



KVN

Kassenärztliche Vereinigung
Niedersachsen

Informationen für die Praxis

KVN-Sonderrundschreiben

Dezember 2016

Korrektur

Sehr geehrte Damen und Herren,

durch ein redaktionelles Versehen wurde in unserem Dezemberrundschreiben 2016 unter Punkt 1.7 die Laborquote irrtümlich mit 97,58 Prozent angegeben. Richtig hätte es heißen müssen:

91,58 Prozent.

Wir bitten, das Versehen zu entschuldigen und bringen Ihnen nachfolgend noch einmal den ganzen korrigierten Rundschreibentext zu diesem Punkt zur Kenntnis:

Bekanntgabe der bundeseinheitlichen Laborquote „Q“ für das 1. Halbjahr 2017

Für das 1. Halbjahr 2017 hat die KBV die bundeseinheitliche Laborabstaffelungsquote „Q“ mit

91,58 %

bekanntgegeben. Das bedeutet, dass, unabhängig davon, wer die für die Abstaffelungsquote relevanten Basis- oder Speziallaborleistungen erbringt, diese nur zu dem vorgenannten Prozentsatz vergütet erhält. Von dieser Quotierungsregelung gibt es keine Ausnahme.

Mit freundlichem Gruß

Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen



Informationen für die Praxis

KVN-Rundschreiben

Dezember 2016

Inhaltsverzeichnis

1. Abrechnung	3
1.1. Abschlagszahlungen und Zahlungstermine 2017	3
1.2. Abgabetermin Quartalsabrechnung 4/2016.....	3
1.3. Amtliche Mitteilung der KVN zum HVM für das 1. Quartal 2017 für Haus- und Kinderärzte	4
1.4. Mitteilung der fachgruppenspezifischen Obergrenze für Kontrastmittel für das Quartal 1/2017 .	4
1.5. Wiedereinführung der Heilfürsorge in Niedersachsen.	4
1.6. Elektronische Gesundheitskarte (eGK) ab 1. Januar 2017 für Asylbewerber in Delmenhorst.....	5
1.7. Bekanntgabe der bundeseinheitlichen Laborquote „Q“ für das 1. Halbjahr 2017	6
2. Verordnungen	6
2.1. Verschreibungspflichtige vs. apothekenpflichtige Arzneimittel - Hinweis zur wirtschaftlichen Verordnungsweise	6
2.2. Sprechstundenbedarf/Musterkoffer für das 1. Quartal 2017 veröffentlicht.....	7
2.3. Heilmittelverordnung - neue Praxissoftware zum 1. Januar 2017.....	7
3. Allgemeine Hinweise	8
3.1. Elektronischer Arztbrief ab dem 1. Januar 2017 berechnungsfähig	8
3.2. Keine Neueinschreibungen für DMP-Patienten aufgrund der Fusion der Deutschen BKK mit der BARMER GEK zum 1. Januar 2017 erforderlich	10
3.3. BKK-Impfvertrag endet für die Deutsche BKK am 31. Dezember 2016	10
3.4. Ab 1. Januar 2017 keine Abrechnung von Auslandsimpfungen mehr gegenüber der Deutschen BKK möglich	10
3.5. Hausarztvertrag mit der Deutschen BKK - Fusion mit der BARMER GEK zum 1. Januar 2017.....	10

3.6.	Hausarztzentrierte Versorgung mit der DAK Gesundheit: Gesundheitsvorsorge Diabetes startet im Januar 2017	11
3.7.	Betreuungsstrukturvertrag mit der AOK Niedersachsen, hier: Änderungen mit Wirkung ab 1. Januar 2017.....	12
3.8.	Hausarztverträge - Neue Indikationsgruppenlisten ab 1. Januar 2017	12
3.9.	Arzneimittel-, Heilmittel- und Richtgrößen- Vereinbarung für das Jahr 2016	12
3.10.	Änderung des Betreuungsstrukturvertrages mit der Techniker Krankenkasse (TK) - Anpassung der Diagnoseliste mit Wirkung ab 1. Januar 2017.....	13
3.11.	Musterhygieneplan Gastroenterologie teilmaschinell	13
3.12.	Neue Qualitätsmanagement-Richtlinie	14
3.13.	Novellierung der Medizinprodukte- Betreiberverordnung (MPBetreibV).....	15
3.14.	Neue KRINKO-Empfehlung (gültig seit September 2016) - Empfehlung zum Kapazitätsumfang für die Betreuung von Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen durch KrankenhaushygienikerIn	15
3.15.	Seminarangebote der KVN 2017	16
4.	Veranstaltungen im Januar und Februar 2017	17
5.	Anlagenverzeichnis	19
5.1.	Abschlagszahlungen und Zahlungstermine 2017	19
5.2.	Amtliche Mitteilung zum HVM für Haus- und Kinderärzte 1/2017.....	19
5.3.	Zusammenfassung bzw. Gegenüberstellung wichtigste Paragraphen.....	19

1. Abrechnung

1.1. Abschlagszahlungen und Zahlungstermine 2017

In der Anlage erhalten Sie für Ihre eigene Finanzdisposition die Übersicht der Zahlungstermine für das Jahr 2017. Diese Übersicht finden Sie auch ab sofort im KVN-Portal unter Abrechnung/Zahlungstermine. Der Monatsabschluss beträgt 24 Prozent Ihres durchschnittlichen Honorars im vergangenen Kalenderjahr (Quartale 4/2015 bis 3/2016). Als 4. Abschlag werden 13 Prozent Ihres durchschnittlichen Quartalshonorars im letzten Kalenderjahr überwiesen. Die individuelle Höhe Ihrer Abschlagszahlung teilen wir Ihnen in einem persönlichen Schreiben in der zweiten Januarhälfte mit.

Monatsabschluss
24 Prozent

Anlage 5.1: Abschlagszahlungen und Zahlungstermine 2017

1.2. Abgabetermin Quartalsabrechnung 4/2016

Der Abgabetermin für die Abrechnung des 4. Quartals 2016 ist der 10. Kalendertag des nachfolgenden Quartals und somit der 10. Januar 2017. Bitte denken Sie daran, auch bei der Online-Übermittlung von Abrechnungsdatei(en),

10. Januar 2017

- die Sammelerklärung vollständig ausgefüllt und unterschrieben einzureichen. Das Muster kann auch im KVN-Portal unter Abrechnung/Abrechnungscenter/Informationen zur Quartalsabrechnung/Downloads ausgedruckt werden;
- die abzugebenden Behandlungsausweise (sortiert nach der Liste: KBV-Prüfmodul Abgabe Behandlungsausweise) 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).

Listen wie z. B. Prüfprotokolle, Sortier- oder Versandlisten benötigen wir nicht. Bitte beachten Sie, dass Dokumente wie z. B. RLV-Anträge, Genehmigungsanträge, Widersprüche gegen den Honorarbescheid direkt an die Bezirksstellen zu senden sind.

Direkt an die Bezirksstellen

Ansprechpartner bei Terminproblemen ist das Team Auskünfte des Abrechnungscenters

Telefon: 0511 380 4800 oder E-Mail: abrechnungscenter@kvn.de

1.3. Amtliche Mitteilung der KVN zum HVM für das 1. Quartal 2017 für Haus- und Kinderärzte

Die für das 1. Quartal 2017 geltenden RLV-/QZV-Mindestfallwerte für Haus- und Kinderärzte sowie die Fallzahlgrenzen für die Fallwertminderung bzw. die Fallzahlzuwachsbegrenzungsregelung (FZZB) entnehmen Sie bitte der Anlage 5.2 zu diesem Rundschreiben. Zusätzlich sind diese Daten auch bereits seit dem 30. November 2016 über das KVN-Portal abrufbar.

Anlage 5.2: Amtliche Mitteilung zum HVM für Haus- und Kinderärzte 1/2017

1.4. Mitteilung der fachgruppendurchschnittlichen Obergrenze für Kontrastmittel für das Quartal 1/2017

Gemäß der Kontrastmittelvereinbarung, die die KVN mit den Landesverbänden der Krankenkassen in Niedersachsen zum 1. Januar 2016 abgeschlossen hat, gelten für das erste Quartal 2017 für Ärzte, die erstmals Kontrastmittel über die o. g. Vereinbarung abrechnen, folgende fachgruppendurchschnittliche Obergrenzen:

• Institute, Krankenhäuser	552,95 Euro
• Fachärzte für Nuklearmedizin	6.326,87 Euro
• Fachärzte für Diagnostische Radiologie	16.457,19 Euro
• Fachärzte für Urologie	1.365,14 Euro
• Fachärzte für Strahlentherapie	40,23 Euro

Obergrenzen

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

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

1.5. Wiedereinführung der Heilfürsorge in Niedersachsen

Die Niedersächsische Landesregierung beabsichtigt mit Wirkung zum 1. Januar 2017 für die Beamtinnen und Beamten des Polizeivollzugsdienstes in Niedersachsen die Heilfürsorge wieder einzuführen.

Zum 1. Januar 2017

Wer erhält Heilfürsorge?

- Alle ab dem 1. Januar 2017 neu in den Polizeivollzugsdienst des Landes Niedersachsen eingestellten Beamtinnen und Beamten,
- alle Polizeivollzugsbeamtinnen und - beamte, die am 31. Dezember 2016 keine Heilfürsorgeberechtigung haben, wenn sie bis zum 31. Dezember 2017 erklären, Heilfürsorge erhalten zu wollen.

Beihilfeberechtigte Polizeivollzugsbeamtinnen - und beamtete, die bislang als Privatpatienten behandelt wurden und sich für das Heilfürsorgesystem entscheiden, erhalten eine Krankenversichertenkarte. Die Abrechnung der ärztlichen Behandlung erfolgt künftig auf der Grundlage des EBM über die KVN.

Was ändert sich für Vertragsärzte?

Für die Zeit, bis der Anspruchsberechtigte mit einer Krankenversichertenkarte versorgt ist, stellt die Heilfürsorgestelle eine Anspruchsbescheinigung aus.

In der Übergangszeit: Anspruchsbescheinigung

1.6. Elektronische Gesundheitskarte (eGK) ab 1. Januar 2017 für Asylbewerber in Delmenhorst

Die Stadt Delmenhorst wird zum 1. Januar 2017 ihre Asylbewerber, die einen eingeschränkten Leistungsanspruch besitzen, mit einer elektronischen Gesundheitskarte (eGK) ausstatten. Die Asylbewerber erhalten die eGK durch die BARMER im Auftrag der Stadt Delmenhorst.

Für die Übergangszeit, bis der Anspruchsberechtigte mit der eGK versorgt ist, werden Mitgliedsbescheinigungen auf der Grundlage des Musters 5 (Abrechnungsschein) ausgegeben.

Mitgliedsbescheinigung

Auf der eGK ist im Status „Besondere Personengruppe“ die Ziffer „9“ gespeichert. Daran erkennen die Praxen nach dem Einlesen der eGK, dass bei dem Patienten ein eingeschränkter Leistungsanspruch zu beachten ist. Ein optisches Zeichen auf der Karte selbst gibt es nicht.

Kennzeichnung der eGK

Kann die eGK nicht eingelesen werden, ist das Ersatzverfahren anzuwenden. Es sind manuell folgende Daten in das Praxisverwaltungssystem einzugeben:

Karte nicht einlesbar: Ersatzverfahren

- Bezeichnung der Krankenkasse
- Name, Vorname
- Geburtsdatum
- Versichertenart
- Postleitzahl des Wohnorts
- Möglichst die Krankenversicherungsnummer
- Besondere Personengruppe - Kennziffer „9“.

Die Asylbewerber haben weiterhin nur einen eingeschränkten Leistungsanspruch. Daran ändert auch die Ausgabe der eGK nichts. Übernommen werden die Kosten bei akuten Erkrankungen und Schmerzzuständen, Früherkennungsuntersuchungen, Mutterschaftsleistungen und Schutzimpfungen entsprechend der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses.

Leistungsumfang

Folgende Leistungen können über die eGK nicht abgerechnet werden:

1. Vorsorgekuren
2. Rehabilitationsmaßnahmen (ausgenommen Anschlussheilbehandlungen)
3. Haushaltshilfe
4. Künstliche Befruchtungen

Nicht über eGK abrechenbar:

5. Strukturierte Behandlungsmethoden bei chronischen Krankheiten (DMP)
6. Wahltarife nach § 53 SGB V, die von der Krankenkasse außerhalb der gesetzlichen Pflichtleistungen angeboten werden
7. Leistungen im Ausland
8. Genehmigungspflichtige Psychotherapie

Die unter 1.-8. aufgeführten Leistungen sind direkt bei der Stadt Delmenhorst zu beantragen und nach entsprechender Kostenzusage dort geltend zu machen.

Die Abrechnung erfolgt wie gehabt quartalsweise über die KVN. Die Vergütung erfolgt auf der Grundlage des EBM als Einzelleistungsvergütung außerhalb des Regelleistungsvolumens bzw. des qualitätsgebundenen Zusatzvolumen.

Abrechnung und Vergütung

1.7. ~~Bekanntgabe der bundeseinheitlichen Laborquote „Q“ für das 1. Halbjahr 2017~~

~~Für das 1. Halbjahr 2017 hat die KBV die bundeseinheitliche Laborabstaffelungsquote „Q“ mit 97,58 Prozent bekanntgegeben. Das bedeutet, dass, unabhängig davon, wer die für die Abstaffelungsquote relevanten Basis- oder Speziallaborleistungen erbringt, diese nur zu dem vorgenannten Prozentsatz vergütet erhält. Von dieser Quotierungsregelung gibt es keine Ausnahme.~~

~~97,58 Prozent~~

~~Keine Ausnahme~~

2. **Verordnungen**

2.1. **Verschreibungspflichtige vs. apothekenpflichtige Arzneimittel - Hinweis zur wirtschaftlichen Verordnungsweise**

Aus gegebenem Anlass möchten wir nochmals auf folgenden Sachverhalt hinweisen:

Kommen für eine Behandlung sowohl apothekenpflichtige als auch verschreibungspflichtige Arzneimittel in Frage und sind die apothekenpflichtigen medizinisch zweckmäßig und ausreichend, sollen diese vorrangig zu Lasten des Patienten verordnet werden. Eine Verordnung von verschreibungspflichtigen Arzneimitteln zu Lasten der GKV kann in diesen Fällen unwirtschaftlich sein. (Arzneimittel-Richtlinie § 12, Absatz 11).

Bei der Auswahl zwischen verschreibungspflichtiger und apothekenpflichtiger Variante sollte genau auf die zugelassenen Indikationen der Arzneimittel geachtet werden, da sich diese oft unterscheiden. Erst wenn die Anwendung apothekenpflichtiger Arzneimittel keinen ausreichenden Therapieerfolg erbracht hat, kann ggf. auf ein anderes, verschreibungspflichtiges Arzneimittel umgestellt werden. Es empfiehlt sich, dieses Vorgehen in der Patientenakte zu dokumentieren und zu begründen.

Auf zugelassene Indikationen achten

Nachfolgend finden Sie eine Auswahl an Wirkstoffgruppen samt Beispielen, für die dieser Sachverhalt relevant ist:

- Glucocorticoide nasal (Beclometason, Mometason, Fluticason) und topisch (Hydrocortison)
- Antihistaminika (Cetirizin/Levocetirizin, Loratadin/Desloratadin)
- Protonenpumpeninhibitoren (Omeprazol, Pantoprazol)
- Antimykotika (Clotrimazol)

Apothekenpflichtige Arzneimittel werden auf einem grünen Rezept verordnet, die Kosten sind von den Patienten (Erwachsene und Jugendliche ab zwölf Jahren) selbst zu übernehmen. Ausnahmen sind Arzneimittel der Anlage I der Arzneimittel-Richtlinie. Diese sind, wie auch Arzneimittel für Kinder bis zwölf Jahren und für Kinder mit Entwicklungsstörungen bis 18 Jahren, auf einem normalen Muster 16-Rezept zu Lasten der GKV verordnungsfähig.

Hintergrund

2.2. Sprechstundenbedarf/Musterkoffer für das 1. Quartal 2017 veröffentlicht

Die aktualisierten Musterkoffer Sprechstundenbedarf für die 23 Fachgruppenbereiche mit Gültigkeit ab dem 1. Januar 2017 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.

2.3. Heilmittelverordnung - neue Praxissoftware zum 1. Januar 2017

Ab dem 1. Januar 2017 dürfen Ärzte bei der Verordnung von Heilmitteln (Physiotherapie/Podologie, Ergotherapie, Logopädie), sofern sie die Verordnungen mittels Praxisverwaltungssystem (PVS) ausstellen, nur noch eine von der KBV zertifizierte Software einsetzen. Mit dieser gesetzlichen Regelung sollen Ärzte bei der korrekten Verordnung unterstützt werden.

Hinweis: Wer zur Ausstellung der Verordnungen keine Software einsetzt, sondern die Vordrucke per Hand ausfüllt, z. B. weil er nur sehr wenige Heilmittelverordnungen ausstellt, kann dies auch weiterhin tun.

Das bietet die zertifizierte Software

- Die Verordnungssoftware enthält alle Informationen der Heilmittel-Richtlinie inklusive des Heilmittelkatalogs immer auf dem aktuellen Stand.
- Die Software prüft die Plausibilität der eingegebenen Verordnungsdaten und gibt dem verordnenden Arzt einen Hinweis, wenn das Formular unvollständig ist.
- Zudem erhält der Arzt Hinweise, wenn beispielsweise die eingegebene Verordnungsmenge zu hoch ist oder bei einer Verordnung außerhalb des Regelfalls die medizinische Begründung fehlt.

- Dem Arzt wird verbindlich angezeigt, wenn die Verordnung einen besonderen Verordnungsbedarf (Praxisbesonderheiten) oder langfristigen Heilmittelbedarf begründet.

So gleicht die Software den oder die eingegebenen ICD-10-Kode/s mit dem eingegebenen Indikationsschlüssel und gegebenenfalls noch mit dem Alter des Patienten oder dem Verordnungszeitraum ab und zeigt an, wenn diese Daten einen besonderen Verordnungsbedarf begründen.

Da die PVS-Anbieter erst begonnen haben, ihre Systeme zur Zertifizierung anzumelden, ist davon auszugehen, dass viele erst zum Jahresende eine Zulassung erhalten. Bei Fragen zum Stand der Zertifizierung eines Softwareprodukts sollten Sie sich daher direkt an Ihren PVS-Anbieter wenden. Eine Liste der bereits zertifizierten Softwareprodukte kann auf der Webseite der KBV unter www.kbv.de/377108 abgerufen werden.

Hinweise zur Zertifizierung

3. Allgemeine Hinweise

3.1. Elektronischer Arztbrief ab dem 1. Januar 2017 berechnungsfähig

Ab dem 1. Januar 2017 werden elektronische Arztbriefe laut E-Health-Gesetz finanziell gefördert. Die Details zu Inhalt und Struktur der Briefe sowie zur Abrechnung hat die KBV in einer Richtlinie festgelegt, die von der KBV-Vertreterversammlung beschlossen worden ist (siehe hierzu auch <http://www.kbv.de/html/earztbrief.php>).

Nach dem E-Health-Gesetz zahlen die Krankenkassen ab dem 1. Januar 2017 eine Pauschale von insgesamt 55 Cent für jeden elektronisch übermittelten Brief, wenn dessen Übertragung sicher erfolgt und der Papierversand entfällt.

Da sowohl Sender als auch Empfänger in die technische Infrastruktur investieren müssen, um Arztbriefe elektronisch übermitteln zu können, wird die Förderung von 55 Cent pro Brief zwischen beiden aufgeteilt:

- 28 Cent erhalten Ärzte für den Versand eines E-Arztbriefes (GOP 86900),
- 27 Cent für den Empfang (GOP 86901).

Der elektronische Versand von Arztbriefen ersetzt den Versand mit Post und Kurierdiensten. Das heißt: Werden die Gebührenordnungspositionen 86900 oder 86901 berechnet, können für den denselben Brief an denselben Adressaten nicht die Kostenpauschalen 40120 bis 40126 abgerechnet werden.

Erfolgt neben den genannten Kostenpauschalen die Berechnung von Kostenpauschalen entsprechend Abschnitt 40.4 in Folge des Versandes an einen anderen nicht an der Richtlinie teilnehmenden Empfänger, sind diese Kostenpauschalen über die entsprechenden Pseudoziffern für die Kostenpauschalen abzurechnen:

Aufteilung auf Sender und Empfänger

Kostenpauschale	Bezeichnung	Pseudoziffer
40120	Kostenpauschale für die Versendung bzw. den Transport von Briefen und/oder schriftlichen Unterlagen bis 20 g	86902
40122	Kostenpauschale für die Versendung bzw. den Transport von Briefen und/oder schriftlichen Unterlagen bis 50 g	86903
40124	Kostenpauschale für die Versendung bzw. den Transport von Briefen und/oder schriftlichen Unterlagen bis 500 g	86904
40126	Kostenpauschale für die Versendung bzw. den Transport von Briefen und/oder schriftlichen Unterlagen bis 1000 g	86905

Die Vergütung erfolgt nicht aus der begrenzten morbiditätsbedingten Gesamtvergütung, sondern extrabudgetär. Beim Versand (GOP 86900) gibt es allerdings eine Obergrenze, die abhängig von der Fachgruppe ist und sich an der Anzahl der Behandlungsfälle im jeweiligen Quartal orientiert. Dabei können für einen Patienten auch mehrere Briefe verschickt werden.

Vergütung und Obergrenze beim Versand

Die Obergrenzen werden wie folgt berechnet:

- Für Fachärzte für Strahlentherapie:
Die Anzahl der Behandlungsfälle in dem jeweiligen Quartal multipliziert mit dem Faktor 3
Ein Beispiel: Ein Strahlentherapeut mit 1.120 Behandlungsfällen im Quartal darf die GOP 86900 in diesem Zeitraum maximal 3.360-mal abrechnen.
- Für Labormediziner, Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Hämatologie/Onkologie, Kardiologie, Nephrologie sowie Schwerpunktübergreifend und Fachärzte für Radiologie und Nuklearmedizin:
Die Anzahl der Behandlungsfälle in dem jeweiligen Quartal, multipliziert mit dem Faktor 2
Ein Beispiel: Ein Kardiologe mit 1.120 Behandlungsfällen im Quartal darf die GOP 86900 in diesem Zeitraum maximal 2.240-mal abrechnen.
- Für alle anderen Fachgruppen mit dem Faktor 1:
Ein Beispiel: Eine Hausarztpraxis mit 1.120 Behandlungsfällen im Quartal darf die GOP 86900 maximal 1.120-mal abrechnen.

Für den Empfang des elektronischen Arztbriefs (GOP 86901) gibt es hingegen keine Obergrenze. Die diesbezügliche Vergütung erfolgt somit komplett extrabudgetär.

Für weitere Informationen, insbesondere zu den technischen Anforderungen verweisen wir auf die Richtlinie über die Übermittlung elektronischer Briefe in der vertragsärztlichen Versorgung gem. § 291 f. SGB V, die Sie aufrufen können unter folgendem Link: www.kvn.de/Praxis/E-Health-Gesetz

3.2. Keine Neueinschreibungen für DMP-Patienten aufgrund der Fusion der Deutschen BKK mit der BARMER GEK zum 1. Januar 2017 erforderlich

Die Fusion der Deutschen BKK mit der BARMER GEK zum 1. Januar 2017 hat keine Auswirkungen auf die eingeschriebenen DMP-Teilnehmer. Alle DMP-Teilnehmer bleiben durchgehend im Behandlungsprogramm eingeschrieben. Aufgrund der Fusion sind keine Neueinschreibungen der DMP-Teilnehmer erforderlich.

Die Versicherten der Deutschen BKK werden sukzessive mit der eGK der BARMER ausgestattet. Da die Neuausstattung einige Zeit in Anspruch nehmen wird, gelten die eGK der Deutschen BKK vorerst weiter.

3.3. BKK-Impfvertrag endet für die Deutsche BKK am 31. Dezember 2016

Zum 1. Januar 2017 fusioniert die Deutsche BKK mit der BARMER GEK zur neuen BARMER. Die neue BARMER wird der Kassenart der Ersatzkassen angehören. Infolgedessen dürfen für Versicherte der Deutschen BKK nur noch bis zum 31. Dezember 2016 Leistungen nach dem BKK-Impfvertrag abgerechnet werden. Ab 1. Januar 2017 gelten für die Versicherten der Deutschen BKK die Regelungen und Vergütungen der Impfvereinbarung mit den Ersatzkassen.

3.4. Ab 1. Januar 2017 keine Abrechnung von Auslandsimpfungen mehr gegenüber der Deutschen BKK möglich

Die Deutsche BKK hat fusionsbedingt ihre Teilnahme an der Rahmenvereinbarung von Schutzimpfungen bei privaten Auslandsaufenthalten zum 31. Dezember 2016 gekündigt. Versicherten der Deutschen BKK, die ab 1. Januar 2017 eine Schutzimpfung anlässlich eines privaten Auslandsaufenthalts wünschen, sind die Kosten (Impfung und Impfstoff) privat in Rechnung zu stellen.

Kosten privat in Rechnung zu stellen

Die BKK-Impfvereinbarung - Ausland mit dem aktuellen Teilnehmerverzeichnis steht Ihnen im KVN-Portal unter Verträge/Sonstige Verträge/GKV-Impfvereinbarungen/BKK Landesverband Mitte zur Verfügung.

3.5. Hausarztvertrag mit der Deutschen BKK - Fusion mit der BARMER GEK zum 1. Januar 2017

Die Deutsche BKK wird zum 1. Januar 2017 mit der BARMER GEK zur neuen BARMER fusionieren. Im Rahmen der Hausarztzentrierten Versorgung werden wir dafür Sorge tragen, dass die im Hausarztvertrag eingeschriebenen Patienten automatisch in die Hausarztzentrierte Versorgung der BARMER überführt werden. Somit werden ab diesem Zeitpunkt alle Patienten gemeinschaftlich in der BARMER-Web-Anwendung (KVN-Portal/Online-Dienste) geführt. Die BARMER hat nunmehr mitge-

teilt, dass die ehemaligen Versicherten der Deutschen BKK noch geraume Zeit mit den alten Gesundheitskarten Leistungen in Anspruch nehmen müssen, da der Austausch dieser Karten sich bis weit ins Jahr 2017 hinziehen wird. Unabhängig von der tatsächlich vorliegenden GKV-Gesundheitskarte werden alle eingeschriebenen Versicherten nur noch in der BARMER-HZV-Anwendung geführt. Auch Neueinschreibungen können nur noch an dieser Stelle vorgenommen werden.

Austausch der Karten
zieht sich bis weit ins
Jahr 2017

Die HZV-Web-Anwendung der Deutschen BKK wird ab dem 1. Januar 2017 keine Patienteneinschreibungen mehr zulassen. Allerdings steht diese Anwendung den teilnehmenden Ärzten noch für den letztmaligen Grünklick-Upload bis zum Ablauf der Nacherfassungsfrist (10 Tage nach Quartalsende) zur Verfügung. Uns ist bekannt geworden, dass die für das Grünklick-Modul notwendige Software möglicherweise nach Einspielung des Quartals des Updates nicht mehr funktioniert. Bitte klären Sie rechtzeitig mit Ihrem Software-Haus die Modalitäten.

3.6. Hausarztzentrierte Versorgung mit der DAK Gesundheit: Gesundheitsvorsorge Diabetes startet im Januar 2017

Der Hausarztvertrag wird zum Jahresbeginn um das Modul „Gesundheitsvorsorge Diabetes“ erweitert. Vereinbart wurden Maßnahmen zur Früherkennung von

- Nervenschädigungen (diabetische Neuropathie)
- Störungen der Harnblasenfunktion (LUTS)
- Gefäßschädigungen (Angiopathie)
- Diabetesleber
- Nierenschäden (Nephropathie)

Ärzte, die sowohl am Hausarztvertrag der DAK Gesundheit als auch am DMP DM1 und / oder DM2 teilnehmen, können diese neuen Leistungen für ihre in die hausarztzentrierte Versorgung eingeschriebenen Diabetiker erbringen. Vorausgesetzt, die vorgenannten Komorbiditäten wurden bislang nicht gesichert festgestellt.

Jede Früherkennungsmaßnahme beinhaltet eine jährlich durchzuführende Untersuchung, die mit je 20 Euro (zuzüglich der ggf. entstehenden Sachkosten) honoriert wird. Darüber hinaus wird die kontaktabhängige Weiterbetreuung (maximal zweimal im Kalenderjahr) ebenfalls mit je 20 Euro vergütet, sollte sich die jeweilige Komorbidität bestätigen.

Vergütung

Die Leistungsdokumentation und auch die Abrechnung erfolgt webbasiert mithilfe der vertragseigenen HzV-Webanwendung im KVN-Portal.

Den Hausarztvertrag sowie die neue Anlage „Gesundheitsvorsorge Diabetes“ finden Sie im KVN-Portal: Verträge/Hausarztzentrierte Versorgung/Link: DAK Gesundheit/Anlage 5 - Gesundheitsvorsorge Diabetes ab Januar 2017

3.7. Betreuungsstrukturvertrag mit der AOK Niedersachsen, hier: Änderungen mit Wirkung ab 1. Januar 2017

Zur Anpassung an die aktuellen Regelungen in der ICD-Codierung werden in den Indikationsgruppen Adipositas, Demenz, Krankheiten des Verdauungssystems, Osteoporose und Erkrankungen des Wirbelkörpers 33 ICD-Schlüssel entnommen. Als neue Diagnosegruppe wird die Indikation COPD und Bronchiektasen mit neuen zusätzlichen ICD's in den Katalog aufgenommen. Diese Änderungen werden automatisch im Rahmen der nächsten Abrechnung durch die KVN bei den Teilnehmern am AOKN Betreuungsstrukturvertrag berücksichtigt.

Den vollständigen Betreuungsstrukturvertrag mit der neuen ICD-Liste finden Sie im KVN-Portal unter Verträge/Strukturverträge/Link: „AOK-Betreuungsstrukturvertrag inklusive ICDs gültig ab 1. Januar 2017“.

3.8. Hausarztverträge - Neue Indikationsgruppenlisten ab 1. Januar 2017

Für folgende Krankenkassen gelten ab Jahresbeginn angepasste Indikationsgruppenlisten im Rahmen der hausarztzentrierten Versorgung:

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

Die kassenindividuellen Listen finden Sie im KVN-Portal: Verträge/Hausarztzentrierte Versorgung

3.9. Arzneimittel-, Heilmittel- und Richtgrößen-Vereinbarung für das Jahr 2016

Wir informieren darüber, dass das Unterschriftenverfahren der o. a. gesetzlich zu vereinbarenden Vereinbarungen für das Jahr 2016 nunmehr abgeschlossen ist.

Die vollständigen Vereinbarungen sind im KVN-Portal unter Verordnungen/Arzneimittel bzw. Heilmittel einsehbar und werden auch im Bereich „Amtliche Bekanntmachungen“ eingestellt.

3.10. Änderung des Betreuungsstrukturvertrages mit der Techniker Krankenkasse (TK) - Anpassung der Diagnoseliste mit Wirkung ab 1. Januar 2017

Mit Wirkung ab 1. Januar 2017 wurde vereinbart, die Diagnoselisten (Anhang 1a und 1b zum Betreuungsstrukturvertrag) anzupassen. Folgende Änderungen haben sich ergeben.

- Bei den ICD's F31.5, F31.6 und F31.7 wird in der ICD-Bezeichnung das Wort Psychose durch das Wort Störung ersetzt.
- Der ICD G95.1 wird durch die neuen ICD G95.10 und 96.18 ersetzt.
- Die ICD's C79.85 und C79.86 sind neu hinzugekommen.
- Die ICD's G62.8- und B 25.8- sind mangels Endstelligkeit aus der Liste entfernt worden.

Die vollständige Übersicht der Diagnosegruppen sind im KVN-Portal unter Verträge/Strukturverträge/TK Betreuungsstrukturvertrag eingestellt.

Änderungen

3.11. Musterhygieneplan Gastroenterologie teilmaschinell

Auf vielfachen Wunsch wurde nun zusätzlich eine Version für die teilmaschinelle Aufbereitung vorgelegt: Die manuelle Reinigung mit anschließender maschineller Desinfektion von Endoskopen, endoskopischem Zusatzinstrumentarium und Zubehör. Mit der weiteren Veröffentlichung können jetzt alle in der Praxis gängigen Aufbereitungsverfahren im Bereich der Endoskopie abgebildet werden. Ziel dieses Musterhygieneplans ist es, den Verantwortlichen in gastroenterologischen Praxen ein Unterstützungs- und Serviceangebot für die Erstellung des praxisinternen Hygieneplans an die Hand zu geben.

Die drei Versionen (manuell, maschinell und teilmaschinell) stehen als PDF auf der Homepage der KVBW zum Download zur Verfügung. Sie finden den Link zum Kompetenzzentrum auf unserer Homepage unter: <http://www.kvn.de/Praxis/Qualitaetssicherung/Hygiene-und-Medizinprodukte>

Link zum Kompetenzzentrum

Zudem kann eine Word-Version, die für die individuelle Anpassung an die eigene Praxis benötigt wird, auf Anfrage bei Ihren Hygieneberaterinnen der KV Niedersachsen angefordert werden.

Kontakt

Frau Marlen Hilgenböker
Telefon: 0511 380-3311
E-Mail: marlen.hilgenboeker@kvn.de

Frau Petra Naumann
Telefon: 0511 380-3220
E-Mail: petra.naumann@kvn.de

Fax.- Nr.: 0511 380-3156

3.12. Neue Qualitätsmanagement-Richtlinie

Ab sofort gelten für Praxen und Krankenhäuser einheitliche Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement (QM). Dies hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) mit einer neuen Richtlinie, die am 16. November 2016 in Kraft getreten ist, beschlossen. Die neue Richtlinie löst somit die drei bisherigen Qualitätsmanagement-Richtlinien für den vertragsärztlichen, den vertragszahnärztlichen sowie den stationären Bereich ab.

Am 16. November 2016
in Kraft getreten

Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten sind seit 2004 gesetzlich verpflichtet, ein sogenanntes einrichtungsinternes Qualitätsmanagement einzuführen und weiterzuentwickeln (§ 135a Sozialgesetzbuch V). In der QM-Richtlinie des G-BA sind die Ziele, Grundsätze, Instrumente und der Zeitrahmen für eine Einführung und Weiterentwicklung festgelegt. Beim Aufbau eines internen Qualitätsmanagements helfen sogenannte QM-Systeme wie z. B. QEP-Qualität und Entwicklung in Praxen, KTQ oder EPA. Die Qualitätsmanagement-Richtlinie gliedert sich in zwei Teile: Teil A enthält die Rahmenbestimmungen, die gemeinsam für alle Sektoren gelten. Teil B konkretisiert die Rahmenbestimmungen für den jeweiligen Sektor. Kern der neuen Richtlinie sind die in Teil A aufgeführten Methoden und Instrumente als Bestandteile des Qualitätsmanagements (QM), wie beispielsweise der Einsatz von Checklisten und Ablaufplänen oder die Regelung von Verantwortlichkeiten. Diese waren nahezu alle bereits in der Richtlinie für die vertragsärztliche Versorgung (ÄQM-RL) enthalten.

Richtlinie gliedert sich
in zwei Teile

Einige Begriffe wurden konkretisiert und die Patientensicherheit als primäres Ziel von Qualitätsmanagement stärker in den Mittelpunkt gerückt. Aus der neuen Richtlinie geht klar hervor, dass es sich bei Kooperationsformen oder bei medizinischen Versorgungszentren (MVZ) die QM-Anforderungen nicht auf den einzelnen Arzt oder Psychotherapeuten, sondern auf die Einrichtung als solche beziehen.

Da die Ergebnisse der bisherigen Erhebung zum Stand der Umsetzung und der Weiterentwicklung des QM stabil sind, finden die Stichprobenprüfungen gemäß einer Übergangsregelung nicht mehr jährlich, sondern nur noch alle zwei Jahre statt - die nächste Stichprobenprüfung ist 2017. Entsprechen die Ergebnisse nicht den Anforderungen der QM-Richtlinie, können die Praxen/MVZ eine Beratung durch die KVen in Anspruch nehmen. Sanktionen gibt es auch zukünftig nicht.

Unterstützungsangebote

Als Hilfestellung für die Einführung, Umsetzung und Weiterentwicklung des internen Qualitätsmanagement können Fortbildungs- und Unterstützungsangebote der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen genutzt werden. Eine Übersicht über Seminare finden Sie unter www.kvn.de/Seminarangebote

Weitere Informationen

Beschluss Richtlinie: <https://www.g-ba.de/informationen/beschlu-esse/2434/>

Mehr zum Thema Qualitätsmanagement und QEP finden Sie unter <http://www.kvn.de/Praxis/Qualitaetssicherung/Qualitaetsmanagement>

Kontakt

Frau Heike Knief (vormittags erreichbar)

Telefon: 0511 380-3379

E-Mail: heike.knief@kvn.de

3.13. Novellierung der Medizinprodukte-Betreiberverordnung (MPBetreibV)

Nach langer Ankündigung tritt mit einigen Änderungen die MPBetreibV zum 1. Januar 2017 in Kraft. In einer Zusammenfassung bzw. Gegenüberstellung finden Sie die wichtigsten Paragraphen als Anlage beige-fügt. Auch in der Medizinprodukte-Verordnung (MPV) und der Medizinprodukte-Sicherheitsplanverordnung (MPSV) wird es einige Änderungen geben. Die Gesetze können Sie ab dem 1. Januar 2017 im Internet abrufen.

Tritt zum 1. Januar 2017 in Kraft

Anlage 5.3: Zusammenfassung bzw. Gegenüberstellung wichtigste Paragraphen

3.14. Neue KRINKO-Empfehlung (gültig seit September 2016) - Empfehlung zum Kapazitätsumfang für die Betreuung von Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen durch KrankenhaushygienikerIn

Im Jahr 2012 trat die „Niedersächsische Verordnung über Hygiene und Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen“ (NMedHygVO) in Kraft. Im § 1 sind medizinische Einrichtungen im Sinne dieser Verordnung (Abs. 2):

- Einrichtungen für ambulantes Operieren Nr. 2.
- Dialyseeinrichtungen Nr. 3.
- Tageskliniken Nr. 4.

Im § 3 Abs. 3 gilt eine Übergangsregelung bis 31. Dezember 2016, um Personen mit den erforderlichen Kenntnissen zu befähigen, u. a. die KrankenhaushygienikerIn. Diese Frist wurde bereits im Infektionsschutzgesetz verlängert bis zum 31. Dezember 2019.

Im § 4 der NMedHygVO geht es um die Aufgaben und Qualifikationen der KrankenhaushygienikerIn. In der neuen KRINKO-Empfehlung werden die Aufgaben detailliert beschrieben und beispielhaft erläutert, wie der Personalbedarf im stationären und ambulanten Sektor zu ermitteln ist.

Medizinische Einrichtungen

3.15. Seminarangebote der KVN 2017

Auch im Jahr 2017 bietet Ihnen Ihre Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen ein umfassendes Seminarangebot an. Die Themen mit den ausführlichen Kursinhalten finden Sie seit dem 30. September 2016 auf der Internetseite der KVN unter www.kvn.de/Seminarangebot. Bitte beachten Sie, dass nur schriftliche Anmeldungen angenommen werden. Nutzen Sie hierzu die Anmeldemodalitäten auf unserer Homepage.

4. Veranstaltungen im Januar und Februar 2017

Hier bekommen Sie eine Übersicht über Seminare und Fortbildungen der KVN mit noch freien Plätzen im Januar und Februar 2017. Ein Anmeldefax ist angehängt. Bitte nutzen Sie für unterschiedliche Seminare separate Anmeldefaxe. Die ausgefüllten Anmeldungen faxen Sie bitte an folgende Nummer: **0511 380-3480**.

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

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

Name	Ort	Datum	Gebühr p. P.
Qualitäts- und Praxismanagement			
Auf dem Weg zum Erfolgsteam	Hannover	22.Feb	120 Euro
Datenschutz in der Arztpraxis	Hannover	28.Feb	139 Euro
Hygiene in der Arztpraxis	Hannover	23.Feb	139 Euro
Kommunikation und Rhetorik im Team	Hannover	25.Feb	130 Euro
Kommunikationstraining für MFA - Modul 1 - Die Rezeption	Oldenburg	22.Feb	65 Euro
Abrechnung und Verordnung			
Sicher durch den „Heilmittel-Verordnungs-Dschungel“ für MFA	Osnabrück	15.Feb	kostenlos
Sicher durch den „Heilmittel-Verordnungs-Dschungel“ für MFA	Stade	22.Feb	kostenlos
Medizinische und psychotherapeutische Themen			
Hautkrebs-Screening Seminar	Hannover	18.Feb	99 Euro
Psychosomatische Grundversorgung (10-tägig)	Bremervörde	17.Feb	999 Euro
Qualitätszirkel - Moderatoren-grundausbildung (2-tägig)	Hannover	3.Feb	330 Euro

Verbindliche Anmeldung (bitte vollständig ausfüllen)

Fax an 0511 380-3480

Ich nehme am Seminar

mit _____ Person/en teil.

Datum des Seminars

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

Vor- und Nachname des Rechnungsempfängers (Praxis)

Anschrift des Rechnungsempfängers (Straße, PLZ, Ort)

LANR

BSNR

E-Mail-Adresse

Telefonnummer für evtl. Rückfragen

Datum

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

Stempel

5. Anlagenverzeichnis

- 5.1. Abschlagszahlungen und Zahlungstermine 2017
- 5.2. Amtliche Mitteilung zum HVM für Haus- und Kinderärzte 1/2017
- 5.3. Zusammenfassung bzw. Gegenüberstellung wichtigste Paragraphen

Zahlungstermine 2017

Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen

Januar	Februar	März	April	Mai	Juni	Juli	August	September	Oktober	November	Dezember
1 SO Neujahr	MI	MI	SA	MO Marienfesttag	DO	1 SA	DI	FR	SO	MI	FR
2 MO	DO	DO	SO	DI	FR	2 SO	MI	SA	MO	DO	SA
3 DI	FR	FR	MO	MI	SA	3 MO	DO	SO	DI Tag d. dt. Einheit	FR	SO
4 MI	SA	SA	DI	DO	SO	4 DI	FR	MO	MI	SA	MO
5 DO	SO	SO	MI	FR	MO Pfingstmontag	5 MI	SA	DI	DO	SO	DI
6 FR	MO	MO	DO	SA	DI	6 DO	SO	MI	FR	MO	MI
7 SA	DI	DI	FR	SO	MI	7 FR	MO	DO	SA	DI	DO
8 SO	MI	MI AB4 4/16	SA	MO	DO AB4 1/17	8 SA	DI	FR AB4 2/17	SO	MI	FR AB4 3/17
9 MO	DO	DO	SO	DI	FR	9 SO	MI	SA	MO	DO	SA
10 DI	FR	FR	MO	MI	SA	10 MO	DO	SO	DI	FR	SO
11 MI	SA	SA	DI	DO	SO	11 DI	FR	MO	MI	SA	MO
12 DO	SO	SO	MI	FR	MO	12 MI	SA	DI	DO	SO	DI
13 FR	MO	MO	DO	SA	DI	13 DO	SO	MI	FR Rest 2/17	MO	MI
14 SA	DI	DI	FR Rest 4/16	SO	MI	14 FR Rest 1/17	MO	DO	SA	DI	DO
15 SO	MI	MI	SA	MO	DO	15 SA	DI	FR	SO	MI	FR
16 MO	DO	DO	SO	DI	FR	16 SO	MI	SA	MO	DO	SA
17 DI	FR	FR	MO Osternmontag	MI	SA	17 MO	DO	SO	DI	FR	SO
18 MI	SA	SA	DI	DO	SO	18 DI	FR	MO	MI	SA	MO
19 DO	SO	SO	MI	FR	MO	19 MI	SA	DI	DO	SO	DI
20 FR	MO	MO	DO	SA	DI	20 DO	SO	MI	FR	MO	MI
21 SA	DI	DI	FR	SO	MI	21 FR	MO	DO	SA	DI	DO
22 SO	MI	MI	SA	MO	DO	22 SA	DI	FR	SO	MI	FR
23 MO	DO	DO	SO	DI	FR	23 SO	MI	SA	MO	DO	SA
24 DI	FR	FR AB	MO AB	MI AB	SA	24 MO AB	DO	SO	DI	FR AB	SO Heiligabend
25 MI	SA	SA	DI	DO Himmelfahrt	SO	25 DI	FR	MO AB	MI	SA	MO Weihnachten
26 DO	SO	SO	MI	FR	MO AB	26 MI	SA	DI	DO	SO	DI Weihnachten
27 FR	MO	MO	DO	SA	DI	27 DO	SO	MI	FR	MO	MI AB
28 SA	DI	DI	FR	SO	MI	28 FR	MO	DO	SA	DI	DO
29 SO	MI	MI	SA	MO	DO	29 SA	DI	FR	SO	MI	FR
30 MO	DO	DO	SO	DI	FR	30 SO	MI	SA	MO	DO	SA
31 DI	FR	FR	MO	MI	SA	31 MO	DO	SO	DI	FR	SO Silvester

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

AB=Monats-Abschlag

AB4= 4. Abschlag

REST=Restzahlung

Amtliche Mitteilung der KVN zum HVM für das 1. Quartal 2017

in Umsetzung des Honorarverteilungsmaßstabes (HVM) gemäß § 87b Abs. 1 SGB V der KVN vom 12. November 2016

Für die Arztgruppe:
Fachärzte für Innere und Allgemeinmedizin, Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte, Fachärzte für Innere Medizin, die dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören

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

Regelleistungsvolumen	RLV-Fallwert:	40,6903 €
Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen (QZV)	Gebührenordnungspositionen des EBM	Fallwert
Akupunktur	30790, 30791	164,2281 €
Allergologie (Zusatzbezeichnung)	30110, 30111, 30120, 30121, 30122, 30123	48,9597 €
Behandlung des diabetischen Fußes	02311	51,4673 €
Behandlung von Hämorrhoiden	30610, 30611	9,9929 €
Chirotherapie	30200, 30201	8,3147 €
Dringende Besuche	01411, 01412	71,0246 €
Ergometrie	03321	19,1725 €
Hyposensibilisierungsbehandlung	30130, 30131	29,8803 €
Kardiorespiratorische Polygraphie	30900	44,8298 €
Kleinchirurgie	02310	19,0583 €
Langzeit-Blutdruckmessung	03324	7,3800 €
Langzeit-EKG	03241, 03322	10,6686 €
Phlebologie	30500, 30501	19,7113 €
Physikalische Therapie	30400, 30401, 30402, 30410, 30411, 30420, 30421	10,1633 €
Proktologie	03331	8,6772 €
Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120	22,4667 €
Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150	91,7788 €
Schmerztherapeutische spezielle Versorgung	30700, 30702, 30704, 30706, 30708	110,6919 €
Schmerztherapeutische spezielle Behandlung	30710, 30712, 30720, 30721, 30722, 30723, 30724, 30730, 30731, 30740, 30750, 30751, 30760	100,2659 €
Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092	15,8653 €
Sonographie III	33060, 33061, 33062	17,8179 €
Spirometrie	03330	5,8144 €
Unvorhergesehene Inanspruchnahme	01100, 01101, 01102	17,7210 €
Verordnung medizinischer Rehabilitation	01611	29,3601 €

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

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

Sofern der prozentuale Zuwachs aller RLV-Behandlungsfälle einer Arztgruppe in 1/2017 gegenüber 1/2016 fünf vom Hundert überschreitet, unterliegen die Ärzte dieser Arztgruppe im Rahmen der Ermittlung des RLV-Budgets 1/2017 einer Fallzahlzuwachsbeschränkung. In diesem Falle wird das arztindividuelle RLV 1/2017 begrenzt auf die individuelle RLV-relevante Behandlungsfallzahl im Vorjahresquartal zzgl. fünf vom Hundert der arztgruppenspezifischen durchschnittlichen RLV-Behandlungsfallzahl im Vorjahresquartal als maximales Wachstum.

Arztgruppenspezifische durchschnittliche RLV-Behandlungsfallzahl im Vorjahresquartal:	978,77
Maximales Wachstum der individuellen RLV-Behandlungsfallzahl:	48,94

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

Für Ärzte, die im 1. Quartal 2017 nicht in vollem zeitlichen Umfang an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, reduzieren sich die o. a. durchschnittlichen Behandlungsfallzahlen anteilig auf den Umfang ihrer Tätigkeit.

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

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

25% Minderung des RLV-Fallwerts ab 150% der durchschnittlichen RLV-Behandlungsfallzahl:	1.468,16
50% Minderung des RLV-Fallwerts ab 170% der durchschnittlichen RLV-Behandlungsfallzahl:	1.663,91
75% Minderung des RLV-Fallwerts ab 200% der durchschnittlichen RLV-Behandlungsfallzahl:	1.957,54

Für Ärzte, die im 1. Quartal 2017 nicht in vollem zeitlichen Umfang an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, reduzieren sich die o. a. Fallwertminderungsgrenzen anteilig auf den Umfang ihrer Tätigkeit.

Amtliche Mitteilung der KVN zum HVM für das 1. Quartal 2017

in Umsetzung des Honorarverteilungsmaßstabes (HVM) gemäß § 87b Abs. 1 SGB V der KVN vom 12. November 2016

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

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

Regelleistungsvolumen	RLV-Fallwert:	41,1793 €
Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen (QZV)	Gebührenordnungspositionen des EBM	Fallwert
Allergologie	30110, 30111, 30120, 30121, 30122, 30123	41,9076 €
Dringende Besuche	01411, 01412	54,2753 €
Ergometrie	04321	17,3660 €
Hyposensibilisierungsbehandlung	30130, 30131	28,0348 €
Langzeit-Blutdruckmessung	04324	7,4412 €
Langzeit-EKG	04241, 04322	10,5623 €
Neurophysiologische Übungsbehandlung	30300, 30301	51,6690 €
Physikalische Therapie	30400, 30401, 30402, 30410, 30411, 30420, 30421	17,0990 €
Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120	16,5832 €
Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150	69,6367 €
Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092	14,0857 €
Sonographie II	33020, 33021, 33022, 33023, 33030, 33031, 33040	19,2650 €
Sonographie der Säuglingshöften	33051	10,4155 €
Spirometrie	04330	6,4171 €
Unvorhergesehene Inanspruchnahme	01100, 01101, 01102	17,1230 €
Verordnung medizinischer Rehabilitation	01611	29,3126 €

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

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

Sofern der prozentuale Zuwachs aller RLV-Behandlungsfälle einer Arztgruppe in 1/2017 gegenüber 1/2016 fünf vom Hundert überschreitet, unterliegen die Ärzte dieser Arztgruppe im Rahmen der Ermittlung des RLV-Budgets 1/2017 einer Fallzahlzuwachsbeschränkung. In diesem Falle wird das arztindividuelle RLV 1/2017 begrenzt auf die individuelle RLV-relevante Behandlungsfallzahl im Vorjahresquartal zzgl. fünf vom Hundert der arztgruppenspezifischen durchschnittlichen RLV-Behandlungsfallzahl im Vorjahresquartal als maximales Wachstum.

Arztgruppenspezifische durchschnittliche RLV-Behandlungsfallzahl im Vorjahresquartal:	1.039,88
Maximales Wachstum der individuellen RLV-Behandlungsfallzahl:	51,99

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

Für Ärzte, die im 1. Quartal 2017 nicht in vollem zeitlichen Umfang an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, reduzieren sich die o. a. durchschnittlichen Behandlungsfallzahlen anteilig auf den Umfang ihrer Tätigkeit.

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

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

25% Minderung des RLV-Fallwerts ab 150% der durchschnittlichen RLV-Behandlungsfallzahl:	1.559,82
50% Minderung des RLV-Fallwerts ab 170% der durchschnittlichen RLV-Behandlungsfallzahl:	1.767,80
75% Minderung des RLV-Fallwerts ab 200% der durchschnittlichen RLV-Behandlungsfallzahl:	2.079,76

Für Ärzte, die im 1. Quartal 2017 nicht in vollem zeitlichen Umfang an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, reduzieren sich die o. a. Fallwertminderungsgrenzen anteilig auf den Umfang ihrer Tätigkeit.

Amtliche Mitteilung der KVN zum HVM für das 1. Quartal 2017

in Umsetzung des Honorarverteilungsmaßstabes (HVM) gemäß § 87b Abs. 1 SGB V der KVN vom 12. November 2016

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

- Leistungen im organisierten Notfalldienst der KVN
- Haus- und Heimbefuche (GOP 01410, 01413 und 01415 EBM)
- Verordnung der spezialisierten ambulante Palliativversorgung (GOP 01425 und 01426 EBM)
- Zuschlag für die Erstellung und Aktualisierung des Medikationsplans (GOP 01630 EBM)
- Leistungen der Prävention, Empfängnisregelung, Sterilisation und im Rahmen von Schwangerschaftsabbrüchen (Abschnitte 1.7.1 bis 1.7.7 EBM)
- Leistungen der Methadon- und Diamorphinsubstitution (Abschnitt 1.8 EBM)
- Ärztlich angeordnete Hilfeleistungen anderer Personen (GOP 03060, 03062 und 03063 EBM)
- Leistungen der hausärztlichen geriatrischen Versorgung (Abschnitt 3.2.4 EBM)
- Leistungen der palliativmedizinischen Versorgung (Abschnitt 3.2.5 und 4.2.5 EBM)
- Leistungen der sozialpädiatrischen Versorgung (Abschnitt 4.2.4 EBM)
- Leistungen der pädiatrischen Nephrologie und Dialyse (Abschnitt 4.5.4 EBM) sowie die GOP 04000 bis 04015, 04040 und 04230, wenn in demselben Behandlungsfall Leistungen des Abschnitts 4.5.4 EBM abgerechnet werden
- Zuschlag auf die jeweilige Pauschale für die fachärztliche Grundversorgung (PFG)
- anästhesiologische Leistungen gemäß § 87b Abs. 2 Satz 5 SGB V
- Beratung und Betreuung eines Patienten nach einer intravitrealen operativen Medikamenteneingabe (GOP 06334 und 06335 EBM)
- Leistungen und Begleitleistungen der Reproduktionsmedizin (ohne Beratungsleistungen GOP 08520 und 08521 EBM)
- Balneophototherapie (GOP 10350 EBM)
- Leistungen der Humangenetik (Abschnitt 11.4 EBM)
- Leistungen und Kostenpauschalen der Laboratoriumsmedizin (GOP 12210, 12220, 12225 und 32001 sowie Kapitel 32 EBM)*
- Leistungen der Nephrologie und Dialyse (Abschnitt 13.3.6 EBM)
- Leistungen auf Überweisungsfällen zur Durchführung ausschließlich von Probenuntersuchungen sowie humangenetische Leistungen der Abschnitte 19.4.2 und 19.4.4 EBM
- Strahlentherapie (Kapitel 25 EBM)
- Leistungen der Soziotherapie (Abschnitt 30.8 EBM)
- Leistungen der spezialisierten Versorgung HIV-infizierter Patienten (Abschnitt 30.10 EBM)
- Neuropsychologische Therapie (Abschnitt 30.11 EBM)
- Spezielle Diagnostik und Eradikationstherapie im Rahmen von MRSA (Abschnitt 30.12 EBM)
- Leistungen zur spezialisierten geriatrischen Diagnostik und Versorgung (Abschnitt 30.13 EBM)
- Ambulantes Operieren, PTK, Koloskopie, Kapselendoskopie und ERCP (Leistungen des Kapitels 31 EBM sowie die GOP 04514, 04515, 04518, 04520, 04528 und 04529 sowie 13421 bis 13431 EBM)
- Leistungen der Abschnitte 2 und 3 der Anlage 1 zum AOP-Vertrag nach § 115b SGB V
- Vakuumbiopsien (GOP 34274 EBM)
- Osteodensitometrische Untersuchung II (GOP 34601 EBM)
- Diagnostische Positronenemissionstomographie (PET) und diagnostische Positronenemissionstomographie mit Computertomographie (PET/CT) (Abschnitt 34.7 EBM)
- probatorische Sitzungen von Ärzten der in § 87b Abs. 2 Satz 3 SGB V genannten Arztgruppen (GOP 35150 EBM)
- antrags- und genehmigungspflichtige Leistungen der Psychotherapie (Abschnitt 35.2 EBM)
- Leistungen, die in belegärztlichen Behandlungsfällen zur Abrechnung gelangen
- Kooperations- und Koordinationsleistungen in Pflegeheimen (Kapitel 37 EBM) sowie delegationsfähige Leistungen (Kapitel 38 EBM)
- Kosten- und Wegepauschalen (Kapitel 40 EBM) sowie Sachkostenerstattung (GOP 99999)
- Vergütungen für regional bzw. bundesweit vereinbarte, nicht im EBM enthaltene Leistungen im GOP-Bereich ≥ 80000

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



Gegenüberstellung MPBetreibV Paragraphen und Absätze

§§ bzw. Absätze alt	§§ bzw. Absätze neu
§ 1 Anwendungsbereich	§ 1 Anwendungsbereich
	§ 1 Abs. 3 neu platziert (vormals § 2 Abs. 1)
	§ 2 Begriffsbestimmungen (komplett neu)
	§ 3 Pflichten eines Betreibers (komplett neu)
§ 2 Allgemeine Anforderungen	§ 4 Allgemeine Anforderungen
	§ 4 Abs. 3 komplett neu
§ 2 Abs. 3	§ 4 Abs. 4
§ 2 Abs. 4	§ 4 Abs. 5
§ 2 Abs. 5	§ 4 Abs. 6
§ 9 Abs. 1 (§ 9 wurde aufgeteilt)	§ 4 Abs. 7 neu platziert (vormals § 9 Abs. 1)
§ 2 Abs. 6	§ 4 Abs. 8
§ 2 Abs. 7 ersatzlos weggefallen	
§ 2 Abs. 8	§ 4 Abs. 9
	§ 4 Abs. 10 komplett neu
	§ 5 Besondere Anforderungen (vormals vergleichbar § 3 Abs. 2)
	Aufteilung in Abs. 1 und Abs. 2 (Abs. 2 neu eingefügt)
	§ 6 Beauftragter für MP-Sicherheit (komplett neu)
§ 3 Instandhaltung von MP	§ 7 Instandhaltung von MP
§ 4 Aufbereitung von MP	§ 8 Aufbereitung von MP
§ 4a Qualitätssicherung in med. Laboratorien	§ 9 Qualitätssicherungssystem für med. Laboratorien
§ 4a Abs. 2 ersatzlos weg	
§ 4a Abs. 3 ersatzlos weg	
§ 4a Abs. 4	§ 9 Abs. 2
§ 5 Betreiben und Anwenden	§ 10 Betreiben und Anwenden von ausgewählten aktiven MP



§ 6 Sicherheitstechnische Kontrollen	§ 11 Sicherheitstechnische Kontrollen
§ 6 Abs. 2	§ 11 Abs. 2 (inhaltlich komplett neu)
§ 6 Abs. 5 (integriert in § 11 Abs. 4)	
§ 7 Medizinproduktebuch	§ 12 Medizinproduktebuch
§ 7 Abs. 2 Nr. 5 weg	
§ 9 Abs. 2 (§ 9 wurde aufgeteilt)	§ 12 Abs. 3 (vormals § 9 Abs. 2)
§ 8 Bestandsverzeichnis	§ 13 Bestandsverzeichnis
§ 8 Abs. 3 weg	
§ 8 Abs. 4	§ 13 Abs. 3
§ 8 Abs. 5 weg	
§ 9 Aufbewahrung der Gebrauchsanweisungen und der MP-Bücher	Weggefallen
	§ 9 Abs. 1 in § 4 Abs. 7 übernommen
	§ 9 Abs. 2 in § 12 Abs. 3 übernommen
§ 11 Messtechnische Kontrollen	§ 14 Messtechnische Kontrollen
§ 11 Abs. 8	§ 14 Abs. 7 Nr. 2
§ 10 Besondere Pflichten bei implantierbaren MP	§ 15 Besondere Pflichten bei implantierbaren MP
§ 12 MP der Bundeswehr	§ 16 MP der Bundeswehr
§ 13 Ordnungswidrigkeiten	§ 17 Ordnungswidrigkeiten
§ 14 Übergangsbestimmungen	§ 18 Übergangsbestimmungen
§ 14 Abs. 1, 2, 3 zusammengefasst	
§ 15 Sondervorschriften	§ 19 Sondervorschriften
	Anlage 1
	Verschiebung der Paragraphen
	Anlage 2
	Verschiebung der Paragraphen
	Verweis nun auch auf § 12 MP-Buch (alt: § 7)
	1.4.1 und 1.4.2 werden aufgehoben
	Nr. 3 (aufgeteilt in 3.1. und 3.2)
	Anlage 3
	Verschiebung der Paragraphen



Zusammenfassung relevanter Änderungen MPBetreibV:

- Die Überschriften aller Abschnitte wurden gestrichen
- § 2 Abs. 1 Anwendungsbereich ergänzt um „ das Bereithalten“
- § 2 Abs. 2 Erweiterung des Personenkreises, die als Betreiber gelten
- § 2 Abs. 3 Erweiterung des Personenkreises, die als Anwender gelten
- § 2 Abs. 4 Erweiterung der definierten Einrichtungen, welche MP betreiben oder anwenden
- § 3 Abs. 2 neue Betreiberpflichten die auch außerhalb der Einrichtung gelten
- § 3 Abs. 2 neue Betreiberpflichten für MP die vom Patienten in die Gesundheitseinrichtung mitgenommen und dort von ihm angewendet werden.
- § 3 Abs. 2 die Begrifflichkeit „Sachkenntnis“ kommt nicht mehr vor
- § 4 Abs. 3 Regelungen zur Einweisung bzw. Ausnahmen hierzu
- § 5 regelt besondere Anforderungen einzelner Tätigkeiten nach § 2 Abs. 1 im Zusammenhang mit dem Betreiben und Anwenden
- § 6 Regelung eines Beauftragten für Medizinproduktesicherheit
- § 8 Abs. 4 beschreibt Anforderungen für Validierer
- § 11 Abs. 1 Intervalle der sicherheitstechnischen Kontrollen nicht mehr entsprechend der Herstellerangaben – Durchführung spätestens alle zwei Jahre bzw. Festlegung kürzerer Intervalle durch Betreiber
- § 14 Durchführung der messtechnischen Kontrollen entsprechend „Leitfaden zu messtechnischen Kontrollen von Medizinprodukten mit Messfunktionen der Physikalischen-Technischen Bundesanstalt“



Informationen für die Praxis

KVN-Rundschreiben

November 2016

Inhaltsverzeichnis

1. Abrechnung.....	3
1.1. Noch einmal: Neue Vereinbarungen mit den Sozialhilfeträgern	3
1.2. Aktuelles zur TerminServiceStelle (TSS).....	4
1.3. Angabe von gesicherten Diagnosen bei onkologischen Erkrankungen erforderlich.....	4
1.4. Beitritt der Wieland BKK zum BKK-Impfvertrag mit dem BKK Landesverband Mitte	4
2. Verordnungen	5
2.1. Änderungen im Heilmittelbereich ab dem 1. Januar 2017.....	5
2.2. Verordnungseinschränkung von Alirocumab - Änderung der Anlage III der Arzneimittel-Richtlinie	8
2.3. Sprechstundenbedarf: Versorgung mit fluoresceinhaltigen Augentropfen/Alternative zu Thilorbin®	9
2.4. Änderung der Arzneimittelverschreibungsverordnung - neue Vorgaben für cortisonhaltige Nasalia	9
3. Allgemeine Hinweise.....	10
3.1. Zugang zum KVN-Portal aktualisieren: Browser Plug-In updaten	10
3.2. Hausarztvertrag mit der AOK Niedersachsen: Früherkennung diabetische Neuropathie mittels Testpflaster startet im November 2016.....	10
3.3. Vertrag über zusätzliche Früherkennungsuntersuchungen U 10/U 11/J 2 mit der AOK Niedersachsen - Beitritt der AOK Rheinland/Hamburg ab dem 4. Quartal 2016.....	11
3.4. Hausarztzentrierte Versorgung Deutsche BKK und BARMER GEK: Patienten werden ab 1. Januar 2017 in der BARMER-HZV-Webanwendung geführt.....	11
3.5. Ergänzung zum Artikel „Reha leicht(er) gemacht“	11
3.6. Patientenbefragungen - neue Onlineanwendung „eZAP“	12

3.7.	Genetische Laboruntersuchungen: Neuer Service für Ärzte.....	12
4.	Veranstaltungen im Dezember 2016 und Januar 2017	13
5.	Anlagenverzeichnis.....	15
5.1.	Sammelerklärung	15

1. Abrechnung

1.1. Noch einmal: Neue Vereinbarungen mit den Sozialhilfeträgern

Seit dem 1. Oktober 2016 gelten die neuen Vereinbarungen mit niedersächsischen Sozialhilfeträgern über die ambulante ärztliche Versorgung von Hilfeempfängern/Asylbewerbern. Wir hatten Sie in einem ausführlichen Beitrag im September-Rundschreiben über die Inhalte informiert.

Nicht überall und sofort klappt die Umstellung reibungslos. Üblicherweise dauert es einige Zeit, bis sich die neuen Verfahrensabläufe sowohl in den Sozialämtern als auch in den Arztpraxen eingespielt haben. Wir möchten hier auf zwei Punkte hinweisen, die in den letzten Tagen vermehrt nachgefragt wurden.

Überweisungen

Bei Überweisungen zur Mit- und Weiterbehandlung sind zwei Verfahren möglich. Welches Verfahren zur Anwendung kommt, können Sie dem Berechtigungsschein des Sozialhilfeträgers entnehmen.

1. Es ist ein weiterer Behandlungsschein durch den Sozialhilfeträger erforderlich.

Hinweis: Als Nachweis für die Notwendigkeit der Überweisung stellt der überweisende Arzt eine Überweisung aus. Im Feld „Auftrag“ ist der Hinweis: „Nur zur Ausstellung eines Behandlungsscheines“ einzutragen.

oder

2. Es kann eine Überweisung zur direkten Inanspruchnahme des Facharztes ausgestellt werden.

Hinweis: Diese Überweisung muss nicht mehr vom Sozialhilfeträger vorab genehmigt werden.

Aktenzeichen

Das vom Sozialhilfeträger auf dem Behandlungsschein angegebene Aktenzeichen ist in der PVS (FK 4124) zu erfassen und auf die Verordnungen/Vordrucke zu übernehmen.

Einige Sozialhilfeträger arbeiten ohne Aktenzeichen. Demzufolge enthält der Berechtigungsschein auch kein Aktenzeichen. Eine Übernahme in die PVS und auf die Verordnungen/Vordrucke entfällt in diesen Fällen.

Alle wichtigen Informationen zu den Vereinbarungen mit den Sozialhilfeträgern, wie z. B. Rundbriefe, die Übersicht der Sozialhilfeträger in der aktuellen Fassung und die Vereinbarungen im Wortlaut finden Sie im KVN-Portal unter [www.kvn.de/Verträge/Verträge mit Sonstigen Kostenträgern](http://www.kvn.de/Verträge/Verträge%20mit%20Sonstigen%20Kostenträgern).

Zwei Verfahren möglich

Hinweis eintragen

Muss nicht genehmigt werden

1.2. Aktuelles zur TerminServiceStelle (TSS)

Kein Verfallsdatum der Überweisungs_codes

Die Überweisungs_codes für die TSS verfallen nicht - entgegen dem oben links auf jedem Bogen aufgedruckten „gültig bis“- Datum sind die Codes auch darüber hinaus verwendbar.

Bitte weiterhin Termine melden

Bitte melden Sie weiterhin Termine zumindest im bisher benötigten Umfang Ihrer Fachrichtung und Ihrer Region. Die HVM-Regelung - „Budgetbefreiung“ von 26 Terminen pro Quartal - bleibt bestehen. Kennzeichnen Sie diese Fälle wie bisher mit der GOP 88261 (Termin durchführen für Terminservice).

GOP 88261

Terminprofile und Terminsuche verbessert

Schauen Sie sich bitte Ihre Profile im eTerminservice (KVN-Portal/Mitgliederbereich/Online-Dienste/eTerminservice) aktuell an: Diese beinhalten neben der Fachgruppe inzwischen Zusatzqualifikationen und Genehmigungen und bieten Ihnen somit einen Überblick über Ihre bei uns registrierten „Fähigkeiten“.

Genehmigungen

Fachgruppe und Zusatzqualifikationen sind durch die TSS „suchbar“, so dass es ggf. interessant und lohnend ist, separate Profile zu erstellen, diese explizit zu benennen und Termine differenziert für bestimmte Zusatzqualifikationen anzulegen.

1.3. Angabe von gesicherten Diagnosen bei onkologischen Erkrankungen erforderlich

Die Abrechnung der GOP 07345, 08345, 09345, 10345, 13435, 13675, 15345, 26315 ist nur bei Versicherten mit einer gesicherten onkologischen Erkrankung gemäß EBM berechnungsfähig.

Gesicherte onkologische Erkrankung

Der Eintrag für die Angabe des Zusatzkennzeichens zur Diagnosesicherheit erfolgt im KVDT-Feld 6003. Bei fehlender Angabe des Zusatzkennzeichens „G“ können die abgerechneten GOP in Ihrer Quartalsabrechnung nicht berücksichtigt werden.

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

1.4. Beitritt der Wieland BKK zum BKK-Impfvertrag mit dem BKK Landesverband Mitte

Für Versicherte der Wieland BKK können ab sofort Schutzimpfungen nach dem o. g. Vertrag erbracht und abgerechnet werden.

2. Verordnungen

2.1. Änderungen im Heilmittelbereich ab dem 1. Januar 2017

Die Vereinbarung „Praxisbesonderheiten Heilmittel“ zwischen GKV-Spitzenverband und KBV wird zum Ende des Jahres 2016 aufgehoben. Die darin enthaltenen Anlagen 1 (bundesweite Praxisbesonderheiten) und 2 (Langfrist-Diagnosen) werden in andere Regelungen/Vereinbarungen übernommen.

Praxisbesonderheiten Heilmittel → „besondere Verordnungsbedarfe“

Die Diagnosenliste der bundesweiten Praxisbesonderheiten wird ab dem 1. Januar 2017 in den Rahmenvorgaben nach § 106b Abs. 2 SGB V für Wirtschaftlichkeitsprüfungen unter der Bezeichnung „besondere Verordnungsbedarfe“ fortgeführt. Verordnungen gemäß dieser Liste werden im Fall einer Wirtschaftlichkeitsprüfung in vollem Umfang berücksichtigt. Die Liste der Praxisbesonderheiten/besonderen Verordnungsbedarfe wurde überarbeitet und um Diagnosen aus den folgenden Indikationsbereichen erweitert:

- Geriatrische Syndrome (ab dem vollendeten 70. Lebensjahr)
- Demenz bei Alzheimer-Krankheit mit frühem Beginn
- Entwicklungsstörungen bei Kindern
- Sekundäres Parkinson-Syndrom
- Chronische Atemwegserkrankungen mit Ursprung in der Perinatalperiode
- Postoperative Versorgung des Schultergelenks
- Systemkrankheiten des Bindegewebes
- Kyphosen, Skoliosen, juvenile Osteochondrosen

Erweiterte Liste

Neue Heilmittelvordrucke - alte Vordrucke dürfen nicht aufgebraucht werden

In einigen Fällen sind zur Identifikation als besondere Verordnungsbedarfe zwei ICD-10-Codes erforderlich. Aus diesem Grund werden die Vordrucke zur Verordnung von Physiotherapie/Podologie (Muster 13), Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie (Muster 14) und Ergotherapie (Muster 18) zum 1. Januar 2017 geändert und um ein weiteres Feld zur Angabe eines ICD-10-Codes ergänzt.

Die alten Heilmittel-Vordrucke dürfen nur noch bis zum 31. Dezember 2016 verwendet werden. Ab dem 1. Januar 2017 sind ausschließlich die neuen Vordrucke zu verwenden.

Hinweis

Hinweise zur Bestellung:

- Die neuen Vordrucke können ab sofort beim Paul-Albrechts Verlag GmbH oder bei Ihrer Bezirksstelle bestellt werden.
- Auf der Bestellung bitte angeben, ob noch alte oder bereits neue Vordrucke geliefert werden sollen.
- Ab dem 1. Dezember werden automatisch neue Vordrucke ausgeliefert.

Änderung der Heilmittel-Richtlinie - Verfahren zum langfristigen Heilmittelbedarf

Mit Wirkung zum 1. Januar 2017 werden die Regelungen zum langfristigen Heilmittelbedarf in der Heilmittel-Richtlinie konkretisiert und die Liste der Langfrist-Diagnosen als Anlage 2 zur Heilmittel-Richtlinie aufgenommen. Hierdurch soll das Verfahren vereinfacht und die Genehmigungspraxis der Krankenkassen vereinheitlicht werden.

Folgende Verfahrensregeln werden im neuen § 8a der Heilmittel-Richtlinie (HeilM-RL) aufgenommen (verkürzte Darstellung):

- Bei Erkrankungen gemäß der Diagnosenliste (Anlage 2 d. HeilM-RL) ist kein Genehmigungsverfahren erforderlich.
- Definition der Bedingungen für ein individuelles Antragsverfahren bei Diagnosen, die nicht in Anlage 2 d. HeilM-RL gelistet sind:
 - Schwere und Dauerhaftigkeit funktioneller/struktureller Einschränkungen müssen mit den in Anlage 2 gelisteten Diagnosen vergleichbar sein. Eine vergleichbare schwere dauerhafte funktionelle/strukturelle Schädigung kann ausgeschlossen werden bei Erkrankungen und Diagnosegruppen mit prognostisch kurzzeitigem Behandlungsbedarf laut Heilmittel-Katalog. Die Schwere und Langfristigkeit kann sich auch aus der Summe mehrerer einzelner funktioneller/struktureller Schädigungen und Beeinträchtigungen der individuellen Aktivitäten ergeben.
 - Von einer Dauerhaftigkeit und Langfristigkeit ist auszugehen, wenn von einem Therapiebedarf von mindestens einem Jahr auszugehen ist.
 - Sofern es bei der Entscheidung zusätzlichen medizinischen Sachverstand bedarf, hat die Krankenkasse den MDK mit einzubeziehen.
 - Eine Genehmigung kann unbefristet oder befristet erfolgen, darf aber ein Jahr nicht unterschreiten.
 - Eine Genehmigung darf nicht allein deswegen versagt werden, weil sich das Heilmittel innerhalb der Diagnosegruppe oder die Behandlungsfrequenz ändern kann.
 - Im Genehmigungsbescheid müssen zumindest die therapierelevante Diagnose und die Diagnosegruppe/-gruppen angegeben werden.
- Unterlagen für den Antrag bei der Krankenkasse
 - formloser Antrag des Versicherten
 - Kopie der gültigen Heilmittelverordnung inkl. medizinischer Begründung (Original verbleibt beim Patienten; mit der Behandlung kann bereits begonnen werden)
 - Um Nachfragen der Krankenkassen zu vermeiden, sollte sich aus der medizinischen Begründung auf der Verordnung die Schwere und Langfristigkeit der funktionellen/strukturellen Schädigungen, die Beeinträchtigung der Aktivitäten und der Therapiebedarf ergeben.

Verfahrensregeln

Kopie Heilmittelverordnung

Hinweise zur Verordnung bei langfristigem Heilmittelbedarf

- Verordnungen bei langfristigem Heilmittelbedarf (laut Diagnosenliste oder mit individueller Genehmigung) können als „Verordnung außerhalb des Regelfalls“ ausgestellt werden, ohne dass der Regelfall zuvor durchlaufen werden muss.
- Einschränkungen wie z. B. „gültig erst bei Genehmigung der Kasse“ sind nicht zulässig.

