



KVN

Kassenärztliche Vereinigung
Niedersachsen

Informationen für die Praxis

KVN-Rundschreiben

Dezember 2020

Inhaltsverzeichnis

1. Abrechnung	3
1.1. Abschlagszahlungen und Zahlungstermine 2021	3
1.2. Abgabetermin Quartalsabrechnung 4/2020.....	3
1.3. AbrechnungsCheck- Bearbeitungsfrist auf 14 Kalendertage verlängert	4
1.4. GOP 33081 - Sonographische Betreuung onkologischer Patienten - korrekte Kodierung.....	4
1.5. Amtliche Mitteilung der KVN zum HVM für das 1. Quartal 2021 für alle dem RLV unterliegenden Arztgruppen des haus- und fachärztlichen Versorgungsbereichs	5
1.6. Mitteilung der fachgruppendurchschnittlichen Obergrenze für Kontrastmittel für das Quartal 1/2021 .	5
1.7. Porto und Fax - ausschließlich neue GOP anschreiben	5
1.8. Kostenpauschalen für den Versand der Bescheinigung von Arbeitsunfähigkeit in der Videosprechstunde.....	6
1.9. Tumortheraiefelder zur Behandlung des Glioblastoms.....	7
1.10. Amtliche Mitteilung der KVN zum HVM Teil B Nr. 16.1 und 16.2 für das 1. Quartal 2021 - Fachgruppendurchschnittswerte für Laborindividualbudgets.....	8
1.11. EBM-Änderung im Bereich der Strahlentherapie zum 1. Januar 2021.....	8
1.12. Änderungen des EBM im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie beim Organisierten Programm zur Früherkennung von Zervix-Karzinom.	10
1.13. Ab dem 1. Januar 2021 entfällt die EBM-Abrechnung von Abstrichen bei Personen mit Warnung durch die Corona-Warn-App	11
1.14. Abrechnung von Leistungen im Rahmen der Coronavirus-Testverordnung (TestV)	12

2.	Verordnungen	14
2.1.	Aktuelle Handlungshinweise der STIKO zur Pneumokokken-Impfung	14
2.2.	Austausch von biotechnologisch hergestellten biologischen Arzneimitteln - Änderung der Arzneimittel-Richtlinie	15
2.3.	Dosierungsangabe auf Arzneimittelrezepten verpflichtend	16
2.4.	Verordnung von oralen Glucosetoleranztests (oGT) im Sprechstundenbedarf	17
2.5.	Änderungen der Anlage V der Arzneimittel-Richtlinie - Übersicht der verordnungsfähigen Medizinprodukte	17
2.6.	Verbandmittel und sonstige Produkte zur Wundbehandlung - neuer Abschnitt P und Anlage Va Arzneimittel-Richtlinie	19
2.7.	Umfrage des PEI zur Verfügbarkeit von Grippeimpfstoffen 2020/2021	21
2.8.	Kein Regressrisiko für Hochdosis-Grippeimpfstoff Fluzone® in der aktuellen Saison 2020/2021	21
2.9.	Wichtige Hinweise zur Bestellung von Grippeimpfstoffen für die Saison 2021/2022	22
3.	Allgemeine Hinweise	23
3.1.	Neues Muster 10C ab 1. Januar 2021 (Auftrag für SARS-CoV-2 Testung) und Muster OEGD ab sofort ...	23
3.2.	Neues Muster 39 (Krebsfrüherkennung Zervix Karzinom) ab 1. Januar 2021	23
3.3.	Hallo Baby - Versorgung: Telefonische Gesprächsleistung während der Pandemie	24
3.4.	Integrierter Versorgungsvertrag „AOK Junior“ wird bis zum 31. März 2021 verlängert	24
3.5.	Hausarztzentrierte Versorgung (HzV) AOK Niedersachsen und AOK Bremen/ Bremerhaven: Abrechnung der Betreuungspauschalen.....	24
3.6.	Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte im Krisenfall unterstützen - Teilnehmer und Teilnehmerinnen für Umfrage zur Evaluation von Informationsmaterialien gesucht.....	25
4.	Veranstaltungen im Januar und Februar 2021	26
5.	Anlagenverzeichnis	27
5.1.	Zahlungstermine 2021	27
5.2.	Amtliche Mitteilung zum HVM Teil B Nr. 16.1 und 16.2.....	27

1. Abrechnung

1.1. Abschlagszahlungen und Zahlungstermine 2021

Der Monatsabschlag beträgt im 1. und 3. Quartalsmonat unverändert 24 Prozent Ihres durchschnittlichen Honorars im vergangenen Kalenderjahr (Quartale 4/2019 bis 3/2020). Im jeweils 2. Quartalsmonat beträgt der Abschlag 37 Prozent.

Sofern sich aufgrund pandemiebedingter Honorarrückgänge in den vorgenannten Basisquartalen rechnerisch niedrigere Abschlagsbeträge im Vergleich zu 2020 ergeben, werden die Abschläge aus dem Vorjahr auch für das Jahr 2021 übernommen.

In der Anlage erhalten Sie für Ihre eigene Finanzdisposition die Übersicht aller Zahlungstermine für das gesamte Jahr 2021. Die Übersicht finden Sie ab sofort auch im Internet unter https://www.kvn.de/Mitglieder/Abrechnung_+Honorar+und+Vertrag.html.

Anlage 5.1: Zahlungstermine 2021

1.2. Abgabetermin Quartalsabrechnung 4/2020

Der Abgabetermin für die Abrechnung des 4. Quartals 2020 ist der 11. Kalendertag des nachfolgenden Quartals und somit der 11. Januar 2021.

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, dreiseitigen Sammelerklärung vollständig ausgefüllt, mit Unterschrift und dem Vertragsarztstempel versehen, einzureichen. Das Muster kann auch im KVN-Portal unter Abrechnung/Abrechnungscenar/Informationen zur Quartalsabrechnung/Downloads ausgedruckt werden;
- die abzugebenden Behandlungsausweise (sortiert nach der Liste: KBV-Prüfmodul Abgabe Behandlungsausweise) außer den im Ersatzverfahren angelegten Behandlungsscheinen ohne persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt (siehe Rundschreiben November 2020), einzureichen;
- abhängig von Ihren erbrachten Leistungen: Früherkennungskolonoskopie, 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).

11. Januar 2021

Dreiseitige
Sammelerklärung

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 die
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.

1.3. AbrechnungsCheck- Bearbeitungsfrist auf 14 Kalendertage verlängert

Ab dem 1. Januar 2021 wird die für die Bearbeitung des AbrechnungsChecks zur Verfügung stehende Bearbeitungszeit von 10 auf 14 Kalendertage erhöht.

Der Ablauf insgesamt bleibt identisch:

- Sie reichen Ihre Abrechnung pünktlich online bis zum Abgabetermin (10. Kalendertag) ein,
- Sie geben ggf. Abwesenheitszeiten bekannt,
- Sie erhalten eine E-Mail, sobald der AbrechnungsCheck zur Bearbeitung zur Verfügung steht,
- ab dann haben Sie 14 Tage Zeit für die Bearbeitung.

Die Regelungen im Einzelnen finden Sie in der Abrechnungsanweisung der KVN und der Verfahrensanweisung zur Abgabe der Abrechnung in der KVN (https://www.kvn.de/Mitglieder/Abrechnung_+Honorar+und+Vertrag/Quartalsabrechnung.html).

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

1.4. GOP 33081 - Sonographische Betreuung onkologischer Patienten - korrekte Kodierung

Die GOP 33081 ist

- neben den GOPen 33011, 33040 und 33042
- ausschließlich zur onkologischen Kontrolle von weiteren Lymphknotenregionen
- bei Patienten mit mindestens einer der ICD-Diagnosen C81.- bis C96.-
- in der Sitzung einmal berechnungsfähig.

Bitte beachten Sie, die Nebeneinanderberechnung der Leistungen setzt die vollständige Kodierung nach ICD-10-GM voraus, anderenfalls wird die Leistung sachlich-rechnerisch berichtigt.

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

1.5. Amtliche Mitteilung der KVN zum HVM für das 1. Quartal 2021 für alle dem RLV unterliegenden Arztgruppen des haus- und fachärztlichen Versorgungsbereichs

Die für 1/2021 geltenden RLV-/QZV-Mindestfallwerte sowie die Fallzahlgrenzen für die Fallwertminderung finden Sie unter https://www.kvn.de/Mitglieder/Abrechnung_+Honorar+und+Vertrag/Honorarverteilung.html

Eine Fallzahlzuwachsbegrenzung (FZZB) erfolgt gemäß HVM Teil B Nr. 18.6 für das 1. Quartal 2021 nicht.

1.6. Mitteilung der fachgruppendurchschnittlichen Obergrenze für Kontrastmittel für das Quartal 1/2021

Gemäß der Kontrastmittelvereinbarung, die die KVN mit den Landesverbänden der Krankenkassen in Niedersachsen zum 1. Januar 2016 abgeschlossen und zuletzt zum 1. Juli 2020 angepasst hat, gelten für das 1. Quartal 2021 für Ärzte, die im Basisquartal 1/2020 (noch) keine Kontrastmittel über die o. g. Vereinbarung abgerechnet haben, folgende fachgruppendurchschnittlichen Obergrenzen:

- Institute, Krankenhäuser 4.265,17 Euro
- Fachärzte für Nuklearmedizin 8.292,76 Euro
- Fachärzte für Diagnostische Radiologie 51.262,92 Euro
- Fachärzte für Urologie 4.721,90 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/Kontrastmittel-Vereinbarung abrufbar.

1.7. Porto und Fax - ausschließlich neue GOP anschreiben

Die alten Portokostenpauschalen 40120 bis 40126 und 40144 wurden bereits zum 30. Juni 2020 gestrichen und sind seit diesem Zeitpunkt auch nicht mehr abrechnungsfähig.

Es sind ausschließlich die neue Portokostenpauschale 40110 beziehungsweise die Faxkostenpauschale 40111 zu nutzen.

Darüber hatten wir bereits im Mai-Rundschreiben informiert. Die Softwarehersteller wurden seitens der KBV informiert.

Alte zum 30. Juni 2020 gestrichen

Neue nutzen

Eine Umwandlung durch die KVN ist nicht möglich. Die alten GOP werden ersatzlos gestrichen.

Bitte aktualisieren Sie ggf. in Ihrer PVS manuell angelegte Abrechnungsbausteine.

Prüfen Sie bitte vor Einreichung Ihrer Abrechnungsdatei, ob Sie die aktuellen Pauschalen angeschrieben haben.

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

1.8. Kostenpauschalen für den Versand der Bescheinigung von Arbeitsunfähigkeit in der Videosprechstunde

Seit dem 7. Oktober 2020 ist die Feststellung einer Arbeitsunfähigkeit unter bestimmten Voraussetzungen auch per Videosprechstunde möglich. Der Bewertungsausschuss hat nun rückwirkend zum 7. Oktober zwei neue Kostenpauschalen zum Versand der AU-Bescheinigung und der ärztlichen Bescheinigung für den Bezug von Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes in den EBM aufgenommen.

Neue Kostenpauschalen 40128 und 40129

Die aktuelle Kostenpauschale 40110 im EBM für den Postversand von Dokumenten schließt den Versand von Dokumenten an Patienten nicht ein. Deshalb werden zwei neue Kostenpauschalen für die postalische Versendung von Krankschreibungen nach einer Videosprechstunde eingeführt:

- Kostenpauschale 40128 für die AU-Bescheinigung
- Kostenpauschale 40129 für die Ärztliche Bescheinigung für den Bezug von Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes

Die beiden Kostenpauschalen sind - analog zur Kostenpauschale 40110 - mit jeweils 81 Cent bewertet. Die Finanzierung erfolgt außerhalb der MGV.

Die neuen Kostenpauschalen dürfen nur abgerechnet werden, wenn die Notwendigkeit zur Ausstellung der Bescheinigung im Rahmen einer Videosprechstunde festgestellt wurde und die Bescheinigung per Post an den Patienten gesendet wird. Die bundesmantelvertraglichen Sonderregelungen aufgrund der Corona-Pandemie zur Vergütung des postalischen Versands der AU-Bescheinigung und der ärztlichen Bescheinigung für den Bezug von Krankengeld bei der Erkrankung eines Kindes bei Ausstellung nach einem Telefonat bleiben hiervon unberührt. Hierfür ist weiterhin die mit 90 Cent bewertete Pseudo-GOP 88122 berechnungsfähig.

Der vollständige Beschluss wird auf der Internetseite des Instituts des Bewertungsausschusses unter <http://institut-ba.de/ba/beschluesse.html> und im Deutschen Ärzteblatt veröffentlicht.

Umwandlung nicht möglich

Dokumente an Patienten

Pseudo-GOP 88122

1.9. TumortheraPIefelder zur Behandlung des Glioblastoms

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat am 20. März 2020 beschlossen, die Nr. 34 „TumortheraPIefelder beim Glioblastom“ in die Anlage I „Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden“ der Richtlinie zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der vertragsärztlichen Versorgung aufzunehmen. Der Beschluss des G-BA ist am 23. Mai 2020 in Kraft getreten.

Zum 15. November 2020 wird der Abschnitt 30.3.2 mit den Gebührenordnungspositionen (GOP) 30310 bis 30312 in den EBM aufgenommen. Sie bilden die Leistungen im Zusammenhang mit dem Einsatz von TTF ab.

GOP 30310: Indikationsstellung zur Behandlung eines Patienten mit TTF

GOP 30310

- einmal im Krankheitsfall
- Bewertung: 128 Punkte/10 Minuten
- berechnungsfähig von Fachärzten für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie, Neurologie, Neurochirurgie und Strahlentherapie

Voraussetzung für die Indikationsstellung für den Einsatz von TTF im Rahmen des Gesamtbehandlungskonzeptes ist eine entsprechende Empfehlung einer interdisziplinären Tumorkonferenz, bestehend aus jeweils mindestens einem Facharzt für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie, Neurologie, Neurochirurgie, Strahlentherapie und Radiologie.

GOP 30311: Zusatzpauschale Behandlung und/oder Betreuung eines Patienten mit TTF

GOP 30311

- einmal im Behandlungsfall
- Bewertung: 235 Punkte/17 Minuten
- berechnungsfähig von Fachärzten für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie, Neurologie, Neurochirurgie und Strahlentherapie

Die neue Zusatzpauschale nach der GOP 30311 bildet die Behandlung und Betreuung eines Patienten mit TTF ab. Sie ist im Arztfall nicht neben der GOP 13500 (Zusatzpauschale hämatologische, onkologische, immunologische Erkrankung) berechnungsfähig.

GOP 30312: Zusatzpauschale für die Entscheidung über die Ausrichtung von TTF

GOP30312

- bis zu dreimal im Behandlungsfall
- Bewertung: 65 Punkte / 5 Minuten
- berechnungsfähig von Fachärzten für Neurologie, Neurochirurgie und Strahlentherapie

Die Aufnahme der GOP 30312 erfolgt zur Abbildung der Aushändigung und Erläuterung des Positionierungsdiagramms im Rahmen der Erst-

der Neuausrichtung der TTF. Die Leistung der Ausrichtung der TTF erfolgt auf Basis einer Magnetresonanztomographie nach Abschluss der Radiochemotherapie. Sie wird derzeit, vor dem Hintergrund der in Deutschland bisher nicht zugelassenen Ausrichtungssoftware, vom Hersteller übernommen. In der zweiten Protokollnotiz zum Beschluss wird festgelegt, dass der Bewertungsausschuss spätestens in zwei Jahren prüft, ob eine diesbezügliche Verlängerung beziehungsweise Anpassung der GOP 30312 erforderlich ist.

Medizinprodukt TTF

Der derzeit einzige Hersteller des Geräts zur Anwendung von TTF ist die Firma Novocure. Das angebotene Leistungspaket „Optune“ umfasst:

- monatliche Miete des Geräts mit Zubehör
- Transducer Arrays entsprechend Bedarf
- Serviceleistung:
 - technische Einweisung und Schulung
 - technische Unterstützung und Wartung
 - Download und Aufbereitung der Therapiedaten

Medizinprodukt TTF

Die Kosten für das Leistungspaket liegen bei circa 25.000 Euro pro Monat (inkl. Mehrwertsteuer). Die Verordnung erfolgt über das Muster 16 für die Hilfsmittelverordnung.

Die Vergütung der Leistungen erfolgt zunächst außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung.

Der komplette Beschluss wird auf der Internetseite des Instituts des Bewertungsausschusses unter <http://institut-ba.de/ba/beschluesse.html> und dem Deutschen Ärzteblatt veröffentlicht.

1.10. Amtliche Mitteilung der KVN zum HVM Teil B Nr. 16.1 und 16.2 für das 1. Quartal 2021 - Fachgruppendurchschnittswerte für Laborindividualbudgets

Die für das 1. Quartal 2021 geltenden Fachgruppendurchschnittswerte für Laborindividualbudgets entnehmen Sie bitte der Anlage 5.2 zu diesem Rundschreiben. Zusätzlich sind diese Daten auch bereits seit dem 26. November 2020 über das KVN-Portal abrufbar.

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

1.11. EBM-Änderung im Bereich der Strahlentherapie zum 1. Januar 2021

Der Bewertungsausschuss hat die Beratungen und Verhandlungen zur Neufassung des Kapitels 25 im Rahmen der EBM-Weiterentwicklung abgeschlossen. Das neue Kapitel 25 tritt zum 1. Januar 2021 in Kraft. Die Weiterentwicklung erfolgt zum Umstellungszeitpunkt punktsummen- und ausgabenneutral.

Das Kapitel 25 hat im Rahmen der Neufassung eine grundlegende strukturelle und kalkulatorische Überarbeitung der einzelnen Leistungen erfahren. Gleichzeitig wurde ein an den aktuellen Stand der Wissenschaft und Technik angepasstes Verhältnis der Leistungen zueinander geschaffen. Der Leistungskatalog des Kapitels 25 wurde aktualisiert und durch die Aufnahme neuer Gebührenordnungspositionen vervollständigt. Zudem wurden die in den Sachkostenpauschalen 40840 und 40841 enthaltenen Kosten in Leistungen und verfahrensbezogene Zusatzziffern des Kapitels 25 überführt. Die wichtigsten Änderungen möchten wir Ihnen nachfolgend kurz vorstellen:

Umstellung der Bewertungs- und Abrechnungssystematik in der Hochvolttherapie

Bei der Abrechnung strahlentherapeutischer Leistungen im Rahmen der Hochvolttherapie waren bisher die therapeutischen Bestrahlungsziffern 25320 und 25321 je Bestrahlungsfraction berechnungsfähig. Infolge des Anstiegs der bei einem Patienten zu bestrahlenden Zielvolumina erfolgt eine Änderung der Abrechnungsbestimmung von „je Fraktion“ in „für das erste Zielvolumen, je Bestrahlungssitzung“ beziehungsweise „je Bestrahlungsserie“. Mit der Umstellung wird die Hauptleistung der Bestrahlung aufgrund des zeitlich größten Aufwands in der Bestrahlungsgrundlage abgebildet. Der zeitliche Mehraufwand für die Bestrahlung jedes weiteren Zielvolumens wird in Form einer neuen Zuschlagsziffer abgebildet.

Durch die Anpassung werden die zu bestrahlenden Zielvolumina nicht mehr linear vergütet, sondern das erste mit einem höheren Wert und die weiteren als niedriger bewerteter Zuschlag. Bisher wurde bei der Bestrahlung von mehr als einem Zielvolumen die Bestrahlungsziffer 25320 und 25321 mehrfach angesetzt. Eine Begrenzung der maximal zu berechnenden Zielvolumina ist in der Nummer 5 der Präambel 25.1 vorgegeben. In der Nummer 4 der Präambel 25.1 erfolgte eine Neufestlegung der strahlentherapeutischen Begriffsdefinitionen Zielvolumen, Bestrahlungssitzung und Bestrahlungsserie.

Keine lineare Vergütung mehr

Umstrukturierung der Hochvolttherapie im Abschnitt 25.3.2 EBM

Die therapeutische Bestrahlungsleistung bei gutartigen Erkrankungen wird über die GOP 25316 neu im Abschnitt 25.3.2 EBM abgebildet. Die bisherige GOP 25320 (Bestrahlung mit Telekobaltgerät bei gut- oder bösartigen Erkrankungen oder Bestrahlung mit einem Linearbeschleuniger bei gutartigen Erkrankungen) wurde gestrichen, da Telekobaltgeräte in der modernen Strahlentherapie nicht mehr zur Anwendung kommen.

Zur neuen Bestrahlungsgrundlage nach der GOP 25316 bei gutartigen Erkrankungen sind zwei Zuschläge zusätzlich in den EBM aufgenommen worden:

- GOP 25317 als Zuschlag für die Bestrahlung von mehr als einem Zielvolumen
- GOP 25318 als Zuschlag für die Bestrahlung mit bildgestützter Einstellung (IGRT)

Zwei neue Zuschläge

Zur Bestrahlungsgrundleistung nach der GOP 25321 zur Bestrahlung bösartiger Erkrankungen oder raumfordernder Prozesse des zentralen Nervensystems sind sechs Zuschläge neu aufgenommen worden:

- GOP 25324 als Zuschlag für die Bestrahlung von mehr als einem Zielvolumen
- GOP 25325 als Zuschlag für die Bestrahlung in Hochpräzisionstechnik
- GOP 25326 als Zuschlag für die Bestrahlung mit bildgestützter Einstellung (IGRT)
- GOP 25327 als Zuschlag für die Bestrahlung in Hochpräzisionstechnik in Kombination mit IGRT
- GOP 25328 als Zuschlag bei Überschreitung der Einzeldosis $\geq 2,5$ Gy
- GOP 25329 als Zuschlag für die Bestrahlung von Kindern

Sechs neue Zuschläge

Auflösung der Sachkosten des Abschnitts 40.15 EBM

Medizinisch-technische Weiterentwicklungen der Strahlentherapieleistungen wie die intensitätsmodulierte Strahlentherapie (IMRT) und weitere Verfahren der Hochpräzisionstechnik sowie IGRT wurden bisher über die Sachkostenpauschalen 40840 und 40841 im Abschnitt 40.15 querfinanziert. Um die Weiterentwicklung sachgerecht im EBM abzubilden, erfolgte eine Auflösung des Abschnitts 40.15 und Umlegung der Kosten auf die Gebührenordnungspositionen des Kapitels 25.

Kalkulation

Alle strahlentherapeutischen Leistungen sind auf betriebswirtschaftlicher Grundlage mithilfe des Standardbewertungssystems kalkuliert. Die Aktualisierung der Praxiskosten erfolgte auf Basis der Kostenstrukturstatistik des Statistischen Bundesamtes. Die Kalkulationszeiten der einzelnen Leistungen wurden auf Basis von Experteneinschätzungen festgelegt.

Der komplette Beschluss ist auf der Seite des Instituts des Bewertungsausschusses unter <http://Institut-BA.de/ba/beschluesse.html> veröffentlicht.

1.12. Änderungen des EBM im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie beim Organisierten Programm zur Früherkennung von Zervix-Karzinom

Kinder- und Jugendpsychiatrie: Berechnung von Leistungen bei Versicherten jenseits des 21. Lebensjahres

Rückwirkend zum 1. Oktober 2020 ist durch den Bewertungsausschuss eine Anpassung in Kapitel 14 EBM (Kinder- und Jugendpsychiatrie und psychotherapie) vorgenommen worden.

Konkret wird die Nummer 6 der Präambel 14.1, in der die Berechnungsfähigkeit der Leistungen des Kapitels 14 für Versicherte bis zum vollendeten 21. Lebensjahr geregelt ist, ergänzt. Diese ergänzende Regelung ermöglicht in begründeten Fällen die Berechnung von Leistungen des Kapitels 14 bei Versicherten jenseits des vollendeten 21. Lebensjahres,

sofern es sich um eine Fortführung einer bereits aufgenommenen Behandlung handelt. Die entsprechenden Patienten teilen Sie bitte - wie bisher - unter Angabe der entsprechenden Begründung der zuständigen Bezirksstelle im Vorfeld mit.

Organisiertes Programm zur Früherkennung von Zervix-Karzinomen: Anpassung der Berechnungsausschlüsse

Zum 1. Januar 2021 hat der Bewertungsausschuss eine Anpassung des EBM im Rahmen der Früherkennung von Zervix-Karzinomen beschlossen. Die Änderungen betreffen die Berechnungsausschlüsse der Gebührenordnungspositionen (GOP) 01760 und 01761. Hier wird mit Wirkung zum 1. Januar 2021 der bisherige Berechnungsausschluss im „Krankheitsfall“ durch einen Ausschluss im „Kalenderjahr“ ersetzt.

Die kompletten Beschlüsse können Sie auf der Internetseite des Instituts des Bewertungsausschusses unter <http://institut-ba.de/ba/beschluesse.html> und im Deutschen Ärzteblatt nachsehen.

1.13. Ab dem 1. Januar 2021 entfällt die EBM-Abrechnung von Abstrichen bei Personen mit Warnung durch die Corona-Warn-App

Ab dem 1. Januar 2021 kann der Abstrich aufgrund einer Warnung durch die Corona-Warn-App bei Personen ohne COVID-19-Symptome nicht mehr über den EBM abgerechnet werden. Auch der PCR-Test ist in diesen Fällen nicht mehr über den EBM berechnungsfähig. Hierzu hat der Bewertungsausschuss die Gebührenordnungsposition GOP 02402 angepasst und die GOP 32811 gestrichen.

Zudem wurde rückwirkend zum 1. Oktober 2020 vereinbart, dass die Laborleistungen nach den GOP 32779, 32811 und 32816 zum Nachweis von SARS-CoV-2 bei der Berechnung der Wirtschaftlichkeit der Veranlassung von Laborleistungen grundsätzlich nicht berücksichtigt werden. Bislang war die Angabe der Kennnummer 32006 erforderlich.

EBM-Anpassungen zum 1. Januar 2021 aufgrund der aktuellen Testverordnung

Seit dem 15. Oktober 2020 haben Personen ohne COVID-19-Symptome, die in den letzten zehn Tagen durch die Corona-Warn-App des Robert Koch-Institutes eine Warnung erhielten, Anspruch auf Testungen auf SARS-CoV-2 gemäß der Coronavirus-Testverordnung (TestV). Daher werden die Abrechnungsmöglichkeiten über den EBM, die zum 15. Juni 2020 eingeführt und weiterentwickelt wurden, ab 1. Januar 2021 aufgehoben. Ärzte und Labore rechnen die Abstriche und PCR-Tests im Zusammenhang mit der Corona-Warn-App dann nach der TestV ab.

Dies ändert sich zum 1. Januar 2021 im Detail:

GOP 02402 (Abstrich): Streichung der Regelungen zur Corona-Warn-App in der Leistungsbeschreibung

Streichung von folgenden Leistungen:

- GOP 32811 (Nukleinsäurenachweis des beta-Coronavirus SARS-CoV-2 aufgrund einer Warnung durch die Corona-Warn-App)
- GOP 12221 (Zuschlag zur GOP 32811 für Fachärzte für Laboratoriumsmedizin u. a.)
- Kostenpauschale 40101 (Zuschlag zur GOP 32811 bei Probeneinsendung für Versandmaterial, Versandgefäße usw.)

Streichung

Laborwirtschaftlichkeitsbonus: Änderung der Kennnummern zum 1. Oktober 2020

Rückwirkend zum 1. Oktober 2020 werden die Laborleistungen zum Nachweis von SARS-CoV-2 (GOP 32779, 32811 und 32816) nunmehr auch ohne Angabe der Kennnummer 32006 bei der Berechnung der Wirtschaftlichkeit der Veranlassung von Laborleistungen nicht mehr berücksichtigt.

Der komplette Beschluss wird auf der Internetseite des Instituts Bewertungsausschusses unter <http://institut-ba.de/ba/beschluesse.html> und im Deutschen Ärzteblatt veröffentlicht.

1.14. Abrechnung von Leistungen im Rahmen der Coronavirus-Testverordnung (TestV)

Im November hatten wir Sie unter anderem über den Abrechnungsweg für Testungen bei asymptomatischen Personen nach der Coronavirus-Testverordnung informiert.

Wir hatten uns seinerzeit für die sogenannte qualifizierte Strichliste entschieden, da eine Integration in die Quartalsabrechnung ursprünglich nicht zulässig war. Dies wurde mit der Testverordnung vom 30. November 2020 geändert, so dass eine komplette Quartalsabrechnung mittels KVDT ab dem 1. Quartal 2021 möglich ist.

Da eine nachträgliche Personenzuordnung aus der qualifizierten Strichliste nicht möglich sein wird und eine unterschiedliche Vorgehensweise innerhalb des Quartals zu einem höheren Bürokratieaufwand bei Ihnen führen würde, bleiben Sie bitte für das gesamte 4. Quartal bei der Strichliste, mit deren Hilfe Sie zum Quartalsende über eine eigenständige Web-Anwendung der KVN die Gesamthäufigkeiten pro Monat in Rechnung stellen können. Hierzu werden wir im Januar-Rundschreiben nähere Hinweise geben.

Ab dem 1. Januar 2021 erfolgt dann eine personenbezogene Abrechnung im Rahmen der regulären Quartalsabrechnung auf Basis von Pseudo-Gebührenordnungspositionen (s. u.), die bis dahin auch im Gebührenordnungsstamm Ihrer Praxissoftware enthalten sein werden.

Bezüglich der Abrechnung labordiagnostischer Leistungen wurden die von uns akkreditierten Labore bereits gesondert informiert.

Abrechnung von Testungen des 4. Quartals 2020

Wir stellen Ihnen für die Eingabe der abzurechnenden Leistungen des 4. Quartals 2020 eine Erfassungsmaske zur Verfügung, welche Sie über

das KVN-Portal ansteuern können. Wir gehen davon aus, dass eine Eingabe in der Erfassungsmaske ab Mitte Januar 2021 möglich sein wird. Mittlerweile ist eine wesentliche Vereinfachung bei der Angabe der notwendigen Abrechnungsdaten gemäß der Vorgabe der KBV für die Leistungserbringer erreicht worden.

Wir bitten um Beachtung der nachstehenden Punkte:

- Alle erbrachten Leistungen ab 15. Oktober bis einschließlich 31. Dezember 2020 sind in der oben genannten Erfassungsmaske ab voraussichtlich Mitte Januar 2021 einzugeben.
- Alle erbrachten Leistungen ab 1. Oktober bis einschließlich 14. Oktober 2020 sind in einer separaten Erfassungsmaske einzugeben. Diese ist ebenfalls über das KVN-Portal anzusteuern. Letztmalig kann für diese Leistungen eine Abrechnung zum 31. Januar 2021 erfolgen.

Mit der Coronavirus-Testverordnung vom 30. November 2020 ist auch eine neue ärztliche Leistung gem. §12 Absatz 3 ab dem 2. Dezember 2020 abrechenbar. Bitte notieren Sie sich für das 4. Quartal 2020 diese erbrachten Gesprächsleistungen ebenfalls anhand einer Strichliste. Sie müssen uns hierfür nur die Gesamthäufigkeit im Monat Dezember angeben, eine Differenzierung wird hierbei nicht notwendig sein.

Mit der Coronavirus-Testverordnung vom 30. November 2020 ist es ebenfalls möglich, ab dem 2. Dezember 2020 Sachkosten für PoC-Antigen-Tests nach §11 in Höhe von maximal neun statt bisher sieben Euro abzurechnen.

Sollten Sie für den Oktober 2020 bereits Leistungen nach dem Altverfahren bei uns erfasst haben, gilt Folgendes:

- Für den Zeitraum vom 1. Oktober bis einschließlich zum 14. Oktober 2020 berücksichtigen wir Ihre abgerechneten Leistungen. Eine neuerliche Eingabe ist Ihrerseits nicht notwendig. Bei Korrekturbedarf wenden Sie sich bitte an die jeweils zuständige Bezirksstelle.
- Für den Zeitraum ab dem 15. Oktober bis einschließlich 31. Oktober 2020 werden wir diese ebenfalls berücksichtigen und in der ab Januar zur Verfügung stehenden Eingabemaske anzeigen. Sie können die Daten dann in der Erfassungsmaske sehen und bearbeiten oder ggf. um weitere Leistungen ergänzen. Sollten Sie keine Änderungen mehr vornehmen, kommen die bereits gemeldeten Leistungen zur Abrechnung.

Abrechnung von Testungen ab dem 1. Quartal 2021

Ab dem 1. Quartal 2021 ist die Abrechnung von Leistungen der Coronavirus-Testverordnung ausschließlich im Rahmen der regulären Quartalsabrechnung (KVDT) möglich. Hierzu wird es die vier folgenden Pseudo-Gebührenordnungspositionen geben:

- 88310: Abstrich gem. §12 Abs. 1 TestV
- 88311: Schulung gem. §12 Abs. 2 TestV
- 88312: Sachkosten für den PoC-Antigen-Test gem. §11 TestV

Bitte beachten

Pseudo-GOPs

- 88xxx: Gespräch, für den Fall, dass keine Testung durchgeführt worden ist, gem. §12 Abs. 3 TestV (exakte GOP wird noch bekanntgegeben)

Über Details zur Abrechnung der o. g. Gebührenordnungspositionen (z. B. Umgang mit Nicht-GKV Patienten, anzugebende Kostenträger, Details zur Sachkostenabrechnung) werden wir Sie zeitnah informieren.

Reiserückkehrer

Bitte beachten Sie, dass gemäß §4 Absatz 3 TestV Leistungen bei Reiserückkehrern nur bis zum 15. Dezember 2020 abrechnungsfähig sind.

Verwaltungskosten

Auf alle abgerechneten Leistungen nach Coronavirus-Testverordnung, die vom 15. Oktober 2020 bis 1. Dezember 2020 erbracht wurden, behält die KVN Verwaltungskosten in Höhe von 0,7 Prozent des Gesamtbetrages ein.

Ab dem 2. Dezember 2020 sind die Sachkosten für den PoC-Antigen-Test gem. §11 TestV hiervon ausgenommen

2. Verordnungen

2.1. Aktuelle Handlungshinweise der STIKO zur Pneumokokken-Impfung

Da für die beiden Pneumokokken-Impfstoffe Pneumovax®23 und Prevenar®13 zuletzt eine eingeschränkte Lieferfähigkeit bestand, veröffentlichte die STIKO Handlungshinweise (siehe April-Rundschreiben 2020).

Inzwischen ist der Impfstoff Prevenar®13 wieder verfügbar, so dass die STIKO die Handlungshinweise betreffend Prevenar®13 aufgehoben hat.

Pneumovax®23 ist weiterhin bis auf weiteres nur eingeschränkt lieferbar, hier gelten derzeit folgende Handlungshinweise der STIKO:

Pneumovax®23 soll bei eingeschränkter Verfügbarkeit bevorzugt für folgende Personengruppen verwendet werden:

- Patienten mit angeborenen oder erworbenen Immundefekten bzw. Immunsuppression: zur Komplettierung der sequenziellen Impfung
- Senioren ab dem Alter von 70 Jahren
- Patienten mit chronischen Erkrankungen des Herzens oder der Atmungsorgane

Wegen der breiteren Abdeckung von Pneumokokken-Serotypen kann Pneumovax®23 nicht durch einen anderen niedriger valenten Pneumokokkenimpfstoff ersetzt werden.

Handlungshinweise

Diese Empfehlungen sind abrufbar auf der Internetseite des RKI unter https://www.rki.de/DE/Content/Kommissionen/STIKO/Lieferengpaesse/Lieferengpaesse_node.html

Aktuelle Informationen zur Lieferbarkeit von Impfstoffen finden Sie auf der Internetseite des Paul-Ehrlich-Instituts unter www.pei.de/Arzneimittel/Impfstoffe/Lieferengpaesse. Hier wird bei dem jeweiligen Impfstoff auch auf die Handlungshinweise der STIKO verwiesen.

2.2. Austausch von biotechnologisch hergestellten biologischen Arzneimitteln - Änderung der Arzneimittel-Richtlinie

Mit Wirkung zum 12. November 2020 ist in der Arzneimittel-Richtlinie ein neuer Paragraph 40a „Hinweise für die ärztliche Verordnung zur Umstellung von biotechnologisch hergestellten biologischen Arzneimitteln nach §129 Absatz 1a Satz 3 SGB V“ eingefügt worden.

Darin bestimmt der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) - wie im Gesetz für mehr Sicherheit in der Arzneimittelversorgung (GSAV) vorgesehen - Hinweise für Ärzte, die bei der Verordnung von biologischen Originalarzneimitteln (Referenzarzneimittel) und den entsprechenden Nachahmerpräparaten (Biosimilars) im Sinne der wirtschaftlichen Verordnungsweise und unter Berücksichtigung der therapeutischen Vergleichbarkeit zu beachten sind.

Die wesentlichen Punkte des neuen Paragraphen sind:

Die Verordnung eines Rabattarzneimittels gilt als wirtschaftlich, ein weiterer Kostenvergleich ist nicht notwendig.

Therapiebeginn

Patienten sollen auf ein preisgünstiges Arzneimittel eingestellt werden, dies ist in der Regel ein Biosimilar.

Therapieumstellung

Patienten sollen im Sinne der wirtschaftlichen Verordnungsweise von einem Referenzarzneimittel auf ein Biosimilar bzw. ggf. von einem Biosimilar auf ein Referenzarzneimittel umgestellt werden. Dies gilt auch für eine Umstellung von einem Biosimilar auf ein anderes Biosimilar, sofern diese mit Bezug auf dasselbe Referenzarzneimittel zugelassen sind.

Bei der Umstellung ist darauf zu achten, dass das verordnete Arzneimittel in der Indikation zugelassen ist, in der es eingesetzt werden soll.

Der Arzt soll den Patienten über die Gründe der Umstellung informieren.

Bei Selbstapplikation soll die Handhabung des neuen Arzneimittels vom Arzt oder dem medizinischen Fachpersonal demonstriert werden.

Aus medizinischen und therapeutischen Gründen unter Berücksichtigung der patientenindividuellen und erkrankungsspezifischen Aspekte kann der Arzt von einer Umstellung absehen.

Wesentliche Punkte

In einer neuen Anlage VIIa „Biosimilars“, die im Nachgang zur Verfügung gestellt wird, sind Wirkstoffe aufgeführt, für die mindestens ein Biosimilar oder mehr als ein Originalarzneimittel verfügbar sind. Es handelt sich dabei um eine nicht-abschließende Übersicht, die als Informationsgrundlage dienen soll. Werden neue Biosimilars auf dem Markt verfügbar, können diese unter Berücksichtigung der Wirtschaftlichkeit ebenfalls verordnet werden.

Den zugehörigen Beschluss (Beschlussdatum 20. August 2020) sowie die vollständige Arzneimittel-Richtlinie und bei Veröffentlichung auch die neue Anlage VIIa finden Sie auf der Internetseite des G-BA (www.g-ba.de) unter Richtlinien/Arzneimittel-Richtlinie.

2.3. Dosierungsangabe auf Arzneimittelrezepten verpflichtend

Aus gegebenem Anlass möchten wir nochmals darauf hinweisen, dass mit der Änderung der Arzneimittelverschreibungsverordnung (AMVV) seit dem 1. November 2020 bei der Verordnung von verschreibungspflichtigen Arzneimitteln auf dem Rezept verpflichtend die Dosierung für jedes verordnete Arzneimittel anzugeben ist.

Dosierung verpflichtend

- Diese Vorgabe der AMVV gilt sowohl für Privat- und Muster-16-Verordnungen als auch für handschriftlich ausgestellte Rezepte.
- Alternativ zur Angabe der Dosierung am Ende der Verordnungszeile kann über das Kürzel >>Dj<< („Dosierungsanweisung vorhanden: ja“) ebenfalls am Ende der Verordnungszeile ein Hinweis erfolgen, dass ein Medikationsplan, der das verschriebene Arzneimittel umfasst oder eine entsprechende schriftliche Dosieranweisung vorliegt.
- Die Angabe der Dosierung oder der Hinweis auf eine schriftliche Dosieranweisung bzw. einen Medikationsplan ist nicht erforderlich, wenn das verschriebene Arzneimittel unmittelbar an die verschreibende Person abgegeben wird (z. B. im Rahmen des Sprechstundenbedarfs).

Wichtiger Hinweis:

Bitte beachten Sie, dass beim Fehlen dieser Angabe ein Arzneimittelrezept nicht ordnungsgemäß ausgestellt ist. Dies kann zur Folge haben, dass das Rezept in einer Apotheke nicht beliefert werden kann und der Patient das Arzneimittel nicht erhält.

Zudem kann es zu vermehrten Rückfragen von Apotheken in der Arztpraxis kommen, denn die Apotheke darf die Dosierung nur in dringenden Fällen bzw. den Hinweis auf den Medikationsplan/die schriftliche Dosieranweisung nur bei zweifelsfreier Kenntnis ohne Rücksprache mit dem Arzt ergänzen.

2.4. Verordnung von oralen Glucosetoleranztests (oGT) im Sprechstundenbedarf

Aufgrund der sich häufenden Anfragen zur Verordnungsfähigkeit von oralen Glucosetoleranztests (oGT) im Sprechstundenbedarf möchten wir kurz zur aktuellen Situation informieren:

Nach den Regelungen der Sprechstundenbedarfsvereinbarung unter „2. Diagnostika und Diagnosebedarf“ ist die Verordnung von Fertigarzneimitteln als oraler Glucose-Toleranz-Test (oGT) sowie von Glucosepulver als Rezeptur zulässig.

Der Fertigtest der Firma Roche [ACCU CHEK Dextrose O.G.-T. Saft] ist aktuell nicht mehr im Handel verfügbar, so dass nur die Verordnung von Glucosepulver als Rezeptur bzw. die Verordnung von bereits abgefülltem Glucosepulver [Gluco 50 / 75 Pulver, Glukose 50g / 75g Kirsche / Limette / Orange] möglich ist.

Dieses Pulver muss dann in der Praxis mit Wasser aufgelöst werden. Eine Verordnung von Glucoselösungen als Rezeptur (nach NRF 13.8) ist wegen des deutlich höheren Preises von über 17 Euro im Vergleich zum Glucosepulver (0,90 Euro bis 5,30 Euro) unwirtschaftlich und würde entsprechend regressiert werden.

Unwirtschaftlich

2.5. Änderungen der Anlage V der Arzneimittel-Richtlinie - Übersicht der verordnungsfähigen Medizinprodukte

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

Produktbezeichnung	Medizinisch notwendige Fälle	Befristung der Verordnungs-fähigkeit
Amvisc™	Zur Anwendung als Operationshilfe bei ophthalmischen Eingriffen am vorderen Augen-abschnitt.	26. Mai 2024
Amvisc™ Plus	Zur Anwendung als Operationshilfe bei ophthalmischen Eingriffen am vorderen Augen-abschnitt.	26. Mai 2024
Bausch & Lomb Balanced Salt Solution	Zur Irrigation im Rahmen extraokulärer und intraokulärer Eingriffe.	26. Mai 2024
BSS PLUS® (Alcon Deutschland GmbH)	Als intraokulare Spüllösung bei chirurgischen Eingriffen im Auge, bei denen eine intraokulare Perfusion erforderlich ist.	26. Mai 2024
BSS® STERILE SPÜL-LÖSUNG (Alcon Deutschland GmbH)	Zur Irrigation im Rahmen extraokulärer und intraokulärer Eingriffe.	26. Mai 2024
DuoVisc®	Zur Anwendung als Operationshilfe in der Ophthalmochirurgie des vorderen Augenabschnittes bei Kataraktextraktion und Implan-tation einer Intraokularlinse.	26. Mai 2024
OcuCoat®	Zur Anwendung als Operationshilfe in der Ophthalmochirurgie des vorderen Augenab-schnittes.	26. Mai 2024
Oxane® 1300	Zur intraokularen Tamponade bei schweren Formen der Netzhautablösung sowie allen Netzhautablösungen, die mit anderen Therapieformen nicht behandelt werden können. Ausgenommen ist die Anwendung bei zentralen Foramina mit Ablösung und bei schweren diabetischen Retinopathien.	26. Mai 2024
Oxane® 5700	Zur intraokularen Tamponade bei schweren Formen der Netzhautablösung sowie allen Netzhautablösungen, die mit anderen Therapieformen nicht behandelt werden können. Ausgenommen ist die Anwendung bei zentralen Foramina mit Ablösung und bei schweren diabetischen Retinopathien.	26. Mai 2024
ProVisc®	Zur Anwendung als Operationshilfe in der Ophthalmochirurgie des vorderen Augenabschnittes bei Kataraktextraktion und Implan-tation einer Intraokularlinse (IOL).	26. Mai 2024
TauroSept®	Für parenteral ernährte Patientinnen und Patienten ab dem 18. Lebensjahr als Katheter-Block-Lösung zur Instillation von venösen Gefäßkathetern zur Vorbeugung von Blutstrom-infektionen. Dies gilt nicht bei Patientinnen und Patienten mit malignen Grunderkrankungen oder mit bereits vorhandenem Katheter und katheterassozierten Blutstrominfektionen (CRBSI - catheter-related bloodstream infection) in der Vorgeschichte.	9. März 2023
VISCOAT®	Zur Anwendung bei ophthalmologischen Eingriffen am vorderen Augenabschnitt, insbe-sondere bei Kataraktextraktion und Intraokularlinsen-Implanta-tion.	26. Mai 2024

Befristung geändert

Die aktuelle Version der Anlage V finden Sie auf der Internetseite des G-BA unter: [www.g-ba.de/Richtlinien/Arzneimittel-Richtlinie/Anlage V](http://www.g-ba.de/Richtlinien/Arzneimittel-Richtlinie/Anlage_V): Übersicht der verordnungsfähigen Medizinprodukte.

2.6. Verbandmittel und sonstige Produkte zur Wundbehandlung - neuer Abschnitt P und Anlage Va Arzneimittel-Richtlinie

Zum 2. Dezember 2020 ist ein neuer Abschnitt P sowie eine neue Anlage Va der Arzneimittel-Richtlinie zu Verbandmitteln und sonstigen Produkten zur Wundbehandlung in Kraft getreten.

Der Gesetzgeber hat mit dem Gesetz für mehr Sicherheit in der Arzneimittelversorgung (GSAV) den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) beauftragt, den Verbandmittelbegriff nach §31 Abs. 1a SGB V und damit die Verordnungsfähigkeit von Verbandmitteln näher zu konkretisieren. Inhalt des Abschnitts P ist der Umfang des Leistungsanspruchs, die Verordnungsvoraussetzungen und die Abgrenzung zu sonstigen Produkten der Wundbehandlung.

Demnach sind nun drei Gruppen von Verbandmitteln vorgesehen, die in der neuen Anlage Va näher bestimmt werden.

Verbandmittel der Gruppen 1 (eineindeutige Verbandmittel) und 2 (Verbandmittel mit ergänzenden Eigenschaften) sind unmittelbar verordnungsfähig. Verbandmittel der Gruppe 3 (sonstige Produkte zur Wundbehandlung) sind nicht verordnungsfähig.

Unmittelbar
verordnungsfähig/nicht
verordnungsfähig

Eineindeutige Verbandmittel

Verordnungsfähig sind solche Produkte, die ausschließlich

- oberflächengeschädigte Körperteile bedecken,
- Körperflüssigkeiten von oberflächengeschädigten Körperteilen aufsaugen oder
- im oben genannten Sinne bedecken und aufsaugen

oder

als Gegenstände zur individuellen Erstellung von Verbänden nicht oberflächengeschädigte Körperteile

- stabilisieren,
- immobilisieren oder
- komprimieren

sowie Fixiermaterial. Fixiermaterialien sind solche Gegenstände, die dazu geeignet sind, Verbandmittel zu fixieren.

Die Produkte dürfen weder Hilfsmittel (z. B. Bestandteil des Hilfsmittelverzeichnis) noch Gegenstände des täglichen Bedarfs sein.

Eindeutige Verbandmittel sind nach Teil 1 der Anlage Va in folgende Produktgruppen eingeteilt:

Projektgruppe	Beispiele
Binden	Mullbinden, Idealbinden, Trikot-schlauchbinden
Kompressen	Mullkompressen, Saugkompressen
Pflaster	Wundschnellverbände, Heftpflaster, Klammerpflaster
Tupfer	Mulltupfer, Zellstofftupfer
Watte	Verbandwatte, Wattetampons
Sonstige Produktgruppen	Verbandklammern, Augenverbände

Eindeutige
Verbandmittel

Verbandmittel mit ergänzenden Eigenschaften

Diese Produkte haben neben den zuvor genannten Funktionen der ein-eindeutigen Verbandmittel ergänzend unten genannte Eigenschaften. Eine beispielhafte Auflistung von Produkten ist in Teil 2 der Anlage Va zu finden:

Ergänzende Eigenschaften	Beispiele
Feucht haltend	Alginate, Hydrokolloide, Hydrogele (in Kompressenform)
Antiadhäsiv	Salbenkompressen, silikonbeschich-tete Wunddistanzgitter
Gerüche bindend	Aktivkohle, Superabsorber
Wundexsudat bindend/anti-mikrobiell	Superabsorber, silberhaltige Wund-auflagen
Reinigend	Ergänzende Eigenschaft in Kombi-nation mit den Eigenschaften: Feucht haltend, Gerüche bindend, Wundexsudat bindend
Metallbeschichtungen	Aluminiumbedampfte Wundauflagen

Ergänzende
Eigenschaften

Diese ergänzenden Eigenschaften schaffen eine möglichst physiologi-sche und damit die natürliche Wundheilung unterstützende Umgebung. Die Produkte haben keine pharmakologische, immunologische oder me-tabolische Wirkungsweise und werden in der Regel als Kompressen, Tamponaden, Binden, Pflaster oder Verbände angewandt.

Wichtiger Hinweis: Da Hydrogele nur mit dem Hinweis „in Kompressen-form“ aufgeführt sind, sind Hydrogele - außer während der u. g. Über-

Wichtiger Hinweis

gangsfrist von zwölf Monaten - nicht mehr zu Lasten der GKV verordnungsfähig. Eine Ausnahme stellen nur Hydrogele in Kompressenform dar.

Sonstige Produkte zur Wundbehandlung

Sonstige Produkte zur Wundbehandlung, die nicht unter die Begrifflichkeit der unmittelbar verordnungsfähigen Verbandmittel fallen, sind dadurch gekennzeichnet, dass sie durch einen oder mehrere Bestandteile eine auf pharmakologischer, immunologischer oder metabolischer Wirkweise beruhende therapeutische Wirkung entfalten können und somit einen aktiven Einfluss auf die Wundheilung nehmen können.

Diese Produktgruppen werden zukünftig beispielhaft in Teil 3 der Anlage Va aufgeführt und je Produktgruppe eine nähere Beschreibung bzw. Zusammensetzung genannt sein. Nach Prüfung des medizinischen Nutzens durch den G-BA können auch diese Produkte verordnungsfähig werden (durch Aufnahme in Anlage V (Medizinprodukte) der Arzneimittel-Richtlinie).

Um Versorgungslücken zu vermeiden sind alle Produkte für eine Übergangsfrist von zwölf Monaten nach Inkrafttreten des Beschlusses, also bis zum 1. Dezember 2021, weiterhin verordnungsfähig, sofern die Verordnungs-fähigkeit schon vor dem 11. April 2017 bestand.

Übergangsfrist

Den vollständigen Beschluss des G-BA (Beschlussdatum 20. August 2020), die Arzneimittel-Richtlinie sowie bei Veröffentlichung die vollständige Anlage Va der Arzneimittel-Richtlinie finden Sie im Internet unter www.g-ba.de/Richtlinien/Arzneimittel-Richtlinie.

2.7. Umfrage des PEI zur Verfügbarkeit von Grippeimpfstoffen 2020/2021

Vor dem Hintergrund der Rückmeldungen zu Lieferproblemen bei Grippeimpfstoffen möchte das Paul-Ehrlich-Institut (PEI) mit einer Umfrage untersuchen, wo derzeit ein Mangel an Grippeimpfstoffen besteht. Durch diese Informationen sollen Ursachen gefunden und mögliche regionale Engpässe in Zukunft behoben werden.

Impfende Ärzte können zur Unterstützung dieser Untersuchung an der Umfrage teilnehmen. Die anonyme Datenerhebung umfasst 17 Fragen (Bearbeitungsdauer etwa zehn Minuten).

Sie finden die Umfrage unter folgendem Link: <http://www.pei.de/umfrage-aerzte>

2.8. Kein Regressrisiko für Hochdosis-Grippeimpfstoff Fluzone® in der aktuellen Saison 2020/2021

Für die aktuelle Grippesaison hat das Bundesgesundheitsministerium (BMG) zusätzliche Grippeimpfdosen beschafft, darunter auch den hochdosierten Impfstoff „Fluzone High-Dose Quadrivalent“ in US-amerikanischer Aufmachung, der im Vergleich zum Standard-Impfstoff die vierfache Antigenmenge enthält und zur Anwendung ab einem Alter von 65

Jahren zugelassen ist (wir informierten im November-Rundschreiben 2020, Punkt 2.11).

Das BMG und die KBV berichten nun über Informationen aus der Praxis, dass Fluzone® auf Grund der im Vergleich zu anderen Grippeimpfstoffen höheren Kosten wenig verordnet wird.

Das BMG und die KBV betonen daher, „dass die Kosten für Fluzone® für gesetzlich Versicherte von der gesetzlichen Krankenversicherung übernommen werden und Vertragsärztinnen und Vertragsärzte bei einem indikationsgerechten Einsatz keinen Regress zu befürchten haben.“

2.9. Wichtige Hinweise zur Bestellung von Grippeimpfstoffen für die Saison 2021/2022

Parallel zu unserem Informationsschreiben zur Bedarfsmeldung und der Bestellung von Grippeimpfstoffen für die Saison 2021/2022 hat die Ständige Impfkommission (STIKO) überraschend den folgenden Beschluss für die Aktualisierung der Influenza-Impfempfehlung für Personen ab dem Alter von 60 Jahren online veröffentlicht:

Die STIKO empfiehlt allen Personen im Alter von ≥ 60 Jahren im Herbst eine jährliche Impfung gegen die saisonale Influenza mit einem inaktivierten, quadrivalenten Influenza-Hochdosis-Impfstoff mit aktueller von der WHO empfohlener Antigenkombination. Solange Hochdosis-Impfstoffe für die Altersgruppe 60 bis 64 Jahre nicht zugelassen sind, werden für die Influenza-Impfung von Personen in diesem Alter weiterhin inaktivierte, quadrivalente Influenza-Impfstoffe (unabhängig vom Impfstofftyp) empfohlen. Eine Empfehlung für die Anwendung eines Influenza-Hochdosis-Impfstoffs ist in gleichem Maße bei der Impfempfehlung für Reisende zu berücksichtigen.

Anmerkung: Die Veröffentlichung dieser Empfehlung im Epidemiologischen Bulletin 1/2021 zu diesem Zeitpunkt, ohne Berücksichtigung der aktuellen Verfügbarkeit von Influenza-Hochdosis-Impfstoffen, soll gewährleisten, dass der entsprechende Impfstoffbedarf bei der Planung, Produktion und Beschaffung von Influenza-Impfstoffen ab der Saison 2021/2022 berücksichtigt werden kann.

Wenn der G-BA den Empfehlungen der STIKO folgt, ist eine Aufnahme dieser Empfehlung in die Schutzimpfungs-Richtlinie frühestens am 21. Januar 2021 möglich. In diesem Fall wären Patienten ≥ 60 Jahren ab der Saison 2021/2022 mit einem hochdosierten Influenza-Impfstoff zu impfen. Nähere Informationen sind leider erst nach Inkrafttreten der Schutzimpfungs-Richtlinie möglich. Wir werden Sie Ende Januar 2021 über das Ergebnis in Kenntnis setzen.

Wir empfehlen Ihnen, die Bestellung für Patienten ≥ 60 Jahren für die Saison 2021/2022 frühestens Ende Januar 2021 zu tätigen. Für alle anderen Patienten können Sie bereits jetzt Grippeimpfstoffe bestellen.

Bestellung für Patienten
 ≥ 60 Jahren

Die vollständige Empfehlung der STIKO sowie die Veröffentlichung im Epidemiologischen Bulletin 1/2021 können Sie unter folgendem Link abrufen: https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2021/01/Art_01.html

3. Allgemeine Hinweise

3.1. Neues Muster 10C ab 1. Januar 2021 (Auftrag für SARS-CoV-2 Testung) und Muster OEGD ab sofort

Aufgrund der aktualisierten Testverordnung des Bundesministeriums für Gesundheit vom 15. Oktober 2020 wurden die Muster 10C und OEGD aktualisiert. Das aktualisierte Muster 10C muss ab dem 1. Januar 2021 eingesetzt werden.

Muss ab 1. Januar 2021 eingesetzt werden

Das aktualisierte Muster OEGD soll ab sofort genutzt werden. Das aktuell im Einsatz befindliche Formular OEGD kann allerdings bis Ende des Jahres aufgebraucht werden. Ab dem 1. Januar 2021 darf das alte Muster OEGD dann nicht mehr verwendet werden.

Beauftragung mit Formular OEGD

Die Beauftragung von Labordiagnostik mittels PCR-Test oder Labor-Antigentest erfolgt über das angepasste Formular OEGD (Anlage 2 zu den KBV-Vorgaben für die Leistungserbringer). Ärzte kreuzen darauf den Testanlass, zum Beispiel Kontaktperson oder Ausbruchsgeschehen, an. Ob dann ein PCR- oder ein Antigentest im Labor durchgeführt wird, bestimmt der beauftragte Laborarzt.

Bestellung der Vordruckmuster

Bitte bestellen Sie frühzeitig die neuen Vordrucke beim Paul-Albrechts-Verlag. Bestellungen für die neuen Muster 10C und OEGD können seit dem 30. November 2020 beim Paul-Albrechts-Verlag aufgegeben werden. Sollten Sie für die Zeit bis zum 1. Januar 2021 noch alte Muster benötigen, vermerken sie dies bitte unbedingt auf der Bestellung. Seit dem 7. Dezember 2020 werden automatisch die neuen Vordrucke verschickt.

3.2. Neues Muster 39 (Krebsfrüherkennung Zervix Karzinom) ab 1. Januar 2021

Zum 1. Januar 2021 wird das Formular 39 (Krebsfrüherkennung Zervix-Karzinom) aktualisiert.

Was ändert sich im Detail

- Es entfallen die Ankreuzfelder zur Ausdifferenzierung klinischer Befunde, die Angabe der Nummer des vorangegangenen und aktuellen zytologischen Befundes sowie ein Feld zur Angabe des Jahres des HPV-Vorbefundes.

- Ergänzt wurde das Formular um Informationen zum Test auf Humane Papillomviren (HPV) und zur Auftragsart.
- Die Freitextfelder wurden linienlos gestaltet, damit sie besser bedruckt werden können.

Stichtagsregelung beachten

Bitte beachten Sie, dass ab 1. Januar 2021 ausschließlich die neuen Vordrucke zu verwenden sind. Alte Formulare dürfen nicht aufgebraucht werden.

Bestellung der Vordruckmuster

Bitte bestellen Sie frühzeitig die neuen Vordrucke beim Paul-Albrechts-Verlag. Bestellungen für das neue Muster 39 können seit dem 30. November 2020 beim Paul-Albrechts-Verlag aufgegeben werden. Sollten Sie für die Zeit bis zum 1. Januar 2021 noch alte Muster 39 benötigen, vermerken sie dies bitte unbedingt auf der Bestellung. Seit dem 7. Dezember 2020 werden automatisch die neuen Vordrucke verschickt.

3.3. Hallo Baby - Versorgung: Telefonische Gesprächsleistung während der Pandemie

Die ärztliche Gesprächsleistung der „GOP 81312 - Risikoaufklärung und ärztliches Gespräch im Rahmen des Toxoplasmosesuchtests“ kann weiterhin befristet bis zum 31. März 2021 telefonisch erbracht werden.

Weitere Informationen finden Sie im KVN-Portal: Verträge/Eingabe des Suchbegriffs „Hallo Baby“.

3.4. Integrierter Versorgungsvertrag „AOK Junior“ wird bis zum 31. März 2021 verlängert

Die AOK Niedersachsen hat die weitere Anwendung des o. a. Vertrages bis zum 31. März 2021 verlängert. Allerdings dürfen mit Wirkung ab 1. Januar 2021 keine neuen Einschreibungen mehr erfolgen. Die GOP 98158 ist ab diesem Datum nicht mehr abrechenbar

Das bedeutet, dass Versicherte und Ärzte, die bis zum 31. Dezember 2020 ihre Teilnahme erklärt haben, bis zum 31. März 2021 Leistungen und Vergütungen aus dem Vertrag erhalten können.

3.5. Hausarztzentrierte Versorgung (HzV) AOK Niedersachsen und AOK Bremen/ Bremerhaven: Abrechnung der Betreuungspauschalen

Für beide Kassen endet die zentrale Abrechnung der Betreuungspauschalen GOP 99296 und 99297 am Jahresende. Kennzeichnen Sie deshalb beide Pauschalen ab Januar 2021 manuell in Ihrer Kassenabrechnung.

Unverändert bleibt für die Betreuung und Dokumentation von einer oder zwei chronischen Erkrankung(en) die 5-Euro-Quartalspauschale / GOP 99296 abrechenbar. Werden drei chronische Erkrankungen versorgt

und dokumentiert ist die 18-Euro-Quartalspauschale / GOP 99297 abzurechnen.

Neueinschreibungen und künftig uneingeschränkte ICD-Erfassungen erfolgen weiterhin in der jeweiligen HzV-Webanwendung (Online-Dienste/ Sonderverträge). Das stellt sicher, dass Ihrer Abrechnung weiterhin die Einschreibepauschalen / GOP 99300 sowie die Struktur- und Managementpauschalen / GOP 99301/P zentral zugewiesen werden.

Vertragsunterlagen im KVN-Portal abrufbar: Rubrik „Verträge“, Suchbegriff „Hausarzt“

3.6. Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte im Krisenfall unterstützen - Teilnehmer und Teilnehmerinnen für Umfrage zur Evaluation von Informationsmaterialien gesucht

Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte sind für Patienten und Patientinnen die Anlaufstelle Nr. 1 in Gesundheitsfragen - so auch bei Krankheitsgeschehen verursacht durch hochpathogene Erreger oder Toxine. Für das Management solcher Bedrohungslagen ist eine evidenzbasierte, effektive Kommunikation von großer Bedeutung. Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte müssen in der Lage sein, potenziell infizierte Patientinnen oder Patienten zu erkennen und adäquate Maßnahmen zu ergreifen.

In einer Studie der Universität Erfurt sollen nun verschiedene Informationsmaterialien geprüft werden. Sie als niedergelassene Ärzte und Ärztinnen sind eingeladen, an einer ca. 10-minütigen Online-Umfrage teilzunehmen. Die Ergebnisse helfen dabei, die Informationsmaterialien weiterzuentwickeln. Die Teilnahme ist am Computer oder Tablet unter diesem Link möglich: <https://www.soscisurvey.de/ERIM/>

Als Dankeschön werden 3 Apple AirPods Pro verlost. Das Projekt wird vom Bundesministerium für Gesundheit gefördert und findet in Kooperation mit der Informationsstelle des Bundes für Biologische Gefahren und Spezielle Pathogene am Robert Koch-Institut (RKI) statt.

Online-Umfrage

4. Veranstaltungen im Januar und Februar 2021

Wichtig: Aufgrund der aktuellen Corona-Situation hat sich die KVN dazu entschlossen, dass weiterhin **bis einschließlich 31. März 2021 keine Präsenzveranstaltungen** stattfinden. Wir bieten Ihnen für einzelne Präsenzveranstaltungen untenstehende WebSeminare an. 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: www.kvn.de/Mitglieder/Fortbildung

Name	Ort	Datum	Gebühr p. P.
Neue Heilmittel-Richtlinie	WebSeminar	06.Jan	kostenlos
Neue Heilmittel-Richtlinie	WebSeminar	13.Jan	kostenlos
Neue Heilmittel-Richtlinie	WebSeminar	20.Jan	kostenlos
Informationsveranstaltung Heilmittel	WebSeminar	20.Jan	kostenlos
Kurze Wartezeiten - Gutes Terminsystem	WebSeminar	20.Jan	59 Euro
PraxismanagerIn Intensivkurs	WebSeminar	25.Jan	285 Euro
Neue Heilmittel-Richtlinie	WebSeminar	27.Jan	kostenlos
Informationsveranstaltung Heilmittel	WebSeminar	03.Feb	kostenlos
Datenschutz in der Arztpraxis	WebSeminar	09.Feb	59 Euro
Heilmittel-Verordnungs-Dschungel	WebSeminar	10.Feb	kostenlos
Arbeitsschutz in der Arztpraxis	WebSeminar	13.Feb	59 Euro
Kinderschutz in der ärztlichen Praxis	WebSeminar	13.Feb	135 Euro
Personalführung für PraxismitarbeiterIn	WebSeminar	16.Feb	59 Euro
Fit am Empfang	WebSeminar	17.Feb	59 Euro
ICD10 - Richtig kodieren	WebSeminar	24.Feb	kostenlos
Verordnungsweise in der täglichen Praxis	WebSeminar	24.Feb	kostenlos
Hygiene in der Arztpraxis	WebSeminar	25.Feb	kostenlos

5. Anlagenverzeichnis

5.1. Zahlungstermine 2021

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

Zahlungstermine 2021

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

Amtliche Mitteilung der KVN zum HVM für das 1. Quartal 2021

in Umsetzung des Honorarverteilungsmaßstabes (HVM) gemäß § 87b Abs. 1 SGB V der KVN vom 20. November 2020

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 2021 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	38.107,34 €
FA Nuklearmedizin	101.778,04 €
FA Humangenetik	
FA Transfusionsmedizin	
FA Biochemie	
FA Allgemeinmedizin, Praktischer Arzt, FA Innere Medizin (hausärztlich)	23.411,41 €
FA Allgemeinmedizin, Praktischer Arzt (fachärztlich)	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 2021 nicht in vollem zeitlichen Umfang an der vertragärztlichen Versorgung teilnehmen, reduzieren sich die o.a. Fachgruppendurchschnittswerte anteilig auf den Umfang ihrer Tätigkeit.



KVN

Kassenärztliche Vereinigung
Niedersachsen

Informationen für die Praxis

KVN-Rundschreiben

November 2020

Inhaltsverzeichnis

1.	Abrechnung	3
1.1.	Einreichung von abrechnungsbegleitenden Unterlagen für die Abrechnungsquartale 4/2020 und 1/2021	3
1.2.	Kennzeichnung mit der Pseudo-GOP 88220 für ausschließliche Kontakte in der Videosprechstunde... 3	
1.3.	TI-Finanzierung: Erstattung der Pauschalen aufgrund der Fachanwendungen Notfalldatenmanagement (NFDM) / elektronischer Medikationsplan (eMP) sowie des Dienstes Kommunikation im Medizinwesen (KIM) 3	
1.4.	Erneute Sonderregelung zu Telefonanten und Porto für Folgeverordnungen im Rahmen der Corona-Pandemie ab dem 2. November 2020	5
2.	Verordnungen.....	6
2.1.	Änderung der Arzneimittelverschreibungsverordnung - Sumatriptan, Ibuprofen, Esketamin.....	6
2.2.	Informationsschreiben zum Thema „Rahmenvertrag über die Arzneimittelversorgung - Sonderregelungen im Zusammenhang mit der Corona-Pandemie“	7
2.3.	Verordnung von Grippeimpfstoffen im Sprechstundenbedarf	7
2.4.	Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA): Der Weg zur "App auf Rezept"	8
2.5.	Ergotherapieverordnung voraussichtlich ab 1. Januar 2021 auch für Psychotherapeuten möglich.....	8
2.6.	Grippesaison 2021/2022 - Bedarfsmeldung und Verordnung der Grippeimpfstoffe	10
2.7.	Veranlasste Leistungen: Bundesweite Sonderregelungen aufgrund der Coronavirus-Pandemie durch G-BA beschlossen	10
2.8.	Anpassungen innerhalb der Wirtschaftlichkeitsziele der Etanercept-, Trastuzumab- und Enoxaparin-haltigen Biosimilarquoten	13
2.9.	Ergänzende Informationen zur Dosierungsangabe auf Arzneimittelrezepten	13

2.10. Verordnung von nasalen Grippeimpfstoffen (z. B. Fluenz®)	14
2.11. Verfügbarkeit von Grippeimpfstoffen 2020/2021	14
3. Allgemeine Hinweise	16
3.1. Telefonische AU ab dem 19. Oktober 2020 wieder möglich.....	16
3.2. Innovationsfonds - Rheuma-VOR: Erneute Laufzeitverlängerung bis 31. Dezember 2020	16
3.3. Optimierung des Antikoagulations-Managements mit der Audi BKK - Aktualisierung der Übersicht der Wirkstoffe mit einem Rabattvertrag	16
4. Veranstaltungen im Dezember 2020 und Januar 2021	17
5. Anlagenverzeichnis	17
5.1. Informationsschreiben.....	17
5.2. Sammelerklärung	17

1. Abrechnung

1.1. Einreichung von abrechnungsbegleitenden Unterlagen für die Abrechnungsquartale 4/2020 und 1/2021

Für die Abrechnungsquartale 4/2020 und 1/2021 müssen die im Ersatzverfahren angelegten Behandlungsfälle ohne persönlichen Arzt-Patienten-Kontakte (z. B. bei Abrechnung der GOP 01435 EBM) für die Primär- und Ersatzkassen sowie Sonstige Kostenträger mit Krankenversicherer-Karten (z. B. Polizei, Feuerwehr), nicht in Papierform mit den Quartalsabrechnungen eingereicht werden.

Nicht in Papierform

Einzureichende abrechnungsbegründende Unterlagen, wie z. B. Sammelerklärung, Sachkostenrechnungen und alle übrigen Behandlungsscheine gemäß Vorgabe KBV-Prüfmodul „Abgabe Behandlungsschein“, müssen weiterhin eingereicht werden.

Müssen weiterhin eingereicht werden

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

1.2. Kennzeichnung mit der Pseudo-GOP 88220 für ausschließliche Kontakte in der Videosprechstunde

Aufgrund der steigenden Verdachts- und Erkrankungsfälle im Zuge der COVID-19-Pandemie möchten wir nochmals darauf hinweisen, dass ausschließliche Arzt-/Patientenkontakte im Rahmen der Videosprechstunde ohne nachfolgenden persönlichen Arzt-/Patientenkontakt mit der Pseudo-GOP 88220 zu kennzeichnen sind. Sollte es nach dem ersten Arzt-/Patientenvideokontakt noch zu einem persönlichen Kontakt kommen, ist die Pseudo-GOP 88220 wieder aus der Abrechnung zu streichen.

1.3. TI-Finanzierung: Erstattung der Pauschalen aufgrund der Fachanwendungen Notfalldatenmanagement (NFDM) / elektronischer Medikationsplan (eMP) sowie des Dienstes Kommunikation im Medizinwesen (KIM)

Nachfolgend wird an die Modalitäten zur Erstattung der Pauschalen aufgrund der Fachanwendungen Notfalldatenmanagement (NFDM) / elektronischer Medikationsplan (eMP) sowie des Dienstes Kommunikation im Medizinwesen (KIM) erinnert.

Bei nachweislichem Vorhalten der Fachanwendungen Notfalldatenmanagement (NFDM) / elektronischer Medikationsplan (eMP) besteht gemäß der Anlagen 1 und 5 der TI-Finanzierungsvereinbarung (Anlage 32 BMV-Ärzte) Anspruch auf Erstattung der folgenden TI-Pauschalen:

Kostenerstattungen im Zusammenhang mit NFDM / eMP:

- NFDM/eMP-Pauschale bei Update des Konnektors/PVS: Einmalig 530 Euro
- Ein zusätzliches stationäres Kartenterminal je angefangene 625 Betriebsstättenfälle mit persönlichem Arzt-Patienten Kontakt: Einmalig 535 Euro je stationärem Kartenterminal
- Zusatzpauschale je angefangene 625 Betriebsstättenfälle mit persönlichem Arzt-Patienten Kontakt: Einmalig 60 Euro (befristet bis zum 30. September 2020)
- Zuschlag zur Betriebskostenpauschale: 4,50 Euro pro Quartal

Die Kennzeichnung der Betriebsbereitschaft der Komponenten sowie die Erklärung des Vorhaltens der Fachanwendung Notfalldatenmanagement und/oder elektronischer Medikationsplan erfolgt durch einmaliges Ansetzen der GOP **97131** auf einem beliebigen Behandlungsfall des entsprechenden Quartals.

Einmaliges Ansetzen
der GOP 97131

Das Ansetzen der GOP 97131 löst bei Anspruchsberechtigung gemäß der TI-Finanzierungsvereinbarung die Erstattung der o.g. Pauschalen aus.

Es erfolgt keine Auszahlung der o.g. Pauschalen ohne Ansetzen der GOP 97131.

Keine Auszahlung ohne
Ansetzen

Hinweis: Ein erneutes Ansetzen der GOP 97131 ist in einem Folgequartal nicht erforderlich.

Folgende Pauschalen sind gemäß Anlage 8 der TI-Finanzierungsvereinbarung (Anlage 32 BMV-Ärzte) für die Erstattung der Kosten für die Nutzung des Dienstes Kommunikation im Medizinwesen (KIM ehemals KOM-LE) vorgesehen:

Kostenerstattungen im Zusammenhang mit KIM

- Betriebskostenpauschale: 23,40 Euro pro Quartal je Vertragsarztpraxis auch ohne Anschluss an die TI oder an KIM
- Einrichtungspauschale: 100,00 Euro je Vertragsarztpraxis, einmalig bei nachweislichem Anschluss an KIM.

Die Kennzeichnung der Funktionsfähigkeit des Dienstes Kommunikation im Medizinwesen erfolgt durch einmaliges Ansetzen der GOP **97130** auf einem beliebigen Behandlungsfall des entsprechenden Quartals.

Einmaliges Ansetzen
der GOP 97130

Das Ansetzen der GOP 97130 löst bei Anspruchsberechtigung gemäß der TI-Finanzierungsvereinbarung die Erstattung der o.g. Pauschalen aus.

Es erfolgt keine Auszahlung der o.g. Pauschalen ohne Ansetzen der GOP 97130.

Keine Auszahlung ohne
Ansetzen

Hinweis: Ein erneutes Ansetzen der GOP 97130 ist in einem Folgequartal nicht erforderlich.

1.4. Erneute Sonderregelung zu Telefonanten und Porto für Folgeverordnungen im Rahmen der Corona-Pandemie ab dem 2. November 2020

Aufgrund der steigenden Infektionszahlen werden die Möglichkeiten zur ärztlichen und psychotherapeutischen Konsultation per Telefon für alle Fachgruppen erneut ausgeweitet. Die Regelung gilt ab dem 2. November 2020 und ist vorerst bis zum Jahresende befristet.

Darüber hinaus ist auch das therapeutische Gespräch im Rahmen der Substitutionsbehandlung (GOP 01952) wieder telefonisch möglich. Zudem werden die Kosten für den postalischen Versand von bestimmten Folgeverordnungen und Überweisungsscheinen an den Patienten, die in einer telefonischen Konsultation oder einer Videosprechstunde ausgestellt werden, übernommen. Auch diese beiden Sonderregelungen gelten ab dem 2. November 2020 und sind bis zum 31. Dezember 2020 befristet.

Ausweitung der telefonischen Konsultation

Die Möglichkeiten für telefonische Beratungen von Patienten, die im Quartal nicht in die Sprechstunde kommen oder eine Videosprechstunde nutzen, werden ausgeweitet. Hierfür werden die Gebührenordnungspositionen 01433 und 01434 aus dem Quartal 2/2020 wieder eingeführt. Die Leistungslegende und die Bewertung der GOP 01433 und der 01434 entsprechen den Regelungen des zweiten Quartals, als diese zum ersten Mal eingeführt worden waren. Somit können die GOP 01433 und 01434 wieder zusätzlich zur GOP 01435 bzw. arztgruppenspezifisch zur Versicherten- und Grundpauschale für die telefonische Beratung abgerechnet werden. Auch gibt es wieder unterschiedlich hohe „Telefon-Kontingente“ für die einzelnen Fachgruppen.

Zusätzlich zur GOP
01435

Die Berechnung der beiden GOP ist weiterhin nur bei „bekannten Patienten“ möglich. Dazu zählen Patienten, die im aktuellen Quartal oder in den letzten sechs Quartalen, die dem Quartal der Telefonkonsultation vorausgehen, mindestens einmal in der Praxis waren. Klargestellt wird, dass die Berechnung auch bei einem persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt im 4. Quartal („aktuelles Quartal“) möglich ist. Zu den Einzelheiten verweisen wir auf unser Rundschreiben vom April 2020.

Substitutionsbehandlung: Therapeutisches Gespräch als Telefonat

Die GOP 01952 für das therapeutische Gespräch im Rahmen der Substitutionsbehandlung (mindestens zehn Minuten Dauer) ist ab 2. November 2020 auch wieder bei telefonischem Arzt-Patienten-Kontakt berechnungsfähig. Hierfür erfolgt die Aufnahme einer dritten Anmerkung zur GOP 01952.

Porto für Folge Rezepte, Überweisungen und andere Verordnungen

Eine weitere wiedereingeführte Sonderregelung betrifft die Abrechnung des postalischen Versands von bestimmten Folgeverordnungen und Überweisungsscheinen. Aufgrund der aktuellen Ausbreitung der Coronavirus-Infektionen werden vermehrt persönliche Arzt-Patienten-Kontakte durch andere Arzt-Patienten-Kontakte ersetzt. Dazu gehören Telefonate und Videosprechstunden.

Ab dem 2. November 2020 können Folgeverordnungen und Überweisungsscheine ausgestellt werden und diese per Post an den Versicherten versendet und abgerechnet werden. Dies umfasst:

- Folgeverordnungen von Arzneimitteln (auch BtM-Rezepte) sowie von Verband- und Hilfsmitteln, die auf Muster 16 verordnet werden (somit Ausnahme von Sehhilfen und Hörhilfen),
- Verordnungen einer Krankenbeförderung,
- Überweisungen und
- Folgeverordnungen für die häusliche Krankenpflege sowie für Heilmittel
- Folgeverordnungen zur Fortführung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung.

Folgeverordnungen und Überweisungsscheine

Voraussetzung für die Ausstellung ist, dass der Patient im laufenden Quartal oder in den letzten sechs Quartalen in der Arztpraxis persönlich vorstellig war. Auch diese Regelung ist vorerst bis zum 31. Dezember 2020 befristet.

Für den Versand des Wiederholungsrezeptes, des Überweisungsscheines oder einer anderen Verordnung ist die Pseudo-GOP 88122, die mit 90 Cent bewertet ist, berechnungsfähig.

Der Bewertungsausschuss wird spätestens zum 1. Dezember 2020 prüfen, ob eine Verlängerung bzw. Anpassung der Regelungen der Beschlüsse erforderlich ist.

Die kompletten Beschlüsse sind auf der Internetseite des Instituts des Bewertungsausschusses unter: <http://institut-ba.de/ba/beschluesse.html> veröffentlicht.

2. Verordnungen

2.1. Änderung der Arzneimittelverschreibungsverordnung - Sumatriptan, Ibuprofen, Esketamin

Mit Wirkung zum 1. November 2020 ist eine Änderung der Arzneimittelverschreibungsverordnung (AMVV) in Kraft getreten, die insbesondere folgende neue Regelungen vorsieht:

1. Aus der Verschreibungspflicht *entlassen* wurde:

Sumatriptan: zur akuten Behandlung der Kopfschmerzphase bei Migräneanfällen mit und ohne Aura, nach der Erstdiagnose einer Migräne durch einen Arzt, in festen Zubereitungen zur oralen Anwendung in Konzentrationen von 50 mg je abgeteilter Form und in einer Gesamtmenge von 100 mg je Packung.

Sumatriptan

Die zugehörigen Präparate mit dem Wirkstoff Sumatriptan werden somit als apothekenpflichtig eingestuft und können auch ohne ärztliche Verschreibung erworben werden.

2. Bei Ibuprofen wurde für flüssige Zubereitungen zur oralen Anwendung die Altersangabe von sechs Monate auf drei Monate herabgesetzt, so dass entsprechende Präparate bereits für Kinder ab drei Monaten rezeptfrei erhältlich sind.

Ibuprofen

Ibuprofen: zur oralen Anwendung in flüssigen Zubereitungen ohne Zusatz weiterer arzneilich wirksamer Bestandteile für Erwachsene und Kinder ab drei Monaten in Einzeldosen bis zu 10 mg/kg Körpergewicht (bis zu einer maximalen Tagesdosis von 1.200 mg) bei leichten bis mäßig starken Schmerzen und Fieber.

3. Eine weitere Änderung betrifft Esketamin-haltige Arzneimittel zur intranasalen Anwendung. Ein solches Präparat wurde im Dezember 2019 EU-weit zentral zugelassen und darf nur unter der direkten Aufsicht von medizinischem Fachpersonal angewendet werden.

Esketamin-haltige
Arzneimittel

Sobald dieses in Deutschland verfügbar ist und verordnet werden kann, muss der verordnende Arzt auf der Verschreibung vermerken, dass das Arzneimittel nicht an den Patienten, sondern nur an die Arztpraxis oder die Klinik, der der verordnende Arzt angehört, abgegeben werden darf.

Fehlt ein entsprechender Vermerk auf dem Rezept, so kann der Apotheker diese Angaben ergänzen, wenn nach den für ihn erkennbaren Umständen ein dringender Fall vorliegt und eine Rücksprache mit dem verschreibenden Arzt nicht mit zumutbarem Aufwand möglich ist.

Über mögliche Einschränkungen der Verordnungsfähigkeit zu Lasten der GKV kann der G-BA durch eine Aufnahme des Arzneimittels in Anlage III der Arzneimittel-Richtlinie (Verordnungseinschränkungen oder –ausschlüsse) entscheiden.

2.2. Informationsschreiben zum Thema „Rahmenvertrag über die Arzneimittelversorgung - Sonderregelungen im Zusammenhang mit der Corona-Pandemie“

Im Anhang finden Sie ein gemeinsames Informationsschreiben der KVN und der Verbände der gesetzlichen Krankenkassen in Niedersachsen zu dem Thema „Rahmenvertrag über die Arzneimittelversorgung für Apotheken“. Darin werden die im Zusammenhang mit der Corona-Pandemie geltenden Sonderregelungen des Rahmenvertrags zur Belieferung von Rezepten dargestellt.

Das Schreiben finden Sie zudem im Internet unter www.kvn.de/Mitglieder/Verordnungen/Arzneimittel/Veroeffentlichungen/Info-Schreiben der AG GKV/KVN Arzneimittel und weitere Schreiben

Anlage 5.1: Informationsschreiben

2.3. Verordnung von Grippeimpfstoffen im Sprechstundenbedarf

Aufgrund der allseits hohen Nachfrage nach Grippeimpfstoffen kommen derzeit die Impfstoffe aus der Bundesreserve auf den Markt. Teilweise sind hier nur Einzeldosen erhältlich, die aber trotzdem über den Sprechstundenbedarf bezogen werden können.

Vorrangig sollen selbstverständlich 10er- oder 20er-Packungen bezogen werden, aber sofern diese nicht lieferbar sind, sind auch Einzelpackungen bezugsfähig. Zudem sollen in erster Linie nur diejenigen Personen geimpft werden, die einen Anspruch nach der Schutzimpfungsrichtlinie haben.

2.4. Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA): Der Weg zur "App auf Rezept"

Seit Oktober sind die ersten DiGA's in das BfArM-Verzeichnis aufgenommen worden.

Noch sind keine EBM-Abrechnungsziffern im Zusammenhang mit der Verordnung einer DiGA vereinbart worden. Bis zur Einführung entsprechender EBM-Ziffern kann eine Abrechnung der ärztlichen Leistung nach GOÄ erfolgen. Daraus ergibt sich, dass die Verordnung der DiGA als Privat-Verordnung ausgestellt werden sollte; ggf. kann der Versicherte eine Kostenerstattung bei seiner Krankenkasse beantragen.

Das BfArM-Verzeichnis (<https://diga.bfarm.de/de/verzeichnis>) listet alle verordnungsfähigen DiGA's mit weiterführenden Informationen zu der jeweiligen DiGA auf. Aktuell mit Stand 30. Oktober 2020 befinden sich bereits fünf DiGA zu unterschiedlichen Indikationen in diesem Verzeichnis, was fortlaufend aktualisiert wird.

Weitere Informationen sowie einen Link zum BfArM-Verzeichnis finden Sie bei uns im Internet unter <https://www.kvn.de/Mitglieder/Verordnungen/DiGA.html> oder im KVN-Portal unter Verordnungen/DiGA

2.5. Ergotherapieverordnung voraussichtlich ab 1. Januar 2021 auch für Psychotherapeuten möglich

Mit dem Gesetz zur Reform der Psychotherapeutenausbildung wurden die Befugnisse der Vertragspsychotherapeuten erweitert, die in der Heilmittel-Richtlinie und dem dazugehörigen Heilmittelkatalog durch den gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) konkretisiert wurden. Vorbehaltlich der Zustimmung des BMG und der Veröffentlichung des G-BA-Beschlusses im Bundesanzeiger können ab Beginn des neuen Jahres alle Psychologischen Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendpsychotherapeuten Ergotherapie verordnen.

Die Verordnung von Ergotherapie durch einen Psychotherapeuten ist zulässig,

- wenn eine Erkrankung aus dem Indikationsspektrum der Psychotherapie-Richtlinie vorliegt.
- bei Erkrankungen, bei denen eine neuropsychologische Therapie angewendet werden kann. Zu beachten ist dabei die Richtlinie zu Methoden der vertragsärztlichen Versorgung des G-BA (konkret: Anlage I Ziffer 19 § 4).

