berechnet werden. Dabei ist insbesondere die Schwere und Komplexität der Behandlungsdiagnose darzulegen. Eine Kurzbegründung ist in der Quartalsabrechnung im KVDT-Feld 5009 (freier Begründungstext) einzutragen. Die ausführlichen Begründungen dokumentieren Sie bitte in der Patientenakte/Praxissoftware.

Für den Zuschlag der GOP 01226 ist keine Begründung anzugeben, hier muss sich die Abrechnungsberichtigung aus dem Alter des Patienten und/oder einer entsprechenden Diagnose ergeben.

Anlage 5.1: GOP

1.2. Abrechnung von Sachkosten

Kosten, die weder auf den Namen des Patienten über Muster 16 verordnet werden können, noch über Sprechstundenbedarf zu beziehen sind und auch nicht mit den berechnungsfähigen Leistungen des EBM abgegolten sind, können als Sachkosten auf dem Abrechnungsschein des Patienten geltend gemacht werden.

Da der Abrechnungsweg nicht immer eindeutig ist, haben wir für klärungsbedürftige Produkte, bei denen im Vorfeld des Bezuges zwingender Klärungsbedarf besteht, ein Formular zum Download im KVN-Portal unter der Rubrik „Abrechnung/Sachkosten“ hinterlegt. Schicken Sie dies bitte ausgefüllt per Mail an Ihre zuständige Bezirksstelle. Zu Fragen von Sachkosten in der laufenden Abrechnung wenden Sie sich - wie gehabt - bitte an das Abrechnungcenter.

Sind die Kosten als Sachkosten berechnungsfähig, ist die entsprechende Originalrechnung oder Kopie mit der Quartalsabrechnung einzureichen. Die Bezeichnung der Sachkosten ist analog der Rechnungsbezeichnung im KVDT-Feld 5011 sowie der Euro-Betrag im KVDT-Feld 5012 zu erfassen. Mehrere Beträge für einen Patienten sind einzeln anzugeben. Originalrechnungen können nicht zurückgesendet werden. Preisnachlässe oder Rabatte, mit Ausnahme von Skonto, sind entsprechend zu berücksichtigen.

Formular an
Bezirksstelle

2. Verordnungen

2.1. Rückruf und Widerruf der Zulassung des Schmerzmittels Flupirtin

Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) informiert, dass die Zulassungen für alle Arzneimittel mit dem Wirkstoff Flupirtin mit Wirkung zum 18. Mai 2018 widerrufen wurden.

Damit wurde die Empfehlung des Pharmakovigilanzausschusses (PRAC) der Europäischen Arzneimittelagentur (EMA) umgesetzt, die Zulassung für Flupirtin-haltige Arzneimittel wegen des den Nutzen überwiegenden Risikos für schwere Leberschädigungen zu widerrufen. Flupirtin-haltige Arzneimittel werden demnach EU-weit nicht mehr verfügbar sein.

Bereits 2013 erschien nach einem Risikobewertungsverfahren ein Rote-Hand-Brief des BfArM, der auf die Hepatotoxizität von Flupirtin hinwies. Als Maßnahmen zur Risikominimierung wurden die therapeutische Zielgruppe eingeschränkt, die Behandlungsdauer auf zwei Wochen begrenzt sowie Leberwertmessungen während der Behandlung vorgeschrieben. Da die Anwendungsbeschränkungen in der Praxis nicht ausreichend befolgt wurden, empfahl der PRAC als Ergebnis eines erneuten Risikobewertungsverfahrens den Widerruf der Zulassungen Flupirtin-haltiger Arzneimittel in der EU. In Deutschland haben die Hersteller bereits vor dem endgültigen Bescheid des BfArM alle Chargen ihrer Flupirtin-haltigen Arzneimittel zurückgerufen.

Weiterführende Informationen finden Sie auf der Internetseite des BfArM unter www.bfarm.de/Arzneimittel/Pharmakovigilanz/Risikoinformationen/Rote-Hand-Briefe und Informationsbriefe

Hintergrund

2.2. Gebrauchsanweisung auf Rezepturverordnungen

Aus gegebenem Anlass möchten wir Sie darauf hinweisen, dass auf Verordnungen von Arzneimitteln, die in der Apotheke hergestellt werden sollen, stets eine Gebrauchsanweisung angegeben werden muss. Diese Vorgabe für Rezepturverordnungen ist Teil der Arzneimittelverschreibungsverordnung.

Die Gebrauchsanweisung auf der Verschreibung wird von der Apotheke auf das Rezepturgefäß übertragen und unterstützt den Patienten bei der korrekten Anwendung der verordneten Rezeptur.

2.3. Überarbeitete Praxisinformation „Krankenförderung: Was Sie bei der Verordnung wissen sollten“

Die Verordnung einer Krankenförderung zur stationären oder ambulanten Behandlung wirft immer wieder Fragen auf: In welchen Fällen übernehmen die Krankenkassen die Kosten? Kann eine Verordnung auch nachträglich erfolgen? Wann wird eine Genehmigung benötigt? Diese Praxisinformation fasst zusammen, was Ärzte und Psychotherapeuten wissen sollten.

Die aktualisierte Praxisinformation ist diesem Rundbrief als Anlage beigefügt. Sie finden sie in Kürze auch im KVN-Portal unter Verordnungen/Krankenbeförderung/Downloads.

Anlage 5.2: Krankenbeförderung

2.4. Gemeinsame Arbeitsgruppe Arzneimittel - Rezept-Info zum Thema Antibiotika

Im Anhang finden Sie eine weitere Rezept-Info der AG GKV/KVN Arzneimittel zu dem Thema Antibiotika. Darin werden Ursachen für die Resistenzentwicklung erläutert und Handlungsempfehlungen für eine zielgerichtete Verordnung von Antibiotika dargestellt.

Rezept-Infos enthalten sowohl Empfehlungen für den behandelnden Arzt als auch Vordrucke für die Patienteninformation.

Anlage 5.3: Antibiotika

2.5. Arzneimittelquoten- Frühinformationen Januar - März 2018 im Portal abrufbar

Ab sofort sind die Berichte der Arzneimittelquoten- Frühinformationen für den Zeitraum Januar - März 2018 im KVN-Portal unter e-Dokumente abrufbar.

Angestellte Ärzte wenden sich bitte an ihren Arbeitgeber, um ihre Frühinformation zu erhalten.

3. Allgemeine Hinweise

3.1. Vorsicht Telefonbetrug: KV-Anrufe sind eine Fälschung

In einigen Arztpraxen außerhalb Niedersachsens ist es in den vergangenen Tagen zu Anrufen von vermeintlichen Support-Mitarbeitern von Kassenärztlichen Vereinigungen gekommen. Die Anrufer verlangen von den Praxismitarbeitern eine sogenannte Teamviewer-Session zu öffnen und die Erteilung von Administratorenrechten auf den Servern der Praxis einzuräumen. Dies sei notwendig, um die neue Telematik-Infrastruktur zu installieren.

Als das Praxispersonal den Aufforderungen nicht nachkam, wurden die Anrufer ungehalten und drohten mit Strafen der Kassenärztlichen Vereinigung. Die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen (KVN) hat bisher keine Erkenntnisse über ähnliche Vorfälle in Niedersachsen.

Trotzdem der Hinweis: Die KVN übernimmt nicht die Einrichtung der TI-Komponenten in den Arztpraxen. In den dokumentierten Fällen wurden auch - völlig haltlose - Strafen seitens der KV angedroht, wenn das Praxispersonal den Aufforderungen nicht nachkam.

Keine Admin-Rechte erteilen

Sollte so ein Betrugsversuch auch bei Ihnen in der Praxis vorkommen, dann notieren Sie auf alle Fälle die Telefonnummer, soweit sichtbar und den Namen des Anrufers und beenden Sie das Gespräch. Bitte machen Sie Ihr Praxispersonal und auch Ihre Kolleginnen und Kollegen in der Praxis darauf aufmerksam und kommen Sie den genannten Aufforderungen nicht nach. Anschließend bittet die KVN um Kontaktaufnahme, um eventuell weitere Maßnahmen abzustimmen.

Nummer notieren und
KVN kontaktieren

3.2. Versorgung „Gesund schwanger“: BKK Melitta Plus ab 1. Oktober 2018

Mit der BKK Melitta Plus tritt eine weitere BKK der besonderen Versorgung „Gesund schwanger“ bei. Aktuell sind dabei:

Krankenkasse	VKNR
BAHN-BKK	40401
Bertelsmann BKK	19557
BKK Aesculap	58430
BKK Deutsche Bank AG	24413
BKK Diakonie	19402
BKK Voralb HELLER*INDEX*LEUZE	61493
Daimler Betriebskrankenkasse	61491
DIE BERGISCHE KRANKENKASSE	37436
Salus BKK	40410
Südzucker BKK	52405
VIACTIV Krankenkasse	18405

Teilnehmende
Krankenkassen

Weitere Informationen im KVN-Portal: Verträge/Besondere Versorgung/BKK - Gesund schwanger

3.3. Hausarztvertrag mit der DAK: Information zum Datenschutz für Patienten angepasst

Anlässlich des Inkrafttretens der Datenschutzgrundverordnung der Europäischen Union (EU-DSGVO) ist ein angepasstes Merkblatt „Information zum Datenschutz“ im Rahmen der hausarztzentrierten Versorgung (HzV) im Einsatz. Diese weist Patienten verstärkt auf die Nutzung und Weiterverarbeitung ihrer Daten im Rahmen des Hausarztprogramms hin. Sie ist im personalisierten PDF-Download der HzV-Webanwendung zur Ausgabe an den Patienten enthalten.

3.4. Tonsillotomievertrag mit der KKH: Neue Teilnahme- und Einwilligungserklärung für Versicherte

Anlässlich des Inkrafttretens der Datenschutzgrundverordnung der Europäischen Union (EU DSGVO) sind im Rahmen der Umsetzung die Einschreibeformulare für Versicherte anzupassen.

Den vollständigen Vertrag finden Sie im KVN-Portal: Verträge/Besondere Versorgung/KKH/Tonsillotomie

3.5. „Willkommen Baby!“ mit der DAK-Gesundheit: Neue Einschreibeformulare für Patienten infolge des Inkrafttretens der EU-DSGVO

Anlässlich des Inkrafttretens der Datenschutzgrundverordnung der Europäischen Union (EU-DSGVO) hat die DAK-G die Patienten-Einschreibeformulare dieser Vereinbarung) angepasst.

Den vollständigen Vertrag finden Sie im KVN-Portal: Verträge/Besondere Versorgung/DAK-Gesundheit/Willkommen Baby

3.6. Hausarztzentrierte Versorgung der hkk: Anpassung des Merkblattes zum Datenschutz

Anlässlich des Inkrafttretens der Datenschutzgrundverordnung der Europäischen Union (EU-DSGVO) hat die hkk die Anlage 2 „Merkblatt zum Datenschutz“ zur hausarztzentrierten Versorgung angepasst. Konkret wurden zwei zusätzliche E-Mail-Adressen ins Merkblatt aufgenommen.

Den vollständigen Vertrag finden Sie im KVN-Portal: Verträge/Hausarztzentrierte Versorgung/hkk Handelskrankenkasse

3.7. Besondere Versorgung „Pro Niere“ der pronova BKK: Neues Teilnahmeformular für Patienten

Anlässlich des Inkrafttretens der Datenschutzgrundverordnung der Europäischen Union (EU-DSGVO) hat die BKK das Teilnahmeformular angepasst. Patienten werden verstärkt auf die Nutzung sowie Weiterverarbeitung ihrer Daten hingewiesen. Diese Neuerung ist im personalisierten PDF-Download der Webanwendung berücksichtigt.

3.8. Hausarztvertrag mit der pronova BKK: Neue Einschreibeformulare für Patienten

Anlässlich des Inkrafttretens der Datenschutzgrundverordnung der Europäischen Union (EU-DSGVO) hat die BKK die Teilnahmeerklärung und das Merkblatt zum Datenschutz angepasst. Diese informieren den Patienten ausführlich über die Nutzung und Weiterverarbeitung seiner Daten im Rahmen des Hausarztprogramms.

Die vollständigen Dokumente zur Ausgabe an den Patienten enthält der personalisierte PDF-Download der Webanwendung.

3.9. Tonsillotomievertrag mit der BARMER: neue Einschreibeformulare für Versicherte

Anlässlich des Inkrafttretens der Datenschutzgrundverordnung der Europäischen Union (EU-DSGVO) sind im Rahmen der Umsetzung Einschreibeformulare für Versicherte anzupassen. Diese weisen Patienten verstärkt auf die Nutzung sowie Weiterverarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten.

Den vollständigen Vertrag finden Sie im KVN-Portal: Verträge/Besondere Versorgung/BARMER - Tonsillotomie

3.10. Vertrag über die Versorgung von Patienten mit chronischer Niereninsuffizienz „Pro Niere“ mit der BARMER: Neue Einschreibeformulare für Patienten

Anlässlich des Inkrafttretens der Datenschutzgrundverordnung der Europäischen Union (EU-DSGVO) hat die BARMER die Teilnahmeerklärung und das Informationsblatt für Versicherte angepasst. Diese weisen Patienten verstärkt auf die Nutzung sowie Weiterverarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten hin.

Die vollständigen Dokumente zur Ausgabe an den Patienten enthält der personalisierte PDF-Download der Web-Anwendung.

4. Veranstaltungen im August und September 2018

Hier bekommen Sie eine Übersicht über Seminare und Fortbildungen der KVN mit noch freien Plätzen im August und September 2018. Ein Anmeldefax ist beigelegt. Bitte nutzen Sie für unterschiedliche Seminare separate Anmeldefaxe. Die ausgefüllten Anmeldungen faxen Sie bitte an folgende Nummer: **0511 380-4620**.

Weitere Informationen, welche Angebote für Ihre Praxis und die MitarbeiterInnen am besten geeignet sind, finden Sie auf unserer Internetseite. Dort können Sie sich auch direkt online anmelden:

<http://www.kvn.de/Seminarangebot/>

Name	Ort	Datum	Gebühr p. P.
Qualitäts- und Praxismanagement			
Auf dem Weg zum Erfolgsteam	Hannover	15.Aug	120 Euro
Digitalisierung im Gesundheitswesen	Hannover	12.Sep	kostenlos
Gefährdungsbeurteilung für die Arztpraxis	Hannover	12.Sep	85 Euro
Homepagegestaltung in der Arztpraxis	Hannover	19.Sep	99 Euro
Kommunikationstraining	Aurich	26.Sep	80 Euro
Kommunikation und Rhetorik im Team	Hannover	05.Sep	128 Euro
Der Knigge - Wirkung immer und überall	Hannover	22.Sep	115 Euro
Medizinprodukte-Aufbereitung – Workshop Teil 2	Hannover	22.Aug	95 Euro
Praxis Check-up	Hannover	26.Sep	85 Euro
Personalführung für PraxismitarbeiterIn	Hannover	18.Sep	139 Euro
Praxisbegehungen durch das Gewerbeaufsichtsamt	Hannover	08.Sep	25 Euro
Refresherkurs PraxismanagerIn - AufbauSeminar (3-tägig)	Oldenburg	05.Sep	295 Euro
Raus aus der Stressfalle für PraxismitarbeiterIn	Hannover	18.Sep	144 Euro
Raus aus der Stressfalle für PraxisinhaberIn	Hannover	25.Aug	144 Euro
Stressfrei durch den Praxisalltag	Verden	12.Sep	50 Euro

Terminplanung	Aurich	22.Aug	80 Euro
Unterstützung in der Arztpraxis im Umgang mit Flüchtlingen	Hannover	22.Sep	125 Euro
Weiterbildungsassistenten - Praxisseminar	Hannover	19.Sep	kostenlos
Willkommen in der Arztpraxis	Aurich	29.Aug	80 Euro
Abrechnung und Verordnung			
Abrechnung aktuell	Papenburg	05.Sep	kostenlos
Abrechnung aktuell	Aurich	06.Sep	kostenlos
Abrechnung aktuell	Aurich	12.Sep	kostenlos
Abrechnung aktuell	Aurich	13.Sep	kostenlos
Honorarbescheid lesen und verstehen	Braunschweig	19.Sep	kostenlos
Sicher durch den „Heilmittel-Verordnungs-Dschungel“	Osterholz-Scharmbeck	04.Sep	kostenlos
Schutzimpfungen und Sprechstundenbedarf für MFA	Lüneburg	12.Sep	kostenlos
Weiterbildungsassistenten - Praxisseminar	Hannover	19.Sep	kostenlos
Medizinische und psychotherapeutische Themen			
DMP Asthma und COPD	Verden	15.Sep	20 Euro
Wundversorgung	Oldenburg	19.Sep	kostenlos
Wirtschaftsseminare			
Niederlassen in Niedersachsen	Göttingen	22.Sep	kostenlos

Verbindliche Anmeldung (bitte vollständig ausfüllen)

Fax an 0511 380-4620

Ich nehme am Seminar

mit _____ Person/en teil.

Datum des Seminars

Vor- und Nachname(n) der/des Teilnehmer/s

Vor- und Nachname des Rechnungsempfängers (Praxis)

Anschrift des Rechnungsempfängers (Straße, PLZ, Ort)

LANR

BSNR

E-Mail-Adresse

Telefonnummer für evtl. Rückfragen

Datum

**Mit der verbindlichen Anmeldung
akzeptiere ich die AGB der KVN.**

Stempel

5. Anlagenverzeichnis

5.1. GOP

5.2. Krankenförderung

5.3. Antibiotika

	ICD-10-GM 2016	Bezeichnung gemäß ICD-10-GM 2016
Frakturen im Bereich der Extremitäten proximal des Metacarpus und Metatarsus	S42.-	Fraktur im Bereich der Schulter und des Oberarmes
	S42.0-	Fraktur der Klavikula
	S42.00	Fraktur der Klavikula: Teil nicht näher bezeichnet
	S42.01	Fraktur der Klavikula: Mediales Drittel
	S42.02	Fraktur der Klavikula: Mittleres Drittel
	S42.03	Fraktur der Klavikula: Laterales Drittel
	S42.09	Fraktur der Klavikula: Multipel
	S42.1-	Fraktur der Skapula
	S42.10	Fraktur der Skapula: Teil nicht näher bezeichnet
	S42.11	Fraktur der Skapula: Korpus
	S42.12	Fraktur der Skapula: Akromion
	S42.13	Fraktur der Skapula: Processus coracoideus
	S42.14	Fraktur der Skapula: Cavitas glenoidalis und Collum scapulae
	S42.19	Fraktur der Skapula: Multipel
	S42.2-	Fraktur des proximalen Endes des Humerus
	S42.20	Fraktur des proximalen Endes des Humerus: Teil nicht näher bezeichnet
	S42.21	Fraktur des proximalen Endes des Humerus: Kopf
	S42.22	Fraktur des proximalen Endes des Humerus: Collum chirurgicum
	S42.23	Fraktur des proximalen Endes des Humerus: Collum anatomicum
	S42.24	Fraktur des proximalen Endes des Humerus: Tuberculum majus
	S42.29	Fraktur des proximalen Endes des Humerus: Sonstige und multiple Teile
	S42.3	Fraktur des Humerusschaftes
	S42.4-	Fraktur des distalen Endes des Humerus
	S42.40	Fraktur des distalen Endes des Humerus: Teil nicht näher bezeichnet
	S42.41	Fraktur des distalen Endes des Humerus: Suprakondylär
	S42.42	Fraktur des distalen Endes des Humerus: Epicondylus lateralis
	S42.43	Fraktur des distalen Endes des Humerus: Epicondylus medialis
	S42.44	Fraktur des distalen Endes des Humerus: Epicondylus, Epicondylus, nicht näher bezeichnet
	S42.45	Fraktur des distalen Endes des Humerus: Transkondylär (T- oder Y-Form)
	S42.49	Fraktur des distalen Endes des Humerus: Sonstige und multiple Teile
	S42.7	Multiple Frakturen der Klavikula, der Skapula und des Humerus
	S42.8	Fraktur sonstiger Teile der Schulter und des Oberarmes
	S42.9	Fraktur des Schultergürtels, Teil nicht näher bezeichnet
	S52.-	Fraktur des Unterarmes
	S52.0-	Fraktur des proximalen Endes der Ulna
	S52.00	Fraktur des proximalen Endes der Ulna: Teil nicht näher bezeichnet
	S52.01	Fraktur des proximalen Endes der Ulna: Olekranon
	S52.02	Fraktur des proximalen Endes der Ulna: Processus coronoideus ulnae
	S52.09	Fraktur des proximalen Endes der Ulna: Sonstige und multiple Teile
	S52.1-	Fraktur des proximalen Endes des Radius
	S52.10	Fraktur des proximalen Endes des Radius: Teil nicht näher bezeichnet
	S52.11	Fraktur des proximalen Endes des Radius: Kopf
	S52.12	Fraktur des proximalen Endes des Radius: Kollum
	S52.19	Fraktur des proximalen Endes des Radius: Sonstige und multiple Teile
	S52.2-	Fraktur des Ulnaschaftes
	S52.20	Fraktur des Ulnaschaftes, Teil nicht näher bezeichnet
S52.21	Fraktur des proximalen Ulnaschaftes mit Luxation des Radiuskopfes	
S52.3-	Fraktur des Radiuschaftes	
S52.30	Fraktur des Radiuschaftes, Teil nicht näher bezeichnet	
S52.31	Fraktur des distalen Radiuschaftes mit Luxation des Ulnakopfes	
S52.4	Fraktur des Ulna- und Radiuschaftes, kombiniert	
S52.5-	Distale Fraktur des Radius	
S52.50	Distale Fraktur des Radius: Nicht näher bezeichnet	
S52.51	Distale Fraktur des Radius: Extensionsfraktur	
S52.52	Distale Fraktur des Radius: Flexionsfraktur	
S52.59	Distale Fraktur des Radius: Sonstige und multiple Teile	
S52.6	Distale Fraktur der Ulna und des Radius, kombiniert	
S52.7	Multiple Frakturen des Unterarmes	
S52.8	Fraktur sonstiger Teile des Unterarmes	
S52.9	Fraktur des Unterarmes, Teil nicht näher bezeichnet	
S62.0	Fraktur des Os scaphoideum der Hand	
S62.1-	Fraktur eines oder mehrerer sonstiger Handwurzelknochen	
S62.10	Fraktur: Handwurzelknochen, nicht näher bezeichnet	
S62.11	Fraktur: Os lunatum	
S62.12	Fraktur: Os triquetrum	
S62.13	Fraktur: Os pisiforme	
S62.14	Fraktur: Os trapezium	
S62.15	Fraktur: Os trapezoideum	
S62.16	Fraktur: Os capitatum	
S62.17	Fraktur: Os hamatum	
S62.19	Fraktur sonstiger oder mehrerer Handwurzelknochen	
S72.-	Fraktur des Femurs	
S72.0-	Schenkelhalsfraktur	
S72.00	Schenkelhalsfraktur: Teil nicht näher bezeichnet	
S72.01	Schenkelhalsfraktur: Intrakapsulär	
S72.02	Schenkelhalsfraktur: (Proximale) Epiphyse, Epiphysenlösung	
S72.03	Schenkelhalsfraktur: Subkapital	
S72.04	Schenkelhalsfraktur: Mediozervikal	

	ICD-10-GM 2016	Bezeichnung gemäß ICD-10-GM 2016
	S72.05	Schenkelhalsfraktur: Basis
	S72.08	Schenkelhalsfraktur: Sonstige Teile
	S72.1-	Pertrochantäre Fraktur
	S72.10	Femurfraktur: Trochantär, nicht näher bezeichnet
	S72.11	Femurfraktur: Intertrochantär
	S72.2	Subtrochantäre Fraktur
	S72.3	Fraktur des Femurschaftes
	S72.4-	Distale Fraktur des Femurs
	S72.40	Distale Fraktur des Femurs: Teil nicht näher bezeichnet
	S72.41	Distale Fraktur des Femurs: Condylus (lateralis) (medialis)
	S72.42	Distale Fraktur des Femurs: Epiphyse, Epiphysenlösung
	S72.43	Distale Fraktur des Femurs: Suprakondylär
	S72.44	Distale Fraktur des Femurs: Interkondylär
	S72.7	Multiple Frakturen des Femurs
	S72.8	Frakturen sonstiger Teile des Femurs
	S72.9	Fraktur des Femurs, Teil nicht näher bezeichnet
	S82.-	Fraktur des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes
	S82.0	Fraktur der Patella
	S82.1-	Fraktur des proximalen Endes der Tibia
	S82.11	Fraktur des proximalen Endes der Tibia: Mit Fraktur der Fibula (jeder Teil)
	S82.18	Fraktur des proximalen Endes der Tibia: Sonstige
	S82.2-	Fraktur des Tibiaschaftes
	S82.21	Fraktur des Tibiaschaftes: Mit Fraktur der Fibula (jeder Teil)
	S82.28	Fraktur des Tibiaschaftes: Sonstige
	S82.3-	Distale Fraktur der Tibia
	S82.31	Distale Fraktur der Tibia: Mit Fraktur der Fibula (jeder Teil)
	S82.38	Distale Fraktur der Tibia: Sonstige
	S82.4-	Fraktur der Fibula, isoliert
	S82.40	Fraktur der Fibula, isoliert: Teil nicht näher bezeichnet
	S82.41	Fraktur der Fibula, isoliert: Proximales Ende
	S82.42	Fraktur der Fibula, isoliert: Schaft
	S82.49	Fraktur der Fibula, isoliert: Multipel
	S82.5	Fraktur des Innenknöchels
	S82.6	Fraktur des Außenknöchels
	S82.7	Multiple Frakturen des Unterschenkels
	S82.8-	Frakturen sonstiger Teile der Unterschenkels
	S82.81	Bimalleolarfraktur
	S82.82	Trimalleolarfraktur
	S82.88	Frakturen sonstiger Teile der Unterschenkels
	S82.9	Fraktur des Unterschenkels, Teil nicht näher bezeichnet
	S92.0	Fraktur des Kalkaneus
	S92.1	Fraktur des Talus
		Fraktur eines oder mehrerer sonstiger Fußwurzelknochen: Ein oder mehrere sonstige Fußwurzelknochen, nicht näher bezeichnet
	S92.20	
	S92.21	Fraktur eines oder mehrerer sonstiger Fußwurzelknochen: Os naviculare pedis
	S92.22	Fraktur eines oder mehrerer sonstiger Fußwurzelknochen: Os cuboideum
	S92.23	Fraktur eines oder mehrerer sonstiger Fußwurzelknochen: Os cuneiforme (intermedium) (laterale) (mediale)
	S92.28	Fraktur eines oder mehrerer sonstiger Fußwurzelknochen: Sonstige Fußwurzelknochen
Schädel-Hirn-Trauma mit Bewusstlosigkeit von weniger als 30 Minuten (S06.0 und S06.70)	S06.0	Gehirnerschütterung
	S06.70	Bewusstlosigkeit bei Schädel-Hirn-Trauma: Weniger als 30 Minuten
Akute tiefe Beinvenenthrombose	I80.1	Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis der V. femoralis
	I80.28	Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis sonstiger tiefer Gefäße der unteren Extremitäten
Hypertensive Krise I10 - I15 jeweils als 5. Stelle "1"	I10.01	Benigne essentielle Hypertonie: Mit Angabe einer hypertensiven Krise
	I10.11	Maligne essentielle Hypertonie: Mit Angabe einer hypertensiven Krise
	I10.91	Essentielle Hypertonie, nicht näher bezeichnet: Mit Angabe einer hypertensiven Krise
	I11.01	Hypertensive Herzkrankheit mit (kongestiver) Herzinsuffizienz: Mit Angabe einer hypertensiven Krise
	I11.91	Hypertensive Herzkrankheit ohne (kongestive) Herzinsuffizienz: Mit Angabe einer hypertensiven Krise
	I12.01	Hypertensive Nierenkrankheit mit Niereninsuffizienz: Mit Angabe einer hypertensiven Krise
	I12.91	Hypertensive Nierenkrankheit ohne Niereninsuffizienz: Mit Angabe einer hypertensiven Krise
	I13.01	Hypertensive Herz- und Nierenkrankheit mit (kongestiver) Herzinsuffizienz: Mit Angabe einer hypertensiven Krise
	I13.11	Hypertensive Herz- und Nierenkrankheit mit Niereninsuffizienz: Mit Angabe einer hypertensiven Krise
	I13.21	Hypertensive Herz- und Nierenkrankheit mit (kongestiver) Herzinsuffizienz und Niereninsuffizienz: Mit Angabe einer hypertensiven Krise
	I13.91	Hypertensive Herz- und Nierenkrankheit, nicht näher bezeichnet: Mit Angabe einer hypertensiven Krise
	I15.01	Renovaskuläre Hypertonie: Mit Angabe einer hypertensiven Krise
	I15.11	Hypertonie als Folge von sonstigen Nierenkrankheiten: Mit Angabe einer hypertensiven Krise
	I15.21	Hypertonie als Folge von endokrinen Krankheiten: Mit Angabe einer hypertensiven Krise
	I15.81	Sonstige sekundäre Hypertonie: Mit Angabe einer hypertensiven Krise
	I15.91	Sekundäre Hypertonie, nicht näher bezeichnet: Mit Angabe einer hypertensiven Krise
Angina pectoris (ausgenommen: ICD I20.9)	I20.0	Instabile Angina pectoris
	I20.1	Angina pectoris mit nachgewiesenem Koronarspasmus
	I20.8	Sonstige Formen der Angina pectoris
Pneumonie	J10.0	Grippe mit Pneumonie, saisonale Influenzaviren nachgewiesen
	J11.0	Grippe mit Pneumonie, Viren nicht nachgewiesen
	J12.-	Viruspneumonie, anderenorts nicht klassifiziert

	ICD-10-GM 2016	Bezeichnung gemäß ICD-10-GM 2016
	J12.0	Pneumonie durch Adenoviren
	J12.1	Pneumonie durch Respiratory-Syncytial-Viren [RS-Viren]
	J12.2	Pneumonie durch Parainfluenzaviren
	J12.3	Pneumonie durch humanes Metapneumovirus
	J12.8	Pneumonie durch sonstige Viren
	J12.9	Viruspneumonie, nicht näher bezeichnet
	J13	Pneumonie durch Streptococcus pneumoniae
	J14	Pneumonie durch Haemophilus influenzae
	J15.-	Pneumonie durch Bakterien, anderenorts nicht klassifiziert
	J15.0	Pneumonie durch Klebsiella pneumoniae
	J15.1	Pneumonie durch Pseudomonas
	J15.2	Pneumonie durch Staphylokokken
	J15.3	Pneumonie durch Streptokokken der Gruppe B
	J15.4	Pneumonie durch sonstige Streptokokken
	J15.5	Pneumonie durch Escherichia coli
	J15.6	Pneumonie durch andere gramnegative Bakterien
	J15.7	Pneumonie durch Mycoplasma pneumoniae
	J15.8	Sonstige bakterielle Pneumonie
	J15.9	Bakterielle Pneumonie, nicht näher bezeichnet
	J16.-	Pneumonie durch sonstige Infektionserreger, anderenorts nicht klassifiziert
	J16.0	Pneumonie durch Chlamydien
	J16.8	Pneumonie durch sonstige näher bezeichnete Infektionserreger
	J17.-	Pneumonie bei anderenorts klassifizierten Krankheiten
	J17.0	Pneumonie bei anderenorts klassifizierten bakteriellen Krankheiten
	J17.1	Pneumonie bei anderenorts klassifizierten Viruskrankheiten
	J17.2	Pneumonie bei Mykosen
	J17.3	Pneumonie bei parasitären Krankheiten
	J17.8	Pneumonie bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten
	J18.-	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet
	J18.0	Bronchopneumonie, nicht näher bezeichnet
	J18.1	Lobärpneumonie, nicht näher bezeichnet
	J18.2	Hypostatische Pneumonie, nicht näher bezeichnet
	J18.8	Sonstige Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet
Akute Divertikulitis K57 jeweils als 5. Stelle "2" oder "3"	K57.02	Divertikulitis des Dünndarmes mit Perforation und Abszess, ohne Angabe einer Blutung
	K57.03	Divertikulitis des Dünndarmes mit Perforation, Abszess und Blutung
	K57.12	Divertikulitis des Dünndarmes ohne Perforation, Abszess oder Angabe einer Blutung
	K57.13	Divertikulitis des Dünndarmes ohne Perforation und Abszess, mit Blutung
	K57.22	Divertikulitis des Dickdarmes mit Perforation und Abszess, ohne Angabe einer Blutung
	K57.23	Divertikulitis des Dickdarmes mit Perforation, Abszess und Blutung
	K57.32	Divertikulitis des Dickdarmes ohne Perforation, Abszess oder Angabe einer Blutung
	K57.33	Divertikulitis des Dickdarmes ohne Perforation oder Abszess, mit Blutung
	K57.42	Divertikulitis sowohl des Dünndarmes als auch des Dickdarmes mit Perforation und Abszess, ohne Angabe einer Blutung
	K57.43	Divertikulitis sowohl des Dünndarmes als auch des Dickdarmes mit Perforation, Abszess und Blutung
	K57.52	Divertikulitis sowohl des Dünndarmes als auch des Dickdarmes ohne Perforation, Abszess oder Angabe einer Blutung
	K57.53	Divertikulitis sowohl des Dünndarmes als auch des Dickdarmes ohne Perforation oder Abszess, mit Blutung
	K57.82	Divertikulitis des Darmes, Teil nicht näher bezeichnet, mit Perforation und Abszess, ohne Angabe einer Blutung
	K57.83	Divertikulitis des Darmes, Teil nicht näher bezeichnet, mit Perforation, Abszess und Blutung
	K57.92	Divertikulitis des Darmes, Teil nicht näher bezeichnet, ohne Perforation, Abszess oder Angabe einer Blutung
	K57.93	Divertikulitis des Darmes, Teil nicht näher bezeichnet, ohne Perforation oder Abszess, mit Blutung

INFORMATIONEN FÜR DIE PRAXIS

Krankenbeförderung

Juni 2018

Krankenbeförderung: Was Sie bei der Verordnung beachten sollten

Die Verordnung einer Krankenbeförderung zur stationären oder ambulanten Behandlung wirft immer wieder Fragen auf: In welchen Fällen übernehmen die Krankenkassen die Kosten? Kann eine Verordnung auch nachträglich erfolgen? Wann wird eine Genehmigung benötigt? Diese Praxisinformation fasst zusammen, was Ärzte und Psychotherapeuten wissen sollten.

Verordnung – ja oder nein?

Grundsätzlich muss eine Krankenbeförderung gesetzlich versicherter Patienten in Zusammenhang mit einer Leistung der Krankenkasse zwingend medizinisch notwendig sein. So sind Fahrten zum Abholen von Rezepten oder Erfragen von Befunden nicht verordnungsfähig. Auch sollte zunächst geprüft werden, ob der Patient mit Bus und Bahn oder dem eigenen Auto fahren kann.

Für die Verordnung einer Krankenbeförderung gelten folgende Faustregeln:

- **Bei stationärer Behandlung** dürfen Krankenbeförderungen bei medizinischer Notwendigkeit verordnet werden. Die Patienten müssen die Verordnung nicht bei der Krankenkasse zur Genehmigung vorlegen. Dies gilt auch für vor- und nachstationäre Behandlungen.
- **Bei ambulanter Behandlung** in einer Praxis, im MVZ oder im Krankenhaus dürfen Krankenbeförderungen in der Regel nicht verordnet werden. Die Krankenkassen übernehmen nur in wenigen Ausnahmefällen die Kosten, beispielsweise für Patienten mit hohem Pflegebedarf oder wenn ein Patient aufgrund einer schweren Erkrankung mit einem Krankentransportwagen zum Arzt gefahren werden muss. Hier gilt zudem: Patienten müssen die Verordnung vorab bei ihrer Krankenkasse zur Genehmigung vorlegen.

Krankenbeförderung bei ambulanter Behandlung

Generell ist vom Gesetzgeber nicht vorgesehen, dass Krankenkassen Kosten für Fahrten zur ambulanten Behandlung übernehmen. Dies gilt beispielsweise auch für eine Heimfahrt nach einer ambulanten Operation; diese muss der Patient selbst bezahlen. Das SGB V und die Krankentransport-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses lassen nur wenige Ausnahmen zu.

Nur wenn medizinisch notwendig

Stationäre Behandlung: Verordnung möglich

Ambulante Behandlung: in der Regel keine Verordnung

Auch Fahrten zur ambulanten OP nur in Ausnahmefällen



In diesen Fällen dürfen Sie verordnen

Für diese Patienten dürfen Sie verordnen, die Patienten müssen die Verordnung aber vorab bei ihrer Krankenkasse zur Genehmigung vorlegen:

- Patienten, die in ihrer Mobilität eingeschränkt sind. Dazu gehören:
 - Schwerbehinderte, deren Schwerbehindertenausweis eines der folgenden Merkzeichen enthält: „aG“ für außergewöhnliche Gehbehinderung, „Bl“ für Blindheit oder „H“ für Hilflosigkeit.
 - Pflegebedürftige, deren Pflegebescheid Pflegegrad 4 oder 5 ausweist, sowie Pflegebedürftige mit dem Pflegegrad 3, wenn bei ihnen eine dauerhafte Mobilitätsbeeinträchtigung vorliegt.
 - Patienten, die eine hochfrequente Behandlung über einen längeren Zeitraum benötigen: Dialysebehandlung, onkologische Strahlentherapie, parenterale antineoplastische Arzneimitteltherapie / parenterale onkologische Chemotherapie.

Hinweis: Die Krankenkasse kann auf Antrag des Patienten in vergleichbaren Fällen eine Krankenförderung genehmigen.

- Patienten, die aufgrund ihres Gesundheitszustandes zwingend einen Krankentransportwagen benötigen. Dazu gehören:
 - Patienten, die bei der Krankenförderung eine medizinisch-fachliche Betreuung oder eine fachgerechte Lagerung benötigen. Das kann zum Beispiel ein Patient mit einem Dekubitus oder ein Patient mit einer schweren, ansteckenden Krankheit sein.

Hinweis zur Genehmigung: Damit Patienten genügend Zeit haben, die Verordnung bei ihrer Krankenkasse zur erforderlichen Genehmigung vorzulegen, sollen Ärzte und Psychotherapeuten das Verordnungsformular 4 „Verordnung einer Krankenförderung“ möglichst frühzeitig ausstellen.

Weiterer Ausnahmefall

Ein weiterer Ausnahmefall, bei dem eine Verordnung möglich ist, besteht bei ambulanten Operationen, wenn dadurch ein stationärer Aufenthalt verkürzt oder vermieden wird (also nicht generell bei ambulanten Operationen). Die Ausnahmeregelung gilt insbesondere dann, wenn die „aus medizinischen Gründen gebotene voll- oder teilstationäre Krankenhausbehandlung aus besonderen, beispielsweise patientenindividuellen, Gründen als ambulante Behandlung vorgenommen wird“ (§ 7 Krankentransport-Richtlinie). Somit greift diese Ausnahmeregelung für Krankenfahrten im Zusammenhang mit ambulanten Operationen nur in sehr seltenen Fällen.

Damit Patienten aber in solchen seltenen Fällen nicht schlechter gestellt sind als Patienten, die sich stationär behandeln lassen, darf hier eine Krankenförderung verordnet werden und es besteht keine Genehmigungspflicht.

Hinweis: Ist unklar, ob die Krankenkasse die Kosten für die Krankenförderung übernimmt, sollte der Patient die Verordnung zunächst bei seiner Krankenkasse vorlegen.

In diesen Fällen darf verordnet werden

Schwerbehinderung

Pflegegrad

bei Dialyse, Krebstherapie

Gesundheitszustand macht Krankentransportwagen erforderlich

Patient benötigt Zeit für Einholen der Genehmigung



Beförderungsmittel

Egal, ob der Patient ambulant oder stationär behandelt wird: die Auswahl des Beförderungsmittels richtet sich stets nach dem individuellen Bedarf und Gesundheitszustand des Patienten. Dabei müssen Ärzte und Psychotherapeuten das Wirtschaftlichkeitsgebot beachten.

Möglich sind:

- Taxi oder Mietwagen
- Krankentransportwagen, wenn eine medizinisch-fachliche Betreuung oder Einrichtung notwendig ist
- Rettungswagen / -hubschrauber werden über die Rettungsleitstellen angefordert (Notruf 112)

Hinweis: Die Krankenkassen können auf Antrag des Patienten auch die Kosten für Krankenfahrten übernehmen, die mit öffentlichen Verkehrsmitteln oder dem privaten Auto des Patienten stattfinden; Ärzte müssen hierfür keine Verordnung ausstellen.

Vor der Fahrt verordnen – in Notfällen nachträglich möglich

Die Verordnung erfolgt stets auf Formular 4 und soll vor der Krankenbeförderung erfolgen. In Notfällen dürfen Ärzte und Psychotherapeuten die Verordnung auch nachträglich ausstellen.

Zusätzliche Hinweise:

- Die Krankenbeförderung soll auf direktem Weg zwischen dem Aufenthaltsort des Patienten und der nächstgelegenen geeigneten Behandlungsmöglichkeit erfolgen.
- Versicherte müssen einen Teil der Beförderungskosten selbst bezahlen. Die Zuzahlung beträgt – unabhängig von der Art des Fahrzeugs und auch für Kinder und Jugendliche – zehn Prozent der Fahrkosten, mindestens jedoch fünf Euro und höchstens zehn Euro pro Fahrt.
- Die Verordnung von Krankenbeförderung ist in der Krankentransport-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses geregelt.
- Fahrten zur Vorsorge-Kur oder Reha werden nicht auf Formular 4 verordnet. Versicherte wenden sich in solchen Fällen an ihre Krankenkasse.

Mehr Informationen

KBV-Themenseite Krankenbeförderung: www.kbv.de/901078

Krankentransport-Richtlinie: www.g-ba.de/informationen/richtlinien/25/

Kennen Sie schon die PraxisNachrichten? Sie können den Newsletter der KBV hier kostenlos abonnieren: www.kbv.de/html/1641.php.

Auswahl des
Fahrzeugs

Auf Formular 4
verordnen

Direkter Weg

Zuzahlung

Richtlinie

Informationen
im Internet

Gemeinsame Arbeitsgruppe Arzneimittel

Kassenärztliche Vereinigung
Niedersachsen

Verbände der gesetzlichen
Krankenkassen in Niedersachsen



KVN
Kassenärztliche Vereinigung
Niedersachsen



Rezept-Info – Antibiotika

Die Resistenzentwicklung von Bakterien gegenüber Antibiotika ist seit Jahren eine der wichtigsten infektiologischen Herausforderungen weltweit.

Ursache für die Resistenzentwicklung ist:

- der übermäßige Einsatz von Antibiotika. Das betrifft sowohl die Lebensmittelindustrie, die Veterinärmedizin als auch die Humanmedizin.
- die nicht sachgerechte Einnahme von Antibiotika (Indikation, Dosierung, Einhaltung der Zeitabstände uvm).

In Deutschland werden ca. 85 Prozent des gesamten Antibiotikaverbrauchs in der Humanmedizin im ambulanten Bereich verordnet.¹

Der übermäßige Einsatz von Antibiotika führt zu Selektionsvorteilen für resistente Erreger, begünstigt somit deren Verbreitung und beeinflusst die Resistenzentwicklung. Einen hohen Selektionsdruck üben besonders Breitspektrum-Antibiotika wie Chinolone und Cephalosporine in Richtung Multiresistenz aus. Im internationalen Vergleich werden in Deutschland deutlich mehr Breitbandantibiotika im Verhältnis zu Penicillinen verordnet.²

Handlungsempfehlungen für Sie als Arzt:

1. Prüfen Sie die Indikation vor jeder Verordnung: Handelt es sich sicher um eine bakterielle Infektion oder um einen viralen Infekt?
2. Erklären Sie Ihrem Patienten, warum er bei einem viralen Infekt kein Antibiotikum benötigt.
3. Bei Vorliegen eines bakteriellen Infektes wählen Sie unter Berücksichtigung der Leitlinien und der regionalen Resistenzlage ein geeignetes Antibiotikum.
2006 wurde in Niedersachsen das Antibiotika-Resistenz-Monitoring ARMIN ins Leben gerufen. Ziel von ARMIN ist es, die Resistenzentwicklung systematisch zu erfassen und langfristig zu beobachten. Informationen finden Sie auf der Seite des niedersächsischen Landesgesundheitsamts www.armin.nlga.niedersachsen.de
4. Geben Sie Ihrem Patienten eindeutige Anweisungen bezüglich Dauer und Art der Einnahme des Antibiotikums.
5. Erläutern Sie Ihrem Patienten mögliche Neben- und Wechselwirkungen.

Unter www.nlga.niedersachsen.de können Sie den Ratgeber „Rationale orale Antibiotikatherapie für Erwachsene im niedergelassenen Bereich“ bestellen. Der Ratgeber gibt praxisnahe Tipps, welche Antibiotika bei welchen Krankheiten leitliniengerecht verordnet werden können.

Fazit:

Resistenzen gegen Antibiotika gefährden die Behandlung insbesondere von schweren Infektionen beim Menschen. Sie können die Krankheitsdauer verlängern, einen Krankenhausaufenthalt verursachen und letztlich auch durch den Einsatz von Reserveantibiotika zu hohen Behandlungskosten führen. Um dieser Entwicklung entgegenzuwirken, verordnen Sie Antibiotika zurückhaltend und zielgerichtet.

¹ Germap 2015 – Antibiotika- Resistenz und Verbrauch, Bundesamt für Verbraucherschutz und Lebensmittelsicherheit, Paul-Ehrlich-Gesellschaft für Chemotherapie e.V.

² AVP Arzneiverordnung in der Praxis Band 44, Heft 3, Juli 2017, Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft

Patienteninformation Antibiotikatherapie

Die Kassenärztliche Vereinigung und die Verbände der Krankenkassen in Niedersachsen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,



Antibiotika sind Arzneimittel, die zur Behandlung von Infektionen durch Bakterien eingesetzt werden. Erkältungskrankheiten wie Husten und Schnupfen werden überwiegend von Viren bedingt, hier hilft eine Antibiotikatherapie nicht.



Was ist eine Antibiotika-Resistenz?

Bakterien sind in der Lage sich so zu verändern, dass sie sich gegen die Wirkung von Antibiotika schützen können. Die Anzahl der widerstandsfähigen (resistenten) Bakterien nimmt immer weiter zu. Nur ein verantwortungsvoller Umgang mit diesen wichtigen Arzneimitteln kann verhindern, dass eines Tages keine wirksamen Antibiotika mehr zur Bekämpfung von lebensbedrohlichen bakteriellen Infektionen zur Verfügung stehen.



Was sollten Sie bei der Einnahme von Antibiotika beachten?

- Nehmen Sie Antibiotika nur ein, wenn Ihr Arzt sie Ihnen verordnet hat.
- Nehmen Sie keine Antibiotika von Bekannten oder Reste von alten, angebrochenen Packungen.
- Nehmen Sie Ihr verordnetes Antibiotikum immer in der vorgeschriebenen Menge und Dauer ein, auch wenn es Ihnen vielleicht schon schnell besser geht.
- Beachten Sie die Einnahmehinweise und nehmen Sie das Antibiotikum mit Wasser ein. Spezielle Lebensmittel und bestimmte Arzneimittel können die Aufnahme von Antibiotika verschlechtern, sprechen Sie hierzu Ihren Arzt an.
- Entsorgen Sie nach Therapieende – falls vorhanden – die Reste des Antibiotikums ordnungsgemäß – entweder über den Hausmüll oder in Ihrer Apotheke.



Praxisstempel

Gemeinsame Arbeitsgruppe Arzneimittel

Kassenärztliche Vereinigung
Niedersachsen



Kassenärztliche Vereinigung
Niedersachsen

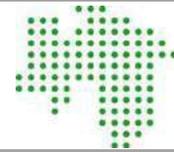


Verbände der gesetzlichen
Krankenkassen in Niedersachsen



Rezept-Info – Kurzinformation Antibiotika

- Liegt ein bakterieller Infekt vor mit notwendiger antibiotischer Therapie, richtet sich die Wahl des Antibiotikums nach Leitlinie und regionaler Resistenzlage.
- Informationen zur Resistenzlage finden Sie auf der Seite des niedersächsischen Landesgesundheitsamts www.armin.nlga.niedersachsen.de
- Unter www.nlga.niedersachsen.de kann der Ratgeber „Rationale orale Antibiotikatherapie für Erwachsene im niedergelassenen Bereich“ bestellt werden.
- Erkältungskrankheiten wie Husten und Schnupfen sind überwiegend viral bedingt, hier hilft eine Antibiotikatherapie nicht.



Informationen für die Praxis

KVN-Rundschreiben

Juni 2018

Inhaltsverzeichnis

1. Abrechnung	3
1.1. Abgabetermin Quartalsabrechnung 2/2018.....	3
1.2. Amtliche Mitteilung der KVN zum HVM für das 3. Quartal 2018 für Haus- und Kinderärzte	3
1.3. Amtliche Mitteilung der KVN zum HVM Teil B Nr. 16.1 und 16.2 für das 3. Quartal 2018 - Fachgruppendurchschnittswerte für Laborindividualbudgets.....	4
1.4. Mitteilung der fachgruppendurchschnittlichen Obergrenze für Kontrastmittel für das Quartal 3/2018 .	4
1.5. Beratung und Ultraschallscreening von Bauchaortenaneurysmen (GOP 01747 und 01748 EBM) und Kennzeichnung der Abdomensonografie (GOP 33042A).....	4
1.6. Neue Laborleistungen ab 1. Juli 2018 – Umsetzung gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung Spezial-Labor.....	5
2. Verordnungen.....	5
2.1. Arzneimittelrichtlinie Anlage V: Änderungen der Befristungen von verordnungsfähigen Medizinprodukten, hier: Medicoforum Laxativ und Macrogol dura®	5
2.2. Docetaxel bei hormonsensitivem Prostatakarzinom mit Fernmetastasen (M1) - Änderung der Anlage VI (Off-Label-Use) der Arzneimittel-Richtlinie	6
2.3. Arzneimittelquoten-Frühinformationen Januar 2018 im Portal abrufbar.....	7
2.4. Gemeinsame Arbeitsgruppe Arzneimittel – Informationsschreiben zum Thema „Wirtschaftliche Verordnung von Oxycodon/Naloxon“	7
2.5. Cosentyx® (Secukinumab) als Praxisbesonderheit anerkannt	8
2.6. Änderung der Heilmittelzuzahlung in der Arztpraxis ...	9

3. Allgemeine Hinweise	9
3.1. Neue Teilnahme und Einwilligungserklärungen (TE/EWE) im Rahmen der Disease-Management-Programme (DMP) aufgrund der Datenschutzgrundverordnung der Europäischen Union (EU-DSGVO)	9
3.2. Informationen zum Ende von ONKeyLINE	10
3.3. BKK „Erweitertes Präventionsangebot für Kinder U10/ U11 (Starke Kids)“ - Vertragsteilnahme der BKK Melitta Plus endet zum 30. Juni 2018	12
3.4. AOK - Junior: Neue Teilnahme- und Datenschutzerklärungen für Patienten jetzt verfügbar	12
3.5. Anpassung von Einschreibeformularen und Patienteninformationen zu Verträgen und Versorgungsprogrammen infolge der EU-Datenschutzgrundverordnung	12
3.6. Aktualisierung der Bedruckungsvorschriften im Personalienfeld zum 1. Juli 2018	14
3.7. Neugestaltung des Musters 9 (Ärztliche Bescheinigung für die Gewährung von Mutterschaftsgeld bei Frühgeburten), Anpassung der Muster 56 (Verordnung von Rehabilitationssport und Funktionstraining) und Muster 61 (Verordnung von medizinischer Rehabilitation) sowie Änderung der Blankoformularbedruckung zum 1. Juli 2018	14
3.8. EU-Datenschutzgrundverordnung: Muster der Einwilligungserklärung für Patienten im Internet verfügbar	15
4. Veranstaltungen im Juli und August 2018	15
5. Anlagenverzeichnis	18
5.1. Amtliche Mitteilung zum HVM für Haus- und Kinderärzte 3/2018	18
5.2. Amtliche Mitteilung zum HVM Teil B Nr. 16.1 und 16.2	18
5.3. Informationsschreiben der AG AM Wirtschaftliche Verordnung Oxycodon-Naloxon	18

1. Abrechnung

1.1. Abgabetermin Quartalsabrechnung 2/2018

Der **Abgabetermin** für die Abrechnung des **2. Quartals 2018** ist der **10. Kalendertag** des nachfolgenden Quartals und somit der **10.07.2018**.