Erweiterung der Langfrist-Diagnosenliste

Im Zuge der Richtlinienänderung wurde die Liste der Erkrankungen mit langfristigem Heilmittelbedarf überarbeitet und um folgende Diagnosen ergänzt:

- Torticollis spasticus (G24.3)
- Syringomyelie und Syringobulbie (G95.0)
- Systemischer Lupus erythematodes (M32.1/M32.8)
- Thalidomid-Embryopathie (Q86.80)
- Angeborene Fehlbildungssyndrome mit vorwiegender Beteiligung des Gesichtes (Q87.0)
- Deletion des kurzen Armes des Chromosoms 5 (Q93.4)
- Fragiles-X Chromosom (Q99.2)
- Chronische obstruktive Lungenerkrankungen (J44.00/J44.10/J44.80/J44.90)

Erweiterte Liste

Verordnungen im Rahmen des langfristigen Heilmittelbedarfes unterliegen weiterhin nicht der Wirtschaftlichkeitsprüfung.

Weitere Änderungen der Heilmittel-Richtlinie

Ab dem 1. Januar ist unter den Indikationsschlüsseln LY2 und LY3 auch eine 30-minütige Einheit manueller Lymphdrainage (MLD-30) verordnungsfähig. Bisher war hier nur die Verordnung von MLD-45 oder MLD-60 möglich, wobei dafür jedoch mindestens zwei Extremitäten betroffen sein mussten. Nun ist auch bei längerem Behandlungsbedarf die Verordnung für nur eine Extremität möglich. Auch wurde klargestellt, dass eine verordnete Kompressionsbandagierung im Anschluss an die Therapiezeit der MLD zu erfolgen hat.

Die vollständige Diagnosenliste sowie weitere inhaltliche und insbesondere redaktionelle Änderungen können Sie dem Beschluss auf der Internetseite des G-BA entnehmen: www.g-ba.de/Beschluesse/Beschlussdatum 19. Mai 2016

Einsatz zertifizierter Software zur Verordnung von Heilmitteln

Sofern zur Verordnung von Heilmitteln eine Software verwendet wird, muss diese ab dem 1. Januar 2017 von der KBV zertifiziert sein. Die Software muss die Inhalte der Heilmittel-Richtlinie sowie der besonderen Verordnungsbedarfe enthalten. Dadurch sollen Vertragsärzte unterstützt werden, die komplexen Regelungen bei der Verordnung leichter umzusetzen.

Die vollständige Liste der „besonderen Verordnungsbedarfe“ sowie die Liste der Diagnosen mit langfristigem Heilmittelbedarf finden Sie in Kürze auch im KVN-Portal unter Verordnungen/Heilmittel/Langfristdiagnosen/Praxisbesonderheiten.

2.2. Verordnungseinschränkung von Alirocumab - Änderung der Anlage III der Arzneimittel-Richtlinie

Nach Einführung der Verordnungseinschränkung von Evolocumab (Repatha®) ist nun auf Beschluss des G-BA auch der zweite PCSK-9-Inhibitor Alirocumab (Praluent®) nur noch eingeschränkt zu Lasten der GKV verordnungsfähig. Der Beschluss trat am 25. Oktober 2016 in Kraft. Bei der Patientengruppe, für die Alirocumab ausnahmsweise weiterhin verordnet werden kann, geht der G-BA wie bereits bei Evolocumab in seinen Tragenden Gründen davon aus, dass grundsätzlich eine Indikation zur Durchführung einer LDL-Apherese besteht. Im Detail wird die Anlage III der Arzneimittel-Richtlinie um folgenden Abschnitt erweitert:

Arzneimittel und sonstige Produkte	Rechtliche Grundlagen und Hinweise
<p>35b. Alirocumab Dieser Wirkstoff ist nicht verordnungsfähig, solange er mit Mehrkosten im Vergleich zu einer Therapie mit anderen Lipidsenkern (Statine, Fibrate, Anionenaustauscher, Cholesterinresorptionshemmer) verbunden ist. Das angestrebte Behandlungsziel bei der Behandlung der Hypercholesterinämie oder gemischten Dyslipidämie ist mit anderen Lipidsenkern ebenso zweckmäßig, aber kostengünstiger zu erreichen. Für die Bestimmung der Mehrkosten sind die der zuständigen Krankenkasse tatsächlich entstehenden Kosten maßgeblich.</p> <p>Dies gilt nicht für Patienten - mit heterozygot familiärer oder nicht-familiärer Hypercholesterinämie oder gemischter Dyslipidämie bei therapierefraktären Verläufen, bei denen grundsätzlich trotz einer über einen Zeitraum von 12 Monaten dokumentierten maximalen diätetischen und medikamentösen lipidsenkenden Therapie (Statine und/oder andere Lipidsenker bei Statin- Kontraindikation) der LDL-C-Wert nicht ausreichend gesenkt werden kann und daher davon ausgegangen wird, dass die Indikation zur Durchführung einer LDL-Apherese besteht. Es kommen nur Patienten mit gesicherter vaskulärer Erkrankung (KHK, cerebrovaskuläre Manifestation, pAVK) sowie regelhaft weiteren Risikofaktoren für kardiovaskuläre Ereignisse (z.B. Diabetes mellitus, Nierenfunktion GFR unter 60 ml/min) infrage sowie Patienten mit gesicherter familiärer heterozygoter Hypercholesterinämie unter Berücksichtigung des Gesamtrisikos familiärer Belastung.</p> <p>Die Einleitung und Überwachung der Therapie mit Alirocumab muss durch Fachärzte für Innere Medizin und Kardiologie, Fachärzte für Innere Medizin und Nephrologie, Fachärzte für Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie, Fachärzte für Innere Medizin und Angiologie oder durch an Ambulanzen für Lipidstoffwechselstörungen tätige Fachärzte erfolgen.</p>	<p>Verordnungseinschränkung verschreibungspflichtiger Arzneimittel nach dieser Richtlinie. [4]</p>

Erweiterter Abschnitt

Den vollständigen Beschluss des G-BA samt Tragenden Gründen sowie die vollständige Anlage III finden Sie im Internet unter [www.g-ba.de /Richtlinien/Arzneimittelrichtlinie/Anlage III](http://www.g-ba.de/Richtlinien/Arzneimittelrichtlinie/Anlage%20III).

2.3. Sprechstundenbedarf: Versorgung mit fluoresceinhaltigen Augentropfen/Alternative zu Thilorbin®

Das Fertigarzneimittel Thilorbin® Augentropfen von der Firma OmniVision ist nach Mitteilung des Herstellers voraussichtlich erst Ende November 2016 wieder lieferbar. Auch der bis 31. Oktober 2016 zulässige Import von Fluoresceine Oxybuprocaine SDU Faure aus der Schweiz steht mittlerweile nicht mehr zur Verfügung, da das Mittel komplett ausverkauft ist.

Somit gibt es aktuell keine Möglichkeit, entsprechende Augentropfen zur Diagnostik über den Sprechstundenbedarf zu beziehen.

Die Fa. Omnivision wird aber allen direkt dort anfragenden Augenärzten 100 Fluorescein-Teststreifen kostenlos übersenden, um die nächsten drei bis vier Wochen überbrücken zu können. Die Verwendung der Teststreifen ist jedoch für den Patienten unangenehm/schmerzhaft, so dass eine zusätzliche Betäubung mit oxybuprocainhaltigen Augentropfen (z. B. Novesine® von Omnivision) oder anderen betäubenden Augentropfen notwendig sein wird. Diese verschreibungspflichtigen Augentropfen können über den Sprechstundenbedarf bezogen werden.

Die Kontaktdaten der Firma OmniVision lauten:

Omnivision® GmbH, Lindberghstraße 9, D-82178 Puchheim,
Telefon: 089 840792 30, Fax: 089 840792 40, info@omnivision-pharma.com

2.4. Änderung der Arzneimittelverschreibungsverordnung - neue Vorgaben für cortisonhaltige Nasalia

Mit Wirkung zum 1. Oktober 2016 tritt eine Änderung der Arzneimittelverschreibungsverordnung (AMVV) in Kraft. Unter anderem werden die Vorgaben für die Glucocorticoide Beclometason, Fluticason und Mometason geändert. Diese Wirkstoffe samt ihrer Ester sind neuerdings nicht mehr der Verschreibungspflicht unterstellt, sofern sie „zur intranasalen Anwendung bei Erwachsenen zur symptomatischen Behandlung der saisonalen allergischen Rhinitis, nach der Erstdiagnose der saisonalen allergischen Rhinitis durch einen Arzt, in einer Tagesdosis bis zu 400 Mikrogramm (Beclometason) bzw. 200 Mikrogramm (Fluticason, Mometason) [...]“ angewendet werden bzw. indiziert sind.

Für Beclometason-haltige Nasalia galten bereits im Vorfeld Ausnahmeregelungen. Neu ist hier, dass die rezeptfreien Präparate nun lediglich für Erwachsene und nicht mehr für Kinder und Jugendliche ab 12 Jahre zugelassen sind. Mometason- und Fluticason-haltige Nasalia werden erstmals aus der Verschreibungspflicht entlassen.

Zum momentanen Zeitpunkt (Stand 15. Oktober 2016) sind nach unserer Recherche bereits apothekenpflichtige Arzneimittel mit Beclometason bzw. Mometason auf dem deutschen Markt verfügbar.

Teststreifen zur
Überbrückung

Neu

3. Allgemeine Hinweise

3.1. Zugang zum KVN-Portal aktualisieren: Browser Plug-In updaten

Moderne Informationstechnologie (IT) ist aus dem reibungslosen Betrieb einer Arztpraxis nicht mehr wegzudenken. Sie erleichtert viele Verwaltungsaufgaben und spart damit wertvolle Zeit für die Patienten. Doch mit dem Einsatz von IT in der Arztpraxis sind auch Risiken verbunden. Daher müssen aus datenschutz-, straf- und haftungsrechtlichen Gründen spezielle Anforderungen erfüllt sein, um ein angemessenes Sicherheitsniveau zu gewährleisten. An einer gut funktionierenden Praxis-EDV ändern Ärzte nur ungern etwas. Das ist verständlich, schließlich hängt an der EDV mittlerweile die Abrechnung der erbrachten Leistung. Und wenn die zugehörigen Daten nicht rechtzeitig und fehlerfrei online zur KVN gelangen, ist das katastrophal. Neue Sicherheitsstandards machen es erforderlich, den Zugang zum KVN-Portal zu aktualisieren. Dazu muss das sogenannte Browser Plug-In (Citrix) ein Update erfahren. Aber keine Angst: Nach dem Login in das KVN-Portal startet das Update automatisch und ist mit wenigen Klicks beendet.

Wie das Update auf Ihrem System genau funktioniert, und was Sie beachten sollten, entnehmen Sie bitte der Dokumentation entsprechend Ihres eingesetzten Betriebssystems auf der Eingangsseite des KVN-Portals. Achten Sie auf aktuelle Sicherheits-Updates und Patches für Ihr Betriebssystem und Browser. Bei Verwendung eines Windows 10 Betriebssystems erfolgt das Update nicht automatisch. Deinstallieren Sie das Citrix Plug-In vor der Anmeldung am KVN-Portal über die Systemsteuerung. Starten Sie anschließend den Rechner neu. Laden Sie nach der Anmeldung das Plug-In über den Download-Button herunter und installieren es.

Bei Fragen zum Update des Browser Plug-In, steht Ihnen die gebührenfreie IT-Servicehotline der KVN unter 0800 5 101025 zur Verfügung. Unsere Servicezeit für Sie: Montag bis Freitag: 7 bis 19 Uhr. Sprechen Sie auch gern einen Termin mit uns ab. Die KVN empfiehlt, das Update schon jetzt durchzuführen. Warten Sie nicht, bis Sie zum Beispiel die Quartalsabrechnung online an die KVN übermitteln wollen.

3.2. Hausarztvertrag mit der AOK Niedersachsen: Früherkennung diabetische Neuropathie mittels Testpflaster startet im November 2016

Der AOK-Hausarztvertrag wurde um eine neue Leistung zur Früherkennung der diabetischen Neuropathie ergänzt. Spezielle Diagnosepflaster, deren Testergebnisse frühzeitig auf neurologische Komplikationen hinweisen, können jetzt unter ärztlicher Anleitung verabreicht werden. Anspruchsberechtigt sind HzV-Patienten, die von der AOK identifiziert und deren Eignung zum Früherkennungstest zuvor vom Hausarzt festgestellt wurde. Sowohl die Patientenauswahl als auch die Leistungsdokumentation und Abrechnung erfolgt webbasiert innerhalb der vertragseigenen HzV-Webanwendung im KVN-Portal.

Windows 10

Tipp

Die extrabudgetären Leistungen im Einzelnen:

Leistung	Vergütung
Modul I: Beratung, Durchführung der Früherkennung mittels Testpflaster, Ergebnisdokumentation	15 Euro
Modul II: Weiterbetreuung bei positivem Testergebnis (Fußstatusbestimmung, ausführliche Beratung einschließlich DMP-Teilnahmeempfehlung)	15 Euro
Sachkostenpauschale für Diagnosepflaster (vereinbarter Bezugsweg ist zwingend einzuhalten)	20,49 Euro

Den Hausarztvertrag sowie die aktuell abgeschlossene Vereinbarung finden Sie im KVN-Portal unter Verträge/Hausarztzentrierte Versorgung/Link: „AOK Niedersachsen/Link: Anlage 15 - Früherkennung diabetische Neuropathie“.

3.3. Vertrag über zusätzliche Früherkennungsuntersuchungen U 10/U 11/J 2 mit der AOK Niedersachsen - Beitritt der AOK Rheinland/Hamburg ab dem 4. Quartal 2016

Die AOK Rheinland/Hamburg ist mit Wirkung ab 4. Quartal 2016 dem o. a. Vertrag mit der AOK Niedersachsen beigetreten. Somit können ab sofort auch für Versicherte der AOK Rheinland/Hamburg die Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern und Jugendlichen (U 10/U 11 und J 2) von am o. a. Vertrag teilnehmenden Ärzten erbracht und abgerechnet werden (Abrechnungsziffer 99216, 99217 und 99220).

3.4. Hausarztzentrierte Versorgung Deutsche BKK und BARMER GEK: Patienten werden ab 1. Januar 2017 in der BARMER-HZV-Webanwendung geführt

Die Kassenfusion der Deutschen BKK mit der BARMER GEK zum 1. Januar 2017 wirkt sich auch auf die Hausarztzentrierte Versorgung aus: Ab diesem Zeitpunkt werden alle Patienten, die an der hausarztzentrierten Versorgung teilnehmen, in der „BARMER HZV“-Webanwendung (KVN-Portal/Online-Dienste) geführt.

3.5. Ergänzung zum Artikel „Reha leicht(er) gemacht“

In der Ausgabe des Niedersächsischen Ärzteblattes von August 2016 haben wir von der Änderung zur medizinischen Rehabilitation berichtet. Auf Seite 56 wurde Ihnen beschrieben, welche die Inhalte der Online-Fortbildung zur medizinischen Rehabilitation sind und wie der Lerninhalt und die Themenbereiche aufgebaut sind. Des Weiteren wurde der Link der KBV, wo das Curriculum zur Online-Fortbildung zu finden ist, angegeben. Leider haben wir versäumt mitzuteilen, wie Interessierte in das Fortbildungsportal der KBV kommen. Dieses ist ausschließlich über das Sichere Netz möglich. Loggen Sie sich bitte im KVN-Portal ein und wählen Sie unter dem „Punkt Online-Dienste“, „KBV-Fortbildungsportal“ aus.

3.6. Patientenbefragungen - neue Onlineanwendung „eZAP“

Damit Ärzte und Psychotherapeuten künftig noch einfacher Patientenbefragungen durchführen können, steht ab sofort eine neue Onlineanwendung der KBV zur Verfügung. Mit dieser können mit wenigen Klicks Patientenbefragungen angelegt werden. Ferner bietet die Anwendung die Möglichkeit, den Fragebogen und ein Poster für das Wartezimmer auszudrucken. Wird der Fragebogen online ausgefüllt, werden die Daten direkt ins Sichere Netz übertragen. Die Inhalte des Papierfragebogens können seitens des Praxisteam direkt in eZAP eingepflegt werden. Den Papierfragebogen gibt es in Deutsch und sechs weiteren Sprachen. Am Ende der Befragung wird ein Ergebnisbericht nebst Grafiken erstellt.

Patientenbefragungen sind im Rahmen des Qualitätsmanagement (QM) sinnvoll, da die Praxen hierdurch Anregungen für mögliche Verbesserungen erhalten. Zudem wurden Patientenbefragungen in der Qualitätsmanagement-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses als verpflichtend dargelegt, obgleich jene Richtlinie neben einer Stichprobenprüfung alle zwei Jahre, keine weiteren Sanktionen normiert. Um Veränderungen messen und darstellen zu können, bietet es sich jedoch an, mindestens alle drei Jahre systematische Befragungen durchzuführen.

Alle drei Jahre Befragungen durchführen

3.7. Genetische Laboruntersuchungen: Neuer Service für Ärzte

Die wichtigsten Neuerungen im Bereich genetische Laboruntersuchungen hat die KBV in zwei Praxisinformationen zusammengefasst. Eine Publikation richtet sich dabei gezielt an veranlassende Ärzte, eine zweite an Humangenetiker, Labormediziner und Pathologen, die die Leistungen durchführen.

Der Bereich Humangenetik im EBM wurde zum 1. Juli 2016 komplett überarbeitet. Die Leistungen sind nunmehr in konstitutionelle genetische, tumorgenetische und immungenetische Leistungen unterteilt. Dadurch ergeben sich in der Praxis einige Änderungen - sowohl für beauftragende als auch für durchführende Vertragsärzte.

Die KBV hat daher zwei neue Praxisinformationen veröffentlicht, die die Änderungen übersichtlich und kompakt darstellen. Sie können kostenlos heruntergeladen werden und sind speziell auf die jeweilige Zielgruppe zugeschnitten: Genetische Laboruntersuchungen richtig abrechnen - Wissenswertes für Ärzte im Überblick richtet sich an Humangenetiker, Labormediziner und Pathologen, die die Leistungen durchführen und abrechnen.

Zwei neue Praxisinformationen

Für Vertragsärzte, die genetische Laboruntersuchungen beauftragen, fasst eine zweite Praxisinformation zusammen, welche Neuerungen es gibt und was bei der Veranlassung zu beachten ist.

Die Praxisinformationen können hier kostenlos heruntergeladen werden: www.kbv.de - Aktuell - Praxisnachrichten vom 27. Oktober 2016.

4. Veranstaltungen im Dezember 2016 und Januar 2017

Hier bekommen Sie eine Übersicht über Seminare und Fortbildungen der KVN mit noch freien Plätzen im Dezember 2016 und Januar 2017. Ein Anmeldefax ist angehängt. Bitte nutzen Sie für unterschiedliche Seminare separate Anmeldefaxe. Die ausgefüllten Anmeldungen faxen Sie bitte an folgende Nummer: **0511 380-3480**.

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

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

Name	Ort	Datum	Gebühr p. P.
Abrechnung und Verordnung			
AbrechnungsCheck	Göttingen	14.Dez	kostenlos
AbrechnungsCheck	Lüneburg	14.Dez	kostenlos
AbrechnungsCheck	Osnabrück	21.Dez	kostenlos
AbrechnungsCheck und Honorar für MFA	Stade	07.Dez	kostenlos
AbrechnungsCheck und Honorar für MFA	Osterholz-Scharmbeck	14.Dez	kostenlos
Sicher durch den „Heilmittel-Verordnungs-Dschungel“ für MFA	Meppen	25.Jan	kostenlos
Medizinische und psychotherapeutische Themen			
Strukturiertes Geriatisches Schulungsprogramm	Hannover	03.Dez	119 Euro

Verbindliche Anmeldung (bitte vollständig ausfüllen)

Fax an 0511 380-3480

Ich nehme am Seminar

mit _____ Person/en teil.

Datum des Seminars

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

Vor- und Nachname des Rechnungsempfängers (Praxis)

Anschrift des Rechnungsempfängers (Straße, PLZ, Ort)

LANR

BSNR

E-Mail-Adresse

Telefonnummer für evtl. Rückfragen

Datum

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

Stempel

5. Anlagenverzeichnis

5.1. Sammelerklärung



KVN

Kassenärztliche Vereinigung
Niedersachsen

Informationen für die Praxis

KVN-Rundschreiben

Oktober 2016

Inhaltsverzeichnis

1. Abrechnung	3
1.1. Medikationsplan zum 1. Oktober 2016 in den EBM aufgenommen.....	3
1.2. Neue Vereinbarungen über die ambulante ärztliche Versorgung von Hilfeempfängern/Asylbewerbern mit niedersächsischen Sozialhilfeträgern ab 1. Oktober 2016.....	6
2. Verordnungen.....	6
2.1. Sprechstundenbedarf - Versorgung mit fluoreszeinhaltigen Augentropfen/Alternative zu Thilorbin®	6
2.2. Mosquito® med LäuseShampoo 10 in Anlage V - verordnungsfähige Medizinprodukte - der Arzneimittel- Richtlinie aufgenommen.....	7
2.3. Cosentyx® (Secukinumab) in Teilindikation als Praxisbesonderheit anerkannt.....	7
2.4. Kontinuierliche interstitielle Glukosemessung mit Real-Time-Messgeräten (rtCGM) jetzt GKV-Leistung ...	8
3. Allgemeine Hinweise	10
3.1. Niedersächsisches Sozialministerium gibt Umsetzungshinweise zum Nachweis der ärztlichen Impfberatung bei Erstaufnahme in einer Kindertagesstätte	10
3.2. Hospitationsmöglichkeiten für „Ärzte im Asyl“ gesucht.....	11
3.3. Privatliquidation der HPV-Impfung für weibliche Versicherte ab 18 Jahren.....	11
3.4. „Willkommen Baby!“ - Vereinbarung zur Prävention von Frühgeburten endet zum 31. Dezember 2016	12
3.5. Neustart am 1. Oktober 2016 für das Vertragskonzept „Willkommen Baby!“ über die besondere ambulante ärztliche Versorgung von Schwangeren in Niedersachsen.....	12

3.6.	BKK-Vertrag: Erweitertes Präventionsangebot für Kinder U 10/U11 (Starke Kids) endet für E.ON Betriebskrankenkasse am 31. Dezember 2016	13
3.7.	Änderung der Formularbestellung in der Bezirksstelle Göttingen.....	13
3.8.	Kurz gefasst zum Thema „Schriftlicher Behandlungsplan“	14
3.9.	Neues Seminarangebot zu speziellen Themen: Gruppentherapie leicht gemacht - Keine Angst vor der Umsetzung	14
4.	Veranstaltungen im November und Dezember 2016...	15
5.	Anlagenverzeichnis.....	18
5.1.	Übersicht der Sozialhilfeträger	18
5.2.	Nachweis der ärztlichen Impfberatung - Muster	18
5.3.	Bestellschein Niedersachsen	18

1. Abrechnung

1.1. Medikationsplan zum 1. Oktober 2016 in den EBM aufgenommen

Der Bewertungsausschuss hat in seiner Sitzung am 21. September 2016 eine Vergütungsregelung für das Erstellen und Aktualisieren des Medikationsplans getroffen. Die Vergütungen werden für die ersten zwei Jahre extrabudgetär von den Krankenkassen vergütet.

Regelungen für Haus- und Kinderärzte

Hausärzte sowie Kinder- und Jugendärzte erhalten eine Einzelleistungsvergütung für Patienten, die nicht chronisch krank sind (neue GOP 01630), aber entsprechend der Regelung im neuen § 29a Bundesmantelvertrag Ärzte mindestens drei verordnete systemisch wirkende Medikamente dauerhaft - über einen Zeitraum von mindestens 28 Tagen - anwenden. Der Vertragsarzt hat grundsätzlich die Medikamente einzu beziehen, die er selbst verordnet hat. Andere Arzneimittel führt er auf, sofern er ausreichend Kenntnis von diesen hat. Darüber hinaus wurde klargestellt, dass Hausärzte zum Ausstellen von Medikationsplänen verpflichtet sind, Fachärzte nur dann, wenn der Versicherte keinen Hausarzt hat. Der erstausstellende Arzt ist zur weiteren Aktualisierung verpflichtet.

- Die GOP 01630 wird einmal im Krankheitsfall als Zuschlag zur Versichertenpauschale 03000 / 04000 gezahlt, wenn der Arzt einen Medikationsplan erstellt hat. Etwaige Aktualisierungen sind damit abgegolten.
- Der Zuschlag (GOP 01630) beträgt 39 Punkte (ca. 4 Euro).
- Der Zuschlag kann je Patient einmal im Krankheitsfall von einem Vertragsarzt abgerechnet werden.

Für alle chronisch kranken Patienten der Haus- und Kinderärzte gibt es pauschal einen Zuschlag auf die Chronikerpauschale, unabhängig davon, ob für den Patienten ein Medikationsplan zu erstellen bzw. zu aktualisieren ist.

- Der Zuschlag wird einmal im Behandlungsfall gezahlt, unabhängig davon, ob für den Patienten ein Plan erstellt oder aktualisiert wurde.
- Der Zuschlag (GOP 03222 / 04222) ist mit 10 Punkten (ca. 1 Euro) bewertet.
- Der Zuschlag der Hausärzte (GOP 03222) ist nicht berechnungsfähig, wenn in demselben Behandlungsfall der hausärztliche geriatrische Behandlungskomplex (GOP 03362) abgerechnet wird. Dieser vergütet bereits die Erstellung und / oder Aktualisierung eines Medikationsplans.
- Der Zuschlag (GOP 03222 / 04222) ist nicht berechnungsfähig, wenn im Krankheitsfall schon die Einzelleistung (GOP 01630) berechnet wurde.
- Der Zuschlag wird von der KVN unter Beachtung der Abrechnungsausschlüsse automatisch zugesetzt.

Fachärzte

Fachärzte erhalten für onkologische Patienten, Schmerzpatienten sowie Patienten mit einer Organtransplantation eine Einzelleistungsvergütung (GOP 01630), wenn sie die fachgruppenspezifische Zusatzpauschale Onkologie, die GOP 30700 bzw. die fachgruppenspezifische Zusatzpauschale für die Behandlung eines Transplantationsträgers abrechnen.

Die Abrechnung erfolgt als Zuschlag (GOP 01630):

- Zur Zusatzpauschale Onkologie der Fachgruppen Chirurgie, Gynäkologie, HNO, Dermatologie, Internisten mit Schwerpunkt (SP), Gastroenterologie und SP Pneumologie, MKG und Urologie (Internisten mit SP Hämatologie / Onkologie erhalten anstelle einer Einzelleistungsvergütung einen entsprechenden höheren Zuschlag auf die Grundpauschale (siehe unten).
- Zur GOP 30700 in der Schmerztherapie
- Zur Zusatzpauschale für die Behandlung eines Transplantationsträgers

Weitere Details:

- Der Zuschlag beträgt jeweils 39 Punkte (ca. 4 Euro).
- Der Zuschlag kann je Patient einmal im Krankheitsfall von einem Vertragsarzt abgerechnet werden.

Die meisten Fachärzte erhalten einen Zuschlag zur fachärztlichen Grundpauschale. Mit dem Zuschlag wird die ggf. erforderliche Erstellung eines Meditationsplanes und dessen Aktualisierung vergütet.

- Der Zuschlag wird einmalig im Behandlungsfall gezahlt, unabhängig davon, ob für den Patienten ein Plan erstellt oder aktualisiert wurde.
- Die Höhe des Zuschlags ist je nach Fachgruppe unterschiedlich hoch:

Fachgruppen, die viele Medikamente verordnen und deshalb ggf. öfter einen Plan aktualisieren oder ausstellen werden, erhalten einen höheren Zuschlag als Fachgruppen mit wenigen Verordnungen. Fachgruppen, die keine oder sehr wenige Medikamente verordnen, erhalten auf Grund der anteilmäßig geringen Verordnung keinen Zuschlag.

- Die Zuschläge sind nicht berechnungsfähig, wenn im Krankheitsfall schon die Einzelleistung (GOP 01630) berechnet wurde.
- Der Zuschlag wird von der KVN unter Beachtung der Abrechnungsausschlüsse automatisch zugesetzt. Die Höhe des Zuschlages ergibt sich aus der folgenden Aufstellung:

Facharzt Grundpauschale	Zuschlag zur Grundpauschale (einmal im Behandlungsfall)	
	GOP	Bewer- tung
Anästhesist 05210 bis 05212	05227	3 Punkte
Augenarzt 06210 bis 06212	06227	2 Punkte
Chirurg 07210 bis 07212	07227	2 Punkte
Gynäkologe 08210 bis 08212	08227	2 Punkte
Hals-Nasen-Ohrenarzt 09210 bis 09212	09227	2 Punkte
Hautarzt 10210 bis 10212	10227	2 Punkte
Internist ohne Schwerpunkt (SP) 13210 bis 13212	13227	9 Punkte
Internist mit SP Angiologie 13290 bis 13292	13297	2 Punkte
Internist mit SP Endokrinologie 13340 bis 13342	13347	3 Punkte
Internist mit SP Gastroenterologie 13390 bis 13392	13397	2 Punkte
Internist mit SP Hämatologie/Onkologie 13490 bis 13492	13497	9 Punkte
Internist mit SP Kardiologie 13540 bis 13542	13547	2 Punkte
Internist mit SP Nephrologie 13590 bis 13592	13597	9 Punkte
Internist mit SP Pneumologie 13640 bis 13642	13647	6 Punkte
Internist mit SP Rheumatologie 13690 bis 13692	13697	6 Punkte
Kinder- und Jugendpsychiater 14210 und 14211	14217	2 Punkte
Neurologe, Neurochirurg 16210 bis 16212	16218	6 Punkte
Orthopäde 18210 bis 18212	18227	2 Punkte
Phoniater, Pädaudiologen 20210 bis 20212	20227	2 Punkte
Psychiater 21210 bis 21212	21227	6 Punkte
Nervenheilkunde, Neurologie und Psychiatrie 21213 bis 21215	21228	6 Punkte

Psychosomatiker 22210 bis 22212	22219	2 Punkte
Urologe 26210 bis 26212	26227	2 Punkte
Physikalische und rehabilitative Medizin 27210 bis 27212	27227	2 Punkte
Schmerztherapeut 30700	30701	9 Punkte

Der vollständige Beschluss wurde auf der Internetseite des Instituts des Bewertungsausschusses unter www.institut-ba.de/ba/beschluesse.html veröffentlicht.

1.2. Neue Vereinbarungen über die ambulante ärztliche Versorgung von Hilfeempfängern/Asylbewerbern mit niedersächsischen Sozialhilfeträgern ab 1. Oktober 2016

Die Ihnen im September-Rundschreiben zur Verfügung gestellte Übersicht der Sozialhilfeträger wurde aktualisiert. Eine überarbeitete Tabelle ist dem Rundschreiben als Anlage beigefügt.

Die Übersicht in der jeweils aktuellen Fassung finden Sie im KVN-Portal unter [www.kvn.de/Verträge/Verträge mit Sonstigen Kostenträgern](http://www.kvn.de/Verträge/Verträge%20mit%20Sonstigen%20Kostenträgern)

Anlage 5.1: Übersicht der Sozialhilfeträger

2. Verordnungen

2.1. Sprechstundenbedarf - Versorgung mit fluoreszeinhaltigen Augentropfen/Alternative zu Thilorbin®

Das Fertigarzneimittel Thilorbin® Augentropfen von der Firma OmniVision ist voraussichtlich bis Ende Oktober 2016 nicht lieferbar. Es enthält Oxybuprocainhydrochlorid (0,4 %) und Fluorescein-Natrium (0,8 %).

Für den Sprechstundenbedarf haben sich die GKV-Kassen in Niedersachsen für diesen individuellen Einzelfall, befristet bis zum 31. Oktober 2016, auf den Import gemäß § 73 Abs. 3 AMG von Fluoresceine Oxybuprocaine SDU Faure (enthält als Einzeldosiszubereitung Oxybuprocainhydrochlorid in der Konzentration 4 mg/ml und Fluorescein-Natrium in der Konzentration 0,4 mg/ml) geeinigt.

Die Bestellung erfolgt über Apotheken.

Import befristet bis
31. Oktober 2016

2.2. Mosquito® med LäuseShampoo 10 in Anlage V - verordnungsfähige Medizinprodukte - der Arzneimittel-Richtlinie aufgenommen

Zum 15. September 2016 ist das Produkt mosquito® med LäuseShampoo 10 wie folgt in die Anlage V der Arzneimittel-Richtlinie aufgenommen worden:

Produktbezeichnung	Medizinisch notwendige Fälle	Befristung der Verordnungs-fähigkeit
mosquito® med LäuseShampoo 10	Für Kinder bis zum vollendeten 12. Lebensjahr und Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr mit Entwicklungsstörungen zur physikalischen Behandlung des Kopfhaares bei Kopflausbefall.	Keine

Die namentlich in Anlage V aufgeführten Medizinprodukte dürfen in den genannten medizinisch notwendigen Fällen unter Berücksichtigung eventuell bestehender Sondervertragsregelungen zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordnet werden (rosa Rezept).

Die vollständige Liste der Anlage V wie auch nähere Einzelheiten hierzu können Sie auf der Internetseite des G-BA abrufen unter: www.g-ba.de/Richtlinien/Arzneimittel-Richtlinie/Anlage V

2.3. Cosentyx® (Secukinumab) in Teilindikation als Praxisbesonderheit anerkannt

Der GKV-Spitzenverband gibt bekannt, dass ab dem 1. Juni 2016 ausgestellte Verordnungen von Cosentyx® (Wirkstoff: Secukinumab) für die Patientenpopulation als Praxisbesonderheit anzuerkennen sind, für die der G-BA in seinem Beschluss vom 27. November 15 einen Zusatznutzen festgestellt hat. Dies wurde in einer Vereinbarung zwischen dem GKV-Spitzenverband und dem pharmazeutischen Unternehmer Novartis festgelegt.

Die betroffene Patientenpopulation, für die der G-BA einen Zusatznutzen festgestellt hat, lautet:

- Erwachsene Patienten mit mittelschwerer bis schwerer Plaque-Psoriasis, die auf andere systemische Therapien einschließlich Ciclosporin, Methotrexat oder PUVA (Psoralen und Ultraviolett A-Licht) nur unzureichend angesprochen haben, oder bei denen eine Kontraindikation oder Unverträglichkeit gegenüber solchen Therapien vorliegt.

Betroffene Patientenpopulation

In diesem Anwendungsgebiet wurde für die Behandlung von Patienten mit einer Biologika-Vorbehandlung ein Hinweis auf einen beträchtlichen Zusatznutzen gesehen. Für Patienten ohne eine Biologika-Vorbehandlung ist ein Hinweis auf einen geringen Zusatznutzen festgestellt worden.

Ausgeschlossen ist die Anwendung der Praxisbesonderheit bei Patienten mit mittelschwerer bis schwerer Plaque-Psoriasis, die für eine systemische und/oder Phototherapie geeignet sind. Für diese Patientenpopulation konnte der G-BA keinen Zusatznutzen feststellen.

Voraussetzung für die Anerkennung als Praxisbesonderheit ist die Einhaltung der Vorgaben der Fachinformation, insbesondere die Anwendung unter der Anleitung und Aufsicht eines Arztes, der in der Diagnose und Behandlung der Psoriasis erfahren ist.

Des Weiteren wird darauf hingewiesen, dass bei Patienten, die auf die Therapie mit Secukinumab in bis zu 16 Behandlungswochen nicht angesprochen haben, erwogen werden sollte, die Behandlung abzusetzen. Bei manchen Patienten mit zunächst unvollständigem Ansprechen kommt es im Verlauf bei Fortführung der Behandlung über 16 Wochen hinaus zu Verbesserungen.

Hinweis

Die weiteren Indikationen von Cosentyx[®], Psoriasis-Arthritis (PsA) und Ankylosierende Spondylitis (AS; Morbus Bechterew), sind nicht Bestandteil der hier genannten Vereinbarung zwischen GKV-Spitzenverband und Novartis. Verordnungen in diesen Indikationen werden demnach auch nicht als Praxisbesonderheit anerkannt.

Die Vereinbarung zur Praxisbesonderheit von Cosentyx[®] sowie eine Aufstellung aller bislang vereinbarten Praxisbesonderheiten aufgrund des Verfahrens der frühen Nutzenbewertung finden Sie auf der Internetseite des GKV-Spitzenverbandes (www.gkv-spitzenverband.de) unter: Krankenversicherung/Arzneimittel/AMNOG-Verhandlungen §130b SGB V/Übersicht Erstattungsbeitragsverhandlungen nach §130b SGB V - nur Einträge mit Anerkennung als Praxisbesonderheit berücksichtigen.

Weitere Informationen zur Nutzenbewertung von Cosentyx[®] (Secukinumab) finden Sie unter www.g-ba.de.

Anwendung ausgeschlossen bei:

Nicht als Praxisbesonderheit anerkannt

2.4. Kontinuierliche interstitielle Glukosemessung mit Real-Time-Messgeräten (rtCGM) jetzt GKV-Leistung

Zum 7. September 2016 wurde die rtCGM für insulinpflichtige Patientinnen und Patienten mit Diabetes mellitus in die Richtlinie „Methoden vertragsärztliche Versorgung“ aufgenommen.

Methode

Bei der rtCGM wird mittels eines Sensors kontinuierlich der Glukosegehalt in der interstitiellen Flüssigkeit des Unterhautfettgewebes gemessen. Anschließend überträgt ein mit dem Sensor verbundener Transmitter die Messwerte automatisch an das Empfangsgerät. Es werden kontinuierlich Messwerte und der Trend zum Glukosegehalt ausgegeben. Anhand einer Alarmfunktion mit individuell einstellbaren Grenzwerten warnt das Gerät vor dem Erreichen zu hoher oder zu niedriger Glukosewerte.

Indikation

Die rtCGM darf zu Lasten der GKV bei insulinpflichtigen Diabetes-mellitus-Patienten/innen erbracht werden, die einer intensivierten Insulintherapie bedürfen und diese bereits anwenden. Insbesondere gilt dies, wenn die individuell festgelegten Therapieziele zur Stoffwechseleinstellung auch bei Beachtung der jeweiligen Lebenssituation des Patienten nicht erreicht werden können.

Qualitätssicherung

Des Weiteren müssen zur Durchführung der rtCGM im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung gewisse Vorgaben zur Qualitätssicherung erfüllt werden. Unter Anderem ist festgelegt, dass lediglich folgende Ärzte zur Durchführung der rtCGM berechtigt sind:

- Fachärzte für Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie oder
- Fachärzte für Innere Medizin, für Allgemeinmedizin oder für Kinder- und Jugendmedizin jeweils mit der Anerkennung „Diabetologie“ oder „Diabetologe Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG)“ bzw. mit vergleichbarer Qualifikation oder
- Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit der Anerkennung „Kinder- Endokrinologie und -Diabetologie“.

Berechtigte Ärzte

Anforderung an das eingesetzte Gerät

Das eingesetzte Gerät muss ein zugelassenes Medizinprodukt zur kontinuierlichen interstitiellen Glukosemessung mit Real-Time-Messung (rtCGM) sein. Anhand einer Alarmfunktion mit individuell einstellbaren Grenzwerten muss das Gerät vor dem Erreichen zu hoher oder zu niedriger Glukosewerte warnen können. Sollten beim Einsatz des Gerätes personenbezogene Daten verwendet werden, so muss sichergestellt sein, dass hierauf kein unberechtigter Zugriff durch Dritte möglich ist.

Der Beschluss des G-BA enthält darüber hinaus Vorgaben zur Schulung des Patienten und Festlegung und Dokumentation eines individuellen Therapieziels.

Den detaillierten, vollständigen Beschluss des G-BA samt Tragenden Gründen finden Sie im Internet unter [www.g-ba.de/Richtlinien/Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung/Beschlüsse/Beschlussdatum 16. Juni 2016](http://www.g-ba.de/Richtlinien/RichtlinieMethoden%20vertragsaerztliche%20Versorgung/Beschluesse/Beschlussdatum%2016.%20Juni%202016).

Hinweis zu FreeStyle Libre

Aufgrund vermehrter Anfragen weisen wir darauf hin, dass das Gerät FreeStyle Libre zwar kontinuierlich den Glukosewert misst, die Werte jedoch nicht automatisch in Echtzeit zu einem Empfangsgerät sendet. Darüber hinaus bietet es auch keine Alarmfunktion. Es gehört zu den FGM (Flash-Glucose-Monitoring) -Systemen und erfüllt somit nicht die beschriebenen Kriterien für eine kontinuierliche interstitielle Glukosemessung mit Real-Time-Messung nach der oben genannten Richtlinie. Eine Verordnung ist daher nicht zu Lasten der GKV auf Muster 16 möglich.

3. Allgemeine Hinweise

3.1. Niedersächsisches Sozialministerium gibt Umsetzungshinweise zum Nachweis der ärztlichen Impfberatung bei Erstaufnahme in einer Kindertagesstätte

Durch das Präventionsgesetz wurde im Infektionsschutzgesetz (IfSG) die Verpflichtung aufgenommen, vor der Erstaufnahme in einer Kindertagesstätte eine Bescheinigung über eine zeitnah durchgeführte ärztliche Impfberatung vorzulegen. Das Niedersächsische Sozialministerium hat zu dieser Neuregelung Umsetzungshinweise erstellt, die wir Ihnen nachfolgend zusammenfassen möchten. Als Nachweis über eine durchgeführte Impfberatung kommen folgende Verfahren in Frage:

1. Bescheinigungen

Der Nachweis über eine durchgeführte Impfberatung kann auf einer Bescheinigung nach beigefügtem Muster (Anlage) erbracht werden. Das Formular wird durch die Kindertagesstätten ausgegeben.

Es ist auch möglich, in den Arztpraxen eigene, formlose Bescheinigungen zu verwenden.

Hinweis: Beide Bescheinigungen sind **keine** vertragsärztlichen Vordrucke. Das Ausfüllen des vorgelegten Formulars bzw. die Erstellung der formlosen Bescheinigung ist daher privat, auf der Grundlage der GOÄ, in Rechnung zu stellen.

2. Teilnahmekarte aus dem Gelben Kinder-Untersuchungsheft

Die neuen Gelben Kinder-Untersuchungshefte enthalten künftig eine herausnehmbare Teilnahmekarte, auf der die durchgeführten Untersuchungen bestätigt werden. Da die Früherkennungsuntersuchungen U1-U9 die Impfberatung enthalten, gilt die Teilnahmekarte als Nachweis der ärztlichen Impfberatung. Anstelle der Teilnahmekarte kann auch das komplette Gelbe Kinderuntersuchungsheft vorgelegt werden.

3. Impfausweis

Der Impfausweis wird ebenfalls als entsprechender Nachweis anerkannt.

„Zeitnah“ durchgeführte ärztliche Impfberatung

Das IfSG gibt keine Hinweise zum Begriff „zeitnah“. Das Sozialministerium definiert eine Impfberatung innerhalb eines Zeitraums von sechs Monaten vor Aufnahme des Kindes in der Kindertagesstätte als „zeitnah“.

Die vollständigen Umsetzungshinweise sowie das Formularmuster sind auf der Seite des Niedersächsischen Landesgesundheitsamtes unter www.nlga.niedersachsen.de/Infektionsschutz/Schutzimpfungen/Bescheinigung_Impfberatung veröffentlicht.

Anlage 5.2: Nachweis der ärztlichen Impfberatung - Muster

Nachweis der ärztlichen
Impfberatung

3.2. Hospitationsmöglichkeiten für „Ärzte im Asyl“ gesucht

Die ärztliche Versorgung der Flüchtlinge in Niedersachsen ist - durch den tatkräftigen professionellen und ehrenamtlichen Einsatz der Ärzteschaft - gesichert.

Unter den Menschen, die als Flüchtlinge zu uns kamen, sind auch Ärztinnen und Ärzte (die Ärztekammer geht von zirka 40 aus), von denen nicht wenige zu bleiben beabsichtigen, weil die Zustände im Heimatland auf Sicht keine Lebensperspektive eröffnen.

Neben der sprachlichen Qualifizierung hat der Erwerb von Kenntnissen des deutschen Gesundheitssystems für die „Ärzte im Asyl“ hohe Priorität.

Um die zügige berufliche Integration dieser Kolleginnen und Kollegen zu befördern, haben sich auf Initiative der Ärztekammer Niedersachsen Lotsen bereit gefunden, die den Weg bis zu Berufserlaubnis und Approbation begleiten und zu optimieren versuchen.

Um die Anforderungen an den Arztberuf in unserem Land auch praktisch kennenzulernen, sind Hospitationen in Klinik und Praxis wichtige Stationen zur Vorbereitung auf die Fachsprachprüfung und weiter auf dem Weg zum Einstieg in die berufliche Praxis. Die Ärztekammer Niedersachsen und die Kassenärztliche Vereinigung rufen deshalb die niedergelassenen Vertragsärzte im Bundesland auf, Hospitationsplätze bereitzustellen.

Für die beteiligten Ärztinnen und Ärzte ergibt sich durch die Hospitationen eine „Win-Win-Situation“: Interkulturelle Umgangsformen können wechselseitig eingeübt werden, die „Ärzte im Asyl“ bekommen einen Zugang zu den Alltagssituationen in medizinischen Einrichtungen und erfahren praktisch die hohen Anforderungen in unserem Gesundheitssystem.

Die ärztlichen Körperschaften haben die relevanten inhaltlichen und rechtlichen Rahmenbedingungen in einem Informationspaket zusammengestellt und stellen dies auf Anfrage zur Verfügung. Auf der Website der Ärztekammer stehen weitere Informationen zum Download bereit.

Praxen, die Hospitationen für „Ärzte im Asyl“ anbieten möchten, können der Ärztekammer ihr Angebot online übermitteln: www.aekn.de/arztspezial/humanitaere-hilfe/aerztliche-fluechtlingshilfe-in-niedersachsen/berufliche-integration/

Für weitere Fragen steht der ÄKN-Beauftragte für Flüchtlingsfragen, Raimund Dehmlow, Telefon 0511 380-2214, E-Mail: raimund.dehmlow@aekn.de, zur Verfügung.

Plätze online übermitteln

3.3. Privatliquidation der HPV-Impfung für weibliche Versicherte ab 18 Jahren

Die HPV-Impfung ist für weibliche Versicherte im Alter von 9 bis 17 Jahren (darüber hinaus nur bei bereits begonnener Impfserie) Bestandteil des Leistungsumfanges der gesetzlichen Krankenkassen. Der HPV-

Impfstoff ist auf Kassenrezept auf den Namen der Versicherten zu verordnen und die Impfleistung über die eGK der Versicherten abzurechnen. Mittlerweile übernehmen einige Krankenkassen darüber hinaus als Satzungsleistung die HPV-Impfung für weibliche Versicherte auch ab dem 18. Lebensjahr, zum Teil ohne Altersbegrenzung. Bislang hat keine Krankenkasse Gebrauch von dem Angebot der KVN gemacht, die Erweiterung der HPV-Impfung in die Impfvereinbarung aufzunehmen, so dass Privatliquidationen hier unumgänglich sind.

Privatliquidation unumgänglich

Der HPV-Impfstoff ist in diesen Fällen auf Privat Rezept zu verordnen. Das ärztliche Impfhonorar ist diesen Patientinnen privat in Rechnung zu stellen. Die Kostenerstattung erfolgt seitens der Krankenkasse gegenüber der Patientin. Die AOK Niedersachsen beispielsweise erstattet max. bis zum 2,3fachen GOÄ-Satz.

3.4. „Willkommen Baby!“ - Vereinbarung zur Prävention von Frühgeburten endet zum 31. Dezember 2016

Das seit April 2010 zwischen der DAK-Gesundheit, dem Berufsverband der Frauenärzte e. V. und der KVN vereinbarte Versorgungskonzept zur Prävention von Frühgeburten „Willkommen Baby!“ wurde zum 31. Dezember 2016 gekündigt.

Infolgedessen können am Vertrag teilnehmende Frauenärzte die nachfolgenden Leistungen nur noch bis zum Jahresende abrechnen:

GONR	Extrabudgetäre Leistungen	Vergütung
99235	Betreuung der Schwangeren	30 Euro
99236	Erweiterte sonographische Diagnostik zwischen der 6. und 8. SSW	31,20 Euro

Nur noch bis Jahresende abrechnen

Patienteneinschreibungen, die noch bis zum 31. Dezember im KVN-Portal erfolgen, werden bis zum Vertragsende berücksichtigt.

Die Vertragspartner haben sich auf eine inhaltlich neue besondere ambulante ärztliche Versorgung von Schwangeren verständigt. Diese Weiterentwicklung trägt ebenfalls den Namen „Willkommen Baby!“ und startet bereits am 1. Oktober 2016.

3.5. Neustart am 1. Oktober 2016 für das Vertragskonzept „Willkommen Baby!“ über die besondere ambulante ärztliche Versorgung von Schwangeren in Niedersachsen

Mit Unterstützung des Berufsverbands der Frauenärzte e. V. und der KVN hat die DAK-Gesundheit die besondere Versorgung „Willkommen Baby!“ inhaltlich auf neue Füße gestellt.

Ziel ist, die gesetzliche Mutterschaftsvorsorge durch zusätzliche Leistungen wie eine Risikoanalyse mittels eines Fragebogens, eine ausführliche Beratung zur Förderung der natürlichen Geburt, eine Untersuchung auf Scheideninfektionen und zwei zusätzliche Ultraschalluntersuchungen zu ergänzen. Im Einzelnen:

GONR	Extrabudgetäre Leistungen	Vergütung
98240	Beratung und Bedeutung Risikoscreening	30 Euro
98241	Förderung der natürlichen Geburt (Geburtsberatung)	25 Euro
98242	Screening nach asymptomatischen Vaginalinfektionen	20 Euro
98243	Ultraschalluntersuchung in der Frühschwangerschaft	30 Euro
98244	Ultraschalluntersuchung nach dem 3. Basisultraschall	30 Euro
98245	Max. 4 Akupunkturbehandlungen zur Geburtsvorbereitung (A-Diplom oder Zusatzbezeichnung Akupunktur erforderlich)	Je 15 Euro

Die Vertragsteilnahme ist freiwillig und somit separat zu beantragen. Der vollständige Vertrag steht im KVN-Portal: Verträge/Besondere Versorgung/Link: „DAK-Gesundheit - Willkommen Baby: neu ab 1. Oktober 2016“ zur Verfügung.

3.6. BKK-Vertrag: Erweitertes Präventionsangebot für Kinder U 10/U11 (Starke Kids) endet für E.ON Betriebskrankenkasse am 31. Dezember 2016

Aufgrund der anstehenden Fusion der E.ON Betriebskrankenkasse mit der energie-BKK zum 1. Januar 2017 hat die E.ON Betriebskrankenkasse ihre Vertragsteilnahme gekündigt. Infolgedessen sind für Versicherte der E.ON Betriebskrankenkasse die GONR 99216 (U10) und 99217 (U11) ab 1. Januar 2017 nicht mehr abrechenbar.

Der Vertrag mit der stets aktuellen „BKK-Teilnehmerliste“ steht Ihnen im KVN-Portal unter Verträge/Besondere Versorgung/Link: „BKK - Prävention für Kinder - Starke Kids (U10/U11)“ zur Verfügung.

3.7. Änderung der Formularbestellung in der Bezirksstelle Göttingen

Ab sofort ändert sich der Service bei der Anforderung von Formularen für Ihre vertragsärztliche Praxis: In Zukunft können Sie alle benötigten Formulare direkt per Faxabruf beim Paul Albrechts Verlag anfordern und bekommen diese kostenfrei in den gewünschten Mengen in Ihre Praxis geliefert. Die Lieferung erfolgt in der Regel innerhalb von zwei bis drei Werktagen. Damit entfällt für die Praxen im Zuständigkeitsbereich der Bezirksstelle Göttingen künftig die aufwändige Abholung von Formularen vor Ort. Im Zuge der Umstellung auf diesen neuen Service kann die

Bezirksstelle Göttingen im Falle eines kurzfristigen Bedarfs Restbestände an Formularen am Empfang ausgeben.

Das Bestellformular können Sie auf der Internetseite der KVN (www.kvn.de) im KVN-Portal unter der Rubrik Bezirksstellen/Göttingen/Formularbestellungen abrufen. Darüber hinaus erhalten Sie das beigefügte Fax-Bestellformular mit jeder Lieferung.

Anhang 5.3: Bestellschein Niedersachsen

3.8. Kurz gefasst zum Thema „Schriftlicher Behandlungsplan“

Aufgrund des umfangreichen Informationsbedarfs im DMP-Bereich bietet die KVN einen zusätzlichen Service an. In dem regelmäßig erscheinenden einseitigen Schreiben „Kurz gefasst“, erhalten Vertragsärzte und Praxisteams in Niedersachsen aktuelle Neuigkeiten und Entwicklungen aus dem DMP-Bereich.

Die aktuelle Ausgabe beschäftigt sich mit dem Thema „Schriftlicher Behandlungsplan“. Sie finden sie im Internet unter <http://www.kvn.de/Praxis/Qualitaetssicherung/DMP-strukturierte-Behandlungsprogramme/>

3.9. Neues Seminarangebot zu speziellen Themen: Gruppentherapie leicht gemacht - Keine Angst vor der Umsetzung

Die KVN möchte Ihre Ärzte und Psychotherapeuten, die eine Genehmigung zur Abrechnung von Gruppentherapie haben, diese aber nicht nutzen, mit einem neuen Seminar unterstützen. Hierzu wollen unsere Referenten von Ihren praktischen Erfahrungen im Bereich der Psychogruppentherapie berichten sowie Informationen zu rechtlich-formalen und praktisch-organisatorischen Inhalten geben. Hiermit sollen die Hürden für die Durchführung und Umsetzung abgebaut werden. Das Seminar wird lebendig gehalten und bietet ausreichend Platz für Fragen und Diskussionen.

Das Seminar findet am 19. November 2016 in der Zeit von 11 bis 15 Uhr in Hannover statt. Die Teilnehmergebühr beträgt 50 Euro pro Person.

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

Ausführliche Informationen zu dem o. g. Seminar finden Sie im Internet unter www.kvn.de/Seminarangebot/Medizinische-und-psycho-therapeutische-Themen Bitte nutzen Sie das beiliegende Anmeldeformular oder das Anmeldeformular auf der Homepage.

19. November 2016

4. Veranstaltungen im November und Dezember 2016

Hier bekommen Sie eine Übersicht über Seminare und Fortbildungen der KVN mit noch freien Plätzen im November und Dezember 2016. Ein Anmeldefax ist angehängt. Bitte nutzen Sie für unterschiedliche Seminare separate Anmeldefaxe. Die ausgefüllten Anmeldungen faxen Sie bitte an folgende Nummer: **0511 380-3480**.

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

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

Name	Ort	Datum	Gebühr p. P.
Qualitäts- und Praxismanagement			
Arbeitsschutz in der Arztpraxis	Hannover	26.Nov	139 Euro
Auf dem Weg zum Erfolgsteam	Oldenburg	16.Nov	120 Euro
Gefährdungsbeurteilung für die Arztpraxis	Hannover	30.Nov	85 Euro
Gruppentherapie leicht gemacht	Hannover	19.Nov	50 Euro
Kleiner Knigge - Souverän in den Berufsalltag	Oldenburg	04.Nov	115 Euro
Kommunikationstraining für MFA - Modul 4	Oldenburg	23.Nov	65 Euro
Qualitätsmanagement für Fortgeschrittene	Hannover	26.Nov	99 Euro
Rechtsnormen für die Arztpraxis	Hannover	16.Nov	85 Euro
Refresherkurs PraxismanagerIn - AufbauSeminar (3-tägig)	Oldenburg	16.Nov	295 Euro
So gelingt es auch mit schwierigen Patienten	Verden	16.Nov	40 Euro
Abrechnung und Verordnung			
DMP Asthma und COPD	Stade	23.Nov	20 Euro
DMP Diabetes mellitus Typ 2	Stade	09.Nov	20 Euro
DMP Diabetes mellitus Typ 2	Verden	19.Nov	20 Euro
DMP KHK	Verden	19.Nov	20 Euro

DMP KHK	Stade	26.Nov	20 Euro
Häusliche Krankenpflege für MFA	Osnabrück	23.Nov	kostenlos
Heilmittel-Richtlinien	Osnabrück	09.Nov	kostenlos
Honorarbescheid lesen und verstehen	Aurich	02.Nov	kostenlos
Honorarbescheid lesen und verstehen	Oldenburg	10.Nov	kostenlos
Kooperation und Abrechnung	Hannover	09.Nov	kostenlos
Verordnung von Heilmitteln	Aurich	16.Nov	kostenlos
Verordnung und Honorar für Ärztinnen und Ärzte	Verden	09.Nov	kostenlos
Verordnung und Honorar für MFA	Verden	23.Nov	kostenlos
Medizinische und psychotherapeutische Themen			
Gruppentherapie leicht gemacht	Hannover	19.Nov	50 Euro
Hautkrebs-Screening Seminar	Osnabrück	19.Nov	99 Euro
Medizin im Bereitschaftsdienst	Stade	16.Nov	30 Euro
Strukturiertes Geriatrisches Schulungsprogramm	Hannover	03.Dez	119 Euro
Wirtschaftsseminare			
Betriebsprüfungen in Arztpraxen	Hannover	02.Nov	kostenlos
Kooperation und Abrechnung	Hannover	09.Nov	kostenlos
Kooperieren, aber richtig	Hildesheim	03.Nov	kostenlos
Nachhaltiges Praxiswachstum	Oldenburg	09.Nov	kostenlos
Praxisseminar für Weiterbildungsassistenten	Hannover	23.Nov	kostenlos

Verbindliche Anmeldung (bitte vollständig ausfüllen)

Fax an 0511 380-3480

Ich nehme am Seminar

mit _____ Person/en teil.

Datum des Seminars

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

Vor- und Nachname des Rechnungsempfängers (Praxis)

Anschrift des Rechnungsempfängers (Straße, PLZ, Ort)

LANR

BSNR

E-Mail-Adresse

Telefonnummer für evtl. Rückfragen

Datum

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

Stempel

5. Anlagenverzeichnis

- 5.1. Übersicht der Sozialhilfeträger
- 5.2. Nachweis der ärztlichen Impfberatung - Muster
- 5.3. Bestellschein Niedersachsen

Übersicht Sozialhilfeträger

Sozialhilfeträger	räumliche Einschränkungen	Behandlungsausweis	Überweisungen möglich	genehmigungspflichtige Leistungen	Sprechstundenbedarf aus dem GKV-Bestand	Sonstiges
Landkreis Ammerland	Landkreis Ammerland	Behandlungsschein	nein, es ist ein weiterer Behandlungsschein durch den Sozialhilfeträger auszustellen	Heil- und Hilfsmittel planbare Krankenhausweisungen Krankenfahrten	ja	
Landkreis Aurich	Landkreis Aurich	Behandlungsschein	nein, es ist ein weiterer Behandlungsschein durch den Sozialhilfeträger auszustellen	Heil- und Hilfsmittel planbare Krankenhausweisungen Krankenfahrten	ja	
Stadt Braunschweig	keine	Behandlungsschein	nein, es ist ein weiterer Behandlungsschein durch den Sozialhilfeträger auszustellen	Heil- und Hilfsmittel planbare Krankenhausweisungen Krankenfahrten	ja	
Landkreis Celle	Landkreis Celle	Behandlungsschein	ja	Heil- und Hilfsmittel planbare Krankenhausweisungen Krankenfahrten	ja	
Landkreis Cloppenburg	Landkreis Cloppenburg	Behandlungsschein	nein, es ist ein weiterer Behandlungsschein durch den Sozialhilfeträger auszustellen	Heil- und Hilfsmittel planbare Krankenhausweisungen Krankenfahrten	ja	
Landkreis Cuxhaven	keine	Behandlungsschein	ja	Heil- und Hilfsmittel planbare Krankenhausweisungen Krankenfahrten	ja	
Stadt Delmenhorst	Stadt Delmenhorst	Behandlungsschein	ja	Heil- und Hilfsmittel planbare Krankenhausweisungen Krankenfahrten	nein**	voraussichtlich ab 01.01.2017 Einführung der eGK
Landkreis Diepholz	keine	Behandlungsschein	nein, es ist ein weiterer Behandlungsschein durch den Sozialhilfeträger auszustellen	Heil- und Hilfsmittel planbare Krankenhausweisungen Krankenfahrten	ja	
Stadt Emden	Stadt Emden	Behandlungsschein	nein, es ist ein weiterer Behandlungsschein durch den Sozialhilfeträger auszustellen	Heil- und Hilfsmittel planbare Krankenhausweisungen Krankenfahrten	ja	
Landkreis Emsland	Landkreis Emsland	Behandlungsschein	nein, es ist ein weiterer Behandlungsschein durch den Sozialhilfeträger auszustellen	Heil- und Hilfsmittel planbare Krankenhausweisungen Krankenfahrten	ja	
Landkreis Friesland	keine	Behandlungsschein	nein, es ist ein weiterer Behandlungsschein durch den Sozialhilfeträger auszustellen	Heil- und Hilfsmittel planbare Krankenhausweisungen Krankenfahrten	ja	
Landkreis Gifhorn	keine	Behandlungsschein	nein, es ist ein weiterer Behandlungsschein durch den Sozialhilfeträger auszustellen	Heil- und Hilfsmittel planbare Krankenhausweisungen Krankenfahrten	ja	

Übersicht Sozialhilfeträger

Sozialhilfeträger	räumliche Einschränkungen	Behandlungsausweis	Überweisungen möglich	genehmigungspflichtige Leistungen	Sprechstundenbedarf aus dem GKV-Bestand	Sonstiges
Stadt Göttingen	keine	Behandlungsschein	ja	Heil- und Hilfsmittel planbare Krankenhauseinweisungen Krankenfahrten	ja	
Landkreis Göttingen	entsprechend der Vorgabe auf dem Behandlungsschein	Behandlungsschein	ja	Heil- und Hilfsmittel planbare Krankenhauseinweisungen Krankenfahrten	ja	
Landkreis Goslar	Landkreis Goslar	Behandlungsschein	nein, es ist ein weiterer Behandlungsschein durch den Sozialhilfeträger auszustellen	Heil- und Hilfsmittel planbare Krankenhauseinweisungen Krankenfahrten	ja	
Landkreis Grafschaft Bentheim	entsprechend der Vorgabe auf dem Behandlungsschein	Behandlungsschein	nein, es ist ein weiterer Behandlungsschein durch den Sozialhilfeträger auszustellen	Heil- und Hilfsmittel planbare Krankenhauseinweisungen Krankenfahrten	ja	
Landkreis Hameln-Pyrmont	keine	Behandlungsschein	nein, es ist ein weiterer Behandlungsschein durch den Sozialhilfeträger auszustellen	Heil- und Hilfsmittel planbare Krankenhauseinweisungen Krankenfahrten	ja	
Landeshauptstadt Hannover	keine	Behandlungsschein	nein, es ist ein weiterer Behandlungsschein durch den Sozialhilfeträger auszustellen	Heil- und Hilfsmittel planbare Krankenhauseinweisungen Krankenfahrten	ja	
Region Hannover	Niedersachsen	Behandlungsschein	ja	Heil- und Hilfsmittel planbare Krankenhauseinweisungen Krankenfahrten	ja	
Landkreis Harburg	keine	Behandlungsschein	nein, es ist ein weiterer Behandlungsschein durch den Sozialhilfeträger auszustellen	Heil- und Hilfsmittel planbare Krankenhauseinweisungen Krankenfahrten	ja	
Landkreis Heidekreis	Landkreis Heidekreis	Behandlungsschein	nein, es ist ein weiterer Behandlungsschein durch den Sozialhilfeträger auszustellen	Heil- und Hilfsmittel planbare Krankenhauseinweisungen Krankenfahrten	ja	
Landkreis Helmstedt	keine	Behandlungsschein	ja	Heil- und Hilfsmittel planbare Krankenhauseinweisungen Krankenfahrten	ja	
Stadt Hildesheim	Stadt Hildesheim	Behandlungsschein	ja	Heil- und Hilfsmittel planbare Krankenhauseinweisungen Krankenfahrten	ja	
Landkreis Hildesheim	Niedersachsen	papiergebundene Gesundheitskarte	ja	Heil- und Hilfsmittel ab 300,00 € planbare Krankenhauseinweisungen Krankenfahrten	ja	beleglose Abrechnung, es brauchen keine Belege mehr eingereicht werden

Übersicht Sozialhilfeträger

Sozialhilfeträger	räumliche Einschränkungen	Behandlungsausweis	Überweisungen möglich	genehmigungspflichtige Leistungen	Sprechstundenbedarf aus dem GKV-Bestand	Sonstiges
Landkreis Holzminden	keine	Behandlungsschein	nein, es ist ein weiterer Behandlungsschein durch den Sozialhilfeträger auszustellen	Heil- und Hilfsmittel planbare Krankenhausweisungen Krankenfahrten	ja	
Landkreis Lüchow-Dannenberg	entsprechend der Vorgabe auf dem Behandlungsschein	Behandlungsschein	nein, es ist ein weiterer Behandlungsschein durch den Sozialhilfeträger auszustellen	Heil- und Hilfsmittel planbare Krankenhausweisungen Krankenfahrten	ja	
Landkreis Lüneburg	keine	Behandlungsschein	nein, es ist ein weiterer Behandlungsschein durch den Sozialhilfeträger auszustellen	Heil- und Hilfsmittel planbare Krankenhausweisungen Krankenfahrten	ja	
Hansestadt Lüneburg	keine	Behandlungsschein	nein, es ist ein weiterer Behandlungsschein durch den Sozialhilfeträger auszustellen	Heil- und Hilfsmittel planbare Krankenhausweisungen Krankenfahrten	ja	
Landkreis Nienburg	keine	Behandlungsschein	nein, es ist ein weiterer Behandlungsschein durch den Sozialhilfeträger auszustellen	Heil- und Hilfsmittel planbare Krankenhausweisungen Krankenfahrten	ja	
Landkreis Northeim	keine	Behandlungsschein	ja	Heil- und Hilfsmittel planbare Krankenhausweisungen Krankenfahrten	ja	
Landkreis Oldenburg	Landkreis Oldenburg	Behandlungsschein	ja	Heil- und Hilfsmittel planbare Krankenhausweisungen Krankenfahrten	ja	
Stadt Oldenburg	keine	Behandlungsschein	ja	Heil- und Hilfsmittel planbare Krankenhausweisungen Krankenfahrten	ja	
Stadt Osnabrück	Niedersachsen und Bremen	Behandlungsschein	ja	Heil- und Hilfsmittel planbare Krankenhausweisungen	ja	
Landkreis Osterode	keine	Behandlungsschein	ja, müssen vom Sozialhilfeträger vorab genehmigt werden	Heil- und Hilfsmittel planbare Krankenhausweisungen Krankenfahrten	ja	nach Fusion mit Landkreis Göttingen zum 01.11.2016 gelten Regelungen des Landkreises Göttingen
Landkreis Osterholz	Niedersachsen und Bremen	Behandlungsschein	nein, es ist ein weiterer Behandlungsschein durch den Sozialhilfeträger auszustellen	Heil- und Hilfsmittel planbare Krankenhausweisungen Krankenfahrten	ja	

Übersicht Sozialhilfeträger

Sozialhilfeträger	räumliche Einschränkungen	Behandlungsausweis	Überweisungen möglich	genehmigungspflichtige Leistungen	Sprechstundenbedarf aus dem GKV-Bestand	Sonstiges
Landkreis Peine	Niedersachsen	papiergebundene Gesundheitskarte*	ja	Heil- und Hilfsmittel ab 100,00 € planbare Krankenhausweisungen Krankenfahrten	ja	beleglose Abrechnung, es brauchen keine Belege mehr eingereicht werden
Landkreis Rotenburg/ Wümme	Landkreis Rotenburg/ Wümme	Behandlungsschein	nein, es ist ein weiterer Behandlungsschein durch den Sozialhilfeträger auszustellen	Heil- und Hilfsmittel planbare Krankenhausweisungen Krankenfahrten	ja	
Stadt Salzgitter	keine	Behandlungsschein	nein, es ist ein weiterer Behandlungsschein durch den Sozialhilfeträger auszustellen	Heil- und Hilfsmittel planbare Krankenhausweisungen Krankenfahrten	ja	
Landkreis Schaumburg	keine	Behandlungsschein	ja	Heil- und Hilfsmittel planbare Krankenhausweisungen Krankenfahrten	ja	
Landkreis Stade	keine	Behandlungsschein	ja	Heil- und Hilfsmittel planbare Krankenhausweisungen Krankenfahrten	ja	
Landkreis Uelzen	Landkreis Uelzen	Behandlungsschein	nein, es ist ein weiterer Behandlungsschein durch den Sozialhilfeträger auszustellen	Heil- und Hilfsmittel planbare Krankenhausweisungen Krankenfahrten	ja	
Landkreis Vechta	keine	Behandlungsschein	nein, es ist ein weiterer Behandlungsschein durch den Sozialhilfeträger auszustellen	Heil- und Hilfsmittel planbare Krankenhausweisungen Krankenfahrten	ja	
Landkreis Verden	Niedersachsen und Bremen	Behandlungsschein	nein, es ist ein weiterer Behandlungsschein durch den Sozialhilfeträger auszustellen	Heil- und Hilfsmittel planbare Krankenhausweisungen Krankenfahrten	ja	
Landkreis Wesermarsch	Landkreis Wesermarsch	Behandlungsschein	ja	Heil- und Hilfsmittel planbare Krankenhausweisungen Krankenfahrten	ja	
Stadt Wilhelmshaven	Stadt Wilhelmshaven	Behandlungsschein	nein, es ist ein weiterer Behandlungsschein durch den Sozialhilfeträger auszustellen	Heil- und Hilfsmittel planbare Krankenhausweisungen Krankenfahrten	ja	
Landkreis Wittmund	Landkreis Wittmund	Behandlungsschein	ja	Heil- und Hilfsmittel planbare Krankenhausweisungen Krankenfahrten	ja	
Landkreis Wolfenbüttel	keine	Behandlungsschein	nein, es ist ein weiterer Behandlungsschein durch den Sozialhilfeträger auszustellen	Heil- und Hilfsmittel planbare Krankenhausweisungen Krankenfahrten	ja	

Übersicht Sozialhilfeträger

Sozialhilfeträger	räumliche Einschränkungen	Behandlungsausweis	Überweisungen möglich	genehmigungspflichtige Leistungen	Sprechstundenbedarf aus dem GKV-Bestand	Sonstiges
Stadt Wolfsburg	Stadt Wolfsburg	Behandlungsschein	ja	Heil- und Hilfsmittel planbare Krankenhausweisungen Krankenfahrten	ja	
LAB Niedersachsen	keine	Behandlungsschein	nein, es ist ein weiterer Behandlungsschein durch den Kostenträger auszustellen	Heil- und Hilfsmittel planbare Krankenhausweisungen Krankenfahrten	ja	

* bis zur flächendeckenden Einführung der Gesundheitskarte gilt der bisher gültige Behandlungsschein weiter

Stand 30.09.2016

** der Sprechstundenbedarf ist dem Bestand der privatärztlichen Versorgung zu entnehmen. Die verbrauchten Mittel sind als Sachkosten in tatsächlicher Höhe über den Behandlungsschein abzurechnen.

Bescheinigung gemäß § 34 Absatz 10a Infektionsschutzgesetz (IfSG)
(Gebührenpflichtig nach GOÄ)

Name, Vorname des Kindes
Geburtsdatum des Kindes
Adresse des Kindes

- Hiermit wird bescheinigt, dass die Personensorgeberechtigten des o.g. Kindes heute eine ärztliche Beratung in Bezug auf einen vollständigen, altersgemäßen, nach den Empfehlungen der Ständigen Impfkommision (STIKO) ausreichenden Impfschutz des Kindes erhalten haben.
- Hiermit wird bescheinigt, dass das o.g. Kind über einen vollständigen, altersgerechten Impfschutz nach den Empfehlungen der STIKO verfügt. Die nächste Impfung nach den Empfehlungen der STIKO ist ab dem _____ vorgesehen. Eine zusätzliche Impfberatung ist aus ärztlicher Sicht derzeit nicht erforderlich.

Datum

Unterschrift/Praxisstempel

Bescheinigung gemäß § 34 Absatz 10a Infektionsschutzgesetz (IfSG)
(Gebührenpflichtig nach GOÄ)

Name, Vorname des Kindes
Geburtsdatum des Kindes
Adresse des Kindes

- Hiermit wird bescheinigt, dass die Personensorgeberechtigten des o.g. Kindes heute eine ärztliche Beratung in Bezug auf einen vollständigen, altersgemäßen, nach den Empfehlungen der Ständigen Impfkommision (STIKO) ausreichenden Impfschutz des Kindes erhalten haben.
- Hiermit wird bescheinigt, dass das o.g. Kind über einen vollständigen, altersgerechten Impfschutz nach den Empfehlungen der STIKO verfügt. Die nächste Impfung nach den Empfehlungen der STIKO ist ab dem _____ vorgesehen. Eine zusätzliche Impfberatung ist aus ärztlicher Sicht derzeit nicht erforderlich.

Datum

Unterschrift/Praxisstempel

Bescheinigung gemäß § 34 Absatz 10a Infektionsschutzgesetz (IfSG)
(Gebührenpflichtig nach GOÄ)

Name, Vorname des Kindes
Geburtsdatum des Kindes
Adresse des Kindes

- Hiermit wird bescheinigt, dass die Personensorgeberechtigten des o.g. Kindes heute eine ärztliche Beratung in Bezug auf einen vollständigen, altersgemäßen, nach den Empfehlungen der Ständigen Impfkommision (STIKO) ausreichenden Impfschutz des Kindes erhalten haben.
- Hiermit wird bescheinigt, dass das o.g. Kind über einen vollständigen, altersgerechten Impfschutz nach den Empfehlungen der STIKO verfügt. Die nächste Impfung nach den Empfehlungen der STIKO ist ab dem _____ vorgesehen. Eine zusätzliche Impfberatung ist aus ärztlicher Sicht derzeit nicht erforderlich.

Datum

Unterschrift/Praxisstempel

Bescheinigung gemäß § 34 Absatz 10a Infektionsschutzgesetz (IfSG)
(Gebührenpflichtig nach GOÄ)

Name, Vorname des Kindes
Geburtsdatum des Kindes
Adresse des Kindes

- Hiermit wird bescheinigt, dass die Personensorgeberechtigten des o.g. Kindes heute eine ärztliche Beratung in Bezug auf einen vollständigen, altersgemäßen, nach den Empfehlungen der Ständigen Impfkommision (STIKO) ausreichenden Impfschutz des Kindes erhalten haben.
- Hiermit wird bescheinigt, dass das o.g. Kind über einen vollständigen, altersgerechten Impfschutz nach den Empfehlungen der STIKO verfügt. Die nächste Impfung nach den Empfehlungen der STIKO ist ab dem _____ vorgesehen. Eine zusätzliche Impfberatung ist aus ärztlicher Sicht derzeit nicht erforderlich.

Datum

Unterschrift/Praxisstempel

Bestellschein Niedersachsen

Bitte hier unbedingt die BSNR angeben!

Lieferung von Vordrucken für die kassenärztliche Versorgung

Betriebsstätten-Nr.	Datum
Arztstempel	

An den

Paul Albrechts Verlag
Hamburger Straße 6

22952 Lütjensee

E-Mail *

* Bei Angabe Ihrer E-Mail-Adresse erhalten Sie automatisch eine Benachrichtigung über den aktuellen Versandstatus Ihrer Bestellung.