Verordnung zulässig,
wenn/bei

- bei allen anderen Diagnosen des Kapitels V „Psychische und Verhaltensstörungen“ der ICD-10, wobei hier aber der behandelnde Arzt informiert und die Verordnung von Ergotherapie mit ihm abgestimmt werden muss.

Die Regelungen zur Verordnung von Ergotherapie sind in der Heilmittel-Richtlinie und dem dazugehörigen Heilmittelkatalog definiert. Im Heilmittelkatalog sind die Indikationen mit den jeweiligen Diagnosegruppen und Leitsymptomatiken aufgeführt, ergänzt um eine beispielhafte Auflistung dazugehöriger Diagnosen und Symptomen. Die Diagnosegruppen PS1 bis PS3 entsprechen den Indikationen nach Psychotherapie-Richtlinie, die Diagnosegruppen PS4 und EN1 denen der neuropsychologischen Therapie.

Diagnosegruppen

Zulässig ist gemäß Heilmittelkatalog die Verordnung folgender Heilmittel für unten genannte Diagnosegruppen:

Diagnosegruppe	Verordnungsfähige Heilmittel
PS1: Entwicklungs-, Verhaltens- und emotionale Störungen z.B. ADS/ADHS, frühkindlicher Autismus	<ul style="list-style-type: none"> • Psychisch-funktionelle Behandlung, z.B. kognitive Verhaltensprogramme • Hirnleistungstraining/neuropsychologisch orientierte Behandlung • Sensomotorisch-perzeptive Behandlung, z.B. Achtsamkeitstraining
PS2: Neurotische, Belastungs-, somatoforme und Persönlichkeitsstörungen z.B. Angststörungen, Essstörungen	<ul style="list-style-type: none"> • Psychisch-funktionelle Behandlung
PS3: Wahnhaft und affektive Störungen/ Abhängigkeitserkrankungen z. B. Schizophrenie, depressive Störungen	<ul style="list-style-type: none"> • Psychisch-funktionelle Behandlung • Hirnleistungstraining/neuropsychologisch orientierte Behandlung
PS4: Dementielle Syndrome z.B. Morbus Alzheimer	<ul style="list-style-type: none"> • Hirnleistungstraining/neuropsychologisch orientierte Behandlung
EN1: Erkrankungen des zentralen Nervensystems (Gehirn)/ Entwicklungsstörungen z.B. Schädel-Hirn-Trauma, Morbus Parkinson	<ul style="list-style-type: none"> • Psychisch-funktionelle Behandlung • Hirnleistungstraining/neuropsychologisch orientierte Behandlung • Sensomotorisch-perzeptive Behandlung

Im Heilmittelkatalog finden sich zudem Angaben zu orientierender Behandlungsmenge, Höchstmenge je Verordnung, empfohlener Frequenzspanne und zur Verordnung als Einzel- oder Gruppentherapie:

1. **orientierende Behandlungsmenge:** bis zu 40 Einheiten; Ausnahme: bis zu 60 Einheiten für Kinder und Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr in der Diagnosegruppe EN1. Die Einheiten stellen lediglich eine Empfehlung dar. Die Behandlungsmenge muss nicht ausgeschöpft werden und kann bei medizinischem Erfordernis überschritten werden.
2. **Höchstmenge je Verordnung:** jeweils bis zu zehn Einheiten
3. **Frequenzempfehlung:** Empfohlen wird eine Frequenzspanne von 1-3x pro Woche. Diese kann vom behandelnden Psychotherapeuten an die patientenindividuellen Bedürfnisse angepasst werden.

EN 1

4. **Verordnung als Einzel-/Gruppentherapie:** Die Verordnung ist als Einzel- und Gruppentherapie möglich, Ausnahme bildet die neuropsychologisch orientierte Behandlung, die ausschließlich als Einzeltherapie verordnet werden kann.

Zur Verordnung ist das Muster 13 „Heilmittelverordnung“ zu verwenden, das ab dem 16. November über den Paul-Albrechts-Verlag bestellt werden kann.

Weitere Information zur Heilmittel-Richtlinie, dem Heilmittelkatalog und der korrekten Verordnung von Ergotherapie sind zu finden unter:
<https://www.g-ba.de/richtlinien/12/> und in Kürze unter:
<https://www.kvn.de/Mitglieder/Verordnungen/Heilmittel.html>

2.6. Grippesaison 2021/2022 - Bedarfsmeldung und Verordnung der Grippeimpfstoffe

Zur Gewährleistung einer adäquaten Produktionsplanung der Impfstoffhersteller sind für die Grippesaison 2021/2022 gesetzlich zwei Maßnahmen vorgesehen:

1. Eine Meldung des geplanten Bedarfes einer Praxis an Grippeimpfstoffen an die KVN bis zum 31. Dezember 2020. Diese Bedarfsmeldung ist noch keine Bestellung.
2. Eine Vorbestellung/Verordnung der Grippeimpfstoffe für die Saison 2021/2022 bis zum 31. Januar 2021.

Bitte beachten Sie die Hinweise zur Bedarfsmeldung und zur Verordnung der Grippeimpfstoffe, die Ende November von der KVN an die Praxen versendet werden.

2.7. Veranlasste Leistungen: Bundesweite Sonderregelungen aufgrund der Coronavirus-Pandemie durch G-BA beschlossen

Aufgrund der aktuellen Entwicklungen im Pandemie-Geschehen ist ein Großteil der bereits im Frühjahr gültigen Sonderregelungen am 2. November 2020 wieder in Kraft getreten. Hierzu gehören die Regelungen zu:

- Verordnungen nach telefonischer Anamnese
- verlängerten Fristen zur Vorlage von Verordnungen
- Folgeverordnungen im Bereich der häuslichen Krankenpflege

Bereits bestehende Sonderregelungen im Bereich:

- Gültigkeit von Heilmittelverordnungen
- Videobehandlung bei bestimmten veranlassten Leistungen
- Krankentransporte
- Verordnungen im Entlassmanagement

gelten weiterhin.

Maßnahmen

Sonderregelungen

Folgende Regelungen gelten bis zum 31. Januar 2021:

Verordnungen nach telefonischer Anamnese

- Das Ausstellen von Arzneimittelrezepten ist auch nach telefonischer Anamnese möglich. Voraussetzung ist, dass der behandelnde Arzt sich nach persönlicher Einschätzung vom Zustand der Versicherten durch eingehende Befragung überzeugen konnte. Das Rezept kann wie bisher postalisch übermittelt werden.
- Nach telefonischer Anamnese können zudem Folgeverordnungen von Heil- und Hilfsmitteln ausgestellt und per Post zugesandt werden. Voraussetzung ist, dass bereits zuvor aufgrund derselben Erkrankung eine unmittelbare persönliche Untersuchung durch den verordnenden Vertragsarzt erfolgt ist.
- Die Regelung gilt ebenso für die Folgeverordnung von Häuslicher Krankenpflege und die Verordnung von Krankenbeförderung. Die Krankenbeförderung kann auch durch Vertragspsychotherapeuten verordnet werden.

Verlängerte Frist zur Vorlage von Verordnungen

- Die Frist zur Vorlage von Verordnungen von häuslicher Krankenpflege, spezialisierter ambulanter Palliativversorgung sowie Soziotherapie bei der Krankenkasse beträgt künftig wieder zehn Tage statt drei Tage.

Regelungen zu Folgeverordnungen im Bereich der häuslichen Krankenpflege

- Im Bereich der häuslichen Krankenpflege können Folgeverordnungen für bis zu 14 Tage rückwirkend erfolgen. Die Begründung der Notwendigkeit bei einer längerfristigen Folgeverordnung von häuslicher Krankenpflege und die 3-Tages-Frist zur Ausstellung der Folgeverordnung entfallen.

Videobehandlung bei bestimmten veranlassten Leistungen möglich

- Folgende Leistungen können per Video durchgeführt werden, sofern der Patient zustimmt und die Behandlung datenschutzkonform erfolgt:
 - Psychiatrische häusliche Krankenpflege (pHKP)
 - Soziotherapie
 - Heilmittel
- Die Videobehandlung im Bereich der pHKP und der Soziotherapie kann insbesondere dann erfolgen, um eine Krisensituation zu vermeiden, bei deren Bewältigung zu unterstützen oder wenn mit einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes aufgrund der Leistungsunterbrechung zu rechnen ist.
- Im Bereich der Heilmittel ist die Videotherapie zulässig bei Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie, Ergotherapie, Ernährungstherapie sowie bestimmten Arten der Physiotherapie.

Videobehandlung

Gültigkeit von Heilmittelverordnungen

- Aufgrund der Covid-19-Pandemie ist die Geltungsdauer von Heilmittelverordnungen nach Ausstellung von 14 auf 28 Kalendertage erhöht worden. Diese Corona-Sonderregelung bleibt bis zum 31. Dezember 2020 bestehen. Ab dem 1. Januar 2021 haben Heilmittelverordnungen nach Ausstellung regulär eine Geltungsdauer von 28 Kalendertagen. Dies ist in der neuen Heilmittel-Richtlinie festgelegt.
- Wird die Behandlung länger als 14 Kalendertage unterbrochen, so behält die Verordnung dennoch ihre Gültigkeit.

Folgende Sonderregelungen sind an die Dauer der Feststellung einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite durch den Bundestag geknüpft (aktuell: 31. März 2021) und bleiben wie zuvor bestehen:

Krankentransporte bei Covid-19 oder Quarantäne ohne Genehmigung möglich

- Krankentransporte von nachweislich an Covid-19-Erkrankten zu einer nicht aufschiebbaren und zwingend notwendigen ambulanten Behandlung müssen vor Beginn der Fahrt nicht zuerst der Krankenkasse zur Genehmigung vorgelegt werden. Dies gilt auch bei Krankentransportfahrten für GKV-Versicherte, die unter einer behördlich angeordneten Quarantäne stehen.

Verordnungen im Entlassmanagement für bis zu 14 Tage

- Der Zeitraum, für den Krankenhäuser nach Entlassung aus dem Krankenhaus zum Übergang in die ambulante Versorgung Leistungen verordnen und Bescheinigungen ausstellen können wird auf 14 Tage erweitert.

Dies betrifft folgende Leistungen:

- Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung
 - Häusliche Krankenpflege
 - Heilmittel (Die 12-Kalendertage-Frist, bis zu der die vom Krankenhaus verordnete Heilmittelbehandlung abgeschlossen sein muss, wird auf eine 21-Kalendertage-Frist erweitert.)
 - Hilfsmittel
 - Soziotherapie
 - Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV)
- Bei der Verordnung von Arzneimitteln ist die Begrenzung auf eine Packung mit dem kleinsten Packungsgrößenkennzeichen ausgesetzt. Blutzuckerteststreifen und Verbandmittel dürfen für den Bedarf von bis zu 14 Tagen verordnet werden. Die Einlösefrist wurde auf sechs Werkzeuge verlängert.

Entlassmanagement

2.8. Anpassungen innerhalb der Wirtschaftlichkeitsziele der Etanercept-, Trastuzumab- und Enoxaparin-haltigen Biosimilarquoten

Durch Änderungen auf dem Arzneimittelmarkt haben sich innerhalb folgender Arzneimittelziele Anpassungen ergeben:

Wirtschaftlichkeitsziel	Fach-/Vergleichsgruppen
Etanercept/Infliximab	Dermatologen, ermächtigte Dermatologen
TNF-alpha-Hemmer	Internistische Rheumatologen
Trastuzumab	Onkologische Gynäkologen
Rituximab/Trastuzumab	Hämatologen/Onkologen
Enoxaparin	Chirurgen, ermächtigte Chirurgen, Orthopäden, ermächtigte Orthopäden

Die aktualisierten Quoteninformationen und Tischvorlagen finden Sie zu Ihrer Information im KVN-Portal unter Verordnungen/Arzneimittelzielvereinbarung/Informationen je Fach-/Vergleichsgruppe.

2.9. Ergänzende Informationen zur Dosierungsangabe auf Arzneimittelrezepten

Durch eine Änderung der Arzneimittelverschreibungsverordnung (AMVV) ist auf einer Arzneimittelverordnung (Muster 16) ab dem 1. November 2020 verpflichtend die Dosierung anzugeben.

Zur Klarstellung sei darauf hingewiesen, dass die Angabe der Dosierung nur bei verschreibungspflichtigen Arzneimitteln verbindlich erforderlich ist.

Alternativ zur Angabe der Dosierung am Ende der Verordnungszeile kann über das Kürzel >>Dj<< („Dosierungsanweisung vorhanden: ja“) ebenfalls am Ende der Verordnungszeile ein Hinweis erfolgen, dass ein Medikationsplan, der das verschriebene Arzneimittel umfasst oder eine entsprechende schriftliche Dosieranweisung vorliegt.

Die Angabe der Dosierung oder der Hinweis auf eine schriftliche Dosieranweisung bzw. einen Medikationsplan ist nicht erforderlich, wenn das verschriebene Arzneimittel unmittelbar an die verschreibende Person abgegeben wird (z.B. im Rahmen des Sprechstundenbedarfs).

Bitte beachten Sie, dass die Angabe der Gebrauchsanweisung oder der Hinweis „gemäß schriftlicher Anweisung“ bei Betäubungsmitteln weiter Bestand hat und auch bei Rezepturen wie bisher eine Gebrauchsanweisung statt einer Dosierung auf dem Rezept anzugeben ist.

Nur bei verschreibungspflichtigen Arzneimitteln

2.10. Verordnung von nasalen Grippeimpfstoffen (z. B. Fluenz®)

Aufgrund der sich häufenden Anfragen von Ärzten zur Verordnungsfähigkeit von nasalen Impfstoffen, insbesondere bei Kindern, möchten wir kurz zur aktuellen Situation informieren:

Nach der aktuellen Schutzimpfungsrichtlinie ist die Impfung mit nasalen Impfstoffen nur im besonderen Einzelfall zu Lasten der GKV möglich.

In den tragenden Gründen zu dem Beschluss macht der G-BA allerdings deutlich, dass es zur Rechtfertigung von Mehrkosten einer einzel-fallbezogenen Prüfung bedarf, ob sich anhand der individuellen Umstände des zu impfenden Kindes die Anwendung des nasalen Impfstoffes als alternativlos erweist und medizinische Gründe gegen eine Impfung mit inaktivierten Influenza-Impfstoff sprechen. Eine „Spritzenangst“ bzw. eine Abwehrhaltung gegen die Gabe von Injektionen, wie sie bei vielen Kindern und Jugendlichen besteht, stellt in der Regel keinen Grund dar.

Sollte ein entsprechender Einzelfall vorliegen, wäre die Impfung lt. G-BA mit der GOP 89112 berechnungsfähig.

Hinsichtlich des besonderen Einzelfalls weisen die Krankenkassen in Niedersachsen zudem auf Folgendes hin:

- Die STIKO empfiehlt die Influenzaimpfung für Kinder nur bei erhöhter gesundheitlicher Gefährdung eines Grundleidens (Immunschwäche). Wesentliche Grundleiden stellen laut Fachinfo von Fluenz® jedoch eine Kontraindikation dar und vor der Anwendung bei schwerem Asthma wird gewarnt. Auch die Schutzimpfungsrichtlinie empfiehlt bei gegebener Indikation die Impfung von Kindern von 2-17 Jahren mit einem Totimpfstoff. Eine Kostenübernahme von Fluenz® ist in diesen Fällen nicht möglich.
- Liegt eine Grunderkrankung vor und leidet das Kind darüber hinaus an einer Gerinnungsstörung oder an einer nicht überwindbaren Spritzenphobie kann der nasale Influenzaimpfstoff auf Einzelverordnung (Muster 16) verordnet werden. Die Abrechnung erfolgt nur dann über eGK.

Besonderer Einzelfall

2.11. Verfügbarkeit von Grippeimpfstoffen 2020/2021

Das Bundesgesundheitsministerium (BMG) hat mitgeteilt, dass die Hersteller beginnend mit der KW 44 (ab dem 26. Oktober 2020) bis Mitte Dezember (KW 50) tranchen- und wochenweise rund 7,4 Millionen Dosen Grippeimpfstoff an die pharmazeutischen Großhändler ausliefern werden. Darunter befinden sich auch die vom BMG bestellten Impfstoffe

- Influsplit Tetra, GlaxoSmithKline GmbH & Co. KG
- Inluvac Tetra, Mylan Healthcare GmbH
- Flucelvax Tetra, Seqirus GmbH
- Vaxigrip Tetra (französische Aufmachung), Sanofi-Aventis Deutschland GmbH

Impfstoffe

- Fluzone High-Dose Quadrivalent (US-amerikanische Aufmachung; Markenname in der EU „Efluelda“), Sanofi-Aventis Deutschland GmbH

Vaxigrip Tetra (französische Aufmachung)

Die französisch beschriftete Ware ist das Äquivalent zum deutschen Produkt Vaxigrip Tetra 2020/2021. Der Impfstoff wird in 1er Packungen mit feststehenden Kanülen geliefert (PZN 07752105) und ist über den Sprechstundenbedarf zu beziehen. Das Paul-Ehrlich-Institut (PEI) hat auf seiner Internetseite weitere Informationen und Fotos veröffentlicht. Hier können Sie auch die Fach- und Gebrauchsinformation in deutscher Sprache herunterladen.

Fluzone High-Dose Quadrivalent

Von dem Impfstoff in US-amerikanischer Aufmachung werden deutschlandweit 500.000 Dosen zur Verfügung stehen. Er ist zugelassen für die Anwendung bei Erwachsenen ab 65 Jahren und enthält im Vergleich zum Standard-Impfstoff die vierfache Antigenmenge. Die Stammzusammensetzung entspricht der STIKO-Empfehlung.

- Der Impfstoff wird in 10er Packungen als Fertigspritzen ohne Kanülen (0,7 ml Injektions-suspension) ab der KW 46/47 verfügbar sein (PZN 16820047).
- Die Verordnung erfolgt regulär über den Sprechstundenbedarf bei der Apotheke. Die Kosten für gesetzlich Versicherte werden von der gesetzlichen Krankenversicherung übernommen.
- Aufgrund des begrenzten Kontingents soll der Impfstoff für die Impfung von Bewohnern in Alten- und Pflegeheimen verwendet werden. Zur bestmöglichen Nutzung des begrenzten Kontingents und der 10er Packungen wird empfohlen, dass sich betreuende Ärztinnen und Ärzte von Alten- und Pflegeheimbewohnern bezüglich der Bestellung des Impfstoffs miteinander abstimmen.
- Der Impfstoff darf auch zur Impfung von privat versicherten Patienten verwendet werden.

Weitere Informationen, Fotos sowie eine Übersetzung der englischen Arzneimittelinformation finden Sie auf der Internetseite des PEI.

Die Firma Sanofi stellt auf ihrer Internetseite ebenfalls Informationen zu dem hochdosierten Impfstoff bereit unter <https://impfen.sanofi.de/wissenschaftliche-informationen-und-services/info-hochdosis-influenza-impfstoff> und bietet 30-minütige Web-Seminare an (Anmeldung unter folgenden Links):

- 11.11.2020 – 15 Uhr https://sanofi.zoom.com/webinar/register/WN_z6KyoB-eSj2JPYR9Z_UKlw
- 13.11.2020 – 14 Uhr https://sanofi.zoom.com/webinar/register/WN__E_2bN4RaOdG8z55ZGp7A
- 18.11.2020 – 15 Uhr https://sanofi.zoom.com/webinar/register/WN_jQszYAJcQkinrY1AGLrKbw

Weitere Informationen

3. Allgemeine Hinweise

3.1. Telefonische AU ab dem 19. Oktober 2020 wieder möglich

Vorerst befristet bis zum 31. Dezember 2020 können Patientinnen und Patienten, die an leichten Atemwegserkrankungen leiden, seit dem 19. Oktober 2020 telefonisch wieder bis zu sieben Kalendertage krankgeschrieben werden.

Patientinnen und Patienten kann im Falle von Erkrankungen der oberen Atemwege, die eine leichte Symptomatik zeigen, nach telefonischer Anamnese eine AU-Bescheinigung (Muster 1) für bis zu sieben Kalendertage ausgestellt werden. Eine Verlängerung für einen weiteren Zeitraum von bis zu sieben Kalendertagen ist im Wege der telefonischen Anamnese einmalig möglich.

Auch die Ausstellung einer „Ärztlichen Bescheinigung für den Bezug von Krankengeld bei der Erkrankung eines Kindes“ (Muster 21) ist wieder telefonisch möglich.

Die Versicherten- beziehungsweise Grundpauschale kann abgerechnet werden, wenn die Patientin oder der Patient in dem Quartal mindestens einmal in der Praxis war oder einen Arzt-Kontakt per Videosprechstunde hatte. Bleibt es in dem Quartal bei einem telefonischen Kontakt, ist die Bereitschaftspauschale (GOP 01435) berechnungsfähig.

Die Kosten für den postalischen Versand der AU-Bescheinigung werden von den Krankenkassen mit 90 Cent übernommen. Ärzte rechnen dazu die Pseudo-GOP 88122 für das Porto ab.

AU-Bescheinigung

3.2. Innovationsfonds - Rheuma-VOR: Erneute Laufzeitverlängerung bis 31. Dezember 2020

Es wurde eine weitere Vertragsverlängerung vereinbart, so dass der Vertrag zum 31. Dezember 2020 (vorher 31. Oktober 2020) endet.

Weitere Informationen finden Sie im KVN-Portal: Verträge/Eingabe des Suchbegriffs „Rheuma“.

3.3. Optimierung des Antikoagulations-Managements mit der Audi BKK - Aktualisierung der Übersicht der Wirkstoffe mit einem Rabattvertrag

Ab 1. Januar 2020 fördert die Audi BKK das Gerinnungs- und Dokumentationsmanagement Ihrer Patienten mit Vorhofflimmern/-flattern, die einer dauerhaften OAKs-Behandlung bedürfen. Ist ein engmaschiges Monitoring mit Vitamin-K-Antagonisten (VKAs) aus medizinischen Gründen nicht möglich, kann die Verordnung von OAKs unter Berücksichtigung der Arzneimittelzielvorgaben und soweit möglich auch von Krankenkassen-Rabattarzneimittel erfolgen.

Es ist ein weiteres Rabattarzneimittel hinzugekommen und die Übersicht der Wirkstoffe wurde um Rivaroxaban (Xarelto) ergänzt.

Gesamtübersicht der Wirkstoffe mit einem Rabattvertrag:

1. Edoxaban (Lixiana®)
2. Rivaroxaban (Xarelto®)

4. Veranstaltungen im Dezember 2020 und Januar 2021

Wichtig: Aufgrund der aktuellen Corona-Situation hat sich die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen dazu entschlossen, dass weiterhin **bis einschließlich 31. März 2021 keine Präsenzveranstaltungen** stattfinden werden. Wir bieten Ihnen derzeit für einzelne Präsenzveranstaltungen untenstehende WebSeminare an.

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

www.kvn.de/Mitglieder/Fortbildung

Name	Ort	Datum	Gebühr p. P.
WebSeminar Meine eigene Praxis - Impulse für den Start	WebSeminar	01.Dez	kostenlos
Abrechnung aktuell	WebSeminar	02.Dez	kostenlos
Hygiene in der Arztpraxis	WebSeminar	03.Dez	59 Euro
Qualitätsmanagement für Fortgeschrittene	WebSeminar	08.Dez	59 Euro
Kurze Wartezeiten - Gutes Terminsystem	WebSeminar	20.Jan	59 Euro

5. Anlagenverzeichnis

5.1. Informationsschreiben

5.2. Sammelerklärung



**Der Rahmenvertrag über die Arzneimittelversorgung für Apotheken –
Sonderregelungen im Zusammenhang mit der Corona-Pandemie**

Der Rahmenvertrag über die Arzneimittelversorgung, der zwischen dem GKV-Spitzenverband und dem Deutschen Apothekerverband vereinbart wird, regelt unter anderem die Auswahl und Abgabe von Arzneimitteln in der Apotheke auf eine vertragsärztliche Verschreibung hin.

Durch das Inkrafttreten der SARS-CoV-2-Arzneimittelversorgungsverordnung am 22. April 2020 wurden einige Regelungen des Rahmenvertrags modifiziert. Das Ziel der Verordnung ist es, das Infektionsrisiko durch reduzierte Apotheken- und Arztkontakte zu verringern und die Arzneimittelversorgung aufrecht zu erhalten.

Apotheken dürfen demnach, wenn das abzugebende Arzneimittel in der Apotheke nicht vorrätig ist, ein anderes vorrätiges, wirkstoffgleiches Arzneimittel abgeben. Ist kein wirkstoffgleiches Arzneimittel in der Apotheke vorrätig und das abzugebende Arzneimittel nicht lieferbar, darf ein anderes lieferbares wirkstoffgleiches Arzneimittel abgegeben werden.

Ist kein entsprechendes Arzneimittel vorrätig oder lieferbar, dürfen Apotheken

- **nach Rücksprache mit dem verordnenden Arzt** ein pharmakologisch-therapeutisch vergleichbares Arzneimittel abgeben. Dies gilt auch, wenn der verordnende Arzt den Austausch durch das Setzen eines Aut-idem-Kreuzes ausgeschlossen hat. Die Apotheke muss dies auf dem Rezept dokumentieren, der Arzt muss demnach kein neues Rezept ausstellen.
- **auch ohne Rücksprache mit dem verordnenden Arzt** in Bezug auf folgende Punkte von der ärztlichen Verordnung abweichen, wenn dadurch die verordnete Gesamtmenge des Wirkstoffs nicht überschritten wird:
 1. Packungsgröße,
 2. Packungsanzahl,
 3. Entnahme von Teilmengen aus Fertigarzneimittelpackungen, soweit die abzugebende Packungsgröße nicht lieferbar ist,
 4. Wirkstärke, sofern keine pharmazeutischen Bedenken bestehen.

Für Betäubungsmittel gelten dieselben Regelungen, außer bei Betäubungsmitteln zur Substitution, hier finden die Nummern 1, 2 und 4 keine Anwendung.

Für Arzneimittel, deren Wirkstoffe Bestandteil der Substitutionsausschlussliste (Anlage VII Teil B der Arzneimittel-Richtlinie) sind, darf ein Austausch im Sinne einer automatischen Substitution nicht erfolgen.

Da diese Regelungen eine Information des Arztes (z.B. bei der Abgabe von Arzneimitteln mit anderer Wirkstärke) nicht vorsehen, sollte in der Praxis aus Gründen der Arzneimitteltherapiesicherheit und um Fehldosierungen zu vermeiden bei Folgeverordnungen auf die richtige Wirkstärke geachtet werden.

Diese Sonderregelungen gelten bis zur Aufhebung der Feststellung einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite, treten jedoch **spätestens mit Ablauf des 31. März 2021 außer Kraft**.

11. Zusätzlich erforderliche Angaben für einen finanziellen Ausgleich aufgrund der COVID-19-Pandemie

Die folgenden Angaben sind für die Prüfung, ob ein Anspruch auf Ausgleichszahlungen gem. Nr. 18 Teil B HVM besteht, erforderlich:

- Ich/Wir bestätige(n), dass ich/wir meinem/unserem Versorgungsauftrag in diesem Quartal nachgekommen bin/sind, soweit es mir/uns aufgrund der durch die Covid-19-Pandemie verursachten Umstände möglich war.
- Ich/Wir bestätige(n), dass der dieses Quartal aufgetretene Fallzahlrückgang aufgrund einer geringeren Patienteneinanspruchnahme Folge der Covid-19-Pandemie und nicht in meiner Person liegend begründet ist (z. B. zusätzlicher Urlaub, Krankheit). Ich/wir bestätigen ferner, dass keine nicht pandemiebedingte von mir/uns veranlasste Reduzierung der Praxiszeiten oder vorübergehende Praxisschließung stattgefunden hat.
- Ich/Wir habe(n) Entschädigungen nach dem Infektionsschutzgesetz oder finanzielle Hilfen aufgrund anderer Anspruchsgrundlagen (wie z.B. Soforthilfe bei der N-Bank, Kurzarbeitergeld, etc.) im Zusammenhang mit der Covid-19 Pandemie beantragt.

Ich/Wir haben folgende diesbezügliche Anträge gestellt:

Art des beantragten finanziellen Ausgleichs	Antrag bereits beschieden?	Finanzieller Ausgleich bewilligt?

Ich/Wir verpflichte(n) mich/uns, die KVN zeitnah über den Ausgang des/der Antragsverfahren(s) zu unterrichten.

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) TTMMJJJJ

(Unterschrift⁵ und Vertragsarztstempel²)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--

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.



KVN

Kassenärztliche Vereinigung
Niedersachsen

Informationen für die Praxis

KVN-Rundschreiben

Oktober 2020

Inhaltsverzeichnis

1. Abrechnung	3
1.1. Verlängerung mehrerer Sonderregelungen zur Abrechnung im Zusammenhang mit dem Corona-Virus.....	3
1.2. Arztgruppenspezifische Höchstwerte für die GOP 40110 (Brief) und 40111 (Fax) werden ausgesetzt	3
1.3. Anpassung der GOP 10350 zur Abrechnung der Balneophototherapie bei atopischem Ekzem	4
1.4. Änderungen des EBM zum 1. Oktober 2020 - Vakuumversiegelungstherapie von Wunden	5
1.5. Neue Leistung für die Testung auf DPD-Mangel.....	6
1.6. Abrechnung nach dem bisherigen DSP-Strukturvertrag Primärkassen für AOK, SVLFG, Knappschaft und IKK classic ab 1. Oktober 2020	7
1.7. Notfalldatensatz: Bewertung der GOP 01640 wird verdoppelt	7
1.8. EBM-Änderungen ab 1. Oktober 2020 bzgl. der Vergütung Nichtärztlicher Praxisassistenten (NäPA) ..	7
1.9. Neue Leistungen für vertragsärztliche und sektorenübergreifende Telekonsilien ab 1. Oktober 2020.....	8
1.10. Coronavirus – neue Leistungen für Abstrichentnahme bei symptomatischen Patienten und für den neuen Antigentest.....	8
1.11. Abrechnung von Reiserückkehrern nicht mit der Quartalsabrechnung abgeben	9
2. Verordnungen	9
2.1. Nachbestellung von Grippeimpfstoffen 2020/2021.....	9
2.2. G-BA verlängert Corona-Sonderregelungen zum 1. Oktober 2020.....	10
2.3. Skyrizi™ (Risankizumab) in Teilindikation als Praxisbesonderheit anerkannt.....	11

3. Allgemeine Hinweise	11
3.1. Verlängerung der Regelung zur Erbringung der DMP-Patientenschulungen per Video bis zum 31. Dezember 2020.....	11
3.2. Ersatzverfahren bei Kindern ohne eGK ab 1. Oktober 2020 möglich.....	12
3.3. Bosch BKK: Versorgung „Patientenbegleitung“ endet am 31. Dezember 2020	13
3.4. Fachärzte mit der Zusatzweiterbildung Psychotherapie können ab dem 1. Oktober 2020 Verordnungsleistungen der Soziotherapie abrechnen	13
3.5. Hausarztzentrierte Versorgung BKK Landesverband Mitte endet am 31. Dezember 2020	13
3.6. Hausarztzentrierte Versorgung (HzV) mit BARMER, DAK, KKH und hkk: Abrechnung / Übernahmefunktion	14
3.7. Gesetzliche Unfallversicherung: Vierte Stufe der Gebührenerhöhung und weitere Änderungen der UV- GOÄ und des Vertrages Ärzte- Unfallversicherungsträger zum 1. Oktober 2020	14
3.8. Fusion der actimonda Krankenkasse zur „BIG direkt gesund“ beendet Vertragsteilnahmen	15
3.9. DMP-Arztmanual neu aufgelegt	16
3.10. BKK „Erweitertes Präventionsangebot für Kinder U10/U11 (Starke Kids)“ - Teilnahme der Merck BKK endet am 31. Dezember 2020	16
3.11. Aussetzung der Dokumentationspflicht für DMP- Dokumentationen bis zum 31. Dezember 2020 verlängert	16
4. Veranstaltungen im November und Dezember 2020 ...	16

1. Abrechnung

1.1. Verlängerung mehrerer Sonderregelungen zur Abrechnung im Zusammenhang mit dem Corona-Virus

Mehrere Sonderregelungen, die aufgrund der Corona-Pandemie beschlossen wurden und bis zum 30. September 2020 befristet waren, sind um ein weiteres Quartal bis zum Ende des Jahres 2020 verlängert worden.

Insbesondere zählen dazu die Regelungen zur Videosprechstunde. Somit können Ärzte und Psychotherapeuten auch im 4. Quartal 2020 unbegrenzt Videosprechstunden anbieten. Fallzahl und Leistungsmenge sind nicht limitiert.

Das therapeutische Gespräch bei der Behandlung Opiat-Abhängiger ist weiterhin acht Mal im Behandlungsfall möglich und kann auch im Rahmen einer Videosprechstunde durchgeführt werden.

Auch die videogestützte Maßnahme einer funktionellen Entwicklungstherapie durch qualifizierte Mitarbeiter gem. § 3 der Sozialpsychiatrievereinbarung nach der GOP 14223 kann weiterhin im 4. Quartal 2020 erbracht werden.

Verlängerung weiterer Sonderregelungen für die psychotherapeutische Versorgung:

In dem Zusammenhang möchten wir auch darauf hinweisen, dass die Sonderregelungen für die psychotherapeutische Versorgung während der Corona-Virus-Krise, die in der Ergänzungsvereinbarung zur Psychotherapievereinbarung geregelt sind, entsprechend ebenfalls um ein weiteres Quartal verlängert werden. Sie betreffen auch die Umwandlung von Gruppen- in Einzeltherapie.

Der Bewertungsausschuss wird spätestens bis zum 15. November 2020 prüfen, ob eine weitere Verlängerung bzw. eine Anpassung der Regelungen erforderlich ist.

Schließlich noch der Hinweis, dass die Ausnahmeregelungen für die Kinder-Untersuchungen U6-U9 fortgelten, d. h., die Untersuchungszeiträume und Toleranzen sind weiterhin ausgesetzt.

Die kompletten Beschlüsse werden auf der Seite des Instituts des Bewertungsausschusses unter <http://institut-ba.de/ba/beschluesse.html> veröffentlicht.

1.2. Arztgruppenspezifische Höchstwerte für die GOP 40110 (Brief) und 40111 (Fax) werden ausgesetzt

Um bei Arztbriefen den Umstieg von konventioneller auf elektronische Kommunikation zügig zu gestalten, wurden für die neuen Kostenpauschalen 40110 (Brief) und 40111 (Fax) arztgruppenspezifische Höchstwerte festgelegt. Der Versand von eArztbriefen muss über einen

Videosprechstunden
weiter unlimited

Verlängerung um ein
Quartal

zugelassenen KIM-Dienst in Verbindung mit einem E-Health-Konnektor erfolgen.

Aufgrund der aktuellen Zulassungssituation ist eine zeitnahe flächendeckende Nutzung eines KIM-Dienstes (Kommunikation im Medizinwesen) jedoch nicht in dem erwarteten Umfang möglich. Auch sind derzeit nicht alle Arztpraxen an KV-Connect angeschlossen, so dass auch die Nutzung der Übergangsregelung nur eingeschränkt möglich ist. Die Kommunikation erfolgt daher weiterhin überwiegend mittels konventioneller Briefe und Faxe. Die zum 1. Juli 2020 eingeführten Höchstwerte der Kostenpauschalen 40110 und 40111 werden aus diesem Grund nicht ausreichen.

Die KBV konnte in Verhandlungen mit dem GKV-Spitzenverband ein Aussetzen der Höchstwerte bis zum 30. September 2021 erreichen. Somit greifen die Höchstwerte für die Kostenpauschalen 40110 und 40111 erst zum 1. Oktober 2021 und die weiter abgesenkten Höchstwerte jeweils zum 1. Oktober 2022 und 2023.

Weitere Anpassungen des Beschlusses zur nicht-elektronischen Kommunikation

Neben der Aussetzung der Höchstwerte der Kostenpauschalen 40110 und 40111 wurden noch weitere Anpassungen vorgenommen:

- Klarstellung, dass die Kostenpauschalen 40110 und 40111 für Arztgruppen gem. Präambel 12.1 Nummer 1 (Laborärzte, Mikrobiologen und Transfusionsmediziner) nicht berechnungsfähig sind
- Einführung eines abweichenden Höchstwertes für Anästhesisten mit Schmerztherapie (ab 1. Oktober 2021)
- Einführung eines eigenen Höchstwertes für Pathologen (ab 1. Oktober 2021)
- Wird ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt oder Zusatzweiterbildung in mindestens 50 Prozent seiner Arztfälle im Quartal im fachärztlichen Versorgungsbereich tätig, so bestimmt sich der arztgruppenspezifische Höchstwert für die Kostenpauschalen 40110 und 40111 gemäß dem entsprechenden Schwerpunkt der Inneren Medizin (ab 1. Oktober 2021).

Der komplette Beschluss ist auf der Internetseite des Instituts des Bewertungsausschusses unter <http://\Institut-BA.de\BA\Beschluesse.html> einzusehen.

1.3. Anpassung der GOP 10350 zur Abrechnung der Balneophototherapie bei atopischem Ekzem

Die GOP 10350 „Balneophototherapie“ ist ab dem 1. Oktober 2020 auch bei Patienten mit mittelschwerem bis schwerem atopischen Ekzem berechnungsfähig. In der Leistungsbeschreibung wird der Verweis auf die bisher ausschließliche Indikation Psoriasis gestrichen.

Technische
Verzögerungen

Weitere Detailregelungen für einzelne
Fachrichtungen

Stattdessen wird ab dem 1. Oktober 2020 allgemein Bezug genommen auf die Nr. 15 der Anlage I „Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden“ der Richtlinie Methoden vertragsärztlicher Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses, die die Details zur Methode Balneophototherapie regelt. Die GOP 10350 wird weiterhin extrabudgetär vergütet, die Bewertung bleibt unverändert.

1.4. Änderungen des EBM zum 1. Oktober 2020 - Vakuumversiegelungstherapie von Wunden

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat bereits im letzten Jahr beschlossen, die „Vakuumversiegelungstherapie von Wunden“ als neue Behandlungsmethode in die vertragsärztliche Versorgung aufzunehmen.

Primärer Wundverschluss

Zum 1. Oktober 2020 wurden die Abschnitte 31.2.14 sowie 36.2.14 EBM mit den neuen Gebührenordnungspositionen (GOP) 31401 und 36401 in den EBM aufgenommen. Sie bilden die Vakuumversiegelungstherapie für den primären Wundverschluss ab und sind Zuschläge zu einem Eingriff des Abschnitts 31.2/ 36.2.

Da ein primärer Wundverschluss bei einem operativen Eingriff stattfindet, sind die GOP 31401 und 36401 nur operativ tätigen Fachärzten zur Abrechnung vorbehalten. Auf die Aufnahme eines OPS-Kodes für die Vakuumversiegelungstherapie in den Anhang 2 wird verzichtet, da die Anlage des Verbandes Bestandteil der Schnitt-Naht-Zeit des Haupteingriffes ist.

Kein eigener
OPS-Code

Die GOP 31401 und 36401 sind einmal am Behandlungstag berechnungsfähig und mit 68 bzw. 64 Punkten bewertet. Die Finanzierung bei der GOP erfolgt als Leistungen des ambulanten und belegärztlichen Operierens dauerhaft außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV).

Sekundärer Wundverschluss

Die Abbildung der Vakuumversiegelungstherapie beim intendierten sekundären Wundverschluss erfolgt durch die Aufnahme der GOP 02314 in den Abschnitt 2.3 des EBM. Die GOP 02314 kann neben operativ tätigen Fachärzten auch von weiteren Fachgruppen berechnet werden.

Die GOP 02314 ist einmal am Behandlungstag berechnungsfähig und mit 135 Punkten bewertet. Die Finanzierung erfolgt zunächst außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung.

Sachkosten

Die im Rahmen der Vakuumversiegelungstherapie anfallenden Sachkosten sind über die leistungsbezogenen Kostenpauschalen GOP 40900 bis 40903 abgebildet. Die Finanzierung der Kostenpauschalen erfolgt ebenfalls außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung.

Sachkosten über
Pauschalen abgedeckt

GOP 40900: Kostenpauschale im Zusammenhang mit der GOP 31401 oder 36401

- je durchgeführter Leistung
- Bewertung 430,67 Euro

GOP 40901: Kostenpauschale im Zusammenhang mit der GOP 02314 bei einer Wundfläche bis einschließlich 20 cm²

- je durchgeführter Leistung, höchstens dreimal in der Kalenderwoche
- Bewertung 65,49 Euro

GOP 40902: Kostenpauschale im Zusammenhang mit der GOP 02314 bei einer Wundfläche größer 20 cm²

- je durchgeführter Leistung, höchstens dreimal in der Kalenderwoche
- Bewertung 71,39 Euro

GOP 40903: Kostenpauschale für die Vakuumpumpe im Zusammenhang mit der GOP 02314

- je Kalendertag
- Bewertung 47,54 Euro

Vorgenannte Sachkostenpauschalen sind im belegärztlichen Behandlungsfall nicht berechnungsfähig.

1.5. Neue Leistung für die Testung auf DPD-Mangel

Patienten sollten vor Gabe von fluorouracilhaltigen Arzneimitteln oder den verwandten Wirkstoffen Capecitabin und Tegafur, die im Körper in Fluorouracil umgewandelt werden, auf den vollständigen bzw. den partiellen Aktivitätsverlust des Enzyms Dihydropyrimidin-Dehydrogenase (DPD) getestet werden. Dies empfehlen der Ausschuss für Risikobewertung im Bereich der Pharmakovigilanz der Europäischen Arzneimittelagentur und das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte. Am 4. Juni 2020 ist ein Rote-Hand Brief der Arzneimittelkommission zu diesen Empfehlungen erschienen.

Gemäß der Präambel Nummer 4 des Abschnitts 11.4 EBM sind die zutreffenden GOP im Abschnitt 11.4.4 EBM nicht für pharmakogenetische Untersuchungen berechnungsfähig. Aufgrund dessen wird die Untersuchung des DPD-Metabolisierungsstatus als neue Leistung nach der GOP 32867 in den EBM aufgenommen. Die Leistung ist mit 120 Euro bewertet und wird zunächst extrabudgetär vergütet.

Testempfehlung lt.
Rote-Hand-Brief

1.6. Abrechnung nach dem bisherigen DSP-Strukturvertrag Primärkassen für AOK, SVLFG, Knappschaft und IKK classic ab 1. Oktober 2020

Mit dem Juli-Rundschreiben informierten wir Sie darüber, dass für Versicherte der AOK, SVLFG, Knappschaft und IKK classic für Nichtteilnehmer am DMP bis zum 30. September 2020 nach dem bisherigen Strukturvertrag der Primärkassen abgerechnet werden kann.

Die Vertragspartner suchen weiterhin nach einer Lösung, für die Nichtteilnehmer am DMP dauerhaft eine Vergütungsregelung zu finden. Mit der AOK, der SVLFG, der Knappschaft und der IKK classic konnte nun erreicht werden, dass für den genannten Personenkreis **bis zum 31. Dezember 2020** die im bisherigen Strukturvertrag der Primärkassen enthaltenen Schulungen und Fußleistungen weiter abgerechnet werden können. Die weitere Vergütung der Strukturpauschalen für Nichtteilnehmer am DMP lehnten die Krankenkassen ab. Somit sind ab 01.10.2020 die **GOP 99100, 99100H, 99101 und 99101H** nur noch abrechnungsfähig, wenn der Patient im DMP Diabetes Typ 1 oder 2 eingeschrieben ist.

Bei Abrechnung auf der Grundlage des bisherigen Strukturvertrages der Primärkassen sind die Behandlungsfälle zwingend mit der **GOP 99096** zu kennzeichnen.

Wir werden Sie über den Fortgang der Verhandlungen zeitnah informieren.

1.7. Notfalldatensatz: Bewertung der GOP 01640 wird verdoppelt

Das Patientendaten-Schutz-Gesetz sieht zur Förderung der Anlage eines Notfalldatensatzes eine zeitlich befristete Verdoppelung der Leistungsbewertung der GOP 01640 von 80 auf dann 160 Punkte vor. Das Gesetz wird in Kürze in Kraft treten. Ab Inkrafttreten gilt die Förderung für ein Jahr.

1.8. EBM-Änderungen ab 1. Oktober 2020 bzgl. der Vergütung Nichtärztlicher Praxisassistenten (NäPA)

Der Bewertungsausschuss hat kurzfristig nachstehende Änderungen zum 1. Oktober 2020 beschlossen:

Nichtärztliche Praxisassistenten (NäPA):

die GOP für NäPA-Besuche im Kapitel 3 und 38 können auch dann berechnet werden, wenn im Vorquartal ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt oder ein Arzt-Patienten-Kontakt im Rahmen einer Videosprechstunde stattgefunden hat und eine Versicherten- beziehungsweise Grundpauschale berechnet wurde. Bisher musste die Berechnung der Versicherten- beziehungsweise Grundpauschale in demselben Quartal erfolgt sein.

Verlängerung bei einzelnen Kassen bis 31.12.2020

Patientenkontakt im Vorquartal reicht aus

1.9. Neue Leistungen für vertragsärztliche und sektorenübergreifende Telekonsilien ab 1. Oktober 2020

Zur Förderung von Telekonsilien in der vertragsärztlichen und sektorenübergreifenden Versorgung werden drei neue Leistungen in den EBM aufgenommen:

Einholung eines Telekonsiliums – GOP 01670

Die neue Leistung nach der GOP 01670 ist ein Zuschlag zu den jeweiligen vertragsärztlichen Versicherten-, Grund- und Konsiliarpauschalen. Sie beinhaltet obligat die Beschreibung der medizinischen Fragestellung, die Zusammenstellung aller für die Befundung relevanten Informationen, die Einholung der Einwilligung des Patienten und die elektronische Übermittlung aller relevanten Informationen. Die GOP 01670 ist mit 110 Punkten bewertet und zweimal im Behandlungsfall berechnungsfähig.

Telekonsiliarische Beurteilung – GOP 01671

Die Leistung nach der GOP 01671 beinhaltet die konsiliarische Beurteilung der medizinischen Fragestellung, die Erstellung eines schriftlichen Konsiliarberichtes sowie die elektronische Übermittlung an den Arzt, der das Telekonsilium einholt. Der Auftrag zur telekonsiliarischen Beurteilung kann sowohl von einem Vertragsarzt nach der GOP 01670 als auch von einem Vertragszahnarzt nach der entsprechenden Ziffer des Bewertungsmaßstabes zahnärztlicher Leistungen (BEMA) kommen. Die GOP 01671 für die telekonsiliarische Beurteilung ist mit 128 Punkten bewertet und umfasst die telekonsiliarische Leistung für eine Dauer von bis zu 10 Minuten.

Zuschlag zur telekonsiliarischen Beurteilung - GOP 01672

Bei zeitaufwändigeren telekonsiliarischen Beurteilungen ist die GOP 01672 als Zuschlag zur GOP 01671 berechnungsfähig. Der Zuschlag ist mit 65 Punkten bewertet und ist je weitere vollendete 5 Minuten, maximal dreimal im Behandlungsfall, berechnungsfähig.

Erfolgt das Telekonsilium zwischen einholendem und konsiliarisch tätigem Arzt als Videokonsilium, ist zusätzlich GOP 01450 – Technikzuschlag für den initiiierenden Arzt – berechnungsfähig.

Die neuen GOP sind nicht für telekonsiliarische Leistungen des Abschnitts 34.8 EBM berechnungsfähig.

Die neu aufgenommenen Leistungen werden außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung extrabudgetär vergütet.

1.10. Coronavirus – neue Leistungen für Abstrichentnahme bei symptomatischen Patienten und für den neuen Antigentest

Seit 1. Oktober 2020 ist die Nutzung und Abrechnung des **Antigentests** zum Nachweis von SARS-CoV-2 unter der neuen GOP 32779 mit 10,80€ extrabudgetär möglich. Die Abrechnung ist aufgrund der besonderen Anforderungen an den Arbeitsschutz Fachärzten für Laboratoriumsmedizin oder Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie vorbehalten.

Abrechnung nur für
spezialisierte Fachärzte
möglich

Schnelltests zum Nachweis von Antigenen mittels vorgefertigten Reagenzträger, sogenannte Point-of-Care-Tests (POCT) **sind (weiterhin) nicht berechnungsfähig!** Hier wird der Bewertungsausschuss zunächst den Ausgang der Beratungen im Rahmen der nationalen Teststrategie abwarten.

Bei Schnelltests noch abwarten

Ebenfalls seit 1. Oktober 2020 gibt es auch eine **Vergütung der Abstrichentnahme** zur Testung auf das Coronavirus bei symptomatischen Patienten. Diese beträgt bei Abrechnung auch der Versicherten-, Grund-, Konsiliar- oder Notfallpauschale 73 Punkte (8,02€) extrabudgetär und ist mit der entsprechend angepassten GOP 02402 (bislang nur für Patienten mit Corona-Warn-App-Warnung) abzurechnen. Im Falle einer Corona-Warn-App-Warnung ist die GOP 02402A zu nutzen. Kommt neben der Abstrichentnahme keine Versicherten-, Grund-, und/oder Konsiliar- oder Notfallpauschale zur Abrechnung, kann **zusätzlich** der neue Zuschlag GOP 02403 (64 Punkte – 7,03€) abgerechnet werden. Die Vergütung der GOP 02403 erfolgt allerdings innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung.

Neuer Zuschlag

Sowohl die GOP 02402(A) als auch die GOP 02403 kann am Behandlungstag einmal und im Behandlungsfall maximal viermal abgerechnet werden.

Die Abrechnung der Abstrichentnahme ist sowohl für den neuen Antigentest nach GOP 32779 als auch für den PCR-Test nach GOP 32811 bzw. 32816 möglich.

1.11. Abrechnung von Reiserückkehrern nicht mit der Quartalsabrechnung abgeben

Die Listen/Abrechnungen für Abstriche bei Reiserückkehrern können nicht über die Quartalsabrechnung abgerechnet werden.

Grund: Für die Quartalsabrechnung werden nur gezielt und sukzessive die abrechnungsbegründenden Unterlagen bearbeitet. Sofern sich Abrechnungen für Abstriche unter den eingereichten Unterlagen befinden, werden diese möglicherweise nicht erkannt und daher auch nicht rechtzeitig weiterbearbeitet.

Bitte geben Sie die Daten unbedingt rechtzeitig im KVN-Portal in die dort bereitgestellte Erfassungsmaske ein.

2. Verordnungen

2.1. Nachbestellung von Grippeimpfstoffen 2020/2021

In der aktuellen Grippesaison gibt es eine stark erhöhte Nachfrage an Gripeschutzimpfungen. Nach Angaben des Robert-Koch-Instituts wären allein für die vollständige Umsetzung der STIKO-Empfehlungen, d.h.

die Impfung aller Risikogruppen, etwa 40 Millionen Impfdosen notwendig. Bundesweit sind insgesamt etwa 26 Millionen Grippeimpfdosen für die Saison 2020/2021 verfügbar.

Bitte beachten Sie daher folgende Punkte:

Impfen Sie vor dem Hintergrund der knappen Impfstoffmenge vorrangig die Risikogruppen gemäß den Vorgaben der Schutzimpfungs-Richtlinie. Nur so können die besonders gefährdeten Personengruppen geschützt werden.

Im November sollen etwa 6 Millionen Grippeimpfdosen zur Verfügung stehen, die das Bundesgesundheitsministerium beschafft hat. Es handelt sich dabei insbesondere um folgende Impfstoffe:

- Influsplit Tetra, GlaxoSmithKline GmbH & Co. KG
- Influvac Tetra, Mylan Healthcare GmbH
- Flucelvax Tetra, Seqirus GmbH
- Vaxigrip Tetra (französische Aufmachung), Sanofi-Aventis Deutschland GmbH

Nehmen Sie zeitnah Kontakt mit Ihrer Apotheke auf und bestellen Sie Ihren vorhersehbaren zusätzlichen Bedarf an Grippeimpfstoffen.

Impfstoff schnell nachbestellen

2.2. G-BA verlängert Corona-Sonderregelungen zum 1. Oktober 2020

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat im Bereich der Heilmittel und Krankenbeförderung die Corona-Sonderregelungen verlängert.

Heilmittelverordnungen - Geltungsdauer von 28 Kalendertagen nach Ausstellung

Aufgrund der Covid-19-Pandemie ist die Geltungsdauer von Heilmittelverordnungen nach Ausstellung von 14 auf 28 Kalendertage erhöht worden. Diese Corona-Sonderregelung bleibt bis zum 31. Dezember 2020 bestehen. Ab dem 1. Januar 2021 haben Heilmittelverordnungen nach Ausstellung regulär eine Geltungsdauer von 28 Kalendertagen. Dies ist in der neuen Heilmittel-Richtlinie, welche ursprünglich zum 1. Oktober 2020 in Kraft treten sollte, festgelegt. Die Verlängerung dieser Corona-Sonderregelung dient somit der Überbrückung eines Quartals.

Weiterhin sind Krankentransporte bei Covid-19 oder Quarantäne ohne Genehmigung möglich

Krankentransporte von nachweislich an Covid-19-Erkrankten zu einer nicht aufschiebbaren und zwingend notwendigen ambulanten Behandlung müssen vor Beginn der Fahrt nicht zuerst der Krankenkasse zur Genehmigung vorgelegt werden. Dies gilt auch bei Krankentransportfahrten für GKV-Versicherte, die unter einer behördlich angeordneten Quarantäne stehen. Die Sonderregelung wurde verlängert und ist an die Dauer der Feststellung einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite durch den Bundestag geknüpft.

Ende der Verlängerung von Corona-Situation abhängig

2.3. Skyrizi™ (Risankizumab) in Teilindikation als Praxisbesonderheit anerkannt

Skyrizi™ (Wirkstoff Risankizumab) wird ab dem 1. Juni 2020 nach einer Vereinbarung zwischen dem GKV-Spitzenverband und dem pharmazeutischen Unternehmer AbbVie Deutschland ab dem ersten Behandlungsfall als Praxisbesonderheit ausschließlich in der Patientengruppe mit einem Zusatznutzen laut G-BA-Beschluss vom 22. November 2019 anerkannt:

- Erwachsene Patienten mit mittelschwerer bis schwerer Plaque-Psoriasis, die auf eine systemische Therapie unzureichend angesprochen oder diese nicht vertragen haben.

Skyrizi™ ist zur Anwendung unter Anleitung und Überwachung eines in der Diagnose und Behandlung der Psoriasis erfahrenen Arztes vorgesehen. Bei Patienten, die nach 16 Wochen der Behandlung kein Ansprechen zeigen, ist ein Absetzen der Behandlung in Erwägung zu ziehen. Bei einigen Patienten mit anfänglich partiellem Ansprechen kann es im Verlauf der Weiterbehandlung über 16 Wochen hinaus zu Verbesserungen kommen.

Die Vorgaben der Fachinformation sind zu berücksichtigen. Weitere Anwendungsgebiete oder Anwendungsgebietserweiterungen sind explizit nicht von dieser Praxisbesonderheit umfasst. Die Anerkennung als Praxisbesonderheit besteht nur, solange AbbVie Skyrizi™ 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: „Praxisbesonderheit“.

beschränkt auf
Psoriasis-Patienten

3. Allgemeine Hinweise

3.1. Verlängerung der Regelung zur Erbringung der DMP-Patientenschulungen per Video bis zum 31. Dezember 2020

Die mit den gesetzlichen Krankenkassen in Niedersachsen bis zum 30. September 2020 abgestimmte befristete Regelung zur digitalen Durchführung von Schulungen wurde bis zum 31. Dezember 2020 verlängert. Hierbei sind die folgenden Grundsätze zu beachten:

- Patientenschulungen per Videoübertragung als Alternativlösung zur vertraglichen Umsetzung von Patientenschulungen sind möglich, wenn deren Durchführung zwingend medizinisch erforderlich ist und nach medizinischer Einschätzung des Arztes keinen Aufschub duldet.

nur wenn zwingend
erforderlich

- Patientenschulungen per Videoübertragung sind nur insoweit durchführbar, als diese entsprechend ihrer Curricula dafür geeignet sind.
- Von den vertraglich vereinbarten Gruppengrößen kann abgewichen werden; Einzelschulungen sind, sofern vertraglich geregelt, weiterhin möglich.
- Eine telefonische Beratung stellt keine Patientenschulung dar.
- Bei Patientenschulungen per Videoübertragung sind ausschließlich von der KBV zertifizierte Videodienstleister unter Beachtung des Datenschutzes zu nutzen. Der Schulungsarzt erfüllt die technischen Anforderungen an die apparative Ausstattung der Praxis gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä (Anlage 1).
- Bei einer per Videoübertragung durchgeführten Patientenschulung ist die zeitgleiche Abrechnung als eine Videosprechstunde (gem. Anlage 31b BMV-Ä) oder telefonische Beratung (EBM 01435) ausgeschlossen.
- Mit den bereits vertraglich vereinbarten Vergütungen je Unterrichtseinheit sind alle Kosten abgegolten.
- Der Schulungsnachweis ist bei einer per Videoübertragung durchgeführten Patientenschulung Voraussetzung für die Abrechnung. Auf die Unterschrift der Versicherten wird in diesen Fällen verzichtet. Der Schulungsarzt unterzeichnet den Schulungsnachweis an den Stellen, wo im Normalfall die Unterschrift der Versicherten vorgesehen ist, und macht deutlich, dass die Unterzeichnung durch ihn aufgrund der Corona-Pandemie notwendig war.
- Die Quotierungsregelung für die individualisierten Interventionen bleibt bestehen.

Unterschrift des
Schulungsarztes
genügt

3.2. Ersatzverfahren bei Kindern ohne eGK ab 1. Oktober 2020 möglich

Seit 1. Oktober ist bei Kindern, bei denen bis zum vollendeten dritten Lebensmonat noch keine eigene elektronische Gesundheitskarte vorliegt, das Ersatzverfahren anzuwenden. Der Bundesmantelvertrag-Ärzte wurde in den §§ 19 und 22 entsprechend geändert.

Damit gibt es bei Kindern ohne elektronische Gesundheitskarte (eGK) nun eine Regelung zur Abrechnung von Leistungen über die ersten zwei Vorsorgeuntersuchungen hinaus sowie für kurative Leistungen bis zum vollendeten dritten Lebensmonat.

Die erste und zweite Früherkennungsuntersuchung nach der Kinder-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses wurde bisher über die eGK eines Elternteils abgerechnet, wenn das Kind keine eigene eGK hatte. Auch hier ist ab Oktober das Ersatzverfahren anzuwenden, wenn keine eGK des Kindes vorliegt.

Für das Ersatzverfahren sind folgende Daten von einem der Elternteile zu erheben:

- Bezeichnung der Krankenkasse, bei dem das Kind versichert ist
- Name und Geburtsdatum des versicherten Kindes
- Versichertenart

- Postleitzahl des Wohnorts
- Nach Möglichkeit die Versichertennummer

Durch eine Unterschrift auf dem Abrechnungsschein (Vordruckmuster 5) ist von einem Elternteil zu bestätigen, dass das Kind gesetzlich krankenversichert ist. Dies gilt nicht für das Vordruckmuster 19 (Notfall-/Vertretungsschein), sofern es im Notfalldienst versendet wird.

3.3. Bosch BKK: Versorgung „Patientenbegleitung“ endet am 31. Dezember 2020

Diese umfasst letztmalig im 4. Quartal 2020,

- die intensivierete hausärztliche Betreuung (GOP 98285/ Quartalspauschale),
- die intensivierete Betreuung von Haus- und Fachärzten (GOP 98286),
- den unspezifischen Rückenschmerz (GOP 98287, 98288, 98289, 98290).

Die Vertragsunterlagen sind im KVN-Portal abrufbar: Rubrik „Verträge“, Suchbegriff „Patientenbegleitung“.

3.4. Fachärzte mit der Zusatzweiterbildung Psychotherapie können ab dem 1. Oktober 2020 Verordnungsleistungen der Soziotherapie abrechnen

Ab dem 1. Oktober 2020 können Fachärzte mit der Zusatzweiterbildung Psychotherapie für die Verordnung von Soziotherapie die Gebührenordnungspositionen 30810 und 30811 (Erst- und Folgeverordnung) abrechnen. Der Bewertungsausschuss hat eine entsprechende Anpassung des EBM sowie eine Verlängerung der befristeten extrabudgetären Vergütung der GOP 30810 und 30811 bis zum 30. September 2022 beschlossen. Der Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Anpassung der Soziotherapie-Richtlinie und Erweiterung der verordnungsfähigen Arztgruppen ist am 4. Juli 2020 in Kraft getreten. Zur Umsetzung dieser Richtlinienanpassung hat der Bewertungsausschuss mit dem aktuellen Beschluss Fachärzte mit der Zusatzweiterbildung Psychotherapie in die erste Bestimmung zum Abschnitt 30.8 (Soziotherapie) des EBM aufgenommen.

Der komplette Beschluss wird auf der Internetseite des Instituts des Bewertungsausschusses unter <http://Institut-ba.de/ba/beschluesse.html> veröffentlicht.

3.5. Hausarztzentrierte Versorgung BKK Landesverband Mitte endet am 31. Dezember 2020

Diese umfasst letztmalig im 4. Quartal 2020 die Abrechnung der GOP 99290, 99291, 99292, 99293, 99295, 99299, 99300, 99301, 99302, 99303, 99304.

Alle Arzt- und Patiententeilnahmen enden am 31. Dezember. In welchem Umfang die beteiligten Kassen ihren Versicherten die hausarztzentrierte Versorgung weiterhin anbieten, ist nicht bekannt.

Teilnehmer

- BKK Miele
- BKK Deutsche Bank AG
- Debeka BKK
- BKK 24
- BKK Novitas
- BKK Textilgruppe Hof
- SIEMAG BKK
- Bahn BKK
- BKK Pfalz
- Heimat Krankenkasse
- WMF BKK
- BKK exklusiv
- BKK RWE
- BKK Wirtschaft & Finanzen
- BKK VBU

Vertragsunterlagen im KVN-Portal jederzeit abrufbar: Rubrik „Verträge“, Suchbegriff „Hausarzt“ „Hausarztvertrag BKK“ .

3.6. Hausarztzentrierte Versorgung (HzV) mit BARMER, DAK, KKH und hkk: Abrechnung / Übernahmefunktion

- unverändert: geben Sie die Betreuungspauschalen – für chronisch Erkrankte (GOP 99296) und multimorbide Patienten (GOP 99297) – manuell in Ihrer Kassenabrechnung an!
- verbessert: aktivieren Sie die webbasierte Übernahme von Dauerdiagnosen zu Ihrem Wunschtermin!

Übernahme von
Dauerdiagnosen auch
webbasiert möglich

3.7. Gesetzliche Unfallversicherung: Vierte Stufe der Gebührenerhöhung und weitere Änderungen der UV-GOÄ und des Vertrages Ärzte-Unfallversicherungsträger zum 1. Oktober 2020

Vierte Stufe der Gebührenerhöhung

Zum 1. Oktober 2020 wurden in der Gesetzlichen Unfallversicherung die Gebühren des Leistungs- und Gebührenverzeichnisses (UV-GOÄ) um drei Prozent erhöht. Für Behandlungen, die ab diesem Datum erfolgen, können somit gegenüber den Unfallversicherungsträgern höhere Beträge abgerechnet werden.

Erhöhung um drei
Prozent

Damit wird die vierte Stufe der 2017 vereinbarten Honorarsteigerung umgesetzt.

Weitere Änderungen der UV-GOÄ

In Teil C VIII sind die Zuschläge zu ambulanten Operations- und Anästhesieleistungen in den Nummern 442, 443, 444 und 445 UV-GOÄ um

18 Prozent erhöht worden. Damit wird von der Unfallversicherung anerkannt, dass Hygienemaßnahmen einen erheblichen Aufwand in den Arztpraxen verursachen.

In Teil B V „Todesfeststellungen“ ist die Leistungslegende zu Nummer 100 UV-GOÄ ergänzt worden. Außerdem wurden hier neue Leistungsnummern 101 bis 105 UV-GOÄ mit aktualisierten Gebühren eingefügt. Die Allgemeine Heilbehandlung und die Besondere Heilbehandlung werden identisch vergütet.

Änderungen im Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger

Die Änderungen betreffen zum einen Anhang 3 Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger, der den Datenschutz im Verhältnis Ärzte und Unfallversicherungsträger abbildet. Hier sind die Angaben zum Datenschutz im Hinblick auf die aktuelle Fassung des Sozialgesetzbuches für die Gesetzliche Unfallversicherung (SGB VII) erneuert worden.

Außerdem wurde in § 52 Absatz 1 für die Formulierung „Leistungs- und Gebührenverzeichnis“ der Plural gewählt. Damit ist redaktionell klargestellt worden, dass es zwei Leistungs- und Gebührenverzeichnisse - eines für Ärzte und eines für Psychotherapeuten (Anlage 1 UV-GOÄ und Anlage 2 Gebührenverzeichnis Psychotherapeuten) - gibt.

Die Beschlüsse werden im Deutschen Ärzteblatt veröffentlicht.

Die UV-GOÄ und der Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger sind auf der Internetseite der KBV unter www.kbv.de/html/uv.php zu finden.

Neue Angaben zum Datenschutz

Zwei unterschiedliche Verzeichnisse

3.8. Fusion der actimonda Krankenkasse zur „BIG direkt gesund“ beendet Vertragsteilnahmen

Die actimonda Krankenkasse fusioniert zum Jahresende mit der BIG direkt gesund. Die aufnehmende „BIG direkt gesund“ gehört zu den Innungskrankenkassen. Somit enden Vertragsteilnahmen, die aufgrund der BKK-Zugehörigkeit bis **31. Dezember 2020** bestehen.

BKK-Sonderverträge	GOP
Hallo Baby! - Schwangerenversorgung	81310 bis 81316
Schutzimpfungen wg. privater Auslandsaufenthalte	92100 bis 92109
Versorgungsprogramm Rheuma	99162 bis 99169
Hautkrebsfrüherkennungsuntersuchung	99210
ADHS-Betreuung durch Kinder- und Jugendärzte	99260 bis 99264
Versorgungsprogramm Osteoporose	99265 bis 99268

3.9. DMP-Arztmanual neu aufgelegt

Der Wegweiser durch die strukturierten Behandlungsprogramme wurde überarbeitet. Die Arbeitshilfe zur Umsetzung der organisatorisch-administrativen Tätigkeiten im Rahmen der DMP ist indikationsübergreifend angelegt und enthält grundlegende Informationen zum Teilnahmeverfahren, zum Einschreibevorgang, zur Behandlung nach der Einschreibung und zur Datenübermittlung.

Das DMP-Arztmanual finden Sie auf der Internetseite der KVN (www.kvn.de) unter der Rubrik Mitglieder > Qualität > DMP. Das Manual ist bei jedem DMP unter den weiteren Downloads als Wegweiser 2 abrufbar.

3.10. BKK „Erweitertes Präventionsangebot für Kinder U10/U11 (Starke Kids)“ - Teilnahme der Merck BKK endet am 31. Dezember 2020

Die Merck BKK hat ihre Vertragsteilnahme fristgerecht zum 31. Dezember 2020 gekündigt. Infolgedessen sind die Gebührenordnungspositionen 99216 (U10) und 99217 (U11) für Versicherte dieser Kasse nur noch im 4. Quartal 2020 abrechenbar.

Die Vertragsunterlagen sind im KVN-Portal abrufbar: Rubrik „Verträge“, Suchbegriff „Starke Kids“ .

3.11. Aussetzung der Dokumentationspflicht für DMP-Dokumentationen bis zum 31. Dezember 2020 verlängert

Die Dokumentationspflicht für DMP-Dokumentationen und die Verpflichtung der Versicherten zur Teilnahme an Schulungen sind bis zum 31. Dezember 2020 ausgesetzt. Der Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschuss ist vom BMG nicht beanstandet worden und wird mit der Veröffentlichung im Bundesanzeiger demnächst in Kraft treten.

Fehlende Folgedokumentationen im gesamten Jahr 2020 führen somit nicht zu einer Beendigung der DMP-Teilnahme. Nach wie vor gilt, dass, wenn Folgedokumentationen erstellt werden, diese vergütet werden, wenn sie vollständig und fristgerecht an die Datenstelle übermittelt werden.

Fehlende
Folgedokumentationen
führen nicht zum Ende
der DMP-Teilnahme

4. Veranstaltungen im November und Dezember 2020

Aufgrund der aktuellen Corona-Situation hat sich die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen dazu entschlossen, dass weiterhin bis einschließlich 30. Dezember 2020 keine Präsenzveranstaltungen stattfinden werden. Wir bieten Ihnen derzeit ersatzweise für einzelne Präsenzveranstaltungen untenstehende WebSeminare an.

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

www.kvn.de/Mitglieder/Fortbildung

Name	Ort	Datum	Gebühr p. P.
Praxisseminar Zusammenarbeit neu angedacht - Meine Kooperationsmöglichkeiten heute	Göttingen	04.Nov	kostenlos
HZV Sonderverträge	Verden	06.Nov	140 Euro
Qualitätsmanagementbeauftragte/r 3 Termine	WebSeminar	06./13./ 20. Nov	205 Euro
EBM - Präventionsleistungen in der Arztpraxis	Osnabrück	11.Nov	kostenlos
Datenschutz für Fortgeschrittene	WebSeminar	11. Nov	59 Euro
Qualitätsmanagement für Fortgeschrittene	WebSeminar	8. Dez	59 Euro
DMP KHK	Verden	14.Nov	20 Euro
DMP - Diabetes mellitus Typ 2	Verden	14.Nov	20 Euro
Raus aus der Stressfalle für PraxismitarbeiterIn - abgesagt	Oldenburg	17.Nov	155 Euro
Konfliktmanagement	Verden	18.Nov	50 Euro
HZV Sonderverträge (2-tägig)	Verden	20.Nov	140 Euro
Existenzgründerseminar Modul II Meine eigene Praxis - So gelingt der Start - abgesagt	Aurich	25.Nov	kostenlos
Honorarbescheid - Ein Buch mit 7 Siegeln	Osnabrück	25.Nov	kostenlos
Umgang mit schwierigen Patienten	WebSeminar	25.Nov	59 Euro
Homepagegestaltung in der Arztpraxis -Fit für den Internetauftritt - abgesagt	Hannover	25.Nov	90 Euro
Abrechnung aktuell	WebSeminar	25.Nov	kostenlos
QEP®-Intensivkurs (2-tägig)	WebSeminar	27./ 28. Nov	115 Euro
Arbeitsschutz in der Arztpraxis	WebSeminar	28.Nov	139 Euro
Kurze Wartezeiten - Gutes Terminsystem	WebSeminar	02.Dez	59 Euro

Fit am Empfang – So heißen Sie Ihre Patienten willkommen	WebSeminar	02.Dez.	59 Euro
Abrechnung aktuell	WebSeminar	02.Dez	kostenlos
Hygiene in der Arztpraxis	WebSeminar	03.Dez	59 Euro
Management in der KJP-Praxis mit SPV - abgesagt	Hannover	05.Dez	135 Euro
Führungskunst - Sicher führen und überzeugen - abgesagt	Hannover	05.Dez	125 Euro
SGS - Strukturiertes Geriatrisches Schulungsprogramm - abgesagt	Hannover	12.Dez	119 Euro



KVN

Kassenärztliche Vereinigung
Niedersachsen

Informationen für die Praxis

KVN-Rundschreiben

September 2020

Inhaltsverzeichnis

1. Abrechnung	3
1.1. Abgabetermin Quartalsabrechnung 3/2020.....	3
1.2. Amtliche Mitteilung der KVN zum HVM für das 4. Quartal 2020 für alle dem RLV unterliegenden Arztgruppen des haus- und fachärztlichen Versorgungsbereichs	3
1.3. Amtliche Mitteilung der KVN zum HVM Teil B Nr. 16.1 und 16.2 für das 4. Quartal 2020 - Fachgruppendurchschnittswerte für Laborindividualbudgets.....	4
1.4. Mitteilung der fachgruppendurchschnittlichen Obergrenze für Kontrastmittel für das Quartal 4/2020 .	4
1.5. Abrechnung von Psychotherapie vor Genehmigung durch die Krankenkasse.....	4
1.6. „NierenTx 360“ - telemedizinbasiertes Nachsorgemodell nach Nierentransplantationen - Ende des Abrechnungszeitraums	5
2. Verordnungen	5
2.1. Achtung: Neue Heilmittel-Richtlinie Start erst Januar 2021.....	5
2.2. Aktualisierung der Arzneimittelverordnungssoftware, Dosierungsangabe	6
2.3. Erleada® (Apalutamid) in Teilindikation als Praxisbesonderheit anerkannt.....	6
2.4. Lynparza® (Olaparib) in weiterer Teilindikation als Praxisbesonderheit anerkannt.....	7
2.5. Erstattungsfähigkeit von Insulin aspart Sanofi®	8
2.6. Anpassungen innerhalb der Wirtschaftlichkeitsziele Pegfilgrastim und Rituximab/Trastuzumab	9
2.7. Wichtige Informationen zur Gripeschutzimpfung 2020/2021	9
3. Allgemeine Hinweise	10
3.1. Störung der Telematikinfrastruktur: Beschluss der gematik zur Finanzierung der Kosten.....	10

3.2.	Neue Regelungen zur stufenweisen Wiedereingliederung in Kraft	10
3.3.	Neue DMP-Fallführungssoftware bei der AOK Niedersachsen (AOKN) soll die Qualität im Bereich DMP weiter steigern	11
3.4.	Bestellmöglichkeiten für Desinfektionsmittel und Einmalhandschuhe über das KVN-Portal eingestellt .	11
3.5.	Schutzimpfung gegen japanische Enzephalitis in die Schutzimpfungs-Richtlinie aufgenommen	12
3.6.	Änderung der Schutzimpfungs-Richtlinie (SI-RL) in Bezug auf Schutzimpfungen aufgrund medikamentöser Therapie und Anpassung an das Masernschutzgesetz	12
3.7.	Neue EBM-Leistung 01517 für die Beobachtung und Betreuung bei oraler Gabe von Siponimod	13
3.8.	Separate Abrechnung der COVID-19 Abstrichentnahme bei symptomlosen (Urlaubs-) Rückkehrern aus dem Ausland	14
3.9.	AOK Behandlungsprogramm Depression und Burn-out - Kündigung zum 31. Dezember 2020.....	14
3.10.	Klarstellung zum Start der Dokumentation im Rahmen der organisierten Krebsfrüherkennungsprogramme Darmkrebs und Zervixkarzinom ab dem 1. Oktober 2020.....	14
3.11.	Hausarztzentrierte Versorgungen (HzV) der Audi BKK und der pronova BKK: Neue Betreuungspauschalen	15
3.12.	Digitalisierung im Gesundheitswesen - WebSeminare der KVN über aktuelle Trends und Entwicklungen im Bereich eHealth	16
4.	Veranstaltungen im September und Oktober 2020	17
5.	Anlagenverzeichnis	18
5.1.	Amtliche Mitteilung zum HVM Teil B Nr. 16.1 und 16.2.....	18
5.2.	Grippeschutzimpfung	18

1. Abrechnung

1.1. Abgabetermin Quartalsabrechnung 3/2020

Der Abgabetermin für die Abrechnung des 3. Quartals 2020 ist der 10. Kalendertag des nachfolgenden Quartals und somit der 10. Oktober 2020.

10. Oktober 2020

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:7/2020) 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: 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 Bezirksstelle

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 4. Quartal 2020 für alle dem RLV unterliegenden Arztgruppen des haus- und fachärztlichen Versorgungsbereichs

Die für das 4. Quartal 2020 geltenden RLV-/QZV-Mindestfallwerte sowie die Fallzahlgrenzen für die Fallwertminderung bzw. die Fallzahlzuwachsbeschränkung (FZZB) finden Sie unter https://www.kvn.de/Mitglieder/Abrechnung_+Honorar+und+Vertrag/Honorarverteilung.html

1.3. Amtliche Mitteilung der KVN zum HVM Teil B Nr. 16.1 und 16.2 für das 4. Quartal 2020 - Fachgruppendurchschnittswerte für Laborindividualbudgets

Die für das 4. Quartal 2020 geltenden Fachgruppendurchschnittswerte für Laborindividualbudgets entnehmen Sie bitte der Anlage 5.1 zu diesem Rundschreiben. Zusätzlich sind diese Daten auch bereits seit dem 28. August 2020 über das KVN-Portal abrufbar.

Anlage 5.1: Amtliche Mitteilung zum HVM Teil B Nr. 16.1 und 16.2

1.4. Mitteilung der fachgruppendurchschnittlichen Obergrenze für Kontrastmittel für das Quartal 4/2020

Gemäß der Kontrastmittelvereinbarung, die die KVN mit den Landesverbänden der Krankenkassen in Niedersachsen zum 1. Januar 2016 abgeschlossen und zuletzt zum 1. Juli 2020 angepasst hat, gelten für das 4. Quartal 2020 für Ärzte, die im Basisquartal 4/2019 (noch) keine Kontrastmittel über die o. g. Vereinbarung abgerechnet haben, folgende fachgruppendurchschnittlichen Obergrenzen:

- Institute, Krankenhäuser 1.360,80 Euro
- Fachärzte für Nuklearmedizin 15.359,10 Euro
- Fachärzte für Diagnostische Radiologie 50.269,37 Euro
- Fachärzte für Urologie 2.501,49 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/Kontrastmittelvereinbarung abrufbar.

1.5. Abrechnung von Psychotherapie vor Genehmigung durch die Krankenkasse

In der Vergangenheit haben einige Ärzte und Psychotherapeuten im Interesse der Patienten genehmigungspflichtige Psychotherapie erbracht und abgerechnet, obwohl über den Antrag von der Krankenkasse noch nicht entschieden worden ist. Dies ist von fast allen Krankenkassen in der Vergangenheit auch nicht beanstandet worden.

Nunmehr müssen wir jedoch feststellen, dass immer mehr Krankenkassen die Leistungen regressieren, die vor der Genehmigung durch die Krankenkasse erbracht und abgerechnet worden sind. Wir möchten daher darauf hinweisen, dass nach §34 Psychotherapie-Richtlinie bzw. §11 der Psychotherapie-Vereinbarung eine Entscheidung der Krankenkasse notwendig ist. Erst danach können die Leistungen rechtssicher erbracht und abgerechnet werden.

Obergrenzen

1.6. „NierenTx 360“ - telemedizinbasiertes Nachsorgemodell nach Nierentransplantationen - Ende des Abrechnungszeitraums

Die Förderung durch den Innovationsfonds läuft planmäßig zum 30. September 2020 aus und somit auch der Abrechnungszeitraum des Projekts.

Da aktuell Gespräche mit der AOK Niedersachsen und der Medizinischen Hochschule zu einer Anschlussvereinbarung stattfinden, besteht noch die Möglichkeit, dass diese besondere Versorgung weitergeführt wird.

Falls es zu einer Vereinbarung kommt, erfolgt eine zeitnahe Information.

2. Verordnungen

2.1. Achtung: Neue Heilmittel-Richtlinie Start erst Januar 2021

Der G-BA hat am 3. September 2020 die Verschiebung des Inkrafttretens der neuen Heilmittel-Richtlinie vom 1. Oktober 2020 auf den 1. Januar 2021 beschlossen. Die KBV hatte einen entsprechenden Antrag in die Gremien des G-BA eingebracht, da nicht sichergestellt werden kann, dass alle Softwarehäuser rechtzeitig bis Oktober die neuen Vorgaben der überarbeiteten Heilmittel-Richtlinie korrekt umsetzen und bereitstellen können. Formal unterliegt der G-BA-Beschluss noch einem Prüfverbehalt des BMG, das jedoch bereits vorab signalisiert hatte, einer Verschiebung zum 1. Januar 2021 zustimmen zu können.

1. Januar 2021

Die bisherigen Formulare zur Verordnung von Heilmitteln (Muster 13 - Physiotherapie/Podologie, Muster 14 - Logopädie, Muster 18 - Ergotherapie/Ernährungstherapie) behalten damit ihre Gültigkeit bis zum 31. Dezember 2020. Ab dem 1. Januar 2021 darf dann nur noch das neue Muster 13 - Heilmittelverordnung eingesetzt werden.

Wichtige Hinweise zur Bestellung der Verordnungsformulare

Durch die Verschiebung des Richtlinien-Starts ändern sich auch die Bestellvorgaben und Auslieferungen beim Paul-Albrechts-Verlag (PAV).

Alte Verordnungsformulare 13,14 und 18

Praxen, die für die Zeit bis zum 31. Dezember 2020 noch alte Formulare benötigen, sollten diese bitte zeitnah beim Paul-Albrechts-Verlag (PAV) bestellen. Insbesondere bei Muster 13-Bestellungen, bitte deutlich vermerken, dass noch die alten Formulare benötigt werden. Bei Bestellung von Muster 14 und Muster 18 werden automatisch alte Formulare versendet.

Neues Muster 13 - Heilmittelverordnung

Beim Paul-Albrechts-Verlag bereits eingegangene Bestellungen des neuen Muster 13 - Heilmittelverordnung werden weiterhin ausgeliefert.

Praxen, die bisher noch keine neuen Formulare angefordert haben, können ihre Bestellung ab dem 16. November 2020 beim PAV aufgeben. Die neuen Vordrucke dürfen erst ab dem 1. Januar 2021 eingesetzt werden.

2.2. Aktualisierung der Arzneimittelverordnungssoftware, Dosierungsangabe

Durch eine Änderung der Arzneimittelverschreibungsverordnung (AMVV) ist ab dem 1. November 2020 verpflichtend die Dosierung auf einer Arzneimittelverordnung anzugeben.

Ab dem 1. November
2020

Dies gilt nicht, wenn das verschriebene Arzneimittel unmittelbar an die verschreibende Person abgegeben wird (z. B. im Rahmen des Sprechstundenbedarfs). Auf die Angabe der Dosierung darf ebenfalls verzichtet werden, wenn dem Patienten ein Medikationsplan, der das verordnete Arzneimittel umfasst, oder eine entsprechende schriftliche Dosierungsanweisung des Arztes vorliegt und wenn der verschreibende Arzt dies auf der Verordnung kenntlich gemacht hat.

Die Verordnungssoftware setzt diese Vorgabe bereits einen Monat früher zum 1. Oktober 2020 um. So sollen Rückfragen aus Apotheken reduziert werden. Die Angabe der Dosierung erfolgt am Ende der Verordnungszeile, z. B. >>0-0-1<<. Die Kennzeichnung, dass ein Medikationsplan oder eine schriftliche Dosierungsanweisung vorliegt, erfolgt über das Kürzel >>Dj<< („Dosierungsanweisung vorhanden: ja“) ebenfalls am Ende der Verordnungszeile.

In dringenden Fällen, wenn eine Rücksprache mit dem Arzt nicht möglich ist, darf die Apotheke die Dosierung auf dem Rezept ergänzen. Den Hinweis auf den Medikationsplan oder die schriftliche Dosierungsanweisung darf die Apotheke auch ohne Rücksprache mit dem verordnenden Arzt ergänzen, wenn ihr diese Angaben zweifelsfrei bekannt sind.

2.3. Erleada® (Apalutamid) in Teilindikation als Praxisbesonderheit anerkannt

Erleada® (Wirkstoff Apalutamid) wird ab dem 30. Januar 2020 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 1. August 2019 anerkannt:

- Behandlung erwachsener Männer mit nicht-metastasiertem kastrationsresistentem Prostatakarzinom (nmCRPC), die ein hohes Risiko für die Entwicklung von Metastasen aufweisen.

Anwendungsgebiet

Die Einleitung und Überwachung der Behandlung mit Apalutamid soll nur durch in der Therapie von Patienten mit Prostatakarzinom erfahrene Fachärzte für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie sowie Fachärzte für Urologie und weitere an der Onkologievereinbarung teilnehmende Ärzte anderer Fachgruppen erfolgen.

Eine medikamentöse Kastration mit einem GnRH-Agonisten oder Antagonisten soll während der Behandlung von Patienten, die nicht chirurgisch kastriert sind, fortgeführt werden.

Die Vorgaben der Fachinformation sind zu berücksichtigen. Die Anerkennung als Praxisbesonderheit besteht, solange Janssen-Cilag Erleada® 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: „Praxisbesonderheit“.

2.4. Lynparza® (Olaparib) in weiterer Teilindikation als Praxisbesonderheit anerkannt

Lynparza® (Wirkstoff Olaparib) wird nach einer Vereinbarung zwischen dem GKV-Spitzenverband und dem pharmazeutischen Unternehmer AstraZeneca GmbH ab dem ersten Behandlungsfall neben der bereits bestehenden Praxisbesonderheit nun in einem weiteren Anwendungsgebiet als Praxisbesonderheit anerkannt:

- 1) seit dem 1. Juni 2019 ausschließlich in dem Anwendungsgebiet mit Zusatznutzen laut G-BA-Beschluss vom 6. Dezember 2018 (OvaCa ab 2L):
 - Lynparza wird angewendet als Monotherapie für die Erhaltungstherapie von erwachsenen Patientinnen mit einem Platinsensitiven Rezidiv eines highgrade epithelialen Ovarialkarzinoms, Eileiterkarzinoms oder primären Peritonealkarzinoms, die auf eine Platinbasierte Chemotherapie ansprechen (vollständig oder partiell).

In diesem Anwendungsgebiet sah der G-BA einen Anhaltspunkt für einen geringen Zusatznutzen gegenüber Beobachtendes Abwarten.