Bitte denken Sie daran, auch bei der Online-Übermittlung von Abrechnungsdatei(en)

- das Muster der **aktuellen Sammelerklärung (Stand: 1/2017)** vollständig ausgefüllt, mit Unterschrift und dem Vertragsarztstempel versehen, einzureichen. Das Muster kann auch im KVN-Portal unter [Abrechnung/Abrechnungcenter/ Informationen zur Quartalsabrechnung/Downloads](#) ausgedruckt werden;
- die abzugebenden Behandlungsausweise (sortiert nach der Liste: KBV-Prüfmodul **Abgabe Behandlungsausweise**) einzureichen;
- abhängig von Ihren erbrachten Leistungen:
Früherkennungskoloskopie, Hautkrebscreening, Daten gem. der QS-Richtlinie **Dialyse** rechtzeitig online zu dokumentieren und zu übertragen;
- ggf. zusätzliche Unterlagen einzureichen:
 - Sachkostenbelege / Rechnungen,
 - Behandlungsplan zur künstlichen Befruchtung Muster 70/70A,
 - Mitteilungen der Praxis zur eingereichten Abrechnung (Beispiel: Pat. Y ist zu löschen, da jetzt BG-Fall).

Listen wie z. B. **Prüfprotokolle, Sortier- oder Versandlisten** benötigen wir **nicht**.

Dokumente wie z. B. **RLV-Anträge, Genehmigungsanträge, Widersprüche gegen den Honorarbescheid** sind **direkt an die Bezirksstellen** zu senden.

Ansprechpartner bei Terminproblemen ist Ihre Bezirksstelle. Sollten Sie den Abgabetermin nicht einhalten können, so nehmen Sie bitte rechtzeitig Kontakt mit Ihrer Bezirksstelle auf, um aus einer verspätet eingereichten Quartalsabrechnung möglicherweise resultierende Konsequenzen zu vermeiden.

1.2. Amtliche Mitteilung der KVN zum HVM für das 3. Quartal 2018 für Haus- und Kinderärzte

Die für das 3. Quartal 2018 geltenden RLV-/QZV-Mindestfallwerte für Haus- und Kinderärzte sowie die Fallzahlgrenzen für die Fallwertminderung bzw. die Fallzahlzuwachsbegrenzungsregelung (FZZB) entnehmen Sie bitte der Anlage 5.1 zu diesem Rundschreiben. Zusätzlich sind diese Daten bereits seit dem 29. Mai 2018 über das KVN-Portal abrufbar.

Anlage 5.1: Amtliche Mitteilung zum HVM für Haus- und Kinderärzte 3/2018

Sammelerklärung nicht vergessen

Die Bezirksstellen sind zuständig

1.3. Amtliche Mitteilung der KVN zum HVM Teil B Nr. 16.1 und 16.2 für das 3. Quartal 2018 - Fachgruppendurchschnittswerte für Laborindividualbudgets

Die für das 3. Quartal 2018 geltenden Fachgruppendurchschnittswerte für Laborindividualbudgets entnehmen Sie bitte der Anlage 5.2 zu diesem Rundschreiben. Zusätzlich sind diese Daten bereits seit dem 29. Mai 2018 über das KVN-Portal abrufbar.

Anlage 5.2: Amtliche Mitteilung zum HVM Teil B Nr. 16.1 und 16.2

1.4. Mitteilung der fachgruppendurchschnittlichen Obergrenze für Kontrastmittel für das Quartal 3/2018

Gemäß der Kontrastmittelvereinbarung, die die KVN mit den Landesverbänden der Krankenkassen in Niedersachsen zum 1. Januar 2016 abgeschlossen hat, gelten für das 3. Quartal 2018 für Ärzte, die im Basisquartal 3/2017 (noch) keine Kontrastmittel über die o. g. Vereinbarung abgerechnet haben, folgende fachgruppendurchschnittlichen Obergrenzen:

- | | |
|---|----------------|
| • Institute, Krankenhäuser: | 979,54 Euro |
| • Fachärzte für Nuklearmedizin: | 7.763,03 Euro |
| • Fachärzte für Diagnostische Radiologie: | 30.026,90 Euro |
| • Fachärzte für Urologie: | 1.858,73 Euro |

Die Vereinbarung gilt für Fachärzte für Nuklearmedizin, Diagnostische Radiologie und Urologie verbindlich. Für andere Fachgruppen nur, wenn in der eigenen BAG/MVZ oder im Institut/Krankenhaus ein Facharzt für Nuklearmedizin, Diagnostische Radiologie oder Urologie tätig ist.

Diese Daten sind über das KVN-Portal unter Verträge/Sonstige Verträge/Kontrastmittel-Vereinbarung abrufbar.

1.5. Beratung und Ultraschallscreening von Bauchortenaneurysmen (GOP 01747 und 01748 EBM) und Kennzeichnung der Abdomensonografie (GOP 33042A)

Bitte beachten Sie, dass die Beratung über das Ultraschallscreening auf Bauchortenaneurysmen sowie die Durchführung des Ultraschallscreenings:

- bei männlichen Patienten
- ab dem 65. Geburtstag
- einmalig

berechnungsfähig ist.

Sofern die **GOP 01748 neben der GOP 33042** berechnet wird, erfolgt aufgrund der sich überschneidenden Leistungsinhalte ein Abschlag von 77 Punkten auf die GOP 33042. Zur Kennzeichnung dieser Fälle ist die Abdomensonografie in Ihrer **Quartalsabrechnung mit dem Buchstaben „A“ (GOP 33042A) anzugeben.**

Nuklearmediziner, Radiologen und Urologen betroffen

Punktabschläge durch Leistungsüberschneidung

Ansprechpartner ist Ihr Abrechnungsteam und/oder das Team Auskünfte des Abrechnungszentrums, Telefon: 0511 380 4800, E-Mail: abrechnungszentrum@kvn.de.

1.6. Neue Laborleistungen ab 1. Juli 2018 – Umsetzung gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung Spezial-Labor

Zum 1. Juli 2018 werden folgende genehmigungspflichtige Laborleistungen neu in den EBM aufgenommen:

- Quantitative Bestimmung des Biomarkers Procalcitonin nach der GOP 32459
- Differenzierung gezüchteter Pilze mittels MALDI-TOF-Massenspektrometrie nach der GOP 32692
- Differenzierung von in Reinkultur gezüchteten Bakterien mittels MALDI-TOF-Massenspektrometrie nach der GOP 32759
- Semiquantitative Empfindlichkeitsprüfungen von in Reinkultur gezüchteten klinisch relevanten gramnegativen bzw. grampositiven Bakterien nach der GOP 32772 bzw. 32773, zudem die GOP 32774 und 32775 zur phänotypischen Bestätigung einer Multiresistenz für grampositive und gramnegative Bakterien.

Für Laborärzte sind alle neuen GOP und für Mikrobiologen sind die GOP 32692, 32759, 32772 bis 32775 ohne zusätzliche Antragstellung und Genehmigungserteilung abrechnungsfähig.

Zudem sind die GOP 32772, 32773, 32774 und 32775 auch von allen Ärzten, die bislang über eine Genehmigung zur Abrechnung der GOP 32766 und 32767 verfügen, ohne zusätzliche Antragstellung und Genehmigungserteilung abrechnungsfähig.

Darüber hinaus sind alle neuen GOP antrags- und genehmigungspflichtig. Das heißt, eine Abrechnung von Laborleistungen nach den GOP 32459, 32692, 32759, 32772 bis 32775 ist ohne entsprechende Genehmigung nach der Qualitätssicherungsvereinbarung Spezial-Labor nicht möglich.

Ausnahmen von der Genehmigungspflicht

2. Verordnungen

2.1. Arzneimittelrichtlinie Anlage V: Änderungen der Befristungen von verordnungsfähigen Medizinprodukten, hier: **Medicoforum Laxativ und Macrogol dura®**

Bei folgenden Medizinprodukten hat sich die Befristung der Verordnungsfähigkeit nach Anlage V geändert:

Produktbezeichnung	Medizinisch notwendige Fälle	Befristung der Verordnungsfähigkeit
Macrogol dura®	Für Patienten ab dem vollendeten 12. Lebensjahr zur Behandlung der Obstipation nur in Zusammenhang mit Tumorleiden, Megacolon (mit Ausnahme des toxischen Megacolon), Divertikulose, Divertikulitis, Mukoviszidose, neurogener Darm lähmung, bei phosphatbindender Medikation bei chronischer Niereninsuffizienz, Opiat- sowie Opioidtherapie und in der Terminalphase; für Jugendliche mit Entwicklungsstörungen im Alter von zwölf Jahren bis zum vollendeten 18. Lebensjahr zur Behandlung der Obstipation.	11. Mai 2023
Medicoforum Laxativ	Für Patienten ab dem vollendeten 12. Lebensjahr zur Behandlung der Obstipation nur in Zusammenhang mit Tumorleiden, Megacolon (mit Ausnahme des toxischen Megacolon), Divertikulose, Divertikulitis, Mukoviszidose, neurogener Darm lähmung, bei phosphatbindender Medikation bei chronischer Niereninsuffizienz, Opiat- sowie Opioidtherapie und in der Terminalphase; für Jugendliche mit Entwicklungsstörungen im Alter von zwölf Jahren bis zum vollendeten 18. Lebensjahr zur Behandlung der Obstipation.	11. Mai 2023

2.2. Docetaxel bei hormonsensitivem Prostatakarzinom mit Fernmetastasen (M1) - Änderung der Anlage VI (Off-Label-Use) der Arzneimittel-Richtlinie

Mit Wirkung vom 24. Mai 2018 wurde in der Anlage VI (Off-Label-Use) in Teil A der Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL) eine Ziffer XXVIII „Docetaxel bei hormonsensitivem Prostatakarzinom mit Fernmetastasen (M1)“ neu angefügt.

Laut G-BA-Beschluss gilt die Anwendung von Docetaxel für Patienten mit hormonsensitiven Prostatakarzinom

- mit Fernmetastasen (M1-Stadium) und
- gutem Allgemeinzustand (nach ECOG /WHO 0 bis 1 bzw. Karnofsky Index ≥ 70 %) und
- zusätzlich zur Androgendeprivationstherapie (ADT)

Das Behandlungsziel ist eine Verlängerung der Überlebenszeit. Weitere Hinweise und Informationen u.a. zu Dosierung, Kontraindikationen oder Nebenwirkungen entnehmen Sie bitte der Anlage VI der AM-RL und den entsprechenden Fachinformationen.

Im Rahmen des vorgenannten Off-Label-Use haben folgende Hersteller für ihre Docetaxel-haltigen Arzneimittel einer Anwendung zugestimmt (Haftung des pharmazeutischen Unternehmers), sodass ihre Arzneimittel für die vorgenannte Off-Label-Indikation verordnungsfähig sind:

AqVida GmbH; Aventis Pharma S.A., axicorp Pharma GmbH, axios Pharma GmbH, betapharm Arzneimittel GmbH, HAEMATO PHARM GmbH, HIKMA Farmaceutica (Portugal) S.A., kohlpharma GmbH, lapharm GmbH Pharmazeutische Produkte, medac Gesellschaft für klinische Spezialpräparate m. b. H., MTK-PHARMA Vertriebs GmbH, OmniCare Pharma GmbH, onkovis GmbH, ORCA 2 GmbH; Orifarm GmbH, PGD Profusio Leipzig Gesundheits GmbH, Pharma Resources GmbH, PUREN Pharma GmbH & Co. KG, ratiopharm GmbH, STADAPHARM GmbH, Teva Pharma B. V. und Tillomed Pharma GmbH.

Wir empfehlen bei Verordnungen von Docetaxelhaltigen Arzneimitteln der genannten Hersteller in dieser Off-Label-Indikation das Setzen des Aut-Idem-Kreuzes. Damit vermeiden Sie haftungsrechtliche Konsequenzen, die durch einen Austausch in der Apotheke gegen ein vergleichbares Präparat auftreten, das keine Off-Label-Zustimmung hat.

Besondere Anforderungen an die Verlaufsdokumentation der hier genannten Off-Label-Behandlung mit Docetaxel sind nicht definiert.

Den vollständigen Beschluss des G-BA sowie die Anlage VI der AM-RL finden Sie im Internet unter [www.g-ba.de/Richtlinien/Arzneimittel-Richtlinie/Anlage VI/Beschlüsse/Beschlussdatum 16. März 2018](http://www.g-ba.de/Richtlinien/Arzneimittel-Richtlinie/Anlage_VI/Beschlüsse/Beschlussdatum_16_März_2018).

Hersteller, die dem Off-Label-Use zugestimmt haben

Aut-Idem-Kreuz setzen!

2.3. Arzneimittelquoten-Frühinformationen Januar 2018 im Portal abrufbar

Ab sofort sind die Berichte der Arzneimittelquoten- Frühinformationen für den Zeitraum Januar 2018 im KVN- Portal unter [e-Dokumente](#) abrufbar.

Angestellte Ärzte wenden sich bitte an ihren Arbeitgeber, um ihre Frühinformation zu erhalten.

2.4. Gemeinsame Arbeitsgruppe Arzneimittel – Informationsschreiben zum Thema „Wirtschaftliche Verordnung von Oxycodon/Naloxon“

Im Anhang finden Sie ein weiteres Informationsschreiben der AG GKV/KVN Arzneimittel zu dem Thema „Wirtschaftliche Verordnung von Oxycodon/Naloxon“. Darin wird mit Bezug auf das Wirtschaftlichkeitsziel „Generikaquote Opioiden“ auf die wirtschaftliche Verordnungsweise von stark wirkenden Opioiden, insbesondere die Wirkstoffkombination Oxycodon/Naloxon hingewiesen.

Generikaquote bei Opioiden einhalten

Das Informationsschreiben finden Sie auch im KVN-Portal unter [Verordnungen > Arzneimittel > Veröffentlichungen](#) sowie im Internet unter www.kvn.de > [Praxis > Verordnungen](#).

Zudem hat sich durch Änderungen auf dem Arzneimittelmarkt innerhalb des Wirtschaftlichkeitsziels „Generikaquote Opioid“ für die Fachgruppen der Orthopäden, der ermächtigten Orthopäden und der Ärzte für physikalische und rehabilitative Medizin eine Anpassung ergeben. Die aktualisierten Quoteninformationen und Tischvorlagen finden Sie in Kürze zu Ihrer Information im Portal unter [Verordnungen > Arzneimittel > Arzneimittelzielvereinbarung > Informationen je Fachgruppe](#).

Wirtschaftlichkeitsziele
geändert

Anlage 5.2: Informationsschreiben AG AM Wirtschaftliche Verordnung Oxycodon-Naloxon

2.5. Cosentyx® (Secukinumab) als Praxisbesonderheit anerkannt

Nach einer erneuten frühen Nutzenbewertung durch den G-BA wurde die bestehende Praxisbesonderheit für Cosentyx® (Secukinumab) erweitert. Cosentyx® ist demnach ab dem 18. April 2018 ab dem ersten Behandlungsfall ausschließlich im folgenden Anwendungsgebiet, für das der G-BA in seinen Beschlüssen vom 27. November 2015 und vom 17. August 2017 einen Zusatznutzen festgestellt hat, als Praxisbesonderheit anzuerkennen:

Behandlung erwachsener Patienten mit mittelschwerer bis schwerer Plaque-Psoriasis, die für eine systemische Therapie in Frage kommen

Anwendung bei
Psoriasis

Weitere Anwendungsgebiete oder Anwendungsgebietserweiterungen sind ausdrücklich nicht von dieser Praxisbesonderheit umfasst. Wichtig: Cosentyx® ist nach der Fachinformation für die Anwendung unter der Anleitung und Aufsicht eines Arztes vorgesehen, der in der Diagnose und Behandlung der Erkrankungen, für die Cosentyx® zugelassen ist, erfahren ist.

Bei Patienten, die auf die Therapie in bis zu 16 Behandlungswochen nicht angesprochen haben, sollte erwogen werden, die Behandlung abzusetzen. Bei manchen Patienten mit zunächst unvollständigem Ansprechen kommt es im Verlauf bei Fortführung der Behandlung über 16 Wochen hinaus zu Verbesserungen.

Die Anerkennung als Praxisbesonderheit besteht, solange Novartis Cosentyx® in Deutschland vertreibt.

Weitere Informationen finden Sie unter www.g-ba.de und www.gkv-spitzenverband.de. Auf der Internetseite des GKV-Spitzenverbandes finden Sie außerdem eine Aufstellung der vereinbarten Praxisbesonderheiten aufgrund des Verfahrens der frühen Nutzenbewertung unter: [Krankenversicherung > Arzneimittel > AMNOG-Verhandlungen \(§ 130b SGB V\) > Übersicht zu den Verhandlungen der Erstattungsbeträge nach §130b SGB V > Filterfunktion: „Nur Einträge mit Anerkennung als Praxisbesonderheit berücksichtigen“](#).

2.6. Änderung der Heilmittelzuzahlung in der Arztpraxis

Die Heilmittelzuzahlungen gemäß § 32 Abs. 2 SGB V für medizinisch-physikalische Leistungen in der Arztpraxis ändern sich für die Patienten der Primärkassen (hier: AOK, BKK, IKK und Knappschaft) sowie für Patienten des vdeks (Ersatzkassen) ab dem 3. Quartal 2018 wie folgt:

EBM	Leistung	Zuzahlung AOK, IKK, BKK, Knapp- schaft	Zuzah- lung vdek
30300	Sensomotorische Übungsbehand- lung (Einzelbehandlung)	1,38 €	1,38 €
30301	Sensomotorische Übungsbehand- lung (Gruppenbehandlung)	0,50 €	0,46 €
30400	Massagetherapie	1,27 €	1,34 €
30402	Unterwassermassage	2,06 €	2,15 €
30410	Atemgymnastik (Einzelbehandlung)	1,86 €	1,47 €
30411	Atemgymnastik (Gruppenbehandlung)	0,90 €	0,74 €
30420	Krankengymnastik (Einzelbehandlung)	1,86 €	1,96 €
30421	Krankengymnastik (Gruppenbehandlung)	0,90 €	0,65 €

Patienten, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben oder eine Befreiungsbescheinigung ihrer Krankenkasse vorlegen, müssen keine Zuzahlung leisten. In diesen Fällen ist hinter der EBM- Nummer ein „A“ einzutragen (z.B. 30402A). Mit dieser Kennzeichnung entfällt für Sie der Abzug der Zuzahlung über die Honorarabrechnung.

3. Allgemeine Hinweise

3.1. Neue Teilnahme und Einwilligungserklärungen (TE/EWE) im Rahmen der Disease-Management-Programme (DMP) aufgrund der Datenschutzgrundverordnung der Europäischen Union (EU-DSGVO)

Mit dem Inkrafttreten der EU-DSGVO zum 25. Mai 2018 sind auch Änderungen an den TE/EWE für die Disease-Management-Programme erforderlich. Die neuen TE/EWE mit den Formularschlüsseln 060D (COPD), 050C (Asthma), 010F (DM 1+2), 030D (KHK), 020E (BK) und 070C (indikationsübergreifende TE/EWE) **sind grundsätzlich ab 25. Mai 2018 zu verwenden**. Da die neuen Formulare jedoch nicht rechtzeitig zur Verfügung stehen werden, können die alten Formulare übergangsweise im Einzelfall noch bis zum **30. Juni 2018** weiter genutzt werden. Die Verwendung der neuen TE/EWE ist dann **ab 1. Juli 2018** verpflichtend.

Neue Formulare wegen
Datenschutz

Die alten können bis
30. Juni verwendet
werden

Die Anpassungen beziehen sich bei der TE/EWE im Wesentlichen auf Umformulierungen zu Punkt 1 „Teilnahmeerklärung“. Die Neuformulierung führt zu keinen inhaltlichen Änderungen. Sie stellt nur klar, dass die Teilnahme am DMP die Einwilligung in die Datenverarbeitung mit einschließt. Dieser Hinweis findet sich jetzt auch unter dem Unterschriftsfeld. In der Datenschutzzinformation wurde ein neuer Punkt „2. Welche Daten werden erhoben“ eingefügt und die entsprechenden Datenkategorien benannt. Daher umfasst die TE/EWE jetzt ein Blatt mehr.

Bitte fordern Sie die neuen Vordrucke rechtzeitig beim Paul-Albrechts-Verlag oder, sofern Sie Ihre Vordruckbestellung über Ihre Bezirksstelle durchführen, dort an.

Sollten Sie die Teilnahmeerklärung direkt aus der Praxissoftware ausdrucken: Denken Sie bitte daran, Ihre Praxissoftware zu aktualisieren.

Neudrucke rechtzeitig bestellen

3.2. Informationen zum Ende von ONKeyLINE

Das Klinische Krebsregister Niedersachsen (KKN) soll am 1. Juli 2018 den Betrieb aufnehmen.

1. Wie lange können die Ärzte noch ONKeyLine- Bögen schicken?

Die Qualitätssicherungsrichtlinien der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen (KVN) sehen in § 2 Abs. 7 eine achtwöchige Frist zur Übersendung von Dokumentationsbögen vor, vom Untersuchungs-/Behandlungsdatum an gerechnet. Das letzte in Frage kommende Untersuchungs-/Behandlungs-/Nachsorge-/Diagnosedatum ist der 30. Juni 2018. Daraus ergibt sich für die Ärzte als letztmögliches Zusende-Datum für Dokumentationsbögen des 2. Quartals 2018 der 25. August 2018.

Letztes Diagnosedatum: 30. Juni

Ab dem 26. August 2018 wird ONkeyLINE für die Ärzte nur noch als Informationssystem zur Verfügung stehen. Es wird nicht mehr möglich sein, Bögen anzulegen oder abzuschicken. Dies gilt auch für abgelehnte Bögen. Mit dem Ende der Einreichungsfrist endet auch der Vergütungsanspruch für diese Bögen.

Einreichung bis 25. August

2. Welche Bögen können geschickt werden?

- Erstvorstellungsbogen (Erstvorstellungsbogen Malignes Melanom): Das Diagnosedatum liegt nicht länger als fünf Jahre zurück und liegt vor dem 1. Juli 2018 oder das Rezidiv-Datum liegt zwischen dem 1. Januar 2007 (§ 1 Abs. 4 Qualitätssicherungsrichtlinien) und dem 30. Juni 2018.
- Chirurgischer/internistischer/radiologischer Behandlungsbogen: Das Datum der Operation bzw. der Beginn der beurteilten Therapie liegen vor dem 1. Juli 2018.
- Sekundärmanifestationsbogen: Das Datum der Sekundärmanifestation liegt vor dem 1. Juli 2018.
- Nachsorgebogen: Das Datum der Untersuchung liegt vor dem 1. Juli 2018.

- Abschlussbogen: Das Datum des letzten Kontaktes oder das Todesdatum liegen vor dem 1. Juli 2018.

Die Plausibilitätsprüfungen auf den Datumsfeldern werden entsprechend angepasst: Wenn der Arzt einen Bogen speichert/abschickt, dessen Datum nach dem 30. Juni 2018 liegt, bekommt er einen Hinweis, dass das Absenden dieses Bogens nicht möglich ist. Ansonsten kommen alle Regelungen zur Anwendung, nach denen Sie bislang auch die Qualität der Bögen überprüfen.

3. Wann wird ONkeyLINE abgeschaltet?

ONkeyLINE wird voraussichtlich bis zum Jahresende (auf jeden Fall solange, bis der Datentransfer an das KKN vollzogen ist) noch als Informationssystem zur Verfügung stehen.

4. Ansprechpartner beim KKN für Fragen der Ärzte:

- Allgemeine Telefonnummer: 0511-277897-0
- Homepage: kk-n.de
- E-mail: info@kk-n.de

5. Ab wann können sich die Ärzte am Melderportal anmelden?

Das Melderportal des KKN soll seit Anfang Juni über einen Link auf der Homepage des KKN für die Registrierung der Melder verfügbar sein.

Registrierung der Melder über KKN-Portal

6. Kann der Arzt eine Nachsorgeuntersuchung an das KKN melden?

Es wird in Niedersachsen neben dem eigentlichen Krebsregistergesetz, dem GKKN, eine „Verordnung zur Bestimmung der Basisdaten, der landespezifischen Daten und zur Abrechnung der Aufwandsentschädigungen für Meldungen an das Klinische Krebsregister Niedersachsen“ geben (KKN-Datenbestimmungs-VO).

Dort ist in § 3 Abs. 2 geregelt, dass einmal im Jahr eine Aufwandsentschädigung für eine Verlaufsmeldung gewährt wird für eine Untersuchung, die im Rahmen der Nachsorge durchgeführt wird. Im GKKN ist geregelt, dass eine Verlaufsmeldung nur übersandt werden darf, wenn ein Ereignis eingetreten ist (Metastasen, Therapie, o. ä.). In der Verordnung ist festgelegt, dass die Verlaufsmeldung auch bei Tumorfreiheit versandt werden kann und einmal pro Jahr vergütet wird. Das entspricht im allerweitesten Sinne unserer Nachsorge. Zumindest wird damit gewährleistet, dass man zu einem tumorfreien Patienten ein jährliches Follow-up-Datum erhält.

Nachsorgeuntersuchungen sind meldefähig

7. Muss der Arzt Patienten, die bereits in ONkeyLINE eingegeben wurden und zurzeit in Behandlung oder Nachsorge sind, an das KKN noch einmal melden?

Ja, er muss die Therapien, die nach 30. Juni 2018 stattfinden, an das KKN melden, um seiner Meldepflicht nachzukommen. Dazu ist es notwendig, dass er einmal die patientenidentifizierenden Daten (Name, Geschlecht, Adresse, Krankenkasse, Versichertennummer) im Melderportal eingibt,

Neue Meldung von Patienten in Behandlung

dann die Minimalangaben zum Tumor (Meldegrund, Diagnosedatum, ICD10-Diagnose, Seitenlokalisierung) und dann die Daten zur aktuellen Therapie (oder zur Nachsorge - einmal jährlich, s.o.).

8. Meldungen an das KKN über eine Datenschnittstelle

Es besteht die Möglichkeit, über das Melderportal Datenpakete hochzuladen, die der offiziellen KKN-Schnittstelle entsprechen, wenn diese Schnittstelle in der Praxis-Software oder dem Krankenhausinformationssystem integriert ist.

In welcher Software die Schnittstelle bereits realisiert ist, erfahren die Ärzte beim KKN.

9. ONkeyLINE-Datenübernahme

Die Datenübernahme zum KKN wird voraussichtlich im 3. und/oder 4. Quartal 2018 stattfinden.

Datenschnittstelle in der PVS benötigt

3.3. BKK „Erweitertes Präventionsangebot für Kinder U10/ U11 (Starke Kids)“ - Vertragsteilnahme der BKK Melitta Plus endet zum 30. Juni 2018

Die BKK Melitta Plus hat ihre Vertragsteilnahme fristgerecht zum 30. Juni 2018 gekündigt. Infolgedessen sind die Gebührenordnungspositionen 99216 (U10) und 99217 (U11) für Versicherte dieser Kasse nur noch im 2. Quartal 2018 abrechenbar.

„Starke Kids“ von BKK Melitta Plus gekündigt

Den vollständigen Vertrag finden Sie im KVN-Portal:

[Verträge/Besondere Versorgung/BKK - Prävention für Kinder - Starke Kids \(U10/ U11\)](#)

3.4. AOK - Junior: Neue Teilnahme- und Datenschutzerklärungen für Patienten jetzt verfügbar

Die aktuellen Vordrucke/ Formulare

- Teilnahmeerklärung Patient
- Patienteninformation
- Einwilligung zur Datenverarbeitung
- Datenschutzmerkblatt

sind ab sofort beim Zentralversand der KVN erhältlich.

Den Bestellschein finden Sie im KVN-Portal: [Bezirksstellen > Standort auswählen > Formularbestellung > Link: Vordruckbestellung, Merkblätter, Flyer, Plakate](#)

3.5. Anpassung von Einschreibeformularen und Patienteninformationen zu Verträgen und Versorgungsprogrammen infolge der EU-Datenschutzgrundverordnung

Anlässlich des Inkrafttretens der Datenschutzgrundverordnung der Europäischen Union (EU-DSGVO) sind im Rahmen der Umsetzung die

Einschreibeformulare zu verschiedenen Verträgen und Versorgungsprogrammen für Versicherte angepasst worden. Diese weisen Patienten verstärkt auf die Nutzung sowie Weiterverarbeitung ihrer personenbezogenen Daten hin und erfordern in einigen Verträgen eine zusätzliche Unterschrift auf der Einwilligungserklärung zur Datenverarbeitung. Dies betrifft aktuell folgende Verträge:

Vertrag über die Versorgung von Patienten mit tachykarden Herzrhythmusstörungen „elektrische Kardioversion“ mit der AOK Niedersachsen
Link: [Verträge>Besondere Versorgung>AOKN elektrische Kardioversion](#)

Vertrag über das „AOK-Behandlungsprogramm Hepatitis C“
Link: [Verträge>Strukturverträge>/Patientenorientierte Versorgung>AOK-Behandlungsprogramm Hepatitis C](#)

Tonsillotomievertrag mit der AOK Niedersachsen
Link: [Verträge > Besondere Versorgung > AOKN - Tonsillotomie](#)

Besondere Versorgung „Elektrische Kardioversion“ mit der DAK
Link: [Verträge > Besondere Versorgung > DAK-Gesundheit - elektrische Kardioversion](#)

Hausarztvertrag mit der Kaufmännischen Krankenkasse – KKH
[Personalisierter PDF-Download der Formulare aus der HZV-Webanwendung](#)

AOK-Behandlungsprogramm Depression und Burn-out
[Personalisierter PDF-Download der Formulare aus der Webanwendung](#)

Hausarztvertrag mit der AOK Niedersachsen:
[Personalisierter PDF-Download der Formulare aus der HzV-Webanwendung](#)

Hausarztzentrierte Versorgung mit der Audi BKK
[Personalisierter PDF-Download der Formulare aus der HzV-Webanwendung](#)

DSP-Vereinbarung mit der Kaufmännischen Krankenkasse – KKH
[Personalisierter PDF-Download der Formulare aus der DSP-Webanwendung](#)

DSP-Vereinbarung mit der DAK-Gesundheit
[Personalisierter PDF-Download der Formulare aus der DSP-Webanwendung](#)

Hausarztvertrag mit der BARMER
[Personalisierter PDF-Download der Formulare aus der HzV-Webanwendung](#)

Hausarztvertrag mit der DAK-Gesundheit
[Personalisierter PDF-Download der Formulare aus der HzV-Webanwendung](#)

Anpassung der Einschreibeformulare vieler Krankenkassen

3.6. Aktualisierung der Bedruckungsvorschriften im Personalienfeld zum 1. Juli 2018

Hiermit möchten wir Sie darüber informieren, dass zum 1. Juli 2018 die Bedruckung des Statusfeldes im Personalienfeld geändert wird.

Um Fehler beim automatischen Einlesen von Formularen vorzubeugen, werden die Leerzeichen zwischen den Statusangaben jeweils durch das Zeichen „0“ ersetzt. Ist ein Status nicht vorhanden (beispielsweise: „keine Teilnahme an einem DMP“), wird diese Stelle ebenfalls mit einer „0“ belegt. Bitte denken Sie daran, Ihre PVS rechtzeitig zu aktualisieren.

PVS rechtzeitig aktualisieren

3.7. Neugestaltung des Musters 9 (Ärztliche Bescheinigung für die Gewährung von Mutterschaftsgeld bei Frühgeburten), Anpassung der Muster 56 (Verordnung von Rehabilitationssport und Funktionstraining) und Muster 61 (Verordnung von medizinischer Rehabilitation) sowie Änderung der Blankoformularbedruckung zum 1. Juli 2018

Wir möchten Sie über einige Neuerungen im Formularbereich informieren, auf die sich KBV und GKV-Spitzenverband als Partner des Bundesmantelvertrages geeinigt haben.

Neugestaltung Muster 9

Aufgrund der Neuregelung des Mutterschutzrechtes hat sich die Schutzfrist nach der Entbindung auf 12 Wochen verlängert, wenn vor Ablauf von acht Wochen nach der Entbindung bei dem Kind eine Behinderung ärztlich festgestellt wird und die Frau die Verlängerung der Schutzfrist nach der Entbindung beantragt. Das Muster 9 wurde daher überarbeitet und um die Beantragungsmöglichkeit erweitert.

Verlängerung des Mutterschutzes bei Behinderung des Kindes

Das neue Muster ist verpflichtend ab 1. Juli 2018 zu verwenden. Das heißt, ab dann dürfen die alten Formulare nicht mehr verwendet werden. Bitte bestellen Sie rechtzeitig die neuen Formulare beim Paul-Albrechts-Verlag bzw. über Ihre Bezirksstelle.

Anpassung Muster 56 und 61

Mit dem Bundesteilhabegesetz wurde zum 1. Januar 2018 das SGB IX neu gefasst. Auf Muster 56 werden zum 1. Juli 2018 die Verweise auf die Rechtsgrundlagen angepasst. Für die geänderten Muster gibt es keine Stichtagsregelung, so dass die aktuell gültigen Muster weiter genutzt und aufgebraucht werden können.

Alte Muster können aufgebraucht werden

In den Vordruckerläuterungen zu Muster 61 wird zukünftig darauf verwiesen, dass der Vertragsarzt andere oder weitere Bedarfe an Leistungen zur Teilhabe benennen kann, wenn beim Versicherten Anhaltspunkte erkennbar sind.

Blankoformularbedruckung

Bisher war nicht eindeutig geregelt, ob Formulare mit Vorder- und Rückseite auch bei der Blankoformularbedruckung beidseitig bedruckt werden dürfen („Duplexverfahren“).

Nun haben sich die Bundesmantelvertragspartner auf eine Klarstellung verständigt. Dazu wurde in Anlage 2a des Bundesmantelvertrags festgelegt, dass für folgende Formulare die Duplexbedruckung genutzt werden darf:

- Muster 12: Verordnung häuslicher Krankenpflege
- Muster 13: Heilmittelverordnung (Physikalische / Podologische Therapie)
- Muster 14: Heilmittelverordnung (Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie)
- Muster 15: Ohrenärztliche Verordnung einer Hörhilfe
- Muster 18: Heilmittelverordnung (Ergotherapie / Ernährungstherapie)
- Muster 56: Antrag auf Kostenübernahme für Rehabilitationssport / Funktionstraining
- Muster 63: Verordnung spezialisierter ambulanter Palliativversorgung

Duplexbedruckung jetzt möglich

3.8. **EU-Datenschutzgrundverordnung: Muster der Einwilligungserklärung für Patienten im Internet verfügbar**

Das Erfassen, Bearbeiten und Speichern von Patientendaten ist gesetzlich gestattet. In besonderen Fällen kann es erforderlich sein, dass Patienten eine Einwilligungserklärung ausfüllen müssen. In diesen Fällen müssen Praxen nachweisen können, dass die Patienten eine Einwilligungserklärung zur Datenverarbeitung unterschrieben haben. Ein Muster der Einwilligungserklärung Patienten finden Sie im Internet unter www.kvn.de > Praxis > EU-Datenschutzgrundverordnung.

4. **Veranstaltungen im Juli und August 2018**

Hier bekommen Sie eine Übersicht über Seminare und Fortbildungen der KVN mit noch freien Plätzen im Juli und August 2018. Ein Anmeldefax ist beigefügt. Bitte nutzen Sie für unterschiedliche Seminare separate Anmeldefaxe. Die ausgefüllten Anmeldungen faxen Sie bitte an folgende Nummer: **0511 380-4620**.

Weitere Informationen, welche Angebote für Ihre Praxis und die MitarbeiterInnen am besten geeignet sind, finden Sie auf unserer Internetseite. Dort können Sie sich auch direkt online anmelden:

<http://www.kvn.de/Seminarangebot/>

Name	Ort	Datum	Gebühr p. P.
Qualitäts- und Praxismanagement			
Auf dem Weg zum Erfolgsteam	Hannover	15. Aug	120 Euro
Medizinprodukte-Aufberei- tung - Workshop Teil 2	Hannover	22. Aug	95 Euro
Raus aus der Stressfalle für Praxisinhaber	Hannover	25. Aug	144 Euro
Terminplanung	Aurich	22. Aug	80 Euro
Willkommen in der Arzt- praxis	Aurich	29. Aug	80 Euro
Abrechnung und Verordnung			
Hautkrebs-Screening Seminar	Hannover	11. Aug	168 Euro
Schutzimpfungen und Sprechstundenbedarf - Für MFA	Lüneburg	29. Aug	kostenlos

Verbindliche Anmeldung (bitte vollständig ausfüllen)

Fax an 0511 380-4620

Ich nehme am Seminar

mit _____ Person/en teil.

Datum des Seminars

Vor- und Nachname(n) der/des Teilnehmer/s

Vor- und Nachname des Rechnungsempfängers (Praxis)

Anschrift des Rechnungsempfängers (Straße, PLZ, Ort)

LANR

BSNR

E-Mail-Adresse

Telefonnummer für evtl. Rückfragen

Datum

**Mit der verbindlichen Anmeldung
akzeptiere ich die AGB der KVN.**

Stempel

5. Anlagenverzeichnis

- 5.1. Amtliche Mitteilung zum HVM für Haus- und Kinderärzte 3/2018**
- 5.2. Amtliche Mitteilung zum HVM Teil B Nr. 16.1 und 16.2**
- 5.3. Informationsschreiben der AG AM Wirtschaftliche Verordnung Oxycodon-Naloxon**

Amtliche Mitteilung der KVN zum HVM für das 3. Quartal 2018

in Umsetzung des Honorarverteilungsmaßstabes (HVM) gemäß § 87b Abs. 1 SGB V der KVN vom 3. März 2018

Für die Arztgruppe:
Fachärzte für Innere und Allgemeinmedizin, Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte, Fachärzte für Innere Medizin, die dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören

1. Bekanntgabe der arztgruppenspezifischen Mindest-Fallwerte für RLV und QZV

Regelleistungsvolumen	RLV-Fallwert:	42,7439 €
Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen (QZV)	Gebührenordnungspositionen des EBM	Fallwert
Akupunktur	30790, 30791	155,4024 €
Allergologie (Zusatzbezeichnung)	30110, 30111, 30120, 30121, 30122, 30123	49,0744 €
Behandlung des diabetischen Fußes	02311	54,7720 €
Behandlung von Hämorrhoiden	30610, 30611	12,0677 €
Chirotherapie	30200, 30201	8,4984 €
Dringende Besuche	01411, 01412	73,4714 €
Ergometrie	03321	19,4864 €
Hyposensibilisierungsbehandlung	30130, 30131	24,8446 €
Kardiorespiratorische Polygraphie	30900	43,5828 €
Kleinchirurgie	02310	20,0038 €
Langzeit-Blutdruckmessung	03324	7,1559 €
Langzeit-EKG	03241, 03322	10,0189 €
Phlebologie	30500, 30501	19,2973 €
Physikalische Therapie	30400, 30401, 30402, 30410, 30411, 30420, 30421	10,4175 €
Proktologie	03331	10,3318 €
Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120	22,9854 €
Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150	94,0435 €
Schmerztherapeutische spezielle Versorgung	30700, 30702, 30704, 30706, 30708	101,9797 €
Schmerztherapeutische spezielle Behandlung	30710, 30712, 30720, 30721, 30722, 30723, 30724, 30730, 30731, 30740, 30750, 30751, 30760	88,8070 €
Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092	15,9498 €
Sonographie III	33060, 33061, 33062	17,8748 €
Spirometrie	03330	5,9545 €
Unvorhergesehene Inanspruchnahme	01100, 01101, 01102	17,7356 €

Die o.g. RLV-/QZV-Mindest-Fallwerte können sich im Rahmen der Honorarbescheidung gemäß Teil B Anlage 7 Nr. 2.2 bzw. Anlage 8 Nr. 3.2 des HVM ggf. noch erhöhen.

2. Bekanntgabe der Fallzahlzuwachsbegrenzung (FZZB) gemäß Teil B Nr. 5 des HVM

Sofern der prozentuale Zuwachs aller RLV-Behandlungsfälle einer Arztgruppe in 3/2018 gegenüber 3/2017 fünf vom Hundert überschreitet, unterliegen die Ärzte dieser Arztgruppe im Rahmen der Ermittlung des RLV-Budgets 3/2018 einer Fallzahlzuwachsbeschränkung. In diesem Falle wird das arztindividuelle RLV 3/2018 begrenzt auf die individuelle RLV-relevante Behandlungsfallzahl im Vorjahresquartal zzgl. fünf vom Hundert der arztgruppenspezifischen durchschnittlichen RLV-Behandlungsfallzahl im Vorjahresquartal als maximales Wachstum.

Arztgruppenspezifische durchschnittliche RLV-Behandlungsfallzahl im Vorjahresquartal:	959,57
Maximales Wachstum der individuellen RLV-Behandlungsfallzahl:	47,98

Für Ärzte im hausärztlichen Versorgungsbereich, die im aktuellen Quartal weniger als die durchschnittliche RLV-Behandlungsfallzahl je Arzt der Arztgruppe im Vorjahresquartal erreicht haben sowie für neu zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassene Ärzte gilt die arztgruppenspezifische durchschnittliche RLV-Behandlungsfallzahl im Vorjahresquartal zzgl. fünf vom Hundert.

Für Ärzte, die im 3. Quartal 2018 nicht in vollem zeitlichen Umfang an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, reduzieren sich die o. a. durchschnittlichen Behandlungsfallzahlen anteilig auf den Umfang ihrer Tätigkeit.

3. Bekanntgabe der Fallwertminderungsgrenzen gemäß Teil B Nr. 8.1.1 des HVM

Der für einen Arzt zutreffende arztgruppenspezifische RLV-Basisfallwert wird für jeden über 150 % der durchschnittlichen RLV-Behandlungsfallzahl im Vorjahresquartal der Arztgruppe hinausgehenden RLV-Behandlungsfall wie folgt gemindert:

25% Minderung des RLV-Fallwerts ab 150% der durchschnittlichen RLV-Behandlungsfallzahl:	1.439,36
50% Minderung des RLV-Fallwerts ab 170% der durchschnittlichen RLV-Behandlungsfallzahl:	1.631,27
75% Minderung des RLV-Fallwerts ab 200% der durchschnittlichen RLV-Behandlungsfallzahl:	1.919,14

Für Ärzte, die im 3. Quartal 2018 nicht in vollem zeitlichen Umfang an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, reduzieren sich die o. a. Fallwertminderungsgrenzen anteilig auf den Umfang ihrer Tätigkeit.

Amtliche Mitteilung der KVN zum HVM für das 3. Quartal 2018

in Umsetzung des Honorarverteilungsmaßstabes (HVM) gemäß § 87b Abs. 1 SGB V der KVN vom 3. März 2018

Für die Arztgruppe:
Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin, die dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören

1. Bekanntgabe der arztgruppenspezifischen Mindest-Fallwerte für RLV und QZV

Regelleistungsvolumen	RLV-Fallwert:	40,5336 €
Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen (QZV)	Gebührenordnungspositionen des EBM	Fallwert
Allergologie	30110, 30111, 30120, 30121, 30122, 30123	44,4580 €
Dringende Besuche	01411, 01412	53,3901 €
Ergometrie	04321	19,3886 €
Hyposensibilisierungsbehandlung	30130, 30131	24,9956 €
Langzeit-Blutdruckmessung	04324	7,2389 €
Langzeit-EKG	04241, 04322	12,4172 €
Neurophysiologische Übungsbehandlung	30300, 30301	41,8156 €
Physikalische Therapie	30400, 30401, 30402, 30410, 30411, 30420, 30421	19,3090 €
Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120	16,7256 €
Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150	98,0297 €
Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092	13,8711 €
Sonographie II	33020, 33021, 33022, 33023, 33030, 33031, 33040	21,3159 €
Sonographie der Säuglingshöften	33051	11,2418 €
Spirometrie	04330	6,7375 €
Unvorhergesehene Inanspruchnahme	01100, 01101, 01102	17,6821 €

Die o.g. RLV-/QZV-Mindest-Fallwerte können sich im Rahmen der Honorarbescheidung gemäß Teil B Anlage 7 Nr. 2.2 bzw. Anlage 8 Nr. 3.2 des HVM ggf. noch erhöhen.

2. Bekanntgabe der Fallzahlzuwachsbeschränkung (FZZB) gemäß Teil B Nr. 5 des HVM

Sofern der prozentuale Zuwachs aller RLV-Behandlungsfälle einer Arztgruppe in 3/2018 gegenüber 3/2017 fünf vom Hundert überschreitet, unterliegen die Ärzte dieser Arztgruppe im Rahmen der Ermittlung des RLV-Budgets 3/2018 einer Fallzahlzuwachsbeschränkung. In diesem Falle wird das arztindividuelle RLV 3/2018 begrenzt auf die individuelle RLV-relevante Behandlungsfallzahl im Vorjahresquartal zzgl. fünf vom Hundert der arztgruppenspezifischen durchschnittlichen RLV-Behandlungsfallzahl im Vorjahresquartal als maximales Wachstum.

Arztgruppenspezifische durchschnittliche RLV-Behandlungsfallzahl im Vorjahresquartal:	966,78
Maximales Wachstum der individuellen RLV-Behandlungsfallzahl:	48,34

Für Ärzte im hausärztlichen Versorgungsbereich, die im aktuellen Quartal weniger als die durchschnittliche RLV-Behandlungsfallzahl je Arzt der Arztgruppe im Vorjahresquartal erreicht haben sowie für neu zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassene Ärzte gilt die arztgruppenspezifische durchschnittliche RLV-Behandlungsfallzahl im Vorjahresquartal zzgl. fünf vom Hundert.

Für Ärzte, die im 3. Quartal 2018 nicht in vollem zeitlichen Umfang an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, reduzieren sich die o. a. durchschnittlichen Behandlungsfallzahlen anteilig auf den Umfang ihrer Tätigkeit.

3. Bekanntgabe der Fallwertminderungsgrenzen gemäß Teil B Nr. 8.1.1 des HVM

Der für einen Arzt zutreffende arztgruppenspezifische RLV-Basisfallwert wird für jeden über 150 % der durchschnittlichen RLV-Behandlungsfallzahl im Vorjahresquartal der Arztgruppe hinausgehenden RLV-Behandlungsfall wie folgt gemindert:

25% Minderung des RLV-Fallwerts ab 150% der durchschnittlichen RLV-Behandlungsfallzahl:	1.450,17
50% Minderung des RLV-Fallwerts ab 170% der durchschnittlichen RLV-Behandlungsfallzahl:	1.643,53
75% Minderung des RLV-Fallwerts ab 200% der durchschnittlichen RLV-Behandlungsfallzahl:	1.933,56

Für Ärzte, die im 3. Quartal 2018 nicht in vollem zeitlichen Umfang an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, reduzieren sich die o. a. Fallwertminderungsgrenzen anteilig auf den Umfang ihrer Tätigkeit.

Amtliche Mitteilung der KVN zum HVM für das 3. Quartal 2018

in Umsetzung des Honorarverteilungsmaßstabes (HVM) gemäß § 87b Abs. 1 SGB V der KVN vom 3. März 2018

4. Leistungen außerhalb von RLV und QZV („Freie Leistungen“)

- Leistungen im organisierten Notfalldienst der KVN
- Haus- und Heimbesuche (GOP 01410, 01413 und 01415 EBM)
- Verordnung der spezialisierten ambulante Palliativversorgung (GOP 01425 und 01426 EBM)
- Zuschlag für die Betreuung eines Patienten im Rahmen der Videosprechstunde (GOP 01450 EBM)
- Vergütung bei Verordnung von Cannabis (GOP 01460, 01461 und 01626 EBM)
- Verordnung von medizinischer Rehabilitation (GOP 01611 EBM)
- Zuschlag für die Erstellung und Aktualisierung des Medikationsplans (GOP 01630 EBM)
- Notfalldatenmanagement (GOP 01640 bis 01642 EBM)
- Leistungen der Prävention, Empfängnisregelung, Sterilisation und im Rahmen von Schwangerschaftsabbrüchen (Abschnitte 1.7.1 bis 1.7.7 EBM)
- Leistungen der Methadon- und Diamorphinsubstitution (Abschnitt 1.8 EBM)
- Epilation mittels Lasertechnik bei Mann-zu-Frau-Transsexualismus (GOP 02325 bis 02328 EBM)
- Ärztlich angeordnete Hilfeleistungen anderer Personen (GOP 03060 bis 03065 EBM)
- Anleitung zur Selbstanwendung eines Real-Time-Messgerätes zur kontinuierlichen interstitiellen Glukosemessung (GOP 03355, 04590 und 13360 EBM)
- Leistungen der hausärztlichen geriatrischen Versorgung (Abschnitt 3.2.4 EBM)
- Leistungen der palliativmedizinischen Versorgung (Abschnitt 3.2.5 und 4.2.5 EBM)
- Leistungen der sozialpädiatrischen Versorgung (Abschnitt 4.2.4 EBM)
- Leistungen der pädiatrischen Nephrologie und Dialyse (Abschnitt 4.5.4 EBM) sowie die GOP 04000 bis 04015, 04040 und 04230, wenn in demselben Behandlungsfall Leistungen des Abschnitts 4.5.4 EBM abgerechnet werden
- Zuschlag auf die jeweilige Pauschale für die fachärztliche Grundversorgung (PFG)
- Anästhesiologische Leistungen gemäß § 87b Abs. 2 Satz 5 SGB V
- Beratung und Betreuung eines Patienten nach einer intravitrealen operativen Medikamenteneingabe (GOP 06334 und 06335 EBM)
- Transurethrale Botulinumtoxin-Therapie (GOP 08312, 08313, 26316, 26317 EBM sowie die GOP 08311, 26310 und 26311 EBM (Zystoskopien), die in derselben Sitzung mit den GOPen 08312 oder 26316 EBM erbracht werden)
- Leistungen und Begleitleistungen der Reproduktionsmedizin (ohne Beratungsleistungen GOP 08520 und 08521 EBM)
- Balneophototherapie (GOP 10350 EBM)
- Leistungen der Humangenetik (GOP 11230, 11233 bis 11236 sowie Abschnitt 11.4 und 19.4 EBM)
- Leistungen und Kostenpauschalen der Laboratoriumsmedizin (GOP 12210, 12220, 12225 und 32001 sowie Kapitel 32 EBM)*
- Leistungen der Nephrologie und Dialyse (Abschnitt 13.3.6 EBM, ausgenommen GOP 13594 EBM)
- Leistungen auf Überweisungsfällen zur Durchführung ausschließlich von Probenuntersuchungen
- Psychotherapeutisches Gespräch als Einzelbehandlung (GOP 22220 und 23220 EBM)
- Strahlentherapie (Kapitel 25 EBM)
- Leistungen der Soziotherapie (Abschnitt 30.8 EBM)
- Leistungen der spezialisierten Versorgung HIV-infizierter Patienten (Abschnitt 30.10 EBM)
- Neuropsychologische Therapie (Abschnitt 30.11 EBM)
- Spezielle Diagnostik und Eradikationstherapie im Rahmen von MRSA (Abschnitt 30.12 EBM)
- Leistungen zur spezialisierten geriatrischen Diagnostik und Versorgung (Abschnitt 30.13 EBM)
- Ambulantes Operieren, PTK, Koloskopie, Kapselendoskopie und ERCP (Leistungen des Kapitels 31 EBM sowie die GOP 04514, 04515, 04518, 04520, 04528 und 04529 sowie 13421 bis 13431 EBM)
- Leistungen der Abschnitte 2 und 3 der Anlage 1 zum AOP-Vertrag nach § 115b SGB V
- Vakuumbstanziopsien (GOP 34274 EBM)
- Osteodensitometrische Untersuchung II (GOP 34601 EBM)
- Diagnostische Positronenemissionstomographie (PET) und diagnostische Positronenemissionstomographie mit Computertomographie (PET/CT) (Abschnitt 34.7 EBM)
- Telekonsil von Röntgenaufnahmen und CT-Aufnahmen (Abschnitt 34.8 EBM)
- Probatorische Sitzungen von Ärzten der in § 87b Abs. 2 Satz 4 SGB V genannten Arztgruppen (GOP 35150 EBM)
- Psychotherapeutische Sprechstunde und Akutbehandlung (GOP 35151 und 35152 EBM)
- Antrags- und genehmigungspflichtige Leistungen der Psychotherapie (Abschnitt 35.2 EBM)
- Belegärztliche Leistungen (Kapitel 36 EBM)
- Versorgung gemäß Anlage 27 und 30 zum BMV-Ä (Kapitel 37 EBM)
- Delegationsfähige Leistungen (Kapitel 38 EBM)
- Kosten- und Wegepauschalen (Kapitel 40 EBM)
- Sachkostenerstattung (GOP 99999)
- Vergütungen für regional bzw. bundesweit vereinbarte, nicht im EBM enthaltene Leistungen im GOP-Bereich ≥ 80000

* Die Regelungen gem. Teil B Nr. 16 des HVM zur Umsetzung der Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gemäß § 87b Abs. 4 SGB V zur Vergütung laboratoriumsmedizinischer Leistungen bleiben hiervon unberührt.