↙ Hier die Gesamtbestellmengen eintragen

	Bestelleinheiten
Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung	(Muster 1) 100 / 500 / 1000
Verordnung von Krankenhausbehandlung	(Muster 2) 100 / 500 / 1000
Bescheinigung über den mutmaßlichen Tag der Entbindung	(Muster 3) 50 / 100 / 500
Verordnung einer Krankenbeförderung	(Muster 4) 100 / 500 / 1000
Überweisungsschein / Abrechnungsschein	(Muster 5/6) 100 / 1000 / 2000
Überweisung Psychotherapie	(Muster 7) 10 / 50
Sehhilfenverordnung	(Muster 8) 50 / 100 / 500
Verordnung von vergrößernden Sehhilfen	(Muster 8a) 50 / 100 / 500
Bescheinigung f. d. Gewährung von Mutterschaftsgeld bei Frühgeburten	(Muster 9) 50 / 100 / 500
Überweisungsschein f. Laboratoriumsuntersuchungen als Auftragsleistung	(Muster 10) 100 / 500 / 1000
Anforderungsschein f. Laboratoriumsuntersuchungen bei Laborgemeinschaften	(Muster 10a) 100 / 500 / 1000
Verordnung von häuslicher Krankenpflege	(Muster 12) 50 / 100 / 500
Heilmittelverordnung – Physikalische Therapie	(Muster 13) 100 / 500 / 1000
Heilmittelverordnung – Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie	(Muster 14) 50 / 100 / 500
Ohrenärztliche Verordnung einer Hörhilfe	(Muster 15) 50 / 100 / 500
Heilmittelverordnung – Ergotherapie	(Muster 18) 50 / 100 / 500
Notfall-/Vertretungsschein	(Muster 19) 100 / 500 / 1000
Maßnahmen zur stufenweisen Wiedereingliederung in das Erwerbsleben (Wiedereingliederungsplan)	(Muster 20) 50 / 100 / 500
Bescheinigung für den Bezug von Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes	(Muster 21) 100 / 500 / 1000
Konsiliarbericht vor Aufnahme einer Psychotherapie	(Muster 22) 10 / 50
Verordnung Soziotherapie	(Muster 26) 10 / 50
Betreuungsplan Soziotherapie	(Muster 27) 10 / 50
Verordnung bei Überweisung zur Soziotherapie	(Muster 28) 10 / 50
Berichtsvordruck Gesundheitsuntersuchung	(Muster 30) 100 / 500 / 1000
Krebsfrüherkennung Frauen	(Muster 39) 100 / 500 / 1000
Krebsfrüherkennung Männer	(Muster 40) 100 / 500 / 1000
Bericht für die Krankenkasse bei Fortbestehen der Arbeitsunfähigkeit	(Muster 52) 50 / 100 / 500
Bescheinigung einer schwerwiegenden chronischen Erkrankung gem. § 62 SGB V	(Muster 55) 50 / 100 / 500
Antrag auf Kostenübernahme für Rehabilitationssport	(Muster 56) 50 / 100
Beratung zu medizinischer Rehabilitation	(Muster 61) 75 / 150
Verordnung spezialisierter ambulanter Palliativversorgung	(Muster 63) 50 / 100
Behandlungsplan für Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung	(Muster 70) 50 / 100
Folge-Behandlungsplan für Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung	(Muster 70A) 50 / 100
Dokumentation des Behandlungsanspruchs von im Ausland Versicherten	(Muster 80) 50 / 100
Erklärung d. im EU- bzw. EWR-Ausland o. d. Schweiz versicherten Patienten	(Muster 81) 50 / 100

Bestellungen bitte schriftlich, per Mail oder Fax aufgeben!



Paul Albrechts Verlag
Hamburger Straße 6
22952 Lütjensee

Telefax 0 41 54 _ 7 99 133
E-Mail arztformulare@pav.de

Telefon 0 41 54 _ 7 99 123
0 41 54 _ 7 99 292



KVN

Kassenärztliche Vereinigung
Niedersachsen

Informationen für die Praxis

KVN-Rundschreiben

September 2016

Inhaltsverzeichnis

1. Abrechnung	3
1.1. Abgabetermin Quartalsabrechnung 3/2016.....	3
1.2. Amtliche Mitteilung der KVN zum HVM für das 4. Quartal 2016 für Haus- und Kinderärzte	3
1.3. TerminServiceStelle (TSS) - Aktuelle Informationen ...	4
1.4. AbrechnungsCheck - Kurzinfos	4
1.5. Klarstellung zur Höhe der Kostenübernahme bei Maßnahmen der künstlichen Befruchtung durch die Bundeswehr	5
1.6. Abrechnung der Chronikerpauschalen 03220/04220, 03221/04221	6
1.7. Neue Vereinbarungen über die ambulante ärztliche Versorgung von Hilfeempfängern/Asylbewerbern mit niedersächsischen Sozialhilfeträgern ab 1. Oktober 2016.....	6
1.8. Vergütung der E-Dokumentation zur Herzkatheteruntersuchung mit Koronarangiographie .	8
2. Verordnungen.....	9
2.1. BfArM ordnet Ruhen weiterer Zulassungen an.....	9
2.2. Sprechstundenbedarf/Provokit 0,33% (Methacholinchlorid) wieder lieferbar	9
2.3. Verordnungseinschränkung von Evolocumab - Änderung der Anlage III der Arzneimittel-Richtlinie...	10
2.4. Gemeinsame Arbeitsgruppe Arzneimittel, hier: Informations-schreiben zum Thema rheumatoide Arthritis/Biosimilars	11
2.5. Übersicht des BfArM zu fiktiven Arzneimitteln, Pentalong® 50 mg - Nachzulassung erteilt	11
2.6. Neue Heilmittelvordrucke zum 1. Januar 2017.....	12
2.7. Streichung von Medizinprodukten aus der Anlage V (verordnungsfähige Medizinprodukte) der Arzneimittel-Richtlinie	12

3. Allgemeine Hinweise	13
3.1. Neue Kinder-Richtlinie tritt am 1. September 2016 in Kraft - Umsetzung der Inhalte erfolgt allerdings erst nach Anpassung des EBM	13
3.2. Bescheinigung einer schwerwiegenden chronischen Erkrankung (Muster 55) wird zum 1. Oktober 2016 deutlich übersichtlicher	13
3.3. Betreuungsstrukturvertrag mit dem BKK Landesverband Mitte: BKK Melitta Plus neu dabei	14
3.4. Integrierter Versorgungsvertrag zur Betreuung bei akuten und chronischen Herzerkrankungen durch telemedizinische Dienstleistung der SVLFG (vorm. LKK Niedersachsen-Bremen) und der SHL Telemedizin GmbH	14
3.5. Neues Seminarangebot zu speziellen Themen: Gruppentherapie leicht gemacht - Keine Angst vor der Umsetzung	15
3.6. Seminarangebote 2017	15
4. Veranstaltungen im Oktober und November 2016	16
5. Anlagenverzeichnis	19
5.1. Amtliche Mitteilung zum HVM für Haus- und Kinderärzte 4/2016	19
5.2. Vereinbarungen über ambulante ärztliche Versorgung von Asylbewerbern mit niedersächsischen Sozialhilfeträgern	19
5.3. Informationsschreiben	19
5.4. Übersicht der fiktive zugelassenen verschreibungspflichtigen Arzneimittel	19

1. Abrechnung

1.1. Abgabetermin Quartalsabrechnung 3/2016

Der Abgabetermin für die Abrechnung des 3. Quartals 2016 ist der 10. Kalendertag des nachfolgenden Quartals und somit der 10. Oktober 2016.

10. Oktober 2016

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

- die Sammelerklärung vollständig ausgefüllt und unterschrieben einzureichen. Das Muster kann auch im KVN-Portal unter [www.kvn.de/Abrechnung/Abrechnungcenter/Informationen zur Quartalsabrechnung/Downloads](http://www.kvn.de/Abrechnung/Abrechnungcenter/Informationen_zur_Quartalsabrechnung/Downloads) ausgedruckt werden;
- die abzugebenden Behandlungsausweise (sortiert nach der Liste: KBV-Prüfmodul Abgabe Behandlungsausweise) einzureichen;
- abhängig von Ihren erbrachten Leistungen: Früherkennungskoloskopie, Hautkrebscreening, Daten gem. der QS-Richtlinie Dialyse rechtzeitig online zu dokumentieren und zu übertragen;
- ggf. zusätzliche Unterlagen einzureichen:
 - Sachkostenbelege / Rechnungen,
 - Behandlungsplan zur künstlichen Befruchtung Muster 70/70A,
 - Mitteilungen der Praxis zur eingereichten Abrechnung (Beispiel: Pat. Y ist zu löschen, da jetzt BG-Fall).

Sammelerklärung

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

Nicht benötigt:

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

Direkt an die
Bezirksstellen:

Ansprechpartner bei Terminproblemen ist das Team Auskünfte des Abrechnungszentrums

Telefon: 0511 380-4800 oder E-Mail: abrechnungszentrum@kvn.de

1.2. Amtliche Mitteilung der KVN zum HVM für das 4. Quartal 2016 für Haus- und Kinderärzte

Die für das 4. Quartal 2016 geltenden RLV-/QZV-Mindestfallwerte für Haus- und Kinderärzte sowie die Fallzahlgrenzen für die Fallwertminderung bzw. die Fallzahlzuwachsbegrenzungsregelung (FZZB) entnehmen Sie bitte der Anlage 5.1 zu diesem Rundschreiben. Zusätzlich sind diese Daten auch bereits seit dem 31. August 2016 über das KVN-Portal abrufbar.

Anlage 5.1: Amtliche Mitteilung zum HVM für Haus- und Kinderärzte 4/2016

1.3. TerminServiceStelle (TSS) - Aktuelle Informationen

Ihr Praxisprofil

- Genehmigungen werden nunmehr weitgehend abgebildet. Bitte überprüfen Sie Ihre Praxisprofile.
- Dementsprechend wurde die Suchfunktion für die Mitarbeiter in der TSS verbessert: Fachgruppen sind besser sortiert, Genehmigungen „suchbar“.

Praxisprofile überprüfen

Terminvermittlung

- Die Terminvermittlungen erfolgen ausschließlich über die Telefonnummer 0511 56999793. Die TSS ist nicht über Telefonnummern der KVN zu erreichen.
- Eine Terminvermittlung über das Internet ist derzeit aufgrund der geringen Nachfrage nicht (mehr) geplant.
- Eine Benachrichtigung über gemeldete Termine per E-Mail ist noch in Arbeit.
- Melden Sie bitte weiterhin Termine - vor allem in Bereichen, in denen Sie eine Nachfrage feststellen. Tun Sie dies aber bitte auch - ggf. in vermindertem Umfang - in Bereichen, in denen die Nachfrage gering ist. Die Regelung der Befreiung von Budgetierungen bleibt wie bisher bestehen.

Bitte weiter Termine melden

Allgemein

- Die TerminServiceStellen werden auf unabsehbare Zeit weiter betrieben werden (müssen).
- Termine bei Psychotherapeuten werden ab dem 1. April 2017 ebenfalls zu vermitteln sein. Details stehen noch nicht fest.

1.4. AbrechnungsCheck - Kurzinfos

- Die Teilnahme am AbrechnungsCheck ist freiwillig und quartalsweise möglich.
- Eine Teilnahme am AbrechnungsCheck ist nur möglich, wenn
 - Ihre Abrechnung fristgerecht online übermittelt ist,
 - die Sammelerklärung und alle geforderten abrechnungsbegründenden Unterlagen (abzugebende Behandlungsausweise, zusätzliche Dokumentationen oder Sachkostenrechnungen) in der KVN vorliegen,
 - Ihre E-Mail-Adresse im KVN-Portal unter Online-Dienste/Emily vorhanden ist.
- Dem Abrechnungscenter ist es durch die stark angestiegene Zahl der Nutzer des AbrechnungsChecks nicht möglich, einen genauen Bearbeitungszeitpunkt Ihrer Abrechnung zu benennen oder Urlaubsmitteilungen zu berücksichtigen. Bisher in Einzelfällen gemachte Ausnahmen sind nicht (mehr) möglich.

Freiwillig und quartalsweise

- Stellen Sie bitte sicher, dass Sie oder Ihre Mitarbeiter/innen die Benachrichtigungs-E-Mail erhalten und Zugriff auf den AbrechnungsCheck haben.
- Nutzen Sie bitte bei Ihren Änderungsaufträgen die vorhandenen Vorschlagsfelder in den Korrekturdialogen und nur in Ausnahmefällen das Feld „anderer Bearbeitungswunsch“ für sonstige Korrekturaufträge, die über die vorhandenen Auswahlmöglichkeiten nicht machbar waren.
- Denken Sie bitte unbedingt daran, den „Korrekturauftragskorb“ aktiv an uns zu senden, nachdem Sie alle Korrekturaufträge im Portal eingegeben haben.
- Sofern Sie Änderungen über den AbrechnungsCheck an Ihrer Quartalsabrechnung vorgenommen haben, ist die zusätzliche Übermittlung des Formulars „Ergänzung zur Sammelerklärung“ notwendig.

„Korrekturauftragskorb“
aktiv senden

Ansprechpartner ist Ihr Abrechnungsteam und/oder das Team Auskünfte des Abrechnungscenters und/oder Ihre Bezirksstelle.

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

1.5. Klarstellung zur Höhe der Kostenübernahme bei Maßnahmen der künstlichen Befruchtung durch die Bundeswehr

Seit dem 1. Januar 2016 übernimmt die Bundeswehr nur noch 50 Prozent der Kosten bei Maßnahmen der künstlichen Befruchtung (s. hierzu auch das KVN-Rundschreiben aus Mai 2016). Hierbei sind folgende zwei Fallkonstellationen zu beachten:

Maßnahmen der künstlichen Befruchtung wurden nach dem 31. Dezember 2015 erbracht, die Genehmigung des Behandlungsplans erfolgte vor dem 1. Januar 2016

- die Kosten werden von der Bundeswehr weiterhin zu 100 Prozent übernommen.

Vor dem 1. Januar
2016

Maßnahmen der künstlichen Befruchtung wurden nach dem 31. Dezember 2015 erbracht, die Genehmigung des Behandlungsplans erfolgte nach dem 31. Dezember 2015

- die Kosten werden von der Bundeswehr nur noch zu 50 Prozent übernommen

Nach dem 31. Dezember
2015

Die Truppenärzte sind gehalten auf den Überweisungsscheinen zu vermerken, ob ein Eigenanteil von der/dem Soldatin/Soldaten zu entrichten ist oder nicht.

1.6. Abrechnung der Chronikerpauschalen 03220/04220, 03221/04221

Eine Abrechnung einer Chronikerpauschale ist möglich, wenn

- im Zeitraum der letzten vier Quartale (einschließlich Abrechnungsquartal)
- wegen derselben gesicherten chronischen Erkrankung(en)
- jeweils mindestens ein Arzt-Patienten-Kontakt pro Quartal in mindestens drei Quartalen
- in derselben Praxis stattgefunden hat.
- Hierbei müssen in mindestens zwei Quartalen persönliche Arzt-Patienten-Kontakte stattgefunden haben.

Die Chronikerpauschalen können bei Neugeborenen und Säuglingen auch ohne die Voraussetzung der kontinuierlichen ärztlichen Behandlung abgerechnet werden. Bei einem Hausarztwechsel ist die Chronikerpauschale, zu Dokumentationszwecken der bisherigen Arzt-Patienten-Kontakte bei dem anderen Hausarzt, mit dem Buchstaben „H“ zu versehen (z. B. 04220H). Bitte beachten Sie, dass die Abrechnung

- der GOP 03220/04220 einen persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt im Behandlungsfall voraussetzt,
- die der GOP 03221/04221 mindestens zwei persönliche Arzt-Patienten-Kontakte.

Voraussetzung zur Abrechnung der GOP 03221/04221 ist die Abrechnung der GOP 03220/04220. Eine alleinige Abrechnung der GOP 03221 bzw. 04221 im Behandlungsfall ist nicht möglich.

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

1.7. Neue Vereinbarungen über die ambulante ärztliche Versorgung von Hilfeempfängern/Asylbewerbern mit niedersächsischen Sozialhilfeträgern ab 1. Oktober 2016

Zur Sicherstellung der ambulanten ärztlichen Versorgung von Hilfeempfängern/Asylbewerbern bestehen seit Jahren entsprechende Vereinbarungen mit den Sozialhilfeträgern in Niedersachsen.

In den Vereinbarungen ist u. a. das Verfahren zum Sprechstundebedarf geregelt. Danach ist der Sprechstundenbedarf von den Vertragsärzten dem GKV-Bestand zu entnehmen. Die Abrechnung erfolgt pauschal zwischen den Sozialhilfeträgern und der GKV über die KVN.

Die GKV-Verbände hatten diese Regelung gekündigt. Da von dieser Kündigung auch die Vereinbarungen mit den Sozialhilfeträgern betroffen waren, mussten diese ebenfalls gekündigt und neu verhandelt werden.

Inzwischen konnten wir mit den meisten Sozialhilfeträgern (nicht mit den Landkreisen Leer und Osnabrück) entsprechende Anschlussvereinbarungen schließen. Wir möchten Sie nachfolgend über die wichtigsten Inhalte dieser Vereinbarungen informieren:

Abrechnung möglich, wenn...

Bitte beachten:

1. Leistungsumfang

- Leistungsberechtigte nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) haben nur einen eingeschränkten Leistungsanspruch.
- Es ist nur die zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände erforderliche ärztliche Behandlung, einschließlich der Versorgung mit Arznei- und Verbandmitteln, sowie sonstiger zur Genesung, zur Besserung oder zur Linderung von Krankheiten oder Krankheitsfolgen erforderlichen Leistungen zu gewähren.
- Schwangere haben Anspruch auf ärztliche und pflegerische Hilfe und Betreuung, Hebammenhilfe, Arznei-, Verband- und Heilmittel.
- Ein Anspruch besteht auch auf Schutzimpfungen und Vorsorgeuntersuchungen entsprechend den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses.

2. Behandlungsschein

- Es konnte leider nicht erreicht werden, für alle niedersächsischen Sozialhilfeträger einen einheitlichen Behandlungsschein zu vereinbaren. So wird weiterhin jeder Sozialhilfeträger, ggf. jede Heranziehungsgemeinde, einen eigenen Behandlungsschein herausgeben.

Achten Sie daher bitte auf die Einschränkungen, die auf den Behandlungsscheinen enthalten sind. Werden die Hinweise nicht beachtet, erfolgt keine Vergütung seitens der Sozialhilfeträger.

Achten Sie auf Einschränkungen

3. Angabe des Aktenzeichens auf Verordnungen und sonstigen Vordrucken

- Das vom Sozialhilfeträger auf dem Behandlungsschein angegebene Aktenzeichen ist auf die Verordnungen und Vordrucke zu übernehmen.
- Das Aktenzeichen ist in der PVS unter dem FK 4124 (SKT-Zusatzangaben) zu erfassen und zu übertragen.

4. Überweisungen zur Mit- und Weiterbehandlung

- Hält der Arzt die Überweisung zur Mit- oder Weiterbehandlung durch einen Arzt einer anderen Fachrichtung für erforderlich, verweist er den Patienten an den Sozialhilfeträger, damit dieser einen weiteren Behandlungsschein ausstellt.

Wichtig: als Nachweis für die Notwendigkeit der Überweisung stellt der überweisende Arzt eine Überweisung aus. Im Feld „Auftrag“ ist der Hinweis: „Nur zur Ausstellung eines Behandlungsscheines“ einzutragen.

Hinweis im Feld „Auftrag“

Mit einigen Sozialhilfeträgern konnte vereinbart werden, dass ein Überweisungsschein zur direkten Inanspruchnahme des Facharztes (ohne vorherige Genehmigung durch den Sozialhilfeträger) ausgestellt werden kann.

Wichtig: die Überweisung ist im Statusfeld des Personalienfeldes mit dem Zusatz „Asyl“ zu kennzeichnen. Damit wird sichergestellt, dass auch der die Überweisung entgegen nehmende Arzt Kenntnis vom eingeschränkten Leistungsanspruch erhält. Auch bei

Überweisungen ist der eingeschränkte Leistungsanspruch (Nr. 1) zu beachten.

Welches Verfahren anzuwenden ist, wird vom Sozialhilfeträger auf dem Behandlungsschein vermerkt.

Verfahren wird vermerkt

5. Veranlasste Leistungen

- Die Verordnung von Heil- und Hilfsmitteln, geplanter stationärer Krankenhausbehandlung sowie Krankenfahrten und -transporte bedarf der Genehmigung des Kostenträgers.
- Psychotherapeutische Behandlung kann nach vorheriger Genehmigung durch den Kostenträger durchgeführt werden, wenn sie im Einzelfall zur Sicherung der Gesundheit unerlässlich ist.

6. Sprechstundenbedarf

- Der Sprechstundenbedarf für Leistungsberechtigte der Sozialhilfeträger ist dem GKV-Bestand zu entnehmen, wenn der jeweilige Sozialhilfeträger zugestimmt hat.

Die wichtigsten Bestimmungen der einzelnen Sozialhilfeträger haben wir für Sie in der beigefügten Anlage zusammengefasst.

Die vollständigen Vereinbarungen können Sie in Kürze im KVN-Portal unter Verträge/Verträge mit Sonstigen Kostenträgern nachlesen.

Anlage 5.2: Vereinbarungen über ambulante ärztliche Versorgung von Asylbewerbern mit niedersächsischen Sozialhilfeträgern

1.8. Vergütung der E-Dokumentation zur Herzkatheteruntersuchung mit Koronarangiographie

Kardiologen sind seit dem Start der sektorübergreifenden Qualitätssicherung am 1. Januar 2016 verpflichtet, jede Herzkatheteruntersuchung und perkutane Koronarintervention zu dokumentieren. Im Bewertungsausschuss konnte nunmehr eine Einigung zur Vergütung des Mehraufwandes und der Abbildung im EBM erzielt werden. Die Regelung gilt ab dem 1. Oktober 2016 und sieht folgendes vor:

Regelung ab 1. Oktober

- Die Abrechnung der Datenerfassung, Dokumentation und Datenübermittlung erfolgt über die GOP 34291 „Herzkatheteruntersuchung mit Koronarangiographie“. Der obligate Leistungsinhalt der GOP wird dazu um die Maßnahme der Qualitätssicherung sowie um ein Aufklärungsgespräch erweitert. Die Bewertung wird um 92 Punkte auf 3227 Punkte erhöht.
- Zudem wird eine Kostenpauschale 40306 in den EBM aufgenommen. Sie beinhaltet alle Kosten, die im Zusammenhang mit der Datenerfassung, Dokumentation und Datenübermittlung entsprechend der GOP 34291 entstehen. Hierzu gehören sämtliche Kosten für die EDV-technische Ausstattung und Verarbeitung (Dokumentation, Software, einschl. deren Einrichtung, Updates, Exports).

Die Kostenpauschale ist mit 2,50 Euro bewertet. Der Beschluss wurde im Deutschen Ärzteblatt, Heft 35-36 vom 5. September 2016 veröffentlicht.

Kostenpauschale mit 2,50 Euro bewertet

2. Verordnungen

2.1. BfArM ordnet Ruhen weiterer Zulassungen an

Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) teilt mit, dass ab dem 11. August 2016 für bestimmte Generikapräparate die Zulassung ruhen wird. Betroffene Präparate sind ab diesem Datum demnach nicht mehr verkehrsfähig und dürfen in Apotheken nicht mehr abgegeben werden. Ursache sind mangelhafte, in Indien durchgeführte Bioäquivalenzstudien.

Ursache mangelhafte Studien

Weitere Information sowie eine aktuelle Auflistung betroffener Präparate sind auf der Internetseite des BfArM zu finden unter: www.bfarm.de > Arzneimittel > Pharmakovigilanz > Risikobewertungsverfahren > Datum: 09.08.2016 (http://www.bfarm.de/SharedDocs/Risikoinformationen/Pharmakovigilanz/DE/RV_STP/s-z/semler.html)

Die Liste wird vom BfArM bei Änderungen der Sachlage aktualisiert. Mit Stand 9. August 2016 sind folgende Präparate betroffen:

**Liste der Arzneimittel, für deren Zulassungen
mit Wirkung ab dem 11.08.2016 das Ruhen angeordnet wurde***

Arzneimittel	Zulassungsnummer	Zulassungsinhaber
Atovaquon/Proguanilhydrochlorid 1 A Pharma 62,5 mg/25 mg Filmtabletten	87388.00.00	1 A Pharma GmbH
Atovaquon/Proguanilhydrochlorid 1 A Pharma 250 mg/100 mg Filmtabletten	87389.00.00	1 A Pharma GmbH
Atovaquon/Proguanilhydrochlorid-ratiopharm 250 mg/100 mg Filmtabletten	87350.00.00	ratiopharm GmbH
Atovaquon/Proguanilhydrochlorid-ratiopharm 62,5 mg/25 mg Filmtabletten	87351.00.00	ratiopharm GmbH
Celecoxib Glenmark 100 mg Hartkapseln	90427.00.00	Glenmark Arzneimittel GmbH
Celecoxib Glenmark 200 mg Hartkapseln	90428.00.00	Glenmark Arzneimittel GmbH
Eprosartan Aristo 600 mg Filmtabletten	86781.00.00	Aristo Pharma GmbH
Malacomp HEXAL, Filmtablette	87377.00.00	Hexal Aktiengesellschaft
Malacomp HEXAL junior, Filmtablette	87376.00.00	Hexal Aktiengesellschaft
Pregabalin-Hormosan 25 mg Hartkapseln	93565.00.00	Hormosan Pharma GmbH
Saquinavir HEXAL 500 mg Filmtabletten	88549.00.00	Hexal Aktiengesellschaft

Stand 9. August 2016

Da dem BfArM keine Hinweise auf eine mangelnde Wirksamkeit oder eine Gefährdung der Patientensicherheit vorliegen, ist ein Rückruf auf Patientenebene nicht vorgesehen. Präparate anderer Hersteller mit gleichen Wirkstoffen sind aktuell nicht betroffen.

2.2. Sprechstundenbedarf/Provokit 0,33% (Methacholinchlorid) wieder lieferbar

Von der Herstellerfirma wurde uns aktuell mitgeteilt, dass Provokit 0,33 % mit 10 x 2 Durchstechflaschen (PZN: 00171345) wieder lieferfähig sind und somit wieder zu Lasten des Sprechstundenbedarfs verordnet werden können. Die 50 x 2 Abpackung Provokit 0,33 % ist allerdings vorerst noch nicht lieferfähig (PZN: 00171368).

Für den unspezifischen bronchialen Provokationstest steht Ihnen somit wieder ein Fertigarzneimittel zur Verfügung. Die zwischenzeitlich erlaubte alternative Verordnung von Methacholinchlorid-Rezepturen ist damit nicht mehr möglich.

2.3. Verordnungseinschränkung von Evolocumab - Änderung der Anlage III der Arzneimittel-Richtlinie

A

Auf Beschluss des G-BA ist Evolocumab (Repatha®) ab dem 13. Augst 2016 nur noch eingeschränkt zu Lasten der GKV verordnungsfähig. Bei der Patientengruppe, für die Evolocumab ausnahmsweise weiterhin verordnet werden kann, geht der G-BA in seinen Tragenden Gründen davon aus, dass grundsätzlich eine Indikation zur Durchführung einer LDL-Apherese besteht.

Im Detail wird die Anlage III der Arzneimittel-Richtlinie um folgenden Abschnitt erweitert:

Arzneimittel und sonstige Produkte	Rechtliche Grundlagen und Hinweise
<p>„35a. Evolocumab</p> <p>Dieser Wirkstoff ist nicht verordnungsfähig, solange er mit Mehrkosten im Vergleich zu einer Therapie mit anderen Lipidsenkern (Statine, Fibrate, Anionenaustauscher, Cholesterinresorptionshemmer) verbunden ist. Das angestrebte Behandlungsziel bei der Behandlung der Hypercholesterinämie oder gemischten Dyslipidämie ist mit anderen Lipidsenkern ebenso zweckmäßig, aber kostengünstiger zu erreichen. Für die Bestimmung der Mehrkosten sind die der zuständigen Krankenkasse tatsächlich entstehenden Kosten maßgeblich.</p> <p>Dies gilt nicht für Patienten</p> <ul style="list-style-type: none"> • mit familiärer, homozygoter Hypercholesterinämie, bei denen medikamentöse und diätetische Optionen zur Lipidsenkung ausgeschöpft worden sind, oder • mit heterozygot familiärer oder nicht-familiärer Hypercholesterinämie oder gemischter Dyslipidämie bei therapierefraktären Verläufen, bei denen grundsätzlich trotz einer über einen Zeitraum von 12 Monaten dokumentierten maximalen diätetischen und medikamentösen lipidsenkenden Therapie (Statine und/oder andere Lipidsenker bei Statin- Kontraindikation) der LDL-C-Wert nicht ausreichend gesenkt werden kann und daher davon ausgegangen wird, dass die Indikation zur Durchführung einer LDL-Apherese besteht. Es kommen nur Patienten mit gesicherter vaskulärer Erkrankung (KHK, cerebrovaskuläre Manifestation, pAVK) sowie regelhaft weiteren Risikofaktoren für kardiovaskuläre Ereignisse (z.B. Diabetes mellitus, Nierenfunktion GFR unter 60 ml/min) infrage sowie Patienten mit gesicherter familiärer heterozygoter Hypercholesterinämie unter Berücksichtigung des Gesamtrisikos familiärer Belastung. <p>Die Einleitung und Überwachung der Therapie mit Evolocumab muss durch Fachärzte für Innere Medizin und Kardiologie, Fachärzte für Innere Medizin und Nephrologie, Fachärzte für Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie, Fachärzte für Innere Medizin und Angiologie oder durch an Ambulanzen für Lipidstoffwechselstörungen tätige Fachärzte erfolgen.</p>	<p>Verordnungseinschränkung verschreibungspflichtiger Arzneimittel nach dieser Richtlinie. [4]“</p>

Den vollständigen Beschluss des G-BA samt Tragenden Gründen sowie die vollständige Anlage III finden Sie im Internet unter [www.g-ba.de/Richtlinien/Arzneimittelrichtlinie/Anlage III](http://www.g-ba.de/Richtlinien/Arzneimittelrichtlinie/Anlage%20III)

2.4. Gemeinsame Arbeitsgruppe Arzneimittel, hier: Informationsschreiben zum Thema rheumatoide Arthritis/Biosimilars

Im Anhang finden Sie ein weiteres Informationsschreiben der AG Arzneimittel. Das Schreiben thematisiert das Indikationsgebiet der rheumatoiden Arthritis und geht hier insbesondere auf die Bedeutung der Biosimilars ein.

Das Schreiben finden Sie in Kürze auch im KVN-Portal unter Verordnungen/Arzneimittel/Veröffentlichungen sowie im Internet unter www.kvn.de/Praxis/Verordnungen

Anhang 5.3: Informationsschreiben

2.5. Übersicht des BfArM zu fiktiven Arzneimitteln, Pentalong® 50 mg - Nachzulassung erteilt

Bei der Verordnung fiktiv zugelassener Arzneimittel droht Regressgefahr. Da der Zulassungsstatus von Arzneimitteln nicht ohne weiteres erkennbar ist, hat das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) der KBV am 12. Juli 2016 eine Übersicht der fiktiv zugelassenen verschreibungspflichtigen Arzneimittel übersandt (siehe Anlage). Die Liste des BfArM dient nur der internen Information. Die KVN leitet diese Liste direkt an Sie weiter. Sie kann daher auch keine Gewähr für die Richtigkeit und Vollständigkeit der Liste übernehmen. Bezüglich des Arzneimittels Pentalong® 50 mg möchten wir jedoch im Folgenden auf den aktuellen Sachstand hinweisen:

Das Präparat „Pentalong® 50 mg“ galt bisher als fiktiv zugelassen. Das BfArM hat für dieses Präparat zum 29. Juli 2016 eine Nachzulassung erteilt, wodurch nun eine reguläre Zulassung für folgendes Anwendungsgebiet besteht: Symptomatische Behandlung der chronischen stabilen Angina pectoris bei Erwachsenen mit gesicherter koronarer Herzkrankheit und eingeschränkter körperlicher Belastbarkeit, bei denen Beta-Blocker unverträglich oder kontraindiziert sind oder keine ausreichende antianginöse Wirkung haben. Aufgrund des früheren Erstellungsdatums der Übersicht des BfArM ist Pentalong® 50 mg fälschlich noch auf der Liste des BfArM enthalten.

Hintergrund

Bei fiktiven Arzneimitteln handelt es sich um Arzneimittel, die bereits vor Inkrafttreten des Arzneimittelgesetzes 1978 in Deutschland im Verkehr waren. Sollten diese Arzneimittel weiterhin verkehrsfähig bleiben, mussten die pharmazeutischen Unternehmer eine Nachzulassung beantragen und so Qualität, Wirksamkeit und Unbedenklichkeit belegen. Einige dieser Verfahren sind noch immer nicht endgültig abgeschlossen. Diese Arzneimittel gelten als „fiktiv zugelassen“ und sind weiterhin in Deutschland im Handel. Das Bundessozialgericht hat im Jahr 2005 in einem Urteil entschieden, dass gesetzliche Krankenkassen nicht verpflichtet sind, die Kosten für fiktiv zugelassene Arzneimittel zu übernehmen.

Anlage 5.4: Übersicht der fiktiv zugelassenen verschreibungspflichtigen Arzneimittel

Übersicht des BfArM

Pentalong® 50mg

2.6. Neue Heilmittelvordrucke zum 1. Januar 2017

Die Vordrucke für die Verordnung von Physiotherapie/Podologie (Muster 13), Stimm-, Sprech-, Sprachtherapie (Muster 14) und Ergotherapie (Muster 18) ändern sich zum 1. Januar 2017. Sie werden ergänzt um ein zweites Feld zur Angabe eines ICD-10-Codes.

Die alten Heilmittel-Vordrucke dürfen nur noch bis zum 31. Dezember 2016 verwendet werden. Ab dem 1. Januar 2017 sind ausschließlich die neuen Vordrucke zu nutzen.

Hinweise zur Bestellung:

- Die neuen Vordrucke können ab Mitte November beim Paul-Albrechts Verlag GmbH oder bei Ihrer Bezirksstelle bestellt werden.
- Auf der Bestellung bitte angeben, ob noch alte oder bereits neue Vordrucke geliefert werden sollen.

Hintergrund für die Änderung der Vordrucke ist, dass die ab 2017 geltende Liste der bundeseinheitlichen Praxisbesonderheiten in einigen Fällen zwingend die Angabe von 2 ICD-10-Codes zur Anerkennung als Praxisbesonderheit vorsieht. Hierzu und zu weiteren Neuerungen im Heilmittelbereich werden wir Sie in der November-Ausgabe des KVN-Rundschreibens näher informieren.

2.7. Streichung von Medizinprodukten aus der Anlage V (verordnungsfähige Medizinprodukte) der Arzneimittel-Richtlinie

Die in der Anlage V der Arzneimittel-Richtlinie aufgeführten Medizinprodukte sind in den dort genannten medizinisch notwendigen Fällen bis zu der jeweils angegebenen Befristung zu Lasten der GKV verordnungsfähig. Mit Ablauf des angegebenen Datums endet die Verordnungsfähigkeit.

Mit Wirkung zum 31. August 2016 werden folgende Medizinprodukte, deren Befristung schon länger abgelaufen ist, endgültig aus der Anlage V gestrichen:

- Macrogol 1A Pharma®
- Macrogol HEXAL®
- Macrogol Sandoz®

Hinweis: Macrogol-haltige Präparate können in Deutschland sowohl als nicht-verschreibungspflichtige Arzneimittel als auch als Medizinprodukte zugelassen werden. Für beide Formen stehen nach wie vor Produkte auf dem Markt zur Verfügung, die weiterhin nach den Vorgaben der Arzneimittel-Richtlinie verordnet werden können.

Alte Vordrucke nur noch bis 31. Dezember 2016 verwenden

Aus Anlage V gestrichen

3. Allgemeine Hinweise

3.1. Neue Kinder-Richtlinie tritt am 1. September 2016 in Kraft - Umsetzung der Inhalte erfolgt allerdings erst nach Anpassung des EBM

Die neu gefasste Kinder-Richtlinie und damit auch das Screening auf Mukoviszidose treten zwar zum 1. September 2016 in Kraft, die Inhalte der Richtlinie sind jedoch erst dann Kassenleistung, wenn die Vergütung im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) geregelt ist. Dafür hat der Bewertungsausschuss bis zu sechs Monate nach Inkrafttreten der Richtlinie Zeit. Das hat zur Folge, dass bis zur Anpassung des EBM die Versorgung weiterhin nach den Regelungen der bis zum 31. August 2016 geltenden Kinder-Richtlinie erfolgt. Auch die Dokumentation im neuen Untersuchungsheft kann erst nach Anpassung des EBM erfolgen. Gleiches gilt für das Screening auf Mukoviszidose.

Bis zur Vorlage einer entsprechenden Gebührenordnungsposition im EBM kann das Screening auf Mukoviszidose nur privat abgerechnet werden. Auf eine Kostenerstattung durch die Krankenkasse besteht kein Anspruch. Erst wenn nach Ablauf der Sechsmonatsfrist keine EBM-Position vereinbart wurde, hätten Versicherte Anspruch auf Kostenerstattung gemäß § 13 Abs. 3 SGB V.

Krankenhäuser geben möglicherweise bereits früher die neuen Gelben Hefte aus

Da diese Regelung nur für den ambulanten Bereich gilt ist es möglich, dass Krankenhäuser bereits ab 1. September die neuen Gelben Hefte ausgeben werden. Sollten Eltern mit einem neuen Gelben Heft in Ihre Praxis kommen, empfehlen wir im Sinne des Patienten folgendes pragmatisches Vorgehen:

Bis zur EBM-Anpassung werden die Kinderuntersuchungen nach den Regelungen der bis zum 31. August 2016 geltenden Kinder-Richtlinie durchgeführt, aber bereits im neuen Gelben Heft dokumentiert. Wird ein altes Gelbes Heft vorgelegt, kann dieses weitergeführt werden. Sobald der EBM entsprechend angepasst wurde, werden wir Sie umgehend informieren.

Info sobald EBM angepasst wird

3.2. Bescheinigung einer schwerwiegenden chronischen Erkrankung (Muster 55) wird zum 1. Oktober 2016 deutlich übersichtlicher

Im Zuge der Entbürokratisierung in den Arztpraxen wird ein weiterer Vordruck erheblich verschlankt. Die Zahl der Ausfüllfelder auf dem Muster 55 wurde auf das Nötigste reduziert.

Künftig müssen nur noch die Dauerdiagnosen (als ICD-10-Code) angegeben und vermerkt werden, seit wann der Versicherte wegen dieser Erkrankung ständig in Behandlung und ob diese weiterhin erforderlich ist. Auf den Ausfüllbereich für die Krankenkassen wurde gänzlich verzichtet. Das Muster wurde von DIN-A4 auf DIN-A6 verkleinert.

Der Vordruck ist künftig in den Praxen vorzuhalten und kann mit der Praxissoftware ausgefüllt bzw. im Rahmen der Blankoformularbedruckung erzeugt werden. Die Vordrucke können beim PAV - oder sofern Sie Ihre Vordruckbestellung über Ihre Bezirksstelle durchführen, dort bestellt werden. Bitte berücksichtigen Sie dies bei Ihrer nächsten Vordruckbestellung.

Wichtig

3.3. **Betreuungsstrukturvertrag mit dem BKK Landesverband Mitte: BKK Melitta Plus neu dabei**

Die BKK Melitta Plus ist dem Betreuungsstrukturvertrag mit dem BKK Landesverband Mitte beigetreten. Folgende Betriebskrankenkassen sind diesem Rahmenvertrag bisher beigetreten:

Beigetretene BKKen

Lfd. Nr.	Krankenkasse	Straße	PLZ/Ort
1	Bahn-BKK	Franklinstraße 54	60486 Frankfurt a. M.
2	BKK Deutsche Bank AG	Königsallee 60c	40212 Düsseldorf
3	BKK Melitta Plus	Marienstraße 122	32425 Minden
4	BKK VBU	Lindenstraße 67	10969 Berlin
5	BKK RWE	Welfenallee 32	29223 Celle
6	BKK 24	Sülbecker Brand 1	31683 Obernkirchen
7	BKK Wirtschaft und Finanzen	Bahnhofstraße 19	34212 Melsungen
8	Heimat Krankenkasse	Herforder Straße 23	33602 Bielefeld
9	Vereinigte BKK	Hugo-Junkers-Str. 5	60386 Frankfurt a. M.

Die Vertragsunterlagen sowie den Teilnahmeantrag finden Sie im KVN-Portal unter Verträge/Strukturverträge/Link: BKK - Betreuungsstrukturvertrag

3.4. **Integrierter Versorgungsvertrag zur Betreuung bei akuten und chronischen Herzerkrankungen durch telemedizinische Dienstleistung der SVLFG (vorm. LKK Niedersachsen-Bremen) und der SHL Telemedizin GmbH**

Der seit mehreren Jahren bestehende o. a. Integrierte Versorgungsvertrag wurde nunmehr durch die SVLFG und die SHL GmbH mit sofortiger Wirkung beendet. Mit dem Ende des Integrierten Versorgungsvertrages endet auch die Teilnahme von Ärzten und Versicherten an dieser Versorgung. Die im Rahmen dieses Vertrages möglichen Leistungen der Befundinterpretation (GO-Nr. 98130 bzw. 98131) ist daher nur noch bis zum 30. September 2016 abrechenbar.

Nur noch bis 30. September abrechenbar

3.5. Neues Seminarangebot zu speziellen Themen: Gruppentherapie leicht gemacht - Keine Angst vor der Umsetzung

Die KVN möchte Ihre Ärzte und Psychotherapeuten, die eine Genehmigung zur Abrechnung von Gruppentherapie haben, diese aber nicht nutzen, mit einem neuen Seminar unterstützen. Hierzu wollen unsere Referenten von ihren praktischen Erfahrungen im Bereich der Psychogruppentherapie berichten sowie Informationen zu rechtlich-formalen und praktisch-organisatorischen Inhalten geben. Hiermit sollen die Hürden für die Durchführung und Umsetzung abgebaut werden. Das Seminar wird lebendig gehalten und bietet ausreichend Platz für Fragen und Diskussionen.

Das Seminar findet am 19. November 2016 in der Zeit von 11 bis 15 Uhr in Hannover statt. Die Teilnehmergebühr beträgt 50 Euro pro Person.

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

Ausführliche Informationen zu dem o. g. Seminar finden Sie im Internet unter <http://www.kvn.de/Seminarangebot/Medizinische-und-psychotherapeutische-Themen/>. Bitte nutzen Sie das Anmeldeformular auf der Homepage.

19. November 2016

Ansprechpartnerin

3.6. Seminarangebote 2017

Auch im Jahr 2017 bietet Ihnen Ihre Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen ein umfassendes Seminarangebot an. Die Themen mit den ausführlichen Kursinhalten finden Sie ab dem 30. September 2016 auf der Internetseite der KVN unter www.kvn.de/Seminarangebot. Es werden nur schriftliche Anmeldungen angenommen. Nutzen Sie hierzu die Anmeldemodalitäten auf unserer Homepage. Dort finden Sie auch die noch nicht ausgebuchten Seminare aus dem Jahr 2016.

Frau Marlen Hilgenböcker, Telefon: 0511 380-33 11, Fax-Nr. 0511 380-3480, E-Mail: seminarangebote@kvn.de

Frau Heike Knief, Telefon: 0511 380-3379, Fax-Nr. 0511 380-3480, E-Mail: seminarangebote@kvn.de

Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen, Unternehmensbereich Vertragsärztliche Versorgung, Berliner Allee 22, 30175 Hannover.

Ab 30. September

Ansprechpartner für Seminare

Kontaktadresse

4. Veranstaltungen im Oktober und November 2016

Hier bekommen Sie eine Übersicht über Seminare und Fortbildungen der KVN mit noch freien Plätzen im Oktober und November 2016. Ein Anmeldefax ist angehängt. Bitte nutzen Sie für unterschiedliche Seminare separate Anmeldefaxe. Die ausgefüllten Anmeldungen faxen Sie bitte an folgende Nummer: **0511 380-3480**.

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

www.kvn.de/Seminarangebot

Name	Ort	Datum	Gebühr p. P.
Qualitäts- und Praxismanagement			
Auf dem Weg zum Erfolgsteam	Oldenburg	16.Nov	120 Euro
Datenschutz für Fortgeschrittene	Hannover	25.Okt	85 Euro
Kleiner Knigge - Souverän in den Berufsalltag	Oldenburg	04.Nov	115 Euro
Kommunikationstraining für MFA - Modul 3	Oldenburg	19.Okt	65 Euro
Kommunikationstraining für MFA - Modul 4	Oldenburg	23.Nov	65 Euro
Rechtsnormen für die Arztpraxis	Hannover	16.Nov	85 Euro
Refresherkurs PraxismanagerIn - AufbauSeminar (3-tägig)	Oldenburg	16.Nov	295 Euro
So gelingt es auch mit schwierigen Patienten	Verden	11.Nov	40 Euro
Raus aus der Stress-Falle	Hannover	22.Okt	144 Euro
Zertifizierungsvorbereitung	Hannover	21.Okt	99 Euro
Abrechnung und Verordnung			
Behandlungs- und Schulungsprogramm Typ 2-Diabetes mit Normalinsulin	Hannover	26.Okt	61 Euro
DMP Asthma und COPD	Stade	23.Nov	20 Euro
DMP Diabetes mellitus Typ 2	Stade	09.Nov	20 Euro
DMP Diabetes mellitus Typ 2	Verden	19.Nov	20 Euro

DMP KHK	Verden	19.Nov	20 Euro
Häusliche Krankenpflege für MFA	Osnabrück	23.Nov	kostenlos
Heilmittel-Richtlinien	Osnabrück	09.Nov	kostenlos
Honorarbescheid lesen und verstehen	Aurich	02.Nov	kostenlos
Honorarbescheid lesen und verstehen	Oldenburg	10.Nov	kostenlos
Kooperation und Abrechnung	Hannover	09.Nov	kostenlos
Richtig kodieren nach ICD 10	Aurich	19.Okt	kostenlos
Rund um das RLV und QZV	Braunschweig	26.Okt	kostenlos
Verordnungsweise in der täglichen Praxis	Hannover	19.Okt	kostenlos
Verordnung von Heilmitteln	Aurich	16.Nov	kostenlos
Medizinische und psychotherapeutische Themen			
Hautkrebs-Screening Seminar	Osnabrück	19.Nov	99 Euro
Medizin im Bereitschaftsdienst	Stade	16.Nov	30 Euro
Wirtschaftsseminare			
Betriebsprüfungen in Arztpraxen	Hannover	02.Nov	kostenlos
Existenzgründerseminar - Modul 1	Göttingen	22.Okt	kostenlos
Existenzgründerseminar - Modul 2	Göttingen	29.Okt	kostenlos
Kooperation und Abrechnung	Hannover	09.Nov	kostenlos
Kooperieren, aber richtig	Hildesheim	03.Nov	kostenlos
Nachhaltiges Praxiswachstum	Oldenburg	09.Nov	kostenlos
Praxisabgabe-Seminar für Ärzte	Westerstede	26.Okt	kostenlos
Praxiserfolg - Optimierte Gehaltsgestaltung für Mitarbeiter	Lüneburg	17.Okt	kostenlos
Praxisseminar für Weiterbildungsassistenten	Hannover	23.Nov	kostenlos

Verbindliche Anmeldung (bitte vollständig ausfüllen)

Fax an 0511 380-3480

Ich nehme am Seminar

mit _____ Person/en teil.

Datum des Seminars

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

Vor- und Nachname des Rechnungsempfängers (Praxis)

Anschrift des Rechnungsempfängers (Straße, PLZ, Ort)

LANR

BSNR

E-Mail-Adresse

Telefonnummer für evtl. Rückfragen

Datum

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

Stempel

5. Anlagenverzeichnis

- 5.1. Amtliche Mitteilung zum HVM für Haus- und Kinderärzte 4/2016**
- 5.2. Vereinbarungen über ambulante ärztliche Versorgung von Asylbewerbern mit niedersächsischen Sozialhilfeträgern**
- 5.3. Informationsschreiben**
- 5.4. Übersicht der fiktive zugelassenen verschreibungspflichtigen Arzneimittel**

Amtliche Mitteilung der KVN zum HVM für das 4. Quartal 2016

in Umsetzung des Honorarverteilungsmaßstabes (HVM) gemäß § 87b Abs. 1 SGB V der KVN vom 21. November 2015

Für die Arztgruppe:
Fachärzte für Innere und Allgemeinmedizin, Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte, Fachärzte für Innere Medizin, die dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören

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

Regelleistungsvolumen	RLV-Fallwert:	40,9265 €
Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen (QZV)	Gebührenordnungspositionen des EBM	Fallwert
Akupunktur	30790, 30791	165,3017 €
Allergologie (Zusatzbezeichnung)	30110, 30111, 30120, 30121, 30122, 30123	48,4388 €
Behandlung des diabetischen Fußes	02311	50,6895 €
Behandlung von Hämorrhoiden	30610, 30611	13,9451 €
Chirotherapie	30200, 30201	8,0495 €
Dringende Besuche	01411, 01412	72,9238 €
Ergometrie	03321	19,0550 €
Hyposensibilisierungsbehandlung	30130, 30131	30,1896 €
Kardiorespiratorische Polygraphie	30900	46,2035 €
Kleinchirurgie	02310	18,8530 €
Langzeit-Blutdruckmessung	03324	7,2659 €
Langzeit-EKG	03241, 03322	10,0320 €
Phlebologie	30500, 30501	18,9356 €
Physikalische Therapie	30400, 30401, 30402, 30410, 30411, 30420, 30421	10,4130 €
Proktologie	03331	9,9148 €
Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120	22,2160 €
Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150	90,9543 €
Schmerztherapeutische spezielle Versorgung	30700, 30702, 30704, 30706, 30708	114,8866 €
Schmerztherapeutische spezielle Behandlung	30710, 30712, 30720, 30721, 30722, 30723, 30724, 30730, 30731, 30740, 30750, 30751, 30760	90,2309 €
Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092	15,2189 €
Sonographie III	33060, 33061, 33062	17,0712 €
Spirometrie	03330	5,6543 €
Unvorhergesehene Inanspruchnahme	01100, 01101, 01102	18,2322 €
Verordnung medizinischer Rehabilitation	01611	29,3201 €

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

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

Sofern der prozentuale Zuwachs aller RLV-Behandlungsfälle einer Arztgruppe in 4/2016 gegenüber 4/2015 fünf vom Hundert überschreitet, unterliegen die Ärzte dieser Arztgruppe im Rahmen der Ermittlung des RLV-Budgets 4/2016 einer Fallzahlzuwachsbeschränkung. In diesem Falle wird das arztindividuelle RLV 4/2016 begrenzt auf die individuelle RLV-relevante Behandlungsfallzahl im Vorjahresquartal zzgl. fünf vom Hundert der arztgruppenspezifischen durchschnittlichen RLV-Behandlungsfallzahl im Vorjahresquartal als maximales Wachstum.

Arztgruppenspezifische durchschnittliche RLV-Behandlungsfallzahl im Vorjahresquartal:	950,58
Maximales Wachstum der individuellen RLV-Behandlungsfallzahl:	47,53

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

Für Ärzte, die im 4. Quartal 2016 nicht in vollem zeitlichen Umfang an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, reduzieren sich die o. a. durchschnittlichen Behandlungsfallzahlen anteilig auf den Umfang ihrer Tätigkeit.

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

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

25% Minderung des RLV-Fallwerts ab 150% der durchschnittlichen RLV-Behandlungsfallzahl:	1.425,87
50% Minderung des RLV-Fallwerts ab 170% der durchschnittlichen RLV-Behandlungsfallzahl:	1.615,99
75% Minderung des RLV-Fallwerts ab 200% der durchschnittlichen RLV-Behandlungsfallzahl:	1.901,16

Für Ärzte, die im 4. Quartal 2016 nicht in vollem zeitlichen Umfang an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, reduzieren sich die o. a. Fallwertminderungsgrenzen anteilig auf den Umfang ihrer Tätigkeit.

Amtliche Mitteilung der KVN zum HVM für das 4. Quartal 2016

in Umsetzung des Honorarverteilungsmaßstabes (HVM) gemäß § 87b Abs. 1 SGB V der KVN vom 21. November 2015

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

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

Regelleistungsvolumen	RLV-Fallwert:	41,7777 €
Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen (QZV)	Gebührenordnungspositionen des EBM	Fallwert
Allergologie	30110, 30111, 30120, 30121, 30122, 30123	42,1004 €
Dringende Besuche	01411, 01412	53,1213 €
Ergometrie	04321	20,3616 €
Hyposensibilisierungsbehandlung	30130, 30131	28,9138 €
Langzeit-Blutdruckmessung	04324	7,1577 €
Langzeit-EKG	04241, 04322	10,1940 €
Neurophysiologische Übungsbehandlung	30300, 30301	54,6069 €
Physikalische Therapie	30400, 30401, 30402, 30410, 30411, 30420, 30421	17,9609 €
Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120	16,7310 €
Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150	85,6990 €
Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092	14,1068 €
Sonographie II	33020, 33021, 33022, 33023, 33030, 33031, 33040	17,0956 €
Sonographie der Säuglingshöften	33051	11,1572 €
Spirometrie	04330	6,6618 €
Unvorhergesehene Inanspruchnahme	01100, 01101, 01102	17,7720 €
Verordnung medizinischer Rehabilitation	01611	29,7834 €

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

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

Sofern der prozentuale Zuwachs aller RLV-Behandlungsfälle einer Arztgruppe in 4/2016 gegenüber 4/2015 fünf vom Hundert überschreitet, unterliegen die Ärzte dieser Arztgruppe im Rahmen der Ermittlung des RLV-Budgets 4/2016 einer Fallzahlzuwachsbeschränkung. In diesem Falle wird das arztindividuelle RLV 4/2016 begrenzt auf die individuelle RLV-relevante Behandlungsfallzahl im Vorjahresquartal zzgl. fünf vom Hundert der arztgruppenspezifischen durchschnittlichen RLV-Behandlungsfallzahl im Vorjahresquartal als maximales Wachstum.

Arztgruppenspezifische durchschnittliche RLV-Behandlungsfallzahl im Vorjahresquartal:	959,23
Maximales Wachstum der individuellen RLV-Behandlungsfallzahl:	47,96

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

Für Ärzte, die im 4. Quartal 2016 nicht in vollem zeitlichen Umfang an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, reduzieren sich die o. a. durchschnittlichen Behandlungsfallzahlen anteilig auf den Umfang ihrer Tätigkeit.

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

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

25% Minderung des RLV-Fallwerts ab 150% der durchschnittlichen RLV-Behandlungsfallzahl:	1.438,85
50% Minderung des RLV-Fallwerts ab 170% der durchschnittlichen RLV-Behandlungsfallzahl:	1.630,69
75% Minderung des RLV-Fallwerts ab 200% der durchschnittlichen RLV-Behandlungsfallzahl:	1.918,46

Für Ärzte, die im 4. Quartal 2016 nicht in vollem zeitlichen Umfang an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, reduzieren sich die o. a. Fallwertminderungsgrenzen anteilig auf den Umfang ihrer Tätigkeit.

Amtliche Mitteilung der KVN zum HVM für das 4. Quartal 2016

in Umsetzung des Honorarverteilungsmaßstabes (HVM) gemäß § 87b Abs. 1 SGB V der KVN vom 21. November 2015

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

- Leistungen im organisierten Notfalldienst der KVN
- Haus- und Heimbefuche (GOP 01410, 01413 und 01415 EBM)
- Verordnung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (GOP 01425 und 01426 EBM)
- Leistungen der Prävention, Empfängnisregelung, Sterilisation und im Rahmen von Schwangerschaftsabbrüchen (Abschnitte 1.7.1 bis 1.7.7 EBM)
- Leistungen der Methadon- und Diamorphinsubstitution (Abschnitt 1.8 EBM)
- Ärztlich angeordnete Hilfeleistungen anderer Personen (GOP 03060, 03062 und 03063 EBM)
- Leistungen der hausärztlichen geriatrischen Versorgung (Abschnitt 3.2.4 EBM)
- Leistungen der palliativmedizinischen Versorgung (Abschnitt 3.2.5 und 4.2.5 EBM)
- Leistungen der sozialpädiatrischen Versorgung (Abschnitt 4.2.4 EBM)
- Leistungen der pädiatrischen Nephrologie und Dialyse (Abschnitt 4.5.4 EBM) sowie die GOP 04000 bis 04015, 04040 und 04230, wenn in demselben Behandlungsfall Leistungen des Abschnitts 4.5.4 EBM abgerechnet werden
- Zuschlag auf die jeweilige Pauschale für die fachärztliche Grundversorgung (PFG)
- anästhesiologische Leistungen gemäß § 87b Abs. 2 Satz 5 SGB V
- Beratung und Betreuung eines Patienten nach einer intravitrealen operativen Medikamenteneingabe (GOP 06334 und 06335 EBM)
- Leistungen und Begleitleistungen der Reproduktionsmedizin (ohne Beratungsleistungen GOP 08520 und 08521 EBM)
- Balneophototherapie (GOP 10350 EBM)
- Leistungen der Humangenetik (Abschnitt 11.4 EBM)
- Leistungen und Kostenpauschalen der Laboratoriumsmedizin (GOP 12210, 12220, 12225 und 32001 sowie Kapitel 32 EBM)*
- Leistungen der Nephrologie und Dialyse (Abschnitt 13.3.6 EBM)
- Leistungen auf Überweisungsfällen zur Durchführung ausschließlich von Probenuntersuchungen sowie humangenetische Leistungen der Abschnitte 19.4.2 und 19.4.4 EBM
- Strahlentherapie (Kapitel 25 EBM)
- Leistungen der Soziotherapie (Abschnitt 30.8 EBM)
- Leistungen der spezialisierten Versorgung HIV-infizierter Patienten (Abschnitt 30.10 EBM)
- Neuropsychologische Therapie (Abschnitt 30.11 EBM)
- Spezielle Diagnostik und Eradikationstherapie im Rahmen von MRSA (Abschnitt 30.12 EBM)
- Leistungen zur spezialisierten geriatrischen Diagnostik und Versorgung (Abschnitt 30.13 EBM)
- Ambulantes Operieren, PTK, Koloskopie, Kapselendoskopie und ERCP (Leistungen des Kapitels 31 EBM sowie die GOP 04514, 04515, 04518, 04520, 04528 und 04529 sowie 13421 bis 13431 EBM)
- Leistungen der Abschnitte 2 und 3 der Anlage 1 zum AOP-Vertrag nach § 115b SGB V
- Vakuumstanzbiopsien (GOP 34274 EBM)
- Osteodensitometrische Untersuchung II (GOP 34601 EBM)
- Diagnostische Positronenemissionstomographie (PET) und diagnostische Positronenemissionstomographie mit Computertomographie (PET/CT) (Abschnitt 34.7 EBM)
- probatorische Sitzungen von Ärzten der in § 87b Abs. 2 Satz 3 SGB V genannten Arztgruppen (GOP 35150 EBM)
- antrags- und genehmigungspflichtige Leistungen der Psychotherapie (Abschnitt 35.2 EBM)
- Leistungen, die in belegärztlichen Behandlungsfällen zur Abrechnung gelangen
- Kooperations- und Koordinationsleistungen in Pflegeheimen (Kapitel 37 EBM) sowie delegationsfähige Leistungen (Kapitel 38 EBM)
- Kosten- und Wegepauschalen (Kapitel 40 EBM) sowie Sachkostenerstattung (GOP 99999)
- Vergütungen für regional bzw. bundesweit vereinbarte, nicht im EBM enthaltene Leistungen im GOP-Bereich ≥ 80000

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

Anlage zum Rundbrief 11/4/2016 vom 06.09.2016

Sozialhilfeträger	räumliche Einschränkungen	Behandlungsausweis	Überweisungen möglich	genehmigungspflichtige Leistungen	Sprechstundenbedarf aus dem GKV-Bestand	Sonstiges
Landkreis Ammerland	Landkreis Ammerland	Behandlungsschein	nein, es ist ein weiterer Behandlungsschein durch den Sozialhilfeträger auszustellen	Heil- und Hilfsmittel planbare Krankenhausweisungen Krankenfahrten	ja	
Landkreis Aurich	Landkreis Aurich	Behandlungsschein	nein, es ist ein weiterer Behandlungsschein durch den Sozialhilfeträger auszustellen	Heil- und Hilfsmittel planbare Krankenhausweisungen Krankenfahrten	ja	
Stadt Braunschweig	keine	Behandlungsschein	nein, es ist ein weiterer Behandlungsschein durch den Sozialhilfeträger auszustellen	Heil- und Hilfsmittel planbare Krankenhausweisungen Krankenfahrten	ja	
Landkreis Celle	Landkreis Celle	Behandlungsschein	ja	Heil- und Hilfsmittel planbare Krankenhausweisungen Krankenfahrten	ja	
Landkreis Cloppenburg	Landkreis Cloppenburg	Behandlungsschein	nein, es ist ein weiterer Behandlungsschein durch den Sozialhilfeträger auszustellen	Heil- und Hilfsmittel planbare Krankenhausweisungen Krankenfahrten	ja	
Landkreis Cuxhaven	keine	Behandlungsschein	ja	Heil- und Hilfsmittel planbare Krankenhausweisungen Krankenfahrten	ja	
Stadt Delmenhorst	Stadt Delmenhorst	Behandlungsschein	ja	Heil- und Hilfsmittel planbare Krankenhausweisungen Krankenfahrten	nein	voraussichtlich ab 01.01.2017 Einführung der eGK
Landkreis Diepholz	keine	Behandlungsschein	nein, es ist ein weiterer Behandlungsschein durch den Sozialhilfeträger auszustellen	Heil- und Hilfsmittel planbare Krankenhausweisungen Krankenfahrten	ja	
Stadt Emden	Stadt Emden	Behandlungsschein	nein, es ist ein weiterer Behandlungsschein durch den Sozialhilfeträger auszustellen	Heil- und Hilfsmittel planbare Krankenhausweisungen Krankenfahrten	ja	
Landkreis Emsland	Landkreis Emsland	Behandlungsschein	nein, es ist ein weiterer Behandlungsschein durch den Sozialhilfeträger auszustellen	Heil- und Hilfsmittel planbare Krankenhausweisungen Krankenfahrten	ja	
Landkreis Friesland	keine	Behandlungsschein	nein, es ist ein weiterer Behandlungsschein durch den Sozialhilfeträger auszustellen	Heil- und Hilfsmittel planbare Krankenhausweisungen Krankenfahrten	ja	
Landkreis Gifhorn	keine	Behandlungsschein	nein, es ist ein weiterer Behandlungsschein durch den Sozialhilfeträger auszustellen	Heil- und Hilfsmittel planbare Krankenhausweisungen Krankenfahrten	ja	

Anlage zum Rundbrief 11/4/2016 vom 06.09.2016

Sozialhilfeträger	räumliche Einschränkungen	Behandlungsausweis	Überweisungen möglich	genehmigungspflichtige Leistungen	Sprechstundenbedarf aus dem GKV-Bestand	Sonstiges
Stadt Göttingen	keine	Behandlungsschein	ja	Heil- und Hilfsmittel planbare Krankenhausweisungen Krankenfahrten	ja	
Landkreis Göttingen	entsprechend der Vorgabe auf dem Behandlungsschein	Behandlungsschein	ja	Heil- und Hilfsmittel planbare Krankenhausweisungen Krankenfahrten	ja	
Landkreis Goslar	Landkreis Goslar	Behandlungsschein	nein, es ist ein weiterer Behandlungsschein durch den Sozialhilfeträger auszustellen	Heil- und Hilfsmittel planbare Krankenhausweisungen Krankenfahrten	ja	
Landkreis Grafschaft Bentheim	entsprechend der Vorgabe auf dem Behandlungsschein	Behandlungsschein	nein, es ist ein weiterer Behandlungsschein durch den Sozialhilfeträger auszustellen	Heil- und Hilfsmittel planbare Krankenhausweisungen Krankenfahrten	ja	
Landkreis Hameln-Pyrmont	keine	Behandlungsschein	nein, es ist ein weiterer Behandlungsschein durch den Sozialhilfeträger auszustellen	Heil- und Hilfsmittel planbare Krankenhausweisungen Krankenfahrten	ja	
Landeshauptstadt Hannover	keine	Behandlungsschein	nein, es ist ein weiterer Behandlungsschein durch den Sozialhilfeträger auszustellen	Heil- und Hilfsmittel planbare Krankenhausweisungen Krankenfahrten	ja	
Region Hannover	Niedersachsen	papiergebundene Gesundheitskarte*	ja	Heil- und Hilfsmittel ab 300,00 € planbare Krankenhausweisungen Krankenfahrten	ja	beleglose Abrechnung, es brauchen keine Belege mehr eingereicht werden
Landkreis Harburg	keine	Behandlungsschein	nein, es ist ein weiterer Behandlungsschein durch den Sozialhilfeträger auszustellen	Heil- und Hilfsmittel planbare Krankenhausweisungen Krankenfahrten	ja	
Landkreis Heidekreis	Landkreis Heidekreis	Behandlungsschein	nein, es ist ein weiterer Behandlungsschein durch den Sozialhilfeträger auszustellen	Heil- und Hilfsmittel planbare Krankenhausweisungen Krankenfahrten	ja	
Landkreis Helmstedt	keine	Behandlungsschein	ja	Heil- und Hilfsmittel planbare Krankenhausweisungen Krankenfahrten	ja	
Stadt Hildesheim	Stadt Hildesheim	Behandlungsschein	ja	Heil- und Hilfsmittel planbare Krankenhausweisungen Krankenfahrten	ja	

Anlage zum Rundbrief 11/4/2016 vom 06.09.2016

Sozialhilfeträger	räumliche Einschränkungen	Behandlungsausweis	Überweisungen möglich	genehmigungspflichtige Leistungen	Sprechstundenbedarf aus dem GKV-Bestand	Sonstiges
Landkreis Hildesheim	Niedersachsen	papiergebundene Gesundheitskarte	ja	Heil- und Hilfsmittel ab 300,00 € planbare Krankenhausweisungen Krankenfahrten	ja	beleglose Abrechnung, es brauchen keine Belege mehr eingereicht werden
Landkreis Holzminden	keine	Behandlungsschein	nein, es ist ein weiterer Behandlungsschein durch den Sozialhilfeträger auszustellen	Heil- und Hilfsmittel planbare Krankenhausweisungen Krankenfahrten	ja	
Landkreis Lüchow-Dannenberg	entsprechend der Vorgabe auf dem Behandlungsschein	Behandlungsschein	nein, es ist ein weiterer Behandlungsschein durch den Sozialhilfeträger auszustellen	Heil- und Hilfsmittel planbare Krankenhausweisungen Krankenfahrten	ja	
Landkreis Lüneburg	keine	Behandlungsschein	nein, es ist ein weiterer Behandlungsschein durch den Sozialhilfeträger auszustellen	Heil- und Hilfsmittel planbare Krankenhausweisungen Krankenfahrten	ja	
Hansestadt Lüneburg	keine	Behandlungsschein	nein, es ist ein weiterer Behandlungsschein durch den Sozialhilfeträger auszustellen	Heil- und Hilfsmittel planbare Krankenhausweisungen Krankenfahrten	ja	
Landkreis Nienburg	keine	Behandlungsschein	nein, es ist ein weiterer Behandlungsschein durch den Sozialhilfeträger auszustellen	Heil- und Hilfsmittel planbare Krankenhausweisungen Krankenfahrten	ja	
Landkreis Northeim	keine	Behandlungsschein	ja	Heil- und Hilfsmittel planbare Krankenhausweisungen Krankenfahrten	ja	
Landkreis Oldenburg	Landkreis Oldenburg	Behandlungsschein	ja	Heil- und Hilfsmittel planbare Krankenhausweisungen Krankenfahrten	ja	
Stadt Oldenburg	keine	Behandlungsschein	ja	Heil- und Hilfsmittel planbare Krankenhausweisungen Krankenfahrten	ja	
Stadt Osnabrück	Niedersachsen und Bremen	Behandlungsschein	ja	Heil- und Hilfsmittel planbare Krankenhausweisungen	ja	
Landkreis Osterode	keine	Behandlungsschein	ja, müssen vom Sozialhilfeträger vorab genehmigt werden	Heil- und Hilfsmittel planbare Krankenhausweisungen Krankenfahrten	ja	nach Fusion mit Landkreis Göttingen zum 01.11.2016 gelten Regelungen des Landkreises Göttingen

Anlage zum Rundbrief 11/4/2016 vom 06.09.2016

Sozialhilfeträger	räumliche Einschränkungen	Behandlungsausweis	Überweisungen möglich	genehmigungspflichtige Leistungen	Sprechstundenbedarf aus dem GKV-Bestand	Sonstiges
Landkreis Osterholz	Niedersachsen und Bremen	Behandlungsschein	nein, es ist ein weiterer Behandlungsschein durch den Sozialhilfeträger auszustellen	Heil- und Hilfsmittel planbare Krankenhausleistungen Krankenfahrten	ja	
Landkreis Peine	Niedersachsen	papiergebundene Gesundheitskarte*	ja	Heil- und Hilfsmittel ab 100,00 € planbare Krankenhausleistungen Krankenfahrten	ja	beleglose Abrechnung, es brauchen keine Belege mehr eingereicht werden
Landkreis Rotenburg/Wümme	Landkreis Rotenburg/ Wümme	Behandlungsschein	nein, es ist ein weiterer Behandlungsschein durch den Sozialhilfeträger auszustellen	Heil- und Hilfsmittel planbare Krankenhausleistungen Krankenfahrten	ja	
Stadt Salzgitter	keine	Behandlungsschein	nein, es ist ein weiterer Behandlungsschein durch den Sozialhilfeträger auszustellen	Heil- und Hilfsmittel planbare Krankenhausleistungen Krankenfahrten	ja	
Landkreis Schaumburg	keine	Behandlungsschein	ja	Heil- und Hilfsmittel planbare Krankenhausleistungen Krankenfahrten	ja	
Landkreis Stade	keine	Behandlungsschein	ja	Heil- und Hilfsmittel planbare Krankenhausleistungen Krankenfahrten	ja	
Landkreis Uelzen	Landkreis Uelzen	Behandlungsschein	nein, es ist ein weiterer Behandlungsschein durch den Sozialhilfeträger auszustellen	Heil- und Hilfsmittel planbare Krankenhausleistungen Krankenfahrten	ja	
Landkreis Vechta	keine	Behandlungsschein	nein, es ist ein weiterer Behandlungsschein durch den Sozialhilfeträger auszustellen	Heil- und Hilfsmittel planbare Krankenhausleistungen Krankenfahrten	ja	
Landkreis Verden	Niedersachsen und Bremen	Behandlungsschein	nein, es ist ein weiterer Behandlungsschein durch den Sozialhilfeträger auszustellen	Heil- und Hilfsmittel planbare Krankenhausleistungen Krankenfahrten	ja	
Landkreis Wesermarsch	Landkreis Wesermarsch	Behandlungsschein	ja	Heil- und Hilfsmittel planbare Krankenhausleistungen Krankenfahrten	ja	
Stadt Wilhelmshaven	Stadt Wilhelmshaven	Behandlungsschein	nein, es ist ein weiterer Behandlungsschein durch den Sozialhilfeträger auszustellen	Heil- und Hilfsmittel planbare Krankenhausleistungen Krankenfahrten	ja	
Landkreis Wittmund	Landkreis Wittmund	Behandlungsschein	ja	Heil- und Hilfsmittel planbare Krankenhausleistungen Krankenfahrten	ja	

Anlage zum Rundbrief 11/4/2016 vom 06.09.2016

Sozialhilfeträger	räumliche Einschränkungen	Behandlungsausweis	Überweisungen möglich	genehmigungspflichtige Leistungen	Sprechstundenbedarf aus dem GKV-Bestand	Sonstiges
Landkreis Wolfenbüttel	keine	Behandlungsschein	nein, es ist ein weiterer Behandlungsschein durch den Sozialhilfeträger auszustellen	Heil- und Hilfsmittel planbare Krankenhauseinweisungen Krankenfahrten	ja	
Stadt Wolfsburg	Stadt Wolfsburg	Behandlungsschein	ja	Heil- und Hilfsmittel planbare Krankenhauseinweisungen Krankenfahrten	ja	
LAB Niedersachsen	keine	Behandlungsschein	nein, es ist ein weiterer Behandlungsschein durch den Kostenträger auszustellen	Heil- und Hilfsmittel planbare Krankenhauseinweisungen Krankenfahrten	ja	

* bis zur flächendeckenden Einführung der Gesundheitskarte gilt der bisher gültige Behandlungsschein weiter

Stand 07.09.2016

Gemeinsame Arbeitsgruppe Arzneimittel

Kassenärztliche Vereinigung
Niedersachsen

Verbände der gesetzlichen
Krankenkassen in Niedersachsen



Rheumatoide Arthritis – Biologika/Biosimilars

Für die medikamentöse Behandlung von Patienten mit rheumatoider Arthritis (RA) hat die Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie auf Basis der 2010 publizierte EULAR-Empfehlung 2012 eine S1-Leitlinie herausgegeben¹. Demnach sollte eine Therapie mit klassischen DMARDs² (z.B. Methotrexat) begonnen werden, sobald die Diagnose einer RA gestellt ist. **Sofern verschiedene DMARDs, ggf. auch in Kombination, nicht ausreichend wirksam sind, wird nach 6 Monaten der Einsatz eines Biologikums empfohlen.** Eine Präferenz innerhalb der Biologika wird nicht gegeben, vielmehr sollte die Auswahl des Biologikums laut Leitlinie nach individuellen Kriterien des Patienten unter Berücksichtigung von Nebenwirkungen, Begleitmedikation und Komorbidität erfolgen. Ebenso sind die entsprechenden Zulassungen anhand der Fachinformation zu berücksichtigen.

Biologika

Bei Biologika handelt es sich um biotechnologisch hergestellte Arzneimittel mit komplexen Molekülstrukturen. Für die Behandlung der RA stehen als Biologika in Deutschland die TNF α -Hemmer **Adalimumab, Certolizumab, Etanercept, Golimumab und Infliximab sowie Abatacept, Rituximab, Tocilizumab und Anakinra** zur Verfügung. Für Infliximab und Etanercept sind in Deutschland bereits kostengünstige Biosimilars verfügbar.

- Für **Infliximab** stehen neben dem Original Remicade® die Biosimilars Inflectra® und Remsima® zur Verfügung. Sie sind in den gleichen Indikationen zugelassen wie das Referenzarzneimittel Remicade®.
- Mit Benepali® ist seit Kurzem das erste **Etanercept**-Biosimilar auf dem Markt. Im Vergleich zum Etanercept-Original Enbrel® ist es nicht für die Anwendung bei Kindern zugelassen.

Biosimilars

Biosimilars sind Nachfolgepräparate eines patentfrei gewordenen Original-Biologikums. Aufgrund des komplizierten Herstellungsvorgangs sind Biosimilars keine vollkommen identischen Kopien des Referenzarzneimittels. Allerdings gilt auch für unterschiedliche Chargen des Referenzarzneimittels, dass eine gewisse natürliche Variabilität durch den Herstellungsprozess vorliegt.

Biologika bzw. Biosimilars werden zentral über die Europäische Arzneimittelbehörde EMA zugelassen. Anders als bei Generika müssen Biosimilar-Hersteller für die Zulassungserteilung umfangreiche Unterlagen mit eigenen Studien zur pharmazeutischen Qualität des Biosimilars und zur Vergleichbarkeit (Biosimilarität) mit dem zugelassenen Referenzarzneimittel vorlegen³. Vorklinische und klinische Studien zur Vergleichbarkeit der Wirksamkeit und Unbedenklichkeit sind ebenfalls durchzuführen und die Ergebnisse durch umfassende Unterlagen zu belegen³. Aufgrund dieser behördlichen Anforderung ist die

Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft der Ansicht, dass biosimilare Arzneimittel zu Beginn einer Behandlung ebenso eingesetzt werden können, wie das Original. Sollte auf ein Biosimilar umgestellt werden, ist eine engmaschige Betreuung des Patienten erforderlich⁴.

Für die Biosimilars von Infliximab (Remsima® und Inflectra®) sowie für Etanercept (Benepali®) lassen sich im Vergleich zu den Originalprodukten **Einsparungen von rund 20%** erreichen.