- 2) seit dem 1. September 2020 ausschließlich in dem Anwendungsgebiet mit Zusatznutzen laut G-BA-Beschluss vom 16. Januar 2020 (MammaCa):
 - Lynparza wird als Monotherapie für die Behandlung von erwachsenen Patienten mit BRCA1/2-Mutationen in der Keimbahn angewendet, die ein HER2-negatives, lokal fortgeschrittenes oder metastasiertes Mammakarzinom haben. Die Patienten sollten zuvor mit einem Anthrazyklin und einem Taxan im (neo)adjuvanten oder metastasierten Setting behandelt worden sein, es sei denn, die Patienten waren für diese Behandlungen nicht geeignet. Patienten mit Hormonrezeptor (HR)-positivem Mammakarzinom sollten außerdem eine Krankheitsprogression während oder nach einer vorherigen endokrinen Therapie aufweisen oder für eine endokrine Therapie nicht geeignet sein.

Anwendungsgebiet

In diesem Anwendungsgebiet sah der G-BA einen Anhaltspunkt für einen geringen Zusatznutzen gegenüber einer Chemotherapie nach Wahl des Arztes (Capecitabin, Vinorelbin oder Eribulin).

Diese Praxisbesonderheit ersetzt die Praxisbesonderheit vom 1. Juni 2019 Lynparza®.

Die Einleitung und Überwachung der Behandlung mit Olaparib soll durch in der Therapie von Patienten mit lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem Brustkrebs oder Ovarialkarzinom erfahrene Fachärzte für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie sowie Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe und weitere, an der Onkologie-Vereinbarung teilnehmende Ärzte anderer Fachgruppen erfolgen.

Vor Einleitung der Lynparza-Therapie bei Patienten mit Brustkrebs-Suszeptibilitäts-Gen (gBR-CA1/2)-mutiertem, humanem-epidermalem-Wachstumsfaktor-Rezeptor-2 (HER2)-negativem, metastasiertem Mammakarzinom muss eine schädigende oder vermutet schädigende gBR-CA1/2-Mutation in der Keimbahn bestätigt werden. Der gBRCA1/2-Mutationsstatus sollte von einem erfahrenen Labor mittels einer validierten Testmethode nachgewiesen werden. Daten zur klinischen Validierung eines BRCA1/2-Tests im Tumorgewebe sind für Brustkrebs derzeit nicht verfügbar.

Bezüglich der Teilpopulation Patientinnen ohne Nachweis einer BRCA-Mutation (BRCA-Wildtyp) liegt nur eine limitierte Datenlage mit eingeschränkter Aussagesicherheit vor.

Die Vorgaben der Fachinformation sind zu berücksichtigen. Weitere Anwendungsgebiete oder Erweiterungen des Anwendungsgebietes sind nicht von der Praxisbesonderheit umfasst. Die Anerkennung als Praxisbesonderheit besteht, solange AstraZeneca Lynparza® 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: „Praxisbesonderheit“.

Erfahrenes Labor

2.5. Erstattungsfähigkeit von Insulin aspart Sanofi®

Seit dem 1. September 2020 ist für den Wirkstoff Insulin aspart zu dem Referenzarzneimittel NovoRapid® das Biosimilar Insulin aspart Sanofi® verfügbar.

Laut der Anlage III der Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL) des G-BA gilt für Insulinanaloga 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.

Wir wurden nun darüber informiert, dass zur Markteinführung von Insulin aspart Sanofi® zum 1. September 2020 alle Krankenkassen bis auf die BARMER Rabattverträge abgeschlossen haben, so dass für Versicherte dieser Krankenkassen eine Verordnungsfähigkeit von Insulin aspart Sanofi® gegeben ist.

Für die BARMER wird voraussichtlich zum Oktober 2020 ein entsprechender Rabattvertrag abgeschlossen. Für diese Krankenkasse besteht bis zu diesem Zeitpunkt demnach keine Verordnungsfähigkeit von Insulin aspart Sanofi®.

Ausnahme BARMER:
Keine Verordnungsfähigkeit

Hintergrund:

Insuline zählen zu den biotechnologisch hergestellten Arzneimitteln, daher gelten Insulinasparthaltige 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 nicht statt. Um dem Risiko eines Regresses zu entgehen, beachten Sie daher bitte die oben genannten Hinweise.

2.6. Anpassungen innerhalb der Wirtschaftlichkeitsziele Pegfilgrastim und Rituximab/Trastuzumab

Innerhalb der Biosimilarquoten Pegfilgrastim und Rituximab/Trastuzumab der Vergleichsgruppe Hämatologen/Onkologen haben sich Anpassungen ergeben.

Die aktualisierten Quoteninformationen und Tischvorlage finden Sie zu Ihrer Information im KVN-Portal unter Verordnungen/Arzneimittelzielvereinbarung/Informationen je Fach-/Vergleichsgruppe.

2.7. Wichtige Informationen zur Gripeschutzimpfung 2020/2021

Für die kommende Impfsaison stehen in diesem Jahr bundesweit voraussichtlich etwa 25 Millionen Grippeimpfdosen zur Verfügung und damit deutlich mehr als in den vergangenen Jahren. Vor dem Hintergrund der Covid-19-Pandemie ist jedoch auch mit einer erhöhten Nachfrage zu rechnen. Bitte beachten Sie daher das im Anhang beigefügte Informationsschreiben und die Hinweise zur Gripeschutzimpfung 2020/2021. Gripeschutzimpfungen bei beruflicher Indikation und Reiseindikation nach §11 Abs. 3 der Schutzimpfungs-Richtlinie können befristet bis zum 31. Dezember 2020 über die Ziffer 89112 Y abgerechnet und der Grippeimpfstoff über den Sprechstundenbedarf bezogen werden.

Das Schreiben finden Sie auch im Internet unter www.kvn.de/Mitglieder/Verordnungen/Arzneimittel/Impfungen.

Anlage 5.2: Gripeschutzimpfung

3. Allgemeine Hinweise

3.1. Störung der Telematikinfrastruktur: Beschluss der gematik zur Finanzierung der Kosten

Nach der Störung der Telematikinfrastruktur (TI) im 2. Quartal 2020, bei der die betroffenen Praxen eine Woche von der TI abgeschnitten waren und demnach keinen Online-Abgleich der Versichertenstammdaten durchführen konnten, hat die Gesellschafterversammlung der gematik die Finanzierung der entstandenen Kosten beschlossen.

Die gematik hatte im Juni ein Verfahren zur Behebung der IT-Störung mit den Dienstleistern abgestimmt, demnach die Praxen keine Rechnungen erhalten und sich somit nicht um die Erstattung der Kosten kümmern müssen. Bedauerlicherweise haben dennoch einige Praxen Rechnungen von den Dienstleistern erhalten.

Diese Rechnungen werden von der gematik erstattet. Die Übernahme der Kosten erfolgt einmal pro Konnektor sowie maximal bis zu einem Betrag von 150 Euro (inklusive Umsatzsteuer). Der Beschluss zur Erstattung der Kosten umfasst nur Rechnungen, die sich ausschließlich auf die Störung der TI beziehen. Kosten, die durch andere Ursachen, wie z. B. durch das Vergessen des Passworts oder durch einen unsachgemäßen Betrieb des Konnektors, entstanden sind, werden nicht von der gematik übernommen.

Falls Sie eine Rechnung von Ihrem Dienstleister erhalten haben, können Sie sich bis zum 18. September 2020 per E-Mail an die Adresse betrieb@gematik.de wenden und die Rechnung einreichen.

Rechnungen erhalten

Erstattung durch gematik

Bis 18. September 2020 einreichen

3.2. Neue Regelungen zur stufenweisen Wiedereingliederung in Kraft

Im März Rundschreiben informierten wir Sie darüber, dass nach Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) spätestens ab einer Arbeitsunfähigkeit von sechs Wochen regelmäßig ärztlich festzustellen ist, ob eine stufenweise Wiederaufnahme der Erwerbstätigkeit in Betracht kommt.

Die neue Regelung galt damals aber nicht sofort, da der Bewertungsausschuss zunächst prüfen musste, inwieweit der Beschluss Auswirkungen auf den EBM hat. Im Ergebnis der Beratungen haben sich die Träger des Bewertungsausschusses darauf verständigt, keine Anpassung des EBM vorzunehmen. Die geänderten Vorgaben für die stufenweise Wiedereingliederung sind daher ab sofort verbindlich.

Verfahren der stufenweisen Wiedereingliederung

Die stufenweise Wiedereingliederung soll spätestens ab einer Arbeitsunfähigkeit von sechs Wochen mit jeder AU-Bescheinigung empfohlen werden. Eine Empfehlung hat nicht zu erfolgen, wenn durch die stufenweise Wiedereingliederung nachteilige gesundheitliche Folgen für den Genesungsprozess entstehen können oder wenn Patienten eine stufenweise Wiederaufnahme ablehnen.

Empfehlung zur Dokumentation in der Patientenakte

Durch die verbindliche Vorgabe zur regelmäßigen Feststellung der Eignung einer stufenweisen Wiedereingliederung ist insbesondere in den Fällen, in denen keine stufenweise Wiederaufnahme der Erwerbstätigkeit erfolgt, eine ärztliche Dokumentation in der Patientenakte zu empfehlen.

3.3. Neue DMP-Fallführungssoftware bei der AOK Niedersachsen (AOKN) soll die Qualität im Bereich DMP weiter steigern

Die AOKN informierte uns darüber, dass sie ihre DMP-Fallführungssoftware umgestellt hat. Die neue Software bringt für die am DMP teilnehmenden Ärzte folgende Neuerungen:

- Die Ärzte erhalten von der AOKN monatlich eine Info über aktuelle Ausschreibungen und DMP-Kündigungen von DMP-Teilnehmenden.
- Der Versand erfolgt am Anfang eines jeden Monats.
- Quartalsweise erfolgt ein Versand für unvollständige DMP-Einschreibungen und noch ausstehende Folgedokumentationen, wenn für den aktuellen und den letzten Dokumentationszeitraum bislang noch keine erforderliche Folgedokumentation vorliegt und somit eine Ausschreibung aufgrund zwei fehlender Dokumentationen droht. Diese Schreiben werden zum Monatsende der Monate Februar, Mai, August und November versendet. Aufgrund der COVID-19 Sonderregelung wird die Info für zu erstellende Folgedokumentationen erstmalig Ende Februar 2021 versandt.
- Die Schreiben enthalten die entsprechenden Versicherten mit Hinweisen, was entsprechend zu veranlassen ist.

Ausschreibungen und
Kündigungen

Folgedokumentationen

Die bislang von der AOKN versandten Faxe, die die Ärzte mit entsprechenden Informationen zurücksenden mussten, sind entfallen.

3.4. Bestellmöglichkeiten für Desinfektionsmittel und Einmalhandschuhe über das KVN-Portal eingestellt

Um Engpässe mit der Versorgung von Corona-Schutzausrüstung zu vermeiden, hat die Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen (KVN) eine Online-Bestellmöglichkeit für Praxen im KVN-Portal etabliert.

Nachdem es im März 2020 zu Versorgungsengpässen in den Praxen gekommen war, hatte die KVN bereits in großen Einkaufs- und Verteilaktionen Ausrüstung an ihre Mitglieder abgegeben und später die direkte Bestellmöglichkeit etabliert.

In den vergangenen Monaten hat die KVN ihren Mitgliedern insgesamt 62.000 Liter Desinfektionsmittel zur Verfügung gestellt. War es zu Beginn der Pandemie nahezu unmöglich Desinfektionsmittel zu kaufen, hat sich die Marktlage mittlerweile entspannt. Im Zuge dessen wird die Möglichkeit zur Bestellung von Desinfektionsmittel über das KVN-Portal zum

31. August 2020 eingestellt. Mit Ablauf dieses Datums sind gleichfalls die Lagerbestände der KVN an Desinfektionsmittel aufgebraucht. Auch Einmalhandschuhe stehen nicht mehr zur Verfügung.

Außerdem ist die Bestellmöglichkeit für FFP2-Masken auf 50 Stück eingeschränkt worden.

Bitte beachten Sie hierbei, dass die Einschränkung nicht für die Infektionspraxen gilt. Diese werden nach wie vor mit Desinfektionsmittel und Handschuhen versorgt und können sich mit ihrer Bestellung direkt an die KVN-Bezirksstelle wenden.

Gilt nicht für Infektionspraxen

3.5. Schutzimpfung gegen japanische Enzephalitis in die Schutzimpfungs-Richtlinie aufgenommen

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat die Schutzimpfung gegen die japanische Enzephalitis in die Schutzimpfungs-Richtlinie aufgenommen. Der Beschluss ist am 15. August 2020 in Kraft getreten.

Die Impfung wird als beruflich indizierte Impfung für Laborpersonal, das gezielt mit vermehrungsfähigen Japanische-Enzephalitis-Virus (JEV-) Wildtypstämmen arbeitet und als Reiseimpfung für bestimmte Endemiegebiete empfohlen.

Die beruflich indizierte Impfung und die Impfung anlässlich eines beruflich bedingten Auslandsaufenthaltes sind ab 15. August 2020 GKV-Leistungen. Eine Abrechnung über eGK ist derzeit nicht möglich, da hierfür noch die regionalen Impfvereinbarungen anzupassen sind. Die Impfung (Impfvergütung und Impfstoff) sind dem Patienten privat in Rechnung zu stellen. Dieser kann sich die Kosten bei seiner Krankenkasse oder seinem Arbeitgeber erstatten lassen.

Eine Impfung anlässlich eines privaten Auslandsaufenthaltes ist keine GKV-Leistung.

3.6. Änderung der Schutzimpfungs-Richtlinie (SI-RL) in Bezug auf Schutzimpfungen aufgrund medikamentöser Therapie und Anpassung an das Masernschutzgesetz

Schutzimpfungen aufgrund medikamentöser Therapie

Gesetzlich Krankenversicherte haben auch Anspruch auf Schutzimpfungen, wenn nach der Fachinformation des von Ihnen eingenommenen erstattungsfähigen Arzneimittels, die Schutzimpfung zur Verringerung eines erhöhten Infektionsrisikos zwingend vorgeschrieben ist.

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat dies mit Beschluss vom 18. Juni 2020 (in Kraft ab 15. August 2020) in §11 Abs. 4 der SI-RL klar gestellt.

Der Leistungsanspruch ist dem Grunde nach bereits Gegenstand der Regelungen in Anlage 1 zur SI-RL. So werden beispielsweise bei Immunsuppression aufgrund medikamentöser Therapie eigenständige Ansprüche auf Leistungen für Schutzimpfungen begründet.

Mit Blick auf die nicht gerechtfertigte Leistungsbegrenzung in den Fällen, in denen eine vergleichbare Konstellation zugrunde liegt, aber eine Regelung in Anlage 1 zur SI-RL (noch) nicht existiert, wird über Absatz 4 daher ein ergänzender Leistungsanspruch begründet.

Anpassung an das Masernschutzgesetz

Mit den Anpassungen werden die Vorgaben des Masernschutzgesetzes umgesetzt und Klarstellungen bei der Dokumentation der Cholera- und Typhus-Impfung vorgenommen. Zu den Anpassungen im Einzelnen:

- Mit dem Masernschutzgesetz wurde §22 des Infektionsschutzgesetzes (IFSG) zur Impfdokumentation neu gefasst. Die Streichung des §8 Abs. 1 S. 2 der SI-RL dient der Vermeidung von Widersprüchen zu den der SI-RL übergeordneten gesetzlichen Bestimmungen.
- Eine Änderung des §10 SI-RL übernimmt die Regelung des Masernschutzgesetzes, wonach alle Ärzte impfen dürfen.
- Die durch das Masernschutzgesetz geänderte Definition des Begriffes „Gemeinschaftseinrichtungen“ nach §33 IFSG wird in Anlage 1 der SI-RL übernommen.

Anpassungen

Des Weiteren wurde klargestellt, dass eine Auffrischungsimpfung gegen Cholera nicht regelhaft, sondern nur in den Fällen erfolgt, in denen ein längerer andauernder Schutz gegen Cholera erreicht werden soll.

Die Änderungen zur Dokumentation der Typhus-Impfung tragen dem Umstand Rechnung, dass zur Impfung sowohl eine Injektionslösung als auch ein oral zu verabreichender Impfstoff mit jeweils unterschiedlichen Impfschemata zur Verfügung stehen.

3.7. Neue EBM-Leistung 01517 für die Beobachtung und Betreuung bei oraler Gabe von Siponimod

Der Bewertungsausschuss hat befristet für zwei Jahre zum 1. Oktober 2020 beschlossen, für die Beobachtung und Betreuung eines Kranken für die Dauer von als sechs Stunden bei oraler Gabe von Siponimod die GOP 01517 einzuführen.

Da laut Fachinformation unter bestimmten Voraussetzungen nach Gabe von Siponimod eine mehrstündige Überwachung medizinisch geboten sein kann, wird für zwei Jahre eine gesonderte Leistung in den EBM-Abschnitt 1.5 aufgenommen. Die GOP 01517 (1.299 Punkte) kann von den Fachgruppen des Kapitels 16 (Neurologie und Nervenheilkunde) berechnet werden und wird extrabudgetär vergütet. Zum 1. Oktober 2022 wird die GOP 01517 in den Leistungskatalog nach den GOPs 01510 bis 01512 überführt und ab diesem Zeitpunkt innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütet.

3.8. Separate Abrechnung der COVID-19 Abstrichentnahme bei symptomlosen (Urlaubs-) Rückkehrern aus dem Ausland

Alle Praxen, die im August 2020 symptomlose (Urlaubs-)Rückkehrer aus dem Ausland abgestrichen haben, nutzen bitte zur Abrechnung das im KVN-Portal in der Rubrik COVID-19/Anmeldung zum Abrechnungsverfahren hinterlegte Erfassungsformular. Für den September ist entsprechend zu verfahren.

Erfassungsformular

Angaben zum Absender

Anschrift Herr	Titel Dr.	Vorname Max	Nachname Mustermann
IBNR (P-stellige oder Sonderzeichen) 123456789		E-Mail (erforderlich für eine Eingangsbestätigung) max.mustermann@musterpraxis.de	

Anzahl der SARS-CoV-2-Abstriche für den Abrechnungsmonat August 2020

1. August <input type="text"/>	2. August <input type="text"/>	3. August <input type="text" value="7"/>	4. August <input type="text"/>	5. August <input type="text" value="5"/>	6. August <input type="text" value="3"/>
7. August <input type="text"/>	8. August <input type="text"/>	9. August <input type="text"/>	10. August <input type="text" value="12"/>	11. August <input type="text" value="1"/>	12. August <input type="text" value="2"/>
13. August <input type="text"/>	14. August <input type="text" value="5"/>	15. August <input type="text"/>	16. August <input type="text"/>	17. August <input type="text"/>	18. August <input type="text" value="6"/>

Die Auszahlung des Honoraranspruchs erfolgt ebenfalls monatlich nach Rechnungsabgleichung durch das Bundesamt für soziale Sicherung.

3.9. AOK Behandlungsprogramm Depression und Burn-out - Kündigung zum 31. Dezember 2020

Seitens der Krankenkasse ist eine Kündigung zum 31. Dezember 2020 erfolgt.

Allerdings können bis zum 31. Dezember 2020 begonnene Behandlungen bis 30. Juni 2021 weitergeführt und abgerechnet werden. Das bedeutet, dass ab 1. Januar 2021 Patienteneinschreibungen bzw. -übernahmen von Haus- und Fachärzten sowie Psychotherapeuten nicht mehr möglich sind.

Patienteneinschreibungen

Bitte berücksichtigen Sie das endgültige Ende des Vertrages zum 30. Juni 2021 bei Ihrer Terminvergabe.

3.10. Klarstellung zum Start der Dokumentation im Rahmen der organisierten Krebsfrüherkennungsprogramme Darmkrebs und Zervixkarzinom ab dem 1. Oktober 2020

Bereits im Rundschreiben vom August diesen Jahres haben wir darüber informiert, dass der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) den Start der Dokumentation für die organisierten Früherkennungsprogramme

Gebärmutterhalskrebs und Darmkrebs zum 1. Oktober 2020 beschlossen hat.

Möglichweise waren die Ausführungen hinsichtlich der Dokumentationspflichten im organisierten Früherkennungsprogramm Zervixkarzinom missverständlich. Die Dokumentationspflicht besteht für alle am Programm beteiligten Ärzte, also auch für Gynäkologen.

Im Rahmen der Früherkennung des Zervixkarzinoms sind dann Leistungen des Primärscreenings, zytologische Untersuchungen, Abklärungskoloskopien und HPV-Tests zu dokumentieren.

Hinsichtlich der Dokumentationspflichten im organisierten Früherkennungsprogramm Darmkrebs ist zu ergänzen, dass diese ebenso für Laborärzte besteht, die iFOBT-Tests durchführen.

Demnach sind dann im Rahmen der Darmkrebsfrüherkennung neben den Koloskopien auch die Ergebnisse von iFOBT-Tests zu dokumentieren.

Sie haben im KVN-Portal die Möglichkeit, die entsprechenden Daten direkt aus Ihrer Praxisverwaltungssoftware hochzuladen oder die jeweiligen Dokumentationen dort direkt zu erfassen. Die entsprechende Anwendung finden Sie unter „Online-Dienste/Anwendungen“.

3.11. Hausarztzentrierte Versorgungen (HzV) der Audi BKK und der pronova BKK: Neue Betreuungspauschalen

Für beide Kassen endet infolge aufsichtsrechtlicher Forderung die zentrale Abrechnung der GOP 99299, 99302, 99303, 99304 und 99306 am 30. September 2020.

Ab 1. Oktober 2020 setzen Sie stattdessen zwei neue Betreuungspauschalen in Ihre Kassenabrechnung.

Die besondere Betreuung Ihres Patienten - bei der Versorgung von einer oder zwei chronischen Erkrankung(en) - ist mit einer 5 Euro-Quartalspauschale (GOP 99296) abrechenbar. Ihre Betreuung eines multimorbiden Patienten - bei Vorliegen von mindestens drei chronischen Erkrankungen - wird mit 18 Euro im Quartal (GOP 99297) vergütet.

Sie nutzen weiterhin für Patienteneinschreibungen und Diagnoseerfassungen bzw. -übernahmen die HzV-Webanwendungen im KVN-Portal. So ist sichergestellt, dass Ihrer Abrechnung sowohl die Einschreibepauschalen (GOP 99300) als auch die Struktur- und Managementpauschalen (GOP 99301) zentral zugesezt werden.

Vertragsunterlagen sind im KVN-Portal jederzeit abrufbar: Rubrik „Verträge“, Suchbegriff „Hausarzt“ wahlweise „Hausarztvertrag Audi BKK“ und/oder „Hausarztvertrag pronova BKK“

Wichtig

3.12. Digitalisierung im Gesundheitswesen - WebSeminare der KVN über aktuelle Trends und Entwicklungen im Bereich eHealth

Die Digitalisierung des Gesundheitswesens beeinflusst immer stärker das Arbeitsleben von ÄrztInnen und ihren MitarbeiterInnen. Neue Entwicklungen in den Bereichen der Telemedizin, digitaler Anwendungen und der digitalen Vernetzung verschiedener Akteure bieten großes Potential für den Praxisalltag. Die große Herausforderung ist es jedoch, den Überblick über die Vielzahl an unterschiedlichen Themen zu behalten. Bereits im vergangenen Jahr fanden daher sechs KVN-Informationsveranstaltungen zum Thema eHealth statt. Aufgrund des sehr positiven Feedbacks, sollen diese nun für die Bezirksstellen fortgesetzt werden, in denen bisher keine Veranstaltung stattgefunden hat: Hildesheim, Lüneburg, Aurich, Stade und Wilhelmshaven.

Die Veranstaltungen werden im September und Oktober stattfinden und im Rahmen von zwei WebSeminaren angeboten. So können die TeilnehmerInnen sich bequem per Video zuschalten. Ziel der Video-Veranstaltungen ist es, den Mitgliedern sowie medizinischen Fachangestellten das Thema Digitalisierung im Gesundheitswesen näher zu bringen. Hierfür werden aktuelle Entwicklungen im Bereich eHealth aufgegriffen und praxisnah durch ausgewählte Fachreferenten vermittelt. Neben einem Überblick über aktuelle gesetzlich vorgegebene Digitalisierungsmaßnahmen, werden die Chancen eines Messenger-Dienstes zur Unterstützung der Patientenbehandlung anhand eines ärztlichen Erfahrungsberichtes aufgezeigt. Zudem wird das prämierte Start-Up Aaron.ai einen smarten Telefonassistenten vorstellen, durch welchen der Empfangsbereich in Arzt- und Psychotherapeutenpraxen entlastet werden soll.

Die Anmeldung zu den WebSeminaren erfolgt online über das Seminarangebot auf der KVN-Homepage. Der Titel der Veranstaltungen lautet: „Digitalisierung im Gesundheitswesen“. Falls Sie inhaltliche Rückfragen zu den Veranstaltungen haben, melden Sie sich gerne jederzeit bei unserem Digitalisierungsmanager im Gesundheitswesen Dr. Philip Degener (philip.degener@kvn.de).

Anmeldung

Veranstaltungsort	Datum und Startzeit
Bezirksstelle Hildesheim	23.09.2020, ab 15 Uhr
Bezirksstelle Lüneburg	23.09.2020, ab 15 Uhr
Bezirksstelle Aurich	07.10.2020, ab 15 Uhr
Bezirksstelle Stade	07.10.2020, ab 15 Uhr
Bezirksstelle Wilhelmshaven	07.10.2020, ab 15 Uhr

4. Veranstaltungen im September und Oktober 2020

Aufgrund der aktuellen Corona-Situation hat sich die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen dazu entschlossen, dass weiterhin bis einschließlich 30. September 2020 keine Präsenzveranstaltungen stattfinden werden. Wir bieten Ihnen derzeit für einzelne Präsenzveranstaltungen untenstehende WebSeminare an.

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

www.kvn.de/Mitglieder/Fortbildung

Name	Ort	Datum	Gebühr p. P.
Umgang mit schwierigen Patienten	WebSeminar	12.Sep	59 Euro
IgeLn leicht gemacht	WebSeminar	16.Sep	59 Euro
Qualitätsmanagement - Ganz einfach	WebSeminar	18.Sep	59 Euro
Datenschutz in der Arztpraxis	WebSeminar	22.Sep	59 Euro
Fit am Empfang	WebSeminar	23.Sep	59 Euro
Das Telefon - Die Visitenkarte der Praxis	WebSeminar	06.Okt	59 Euro
Meine eigene Praxis - Impulse für den Start	WebSeminar	14.Okt	kostenlos
Hygiene für Fortgeschrittene	WebSeminar	27.Okt	59 Euro
Praxis Check-up	WebSeminar	28.Okt	59 Euro
Datenschutz für Fortgeschrittene	WebSeminar	29.Okt	59 Euro

5. Anlagenverzeichnis

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

5.2. Gripeschutzimpfung

Amtliche Mitteilung der KVN zum HVM für das 4. Quartal 2020

in Umsetzung des Honorarverteilungsmaßstabes (HVM) gemäß § 87b Abs. 1 SGB V der KVN vom 13. Juli 2020

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 2020 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	6.535,17 €
FA Urologie	35.552,50 €
FA Nuklearmedizin	99.817,30 €
FA Humangenetik	25.412,31 €
FA Transfusionsmedizin	25.412,31 €
FA Biochemie	101.375,91 €
FA Allgemeinmedizin, Praktischer Arzt, FA Innere Medizin (hausärztlich)	249.724,25 €
FA Allgemeinmedizin, Praktischer Arzt (fachärztlich)	17.504,63 €
FA Innere Medizin (fachärztlich)	67.028,17 €
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 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 2020 nicht in vollem zeitlichen Umfang an der vertragärztlichen Versorgung teilnehmen, reduzieren sich die o.a. Fachgruppendurchschnittswerte anteilig auf den Umfang ihrer Tätigkeit.



Wichtige Informationen zur Gripeschutzimpfung 2020/2021

Für die kommende Impfsaison stehen in diesem Jahr bundesweit voraussichtlich etwa 25 Millionen Grippeimpfdosen zur Verfügung und damit deutlich mehr als in den vergangenen Jahren. Vor dem Hintergrund der Covid-19-Pandemie ist jedoch auch mit einer erhöhten Nachfrage zu rechnen.

Die Ständige Impfkommission (STIKO) schreibt, dass Influenza und Covid-19 bezüglich der Risikogruppen für schwere Krankheitsverläufe sehr deutliche Parallelen aufweisen. Um daher Personen und das Gesundheitssystem zu schützen, ist es umso wichtiger, Risikogruppen möglichst konsequent anzusprechen und zu impfen. In der vorletzten Impfsaison lag die Impfquote bei den Personen im Alter von ≥ 60 Jahren bei ca. 35 %, bei den chronisch Erkrankten bei etwa 20 – 50 % (Epid Bull 2020;32/33). Ziel der Europäischen Union (EU) ist eine Influenza-Impfquote von mindestens 75 % unter EU-Bürgern ab 60 Jahren. Dieses Ziel ist auch im Nationalen Impfplan für Deutschland vorgesehen.

In der Schutzimpfungs-Richtlinie, die den Leistungsanspruch im Rahmen der GKV regelt, wird bei der Gripeschutzimpfung insbesondere auf Risikogruppen (z.B. Personen im Alter von ≥ 60 Jahren, Patienten mit bestimmten chronischen Grunderkrankungen) sowie Personenkreise mit vermehrtem Kontakt zu potenziell Erkrankten oder Risikopersonen wie medizinisches Personal verwiesen. Beruflich exponierte Personen profitieren dabei nicht nur selbst von der Impfung, sondern vermeiden eine Verbreitung der Influenza-Viren unter den Risikogruppen und weiteren Teilen der Bevölkerung.

Daher zusammenfassend folgende Empfehlung:

- Terminieren Sie ab sofort für die Grippeimpfung und legen Sie die Termine möglichst in den Oktober und November.
- Impfen Sie zunächst die von der STIKO genannten Personengruppen gemäß Schutzimpfungs-Richtlinie. Sprechen Sie diese gezielt auf die Schutzimpfung an und betonen Sie dabei die Wichtigkeit der Maßnahme besonders in diesem Jahr.
- Denken Sie dabei auch ausdrücklich an beruflich exponierte Personengruppen. Eine Impfung trägt hier in großem Maße dazu bei, die Verbreitung der Influenza-Viren zu unterbinden.



KVN

Kassenärztliche Vereinigung
Niedersachsen

Informationen für die Praxis

KVN-Rundschreiben

August 2020

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

unsere Corona-Testzentren haben wieder aufgemacht. Die Ankündigung von Bundesgesundheitsminister Jens Spahn, allen Urlaubsrückkehrern kostenlose Massentests anzubieten, ja, sie für Rückkehrer aus Risikogebieten verpflichtend zu machen, hat uns buchstäblich über Nacht in eine neue Situation gestoßen.

Die Politik hat die Kassenärztlichen Vereinigungen ausdrücklich in die Zuständigkeit für die Tests mit einbezogen. Das bestätigt: Die ambulante Versorgung hat sich in der Krise bewährt. Es waren die niedergelassenen Ärzte, die die Krankenhäuser vor einem Massenansturm schwerkranker Corona-Patienten bewahrt haben.

Doch die Praxen können nicht neben der Regelversorgung künftig noch Massentests für die Bevölkerung organisieren. Mit den Testzentren wollen wir in den nächsten Wochen den Hauptteil des zu erwartenden Andranges auf die Corona-Tests auffangen und Ihnen für Ihre eigentliche Aufgabe den Rücken frei halten. Über unser Online-Anmeldesystem können Testwillige selbst Termine dafür buchen und müssen nicht noch ihren Hausarzt in Anspruch nehmen.

Hinderlich bleibt die Vielzahl von Abrechnungsbestimmungen und möglichen Fallkonstellationen bei den Tests, die der Versorgungspraxis wirklichkeitsfremd übergestülpt wurden. Manche Regelungen sind kaum nachvollziehbar und widersprechen dem gesunden Gerechtigkeitsempfinden. Und nicht nur wir fragen uns: Warum müssen unsere MFA einen Corona-Test aus eigener Tasche bezahlen, um arbeiten zu dürfen, während Urlaubern der Test kostenlos zusteht?

Zudem ist völlig im Unklaren, wer uns die Kosten für all das erstattet. Die Krankenkassen zücken den Rotstift. Kommunen und Regionen winken ab. So wird den Ärzten, die sich täglich für die Gesundheit der Menschen einsetzen und dabei die eigene Gesundheit riskieren, zugemutet, dies womöglich noch aus eigener Tasche zu bezahlen. Dazu darf es nicht kommen.

Der Politik ist bewusst geworden: Auf die ambulante medizinische Versorgung ist Verlass. Bleibt zu hoffen, dass unser Staat sich zu vereinfachten Testbestimmungen durchringt und uns die Mittel zurückerstattet, die wir in seinem Auftrag zum Wohle der Bevölkerung vorgestreckt haben. Sonst geraten am Ende Glaubwürdigkeit und Verlässlichkeit des Staates bei denen in Zweifel, die sich in der Krise als seine verlässlichsten Stützen erwiesen haben.

Mit freundlichen Grüßen

Mark Barjenbruch
Vorstandsvorsitzender der KVN

Dr. Jörg Berling
Stellv. Vorstandsvorsitzender der KVN



KVN

Kassenärztliche Vereinigung
Niedersachsen

Informationen für die Praxis

KVN-Rundschreiben

August 2020

Inhaltsverzeichnis

1. Abrechnung	3
1.1. Corona-Rettungsschirm: Ausschließlich neue Sammelerklärung zu benutzen	3
1.2. Einreichung abrechnungsbegleitenden Unterlagen ab dem Abrechnungsquartal 3/2020 wieder vollständig erforderlich	3
1.3. TSS-Termine benötigt	3
1.4. Neue Leistung im EBM ab dem 1. Juli 2020 für den Dokumentationsaufwand bei der Nierenersatztherapie	4
1.5. Abrechnung von Leistungen nach den neuen DMP- Verträgen Diabetes mellitus Typ 1 und 2 für Postbeamte ab 1. Juli 2020 möglich	5
2. Verordnungen	5
2.1. Neue Heilmittel-Richtlinie ab 1. Oktober 2020	5
2.2. Neues Heilmittel-Verordnungsformular ab 1. Oktober 2020	6
2.3. Hydroxychloroquin - Aufhebung der Verordnungsvorgaben des BfArM	7
2.4. Ofev® (Nintedanib) in Teilindikation als Praxisbesonderheit anerkannt	7
2.5. Valproinsäure bei der Migräneprophylaxe im Erwachsenenalter - Teil A Ziffer V, Anlage VI der Arzneimittel-Richtlinie, Aktualisierung	8
2.6. Versorgung von Patienten mit Hämophilie- Arzneimitteln	9
2.7. Änderungen der Anlage V der Arzneimittel-Richtlinie - Übersicht der ordnungsfähigen Medizinprodukte ..	9
2.8. Kontinuierliche interstitielle Glukosemessung als Leistung der Behandlungspflege im Rahmen der häuslichen Krankenpflege ab sofort verordnungsfähig	11
3. Allgemeine Hinweise	12
3.1. COVID-19-Erkrankung kann Arbeitsunfall sein	12

3.2.	Neuer Vordruck zur Veranlassung von SARS-CoV-2-Testungen (Muster 10C)	13
3.3.	Weitere Informationen zu den neuen DMP Verträgen Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2 ab 1. Juli 2020 verfügbar	14
3.4.	Start der Dokumentation im Rahmen der organisierten Krebsfrüherkennungsprogramme Darmkrebs und Zervixkarzinom ab dem 1. Oktober 2020	14
3.5.	Impfung aller Schwangeren gegen Pertussis möglich.....	15
3.6.	Anpassung der Vordruckmuster 10 und 10A zum 1. Oktober 2020.....	15
3.7.	Anpassung des Vordruckmusters 12 (Verordnung häuslicher Krankenpflege) zum 1. Oktober 2020.....	16
3.8.	DAK-Gesundheit: Besondere Versorgung „Willkommen Baby!“. Teilnahmeformulare im Downloadbereich	18
4.	Die Veranstaltungen der KVN.....	18
5.	Anlagenverzeichnis.....	18
5.1.	Sammelerklärung	18
5.2.	Aufstellung Postbeamte	18

1. Abrechnung

1.1. Corona-Rettungsschirm: Ausschließlich neue Sammelerklärung zu benutzen

Als Anlage zu diesem Rundschreiben erhalten Sie eine neue dreiseitige Sammelerklärung für die Quartalsabrechnung ab Quartal 3/2020.

Für die Abrechnung des dritten Quartals 2020 ist ausschließlich diese Version der Sammelerklärung zu benutzen. Die Angaben sind wichtige Voraussetzung für den von der Vertreterversammlung der KVN beschlossenen Corona-Rettungsschirm.

Für Rückfragen zu der neuen zusätzlichen Seite sowie generell zum Rettungsschirm steht Ihnen der Geschäftsbereich Honorar Ihrer Bezirksstelle gerne zur Verfügung.

Sie finden die neue Sammelerklärung auch im Internet auf www.kvn.de unter Mitglieder/Abrechnung, Honorar und Vertrag/Quartalsabrechnung/Downloads.

Weitere Informationen zum Corona-Rettungsschirm finden Sie im KVN-Portal.

Ansprechpartner zur Einreichung Ihrer Quartalsabrechnung und der dazugehörigen Unterlagen ist Ihr Supportteam und/oder das Team Auskünfte des Abrechnungscenters, Telefon: 0511 380-4800, E-Mail: abrechnungscenter@kvn.de

Anlage 5.1: Sammelerklärung

1.2. Einreichung abrechnungsbegleitenden Unterlagen ab dem Abrechnungsquartal 3/2020 wieder vollständig erforderlich

Ab dem Quartal 3/2020 müssen wieder alle Behandlungsausweise gemäß Verfahrensanweisung in Papierform zusammen mit den Quartalsabrechnungen eingereicht werden. Die Vorgabe der abzugebenden Behandlungsausweise ergibt sich aus dem „KBV-Prüfmodul Abgabe Behandlungsscheine“. Genau diese Belege sind in dieser Sortierfolge einzureichen.

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

1.3. TSS-Termine benötigt

Nach der Corona-Delle nehmen die Anrufe in der Terminservicestelle (TSS) seit einigen Wochen wieder kontinuierlich zu - es werden daher auch wieder mehr Termine benötigt.

Ab 3. Quartal 2020 ausschließlich

Um einen Zwang weiterhin vermeiden zu können, bitten wir Sie daher, wieder Termine zu melden. Aus den Zahlen der Vergangenheit hat sich folgendes „Schema“ ergeben:

- Für die Fachgruppen Endokrinologie, Nervenärzte, Neurologen sowie den Rheumatologen benötigen wir die vielfach zitierten zwei Termine je Woche je Praxis.
- Für Dermatologen, fachärztliche Internisten ohne Schwerpunkt, psychotherapeutische Sprechstunde Erwachsene, Kardiologen, Lungenärzte, Angiologen, Gastroenterologen, Radiologen, Kinder- und Jugendpsychiater, Anästhesisten (Schmerztherapie) benötigen wir einen Termin je Woche je Praxis.
- Für die Fachgruppen Augenärzte, Orthopäden, Urologen, Nuklearmediziner würde ein Termin pro Monat reichen, wenn jede Praxis mitmacht.
- Für alle anderen Fachgruppen würde es schon reichen, wenn jede Praxis einen Termin pro Quartal meldet

Terminbedarf

Natürlich wissen wir, wie knapp Termine sind und haben dies auch an allen entsprechenden Stellen geäußert, aber letztlich sind wir gezwungen, die gesetzlichen Vorgaben zu erfüllen.

Wir bitten Sie daher: Melden Sie bitte Termine. So können wir gemeinsam Kritik - egal, ob berechtigt oder nicht - abwehren und weiterhin den Zwang zur Terminmeldung verhindern.

Hinweise zur Kennzeichnung von TSS-Fällen und der extrabudgetären Vergütung finden Sie unter www.kvn.de und der Suche nach „TSVG“. Natürlich hilft Ihnen der Geschäftsbereich Honorar Ihrer Bezirksstelle ebenfalls gerne weiter.

Fragen zur Pflege beantwortet Ihnen gerne das Team Auskünfte des Abrechnungscen-
ters, Telefon: 0511 380-4800, E-Mail: abrechnungscen-ter@kvn.de

1.4. Neue Leistung im EBM ab dem 1. Juli 2020 für den Dokumentationsaufwand bei der Nierenersatztherapie

Durch die Aufnahme des Verfahren Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen einschließlich Pankreastransplantation (QSNET) in die Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) hat sich der Dokumentationsaufwand erhöht.

Als neue Dokumentationsleistung wird die GOP 13603 in den EBM-Abschnitt für Nephrologie und Dialyse sowie die GOP 04567 in den EBM-Abschnitt für pädiatrische Nephrologie und Dialyse aufgenommen.

Die neuen Gebührenordnungspositionen sind Zuschläge im Zusammenhang mit den Zusatzpauschalen zur kontinuierlichen Betreuung eines dialysepflichtigen Patienten (GOP 13602 bzw. 04562). Sie sind mit 120 Punkten bewertet und einmal im Behandlungsfall berechnungsfähig. Die Vergütung der Leistungen erfolgt extrabudgetär.

Die GOP 13603 darf von Fachärzten für Innere Medizin mit der Schwerpunktbezeichnung „Nephrologie“ und/oder von Vertragsärzten, die eine Genehmigung für Blutreinigungsverfahren haben, abgerechnet werden. Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatzweiterbildung „Kinderneurologie“, die eine Genehmigung für Blutreinigungsverfahren haben, können die GOP 04567 abrechnen.

Der Beschluss des Bewertungsausschusses ist zunächst befristet bis zum 30. September 2021. Der Bewertungsausschuss prüft bis spätestens zum 30. Juni 2021, ob eine Verlängerung bzw. eine Anpassung in den Regelungen des Beschlusses erforderlich ist.

Der komplette Beschluss wird durch das Institut des Bewertungsausschusses auf der Internetseite (<http://Institut-ba.de/ba-beschluesse.html>) veröffentlicht.

1.5. Abrechnung von Leistungen nach den neuen DMP-Verträgen Diabetes mellitus Typ 1 und 2 für Postbeamte ab 1. Juli 2020 möglich

Mit der Postbeamtenkrankenkasse konnte vereinbart werden, dass die in der Anlage aufgeführten Leistungen ab sofort abgerechnet werden können. Ein vorheriger Kostenübernahmeantrag bei der Postbeamtenkrankenkasse ist nicht notwendig.

Eine Einschreibung des Patienten, verbunden mit der Erstellung der Dokumentationen und Weiterleitung an die Datenstelle ist nicht erforderlich.

Sie finden die Aufstellung auch auf unserer Internetseite unter <https://www.kvn.de/Mitglieder/Qualität/DMP.html> in der Rubrik „DMP-Merkblätter Allgemeine Informationen“

Anlage 5.2: Aufstellung Postbeamte

2. Verordnungen

2.1. Neue Heilmittel-Richtlinie ab 1. Oktober 2020

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat am 19. September 2019 eine grundlegende Überarbeitung der Heilmittel-Richtlinie und des Heilmittel-Kataloges zur Vereinfachung der Heilmittelversorgung beschlossen. Die Änderungen treten zum 1. Oktober 2020 in Kraft.

Zu den wesentlichen Neuerungen gehören u.a. folgende Punkte:

- Ablösung der Regelfallsystematik mit Erst-, Folgeverordnungen und Verordnungen außerhalb des Regelfalls
- Einführung des Verordnungsfalles mit klarer Definition
- Klarstellung: neuer Arzt = neuer Verordnungsfall
- Einführung orientierender Behandlungsmengen

Änderungen

- Zusammenfassung und Neufassung von Diagnosegruppen
- Integration der optionalen Heilmittel in die Gruppe der vorrangigen Heilmittel
- Vereinfachung und Flexibilisierung der Angabe der Leitsymptomatik
- Erweiterung des spätesten Behandlungsbeginns auf 28 Tage, bei dringlichem Behandlungsbedarf - Beginn innerhalb von 14 Tagen
- Einführung des neuen „Muster 13 - Heilmittelverordnung“ - ein Formular für alle Heilmittelverordnungen

Hinweise

Bis zum 30. September 2020 gelten die Regelungen der derzeit gültigen Heilmittel-Richtlinie. Alle Verordnungen, die bis zum 30. September 2020 ausgestellt werden, sind auch über den 30. September 2020 hinaus gültig und können „abtherapiert“ werden. Auch patientenindividuell von den Krankenkassen erteilte Genehmigungen für eine langfristige Heilmitteltherapie behalten im Rahmen des genehmigten Zeitraumes ihre Gültigkeit. Verordnungen ab dem 1. Oktober 2020 müssen hierfür in einigen Fällen allerdings mit einem anderen Diagnosegruppenschlüssel ausgestellt werden. Eine Überleitungstabelle „Diagnosegruppe alt/neu“ wird ab September auf unserer Internetseite zu finden sein.

Bitte unbedingt das PVS-Update zum 1. Oktober 2020 einspielen, damit die Neuerungen der Heilmittel-Richtlinie auch in der PVS hinterlegt sind und das System Sie bei der Verordnung entsprechend unterstützen kann.

Ab September finden Sie nähere Informationen zu den Neuerungen der Heilmittel-Richtlinie sowie eine Ausfüllhilfe zum neuen Muster 13 auch auf unserer Internetseite. Des Weiteren werden wir zur neuen Heilmittel-Richtlinie Plexus - Onlinefortbildungen für Ärzte und Medizinische Fachangestellte, WebSeminare und sobald es die Situation erlaubt, auch Präsenzs Schulungen anbieten.

2.2. Neues Heilmittel-Verordnungsformular ab 1. Oktober 2020

Mit Inkrafttreten der überarbeiteten Heilmittel-Richtlinie zum 1. Oktober 2020 ist für die Verordnung von Heilmitteln nur noch ein Formular erforderlich, das neue „Muster 13 - Heilmittelverordnung“.

- Bestellungen für das neue Muster 13 - Heilmittelverordnung können ab dem 17. August 2020 beim Paul Albrechts Verlag GmbH (PAV) aufgegeben werden. Vermerken Sie dies bitte entsprechend auf der Bestellung.
- Ab dem 14. September 2020 werden durch den PAV bei Bestellungen automatisch die neuen Vordrucke verschickt. Sofern dann für die Zeit bis zum 30. September 2020 noch alte Formulare benötigt werden, müsste dies bei der Bestellung angegeben werden.

Die neuen Vordrucke dürfen erst ab dem 1. Oktober 2020 eingesetzt werden.

Ab 17. August 2020

Die alten Formulare zur Verordnung von Heilmitteln dürfen ab dem 1. Oktober nicht mehr eingesetzt werden. Bitte kalkulieren Sie bei der Bestellung von alten Formularen den Bedarf entsprechend und bestellen Sie rechtzeitig das neue Muster 13 - Heilmittelverordnung.

2.3. Hydroxychloroquin - Aufhebung der Verordnungsvorgaben des BfArM

Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) hat die Vorgaben zur Verordnung von hydroxychloroquinhaltigen Arzneimitteln, über die wir im Mai-Rundschreiben 2020 unter Punkt 2.1 informierten, aufgehoben. Mit den Vorgaben sollte die Versorgung von chronisch kranken Patienten mit Hydroxychloroquin in den zugelassenen Indikationen sichergestellt werden.

Die Versorgungslage mit Hydroxychloroquin hat sich nach Angaben des BfArM inzwischen stabilisiert. Hydroxychloroquin ist demnach nun wieder ohne Angabe der Indikation zu verordnen und es besteht keine Mengenbegrenzung von maximal 100 Tabletten à 200 mg mehr.

2.4. Ofev® (Nintedanib) in Teilindikation als Praxisbesonderheit anerkannt

Ofev® (Wirkstoff Nintedanib) wird ab dem 1. November 2019 nach einer Vereinbarung zwischen dem GKV-Spitzenverband und dem pharmazeutischen Unternehmer Boehringer Ingelheim ab dem ersten Behandlungsfall als Praxisbesonderheit ausschließlich im Anwendungsgebiet mit einem Zusatznutzen laut G-BA-Beschluss vom 17. Oktober 2019 anerkannt:

- Ofev wird angewendet bei Erwachsenen zur Behandlung der idiopathischen Lungenfibrose (IPF)

In diesem Anwendungsgebiet sah der G-BA einen Anhaltspunkt für einen beträchtlichen Zusatznutzen gegenüber Best Supportive Care. Diese Vereinbarung ersetzt die seit Januar 2016 bestehende Anerkennung als Praxisbesonderheit im gleichen Anwendungsgebiet.

Die Einleitung und Überwachung der Behandlung mit Nintedanib darf nur durch in der Therapie von Patienten mit idiopathischer Lungenfibrose (IPF) erfahrene Fachärzte für Innere Medizin und Pneumologie oder Fachärzte für Lungenheilkunde erfolgen.

Voraussetzung für die Anerkennung als Praxisbesonderheit ist eine gesicherte Diagnose der idiopathischen Lungenfibrose (IPF) durch geeignete Untersuchungsmethoden. Die Anwendung von Ofev® auf Grund einer Verdachtsdiagnose ist nicht abgedeckt.

Eine differenzialdiagnostische Abgrenzung der idiopathischen Lungenfibrose von anderen Krankheitsformen vor Einleitung einer Therapie ist von entscheidender Bedeutung.

Ausgeschlossene Anwendungsgebiete sind differentialdiagnostisch in Frage kommende interstitielle Lungenerkrankungen.

Anwendungsgebiet

Für Patienten mit stark eingeschränkter Lungenfunktion (forcierte Vitalkapazität (FVC) unter 50 Prozent) liegen keine vom G-BA bewerteten Daten vor, da nur Patienten mit FVC von mindestens 50 Prozent in die vom G-BA bewerteten Studien eingeschlossen wurden. Die tatsächlichen Studienpatienten wiesen trotz eingeschränkter Diffusionskapazität hinsichtlich der FVC im Mittel noch ca. 80 Prozent des Sollwerts auf.

Die Vorgaben der Fachinformation sind zu berücksichtigen. Weitere Anwendungsgebiete oder Erweiterungen des Anwendungsgebiets sind nicht von der Praxisbesonderheit umfasst. Die Anerkennung als Praxisbesonderheit besteht, solange Boehringer Ingelheim oder etwaige Rechtsnachfolger Ofev® in Deutschland vertreiben.

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: „Praxisbesonderheit“.

2.5. Valproinsäure bei der Migräneprophylaxe im Erwachsenenalter - Teil A Ziffer V, Anlage VI der Arzneimittel-Richtlinie, Aktualisierung

Mit Wirkung zum 1. August 2020 wird in der Anlage VI (Off-Label-Use) Teil A der Arzneimittel-Richtlinie die Ziffer V „Valproinsäure bei der Migräneprophylaxe im Erwachsenenalter“ geändert. Die Änderung erfolgt vor dem Hintergrund, dass inzwischen mehrere Rote-Hand-Briefe mit verschärften Warnhinweisen zu Valproinsäure erschienen sind. Auch in der Fachinformation wurden auf Grund des teratogenen Risikos Einschränkungen und Warnhinweise aufgeführt.

Da allerdings kein pharmazeutischer Unternehmer die Haftungsübernahme in der Off-Label-Use-Indikation erklärt hat, wird die Ziffer V direkt nach der Änderung zum 1. August 2020 außer Kraft gesetzt. Die Ziffer V soll demnach erst wieder angewendet werden, wenn ein pharmazeutischer Unternehmer der Anerkennung des bestimmungsgemäßen Gebrauchs in der Off-Label-Indikation zugestimmt und der G-BA die Arzneimittel-Richtlinie durch einen entsprechenden Beschluss aktualisiert hat.

Die Verordnungsfähigkeit des Off-Label-Use im Einzelfall bleibt gemäß der entsprechenden Rechtsprechung des Bundessozialgerichts bestehen.

Den zugehörigen Beschluss sowie die vollständige Anlage VI der Arzneimittel-Richtlinie finden Sie auf der Internetseite des G-BA (www.g-ba.de) unter Richtlinien/Arzneimittel-Richtlinie/Anlage VI.

Außer Kraft gesetzt

2.6. Versorgung von Patienten mit Hämophilie-Arzneimitteln

Mit dem Gesetz für mehr Sicherheit in der Arzneimittelversorgung (GSAV) wurde die Versorgung von Patienten mit Hämophilie neu geregelt und insbesondere der Vertriebsweg für Hämophilie-Arzneimittel geändert.

Bislang konnten Gerinnungsfaktorenzubereitungen direkt über den Hersteller bezogen werden. Ab dem 1. September 2020 unterliegen Gerinnungsfaktorenzubereitungen der Apothekenpflicht und sind somit ausschließlich über Apotheken zu beziehen und über ein Muster-16-Rezept zu verordnen. Für Patienten fällt dabei die gesetzliche Zuzahlung an.

Ärztliche Einrichtungen, die auf die Behandlung von Gerinnungsstörungen bei Hämophilie spezialisiert sind (Hämophiliezentren), dürfen in ihren Räumlichkeiten einen Vorrat an Arzneimitteln zur spezifischen Therapie von Gerinnungsstörungen bei Hämophilie für den unvorhersehbaren und dringenden Bedarf (Notfallvorrat) bereithalten. Im Notfall darf ein hämostaseologisch qualifizierter Arzt aus diesem Notfallvorrat Arzneimittel an Patienten oder Einrichtungen in der Krankenversorgung (z. B. Krankenhäuser oder andere ärztliche Einrichtungen, die Patienten behandeln, wie z. B. niedergelassene Ärzte) abgeben.

Die Dokumentationspflicht wird auf alle Arzneimittel zur spezifischen Therapie von Gerinnungsstörungen bei Hämophilie erweitert und umfasst somit auch diejenigen Arzneimittel zur Behandlung der Hämophilie, die nicht aus menschlichem Blut hergestellt werden. Gemäß Transfusionsgesetz sind die Daten zur Dokumentation 30 Jahre lang aufzubewahren.

Da dem verschreibenden Arzt damit nicht mehr alle relevanten Informationen zum abgegebenen Arzneimittel (z. B. Chargenbezeichnung) für die Dokumentation und die Meldung an das Deutsche Hämophilieregister bekannt sind, wird die abgebende Apotheke dazu verpflichtet, folgende Angaben zu dem Arzneimittel zur spezifischen Therapie von Gerinnungsstörungen bei Hämophilie nach der Abgabe elektronisch oder schriftlich an den verschreibenden Arzt zu melden:

1. die Bezeichnung des Arzneimittels,
2. die Chargenbezeichnung und die Menge des Arzneimittels,
3. das Datum der Abgabe und
4. Name, Vorname, Geburtsdatum und Wohnort des Patienten.

Verpflichtende Angaben

2.7. Änderungen der Anlage V der Arzneimittel-Richtlinie - Übersicht der verordnungsfähigen Medizinprodukte

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

Übersicht

Produktbezeichnung	Medizinisch notwendige Fälle	Befristung der Verordnungsfähigkeit
BSS DIS-TRA-SOL	Zur Spülung der Vorderkammer während Kataraktoperationen und anderen intraokularen Eingriffen.	26. Mai 2024

HSO®	Zur Anwendung als Operationshilfe bei ophthalmischen Eingriffen am vorderen Augenabschnitt.	27. Januar 2021
HSO® PLUS	Zur Anwendung als Operationshilfe bei ophthalmischen Eingriffen am vorderen Augenabschnitt.	27. Januar 2021
Kinderlax® elektrolytfrei	Für Kinder im Alter von sechs Monaten bis elf Jahren zur Behandlung der Obstipation.	26. Mai 2024
Serag BSS	Zur Irrigation im Rahmen extraokulärer und intraokulärer Eingriffe.	26. Mai 2024
VISMED®	Synthetische Tränenflüssigkeit bei Auto-immun-Erkrankungen (Sjögren-Syndrom mit deutlichen Funktionsstörungen [trockenes Auge Grad 2], Epidermolysis bullosa, okuläres Pemphigoid), Fehlen oder Schädigung der Tränendrüse, Fazialisparese oder Lagophthalmus.	26. Mai 2024
VISMED® MULTI	Synthetische Tränenflüssigkeit bei Auto-immun-Erkrankungen (Sjögren-Syndrom mit deutlichen Funktionsstörungen [trockenes Auge Grad 2], Epidermolysis bullosa, okuläres Pemphigoid), Fehlen oder Schädigung der Tränendrüse, Fazialisparese oder Lagophthalmus.	26. Mai 2024

Außerdem wurde zum 7. Mai 2020 das Medizinprodukt NutriLock™ in die Anlage V der Arzneimittel-Richtlinie aufgenommen:

Aufnahme Anlage V

Produktbezeichnung	Medizinisch notwendige Fälle	Befristung der Verordnungsfähigkeit
NutriLock™	Für parenteral ernährte Patientinnen und Patienten ab dem 18. Lebensjahr als Katheter-Block-Lösung zur Instillation von venösen Gefäßkathetern zur Vorbeugung von Blutstrominfektionen. Dies gilt nicht bei Patientinnen und Patienten mit malignen Grunderkrankungen oder mit bereits vorhandenem Katheter und katheterassoziierten Blutstrominfektionen (CRBSI - catheter-related bloodstream infection) in der Vorgeschichte.	25. Oktober 2023

Die aktuelle Version der Anlage V finden Sie auf der Internetseite des G-BA unter: [www.g-ba.de/Richtlinien/Arzneimittel-Richtlinie/Anlage V](http://www.g-ba.de/Richtlinien/Arzneimittel-Richtlinie/Anlage_V): Übersicht der verordnungsfähigen Medizinprodukte.

2.8. Kontinuierliche interstitielle Glukosemessung als Leistung der Behandlungspflege im Rahmen der häuslichen Krankenpflege ab sofort verordnungsfähig

Die kontinuierliche interstitielle Glukosemessung mit Real-Time-Messgeräten (rtCGM) bei Patientinnen und Patienten mit insulinpflichtigem Diabetes kann über die neue Nummer 11a des Leistungsverzeichnisses der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie (HKP-Richtlinie) verordnet werden.

Das Leistungsverzeichnis enthält bisher die Ermittlung und Bewertung des Blutzuckergehaltes im kapillaren Blut gemäß Nummer 11 „Blutzuckermessung“. Ergänzend dazu wird mit der aktuellen Richtlinienänderung auch die Anwendung des Messverfahrens zur kontinuierlichen interstitiellen Glukosemessung in das Verzeichnis aufgenommen. Leistungsinhalte sind die Ermittlung und Bewertung des interstitiellen Glukosegehaltes, der bedarfsweise Sensorwechsel und die bedarfsweise Kalibrierung des CGM-Gerätes.

Die kontinuierliche interstitielle Glukosemessung ist nur verordnungsfähig bei Patientinnen und Patienten mit:

- einer hochgradigen Einschränkung der Sehfähigkeit
- oder einer erheblichen Einschränkung der Grob- und Feinmotorik der oberen Extremitäten
- oder einer starken Einschränkung der körperlichen Leistungsfähigkeit
- oder einer starken Einschränkung der geistigen Leistungsfähigkeit oder Realitätsverlust
- oder entwicklungsbedingt noch nicht vorhandener Fähigkeit, die Leistung(en) zu erlernen oder selbständig durchzuführen.

Die Indikation muss aus der Verordnung hervorgehen. Die Häufigkeit der Glukosemessung erfolgt nach Maßgabe des ärztlichen Behandlungsplanes in Abhängigkeit der ärztlich verordneten Medikamententherapie.

Außerdem hat der G-BA im Leistungsverzeichnis Nummer 11 „Blutzuckermessung“ eingefügt beziehungsweise klargestellt, dass sich die Regelungen auf Erst- und Neueinstellungen beziehen. Hier wurde auch die Dauer konkretisiert: bis zu dreimal täglich und bis zu vier Wochen.

Dauer und Häufigkeit seien aber lediglich Empfehlungen für den Regelfall, so der G-BA. In begründeten Fällen könne auch eine höhere Frequenz der Blutzuckermessung erfolgen - zum Beispiel bei instabiler Stoffwechsellage.

Das HKP-Leistungsverzeichnis in digitaler Form finden Sie auf der Internetseite der KBV (<https://hkp-lv.kbv.de/>). Die aktuelle HKP-RL ist auf der Internetseite des G-BA (<https://g-ba.de/informationen/richtlinien>) abrufbar.

Nur verordnungsfähig bei:

3. Allgemeine Hinweise

3.1. COVID-19-Erkrankung kann Arbeitsunfall sein

Bei einer COVID-19-Erkrankung kann es sich unter folgenden Voraussetzungen um einen Arbeitsunfall handeln:

- Vorliegen eines Gesundheitserstschadens
- und intensiver und länger andauernder Kontakt mit einer nachweislich mit dem Virus infizierten Person („Indexperson“). Dies gilt sowohl für Geschehnisse im Betrieb als auch auf den Wegen von und zur Arbeit.

Voraussetzungen

Keine Vorstellungspflicht beim Durchgangsarzt

Eine Vorstellungspflicht nach §26 Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger beim Durchgangsarzt ist vor dem Hintergrund der besonderen Sachlage bei COVID-19 Erkrankungen, der Quarantäneauflagen und der fachspezifischen Behandlung nicht erforderlich.

Anstelle der Vorstellungspflicht findet §26 Absatz 2 erster Spiegelstrich des Vertrages Anwendung. Danach ist der Patient bei Bedarf direkt an den entsprechenden Facharzt zu überweisen. Die Meldung des Arztes an den Unfallversicherungsträger erfolgt mit der ärztlichen Unfallmeldung (Formular F1050). Sollte sich bei einem Durchgangsarzt dennoch eine Person vorstellen, bei der eine Voraussetzung für einen eventuellen Arbeitsunfall besteht, so hat der Durchgangsarzt einen Durchgangsarztbericht nach F1000 zu erstellen.

Behandlung und Testung zulasten der Unfallversicherung

Sofern eine an COVID-19 erkrankte Person im Rahmen ihrer versicherten Tätigkeit intensiven und länger andauernden direkten Kontakt mit einer Indexperson hatte oder ein Ausbruchsgeschehen in einem Betrieb gegeben ist und die sonstigen Voraussetzungen eines Arbeitsunfalls (§8 SGB VI) vorliegen, ist die Behandlung und auch die Testung der erkrankten Person zulasten des zuständigen Unfallversicherungsträgers durchzuführen.

Weitergehende Informationen der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV)

Informationen in Zusammenhang mit COVID-19-Erkrankungen verursacht durch das Coronavirus SARS-CoV-2 finden Sie auf der DGUV-Internetseite (www.dguv.de/landesverbaende/de/medien/faq/aktuelles_corona_dav/index.jsp).

Informationen zum Thema Unfallversicherung und Coronavirus sowie den Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger finden Sie auf der Internetseite der KBV (www.kbv.de/html/unfallversicherung.php).

3.2. Neuer Vordruck zur Veranlassung von SARS-CoV-2-Testungen (Muster 10C)

Zur Veranlassung der SARS-CoV-2-Testungen mittels Nukleinsäurenachweis soll zukünftig das Muster 10C verwendet werden. Das Muster besteht aus zwei Teilen, die durch eine Perforation voneinander getrennt werden können: Der obere Teil dient der Veranlassung der SARS-CoV-2-Testung im Labor; er wird vom veranlassenden Arzt ausgefüllt. Den unteren Teil erhält die Person, die getestet wird. Er enthält Datenschutzhinweise und den QR-Code.

Auf dem Formular ist zudem die Telefonnummer des Getesteten anzugeben, um ihn bei Virusnachweis umgehend informieren und die erforderlichen Maßnahmen des Infektionsschutzes durch den ÖGD einleiten zu können.

Eindeutige Kennung auf Muster 10C

Der Vordruck enthält als eindeutige Kennung eine GUID (Globally Unique Identifier), die es erlaubt, das Testergebnis anonym an den Corona-Warn-App-Server zu übermitteln. Mit dem QR-Code kann der Getestete sein Testergebnis dann über die Corona-Warn-App einsehen und entscheiden, sein Ergebnis anonym über die Corona-Warn-App mit anderen Nutzern zu teilen. Dazu muss er vorab seine Einwilligung erteilen, was der Arzt auf dem Formular vermerkt. Ohne Zustimmung zur Datenübermittlung kann er sein Testergebnis nicht über die App einsehen, sondern nur beim Arzt oder der Stelle erfragen, die den Abstrich entnommen hat.

Die Muster 10C darf aufgrund der individuellen GUID im QR-Code nicht kopiert werden.

Verwendung des Musters 10C

Zur Veranlassung von Testungen soll künftig nur noch das Formular 10C verwendet werden. Das gilt für alle Tests, die über den EBM abrechnet und vergütet werden:

- kurative Tests bei COVID-19-Symptomatik (GOP 32816)
- Tests nach Meldung der Corona-Warn-App (GOP 32811)

Bezug des Musters 10C

Das Muster 10C kann mit dem regulären Bestellschein für Vordrucke beim Paul-Albrechts-Verlag bestellt werden.

Das Muster 10C wird auch in der Praxissoftware hinterlegt und als Blankoformular definiert sein, so dass es im PVS ausgefüllt werden kann.

Bitte beachten Sie

Aus der für Ende Juli geplanten Erstauflage ist eine vollständige Ausstattung aller Arztpraxen nicht umsetzbar. Daher werden vorrangig Haus- und Kinderärzte aus der Erstauflage bedient. Eine Verteilung an die übrigen Fachgruppen erfolgt im weiteren Verlauf.

Bis zur Bereitstellung des neuen Musters 10C und der Updates für das PVS ist weiterhin der Vordruck 10 zu verwenden.

Muster OEGD für die Testungen gemäß der Rechtsverordnung zur SARS-CoV-2-Testung (RVO) für den öffentlichen Gesundheitsdienst

Der Öffentliche Gesundheitsdienst oder die von ihm beauftragten oder „beliehenen“ Dritten verwenden zur Veranlassung von PCR-Tests ausschließlich das OEGD-Muster:

- Sämtliche Testungen von asymptomatischen Personen nach RVO, die vom ÖGD oder durch von ihm beauftragte Dritte veranlasst werden
- Testungen nach Meldung durch die Corona-Warn-App, die vom ÖGD oder durch von ihm beauftragte Dritte veranlasst werden

OEGD-Muster

3.3. Weitere Informationen zu den neuen DMP Verträgen Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2 ab 1. Juli 2020 verfügbar

Aufgrund von Rückfragen bezüglich der Umsetzung der neuen DMP Verträge haben wir weitere Informationen für Sie bereitgestellt.

Auf unserer Internetseite unter <https://www.kvn.de/Mitglieder/Qualität/DMP.html>. in der Rubrik „DMP-Merkblätter Allgemeine Informationen“ finden Sie:

- ein Merkblatt mit den wichtigsten Änderungen,
- einen FAQ-Katalog,
- ein Entscheidungsschema zur Abrechnung von DMP/DSP-Leistungen ab 1. Juli 2020,
- Abrechnungsmöglichkeiten nach dem DMP-Vertrag Diabetes mellitus Typ 1,
- Abrechnungsmöglichkeiten nach dem DMP-Vertrag Diabetes mellitus Typ 2,
- Abrechnungsmöglichkeiten nach dem DSP-Strukturvertrag-Primärkassen (bis 30. September 2020),
- Abrechnungsmöglichkeiten nach den DSP-Verträgen mit DAK, KKH und hkk.

3.4. Start der Dokumentation im Rahmen der organisierten Krebsfrüherkennungsprogramme Darmkrebs und Zervixkarzinom ab dem 1. Oktober 2020

Laut der Richtlinie für organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme (oKFE-RL) müssten zur vollständigen Leistungserbringung eigentlich bereits seit dem 1. Januar 2020 die durchgeführten Untersuchungen von den Ärzten dokumentiert und über die KVen (als Datenannahmestellen für die Vertragsärzte) und die Vertrauensstelle an die Auswertungsstelle übermittelt werden. Da zum 1. Januar keine ausreichend geprüfte Software für die Praxen zur Verfügung stand, hatte der G-BA die vorübergehende Aussetzung der Dokumentationsverpflichtung beschlossen (G-BA-Beschluss vom 5. Dezember 2019). Über diese Aussetzung haben wir Sie mit Rundschreiben Nr. 153 / 2019 im Dezember 2019 informiert.

Zwischenzeitlich hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) mit Beschluss vom 18. Juni 2020 den Start der Dokumentation für die organisierten Früherkennungsprogramme Gebärmutterhalskrebs und Darmkrebs zum 1. Oktober 2020 beschlossen. Der Beschluss wurde seitens des Bundesministeriums für Gesundheit nicht beanstandet und im Bundesanzeiger BAnz AT 21.07.2020 B2 am 21. Juli 2020 veröffentlicht.

Demzufolge besteht für alle Ärzte mit der entsprechenden Genehmigung (präventive Koloskopie / Abklärungskolposkopie / präventive HPV-Diagnostik / Zervix-Zytologie) ab dem 1. Oktober 2020 die Verpflichtung an der elektronischen Dokumentation gemäß der oKFE-RL teilzunehmen. Sie haben im KVN-Portal der Kassenärztlichen Vereinigung die Möglichkeit, die entsprechenden Daten direkt aus Ihrer Praxisverwaltungssoftware hochzuladen oder die jeweiligen Dokumentationen dort direkt zu erfassen. Die entsprechende Anwendung finden Sie unter „Online-Dienste/Anwendungen“.

Die Dokumentation soll dazu dienen, die organisierten Krebsfrüherkennungsprogramme, die entsprechend den Beschlüssen des G-BA angeboten werden, zu evaluieren. Die Evaluation ist gesetzlich vorgegeben (§25a SGB V); mit ihr soll die Qualität der Programme systematisch erfasst und weiterentwickelt werden. Wir hatten Sie über die Beschlüsse des G-BA zur inhaltlichen Neugestaltung der organisierten Früherkennungsprogramme bereits informiert.

Der Beschluss ist auf der Internet-Seite des G-BA veröffentlicht. Den Beschluss über den Start der elektronischen Dokumentation finden Sie unter <https://www.g-ba.de/beschluesse/4331/>. Über die weiteren Entwicklungen werden wir Sie zeitnah informieren.

Verpflichtung zur elektronischen Dokumentation

3.5. Impfung aller Schwangeren gegen Pertussis möglich

Schwangere haben unabhängig vom Abstand zu einer vorher verabreichten Pertussis-Impfung und in jeder Schwangerschaft Anspruch auf eine Impfung. Der G-BA hat die Schutzimpfungs-Richtlinie entsprechend angepasst. Die Änderung ist am 10. Juli 2020 in Kraft getreten.

Die STIKO empfiehlt die Impfung gegen Pertussis für schwangere Frauen zu Beginn des letzten Schwangerschaftsdrittels. Besteht eine erhöhte Wahrscheinlichkeit für eine Frühgeburt, sollte die Impfung ins zweite Schwangerschaftsdrittel vorgezogen werden.

Wird die Impfung in der Schwangerschaft versäumt, soll die Mutter bevorzugt in den ersten Tagen nach der Geburt geimpft werden, sofern ihre letzte Impfung gegen Pertussis zehn oder mehr Jahre zurückliegt.

3.6. Anpassung der Vordruckmuster 10 und 10A zum 1. Oktober 2020

Zum 1. Oktober 2020 werden die Laborformulare 10 und 10A angepasst. Die wichtigsten Änderungen möchten wir Ihnen näher vorstellen.

Vordruckmuster 10A

- Auf dem „Anforderungsschein für Laboratoriumsuntersuchungen bei Laborgemeinschaften“ (Muster 10A) wurde eine Rubrik „Gesundheitsuntersuchungen“ mit Ankreuzfeldern für den Harnstriefentest (GOP 32880 EBM), die Nüchternplasmaglukose (GOP 32881 EBM) und das Lipidprofil (GOP 32882 EBM) aufgenommen.
- Anstelle des Feldes „Diagnosen“ wird ein Freitextfeld für „Zusätzliche Angaben zu Untersuchungen“ geschaffen. Es ist vorgesehen zur Angabe von weiteren Untersuchungen (z. B. Urinsammelzeit und -sammelmenge bei Kreatinin-Clearance) oder den Patienten betreffenden Informationen (z. B. Hinweise auf bestimmte Medikamente, die Einfluss auf Untersuchungsergebnisse haben können).
- Die Auswahl der Untersuchungen wurde an den Stand der Wissenschaft und an die vertragsärztlichen Erfordernisse angepasst. Bei der Reihenfolge der Untersuchungen, ist der Bereich „Gesundheitsuntersuchungen“ im linken Bereich zu finden, der Bereich „Citrat-Blut“ wurde in den rechten Bereich verschoben.
- Zur Sicherstellung einer möglichst reibungslosen Umstellung vom aktuell gültigen zum neuen Muster 10A wurden die Anforderungs-IDs für die Untersuchungen jeweils beibehalten und auf eine Chronologie verzichtet.

Weitere Änderungen an den Formularen 10 und 10A

- Das Feld „ggf. Kennziffer“ wird zum 1. Oktober ersetzt durch das Feld „Knappschaftskennziffer“. Die Angabe von Kennnummern ist mit Inkrafttreten der Laborreform zum 1. April 2018 auf den Mustern 10 und 10A nicht mehr erforderlich.
- Es wurde das Feld „SSW“ zur Angabe der Schwangerschaftswoche eingeführt.

Ab dem 1. Oktober 2020 sind ausschließlich die neuen Muster 10 und 10A zu verwenden, alte Formulare dürfen nicht weiterverwendet werden. Bitte denken Sie daher daran die neuen Vordrucke frühzeitig zu bestellen.

Bestellungen für die neuen Vordrucke können Sie ab dem 17. August 2020 beim Paul Albrechts Verlag (PAV) aufgeben. Ab dem 14. September 2020 versendet der PAV generell die neuen Vordrucke. Sollten Sie für die Zeit bis zum 30. September 2020 noch alte Vordrucke benötigen, vermerken Sie dies bitte unbedingt auf der Bestellung. Die Stückzahl sollte entsprechend kalkuliert werden, da alte Muster ab dem 1. Oktober 2020 nicht mehr verwendet werden dürfen und vernichtet werden müssen.

Ab 17. August

3.7. Anpassung des Vordruckmusters 12 (Verordnung häuslicher Krankenpflege) zum 1. Oktober 2020

Zum 1. Oktober 2020 wird der Vordruck zur Verordnung häuslicher Krankenpflege um die Regelungen zur Versorgung chronischer Wunden ergänzt. Die vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) im August

2019 beschlossenen Anpassungen der Richtlinie über die Verordnung häuslicher Krankenpflege (HKP-Richtlinie) werden nun im Vordruckmuster 12 nachvollzogen. Wir möchten Ihnen die Neuerungen kurz vorstellen.

Neues Feld für die Angabe der Wundart

Neu ist, dass neben der Lokalisation, der aktuellen Größe (Länge, Breite, Tiefe) sowie dem aktuellen Grad (bei einem Dekubitus) nun auch die Wundart aus der Verordnung hervorgehen muss. Es ist demnach anzugeben, ob es sich beispielsweise um eine Schnitt-, Stich-, Biss- oder Schusswunde beziehungsweise ein venöses oder arterielles Ulcus cruris handelt.

Neue Felder für die Unterscheidung in akute und chronische Wundversorgung

Die Differenzierung zwischen akuten sowie chronischen und schwer heilenden Wunden ist erforderlich, um den unterschiedlichen Anforderungen an die Wundversorgung gerecht zu werden. Auf der Verordnung ist dies entsprechend anzukreuzen.

- Eine akute Wunde tritt nach Verletzung der Hautoberfläche unterschiedlicher Tiefenausprägung auf und heilt voraussichtlich innerhalb von maximal zwölf Wochen komplikationslos ab.
- Unter chronischer und schwer heilender Wunde wird eine Wunde verstanden, die voraussichtlich nicht komplikationslos innerhalb von maximal zwölf Wochen unter fachgerechter Therapie abheilt, beispielsweise ein Diabetisches Fußsyndrom, ein Dekubitus oder ein Ulcus Cruris.

Wundversorgung

Neues Feld für die neue Leistung „Positionswechsel zur Dekubitusbehandlung“

Liegt ein Dekubitus (ab Grad 1) vor, ist eine fachgerechte Lagerung erforderlich. In diesem Fall kann die Leistung „Positionswechsel zur Dekubitusbehandlung“ verordnet werden, sofern keine im Haushalt lebende Person diese übernehmen beziehungsweise durch die Verordnung der Leistung „Anleitung zur Behandlungspflege“ befähigt werden kann.

Vor der Verordnung ist außerdem zu prüfen, ob die Lagerung durch Hilfsmittel unterstützt werden kann. Die bereits vorhandene technische Ausstattung oder vorhandene Hilfsmittel zur Druckentlastung sind - soweit bekannt - auf der Verordnung zu nennen.

Ab 1. Oktober 2020 ist ausschließlich das neue Muster 12 zu verwenden, alte Formulare dürfen nicht weiterverwendet werden. Bitte denken Sie daher daran die neuen Vordrucke frühzeitig zu bestellen.

Bestellungen für die neuen Vordrucke können Sie ab dem 17. August 2020 beim Paul Albrechts Verlag (PAV) aufgeben. Ab dem 14. September 2020 versendet der PAV generell die neuen Vordrucke. Sollten Sie für die Zeit bis zum 30. September 2020 noch alte Vordrucke benötigen, vermerken Sie dies bitte unbedingt auf der Bestellung. Die Stückzahl sollte entsprechend kalkuliert werden, da alte Muster ab dem 1. Oktober 2020 nicht mehr verwendet werden dürfen und vernichtet werden müssen.

3.8. DAK-Gesundheit: Besondere Versorgung „Willkommen Baby!“: Teilnahmeformulare im Downloadbereich

Bitte händigen Sie interessierten Patientinnen gültige Teilnahmeunterlagen aus. Diese sind jederzeit abrufbar im Downloadbereich des KVN-Portals (Rubrik „Verträge“, Suchbegriff „Willkommen Baby“). Aktuell fahndet die Kasse nach ausstehenden Erklärungen. Eine fehlerhafte Adress-/Faxangabe eines veralteten Formularbestands gilt als ursächlich.

4. Die Veranstaltungen der KVN

Aufgrund der aktuellen Corona-Situation hat sich die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen dazu entschlossen, dass weiterhin bis einschließlich 30. September 2020 keine Präsenzveranstaltungen stattfinden werden. Wir prüfen derzeit die Möglichkeit für Webinare. Über das weitere Vorgehen werden wir Sie selbstverständlich zeitnah informieren.

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

www.kvn.de/Mitglieder/Fortbildung

5. Anlagenverzeichnis

5.1. Sammelerklärung

5.2. Aufstellung Postbeamte

11. Zusätzlich erforderliche Angaben für einen finanziellen Ausgleich aufgrund der COVID-19-Pandemie

Die folgenden Angaben sind für die Prüfung, ob ein Anspruch auf Ausgleichszahlungen gem. Nr. 18 Teil B HVM besteht, erforderlich:

- Ich/Wir bestätige(n), dass ich/wir meinem/unserem Versorgungsauftrag in diesem Quartal nachgekommen bin/sind, soweit es mir/uns aufgrund der durch die Covid-19-Pandemie verursachten Umstände möglich war.
- Ich/Wir bestätige(n), dass der dieses Quartal aufgetretene Fallzahlrückgang aufgrund einer geringeren Patienteneinanspruchnahme Folge der Covid-19-Pandemie und nicht in meiner Person liegend begründet ist (z. B. zusätzlicher Urlaub, Krankheit). Ich/wir bestätigen ferner, dass keine nicht pandemiebedingte von mir/uns veranlasste Reduzierung der Praxiszeiten oder vorübergehende Praxisschließung stattgefunden hat.
- Ich/Wir habe(n) Entschädigungen nach dem Infektionsschutzgesetz oder finanzielle Hilfen aufgrund anderer Anspruchsgrundlagen (wie z.B. Soforthilfe bei der N-Bank, Kurzarbeitergeld, etc.) im Zusammenhang mit der Covid-19 Pandemie beantragt.

Ich/Wir haben folgende diesbezügliche Anträge gestellt:

Art des beantragten finanziellen Ausgleichs	Antrag bereits beschieden?	Finanzieller Ausgleich bewilligt?

Ich/Wir verpflichte(n) mich/uns, die KVN zeitnah über den Ausgang des/der Antragsverfahren(s) zu unterrichten.

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) TTMMJJJJ

(Unterschrift⁵ und Vertragsarztstempel²)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--

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.