Amtliche Mitteilung der KVN zum HVM für das 3. Quartal 2018

in Umsetzung des Honorarverteilungsmaßstabes (HVM) gemäß § 87b Abs. 1 SGB V der KVN vom 3. März 2018

1. Bekanntgabe der Fachgruppendurchschnittswerte für Individualbudgets nach Teil B Nr. 16.1 HVM

Fachgruppe	durchschnittliches Individualbudget
FA Laboratoriumsmedizin	365.621,98 €
FA Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie	250.006,03 €

Die aufgeführten Fachgruppendurchschnittswerte gelten für Ärzte der o.g. Fachgruppen, die im Basiszeitraum 3/2017 noch keine 16 Quartale tätig waren. Sie erhalten ein Individualbudget in Höhe der Leistungsanforderungen für Leistungen gemäß Teil B Nr. 16.1 Satz 1 HVM, maximal jedoch in Höhe der o.g. Fachgruppendurchschnittswerte, es sei denn das sich aus dem Basiszeitraum tatsächlich ergebende Individualbudget liegt über diesem Wert.

Für Ärzte, die im 3. Quartal 2018 nicht in vollem zeitlichen Umfang an der vertragärztlichen Versorgung teilnehmen, reduzieren sich die o.a. Fachgruppendurchschnittswerte anteilig auf den Umfang ihrer Tätigkeit.

2. Bekanntgabe der Fachgruppendurchschnittswerte für Individualbudgets nach Teil B Nr. 16.2 HVM

Fachgruppe	durchschnittliches Individualbudget
FA Chirurgie	14,60 €
FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe	14.918,87 €
FA Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	39.886,11 €
FA Haut- und Geschlechtskrankheiten	1.706,90 €
FA Innere Medizin und (SP) Nephrologie	953,62 €
FA Innere Medizin und (SP) Kardiologie	6.108,25 €
FA Kinder- und Jugendmedizin (hausärztlich)	13.311,77 €
FA Innere Medizin und (SP) Pneumologie	7.031,15 €
FA Innere Medizin und (SP) Gastroenterologie	7.082,86 €
FA Pathologie	6.031,43 €
FA Radiologie	4.559,59 €
FA Strahlentherapie	6.688,53 €
FA Urologie	36.614,89 €
FA Nuklearmedizin	101.823,39 €
FA Humangenetik	28.153,71 €
FA Transfusionsmedizin	28.153,71 €
FA Biochemie	98.635,16 €
FA Allgemeinmedizin, Praktischer Arzt, FA Innere Medizin (hausärztlich)	295.763,73 €
FA Allgemeinmedizin, Praktischer Arzt (fachärztlich)	15.600,78 €
FA Innere Medizin (fachärztlich)	66.567,16 €
FA Innere Medizin und (SP) Endokrinologie	
FA Innere Medizin und (SP) Hämatologie und Onkologie	
FA Innere Medizin und (SP) Rheumatologie	

Die aufgeführten Fachgruppendurchschnittswerte gelten für Ärzte der o.g. Fachgruppen, die im Basiszeitraum 3/2017 noch keine 16 Quartale im Speziallabor tätig waren. Sie erhalten ein Individualbudget in Höhe der Leistungsanforderungen für Leistungen gemäß Teil B Nr. 16.2 Satz 1 HVM, maximal jedoch in Höhe der o.g. Fachgruppendurchschnittswerte, es sei denn das sich aus dem Basiszeitraum tatsächlich ergebende Individualbudget liegt über diesem Wert.

Für Ärzte, die im 3. Quartal 2018 nicht in vollem zeitlichen Umfang an der vertragärztlichen Versorgung teilnehmen, reduzieren sich die o.a. Fachgruppendurchschnittswerte anteilig auf den Umfang ihrer Tätigkeit.

Gemeinsame Arbeitsgruppe Arzneimittel

Kassenärztliche Vereinigung
Niedersachsen

Verbände der gesetzlichen
Krankenkassen in Niedersachsen



Wirtschaftliche Verordnung von Oxycodon/Naloxon

Über die Einhaltung von Arzneimittelzielen besteht die Möglichkeit, sich von einer Durchschnittswertprüfung zu befreien. Diese Ziele wurden zwischen der KVN und der GKV in Niedersachsen in der Arzneimittelzielvereinbarung 2018 gemeinsam festgelegt.

In einigen Fachgruppen ist ein Spezialziel die Generikaquote Opioiden. Hier zählen alle Wirkstoffe, die bereits generisch auf dem Arzneimittelmarkt verfügbar sind, positiv innerhalb der Quote – sowohl als Generika als auch als sogenannte Alt-Originale. Indem bei der Verordnung kein Aut-idem-Kreuz gesetzt wird, wird der Austausch zu Rabattarzneimitteln in der Apotheke zugelassen und somit die wirtschaftliche Verordnungsweise begünstigt.

Die Kombination Oxycodon/Naloxon ist kürzlich patentfrei geworden und steht nun generisch zur Verfügung. Dabei sind die generischen Alternativen bis zu 40 % kostengünstiger als das Original Targin®. Die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) und die KBV beschreiben die Kombination Oxycodon/Naloxon hinsichtlich ihrer analgetischen Wirksamkeit als vergleichbar mit den zurzeit zur Verfügung stehenden stark wirkenden Opioiden und sehen einen klinischen Zusatznutzen bei Patienten mit regulärer Laxantientherapie als nicht gesichert an.¹

Im Übrigen zählt Tapentadol als patentgeschütztes Originalpräparat nicht positiv innerhalb der Generikaquote Opioiden. Um die Mindestquote zu erfüllen, sollte es daher zurückhaltend verordnet werden.

Verordnen Sie direkt ein Generikum und setzen Sie kein Aut-idem-Kreuz. So wird die wirtschaftliche Versorgung mit stark wirksamen Analgetika aus der Gruppe der Opioiden gefördert.

¹ Kassenärztliche Bundesvereinigung, Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (2012). Wirkstoff AKTUELL Oxycodon/Naloxon. [Online] <https://www.akdae.de/Arzneimitteltherapie/WA/Archiv/Oxycodon-Naloxon.pdf> Letzter Zugriff: 15.05.2018



Informationen für die Praxis

KVN-Rundschreiben

Mai 2018

Inhaltsverzeichnis

Telematikinfrastruktur	3
1. Abrechnung	5
1.1. Erweiterter Bewertungsausschuss fasst Beschlüsse zur Abrechnung der Abklärungskoloskopie und zur Diagnostik der Antibiotika-Therapie	5
1.2. Psychotherapie Kurzzeittherapie - maximal zwölf Therapieeinheiten je KZT 1 und KZT 2 abrechnungsfähig	6
1.3. Muster Sammelerklärung	6
1.4. Laborreform zum 1. April 2018	7
2. Verordnungen	8
2.1. Angaben auf Rezepten bei Notfallbehandlungen	8
2.2. Neue Leistung bei der Kompressionstherapie und Neuaufnahme der Unterstützungspflege im Rahmen der häuslichen Krankenpflege beschlossen	8
2.3. Dacogen® (Decitabin) als Praxisbesonderheit anerkannt	9
2.4. Keytruda® (Pembrolizumab) als Praxisbesonderheit anerkannt	10
2.5. Rituximab bei Mantelzell-Lymphom, Zustimmung eines pharmazeutischen Unternehmers - Änderung der Arzneimittel-Richtlinie der Anlage VI (Off-Label-Use), Ziffer XXVI	11
2.6. Aufdruck der Pharmazentralnummer auf Rezepte	12
2.7. Taltz® (Ixezumab) als Praxisbesonderheit anerkannt	13
2.8. Lonsurf® (Trifluridin/Tipiracil) als Praxisbesonderheit anerkannt	13
2.9. Cabometyx® (Cabozantinib) als Praxisbesonderheit anerkannt	14
2.10. Gemeinsame Arbeitsgruppe Arzneimittel - Rezept-Info zum Thema enterale Ernährung.....	15

2.11.	Keine Rabattverträge für Grippeimpfstoffe für die Impfsaison 2018/2019	15
3.	Allgemeine Hinweise	17
3.1.	Arzneimittelrichtlinie Anlage V: Änderungen der Befristungen von verordnungsfähigen Medizinprodukten.....	17
3.2.	Auswirkungen der EU-Datenschutz- Grundverordnung auf Sonderverträge	17
3.3.	„NierenTx 360°“ - Nachsorgemodell nach Nierentransplantationen: Ab 25. Mai 2018 neues Datenschutzmerkblatt für Patienten.....	18
3.4.	AOK - Junior: Ab 25. Mai 2018 neue Teilnahme- und Datenschutzerklärung für Patienten	18
3.5.	Telematikinfrastruktur - Infoveranstaltungen.....	18
3.6.	Neuer E-Mail-Service der KVN - Bitte anmelden	19
3.7.	AG Vertragskoordinierung der KBV - „Gesund schwanger“ Beitritt der BKK Deutsche Bank AG	19
3.8.	Neue Qualitätssicherungsvereinbarung Spezial- Labor.....	20
3.9.	Vertrag über die Hausarztzentrierte Versorgung nach § 73 b SGB V mit der BARMER, hier: Änderung der Vergütungen.....	22
3.10.	Aktualisierung DMP Asthma	22
3.11.	Masterplan Digitalisierung - jetzt mitmachen; Niedersächsisches Wirtschaftsministerium setzt auf Bürgerbeteiligung	22
4.	Veranstaltungen im Juni und Juli 2018.....	24
5.	Anlagenverzeichnis	27
5.1.	Sammelerklärung	27
5.2.	Rezept-Info	27

Telematikinfrastruktur

Sehr verehrte Frau Kollegin,
sehr geehrter Herr Kollege,

die Situation ist absurd. KVen und Praxen wollen die Vorteile der Digitalisierung für die Patientenversorgung nutzen. Die Anbindung der Praxen an die Telematikinfrastruktur droht aber zu stocken, weil der GKV-Spitzenverband nicht bereit ist, ab Juli eine kostendeckende Finanzierungspauschale zu garantieren. Viele Praxen wollen bestellen und können nicht, weil die Finanzierung nicht gesichert ist. Denn entscheidend für die Erstattungshöhe ist nicht der Zeitpunkt der Bestellung, sondern ab wann die Praxis an die TI angeschlossen ist und das Versichertenstammdatenmanagement durchführen kann. Erfolgt der Datenabgleich beim Einlesen der elektronischen Gesundheitskarte zum Beispiel erstmals am 10. Juli, erhält die Praxis die Pauschale für das dritte Quartal, auch wenn die Bestellung schon früher erfolgt ist.

Nach den aktuellen Preisen sind hier immerhin rund 2.000 Euro von der derzeit gültigen Finanzierungsvereinbarung nicht gedeckt.

Die Unsicherheit der Refinanzierung Ihrer Aufwendungen bei der Einführung der Telematikinfrastruktur ist für den Vorstand der KVN unerträglich, für Sie als Praxisinhaber frustrierend und maximal ärgerlich. Die Industrie erweist sich als unfähig, die seit vielen Monaten immer wieder angekündigte Auslieferung weiterer Konnektoren tatsächlich zu erfüllen. Noch immer gibt es nur einen Anbieter, der in seiner Monopolstellung keine Veranlassung sieht, die durch mehr Wettbewerb erhoffte und kalkulierte Preissenkung vorzunehmen.

Ärzte haben Anrecht auf Erstattung in voller Höhe

Dem GKV Spitzenverband ist Versagen vorzuhalten, weil er sich nachhaltig weigert, die getroffene Finanzierungsvereinbarung den Marktgegebenheiten anzupassen. Der GKV Spitzenverband ignoriert bewusst die eindeutige Bestimmung des § 291a SGB V, wonach

„eine Vereinbarung zur Finanzierung für die erforderlichen erstmaligen Ausstattungskosten, die den Leistungserbringern in der Festlegungs-, Erprobungs- und Einführungsphase der Telematikinfrastruktur, sowie für die „Kosten, die den Leistungserbringern im laufenden Betrieb der Telematikinfrastruktur entstehen zu treffen ist“.

Der Vorstand der KVN hat großes Verständnis für alle Praxen, die in der ungeklärten Situation der vollständigen Kostentragung durch die Krankenkassen zunächst mit der Bestellung und Installation der Konnektoren abwarten und damit das Risiko in Kauf nehmen, ggf. ab 2019 mit einem 1-Prozent-Honorarabschlag „bestraft“ zu werden - und natürlich gegebenenfalls die nicht durch die Finanzierungsvereinbarung gedeckten Zusatzkosten selbst zu tragen.

Was ist nun zu tun - Empfehlung für die Ärzte und Psychotherapeuten

Die Telematikinfrastruktur ist gesetzlich festgelegt, Sie werden nicht umhinkommen, die technischen Voraussetzungen in Ihren Praxen anzuschaffen. Wir empfehlen Ihnen daher, die Konnektoren zu bestellen, **die Bestellung aber unbedingt mit dem nachfolgenden rechtlich geprüften Zusatz zu versehen.**

„Erhalten wir von Ihnen in den kommenden 14 Tagen keinen schriftlichen Widerspruch, gilt dieses als Ihre vertragliche Zusicherung über die Geltung folgender ergänzender Regelungen:

- *Die Installation der bestellten Komponenten durch Sie oder ein von Ihnen beauftragtes Unternehmen wird im Quartal unserer Beauftragung erfolgen, sodass wir im Quartal der Beauftragung ein erstes VSDM durchführen können.*
- *Sofern dieses nicht erfolgt, sichern Sie zu, dass Sie den vereinbarten Gesamtpreis entsprechend der Anlage 32 zum BMV-Ä reduzieren, so dass uns keine zusätzlichen Kosten entstehen.*
- *Ergänzend gewähren Sie uns, sofern Sie Ihre Leistungen nicht im selben Quartal der Bestellung erbringen, ein Rücktrittsrecht vom Vertrag. Wir sind berechtigt, dieses gegenüber Ihnen innerhalb von zwei Wochen nach Ende des Quartals, in dem wir Sie beauftragten, auszuüben.*
- *Sie stellen uns ein QES-Update für unseren Konnektor zur Verfügung, ohne dass Sie hierfür weitere Kosten geltend machen werden.“*

Vermutlich werden die PVS-Anbieter diesen Zusatz nicht akzeptieren, es wäre aber damit demonstriert, dass die Vertragsärzte willig sind, die TI einzuführen und die Konnektoren zu bestellen, es aber die Industrie verweigert, die Einführung zu unterstützen.

Liebe Kolleginnen und Kollegen, es ist absolut unverständlich, dass die Krankenkassen einerseits auf einem Milliardenpolster gehorteter Versichertenbeiträge sitzen, andererseits kleinkariert den Aufbau der digitalen Vernetzung der Praxen entgegen eindeutiger gesetzlicher Vorschriften blockieren. Der GKV-Spitzenverband beweist ein weiteres Mal, wie weit er von der Versorgungsrealität entfernt ist.

Der Vorstand der KVN

1. Abrechnung

1.1. Erweiterter Bewertungsausschuss fasst Beschlüsse zur Abrechnung der Abklärungskoloskopie und zur Diagnostik der Antibiotika-Therapie

Abklärungskoloskopie nach positiven iFOBT generell kurativ abzurechnen

Der Erweiterte Bewertungsausschuss hat mit Wirkung zum 1. April 2018 entschieden, dass die Abklärungskoloskopie nach positiven iFOBT nicht als präventive Leistung berechnungsfähig ist, sondern als kurative Leistung abgerechnet werden muss. Dazu wurde die Leistungslegende der GOP 01741 entsprechend geändert, so dass eine Koloskopie nach einem positiven iFOBT nicht nach der GOP 01741, sondern nach der GOP 13421 berechnungsfähig ist.

Die KBV erwägt, gegen diesen Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses zu klagen. Bis zur Beendigung dieses Klageverfahrens ist die Abklärungskoloskopie nach positiven iFBOT nach der GOP 13421 abzurechnen, da mit dem Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses der sofortige Vollzug angeordnet worden ist.

Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses zur Diagnostik der Antibiotika-Therapie zum 1. Juli 2018

Der Bewertungsausschuss musste überprüfen, in welchem Umfang Diagnostika zur schnellen und zur qualitätsgesicherten Antibiotika-Therapie eingesetzt werden können. Mit Wirkung ab 1. Juli 2018 sind folgende Anpassungen im EBM beschlossen worden:

- Die Kennnummer 32004 (Diagnostik zur Bestimmung der notwendigen Dauer, Dosierung und Art eines gegebenenfalls erforderlichen Antibiotikums vor Einleitung einer Antibiotikatherapie oder bei persistierender Symptomatik vor erneuter Verordnung) wird neu in den EBM aufgenommen. Die Kennnummer 32004 befreit die Leistungen im Zusammenhang mit dem gesetzlichen Auftrag von der Steuerung durch den Wirtschaftlichkeitsbonus.
- Der Biomarker Procalcitonin (GOP 32459) wird zur Reduktion der Antibiotikaverordnungen bei Infektionen der Atemwege aufgenommen.
- Die MALDI-TOF-Massenspektrometrie zur schnelleren Differenzierung von in Reinkultur gezüchteten Bakterien (GOP 32759) und entsprechend für Pilze (GOP 32692) werden als Anpassung an den Stand von Wissenschaft und Technik in den EBM aufgenommen.
- Ein Berechnungsausschluss für die Gebührenordnungsposition 32151 neben der Gebührenordnungsposition 32720 wird aufgrund sich überschneidender Leistungsinhalte im EBM ergänzt.
- Die Empfindlichkeitsprüfungen GOP 32766 und 32767 werden als GOP 32772 und 32773 entsprechend dem aktuellen Stand von Wissenschaft und Technik neu gefasst. Ergänzend werden die GOP 32774 und 32775 zur phänotypischen Bestätigung einer Multiresistenz für grampositive und gramnegative Bakterien in den EBM aufgenommen.

Anpassungen zum
1. Juli 2018

- Die Leistung nach der Gebührenordnungsposition 32708 für die Erfassung von angeborenen Stoffwechseldefekten entspricht nicht mehr dem Stand von Wissenschaft und Technik und wird im EBM gestrichen.

Die kompletten Beschlüsse wurden auf der Internet-Seite des Instituts des Bewertungsausschusses unter <http://institut-ba.de/ba/beschluesse.html> veröffentlicht.

1.2. Psychotherapie Kurzzeittherapie - maximal zwölf Therapieeinheiten je KZT 1 und KZT 2 abrechnungsfähig

Bitte beachten Sie, dass im Rahmen der Kurzzeittherapie jeweils nur zwölf Therapieeinheiten der KZT 1 und KZT 2 nach Vorgabe des EBM abrechnungsfähig sind.

Jeweils nur zwölf

Beantragt werden die Kontingente von jeweils zwölf Therapieeinheiten in zwei Schritten. Das jeweilige Kontingent kann als Einzeltherapie (zwölf Stunden) und/oder als Gruppentherapie (zwölf Doppelstunden) in drei Behandlungsformen durchgeführt werden. Bei der Erfassung der Antragsdaten in Ihrer Praxissoftware dürfen in dem zugehörigen KVDT - Feld 4252 (Gesamtanzahl bewilligter Therapieeinheiten) entsprechend keine Zahlen größer zwölf für Leistungen der Kurzzeittherapie eingetragen werden.

Von den Krankenkassen ausgestellte Genehmigungen von 24 oder sogar 25 KZT 1 - Sitzungen sind gemäß den Vorgaben nicht möglich. Bitte nehmen Sie in solchen Fällen direkt Kontakt mit der Krankenkasse auf, um eine gültige Genehmigung zu erhalten.

Ansprechpartner ist Ihr Abrechnungsteam und/oder das Team Auskünfte des Abrechnungscenters, Telefon: 0511 380-4800, E-Mail: abrechnungscenter@kvn.de

1.3. Muster Sammelerklärung

Bitte verwenden Sie bei der Abgabe der Quartalsabrechnung das beige-fügte aktuelle Muster der Sammelerklärung (Stand: 1/2017). Die Sammelerklärung kann auch im KVN-Portal unter Abrechnung/Abrechnungscenter/Informationen zur Quartalsabrechnung/Downloads ausgedruckt werden.

Aktuelles Stand 1/2017 verwenden

Ansprechpartner ist Ihr Abrechnungsteam und/oder das Team Auskünfte des Abrechnungscenters, Telefon: 0511 380-4800, E-Mail: abrechnungscenter@kvn.de

Anlage 5.1: Sammelerklärung

1.4. Laborreform zum 1. April 2018

Im Zuge der zum 1. April 2018 in Kraft getretenen Laborreform erreichten uns noch einige Hinweise und Fragestellungen, auf die wir nachfolgend kurz eingehen möchten:

Was bewirken die Kennnummern?

In der Vergangenheit waren alle Laborleistungen von der Anrechnung befreit, wenn eine Ausnahmekennziffer angegeben wurde. Ab dem 1. April 2018 befreien die Kennnummern nur noch bestimmte Laborleistungen von der Anrechnung auf die Laborkosten. Der Wirtschaftlichkeitsbonus bleibt ihnen in diesen Fällen erhalten. Sie müssen die Kennnummer bzw. mehrere Kennnummern nur noch in ihrer Abrechnung angeben. Die Angabe der Kennnummer auf dem Laborauftrag ist nicht mehr erforderlich.

Wegfall der Kennnummer 32016 (präoperative Labordiagnostik)

Die bis zum 31. März 2018 gültige Ausnahmekennziffer 32016 wurde gestrichen, da die GOP (32125) nicht zur Berechnung des arztpraxispezifischen individuellen Fallwertes herangezogen wird und die Laboruntersuchung Bestandteil des präoperativen Leistungskomplexes ist.

Kennnummern im Rahmen der Mutterschaftsvorsorge

Erbringen Ärzte Leistungen im Rahmen der Mutterschaftsvorsorge im Vertretungsfall, im Notfall oder bei Mit-/ bzw. Weiterbehandlung, müssen bei Erbringung oder Veranlassung der GOP 32031, 32035, 32038 und 32120 die Kennnummer 32007 angegeben. In diesen Fällen ist die GOP 01770 nicht berechnungsfähig. Die vorgenannten Laborleistungen sind gemäß Abschnitt A der Mutterschaftsrichtlinien bereits in der GOP 01770 enthalten.

In der Mutterschaftsvorsorge sind Laboraufträge im entsprechenden Feld der Überweisung als präventiv zu kennzeichnen. Der Laborarzt rechnet dann die Leistungen des Abschnitts 1.7.4 ab und hat diese im Vertretungsfall, im Notfall und bei Mit- und Weiterbehandlung bei Laboruntersuchungen in der Abrechnung mit einem „V“ zu kennzeichnen.

Laborleistungen mit bestimmten Behandlungskomplexen abgegolten

Laborleistungen, die Leistungsbestandteil von Behandlungskomplexen sind, können nicht per Muster 10 bzw. 10a beantragt werden, da dies zu einer Doppelabrechnung führen würde. Die entstandenen Kosten sind dem veranlassenden Arzt in Rechnung zu stellen (gilt z. B. für die GOP 01770 und 31010 ff).

Weitere Informationen erhalten Sie auf der Internetseite im persönlichen Bereich unter „Laborreform“. Für weitere Fragen stehen Ihnen Ihre bekannten Ansprechpartner gerne zur Verfügung.

2. Verordnungen

2.1. Angaben auf Rezepten bei Notfallbehandlungen

Aus gegebenem Anlass möchten wir darauf aufmerksam machen, dass zuweilen Rezepte in Apotheken eingelöst werden, die handschriftlich im Notdienst ausgestellt wurden und keine Angaben zur Krankenkasse (konkrete Bezeichnung und Kennzeichen (IK)) aufweisen. Bitte achten Sie beim handschriftlichen Ausstellen von Rezepten darauf, neben den weiteren erforderlichen Angaben insbesondere die Bezeichnung der Krankenkasse und die Versichertennummer des Patienten anzugeben.

Weitere Informationen sowie Ausfüllhilfen für Muster 16, BtM- und T-Rezepte finden Sie im KVN-Portal unter Verordnungen/Arzneimittel/Ausfüllhilfen.

2.2. Neue Leistung bei der Kompressionstherapie und Neuaufnahme der Unterstützungspflege im Rahmen der häuslichen Krankenpflege beschlossen

Im Rahmen der häuslichen Krankenpflege können Vertragsärzte das An- und Ausziehen von Kompressionsstrümpfen der Kompressionsklasse I und Unterstützungspflege verordnen. Wir möchten Ihnen zu beiden Leistungen ergänzende Hinweise geben.

An- und Ausziehen von Kompressionsstrümpfen der Kompressionsklasse I

Das An- und Ausziehen von Kompressionsstrümpfen beziehungsweise -strumpfhosen ist nunmehr auch für Kompressionsklasse I im Rahmen der Behandlungspflege ordnungsfähig. Analog entfällt diese Leistung als Maßnahme der Grundpflege. Zur Ermöglichung eines selbständigen An- und Ausziehens von Kompressionsstrümpfen/Kompressionsstrumpfhosen ist auch die Verordnung von Anziehhilfen zu prüfen.

Verordnung von Unterstützungspflege

Mit dem Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) wurde die sogenannte Unterstützungspflege eingeführt (§ 37 Abs. 1a SGB V). Diese Leistung wird nun ebenfalls in die HKP-Richtlinie aufgenommen. Durch die neue Leistung können Versicherte wegen schwerer Krankheit oder wegen akuter Verschlimmerung einer Krankheit, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt, nach einer ambulanten Operation oder nach einer ambulanten Krankenhausbehandlung, Leistungen der Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung erhalten, soweit keine Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI vorliegt. Voraussetzung ist, dass die Versicherten sich im Hinblick auf die krankheitsbedingten oder behandlungsbedingten Auswirkungen nicht selbst pflegen und versorgen können.

Der Bedarf an Unterstützungspflege bezieht sich nur auf körperliche Beeinträchtigungen der Patienten. Nach Vorgabe des Gesetzgebers werden durch diesen erweiterten Behandlungsanspruch kognitive Beeinträchtigungen der Versicherten nicht erfasst.

Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung

Nur körperliche Beeinträchtigungen

Leistungen der hauswirtschaftlichen Versorgung können nur zusammen mit Leistungen der Grundpflege verordnet werden. Leistungen der Grundpflege können allerdings auch ohne Bedarf an hauswirtschaftlicher Versorgung verordnet werden. Ist ausschließlich ein Bedarf an hauswirtschaftlicher Versorgung vorhanden, können Patienten Leistungen der Haushaltshilfe bei ihrer Krankenkasse beantragen (§ 38 Abs. 1 Satz 3 SGB V).

Die Leistung der Unterstützungspflege setzt nicht die gleichzeitige oder vorherige Verordnung von behandlungspflegerischen Maßnahmen voraus. Sind neben Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung Leistungen der Behandlungspflege erforderlich, können diese verordnet werden.

Der Anspruch auf Unterstützungspflege besteht bis zu vier Wochen je Krankheitsfall und kann von der Krankenkasse in begründeten Ausnahmefällen nach Einschätzung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung verlängert werden.

Bis zu vier Wochen je Krankheitsfall

Die aktuelle HKP-RL ist auf der Internetseite des G-BA (www.g-ba.de/informationen/richtlinien) abrufbar.

2.3. Dacogen® (Decitabin) als Praxisbesonderheit anerkannt

Ab dem 15. April 2018 wird Dacogen® (Wirkstoff Decitabin) nach einer Vereinbarung zwischen dem GKV-Spitzenverband und dem pharmazeutischen Unternehmer Janssen-Cilag GmbH ab dem ersten Behandlungsfall als Praxisbesonderheit ausschließlich in dem Anwendungsgebiet mit einem Zusatznutzen laut G-BA-Beschluss vom 2. Mai 2013 anerkannt:

- Behandlung erwachsener Patienten ab einem Alter von 65 Jahren mit neu diagnostizierter de novo oder sekundärer akuter myeloischer Leukämie (AML) gemäß der Klassifikation der Weltgesundheitsorganisation (WHO), für die eine Standard-Induktionstherapie nicht in Frage kommt.

Anwendungsgebiet

In diesem Anwendungsgebiet zeigte das Präparat im Verfahren der frühen Nutzenbewertung einen geringen Zusatznutzen. Weitere Anwendungsgebiete oder Erweiterungen des Anwendungsgebietes von Dacogen® sind nicht von der Praxisbesonderheit umfasst. Es wird darauf hingewiesen, dass die Vorgaben der Fachinformation zu berücksichtigen sind. Die Anerkennung als Praxisbesonderheit besteht, solange Janssen-Cilag GmbH Dacogen® in Deutschland vertreibt.

Weitere Informationen finden Sie unter www.g-ba.de und www.gkv-spitzenverband.de. Auf der Internetseite des GKV-Spitzenverbandes finden Sie außerdem eine Aufstellung der vereinbarten Praxisbesonderheiten aufgrund des Verfahrens der frühen Nutzenbewertung unter: Krankenversicherung/Arzneimittel/AMNOG-Verhandlungen (§ 130b SGB V)/Übersicht zu den Verhandlungen der Erstattungsbeträge nach § 130b SGB V/Filterfunktion: „Nur Einträge mit Anerkennung als Praxisbesonderheit berücksichtigen“.

2.4. Keytruda® (Pembrolizumab) als Praxisbesonderheit anerkannt

Keytruda® (Wirkstoff Pembrolizumab) ist nach einer Vereinbarung zwischen dem GKV-Spitzenverband und dem pharmazeutischen Unternehmer MSD Sharp & Dohme GmbH

1. seit dem 29. Juli 2017 ab dem ersten Behandlungsfall in dem Anwendungsgebiet bzw. der Patientengruppe mit Zusatznutzen laut G-BA-Beschluss vom 2. Februar 2017 (NSCLC 2L)

NSCLC 2L

sowie

2. ab dem 21. Februar 2018 in dem Anwendungsgebiet bzw. der Patientengruppe mit Zusatznutzen laut G-BA-Beschluss vom 3. August 2017 (NSCLC 1L)

NSCLC 1L

als Praxisbesonderheit anzuerkennen. Die Anerkennung als Praxisbesonderheit besteht, solange MSD Sharp & Dohme GmbH Keytruda® in Deutschland vertreibt.

1. Die Praxisbesonderheit für NSCLC 2L gilt für folgendes Anwendungsgebiet, für das der G-BA einen Hinweis auf einen beträchtlichen Zusatznutzen gegenüber Docetaxel festgestellt hat:
 - Keytruda® ist als Monotherapie zur Behandlung des lokal fortgeschrittenen oder metastasierenden nicht-kleinzelligen Lungenkarzinoms (NSCLC) mit PD-L1 exprimierenden Tumoren nach vorheriger Chemotherapie bei Erwachsenen angezeigt. Patienten mit EGFR- oder ALK-positiven Tumormutationen sollten vor der Therapie mit Keytruda® bereits eine für diese Mutationen zugelassene Therapie erhalten haben.

Praxisbesonderheit für NSCLC 2L

Es wird darauf hingewiesen, dass Patientengruppen ohne belegten Zusatznutzen, d. h. Patienten, für die eine Therapie mit Docetaxel, Pemetrexed und Nivolumab nicht angezeigt ist, ausdrücklich nicht von dieser Praxisbesonderheit umfasst sind.

2. Die Praxisbesonderheit für NSCLC 1L gilt für folgendes Anwendungsgebiet, für das der G-BA einen Hinweis auf einen beträchtlichen Zusatznutzen gegenüber der zweckmäßigen Vergleichstherapie festgestellt hat:
 - Keytruda® ist als Monotherapie zur Erstlinienbehandlung des metastasierenden nicht-kleinzelligen Lungenkarzinoms (NSCLC) mit PD-L1 exprimierenden Tumoren (Tumor Proportion Score [TPS] ≥ 50 %) ohne EGFR- oder ALK-positiv Tumormutationen bei Erwachsenen angezeigt.

Praxisbesonderheit für NSCLC 1L

Es wird darauf hingewiesen, dass andere Anwendungsgebiete und Anwendungsgebietserweiterungen ausdrücklich nicht von dieser Praxisbesonderheit umfasst sind.

Die Einleitung und Überwachung der Behandlung mit Pembrolizumab darf nur durch in der Therapie von Patienten mit nicht kleinzelligen Lungenkarzinomen erfahrene Fachärzte für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie sowie durch Fachärzte für Innere Medizin & Pneumologie oder Fachärzte für Lungenheilkunde und weitere an der

Onkologievereinbarung teilnehmende Ärzte anderer Fachgruppen erfolgen.

Patienten, die mit Pembrolizumab behandelt werden, ist mit jeder Verschreibung eine Patientenkarte auszuhändigen und sie müssen über die Risiken einer Therapie mit Pembrolizumab informiert werden.

Entsprechend der Anforderung an die Aktivitäten zur Risikominimierung im EPAR (European Public Assessment Report) muss vom pharmazeutischen Unternehmer folgendes Informationsmaterial zu Pembrolizumab zur Verfügung gestellt werden:

- Schulungs- und Informationsmaterial für den Arzt / medizinisches Fachpersonal
- Schulungs- und Informationsmaterial für den Patienten

Für Patienten mit reduziertem Allgemeinzustand (ECOG Performance-Status > 1) liegen für NSCLC 2L keine Studiendaten zur Beurteilung des Zusatznutzens vor.

Vor Beginn einer Behandlung mit Pembrolizumab sollte regelhaft der PD-L1-Status der Tumoren vorliegen. Bei der Bestimmung des PD-L1-Status des Tumors sollte eine entsprechend validierte und robuste Methode verwendet werden, um falsch-negative oder falsch-positive Bestimmungen zu minimieren. Die Wirksamkeit und Sicherheit von Pembrolizumab bei Patienten, deren Tumoren kein PD-L1 exprimieren, sind nicht erwiesen.

Die Anerkennung als Praxisbesonderheit gilt nicht bei der Anwendung von Pembrolizumab außerhalb des bestimmungsgemäßen Gebrauchs ("Off Label Use"). Dies umfasst insbesondere ein von der Zulassung abweichendes Dosierungsschema.

Weitere Informationen finden Sie unter www.g-ba.de und www.gkv-spitzenverband.de. Auf der Internetseite des GKV-Spitzenverbandes finden Sie außerdem eine Aufstellung der vereinbarten Praxisbesonderheiten aufgrund des Verfahrens der frühen Nutzenbewertung unter: Krankenversicherung/Arzneimittel/AMNOG-Verhandlungen (§ 130b SGB V)/Übersicht zu den Verhandlungen der Erstattungsbeträge nach §130b SGB V/Filterfunktion: „Nur Einträge mit Anerkennung als Praxisbesonderheit berücksichtigen“.

Informationsmaterial

2.5. Rituximab bei Mantelzell-Lymphom, Zustimmung eines pharmazeutischen Unternehmers - Änderung der Arzneimittel-Richtlinie der Anlage VI (Off-Label-Use), Ziffer XXVI

Mit Wirkung vom 20. April 2018 wurde die Ziffer XXVI der Anlage VI Teil A der Arzneimittel-Richtlinie geändert. Die Änderung betrifft Nr. 1 Abschnitt k) „Zustimmung des pharmazeutischen Unternehmers“. Hier wird die Liste der Hersteller, die für ihre Rituximab-haltigen Arzneimittel im Rahmen des in der Anlage vorgenannten Off-Label-Use einer Anwendung zugestimmt haben (Haftung des pharmazeutischen Unternehmers), um den Hersteller „Celltrion Healthcare Hungary Kft.“ erweitert.

Folgende Hersteller sind nun in der Liste aufgeführt:

AASTON HEALTHCARE GmbH, ACA Müller ADAG Pharma AG, adjupharm GmbH, axicorp Pharma B.V., Celltrion Healthcare Hungary Kft., Haemato PHARM GmbH, kohlpharma GmbH, Lunapharm Deutschland GmbH, MEDICOPHARM AG, Orifarm GmbH, propharmed GmbH und Roche Registration Ltd.

Wir empfehlen bei Verordnungen von Rituximab-haltigen Arzneimitteln der genannten Hersteller in dieser Off-Label-Indikation das Setzen des Aut-Idem-Kreuzes. Haftungsrechtliche Konsequenzen in Folge eines Austausches in der Apotheke gegen ein vergleichbares Präparat, welches keine Off-Label-Zustimmung hat, können so vermieden werden.

Die Anlage VI der Arzneimittel-Richtlinie finden Sie auf der Internetseite des G-BA (www.g-ba.de) unter Richtlinien/Arzneimittel-Richtlinie/Anlage VI.

Liste der Hersteller

2.6. Aufdruck der Pharmazentralnummer auf Rezepte

Seit dem 1. April 2018 ist der automatische Aufdruck der Pharmazentralnummer (PZN) eine verpflichtende Funktion, die für Hersteller von Arzneimittelverordnungssoftware verbindlich gilt. Wird ein Fertigarzneimittel aus einer Arzneimitteldatenbank ausgewählt, so muss die PZN, soweit verfügbar, automatisch von der Software auf der Verordnung angegeben werden. Dadurch sollen Fehlinterpretationen und Rückfragen der Apotheken in der Arztpraxis reduziert werden.

Ergänzend hierzu möchten wir folgende Hinweise geben, die uns von der KBV mitgeteilt wurden:

Verordnungen ohne PZN dürfen, sofern die Verordnung eindeutig ist und alle nötigen Angaben enthält, von einer Apotheke beliefert werden. Es gibt keine Vorgaben, an welcher Stelle eine PZN auf der Verordnung aufgebracht werden soll, es sollte jedoch ein Produktbezug erkennbar sein.

Handschriftliche Verordnungen sind von der Anforderung der PZN-Angabe nicht betroffen, da sich die Vorgabe auf die Software bezieht. Auch bei einer Wirkstoffverordnung unter Angabe von Wirkstoff/Wirkstoffkombination, Wirkstärke, Darreichungsform und Packungsgröße (oder Normgröße), muss keine PZN zusätzlich aufgebracht werden.

Wird für die Verordnung keine Arzneimitteldatenbank genutzt, sondern findet eine Freitextverordnung (z. B. einer Rezeptur) statt, so muss die PZN ebenfalls nicht freitextlich ergänzt werden. Zusatzangaben wie Dosierangaben sind weiterhin erlaubt, lediglich ist aufgrund des PZN-Aufdrucks der zur Verfügung stehende Platz minimiert.

Diskrepanzen zwischen den Anforderungen an die Verordnungssoftware und der Umsetzung einzelner Softwarelösungen werden zeitnah von der KBV geklärt.

2.7. Taltz® (Ixekizumab) als Praxisbesonderheit anerkannt

Ab dem 1. April 2018 wird Taltz® (Wirkstoff Ixekizumab) nach einer Vereinbarung zwischen dem GKV-Spitzenverband und dem pharmazeutischen Unternehmer Lilly Deutschland GmbH ab dem ersten Behandlungsfall als Praxisbesonderheit ausschließlich im Anwendungsgebiet mit einem Zusatznutzen laut G-BA-Beschluss vom 17. August 2017 anerkannt:

- Taltz® ist angezeigt für die Behandlung erwachsener Patienten mit mittelschwerer bis schwerer Plaque-Psoriasis, die für eine systemische Therapie in Frage kommen.

Es wird darauf hingewiesen, dass die Vorgaben der Fachinformation zu berücksichtigen sind. Bei Patienten, die nach 16 bis 20 Wochen auf die Behandlung nicht angesprochen haben, sollte ein Absetzen der Behandlung in Erwägung gezogen werden. Bei einigen Patienten mit anfänglich partiellem Ansprechen kann sich das Ansprechen bei Fortsetzung der Behandlung über einen Zeitraum von 20 Wochen hinaus verbessern.

Zudem wird darauf hingewiesen, dass weitere Anwendungsgebiete oder Erweiterungen des Anwendungsgebietes nicht von der Praxisbesonderheit umfasst sind. Die Anerkennung als Praxisbesonderheit besteht, solange Lilly Taltz® in Deutschland vertreibt.

Weitere Informationen finden Sie unter www.g-ba.de und www.gkv-spitzenverband.de. Auf der Internetseite des GKV-Spitzenverbandes finden Sie außerdem eine Aufstellung der vereinbarten Praxisbesonderheiten aufgrund des Verfahrens der frühen Nutzenbewertung unter: Krankenversicherung/Arzneimittel/AMNOG-Verhandlungen (§ 130b SGB V)/Übersicht zu den Verhandlungen der Erstattungsbeträge nach §130b SGB V/Filterfunktion: „Nur Einträge mit Anerkennung als Praxisbesonderheit berücksichtigen“.

2.8. Lonsurf® (Trifluridin/Tipiracil) als Praxisbesonderheit anerkannt

Lonsurf® (Wirkstoff Trifluridin/Tipiracil) wird ab dem 15. August 2017 nach einer Vereinbarung zwischen dem GKV-Spitzenverband und dem pharmazeutischen Unternehmer SERVIER Deutschland GmbH ab dem ersten Behandlungsfall als Praxisbesonderheit ausschließlich im Anwendungsgebiet des G-BA-Beschlusses vom 2. Februar 2017 anerkannt:

- „Lonsurf® wird angewendet zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit metastasiertem kolorektalem Karzinom (KRK), die bereits mit verfügbaren Therapien behandelt wurden oder die für diese nicht geeignet sind. Diese Therapien beinhalten Fluoropyrimidin-, Oxaliplatin- und Irinotecan-basierte Chemotherapien, Anti-VEGF- und Anti-EGFR-Substanzen.“

In diesem Anwendungsgebiet wurde dem Präparat ein Anhaltspunkt für einen geringen Zusatznutzen zuerkannt mit einer Befristung des Be-

Anwendungsgebiet

Anwendungsgebiet

Geringer Zusatznutzen

schluss bis zum 31. Januar 2019. Die Anerkennung als Praxisbesonderheit entfällt, wenn ein nachfolgender G-BA-Beschluss feststellt, dass Lonsurf® keinen oder einen geringeren Nutzen hat oder ein Zusatznutzen als nicht belegt gilt.

Die Einleitung und Überwachung der Behandlung mit Trifluridin/Tipiracil soll durch in der Therapie von Patienten mit metastasiertem kolorektalen Karzinom erfahrene Fachärzte für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie sowie durch Fachärzte für Innere Medizin und Gastroenterologie und weitere, an der Onkologie-Vereinbarung teilnehmende Ärzte anderer Fachgruppen erfolgen.

Es wird darauf hingewiesen, dass Patienten mit einem ECOG-Performance Status größer als 1 in der der G-BA-Bewertung zugrundeliegenden Studie RECURSE nicht untersucht wurden. Die Anerkennung als Praxisbesonderheit gilt somit nicht bei Patienten mit einem ECOG-Performance Status größer als 1. Weitere Anwendungsgebiete oder Erweiterungen des Anwendungsgebietes sind ebenfalls nicht von der Praxisbesonderheit umfasst.

Zudem sind die Vorgaben der Fachinformation zu berücksichtigen. Die Anerkennung als Praxisbesonderheit besteht, solange SERVIER Lonsurf® in Deutschland vertreibt.

Weitere Informationen finden Sie unter www.g-ba.de und www.gkv-spitzenverband.de. Auf der Internetseite des GKV-Spitzenverbandes finden Sie außerdem eine Aufstellung der vereinbarten Praxisbesonderheiten aufgrund des Verfahrens der frühen Nutzenbewertung unter: Krankenversicherung/Arzneimittel/AMNOG-Verhandlungen (§ 130b SGB V)/Übersicht zu den Verhandlungen der Erstattungsbeträge nach §130b SGB V/Filterfunktion: „Nur Einträge mit Anerkennung als Praxisbesonderheit berücksichtigen“.

2.9. Cabometyx® (Cabozantinib) als Praxisbesonderheit anerkannt

Ab dem 9. September 2017 wird Cabometyx® (Wirkstoff Cabozantinib) nach einer Vereinbarung zwischen dem GKV-Spitzenverband und dem pharmazeutischen Unternehmer Ipsen Pharma GmbH ab dem ersten Behandlungsfall als Praxisbesonderheit anerkannt. Die Anerkennung als Praxisbesonderheit gilt für das folgende Anwendungsgebiet:

- Cabometyx® ist indiziert für die Behandlung des fortgeschrittenen Nierenzellkarzinoms (renal cell carcinoma, RCC) bei Erwachsenen nach vorangegangener zielgerichteter Therapie gegen VEGF (vaskulärer endothelialer Wachstumsfaktor).

In diesem Anwendungsgebiet hat der G-BA dem Präparat im Beschluss vom 20. April 2017 einen Anhaltspunkt für einen nicht quantifizierbaren Zusatznutzen zuerkannt. In einem nachfolgenden Beschluss vom 5. April 2018 sah der G-BA einen Hinweis auf einen geringen Zusatznutzen. Die Anerkennung als Praxisbesonderheit entfällt nach Ablauf dieser Vereinbarung oder wenn ein nachfolgender G-BA-Beschluss feststellt, dass Cabometyx® keinen Zusatznutzen oder einen geringeren Nutzen hat oder ein Zusatznutzen als nicht belegt gilt.

A

Anwendungsgebiet

Es ist zu beachten, dass die Einleitung und Überwachung der Behandlung mit Cabozantinib nur durch in der Therapie von Patienten mit fortgeschrittenem Nierenzellkarzinom erfahrene Fachärzte für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie sowie durch Fachärzte für Innere Medizin und Nephrologie und weitere, an der Onkologie-Vereinbarung teilnehmende Ärzte anderer Fachgruppen erfolgen soll.

Es wird darauf hingewiesen, dass in der Studie METEOR weder Patienten mit einem ECOG-Performance Status größer als 1 noch mit einem nicht-klarzelligen histologischen Subtyp untersucht wurden. Insbesondere bei diesen Patienten muss vor Therapiebeginn eine sorgfältige Nutzen-Risiko-Abwägung vorgenommen werden. Zudem sind die Vorgaben der Fachinformation zu berücksichtigen.

Weitere Informationen finden Sie unter www.g-ba.de und www.gkv-spitzenverband.de. Auf der Internetseite des GKV-Spitzenverbandes finden Sie außerdem eine Aufstellung der vereinbarten Praxisbesonderheiten aufgrund des Verfahrens der frühen Nutzenbewertung unter: Krankenversicherung/Arzneimittel/AMNOG-Verhandlungen (§ 130b SGB V)/Übersicht zu den Verhandlungen der Erstattungsbeträge nach §130b SGB V/Filterfunktion: „Nur Einträge mit Anerkennung als Praxisbesonderheit berücksichtigen“.

2.10. Gemeinsame Arbeitsgruppe Arzneimittel - Rezept-Info zum Thema enterale Ernährung

Im Anhang finden Sie eine weitere Rezept-Info der AG GKV/KVN Arzneimittel zu dem Thema enterale Ernährung. In diesem Schreiben werden die Voraussetzungen für eine Verordnung von enteraler Ernährung nach der Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL) genannt sowie die Gruppen der verordnungsfähigen Produkte dargestellt. Rezept-Infos enthalten sowohl Empfehlungen für den behandelnden Arzt als auch Vordrucke für die Patienteninformation.

Anlage 5.2: Rezept-Info

2.11. Keine Rabattverträge für Grippeimpfstoffe für die Impfsaison 2018/2019

Für die Grippeimpfsaison 2018/2019 wird es keine Rabattverträge geben. Die Vertragsärzte können somit alle auf dem Markt verfügbaren tetravalenten Grippeimpfstoffe verordnen, die subcutan oder intramuskulär injiziert werden. Dies sind nach aktuellem Kenntnisstand für die kommende Saison:

- Influvac tetra[®]
- Influsplit tetra[®]
- Vaxigrip tetra[®]

Die Grippeimpfstoffe sind als Sprechstundenbedarf (SSB) zu verordnen. Die in der vorangegangenen Impfsaison von den Krankenkassen zur Verfügung gestellten vorgedruckten Verordnungen entfallen.

Die Verordnungsmöglichkeit des nasalen Grippeimpfstoffes ist noch nicht abschließend geklärt. Hierzu erhalten sie zur gegebenen Zeit noch eine gesonderte Information.

Bezüglich der Verordnungsmenge orientieren Sie sich bitte an den verimpften Mengen des Vorjahres. Überschüssige Impfdosen können am Ende der Impfsaison nicht zurückgegeben werden und führen daher zu unnötigen Ausgaben der Krankenkassen. Die Krankenkassen haben mitgeteilt, dass sie sich vorbehalten, bei groben Verstößen diese Differenzen durch entsprechende Regresse von Ihnen zurückzufordern.

Um eine wirtschaftliche Verordnungsweise zu gewährleisten beachten Sie bitte Folgendes:

1. Verordnen Sie auf einem Rezept die Menge an Impfdosen, die Sie gewöhnlich für einen Monat benötigen.
2. Sollte die Menge nicht ausreichen, stellen Sie ein weiteres Rezept aus. Innerhalb eines Monats können mehrere Rezepte ausgestellt werden.
3. Stellen Sie Folgeverordnungen erst dann aus, wenn die vorräti- gen Impfdosen nahezu verbraucht sind.

Bitte Folgendes beachten:

3. Allgemeine Hinweise

3.1. Arzneimittelrichtlinie Anlage V: Änderungen der Befristungen von verordnungsfähigen Medizinprodukten

Bei folgenden Medizinprodukten hat sich die Befristung der Verordnungsfähigkeit nach Anlage V geändert:

Produktbezeichnung	Medizinisch notwendige Fälle	Befristung der Verordnungsfähigkeit
BD PosiFlush™ SP	Ausschließlich zum Spülen von in-situ Gefäßzugangssystemen. Darf nicht in einem sterilen Umfeld verwendet werden.	16. November 2018
BD PosiFlush™ XS	Ausschließlich zum Spülen von in-situ Gefäßzugangssystemen. Bei Verwendung aseptischer Technik in einem sterilen Feld verwendbar.	16. November 2018
IsoFree	Als isotoner Trägerlösung bei der Verwendung von Inhalaten in Verneblern oder Aerosolgeräten. Dies gilt nur für die Fälle, in denen der Zusatz einer isotonen Trägerlösung in der Fachinformation des arzneistoffhaltigen Inhalts zwingend vorgesehen ist.	17. März 2023
Macrogol TAD®	Für Patienten ab dem vollendeten 12. Lebensjahr zur Behandlung der Obstipation nur in Zusammenhang mit Tumorleiden, Megacolon (mit Ausnahme des toxischen Megacolons), Divertikulose, Divertikulitis, Mukoviszidose, neurogener Darmlähmung, bei phosphatbindender Medikation bei chronischer Niereninsuffizienz, Opiat- sowie Opioidtherapie und in der Terminalphase. Für Jugendliche mit Entwicklungsstörungen im Alter von 12 Jahren bis zum vollendeten 18. Lebensjahr zur Behandlung der Obstipation.	25. November 2022
NYDA®	Für Kinder bis zum vollendeten 12. Lebensjahr und Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr mit Entwicklungsstörungen zur physikalischen Behandlung des Kopflausbefall.	6. Dezember 2022
Oculentis BSS	Zur Irrigation im Rahmen extraokulärer und intra-okulärer Eingriffe.	14. Dezember 2019
PädiaSalin® 0,9%	Als Trägerlösung bei der Verwendung von Inhalaten in Verneblern oder Aerosolgeräten. Dies gilt nur für die Fälle, in denen der Zusatz einer Trägerlösung in der Fachinformation des arzneistoffhaltigen Inhalats zwingend vorgesehen ist.	17. März 2023

3.2. Auswirkungen der EU-Datenschutz-Grundverordnung auf Sonderverträge

Wir informieren darüber, dass mit dem Inkrafttreten der neuen „EU-Datenschutz-Grundverordnung“ ab 25. Mai 2018 sich auch in vielen Sonderverträgen die Teilnahmeerklärungen und Hinweise zum Datenschutz verändern. Bitte beachten Sie die jeweils aktuellen Versionen im KVN-Portal.