Handlungsempfehlung

Verordnen Sie wenn möglich Biosimilars als kostengünstige gleichwertige Alternative zu den biopharmazeutischen Originalprodukten und beachten Sie ggf. ergänzende kassenspezifische Informationen aufgrund von Rabattverträgen.

Stand: 07/2016

¹ Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie - Handlungsempfehlungen zur sequenziellen medikamentösen Therapie der rheumatoiden Arthritis 2012: adaptierte EULAR Empfehlungen und aktualisierter Therapiealgorithmus, aktueller Stand 07/2012, abrufbar unter www.awmf.org

² Disease modifying antirheumatic drugs = krankheitsmodifizierende Antirheumatika

³ Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte:
http://www.bfarm.de/DE/Service/FAQ/_functions/Arzneimittelzulassung/zuIReIThemen/validierung/_node.html

⁴ Stellungnahme der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft zu Biosimilars, Berlin, den 09.12.2008, www.akdae.de/Stellungnahmen/Weitere/20081209.pdf

Übersicht verschreibungspflichtiger fiktiv zugelassener Arzneimittel
 Quelle: ZfAM, übernommen am 12.07.16

Anlage

Einzelnummer	Einzelnummer-Markierung	Arzneimittel	Darstellungsform	Antragsteller	Verschreibungsbezeichnung	Bemerkung
0154016	0022007	AHP 200	Filmtablette	Chephasaar Chemisch-Pharmazeutische Fabrik GmbH	verschreibungspflichtiges Arzneimittel nach § 48(1)(2) AMG	
0152773	0020537	ALVALIN	Tropfen	Schuck GmbH Arzneimittel Fabrik	verschreibungspflichtiges Arzneimittel nach § 48(1)(2) AMG	
493451	0008762	Contractubex	Gel	Merz Pharmaceuticals GmbH	verschreibungspflichtiges Arzneimittel nach § 48(1)(2) AMG	
0293806	0025497	Diamox	Tablette	Mercury Pharmaceuticals Limited	verschreibungspflichtiges Arzneimittel nach § 48(1)(2) AMG	
0293769	0025498	Diamox parenteral	Trockensubstanz	Mercury Pharmaceuticals Limited	verschreibungspflichtiges Arzneimittel nach § 48(1)(2) AMG	
3000249	0037854	Hyalase Dessau 1500 IE	Pulver zur Herstellung einer Injektionslösung	Riemser Pharma GmbH	verschreibungspflichtiges Arzneimittel nach § 48(1)(2) AMG	
604212	0025407	Kana-Stullin	Augentropfen	Pharma Stullin GmbH	verschreibungspflichtiges Arzneimittel nach § 48(1)(2) AMG	
0745007	0034479	NIRASON N	Dragees	Ravensberg GmbH Chemische Fabrik	verschreibungspflichtiges Arzneimittel nach § 48(1)(2) AMG	
3000867	0039079	Pentalong 50mg	Tablette	PUREN Pharma GmbH & Co. KG	verschreibungspflichtiges Arzneimittel nach § 48(1)(2) AMG	
0073424	0010988	PERITRAST 300	Injektionslösung	Dr. Franz Köhler Chemie Gesellschaft mit beschränkter Haftung	verschreibungspflichtiges Arzneimittel nach § 48(1)(2) AMG	
0073499	0010989	PERITRAST 300-COMP	Injektionslösung	Dr. Franz Köhler Chemie Gesellschaft mit beschränkter Haftung	verschreibungspflichtiges Arzneimittel nach § 48(1)(2) AMG	
0075541	0004206	Presomen 28 / 0,3 mg	überzogene Tablette	Mylan Healthcare GmbH	verschreibungspflichtiges Arzneimittel nach § 48(1)(2) AMG	
884387	0034347	Synitis Dragees	Dragees	MIT Gesundheit GmbH	verschreibungspflichtiges Arzneimittel nach § 48(1)(2) AMG	Zulassung ruht wg. Stufenplanverfahren
0002016	0001359	Tenuate retard	Retardtablette	Artegodan GmbH	verschreibungspflichtiges Arzneimittel nach § 48(1)(2) AMG	
1463593	0047094	Tepilita Suspension in Beuteln	Suspension	MEDA Pharma GmbH & Co. KG	verschreibungspflichtiges Arzneimittel nach § 48(1)(2) AMG	
0175515	0016176	Tepilita Suspension in Flaschen	Suspension	MEDA Pharma GmbH & Co. KG	verschreibungspflichtiges Arzneimittel nach § 48(1)(2) AMG	

* Anmerkung KVN: Nachzulassung für Pentalong 50 mg erteilt am 29.07.16



Informationen für die Praxis

KVN-Rundschreiben

August 2016

Inhaltsverzeichnis

1. Abrechnung	3
1.1. Weitere Beschlüsse des Bewertungsausschusses zur Änderung des EBM zum 01.07. bzw. 01.10.2016	3
1.2. Abrechnung der Kontrastmittelpauschalen 91300 bis 91309.....	8
2. Verordnungen.....	8
2.1. Verordnungsweise von Sprechstundenbedarf	8
2.2. Erweiterung der „Substitutionsausschlussliste“ = Arzneistoffe, deren Ersetzung durch ein wirkstoffgleiches Arzneimittel ausgeschlossen ist.....	9
2.3. Kinderlax® elektrolytfrei in Anlage V (verordnungsfähige Medizinprodukte) der Arzneimittel- Richtlinie aufgenommen.....	10
2.4. Gemeinsame Arbeitsgruppe Arzneimittel - Aktualisierung der Rezept-Info zum Thema Blutzuckerteststreifen.....	10
2.5. Informationen zum Medikationsplan.....	11
2.6. Fortbildung „Polymedikation – Die Kunst des Weglassens“ am 17.09.2016	11
2.7. Neue Arzneimittel- und Heilmittel- Richtgrößeninformation veröffentlicht	12
3. Allgemeine Hinweise.....	12
3.1. Neue Online-Fortbildung zur Rehabilitation im KBV- Fortbildungsportal	12
3.2. Neuer Test zur Früherkennung von Darmkrebs	13
3.3. Neuer Betreuungsstrukturvertrag mit dem Landesverband Mitte der Betriebskrankenkassen	14
3.4. Kündigung des Tonsillotomievertrages mit dem BKK Landesverband Mitte zum 31. Dezember 2016.....	15
3.5. Informationen zur Stammzellenspende	15
3.6. Hausarztvertrag BKK Landesverband Mitte: Ab 1. September 2016 auch für die BKK Wirtschaft und Finanzen und die Bahn BKK	16

4.	Veranstaltungen im September und Oktober 2016	17
5.	Anlagenverzeichnis	20
5.1.	Übersicht Kontrastmittelpauschalen	20
5.2.	Rezept-Info - Blutzuckerteststreifen.....	20
5.3.	Polymedikation - Anmeldeformular.....	20
5.4.	Teilnahmeantrag BKK-Betreuungsstrukturvertrag	20
5.5.	Sammelerklärung	20

1. Abrechnung

1.1. Weitere Beschlüsse des Bewertungsausschusses zur Änderung des EBM zum 01.07. bzw. 01.10.2016

Der Bewertungsausschuss hat weitere Änderungen des EBM beschlossen, die zum 01.07.2016 in Kraft getreten sind. Über die wesentlichen Änderungen möchten wir Sie kurz informieren:

Neues Kapitel 38: Delegationsfähige Leistungen

Das Kapitel 38 ist in zwei Abschnitte aufgeteilt. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der notwendigen Qualifikationsvoraussetzungen des Praxispersonals und der zur Berechnung befugten Vertragsärzte.

Unterscheidung:

Abschnitt 38.2 – Ärztlich angeordnete Hilfeleistungen von Praxismitarbeitern

- Voraussetzung für die Abrechnung der Leistungen des Abschnitts 38.2 (GOP 38100 und 38105) ist die Anstellung eines nichtärztlichen Mitarbeiters mit einer abgeschlossenen Ausbildung in einem nichtärztlichen Heilberuf.
- Der Abschnitt 38.2 enthält die bisherigen Kostenpauschalen 40240 und 40260 für ärztlich angeordnete Hilfeleistungen von Praxismitarbeitern (neu: GOP 38100 und 38105, für die eine höhere Bewertung gilt). Die GOP 38100 (neu: 76 Punkte, ca. 7,93 €, alt: 5,10 €) ist für das Aufsuchen eines Patienten in der Häuslichkeit oder im Heim durch nichtärztliche Praxismitarbeiter berechnungsfähig. Die GOP 38105 (neu: 39 Punkte, ca. 4,07 €, alt: 2,60 €) kann für das Aufsuchen eines weiteren Patienten derselben sozialen Gemeinschaft (Häuslichkeit oder Heim) in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit dem Aufsuchen eines Patienten nach der GOP 38100 berechnet werden. Wie bisher enthalten die GOP 38100 und 38105 die Wegekosten (entfernungsunabhängig) und können nur berechnet werden, wenn der Patient aus medizinischen Gründen die Arztpraxis nicht aufsuchen kann.

Leistungen von
Praxismitarbeitern

Abschnitt 38.3 – Ärztlich angeordnete Hilfeleistungen von qualifizierten nichtärztlichen Praxisassistenten

- Praxen, die delegationsfähige Leistungen des Abschnitts 38.3 (GOP 38200 und 38205) abrechnen wollen, benötigen eine Genehmigung der KVN.
- Die neuen GOP 38200 (90 Punkte) und 38205 (83 Punkte) sind Zuschläge zur GOP 38100 bzw. 38105 für qualifizierte nichtärztliche Praxisassistenten. Die Summe aus Bewertung der Praxis-GOP und des Zuschlags entspricht der Bewertung der NäPA-Besuche im Kapitel 3.
- Die Berechnung der neuen GPO 38200 und 38205 ist allerdings auf das Aufsuchen eines Patienten zum Zweck der Versorgung von Patienten in Alten- oder Pflegeheimen und/oder anderen beschützenden Einrichtungen beschränkt. Somit können beide Zuschläge nicht bei Besuch eines Patienten in der Häuslichkeit in Ansatz gebracht werden.

Leistungen von
Praxisassistenten

- Die GOP 38200 und 38205 können von verschiedenen Vertragsärzten des fachärztlichen Versorgungsbereichs, die Patienten in Pflegeheimen betreuen, berechnet werden. In den Verhandlungen mit den Krankenkassen konnte zudem erreicht werden, dass das Kapitel 38 auch für Haus- und Kinderarztpraxen gilt. Damit können kleinere Hausarztpraxen, die bislang aufgrund ihrer Fallzahl keine Genehmigung für die Abrechnung der NäPa-GOP im Kapitel 3 erhalten konnten, die Qualifikationszuschläge berechnen. Größere Praxen können die Abrechnungsgrundlage (Kapitel 3 oder 38) wählen. Eine Nebeneinanderberechnung der GOP 38200 bzw. 38205 und der GOP 03062 bzw. 03063 am Behandlungstag ist ausgeschlossen.
- Die Zuschläge werden zunächst für zwei Jahre extrabudgetär vergütet.

Aufnahme von Kooperations- und Koordinationsleistungen in Pflegeheimen gemäß Anlage 27 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte in den EBM zum 01.07.2016

Mit der Aufnahme des neuen Kapitels 37 soll die medizinische Versorgung in Alten- und Pflegeheimen gestärkt werden. Es enthält mehrere neue GOP, mit denen der zusätzliche Aufwand von Haus- und Fachärzten für eine regelmäßige Abstimmung und Koordinierung der Versorgung von Pflegeheimbewohnern honoriert werden soll.

Abrechnungsvoraussetzungen:

Die Leistungen des Kapitels 37 können von Haus- und Fachärzten berechnet werden, sofern sie einen Kooperationsvertrag nach § 119 b SGB V mit einer stationären Pflegeeinrichtung geschlossen haben. Der Kooperationsvertrag muss die Anforderungen der Anlage 27 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte erfüllen und ist gegenüber der KVN nachzuweisen. Weitere Voraussetzung ist, dass der Patient in einem Pflegeheim, mit dem ein entsprechender Kooperationsvertrag besteht, betreut wird. Welche Fachärzte die neuen Leistungen abrechnen können, ist in der Nr. 1 der Präambel 37.1 geregelt.

Neue Gebührenordnungspositionen

Das sind die neuen Gebührenordnungspositionen (GOP) im Überblick:

- GOP 37100 (125 Punkte): „Kooperationspauschale“ als Zuschlag zur Versichertenpauschale oder Grundpauschale, einmal im Behandlungsfall.
- Die Kooperationspauschalen (GOP 37100 und 37102) vergüten den erhöhten Aufwand der Ärzte mit den in Kooperationsvertrag vereinbarten Leistungen. Die GOP 37100 kann berechnet werden, wenn der Patient in einem Quartal nicht im Rahmen eines Besuches durch den Arzt im Pflegeheim, sondern ausschließlich in der Praxis behandelt wird.
- GOP 37102 (125 Punkte): „Kooperationspauschale“ als Zuschlag zur GOP 01410 (Besuch oder 01413 (Mitbesuch), einmal im Behandlungsfall.
- Die GOP 37102 kann für jeden Patienten im Pflegeheim mit Kooperationsvertrag, der mindestens einmal im Quartal durch den Arzt besucht wird, angesetzt werden.

Stärkung der Versorgung in Alten- und Pflegeheimen

- GOP 37105 (275 Punkte): „Koordinationspauschale“ als Zuschlag zur Versichertenpauschale oder Grundpauschale für den koordinierenden Vertragsarzt gemäß Anlage 27 zum BMV-Ä, einmal im Behandlungsfall.
- Mit der Koordinationspauschale wird die Koordination von diagnostischen, therapeutischen und rehabilitativen Maßnahmen und der pflegerischen Versorgung sowie die Kooperation mit weiteren Ärzten und einbezogenen Pflegefachkräften honoriert. Sie kann nur von Hausärzten, Kinder- und Jugendärzten sowie Fachärzten für Neurologie, Nervenheilkunde, Neurologie und Psychiatrie sowie Psychiatrie und Psychotherapie berechnet werden.
- GOP 37113 (106 Punkte): Zuschlag zur GOP 01413 für den Besuch eines Patienten in einem Pflegeheim, mit dem ein Kooperationsvertrag nach § 119 b SGB V besteht.
- Dieser Zuschlag dient der Angleichung der Bewertung des Mitbesuchs (GOP 01413, 106 Punkte) an den Besuch (GOP 01410, 212 Punkte) und kann für jeden Mitbesuch in einem Pflegeheim mit Kooperationsvertrag in Ansatz gebracht werden. Hierdurch soll der Mitbesuch gefördert werden.
 - GOP 37120 (64 Punkte): Fallkonferenzen gemäß Anlage 27 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte.
 - Für patientenorientierende Fallbesprechungen (auch telefonisch) mit der Pflegeeinrichtung unter Beteiligung der notwendigen ärztlichen Fachdisziplinen und/oder weiterer komplementärer Berufe sowie mit Pflegekräften des Pflegeheims kann von jedem teilnehmenden Vertragsarzt bis zu dreimal im Krankheitsfall die GOP 37120 berechnet werden.

Weiterentwicklung humangenetischer Leistungen

Beschluss zur Änderung des EBM mit Wirkung zum 1. Juli 2016 Teil A – D

In dem Beschluss zur Weiterentwicklung humangenetischer Leistungen vom 11. März 2016 waren einige Punkte noch nicht abschließend geklärt. Dies ist nunmehr erfolgt. Darüber hinaus wurden einige Regelungen ergänzt und an den Versorgungsbedarf angepasst.

Teil A: Antragsgutachten für genehmigungspflichtige Leistungen

Eine erweiterte Mutationssuche zum Nachweis bzw. zum Ausschluss konstitutioneller Mutationen (GOP 11449 und 11514) oder tumorgenetischer Mutationen (GOP 19425) ist ab dem 1. Juli 2016 nur berechnungsfähig, wenn die Krankenkasse die Leistungen vorab genehmigt. Dafür ist ein wissenschaftlich begründetes ärztliches Gutachten beizulegen.

Die Abrechnung der Gutachten erfolgt über

- die GOP 11304 (Bewertung: 600 Punkte) für Untersuchungen nach den GOP 11449 und 11514 sowie über
- die GOP 19406 (Bewertung: 500 Punkte) für Untersuchungen nach den GOP 19425.

Abschließende
Regelungen
humangenetischer
Leistungen

Sie dürfen allerdings nur dann abgerechnet werden, wenn die Krankenkasse den Antrag genehmigt hat. Die Vergütung erfolgt ex-trabudgetär.

Teil B: Überweisungsvoraussetzungen zu Abschnitt 19.4.3

In dem ursprünglichen Beschluss hat der Bewertungsausschluss die Veranlassung von Leistungen des Abschnitts 19.4.3 für die indikationsbezogene Diagnostik hämatologischer Neoplasien auf Fachärzte für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie, Fachärzte für innere Medizin mit Schwerpunkt Hämatologie und Onkologie sowie Fachärzte, die an der Onkologie-Vereinbarung teilnehmen, begrenzt. Diese Regelung wurde nunmehr ergänzt:

Die GOP 19433 darf jetzt auch unabhängig von einer Überweisung durch einen Arzt der o. g. Facharztgruppen im Rahmen einer histopathologischen Diagnostik abgerechnet werden.

Änderung der GOP 19434 und 19435 im Abschnitt 19.4.3

In dem Beschluss vom 11. März 2016 des Bewertungsausschusses ist die Berechnung der GOP 19434 und 19435 auf einmal im Behandlungsfall limitiert. Diese speziellen Untersuchungen zur Kontrolle der Therapie und den Erkrankungsverlaufs hämatologischer Neoplasien sind in bestimmten Fällen jedoch mehrfach im Behandlungsfall notwendig. Mit den nun vorliegenden Änderungen wurden die Abrechnungsbestimmungen dieser GOP entsprechend angepasst, sodass eine sachgerechte Berechnung der entsprechenden Untersuchungen möglich ist.

Aufnahme einer Leistung nach der GOP 19439 in den Abschnitt 19.4.3

Bei einigen lymphatischen Leukämien ist im Rahmen der Verlaufskontrolle die Quantifizierung der minimalen Resterkrankung mittels patientenspezifischer TCR- oder IG-Sequenzen notwendig. Der Bewertungsausschuss stellt fest, dass diese Untersuchungen im Gegensatz zur Diagnostik der minimalen Resterkrankung mittels Konsensus-Sequenzen (GOP 19435) als Einzeluntersuchung mit patientenspezifischen Reagenzien einen erhöhten Aufwand beinhalten. Dieser wird mit einem Zuschlag (GOP 19439, Bewertung: 1973 Punkte) vergütet.

Teil C: Aufnahme der GOP 32865 in den Abschnitt 32.3.14

Die Genotypisierung des Gens CYP2D6 zur Bestimmung des Metabolisierungsstatus vor Gabe von Inhibitoren der Glukozerebrosid-Synthase wird als neue Leistung in den EBM aufgenommen. Die Untersuchung ist ausschließlich bei der Indikation Morbus Gaucher Typ 1 erlaubt und umfasst die Sequenzierung des Gens CYP2D6 einmal im Krankheitsfall. Die Abrechnung erfolgt über die GOP 32865 (Bewertung: 308,50 €). Die Vergütung erfolgt extrabudgetär.

Abrechnung unabhängig von Überweisung

Berechnungen jetzt auch mehrfach möglich

Zuschlag für erhöhten Aufwand

Untersuchung nur bei Morbus Gaucher

Teil D: Aufnahme des Abschnitts 32.3.15 Immungenetische Untersuchungen in den EBM

Die immungenetischen Untersuchungen werden neu strukturiert und in die Unterabschnitte 32.3.15.1 transplantationsvorbereitende immungenetische Untersuchungen und 32.3.15.2 allgemeine immungenetische Untersuchungen gegliedert. Im Zuge der Neufassung dieser Abschnitte werden die GOP 32528 bis 32531 in Kapitel 32.3 EBM gestrichen und diese Leistungen in den neuen Unterabschnitten abgebildet.

- Abschnitt 32.3.15.1: Die Einhaltung der Richtlinie der Bundesärztekammer zur Histokompatibilitätsdiagnostik gemäß § 16 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 a) und 4 b) Transplantationsgesetz ist Voraussetzung für die Berechnungsfähigkeit der GOP des Abschnitts 32.3.15.1 EBM. Auf Basis der Vorgaben der Richtlinie der Bundesärztekammer ist für diese Untersuchungen eine Akkreditierung erforderlich. Mit ihnen werden die speziellen Leistungen im Zusammenhang mit der Transplantationsvorbereitung von Organen, Geweben und hämatopoetischen Stammzellen vergütet. Die molekulargenetische Gewebetypisierung wurde bisher über die GOP 11320 bis 11322 berechnet und ist nunmehr in den GOP 32902, 32904, 32906 und 32908 als Stand von Wissenschaft und Technik abgebildet.
- Abschnitt 32.3.15.2: Die allgemeinen immungenetischen Untersuchungen werden in einem eigenen Abschnitt 32.3.15.2 EBM neu gefasst. Diese Leistungen umfassen die „typischen“ vertragsärztlichen Untersuchungen und berücksichtigen insbesondere mit der Aufnahme der GOP 32945 bis 32947 die besonderen Anforderungen onkologischer Patienten an die Versorgung mit kompatiblen Blutprodukten. Die immungenetische GOP 32862 wurde gestrichen und als GOP 32931 in diesen neu gefassten Abschnitt überführt.

Empfehlungen zu den Leistungen der künstlichen Befruchtung

Der Beschluss zur Weiterentwicklung der Humangenetik macht eine Anpassung der Durchführungsempfehlung zu den zuzahlungspflichtigen Leistungen der künstlichen Befruchtung gemäß § 27 a SGB V notwendig. Im Rahmen dieser Anpassung wurden die diagnostischen Leistungen der GOP 11301, 11302, 11351 und 11352 in diese Empfehlung eingeschlossen.

Beschluss zur Aufnahme des Biomarkers MRpro-ANP in die GOP 32097 zum 01.10.2016

Der Biomarker Mittregionales Pro-Atriales-Natriuretisches Peptid (MR-Pro-ANP) wird in die GOP 32097 aufgenommen. In diesem Zusammenhang wurde die wirtschaftliche Leistungserbringung gemäß § 87 Abs. 2 Satz 2, 2. Halbsatz SGB V überprüft und die Bewertung auf 19,40 € abgesenkt.

Der vollständige Beschluss wurde im Deutschen Ärzteblatt, Heft 29 bis 30, vom 25. Juli 2016 veröffentlicht.

Akkreditierung für Untersuchungen zur Histokompatibilitätsdiagnostik erforderlich

1.2. Abrechnung der Kontrastmittelpauschalen 91300 bis 91309

Im April-Rundschreiben 2016 haben wir Sie über die Änderung der Kontrastmittel-Vereinbarung zum 01.04.2016 informiert.

Bitte beachten Sie, dass die Kontrastmittelpauschalen nur dann berechnungsfähig sind, wenn die Kosten für das Kontrastmittel nicht mit den EBM-Leistungen abgegolten sind, die entsprechenden radiologischen Leistungen erbracht wurden und das Kontrastmittel tatsächlich verwendet wurde.

In der Anlage finden Sie eine Aufstellung der Kontrastmittelpauschalen mit den dazugehörigen abrechnungsfähigen EBM-Leistungen.

Weitere Informationen finden Sie im KVN-Portal unter Verträge > Sonstige Verträge > Kontrastmittel-Vereinbarung.

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

Anlage 5.1 Übersicht Kontrastmittelpauschalen

2. Verordnungen

2.1. Verordnungsweise von Sprechstundenbedarf

Eine Auswertung der Sprechstundenbedarfsverordnungen des Jahres 2014 durch die Krankenkassen hat ergeben, dass vielfach Einzelverordnungen über den gesamten Quartalszeitraum hinweg erfolgen und viele Mittel mehrfach im Quartal bezogen werden.

In der Sprechstundenbedarfsvereinbarung ist geregelt, dass preisgünstige Großpackungen oder Bündelpackungen für einen Quartalsbedarf zu verordnen sind. Der Sprechstundenbedarf ist grundsätzlich kalendervierteljährlich zu beziehen. Er ist spätestens bis zum Ende des laufenden Quartals zu verordnen, wobei sich die Menge nach dem tatsächlichen Verbrauch richtet.

Bitte versuchen Sie künftig, die Verordnung auf weniger Rezepten zusammenzufassen, damit durch die Apotheke/den Hersteller günstigere Großpackungen geliefert und somit Kosten eingespart werden können.

Eine Ausnahme bildet die Verordnung von Impfstoffen, die jederzeit bezogen werden können. Beachten Sie bitte, dass Impfstoffe gegen HPV nur auf Namen der Patientin und nicht über den Sprechstundenbedarf bezogen werden können.

Verordnungen
möglichst auf wenigen
Rezepten
zusammenfassen

2.2. Erweiterung der „Substitutionsausschlussliste“ = Arzneistoffe, deren Ersetzung durch ein wirkstoffgleiches Arzneimittel ausgeschlossen ist

Die sogenannte „Substitutionsausschlussliste“ ist in der Anlage VII der Arzneimittel-Richtlinie hinterlegt. Sie umfasst Wirkstoffe, deren Präparate von einem Austausch in der Apotheke gegen preisgünstigere oder rabattierte Präparate ausgeschlossen sind, auch wenn das Aut-idem-Feld auf dem Rezept nicht angekreuzt wurde.

Mit Wirkung zum 1. August 2016 wird die bereits bestehende Liste um folgende Wirkstoffe samt Darreichungsformen ergänzt:

Wirkstoff	Darreichungsform
Buprenorphin	Transdermale Pflaster mit unterschiedlicher Applikationshöchstdauer (z. B. bis zu drei bzw. bis zu vier Tage) dürfen nicht gegeneinander ersetzt werden.
Carbamazepin	Retardtabletten
Hydromorphon	Retardtabletten mit unterschiedlicher täglicher Applikationshäufigkeit (z.B. alle zwölf bzw. 24 Stunden) dürfen nicht gegeneinander ersetzt werden.
Oxycodon	Retardtabletten mit unterschiedlicher täglicher Applikationshäufigkeit (z.B. alle zwölf bzw. 24 Stunden) dürfen nicht gegeneinander ersetzt werden.
Phenobarbital	Tabletten
Phenprocoumon	Tabletten
Primidon	Tabletten
Valproinsäure (auch als Natriumvalproat und Valproinsäure in Kombination mit Natriumvalproat)	Retardtabletten

Wirkstoffe, deren Präparate nicht vom Apotheker ersetzt werden dürfen

Bereits seit Dezember 2014 stehen folgende Wirkstoffe auf der Substitutionsausschlussliste:

- Betaacetyldigoxin (Tabletten)
- Ciclosporin (Lösung und Weichkapseln)
- Digitoxin (Tabletten)
- Digoxin (Tabletten)
- Levothyroxin-Natrium (Tabletten)
- Levothyroxin-Natrium und Kaliumjodid (Tabletten)
- Phenytoin (Tabletten)
- Tacrolimus (Hartkapseln)

Hinweis

Der Apotheker ist nach § 17 Abs. 5 ApBetrO dazu verpflichtet, bei unklaren Verordnungen vor Abgabe des Arzneimittels Rücksprache mit dem

Arzt zu halten, um die Unklarheit zu beseitigen. Um solche Rückfragen zu vermeiden, ist es notwendig, bei den oben genannten Wirkstoffen eine Verordnung nach Handelsnamen vorzunehmen und somit das gewünschte Fertigarzneimittel eindeutig zu benennen.

Den vollständigen Beschluss des G-BA finden Sie im Internet unter: www.gba.de > Richtlinien > Arzneimittelrichtlinie > Anlage VII > Beschlüsse

2.3. Kinderlax[®] elektrolytfrei in Anlage V (verordnungsfähige Medizinprodukte) der Arzneimittel-Richtlinie aufgenommen

Zum 21. Juli 2016 ist das Präparat Kinderlax[®] elektrolytfrei wie folgt in die Anlage V der Arzneimittel-Richtlinie aufgenommen worden:

Produktbezeichnung	Medizinisch notwendige Fälle	Befristung der Verordnungsfähigkeit
Kinderlax [®] elektrolytfrei	Für Kinder im Alter von sechs Monaten bis elf Jahren zur Behandlung der Obstipation.	21. Oktober 2017

Die namentlich in Anlage V aufgeführten Medizinprodukte dürfen in den genannten medizinischen Fällen unter Berücksichtigung der angegebenen Befristung und evtl. bestehender Sondervertragsregelungen zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordnet werden (rosa Rezept).

Die vollständige Liste der Anlage V wie auch nähere Einzelheiten hierzu können Sie auf der Internetseite des G-BA abrufen unter: [www.gba.de/Richtlinien/Arzneimittelrichtlinie/Anlage V](http://www.gba.de/Richtlinien/Arzneimittelrichtlinie/Anlage_V)

2.4. Gemeinsame Arbeitsgruppe Arzneimittel - Aktualisierung der Rezept-Info zum Thema Blutzuckerteststreifen

Im Anhang finden Sie eine aktualisierte Version der Rezept-Info zum Thema Blutzuckerteststreifen. Das Schreiben enthält u. a. einen möglichen Orientierungsrahmen bezüglich des Quartalsbedarfes für Diabetiker. In der Patienteninformation wird insbesondere auf die Verordnungseinschränkung der Blutzuckerteststreifen für nicht insulinpflichtige Diabetiker laut Anlage III der Arzneimittel-Richtlinie eingegangen.

Informationen zu
Bedarfmengen und
Verordnungseinschränkungen

Die Rezept-Info finden Sie in Kürze auch im KVN-Portal unter Verordnungen > Arzneimittel > Veröffentlichungen sowie im Internet unter www.kvn.de > Praxis > Verordnungen.

Anlage 5.2: Rezept-Info – Blutzuckerteststreifen

2.5. Informationen zum Medikationsplan

Ab dem 1. Oktober 2016 haben Patienten, die gleichzeitig mindestens drei verordnete Arzneimittel anwenden, Anspruch auf einen ausgehändigten Medikationsplan. Über den Anspruch müssen Ärzte ihre Patienten informieren.

Der Medikationsplan enthält eine Übersicht über verschreibungspflichtige und frei verkäufliche Arzneimittel eines Patienten. In der Regel erfolgt die Erstaussstellung durch den Hausarzt. Der erstausstellende Arzt ist zur Aktualisierung verpflichtet, wenn er in „geeigneter Weise Kenntnis von einer Änderung der Medikation erlangt“. Aktualisierungen können zusätzlich sowohl von Apothekern als auch von anderen Vertragsärzten und Krankenhäusern vorgenommen werden. Für die Erstellung und Aktualisierung sollen die Ärzte eine Vergütung erhalten. Einzelheiten hierzu liegen uns noch nicht vor.

Der Medikationsplan enthält einen Barcode. Ärzte, die die Medikationspläne Ihrer Patienten elektronisch einlesen möchten, brauchen dafür einen geeigneten Scanner. Der Kauf eines solchen Gerätes ist für Ärzte nicht verpflichtend.

Die Funktionalitäten des Medikationsplans werden in die Praxisverwaltungssysteme integriert. Ab 2018 soll der Medikationsplan auch auf der elektronischen Gesundheitskarte gespeichert werden.

Weitere Informationen, die vollständige Vereinbarung zu dem Medikationsplan sowie einen Fragen-Antworten-Katalog finden Sie auf der Internetseite der KBV unter

[www.kbv.de > Verordnungen > Arzneimittel > Therapiesicherheit \(http://www.kbv.de/html/medikationsplan.php\)](http://www.kbv.de/html/medikationsplan.php)

Ärzte bei Medikations-
änderung zur
Aktualisierung
verpflichtet

2.6. Fortbildung „Polymedikation – Die Kunst des Weglassens“ am 17.09.2016

Für die Fortbildung „Polymedikation – Die Kunst des Weglassens“ am 17.09.2016 gibt es noch einige freie Plätze. Die Veranstaltung wird gemeinsam von der AOK Niedersachsen, der Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin e.V. und der KVN durchgeführt.

Termin: Samstag, 17.09.2016 von 10.00 – 17.00 Uhr
Ort: Akademie des LandesSportBundes Niedersachsen e.V.,
Ferdinand-Wilhelm-Fricke-Weg 10, 30169 Hannover
Gebühr: 49 Euro

Die Veranstaltung ist mit **5 CME-Fortbildungspunkten** sowie bei Teilnahme an den DMP-Verträgen Diabetes mellitus Typ 2, COPD, Asthma und KHK mit **4 DMP-Punkten** akkreditiert.

Anlage 5.3 Polymedikation - Anmeldeformular

2.7. Neue Arzneimittel- und Heilmittel-Richtgrößeninformation veröffentlicht

Die Arzneimittel-Richtgrößeninformationen und die Heilmittel-Richtgrößeninformationen für das 4. Quartal 2015 wurden im KVN-Mitgliederportal veröffentlicht. Sie stehen unter

KVN-Portal > „Online-Dienste“ > „eDokumente“

unsern Mitgliedern zur Verfügung. Ebenso können hier die GAmSi- und HIS-Berichte eingesehen werden.

3. Allgemeine Hinweise

3.1. Neue Online-Fortbildung zur Rehabilitation im KBV-Fortbildungsportal

Ab sofort bietet die KBV ihren Vertragsärzten eine Online-Fortbildung zur medizinischen Rehabilitation an. Diese steht im Fortbildungsportal der KBV zur Verfügung und ergänzt das bisherige Fortbildungsangebot zu Arzneimitteln und MRSA.

Die KBV hat das neue Fortbildungsangebot erarbeitet, um insbesondere Ärzten, die bisher keine Leistungen der medizinischen Rehabilitation verordnet haben, die zu beachtenden Grundlagen und Besonderheiten näher zu bringen.

Hintergrund ist, dass seit dem 1. April 2016 alle Vertragsärzte medizinische Rehabilitation zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordnen dürfen, ohne hierfür eine besondere Qualifikation vorweisen zu müssen (Änderung der Rehabilitations-Richtlinie).

Inhalt und Ablauf der neuen Online-Fortbildung stellen wir Ihnen nachfolgend vor.

Fortbildungsinhalt und Lernzielkontrolle

Der Lerninhalt wird in einem Foliensatz strukturiert erläutert und gliedert sich in folgende Themenbereiche:

- Rahmenbedingungen der Rehabilitation
- Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF)
- Einleitung und Verordnung einer Rehabilitation
- Anwendungsbeispiele.

Die Lernzielkontrolle erfolgt über zehn Multiple-Choice-Fragen. Beantwortet der Arzt alle zehn Fragen richtig, erhält er zwei CME-Punkte. Für sieben bis neun richtige Antworten wird ein CME-Punkt vergeben. Bei weniger als sieben richtig beantworteten Fragen kann die Lernzielkontrolle bis zu zweimal wiederholt werden. Dabei ist eine Wiederholung

Kein „Antrag auf Erteilung eines Antragsformulars“ mehr

Fortbildung zur Reha-Verordnung empfehlenswert

frühestens nach 24 Stunden möglich. Auf Wunsch des Arztes werden die CME-Punkte elektronisch an seine Ärztekammer übertragen und dem Fortbildungskonto gutgeschrieben.

Weitere Informationen

Die Fortbildung zur medizinischen Rehabilitation wurde durch die Ärztekammer Berlin zertifiziert.

Vertragsärzte, die an der Schulung teilnehmen wollen, können über das KVN-Portal auf den Onlinedienst „KBV-Fortbildungsportal“ zugreifen.

3.2. Neuer Test zur Früherkennung von Darmkrebs

Die quantitativen immunologischen Tests zum Nachweis von nicht sichtbarem Blut (iFOBT) ersetzen die bislang üblichen Guajak-basierten Tests (gFOBT). Ein entsprechender Beschluss erfolgte durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA). Welche Testprodukte angewendet werden können, muss der Bewertungsausschuss noch festlegen.

Ab wann sind die neuen Tests zu verwenden?

Der Beschluss des G-BA tritt zum 1. Oktober 2016 in Kraft. Allerdings wird das neue Testverfahren erst dann eine Kassenleistung, wenn die Vergütung im EBM geregelt ist. Hierzu hat der Bewertungsausschuss bis zum 31. März 2017 Zeit. Bis die Aufnahme im EBM erfolgt ist, bleibt der Guajak-basierte Test die Regelleistung.

Nachfolgend möchten wir Ihnen die Einzelheiten des Beschlusses erläutern:

Testausgebende Ärzte (§ 39 Abs. 2)

Um eine noch höhere Beteiligung an der Darmkrebsvorsorge zu erreichen, können neben den bisher an der Krebsfrüherkennung teilnehmenden Ärzten auch Ärzte, die Gesundheitsuntersuchungen durchführen, die Tests ausgeben.

Auswertung der Tests (§ 39 Abs. 3 und 4)

Die Auswertung der Tests erfolgt nicht mehr in der Praxis, sondern im Labor. Die Tests können von Ärzten ausgewertet werden, die eine Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung von Leistungen des EBM-Abschnitts 32.3 besitzen.

Quartalsbericht (§ 39 Abs. 5)

Die den Test durchführenden Vertragsärzte sind verpflichtet, die Testergebnisse in Quartalsberichten zusammenzustellen und mit der Quartalsabrechnung der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung zu übermitteln.

Einführung einer Koloskopie-Dokumentation nach positivem iFOBT zum 1. Januar 2017

Testauswertung
nur noch im
Labor

Koloskopien, die nach einem positivem iFOBT durchgeführt werden, sind elektronisch zu dokumentieren. Hierfür wird der Dokumentationsbogen zur Früherkennungs-Koloskopie um ein Feld erweitert. Künftig kreuzen die Ärzte an, ob es sich um eine „Koloskopie als primäre Screening-Untersuchung“ oder um eine „Koloskopie nach positivem iFOBT“ handelt. Die Anpassung im Praxisverwaltungssystem erfolgt zum 1. Januar 2017.

„Merkblatt zur Darmkrebsfrüherkennung“ entfällt

Mit Einführung des iFOBT ist die vorhandene Patienteninformation nicht mehr zutreffend. Aus diesem Grund wird das Merkblatt aufgehoben.

Das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) ist beauftragt worden, eine neue Versicherteninformation zu entwickeln, die voraussichtlich Ende 2016 vorliegen wird.

Neue Versicherten-
information zur Darm-
krebs-Früherkennung
kommt
Ende 2016

Hinweis

Bitte beachten Sie bei Ihrer Bevorratung mit Tests auf okkultes Blut, dass die Guajak-basierten Tests (gFOBT) maximal bis zum 31. März 2017 verwendet werden dürfen. Spätestens ab 1. April 2017 sind ausschließlich die quantitativen immunologischen Tests (iFOBT) zu benutzen.

Sobald die Einzelheiten zur Anpassung des EBM feststehen, werden wir Sie entsprechend informieren.

3.3. Neuer Betreuungsstrukturvertrag mit dem Landesverband Mitte der Betriebskrankenkassen

Mit dem BKK Landesverband Mitte ist zum 1. Juli 2016 ein Betreuungsstrukturvertrag zur Verbesserung der patientenorientierten medizinischen Versorgung in Niedersachsen geschlossen worden. Inhaltlich gleicht er den bereits bekannten Betreuungsstrukturverträgen. Folgende Betriebskrankenkassen sind diesem Rahmenvertrag bisher beigetreten:

Lfd. Nr.	Krankenkasse	Straße	PLZ/Ort
1	BKK 24	Sülbecker Brand 1	31683 Obernkirchen
2	BKK Deutsche Bank AG	Königsallee 60c	40212 Düsseldorf
3	BKK RWE	Welfenstraße 32	29223 Celle
4	BKK VBU	Lindenstraße 67	10969 Berlin
5	BKK Wirtschaft und Finanzen	Bahnhofstraße 19	34212 Melsungen
6	Bahn BKK	Franklinstraße 54	60486 Frankfurt/Main

7	Heimat Krankenkasse	Herforder Straße 23	33602 Bielefeld
8	Vereinigte BKK	Hanauer Landstr. 523	60386 Frankfurt

Weitere BKK-Beiträge werden erwartet. Teilnehmen an diesem Vertrag können alle Haus- und Fachärzte sowie Psychotherapeuten.

Für die Betreuung der am Vertrag teilnehmenden Patienten der BKK wird eine extrabudgetäre zusätzliche Vergütung zwischen vier Euro und 45 Euro je Behandlungsfall gezahlt, vorausgesetzt, der Patient ist nicht in den BKK-Hausarztvertrag eingeschrieben und im Behandlungsfall erfolgte eine gesicherte und endständige Kodierung gemäß der vereinbarten Diagnosen. Die Vergütungen werden auf Basis der übermittelten Abrechnungsdaten durch die KV Niedersachsen automatisch gezahlt. Für die Patienten ist keine besondere Teilnahmeerklärung notwendig.

Extrabudgetäre
Vergütungen
vereinbart

Die Vertragsunterlagen sowie den Teilnahmeantrag finden Sie im KVN-Portal > Verträge > Strukturverträge > Link: BKK - Betreuungsstrukturvertrag

Anlage 5.4: Teilnahmeantrag BKK-Betreuungsstrukturvertrag

3.4. Kündigung des Tonsillotomievertrages mit dem BKK Landesverband Mitte zum 31. Dezember 2016

Der BKK Landesverband Mitte hat den seit dem Jahr 2014 bestehenden Tonsillotomievertrag fristgerecht zum 31. Dezember 2016 gekündigt. Die Leistungen nach den GO-Nummern 99250 bis 99259 sind von den am Vertrag teilnehmenden Ärzten nur noch bis spätestens 31. Dezember 2016 abrechenbar.

Kündigung gilt nicht für
Bahn BKK und BKK
Pronova

Wir weisen besonders darauf hin, dass für Versicherte der Bahn BKK und der BKK Pronova die Leistungen weiterhin erbracht werden können, da hier separate Verträge bestehen, die von der Kündigung nicht betroffen sind.

3.5. Informationen zur Stammzellenspende

Aufgrund einer Erkrankung einer niedergelassenen Ärztin, die demnächst eine Stammzellenspende benötigt, bitten wir, Informationsmaterial der Deutschen Knochenmarkspenderdatei (DKMS) in den Praxen auszulegen und für die Registrierung als Stammzellenspender zu werben.

Informationsmaterial in Form von Flyern und Plakaten gibt es unter www.dkms.de.

3.6. Hausarztvertrag BKK Landesverband Mitte: Ab 1. September 2016 auch für die BKK Wirtschaft und Finanzen und die Bahn BKK

Versicherte der BKK Wirtschaft und Finanzen und der Bahn BKK können ab 1. September 2016 in die BKK-HzV-Webanwendung im KVN-Portal eingeschrieben werden.

Nachfolgend alle Betriebskrankenkassen, die an der Hausarztzentrierten Versorgung des BKK Landesverbandes Mitte teilnehmen:

Bahn BKK	BKK 24	BKK Deutsche Bank AG
BKK exklusiv	BKK Hentschel Plus	BKK Melitta Plus
BKK Miele	BKK Pfalz	BKK RWE
BKK Textilgruppe Hof	BKK VBU	BKK Verbund Plus
BKK Wirtschaft und Finanzen	Debeka BKK	Heimat Krankenkasse
Novitas BKK	SIEMAG BKK	Thüringer Betriebskrankenkasse
Vereinigte BKK	WMF Betriebskrankenkasse	

4. Veranstaltungen im September und Oktober 2016

Hier bekommen Sie eine Übersicht über Seminare und Fortbildungen der KVN mit noch freien Plätzen im September und Oktober 2016. Ein Anmeldefax ist angehängt. Bitte nutzen Sie für unterschiedliche Seminare separate Anmeldefaxe. Die ausgefüllten Anmeldungen faxen Sie bitte an folgende Nummer: **0511 380-3480**.

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

www.kvn.de/Seminarangebot

Name	Ort	Datum	Gebühr p. P.
Qualitäts- und Praxismanagement			
Datenschutz für Fortgeschrittene	Hannover	25.Okt	85 Euro
Freude mit Attesten	Bremervörde	07.Sep	45 Euro
Freude mit Formularen	Oldenburg	10.Sep	40 Euro
Freude mit Formularen	Stade	14.Sep	45 Euro
Gesundheit von Praxismitarbeitern erhalten und schützen	Oldenburg	07.Sep	kostenlos
Homepagegestaltung in der Arztpraxis	Hannover	17.Sep	119 Euro
Kommunikationstraining für MFA - Modul 3	Oldenburg	19.Okt	65 Euro
Qualitätsmanagement für Psychotherapeuten	Hannover	17.Sep	135 Euro
Raus aus der Stress-Falle	Hannover	22.Okt	144 Euro
Zertifizierungsvorbereitung	Hannover	21.Okt	99 Euro
Abrechnung und Verordnung			
Abrechnung aktuell	Moormerland	07.Sep	kostenlos
Abrechnung aktuell	Papenburg	14.Sep	kostenlos
Abrechnung aktuell	Aurich	21.Sep	kostenlos
Der Honorarbescheid – Ein Buch mit sieben Siegeln? (für Psychotherapeuten)	Osnabrück	27. Sept.	kostenlos

Abrechnung aktuell	Oldenburg	28.Sep	kostenlos
Behandlungs- und Schulungsprogramm Typ-2-Diabetes mit Normalinsulin	Hannover	26.Okt	61 Euro
DMP Asthma und COPD	Verden	17.Sep	20 Euro
Heilmittel-Verordnungs-Dschungel	Hannover	28.Sep	kostenlos
HZV Sonderverträge (2-tägig)	Verden	28.Okt	110 Euro
Richtig kodieren nach ICD 10	Aurich	19.Okt	kostenlos
Rund um das RLV und QZV	Braunschweig	26.Okt	kostenlos
Sonderverträge im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung - Modul 3 BD-Online	Braunschweig	28.Sep	kostenlos
Verordnungsweise in der täglichen Praxis	Hannover	19.Okt	kostenlos
Wie lese ich meinen Honorarbescheid?	Braunschweig	28.Sep	kostenlos
Medizinische und psychotherapeutische Themen			
Behandlungs- und Schulungsprogramm Typ-2-Diabetiker mit Normalinsulin	Hannover	26.Okt	61 Euro
DMP Asthma und COPD	Verden	17.Sep	20 Euro
Wirtschaftsseminare			
Existenzgründerseminar	Hildesheim	17.Sep	kostenlos
Existenzgründerseminar	Hannover	24.Sep	kostenlos
Existenzgründerseminar - Modul 1	Göttingen	22.Okt	kostenlos
Existenzgründerseminar - Modul 2	Göttingen	29.Okt	kostenlos
Existenzgründungsseminar	Oldenburg	24.Sep	kostenlos
Praxisabgabe-Seminar für Ärzte	Westerstede	26.Okt	kostenlos
Praxis sucht Nachfolger	Stade	31.Aug	kostenlos
Praxis und Familie erfolgreich kombinieren	Braunschweig	15.Sep	kostenlos

Verbindliche Anmeldung (bitte vollständig ausfüllen)

Fax an 0511 380-3480

Ich nehme am Seminar

mit _____ Person/en teil.

Datum des Seminars

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

Vor- und Nachname des Rechnungsempfängers (Praxis)

Anschrift des Rechnungsempfängers (Straße, PLZ, Ort)

LANR

BSNR

E-Mail-Adresse

Telefonnummer für evtl. Rückfragen

Datum

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

Stempel

5. Anlagenverzeichnis

5.1. Übersicht Kontrastmittelpauschalen

5.2. Rezept-Info - Blutzuckerteststreifen

5.3. Polymedikation - Anmeldeformular

5.4. Teilnahmeantrag BKK-Betreuungsstrukturvertrag

5.5. Sammelerklärung

Abrechnung der Kontrastmittelpauschalen 91300 bis 91309

Stand: 01.04.2016

Bezeichnung	Kontrastmittel-pauschale	Gebührenordnungsposition (GOP)
Bariumhaltige Kontrastmittel für Röntgen und CT-Untersuchungen:		
Pauschale B1 für 125ml Bariumsulfat	91300	34212, 34240, 34241, 34242, 34246
Pauschale B2 für 250ml Bariumsulfat oder für 150ml CT-Suspension	91301	34247, 34340*, 34342*
Pauschale B3 für 500ml Bariumsulfat oder für 300ml CT-Suspension	91302	34248, 34252, 34341*
Pauschale B4 für 1000ml Bariumsulfat	91303	34251
Je Behandlungstag ist nur eine Pauschale (91300 bis 91303) einmal abrechnungsfähig. Die Kontrastmittel zur GOP 34343, 34344 sind in der GOP 34340 bis 34342 enthalten.*		
Jodhaltige Kontrastmittel für Röntgen und CT-Untersuchungen:		
Pauschale J1 für 10ml	91304	34235, 34236, 34260
Pauschale J2 für 50ml	91305	34294, 34296, 34297, 34310, 34321
Pauschale J3 für 100ml	91306	34255, 34256, 34257, 34322, 34330, 34340, 34341, 34342
Pauschale J4 für 200ml	91307**	34255 und 34256
Je Behandlungstag ist nur eine Pauschale (91304 bis 91307) einmal abrechnungsfähig. Die Pauschale 91307 ist bei gleichzeitiger Erbringung der GOP 34255 und 35256 an einem Tag		
Gadoliniumhaltige Kontrastmittel für die Magnetresonanztomographie (MRT) inkl. superparamagnetische		
Pauschale M1 für Konzentrationen von 0,25mmol/ml	91308	34410 bis 34451, 34460, 34470 bis 34490
Pauschale M2 für alle anderen Konzentrationen	91309	34410 bis 34451, 34460, 34470 bis 34490
Je Behandlungstag sind die Pauschalen 91308 und 91309 jeweils einmal abrechnungsfähig.		

Für die in der Vereinbarung nicht aufgeführten Untersuchungen mit Kontrastmittelgabe sind die jeweiligen Kontrastmittelpauschalen mit dem Suffix „A“ zu kennzeichnen und abzurechnen, z. B. „91306A“.

Gemeinsame Arbeitsgruppe Arzneimittel

Kassenärztliche Vereinigung
Niedersachsen

Verbände der gesetzlichen
Krankenkassen in Niedersachsen



Rezept-Info –Blutzuckerteststreifen

Blutzuckerteststreifen werden sozialrechtlich als Arzneimittel angesehen. Die Kosten fließen in die Berechnung der Arzneimittelausgaben ein.

Blutzuckerteststreifen können verordnet werden, sofern die Kontrolle durch den Patienten indiziert ist und durch die Messung eine Therapieanpassung erfolgen kann. Dient eine Blutzuckermessung ausschließlich der Dokumentation der Glukosewerte im Blut, was in der Regel bei nicht-Insulinpflichtigen Diabetikern der Fall ist, sind die Teststreifen nicht zu Lasten der GKV verordnungsfähig. Näheres regelt die Anlage III der Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL). Die Häufigkeit der Messung hängt von der jeweiligen Behandlungsform ab.

Möglicher Orientierungsrahmen

Die Verordnungsempfehlung berücksichtigt die Verordnungseinschränkung nach Anlage III der AM-RL bei Patienten mit Diabetes mellitus Typ II, die nicht mit Insulin behandelt werden.

Diagnose/Therapie	Verordnungsempfehlung
Diabetes mellitus Typ 2	
Diät und Nicht-Insulin-Antidiabetika	Blutzucker-Teststreifen nur in Ausnahmefällen bei instabiler Stoffwechsellage. Gemäß Arzneimittel-Richtlinie Anlage III kann diese gegeben sein bei interkurrenten Erkrankungen, Ersteinstellung auf oder Therapieumstellung bei oralen Antidiabetika mit hohem Hypoglykämierisiko (grundsätzlich je Behandlungssituation 50 Teststreifen)
Konventionelle Insulintherapie	In der Regel 100 Teststreifen pro Quartal maximal 200 Teststreifen pro Quartal
Basalunterstützte orale Therapie	ca. 50-100 Teststreifen pro Quartal; einmal pro Woche Tagesprofil empfohlen
Intensivierte Insulintherapie	400-600 Blutzuckerteststreifen pro Quartal
Diabetes mellitus Typ 1	
Konventionelle Insulintherapie	100-200 Blutzuckerteststreifen pro Quartal
Intensivierte Insulintherapie und Pumpentherapie	400-600 Blutzuckerteststreifen pro Quartal

Patienteninformation zur Verordnung von Blutzuckerteststreifen

Die Kassenärztliche Vereinigung und die Verbände der Krankenkassen in Niedersachsen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,



bei Ihnen wurde die Stoffwechselkrankheit Diabetes diagnostiziert. Diese Erkrankung führt zu erhöhten Zuckerwerten im Blut. Viele Patienten kontrollieren bei einer Insulintherapie ihren Blutzuckerwert eigenständig. Mit Hilfe der Messwerte kann die Therapie selbständig angepasst werden. Nur bei notwendiger Therapiekontrolle kann Ihnen Ihr Arzt Blutzuckerteststreifen verordnen.

Dabei gilt:

- Als Patient mit einem Diabetes Typ II, der nicht mit Insulin behandelt wird, benötigen Sie in der Regel keine selbstständige Blutzuckermessung, da der Messwert hier üblicherweise der Dokumentation und nicht der Therapieanpassung dient.
- Je nach Behandlungsschema kann bei einer Therapie mit Insulin die Selbstmessung für Sie sinnvoll sein.
- Die Häufigkeit der empfohlenen Messungen ist abhängig vom Behandlungskonzept.
 - In der Ein- und Umstellungsphase sind Selbstmessungen erforderlich, die in der Regel im Laufe der Zeit reduziert werden können.
 - Bei der intensivierten Insulintherapie muss häufiger gemessen werden, weil Sie dann selbst die Insulindosis nach dem Messergebnis anpassen.

Was können Sie als Patient tun, damit Ihre Behandlung erfolgreich verläuft?

- Besprechen Sie mit Ihrem Arzt, wie häufig und zu welcher Tageszeit der Blutzucker bestimmt werden soll.
- Sofern eine Selbstmessung für Sie in Frage kommt, notieren oder speichern Sie Ihre Testergebnisse, sodass Sie die Werte mit Ihrem Arzt besprechen können. Den richtigen Umgang mit Ihrem Blutzuckermessgerät und den Teststreifen haben Sie in einer Schulung gelernt.

Alles Gute für ihre Gesundheit wünschen Ihnen Ihre Krankenkasse und die Kassenärztliche Vereinigung!

Praxisstempel

Gemeinsame Arbeitsgruppe Arzneimittel

Kassenärztliche Vereinigung
Niedersachsen

Verbände der gesetzlichen
Krankenkassen in Niedersachsen



Kassenärztliche Vereinigung
Niedersachsen



Rezept-Info – Kurzinformation zur Verordnung von Blutzuckerteststreifen

- In der Regel keine Teststreifen für nicht insulinpflichtige Typ 2 Diabetiker.
- Passen Sie die Verordnungsmengen der Behandlungsform an.
- Besprechen Sie mit Ihrem Patienten, wie häufig er seinen Blutzucker messen sollte.
- Bitten Sie Ihren Patienten, die gemessenen Werte zu dokumentieren.
- Die Kosten für Teststreifen fließen in die Berechnung der Arzneimittelausgaben ein.

Polymedikation – Die Kunst des Weglassens

Fortbildungsveranstaltung am 17. September 2016 in der Akademie des LandesSportBundes, Hannover

Das Thema der Polymedikation wird derzeit vielschichtig diskutiert. Insbesondere bei multimorbiden Patientinnen und Patienten kann die Vielzahl der zu behandelnden Symptome und Krankheitsbilder entlang der jeweiligen Leitlinien zu Polymedikation führen. Die mangelnde Kommunikation zwischen den beteiligten Berufsgruppen, Sektoren und Fachdisziplinen, aber auch die Unwissenheit oder ungenaue Symptomschilderungen von Patientinnen und Patienten können Über-, Unter- und Fehlversorgung zur Folge haben.

Für eine Behandlung mit „so wenig wie möglich, aber so viel wie nötig“ Medikamenten sind eine enge Zusammenarbeit der behandelnden Akteure sowie eine genaue Aufklärung der Patientinnen und Patienten entscheidend.

Mit dieser Fachtagung möchten wir für das Thema sensibilisieren, einen Austausch ermöglichen und aus verschiedenen Perspektiven erörtern, wie man den Herausforderungen begegnen kann. Sie richtet sich vorrangig an Ärzte und Ärztinnen, Apotheker und Apothekerinnen sowie Interessierte.

Die Veranstaltung ist eine Kooperation der AOK – Die Gesundheitskasse für Niedersachsen, der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen und der Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V.

Es wird den Teilnehmerinnen und Teilnehmern die Möglichkeit geboten, innerhalb der Workshops Fälle aus der eigenen Praxis zu diskutieren. **Bitte senden Sie uns ihre Fälle unter Angabe des gewählten Workshops bis zum 1. September 2016 an: theresa.vanheiden@gesundheit-nds.de**

Die Veranstaltung ist mit **5 CME-Fortbildungspunkten** bei der Akademie für ärztliche Fortbildung Niedersachsen sowie bei der Teilnahme an den DMP-Verträgen Diabetes mellitus Typ 2, COPD, Asthma und KHK mit **4 DMP Punkten** akkreditiert.

Programm

09:30 Anmeldung und Begrüßungskaffee

10:00 Grußworte

Brigitte Käser, AOK – Die Gesundheitskasse für Niedersachsen, Hannover

Dr. Jörg Berling, Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen, Hannover

10:15 Polymedikation

Prof. Dr. med. Dirk O. Stichtenoth, Medizinische Hochschule Hannover

11:00 Inhalative Therapie bei chronisch obstruktiven Atemwegserkrankungen – was kommt beim Patienten an?

Dr. med. Wolfgang Wedel, M.Sc, Krankenhaus Winsen

11:45 Kaffeepause

12:00 Polymedikation in der Herztherapie unter besonderer Berücksichtigung wichtiger Komorbiditäten

Dr. med. Helmut Riesner, Kardiologische Praxis Bad Bevensen, Danneberg

12:45 Alte und neue Antidiabetika – Was ist bewährt, was ist belegt, was ist bezahlbar?

Dr. med. Andreas Klinge, Diabetes Schwerpunktpraxis Eidelstedt, Hamburg

13:30 Mittagessen

14:30 Parallele Workshops

WS 1 - Strategien zur Optimierung von Arzneimittelregimen bei Patienten und Patientinnen mit Polymedikation

Ina Richling, Doctor of Pharmacy, Menden,

Isabel Waltering, Doctor of Pharmacy, Universität Münster

WS 2 - „Muss ich die alle nehmen?“ Praktische Strategien zum Absetzen in der hausärztlichen Versorgung

PD Dr. Guido Schmiemann, Universität Bremen

WS 3 - Absetzen oder nicht? Medikation bei geriatrischen Patienten und Patientinnen und bei Demenz

Prof. Dr. med. Klaus Hager, DIAKOVERE Henriettenstift, Hannover

WS 4 - Pulver, Treibgas oder Vernebler, welche Devices für welche Patienten? – praktische Übungen

Dr. med. Wolfgang Wedel, M.Sc, Krankenhaus Winsen

WS 5 - Fallbeispiele und Fallstricke in der Polymedikation herzkranker Patienten und Patientinnen

Dr. med. Helmut Riesner, Kard. Praxis Bad Bevensen, Danneberg

WS 6 - Therapie des Typ 2-Diabetes: Was, für wen und wann

Dr. med. Andreas Klinge, Diabetes Schwerpunktpraxis Eidelstedt, Hamburg

16:00 Kaffeepause

16:15 Abschlussdiskussion

17:00 Ende der Veranstaltung

Anmeldung

Fax-Nr.: 0511 / 3505595

Sie können sich **bis zum 09.09.2016** schriftlich per Fax oder mit dem Online-Formular unter www.gesundheit-nds.de anmelden. Die Anmeldung erfolgt unter Anerkennung der Teilnahmebedingungen und ist verbindlich. Mit Anmeldung zur Fachtagung ist die **Teilnahmegebühr von 49 Euro** zu entrichten. Bitte überweisen Sie die Teilnahmegebühr unter Angabe Ihres Namens und des Stichwortes „17.09.2016“ auf das Konto der LVG & AFS bei der Bank für Sozialwirtschaft, IBAN: DE18 2512 0510 0008 4040 00, BIC: BFSWDE33HAN.

Bei Stornierung der Teilnahme bis zum 9. September 2016 erstaten wir die Teilnahmegebühr abzüglich 10 Euro Verwaltungskosten. Bei späteren Absagen oder Nichterscheinen wird die volle Teilnahmegebühr berechnet. Weitere Informationen unter: www.gesundheit-nds.de; Rückfragen bitte an: Telefon: 0511 / 388 11 89-0 oder E-Mail: info@gesundheit-nds.de.

Veranstaltungsort: Akademie des LandesSportBundes Niedersachsen e.V., Ferdinand-Wilhelm-Fricke-Weg 10, 30169 Hannover.

Ich melde mich für die Veranstaltung „**Polymedikation – Die Kunst des Weglassens**“ am 17. September an.

Bitte in **DRUCKBUCHSTABEN** ausfüllen.

Ich möchte an folgendem Workshop teilnehmen.

1. Wahl: 1 2 3 4 5 6

Alternative: 1 2 3 4 5 6

Name, Vorname: _____

Institution: _____

Straße, PLZ, Ort: _____

Telefon / E-Mail: _____

Unterschrift: _____

Teilnahmeantrag **Betreuungsstruktur Hausärzte bzw. Fachärzte und Psychotherapeuten** zu dem Vertrag zur Verbesserung der patientenorientierten medizinischen Versorgung in Niedersachsen mit dem BKK Landesverband Mitte Anlage 1a und 1b



Name und Kontaktdaten des Arztes (Leistungserbringer): Lebenslange Arztnummer (LANR) _____ Betriebsstättennummer (BSNR) _____	<input type="checkbox"/> Zulassung <input type="checkbox"/> Ermächtigung <input type="checkbox"/> Anstellung bei: _____ zum: _____
--	--

Ort der Leistungserbringung, einschließlich Zweigpraxen:

Vertragsziel ist eine verbesserte patientenorientierte medizinische Versorgung, die durch eine stärkere ärztliche Koordination von Behandlungsmaßnahmen, u. a. eine erhöhte Betreuungsintensität sowie eine Senkung von Wartezeiten, eine schnellere Genesung der Patienten erreichen soll.

1. Fachliche Befähigung	<input type="checkbox"/> Ich nehme an der hausärztlichen Versorgung in Niedersachsen teil. <input type="checkbox"/> Ich nehme an der fachärztlichen Versorgung in Niedersachsen teil. <input type="checkbox"/> Ich nehme an der psychotherapeutischen Versorgung in Niedersachsen teil.
2. Organisatorische Voraussetzungen	<input type="checkbox"/> Die Dokumentation der Diagnoseangaben im Behandlungsfall erfolgt nach der Internationalen Klassifikation der Krankheiten in der jeweiligen vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information herausgegebenen aktuellen Fassung (ICD 10). <input type="checkbox"/> Ich stelle ein wirtschaftliches Überweisungs- und Ordnungsverhaltens sicher und vermeide Mehrfachuntersuchungen.
3. Erklärung	Mit meiner Unterschrift akzeptiere ich die Vertragsinhalte nebst Anlagen und stimme der Veröffentlichung meiner Praxiskontakt Daten mit Namen und Praxisanschrift, auch im Internet auf der Homepage der KVN (Arztauskunft Niedersachsen), zu. Ich erkläre mich zur Umsetzung der im Vertrag und seiner Anlagen benannten Behandlungsprozesse und Aufgaben bereit. Zur Unterstützung einer wissenschaftlichen Evaluation bin ich bereit. Ich beauftrage die KVN mit der Durchführung dieses Vertrages, insbesondere mit der Abrechnung der Zusatzvergütungen.

Die Genehmigung kann frühestens mit Vorlage aller entscheidungsrelevanten Unterlagen erteilt werden. Mit der Unterschrift wird erklärt, dass die einschlägigen Rechtsgrundlagen zur Kenntnis genommen wurden.

Datum / Unterschrift * / Stempel

* (Beim angestellten Arzt ist die Unterschrift des anstellenden Arztes bzw. des MVZ-Leiters erforderlich)



Informationen für die Praxis

KVN-Rundschreiben

Juli 2016

Inhaltsverzeichnis

1. Abrechnung	2
1.1. Angabe der Uhrzeit im organisierten Not(-fall)dienst...	2
2. Verordnungen.....	2
2.1. Verordnungsfähige saisonale Grippeimpfstoffe für die Impfsaison 2016/2017 stehen fest	2
2.2. Zur Regressvermeidung bei Lieferengpässen von Impfstoffen gelten Handlungsempfehlungen der STIKO.....	3
2.3. Rituximab für Off-Label-Use beim Mantelzell-Lymphom freigegeben	4
2.4. Marktrücknahme von Xultophy® (Insulin degludec/Liraglutid) zum 1. August 2016	4
2.5. Sprechstundenbedarf / Musterkoffer für das 3. Quartal 2016 veröffentlicht.....	5
2.6. Rezepte aufgrund zu geringer Kontraststärke in Apotheken oft nicht abrechenbar	5
2.7. Marktrücknahme des Antidepressivums Brintellix® (Vortioxetin) zum 15. August 2016	5
3. Allgemeine Hinweise.....	6
3.1. Neue Kinder-Richtlinie tritt nicht zum 01.07.2016 in Kraft	6
3.2. Ab 1. Juli 2016 startet der Vertrag „elektrische Kardioversion“ mit der AOK Niedersachsen.....	6
3.3. Hypertonie-Schulung für Patienten der Deutschen BKK gekündigt	6
3.4. Neue Indikationsgruppenliste für Hausarztvertrag mit der DAK-Gesundheit	7
3.5. Neue Online-Fortbildung zur Rehabilitation im KBV- Fortbildungsportal	7
4. Veranstaltungen im August und September 2016.....	8

1. Abrechnung

1.1. Angabe der Uhrzeit im organisierten Not(-fall)dienst

Für die Abrechnung der GOP 01210, 01212, 01214, 01216, 01218 und 01418 ist die Uhrzeit der Inanspruchnahme erforderlich. Der Eintrag für die Uhrzeit erfolgt im KVDT-Feld 5006 bzw. im KVDT-Feld 5009. Bei fehlender Uhrzeitangabe können wir die abgerechneten GOP in Ihrer Quartalsabrechnung nicht berücksichtigen.

Ohne Uhrzeitangabe
keine Berücksichtigung
bei der Abrechnung

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

2. Verordnungen

2.1. Verordnungsfähige saisonale Grippeimpfstoffe für die Impfsaison 2016/2017 stehen fest

Auch für die Impfsaison 2016/2017 haben die gesetzlichen Krankenkassen in Niedersachsen die Versorgung Ihrer Versicherten mit saisonalem Grippeimpfstoff wieder ausgeschrieben. Die Ausschreibung erfolgte dieses Mal für 4 Losgebiete. Der nachfolgenden Übersicht können Sie den für Sie maßgeblichen Grippeimpfstoff entnehmen. Die Zuordnung zu den jeweiligen Gebietslosen richtet sich nach Ihrer Betriebsstättennummer.

Verordnungsfähige
Grippeimpfstoffe für vier
Losgebiete

Gebietslose	Einzugsgebiete	Ausschreibungsgewinner
Gebietslos 1	KVN Bezirksstellen Aurich, Osnabrück, Stade und Wilhelmshaven	Xanaflu® ohne Kanüle der Fa. Mylan Healthcare GmbH (PZN 11556835)
Gebietslos 2	KVN Bezirksstellen Hannover und Hildesheim	Xanaflu® ohne Kanüle der Fa. Mylan Healthcare GmbH (PZN 11556835)
Gebietslos 3	KVN Bezirksstellen Braunschweig und Göttingen	Begripal® ohne Kanüle der Fa. Seqirus GmbH (PZN 11669025)
Gebietslos 4	KVN Bezirksstellen Lüneburg, Oldenburg und Verden	Vaxigrip® ohne Kanüle der Fa. Sanofi Pasteur MSD GmbH (PZN 11078086)

Wie auch in der letzten Impfsaison informieren die Krankenkassen die Vertragsärzte mit einer Praxisinformation zum Bezug des saisonalen Grippeimpfstoffes 2016/2017. Dem Schreiben sind wieder **sieben** vorgefertigte Verordnungsvordrucke mit bereits eingedruckten Inhalten beige-fügt.

Die Verordnung mit dem Eindruck „**Erstbestellung**“ für die ersten 6 Wochen der Impfsaison 2016/2017 reichen Sie bitte umgehend nach Erhalt, **spätestens bis zum 15.07.2016**, an die Apotheke weiter. Die Belieferung erfolgt, sobald die Impfstoffe verfügbar und freigegeben sind.

Achtung Termin

Der Versand der Schreiben mit den Verordnungsvordrucken sollte Ende Juni erfolgt sein. Falls Sie kein Schreiben erhalten haben, wenden Sie sich bitte an die

AOK - Die Gesundheitskasse für Niedersachsen:
 Telefon/Info-Hotline: 0800/2656279
 Telefax: 0511/28533-13189
 E-Mail: ARGE-SSB@nds.aok.de

Die KVN wird alle wichtigen Informationen rund um die Grippeimpfstoff-Ausschreibung wieder ins KVN-Portal einstellen:
 KVN-Portal > Verordnungen > Ausschreibung Grippeimpfstoffe 2016/2017.

2.2. Zur Regressvermeidung bei Lieferengpässen von Impfstoffen gelten Handlungsempfehlungen der STIKO

Seit Oktober 2015 informiert das Paul-Ehrlich Institut (PEI) auf seiner Internetseite über Lieferengpässe bei Impfstoffen. Eine aktuelle Übersicht über nicht lieferbare Impfstoffe sowie den Zeitpunkt der Wiederlieferbarkeit ist unter www.pei.de/lieferengpaesse-impfstoffe-human veröffentlicht.

Empfehlungen bei Lieferengpässen

Das Robert Koch Institut hat auf seiner Internetseite Empfehlungen für die Vorgehensweise bei der Nichtlieferbarkeit bestimmter Impfstoffe eingestellt. Diese können Sie unter www.rki.de/impfstoffknappheit abrufen.

Bei ihren Handlungsempfehlungen geht die STIKO auf wirtschaftliche Gesichtspunkte nicht ein. So ist z. B. die Stückelung von Mehrfachimpfungen in mehrere Einzelimpfungen mit einer nicht unerheblichen Steigerung der Kosten verbunden. Auch die Verordnung von Einzeldosen ist im Vergleich zur Verordnung von 10er Packungen teurer.

Aus diesem Grund haben wir erneut die gesetzlichen Krankenkassen in Niedersachsen um eine Stellungnahme zur Umsetzung der Handlungsempfehlungen der STIKO gebeten.

Wie uns die Krankenkassen mitteilten, sollen die aktuellen Handlungsempfehlungen der STIKO auf der Basis der Übersicht des PEI von den Vertragsärzten angewendet werden. **Dabei ist von den Vertragsärzten vorrangig zu prüfen, ob zeitlich unkritische Impfungen verschoben oder Impfzyklen erst mit Wieder-Verfügbarkeit des empfohlenen Impfstoffes fortgesetzt werden können.**

Verschiebung von Impfungen möglich?

Werden die Hinweise der STIKO beachtet, sichern die Krankenkassen keine Regresse im Bezug der Impfstoffe über den Sprechstundenbedarf zu.

2.3. Rituximab für Off-Label-Use beim Mantelzell-Lymphom freigegeben

Mit Wirkung zum 08.06.2016 wurde Rituximab zur Behandlung des Mantelzell-Lymphoms in die Anlage VI (Off-Label-Use) Teil A der Arzneimittel-Richtlinie aufgenommen und kann demnach in dieser Indikation verordnet werden.

Laut G-BA-Beschluss gilt dies für alle Patienten mit histologisch gesichertem Mantelzell-Lymphom, bei denen eine Indikation für systemische zytostatische Chemotherapie besteht, in der Regel Stadium II bis IV nach Ann Arbor. Behandlungsziel ist die Verlängerung der Überlebenszeit.

Weitere Hinweise und Informationen u.a. zu Dosierung, Kontraindikationen oder Nebenwirkungen entnehmen Sie bitte der Anlage VI der AM-RL und den entsprechenden Fachinformationen.

Im Rahmen des vorgenannten Off-Label-Use haben folgende Hersteller für ihre Rituximab-haltigen Arzneimittel einer Anwendung zugestimmt (Haftung des pharmazeutischen Unternehmers), sodass ihre Arzneimittel für die vorgenannte Off-Label-Indikation verordnungsfähig sind:

AASTON HEALTHCARE GmbH, ACA Müller ADAG Pharma AG, adjupharm GmbH, axicorp Pharma B.V., Haemato PHARM GmbH, kohlfarma GmbH, Lunapharm Deutschland GmbH, MEDICOPHARM AG, Orifarm GmbH, propharmed GmbH und Roche Registration Ltd.

Wir empfehlen daher bei Verordnungen von Rituximab-haltigen Arzneimitteln der genannten Hersteller in dieser Off-Label-Indikation das Setzen des Aut-Idem-Kreuzes. So können haftungsrechtliche Konsequenzen in Folge eines Austausches in der Apotheke gegen ein vergleichbares Präparat, welches keine Off-Label-Zustimmung hat, vermieden werden.

Besondere Anforderungen an die Verlaufsdokumentation der hier genannten Off-Label-Behandlung mit Rituximab sind nicht definiert.

Den vollständigen Beschluss sowie die Anlage VI der AM-RL finden Sie auf der Website des G-BA:

www.g-ba.de > Richtlinien > Arzneimittel-Richtlinie > Anlage VI > Beschlüsse > Beschlussdatum 17.03.2016.

Behandlungsziel:
Verlängerung der
Überlebenszeit

Aut-Idem-Kreuz
empfohlen

2.4. Marktrücknahme von Xultophy® (Insulin degludec/Liraglutid) zum 1. August 2016

Die Firma Novo Nordisk hat bekannt gegeben, dass sie den Vertrieb ihres Präparates Xultophy® (fixe Kombination von Insulin degludec und Liraglutid) in Deutschland zum 1. August 2016 einstellen wird. Patienten, die Xultophy® erhalten, sollten schnellstmöglich auf eine alternative Therapie umgestellt werden.

Hintergrund der Marktrücknahme ist das schlechte Ergebnis der frühen Nutzenbewertung. Der Gemeinsame Bundesausschuss hatte Xultophy® keinen Zusatznutzen zuerkannt. Infolgedessen konnten sich der

Schnelle Umstellung
auf alternative
Therapie

GKV-Spitzenverband und Novo Nordisk nicht auf einen für beide Seiten tragfähigen Erstattungsbetrag einigen.

2.5. Sprechstundenbedarf / Musterkoffer für das 3. Quartal 2016 veröffentlicht

Von der Sprechstundenbedarfs-Kommission wurde der sogenannte Musterkoffer Sprechstundenbedarf mit Gültigkeit für das 3. Quartal 2016 neu erarbeitet und beschlossen. Sie finden die am häufigsten beanstandungsfrei verordneten Präparate des letzten Jahres für Ihre Fachgruppe im grünen Bereich der Liste.

Auch der rote Teil mit den häufigsten Ordnungsfehlern wurde dabei an die Darstellungsweise des grünen Teils angepasst. So ist es noch einfacher, mögliche Ordnungsfehler zu erkennen und zu vermeiden.

Die aktualisierten Musterkoffer Sprechstundenbedarf für die 23 Fachgruppenbereiche finden Sie ab sofort im

KVN-Mitglieder-Portal > Sprechstundenbedarf > Musterkoffer SSB. Sie können auch die Suchfunktion im Portal benutzen und nach dem Begriff „Musterkoffer“ suchen, um an die aktuelle Liste zu gelangen.

Vereinheitlichung der Darstellungsweise

2.6. Rezepte aufgrund zu geringer Kontraststärke in Apotheken oft nicht abrechenbar

Wir sind darauf aufmerksam gemacht worden, dass vielfach Rezepte in Apotheken eingelöst werden, die aufgrund zu geringer Farbintensität der Bedruckung nicht lesbar bzw. nicht abrechenbar sind. Bitte achten Sie auf eine ausreichende Kontraststärke und erneuern Sie rechtzeitig die Druckerpatronen bzw. Tonerkartuschen Ihres Rezeptdruckers.