Aufstellung der abrechnungsfähigen Leistungen für Mitglieder der Gruppe A der Postbeamtenkrankenkasse (VKNR 61850) ab 1. Juli 2020

Schulungen	GOP	Vergütung
Diabetes Typ 1		
Basis-/Managementpauschale für Diabetologische Schwerpunktpraxen (DSP) , je Behandlungsfall	99100	49,00 €
Basis-/Managementpauschale für Diabetologische Schwerpunktpraxen (DSP) bei Überweisung an DSP mit Diabetischer Fußambulanz (DFA), je Behandlungsfall	99100H	24,50 €
Basis-/Managementpauschale für Diabetologische Schwerpunktpraxen (DSP) mit Diabetischer Fußambulanz (DFA), je Behandlungsfall	99101	55,00 €
Basis-/Managementpauschale für Diabetologische Schwerpunktpraxen (DSP) bei Überweisung durch eine DSP ohne Diabetischer Fußambulanz (DFA) je Behandlungsfall	99101H	27,50 €
Erstversorgung eines diabetologischen Fußsyndroms, je Behandlungsfall	99102	20,00 €
Zuschlag zur GOP 02311 EBM für die laufende Wundversorgung in der Praxis, je Wundversorgung	99103	9,00 €
Wundkontrolle/-versorgung durch qualifiziertes Personal im häuslichen Bereich, maximal 3x je Behandlungsfall	99104	20,00 €
Behandlungs- und Schulungsprogramm für intensivierete Insulintherapie (ZI)	99110	26,00 €
Zuschlag zur GOP 99110 - Schulungsabschluss zur 12. Doppelstunde	99110Z	32,00 €
LINDA – Schulungs- und Behandlungsprogramm	99123	32,50 €
Zuschlag zur GOP 99123 - Schulungsabschluss zur 6. Unterrichtseinheit	99123Z	19,50 €
PRIMAS Schulungs- und Behandlungsprogramm	99125	26,00 €
Zuschlag zur GOP 99125 - Schulungsabschluss zur 12. Doppelstunde	99125Z	32,00 €
Das strukturierte Hypertonie- Behandlungs- und Schulungsprogramm (HBSP) Typ-1-Diabetiker mit erhöhten Blutdruckwerten	99514	25,00 €
Strukturiertes Hypertonie Therapie- und Schulungsprogramm (ZI) Typ-1-Diabetiker mit essentieller arterieller Hypertonie	99515	25,00 €
Individualisierte Intervention (Einzelschulungsmaßnahme) von schwangeren Typ-1-Diabetikerinnen	99116	45,00 €
Individualisierte Intervention (Einzelschulungsmaßnahme) von Kindern und Jugendlichen mit Typ-1-Diabetes	99117	45,00 €
Individualisierte Intervention (Einzelschulungsmaßnahme) für insulinpflichtige Typ-1-Diabetiker	99118	45,00 €
Insulinpumpeneinweisung	99127	125,00 €
HyPOS-Schulungsprogramm	99128	40,00 €
Diabetesbuch für Kinder (Schulungsprogramm)	99576	45,00 €
Jugendliche mit Diabetes (Einzelschulung)	99577	45,00 €
Jugendliche mit Diabetes (Schulungsprogramm)	99577G	26,00 €
Zuschlag zur GOP 99577G - Schulungsabschluss zur 16. Doppelstunde	99577Z	40,00 €
Schulungsmaterial für Kinder	99578	19,90 €
Schulungsmaterial für Jugendliche	99579	100,00 €
Schulungsmaterial inkl. Diabetes-Pass	99580	9,50 €
Nachschulung 45 Minuten	99581	12,50 €
Nachschulung 90 Minuten	99582	25,00 €

Aufstellung der Diabetes-Schulungen für Mitglieder der Gruppe A der Postbeamtenkrankenkasse (VKNR 61850) ab 1. Juli 2020

Schulungen	GOP	Vergütung
Diabetes Typ 2		
Basis-/Managementpauschale für Diabetologische Schwerpunktpraxen (DSP) , je Behandlungsfall	99100	49,00 €
Basis-/Managementpauschale für Diabetologische Schwerpunktpraxen (DSP) bei Überweisung an DSP mit Diabetischer Fußambulanz (DFA), je Behandlungsfall	99100H	24,50 €
Basis-/Managementpauschale für Diabetologische Schwerpunktpraxen (DSP) mit Diabetischer Fußambulanz (DFA), je Behandlungsfall	99101	55,00 €
Basis-/Managementpauschale für Diabetologische Schwerpunktpraxen (DSP) bei Überweisung durch eine DSP ohne Diabetischer Fußambulanz (DFA) je Behandlungsfall	99101H	27,50 €
Erstversorgung eines diabetologischen Fußsyndroms, je Behandlungsfall	99102	20,00 €
Zuschlag zur GOP 02311 EBM für die laufende Wundversorgung in der Praxis, je Wundversorgung	99103	9,00 €
Wundkontrolle/-versorgung durch qualifiziertes Personal im häuslichen Bereich, maximal 3x je Behandlungsfall	99104	20,00 €
Schulungsprogramm für Typ-2-Diabetiker, die nicht Insulin spritzen	99510	13,50 €
Zuschlag zur GOP 99510 - Schulungsabschluss zur 4. Unterrichtseinheit	99510Z	6,00 €
Das strukturierte Hypertonie-Behandlungs- und Schulungsprogramm (HBSP)	99514	25,00 €
Strukturiertes Hypertonie Therapie- und Schulungsprogramm	99515	25,00 €
Schulungsmaterial inkl. Diabetes-Pass	99519	9,50 €
Nachschulung 45 Minuten	99516	12,50 €
Nachschulung 90 Minuten	99517	25,00 €
Behandlungs- und Schulungsprogramm für intensivierete Insulintherapie (ZI)	99110	26,00 €
Zuschlag zur GOP 99110 - Schulungsabschluss zur 12. Doppelstunde	99110Z	32,00 €
Schulungsprogramm für Typ-2-Diabetiker, die Insulin spritzen	99112	26,00 €
Zuschlag zur GOP 99112 - Schulungsabschluss zur 5. Unterrichtseinheit	99112Z	13,00 €
Schulungsprogramm für Typ 2 Diabetiker, die Normalinsulin spritzen	99113	26,00 €
Zuschlag zur GOP 99113 - Schulungsabschluss zur 5. Unterrichtseinheit	99113Z	13,00 €
Diabetes & Verhalten –Schulungsprogramm für Menschen mit Typ 2 Diabetes, die Insulin spritzen	99524	66,00 €
Zuschlag zur GOP 99124 - Schulungsabschluss zur 5. Doppelstunde	99524Z	33,00 €
Individualisierte Intervention (Einzelschulungsmaßnahme) von schwangeren Typ-1-Diabetikerinnen	99116	45,00 €
Individualisierte Intervention (Einzelschulungsmaßnahme) von Kindern und Jugendlichen mit Typ-1-Diabetes	99117	45,00 €
Individualisierte Intervention (Einzelschulungsmaßnahme) für insulinpflichtige Typ-1-Diabetiker	99118	45,00 €
LINDA – Schulungs- und Behandlungsprogramm	99123	32,50 €

Aufstellung der Diabetes-Schulungen für Mitglieder der Gruppe A der Postbeamtenkrankenkasse (VKNR 61850) ab 1. Juli 2020

Schulungen	GOP	Vergütung
Diabetes Typ 2		
Zuschlag zur GOP 99123 - Schulungsabschluss zur 6. Unterrichtseinheit	99123Z	19,50 €
Strukturiertes Geriatrisches Schulungsprogramm (ohne Insulin)	99126	15,00€
Zuschlag zur GOP 99126 - Schulungsabschluss zur 6. Doppelstunde	99126Z	9,00 €
Strukturiertes Geriatrisches Schulungsprogramm (mit Insulin)	99129	15,00 €
Zuschlag zur GOP 99129 - Schulungsabschluss zur 7. Doppelstunde	99129Z	10,50 €
Schulungsprogramm Geriatrisches Schulungsprogramm	99126A	9,00 €
Insulinpumpeneinweisung	99127	125,00 €
HyPOS-Schulungsprogramm	99128	40,00 €
Medias 2 Basis-Schulungsprogramm	99111	26,00 €
Zuschlag zur GOP 99111 - Schulungsabschluss zur 12. Doppelstunde	99111Z	32,00 €
Medias 2 BSC-Schulungsprogramm	99134	26,00 €
Zuschlag zur GOP 99134 - Schulungsabschluss zur 6. Doppelstunde	99134Z	15,60 €



KVN

Kassenärztliche Vereinigung
Niedersachsen

Informationen für die Praxis

KVN-Rundschreiben

Juli 2020

Inhaltsverzeichnis

1. Abrechnung	3
1.1. Bewertungsausschuss fasst Beschluss zur Verlängerung der Videosprechstunde sowie zur psychotherapeutischen Akutbehandlung und der Systemischen Therapie bei Erwachsenen.....	3
1.2. Neue Verträge zum DMP Diabetes mellitus Typ 1 und 2 ab 1. Juli 2020	5
1.3. Neue Zuschläge für die Kosten der Programmier- und Auslesegeräte kardialer Implantate	6
1.4. Terminservicestelle (TSS) - Telefonische Erreichbarkeit	6
1.5. Neugestaltung der Vergütung ärztlicher Kommunikation für ermächtigte Ärzte.....	7
2. Verordnungen	7
2.1. Intravenöse Immunglobuline (IVIG) bei Polymyositis und bei Dermatomyositis - Anlage VI der Arzneimittel- Richtlinie, Aktualisierung	7
2.2. Ajoyv® (Fremanezumab) in Teilindikation als Praxisbesonderheit anerkannt.....	8
2.3. Elektronische Arzneimittelinformationen in der Verordnungssoftware	9
2.4. Tamsulosin bei Urolithiasis - Änderung der Anlage VI (Off-Label-Use) der Arzneimittel-Richtlinie, Zustimmung eines pharmazeutischen Unternehmers (Aristo Pharma GmbH).....	9
2.5. Änderung der Anlage IV (Therapiehinweise) der Arzneimittel-Richtlinie: Therapiehinweis zu Alemtuzumab.....	10
2.6. Nagelkorrekturspange - Anlegen/Versetzen ist vertragsärztliche Leistung	10
2.7. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) passt befristete Corona Sonderregelungen im Bereich der veranlassten Leistungen zum 1. Juli erneut an	11

3.	Allgemeine Hinweise	12
3.1.	Corona - selbst beschaffte persönliche Schutzausrüstung (PSA)	12
3.2.	Sonderregelungen im Rahmen der DMP/DSP Verträge während der Corona-Pandemie zum 1. Juli 2020 angepasst.....	12
3.3.	Bewertungsausschuss bzw. Erweiterter Bewertungsausschuss beschließt neue Leistungen im EBM zur Corona-Warn-App und Absenkung der Vergütung des PCR-Tests auf SARS-COV-2	13
3.4.	Rückwirkende EBM-Änderung zum 1. April 2020 zur Nebeneinanderberechnung der Gebührenordnungsposition zum Schwangerschaftsabbruch	15
3.5.	Barmer-Biolike zur Optimierung der medikamentösen Versorgung endet am 30. September 2020.....	15
3.6.	Mutterpass aktualisiert	16
3.7.	Neue Kostenpauschalen im EBM für die endoskopischen Zusatzinstrumente.....	16
3.8.	AOKTrio - Das Transitionsprogramm für mehr Gesundheitskompetenz von Teenagern - Keine neuen Teilnahmen ab Juli 2020 möglich	18
3.9.	Übergangsregelungen zur Videosprechstunde in der Unfallversicherung bis zum 30. September 2020 verlängert, Abweichung von Formfristen läuft am 30. Juni 2020 aus.....	18
3.10.	Hausarztzentrierte Versorgung (HzV) mit BARMER, DAK, KKH und hkk: Beide Betreuungspauschalen manuell setzen.....	19
3.11.	Hausarztzentrierte Versorgung (HzV) AOK Niedersachsen: Zusatzversorgung Corona.....	19
4.	Die Veranstaltungen der KVN	19
5.	Anlagenverzeichnis	20
5.1.	Merkblatt DMP	20

1. Abrechnung

1.1. Bewertungsausschuss fasst Beschluss zur Verlängerung der Videosprechstunde sowie zur psychotherapeutischen Akutbehandlung und der Systemischen Therapie bei Erwachsenen

Der Bewertungsausschuss hat in seinen Sitzungen im Monat Juni noch einige Beschlüsse gefasst, die wir Ihnen nachfolgend kurz vorstellen möchten:

Sonderregelungen zur Videosprechstunde gelten weiterhin bis zum 30. September 2020:

- 20-Prozent-Obergrenzen bleiben ausgesetzt: betrifft behandlungsfall- und leistungsbezogene Begrenzungen bei der Durchführung der Videosprechstunde durch Ärzte und Psychotherapeuten
- Psychotherapeutische Sprechstunden, probatorische Sitzungen sowie probatorische Sitzungen in der Neuropsychologie per Video in Ausnahmefällen möglich: Ausnahmefälle sind zum Beispiel, wenn ein Aufsuchen der Praxis dem Patienten nicht zumutbar ist
- Gruppentherapie kann unbürokratisch in Einzeltherapie umgewandelt werden: für je eine bewilligte Gruppensitzung (100 Min.) darf je eine Einzelsitzung durchgeführt werden (50 Min.), formlose Anzeige bei der Krankenkasse ist ausreichend
- Sozialpsychiatrie: Videogestützte Maßnahmen einer funktionellen Entwicklungstherapie dürfen durch qualifizierte Mitarbeiter durchgeführt werden

Nicht über den 30. Juni 2020 hinaus verlängert werden:

- Vergütungsregelung für mehr Telefonkonsultationen nach den GOP 01433 und 01434
- Regelung zur Erstattung von Portokosten für Folgeverordnungen und Überweisungen

Videosprechstunde

Die Sonderregelungen zur Videosprechstunde während der Coronavirus-Krise, die bis zum 30. Juni befristet waren, werden um ein Quartal bis zum 30. September verlängert. Ärzte und Psychotherapeuten können somit auch im dritten Quartal unbegrenzt Videosprechstunden anbieten. Fallzahl und Leistungsmenge sind nicht limitiert.

Das therapeutische Gespräch bei der Behandlung Opioidabhängiger ist weiterhin achtmal im Behandlungsfall möglich und kann auch im Rahmen einer Videosprechstunde durchgeführt werden. Nicht mehr berechnungsfähig ist dagegen die GOP 01952 „Zuschlag Therapiegespräch“ bei telefonischem Arzt-Patienten-Kontakt ab dem 1. Juli 2020.

Sonderregelungen bis
30. September 2020

Nicht verlängert wur-
den:

Der Bewertungsausschuss wird bis spätestens zum 15. September 2020 prüfen, ob eine weitere Verlängerung bzw. Anpassung der Regelungen erforderlich ist.

Regelungen für Telefonkonsultationen und Portokosten enden am 30. Juni 2020

Die Regelungen für Telefonkonsultationen werden nicht verlängert. Ein Grund für die Entscheidung des Bewertungsausschusses sind die sinkenden Infektionszahlen in Deutschland und die damit einhergehenden Lockerungsmaßnahmen. Sie ermöglichen es, dass die Patienten unter Einhaltung der Hygienemaßnahme wieder in die Praxis kommen können und dringende Behandlungen, Kontrollen oder Früherkennungsuntersuchungen nicht länger aufschieben. Mit dem Auslaufen dieser Sonderregelungen wird die Rückkehr zum Regelbetrieb gefördert. Denn der direkte Kontakt mit Patienten und Arzt/Psychotherapeut ist durch ein Telefongespräch nicht ersetzbar. Eine telefonische Beratung ist selbstverständlich möglich und wird über die Grund- bzw. Versichertenpauschalen vergütet bzw. ist bei keinem persönlichen Arzt-/Psychotherapeutenkontakt nach der GOP 01435 berechnungsfähig.

Rückkehr zum Regelbetrieb

Die Möglichkeit, für die Versendung von Verordnungen und Überweisungen die GOP 40122 abzurechnen, endet ebenfalls zum 30. Juni 2020.

Psychotherapeutische Akutbehandlung

Ab dem 1. Juli 2020 stehen für die psychotherapeutische Akutbehandlung von Kindern- und Jugendlichen sowie von Menschen mit geistiger Behinderung für die Einbeziehung der Bezugsperson bis zu sechs zusätzliche Einheiten á 25 Minuten je Krankheitsfalls zur Verfügung. Damit ist die Akutbehandlung für diese Personengruppen bis zu 30 Mal statt - wie bisher - 24 Mal im Behandlungsfall berechnungsfähig.

Systemische Therapie bei Erwachsenen

Ab dem 1. Juli 2020 ist die Systemische Therapie als neues Psychotherapieverfahren im EBM abgebildet. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat die Systemische Therapie für Erwachsene als neues Psychotherapieverfahren in die Richtlinie über die Durchführung der Psychotherapie aufgenommen. Als spezifische Anwendungsform der systemischen Therapie wurde das Mehrpersonensetting neu in die Psychotherapie-Richtlinie aufgenommen. Folgende Leistungen wurden neu in das Kapitel 35 aufgenommen:

Neu in Kapitel 35

Systemische Therapie als Einzelbehandlung im Abschnitt 35.2.1

- GOP 35431: Kurzzeittherapie 1
- GOP 35432: Kurzzeittherapie 2
- GOP 35435: Langzeittherapie

Systemische Therapie als Gruppenbehandlung im Abschnitt 35.2.2

- GOP 35703 bis 35709: Komplex für Gruppentherapien (Kurzzeittherapie 1 oder 2)
- GOP 35713 bis 35719: Komplex für Gruppentherapien (Langzeittherapie)

Im Zusammenhang mit der Abbildung des Mehrpersonensettings im EBM sind Anmerkungen zu den GOP 35150 und 35152 im Abschnitt 35.1 aufgenommen worden. Probatorische Sitzungen und die Akutbehandlung sind auch bei Durchführung der Leistungen im Mehrpersonensetting berechnungsfähig. Bei der Akutbehandlung beträgt die Mindestdauer in diesem Fall 50 Minuten (vgl. §13 Abs. 2 Psychotherapie-Richtlinien).

Ebenso gilt für die neuen GOP der Gruppenbehandlung die Abschlagsregelung bei der Berechnung einer hälftigen Sitzung einer Gruppenbehandlung auch in der Systemischen Therapie.

Darüber hinaus sind die neuen GOP für die Systemische Therapie und Kurzzeittherapie in die Leistungslegenden der Zuschläge für die Kurzzeittherapie in Abschnitt 35.2.3.2 aufgenommen worden. Damit sind die Zuschläge auch für die ersten zehn Sitzungen einer Kurzzeittherapie im Rahmen der Systemischen Therapie berechnungsfähig.

Die kompletten Beschlüsse werden auf der Internetseite der Instituts des Bewertungsausschusses unter <http://institut-ba.de/ba/beschluesse.html> veröffentlicht.

1.2. Neue Verträge zum DMP Diabetes mellitus Typ 1 und 2 ab 1. Juli 2020

Mit den gesetzlichen Krankenkassen in Niedersachsen wurden mit Wirkung zum 1. Juli 2020 die DMP-Verträge Diabetes mellitus Typ 1 und 2 neu verhandelt. Neben der Anpassung an die aktuelle DMP-Anforderungen-Richtlinie erfolgten die Neuabschlüsse aufgrund der Überführung der DSP-Vereinbarungen in die beiden DMP-Verträge.

Aufgrund des Wegfalls der Rechtsgrundlage für die DSP-Vereinbarungen konnte mit den Krankenkassen die Überführung der Inhalte der DSP Vereinbarungen in die DMP-Verträge vereinbart werden. Damit konnten die Strukturen der Diabetologischen Schwerpunktpraxen in Niedersachsen auf Dauer aufrechterhalten und die bisherigen Vergütungen gesichert werden.

Die bisherigen DSP-Vergütungen wurden erfolgreich in die DMP-Verträge implementiert. Im Zuge der Neufassung der DMP-Verträge konnte die Aufnahme von zwei neuen Schulungsprogrammen (PRIMAS und Medias 2 BSC) erreicht werden.

Die Beendigung der DSP-Vereinbarungen hat leider zur Folge, dass die neuen Regelungen nur noch für DMP-Teilnehmer gelten. Für die Versorgung der Nichtteilnehmer am DMP (z. B. Gestationsdiabetikerinnen) wird mit den Krankenkassen noch nach einer Lösung gesucht.

Allerdings konnte erreicht werden, dass für Versicherte der AOK, SVLFG, Knappschaft und IKK für Nichtteilnehmer am DMP bis zum 30. September 2020 nach dem bisherigen Strukturvertrag der Primärkassen abgerechnet werden kann. Diese Behandlungsfälle sind in der Abrechnung zwingend mit der GOP 99096 zu kennzeichnen. Anträge auf Kostenübernahme bei den Krankenkassen sind nicht erforderlich.

Abrechnung bis
30. September 2020

Wir haben in einem Merkblatt die wichtigsten Änderungen zusammengestellt. Das Merkblatt und die aktuelle Lesefassung der Verträge mit den Anlagen finden Sie in Kürze auf der Internetseite der KVN unter www.kvn.de/Mitglieder/Qualität/DMP.

Anlage 5.1: Merkblatt DMP

1.3. Neue Zuschläge für die Kosten der Programmier- und Auslesegeräte kardialer Implantate

Der Bewertungsausschuss hat zum 1. Juli 2020 Zuschläge in den EBM aufgenommen, die die Kosten für Programmier- und Auslesegeräte kardialer Implantate abbilden.

In der Vergangenheit stellten die Hersteller den Vertragsärzte Programmier- und Auslesegeräte für kardiale Implantate kostenfrei zur Verfügung. Mit Einführung des Antikorruptionsgesetzes änderte sich das. Es wurden sukzessive Mietgebühren von den betroffenen Kardiologen gefordert.

Um den Ärzten die entstehenden Kosten für die Miete der Programmier- und Auslesegeräte zu erstatten, hat der Bewertungsausschuss neue Zuschläge nach den Gebührenordnungspositionen 04417 und 13577 EBM in den EBM aufgenommen. Die Zuschläge sind mit 40 Punkten bewertet und können durch folgende Fachärzte abgerechnet werden:

- Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit dem Schwerpunkt Kinderkardiologie (auf jede Leistung nach den GOP 04411, 04413 und 04415),
- Fachärzte für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Kardiologie und
- Vertragsärzte mit einer entsprechenden Genehmigung der KVN (auf jede Leistung nach den GOP 13571, 13573 und 13575).

Fachärzte

Zur Finanzierung wird die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung um den entsprechenden Mehrbedarf erhöht. Den kompletten Beschluss des Bewertungsausschusses wird das Institut der des Bewertungsausschusses auf seiner Internetseite (<http://institut-ba.de/ba/beschluesse.html>) veröffentlichen.

1.4. Terminservicestelle (TSS) - Telefonische Erreichbarkeit

Bitte beachten Sie, dass die Terminservicestelle ausschließlich über die Rufnummer 116117 zu erreichen ist. Die alte Rufnummer ist abgeschaltet.

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

1.5. Neugestaltung der Vergütung ärztlicher Kommunikation für ermächtigte Ärzte

Bereits im Rundschreiben vom Mai 2020 hatten wir Sie über die Beschlüsse des Bewertungsausschusses zu den Vergütungsregelungen für die Kommunikation, inklusive des Telefaxes informiert. Als ermächtigter Vertragsarzt müssen Sie für die neue Portokostenpauschale 40110, sowie die Faxkostenpauschale 40111, die Strukturförderpauschalen 01660 für die Versendung eines Arztbriefes sowie die GOP 86900 für den Versand eines E-Arztbriefes bzw. 86901 für den Empfang eines E-Arztbriefes nicht extra gegenüber dem Zulassungsausschuss beantragen. Die entsprechenden neuen Ziffern werden wir Ihnen individuell zuweisen, so dass Sie nicht aktiv tätig werden müssen.

Keine Antragsstellung
an den ZA durch ermächtigte Ärzte

2. Verordnungen

2.1. Intravenöse Immunglobuline (IVIG) bei Polymyositis und bei Dermatomyositis - Anlage VI der Arzneimittel-Richtlinie, Aktualisierung

Mit Wirkung zum 18. Juni 2020 wurde die Ziffer XII „Intravenöse Immunglobuline (IVIG) bei Polymyositis im Erwachsenenalter (Add-on-Behandlung bei therapieresistentem Verlauf) und bei Dermatomyositis im Erwachsenenalter (Add-on-Behandlung bei therapieresistentem Verlauf)“ in der Anlage VI (Off-Label-Use), Teil A der Arzneimittel-Richtlinie geändert.

Die Änderungen betreffen insbesondere die Buchstaben d) „Spezielle Patientengruppe“, g) „Behandlungsdauer“ und i) „Nebenwirkungen/Wechselwirkungen“.

Folgende Hersteller haben für ihre IVIG-haltigen Arzneimittel dem bestimmungsgemäßen Gebrauch unter Berücksichtigung der Änderungen zugestimmt (Haftung des pharmazeutischen Unternehmers), so dass ihre Arzneimittel für die vorgenannten Off-Label-Indikationen verordnungsfähig sind:

- axicorp Pharma B.V. / axicorp Pharma GmbH, Biotest Pharma GmbH, CC-Pharma GmbH, CSL Behring GmbH, EurimPharm Arzneimittel GmbH, Grifols Deutschland GmbH / Instituto Grifols S.A., Kedrion S.p.A. Localita ai Conti / Kedrion Biopharma at KEDPLASMA GmbH, LFB – Laboratoire Français du Fractionnement et des Biotechnologies / LFB GmbH, NMG Pharma GmbH, Octapharma GmbH, Orifarm GmbH, PB Pharma GmbH, Shire Deutschland GmbH, Takeda Manufacturing Austria AG

Wir empfehlen, bei Verordnungen von IVIG-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.

Hersteller

Den zugehörigen Beschluss sowie die vollständige Anlage VI der Arzneimittel-Richtlinie finden Sie auf der Internetseite des G-BA (www.g-ba.de) unter Richtlinien/Arzneimittel-Richtlinie/Anlage VI/weitere Beschlüsse.

2.2. Ajovy® (Fremanezumab) in Teilindikation als Praxisbesonderheit anerkannt

Ajovy® (Wirkstoff Fremanezumab) wird ab dem 15. Mai 2020 nach einer Vereinbarung zwischen dem GKV-Spitzenverband und dem pharmazeutischen Unternehmer TEVA GmbH ab dem ersten Behandlungsfall als Praxisbesonderheit ausschließlich in der Patientengruppe mit einem Zusatznutzen laut G-BA-Beschluss vom 7. November 2019 anerkannt:

- Migräne-Prophylaxe bei erwachsenen Patienten mit mindestens vier Migränetagen pro Monat, die auf keine der genannten medikamentösen Therapien/Wirkstoffklassen (Metoprolol, Propranolol, Flunarizin, Topiramat, Amitriptylin, Valproinsäure (1), Clostridium botulinum Toxin Typ A (2)) ansprechen, für diese nicht geeignet sind oder diese nicht vertragen.

Zu (1): Der G-BA hat am 20. März 2020 eine Aktualisierung der Arzneimittel-Richtlinie in Anlage VI Teil A (Off-Label-Use) zum Einsatz von Valproinsäure in der Migräne-Prophylaxe bei Erwachsenen beschlossen (vorbehaltlich der Prüfung durch das BMG und Veröffentlichung im Bundesanzeiger gem. § 94 SGB V).

Zu (2): Entsprechend der Zulassung nur für die chronische Migräne.

In diesem Anwendungsgebiet sah der G-BA einen Anhaltspunkt für einen beträchtlichen Zusatznutzen gegenüber Best Supportive Care.

Die Einleitung und Überwachung der Behandlung mit Fremanezumab soll durch in der Diagnose und Therapie von Patienten mit Migräne erfahrene Ärzte erfolgen.

Der Behandlungserfolg sollte drei Monate nach Behandlungsbeginn beurteilt werden. Jede weitere Entscheidung die Behandlung fortzusetzen, sollte für jeden Patienten individuell erfolgen. Es wird empfohlen, anschließend regelmäßig zu überprüfen, ob eine Weiterbehandlung notwendig ist.

Die Vorgaben der Fachinformation sind zu berücksichtigen. Weitere Anwendungsgebiete oder Patientengruppen oder Erweiterungen des Anwendungsgebiets sind nicht von der Praxisbesonderheit umfasst. Die Anerkennung als Praxisbesonderheit besteht, solange TEVA Ajovy® 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: „Praxisbesonderheit“.

Anwendungsgebiet

Wichtiger Hinweis

Der GKV-Spitzenverband hat unabhängig von der Anerkennung als Praxisbesonderheit Anforderungen an die Zweckmäßigkeit, Qualität und Wirtschaftlichkeit einer Verordnung von Fremanezumab festgelegt. Demnach soll Fremanezumab durch den Arzt ausschließlich in der Patientengruppe c) verordnet werden, für die der G-BA in dem Beschluss vom 7. November 2019 einen Zusatznutzen festgestellt hat:

- Migräne-Prophylaxe bei Erwachsenen mit mindestens vier Migränetagen pro Monat, die auf keine der genannten medikamentösen Therapien/Wirkstoffklassen (Metoprolol, Propranolol, Flunarizin, Topiramid, Amitriptylin, Valproinsäure (1), Clostridium botulinum Toxin Typ A (2)) ansprechen, für diese nicht geeignet sind oder diese nicht vertragen

Dieser Hinweis sollte zur Vermeidung von Regressen beachtet werden.

2.3. Elektronische Arzneimittelinformationen in der Verordnungssoftware

Die Elektronische Arzneimittelinformationen-Verordnung (EAMIV) sieht vor, dass die Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zur frühen Nutzenbewertung neuer Arzneimittel in einer übersichtlichen und strukturierten Form in der Arzneimittelverordnungssoftware abgebildet werden.

Die Implementierung in der Verordnungssoftware erfolgt ab Juli 2020 und voraussichtlich zum Oktober 2020 soll die Darstellung vollständig in allen Systemen verfügbar sein. Das Ziel dabei ist es, Vertragsärzte besser über die Ergebnisse zur frühen Nutzenbewertung von Arzneimitteln zu informieren.

Weitere Informationen hierzu hat die KBV auf ihrer Internetseite unter folgendem Link veröffentlicht: www.kbv.de/html/1150_43607.php

2.4. Tamsulosin bei Urolithiasis - Änderung der Anlage VI (Off-Label-Use) der Arzneimittel-Richtlinie, Zustimmung eines pharmazeutischen Unternehmers (Aristo Pharma GmbH)

Mit Wirkung zum 26. Juni 2020 wurde in der Anlage VI (Off-Label-Use) Teil A der Arzneimittel-Richtlinie „Tamsulosin bei Urolithiasis (als medikamentöse expulsive Therapie auch nach Lithotripsie)“ (Ziffer XXIX) die Liste der Hersteller, die für ihre Tamsulosin-haltigen Arzneimittel im Rahmen des in der Anlage vorgenannten Off-Label-Use einer Anwendung zugestimmt haben (Haftung des pharmazeutischen Unternehmers), um den Hersteller „Aristo Pharma GmbH“ erweitert.

- A.C.A. Müller ADAG Pharma AG, AbZ-Pharma GmbH, ALIUD PHARMA GmbH, Apogepha Arzneimittel GmbH, Aristo Pharma GmbH, Astellas Pharma GmbH, Aurobindo Pharma GmbH, Axi-Corp Pharma GmbH, Basics GmbH, betapharm Arzneimittel

Liste der Hersteller

GmbH, Boehringer Ingelheim Pharma GmbH & Co. KG, Cheplapharm Arzneimittel GmbH, Dr. R. Pflieger Chemische Fabrik GmbH, EurimPharm Arzneimittel GmbH, kohlpharma GmbH, Mibe GmbH Arzneimittel, Orifarm GmbH, PUREN Pharma GmbH & Co. KG, ratiopharm GmbH, STADAPHARM GmbH, Sun Pharmaceuticals Germany GmbH, T & D Pharma GmbH, TAD Pharma GmbH, TEVA GmbH, Uropharm AG

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

Den zugehörigen Beschluss sowie die vollständige Anlage VI der Arzneimittel-Richtlinie finden Sie auf der Internetseite des G-BA (www.g-ba.de) unter Richtlinien/Arzneimittel-Richtlinie/Anlage VI/weitere Beschlüsse.

2.5. Änderung der Anlage IV (Therapiehinweise) der Arzneimittel-Richtlinie: Therapiehinweis zu Alemtuzumab

Mit Wirkung zum 27. Juni 2020 wird der Therapiehinweis zu „Alemtuzumab (z. B. Lemtrada®)“ in der Anlage IV der Arzneimittel-Richtlinie geändert. Da die Zulassung von Lemtrada® geändert wurde, wird nun in einer Fußnote in der Überschrift des Therapiehinweises darauf hingewiesen, dass die geltenden strengeren Vorgaben der aktualisierten Fachinformation zu berücksichtigen sind:

„Soweit die Angaben der aktuell gültigen Fachinformation zu Lemtrada® im Vergleich zu den Regelungen dieses Therapiehinweises strengere Vorgaben zur Arzneimittelanwendung enthalten, sind diese zu beachten.“

Fußnote

Den vollständigen Beschluss des G-BA sowie die vollständige Anlage IV der Arzneimittel-Richtlinie finden Sie unter www.g-ba.de/Richtlinien/Arzneimittel-Richtlinie/Anlage IV.

2.6. Nagelkorrekturspange - Anlegen/Versetzen ist vertragsärztliche Leistung

Im Juni-Rundschreiben hatten wir Sie über die Indikationserweiterung der Heilmittel-Richtlinie zur Verordnung von Podologie informiert. In diesem Zusammenhang möchten wir darauf hinweisen, dass das Anlegen und Regulieren einer Nagelkorrekturspange zur Behandlung eines eingewachsenen Zehennagels weiterhin eine vertragsärztliche Leistung ist, die mit der Grund- bzw. Versichertenpauschale abgegolten wird. Eine Verordnung dieser Leistung als podologische Behandlung gemäß Heilmittel-Richtlinie ist nicht möglich.

Die Kosten für die Nagelkorrekturspange werden durch die Abrechnung als Sachkosten erstattet.

2.7. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) passt befristete Corona Sonderregelungen im Bereich der veranlassten Leistungen zum 1. Juli erneut an

Fast alle Sonderregelungen für veranlasste Leistungen, die aufgrund der Corona Pandemie galten, endeten zum 30. Juni 2020. Grund hierfür ist die Abflachung der Zahl an Neuinfektionen. Im Folgenden geben wir Ihnen einen Überblick über verlängerte Sonderregelungen und Sonderregelungen die zum 30. Juni 2020 ausgelaufen sind.

Bis zum 30. September verlängerte Sonderregelungen:

1. Krankentransporte ohne vorherige Genehmigung

Der G-BA hat die Sonderregelung, wonach Krankentransportfahrten zu nicht aufschiebbaren, zwingend notwendigen ambulanten Behandlungen von nachweislich an COVID-19-Erkrankten keiner vorherigen Genehmigung durch die Krankenkasse bedürfen bis zum 30. September 2020 verlängert. Dies gilt auch für Versicherte, die aufgrund einer behördlichen Anordnung unter Quarantäne stehen.

Krankentransportfahrten

2. Frist Beginn Heilmittelverordnungen

Heilmittelverordnungen können weiterhin innerhalb von 28 Tagen nach Ausstellung der Verordnung (reguläre Frist liegt bei 14 Tagen) begonnen werden.

Sonderregelungen, die an das Vorliegen einer epidemischen Lage geknüpft sind:

Entlassmanagement

Die Sonderregelungen zum Entlassmanagement sind an den Bundestagsbeschluss über das Vorliegen der epidemischen Lage geknüpft und bestehen daher weiter. Krankenhäuser dürfen z. B. zum Übergang in die ambulante Versorgung für bis zu 14 Tage Leistungen veranlassen bzw. Bescheinigungen ausstellen.

Folgende Sonderregelungen sind zum 1. Juli 2020 ausgelaufen:

1. Verlängerte Frist zur Vorlage von Verordnungen

Die Frist zur Vorlage von Verordnungen von häuslicher Krankenpflege, spezialisierter ambulanter Palliativversorgung sowie Soziotherapie bei der Krankenkasse beträgt künftig wieder drei Tage statt zehn Tage.

Drei statt zehn Tage

2. Weitere Regelungen zu Folgeverordnungen im Bereich der häuslichen Krankenpflege

Im Bereich der häuslichen Krankenpflege können Folgeverordnungen nicht länger für bis zu 14 Tage rückwirkend erfolgen. Die Begründung der Notwendigkeit bei einer längerfristigen Folgeverordnung von häuslicher Krankenpflege und die 3-Tages-Frist zur Ausstellung der Folgeverordnung sind nun wieder zu berücksichtigen.

Häusliche Krankenpflege

3. Folgeverordnungen nach telefonischer Anamnese

Folgeverordnungen nach telefonischer Anamnese für häusliche Krankenpflege, Heil- und Hilfsmittel, Krankentransporte und Krankenfahrten können nicht länger nach telefonischer Anamnese ausgestellt werden.

Ebenso kann die Verordnung nicht länger postalisch an die Versicherte oder den Versicherten übermittelt werden.

4. Verlängerte Frist Hilfsmittelversorgung

Die Versorgung mit Hilfsmitteln muss wieder innerhalb von 28 Tagen nach Ausstellung der Verordnung aufgenommen werden. Ansonsten verliert die Verordnung ihre Gültigkeit. Durch die Corona-Sonderregelung war diese Frist bis zum 30. Juni aufgehoben wurden.

3. Allgemeine Hinweise

3.1. Corona - selbst beschaffte persönliche Schutzausrüstung (PSA)

Im Portal hatten wir darüber informiert, dass die Niedersächsischen Krankenkassen zur anteiligen finanziellen Beteiligung für selbst beschaffte PSA grundsätzlich bereit sind. Nunmehr sind die letzten Einzelheiten abgestimmt.

Erstattungsfähig sind danach die im Zeitraum vom 10. März bis 30. April bestellten Mund-Nasen-Schutz (OP-Masken), FFP 2-Masken, FFP 3-Masken, Einmalschutzkittel sowie Schutzbrillen.

Die Kosten hierfür werden von den Krankenkassen zu 90 Prozent erstattet. Der 10%ige Selbstbehalt ist für den PKV-Bereich vorgesehen.

Für die Erstattung haben die Krankenkassen eine finanzielle Obergrenze definiert, so dass vor Auszahlung zunächst geprüft werden muss, ob ggf. eine Quotierung erforderlich ist.

Sie können die Erstattung über ein entsprechendes Formular im KVN-Portal durch Befüllung der erforderlichen Felder beantragen. Die Erstattung erfolgt nach Ablauf der Antragsfrist am 31. August 2020 Mitte September.

3.2. Sonderregelungen im Rahmen der DMP/DSP Verträge während der Corona-Pandemie zum 1. Juli 2020 angepasst

Die mit den gesetzlichen Krankenkassen in Niedersachsen bis zum 30. Juni 2020 abgestimmten befristeten Regelungen zur digitalen Durchführung von Schulungen und Abrechnung von Einzelschulungen wurden in Teilen bis zum 30. September 2020 verlängert.

Videosprechstunde

- Patientenschulungen per Videoübertragung sind weiterhin möglich, wenn deren Durchführung zwingend medizinisch erforderlich ist und nach medizinischer Einschätzung des Arztes die Schulungen keinen Aufschub dulden.
- Schulungen, die per Videoübertragung durchgeführt werden, müssen entsprechend ihrer Curricula dafür geeignet sein.

Bestellte PSA

Bis 30. September
2020 verlängert

- Von den vertraglich vereinbarten Gruppengrößen kann abgewichen werden; Einzelschulungen sind, sofern vertraglich geregelt, weiterhin möglich.
- Eine telefonische Beratung stellt keine Patientenschulung dar.
- Mit den bereits vertraglich vereinbarten Vergütungen je Unterrichtseinheit sind alle Kosten abgegolten. Die zeitgleiche Abrechnung als eine Videosprechstunde (gem. Anlage 31b BMV-Ä) oder telefonische Beratung (EBM 01435) ist daher ausgeschlossen.
- Der Schulungsnachweis ist auch bei einer per Videoübertragung durchgeführten Patientenschulung Voraussetzung für die Abrechnung. Auf die Unterschrift der Versicherten wird in diesen Fällen verzichtet. Der Schulungsarzt unterzeichnet den Schulungsnachweis an den Stellen, wo im Normalfall die Unterschrift der Versicherten vorgesehen ist und macht deutlich, dass die Unterzeichnung durch ihn aufgrund der Corona-Pandemie notwendig war.

Abrechnung von Einzelschulungen nach den DSP-Verträgen

- Der bis zum 30. Juni 2020 ausgesetzte Abrechnungsdeckel bei der Vergütung greift ab 1. Juli 2020 wieder. Es gelten somit wieder die in den DSP-Verträgen enthaltenen Quotierungen.

3.3. Bewertungsausschuss bzw. Erweiterter Bewertungsausschuss beschließt neue Leistungen im EBM zur Corona-Warn-App und Absenkung der Vergütung des PCR-Tests auf SARS-COV-2

Der Bewertungsausschuss hat im Zusammenhang mit der Einführung der so genannten Corona-Warn-App, die Versicherte jetzt freiwillig nutzen können, mehrere Anpassungen im EBM beschlossen, die rückwirkend zum 15. Juni 2020 in Kraft getreten sind. Dazu gehört u. a. eine neue GOP für die Laboruntersuchung des Materials, das nach Warnung durch die Corona-Warn-App entnommen wurde. Für die Veranlassung von Laborleistungen speziell zur SARS-COV 2-Testung wird es zudem ein neues Formular 10 C geben.

Der Bewertungsausschuss hat jetzt eine spezielle Regelung getroffen, damit auch nach einem Warnhinweis der Corona-App die Möglichkeit besteht, unmittelbar einen Vertragsarzt aufzusuchen und einen Test zum Ausschluss einer Erkrankung zu erhalten. Durch den Warnhinweis der Corona-Warn-App liegt ein Krankheitsverdacht vor und ein Abstrich kann durch einen Vertragsarzt durchgeführt und ein Test im Labor veranlasst werden.

Für die Veranlassung einer SARS-COV-2-Testung wird derzeit ein neues vertragsärztliches Formular entwickelt. Das Vordruck Muster 10 C. Bis zu seiner Veröffentlichung können Vertragsärzte die unten dargestellte Laboruntersuchung auf der Laborüberweisung Muster 10 veranlassen. Der Auftrag ist mit einem speziellen Hinweis zu versehen.

Neues Formular 10 C

Die neuen Leistungen im Detail

Die folgenden Leistungen wurden zum 15. Juni 2020 in den EBM aufgenommen und werden extrabudgetär vergütet:

- GOP 02402: Zusatzpauschale im Zusammenhang mit GOP 32811

Sie beinhaltet die Abstrichentnahme aus den oberen Atemwegen für die Untersuchung auf das beta-Coronavirus SARS-COV-2. Die GOP ist einmal am Behandlungstag berechnungsfähig und mit 91 Punkten bewertet. Die GOP ist auch bei einem Gespräch im Zusammenhang mit einer möglichen Testung auf eine beta-Coronavirus-SARS-COV-2-Infektion berechnungsfähig.

- GOP 12221: Zuschlag zur GOP 32811

Der Zuschlag für Fachärzte für Laboratoriumsmedizin sowie Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie wird mit 14 Punkten vergütet und ist je Auftragsleistung nach der GOP 32811 berechnungsfähig.

- GOP 32811: Nukleinsäurenachweis des beta-Coronavirus SARS-COV-2

Die GOP bildet die Untersuchung von Material der oberen Atemwege ausschließlich nach einer Warnung durch die Corona-Warn-App ab. Die GOP ist einmal am Behandlungstag berechnungsfähig und wird mit 39,40 Euro vergütet. Die Bewertung der GOP 32811 entspricht der Bewertung der kurativen Leistung nach der GOP 32816, die mit dem Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses gegen die Stimmen der Ärzteseite bestimmt wurde.

- Kostenpauschale 40101

Sie ist ein Zuschlag zur GOP 32811 zur Vergütung der Kosten für Versandmaterial, für die Versendung beziehungsweise den Transport des Untersuchungsmaterials und die Übermittlung des Untersuchungsergebnisses. Sie ist einmal am Behandlungstag berechnungsfähig und wird mit 2,60 Euro vergütet.

Mit dem Beschluss erfolgt eine Änderung der Abrechnungsbestimmung der GOP 12220, dass die Berechnung für die neue GOP 32811 ausgeschlossen ist. Anstelle der Grundpauschale der GOP 12220 ist bei Berechnung der neuen GOP 32811 die ebenfalls neue GOP 12221 abzurechnen.

Des Weiteren wird die GOP 32811 in den Ziffernkranz der Ausnahmekennnummer 32006 aufgenommen, die Untersuchungsindikationen beinhalten, die bei der Ermittlung des Arzt-Praxis-spezifischen Fallwertes unberücksichtigt bleiben.

Der Beschluss ist befristet bis zum 31. März 2021. Sofern der Bundestag die Feststellung der epidemischen Lage von nationaler Tragweite vor dem 31. März 2021 aufhebt, wird auch der Bewertungsausschuss seinen Beschluss vorzeitig aufheben. Darüber hinaus prüft der Bewer-

Neue Leistungen

tungsausschuss zum 30. September 2020, ob Anpassungen in den Regelungen des Beschlusses aufgrund der Verfahrensabläufe im Zusammenhang mit der Corona-Warn-App notwendig sind.

Vergütung des PCR-Tests auf SARS-COV-2

Der Erweiterte Bewertungsausschuss hat gegen die Stimmen der Ärzteseite eine Abwertung der Gebührenordnungsposition 32816 zum 1. Juli 2020 beschlossen. Die Vergütung für den PCR-Test zum Nachweis von SARS COV-2 wird auf 39,40 Euro abgesenkt. Darüber hinaus wurde die Berechnungsfähigkeit der GOP 32816 auf fünf Mal im Behandlungsfall beschränkt.

Die kompletten Beschlüsse veröffentlicht das Institut des Bewertungsausschusses auf seiner Internetseite (<http://institut-ba.de/ba/beschluesse.html>).

3.4. Rückwirkende EBM-Änderung zum 1. April 2020 zur Nebeneinanderberechnung der Gebührenordnungsposition zum Schwangerschaftsabbruch

Der Bewertungsausschuss hat rückwirkend zum 1. April 2020 beschlossen, dass für die GOP 01901 (Untersuchung vor Abortio) und 01904 (Abortio, medizinische oder kriminologische Indikation, operativ) im Behandlungsfall wieder nebeneinander berechnungsfähig sind. Zum Leistungsinhalt der GOP 01901 und 01904 zählt die Beratung über die Bedeutung des Eingriffs sowie über Ablauf, Folgen und Risiken möglicher physischer und psychischer Auswirkungen (§218c des StGB). Vor diesem Hintergrund hat der Bewertungsausschuss im Dezember 2019 die Nebeneinanderberechnung beider GOP im Behandlungsfall ausgeschlossen.

Dieser Berechnungsausschluss wird rückwirkend zum 1. April 2020 im Behandlungsfall aufgehoben. Dadurch soll ermöglicht werden, dass eine Praxis in einem Quartal vor einem operativen Schwangerschaftsabbruch unter medizinischer oder kriminologischer Indikation (nach der GOP 01904) auch eine klinische Untersuchung durchführen kann, die den primären Leistungsinhalt der GOP 01901 darstellt.

Der komplette Beschluss ist auf der Internetseite des Instituts des Bewertungsausschusses unter (<http://institut-ba.de/ba/beschluesse.html>) veröffentlicht.

Wieder nebeneinander berechnungsfähig

3.5. Barmer-Biolike zur Optimierung der medikamentösen Versorgung endet am 30. September 2020

Die BARMER hat den Biolike-Vertrag gekündigt. Somit ist die Optimierung der medikamentösen Versorgung bei rheumatologischen Erkrankungen, chronisch entzündlichen Darmerkrankungen und Psoriasis Erkrankungen ab 1. Oktober 2020 nicht mehr abrechnungsfähig.

Folgende KVN-interne Gebührenordnungspositionen sind betroffen:

- 99221 Therapiefall - Quartal I,
- 99221D Deeskalationsfall - Quartal I,
- 99222 Deeskalations- oder Therapiefall - Quartal II,
- 99223 Deeskalations- oder Therapiefall - Quartal III und
- 99224 Deeskalations- oder Therapiefall - Quartal IV

GOPs

3.6. Mutterpass aktualisiert

Wir möchten Sie im Folgenden über Änderungen am Mutterpass informieren.

Influenzaimpfung in der Schwangerschaft

Entsprechend der Vorgaben der Schutzimpfungs-Richtlinie und der Mutterschafts-Richtlinie besteht nun die Möglichkeit, einen entsprechenden Eintrag in den Mutterpass vorzunehmen.

Eiweißausscheidung

Da es nach der Mutterschafts-Richtlinie keinen Grenzwert für die Urinkontrolle auf Eiweiß gibt, wurden die bisherigen Angaben gestrichen und durch „pathologische Eiweißausscheidung“ ersetzt.

Angaben zur Epikrise/Abschluss-Untersuchung

In der Epikrise entfallen zukünftig die Angaben zum Familienstand und zur Nationalität der Schwangeren. Des Weiteren wurde die Geschlechtsangabe des Kindes um die Angabe „unbestimmt“ erweitert und an die Dokumentation der U1 im Kinderuntersuchungsheft angepasst. Das selten vorkommende Ereignis „Kind verstorben am“ wird gestrichen und zukünftig unter „Besonderheiten beim Kind“ dokumentiert.

Redaktionelle Anpassungen

Im Rahmen einer zurückliegenden Drucklegung waren bei den Perzentilcurven die Achsenbeschriftungen verrutscht. In der aktuellen Version sind die Zahlen an der Ordinate in der „Graphik der Normkurven für den fetalen Wachstumsverlauf“ nun wieder korrekt zuzuordnen.

Die neuen Mutterpässe können wie bisher über den „Bestellschein Niedersachsen“ beim Paul Albrechts Verlag bestellt werden. Alte Mutterpässe können aufgebraucht werden.

Bestellschein Niedersachsen

3.7. Neue Kostenpauschalen im EBM für die endoskopischen Zusatzinstrumente

Im Juni-Rundschreiben hatten wir Sie darüber informiert, dass wir mit den Krankenkassen in Niedersachsen eine Vereinbarung über die Vergütung von Polypektomieschlingen, PE-Zangen sowie Clipapplikatoren als Einmalprodukte abgeschlossen haben. Diese Vereinbarung endet zum 30. Juni 2020, da der Bewertungsausschuss zum 1. Juli 2020 einen neuen Abschnitt mit Kostenpauschalen für endoskopische Zusatzinstrumente als Einmalprodukte in den EBM aufgenommen hat.

Um die für die Vertragsärzte erforderliche Umstellung auf Einmalprodukte im EBM abzubilden, hat der Bewertungsausschuss drei Kostenpauschalen in den neuen EBM-Abschnitt 40.9 aufgenommen:

- 40460: Kostenpauschale bei Verwendung einer Einmalhochfrequenzdiathermieschlinge, bewertet mit zwölf Euro
- 40461: Kostenpauschale bei Verwendung einer Einmalprobenentnahmezange, bewertet mit acht Euro
- 40462: Kostenpauschale bei Verwendung eines Clips inklusive Einmal-Endo- /Hämoclipapplikator, je Clip bewertet mit 20,80 Euro

Drei Kostenpauschalen

Näheres zu den drei Kostenpauschalen

Einmalhochfrequenzdiathermieschlinge: Die Kostenpauschale 40460 kann zu folgenden Gebührenordnungspositionen abgerechnet werden:

- 01742: Zuschlag zur Nummer 01741 für Abtragung von Polypen
- 04515: Zuschlag zu den GOP 04511, 04513 und 04514
- 04520: Zusätzliche Leistung(en) im Zusammenhang mit den GOP 04514 oder 04518
- 08334: Zuschlag für die Polypentfernung
- 13260: Zuschlag zu den GOP 13257 für Polypentfernung(en)
- 13401: Zusätzliche Leistung(en) im Zusammenhang mit der GOP 13400
- 13402: Polypektomie(en) im Zusammenhang mit der Nr. 13400
- 13423: Zusätzliche Leistung(en) im Zusammenhang mit den GOP 13421 oder 13422
- 30601: Zuschlag für die Polypentfernung

Einmalprobenentnahmezange: Die Kostenpauschale 40461 kann zu folgenden Gebührenordnungspositionen abgerechnet werden:

- 01741: Totale Früherkennungskoloskopie
- 04511: Zusatzpauschale Ösophago-Gastroduodenoskopie
- 04514: Zusatzpauschale Koloskopie
- 08311: Urethro (-zysto)skopie
- 09315: Bronchoskopie
- 09317: Ösophagoskopie
- 13400: Zusatzpauschale Ösophagoskopie
- 13421: Zusatzpauschale Koloskopie
- 13422: Zusatzpauschale(Teil-)Koloskopie
- 13430: Zusatzpauschale Bileapankreatische Diagnostik
- 13662: Bronchoskopie
- 26310: Urethro (-zysto)skopie des Mannes oder gemäß den Vorgaben der allgemeinen Bestimmungen 4.2.1 -
- 26311: Urethro (-zysto)skopie

Clip inklusive Einmal-Endo/Hämo-Clipapplikator: Die Kostenpauschale 40462 kann je Clip zu folgenden Gebührenordnungspositionen abgerechnet werden:

- 01742: Zuschlag zur GOP 01741 für Abtragung von Polypen
- 04511: Zusatzpauschale Ösophago-Gastroduodenoskopie

- 13400: Zusatzpauschale Ösophago-Gastroduodenoskopie
- 13324: Zusätzliche Leistung(en) im Zusammenhang mit den GOP 13421 oder 13422

Die Bewertungen der ärztlichen Leistungen werden entsprechend der bisher in den Gebührenordnungspositionen enthaltenen Kosten für mehrfach verwendbare Instrumente sowie der Aufbereitungskosten abgesenkt. Die Finanzierung des insgesamt entstehenden Mehrbedarfs erfolgt durch eine Anhebung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung.

Den kompletten Beschluss hat das Institut des Bewertungsausschusses auf seiner Internetseite (<http://institut-ba.de/ba/beschluesse.html>) veröffentlicht.

3.8. AOKTrio - Das Transitionsprogramm für mehr Gesundheitskompetenz von Teenagern - Keine neuen Teilnahmen ab Juli 2020 möglich

Schreiben Sie keine Patienten mehr ins Programm ein, da infolge geringer Teilnehmerzahlen die Einschreibungsphase für dieses Innovationsfondsprojekt vorzeitig ausläuft. Aktuell verschickt die AOK Niedersachsen entsprechende Informationen an die Teilnehmer.

Alle Leistungen im Rahmen von AOKTrio können unverändert bis zum 31. Dezember 2020 erbracht und abgerechnet werden. Somit können alle bis zum 30. Juni eingeschriebene Versicherte die Module des Projekts noch durchlaufen.

3.9. Übergangsregelungen zur Videosprechstunde in der Unfallversicherung bis zum 30. September 2020 verlängert, Abweichung von Formfristen läuft am 30. Juni 2020 aus

Vertragsärzte, beteiligte Ärzte sowie Psychotherapeuten können weiterhin den Unfallverletzten per Videosprechstunde behandeln, um die Versorgung dieser Patienten sicherzustellen. Voraussetzung ist der Einsatz eines zugelassenen zertifizierten Videosystems.

Für diese Arzt-Patienten-Kontakte kann die Nummer 1 UV-GOÄ abgerechnet werden, wobei eine entsprechende Kennzeichnung als Videobehandlung erfolgen muss. Psychotherapeuten können entsprechend der Behandlungsziffern (P-Ziffern) weiterhin Videosprechstunden abrechnen.

Nicht verlängert wurde die Regelung, dass Vertragsärzte in der Unfallversicherung von Formfristen, z. B. bei der Erstellung der ärztlichen Unfallmeldung oder beim Durchgangsarztbericht abweichen können. Ab 1. Juli 2020 gelten wieder die Vorgaben des Vertrages Ärzte/Unfallversicherung.

3.10. Hausarztzentrierte Versorgung (HzV) mit BARMER, DAK, KKH und hkk: Beide Betreuungspauschalen manuell setzen

Auch für das 3. Quartal 2020 gilt: Geben Sie die Betreuungspauschalen - für chronisch Erkrankte (GOP 99296) und multimorbide Patienten (GOP 99297) - manuell in Ihrer Kassenabrechnung an.

Die automatisierte Honorierung ist weiterhin geplant, setzt jedoch Ihre aktive Übernahme von erfassten Dauerdiagnosen ins laufende Quartal voraus. Diese Funktion steht Ihnen in der Webanwendung zur Verfügung und ist nach jedem Quartalswechsel zu wiederholen.

3.11. Hausarztzentrierte Versorgung (HzV) AOK Niedersachsen: Zusatzversorgung Corona

Um Behandlungsfrequenzen im 3. und 4. Quartal 2020 aktiv zu fördern, wurden neue Leistungen für „Chroniker“ und „Multimorbide“ im Sinne der HzV vereinbart.

Die Zusatzversorgung Corona richtet sich an chronisch Erkrankte, die im 2. Quartal 2020 den HzV-Kontakt scheuten. Unterschiedliche Leistungskomplexe stehen zur Wahl, je Patient ist ein Leistungskomplex einmalig im Quartal manuell abrechenbar:

- Leistungskomplex „Erweiterte Hausbesuche“ (GOP 99277, 7,50 Euro)
- Leistungskomplex „Sicherstellung Behandlungskontinuität“ (GOP 99278, 7,50 Euro)
- Leistungskomplex „CoVid-19 - Risikocheck“ (GOP 99279, 7,50 Euro)

Die komplette Vereinbarung ist im KVN-Portal sowohl unter „Verträge“ als auch auf der Startseite der Webanwendung unter „Downloads“ enthalten.

Leistungskomplexe

4. Die Veranstaltungen der KVN

Aufgrund der aktuellen Corona-Situation hat sich die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen dazu entschlossen, dass weiterhin bis einschließlich 30. September 2020 keine Präsenzveranstaltungen stattfinden werden. Wir prüfen derzeit die Möglichkeit für Webinare. Über das weitere Vorgehen werden wir Sie selbstverständlich zeitnah informieren.

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

www.kvn.de/Mitglieder/Fortbildung

5. Anlagenverzeichnis

5.1. Merkblatt DMP

Neue Verträge zum DMP Diabetes mellitus Typ 1 und 2 mit der GKV ab 01. Juli 2020

Das Wichtigste im Überblick !

- Die ab 1. Juli 2020 geltenden Vereinbarungen zum DMP DM 1 und DM 2 übernehmen die wesentlichen Inhalte der bisherigen „DSP-Strukturverträge“ vollständig.
- Für die Hausärzte (DMP Ärzte) ändert sich nichts.
- Für die „diabetologische Versorgungsebene (DSP, DFA, Kinderdiabetologie) ist eine Leistungserbringung nur noch für **eingeschriebene DMP Patienten** möglich.
- Bisherige DSP/DFA Genehmigungen bleiben erhalten - kein neuer Antrag erforderlich.
- Der Begriff „Strukturpauschale“ wird zu einer „Basis-/ Management Vergütung“ (in der Höhe der Primärkassen für alle)
- Der Begriff „Einzelschulung“ wird zu „Individualisierte Interventionen“ – sonst ändert sich nichts –.

- Wichtig: Alle Behandlungsfälle müssen im Rahmen der Abrechnung als „DMP Fall“ (DM 1 = GOP 99097 oder DM 2 = 99098) gekennzeichnet werden.

- Alle GKV-DMP Patienten erhalten die gleichen Leistungen (Gleichstellung aller DMP Teilnehmer aller GKV Kassen).
- Alle Vergütungen für DSP/DFA Praxen sind jetzt in Anlage 3 bzw. 4 zu den jeweiligen DMP Verträgen geregelt.
- Neue Schulungsprogramme (PRIMAS und Medias 2 BOT+SIT+CT) können angeboten werden.
- Die Honorarzuschläge für die vollständige Teilnahme von Patienten an den diabetologischen Schulungsprogrammen gelten jetzt für alle DMP Schulungsprogramme.
- Bisherige Fallgrenzen und Budgetierungen bleiben erhalten (Abstaffelung / Fallgrenzen der Basis-/ Managementpauschalen und 8% Regelung bei „Individualisierten Interventionen“).
 - o Aber: Auf Basis der Primärkassen - auch für alle Ersatzkassen
- Für die AOK, SVLFG, Knappschaft und IKK kann bis 30.09.2020 die weitere Versorgung von Nichtteilnehmern am DMP (z.B. Gestationsdiabetikerinnen, unklarer Diabetes, etc.) weiterhin über den bisherigen Strukturvertrag der „Primärkassen“ laufen. **Diese Behandlungsfälle sind in der Abrechnung als „DSP Fall GOP 99096 zu kennzeichnen.**
- Für die BKKn, BARMER, TK und HEK besteht ab 01.07.2020 ein Vergütungsanspruch auf DSP/DFA Leistungen nur für eingeschriebene DMP-Teilnehmer.

Ergänzender Hinweis

- Für Versicherte der DAK, KKH und hkk ist weiter vorrangig der „Besondere Versorgungsvertrag Diabetes“ anzuwenden, wenn die Patienten dort eingeschrieben sind. Dies gilt unabhängig von einer eventuellen DMP Teilnahme.



KVN

Kassenärztliche Vereinigung
Niedersachsen

Informationen für die Praxis

KVN-Rundschreiben

Juni 2020

Inhaltsverzeichnis

1. Abrechnung	3
1.1. Abgabetermin Quartalsabrechnung 2/2020.....	3
1.2. Bewertungsausschuss beschließt Anpassungen beim PCR-Test auf SARS-CoV-2 - Kein Beschluss zur Antikörpertestung	3
1.3. Mitteilung der fachgruppendurchschnittlichen Obergrenze für Kontrastmittel für das Quartal 3/2020 .	5
1.4. Amtliche Mitteilung der KVN zum HVM Teil B Nr. 16.1 und 16.2 für das 3. Quartal 2020 - Fachgruppendurchschnittswerte für Laborindividualbudgets.....	6
1.5. Amtliche Mitteilung der KVN zum HVM für das 3. Quartal 2020 für alle dem RLV unterliegenden Arztgruppen des haus- und fachärztlichen Versorgungsbereichs	6
1.6. Funktionelle Entwicklungstherapien per Video im Rahmen der Coronaviruspandemie	6
1.7. Einreichung der Abrechnungsdateien über „1-Click“ (KV-Connect) und Teilnahme am AbrechnungsCheck	7
1.8. TI-Finanzierung: Neue Pauschalen aufgrund der Fachanwendungen Notfalldatenmanagement (NFDM)/elektronischer Medikationsplan (eMP).....	7
2. Verordnungen.....	8
2.1. Befristete Corona-Sonderregelungen teilweise vom G-BA verlängert.....	8
2.2. Anpassungen der Arzneimittel-Verordnungssoftware.	9
2.3. Vergütung von Einmalmaterialien für die Endoskopie im 2. Quartal 2020.....	10
2.4. Keytruda® (Pembrolizumab) in weiterer Teilindikation als Praxisbesonderheit anerkannt.....	11
2.5. Ausblick - Neues Heilmittel-Verordnungsformular zum 1. Oktober 2020	12
2.6. Änderung der SSB-Vereinbarung zum 1. Juli 2020	13

3.	Allgemeine Hinweise	14
3.1.	Corona-Virus: KVN-Webshop für Schutzausrüstung.	14
3.2.	Befristete Corona-Sonderregelungen im Bereich häusliche Krankenpflege, Krankentransport, Spezialisierte ambulante Palliativversorgung und Soziotherapie.....	14
3.3.	Änderung der Heilmittel-Richtlinie - G-BA nimmt weitere Indikationen für die podologische Therapie auf	16
3.4.	Verschiedene Änderungen an der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie (HKP-RL).....	18
3.5.	Anpassung der Schutzimpfungs-Richtlinie (SI-RL) in Bezug auf die Umsetzung der STIKO-Empfehlung zur Impfung gegen Masern, Mumps, Röteln oder Varizellen aufgrund beruflicher Indikation	19
3.6.	Ausnahmeregelungen zur Kinder-Richtlinie im Pandemiefall beschlossen	20
3.7.	Wiederaufnahme des Reminders für zu erstellende DMP-Dokumentationen.....	20
3.8.	Krebsgesellschaft bietet Infomaterial zu Sonnenschutz und Hautkrebsprävention	21
3.9.	Früherkennungsuntersuchungen U10/U11 und J2 mit der Knappschaft und Techniker Krankenkasse: Vorübergehende Ergänzung gültig ab 1. April 2020...	21
3.10.	Stadt Wilhelmshaven führt für ihre Feuerwehrbeamtinnen und -beamten zum 1. Juli 2020 die Krankenversichertenkarte ein	21
3.11.	DMP-Dokumentationen während COVID-19	22
4.	Die Veranstaltungen der KVN	22
5.	Anlagenverzeichnis	22
5.1.	Amtliche Mitteilung zum HVM Teil B Nr. 16.1 und 16.2.....	22

1. Abrechnung

1.1. Abgabetermin Quartalsabrechnung 2/2020

Der Abgabetermin für die Abrechnung des 2. Quartals 2020 ist der 10. Kalendertag des nachfolgenden Quartals und somit der 10. Juli 2020.

10. Juli 2020

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 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: 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 die 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. Bewertungsausschuss beschließt Anpassungen beim PCR-Test auf SARS-CoV-2 - Kein Beschluss zur Antikörpertestung

Der Bewertungsausschuss hat rückwirkend zwei Anpassungen im Zusammenhang mit der RT-PCR-Testung von SARS-CoV-2-Infektionen im EBM beschlossen. Für den RT-PCR-Test auf SARS-CoV-2 wurde rückwirkend zum 1. Februar 2020 die Anforderung an die Einhaltung der

Frist angepasst, zu der das Testergebnis vorliegen muss. Neu ist außerdem, dass seit dem 1. Mai 2020 auch Nukleinsäure-Amplifikationsverfahren mit der GOP 32816 berechnungsfähig sind.

Ein Beschluss zur Antikörpertestung kommt zurzeit nicht zustande. In bestimmten, klar definierten Fällen, können deswegen serologische Untersuchungen zum indirekten Erregernachweis bis auf Weiteres mit der GOP 32641 als zutreffende „Ähnliche Untersuchung“ in Verbindung mit der Kennziffer 88240 abgerechnet werden. Auf die Einzelheiten werden wir im Folgenden noch eingehen.

Nukleinsäurenachweis von SARS-CoV-2

Voraussetzung für die Abrechnung der GOP 32816 für den Nukleinsäurenachweis des beta-Coronavirus SARS-CoV-2 ist, dass der Befund innerhalb von 24 Stunden mitgeteilt wird. Diese Abrechnungsvoraussetzung hat der Bewertungsausschuss jetzt rückwirkend zum 1. Februar 2020 geändert. Hintergrund ist, dass der weltweite Ausbruch von Corona-Infektionen zu einem stetig steigenden Bedarf an Reagenzien und Verbrauchsmaterialien für die Testungen auf SARS-CoV-2 bei nahezu allen Diagnostika-Herstellern geführt hat. Dadurch kommt es weltweit zu einer Knappheit an benötigten Materialien und damit auch in Deutschland zu Verzögerungen in den Untersuchungsabläufen.

Anpassung der GOP 32816 zum 1. Mai 2020

Die GOP 32816 wird dahingehend geändert, dass durch die Streichung „mittels RT-PCR“ auch andere Nuklein-Amplifikationsverfahren abrechnungsfähig sind. Darüber hinaus müssen Fachärzte für Laboratoriumsmedizin oder für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie, die die Leistung abrechnen dürfen, verpflichtend an den Maßnahmen zur externen Qualitätssicherung teilnehmen.

Bestimmung von Antikörpern gegen SARS-CoV-2

Es ist beabsichtigt, den ebenfalls meldepflichtigen indirekten Erregernachweis einer akuten COVID-19-Infektion als spezifische Leistung im EBM abzubilden. Dies konnte jedoch im Bewertungsausschuss noch nicht abschließend abgestimmt werden. In bestimmten Fällen kann jedoch ein Antikörpertest sinnvoll sein und wir möchten Ihnen kurz erläutern, wie die Untersuchung zum indirekten Erregernachweis in diesen Fällen abgerechnet werden kann.

Mittlerweile sind sehr sensitive und für den indirekten Erregernachweis einer SARS-CoV-2-Infektion ausreichend spezifische Antikörpernachweise verfügbar. Diese können ab der 2. Woche nach Symptomeintritt für einen indirekten Erregernachweis mittels Serokonversion oder Titeranstieg indiziert sein. Insbesondere bei milden Verläufen kann ab der 2. Woche nach Symptomeintritt der direkte Erregernachweis mittels Nukleinsäureamplifikationsverfahren wie der RT-PCR negativ sein. In dieser Konstellation ist der indirekte Erregernachweis eine Alternative.

Hierfür ist die Feststellung einer Serokonversion/eines Titeranstiegs in zwei Blutproben im Abstand von 7 bis 14 Tagen erforderlich. Die zweite Probe sollte nicht vor der dritten Woche nach Symptomeintritt entnommen werden, da späte Serokonversionen beschrieben sind. Unabhängig davon spielen Antikörpernachweise für die Diagnostik in der ersten Wo-

Indirekter Erregernachweis

che keine Rolle, da zwischen Beginn der Symptomatik und der Nachweisbarkeit spezifischer Antikörper 7 oder mehr Tage vergehen. IgA- und IgM-Antikörper-Bestimmungen weisen eine deutlich niedrigere Spezifität auf und sollten deswegen nicht durchgeführt werden.

Eine Antikörper-Testung ohne direkten zeitnahen Bezug zu einer klinischen COVID-19-Symptomatik sollte nicht durchgeführt werden. Deren Spezifität ist bei der niedrigen Prävalenz von COVID-19 nicht ausreichend. Aussagen, ob Immunität besteht, sind deswegen nicht möglich. Eine diesbezügliche Fragestellung ist daher keine vertragsärztliche Leistung und darf deswegen nicht veranlasst werden. Dies ist bei der Indikationsstellung durch den Veranlasser zu beachten.

Meldung an das Gesundheitsamt

Der positive Befund der serologischen Testung gilt als indirekter Erregernachweis und muss namentlich vom veranlassenden Arzt und auch vom Laborarzt dem Gesundheitsamt gemeldet werden.

Abrechnung mit der GOP 32641

Der veranlassende Arzt und der Laborarzt müssen die Leistung am Behandlungstag mit der GOP 88240 kennzeichnen. Der Antikörpertest selbst ist als ähnliche Untersuchung mit der GOP 32641 unter Angabe der Antikörperspezifität und der medizinischen Notwendigkeit berechnungsfähig. Hierbei ist zu beachten, dass die Antikörpertestung das Laborbudget belastet. Primäres Ziel ist daher weiterhin, bei Patienten möglichst frühzeitig einen direkten Erregernachweis nach der GOP 32816 durchzuführen. Diese Leistung belastet den Wirtschaftlichkeitsbonus nicht. Schnellteste sind in diesem Zusammenhang nicht berechnungsfähig.

Der Beschluss des Bewertungsausschusses ist auf der Seite des Institutes des Bewertungsausschusses unter <http://Institut-ba.de/ba/beschluesse.html> veröffentlicht.

Primäres Ziel: Direkter Erregernachweis

1.3. Mitteilung der fachgruppendurchschnittlichen Obergrenze für Kontrastmittel für das Quartal 3/2020

Gemäß der Kontrastmittelvereinbarung, die die KVN mit den Landesverbänden der Krankenkassen in Niedersachsen zum 1. Januar 2016 abgeschlossen und zuletzt zum 1. April 2020 angepasst hat, gelten für das 3. Quartal 2020 für Ärzte, die im Basisquartal 3/2019 (noch) keine Kontrastmittel über die o. g. Vereinbarung abgerechnet haben, folgende fachgruppendurchschnittlichen Obergrenzen:

- Institute, Krankenhäuser 1.726,44 Euro
- Fachärzte für Nuklearmedizin 14.338,69 Euro
- Fachärzte für Diagnostische Radiologie 36.887,61 Euro
- Fachärzte für Urologie 2.320,52 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/Kontrastmittel-Vereinbarung abrufbar.

1.4. Amtliche Mitteilung der KVN zum HVM Teil B Nr. 16.1 und 16.2 für das 3. Quartal 2020 - Fachgruppendurchschnittswerte für Laborindividualbudgets

Die für das 3. Quartal 2020 geltenden Fachgruppendurchschnittswerte für Laborindividualbudgets entnehmen Sie bitte der Anlage 5.1 zu diesem Rundschreiben. Zusätzlich sind diese Daten auch bereits seit dem 28. Mai 2020 über das KVN-Portal abrufbar.

Anlage 5.1: Amtliche Mitteilung zum HVM Teil B Nr. 16.1 und 16.2

1.5. Amtliche Mitteilung der KVN zum HVM für das 3. Quartal 2020 für alle dem RLV unterliegenden Arztgruppen des haus- und fachärztlichen Versorgungsbereichs

Die für das 3. Quartal 2020 geltenden RLV-/QZV-Mindestfallwerte sowie die Fallzahlgrenzen für die Fallwertminderung bzw. die Fallzahlwachsbegrenzung (FZZB) finden Sie unter https://www.kvn.de/Mitglieder/Abrechnung_+Honorar+und+Vertrag/Honorarverteilung.html

1.6. Funktionelle Entwicklungstherapien per Video im Rahmen der Coronaviruspandemie

Um die sozialpsychiatrische Versorgung von Kindern und Jugendlichen während der Coronavirus-Krise zu erleichtern, wird zeitlich befristet eine neue Leistung in den EBM für die Kinder- und Jugendpsychiatrie aufgenommen. Dazu hat der Bewertungsausschuss einen entsprechenden Beschluss gefasst, der vorerst vom 15. Mai bis 30. Juni 2020 gilt.

In der sozialpsychiatrischen Versorgung gibt es im Zusammenhang mit der Corona-Pandemie einige Fälle, in denen Patienten die Praxis nicht aufsuchen und persönliche Kontakte daher nicht stattfinden können. Für die nicht-ärztlichen Mitarbeiter in den sozialpsychiatrischen Praxen stellt die funktionelle Entwicklungstherapie gemäß der GOP 14310 eine zentrale Leistung dar, die jedoch bei videogestützter Durchführung nicht berechnungsfähig ist. Da Teile der Leistung aus fachlicher Sicht per Video durchführbar sind, wird zeitlich befristet eine neue Leistung für videogestützte Maßnahmen einer funktionellen Entwicklungstherapie durch qualifizierte Mitarbeiter gemäß der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung in den EBM aufgenommen.

Die neue GOP 14223 beinhaltet videogestützte Maßnahmen einer funktionellen Entwicklungstherapie durch qualifizierte Mitarbeiter gemäß der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung. Sie findet als Einzelbehandlung statt und ist je vollendete 15 Minuten berechnungsfähig. Da es sich um eine Leistung der SPV-Mitarbeiter handelt, ist sie mit 102 Punkten etwas geringer bewertet als die GOP 14310 (114 Punkte). Zudem ist die neue Leistung nur bei Patienten möglich, die dem SPV-Mitarbeiter bekannt

Befristet: Neue Leistung
im EBM

sind. Das heißt, dass im Zeitraum der letzten vier Quartale unter Einschluss des aktuellen Quartals ein persönlicher Kontakt zwischen dem SPV-Mitarbeiter und dem Patienten in derselben Arztpraxis stattgefunden haben muss.

Im Zusammenhang mit der neuen GOP 14223 als videogestützte Leistung wird auch die Abrechnung des Technikzuschlags nach der GOP 01450 ermöglicht. Die im Zusammenhang mit der GOP 14223 durchgeführten und abgerechneten Leistungen gemäß der GOP 01450 fließen in das Punktzahlvolumen des behandelnden Vertragsarztes gemäß der ersten Anmerkung zur GOP 01450 ein.

Der vollständige Beschluss ist auf der Internetseite des Instituts des Bewertungsausschusses unter: <http://institut-ba.de/ba/beschluesse.html> veröffentlicht.

Technikzuschlag

1.7. Einreichung der Abrechnungsdateien über „1-Click“ (KV-Connect) und Teilnahme am AbrechnungsCheck

Nach dem Einreichen Ihrer Abrechnungsdatei über „1-Click“ (KV-Connect) können Sie bis zum 10. Kalendertag des 1. Quartalsmonats Ihre Teilnahme am AbrechnungsCheck aktivieren.

Bestätigen Sie dazu Ihre Teilnahme direkt im KVN-Portal unter Online-dienste/AbrechnungsCheck/AbrechnungsCheck starten. Zur Teilnahme ist die einmalige Hinterlegung einer gültigen E-Mail-Adresse im Online-dienst Emily notwendig. Nach der Bestätigung erfolgt zusätzlich eine Abfrage zu Abwesenheitszeiten, in denen Sie den AbrechnungsCheck nicht zur Verfügung gestellt bekommen möchten.

Weitere Informationen finden Sie in der „Benutzeranleitung KV-Connect und Teilnahme AbrechnungsCheck“ im KVN-Portal.

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

1.8. TI-Finanzierung: Neue Pauschalen aufgrund der Fachanwendungen Notfalldatenmanagement (NFDM)/elektronischer Medikationsplan (eMP)

Bei nachweislichem Vorhalten der Fachanwendungen Notfalldatenmanagement (NFDM)/elektronischer Medikationsplan (eMP) besteht gemäß der Anlagen 1 und 5 der TI-Finanzierungsvereinbarung (Anlage 32 BMV-Ärzte) Anspruch auf Erstattung der folgenden TI-Finanzierungspauschalen:

Kostenerstattungen im Zusammenhang mit NFDM / eMP

- NFDM/eMP-Pauschale bei Update des Konnektors/PVS: Einmalig 530 Euro

Kostenerstattungen

- Ein zusätzliches stationäres Kartenterminal je angefangene 625 Betriebsstättenfälle mit persönlichem Arzt-Patienten Kontakt: Einmalig 535 Euro je stationärem Kartenterminal
- Zusatzpauschale je angefangene 625 Betriebsstättenfälle mit persönlichem Arzt-Patienten Kontakt: Einmalig 60 Euro (befristet bis zum 30. September 2020)
- Zuschlag zur Betriebskostenpauschale: 4,50 Euro pro Quartal

Die Kennzeichnung der Betriebsbereitschaft der Komponenten sowie die Erklärung des Vorhaltens der Fachanwendung Notfalldatenmanagement und/oder elektronischer Medikationsplan erfolgt durch einmaliges Ansetzen der GOP 97131 auf einem beliebigen Behandlungsfall des entsprechenden Quartals.

Das Ansetzen der GOP 97131 löst bei Anspruchsberechtigung gemäß der TI-Finanzierungsvereinbarung die Erstattung der o. g. Pauschalen aus.

Ein erneutes Ansetzen der GOP 97131 ist in einem Folgequartal nicht erforderlich.

Einmaliges Ansetzen
der GOP 97131

Hinweis

2. Verordnungen

2.1. Befristete Corona-Sonderregelungen teilweise vom G-BA verlängert

Der G-BA hat einen Großteil der Corona-Sonderregelungen zur Verordnung von Arzneimitteln und ambulanten Leistungen, die aufgrund der Coronavirus-Pandemie seit 9. März 2020 gelten, bis zum 30. Juni 2020 verlängert.

1.) Sonderregelungen bis 30. Juni verlängert:

Ausstellung von Arzneimittelrezepten sowie Folgeverordnungen von Heil- und Hilfsmitteln nach telefonischer Anamnese

- Das Ausstellen von Arzneimittelrezepten durch Arztpraxen ist bis zum 30. Juni weiterhin auch nach telefonischer Anamnese möglich. Voraussetzung ist, dass der behandelnde Arzt sich nach persönlicher Einschätzung vom Zustand der Versicherten durch eingehende Befragung überzeugen konnte. Das Rezept kann postalisch übermittelt werden.
- Nach telefonischer Anamnese können zudem Folgeverordnungen von Heil- und Hilfsmitteln ausgestellt und per Post zugesandt werden. Voraussetzung ist, dass bereits zuvor aufgrund derselben Erkrankung eine unmittelbare persönliche Untersuchung durch den verordnenden Vertragsarzt erfolgt ist.

Hilfsmittelversorgung kann später als 28 Tage nach Verordnung aufgenommen werden

- Die Frist von 28 Kalendertagen, innerhalb der die Hilfsmittelversorgung nach Ausstellung der Verordnung aufgenommen werden muss, bleibt bis 30. Juni ausgesetzt. Die Versorgung kann also auch später als 28 Tage nach der Verordnung erfolgen.

Heilmittelverordnungen bleiben gültig

- Die Regelungen, wonach Verordnungen ihre Gültigkeit verlieren, wenn die Behandlung nicht innerhalb von 14/28 Tagen aufgenommen wird sowie die Regelungen, wonach Verordnungen ihre Gültigkeit verlieren, wenn die Behandlung länger als 14 Kalendertage unterbrochen wird, werden ebenfalls bis 30. Juni ausgesetzt.
Dies bezieht sich auf sämtliche vertragsärztlich verordnungsfähige Heilmittel. Dazu gehören Physiotherapie, Ergotherapie, Podologie, Ernährungstherapie sowie Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie.

2.) Ausnahme Entlassmanagement

- Die Sonderregelungen zum Entlassmanagement sind aufgrund der Vorgaben der SARS-CoV-2-Arzneimittelversorgungsverordnung nicht bis zu einem konkreten Stichtag befristet, sondern gelten solange eine epidemische Lage von nationaler Tragweite durch den Bundestag festgestellt ist.
- Der Zeitraum, für den Krankenhäuser nach Entlassung aus dem Krankenhaus zum Übergang in die ambulante Versorgung Leistungen verordnen und Bescheinigungen ausstellen können, bleibt von 7 auf 14 Tage erweitert.

Zeitraum bleibt auf
14 Tage erweitert

Dies betrifft folgende Leistungen:

- Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung
- Häusliche Krankenpflege
- Heilmittel (Die 12-Kalendertage-Frist, bis zu der die vom Krankenhaus verordnete Heilmittelbehandlung abgeschlossen sein muss, bleibt auf eine 21-Kalendertage-Frist erweitert.)
- Hilfsmittel
- Soziotherapie
- Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV)

2.2. Anpassungen der Arzneimittel-Verordnungssoftware

Aktualisierungsfrequenz

Zum 1. Juli 2020 ändert sich die Aktualisierungsfrequenz der Arzneimittelstammdaten innerhalb der Verordnungssoftware. Anstelle einer monatlichen Aktualisierung erfolgt das Update der Arzneimittelstammdaten dann alle zwei Wochen jeweils zum 1. und 15. eines Monats.

Updates alle zwei
Wochen

Die Möglichkeit eines Updates mittels Datenträgers bleibt erhalten. Der Arzt wird bei erstmaligem Aufruf der Software mit einem Hinweis darauf aufmerksam gemacht, dass der Zeitpunkt des vorgesehenen Updates um eine Woche überschritten wurde.

Kennzeichnung von Ersatzverordnungen

Eine weitere Änderung zum 1. Juli 2020 betrifft die im Gesetz für mehr Sicherheit in der Arzneimittelversorgung (GSAV) vorgesehene Regelung zur Kennzeichnung von Ersatzverordnungen:

- Muss ein Arzneimittel auf Grund eines Rückrufs oder einer von der zuständigen Behörde bekannt gemachten Einschränkung der Verwendbarkeit erneut verordnet werden, so ist diese erneute Verordnung zu Lasten der GKV für den Patienten zuzahlungsfrei.
- Diese erneute Verordnung eines Arzneimittels oder eines vergleichbaren Arzneimittels ist auf einem separaten Arzneimittelrezept vorzunehmen.
- Das Rezept wird von der Verordnungssoftware mit dem Aufdruck „Ersatzverordnung gemäß §31 Absatz 3 Satz 7 SGB V“ versehen.
- Zusätzlich erfolgt eine automatische Kennzeichnung über das Statusfeld im Personalienfeld.

Zuzahlungsfrei

Darüber hinaus gilt diese entsprechend gekennzeichnete Ersatzverordnung im Fall einer Wirtschaftlichkeitsprüfung als Praxisbesonderheit.

2.3. Vergütung von Einmalmaterialien für die Endoskopie im 2. Quartal 2020

Gemeinsam mit den Krankenkassen in Niedersachsen konnten wir eine Vereinbarung über die Vergütung von Polypektomieschlingen, PE-Zangen und Clipapplikatoren für Hämostase-/Endoclips als Einmalprodukte in Niedersachsen als Übergangsregelung bis zur Vereinbarung einer bundesweiten Regelung im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) abschließen. Die Vereinbarung ist noch nicht veröffentlicht, befindet sich aber im Unterschriftenverfahren und sieht folgende Regelungen vor:

- Die Einmalprodukte sind direkt durch die Fachärzte einzukaufen (Bezug und Bezahlung).
- Die Kosten für die Anwendung des Einmalartikels werden durch die Abrechnung als Sachkosten erstattet.
- Rechnet ein Vertragsarzt die Einmalmaterialien auf Basis der Vereinbarung ab, sind die betroffenen Leistungen des EBM durch einen noch festzulegenden Abschlag um den Anteil der bisher enthaltenen Kosten für die wiederaufbereitbaren Instrumente sowie die Aufbereitungskosten zu bereinigen.
- Hierzu kennzeichnen die Vertragsärzte die EBM-Leistungen bei der Verwendung eines Einmalinstrumentes durch Angabe des Suffix E.

Regelungen

KBV und GKV-Spitzenverband vereinbaren bis zum 30. Juni 2020 die Abschläge zur Bereinigung der bisher enthaltenen Kosten für die wiederaufbereitbaren Instrumente sowie deren Aufbereitungskosten, die auf die betroffenen Leistungen vorzunehmen sind. Dabei gehen KBV und GKV-Spitzenverband nach derzeitigem Kenntnisstand davon aus, dass die Abschläge auf die betroffenen Leistungen die Kosten für die endoskopischen Einmalinstrumente nicht übersteigen werden.

Da die Höhe des Bereinigungsbetrages erst zum Ende des Quartals feststehen wird, besteht weiterhin die Möglichkeit, auf eine Inanspruchnahme dieser Regelungen zu verzichten und die unbereinigten Gebührenordnungspositionen des EBM abzurechnen. In diesen Fällen ist eine gesonderte Abrechnung von Sachkosten für die Einmalprodukte allerdings ausgeschlossen.

Die Vereinbarung gilt erst einmal für das 2. Quartal 2020. Sollte eine Einigung auf Bundesebene erst nach dem 1. Juli 2020 in Kraft treten, ist eine Verlängerung möglich.

Bei grundsätzlichen Fragen zur Sachkostenabrechnung wenden Sie sich bitte an Ihre zuständige Bezirksstelle oder das Abrechnungcenter der KVN.

2.4. 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 1. Juni 2020 ab dem ersten Behandlungsfall als Praxisbesonderheit in den Anwendungsgebieten mit Zusatznutzen laut G-BA-Beschluss vom 19. September 2019 anerkannt:

Keytruda® ist als Monotherapie zur adjuvanten Behandlung des Melanoms im Tumorstadium III mit Lymphknotenbeteiligung nach vollständiger Resektion bei Erwachsenen angezeigt.

Monotherapie

Keytruda® ist in Kombination mit Pemetrexed und Platin-Chemotherapie zur Erstlinienbehandlung des metastasierenden nicht-plattenepithelialen NSCLC ohne EGFR- oder ALK-positive Tumormutationen bei Erwachsenen angezeigt.

Nicht-plattenepithelialen
NSCLC

Keytruda® ist in Kombination mit Carboplatin und entweder Paclitaxel oder nab-Paclitaxel zur Erstlinienbehandlung des metastasierenden plattenepithelialen NSCLC bei Erwachsenen angezeigt.

Plattenepithelialen
NSCLC

Die Praxisbesonderheit gilt für Patienten mit einer PD-L1-Expression von < 50 % (TPS). Die Patientengruppe ohne belegten Zusatznutzen, d. h. Patienten mit einer PD-L1-Expression von ≥ 50 % (TPS), ist in diesem Anwendungsgebiet ausdrücklich nicht von dieser Praxisbesonderheit umfasst.

Die bestehenden Praxisbesonderheiten in den Anwendungsgebieten des nicht-kleinzelligen Lungenkarzinoms in Erst- (NSCLC 1L) oder Zweitlinientherapie (NSCLC 2L) (siehe Rundschreiben Mai 2018) und des Urothelkarzinoms 2L (siehe Rundschreiben September 2018) gelten weiterhin fort.

Die Einleitung und Überwachung der Behandlung mit Pembrolizumab beim nicht kleinzelligen Lungenkarzinom (NSCLC 1L/2L), Urothelkarzinom 2L und Melanom adjuvant darf nur durch in der Therapie von Patienten mit diesen Tumorentitäten erfahrene Fachärzte für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie und weitere an der Onkologievereinba-

zung teilnehmende Ärzte erfolgen, sowie bei NSCLC 1L/2L durch Fachärzte für Innere Medizin & Pneumologie oder Fachärzte für Lungenheilkunde, beim Urothelkarzinom 2L auch durch Fachärzte für Urologie sowie bei Melanom adjuvant auch durch Fachärzte für Dermatologie.

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 Vorgaben der Fachinformation sind zu berücksichtigen. 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.

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: „Praxisbesonderheit“.

2.5. Ausblick - Neues Heilmittel-Verordnungsformular zum 1. Oktober 2020

Ab dem 1. Oktober 2020 gibt es für die Verordnung von Heilmitteln nur noch ein Formular, das neue „Muster 13 - Heilmittelverordnung“. Im oberen Teil des neuen „Muster 13 - Heilmittelverordnung“ ist durch Ankreuzen der zutreffende Heilmittelbereich auszuwählen:

- Physiotherapie
- Podologische Therapie
- Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie
- Ergotherapie
- Ernährungstherapie

Die alten Formulare zur Verordnung von Heilmitteln dürfen ab dem 1. Oktober nicht mehr eingesetzt werden. Bitte kalkulieren Sie bei der Bestellung von alten Formularen den Bedarf entsprechend und bestellen Sie rechtzeitig das neue Muster 13 - Heilmittelverordnung.

Ankreuzen Heilmittelbereich

Bestellungen für das neue Muster 13 - Heilmittelverordnung können ab dem 17. August 2020 beim Paul Albrechts Verlag GmbH (PAV) aufgegeben werden. Vermerken Sie dies bitte entsprechend auf der Bestellung.

Ab dem 14. September 2020 werden durch den PAV bei Bestellungen automatisch die neuen Vordrucke verschickt. Sofern dann für die Zeit bis zum 30. September 2020 noch alte Formulare benötigt werden, müsste dies bei der Bestellung vermerkt werden.

Die neuen Vordrucke dürfen erst ab dem 1. Oktober 2020 eingesetzt werden.