Ab 25. Mai 2018

3.3. „NierenTx 360°“ - Nachsorgemodell nach Nierentransplantationen: Ab 25. Mai 2018 neues Datenschutzmerkblatt für Patienten

Mit Inkrafttreten der Datenschutzgrundverordnung der Europäischen Union (EU-DSGVO) ist das Merkblatt zum Datenschutz für Patienten anzupassen. Das aktuelle Merkblatt darf noch bis 24. Mai zum Einsatz kommen. Ab 25. Mai ist ausschließlich die angepasste und im KVN-Portal bereitstehende Version an Patienten auszugeben. Zu finden im KVN-Portal: Verträge/Innovationsfonds/Projekt „NierenTx 360 Grad“.

Ab 25. Mai 2018

3.4. AOK - Junior: Ab 25. Mai 2018 neue Teilnahme- und Datenschutzerklärungen für Patienten

Mit dem Inkrafttreten der Datenschutzgrundverordnung der Europäischen Union (EU-DSGVO) sind auch die Einverständniserklärungen der integrierten kinder- und jugendärztlichen Versorgung der AOK Niedersachsen anzupassen. Die aktuellen Vordrucke/ Formulare dürfen noch bis 24. Mai zum Einsatz kommen. Ab 25. Mai sind Altbestände zu vernichten und ausschließlich die im KVN-Portal bereitstehenden PDF-Dokumente an Patienten und Erziehungsberechtigte auszugeben:

Ab 25. Mai 2018

- Teilnahmeerklärung Patient
- Patienteninformation
- Einwilligung zur Datenverarbeitung
- Datenschutzmerkblatt

Zu finden im KVN-Portal: Verträge/Integrierte Versorgung/AOK - AOK Junior. Die AOK Niedersachsen veranlasst in Kürze den Formulardruck und wird dem Zentralversand der KVN diese Dokumente in ausreichender Stückzahl zur Verfügung stellen. Wir informieren Sie, sobald die Neubestände eingetroffen sind.

3.5. Telematikinfrastruktur - Infoveranstaltungen

Deutschlands größtes elektronisches Gesundheitsnetz entsteht: die Telematikinfrastruktur (TI) im Gesundheitswesen. Für die Anbindung an die Telematikinfrastruktur sind verschiedene IT-Komponenten erforderlich. Für alle gelten hohe Anforderungen an die Funktionalität und Sicherheit. Was Sie als Vertragsarzt oder -psychotherapeuten dazu wissen sollten, fassen wir in Informationsveranstaltungen für Sie zusammen. Wir geben Ihnen einen Überblick über die notwendige technische Ausstattung, die Finanzierung und informieren Sie über den aktuellen Stand bei der Einrichtung der TI.

Die genauen Veranstaltungsorte sowie Uhrzeiten finden Sie auf der Website der KVN unter: <http://www.kvn.de/Seminarangebot/Qualitaets-und-Praxismanagement/> . Für die Veranstaltungen sind Fortbildungspunkte bei der ÄKN beantragt. Bei Fragen zu den Veranstaltungen wenden Sie sich bitte an Ihre KVN Bezirksstelle.

3.6. Neuer E-Mail-Service der KVN - Bitte anmelden

Seit einigen Jahren steht Ihnen die Anwendung „Onlineabrechnung“ im KVN-Portal zur Verfügung, um Ihre Quartalsabrechnung schnell, bequem und sicher online zu uns übertragen zu können. Über den aktuellen Stand Ihrer Abrechnung werden Sie informiert, wenn Sie zusätzlich Ihre E-Mail Adresse innerhalb der Anwendung „Emily“ hinterlegen.

Um Ihnen zukünftig schnell und zielgerichtet wichtige Informationen der KVN per E-Mail zur Verfügung stellen zu können, haben wir unseren Service für Sie erweitert.

Leider müssen Sie uns aufgrund datenschutzrechtlicher Vorgaben Ihre E-Mail-Adresse dazu nochmals in „Emily“ bestätigen.

- E-Mails sind schneller und einfacher als Briefpost
- E-Mails sind innerhalb von Sekunden beim Empfänger und können mit den unterschiedlichsten digitalen Endgeräten gelesen werden
- E-Mails sind archivierbar und nachvollziehbar
- Wir schaffen mit dem E-Mail-Dienst einen direkten Kanal zu Ihnen

Nutzen Sie doch einfach unseren erweiterten Service und abonnieren den Mehrwertdienst „Allgemeine Info“. Dieser Dienst steht Ihnen, nach erfolgreicher Anmeldung im KVN-Portal, unterhalb der Online-Dienste zur Verfügung. Klicken Sie dazu bitte hier: <https://portal7.kvn.de>

Für nähere Information und zum besseren Verständnis haben wir einen kleinen Film für Sie vorbereitet: <https://youtu.be/NGfkTdNFTGg>

Bei Rückfragen können Sie sich gerne zu unseren Servicezeiten (Montag bis Donnerstag 8 bis 18 Uhr, Freitag 8 bis 16 Uhr) an unseren IT-Kundenservice unter 0800-5101025 wenden.

Für die KVN ist es wichtig, mit Ihnen in Verbindung zu bleiben - **Kompetent • Verlässlich • Nah**

3.7. AG Vertragskoordinierung der KBV - „Gesund schwanger“ Beitritt der BKK Deutsche Bank AG

Dem Versorgungsprogramm „Gesund schwanger“ tritt zum 1. Juli 2018 die

- BKK Deutsche Bank AG

bei.

Folgende Betriebskrankenkassen nehmen teil:

Die Vorteile für Sie:

Krankenkasse	VKNR
BAHN-BKK	40401
Bertelsmann BKK	19557
BKK Aesculap	58430
BKK Deutsche Bank AG (ab Juli 2018)	24413
BKK Diakonie	19402
BKK Voralb HELLER*INDEX*LEUZE	61493
Daimler Betriebskrankenkasse	61491
DIE BERGISCHE KRANKENKASSE	37436
Salus BKK	40410
Südzucker BKK	52405
VIACTIV Krankenkasse	18405

Teilnehmende
Betriebskrankenkassen

Den vollständigen Vertrag finden Sie im KVN-Portal: Verträge/Besondere Versorgung/BKK - Gesund schwanger

3.8. Neue Qualitätssicherungsvereinbarung Spezial-Labor

Zum 1. April 2018 ist die neue Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur Erbringung von speziellen Untersuchungen der Laboratoriumsmedizin in Kraft getreten. Die Qualitätssicherungsvereinbarung Spezial-Labor ersetzt die bislang geltenden Richtlinien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung für die Durchführung von Laboratoriumsuntersuchungen in der kassenärztlichen/vertragsärztlichen Versorgung.

Auch die neue Qualitätssicherungsvereinbarung Spezial-Labor findet Anwendung für alle Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 32.3 und für die entsprechenden laboratoriumsmedizinischen Leistungen des Abschnitts 1.7 EBM.

Die Zugangsvoraussetzungen orientieren sich eng an den bisherigen Vorgaben. Ärzte, die eine Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen des Speziallabors haben wollen, müssen an einem Kolloquium teilnehmen. Nach wie vor sind Fachärzte für Laboratoriumsmedizin und für ausgewählte Laborleistungen auch Mikrobiologen,

Transfusionsmediziner und entsprechend den Regelungen im EBM weitere Facharztgruppen von der Teilnahme am Kolloquium ausgenommen.

Neu ist, dass eine Genehmigung mit der Auflage erteilt wird, dass der Arzt innerhalb von zwölf Monaten Nachweise zum internen Qualitätsmanagement zu erbringen hat. Das bedeutet, künftig ist für die neuen Genehmigungsinhaber eine Initialprüfung vorgesehen. Das heißt auch, dass von allen Ärzten, die Leistungen des Speziallabors abrechnen möchten, ein Antrag auf Erteilung einer entsprechenden Laborgenehmigung zu stellen ist.

Zudem wird es künftig im Leistungsbereich Speziallabor Stichprobenprüfungen geben. Hierbei wird die Erfüllung der Anforderungen der Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen (Rili-BÄK) an die interne und externe Qualitätssicherung überprüft. Hierzu werden pro Jahr von mindestens 15 Prozent aller Ärzte, die Leistungen des Speziallabors erbringen und abrechnen, Dokumentationen angefordert.

Die einzureichenden Dokumentationen müssen ein Qualitätsmanagement-Handbuch und u. a. Nachweise zu den verwendeten Geräten, Nachweise über die Mitarbeiterqualifikation und Nachweise zur externen Qualitätssicherung - gültige Ringversuchszertifikate - beinhalten. Bezüglich der Ringversuchsteilnahme bei laboratoriumsmedizinischen Untersuchungen des Bereichs B1 nach der Rili-BÄK gilt die Regelung des § 25 Bundesmantelvertrag-Ärzte. Bei allen anderen Laborleistungen, die gemäß der Rili-BÄK ringversuchspflichtig sind, müssen im Rahmen der Stichprobenprüfung gültige Ringversuchszertifikate zu den erbrachten Leistungen vorgelegt werden.

Positiv zu erwähnen ist, dass bei Ärzten, die die Stichprobenprüfungen ohne Beanstandungen bestehen, weil sie die Anforderungen der Rili-BÄK an die interne und externe Qualitätssicherung erfüllen, eine weitere Prüfung frühestens nach fünf Jahren erfolgt. Mit Vorlage einer gültigen Akkreditierungsurkunde nach DIN EN ISO 15189 (Medizinische Labortorien - Anforderungen an die Qualität und Kompetenz) gelten alle im Rahmen der Stichprobenprüfung erforderlichen Nachweise als erbracht. Auch diese führt zu einer Aussetzung der Stichprobenprüfung von fünf Jahren.

Zudem kann durch die Vorlage einer gültigen Akkreditierungsurkunde nach DIN EN ISO 15189 bereits bei Antragstellung die Nachweispflicht innerhalb von zwölf Monaten erfüllt werden. Das bedeutet, die Initialprüfung entfällt.

3.9. Vertrag über die Hausarztzentrierte Versorgung nach § 73 b SGB V mit der BARMER, hier: Änderung der Vergütungen

Der Hausarztvertrag mit der BARMER musste aufgrund von Vorgaben des Bundesversicherungsamtes mit Wirkung ab 1. April 2018 in den Vergütungsregelungen verändert werden.

Mit Wirkung ab dem 2. Quartal 2018 wird anstelle der bisherigen gestaffelten Vergütungen eine einheitliche quartalsweise Vergütung gezahlt, die unabhängig von der Anzahl der dokumentierten Erkrankungen ist. Die GOP's 99299, 99302, 99303 und 99304 sind somit für die BARMER entfallen. Anstelle dieser Vergütungen wird automatisch die neue GOP 99298 mit einem Betrag von zehn Euro je in der HZV eingeschriebenen chronisch erkrankten Patienten gesetzt. Diese einheitliche Quartalspauschale je Behandlungsfall wird dann automatisch gezahlt, wenn mindestens eine Diagnosegruppe aus dem HZV-Vertrag gekennzeichnet wurde.

3.10. Aktualisierung DMP Asthma

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat am 17. November 2017 das Disease-Management-Programm (DMP) für Patientinnen und Patienten mit Asthma bronchiale in einigen Punkten ergänzt und spezifiziert. Zu den wesentlichen Änderungen gehört, dass zukünftig auch Kinder ab dem 2. Lebensjahr am DMP Asthma teilnehmen können. Die Änderungen sind am 1. April 2018 in Kraft getreten. Mit den gesetzlichen Krankenkassen in Niedersachsen wurden bereits Verhandlungen aufgenommen, um den bestehenden DMP Asthma-Vertrag anzupassen. Die Verhandlungen werden bis spätestens 31. März 2019 abgeschlossen sein, so dass der neue DMP-Asthma- Vertrag voraussichtlich zum 1. April 2019 in Kraft treten kann.

Bis zum Inkrafttreten des neuen DMP Vertrages Asthma gelten die Inhalte des bisherigen Vertrages weiter. Das bedeutet, dass eine Teilnahme am DMP Asthma von Kindern unter fünf Jahren derzeit noch nicht möglich ist. Aus diesem Grund möchten wir Sie bitten, noch keine Einschreibungen für Kinder unter 5 Jahren in das DMP Asthma vorzunehmen. Wir werden Sie informieren, sobald die regionalen Verhandlungen zum Abschluss eines neuen DMP Vertrages Asthma beendet sind und Ihnen die Einzelheiten zu den neuen Inhalten bekannt geben.

Teilnahme von Kindern unter fünf Jahren derzeit nicht möglich

3.11. Masterplan Digitalisierung - jetzt mitmachen; Niedersächsisches Wirtschaftsministerium setzt auf Bürgerbeteiligung

Die Digitalisierung ist das Schwerpunktthema der Niedersächsischen Landesregierung für die kommenden fünf Jahre. Bis zu eine Milliarde Euro stellt das Land zur Verfügung, um Niedersachsen bis 2025 flächendeckend mit glasfaserbasierten Gigabit-Netzen zu versorgen. „Für die Wettbewerbsfähigkeit des Wirtschaftsstandorts Niedersachsen, die Entwicklung unserer Regionen und das Leben und Arbeiten der Men-

schen ist das Gelingen des digitalen Wandels von entscheidender Bedeutung", sagt Niedersachsens Wirtschaftsminister Dr. Bernd Althausmann mit Blick auf die bevorstehenden Herausforderungen.

Bei der Entwicklung des Masterplans „Digitalisierung“ setzt das Wirtschaftsministerium auf die Expertise von Fachleuten - also auch auf niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten.

Über ein Formular können Interessierte Digitalisierungsbeispiele aus der Praxis einsenden und so Teil des Masterplans werden. Das Formular ist unter www.mw.niedersachsen.de/startseite/digitalisierung/niedersachsen-werden-teil-des-masterplans-digitalisierung--163539.html zu finden.

4. Veranstaltungen im Juni und Juli 2018

Hier bekommen Sie eine Übersicht über Seminare und Fortbildungen der KVN mit noch freien Plätzen im Juni und Juli 2018. Ein Anmeldefax ist beigelegt. Bitte nutzen Sie für unterschiedliche Seminare separate Anmeldefaxe. Die ausgefüllten Anmeldungen faxen Sie bitte an folgende Nummer: **0511 380-4620**.

Weitere Informationen, welche Angebote für Ihre Praxis und die MitarbeiterInnen am besten geeignet sind, finden Sie auf unserer Internetseite. Dort können Sie sich auch direkt online anmelden:

<http://www.kvn.de/Seminarangebot/>

Name	Ort	Datum	Gebühr p. P.
Qualitäts- und Praxismanagement			
Kommunikationstraining für MFA Modul 1: Die Rezeption	Oldenburg	20.Jun	65 Euro
Die Medizinische Fachangestellte	Braunschweig	20.Jun	kostenlos
Neue Wege in die Zukunft	Hannover	23.Jun	119 Euro
Organisation und Management in der KJP-Praxis mit SPV	Hannover	02.Jun	135 Euro
Personalführung für PraxisinhaberIn	Hannover	16.Jun	139 Euro
Professionelle Praxisorganisation	Aurich	06.Jun	40 Euro
Qualitätsmanagement für Psychotherapeuten	Oldenburg	23.Jun	135 Euro
Raus aus der Stressfalle für Praxismitarbeiter	Hannover	19.Jun	144 Euro
Verordnung medizinischer Rehabilitation – leicht(er) gemacht	Hannover	13.Jun	30 Euro
Abrechnung und Verordnung			
ZI-Schulung - Typ 2 Diabetes ohne Insulin	Verden	23.Jun	135 Euro
EBM Präventionsleistungen in der Praxis	Osnabrück	27.Jun	kostenlos
Freude mit Formularen - Module 1 und 2	Oldenburg	13.Jun	45 Euro
Richtig verordnen und überweisen	Braunschweig	06.Jun	kostenlos

Wirtschaftsseminare			
Existenzgründerseminar	Göttingen	09.Jun	kostenlos

Verbindliche Anmeldung (bitte vollständig ausfüllen)

Fax an 0511 380-4620

Ich nehme am Seminar

mit _____ Person/en teil.

Datum des Seminars

Vor- und Nachname(n) der/des Teilnehmer/s

Vor- und Nachname des Rechnungsempfängers (Praxis)

Anschrift des Rechnungsempfängers (Straße, PLZ, Ort)

LANR

BSNR

E-Mail-Adresse

Telefonnummer für evtl. Rückfragen

Datum

**Mit der verbindlichen Anmeldung
akzeptiere ich die AGB der KVN.**

Stempel

5. Anlagenverzeichnis

5.1. Sammelerklärung

5.2. Rezept-Info

Gemeinsame Arbeitsgruppe Arzneimittel

Kassenärztliche Vereinigung
Niedersachsen

Verbände der gesetzlichen
Krankenkassen in Niedersachsen



KVN
Kassenärztliche Vereinigung
Niedersachsen



Rezept-Info – Enterale Ernährung

Ist die physiologische Ernährung nicht ausreichend, kann unter bestimmten Voraussetzungen enterale Ernährung verordnet werden. In § 31 SGBV heißt es:

„Versicherte haben Anspruch auf bilanzierte Diäten zur enteralen Ernährung, wenn eine diätetische Intervention mit bilanzierten Diäten **medizinisch notwendig**, zweckmäßig und wirtschaftlich ist.“

Das betrifft:

- Patienten mit angeborenen und seltenen Defekten im Kohlehydrat- und Fettstoffwechsel und anderen diätpflichtigen Krankheiten, die unbehandelt zu schwerer geistiger und körperlicher Beeinträchtigung führen.
- Patienten mit fehlender oder eingeschränkter Fähigkeit zur ausreichenden normalen Ernährung.

Doch welcher Fall ist medizinisch notwendig?

Die normale Ernährung des Patienten hat immer Priorität. Die Arzneimittelrichtlinie (AM-RL) § 21 verpflichtet den behandelnden Arzt, vor einer Verordnung von enteraler Ernährung bestimmte alternative Maßnahmen zu überprüfen und bei Bedarf auch einzuleiten:

- bei unzureichender Energiezufuhr: kalorische Anreicherung der Nahrung mit Hilfe natürlicher Lebensmittel (z.B. Butter, Sahne, Rapsöl...), kalorien- und nährstoffreiche Zwischenmahlzeiten anbieten, Ernährungsgewohnheiten überprüfen
- bei Schluckstörungen: geeignete Lagerung des Patienten und angemessene Beschaffenheit der Nahrung (Festigkeit, Form)
- bei Kaustörungen: Mundpflege, notwendige Zahnbehandlungen, funktionsfähige Zahnprothesen
- Medikamente: Nebenwirkungen auf Appetit und den Ernährungszustand prüfen.
- Zerkleinern: geeignetes Besteck anbieten, Motorik trainieren
- Trinkmenge: ausreichende Trinkmenge sichern, Pflegepersonal oder Angehörige einbinden
- Soziale Maßnahmen: Zeit und Zuwendung beim Essen aufwenden, Angehörige und Pflegepersonal beraten und einbinden, bei Bedarf auch zu Organisation, Einkauf oder Lieferung von Essen

Erst wenn auch nach der Prüfung aller Maßnahmen und Alternativen mithilfe normaler Ernährung keine Verbesserung des Ernährungszustands erreicht werden kann, kann die Verordnung von enteraler Ernährung notwendig werden.

Dabei ist zwischen oraler Trinknahrung und Sondenernährung zu unterscheiden.

Welche Produkte können verordnet werden?

Diätetische Lebensmittel, wenn es sich um bilanzierte Diäten für besondere medizinische Zwecke handelt (Aminosäuremischungen, Eiweißhydrolysate, Elementardiäten und Sondennahrung).

Dabei differenziert die Arzneimittelrichtlinie zwischen

Standardprodukten, die bei der überwiegenden Zahl der Indikationen für enterale Ernährung einsetzbar sind

und

Spezialprodukten, die krankheitsadaptiert bei bestimmten Indikationen eingesetzt werden können, z.B.:

- Niereninsuffizienz
- altersadaptierte Produkte für Säuglinge und Kleinkinder
- Produkte bei Kuhmilcheiweißallergie für Säuglinge und Kleinkinder
- multiple Nahrungsmittelallergien
- Fettverwertungsstörungen, Malassimilationssyndrome (z.B. Kurzdarmsyndrom, Mukoviszidose)
- Defekte im Aminosäuren-, Kohlenhydrat- und Fettstoffwechsel
- Ketogene Diäten bei Epilepsie ohne ausreichende Anfallskontrolle

Welche Produkte können nicht verordnet werden?

- Lebensmittel, Nahrungsergänzungsmittel, sog. Krankenkost und diätetische Lebensmittel können nicht verordnet werden (§ 6 AM-RL)
- Krankheitsadaptierte Produkte für spezielle Indikationen, z.B. chronische Herz-Kreislauf- oder Ateminsuffizienz, Dekubitusprophylaxe oder -behandlung, Diabetes mellitus, Stützung des Immunsystems, Tumorkranken (§ 24 AM-RL)
- hypokalorische Produkte (§ 25 AM-RL)
- HA- Spezialnahrung (§ 25 AM-RL)

Wichtig:

Prüfen Sie vor der Verordnung von enteraler Ernährung, ob eine ausreichende Versorgung durch normale Ernährung möglich ist oder die oben genannten alternativen Maßnahmen greifen. Entscheiden Sie sich für eine Verordnung von enteraler Ernährung aus medizinischen Gründen, wählen Sie ein geeignetes Produkt und legen Sie den täglichen Bedarf und die voraussichtliche Therapiedauer fest.

Dabei sollten der Patient oder Angehörige/Betreuer umfassend über die Entscheidung informiert werden. Die Verordnung von enteraler Ernährung sollte nicht andere Maßnahmen zur Verbesserung der Ernährungssituation ausschließen.

Enterale Ernährung wird den Arzneimittelausgaben zugerechnet und ist damit relevant für die Durchschnittswertprüfung.

Patienteninformation zu enteraler Ernährung

Die Kassenärztliche Vereinigung und die Verbände der Krankenkassen in Niedersachsen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Ihr Arzt hat mit Ihnen über die Verordnung von enteraler Ernährung, also z.B. Trinknahrung oder Sondenkost, gesprochen. Wenn Sie oder ein Angehöriger Probleme haben, das Essen zu kauen und zu schlucken oder genügend Kalorien zu sich zu nehmen, können Ihnen diese Tipps helfen:



- Andicken/Anreichern: Neben vielen kommerziellen Produkten können Sie auch günstige Lebensmittel wie z.B. Mehl, Kartoffelstärke, Gelatine, Agar, Speisestärke oder Johannisbrotkernmehl zum Verdicken nutzen. Kalorienhaltiger werden Speisen z.B. mit Sahnezusatz, mehr Butter, Öl, Käse oder Ei.
- Pürieren: Nicht gut zu schlucken sind klebrige, faserige oder krümelige Speisen mit unterschiedlich großen Stücken. Auch bei einer pürierten Mahlzeit isst das Auge mit, so dass es hilft, sie hübsch anzurichten.
- Spezielles Geschirr: Es sind spezielle Löffel und Trinkgefäße erhältlich, um das Schlucken zu erleichtern.
- Geduld: Auch wenn es schwerfällt und das Essen lange dauert – versuchen Sie, als Angehöriger falls nötig geduldig anzureichen oder zu füttern und die Einbindung ins soziale Leben zu fördern.

Die Ernährung mit natürlicher Nahrung ist gegenüber künstlicher Ernährung immer vorzuziehen – Schluckreflexe und Kaugvorgänge bleiben erhalten, der Darm wird weiterhin gut durchblutet und nicht zuletzt ist die Lebensqualität besser. Haben Sie Fragen? Bitte sprechen Sie mit Ihrem Arzt.

Praxisstempel

Gemeinsame Arbeitsgruppe Arzneimittel

Kassenärztliche Vereinigung
Niedersachsen



Kassenärztliche Vereinigung
Niedersachsen



Verbände der gesetzlichen
Krankenkassen in Niedersachsen



Rezept-Info – Kurzinformation zur Verordnung von enteraler Ernährung

- Die Arzneimittelrichtlinie (§ 21 AM-RL) verpflichtet den behandelnden Arzt, vor einer Verordnung von enteraler Ernährung, bestimmte alternative Maßnahmen zu überprüfen und bei Bedarf auch einzuleiten.
- Natürliche Nahrungsaufnahme ist im Sinne des Patienten zu bevorzugen.
- Bei benötigter enteraler Ernährung verordnen Sie bitte nur Diätetika nach § 23 AM-RL.
- Lebensmittel, Nahrungsergänzungsmittel, sog. Krankenkost und diätetische Lebensmittel können nicht verordnet werden (§ 6 AM-RL).
- Enterale Ernährung wird den Arzneimittelausgaben zugerechnet und ist damit relevant für die Durchschnittswertprüfung.



Informationen für die Praxis

KVN-Rundschreiben

April 2018

Inhaltsverzeichnis

1.	Abrechnung	2
1.1.	Verordnung von Soziotherapie oder medizinischer Rehabilitation für psychologische Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten	2
1.2.	Änderung zur Telefon- bzw. Telefaxliste im Abrechnungscenter	2
2.	Verordnungen	2
2.1.	Neuerungen der Arzneimittelverordnungssoftware	2
2.2.	ATIS - Arzneimitteltherapie-Informationssystem: neue Fax-Nummer	3
3.	Allgemeine Hinweise	4
3.1.	EU-Datenschutz-Grundverordnung stellt neue Anforderungen an Datenschutz in Praxen	4
3.2.	Betreuungsstrukturvertrag der hkk endet am 31. März 2018	4
3.3.	Weitere Nutzungsmöglichkeit der digitalen Überweisung ab 1. April 2018	4
3.4.	Nachzulassung von AHP 200®	5
3.5.	Chroniker-Richtlinie an gesetzliche Änderungen angepasst	5
3.6.	Versicherten-Stammdatendatenabgleich (VSDM) erfordert aktuelle eGK des Versicherten	6
3.7.	Aufnahme des Screenings auf Tyrosinämie Typ I in das Erweiterte Neugeborenen Screening	7
3.8.	BKK „Erweitertes Präventionsangebot für Kinder U10/ U11 (Starke Kids)“ - Vertragsteilnahme der R + V Betriebskrankenkasse endet	7
4.	Veranstaltungen im Mai und Juni 2018	8
5.	Anlagenverzeichnis	11
5.1.	Telefonverzeichnis Abrechnungscenter	11
5.2.	Merkblatt Fehlermeldung	11
5.3.	Verwendung digitaler Vordrucke	11

1. Abrechnung

1.1. Verordnung von Psychotherapie oder medizinischer Rehabilitation für psychologische Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

Der Bewertungsausschuss hat zum 1. April 2018 einen Beschluss im Zusammenhang mit der Neufassung der Psychotherapie-Richtlinie und der Rehabilitations-Richtlinie durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) beschlossen. Danach können nunmehr auch psychologische Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten die Verordnung von Psychotherapie und medizinischer Rehabilitation abrechnen. Die Abrechnung erfolgt jeweils extrabudgetär nach den bereits existierenden drei GOP

- GOP 01611 Verordnung von medizinischer Rehabilitation (302 Punkte bzw. 32,18 Euro)
- GOP 30810 Erstversorgung Psychotherapie (168 Punkte bzw. 17,90 Euro)
- GOP 30811 Folgeverordnung Psychotherapie (168 Punkte bzw. 17,90 Euro)

GOPs

Einen kompakten Überblick für psychologische Psychotherapeuten sowie für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zu den neuen Verordnungsbefugnissen im Bereich Rehabilitation, Psychotherapie, Krankenhauseinweisung sowie Krankentransport bietet eine neue Broschüre der KBV. Das Serviceheft „Praxiswissen: Hinweise zur Verordnung für Psychotherapeuten“ wird am 10. April 2018 der PP-Ausgabe des Deutschen Ärzteblatts beigelegt.

Der komplette Beschluss wurde auf der Internet-Seite des Institutes des Bewertungsausschusses unter <http://institut-ba.de/ba/beschluesse.html> veröffentlicht.

1.2. Änderung zur Telefon- bzw. Telefaxliste im Abrechnungszentrum

Die aktualisierte Übersicht mit Ansprechpartnern finden Sie im KVN-Portal unter Abrechnung/Abrechnungszentrum/Ansprechpartner und ist diesem Rundschreiben als Anlage beigelegt.

Anlage 5.1: Telefonliste Abrechnungszentrum

2. Verordnungen

2.1. Neuerungen der Arzneimittelverordnungssoftware

Zum 1. April 2018 ändert sich die Aktualisierungsfrequenz der Arzneimittelstammdaten innerhalb der Verordnungssoftware. Anstatt einer quartalsweisen Aktualisierung werden die Arzneimittelstammdaten nun

mindestens monatlich aktualisiert. Darauf haben sich die KBV und der GKV-Spitzenverband unter Vermittlung des Bundesschiedsamtes verständigt. Hintergrund ist das im Dezember 2015 in Kraft getretene sogenannte „E-Health-Gesetz“, nach dem die Vertragsärzte für die Verordnung von Arzneimitteln nur solche elektronischen Programme nutzen dürfen, die Informationen zu Arzneimitteln, wie u. a. Preise, mit dem jeweils aktuellen Stand enthalten.

Die Möglichkeit eines Updates mittels Datenträger bleibt erhalten. Der Arzt wird bei erstmaligem Aufruf der Software mit einem Hinweis darauf aufmerksam gemacht, dass der Zeitpunkt des vorgesehenen Updates um fünf Arbeitstage überschritten wurde.

Zudem wird zukünftig bei jeder Verordnung automatisch, soweit verfügbar, die Pharmazentralnummer (PZN) aufgedruckt. Dadurch sollen Fehlinterpretationen und Rückfragen der Apotheken in der Arztpraxis reduziert werden. Verordnungen von Arzneimitteln über Wirkstoffbezeichnungen sind weiterhin möglich.

Mindestens monatlich

2.2. ATIS - Arzneimitteltherapie-Informationssystem: neue Fax-Nummer

Für Anfragen an das Arzneimitteltherapie-Informationssystem ATIS hat sich die Fax-Nummer geändert. Alle Anfragen zu Arzneimittelwirkungen können auf folgendem Wege an das ATIS-Team gestellt werden:

KV Niedersachsen
z. H. Dr. Friederike Laidig
Berliner Allee 22
30175 Hannover
Fax: 0511 380-4617

Im KVN-Portal sind darüber hinaus ein Faxvordruck sowie ein elektronisches Kontaktformular unter Verordnungen/Arzneimittel/Arzneimittelservice/ATIS zu finden.

Das Arzneimitteltherapie-Informationssystem ATIS steht als klinisch-pharmakologischer Konsiliardienst der Medizinischen Hochschule Hannover durch Kooperation mit der KVN auch den Mitgliedern der KVN zur Verfügung.

Über ATIS können an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte für patientenindividuelle Einzelfälle erfragen, welche Neben- oder Wechselwirkungen Medikamente haben, wie die Dosis bei Nieren- oder Leberinsuffizienz individuell angepasst werden kann, welche Gegenanzeigen oder therapeutischen Alternativen es gibt, welche Arzneimittel im Alter geeignet sind oder welche Medikamente während der Schwangerschaft oder Stillzeit eingenommen werden dürfen. Dieser Service steht allen Vertragsärzten in Niedersachsen kostenlos zur Verfügung.

Hintergrundinformationen

3. Allgemeine Hinweise

3.1. EU-Datenschutz-Grundverordnung stellt neue Anforderungen an Datenschutz in Praxen

Die EU-Datenschutz-Grundverordnung ist ab 25. Mai geltendes nationales Recht. Zusammen mit dem im Juli 2017 neu gefassten Bundesdatenschutzgesetz erfolgt dadurch eine grundlegende Neuordnung des Datenschutzrechts in Deutschland. Diese datenschutzrechtlichen Bestimmungen sind auch für Ärzte und Psychotherapeuten relevant - vor allem, weil sie die Einhaltung des Datenschutzes nachweisen müssen.

Auf der Homepage der KVN unter www.kvn.de/Praxis/EU-DSGVO finden Sie dazu ein ganzes Bündel von Grundinformationen für ärztliche und therapeutische Praxen erarbeitet. In einer Praxisinformation wird detailliert und praktisch beschrieben, wie Ärzte und Psychotherapeuten vorgehen müssen, um die neuen Vorgaben korrekt umsetzen zu können. Hinzu kommen ein Vordruck für eine Checkliste, mit der sich Praxen einen raschen Überblick über den Umsetzungsstand der EU-DSGVO verschaffen können, ein Muster für einen Aushang, mit dem die Patienten über die Sicherung der Daten informiert werden sollen, sowie ein Ausfüllbeispiel für ein Verzeichnis von Verarbeitungstätigkeiten, das jede Praxis anzufertigen hat. Der Patient steht bei den Praxen stets im Mittelpunkt. Dies sollte auch beim Datenschutz gelten und es sollten in erster Linie die Informationen für Patienten bereitgestellt werden.

Grundinformationen

3.2. Betreuungsstrukturvertrag der hkk endet am 31. März 2018

Die hkk hat aufgrund aufsichtsrechtlicher Vorgaben den bestehenden Betreuungsstrukturvertrag außerordentlich zum 31. März 2018 gekündigt.

3.3. Weitere Nutzungsmöglichkeit der digitalen Überweisung ab 1. April 2018

Bisher ist die Nutzung digitaler Vordrucke nur für das Muster 6 möglich, wenn dieses für die Überweisung zum radiologischen Telekonsil verwendet wird, sowie für Muster 10 für Laborüberweisungen und Muster 10A für Laboranforderungen bei Laborgemeinschaften. Ab dem 1. April 2018 kann das digitale Muster 6 (Überweisungsschein) immer dann verwendet werden, wenn für die Durchführung der Leistung des überweisungsannahmenden Arztes kein Arzt-Patienten-Kontakt erforderlich ist.

Damit kann das digitale Muster 6 zukünftig z. B. für die Überweisung vom Chirurgen zum Pathologen genutzt werden oder bei der Übersendung von Langzeit-EKG-Daten zur Auswertung durch einen anderen Vertragsarzt. Auch bei der Übermittlung von Daten für ein geriatrisches Assessment kann mit dem digitalen Muster 6 zukünftig ein vollständig papierloser Datenaustausch erfolgen.

Für die erweiterte Nutzung des digitalen Musters 6 gelten die gleichen Rahmenbedingungen wie für die bisher schon bestehenden digitalen Vordrucke (siehe Anlage aus dem Rundschreiben 3/2017).

Anlage 5.3: Verwendung digitaler Vordrucke

3.4. Nachzulassung von AHP 200®

Das Präparat „AHP 200®“ galt bisher als fiktiv zugelassenes Arzneimittel. Das BfArM hat mit Bescheid vom 24. Januar 2018 eine Nachzulassung erteilt. AHP 200® wird eingesetzt bei:

- Degenerative Gelenkerkrankungen in schmerzhaften oder entzündlichen Stadien (Arthrosen z. B. des Knies, der Hüfte, der Schulter, der Wirbelsäule, der kleinen Gelenke; Polyarthrosen; Chondropathia patellae), Arthritis, Periarthritis, Bursitis, Tendinitis, Tendovaginitis
- Entzündliche Bindegewebserkrankungen

Somit ist AHP 200® bei entsprechender medizinischer Indikation zu Lasten der GKV verordnungsfähig.

Bei fiktiv zugelassenen Arzneimitteln handelt es sich um Arzneimittel, die beim Inkrafttreten des Arzneimittelgesetzes (AMG) 1976 nach altem Recht verkehrsfähig waren. Für diese Alt- Arzneimittel muss nach dem neuen AMG eine Nachzulassung beantragt und so Qualität, Wirksamkeit und Unbedenklichkeit belegt werden. Diese Nachzulassungsverfahren sind aufgrund laufender Klageverfahren noch nicht für alle fiktiven Arzneimittel endgültig abgeschlossen. Aus verfahrensrechtlichen Gründen sind diese Präparate aber weiterhin arzneimittelrechtlich zulässig (fiktiv zugelassen) und verkehrsfähig. Das Bundessozialgericht hat im Jahr 2005 entschieden, dass gesetzliche Krankenkassen nicht verpflichtet sind, die Kosten für fiktiv zugelassene Arzneimittel zu übernehmen.

Eine Auflistung fiktiver Arzneimittel, ohne Gewähr auf Vollständigkeit und Richtigkeit, finden Sie im Portal unter Verordnungen/Arzneimittel /Veröffentlichungen/Liste von fiktiv zugelassenen Arzneimitteln.

3.5. Chroniker-Richtlinie an gesetzliche Änderungen angepasst

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat die Chroniker-Richtlinie angepasst. Der Grund waren verschiedene gesetzliche Änderungen. Am 6. März 2018 traten die Änderungen in Kraft. Die Einzelheiten möchten wir Ihnen im Folgenden näher erläutern.

Anpassung an das Pflegestärkungsgesetz II (PSG II)

Durch das PSG II wurden die Pflegestufen durch Pflegegrade ersetzt. Da die Chroniker-Richtlinie bei der Definition einer schweren chronischen Krankheit auf die Pflegestufen 2 oder 3 Bezug nimmt, musste eine entsprechende Überleitung auf die Pflegegrade 3, 4 oder 5 erfolgen.

Hintergrund

Änderungen seit
6. März 2018 in Kraft

Anpassung an das Bundesversorgungsgesetz

Mit Inkrafttreten des „Gesetzes zur Änderung des Bundesversorgungsgesetzes und anderer Vorschriften des sozialen Entschädigungsrechts“ wurde der Begriff „Minderung der Erwerbsfähigkeit“ (MdE) durch den neuen Begriff „Grad der Schädigungsfolgen“ (GdS) ersetzt. Aufgrund der gesetzlichen Änderungen mussten in der Chroniker-Richtlinie die Begrifflichkeiten und Bezüge zur Feststellung angepasst werden.

Anpassung an das Krebsfrüherkennungs- und Krebsregistergesetz

Mit dem Krebsfrüherkennungs- und Krebsregistergesetz (KFRG) ist zudem die Feststellung eines therapiegerechten Verhaltens zur Erlangung der reduzierten Belastungsgrenze entfallen. Infolgedessen wurden im § 3 der Chroniker-Richtlinie die Absätze 4 bis 6 aufgehoben. Chronisch Kranke müssen sich somit künftig kein therapiegerechtes Verhalten mehr bescheinigen lassen, um eine abgesenkte Belastungsgrenze für Zuzahlungen zu erreichen.

Auch die Notwendigkeit, dass Versicherte vor ihrer Erkrankung regelmäßig Krebsfrüherkennungsuntersuchungen in Anspruch nehmen müssen fällt mit dem KFRG weg.

3.6. Versicherten-Stammdatendatenabgleich (VSDM) erfordert aktuelle eGK des Versicherten

Praxen, die bereits an die Telematikinfrastruktur (TI) angebunden sind, sehen sich vermehrt mit der Meldung „ungültige eGK“ im Praxisverwaltungssystem (PVS) konfrontiert. Das liegt in den meisten Fällen daran, dass die Patienten nicht mit ihrer aktuellen elektronischen Gesundheitskarte (eGK) in die Praxis kommen. Hat die Krankenkasse einem Versicherten eine neue eGK ausgestellt, z. B. als Ersatz für eine verlorene Karte, dann verliert die alte Karte damit sofort ihre Gültigkeit.

Die alte eGK wird beim Online-Abgleich nicht mehr akzeptiert, falls sie evtl. später wiedergefunden und verwendet wird. Lehnt das PVS eine eGK ab, fragen Sie daher den Patienten, ob er von seiner Krankenkasse in der Zwischenzeit eine neue eGK erhalten hat und versehentlich weiterhin die alte eGK nutzt. Die alte ungültige eGK sollte in diesem Fall zerschnitten und entsorgt werden.

Legt der Patient nicht innerhalb von zehn Tagen eine gültige Chipkarte vor, können Sie für die Behandlung eine Privatvergütung verlangen. Reicht der Patient bis zum Ende des Quartals die gültige eGK nach, erhält er den Betrag zurück.

Das sogenannte Ersatzverfahren ist nur anzuwenden, wenn es sich um einen Notfall handelt, oder die Karte defekt ist.

Folgende Daten sind in diesen Fällen zu erheben und anzugeben:

- Bezeichnung der Krankenkasse,
- Name, Vorname und Geburtsdatum des Versicherten,
- Versichertenart,
- Postleitzahl des Wohnortes und
- nach Möglichkeit die Krankenversicherungsnummer

Daten für Ersatzverfahren

Der Versicherte bestätigt durch seine Unterschrift auf dem Abrechnungsschein (Vordruckmuster 5) das Bestehen des Versicherungsschutzes. Dies gilt nicht für Vordruckmuster 19, sofern es im Notfalldienst verwendet wird.

Das Versichertenstammdatenmanagement gilt nicht für Sonstige Kostenträger. Die Krankenversichertenkarten (alte KVK) dieser Personenkreise können weiterhin ohne Online-Prüfung eingelefen werden.

Für einen reibungslosen Praxisablauf informieren Sie Ihre Patienten am besten zukünftig, dass sie immer und ausschließlich die aktuellste eGK in der Praxis vorlegen müssen. Im Anhang haben wir für Sie eine Kopiervorlage mit einem Merkblatt für Patienten beigelegt, was Patienten im Falle einer Ablehnung ihrer Versicherungskarte zu tun haben.

Kopiervorlage

Anlage 5.2: Merkblatt Fehlermeldung

3.7. Aufnahme des Screenings auf Tyrosinämie Typ I in das Erweiterte Neugeborenen Screening

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat das Screening von Neugeborenen zur Früherkennung der Tyrosinämie Typ I mittels Massenspektrometer in die Kinder-Richtlinie aufgenommen. Die seltene erbliche Stoffwechselerkrankung Tyrosinämie Typ 1 ist als 13. Zielerkrankung in das bestehende Neugeborenen-Screening aufgenommen worden.

Der Beschluss ist zwar am 16. März 2018 in Kraft getreten, das Screening wird jedoch erst dann Kassenleistung, wenn die Vergütung im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) geregelt ist. Hierfür hat der Bewertungsausschuss nun längstens sechs Monate Zeit. Sobald der EBM entsprechend angepasst wurde, werden wir Sie umgehend informieren.

3.8. BKK „Erweitertes Präventionsangebot für Kinder U10/ U11 (Starke Kids)“ - Vertragsteilnahme der R + V Betriebskrankenkasse endet

Die R + V Betriebskrankenkasse hat ihre Vertragsteilnahme fristgerecht zum 30. Juni 2018 gekündigt. Infolgedessen sind die Gebührenordnungspositionen 99216 (U10) und 99217 (U11) für Versicherte dieser Kasse nur noch im 2. Quartal 2018 abrechenbar.

Den vollständigen Vertrag finden Sie im KVN-Portal: Verträge/Besondere Versorgung/BKK - Prävention für Kinder - Starke Kids (U10/ U11)

4. Veranstaltungen im Mai und Juni 2018

Hier bekommen Sie eine Übersicht über Seminare und Fortbildungen der KVN mit noch freien Plätzen im Mai und Juni 2018. Ein Anmeldefax ist beigelegt. Bitte nutzen Sie für unterschiedliche Seminare separate Anmeldefaxe. Die ausgefüllten Anmeldungen faxen Sie bitte an folgende Nummer: **0511 380-4620**.

Weitere Informationen, welche Angebote für Ihre Praxis und die MitarbeiterInnen am besten geeignet sind, finden Sie auf unserer Internetseite. Dort können Sie sich auch direkt online anmelden:

<http://www.kvn.de/Seminarangebot/>

Name	Ort	Datum	Gebühr p. P.
Qualitäts- und Praxismanagement			
Fehler- und Risikomanagement in der Praxis	Hannover	26.Mai	135 Euro
IGeLn leicht gemacht	Verden	01.Jun	89 Euro
Kommunikationstraining	Aurich	16.Mai	80 Euro
Kommunikationstraining für MFA Modul 1: Die Rezeption	Oldenburg	20.Jun	65 Euro
Kurze Wartezeiten - Gutes Terminsystem	Osterholz-Scharmbeck	02.Mai	85 Euro
Kurze Wartezeiten - Gutes Terminsystem	Oldenburg	20.Jun	85 Euro
Die Medizinische Fachangestellte	Braunschweig	20.Jun	kostenlos
Neue PraxismitarbeiterIn professionell einarbeiten	Hannover	09.Jun	99 Euro
Neue Wege in die Zukunft	Hannover	23.Jun	119 Euro
Organisation und Management in der KJP-Praxis mit SPV	Hannover	02.Jun	135 Euro
Praxisführung für PraxisinhaberIn	Hannover	16.Jun	139 Euro
Professionelle Praxisorganisation	Aurich	06.Jun	40 Euro
QEP-Einführungsseminar	Oldenburg	09.Jun	170 Euro
Qualitätsmanagement ganz einfach	Verden	30.Jun	99 Euro
Qualitätsmanagement für Psychotherapeuten	Oldenburg	23.Jun	135 Euro

Raus aus der Stressfalle für Praxismitarbeiter	Hannover	19.Jun	144 Euro
So gelingt es auch mit schwierigen Patienten	Verden	20.Jun	50 Euro
Teamführung und Konfliktmanagement	Verden	30.Mai	50 Euro
Verordnung medizinischer Rehabilitation – leicht(er) gemacht	Hannover	13.Jun	30 Euro
Abrechnung und Verordnung			
ZI-Schulung - Typ 2 Diabetes ohne Insulin	Verden	23.Jun	135 Euro
EBM Präventionsleistungen in der Praxis	Osnabrück	27.Jun	kostenlos
Fit IGeLn	Stade	23.Mai	kostenlos
Freude mit Formularen - Module 1 und 2	Oldenburg	13.Jun	kostenlos
Grundzüge des EBM	Oldenburg	23.Mai	kostenlos
Honorarbescheid - Ein Buch mit 7 Siegeln	Stade	16.Mai	kostenlos
Honorarbescheid - Ein Buch mit 7 Siegeln	Lüneburg	23.Mai	kostenlos
Honorarbescheid - Ein Buch mit 7 Siegeln	Osnabrück	23.Mai	kostenlos
Honorarbescheid lesen und verstehen	Braunschweig	30.Mai	kostenlos
Honorarbescheid lesen und verstehen	Hannover	09.Mai	kostenlos
Sicher durch den „Heilmittel- Verordnungs-Dschungel“	Verden	09.Mai	kostenlos
Richtig verordnen und überweisen	Braunschweig	06.Jun	kostenlos
Sonographie	Braunschweig	30.Mai	30 Euro
Wirtschaftsseminare			
Existenzgründertag	Leer	05.Mai	kostenlos
Niederlassen in Niedersachsen	Oldenburg	30.Mai	kostenlos

Verbindliche Anmeldung (bitte vollständig ausfüllen)

Fax an 0511 380-3480

Ich nehme am Seminar

mit _____ Person/en teil.

Datum des Seminars

Vor- und Nachname(n) der/des Teilnehmer/s

Vor- und Nachname des Rechnungsempfängers (Praxis)

Anschrift des Rechnungsempfängers (Straße, PLZ, Ort)

LANR

BSNR

E-Mail-Adresse

Telefonnummer für evtl. Rückfragen

Datum

**Mit der verbindlichen Anmeldung
akzeptiere ich die AGB der KVN.**

Stempel

5. Anlagenverzeichnis

- 5.1. Telefonverzeichnis Abrechnungcenter**
- 5.2. Merkblatt Fehlermeldung**
- 5.3. Verwendung digitaler Vordrucke**

Liebe Patientin, lieber Patient,

der Gesetzgeber hat uns zur Online-Überprüfung Ihrer Elektronischen Gesundheitskarte verpflichtet. Dabei wird überprüft, ob Ihre Adresse auf der Elektronischen Gesundheitskarte noch aktuell ist und ob ein gültiges Versicherungsverhältnis besteht.

Diese Online-Überprüfung ist bei jedem ersten Patientenkontakt im Quartal verpflichtend.

Beim Einlesen der vorgelegten elektronischen Gesundheitskarte ist eine Meldung aufgetreten. Dies kann unterschiedliche Ursachen haben. Eine Klärung der Ursache kann in Ihrem Fall nur von Ihrer Krankenkasse durchgeführt werden. Bitte wenden Sie sich hierzu unter Vorlage der verwendeten Gesundheitskarte und mit diesem Formular an Ihre Krankenkasse.

Bitte prüfen Sie auch, ob Sie in der Zwischenzeit eine neuere Gesundheitskarte von Ihrer Krankenkasse erhalten haben. In diesem Fall vernichten Sie die vorgelegte Karte.

Aufgetretene Meldung beim Einlesen der elektronischen Gesundheitskarte:

- Karte nicht lesbar bzw. defekt
- Fehlercode 106: Zertifikat auf eGK gesperrt
- Fehlercode 107: Zertifikat auf eGK ungültig
- Fehlercode 113: Leseversuch von veralteter eGK
- Fehlercode 114: Gesundheitsanwendung auf eGK gesperrt
- Prüfungsnachweis 4: Authentifizierungszertifikat eGK ungültig

Die Meldung trat in folgender Praxis auf:

Praxisstempel

Ihre
Kassenärztliche Vereinigung
Niedersachsen



KVN

Kassenärztliche Vereinigung
Niedersachsen

Verwendung digitaler Vordrucke in der vertragsärztlichen Versorgung

Wir möchten Sie darüber informieren, dass die KBV und der GKV Spitzenverband Regelungen getroffen haben, die die Verwendung digitaler Vordrucke ermöglicht.

Welche Vordrucke können digital erstellt werden?

- ab 1. April 2017 Muster 6 (Überweisungsschein zum radiologischen Telekonsil)
- ab 1. Juli 2017 Muster 10 (Überweisungsschein für Laboruntersuchungen)
- ab 1. Juli 2017 Muster 10A (Anforderungsschein für Laboruntersuchungen bei Laborgemeinschaften)

Freiwillige Nutzung

Es gibt keine Verpflichtung, die digitalen Vordrucke zu nutzen. Vertragsärzte können entscheiden ob sie einen Vordruck in ihrer Praxis konventionell bedrucken, per Blankoformularbedruckung erstellen oder digital erstellen, übermitteln und empfangen wollen.

Überweisung zum radiologischen Telekonsil

Eine Überweisung zum radiologischen Telekonsil erfolgt ausschließlich in digitaler Form, da auch die Röntgenbilder elektronisch übermittelt werden.

Signatur

Digitale Vordrucke müssen vom ausstellenden Arzt mit seinem elektronischen Heilberufsausweis elektronisch signiert werden.

Eine Ausnahme gilt für Anforderungen von Laboruntersuchungen in Laborgemeinschaften auf Muster 10A. Diese dürfen Ärzte ohne Signatur versenden.

Übermittlung

Digitale Vordrucke müssen auf einem sicheren Weg mit einer „End-zu-End-Verschlüsselung“ übermittelt werden. Das Verschlüsselungsverfahren muss vom Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik empfohlen sein. Der genutzte Dienst muss zudem über die Telematikinfrastruktur (TI) erreichbar sein. Allerdings gibt es eine Übergangsfrist von zwölf Monaten, da die TI derzeit noch nicht flächendeckend erreichbar ist.