Frische Druckerpatronen und Kartuschen erforderlich

2.7. Marktrücknahme des Antidepressivums Brintellix® (Vortioxetin) zum 15. August 2016

Die Firma Lundbeck hat bekannt gegeben, dass sie den Vertrieb ihres Präparates Brintellix® (Wirkstoff: Vortioxetin) in Deutschland zum 15. August 2016 einstellen wird. Patienten, die Brintellix® erhalten, sollten daher schnellstmöglich auf eine alternative Therapie umgestellt werden.

Schnelle Umstellung auf alternative Therapie

Hintergrund der Marktrücknahme ist das schlechte Ergebnis der frühen Nutzenbewertung. Der Gemeinsame Bundesausschuss hatte Brintellix® keinen Zusatznutzen zuerkannt. Infolgedessen konnten sich der GKV-Spitzenverband und die Firma Lundbeck nicht auf einen für beide Seiten tragfähigen Erstattungsbetrag einigen.

Brintellix® bleibt nach Marktrückzug in Deutschland und in der gesamten Europäischen Union auch weiterhin zugelassen und uneingeschränkt verkehrsfähig. Daher besteht ggf. die Möglichkeit eines Imports auf Basis einer Einzelverordnung. Ob Krankenkassen in Ausnahmefällen bei Patienten, die nicht zufriedenstellend mit anderen Wirkstoffen therapiert werden können, die Kosten für einen Bezug von Brintellix® aus dem Ausland übernehmen, ist uns nicht bekannt. Vor Verordnung

sollte daher eine Kostenübernahmeerklärung der Kasse vorliegen. Alternativ empfehlen wir die Ausstellung eines Privatrezeptes. Der Patient kann dann versuchen, sich die Kosten von seiner Kasse erstatten zu lassen.

3. Allgemeine Hinweise

3.1. Neue Kinder-Richtlinie tritt nicht zum 01.07.2016 in Kraft

Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) hat den Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zur Neufassung der Kinder-Richtlinie beanstandet und eine ergänzende Stellungnahme zur Datenübertragung aus dem Mutterpass in das Gelbe Untersuchungsheft gefordert.

Somit bleibt es vorerst bei der bisherigen Kinder-Richtlinie mit der Folge, dass auch die aktuellen gelben Untersuchungshefte weiter verwendet werden können.

Wir werden Sie umgehend informieren, sobald ein Inkrafttreten der Kinder-Richtlinie absehbar ist.

Alte „Gelbe Hefte“ werden vorerst weiterbenutzt

3.2. Ab 1. Juli 2016 startet der Vertrag „elektrische Kardioversion“ mit der AOK Niedersachsen

Die Inanspruchnahme der ambulanten elektrischen Kardioversion ist künftig auch für AOK-Versicherte in Niedersachsen möglich.

Mit Unterstützung des Berufsverbandes Niedergelassener Kardiologen e. V. haben die AOK Niedersachsen und die KVN eine entsprechende Vereinbarung geschlossen. Diese soll „spezialisierte kardiologische Ambulanzen“ fördern, die die erforderlichen Voraussetzungen zur Durchführung der elektrischen Kardioversion nachweisen.

Die Teilnahme ist freiwillig und kann sowohl von Fachärzten für Innere Medizin und Kardiologie als auch von sogenannten „spezialisierten kardiologischen Ambulanzen“ beantragt werden. Die Leistungen werden extrabudgetär vergütet.

Förderung der spezialisierten kardiologischen Ambulanzen

Die Vereinbarung finden Sie im KVN-Portal > Verträge > Besondere Versorgung > Link: AOKN – Elektrische Kardioversion
--

3.3. Hypertonie-Schulung für Patienten der Deutschen BKK gekündigt

Die Deutsche BKK hat vor dem Hintergrund der geplanten Fusion mit der BARMER GEK die Vereinbarung über die Erbringung und Vergütung von Schulungsleistungen für Patienten mit essentiellen Bluthochdruck mit Wirkung zum 31.12.2016 gekündigt. Somit dürfen Leistungen aus diesem Vertrag (GO-Nr. 99137 bis 99141) nur noch bis zum 31.12.2016 erbracht und abgerechnet werden.

3.4. Neue Indikationsgruppenliste für Hausarztvertrag mit der DAK-Gesundheit

Eine neue Indikationsgruppenliste (Anhang zu Anlage 4) des HZV-Vertrages ist seit 1. April 2016 mit folgenden Änderungen gültig:

- Diagnoseschlüssel G83.88 und G83.80 wurden gestrichen.
- Diagnoseschlüssel G83.5, G23.2 und G23.3 sind neu hinzugekommen

Die gültige DAK-Indikationsgruppenliste steht Ihnen im KVN-Portal > Verträge > Hausarztzentrierte Versorgung > Hausarztvertrag DAK-Gesundheit zur Verfügung.

3.5. Neue Online-Fortbildung zur Rehabilitation im KBV-Fortbildungsportal

Ab sofort bietet die KBV den Vertragsärzten eine Online-Fortbildung zur medizinischen Rehabilitation an. Diese steht im Fortbildungsportal der KBV zur Verfügung und ergänzt das bisherige Fortbildungsangebot zu Arzneimitteln und MRSA.

Die KBV hat das neue Fortbildungsangebot erarbeitet, um insbesondere Ärzten, die bisher keine Leistungen der medizinischen Rehabilitation verordnet haben, die zu beachtenden Grundlagen und Besonderheiten näher zu bringen. Hintergrund ist, dass seit dem 1. April 2016 alle Vertragsärzte medizinische Rehabilitation zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordnen dürfen, ohne hierfür eine besondere Qualifikation vorweisen zu müssen (Änderung der Rehabilitations-Richtlinie).

Inhalt und Ablauf der neuen Online-Fortbildung stellen wir Ihnen nachfolgend vor.

Fortbildungsinhalt und Lernzielkontrolle

Der Lerninhalt wird in einem Foliensatz strukturiert erläutert und gliedert sich in folgende Themenbereiche:

- Rahmenbedingungen der Rehabilitation
- Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF)
- Einleitung und Verordnung einer Rehabilitation
- Anwendungsbeispiele

Die Lernzielkontrolle erfolgt über zehn Multiple-Choice-Fragen. Beantwortet der Arzt alle zehn Fragen richtig, erhält er zwei CME-Punkte. Für sieben bis neun richtige Antworten wird ein CME-Punkt vergeben. Bei weniger als sieben richtig beantworteten Fragen kann die Lernzielkontrolle bis zu zweimal wiederholt werden. Dabei ist eine Wiederholung frühestens nach 24 Stunden möglich. Auf Wunsch des Arztes werden die CME-Punkte elektronisch an seine Ärztekammer übertragen und dem Fortbildungskonto gutgeschrieben.

Reha-Verordnung
künftig ohne besondere
Qualifikation
möglich

Weitere Informationen

Die Fortbildung zur medizinischen Rehabilitation wurde durch die Ärztekammer Berlin zertifiziert. Vertragsärzte, die an der Schulung teilnehmen wollen, können über das KVN-Portal auf den Onlinedienst „KBV-Fortbildungsportal“ zugreifen:

[Portal > Online-Dienste](#)

4. Veranstaltungen im August und September 2016

Hier bekommen Sie eine Übersicht über Seminare und Fortbildungen der KVN mit noch freien Plätzen im August und September 2016. Ein Anmeldefax ist angehängt. Bitte nutzen Sie für unterschiedliche Seminare separate Anmeldefaxe. Die ausgefüllten Anmeldungen faxen Sie bitte an folgende Nummer: **0511 380-3480**.

www.kvn.de > Seminarangebot

Name	Ort	Datum	Gebühr p. P.
Qualitäts- und Praxismanagement			
Freude mit Attesten	Bremervörde	07.Sep	45 Euro
Freude mit Formularen	Oldenburg	10.Sep	40 Euro
Freude mit Formularen	Stade	14.Sep	45 Euro
Gesundheit von Praxismitarbeitern erhalten und schützen	Oldenburg	07.Sep	kostenlos
Homepagegestaltung in der Arztpraxis	Hannover	17.Sep	119 Euro
Kommunikation für MFA - Modul 1: Die Rezeption	Oldenburg	14.Sep	65 Euro
Kommunikation für MFA - Modul 2: Telefontraining	Oldenburg	21.Sep	65 Euro
Neue Wege in die Zukunft - Patientenbindung durch aktives Kundenmanagement	Hannover	27.Aug	119 Euro
Patientenbefragungen erfolgreich durchführen	Hannover	17.Aug	78 Euro
Personalführung für Erstkräfte	Aurich	10.Aug	80 Euro
Praxisbegehungen durch das Gewerbeaufsichtsamt	Hannover	20.Aug	20 Euro
Praxis Check-up	Hannover	24.Aug	85 Euro

Qualifikation zum/zur PräventionsmanagerIn (zwei Blöcke)	Hannover	25.Aug	380 Euro
Qualitätsmanagement für Psychotherapeuten	Oldenburg	13.Aug	135 Euro
Qualitätsmanagement für Psychotherapeuten	Hannover	17.Sep	135 Euro
Abrechnung und Verordnung			
Abrechnung aktuell	Moormerland	07.Sep	kostenlos
Abrechnung aktuell	Papenburg	14.Sep	kostenlos
Abrechnung aktuell	Aurich	21.Sep	kostenlos
Abrechnung aktuell	Oldenburg	28.Sep	kostenlos
LINDA Schulungsprogramm (für Diabetologische Schwerpunktpraxen)	Hannover	27.Aug	85 Euro
DMP Asthma und COPD	Verden	17.Sep	20 Euro
Heilmittel-Verordnungs-Dschungel	Hannover	28.Sep	kostenlos
Sonderverträge im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung – Modul 3 BD-Online	Braunschweig	28.Sep	kostenlos
Wie lese ich meinen Honorarbescheid?	Braunschweig	28.Sep	kostenlos
Medizinische und psychotherapeutische Themen			
LINDA Schulungsprogramm (für Diabetologische Schwerpunktpraxen)	Hannover	27.Aug	85 Euro
DMP Asthma und COPD	Verden	17.Sep	20 Euro
Wirtschaftsseminare			
Existenzgründerseminar	Hildesheim	17.Sep	kostenlos
Existenzgründerseminar	Hannover	24.Sep	kostenlos
Praxis und Familie erfolgreich kombinieren	Braunschweig	15.Sep	kostenlos

Verbindliche Anmeldung (bitte vollständig ausfüllen)

Fax an 0511 380-3480

Ich nehme am Seminar

mit _____ Person/en teil.

Datum des Seminars

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

Vor- und Nachname des Rechnungsempfängers (Praxis)

Anschrift des Rechnungsempfängers (Straße, PLZ, Ort)

LANR

BSNR

E-Mail-Adresse

Telefonnummer für evtl. Rückfragen

Datum

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

Stempel



KVN

Kassenärztliche Vereinigung
Niedersachsen

Informationen für die Praxis

KVN-Rundschreiben

Juni 2016

Inhaltsverzeichnis

1. Abrechnung	3
1.1. Amtliche Mitteilung der KVN zum HVM für das 3. Quartal 2016 für Haus- und Kinderärzte	3
1.2. Beschlüsse des Bewertungsausschusses zur Änderung des EBM zum 01.07.2016	3
1.3. Diagnoselisten zum Betreuungsstrukturvertrag mit der Techniker Krankenkasse (TK) wurden angepasst	5
1.4. Abgabetermin Quartalsabrechnung 2/2016	5
1.5. BKK-Hautuntersuchungsverfahren endet für die BKK Beiersdorf AG	6
1.6. Bekanntgabe der bundeseinheitlichen Laborquote „Q“ für das 2. Halbjahr 2016	6
2. Verordnungen	7
2.1. Erinnerung: Bestehender Verordnungsausschluss für Glitazone und Verordnungseinschränkung der Glinide ab 01.07.2016	7
2.2. Sprechstundenbedarf: Cergem Vaginalzäpfchen nur noch per Einzelbezug auf Namen der Patientin verordnungsfähig	7
2.3. Abasaglar® jetzt über Rabattverträge für alle Krankenkassen verordnungsfähig	7
2.4. OPTYLURON NHS 1,0% und OPTYLURON NHS 1,4 % in Anlage V (verordnungsfähige Medizinprodukte) der Arzneimittel-Richtlinie aufgenommen	8
2.5. Gemeinsame Arbeitsgruppe Arzneimittel veröffentlicht Informationsschreiben zum Thema chronische Schmerzen	9
2.6. Verordnung von Gardasil 9 – auch Ersatzkassen und die ikk classic sichern eine regressfreie Verordnung zu	9
3. Allgemeine Hinweise	9
3.1. Anti-Korruptionsgesetz zum 4. Juni 2016 in Kraft getreten	9

3.2.	Neue eGK teilweise nicht einlesbar: Austausch der betroffenen Kartenterminals wird unterstützt.....	10
3.3.	Ab 1. Juli 2016 startet der Vertrag „elektrische Kardioversion“ mit der hkk.....	11
3.4.	Am 1. Juli 2016 startet der „Pro Niere“-Vertrag mit der Techniker Krankenkasse (TK).....	12
3.5.	TerminServiceStelle (TSS) - Tipps und Tricks zum eTerminservice.....	12
3.6.	Am 1. Juli 2016 startet Versorgungsprogramm „Gesund schwanger“ mit 6 Betriebskrankenkassen .	14
3.7.	Neuer Musterhygieneplan Gastroenterologie veröffentlicht.....	14
3.8.	Neufassung der Kinder-Richtlinie	15
3.9.	Ausnahmefall für Krankenfahrten zur ambulanten Chemotherapie konkretisiert und: Krankentransport-Richtlinie gilt jetzt auch für Zahnärzte	16
3.10.	Fortbildung „Polymedikation – Die Kunst des Weglassens“ am 17.09.2016	17
3.11.	IHK Stade bietet berufsbegleitende Ausbildung zum Fachwirt/ zur Fachwirtin im Gesundheits- und Sozialwesen an.....	17
4.	Veranstaltungen im Juli und August 2016.....	18
5.	Anlagenverzeichnis.....	20
5.1.	Anlage: Amtliche Mitteilung zum HVM für Haus- und Kinderärzte 3/2016.....	20
5.2.	Anlage: Informationsschreiben zum Thema Chronische Schmerzen	20
5.3.	Anlage: Teilnahmeantrag „Pro Niere“ der TK.....	20
5.4.	Anlage: Information/Anmeldeformular zur Veranstaltung „Polymedikation – Die Kunst des Weglassens“	20

1. Abrechnung

1.1. Amtliche Mitteilung der KVN zum HVM für das 3. Quartal 2016 für Haus- und Kinderärzte

Die für das 3. Quartal 2016 geltenden RLV-/QZV-Mindestfallwerte für Haus- und Kinderärzte sowie die Fallzahlgrenzen für die Fallwertminderung bzw. die Fallzahlzuwachsbegrenzungsregelung (FZZB) entnehmen Sie bitte der Anlage 1 zu diesem Rundschreiben. Zusätzlich sind diese Daten auch seit dem 31.05.2016 über das KVN-Mitgliederportal abrufbar.

Anlage: Amtliche Mitteilung zum HVM für Haus- und Kinderärzte 3/2016

1.2. Beschlüsse des Bewertungsausschusses zur Änderung des EBM zum 01.07.2016

Der Bewertungsausschuss hat weitere zahlreiche Änderungen des EBM beschlossen, die zum 01.07.2016 in Kraft treten werden. Über die wesentlichen Änderungen möchten wir Sie nachfolgend kurz informieren:

Spezialisierte geriatrische Diagnostik und Versorgung zum 01.07.2016

Es wird ein neuer EBM Abschnitt 30.13 „Spezialisierte geriatrische Diagnostik und Versorgung“ in den EBM aufgenommen. Hiermit erfolgt die Umsetzung des gesetzlichen Auftrages gemäß § 118 a SGB V und der im Bundesschiedsamt getroffenen Vereinbarung nach § 118 a SGB V zur Ermächtigung geriatrischer Institutsambulanzen zur ambulanten spezialisierten geriatrischen Diagnostik.

Das sind die neuen GOP im Überblick:

- GOP 30980 (194 Punkte): Abklärung vor der Durchführung eines spezialisierten Assessments durch den überweisenden Vertragsarzt.
- GOP 30981 (131 Punkte): Abklärung vor der Durchführung eines spezialisierten Assessments durch die GIA bzw. den spezialisierten geriatrischen Vertragsarzt.
- GOP 30984 (882 Punkte): Weiterführendes geriatrisches Assessment gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung zur spezialisierten geriatrischen Diagnostik nach § 135 Abs. 2 SGB V. Sofern das weiterführende geriatrische Assessment länger als 60 Minuten dauert, können je weitere vollendete 30 Minuten die Zuschläge nach den GOP 30985 (325 Punkte) und 30986 (234 Punkte) jeweils bis zu zweimal im Krankheitsfall berechnet werden. Diese Kalkulationssystematik dient dazu, den z. B. durch die Einbindung von Heilmittelerbringern sinkenden Arztzeitanteil abzubilden. In Summe werden somit bis zu 180 Minuten (2.000 Punkte) vergütet.
- GOP 30988 (65 Punkte): Zuschlag zu den GOP 03362, 16230, 16231, 21230 und 21231 für die Einleitung und Koordination der

Geriatrische
Institutsambulanzen zur
ambulanten spezialisierten
geriatrischen Diagnostik
ermächtigt

Therapiemaßnahmen nach einem weiterführenden geriatrischen Assessment.

Die Durchführung der Leistungen nach den GOP 30981 und 30984 hat nach der Qualitätssicherungsvereinbarung zur spezialisierten geriatrischen Diagnostik gemäß § 135 Abs. 2 SGB V zu erfolgen.

Weitere Voraussetzung für die Abrechnung ist, dass die neuen Leistungen nur bei Patienten berechnet werden können, die aufgrund der Art, Schwere und Komplexität ihrer Krankheitsverläufe einen besonders aufwändigen geriatrischen Versorgungsbedarf aufweisen und bestimmte Kriterien erfüllen. Diese wurden in der Präambel zum neuen Abschnitt konkret geregelt.

Voraussetzung:
Besonders aufwändiger
Versorgungsbedarf

Patientenadaptiertes Narkosemanagement bei Kataraktchirurgie zum 01.07.2016

Ab 1. Juli 2016 erhalten Anästhesisten im Rahmen der Kataraktchirurgie die Möglichkeit, entsprechend der medizinischen Notwendigkeit und patientenindividuell zwischen den Verfahren Analgesie beziehungsweise Sedierung, Narkose und Überwachung der Vitalfunktionen („Stand-by“) auszuwählen beziehungsweise diese Verfahren stufenweise zu kombinieren. Zur Umsetzung hat der Bewertungsausschuss verschiedene Änderungen im EBM beschlossen.

Freie Wahl der Verfahren
möglich

Neue Pauschalen für patientenadaptiertes Narkosemanagement

Für ein patientenadaptiertes Narkosemanagement im Zusammenhang mit einem intraokularen Eingriff der Kategorie 1 und 2 wurden die anästhesiologischen Verfahren Analgesie beziehungsweise Sedierung (GOP 31830/31831), Narkose (GOP 31821/31822) und „Stand-by“ (GOP 05340) in einer Pauschale zusammengefasst.

Analgesie, Sedierung und
„Stand-by“ in einer
Pauschale
zusammengefasst

- Jedem operativen Eingriff ist jeweils eine neue Pauschale für das Narkosemanagement (GOP 31840, 31841, 36840 und 36841) zugeordnet. Die Bewertung resultiert jeweils aus einer Mischkalkulation der drei zugrundeliegenden anästhesiologischen Verfahren.

Intraokularer Eingriff (GOP)	Anästhesie-pauschale (GOP)	Bewertung Anästhesiepauschale
31350	31840	443 Punkte
31351	31841	706 Punkte
36350	36840	290 Punkte
36351	36841	478 Punkte

- Weiterer obligater Leistungsinhalt der Pauschalen ist die präanästhesiologische Untersuchung entsprechend der GOP 05310.
- Die Vergütung der vier Pauschalen erfolgt außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV).
- Zur differenzierten Abbildung der in der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergüteten Teilleistungen (präanästhesiologische Untersuchung und Überwachung der Vitalfunktionen) wird die GOP 05315 (15 Punkte) als Zuschlag zu den Pauschalen

aufgenommen. Die GOP 05315 wird dementsprechend innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütet.

Folgeänderungen und weitere Anpassungen

- Die bisherigen GOPen 31830, 31831, 36830 und 36831 für die Analgesie bei Phakoemulsifikation werden gestrichen.
- Im Anhang 2 zum EBM werden den OPS-Kodes, die in einen intraokularen Eingriff nach den GOP 31350, 31351, 36350 oder 36351 münden, die neuen Anästhesiepauschalen zugeordnet.
- Zusätzlich werden die GOPen 05320, 31801, 31820, 36801 und 36820 zur Anpassung an den aktuellen medizinischen Stand um die gängigen Verfahren der parabolbären und peribulbären Anästhesie erweitert.

Die kompletten Beschlüsse wurden im Deutschen Ärzteblatt, Heft 14, vom 08.04.2016 veröffentlicht.

1.3. Diagnoselisten zum Betreuungsstrukturvertrag mit der Techniker Krankenkasse (TK) wurden angepasst

Mit Wirkung ab 01.07.2016 wurde vereinbart, die Diagnoselisten (Anhang 1a und 1b zum Betreuungsstrukturvertrag) anzupassen. Folgende Änderungen haben sich ergeben:

- a) herausgefallen sind die Diagnosegruppen Adipositas, Krankheiten des Verdauungssystems und Osteoporose.
- b) neu hinzugekommen sind Diagnosen aus den Indikationen chronische gastrointestinale Erkrankungen, bakterielle Infektionen, Entwicklungsstörungen, Folgen von Neubildungen, juvenile Arthritis, Krankheiten der Atemwege nach medizinischen Maßnahmen, Krankheiten nach Mastektomie, Multiple Sklerose, sonstige Lähmungssyndrome und Wirbelfraktur.

Zusammenfassend hat sich die Anzahl der ICD-Schlüssel von 644 Diagnosen in 32 Gruppen auf 567 Diagnosen in 40 Diagnosegruppen verändert.

Vollständige Übersichten zu den Veränderungen der Diagnosegruppen sind im KVN-Portal unter Verträge > Strukturverträge > TK-Betreuungsstrukturvertrag eingestellt.

1.4. Abgabetermin Quartalsabrechnung 2/2016

Der Abgabetermin für die Abrechnung des 2. Quartals 2016 ist der 10. Kalendertag des nachfolgenden Quartals und somit der 10.07.2016. Bitte beachten Sie, dass am Samstag und Sonntag das Ärztehaus nicht geöffnet ist, daher ist eine Einreichung Ihrer Abrechnungsunterlagen ausnahmsweise bis 11.07.2016 möglich (Datum Poststempel).

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

Abgabe ausnahmsweise bis 11. Juli möglich

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

Sammelerklärung

Behandlungsausweise

Online-Dokumentation

Zusätzliche Unterlagen

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

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

Bezirksstellen-Zuständigkeit

Ansprechpartner bei Terminproblemen ist das Team Auskünfte des Abrechnungsceners
Telefon: 0511 380-4800 oder E-Mail: abrechnungscener@kvn.de.

1.5. BKK-Hautuntersuchungsverfahren endet für die BKK Beiersdorf AG

Am 1. Juli 2016 fusioniert die BKK Beiersdorf AG mit der DAK-Gesundheit. Infolgedessen ist die GONR 99210 für Versicherte der BKK Beiersdorf AG ab diesem Zeitpunkt nicht mehr abrechenbar.

Der Vertrag mit der stets aktuellen „BKK-Teilnehmerliste“ steht Ihnen im KVN-Portal unter Verträge > Besondere Versorgung > Link: „BKK-Hautuntersuchung“ zur Verfügung.

1.6. Bekanntgabe der bundeseinheitlichen Laborquote „Q“ für das 2. Halbjahr 2016

Für das 2. Halbjahr 2016 hat die KBV die bundeseinheitliche Laborabstaffelungsquote „Q“ mit **91,58** Prozent bekanntgegeben. Das bedeutet, dass, unabhängig davon, wer die für die Abstaffelungsquote relevanten Basis- oder Speziallaborleistungen erbringt, diese nur zu dem vorgenannten Prozentsatz vergütet erhält. Von dieser Quotierungsregelung gibt es keine Ausnahme.

Laborabstaffelungsquote

2. Verordnungen

2.1. Erinnerung: Bestehender Verordnungsausschluss für Glitazone und Verordnungseinschränkung der Glinide ab 01.07.2016

Wir möchten nochmals an den Verordnungsausschluss der Glitazone nach der Anlage III der Arzneimittel-Richtlinie erinnern. Demnach sind Pioglitazon (Actos®, Competact®, Generika) und Rosiglitazon (in Deutschland nicht auf dem Markt) zur Behandlung des Diabetes mellitus Typ 2 nicht zu Lasten der GKV verordnungsfähig. Bei Verstoß gegen die Arzneimittel-Richtlinie drohen Regressanträge der Krankenkassen.

Regress bei Verordnung von Glitazonen möglich

Zugleich rufen wir die zum 01. Juli 2016 in Kraft tretende Verordnungseinschränkung der Glinide nochmals in Erinnerung. Nateglinid (Starlix®) und Repaglinid (u.a. Novonorm®, Generika) sind demnach zur Behandlung des Diabetes mellitus Typ 2 ab Juli nicht mehr zu Lasten der GKV verordnungsfähig. Eine Ausnahme besteht lediglich für niereninsuffiziente Patienten mit einer Kreatinin-Clearance < 25 ml/min. Ihnen kann der Wirkstoff Repaglinid weiterhin zu Lasten der GKV verordnet werden, sofern keine anderen oralen Antidiabetika in Frage kommen und eine Insulintherapie nicht angezeigt ist.

Verordnungseinschränkungen bei Gliniden

Die Anlage III der Arzneimittel-Richtlinie wird zum 01. Juli 2016 entsprechend angepasst.

2.2. Sprechstundenbedarf: Cergem Vaginalzäpfchen nur noch per Einzelbezug auf Namen der Patientin verordnungsfähig

Nach der Einstellung des Vertriebs der Cergem® Vaginalzäpfchen in Deutschland stehen diese nur noch als Importarzneimittel zur Verfügung und dürfen daher nicht über den Sprechstundenbedarf bezogen werden.

Es kann hier nur noch eine patientenbezogene Verordnung erfolgen. Den Wirkstoff Gemoprost gibt es u.a. in Italien unter dem Namen Cervidil®, dies wird dort von Merck Serono vertrieben. Das Präparat ist nur als Einzelpackung zu bestellen und kann von Apotheken über Importeure oder jede andere europäische Apotheke bestellt werden.

2.3. Abasaglar® jetzt über Rabattverträge für alle Krankenkassen verordnungsfähig

Seit Anfang September 2015 ist Abasaglar® von Lilly und Boehringer Ingelheim auf dem deutschen Markt erhältlich. Bei Abasaglar® handelt es sich um ein Biosimilar des Analoginsulins Insulin Glargin, das als Original unter dem Namen Lantus® verfügbar ist.

Alle Krankenkassen haben zugestimmt

Laut der Anlage III der Arzneimittel-Richtlinie des G-BA gilt für Analoginsuline die Regelung, dass für eine Verordnung zu Lasten der GKV für Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2, die nicht die Ausnahmekriterien des G-BA erfüllen, eine Kostenneutralität zu einer Therapie mit

Humaninsulin gegeben sein muss. Dies wird im Regelfall durch Rabattverträge zwischen dem pharmazeutischen Unternehmer und den Krankenkassen erreicht.

Nach Angabe der Hersteller konnte nun auch mit der AOK Baden-Württemberg als letzter ausstehender Krankenkasse ein entsprechender Vertrag geschlossen werden, sodass die Erstattungsfähigkeit von Absaglar® nun über alle Krankenkassen hergestellt ist.

Eine aktuelle Aufstellung der Krankenkassen finden Sie bei Bedarf unter www.abasaglar.de > Fachkreise > Service > Erstattung .

2.4. OPTYLURON NHS 1,0% und OPTYLURON NHS 1,4 % in Anlage V (verordnungsfähige Medizinprodukte) der Arzneimittel-Richtlinie aufgenommen

Zum 19.05.2016 sind die Präparate OPTYLURON NHS 1,0% und OPTYLURON NHS 1,4 % in die Anlage V der Arzneimittel-Richtlinie aufgenommen worden. Da die Zertifizierung und damit einhergehend die Verkehrsfähigkeit der genannten Medizinprodukte bis zum 31. Dezember 2016 befristet sind, ist derzeit auch die Verordnungsfähigkeit bis zu diesem Datum befristet.

Produktbezeichnung	Medizinisch notwendige Fälle	Befristung der Verordnungsfähigkeit
OPTYLURON NHS 1,0%	Zur Anwendung als Operationshilfe in der Ophthalmochirurgie des vorderen Augenabschnittes.	31. Dezember 2016
OPTYLURON NHS 1,4 %	Zur Anwendung als Operationshilfe in der Ophthalmochirurgie des vorderen Augenabschnittes.	31. Dezember 2016

Die namentlich in Anlage V aufgeführten Medizinprodukte dürfen in den genannten medizinisch notwendigen Fällen unter Berücksichtigung der angegebenen Befristung und evtl. bestehender Sondervertragsregelungen zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung auf Namen des Patienten verordnet werden.

Bitte beachten Sie, dass im Falle von Katarakt-Operationen aufgrund bestehender Sondervertragsregelungen in Niedersachsen die oben genannten Medizinprodukte nicht gesondert verordnungsfähig sind, sondern hier bereits als Sachkosten pauschal abgegolten werden.

Die vollständige Liste der Anlage V wie auch nähere Einzelheiten hierzu finden Sie auf der Internetseite des G-BA unter:

www.g-ba.de > Richtlinien > Arzneimittelrichtlinie > Anlage V

Optyluron bei Katarakt-OP in Niedersachsen als Sachkosten abgegolten

2.5. Gemeinsame Arbeitsgruppe Arzneimittel veröffentlicht Informationsschreiben zum Thema chronische Schmerzen

Im Anhang finden Sie ein weiteres Informationsschreiben der AG Arzneimittel. Das Schreiben zum Thema chronische Schmerzen gibt unter anderem einige Aspekte der S3-Leitlinie „Langzeitanwendung von Opioiden bei nichttumorbedingten Schmerzen“ (LONTS) wieder.

Das Schreiben finden Sie in Kürze auch im KVN-Portal unter Verordnungen > Arzneimittel > Veröffentlichungen sowie im Internet unter www.kvn.de > Praxis > Verordnungen.

Anlage: Informationsschreiben zum Thema Chronische Schmerzen

2.6. Verordnung von Gardasil 9 – auch Ersatzkassen und die ikk classic sichern eine regressfreie Verordnung zu

Seit Kurzem ist in Deutschland neben Gardasil® und Cervarix® ein weiterer HPV-Impfstoff - Gardasil® 9 zugelassen. Dieser Impfstoff soll gegen insgesamt neun HPV-Typen wirken.

Anknüpfend an unser Rundschreiben vom Mai 2016 können wir Ihnen mitteilen, dass mittlerweile auch der Verband der Ersatzkassen sowie die IKK classic bestätigen, dass Gardasil 9 bei bestimmungsgemäßer Anwendung ohne Regressrisiko wegen unwirtschaftlicher Verordnungsweise für ihre Versicherten verordnet werden kann.

Eine Verordnung von Gardasil® 9 erfolgt – wie auch die Verordnung von Gardasil® und Cervarix® – als Einzelverordnung auf den Namen der Patientin. Eine Verordnung als Sprechstundenbedarf ist ausgeschlossen.

3. Allgemeine Hinweise

3.1. Anti-Korruptionsgesetz zum 4. Juni 2016 in Kraft getreten

Am 4. Juni 2016 sind mit Verkündung des sogenannten Antikorruptionsgesetzes im Bundesgesetzblatt zwei neue Straftatbestände in das Strafgesetzbuch aufgenommen worden. Mit dem § 299a StGB (Bestechlichkeit im Gesundheitswesen) und § 299b StGB (Bestechung im Gesundheitswesen) sollen laut Begründung im Gesetzentwurf „korruptives Verhalten im Gesundheitswesen zum Schutz der Patientinnen und Patienten in den gesetzlichen Krankenversicherung“ geahndet und die „fachliche Unabhängigkeit von Heilberufen als hohes Gut“ geschützt werden. Unter Strafe gestellt werden die „unlautere“ Vorteilsnahme von Angehörigen eines Heilberufs mit staatlich geregelter Ausbildung bei der Verordnung und dem Bezug von Heil- und Hilfsmitteln sowie Medizinprodukten und der Zuführung von Patienten oder Untersuchungsmaterial.

Was ist „korruptives Verhalten“?

Mit Inkrafttreten des Gesetzes gehen vielfältige Fragestellungen und Unsicherheiten einher, insbesondere welche konkreten Auswirkungen das Gesetz z.B. auf ärztliche Kooperationen hat, die Beteiligung von Ärzten an Gesundheitsunternehmen usw. Die KVN plant gemeinsam mit der ÄKN eine Veranstaltungsreihe zu diesem Thema mit namhaften Strafrechtsexperten und Vertretern der Staatsanwaltschaft.

Folgende Termine sind vorgesehen:

- | | |
|------------------|---|
| 17. August 2016 | Akademie des Sports, Hannover |
| 5. Oktober 2016 | in der Kassenärztlichen Vereinigung
Niedersachsen, Bezirksstelle Osnabrück |
| 19. Oktober 2016 | in der Kassenärztliche Vereinigung
Niedersachsen, Bezirksstelle Braunschweig |
| 26. Oktober 2016 | in der Kassenärztliche Vereinigung
Niedersachsen, Bezirksstelle Oldenburg, |

Die konkreten Modalitäten zu den Veranstaltungen, zur Anmeldung usw. werden im Juli-Heft des niedersächsischen. ärzteblattes veröffentlicht.

3.2. **Neue eGK teilweise nicht einlesbar: Austausch der betroffenen Kartenterminals wird unterstützt**

Etwa 130 Kartenterminals in Niedersachsen werden die neue Generation der elektronischen Gesundheitskarte nicht einlesen können. Betroffene Praxen und andere Einrichtungen können ab 1. Juni 2016 für kurze Zeit eine Pauschale beantragen, um ein Ersatzgerät zu finanzieren.

Bei den Geräten handelt es sich um die stationären Kartenterminals „GCR 5500-D“ der Firma gemalto GmbH (s. Foto). Diese können die elektronischen Gesundheitskarten der zweiten Generation (G2) nicht immer korrekt einlesen, die ab Mitte dieses Jahres ausgegeben werden sollen. Nach Auskunft der Gesellschaft für Telematikanwendungen der Gesundheitskarte mbH (gematik) sind rund 5.000 solcher Geräte bundesweit im Einsatz. Betroffen sind auch Zahnarztpraxen und Krankenhäuser.

Neues Kartenterminal wird finanziert

Praxen, die das Terminal „GCR 5500-D“ von gemalto verwenden, benötigen ein Ersatzgerät, um die neuen G2-Karten einwandfrei einlesen zu können. Die Anschaffung wird finanziell unterstützt – und zwar in Form einer Pauschale in Höhe von 58,89 Euro für ein multifunktionales Kartenterminal (MKT+), zum Beispiel Cherry ST 2052. Diese Geräte können bis zum Start der Telematikinfrasturktur verwendet werden. Danach benötigen Praxen ein onlinefähiges Kartenterminal. Vor dem Kauf eines neuen MTK+ Kartenterminals setzen Sie sich mit Ihrem Softwareunternehmen in Verbindung und erkundigen Sie sich, ob das MTK+ Kartenterminal problemlos mit Ihrer Praxissoftware eingesetzt werden kann.

GCR 5500-D in
ca. 130 Praxen nicht
verwendungsfähig

Pauschale für neues
Gerät

Achtung: Kompatibilität
mit der Praxissoftware
prüfen

Gemalto GCR 5500-D BCS

GCR5500

MKT+ eGK-Kartenterminal

Cherry ST-2052



Zahlung der Pauschale bis Ende Juli

Auf die Finanzierungsregelung haben sich KBV, Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung und Deutsche Krankenhausgesellschaft mit dem Spitzenverband der gesetzlichen Krankenkassen geeinigt. Die Kassen sind demnach bereit, die Pauschale für ein Kontingent von maximal 5.000 stationären Kartenterminals zu zahlen. Anträge auf Auszahlung der Pauschale können längstens bis 31. Juli 2016 bei der gematik eingereicht werden. Sollte das Kontingent bereits vorher aufgebraucht sein, ist keine Finanzierung mehr möglich. Deshalb sollten Praxen zeitnah prüfen, ob ihnen eine Pauschale zusteht.

Frist bis Ende Juli

Antragsstellung ab 1. Juni

Zum 1. Juni 2016 hat die gematik auf ihrer Internetseite unter https://www.gematik.de/cms/de/betrieb_2/gemalto__beantragung_pauschale/pauschale.jsp einen Antragsvordruck sowie weitere Informationen zum Beantragen der Pauschale bereitgestellt. Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten geben dort die Seriennummer des von ihnen verwendeten Kartenterminals an und bestätigen damit, dass sie zum Erhalt der Pauschale berechtigt sind. Das ausgefüllte Formular senden sie anschließend per Fax, E-Mail oder postalisch an die gematik. Die entsprechenden Adressen finden Sie unter dem obengenannten Link. Die Auszahlung der Pauschale erfolgt durch die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen über das Arztkontokorrent, sobald die gematik den Betrag an die KVN überwiesen hat.

Anträge auf der gematik-Homepage

Rückfragen bitte an den IT-Service der KVN
Tel.: 0800 5101025

Unsere Servicezeit für Sie:
Montag bis Freitag: 7 Uhr bis 19 Uhr
Darüber hinaus nehmen wir Ihre Serviceanfrage auch gerne via E-Mail entgegen:
E-Mail: it-service@kvn.de

3.3. Ab 1. Juli 2016 startet der Vertrag „elektrische Kardioversion“ mit der hkk

Die Inanspruchnahme der ambulanten elektrischen Kardioversion ist künftig auch für hkk-Patienten möglich.

Mit Unterstützung des Berufsverbandes Niedergelassener Kardiologen e. V. haben hkk und KVN eine entsprechende Vereinbarung geschlossen. Diese soll „spezialisierte kardiologische Ambulanzen“ fördern, die die erforderlichen Voraussetzungen zur Durchführung der elektrischen Kardioversion nachweisen.

Kardioversion – FA für Innere Medizin und Kardiologen teilnahmeberechtigt

Die Teilnahme ist freiwillig und kann sowohl von Fachärzten für Innere Medizin und Kardiologie als auch von sogenannten „spezialisierten kardiologischen Ambulanzen“ beantragt werden. Die Leistungen werden extrabudgetär vergütet.

Die Vereinbarung finden Sie im KVN-Portal: Verträge > Besondere Versorgung > Link: hkk – Elektrische Kardioversion

3.4. Am 1. Juli 2016 startet der „Pro Niere“-Vertrag mit der Techniker Krankenkasse (TK)

Das seit 2013 mit der BARMER GEK und der pronova BKK etablierte Versorgungskonzept „Pro Niere“ startet ab 1. Juli 2016 auch für die TK.

TK-Vertrag wie Barmer- und Pronova-Verträge

Ziel ist es, Patienten mit renalen Erkrankungen und/oder erhöhtem Risiko für chronische Nierenerkrankungen beim Hausarzt zu erkennen und frühzeitig den Nephrologen mit einzubinden. Gezielte Maßnahmen zur Sekundärprävention und Progressionsverzögerung sollen die Dialysepflicht hinauszögern und bestenfalls vermeiden.

Die Vertragsteilnahme ist separat zu beantragen. Der teilnehmende Hausarzt erhält für seinen Aufwand anlässlich eines Basischecks 20 Euro extrabudgetär vergütet, sofern es nachfolgend zur Patienteneinschreibung und Behandlung beim teilnehmenden Nephrologen kommt.

Der teilnehmende Nephrologe kann – neben einem möglichen Basischeck – eine Erstuntersuchung sowie nachfolgende Kontrolluntersuchungen abrechnen. (Die Vergütungshöhe gleicht der der bekannten BARMER GEK-Vereinbarung.)

Der vollständige Vertrag steht im KVN-Portal: Verträge > Besondere Versorgung > Link: TK - Pro Niere zur Verfügung.

Anlage: Teilnahmeantrag „Pro Niere“ der TK

3.5. TerminServiceStelle (TSS) - Tipps und Tricks zum eTerminservice

Im Folgenden geben wir ein paar kleine Tipps, die Ihnen den Umgang mit dem eTerminservice weiter vereinfachen:

Bedenken Sie bitte stets, dass Sie Termine im eTerminservice reservieren können, diese aber in Ihrer Praxissoftware nachvollziehen müssen.

Achtung: Vergeben Sie aus Ihrer Praxissoftware heraus keine Termine im eTerminservice („TSS-Termine“), die noch weiter als 7 Wochentage entfernt sind – diese stehen der TSS (noch) zur Verfügung und es kann zu Doppelterminierungen/-vergaben kommen. Erst „TSS-Termine“ näher als 7 Tage stehen Ihnen konfliktfrei zur Verfügung. Sollten Sie einen

„TSS-Termin“ für den normalen Praxisablauf benötigen, so blockieren Sie diesen bitte im eTerminservice.

Je besser Sie das Terminprofil benennen, desto genauer kann die Patientenzuweisung erfolgen!

Allgemeines Beispiel: Benennen Sie einen Termin mit „Erstgespräch“, wenn dieser „nur“ dazu dienen soll.

Beispiel aus „der Radiologie“: Benennen Sie das Profil z. B. „MRT-Kopf-Untersuchung“.

Die TSS wird dies so gut es geht berücksichtigen!

Wenn Sie nicht nach Ärztin/Arzt differenzieren möchten, können Sie ein Terminprofil für die gesamte Praxis erzeugen, indem Sie ein vollständig neues Profil erzeugen („oben rechts“) und dort alle Leistungen anhängen, die Sie in diesem Profil anbieten möchten.

Und wichtig: Schauen Sie gleich Montagfrüh in den eTerminservice, welche Termine in der beginnenden Woche vergeben sind – und welche Ihnen noch für eigene (wirklich) dringende Patienten zur Verfügung stehen.

Bei einem Klick auf den Termin im eTerminservice sehen Sie übrigens die Patientendaten!

An einer E-Mail- und/oder Faxbenachrichtigung wird mit Hochdruck gearbeitet – sie steht kurz vor der Fertigstellung!

Hat sich in Ihrer Praxiskonstellatation etwas geändert, werden die aus den Daten der KVN erzeugten Profile automatisch aktualisiert – die von Ihnen kopierten oder neu erstellten Profile können jedoch nur automatisch geändert werden, soweit dies eindeutig ist (eine Berechtigung entfällt für die komplette Praxis, wenn der einzige Arzt, der diese hatte, die Praxis verlässt, d.h. niemand hat diese mehr!)

Andersherum formuliert: Die selbst erstellten oder bearbeiteten Profile müssen Sie bitte nach Konstellationsänderungen in Ihrer Praxis selbst kontrollieren und ggf. per Hand aktualisieren! Sie erkennen diese Profile daran, dass in der Regel die LANR nicht angezeigt wird.

Achtung: Kopierte Profile eines Arztes, der die Praxis verlässt, werden derzeit nicht automatisch gelöscht. Überprüfen Sie diese bitte ebenfalls.

Bitte beachten Sie auch die Bedienungsanleitungen direkt im eTerminservice!

Ansprechpartner für technische Fragen ist der IT-Service der KVN:

Telefon: 0800 510 1025 (gebührenfrei) oder E-Mail: it-service@kvn.de.

Ansprechpartner für Honorarfragen und Ihre Praxisdaten ist Ihre Bezirksstelle.

Ansprechpartner für allgemeine Fragen ist Ihr Abrechnungszentrum:
Telefon: 0511 380 4800 oder E-Mail: abrechnungszentrum@kvn.de.

Genaues Terminprofil anlegen

TSS-Termine immer im Blick behalten

Profile nach Änderung der Praxiskonstellatation aktualisieren

3.6. Am 1. Juli 2016 startet Versorgungsprogramm „Gesund schwanger“ mit 6 Betriebskrankenkassen

Gemeinsam mit den Berufsverbänden der Frauenärzte, der Laborärzte und der Ärzte für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie hat die AG Vertragskoordinierung der KBV diese Versorgung entwickelt.

Sie wird aktuell von folgenden BKKen unterstützt: Bertelsmann BKK, BKK Aesculap, BKK Diakonie, Daimler Betriebskrankenkasse, BKK Voralb HELLER*INDEX*LEUZE, die Bergische Krankenkasse, Salus BKK

„Gesund schwanger“ setzt ganzheitlich an den relevantesten Risikofaktoren an und soll die bestehende Mutterschaftsrichtlinie ergänzen. Ziel ist die Vermeidung von Frühgeburten mittels eines systematischen Infektionsscreenings sowie einer individuell auf die Schwangere abgestimmten Beratung.

Die Vertragsteilnahme ist separat zu beantragen. Der teilnehmende Gynäkologe erhält extrabudgetär: 60 Euro für seine Beratung inkl. Screening (GONR 81300), 50 Euro für den vaginalen Frühultraschall (GONR 81301) sowie 26 Euro für ein Infektionsscreening (GONR 81302). Für die Laborauswertung ist eine extrabudgetäre Pauschale von 15 Euro (GONR 81303) für den teilnehmenden (Labor-) Arzt abrechenbar.

Der vollständige Vertrag steht im KVN-Portal: Verträge > Besondere Versorgung > Link: „BKK – Gesund schwanger“ zur Verfügung.

Vermeidung von Frühgeburten durch Infektionsscreening

3.7. Neuer Musterhygieneplan Gastroenterologie veröffentlicht

Das Kompetenzzentrum Hygiene und Medizinprodukte der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung hat den Musterhygieneplan-Gastroenterologie überarbeitet und stellt das Dokument in einer neuen Version allen interessierten Praxen zur Verfügung. Verschiedene Änderungen der Rechtsgrundlagen haben die Anpassung notwendig gemacht.

Ziel dieses Musterhygieneplans ist es, den Verantwortlichen in gastroenterologischen Praxen ein Unterstützungs- und Serviceangebot für die Erstellung des praxisinternen Hygieneplans an die Hand zu geben. In dem Musterhygieneplan werden hygienerelevante Abläufe einer gastroenterologischen Praxis detailliert dargestellt. Die beschriebenen Regelungen erstrecken sich von allgemeinen Maßnahmen der Hygiene bis hin zur baulich-funktionellen Gestaltung in der Arztpraxis. Das Hauptaugenmerk liegt auf der Aufbereitung von flexiblen Endoskopen und deren Komponenten. Für mehr Hintergrundinformationen zu einzelnen Hygiene-Maßnahmen wird auf den Leitfaden „Hygiene in der Arztpraxis“ verwiesen, der ebenfalls vom Kompetenzzentrum Hygiene und Medizinprodukte der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung herausgegeben wurde.

Hygienerrelevante Abläufe detailliert nachvollzogen

Den **Hygieneleitfaden** können Sie auf unserer Homepage unter <http://www.kvn.de> > Praxis > Qualitätssicherung > Hygiene-und-Medizinprodukte > Hygiene als Download abrufen.

Der Musterhygieneplan liegt in zwei unterschiedlichen Versionen vor:

- Reinigung und Desinfektion von Endoskopen, endoskopischem Zusatzinstrumentarium und Zubehör als maschinelles Verfahren
- Reinigung und Desinfektion von Endoskopen, endoskopischem Zusatzinstrumentarium und Zubehör als manuelles Verfahren

Beide Versionen stehen als PDF auf der Homepage der KVBW zum Download zur Verfügung. Sie finden den Link zum Kompetenzzentrum auf unserer Homepage unter: <http://www.kvn.de> > Praxis > [Qualitätssicherung](#) > [Hygiene-und-Medizinprodukte](#) .

Zudem kann eine Word-Version, die für die individuelle Anpassung an die eigene Praxis benötigt wird, auf Anfrage bei Ihren Hygieneberaterinnen der KV Niedersachsen angefordert werden.

Kontakt

Frau Marlen Hilgenböker
Tel.: 05 11 3 80-33 11
Email: marlen.hilgenboeker@kvn.de

Frau Petra Naumann
Tel.: 05 11 3 80-32 20
Email: petra.naumann@kvn.de

Fax.- Nr.: 05 11 3 80-31 56

3.8. Neufassung der Kinder-Richtlinie

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat eine Neufassung der Kinder-Richtlinie sowie eine überarbeitete Fassung des Untersuchungsheftes (Gelbes Heft) zur Dokumentation der Kinderuntersuchungen beschlossen.

Der Beschluss wird z. Zt. noch vom Bundesministerium für Gesundheit geprüft. Wird er nicht beanstandet, erfolgt ein Inkrafttreten 14 Tage nach Veröffentlichung im Bundesanzeiger, frühestens zum 1. Juli 2016.

Das Wichtigste aus den Beschlüssen möchten wir Ihnen nachfolgend erläutern:

1. Qualitätssicherung

Um eine möglichst einheitliche Durchführung der Untersuchungen zu ermöglichen, wurden Untersuchungsbestandteile konkretisiert und standardisiert. So wurden z. B. für die Untersuchung der Augen etablierte Standards zur Durchführung der Sehtests vorgegeben.

Zu den Änderungen gehört außerdem, dass der Hörtest bei der U8 mittels Audiometrie erfolgen soll.

2. Psychosoziale Entwicklung stärker im Blick

Bei den Früherkennungsuntersuchungen sollen die Vertragsärzte noch intensiver auf psychische und soziale Aspekte achten. Ein wichtiges Ziel

Differenzierung nach maschinellen und manuellen Verfahren

„Gelbes Heft“ wird erneuert

ist es, Verhaltensauffälligkeiten und Risikofaktoren für psychische Erkrankungen früh zu erkennen und den Eltern entsprechende Hilfen anzubieten.

3. Einführung eines Screenings auf Mukoviszidose

Im Abschnitt C - Spezielle Früherkennungsuntersuchungen - wird das Screening auf Mukoviszidose neu aufgenommen. Die Untersuchung soll in der Regel zum selben Zeitpunkt und aus derselben Blutprobe wie das erweiterte Neugeborenen-Screening erfolgen.

4. Untersuchungsheft - Gelbes Heft

Aufgrund der Neustrukturierung, Konkretisierung und Standardisierung der Untersuchungsinhalte wurde auch die Dokumentation angepasst.

Das Gelbe Heft wird um eine separate Teilnahmekarte ergänzt. Mit der Teilnahmekarte wird der regelmäßige Besuch der Untersuchungen dokumentiert. So haben die Eltern die Möglichkeit, die regelmäßige Teilnahme nachzuweisen, ohne vertrauliche Informationen des Gelben Heftes weitergeben zu müssen.

Die U3 – U9 beinhalten jeweils eine Impfberatung und Überprüfung der Vollständigkeit des Impfstatus. Daher ist die Teilnahmekarte grundsätzlich geeignet, gemäß § 34 Abs.10a des Infektionsschutzgesetzes bei Erstaufnahme in eine Kindertagesstätte die ärztliche Beratung in Bezug auf einen vollständigen und altersgemäßen Impfschutz nachzuweisen.

Teilnahmekarte als Nachweis für die Kita

5. Übergangsregelung für die „alten“ Gelben Hefte

Für die „alten“ Gelben Hefte, die noch im Umlauf sind, gilt: Bei Kindern im ersten Lebensjahr (bis zur U6) nutzen Ärzte bei der nächsten anstehenden Früherkennungsuntersuchung das neue Gelbe Heft. Bei Kindern, deren U6 bereits erfolgt ist, soll die Dokumentation der neuen Untersuchungsinhalte auf einklebbaren Einlegeblättern in der bisherigen Version des Gelben Hefts erfolgen.

Die neuen Gelben Hefte, die Einlegeblätter für die Untersuchungen U7 bis U9 sowie die einlegbaren Teilnahmekarten können beim PAV, oder sofern Sie Ihre Vordruckbestellung über Ihre Bezirksstelle durchführen, bei dieser bestellt werden.

Die neu gefasste Kinder-Richtlinie finden Sie in Kürze auf der Internetseite des Gemeinsamen Bundesausschusses (www.g-ba.de/Informationen/Richtlinien).

3.9. Ausnahmefall für Krankenfahrten zur ambulanten Chemotherapie konkretisiert und: Krankentransport-Richtlinie gilt jetzt auch für Zahnärzte

Mit der Änderung der Krankentransport-Richtlinie hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) bei Krankenfahrten zur Krebstherapie den bisherigen Begriff „onkologische Chemotherapie“ konkretisiert in „parenterale antineoplastische Arzneimitteltherapie/parenterale onkologische

Anlässe für Krankenfahrten konkretisiert

Chemotherapie“. Mit dieser Formulierung soll das aktuelle Behandlungsspektrum der ambulanten onkologischen Therapie besser abgebildet werden.

Darüber hinaus können künftig neben Vertragsärzten auch Vertragszahnärzte Krankenfahrten verordnen. Dabei ist jedoch zu beachten, dass die Verordnung durch Vertragszahnärzte nur in den Fällen erfolgen kann, wenn die zahnärztliche Behandlungsbedürftigkeit den Grund für den Transport darstellt.

Die geänderte Krankentransport-Richtlinie finden Sie auf der Internetseite des Gemeinsamen Bundesausschusses (www.g-ba.de/Informationen/Richtlinien).

3.10. Fortbildung „Polymedikation – Die Kunst des Weglassens“ am 17.09.2016

Gemeinsam mit der AOK Niedersachsen und der Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin e.V. veranstaltet die KVN eine Fortbildung für Ärzte und Apotheker zum Thema Polymedikation.

Termin: Samstag, 17.09.2016 von 10.00 – 17.00 Uhr

Ort: Akademie des LandesSportBundes Niedersachsen e.V., Ferdinand-Wilhelm-Fricke-Weg 10, 30169 Hannover

Gebühr: 49 Euro

Das Thema der Polymedikation wird derzeit vielschichtig diskutiert. Insbesondere bei multimorbiden Patienten kann die Vielzahl der zu behandelnden Symptome und Krankheitsbilder entlang der jeweiligen Leitlinien zu Polymedikation führen. Für eine Behandlung mit „so wenig wie möglich, aber so viel wie nötig“ Medikamenten sind eine enge Zusammenarbeit der behandelnden Akteure sowie eine genaue Aufklärung der Patienten entscheidend. Mit dieser Fachtagung möchten wir Sie für das Thema sensibilisieren, einen Austausch ermöglichen und aus verschiedenen Perspektiven erörtern, wie man den Herausforderungen begegnen kann. Zur Diskussion in den Workshops haben die Teilnehmer die Möglichkeit, im Vorfeld Fälle aus der eigenen Praxis zu melden.

Die Veranstaltung ist mit 5 CME-Fortbildungspunkten sowie bei Teilnahme an den DMP-Verträgen Diabetes mellitus Typ 2, COPD, Asthma und KHK mit 4 DMP-Punkten akkreditiert.

Anlage: Information/Anmeldeformular zur Veranstaltung „Polymedikation – Die Kunst des Weglassens“

3.11. IHK Stade bietet berufsbegleitende Ausbildung zum Fachwirt/ zur Fachwirtin im Gesundheits- und Sozialwesen an

Als Ergebnis einer umfangreichen Bedarfserhebung bietet die Industrie- und Handelskammer (IHK) Stade erstmals in der Zeit vom 5. August 2016 bis zum 18. November 2017 die berufsbegleitende Fortbildung „Geprüfte Fachwirte im Gesundheits- und Sozialwesen an“. Fachkräfte

Austausch über Herausforderungen der Polymedikation

... mit CME- und DMP-Punkten akkreditiert

Betriebswirtschaft für medizinische Fachkräfte

aus der Branche, die eine höhere, auf die Berufsausbildung aufbauende, Qualifikation anstreben, erlangen hier betriebswirtschaftliche Kompetenzen. Anmeldungen werden ab sofort entgegengenommen.

Dank einer neuen Organisationsform wird auch Interessierten mit einer weiteren Anreise nach Stade die Teilnahme an der IHK-Fortbildung für Geprüfte Fachwirte im Gesundheits- und Sozialwesen ermöglicht. Es werden vier-wöchentlich stattfindende Präsenzveranstaltungen (freitags, samstags) mit zwei als Bildungsurlaub anerkannten Vollzeitwochen in Stade, Online-Unterricht und Selbststudienphasen kombiniert. Der Online-Unterricht wird 14-tätig mit einem Dozenten im virtuellen Klassenzimmer durchgeführt und die Teilnehmer besuchen diesen Teil des Unterrichts von zu Hause aus.

Mit dem demografischen Wandel steigt der Bedarf an qualitativ hochwertigen medizinischen, pflegerischen und sozialen Leistungen, gleichermaßen verschärft sich der Druck der öffentlichen und privaten Einrichtungen Kosten zu optimieren. Eine berufsbegleitende Fortbildung zum Geprüften Fachwirt im Gesundheits- und Sozialwesen bereitet umfassend auf die Anforderung, die komplexen Aufgaben des Gesundheits- und Sozialwesens betriebswirtschaftlich auszurichten, vor.

Weitere Informationen und die Möglichkeit der Anmeldung unter www.stade.ihk24.de/gesundheitsfachwirte

Neues Kurskonzept

4. Veranstaltungen im Juli und August 2016

Hier bekommen Sie eine Übersicht über Seminare und Fortbildungen der KVN mit noch freien Plätzen im Juli und August 2016. Ein Anmeldefax ist angehängt. Bitte nutzen Sie für unterschiedliche Seminare separate Anmeldefaxe. Die ausgefüllten Anmeldungen faxen Sie bitte an folgende Nummer: **0511 380-3480**.

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

www.kvn.de/Seminarangebot

Name	Ort	Datum	Gebühr p. P.
Qualitäts- und Praxismanagement			
Datenschutz in der Arztpraxis	Hannover	23.Aug	139 Euro
Neue Wege in die Zukunft – Patientenbindung durch aktives Kundenmanagement	Hannover	27.Aug	119 Euro
Patientenbefragung erfolgreich durchführen	Hannover	17.Aug	78 Euro

Personalführung für Erstkräfte	Aurich	10.Aug	80 Euro
Praxisbegehungen durch das Gewerbeaufsichtsamt	Hannover	20.Aug	20 Euro
Praxis Check-up	Hannover	24.Aug	85 Euro
Qualifikation zum/zur PräventionsmanagerIn (zwei Blöcke)	Hannover	25.Aug	380 Euro
Qualitätsmanagement für Psychotherapeuten	Oldenburg	13.Aug	135 Euro
Schwierige Gesprächssituationen erfolgreich meistern	Hannover	13.Aug	119 Euro
Abrechnung und Verordnung			
LINDA Schulungsprogramm (für Diabetologische Schwerpunktpraxen)	Hannover	27.Aug	85 Euro
Medizinische und psychotherapeutische Themen			
Notfallseminar	Hannover	31.Aug	70 Euro für Ärzte 55 Euro für MFA

Verbindliche Anmeldung (bitte vollständig ausfüllen)

Fax an 0511 380-3480

Ich nehme am Seminar

mit _____ Person/en teil.

Datum des Seminars

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

Vor- und Nachname des Rechnungsempfängers (Praxis)

Anschrift des Rechnungsempfängers (Straße, PLZ, Ort)

LANR

BSNR

E-Mail-Adresse

Telefonnummer für evtl. Rückfragen

Datum

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

Stempel

5. Anlagenverzeichnis

- 5.1. Anlage: Amtliche Mitteilung zum HVM für Haus- und Kinderärzte 3/2016**
- 5.2. Anlage: Informationsschreiben zum Thema Chronische Schmerzen**
- 5.3. Anlage: Teilnahmeantrag „Pro Niere“ der TK**
- 5.4. Anlage: Information/Anmeldeformular zur Veranstaltung „Polymedikation – Die Kunst des Weglassens“**

Amtliche Mitteilung der KVN zum HVM für das 3. Quartal 2016

in Umsetzung des Honorarverteilungsmaßstabes (HVM) gemäß § 87b Abs. 1 SGB V der KVN vom 21. November 2015

Für die Arztgruppe:
Fachärzte für Innere und Allgemeinmedizin, Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte, Fachärzte für Innere Medizin, die dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören

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

Regelleistungsvolumen	RLV-Fallwert:	40,9367 €
Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen (QZV)	Gebührenordnungspositionen des EBM	Fallwert
Akupunktur	30790, 30791	143,9463 €
Allergologie (Zusatzbezeichnung)	30110, 30111, 30120, 30121, 30122, 30123	45,4567 €
Behandlung des diabetischen Fußes	02311	51,4773 €
Behandlung von Hämorrhoiden	30610, 30611	16,4542 €
Chirotherapie	30200, 30201	7,8719 €
Dringende Besuche	01411, 01412	68,0552 €
Ergometrie	03321	18,0499 €
Hyposensibilisierungsbehandlung	30130, 30131	23,0195 €
Kardiorespiratorische Polygraphie	30900	54,7273 €
Kleinchirurgie	02310	18,5291 €
Langzeit-Blutdruckmessung	03324	7,2957 €
Langzeit-EKG	03241, 03322	10,3797 €
Phlebologie	30500, 30501	18,1763 €
Physikalische Therapie	30400, 30401, 30402, 30410, 30411, 30420, 30421	11,2864 €
Proktologie	03331	9,5702 €
Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120	21,2909 €
Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150	87,1107 €
Schmerztherapeutische spezielle Versorgung	30700, 30702, 30704, 30706, 30708	118,4830 €
Schmerztherapeutische spezielle Behandlung	30710, 30712, 30720, 30721, 30722, 30723, 30724, 30730, 30731, 30740, 30750, 30751, 30760	82,2603 €
Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092	15,1093 €
Sonographie III	33060, 33061, 33062	16,5571 €
Spirometrie	03330	5,6009 €
Unvorhergesehene Inanspruchnahme	01100, 01101, 01102	16,4282 €
Verordnung medizinischer Rehabilitation	01611	27,7148 €

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

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

Sofern der prozentuale Zuwachs aller RLV-Behandlungsfälle einer Arztgruppe in 3/2016 gegenüber 3/2015 fünf vom Hundert überschreitet, unterliegen die Ärzte dieser Arztgruppe im Rahmen der Ermittlung des RLV-Budgets 3/2016 einer Fallzahlzuwachsbeschränkung. In diesem Falle wird das arztindividuelle RLV 3/2016 begrenzt auf die individuelle RLV-relevante Behandlungsfallzahl im Vorjahresquartal zzgl. fünf vom Hundert der arztgruppenspezifischen durchschnittlichen RLV-Behandlungsfallzahl im Vorjahresquartal als maximales Wachstum.

Arztgruppenspezifische durchschnittliche RLV-Behandlungsfallzahl im Vorjahresquartal:	944,16
Maximales Wachstum der individuellen RLV-Behandlungsfallzahl:	47,21

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

Für Ärzte, die im 3. Quartal 2016 nicht in vollem zeitlichen Umfang an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, reduzieren sich die o. a. durchschnittlichen Behandlungsfallzahlen anteilig auf den Umfang ihrer Tätigkeit.

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

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

25% Minderung des RLV-Fallwerts ab 150% der durchschnittlichen RLV-Behandlungsfallzahl:	1.416,24
50% Minderung des RLV-Fallwerts ab 170% der durchschnittlichen RLV-Behandlungsfallzahl:	1.605,07
75% Minderung des RLV-Fallwerts ab 200% der durchschnittlichen RLV-Behandlungsfallzahl:	1.888,32

Für Ärzte, die im 3. Quartal 2016 nicht in vollem zeitlichen Umfang an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, reduzieren sich die o. a. Fallwertminderungsgrenzen anteilig auf den Umfang ihrer Tätigkeit.

Amtliche Mitteilung der KVN zum HVM für das 3. Quartal 2016

in Umsetzung des Honorarverteilungsmaßstabes (HVM) gemäß § 87b Abs. 1 SGB V der KVN vom 21. November 2015

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

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

Regelleistungsvolumen	RLV-Fallwert:	42,9788 €
Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen (QZV)	Gebührenordnungspositionen des EBM	Fallwert
Allergologie	30110, 30111, 30120, 30121, 30122, 30123	41,0810 €
Dringende Besuche	01411, 01412	49,0728 €
Ergometrie	04321	17,8207 €
Hyposensibilisierungsbehandlung	30130, 30131	25,7059 €
Langzeit-Blutdruckmessung	04324	7,2721 €
Langzeit-EKG	04241, 04322	14,8321 €
Neurophysiologische Übungsbehandlung	30300, 30301	40,9137 €
Physikalische Therapie	30400, 30401, 30402, 30410, 30411, 30420, 30421	19,1653 €
Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120	15,3731 €
Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150	90,1026 €
Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092	13,9864 €
Sonographie II	33020, 33021, 33022, 33023, 33030, 33031, 33040	22,3079 €
Sonographie der Säuglingshöften	33051	10,7582 €
Spirometrie	04330	6,1927 €
Unvorhergesehene Inanspruchnahme	01100, 01101, 01102	16,2523 €
Verordnung medizinischer Rehabilitation	01611	28,0543 €

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

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

Sofern der prozentuale Zuwachs aller RLV-Behandlungsfälle einer Arztgruppe in 3/2016 gegenüber 3/2015 fünf vom Hundert überschreitet, unterliegen die Ärzte dieser Arztgruppe im Rahmen der Ermittlung des RLV-Budgets 3/2016 einer Fallzahlzuwachsbeschränkung. In diesem Falle wird das arztindividuelle RLV 3/2016 begrenzt auf die individuelle RLV-relevante Behandlungsfallzahl im Vorjahresquartal zzgl. fünf vom Hundert der arztgruppendurchschnittlichen RLV-Behandlungsfallzahl im Vorjahresquartal als maximales Wachstum.

Arztgruppendurchschnittliche RLV-Behandlungsfallzahl im Vorjahresquartal:	909,26
Maximales Wachstum der individuellen RLV-Behandlungsfallzahl:	45,46

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

Für Ärzte, die im 3. Quartal 2016 nicht in vollem zeitlichen Umfang an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, reduzieren sich die o. a. durchschnittlichen Behandlungsfallzahlen anteilig auf den Umfang ihrer Tätigkeit.

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

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

25% Minderung des RLV-Fallwerts ab 150% der durchschnittlichen RLV-Behandlungsfallzahl:	1.363,89
50% Minderung des RLV-Fallwerts ab 170% der durchschnittlichen RLV-Behandlungsfallzahl:	1.545,74
75% Minderung des RLV-Fallwerts ab 200% der durchschnittlichen RLV-Behandlungsfallzahl:	1.818,52

Für Ärzte, die im 3. Quartal 2016 nicht in vollem zeitlichen Umfang an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, reduzieren sich die o. a. Fallwertminderungsgrenzen anteilig auf den Umfang ihrer Tätigkeit.

Amtliche Mitteilung der KVN zum HVM für das 3. Quartal 2016

in Umsetzung des Honorarverteilungsmaßstabes (HVM) gemäß § 87b Abs. 1 SGB V der KVN vom 21. November 2015

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

- Leistungen im organisierten Notfalldienst der KVN
- Haus- und Heimbefuche (GOP 01410, 01413 und 01415 EBM)
- Verordnung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (GOP 01425 und 01426 EBM)
- Leistungen der Prävention, Empfängnisregelung, Sterilisation und im Rahmen von Schwangerschaftsabbrüchen (Abschnitte 1.7.1 bis 1.7.7 EBM)
- Leistungen der Methadon- und Diamorphinsubstitution (Abschnitt 1.8 EBM)
- Ärztlich angeordnete Hilfeleistungen anderer Personen (GOP 03060, 03062 und 03063 EBM)
- Leistungen der hausärztlichen geriatrischen Versorgung (Abschnitt 3.2.4 EBM)
- Leistungen der palliativmedizinischen Versorgung (Abschnitt 3.2.5 und 4.2.5 EBM)
- Leistungen der sozialpädiatrischen Versorgung (Abschnitt 4.2.4 EBM)
- Leistungen der pädiatrischen Nephrologie und Dialyse (Abschnitt 4.5.4 EBM) sowie die GOP 04000 bis 04015, 04040 und 04230, wenn in demselben Behandlungsfall Leistungen des Abschnitts 4.5.4 EBM abgerechnet werden
- Zuschlag auf die jeweilige Pauschale für die fachärztliche Grundversorgung (PFG)
- anästhesiologische Leistungen gemäß § 87b Abs. 2 Satz 5 SGB V
- Beratung und Betreuung eines Patienten nach einer intravitrealen operativen Medikamenteneingabe (GOP 06334 und 06335 EBM)
- Leistungen und Begleitleistungen der Reproduktionsmedizin (ohne Beratungsleistungen GOP 08520 und 08521 EBM)
- Balneophototherapie (GOP 10350 EBM)
- Leistungen der Humangenetik (GOP 11320 bis 11322 und Abschnitt 11.4 EBM)
- Leistungen und Kostenpauschalen der Laboratoriumsmedizin (GOP 12210, 12220, 12225 und 32001 sowie Kapitel 32 EBM)*
- Leistungen der Nephrologie und Dialyse (Abschnitt 13.3.6 EBM)
- Leistungen auf Überweisungsfällen zur Durchführung ausschließlich von Probenuntersuchungen sowie Humangenetische Leistungen der Abschnitte 19.4.2 und 19.4.4 EBM
- Strahlentherapie (Kapitel 25 EBM)
- Leistungen der Soziotherapie (Abschnitt 30.8 EBM)
- Leistungen der spezialisierten Versorgung HIV-infizierter Patienten (Abschnitt 30.10 EBM)
- Neuropsychologische Therapie (Abschnitt 30.11 EBM)
- Spezielle Diagnostik und Eradikationstherapie im Rahmen von MRSA (Abschnitt 30.12 EBM)
- Leistungen zur spezialisierten geriatrischen Diagnostik und Versorgung (Abschnitt 30.13 EBM)
- Ambulantes Operieren, PTK, Koloskopie, Kapselendoskopie und ERCP (Leistungen des Kapitels 31 EBM sowie die GOP 04514, 04515, 04518, 04520, 04528 und 04529 sowie 13421 bis 13431 EBM)
- Leistungen der Abschnitte 2 und 3 der Anlage 1 zum AOP-Vertrag nach § 115b SGB V
- Vakuumstanzbiopsien (GOP 34274 EBM)
- Osteodensitometrische Untersuchung II (GOP 34601 EBM)
- Diagnostische Positronenemissionstomographie (PET) und diagnostische Positronenemissionstomographie mit Computertomographie (PET/CT) (Abschnitt 34.7 EBM)
- probatorische Sitzungen von Ärzten der in § 87b Abs. 2 Satz 3 SGB V genannten Arztgruppen (GOP 35150 EBM)
- antrags- und genehmigungspflichtige Leistungen der Psychotherapie (Abschnitt 35.2 EBM)
- Leistungen, die in belegärztlichen Behandlungsfällen zur Abrechnung gelangen
- Kosten- und Wegepauschalen (Kapitel 40 EBM) sowie Sachkostenerstattung (GOP 99999)
- Vergütungen für regional bzw. bundesweit vereinbarte, nicht im EBM enthaltene Leistungen im GOP-Bereich ≥ 80000

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

Gemeinsame Arbeitsgruppe Arzneimittel

Kassenärztliche Vereinigung
Niedersachsen

Verbände der gesetzlichen
Krankenkassen in Niedersachsen



Therapie chronischer Schmerzen

Laut einer repräsentativen Bevölkerungsstichprobe von Personen über 14 Jahren leiden insgesamt 7,4% (Barmer GEK Arzneimittelreport 2012) der Teilnehmer an chronischen nichttumorbedingten Schmerzen mit deutlichen Beeinträchtigungen. In Deutschland werden für die Langzeittherapie (Dauer ≥ 3 Monate) häufig Opioid-haltige Analgetika eingesetzt. International ist die Langzeitanwendung von Opioiden sehr umstritten¹. Weltweit steigen die Opioidverordnungen stetig an obwohl die Sicherheit dieser Medikamente kontrovers diskutiert wird.

Die Deutsche Schmerzgesellschaft und AWMF haben jüngst eine Aktualisierung der S3-Leitlinie „Langzeitanwendung von Opioiden zur Behandlung bei nicht tumorbedingten Schmerzen“ (LONTS) veröffentlicht².

Nach dieser Leitlinie gilt bei der chronischen Schmerztherapie nach wie vor das Stufenschema der WHO:

Stufe 1	Stufe 2	Stufe 3
<p>Nicht-opioides Analgetikum z.B. NSAR, Paracetamol, Metamizol, ggf. in Kombination mit Adjuvantien</p>	<p>Schwaches Opioid, z.B. Tilidin, Tramadol, ggf. in Kombination mit nicht opioiden Analgetika und/oder Adjuvantien</p>	<p>Starkes Opioid, z.B. Morphin, Hydromorphon, Oxycodon, Fentanyl, Buprenorphin, ggf. in Kombination mit nicht-opioiden Analgetika und/oder Adjuvantien</p>

Die S3-Leitlinie unterscheidet grundsätzlich eine zeitlich befristete (1 bis 3 Monate) von einer Langzeitanwendung (länger als 3 Monate) bei Medikamenten mit morphinartiger Wirkung (Opioide).

Hinsichtlich der Indikation einer Opioidtherapie bei Nichttumorschmerz nennt sie 3 Kategorien:

1. Belegte Wirksamkeit	2. Individueller Therapieversuch	3. Nicht empfohlen/ keine Wirksamkeit
<ul style="list-style-type: none"> • Diabetische Polyneuropathie • Evtl. andere neuropathische Schmerzen (Postzosterneuralgie) • Arthroseschmerzen-chronischer Rückenschmerz 	<ul style="list-style-type: none"> • Chronische Schmerzen bei Osteoporose • Chronische postoperative Schmerzen • Chronische Ischämieschmerzen der Extremitäten • Chronische Weichteilschmerzen bzw. Kontrakturen • Komplexes regionales Schmerzsyndrom 	<ul style="list-style-type: none"> • Primäre Kopfschmerzen • Funktionelle Störungen (Reizdarm, Fibromyalgiesyndrom) • Schmerzen als Symptom von primär psychiatrischen bzw. affektiven Erkrankungen • Chronische Pankreatitis • Chronisch-entzündliche Darmerkrankungen

Empfehlungen für die Therapie laut LONTS:

- Eine Therapie > 3 Monate soll nur bei individuellen Ansprechen (Erreichen individueller Therapieziele, gute Verträglichkeit) durchgeführt werden.
- Opioide sollten bei chronischen Schmerzsyndromen nicht als Monotherapie verordnet werden. Aktivierende Therapien (wie Physio- oder Psychotherapie, Lebensstilmodifikationen) sollten die Schmerztherapie ergänzen.
- Nach 6 Monaten soll mit Patienten mit einem guten Ansprechen der Therapie die Möglichkeit einer Dosisreduktion und/oder eines Auslassversuches besprochen werden.
- Eine Dosis von >120mg/d orales Morphinäquivalent soll nur in Ausnahmefällen überschritten werden.

Treten unter der Therapie von stark wirksamen Opioiden Verstopfungen auf, können nach Anlage I und V der Arzneimittelrichtlinie Laxantien begleitend verordnet werden.

Verordnungssituation

Laut Arzneiverordnungsreport 2015 haben sich die Verordnungen von Opioid-Analgetika in den letzten 20 Jahren verdreifacht. Führende Mittel der stark wirksamen Opioide sind Fentanylpflaster, Oxycodon sowie Hydromorphon, während die Verordnungszahlen für Morphin rückläufig sind³. Bei ungefähr 75% der mit Fentanylpflastern behandelten Patienten ist darüber hinaus nicht nachvollziehbar, warum sie direkt ein Pflaster statt Tabletten verordnet bekommen⁴.