Erst ab 1. Oktober 2020 einsetzen

Hintergrund

Zum 1. Oktober 2020 tritt die überarbeitete Heilmittel-Richtlinie in Kraft, mit der die Regelungen zur Verordnung von Heilmitteln vereinfacht werden. Entsprechend dazu haben KBV und GKV-Spitzenverband das Heilmittel-Verordnungsformular angepasst. Anstelle von bisher drei Formularen (Muster 13 - Physiotherapie, Muster 14 - Logopädie, Muster 18 – Ergotherapie) ist ab dem 1. Oktober für die Verordnung von Heilmitteln nur noch ein Formular, das neue Muster 13 - Heilmittelverordnung, erforderlich.

Nähere Informationen zum neuen Muster 13 finden Sie auf der Internetseite der KBV unter [www.kbv.de/Praxis info/Verordnungen/Heilmittel/Verordnungsformulare](http://www.kbv.de/Praxis%20info/Verordnungen/Heilmittel/Verordnungsformulare%20und%20Diagnoseliste) und [Diagnoseliste](http://www.kbv.de/Praxis%20info/Verordnungen/Heilmittel/Verordnungsformulare%20und%20Diagnoseliste). Eine Lesefassung der ab dem 1. Oktober 2020 geltenden Heilmittel-Richtlinie steht als Servicedokument auf der Internetseite des G-BA unter [www.g-ba.de/Richtlinien/Heilmittel-Richtlinie/Weiterführende Informationen zur Verfügung](http://www.g-ba.de/Richtlinien/Heilmittel-Richtlinie/Weiterfuehrende%20Informationen%20zur%20Verfuegung). Auch wir werden noch ausführlich über die Änderungen der Heilmittel-Richtlinie zum Oktober 2020 informieren.

2.6. Änderung der SSB-Vereinbarung zum 1. Juli 2020

Zum 1. Juli 2020 erfolgt eine Klarstellung im Bereich der Desinfektionsmittel. Auf das Erfordernis der Apothekenpflicht wird künftig verzichtet, da Desinfektionsmittel generell nicht mehr der Apothekenpflicht unterliegen und es deswegen immer wieder zu Irritationen bei der Verordnung gekommen ist.

Die neue Anlage 1 der Sprechstundenbedarfsvereinbarung werden wir in Kürze im Internet unter <https://www.kvn.de/Amtliche+Bekanntmachungen.html> veröffentlichen.

3. Allgemeine Hinweise

3.1. Corona-Virus: KVN-Webshop für Schutzausrüstung

Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen (KVN) können kostenfrei Persönliche Schutz-Ausrüstung (PSA) über den KVN-Webshop im KVN-Portal (Login erforderlich) beziehen.

Nachdem Sie sich eingeloggt haben, können Sie dort Ihre Bestellung über ein Online-Formular aufgeben:

- Medizinischer Mund-Nasen-Schutz (OP-Maske)
- Filtrierende Halbmaske (FFP2/N95)
- Schutzanzug oder gleichwertige Schutzkleidung
- Schutzhandschuhe
- Schutzbrille
- Desinfektionsmittel

Die im Portal bestellte Schutzkleidung stellt Ihnen die KVN über einen Paketdienst kostenlos als Service zur Verfügung. Eine direkte Abholung bei der KVN ist nicht möglich. Da sich die Verfügbarkeit der Produkte jederzeit ändern kann, wird das Material soweit vorhanden versandt. Aus logistischen Gründen kann die Lieferung jedoch auch in mehreren Teillieferungen erfolgen. Die KVN setzt alles daran, die Wartezeiten möglichst gering zu halten.

3.2. Befristete Corona-Sonderregelungen im Bereich häusliche Krankenpflege, Krankentransport, Spezialisierte ambulante Palliativversorgung und Soziotherapie

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat die befristeten Corona-Sonderregelungen zum großen Teil verlängert. Mit der folgenden Übersicht geben wir Ihnen einen Überblick, welche Regelungen vorerst weiterhin gelten und welche ab 1. Juni 2020 entfallen.

Sonderregelungen, die bis 30. Juni 2020 verlängert wurden

Telefonische Anamnese

- Ausstellung von Folgeverordnungen von Krankenfahrten und häuslicher Krankenpflege weiterhin auch nach telefonischer Anamnese und Versand per Post möglich.
- Voraussetzung ist, dass bereits zuvor aufgrund derselben Erkrankung eine unmittelbare persönliche Untersuchung durch die Ärztin oder den Arzt erfolgt ist. Die Verordnung kann dann postalisch an die Versicherte oder den Versicherten übermittelt werden.
- Bei Krankenfahrten betrifft dies auch Vertragspsychotherapeutinnen und Vertragspsychotherapeuten.

Bestellformular

Häusliche Krankenpflege

- Folgeverordnungen für häuslicher Krankenpflege dürfen weiterhin für bis zu 14 Kalendertage rückwirkend ausgestellt werden, wenn aufgrund der Ausbreitung von COVID-19 eine vorherige Verordnung durch die Vertragsärztin oder den Vertragsarzt zur Sicherung einer Anschlussversorgung nicht möglich war. Ausnahmefälle bedürfen nach wie vor keiner besonderen Begründung.
- Weiterhin ausgesetzt bleibt die Regelung, wonach die Folgeverordnung in den letzten drei Arbeitstagen vor Ablauf des verordneten Zeitraums auszustellen ist.
- Zusätzlich bestehen bleibt die Regelung, dass die Frist zur Vorlage von Verordnungen bei der Krankenkasse von drei Tage auf zehn Tage verlängert wird.

Fristverlängerung

Krankentransporte zur ambulanten Behandlung ohne Genehmigung der Krankenkasse

- Verordnungen für Krankentransporte zur ambulanten Behandlung bedürfen weiterhin keiner vorherigen Genehmigung der Krankenkasse, sofern es sich um Krankentransporte zu nicht aufschiebbaren, zwingend notwendigen ambulanten Behandlungen
- von nachweislich an COVID-19-Erkrankten handelt oder
- von Versicherten, die aufgrund einer behördlichen Anordnung unter Quarantäne stehen.
- Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die für solche Versicherten einen Krankentransport veranlassen, müssen die Verordnung entsprechend kennzeichnen. Dazu geben sie auf dem Formular 4 an, dass es sich nachweislich um an COVID-19-Erkrankte oder Versicherte in Quarantäne handelt

Spezialisierten ambulanten Palliativversorgung und Soziotherapie

- Die Regelung, dass die Frist zur Vorlage von Verordnungen bei der Krankenkasse von drei Tage auf zehn Tage verlängert wird, bleibt bestehen.

Keine Sonderregelungen mehr ab 1. Juni 2020

Arbeitsunfähigkeit

- Feststellung der Arbeitsunfähigkeit per Telefon nicht mehr möglich

Häusliche Krankenpflege

- Erstverordnung häuslicher Krankenpflege nicht mehr individuell für länger als 14 Tage möglich

Krankenförderung

- für Fahrten zu einer vor- oder nachstationären Behandlung gelten wieder die Fristen von 5 bzw. 14 Tagen

3.3. Änderung der Heilmittel-Richtlinie - G-BA nimmt weitere Indikationen für die podologische Therapie auf

Mit Wirkung zum 1. Juli 2020 tritt eine Änderung der Heilmittel-Richtlinie (HeilM-RL) in Kraft. Künftig kann eine podologische Therapie für weitere Indikationen, die mit dem diabetischen Fußsyndrom vergleichbar sind, zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordnet werden.

Zwei neue Indikationen

Bisher konnten Maßnahmen der podologischen Therapie ausschließlich beim diabetischen Fußsyndrom (diabetische Neuropathie mit oder ohne Angiopathie) verordnet werden. Zukünftig haben GKV-Versicherte gemäß §27 HeilM-RL auch einen Anspruch auf Podologie, wenn sie zur Behandlung von Schädigungen der Haut und der Zehennägel bei nachweisbaren Gefühlsstörungen der Füße mit oder ohne Durchblutungsstörungen dient, die mit denen des diabetischen Fußsyndroms vergleichbar sind.

Nachweisbare Gefühlsstörungen

Die Voraussetzungen einer Vergleichbarkeit mit dem diabetischen Fußsyndrom sind ein herabgesetztes Schmerzempfinden und eine autonome Schädigung (gestörte vegetative Funktion) im Bereich der unteren Extremitäten aufgrund:

- einer sensiblen oder sensomotorischen Neuropathie oder
- eines neuropathischen Schädigungsbildes als Folge eines Querschnittssyndroms.

Voraussetzungen für die Verordnung

Die Voraussetzungen für die Verordnung von Podologie werden in §27 Abs. 2 HeilM-RL genau definiert. Dabei kommt podologische Therapie nur für Patienten in Betracht, die ohne podologische Behandlung irreversible Folgeschädigungen der Füße erleiden würden, die durch Entzündungen und Wundheilungsstörungen entstehen können. Als Risikofaktoren die zu unumkehrbaren Folgeschädigungen führen sind zu sehen:

- Hyperkeratosen tiefgehend oder mit Einblutungen und Rhagaden
- bestehendes Ulkus am Fuß an anderer Lokalisation oder in der Anamnese (durch Fußdeformitäten oder Paresen oder durch Schädigungen an Gelenken, Sehnen oder Muskeln im Bereich des Fußes)
- zusätzlich vorliegende Durchblutungsstörungen im Bereich der unteren Extremitäten (Makro- oder Mikroangiopathie)
- Wundheilungsstörungen, zum Beispiel aufgrund einer immunsuppressiven Therapie oder einer krankheitsbedingten Immunschwäche

Risikofaktoren

Heilmittelkatalog - Zwei neue Diagnosegruppen

Folgende zwei Diagnosegruppen werden in den Heilmittelkatalog aufgenommen:

Diagnosegruppe NF

Krankhafte Schädigung am Fuß als Folge einer sensiblen oder sensomotorischen Neuropathie (primär oder sekundär) z. B. bei

- hereditärer sensibler und autonomer Neuropathie
- systemischen Autoimmunerkrankungen
- Kollagenosen
- toxischer Neuropathie

Diagnosegruppe QF

Krankhafte Schädigung am Fuß als Folge eines Querschnittsyndroms (komplett oder in-komplett) z. B. bei

- Spina bifida
- chronischer Myelitis
- Syringomyelie
- traumatisch bedingte Schädigungen des Rückenmarks

Bereits im Heilmittelkatalog enthaltene Diagnosegruppe, die weiterhin bestehen bleibt:

Diagnosegruppe DF

Diabetisches Fußsyndrom

- diabetische Neuropathie mit oder ohne Angiopathie
 - im Stadium Wagner 0

Inhalt der podologischen Maßnahmen

Der Paragraph 27 Abs. 3 HeilM-RL regelt die Abgrenzung der Podologie zu den ärztlichen Leistungen. Danach ist die Podologische Therapie nur zur Behandlung von Schädigungen am Fuß, die keinen Hautdefekt aufweisen (Wagner-Stadium 0, d. h. ohne Hautulkus) zulässig. Die Behandlung von Hautdefekten und Entzündungen (Wagner-Stadium 1 bis 5) sowie von eingewachsenen Zehennägeln im Stadium 2 und 3 ist ärztliche Leistung.

Damit ist die Verordnung podologischer Therapie für eingewachsene Zehennägel im Stadium 1 möglich. Beim Stadium 1 handelt es sich gemäß G-BA um eine beginnende Entzündung. Der Nagel beginnt seitlich in die Haut einzuwachsen und verursacht folglich Schmerzen. Festgestellt wurde, dass Podologie im Stadium 1 sinnvoll sein kann, um ein Fortschreiten des Entzündungsprozesses zu vermeiden.

Maßnahmen der ärztlichen Diagnostik

Vor der erstmaligen Verordnung einer podologischen Therapie ist eine Eingangsdagnostik erforderlich. Im Rahmen der Eingangsdagnostik ist immer ein dermatologischer und ein neurologischer Befund zu erheben. Bereits vorhandene Befunde anderer Ärzte können für die Eingangsdagnostik herangezogen werden. Schädigungsabhängig können auch ein angiologischer oder muskuloskeletaler Befund erhoben bzw. entsprechende Fremdbefunde herangezogen werden. Details zur ärztlichen Diagnostik sind im §29 HeilM-RL definiert. Für die neuen Indikationen gilt es dabei folgende Besonderheiten zu beachten:

- kann nach der erstmaligen Verordnung podologischer Therapie aufgrund sensibler oder sensomotorischer Neuropathie keine gesicherte Diagnose durch den verordneten Arzt gestellt werden, so ist eine zeitnahe fachärztlich-neurologische Diagnosesicherung herbeizuführen

- für die Indikationen einer Neuropathie (Diagnosegruppe NF) oder eines neuropathischen Schädigungsbildes bei Querschnittsyndromen (Diagnosegruppe QF) ist zusätzlich der Nachweis einer autonomen Schädigung (z. B. Hauttrockenheit, Veränderung des Haarwachstums etc.) notwendig.

Die aktualisierte Heilmittel-Richtlinie finden Sie auf der Internetseite des G-BA unter: www.g-ba.de/Richtlinien/Heilmittel-Richtlinie.

3.4. Verschiedene Änderungen an der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie (HKP-RL)

Neue Leistung der Behandlungspflege

Das An- oder Ablegen ärztlich verordneter Bandagen und Orthesen wurde in das Leistungsverzeichnis der häuslichen Krankenpflege aufgenommen (Nummer 31d). Diese Leistung kann jetzt separat als Leistung der Behandlungspflege verordnet werden. Bisher war dies nur im Rahmen der Grundpflege möglich (Nummer 4 des Leistungsverzeichnisses).

Die Leistung ist im Verzeichnis zur Grundpflege nicht mehr gesondert aufgeführt, aber weiterhin darin enthalten. Somit kann diese Leistung zum Beispiel im Rahmen der Unterstützungspflege ebenfalls vom Pflegedienst im Rahmen der Grundpflege erbracht werden, ohne dass diese Leistung gesondert zu verordnen ist.

Dauer einer Einheit für die psychiatrische häusliche Krankenpflege

Eine Einheit psychiatrische häusliche Krankenpflege ist jetzt mit 60 Minuten in der Richtlinie festgeschrieben. Bisher gab es unterschiedliche Zeitangaben zwischen 15 und 60 Minuten, die zwischen Krankenkassen und Krankenpflegediensten vertraglich geregelt waren. Die Therapieeinheiten können in kleinere Zeiteinheiten maßnahmenbezogen aufgeteilt werden.

Situationsbedingt können neben der Teilung der Therapieeinheiten bei Bedarf auch zwei oder mehr Therapieeinheiten zeitlich zusammenhängend erbracht werden, sofern die verordnungsfähige Höchstmenge pro Woche von 14 Einheiten beachtet wird.

Vordruckmuster 12

Das Formular zur Verordnung häuslicher Krankenpflege wird ab 1. Oktober 2020 angepasst. Damit soll die Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden in der häuslichen Krankenpflege abgebildet werden. Einzelheiten hierzu erhalten Sie in Kürze in einer separaten Information.

Digitales Leistungsverzeichnis

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) bietet das Leistungsverzeichnis für die häusliche Krankenpflege in digitaler Form auf ihrer Internetseite an. Darin können sowohl einzelne Leistungspositionen als auch die entsprechenden Leistungsnummern aufgerufen werden. Auch eine Suchfunktion ist enthalten: Nach Eingabe eines Schlagwortes werden die gefundenen Stellen farblich markiert angezeigt.

Das digitale Leistungsverzeichnis finden Sie unter: <https://hkp-lv.kbv.de>. Alternativ ist das Leistungsverzeichnis über die App KBV2GO! abrufbar.

3.5. Anpassung der Schutzimpfungs-Richtlinie (SI-RL) in Bezug auf die Umsetzung der STIKO-Empfehlung zur Impfung gegen Masern, Mumps, Röteln oder Varizellen aufgrund beruflicher Indikation

Die Empfehlungen zur Impfung gegen die drei Erreger Masern, Mumps und Röteln aufgrund einer beruflichen Tätigkeit werden nunmehr in einer Empfehlung zur beruflich indizierten Impfung gegen Masern, Mumps und Röteln (MMR) zusammengefasst und in Bezug auf die Indikationsgruppen unter Berücksichtigung der vorliegenden Evidenz (auch bei Varizellen) angeglichen. Außerdem werden jetzt zwei Impfungen für einen vollständigen Impfschutz vorgesehen.

Zwei Impfungen für vollständigen Schutz

Auch wenn derzeit allein Kombinationsimpfstoffe zur Verfügung stehen, ist aus Sicht des Gemeinsamen Bundesausschusses G-BA eine Vereinheitlichung der Empfehlungen für eine Impfung gegen Masern, Mumps oder Röteln nur insoweit sachgerecht als auch entsprechende Risiken für die jeweiligen Tätigkeitsbereiche übereinstimmend festgestellt werden. Aus diesem Grund wird auch weiterhin die zusammengefasste Empfehlung einzeln in Bezug auf die jeweilige Erkrankung (Masern, Mumps oder Röteln) in Anlage 1 der SI-RL umgesetzt.

Die MMR-Impfung ist für nach 1970 geborene Personen (einschließlich Auszubildende, PraktikantInnen, Studierende und ehrenamtlich Tätige) in folgenden beruflichen Tätigkeitsbereichen indiziert:

- Medizinische Einrichtungen inklusive Einrichtungen sonstiger humanmedizinischer Heilberufe
- Tätigkeiten mit Kontakt zu potenziell infektiösem Material
- Einrichtungen der Pflege
- Gemeinschaftseinrichtungen
- Einrichtungen zur gemeinschaftlichen Unterbringung von Asylbewerbern, Ausreisepflichtigen, Flüchtlingen
- Fach-, Berufs- und Hochschulen

Tätigkeitsbereiche

Was zu den medizinischen Einrichtungen und Einrichtungen der Pflege zählt, wird in Fußnoten in der Anlage 1 der SI-RI erläutert.

Für einen ausreichenden Impfschutz soll insgesamt eine 2-malige Impfung mit einem MMR-Impfstoff erfolgen, bei gleichzeitiger Indikation zur Varizellen-Impfung mit einem MMRV-Impfstoff. Die Anzahl der notwendigen Impfstoffdosen richtet sich nach den bisher wenigsten dokumentierten Impfungen.

Abweichungen bei der Röteln-Impfung

- Bei Männern reicht für einen ausreichenden Impfschutz eine 1-malige Impfstoffdosis aus.
- Die medizinischen Einrichtungen und Einrichtungen der Pflege sind auf die Bereiche der Pädiatrie, der Geburtshilfe und der unmittelbaren Schwangerenbetreuung begrenzt.

- Tätigkeiten in Fach-, Berufs- und Hochschulen sind keine Indikation

Die beruflich indizierte Varizellen-Impfung wird empfohlen für seronegative Personen (einschließlich Auszubildende, PraktikantInnen, Studierende und ehrenamtlich Tätige) in folgenden Tätigkeitsbereichen:

- Medizinische Einrichtungen inklusive Einrichtungen sonstiger humanmedizinischer Heilberufe
- Tätigkeiten mit Kontakt zu potenziell infektiösem Material
- Einrichtungen der Pflege
- Gemeinschaftseinrichtungen*
- Einrichtungen zur gemeinschaftlichen Unterbringung von Asylbewerbern, Ausreisepflichtigen, Flüchtlingen und Spätaussiedlern

Damit die beruflich bedingten Impfungen zu Lasten der GKV abgerechnet werden können, sind entsprechende Anpassungen der regionalen Impfvereinbarungen notwendig. Da dies bislang noch nicht erfolgt ist, sind berufsbedingte Impfungen (Impfvergütung und Impfstoff) dem Patienten privat in Rechnung zu stellen. Dieser kann sich die Kosten bei seiner Krankenkasse oder seinem Arbeitgeber erstatten lassen. Sobald die Verträge mit den Krankenkassen angepasst wurden, werden wir Sie umgehend informieren.

3.6. Ausnahmeregelungen zur Kinder-Richtlinie im Pandemiefall beschlossen

Wir möchten Sie darüber informieren, dass der Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) für den Fall, dass der Deutsche Bundestag eine epidemische Lage von nationaler Tragweite feststellt hat, Ausnahmeregelungen für die Kinder-Untersuchungen beschlossen hat.

Kinder-Untersuchungen U6, U7, U7a, U8 sowie U9 können auch bei Überschreitung der Untersuchungszeiträume und Toleranzzeiten durchgeführt werden. Dies gilt während einer solchen epidemischen Lage sowie bis zu drei Monate nach deren Beendigung. Zusätzlich wird den Vertragspartnern des Bundesmantelvertrages die Möglichkeit eingeräumt, während einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite Änderungen von Qualitätssicherungsvorgaben der Kinder-Richtlinie zu vereinbaren.

Durch das rückwirkende Inkrafttreten zum 25. März 2020 deckt sich die vorgenommene Regelung zeitlich mit der Regelung zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem GKV-Spitzenverband vom 24. März 2020, in Kraft getreten am 25. März 2020. Diese nachgelagerte Beschlussfassung des G-BA und das rückwirkende Inkrafttreten zum 25. März 2020 sorgen nun für die erforderliche Rechtssicherheit.

3.7. Wiederaufnahme des Reminders für zu erstellende DMP-Dokumentationen

Wir hatten Sie im April-Rundschreiben darüber informiert, dass aufgrund der Corona-Pandemie die Datenstelle DAVASO bis zum 30. September

2020 keine Reminder wegen ausstehender DMP-Dokumentationen an die Vertragsärzte versendet.

Da es vermehrt Anfragen aus der Ärzteschaft gab, ob die Reminder nicht doch wieder versendet werden könnten, wurde mit der Datenstelle die sofortige Wiederaufnahme des Reminders vereinbart. Während der Zeit der Ausnahmeregung bis zum 30. September 2020 werden die Reminder in der Legende mit folgendem Hinweis versehen:

„Bitte beachten Sie, dass die Erstellung der Folgedokumentationen für die Patienten aufgrund der Corona-Pandemie fakultativ ist. Fehlende Folgedokumentationen für das 1. bis 3. Quartal 2020 werden für den DMP-Fallverlauf toleriert.“

Sofortige Wiederaufnahme

3.8. Krebsgesellschaft bietet Infomaterial zu Sonnenschutz und Hautkrebsprävention

Die Niedersächsische Krebsgesellschaft bietet zum Start in den Sommer zwei informative Publikationen zum Sonnenschutz und zur Hautkrebsprävention an. Der Flyer „Sonnenschutz für mein Kind“ richtet sich in leichter, bildreicher Sprache an Eltern und klärt diese über Sonnenschutzmaßnahmen auf. Die Kurzbroschüre „Haut und Sonne“ bietet ausführlichere Informationen zum gesunden Sonnenbaden und zur Früherkennung von Hautkrebs.

Beide Informationsmaterialien können kostenlos über den Link: <https://www.nds-krebsgesellschaft.de/infomaterial.html> bei der Niedersächsischen Krebsgesellschaft bestellt werden.

3.9. Früherkennungsuntersuchungen U10/U11 und J2 mit der Knappschaft und Techniker Krankenkasse: Vorübergehende Ergänzung gültig ab 1. April 2020

Wegen der aktuellen Coronavirus-Pandemie können Früherkennungsuntersuchungen, die im Zeitraum vom 1. April 2020 bis zum 30. Juni 2020 nicht wahrgenommen wurden, bis zum 30. September 2020 nachgeholt werden. Weitere Informationen finden Sie im KVN-Portal: Verträge Eingabe des Suchbegriffs „Früherkennung“.

3.10. Stadt Wilhelmshaven führt für ihre Feuerwehrbeamtinnen und -beamten zum 1. Juli 2020 die Krankenversichertenkarte ein

Wir möchten Sie darüber informieren, dass die Stadt Wilhelmshaven plant, an ihre Feuerwehrbeamtinnen und -beamten ab 1. Juli 2020 Krankenversichertenkarten auszugeben. Das Institutionskennzeichen für die Stadt Wilhelmshaven lautet 103601014, die dazugehörige VKNR 16 879.

Mit der Einführung der Krankenversichertenkarte entfallen die bislang ausgegebenen Behandlungsscheine.

Institutionskennzeichen und VKNR

3.11. DMP-Dokumentationen während COVID-19

Es ist ein neues Merkblatt zur Erstellung von DMP-Dokumentationen während COVID-19 verfügbar. Sie finden es auf unserer Internetseite unter der Rubrik Mitglieder/Qualität/DMP/DMP Merkblätter/Allgemeine Informationen.

4. Die Veranstaltungen der KVN

Aufgrund der aktuellen Corona-Situation hat sich die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen dazu entschlossen, dass weiterhin bis einschließlich 30. September 2020 keine Präsenzveranstaltungen stattfinden werden. Wir prüfen derzeit die Möglichkeit für Webinare. Über das weitere Vorgehen werden wir Sie selbstverständlich zeitnah informieren.

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

www.kvn.de/Mitglieder/Fortbildung

5. Anlagenverzeichnis

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

Amtliche Mitteilung der KVN zum HVM für das 3. Quartal 2020

in Umsetzung des Honorarverteilungsmaßstabes (HVM) gemäß § 87b Abs. 1 SGB V der KVN vom 29. Februar 2020

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 2020 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 2020 nicht in vollem zeitlichen Umfang an der vertragärztlichen Versorgung teilnehmen, reduzieren sich die o.a. Fachgruppendurchschnittswerte anteilig auf den Umfang ihrer Tätigkeit.



KVN

Kassenärztliche Vereinigung
Niedersachsen

Informationen für die Praxis

KVN-Rundschreiben

Mai 2020

Inhaltsverzeichnis

1. Abrechnung	3
1.1. Neue Molekulargenetische Untersuchung vor Verabreichung des Medikaments Mayzent zum 1. April 2020	3
1.2. Angabe der KVDT-Felder 5020 und 5021 zu den GOP 01760 und 01761 EBM erforderlich.....	3
1.3. ICD-Kodierung: Wegfall Ersatzwert „UUU“ seit 1. Januar 2020.....	3
1.4. Gebührenordnungspositionen (GOP) 01730, 01733 und 19311 seit 1. Januar 2020 ungültig	4
1.5. Terminservicestelle (TSS) - Telefonische Erreichbarkeit	5
2. Verordnungen.....	5
2.1. Hydroxychloroquin - Versorgung in den zugelassenen Indikationen	5
2.2. Neues T-Rezeptformular seit dem 15. April 2020.....	6
2.3. Aufruf zur Teilnahme an einer Studie des Paul-Ehrlich- Instituts zu Shingrix®	6
2.4. Emgality® (Galcanezumab) in Teilindikation als Praxisbesonderheit anerkannt.....	7
2.5. Geänderte Regelungen im Arzneimittelbereich (SARS- CoV-2-Arzneimittelversorgungsverordnung).....	8
2.6. Neue Verordnung einer Krankenförderung (Muster 4) ab 1. Juli 2020.....	10
2.7. Pneumokokken-Impfstoff Prevenar 13® mit englischer Beschriftung verfügbar.....	11
2.8. Anpassung innerhalb des Wirtschaftlichkeitsziels TNF-alpha-Inhibitoren	12
2.9. Änderungen der Anlage V (Medizinprodukte) der Arzneimittel-Richtlinie - Verlängerung von Befristungen	12

3.	Allgemeine Hinweise	13
3.1.	Telefonische AU-Bescheinigung bis 18. Mai 2020 verlängert	13
3.2.	Corona Virus - In welchen Fällen das Einlesen der eGK entfällt	13
3.3.	Corona Virus - Übergangsregelungen in der Unfallversicherung	15
3.4.	Ergänzende Hinweise zu den Dokumentationspflichten und Schulungen bei Disease-Management-Programmen (DMP) während der Corona-Pandemie	16
3.5.	Rückwirkende EBM-Änderung zur substituionsgestützten Behandlung von Opiatabhängigen	17
3.6.	Hallo Baby - Versorgung: Vorübergehende Ergänzung ab 1. Mai 2020	17
3.7.	Versorgungsverträge „elektrische Kardioversion“ mit der DAK-Gesundheit und der AOK Niedersachsen enden am 30. Juni 2020	18
3.8.	Neue Vordruckmuster für Psychotherapie zum 1. Juli 2020	18
3.9.	Innovationsfonds - Rheuma-VOR endet zum 31. Oktober 2020	19
3.10.	Neugestaltung der Vergütung ärztlicher Kommunikation: Post, Telefax und eArztbrief	19
3.11.	Corona - selbstbeschaffte persönliche Schutzausrüstung (PSA)	21
3.12.	Fachseminar II für die Fachkraft in der kurativen Mammographie	22
4.	Veranstaltungen der KVN	22
5.	Anlagenverzeichnis	22
5.1.	Abbildung T-Rezeptformular	23
5.2.	Praxisinfo der KBV	25
5.3.	Fachseminar kurative Mammographie	27
5.4.	Sammelerklärung	29

1. Abrechnung

1.1. Neue Molekulargenetische Untersuchung vor Verabreichung des Medikaments Mayzent zum 1. April 2020

Der Bewertungsausschuss hat beschlossen, zum 1. April eine neue molekulargenetische Untersuchung vor Verabreichung des Medikaments Mayzent zur Behandlung Multipler Sklerose in den EBM aufzunehmen. Mayzent wird zur Behandlung bei sekundär progredienter Multipler Sklerose eingesetzt. Die Anwendung gemäß der Fachinformation erfordert, dass vor der Gabe von Siponimod der CYP2C9-Metabolisierungsstatus des Patienten bekannt sein muss. Aufgrund dessen wird die Untersuchung der Allele CYP2C9*1, *2 und *3 des CYP2C9-Gens gemäß GOP 32866 in den Abschnitt 32.3.14 des EBM aufgenommen. Die Leistung ist ein Mal im Krankheitsfall berechnungsfähig und mit 82 Euro bewertet.

Der komplette Beschluss des Bewertungsausschusses ist auf der Internet-Seite des Instituts des Bewertungsausschusses unter <http://institut-ba.de/ba/beschluesse.html> einzusehen.

1.2. Angabe der KVDT-Felder 5020 und 5021 zu den GOP 01760 und 01761 EBM erforderlich

Bei der Abrechnung der GOP 01760 (Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen bei der Frau) sowie bei der GOP 01761 (Untersuchung zur Früherkennung des Zervixkarzinoms) ist die Angabe der Wiederholungsuntersuchung und das Jahr der letzten Untersuchung erforderlich. Der Eintrag erfolgt in Ihrer Praxissoftware in den KVDT-Feldern 5020 (Wiederholungsuntersuchung ja/nein) und 5021 (Jahr der letzten Untersuchung). Bei fehlenden Angaben können die abgerechneten Leistungen in Ihrer Quartalsabrechnung nicht berücksichtigt werden.

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

1.3. ICD-Kodierung: Wegfall Ersatzwert „UUU“ seit 1. Januar 2020

Im November-Rundschreiben haben wir Sie darüber informiert, dass die Verwendungsmöglichkeit des Ersatzwertes „UUU“ (Angabe einer ICD-10-GM-Schlüsselnummer nicht erforderlich) als Kodierung aufgehoben und eine Neuregelung in den Bundesmantelvertrag Ärzte (BMV-Ä) aufgenommen wurde.

Für bestimmte Konstellationen ist der ICD-Kode „Z01.7 Laboruntersuchung“ mit dem Zusatzkennzeichen „G“ im Sinne eines Ersatzwertes anzugeben.

Die Regelung (ICD-Kode Z01.7) gilt für folgende Fachgruppen:

- Fachärzte für Pathologie
- Fachärzte für Neuropathologie

- Fachärzte für Laboratoriumsmedizin
- Fachärzte für Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie

Unabhängig von der Fachgruppe für folgende Arztfälle:

- Arztfälle in einer Arztpraxis, in denen in-vitro-diagnostische Untersuchungen der Abschnitte 11.4, 19.3, 19.4, 32.2, 32.3 EBM oder entsprechende Untersuchungen im Abschnitt 1.7 oder 8.5 EBM ohne unmittelbaren Arzt-Patienten-Kontakt durchgeführt werden, es sei denn, im EBM sind für die Abrechnung der GOP speziellere Regelungen getroffen.

Arztfälle

Für alle anderen Fachgruppen oder Konstellationen ist seit 1. Januar 2020 die Angabe eines spezifischen ICD-Kodes erforderlich.

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

1.4. Gebührenordnungspositionen (GOP) 01730, 01733 und 19311 seit 1. Januar 2020 ungültig

Im Januar-Rundschreiben haben wir Sie über die Änderungen der Krebsfrüherkennungsuntersuchungen bei Frauen informiert.

Bitte beachten Sie, dass seit dem 1. Januar 2020 folgende GOP nicht mehr abrechnungsfähig sind:

- GOP 01730 (Krebsfrüherkennungsuntersuchung bei der Frau),
- GOP 01733 (zytologische Untersuchung/Krebsvorsorge),
- GOP 19311 (zytologische Untersuchung eines Materials).

Nicht mehr abrechnungsfähig

Aufgrund der erfolgten Änderungen der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie (KFE-RL) und der Richtlinie für organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme (oKFE-RL) entfallen die Leistungen nach der GOP 01730 und 01733 im Abschnitt 1.7.2 EBM.

Im Unterabschnitt 1.7.3.2 EBM werden seit dem 1. Januar 2020 die ärztlichen, zytologischen und laborärztlichen Leistungen für die Früherkennung von Krebserkrankungen bei Frauen abgebildet.

Die Untersuchungsindikationen der GOP 19311 werden seit dem 1. Januar 2020 getrennt als GOP 19318 Zervix-Zytologie und als GOP 19319 Urin-Zytologie weitergeführt.

Ausführliche Informationen finden Sie auf der Internetseite der Kassenärztlichen Bundesvereinigung unter www.kbv.de

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

1.5. Terminservicestelle (TSS) - Telefonische Erreichbarkeit

Bitte beachten Sie, dass die Terminservicestelle nur noch über die Rufnummer 116117 zu erreichen ist.

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

Nur noch 116117

2. Verordnungen

2.1. Hydroxychloroquin - Versorgung in den zugelassenen Indikationen

Um die Versorgung von chronisch kranken Patienten mit Hydroxychloroquin in den zugelassenen Indikationen sicherzustellen, hat das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) eine Anordnung mit Maßnahmen veröffentlicht. Hintergrund ist der vermehrte Off-Label-Use bei der Behandlung von COVID-19-Patienten.

- Außerhalb der zulassungskonformen Indikationen (rheumatoide Arthritis, juvenile idiopathische Arthritis oder systemischer Lupus erythematodes sowie Malariaprophylaxe und -therapie) und außerhalb von klinischen Prüfungen sollte die Anwendung von Hydroxychloroquin-haltigen Arzneimitteln im Off-Label-Einsatz nur im Rahmen eines individuellen Heilversuchs bei stationär überwachten Verläufen von mit SARS-CoV-2 infizierten Patienten erfolgen.
- Aus Gründen der Arzneimittelsicherheit sollen Hydroxychloroquin-haltige Arzneimittel daher ambulant ab sofort nur noch unter Angabe einer zugelassenen Indikation auf der Verschreibung verordnet werden.
- Sofern die Angabe der Indikation fehlt, soll die Apotheke Rücksprache mit der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt halten, um sich bestätigen zu lassen, dass für eine zulassungskonforme Indikation verordnet wurde. Die entsprechende Information kann durch die Apotheke auf der Verschreibung nachgetragen werden.
- Weiterhin soll die Verordnung jeweils auf maximal 100 Tabletten à 200 mg beschränkt werden entsprechend der üblichen Dosierung im Rahmen der Dauertherapie (2 x täglich 200 mg für eine Dauer von 50 Tagen).
- Für die Teilindikation Malariaprophylaxe kann, sofern die Behandlung ambulant erfolgt, die Verordnung von maximal zwölf Tabletten erfolgen.
- Eine Verordnung auf Privat-Rezept ohne Angabe der Indikation soll nicht erfolgen; gleiches gilt für den Eigengebrauch (Vorlage des Arztausweises).

Angabe einer zugelassenen Indikation

2.2. Neues T-Rezeptformular seit dem 15. April 2020

Arzneimittel, die die Wirkstoffe Lenalidomid, Pomalidomid oder Thalidomid enthalten, dürfen nur auf einem nummerierten zweiteiligen amtlichen Vordruck (T-Rezeptformular) verordnet werden. Nach der Apothekenbetriebsordnung (ApBetrO) ist bei der Abgabe o. g. Arzneimittel auf der Verschreibung (Teil I) und der Durchschrift der Verschreibung (Teil II) u. a. der Name oder die Firma des Inhabers der Apotheke und deren Anschrift zu vermerken.

Um die Umsetzung dieser Anforderung zu erleichtern, wurde auf der Rückseite von Teil II des T-Rezeptformulars ein Feld für den Apothekenstempel ergänzt. Bei Teil I des T-Rezeptes war dieses Feld für den Apothekenstempel in der Vergangenheit bereits vorhanden.

Außerdem wurde die T-Rezeptnummer des neuen Formulars von sechs auf sieben Ziffern erweitert.

Die neuen Vordrucke des T-Rezeptes werden seit dem 15. April 2020 vom BfArM ausgegeben. Die „alten“ T-Rezepte behalten weiterhin ihre Gültigkeit.

Eine Abbildung der Vorder- und Rückseiten des neuen T-Rezeptformulars (Teil I und II) können Sie der beigefügten Anlage entnehmen.

Anlage 5.1: Abbildung T-Rezeptformular

2.3. Aufruf zur Teilnahme an einer Studie des Paul-Ehrlich-Instituts zu Shingrix®

Das Paul-Ehrlich-Institut (PEI) hat am 15. April 2020 eine Beobachtungsstudie zu dem Herpes-Zoster-Impfstoff Shingrix® gestartet.

Der Hintergrund hierzu ist eine vermehrte Anzahl von Verdachtsmeldungen eines Herpes Zoster sowie bullösen Hautreaktionen im engen zeitlichen Zusammenhang mit einer Shingrix®-Impfung. Im Rahmen der Studie soll geklärt werden, ob es sich dabei um eine potentielle Nebenwirkung von Shingrix® durch die Reaktivierung des Varizella-Zoster-Virus (VZV) handelt.

Das PEI bittet nun Ärzte, an dieser Beobachtungsstudie teilzunehmen:

- Ärzte werden gebeten, mit dem PEI in Kontakt zu treten (siehe unten), wenn Patienten einen Herpes zoster oder bullöse Hautveränderungen in engem zeitlichen Abstand nach einer Shingrix®-Impfung entwickeln.
- Den Patienten sollen nach Möglichkeit Proben vom Bläscheninhalt entnommen werden, die im Konsiliarlabor für VZV- und Herpes-Simplex-Virus(HSV)-Infektionen mittels PCR sowie VZV-Typisierung untersucht werden.
- Die Kosten für die virologische und diagnostische Abklärung der Hautreaktionen im Konsiliarlabor sowie den Probenversand übernimmt das PEI.

Beobachtungsstudie

- Das PEI bittet außerdem um eine pseudonymisierte Dokumentation des klinischen Verlaufs. Der entstehende Aufwand wird ebenfalls vom PEI entschädigt.

Paul-Ehrlich-Institut
Referat Pharmakovigilanz S1
Studiensekretariat
Paul-Ehrlich-Straße 51-59
63225 Langen
Telefon: 06103 77 0
Fax: 06103 7777 6180
E-Mail: Studiensekretariat-S@pei.de

Ein positives Votum der zuständigen Ethikkommission liegt vor. Weitere Informationen des PEI finden Sie unter folgendem Link:
<https://www.pei.de/DE/newsroom/hp-meldungen/2020/200415-shingrix-studie-herpes-zoster-aufruf.html>

2.4. Emgality® (Galcanezumab) in Teilindikation als Praxisbesonderheit anerkannt

Emgality® (Wirkstoff Galcanezumab) wird ab dem 1. April 2020 nach einer Vereinbarung zwischen dem GKV-Spitzenverband und dem pharmazeutischen Unternehmer Lilly Deutschland GmbH ab dem ersten Behandlungsfall als Praxisbesonderheit ausschließlich in der Patientengruppe mit einem Zusatznutzen laut G-BA-Beschluss vom 19. September 2019 anerkannt:

- Migräne-Prophylaxe bei erwachsenen Patienten mit mindestens vier Migränetagen pro Monat, die auf keine der genannten medikamentösen Therapien/Wirkstoffklassen (Metoprolol, Propranolol, Flunarizin, Topiramat, Amitriptylin, Valproinsäure¹, Clostridium botulinum Toxin Typ A² ansprechen, für diese nicht geeignet sind oder diese nicht vertragen.

Anwendungsgebiet

In diesem Anwendungsgebiet sah der G-BA einen Anhaltspunkt für einen beträchtlichen Zusatznutzen gegenüber Best Supportive Care.

Die Einleitung und Überwachung der Behandlung mit Galcanezumab soll durch in der Diagnose und Therapie von Patienten mit Migräne erfahrene Ärzte erfolgen.

Der Behandlungserfolg sollte drei Monate nach Behandlungsbeginn beurteilt werden. Jede weitere Entscheidung die Behandlung fortzusetzen,

¹ Der G-BA hat am 20. März 2020 eine Aktualisierung der Arzneimittel-Richtlinie in Anlage VI Teil A (Off-Label-Use) zum Einsatz von Valproinsäure in der Migräne-Prophylaxe bei Erwachsenen beschlossen (vorbehaltlich der Prüfung durch das BMG und Veröffentlichung im Bundesanzeiger gem. § 94 SGB V)

² Entsprechend der Zulassung nur für die chronische Migräne

sollte für jeden Patienten individuell erfolgen. Es wird empfohlen, anschließend regelmäßig zu überprüfen, ob eine Weiterbehandlung notwendig ist.

Die Vorgaben der Fachinformation sind zu berücksichtigen. Weitere Anwendungsgebiete oder Patientengruppen oder Erweiterungen des Anwendungsgebiets sind nicht von der Praxisbesonderheit umfasst. Die Anerkennung als Praxisbesonderheit besteht, solange Lilly Emgality® 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: „Praxisbesonderheit“.

Wichtiger Hinweis

Der GKV-Spitzenverband hat unabhängig von der Anerkennung als Praxisbesonderheit Anforderungen an die Zweckmäßigkeit, Qualität und Wirtschaftlichkeit einer Verordnung von Galcanezumab festgelegt. Demnach soll Galcanezumab durch den Arzt ausschließlich in der Patientengruppe c) verordnet werden, für die der G-BA in dem Beschluss vom 19. September 2019 einen Zusatznutzen festgestellt hat:

- Migräne-Prophylaxe bei Erwachsenen mit mindestens vier Migränetagen pro Monat, die auf keine der genannten medikamentösen Therapien/Wirkstoffklassen (Metoprolol, Propranolol, Flunarizin, Topiramate, Amitriptylin, Valproinsäure³, Clostridium botulinum Toxin Typ A⁴) ansprechen, für diese nicht geeignet sind oder diese nicht vertragen.

Dieser Hinweis sollte zur Vermeidung von Regressen beachtet werden.

2.5. Geänderte Regelungen im Arzneimittelbereich (SARS-CoV-2-Arzneimittelversorgungsverordnung)

Mit Wirkung ab dem 22. April 2020 ist die SARS-CoV-2-Arzneimittelversorgungsverordnung in Kraft getreten. Ziel dieser Verordnung ist es, das Infektionsrisiko durch reduzierte Apotheken- und Arztkontakte zu verringern und die Arzneimittelversorgung aufrecht zu erhalten.

³ Der G-BA hat am 20. März 2020 eine Aktualisierung der Arzneimittel-Richtlinie in Anlage VI Teil A (Off-Label-Use) zum Einsatz von Valproinsäure in der Migräne-Prophylaxe bei Erwachsenen beschlossen (vorbehaltlich der Prüfung durch das BMG und Veröffentlichung im Bundesanzeiger gem. § 94 SGB V)

⁴ entsprechend der Zulassung nur für die chronische Migräne

Die Verordnung tritt außer Kraft, wenn die Feststellung einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite aufgehoben ist, spätestens jedoch mit Ablauf des 31. März 2021.

Folgende neue Regelungen im Arzneimittelbereich (SGB V) ergeben sich aus der Verordnung:

Im Rahmen des Entlassmanagements können Krankenhäuser bei der Verordnung von Arzneimitteln eine Packung bis zum größten Packungsgrößenkennzeichen nach der Packungsgrößenverordnung verordnen. Krankenhäuser können zudem Verband-, Heil- und Hilfsmittel, häusliche Krankenpflege und Soziotherapie für einen Zeitraum von bis zu 14 Tagen verordnen und die Arbeitsunfähigkeit feststellen. Über beide Neuregelungen wurde bereits im April-Rundschreiben informiert.

Apotheken dürfen, wenn das abzugebende Arzneimittel in der Apotheke nicht vorrätig ist, ein anderes vorrätiges, wirkstoffgleiches Arzneimittel abgeben. Ist kein wirkstoffgleiches Arzneimittel in der Apotheke vorrätig und das abzugebende Arzneimittel nicht lieferbar, darf ein anderes lieferbares, wirkstoffgleiches Arzneimittel abgegeben werden.

Ist kein entsprechendes Arzneimittel vorrätig oder lieferbar, dürfen Apotheken

- nach Rücksprache mit dem verordnenden Arzt ein pharmakologisch-therapeutisch vergleichbares Arzneimittel abgeben. Dies gilt auch, wenn der verordnende Arzt den Austausch durch das Setzen eines Aut-idem-Kreuzes ausgeschlossen hat. Die Apotheke muss dies auf dem Rezept dokumentieren, der Arzt muss demnach kein neues Rezept ausstellen.
- auch ohne Rücksprache mit dem verordnenden Arzt in Bezug auf folgende Punkte von der ärztlichen Verordnung abweichen, wenn dadurch die verordnete Gesamtmenge des Wirkstoffs nicht überschritten wird:
 - Packungsgröße
 - Packungsanzahl
 - Entnahme von Teilmengen aus Fertigarzneimittelpackungen, soweit die abzugebende Packungsgröße nicht lieferbar ist
 - Wirkstärke, sofern keine pharmazeutischen Bedenken bestehen

Bei Betäubungsmitteln zur Substitution finden die Nummern 1, 2 und 4 keine Anwendung. Da diese Regelungen eine Information des Arztes z. B. bei der Abgabe von Arzneimitteln mit anderer Wirkstärke nicht vorsehen, sollte aus Gründen der Arzneimitteltherapiesicherheit und um Fehldosierungen zu vermeiden bei Folgeverordnungen auf die richtige Wirkstärke geachtet werden.

Folgende Ausnahmen von der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV) wurden festgelegt:

Entlassmanagement

Apotheken

nach Rücksprache

ohne Rücksprache

- Betäubungsmittelrezepte dürfen vorübergehend auch außerhalb von Vertretungsfällen - etwa in einer Praxisgemeinschaft - übertragen und von anderen Ärzten verwendet werden.

Ausnahmen

Substitutionsbehandlung von opioidabhängigen Patienten

- Substitutionsärzte mit einer Genehmigung im Rahmen der sogenannten Konsiliariusregelung dürfen eine höhere Anzahl von Patienten als die gesetzlich festgelegte von zehn behandeln.
- Vertretungen eines substituierenden Arztes dürfen die reguläre Dauer überschreiten - auch wenn der Arzt keine suchtmmedizinische Qualifikation hat.
- Die Z-Verordnungen wurden von zwei bis maximal fünf Tage auf bis zu sieben Tage ausgeweitet.
- Binnen einer Kalenderwoche dürfen nun bis zu vier Take-Home-Verordnungen ausgehändigt werden, jedoch nicht mehr als eine Verordnung an einem Tag.
- Ferner dürfen Take-Home-Verordnungen auch ohne persönliche Konsultation ausgehändigt werden.
- Steht kein geeignetes Personal nach §5 Abs. 10 S. 1 und 2 BtMVV zur Verfügung, darf die Überlassung des Substitutionsmittels zum unmittelbaren Verbrauch auch durch volljährige Botendienste der Apotheke erfolgen. Der Arzt muss in diesen Fällen eine entsprechende Vereinbarung gemäß §5 Abs. 10 BtMVV treffen.
- Zur Sicherstellung einer Substitution darf der substituierende Arzt in Notfällen auch für den Fall einer Substitutionstherapie Notfall-Verschreibungen mit der zur Behebung des Notfalls erforderlichen Menge Substitutionsmittel ausstellen (gemäß den bestehenden Anforderungen in § 8 der BtMVV).

2.6. Neue Verordnung einer Krankenförderung (Muster 4) ab 1. Juli 2020

Das seit dem 1. Januar 2019 geltende vereinfachte Genehmigungsverfahren für mobilitätsbeeinträchtigte Patientengruppen erforderte eine Änderung des Musters 4. Des Weiteren wurden aufgrund von Hinweisen aus der Praxis weitere Ergänzungen und Klarstellungen vorgenommen. Wir möchten Ihnen die Änderungen nachfolgend vorstellen.

- Die Genehmigung einer Krankenfahrt zur ambulanten Behandlung für dauerhaft mobilitätsbeeinträchtigte Patientengruppen (Merkzeichen „aG“, „Bl“ oder „H“, Pflegegrad 3 mit dauerhafter Mobilitätsbeeinträchtigung, 4 oder 5) gilt mit der Ausstellung der ärztlichen Verordnung als erteilt. Diese Fahrten wurden auf dem Muster 4 unter „Genehmigungsfreie Fahrten“ eingeordnet.
- Unter „Genehmigungspflichtige Fahrten zu ambulanten Behandlungen“ wurden Formulierungen und die Anordnung angepasst. So sind beispielsweise alle Fahrten, die eine Beförderung mit einem Krankentransportwagen (KTW) erfordern, unter f) anzugeben. Dies gilt auch für KTW-Fahrten zur ambulanten Behandlung

Genehmigungsfreie Fahrten

Genehmigungspflichtige Fahrten

- für Patienten mit Merkzeichen "aG", „Bl“, „H“, Pflegegrad 3 mit dauerhafter Mobilitätsbeeinträchtigung, Pflegegrad 4 oder 5.
- Bei „Behandlungstag/Behandlungsfrequenz und nächsterreichbare, geeignete Behandlungsstätte“ kann bei genehmigungsfreien Fahrten zukünftig auf die Angabe des Behandlungstages verzichtet werden, wenn der Behandlungstag nicht bekannt ist. Dies kann zum Beispiel dann in Betracht kommen, wenn beim Hausbesuch die Notwendigkeit eines Facharztbesuches festgestellt wird oder eine Terminvergabe über die Terminservicestelle erfolgt.
 - Unter „3. Art und Ausstattung der Beförderung“ wurde klargestellt, dass die Angabe von „Rollstuhl“, „Tragestuhl“, „liegend“ für alle Beförderungsmittel möglich ist. Die bisherige Darstellung hat in der Praxis zu Missverständnissen geführt.
 - Ferner wurden unter „4. Begründung/Sonstiges“ die Beispiele um „Gewicht bei Schwergewichtstransport“ ergänzt. Auch diese Änderung folgt aufgrund von Hinweisen aus der Praxis.
 - Zudem wurden auf der Rückseite Änderungen im Sinne der Transporteure vorgenommen.

Behandlungstag

Beförderung

Das neue Muster 4 wird ab 1. Juli 2020 auch in den Praxisverwaltungssystemen hinterlegt sein. Die Vordruckerläuterungen des Musters 4 werden ebenfalls überarbeitet.

Ab 1. Juli 2020 ist ausschließlich das neue Muster 4 zu verwenden. Alte Formulare dürfen nicht aufgebraucht werden. Bitte denken Sie daher daran die neuen Vordrucke frühzeitig zu bestellen.

Neue Vordrucke frühzeitig bestellen

Bestellungen für die neuen Vordrucke können Sie ab dem 18. Mai 2020 beim Paul Albrechts Verlag (PAV) aufgeben. Ab dem 15. Juni 2020 versendet der PAV generell die neuen Vordrucke.

Versand ab 15. Juni

Sollten Sie für die Zeit bis zum 30. Juni 2020 noch alte Vordrucke benötigen, vermerken Sie dies bitte unbedingt auf der Bestellung. Die Stückzahl sollte entsprechend kalkuliert werden, da alte Muster ab dem 1. Juli 2020 nicht mehr verwendet werden dürfen und vernichtet werden müssen.

2.7. Pneumokokken-Impfstoff Prevenar 13[®] mit englischer Beschriftung verfügbar

Ab dem 28. April 2020 werden zusätzliche Dosen des Pneumokokken-Impfstoffs Prevenar 13[®] mit englischer Beschriftung über den Großhandel in Deutschland zur Verfügung gestellt.

Der Ware liegt keine deutschsprachige Packungsbeilage bei, auch Klebeetiketten für die Dokumentation im Impfpass sind nicht enthalten. Es ist daher eine handschriftliche Dokumentation erforderlich.

Es handelt sich bei dem Impfstoff um Abpackungen zu je 10 x 1 Einzeldosis, die Injektionskanülen sind bereits beigefügt. Der Impfstoff ist bis Januar 2022 haltbar und unter der PZN 16664469 über den Sprechstundenbedarf zu beziehen.

Das Paul-Ehrlich-Institut (PEI) informiert auf seiner Internetseite über den importierten Impfstoff, die Chargenbezeichnung und die Verpackung und stellt neben der Gebrauchs- und Fachinformation auch Fotos bereit unter <https://www.pei.de/DE/newsroom/hp-meldungen/2020/200427-pneumokokkenimpfstoff-englisch-beschriftet.html>

Es wird darauf hingewiesen, dass die aktuellen STIKO-Empfehlungen zur Priorisierung der Pneumokokken-Impfung weiterhin gelten und beachtet werden sollen (siehe April-Rundschreiben, 2.3 „Impfung gegen Pneumokokken - Handlungshinweise der STIKO“).

STIKO-Empfehlungen

2.8. Anpassung innerhalb des Wirtschaftlichkeitsziels TNF-alpha-Inhibitoren

Innerhalb der Biosimilarquote TNF-alpha-Inhibitoren der Vergleichsgruppe Internistische Rheumatologen hat sich eine Anpassung ergeben.

Die aktualisierte Quoteninformation und Tischvorlage finden Sie zu Ihrer Information im KVN-Portal unter Verordnungen/Arzneimittelzielvereinbarung/Informationen je Fach-/Vergleichsgruppe.

2.9. Änderungen der Anlage V (Medizinprodukte) der Arzneimittel-Richtlinie - Verlängerung von Befristungen

Bei folgenden Medizinprodukten wurde die Befristung der Verordnungsfähigkeit nach Anlage V der Arzneimittel-Richtlinie auf den 26. Mai 2024 verlängert:

Produktbezeichnung	Medizinisch notwendige Fälle
1xklysmo salinisch	Zur raschen und nachhaltigen Entleerung des Enddarms vor Operationen und diagnostischen Eingriffen; nicht zur Anwendung bei Säuglingen und Kindern unter 6 Jahren.
ISOMOL® MOVICOL® MOVICOL® aromafrei MOVICOL® flüssig Orange MOVICOL® Schoko 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.
MOVICOL® Junior aromafrei	Für Kinder im Alter von 2 bis 11 Jahren zur Behandlung von Obstipation, für Kinder im Alter von 5 bis 11 Jahren zur Behandlung von Koprostase.
MOVICOL® Junior Schoko	Für Kinder im Alter von 2 bis 11 Jahren zur Behandlung der Obstipation.
belAir® NaCl 0,9 %	Als isotone 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 Inhalats zwingend vorgesehen ist.

Übersicht

Außerdem wurde zum 5. März 2020 das Medizinprodukt „Natriumchlorid-Lösung 6 % zur Inhalation“ in die Anlage V der Arzneimittel-Richtlinie aufgenommen:

Produktbezeichnung	Medizinisch notwendige Fälle	Befristung der Verordnungs-fähigkeit
Natriumchlorid-Lösung 6 % zur Inhalation	Zur symptomatischen Inhalationsbehandlung der Mukoviszidose für Patienten ab dem 6. Lebensjahr.	17. März 2023

Aufnahme

Die vollständige Anlage V finden Sie im Internet unter [www.g-ba.de/Richtlinien/Arzneimittel-Richtlinie/Anlage V](http://www.g-ba.de/Richtlinien/Arzneimittel-Richtlinie/Anlage_V).

3. Allgemeine Hinweise

3.1. Telefonische AU-Bescheinigung bis 18. Mai 2020 verlängert

Die Ausnahmeregelung zum Ausstellen einer AU-Bescheinigung nach telefonischer Anamnese ist bis zum 18. Mai 2020 verlängert worden. Somit können Patienten mit einer leichten Erkrankung der oberen Atemwege zunächst weiter per Telefon krankgeschrieben werden.

Nach der Sonderregelung dürfen Patienten mit leichten Symptomen der oberen Atemwege für bis zu sieben Kalendertage krankgeschrieben werden, ohne dass diese in die Praxis kommen müssen. Bei Fortdauern der Arbeitsunfähigkeit ist eine Verlängerung per Telefon um weitere sieben Tage möglich.

Die Regelung gilt auch für die Ausstellung einer „Ärztlichen Bescheinigung für den Bezug von Krankengeld bei der Erkrankung eines Kindes“ (Muster 21).

Über eine erneute Verlängerung soll rechtzeitig entschieden werden.

3.2. Corona Virus - In welchen Fällen das Einlesen der eGK entfällt

Rezepte per Post, Konsultationen am Telefon oder Sprechstunden per Video: Es gibt aktuell viele Möglichkeiten, Patienten zu versorgen, ohne dass sie in die Praxis kommen müssen.

Wir möchten Ihnen nachfolgend die Fälle beschreiben, für die das Einlesen der eGK nicht erforderlich ist. Zudem ist aufgeführt, wie die Versichertendaten alternativ erfasst werden können.

Telefonische Konsultation

- Nur bei bekannten Patienten (wenn der Patient in den zurückliegenden sechs Quartalen (1. Oktober 2018 bis 31. März 2020) mindestens einmal in der Praxis war).

- Wenn der Kontakt zu einem Patienten nur telefonisch erfolgt, muss die Karte nicht eingelesen werden. Die Möglichkeiten zur Telefonkonsultation während der Corona-Pandemie wurden zum 1. April erweitert, damit Ärzte und Psychotherapeuten ihre Patienten auch betreuen können, wenn diese aufgrund des Infektionsrisikos nicht in die Praxis kommen können. Konkret geht es um die Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen 01433, 01434 und 01435.

Videosprechstunde

- Bei bekannten und unbekanntem Patienten,
- viele Ärzte und Psychotherapeuten bieten ihren Patienten derzeit Videosprechstunden an, um die Ansteckungsgefahr mit dem Coronavirus zu minimieren. Auch das geht, wenn der Patient in dem Quartal nicht in die Praxis kommt und die Karte dort folglich nicht eingelesen werden kann.

Folgerezepte, Folgeverordnungen, Überweisungen

- Nur für bekannte Patienten,
- Vertragsärzte dürfen während der Corona-Pandemie nicht nur wie bisher Folgerezepte nach telefonischer Anamnese ausstellen und per Post an bekannte Patienten ihrer Praxis übermitteln, sondern auch Überweisungen und Folgeverordnungen, zum Beispiel für Heil- und Hilfsmittel, Krankenfahrten und Krankentransporten.

AU-Bescheinigung per Telefon

- Bei bekannten und neuen Patienten,
- Vertragsärzte dürfen Patienten bis zu sieben Tage am Telefon krankschreiben (bei Bedarf kann um weitere sieben Tage verlängert werden), auch wenn der Patient in den zurückliegenden sechs Quartalen nicht in dieser Praxis war. Voraussetzung für die telefonische AU-Bescheinigung ist, dass es sich um eine leichte Erkrankung der oberen Atemwege handelt. In diesem Fall ist die telefonische Krankschreibung auch möglich, wenn der Verdacht auf eine Infektion mit dem Coronavirus besteht. Dies gilt ebenso für die Ausstellung einer ärztlichen Bescheinigung für den Bezug von Krankengeld bei der Erkrankung eines Kindes.

Gilt auch bei Erkrankung eines Kindes

So erhalten Sie die Versichertendaten, auch ohne Einlesen der Karte

- Der Patient war in dem Quartal bereits mit seiner eGK in der Praxis: Die Versichertendaten liegen vor.
- Der Patient ist in der Praxis bekannt, er war aber in dem Quartal nicht da: Die Praxis übernimmt die Versichertendaten aus der Patientenakte.
- Der Patient ist in der Praxis unbekannt: Der Patient übermittelt seine Daten per Telefon. Beim Ausstellen einer AU-Bescheinigung erfragt das Praxispersonal in diesem Fall am Telefon den Namen des Versicherten, den Wohnort (PLZ), das Geburtsda-

tum, die Krankenkasse und die Versichertenart (Mitglied, Familienversichert, Rentner), die Versichertennummer ist nicht erforderlich.

Die Regelungen sind befristet bis vorerst 30. Juni 2020.

Ausführliche Informationen können Sie der Praxisinformation der KBV entnehmen. Sie finden diese auf der Internetseite der KBV unter http://www.kbv.de/media/sp/PraxisInfo_Coronavirus_eGK.pdf

Anlage 5.2: Praxisinfo der KBV

3.3. Corona Virus - Übergangsregelungen in der Unfallversicherung

Vertragsärzte können in der Unfallversicherung von Formfristen, z. B. bei der Erstellung der ärztlichen Unfallmeldung oder beim Durchgangsarztbericht abweichen, sofern die Abweichung ihren Grund in der durch COVID-19 geschaffenen besonderen Versorgungssituation hat. In diesen Fällen besteht der Anspruch auf Erstattung der Berichtsgebühr auch dann fort, wenn die Berichte nicht unverzüglich erstattet werden.

Zudem wird der Einsatz von Videosprechstunden ermöglicht, um die Versorgung dieser Patienten sicherzustellen. Voraussetzung ist der Einsatz eines zugelassenen zertifizierten Videosystems. Für diese Arzt-Patienten-Kontakte kann die Nummer 1 UV-GOÄ abgerechnet werden, wobei eine entsprechende Kennzeichnung als Videobehandlung erfolgen muss.

Die abweichenden Regelungen gelten ab 16. März 2020 und zunächst bis zum 30. Juni 2020.

Für Psychotherapeuten gilt befristet zunächst bis zum 30. September 2020:

- Videosprechstunden können analog der entsprechenden Behandlungsziffern (P-Ziffern) abgerechnet werden.
- Für eine volle Behandlungseinheit (50 Minuten) mit 100 Prozent und für eine halbe Behandlungseinheit (25 Minuten) mit 50 Prozent der jeweiligen P-Ziffer
- Für die Videosprechstunde wird ein Zuschlag von zwölf Euro für eine volle Stunde bzw. sechs Euro für eine halbe Stunde gezahlt, wenn ein zugelassenes zertifiziertes Videosystem eingesetzt wird.
- Die Regelung gilt auch für neuropsychologische / neuropsychotherapeutische Leistungen die bisher analog zum PTV honoriert werden.

Für Psychotherapeuten

3.4. Ergänzende Hinweise zu den Dokumentationspflichten und Schulungen bei Disease-Management-Programmen (DMP) während der Corona-Pandemie

Zur Verringerung des Infektionsrisikos für Patienten mit chronischen Erkrankungen und um eine Entlastung der hausärztlichen Praxen zu ermöglichen, dürfen die vorgeschriebenen quartalsbezogenen Kontrolluntersuchungen in den Disease-Management-Programmen, wenn es medizinisch vertretbar ist, ausfallen. Auch Schulungen können verschoben werden.

Die DMP-Dokumentationspflicht und die Verpflichtung der Versicherten zur Teilnahme an empfohlenen Schulungen für das erste bis dritte Quartal 2020 werden ausgesetzt.

Fehlende DMP-Dokumentationen führen nicht zu einer Ausschreibung der Versicherten.

Koordinierende Ärzte können somit selbst entscheiden, was für ihre Patienten in der aktuellen Situation am besten ist. So kann es im Einzelfall durchaus notwendig sein, dass die Kontrolluntersuchung oder die Schulung durchgeführt werden. In diesen Fällen erfolgt auch die Dokumentation der Untersuchung. Diese werden bei fristgerechter Übersendung entsprechend der jeweiligen DMP-Verträge vergütet.

Wenn die aktuell aus medizinischer Sicht für die DMP-Dokumentation erforderlichen Untersuchungen telemedizinisch durchführbar sind, kann auf dieser Basis die DMP-Dokumentation erfolgen. Dies kann auch telefonische Konsultationen umfassen.

Wir möchten nochmals darauf hinweisen, dass medizinisch erforderliche Schulungen auch mittels digitaler Kommunikationsmittel erbracht werden können. Dabei kann von den in den jeweiligen Schulungsprogrammen vorgegebenen Mindestgruppengrößen auch abgewichen werden. Eine einfache telefonische Beratung ist keine Schulung in diesem Sinne.

Sollten solche Schulungen technisch oder organisatorisch nicht als Gruppenschulung möglich sein, so ist in medizinisch zwingenden Fällen auch eine Durchführung als Einzelschulung in den Diabetologischen Schwerpunktpraxen möglich. Um dem vorhersehbaren Anstieg der notwendigen Einzelschulungen Rechnung zu tragen, wird der bisher vereinbarte Abrechnungsdeckel bei der Vergütung bis 30. Juni 2020 aufgehoben.

Die in den DMP empfohlenen Mindestintervalle für klinische Untersuchungen und Laborkontrollen sind weiterhin zu berücksichtigen. Ob im DMP empfohlene klinische oder Laboruntersuchungen vor dem Hintergrund der Corona-Pandemie im Einzelfall verschoben werden sollen, liegt in der Entscheidung des Arztes. Laborkontrollen im Rahmen von Hausbesuchen (auch durch entsprechend qualifizierte nichtärztliche Praxisassistenten) sind ebenfalls möglich.

Dokumentationspflicht
wird ausgesetzt

3.5. Rückwirkende EBM-Änderung zur substitions-gestützten Behandlung von Opiatabhängigen

Der Bewertungsausschuss hatte rückwirkend zum 1. April 2020 das therapeutische Gespräch auch bei telefonischem Arzt-/Patientenkontakt und bei der Durchführung im Rahmen einer Videosprechstunde ermöglicht sowie die substitions-gestützte Behandlung mit einem Depotpräparat zugelassen. Die Details im Einzelnen:

Ausweitung der GOP 01952 für das therapeutische Gespräch

Aufgrund der aktuellen Coronavirus-Pandemie ist die GOP 01952 für das therapeutische Gespräch nun auch bei telefonischem Arzt-/Patientenkontakt und bei Durchführung im Rahmen einer Videosprechstunde berechnungsfähig. Die Abrechnungshäufigkeit wird zudem von bisher 4 Mal auf 8 Mal im Behandlungsfall ausgeweitet. Die Änderung ist zunächst bis zum 30. Juni 2020 befristet.

Substitutions-gestützte Behandlung mit einem Depotpräparat

Hintergrund ist, dass die Gabe einer Zubereitung mit Buprenorphin zu den anerkannten substitions-gestützten Behandlungsmethoden Opioid-abhängiger zählt, bislang aber noch nicht im EBM abgebildet war.

Das Buprenorphin-Depotpräparat (Buvidal®) ist für die substitions-gestützte Behandlung Opioidabhängiger zugelassen und wird in Form einer subkutanen Injektion durch den Arzt oder medizinisches Fachpersonal appliziert. Für die Behandlung mit einem Depotpräparat und die Betreuung im Rahmen der Nachsorge wird zur Abrechnung die Gebührenordnungsposition 01953 neu in den EBM aufgenommen. Die GOP 01953 ist je Behandlungswoche einmal berechnungsfähig und mit 130 Punkten bewertet. Der Beschluss ist zunächst bis zum 30. September 2020 befristet. Der Bewertungsausschuss wird bis zum 31. August 2020 prüfen, ob eine Anpassung dieses Beschlussteils und/oder der GOP 01949 für die substitions-gestützte Behandlung Opioidabhängiger im Rahmen der Take-Home-Vergabe erforderlich ist.

Bis 30. September
2020 befristet

Der Beschluss ist auf der Internetseite des Bewertungsausschusses unter <http://institut-ba.de/ba/beschluesse.html> einzusehen.

3.6. Hallo Baby - Versorgung: Vorübergehende Ergänzung ab 1. Mai 2020

Zeitlich befristet bis zum 30. September 2020 kann die ärztliche Gesprächsleistung der „GOP 81312 - Risikoaufklärung und ärztliches Gespräch im Rahmen des Toxoplasmosesuchtests“ auch telefonisch erbracht werden.

Weitere Informationen finden Sie im KVN-Portal: Verträge/Eingabe des Suchbegriffs „Hallo Baby“.

3.7. Versorgungsverträge „elektrische Kardioversion“ mit der DAK-Gesundheit und der AOK Niedersachsen enden am 30. Juni 2020

Die DAK-Gesundheit und die AOK Niedersachsen haben die Verträge gekündigt. Somit sind folgende KVN-interne Gebührenordnungspositionen ab Quartal 3/2020 nicht mehr abrechnungsfähig:

- 99880 Einschreibung und Überweisung
- 99881 Zweitmeinung / Risikobewertung
- 99882 Kardioversion
- 99883 Nachkontrollen

Weitere Informationen finden Sie im KVN-Portal: Verträge/Eingabe des Suchbegriffs „Kardioversion“.

Nicht mehr abrechnungsfähig

3.8. Neue Vordruckmuster für Psychotherapie zum 1. Juli 2020

Aufgrund der Einführung der Systemischen Therapie für Erwachsene werden alle PTV-Vordrucke zum 1. Juli 2020 angepasst. Die Änderungen im Einzelnen:

PTV 1

Angabe zu gegebenenfalls anderem Kostenträger (z. B. bei Unfällen), Ankreuzfeld Systemische Therapie, Informationen zum Antrags- und Gutachtenverfahren auf der Rückseite der Ausfertigung des Patienten, Wegfall der Angaben zum Stammversicherten

PTV 2

Ankreuzfeld für Diagnose nach F70-F79 ICD-10 (für Zusatzkontingente relevant), Ankreuzfeld Systemische Therapie, Angabe zu den probatorischen Sitzungen auch bei Umwandlungsanträgen, Erläuterungen zur Therapieeinheit beim Behandlungsverlauf

PTV 3 (Leitfaden)

Ergänzungen zur Systemischen Therapie, Erläuterung zum Ergänzungsbericht bei Zweitgutachten, Gedächtnisstütze zu den erforderlichen Unterlagen bei Gutachten und Zweitgutachten

PTV 4 (nur für Krankenkassen relevant)

gegebenenfalls zusätzliche Angaben zum Patienten werden nun regelmäßig in Anlage versendet, Wegfall entsprechender Angaben im Formular

PTV 5 (nur für Gutachter relevant)

QR-Code und sprachliche Anpassungen

PTV 8 (Briefumschlag)

Ankreuzfeld Systemische Therapie, Vereinfachung des Ankreuzfelds zum Inhalt des Umschlags, sprachliche Anpassungen

PTV 10

Ergänzungen zur Systemischen Therapie, sprachliche Anpassungen

PTV 11

Ankreuzfeld Systemische Therapie, übersichtlichere Gestaltung, neues Freitextfeld für automatische Code-Bedruckung bei Terminvermittlung

über die Terminservicestelle (kann auch für andere Angaben genutzt werden)

PTV 12

Formblatt wird nur noch für Akutbehandlung genutzt, Abschaffung des Formularteils zur Mitteilung der Beendigung bei Psychotherapie (ersetzt durch Pseudo-Ziffer), Wegfall der Angaben zum Stammversicherten, PTV 12 muss nicht mehr vom Patienten unterschrieben werden (keine Ausfertigung mehr für Patienten erforderlich), zusätzliche Angabe zur 6-Monats-Frist nach Psychotherapie

Für die Vordrucke PTV 1, 2, 11 und 12 ist eine Blankoformularbedruckung möglich. Alle Formulare sind ab Juli 2020 auch in der Praxissoftware hinterlegt.

Ab 1. Juli 2020 sind ausschließlich die neuen Vordrucke (PTV 1, 2, 3, 8, 10, 11 und 12) zu verwenden. Alte Formulare, Umschläge oder Leitfäden dürfen nicht aufgebraucht werden. Bitte denken Sie daher daran, die neuen Vordrucke frühzeitig zu bestellen.

Neue Vordrucke frühzeitig bestellen

Bestellungen für die neuen Vordrucke können Sie ab dem 18. Mai 2020 beim Paul Albrechts Verlag (PAV) aufgeben. Ab dem 15. Juni 2020 versendet der PAV generell die neuen Vordrucke.

Sollten Sie für die Zeit bis zum 30. Juni 2020 noch alte Vordrucke benötigen, vermerken Sie dies bitte unbedingt auf der Bestellung. Die Stückzahl sollte entsprechend kalkuliert werden, da alte Muster ab dem 1. Juli 2020 nicht mehr verwendet werden dürfen und vernichtet werden müssen.

3.9. Innovationsfonds - Rheuma-VOR endet zum 31. Oktober 2020

Die 1. Änderungsvereinbarung zum Versorgungsnetzwerk „Rheuma-VOR“ enthält den Beitritt der KV Berlin und die Einbindung der Universitätsmedizin Charité Berlin rückwirkend zum 1. Januar 2020. Außerdem wurde eine Vertragsverlängerung um ein Quartal vereinbart, so dass der Vertrag zum 31. Oktober 2020 (vorher 30. Juni 2020) endet.

Weitere Informationen finden Sie im KVN-Portal: Verträge/Eingabe des Suchbegriffs „Rheuma“.

3.10. Neugestaltung der Vergütung ärztlicher Kommunikation: Post, Telefax und eArztbrief

Der Bewertungsausschuss hat zum 1. Juli 2020 mehrere Beschlüsse zu den Vergütungsregelungen für die Kommunikation, inklusive des Telefaxes gefasst. Nachfolgend möchten wir Ihnen diese kurz erläutern:

Die Portokostenpauschalen 40120 bis 40126 und 40144 werden gestrichen. Es wird eine neue Portokostenpauschale 40110 aufgenommen, die für die Verwendung von Briefen und / oder schriftlichen Unterlagen berechnungsfähig ist. Die Höhe dieser künftig einzigen Portokostenpauschale beträgt 0,81 Euro.

- Wie vom Gesetzgeber vorgesehen wird eine Faxkostenpauschale 40111 in den EBM aufgenommen. Diese Pauschale in Höhe von 0,10 Euro für die Übermittlung eines Telefaxes wird zum 1. April 2021 um die Hälfte abgewertet auf 0,05 Euro. Auch dies ist vom Gesetzgeber im §291 f SGB V so vorgesehen.
- Die Kostenpauschalen 40110 und 40111 unterliegen einem gemeinsamen Höchstwert je Arzt. Der Höchstwert ist arztgruppenspezifisch festgelegt.
- Es wird eine Strukturförderpauschale 01660 für die Versendung eines eArztbriefes in Höhe von 1 Punkt (10,99 Cent) eingeführt. Dies schafft einen Anreiz für den Arzt, auch über die Erreichung des Höchstwertes für eArztbriefe hinaus, eArztbriefe anstelle von Telefaxen zu versenden. Die Finanzierung dieser Strukturförderpauschale erfolgt außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung. Die Strukturförderpauschale ist vorerst für drei Jahre befristet.
- Das Übergangsverfahren zur Bereinigung des eArztbriefes (GOP 86900 und 86901) wird verlängert und gilt auch für das 2. Quartal 2020.

BMV-Ärzte: Vergütung des eArztbriefes

In der TI-Finanzierungsvereinbarung (Anlage 32 BMV-Ärzte) wird die Erstattung der Kosten für die Übermittlung von eArztbriefen ab dem 1. April 2020 in der neuen Anlage 8 abgebildet:

Kostenerstattung für die Übermittlung von eArztbriefen ab dem 1. April 2020

- 0,28 Euro für den Versand eines eArztbriefes (GOP 86900)
- 0,27 Euro für den Empfang eines eArztbriefes (GOP 86901).

Kostenerstattung

Für beide Pauschalen gilt ein gemeinsamer Höchstwert von 23,40 Euro je Quartal und Arzt.

BMV-Ärzte: KOM-LE-Pauschalen in der TI-Finanzierungsvereinbarung ab 1. April 2020

Neu aufgenommen wird in der TI-Finanzierungsvereinbarung (Anlage 32 BMV-Ärzte) die Erstattung der Kosten für die Nutzung des sicheren Übermittlungsdienstes KOM-LE. Folgende Pauschalen sind dafür in der neuen Anlage 8 vorgesehen:

Kostenerstattung im Zusammenhang mit KOM-LE:

- Ab 1. April 2020 auch ohne Anschluss an die TI oder Anschluss an KOM-LE
 - Betriebskostenpauschale: 23,40 Euro pro Quartal je Vertragsarztpraxis.
- Nach Verfügbarkeit von KOM-LE:
 - Einrichtungspauschale: 100,00 Euro je Vertragsarztpraxis, einmalig bei nachweislichem Anschluss an KOM-LE.

Die Kennzeichnung der Funktionsfähigkeit des sicheren Dienstes zur Übermittlung medizinischer Dokumente erfolgt durch einmaliges Ansetzen der GOP 97130 auf einem beliebigen Behandlungsfall.

Hinweis: Der Kommunikationsdienst KOM-LE ist nach Angaben der Betreibergesellschaft gematik vor wenigen Tagen umbenannt worden. Die neue Bezeichnung lautet KIM als Abkürzung für Kommunikation im Medizinwesen.

Neue Bezeichnung:
KIM

Hinweis zu KV-Connect

Für die Übermittlung von eArztbriefen gelten die Regelungen der Richtlinie elektronischer Arztbrief der KBV. Aus diesem Grund sind die Pauschalen der Anlage 8 bis zur Verfügbarkeit des Kommunikationsdienstes KOM-LE vorerst auch noch für versendete und empfangene eArztbriefe über KV-Connect abrechenbar.

Die kompletten Beschlüsse sind vom Institut des Bewertungsausschusses auf der Internetseite <http://Institut-BA.de/BA/Beschluesse.html> veröffentlicht.

3.11. Corona - selbstbeschaffte persönliche Schutzausrüstung (PSA)

Zu Beginn der Corona-Krise hatten viele Praxen mit Versorgungsengpässen und/oder übersteuerten Preisen für PSA zu kämpfen.

Erst langsam lief die Versorgung über das Bundesbeschaffungsamt und die KVN an.

Deshalb dürfte die ein oder andere Rechnung für selbstbeschaffte PSA zu höheren als im EBM kalkulierten Preisen angefallen sein.

Die Verhandlungen mit den niedersächsischen Krankenkassen zur (anteiligen) finanziellen Beteiligung der GKV für selbstbeschaffte PSA stehen kurz vor dem Abschluss, so dass wir Ihnen heute einen kurzen Zwischenbericht geben möchten.

Die Kosten für selbstbeschaffte PSA werden grundsätzlich zu 90% erstattet. Der 10%ige Selbstbehalt ist für den PKV-Bereich vorgesehen. Erstattungsfähig ist die PSA, die im Zeitraum vom 10. März 2020 bis zum 30. April 2020 **bestellt** wurde. Der Zeitpunkt der Auslieferung oder Rechnungsstellung ist unbeachtlich. Die Liste der erstattungsfähigen Artikel befindet sich noch in Abstimmung, ebenso die finanzielle Obergrenze für die Gesamtaufwendungen, die ggf. eine Quotierung erforderlich machen könnte.

Wichtig ist, dass die Belieferung nach dem 30. April 2020 durch die KVN sichergestellt ist und danach kassenseitig kein Raum für weitere Selbstbeschaffungen und Abrechnungen mehr gesehen wird. Bestellen Sie insofern bitte nur noch bei der KVN über das KVN-Portal.

Die weiteren Einzelheiten zur Abrechnung der selbstbeschafften PSA werden wir Ihnen nach Abschluss der Verhandlungen mit der GKV mitteilen.

3.12. Fachseminar II für die Fachkraft in der kurativen Mammographie

Die RADSERV GmbH bietet am Freitag, dem 18. September 2020, ein eintägiges Fachseminar für die Fachkraft in der kurativen Mammographie an. Es handelt sich hierbei um das Fachseminar, welches zuvor für den 15. Mai 2020 terminiert war. 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 5.3: Fachseminar kurative Mammographie

4. Veranstaltungen der KVN

Aufgrund der aktuellen Corona-Situation hat sich die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen dazu entschlossen, sämtliche Seminarangebote bis einschließlich 30. Juni 2020 abzusagen.

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

www.kvn.de/Mitglieder/Fortbildung

5. Anlagenverzeichnis

5.1. Abbildung T-Rezeptformular

5.2. Praxisinfo der KBV

5.3. Fachseminar kurative Mammographie

5.4. Sammelerklärung

Vorderseite T-Rezept Teil I

Krankenkasse bzw. Kostenträger		TEIL I für die Apotheke zur Verrechnung	
Gebühr frei		BVG	
Geb. pf.		Apotheken-Nummer / IK	
noctu		Zuzahlung	
Sonst.		Gesamt-Brutto	
Name, Vorname des Versicherten		geb. am	
Kostenträgerkennung		Verordneten-Nr.	
Betriebsstätten-Nr.		Arzt-Nr.	
Status		Datum	
Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)		Arztstempel	
auf idem		Pharmazentralnummer	
<input type="checkbox"/> Alle Sicherheitsbestimmungen gemäß der Fachinformation entsprechender Fertigarzneimittel werden eingehalten		Verordnung	
<input type="checkbox"/> Dem/der Patient(in) wurde vor Beginn der Behandlung medizinisches Informationsmaterial gemäß den Anforderungen der Fachinformation entsprechender Fertigarzneimittel sowie die aktuelle Gebrauchsinformation des entsprechenden Fertigarzneimittels ausgehändigt		Faktor	
444 <input type="checkbox"/> Abgabedatum in der Apotheke: <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>		Taxe	
<input type="checkbox"/> Behandlung erfolgt <u>innerhalb</u> der zugelassenen Anwendungsgebiete (In-Label)		T-Rezeptnummer: T 0 1 2 3 4 5 6	
<input type="checkbox"/> Behandlung erfolgt <u>außerhalb</u> der zugelassenen Anwendungsgebiete (Off-Label)		Unterschrift des Arztes	
Stempel der Apotheke		Vermerke der Krankenkasse	

Rückseite T-Rezept Teil I

Stempel der Apotheke

Vermerke der Krankenkasse

Wird das Arzneimittel innerhalb der Zeiten gemäß § 6 Arzneimittelverordnung (Notdienst) abgeholt, so hat der Patient eine Gebühr (2,50 Euro) zu zahlen, sofern der Arzt nicht einen entsprechenden Vermerk noctu anbringt.

Vorderseite T-Rezept Teil II

<input type="checkbox"/> Gebühr frei <input type="checkbox"/> Geb.-pf. <input type="checkbox"/> nodu <input type="checkbox"/> Sonst.	Datum	TEIL II für das BfArM																
		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%; font-size: small;">BVG</td> <td style="width: 50%; font-size: small;">T-Rezeptnummer</td> <td style="width: 40%; font-size: small;">Apotheken-Nummer / IK</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center; font-size: large;">T 0 1 2 3 4 5 6</td> <td></td> </tr> </table>	BVG	T-Rezeptnummer	Apotheken-Nummer / IK		T 0 1 2 3 4 5 6											
BVG	T-Rezeptnummer	Apotheken-Nummer / IK																
	T 0 1 2 3 4 5 6																	
		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; font-size: small;">Zuzahlung</td> <td style="width: 50%; font-size: small;">Gesamt-Brutto</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td style="height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="font-size: small;">Pharmazentralnummer</td> <td style="font-size: small;">Faktor</td> <td style="font-size: small;">Taxe</td> </tr> <tr> <td style="font-size: x-small;">Verordnung</td> <td style="height: 20px;"></td> <td style="height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td style="height: 20px;"></td> <td style="height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td style="height: 20px;"></td> <td style="height: 20px;"></td> </tr> </table>	Zuzahlung	Gesamt-Brutto			Pharmazentralnummer	Faktor	Taxe	Verordnung								
Zuzahlung	Gesamt-Brutto																	
Pharmazentralnummer	Faktor	Taxe																
Verordnung																		
	Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)	Arztstempel																
<input type="checkbox"/> aut idem	<p> <input type="checkbox"/> Alle Sicherheitsbestimmungen gemäß der Fachinformation entsprechender Fertigarzneimittel werden eingehalten <input type="checkbox"/> Dem/der Patient(in) wurde vor Beginn der Behandlung medizinisches Informationsmaterial gemäß den Anforderungen der Fachinformation entsprechender Fertigarzneimittel sowie die aktuelle Gebrauchsinformation des entsprechenden Fertigarzneimittels ausgehändigt </p> <p> 444 <input type="checkbox"/> Abgabedatum in der Apotheke: <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> </p> <p> <input type="checkbox"/> Behandlung erfolgt <u>innerhalb</u> der zugelassenen Anwendungsgebiete (In-Label) <input type="checkbox"/> Behandlung erfolgt <u>außerhalb</u> der zugelassenen Anwendungsgebiete (Off-Label) </p>																	
	T -Rezeptnummer:	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center; font-size: large;">T 0 1 2 3 4 5 6</td> </tr> </table>	T 0 1 2 3 4 5 6															
T 0 1 2 3 4 5 6																		
	Unterschrift des Arztes																	

Rückseite T-Rezept Teil II

<p>Zur Versendung an das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte:</p> <p style="text-align: center; margin-top: 20px;"> Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte T-Register Kurt-Georg-Kiesinger-Allee 3 53175 Bonn </p>	<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <p style="margin: 0;">Stempel der Apotheke</p> </div>
--	--



REZEPTE PER POST AUCH OHNE VERSICHERTENKARTE IN WELCHEN FÄLLEN DAS EINLESEN DER EGK ENTFÄLLT (STAND: 06.04.2020)

Rezepte per Post, ärztliche und psychotherapeutische Konsultationen am Telefon oder Sprechstunden per Video: Es gibt aktuell viele Möglichkeiten, Patienten zu versorgen, ohne dass sie in die Praxis kommen müssen. Doch was ist mit der Versichertenkarte, die doch einmal im Quartal eingelesen werden soll? In dieser Praxisinformation sind die Fälle aufgeführt, bei denen Sie die elektronische Gesundheitskarte (eGK) nicht einlesen müssen. Außerdem erfahren Sie, wie Sie stattdessen vorgehen.