KVN

Kassenärztliche Vereinigung
Niedersachsen

Informationen für die Praxis

KVN-Rundschreiben

März 2018

Inhaltsverzeichnis

1. Abrechnung	3
1.1. Abgabetermin Quartalsabrechnung 1/2018.....	3
1.2. Amtliche Mitteilung der KVN zum HVM für das 2. Quartal 2018 für Haus- und Kinderärzte	3
1.3. Amtliche Mitteilung der KVN zum HVM Teil B Nr. 16.1 und 16.2 für das 2. Quartal 2018 - Fachgruppendurchschnittswerte für Individualbudgets.....	4
1.4. Mitteilung der fachgruppendurchschnittlichen Obergrenze für Kontrastmittel für das Quartal 2/2018 .	4
1.5. Informationen zur TerminServiceStelle (TSS).....	4
2. Verordnungen.....	5
2.1. Beendigung der Zytostatika-Rabattverträge zu Fertigarzneimitteln in parenteralen Zubereitungen in der Onkologie	5
2.2. Gemeinsame Arbeitsgruppe Arzneimittel - Rezept-Info zum Thema Verordnung von Biosimilars: Insulin lispro/glargin.....	6
2.3. Anpassungen innerhalb einzelner Wirtschaftlichkeitsziele.....	6
3. Allgemeine Hinweise	6
3.1. Tritt nicht in Kraft: Vertrag zur „Verbesserung der patientenorientierten medizinischen Versorgung“ mit der Techniker Krankenkasse (TK) geplant zum 1. April 2018	6
3.2. Abrechnungsvoraussetzungen zur Chronikerpauschale	7
3.3. Anforderung von Laborparametern	8
3.4. Tonsillotomievertrag mit der Bahn BKK endet am 31. März 2018	9
3.5. Zahnärztliches Kinderuntersuchungsheft in überarbeiteter Form verfügbar	9
3.6. Rechtfertigende Indikation für die kurative Mammographie.....	9

3.7.	Grippe-Impfsaison 2018/2019	10
3.8.	Nachweis der jährlichen Fortbildungspflicht aus Sonderverträgen - Fortbildungspflicht des Jahres 2017.....	10
3.9.	Fachseminar II für die Fachkraft in der kurativen Mammographie.....	11
3.10.	Fortbildungskurs Kurative Mammographie nach der Mammographie-Vereinbarung („Befundungstraining“)	11
3.11.	Erprobung von Herzsportgruppen ohne ständige ärztliche Begleitung in Modellregionen – Einverständnis verordnender Ärzte erforderlich	11
3.12.	BKK „Erweitertes Präventionsangebot für Kinder U10/ U11 (Starke Kids)“ - Vertragsteilnahme der Schwenniger Betriebskrankenkasse endet	12
4.	Veranstaltungen im April und Mai 2018	13
5.	Anlagenverzeichnis	16
5.1.	Amtliche Mitteilung zum HVM für Haus- und Kinderärzte 2/2018.....	16
5.2.	Amtliche Mitteilung zum HVM Teil B Nr. 16.1 und 16.2.....	16
5.3.	Rezept-Info	16
5.4.	Liste Ärztliche Stelle und Orientierungshilfe	16
5.5.	Fachseminar II	16
5.6.	Fortbildungskurs	16

1. Abrechnung

1.1. Abgabetermin Quartalsabrechnung 1/2018

Der Abgabetermin für die Abrechnung des 1. Quartals 2018 ist der 10. Kalendertag des nachfolgenden Quartals und somit der 10. April 2018.

10. April 2018

Bitte denken Sie daran, auch bei der Online-Übermittlung von Abrechnungsdatei(en),

- das Muster der aktuellen Sammelerklärung (Stand: 1/2017) vollständig ausgefüllt, mit Unterschrift und dem Vertragsarztstempel versehen, einzureichen. Das Muster kann auch im KVN-Portal unter Abrechnung/Abrechnungcenter/Informationen zur Quartalsabrechnung/Downloads ausgedruckt werden;
- die abzugebenden Behandlungsausweise (sortiert nach der Liste: KBV-Prüfmodul Abgabe Behandlungsausweise) einzureichen;
- abhängig von Ihren erbrachten Leistungen: Früherkennungskolonoskopie, Hautkrebsscreening, Daten gem. der QS-Richtlinie Dialyse rechtzeitig online zu dokumentieren und zu übertragen;
- ggf. zusätzliche Unterlagen einzureichen:
Sachkostenbelege / Rechnungen,
Behandlungsplan zur künstlichen Befruchtung Muster 70/70A,
Mitteilungen der Praxis zur eingereichten Abrechnung (Beispiel: Pat. Y ist zu löschen, da jetzt BG-Fall).

Listen wie z. B. Prüfprotokolle, Sortier- oder Versandlisten benötigen wir nicht.

Wird nicht benötigt

Bitte beachten Sie, dass Dokumente wie z. B. RLV-Anträge, Genehmigungsanträge, Widersprüche gegen den Honorarbescheid direkt an die Bezirksstellen zu senden sind.

Direkt an Bezirksstellen

Ansprechpartner bei Terminproblemen ist Ihre Bezirksstelle. Sollten Sie den Abgabetermin nicht einhalten können, so nehmen Sie bitte rechtzeitig Kontakt mit Ihrer Bezirksstelle auf, um aus einer verspätet eingereichten Quartalsabrechnung möglicherweise resultierende Konsequenzen zu vermeiden.

1.2. Amtliche Mitteilung der KVN zum HVM für das 2. Quartal 2018 für Haus- und Kinderärzte

Die für das 2. Quartal 2018 geltenden RLV-/QZV-Mindestfallwerte für Haus- und Kinderärzte sowie die Fallzahlgrenzen für die Fallwertminderung bzw. die Fallzahlzuwachsbegrenzungsregelung (FZZB) entnehmen Sie bitte der Anlage 5.1 zu diesem Rundschreiben. Zusätzlich sind diese Daten auch bereits seit dem 28. Februar 2018 über das KVN-Portal abrufbar.

Anlage 5.1: Amtliche Mitteilung zum HVM für Haus- und Kinderärzte 2/2018

1.3. Amtliche Mitteilung der KVN zum HVM Teil B Nr. 16.1 und 16.2 für das 2. Quartal 2018 - Fachgruppendurchschnittswerte für Individualbudgets

Die für das 2. Quartal 2018 geltenden Fachgruppendurchschnittswerte für Individualbudgets entnehmen Sie bitte der Anlage 5.2 zu diesem Rundschreiben. Zusätzlich sind diese Daten auch bereits seit dem 5. März 2018 über das KVN-Portal abrufbar.

Anlage 5.2: Amtliche Mitteilung zum HVM Teil B Nr. 16.1 und 16.2

1.4. Mitteilung der fachgruppendurchschnittlichen Obergrenze für Kontrastmittel für das Quartal 2/2018

Gemäß der Kontrastmittelvereinbarung, die die KVN mit den Landesverbänden der Krankenkassen in Niedersachsen zum 1. Januar 2016 abgeschlossen hat, gelten für das 2. Quartal 2018 für Ärzte, die im Basisquartal 2/2017 (noch) keine Kontrastmittel über die o. g. Vereinbarung abgerechnet haben, folgende fachgruppendurchschnittlichen Obergrenzen:

• Institute, Krankenhäuser	603,85 Euro
• Fachärzte für Nuklearmedizin	10.538,71 Euro
• Fachärzte für Diagnostische Radiologie	23.171,50 Euro
• Fachärzte für Urologie	1.778,81 Euro

Obergrenzen

Die Vereinbarung gilt für Fachärzte für Nuklearmedizin, Diagnostische Radiologie und Urologie verbindlich. Für andere Fachgruppen nur, wenn in der eigenen BAG/MVZ oder im Institut/Krankenhaus ein Facharzt für Nuklearmedizin, Diagnostische Radiologie oder Urologie tätig ist.

Diese Daten sind über das KVN-Portal unter Verträge/Sonstige Verträge/Kontrastmittel-Vereinbarung abrufbar.

1.5. Informationen zur TerminServiceStelle (TSS)

Wir danken allen Praxen, die die TSS mit Terminen unterstützen - und bitten Sie sowie alle anderen Praxen, dies auch weiterhin zu tun. Dank Ihres Engagements ist es der TSS bisher gelungen, den weit überwiegenden Teil der Anfragen erfolgreich mit einem Termin zu bedienen.

Besonders knapp sind weiterhin Terminangebote bei/von Psychotherapeutischen Sprechstunden und Akutbehandlungen sowie in der Nervenheilkunde und der Rheumatologie.

Ablauf Terminvergabe

Für die Terminvergabe stellt die Praxis im eTerminservice im KVN-Portal unter Online-Dienste die Termine eigenständig ein. Die TSS greift auf diese zu, wenn ein Patient einen Termin sucht.

Vor der Vergabe werden die Kontaktdaten des Patienten erfasst und der Patient dringend darauf hingewiesen, dass er sich in der Praxis melden

muss, um den Termin zu bestätigen. Einen Anspruch darauf hat die TSS - und damit die Praxis - leider nicht.

Ein Termin kann dabei nur einmal vergeben werden, Doppelbuchungen sind technisch ausgeschlossen. Die Patientendaten können im eTerminservice eingesehen werden.

Leider ist die Pflege in der eigenen Praxissoftware zusätzlich zum eTerminservice notwendig. Angebotene Termine sind dort zunächst freizuhalten („KVN-Termin“) und bei Vergabe zu blocken.

Pflege Praxissoftware

Termin absagen und blockieren

Sagt der Patient einen Termin ab, so verweist die TSS ihn an die Praxis, d. h. er soll den Termin direkt in der Praxis absagen. Die Praxis muss dann den Termin im eTerminservice zunächst „absagen und blockieren“; anschließend kann sie ihn der TSS wieder freigeben. Nur dann erhält diese wieder Zugriff auf den Termin.

Dabei kann die TSS nur auf Termine zugreifen, die weiter als eine Woche vom aktuellen Termin entfernt sind.

Natürlich kann eine Praxis angebotene Termine auch wieder zurückziehen, d. h. sie kann diese im eTerminservice auf demselben Weg wie bei einer patientenseitigen Absage „absagen und blockieren“. **ACHTUNG:** Der Patient muss separat durch die Praxis informiert werden. Dies geschieht nicht automatisch.

In beiden Fällen kann die TSS diese nicht mehr vergeben.

Probatorische Sitzung

Gegen den Beschluss des Bundesschiedsamtes, dass die TSS zukünftig auch probatorische Sitzungen vermitteln soll, hat die KBV Klage erhoben und eine kurzfristige Entscheidung beantragt. Eine Entscheidung liegt jedoch noch nicht vor.

2. Verordnungen

2.1. Beendigung der Zytostatika-Rabattverträge zu Fertigarzneimitteln in parenteralen Zubereitungen in der Onkologie

Die ARGE-Zytostatika hat uns darüber informiert, dass sich die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen in Niedersachsen entschlossen haben, für die zum 1. Februar 2018 ausgeschriebenene Rabattverträge für Fertigarzneimittel, die durch Apotheken als Bestandteil parenteraler Zubereitungen in der Onkologie zur unmittelbaren ärztlichen Anwendung bei Patienten abgerechnet werden, das Rabattvertragsverfahren zum 31. März 2018 einzustellen. Bis zu diesem Zeitpunkt müssen diese Rabattverträge in den Apotheken weiterhin berücksichtigt werden (siehe KVN-Rundschreiben Februar 2018).

Zum 31. März 2018

2.2. Gemeinsame Arbeitsgruppe Arzneimittel - Rezept-Info zum Thema Verordnung von Biosimilars: Insulin lispro/glargin

Im Anhang finden Sie eine weitere Rezept-Info der AG GKV/KVN Arzneimittel zu dem Thema Verordnung von biosimilarem Insulin. In diesem Schreiben werden Informationen zu Biologika und Biosimilars dargestellt sowie das Wirtschaftlichkeitsziel der Biosimilarquote Insulin lispro/glargin erläutert. Rezept-Infos enthalten sowohl Empfehlungen für den behandelnden Arzt als auch Vordrucke für die Patienteninformation.

Die Rezept-Info finden Sie in Kürze auch im KVN-Portal unter Verordnungen/Arzneimittel/Veröffentlichungen sowie im Internet unter www.kvn.de/Praxis/Verordnungen.

Anlage 5.3: Rezept-Info

2.3. Anpassungen innerhalb einzelner Wirtschaftlichkeitsziele

Durch Änderungen auf dem Arzneimittelmarkt haben sich innerhalb folgender Wirtschaftlichkeitsziele Anpassungen ergeben:

Wirtschaftlichkeitsziel	Fachgruppen
Enoxaparin	Chirurgen, ermächtigte Chirurgen, Orthopäden, ermächtigte Orthopäden
Infliximab	Gastroenterologen, ermächtigte Gastroenterologen
Etanercept/Infliximab	Dermatologen, ermächtigte Dermatologen
TNF-alpha-Hemmer	Internistische Rheumatologen

Änderungen

Aktualisierte Quoteninformationen und Tischvorlagen finden Sie zu Ihrer Information im KVN-Portal unter Verordnungen/Arzneimittel/Arzneimittelzielvereinbarung/Informationen je Fachgruppe.

3. Allgemeine Hinweise

3.1. Tritt nicht in Kraft: Vertrag zur „Verbesserung der patientenorientierten medizinischen Versorgung“ mit der Techniker Krankenkasse (TK) geplant zum 1. April 2018

Der im Februar-Rundschreiben 2018 unter Punkt 3.6 angekündigte Nachfolgevertrag des am 31. März 2018 endenden TK-Betreuungsstrukturvertrages kommt infolge der aktuellen Beschlusslage der Aufsichtsbehörden nicht zustande.

3.2. Abrechnungsvoraussetzungen zur Chronikerpauschale

Aus gegebenem Anlass möchten wir neuerlich auf die Abrechnungsvoraussetzungen zur Chronikerpauschale hinweisen:

In den Präambeln 3.2.2 des Kapitels 3 bzw. 4.2.2 des Kapitels 4 EBM ist die Berechnungsfähigkeit der Chronikerpauschalen geregelt. Demnach sind die Gebührenordnungspositionen 03220 bzw. 04220 sowie deren Zuschläge 03221 bzw. 04221 nur bei Patienten berechnungsfähig, die folgende Kriterien erfüllen:

- Notwendigkeit einer kontinuierlichen ärztlichen Behandlung und Betreuung,
- Vorliegen mindestens einer lang andauernden, lebensverändernden Erkrankung.

Kriterien

Kontinuierliche ärztliche Behandlung

Eine kontinuierliche ärztliche Behandlung liegt vor, wenn im Zeitraum der letzten vier Quartale wegen derselben gesicherten chronischen Erkrankung(en) jeweils in mindestens zwei Quartalen ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt und in einem weiteren Quartal mindestens ein mittelbarer Arzt-Patienten-Kontakt (z. B. telefonische Arzt-Patienten-Kontakte, Videosprechstunden oder auch Ausstellung von Wiederholungsrezepten, Übermittlung von Befunden) in derselben Praxis stattgefunden hat. Hierbei schließt der angegebene Zeitraum das aktuelle Quartal mit ein. Zu den vier Quartalen zählen also das laufende Leistungs- / Behandlungsquartal sowie die drei vorherigen Quartale. Bei Neugeborenen und Säuglingen können die Chronikerpauschalen auch ohne die Voraussetzung der kontinuierlichen ärztlichen Behandlung berechnet werden.

Beispiel

Ein chronisch kranker Patient kommt im März 2018 in die Praxis. Der Arzt kann im Quartal 1/2018 die Chronikerpauschale abrechnen, wenn zum Zeitpunkt der Abrechnung in den letzten vier Quartalen (einschließlich 1/2018) in mindestens zwei Quartalen ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt und in einem weiteren Quartal mindestens ein mittelbarer Arzt-Patienten-Kontakt stattgefunden hat.

- Quartal 2/2017: persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt
- Quartal 3/2017: mittelbarer Arzt-Patienten-Kontakt (z. B. Wiederholungsrezept)
- Quartal 4/2017: kein Arzt-Patienten-Kontakt
- Quartal 1/2018: persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt im aktuellen Quartal

Die Abrechnung der GOP 03220 bzw. 04220 ist damit im Quartal 1/2018 möglich.

Arzt-Patienten-Kontakte wegen derselben gesicherten chronischen Erkrankung(en)

Die Arzt-Patienten-Kontakte müssen wegen derselben gesicherten chronischen Erkrankung(en) stattgefunden haben. Bitte beachten Sie des-

halb auch, dass die Dauerdiagnosen von Ihrer Praxisverwaltungssoftware (PVS) in die Abrechnungsdatei übernommen und an die KVN übermittelt werden.

Hausarztwechsel und Kennzeichnung mit dem Suffix „H“

Eine kontinuierliche ärztliche Behandlung liegt auch vor, wenn der Patient mit mindestens einer lebensverändernden chronischen Erkrankung seinen ihn betreuenden Hausarzt gewechselt hat. In diesen Fällen muss der die hausärztliche Betreuung übernehmende Hausarzt, die bei einem anderen Hausarzt stattgefundenen Arzt-Patienten-Kontakte dokumentieren (z. B. in der Patientenakte). Diese Dokumentation der stattgefundenen Arzt-Patienten-Kontakte ist in der Abrechnung mittels einer kodierten Zusatznummer anzuzeigen. Bei einem Hausarztwechsel (oder auch: Änderung der Versichertennummer, geänderte BSNR, Wechsel aus der hausarztzentrierten Versorgung) verwenden Sie deshalb bitte die Chronikerziffern mit dem Suffix „H“ (GOP 03220H bzw. 04220H und ggf. 03221H bzw. 04221H). Diese Kennzeichnung ist nur in dem Quartal vorzunehmen, in dem der Hausarztwechsel, Wechsel der BSNR, etc. stattgefunden hat. Die beim vorherigen Hausarzt stattgefundenen Arzt-Patienten-Kontakte - inklusive der diesen Arzt-Patienten-Kontakten zugrundeliegende(n) gesicherte(n) chronische(n) Diagnose(n) - sind bei der vorherigen Hausarztpraxis zu erfragen (am sichersten durch Anforderung eines Auszuges aus der Patientenakte) und z. B. in der Patientenakte zu dokumentieren. Allein die Aussage des Patienten zum Hausarztwechsel schützt nicht vor möglichen Prüfanträgen der Kassen.

Wir wissen, dass die genannten Anforderungen an die Abrechnung der „H“-Kennzeichnung sehr streng sind, aber die Prüfanträge der Kassen zu den Chroniker-Ziffern haben gezeigt, wie wichtig die Einhaltung dieser Regeln zum Schutz vor Rückforderungen ist.

3.3. Anforderung von Laborparametern

Aus dem hausärztlichen Bereich häufen sich die Beschwerden über die Vorgehensweise von Fachärzten bei der Anforderung von Laborparametern. Die Hausärzte berichten, dass sie zunehmend von Fachärzten aufgefordert werden, Laborparameter anzufordern, obwohl der Patient sich in fachärztlicher Behandlung befindet.

Mit der Übernahme der Behandlung eines Patienten verpflichtet sich der Vertragsarzt, alle medizinisch erforderlichen Leistungen zu erbringen bzw. zu veranlassen. So sind neben der notwendigen ärztlichen Behandlung auch die erforderlichen Verordnungen und Überweisungen zu tätigen. Dies gilt auch für Überweisungen entsprechend des definierten Überweisungsinhaltes.

Wird mit der Ausstellung der Verordnungen bzw. Veranlassung von Leistungen während der fachärztlichen Behandlung der Hausarzt beauftragt, birgt dies die Schwierigkeit, dass der Hausarzt ggf. die Erforderlichkeit der Maßnahmen nicht allumfassend beurteilen und somit auch nicht veranlassen kann.

Wir möchten daher an ihre gegenseitige Kollegialität appellieren, um innerärztliche Konflikte zu vermeiden und eine reibungslose Versorgung der Patienten sicherzustellen.

3.4. Tonsillotomievertrag mit der Bahn BKK endet am 31. März 2018

Die Bahn BKK hat aufgrund aufsichtsrechtlicher Vorgaben den bestehenden Tonsillotomievertrag gekündigt. Infolgedessen sind die GOP 99250 (A) bis 99257 (A) für die teilnehmenden HNO-Operateure, Anästhesisten sowie die mit der Nachsorge betrauten HNO-Ärzte nur noch bis 31. März 2018 abrechenbar.

3.5. Zahnärztliches Kinderuntersuchungsheft in überarbeiteter Form verfügbar

Die Zahnärztekammer Niedersachsen gibt in Kooperation mit Kinderärzten der Ärztekammer Niedersachsens das Zahnärztliche Kinderuntersuchungsheft heraus, das parallel mit dem etablierten ärztlichen Untersuchungsheft (U-Heft) an alle jungen Familien verteilt wird. Ziel ist die Eindämmung der derzeit erschreckenden Kariesverbreitung. Allen Eltern wird empfohlen, sich ab dem 6. Lebensmonat des Kindes in einer Zahnarztpraxis beraten zu lassen. Dies geschieht auf gesetzlicher Grundlage und ist Kassenleistung.

Das zahnärztliche Kinderuntersuchungsheft (UZ-Heft) dient als Fahrplan für die zahnärztliche Beratung und Betreuung vom 6. Lebensmonat bis zum 6. Lebensjahr. Zusätzlich enthält es konkrete Informationen und praktische Tipps für die Eltern zur regelmäßigen Zahnpflege mit korrekter Putztechnik, zahngesunder Ernährung, Besonderheiten beim Zahndurchbruch sowie Zahn- und Kieferfehlstellungen. Mittels eines Klebestreifens kann das UZ-Heft in das Kinderuntersuchungsheft eingefügt werden. Kinderarztpraxen und Allgemeinmedizinische Praxen sowie weitere Kooperationspartner können das UZ-Heft über die Zahnärztekammer Niedersachsen kostenfrei beziehen.

Zahnärztekammer Niedersachsen
Rena Umlandt,
Zeißstraße 11a
30519 Hannover
Telefon: 0511 83391-310
Fax: 0511 83391-306
Email: rumlandt@zkn.de
www.zkn.de

Bezugsadresse

3.6. Rechtfertigende Indikation für die kurative Mammographie

Für eine Inanspruchnahme der kurativen Mammographie ist gem. § 23 der Röntgenverordnung (RöV) eine rechtfertigende Indikation erforderlich.

Wird eine kurative Mammographie vom hierzu berechtigten Arzt ohne rechtfertigende Indikation durchgeführt, kann das im Rahmen der Auflagenprüfung zur Aufrechterhaltung der Mammographie-Genehmigung (Dokumentationsprüfung) im Wiederholungsfall zum Widerruf der Abrechnungsgenehmigung führen.

Erscheint die Patientin mit ihrer Überweisung ohne rechtfertigende Indikation bei dem mammographierenden Arzt, darf der Arzt die Mammographie bei dieser Patientin nicht durchführen, es sei denn, im Rahmen des ärztlichen Gesprächs wird eine rechtfertigende Indikation festgestellt. Für beide Seiten - Arzt und Patientin - ist das eine unbefriedigende aber auch enttäuschende Situation. Für den Arzt sind solche Fälle zudem unökonomisch, da der Arzt den Zielauftrag nicht erfüllen kann und somit kein Honorar für diese Leistung erhält.

Die Überweiser haben die Aufgabe, im Vorfeld zu prüfen, ob eine rechtfertigende Indikation für eine kurative Mammographie vorliegt oder ob ggf. andere Untersuchungsmethoden angebracht und ausreichend sind. Indikationen wie z. B. „Mastopathie“ oder „Früherkennung“ stellen keine rechtfertigende Indikation dar. Die Ärztliche Stelle hat hierzu eine Liste mit den rechtfertigenden Indikationen erstellt. Die Liste der Ärztlichen Stelle mit den rechtfertigenden Indikationen sowie eine Orientierungshilfe der Strahlenschutzkommission liegen als Anlage bei.

Einen Anspruch auf eine Mammographie zur Früherkennung von Brustkrebs haben Frauen zwischen dem 50. und 69. Lebensjahr ausschließlich im Rahmen des Mammographie-Screenings.

Anlage 5.4: Liste Ärztliche Stelle und Orientierungshilfe

3.7. Grippe-Impfsaison 2018/2019

Im Januar-Rundbrief hatten wir im Hinblick auf die Ausschreibung der Grippeimpfstoffe durch die Kassen darum gebeten, keine Vorbestellungen für Grippeimpfstoffe der Saison 2018/2019 vorzunehmen.

Die Kassen haben zwischenzeitig mitgeteilt, dass sich die Ausschreibung auf die aktuell von der STIKO empfohlenen tetravalenten Impfstoffe erstreckt.

Da die Kassen jedoch erst Ende Mai 2018 die weitergehenden Rahmenbedingungen bekanntgeben können, haben sie nochmals darum gebeten, von Vorbestellungen für Grippeimpfstoffe der Saison 2018/2019 weiterhin Abstand zu nehmen. Zur Vermeidung von Prüfverfahren bitten wir um entsprechende Beachtung.

3.8. Nachweis der jährlichen Fortbildungspflicht aus Sonderverträgen - Fortbildungspflicht des Jahres 2017

Der Nachweis für die Erfüllung der Fortbildungspflicht im Rahmen von Vertragsteilnahmen an Sonderverträgen für das Jahr 2017 kann bis zum Stichtag 30. Juni 2018 im KVN-Portal unter Online-Dienste/Fortbildungspflicht aus Sonderverträgen angezeigt werden.

In der Folge ist eine Übersendung der Nachweise in Papierform nicht mehr notwendig, sobald die relevanten Fortbildungen für das betreffende Kalenderjahr digital im KVN-Portal unter Online-Dienste/Fortbildungspflicht aus Sonderverträgen gekennzeichnet wurden.

Zudem informiert die dortige arztindividuelle Übersicht, zu welchen speziellen Fortbildungen sich Vertragsteilnehmer im Rahmen von Sonderverträgen zur Aufrechterhaltung der Abrechnungsgenehmigung verpflichtet haben.

3.9. Fachseminar II für die Fachkraft in der kurativen Mammographie

Die RADSERV GmbH bietet am Freitag, 24. August 2018, ein eintägiges Fachseminar für die Fachkraft in der kurativen Mammographie an. Das Fachseminar findet in Oldenburg im Referenzzentrum Mammographie Nord statt, mit dem Thema „Von der Mammographie zur Diagnose - Tipps und viele Informationen“.

Weitere Details entnehmen Sie bitte der Anlage oder der Homepage der RADSERV GmbH (www.radserv.de).

Anlage 5.5: Fachseminar II

3.10. Fortbildungskurs Kurative Mammographie nach der Mammographie-Vereinbarung („Befundungstraining“)

Im Auftrag der KVN bietet die RADSERV GmbH vom 22. bis 23. November 2018 einen Fortbildungskurs Kurative Mammographie nach der Mammographie-Vereinbarung an. Der Kurs findet in Oldenburg im Referenzzentrum Mammographie Nord statt und richtet sich insbesondere an Ärzte, die an einer Mammographie-Genehmigung interessiert sind.

Weitere Details entnehmen Sie bitte der Anlage oder der Homepage der RADSERV GmbH (www.radsev.de).

Anlage 5.6: Fortbildungskurs

3.11. Erprobung von Herzsportgruppen ohne ständige ärztliche Begleitung in Modellregionen – Einverständnis verordnender Ärzte erforderlich

In der BAR-Rahmenvereinbarung (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation) ist derzeit im ärztlich verordneten Rehabilitationssport für die Herzgruppen die ständige Anwesenheit eines Arztes festgeschrieben. Angesichts deutlicher therapeutischer und medikamentöser Fortschritte einerseits, einer sinkenden Zahl von Herzgruppenärzten andererseits erscheint dies aber nicht mehr unbedingt notwendig. Der Deutsche Behindertensportverband e.V. (DBS) hat daher im Einvernehmen mit den beteiligten Rehabilitationsträgern und der BAR ein Modellprojekt auf den Weg gebracht, in dem die ständige Arztanwesenheit entweder durch Rettungspersonal, durch Rufbereitschaft des Arztes oder

durch intensive Schulung der Übungsleitung und Teilnehmenden im Notfallmanagement ersetzt wird.

Hierbei soll es ausdrücklich **nicht** darum gehen, dass die ärztliche Betreuung generell abgeschafft wird, sondern darum alternative Möglichkeiten zu schaffen, um der sinkenden Zahl von Herzgruppenärzten zu begegnen und Herzgruppen weiterhin anbieten zu können. Die Gruppen werden weiterhin ärztlich durch einen oder mehrere Supervisor/-en intensiv auch während der Übungseinheiten begleitet. Die drei Varianten werden ab Mitte April in einer einjährigen Modellphase erprobt. Eine der dafür ausgewählten Modellregionen ist Niedersachsen.

Da verordnende Ärzte verantwortlich für die von ihnen auf Muster 56 KBV gewählte ergänzende Leistung zur medizinischen Rehabilitation sind, erfordert die Umsetzung des Modellprojektes deren Aufklärung und Einverständniserklärung. Hierfür wurden vom DBS entsprechende Formblätter erarbeitet, die datenschutzrechtlich geprüft sind und im Rahmen der wissenschaftlichen Evaluation von einer Ethikkommission gesichtet werden. Sollte ein Patient/eine Patientin von Ihnen an dem Modellprojekt teilnehmen, wird er/sie oder der Verein mit diesem Formblatt mit der Bitte um Unterzeichnung auf Sie zukommen. Wir bitten um Unterzeichnung und Rückleitung der Formblätter.

Formblätter

Für weitere Informationen stehen Kirsten Meier, Referentin Medizin des DBS unter meier@dbs-npc.de Tel. 02234/6000-311 oder die Vizepräsidentin Dr.med. Vera Jaron jaron@dbs-npc.de zur Verfügung.

3.12. BKK „Erweitertes Präventionsangebot für Kinder U10/ U11 (Starke Kids)“ - Vertragsteilnahme der Schwenniger Betriebskrankenkasse endet

Die Schwenniger Krankenkasse hat ihre Vertragsteilnahme fristgerecht zum 31. März 2018 gekündigt. Infolgedessen sind die Gebührenordnungspositionen 99216 (U10) und 99217 (U11) für Versicherte dieser Kasse nur noch im 1. Quartal 2018 abrechenbar.

Den vollständigen Vertrag finden Sie im KVN-Portal: Verträge/Besondere Versorgung/BKK - Prävention für Kinder - Starke Kids (U10/ U11)

4. Veranstaltungen im April und Mai 2018

Hier bekommen Sie eine Übersicht über Seminare und Fortbildungen der KVN mit noch freien Plätzen im April und Mai 2018. Ein Anmeldefax ist beigelegt. Bitte nutzen Sie für unterschiedliche Seminare separate Anmeldefaxe. Die ausgefüllten Anmeldungen faxen Sie bitte an folgende Nummer: **0511 380-3480**.

Weitere Informationen, welche Angebote für Ihre Praxis und die MitarbeiterInnen am besten geeignet sind, finden Sie auf unserer Internetseite. Dort können Sie sich auch direkt online anmelden:

<http://www.kvn.de/Seminarangebot/>

Name	Ort	Datum	Gebühr p. P.
Qualitäts- und Praxismanagement			
Fehler- und Risikomanagement in der Praxis	Hannover	26.Mai	135 Euro
Gesundheit von PraxismitarbeiterInnen erhalten und schützen	Hannover	18.Apr	kostenlos
Hygiene in der Arztpraxis	Stade	09.Mai	85 Euro
Kommunikationstraining	Aurich	16.Mai	80 Euro
Kurze Wartezeiten - Gutes Terminsystem	Stade	25.Apr	85 Euro
Kurze Wartezeiten - Gutes Terminsystem	Osterholz-Scharmbeck	02.Mai	85 Euro
Mitten im Praxisleben	Osterholz-Scharmbeck	11.Apr	30 Euro
Teamführung und Konfliktmanagement	Verden	30.Mai	50 Euro
Abrechnung und Verordnung			
Abrechnung aktuell	Papenburg	11.Apr	kostenlos
Abrechnung aktuell	Aurich	12.Apr	kostenlos
Abrechnung aktuell	Aurich	18.Apr	kostenlos
Abrechnung aktuell	Aurich	19.Apr	kostenlos
EBM für Einsteiger	Osnabrück	18.Apr	kostenlos
Fit IGeLn	Stade	23.Mai	kostenlos

Grundzüge des EBM	Oldenburg	23.Mai	kostenlos
Hautkrebs-Screening Seminar	Hannover	05.Mai	168 Euro
Honorarbescheid - Ein Buch mit 7 Siegeln	Lüneburg	23.Mai	kostenlos
Honorarbescheid - Ein Buch mit 7 Siegeln	Osnabrück	23.Mai	kostenlos
Honorarbescheid lesen und verstehen	Oldenburg	18.Apr	kostenlos
Honorarbescheid lesen und verstehen	Braunschweig	30.Mai	kostenlos
Honorarbescheid lesen und verstehen	Hannover	09.Mai	kostenlos
Sicher durch den „Heilmittel-Verordnungs-Dschungel“	Stade	17.Apr	kostenlos
Sicher durch den „Heilmittel-Verordnungs-Dschungel“	Verden	09.Mai	kostenlos
Richtig kodieren nach ICD 10	Aurich	26.Apr	kostenlos
Sonographie	Braunschweig	30.Mai	kostenlos
Wirtschaftsseminare			
Existenzgründerseminar	Verden	21.Apr	kostenlos
Kooperationen von und mit Ärzten	Hannover	25.Apr	kostenlos
Niederlassen in Niedersachsen	Hildesheim	18.Apr	kostenlos
Niederlassen in Niedersachsen	Oldenburg	30.Mai	kostenlos

Verbindliche Anmeldung (bitte vollständig ausfüllen)

Fax an 0511 380-3480

Ich nehme am Seminar

mit _____ Person/en teil.

Datum des Seminars

Vor- und Nachname(n) der/des Teilnehmer/s

Vor- und Nachname des Rechnungsempfängers (Praxis)

Anschrift des Rechnungsempfängers (Straße, PLZ, Ort)

LANR

BSNR

E-Mail-Adresse

Telefonnummer für evtl. Rückfragen

Datum

**Mit der verbindlichen Anmeldung
akzeptiere ich die AGB der KVN.**

Stempel

5. Anlagenverzeichnis

- 5.1. Amtliche Mitteilung zum HVM für Haus- und Kinderärzte 2/2018
- 5.2. Amtliche Mitteilung zum HVM Teil B Nr. 16.1 und 16.2
- 5.3. Rezept-Info
- 5.4. Liste Ärztliche Stelle und Orientierungshilfe
- 5.5. Fachseminar II
- 5.6. Fortbildungskurs

Amtliche Mitteilung der KVN zum HVM für das 2. Quartal 2018

in Umsetzung des Honorarverteilungsmaßstabes (HVM) gemäß § 87b Abs. 1 SGB V der KVN vom 3. März 2018

Für die Arztgruppe:
Fachärzte für Innere und Allgemeinmedizin, Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte, Fachärzte für Innere Medizin, die dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören

1. Bekanntgabe der arztgruppenspezifischen Mindest-Fallwerte für RLV und QZV

Regelleistungsvolumen	RLV-Fallwert:	44,7424 €
Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen (QZV)	Gebührenordnungspositionen des EBM	Fallwert
Akupunktur	30790, 30791	167,5097 €
Allergologie (Zusatzbezeichnung)	30110, 30111, 30120, 30121, 30122, 30123	50,2200 €
Behandlung des diabetischen Fußes	02311	56,0757 €
Behandlung von Hämorrhoiden	30610, 30611	10,3565 €
Chirotherapie	30200, 30201	8,6827 €
Dringende Besuche	01411, 01412	76,0048 €
Ergometrie	03321	19,9193 €
Hyposensibilisierungsbehandlung	30130, 30131	27,5817 €
Kardiorespiratorische Polygraphie	30900	45,4920 €
Kleinchirurgie	02310	20,0391 €
Langzeit-Blutdruckmessung	03324	8,0632 €
Langzeit-EKG	03241, 03322	10,9685 €
Phlebologie	30500, 30501	18,9536 €
Physikalische Therapie	30400, 30401, 30402, 30410, 30411, 30420, 30421	10,9893 €
Proktologie	03331	10,5748 €
Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120	23,5960 €
Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150	97,1035 €
Schmerztherapeutische spezielle Versorgung	30700, 30702, 30704, 30706, 30708	105,6249 €
Schmerztherapeutische spezielle Behandlung	30710, 30712, 30720, 30721, 30722, 30723, 30724, 30730, 30731, 30740, 30750, 30751, 30760	82,9803 €
Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092	16,6939 €
Sonographie III	33060, 33061, 33062	18,9460 €
Spirometrie	03330	6,1928 €
Unvorhergesehene Inanspruchnahme	01100, 01101, 01102	18,7549 €
Verordnung medizinischer Rehabilitation	01611	21,5503 €

Die o.g. RLV-/QZV-Mindest-Fallwerte können sich im Rahmen der Honorarbescheidung gemäß Teil B Anlage 7 Nr. 2.2 bzw. Anlage 8 Nr. 3.2 des HVM ggf. noch erhöhen.

2. Bekanntgabe der Fallzahlzuwachsbeschränkung (FZZB) gemäß Teil B Nr. 5 des HVM

Sofern der prozentuale Zuwachs aller RLV-Behandlungsfälle einer Arztgruppe in 2/2018 gegenüber 2/2017 fünf vom Hundert überschreitet, unterliegen die Ärzte dieser Arztgruppe im Rahmen der Ermittlung des RLV-Budgets 2/2018 einer Fallzahlzuwachsbeschränkung. In diesem Falle wird das arztindividuelle RLV 2/2018 begrenzt auf die individuelle RLV-relevante Behandlungsfallzahl im Vorjahresquartal zzgl. fünf vom Hundert der arztgruppenspezifischen durchschnittlichen RLV-Behandlungsfallzahl im Vorjahresquartal als maximales Wachstum.

Arztgruppenspezifische durchschnittliche RLV-Behandlungsfallzahl im Vorjahresquartal:	935,61
Maximales Wachstum der individuellen RLV-Behandlungsfallzahl:	46,78

Für Ärzte im hausärztlichen Versorgungsbereich, die im aktuellen Quartal weniger als die durchschnittliche RLV-Behandlungsfallzahl je Arzt der Arztgruppe im Vorjahresquartal erreicht haben sowie für neu zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassene Ärzte gilt die arztgruppenspezifische durchschnittliche RLV-Behandlungsfallzahl im Vorjahresquartal zzgl. fünf vom Hundert.

Für Ärzte, die im 2. Quartal 2018 nicht in vollem zeitlichen Umfang an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, reduzieren sich die o. a. durchschnittlichen Behandlungsfallzahlen anteilig auf den Umfang ihrer Tätigkeit.

3. Bekanntgabe der Fallwertminderungsgrenzen gemäß Teil B Nr. 8.1.1 des HVM

Der für einen Arzt zutreffende arztgruppenspezifische RLV-Basisfallwert wird für jeden über 150 % der durchschnittlichen RLV-Behandlungsfallzahl im Vorjahresquartal der Arztgruppe hinausgehenden RLV-Behandlungsfall wie folgt gemindert:

25% Minderung des RLV-Fallwerts ab 150% der durchschnittlichen RLV-Behandlungsfallzahl:	1.403,42
50% Minderung des RLV-Fallwerts ab 170% der durchschnittlichen RLV-Behandlungsfallzahl:	1.590,54
75% Minderung des RLV-Fallwerts ab 200% der durchschnittlichen RLV-Behandlungsfallzahl:	1.871,22

Für Ärzte, die im 2. Quartal 2018 nicht in vollem zeitlichen Umfang an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, reduzieren sich die o. a. Fallwertminderungsgrenzen anteilig auf den Umfang ihrer Tätigkeit.

Amtliche Mitteilung der KVN zum HVM für das 2. Quartal 2018

in Umsetzung des Honorarverteilungsmaßstabes (HVM) gemäß § 87b Abs. 1 SGB V der KVN vom 3. März 2018

Für die Arztgruppe:
Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin, die dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören

1. Bekanntgabe der arztgruppenspezifischen Mindest-Fallwerte für RLV und QZV

Regelleistungsvolumen	RLV-Fallwert:	43,7428 €
Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen (QZV)	Gebührenordnungspositionen des EBM	Fallwert
Allergologie	30110, 30111, 30120, 30121, 30122, 30123	46,1102 €
Dringende Besuche	01411, 01412	57,7308 €
Ergometrie	04321	19,8583 €
Hyposensibilisierungsbehandlung	30130, 30131	27,0805 €
Langzeit-Blutdruckmessung	04324	5,4949 €
Langzeit-EKG	04241, 04322	10,8110 €
Neurophysiologische Übungsbehandlung	30300, 30301	54,4356 €
Physikalische Therapie	30400, 30401, 30402, 30410, 30411, 30420, 30421	21,2819 €
Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120	17,4124 €
Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150	82,0297 €
Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092	15,3940 €
Sonographie II	33020, 33021, 33022, 33023, 33030, 33031, 33040	18,8212 €
Sonographie der Säuglingshöften	33051	11,9126 €
Spirometrie	04330	6,9206 €
Unvorhergesehene Inanspruchnahme	01100, 01101, 01102	18,1201 €
Verordnung medizinischer Rehabilitation	01611	6,1787 €

Die o.g. RLV-/QZV-Mindest-Fallwerte können sich im Rahmen der Honorarbescheidung gemäß Teil B Anlage 7 Nr. 2.2 bzw. Anlage 8 Nr. 3.2 des HVM ggf. noch erhöhen.

2. Bekanntgabe der Fallzahlzuwachsbegrenzung (FZZB) gemäß Teil B Nr. 5 des HVM

Sofern der prozentuale Zuwachs aller RLV-Behandlungsfälle einer Arztgruppe in 2/2018 gegenüber 2/2017 fünf vom Hundert überschreitet, unterliegen die Ärzte dieser Arztgruppe im Rahmen der Ermittlung des RLV-Budgets 2/2018 einer Fallzahlzuwachsbeschränkung. In diesem Falle wird das arztindividuelle RLV 2/2018 begrenzt auf die individuelle RLV-relevante Behandlungsfallzahl im Vorjahresquartal zzgl. fünf vom Hundert der arztgruppenspezifischen durchschnittlichen RLV-Behandlungsfallzahl im Vorjahresquartal als maximales Wachstum.

Arztgruppenspezifische durchschnittliche RLV-Behandlungsfallzahl im Vorjahresquartal:	964,12
Maximales Wachstum der individuellen RLV-Behandlungsfallzahl:	48,21

Für Ärzte im hausärztlichen Versorgungsbereich, die im aktuellen Quartal weniger als die durchschnittliche RLV-Behandlungsfallzahl je Arzt der Arztgruppe im Vorjahresquartal erreicht haben sowie für neu zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassene Ärzte gilt die arztgruppenspezifische durchschnittliche RLV-Behandlungsfallzahl im Vorjahresquartal zzgl. fünf vom Hundert.

Für Ärzte, die im 2. Quartal 2018 nicht in vollem zeitlichen Umfang an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, reduzieren sich die o. a. durchschnittlichen Behandlungsfallzahlen anteilig auf den Umfang ihrer Tätigkeit.

3. Bekanntgabe der Fallwertminderungsgrenzen gemäß Teil B Nr. 8.1.1 des HVM

Der für einen Arzt zutreffende arztgruppenspezifische RLV-Basisfallwert wird für jeden über 150 % der durchschnittlichen RLV-Behandlungsfallzahl im Vorjahresquartal der Arztgruppe hinausgehenden RLV-Behandlungsfall wie folgt gemindert:

25% Minderung des RLV-Fallwerts ab 150% der durchschnittlichen RLV-Behandlungsfallzahl:	1.446,18
50% Minderung des RLV-Fallwerts ab 170% der durchschnittlichen RLV-Behandlungsfallzahl:	1.639,00
75% Minderung des RLV-Fallwerts ab 200% der durchschnittlichen RLV-Behandlungsfallzahl:	1.928,24

Für Ärzte, die im 2. Quartal 2018 nicht in vollem zeitlichen Umfang an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, reduzieren sich die o. a. Fallwertminderungsgrenzen anteilig auf den Umfang ihrer Tätigkeit.

Amtliche Mitteilung der KVN zum HVM für das 2. Quartal 2018

in Umsetzung des Honorarverteilungsmaßstabes (HVM) gemäß § 87b Abs. 1 SGB V der KVN vom 3. März 2018

4. Leistungen außerhalb von RLV und QZV („Freie Leistungen“)

- Leistungen im organisierten Notfalldienst der KVN
- Haus- und Heimbefuche (GOP 01410, 01413 und 01415 EBM)
- Verordnung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (GOP 01425 und 01426 EBM)
- Zuschlag für die Betreuung eines Patienten im Rahmen der Videosprechstunde (GOP 01450 EBM)
- Vergütung bei Verordnung von Cannabis (GOP 01460, 01461 und 01626 EBM)
- Zuschlag für die Erstellung und Aktualisierung des Medikationsplans (GOP 01630 EBM)
- Notfalldatenmanagement (GOP 01640 bis 01642 EBM)
- Leistungen der Prävention, Empfängnisregelung, Sterilisation und im Rahmen von Schwangerschaftsabbrüchen (Abschnitte 1.7.1 bis 1.7.7 EBM)
- Leistungen der Methadon- und Diamorphinsubstitution (Abschnitt 1.8 EBM)
- Epilation mittels Lasertechnik bei Mann-zu-Frau-Transsexualismus (GOP 02325 bis 02328 EBM)
- Ärztlich angeordnete Hilfeleistungen anderer Personen (GOP 03060 bis 03065 EBM)
- Anleitung zur Selbstanwendung eines Real-Time-Messgerätes zur kontinuierlichen interstitiellen Glukosemessung (GOP 03355, 04590 und 13360 EBM)
- Leistungen der hausärztlichen geriatrischen Versorgung (Abschnitt 3.2.4 EBM)
- Leistungen der palliativmedizinischen Versorgung (Abschnitt 3.2.5 und 4.2.5 EBM)
- Leistungen der sozialpädiatrischen Versorgung (Abschnitt 4.2.4 EBM)
- Leistungen der pädiatrischen Nephrologie und Dialyse (Abschnitt 4.5.4 EBM) sowie die GOP 04000 bis 04015, 04040 und 04230, wenn in demselben Behandlungsfall Leistungen des Abschnitts 4.5.4 EBM abgerechnet werden
- Zuschlag auf die jeweilige Pauschale für die fachärztliche Grundversorgung (PFG)
- Anästhesiologische Leistungen gemäß § 87b Abs. 2 Satz 5 SGB V
- Beratung und Betreuung eines Patienten nach einer intravitrealen operativen Medikamenteneingabe (GOP 06334 und 06335 EBM)
- Transurethrale Botulinumtoxin-Therapie (GOP 08312, 08313, 26316, 26317 EBM sowie die GOP 08311, 26310 und 26311 EBM (Zystoskopien), die in derselben Sitzung mit den GOPen 08312 oder 26316 EBM erbracht werden)
- Leistungen und Begleitleistungen der Reproduktionsmedizin (ohne Beratungsleistungen GOP 08520 und 08521 EBM)
- Balneophototherapie (GOP 10350 EBM)
- Leistungen der Humangenetik (GOP 11230, 11233 bis 11236 sowie Abschnitt 11.4 und 19.4 EBM)
- Leistungen und Kostenpauschalen der Laboratoriumsmedizin (GOP 12210, 12220, 12225 und 32001 sowie Kapitel 32 EBM)*
- Leistungen der Nephrologie und Dialyse (Abschnitt 13.3.6 EBM, ausgenommen GOP 13594 EBM)
- Leistungen auf Überweisungsfällen zur Durchführung ausschließlich von Probenuntersuchungen
- Psychotherapeutisches Gespräch als Einzelbehandlung (GOP 22220 und 23220 EBM)
- Strahlentherapie (Kapitel 25 EBM)
- Leistungen der Soziotherapie (Abschnitt 30.8 EBM)
- Leistungen der spezialisierten Versorgung HIV-infizierter Patienten (Abschnitt 30.10 EBM)
- Neuropsychologische Therapie (Abschnitt 30.11 EBM)
- Spezielle Diagnostik und Eradikationstherapie im Rahmen von MRSA (Abschnitt 30.12 EBM)
- Leistungen zur spezialisierten geriatrischen Diagnostik und Versorgung (Abschnitt 30.13 EBM)
- Ambulantes Operieren, PTK, Koloskopie, Kapselendoskopie und ERCP (Leistungen des Kapitels 31 EBM sowie die GOP 04514, 04515, 04518, 04520, 04528 und 04529 sowie 13421 bis 13431 EBM)
- Leistungen der Abschnitte 2 und 3 der Anlage 1 zum AOP-Vertrag nach § 115b SGB V
- Vakuumstanzbiopsien (GOP 34274 EBM)
- Osteodensitometrische Untersuchung II (GOP 34601 EBM)
- Diagnostische Positronenemissionstomographie (PET) und diagnostische Positronenemissionstomographie mit Computertomographie (PET/CT) (Abschnitt 34.7 EBM)
- Telekonsil von Röntgenaufnahmen und CT-Aufnahmen (Abschnitt 34.8 EBM)
- Probatorische Sitzungen von Ärzten der in § 87b Abs. 2 Satz 4 SGB V genannten Arztgruppen (GOP 35150 EBM)
- Psychotherapeutische Sprechstunde und Akutbehandlung (GOP 35151 und 35152 EBM)
- Antrags- und genehmigungspflichtige Leistungen der Psychotherapie (Abschnitt 35.2 EBM)
- Belegärztliche Leistungen (Kapitel 36 EBM), Versorgung gemäß Anlage 27 und 30 zum BMV-Ä (Kapitel 37 EBM) sowie Delegationsfähige Leistungen (Kapitel 38 EBM)
- Kosten- und Wegepauschalen (Kapitel 40 EBM) sowie Sachkostenerstattung (GOP 99999)
- Vergütungen für regional bzw. bundesweit vereinbarte, nicht im EBM enthaltene Leistungen im GOP-Bereich ≥ 80000

* Die Regelungen gem. Teil B Nr. 16 des HVM zur Umsetzung der Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gemäß § 87b Abs. 4 SGB V zur Vergütung laboratoriumsmedizinischer Leistungen bleiben hiervon unberührt.

Amtliche Mitteilung der KVN zum HVM für das 2. Quartal 2018

in Umsetzung des Honorarverteilungsmaßstabes (HVM) gemäß § 87b Abs. 1 SGB V der KVN vom 3. März 2018

1. Bekanntgabe der Fachgruppendurchschnittswerte für Individualbudgets nach Teil B Nr. 16.1 HVM

Fachgruppe	durchschnittliches Individualbudget
FA Laboratoriumsmedizin	351.406,07 €
FA Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie	270.301,87 €

Die aufgeführten Fachgruppendurchschnittswerte gelten für Ärzte der o.g. Fachgruppen, die im Basiszeitraum 2/2017 noch keine 16 Quartale tätig waren. Sie erhalten ein Individualbudget in Höhe der Leistungsanforderungen für Leistungen gemäß Teil B Nr. 16.1 Satz 1 HVM, maximal jedoch in Höhe der o.g. Fachgruppendurchschnittswerte, es sei denn das sich aus dem Basiszeitraum tatsächlich ergebende Individualbudget liegt über diesem Wert.

Für Ärzte, die im 2. Quartal 2018 nicht in vollem zeitlichen Umfang an der vertragärztlichen Versorgung teilnehmen, reduzieren sich die o.a. Fachgruppendurchschnittswerte anteilig auf den Umfang ihrer Tätigkeit.

2. Bekanntgabe der Fachgruppendurchschnittswerte für Individualbudgets nach Teil B Nr. 16.2 HVM

Fachgruppe	durchschnittliches Individualbudget
FA Chirurgie	10,95 €
FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe	12.719,36 €
FA Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	40.895,89 €
FA Haut- und Geschlechtskrankheiten	1.634,34 €
FA Innere Medizin und (SP) Nephrologie	969,32 €
FA Innere Medizin und (SP) Kardiologie	7.119,47 €
FA Kinder- und Jugendmedizin (hausärztlich)	14.358,55 €
FA Innere Medizin und (SP) Pneumologie	6.852,87 €
FA Innere Medizin und (SP) Gastroenterologie	7.886,25 €
FA Pathologie	5.112,55 €
FA Radiologie	5.679,33 €
FA Strahlentherapie	6.390,62 €
FA Urologie	36.387,32 €
FA Nuklearmedizin	125.031,92 €
FA Humangenetik	
FA Transfusionsmedizin	
FA Biochemie	
FA Allgemeinmedizin, Praktischer Arzt, FA Innere Medizin (hausärztlich)	42.202,53 €
FA Allgemeinmedizin, Praktischer Arzt (fachärztlich)	42.202,53 €
FA Innere Medizin (fachärztlich)	110.662,51 €
FA Innere Medizin und (SP) Endokrinologie	260.081,90 €
FA Innere Medizin und (SP) Hämatologie und Onkologie	14.769,32 €
FA Innere Medizin und (SP) Rheumatologie	65.458,83 €

Die aufgeführten Fachgruppendurchschnittswerte gelten für Ärzte der o.g. Fachgruppen, die im Basiszeitraum 2/2017 noch keine 16 Quartale im Speziallabor tätig waren. Sie erhalten ein Individualbudget in Höhe der Leistungsanforderungen für Leistungen gemäß Teil B Nr. 16.2 Satz 1 HVM, maximal jedoch in Höhe der o.g. Fachgruppendurchschnittswerte, es sei denn das sich aus dem Basiszeitraum tatsächlich ergebende Individualbudget liegt über diesem Wert.