In der Arzneimittelvereinbarung 2015 für Niedersachsen sind für Opioidverordnungen *empfohlene* Quoten vereinbart worden: so sollte die empfohlene Verordnungshöchstquote für transdermale Darreichungsformen an allen oralen und transdermalen Darreichungsformen in Niedersachsen höchstens 42,2 % betragen. Zusätzlich sollte der Anteil der generikafähigen an allen BtM-pflichtigen oralen Darreichungsformen bei mindestens 75 % liegen.

Neben den Risiken bei der Anwendung von Opioiden ist zusätzlich Folgendes zu beachten:

In gebrauchten Pflastern sind noch bis zu 70% (!) der ursprünglichen Wirkstoffmenge enthalten. Kinder können sich mit herumliegenden, auch benutzten Pflastern vergiften. Patienten sollten stets auf die korrekte Lagerung und Entsorgung der Pflaster hingewiesen werden.

Auch in der Drogenszene werden gebrauchte Fentanylpflaster verwendet. Sie sind als Rauschmittel sehr begehrt, da sie eine hohe Reinheit besitzen und stärker wirken als Heroin. Viele Todesfälle sind inzwischen auf diese Substanz zurückzuführen.

Fazit:

- Opioide sind nicht bei allen Schmerzen sinnvoll, beachten Sie das Stufenschema der WHO.
- Für die Langzeitanwendung von Opioiden bei Nichttumorschmerz gibt die aktualisierte S3-Leitlinie LONTS Empfehlungen.

¹ Katz JA, Swerdlow MA, Brass SD et al: Opioids for chronic noncancer pain; a position paper of the American Academy of neurology, Neurology 2015;84:1503-1505

² http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/145-003k_S3_LONTS_2014-10.pdf

³ Schwabe U; Paffrath D (Hrsg.); Arzneimittel-Report 2015, Berlin Heidelberg Springer Verlag; Seite 311

⁴ Schwabe u; Paffrath D (Hrsg.); Arzneimittel-Report 2015, Berlin Heidelberg Springer Verlag ; Seite 318

Analgetika nach WHO Stufenschema im Überblick

Wirkstoff ¹	Präparat	Tagesdosis ²	Kosten pro Tagesdosis ³ (€)
NSAR			
Diclofenac	generisch	2 – 3 x 50 mg	0,24 – 0,36
Ibuprofen	generisch	3 – 4 x 600 mg	0,42 – 0,56
Metamizol	generisch	3 -4 x 500 – 1000 mg	0,75 – 2,00
schwachwirksame Opiode			
Tilidin + Naloxon	generisch	2 x 100 mg/8 mg	1,10
Tramadol	generisch	4 x 50 – 100 mg	1,04 – 2,08
starkwirksame Opiode			
Morphin	generisch	2 x 30 mg	1,12
Hydromorphon	generisch	2 x 4 mg	2,30
Oxycodon ret.	generisch	2 x 20 mg	2,70
Oxycodon + Naloxon	Targin®	2 x 20 mg/10 mg	5,24
Fentanyl	generisch	25 µg/h für 48-72 Stunden	1,92 – 2,89
Tapentadol	Palexia®	2 x 100 mg	5,18

Quelle: Lauer-Taxe, Stand: 01.03.2016

¹ Auswahl nach Verordnungshäufigkeit; Actrapid KV Niedersachsen 2015

² Dosierung pro Tag laut Therapieempfehlung der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft

³ Kalkulation auf Basis des jeweils günstigsten Präparates der Lauer-Taxe abzüglich der Rabatte nach §130 bzw. nach §130/130a SGB V



**Teilnahmeantrag zum Vertrag
über die Versorgung von Patienten mit chronischer Niereninsuffizienz**

Name und Kontaktdaten des Arztes (Leistungserbringer):	<input type="checkbox"/> Zulassung <input type="checkbox"/> Ermächtigung <input type="checkbox"/> Anstellung bei _____ zum: _____
---	--

Ziel des Vertrages ist die verbesserte Versorgung von Patienten mit chronischer Niereninsuffizienz.
 Der Vertrag regelt die Teilnahme an zwei Modulen, einem **Basismodul** für den hausärztlichen Versorgungsbereich und einem **Facharztmodul** für den fachärztlichen Versorgungsbereich (auch für ermächtigte Ärzte, deren Ermächtigungsumfang eine vollständige Behandlung nach diesem Vertrag ermöglicht. Nicht teilnehmen können ermächtigte Institute/Krankenhäuser).

Fachliche Anforderungen	<input type="checkbox"/> Ich bin Hausarzt (Zulassung für die hausärztliche Versorgungsebene). <hr/> <p style="text-align: center;">oder</p> <input type="checkbox"/> Ich bin Facharzt für Innere Medizin mit der Schwerpunktbezeichnung „ Nephrologie “ bzw. <input type="checkbox"/> Facharzt für Innere Medizin . <p style="text-align: center;">und</p> <input type="checkbox"/> Ich bin Inhaber eines Versorgungsauftrages für die Durchführung von Blutreinigungsverfahren gemäß Anlage 9.1 des BMV – Ä/EKV i. V. m. § 135 Abs. 2 SGB V. <p style="text-align: center;">und</p> <input type="checkbox"/> Ich verfüge über die Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung von Leistungen der Ultraschalldiagnostik. <p style="text-align: center;">und</p> <input type="checkbox"/> Ich bin berechtigt, MRSA-Leistungen gemäß Anhang zum Abschnitt 30.12 EBM zu erbringen. <p style="text-align: center;">Bitte belegen Sie Ihre Angaben durch entsprechende Nachweise.</p>
--------------------------------	---

Weitere Anforderungen	<input type="checkbox"/> Die notwendigen technischen Voraussetzungen zur elektronischen Versicherteneinschreibung bzw. Dokumentation im KVN-Portal werden vorgehalten. <input type="checkbox"/> Es werden zeitnah Termine und zusätzliche Behandlungskapazitäten zur Verfügung gestellt.
------------------------------	---

Erklärung	Mit meiner Unterschrift akzeptiere ich die Vertragsinhalte und stimme der Veröffentlichung meines Namens sowie der Daten der Praxisanschrift, auch im Internet, zu. Die Qualitätsanforderungen gemäß § 4 sowie die Aufgaben und Leistungen des betreffenden Moduls gemäß § 5 des Vertrages wurden von mir zur Kenntnis genommen. Ich werde der KVN jede Änderung im Zulassungsstatus unverzüglich mitteilen. Ich beauftrage die KVN, die durch mich in der Webanwendung „TK Pro Niere“ erfassten Daten im Rahmen der Abrechnung zu verwenden. Für <u>Fachärzte</u> : Mir ist bekannt, dass mit Eintritt der Dialysepflicht die Behandlung des betroffenen Patienten im Rahmen dieses Vertrages endet.
------------------	---

**Die Genehmigung kann frühestens mit Vorlage aller entscheidungsrelevanten Unterlagen erteilt werden.
 Mit der Unterschrift wird erklärt, dass der Vertragsinhalt zur Kenntnis genommen wurde.**

Datum / Unterschrift / Stempel
 (Beim angestellten Arzt/angestellter Ärztin ist die Unterschrift des anstellenden Arztes/der anstellenden Ärztin bzw. des MVZ-Leiters/der MVZ-Leiterin erforderlich.)

Polymedikation – Die Kunst des Weglassens

Fortbildungsveranstaltung am 17. September 2016 in der Akademie des LandesSportBundes, Hannover

Das Thema der Polymedikation wird derzeit vielschichtig diskutiert. Insbesondere bei multimorbiden Patientinnen und Patienten kann die Vielzahl der zu behandelnden Symptome und Krankheitsbilder entlang der jeweiligen Leitlinien zu Polymedikation führen. Die mangelnde Kommunikation zwischen den beteiligten Berufsgruppen, Sektoren und Fachdisziplinen, aber auch die Unwissenheit oder ungenaue Symptomschilderungen von Patientinnen und Patienten können Über-, Unter- und Fehlversorgung zur Folge haben.

Für eine Behandlung mit „so wenig wie möglich, aber so viel wie nötig“ Medikamenten sind eine enge Zusammenarbeit der behandelnden Akteure sowie eine genaue Aufklärung der Patientinnen und Patienten entscheidend.

Mit dieser Fachtagung möchten wir für das Thema sensibilisieren, einen Austausch ermöglichen und aus verschiedenen Perspektiven erörtern, wie man den Herausforderungen begegnen kann. Sie richtet sich vorrangig an Ärzte und Ärztinnen, Apotheker und Apothekerinnen sowie Interessierte.

Die Veranstaltung ist eine Kooperation der AOK – Die Gesundheitskasse für Niedersachsen, der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen und der Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V.

Es wird den Teilnehmerinnen und Teilnehmern die Möglichkeit geboten, innerhalb der Workshops Fälle aus der eigenen Praxis zu diskutieren. **Bitte senden Sie uns ihre Fälle unter Angabe des gewählten Workshops bis zum 1. September 2016 an: theresa.vanheiden@gesundheit-nds.de**

Die Veranstaltung ist mit **5 CME-Fortbildungspunkten** bei der Akademie für ärztliche Fortbildung Niedersachsen sowie bei der Teilnahme an den DMP-Verträgen Diabetes mellitus Typ 2, COPD, Asthma und KHK mit **4 DMP Punkten** akkreditiert.

Programm

09:30 Anmeldung und Begrüßungskaffee

10:00 Grußworte

Brigitte Käser, AOK – Die Gesundheitskasse für Niedersachsen, Hannover

Dr. Jörg Berling, Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen, Hannover

10:15 Polymedikation

Prof. Dr. med. Dirk O. Stichtenoth, Medizinische Hochschule Hannover

11:00 Inhalative Therapie bei chronisch obstruktiven Atemwegserkrankungen – was kommt beim Patienten an?

Dr. med. Wolfgang Wedel, M.Sc, Krankenhaus Winsen

11:45 Kaffeepause

12:00 Polymedikation in der Herztherapie unter besonderer Berücksichtigung wichtiger Komorbiditäten

Dr. med. Helmut Riesner, Kardiologische Praxis Bad Bevensen, Danneberg

12:45 Alte und neue Antidiabetika – Was ist bewährt, was ist belegt, was ist bezahlbar?

Dr. med. Andreas Klinge, Diabetes Schwerpunktpraxis Eidelstedt, Hamburg

13:30 Mittagessen

14:30 Parallele Workshops

WS 1 - Strategien zur Optimierung von Arzneimittelregimen bei Patienten und Patientinnen mit Polymedikation

Ina Richling, Doctor of Pharmacy, Menden,

Isabel Waltering, Doctor of Pharmacy, Universität Münster

WS 2 - „Muss ich die alle nehmen?“ Praktische Strategien zum Absetzen in der hausärztlichen Versorgung

PD Dr. Guido Schmiemann, Universität Bremen

WS 3 - Absetzen oder nicht? Medikation bei geriatrischen Patienten und Patientinnen und bei Demenz

Prof. Dr. med. Klaus Hager, DIAKOVERE Henriettenstift, Hannover

WS 4 - Pulver, Treibgas oder Vernebler, welche Devices für welche Patienten? – praktische Übungen

Dr. med. Wolfgang Wedel, M.Sc, Krankenhaus Winsen

WS 5 - Fallbeispiele und Fallstricke in der Polymedikation herzkranker Patienten und Patientinnen

Dr. med. Helmut Riesner, Kard. Praxis Bad Bevensen, Danneberg

WS 6 - Therapie des Typ 2-Diabetes: Was, für wen und wann

Dr. med. Andreas Klinge, Diabetes Schwerpunktpraxis Eidelstedt, Hamburg

16:00 Kaffeepause

16:15 Abschlussdiskussion

17:00 Ende der Veranstaltung

Anmeldung

Fax-Nr.: 0511 / 3505595

Sie können sich **bis zum 09.09.2016** schriftlich per Fax oder mit dem Online-Formular unter www.gesundheit-nds.de anmelden. Die Anmeldung erfolgt unter Anerkennung der Teilnahmebedingungen und ist verbindlich. Mit Anmeldung zur Fachtagung ist die **Teilnahmegebühr von 49 Euro** zu entrichten. Bitte überweisen Sie die Teilnahmegebühr unter Angabe Ihres Namens und des Stichwortes „17.09.2016“ auf das Konto der LVG & AFS bei der Bank für Sozialwirtschaft, IBAN: DE18 2512 0510 0008 4040 00, BIC: BFSWDE33HAN.

Bei Stornierung der Teilnahme bis zum 9. September 2016 erstatten wir die Teilnahmegebühr abzüglich 10 Euro Verwaltungskosten. Bei späteren Absagen oder Nichterscheinen wird die volle Teilnahmegebühr berechnet. Weitere Informationen unter: www.gesundheit-nds.de; Rückfragen bitte an: Telefon: 0511 / 388 11 89-0 oder E-Mail: info@gesundheit-nds.de.

Veranstaltungsort: Akademie des LandesSportBundes Niedersachsen e.V., Ferdinand-Wilhelm-Fricke-Weg 10, 30169 Hannover.

Ich melde mich für die Veranstaltung „**Polymedikation – Die Kunst des Weglassens**“ am 17. September an.

Bitte in **DRUCKBUCHSTABEN** ausfüllen.

Ich möchte an folgendem Workshop teilnehmen.

1. Wahl: 1 2 3 4 5 6

Alternative: 1 2 3 4 5 6

Name, Vorname: _____

Institution: _____

Straße, PLZ, Ort: _____

Telefon / E-Mail: _____

Unterschrift: _____



Informationen für die Praxis

KVN-Rundschreiben

Mai 2016

Inhaltsverzeichnis

1. Abrechnung	2
1.1. Spezialisierte geriatrische Diagnostik - Qualitätssicherungsvereinbarung	2
2. Verordnungen	2
2.1. Gemeinsame Arbeitsgruppe Arzneimittel gibt Informationsschreiben zum Thema orale Antikoagulation bei nicht valvulärem Vorhofflimmern heraus	2
2.2. Verordnung von Gardasil® 9 aus Sicht von Ersatzkassen und Innungskassen nur in Einzelfällen zulässig. Regressgefahr droht	3
3. Allgemeine Hinweise	4
3.1. Alternativen für messtechnische Kontrollen von Blutdruckmessgeräten	4
3.2. Erfüllung der jährlichen Fortbildungspflicht aus Sonderverträgen bis 30.06.2016 online melden	4
3.3. Bundeswehr übernimmt seit 01.01. 2016 nur noch 50 Prozent der Kosten bei Maßnahmen der künstlichen Befruchtung	4
4. Veranstaltungen im Mai und Juni 2016	5
5. Anlagenverzeichnis	8
5.1. Medizinische Rehabilitation Informationsschreiben der AG Arzneimittel zum Thema orale Antikoagulation bei nicht valvulärem Vorhofflimmern	8

1. Abrechnung

1.1. Spezialisierte geriatrische Diagnostik - Qualitätssicherungsvereinbarung

Zum 1. Juli 2016 wird der EBM um den Abschnitt 30.13 mit den Gebührenordnungspositionen 30980 bis 30988 erweitert. Gleichzeitig wird eine Qualitätssicherungsvereinbarung „Spezialisierte geriatrische Diagnostik“ in Kraft treten.

Mit dieser Vereinbarung werden jene Anforderungen festgelegt, die an die Durchführung der spezialisierten geriatrischen Diagnostik gestellt werden. Die neuen Leistungen sind dabei begrenzt auf Patienten, die aufgrund der Art, Schwere und Komplexität ihrer Erkrankung einen besonderen Versorgungsbedarf haben.

Die Gebührenordnungspositionen 30981 und 30984 bis 30986 sind demzufolge nur mit einer Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung abrechenbar.

Für den kurzen Überblick in dieses qualitätsgesicherte Leistungsgebiet der spezialisierten geriatrischen Diagnostik wurde eine Praxisinformation zusammengestellt, die ab sofort auf der Homepage KVN zu finden ist. Diese enthält unter anderem ein Schaubild zu den neuen Gebührenordnungspositionen nebst näheren Erläuterungen zu den betreffenden Leistungen und eine Nennung der Fachärzte, die diese Leistungen erbringen könnten.

Das für die Beantragung der Genehmigung notwendige Antragsformular wird zu gegebener Zeit ebenfalls an dieser Stelle zu finden sein. Zur Praxisinformation geht es unter

www.kvn.de > Anträge > Geriatrische Versorgung

Abrechnung nur mit
Genehmigung der KVN

2. Verordnungen

2.1. Gemeinsame Arbeitsgruppe Arzneimittel gibt Informationsschreiben zum Thema orale Antikoagulation bei nicht valvulärem Vorhofflimmern heraus

Im Anhang finden Sie ein weiteres Informationsschreiben der AG Arzneimittel. Das Schreiben thematisiert die Verordnung von Vitamin-K-Antagonisten bzw. der neuen oralen Antikoagulantien (NOAKs) bei nicht valvulärem Vorhofflimmern. Neben einem Hinweis auf die Stellungnahme der AkdÄ wird unter anderem auf die Ergebnisse der frühen Nutzenbewertung eingegangen und ein kurzer Überblick über die Arzneimittel innerhalb der Gruppe der NOAKs gegeben.

Das Schreiben finden Sie in Kürze auch im KVN-Portal bzw. im Internet unter:

Verordnungen > Arzneimittel > Veröffentlichungen bzw. www.kvn.de > Praxis > Verordnungen.

Anlage 5.1: Informationsschreiben der AG Arzneimittel zum Thema orale Antikoagulation bei nicht valvulärem Vorhofflimmern

2.2. Verordnung von Gardasil® 9 aus Sicht von Ersatzkassen und Innungskassen nur in Einzelfällen zulässig. Regressgefahr droht

Seit Kurzem ist in Deutschland neben Gardasil® und Cervarix® ein weiterer HPV-Impfstoff: Gardasil® 9 zugelassen. Dieser Impfstoff soll gegen insgesamt neun HPV-Typen wirken.

Nach der Einführung von Gardasil® 9 haben wir bei den niedersächsischen Krankenkassen nachgefragt, ob der neue Impfstoff bei bestimmungsgemäßer Anwendung ohne Regressrisiko für die Vertragsärzte verordnungsfähig ist.

Die AOK Niedersachsen, der BKK Landesverband Mitte, der SVLFG und die Knappschaft sichern eine regressfreie Verordnung von Gardasil® 9 zu.

Nach Auffassung der Ersatzkassen gilt das Wirtschaftlichkeitsgebot uneingeschränkt. Eine regelhafte Verordnung/Beschaffung von Gardasil® 9 scheidet somit aus. Lediglich besonders gelagerte Einzelfälle (Beschaffbarkeit, in der Patientin liegende individuelle medizinisch-therapeutische Gründe wie Verträglichkeit oder bereits durchgeführte Erstimpfung mit Gardasil® 9) berechtigen daher zu einer entsprechenden Beschaffung, so die Ersatzkassen.

Von den IKK Classic lag uns bis zum Redaktionsschluss noch keine verbindliche Antwort vor.

Aufgrund der vorliegenden Stellungnahmen der Krankenkassen können wir derzeit die Verordnung von Gardasil® 9 für Ersatzkassen und Innungskassen nicht empfehlen.

Bei einer Verordnung von Gardasil® 9 erfolgt diese – wie auch die Verordnung von Gardasil® und Cervarix® - als Einzelverordnung auf den Namen des Patienten. Eine Verordnung als Sprechstundenbedarf ist ausgeschlossen.

Ersatzkassen und Innungskassen betonen Wirtschaftlichkeitsgebot bei Gardasil® 9

3. Allgemeine Hinweise

3.1. Alternativen für messtechnische Kontrollen von Blutdruckmessgeräten

Seit dem 01.01.2016 werden vom Mess- und Eichwesen Niedersachsen keine Blutdruckmessgeräte mehr überprüft. Für Blutdruckmessgeräte gilt nach der Medizinprodukte-Betreiberverordnung (MPBetreibV) eine messtechnische Kontrolle in regelmäßigen Abständen von zwei Jahren. Bisher wurden diese Kontrollen vom Mess- und Eichwesen (Eichamt) durchgeführt.

Wo kann die Praxis Ihre Blutdruckmessgeräte überprüfen lassen?

Im ersten Schritt können Sie sich an den Hersteller des jeweiligen Blutdruckmessgerätes wenden und anfragen, ob dort die messtechnische Kontrolle durchgeführt werden kann. Auch Apotheken können in der Regel behilflich sein und Sie unterstützen. In Deutschland gibt es ein Netz von Medizintechnikfirmen und Sanitätshäusern, zu denen Blutdruckmessgeräte unterschiedlicher Hersteller zur messtechnischen Kontrolle gebracht oder gesendet werden können.

Überprüfung bei Herstellern sowie bei Apotheken, Medizintechnikfirmen und Sanitätshäusern

3.2. Erfüllung der jährlichen Fortbildungspflicht aus Sonderverträgen bis 30.06.2016 online melden

Im Sinne der Entbürokratisierung können Vertragsteilnehmer an Sonderverträgen bis zum Stichtag 30.06.2016 ihre Erfüllung der Fortbildungspflicht im KVN-Mitgliederportal online melden.

Des Weiteren informiert die dortige arztindividuelle Übersicht, zu welchen speziellen Fortbildungen sich Vertragsteilnehmer im Rahmen von Sonderverträgen zur Aufrechterhaltung der Abrechnungsgenehmigung verpflichtet haben.

Sobald die betreffende Fortbildungspflicht z. B. durch Präsenz- und/oder Onlinefortbildungen erfüllt ist, kann jeder Vertragsteilnehmer seine Fortbildungspunkte digital im System für das betreffende Kalenderjahr 2015 und aktuell auch für 2016 selbst kennzeichnen und auf die Übersendung der Nachweise verzichten.

Die Meldung erfolgt unter:

[Online-Dienste > Fortbildungspflicht aus Sonderverträgen](#)

Medlung einfach online ohne Übersendung der Nachweise

3.3. Bundeswehr übernimmt seit 01.01. 2016 nur noch 50 Prozent der Kosten bei Maßnahmen der künstlichen Befruchtung

Nach Mitteilung des Bundesministeriums der Verteidigung übernimmt die Bundeswehr seit dem 1. Januar 2016 nur noch 50 Prozent der sich aus dem genehmigten Behandlungsplan ergebenden Kosten für Maßnahmen der künstlichen Befruchtung, nicht mehr wie bislang 100 Prozent.

Hintergrund ist eine Änderung des Bundesbesoldungsgesetzes, wonach die Kostenübernahme von Maßnahmen der künstlichen Befruchtung von Angehörigen der Bundeswehr an die der gesetzlichen Krankenversicherung angeglichen wurde.

Mit dieser Änderung sind nunmehr auch die in der Richtlinie über künstliche Befruchtung genannten Vorgaben zu Methoden, Indikationen und Umfang der Maßnahmen für Angehörigen der Bundeswehr verbindlich.

Anpassung des Bundesbesoldungsgesetz führt zu Reduzierung der Kostenbeteiligung

4. Veranstaltungen im Mai und Juni 2016

Hier bekommen Sie eine Übersicht über Seminare und Fortbildungen der KVN mit noch freien Plätzen im Mai und Juni 2016. Ein Anmeldefax ist angehängt. Bitte nutzen Sie für unterschiedliche Seminare separate Anmeldefaxe. Die ausgefüllten Anmeldungen faxen Sie bitte an folgende Nummer: **0511 380-3480**.

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

www.kvn.de/Seminarangebot

Name	Ort	Datum	Gebühr p. P.
Qualitäts- und Praxismanagement			
Arbeitsschutz in der Arztpraxis	Oldenburg	11.Jun	139 Euro
Effektive Kommunikation in der Arztpraxis	Aurich	15.Jun	60 Euro
Erfolgreiches Management für die moderne Praxis	Aurich	11.Mai	60 Euro
Professionelle Gesprächsführung in anspruchsvollen Situationen	Hannover	11.Jun	135 Euro
IGeLn leicht gemacht	Hannover	01.Jun	89 Euro
Kommunikation und Rhetorik (2-tägig)	Hannover	03.Jun	250 Euro
Management für komplexe Praxisstrukturen (2-tägig)	Hannover	17.Jun	220 Euro
Personalführung für PraxisinhaberIn	Hannover	18.Jun	139 Euro
Teamführung und Konfliktmanagement	Verden	22.Jun	40 Euro
Terminplanung vermeidet Wartezeiten und Hektik	Aurich	08.Jun	80 Euro

Abrechnung und Verordnung			
Diabetes und Verhalten (für Diabetologische Schwerpunktpraxen)	Hannover	28.Mai	185 Euro
EBM - Grundzüge	Oldenburg	01.Jun	kostenlos
Hautkrebs-Screening	Verden	21.Mai	168 Euro
Honorarbescheid lesen und verstehen	Hannover	11.Mai	kostenlos
Rund um das RLV und QZV	Braunschweig	11.Mai	kostenlos
Sonderverträge im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung - Modul 2 Vertiefung	Braunschweig	08.Jun	kostenlos
Wie lese ich meinen Honorarbescheid?	Braunschweig	08.Jun	kostenlos
Medizinische und psychotherapeutische Themen			
Qualitätszirkel - Moderatorengrundausbildung (2-tägig)	Langwedel-Etelsen	03.Jun	399 Euro
Wirtschaftsseminare			
Existenzgründung 2016	Stade	12.Mai	kostenlos
Niederlassen in Niedersachsen	Hildesheim	04.Jun	kostenlos
Niederlassen in Niedersachsen	Göttingen	15.Jun	kostenlos

Verbindliche Anmeldung (bitte vollständig ausfüllen)

Fax an 0511 380-3480

Ich nehme am Seminar

mit _____ Person/en teil.

Datum des Seminars

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

Vor- und Nachname des Rechnungsempfängers (Praxis)

Anschrift des Rechnungsempfängers (Straße, PLZ, Ort)

LANR

BSNR

E-Mail-Adresse

Telefonnummer für evtl. Rückfragen

Datum

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

Stempel

5. Anlagenverzeichnis

- 5.1. **Medizinische Rehabilitation** Informationsschreiben der AG
Arzneimittel zum Thema orale Antikoagulation bei nicht valvulärem
Vorhofflimmern

Gemeinsame Arbeitsgruppe Arzneimittel

Kassenärztliche Vereinigung
Niedersachsen

Verbände der gesetzlichen
Krankenkassen in Niedersachsen



Orale Antikoagulation bei nicht-valvulärem Vorhofflimmern – NOAKs oder VKA?

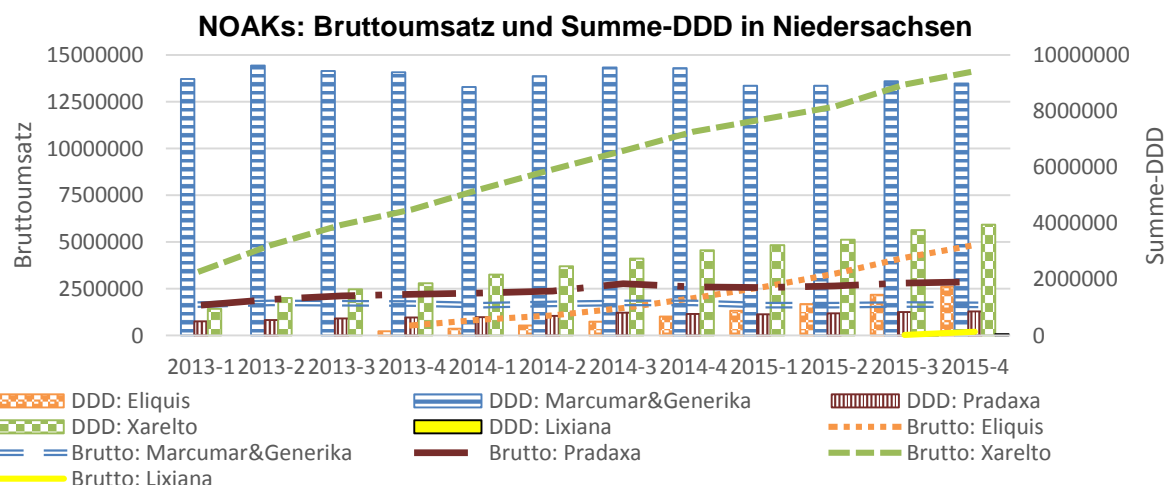
Zur Durchführung einer oralen Antikoagulation bei Patienten mit nicht-valvulärem Vorhofflimmern und mindestens einem Risikofaktor stehen neben den Vitamin-K-Antagonisten mittlerweile vier Arzneimittel aus der Gruppe der neuen oralen Antikoagulantien (NOAKs) zur Verfügung: Dabigatran, Rivaroxaban, Apixaban und Edoxaban. Die Einstufung des jeweiligen Stellenwertes dieser Arzneimittel ist unter Fachleuten in Deutschland anhaltend Gegenstand intensiver und kontroverser Diskussionen.

AkdÄ und DEGAM

Die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ)¹ und die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM)² sehen Vitamin-K-Antagonisten nach wie vor als Standard in der Therapie des nicht-valvulären Vorhofflimmerns an und empfehlen den Einsatz der NOAKs u.a. aufgrund geringerer Langzeiterfahrungen lediglich für Patienten, die für eine Behandlung mit Vitamin-K-Antagonisten nicht in Frage kommen. Dies kann beispielsweise der Fall sein, wenn die INR-Einstellung nicht zufriedenstellend umzusetzen ist. Zwar lassen vereinzelte Daten einen Rückschluss auf positive Effekte einzelner NOAKs im Vergleich zu dem Vitamin-K-Antagonisten Warfarin zu, jedoch relativieren sich diese Effekte mit steigender Güte der INR-Einstellung.³

Die Einstellung des INR-Wertes kann von Patienten auch im Rahmen eines Selbstmanagements erfolgen. Studien zeigen, dass Patienten mit Langzeitindikation für eine orale Antikoagulation vom Selbstmanagement mittels Koagulationsmessgerät profitieren können⁴. Durch engmaschige Kontrollen kann zeitnah auf eventuelle Schwankungen mittels Dosisanpassung reagiert werden. Entsprechende Messgeräte sind im GKV-Hilfsmittelverzeichnis gelistet und können unter den dort genannten Bedingungen verordnet werden⁵. Eine persönliche Eignung des Patienten sei hierbei natürlich vorausgesetzt.

Verordnungsentwicklung



Die Verordnungszahlen (Einschluss aller Indikationsgebiete) für NOAKs in Niedersachsen sind steigend. Innerhalb der NOAKs wird Rivaroxaban (Xarelto®) am häufigsten verordnet.

Frühe Nutzenbewertung

Das Verfahren zur frühen Nutzenbewertung (fNb) für Dabigatran und Rivaroxaban wurde im Zuge der Aufhebung der Bewertung des Bestandsmarktes eingestellt. Die später auf den Markt gekommenen Wirkstoffe Apixaban und Edoxaban haben jeweils in der Indikation nicht-valvuläres Vorhofflimmern einen Hinweis für einen geringen Zusatznutzen bescheinigt bekommen⁶. Für Apixaban ist ein Erstattungsbetrag zwischen dem pharmazeutischen Hersteller und dem GKV-Spitzenverband bereits verhandelt, für Edoxaban wird dieser voraussichtlich im Juli/August dieses Jahres feststehen.

Kosten

Falls eine Therapie mit NOAKs im individuellen Patientenfall indiziert ist, kann ein vom G-BA attestierter Zusatznutzen bzw. ein bestehender ausgehandelter Erstattungsbetrag die Präparateauswahl erleichtern. Ebenso sollten sowohl bestehende Rabattverträge als auch Preisunterschiede der NOAKs zur wirtschaftlichen Gestaltung der Therapie genutzt werden.

Zur Übersicht stellen wir Ihnen folgende Tabelle bereit:

Orale Antikoagulantien bei nicht-valvulärem Vorhofflimmern				
Wirkstoff	Präparat	Ergebnis der frühen Nutzenbewertung	übliche Tagesdosis (TD)	Kosten pro Tagesdosis ⁷
Phenprocoumon (Vitamin-K-Antagonist)	Marcumar®	Kein Verfahren stattgefunden	1 x 1,5 – 4,5 mg	0,11 € – 0,32 €
	Generika			0,08 € – 0,24 €
Apixaban (Faktor Xa-Inhibitor)	Eliquis®	Hinweis für einen geringen Zusatznutzen ⁸	2 x 5 mg	2,68 €
Edoxaban (Faktor Xa-Inhibitor)	Lixiana®	Hinweis für einen geringen Zusatznutzen ⁸	1 x 60 mg	2,81 € ⁹
Rivaroxaban (Faktor Xa-Inhibitor)	Xarelto®	Verfahren eingestellt	1 x 20 mg	3,08 €
Dabigatran (Thrombin-Inhibitor)	Pradaxa®	Verfahren eingestellt	2 x 150 mg	3,09 €

Vor diesem Hintergrund möchten wir Sie bitten, Verordnungen über orale Antikoagulantien patientenindividuell auf ihre Notwendigkeit, Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit zu überprüfen. Berücksichtigen Sie auch Rabattverträge und Preisunterschiede innerhalb der NOAKs.

¹ Internetauftritt der AkdÄ (<http://www.akdae.de/Arzneimitteltherapie/TE/LF/index.html>), abgerufen am 04.04.2016 sowie Leitfaden der AkdÄ: „Orale Antikoagulation bei nicht-valvulärem Vorhofflimmern – Empfehlungen zum Einsatz der neuen Antikoagulantien Dabigatran (Pradaxa®) und Rivaroxaban (Xarelto®); September 2012

² DEGAM S1-Handlungsempfehlung: „Neue orale Antikoagulantien (bei nicht-valvulärem Vorhofflimmern)“; August 2013

³ Fortbildungsveranstaltung der AkdÄ, H. Wille: „Neue orale Antikoagulantien NOAK (in der Therapie des Vorhofflimmerns)“, (4.11.2015); bzw. Neue Arzneimittel – Information der AkdÄ: „Lixiana® (Edoxaban)“

⁴ Selbstmanagement der oralen Antikoagulation, Dtsch Arztebl Int 2014; 111(6): 83-91; DOI: 10.3238/arztebl.2014.0083, Siebenhofer et al.

⁵ <https://hilfsmittel.gkv-spitzenverband.de/> → Hilfsmittelverzeichnis → Gruppe 21 → Ort 34 → Untergruppe 01

⁶ Indikation und Ergebnis der fNb gekürzt dargestellt – G-BA-Beschlüsse vom 20.06.2013 (Apixaban) und 21.01.2016 (Edoxaban) zu finden auf www.g-ba.de.

⁷ Apothekenverkaufspreis nach Abzug gesetzlicher Rabatte nach § 130 und 130a (1) SGB V, Preisstand Lauer-Taxe 01.04.2016 – mögliche Rabatte durch kassenindividuelle Rabattverträge wurden nicht berücksichtigt.

⁸ Bezogen auf die Indikation „Prophylaxe von Schlaganfällen und systemischen Embolien bei Erwachsenen mit nicht-valvulärem Vorhofflimmern“ (Indikation gekürzt dargestellt, verbindlich sind die Angaben der Fachinformation.)

⁹ Erstattungsbetrag noch nicht vereinbart

oder

NBSNR¹

bitte erst ab Punkt 3. beachten und ausfüllen

1. Notwendige Angaben für das Abrechnungcenter - bitte pro Praxis (BSNR) nur EINMAL ausfüllen!

Wir geben unsere Abrechnung(en) online **oder** auf Datenträger **oder** manuell ab.

HINWEIS: Gemäß Abrechnungsanweisung der KVN ist eine Abrechnung auf unterschiedlichen Medien nicht gestattet.

Insgesamt reichen wir eine Gesamtfallzahl (BSNR zzgl. NBSNR) von Fällen ein.

Die Anzahl der von unserer Praxis **insgesamt** eingereichten KVDT-Dateien beträgt

HINWEIS: Summe aus KVDT-Dateien aus Praxis (BSNR), Nebenbetriebsstätte(n) (NBSNR), sowie ggf. Bereitschaftsdienst (Zählung auch, falls über Bezirksstelle eingereicht)

2. Erklärung

Ich/Wir bestätige(n) hiermit, dass die abgerechneten Leistungen von mir/uns oder meinem/unserem Vertreter oder Assistenten oder auf meine/unsere Anordnung und unter meiner/unserer Aufsicht und Verantwortung von nichtärztlichen Mitarbeitern erbracht worden sind (§ 32 Ärzte-ZV, § 15 BMV-Ä) und die Eintragungen auf den Behandlungsausweisen/Abrechnungsscheinen sachlich richtig und vollständig sind. Sämtliche abgerechneten Leistungen wurden gemäß den bestehenden Vorschriften zur vertragsärztlichen Versorgung (u.a. Bundesmantelverträge einschließlich EBM, Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses und der KBV, Verträge auf Bundes- und Landesebene, Abrechnungsanweisung sowie sonstiges Satzungsrecht der KVN) erbracht. Sämtliche genehmigungs- oder nachweispflichtige Leistungen wurden von dem Arzt erbracht, der die Genehmigung von der KVN erhalten bzw. die Nachweise vorgelegt hat.

Ermächtigte Ärzte

Als ermächtigter Arzt bestätige ich, dass ich nur die im Ermächtigungsbeschluss bestimmten vertragsärztlichen Tätigkeiten ausgeübt habe. Ich habe sämtliche ärztliche Leistungen persönlich erbracht und habe keine anderen Ärzte in die ambulante vertragsärztliche Versorgung mit Ausnahme von zulässigen Vertretungen (§ 32 a Ärzte-ZV) einbezogen. Eine Delegation von Leistungen auf nichtärztliches Personal ist ausschließlich nach den dafür vorgesehenen Voraussetzungen erfolgt.

3. Nichtausübung der Praxistätigkeit²:

Ich/Wir habe(n) meine/unsere Praxistätigkeit wegen Krankheit (K), Urlaub (U), Fortbildung (F), Schwangerschaft/ Entbindung/ Elternzeit (E), Pflege eines Angehörigen (P) oder Wehrübung (W) nicht ausgeübt:

K/U/F/E/P/W	Arzt/Ärztin (LANR)	am bzw. vom	bis
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Auch einzelne Tage sind zu dokumentieren.

Die LANR des/der jeweiligen Arztes/Ärztin ist nur bei Berufsausübungsgemeinschaften (BAG), Praxen mit angestellten Ärzten und medizinischen Versorgungszentren (MVZ), hier jedoch zwingend, anzugeben.

4. Zur Beschäftigung eines Vertreters³ erkläre(n) ich/wir Folgendes:

Anzahl beschäftigter Vertreter:

LANR oder Name(n) des (der) Vertreter(s)³

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

An folgenden Tagen ist zur Erbringung der vertragsärztlichen Leistungen in meiner/unserer Praxis ein Vertreter tätig geworden:

1. Quartalsmonat⁴

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Quartalsmonat⁴

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Quartalsmonat⁴

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Diese Angaben beziehen sich ausschließlich auf zulässige Vertretungen gemäß §§ 32 und 32a Ärzte-ZV. Hierbei handelt es sich um Krankheit, Urlaub, Fortbildung, Schwangerschaft, Entbindung, Elternzeit, Pflege eines Angehörigen oder Wehrübung. Diese Aufzählung zulässiger Vertretungsgründe ist abschließend. Bei Fällen einer unvorgesehenen und zeitlich vorübergehenden Verhinderung an der persönlichen Leistungserbringung - z. B. Abruf wegen eines dringlichen Falles - handelt es sich nicht um zulässige Vertretungen.

¹ Für die Nebenbetriebsstätte ist eine separate Sammelerklärung nur dann erforderlich, wenn sich einzelne Angaben nur auf diese Nebenbetriebsstätte beziehen.

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.



Informationen für die Praxis

KVN-Rundschreiben

April 2016

Inhaltsverzeichnis

1. Abrechnung	2
1.1. BSG stellt klar, welche Leistungen während einer vollstationären Behandlung von Vertragsärzten zu erbringen sind	2
1.2. Hautärzte können ab sofort Leistungen bei der Behandlung des weißen Hautkrebses zu Lasten der gesetzlichen Unfallversicherung abrechnen	2
2. Verordnungen	3
2.1. Glinide nicht mehr bei Diabetes mellitus Typ 2 verordnungsfähig	3
2.2. Ofev® (Nintedanib) als Praxisbesonderheit anerkannt.....	4
2.3. Translarna® (Ataluren) als Praxisbesonderheit anerkannt	4
2.4. Cerdelga® (Eliglustat) als Praxisbesonderheit anerkannt.....	5
2.5. AOK Rheinland/Hamburg macht Ergotherapie außerhalb des Regelfalls wieder genehmigungspflichtig	6
2.6. Reha-Verordnung wird ab April einfacher: Neues Formular 61 - Abrechnungsgenehmigung entfällt	7
2.7. Heilmittel-Richtgrößeninformation 3. Quartal 2015 ist online	7
2.8. Gemeinsame Arbeitsgruppe Arzneimittel - Rezept-Info zum Thema spezifische Immuntherapie	7
3. Allgemeine Hinweise	8
3.1. Deutsche BKK nimmt mit Wirkung ab 1. Januar 2016 am Betreuungsstrukturvertrag für Fachärzte mit der BARMER GEK teil.....	8
3.2. Hausarztverträge mit der BARMER GEK und der Deutschen BKK: Neue Indikationsgruppenliste zum 1. April 2016 gültig.	8
3.3. Änderung der Kontrastmittelvereinbarung zum 1. April 2016	8
4. Veranstaltungen im Mai und Juni 2016	9
5. Anlagenverzeichnis	12
5.1. Medizinische Rehabilitation.....	12
5.2. Rezept-Info zum Thema spezifische Immuntherapie.....	12

1. Abrechnung

1.1. BSG stellt klar, welche Leistungen während einer vollstationären Behandlung von Vertragsärzten zu erbringen sind

Die vollstationäre Behandlung schließt vertragsärztliche Parallelbehandlungen und -verordnungen grundsätzlich aus. Dies hat das BSG in seinem Urteil B 1 KR 22/12 R vom 12. November 2013 entschieden. Zwischenzeitlich hat das Niedersächsische Sozialministerium die Anwendbarkeit des Urteils bestätigt.

Vertragsärzte können nur konsiliarisch tätig werden

Im Rahmen eines vollstationären Krankenhausaufenthalts sind grundsätzlich alle für die Versorgung des Patienten erforderlichen Leistungen abgegolten. Dies gilt auch für die Behandlung so genannter „interkurrenter Erkrankungen“, die nicht Anlass für die Krankenhausaufnahme waren, aber trotzdem behandlungsbedürftig sind. Neben der Krankenhausleistung ist grundsätzlich kein Raum für eine zeitgleiche ambulante vertragsärztliche Versorgung.

Zieht ein Krankenhaus während der vollstationären Behandlung einen Vertragsarzt hinzu, so kann dies konsiliarisch erfolgen. Die Vergütung hat zwischen dem Krankenhaus und dem Vertragsarzt zu erfolgen. Eine Abrechnung über die KVN ist nicht zulässig.

Abrechnung über KVN
nicht zulässig

Ausnahme: Dialyse

Die einzige Ausnahme von diesem Grundsatz stellt die Dialysebehandlung während einer vollstationären Behandlung dar, wenn hierdurch eine entsprechende Behandlung fortgeführt wird, das Krankenhaus keine eigene Dialyseeinrichtung hat und ein Zusammenhang mit dem Grund der Krankenhausbehandlung nicht besteht. Diese Dialysebehandlungen sind im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung zu erbringen und über die KVN abzurechnen.

1.2. Hautärzte können ab sofort Leistungen bei der Behandlung des weißen Hautkrebses zu Lasten der gesetzlichen Unfallversicherung abrechnen

In der gesetzlichen Unfallversicherung sind Änderungen des Leistungs- und Gebührenverzeichnisses in Kraft getreten.

Weißer Hautkrebs als Berufskrankheit

Seit dem 1. Januar 2015 können bestimmte Formen des weißen Hautkrebses, die durch Sonnenstrahlung verursacht werden, als Berufskrankheit anerkannt werden. Als Folge der neuen Berufskrankheitenverordnung (BK-Nr. 5103) wurde jetzt das Gebührenverzeichnis nach Nr. 570 ff. angepasst.

Gebührenverzeichnis
angepasst

Die neuen Gebührennummern, die genaue Leistungsbeschreibung und die Höhe der Vergütungen wurden im Deutschen Ärzteblatt Nr. 10 vom 11. März 2016 bekanntgegeben.

In diesem Zusammenhang möchten wir Sie auch auf die neuen Hautarztberichte F6050 (Erstbericht) und F6052 (Verlaufsbericht) aufmerksam machen.

Weitere Änderungen

Gebühren für konsiliarische Erörterungen zwischen Psychotherapeuten und für die konsiliarische Erörterung mit mitbehandelnden Ärzten können künftig abgerechnet werden (Änderung der Leistungslegenden der Nr. 60a und 60b der UV-GOÄ sowie der Nr. P8 und P9 - Gebührenverzeichnis Psychotherapeuten).

Des Weiteren können nun auch Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgen ambulante Operations- und Anästhesieleistungen durchführen. Eine entsprechende Änderung erfolgte im Teil C, Nr. VIII „Zuschläge zu ambulanten Operations- und Anästhesieleistungen“ bei den Allgemeinen Bestimmungen unter 1.5.

Mehr zum Thema finden Sie im Internet unter

www.kbv.de > Service > Rechtsquellen > Verträge > sonstige Kostenträger

2. Verordnungen

2.1. Glinide nicht mehr bei Diabetes mellitus Typ 2 verordnungsfähig

Glinide (Nateglinid, Repaglinid) zur Behandlung des Diabetes mellitus Typ 2 dürfen ab dem 1. Juli 2016 nicht mehr zu Lasten der GKV verordnet werden. Eine Ausnahme besteht lediglich für niereninsuffiziente Patienten mit einer Kreatinin-Clearance < 25 ml/min. Ihnen kann der Wirkstoff Repaglinid weiterhin zulasten der GKV verordnet werden, sofern keine anderen oralen Antidiabetika in Frage kommen und eine Insulintherapie nicht angezeigt ist.

Die Anlage III der Arzneimittel-Richtlinie (Verordnungseinschränkungen und -ausschlüsse) wird zum 1. Juli 2016 entsprechend angepasst.

(Als Folge hierzu wird der Therapiehinweis zur wirtschaftlichen Verordnungsweise von Repaglinid der Anlage IV der Arzneimittel-Richtlinie zum 1. Juli 2016 aufgehoben.)

Die Arzneimittel-Richtlinie sowie den entsprechenden Beschluss des G-BA samt Hintergründe zur Entscheidung stehen im Internet unter

www.g-ba.de > Richtlinien > Arzneimittelrichtlinie

2.2. Ofev® (Nintedanib) als Praxisbesonderheit anerkannt

Der GKV-Spitzenverband gibt bekannt, dass ab dem 1. Januar 2016 ausgestellte Verordnungen des Orphan Drugs Ofev® (Wirkstoff: Nintedanib) nach einer Vereinbarung zwischen dem GKV-Spitzenverband und dem pharmazeutischen Unternehmer Boehringer Ingelheim als Praxisbesonderheit anzuerkennen sind. Die Anerkennung als Praxisbesonderheit gilt aktuell für das folgende Anwendungsgebiet:

- Behandlung der idiopathischen Lungenfibrose (IPF) bei Erwachsenen.

In diesem Anwendungsgebiet wurde dem Präparat im Verfahren der frühen Nutzenbewertung ein geringer Zusatznutzen anerkannt.

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.

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.

Des Weiteren sind die Vorgaben der Fachinformation zu berücksichtigen.

Weitere Informationen zu Ofev® unter

www.g-ba.de

und

www.gkv-spitzenverband.de. Siehe hier auch die Aufstellung der vereinbarten Praxisbesonderheiten aufgrund des Verfahrens der frühen Nutzenbewertung unter: Krankenversicherung > Arzneimittel > AMNOG-Verhandlungen (§130b SGB V) > Übersicht Erstattungsverhandlungen nach §130b SGB V über die Filterfunktion nur Einträge mit Anerkennung als Praxisbesonderheit berücksichtigen lassen.

Anwendungsgebiet

2.3. Translarna® (Ataluren) als Praxisbesonderheit anerkannt

Der GKV-Spitzenverband gibt bekannt, dass das Orphan Drug Translarna® (Wirkstoff: Ataluren) seit dem 1. Dezember 2015 ab dem ersten Behandlungsfall in folgendem Anwendungsgebiet als Praxisbesonderheit anzuerkennen ist:

- Behandlung der Duchenne-Muskeldystrophie infolge einer Nonsense-Mutation im Dystrophin-Gen bei gehfähigen Patienten im Alter ab 5 Jahren. Bei nicht gehfähigen Patienten wurde keine Wirksamkeit nachgewiesen.

Anwendungsgebiet

Das Vorliegen einer Nonsense-Mutation im Dystrophin-Gen ist durch Gentest nachzuweisen.

In dem genannten Anwendungsgebiet wurde dem Präparat im Verfahren der frühen Nutzenbewertung ein geringer Zusatznutzen anerkannt.

Die Anerkennung der Praxisbesonderheit ist derzeit bis zum 1. Juni 2016 beschränkt. Dies entspricht der Geltungsdauer des aktuellen G-BA Beschlusses zur frühen Nutzenbewertung von Ataluren.

Einleitung und Überwachung der Behandlung mit Ataluren sollen nur durch in der Therapie von Patienten mit Duchenne/Becker Muskeldystrophie erfahrene Fachärzte erfolgen. Des Weiteren sind die Vorgaben der Fachinformation zu berücksichtigen.

Weitere Informationen zu Translarna®:

www.g-ba.de

und

www.gkv-spitzenverband.de. Siehe hier auch die Aufstellung der vereinbarten Praxisbesonderheiten aufgrund des Verfahrens der frühen Nutzenbewertung unter: Krankenversicherung > Arzneimittel > AMNOG-Verhandlungen (§130b SGB V) > Übersicht Erstattungsverhandlungen nach §130b SGB V > über die Filterfunktion nur Einträge mit Anerkennung als Praxisbesonderheit berücksichtigen lassen.

2.4. Cerdelga® (Eliglustat) als Praxisbesonderheit anerkannt

Ab dem 1. April 2016 wird das Orphan Drug Cerdelga® (Wirkstoff: Eliglustat) nach einer Vereinbarung zwischen dem GKV-Spitzenverband und dem pharmazeutischen Unternehmer Genzyme GmbH ab dem ersten Behandlungsfall als Praxisbesonderheit anerkannt. Die Anerkennung als Praxisbesonderheit gilt aktuell für das folgende Anwendungsgebiet:

- Langzeitbehandlung von erwachsenen Patienten mit Morbus Gaucher Typ 1 (GD1), die in Bezug auf Cytochrom-P450 Typ 2D6 (CYP2D6) langsame Metabolisierer (poor metabolisers, PMs), intermediäre Metabolisierer (intermediate metabolisers, IMs) oder schnelle Metabolisierer (extensive metabolisers, EMs) sind.

In diesem Anwendungsgebiet wurde dem Präparat im Verfahren der frühen Nutzenbewertung ein nicht quantifizierbarer Zusatznutzen zuerkannt.

Vor Beginn einer Behandlung mit Eliglustat muss bei den Patientinnen und Patienten eine CYP2D6-Genotypisierung vorgenommen werden, um deren CYP2D6-Metabolisierungsstatus zu bestimmen.

Einleitung und Überwachung der Behandlung mit Eliglustat sollten nur durch in der Therapie von Patienten mit Morbus Gaucher Typ 1 oder anderen erblichen Stoffwechselerkrankungen erfahrene Ärzte erfolgen. Des Weiteren sind die Vorgaben der Fachinformation zu berücksichtigen.

Anwendungsgebiet

Weitere Informationen zu Cerdelga® :

www.g-ba.de

und

www.gkv-spitzenverband.de, hier auch die Aufstellung der vereinbarten Praxisbesonderheiten aufgrund des Verfahrens der frühen Nutzenbewertung unter: Krankenversicherung > Arzneimittel > AMNOG-Verhandlungen (§130b SGB V) > Übersicht Erstattungsverhandlungen nach §130b SGB V - über die Filterfunktion nur Einträge mit Anerkennung als Praxisbesonderheit berücksichtigen lassen.

2.5. AOK Rheinland/Hamburg macht Ergotherapie außerhalb des Regelfalls wieder genehmigungspflichtig

Ab dem 1. April 2016 müssen bei der AOK Rheinland/Hamburg Verordnungen außerhalb des Regelfalls für ergotherapeutische Maßnahmen wieder der Krankenkasse zur Genehmigung vorgelegt werden. Die Verpflichtung zur Vorlage bei der Krankenkasse vor Therapiebeginn obliegt dem Versicherten, allerdings können auch Ergotherapeuten Verordnungen für ihre Patienten einreichen. Verordnungen außerhalb des Regelfalls mit einem Verordnungsdatum ab dem 1. April 2016 können ohne vorherige Genehmigung durch die Krankenkasse von Ergotherapeuten nicht mehr abgerechnet werden.

Genehmigung auch bei Verordnungen für Langfristdiagnosen erforderlich

Wie uns die AOK Rheinland/Hamburg mitteilte, gilt das Genehmigungsverfahren für alle Verordnungen außerhalb des Regelfalls im Bereich Ergotherapie unabhängig von der Diagnose. Daher ist auch bei Verordnungen außerhalb des Regelfalls für sog. Langfristdiagnosen*, bei denen die Voraussetzungen für die langfristige Genehmigung als erfüllt angesehen werden, vom Versicherten zunächst ein Antrag auf Genehmigung zu stellen.

Unabhängig von der Diagnose

Verordnungen zulasten der AOK Niedersachsen nicht betroffen

Verordnungen zulasten der AOK Niedersachsen sind von den Änderungen bei der AOK Rheinland/Hamburg nicht betroffen. Die AOK Niedersachsen verzichtet weiterhin auf die Genehmigung von Verordnungen außerhalb des Regelfalls in allen Heilmittelbereichen. Dies gilt auch für Verordnungen außerhalb des Regelfalls im Rahmen der Anlage 2 (Langfristdiagnosen)*. Lediglich für eine Entscheidung im Einzelfall, bei einer nicht in Anlage 2* gelisteten Diagnose, ist vom Versicherten ein Antrag auf langfristige Genehmigung zu stellen. Eine Antragsstellung ist möglich, wenn es sich um eine Erkrankung handelt, die in Schwere und Dauerhaftigkeit mit einer Erkrankung gemäß Anlage 2* vergleichbar ist und die einen langfristig gleichbleibenden Heilmittelbedarf erfordert.

Entscheidung im Einzelfall

* Anlage 2 der Vereinbarung über bundesweite Praxisbesonderheiten unter Berücksichtigung des langfristigen Heilmittelbedarfes zwischen KBV und GKV Spitzenverband vom 12. November 2012. Weitere Informationen zu Langfristdiagnosen und Praxisbesonderheiten finden Sie im

KVN-Portal unter Verordnungen > Heilmittel > Langfristdiagnosen > Praxisbesonderheiten.

2.6. Reha-Verordnung wird ab April einfacher: Neues Formular 61 - Abrechnungsgenehmigung entfällt

Die Verordnung medizinischer Rehabilitation in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) wird ab April 2016 einfacher. Das Formular 60 entfällt, und die Verordnung erfolgt direkt und ohne Umwege auf dem neuen Formular 61. Zudem dürfen dann alle Vertragsärzte eine Rehabilitation verordnen, der Nachweis einer zusätzlichen Qualifikation ist nicht mehr erforderlich.

Formular 60 entfällt

Was sich genau ändert und was Ärzte dazu wissen sollten, ist in Anhang 5.1 zusammengestellt. Zudem wird das überarbeitete Formular 61 vorgestellt.

Anhang 5.1: Medizinische Rehabilitation

2.7. Heilmittel-Richtgrößeninformation 3. Quartal 2015 ist online

Die Heilmittel-Richtgrößeninformation für das 3. Quartal 2015 ist jetzt im KVN-Portal veröffentlicht. Ebenso können hier die Arzneimittel-Richtgrößeninformationen, Arzneimittelquotenberichte sowie GAmSi- und HIS-Berichte eingesehen werden. Sie finden die Informationen im

KVN Portal unter „Online-Dienste“ > „eDokumente“.

2.8. Gemeinsame Arbeitsgruppe Arzneimittel - Rezept-Info zum Thema spezifische Immuntherapie

Im Anhang finden Sie eine neue Rezept-Info zu dem Thema „Spezifische Immuntherapie“. Das Schreiben greift Aspekte der S2-Leitlinie der DGAKI auf und gibt hieraus u. a. Hilfestellung für die entsprechende Präparateauswahl.

Rezept-Infos enthalten sowohl Empfehlungen für den behandelnden Arzt als auch Vordrucke für die Patienteninformation. Die Rezept-Info finden Sie in Kürze auch im

KVN-Portal unter Verordnungen > Arzneimittel > Veröffentlichungen sowie im Internet unter www.kvn.de > Praxis > Verordnungen.

Anlage 5.2: Rezept-Info zum Thema spezifische Immuntherapie

3. Allgemeine Hinweise

3.1. Deutsche BKK nimmt mit Wirkung ab 1. Januar 2016 am Betreuungsstrukturvertrag für Fachärzte mit der BARMER GEK teil

Die Deutsche BKK ist dem bestehenden Betreuungsstrukturvertrag mit der BARMER GEK mit Wirkung zum 1. Januar 2016 mit allen Rechten und Pflichten beigetreten. Dieser Beitritt erfolgt im Vorgriff auf die für das Jahr 2017 erwartete Fusion der beiden Krankenkassen.

Vorgriff auf geplante Fusion

Die Regelungen des Vertrages werden von uns nunmehr automatisch auch für Versicherte / Behandlungsfälle der Deutschen BKK bei den am Vertrag teilnehmenden Fachärzten angewandt. Ärzte, die bereits am Betreuungsstrukturvertrag mit der BARMER GEK teilnehmen, brauchen nichts weiter zu veranlassen.

3.2. Hausarztverträge mit der BARMER GEK und der Deutschen BKK: Neue Indikationsgruppenliste zum 1. April 2016 gültig

Für beide Hausarztverträge wird eine neue Indikationsgruppenliste (Anhang zu Anlage 4 des Hausarztvertrages) ab 1. April 2016 gültig. Die BARMER GEK und die Deutsche BKK haben sich im Vorgriff auf die in 2017 geplante Kassenfusion bereits jetzt auf eine inhaltsgleiche Indikationsgruppenliste verständigt. Die neue Liste und die Änderungen stehen im KVN-Portal unter

Vorgriff auf geplante Fusion

Verträge > Hausarztzentrierte Versorgung > Hausarztvertrag BARMER GEK)

3.3. Änderung der Kontrastmittelvereinbarung zum 1. April 2016

Wir haben die zum 1. Januar 2016 in Kraft getretene Kontrastmittelvereinbarung mit den Krankenkassen erfolgreich nachverhandelt und folgende Änderungen / Verbesserungen erreichen können:

- Die EBM-Ziffern 34256 u. 34257 werden auf die nächsthöhere Kontrastmittel-Pauschale „J3“ angehoben.
- Einführung einer Pauschale „J4“ für jodhaltige Kontrastmittel (200ml) für die gleichzeitige Erbringung der Leistungen nach EBM 34255 u. 34256 am selben Tag.
- Einführung einer neuen Pauschale „M1“ für gadoliniumhaltige Kontrastmittel für Konzentrationen von 0,25mmol/ml mit 108,66 Euro unter Beibehaltung der Pauschale „M2“ (früher M1) für alle anderen Konzentrationen mit 73,18 Euro.
- Streichung der Konzentrationsangaben und der Applikationsformen bei den einzelnen Pauschalen und in den Fußnoten.

Die Änderungen sind am 1. April 2016 in Kraft getreten. Die Lesefassung der Vereinbarung ist einsehbar im

KVN-Portal unter Verträge > Sonstige Verträge > Kontrastmittel-Vereinbarung

4. Veranstaltungen im Mai und Juni 2016

Hier bekommen Sie eine Übersicht über Seminare und Fortbildungen der KVN mit noch freien Plätzen im Mai und Juni 2016. Ein Anmeldefax ist angehängt. Bitte nutzen Sie für unterschiedliche Seminare separate Anmeldefaxe. Die ausgefüllten Anmeldungen faxen Sie bitte an folgende Nummer: **0511 380-3480**.

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

www.kvn.de/Seminarangebot

Name	Ort	Datum	Gebühr p. P.
Qualitäts- und Praxismanagement			
Arbeitsschutz in der Arztpraxis	Oldenburg	11.Jun	139 Euro
Effektive Kommunikation in der Arztpraxis	Aurich	15.Jun	60 Euro
Erfolgreiches Management für die moderne Praxis	Aurich	11.Mai	60 Euro
Professionelle Gesprächsführung in anspruchsvollen Situationen	Hannover	11.Jun	135 Euro
IGeLn leicht gemacht	Hannover	01.Jun	89 Euro
Kommunikation und Rhetorik (2-tägig)	Hannover	03.Jun	250 Euro
Management für komplexe Praxisstrukturen (2-tägig)	Hannover	17.Jun	220 Euro
Personalführung für PraxisinhaberIn	Hannover	18.Jun	139 Euro
Teamführung und Konfliktmanagement	Verden	22.Jun	40 Euro
Terminplanung vermeidet Wartezeiten und Hektik	Aurich	08.Jun	80 Euro
Abrechnung und Verordnung			
Diabetes und Verhalten (für Diabetologische Schwerpunktpraxen)	Hannover	28.Mai	185 Euro
EBM - Grundzüge	Oldenburg	01.Jun	kostenlos
Hautkrebs-Screening	Verden	21.Mai	168 Euro

Honorarbescheid lesen und verstehen	Hannover	11.Mai	kostenlos
Rund um das RLV und QZV	Braunschweig	11.Mai	kostenlos
Sonderverträge im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung - Modul 2 Vertiefung	Braunschweig	08.Jun	kostenlos
Wie lese ich meinen Honorarbescheid?	Braunschweig	08.Jun	kostenlos
Medizinische und psychotherapeutische Themen			
Qualitätszirkel - Moderatorengrundausbildung (2-tägig)	Langwedel-Etelsen	03.Jun	399 Euro
Wirtschaftsseminare			
Existenzgründung 2016	Stade	12.Mai	kostenlos
Niederlassen in Niedersachsen	Hildesheim	04.Jun	kostenlos
Niederlassen in Niedersachsen	Göttingen	15.Jun	kostenlos

Verbindliche Anmeldung (bitte vollständig ausfüllen)

Fax an 0511 380-3480

Ich nehme am Seminar

mit _____ Person/en teil.

Datum des Seminars

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

Vor- und Nachname des Rechnungsempfängers (Praxis)

Anschrift des Rechnungsempfängers (Straße, PLZ, Ort)

LANR

BSNR

E-Mail-Adresse

Telefonnummer für evtl. Rückfragen

Datum

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

Stempel

5. Anlagenverzeichnis

5.1. Medizinische Rehabilitation

5.2. Rezept-Info zum Thema spezifische Immuntherapie

INFORMATIONEN FÜR DIE PRAXIS

Medizinische Rehabilitation

März 2016

Reha-Verordnung wird ab April einfacher: Neues Formular 61 – Abrechnungsgenehmigung entfällt

Die Verordnung medizinischer Rehabilitation in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) wird ab April 2016 einfacher. Das Formular 60 entfällt, und die Verordnung erfolgt direkt und ohne Umwege auf dem neuen Formular 61. Zudem dürfen dann alle Vertragsärzte eine Rehabilitation verordnen, der Nachweis einer zusätzlichen Qualifikation ist nicht mehr erforderlich.

Was sich genau ändert und was Ärzte dazu wissen sollten, ist nachfolgend zusammengestellt. Zudem wird das überarbeitete Formular 61 vorgestellt.

DAS ÄNDERT SICH

Zweistufiges Verfahren entfällt

Das umständliche und zeitraubende zweistufige Verfahren wird abgeschafft: Formular 60 zur Einleitung von Leistungen zur Rehabilitation oder alternativen Angeboten – „der Antrag auf den Antrag“ – fällt weg. Bisher müssen es Ärzte nutzen, um vor der Verordnung prüfen zu lassen, ob die GKV leistungsrechtlich zuständig ist oder etwa die Renten- oder Unfallversicherung. Diese Prüfung ist nicht mehr vorgeschrieben.

Keine zusätzliche Qualifikation mehr für Ärzte

Ab 1. April dürfen alle Vertragsärzte eine medizinische Rehabilitation zulasten der GKV verordnen. Der Nachweis einer zusätzlichen Qualifikation ist nicht mehr erforderlich. Vertragsärzte haben nun auch ohne zusätzliche Qualifikation die Möglichkeit, ihren Patienten eine Rehabilitationsmaßnahme zu verordnen. Bislang mussten Patienten zur Verordnung einer medizinischen Rehabilitation zulasten der GKV die Vertragsärzte aufsuchen, die zwar über eine Qualifikation verfügen, aber die Lebensumstände der Patienten im Zweifelsfall nicht kannten.

Nur noch ein Formular ausfüllen

Es gibt ab April nur noch das Formular 61 für die Verordnung medizinischer Rehabilitation zulasten der GKV. Es wurde überarbeitet und vereinfacht:

- Der Umfang der Verordnung hat sich von vier Seiten auf drei Seiten verringert (Teil B-D).
- Das neue Deckblatt (Teil A) können Ärzte verwenden, um bei Bedarf eine Beratung des Patienten durch dessen Krankenkasse zu veranlassen. Sie können damit auch eine Prüfung veranlassen, wenn Unsicherheit besteht, ob beim Patienten die GKV zuständig ist.

Verordnung
von Reha wird
einfacher

Formular 60
fällt weg

Alle Ärzte
verordnen Reha

Formular 61
überarbeitet



Fortbildungsangebote

Um Vertragsärzte bei der Verordnung medizinischer Rehabilitation zu unterstützen, werden die Kassenärztlichen Vereinigungen Fortbildungsveranstaltungen anbieten. Ziel ist es, spezielle Kenntnisse in der Anwendung der ICF (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit) zu erwerben und zu vertiefen. Darüber hinaus werden die Rahmenbedingungen der medizinischen Rehabilitation im System der GKV erläutert. Fallbeispiele runden das Fortbildungsangebot ab. Die Teilnahme an einer Fortbildung ist für Ärzte freiwillig.

Die KBV plant, eine zertifizierte Online-Fortbildung anzubieten. Sie wird im KBV-Fortbildungsportal, das sich im Sicherem Netz für Ärzte und Psychotherapeuten befindet, abrufbar sein.

SO ERFOLGT DIE VERORDNUNG AB APRIL

Die Neuerung bedeutet, dass Vertragsärzte eventuell zum ersten Mal eine medizinische Rehabilitation zulasten der GKV verordnen. Nachfolgend sind die Grundlagen der Verordnung und Beispiele für die Zuständigkeit der GKV zusammengestellt.

Voraussetzung für medizinische Rehabilitation

Eine medizinische Rehabilitation kann erforderlich sein, wenn krankheitsbeziehungsweise behinderungsbedingt nicht nur vorübergehende Beeinträchtigungen der Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft bestehen oder drohen. Das kann zum Beispiel bei einer Hüftgelenksarthrose (Coxarthrose) oder bei einer Herzinsuffizienz der Fall sein. Rehabilitationsleistungen sind Aufgabe der Sozialversicherungsträger, das heißt vor allem der gesetzlichen Kranken-, Renten- und Unfallversicherung.

Zuständigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung

Die GKV ist zuständig:

- wenn keine Verminderung der Erwerbsfähigkeit vorliegt oder droht (Zuständigkeit der gesetzlichen Rentenversicherung)
- wenn kein Arbeitsunfall und keine Berufskrankheit vorliegt (Zuständigkeit der gesetzlichen Unfallversicherung)
- bei Rehabilitationsleistungen für Altersrentner, denn diese sollen nach Unfall oder Krankheit so lange wie möglich in gewohnter Umgebung leben und die Chance erhalten, aktiv am Leben teilzuhaben
- bei Rehabilitationsleistungen für Mütter und Väter, wenn es sich nicht um eine reine Vorsorge handelt, sondern schon eine Beeinträchtigung vorliegt und die Rehabilitation medizinisch notwendig ist
- bei Rehabilitationsleistungen für Kinder und Jugendliche, wenn dies medizinisch notwendig ist (grundsätzlich gleichrangige Zuständigkeit GKV und Rentenversicherung)

Beispiel Altersrentnerin zulasten der GKV (Reha nach § 40 SGB V)

Eine 68-Jährige hat seit einem halben Jahr bei bekannter Spinalkanalstenose und beginnender Coxarthrose beidseitig tief sitzende Rückenschmerzen mit Ausstrahlung in beide Oberschenkel und Anlaufschmerzen, die sich beim

Ärzte können sich fortbilden

Verordnung Schritt für Schritt

Dauerhafte Beeinträchtigung besteht oder droht

Zuständigkeit der GKV

Beispiel Patientin in Altersrente



Gehen und Treppensteigen verstärken. Da sie sich deshalb wenig bewegt, nimmt sie kontinuierlich an Gewicht zu, Adipositas Grad 1. Sie hat ein Haus mit Treppenstufen in ländlicher Region, kann die nächste Krankengymnastik nur mit dem Bus erreichen, wobei das Ein- und Aussteigen schmerzhaft ist.

Damit die Patientin weiterhin in ihrer gewohnten Umgebung leben kann und die Chance erhält, ihre alltäglichen Aufgaben auch künftig ohne fremde Hilfe auszuführen und aktiv am Gemeinschaftsleben teilzuhaben, insbesondere in ihrer Kirchengemeinde, kann der Arzt eine medizinische Rehabilitation mit der Indikation muskuloskelettale Erkrankungen zulasten der GKV verordnen. Ziele sind Schmerzreduktion, Verbesserung der Gelenkbeweglichkeit, Ausdauertraining und das Einüben eines den Rücken schonenden Verhaltens, um über eine Verbesserung der Mobilität ihre Teilhabe zu verbessern.

Beispiel Mutter-Kind-Maßnahme zulasten der GKV (Reha nach § 41 SGB V)

Eine Patientin klagt über Kopf- und Rückenschmerzen, Müdigkeit, Lustlosigkeit und Gereiztheit. Sie ist arbeitslos, alleinerziehend und sagt, ihre Kinder hören nicht auf sie. Die Wohnverhältnisse sind beengt, das Geld ist knapp. Sie zieht sich immer mehr zurück, meidet Kontakte zu Freunden und Nachbarn. Die Patientin befindet sich schon seit Jahren immer mal wieder in der Behandlung eines Neurologen wegen rezidivierender depressiver Episoden. Derzeitige Medikation: Lithium, begleitend findet seit sechs Monaten Psychotherapie statt. Aktuell sieht der Hausarzt keine Anzeichen für eine akute depressive Episode, stellt aber ein Erschöpfungssyndrom sowie eine Adipositas Grad 1 fest. Diagnostisch fand sich kein organisches Korrelat für die beklagten Kopf- und Rückenschmerzen (CCT und MRT unauffällig).

Aufgrund der schon längere Zeit bestehenden somatoformen Beschwerdesymptomatik mit nun zunehmender Beeinträchtigung ihrer persönlichen Teilhabe (Rückzugstendenzen) und der Beziehung zu ihren Kindern kann der Arzt eine medizinische Rehabilitation mit psychosomatischer Ausrichtung in Form einer Mutter-Kind-Maßnahme zulasten der GKV verordnen. Ziele sind die Verringerung der Kopf- und Rückenschmerzen, Verfestigung der in der Psychotherapie vermittelten Bewältigungsstrategien, Einleitung einer Verhaltensänderung bezüglich ihrer Ess- und Bewegungsgewohnheiten zur Gewichtsreduktion und eine Verbesserung des Verhältnisses zu ihren Kindern.

Das Ausfüllen des neuen Formulars 61 – so gehen Ärzte vor

- **Nur Teil A ausfüllen:** Wenn Ärzte eine Reha-Beratung für ihren Patienten bei dessen Krankenkasse veranlassen wollen, füllen sie nur Teil A aus und übermitteln ihn an die Krankenkasse. Die Teile B-D müssen nicht ausgefüllt und auch nicht mitgeschickt werden.
- **Zunächst nur Teil A ausfüllen:** Wenn in der Praxis nicht klar ist, ob die GKV für den Patienten zuständig ist, können Ärzte – wie bisher auch – die Zuständigkeit prüfen lassen. Dazu füllen sie zunächst nur Teil A aus und übermitteln ihn an die Krankenkasse. Die Teile B-D müssen zunächst nicht ausgefüllt und auch nicht mitgeschickt werden.
- **Teil B-D ausfüllen:** Wenn klar ist, dass die gesetzliche Krankenversicherung für die Rehabilitationsleistung zuständig ist, füllen Ärzte Teil B-D aus und übermitteln sie an die Krankenkasse. Teil A müssen sie nicht ausfüllen und auch nicht mitschicken.

Beispiel Mutter-Kind-Maßnahme

Zur Beratung nur Teil A verwenden

Zur Prüfung der Zuständigkeit nur Teil A nutzen

Zur Verordnung von Reha Teil B-D verwenden



Hinweise zum Ausfüllen der Teile B bis D

Auf Teil B-D werden alle notwendigen Angaben für die Reha-Verordnung abgefragt. Die Verordnung gliedert sich in sieben Abschnitte:

- **Rehabilitationsbegründende und weitere Diagnosen:** Hier geben Ärzte alle relevanten Diagnosen verschlüsselt nach ICD-10-GM an. Reicht die Verschlüsselung nicht aus, stehen Freitextfelder zur Verfügung, um zusätzliche Angaben zu machen.
- **Rehabilitationsbedürftigkeit und Verlauf der Krankenbehandlung:** Hier schildern Ärzte kurz die Krankengeschichte und listen Schädigungen und Befunde auf, die für die Rehabilitation relevant sind. Sie können hier etwa rehabilitationsrelevante Hilfsmittel, Arzneimittel, aber auch andere Maßnahmen (z.B. Patientenschulungen, Rehabilitationssport/Funktionstraining, Selbsthilfeangebote) angeben. Zudem können negativ und/oder positiv wirkende Faktoren notiert werden (z.B. in einer Familie lebend oder soziale Isolation). Auch Risikofaktoren und Gefährdungen können angegeben werden (z.B. Übergewicht).
- **Rehabilitationsfähigkeit:** Hier geben Ärzte an, ob ihr Patient ausreichend belastbar und in der Verfassung ist, eine Reha zu absolvieren.
- **Rehabilitationsziele:** Hier ist anzugeben, welche Ziele mit der Rehabilitationsleistung erreicht werden sollen (z.B. Gehen kurzer Strecken).
- **Rehabilitationsprognose:** Hier geben Ärzte an, ob die formulierten Ziele durch die empfohlene Leistung und im vorgesehenen Zeitraum voll oder gegebenenfalls nur eingeschränkt erreicht werden können.
- **Zuweisungsempfehlungen:** Hier geht es beispielsweise darum, ob und welche Anforderungen die Reha-Einrichtung erfüllen soll.
- **Sonstige Angaben:** Hier geht es um Angaben beispielsweise zur Reisefähigkeit oder zum Bestehen einer Schwangerschaft.

Formular in Software hinterlegt – Vordrucke bestellen

Das neue Formular 61 ist ab 1. April 2016 in den Praxisverwaltungssystemen hinterlegt. Es kann somit direkt am Computer ausgefüllt werden. Praxen, die Vordrucke benötigen, können diese über ihre regulären Bezugsquellen beziehen. Praxen, die die Blankoformularbedruckung nutzen, können die Formulare selbst erstellen. Sie können entscheiden, ob sie Teil B-D ausdrucken oder Teil A. Die neuen Formulare gelten ab 1. April 2016, alte Vordrucke dürfen dann nicht mehr benutzt werden.