TELEFONISCHE KONSULTATION

Nur bei bekannten Patienten

Wenn der Kontakt zu einem Patienten nur telefonisch erfolgt, muss die Karte nicht eingelesen werden. Die Möglichkeiten zur Telefonkonsultation während der Corona-Pandemie wurden zum 1. April erweitert, damit Ärzte und Psychotherapeuten ihre Patienten auch betreuen können, wenn diese aufgrund des Infektionsrisikos nicht in die Praxis kommen können. Konkret geht es um die Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen 01433, 01434 und 01435.

VIDEOSPRECHSTUNDE

Bei bekannten und unbekanntem Patienten

Viele Ärzte und Psychotherapeuten bieten ihren Patienten derzeit Videosprechstunden an, um die Ansteckungsgefahr mit dem Coronavirus zu minimieren. Auch das geht, wenn der Patient in dem Quartal nicht in die Praxis kommt und die Karte dort folglich nicht eingelesen werden kann.

FOLGEREZEPTE, FOLGEVERORDNUNGEN, ÜBERWEISUNGEN

Nur bei bekannten Patienten

Vertragsärzte dürfen während der Corona-Pandemie nicht nur wie bisher Folgerezepte nach telefonischer Anamnese ausstellen und per Post an bekannte Patienten ihrer Praxis übermitteln, sondern auch Überweisungen und Folgeverordnungen, zum Beispiel für Heilmittel und häusliche Krankenpflege. Dies gilt auch für die Verordnung von Krankenfahrten und Krankentransporten – alles ohne Vorlage der eGK.

AU-BESCHEINIGUNG PER TELEFON

Bei bekannten und unbekanntem Patienten

Vertragsärzte dürfen Patienten bis zu 14 Tage am Telefon krankschreiben. Voraussetzung für die telefonische AU-Bescheinigung ist, dass es sich um eine leichte Erkrankung der oberen Atemwege handelt. In diesem Fall ist die telefonische Krankschreibung auch möglich, wenn der Verdacht auf eine Infektion mit dem Coronavirus besteht. Dies gilt ebenso für die Ausstellung einer ärztlichen Bescheinigung für den Bezug von Krankengeld bei der Erkrankung eines Kindes.

Was heißt „bekannter“ Patient? Die meisten Angebote sind für bekannte Patienten gedacht. „Bekannt“ heißt, dass der Patient in den zurückliegenden sechs Quartalen (01.10.2018 bis 31.03.2020) mindestens einmal in der Praxis war. Dann übernimmt die Praxis die Versichertendaten aus der Patientenakte. Videosprechstunden und telefonische AU-Bescheinigungen sind auch für unbekannte Patienten möglich. In diesem Fall erfasst die Praxis die Versichertendaten, die der Patient telefonisch oder per Video übermittelt.

AUF EINEN BLICK

So erfassen Sie die Versichertendaten auch ohne Einlesen der Karte:

- › Der Patient war in dem Quartal bereits mit seiner eGK in der Praxis: Die Versichertendaten liegen vor.
 - › Der Patient ist in der Praxis bekannt, er war aber in dem Quartal nicht da: Die Praxis übernimmt die Versichertendaten aus der Patientenakte.
 - › Der Patient ist in der Praxis unbekannt.
 - Beim Ausstellen einer AU-Bescheinigung erfragt das Praxispersonal in diesem Fall am Telefon die Versichertendaten:
 - Name des Versicherten
 - Wohnort des Versicherten (PLZ)
 - Geburtsdatum des Versicherten
 - Krankenkasse
 - Versichertenart (Mitglied, Familienversichert, Rentner); Versichertennummer ist nicht erforderlich
 - Bei der Videosprechstunde hält der Versicherte in diesem Fall seine elektronische Gesundheitskarte in die Kamera, damit das Praxispersonal die Identität prüfen und die notwendigen Daten (mit Versichertennummer) erheben kann. Der Patient bestätigt zudem mündlich das Bestehen des Versicherungsschutzes.
-



Mehr zu den einzelnen Sonderregelungen wie Telefonkonsultation und telefonische AU:
www.kbv.de/html/coronavirus.php

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 Tomosynthese, Vorstellung weiterer Abklärungsmethoden Freiheit

12:30 Mittagspause

13:15 Neues aus der Qualitätssicherung Gese
14:15 Dokumentation einer stereotaktischen Vakuumbiopsie Freiheit

15:00 Kaffeepause

15:15 Workshop Freiheit
16:45 Abschlussdiskussion 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 Medidor

Veranstalter:

RADSERV GmbH
Dienstleistungen für Radiologische Praxen
Fockebollwerkstr. 25-27
26603 Aurich

Die Teilnehmerzahl ist begrenzt.

Teilnahmegebühr:

€ 200,- inkl. MwSt (inkl. Pausenverpflegung)

Veranstaltungsort:

Referenzzentrum Mammographie Nord
Heiligengeiststraße 28 / 1.OG
26121 Oldenburg

Kursleitung: Bärbel Freiheit

Anmeldung und Organisation:

Brigitte Sturm

Tel.: 04941 / 60 510-27

Fax: 04941 / 60 510-727

E-Mail: fortbildung@radserv.de

Internet: www.radserv.de



Fachseminar II für die Fachkraft in der kurativen Mammographie

„Von der Mammographie zur Diagnose
– Tipps und viele Informationen“

Oldenburg

18.09.2020



Informationen für die Praxis

KVN-Rundschreiben

April 2020

Inhaltsverzeichnis

1.	Abrechnung	3
1.1.	Abschlagszahlungen und Zahlungstermine 2020	3
1.2.	Kennzeichnung von Fällen mit Beratungsbedarf in Sachen Corona	3
1.3.	Hausärztliche geriatrische Versorgung	3
1.4.	Nachvergütung Psychotherapie 2009 bis 2018.....	4
1.5.	Einreichung von abrechnungsbegleitenden Unterlagen für die Abrechnungsquartale 1/2020 und 2/2020	4
1.6.	Information zur Abrechnung von Videosprechstunden	5
1.7.	EBM-Änderung zur Ausweitung der Telefonkonsultation, Ausweitung der Übernahme von Portokosten während der Corona-Pandemie sowie Samstagssprechstunde per Videokonferenz	5
2.	Verordnungen.....	8
2.1.	Änderung der Anlage IV (Therapiehinweise) der Arzneimittel-Richtlinie: Aufhebung der Therapiehinweise zu Adalimumab und Infliximab bei rheumatoider Arthritis	8
2.2.	Änderung der Anlage IV (Therapiehinweise) der Arzneimittel-Richtlinie: Aufhebung des Therapiehinweises zu Botulinumtoxin A und B.....	9
2.3.	Impfung gegen Pneumokokken - Handlungshinweise der STIKO	9
2.4.	Corona-Kontaktbeschränkung - Keine Dringlichkeitsbescheinigung für Physiotherapie erforderlich	10
2.5.	Keine Verordnung zur Bevorratung mit Medikamenten	11
2.6.	Coronavirus-Pandemie - Unterbrechung der Heilmitteltherapie für einen längeren Zeitraum möglich.....	11
2.7.	Gemeinsame Arbeitsgruppe Arzneimittel - Informationsschreiben zum Thema „Kontrazeptiva“ .	12

2.8.	Sprechstundenbedarf / Musterkoffer für das 2. Quartal 2020 veröffentlicht	12
2.9.	Docetaxel bei hormonsensitivem Prostatakarzinom mit Fernmetastasen (M1) - Anlage VI der Arzneimittel- Richtlinie, Aufhebung	12
2.10.	Erleichterte Arzneimittelabgabe in Apotheken	13
2.11.	Pneumokokken-Impfstoff Pneumovax® 23 aus Japan verfügbar	13
2.12.	Paracetamol - Verordnung nur nach Prüfung therapeutischer Alternativen	14
3.	Allgemeine Hinweise	14
3.1.	Kurzfristige Änderungen des EBM und der Vertragspartner des Bundesmantelvertrages Ärzte aufgrund der Corona-Pandemie	14
3.2.	EBM-Änderungen rückwirkend zum 1. Januar bzw. 1. April 2020	16
3.3.	AU-Bescheinigung per Telefon: Hinweise zu eGK und Abrechnung.....	19
3.4.	Maßnahmen im Kampf gegen Covid-19: Videosprechstunde für Arztpraxen wird erleichtert ...	20
3.5.	Änderung der Krankentransport-Richtlinie	21
3.6.	AU-Bescheinigung per Telefon von sieben auf vierzehn Tage ausgeweitet.....	21
3.7.	SARS-CoV-2/Covid 19 Antikörpernachweis	22
3.8.	Schulungen im Rahmen der DMP/DSP Verträge - Digitale Durchführung und Abrechnung von Einzelschulungen - Sonderregelung mit der GKV	22
3.9.	DMP: Ausnahmeregelung für Schulungen und Dokumentationen - Gültig bis 30. September 2020	23
3.10.	Coronavirus: Erleichterungen für veranlasste Leistungen	23
3.11.	Neue Verordnung einer medizinischen Rehabilitation (Muster 61) ab 1. April 2020.....	25
3.12.	Mitteilung über die Feststellung einer Schwangerschaft, hier: Kündigung durch die IKK classic.....	26
3.13.	Hausarztzentrierte Versorgung (HzV) mit BARMER, DAK-Gesundheit, KKH und hkk.....	26
3.14.	Kodierung von COVID 19 und neues Verfahren zur Kennzeichnung von COVID 19-Patienten	26
4.	Veranstaltungen der KVN	27
5.	Anlagenverzeichnis	27
5.1.	Abschlagszahlungen und Zahlungstermine 2020	27
5.2.	Informationsschreiben.....	27

1. Abrechnung

1.1. Abschlagszahlungen und Zahlungstermine 2020

Der Monatsabschlag beträgt im 1. und 3. Quartalsmonat unverändert 24 Prozent Ihres durchschnittlichen Honorars im vergangenen Kalenderjahr (Quartale 4/2018 bis 3/2019). Im jeweils 2. Quartalsmonat beträgt der Abschlag 37 Prozent. Die im Januar 2020 festgesetzten Abschlagszahlungen behalten unverändert Ihre Gültigkeit.

In der Anlage erhalten Sie für Ihre eigene Finanzdisposition die Übersicht aller Zahlungstermine für das gesamte Jahr 2020. Die Übersicht finden Sie ab sofort auch auf unserer Internetseite unter:

https://www.kvn.de/Mitglieder/Abrechnung_+Honorar+und+Vertrag.html

Anlage 5.1: Abschlagszahlungen und Zahlungstermine 2020

1.2. Kennzeichnung von Fällen mit Beratungsbedarf in Sachen Corona

Die GOP 88240 kennzeichnet Fälle mit bestätigter Corona-Infektion sowie klinische Verdachtsfälle. Vielfach werden Praxen jedoch von Patienten kontaktiert, die vorgenannte Voraussetzungen nicht erfüllen, aber gleichwohl zusätzlichen Corona-Spezifischen Beratungsbedarf haben. Die damit verbundenen Leistungen sind derzeit aus der Gesamtvergütung zu finanzieren. Für den Fall, dass auch diese Fälle künftig kassenseitig oder anderweitig gefördert werden sollten, müsste man diese auch später entsprechend identifizieren können.

Hierfür steht ab sofort die Pseudo GOP:

GOP 97120 - Corona-Spezifischer Beratungsbedarf außerhalb der Indikationen der GOP 88240 zur Verfügung. Die GOP müsste in der PVS temporär manuell angelegt werden.

Pseudo GOP

Die Berufsverbände unterstützen die zusätzliche Kennzeichnungsmöglichkeit, auch um in Zeiten der Kontaktminimierung den zusätzlichen, meist telefonischen Beratungsbedarf, zu dokumentieren.

1.3. Hausärztliche geriatrische Versorgung

Aufgrund von Prüfungen und Regressanträgen der Krankenkassen ist des Öfteren festzustellen, dass die Abrechnungsvoraussetzungen der GOP 03360 bzw. 03362 nicht vorgelegen haben. Wir möchten daher explizit darauf hinweisen, dass der geriatrische Versorgungsbedarf aufgrund einer entsprechenden ICD-Diagnose vorliegen muss und diese grundsätzlich gesichert und daher entsprechend mit „G“ zu verschlüsseln ist. Eine „Ausschlussdiagnose“ berechtigt nicht zur Abrechnung der GOP 03360 bzw. 03362 und auch eine „Verdachtsdiagnose“ ist nur im Ausnahmefall mit einer entsprechenden dokumentierten Begründung als Abrechnungsvoraussetzung der geriatrischen Versorgung zu akzeptieren.

1.4. Nachvergütung Psychotherapie 2009 bis 2018

Die Bewertungen für psychotherapeutische Leistungen haben gemäß § 87 Abs. 2c Satz 6 SGB V eine angemessene Höhe der Vergütung je Zeiteinheit zu gewährleisten. Der Bewertungsausschuss hat in seiner 436. Sitzung mit Wirkung zum 1. Januar 2009 die Anpassungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM), die zur Erfüllung der gesetzlichen Erfordernisse notwendig sind, wie folgt beschlossen:

Für den Zeitraum ab dem 1. Januar 2009 bis zum 31. Dezember 2011 setzt der Beschluss eine Entscheidung des Bundessozialgerichts vom 11. Oktober 2017 (Az.: B 6 KA 8/16 R) zur Überprüfung der auf den Honoraren des Jahres 2007 basierenden Bewertungen um. Für die Zeit ab dem 1. Januar 2012 werden weitere Entscheidungen des Bundessozialgerichts vom 11. Oktober 2017 (Az.: B 6 KA 35/17 R u. a.) berücksichtigt, die einzelne Festlegungen aus dem Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 43. Sitzung am 22. September 2015 betreffen. Darüber hinaus hat der Bewertungsausschuss für die Zeiträume ab dem 1. Januar 2014 die Angemessenheit der Vergütung der psychotherapeutischen Leistungen unter Berücksichtigung der Erhebungen des Statistischen Bundesamtes zur "Kostenstruktur bei Arzt- und Zahnarztpraxen sowie Praxen von psychologischen Psychotherapeuten" sowie geänderten Tarifverträgen der medizinischen Fachangestellten für die Jahre 2011 bzw. 2015 überprüft und die sich daraus ergebenden Anpassungen der Bewertungen vorgenommen.

Infolgedessen wurden die Bewertungen aller antragspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen und Strukturzuschläge (Kapitel 35.2 EBM) rückwirkend für die Jahre 2009 bis 2018 stufenweise erhöht. Die sich aus den geänderten Bewertungen für psychotherapeutische Leistungen ergebenden Nachvergütungen sind laut Beschluss nur für Vertragsärzte und -therapeuten zu leisten, deren Honorarbescheide für die jeweiligen Quartale (durch Widerspruch/Klage) noch nicht bestandskräftig sind.

Aufgrund der Komplexität und des großen zeitlichen Umfangs der beschlossenen Höherbewertungen wird die diesbezügliche Umsetzung in mehreren Etappen erfolgen. Die Auszahlung der Nachvergütung bzgl. der ersten Etappe (3/2017 bis 4/2018) wird zum Zeitpunkt der regulären Honorarabrechnung des 4. Quartals 2019 (15. April 2020) vorgenommen. Eventuell diesbezüglich bereits geleistete Abschlagszahlungen werden entsprechend verrechnet. Die komplette Nachvergütung des Zeitraums 2009 bis 2018 soll spätestens zum Zeitpunkt der Abrechnung des 3. Quartals 2020 (15. Januar 2021) abgeschlossen sein.

1.5. Einreichung von abrechnungsbegleitenden Unterlagen für die Abrechnungsquartale 1/2020 und 2/2020

Für die Abrechnungsquartale 1/2020 und 2/2020 müssen die im Ersatzverfahren angelegte Behandlungsfällen ohne persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt (z. B. bei Abrechnung der GOP 01435 EBM) für die Primär- und Ersatzkassen sowie Sonstige Kostenträger mit Krankenversicherungskarten (z. B. Polizei, Feuerwehr), nicht in Papierform mit den Quartalsabrechnungen eingereicht werden.

Einzureichende abrechnungsbegründende Unterlagen, wie z. B. Sammelerklärung, Sachkostenrechnungen und alle übrigen Behandlungsscheine gemäß Vorgabe KBV-Prüfmodul „Abgabe Behandlungsschein“ müssen weiterhin eingereicht werden.

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

1.6. Information zur Abrechnung von Videosprechstunden

Wir haben Ihnen eine Übersicht der abrechnungsfähigen Leistungen mit den dazugehörigen Suffixen, die in der Videosprechstunde durchgeführt und abgerechnet werden dürfen unter KVN/Mitglieder/Abrechnung, Honorar und Vertrag/Quartalsabrechnung/Downloads eingestellt.

Ausführliche Informationen zur Videosprechstunde finden Sie auf der Internetseite der Kassenärztlichen Bundesvereinigung unter www.kbv.de. Ansprechpartner ist Ihr Abrechnungsteam und/oder das Team Auskünfte des Abrechnungscenters, Telefon: 0511 380-4800, E-Mail: abrechnungscenter@kvn.de.

1.7. EBM-Änderung zur Ausweitung der Telefonkonsultation, Ausweitung der Übernahme von Portokosten während der Corona-Pandemie sowie Samstagssprechstunde per Videokonferenz

Ausweitung der Telefonkonsultation während der Corona-Pandemie

Die neuen Leistungen 01433 (154 Punkte) und 01434 (65 Punkte) differenzieren bezüglich der Gesprächsdauer und der maximal abrechenbaren Anzahl der Telefonkonsultationen je nach Fachgruppe. Die neuen Leistungen sind je nach Fachgruppe jeweils Zuschläge zu den Versicherten- oder Grundpauschalen und/oder zur GOP 01435. Für alle Fachgruppen gilt, dass die Abrechnung der Versicherten- und/oder Grundpauschalen weiterhin den persönlichen Arzt-/Patientenkontakt oder die Videosprechstunde voraussetzen.

Die telefonische Konsultation ist für alle Patienten möglich, die der Arzt oder Psychotherapeut bereits kennt. Dies ist dann der Fall, wenn der Patient in den letzten sechs Quartalen, die dem Quartal der Konsultation vorausgehen, mindestens ein Mal in der Praxis war.

Für die verschiedenen Fachgruppen wurden Kontingente für Telefongespräche entsprechend dem jeweiligen Gesprächsbedarf ermittelt. Dazu wurden vier Gruppen gebildet.

Gruppe 1

Ärztliche und psychologische Psychotherapeuten / Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten / FÄ für Neurologie / FÄ für Nervenheilkunde / FÄ für Neurologie und Psychiatrie / FÄ für Psychiatrie und Psychothera-

Weiterhin einzureichen

Gruppe 1

pie / FÄ für Neurochirurgie / FÄ für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie / FÄ für Kinder- und Jugendpsychiatrie bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

GOP 01433 als Zuschlag zur GOP 01435 für die telefonische Beratung durch den Arzt/Psychotherapeuten oder zur Grundpauschale

Erläuterungen zur neuen Leistung

- Häufigkeit: Die GOP 01433 kann bis zu 20-mal im Arztfall für ein telefonisches Gespräch von mindestens 10 Minuten Dauer (aufgrund einer Erkrankung) mit dem Patienten oder einer Bezugsperson abgerechnet werden.
- Gesprächsdauer: Psychotherapeuten sowie Ärzte der aufgeführten Fachgruppen können einen Patienten bis zu 3 Stunden und 20 Minuten im Quartal per Telefon betreuen.
- Gesprächskontingent: Pro Patient werden maximal 20 Gespräche (200 Minuten) nach den GOP 01433, 14220, 16220, 21220, 22220 und 23220 vergütet. Diese Gespräche können
 - ausschließlich per Telefon (GOP 01433) oder
 - gemischt per Telefon (GOP 01433), persönlich in der Praxis oder in einer Videosprechstunde (14220, 16220, 21220, 22220 bzw. 23220) geführt werden.
- Vergütung: Die Vergütung für Telefonkonsultationen kann somit bis zu 338,40 Euro pro Patient im Quartal zuzüglich
 - GOP 01435 bei ausschließlicher telefonischer Beratung im Arztfall: 9,67 Euro, 1-mal im Behandlungsfall, bei Kindern unter 12 Jahren 2-mal im Behandlungsfall oder
 - Grundpauschale (bei persönlichem Kontakt und / oder Videosprechstunde im Arztfall)

abgerechnet wird.

Die neue telefonische Beratung nach der GOP 01433 wird auch vergütet, wenn die Grundpauschale abgerechnet worden ist.

Gruppe 2

Hausärzte / Kinder- und Jugendärzte / Schmerztherapeuten

Die neue GOP 01434 (65 Punkte) als Zuschlag zur GOP 01435 für die telefonische Beratung durch den Arzt oder Versichertenpauschale 03000/04000 oder Grundpauschale 30700 gezahlt.

Erläuterung zur neuen Leistung:

- Häufigkeit: Die GOP 01434 kann bis zu 6-mal im Arztfall für ein telefonisches Gespräch von mindestens 5 Minuten Dauer (aufgrund einer Erkrankung) mit dem Patienten oder einer Bezugsperson abgerechnet werden.
- Gesprächsdauer: Damit können Hausärzte, Kinder- und Jugendärzte sowie Schmerztherapeuten für einen Patienten bis zu 30 Minuten im Quartal für telefonische Konsultationen zusätzlich abrechnen.

Erläuterungen

Gruppe 2

Erläuterungen

- Vergütung: Die Vergütung für Telefonkonsultationen beläuft sich somit auf bis zu 42,84 Euro pro Patient im Quartal zuzüglich
 - GOP 01435 bei ausschließlicher telefonischer Beratung im Arztfall: 9,67 Euro, 1-mal im Behandlungsfall (bei Kindern unter 12 Jahren 2-mal im Behandlungsfall)

Bei Abrechnung der Versichertenpauschale 03000/04000 fließt die telefonische Beratung (GOP 01434) in das hausärztliche Budget für die Gesprächsleistungen (GOP 03230, 04230, 04231) ein. Bleibt es hingegen im Behandlungsfall ausschließlich bei telefonischen Kontakten, wird das Budget nicht belastet.

Gruppe 3

Gynäkologen / HNO-Ärzte / Dermatologen / fachärztliche Internisten / Orthopäden / FÄ für Sprach-, Stimm-, und kindliche Hörstörungen / Urologen

Neue Leistung: GOP 01434 (65 Punkte) als Zuschlag zur GOP für die telefonische Beratung durch den Arzt

Erläuterung zur neuen Leistung:

- Häufigkeit: Die GOP 01434 kann bis zu 5-mal im Arztfall für ein telefonisches Gespräch von mindestens 5 Minuten Dauer (aufgrund einer Erkrankung) mit dem Patienten oder einer Bezugsperson abgerechnet werden.
- Gesprächsdauer: Damit können Ärzte dieser Fachgruppen für einen Patienten bis zu 25 Minuten im Quartal für telefonische Konsultationen abrechnen, zusätzlich zur telefonischen Beratung nach der GOP 01435.
- Vergütung: Die Vergütung für Telefonkonsultationen beläuft sich auf bis zu 45,37 Euro pro Patient im Quartal, bei Kindern unter 12 Jahren auf bis zu 55,04 Euro.

Die Leistungen der GOP 01434 und 01435 werden nur vergütet, wenn der Patient in dem Quartal ausschließlich telefonisch betreut und keine Grundpauschale im Arztfall abgerechnet wird.

Gruppe 4

Anästhesisten / Augenärzte / Chirurgen / Humangenetiker / Laborärzte / MKG, Nuklearmediziner / Pathologen / Radiologen / Strahlentherapeuten / FÄ für physikalische und rehabilitative Medizin

Neue Leistung: GOP 01434 (65 Punkte) als Zuschlag zur GOP 01435 für die telefonische Beratung durch den Arzt

Erläuterung zur neuen Leistung:

- Häufigkeit: Die GOP 01434 kann bis zu 2-mal im Arztfall für ein telefonisches Gespräch von mindestens 5 Minuten Dauer (aufgrund einer Erkrankung) mit dem Patienten oder einer Bezugsperson abgerechnet werden.

Gruppe 3

Neue Leistung

Erläuterungen

Gruppe 4

Neue Leistung

Erläuterungen

- Gesprächsdauer: Damit können Ärzte dieser Fachgruppen für einen Patienten bis zu 10 Minuten im Quartal für telefonische Konsultationen abrechnen; zusätzlich zur telefonischen Beratung nach der GOP 01435.
- Vergütung: Die Vergütung für Telefonkonsultationen beläuft sich auf bis zu 23,95 Euro pro Patient im Quartal, bei Kindern unter 12 Jahren auf bis zu 33,62 Euro:

Die Leistungen der GOP 01434 und 01435 werden nur vergütet, wenn der Patient in dem Quartal ausschließlich telefonisch betreut wird und keine Grundpauschale im Arztfall abgerechnet wird.

Der Beschluss gilt rückwirkend vom 1. April 2020 und ist zunächst bis zum 30. Juni 2020 befristet.

Außerdem wurden die Regelungen zur Übernahme von Portokosten erweitert.

Danach werden die Versandkosten auch für Folgeverordnungen zur Fortführung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (Muster 63) übernommen. Außerdem ist die GOP 40122 übergangsweise neben der GOP 01820 bei postalischer Zustellung berechnungsfähig ist (Portokosten für die Ausstellung von Wiederholungsrezepten, Überweisungsscheinen etc.).

Die kompletten Beschlüsse wurden durch das Institut des Bewertungsausschusses auf der Internetseite <http://institut-ba.de/ba/beschluesse.html> veröffentlicht.

Darüber hinaus können wir Ihnen mitteilen, dass der Samstagszuschlag (GOP 01102) auch im Zusammenhang mit der Abrechnung einer Videosprechstunde sofort berechnungsfähig ist.

Samstagszuschlag

2. Verordnungen

2.1. Änderung der Anlage IV (Therapiehinweise) der Arzneimittel-Richtlinie: Aufhebung der Therapiehinweise zu Adalimumab und Infliximab bei rheumatoider Arthritis

Mit Wirkung zum 11. März 2020 werden die Therapiehinweise zu "Adalimumab (Humira®)" und "Infliximab bei Rheumatoider Arthritis (z. B. Remicade®)" in der Anlage IV der Arzneimittel-Richtlinie jeweils aufgehoben

Die Aufhebung erfolgt vor dem Hintergrund, dass aktuell kein bedeutender Regelungsbedarf hinsichtlich der wirtschaftlichen Verordnungsweise bei diesen Therapiehinweisen besteht, so dass sie nicht fortgeführt bzw. aktualisiert werden sollen.

Den vollständigen Beschluss des G-BA sowie die vollständige Anlage IV der Arzneimittel-Richtlinie finden Sie unter [www.g-ba.de/Richtlinien/Arzneimittel-Richtlinie/Anlage IV](http://www.g-ba.de/Richtlinien/Arzneimittel-Richtlinie/Anlage_IV).

2.2. Änderung der Anlage IV (Therapiehinweise) der Arzneimittel-Richtlinie: Aufhebung des Therapiehinweises zu Botulinumtoxin A und B

Mit Wirkung zum 11. März 2020 wird der Therapiehinweis "Botulinumtoxin A und B (z. B.: Botox®, Dysport®)/(z. B.: Neurobloc®)" in der Anlage IV der Arzneimittel-Richtlinie aufgehoben.

Die Aufhebung erfolgt vor dem Hintergrund, dass aktuell kein Regelungsbedarf hinsichtlich der wirtschaftlichen Verordnungsweise von Botulinumtoxin A und B gesehen wird, so dass der Therapiehinweis nicht fortgeführt werden soll.

Den vollständigen Beschluss des G-BA sowie die vollständige Anlage IV der Arzneimittel-Richtlinie finden Sie unter [www.g-ba.de/Richtlinien/Arzneimittel-Richtlinie/Anlage IV](http://www.g-ba.de/Richtlinien/Arzneimittel-Richtlinie/Anlage_IV).

2.3. Impfung gegen Pneumokokken - Handlungshinweise der STIKO

Für die beiden Pneumokokken-Impfstoffe Pneumovax® 23 und Prevenar® 13 besteht momentan bis auf weiteres eine eingeschränkte Lieferfähigkeit.

Um die besonders vulnerablen Patientengruppen impfen zu können, hat die STIKO aktuelle Handlungsempfehlungen veröffentlicht:

- Prevenar® 13 soll ausschließlich für die Grundimmunisierung im Säuglingsalter bis zu einem Alter von zwei Jahren verwendet werden, d. h. Säuglinge und Kleinkinder bis zum Alter von zwei Jahren sollen mit Prevenar® 13 geimpft werden. Sollte Prevenar® 13 nicht verfügbar sein, kann auf Synflorix® (10-valenter Pneumokokken-Konjugatimpfstoff) ausgewichen werden.
- Pneumovax® 23 soll prioritär für folgende Personengruppen verwendet werden:
 - Patienten mit Immundefizienz
 - Senioren ab dem Alter von 70 Jahren
 - Patienten mit chronischen Atemwegserkrankungen (z. B. Asthma oder COPD)

Laut aktueller Schutzimpfungs-Richtlinie wäre beispielsweise für Patienten mit angeborenen oder erworbenen Immundefekten bzw. Immunsuppression eine sequenzielle Impfung (= Impfung mit dem 13-valenten Konjugat-Impfstoff (Prevenar® 13) gefolgt von dem 23-valentem Polysaccharid-Impfstoff (Pneumovax® 23) nach 6 bis 12 Monaten) empfohlen.

Aufgrund der derzeitigen Liefersituation ist die sequenzielle Impfung nicht mehr vorgesehen, die entsprechenden o. g. Patienten sollen demnach direkt mit Pneumovax® 23 geimpft werden. Der GKV-Spitzenverband und die KBV haben sich daher darauf verständigt, dass hinsichtlich der sequenziellen Impfung entsprechende Abweichungen von den Vorgaben in der Schutzimpfungs-Richtlinie akzeptiert werden - solange der Hinweis der STIKO gilt.

Empfehlungen

Wenn bei Wiederverfügbarkeit der Impfstoffe die sequenzielle Impfung abgeschlossen werden soll, so sollte aufgrund der umgekehrten Reihenfolge der von der STIKO empfohlene Mindestabstand von einem Jahr beachtet werden (Epidemiologisches Bulletin 37/2016, S. 394).

Aktuelle Informationen zur Lieferbarkeit von Impfstoffen finden Sie auf der Internetseite des Paul-Ehrlich-Instituts unter www.pei.de/Arzneimittel/Impfstoffe/Lieferengpässe. Hier wird bei dem jeweiligen Impfstoff auch auf die Handlungshinweise der STIKO verwiesen.

2.4. Corona-Kontaktbeschränkung - Keine Dringlichkeitsbescheinigung für Physiotherapie erforderlich

In der Allgemeinverfügung des Niedersächsischen Ministeriums für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung zur Beschränkung sozialer Kontakte aufgrund der Corona-Pandemie vom 22.03/23.03.2020 wurde festgelegt, dass alle nicht dringend notwendigen Dienstleistungen, bei denen der Mindestabstand von 1,5 Metern von Mensch zu Mensch nicht eingehalten werden kann, untersagt sind. Dieses gilt auch für Physiotherapie, sofern die Behandlung nicht durch eine ärztliche Bescheinigung als unaufschiebbar erklärt wurde.

Hierzu hat das Ministerium nun folgende Klarstellung herausgegeben:

„Die Allgemeinverfügung der Nds. Landesregierung vom 23.03.2020 „Soziale Kontakte beschränken – anlässlich der Corona-Pandemie“ regelt, dass notwendige Tätigkeiten und Verrichtungen sind weiterhin zulässig sind. Hierbei handelt es sich auch um die Inanspruchnahme ambulanter oder stationärer medizinischer und veterinärmedizinischer Versorgungsleistungen (z. B. Arztbesuch, medizinische Behandlungen; Blutspenden sind ausdrücklich erlaubt) sowie der Besuch bei Angehörigen medizinischer Fachberufe Berufe, soweit dies medizinisch dringend erforderlich ist (z. B. Psycho- und Physiotherapeuten).“

Grundsätzlich gilt: Ein Arzt sollte derzeit nur ein Rezept für eine therapeutische Behandlung ausstellen, wenn dies die gesundheitliche Situation erfordert, zum Beispiel um die Folgen eines Schlaganfalls zu minimieren. Das bedeutet, dass sich die gesundheitliche Situation durch ein vorübergehendes Aussetzen der Behandlung nicht verschlimmern sollte. Bei vorhandenen Rezepten bzw. laufenden Maßnahmen sollte der Physiotherapeut über die Notwendigkeit aufgrund seines Fachwissens selbst entscheiden, bzw. sich im Zweifelsfall noch einmal an den verordnenden Arzt wenden.“

Eine separate Bescheinigung zusätzlich zur Verordnung ist danach also nicht erforderlich. Die Absprache zwischen Arzt und Therapeut bei unklaren Fällen, kann telefonisch erfolgen.

Die niedersächsische Allgemeinverfügung zur Beschränkung sozialer Kontakte gilt derzeit bis zum 18. April 2020.

Notwendige Tätigkeiten
zulässig

Aussetzen der Behand-
lung

2.5. Keine Verordnung zur Bevorratung mit Medikamenten

Um die Arzneimittelversorgung im Hinblick auf die Auswirkungen der Coronavirus-Pandemie sicherzustellen, und um eine kontinuierliche, ausreichende und wirtschaftliche Versorgung der Patienten, die zwingend Arzneimittel benötigen, zu gewährleisten, bittet das Bundesgesundheitsministerium darum, dass Ärzte bei der Verordnung von Arzneimitteln folgende Punkte berücksichtigen:

Die Verordnung von Arzneimitteln insbesondere bei chronisch kranken Patienten sollte wie gewohnt fortgesetzt werden (z. B. mit einer N3-Packung), um Arztbesuche auf das Nötigste zu reduzieren und die behandelnden Ärzte zu entlasten.

Auf eine zusätzliche Ausstellung von Privatrezepten, soweit sie aus ärztlicher Sicht nicht erforderlich sind, sollte verzichtet werden. Die Arzneimittel stehen dann den Patienten zur Verfügung, die diese dringend benötigen.

Es sollen demnach keine Arzneimittel zur reinen Bevorratung verschrieben werden. Ziel ist es, Versorgungsengpässen bei Arzneimitteln vorzubeugen und im Fall von temporären Engpässen die Verfügbarkeit von betroffenen Arzneimitteln zu verlängern.

2.6. Coronavirus-Pandemie - Unterbrechung der Heilmitteltherapie für einen längeren Zeitraum möglich

Zur Erleichterung der Versorgung der Patienten in dieser besonderen Situation haben die Krankenkassenverbände auf Bundesebene Empfehlungen für die Versorgung mit Heilmitteln herausgegeben. Diese Empfehlungen gelten vorerst bis zum 30. April 2020.

Aussetzung der Fristen

Die Fristen gemäß Heilmittel-Richtlinie zur Unterbrechung einer Heilmitteltherapie und zum Beginn einer Heilmitteltherapie nach Ausstellung der Verordnung werden bis zum 30. April 2020 ausgesetzt. Ärztliche Verordnungen behalten also ihre Gültigkeit auch wenn die Fristen überschritten werden. Es gelten bezüglich der Fristaussetzung jedoch folgende Einschränkungen:

- Die letzte Heilmittelbehandlung, bevor die Unterbrechung begann, muss nach dem 17. Februar 2020 erfolgt sein.
- Die Verordnung, die noch nicht begonnen wurde, muss nach dem 18. Februar 2020 ausgestellt worden sein.

Einschränkungen

Korrekturen ohne Arztunterschrift bedingt möglich

Sollten Korrekturen auf ausgestellten Heilmittelverordnungen notwendig sein, sollen Heilmitteltherapeuten Änderungen oder Ergänzungen auf der Verordnung selbst vornehmen können, ohne dafür eine erneute Unterschrift des Arztes einholen zu müssen. Als Ausnahmen gelten die Angaben zum Heilmittel und zur Verordnungsmenge. Für die Änderung dieser Angaben ist weiterhin die Arztunterschrift mit Datumsangabe erforderlich.

Behandlung und Beratung per Video oder Telefon

Sofern die Behandlungen aus Sicht der Heilmitteltherapeuten auch im Rahmen telemedizinischer Leistungen (Videobehandlung oder telefonische Beratungen) stattfinden können, ist dies mit vorheriger Einwilligung der Versicherten für bestimmte Heilmittel möglich. Dazu gehören unter anderem Ergotherapie, Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie, aber auch die Atemtherapie (Physiotherapie).

Einwilligung Versicherte

Weitere Informationen zum Thema finden Sie unter: www.kbv.de/Aktuell/Praxisnachrichten.

2.7. Gemeinsame Arbeitsgruppe Arzneimittel - Informationsschreiben zum Thema „Kontrazeptiva“

Im Anhang finden Sie ein weiteres Informationsschreiben der AG GKV/KVN Arzneimittel zu dem Thema „Verordnung von Kontrazeptiva zu Lasten der GKV“. Darin wird unter anderem auf die Besonderheiten der Verordnung von langwirksamen Kontrazeptiva eingegangen.

Diese sowie alle weiteren Veröffentlichungen der AG GKV/KVN Arzneimittel finden Sie im Internet unter <https://www.kvn.de/Mitglieder/Verordnungen/Arzneimittel/Ver%C3%B6ffentlichungen.html>

Anlage 5.2: Informationsschreiben**2.8. Sprechstundenbedarf / Musterkoffer für das 2. Quartal 2020 veröffentlicht**

Die aktualisierten Musterkoffer Sprechstundenbedarf für die 23 Fachgruppenbereiche mit Gültigkeit ab dem 1. April 2020 finden Sie ab sofort im KVN-Portal in der Rubrik Sprechstundenbedarf/Musterkoffer SSB. Sie können auch die Suchfunktion im Portal benutzen und nach dem Begriff „Musterkoffer“ suchen, um an die aktuelle Liste zu gelangen.

2.9. Docetaxel bei hormonsensitivem Prostatakarzinom mit Fernmetastasen (M1) - Anlage VI der Arzneimittel-Richtlinie, Aufhebung

Mit Wirkung zum 1. April 2020 wird in Anlage VI (Off-Label-Use) Teil A der Arzneimittel-Richtlinie die Ziffer XXVIII "Docetaxel bei hormonsensitivem Prostatakarzinom mit Fernmetastasen (M1)" aufgehoben.

Die Aufhebung erfolgt vor dem Hintergrund, dass durch Zulassungserweiterungen der bisherige Regelungsbedarf für eine Verordnungsfähigkeit docetaxelhaltiger Arzneimittel im Off-Label-Gebrauch entfällt.

Den zugehörigen Beschluss sowie die vollständige Anlage VI der Arzneimittel-Richtlinie finden Sie auf der Internetseite des G-BA unter www.g-ba.de/Richtlinien/Arzneimittel-Richtlinie/Anlage VI.

2.10. Erleichterte Arzneimittelabgabe in Apotheken

Auf Grund der aktuellen Situation haben sich der GKV-Spitzenverband und der Deutsche Apothekerverband (DAV) darauf verständigt, dass bis zum 30. April 2020 eine erleichterte Abgabe von Arzneimitteln in Apotheken erfolgt:

Um unnötige Apothekenbesuche von Patienten zu vermeiden, kann die Apotheke, wenn weder ein Rabattarzneimittel noch ein weiteres preisgünstiges Präparat in der Apotheke verfügbar ist, ein vorrätiges, austauschbares Arzneimittel unter Angabe eines Sonderkennzeichens abgeben. Die Patienten müssen die Apotheke demnach nicht ein weiteres Mal aufsuchen. Grundsätzlich besteht aber die Verpflichtung der Apotheken zur Wirtschaftlichkeit, d. h. bevorzugt ein Rabattarzneimittel abzugeben.

2.11. Pneumokokken-Impfstoff Pneumovax® 23 aus Japan verfügbar

Vor dem Hintergrund des Versorgungsmangels, den das Bundesgesundheitsministerium am 16. März 2020 festgestellt hat, hat die Firma MSD nun zwei Chargen des Pneumokokken-Impfstoffes Pneumovax® 23 aus Japan importiert. Die Ware wird über den Großhandel in ganz Deutschland verteilt und voraussichtlich ab dem 3. April 2020 verfügbar sein.

Die Verpackungen werden mit japanischer Kennzeichnung auf den Markt gebracht und auch die Chargenetiketten für die Dokumentation im Impfpass werden japanische Schriftzeichen tragen. Die Ärzte sollten daher handschriftlich vermerken, dass es sich um Pneumovax® 23 handelt.

Der Impfstoff ist nur bis zum 11. Juni 2020 haltbar und sollte daher möglichst schnell verimpft werden. Es handelt sich bei dem Impfstoff um Durchstechflaschen, denen keine Spritzen und Kanülen beiliegen. Der Impfstoff ist identisch zu Pneumovax® 23 und unter dem Handelsnamen Pneumovax® NP (PZN 16653218) über den Sprechstundenbedarf zu beziehen, die Spritzen und Kanülen stellen Praxisbedarf dar.

Nur bis 11. Juni haltbar

Handelsname

Das Paul-Ehrlich-Institut (PEI) informiert auf seiner Internetseite über den importierten Impfstoff, die Chargenbezeichnung und die Verpackung und stellt neben der Gebrauchs- und Fachinformation auch Fotos bereit unter <https://www.pei.de/DE/newsroom/hp-meldungen/2020/200401-pneumokokken-impfstoff-aus-japan.html?nn=11245362>

Das PEI bittet die Ärzteschaft um Rückmeldung per E-Mail an mikrobiologie@pei.de, ob die Ware flächendeckend in Deutschland ankommt. Das PEI teilt außerdem mit, dass es mit allen Pneumokokken-Impfstoffherstellern in Kontakt steht, um den Versorgungsmangel zu beheben und geht davon aus, dass sich die Situation in den nächsten Wochen durch weitere Lieferung entspannen wird. Sollten die Praxen andere Erfahrungen machen, ist das PEI auch hier an Rückmeldungen interessiert unter <https://www.pei.de/DE/arzneimittel/impfstoffe/lieferengpassesse/verbrauchermeldung/meldung-lieferengpass-node.html>

Es wird darauf hingewiesen, dass die aktuellen STIKO-Empfehlungen zur Priorisierung der Pneumokokken-Impfung weiterhin gelten, da nach wie vor zu wenig Impfstoff verfügbar ist (siehe 2.3 "Impfung gegen Pneumokokken - Handlungshinweise der STIKO").

STIKO-Empfehlungen
zur Pneumokokken-
Impfung

2.12. Paracetamol - Verordnung nur nach Prüfung therapeutischer Alternativen

Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) weist darauf hin, dass es durch eine verstärkte Nachfrage aufgrund der Corona-Pandemie zu Lieferengpässen bei paracetamolhaltigen Arzneimitteln kommt.

Vertragsärztinnen und Vertragsärzte werden aufgefordert, verschreibungspflichtige paracetamolhaltige Arzneimittel nur nach Prüfung therapeutischer Alternativen und nur in der medizinisch notwendigen Packungsgröße zu verordnen.

3. Allgemeine Hinweise

3.1. Kurzfristige Änderungen des EBM und der Vertragspartner des Bundesmantelvertrages Ärzte aufgrund der Corona-Pandemie

Der Bewertungsausschuss bzw. Vertragspartner des Bundesmantelvertrages haben kurzfristige Änderungen aufgrund der Corona-Pandemie beschlossen, die wir Ihnen nachfolgend kurz vorstellen möchten:

Postversand von Rezepten u. ä.

Im Sinne der Vermeidung zusätzlicher persönlicher Arzt-/Patientenkontakte ist es ab dem 23. März 2020 möglich, dass bei medizinischer Notwendigkeit Arzneimittelverordnungen (Wiederholungsrezepte, Überweisungsscheine und / oder andere ärztliche Verordnungen) ausgestellt und diese per Post an den Versicherten gesendet und abgerechnet werden können. Davon betroffen sind

- Folgearzneiverordnungen (auch BtM),
- Verordnungen einer Krankenbeförderung (Muster 4),
- Überweisungen (Muster 6 und 10) und
- Folgeverordnungen für die häusliche Krankenpflege (Muster 12) sowie für Heilmittel (Muster 13, 14 und 18).

Voraussetzung für die Ausstellung ist, dass der Patient im laufenden Quartal oder im Vorquartal in der Arztpraxis persönlich vorstellig war.

Für den postalischen Versand kann die GOP 40122 mit 90 Cent abgerechnet werden. Der Beschluss des Bewertungsausschusses ist befristet zunächst bis zum 30. Juni 2020.

Sonderregelungen zur Durchführung von Psychotherapie und neuropsychologischer Therapie

Um die psychotherapeutische Versorgung während der Coronavirus-Krise zu erleichtern, hat der Bewertungsausschuss einige Sonderregelungen beschlossen. Sie betreffen die Videosprechstunde und die Umwandlung von Gruppentherapien in Einzeltherapien. Diese Regelungen gelten ab dem 23. März 2020 und sind zunächst auch bis zum 30. Juni 2020 befristet. Die Änderungen im Einzelnen:

Psychotherapeutische Sprechstunden sowie probatorische Sitzungen für die Psychotherapie und die neuropsychologische Therapie können auch per Video durchgeführt werden.

Sitzungen der Gruppenpsychotherapie können unbürokratisch in Einzeltherapie umgewandelt werden. Für eine bewilligte Gruppensitzung (100 Minuten) darf je eine Einzelsitzung durchgeführt werden (50 Minuten), hierfür ist eine formlose Anzeige bei der Krankenkasse erforderlich.

Abrechnung

Zur Umsetzung der Sonderregelungen können folgende GOP bis zum 30. Juni 2020 auch abgerechnet werden, wenn die Leistungen im Rahmen einer Videosprechstunde durchgeführt werden:

- GOP 30931 (probatorische Sitzung in der neuropsychologischen Therapie),
- GOP 35150 (probatorische Sitzung in der Richtlinien-Therapie) und
- GOP 35151 (psychotherapeutische Sprechstunde).

Ein persönlicher Patientenkontakt gem. 4.3.1 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM muss nicht vorausgegangen sein. Ferner wird für die GOP 30931, 35150 und 35151 der Technikzuschlag (GOP 01450) gezahlt.

Des Weiteren sind die neuropsychologischen und psychotherapeutischen Leistungen der Abschnitte 30.11, 35.1 und 35.2, die vorher als Videosprechstunden durchgeführt und abgerechnet werden konnten, auch ohne vorausgegangenem persönlichen Patientenkontakt berechnungsfähig.

Umwandlung von Gruppentherapie

Genehmigte Leistungen einer Gruppenpsychotherapie können übergangsweise in Einzelpsychotherapie umgewandelt werden, ohne dass hierfür eine gesonderte Antragstellung bei der Krankenkasse oder Begutachtung erfolgen muss. Auch diese Regelung gilt zunächst bis zum 30. Juni 2020. Die Umwandlung erfolgt über die so genannte Therapieeinheit. Für je eine Therapieeinheit genehmigter Gruppentherapie (entspricht einer Sitzung mit 100 Minuten) darf bei Bedarf max. je Patient der Gruppe eine Einzeltherapie (entspricht einer Sitzung mit 50 Minuten) durchgeführt und abgerechnet werden. Psychotherapeuten müssen die Umwandlung lediglich formlos der Krankenkasse mitteilen. Ein Formularerfordernis besteht nicht. Ausdrücklich hinzuweisen ist, dass die Psychotherapievereinbarung die Durchführung von Gruppentherapien per Video ausschließt. Diese Regelung bleibt bestehen.

Rahmen Videosprechstunde

Aussetzung der behandlungsfall- und leistungsbezogenen Begrenzung der Durchführung von Videosprechstunden

Der Bewertungsausschuss hat zum 1. April 2020 beschlossen, sowohl die Begrenzung der Behandlungsfälle auf 20 Prozent der per Videosprechstunde durchgeführten Behandlungsfälle je Vertragsarzt als auch die patientenübergreifende Obergrenze von 20 Prozent je Vertragsarzt für diejenigen Gebührenordnungspositionen, die im Rahmen einer Videosprechstunde bzw. Videofallkonferenz durchgeführt und berechnet werden dürfen aufzuheben. Die Aufhebung dieser Begrenzung ist zunächst bis zum 30. Juni 2020 befristet.

Zuschlagsziffern für Infektionsdialysen

Die Vertragspartner des Bundesmantelvertrages haben vereinbart, die Zuschlagsziffern für Infektionsdialysen an Infektionen mit COVID-19 anzupassen. Die Kostenpauschalen nach den folgenden Gebührenordnungspositionen des EBM sind nun ausdrücklich auch bei Patienten mit einer Infektion mit COVID-19, die unter Quarantäne gestellt sind (gem. §§ 28 und 30 Infektionsschutzgesetz) und bei Kontaktpersonen der Kategorie I nach dem COVID-19 Kontaktpersonenmanagement des Robert-Koch-Instituts berechnungsfähig:

- GOP 40835: Zuschlag zu der Kostenpauschale 40816, 40823 oder 40825 für die Infektionsdialyse und
- GOP 40836: Zuschlag zu der Kostenpauschale 40815, 40817, 40818, 40819, 40824, 40826 bis 40828 für die Infektionsdialyse.

Berechnungsfähig

Diese Regelung gilt auch ab dem 23. März 2020 und ist zunächst bis zum 30. Juni 2020 befristet.

Untersuchungszeiträume ab U 6 ausgesetzt

Die Vertragspartner des Bundesmantelvertrages haben eine Vereinbarung zur Änderung der Kinderrichtlinie zu den Untersuchungszeiträumen und Toleranzzeiten vereinbart. Ärzte können Kinderfrüherkennungsuntersuchungen ab der U 6 jetzt auch durchführen und abrechnen, wenn die vorgegebenen Untersuchungszeiträume und Toleranzzeiten überschritten sind.

Die Vertragspartner haben vereinbart, dass die festen Zeiträume für die U 6, U 7, U7a, U 8 und U 9 ab dem 25. März 2020 bis zum 30. September 2020 ausgesetzt werden. Ziel ist es, nicht unbedingt notwendige Patientenkontakte in den Praxen zu vermeiden. Dadurch sollen die Praxen entlastet und eine zusätzliche Ausbreitung des COVID 19-Virus über die Wartezimmer der Arztpraxen verhindert werden.

Die entsprechenden Beschlüsse sind auf der Internetseite des Instituts des Bewertungsausschusses unter <https://institut-ba.de/BA/Beschlusse.html> nachzulesen.

3.2. EBM-Änderungen rückwirkend zum 1. Januar bzw. 1. April 2020

Der Bewertungsausschuss hat noch mehrere Anpassungen zum EBM rückwirkend zum 1. Januar bzw. 1. April 2020 beschlossen.

Früherkennung Zervixkarzinom

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat den Bewertungsausschuss darüber informiert, dass die verbindliche Genotypisierung bei positiven HPV-Tests in der technischen Spezifikation des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTiG) zur elektronischen Übermittlung der Dokumentation nicht dem Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses in der Richtlinie für die organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme entspräche und deswegen als eine Kann-Regelung auszugestalten ist. Aufgrund dieser Klarstellung, die durch eine Herstellerintervention ausgelöst wurde, ist eine rückwirkende Anpassung der GOP 01763 und 01767 zum 1. Januar 2020 erforderlich.

Die HPV-Genotypisierung bei positiven HPV-Tests wird aus dem obligaten Leistungsinhalt der GOP 01763 und 01767 gestrichen und die Bewertung entsprechend dem darin berücksichtigten Anteil der Genotypisierung abgesenkt (von 171 Punkten auf 153 Punkten). Dafür wird als Zuschlag zu den GOP 01763 und 01767 eine HPV-Genotypisierung auf die HPV Typen 16 und 18 bei positivem HPV-Nachweis als neue GOP 01769 in den EBM aufgenommen. Die GOP 01769 kann auch dann abgerechnet werden, wenn der Nachweis und die Genotypisierung in demselben Untersuchungsgang durchgeführt werden. Der neue Zuschlag ist ebenfalls extrabudgetär und wird mit 153 Punkten vergütet. Eine Anpassung des kurativen HPV-Tests nach der GOP 32819 hat der Bewertungsausschuss als nicht notwendig erachtet.

Neue GOP

Bitte setzen Sie sich hinsichtlich der Abrechnung der neuen GOP 01769 mit dem Abrechnungscenter in Verbindung.

Krebsfrüherkennungsuntersuchung

Vertragsärzte können bei Patientinnen künftig die GOP 01760 für eine klinische Krebsfrüherkennungsuntersuchung und die GOP 01764 für die Abklärungsdiagnostik an einem Behandlungstag durchführen und abrechnen. Der bisherige Abrechnungsausschluss im EBM wird aufgehoben, um am Behandlungstag beides zu ermöglichen. Dieser Beschluss tritt zum 1. April 2020 in Kraft.

Genotypische HIV-Resistenztestungen

Im Rahmen der frühen Nutzenbewertung des Gemeinsamen Bundesausschusses für das Arzneimittel Dovato wurde in der Prüfung des EBM ein erneuter Anpassungsbedarf der Genotypischen HIV-Resistenztestungen festgestellt.

Der Bewertungsausschuss hat deswegen die Untersuchungen der GOP 32818, 32821 und 32822 neu strukturiert und diese Wirkstoffgruppen in der GOP 32821 zusammen geführt. Die GOP 32828 wurde neu gefasst. Beide GOP 32821 und 32828 - bilden die erforderlichen HIV-Resistenztestungen für die derzeit gebräuchlichen antiretroviralen Wirkstoffe ab. Die GOP 32818 und 32822 wurden daher gestrichen.

Auch dieser Beschluss tritt mit Wirkung zum 1. April 2020 in Kraft.

FeNO-Messung zur Indikationsstellung einer Asthma-Therapie mit Dupilumab

Zum 1. April 2020 werden die Gebührenordnungspositionen 04538 und

13678 als neue Leistung zur FeNO-Messung zur Indikationsstellung einer Asthma-Therapie mit Dupilumab in den EBM aufgenommen.

Dupilumab wird als Add-on-Erhaltungstherapie bei Erwachsenen und Jugendlichen ab zwölf Jahren mit schwerem Asthma mit Typ 2-Inflammation angewendet. Die Anwendung erfolgt, wenn die Erkrankung trotz hochdosierter inhalativer Kortikosteroide und einem weiteren zur Erhaltungstherapie angewendeten Arzneimittel unzureichend kontrolliert ist.

Die GOP 04538 ist für Pädiater mit der Zusatzweiterbildung Kinder-Pneumologie, die GOP 13678 für Pneumologen berechnungsfähig. Beide GOPen sind mit 88 Punkten bewertet. Die Sachkosten für Mundstücke und ggf. Sensoren werden über die GOP 40167 mit 7,84 Euro vergütet. Die Vergütung erfolgt außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung.

Neue Leistung im Zusammenhang mit dem Schwangerschaftskonfliktgesetz

Schwangere haben nach pränataldiagnostischen Maßnahmen mit pathologischem Befund (Annahme einer körperlichen oder geistigen Schädigung der Gesundheit des Kindes) einen Anspruch auf ärztliche Aufklärung und Beratung. Der Arzt (in der Regel der Gynäkologe), der der Schwangeren die Diagnose mitteilt, hat diese über die medizinischen und psychosozialen Aspekte, die sich aus dem Befund ergeben, zu beraten. Dies erfolgt unter Hinzuziehung von Ärzten, die mit dieser Gesundheitsschädigung bei geborenen Kindern Erfahrung haben (Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin). Die Beratung erfolgt in allgemeinverständlicher Form und ergebnisoffen. Sie umfasst die eingehende Erörterung der möglichen medizinischen, psychischen und sozialen Fragen sowie die Möglichkeit zur Unterstützung bei physischen und psychischen Belastungen.

Beratung

Zum 1. April 2020 wird die neue GOP 01799 für die Aufklärung und Beratung einer Schwangeren durch einen hinzugezogenen Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin, der mit der auf die Diagnose bezogenen Gesundheitsschädigung bei geborenen Kindern Erfahrung hat, in den EBM-Abschnitt 1.7.4 aufgenommen.

Die Leistung umfasst die Aufklärung und Beratung einer Schwangeren je vollendete fünf Minuten und ist mit 65 Punkten bewertet. Auch diese Leistung erfolgt außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung.

Durchführung der schmerztherapeutischen Beratung per Videosprechstunde

Der Bewertungsausschuss hat den Leistungsumfang im Rahmen von Videosprechstunden erweitert. Ab dem 1. April 2020 werden auch die Durchführung und Berechnung der Beratung und Erörterung und/oder Abklärung im Rahmen der Schmerztherapie gemäß der Gebührenordnungsposition 30708 im Rahmen einer Videosprechstunde ermöglicht.

Zuschläge zur Kurzzeittherapie

Der Bewertungsausschuss hat Zuschläge zur besseren Vergütung der Kurzzeittherapie zum 1. April 2020 beschlossen. Diese Zuschläge sind sowohl für Gebührenordnungsposition der Kurzzeittherapie 1 als auch der Kurzzeittherapie 2 berechnungsfähig - insgesamt höchstens zehn

Mal im Krankheitsfall. Damit ist es bei vorausgegangener Akutbehandlung ebenfalls möglich, zehn Zuschläge für durchgeführte Sitzungen einer Kurzzeittherapie zu berechnen. Dies gilt auch in Fällen, denen die ersten zehn Sitzungen - durch die Verrechnung der durchgeführten Stunden der Akutbehandlung mit dem Stundenkontingent der KZT 1 gemäß §29 Abs. 1 der Psychotherapierichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses - in Teilen oder vollständig einer KZT 2 entsprechen.

Vom Gesetzgeber wurde vorgegeben, dass Psychotherapeuten die neuen Zuschläge nur dann abrechnen können, wenn sie für die Mindestsprechstundenanzahl gem. §19 a Abs. 1 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte zur Verfügung stehen.

Psychotherapeuten können den Zuschlag zur Kurzzeittherapie in Form einer Einzelbehandlung (GOP 35591) auch dann abrechnen, wenn sie diese Leistung per Videosprechstunde durchgeführt haben. Der Bewertungsausschuss hat die neue GOP 35591 dazu in die 6. Bestimmung des Abschnitts 35.2 aufgenommen.

Durch die Aufnahme der neuen Zuschläge ändert sich die Systematik im EBM wie folgt:

Die neuen Zuschläge sind im neuen Abschnitt 35.2.3.2 aufgeführt, die bereits bestehenden Zuschläge werden in einen neuen Abschnitt 35.2.3.1 überführt. Konkret betrifft dies die GOP 35571 (Zuschlag Einzeltherapie), 35572 (Zuschlag Gruppentherapie) und 35573 (Zuschlag Sprechstunde/Akutbehandlung).

Die kompletten Beschlüsse sind auf der Internetseite des Instituts des Bewertungsausschusses unter <http://Institut-ba.de/ba/beschluesse.html> einzusehen.

3.3. AU-Bescheinigung per Telefon: Hinweise zu eGK und Abrechnung

Für die Ausstellung einer AU-Bescheinigung per Telefon wurden inzwischen noch offene Punkte geklärt. KBV und GKV-Spitzenverband haben sich heute auf ein Verfahren verständigt, wie der Nachweis der Krankenversicherung bei Patienten erfolgt, die zuvor noch nicht in der Praxis waren.

- Versicherten- bzw. Grundpauschale plus GOP 40122 für das Porto (0,90 Euro): Der Patient war in dem Quartal mindestens einmal in der Praxis oder hatte einen Arzt-Kontakt per Videosprechstunde
- GOP 01435 (88 Punkte/9,67 Euro) plus GOP 40122 für das Porto (0,90 Euro): Der Patient war in dem Quartal weder in der Praxis noch in einer Videosprechstunde

Verwendung der eGK

Auch für die telefonische AU-Bescheinigung benötigen Ärzte für die Abrechnung die Versichertenstammdaten des Patienten. Hierbei gibt es folgende drei Konstellationen:

Hinweise zur Abrechnung

- Der Patient war in dem Quartal in der Praxis, die elektronische Gesundheitskarte wurde eingelesen: Die Versichertendaten liegen bereits vor.
- Der Patient ist der Praxis bekannt, war in dem Quartal aber nicht da: Die Praxis übernimmt die Versichertendaten aus der Patientenakte.
- Der Patient ist unbekannt, er war noch nicht in der Praxis. Das Praxispersonal erfragt am Telefon die Versichertendaten und pflegt sie händisch ein:
 - Name des Versicherten
 - Wohnort des Versicherten (PLZ)
 - Geburtsdatum des Versicherten
 - Krankenkasse
 - Versichertenart (Mitglied, Familienversichert, Rentner)

Damit wird verhindert, dass Patienten, die ihre AU-Bescheinigung per Post erhalten, später doch in die Praxis kommen müssen, nur um ihre eGK vorzulegen.

Alle o. a. Regelungen gelten auch für die Ausstellung einer ärztlichen Bescheinigung für den Bezug von Krankengeld bei der Erkrankung eines Kindes (Muster 21).

Diese Regelungen gelten zunächst für vier Wochen.

3.4. Maßnahmen im Kampf gegen Covid-19: Videosprechstunde für Arztpraxen wird erleichtert

Aufgrund der Coronavirus-Pandemie hat die KVN das Verfahren der Videosprechstunde vereinfacht. Ab sofort können unsere Ärzte und Psychotherapeuten die Gebührenordnungspositionen der Videosprechstunde auch ohne Einreichung des Zertifikates/der Bescheinigung abrechnen.

Auf das Prüfungsverfahren und die Genehmigungserteilung wird vorerst bis 30. Juni 2020 verzichtet. Ausgenommen sind aufgrund von EBM-Regelungen lediglich die Fachgruppen Labor, Nuklearmedizin, Pathologie und Radiologie.

Anhand der Vorgaben ist zu beachten, dass der Arzt oder Psychotherapeut einen zertifizierten Videodienstleister auswählt der für einen reibungslosen und sicheren technischen Ablauf der Videosprechstunde sorgt. Praxis und Patient benötigen im Wesentlichen einen Bildschirm mit Kamera, Mikrofon und Lautsprecher sowie eine Internetverbindung. Eine zusätzliche Software ist nicht erforderlich.

Eine aktuelle Liste der zertifizierten Videodienstleister sowie weitere Informationen erhalten Sie auf der Seite der Kassenärztlichen Bundesvereinigung unter folgendem Link: <https://www.kbv.de/html/videosprechstunde.php>

3.5. Änderung der Krankentransport-Richtlinie

Wegfall der Genehmigungspflicht für Krankenfahrten von pflegebedürftigen und schwerbehinderten Personen

Seit dem 1. Januar 2019 müssen dauerhaft mobilitätsbeeinträchtigte Patientengruppen (Merkzeichen „aG“, „Bl“ oder „H“, Pflegegrad 3 mit dauerhafter Mobilitätsbeeinträchtigung, Pflegegrad 4 oder 5) bei Krankenfahrten zur ambulanten Behandlung ihre Verordnung für eine ärztlich verordnete Krankenfahrt mit einem Taxi oder Mietwagen nicht mehr von der Krankenkasse genehmigen lassen. Für Fahrten mit Krankentransportwagen (KTW) gilt weiterhin die Genehmigungserfordernis.

Diese Änderung wurde nun auch in die Krankentransport-Richtlinie aufgenommen. Zudem sind die Regelungen zu den Inhalten des Verordnungsformulars in der Anlage I zur Krankentransport-Richtlinie auf Überschriftenebene verkürzt worden und kleinere redaktionelle Änderungen erfolgten.

Verordnungen durch Krankenhäuser im Rahmen des Entlassmanagements

Mit einem weiteren Beschluss wurde die Verordnungsbefugnis für Krankenhäuser eingeführt. Krankenhäuser erhalten die Möglichkeit, bei Entlassung von Patientinnen und Patienten eine Krankenbeförderung auszustellen.

3.6. AU-Bescheinigung per Telefon von sieben auf vierzehn Tage ausgeweitet

Ab sofort ist die Ausstellung der AU-Bescheinigung per Telefon bis zu vierzehn Tagen möglich. Voraussetzung ist, dass es sich um eine leichte Erkrankung der oberen Atemwege handelt oder wenn der Verdacht auf eine Infektion mit dem Coronavirus besteht.

Bereits seit etwa zwei Wochen dürfen Ärzte nach telefonischer Anamnese eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung beziehungsweise eine ärztliche Bescheinigung für den Bezug von Krankengeld bei der Erkrankung eines Kindes für bis zu einer Woche ausstellen.

Jetzt haben KBV und Krankenkassen die Regelung noch einmal erweitert. Neu neben der längeren Dauer von bis zu 14 Tagen ist, dass unter die Regelung auch Patienten fallen, bei denen ein Infektionsverdacht besteht. Voraussetzung ist immer, dass es sich um leichte Beschwerden der oberen Atemwege handelt.

Der Versicherte ist darauf hinzuweisen, dass bei einer Verschlechterung der Symptome, nach telefonischer Anmeldung in der Praxis, unverzüglich ein Arzt aufzusuchen ist.

Die Regelung ist bis zum 23. Juni 2020 befristet.

Befristung bis 23. Juni

3.7. SARS-CoV-2/Covid 19 Antikörpernachweis

Aufgrund von vermehrten Anfragen zur Anwendung und Abrechnung eines Virusantikörpernachweises SARS-CoV-2 sowie dessen vermehrter Diskussion in der Presse möchten wir Sie entsprechend informieren.

Aus Sicht des RKI (siehe Auszug der FAQ) spielt der Antikörpernachweis für die Akutdiagnostik, d. h. den Nachweis/Ausschluss der meldepflichtigen Erkrankung, keine Rolle. Aufgrund der Einschätzung des RKI ist der Nachweis von Antikörpern gegen SARS CoV-2 derzeit als nicht wirtschaftlich und nicht notwendig zu bewerten. Aus diesem Grunde besteht auch noch keine Leistungspflicht der Gesetzlichen Krankenversicherung.

Ein Test auf SARS-CoV-2 spezifische Antikörper im Blut /Serum kann für epidemiologische Fragestellungen sinnvoll sein. Aktuell sind diese Tests noch in der Entwicklung bzw. Zulassungsphase, sie stehen noch nicht zur Verfügung. Unabhängig davon spielen sie für die Akutdiagnostik keine Rolle, da zwischen Beginn der Symptomatik und der Nachweisbarkeit spezifische Antikörper ca. sieben Tage vergehen (in Einzelfällen auch mehr).

Hinweisen möchten wir in diesem Zusammenhang, dass es sich bei den angebotenen "Schnellteste" ebenfalls um Antikörpernachweise handelt. Diese erfüllen jedoch nicht den Leistungsinhalt der GOP 32641 - und sind daher vertragsärztlich nicht berechnungsfähig.

3.8. Schulungen im Rahmen der DMP/DSP Verträge - Digitale Durchführung und Abrechnung von Einzelschulungen - Sonderregelung mit der GKV

Im Zuge der aktuellen "Coronakrise" konnte zur Unterstützung der Vermeidung von Kontakten eine zunächst bis 30. Juni 2020 abgestimmte befristete Regelung erreicht werden.

Danach können ab sofort medizinisch erforderliche Schulungen, welche medizinisch keinen Aufschub dulden, auch mittels digitaler Kommunikationsmitteln erbracht werden. Dabei kann von den in den jeweiligen Schulungsprogrammen vorgegebenen Mindestgruppengrößen auch abgewichen werden. Eine einfache telefonische Beratung ist keine Schulung in diesem Sinne.

Sollten solche Schulungen technisch oder organisatorisch nicht als Gruppenschulung möglich sein, so ist in medizinisch zwingenden Fällen auch eine Durchführung als Einzelschulung in den Diabetologischen Schwerpunktpraxen möglich. Um dem vorhersehbaren Anstieg der notwendigen Einzelschulungen Rechnung zu tragen, wird der bisher vereinbarte Abrechnungsdeckel bei der Vergütung bis 30. Juni 2020 aufgehoben.

Keine Leistungspflicht der GKV

Abrechnungsdeckel vorerst aufgehoben

3.9. DMP: Ausnahmeregelung für Schulungen und Dokumentationen - Gültig bis 30. September 2020

Im Zuge der "Coronakrise" hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) aktuell eine bis zum 30. September 2020 befristete Ausnahmeregel beschlossen.

Danach wird ab sofort die DMP-Dokumentationspflicht und die Verpflichtung der Versicherten zur Teilnahme an empfohlenen Schulungen für das erste bis dritte Quartal 2020 ausgesetzt.

Damit soll vermieden werden, dass in DMP eingeschriebene Patientinnen und Patienten, die zu den besonderen Risikogruppen zählen, zur Teilnahme an Präsenzs Schulungen und persönlichen Untersuchungen verpflichtet werden und es dadurch zu ungerechtfertigten DMP-Ausschreibungen kommt.

Nach arztseitiger individueller Abwägung können auch weiterhin Dokumentationen und Schulungen erfolgen, wenn die Kontrolluntersuchung oder die Schulung notwendig ist und durchgeführt werden soll.

Der Beschluss steht noch unter dem Vorbehalt einer Beanstandung durch das Bundesgesundheitsministerium

Für die Zeit der Ausnahmeregelung bis 30. September 2020 wird die Datenstelle DAVASO keine Reminder wegen ausstehender DMP-Dokumentationen an die Vertragsärzte versenden. Weitere Arztkommunikation (z. B. Bestätigung der eingegangenen Dokumente, etc.) sind davon nicht betroffen und werden weiterhin versandt.

3.10. Coronavirus: Erleichterungen für veranlasste Leistungen

Wir möchten Sie über Sonderregelungen für veranlasste Leistungen informieren, die der G-BA im Zusammenhang mit der Coronavirus-Pandemie beschlossen hat.

Die beschlossenen Sonderregelungen sind rückwirkend zum 9. März in Kraft getreten. Sie gelten befristet zunächst bis zum 31. Mai 2020. Sofern die COVID-19-Krise darüber hinaus anhält, könnten die Regelungen noch einmal erweitert werden.

Folgeverordnungen auch nach telefonischer Anamnese

- Vertragsärzte - und bei der Krankenbeförderung auch Vertragspsychotherapeuten - können Folgeverordnungen auch nach telefonischer Anamnese ausstellen und postalisch an den Versicherten übermitteln.
- Voraussetzung ist, dass bereits zuvor aufgrund derselben Erkrankung eine unmittelbare persönliche Untersuchung durch den verordnenden Vertragsarzt beziehungsweise Vertragspsychotherapeuten erfolgt ist.
- Dies betrifft häusliche Krankenpflege, Heilmittel (für Folgeverordnungen und Verordnungen außerhalb des Regelfalls), Hilfsmittel,

Dies betrifft:

(für Folgeverordnungen von zum Verbrauch bestimmten Hilfsmitteln), Krankbeförderung (für alle Verordnungen von Krankfahrten und Krankentransporten, Versicherter muss in der Arzt-/Psychotherapeutenpraxis bekannt sein, Arzt/Psychotherapeut muss sich vom Zustand des Versicherten durch eingehende telefonische Befragung überzeugen haben)

- Arzneimittelrezepte dürfen Vertragsärzte auch bisher schon in Ausnahmesituationen per Post an Patienten senden. Voraussetzung dafür ist, dass der Patient bei dem Arzt in Behandlung ist.

Arzneimittelrezepte

Fristen für Verordnungen verlängert oder ausgesetzt

Häusliche Krankenpflege

- Folgeverordnungen können rückwirkend für bis zu 14 Tage ausgestellt werden.
- Ausgesetzt wird die Beschränkung der Dauer der Erstverordnung auf bis zu 14 Tage. Die Erstverordnung kann nach individuellem Bedarf auch für längere Zeiträume ausgestellt werden.
- Ausgesetzt werden Regelungen, wonach die Notwendigkeit für eine längere Dauer medizinisch begründet werden muss und die Folgeverordnung in den letzten drei Arbeitstagen vor Ablauf des verordneten Zeitraums auszustellen ist.

Hilfsmittel

- Ausgesetzt wird die Frist von 28 Kalendertagen, innerhalb derer die Hilfsmittelversorgung nach Ausstellung der Verordnung aufgenommen werden muss.

Heilmittel

- Ausgesetzt werden die Regelungen, wonach Verordnungen ihre Gültigkeit verlieren, wenn die Behandlung nicht innerhalb von 14/28 Tagen aufgenommen wird.
- Ausgesetzt werden die Regelungen, wonach Verordnungen ihre Gültigkeit verlieren, wenn die Behandlung länger als 14 Kalendertage unterbrochen wird.

Krankbeförderung

- Für COVID-19-Patienten oder Quarantäne-Patienten ist für Krankentransporte (nicht Fahrten mit Taxi) zu nicht aufschiebbaren, zwingend notwendigen ambulanten Behandlungen keine Genehmigung der Krankenkasse mehr notwendig.
- Auf der Verordnung ist anzugeben, dass es sich um einen COVID-19-Erkrankten oder einen Versicherten in Quarantäne handelt.
- Fahrten zu vorstationären Behandlungen können für drei Behandlungstage innerhalb von 28 Tagen vor Beginn der stationären Behandlung verordnet werden.
- Fahrten zu nachstationären Behandlungen können für sieben Behandlungstage innerhalb von 28 Tagen verordnet werden.

Vorlage bei der Krankenkasse: Genehmigungsfrist auf zehn Tage erweitert

- Die Frist zur Vorlage der Verordnung zur Genehmigung bei der Krankenkasse wurde von drei auf zehn Arbeitstage erweitert.
- Dies betrifft die Verordnungen von häuslicher Krankenpflege, Soziotherapie und Spezialisierter Ambulanter Palliativversorgung (SAPV).

Entlassmanagement

- Krankenhäuser können statt sieben vorübergehend bis zu 14 Tage Leistungen veranlassen.
- Dies betrifft Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen, Verordnungen von häuslicher Krankenpflege, Heilmitteln, Hilfsmitteln, Soziotherapie und Spezialisierter Ambulanter Palliativversorgung (SAPV)
- Die 12-Kalendertage-Frist, bis zu der die vom Krankenhaus verordnete Heilmittelbehandlung abgeschlossen sein muss, wurde auf eine 21-Kalendertage-Frist erweitert.
- Bei der Verordnung von Arzneimitteln im Entlassmanagement wird die Begrenzung auf eine Packung mit dem kleinsten Packungsgrößenkennzeichen (gemäß Packungsgrößenverordnung) ausgesetzt. Ausgehend vom Versorgungsbedarf des Versicherten darf bei der Entlassung aus dem Krankenhaus auch eine größere Packung verordnet werden. Für die sonstigen in die Arzneimittelversorgung einbezogenen Produkte nach §31 SGB V wie Blutzuckerstreifen oder Verbandmittel dürfen Rezepte für den Bedarf von bis zu 14 Tagen ausgestellt werden. Die Einlösefrist für Entlassrezepte wird auf sechs Werktage verlängert.

Dies betrifft:

Arzneimittel

3.11. Neue Verordnung einer medizinischen Rehabilitation (Muster 61) ab 1. April 2020

Mit dem März-Rundschreiben informierten wir Sie über das neue Muster 61, das verpflichtend ab 1. April 2020 zum Einsatz kommen sollte.

Wir möchten Sie darüber informieren, dass die Stichtagsregelung verschoben und bis 30. Juni 2020 ausgesetzt wird. Aufgrund der aktuell angespannten Personalressourcen bei den Herstellern von Praxisverwaltungssystemen konnte nicht sichergestellt werden, dass das geänderte Muster 61 rechtzeitig in alle Praxisverwaltungssysteme integriert wird.

Bis einschließlich 30. Juni 2020 darf somit auch das bisherige Formular verwendet werden, wenn das neue noch nicht in der Software enthalten ist. Ab dem 1. Juli 2020 ist dann ausschließlich das neue Formular zu verwenden.

Im diesem Zusammenhang wurde auch eine Verlängerung der befristeten extrabudgetären Vergütung der Leistungen nach der Gebührenordnungsposition 01611 (Verordnung von medizinischer Rehabilitation) um ein Jahr, bis zum 31. März 2021, beschlossen.

Altes Formular darf bis 30. Juni verwendet werden

3.12. Mitteilung über die Feststellung einer Schwangerschaft, hier: Kündigung durch die IKK classic

Die IKK classic hat die Regelung zur Mitteilung über die Feststellung einer Schwangerschaft mit Ablauf des 30. Juni 2020 gekündigt. Damit ist die GOP 99810 für Innungskrankenkassen letztmalig für das 2. Quartal 2020 abrechenbar.

3.13. Hausarztzentrierte Versorgung (HzV) mit BARMER, DAK-Gesundheit, KKH und hkk

Auch für das 2. Quartal 2020 gilt weiterhin, dass die Betreuungspauschalen - für die besondere Betreuung von chronisch Erkrankten (GOP 99296) und multimorbiden Patienten (GOP 99297) - manuell in die Kas senabrechnung zu übernehmen sind.

Eine automatisierte Honorierung ist geplant, setzt jedoch zwingend einen vollständigen Datenbestand voraus. Um dieses schnellstmöglich zu erreichen und die Bearbeitung zu erleichtern, werden in den jeweiligen Webanwendungen noch unvollständige Datensätze im neuen Listenformat angezeigt.

Ergänzen Sie fehlende Daten möglichst bald, spätestens bis zum Ende der 20. Kalenderwoche.

3.14. Kodierung von COVID 19 und neues Verfahren zur Kennzeichnung von COVID 19-Patienten

Wir möchten Sie über Änderungen bei der Kodierung von SARS-CoV-2 informieren. Hintergrund sind neue Vorgaben der Weltgesundheitsorganisation. So werden ab dem 2. Quartal mit dem Code U07.2! die "Verdachtsfälle" kodiert, bei denen eine klinisch-epidemiologische COVID-19-Infektion diagnostiziert wurde, die durch einen Labortest nicht nachgewiesen werden konnte.

Kodes ab dem 1. April 2020

- U07.1! COVID 19 Virus nachgewiesen: ist für COVID 19-Fällen vorgesehen, bei denen SARS-CoV-2 durch einen Labortest nachgewiesen wurde.
- U07.2! COVID 19-Virus nicht nachgewiesen: ist für COVID 19-Fälle vorgesehen, bei denen SARS-CoV-2 nicht durch einen Labortest nachgewiesen werden konnte, die Infektion jedoch nach den Kriterien des Robert-Koch-Instituts vorliegt.

Erläuterungen zu den Kodes

Zusatzkodes: kein "!" beim kodieren

Bei beiden COVID 19-Kodes handelt es sich nach den ICD 10 GM um Zusatzkodes, also so genannte Ausrufezeichen-Kodes (!). Damit ist geregelt, dass diese Kodes eine ergänzende Information enthalten und mit mindestens einem weiteren Kode kombiniert werden müssen.

Das Ausrufezeichen gehört zur Bezeichnung des Kodes, es wird aber bei der Kodierung nicht angegeben (U07.1 statt U07.1!).

Die Kodes werden ausschließlich mit dem Zusatzkennzeichen "G" (gesichert) für die Diagnosesicherheit angegeben. Sie sind nicht zu verwenden, wenn ein Verdacht besteht, ohne dass die RKI-Kriterien sicher erfüllt sind oder um den Ausschluss oder den Zustand nach einer COVID 19-Infektion zu verschlüsseln.

Kennzeichnung der Coronapatienten ab dem 1. April 2020

Die Kennzeichnung erfolgt wie bisher mit der Ziffer 88240. Neu ist, dass die Ziffer 88240 an allen Tagen, an denen der Patient wegen des klinischen Verdachts auf eine Infektion oder wegen einer nachgewiesenen Infektion mit dem Corona-Virus behandelt wurde anzugeben ist. Dadurch ist sichergestellt, dass an all diesen Tagen für den Patienten abgerechnete Leistungen in voller Höhe extrabudgetär vergütet werden.

Ebenfalls extrabudgetär bezahlt wird die in diesem Quartal abgerechnete Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale, auch wenn sie nicht an einem gekennzeichneten Tag abgerechnet wurde. Dasselbe gilt für die Zusatzpauschale für Pneumologie (GOP 04530 und 13650) und die Zusatzpauschale fachinternistische Behandlung (GOP 13250). Auch diese Pauschalen werden unabhängig von der Kennzeichnung an dem abgerechneten Tag extrabudgetär vergütet, sofern eine 88240 auf dem Fall dokumentiert wurde.

4. Veranstaltungen der KVN

Aufgrund der aktuellen Corona-Situation hat sich die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen dazu entschlossen, sämtliche Seminarangebote bis einschließlich 30. Juni 2020 abzusagen.

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

www.kvn.de/Mitglieder/Fortbildung

5. Anlagenverzeichnis

5.1. Abschlagszahlungen und Zahlungstermine 2020

5.2. Informationsschreiben

Zahlungstermine 2020

Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen

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

Im März 2019 wurde die Altersgrenze für den Anspruch auf eine Versorgung mit verschreibungspflichtigen Kontrazeptiva auf das 22. Lebensjahr hinaufgesetzt.¹ Die Wahl, welches empfängnisverhütende Mittel zu Lasten der GKV zum Einsatz kommt, trifft der verordnende Arzt unter Berücksichtigung der individuellen Patientensituation.

Die Verordnung von Kontrazeptiva soll möglichst für einen Zeitraum von 6 Monaten erfolgen.² Da die Leistungspflicht der GKV für Kontrazeptiva mit dem 22. Lebensjahr endet, soll die kurz vor dem 22. Geburtstag verordnete Packungsgröße nicht mehr als den Bedarf von einem Monat abdecken.

Ab dem 22. Lebensjahr erfolgt die Verordnung von Kontrazeptiva – außer in den unten beschriebenen Ausnahmen – auf einem Privatrezept zu Lasten der Patientin.

Verordnung von langwirksamen Kontrazeptiva

Langzeit-Kontrazeptiva wie Intrauterinpressare (IUP), Intrauterinsysteme (IUS) oder Implantate können eine Wirkdauer von bis zu 5 Jahren aufweisen. Ist ein langwirksames Kontrazeptivum im Einzelfall medizinisch indiziert, so ist ein Kassenrezept (Muster 16) unter Beachtung der Wirtschaftlichkeit auszustellen und in der Patientenakte zu dokumentieren. Auch die entsprechenden EBM-Ziffern (z.B. 01830) sind dann als vertragsärztliche Leistung abzurechnen. Es bedarf keiner Vorabgenehmigung durch die zuständige Krankenkasse. Dies gilt auch, wenn die Patientin das 22. Lebensjahr während der Wirkungszeit des Kontrazeptivums vollendet. Eine private Verordnung und Abrechnung von langwirksamen Kontrazeptiva und der entsprechenden Leistungen ist bei gegebener medizinischer Indikation für Patientinnen unter 22 Jahren nicht zulässig. Einen Einzelfall stellt die Verordnung wenige Tage oder Wochen vor der Vollendung des 22. Lebensjahrs dar – hier wird eine vorherige Klärung der Kostenübernahme mit der zuständigen Krankenkasse empfohlen.

Verordnung von Kontrazeptiva in anderen Indikationen

Einige Kontrazeptiva weisen zusätzliche Indikationen zur Krankenbehandlung auf, wie z.B. Akne, Hypermenorrhoe, Endometriose, androgenetische Alopezie, Hirsutismus oder Seborrhoea oleosa. Voraussetzung für die Verordnung entsprechender Präparate ist, dass sich die Patientin gleichzeitig für die Anwendung eines oralen Kontrazeptivums entscheidet. Um Rückfragen seitens der Krankenkassen zu vermeiden, sollte die Verordnung sorgfältig dokumentiert und – soweit verfügbar – Präparate verordnet werden, die ausschließlich zur Krankenbehandlung zugelassen sind.

Stand: 02/2020

¹ § 24a SGB V

² Abschnitt B Punkt 12, Richtlinie zur Empfängnisregelung und zum Schwangerschaftsabbruch (ESA-RL), verfügbar unter <https://www.g-ba.de/richtlinien/9/> (letzter Zugriff am 22.01.2020)

Verordnung von Kontrazeptiva bei teratogenen Arzneimitteln

Die sozialgesetzlichen Regelungen und die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) sehen grundsätzlich keine Ausnahmen zur Verordnung von Kontrazeptiva zu Lasten der GKV nach dem 22. Lebensjahr vor.

Allerdings sieht das Bundessozialgericht³ Kontrazeptiva als verordnungsfähig an, wenn durch diese die gesundheitsschädlichen Auswirkungen des Hauptmittels, z.B. eines teratogenen Arzneimittels wie Methotrexat, verhindert werden. Der G-BA geht auf Grund dieser bislang nicht revidierten Rechtsprechung davon aus, dass orale Kontrazeptiva bei gleichzeitiger Behandlung mit teratogenen Arzneimitteln zu Lasten der GKV verordnungsfähig sind – zumindest in den Fällen, in denen in der Fachinformation eine zuverlässige Verhütung als Voraussetzung für die Anwendung des Arzneimittels genannt ist.

Um Unstimmigkeiten bei einer Verordnung oraler Kontrazeptiva auf Kassenrezept (Muster 16) auf Grund der Behandlung mit teratogenen Arzneimitteln für Patientinnen über das 22. Lebensjahr hinaus zu vermeiden, sollte die Frage der Verordnung mit der zuständigen Krankenkasse geklärt werden.