Für Ärzte, die im 2. Quartal 2018 nicht in vollem zeitlichen Umfang an der vertragärztlichen Versorgung teilnehmen, reduzieren sich die o.a. Fachgruppendurchschnittswerte anteilig auf den Umfang ihrer Tätigkeit.

Gemeinsame Arbeitsgruppe Arzneimittel

Kassenärztliche Vereinigung
Niedersachsen

Verbände der gesetzlichen
Krankenkassen in Niedersachsen



Rezeptinfo – Verordnung von Biosimilars: Insulin lispro/glargin

Biologika sind biologische Arzneimittel, deren Wirkstoffe biologisch oder biologischen Ursprungs sind oder die mit biologischem Ursprungsmaterial hergestellt wurden.¹ In der Regel handelt es sich um komplexe Proteinmoleküle. Da Biologika in lebenden Zellsystemen hergestellt werden, ist eine Charge eines Biologikums der vorangehenden Charge ähnlich, aber nicht identisch (Mikroheterogenität).

Biosimilars sind Biologika, die im Rahmen dieser Mikroheterogenität den gleichen Wirkstoff wie ihr Referenzarzneimittel enthalten und die identische pharmakologische Wirkung haben. Hersteller von Biosimilars müssen für die Zulassungserteilung bei der Europäischen Arzneimittelbehörde EMA umfangreiche Unterlagen mit eigenen Studien zur pharmazeutischen Qualität des Biosimilars und zur Vergleichbarkeit mit dem zugelassenen Referenzarzneimittel vorlegen. Auch die Vergleichbarkeit der Wirksamkeit und Unbedenklichkeit sind durch umfassende Unterlagen zu belegen².

Aufgrund dieser behördlichen Anforderungen weist die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft darauf hin, dass Biosimilars bezüglich der therapeutischen Wirksamkeit, der Verträglichkeit und der Sicherheit in allen zugelassenen Indikationen den jeweiligen Referenzarzneimitteln gleichwertig sind und wie diese eingesetzt werden können. Die Anwendung als wirtschaftliche Alternative gilt sowohl für die Erstverordnung als auch für eine Umstellung vom Referenzprodukt (Switch).¹

Nachdem die EMA je ein Biosimilar für das langwirksame Insulin glargin sowie für das kurzwirksame Insulin lispro zugelassen hat, wurden in Deutschland Abasaglar® (Insulin glargin, September 2015) als Biosimilar zum Referenzprodukt Lantus® und Insulin lispro Sanofi® (Insulin lispro, Oktober 2017) als Biosimilar zum Referenzprodukt Humalog® verfügbar.

Die **Biosimilarquote Insulin lispro/glargin** stellt im Arzneimittel-Ablösepaket 2018 für einige Fachgruppen als drittes Wirtschaftlichkeitsziel eine zusätzliche Option dar, sich durch die Regelung „2 aus 3“ von einer Durchschnittswertprüfung zu befreien. Dabei muss ein Mindestanteil aller Insulin lispro- und Insulin glargin-haltigen Arzneimittel³ auf preisgünstiges⁴ biosimilares Insulin lispro und Insulin glargin entfallen:

Wirkstoffgruppe	Verordnungsempfehlung
Insulin lispro, Insulin glargin	Insulin lispro- und Insulin glargin-Biosimilarpräparate: Insulin lispro Sanofi®, Abasaglar®

Stand: 02/2018

¹ Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ): Leitfaden „Biosimilars“, August 2017. Verfügbar unter: <https://www.akdae.de/Arzneimitteltherapie/LF/Biosimilars/> (letzter Zugriff 12.01.2018)

² Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM): Zulassung von Biosimilars. Verfügbar unter: https://www.bfarm.de/DE/Arzneimittel/Arzneimittelzulassung/Zulassungsarten/Zulassung_von_Biosimilars/_node.html (letzter Zugriff 18.01.2018)

³ Zusatz für hausärztliche Kinderärzte: „die für die Therapie bei Kindern zugelassen sind“

⁴ Als preisgünstig angesehen und daher im Rahmen der Zielvorgabe berücksichtigt werden momentan die Präparate Insulin lispro Sanofi® und Abasaglar®.

Patienteninformation Biosimilars: Insuline

Die Kassenärztliche Vereinigung und die Verbände der Krankenkassen in Niedersachsen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,



bei Ihnen wurde die Stoffwechselkrankheit Diabetes diagnostiziert. Insbesondere Diabetes mellitus Typ 2 ist bei Erwachsenen in Deutschland weit verbreitet. Das typische Kennzeichen ist ein dauerhaft erhöhter Blutzucker, der unbehandelt Gefäße und Nerven schädigen und so die Funktion beispielsweise der Augen und Nieren beeinträchtigen kann.



Zur Behandlung des Diabetes hat Ihnen Ihr Arzt ein Insulin-Präparat verschrieben. Insulin-haltige Arzneimittel gehören zu den sogenannten biologischen Arzneimitteln. Biologische Arzneimittel werden nicht, wie die meisten anderen Medikamente, chemisch hergestellt, sondern stammen von lebenden Organismen und sind gewöhnlich größer und komplexer als chemisch synthetisierte Arzneimittel.



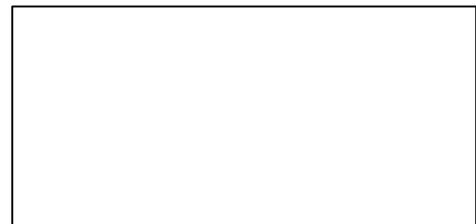
Nachdem ein Biologikum seinen Patentschutz verloren hat, können auch andere Firmen das biologische Arzneimittel herstellen, es nennt sich dann Biosimilar. Biosimilars sind eine sichere und wirksame Behandlungsmöglichkeit. Auch die Umstellung von einem Referenzarzneimittel auf ein Biosimilar ist möglich.



Ihr Arzt wird nach einem Gespräch mit Ihnen über die Verordnung eines Biosimilars oder die Umstellung auf ein Biosimilar entscheiden. Sprechen Sie mit ihm über Fragen und auch wenn Sie vermuten, unter Nebenwirkungen zu leiden.



Alles Gute für Ihre Gesundheit wünschen Ihnen Ihre Krankenkasse und die Kassenärztliche Vereinigung!



Praxisstempel

Gemeinsame Arbeitsgruppe Arzneimittel

Kassenärztliche Vereinigung
Niedersachsen



Kassenärztliche Vereinigung
Niedersachsen



Verbände der gesetzlichen
Krankenkassen in Niedersachsen



Rezept-Info – Kurzinformation zur Verordnung von Biosimilars

- Aufgrund der behördlichen Anforderungen sind biosimilare Arzneimittel vergleichbar mit Originalpräparaten (Referenzarzneimittel).
- Biosimilars sind in der Regel kostengünstige Alternativen zu den biopharmazeutischen Originalprodukten.
- Beachten Sie, dass die Apotheke Verordnungen über biologische Arzneimittel nicht austauschen darf und verordnen Sie daher aktiv Biosimilars (ggf. sind ergänzende kassenspezifische Informationen aufgrund von Rabattverträgen zu beachten).
- Klären Sie Ihre Patienten über die Gleichwertigkeit von Biosimilars im Vergleich zu den Referenzarzneimitteln auf.

Mammographie Indikationen^{*)}

Diese Liste der Rechtfertigenden Indikationen (RI) für die "kurative" Mammographie ist eine im "Zentralen Erfahrungsaustausch der Ärztlichen Stellen" (ZÄS) abgestimmte Orientierungshilfe für Überprüfungen nach § 17 a RöV.

Klinische Angaben	RI ja ¹⁾	RI nein ²⁾	Anmerkungen
< 50 Jahre, asymptomatisch		X	(analog zu SSK-Orientierungshilfe-2010-Abschnitt J1)
≥50J <70J asymptomatisch		X	dem Screening zuführen (analog zu SSK-Orientierungshilfe-2010-Abschnitt J2)
Z.n. Mamma-Op (gutartig)		X	ggf. 1 malige Kontrolle
zyklusabhängige beidseitige Beschwerden		X	
Hormonersatztherapie (HRT)		X	
Z.n. Mamma-Ca. OP (invasiv und noninvasiv)	X		(analog zu SSK-Orientierungshilfe-2010-Abschnitt J11 & J12)
familiäre oder persönlich erhöhte Disposition	X		nur wenn: a) 1 Mammatumor bei Verwandten 1. oder 2. Grades b) 2 Mammatumore bei Verwandten 3. oder 4. Grades c) Ovarialkarzinom selbst oder bei Verwandten 1. Grades d) sonstiges (z.B. nach Radiatio) (analog zu SSK-Orientierungshilfe-2008+2010-Abschnitt J3)
Hochrisikopatienten	X		(analog zu SSK-Orientierungshilfe-2010-Abschnitt J4)
tastbarer Knoten, unklarer Tastbefund bzw. positiver Sonographiebefund	X		(analog zu SSK-Orientierungshilfe-2010-Abschnitt J5 & J6 & J9)
Mastodynie einseitig	X		(analog zu SSK-Orientierungshilfe-2010-Abschnitt J6)
Gesichert gutartige Histologien		X	benigne histologischen Diagnosen wie z.B. zystische Mastopathie, sklerosierende Adenose, fibröse Mastopathie, gewöhnliche duktale Hyperplasie, einfache Papillome und Fibroadenome ohne Atypien
Histologisch bestätigte Läsionen	X		histologische Diagnosen (laut S3-Leitlinie "Benigne Läsionen mit unsicherem biologischem Potential" oder als B3-Läsionen zusammengefasst) wie z.B. flache epitheliale Neoplasie, atypische duktale Hyperplasie (ADH), intraduktale papilläre Läsionen und, lobuläre Neoplasien wie z.B. Carcinoma lobulare in situ (analog zu SSK-Orientierungshilfe-2010-Abschnitt J6)
Sekretion aus Mamille	X		(analog zu SSK-Orientierungshilfe-2010-Abschnitt J8)
entzündliche Veränderungen (Mastitis/Abszess)	X		(analog zu SSK-Orientierungshilfe-2010-Abschnitt J7 & J8)
neu aufgetretene Veränderungen an der Mamille und/oder Haut	X		z.B. Mamillenretraktion, Apfelsinhaut, Plateaubildung, etc.

¹⁾ In der Spalte "RI ja" werden (Rechtfertigende-)Indikationen aufgeführt, die, ergänzt durch die patientenspezifischen Angaben, grundsätzlich von den Ärztlichen Stellen akzeptiert werden.

²⁾ In der Spalte "RI nein" werden zur Abgrenzung Indikationen genannt, bei denen, für sich alleine gesehen, die RI als nicht gegeben betrachtet wird.

^{*)} Diese Liste berücksichtigt Patientinnen im Alter unter 70 Jahren.

J. Brusterkrankung

Asymptomatische Patientinnen / Früherkennung bei Krankheitsverdacht

P: Primäruntersuchung

W: Weiterführende Untersuchung

S: Spezialverfahren

N: Nicht indiziert

Klinische Fragestellung	Bildgebendes Untersuchungsverfahren	Grad der Empfehlung	Kommentar
J1 Asymptomatische Patientinnen unter 50. Lebensjahr	Mammographie	N	Regelmäßige klinische Untersuchung und Anleitung zur Selbstuntersuchung
J2 Asymptomatische Patientinnen ab 50. Lebensjahr	Mammographie	P	50.-69. Lebensjahr alle 2 Jahre nach Einladung im Rahmen des deutschen Brustkrebs-Früherkennungsprogramms (Mammographie-Screening)
	US	W	Zusatzuntersuchung bei unklarem Mammographiebefund und sonstigen Indikationen (z.B. dichtes Drüsenparenchym, ACR-Dichteindex III und IV)
J3 Erhöhtes Risiko Ab dem 40. Lebensjahr lebenslang	Mammographie	P	Persönliches Erkrankungsrisiko 15 - 30 % (z.B. familiäre Belastung, histologisch nachgewiesene Risikoläsionen, Z. n. Strahlentherapie des Thorax im Kindes- und Jugendalter) Individuell angepasstes Vorgehen, ggf. Mammographie jährlich oder alle 2 Jahre kombiniert mit jährlicher Sonographie
	US	P	Jährlich (insbesondere bei dichtem Drüsenparenchym, ACR-Dichteindex III und IV)
	MRT	W	Bei unklaren Ultraschall- / Mammographie-Befunden; für einen Einsatz der MRT als primäres Früherkennungsverfahren in dieser intermediären Risikogruppe liegen bisher keine ausreichenden Daten vor
J4 Hochrisiko-Patientinnen Ab dem 25. Lebensjahr (bzw. 5 Jahre vor dem frühesten Erkrankungsalter der Familie) lebenslang Die Betreuung der betroffenen Familien soll ausschließlich in den spezialisierten Zentren des Deutschen Konsortiums für familiären Brust- und Eierstockkrebs stattfinden ¹	US	P	Hochrisiko definiert als: (a) bekannte BRCA1/2 Mutation oder (b) persönliches Erkrankungsrisiko \geq 30% oder (c) Heterozygotenrisiko \geq 20% Halbjährlich, in Verbindung mit der klinischen Tastuntersuchung
	MRT	P	Alle 12 Monate. Die Kernspintomographie endet in der Regel mit dem 55. Lebensjahr oder bei Involution des Drüsenparenchyms (ACR-Dichteindex I-II)
	Mammographie	P	Individuell angepasstes Vorgehen, ggf. ab dem 30. Lebensjahr alle 12 Monate.
	Mammographie	W	Vor dem 30. Lebensjahr in Abh. von US, MRT, klin. Befund

¹ Siehe Interdisziplinäre S3-Leitlinie für die Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms, 1. Aktualisierung 2008

J. Brusterkrankung

Symptomatische Patientinnen

P: Primäruntersuchung

W: Weiterführende Untersuchung

S: Spezialverfahren

N: Nicht indiziert

Klinische Fragestellung	Bildgebendes Untersuchungsverfahren	Grad der Empfehlung	Kommentar
J5 Unklarer, susp. Tastbefund, lok. Schmerz od. Retraktion unter 30. Lebensjahr	US	P	In jedem Falle
	Mammographie	W	In Abh. vom US, klin. Befund
	MRT	W	Wenn US und Mammographie nicht konklusiv sind
	perkutane bildgeb. gestützte Biopsie	W	In Abh. von US, Mammographie, MRT, klin. Befund
J6 Unklarer, susp. Tastbefund, lok. Schmerz od. Retraktion über 30. Lebensjahr	Mammographie	P	Ab 40. Lebensjahr
		W	Vor 40. Lebensjahr
	US	P	
	MRT	W	Wenn US und Mammographie nicht konklusiv sind
J7 Non-puerperale Entzündung / V.a. M. Paget	Mammographie	P	ggf. probatorische Antibiotikatherapie bei Entzündung
	US	P	ggf. dermatologische Begutachtung
J8 Path. Sekretion (einseitig einzelne Gänge und / oder blutig, braun, wässrig oder zytolog. auffällig)	US	P	Auch Sekretzytologie entnehmen, die aber unzuverlässig ist
	Mammographie	P	
	Galaktographie	W	Bei unauff. / unklarem US und Mammographie, bei path. Zytologie. Nicht bei beidseitiger Sekretion
J9 Präoperatives Staging beim Mammakarzinom	Rö Thorax	P	In der Regel bei pT1pN0-Tumoren nicht indiziert ¹
	US Abdomen	P	In der Regel bei pT1pN0-Tumoren nicht indiziert ¹
	Mamma-MRT	W	Bei V. a. multizentrischen oder multifokalen Primärtumor und beim lobulären Mammakarzinom
	CT	W	Bei speziellem Metastasierungsverdacht
	Nuk	P	Skelett-GKS (in der Regel bei pT1pN0-Tumoren nicht indiziert ¹), Sentinel-Lymphnode-Darstellung

¹ Siehe Interdisziplinäre S3-Leitlinie für die Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms, 1. Aktualisierung 2008

J. Brusterkrankung

Symptomatische Patientinnen

P: Primäruntersuchung

W: Weiterführende Untersuchung

S: Spezialverfahren

N: Nicht indiziert

Klinische Fragestellung	Bildgebendes Untersuchungsverfahren	Grad der Empfehlung	Kommentar
J10 Mammaaugmentationsplastik (Aufbauplastik nach Mammakarzinom siehe J13)	US	P	Beurteilung der Implantatoberfläche bzw. von Restparenchym
	Mammographie	P	ggf. Spezialaufnahmen
	Mamma-MRT	W	Bei Pat. ohne früheres Mammakarzinom / DCIS / Hochrisiko: MRT nur, wenn mit Mammographie und Ultraschall nicht zu klären

Nachsorge nach Mammakarzinom

J11 nach brusterhaltender Therapie	Mammographie	P	Halbj. bis 3 J. n. OP ipsilateral, jährlich kontralateral
	US	P	Im Rahmen der Nachsorge
	Mamma-MRT	W	In Abh. von US und Mammographie, frühestens ab 1 Jahr nach Radiatio
	Nuk	W	Skelett-GKS: Bei V.a. Skelettmetastasen. FDG-PET: nach US und MRT
J12 nach Ablatio	Mammographie	P	Jährlich kontralateral
	US	P	Zur Beurteilung der Thoraxwand und der kontralateralen Brust
	CT / MRT	W	Bei V.a. Thoraxwandrezidiv
	Nuk	W	Skelett-GKS: Bei V.a. Skelettmetastasen. FDG-PET: nach US und MRT
J13 nach Aufbauplastik nach Mammakarzinom	US	P	Im Rahmen der Nachsorge
	Mammographie	W	Im Rahmen der Nachsorge
	Mamma-MRT	W	In Abh. von US und Mammographie, frühestens ab ½ J. nach OP
	Nuk	W	Skelett-GKS: Bei V.a. Skelettmetastasen. FDG-PET: nach Mammographie, Ultraschall und MRT

Fachseminar II für die Fachkraft in der kurativen Mammographie

„Von der Mammographie zur Diagnose – Tipps und viele Informationen“

Die Erstellung von Aufnahmen der Stufe I in den KBV-Richtlinien ist Ziel in der Mammographie!

Wir vermitteln Kenntnisse zur Einstelltechnik von Standard- und Zusatzaufnahmen. Auch wollen wir Ihnen weitere Abklärungsmethoden und Qualitätssicherungsmaßnahmen vorstellen. Bis zur Diagnose einer Brusterkrankung sind viele Schritte notwendig. Hier wollen wir einen Einblick in angrenzende Bereiche gewähren.

Interessante Vorträge, eine Bildpräsentation zu den Anforderungen der KBV-Richtlinien und ein Workshop werden Inhalt dieses Kurstages sein.

Die Teilnahme am Fachseminar I ist keine Voraussetzung für diesen Kurs!

Kursprogramm

09:00 Begrüßung und Registrierung Freiheit
09:15 Bildpräsentation mit Blick auf die KBV-Richtlinien und Erfahrungsaustausch Freiheit

10:30 Kaffeepause

10:45 Indikationen und Positionierungstechnik der Zusatzaufnahmen Freiheit
11:30 Vorstellung weiterer Abklärungsmethoden und deren Qualitätssicherung Freiheit

12:30 Mittagspause

13:15 Neues aus der Qualitätssicherung Gese
14:00 Dokumentation einer stereotaktischen Stanzbiopsie Freiheit

15:00 Kaffeepause

15:15 Workshop Freiheit
16:45 Abschlussgespräch Freiheit

17:00 Ende der Veranstaltung

Referenten:

Bärbel Freiheit

Ltd. MTRA für Fortbildung im Referenzzentrum Mammographie Nord

Dipl.-Ing. (FH) Ina-Kathrin Gese

Diplomingenieurin im technischen Support, Firma MMS Medicoor

Veranstalter:

RADSERV GmbH
Dienstleistungen für Radiologische Praxen
Fockebollwerkstr. 25-27
26603 Aurich

Die Teilnehmerzahl ist begrenzt.

**Teilnahmegebühr:
€ 200,- inkl. MwSt (inkl. Pausenverpflegung)**

Die Kursgebühr ist innerhalb von 14 Tagen nach der Anmeldung zu entrichten. Eine Rückerstattung ist nur bis 10 Tage vor Kursbeginn abzüglich einer Bearbeitungsgebühr in Höhe von € 25,- möglich. Bei späterer Absage oder Nichterscheinen wird die Kursgebühr in voller Höhe fällig. Der Veranstalter behält sich die Absage des Kurses bei Nichtzustandekommen bis 14 Tage vor Veranstaltungsbeginn vor.

Veranstaltungsort:

Referenzzentrum Mammographie Nord
Heiligengeiststraße 28 / 1.OG
26121 Oldenburg

**Fachseminar II
für die Fachkraft in der
kurativen Mammographie**

„Von der Mammographie zur Diagnose
– Tipps und viele Informationen“

Anmeldung und Organisation:

Brigitte Sturm

Tel.: 04941 / 60 510-27

Fax: 04941 / 60 510-727

E-Mail: fortbildung@radserv.de

Internet: www.radserv.de

Oldenburg

24.08.2018

Fortbildungskurs kurative Mammographie

Sehr geehrte Damen und Herren,

die Qualitätssicherung nimmt im radiologischen Alltag einen zunehmend wichtigeren Stellenwert ein. In der Mammographie wurde dazu am 11.02.2011 durch den gemeinsamen Bundesausschuss die Mammographievereinbarung veröffentlicht. Zur Vorbereitung auf die Fallsammlungsprüfungen bieten wir im Auftrag der kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen diesen Fortbildungskurs an. Er richtet sich an Ärzte, die Mammographieleistungen in der kurativen Versorgung erbringen wollen und hat das Ziel, Sie über die Neuerungen in der Gesetzgebung und Technik zu informieren sowie intensiv die Mammographiebefundung zu trainieren.

Wir laden Sie herzlich nach Oldenburg ein und freuen uns auf eine konstruktive, diskussionsfreudige Arbeitsatmosphäre.



Dr. med. Gerold Hecht

1. Kurstag (Donnerstag)

Registrierung ab 09:30h

10:00	Rechtliche Grundlagen, Abrechnung	Hecht
10:45	Radiologie gut- und bösartiger Erkrankungen im Mammogramm	Bremer
11:30	Technische Grundlagen und Qualitätssicherung	Gese

12:30 Mittagspause

13:15	Einführung prakt. Übungen	Hecht
13:30	Praktische Übungen in der Befundung	Hecht/ Sougrati/ Stephan

15:00 Kaffeepause

15:15	Besprechung der Fälle	Hecht
15:45	Ergänzende bildgebende Verfahren in der Mammadiagnostik	Ganseforth
16:45	Diskussion	

17:00 Ende des 1. Kurstages

2. Kurstag (Freitag)

09:00	Differentialdiagnose mammogr. Läsionen	Hecht
10:00	Abklärungsdiagnostik	Bremer

10:30 Kaffeepause

10:45	Praktische Übungen in der der Befundung	Hecht/ Sougrati/ Stephan
-------	---	--------------------------------

12:15 Mittagspause

13:00	Besprechung der Fälle	Hecht
13:30	Pathologisch-Radiologische Korrelation	Hecht

14:15 Kaffeepause

14:30	Praktische Übungen in der der Befundung	Hecht/ Sougrati/ Stephan
	Abschlussbesprechung und Zertifikatsausgabe	

16:15 Ende der Veranstaltung

Referenten:

Dr. med. Sebastian Bremer
Arzt im Referenzzentrum Mammographie Nord

Dr. med. Margret Ganseforth
Fachärztin für diagnostische Radiologie,
Praxis Wilhelmshaven

Dipl.-Ing. (FH) Ina-Kathrin Gese
Diplomingenieurin im technischen Support,
Firma MMS Medico

Dr. med. Gerold Hecht
Leiter des Referenzzentrums Mammographie Nord
und PVA der Screening-Einheit Niedersachsen
Nordwest

Veranstalter:

Dr. med. Gerold Hecht

Veranstaltungsort:

Referenzzentrum Mammographie Nord
Heiligengeiststraße 28, 1. OG
26121 Oldenburg

Anmeldung und Organisation:

Brigitte Sturm

Tel.: 04941 / 60 510-27

Fax: 04941 / 60 510-727

E-Mail: fortbildung@radserv.de

Internet: www.radserv.de

Die Teilnehmerzahl ist begrenzt.

Die Veranstaltung ist von der Ärztekammer
Niedersachsen zertifiziert und auf das
Fortbildungszertifikat anrechenbar.

Teilnahmegebühr:

€ 500,- inkl. MwSt (inkl. Pausenverpflegung)
Die Kursgebühr ist innerhalb von 14 Tagen
nach der Anmeldung zu entrichten. Eine
Rückerstattung ist nur bis 10 Tage vor
Kursbeginn abzüglich einer Bearbeitungs-
gebühr in Höhe von € 25,- möglich. Bei
späterer Absage oder Nichterscheinen wird die
Kursgebühr in voller Höhe fällig. Der
Veranstalter behält sich die Absage des Kurses
bei Nichtzustandekommen bis 14 Tage vor
Veranstaltungsbeginn vor.

Organisation:

RADSERV GmbH
Dienstleistungen für radiologische Praxen

Fortbildungskurs
Kurative Mammographie
nach
Mammographie-Vereinbarung § 8

Oldenburg

22. – 23.11.2018

Im Auftrag der



KVN
Kassenärztliche Vereinigung
Niedersachsen



Informationen für die Praxis

KVN-Rundschreiben

Februar 2018

Inhaltsverzeichnis

1. Abrechnung	3
1.1. Höhere Vergütungen für die Durchführung von Schutzimpfungen ab 1. Januar 2018	3
1.2. Änderungen am Gebührenverzeichnis für das Psychotherapeutenverfahren im Rahmen des Vertrages Ärzte/Unfallversicherungsträger	3
2. Verordnungen	3
2.1. Zytostatika-Rabattverträge zu Fertigarzneimitteln in parenteralen Zubereitungen in der Onkologie	3
2.2. Verordnung von Messgeräten zur kontinuierlichen interstitiellen Glukosemessung	4
2.3. Gemeinsame Arbeitsgruppe Arzneimittel - Informationsschreiben zum Thema Imatinib-Generika	4
3. Allgemeine Hinweise	5
3.1. Telematikinfrastruktur - Infoveranstaltungen	5
3.2. Hinweise zum Praxisausweis (SMC-B Karte)	5
3.3. KVN Praxisbörse im Internet geht an den Start	7
3.4. BARMER-Betreuungsstrukturvertrag endet rückwirkend zum 31. Dezember 2017	8
3.5. TK-Betreuungsstrukturvertrag endet am 31. März 2018	8
3.6. „Verbesserung der patientenorientierten medizinischen Versorgung“ mit der Techniker Krankenkasse (TK) - ab 1. April 2018	8
3.7. Kennzeichnung der Überweisungen im Rahmen der DMP mit dem Zusatz „DMP“	9
3.8. Änderungen am Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger - Wegfall des Überweisungsvordrucks (F2900) - Einrichtung einer Clearingstelle	10
3.9. Wiederaufnahme der Stichprobenprüfungen Akupunktur 2018	10
4. Veranstaltungen im März und April 2018	11

5. Anlagenverzeichnis.....	14
5.1. Anlage 2 zum Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger	14
5.2. Informationsschreiben.....	14
5.3. Sammelerklärung	14

1. Abrechnung

1.1. Höhere Vergütungen für die Durchführung von Schutzimpfungen ab 1. Januar 2018

Die KVN hat mit den Verbänden der gesetzlichen Krankenkassen eine Anhebung der Impfhonorare vereinbaren können.

Die jeweiligen Impfvereinbarungen mit den aktuellen Vergütungen finden Sie im KVN-Portal unter der Rubrik Verträge/Sonstige Verträge/GKV-Impfvereinbarungen.

Die überarbeitete Impfübersicht mit den einzelnen Vergütungen und den KVN-internen Gebührenordnungspositionen steht ebenfalls im KVN-Portal unter der Rubrik Abrechnung/KVN-interne Gebührenordnungsnummern bereit.

1.2. Änderungen am Gebührenverzeichnis für das Psychotherapeutenverfahren im Rahmen des Vertrages Ärzte/Unfallversicherungsträger

Mit unserem Rundschreiben im Oktober 2017 hatten wir Sie über die Anpassung der Gebührensätze der UV-GOÄ zum 1. Oktober 2017 informiert.

Die Anpassungen wirken sich auch auf das Gebührenverzeichnis für das Psychotherapieverfahren aus (P-Gebührenverzeichnis als Anlage 2 zum Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger). Diese Änderungen betreffen die Gebührennummern P1 bis P 22 und werden entsprechend der Gebührenerhöhung in der UV-GOÄ angepasst.

Die geänderte Anlage 2 zum Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger fügen wir als Anlage bei.

Anlage 5.1: Anlage 2 zum Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger

Betroffen: P1 bis P 22

2. Verordnungen

2.1. Zytostatika-Rabattverträge zu Fertigarzneimitteln in parenteralen Zubereitungen in der Onkologie

Die ARGE-Zytostatika hat uns darüber informiert, dass sie Rabattverträge für Fertigarzneimittel geschlossen hat, die durch Apotheken als Bestandteil parenteraler Zubereitungen in der Onkologie zur unmittelbaren ärztlichen Anwendung bei Patienten abgerechnet werden. Die ARGE-Zytostatika vertritt die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen in Niedersachsen, so dass die Rabattverträge für alle gesetzlich krankenversicherten Patienten in Niedersachsen gelten.

Setzen Sie daher das „aut-idem“-Kreuz bei der Verordnung onkologischer parenteraler Zubereitungen, wie bei anderen Arzneimitteln auch, nur im Einzelfall aus medizinisch-therapeutischen Gründen. Durch das Zulassen der Substitution wird die Erfüllung der Rabattverträge durch die Apotheke und somit die Wirtschaftlichkeit der Verordnung gewährleistet.

„aut-idem“ setzen

2.2. Verordnung von Messgeräten zur kontinuierlichen interstitiellen Glukosemessung

In Ergänzung zu unserer Information „Kontinuierliche interstitielle Glukosemessung mit Real-Time-Messgeräten (rtCGM) jetzt GKV-Leistung“ im Rundschreiben Oktober 2017 möchten wir noch einmal auf die Verordnungsfähigkeit der rtCGM-Messgeräte hinweisen.

Die Verordnungsfähigkeit nach dem zugehörigen Beschluss des G-BA vom 16. Juni 2016 bezieht sich ausschließlich auf diejenigen Messgeräte, die die Glukosewerte kontinuierlich messen, diese in Echtzeit automatisch an das Empfangsgerät übertragen sowie über eine Alarmfunktion verfügen. Nach dieser Definition sind sogenannte FGM(Flash-Glucose-Monitoring)-Systeme (z. B. FreeStyle Libre) nicht von der GKV-Leistung umfasst. FGM-Systeme messen den Glukosewert zwar kontinuierlich, übertragen die Messwerte jedoch nicht automatisch in Echtzeit an das Empfangsgerät und verfügen auch nicht über eine Alarmfunktion. Daher erfüllen sie die Kriterien für eine Verordnungsfähigkeit nach dem G-BA-Beschluss nicht. Eine Verordnung zu Lasten der GKV auf Muster 16 ist daher nicht möglich.

Zusätzlich weisen wir darauf hin, dass die Verordnung der rtCGM-Geräte als Hilfsmittel auf Muster 16 zu erfolgen hat. Hierbei sind die in der Hilfsmittelrichtlinie aufgeführten erforderlichen Angaben einschließlich der Diagnose auf dem Muster 16 vorzunehmen. Weiterführende Informationen auf der Verordnung sind nicht erforderlich. Sollte die Kasse eine Prüfung der Verordnung durch den MDK vorsehen, so sind diese Informationen vom MDK anzufordern.

2.3. Gemeinsame Arbeitsgruppe Arzneimittel - Informationsschreiben zum Thema Imatinib-Generika

Im Anhang finden Sie das aktualisierte Informationsschreiben der AG GKV/KVN Arzneimittel zu dem Thema Imatinib-Generika. In dem Schreiben wird die Verordnung von Imatinib unter Beachtung der unterschiedlichen zugelassenen Anwendungsgebiete des Originalpräparats und der zugehörigen Generika dargestellt. Zur besseren Übersicht der Wirtschaftlichkeit der verschiedenen Imatinib-Präparate wurde dem Schreiben nun eine Preisübersicht angefügt, die die jeweiligen Jahrestherapiekosten gegenüberstellt.

Das geänderte Informationsschreiben finden Sie in Kürze auch im KVN-Portal unter Verordnungen/Arzneimittel/Veröffentlichungen sowie im Internet unter www.kvn.de/Praxis/Verordnungen

Anlage 5.1: Informationsschreiben

3. Allgemeine Hinweise

3.1. Telematikinfrastruktur - Infoveranstaltungen

Deutschlands größtes elektronisches Gesundheitsnetz entsteht: die Telematikinfrastruktur (TI) im Gesundheitswesen. Für die Anbindung an die Telematikinfrastruktur sind verschiedene IT-Komponenten erforderlich. Für alle gelten hohe Anforderungen an die Funktionalität und Sicherheit. Was Sie als Vertragsarzt oder -psychotherapeuten dazu wissen sollten, fassen wir in Informationsveranstaltungen für Sie zusammen. Wir geben Ihnen einen Überblick über die notwendige technische Ausstattung, die Finanzierung und informieren Sie über den aktuellen Stand bei der Einrichtung der TI.

Die genauen Veranstaltungsorte sowie Uhrzeiten finden Sie auf der Website der KVN unter: <http://www.kvn.de/Seminarangebot/Qualitaets-und-Praxismanagement/> . Für die Veranstaltungen sind Fortbildungspunkte bei der ÄKN beantragt. Bei Fragen zu den Veranstaltungen wenden Sie sich bitte an Ihre KVN Bezirksstelle.

Fortbildungspunkte

3.2. Hinweise zum Praxisausweis (SMC-B Karte)

Was ist der Praxisausweis (SMC-B Karte) und wofür benötige ich ihn?

Damit sichergestellt ist, dass nur berechtigte Nutzer Zugang zur Telematikinfrastruktur erhalten, benötigen alle Praxen und sonstigen medizinischen Einrichtungen einen elektronischen Praxis- beziehungsweise Institutionsausweis - in der IT-Sprache auch „Security Module Card Typ-B Karte“ genannt (kurz: SMC-B Karte). Mittels dieser Karte registrieren sich die Praxen als Institution im Gesundheitswesen.

Neben dem Konnektor und dem stationären Kartenlesegerät ist der elektronische Praxisausweis somit eine erforderliche Komponente für den TI-Zugang.

Hinweis zur Anzahl der benötigten Praxisausweise (SMC-B Karten)

Wir haben festgestellt, dass derzeit mehr Praxisausweise als tatsächlich benötigt bei der Bundesdruckerei bestellt werden.

Aus diesem Grunde geben wir Ihnen folgenden Hinweis als grobe Richtschnur:

Einzelpraxis

Pro Betriebsstätte benötigen Sie nur eine SMC-B, unabhängig davon wie viele stationäre Kartenterminals Sie in der Praxis im Einsatz haben.

Eine Karte pro Betriebsstätte

Praxis mit Haupt- und Nebenbetriebsstätte

Die erforderliche Menge ist von der technischen Infrastruktur abhängig. Sie benötigen für eine Praxis mit Haupt- und Nebenbetriebsstätte ent-

weder eine oder maximal zwei SMC-B Karten. Die Anzahl der benötigten SMC-B Karten ist in diesem Fall von der Anzahl der installierten Konnektoren abhängig. Wird für die Haupt- und Nebenbetriebsstätte nur ein Konnektor in der Hauptbetriebsstätte installiert, dann benötigen Sie auch nur eine SMC-B Karte. Werden sowohl in der Haupt- als auch in der Nebenbetriebsstätte jeweils ein Konnektor installiert, dann benötigen Sie zwei SMC-B Karten.

Neue mobile Lesegeräte

Neue mobile Kartenlesegeräte sind noch nicht verfügbar, aus diesem Grunde sollten Sie noch keine SMC-B Karten für mobile Kartenlesegeräte bestellen.

Wenn Sie ein oder mehrere mobile Kartenlesegeräte im Einsatz haben, benötigen Sie später für jedes neue mobile Kartenlesegerät entweder eine SMC-B Karte oder alternativ den elektronischen Heilberufsausweis, um auf die gesicherten Daten der eGK zugreifen zu können.

Später für jedes

Derzeit sind diese gesicherten Daten sowohl im sogenannten offenen als auch im geschlossenen Container (Chip) der eGK gespeichert. Aus diesem Grunde können Sie Ihr derzeitiges mobiles Kartenlesegerät weiterverwenden. Zu einem späteren Zeitpunkt stehen die schützenswerten Daten wie z. B. Statusgruppe oder der Hinweis, dass der Patient von der Zuzahlung befreit ist, nur noch im geschlossenen Container. Wann das der Fall sein wird, steht momentan noch nicht fest. Ab diesem Zeitpunkt, über den wir Sie zeitnah informieren werden, benötigen Sie ein neues mobiles Kartenlesegerät. Ihr altes kann diese Daten dann nicht mehr aus dem Chip der eGK auslesen.

Da es zum jetzigen Zeitpunkt noch keine neuen mobilen Kartenterminals gibt, die eine Zulassung für die TI haben, sollten Sie die SMC-B Karte für ein mobiles Gerät erst dann bestellen, wenn die ersten Geräte die Zulassung erhalten haben und am Markt verfügbar sind.

Steht Ihnen laut Finanzierungsvereinbarung die Pauschale für ein oder weitere mobile Lesegeräte zu, dann erhalten Sie aber bereits ab dem Quartal der ersten Versichertenstammdatenprüfung auch die Pauschale(n) für eine weitere oder mehrere SMC-B-Karten erstattet. Das ist abhängig von der Anzahl der ihnen zustehenden mobilen Kartenterminals.

SMC-B Karten für mobile Kartenterminals also erst bestellen, wenn die Geräte am Markt verfügbar sind.

Hinweis

SMC-B Karten nicht zu früh bestellen

Die Bestellung einer SMC-B Karte sollte im zeitlichen Zusammenhang mit den erforderlichen Komponenten bzw. Diensten (Konnektor und Kartenterminal sowie VPN-Zugangsdienst) für den Online-Anschluss an die Telematik-Infrastruktur erfolgen.

Bitte beachten Sie, dass Sie die SMC-B (Praxis-Karte) spätestens innerhalb von vier Wochen nach Erhalt der Karte und des PIN-Briefes im Antragsportal des jeweiligen Herausgebers (einziger Herausgeber ist die

Bundesdruckerei) aktivieren müssen. Danach ist die SMC-B Karte freigeschaltet und kann genutzt werden.

Erfolgt keine Aktivierung innerhalb von vier Wochen, erhalten Sie ein Erinnerungsschreiben vom Provider. Wenn Sie hierauf nicht innerhalb von vier Wochen reagieren, wird die Karte vom Provider (z. Zt. nur Bundesdruckerei) gesperrt und ist somit wertlos. Die Kosten in Höhe von 571,20 Euro (laut aktueller Preisliste der Bundesdruckerei) fallen für Sie trotzdem an.

Frist nach Erinnerungsschreiben

3.3. KVN Praxisbörse im Internet geht an den Start

Die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen (KVN) hat im Internet eine neue Online-Praxisbörse veröffentlicht. Niedersächsische Ärzte, Psychologische Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten können unter <https://praxisboerse.kvn.de> Praxisangebote, Kooperationsvorhaben und Weiterbildungsstellen einstellen. Niederlassungsinteressierte können dann danach suchen. Auch das Inserieren von Anzeigen zur Suche von Praxen, Kooperationen oder Weiterbildungsstellen ist möglich.

Der Zugang zur KVN Praxisbörse erfolgt über das KVN Portal. Nichtmitglieder, die die Praxisbörse nutzen wollen, müssen ein Benutzerkonto anlegen. Pflichtangaben sind Name, E-Mail-Adresse und Passwort. Die Nutzer haben dann die Möglichkeit, per Eingabemaske gezielt Praxisangebote zu suchen, die ganz bestimmten Vorstellungen entsprechen, oder können eigene Inserate einstellen. Ein Inserat bleibt zunächst acht Monate im Netz. Das Veröffentlichen von Inseraten ist kostenfrei.

Kostenlos

Die KVN Praxisbörse ist eine gemeinsame Plattform als Unterstützung bei der Suche nach der passenden Praxisnachfolge. Sie richtet sich aber auch an diejenigen, die Partner für verschiedene Formen der Zusammenarbeit suchen.

So vielseitig und differenziert, wie eine Zeitschriftenanzeige gestaltet werden kann, wird auch die Suche unterstützt. Wer sich die Angebote anschauen will, kann dies selbstverständlich kostenfrei tun. So kann unter anderem nach der Fachrichtung, der KVN-Bezirksstelle oder der Art des Inserats gefiltert werden. Anfragen können entweder direkt an den Inserenten erfolgen oder als Chiffre-Antwort per E-Mail in den arztbezogenen Posteingang des Systems. Den Weg der Kontaktaufnahme bestimmt der Inserent bei der Anzeigenschaltung. Sowohl dem Suchenden als auch dem Anbietenden wird die Suche nach dem richtigen Partner oder Nachfolger durch die neue KVN Praxisbörse so leicht wie möglich gemacht.

3.4. **BARMER-Betreuungsstrukturvertrag endet rückwirkend zum 31. Dezember 2017**

Die BARMER hat aufgrund aufsichtsrechtlicher Vorgaben den bestehenden Betreuungsstrukturvertrag zum 31. Dezember 2017 fristgerecht gekündigt.

Leider ist es nicht gelungen, die Verhandlungen über einen nahtlosen Übergang auf eine Neuregelung zum Abschluss zu bringen bzw. eine befristete Fortgeltung mit der BARMER zu vereinbaren. Derzeit dauern die Verhandlungen an.

3.5. **TK-Betreuungsstrukturvertrag endet am 31. März 2018**

Die TK hat aufgrund aufsichtsrechtlicher Vorgaben den bestehenden Betreuungsstrukturvertrag zum 31. März 2018 gekündigt.

Wichtig: Es folgen im weiteren Rundbrief Informationen zum Nachfolgevertrag, der den aufsichtsrechtlichen Anforderungen zur Patienteneinschreibung sowie präziseren Leistungsbeschreibung entspricht.

3.6. **„Verbesserung der patientenorientierten medizinischen Versorgung“ mit der Techniker Krankenkasse (TK) - ab 1. April 2018**

Dieser neue Vertrag gilt als Nachfolger des am 31. März 2018 endenden TK- Betreuungsstrukturvertrages und enthält die aufsichtsrechtlich geforderten, konkreten Leistungsbeschreibungen der mit dem besonderen Betreuungsaufwand verbundenen Leistungen für die teilnehmenden Patienten mit chronischen Erkrankungen.

Teilnahme für Ärzte

Ab sofort können alle an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Psychotherapeuten einen Teilnahmeantrag (Anlage 4) stellen.

Teilnahme für Versicherte

Wichtig: Auch der Versicherte hat nun seine Teilnahme schriftlich zu erklären. Wie bisher ist Voraussetzung, dass für den Versicherten mindestens eine Erkrankung nach der vertraglichen Indikationsliste vorliegt. Die Versicherten-/ Patienteneinschreibung erfolgt über eine im KVN-Portal vertragseigene Web-Anwendung.

Nachfolgevertrag

GOP 98277	Patienteneinschreibung	10 Euro	Einschreibung ist pro Praxis einmal möglich. Ist der Patient bei mehreren Praxen in Behandlung, kann dieser ggf. auch mehrfach eingeschrieben werden. Abrechnung erfolgt durch automatische KVN-Zusetzung aus der Web-Anwendung
GOP 98278	Erstfeststellung gem. Indikationsliste	5 Euro	Abrechnung erfolgt per ICD-Angabe in der Praxisverwaltungssoftware (PVS) durch automatische KVN-Zusetzung
GOP 99842 bis 99847	Betreuungsaufwands-pauschalen gem. Indikationsliste	4 bis 45 Euro	Gestaffelt nach Anzahl der Indikationen. Abrechnung erfolgt per ICD-Angabe in der PVS durch automatische KVN-Zusetzung
GOP 90350	Überweisungssteuerung überweisender Arzt	9 Euro	Abrechnung ist unter Angabe der GOP manuell in der PVS vorzunehmen
GOP 90351	Überweisungssteuerung übernehmender Arzt	9 Euro	Abrechnung ist unter Angabe der GOP manuell in der PVS vorzunehmen

Extrabudgetäre
Leistungen/Honorare

Einzelheiten zu Leistungsinhalten und Honoraren stehen unter Betreuungsstruktur (Anlage 1) und unter Überweisungssteuerung (Anlage 2) zum Vertrag.

Den Vertrag nebst Anlagen finden Sie im KVN-Portal unter Verträge/Strukturverträge - Patientenorientierte Versorgung/„TK - Patientenorientierte medizinische Versorgung“.

3.7. Kennzeichnung der Überweisungen im Rahmen der DMP mit dem Zusatz „DMP“

Da die Vertragsärzte der 2. Versorgungsebene der Überweisung nicht entnehmen können, dass es sich um einen DMP-Patienten handelt und so ggf. notwendige Untersuchungen unterbleiben, wurde mit den niedersächsischen Krankenkassen (vorerst nur im DMP Diabetes Typ 2) vereinbart, dass Überweisungen mit dem Zusatz „DMP“ zu kennzeichnen sind.

Aber auch für die Abrechnung von fachärztlichen Leistungen ist die Kennzeichnung der Überweisung wichtig. So können Augenärzte z. B. den Zuschlag für die durchgeführte Funduskopie nur abrechnen, wenn eine mit „DMP“ gekennzeichnete Überweisung vorliegt.

Wir bitten daher die koordinierenden DMP-Ärzte darum, die Überweisungen im Feld „Diagnose/Verdachtsdiagnose“ entsprechend zu kennzeichnen. Bitte nehmen Sie die Kennzeichnung nicht nur im Rahmen des DMP Diabetes Typ 2 vor, sondern auch bei den übrigen DMP, für die eine Kennzeichnung der Überweisungen mit den Krankenkassen bislang (noch) nicht vereinbart wurde.

3.8. Änderungen am Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger - Wegfall des Überweisungsvordrucks (F2900) - Einrichtung einer Clearingstelle

Der Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger wurde zum 1. Januar 2018 geändert. Wir möchten Sie über die wichtigsten Änderungen informieren:

Der bislang für die Überweisung an den D-Arzt, den HNO-, Augen- und Hautarzt zu verwendende Vordruck F2900 wurde gestrichen. Für die Überweisung an die o. g. Fachgruppen kann wie bisher die Nr. 145 UV-GOÄ abgerechnet werden.

Eine bundesweit zuständige Clearingstelle steht ab sofort für Streitigkeiten, die sich aus Abrechnungsfragen oder aus dem Vertrag ergeben, für Ärzte, Psychotherapeuten und Unfallversicherungsträger zur Verfügung. Die Geschäftsführung der Clearingstelle wechselt jährlich zwischen der KBV und der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung. Anträge an die Clearingstellen können direkt von den Ärzten bzw. Psychotherapeuten gestellt werden.

Die Clearingstelle ist erreichbar per E-Mail unter Clearingstelle-Unfallversicherung@kbv.de und per Post über die Kassenärztliche Bundesvereinigung, Clearingstelle auf Bundesebene, Herbert-Lewin-Platz 2, 10623 Berlin.

Den überarbeiteten Vertrag und die UV-GOÄ können Sie auf der Homepage der KBV unter <http://www.kbv.de/html/uv.php> einsehen.

Wegfall des Überweisungsvordrucks (F2900)

Einrichtung einer Clearingstelle

3.9. Wiederaufnahme der Stichprobenprüfungen Akupunktur 2018

Die Qualitätssicherungsvereinbarung Akupunktur fordert eine jährliche Überprüfung der Dokumentationen. Diese wurde auf Bundesebene für die Jahre 2016 und 2017 ausgesetzt.

Die Aussetzung bis zum 31. Dezember 2017 hatten die Partner des Bundesmantelvertrages in einer Protokollnotiz zur Qualitätssicherungsvereinbarung festgelegt. Leider erfolgte mit dem GKV-Spitzenverband keine Einigung, die Dokumentationsprüfungen im Rahmen der Qualitätssicherungsvereinbarung auch weiterhin auszusetzen. Demnach möchten wir Sie informieren, dass wir die Überprüfung der Dokumentationen gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung ab dem Jahr 2018 wieder durchführen werden.

Die Überprüfung der Dokumentation einer Akupunkturbehandlung bezieht sich auf die Dokumentation des Therapieplans und der Eingangs- und Verlaufserhebung sowie auf die Begründung der Ausnahmefälle.

Jährlich werden von mindestens fünf Prozent der Ärzte, die Akupunkturleistungen erbringen und abrechnen, Dokumentationen zu zwölf abgerechneten Fällen und zu 18 abgerechneten Ausnahmefällen mit bis zu 15 Sitzungen angefordert.

Die eingereichten Dokumentationen werden daraufhin überprüft, ob die vorgegebenen Dokumentationsinhalte vollständig und nachvollziehbar dokumentiert sind. Die eingereichten Dokumentationen der Ausnahmefälle werden darüber hinaus daraufhin geprüft, ob sie hinsichtlich der Indikation für eine Verlängerung der Akupunkturbehandlung nachvollziehbar begründet sind.

Die betroffenen Ärzte werden schriftlich von der Fachabteilung über ihre Teilnahme an der Stichprobenprüfung Akupunktur informiert.

4. Veranstaltungen im März und April 2018

Hier bekommen Sie eine Übersicht über Seminare und Fortbildungen der KVN mit noch freien Plätzen im März und April 2018. Ein Anmeldefax ist beigelegt. Bitte nutzen Sie für unterschiedliche Seminare separate Anmeldefaxe. Die ausgefüllten Anmeldungen faxen Sie bitte an folgende Nummer: **0511 380-3480**.

Weitere Informationen, welche Angebote für Ihre Praxis und die MitarbeiterInnen am besten geeignet sind, finden Sie auf unserer Internetseite. Dort können Sie sich auch direkt online anmelden:

<http://www.kvn.de/Seminarangebot/>

Name	Ort	Datum	Gebühr p. P.
Qualitäts- und Praxismanagement			
Gesundheit von PraxismitarbeiterInnen erhalten und schützen	Hannover	18.Apr	kostenlos
Kurze Wartezeiten - Gutes Terminsystem	Stade	25.Apr	85 Euro
Management für komplexe Praxisstrukturen (2-tägig)	Hannover	13.Apr	220 Euro
Praxisbegehungen durch das Gesundheitsamt	Hannover	18.Apr	kostenlos
Praxisbegehungen durch das Gewerbeaufsichtsamt	Hannover	03.Mär	25 Euro
Qualitätsmanagement ganz einfach	Oldenburg	20.Apr	99 Euro
Teamwork in der Arztpraxis	Aurich	07.Mär	80 Euro
Vorsorge für alle Fälle	Osnabrück	14.Mär	kostenlos

Abrechnung und Verordnung			
Abrechnung aktuell	Oldenburg	14.Mär	kostenlos
Abrechnung aktuell	Papenburg	11.Apr	kostenlos
Abrechnung aktuell	Aurich	12.Apr	kostenlos
Abrechnung aktuell	Aurich	18.Apr	kostenlos
Abrechnung aktuell	Aurich	19.Apr	kostenlos
EBM für Einsteiger	Osnabrück	18.Apr	kostenlos
Gruppentherapie leicht gemacht	Hannover	17.Mär	50 Euro
Heilmittelschulung für MFA	Osnabrück	07.Mär	kostenlos
Honorarbescheid lesen und verstehen	Oldenburg	18.Apr	kostenlos
Sicher durch den „Heilmittel-Verordnungs-Dschungel“	Aurich	01.Mär	kostenlos
Sicher durch den „Heilmittel-Verordnungs-Dschungel“	Stade	17.Apr	kostenlos
Richtig kodieren nach ICD 10	Hannover	07.Mär	kostenlos
Richtig kodieren nach ICD 10	Aurich	26.Apr	kostenlos
Wirtschaftsseminare			
Der angestellte Arzt in Praxis und MVZ	Braunschweig	14.Mär	kostenlos
Digitalisierung in der Arztpraxis	Oldenburg	07.Mär	kostenlos
Kooperationen von und mit Ärzten	Hannover	25.Apr	kostenlos
Niederlassen in Niedersachsen	Göttingen	10.Mär	kostenlos

Verbindliche Anmeldung (bitte vollständig ausfüllen)

Fax an 0511 380-3480

Ich nehme am Seminar

mit _____ Person/en teil.