Vergütung für das Ausstellen der Verordnung

Für das Ausstellen einer Verordnung auf den Teilen B-D erhalten Vertragsärzte eine Vergütung von 31,52 Euro (GOP 01611; 302 Punkte; ändert sich nicht durch das neue Formular). Die Vergütung erfolgt nicht extrabudgetär.

Weitere Informationen

Das neue Formular 61 kann in der Vordruckmustersammlung auf der KBV-Internetseite eingesehen werden unter www.kbv.de/html/formulare.php. Dort sind auch die Vordruckerläuterungen abrufbar. Informationen zum Thema Rehabilitation stehen online bereit unter: www.kbv.de/html/rehabilitation.php.

Hinweise zum Ausfüllen

Formular ist im PVS hinterlegt

Vergütung

Ansichtsmuster und Weiteres im Internet

Beratung zu medizinischer Rehabilitation / Prüfung des zuständigen Rehabilitationsträgers

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
geb. am		
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Hinweis an den Arzt zur Zuständigkeit der Krankenkasse
 Ist eine medizinische Rehabilitation erforderlich, weil krankheits-/behinderungsbedingt nicht nur vorübergehende Beeinträchtigungen der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft bestehen oder drohen, kann die Zuständigkeit der Krankenkasse bestehen (z. B. bei Altersrentnern, spezifischen Leistungen der medizinischen Rehabilitation für Mütter/Väter). Ist eine erhebliche Gefährdung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit gegeben, besteht grundsätzlich die Zuständigkeit der Rentenversicherung. Handelt es sich um die Folge eines Arbeitsunfalls / einer Berufskrankheit, ist grundsätzlich die Zuständigkeit der gesetzlichen Unfallversicherung gegeben.
Bei Zuständigkeit der Krankenkasse bitte NUR Muster 61 Teil B-D ausfüllen.

I. Rehabilitationsbegründende und weitere Diagnosen

A. Rehabilitationsbegründende Diagnosen	Diagnoseschlüssel ICD-10-GM	Seite *	Ursache **
1.			
2.			
3.			
B. Weitere rehabilitationsrelevante Diagnosen			
4.			
5.			
6.			

*** Seitenlokalisierung**
 R = rechts
 L = links
 B = beidseits

**** Mögliche Ursache der Erkrankung (nur anzugeben, wenn eine der folgenden Ursachen zutrifft)**
 1 = Arbeitsunfall einschl. Wegeunfall
 2 = Berufskrankheit
 3 = Schädigungsfolge durch Einwirken Dritter (z. B. Unfallfolgen)
 4 = Folgen von Kriegs-, Zivil- oder Wehrdienst
 5 = Meldepflichtige Erkrankung (z. B. IfSG)

II. Hinweis/Anfrage an die Krankenkasse

Beratung der/des Versicherten
 Bitte NUR Teil A an die Krankenkasse übermitteln. Teil B-D ist NICHT auszufüllen.

Eine **Beratung der/des Versicherten** über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation der Krankenkasse und/oder Rentenversicherung (z. B. bei gleichrangiger Zuständigkeit für Leistungen der Kinder-Rehabilitation oder onkologischen Rehabilitation für Altersrentner) bzw. weitere Leistungen der Krankenkasse (z. B. zur medizinischen Vorsorge in anerkannten Kurorten) **ist angezeigt**.

Prüfung des zuständigen Rehabilitationsträgers
 Bitte NUR Teil A an die Krankenkasse übermitteln. Teil B-D ist NICHT auszufüllen.

Eine **medizinische Rehabilitation ist erforderlich**, weil krankheits-/behinderungsbedingt eine Minderung der Erwerbsfähigkeit besteht oder droht. **Es wird die Prüfung des zuständigen Rehabilitationsträgers erbeten**, weil z. B. die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen der Rentenversicherung nicht eindeutig beurteilt werden können.

ggf. weitere Anmerkungen des Vertragsarztes

Datum

T	T	M	N	J	J
---	---	---	---	---	---

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

III. Im Original zurück an den Vertragsarzt

Folgender Rehabilitationsträger ist zuständig

Krankenkasse (bitte Muster 61 Teil B-D ausfüllen)

Rentenversicherung (Vordruck liegt bei)

Sonstiges _____

Stempel / Unterschrift der Krankenkasse

Beratung zu medizinischer Rehabilitation / Prüfung des zuständigen Rehabilitationsträgers

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
geb. am		
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Hinweis an den Arzt zur Zuständigkeit der Krankenkasse
 Ist eine medizinische Rehabilitation erforderlich, weil krankheits-/behinderungsbedingt nicht nur vorübergehende Beeinträchtigungen der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft bestehen oder drohen, kann die Zuständigkeit der Krankenkasse bestehen (z. B. bei Altersrentnern, spezifischen Leistungen der medizinischen Rehabilitation für Mütter/Väter). Ist eine erhebliche Gefährdung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit gegeben, besteht grundsätzlich die Zuständigkeit der Rentenversicherung. Handelt es sich um die Folge eines Arbeitsunfalls / einer Berufskrankheit, ist grundsätzlich die Zuständigkeit der gesetzlichen Unfallversicherung gegeben.
Bei Zuständigkeit der Krankenkasse bitte NUR Muster 61 Teil B-D ausfüllen.

I. Rehabilitationsbegründende und weitere Diagnosen

A. Rehabilitationsbegründende Diagnosen	Diagnoseschlüssel ICD-10-GM	Seite *	Ursache **
1. _____	_____	_____	_____
2. _____	_____	_____	_____
3. _____	_____	_____	_____
B. Weitere rehabilitationsrelevante Diagnosen			
4. _____	_____	_____	_____
5. _____	_____	_____	_____
6. _____	_____	_____	_____

*** Seitenlokalisierung**
 R = rechts
 L = links
 B = beidseits

**** Mögliche Ursache der Erkrankung (nur anzugeben, wenn eine der folgenden Ursachen zutrifft)**
 1 = Arbeitsunfall einschl. Wegeunfall
 2 = Berufskrankheit
 3 = Schädigungsfolge durch Einwirken Dritter (z. B. Unfallfolgen)
 4 = Folgen von Kriegs-, Zivil- oder Wehrdienst
 5 = Meldepflichtige Erkrankung (z. B. IfSG)


II. Hinweis/Anfrage an die Krankenkasse

Beratung der/des Versicherten
 Bitte NUR Teil A an die Krankenkasse übermitteln. Teil B-D ist NICHT auszufüllen.
 Eine **Beratung der/des Versicherten** über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation der Krankenkasse und/oder Rentenversicherung (z. B. bei gleichrangiger Zuständigkeit für Leistungen der Kinder-Rehabilitation oder onkologischen Rehabilitation für Altersrentner) bzw. weitere Leistungen der Krankenkasse (z. B. zur medizinischen Vorsorge in anerkannten Kurorten) **ist angezeigt.**

Prüfung des zuständigen Rehabilitationsträgers
 Bitte NUR Teil A an die Krankenkasse übermitteln. Teil B-D ist NICHT auszufüllen.
 Eine **medizinische Rehabilitation ist erforderlich**, weil krankheits-/behinderungsbedingt eine Minderung der Erwerbsfähigkeit besteht oder droht. **Es wird die Prüfung des zuständigen Rehabilitationsträgers erbeten**, weil z. B. die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen der Rentenversicherung nicht eindeutig beurteilt werden können.

ggf. weitere Anmerkungen des Vertragsarztes

_____ Datum _____



Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

III. Im Original zurück an den Vertragsarzt

Folgender Rehabilitationsträger ist zuständig:

Krankenkasse (bitte Muster 61 Teil B-D ausfüllen)

Rentenversicherung (Vordruck liegt bei)

Sonstiges _____



Stempel / Unterschrift der Krankenkasse

Bitte vor der Beschriftung der Formulare diese Fußleiste abreißen und die 4 Einzelsätze voneinander trennen

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
geb. am		
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Verordnung von medizinischer Rehabilitation

Die kurative Versorgung ist nicht ausreichend

Es handelt sich weder um eine Minderung / erhebliche Gefährdung der Erwerbsfähigkeit noch um die Folgen eines Arbeitsunfalls / einer Berufskrankheit

Bei gleichrangiger Zuständigkeit
(z. B. Kinder-Rehabilitation, onkologische Rehabilitation für Altersrentner)

Versicherte/r wünscht eine medizinische Rehabilitation zu Lasten der GKV

I. Rehabilitationsbegründende und weitere Diagnosen

A. Rehabilitationsbegründende Diagnosen	Diagnoseschlüssel ICD-10-GM	Seite *	Ursache **
1.			
2.			
3.			
B. Weitere rehabilitationsrelevante Diagnosen			
4.			
5.			
6.			

* **Seitenlokalisation**
 R = rechts
 L = links
 B = beidseits

** **Mögliche Ursache der Erkrankung**
 (nur anzugeben, wenn eine der folgenden Ursachen zutrifft)

1 = Arbeitsunfall einschl. Wegeunfall
 2 = Berufskrankheit
 3 = Schädigungsfolge durch Einwirken Dritter (z. B. Unfallfolgen)
 4 = Folgen von Kriegs-, Zivil- oder Wehrdienst
 5 = Meldepflichtige Erkrankung (z. B. IfSG)

II. Angaben zur Rehabilitationsbedürftigkeit und zum Verlauf der Krankenbehandlung

A. Kurze Angaben zur Anamnese (insbesondere Beginn und Verlauf)

B. Rehabilitationsrelevante Schädigungen und Befunde (relevante Untersuchungsergebnisse / aktuelle Assessmentergebnisse, z. B. Barthel/Frühreha-Barthel)

C. Bisherige ärztliche/psychotherapeutische Interventionen einschließlich Arzneimitteltherapie

D. Heilmittel in den letzten 6 Monaten (bitte einzelne Maßnahmen angeben)

Heilmittel zur Erreichung des Behandlungszieles nicht ausreichend

E. Rehabilitationsrelevante Hilfsmittel

nein ja, welche? _____

F. Andere Maßnahmen (z. B. Gesundheits-, Patientenschulungen, Rehabilitationssport/Funktionstraining, Wahrnehmung von Beratungs- und Selbsthilfeangeboten)

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
geb. am		
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Verordnung von medizinischer Rehabilitation

Die kurative Versorgung ist nicht ausreichend

Es handelt sich weder um eine Minderung / erhebliche Gefährdung der Erwerbsfähigkeit noch um die Folgen eines Arbeitsunfalls / einer Berufskrankheit

Bei gleichrangiger Zuständigkeit
(z. B. Kinder-Rehabilitation, onkologische Rehabilitation für Altersrentner)

Versicherte/r wünscht eine medizinische Rehabilitation zu Lasten der GKV

I. Rehabilitationsbegründende und weitere Diagnosen

A. Rehabilitationsbegründende Diagnosen	Diagnoseschlüssel ICD-10-GM	Seite *	Ursache **
1. _____	_____	_____	_____
2. _____	_____	_____	_____
3. _____	_____	_____	_____
B. Weitere rehabilitationsrelevante Diagnosen			
4. _____	_____	_____	_____
5. _____	_____	_____	_____
6. _____	_____	_____	_____

* **Seitenlokalisation**
 R = rechts
 L = links
 B = beidseits

** **Mögliche Ursache der Erkrankung**
 (nur anzugeben, wenn eine der folgenden Ursachen zutrifft)

1 = Arbeitsunfall einschl. Wegeunfall
 2 = Berufskrankheit
 3 = Schädigungsfolge durch Einwirken Dritter (z. B. Unfallfolgen)
 4 = Folgen von Kriegs-, Zivil- oder Wehrdienst
 5 = Meldepflichtige Erkrankung (z. B. IfSG)

II. Angaben zur Rehabilitationsbedürftigkeit und zum Verlauf der Krankenbehandlung

A. Kurze Angaben zur Anamnese (insbesondere Beginn und Verlauf)

B. Rehabilitationsrelevante Schädigungen und Befunde (relevante Untersuchungsergebnisse / aktuelle Assessmentergebnisse, z. B. Barthel/Frühreha-Barthel)

C. Bisherige ärztliche/psychotherapeutische Interventionen einschließlich Arzneimitteltherapie

D. Heilmittel in den letzten 6 Monaten (bitte einzelne Maßnahmen angeben)

Heilmittel zur Erreichung des Behandlungszieles nicht ausreichend

E. Rehabilitationsrelevante Hilfsmittel

nein ja, welche? _____

F. Andere Maßnahmen (z. B. Gesundheits-, Patientenschulungen, Rehabilitationssport/Funktionstraining, Wahrnehmung von Beratungs- und Selbsthilfeangeboten)

Ausfertigung für den Vertragsarzt

G. Nicht nur vorübergehende Beeinträchtigungen der Aktivitäten/Teilhabe

	keine Beeinträchtigungen	Einschränkungen	personelle Hilfe nötig	nicht durchführbar
Lernen und Wissensanwendung (z. B. Probleme lösen, Entscheidungen treffen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allgemeine Aufgaben und Anforderungen (z. B. tägliche Routine durchführen, mit Belastungen, Krisen sowie Stress umgehen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kommunikation (z. B. Konversation betreiben, Mitteilungen schreiben, Kommunikationsgeräte benutzen können)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mobilität	<input type="checkbox"/>			
Transfer Bett / Stuhl bzw. Rollstuhl		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stehen / Gehen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treppensteigen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige <input type="text"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selbstversorgung	<input type="checkbox"/>			
Essen / Trinken		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
An- / Auskleiden		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waschen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Baden / Duschen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toilettenbenutzung		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige <input type="text"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Häusliches Leben (z. B. Einkaufen, Mahlzeiten vorbereiten, Hausarbeit verrichten, anderen Familienmitgliedern helfen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Interpersonelle Aktivitäten (z. B. Familienbeziehungen aufbauen und aufrechterhalten, soziale Beziehungen aufnehmen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bedeutende Lebensbereiche (z. B. Arbeit und Beschäftigung, Erziehung und Bildung, wirtschaftliche Eigenständigkeit, sich beschäftigen können)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gemeinschaftsleben und soziales Leben (z. B. am Gemeinschaftsleben beteiligen, Erholung und Freizeit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

H. Kontextfaktoren

1. Rehabilitationsrelevante positiv/negativ wirkende umwelt- und personbezogene Faktoren

(z. B. allein / mit Familie lebend, in Alten-/Pflegeeinrichtung lebend, Konflikte, Pflege oder Tod eines Familienangehörigen, Unterstützung(-sbedarf), sprachliche Verständigungsschwierigkeiten, Mehrfachbelastung, mangelndes Selbstmanagement, soziale Isolation, Schwierigkeiten bei der Bewältigung von Alltagsproblemen)

2. Risikofaktoren oder Gefährdung durch

<input type="checkbox"/> Bewegungsmangel Fehlhaltung	<input type="checkbox"/> Übergewicht	<input type="checkbox"/> Untergewicht	<input type="checkbox"/> Medikamente	<input type="checkbox"/> Nikotin
<input type="checkbox"/> Sonstiges (z. B. ungesunde Ernährung, Alkohol) <input type="text"/>				

G. Nicht nur vorübergehende Beeinträchtigungen der Aktivitäten/Teilhabe

	keine Beeinträchtigungen	Einschränkungen	personelle Hilfe nötig	nicht durchführbar
Lernen und Wissensanwendung (z. B. Probleme lösen, Entscheidungen treffen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allgemeine Aufgaben und Anforderungen (z. B. tägliche Routine durchführen, mit Belastungen, Krisen sowie Stress umgehen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kommunikation (z. B. Konversation betreiben, Mitteilungen schreiben, Kommunikationsgeräte benutzen können)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mobilität	<input type="checkbox"/>			
Transfer Bett / Stuhl bzw. Rollstuhl		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stehen / Gehen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treppensteigen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige <input type="text"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selbstversorgung	<input type="checkbox"/>			
Essen / Trinken		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
An- / Auskleiden		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waschen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Baden / Duschen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toilettenbenutzung		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige <input type="text"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Häusliches Leben (z. B. Einkaufen, Mahlzeiten vorbereiten, Hausarbeit verrichten, anderen Familienmitgliedern helfen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Interpersonelle Aktivitäten (z. B. Familienbeziehungen aufbauen und aufrechterhalten, soziale Beziehungen aufnehmen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bedeutende Lebensbereiche (z. B. Arbeit und Beschäftigung, Erziehung und Bildung, wirtschaftliche Eigenständigkeit, sich beschäftigen können)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gemeinschaftsleben und soziales Leben (z. B. am Gemeinschaftsleben beteiligen, Erholung und Freizeit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

H. Kontextfaktoren

1. Rehabilitationsrelevante positiv/negativ wirkende umwelt- und personbezogene Faktoren
 (z. B. allein / mit Familie lebend, in Alten-/Pflegeeinrichtung lebend, Konflikte, Pflege oder Tod eines Familienangehörigen, Unterstützung(-sbedarf), sprachliche Verständigungsschwierigkeiten, Mehrfachbelastung, mangelndes Selbstmanagement, soziale Isolation, Schwierigkeiten bei der Bewältigung von Alltagsproblemen)

2. Risikofaktoren oder Gefährdung durch

Bewegungsmangel Fehlhaltung
 Übergewicht
 Untergewicht
 Medikamente
 Nikotin
 Sonstiges (z. B. ungesunde Ernährung, Alkohol)

III. Angaben zur Rehabilitationsfähigkeit

Der/die Patient/in verfügt über ausreichende physische und psychische Belastbarkeit

 ja

 nein

IV. Rehabilitationsziele

A. Rehabilitationsziele in Bezug auf die oben genannten Schädigungen und Beeinträchtigungen

B. Rehabilitationsziele aus Sicht der Patientin / des Patienten, sofern ABWEICHEND von den zuvor genannten

V. Rehabilitationsprognose

Unter Berücksichtigung des bisherigen Verlaufs und der individuell vorhandenen bzw. förderungsfähigen Ressourcen besteht eine **positive Prognose** für die unter IV. A. und IV. B. benannten Rehabilitationsziele

 ja

 eingeschränkt, hinsichtlich (z. B. Erreichbarkeit in der vorgesehenen Zeit, aktueller Motivationslage)

VI. Zuweisungsempfehlungen

A. Empfohlene Rehabilitationsform

ambulant

ambulant-mobil

stationär

Mütter-Leistung

Väter-Leistung

als Mutter-Kind-Leistung

als Vater-Kind-Leistung

B. Weitere Bemerkungen/Begründungen (u. a. Anforderungen an die Einrichtung z. B. Barrierefreiheit auch für körper-, seh-, hör- oder sprachbehinderte Menschen, klimatische Anforderungen, Allergiefaktoren, besondere Kostformen, fremdsprachliche Betreuung, besondere Therapieformen)

 nein

 ja, welche?

VII. Sonstige Angaben

A. Die beantragte Leistung ist vor Ablauf der gesetzlichen Wartefrist von 4 Jahren medizinisch notwendig aufgrund

neuer Indikation

Verschlimmerung bei gleicher Indikation

B. Die zeitweise Entlastung und Distanzierung vom sozialen Umfeld ist nötig

 ja

 nein

C. Im Falle einer ambulanten Rehabilitation ist die häusliche Versorgung gesichert

 ja

 nein

D. Reisefähigkeit

öffentliche Verkehrsmittel

PKW erforderlich

Begleitperson erforderlich

E. Sonstiges (z. B. besondere Hinweise zur Reisefähigkeit, Schwangerschaft)

F. Rückruf erbeten unter

Für das Ausstellen der ärztlichen
Verordnung (Teil B-D)
ist die Nr. 01611 EBM berechnungsfähig

Ausfertigung für die Krankenkasse

Datum

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

III. Angaben zur Rehabilitationsfähigkeit

Der/die Patient/in verfügt über ausreichende physische und psychische Belastbarkeit ja nein

IV. Rehabilitationsziele

A. Rehabilitationsziele in Bezug auf die oben genannten Schädigungen und Beeinträchtigungen

B. Rehabilitationsziele aus Sicht der Patientin / des Patienten, sofern ABWEICHEND von den zuvor genannten

V. Rehabilitationsprognose

Unter Berücksichtigung des bisherigen Verlaufs und der individuell vorhandenen bzw. förderungsfähigen Ressourcen besteht eine **positive Prognose** für die unter IV. A. und IV. B. benannten Rehabilitationsziele

ja eingeschränkt, hinsichtlich (z. B. Erreichbarkeit in der vorgesehenen Zeit, aktueller Motivationslage) _____

VI. Zuweisungsempfehlungen

A. Empfohlene Rehabilitationsform

ambulant ambulant-mobil stationär
 Mütter-Leistung Väter-Leistung als Mutter-Kind-Leistung als Vater-Kind-Leistung

B. Weitere Bemerkungen/Begründungen (u. a. Anforderungen an die Einrichtung z. B. Barrierefreiheit auch für körper-, seh-, hör- oder sprachbehinderte Menschen, klimatische Anforderungen, Allergiefaktoren, besondere Kostformen, fremdsprachliche Betreuung, besondere Therapieformen)

nein ja, welche? _____

VII. Sonstige Angaben

A. Die beantragte Leistung ist vor Ablauf der gesetzlichen Wartefrist von 4 Jahren medizinisch notwendig aufgrund

neuer Indikation Verschlimmerung bei gleicher Indikation

B. Die zeitweise Entlastung und Distanzierung vom sozialen Umfeld ist nötig

ja nein

C. Im Falle einer ambulanten Rehabilitation ist die häusliche Versorgung gesichert

ja nein

D. Reisefähigkeit

öffentliche Verkehrsmittel PKW erforderlich Begleitperson erforderlich

E. Sonstiges (z. B. besondere Hinweise zur Reisefähigkeit, Schwangerschaft)

F. Rückruf erbeten unter _____

Für das Ausstellen der ärztlichen Verordnung (Teil B-D) ist die Nr. 01611 EBM berechnungsfähig

Datum

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

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Ausfertigung für den Vertragsarzt

Gemeinsame Arbeitsgruppe Arzneimittel

Kassenärztliche Vereinigung
Niedersachsen

Verbände der gesetzlichen
Krankenkassen in Niedersachsen



Rezept-Info – Spezifische Immuntherapie (SIT)

Zur Durchführung einer spezifischen Immuntherapie (SIT) stehen sowohl im Bereich der subcutanen (SCIT) als auch der sublingualen (SLIT) Therapie vielfältige Präparate zur Verfügung. Diese zu beurteilen und auszuwählen ist aufgrund der teilweise undurchsichtigen Studien- und Zulassungssituation oftmals schwierig. Die Veröffentlichung der aktualisierten S2k-Leitlinie zur (allergen-) spezifischen Immuntherapie Ende 2014 unter der Leitung der DGAKI¹ hat hierbei einige wichtige Neuerungen mit sich gebracht, die wir Ihnen im Folgenden kurz wiedergeben möchten.

Die SIT ist eine kausale immunmodulierende Therapie, deren Wirksamkeit für bestimmte Allergene und Altersgruppen durch Metaanalysen eindeutig belegt ist. Entscheidender Faktor für den Therapieerfolg ist hierbei die Adhärenz des Patienten. Diese über den gesamten Therapiezeitraum zu fördern gehört folglich zu den wichtigsten Aufgaben während der Durchführung einer spezifischen Immuntherapie.

Als Novum der aktualisierten Leitlinie gilt, dass die Präparate nicht mehr anhand der Applikationsform (SCIT oder SLIT), sondern im Rahmen einer produktindividuellen Betrachtung anhand von Zulassungsstatus und Studienlage des einzelnen Arzneimittels beurteilt werden sollten. Es wird empfohlen, zugelassene Allergenpräparate mit dokumentierter Wirksamkeit und Sicherheit oder im Rahmen der Therapie-Allergene-Verordnung² (TAV) verkehrsfähige Präparate bevorzugt einzusetzen.

Eine halbjährig aktualisierte Übersichtstabelle zu Evidenz und Zulassung der in Deutschland angebotenen SIT-Produkte für die Allergene Gräser, Frühblüher/Birke und Milbe sowie weitere hilfreiche Informationen finden Sie auf der Internetseite der DGAKI (<http://www.dgaki.de/leitlinien/s2k-leitlinie-sit/>).

Auch die Frage der Wirtschaftlichkeit einer spezifischen Immuntherapie lässt sich nicht allein anhand der Applikationsform voraussagen. Ist bei einem Patienten die Durchführung einer SIT indiziert, empfiehlt es sich, unter Berücksichtigung von Zulassungsstatus, Studienlage und patientenindividueller Kontraindikation, die Therapiekosten in Frage kommender SCIT- und SLIT-Präparate für einen Therapiezeitraum von drei Jahren zu vergleichen um somit schlussendlich das passende Präparat zu ermitteln.

Wir hoffen, Sie mit der Patienteninformation in Ihrer täglichen Arbeit zu unterstützen.

Quelle:

Pfaar et al. „Leitlinie zur (allergen-) spezifischen Immuntherapie bei IgE-vermittelten allergischen Erkrankungen“, Oktober 2014; Allergo J Int 2014;23: 282-319
(unter: www.dgaki.de)

¹ Deutsche Gesellschaft für Allergologie und klinische Immunologie

² Seit Einführung der TAV bedürfen auch Individualrezepturen, die häufige Allergenquellen enthalten, einer Zulassung. Momentan befinden sich noch einige Präparate in der Nachzulassung und sind weiterhin verkehrsfähig.

Gemeinsame Arbeitsgruppe Arzneimittel

Kassenärztliche Vereinigung
Niedersachsen

Verbände der gesetzlichen
Krankenkassen in Niedersachsen



Rezept-Info – Kurzinformation zur Spezifischen Immuntherapie (SIT)

- Wirksamkeit der SIT für bestimmte Allergene und Altersgruppen eindeutig belegt.
- Adhärenz des Patienten ist entscheidend für Therapieerfolg.
- Keine Unterscheidung nach Applikationsform (SCIT oder SLIT) sondern nach Evidenz und Zulassung des individuellen Produktes.
- Bevorzugtes Verordnen von Präparaten mit dokumentierter Wirksamkeit und Sicherheit.
- Vergleich der Therapiekosten der einzelnen Präparate für einen Behandlungszeitraum von drei Jahren.
- Übersicht zu in Deutschland zugelassen SIT-Präparaten auf der Internetseite der DGAKI (<http://www.dgaki.de/leitlinien/s2k-leitlinie-sit/>).

Patienteninformation zur subkutanen spezifischen Immuntherapie

Die Kassenärztliche Vereinigung und die Verbände der Krankenkassen in Niedersachsen



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

eine Allergie kann in vielen Fällen durch regelmäßige Injektionen des abgeschwächten Allergens, das für Ihre Allergie verantwortlich ist, behandelt werden. Liegt bei Ihnen beispielsweise eine Pollen-, Hausstaub-, Wespen- oder Bienengiftallergie vor, kann diese mit entsprechenden Spritzen ursächlich behandelt werden. Das Prinzip ist einer Impfung ähnlich.

Meistens wird das abgeschwächte Allergen über einen Zeitraum von 3 Jahren in den Oberarm injiziert, dabei steigt die Konzentration und Menge von Injektion zu Injektion. Diese Behandlung wird Hyposensibilisierung genannt.

Mit dieser Therapie lernt ihr Körper, das Allergen zu tolerieren. Damit wird eine allergische Überreaktion verhindert.

Wichtig ist, dass Sie keine Spritze auslassen. Damit unterstützen Sie einen optimalen Behandlungserfolg. Nach jeder Spritze bleiben sie zur Beobachtung 30 Minuten in der Praxis, um eventuelle Überreaktionen zu beobachten.

Herzlichen Dank für Ihre Unterstützung!

Alles Gute für ihre Gesundheit wünschen Ihnen Ihre Krankenkasse und die Kassenärztliche Vereinigung!

Praxisstempel

Patienteninformation zur sublingualen spezifischen Immuntherapie

Die Kassenärztliche Vereinigung und die Verbände der Krankenkassen in Niedersachsen



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,



mit der sublingualen Immuntherapie (Therapie unter der Zunge) kann der Körper durch die regelmäßige Einnahme des abgeschwächten Allergieauslösers eine natürliche Toleranz entwickeln. Bei erfolgreicher Behandlung wird das Allergen ohne allergische Reaktion vertragen.



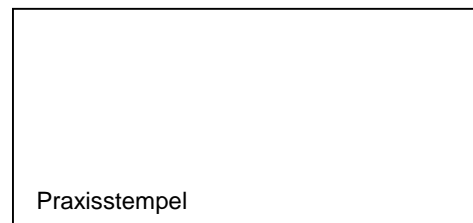
Wichtig für einen optimalen Behandlungsverlauf sind die tägliche Einnahme und regelmäßige Kontrolltermine bei Ihrem Arzt. Nur in diesem Fall kann die Behandlung bei Ihnen erfolgreich sein. Zu Behandlungsbeginn nehmen Sie die Tropfen oder die Tablette in der Praxis ein. Danach, wenn Sie die sichere Einnahme in der Praxis kennengelernt haben, können Sie die Therapie zu Hause fortsetzen.



Herzlichen Dank für Ihre Unterstützung!



Alles Gute für ihre Gesundheit wünschen Ihnen Ihre Krankenkasse und die Kassenärztliche Vereinigung!



Praxisstempel



Informationen für die Praxis

KVN-Rundschreiben

März 2016

Inhaltsverzeichnis

1. Abrechnung	3
1.1. Abgabetermin für das 1. Quartal 2016	3
1.2. Amtliche Mitteilung der KVN zum HVM für das 2. Quartal 2016 für Haus- und Kinderärzte	3
1.3. Abrechnungsbestimmungen für therapeutische arthroskopische Eingriffe bei der Gonarthrose zum 1. April 2016 geändert	4
1.4. AbrechnungsCheck - Neuer Service ab dem Abrechnungsquartal 1/16	5
2. Verordnungen	5
2.1. Krankentransporte und Krankenfahrten - Was Sie bei der Verordnung beachten sollten	5
2.2. Verordnung von medizinischer Rehabilitation ab 1. April 2016 deutlich vereinfacht	5
2.3. Hypnotika/Hypnogene oder Sedativa - Änderung der Anlage III der Arzneimittel-Richtlinie.....	6
2.4. Valproinsäure bei der Migräneprophylaxe im Erwachsenenalter - Aktualisierung der Anlage VI (Off-Label-Use) Ziffer V der Arzneimittel-Richtlinie.....	7
2.5. Praxisbesonderheiten Heilmittel - Änderung durch Einführung des ICD-10-GM 2016	7
2.6. Arzneimittelquotenberichte Januar - Dezember 2015 ..	8
2.7. Gemeinsame Arbeitsgruppe Arzneimittel, hier: Informationsschreiben über die Verordnung von Antihistaminika.....	8
2.8. Änderung der Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie (AU-RL).	8
3. Allgemeine Hinweise	9
3.1. TerminServiceStelle (TSS) - aktuelle Informationen.....	9
3.2. Ärztliche Versorgung von Asylberechtigten	10
3.3. News zu KV Connect.....	11
3.4. Modifizierung eines Nachsorgeprotokolls Kolon/Rektum für den Krebsnachsorgepass	12

3.5.	Betreuungsstrukturvertrag mit der AOK Niedersachsen, hier: Änderungen mit Wirkung ab 1. Januar 2016.....	12
3.6.	Änderung der Schutzimpfungs-Richtlinie (SI-RL)	12
3.7.	Englische Übersetzung des Mutterpasses	13
3.8.	BKK-Vertrag: Erweitertes Präventionsangebot für Kinder U10/U11 (Starke Kids), hier: Teilnahmekündigungen von Betriebskrankenkassen	13
3.9.	Einweisung ins Krankenhaus	14
4.	Veranstaltungen im April und Mai 2016	15
5.	Anlagenverzeichnis	18
5.1.	Amtliche Mitteilung zum HVM für Haus- und Kinderärzte 2/2016.....	18
5.2.	Krankentransporte und Krankenfahrten.....	18
5.3.	Ausfüllhilfe Muster 61	18
5.4.	Informationsschreiben der AG Arzneimittel: Antihistaminika - Verordnung zu Lasten der GKV? ..	18
5.5.	Einweisung ins Krankenhaus	18
5.6.	Einweisung/Überweisung.....	18

1. Abrechnung

1.1. Abgabetermin für das 1. Quartal 2016

Der Abgabetermin für die Abrechnung des 1. Quartals 2016 ist der 10. Kalendertag des nachfolgenden Quartals und somit der 10. April 2016. Bitte beachten Sie, dass am Samstag und Sonntag das Ärztehaus nicht geöffnet ist, daher ist eine Einreichung Ihrer Abrechnungsunterlagen ausnahmsweise bis 11. April 2016 möglich (Datum Poststempel).

10. April 2016

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

die Sammelerklärung vollständig ausgefüllt und unterschrieben einzureichen. Das Muster kann auch im KVN-Portal unter www.kvn.de / Abrechnung/ Abrechnungscener / Informationen zur Quartalsabrechnung / Downloads ausgedruckt werden;

Sammelerklärung

- die abzugebenden Behandlungsausweise (sortiert nach der Liste: KBV-Prüfmodul Abgabe Behandlungsausweise) einzureichen;
- abhängig von Ihren erbrachten Leistungen: Früherkennungskoloskopie, Hautkrebscreening, Daten gemäß der QS-Richtlinie Dialyse rechtzeitig online zu dokumentieren und zu übertragen;
- ggf. zusätzliche Unterlagen einzureichen:
Sachkostenbelege / Rechnungen,
Behandlungsplan zur künstlichen Befruchtung Muster 70/70A,
Mitteilungen der Praxis zur eingereichten Abrechnung (Beispiel: Pat. Y ist zu löschen, da jetzt BG-Fall).

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

Wird nicht benötigt

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

Direkt an die Bezirksstellen

Ansprechpartner bei Terminproblemen ist das Team Auskünfte des Abrechnungsceners

Telefon: 0511 380-4800 oder E-Mail: abrechnungscener@kvn.de

1.2. Amtliche Mitteilung der KVN zum HVM für das 2. Quartal 2016 für Haus- und Kinderärzte

Mit Wirkung ab dem 4. Quartal 2015 wurde gemäß Beschluss der Vertreterversammlung die RLV-/QZV-Berechnungssystematik für Haus- und Kinderärzte auf die aktuelle Fallzahl umgestellt. Das arztindividuelle RLV/QZV ergibt sich danach - vereinfacht gesagt - aus dem jeweils ermittelten arztgruppenspezifischen Fallwert und der aktuellen individuellen Fallzahl des laufenden Quartals. Das bedeutet, dass ab 4/2015 für Haus- und Kinderärzte keine arztindividuelle RLV-/QZV-Budgetzuweisung mehr vor Quartalsbeginn erfolgen kann. Vielmehr werden künftig

immer per Rundschreiben (sowie im KVN-Portal) ebenfalls vor Quartalsbeginn die arztgruppenspezifischen RLV-/QZV-Fallwerte als so genannte Mindestfallwerte bekannt gegeben. „Mindest“-Fallwerte deshalb, weil diese im Rahmen der Quartalsabrechnung noch eine Anpassung nach oben erfahren können, wenn insbesondere die für die Fallwertberechnung prognostizierte Fallzahlentwicklung der Arztgruppe nicht erreicht wird.

Die für das 2. Quartal 2016 geltenden RLV-/QZV-Mindestfallwerte für Haus- und Kinderärzte sowie die Fallzahlgrenzen für die Fallwertminde- rung bzw. die Fallzahlzuwachsbegrenzungsregelung (FZZB) entnehmen Sie bitte der Anlage 5.1 zu diesem Rundschreiben. Zusätzlich sind diese Daten auch bereits seit dem 29. Februar 2016 über das KVN-Portal ab- rufbar.

Anlage 5.1: Amtliche Mitteilung zum HVM für Haus- und Kinder- ärzte 2/2016

1.3. Abrechnungsbestimmungen für therapeutische arthroskopische Eingriffe bei der Gonarthrose zum 1. April 2016 geändert

Der Bewertungsausschuss hat die Abrechnungsbestimmungen für the- rapeutische arthroskopische Eingriffe bei der Gonarthrose zum 1. April 2016 angepasst. Hintergrund ist der Beschluss des gemeinsamen Bun- desausschusses (G-BA), das Arthroskopien, die primär aufgrund der Di- agnose Gonarthrose durchgeführt werden, nicht mehr zu Lasten der ge- setzlichen Krankenversicherung durchgeführt werden dürfen.

Bei Patienten mit Gonarthrose darf eine Arthroskopie nur bei den medi- zinischen Indikationen zu Lasten der GKV durchgeführt werden, bei de- nen die Gonarthrose nicht die zur Operation führende Diagnose darstellt (vergleiche Beschluss des G-BA vom 27. November 2015). Dies wurde durch den Bewertungsausschuss durch die Aufnahme weiterer Bestim- mungen in die Präambeln 31.2.5 (neue Nr. 4) und 36.2.5 (neue Nr. 2) zur Arthroskopie umgesetzt:

- Es wird klargestellt, dass die GOP 31142 bis 31145 und 36142 bis 36145 für therapeutische arthroskopische Eingriffe, die pri- mär aufgrund einer Gonarthrose durchgeführt werden, nach Nr. 53 der Anlage II der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Ver- sorgung des G-BA nicht berechnungsfähig sind.
- Zugleich wird festgelegt, dass von diesem Ausschluss Eingriffe unberührt bleiben, die aufgrund von Traumen, einer akuten Gelenkblockade oder einer meniskusbezogenen Indikation erfolgen, bei der die bestehende Gonarthrose lediglich als Begleiterkrank- ung anzusehen ist, sofern die vorliegenden Symptome zuver- lässig auf die genannten Veränderungen an der Synovialis, den Gelenkknorpeln und Menisken zurückzuführen und durch eine arthroskopische Intervention zu beeinflussen sind.

Weitere Bestimmungen

Der Beschluss wurde im Deutschen Ärzteblatt, Heft 8, vom 26. Februar 2016 veröffentlicht.

1.4. AbrechnungsCheck - Neuer Service ab dem Abrechnungsquartal 1/16

Die KVN bietet Ihnen bei termingerechter Online-Einreichung Ihrer Abrechnungsdatei die Möglichkeit, Änderungen an Ihren bereits gegen das KVN-Regelwerk geprüften Daten vorzunehmen. Ihre Teilnahme an diesem Verfahren erklären Sie explizit durch eine Bestätigung beim Übertragen der Abrechnungsdatei im KVN-Portal. Idealerweise stellen Sie zuvor im Emily-Emailbenachrichtigungssystem sicher, dass Sie eine E-Mail-Adresse hinterlegt und den AbrechnungsCheck als Dienst zugeordnet haben. Zur eigentlichen Überprüfung sendet die KVN Ihnen eine E-Mail. Für Sie bleiben anschließend acht Tage Zeit um notwendige Korrekturen durchzuführen und einen Korrekturauftrag an die KVN zu übertragen. Die Nutzungsbedingungen sowie Bedienungshilfen finden Sie rund um die eigentliche Anwendung. Sofern Sie Fragen zu unserem neuen Angebot haben, kontaktieren Sie uns unter abrechnungscen-ter@kvn.de oder rufen uns einfach unter der Telefonnummer 0511 380-4800 an.

Acht Tage Zeit für Korrekturen

2. Verordnungen

2.1. Krankentransporte und Krankenfahrten - Was Sie bei der Verordnung beachten sollten

Das Verordnen von Fahrten zur ärztlichen Behandlung wirft immer wieder Fragen auf - zum Beispiel in welchen Fällen eine Genehmigung der Krankenkasse benötigt wird. Was Ärzte wissen sollten und welche Besonderheiten es zu beachten gilt, ist in der beigefügten Praxisinformation zusammengestellt.

Anlage 5.2: Krankentransporte und Krankenfahrten

2.2. Verordnung von medizinischer Rehabilitation ab 1. April 2016 deutlich vereinfacht

Ab dem 1. April 2016 erfolgt die Verordnung von medizinischer Rehabilitation in einem einstufigen Verordnungsverfahren, der „Antrag zum Antrag“ - das Muster 60 wird abgeschafft. Des Weiteren wurde die Qualifikation der Vertragsärzte neu geregelt, inhaltliche Vorgaben für die Verordnung in der Richtlinie ergänzt und Wunsch- und Wahlrechte des Patienten aufgenommen.

Muster 60 abgeschafft

Verordnungsvordruck

Die Verordnung der medizinischen Rehabilitation erfolgt generell mit dem Muster 61 Teil B bis D. In den Fällen, in denen der Vertragsarzt

eine ergänzende Beratung des Patienten durch die Krankenkasse für erforderlich hält oder er den zuständigen Rehabilitationsträger nicht kennt, füllt er nur das Muster 61 Teil A aus. Die Krankenkasse informiert den Vertragsarzt über den zuständigen Leistungsträger. Sofern die Krankenkasse zuständig ist, wird der Vertragsarzt aufgefordert auch die Teile B-D des Musters 61 auszufüllen. Eine ausführliche Ausfüllhilfe für das Muster 61 ist dem Rundbrief als Anlage beigelegt.

Qualifikation

Die Verordnung der medizinischen Rehabilitation kann künftig wieder durch jeden Vertragsarzt erfolgen. Die bisher erforderliche zusätzliche Qualifikation entfällt. Als Ersatz für die verpflichtende Qualifikation werden die KVen Fortbildungsveranstaltungen anbieten, damit die Vertragsärzte ihre Fachkenntnisse erweitern, vertiefen oder erlangen können.

Zusatzqualifikation entfällt

Für Verordnungen von medizinischer Rehabilitation ab dem 1. April 2016 sind ausschließlich die neuen Vordrucke zu verwenden. Die alten Vordrucke dürfen nicht aufgebraucht werden. Das neue Muster 61 wird den Vertragsärzten nicht mehr von den Krankenkassen zu Verfügung gestellt. Es ist in den Vertragsarztpraxen vorzuhalten. Bitte berücksichtigen Sie dies bei Ihrer nächsten Vordruckbestellung.

Nur neue Vordrucke verwenden

Anlage 5.3: Ausfüllhilfe Muster 61

2.3. Hypnotika/Hypnogene oder Sedativa - Änderung der Anlage III der Arzneimittel-Richtlinie

Hypnotika/Hypnogene und Sedativa (schlaferzwingende, schlafanstoßende, schlaffördernde oder beruhigende Mittel) zur Behandlung von Schlafstörungen unterliegen einem Verordnungsaußchluss nach Anlage III der Arzneimittel-Richtlinie. Ausnahmen hiervon sind die Kurzzeittherapie bis zu vier Wochen bzw. eine länger als vier Wochen dauernde Behandlung in medizinisch begründeten Einzelfällen.

Mit Wirkung vom 26. Februar 2016 wurde folgende weitere Ausnahme von dem o. g. Verordnungsaußchluss in die Anlage III aufgenommen:

- „ausgenommen zur Behandlung eines gestörten Schlaf-Wach-Rhythmus (Nicht-24-Stunden-Schlaf-Wach-Syndrom) bei vollständig blinden Personen.“

Weitere Ausnahme

Entsprechende Arzneimittel können demnach in den genannten Fällen zu Lasten der GKV verordnet werden. Zum momentanen Zeitpunkt (Stand 02/16) ist nach unserer Recherche noch kein Arzneimittel auf dem deutschen Markt erhältlich, welches von der neuen Ausnahme des Verordnungsaußchlusses betroffen wäre bzw. eine entsprechende Zulassung zur Behandlung des Nicht-24-Stunden-Schlaf-Wach-Syndroms aufweist. Mit Markteinführung eines entsprechenden Produktes wird jedoch gerechnet.

Den vollständigen Beschluss des G-BA sowie die vollständige Anlage III finden Sie im Internet unter www.g-ba.de / Richtlinien / Arzneimittelrichtlinie / Anlage III.

2.4. Valproinsäure bei der Migräneprophylaxe im Erwachsenenalter - Aktualisierung der Anlage VI (Off-Label-Use) Ziffer V der Arzneimittel-Richtlinie

Mit Wirkung vom 26. Februar 2016 wird die Anlage VI Teil A der AM-RL unter der Ziffer V „Valproinsäure bei der Migräneprophylaxe im Erwachsenenalter“ aktualisiert. Grundlage hierfür war ein Rote-Hand-Brief vom Dezember 2014 (Rote-Hand-Brief zu Valproat und -verwandte Substanzen enthaltender Arzneimittel: Risiken für das ungeborene Kind im Falle einer Exposition während der Schwangerschaft - Dezember 2014 (abrufbar unter www.bfarm.de)) mit verschärften Warnhinweisen für Valproinsäure-haltige Arzneimittel und die darauf folgende Anpassung entsprechender Produktinformationen. Zusammenfassend wird in der Anlage VI nun noch stärker auf die gestiegenen Sicherheitsbedenken von Valproinsäure hingewiesen, bereits benannte Verordnungseinschränkungen werden hervorgehoben und Kontraindikationen erweitert. Näheres hierzu entnehmen Sie bitte der Anlage VI der AM-RL und den entsprechenden Fachinformationen.

Des Weiteren wurde die Liste der Hersteller, die für Ihre Valproinsäurehaltigen Arzneimittel einer Anwendung im Rahmen des vorgenannten Off-Label-Use zugestimmt haben (Haftung des pharmazeutischen Unternehmers) wie folgt aktualisiert:

ACA Müller ADAG Pharma AG, betapharm Arzneimittel GmbH, Dolorgiet GmbH & Co. KG, IIP - Institut für industrielle Pharmazie Forschungs- und Entwicklungsgesellschaft mbH, TAD Pharma GmbH.

Wir empfehlen bei Verordnungen von Valproinsäure-haltigen Arzneimitteln der genannten Hersteller in der hier genannten Off-Label-Indikation das Setzen des Aut-Idem-Kreuzes. Haftungsrechtliche Probleme infolge eines Austausches in der Apotheke gegen ein vergleichbares Präparat, welches keine Off-Label-Zustimmung hat, können so vermieden werden.

Den vollständigen Beschluss sowie die Anlage VI der AM-RL finden Sie auf der Website des G-BA (www.g-ba.de) unter: Richtlinien / Arzneimittelrichtlinie / Anlage VI

2.5. Praxisbesonderheiten Heilmittel - Änderung durch Einführung des ICD-10-GM 2016

Zur Anerkennung als bundesweite Praxisbesonderheit wurden Physiotherapie-Verordnungen nach Gelenkimplantationen (Hüfte, Knie, Schulter) bisher mit Z96.6 bzw. Z96.88 i. V. m. Z98.8 und der Spezifizierung der Diagnose in Klarschrift auf der Verordnung gekennzeichnet.

Mit Einführung des ICD-10-GM-Verzeichnisses 2016 wurde der Diagnosecode Z96.6 um eine fünfte Stelle ergänzt (Z96.60 bis Z96.68). Damit kann nunmehr die konkrete Lokalisation von orthopädischen Gelenkimplantaten verschlüsselt werden.

Aus diesem Grund haben KBV und GKV-Spitzenverband die Anlage 1 der Vereinbarung über Praxisbesonderheiten Heilmittel angepasst und

Aktualisierte Herstellerliste

Code um fünfte Stelle ergänzt

darüber hinaus die Diagnosegruppe SB2 mit aufgenommen. Rückwirkend zum 1. Januar 2016 gelten für die Diagnose-Verschlüsselungen im Rahmen einer endoprothetischen Versorgung folgende ICD-10-GM-Codes als bundesweite Praxisbesonderheit:

1. ICD-10	2. ICD-10	Diagnose	Diagnosegruppe / Indikationsschlüssel			Hinweis / Spezifikation
			Physiotherapie	Ergotherapie	Stimm, Sprech- und Sprachtherapie	
Z96.60	Z98.8	Vorhandensein einer Schulterprothese	EX2 / EX3	SB2		Längstens 6 Monate nach Akutereignis
Z96.64	Z98.8	Vorhandensein einer Hüftgelenkprothese				
Z96.65	Z98.8	Vorhandensein einer Kniegelenkprothese				

Ab dem 2. Quartal 2016 werden diese Codierungen voraussichtlich auch von der PVS-Software als Praxisbesonderheit angezeigt.

Im Fall einer Wirtschaftlichkeitsprüfung werden aber ebenso noch Verordnungen als Praxisbesonderheit anerkannt, die nach den alten Vorgaben ausgestellt wurden, also unter Z96.6 bzw. Z96.88 i.V.m. Z98.8 und der Spezifizierung der Diagnose in Klarschrift.

2.6. Arzneimittelquotenberichte Januar - Dezember 2015

Die monatliche Aktualisierung der Arzneimittelquotenberichte ist erfolgt. Der Zeitraum Januar bis Dezember 2015 kann über das KVN-Portal unter „Online-Dienste“, Rubrik „eDokumente“ aufgerufen werden.

Ebenso stehen hier die Arznei- und Heilmittel-Richtgrößeninformationen sowie GAmSi- und HIS-Berichte zur Verfügung.

2.7. Gemeinsame Arbeitsgruppe Arzneimittel, hier: Informationsschreiben über die Verordnung von Antihistaminika

Im Anhang finden Sie ein weiteres Informationsschreiben der AG Arzneimittel. Das Schreiben thematisiert die Verordnung von apothekenpflichtigen und verschreibungspflichtigen Antihistaminika und geht dabei unter anderem auf die Arzneimittel-Richtlinie sowie deren Anlage I (OTC-Übersicht) ein.

Im Übrigen wurde die bestehende Rezeptinfo zum Thema Protonenpumpeninhibitoren aktualisiert. Die Rezeptinfo, wie auch das Schreiben zu den Antihistaminika, finden Sie in Kürze im KVN-Portal unter Verordnungen / Arzneimittel / Veröffentlichungen sowie im Internet unter www.kvn.de / Praxis / Verordnungen.

Anlage 5.4: Informationsschreiben der AG Arzneimittel: Antihistaminika - Verordnung zu Lasten der GKV?

2.8. Änderung der Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie (AU-RL)

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat Änderungen an der AU-RL beschlossen. Die Änderungen betreffen die Neuregelung zum Anspruch auf Krankengeld, die neue Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung ab 1. Januar 2016 sowie die Rückdatierung des Beginns der Arbeitsunfähigkeit.

Neuregelung zum Anspruch auf Krankengeld

Die durch das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz erfolgten Änderungen zur Entstehung des Anspruchs auf Krankengeld sind nun auch in die AU-RL aufgenommen worden.

Wir hatten Sie mit dem September-Rundschreiben darüber informiert, dass der Anspruch auf Krankengeld bereits ab dem Tag der ärztlichen Feststellung entsteht und nicht mehr erst ab dem Folgetag. Der Anspruch auf Krankengeld bleibt zudem bestehen, wenn die Folgebescheinigung spätestens am nächsten Werktag nach dem zuletzt bescheinigten Ende der Arbeitsunfähigkeit erfolgt, Samstage gelten dabei nicht als Werktage.

Neue Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung ab 1. Januar 2016

Die durch die Zusammenführung der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (Muster 1) und des Krankengeldauszahlungsscheins (Muster 17) ergebenen Anpassungen wurden in die AU-RL aufgenommen. Zudem wurde die maximale Dauer der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung auf zwei Wochen bzw. auf einen Monat in besonderen Fällen neu in die AU-RL aufgenommen.

Maximale Dauer aufgenommen

3. Allgemeine Hinweise

3.1. TerminServiceStelle (TSS) - aktuelle Informationen

Die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen bedankt sich bei allen Haus- und Fachärzten für die kooperative Zusammenarbeit bei der Einrichtung der TerminServiceStelle. Sie haben einerseits viele Termine angeboten und andererseits sind Sie sehr verantwortungsvoll mit den Überweisungs-codes umgegangen. Um in Zukunft das Angebot von Terminen genauer bei Ihnen abfragen zu können, werden wir die Anrufe der vergangenen und zukünftigen Wochen schnellstmöglich analysieren.

Immer noch keine E-Mail- oder FAX-Benachrichtigung über (nicht) vergebene Termine

Aufgrund technischer Schwierigkeiten ist es bisher immer noch nicht möglich, den Praxen eine E-Mail über vergebene Termine zu senden. Daher werden die Patienten nach wie vor intensiv gebeten, sich nach der Terminvergabe sofort in der Praxis zu melden, um den Termin zu bestätigen und um weitere Fragen zu klären. Sowohl die E-Mail als auch das FAX dürften aus Datenschutzgründen keine Patienteninformationen enthalten, so dass viele Praxen den Anruf bevorzugen.

Keine Patienteninformationen

Für Ihre Planung ist zusätzlich der Hinweis wichtig, dass die TSS nur Termine vergibt, die mehr als fünf Werktage in der Zukunft liegen. Ist also ein näher liegender Termin nicht vergeben, so können Sie diesen für eigene Patienten, die einen kurzfristigen Termin benötigen, verwenden.

Ergänzung neuer Profile bei Änderungen in der Praxiskonstellation funktioniert

Inzwischen ist es gelungen, die Aktualisierung von Praxisprofilen bei Änderungen in der Praxiskonstellation zu automatisieren, d. h. neue Praxispartner erhalten automatisch ein neues eigenes Profil. Dies kann nach der Anmeldung einige Minuten dauern. Das Profil eines „alten“ Partners wird nicht automatisch gelöscht, da es noch Termine enthalten kann. Es können aber keine neuen weiteren Termine für dieses Profil vergeben werden.

Profile „ändern“ („duplizieren“, „neu anlegen“)

Für das gezielte Anbieten bestimmter Termine für bestimmte „Tätigkeiten“ kann es sinnvoll sein, die angebotenen Profile zu bearbeiten.

Die Funktion „neues Profil anlegen“ erstellt ein neues Profil, das alle in der Praxis vorhandenen Facharztbezeichnungen, Schwerpunkte und Zusatzqualifikationen zur Auswahl anzeigt. Es erscheint daher am besten geeignet, da es somit ein „praxisorientierteres“ Gestalten eines Profils zulässt. Aber beachten Sie bitte, dass eine Suche auf der Ebene einzelner Genehmigungen derzeit noch nicht funktioniert. Die TSS kann nur nach Facharztbezeichnungen, Schwerpunkten und Zusatzqualifikationen suchen.

Neu und nützlich: Sie können im eTerminservice durch Klicken auf einen vergebenen Termin die Patientendaten einsehen (Name, Vorname, Adresse, Telefonnummer und Überweisungscode).

Patientendaten einsehen

3.2. Ärztliche Versorgung von Asylberechtigten

Die ärztliche Versorgung von Asylberechtigten ist für die Vertragsärzte und ihre Mitarbeiter nach wie vor eine große Herausforderung. Um die Arbeit in der täglichen Praxis zu unterstützen, hat die KVN die wichtigsten Informationen auf ihrer Homepage (www.kvn.de) unter „Medizinische Versorgung von Flüchtlingen/Asylbewerbern“ zusammengestellt.

Nachdem die ersten Abrechnungen gegenüber den Sozialhilfeträgern erfolgt sind, müssen wir leider feststellen, dass sich die anfänglich durch die Sozialhilfeträger zugesicherte unbürokratische Abwicklung der Abrechnung, doch etwas anders darstellt.

Die Sozialhilfeträger haben eine Vielzahl von sachlich- und rechnerische Berichtigungen gestellt, die deutlich machen, dass seitens der Kostenträger keine Abweichungen von den Verträgen toleriert werden. Wir haben Ihnen daher die wichtigsten Punkte zusammengestellt, die zu beachten sind, damit die ärztliche Vergütung gewährleistet wird.

1. Leistungsberechtigte nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) haben im Vergleich zu gesetzlich Krankenversicherten nur einen eingeschränkten Leistungsanspruch. Der Anspruch umfasst lediglich:
 - a. die ärztliche Behandlung bei akuten Erkrankungen und Schmerzzuständen einschließlich der Versorgung mit Arznei- und Verbandsmitteln sowie Gewährung sonstiger

Wichtige Punkte

- zur Genesung, zur Besserung oder zur Linderung von Krankheiten oder Krankheitsfolgen erforderlichen Leistungen,
- b. ärztliche und pflegerische Hilfe und Betreuung, Hebammenhilfe, Arznei-, Verband- und Heilmittel bei der ärztlichen Versorgung von Schwangeren,
 - c. Schutzimpfungen und Vorsorgeuntersuchungen entsprechend den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses.

Bitte beachten Sie: Darüber hinausgehende Behandlungen, wie z. B. die Behandlung von chronisch Kranken ohne Schmerzzustände, Psychotherapie, können nur dann zu Lasten des Sozialhilfeträgers durchgeführt werden, wenn dieser vor Beginn der Behandlung die Kostenübernahme erklärt hat.

2. Grundlage für die Behandlung von Asylbewerbern ist ein vom Kostenträger ausgestellter Behandlungsausweis (Ausnahme: Notfallbehandlung, hier gilt das Muster 19). Der Behandlungsausweis kann Einschränkungen enthalten, die unbedingt zu beachten sind.

Beispiel: Die Gültigkeit des Behandlungsscheins erlischt, wenn die Behandlung nicht innerhalb von 7 Tagen ab Ausstellungsdatum einsetzt.

Wird mit der Behandlung am achten Tag begonnen, lehnen die Sozialhilfeträger die Behandlungskosten ab. Asylberechtigte, bei denen der Gültigkeitszeitraum des Behandlungsscheins abgelaufen ist, sind an den Sozialhilfeträger zurückzuschicken, damit ein neuer Behandlungsschein ausgestellt wird.

3. Ist die Überweisung zur Mit- oder Weiterbehandlung erforderlich, so ist ein Überweisungsschein auszustellen, der der Genehmigung durch den Kostenträger bedarf, beziehungsweise der Asylbewerber ist an den Kostenträger zu verweisen, damit dieser einen neuen Behandlungsschein ausstellt.

Bitte beachten Sie: Welches der beiden Verfahren anzuwenden ist, wird durch den Sozialhilfeträger auf dem Behandlungsausweis vorgegeben.

Wird eine Überweisung ausgestellt, muss zwingend im Personalienfeld der Zusatz „Asyl“ eingetragen werden. Nur so weiß auch der Überweisungsempfänger, dass er eingeschränkte Leistungen erbringen muss.

Fehlt der Zusatz und der Überweisungsempfänger erbringt in Unkenntnis Leistungen entsprechend der GKV, werden ihm diese vom Sozialhilfeträger nicht vergütet.

3.3. News zu KV Connect

Mit der 1-Click-Abrechnung direkt aus dem Praxisverwaltungssystem können ab dem 2. Quartal 2016 auch die abrechnungsrelevanten Dokumente (eKoloskopie, eHKS, eDialyse) über KV Connect an die KVN übertragen werden. Darüber hinaus kann ab dem 2. Quartal 2016 die

1-Click-Abrechnung nicht nur als Echtabrechnung, sondern zwischendurch als Testabrechnung an die KVN übertragen werden. Die Praxen erhalten auch bei der Testabrechnung eine fachliche Rückmeldung, dass die Datei verarbeitet werden kann.

Daneben gibt es noch die KV Connect-Anwendungen eDMP - Übertragung der eDMP-Dokumente direkt aus dem PVS an die Datenannahmestelle in Leipzig, Dale-UV - Übertragung der Durchgangsarztberichte an die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV), eArztbrief - die Kommunikationslösung zwischen den Praxen oder mit dem Krankenhaus.

Wenn Sie weiteren Informationsbedarf zu KV Connect haben, wählen Sie die 0511 380-3238 oder sprechen Sie ihren Software-Vertriebspartner an.

Weitere Connect-Anwendungen

3.4. Modifizierung eines Nachsorgeprotokolls Kolon/Rektum für den Krebsnachsorgepass

Das Protokoll Kolon und Rektum, UICC Stadium II und III, IV nach R0-Resektion der Metastasen, wurde leicht modifiziert und der aktuellen S3-Leitlinie angepasst. Verändert ist nur die Untersuchungsfrequenz bei der Koloskopie.

Die Änderung ist in ONkeyLINE bereits erfolgt. Bitte tauschen Sie das entsprechende Protokoll auch im Nachsorgepass der von Ihnen betreuten Patienten aus.

Ordern können Sie die Protokolle im KVN-Portal unter Formularbestellungen.

3.5. Betreuungsstrukturvertrag mit der AOK Niedersachsen, hier: Änderungen mit Wirkung ab 1. Januar 2016

Zur Anpassung an die aktuellen Regeln in der ICD-Codierung erfolgte in den Diagnosegruppen 12, 17, 18 und 26 (Anhang zum BSV-Vertrag) eine Aufnahme von 13 neuen ICD's. Der ICD G83.80 wurde durch den ICD G83.5 ersetzt, da das Locked-in-Syndrom ab 2016 mit Hilfe von diesem neuen Code zu codieren ist. Darüber hinaus erfolgten einige wenige Bezeichnungsänderungen entsprechend der Änderungen im ICD 10 GM 2016. Diese geringfügigen Änderungen werden automatisch im Rahmen der nächsten Abrechnung durch die KVN bei den Teilnehmern am AOKN-Betreuungsstrukturvertrag berücksichtigt. Die neue ICD-Liste ist im KVN-Portal eingestellt.

3.6. Änderung der Schutzimpfungs-Richtlinie (SI-RL)

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat mit Beschluss vom 27. November 2015 Änderungen an der SI-RL vorgenommen. Der Beschluss ist nach Veröffentlichung im Bundesanzeiger seit dem 6. Februar 2016 in Kraft.

Neben redaktionellen Anpassungen zur Verbesserung der Lesbarkeit wurden die STIKO-Empfehlungen aus August 2015 eingearbeitet. Die wesentlichen Änderungen im Einzelnen:

Gelbfieber

Zukünftig ist nur noch eine Impfung gegen Gelbfieber vorgesehen. Eine Auffrischimpfung ist nicht mehr erforderlich.

Meningokokken

Bei der Indikationsimpfung wurde die Eculizumab-Therapie neu aufgenommen. Des Weiteren wird die Impfung gegen Meningokokken-B für immundefiziente Patienten empfohlen.

Die Abrechnung der Meningokokken-B-Impfung erfolgt unter den GONRn 89115 A-R. Der Meningokokken-B-Impfstoff ist auf den Namen des Patienten zu verordnen.

Pneumokokken

Säuglinge sollen künftig nur noch drei statt bisher vier Impfungen im Alter von 2, 4 und 11 bis 14 Monaten erhalten. Für Frühgeborene gilt weiterhin das Schema mit vier Impfungen.

3.7. Englische Übersetzung des Mutterpasses

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat eine Übersetzung des Mutterpasses in englischer Sprache bereitgestellt. Damit können fremdsprachige Personen besser nachvollziehen, was der Arzt im Mutterpass dokumentiert und welche Untersuchungen während der Schwangerschaft vorgesehen sind. Die englische Version des Mutterpasses kann als kostenloses Serviceangebot von der Homepage des G-BA unter www.g-ba.de/informationen/richtlinien/anlage/38 heruntergeladen werden. Bitte beachten Sie, dass der deutsche Mutterpass bindend bleibt. Die englische Übersetzung ist nur ein Serviceangebot und dient nicht der offiziellen Dokumentation.

Deutscher Mutterpass
bleibt bindend

3.8. BKK-Vertrag: Erweitertes Präventionsangebot für Kinder U10/U11 (Starke Kids), hier: Teilnahmekündigungen von Betriebskrankenkassen

Folgende Betriebskrankenkassen haben ihre Vertragsteilnahme zum 31. März 2016 gekündigt. Infolgedessen sind die GONR 99216 (U10) und die GONR 99217 (U11) für Versicherte dieser Kassen nur noch im 1. Quartal 2016 abrechenbar:

- actimonda Krankenkasse
- BKK advita
- BKK Herkules

Der Vertrag mit der aktuellen „BKK-Teilnehmerliste“ steht Ihnen im KVN-Portal unter Verträge / Besondere Versorgung / BKK - Prävention für Kinder - Starke Kids (U10/U11) zur Verfügung.

3.9. Einweisung ins Krankenhaus

Die Zusammenarbeit zwischen niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern wird in letzter Zeit vielfach durch ungerechtfertigte Anforderungen der Krankenhäuser gegenüber der Praxis bei Einweisung ins Krankenhaus beeinträchtigt. Vielfach werden neben der Einweisung, Überweisungsscheine, mehrfache Einweisungen, zusätzliche Einweisungen zur ambulanten Nachsorge oder Einweisungen für ambulante Leistungen im Krankenhaus gefordert. Dies führt zu Diskussionen mit den Patienten und den Krankenhäusern, die den Ablauf der Praxis negativ beeinträchtigen. Um den Praxen in dieser Situation Hilfestellungen zu geben, hat die KVN eine Patienteninformation sowie ein vorbereitetes Formblatt für die Mitgabe an das behandelnde Krankenhaus als Druckvorlage zum Download ins KVN-Portal eingestellt.

Eine Sonderstellung nimmt die belegärztliche stationäre Behandlung ein, die prä- und postoperativ in der Hand der Vertragsärzte verbleibt, so dass hier Überweisungen ausgestellt und angenommen werden dürfen.

Anlage 5.5: Einweisung ins Krankenhaus

Anlage 5.6: Einweisung/Überweisung

Patienteninformation
und Formblatt

4. Veranstaltungen im April und Mai 2016

Hier bekommen Sie eine Übersicht über Seminare und Fortbildungen der KVN mit noch freien Plätzen im April und Mai 2016. Ein Anmeldefax ist angehängt. Bitte nutzen Sie für unterschiedliche Seminare separate Anmeldefaxe. Die ausgefüllten Anmeldungen faxen Sie bitte an folgende Nummer: **0511 380-3480**.

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

www.kvn.de/Seminarangebot

Name	Ort	Datum	Gebühr p. P.
Qualitäts- und Praxismanagement			
Auf dem Weg zum Erfolgsteam	Hannover	06.Apr	120 Euro
Erfolgreiches Management für die moderne Praxis	Aurich	11.Mai	60 Euro
Freude mit Attesten	Bremervörde	27.Apr	45 Euro
Freude mit Formularen	Stade	06.Apr	45 Euro
Gesundheit von Praxismitarbeitern erhalten und schützen	Hannover	27.Apr	kostenlos
Organisation und Management in der KJP-Praxis mit SPV	Hannover	23.Apr	135 Euro
Patientensicherheit im Qualitätszirkel	Hannover	11.Mai	80 Euro
Praxisbegehungen durch das Gewerbeaufsichtsamt	Hannover	30.Apr	20 Euro
QEP-Intensivkurs (2-tägig)	Hannover	27.Mai	220 Euro
Qualitätsmanagementbeauftragte/r (3 Freitage)	Oldenburg	15.Apr	289 Euro
Refresherkurs PraxismanagerIn - AufbauSeminar (3-tägig)	Hannover	20.Apr	295 Euro
So gelingt es auch mit schwierigen Patienten	Verden	13.Apr	40 Euro
Abrechnung und Verordnung			
Abrechnung aktuell	Oldenburg	20.Apr	kostenlos
Diabetes und Verhalten (für Diabetologische Schwerpunktpraxen)	Hannover	28.Mai	185 Euro

Hautkrebs-Screening	Verden	21.Mai	168 Euro
Honorarbescheid lesen und verstehen	Hannover	11.Mai	kostenlos
Honorarbescheid lesen und verstehen	Aurich	27.Apr	kostenlos
„Regress-Angst“ - Wir verordnen ich korrekt in der Praxis	Göttingen	19.Apr	kostenlos
Richtig kodieren nach ICD 10	Aurich	06.Apr	kostenlos
Richtig kodieren nach ICD 10	Hannover	20.Apr	kostenlos
Rund um das RLV und QZV	Braun- schweig	11.Mai	kostenlos
Schutzimpfungen und Sprech- stundenbedarf für MFA	Lüneburg	27.Apr	kostenlos
Sonderverträge im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung - Modul 1 Basics	Braun- schweig	20.Apr	kostenlos
Verordnung von Heilmitteln	Aurich	20.Apr	kostenlos
Medizinische und psychotherapeutische Themen			
Diabetes und Verhalten (für Di- abetologische Schwerpunktpra- xen	Hannover	28.Mai	185 Euro
Qualitätszirkel - Moderatoren- grundausbildung (2-tägig)	Hannover	15.Apr	330 Euro
Patientensicherheit im Quali- tätszirkel	Hannover	11.Mai	80 Euro
Wirtschaftsseminare			
Existenzgründung 2016	Stade	12.Mai	kostenlos
Niederlassen in Niedersachsen	Lüneburg	12.Apr	kostenlos
Plötzlich Chef - Unternehmer- Einmaleins für Ärzte	Braun- schweig	14.Apr	kostenlos
Praxisberatungsseminar	Lüneburg	19.Apr	kostenlos
Praxisrecht 2016	Lüneburg	18.Apr	kostenlos
Rechtsprobleme im Praxisall- tag	Hannover	13.Apr	kostenlos

Verbindliche Anmeldung (bitte vollständig ausfüllen)

Fax an 0511 380-3480

Ich nehme am Seminar

mit _____ Person/en teil.

Datum des Seminars

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

Vor- und Nachname des Rechnungsempfängers (Praxis)

Anschrift des Rechnungsempfängers (Straße, PLZ, Ort)

LANR

BSNR

E-Mail-Adresse

Telefonnummer für evtl. Rückfragen

Datum

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

Stempel

5. Anlagenverzeichnis

- 5.1. Amtliche Mitteilung zum HVM für Haus- und Kinderärzte 2/2016
- 5.2. Krankentransporte und Krankenfahrten
- 5.3. Ausfüllhilfe Muster 61
- 5.4. Informationsschreiben der AG Arzneimittel: Antihistaminika -
Verordnung zu Lasten der GKV?
- 5.5. Einweisung ins Krankenhaus
- 5.6. Einweisung/Überweisung

Amtliche Mitteilung der KVN zum HVM für das 2. Quartal 2016

in Umsetzung des Honorarverteilungsmaßstabes (HVM) gemäß § 87b Abs. 1 SGB V der KVN vom 21. November 2015

Für die Arztgruppe:
Fachärzte für Innere und Allgemeinmedizin, Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte, Fachärzte für Innere Medizin, die dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören

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

Regelleistungsvolumen	RLV-Fallwert:	41,6316 €
Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen (QZV)	Gebührenordnungspositionen des EBM	Fallwert
Akupunktur	30790, 30791	153,7440 €
Allergologie (Zusatzbezeichnung)	30110, 30111, 30120, 30121, 30122, 30123	46,0930 €
Behandlung des diabetischen Fußes	02311	52,0768 €
Behandlung von Hämorrhoiden	30610, 30611	16,4193 €
Chirotherapie	30200, 30201	7,9692 €
Dringende Besuche	01411, 01412	69,7588 €
Ergometrie	03321	18,2824 €
Hyposensibilisierungsbehandlung	30130, 30131	25,3225 €
Kardiorespiratorische Polygraphie	30900	54,8696 €
Kleinchirurgie	02310	18,7720 €
Langzeit-Blutdruckmessung	03324	7,4005 €
Langzeit-EKG	03241, 03322	10,5116 €
Phlebologie	30500, 30501	17,5713 €
Physikalische Therapie	30400, 30401, 30402, 30410, 30411, 30420, 30421	11,0998 €
Proktologie	03331	9,7058 €
Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120	21,6569 €
Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150	89,1236 €
Schmerztherapeutische spezielle Versorgung	30700, 30702, 30704, 30706, 30708	117,1188 €
Schmerztherapeutische spezielle Behandlung	30710, 30712, 30720, 30721, 30722, 30723, 30724, 30730, 30731, 30740, 30750, 30751, 30760	76,1611 €
Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092	15,3220 €
Sonographie III	33060, 33061, 33062	17,3891 €
Spirometrie	03330	5,6839 €
Unvorhergesehene Inanspruchnahme	01100, 01101, 01102	17,2137 €
Verordnung medizinischer Rehabilitation	01611	28,0558 €

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

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

Sofern der prozentuale Zuwachs aller RLV-Behandlungsfälle einer Arztgruppe in 2/2016 gegenüber 2/2015 fünf vom Hundert überschreitet, unterliegen die Ärzte dieser Arztgruppe im Rahmen der Ermittlung des RLV-Budgets 2/2016 einer Fallzahlzuwachsbeschränkung. In diesem Falle wird das arztindividuelle RLV 2/2016 begrenzt auf die individuelle RLV-relevante Behandlungsfallzahl im Vorjahresquartal zzgl. fünf von Hundert der arztgruppenspezifischen durchschnittlichen RLV-Behandlungsfallzahl im Vorjahresquartal als maximales Wachstum.

Arztgruppenspezifische durchschnittliche RLV-Behandlungsfallzahl im Vorjahresquartal:	920,19
Maximales Wachstum der individuellen RLV-Behandlungsfallzahl:	46,01

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

Für Ärzte, die im 2. Quartal 2016 nicht in vollem zeitlichen Umfang an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, reduzieren sich die o. a. durchschnittlichen Behandlungsfallzahlen anteilig auf den Umfang ihrer Tätigkeit.

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

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

25% Minderung des RLV-Fallwerts ab 150% der durchschnittlichen RLV-Behandlungsfallzahl:	1.380,29
50% Minderung des RLV-Fallwerts ab 170% der durchschnittlichen RLV-Behandlungsfallzahl:	1.564,32
75% Minderung des RLV-Fallwerts ab 200% der durchschnittlichen RLV-Behandlungsfallzahl:	1.840,38

Für Ärzte, die im 2. Quartal 2016 nicht in vollem zeitlichen Umfang an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, reduzieren sich die o. a. Fallwertminderungsgrenzen anteilig auf den Umfang ihrer Tätigkeit.

Amtliche Mitteilung der KVN zum HVM für das 2. Quartal 2016

in Umsetzung des Honorarverteilungsmaßstabes (HVM) gemäß § 87b Abs. 1 SGB V der KVN vom 21. November 2015

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

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

Regelleistungsvolumen	RLV-Fallwert:	44,7211 €
Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen (QZV)	Gebührenordnungspositionen des EBM	Fallwert
Allergologie	30110, 30111, 30120, 30121, 30122, 30123	42,9957 €
Dringende Besuche	01411, 01412	53,8315 €
Ergometrie	04321	18,5170 €
Hyposensibilisierungsbehandlung	30130, 30131	28,3538 €
Langzeit-Blutdruckmessung	04324	7,5704 €
Langzeit-EKG	04241, 04322	14,4286 €
Neurophysiologische Übungsbehandlung	30300, 30301	50,7589 €
Physikalische Therapie	30400, 30401, 30402, 30410, 30411, 30420, 30421	19,8445 €
Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120	16,2363 €
Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150	76,4892 €
Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092	14,5373 €
Sonographie II	33020, 33021, 33022, 33023, 33030, 33031, 33040	20,0492 €
Sonographie der Säuglingshöften	33051	11,1080 €
Spirometrie	04330	6,4532 €
Unvorhergesehene Inanspruchnahme	01100, 01101, 01102	16,8962 €
Verordnung medizinischer Rehabilitation	01611	28,0984 €

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

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

Sofern der prozentuale Zuwachs aller RLV-Behandlungsfälle einer Arztgruppe in 2/2016 gegenüber 2/2015 fünf vom Hundert überschreitet, unterliegen die Ärzte dieser Arztgruppe im Rahmen der Ermittlung des RLV-Budgets 2/2016 einer Fallzahlzuwachsbeschränkung. In diesem Falle wird das arztindividuelle RLV 2/2016 begrenzt auf die individuelle RLV-relevante Behandlungsfallzahl im Vorjahresquartal zzgl. fünf von Hundert der arztgruppendurchschnittlichen RLV-Behandlungsfallzahl im Vorjahresquartal als maximales Wachstum.

Arztgruppendurchschnittliche RLV-Behandlungsfallzahl im Vorjahresquartal:	912,96
Maximales Wachstum der individuellen RLV-Behandlungsfallzahl:	45,65

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

Für Ärzte, die im 2. Quartal 2016 nicht in vollem zeitlichen Umfang an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, reduzieren sich die o. a. durchschnittlichen Behandlungsfallzahlen anteilig auf den Umfang ihrer Tätigkeit.