Notfallkontrazeptiva

Im März 2015 wurden die Wirkstoffe Ulipristalacetat und Levonorgestrel aus der Verschreibungspflicht entlassen und sind seitdem auch ohne Rezept in der Apotheke erhältlich. Für Patientinnen bis zum 22. Lebensjahr übernehmen die gesetzlichen Krankenversicherungen die Kosten und die Notfallkontrazeptiva können auf Muster 16 verordnet werden.⁴

³ Bundessozialgericht, Urteil vom 24.01.1990, AZ.: 3 RK 18/88

⁴ § 24a SGB V



KVN

Kassenärztliche Vereinigung
Niedersachsen

Informationen für die Praxis

KVN-Rundschreiben

März 2020

Inhaltsverzeichnis

1.	Abrechnung	3
1.1.	Abgabetermin Quartalsabrechnung 1/2020.....	3
1.2.	Coronavirus - extrabudgetäre Vergütung.....	3
1.3.	Amtliche Mitteilung der KVN zum HVM für das 2. Quartal 2020 für alle dem RLV unterliegenden Arztgruppen des haus- und fachärztlichen Versorgungsbereichs	4
1.4.	Mitteilung der fachgruppendurchschnittlichen Obergrenze für Kontrastmittel für das Quartal 2/2020	4
1.5.	Amtliche Mitteilung der KVN zum HVM Teil B Nr. 16.1 und 16.2 für das 2. Quartal 2020 - Fachgruppendurchschnittswerte für Laborindividualbudgets	4
1.6.	Angabe des Arzneimittels zu den GOP 11601, 19450 bis 19454 sowie 19456 EBM erforderlich	5
1.7.	Anzeige von „gelöschten Fällen“ im AbrechnungsCheck möglich.....	5
2.	Verordnungen.....	5
2.1.	Anpassungen innerhalb der Wirtschaftlichkeitsziele der Infliximab-haltigen Biosimilarquoten.....	5
2.2.	Antidiarrhoika - Änderung der Anlage III (Verordnungseinschränkungen und -ausschlüsse) der Arzneimittel-Richtlinie.....	6
2.3.	Änderungen der Anlage V der Arzneimittel-Richtlinie - Übersicht der verordnungsfähigen Medizinprodukte.....	6
2.4.	Hilfsmittel-Richtlinie - Anspruch auf Hilfsmittel mit Sicherheitsmechanismus zum Schutz vor Nadelstichverletzungen	8
2.5.	Änderungen der Anlage II (Lifestyle-Arzneimittel) der Arzneimittel-Richtlinie.....	8
2.6.	Änderung der Arzneimittelverschreibungsverordnung – Desloratadin	9
2.7.	Irinotecan bei kleinzelligem Bronchialkarzinom (SCLC), extensive disease - Änderung der Anlage VI der Arzneimittel-Richtlinie, Zustimmung eines pharmazeutischen Unternehmers (EVER Pharma GmbH)	10
2.8.	Anpassungen innerhalb des KBV-Medikationskatalogs.....	10
2.9.	Mehrfachverordnung von Arzneimitteln.....	10

2.10.	Anwendung von Fludarabin bei anderen als in der Zulassung genannten niedrig bzw. intermediär malignen B-Non-Hodgkin-Lymphomen (B-NHL) als chronische lymphatische Leukämien (CLL) - Änderung der Anlage VI der Arzneimittel-Richtlinie, Zustimmung eines pharmazeutischen Unternehmers	11
2.11.	Impfstoff gegen Haemophilus influenzae Typ b	11
2.12.	Kennzeichnung von Arzneimittelverordnungen in der ASV (ambulante spezialfachärztliche Versorgung)	12
2.13.	Impfstoffe gegen Humane Papillom-Viren (HPV) und Herpes Zoster sind nur über den Sprechstundenbedarf verordnungsfähig	12
2.14.	Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden im Rahmen der häuslichen Krankenpflege ab sofort verordnungsfähig	13
2.15.	Neue Anlage 1 der Sprechstundenbedarfsvereinbarung zum 1. April 2020	13
2.16.	Neue Vereinbarungen über die Abgeltung von Sachkosten ambulant durchgeführter bildgebender Verfahren unter Einbringung von Kontrastmitteln ab dem 1. April 2020 und 1. Juli 2020	14
2.17.	Gemeinsame Arbeitsgruppe Arzneimittel - Informationsschreiben zum Thema „Atopische Dermatitis“	14
3.	Allgemeine Hinweise	15
3.1.	Information zum Coronavirus (SARS-CoV2 COVID 19).....	15
3.2.	Zweitmeinungsverfahren gemäß § 27b SGB V bei geplanten Eingriffen.....	15
3.3.	Neue Regelungen zur stufenweisen Wiedereingliederung bei Arbeitsunfähigkeit noch nicht verbindlich	16
3.4.	Masernschutzgesetz.....	17
3.5.	Ärztliche Behandlung von Beamten der Feuerwehr und des Rettungsdienstes der Stadt Hameln ab 1. April 2020 über die KVN abrechenbar.....	17
3.6.	Übergangslösung für die Verwendung des Musters 39 bei der Gebärmutterhalskrebs-Früherkennung	18
3.7.	Versorgungsprogramm BKK Rheuma: Teilnahmeerklärung und Versicherteninformation.....	18
3.8.	Vertrag zur Versorgung von Patienten mit ADHS durch Kinderärzte: Teilnahmeerklärung und Versicherteninformation	18
3.9.	Korrektur des Rundschreibens „Umgang mit Überweisungen von Asylsuchenden in der Region Hannover und in der Landeshauptstadt Hannover“	19
4.	Veranstaltungen im April und Mai 2020	20
5.	Anlagenverzeichnis.....	23
5.1.	Amtliche Mitteilung zum HVM Teil B Nr. 16.1 und 16.2	23
5.2.	Infoschreiben	23

1. Abrechnung

1.1. Abgabetermin Quartalsabrechnung 1/2020

Der Abgabetermin für die Abrechnung des 1. Quartals 2020 ist der 11. Kalendertag des nachfolgenden Quartals und somit der 11. April 2020.

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: 1/2020) 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: 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. Coronavirus - extrabudgetäre Vergütung

Der Bewertungsausschuss hat rückwirkend zum 1. Februar 2020 beschlossen, dass alle ärztlichen Leistungen aufgrund eines klinischen Verdachts auf eine Infektion oder einer nachgewiesenen Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 von den Krankenkassen zu den Preisen der Euro-Gebührenordnung vergütet werden. Die entsprechenden Fälle sind mit der GOP 88240 zu kennzeichnen. Diese Kennzeichnung geht einer Kennzeichnung aufgrund extrabudgetärer TSVG-Konstellationen

11. April 2020

Nicht benötigt

Direkt an Bezirksstellen

vor! Insofern ist eine penible Kennzeichnung der „Corona-Fälle“ nicht nur für die extrabudgetäre Vergütung und den Ausschluss aus der RLV/QZV-Budgetierung erforderlich, sondern auch und insbesondere im Hinblick auf die kassenseitige Bereinigung der Gesamtvergütung.

1.3. Amtliche Mitteilung der KVN zum HVM für das 2. Quartal 2020 für alle dem RLV unterliegenden Arztgruppen des haus- und fachärztlichen Versorgungsbereichs

Die für das 2. Quartal 2020 geltenden RLV-/QZV-Mindestfallwerte sowie die Fallzahlgrenzen für die Fallwertminderung bzw. die Fallzahlzuwachsbeschränkung (FZZB) finden Sie unter https://www.kvn.de/Mitglieder/Abrechnung_+Honorar+und+Vertrag/Honorarverteilung.html

1.4. Mitteilung der fachgruppenspezifischen Obergrenze für Kontrastmittel für das Quartal 2/2020

Gemäß der Kontrastmittelvereinbarung, die die KVN mit den Landesverbänden der Krankenkassen in Niedersachsen zum 1. Januar 2016 abgeschlossen und zuletzt zum 1. April 2020 angepasst hat, gelten für das 2. Quartal 2020 für Ärzte, die im Basisquartal 2/2019 (noch) keine Kontrastmittel über die o. g. Vereinbarung abgerechnet haben, folgende fachgruppenspezifischen Obergrenzen:

- Institute, Krankenhäuser 1.087,90 Euro
- Fachärzte für Nuklearmedizin 14.472,63 Euro
- Fachärzte für Diagnostische Radiologie 33.190,18 Euro
- Fachärzte für Urologie 2.534,35 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/Kontrastmittelvereinbarung abrufbar.

Obergrenzen

1.5. Amtliche Mitteilung der KVN zum HVM Teil B Nr. 16.1 und 16.2 für das 2. Quartal 2020 - Fachgruppenspezifische Werte für Laborindividualbudgets

Die für das 2. Quartal 2020 geltenden Fachgruppenspezifischen Werte für Laborindividualbudgets entnehmen Sie bitte der Anlage 5.1 zu diesem Rundschreiben. Zusätzlich sind diese Daten auch bereits seit dem 27. Februar 2020 über das KVN-Portal abrufbar.

Anlage 5.1: Amtliche Mitteilung zum HVM Teil B Nr. 16.1 und 16.2

1.6. Angabe des Arzneimittels zu den GOP 11601, 19450 bis 19454 sowie 19456 EBM erforderlich

Bitte beachten Sie, dass bei der Abrechnung der jeweiligen GOP die Angabe der zur Behandlung geplanten und/oder eingesetzten Arzneimittel erforderlich ist. Der Eintrag für die Arzneimittelangabe erfolgt in Ihrer Praxissoftware im KVDT-Feld 5009. Bei fehlender Arzneimittelangabe können die abgerechneten Leistungen in Ihrer Quartalsabrechnung nicht berücksichtigt werden.

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

1.7. Anzeige von „gelöschten Fällen“ im AbrechnungsCheck möglich

Ab dem Abrechnungsquartal 1/2020 werden im AbrechnungsCheck zusätzlich die zum Zeitpunkt der Erstellung der Daten bereits vorliegenden gelöschten Fälle angezeigt. Nachträgliche Berichtigungen der ausgewiesenen gelöschten Behandlungsfälle sind je nach Sachverhalt möglich. Ein Anspruch auf Berücksichtigung der korrigierten oder nachgereichten Behandlungsfälle innerhalb der aktuell eingereichten Abrechnungsdatei besteht nicht (§20 der Abrechnungsanweisung der KVN). Nach Ende der Bearbeitung Ihrer Quartalsabrechnung werden Ihnen wie bisher die vorliegenden gelöschten Behandlungsfälle im dritten Monat des Quartals zugesandt.

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

2. Verordnungen

2.1. Anpassungen innerhalb der Wirtschaftlichkeitsziele der Infiximabhaltigen Biosimilarquoten

Durch Änderungen auf dem Arzneimittelmarkt haben sich innerhalb folgender Arzneimittelziele Anpassungen ergeben:

Wirtschaftlichkeitsziel	Fachgruppen
Infiximab	Gastroenterologen, ermächtigte Gastroenterologen
Etanercept/Infiximab	Dermatologen, ermächtigte Dermatologen
TNF-alpha-Hemmer	Internistische Rheumatologen

Anpassungen

Die aktualisierten Quoteninformationen und Tischvorlagen finden Sie zu Ihrer Information im KVN-Portal unter Verordnungen/Arzneimittelzielvereinbarung/Informationen je Fach-/Vergleichsgruppe.

2.2. Antidiarrhoika - Änderung der Anlage III (Verordnungseinschränkungen und -ausschlüsse) der Arzneimittel-Richtlinie

Mit Wirkung zum 11. Februar 2020 wurde die Nummer 12 "Antidiarrhoika" der Anlage III der Arzneimittel-Richtlinie geändert.

Unter Buchstabe c) wurde die Angabe "Säuglingen ab dem 7. Lebensmonat" ergänzt, so dass der Absatz nun wie folgt lautet:

c) ausgenommen Saccharomyces boulardii bei Säuglingen ab dem 7. Lebensmonat, Kleinkindern und Kindern bis zum vollendeten 12. Lebensjahr zusätzlich zu Rehydratationsmaßnahmen

Zudem wurde folgender Buchstabe d) neu eingefügt:

d) ausgenommen Racecadotril bei Säuglingen ab dem 4. Lebensmonat und Kleinkindern zusätzlich zu Rehydratationsmaßnahmen

Der bisherige Buchstabe d) wird Buchstabe e). Den vollständigen Beschluss des G-BA sowie die vollständige Anlage III finden Sie im Internet unter [www.g-ba.de/Richtlinien/Arzneimittel-Richtlinie/Anlage III/weitere Beschlüsse](http://www.g-ba.de/Richtlinien/Arzneimittel-Richtlinie/Anlage III/weitere_Beschluesse).

Absatzänderungen

2.3. Änderungen der Anlage V der Arzneimittel-Richtlinie - Übersicht der verordnungsfähigen Medizinprodukte

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

Produktbezeichnung	Medizinisch notwendige Fälle	Befristung der Verordnungsfähigkeit
BSS DISTRA-SOL	Zur Spülung der Vorderkammer während Kataraktoperationen und anderen intraokularen Eingriffen.	30. Juni 2021
Healon®	Für die intraokulare Verwendung bei Augenoperationen.	26. Mai 2024
HEALON5®	Viskoelastische Lösung für die intraokulare Verwendung bei Augenoperationen am vorderen Augenabschnitt.	26. Mai 2024
HEALON GV®	Viskoelastische Lösung für die intraokulare Verwendung bei Augenoperationen am vorderen Augenabschnitt.	26. Mai 2024

Änderung Befristung

In der Anlage V wurde für nachfolgende Medizinprodukte die Spalte „Medizinisch notwendige Fälle“ wie folgt gefasst:

Produktbezeichnung	Medizinisch notwendige Fälle	Befristung der Verordnungsfähigkeit
Freka-Clyss®	<p>Für Patienten ab dem vollendeten 12. Lebensjahr zur Behandlung der Obstipation nur in Zusammenhang mit Tumorleiden, Megacolon (mit Ausnahme des kongenitalen Megacolons), Divertikulose, Mukoviszidose, neurogener Darmlähmung, vor diagnostischen Eingriffen, bei Opiat- sowie Opioidtherapie und in der Terminalphase.</p> <p>Für Jugendliche mit Entwicklungsstörungen im Alter von zwölf Jahren bis zum vollendeten 18. Lebensjahr zur Behandlung der Obstipation, zur raschen und nachhaltigen Entleerung des Enddarms vor Operationen, zur Vorbereitung von urologischen, röntgenologischen und gynäkologischen Untersuchungen sowie vor Rektoskopien.</p>	keine
Klistier Fresenius	<p>Für Patienten ab dem vollendeten 12. Lebensjahr zur Behandlung der Obstipation nur in Zusammenhang mit Tumorleiden, Megacolon (mit Ausnahme des kongenitalen Megacolons), Divertikulose, Mukoviszidose, neurogener Darmlähmung, vor diagnostischen Eingriffen, bei Opiat- sowie Opioidtherapie und in der Terminalphase.</p> <p>Für Jugendliche mit Entwicklungsstörungen im Alter von zwölf Jahren bis zum vollendeten 18. Lebensjahr zur Behandlung der Obstipation, zur raschen und nachhaltigen Entleerung des Enddarms vor Operationen, zur Vorbereitung von urologischen, röntgenologischen und gynäkologischen Untersuchungen sowie vor Rektoskopien.</p>	keine

Außerdem wurde zum 16. Januar 2020 das Medizinprodukt TauroSept® in die Anlage V der Arzneimittel-Richtlinie aufgenommen:

Produktbezeichnung	Medizinisch notwendige Fälle	Befristung der Verordnungsfähigkeit
TauroSept®	<p>Für parenteral ernährte Patientinnen und Patienten ab dem 18. Lebensjahr als Katheter-Block-Lösung zur Instillation von venösen Gefäßkathetern zur Vorbeugung von Blutstrominfektionen. Dies gilt nicht bei Patientinnen und Patienten mit malignen Grunderkrankungen oder mit bereits vorhandenem Katheter und katheter-assoziierten Blutstrominfektionen (CRBSI - catheter-related bloodstream infection) in der Vorgeschichte.</p>	10. Juli 2020

TauroSept®

Die aktuelle Version der Anlage V finden Sie auf der Internetseite des G-BA unter: www.g-ba.de/Richtlinien/Arzneimittel-Richtlinie/Anlage V: Übersicht der verordnungsfähigen Medizinprodukte.

2.4. Hilfsmittel-Richtlinie - Anspruch auf Hilfsmittel mit Sicherheitsmechanismus zum Schutz vor Nadelstichverletzungen

Mit Wirkung zum 15. Februar 2020 ist eine Änderung der Hilfsmittel-Richtlinie in Kraft getreten. Der allgemeine Teil der Hilfsmittel-Richtlinie wurde um eine neue Textpassage mit der Überschrift „Verordnung von Hilfsmitteln mit einem Sicherheitsmechanismus“ ergänzt.

Demnach haben GKV-Versicherte einen Anspruch auf Hilfsmittel mit einem Sicherheitsmechanismus, der dritte Personen (Angehörige, Pflegekräfte) vor Infektionen durch Nadelstichverletzungen bei der Anwendung des Hilfsmittels schützen soll. Die Voraussetzung ist, dass eine medizinische Notwendigkeit für die Versorgung mit dem Hilfsmittel besteht und dass der GKV-Versicherte das Hilfsmittel aufgrund seines körperlichen Zustands und/oder seiner geistigen Entwicklung selbst nicht anwenden kann.

Als Tätigkeiten, bei denen eine Infektionsgefährdung dritter Personen durch eine Nadelstichverletzung angenommen werden kann, sind folgende zu nennen:

- Blutentnahmen zur Gewinnung von Kapillarblut (z. B. mit Lanzetten, Stechhilfen),
- subkutane Injektionen (z. B. mit Hohlnadeln, Kanülen),
- subkutane Infusionen (z. B. mit Hohlnadeln, Kanülen),
- perkutane Punktion eines Portsystems zur Infusion (mit Portnadeln) sowie
- Setzen eines subkutanen Sensors (z. B. im Rahmen der interstiellen Glukosemessung). Dagegen ist die Implantation eines Sensors immer eine ärztliche Leistung.

Tätigkeiten

Die aktualisierte Hilfsmittel-Richtlinie finden Sie auf der Internetseite des G-BA unter: www.g-ba.de/Richtlinien/Hilfsmittel-Richtlinie.

2.5. Änderungen der Anlage II (Lifestyle-Arzneimittel) der Arzneimittel-Richtlinie

Mit Wirkung zum 22. Februar 2020 wurde die Anlage II der Arzneimittel-Richtlinie geändert. Es wurden einige Arzneimittel gestrichen, da diese keine arzneimittelrechtliche Zulassung mehr besitzen, zudem wurden einige Arzneimittel ergänzt:

Unter der Indikation "Abmagerungsmittel (zentral wirkend)" wurde/n für den Wirkstoff

- "Phenylpropanolamin" die Fertigarzneimittel "BOXOGETTEN S" und "RECATOL mono" gestrichen
- "Phenylpropanolamin, Kombinationen" das Fertigarzneimittel "Antiadiposium Riemser" gestrichen

„Abmagerungsmittel (zentral wirkend)“

Unter der Indikation "sexuelle Dysfunktion" wurde/n für den Wirkstoff

- "Yohimbin" die Fertigarzneimittel "Procomil" und "YOHIMBIN SPIEGEL" gestrichen
- "Vardenafil" die Angabe "alle generischen Vardenafil Fertigarzneimittel" angefügt

„Sexuelle Dysfunktion“

Unter der Indikation "Nikotinabhängigkeit" wurde für den Wirkstoff "Nicotin" das Fertigarzneimittel "Nicopatch" gestrichen.

„Nikotinabhängigkeit“

Unter der Indikation "Verbesserung des Haarwuchses" wurde für den Wirkstoff "Minoxidil" das Fertigarzneimittel "Minoxicutan" ergänzt.

„Verbesserung des Haarwuchses“

Unter der Indikation "Verbesserung des Aussehens" wurde für den Wirkstoff "Clostridium botulinum Toxin Typ A" folgende Fußnote angefügt:

„Verbesserung des Aussehens“

"Arzneimittel mit abweichenden ATC-Codes zu diesem Wirkstoff, die ausweislich der ATC-Klassifikation dem über den in Anlage II aufgeführten ATC-Code zugewiesenen Wirkprinzip (4. Ebene) zugeordnet werden können, sind bei entsprechender Verwendung ebenfalls von der Versorgung ausgeschlossen."

Die in der Anlage II aufgeführten Wirkstoffe bzw. Fertigarzneimittel sind in den genannten Indikationen **nicht** zu Lasten der GKV verordnungsfähig.

Des Weiteren wurden mehrere ATC-Codes angepasst. Dies erfolgt auf Grund einer Klarstellung, dass die genannten ATC-Codes einheitlich der vom DIMDI (Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information) herausgegebenen Klassifikation entsprechen sollen.

Die Anlage II sowie der vollständige Beschluss sind abrufbar unter www.g-ba.de/Richtlinien/Arzneimittel-Richtlinie/Anlage II

2.6. Änderung der Arzneimittelverschreibungsverordnung – Desloratadin

Mit Wirkung zum 22. Februar 2020 ist eine Änderung der Arzneimittelverschreibungsverordnung (AMVV) in Kraft getreten.

Aus der Verschreibungspflicht entlassen wurde:

Desloratadin: in der oralen Anwendung zur symptomatischen Behandlung bei allergischer Rhinitis und Urtikaria bei Erwachsenen, Jugendlichen und Kindern ab zwei Jahren, es sei denn, es handelt sich um von der Europäischen Kommission als verschreibungspflichtig zugelassene Arzneimittel

Aus Verschreibungspflicht entlassen

Die zugehörigen Präparate werden somit als apothekenpflichtig eingestuft und können auch ohne ärztliche Verschreibung erworben werden.

2.7. Irinotecan bei kleinzelligem Bronchialkarzinom (SCLC), extensive disease - Änderung der Anlage VI der Arzneimittel-Richtlinie, Zustimmung eines pharmazeutischen Unternehmers (EVER Pharma GmbH)

Mit Wirkung zum 26. Februar 2020 wurde in der Anlage VI (Off-Label-Use) Teil A der Arzneimittel-Richtlinie "Irinotecan bei kleinzelligem Bronchialkarzinom (SCLC), extensive disease" (Ziffer XI) die Liste der Hersteller, die für ihre Irinotecan-haltigen Arzneimittel im Rahmen des in der Anlage vorgenannten Off-Label-Use einer Anwendung zugestimmt haben (Haftung des pharmazeutischen Unternehmers), um den Hersteller "EVER Pharma GmbH" erweitert.

Folgende Hersteller sind nun in der Liste aufgeführt:

academicpharm GmbH, Accord Healthcare GmbH, Actavis Deutschland GmbH & Co. KG, APOCARE PHARMA GmbH, axios Pharma GmbH, cell pharm GmbH, EBEWE Pharma Ges. m.b.H. Nfg. KG, EMRAmed Arzneimittel GmbH, EVER Pharma GmbH, Fresenius Kabi Deutschland GmbH, Hexal AG, HIKMA Pharma GmbH, Lapharm GmbH, medac Gesellschaft für klinische Spezialpräparate mbH, NeoCorp GmbH, onkovis GmbH, Sandoz Pharmaceuticals GmbH und Teva GmbH

Wir empfehlen bei Verordnungen von Irinotecan-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.

Den zugehörigen Beschluss sowie die vollständige Anlage VI der Arzneimittel-Richtlinie finden Sie auf der Internetseite des G-BA (www.g-ba.de) unter Richtlinien/Arzneimittel-Richtlinie/Anlage VI/weitere Beschlüsse.

Liste der Hersteller

2.8. Anpassungen innerhalb des KBV-Medikationskatalogs

Innerhalb des KBV-Medikationskatalogs, der die Grundlage für die Arzneimittelziele „KBV-Medikationskatalog“ und „KBV-Medikationskatalog Standard“ darstellt, haben sich in der Indikation „Diabetes mellitus Typ 2“ Änderungen ergeben.

Den aktualisierten Entscheidungsbaum der Indikation „Diabetes mellitus Typ 2“ finden Sie zu Ihrer Information im KVN-Portal unter Verordnungen/Arzneimittelzielvereinbarung/Medikationskatalog.

2.9. Mehrfachverordnung von Arzneimitteln

Im Februar-Rundschreiben informierten wir Sie über die Einführung sogenannter Wiederholungsrezepte (Mehrfachverordnungen) für Arzneimittel im Zusammenhang mit dem Inkrafttreten des Masernschutzgesetzes zum 1. März 2020.

Das Ausstellen von Mehrfachverordnungen ist derzeit noch nicht möglich, da die Details zur Umsetzung der Regelung auf Bundesebene noch abgestimmt werden müssen. Wir informieren hierzu, sobald uns nähere Informationen vorliegen.

2.10. Anwendung von Fludarabin bei anderen als in der Zulassung genannten niedrig bzw. intermediär malignen B-Non-Hodgkin-Lymphomen (B-NHL) als chronische lymphatische Leukämien (CLL) - Änderung der Anlage VI der Arzneimittel-Richtlinie, Zustimmung eines pharmazeutischen Unternehmers

Mit Wirkung zum 29. Februar 2020 wurde die Anlage VI (Off-Label-Use) Teil A der Arzneimittel-Richtlinie unter Ziffer VI „Anwendung von Fludarabin bei anderen als in der Zulassung genannten niedrig bzw. intermediär malignen B-Non-Hodgkin-Lymphomen (B-NHL) als chronische lymphatische Leukämien (CLL)“ geändert.

Die Liste der Hersteller, die der Anwendung ihrer Rituximab-haltigen Arzneimittel in Bezug auf die Kombination mit Fludarabin im Rahmen des in der Anlage vorgenannten Off-Label-Use zugestimmt haben (Haftung des pharmazeutischen Unternehmers), wurde um den Hersteller „Mundipharma Deutschland GmbH & Co. KG“ erweitert.

Folgende Hersteller sind nun in der Liste aufgeführt:

Mundipharma Deutschland GmbH & Co. KG, Roche Registration GmbH

Liste der Hersteller

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.

Den zugehörigen Beschluss sowie die vollständige Anlage VI der Arzneimittel-Richtlinie finden Sie auf der Internetseite des G-BA (www.g-ba.de) unter Richtlinien/Arzneimittel-Richtlinie/Anlage VI/weitere Beschlüsse.

2.11. Impfstoff gegen Haemophilus influenzae Typ b

Mit Rundbrief Nr. 08/2020 vom 16. Januar 2020 (Februar-Ausgabe des KVN-Rundschreibens) hatten wir Sie darüber informiert, dass der Mono-Impfstoff gegen Haemophilus influenzae Typ b (Act-Hib) weiterhin in Deutschland außer Vertrieb ist und somit ist eine Verordnung über den Sprechstundenbedarf nicht möglich. Ab einem Alter von fünf Jahren ist eine Act Hib-Impfung nur in Ausnahmefällen indiziert (z. B. bei funktioneller oder anatomischer Asplenie). Da die alternativen Kombinationsimpfstoffe in der Regel nur für Säuglinge und Kleinkinder zugelassen sind, haben sich die Landesverbände der Krankenkassen nun bereit erklärt, die Einzelverordnung, also den Import auf Namen des Patienten des Mono-Impfstoffs zu erlauben. Eine Verordnung über den Sprechstundenbedarf ist ausgeschlossen.

2.12. Kennzeichnung von Arzneimittelverordnungen in der ASV (ambulante spezialfachärztliche Versorgung)

Im Regelfall werden bei Verordnungen für Patienten der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung die Formulare der vertragsärztlichen Versorgung genutzt. Eine Ausnahme bildet hier die Verordnung von Arzneimitteln. Vertragsärzte, die an der ASV teilnehmen, benötigen daher zwei unterschiedliche Rezeptblöcke:

- Rezeptblock für die reguläre vertragsärztliche Versorgung
 - Im unteren Teil des Vordruckes ist bereits bei Auslieferung des Rezeptes die BSNR der Praxis aufgedruckt.
- Rezeptblock ASV
 - In der Codierzeile ist die Pseudoziffer 222222222 (9x2) in der Codierzeile aufgedruckt.

Rezeptblöcke

Folgendes sollte zur Kennzeichnung ASV- Arzneimittelverordnungen beachtet werden:

- Im Statusfeld wird für die Kennzeichnung eines ASV- Falls die "01" aufgedruckt.
- Im BSNR-Feld erfolgt der Aufdruck der Teamnummer (beginnt immer "00")

Kennzeichnung

Das Wirtschaftlichkeitsgebot gilt bei der Verordnung von Arzneimitteln auch für die ambulante spezialfachärztliche Versorgung.

Weitere Informationen und Ansprechpartner zum Thema ASV finden Sie auf unserer Internetseite unter www.kvn.de/Mitglieder/Anträge/ASV

Außerdem hat die KBV eine Ausgabe "Praxis Wissen" zum Thema ASV veröffentlicht, diese finden Sie unter: https://www.kbv.de/media/sp/PraxisWissen_ASV.pdf . Aktuelle Informationen zum Thema ASV finden Sie unter [www.kbv.de/Service/Service für die Praxis/Ambulante Leistungen/ASV](http://www.kbv.de/Service/Service_für_die_Praxis/Ambulante_Leistungen/ASV)

2.13. Impfstoffe gegen Humane Papillom-Viren (HPV) und Herpes Zoster sind nur über den Sprechstundenbedarf verordnungsfähig

Zum 1. Juni 2019 wurden durch eine Änderung der SSB Vereinbarung in Niedersachsen die HPV-Impfstoffe in den Sprechstundenbedarf aufgenommen. Die Impfstoffe gegen HPV sind daher seitdem als Sprechstundenbedarf zu verordnen. Diese Information wurde im KVN-Rundschreiben Juni 2019 (siehe Punkt 1.2, Seite 3) veröffentlicht.

Bereits seit dem 1. Mai 2019 ist die Impfung gegen Herpes Zoster mit dem adjuvantierten subunit-Totimpfstoff Shingrix® eine Leistung der Gesetzlichen Krankenversicherung. Der Impfstoff soll in Niedersachsen nur über den Sprechstundenbedarf (SSB) bezogen werden. Dies wurde ebenfalls im KVN-Rundschreiben Juni 2019 (siehe Punkt 1.3) entsprechend mitgeteilt.

Da nach wie vor zahlreiche Verordnungen der o. g. Impfstoffe auf den Namen der Versicherten zu Lasten der jeweiligen Krankenkasse verordnet werden, bitten wir Sie bei zukünftigen Verordnungen HPV- und Herpes Zoster-Impfstoffe ausschließlich als Sprechstundenbedarf (SSB) zu verordnen. Dies gilt sowohl für Zehnerpackungen als auch für Einerpackungen.

Bitte beachten Sie, dass Verordnungen auf Namen des Patienten von den Krankenkassen als Sonstiger Schaden eingestuft und entsprechend regressiert werden können.

2.14. Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden im Rahmen der häuslichen Krankenpflege ab sofort verordnungsfähig

Mit dem Februar-Rundbrief hatten wir Sie über die neue Leistung 31a „Wundversorgung einer chronischen und schwer heilenden Wunde“ im Leistungsverzeichnis der Häuslichen Krankenpflege Richtlinie informiert. Eine Verordnung der Leistung war noch nicht möglich, da der Bewertungsausschuss noch die Auswirkungen auf den EBM zu prüfen hatte. Die zwischenzeitlich erfolgte Prüfung hat ergeben, dass durch die Umsetzung der geänderten Regelungen keine relevanten Mehraufwände verbunden sind, so dass eine Anpassung des EBM nicht erforderlich ist. Eine Anpassung der Verordnung (Muster 12) wird voraussichtlich zum 1. Oktober 2020 erfolgen. Bis dahin erfolgt die Verordnung auf dem derzeit gültigen Muster 12.

2.15. Neue Anlage 1 der Sprechstundenbedarfsvereinbarung zum 1. April 2020

Zum 1. April 2020 tritt eine neue Anlage 1 zur Sprechstundenbedarfsvereinbarung in Kraft.

Nach langen Verhandlungen ist es endlich gelungen, die Stimulationskanülen zur peripheren Nervenblockade in den Sprechstundenbedarf aufzunehmen. Die Aufnahme erfolgt unter Ziffer 5. Einmalbedarf zur Infusion, Drainage und Entnahme, Buchstabe „S“.

Stimulationskanülen

- zur peripheren Nervenblockade

Bei der Verordnung von Spüllösungen und gereinigtem Wasser kommt es immer wieder zu Unklarheiten. Daher werden die bisherigen Einträge zu Aqua prurificata und Spüllösungen zusammengefasst. Ziffer 1. Arzneimittel und arzneimittelähnliche Medizinprodukte gem. §31 SGB V, Buchstabe „S“ wird wie folgt geändert:

Spüllösungen

- nicht für Arthroskopien
- auch Aqua purificata

Stimulationskanülen

Spüllösungen

Die Neufassung der Anlage 1 der SSB-Vereinbarung ist im Internet unter <https://www.kvn.de/Amtliche+Bekanntmachungen.html> veröffentlicht.

2.16. Neue Vereinbarungen über die Abgeltung von Sachkosten ambulant durchgeführter bildgebender Verfahren unter Einbringung von Kontrastmitteln ab dem 1. April 2020 und 1. Juli 2020

Zum 1. April 2020 und 1. Juli 2020 treten jeweils neue Kontrastmittelvereinbarungen in Kraft. Änderungen gab es an der Vergütungshöhe der Kontrastmittelpauschalen. Es erfolgt eine durchschnittliche Absenkung über alle Bereiche von knapp 30 Prozent. Die Einigung beinhaltet keine lineare Absenkung, sondern fachgruppen- und kontrastmittelbezogen wie folgt:

bariumhaltige Kontrastmittel	+/- 0%
jodhaltige Kontrastmittel für konventionelle radiologische Leistungen durch Urologen	-10%
jodhaltige Kontrastmittel für konventionelle radiologische Leistungen durch andere Fachgruppen	-35%
jodhaltige Kontrastmittel für CT-Untersuchungen	-35%
gadoliniumhaltige Kontrastmittel gemäß Pauschale M1	+50%
gadoliniumhaltige Kontrastmittel gemäß Pauschale M2	-30%

Änderungen Vergütungshöhe

Die Anpassungen erfolgen in zwei Schritten; zum 1. April 2020 wird die Anpassung zunächst zur Hälfte vorgenommen und dann ab 1. Juli 2020 in vollem Umfang. Die Laufzeit der Pauschalen wurde auf drei Jahre festgelegt.

Die Neufassungen der Vereinbarungen befinden sich im Unterschriftenverfahren und werden in Kürze im Internet unter <https://www.kvn.de/Amtliche+Bekanntmachungen.html> veröffentlicht.

2.17. Gemeinsame Arbeitsgruppe Arzneimittel - Informationsschreiben zum Thema „Atopische Dermatitis“

Im Anhang finden Sie ein weiteres Informationsschreiben der AG GKV/KVN Arzneimittel zu dem Thema „Atopische Dermatitis“. Darin wird unter anderem auf die Verordnungsfähigkeit der Basistherapie und weitere medikamentöse Therapieoptionen eingegangen.

Diese sowie alle weiteren Veröffentlichungen der AG GKV/KVN Arzneimittel finden Sie im Internet unter www.kvn.de/Mitglieder/Verordnungen/Arzneimittel/Veröffentlichungen.

Anlage 5.2: Infoschreiben

3. Allgemeine Hinweise

3.1. Information zum Coronavirus (SARS-CoV2 COVID 19)

Die KVN gibt einen regelmäßig aktualisierten Überblick über Maßnahmen gegen die Ausbreitung des Coronavirus. Direkt auf unserer Startseite im Internet (www.kvn.de) finden Sie u. a. tagesaktuelle Informationen zu den bestätigten Infektionszahlen in Niedersachsen sowie Hinweise zur Verdachtsabklärung und weiteren Maßnahmen.

3.2. Zweitmeinungsverfahren gemäß § 27b SGB V bei geplanten Eingriffen

Gemäß §27b Abs. 1 SGB V haben Patienten bei bestimmten planbaren Eingriffen den Anspruch auf eine unabhängige zweite Meinung eines Arztes. Die Richtlinie über die Konkretisierung des Anspruchs auf eine unabhängige ärztliche Zweitmeinung gemäß §27b Absatz 2 SGB V (Richtlinie zum Zweitmeinungsverfahren, Zm-RL) wurde um ein weiteres Eingriffsthema ergänzt und Patienten haben jetzt auch vor einer Schulterarthroskopie das Recht, eine Zweitmeinung einzuholen. Der Beschluss vom 22. November 2019 wurde nach Prüfung durch das Bundesgesundheitsministerium nicht beanstandet und ist zum 20. Februar 2020 in Kraft getreten. Die Zm-RL kann unter www.g-ba.de nachgelesen werden.

Gegenstand des Zweitmeinungsverfahrens „Schulterarthroskopie“ sind arthroskopische Eingriffe am Schultergelenk, sofern sie planbar sind und es sich nicht um notfallmäßige Eingriffe handelt, die zeitnah erfolgen müssen.

Erstmeinung

Ärzte müssen nach der Zm-RL Patienten über ihren Rechtsanspruch informieren wenn sie die Indikation zur Schulterarthroskopie stellen. Das bedeutet, der indikationsstellende Arzt (Erstmeiner) muss den Patienten darauf hinweisen, dass er sich vor dem Eingriff eine Zweitmeinung einholen kann. Er händigt ihm dazu alle für die Zweitmeinungsberatung nötigen Befunde sowie ein Patientenmerkblatt aus. Der Erstmeiner muss den Patienten auf die Listen der zweitmeinungsgebenden Ärzte (Zweitmeiner) hinweisen. Das Patientenmerkblatt des G-BA sowie die entsprechenden Listen der Zweitmeiner finden Sie auf unserer Homepage (<http://www.kvn.de/Patienten/Arztsuche/>).

Der Erstmeiner rechnet für die Aufklärung zur Zweitmeinung bei einer bevorstehenden Schulterarthroskopie die neue GOP 01645C ab.

Zweitmeinung

Für die Abrechnung von Zweitmeinungsleistungen benötigen Ärzte eine Genehmigung der KV. Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie sowie für Physikalische und Rehabilitative Medizin (oder Ärzte mit den Bezeichnungen „Orthopädie“ oder „Chirurgie mit Schwerpunkt Unfallchirurgie“ nach älterem Weiterbildungsrecht) können eine Genehmigung bei ihrer KV beantragen. Über unsere Homepage www.kvn.de (unter Anträge/Genehmigungspflichtige Leistungen/Zweitmeinungsverfahren)

können die Anträge heruntergeladen werden. Es bedarf des Nachweises fachlicher sowie der Bestätigung von organisatorischen Voraussetzungen. Soweit keine Zulassung als Vertragsarzt oder MVZ besteht, muss neben dem Antrag auf Abrechnungsgenehmigung zwingend zusätzlich beim Zulassungsausschuss ein Antrag auf Ermächtigung bzw. ein Antrag auf Erweiterung einer bestehenden Ermächtigung gestellt werden. Der Antrag auf Ermächtigung ist dem Antrag auf Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung von Zweitmeinungsleistungen [für nicht zugelassene Ärzte/MVZ] angefügt.

Die Abrechnung der Zweitmeinung ist im Abschnitt 4.3.9 „Ärztliche Zweitmeinung“ im Allgemeinen Teil des EBM geregelt. Danach rechnet der Zweitmeiner, für den Patienten seine jeweilige arztgruppen-spezifische Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale ab. Sind für seine Beurteilung ergänzende Untersuchungen notwendig, kann er diese ebenfalls durchführen, muss sie aber medizinisch begründen. Zusätzlich erfolgt eine indikationsspezifische Kennzeichnung aller im Zweitmeinungsverfahren durchgeführten und abgerechneten Leistungen als Freitext im Feld freier Begründungstext (KVDT Feldkennung 5009) mit dem Code 88200C. Die Vergütung erfolgt für alle Leistungen extrabudgetär - befristet bis Ende 2021.

Alle Informationen zum Zweitmeinungsverfahren können in der KBV PraxisInfo vom Januar 2020 „Zweite Meinung vor Operationen - Was Praxen zum neuen Zweitmeinungsverfahren wissen sollten“ nachgelesen werden. Die PraxisInfo finden Sie auf der Internetseite der KBV (www.kbv.de) oder auf unserer Homepage www.kvn.de (unter Anträge/Genehmigungspflichtige Leistungen/Zweitmeinungsverfahren)

3.3. Neue Regelungen zur stufenweisen Wiedereingliederung bei Arbeitsunfähigkeit noch nicht verbindlich

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seinem Beschluss vom 22. November 2019 in der Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie (AU-Richtlinie) festgelegt, dass spätestens ab einer Arbeitsunfähigkeit von sechs Wochen ärztlich festzustellen ist, ob eine stufenweise Wiederaufnahme der Erwerbstätigkeit in Betracht kommt. Mit dem Beschluss setzt der G-BA die Vorgaben des im Mai 2019 in Kraft getretenen Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) um. Der Beschluss des G-BA ist am 4. Februar 2020 in Kraft getreten.

Der Bundesausschuss hat nun sechs Monate Zeit zu prüfen, ob der Beschluss Auswirkungen auf den EBM hat. Erst dann gelten die geänderten Vorgaben für die stufenweise Wiedereingliederung verbindlich. Nach Abschluss der Prüfung durch den Bewertungsausschuss werden wir Sie wie gewohnt gesondert informieren.

Verfahren der stufenweisen Wiedereingliederung

Künftig soll die stufenweise Wiedereingliederung spätestens ab einer Dauer der Arbeitsunfähigkeit von sechs Wochen im Zusammenhang mit jeder Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit empfohlen werden.

Erst nach Prüfung gelten die geänderten Vorgaben verbindlich

Davon kann jedoch abgesehen werden, sofern durch die Teilnahme an einer Maßnahme der stufenweisen Wiedereingliederung nachteilige gesundheitliche Folgen für den Genesungsprozess erwachsen können. Gleiches gilt, wenn Patienten eine stufenweise Wiederaufnahme ihrer Tätigkeit ablehnen.

Im Rahmen des Entlassmanagements erfolgt keine stufenweise Wiedereingliederung.

Empfehlung zur Dokumentation in der Patientenakte

Durch die verbindliche Vorgabe zur regelmäßigen Feststellung der Eignung einer stufenweisen Wiedereingliederung ist insbesondere in den Fällen, in denen keine stufenweise Wiederaufnahme der Erwerbstätigkeit erfolgt, eine ärztliche Dokumentation in der Patientenakte zu empfehlen.

Weitere Änderungen der Richtlinie

Darüber hinaus hat der G-BA in dem Beschluss klargestellt, dass die Regelungen zum Entlassmanagement nicht nur für Krankenhäuser und Reha-Einrichtungen gelten, sondern auch bei stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlungen im häuslichen Umfeld.

3.4. Masernschutzgesetz

Zum 1. März 2020 tritt das Masernschutzgesetz in Kraft. Welche Änderungen das Gesetz für Vertragsärzte im Detail mit sich bringt, hat die KBV in einer Praxisinformation zusammengefasst.

Ergänzend dazu wurde eine Patienteninformation mit den Neuerungen durch das Masernschutzgesetz erstellt, die Sie in Ihrem Wartezimmer auslegen oder bei Bedarf Patienten aushändigen können.

Die Praxis- und Patienteninformationen finden Sie als Druck/Kopiervorlage auf der Homepage der KBV unter www.kbv.de/html/1150_44367.php

Praxisinfo der KBV

3.5. Ärztliche Behandlung von Beamten der Feuerwehr und des Rettungsdienstes der Stadt Hameln ab 1. April 2020 über die KVN abrechenbar

Die KVN hat mit der Stadt Hameln mit Wirkung zum 1. April 2020 einen Vertrag über die ärztliche Versorgung der heilfürsorgeberechtigten Beamten der Feuerwehr und des Rettungsdienstes geschlossen. Der Vertrag entspricht inhaltlich den Verträgen, die bereits mit anderen Städten geschlossen wurden.

An die Beamten werden zunächst Berechtigungsscheine ausgegeben. Die Einführung der Krankenversichertenkarte soll noch in diesem Jahr erfolgen.

Den Vertrag finden Sie im KVN-Portal unter Verträge/Sonstige Kostenträger/Feuerwehr.

3.6. Übergangslösung für die Verwendung des Musters 39 bei der Gebärmutterhalskrebs-Früherkennung

Mit dem organisierten Programm zur Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs wurde zum 1. Januar 2020 auch das Muster 39 neu gefasst.

Über Muster 39 veranlassen Gynäkologen die Zytologie und den HPV-Test im Primärscreening und in der Abklärungsdiagnostik. Der Vordruck bildet aktuell nur die Veranlassung des Primärscreenings ab, nicht die Leistungen zur Abklärungsdiagnostik auffälliger Befunde. Die KBV und der GKV-Spitzenverband haben daher eine Übergangslösung vereinbart, die zum 1. März 2020 in Kraft getreten ist.

Für die differenzierte (Teil-)Beauftragung von Primärscreening oder Abklärung wurden in den Vordruckerläuterungen der Anlage 2 BMV-Ä bundeseinheitliche Codes vereinbart. Die Codes sind in der ersten Zeile des Freitextfeldes „Gyn. Diagnose“ des Musters 39 einzutragen:

- P-HPV nur HPV-Test im Primärscreening
- P-Zyto nur zytologische Untersuchung im Primärscreening
- P-KoTest Ko-Test im Primärscreening
- A-HPV nur HPV-Test in der Abklärung
- A-Zyto nur zytologische Untersuchung in der Abklärung
- A-KoTest Ko-Test in der Abklärung.

Geplant ist, das Muster 39 zu überarbeiten und an die Bedarfe anzupassen. Die überarbeitete Fassung soll im Laufe des Jahres 2021 in Kraft treten.

Die KBV hat die Praxisinformation zur Gebärmutterhalskrebs-Früherkennung um die bundeseinheitlichen Codes für die Nutzung von Muster 39 ergänzt. Die aktualisierte Information finden Sie auf der Internetseite der KBV unter <https://www.kbv.de/html/43282.php>

Praxisinformation
angepasst

3.7. Versorgungsprogramm BKK Rheuma: Teilnahmeerklärung und Versicherteninformation

Die vertragseigene Webanwendung gibt neue Teilnahmeformulare - im Sinne der DSGVO - aus. Der aktuelle Ausgabesatz enthält drei statt bisher zwei Seiten. Die kompletten Vertragsunterlagen finden Sie im KVN-Portal: Rubrik „Verträge“/Eingabe des Suchbegriffs „Rheuma“/„Rheuma BKK VAG“.

3.8. Vertrag zur Versorgung von Patienten mit ADHS durch Kinderärzte: Teilnahmeerklärung und Versicherteninformation

Der Vertrag wurde mit der KVN, BVKJ Service GmbH und dem BKK Landesverband Mitte - stellvertretend für eine Vielzahl von BKKen - vereinbart.

Die Teilnahmeerklärung und Versicherteninformation wurde an die DSGVO angepasst und kann über das KVN-Portal: Rubrik „Verträge“/Eingabe des Suchbegriffs „ADHS“/„ADHS Betreuung“ ausgewählt werden.

3.9. Korrektur des Rundschreibens „Umgang mit Überweisungen von Asylsuchenden in der Region Hannover und in der Landeshauptstadt Hannover“

Im Februar-Rundschreiben hatten wir über die unterschiedlichen Verfahren bei Überweisungen in den Verträgen mit der Region Hannover und der Landeshauptstadt Hannover informiert. Durch ein redaktionelles Versehen wurden versehentlich falsche Formulierungen abgedruckt. Richtig heißt es:

Für Asylsuchende, die einen Arzt aufsuchen, und einen von der Region Hannover ausgesellten Behandlungsschein vorlegen gilt, dass zur Weiterbehandlung oder Mitbehandlung durch einen Arzt einer anderen Gebietsbezeichnung innerhalb des genehmigten Behandlungszeitraumes eine Überweisung ausgestellt werden kann. Die Überweisung ist im Statusfeld des Personalienfeldes mit dem Zusatz „Asyl“ zu kennzeichnen. Ein weiterer Behandlungsausweis durch den Kostenträger ist nicht notwendig.

Region Hannover

Weitere Behandlungsschein nicht notwendig

Für Asylsuchende, die einen Arzt aufsuchen, und einen von der Landeshauptstadt Hannover ausgesellten Behandlungsschein vorlegen gilt, dass zur Weiterbehandlung oder Mitbehandlung durch einen Arzt einer anderen Gebietsbezeichnung keine Überweisung ausgestellt werden kann. Ein weiterer Behandlungsausweis durch den Kostenträger ist notwendig.

Landeshauptstadt Hannover

Weiterer Behandlungsschein notwendig

Wir möchten in diesem Zusammenhang nochmals darauf hinweisen, dass die Kennzeichnung der Überweisungsscheine mit dem Zusatz „Asyl“ zwingend erforderlich ist, da ansonsten der Überweisungsempfänger keine Kenntnis vom eingeschränkten Leistungsanspruch des Patienten erhält.

4. Veranstaltungen im April und Mai 2020

Hier bekommen Sie eine Übersicht über Seminare und Fortbildungen der KVN mit noch freien Plätzen im April und Mai 2020. 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:

www.kvn.de/Mitglieder/Fortbildung

Name	Ort	Datum	Gebühr p. P.
Qualitäts- und Praxismanagement			
Qualitätszirkel - Was ist das überhaupt?	Braunschweig	22.Apr	kostenlos
Tatort: Wartezimmer	Hannover	25.Apr	128 Euro
Gewalt in der Arztpraxis/ Deeskalation	Verden	29.Apr	50 Euro
Kommunikation und Interaktion	Hannover	29.Apr	125 Euro
Personalführung für Erstkräfte	Aurich	29.Apr	80 Euro
Stressmanagement in der Arztpraxis	Aurich	06.Mai	80 Euro
Qualitätsmanagement ganz einfach	Oldenburg	08.Mai	100 Euro
Neue PraxismitarbeiterIn professionell einarbeiten	Hannover	09.Mai	99 Euro
Datenschutz in der Arztpraxis	Oldenburg	12.Mai	139 Euro
Bereitschaftsdienst - Dienstplanungsprogramm BD-Online	Braunschweig	13.Mai	kostenlos
Mitgliederportal der KVN	Lüneburg	13.Mai	kostenlos
Wirksame Arzt-Patienten-Kommunikation	Hannover	13.Mai	120 Euro
Das Telefon - Die Visitenkarte der Praxis	Oldenburg	27.Mai	89 Euro
Die Gesundheit von PraxismitarbeiterIn erhalten und schützen	Hannover	27.Mai	kostenlos

Praxis Check-up	Hannover	27.Mai	89 Euro
Abrechnung und Verordnung			
Heilmittel - Informationsveranstaltung	Wilhelmshaven	01.Apr	kostenlos
IGeLn in der Praxis	Cuxhaven	29.Apr	kostenlos
EBM für Einsteiger	Osnabrück	06.Mai	kostenlos
Honorarbescheid lesen und verstehen	Hannover	13.Mai	kostenlos
Honorarbescheid lesen und verstehen	Oldenburg	13.Mai	kostenlos
Neuerungen in der Heilmittelrichtlinie	Osnabrück	13.Mai	kostenlos
Medizinische und psychotherapeutische Themen			
Notfallseminar	Aurich	15.Apr	70 Euro
Moderne Wundversorgung	Lingen	22.Apr	kostenlos
Wirtschaftsseminare			
Existenzgründerseminar Modul II Meine eigene Praxis - So gelingt der Start	Hannover	15.Apr	kostenlos
Praxisabgeberseminar Meine Zukunft planen - Impulse für die Praxisabgabe	Hildesheim	15.Apr	kostenlos
Existenzgründerseminar Modul II Meine eigene Praxis - So gelingt der Start	Verden	25.Apr	kostenlos
Existenzgründerseminar Modul II Meine eigene Praxis - So gelingt der Start	Göttingen	06.Mai	kostenlos

Verbindliche Anmeldung (*bitte vollständig ausfüllen*)

Fax an 0511 380-4620

für das Seminar

.....
(Titel des Seminars)

Datum des Seminars Anzahl Teilnehmer Person/en

Vor- und Nachname der Teilnehmer (*bitte deutlich in Druckbuchstaben schreiben*)

.....
.....

für das Seminar

.....
(Titel des Seminars)

Datum des Seminars Anzahl Teilnehmer Person/en

Vor- und Nachname der Teilnehmer (*bitte deutlich in Druckbuchstaben schreiben*)

.....
.....

.....
Vor- und Nachname des Rechnungsempfängers (auch bei kostenlosen Seminaren auszufüllen, Pflichtfeld)

.....
Anschrift (Straße, PLZ, Ort) des Rechnungsempfängers (auch bei kostenlosen Seminaren auszufüllen, Pflichtfeld)

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 Teil B Nr. 16.1 und 16.2

5.2. Infoschreiben

Amtliche Mitteilung der KVN zum HVM für das 2. Quartal 2020

in Umsetzung des Honorarverteilungsmaßstabes (HVM) gemäß § 87b Abs. 1 SGB V der KVN vom 16. November 2019

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

Fachgruppe	durchschnittliches Individualbudget
FA Laboratoriumsmedizin	351.383,58 €
FA Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie	270.299,15 €

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 2020 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	13.520,57 €
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	124.977,79 €
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 2020 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



Atopische Dermatitis

Die atopische Dermatitis (AD, synonym Neurodermitis, atopisches Ekzem) ist eine häufige chronische Hauterkrankung, die mit Juckreiz, einer gestörten Hautbarriere, einer Neigung zu Allergien und chronischen Entzündungen der Haut einhergeht.¹ Oft leiden diese Patienten an Begleiterkrankungen wie Asthma bronchiale oder einer allergischen Rhinokonjunktivitis.²

Die aktuelle Leitlinie „Neurodermitis“ schlägt in Anlehnung an internationale Empfehlungen folgendes Stufenschema vor²:

Stufe 4: persistierende, schwer ausgeprägte Ekzeme	<i>Erforderliche Maßnahmen der Stufen 1 bis 3*</i> + systemische immunmodulierende Therapie, z.B. Ciclosporin A, Dupilumab ^{1,3}
Stufe 3: moderate Ekzeme	<i>Erforderliche Maßnahmen der Stufen 1 und 2*</i> + höher potente topische Glukokortikosteroide und/oder topische Calcineurininhibitoren** + eventuell zusätzliche Anwendung von antipruriginösen und antiseptischen Wirkstoffen
Stufe 2: leichte Ekzeme	<i>Erforderliche Maßnahmen der Stufe 1*</i> + niedriger potente topische Glukokortikosteroide und/oder topische Calcineurininhibitoren** + eventuell zusätzliche Anwendung von antipruriginösen und antiseptischen Wirkstoffen
Stufe 1: trockene Haut	Topische Basistherapie Vermeidung oder Reduktion von Triggerfaktoren

* eine UV-Therapie ist häufig ab Stufe 2 unter Berücksichtigung der Altersbeschränkung (nicht im Kindesalter) indiziert. Cave: keine Kombination mit Ciclosporin A und topischen Calcineurininhibitoren

** First-line Therapie: In der Regel topische Glukokortikosteroide, bei Unverträglichkeit/Nichtwirksamkeit und an besonderen Lokalisationen (z.B. Gesicht, intertriginöse Hautareale, Genitalbereich, Capillitium bei Säuglingen) topische Calcineurininhibitoren

Basistherapie

Ein wesentlicher Punkt der AD-Therapie sind die Vermeidung von Provokationsfaktoren wie Nahrungsmittelallergenen sowie die konsequente Basistherapie (Hautpflege), die die Wiederherstellung der gestörten Barrierefunktion der Haut fördert.¹ Topische Basispflege stellt für erwachsene Patienten keine GKV-Leistung dar, da es sich hierbei in der Regel um apothekenpflichtige Präparate bzw. Medizinprodukte handelt und diese von der

Stand: 02/2020

¹ Hornung T, Bieber T. Therapie der atopischen Dermatitis – Nach wie vor eine besondere Herausforderung, Perspektiven der Dermatologie/2018, Deutsches Ärzteblatt

² Deutsche Dermatologische Gesellschaft (DDG): Leitlinie (S2K) Neurodermitis, Version 2014, gültig bis 30.03.2020, abrufbar unter <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/013-027.html>, letzter Zugriff 29.01.2020

³ Dupilumab ist in der aktuellen Leitlinie noch nicht vorgesehen, da es erst seit September 2017 auf dem deutschen Arzneimittelmarkt verfügbar ist

Leistungspflicht ausgenommen sind. Ausnahmen sind in den Anlagen I (OTC-Übersicht) und V (Medizinprodukte) der Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL) derzeit nicht vorgesehen.

Für Kinder bis zum 12. Lebensjahr und Jugendliche bis zum 18. Lebensjahr mit Entwicklungsstörungen ist eine Basistherapie unter bestimmten Voraussetzungen verordnungsfähig:

- es muss sich dabei um ein apothekenpflichtiges Arzneimittel handeln (die entsprechende Zulassung gemäß Fachinformation ist zu beachten)
- der medizinische Aspekt bzw. die Krankenbehandlung müssen gemäß Anlage III der AM-RL im Vordergrund stehen⁴
- Nichtarzneimittel (z.B. Kosmetika) sind nicht verordnungsfähig

Für die Verordnung von in der Apotheke angefertigten Rezepturen gelten dieselben Vorgaben.

Cortison und Calcineurin-Antagonisten

Ist die Basistherapie nicht ausreichend, kann topisches Cortison angewendet werden. Wenn dieses nicht einsetzbar ist oder während der Behandlung lokale, unerwünschte, irreversible Wirkungen auftreten, können die topischen Calcineurin-Antagonisten Tacrolimus und Pimecrolimus angewendet werden. Zu den niedrig potenten und mittelstark wirksamen Corticosteroiden (Klasse I und II) gehören Hydrocortison und Triamcinolon, ein stark wirksames Corticosteroid (Klasse III) ist Mometasonfuroat.

Bei Erwachsenen kann bei schweren AD-Formen eine Kurzzeittherapie mit systemischem Cortison erwogen werden, bei chronischer schwerer Neurodermitis kann Ciclosporin A verabreicht werden.

Biologika

Als erstes Biologikum zur AD-Therapie steht seit Dezember 2017 der monoklonale Antikörper Dupilumab (Dupixent®) zur Verfügung. Der Interleukin-4-Hemmer ist unter anderem zugelassen zur Behandlung von mittelschwerer bis schwerer atopischer Dermatitis bei Erwachsenen und Jugendlichen ab 12 Jahren, die für eine systemische Therapie in Betracht kommen.

Für erwachsene Patienten hatte der G-BA im Verfahren zur frühen Nutzenbewertung im Mai 2018 in dieser Indikation einen Hinweis für einen beträchtlichen Zusatznutzen festgestellt.⁵ Für diese Patientenpopulation wurde Dupixent® auch als bundesweite Praxisbesonderheit anerkannt.⁶ Für die Anwendung bei Jugendlichen von 12 bis 17 Jahren kam der G-BA im Februar 2020 zu dem Ergebnis, dass ein Anhaltspunkt für einen nicht quantifizierbaren Zusatznutzen vorliegt.⁷

⁴ siehe Nr. 23, Anlage III der Arzneimittel-Richtlinie: „*Dermatika, die auch zur Reinigung und Pflege oder Färbung der Haut, des Haares, der Nägel, der Zähne, der Mundhöhle usw. dienen und bei denen die Krankenbehandlung nicht im Vordergrund steht.*“

⁵ Beschluss zur frühen Nutzenbewertung nach § 35a SGB V des G-BA, abrufbar unter <https://www.g-ba.de/bewertungsverfahren/nutzenbewertung/333/> (letzter Zugriff am 16.01.2020)

⁶ GKV-Spitzenverband, abrufbar unter https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/arzneimittel/amnog_praxisbesonderheiten/17070p_b20181201.pdf (letzter Zugriff am 16.01.2020)

⁷ Beschluss zur frühen Nutzenbewertung nach § 35a SGB V des G-BA, abrufbar unter <https://www.g-ba.de/bewertungsverfahren/nutzenbewertung/488/> (letzter Zugriff am 20.02.2020)



KVN

Kassenärztliche Vereinigung
Niedersachsen

Informationen für die Praxis

KVN-Rundschreiben

Februar 2020

Inhaltsverzeichnis

1. Abrechnung	3
1.1. Labordiagnostische Abklärung des Verdachts auf eine Infektion mit dem neuartigen Coronavirus	3
1.2. Anpassung der UV-GOÄ zum 1. Januar 2020.....	3
1.3. Anpassung des DMP Vertrages Diabetes mellitus Typ 2 zum 1. Januar 2020	4
1.4. Änderung des EBM zum 1. Januar 2020	4
1.5. Angabe der letzten intravitrealen Medikamenteneingabe zu den GOP 06334, 06335, 06338 und 06339 EBM erforderlich.....	5
2. Verordnungen.....	6
2.1. Impfstoff gegen Haemophilus influenzae Typ b	6
2.2. Sirturo® (Bedaquilin) als Praxisbesonderheit anerkannt	6
2.3. Aimovig® (Erenumab) in Teilindikation als Praxisbesonderheit anerkannt.....	7
2.4. Verbesserte Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden im Rahmen der häuslichen Krankenpflege	8
2.5. Wiederholungsrezepte und Modellvorhaben Gripeschutzimpfungen ab März 2020	9
2.6. Arzneimitteltherapie-Informationssystem (ATIS)	10
2.7. Gemeinsame Arbeitsgruppe Arzneimittel - Rezept-Info „Osteoporose“ und Informationsschreiben „Chronisch entzündliche Darmerkrankungen“	10
3. Allgemeine Hinweise	11
3.1. Masernimpfpflicht ab 1. März 2020.....	11
3.2. Anpassung der Schutzimpfungs-Richtlinie (SI-RL)....	11
3.3. Umgang mit Überweisungen von Asylsuchenden in der Region Hannover und in der Landeshauptstadt Hannover	12

3.4.	Änderungen am Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) zum 1. Januar 2020	13
3.5.	Anpassung des Musters 61 (Verordnung einer medizinischen Rehabilitation) zum 1. April 2020	13
3.6.	Änderung der Anlage 27 zum Bundesmantelvertrag Ärzte (BMV-Ä)	15
3.7.	Notfallseminar am 15. Juli 2020 in Hannover	16
3.8.	Lehrärztetag am 7. März 2020 in Oldenburg	16
3.9.	Save the Date: Sommerfest der KVN-Bezirksstelle Aurich am 10. Juni 2020	16
4.	Veranstaltungen im März und April 2020	17
5.	Anlagenverzeichnis	20
5.1.	Coronavirus - Verdachtsabklärung und Maßnahmen	20
5.2.	Rezept-Info	20
5.3.	Informationsschreiben	20
5.4.	Sammelerklärung	20

1. Abrechnung

1.1. Labordiagnostische Abklärung des Verdachts auf eine Infektion mit dem neuartigen Coronavirus

Parallel zur Einführung der Meldepflicht auch für klinische Verdachtsfälle hat der Bewertungsausschuss die neue GOP 32816 für den Nukleinsäurenachweis des neuartigen Coronavirus mittels RT-PCR beschlossen.

Voraussetzung für die Veranlassung dieses Tests ist, dass der Patient in die vom RKI definierte Risikogruppe (Falldefinition des RKI - siehe Anlage) fällt.

Damit geht auch zwingend die Meldepflicht einher!

Die Untersuchung darf nur von Fachärzten für Laboratoriumsmedizin oder für Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie durchgeführt werden.

In Folge der Meldepflicht wird die neue GOP 32816 unter die Ausnahmekennnummer 32006 subsumiert und ist damit für die Berechnung des Wirtschaftlichkeitsbonus nicht relevant.

Entsprechende Verdachtsfälle und Fälle mit nachgewiesener Infektion sind mit der GOP 88240 zu kennzeichnen.

Anlage 5.1: Coronavirus - Verdachtsabklärung und Maßnahmen

1.2. Anpassung der UV-GOÄ zum 1. Januar 2020

Die Partner des Vertrages Ärzte/Unfallversicherungsträger haben zum 1. Januar 2020 Änderungen des Leistungs- und Gebührenverzeichnisses für ärztliche Leistungen in der gesetzlichen Unfallversicherung (UV-GOÄ) und des Gebührenverzeichnisses Psychotherapeutenverfahren der gesetzlichen Unfallversicherungsträger beschlossen. Über die wesentlichen Änderungen möchten wir Sie kurz informieren.

Bereich G Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie

Die Gebühren der Nummer 800 UV-GOÄ werden wie folgt erhöht:

- Allgemeine Heilbehandlung: 16,61 Euro (bisher: 15,43Euro)
- Besondere Heilbehandlung: 20,66 Euro (bisher: 19,19 Euro).

Zudem ist in der Leistungslegende klargestellt worden, dass auch Neuropädiater die Gebühr nach Nummer 800 abrechnen dürfen.

Klargestellt worden ist weiterhin, dass die Leistungen nach Nummer 6 UV-GOÄ nicht mehr neben der Nummer 826 UV-GOÄ abgerechnet werden dürfen. Künftig kann entweder eine neurologische Gleichgewichts- und Koordinationsprüfung im Rahmen der Nummer 6 GOÄ oder, falls sie als eigenständige Leistung erbracht wird, nach der Nummer 826 GOÄ abgerechnet werden.

Meldepflicht

Erhöhte Gebühren

Neu: Nummer 116 UV-GOÄ

Die Vordrucke F3110 (Belastungserprobung) einschließlich Anlage F3112 (Arbeitsplatzbeschreibung) können künftig unter der Nummer 116 UV-GOÄ (18,49 Euro) abgerechnet werden.

Teil F Innere Medizin, Kinderheilkunde und Dermatologie

In der Leistungslegende der Nummer 753 UV-GOÄ sind die Wörter „in einem Behandlungsareal von bis zu 100 cm²“ durch das Wort „inklusive“ ersetzt worden.

Gebührenverzeichnis Psychotherapeutenverfahren

Die Gebühren der Nummern P23 bis P39 der Anlage 2 zum Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger werden deutlich angehoben. Zudem ist eine neue Nummer P33 eingefügt worden, nach der die Erstellung einer biografischen Anamnese unter Einbeziehung der erhobenen Daten einmal im Behandlungsfall abgerechnet werden kann. Die neue Gebühr beträgt 75,00 Euro.

1.3. Anpassung des DMP Vertrages Diabetes mellitus Typ 2 zum 1. Januar 2020

Im Rahmen der 15. Änderung der DMP Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL) mussten Anpassungen am DMP Vertrag Diabetes mellitus Typ 2 vorgenommen werden. Darüber hinaus wurden datenschutzrechtliche Bestimmungen im Vertrag entsprechend den Vorgaben der EU-Datenschutzgrundverordnung angepasst.

In den Anlagen 1 (Strukturvoraussetzungen §3 - Ärzte), 2 (Strukturvoraussetzungen §4 - Ärzte) und 5 (Teilnahmeerklärung/Vertragsärzte) wurden die Strukturvoraussetzungen zur Teilnahme am Behandlungsprogramm angepasst. In der Anlage 6 (Datenübermittlung) wurde die Übermittlungsfrist für Dokumentationen zur besseren Nachvollziehbarkeit konkretisiert. Die Anlage 7 (Dokumentationsdaten) wurde gestrichen. Die Anlage 10 (Leistungserbringerverzeichnis) wurde an die bundeseinheitlichen Vorgaben angepasst. In die Anlage 11 (Strukturqualität Schulende Ärzte/Patientenschulungen) wurden die bislang im §19 aufgeführten Schulungen überführt.

Angepasste Anlagen

Die aktuelle Lesefassung des Vertrages finden Sie auf der Internetseite der KVN unter [www.kvn.de/Mitglieder/Qualität/DMP/DMP Diabetes mellitus Typ 2](http://www.kvn.de/Mitglieder/Qualität/DMP/DMP_Diabetes_mellitus_Typ_2).

1.4. Änderung des EBM zum 1. Januar 2020

Im Januarrundschreiben hatten wir Sie über die umfangreichen Änderungen des EBM zum 1. Januar 2020 informiert. Nachfolgend möchten wir noch auf einige Detailänderungen des EBM näher eingehen:

Erweitertes Neugeborenen-Screening

Eine weitere Änderung betrifft das erweiterte Neugeborenen-Screening - GOP 01707. Es kann zukünftig gemäß der Kinderrichtlinie des G-BA bis zur U3 durchgeführt und abgerechnet werden, sofern die Durchführung noch nicht im Kinderuntersuchungsheft dokumentiert ist. Bislang konnte

die GOP 01707 entgegen den Regelungen der Kinderrichtlinie nur bis zum vollendeten 10-Lebenstag berechnet werden.

Optische Kohärenztomographie (OCT)

Die OCT durch Diagnostik und Therapiesteuerung bei Netzhauterkrankungen ist seit Oktober 2019 Kassenleistung. Nunmehr gibt es eine ergänzende Regelung: Die OCT zur Therapiesteuerung (GOP 06338 und 06339) kann ab Januar 2020 am Operationstag neben den GOP zur intravitrealen Medikamenteneingabe berechnet werden (GOP 31371 bzw. 31372, 31373 sowie GOP 36371 bzw. 36372 und 36373). Das war bisher ausgeschlossen.

GOP 13360 auch für Schwerpunktinternisten abrechnungsfähig

Fachärzte für Innere Medizin mit einem Schwerpunkt und der Zusatzweiterbildung „Diabetologie“ oder der Qualifikation „Diabetologe deutsche Diabetesgesellschaft - DDG“ können ab Januar 2020 die GOP 13360 berechnen (Anleitung zur Selbstanwendung eines Real-Time-Messgerätes zur kontinuierlichen interstitiellen Glukosemessung).

Dazu wurde im Abschnitt 13.3.2 klargestellt, dass nicht nur die Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Endokrinologie und die Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt mit den genannten Qualifikationen, sondern alle Fachärzte im Gebiet Innere Medizin gemeint sind. D. h. auch alle Schwerpunktinternisten können die GOP berechnen, sofern die entsprechenden Qualifikationen vorliegen. In diesem Zusammenhang wird die GOP 13360 auch in die Nummer 3 der Präambel 13.1 des EBM aufgenommen.

Auch diese Beschlüsse können auf der Internetseite des Institutes des Bewertungsausschusses unter <http://institut-ba.de/ba/beschluesse.html> eingesehen werden.

1.5. Angabe der letzten intravitrealen Medikamenteneingabe zu den GOP 06334, 06335, 06338 und 06339 EBM erforderlich

Bitte beachten Sie, dass bei der Abrechnung das kürzeste zurückliegende Datum der letzten intravitrealen Medikamenteneingabe anzugeben ist. Der Eintrag für die Datumseingabe erfolgt in Ihrer Praxissoftware im KVDT-Feld 5034. Bei fehlender Datumsangabe können die abgerechneten Leistungen in Ihrer Quartalsabrechnung nicht berücksichtigt werden.

Datumsangabe

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

2. Verordnungen

2.1. Impfstoff gegen Haemophilus influenzae Typ b

Im September 2019 hatten wir Sie darüber informiert, dass der Impfstoff gegen Haemophilus influenzae Typ b (Act-Hib) nicht lieferbar und somit eine Verordnung über den Sprechstundenbedarf nicht möglich ist. Die Landesverbände der Krankenkassen hatten sich damals bereit erklärt, vorübergehend die Einzelverordnung, also den Import auf Namen des Patienten zu erlauben. Diese Sonderregelung ist zum 31. Dezember 2019 ausgelaufen.

Der Impfstoff ist auch weiterhin nicht als Einzelimpfstoff verfügbar, jedoch in mehreren Kombinationsimpfstoffen enthalten. Sollte eine Indikation zur Impfung gegen Haemophilus influenzae Typ b bestehen, kann diese mit den Kombinationsimpfstoffen über den Sprechstundenbedarf erfolgen.

2.2. Sirturo® (Bedaquilin) als Praxisbesonderheit anerkannt

Sirturo® (Wirkstoff Bedaquilin) wird ab dem 15. Januar 2020 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 4. Juli 2019 anerkannt:

- Sirturo® ist indiziert für die Behandlung erwachsener Patienten mit multiresistenter pulmonaler Tuberkulose (multi-drug-resistant Mycobacterium tuberculosis; MDR-TB), wenn ein wirksames Behandlungsregime aufgrund von Resistenz oder Unverträglichkeit nicht anders als mit Bedaquilin (als Teil einer geeigneten Kombinationstherapie) zusammengestellt werden kann.

In diesem Anwendungsgebiet sah der G-BA einen beträchtlichen Zusatznutzen von Bedaquilin als Teil einer geeigneten Kombinationstherapie. Der Beschluss ist bis zum 30. Juni 2021 befristet.

Die Einleitung und Überwachung der Behandlung mit Bedaquilin muss durch in der Therapie von Patienten mit MDR-TB erfahrene Ärzte erfolgen. Es wird empfohlen, Bedaquilin (Sirturo®) unter direkter Überwachung [directly observed therapy (DOT)] anzuwenden.

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

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: "Praxisbesonderheit".

2.3. Aimovig® (Erenumab) in Teilindikation als Praxisbesonderheit anerkannt

Aimovig® (Wirkstoff Erenumab) wird ab dem 15. Dezember 2019 nach einer Vereinbarung zwischen dem GKV-Spitzenverband und dem pharmazeutischen Unternehmer Novartis Pharma GmbH ab dem ersten Behandlungsfall als Praxisbesonderheit ausschließlich in der Patientengruppe mit einem Zusatznutzen laut G-BA-Beschluss vom 2. Mai 2019 anerkannt:

- Migräne-Prophylaxe bei Erwachsenen mit mindestens vier Migränetagen pro Monat, die auf keine der genannten medikamentösen Therapien/Wirkstoffklassen (Metoprolol, Propranolol, Flunarizin, Topiramate, Amitriptylin, Valproinsäure, Clostridium botulinum Toxin Typ A (Entsprechend der Zulassung nur für die chronische Migräne.)) ansprechen, für diese nicht geeignet sind oder diese nicht vertragen

In diesem Anwendungsgebiet sah der G-BA einen Anhaltspunkt für einen beträchtlichen Zusatznutzen gegenüber Best Supportive Care.

Die Einleitung und Überwachung der Behandlung mit Erenumab soll durch in der Diagnose und Therapie von Patienten mit Migräne erfahrene Ärzte erfolgen.

In klinischen Studien konnte gezeigt werden, dass bei der Mehrheit der Patienten, die auf die Therapie angesprochen haben, ein klinischer Nutzen innerhalb von drei Monaten auftrat. Das Ansprechen des Patienten ist vom Arzt zu dokumentieren. Bei Patienten, die nach drei Monaten Behandlung noch kein Ansprechen gezeigt haben, ist die Folgeverordnung nicht mehr von der Praxisbesonderheit umfasst.

Die Vorgaben der Fachinformation sind zu berücksichtigen. Weitere Anwendungsgebiete oder Patientengruppen sind ausdrücklich nicht von der Praxisbesonderheit umfasst. Die Anerkennung als Praxisbesonderheit besteht, solange Novartis Aimovig® 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: "Praxisbesonderheit".

Anwendungsgebiet

Folgeverordnung

Der GKV-Spitzenverband hat unabhängig von der Anerkennung als Praxisbesonderheit Anforderungen an die Zweckmäßigkeit, Qualität und Wirtschaftlichkeit einer Verordnung von Erenumab festgelegt. Demnach soll Erenumab durch den Arzt ausschließlich in der Patientengruppe c) verordnet werden, für die der G-BA in dem Beschluss vom 2. Mai 2019 einen Zusatznutzen festgestellt hat:

- Migräne-Prophylaxe bei Erwachsenen mit mindestens vier Migränetagen pro Monat, die auf keine der genannten medikamentösen Therapien/Wirkstoffklassen (Metoprolol, Propranolol, Flunarizin, Topiramid, Amitriptylin, Valproinsäure, Clostridium botulinum Toxin Typ A (Entsprechend der Zulassung nur für die chronische Migräne.)) ansprechen, für diese nicht geeignet sind oder diese nicht vertragen

Dieser Hinweis sollte zur Vermeidung von Regressen beachtet werden.

Wichtiger Hinweis

2.4. Verbesserte Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden im Rahmen der häuslichen Krankenpflege

Patientinnen und Patienten mit chronischen und schwer heilenden Wunden wird zukünftig ein bedarfsgerechteres Leistungsangebot der häuslichen Krankenpflege zur Verfügung stehen. Dies hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) in der Richtlinie über die Verordnung häuslicher Krankenpflege (HKP-Richtlinie) neu geregelt.

Insbesondere mit folgenden Änderungen der HKP-RL wird den Besonderheiten der Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden Rechnung getragen:

Vorrangige Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden in der Häuslichkeit

Chronische und schwer heilende Wunden sollen vorrangig in der Häuslichkeit versorgt werden. Eine Versorgung in spezialisierten Einrichtungen außerhalb der Häuslichkeit durch entsprechend geschulte Pflegedienste oder durch sogenannte Wundzentren kann nur erfolgen, wenn aufgrund der Komplexität der Wundversorgung oder den Gegebenheiten in der Häuslichkeit im gewohnten Umfeld der Patientin oder des Patienten die Versorgung voraussichtlich nicht möglich ist. Dies muss aus der Verordnung hervorgehen.

Änderungen am Leistungsverzeichnis der HKP-RL

Die Versorgung akuter Wunden wird als Nummer 31 und die Versorgung chronisch und schwer heilender Wunden als Nummer 31a neu in das Leistungsverzeichnis der Richtlinie aufgenommen.

Bestandteil einer Dekubitusbehandlung (Nr. 12) sind künftig Positionswechsel, mit denen die betroffenen Hautareale entlastet werden. Um dem Ziel der Heilung oder der Vermeidung einer Verschlimmerung eines Dekubitus besser gerecht zu werden, ist ein Positionswechsel nun bereits ab Grad 1, eine nicht wegdrückbare Hautrötung, verordnungsfähig.

Die Regelungen zur Kompressionstherapie und zur Versorgung mit stützenden und stabilisierenden Verbänden (Nr. 31) werden als separate Nummern 31b und 31c gefasst.

Verbesserte Kommunikation zwischen Pflegedienst und ärztlicher Praxis

Die Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden bedingt eine enge Absprache zwischen der Vertragsärzteschaft und den Pflegediensten.

Um die Zusammenarbeit zu stärken, wurde nun verbindlich geregelt, dass der Pflegedienst den Vertragsarzt bei Veränderung der häuslichen Pflegesituation oder nach ärztlicher Aufforderung zu informieren hat. Dies kann auch durch Übermittlung von Auszügen aus der Pflegedokumentation erfolgen.

Verordnung auf Muster 12

Verordnung der Leistungen häuslicher Krankenpflege erfolgt wie gewohnt auf Muster 12. Dabei sind auch die zur Wundversorgung zu verwendenden Präparate anzugeben. Die Verordnung der konkreten Wundpräparate erfolgt weiterhin per Arzneimittelverordnung (Muster 16) und ist budgetrelevant. Es wird derzeit noch geprüft, welche Anpassungen auf dem Vordruck erforderlich sind, um die veränderten Anforderungen an die Verordnung der Wundversorgung abzubilden

Der Beschluss zur Änderung der HKP-RL ist am 6. Dezember 2019 in Kraft getreten. Eine Verordnung von Leistungen zur Versorgung chronischer und schwerheilender Wunden ist jedoch erst möglich, wenn der Bewertungsausschuss den EBM angepasst hat. Hierüber werden wir Sie gesondert informieren.

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

2.5. Wiederholungsrezepte und Modellvorhaben

Grippeschutzimpfungen ab März 2020

Mit dem Inkrafttreten des Masernschutzgesetzes zum 1. März 2020 sieht der Gesetzgeber die Einführung sogenannter Wiederholungsrezepte vor. Damit ist die wiederholte Abgabe eines verschreibungspflichtigen Arzneimittels bis zu dreimal nach der Erstabgabe, d. h. insgesamt bis zu viermal, möglich:

"Für Versicherte, die eine kontinuierliche Versorgung mit einem bestimmten Arzneimittel benötigen, können Vertragsärzte Verordnungen ausstellen, nach denen eine nach der Erstabgabe bis zu dreimal sich wiederholende Abgabe erlaubt ist. Die Verordnungen sind besonders zu kennzeichnen. Sie dürfen bis zu einem Jahr nach Ausstellungsdatum zu Lasten der gesetzlichen Krankenkasse durch Apotheken beliefert werden."

Wiederholungsrezepte

Es gibt keine Verpflichtung zur Ausstellung von Mehrfachverordnungen, da es sich hierbei um eine "Kann-Regelung" handelt. Ob eine entsprechende Verordnung in Frage kommt, muss vom behandelnden Arzt im Einzelfall beurteilt werden.

Wie genau die Umsetzung dieser Regelung erfolgt, wird zwischen der KBV und dem GKV-Spitzenverband geklärt. Wir informieren hierzu, sobald uns nähere Informationen vorliegen.

Zudem werden über das Masernschutzgesetz Regelungen für Modellvorhaben zur Gripeschutzimpfung bei Erwachsenen in Apotheken eingeführt. Hierzu können Verträge zwischen den Krankenkassen und Apotheken geschlossen werden, die auf längstens fünf Jahre zu befristen sind.

Modellvorhaben zur
Gripeschutzimpfung

2.6. Arzneimitteltherapie-Informationssystem (ATIS)

Ab dem 17. Februar 2020 steht das Arzneimitteltherapie-Informationssystem ATIS wieder zur Verfügung. Über ATIS haben alle an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte in Niedersachsen die Möglichkeit, zu komplexen pharmakotherapeutischen Fragen im patientenindividuellen Einzelfall eine klinisch-pharmakologische Bewertung zu erhalten.

Alle Anfragen zu Arzneimittelwirkungen können über das elektronische Kontaktformular, per Fax oder Post an das ATIS-Team gestellt werden. Das elektronische Kontakt- und das Faxformular sowie nähere Informationen finden Sie im KVN-Portal unter Verordnungen/ATIS.

2.7. Gemeinsame Arbeitsgruppe Arzneimittel - Rezept-Info „Osteoporose“ und Informationsschreiben „Chronisch entzündliche Darmerkrankungen“

Im Anhang finden Sie die aktualisierte Rezept-Info der AG GKV/KVN Arzneimittel zu dem Thema Osteoporose. In dem Schreiben wurden insbesondere die Wirkstoffempfehlungen des KBV-Medikationskatalogs zur Indikation Osteoporose aktualisiert und ein Hinweis auf die zur Verfügung stehenden Teriparatid-Biosimilars ergänzt.

Zudem wurde das Informationsschreiben zu dem Thema „Chronisch entzündliche Darmerkrankungen“ korrigiert. Anders als im Rundschreiben vom Dezember 2019 dargestellt ist Adalimumab zur Behandlung der Colitis ulcerosa zugelassen. Das korrigierte Schreiben ist im Anhang beigefügt.

Diese sowie alle weiteren Veröffentlichungen der AG GKV/KVN Arzneimittel finden Sie im Internet unter <https://www.kvn.de/Mitglieder/Verordnungen/Arzneimittel/Veroeffentlichungen.html>

Anlage 5.2: Rezept-Info

Anlage 5.3: Informationsschreiben

3. Allgemeine Hinweise

3.1. Masernimpfpflicht ab 1. März 2020

Mit Inkrafttreten des Masernschutzgesetzes wird zum 1. März 2020 die Masernimpfpflicht eingeführt.

Die Nachweispflicht über einen ausreichenden Impfschutz oder über eine Immunität gegen Masern gilt für:

- Kinder in Kitas und Schulen
- Mitarbeiter in Kitas, Schulen oder Gemeinschaftseinrichtungen
- Tagesmütter,
- Bewohner und Mitarbeiter in Asylbewerber- und Flüchtlingsunterkünften,
- Beschäftigte in medizinischen Einrichtungen, wie z. B. Arztpraxen, Krankenhäuser und ambulante Pflegedienste

Nachweispflicht

Die STIKO empfiehlt keine Impfung für Personen, die vor dem 1. Januar 1971 geboren sind. Daher ist von diesem Personenkreis auch kein Nachweis gemäß des Masernschutzgesetzes zu erbringen.

Ohne einen ausreichenden Impfschutz dürfen Kinder nicht in Kitas aufgenommen werden und Personen nicht in Gemeinschafts- und Gesundheitseinrichtungen arbeiten. Für Kinder, die bereits vor dem 1. März 2020 eine Kita/Schule besuchen, bzw. Personen die schon in den Einrichtungen beschäftigt sind, ist der Nachweis bis zum 31. Juli 2021 zu erbringen.

Der Nachweis kann durch den Impfnachweis, das Untersuchungsheft oder durch ein ärztliches Attest erbracht werden.

Der Eintrag der Masernimpfung in den Impfpass, in das Untersuchungsheft oder die Ausstellung einer Impfbescheinigung im direkten Zusammenhang mit einer durchgeführten Impfung ist Bestandteil der Impfung und kann nicht gesondert berechnet werden. Andere Impfbescheinigungen bzw. Atteste, z. B. für die Befreiung von der Impfpflicht, können privat nach GOÄ berechnet werden.

In diesem Zusammenhang möchten wir darauf hinweisen, dass die Bestimmung des Impftiters für Masern keine Leistung der GKV und dem Patienten somit privat in Rechnung zu stellen ist.

3.2. Anpassung der Schutzimpfungs-Richtlinie (SI-RL)

Seit dem 28. Dezember 2019 haben Versicherte Anspruch auf Leistungen für Schutzimpfungen zu Lasten der GKV unabhängig davon, ob die Versicherten auch entsprechende Ansprüche gegen andere Kostenträger beispielsweise dem Arbeitgeber aufgrund eines erhöhten beruflichen Risikos haben.

Damit die beruflich bedingten Impfungen zu Lasten der GKV abgerechnet werden können, sind entsprechende Anpassungen der regionalen

Impfvereinbarungen notwendig. Da dies noch nicht erfolgt ist, sind berufsbedingte Impfungen (Impfvergütung und Impfstoff) dem Patienten privat in Rechnung zu stellen. Dieser kann sich die Kosten bei seiner Krankenkasse oder seinem Arbeitgeber erstatten lassen. Sobald die Verträge mit den Krankenkassen angepasst wurden, werden wir Sie umgehend informieren.