Datum des Seminars

Vor- und Nachname(n) der/des Teilnehmer/s

Vor- und Nachname des Rechnungsempfängers (Praxis)

Anschrift des Rechnungsempfängers (Straße, PLZ, Ort)

LANR

BSNR

E-Mail-Adresse

Telefonnummer für evtl. Rückfragen

Datum

**Mit der verbindlichen Anmeldung
akzeptiere ich die AGB der KVN.**

Stempel

5. Anlagenverzeichnis

- 5.1. Anlage 2 zum Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger
- 5.2. Informationsschreiben
- 5.3. Sammelerklärung

Anlage 2 zum Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger
Gebührenverzeichnis
Psychotherapeutenverfahren der gesetzlichen Unfallversicherungsträger
- Stand: 01.10.2017 -

Nr.	Leistung	Betrag/€
P 1 (= Nr. 11 UV-GOÄ)	Beratung - auch mittels Fernsprecher - als alleinige Leistung	3,34
P 2 (= Nr. 12 UV-GOÄ)	Leistung nach Nr. P 1, jedoch außerhalb der Sprechstunde	4,63
P 3 (= Nr. 13 UV-GOÄ)	Leistung nach Nr. P 1, jedoch bei Nacht (zwischen 20 und 8 Uhr)	20,78
P 4 (= Nr. 14 UV-GOÄ)	Leistung nach Nr. P 1, jedoch an Sonn- und Feiertagen	7,24
P 5 (= Nr. 15 UV-GOÄ)	Leistung nach Nr. P 1, jedoch an Samstagen ab 12 Uhr	7,24
P 6	nicht besetzt	
P 7	Erörterung des Befundes bzw. des Vorgehens im Heilverfahren gegenüber der Sachbearbeitung der Unfallversicherungsträger	11,13
P 8 (= Nr. 60 a UV-GOÄ)	Konsiliarische Erörterung zwischen zwei oder mehr liquidationsberechtigten Therapeuten*), für jeden Therapeuten - am Tag	11,13
P 9 (= Nr. 60 b UV-GOÄ)	Konsiliarische Erörterung zwischen zwei oder mehr liquidationsberechtigten Therapeuten*), für jeden Therapeuten - bei Nacht (zw. 20 und 8 Uhr)	22,27
	*)Die Gebühr ist auch zu zahlen für die konsiliarische Erörterung mit einem mitbehandelnden Arzt, der nach der UV-GOÄ liquidationsberechtigt ist.	
P 10 (= Nr. 71 UV-GOÄ)	Wegegeld *) bis zu zwei Kilometern	3,87
P 11 (= Nr. 72 UV-GOÄ)	Wegegeld *) bis zu zwei Kilometern, bei Nacht (zwischen 20 und 8 Uhr)	7,73
P 12 (= Nr. 73 UV-GOÄ)	Wegegeld *) bis zu fünf Kilometern	7,18
P 13 (= Nr. 74 UV-GOÄ)	Wegegeld *) bis zu fünf Kilometern, bei Nacht (zwischen 20 und 8 Uhr)	11,05
P 14 (= Nr. 81 UV-GOÄ)	Wegegeld *) bis zu zehn Kilometern	11,05
P 15 (= Nr. 82 UV-GOÄ)	Wegegeld *) bis zu zehn Kilometern, bei Nacht (zwischen 20 und 8 Uhr)	16,57
P 16 (= Nr. 83 UV-GOÄ)	Wegegeld *) bis zu 25 Kilometern	16,57
P 17 (= Nr. 84 UV-GOÄ)	Wegegeld *) bis zu 25 Kilometern, bei Nacht (zwischen 20 und 8 Uhr)	27,60
P 18 (= Nr. 86 UV-GOÄ)	Reiseentschädigung *)bei Benutzung des eigenen Kraftwagens je zurückgelegter Kilometer	0,28
P 19 (= Nr. 87 UV-GOÄ)	Reiseentschädigung *)bei Benutzung anderer Verkehrsmittel, tatsächliche Aufwendungen	
P 20 (= Nr. 88 UV-GOÄ)	Reiseentschädigung *) bei Abwesenheit bis zu 8 Stunden je Tag	55,22
P 21 (= Nr. 89 UV-GOÄ)	Reiseentschädigung *) bei Abwesenheit von mehr als 8 Stunden je Tag	110,44
P 22 (= Nr. 91 UV-GOÄ)	Reiseentschädigung *) für notwendige Übernachtungen, Ersatz von Kosten	

*) Allgemeine Bestimmungen

1. Als Entschädigung für Besuche erhält der Therapeut Wegegeld und Reiseentschädigung; hierdurch sind Zeitversäumnisse und die durch den Besuch bedingten Mehrkosten abgegolten.

2. Der Therapeut kann für jeden Besuch innerhalb eines begrenzten Radius um die Praxisstelle ein Wegegeld berechnen.

3. Bei Besuchen über eine Entfernung von mehr als 25 Kilometern zwischen Praxisstelle des Therapeuten und Besuchsstelle tritt an die Stelle des Wegegeldes eine Reiseentschädigung.

4. Erfolgt der Besuch von der Wohnung des Therapeuten aus, so tritt bei der Berechnung des Radius die Wohnung des Therapeuten an die Stelle der Praxisstelle. Werden mehrere Patienten in derselben häuslichen Gemeinschaft oder in einem Heim, insbesondere in einem Alten- oder Pflegeheim besucht, darf der Therapeut Wegegeld bzw. Reiseentschädigung unabhängig von der Anzahl der besuchten Patienten und deren Versicherterstatus insgesamt nur einmal und nur anteilig berechnen.

P 23	Orientierende Testverfahren zur Diagnostik psychoreaktiver Beschwerden (Anwendung und Auswertung) <i>Abrechnung von bis zu 6 Tests zum Zeitpunkt:</i> - leitliniengerechte Eingangs- und Abschlussdiagnostik <i>Abrechnung bis zu 4 Tests zum Zeitpunkt:</i> - leitliniengerechte Verlaufsdiagnostik (bei Bedarf) (z.B. BDI-II, BSCL, IES-R,...)	15,00 pro Test
P 24	Orientierende Testverfahren zur neurokognitiven Stuserhebung (Anwendung und Auswertung) Zur Diagnostik vor Beginn der Therapie im Rahmen der Probatorik (im Bedarfsfall, einschließlich Beschwerdenvalidierungsverfahren) (z.B. LPS, MWT, MMST ...)	15,00 pro Test
P 25	Notfallbezogene Betreuung bei akutem psychischem Trauma schweren Ausmaßes; außerhalb der Praxisräumlichkeiten Notfallkonsultation und psychologische Erstbetreuung - wegen besonderer Schwere des akuten Ereignisses am Unfallort. Beurteilung der Situation unter Berücksichtigung von Traumaphasen spezifischen Gesichtspunkten. Entscheidung über die Notwendigkeit weiterführender Maßnahmen in Abstimmung mit anderen an der Erstbehandlung beteiligten Berufsgruppen vor Ort, ggf. auch Indikationsstellung und sofortige Einleitung einer psychopharmakologischen Behandlung. Bis zu max. 2 Einheiten a 50 Min./Tag; insgesamt max. 1 mal im Behandlungsfall.	150,00
P 26	Notfallkonsultation bei akutem psychischem Trauma schweren Ausmaßes; innerhalb der Praxisräumlichkeiten Notfallkonsultation und psychologische Erstbetreuung - wegen besonderer Schwere des akuten Ereignisses innerhalb von 48 Stunden nach dem Unfall. Beurteilung der Situation unter Traumaphasen spezifischen Gesichtspunkten und Entscheidung über die Notwendigkeit weiterführender Maßnahmen. Indikations- und differenzielle Indikationsstellung (stationäre Behandlungsnotwendigkeit?). Kurzfristige Einleitung weiterführender ambulanter Maßnahmen, ggf. auch Indikationsstellung und sofortige Einleitung einer psychopharmakologischen Behandlung. Bis zu max. 2 Einheiten a 50 Min./Tag; insgesamt max. 1 mal im Behandlungsfall	120,00
P 27	Durchführung indizierter psychotherapeutischer Diagnostik und Behandlungsmaßnahmen bei akuten psychischen Traumafolgen - probatorische Sitzungen Beginn der Akutbehandlung innerhalb einer Woche nach Zuweisung und Abschluss der max. 5 probatorischen Sitzungen à 50 Minuten innerhalb von 6 Wochen. Anwendung spezifischer standardisierter psychodiagnostischer Verfahren. Indikation der Maßnahmen unter Berücksichtigung von Traumaphasen spezifischen Gesichtspunkten. Sofortige Einleitung von psychotherapeutischen Maßnahmen wegen akuter Symptomatik und /oder bei erkennbaren Risikomerkmalen für weitere Befundverschlechterung, ggf. auch Indikationsstellung und sofortige Einleitung einer psychopharmakologischen Behandlung. Differentielle Indikationsstellung oder Kombinationsbehandlung erwägen (z. B. Einsatz von pharmakotherapeutischen Maßnahmen).	110,00
P 28	Durchführung traumaspezifischer Therapie, z. B. nach P 27, ggf. im Anschluss an probatorische Sitzungen	110,00

P 29	<p>Durchführung traumaspezifischer, den Rahmen regulärer Psychotherapiemaßnahmen überschreitender diagnostischer und therapeutischer Verfahren Unter Einsatz besonders aufwändiger therapeutischer Maßnahmen (wie z. B. Verhaltenstherapeutische Übungsbehandlung außerhalb der Praxis, z. B. im Unfallbetrieb).</p> <p>Bis zu 3 Einheiten a 50 Min./Tag, in der Regel bis max. 4 mal im Behandlungsfall. Nach vorheriger Genehmigung durch den UV-Träger.</p>	120,00
P 30	<p>Traumaspesifische Fremdanamnese, Beratung und/oder Aufklärung von Angehörigen oder relevanten Betriebsangehörigen bei Notwendigkeit eines Einbezugs dieser Personen in die Gesamtbehandlung Bei speziellen psychotherapeutischen Zielsetzungen in der Akutbehandlung oder der Phase der beruflichen Rehabilitation.</p> <p>Bis zu max. 2 Einheiten a je 50 Min. im Behandlungsfall</p>	100,00
P 31	Leistungen nach P 25 - P 30, Gruppenbehandlung mit einer Teilnehmerzahl von höchstens 5 Personen, Dauer mindestens 100 Minuten, je Teilnehmer 50 % der Gebühren nach P 25 - P 30.	
P 32	Ausfallgebühr für Fälle, in denen vereinbarte Termine nicht wahrgenommen oder später als 24 Stunden vor Beginn der Sitzung abgesagt werden und der Termin nicht anderweitig vergeben werden konnte.	40,00
P 33	nicht besetzt	
P 34	Kurzbericht (F 2280)	10,00
P 35	Psychischer Befundbericht (Erstbericht bei Beginn probatorischer Sitzungen) einschließlich Schreibgebühr	30,00
P 36	Psychischer Befundbericht (Abschlussbericht nach Ende der probatorischen Sitzungen - ohne Weiterbehandlung) einschließlich Schreibgebühr	20,00
P 37	Psychischer Befundbericht (Abschlussbericht nach Ende der probatorischen Sitzungen - Antrag auf Weiterbehandlung) einschließlich Schreibgebühr	30,00
P 38	Psychischer Befundbericht (Verlaufsbericht) einschließlich Schreibgebühr	20,00
P 39	Psychischer Befundbericht (Abschlussbericht nach Ende der Psychotherapie) einschließlich Schreibgebühr	30,00

Für die Honorierung von Gutachten gelten die Nrn. 160 bis 165 UV-GOÄ in der jeweils gültigen Fassung.

Gemeinsame Arbeitsgruppe Arzneimittel

Kassenärztliche Vereinigung
Niedersachsen

Verbände der gesetzlichen
Krankenkassen in Niedersachsen



Imatinib - Generika

Seit Dezember 2016 ist der Wirkstoff Imatinib (Glivec®) als Generikum erhältlich. Imatinib-Generika sind u.a. für die Behandlung der Philadelphia-Chromosomen-positiven chronischen myeloischen Leukämie und akuten lymphatischen Leukämie zugelassen. Für die Behandlung der gastrointestinalen Stromatumoren (GIST) besteht für Glivec® weiterhin Patentschutz bis 2021. Wegen des indikationsabhängigen Patentes gibt es derzeit einzelne Rabattverträge und dazugehörige Empfehlungen der jeweiligen Vertragspartner.

In den ersten drei Quartalen 2017 lag das Verordnungsvolumen für Imatinib im Bereich der KV Niedersachsen bei ca. 13 Millionen Euro¹. Durch den Einsatz von Generika ergibt sich ein deutliches Einsparpotential in Höhe von bis zu 94 %.

Im Vergleich zum Vorjahreszeitraum wurden die Kosten je definierter Tagesdosis (DDD) bereits um 36 % gesenkt². Weitere Einsparreserven können durch die Verordnung von Rabattpräparaten generiert werden.

Wir empfehlen daher, in den zugelassenen patentfreien Indikationen³ gezielt preiswerte Generika, ein Rabattarzneimittel oder den Wirkstoff zu verordnen.

Zur Unterstützung Ihrer wirtschaftlichen Ordnungsweise erhalten Sie eine Preisübersicht (Anlage) der in Deutschland verfügbaren Arzneimittel mit dem Wirkstoff Imatinib.

¹ GAmSi Daten, 2016: 19 Millionen Euro

² 2016: 141€, 3.Quartal 2017: 91€

³ Erwachsene und Kinder mit neu diagnostizierter Philadelphia-Chromosom (bcr-abl)-positiver (Ph+) chronischer myeloischer Leukämie (CML), für die eine Knochenmarktransplantation als Erstbehandlungsmöglichkeit nicht in Betracht gezogen wird; Erwachsene und Kinder mit Ph+ CML in der chronischen Phase nach Versagen einer Interferon-Alpha-Therapie, in der akzelerierten Phase oder in der Blastenkrise; Erwachsene und Kinder mit neu diagnostizierter Philadelphia-Chromosom-positiver akuter lymphatischer Leukämie (Ph+ALL) in Kombination mit einer Chemotherapie. Erwachsene mit rezidivierender oder refraktärer Ph+ ALL als Monotherapie; Erwachsene mit myelodysplastischen/myeloproliferativen Erkrankungen (MDS/MPD) in Verbindung mit Genumlagerungen des PDGF-Rezeptors (platelet-derived growth factor); Erwachsene mit fortgeschrittenem hypereosinophilem Syndrom (HES) und/oder chronischer eosinophiler Leukämie (CEL) mit FIP1L1-PDGFR α -Umlagerung; Erwachsene mit nicht resezierbarem Dermatofibrosarcoma protuberans (DFSP) und Erwachsene mit rezidivierendem und/oder metastasiertem DFSP, die für eine chirurgische Behandlung nicht in Frage kommen.

Preisübersicht zu Imatinib-Generika⁴

Artikelname	GKV-Preis	Jahrestherapie- kosten (400mg/Tag)	Jahrestherapie- kosten (800mg/Tag)	Kostenreduktion (Jahrestherapiekosten) zu GLIVEC (800mg/Tag)
IMATINIB Pensa 400 mg Filmtabletten	9.615,39 €	38.995,75 €	77.991,50 €	11%
GLIVEC 400 mg Filmtabletten	8.660,22 €	35.122,00 €	70.244,01 €	0%
IMATINIB HEXAL 400 mg Filmtabletten	8.173,20 €	33.146,87 €	66.293,73 €	-6%
IMATINIB ratiopharm 400 mg Filmtabletten	7.361,20 €	29.853,76 €	59.707,51 €	-15%
IMATINIB Teva 400 mg Filmtabletten	6.601,73 €	26.773,68 €	53.547,37 €	-24%
IMATINIB Amneal 400 mg Filmtabletten	5.784,97 €	23.461,27 €	46.922,53 €	-33%
IMANIVEC 400 mg Tabl.z.Herstel.e.Susp.z.Einnehm.	3.161,34 €	12.820,99 €	25.641,98 €	-63%
IMANIVEC 400 mg Filmtabletten	2.853,71 €	11.573,38 €	23.146,76 €	-67%
IMATINIB Heumann 400 mg Filmtabletten	2.805,96 €	11.379,73 €	22.759,45 €	-68%
IMATINIB Accord 400 mg Filmtabletten	2.099,83 €	8.515,98 €	17.031,95 €	-76%
IMATINIB Mylan 400 mg Filmtabletten	1.957,41 €	7.938,39 €	15.876,77 €	-77%
IMATINIB axios 400 mg Hartkapseln	1.792,45 €	7.269,38 €	14.538,76 €	-79%
IMATINIB Zentiva 400 mg Filmtabletten	1.792,45 €	7.269,38 €	14.538,76 €	-79%
IMATINIB onkavis 400 mg Hartkapseln	1.451,62 €	5.887,13 €	11.774,25 €	-83%
IMATINIB PUREN 400 mg Filmtabletten	1.451,62 €	5.887,13 €	11.774,25 €	-83%
IMATINIB Cipla 400 mg Hartkapseln	998,92 €	4.051,18 €	8.102,35 €	-88%
IMATINIB AL 400 mg Filmtabletten	791,36 €	3.209,40 €	6.418,81 €	-91%
IMATINIB BASICS 400 mg Filmtabletten	743,85 €	3.016,73 €	6.033,45 €	-91%
IMATINIB effect pharma 400 mg Hartkapseln	743,85 €	3.016,73 €	6.033,45 €	-91%
IMATINIB cell pharm 400 mg Filmtabletten	713,73 €	2.894,57 €	5.789,14 €	-92%
IMATINIB Ribosepharm 400 mg Filmtabletten	695,68 €	2.821,37 €	5.642,74 €	-92%
IMATINIB beta 400 mg Filmtabletten	655,98 €	2.660,36 €	5.320,73 €	-92%
IMATINIB beta 400 mg Hartkapseln	655,98 €	2.660,36 €	5.320,73 €	-92%
IMATINIB Glenmark 400 mg Filmtabletten	608,96 €	2.469,67 €	4.939,34 €	-93%
IMATINIB Devatis 400 mg Filmtabletten	557,17 €	2.259,63 €	4.519,27 €	-94%
IMATINIB Denk 400 mg Filmtabletten	534,29 €	2.166,84 €	4.333,69 €	-94%
IMATINIB Koanaa 400 mg Filmtabletten	529,48 €	2.147,34 €	4.294,67 €	-94%
IMATINIB Medicopharm 400 mg Filmtabletten	515,03 €	2.088,73 €	4.177,47 €	-94%

⁴ Preise sind Taxe-VK (gesetzlich) gem. Lauer-Taxe (Stand: 15.01.2018), Originale nach Abzug der Rabatte nach § 130a Abs. 1 und § 130 SGB V; Packungsgröße N3 (90 Stück), die Dosierungsempfehlungen variieren je nach Indikation variieren zwischen 100 bis 800mg täglich.



Informationen für die Praxis

KVN-Rundschreiben

Januar 2018

Inhaltsverzeichnis

1.	Abrechnung	3
1.1.	Kurzinformation zur Psychotherapie bei antragspflichtigen Leistungen nach Kapitel 35.2 EBM	3
1.2.	OPS-Code - Angabe der Seitenlokalisierung.....	3
1.3.	Anpassung des DMP-Vertrages COPD zum 1. Januar 2018.....	4
2.	Verordnungen.....	6
2.1.	Mycophenolatmofetil/Mycophenolensäure bei Lupusnephritis -Änderung der Anlage VI (Off-Label-Use) der Arzneimittel-Richtlinie.....	6
2.2.	Änderung der Krankentransport-Richtlinie bezüglich Fahrten zu stationsersetzenden Eingriffen und zu Geriatrischen Institutionsambulanzen (GIA).....	7
2.3.	Ernährungstherapie ab 2018 als Heilmittel verordnungsfähig.....	7
2.4.	Erstattungsfähigkeit von Insulin lispro für Typ II Diabetiker der DAK Gesundheit ab dem 1. Januar 2018.....	9
3.	Allgemeine Hinweise.....	10
3.1.	Außerordentliche Kündigung des Betreuungsstrukturvertrages zum 31. Dezember 2017 durch die AOK Niedersachsen	10
3.2.	Grippeimpfsaison 2018/2019.....	10
3.3.	Stadt Oldenburg führt für ihre Feuerwehrbeamtinnen und -beamten zum 1. Februar 2018 die Krankenversichertenkarte ein.....	10
3.4.	Streichung des Moduls Herzinsuffizienz im DMP KHK zum 1. April 2018	10
3.5.	Gemeinsame Arbeitsgruppe Heilmittel - Informationsschreiben zum Thema „Ergotherapie ja oder nein?“	11
3.6.	Gemeinsame Arbeitsgruppe Arzneimittel - Informationsschreiben zum Thema Entlassmanagement	11

3.7.	Bewertungsausschuss beschließt diverse Änderungen im EBM zum 1. Januar 2018 bzw. 1. April 2018.....	11
3.8.	Aufwertung von Empagliflozin im Rahmen des DMP Diabetes mellitus Typ 2	12
3.9.	Überarbeiteter Fragebogen zur Feststellung des Status Quo in der Arztpraxis.....	12
3.10.	Einladung zum Neujahrsempfang 2018	13
3.11.	Fortbildung "Vermeidung von Polymedikation bei koronarer Herzkrankheit" am 3. Februar 2018	13
4.	Veranstaltungen im Februar und März 2018.....	14
5.	Anlagenverzeichnis.....	17
5.1.	Praxisinformation „Krankentransporte und Krankenfahrten“	17
5.2.	Infoschreiben.....	17
5.3.	Informationsschreiben der AG GKV/KVN Arzneimittel: Entlassmanagement zum 1. Oktober 2017 gestartet..	17
5.4.	Beschlüsse des Bewertungsausschusses.....	17
5.5.	Fortbildung	17

1. Abrechnung

1.1. Kurzinformation zur Psychotherapie bei antragspflichtigen Leistungen nach Kapitel 35.2 EBM

Wir haben Ihnen zur besseren Übersicht der abrechnungsfähigen Gebührenordnungspositionen mit den dazugehörigen Suffixen eine kurze Information im KVN-Portal unter Abrechnung/Abrechnungcenter/Informationen zur Quartalsabrechnung/Downloads eingestellt.

Ansprechpartner ist Ihr Abrechnungsteam und/oder das Team Auskünfte des Abrechnungscenters, Telefon: 0511 380-4800, E-Mail: abrechnungscenter@kvn.de

1.2. OPS-Code - Angabe der Seitenlokalisation

Operationen nach Kapitel 31.2 bzw. 36.2 EBM sind erst dann berechnungsfähig, wenn hinter der GOP der gültige OPS-Code aus dem Anhang 2 des EBM im KVDT-Feld 5035 dokumentiert ist. Die Angabe der Seitenlokalisation erfolgt im KVDT-Feld 5041.

Anhang 2 des EBM zeigt in der Spalte „Seite“, ob und welche Seitenlokalisation beim jeweiligen OPS-Code anzugeben ist:

- R = Rechts
- L = Links
- B = Beidseits
- ↔ = Codes, die Prozeduren an paarigen Organen oder Körperteilen abbilden; Angabe der Seitenlokalisation (R, L oder B) erforderlich
- (LEER) = OPS-Code bedingt / erlaubt keine Seitenlokalisation

Ist zum OPS eine Seitenlokalisation vorgegeben, muss diese angegeben werden:

OPS 2018	Seite	Bezeichnung OPS 2018
5-783.00	R	Entnahme eines Knochentransplantates: Spongiosa, eine Entnahmestelle: Klavikula
5-783.01	L	Entnahme eines Knochentransplantates: Spongiosa, eine Entnahmestelle: Humerus proximal
5-184.3	B	Plastische Korrektur absteigender Ohren: Concharotation

Seitenlokalisation vorgegeben

Ist zum OPS eine Seitenlokalisation gefordert, muss die Seitenlokalisation (R, L, B) ebenfalls angegeben werden:

OPS 2018	Seite	Bezeichnung OPS 2018
5-806.d	↔	Offen chirurgische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Sprunggelenkes: Naht des medialen Bandapparates

Seitenlokalisierung
gefordert

Ist zum OPS keine Seitenlokalisierung gefordert, darf diese nicht angegeben werden:

OPS 2018	Seite	Bezeichnung OPS 2018
5-230.2		Zahnextraktion: Mehrere Zähne eines Quadranten
5-895.2a		Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Mit primärem Wundverschluss: Brustwand und Rücken

Keine gefordert, nicht
angeben

Eine fehlerhafte Angabe kann zu einer Aberkennung der Leistung führen.

Ansprechpartner ist Ihr Abrechnungsteam und/oder das Team Auskünfte des Abrechnungscenters, Telefon: 0511 380-4800, E-Mail: abrechnungscenter@kvn.de

1.3. Anpassung des DMP-Vertrages COPD zum 1. Januar 2018

Aufgrund einer weiteren Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie war es erforderlich, den DMP-Vertrag COPD inhaltlich und redaktionell entsprechend anzupassen.

Die medizinisch-inhaltlichen Änderungen erfolgten in enger Anlehnung an die aktuellen Nationalen Versorgungsleitlinien. Die wichtigsten Regelungen im Einzelnen:

1. **DMP Asthma neben DMP COPD**
Eine gleichzeitige Einschreibung in das DMP Asthma und das DMP COPD ist wie bisher nicht möglich. In Abhängigkeit des Krankheitsverlaufs sollte die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt abwägen, welche der beiden Diagnosen als vorrangig einzustufen ist.
2. **Stärkere Gewichtung der Tabakentwöhnung**
Rauchende Patienten sollen zukünftig stärker zum Tabakverzicht motiviert werden. Vertragsärzte können Patienten entsprechende Tabakentwöhnungsprogramme der Krankenkassen empfehlen.
3. **Begleiterkrankungen**
Neue Empfehlungen zu häufigen Komorbiditäten, z. B. mindestens einmal jährliche klinische Abschätzung des Osteoporoserisikos anhand definierter Kriterien, bei Risikopatienten Prüfung der Indikation einer Osteodensitometrie.

4. Langzeit-Sauerstofftherapie

Änderungen und Konkretisierung bei der Überweisung zur Langzeit-Sauerstofftherapie

5. Medikamentöse Maßnahmen

Konkretisierung und Anpassung der Indikationen der zu verordnenden Medikamente und Einführung eines strukturierten Medikamentenmanagements

6. Aufnahme neuer Therapieziele

- Vermeidung von Exazerbationen,
- Senkung der Anzahl rauchender COPD-Patienten,
- Vermeidung eines übermäßigen Einsatzes von inhalativen Steroiden,
- Jährliche Einschätzung des Osteoporose-Risikos,
- Verordnung von systemischen Glukokortikosteroiden als Dauertherapie,
- Empfehlung zu körperlichem Training mindestens einmal wöchentlich,
- Ermittlung des FEV1-Wert einmal jährlich

7. Anpassung der Anforderungen an die Dokumentation

Aufgrund der neuen Therapieziele wurde die Dokumentation angepasst. Bitte aktualisieren Sie daher Ihre Praxissoftware rechtzeitig.

Die vollständigen Anforderungen an das DMP COPD können Sie der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL) des Gemeinsamen Bundesausschusses unter www.g-ba.de entnehmen. Neben den o.a. Regelungen ergeben sich noch folgende weitere Neuerungen:

Weitere Neuerungen

1. Höhere Vergütungen für die letzten Gruppenschulungen

Werden bei einem Schulungsprogramm alle Gruppenschulungen durchgeführt erfolgt eine weitere Vergütung in Form eines Zuschlages in Höhe von 10 Prozent auf die letzte Schulungseinheit der Gruppenschulungen „COBRA“ und „ATEM“. Dieser Zuschlag wird automatisch von der KVN im Rahmen der Quartalsabrechnung hinzugesetzt, wenn die letzte Gruppenschulung durchgeführt wurde.

2. Erhöhung der Qualitätssicherungspauschale

Die Qualitätssicherungspauschale (GOP 99563) wird von zehn Euro auf elf Euro angehoben.

3. Aufnahme einer Beratungspauschale zum Tabakgebrauch bzw. Tabakverzicht für die fachärztliche Versorgungsebene

Für Patienten, für die der Raucherstatus dokumentiert wurde, ist für die Information und Beratung zum Tabakgebrauch bzw. Tabakverzicht inklusive der Empfehlung einer medizinisch sinnvollen Maßnahme (z. B. durch Ausstellung einer Präventionsempfehlung auf Basis Muster 36) eine Pauschale von acht Euro (GOP 99568) abrechenbar. Die Pauschale ist einmalig und nur durch Ärzte der 2. Versorgungsebene (= fachärztliche Versorgungsebene) abrechenbar.

Die aktuelle Lesefassung des DMP-Vertrages COPD inklusiv der aktualisierten Anlagen finden Sie in Kürze im KVN-Portal unter www.kvn.de; Verträge/DMP-Strukturierte Behandlungsprogramme.

2. Verordnungen

2.1. Mycophenolatmofetil/Mycophenolensäure bei Lupusnephritis - Änderung der Anlage VI (Off-Label-Use) der Arzneimittel-Richtlinie

Mit Wirkung zum 7. Dezember 2017 wurde in der Anlage VI (Off-Label-Use) in Teil A der Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL) eine Ziffer XXVII „Mycophenolatmofetil/Mycophenolensäure als Induktionstherapie/als Erhaltungstherapie bei Lupusnephritis“ neu angefügt.

Laut G-BA-Beschluss gilt die Anwendung von Mycophenolatmofetil/Mycophenolensäure für nachfolgende Patienten:

- Patienten mit einer Lupusnephritis Klasse III/IV alternativ zu Cyclophosphamid in der Induktionstherapie. Insbesondere aufgrund der erhöhten Malignomrate und Gonaden Toxizität unter Cyclophosphamid kann Mycophenolatmofetil/Mycophenolensäure bei jüngeren Patienten die zu bevorzugende Alternative sein.
- Patienten mit einer Lupusnephritis Klasse III/IV alternativ zu Azathioprin in der Erhaltungstherapie.
- Patienten mit Lupusnephritis Klasse V, hier stellt Mycophenolatmofetil/Mycophenolensäure das bevorzugte Immunsuppressivum dar.

Das Behandlungsziel der Induktionstherapie ist das Erreichen einer renalen Remission. Weitere Hinweise und Informationen u. a. zu Dosierung, Kontraindikationen oder Nebenwirkungen entnehmen Sie bitte der Anlage VI der AM-RL und den entsprechenden Fachinformationen.

Im Rahmen des vorgenannten Off-Label-Use haben folgende Hersteller für ihre Mycophenolatmofetil-/Mycophenolensäure-haltigen Arzneimittel einer Anwendung zugestimmt (Haftung des pharmazeutischen Unternehmers), so dass ihre Arzneimittel für die vorgenannte Off-Label-Indikation verordnungsfähig sind:

Accord Healthcare GmbH, AxiCorp Pharma GmbH, B2B Medical GmbH, kohlpharma GmbH, MTK-PHARMA-Vertriebs-GmbH, Novartis Pharma GmbH, Orpharm GmbH, Pharma Gerke Arzneimittelvertriebs GmbH, Roche Registration Ltd, Teva GmbH und Teva Pharma B.V.

Wir empfehlen daher bei Verordnungen von Mycophenolatmofetil-/Mycophenolensäure-haltigen Arzneimitteln der genannten Hersteller in dieser Off-Label-Indikation das Setzen des Aut-Idem-Kreuzes. Haftungsrechtliche Konsequenzen infolge eines Austausches in der Apotheke gegen ein vergleichbares Präparat, welches keine Off-Label-Zustimmung hat, können so vermieden werden.

Besondere Anforderungen an die Verlaufsdokumentation der hier genannten Off-Label-Behandlung mit Mycophenolatmofetil/Mycophenolensäure sind nicht definiert.

Den vollständigen Beschluss des G-BA sowie die Anlage VI der AM-RL finden Sie im Internet unter [www.g-ba.de/Richtlinien/Arzneimittel-Richtlinie/Anlage VI/Beschluesse/Beschlussdatum 21. September 2017](http://www.g-ba.de/Richtlinien/Arzneimittel-Richtlinie/Anlage_VI/Beschluesse/Beschlussdatum_21._September_2017).

Gilt für nachfolgende Patienten

2.2. Änderung der Krankentransport-Richtlinie bezüglich Fahrten zu stationersetzenden Eingriffen und zu Geriatrischen Institutionsambulanzen (GIA)

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in der Krankentransport-Richtlinie den Begriff „stationersetzende Eingriffe“ konkretisiert und eine Regelung zur GIA aufgenommen. Die wesentlichen Änderungen stellen wir Ihnen nachfolgend vor:

Konkretisierung der „stationersetzenden Eingriffe“

Aufgrund vorliegender Rechtsprechung durch das Bundessozialgericht (BSG) kommt es bei der Verordnung von entsprechenden Krankenfahrten darauf an, dass eine voll- oder teilstationäre Behandlung aus medizinischen Gründen zwar geboten ist, diese aber aus besonderen Gründen (z. B. aus patientenindividuellen Gründen) ambulant durchgeführt wird.

Der in der Krankentransport-Richtlinie bisher enthaltene Verweis auf den AOP-Katalog ist für die Beurteilung, ob eine ambulante Operation stationersetzend durchgeführt wird und somit Fahrkosten von der GKV zu übernehmen sind, nicht geeignet und wurde gestrichen.

Verweis wurde gestrichen

Fahrten zur GIA als Krankenfahrten zur ambulanten Therapie

Der G-BA hat klargestellt, dass die in einer GIA vorgenommene Versorgung einer ambulanten Behandlung gleichgestellt werden kann. Dies bedeutet, dass eine Krankenfahrt in eine GIA verordnet werden kann, wenn die übrigen in § 8 Absatz 2 der Krankentransport-Richtlinie für Krankenfahrten zur ambulanten Behandlung festgelegten Voraussetzungen erfüllt werden.

Voraussetzungen müssen erfüllt werden

Der Beschluss des G-BA wurde am 22. Dezember 2017 im Bundesanzeiger veröffentlicht und ist am 23. Dezember 2017 in Kraft getreten.

Die Praxisinformation „Krankentransporte und Krankenfahrten“ wurde aktualisiert und ist diesem Rundbrief als Anlage beigefügt. Die Praxisinformation finden Sie in Kürze auch im KVN-Portal unter Verordnungen/Krankentherapie/Downloads.

Die aktuelle Krankentransport-Richtlinie ist auf der Internetseite des G-BA (www.g-ba.de/informationen/richtlinien) abrufbar.

Anlage 5.1: Praxisinformation „Krankentransporte und Krankenfahrten“

2.3. Ernährungstherapie ab 2018 als Heilmittel verordnungsfähig

Ab dem 1. Januar 2018 können spezialisierte Ärzte ambulante Ernährungstherapie für Patienten mit angeborenen Stoffwechselerkrankungen oder Mukoviszidose als Heilmittel verordnen. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat diese Leistung in die Heilmittel-Richtlinie (Heilmittel) aufgenommen.

Voraussetzungen

Verordnet werden kann Ernährungstherapie von einem Vertragsarzt, der auf die Therapie von seltenen angeborenen Stoffwechselerkrankungen

oder Mukoviszidose spezialisiert ist. I. d. R. ist dies der Arzt, der auch die krankheitsspezifische Behandlung schwerpunktmäßig durchführt. Der G-BA listet hierzu keine konkreten Fachgruppen auf.

In Ausnahmefällen kann eine Folgeverordnung von einem nicht-spezialisierten Vertragsarzt in Abstimmung mit dem betreuenden Arzt ausgestellt werden. Beispielsweise, wenn der Patient allein wegen der Folgeverordnung ein spezialisiertes Zentrum aufsuchen müsste.

Ernährungstherapie ist nur für Patienten mit seltenen angeborenen Stoffwechselerkrankungen (SAS) oder Mukoviszidose (Cystische Fibrose, CF) verordnungsfähig, bei denen die Therapie zwingend erforderlich ist, da ansonsten schwere geistige oder körperliche Beeinträchtigungen oder Tod drohen.

Verordnung

Die Verordnung erfolgt auf einem Muster 18 - Formular (Ergotherapie), das ab 2018 lediglich um die Überschrift „Ernährungstherapie“ ergänzt wird. Es gibt keine Stichtagsregelung daher können alte Formulare aufgebraucht werden.

Ernährungstherapie wird i. d. R. als Einzeltherapie verordnet, aber auch Gruppentherapie ist möglich. Die Behandlungseinheiten umfassen 30 Minuten. Sofern therapeutisch notwendig, können auch mehrere Einheiten pro Tag erbracht werden. Frequenz und Dauer der Therapie erfolgen symptomorientiert und richten sich nach dem Gesundheitszustand des Patienten.

Für Ernährungstherapie wird im Heilmittel-Katalog keine Gesamtverordnungsmenge für den Regelfall definiert. Somit können nur Erst- oder Folgeverordnungen ausgestellt werden, aber keine Verordnungen außerhalb des Regelfalles. Erst- und Folgeverordnungen können jeweils für einen Zeitraum von bis zu zwölf Wochen ausgestellt werden.

Keine Verordnungen
außerhalb des
Regelfalles

Inhalt/Ziele

Die Ernährungstherapie ist Teil des ärztlichen Behandlungsplans und umfasst insbesondere die Beratung zur Auswahl und Zubereitung natürlicher Nahrungsmittel. In enger Zusammenarbeit mit dem Arzt erstellt der Ernährungstherapeut speziell auf die Erkrankung und den Patienten abgestimmte Diäten und Ernährungspläne.

Ziele der Ernährungstherapie sind u. a. eine altersgemäße, körperliche und geistige Entwicklung, Stabilisierung des Ernährungszustandes, Vermeidung von Komplikationen sowie eine verbesserte Lebenserwartung.

Durchführung

Ernährungstherapie kann von Krankenkassen zugelassenen Diätassistenten, Oecotrophologen und Ernährungswissenschaftlern durchgeführt werden. Für sie gelten besondere Qualifikationsanforderungen, die sich in beiden Indikationsbereichen der Therapie unterscheiden.

Langfristiger Heilmittelbedarf

Die Diagnoseliste des langfristigen Heilmittelbedarfes (Anlage 2 der HeilM-RL) wurde um die Indikationen SAS und CF erweitert. Somit unterliegen Ernährungstherapieverordnungen gemäß Anlage 2 der HeilM-RL nicht der Wirtschaftlichkeitsprüfung.

Weitere Informationen

Die vollständigen Regelungen zur ambulanten Ernährungstherapie finden Sie in der Heilmittel-Richtlinie auf der Internetseite des G-BA unter www.g-ba.de/Richtlinien/Heilmittel-Richtlinie. Zusätzlich stellen wir Ihnen in Kürze eine Ausfüllhilfe im KVN-Portal unter Verordnungen/Heilmittel/Ausfüllhilfen zur Verfügung.

2.4. Erstattungsfähigkeit von Insulin lispro für Typ II Diabetiker der DAK Gesundheit ab dem 1. Januar 2018

Die DAK Gesundheit hat uns darüber informiert, dass der bisherige Vertragspartner Berlin-Chemie AG, welcher mit Liprolog® ein Präparat mit dem Wirkstoff Insulin lispro vertreibt, dem neuen Rabattvertrag erst zum 1. Februar 2018 beitreten wird. Demnach darf Liprolog® für DAK-Versicherte mit Diabetes Typ II im Januar 2018 nicht verordnet werden, sondern ist erst ab dem 1. Februar 2018 für DAK-Versicherte mit Diabetes Typ II erstattungsfähig.

Erst ab 1. Februar 2018
erstattungsfähig

Die Insulin-lispro-haltigen Arzneimittel Insulin lispro Sanofi® von Sanofi-Aventis GmbH und Humalog® von Lilly Deutschland GmbH sind Bestandteil des ab 1. Januar 2018 geltenden Rabattvertrags und können weiterhin für Patienten mit Diabetes Typ II zu Lasten der DAK Gesundheit verordnet werden.

Laut der Anlage III der Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL) des G-BA gilt für Analoginsuline die Regelung, dass für eine Verordnung zu Lasten der GKV für Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2, die nicht die Ausnahmekriterien des G-BA erfüllen, eine Kostenneutralität zu einer Therapie mit Humaninsulin gegeben sein muss. Dies wird im Regelfall durch Rabattverträge zwischen dem pharmazeutischen Unternehmer und den Krankenkassen erreicht.

Hintergrund

Insuline zählen zu den biotechnologisch hergestellten Arzneimitteln, daher gelten die Insulin-lispro-haltigen Arzneimittel trotz gleichwertiger therapeutischer Wirksamkeit auf Grund der unterschiedlichen Produktionsprozesse nicht als „identisch“, sondern nur als „ähnlich“. Ein Austausch im Sinne einer automatischen Substitution durch die Apotheke, wie er bei chemisch hergestellten Präparaten erfolgt, findet demnach bei Insulin-lispro-haltigen Arzneimitteln nicht statt. Um dem Risiko eines Regresses zu entgehen, beachten Sie für die Erstattungsfähigkeit bei Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2, die bei der DAK Gesundheit versichert sind, bitte folgende Übersicht:

Produktbezeichnung	Anbieter	Erstattungsfähigkeit für DAK-Versicherte
Humalog®	Lilly Deutschland GmbH	Ja
Insulin lispro Sanofi®	Sanofi-Aventis Deutschland GmbH	Ja
Liprolog®	Berlin-Chemie AG	Ab Februar 2018

3. Allgemeine Hinweise

3.1. Außerordentliche Kündigung des Betreuungsstrukturvertrages zum 31. Dezember 2017 durch die AOK Niedersachsen

Die AOK Niedersachsen hat den bestehenden Betreuungsstrukturvertrag aufgrund einer Beanstandung des Bundesversicherungsamtes zum 31. Dezember 2017 außerordentlich gekündigt.

Leider ist es nicht gelungen, die Verhandlungen über einen nahtlosen Übergang auf eine Neuregelung bis zum 31. Dezember 2017 zum Abschluss zu bringen bzw. eine befristete Fortgeltung mit der AOK zu vereinbaren.

Die Verhandlungen über die Nachfolgeregelung werden aktuell mit dem Ziel fortgesetzt, diese spätestens zum 1. April 2018 in Kraft treten zu lassen.

3.2. Grippeimpfsaison 2018/2019

Die Impfsaison 2017/2018 ist zwar noch voll im Gange, dennoch müssen wir Ihnen schon jetzt eine Information für die kommende Impfsaison 2018/2019 geben. Trotz des gesetzlich beschlossenen Endes der Ausschreibungen für Impfstoffe sind die Gesetzlichen Krankenkassen in Niedersachsen der Auffassung, dass sie auch für die Grippeimpfsaison 2018/2019 die Impfstoffe rechtswirksam ausgeschrieben hätten. Zudem steht die Veröffentlichung der neuen STIKO-Empfehlungen noch aus. Daher möchten wir Sie bitten auf keinen Fall schon jetzt Vorbestellungen für Grippeimpfstoffe der Saison 2018/2019 vorzunehmen. Sobald die Rahmenbedingungen für die neue Impfsaison feststehen, werden wir Sie selbstverständlich informieren.

3.3. Stadt Oldenburg führt für ihre Feuerwehrbeamtinnen und -beamten zum 1. Februar 2018 die Krankenversichertenkarte ein

Wir möchten Sie darüber informieren, dass die Stadt Oldenburg an ihre Feuerwehrbeamtinnen und -beamten ab 1. Februar 2018 Krankenversichertenkarten ausgeben wird. Das Institutionskennzeichen für die Stadt Oldenburg lautet 103600978, die dazugehörige VKNR 12 879.

Mit der Einführung der Krankenversichertenkarte entfallen die bislang ausgegebenen Behandlungsscheine.

3.4. Streichung des Moduls Herzinsuffizienz im DMP KHK zum 1. April 2018

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat beschlossen, das Modul Herzinsuffizienz im DMP Koronare Herzkrankheit (KHK) zum 1. April 2018 aufzuheben. Parallel arbeitet der G-BA an den Vorgaben zur Umsetzung eines eigenständigen DMP chronische Herzinsuffizienz.

Was bedeutet die Aufhebung des Moduls Herzinsuffizienz für Sie und Ihre eingeschriebenen Patienten?

Ihre eingeschriebenen Patienten können weiterhin im DMP KHK verbleiben. Sie müssen nichts weiter veranlassen. Aufgrund der nur noch kurzen Teilnahmemöglichkeit am Modul sollten keine Neueinschreibungen in das Modul vorgenommen werden.

3.5. Gemeinsame Arbeitsgruppe Heilmittel - Informationsschreiben zum Thema „Ergotherapie ja oder nein?“

Im Anhang finden Sie ein Informationsschreiben der AG GKV/KVN Heilmittel zum Thema „Ergotherapie ja oder nein? Welche Hilfe braucht Ihr Kind?“. Das Schreiben richtet sich gezielt an Eltern von Kindern mit Entwicklungsauffälligkeiten. Es wird erläutert, wann Ergotherapie bei einem Kind notwendig und sinnvoll sein kann und wie Eltern selbstständig ihr Kind im Alltag fördern können.

Das Schreiben finden Sie in Kürze auch im KVN-Portal unter Verordnungen/Heilmittel/Veröffentlichungen sowie im Internet unter www.kvn.de/Praxis/Verordnungen

Anhang 5.2: Infoschreiben**3.6. Gemeinsame Arbeitsgruppe Arzneimittel - Informationsschreiben zum Thema Entlassmanagement**

Im Anhang finden Sie ein Informationsschreiben der AG GKV/KVN Arzneimittel zum Thema „Entlassmanagement zum 1. Oktober 2017 gestartet“. In der Information werden der Umfang des Entlassmanagements kurz erläutert und die Inhalte des Entlassbriefes beschrieben.

Das Schreiben finden Sie in Kürze auch im KVN-Portal unter Verordnungen/Arzneimittel/Veröffentlichungen bzw. im Internet unter www.kvn.de/Praxis/Verordnungen

Anlage 5.3: Informationsschreiben der AG GKV/KVN Arzneimittel: Entlassmanagement zum 1. Oktober 2017 gestartet**3.7. Bewertungsausschuss beschließt diverse Änderungen im EBM zum 1. Januar 2018 bzw. 1. April 2018**

Die Beschlüsse des Bewertungsausschusses möchten wir Ihnen in Anlage 5.4 kurz erläutern.

Anlage 5.4: Beschlüsse des Bewertungsausschusses

3.8. Aufwertung von Empagliflozin im Rahmen des DMP Diabetes mellitus Typ 2

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat im Rahmen des DMP Diabetes mellitus Typ 2 die Hinweise zum Antidiabetikum Empagliflozin angepasst. Der G-BA hat diesem Wirkstoff einen beträchtlichen Zusatznutzen für Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2 und manifester kardiovaskulärer Erkrankung im Vergleich zur zweckmäßigen Vergleichstherapie bescheinigt.

Nunmehr wird auch im DMP Diabetes mellitus Typ 2 darauf hingewiesen, dass Empagliflozin bei Patientinnen und Patienten mit manifester kardiovaskulärer Erkrankung, die mit Medikamenten zur Behandlung kardiovaskulärer Risikofaktoren behandelt werden können, bei unzureichender Kontrolle des Diabetes mellitus von Empagliflozin in Kombination mit mindestens einem weiteren oralen Antidiabetikum und/oder mit Insulin profitieren können. Eine entsprechende Anpassung im DMP-Vertrag Diabetes mellitus Typ 2 in Niedersachsen erfolgte zum 1. Januar 2018.

Anpassung im DMP-Vertrag

3.9. Überarbeiteter Fragebogen zur Feststellung des Status Quo in der Arztpraxis

Mit dem Erhebungsbogen „Hygiene und Medizinprodukte - Feststellung des Status quo in der Arztpraxis“ besteht die Möglichkeit, einen Überblick über den Umsetzungsstand von Hygienemaßnahmen in der eigenen Praxis zu bekommen. Der bereits im Mai 2015 erstellte Bogen liegt nun in der überarbeiteten Version 2017 vor. Der Erhebungsbogen ist in vier Themenbereiche strukturiert und beinhaltet Aussagen zu verschiedenen hygienerelevanten Aspekten.

Durch Bewertung der Aussagen mit ja, nein oder teilweise kann der Ist-Zustand der Praxis in der Etablierung von Hygienestandards selbst beurteilt werden. Außerdem ermöglicht er eine Einschätzung, inwieweit die rechtlichen Anforderungen erfüllt sind und wo möglicherweise noch Verbesserungspotential besteht. Sie können Bemerkungen hinter jeder Aussage entsprechend freiwillig eintragen. Die Aussagen sind mit Erläuterungen hinterlegt, welche Erklärungen, Hinweise, Umsetzungsvorschläge (z. B. Hinweise auf die „Mustervorlage Hygieneplan für die Arztpraxis“), aber auch die konkreten Rechtsgrundlagen aus denen die einzelnen Anforderungen hervorgehen, beinhalten. Der Anwender selbst entscheidet, ob der Erhebungsbogen ausgedruckt und direkt vor Ort ausgefüllt oder elektronisch bearbeitet wird.

Die elektronische Bearbeitung bringt besondere Vorteile:

Schnelles „Springen“ im Dokument über den roten Button „Zu den Erläuterungen“ und „Zurück zu Nummer“ sowie verlinkte Rechtsgrundlagen. Auch sind am Ende des Bogens in einer Zusammenfassung die selbst eingetragenen Bemerkungen passend zur Aussage übersichtlich aufgeführt.

Zu finden ist der Erhebungsbogen auf unserer Internetseite unter:
<http://www.kvn.de/Praxis/Qualitaetssicherung/Hygiene-und-Medizinprodukte/Hygiene/>

3.10. Einladung zum Neujahrsempfang 2018

Die Bezirksstelle Hildesheim gibt Anfang des Jahres 2018 einen Neujahrsempfang. Dazu möchten wir unsere Mitglieder der Bezirksstelle Hildesheim herzlich am Sonntag, den 28. Januar 2018, 11 bis 13 Uhr einladen.

28. Januar 2018

Ort

Bezirksstelle Hildesheim der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen, Hannoversche Straße 29, 31134 Hildesheim

Ablauf

- Begrüßung - Frau Dr. Lattmann, Vorsitzende des Bezirksausschusses Hildesheim der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen
- Grußwort - Herr Levonen, Landrat des Landkreises Hildesheim
- Die Zukunft der ambulanten Versorgung unter Berücksichtigung der aktuellen politischen Lage - Herr Dr. Berling, stellvertretender Vorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen
- Nachwuchsgewinnung: Regionale und überregionale Konzepte - Frau Dr. Lattmann, Vorsitzende des Bezirksausschusses Hildesheim der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen

Bitte teilen Sie uns für die Planung mit, wenn Sie teilnehmen möchten (Telefon: 05121 1601-0; Fax: 05121 1601-133 oder per E-Mail: kristina.grbic@kvn.de).

3.11. Fortbildung "Vermeidung von Polymedikation bei koronarer Herzkrankheit" am 3. Februar 2018

Für die Fortbildung „Vermeidung von Polymedikation bei koronarer Herzkrankheit“ am 3. Februar 2018 gibt es noch freie Plätze. Die Veranstaltung wird gemeinsam von der AOK Niedersachsen, der Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin e. V. und der KVN durchgeführt.

Termin

Samstag, 3. Februar 2018 von 10 bis 17 Uhr

Ort

Akademie des LandesSportBundes Niedersachsen e. V., Ferdinand-Wilhelm-Fricke-Weg 10, 30169 Hannover

Gebühr

59 Euro

Die Veranstaltung ist mit sechs CME-Fortbildungspunkten sowie bei Teilnahme am DMP-Vertrag KHK mit sechs DMP-Punkten akkreditiert.

Alle weiteren Informationen sowie ein Anmeldeformular finden Sie im Anhang.

Anlage 5.5: Fortbildung

4. Veranstaltungen im Februar und März 2018

Hier bekommen Sie eine Übersicht über Seminare und Fortbildungen der KVN mit noch freien Plätzen im Februar und März 2018. Ein Anmeldefax ist beigelegt. Bitte nutzen Sie für unterschiedliche Seminare separate Anmeldefaxe. Die ausgefüllten Anmeldungen faxen Sie bitte an folgende Nummer: **0511 380-3480**.

Weitere Informationen, welche Angebote für Ihre Praxis und die MitarbeiterInnen am besten geeignet sind, finden Sie auf unserer Internetseite. Dort können Sie sich auch direkt online anmelden:

<http://www.kvn.de/Seminarangebot/>

Name	Ort	Datum	Gebühr p. P.
Qualitäts- und Praxismanagement			
Arbeitsschutz in der Arztpraxis	Hannover	17.Feb	139 Euro
Auf dem Weg zum Erfolgsteam	Hannover	07.Feb	120 Euro
Effektive Kommunikation in der Arztpraxis	Aurich	07.Feb	80 Euro
Kurze Wartezeiten - Gutes Terminsystem	Hannover	28.Feb	85 Euro
Mitten im Praxisleben	Stade	24.Jan	30 Euro
Mitten im Praxisleben	Cuxhaven	28.Feb	30 Euro
Personalführung für Erstkräfte	Aurich	14.Feb	80 Euro
Praxisbegehungen durch das Gewerbeaufsichtsamt	Hannover	03.Mär	25 Euro
Qualitätsmanagementbeauftragte/r (3 Termine)	Oldenburg	09.Feb	289 Euro
Qualitätsmanagement für Psychotherapeuten	Hannover	03.Mär	135 Euro
Teamwork in der Arztpraxis	Aurich	07.Mär	80 Euro
Das Telefon - Die Visitenkarte der Arztpraxis	Hannover	14.Feb	85 Euro
Abrechnung und Verordnung			
Abrechnung aktuell	Oldenburg	14.Mär	kostenlos
Schulung Typ 2 Diabetiker ohne Insulin (3-tägig)	Osnabrück	03.Feb	129 Euro

Gruppentherapie leicht gemacht	Hannover	17.Mär	50 Euro
Hautkrebs-Screening Seminar	Hannover	27.Jan	168 Euro
Sicher durch den „Heilmittel-Verordnungs-Dschungel“	Aurich	01.Feb	kostenlos
Sicher durch den „Heilmittel-Verordnungs-Dschungel“	Cuxhaven	06.Feb	kostenlos
Stressmanagement in der Arztpraxis	Aurich	28.Feb	80 Euro
Sicher durch den „Heilmittel-Verordnungs-Dschungel“	Oldenburg	13.Feb	kostenlos
Sicher durch den „Heilmittel-Verordnungs-Dschungel“	Aurich	01.Mär	kostenlos
Verordnungsweise in der täglichen Praxis	Hannover	14.Mär	kostenlos
Medizinische und psychotherapeutische Themen			
Schulung Typ 2 Diabetiker ohne Insulin (3-tägig)	Osnabrück	03.Feb	129 Euro
Psychosomatische Grundversorgung – Weiterbildungskurs (10-tägig)	Bremervörde	16.Feb	1020 Euro
Richtig kodieren nach ICD 10	Hannover	07.Mär	kostenlos
Wirtschaftsseminare			
Niederlassen in Niedersachsen	Göttingen	10.Mär	kostenlos

Verbindliche Anmeldung (bitte vollständig ausfüllen)

Fax an 0511 380-3480

Ich nehme am Seminar

mit _____ Person/en teil.

Datum des Seminars

Vor- und Nachname(n) der/des Teilnehmer/s

Vor- und Nachname des Rechnungsempfängers (Praxis)

Anschrift des Rechnungsempfängers (Straße, PLZ, Ort)

LANR

BSNR

E-Mail-Adresse

Telefonnummer für evtl. Rückfragen

Datum

**Mit der verbindlichen Anmeldung
akzeptiere ich die AGB der KVN.**

Stempel

5. Anlagenverzeichnis

- 5.1. Praxisinformation „Krankentransporte und Krankenfahrten“**
- 5.2. Infoschreiben**
- 5.3. Informationsschreiben der AG GKV/KVN Arzneimittel:
Entlassmanagement zum 1. Oktober 2017 gestartet**
- 5.4. Beschlüsse des Bewertungsausschusses**
- 5.5. Fortbildung**

INFORMATIONEN FÜR DIE PRAXIS

Krankentransporte und Krankenfahrten

Dezember 2017

Krankentransporte und Krankenfahrten – Was Sie bei der Verordnung beachten sollten

Das Verordnen von Fahrten zur ärztlichen oder psychotherapeutischen Behandlung wirft immer wieder Fragen auf – zum Beispiel in welchen Fällen eine Genehmigung der Krankenkasse benötigt wird und wann eine Fahrt zu einer stationersetzenden Behandlung verordnet werden kann. Was Ärzte und Psychotherapeuten wissen sollten und welche Besonderheiten es zu beachten gilt, ist in dieser Praxisinformation zusammengestellt.

ALLGEMEINES ZUR VERORDNUNG VON FAHRTEN

Generell gilt: Voraussetzung für die Verordnung durch Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten ist, dass die Fahrt gesetzlich versicherter Patienten im Zusammenhang mit einer Leistung der Krankenkasse zwingend medizinisch notwendig ist.

Aber: Die Kosten für Fahrten zu einer ambulanten Behandlung übernehmen die Krankenkassen grundsätzlich nur in bestimmten Ausnahmefällen. Dazu gehören vor- und nachstationäre Behandlungen im Krankenhaus und ambulante Operationen im Krankenhaus und in der Vertragsarztpraxis, sofern sie stationersetzend sind, sowie Dialysebehandlungen und bestimmte Therapien von Krebserkrankungen (nach Anlage 2 der Krankentransport-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses). Zudem müssen Fahrten zur ambulanten Behandlung – egal ob mit Taxi oder Krankentransportwagen – in der Regel vorab von der Krankenkasse genehmigt werden.

Unterschiedliche Beförderungsmittel

Welches Fahrzeug zum Einsatz kommt, hängt allein von der medizinischen Notwendigkeit im Einzelfall ab (unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes). In der vertragsärztlichen Versorgung sind das vor allem folgende Beförderungen:

- **Krankenfahrten** sind Fahrten, die beispielsweise mit einem Taxi stattfinden. Eine medizinisch-fachliche Betreuung des Versicherten findet während der Fahrt nicht statt. Die Krankenkassen können auf Antrag auch die Kosten für Krankenfahrten mit öffentlichen Verkehrsmitteln und dem eigenen Auto übernehmen; hierfür wird aber keine Verordnung ausgestellt.
- **Krankentransporte** sind Fahrten mit einem Krankentransportfahrzeug. Sie können erforderlich sein, wenn der Patient unterwegs eine medizinisch-fachliche Betreuung oder eine besondere Fahrzeugausstattung benötigt. Ein Grund kann auch sein, dass damit die Übertragung

Kostenübernahme für Fahrten zur ambulanten Behandlung nur im Ausnahmefall

Auswahl des Fahrzeugs nach medizinischen Erfordernissen



Krankentransporte und Krankenfahrten

einer schweren, ansteckenden Krankheit des Patienten vermieden werden kann.

Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten dürfen in Notfällen auch Rettungsfahrten verordnen. Die Fahrten mit Rettungswagen oder Notarztwagen sowie Flüge mit dem Rettungshubschrauber werden über die jeweiligen Rettungsstellen angefordert.

In Notfällen auch
Rettungsfahrten

GENEHMIGUNG VON FAHRTEN

In vielen Fällen steht die Kostenübernahme durch die gesetzlichen Krankenkassen unter einem Genehmigungsvorbehalt. Das heißt: Der Patient muss sich eine verordnete Krankenfahrt oder den Krankentransport erst von seiner Krankenkasse genehmigen lassen. Nur dann kann er sicher sein, dass die Kosten übernommen werden.

Bei stationärer
Behandlung keine
Genehmigung

Grundregel: Genehmigung ja oder nein

Für eine erste Einschätzung hilft diese Regel:

- Fahrten zu einer *stationären* Behandlung muss sich der Patient von seiner Krankenkasse nicht genehmigen lassen.
- Fahrten zu einer *ambulanten* Behandlung muss sich der Patient in der Regel von seiner Krankenkasse genehmigen lassen.

Bei ambulanter
Behandlung in
der Regel mit
Genehmigung

Überblick: Verordnungen mit und ohne Genehmigung

Krankentransporte und Krankenfahrten zur ambulanten Behandlung werden nur in Ausnahmefällen von der Krankenkasse übernommen und bedürfen bis auf wenige Ausnahmen der vorherigen Genehmigung.

Der folgende Überblick zeigt, was wann möglich ist.

Fahrten zur ambulanten Behandlung ohne Genehmigung

Die Fahrtkosten für Fahrten zur ambulanten Behandlung ohne dass die Verordnung zur Genehmigung vorgelegt werden muss, übernehmen die Krankenkassen nur für „stationersetzende“ Eingriffe.

Fahrten ohne
Genehmigung

Laut Krankentransport-Richtlinie gelten folgende Fahrten als „stationersetzend“, wenn dadurch eine aus medizinischen Gründen notwendige Krankenhausbehandlung aus besonderen, beispielsweise patientenindividuellen Gründen ambulant vorgenommen wird:

- Fahrten zu einer vor- oder nachstationären Behandlung im Krankenhaus nach Paragraph 115a SGB V,
- Fahrten zu einer ambulanten Operation nach Paragraph 115b SGB V im Krankenhaus oder zu einer ambulanten Operation in der Vertragsarztpraxis sowie bei in diesem Zusammenhang erfolgreicher Vor- und Nachbehandlung.

Damit hat der G-BA die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts umgesetzt, wonach Behandlungen „stationersetzend“ sind, wenn Patienten sich gegen eine medizinisch notwendige Krankenhausbehandlung entscheiden und stattdessen ambulant behandeln lassen (Az: B 1 KR 8/13 R).



Fazit: Über die Definition „stationersetzender Eingriff“ muss im Einzelfall entschieden werden. Sollte unklar sein, ob es sich um einen stationersetzenden Eingriff handelt, empfiehlt es sich, eine Genehmigung der Krankenkasse einzuholen. Eine eindeutige Abgrenzung, zum Beispiel über den AOP-Katalog, ist nicht möglich.

Fahrten zur ambulanten Behandlung mit Genehmigung

Folgende Fahrten zur ambulanten Behandlung können Vertragsärzte verordnen, aber auch Vertragspsychotherapeuten, sofern die Fahrt im Zusammenhang mit einer psychotherapeutischen Leistung der Krankenkasse zwingend notwendig ist; die Verordnung muss aber von der Krankenkasse genehmigt werden:

- Fahrten in besonderen Ausnahmefällen, zum Beispiel Dialyse oder bestimmte Therapie von Krebserkrankungen. Die Ausnahmen sind in der Krankentransport-Richtlinie geregelt.
- Fahrten für Patienten, die einen Schwerbehindertenausweis mit Merkzeichen „aG“, „BI“ oder „H“ vorlegen oder einen Pflegebescheid, der Pflegegrad 3, 4 oder 5 ausweist und die dauerhaft in ihrer Mobilität eingeschränkt sind (Besonderheiten: siehe unten).
- Fahrten, die zwingend medizinisch notwendig sind, aber nicht die genannten Kriterien erfüllen. Krankenkassen können diese im Einzelfall genehmigen.

Besonderheiten bei pflegebedürftigen Patienten

Eine dauerhafte Mobilitätseinschränkung wird bei Patienten mit Pflegegrad 4 und 5 als gegeben angesehen. Bei Pflegegrad 3 muss sie noch einmal gesondert ärztlich festgestellt werden. Die Mobilitätsbeeinträchtigungen können dabei sowohl somatische als auch kognitive Ursachen haben.

Die dauerhafte Mobilitätseinschränkung bescheinigen Ärzte und Psychotherapeuten durch Ankreuzen des entsprechenden Feldes auf Verordnungsformular 4 „Verordnung einer Krankenfahrt“:

Dauerhafte Mobilitätseinschränkung	
<input checked="" type="checkbox"/>	Merkzeichen „aG“, „BI“, „H“ oder Pflegestufe 2 bzw. 3 vorgelegt
<input type="checkbox"/>	vergleichbarer Grund wegen (ggf. Angabe ICD-10) _____

Hinweis: Auf Formular 4 „Verordnung einer Krankenfahrt“ wird aktuell noch auf Pflegestufen Bezug genommen. Bis zur Anpassung dieses Formulars kreuzen Ärzte hier weiterhin das Feld „Merkzeichen „aG“, „BI“, „H“ oder Pflegestufe 2 bzw. 3 vorgelegt“ an, wenn sie Krankenfahrten für Patienten mit Pflegegrad 3, 4 oder 5 verordnen und eine dauerhafte Mobilitätseinschränkung vorliegt.

Bei Unklarheit
Genehmigung
einholen

Fahrten mit
Genehmigung

Das gilt für Patienten
mit Pflegegrad

Bescheinigung
auf dem Formular



Überarbeitung Formular 4

Um die mit der Verordnung von Krankbeförderung verbundenen Änderungen auch auf dem Formular korrekt abzubilden, wird das Formular 4 überarbeitet. Damit soll auch eine bessere Abgrenzung möglich werden, welche Fahrten der Krankenkasse vorab zur Genehmigung vorzulegen sind. Die Änderungen sollen voraussichtlich im zweiten Halbjahr 2018 in Kraft treten.

Regresse auch bei Krankentransporten möglich

Mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz wurde 2015 festgelegt, dass die Wirtschaftlichkeit der Versorgung mit verordneten Leistungen ab 2017 anhand von Vereinbarungen zwischen Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen auf Landesebene geprüft werden kann. Diese Prüfung kann auch Verordnungen für Krankentransporte umfassen und einen Regress nach sich ziehen. Deshalb sollten stets die Vorgaben der Krankentransport-Richtlinie des G-BA berücksichtigt werden.

Patient holt Genehmigung ein

Der Patient muss sich um die Genehmigung kümmern, da es sich aus rechtlicher Sicht um einen Antrag des Patienten handelt. Nimmt er eine Fahrt in Anspruch bevor sie genehmigt wurde, kann er sich die Kosten gegebenenfalls von seiner Krankenkasse erstatten lassen. Lehnt die Krankenkasse den Antrag ab, werden ihm die Kosten nicht erstattet. Dem verordnenden Vertragsarzt oder -psychotherapeuten entsteht in diesem Fall kein Schaden.

Patienten über Zuzahlung informieren

Patienten sollten über den Genehmigungsvorbehalt und über die Zuzahlungspflicht bei der Verordnung von Fahrten informiert werden. Die Zuzahlung beträgt – unabhängig von der Art des Fahrzeugs und auch für Kinder und Jugendliche – zehn Prozent der Fahrtkosten, mindestens jedoch fünf Euro und höchstens zehn Euro.

Auf einen Blick: Wissenswertes zur Verordnung von Fahrten

- Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten können gesetzlich krankenversicherten Patienten Fahrten zur ambulanten und stationären Behandlung verordnen, wenn es medizinisch erforderlich ist.
- Vertragspsychotherapeuten können Fahrten zur stationären Krankenhausbehandlung nur dann verordnen, wenn sie auch nach der Krankenhauseinweisungs-Richtlinie berechtigt sind, stationäre Krankenhausbehandlung zu verordnen.
- Fahrten aus anderen Gründen, zum Beispiel zum Abholen von Verordnungen oder Erfragen von Befunden, sind nicht verordnungsfähig.
- Die Verordnung erfolgt auf Formular 4 „Verordnung einer Krankbeförderung“.

Regresse möglich

Vorgaben der Krankentransport-Richtlinie beachten

Patient muss Genehmigung einholen

Ohne Genehmigung zahlt der Patient

Zuzahlung: maximal 10 Euro

Das Wichtigste im Überblick



- Fahrten zu einer ambulanten Behandlung sind nur in Ausnahmefällen verordnungsfähig und bedürfen in der Regel der vorherigen Genehmigung durch die Krankenkasse des Patienten. Fahrten zu einer stationären Behandlung unterliegen nicht dem Genehmigungsvorbehalt.
- Sollte unklar sein, ob es sich um einen stationersetzenden Eingriff handelt, sollte eine Genehmigung der Krankenkasse eingeholt werden.
- Die Verordnung sollte vor der Fahrt ausgestellt werden. Nur in Ausnahmefällen kann dies später erfolgen, insbesondere in Notfällen.
- Taxi oder Krankentransport? Die Auswahl des Fahrzeugs richtet sich allein nach der medizinischen Notwendigkeit unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots.
- Die Fahrten sollen auf dem direkten Weg zwischen dem Aufenthaltsort des Patienten und der nächstgelegenen geeigneten Behandlungsmöglichkeit erfolgen.
- Bei Fahrten mit einem privaten Fahrzeug oder öffentlichen Verkehrsmitteln ist keine Verordnung erforderlich. Dies gilt auch für Fahrten zu einer Kur- oder Reha-Einrichtung, für deren Kostenübernahme sich Versicherte direkt an ihre Krankenkasse wenden.
- Der Arzt oder Psychotherapeut sollte seine Patienten über den Genehmigungsvorbehalt und die Zuzahlung zu den Fahrtkosten informieren.
- Die Verordnung von Fahrten regelt die Krankentransport-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses.

Mehr Informationen

KBV-Themenseite Krankentransport: www.kbv.de/901078

Krankentransport-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses:
www.g-ba.de/informationen/richtlinien/25/

Informationen
im Internet

Kennen Sie schon die PraxisNachrichten? Sie können den Newsletter der KBV hier kostenlos abonnieren: www.kbv.de/html/1641.php.



KVN

Kassenärztliche Vereinigung
Niedersachsen

Die Verbände der gesetzlichen Krankenkassen in Niedersachsen



KNAPPSCHAFT

Ergotherapie ja oder nein? Welche Hilfe braucht Ihr Kind?

Liebe Eltern,

wir alle wollen für unsere Kinder nur das Beste und machen uns Sorgen, wenn sie sich anders verhalten als andere Kinder. Aber nicht jede Auffälligkeit hat eine krankhafte Bedeutung. Ratschläge aus Kindergarten und Schule sind gut gemeint. Letztlich kann aber nur **Ihr Arzt entscheiden**, ob Ihr Kind wirklich eine Ergotherapie braucht.

Was ist Ergotherapie?

Ergotherapie gehört zu den medizinischen Heilberufen. Die Therapeuten helfen Kindern mit krankhaften Entwicklungsstörungen oder Verhaltensauffälligkeiten, mit alltäglichen Tätigkeiten zurechtzukommen. Die Behandlung verschreibt Ihr Arzt und Ihre Krankenkasse zahlt die Kosten.

Was ist Ergotherapie nicht?

- Ergotherapie ist keine Vorbereitung für einen erfolgreichen Schulstart bei gesunden Kindern.
- Ergotherapie dient nicht dazu, alle Kinder möglichst früh maximal zu fördern.

Wann braucht mein Kind Ergotherapie?

- Nur wenn Ihr Arzt eine krankhafte Entwicklungsstörung oder Verhaltensauffälligkeit bei der Untersuchung feststellt, braucht Ihr Kind Ergotherapie.
- Kindergärten und Schulen können nur eine Empfehlung aussprechen.
- Gesunde Kinder brauchen keine Ergotherapie.

Woran erkenne ich eine eventuelle krankhafte Entwicklungsstörung oder Verhaltensauffälligkeit bei meinem Kind?

Anzeichen sind:

- Erhebliche Einschränkungen in der körperlichen Beweglichkeit und Geschicklichkeit
- Große Probleme in der selbstständigen altersentsprechenden Versorgung
- Defizite bei Belastung und Ausdauer

Wo findet Ergotherapie statt?

- Ergotherapie erfolgt in dafür zugelassenen Praxen, in speziell bereitgestellten und dafür ausgestatteten Räumen in Frühfördereinrichtungen, Ambulanzzentren und Kliniken.



Zeigt Ihr Kind Auffälligkeiten in der Entwicklung, bedeutet es nicht, dass eine Ergotherapie erforderlich ist. Manche Kinder brauchen lediglich etwas Unterstützung.

Wie kann ich mein Kind in seiner Entwicklung fördern?

- Stärken Sie das Selbstvertrauen und die Selbstsicherheit Ihres Kindes
- Helfen Sie Ihrem Kind, seine Stärken zu entfalten
- Fördern Sie die altersentsprechende Wahrnehmungs- und Auffassungsgabe

Der Familienalltag bietet viele Lernerfahrungen für Kinder mit Entwicklungsauffälligkeiten **ohne Therapiebedarf:**

1. Selbstständiges Anziehen schult
 - Grobmotorik und Feinmotorik
 - Gleichgewicht und Körpererigenwahrnehmung
 - Konzentration und Ausdauer
2. Beziehen Sie Ihr Kind beim Einkaufen mit ein
 - „Wir brauchen heute Äpfel, Toast und Milch.“ Überlassen Sie es Ihrem Kind, eigenständig die Lebensmittel zu suchen und in den Einkaufskorb zu legen.
 - Lassen Sie Ihr Kind an der Kasse selbstständig bezahlen. Das regt den Umgang mit Zahlen an.
3. Tisch decken
 - „Wie viele Personen essen mit?“ Lassen Sie Ihr Kind die entsprechende Anzahl Gläser, Teller und Besteck heraussuchen und in der richtigen Anordnung auf dem Tisch platzieren.
4. Selbstständig Essen zubereiten
 - Lassen Sie Ihr Kind die Brotscheiben mit Butter bestreichen und belegen.
 - Lassen Sie Ihr Kind bei der Zubereitung von Obst und Gemüse helfen (Waschen, Schälen und Schneiden). Das trainiert die Feinmotorik und die Konzentration.
5. Telefonieren übt
 - Zuhören und Abwarten
 - Gesprächsinhalte wiedergeben
 - Nummern aus dem Kopf wählen

**Überall und jederzeit,
zu Hause und unterwegs –
fördern Sie Ihr Kind im Alltag
mit einfachen Mitteln.**

Praxisstempel

Gemeinsame Arbeitsgruppe Arzneimittel

Kassenärztliche Vereinigung
Niedersachsen

Verbände der gesetzlichen
Krankenkassen in Niedersachsen



Entlassmanagement zum 1. Oktober 2017 gestartet

Seit dem 1. Oktober 2017 sind Krankenhäuser verpflichtet, für Patienten nach voll- und teilstationärem Aufenthalt oder nach Erhalt stationärsersetzender Leistungen ein Entlassmanagement anzubieten. Hierdurch soll der Übergang vom stationären in den ambulanten Bereich für Patienten reibungsloser verlaufen.

Im Rahmen des Entlassmanagements haben Krankenhäuser den patientenindividuellen Nachsorgebedarf frühzeitig zu erfassen und einen Entlassplan aufzustellen. Bei komplexem Versorgungsbedarf müssen sie ein differenziertes Assessment durchführen und Weiterversorger wie Ärzte, Rehakliniken, Pflegeheim oder den ambulanten Pflegedienst kontaktieren. Hierbei ist unter anderem zu klären, welcher Arzt gegebenenfalls die ambulante Nachsorge übernimmt.

Ausstellung von Verordnungen

Soweit unmittelbar nach der Entlassung erforderlich, können Krankenhausärzte für einen Zeitraum von bis zu sieben Tagen Arzneimittel, Heilmittel, Hilfsmittel, Häusliche Krankenpflege und Soziotherapie verordnen sowie die Arbeitsunfähigkeit bescheinigen. Bei Arzneimitteln ist die Verordnung eingeschränkt auf das kleinste Packungsgrößenkennzeichen gemäß Packungsgrößenverordnung.

Zur Ausstellung von Verordnungen ist ein Krankenhaus aber nicht verpflichtet. Es sollte immer abgewogen werden, ob für den einzelnen Patienten ein Entlassrezept notwendig ist, weil sonst eine lückenlose Versorgung bis zum Aufsuchen des weiterbehandelnden Arztes nicht gewährleistet wäre. Vor Wochenenden und Feiertagen kann das Krankenhaus die für diesen Zeitraum notwendigen Arzneimittel auch mitgeben (§14 Abs. 7 ApoG). Wenn die Behandlung durch die Reichweite der mitgegebenen Arzneimittel abgeschlossen werden kann, wie z.B. dem Abschluss einer Antibiotika-Therapie, soll die Mitgabe sogar vorrangig erfolgen (AM-RL § 8 Abs.3a).

Vom Krankenhaus ausgestellte Heilmittelverordnungen müssen vom weiterbehandelnden Vertragsarzt nicht berücksichtigt werden. Ebenso braucht der Krankenhausarzt zuvor getätigte vertragsärztliche Heilmittelverordnungen nicht zu berücksichtigen.

Gleiche Regelungen wie Arztpraxen

Für die Verordnungen im Krankenhaus gelten dieselben Regelungen wie in der Arztpraxis. Auch die Vorgaben zur Wirtschaftlichkeit gelten analog. Verordnungen erfolgen auf Rezeptformularen der vertragsärztlichen Versorgung, die zusätzlich mit „Entlassmanagement“

gekennzeichnet sind. Verordnungen ausstellen sollen wie im vertragsärztlichen Bereich nur Krankenhausärzte mit abgeschlossener Weiterbildung.

Dokumentation für die Weiterbehandlung

Dem Patienten ist zum Zeitpunkt der Entlassung zumindest ein vorläufiger Entlassbrief auszuhändigen.

Der Entlassbrief enthält alle für die Weiterbehandlung und Anschlussversorgung des Patienten erforderlichen Informationen. Diese sind mindestens:

- Patientenstammdaten, Aufnahme- und Entlassdatum
- Name des behandelnden Krankenhausarztes und Telefonnummer für Rückfragen
- Kennzeichnung „vorläufiger“ oder „endgültiger“ Entlassbrief
- Grund der Einweisung
- Diagnosen (Haupt- und Nebendiagnosen) einschließlich Infektionen oder Besiedelungen durch multiresistente Erreger
- Entlassungsbefund
- Epikrise (Anamnese, Diagnostik, Therapien inkl. Prozeduren)
- Weiteres Prozedere/Empfehlungen
- Arzneimittel (unter ihrer Wirkstoffbezeichnung/-stärke und Beachtung von § 115c SGB V; Darreichungsform inkl. Erläuterung bei besonderen Darreichungsformen; Dosierung bei Aufnahme/Entlassung mit Therapiedauer, Erläuterung bei Veränderungen, bekannte Arzneimittelunverträglichkeiten) und der Medikationsplan
§ 8 Abs. 3a Arzneimittel-Richtlinie ist zu beachten; Information über mitgegebene Arzneimittel
- Alle veranlassten Verordnungen (inklusive nach § 92 Abs. 1 S. 6 SGB V) und Information über Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit
- Nachfolgende Versorgungseinrichtung
- Mitgegebene Befunde

Zusätzlich ist für Rückfragen verpflichtend eine Rufnummer eines zuständigen Ansprechpartners im Krankenhaus anzugeben.

Rechtliche Grundlagen

Den Rahmenvertrag sowie weitere Informationen zum Entlassmanagement finden Sie im Internet unter www.kbv.de > Rubrik: Themen A-Z > Buchstabe E Stichwort Entlassmanagement.

Bewertungsausschuss beschließt diverse Änderungen im EBM zum 1. Januar 2018 bzw. 1. April 2018

Die Beschlüsse des Bewertungsausschusses möchten wir Ihnen nachfolgend kurz erläutern:

Änderung zum 1. Januar 2018:

1. Im Kapitel 8 (Gynäkologie) und 26 (Urologie) werden Leistungen für die transurethrale Botulinumtoxin-Therapie bei bestimmten Indikationen eingeführt.
2. Im Kapitel 9 (HNO) und 20 (Phoniatrie/Pädaudiologie) werden die Leistungen der Hörgeräteversorgung höher bewertet.
3. Die Übergangsregelung zur konventionellen und telemedizinischen Schrittmacherkontrolle wird erneut angepasst.
4. Information zum Ultraschallscreening von Bauchaortenaneurysmen
5. Änderungen des EBM zur Humangenetik und zum Labor
6. Für die Erstellung, Aktualisierung und Löschung von Notfall-Datensätzen werden drei Gebührenordnungspositionen aufgenommen.

Änderungen zum 1. April 2018:

7. Die Thulium-Laserresektion zur Behandlung des benignen Prostatasyndroms wird aufgenommen.
8. Der Anhang 2 zum EBM wird an die OPS-Version 2018 angepasst.
9. Im Anhang 3 zum EBM wird die GOP 01738 als Leistung, die nicht zur fachärztlichen Grundversorgung zählt, aufgenommen.

1. Transurethrale Botulinumtoxin-Therapie

Mit den neuen GOPs in den gynäkologischen und urologischen Kapiteln sollen die ärztlichen Aufwände im Zusammenhang mit der transurethralen Botulinumtoxin-Therapie abgebildet werden. Zudem wird eine Sachkostenpauschale in den Abschnitt 40.5 eingeführt.

Das sind die neuen GOP im Überblick:

- Zuschlag zur Zystoskopie für die transurethrale Therapie mit Botulinumtoxin (282 Punkte, je vollendete 10 Minuten):
 - GOP 08312: Zuschlag zur GOP 08311
 - GOP 26316: Zuschlag zu den GOP 26310 und 26311

Die Berechnung der jeweiligen GOP setzt eine Genehmigung der KVN voraus. Diese wird erteilt, wenn jährlich gegenüber der KV die Teilnahme an der von der jeweiligen Landesärztekammer anerkannten Fortbildungen zur Therapie von Blasenfunktionsstörungen im Umfang von insgesamt mindestens 8 CME-Punkten nachgewiesen wird.

Der Zuschlag ist parallel zur Zystoskopie und je Sitzung höchstens fünfmal berechnungsfähig. Insgesamt können die GOP 15 Mal im Krankheitsfall berechnet

werden. Das entspricht unter Beachtung der Injektionsabstände in der Fachinformation zu Botox drei Behandlungen im Jahr.

- Zuschlag für die Beobachtung eines Patienten im Anschluss an die transurethrale Therapie mit Botulinumtoxin (143 Punkte, einmal am Behandlungstag):
 - GOP 08313: Zuschlag zur GOP 08312
 - GOP 26317: Zuschlag zur GOP 26316

Die Nachbeobachtung nach erfolgter Therapie mit Botulinumtoxin muss für mindestens 30 Minuten erfolgen und ist einmal am Behandlungstag berechnungsfähig.

- GOP 40161: Kostenpauschale bei Durchführung einer transurethralen Therapie mit Botulinumtoxin für die beim Eingriff eingesetzten zytoskopischen Injektionsnadeln,-kanülen oder -katheter (45,00 Euro).

Vergütung erfolgt extrabudgetär

Alle neuen GOP sowie die bestehenden GOP 08311, 26310 und 26311 (Zystoskopien), die in derselben Sitzung mit den GOP 08312 oder 26316 (neue Zuschläge) erbracht werden, werden extrabudgetär vergütet.

Hierfür sind die vorgenannten Zystoskopien nach den GOP 08311, 26310 und 26311 bei Versicherten, bei denen gleichzeitig eine transurethrale Therapie mit Botulinumtoxin durchgeführt wird, mit dem Buchstaben „T“ zu kennzeichnen.

2. Änderungen in der HNO-Versorgung

Durch eine Änderung der Hilfsmittelrichtlinie des GBA im Abschnitt C „Hörhilfen“ ist zur Überprüfung des Hörhilfenversorgungsergebnisses nun eine Testung mit dem Freiburger Einsilbertest im Störschall vorgesehen. Da die Diagnostik vor der Hörgeräteverordnung und die erste Nachuntersuchung sowie das Nachsorgen nach der Verordnung von Hörgeräten hierdurch umfassender und zeitaufwendiger werden, werden die Bewertungen der GOP für die Hörgeräteversorgung zum 01. Januar 2018 erhöht.

GOP	Bewertung in Punkten bis 31. Dezember 2017	Bewertung in Punkten ab 1. Januar 2018
09372 / 20372 Hörgeräteversorgung bei Jugendlichen und Erwachsenen	469	494
09373 / 20373 Zusatzpauschale für die erste Nachuntersuchung nach Hörgeräteversorgung bei Jugendlichen und Erwachsenen	401	523
09374 / 20374 Zusatzpauschale für die Nachsorge(n) bei Hörgeräteversorgung	347	452

Die GOP 20338 bis 20340 für die Hörgeräteversorgung bei einem Säugling, Kleinkind oder Kind werden nicht angepasst. Gründe hierfür sind, dass die Messung im Störschall bereits in den Leistungen enthalten und der Freiburger Einsilbertest für diese Altersgruppe nur bedingt geeignet ist.

Die Höherbewertung der o. g. GOP wird in der Berechnung der RLV-Fallwerte entsprechend berücksichtigt. Für das 1. Quartal 2018 erfolgt dies im Rahmen der Quartalsabrechnung und ab 2/2018 dann regulär bereits in der RLV-Zuweisung.

3. Schrittmachersysteme: Übergangsregelung erneut verlängert

Die Übergangsregelung der GOP 04413 bis 04416 und 13573 bis 13576 (Konventionelle bzw. telemedizinische Funktionsanalyse eines Defibrillators/Kardioverters bzw. CRT-Systems) wird erneut um ein halbes Jahr bis zum 30. Juni 2018 verlängert. Grund ist, dass die Beratungen zur Qualitätssicherungsvereinbarung zur Funktionsanalyse von Kardioverters bzw. Defibrillatoren und Systemen zur kardialen Resynchronisationstherapie noch andauern.

4. Information zum Ultraschallscreening von Bauchortenaneurysmen

Wie bereits im Rundschreiben aus Dezember 2017 erläutert, können im Rahmen der Früherkennungsuntersuchung bei Bedarf auch weitere Organe des Abdomens sonographisch untersucht werden. In diesen Fällen kann die GOP 01748 neben der GOP 33042 (Sonografie Abdomen) berechnet werden. Aufgrund sich überschneidender Leistungsinhalte ist jedoch ein Abschlag von 77 Punkten auf die GOP 33042 vorzunehmen. Zur Kennzeichnung dieser Fälle wurde die codierte Zusatzziffer 33042A aufgenommen, für die auch eine reduzierte Prüfzeit (5 statt 9 Minuten) gilt.

5. Änderungen des EBM zur Humangenetik und zum Labor

Die Berechnung der GOP 11235 und 11236 im Abschnitt 11.3 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung gem. der Qualitätssicherungsvereinbarung nach § 135 Abs. 2 SGB V voraus. Die Verhandlungen über eine entsprechende Qualitätssicherungsvereinbarung sind noch nicht abgeschlossen. Die Frist für die Berechnungsfähigkeit ohne Genehmigung wird nochmals bis zum 31. Dezember 2018 verlängert.

Der Bewertungsausschuss nimmt gemäß der Regelung in § 87 Abs. 5b Satz 5 SGB V zur zeitgleichen Aufnahme einer sogenannten Companion Diagnostic mit Abschluss der Nutzenbewertung den Nachweis der T790M-EGFR-Mutation vor der Gabe von Osimertinib (Tagrisso) in den EBM auf. Der Nachweis der T790M-EFR-Mutation ist gemäß der Fachinformation des Arzneimittels Tagrisso eine zwingend erforderliche Leistung vor Verordnung bei erwachsenen Patienten mit lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem nicht kleinzelligem Lungenkarzinom. Die Fachinformation sieht in diesem Fall auch die Möglichkeit der Bestimmung im Plasma vor. Zur Abbildung dieser Untersuchung werden die indikationsbezogene GOP 19460 in den Abschnitt 19.4.4 EBM und als weitere Ausnahme in die Bestimmung 19.4 Nummer 1 Satz 2 um die GOP 19460 aufgenommen.

Die Vergütung der GOP 19460 erfolgt wie für alle Leistungen des Abschnitts 19.4.4 extrabudgetär.

Im Abschnitt 19.4.3 EBM Bestimmung Nr. 1 sind besondere Anforderungen an die Veranlassung zur Diagnostik hämatologischer Neoplasien abgebildet. Die Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder-Hämatologie und –Onkologie wurden ergänzt.

6. Notfalldatenmanagement

Mit dem E-Health-Gesetz wurde die gesetzliche Grundlage dafür geschaffen, dass die elektronische Gesundheitskarte (eGK) Anwendungen zu unterstützen hat, die das Erheben, Verarbeiten und Nutzen von medizinischen Daten, soweit sie für die Notfallversorgung erforderlich sind (sogenannte Notfalldatensätze), ermöglichen. Hierzu werden drei neue GOP zum 01. Januar 2018 in den EBM aufgenommen.

Die neuen GOP im Überblick:

- *GOP 01640 (80 Punkte): Anlage eines Notfalldatensatzes*
 - o Mit dieser Einzelleistung werden die Tätigkeiten der Vertragsarztpraxis im Zusammenhang mit der Anlage eines Notfalldatensatzes (Aufklärung des Patienten, Einholung der Einwilligung des Patienten, Auswahl notfallrelevanter Daten, Erläuterung des Notfalldatensatzes) und die Übertragung auf die eGK vergütet.
 - o Die Leistung ist nur berechnungsfähig, sofern die Anlage des Notfalldatensatzes auf der eGK medizinisch notwendig ist und erstmalig zur Erfassung medizinisch notfallrelevanter Informationen über den Patienten (Befunddaten wie z. B. zu Diagnosen oder Allergien/Unverträglichkeiten oder besonderen Hinweisen und/oder der Medikation) erfolgt. Das heißt sie ist nicht berechnungsfähig, sofern die Anlage des Notfalldatensatzes auf der eGK ausschließlich zur Erfassung von Kommunikationsdaten (Versichertendaten, Angaben zu behandelnden Ärzten, Eintragungen zu im Notfall zu kontaktierenden Personen) und/oder freiwilligen Zusatzinformationen gemäß der Spezifikation der Gematik zum Informationsmodell Notfalldaten-Management auf Wunsch des Patienten erfolgt.
 - o Der Bewertungsausschuss geht davon aus, dass die Anlage eines Notfalldatensatzes in der Regel nur einmalig erforderlich ist. Die GOP 01640 kann daher nicht berechnet werden, sofern auf der eGK des Patienten bereits ein Notfalldatensatz mit Eintragungen zu medizinisch relevanten Informationen über den Patienten vorhanden ist.
 - o Die GOP 01640 ist von Vertragsärzten berechnungsfähig, die durch Diagnostik und/oder Therapie ein umfassendes Bild zu Befunden, Diagnosen und Therapiemaßnahmen des Patienten haben beziehungsweise infolge einer krankheitsspezifischen Diagnostik und/oder Therapie über notfallrelevante Informationen zum Patienten verfügen. Da dies nicht nur auf den Hausarzt oder den die Schwangere betreuenden Gynäkologen zutrifft, sondern auf alle Facharztgruppen, ist die GOP 01640 ein Zuschlag zu allen Versicherten-, Grund- und Konsiliarpauschalen mit persönlichem Arzt- Patienten-Kontakt.
- *GOP 01641 (4 Punkte): Pauschaler Zuschlag Notfalldatenmanagement, einmal im Behandlungsfall*
 - o Mit der GOP 01641 erfolgt die pauschale Vergütung für verschiedene Tätigkeiten bezogen auf den Notfalldatensatz – unabhängig davon, ob sie tatsächlich in dem jeweiligen Quartal bei einem Patienten erfolgen. Die Bewertung ist daher im Sinne der Mischkalkulation bezogen auf alle Patienten einer Praxis zu sehen.
 - o Primär wird die regelmäßige Überprüfung und gegebenenfalls erforderliche Aktualisierung eines Notfalldatensatzes (einschließlich Anpassung des Notfalldatensatzes auf der eGK) vergütet.
 - o Abgegolten ist damit aber auch die Aufklärung und Überprüfung der Notwendigkeit zur Anlage eines Notfalldatensatzes ohne anschließende Anlage eines Notfalldatensatzes, die erstmalige Anlage oder Löschung eines Notfalldatensatzes mit ausschließlichen Eintragungen von Kommunikationsdaten (Versichertendaten, Angaben zu behandelnden Ärzten, Eintragungen zu im Notfall zu kontaktierenden Personen) und/oder

freiwilligen Zusatzinformationen gemäß der Spezifikation der Gematik zum Informationsmodell Notfalldaten-Management auf Wunsch des Patienten sowie die Übertragung der Daten eines vorhandenen Notfalldatensatzes auf eine neue eGK nach Austausch (regelmäßig alle fünf Jahre oder bei Wechsel der Krankenkasse) beziehungsweise bei Verlust der eGK.

- Da notfallrelevante Informationen im Rahmen der krankheitsspezifischen Diagnostik und/oder Therapie grundsätzlich in allen Fachgruppen gewonnen werden können, ist die GOP 01641 ein Zuschlag zu allen Versicherten-, Grund- und Konsiliarpauschalen mit persönlichem Arzt-Patienten-Kontakt.
- Die GOP 01641 ist automatisch durch die KV zuzusetzen.
- *GOP 01642 (1 Punkt): Löschen des Notfalldatensatzes, einmal im Behandlungsfall*
 - Grundsätzlich hat der Patient das Recht, jederzeit den Notfalldatensatz von der eGK löschen zu lassen. Die GOP 01642 dient primär der Dokumentation dieses Patientenwunsches, damit – sofern der Patient zu einem späteren Zeitpunkt die (Wieder-) Anlage des Notfalldatensatzes wünscht – anhand der Abrechnungsdaten ersichtlich ist, dass die Abrechnung der GOP 01640 für die Erstanlage eines Notfalldatensatzes berechtigt ist. Im Falle des Löschens eines Notfalldatensatzes ist die (Wieder-) Anlage nach der GOP 01640 durch dieselbe Vertragsarztpraxis in den drei Quartalen, die der Berechnung der GOP 01642 unmittelbar folgen, ausgeschlossen.

Abrechnungsvoraussetzungen:

Die GOP 01640 bis 01642 sind nur berechnungsfähig, sofern die Vertragsarztpraxis an die Telematikinfrastruktur angeschlossen ist und nach Kenntnis der KV die technischen Voraussetzungen zur Nutzung der Anwendung Notfalldatenmanagement vorliegen.

Die drei neuen Leistungen werden extrabudgetär vergütet.

Änderungen zum 1. April 2018

7. Thulium-Laserresektion

Zum 1. April 2018 wird das Operationsverfahren der Thulium-Laserresektion der Prostata (OPS-Kodes 5-601.73) in den Anhang 2 des EBM aufgenommen. Die Abrechnung des Eingriffs erfolgt über die bereits bestehende GOP 36289 mit der OP-Kategorie RW3 (laserendoskopischer urologischer Eingriff bis 45 Minuten Dauer) sowie dem dazugehörigen Zuschlag (GOP 36290). Beide GOP wurden bereits zum 1. April 2016 für die Holmium-Laserenukleation und Holmium-Laserresektion aufgenommen.

Die Berechnung der GOP 36289 und 36290 setzt eine Genehmigung nach der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Absatz 2 SGB V zu nicht-medikamentösen, lokalen Verfahren zur Behandlung des benignen Prostatasyndroms (BPS) mittels Holmium-Laser voraus. Diese Qualitätssicherungsvereinbarung wird ebenfalls zum 1. April 2018 in Bezug auf die Thulium-Laserresektion erweitert und infolgedessen die Bezeichnung geändert. Dementsprechend werden die textlichen Anmerkungen der GOP 36289 und 36290 angepasst.

Da die inhaltlichen Beratungen zur Qualitätssicherungsvereinbarung noch nicht abgeschlossen sind, werden Sie über die diesbezüglichen Änderungen zu einem späteren Zeitpunkt gesondert informiert.

8. Anpassung des Anhangs 2 zum EBM an die OPS-Version 2018

Der Anhang 2 des EBM wird zum 1. April 2018 an den Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) Version 2018 angepasst.

Der an die OPS-Version 2018 angepasste Anhang 2 des EBM tritt – wie bereits in den letzten Jahren – zum 1. April 2018 in Kraft. Bis dahin basieren die im gültigen Anhang 2 des EBM aufgeführten OPS-Kodes auf dem OPS 2017.

9. Aufnahme der GOP 01738 als Leistung, die nicht zur fachärztlichen Grundversorgung zählt in den Anhang 3

Im Anhang 3 des EBM wird die GOP 01738 als nicht zur fachärztlichen Grundversorgung zuzurechnende Leistung ergänzt. Damit trägt der Bewertungsausschuss der Tatsache Rechnung, dass die Durchführung laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen des Abschnitts 32.3 EBM und entsprechende Untersuchungen im Abschnitt 1.7 EBM zum Ausschluss der Berechnungsfähigkeit der Pauschale für die fachärztliche Grundversorgung führt.

Die kompletten Beschlüsse wurden auf der Internetseite des Instituts des Bewertungsausschusses unter <https://institut-ba.de/ba/beschluesse.html> veröffentlicht.

Vermeidung von Polymedikation bei koronarer Herzkrankheit

Fortbildungsveranstaltung am 03. Februar 2018 in der Akademie des LandesSportBundes, Hannover

„Übermedikalisierung ist unethisch und oft gefährlich“, sagte vor 15 Jahren bereits Ivan Illich im British Medical Journal. Geht es nach Leitlinien, müssen Menschen mit Multimorbidität, also vorwiegend ältere Menschen, auf Grund der unterschiedlichen Symptome und Krankheitsbilder verschiedenste Medikamente einnehmen. Auch gemäß den in Deutschland etablierten Disease-Management-Programmen (DMP) wie COPD, Diabetes mellitus Typ I und Typ II und KHK sind oft umfangreiche Medikationspläne zu erstellen. In der Gesamtbetrachtung kann das aber genau im Gegenteil münden:

„Der Tatsache ins Auge sehen: wir Ärzte tun zu viel“ resümierte Paul Glasziou bereits 2016 beim 50. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) in Frankfurt.

Wir möchten mit der Einladung zu dieser Veranstaltung den Blick schärfen für die Probleme von Übererkennung, Überdefinition und Übermedikalisierung und Mutmachen sowie Strategien entwerfen, wie man vor allem bei hochbetagten Patient*innen ethisch verantwortbar und medizinisch sinnvoll Medikamente weglassen kann.

Zu dieser Veranstaltung möchten wir Ärzte*innen, Apotheker*innen sowie weitere Interessierte einladen und insbesondere das Thema „Polymedikation bei Menschen mit koronarer Herzkrankheit“ aufgreifen.

Die Veranstaltung ist eine Kooperation der AOK – Die Gesundheitskasse für Niedersachsen, der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen und der Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V.

Die Veranstaltung ist mit **6 CME-Fortbildungspunkten** bei der Ärztekammer Niedersachsen sowie bei der Teilnahme am **DMP-Vertrag KHK mit 6 DMP-Punkten** akkreditiert.

Vorläufiges Programm

- 09:30 Uhr **Anmeldung und Begrüßungskaffee**
- 10:00 Uhr **Grußworte**
Brigitte Käser, AOK – Die Gesundheitskasse für Niedersachsen, Hannover
Dr. Jörg Berling, Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen, Hannover
- 10:15 Uhr **Polymedikation**
Prof. Dr. med. Dirk O. Stichtenoth,
Medizinische Hochschule Hannover
- 11:00 Uhr **Interventionen und Medikamente bei Rhythmusstörungen –
Was und wie viel für wen?**
Dr. Thorben König, Medizinische Hochschule Hannover
- 11:45 Uhr **Kaffeepause**
- 12:00 Uhr **Absetzen oder nicht?
Die KHK-Behandlung aus der Sicht eines Geriaters und eines Apothekers**
Dr. Sebastian Baum, Evangelisches Krankenhaus Johannisstift Münster gGmbH
Dr. Wolfgang Schwager, Evangelisches Krankenhaus Johannisstift Münster gGmbH
- 12:45 Uhr **Interventionelle Kardiologie und Polymedikation**
Dr. Ulrike Flierl, Medizinische Hochschule Hannover
- 13:30 Uhr **Mittagessen, 14:30 Uhr 1. Durchgang der Workshops**
- WS1 Absetzen oder nicht?
Die KHK-Behandlung aus der Sicht eines Geriaters und eines Apothekers**
Dr. Sebastian Baum, Apotheker, Ev. Krankenhaus Johannisstift Münster gGmbH
Dr. Wolfgang Schwager, Geriater, Ev. Krankenhaus Johannisstift Münster gGmbH
- WS2 Aktuelle Rhythmologie an interaktiven Fallbeispielen**
Dr. Thorben König, Kardiologe, Medizinische Hochschule Hannover
- WS3 Interventionelle Kardiologie und Polymedikation**
Dr. Ulrike Flierl, Kardiologin, Medizinische Hochschule Hannover
- WS4 Polymedikation bei koronarer Herzkrankheit aus Sicht eines Apothekers – Der
Apotheker zwischen Arzt und Patient zur Erhöhung der Therapietreue und -sicherheit**
Carsten Lambrich und Kai Girwert, Apotheker, City-Apotheke Langenhagen

15:30 Uhr **Kaffeepause** - 16:00 Uhr **2. Durchgang der Workshops**

WS1 Absetzen oder nicht?

Die KHK-Behandlung aus der Sicht eines Geriaters und eines Apothekers

Dr. Sebastian Baum, Apotheker, Ev. Krankenhaus Johannisstift Münster gGmbH

Dr. Wolfgang Schwager, Geriater, Ev. Krankenhaus Johannisstift Münster gGmbH

WS2 Aktuelle Rhythmologie an interaktiven Fallbeispielen

Dr. Thorben König, Kardiologe, Medizinische Hochschule Hannover

WS3 Interventionelle Kardiologie und Polymedikation

Dr. Ulrike Flierl, Kardiologin, Medizinische Hochschule Hannover

WS4 Polymedikation bei koronarer Herzkrankheit aus Sicht eines Apothekers – Der Apotheker zwischen Arzt und Patient zur Erhöhung der Therapietreue und -sicherheit

Carsten Lambrich und Kai Girwert, Apotheker, City-Apotheke Langenhagen

17:00 Uhr **Ende der Veranstaltung**

Anmeldung

Fax-Nr.: 0511 / 388 11 89 31

Die Teilnahmegebühr beträgt **59 Euro** (inkl. Getränke und Mittagsimbiss). Anmeldeschluss ist der 19. Januar 2018. Anmeldungen werden nur schriftlich über unser Anmeldeformular unter www.gesundheit-nds.de oder den Anmeldecoupon entgegengenommen. Anmeldungen können nur verbindlich erfolgen. Reservierungen sind nicht möglich. Mit Ihrer Anmeldung akzeptieren Sie die Teilnahmebedingungen und erklären sich zur Zahlung der Teilnahmegebühr bereit. Nach erfolgreicher Anmeldung erhalten Sie zur Begleichung der Teilnahmegebühr innerhalb von 14 Tagen eine Rechnung per E-Mail an die von Ihnen angegebene Rechnungsadresse. Diese Rechnung gilt gleichzeitig als Anmeldebestätigung. Stornierungen müssen schriftlich erfolgen. Bis zum 19. Januar 2018 erstatten wir die Teilnahmegebühr abzüglich 10 Euro für Verwaltungskosten.

Bei späteren Absagen oder Nichterscheinen erfolgt keine Rückerstattung. Falls Sie Ihren Platz an eine andere Person vergeben möchten, teilen Sie uns dies bitte per E-Mail mit. Den Tausch nehmen wir unentgeltlich vor.

Weitere Informationen unter: www.gesundheit-nds.de; Rückfragen bitte an: Telefon: 0511 / 388 11 89-0 oder E-Mail: info@gesundheit-nds.de.

Veranstaltungsort: Akademie des LandesSportBundes Niedersachsen e.V., Ferdinand-Wilhelm-Fricke-Weg 10, 30169 Hannover.

Bitte in **DRUCKBUCHSTABEN** ausfüllen.

Ich melde mich für die Veranstaltung „**Vermeidung von Polymedikation bei koronarer Herzkrankheit**“ am 03. Februar 2018 an.

Workshopwahl (bitte WS-Nr. eintragen)

1. Durchgang WS-Nr.: _____ Arzt*in Apotheker*in Interessierte
2. Durchgang WS-Nr.: _____ Frau Herr

Name, Vorname: _____

Telefon / E-Mail: _____

Rechnungsadresse:

Institution: _____

Ansprechpartner: _____

Straße, PLZ, Ort: _____

E-Mail: _____

Unterschrift: _____

Ich habe die Teilnahmebedingungen gelesen, akzeptiere sie und melde mich hiermit verbindlich an.