Im Zuge des SI-RL Anpassung wurde die Anlage 1 der SI-RL, in der die Details zu Art und Umfang der Leistungen dargestellt sind, übersichtlicher gestaltet. Die derzeitigen "Hinweise zu den Schutzimpfungen" und die weiteren "Anmerkungen" werden durch die zusammengeführten "Hinweise zur Umsetzung" ersetzt.

In der Anlage 2 der SI-RL wurden die Dokumentationsziffern um Impfungen, die aufgrund einer beruflichen Indikation oder aufgrund eines beruflich oder durch eine Ausbildung bedingten Auslandsaufenthaltes durchgeführt werden, ergänzt. Die Ziffern werden später als kvn-interne GOP in die regionalen Impfvereinbarungen aufgenommen.

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

3.3. Umgang mit Überweisungen von Asylsuchenden in der Region Hannover und in der Landeshauptstadt Hannover

Aus gegebenem Anlass möchten wir Ihnen noch einmal das Verfahren darstellen, wenn bei einer Behandlung eines Asylsuchenden in der Region Hannover und in der Landeshauptstadt Hannover eine Überweisung erforderlich ist.

Zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung von Asylsuchenden hat die KVN mit der Region Hannover und der Landeshauptstadt Hannover entsprechende Verträge geschlossen. In diesen Verträgen ist auch das Überweisungsverfahren geregelt. Allerdings sind die Verfahren in den beiden Verträgen unterschiedlich geregelt.

Für Asylsuchende, die einen Arzt in der Region Hannover aufsuchen gilt, dass zur Weiterbehandlung oder Mitbehandlung durch einen Arzt einer anderen Gebietsbezeichnung innerhalb des genehmigten Behandlungszeitraumes eine Überweisung ausgestellt werden kann. Die Überweisung ist im Statusfeld des Personalienfeldes mit dem Zusatz „Asyl“ zu kennzeichnen. Ein weiterer Behandlungsausweis durch den Kostenträger ist nicht notwendig.

Für Asylsuchende, die einen Arzt in der Landeshauptstadt Hannover aufsuchen gilt, dass zur Weiterbehandlung oder Mitbehandlung durch einen Arzt einer anderen Gebietsbezeichnung keine Überweisung ausgestellt werden kann. Ein weiterer Behandlungsausweis durch den Kostenträger ist notwendig.

Die Verträge mit der Region Hannover und der Landeshauptstadt Hannover finden Sie im KVN-Portal in der Rubrik Verträge/Sozialhilfeträger.

Region Hannover

Nicht notwendig

Landeshauptstadt Hannover

Notwendig

3.4. Änderungen am Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) zum 1. Januar 2020

Die KBV und der GKV-Spitzenverband haben einige Änderungen am BMV-Ä vereinbart, die ab 1. Januar 2020 gelten. Nachstehend möchten wir Ihnen kurz die wesentlichen Änderungen darstellen:

Kern des Fachgebietes - Streichung des § 25 Absatz 4a BMV-Ä

Mit der Laborreform 2008 wurde § 25 Absatz 4a zum Kern des Fachgebietes in den BMV-Ä aufgenommen. Ziel war es, die Zuweisung von Laborleistungen an Nicht-Laborärzte mit Wirkung zum 1. Januar 2014 zu untersagen. Das Datum des Inkrafttretens wurde mehrfach verschoben - zuletzt bis zum 1. Januar 2020. Nach dem erfolgreichen Abschluss der Verhandlungen zur Qualitätssicherungsvereinbarung Spezial-Labor konnte nunmehr mit dem GKV-Spitzenverband auch die Streichung des § 25 Absatz 4a BMV-Ä mit Wirkung zum 1. Januar 2020 vereinbart werden. Darüber hinaus wurde die Protokollnotiz zu § 25 BMV-Ä angepasst

Aufnahme des biomarkerbasierten Testverfahren in § 25 Absatz 2 BMV-Ä

Die molekularbiologische Analyse erfolgt bei diesem Testverfahren ausschließlich am Firmenstandort des Herstellers in den USA. Aufgrund dieser Besonderheit wurde eine Konkretisierung im BMV-Ä für dieses Testverfahren erforderlich.

Überweisung von Laborleistungen (§ 24 Absatz 8 BMV-Ä)

Zukünftig sind auch die Leistungen der Abschnitte 11.4 (In-vitro-Diagnostik konstitutioneller genetischer Veränderungen) und 19.4 (In-vitro-Diagnostik tumorgenetischer Veränderungen) EBM mittels Muster 10 „Überweisungsschein für Laboratoriumsuntersuchungen als Auftragsleistung“ zu veranlassen. Dies gilt auch für die den humangenetischen Leistungen des Abschnitts 11.4 EBM entsprechenden Leistungen der Abschnitte 1.7 (Gesundheits- und Früherkennungsuntersuchungen, Mutterschaftsvorsorge, Empfängnisregelung und Schwangerschaftsabbruch) und 8.5 (Reproduktionsmedizin).

3.5. Anpassung des Musters 61 (Verordnung einer medizinischen Rehabilitation) zum 1. April 2020

Nach Überarbeitung der Rehabilitations-Richtlinie des G-BA aufgrund der Änderungen des Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG) ist das Muster 61 zur Verordnung von medizinischer Rehabilitation anzupassen. Hintergrund ist der geänderte Anspruch für pflegende Angehörige auf eine stationäre Rehabilitation und die Möglichkeit der Mitaufnahme der Pflegbedürftigen in die Reha-Einrichtung.

Die Änderungen stellen wir Ihnen nachfolgend im Detail vor.

Neues Feld für pflegende Angehörige auf dem Formular (Teil D; Abschnitt VI. C.)

Auf dem Formular gibt es künftig ein gesondertes Ankreuzfeld zur Kennzeichnung, dass es sich um eine Rehabilitation für eine pflegende Angehörige oder einen pflegenden Angehörigen handelt.

Ziel

Mittels Muster 10

Diese haben mit Inkrafttreten des PpSG einen Anspruch auf stationäre Rehabilitation, ohne zuvor ambulante Rehabilitationsleistungen in Anspruch genommen zu haben. In diesem Fall ist der Grundsatz „ambulant vor stationär“ ausnahmsweise nicht zu beachten.

Neue Felder für Mitaufnahme - Koordination der Versorgung Pflegebedürftiger (Teil D; Abschnitt VII.)

Pflegebedürftige haben seit dem PpSG einen Anspruch auf Mitaufnahme in dieselbe Einrichtung. Alternativ kann deren Versorgung während der Rehabilitation der oder des pflegenden Angehörigen auch in einer anderen Einrichtung (z. B. Kurzzeitpflege) erfolgen.

Die gewünschte Versorgung kann auf der Verordnung gekennzeichnet werden. Die Koordination der Versorgung erfolgt durch die Kranken- oder Pflegekasse auch dann, wenn die Mitaufnahme aus Sicht der Rehabilitationseinrichtung nicht ermöglicht werden kann.

Sofern medizinische Gründe gegen die Mitaufnahme der oder des Pflegebedürftigen in der Reha-Einrichtung sprechen, sind diese unter „Sonstiges“ darzulegen. Dies kann beispielsweise bei schweren Erschöpfungssyndromen oder depressiven Störungen der oder des pflegenden Angehörigen der Fall sein, bei denen eine räumliche/örtliche Distanzierung vom sozialen Umfeld für eine positive Rehabilitationsprognose notwendig erscheint.

Erschöpfungssyndrome

Rehabilitationsbegründende und weitere Diagnosen (Teil A und B; Abschnitt I. A.)

Zukünftig sollen die rehabilitationsbegründenden Diagnosen als „Funktionsdiagnosen“ angegeben werden. Durch die kompakte Beschreibung der aus dem Gesundheitsproblem resultierenden Beeinträchtigung wird das Ausmaß der Einschränkung körperlicher oder psychomentaler Funktionen deutlich.

Auf die Ankreuzfelder zur Seitenlokalisierung wurde verzichtet. Sofern die Angabe der Seitenlokalisierung notwendig ist, kann dies im Zusammenhang mit der Diagnose angegeben werden.

Angaben zur Rehabilitationsbedürftigkeit und zum Verlauf der Krankenbehandlung (Teil B; Abschnitt II. A und C)

Bei der Anamnese sollen zukünftig auch Angaben zu vorhergehenden Behandlungen in Krankenhäusern und Facharztpraxen gemacht werden, sofern diese für die Rehabilitation relevant sind.

Angaben zur Arzneimitteltherapie, die bisher unter der Rubrik der bisherigen ärztlichen und psychotherapeutischen Interventionen gemacht werden mussten, sind zukünftig nicht mehr auf dem Formular anzugeben.

Nicht nur vorübergehende Beeinträchtigungen der Aktivitäten/Teilhabe (Teil C; Abschnitt II. G)

In der Kategorien „Mobilität“ und „Selbstversorgung“ kann für jede Aktivität einzeln angekreuzt werden, wenn keine Beeinträchtigung besteht. Zudem besteht die Möglichkeit, ein übergeordnetes Kreuz zu setzen, falls keinerlei Beeinträchtigung vorliegt.

Lebensumstände/Kontextfaktoren (Teil C; Abschnitt II. H)

In diesem Abschnitt wurde die Überschrift redaktionell um den Begriff der „Lebensumstände“ ergänzt, um den Fokus der Kontextfaktoren hervorzuheben.

Kontextfaktoren stellen die gesamten Lebensumstände einer Person dar. Sie umfassen die für die Rehabilitation relevanten Einflüsse aus dem Lebenshintergrund der Person und deren Aktivitäten und Teilhabe im Sinne von Förderfaktoren oder Barrieren. Diese können sowohl in der Umwelt als auch der Person selbst begründet sein. Umwelt- und personenbezogene Faktoren tragen in jedem Einzelfall zum Verständnis der Auswirkungen eines Gesundheitsproblems bei.

Alle Hinweise zum korrekten Ausfüllen des neuen Vordrucks finden Sie ab 1. April 2020 in den Vordruckerläuterungen zum Vordruck 61 auf der Seite der KBV unter www.kbv.de/html/bundesmantelvertrag.php

Stichtagsregelung beachten

Bitte beachten Sie, dass ab 1. April 2020 ausschließlich die neuen Vordrucke zu verwenden sind. Alte Formulare dürfen nicht aufgebraucht werden.

Bitte bestellen Sie frühzeitig die neuen Vordrucke beim Paul Albrechts Verlag. Bestellungen für das neue Muster 61 können ab dem 2. März 2020 beim Paul Albrechts Verlag aufgegeben werden. Sollten Sie für die Zeit bis zum 1. April 2020 noch alte Muster 61 benötigen, vermerken Sie dies bitte unbedingt auf der Bestellung. Ab dem 16. März 2020 werden automatisch die neuen Vordrucke verschickt.

Das neue Formular 61 wird auch in den Praxisverwaltungssystemen hinterlegt sein.

3.6. Änderung der Anlage 27 zum Bundesmantelvertrag Ärzte (BMV-Ä)**Kooperations- und Koordinationsleistungen in Pflegeheimen**

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der GKV-Spitzenverband haben als Anlage 27 zum Bundesmantelvertrag Ärzte (BMV-Ä) eine Vereinbarung nach § 119b Abs. 2 SGB V zur Förderung der kooperativen und koordinierten ärztlichen und pflegerischen Versorgung in stationären Pflegeheimen abgeschlossen. Diese Vereinbarung legt die grundlegenden Anforderungen an eine kooperative und koordinierte ärztliche und pflegerische Versorgung von pflegebedürftigen Versicherten in stationären Pflegeeinrichtungen fest.

Zum 1. September 2019 wurde in § 8 dieser Vereinbarung gemäß § 119b Abs. 2a SGB V im Benehmen mit den Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene verbindliche Anforderungen für die Informations- und Kommunikationstechnik zum elektronischen Datenaustausch im Rahmen der Zusammenarbeit zwischen den stationären Pflegeeinrichtungen und geeigneten vertragsärztlichen Leistungserbringern nach § 119b Absatz 1 Satz 1 SGB V vereinbart.

Vereinbarung abgeschlossen

Anforderungen elektronischer Datenaustausch

Dementsprechend finden Sie auf unserer Internetseite www.kvn.de im Bereich Mitglieder/Anträge/Genehmigungspflichtige Leistungen die Anlage 27 BMV-Ä in der aktuellen Fassung sowie unseren angepassten Musterkooperationsvertrag.

Kontaktdaten

Simone Niedziella, Telefon 0511 380-3338, simone.niedziella@kvn.de

3.7. Notfallseminar am 15. Juli 2020 in Hannover

Aktuelle Informationen zur Notfallmedizin sowie ärztliche Maßnahmen und praktische Übungen erhalten Sie beim entsprechenden Seminar am 15. Juli 2020 in Hannover. Das Seminar findet in der Zeit von 16 bis 20 Uhr im Konferenzzentrum des KRH Klinikums Siloah statt. Sie erhalten fünf Fortbildungspunkte.

Weitere Informationen und die Anmeldung finden Sie auf unserer Internetseite (<https://www.kvn.de/Mitglieder/Fortbildung/Seminarangebot.html>) unter dem Stichwort „Notfallseminar“.

3.8. Lehrärztetag am 7. März 2020 in Oldenburg

Am Samstag, den 7. März 2020 von 9 bis 14:15 Uhr lädt die Abteilung Allgemeinmedizin der Universität Oldenburg zum Lehrärztetag ein.

An diesem Tag können sich interessierte Hausärztinnen und Hausärzte für die Tätigkeit als Lehrarzt schulen lassen, um zukünftig als Lehrpraxis Hospitationswochen für Oldenburger Medizinstudierende anbieten zu können. Außerdem kommen die bereits bestehenden Lehrärzte zusammen, um sich didaktisch fortzubilden.

Weitere Infos und Anmeldung unter: <https://uol.de/laet20> Bei Fragen können Sie sich gerne an allgemeinmedizin@uni-oldenburg.de wenden.

3.9. Save the Date: Sommerfest der KVN-Bezirksstelle Aurich am 10. Juni 2020

Wir laden Sie herzlich zum diesjährigen gemeinsamen Sommerfest der KVN-Bezirksstelle Aurich und der PVS Niedersachsen, Bezirksstelle Aurich, am 10. Juni 2020, 15 Uhr, ein.

Privatverrechnungsstelle der Ärzte in Niedersachsen, Bezirksstelle Aurich, Kornkamp 19, 26605 Aurich

Herr Dr. Berling, Stellvertretender Vorstandsvorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen, wird zu Gast sein. Wir freuen uns sehr, Sie an diesem Nachmittag begrüßen zu dürfen. Eine gesonderte Einladung mit der Post folgt.

Gerne können Sie sich schon jetzt telefonisch bei Frau Erdmann unter 04941 6008142, per Fax 0511 3804675 oder per E-Mail jutta.erdmann@kvn.de anmelden.

Ort

4. Veranstaltungen im März und April 2020

Hier bekommen Sie eine Übersicht über Seminare und Fortbildungen der KVN mit noch freien Plätzen im März und April 2020. 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:

www.kvn.de/Mitglieder/Fortbildung

Name	Ort	Datum	Gebühr p. P.
Qualitäts- und Praxismanagement			
Konfliktmanagement	Verden	04.Mär	50 Euro
PraxismanagerIn Refresherkurs (3-tägig)	Hannover	04.Mär	300 Euro
Umgang mit „herausfordernden“ Situationen	Oldenburg	11.Mär	80 Euro
Führungskunst - Sicher führen und überzeugen	Hannover	14.Mär	125 Euro
Praxisorganisation	Stade	11.Mär	50 Euro
Auf dem Weg zum Erfolgsteam	Oldenburg	18.Mär	125 Euro
Raus aus der Stressfalle für PraxismitarbeiterIn	Hannover	24.Mär	155 Euro
Personalführung für PraxismitarbeiterIn	Hannover	21.Apr	139 Euro
Kommunikationstraining für MFA Modul 2 - Telefontraining	Oldenburg	22.Apr	65 Euro
Qualitätszirkel - Was ist das überhaupt?	Braunschweig	22.Apr	kostenlos
Tatort: Wartezimmer	Hannover	25.Apr	128 Euro
Gewalt in der Arztpraxis / Deeskalation	Verden	29.Apr	50 Euro
Kommunikation und Interaktion	Hannover	29.Apr	125 Euro
Personalführung für Erstkräfte	Aurich	29.Apr	80 Euro
Praxisorganisation und Praxisführung	Hannover	29.Apr	89 Euro

Abrechnung und Verordnung			
Abrechnung aktuell	Aurich	04.Mär	kostenlos
Abrechnung aktuell	Aurich	11.Mär	kostenlos
Heilmittel - Informationsveranstaltung	Bremervörde	11.Mär	kostenlos
Heilmittelverordnung in Theorie und Praxis	Braunschweig	11.Mär	kostenlos
Abrechnung aktuell	Aurich	18.Mär	kostenlos
Abrechnung aktuell	Oldenburg	25.Mär	kostenlos
Abrechnung aktuell	Aurich	25.Mär	kostenlos
Heilmittel-Verordnungs-Dschungel	Oldenburg	26.Mär	kostenlos
Sprechstundenbedarf	Aurich	23.Apr	kostenlos
IGeLn in der Praxis	Cuxhaven	29.Apr	kostenlos
Medizinische und psychotherapeutische Themen			
Workshop Moderne Wundversorgung	Diepholz	11.Mär	kostenlos
Notfallseminar	Aurich	15.Apr	70 Euro
Moderne Wundversorgung	Lingen	22.Apr	kostenlos
Wirtschaftsseminare			
Existenzgründerseminar Modul I Meine eigene Praxis - Impulse für den Start	Braunschweig	18.Mär	kostenlos
Existenzgründerseminar Modul I Meine eigene Praxis - Impulse für den Start	Verden	21.Mär	kostenlos
Existenzgründerseminar Modul II Meine eigene Praxis - So gelingt der Start	Hannover	15.Apr	kostenlos
Praxisabgeberseminar Meine Zukunft planen - Impulse für die Praxisabgabe	Hildesheim	15.Apr	kostenlos
Existenzgründerseminar Modul II Meine eigene Praxis - So gelingt der Start	Verden	25.Apr	kostenlos

Verbindliche Anmeldung (*bitte vollständig ausfüllen*)

Fax an 0511 380-4620

für das Seminar

.....
(Titel des Seminars)

Datum des Seminars Anzahl Teilnehmer Person/en

Vor- und Nachname der Teilnehmer (*bitte deutlich in Druckbuchstaben schreiben*)

.....
.....

für das Seminar

.....
(Titel des Seminars)

Datum des Seminars Anzahl Teilnehmer Person/en

Vor- und Nachname der Teilnehmer (*bitte deutlich in Druckbuchstaben schreiben*)

.....
.....

.....
Vor- und Nachname des Rechnungsempfängers (auch bei kostenlosen Seminaren auszufüllen, Pflichtfeld)

.....
Anschrift (Straße, PLZ, Ort) des Rechnungsempfängers (auch bei kostenlosen Seminaren auszufüllen, Pflichtfeld)

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. Coronavirus - Verdachtsabklärung und Maßnahmen

5.2. Rezept-Info

5.3. Informationsschreiben

5.4. Sammelerklärung



2019-nCoV: Verdachtsabklärung und Maßnahmen

Orientierungshilfe für Ärztinnen und Ärzte

Breite Differentialdiagnose beachten

Verdachtsabklärung und Erstmaßnahmen

Akute respiratorische Symptomatik



Schutzkleidung: Schutzkittel, Handschuhe, Mund-Nasen-Schutz, ggf. Schutzbrille
Patient mit Mund-Nasen-Schutz sofern toleriert



Klinischer oder radiologischer Hinweis auf akute Infektion der unteren Atemwege



+ Aufenthalt im Risikogebiet
www.rki.de/ncov-risikogebiete
bis max. 14 Tage vor Erkrankungsbeginn



Akute respiratorische Symptomatik von beliebiger Schwere



+ Kontakt zu bestätigtem 2019-nCoV-Fall bis max. 14 Tage vor Erkrankungsbeginn



Hygiene

Patient in Isolierzimmer möglichst mit Vorraum/ Schleuse, sonst Einzelzimmer mit eigener Nasszelle
Schutzkleidung: Schutzkittel, Handschuhe, Schutzbrille, mindestens FFP2- Maske



Meldung

Meldung an zuständiges Gesundheitsamt
Gesundheitsamt via PLZ suchen: <https://tools.rki.de/PLZTool/>



Diagnostik

RT-PCR aus Sputum/ Trachealsekret/ BAL, zusätzlich aus Naso-/ Oropharynx-Abstrich
Serum-Asservierung bis AK-Nachweis verfügbar; nCoV-Ausschluß erst nach Labor-Rücksprache
Konsiliarlaboratorium für Coronaviren: Institut für Virologie der Charité Berlin

Positiver Befund

Negativer Befund

Diagnostik nicht durchführbar

Anhaltend hoher Verdacht auf 2019-nCoV Infektion

nein

ja

Positiver Befund

Diagnostik wiederholen

Negativer Befund

Bestätigter Fall

Ausgeschlossener Fall

Vorgehen im bestätigten Fall



Therapie

Supportive Maßnahmen entsprechend Schwere der Erkrankung
Beratung zu klinischen Fragen über das zuständige STAKOB- Behandlungszentrum
Kontakt unter www.rki.de/stakob



Hygiene

Patient in Isolierzimmer mit Vorraum/ Schleuse
Schutzkleidung: Schutzkittel, Handschuhe, Schutzbrille, mindestens FFP2- Maske

Folgemaßnahmen

Weitere Informationen: www.rki.de/ncov

Gemeinsame Arbeitsgruppe Arzneimittel

Kassenärztliche Vereinigung
Niedersachsen

Verbände der gesetzlichen
Krankenkassen in Niedersachsen



Rezeptinfo – Therapie bei Osteoporose

In Deutschland sind etwa 6,3 Millionen Menschen von einer Osteoporose betroffen und 52 % der Patienten erlitten innerhalb eines 4-jährigen Beobachtungszeitraums eine bis mehrere Frakturen.¹ Die Vermeidung von Stürzen und Frakturen ist daher das Ziel aller prophylaktischen und therapeutischen Maßnahmen, um die damit verbundene Lebensqualitätsminderung zu verhindern.

Generelle Empfehlungen für eine Osteoporose- und Frakturprophylaxe

Nicht beeinflussbare Faktoren, die eine Osteoporose begünstigen, sind ein erhöhtes Alter, weibliches Geschlecht und eine familiäre Disposition.

Zur Beeinflussung weiterer Risikofaktoren empfiehlt die DVO-Leitlinie 2017² neben der Förderung von Muskelkraft und Koordination die Einhaltung eines Body-Mass-Indexes (BMI) von 20-30 kg/m², die tägliche Zufuhr von 1000 mg Calcium, bei hohem Sturz- und/oder Frakturrisiko und geringer Sonnenlichtexposition die Gabe von 800-1000 I.E. Vitamin D3 täglich (Kontraindikationen beachten) sowie Nikotinverzicht.

Medikamentöse Therapie

Eine medikamentöse Osteoporose-Therapie sollte in Abhängigkeit vom T-Score je nach Risikoprofil gemäß Geschlecht, Lebensalter, DXA-Knochendichte und weiteren Risikofaktoren durchgeführt werden. Bei bestehender Glucocorticoid-Therapie, Diabetes mellitus Typ 1 oder vorangegangenen Knochenbrüchen kann eine Arzneimitteltherapie bereits früher indiziert sein:

- antiresorptiv wirkende Substanzen hemmen den Abbau des Knochens (Bisphosphonate, SERMs, Denosumab, Östrogene)
- osteoanabole Substanzen fördern den Knochenaufbau (Teriparatid, Parathormon, Fluoride)

Welche Empfehlungen gibt der KBV-Medikationskatalog?³

Der KBV-Medikationskatalog unterscheidet Standard- und Reservewirkstoffe (hoher oder mittlerer Evidenzgrad) von nachrangig zu verordnenden Wirkstoffen (niedriger Evidenzgrad, s. Tabelle).

Nach DVO-Leitlinie ist die fraktursenkende Wirkung bei postmenopausalen Frauen für die Bisphosphonate Alendronat, Risedronat und Zoledronat sowie für den monoklonalen Antikörper Denosumab mit Evidenzgrad A sicher belegt.² Diese Wirkstoffe zählt der KBV-Medikationskatalog neben einer Basistherapie mit Calcium und Vitamin D3 und Teriparatid zu den Standard- und Reservewirkstoffen.

Für Teriparatid stehen Biosimilars zur Verfügung, die gegenüber dem Original Forsteo® eine Preisersparnis von etwa 24 % aufweisen (Movymia®, Terrosa®).

Stand: 01/2020

¹ Hadji P, Klein S, Gothe H et al. The epidemiology of osteoporosis – Bone Evaluation Study (BEST): an analysis of routine health insurance data. Dtsch Arztebl Int. 2013 Jan; 110(4):52-7.

² Prophylaxe, Diagnostik und Therapie der Osteoporose bei postmenopausalen Frauen und bei Männern. S3-Leitlinie des Dachverbands der Deutschsprachigen Wissenschaftlichen Osteologischen Gesellschaften e.V. 2017. Verfügbar unter: http://www.dv-osteologie.org/dvo_leitlinien/dvo-leitlinie-2017 (letzter Zugriff am 10.01.2020)

³ Medikationskatalog der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, verfügbar unter: <http://www.kbv.de/html/medikationskatalog.php> (letzter Zugriff 10.01.2020)

Nach wie vor sollten aus Wirtschaftlichkeitsgründen vorrangig die kostengünstigen Generika der Bisphosphonate verordnet werden. Denosumab oder Teriparatid können demnach in Einzelfällen bei Unverträglichkeit von Bisphosphonaten als Mittel der Reserve eingesetzt werden.⁴ Zudem wies eine aktuelle Studie auf ein erhöhtes Risiko von Wirbelkörperfrakturen nach Absetzen von Denosumab hin.⁵

Eine Überprüfung der medikamentösen Osteoporosetherapie sollte anfänglich alle 3-6 Monate auf Verträglichkeit und Adhärenz sowie regelmäßig auf Kontraindikationen stattfinden.²

Tabelle: Wirkstoffempfehlungen des KBV-Medikationskatalogs zur Indikation Osteoporose

Standardwirkstoffe	Reservewirkstoffe
<ul style="list-style-type: none"> • Alendronat • Risedronat • Basistherapie: Calcium, Vitamin D3 	<ul style="list-style-type: none"> • Zoledronat • Denosumab • Teriparatid
Nachrangig zu verordnende Wirkstoffe	
<ul style="list-style-type: none"> • Etidronat • Ibandronat • Östrogene** 	<ul style="list-style-type: none"> • Raloxifen • Strontiumranelat* • Alfacalcidol • Fluoride

* seit August 2017 außer Vertrieb

** Hinweis auf Zulassungseinschränkungen

⁴ Kassenärztliche Bundesvereinigung, Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (2018). Wirkstoff AKTUELL Denosumab 06/2018, verfügbar unter: https://www.kbv.de/media/sp/Wirkstoff_AKTUELL_Denosumab.pdf (letzter Zugriff: 10.01.2020)

⁵ arznei-telegramm: Nochmals - multiple Wirbelkörperfrakturen nach Absetzen von Denosumab (Prolia). a-t 2017; 48(5): 47-48

Patienteninformation Osteoporose

Die Kassenärztliche Vereinigung und die Verbände der Krankenkassen in Niedersachsen



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Osteoporose zählt laut der Weltgesundheitsorganisation WHO zu den zehn weltweit bedeutendsten Krankheiten. Die Folgen des Knochenschwunds sind Stürze und Knochenbrüche, vor allem an typischen Stellen wie Hüfte, Wirbelsäule oder Unterarm.



Der Knochen befindet sich in einem ständigen Umbau, die Knochensubstanz wird dabei von speziellen Knochenzellen auf- und abgebaut. Vitamin D und Calcium sind hierfür sehr wichtig, aber auch verschiedene Hormone regulieren die Aktivität der Knochenzellen. Wird mehr Knochensubstanz ab- als aufgebaut, entsteht Osteoporose: der Knochen wird porös und bricht schneller.



Einige Risikofaktoren wie weibliches Geschlecht, ein höheres Alter oder eine familiäre Veranlagung können nicht beeinflusst werden. Sie wollen etwas Gutes für Ihre Knochen tun? Dann beachten Sie diese Hinweise:



- Bleiben Sie in Bewegung! Leichte Gymnastik, Radfahren, Nordic Walking oder Langlauf aktivieren die Knochenzellen.
- Durch regelmäßiges Spaziergehen an der frischen Luft (auch bei bewölktem Wetter) wird die Vitamin-D-Produktion gefördert.
- Ernähren Sie sich ausgewogen und mit calciumreichen Lebensmitteln (Milchprodukte) und grünem Gemüse (Brokkoli, Kohl).
- Achten Sie auf eine ausreichende Trinkmenge, vor allem calciumreiche Mineralwässer.
- Vermeiden Sie übermäßige Mengen an Alkohol und Coffein.
- Verzichten Sie auf Tabak.



Für eine erfolgreiche Arzneimitteltherapie beachten Sie bitte, dass Sie die Medikamente regelmäßig einnehmen. Bevor Sie eine Änderung der Dosis vornehmen oder das Medikament absetzen, sprechen Sie bitte zunächst mit Ihrem behandelnden Arzt.



Praxisstempel

Gemeinsame Arbeitsgruppe Arzneimittel

Kassenärztliche Vereinigung
Niedersachsen



KVN
Kassenärztliche Vereinigung
Niedersachsen

Verbände der gesetzlichen
Krankenkassen in Niedersachsen



Rezept-Info – Kurzinformation zur Therapie der Osteoporose

- beeinflussbare Risikofaktoren können durch die Förderung der Muskelkraft und Koordination, die Einhaltung eines BMI von 20-30 kg/m² sowie Nikotinabstinenz minimiert werden
- die tägliche Zufuhr von 1000 mg Calcium und gegebenenfalls 800 – 1000 I.E. Vitamin D3 wird als Basistherapie empfohlen und ist bei einer antiresorptiven medikamentösen Osteoporose-Therapie (u.a. Bisphosphonate) sicherzustellen
- die Gabe von Bisphosphonaten ist mit Evidenzgrad A belegt, Alendronat, Risedronat und Zoledronat zählen hierbei positiv bei der Quote des KBV-Medikationskatalogs

Gemeinsame Arbeitsgruppe Arzneimittel

Kassenärztliche Vereinigung
Niedersachsen

Verbände der gesetzlichen
Krankenkassen in Niedersachsen



Chronisch entzündliche Darmerkrankungen

Unter die chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen (CED) werden die beiden Hauptformen Morbus Crohn (MC) und Colitis ulcerosa (CU) zusammengefasst. Die Prävalenz für Morbus Crohn liegt in Europa bei 1/310, für Colitis ulcerosa bei 1/198.¹

Neben der konventionellen Therapie stehen seit einigen Jahren auch Biologika zur Behandlung der CED zur Verfügung. Für zwei der sechs biologischen Wirkstoffe hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) eine frühe Nutzenbewertung durchgeführt.

Colitis ulcerosa

Der Einsatz von Biologika bei CU erfolgt nach der aktuellen Leitlinie als stufenweise remissionserhaltende Therapieeskalation. Biologika können alternativ zu einer Dosiserhöhung und einer Kombinationstherapie aus oral/rektaler Anwendung von Aminosalicylaten angewendet werden, wenn nach erfolgreicher Schubtherapie eine remissionserhaltende Therapie mit Mesalazin oder alternativ Sulfasalazin nicht ausreichend ist.² Empfohlen wird der Einsatz der TNF-alpha-Blocker Infliximab, Adalimumab und Golimumab oder des Integrin-Antagonisten Vedolizumab. Die Anwendung von Ciclosporin oder Tacrolimus bei steroidrefraktären Verlaufsformen stellt einen Off-Label-Use dar. Stellen Sie vor Verordnung außerhalb der Zulassung einen Antrag auf Kostenübernahme bei der Krankenkasse.

Morbus Crohn

Die deutsche Leitlinie zur Diagnostik und Therapie des Morbus Crohn wird derzeit überarbeitet. Die europäische Leitlinie sieht zur Remissionserhaltung vor allem Azathioprin und 6-Mercaptopurin oder gegebenenfalls Methotrexat vor sowie TNF-alpha-Blocker (z.B. Infliximab) oder Vedolizumab.³

Die Anwendung der TNF-alpha-Inhibitoren erfolgt bei beiden Erkrankungen als Zweitlinientherapie nach unzureichendem Ansprechen, Unverträglichkeit oder Kontraindikationen für konventionelle Therapien.⁴ Vedolizumab ist nach Versagen konventioneller Therapien oder der Therapie mit TNF-alpha-Inhibitoren zugelassen.

Die nachfolgende Tabelle gibt eine Preisübersicht über die biologischen Arzneimittel zur Behandlung von Morbus Crohn und Colitis Ulcerosa und deren frühe Nutzenbewertung durch den G-BA.

Stand: 1/2020

¹ Molodecky NA, Soon IS, Rabi DM, et al.: Increasing incidence and prevalence of the inflammatory bowel diseases with time, based on systematic review. *Gastroenterology* 2012; 142: 46–54

² Kucharzik T et al. Aktualisierte S3-Leitlinie Colitis ulcerosa der Deutschen Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS), *Z Gastroenterol* 2018; 56: 1087–1169

³ Gomollón F. 3rd European Evidence-based Consensus on the Diagnosis and Management of Crohn's Disease 2016: Part 1: Diagnosis and Medical Management. *Journal of Crohn's and Colitis*, 2017, 3–25

⁴ Die Indikationsgebiete in den jeweiligen Fachinformationen sind zu beachten.

Übersicht über Beschlüsse des G-BA zur frühen Nutzenbewertung⁵ von biologischen Arzneimitteln zur Behandlung der chronisch entzündlichen Darmerkrankungen

Wirkstoff	Handelsname	Anwendungsgebiet	Ergebnis der frühen Nutzenbewertung	Kosten pro Jahr ⁶
	Amgevita®		Ohne Nutzenbewertung	11.467,47 €
	Hulio®		Ohne Nutzenbewertung	11.467,47 €
Adalimumab	Humira®	Colitis ulcerosa, Morbus Crohn	Ohne Nutzenbewertung	21.761,87€
	Hyrimoz®		Ohne Nutzenbewertung	11.467,34€
	Idacio®		Ohne Nutzenbewertung	11.466,22€
	Imraldi®		Ohne Nutzenbewertung	11.467,47€
Golimumab	Simponi®	Colitis ulcerosa	Ohne Nutzenbewertung	26.181,48 €
Infliximab	Flixabi®			14.576,59 € ⁷
	Inflectra®			18.223,30 € ⁷
	Remicade®	Colitis ulcerosa, Morbus Crohn	Ohne Nutzenbewertung	18.969,91 € ⁷
	Remsima®			18.223,30 € ⁷
	Zessly®			18.969,91 € ⁷
Tofacitinib	Xeljanz®	Colitis ulcerosa	Zusatznutzen nicht belegt	13.215,49 €
Ustekinumab	Stelara®	Colitis ulcerosa, Morbus Crohn	Ohne Nutzenbewertung	21.198,32 €
Vedolizumab	Entyvio®	Colitis ulcerosa, Morbus Crohn	Zusatznutzen nicht belegt	15.528,31 €

⁵ Ausführliche Informationen finden Sie unter www.g-ba.de

⁶ Erhaltungsdosis. Preisstand Lauer Taxe 15.01.2020 (Kostenberechnung anhand des Original-Präparates, Dosierung gemäß aktueller Fachinformation; gesetzliche Pflichttarif der Apotheken und der pharmazeutischen Unternehmen wurden berücksichtigt, jeweils Erhaltungstherapie)

⁷ bei Körpergewicht 76,5 kg und 5 mg/kg



KVN

Kassenärztliche Vereinigung
Niedersachsen

Informationen für die Praxis

KVN-Rundschreiben

Januar 2020

Inhaltsverzeichnis

1. Abrechnung	3
1.1. Korrekte Abrechnung der Kopierkosten nach der GOP 40144.....	3
1.2. Männerbehandlung durch den Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe.....	3
1.3. Bewertungsausschuss beschließt Anpassungen im EBM zum organisierten Programm zur Früherkennung von Zervixkarzinom zum 1. Januar 2020	4
1.4. Weitere Änderungen des EBM zum 1. Januar 2020 beschlossen.....	7
1.5. Änderung zur Telefon- bzw. Telefaxliste im Abrechnungszentrum sowie Hinweise zur Quartalsabrechnung (Flyer)	10
2. Verordnungen	10
2.1. Arzneimittelzielvereinbarung 2020	10
2.2. Gemeinsame Arbeitsgruppe Arzneimittel - Informationsschreiben zum Thema „Fluorchinolone“11	
2.3. Änderung der Heilmittel-Richtlinie - Lipödem als Indikation für Manuelle Lymphdrainage aufgenommen.....	11
3. Allgemeine Hinweise	12
3.1. BARMER: Optimierung der medikamentösen Versorgung bei Psoriasis	12
3.2. Fachseminar II für die Fachkraft in der kurativen Mammographie.....	12
3.3. Fortbildungskurs Kurative Mammographie nach der Mammographie-Vereinbarung („Befundungstraining“)	13
3.4. Änderung der Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 BMV-Ä) zum 1. Januar 2020	13
3.5. „Starke Kids“ Präventionsangebot für Kinder U10/ U11: Neu für Continentale BKK	14

3.6.	Nachweis der jährlichen Fortbildungspflicht aus Sonderverträgen - Fortbildungspflicht des Jahres 2019.....	14
4.	Veranstaltungen im Februar und März 2020.....	15
5.	Anlagenverzeichnis.....	19
5.1.	Telefonliste	19
5.2.	Info-Schreiben „Fluorchinolone“	19
5.3.	Fachseminar Mammographie	19
5.4.	Fortbildungskurs Kurative Mammographie.....	19

1. Abrechnung

1.1. Korrekte Abrechnung der Kopierkosten nach der GOP 40144

Aufgrund von Prüfanträgen und Prüfverfahren möchten wir Sie über die korrekte Abrechnung der GOP 40144 (Kostenpauschale für fotokopierte oder mit EDV reproduzierte Befundmitteilungen, Berichte, Arztbriefe und andere patientenbezogene Unterlagen ausschließlich für den mit- oder weiterbehandelnden Arzt oder den Arzt des Krankenhauses) informieren. Praxen können die mit Kopierer oder EDV reproduzierten Berichte / Befunde nach der GOP 40144 abrechnen, wenn sie die Kopien im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung für den mit- oder weiterbehandelnden oder konsiliarisch tätigen Arzt oder den Arzt des Krankenhauses zur Verfügung gestellt haben. Die GOP 40144 ist je Seite berechnungsfähig und mit 13 Cent bewertet und wird außerhalb des Regelleistungsvolumens bezahlt. Werden die Kopien gefaxt oder gemailt, kann zusätzlich die GOP 40120 berechnet werden, aber nur einmal - auch bei mehreren Seiten. Bei Postversand kommen die Pauschalen nach den GOP 40120 bis 40126 je nach Umfang zum Ansatz.

Nicht berechnungsfähig ist die GOP 40144 in folgenden Fällen

- Für Fotokopien, die für den MDK der Krankenkassen, Gesundheitsämter, Betriebsärzte, Unfall- oder Rentenversicherungsträger angefertigt werden,
- Für Fotokopien von Befunden, die auf Wunsch dem Patienten ausgehändigt werden,
- Anfertigung von Kopien für die eigene Patientenakte

1.2. Männerbehandlung durch den Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Aufgrund von Abrechnungsauffälligkeiten möchten wir darauf hinweisen, dass der Weiterbildungsausschuss der Ärztekammer Niedersachsen mehrmals festgestellt hat, dass die Männerbehandlung für den Facharzt für Frauenheilkunde grundsätzlich fachfremd ist. Dies gilt auch für Familienangehörige, Praxismitarbeiter sowie für Familienangehörige von Praxismitarbeiter/innen. Auch die Partnerbehandlung im Rahmen von Genitalinfektionen ist für den Facharzt für Frauenheilkunde fachfremd.

Möglich ist die Männerbehandlung durch den Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe in folgenden Fällen:

- Leistungen im organisierten Bereitschaftsdienst bzw. bei klassischen Notfällen,
- Schutzimpfungen,
- Leistungen im Rahmen der Sterilitätsbehandlung ausschließlich durch den Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit der Weiterbildung "Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin",
- die Behandlung von Partnerschaftskonflikten, die die Einbindung des Partners zwingend erforderlich macht,

Behandlung möglich

- die Behandlung rezidivierend auftretender Pilzinfektionen und
- Diagnostik/Therapie des Mammakarzinoms.

Bitte beachten Sie zwingend die genannten Ausnahmeindikationen, da ansonsten zukünftig mit entsprechenden Prüfverfahren zu rechnen sein wird.

1.3. Bewertungsausschuss beschließt Anpassungen im EBM zum organisierten Programm zur Früherkennung von Zervixkarzinom zum 1. Januar 2020

Der Bewertungsausschuss hat leider erst am 11. Dezember 2019 einen Beschluss zur Anpassung des EBM im Rahmen der Früherkennung von Zervixkarzinomen gefasst. Nachfolgend möchten wir Sie über die Details informieren.

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat am 22. November 2018 eine Änderung der Krebsfrüherkennungsrichtlinie (KFE-RL) und eine Änderung der Richtlinie für organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme (oKFE-RL) beschlossen.

Aufgrund der Richtlinienänderung besteht Anpassungsbedarf im EBM mit Wirkung zum 1. Januar 2020. Demnach können Frauen ab dem Alter von 20 Jahren weiterhin jährlich die klinische gynäkologische Untersuchung in Anspruch nehmen. Im organisierten Programm haben Frauen im Alter von 20 bis 34 Jahren zudem wie bisher Anspruch auf eine jährliche zytologische Untersuchung und ab 35 Jahren erfolgt dann alle drei Jahre das kombinierte Screening aus zytologischer Untersuchung und HPV-Test.

Abschnitt 1, Punkt 7.3 EBM neu gefasst

- die Früherkennung von Brustkrebs durch Mammographie-Screening und die dazugehörigen Gebührenordnungspositionen (GOP) werden in einen neuen Unterabschnitt 1.7.3.1 überführt.
- der neue Unterabschnitt 1.7.3.2 beinhaltet die Früherkennung von Krebserkrankungen bei Frauen gemäß Abschnitt B der KFE-Richtlinie und der oKFE-Richtlinie: III. Besonderer Teil - Programm zur Früherkennung des Zervixkarzinoms.

Für die Leistungen gemäß Abschnitt B II §§ 6 und 8 der KFE-Richtlinie, die nicht im organisierten Programm (oKFE) stattfinden, wird die GOP 01760 in den EBM aufgenommen. Bei einer kurativen Indikation sind daneben die GOP 01826 bzw. 19310 ff. berechnungsfähig.

Leistungen des Primärscreenings

In den Unterabschnitt 1.7.3.2.1 werden die Leistungen des Primärscreenings aufgenommen. Diese beinhalten die ärztlichen Leistungen (Untersuchungen und Abstrichentnahme) und die zytologischen und laborärztlichen Leistungen. Die neue GOP 01761 beinhaltet die klinische Untersuchung im Rahmen des Primärscreenings. Die ärztliche zytologische Untersuchung im Primärscreening ist in der GOP 01762 abgebildet. Mit diesem Beschluss konnte auch erreicht werden, dass durch die

Hintergrund

Anpassungen im EBM

Aufnahme einer ersten Anmerkung Folgendes eindeutig als Bestandteil der zytologischen Leistung ausgewiesen wird: Die Zuordnung der Kosten für Objektträger und Fixierlösung bei der Durchführung nach Papanicolaou oder das Probengefäß bei Durchführung als Dünnschichtverfahren. Mit der dritten Anmerkung wird sichergestellt, dass bei Durchführung der zytologischen Untersuchung nach der GOP 01762 im Rahmen der Früherkennung keine weiteren GOP des Kapitels 19 sowie der Abschnitte 32.3.8 bis 32.3.12 neben der zytologischen Leistung berechnungsfähig sind. Der HPV-Test im Primärscreening nach der GOP 01763 enthält den Nachweis der High-Risk-HPV-Typen sowie bei positivem Befund Genotypisierung auf die besonderen cancerogenen Typen 16 und 18.

Die ärztliche Leistung bei Durchführung des HPV-Tests wird über die GOP 01700 oder 01701 vergütet.

Leistungen der Abklärungsdiagnostik

Im Unterabschnitt 1.7.3.2.2 werden ärztliche, und zytologische und laborärztliche Leistungen der Abklärungsdiagnostik in den EBM aufgenommen. Die ärztlichen Leistungen sind die GOP 01764 für die Abklärungsdiagnostik mit Abstrichentnahme und die GOP 01765 für die Abklärungskolposkopien zur Abklärung auffälliger Befunde. Die GOP 01765 ist nur von Fachärzten im Gebiet der Frauenheilkunde und Geburtshilfe berechnungsfähig, die eine Genehmigung nach der Qualitätssicherungsvereinbarung Abklärungskolposkopie besitzen.

Im Zusammenhang mit der Abklärungsdiagnostik werden für die zytologische Untersuchung die GOP 01766, für den HPV-Test die GOP 01767 und für die histologische Untersuchung die GOP 01768 in den Abschnitt 1.7.3.2.2 EBM aufgenommen. Die zytologische Abklärung umfasst neben der zytologischen Untersuchung nach Papanicolaou fakultativ auch erforderliche weiterführende immunhistochemische Untersuchungen. Die Bewertung der GOP 01766 berücksichtigt den erhöhten ärztlichen Zeitbedarf der Befundung sowie die fakultativen Leistungsinhalte ebenfalls einschließlich des Dünnschichtverfahrens. Der HPV-Test wurde für die Abklärungsdiagnostik als GOP 01767 gespiegelt und entspricht dem Aufwand der präventiven Untersuchung des Abschnitts 1.7.3.2.1.

Die GOP 01768 für die Histologie der Abklärungskolposkopie vergütet die histologische Untersuchung und enthält als fakultativen Leistungsinhalt immunhistochemische Färbungen nach dem GOP 19320 - 19322. Die Leistung selbst ist je Material berechnungsfähig.

Die Vergütung der Leistungen des Abschnitts 1.7.3.2.1 EBM erfolgt außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung, die Leistungen des Abschnitts 1.7.3.2.2 werden zunächst für fünf Jahre ebenfalls außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung finanziert. Da die Aufnahme der Leistungen im Abschnitt 1.7.3.2.2 des EBM zur Einsparung bei anderen GOP führt, ist die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung basiswirksam abzusenken.

Die neuen GOP im Rahmen der Früherkennung von Zervixkarzinomen und deren Bewertung sind nachfolgend tabellarisch zusammengefasst:

Neue GOP

GOP	Kurzlegende	Bewertung ab 01.01.2020 in Punkten	Bewertung ab 01.10.2020 in Punkten	Bewertung ab 01.01.2021 in Punkten	Bewertung ab 01.10.2021 in Punkten
-----	-------------	---	---	---	---

Abschnitt 1.7.3.2 Früherkennung von Krebserkrankungen der Brust und des Genitales, organisiertes Programm zur Früherkennung des Zervixkarzinoms

01760	Krebsfrüherkennung bei der Frau gem. Abschnitt B. II. §§ 6 und 8 KFE-RL ab 35 Jahren ohne Zytologie (jährlich)	159			
-------	--	-----	--	--	--

Abschnitt 1.7.3.2.1 Primärscreening zur Früherkennung des Zervixkarzinoms gemäß Teil III. C. § 6 der Richtlinie für organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme (oKFE-RL)

01761	Krebsfrüherkennung bei der Frau gem. Teil III. C. § 6 oKFE-RL für Frauen 20-34 Jahre mit Zytologie jährlich oder ab 35 Jahren mit Zytologie/HPV (alle 3 Jahre)	179	216		215
01762	Zytologische Untersuchung gemäß Teil III. C. § 6 der oKFE-RL	81	82	81	
01763	HPV-Test gemäß Teil III. C. § 6 der oKFE-RL	171			

Abschnitt 1.7.3.2.2 Abklärungsdiagnostik zur Früherkennung des Zervixkarzinoms gemäß Teil III. C. § 7 der Richtlinie für organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme (oKFE-RL)

01764	Abklärungsdiagnostik gemäß Teil III. C. § 7 oKFE-RL	67	93		
01765	Abklärungskolposkopie gemäß Teil III. C. §§ 7 und 8 oKFE-RL	658	729		728
01766	Zytologische Untersuchung gemäß Teil III. C. § 7 mittels Zytologie der oKFE-RL	288			
01767	HPV-Test gemäß Teil III. C. § 7 der oKFE-RL	171			
01768	Histologie bei Abklärungskolposkopie gemäß Teil III. C. § 7 der oKFE-RL	248			

Anpassungen der Bewertungen aufgrund der Aussetzung der elektronischen Dokumentation

Aufgrund der Aussetzung der Dokumentationsverpflichtungen im Rahmen der Programmevaluation nach der oKFE-RL sind die Leistungen der Unterabschnitte 1.7.3.2.1 und 1.7.3.2.2 bis auf weiteres auch bei fehlender elektronischer Dokumentation berechnungsfähig. Mit einer dreimonatigen Vorlaufzeit wird der Gemeinsame Bundesausschuss die Aufnahme der Dokumentationsverpflichtungen voraussichtlich Mitte bis Ende 2020 beschließen.

Als Folge der Anpassungen in den präventiven Leistungen zur Zervix-Zytologie wird die kurative GOP 19311 Urin- und Zervix-Zytologie gestrichen und die Leistungen getrennt als GOP 19318 Zervix-Zytologie und als GOP 19319 Urin-Zytologie weitergeführt.

Die kurativen GOP 32819 und 32820 zum Nachweis der High-Risk-Humanen-Papillom-Viren wurden mit dem vorliegenden Beschluss zusammengeführt und die Formulierung dem präventiven HPV-Nachweis angepasst. Die GOP 32820 wird gestrichen.

Aufgrund der erfolgten Anpassungen der Früherkennung von Krebserkrankungen bei Frauen entfallen die Leistungen nach der GOP 01730 und 01733 im Abschnitt 1.7.2.

Der komplette Beschluss wird auf der Seite des Instituts des Bewertungsausschusses veröffentlicht und ist unter <http://institut-ba.de/ba/beschluesse.html> einsehbar.

1.4. Weitere Änderungen des EBM zum 1. Januar 2020 beschlossen

Der Bewertungsausschuss hat in seiner Sitzung am 11. Dezember 2019 weitere Änderungen des EBM zum 1. Januar 2020 beschlossen. Nachfolgend möchten wir Ihnen die Änderungen kurz vorstellen:

- Liposuktion beim Lipödem Stadium III
- Biomarkerbasierte Tests beim primären Mammakarzinom
- Medikament Lynparza
- Die bisher geltende Aufschlagsregelung für die Versicherten- bzw. Grundpauschalen für die Durchführung von Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern aufgrund einer TSS Terminvermittlung wird aufgehoben und durch eine angepasste Regelung ersetzt.
- In den EBM aufgenommen werden Zuschläge für die Behandlung aufgrund einer TSS Terminvermittlung für ermächtigte Ärzte ohne vollen Ermächtigungsumfang.

Verfahren der Liposuktion bei Lipödem im Stadium III

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat beschlossen, die Nummer 32 "Liposuktion bei Lipödem im Stadium III" in die Anlage 1 der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung aufzunehmen. Die Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses wurden durch die Aufnahme der Tumeszenzlokalanästhesie durch den Operateur als ambulante Leistung im Kapitel 31 (GOP 31802) und als belegärztliche Leistung im Kapitel 36 (GOP 36802) sowie durch die Aufnahme der operativen Eingriffe gem. OPS-Codes 5-911.17, 5-911.18, 5-911.1e und 5-911.1f über den Anhang 2 zum EBM als ambulanter Eingriff in Kapitel 31 (GOP 31096) sowie 31097) und belegärztlicher Eingriff in Kapitel 36 (36096 sowie 36097) umgesetzt. Entsprechend der EBM-Systematik wurde in Kapitel 31 die Gebührenordnungsposition 31098 als Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 31096 bei Simultaneingriffen sowie zur Gebührenordnungsposition 31097 sowie in Kapitel 36 die Gebührenordnungsposition 36098 als Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 36096 bei

Änderungen zum
1. Januar 2020

Simultaneingriffen sowie zur Gebührenordnungsposition 36097 aufgenommen.

Die Abbildung der Sachkosten für die Absaugkanülen erfolgt über die Kostenpauschale nach der Gebührenordnungsposition 40165 und erfolgt außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung.

Biomarkerbasierte Tests beim primären Mammakarzinom

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat die Aufnahme einer neuen Nummer 30 "Biomarkerbasierte Tests beim primären Mammakarzinom" in die Anlage 1 "Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden" der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung beschlossen.

Daraufhin wurden die Gebührenordnungspositionen 08347 und 13507 mit jeweils 65 Punkten in die Abschnitte 8.3 und 13.3.4 des EBM zur Erörterung der Besonderheiten des Biomarkerbasierten Tests beim primären Mammakarzinom aufgenommen. Sie sind je vollendete fünf Minuten berechnungsfähig und sind höchstens 5 x im Krankheitsfall berechnungsfähig.

Darüber hinaus wird ein neuer Abschnitt 19.4.5 "Biomarkerbasierte Testverfahren" mit den entsprechenden in-vitro-diagnostischen Leistungen nach den GOP 19501 (552 Punkte) und 19502 in den EBM aufgenommen. Zur Abbildung des besonders aufwändigen Testverfahrens mit einem hohen Sachkostenanteil hat der Bewertungsausschuss für die Gebührenordnungsposition 19502 eine Bewertung in Euro vereinbart (3.296,50 Euro).

Die Vergütung der Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen 08347, 13507, 19501 und 19502 erfolgt außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen.

Vergütung

In-vitro-Diagnostik hereditärer Veränderungen zur Indikationsstellung einer pharmakologischen Therapie

Lynparza® ist bei positivem Nachweis von BRCA1/2-Mutationen in der Keimbahn als Monotherapie zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit einem lokal fortgeschrittenen oder metastasierten Mammakarzinom, einem platin-sensitiven, fortgeschrittenen oder rezidivierten oder progressiven high-grade epitheliale Ovarialkarzinom, Eileiterkarzinom oder primärem Peritonealkarzinom indiziert. Zur Feststellung der Anwendungsvoraussetzung ist eine Untersuchung auf BRCA1/2 Mutationen auch außerhalb der bereits im EBM enthaltenen Indikation nach der Gebührenordnungsposition 11440 Hereditäres Mamma- und Ovarialkarzinom (HBOC) erforderlich. Aus diesem Grund wird der Umfang der vertragsärztlichen Leistungen durch die Aufnahme der Gebührenordnungsposition 11601 (20570 Punkte) in einen neuen Unterabschnitt 11.4.5 In-vitro-Diagnostik hereditärer Veränderungen zur Indikationsstellung einer pharmakologischen Therapie erweitert.

Zudem wird die Legende der Gebührenordnungsposition 19456 entsprechend der Erweiterung des Anwendungsgebietes ergänzt.

Die Vergütung der Leistung nach der Gebührenordnungsposition 11601 erfolgt außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung.

Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern aufgrund einer TSS Terminvermittlung

Ab dem 1. Januar 2020 erhalten Ärzte eine Zusatzpauschale nach der GOP 01710 für Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern aufgrund einer TSS Terminvermittlung (ausgenommen Labor und die Untersuchung J1). Die neue Zusatzpauschale nach der GOP 01710 ist nur in Fällen berechnungsfähig, in denen am Behandlungstag ausschließlich Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern (nur Abschnitt 1.7.1; ausgenommen Laborleistungen und J1) durchgeführt werden und keine Versicherten- oder Grundpauschalen berechnet werden. Sofern nach der durch die TSS vermittelten Früherkennungsuntersuchungen kurative Behandlungen im gleichen Quartal erfolgen, wirkt sich dies jedoch nicht negativ auf die Berechnungsfähigkeit der Zusatzpauschale aus.

Die Zusatzpauschale ist einmal im Arztgruppenfall berechnungsfähig. Sie ist nicht berechnungsfähig, wenn der vermittelte Patient im selben Quartal in derselben Praxis bereits von einem Arzt der Arztgruppe, die die Früherkennungsuntersuchung durchführt, behandelt wurde.

Zu der neuen GOP 01710

Die jeweilige Höhe der Bewertung der GOP 01710 ist abhängig von der Anzahl der Kalendertage bis zum Tag der Behandlung:

- bis 8. Kalendertag: 114 Punkte = 01710 B
- 9. bis 14. Kalendertag: 68 Punkte = 01710 C
- 15. bis 35. Kalendertag: 45 Punkte = 01710 D

Abhängig von Kalendertagen

Zuschlagsregelungen für ermächtigte Ärzte, Institute und Krankenhäuser

Für die Behandlung von Patienten, die durch die TSS einen Termin erhalten, werden für ermächtigte Ärzte, Institute und Krankenhäuser, deren Ermächtigungsumfang nicht dem eines zugelassenen Vertragsarztes entsprechen, zum 1. Januar 2020 neue Zuschläge in den EBM aufgenommen:

GOP 01322 als Zuschlag zur Grundpauschale I für ermächtigte Ärzte, Institute und Krankenhäuser (GOP 01320)

GOP 01323 als Zuschlag zur Grundpauschale II für ermächtigte Ärzte, Institute und Krankenhäuser (GOP 01321)

Ärzte mit einer Ermächtigung, die der eines zugelassenen Vertragsarztes entspricht, berechnen anstelle der neuen GOP 01322 und 01323 die TSS Zuschläge für die Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschalen der arztgruppenspezifischen Kapitel.

Neue Zuschläge im EBM

Die kompletten Beschlüsse können Sie auf der Internetseite des Instituts des Bewertungsausschusses unter <http://Institut-ba./ba/Beschlu-esse.html> nachlesen.

1.5. Änderung zur Telefon- bzw. Telefaxliste im Abrechnungscenter sowie Hinweise zur Quartalsabrechnung (Flyer)

Die aktualisierte Übersicht der Telefon- und Telefaxliste mit Ansprechpartnern sowie den Flyer mit Hinweisen zur Quartalsabrechnung finden Sie unter https://www.kvn.de/Mitglieder/Abrechnung_+Honorar+und+Vertrag/Quartalsabrechnung.html. Die Telefonliste ist diesem Rundschreiben als Anlage beigefügt.

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

Anlage 5.1: Telefonliste

2. Verordnungen

2.1. Arzneimittelzielvereinbarung 2020

Wir möchten Sie gerne darüber informieren, dass die Verhandlungen zur Arzneimittelzielvereinbarung 2020 zwischen der KVN und den niedersächsischen Krankenkassen/-verbänden - vorbehaltlich des Abschlusses des Unterschriftenverfahrens - abgeschlossen sind. Hierzu wurden den jeweiligen niedersächsischen Vertragsärzten Mitte Dezember Informationsschreiben mit Quoteninformationen zugesendet.

Die stets aktuellen Quoteninformationen und Tischvorlagen zum Ablösepaket 2020 finden Sie im KVN-Portal unter Verordnungen/Arzneimittelzielvereinbarung/Informationen je Fach-/Vergleichsgruppe. Die Entscheidungsbäume und Appendizes für den KBV-Medikationskatalog finden Sie ebenfalls im Portal unter Verordnungen/Arzneimittelzielvereinbarung/Medikationskatalog.

Hintergrund: Im Jahr 2017 wurde die Richtgrößenprüfung durch die vorteilhaftere Durchschnittswertprüfung abgelöst. Zusätzlich wurden Wirtschaftlichkeitsziele (Arzneimittelquoten) vereinbart, durch deren Einhaltung eine Befreiung von einer eventuellen Durchschnittswertprüfung möglich ist.

Da diese Regelungen des Ablösepakets gute Chancen bieten, die Versorgung der Patienten ohne die Gefahr der Wirtschaftlichkeitsprüfung durchzuführen, wurden sie in den Verhandlungen mit den niedersächsischen Krankenkassen weiterentwickelt und werden auch in 2020 mit gleicher Grundsystematik fortgeführt.

Quoteninformationen

2.2. Gemeinsame Arbeitsgruppe Arzneimittel - Informationsschreiben zum Thema „Fluorchinolone“

Im Anhang finden Sie ein weiteres Informationsschreiben der AG GKV/KVN Arzneimittel zu dem Thema „Fluorchinolone sind Reserveantibiotika“. Darin wird insbesondere auf das erhöhte Nebenwirkungspotential, welches auch durch Rote-Hand-Briefe kommuniziert wurde, eingegangen.

Diese sowie alle weiteren Veröffentlichungen der AG GKV/KVN Arzneimittel finden Sie im Internet unter www.kvn.de/Mitglieder/Verordnungen/Arzneimittel/Veroeffentlichungen.

Anlage 5.2: Info-Schreiben „Fluorchinolone“

2.3. Änderung der Heilmittel-Richtlinie - Lipödem als Indikation für Manuelle Lymphdrainage aufgenommen

Mit Wirkung zum 1. Januar 2020 wird die Diagnose Lipödem auch ohne Vorliegen eines Lymphödems als Indikation für eine manuelle Lymphdrainage in die Heilmittel-Richtlinie aufgenommen. Bisher war die Verordnungsfähigkeit von Manueller Lymphdrainage bei Lipödem nur für Patienten möglich, bei denen zusätzlich ein Lymphödem diagnostiziert wurde.

Weiter haben sich die KBV und der GKV-Spitzenverband darauf verständigt, das Lipödem Stadium I bis III ab dem 1. Januar 2020 in die Diagnoseliste der besonderen Verordnungsbedarfe (Praxisbesonderheiten) aufzunehmen. Die Aufnahme erfolgt zunächst mit einer Befristung bis zum 31. Dezember 2025.

Die Diagnoseliste der besonderen Verordnungsbedarfe wird wie folgt geändert:

1. ICD-10	Diagnose	Physiotherapie	Hinweis/Spezifikation
Stoffwechselstörungen			
E88.20 E88.21 E88.22	Lipödem, Stadium I Lipödem, Stadium II Lipödem, Stadium III	LY2	nur im Zusammenhang mit komplexer physikalischer Entstauungstherapie (Manuelle Lymphdrainage, Kompressionstherapie, Übungsbehandlung/Bewegungstherapie und Hautpflege); es sind nicht immer alle Komponenten zeitgleich erforderlich befristet bis 31. Dezember 2025

Diagnoseliste

Die Änderung des Heilmittelkatalogs sowie die Ergänzung der Diagnosesliste wurden von der KBV in die Stammdatei für die Verordnungssoftware aufgenommen und an die Hersteller der Heilmittelverordnungssoftware übermittelt, so dass die Änderungen mit einem Software-Update in das PVS zum 1. Januar 2020 eingespielt werden können.

Die Aktualisierung finden Sie demnächst im Internet unter:
[www.kvn.de/Mitglieder/Verordnungen/Heilmittel/Downloads/Aktualisierung besonderer Verordnungsbedarfe und langfristiger Heilmittelbedarf 2020](http://www.kvn.de/Mitglieder/Verordnungen/Heilmittel/Downloads/Aktualisierung%20besonderer%20Verordnungsbedarfe%20und%20langfristiger%20Heilmittelbedarf%202020).

3. Allgemeine Hinweise

3.1. BARMER: Optimierung der medikamentösen Versorgung bei Psoriasis

Zusätzlich zur Arzneimitteltherapie für Patienten mit rheumatologischen Erkrankungen (Modul Rheuma) sowie chronisch entzündlichen Darmerkrankungen (Modul CED) wird der BARMER-„Biolike-Vertrag“ ab 1. Januar 2020 um Therapiemaßnahmen bei Psoriasis Erkrankungen (Modul Derma) ergänzt. Gefördert wird ein mehrstufiges Konzept zum Einsatz von Biosimilars und zum rationalen Verordnen von Biologika.

Der daraus erwachsende erhöhte Betreuungsaufwand wird extrabudgetär vergütet: Für den vertraglichen „Therapiefall“ sind 20 Euro (1. bis 3. Quartal) und 10 Euro (4. Quartal) vorgesehen. Der sogenannte „Deeskalationsfall“ wird mit 80 Euro (1. Quartal) und 20 Euro (2. bis 3. Quartal) sowie 10 Euro (4. Quartal) gefördert. Für einen Patienten können maximal vier aufeinanderfolgende Behandlungsquartale abgerechnet werden.

Abrechnungsberechtigt sind Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten, die regelmäßig Psoriasis-Patienten betreuen und mindestens 24 CME-Punkte zum Fortbildungsthema „Psoriasis“ nachweisen können.

Es bedarf keiner Teilnahmeerklärung. Mit Abrechnung der Gebührenordnungspositionen akzeptiert der Arzt die Vertragsinhalte und verpflichtet sich zur Leistungserbringung. Infos im KVN-Portal unter Verträge/Eingabe des Suchbegriffs „Biolike“.

3.2. Fachseminar II für die Fachkraft in der kurativen Mammographie

Die RADSERV GmbH bietet am Freitag, dem 15. Mai 2020, 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.rad-serv.de).

Anlage 5.3: Fachseminar Mammographie

Betreuungsaufwand
extrabudgetär

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

Im Auftrag der KVN bietet die RADSERV GmbH vom 26. bis 27. November 2020 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.radserv.de).

Anlage 5.4: Fortbildungskurs Kurative Mammographie

3.4. Änderung der Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 BMV-Ä) zum 1. Januar 2020

Die KBV und der GKV-Spitzenverband haben sich auf Anpassungen an der Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 zum BMV-Ä) zum 1. Januar 2020 geeinigt. Wir möchten Sie über die wichtigsten Anpassungen informieren.

Ausschluss Kostenpauschale 86520 gegen 86518

Die zum 1. Januar 2019 neu aufgenommene Kostenpauschale 86520 (orale Tumortherapie) wird im Behandlungsfall gegen die Kostenpauschale 86518 (Palliativversorgung) ausgeschlossen. Diese Änderung erfolgt, da die Berechnung der Kostenpauschale 86518 den Abschluss einer Tumortherapie voraussetzt und auch für die Kostenpauschale 86516 (intravenöse/intraarterielle Tumortherapie) die Berechnung der Kostenpauschale 86518 im gleichen Behandlungsfall ausgeschlossen ist.

Ersatz des Begriffs „zytostatische Tumortherapie“ durch „medikamentöse Tumortherapie“

Zur Anpassung an den Stand der medizinischen Wissenschaft und Technik wird in der gesamten Onkologie-Vereinbarung der Begriff „zytostatische Tumortherapie“ durch „medikamentöse Tumortherapie“ ersetzt und eine entsprechende Definition aufgenommen (§ 4). Die medikamentöse Tumortherapie umfasst neben unspezifisch zytostatisch wirksamen Medikamenten auch neue Medikamente, die zum Beispiel gezielt bestimmte Stoffwechselschritte blockieren, die für das Tumorzellwachstum wichtig sind oder Mechanismen auslösen, die Tumorzellen immunologisch angreifbar machen.

Gleichzeitig wurde klargestellt, dass Therapien mit ausschließlich hormonell beziehungsweise antihormonell wirksamen Medikamenten (ATC-Klasse L02-Endokrine Therapie, z. B. Tamoxifen) nicht zur medikamentösen Tumortherapie zählen und damit nicht zur Berechnung der Kostenpauschalen berechnen.

Angleichung der Facharztbezeichnungen an die Musterweiterbildungsordnung

Die Facharztbezeichnungen für die Hämatologen/Onkologen werden an die aktuelle Musterweiterbildungsordnung der Bundesärztekammer angeglichen. Es wird eine Regelung zum Bestandsschutz der bisherigen Bezeichnungen aufgenommen.

Verlängerung von Fristen um ein weiteres Jahr

Die Fristen in § 6 Absatz 7 und Anhang 1 Satz 3 (EDV-Dokumentation) sowie in den Protokollnotizen zum Anhang 2 (Erstellung einer Medikamentenliste für die Kostenpauschale 86516) werden jeweils um ein weiteres Jahr verlängert. Die Frist in der Protokollnotiz, die eine Überprüfung der Bewertung der Kostenpauschale 86520 bis zum 30. Juni 2020 vorsieht, bleibt bestehen.

Klarstellung zur Bestimmung der durchschnittlichen Patientenzahl je Arzt (§ 3 Absatz 4)

Die KBV vertritt die Auffassung, dass für den Nachweis der durchschnittlichen Patientenzahlen je Arzt nach § 3 Absatz 4) alle Patienten des Arztes, unabhängig in welchem Versorgungsbereich (ambulant, stationär, ASV) die Behandlung der Patienten erfolgte und welcher Krankenversicherung (GKV, PKV, andere bzw. keine) sie angehören, mit den entsprechenden Therapien berücksichtigt werden können.

Die überarbeitete Onkologie-Vereinbarung finden Sie in Kürze auf der Internetseite der KBV unter <https://www.kbv.de/html/bundesmantelvertrag.php>

3.5. „Starke Kids“ Präventionsangebot für Kinder U10/ U11: Neu für Continentale BKK

Ab 1. Januar 2020 sind die Gebührenordnungspositionen 99216 (U10) und 99217 (U11) auch für Versicherte dieser Kasse abrechenbar. KVN-Portal: Rubrik „Verträge“, Suchbegriff „Starke Kids“

3.6. Nachweis der jährlichen Fortbildungspflicht aus Sonderverträgen - Fortbildungspflicht des Jahres 2019

Der Nachweis für die Erfüllung der Fortbildungspflicht im Rahmen von Vertragsteilnahmen an Sonderverträgen für das Jahr 2019 kann bis zum Stichtag 30. Juni 2020 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 gekennzeichnet wurden.

Zudem informiert die dortige arztindividuelle Übersicht, zu welchen speziellen Fortbildungen sich Vertragsteilnehmer im Rahmen von Sonderverträgen zur Aufrechterhaltung der Abrechnungsgenehmigung verpflichtet haben.

4. Veranstaltungen im Februar und März 2020

Hier bekommen Sie eine Übersicht über Seminare und Fortbildungen der KVN mit noch freien Plätzen im Februar März 2020. 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:

www.kvn.de/Mitglieder/Fortbildung

Name	Ort	Datum	Gebühr p. P.
Qualitäts- und Praxismanagement			
Professionelle Praxisorganisation	Aurich	05.Feb	55 Euro
Hygiene in der Arztpraxis	Hannover	06.Feb	139 Euro
Sachkundelehrgang (5-tägig)	Hannover	10.Feb	535 Euro
Ausbildung zur/m Datenschutzbeauftragte/n in der Arztpraxis	Aurich	11.Feb	390 Euro
Gewalt in der Arztpraxis / Deeskalation	Oldenburg	12.Feb	50 Euro
Arbeitsschutz in der Arztpraxis	Hannover	15.Feb	139 Euro
Datenschutz in der Arztpraxis	Hannover	18.Feb	139 Euro
Gewalt in der Arztpraxis	Stade	19.Feb	50 Euro
Kommunikationstraining für MFA Modul 1 - Die Rezeption	Oldenburg	19.Feb	65 Euro
Telefonieren in der Arztpraxis	Aurich	19.Feb	80 Euro
Kommunikations- und Deeskalationsmanagement	Aurich	22.Feb	120 Euro
Konfliktmanagement	Verden	04.Mär	50 Euro
Kurze Wartezeiten - Gutes Terminsystem	Hannover	04.Mär	89 Euro
PraxismanagerIn Refresherkurs (3-tägig)	Hannover	04.Mär	300 Euro

Ausbildung zur/m Datenschutzbeauftragte/n in der Arztpraxis (4-tägig)	Hannover	10.Mär	390 Euro
Umgang mit „herausfordernden“ Situationen - Coaching für MFA	Oldenburg	11.Mär	80 Euro
Von der Kollegin zur erfolgreichen Führungskraft	Hannover	11.Mär	120 Euro
Führungskunst - Sicher führen und überzeugen	Hannover	14.Mär	125 Euro
Praxisorganisation	Stade	11.Mär	50 Euro
Auf dem Weg zum Erfolgsteam	Oldenburg	18.Mär	125 Euro
Raus aus der Stressfalle für PraxismitarbeiterIn	Hannover	24.Mär	155 Euro
Fit am Empfang - So heißen Sie Ihre Patienten willkommen	Hannover	25.Mär	119 Euro
Abrechnung und Verordnung			
Heilmittel - Informationsveranstaltung	Osterholz	19.Feb	kostenlos
ICD10 - Richtig kodieren	Hannover	19.Feb	kostenlos
Abrechnung aktuell	Aurich	04.Mär	kostenlos
Abrechnung aktuell	Aurich	11.Mär	kostenlos
Heilmittel - Informationsveranstaltung	Bremervörde	11.Mär	kostenlos
Heilmittelverordnung in Theorie und Praxis	Braunschweig	11.Mär	kostenlos
Abrechnung aktuell	Aurich	18.Mär	kostenlos
Abrechnung aktuell (hausärztlicher Versorgungsbereich)	Oldenburg	25.Mär	kostenlos
Abrechnung aktuell	Aurich	25.Mär	kostenlos
Heilmittel-Verordnungs-Dschungel	Oldenburg	26.Mär	kostenlos
Medizinische und psychotherapeutische Themen			
Moderne Wundversorgung	Aurich	20.Feb	kostenlos
Reanimation für MFA	Aurich	26.Feb	65 Euro

Workshop Moderne Wundversorgung	Verden	26.Feb	kostenlos
Psychosomatische Grundversorgung (10-tägig)	Bremervörde	06.Mär	1100 Euro
Workshop Moderne Wundversorgung	Diepholz	11.Mär	kostenlos
Wirtschaftsseminare			
Existenzgründerseminar Modul I Meine eigene Praxis - Impulse für den Start	Hannover	05.Feb	kostenlos
Existenzgründerseminar Modul I Meine eigene Praxis - Impulse für den Start	Hannover	26.Feb	kostenlos
Existenzgründerseminar Modul I Meine eigene Praxis - Impulse für den Start	Braunschweig	18.Mär	kostenlos
Existenzgründerseminar Modul I Meine eigene Praxis - Impulse für den Start	Verden	21.Mär	kostenlos

Verbindliche Anmeldung (*bitte vollständig ausfüllen*)

Fax an 0511 380-4620

für das Seminar

.....
(Titel des Seminars)

Datum des Seminars Anzahl Teilnehmer Person/en

Vor- und Nachname der Teilnehmer (*bitte deutlich in Druckbuchstaben schreiben*)

.....
.....

für das Seminar

.....
(Titel des Seminars)

Datum des Seminars Anzahl Teilnehmer Person/en

Vor- und Nachname der Teilnehmer (*bitte deutlich in Druckbuchstaben schreiben*)

.....
.....

.....
Vor- und Nachname des Rechnungsempfängers (auch bei kostenlosen Seminaren auszufüllen, Pflichtfeld)

.....
Anschrift (Straße, PLZ, Ort) des Rechnungsempfängers (auch bei kostenlosen Seminaren auszufüllen, Pflichtfeld)

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. Telefonliste

5.2. Info-Schreiben „Fluorchinolone“

5.3. Fachseminar Mammographie

5.4. Fortbildungskurs Kurative Mammographie

Ansprechpartner KVN Abrechnungszentrum
Telefon 0511/380 + gewünschte Durchwahl/Hotline - Fax: +49 511 380 4600

Unternehmensbereichsleiter	Tel.
Drechsler, Jens-Ove	4701

Geschäftsbereichsleiter	Tel.
Carganico, Michael	4702

Sekretariat/Assistenz GF- u. UB-Leitung
Team-Hotline-Nr.: 4709
Ludwig, Marion
Schalon, Claudia
Müller, Dagmar
Wermuth, Daniela

Team 1	
Team-Hotline-Nr.: 4729	Fax: 4611
E-Mail: AC-Team1@kvn.de	
<i>Buffon, Gudrun*</i>	
<i>Löhle, Petra*</i>	
<i>Urbaniak, Daniela*</i>	
<i>Weps, Andrea*</i>	
Behrmann, Susanne	
Bertram, Sementa	
Busch, Kerstin	
Germershausen, Kerstin	
Haase, Martina	
Hein, Sabine	
Heinrich, Petra	
Kipper, Katja	
Köhne, Sabine	
Koenigsmark, Cornelia	
Kuwatsch, Silke	
Mahlert, Nicole	
Pöschl, Marianne	
Richau, Dorothea	
Prüstel, Bettina	
Sölter, Claudia	
Soppa, Heike	
Verständig, Betti	
Wrase-Meyer, Erika	

Team 2	
Team-Hotline-Nr.: 4749	Fax: 4612
E-Mail: AC-Team2@kvn.de	
<i>Rolofs, Stefanie*</i>	
<i>Rother, Gudrun*</i>	
<i>Sigmund, Marika*</i>	
<i>Wagner, Petra*</i>	
Brand, Susanne	
Brandes, Doreen	
Bunk, Martina	
Fiene, Angelika	
Gertitschke, Simone	
Götzner, Monika	
Husmann, Anette	
Koenig, Claudia	
Kreft, Bettina	
Makarow, Irina	
Petersmann, Elisabeth	
Schneider, Heike	
Senger-Frisch, Bettina	
Thust, Sabine	
Wahner, Stefanie	
Weigert, Karin	

Team Auskünfte / Team Sonderverträge	
Auskünfte-Hotline: 4800	Fax: 4600
TSVG-Hotline: 3344	
E-Mail: AC-TeamAuskuenfte@kvn.de	
abrechnungszentrum@kvn.de	
Sonderverträge-Hotline: 4888	Fax: 4602
E-Mail: AC-TeamSondervertraege@kvn.de	
<i>Lässig, Heike*</i>	
<i>Michalke, Corinna*</i>	
Assert, Melanie	
Köpke, Gunda	
Möller, Jennifer	
Prüsse, Christa	
Raecke, Katrin	
Sobaniec, Margrit	
Wannek, Nathalie	
Weber, Heike	
Wehrmann, Denise	
Weifen, Ingrid	

Team Support	
Team-Hotline-Nr.: 4848	Fax: 4608
E-Mail: AC-TeamSupport@kvn.de	
<i>Elbe, Steffen*</i>	
Petermann, Michel	
Rothkegel, Daniela	

Patientenhotline	
+49 511 380-4412	

* **Teamleiter/innen**

Gemeinsame Arbeitsgruppe Arzneimittel

Kassenärztliche Vereinigung
Niedersachsen

Verbände der gesetzlichen
Krankenkassen in Niedersachsen



Fluorchinolone sind Reserveantibiotika

Fluorchinolone können bei zu häufiger Anwendung zu Resistenzen führen. Dies und das Spektrum an schweren Nebenwirkungen bedingt ihren Status als Reserveantibiotika. Nach einem europäischen Risikobewertungsverfahren grenzte das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) die Indikation für Fluorchinolone im April 2019 weiter ein¹. So sollen diese nur bei schwerwiegenden und lebensbedrohlichen Infektionen zum Einsatz kommen. Einfache Harnwegsinfektionen, Bronchitis, akute Mittelohr- oder Nasennebenhöhlenentzündungen fallen nicht unter diese Kriterien. Zur Behandlung einer akuten Mittelohrentzündung bei intaktem Trommelfell sind fluorchinolonehaltige Ohrentropfen nicht zugelassen und ihr Einsatz weder notwendig noch effektiv.

Verordnungszahlen

Die Verordnungszahlen zeigen jedoch, dass Fluorchinolone viel zu häufig eingesetzt werden, obwohl wirksame Alternativen vorhanden sind. Im Jahr 2018 wurden 5 % der GKV-Versicherten mit diesen Reserveantibiotika behandelt.² In Niedersachsen lag der Verordnungsanteil im 1. Halbjahr 2019 bei 8 % und die Fluorchinolone belegen damit Platz vier der meist verordneten Antibiotika.³

Wirkstoffe

Fluorchinolone können in drei therapeutischen Gruppen eingeteilt werden. Zur ersten Gruppe der Harnwegs-Fluorchinolone gehört das **Norfloxacin**. Die zweite Gruppe bilden die Standardchinolone **Ciprofloxacin**, **Levofloxacin** und **Ofloxacin**. Sie weisen ein breiteres Wirkspektrum auf als Norfloxacin und wirken neben gramnegativen Erregern auch gegen einige grampositive Keime. Die Wirkung auf Staphylokokken und Streptokokken ist dagegen gering. **Moxifloxacin** gehört zur dritten Gruppe der Fluorchinolone mit verbesserter Aktivität gegen grampositive und atypische Erreger sowie gegen Anaerobier. Seine Aktivität gegen gramnegative Bakterien ist jedoch vermindert.⁴

Risiken und Nebenwirkungen

Die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) und die amerikanische Arzneimittelbehörde (FDA) warnen seit Jahren regelmäßig vor schweren Nebenwirkungen der Fluorchinolone. Wegen der Chondrotoxizität und der damit verbundenen Arthropathiegefahr sind Chinolone bei Kindern und Jugendlichen bis zum Abschluss der Wachstumsphase bis auf wenige Ausnahmen kontraindiziert.

¹ https://www.bfarm.de/DE/Arzneimittel/Pharmakovigilanz/Fluorchinolone/_node.html; letzter Zugriff: 02.12.2019

² <https://www.wido.de/news-events/aktuelles/2019/fluorchinolone>; letzter Zugriff 26.11.2019

³ Daten der AOKN Niedersachsen 1. HJ2019

⁴ W. Kern, Arzneiverordnungsreport 2019, S. 446 ff

11 von 16 Wirkstoffen aus der Klasse sind aufgrund toxischer Wirkungen nicht mehr im Handel. Das BfArM weist in einem Rote-Hand-Brief von Oktober 2018⁵ auf ein erhöhtes Risiko für Aortenaneurysmen und -dissektionen hin und auch die amerikanische Arzneimittelbehörde erhöhte kürzlich ihre Sicherheitsinformationen.

In den Fachinformationen muss jetzt auf das Risiko von Hypoglykämien und zentralnervöse Nebenwirkungen wie Gereiztheit, Nervosität und Gedächtnisverlust hingewiesen werden.⁶

Nach Schätzung des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO) treten unter 100.000 Fluorchinolon-Anwendern zusätzlich 1.161 Nebenwirkungen des Nervensystems, 33 Sehnenrupturen, 8 Aorten-Aneurysmen sowie 4 kardiovaskuläre Todesfälle auf.⁷

Fluorchinolone sollten aufgrund der genannten Sicherheitsbedenken nur eingesetzt werden, wenn keine Alternativen zur Verfügung stehen.

⁵ <https://www.bfarm.de/SharedDocs/Risikoinformationen/Pharmakovigilanz/DE/RHB/2018/rhb-fluorchinolone.html>;
letzter Zugriff: 2.12.2019

⁶ Deutsches Ärzteblatt, <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/96409/Fluorchinolone-FDA-warnt-vor-mentalenn-Stoerungen-und-hypoglykaemischem-Koma> 2019-11-19

⁷ <https://www.wido.de/news-events/aktuelles/2019/fluorchinolone>; letzter Zugriff 26.11.2019

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 Tomosynthese, Vorstellung weiterer Abklärungsmethoden Freiheit

12:30 Mittagspause

13:15 Neues aus der Qualitätssicherung Gese
14:15 Dokumentation einer stereotaktischen Vakuumbiopsie Freiheit

15:00 Kaffeepause

15:15 Workshop Freiheit
16:45 Abschlussdiskussion 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 Medico

Veranstalter:

RADSERV GmbH
Dienstleistungen für Radiologische Praxen
Fockenbollwerkstr. 25-27
26603 Aurich

Veranstaltungsort:

Referenzzentrum Mammographie Nord
Heiligengeiststraße 28 / 1.OG
26121 Oldenburg

Kursleitung: Bärbel Freiheit

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.

**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.

**Fachseminar II
für die Fachkraft in der
kurativen Mammographie**

„Von der Mammographie zur Diagnose
– Tipps und viele Informationen“

Oldenburg

15.05.2020

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 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	Mathys
11:30	Einführung prakt. Übungen	Hecht
11:45	Praktische Übungen in der Befundung	Hecht/ Sougrati/ Stephan

13:15 Mittagspause

14:00	Besprechung der Fälle	Hecht
14:30	Differentialdiagnose mammogr. Läsionen	Mathys

15:30 Kaffeepause

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

17:00 Ende des 1. Kurstages

2. Kurstag (Freitag)

09:00	Technische Grundlagen und Qualitätssicherung	Gese
09:45	Abklärungsdiagnostik	Hecht

10:15 Kaffeepause

10:30	Praktische Übungen in der der Befundung	Hecht/ Sougrati/ Stephan Hecht
12:00	Besprechung der Fälle	Hecht

12:30 Mittagspause

13:15	Pathologisch-Radiologische Korrelation	Hecht
14:00	Praktische Übungen in der der Befundung	Hecht/ Sougrati/ Stephan

Abschlussbesprechung und
Zertifikatsausgabe

16:00 Ende der Veranstaltung

Referenten:

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 Referenzentrums Mammographie Nord
und PVA der Screening-Einheit Niedersachsen
Nordwest

Dr. med. Britta Mathys

Fachärztin für diagnostische Radiologie im
Referenzentrum Mammographie Nord

Veranstalter:

Dr. med. Gerold Hecht

Veranstaltungsort:

Referenzentrum 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:

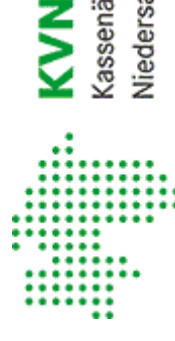
RADSERV GmbH
Dienstleistungen für radiologische Praxen

Fortbildungskurs Kurative Mammographie nach Mammographie-Vereinbarung § 8

Oldenburg

26. – 27.11.2020

Im Auftrag der



KVN

Kassenärztliche Vereinigung
Niedersachsen