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

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

25% Minderung des RLV-Fallwerts ab 150% der durchschnittlichen RLV-Behandlungsfallzahl:	1.369,44
50% Minderung des RLV-Fallwerts ab 170% der durchschnittlichen RLV-Behandlungsfallzahl:	1.552,03
75% Minderung des RLV-Fallwerts ab 200% der durchschnittlichen RLV-Behandlungsfallzahl:	1.825,92

Für Ärzte, die im 2. Quartal 2016 nicht in vollem zeitlichen Umfang an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, reduzieren sich die o. a. Fallwertminderungsgrenzen anteilig auf den Umfang ihrer Tätigkeit.

Amtliche Mitteilung der KVN zum HVM für das 2. Quartal 2016

in Umsetzung des Honorarverteilungsmaßstabes (HVM) gemäß § 87b Abs. 1 SGB V der KVN vom 21. November 2015

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

- Leistungen im organisierten Notfalldienst der KVN
- Haus- und Heimbefuche (GOP 01410, 01413 und 01415 EBM)
- Verordnung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (GOP 01425 und 01426 EBM)
- Leistungen der Prävention, Empfängnisregelung, Sterilisation und im Rahmen von Schwangerschaftsabbrüchen (Abschnitte 1.7.1 bis 1.7.7 EBM)
- Leistungen der Methadon- und Diamorphinsubstitution (Abschnitt 1.8 EBM)
- Ärztlich angeordnete Hilfeleistungen anderer Personen (GOP 03060, 03062 und 03063 EBM)
- Leistungen der hausärztlichen geriatrischen Versorgung (Abschnitt 3.2.4 EBM)
- Leistungen der palliativmedizinischen Versorgung (Abschnitt 3.2.5 und 4.2.5 EBM)
- Leistungen der sozialpädiatrischen Versorgung (Abschnitt 4.2.4 EBM)
- Leistungen der pädiatrischen Nephrologie und Dialyse (Abschnitt 4.5.4 EBM) sowie die GOP 04000 bis 04015, 04040 und 04230, wenn in demselben Behandlungsfall Leistungen des Abschnitts 4.5.4 EBM abgerechnet werden
- Zuschlag auf die jeweilige Pauschale für die fachärztliche Grundversorgung (PFG)
- anästhesiologische Leistungen gemäß § 87b Abs. 2 Satz 5 SGB V
- Beratung und Betreuung eines Patienten nach einer intravitrealen operativen Medikamenteneingabe (GOP 06334 und 06335 EBM)
- Leistungen und Begleitleistungen der Reproduktionsmedizin (ohne Beratungsleistungen GOP 08520 und 08521 EBM)
- Balneophototherapie (GOP 10350 EBM)
- Leistungen der Humangenetik (GOP 11320 bis 11322 und Abschnitt 11.4 EBM)
- Leistungen und Kostenpauschalen der Laboratoriumsmedizin (GOP 12210, 12220, 12225 und 32001 sowie Kapitel 32 EBM)*
- Leistungen der Nephrologie und Dialyse (Abschnitt 13.3.6 EBM)
- Leistungen auf Überweisungsfällen zur Durchführung ausschließlich von Probenuntersuchungen
- Strahlentherapie (Kapitel 25 EBM)
- Leistungen der spezialisierten Versorgung HIV-infizierter Patienten (GOP 30920, 30922 und 30924 EBM)
- Neuropsychologische Therapie (Abschnitt 30.11 EBM)
- Spezielle Diagnostik und Eradikationstherapie im Rahmen von MRSA (Abschnitt 30.12 EBM)
- Leistungen der Soziotherapie (GOP 30800, 30810 und 30811 EBM)
- Ambulantes Operieren, PTK, Koloskopie, Kapselendoskopie und ERCP (Leistungen des Kapitels 31 EBM sowie die GOP 04514, 04515, 04518, 04520, 04528 und 04529 sowie 13421 bis 13431 EBM)
- Leistungen der Abschnitte 2 und 3 der Anlage 1 zum AOP-Vertrag nach § 115b SGB V
- Vakuumstanzbiopsien (GOP 34274 EBM)
- Osteodensitometrische Untersuchung II (GOP 34601 EBM)
- Diagnostische Positronenemissionstomographie (PET) und diagnostische Positronenemissionstomographie mit Computertomographie (PET/CT) (Abschnitt 34.7 EBM)
- probatorische Sitzungen von Ärzten der in § 87b Abs. 2 Satz 3 SGB V genannten Arztgruppen (GOP 35150 EBM)
- antrags- und genehmigungspflichtige Leistungen der Psychotherapie (Abschnitt 35.2 EBM)
- Leistungen, die in belegärztlichen Behandlungsfällen zur Abrechnung gelangen
- Kosten- und Wegepauschalen (Kapitel 40 EBM) sowie Sachkostenerstattung (GOP 99999)
- Vergütungen für regional bzw. bundesweit vereinbarte, nicht im EBM enthaltene Leistungen im GOP-Bereich ≥ 80000

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

INFORMATIONEN FÜR DIE PRAXIS

Krankentransporte und Krankenfahrten

Februar 2016

Krankentransporte und Krankenfahrten – Was Sie bei der Verordnung beachten sollten

Das Verordnen von Fahrten zur ärztlichen Behandlung wirft immer wieder Fragen auf – zum Beispiel in welchen Fällen eine Genehmigung der Krankenkasse benötigt wird. Was Ärzte wissen sollten und welche Besonderheiten es zu beachten gilt, ist in dieser Praxisinformation zusammengestellt.

ALLGEMEINES ZUR VERORDNUNG VON FAHRTEN

Generell gilt: Vertragsärzte dürfen gesetzlich versicherten Patienten, die ambulant oder stationär behandelt werden, eine Krankenförderung verordnen, wenn die Fahrt medizinisch notwendig ist (Formular 4 „Verordnung einer Krankenförderung“).

Aber: Die Kosten für Fahrten zu einer ambulanten Behandlung übernehmen die Krankenkassen grundsätzlich nur in bestimmten Ausnahmefällen. Dazu gehören stationärsersetzende Operationen, vor- und nachstationäre Behandlungen im Krankenhaus, Dialysebehandlungen und bestimmte Therapien von Krebserkrankungen (nach Anlage 2 der Krankentransport-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses). Zudem müssen Fahrten zur ambulanten Behandlung – egal ob mit Taxi oder Krankentransportwagen – in der Regel vorab von der Krankenkasse genehmigt werden.

Unterschiedliche Beförderungsmittel

Welches Fahrzeug zum Einsatz kommt, hängt allein von der medizinischen Notwendigkeit im Einzelfall ab (unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes). In der vertragsärztlichen Versorgung sind das vor allem folgende Beförderungen:

- **Krankenfahrten** sind Fahrten, die beispielsweise mit einem Taxi stattfinden. Eine medizinisch-fachliche Betreuung des Versicherten findet während der Fahrt nicht statt. Die Krankenkassen können auf Antrag auch die Kosten für Krankenfahrten mit öffentlichen Verkehrsmitteln und dem eigenen Auto übernehmen; hierfür stellt der Arzt aber keine Verordnung aus.
- **Krankentransporte** sind Fahrten mit einem Krankentransportfahrzeug. Sie können erforderlich sein, wenn der Patient unterwegs eine medizinisch-fachliche Betreuung oder eine besondere Fahrzeugausstattung benötigt. Ein Grund kann auch sein, dass damit die Übertragung einer schweren, ansteckenden Krankheit des Patienten vermieden werden kann.

Kostenübernahme für Fahrten zur ambulanten Behandlung nur im Ausnahmefall

Auswahl des Fahrzeugs nach medizinischen Erfordernissen



Krankentransporte und Krankenfahrten

Vertragsärzte dürfen in Notfällen auch Rettungsfahrten verordnen. Die Fahrten mit Rettungswagen oder Notarztwagen sowie Flüge mit dem Rettungshubschrauber werden über die jeweiligen Rettungsstellen angefordert.

In Notfällen auch Rettungsfahrten

GENEHMIGUNG VON FAHRTEN

Die gesetzlichen Krankenkassen bezahlen grundsätzlich Fahrten zur Behandlung, wenn sie medizinisch notwendig sind. Allerdings steht die Kostenübernahme in vielen Fällen unter einem Genehmigungsvorbehalt. Das heißt: Der Patient muss sich eine ärztlich verordnete Krankenfahrt oder den Krankentransport erst von seiner Krankenkasse genehmigen lassen. Nur dann kann er sicher sein, dass die Kosten übernommen werden.

Grundregel: Genehmigung ja oder nein?

Für eine erste Einschätzung hilft diese Regel:

- Fahrten zu einer *stationären* Behandlung muss sich der Patient von seiner Krankenkasse nicht genehmigen lassen.
- Fahrten zu einer *ambulanten* Behandlung muss sich der Patient in der Regel von seiner Krankenkasse genehmigen lassen.

Bei stationärer Behandlung keine Genehmigung

Bei ambulanter Behandlung in der Regel mit Genehmigung

Überblick: Verordnungen mit und ohne Genehmigung

Krankentransporte und Krankenfahrten zur ambulanten Behandlung werden nur in Ausnahmefällen von der Krankenkasse übernommen und bedürfen bis auf wenige Ausnahmen der vorherigen Genehmigung. Der folgende Überblick zeigt, was wann möglich ist.

Fahrten zur ambulanten Behandlung ohne Genehmigung

Für folgende Fahrten zur ambulanten Behandlung übernehmen die Krankenkassen die Fahrtkosten, ohne dass die Verordnung zur Genehmigung vorgelegt werden muss:

- Fahrten zu einer ambulanten OP nach Paragraph 115b SGB V, wenn es sich um einen *stationersetzenden* Eingriff handelt.
- Fahrten zu einer vor- oder nachstationären Behandlung im Krankenhaus nach Paragraph 115a SGB V, zum Beispiel vor oder nach einer Operation.

Fahrten ohne Genehmigung

Fahrten zur ambulanten Behandlung mit Genehmigung

Folgende Fahrten zur ambulanten Behandlung können Vertragsärzte verordnen, doch muss die Verordnung von der Krankenkasse genehmigt werden:

- Fahrten zu einer ambulanten OP nach Paragraph 115b SGB V, wenn es sich um einen *nicht stationersetzenden* Eingriff handelt.
- Fahrten in besonderen Ausnahmefällen, zum Beispiel Dialyse oder bestimmte Therapie von Krebserkrankungen. Die Ausnahmefälle sind in der Krankentransport-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses geregelt.

Fahrten mit Genehmigung



Krankentransporte und Krankenfahrten

- Fahrten für Patienten, die einen Schwerbehindertenausweis mit Merkzeichen „aG“, „Bl“ oder „H“ oder einen Einstufungsbescheid in die Pflegestufe 2 oder 3 vorlegen.
- Fahrten, die zwingend medizinisch notwendig sind, aber nicht die genannten Kriterien erfüllen. Krankenkassen können diese im Einzelfall genehmigen.

Stichwort: Stationersetzender Eingriff

Für Fahrten zu einer *stationersetzenden* ambulanten Operation nach Paragraph 115b SGB V übernehmen die Krankenkassen die Kosten, ohne dass der Patient vorab eine Genehmigung einholen muss. Doch was heißt „stationersetzend“?

Unter stationersetzend wird allgemein ein ambulanter Eingriff verstanden, durch den ein aus medizinischer Sicht gebotener stationärer Aufenthalt vermieden werden kann. Eine eindeutige Definition fehlt jedoch. Laut Bundessozialgericht fallen unter „stationersetzend“ auch Fälle, bei denen sich Patienten selbst gegen eine Krankenhausbehandlung entscheiden und sich stattdessen ambulant behandeln lassen (Az: B 1 KR 8/13 R).

Fazit: Über die Definition „stationersetzende Operation“ muss im Einzelfall entschieden werden. Sollte unklar sein, ob es sich um einen stationersetzenden Eingriff handelt, empfiehlt es sich, eine Genehmigung der Krankenkasse einzuholen. Eine eindeutige Abgrenzung, zum Beispiel über den AOP-Katalog, ist nicht möglich.

Regresse auch bei Krankentransporten möglich

Mit dem im Juli 2015 verabschiedeten GKV-Versorgungsstärkungsgesetz wurde festgelegt, dass die Wirtschaftlichkeit der Versorgung mit ärztlich verordneten Leistungen ab 2017 anhand von Vereinbarungen zwischen Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen auf der Landesebene geprüft werden kann. Diese Prüfung kann auch Verordnungen für Krankentransporte umfassen und einen Regress nach sich ziehen. Deshalb sollten stets die Vorgaben der Krankentransport-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses berücksichtigt werden.

Patient holt Genehmigung ein

Der Patient muss sich um die Genehmigung kümmern, da es sich aus rechtlicher Sicht um einen Antrag des Patienten handelt. Nimmt er eine Fahrt in Anspruch bevor sie genehmigt wurde, kann er sich die Kosten gegebenenfalls von seiner Krankenkasse erstatten lassen. Lehnt die Krankenkasse den Antrag ab, werden ihm die Kosten nicht erstattet. Dem verordnenden Vertragsarzt entsteht in diesem Fall kein Schaden.

Patienten über Zuzahlung informieren

Patienten sollten über den Genehmigungsvorbehalt und über die Zuzahlungspflicht bei der Verordnung von Fahrten informiert werden. Die Zuzahlung beträgt – unabhängig von der Art des Fahrzeugs – zehn Prozent der Fahrtkosten, mindestens jedoch fünf Euro und höchstens zehn Euro.

Stationersetzend:
Klinikaufenthalt wird vermieden

Bei Unklarheit
Genehmigung einholen

Regresse möglich

Vorgaben der
Krankentransport-
Richtlinie beachten

Patient muss
Genehmigung einholen

Ohne
Genehmigung zahlt der Patient

Zuzahlung:
maximal zehn
Euro



Wissenswertes zur Verordnung von Fahrten auf einen Blick

- Vertragsärzte können gesetzlich krankenversicherten Patienten Fahrten zur ambulanten und stationären Behandlung verordnen, wenn es medizinisch erforderlich ist. Fahrten aus anderen Gründen, zum Beispiel zum Abholen von Verordnungen oder Erfragen von Befunden, sind nicht verordnungsfähig.
- Die Verordnung erfolgt auf Formular 4 „Verordnung einer Krankenbeförderung“.
- Fahrten zu einer ambulanten Behandlung bedürfen bis auf wenige Ausnahmen der vorherigen Genehmigung durch die Krankenkasse des Patienten. Fahrten zu einer stationären Behandlung unterliegen nicht dem Genehmigungsvorbehalt.
- Die Verordnung sollte vor der Fahrt ausgestellt werden. Nur in Ausnahmefällen kann dies später erfolgen, insbesondere in Notfällen.
- Taxis oder Krankentransport? Die Auswahl des Fahrzeugs richtet sich allein nach der medizinischen Notwendigkeit unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots.
- Die Fahrten sollen auf dem direkten Weg zwischen dem Aufenthaltsort des Patienten und der nächstgelegenen geeigneten Behandlungsmöglichkeit erfolgen.
- Bei Fahrten mit einem privaten Fahrzeug oder öffentlichen Verkehrsmitteln ist keine Verordnung erforderlich. Dies gilt auch für Fahrten zu einer Kur- oder Reha-Einrichtung, für deren Kostenübernahme sich Versicherte direkt an ihre Krankenkasse wenden.
- Der Arzt sollte seine Patienten über den Genehmigungsvorbehalt und die Zuzahlung zu den Fahrtkosten informieren.
- Die Verordnung von Fahrten regelt die Krankentransport-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses.

Mehr Informationen

Wissenswertes zum Thema Krankentransport und die gesetzlichen Grundlagen: www.kbv.de/html/krankentransport.php

Das Wichtigste
im Überblick

Themenseite
im Internet

Kennen Sie schon die PraxisNachrichten? Sie können den Newsletter der KBV hier kostenlos abonnieren: www.kbv.de/html/1641.php.

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
geb. am		
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Beratung zu medizinischer Rehabilitation / Prüfung des zuständigen Rehabilitationsträgers

61 Teil A

Hinweis an den Arzt zur Zuständigkeit der Krankenkasse

Ist eine medizinische Rehabilitation erforderlich, weil krankheits-/behinderungsbedingt nicht nur vorübergehende Beeinträchtigungen der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft bestehen oder drohen, kann die Zuständigkeit der Krankenkasse bestehen (z. B. bei Altersrentnern, spezifischen Leistungen der medizinischen Rehabilitation für Mütter/Väter). Ist eine erhebliche Gefährdung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit gegeben, besteht grundsätzlich die Zuständigkeit der Rentenversicherung. Handelt es sich um die Folge eines Arbeitsunfalls / einer Berufskrankheit, ist grundsätzlich die Zuständigkeit der gesetzlichen Unfallversicherung gegeben.

Bei Zuständigkeit der Krankenkasse bitte NUR Muster 61 Teil B-D ausfüllen.

I. Rehabilitationsbegründende und weitere Diagnosen

A. Rehabilitationsbegründende Diagnosen	Diagnoseschlüssel ICD-10-GM	Seite *	Ursache **
1. <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2. <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3. <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
B. Weitere rehabilitationsrelevante Diagnosen			
4. <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5. <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6. <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

*** Seitenlokalisierung**
R = rechts
L = links
B = beidseits

**** Mögliche Ursache der Erkrankung (nur anzugeben, wenn eine der folgenden Ursachen zutrifft)**
1 = Arbeitsunfall einschl. Wegeunfall
2 = Berufskrankheit
3 = Schädigungsfolge durch Einwirken Dritter (z. B. Unfallfolgen)
4 = Folgen von Kriegs-, Zivil- oder Wehrdienst
5 = Meldepflichtige Erkrankung (z. B. IMSG)

II. Hinweis/Anfrage an die Krankenkasse

4 **Beratung der/des Versicherten**
Bitte NUR Teil A an die Krankenkasse übermitteln. Teil B-D ist NICHT auszufüllen.
Eine **Beratung der/des Versicherten** über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation der Krankenkasse und/oder Rentenversicherung (z. B. bei gleichrangiger Zuständigkeit für Leistungen der Kinder-Rehabilitation oder onkologischen Rehabilitation für Altersrentner) bzw. weitere Leistungen der Krankenkasse (z. B. zur medizinischen Vorsorge in anerkannten Kurorten) **ist angezeigt**.

5 **Prüfung des zuständigen Rehabilitationsträgers**
Bitte NUR Teil A an die Krankenkasse übermitteln. Teil B-D ist NICHT auszufüllen.
Eine **medizinische Rehabilitation ist erforderlich**, weil krankheits-/behinderungsbedingt eine Minderung der Erwerbsfähigkeit besteht oder droht. **Es wird die Prüfung des zuständigen Rehabilitationsträgers erbeten**, weil z. B. die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen der Rentenversicherung nicht eindeutig beurteilt werden können.

6 ggf. weitere Anmerkungen des Vertragsarztes

Datum

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

7 III. Im Original zurück an den Vertragsarzt

Folgender Rehabilitationsträger ist zuständig

Krankenkasse (bitte Muster 61 Teil B-D ausfüllen)

Rentenversicherung (Vordruck liegt bei)

Sonstiges

Stempel / Unterschrift der Krankenkasse

I. Rehabilitationsbegründende und weitere Diagnosen

① In diesem Abschnitt sind die für die Leistung begründenden Diagnosen, aber auch weitere Diagnosen mit Relevanz für den Rehabilitationsprozess anzugeben. Die Diagnosen sind gemäß ICD-10-GM zu verschlüsseln. Sie können zusätzlich als Freitext angegeben werden; dies ist in den Fällen erforderlich, in denen die Diagnose über die ICD-10-GM Verschlüsselung nicht ausreichend abgebildet werden kann. ② Wenn erforderlich und soweit es sich nicht aus dem ICD-10-GM ergibt, ist die Seitenlokalisierung anzugeben (R=rechts, L=links, B=beidseits). ③ Sofern bekannt, sind den einzelnen Diagnosen (mögliche) Ursachen zuzuordnen (z.B. Arbeitsunfall, Berufskrankheit, Schädigungsfolge durch Einwirken Dritter, z.B. Unfallfolgen, etc.). Diese sind nur anzugeben, sofern eine der dort aufgeführten Ursachen zutrifft. Der Vordruck enthält dazu unter I. eine entsprechende Auswahl bereit.

II. Hinweis/Anfrage an die Krankenkasse

Beratung der/des Versicherten

④ Das Kästchen kann angekreuzt werden, wenn eine Beratung der Versicherten/des Versicherten über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation der Krankenkasse oder eines anderen Rehabilitationsträgers angezeigt ist. Dies kann z.B. bei gleichrangiger Zuständigkeit für Leistungen der Kinder-Rehabilitation oder bei onkologischer Rehabilitation für Altersrentner oder Angehörigen von Versicherten oder Rentnern der Fall sein. Darüber hinaus kann das Kästchen ausgefüllt werden, wenn eine Beratung zu weiteren Leistungen der Krankenkasse (z.B. zur medizinischen Vorsorge in anerkannten Kurorten) angezeigt ist. Sofern dies zutrifft, ist nur der Teil A des Vordrucks an die Krankenkasse zu übermitteln. Teil B-D des Vordrucks ist dann nicht auszufüllen.

Prüfung des zuständigen Rehabilitationsträgers

⑤ Wenn krankheits-/behinderungsbedingt eine Minderung der Erwerbsfähigkeit besteht oder droht und z.B. die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen der Rentenversicherung nicht eindeutig beurteilt werden können, kann die Prüfung des zuständigen Rehabilitationsträgers erbeten werden. Sofern dies zutrifft, ist nur der Teil A des Vordrucks an die Krankenkasse zu übermitteln. Teil B-D des Vordrucks ist dann nicht auszufüllen.

Ggf. weitere Anmerkungen der Vertragsärztin/des Vertragsarztes

⑥ Hier können weitere Angaben von Seiten der Vertragsärztin/des Vertragsarztes wie z.B. die Bitte um Rückruf durch die Krankenkasse vorgenommen werden.

III. Im Original zurück an die Vertragsärztin/den Vertragsarzt

⑦ Hat die Vertragsärztin/der Vertragsarzt um Prüfung des zuständigen Rehabilitationsträgers gebeten, teilt die Krankenkasse der Vertragsärztin/dem Vertragsarzt mit, ob die Krankenkasse zuständig ist, (dann ist von der Vertragsärztin/vom Vertragsarzt noch Teil B-D des Vordrucks auszufüllen), die Rentenversicherung zuständig ist (dann sendet die Krankenkasse den Vordruck der Rentenversicherung an die Vertragsärztin/den Vertragsarzt) oder ein anderer Kostenträger zuständig ist.

Muster 61 Teil B bis D: Verordnung von medizinischer Rehabilitation

Auf Teil B-D können Vertragsärztinnen und Vertragsärzte Leistungen der medizinischen Rehabilitation sowie medizinische Rehabilitation für Mütter und Väter verordnen. Das Muster wird in der Vertragsarztpraxis vorgehalten.

Bei Verwendung des Musters 61 Teil B-D ist zu beachten, dass die Krankenkasse nur Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erbringt, wenn

- kurative Einzelleistungen der ambulanten Krankenbehandlung nicht ausreichend sind und
- eine komplexe Leistung zur medizinischen Rehabilitation medizinisch indiziert ist und kein anderer Rehabilitationsträger zuständig ist.

Der Vordruck gliedert sich in sieben Abschnitte. Beim Befüllen der Felder sind folgende Hinweise zu beachten:

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Verordnung von medizinischer Rehabilitation

61 Teil B

Die kurative Versorgung ist nicht ausreichend

Es handelt sich weder um eine Minderung / erhebliche Gefährdung der Erwerbsfähigkeit noch um die Folgen eines Arbeitsunfalls / einer Berufskrankheit

Bei gleichrangiger Zuständigkeit

Versicherte/r wünscht eine medizinische Rehabilitation zu Lasten der GKV
(z. B. Kinder-Rehabilitation, onkologische Rehabilitation für Altersrentner)

I. Rehabilitationsbegründende und weitere Diagnosen

A. Rehabilitationsbegründende Diagnosen

Diagnoseschlüssel
ICD-10-GM

Seite * Ursache **

1.				
2.				
3.				

* Seitenlokalisation

R = rechts
L = links
B = beidseits

** Mögliche Ursache der Erkrankung (nur anzugeben, wenn eine der folgenden Ursachen zutrifft)

1 = Arbeitsunfall einschl. Wegeunfall
2 = Berufskrankheit
3 = Schädigungsfolge durch Einwirken Dritter (z. B. Unfallfolgen)
4 = Folgen von Kriegs-, Zivil- oder Wehrdienst
5 = Meldepflichtige Erkrankung (z. B. IISG)

B. Weitere rehabilitationsrelevante Diagnosen

4.				
5.				
6.				

II. Angaben zur Rehabilitationsbedürftigkeit und zum Verlauf der Krankenbehandlung

A. Kurze Angaben zur Anamnese (insbesondere Beginn und Verlauf)

6

B. Rehabilitationsrelevante Schädigungen und Befunde (relevante Untersuchungsergebnisse / aktuelle Assessmentergebnisse, z. B. Barthel/Frühreha-Barthel)

7

C. Bisherige ärztliche/psychotherapeutische Interventionen einschließlich Arzneimitteltherapie

8

D. Heilmittel in den letzten 6 Monaten (bitte einzelne Maßnahmen angeben)

9

Heilmittel zur Erreichung des Behandlungszieles nicht ausreichend

E. Rehabilitationsrelevante Hilfsmittel

nein ja, welche?

F. Andere Maßnahmen (z. B. Gesundheits-, Patientenschulungen, Rehabilitationssport/Funktionstraining, Wahrnehmung von Beratungs- und Selbsthilfeangeboten)

Ausfertigung für die Krankenkasse

Name, Vorname des Versicherten	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.
--------------------------------	---------------------	------------------

10 G. Nicht nur vorübergehende Beeinträchtigungen der Aktivitäten/Teilhabe

	keine Beeinträchtigungen	Einschränkungen	personelle Hilfe nötig	nicht durchführbar
Lernen und Wissensanwendung (z. B. Probleme lösen, Entscheidungen treffen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allgemeine Aufgaben und Anforderungen (z. B. tägliche Routine durchführen, mit Belastungen, Krisen sowie Stress umgehen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kommunikation (z. B. Konversation betreiben, Mitteilungen schreiben, Kommunikationsgeräte benutzen können)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mobilität	<input type="checkbox"/>			
Transfer Bett / Stuhl bzw. Rollstuhl		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stehen / Gehen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treppensteigen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige <input type="text"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selbstversorgung	<input type="checkbox"/>			
Essen / Trinken		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
An- / Auskleiden		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waschen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Baden / Duschen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toilettenbenutzung		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige <input type="text"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Häusliches Leben (z. B. Einkaufen, Mahlzeiten vorbereiten, Hausarbeit verrichten, anderen Familienmitgliedern helfen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Interpersonelle Aktivitäten (z. B. Familienbeziehungen aufbauen und aufrechterhalten, soziale Beziehungen aufnehmen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bedeutende Lebensbereiche (z. B. Arbeit und Beschäftigung, Erziehung und Bildung, wirtschaftliche Eigenständigkeit, sich beschäftigen können)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gemeinschaftsleben und soziales Leben (z. B. am Gemeinschaftsleben teilnehmen, Erholung und Freizeit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11 H. Kontextfaktoren

1. Rehabilitationsrelevante positiv/negativ wirkende umwelt- und personbezogene Faktoren

(z. B. allein / mit Familie lebend, in Alten-/Pflegeeinrichtung lebend, Konflikte, Pflege oder Tod eines Familienangehörigen, Unterstützung(-sbedarf), sprachliche Verständigungsschwierigkeiten, Mehrfachbelastung, mangelndes Selbstmanagement, soziale Isolation, Schwierigkeiten bei der Bewältigung von Alltagsproblemen)

2. Risikofaktoren oder Gefährdung durch

<input type="checkbox"/> Bewegungsmangel	<input type="checkbox"/> Fehlhaltung	<input type="checkbox"/> Übergewicht	<input type="checkbox"/> Untergewicht	<input type="checkbox"/> Medikamente	<input type="checkbox"/> Nikotin
<input type="checkbox"/> Sonstiges (z. B. ungesunde Ernährung, Alkohol) <input type="text"/>					

Name, Vorname des Versicherten	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.
--------------------------------	---------------------	------------------

61 Teil D

12 III. Angaben zur Rehabilitationsfähigkeit

Der/die Patient/in verfügt über ausreichende physische und psychische Belastbarkeit ja nein

13 IV. Rehabilitationsziele

A. Rehabilitationsziele in Bezug auf die oben genannten Schädigungen und Beeinträchtigungen

B. Rehabilitationsziele aus Sicht der Patientin / des Patienten, sofern ABWEICHEND von den zuvor genannten

14 V. Rehabilitationsprognose

Unter Berücksichtigung des bisherigen Verlaufs und der individuell vorhandenen bzw. förderungsfähigen Ressourcen besteht eine **positive Prognose** für die unter IV. A. und IV. B. benannten Rehabilitationsziele

ja eingeschränkt, hinsichtlich (z. B. Erreichbarkeit in der vorgesehenen Zeit, aktueller Motivationslage) _____

15 VI. Zuweisungsempfehlungen

A. Empfohlene Rehabilitationsform

ambulant ambulant-mobil stationär
 Mütter-Leistung Väter-Leistung als Mutter-Kind-Leistung als Vater-Kind-Leistung

B. Weitere Bemerkungen/Begründungen (u. a. Anforderungen an die Einrichtung z. B. Barrierefreiheit auch für körper-, seh-, hör- oder sprachbehinderte Menschen, klimatische Anforderungen, Allergiefaktoren, besondere Kostformen, fremdsprachliche Betreuung, besondere Therapieformen)

nein ja, welche? _____

VII. Sonstige Angaben

16 A. Die beantragte Leistung ist vor Ablauf der gesetzlichen Wartefrist von 4 Jahren medizinisch notwendig aufgrund

neuer Indikation Verschlimmerung bei gleicher Indikation

17 B. Die zeitweise Entlastung und Distanzierung vom sozialen Umfeld ist nötig

ja nein

18 C. Im Falle einer ambulanten Rehabilitation ist die häusliche Versorgung gesichert

ja nein

19 D. Reisefähigkeit

öffentliche Verkehrsmittel PKW erforderlich Begleitperson erforderlich

20 E. Sonstiges (z. B. besondere Hinweise zur Reisefähigkeit, Schwangerschaft)

F. Rückruf erbeten unter ²¹ _____

Für das Ausstellen der ärztlichen
Verordnung (Teil B-D)
ist die Nr. 01611 EBM berechnungsfähig

Ausfertigung für die Krankenkasse

Datum
TTMMJJ

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Verordnung von medizinischer Rehabilitation

1 Das Kästchen ist anzukreuzen, wenn es sich

- nicht um eine Minderung/erhebliche Gefährdung der Erwerbsfähigkeit handelt und
- auch nicht um die Folgen eines Arbeitsunfalles/einer Berufskrankheit handelt, da in diesen Fällen grundsätzlich die Zuständigkeit anderer Rehabilitationsträger (gesetzlichen Renten- bzw. Unfallversicherung) besteht.

2 Leistungen der Kinder-Rehabilitation oder onkologischen Rehabilitation für Altersrentner oder Angehörige von Versicherten oder Rentnerinnen und Rentnern werden sowohl zu Lasten der Rentenversicherung als auch der Krankenversicherung erbracht (gleichrangige Zuständigkeit). Wünscht die Versicherte/der Versicherte die Erbringung durch die Rentenversicherung, ist die Zuständigkeit der Krankenkasse nicht gegeben und der Vordruck der Rentenversicherung auszufüllen.

Das Kästchen ist nur anzukreuzen, wenn die Versicherte/der Versicherte nach erfolgter vorheriger Beratung (siehe Muster 61 Teil A) die Durchführung der Leistung in Zuständigkeit der Krankenkasse wünscht.

I. *Rehabilitationsbegründende und weitere Diagnosen*

3 In diesem Abschnitt sind die für die Leistung begründenden Diagnosen, aber auch weitere Diagnosen mit Relevanz für den Rehabilitationsprozess anzugeben. Die Diagnosen sind gemäß im ICD-10-GM zu verschlüsseln. Sie können zusätzlich als Freitext angegeben werden; dies ist in den Fällen erforderlich, in denen die Diagnose über die ICD-10-GM Verschlüsselung nicht ausreichend abgebildet werden kann. **4** Wenn erforderlich und soweit es sich nicht aus dem ICD-10-GM ergibt, ist die Seitenlokalisation anzugeben (R=rechts, L=links, B=beidseits). **5** Sofern bekannt, sind den einzelnen Diagnosen (mögliche) Ursachen zuzuordnen (z.B. Arbeitsunfall, Berufskrankheit, Schädigungsfolge durch Einwirken Dritter, z.B. Unfallfolgen, etc.). Diese sind nur anzugeben, sofern eine der dort aufgeführten Ursachen zutrifft. Der Vordruck enthält dazu unter I. eine entsprechende Auswahl bereit.

II. Angaben zur Rehabilitationsbedürftigkeit und zum Verlauf der Krankenbehandlung

Mit diesem Abschnitt werden zusätzlich zur Anamnese und den Schädigungen die Beeinträchtigungen in definierten Aktivitäts- und Teilhabebereichen im Sinne eines rehabilitationsmedizinischen Assessments abfragt.

Rehabilitationsbedürftigkeit besteht, wenn aufgrund einer körperlichen, geistigen oder seelischen Schädigung voraussichtlich nicht nur vorübergehende alltagsrelevante Beeinträchtigungen der Aktivitäten vorliegen, durch die in absehbarer Zeit Beeinträchtigungen der Teilhabe drohen oder Beeinträchtigungen der Teilhabe bereits bestehen und über die kurative Versorgung hinaus der mehrdimensionale und interdisziplinäre Ansatz der medizinischen Rehabilitation erforderlich ist.

A Kurze Angaben zur Anamnese

6 *Dieser Unterabschnitt dient der Dokumentation der klinischen Anamnese und des bisherigen Verlaufes der Krankenbehandlung der Versicherten/des Versicherten einschließlich ihrer/seiner Beschwerden.*

B Rehabilitationsrelevante Schädigungen und Befunde

7 *Hier sollen die Schädigungen der Körperfunktionen und -strukturen aufgelistet werden, die für die unter II. G angeführten rehabilitationsrelevanten Beeinträchtigungen verantwortlich sind.*

Beispiel: Medial betonte Gonarthrose (= Strukturschädigung) mit schmerzhafter Einschränkung der Beweglichkeit – Extension/Flexion: 0/10/90 Belastungsschmerz nach 50 m Gehstrecke (= Funktionsschädigungen).

Untermauert werden können die Angaben mit entsprechenden Assessments, beispielsweise dem Barthel-Index.

C - F Bisherige Leistungen (Krankenbehandlung)

8 *In den Unterabschnitten C bis F werden die bisher durchgeführten Leistungen der Krankenbehandlung, wie ärztliche/psychotherapeutische Interventionen, Arzneimitteltherapie, Heil- und Hilfsmiteleinsatz und andere Maßnahmen wie z.B., Patientenschulung oder medizinische Vorsorgeleistungen erfragt.*

⑨ Sofern bekannt, soll hinsichtlich der Heilmitteltherapie auch eine Angabe zu den bisher verordneten Einzelleistungen und deren Häufigkeit innerhalb der letzten sechs Monate gemacht werden.

Zudem soll die Vertragsärztin/der Vertragsarzt unter D bestätigen, dass das Behandlungsziel mit einer (weiteren) Heilmittelbehandlung nicht zu erreichen ist.

Diese Dokumentation soll noch einmal unterstreichen, dass mit einzelnen Leistungen der Krankenbehandlung oder deren einfachen Kombination die Behandlungsziele nicht zu erreichen sind.

G Nicht nur vorübergehende Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe

⑩ Hier wird gezielt nach nicht nur vorübergehenden alltagsrelevanten Beeinträchtigungen von Aktivitäten und der Teilhabe an unterschiedlichen Lebensbereichen der Versicherten/des Versicherten sowie dem Unterstützungsbedarf hinsichtlich eines selbstbestimmten und möglichst eigenständigen Lebens gefragt.

H Kontextfaktoren

⑪ Kontextfaktoren stellen die gesamten Lebensumstände einer Person dar. Sie umfassen sowohl externe (Umweltfaktoren) wie interne Einflussfaktoren (personbezogene Faktoren). Diese können einen positiven oder negativen Einfluss auf das Gesundheitsproblem haben. Kontextfaktoren tragen in jedem Einzelfall zum Verständnis der krankheits-/behinderungsbedingten Auswirkungen eines Gesundheitsproblems bei. So sind beispielsweise sowohl die Bedingungen im Sozialraum als auch eigene Kompetenzen im Zusammenhang mit der Bewältigung des Gesundheitsproblems und seiner Auswirkungen von Bedeutung. Auch den Rehabilitationserfolg evtl. gefährdende Risikofaktoren sollten an dieser Stelle benannt werden.

III. Angaben zur Rehabilitationsfähigkeit

⑫ Rehabilitationsfähig sind Versicherte, wenn sie aufgrund ihrer somatischen und psychischen Verfassung die für die Durchführung und die Mitwirkung bei der Rehabilitationsleistung notwendige Belastbarkeit besitzen. Ist dies nicht der Fall, mindert dies die Aussichten auf den Rehabilitationserfolg.

IV. Rehabilitationsziele

⑬ Die Rehabilitationsziele bestehen darin, möglichst frühzeitig voraussichtlich nicht nur vorübergehende alltagsrelevante Beeinträchtigungen der Aktivitäten zu beseitigen, zu vermindern oder eine Verschlimmerung zu verhüten, um eine drohende Be-

einträchtigung der Teilhabe abzuwenden bzw. eine bereits eingetretene Beeinträchtigung Teilhabe zu beseitigen, zu vermindern oder deren Verschlimmerung zu verhindern.

A-B Rehabilitationsziele

In diesem Unterabschnitt soll sich die Vertragsärztin/der Vertragsarzt positionieren, welche Ziele sie/er unter Beachtung negativ wirkender Kontext- bzw. Risikofaktoren für realistisch hält – sowohl hinsichtlich der Funktionsschädigungen als auch der Beeinträchtigungen von Aktivitäten und der Teilhabe.

Die Rehabilitationsziele beziehen sich neben den oben genannten Funktionsschädigungen in erster Linie auf die daraus resultierenden Beeinträchtigungen. Sie sollten möglichst konkret beschrieben werden (z.B. Erreichen eines Transfers, Gehen kurzer Strecken). Die mit dem Patienten/der Patientin und insbesondere bei pflegebedürftigen Personen auch mit den Angehörigen formulierten alltagsrelevanten Rehabilitationsziele sind zu dokumentieren. Abweichungen zwischen den von der Patientin/vom Patienten formulierten Rehabilitationszielen und denen der Vertragsärztin/des Vertragsarztes sind ebenfalls zu dokumentieren, da dieser Umstand einen Einfluss auf die Prognose haben kann.

V. Rehabilitationsprognose

14 *In diesem Unterabschnitt soll die Vertragsärztin/der Vertragsarzt eine Aussage treffen, ob die zuvor formulierten Rehabilitationsziele sowohl durch die empfohlene Leistung zur medizinischen Rehabilitation als auch im vorgesehenen Zeitraum vollumfänglich oder ggf. nur eingeschränkt erreicht werden können.*

Die Rehabilitationsprognose ist eine medizinisch begründete Wahrscheinlichkeitsaussage für den Erfolg der Leistung der medizinischen Rehabilitation auf der Basis der Erkrankung oder Behinderung, des bisherigen Verlaufs, des Kompensationspotentials oder der Rückbildungsfähigkeit. Dabei ist der positive wie negative Einfluss des sozialen wie persönlichen Lebenshintergrundes (Umwelt- und personbezogenen Faktoren) einzubeziehen. Ein besonderes Augenmerk gilt der Motivation der Patientin oder des Patienten mit Blick auf die Verstärkung von Ressourcen (z. B. Einstellungen zu den krankheits- und behinderungsbedingten Auswirkungen, Bewältigungsstrategien) wie auch einer möglichen Verminderung negativ wirkender Kontextfaktoren (z.B. Risikofaktoren).

VI. Zuweisungsempfehlungen

A-B Empfohlene Rehabilitationsform und weitere Bemerkungen

⑮ Dieser Unterabschnitt beinhaltet Angaben zur empfohlenen Rehabilitationsform, also ob die Leistung z.B. ambulant, stationär oder als Mütter-/Väter-Leistung erbracht werden soll. Bei der Verordnung einer Mütter-/Väter-Leistung bzw. Mutter-/Vater-Kind-Leistung sind die für diese relevanten Kontextfaktoren in Abschnitt II. H besonders darzustellen. Für die Verordnung einer medizinischen Vorsorgeleistung (nicht Rehabilitation) für Mütter oder Väter nach § 24 SGB V ist das Muster 61 Teil B-D nicht zu verwenden. Hierfür wird ein gesonderter Verordnungsvordruck zur Verfügung gestellt. Darüber hinaus soll die Vertragsärztin/der Vertragsarzt Angaben darüber machen, welche Anforderungen die Rehabilitationseinrichtung, in der die Leistung zur medizinischen Rehabilitation erfolgen soll, erfüllen soll oder ob diesbezüglich keine Bemerkungen/Begründungen notwendig sind.

VII. Sonstige Angaben

A Die beantragte Leistung

⑯ In diesem Unterabschnitt ist ggf. die Frage zu beantworten, ob die beantragte Leistung zur medizinischen Rehabilitation vor Ablauf der gesetzlich festgelegten Wartezeit von 4 Jahren zwischen zwei Rehabilitationsleistungen medizinisch notwendig ist. Dies kann der Fall sein, wenn infolge einer zwischenzeitlichen Verschlimmerung der rehabilitationsbegründenden Erkrankung erneut eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation indiziert ist, oder eine andere Krankheit die Rehabilitation begründet. In jedem Fall müssen eine solche Maßnahme und ihre Dringlichkeit gesondert begründet werden.

B Die zeitweise Entlastung und Distanzierung

⑰ Hier ist die Frage zu beantworten, ob eine zeitweilige Entlastung und Distanzierung vom sozialen Umfeld und damit eine wohnortferne Maßnahme notwendig ist, um die Rehabilitationsziele zu erreichen.

C Im Falle einer ambulanten Rehabilitation

⑱ In diesem Unterabschnitt ist die Frage zu beantworten, ob die häusliche Versorgung im Falle einer ambulanten Rehabilitation gesichert ist.

D Reisefähigkeit

⑲ *Mit dieser Frage wird die Reisefähigkeit der Patientin/des Patienten erfasst. Können z.B. öffentliche Verkehrsmittel, mit denen die Patientin/der Patient die Einrichtung erreichen kann, benutzt werden? Sind ein PKW und/oder eine Begleitperson erforderlich?*

E Sonstige

⑳ *In diesem Unterabschnitt können besondere Hinweise gegeben werden, wie z.B. zur Reisefähigkeit oder zum Bestehen einer Schwangerschaft.*

F Rückruf erbeten

㉑ *Die Vertragsärztin/der Vertragsarzt hat hier die Möglichkeit, die Krankenkasse um Rückruf zu bitten.“*

Gemeinsame Arbeitsgruppe Arzneimittel

Kassenärztliche Vereinigung
Niedersachsen

Verbände der gesetzlichen
Krankenkassen in Niedersachsen



Antihistaminika – Verordnung zu Lasten der GKV?

Mit dem anstehenden Frühjahr werden Allergie-Patienten wieder vermehrt die Gabe wirksamer Antihistaminika benötigen. Diese stehen in Deutschland als rezeptpflichtige und apothekenpflichtige Arzneimittel zur Verfügung. Im Folgenden geben wir Ihnen einen kurzen Überblick über die Verordnungsfähigkeit der verschiedenen Präparate:

• Apothekenpflichtige Antihistaminika

Diese sind für Kinder bis 12 Jahren und für Kinder mit Entwicklungsstörungen bis 18 Jahren zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ordnungsfähig. Für alle anderen müssen sie zu Lasten des Patienten auf einem Privat Rezept oder „grünem Rezept“ verordnet werden, es sei denn es liegt ein Ausnahmefall laut Anlage I der Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL) vor:

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

➤ Grundsätzlich gilt:
Sofern für eine Behandlung apothekenpflichtige Arzneimittel medizinisch notwendig, zweckmäßig und ausreichend sind, sollen vorrangig diese zu Lasten des Patienten verordnet werden. Eine Verordnung von verschreibungspflichtigen Arzneimitteln kann in diesen Fällen unwirtschaftlich sein! (AM-RL § 12 (11)).

Verordnung eines *apothekenpflichtigen* Antihistaminikums zu Lasten des Patienten kann, je nach Wirkstoff, Packungsgröße etc., auch für den Patienten kostengünstiger sein, da die Preise z.T. deutlich unter der gesetzlichen Zuzahlung *verschreibungspflichtiger* Präparate liegen.

• Verschreibungspflichtige Antihistaminika

Verschreibungspflichtige Antihistaminika (z.B. Fexofenadin, Ebastin) können nur dann zu Lasten der GKV verordnet werden, wenn die Behandlung mit apothekenpflichtigen Präparaten nicht zum gewünschten Erfolg geführt hat (AM-RL § 12 (11), s.o.).

Bereits kurz nach Markteintritt einiger verschreibungspflichtiger Antihistaminika, z.B. Desloratadin und Levocetirizin, wurde in verschiedenen Quellen auf den fehlenden Beleg eines klinisch relevanten Vorteils gegenüber apothekenpflichtigen Präparaten hingewiesen¹.

- Sofern eine Verordnung verschreibungspflichtiger Präparate erfolgt, sollte der erfolglose Therapieversuch mit apothekenpflichtigen Arzneimitteln und die begründete Therapieentscheidung zwecks möglicher Nachfragen seitens der Krankenkassen gut dokumentiert werden!

Verschreibungspflichtige Antihistaminika zur Anwendung auf der Haut sind laut Anlage III der AM-RL nur für Kinder zu Lasten der GKV ordnungsfähig.

¹ Der Arzneimittelbrief, 2004, 38, 63b. arznei-telegramm, 2001; 32: 30. KBV Wirkstoff aktuell „Levocetirizin (Xusal®)“, 01/2004. auch: Arzneiverordnungsreport 2012, U.Schwabe, D. Paffrath (Hrsg.) „Antiallergika“

Sehr geehrte Patientin,
sehr geehrter Patient,

Ihr behandelnder Arzt hat mit Ihnen die Notwendigkeit einer Krankenhausbehandlung besprochen. Wir möchten Ihnen hiermit weitere Informationen geben, da es häufig zu Fragen und Unstimmigkeiten in Zusammenhang mit den unterschiedlichen Formularen im Rahmen einer Krankenhausbehandlung kommt.

Eine Krankenhausbehandlung kann stationär oder ambulant erfolgen

Üblicherweise erfolgt eine Krankenhausbehandlung vollstationär. Das bedeutet normalerweise, dass Sie mindestens eine Nacht im Krankenhaus übernachten. Die Krankenhausbehandlung umfasst alle für Ihre medizinische Behandlung notwendigen Leistungen, zum Beispiel:

- Ärztliche Behandlung
- Krankenpflege
- Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln
- Unterkunft und Verpflegung

Es kann sein, dass vor einem stationären Aufenthalt durch das Krankenhaus erst die Notwendigkeit eines solchen Aufenthalts geprüft werden muss oder dass das Krankenhaus zunächst bestimmte Voruntersuchungen durchführen möchte. Während dieser sogenannten „vorstationären Behandlung“ müssen sie noch nicht im Krankenhaus übernachten. Die vorstationäre

Behandlung findet an maximal drei Tagen innerhalb der fünf Tage vor der geplanten Krankenhausaufnahme statt.

Ebenso kann es sein, dass Sie nach der Entlassung aus dem Krankenhaus noch zu weiteren Behandlungen oder Untersuchungen ins Krankenhaus zurückkehren sollen, ohne dort zu übernachten. Diese sogenannte „nachstationäre Behandlung“ kann an maximal sieben Tagen innerhalb der zwei Wochen nach der eigentlichen Entlassung aus dem Krankenhaus stattfinden.

Die weitergehende Betreuung außerhalb einer möglichen vor- und nachstationären Behandlung findet normalerweise bei einem niedergelassenen Arzt statt.

Ambulante Leistungen werden dagegen üblicherweise von niedergelassenen Ärzten erbracht. In Einzelfällen können jedoch auch im Krankenhaus ambulante Leistungen erfolgen. Dabei kann es sich zum Beispiel um bestimmte Operationen wie Gelenkspiegelungen oder gynäkologische Eingriffe handeln. Außerdem können manchmal sogenannte „Ermächtigte Krankenhausärzte“ unter bestimmten Voraussetzungen in ihren Spezialprechstunden oder Polikliniken ambulant Patienten betreuen.

Beachten Sie zu den notwendigen Formularen deshalb bitte Folgendes:

Einweisung

Vor Beginn einer stationären Krankenhausbehandlung wird Ihnen Ihr behandelnder Arzt eine Krankenseinweisung ausstellen. Das entsprechende rosafarbene Formular trägt die Überschrift „Verordnung von Krankenhausbehandlung“. Durch diese Einweisung sind alle stationären Leistungen inklusive der vor- und nachstationären Behandlung abgedeckt. Es ist für Ihren Arzt nicht zulässig, Ihnen zusätzlich eine Überweisung z.B. für vom Krankenhaus geplante Voruntersuchungen auszustellen. Auch darf er Ihnen nicht mehrere Einweisungen für dieselbe Behandlung/denselben geplanten Aufenthalt ausstellen.

Überweisung

Falls bei Ihnen eine ambulante Krankenhausbehandlung geplant ist, wird Ihr Arzt Ihnen eine Überweisung ausstellen. Das entsprechende gelbe Formular trägt auf der rechten Seite die Überschrift „Überweisungsschein“. Auch hier darf

Ihnen Ihr Arzt nicht mehrere Überweisungen im Quartal für dieselbe ambulante Krankenhausbehandlung ausstellen. Das Krankenhaus rechnet vielmehr die Kosten über einen Überweisungsschein ab.

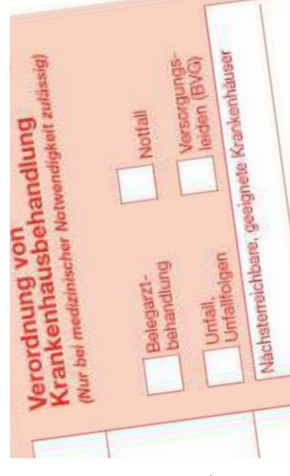


Foto: KBV Muster

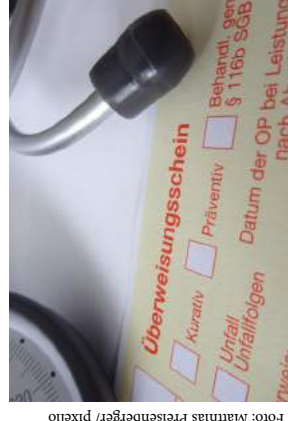


Foto: Matthias Preisberger/pixelio

Wir hoffen, Ihnen mit diesen Informationen weitergeholfen zu haben, und wünschen Ihnen alles Gute für Ihre Behandlung.

Ihre Kassenärztliche Vereinigung
Niedersachsen



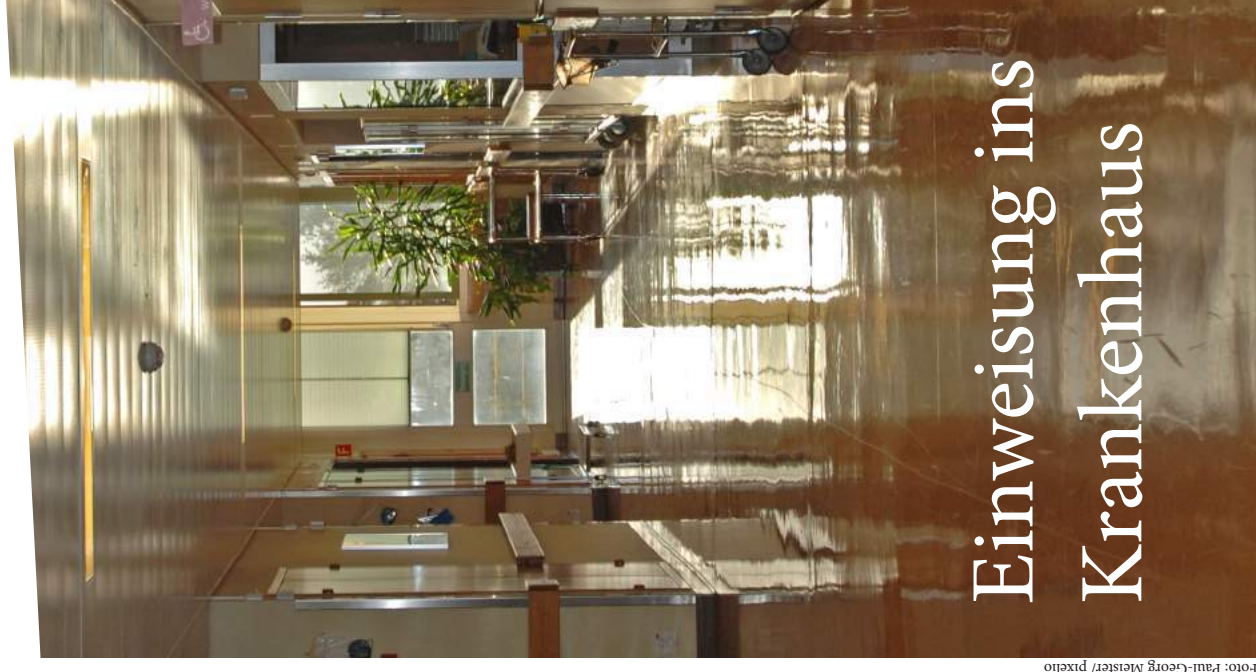
Eine Information der

Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen
Berliner Allee 22
30175 Hannover
www.kvn.de



Kassenärztliche Vereinigung
Niedersachsen

Informationen für Patienten



Einweisung ins Krankenhaus

Foto: Paul-Georg Meister/ pixelio

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum



KVN

Kassenärztliche Vereinigung
Niedersachsen

Einweisung/Überweisung

Bitte geben Sie dieses Schreiben an Ihr behandelndes Krankenhaus weiter.

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

Sie haben den o.g. Patienten gebeten, zusätzliche Formulare (Einweisung und/oder Überweisung) für eine geplante Krankenhausbehandlung mitzubringen. Aus den folgenden rechtlichen Gründen darf ich die von Ihnen im vorliegenden Fall angeforderten Dokumente nicht ausstellen:

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

- Einweisung plus Überweisung**
Durch die Einweisung sind ggf. auch die prä- und poststationären Leistungen eines Behandlungsfalles mit abgedeckt. Diese umfassen sowohl Leistungen zur Klärung der Notwendigkeit und zur Vorbereitung einer Krankenhausbehandlung als ggf. auch solche zur Nachbehandlung („Kontrolluntersuchung“).
Die Ausstellung einer Überweisung zur Prüfung des Erfordernisses der stationären Aufnahme ist nicht zulässig. Bestandteil der Krankenhausbehandlung auf Einweisung ist u.a. auch diese Prüfung der Notwendigkeit des stationären Aufenthalts.
Auch für Kontrolluntersuchungen nach dem stationären Aufenthalt ist eine Ausstellung einer Überweisung nicht zulässig, da die Kontrolluntersuchungen entweder poststationäre Leistungen im Rahmen der Krankenhausbehandlung sind oder aber Leistungen der ambulanten Versorgung.
- Mehrfache Einweisung für denselben Behandlungsfall**
Mehrere Einweisungen für denselben Behandlungsfall auszustellen, ist ebenfalls nicht zulässig. Eine Einweisung behält ihre Gültigkeit, bis der Behandlungsfall vom Krankenhaus abgeschlossen ist.
- Einweisung zur ambulanten Nachsorge**
Eine Einweisung setzt u.a. das Erfordernis der stationären Behandlung voraus. Dies ist im Rahmen der ambulanten Nachsorge (z.B. Kontrolluntersuchung, Wiedervorstellungstermin) nicht der Fall, so dass eine Einweisung nicht ausgestellt werden kann.
- Einweisung für eine klar erkennbare ambulante Versorgung im Krankenhaus**
Eine Einweisung darf nur ausgestellt werden, wenn der Vertragsarzt eine stationäre Behandlung für notwendig erachtet. Falls eine ambulante Behandlung aus Sicht des Vertragsarztes ausreichend ist bzw. die vom Krankenhaus geplante Leistung offensichtlich einer ambulanten Behandlung entspricht (z.B. „Spezialprechstunde“ eines Krankenhausarztes), ist die Ausstellung einer Einweisung nicht zulässig.

Mit freundlichen kollegialen Grüßen und Dank für Ihr Verständnis,

(Arztstempel und Unterschrift)



KVN

Kassenärztliche Vereinigung
Niedersachsen

Informationen für die Praxis

KVN-Rundschreiben

Februar 2016

Inhaltsverzeichnis

1. Abrechnung	3
1.1. Änderungen des EBM zum 1. Januar bzw. 1. April 2016.....	3
2. Verordnungen.....	5
2.1. Änderung der Anlage V (verordnungsfähige Medizinprodukte) der Arzneimittel-Richtlinie.....	5
2.2. belAir® NaCl 0,9% in Anlage V - verordnungsfähige Medizinprodukte - der Arzneimittel-Richtlinie aufgenommen.....	5
2.3. T-Rezept - neue Formulare ab 1. Februar 2016	6
2.4. Elektronische Ausfüllhilfen für Vordrucke	6
2.5. Änderung der Anlage II (Lifestyle-Arzneimittel) der Arzneimittel-Richtlinie	7
2.6. Änderung der Anlage III (Verordnungseinschränkungen und -ausschlüsse) der Arzneimittel-Richtlinie	7
2.7. Verordnung von Krankenfahrten.....	8
2.8. Gemeinsame Arbeitsgruppe Arzneimittel, hier: Aktualisierung der Rezept-Info zum Thema chronische Schmerzen	8
2.9. Arzneimittelquotenberichte Januar bis November 2015.....	8
2.10. Heilmittel-Richtgrößeninformation.....	8
3. Allgemeine Hinweise	9
3.1. TerminServiceStelle der KVN - aktuelle Informationen	9
3.2. Neue Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung ab 1. Januar 2016.....	10
3.3. Nachvergütung antrags- und genehmigungspflichtiger Psychotherapie-Leistungen aufgrund des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 43. Sitzung am 22. September 2015	11
4. Veranstaltungen im März und April 2016.....	12

5. Anlagenverzeichnis.....	15
5.1. Merkblatt Krankenfahrten.....	15
5.2. Sammelerklärung	15

1. Abrechnung

1.1. Änderungen des EBM zum 1. Januar bzw. 1. April 2016

Der Bewertungsausschuss bzw. erweiterte Bewertungsausschuss hat in verschiedenen Sitzungen Änderungen des EBM zum 1. Januar bzw. 1. April 2016 beschlossen. Nachfolgend die Änderungen im Einzelnen:

PET/PET/CT als neue vertragsärztliche Leistung

Für die neuen Leistungen der diagnostischen Positronenemissionstherapie (PET) und der diagnostischen Positronenemissionstomographie mit Computertomographie (PET/CT) wird der EBM um einen neuen Abschnitt 34.7 erweitert. Die vier neuen Gebührenordnungspositionen (GOP) sind differenziert in Bezug auf das Untersuchungsfeld und dem (Nicht-)Vorliegen einer diagnostischen Computertomographie (CT), so dass unterschiedliche Bewertungen resultieren.

PET des Körperstammes

- bei Vorliegen von diagnostischen CT-Untersuchungen: GOP 34700 (4.456 Punkte)
- bei gleichzeitiger diagnostischer CT: GOP 34701 (5.653 Punkte)

PET von Teilen des Körperstammes

- bei Vorliegen von diagnostischen CT-Untersuchungen: GOP 34702 (3.565 Punkte)
- mit gleichzeitiger diagnostischer CT: GOP 34703 (4.523 Punkte)

Die Einführung der GOP 34700 bis 34703 wird verbunden mit dem Ziel, eine entsprechende Qualitätssicherungsvereinbarung nach § 135 Abs. 2 SGB V abzuschließen. Bis diese in Kraft ist, sind die GOP auch ohne Genehmigung berechnungsfähig - längstens bis zum 30. Juni 2016. Ebenfalls zum 1. Januar 2016 wird die Kostenpauschale 40584 (255 Euro) in den Abschnitt 40.10 aufgenommen. Sie ist für Sachkosten im Zusammenhang mit den neuen GOP 34700 bis 34703 bei Verwendung des Radionuklids 18F-Fluordesoxyglukose berechnungsfähig.

Die neu beschlossenen Leistungen werden außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung und damit außerhalb der RLV/QZV-Systematik vergütet.

Einführung der Prostataoperation mittels Holmium-Laser als vertragsärztliche Leistung zum 1. April 2016

Als weitere neue Leistung hat der Bewertungsausschuss zwei Operationsverfahren zur Holmium-Laser-Resektion (OPS-Code 5-601.70) und Holmium-Laser-Enukleation (OPS-Code 5-601.7.1) der Prostata in den Anhang 2 zum EBM aufgenommen.

Voraussetzung für die Durchführung ist die Gewährleistung einer intensivmedizinischen Notfallversorgung und einer Nachbeobachtung. Daher hat der Bewertungsausschuss beschlossen, dass diese Operationen - entgegen der bisherigen Systematik des EBM - in der vertragsärztlichen

Vier neue GOPs

Versorgung nur belegärztlich erfolgen können. Das sind die neuen GOP im Überblick:

- Laserendoskopischer urologischer Eingriff bis 45 Minuten Dauer: GOP 36289 (2.108 Punkte) mit einer neuen OP-Kategorie RW3.
- Zuschlag zur GOP 36289 je weitere vollendete 15 Minuten Schnitt-Naht-zeit: GOP 36290 (364 Punkte).
- Zuschlag bei Fortsetzung einer Anästhesie bei Verlängerung des Eingriffs mittels Holmium-Laser: GOP 36829 (191 Punkte).

Neue GOPs

Darüber hinaus kann für die postoperative Überwachung die GOP 36505 und für eine Anästhesie die GOP 36823 berechnet werden.

Die Durchführung der Leistung hat gemäß den Nummern 17 bzw. 18 der Anlage I "Anerkannte Untersuchungs- und Behandlungsmethoden" der Richtlinie Methoden vertragsärztlicher Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) sowie der Qualitätssicherungsvereinbarung Holmium-Laser gemäß § 135 Abs. 2 SGB V zu erfolgen.

Einführung von Telemedizinischen Leistungen in den EBM zum 1. April 2016

Die Funktionsanalyse eines implantierten Kardioverters bzw. Defibrillators oder eines implantierten Systems zur kardialen Resynchronisationstherapie (CRT-P, CRT-D) kann zukünftig auch telemedizinisch durchgeführt und nach dem EBM berechnet werden. Es handelt sich dabei um folgende Leistungen:

- Telemedizinische Funktionsanalyse/Internisten mit Schwerpunkt Kardiologie: GOP 13554 (279 Punkte)
- Telemedizinische Funktionsanalyse für Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kardiologie: GOP 04417 (511 Punkte)
- Telefonische Kontaktaufnahme mit dem Patienten im Zusammenhang mit der GOP 13554/04417: GOP 01438 (88 Punkte).

Telemedizinische Funktionsanalyse

Die Bewertung der GOP 13554/04417 erfolgt entsprechend der bereits vorhandenen GOP 13552/04418 für die Funktionsanalyse. Die neuen Leistungen werden kassenseitig innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung und damit innerhalb der RLV/QZV-Systematik vergütet.

Die GOP 13552/04418 für die Funktionsanalyse eines Herzschrittmachers und/oder eines implantierten Kardioverters bzw. Defibrillators wurde in diesem Zusammenhang um die Funktionsanalyse eines implantierten Systems zur kardialen Resynchronisationstherapie erweitert. Zur Klarstellung, dass die Kontrollen nach der GOP 13552/04418 nicht telemedizinisch durchführbar sind, wurde ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt als obligater Leistungsinhalt ergänzt. Außerdem wurde der bisherige Zusatz „auch mittels telemetrischer Abfrage“ gestrichen.

Zusatz gestrichen

Die Abrechnung der GOP 04417/13554 ist auch ohne Inkraftsetzung der Änderung der bestehenden Qualitätssicherungsvereinbarung zur Herzschrittmacherkontrolle bzw. Neuregelung einer weiteren Qualitätssicherungsvereinbarung übergangsweise (längstens bis zum 31. Dezember 2016) möglich.

Anpassung des Anhangs 2 des EBM an den OPS 2016 zum 1. April 2016

Der Anhang 2 des EBM wird zum 1. April 2016 an den Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) Version 2016 angepasst.

Die kompletten Beschlüsse können Sie im Deutschen Ärzteblatt, Heft 1 bis 2 vom 11. Januar 2016 bzw. Heft 3 vom 22. Januar 2016 nachlesen.

2. Verordnungen

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

Mit Wirkung vom 12. Januar 2016 werden folgende Medizinprodukte aus der Anlage V gestrichen und sind somit nicht mehr zu Lasten der GKV verordnungsfähig:

- BSS NL250/NL500
- Dr. Deppe EndoStar®-Lavage
- Globance® Lavage
- Globance® Lavage Apfel
- Macrogol AL
- Macrogol STADA®

Die Anlage V der Arzneimittel-Richtlinie finden Sie im Internet unter www.g-ba.de - Richtlinien - Arzneimittel - Anlage V.

Gestrichen

2.2. belAir® NaCl 0,9% in Anlage V - verordnungsfähige Medizinprodukte - der Arzneimittel-Richtlinie aufgenommen

Zum 21. Januar 2016 ist das Präparat belAir® NaCl 0,9% in die Anlage V der Arzneimittel-Richtlinie aufgenommen worden:

Produktbezeichnung	Medizinisch notwendige Fälle	Befristung der Verordnungsfähigkeit
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.	8. November 2016

Die namentlich in Anlage V aufgeführten Medizinprodukte dürfen in den genannten medizinischen Fällen unter Beachtung der jeweils gültigen

Sondervertragsregelungen zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordnet werden (rosa Rezept).

Die vollständige Liste der Anlage V wie auch nähere Einzelheiten hierzu können Sie auf der Internetseite des G-BA (www.g-ba.de) abrufen.

2.3. T-Rezept - neue Formulare ab 1. Februar 2016

Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) teilte mit, dass ab dem 1. Februar 2016 neue Vordrucke des T-Rezeptes ausgegeben werden. Die Änderungen sind marginal und stellen eine Anpassung an das aktuelle Muster 16-Formular dar:

Die Datumsangabe neben der Arztunterschrift entfällt. Das neue Verordnungsblatt sieht eine Datumsanzeige nur noch im zu bedruckenden Personalienfeld vor. Des Weiteren ersetzt der Begriff Kostenträgerkennung die Bezeichnung Kassenummer.

Alte, bisher gültige T-Rezeptformulare behalten weiterhin ihre Gültigkeit.

Zusatzinformation

T-Rezepte werden für die Verschreibung von Lenalidomid, Pomalidomid oder Thalidomid verwendet und auf entsprechende Anforderung vom BfArM ausgegeben. Der anfordernde Arzt wird hierzu im T-Register registriert. Das BfArM weist ausdrücklich darauf hin, dass T-Rezepte immer personenbezogen zu verwenden sind. Somit darf jede Person nur ihre eigenen T-Rezepte verwenden. Nur im einzelnen Vertretungsfall darf die Vertretung die T-Rezepte der ärztlichen Person, die sie vertritt, unter der Voraussetzung unterschreiben, dass auch die Vertretung im T-Register registriert ist.

Weitere Informationen finden Sie auf der Website des BfArM unter www.bfarm.de - Bundesopiumstelle - T-Register

2.4. Elektronische Ausfüllhilfen für Vordrucke

Wir möchten Sie heute über ein neues Service-Angebot der KBV informieren. Die KBV erstellt künftig bei der Einführung bzw. bei der Überarbeitung von Vordrucken elektronische Ausfüllhilfen.

Mit dem neuen Angebot sollen Ärzte und Psychotherapeuten beim Ausfüllen von Vordrucken unterstützt werden. Anders als die offiziellen Vordruckerläuterungen, mit langen und zum Teil juristisch formulierten Texten, werden in den Ausfüllhilfen die wichtigsten Informationen in knappen Hinweisen zusammengefasst. Hiermit sollen häufige Fehler beim Ausfüllen der Vordrucke vermieden und Rückfragen von Krankenkassen reduziert werden.

Die Ausfüllhilfen werden den Herstellern von Praxisverwaltungssystemen (PVS) zur Verfügung gestellt. Die PVS-Hersteller können die kurzen Erläuterungen z. B. als Mouseover-Felder in die Formulare integrieren, die dann direkt beim Ausfüllen im PVS konkrete Hinweise anzeigen.

Alte Rezepte behalten Gültigkeit

Immer personenbezogen verwenden

Knappe Hinweise

Allerdings können die PVS-Hersteller nicht verpflichtet werden, die Ausfüllhilfen einzubinden.

Keine Verpflichtung

Bisher hat die KBV Ausfüllhilfen für das neue Muster 1 und das Muster 52 erstellt. Die aktuell geltenden Ausfüllhilfen können Sie unter <ftp://ftp.kbv.de/ita-update/Blankoformulare/Ausfuellhilfe.zip> abrufen.

2.5. Änderung der Anlage II (Lifestyle-Arzneimittel) der Arzneimittel-Richtlinie

Mit Wirkung vom 3. Februar 2016 wird die Anlage II der Arzneimittel-Richtlinie wie folgt geändert:

1. Unter der Indikation „Abmagerungsmittel - zentral wirkend“ werden die Wirkstoffe „Bupropion, Naltrexon“ mit dem Fertigarzneimittel „Mysimba“ und der Wirkstoff „Liraglutid“ mit dem Fertigarzneimittel „Saxenda“ ergänzt.
2. Unter der Indikation „Sexuelle Dysfunktion“ wird unter dem bereits bestehenden Wirkstoff Alprostadil das Fertigarzneimittel „Vitaros Hexal“ eingefügt. Ferner werden die Wirkstoffe „Lidocain, Prilocain“ mit dem Fertigarzneimittel „Fortacin“ ergänzt.
3. Unter der Indikation „Verbesserung des Haarwuchses“ wird unter dem bereits bestehenden Wirkstoff „Minoxidil“ das Fertigarzneimittel „Minoxidil BIO-H-TIN-Pharma“ eingefügt.

Abmagerungsmittel

Sexuelle Dysfunktion

Haarwuchs

Die aufgeführten Wirkstoffe bzw. Arzneimittel sind demnach in den genannten Indikationen nicht zu Lasten der GKV verordnungsfähig.

Nicht zu Lasten der GKV verordnungsfähig

Des Weiteren sind in der Anlage II zwei redaktionelle Änderungen vorgenommen worden (Anpassungen bei ATC-Codes bzw. Arzneimittelbezeichnungen).

Den vollständigen Beschluss des G-BA sowie die vollständige Anlage II finden Sie im Internet unter: www.g-ba.de - Richtlinien - Arzneimittelrichtlinie - Anlage II.

2.6. Änderung der Anlage III (Verordnungseinschränkungen und -ausschlüsse) der Arzneimittel-Richtlinie

„Analgetika in fixer Kombination mit nicht analgetischen Wirkstoffen“ (Nr. 6) sowie „Antiphlogistika oder Antirheumatika in fixer Kombination mit anderen Wirkstoffen“ (Nr. 18) unterliegen einem Verordnungsabschluss bzw. einer Verordnungseinschränkung nach Anlage III der Arzneimittel-Richtlinie.

Mit Wirkung vom 3. Februar 2016 wurde unter der Nummer 6 und der Nummer 18 jeweils folgender Spiegelstrich ergänzt:

- „ausgenommen sind fixe Kombinationen mit einem Mydriatikum zur Anwendung am Auge“.

Ergänzung

Entsprechende Arzneimittel sind demnach in dem genannten Fall zu Lasten der GKV verordnungsfähig. Bis zum momentanen Zeitpunkt (Stand 1. Februar 2016) ist nach unserer Recherche jedoch noch kein

Arzneimittel auf dem deutschen Markt erhältlich, welches von der neuen Ausnahme des Verordnungsausschlusses betroffen wäre.

Den vollständigen Beschluss des G-BA sowie die vollständige Anlage III finden Sie im Internet unter www.g-ba.de - Richtlinien - Arzneimittelrichtlinie - Anlage III.

2.7. Verordnung von Krankenfahrten

Bei der Verordnung von Krankenfahrten haben die Vertragsärzte die Krankentransport-Richtlinie zu beachten. Dabei ist für die Auswahl des Beförderungsmittels die medizinische Notwendigkeit im Einzelfall unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots zu beachten. Mit dem als Anlage beigefügten Merkblatt möchten wir Ihnen die Auswahlentscheidung über das geeignete, notwendige Beförderungsmittel erleichtern. Sie finden das Merkblatt in Kürze auch im KVN-Portal unter der Rubrik Verordnungen - Krankenförderung.

Wirtschaftlichkeitsgebot

Anlage 5.1: Merkblatt Krankenfahrten

2.8. Gemeinsame Arbeitsgruppe Arzneimittel, hier: Aktualisierung der Rezept-Info zum Thema chronische Schmerzen

Im KVN-Portal und auf der Internetseite der KVN stehen ab sofort eine aktualisierte Version der Rezept-Info zum Thema chronische, nicht tumorbedingte Schmerzen zur Verfügung. Thematisiert werden u. a. das WHO-Stufenschema und sich daraus ergebende Handlungsempfehlungen. Rezept-Infos enthalten sowohl Empfehlungen für den behandelnden Arzt als auch Vordrucke für die Patienteninformation. Im KVN-Portal finden Sie die Information unter Verordnungen - Arzneimittel - Veröffentlichungen, im Internet unter Praxis - Verordnungen.

WHO-Stufenschema

2.9. Arzneimittelquotenberichte Januar bis November 2015

Die monatliche Aktualisierung der Arzneimittelquotenberichte ist erfolgt. Der Zeitraum Januar bis November 2015 kann über das KVN-Portal unter Online-Dienste - eDokumente aufgerufen werden. Ebenso stehen hier die Arznei- und Heilmittel-Richtgrößeninformationen sowie GAmSi- und HIS-Berichte zur Verfügung.

2.10. Heilmittel-Richtgrößeninformation

Die Heilmittel-Richtgrößeninformation für das 2. Quartal 2015 steht über unser KVN-Portal im Internet unter Online-Dienste - eDokumente zur Verfügung. Ebenso können hier die Arzneimittel-Richtgrößeninformationen, Arzneimittelquotenberichte sowie GAmSi- und HIS-Berichte eingesehen werden.

3. Allgemeine Hinweise

3.1. TerminServiceStelle der KVN - aktuelle Informationen

Am 25. Januar 2016 hat die TerminServiceStelle (TSS) der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen ihren Betrieb aufgenommen. Wie Sie der Presse entnehmen konnten, ist die Nachfrage seitens der PatientInnen deutlich geringer als erwartet. Dies liegt sicherlich auch an dem verantwortungsvollen Umgang mit den Überweisungs-Codes seitens der überweisenden Praxen.

Nachfrage gering

In der ersten Woche haben die TSS 1.164 Patienten angerufen. 390 haben nach der vorgeschalteten Bandansage wieder aufgelegt. 15 haben in der kurzen Warteschleife bis zur Vermittlung an die Gesprächsperson aufgelegt. 604 Anrufer erfüllten nicht die Bedingungen der TSS (meist keinen Überweisungscode). 155 Termine konnten erfolgreich vermittelt werden.

155 Termine vermittelt

Die im fachärztlichen Versorgungsbereich tätigen Praxen haben zunächst in ausreichendem Maße freiwillig zusätzliche Termine gemeldet, so dass der Start in Niedersachsen als gelungen bezeichnet werden kann. Insgesamt standen rund 89.000 Termine zur Vermittlung zur Verfügung.

89.000 Termine standen zur Verfügung

Bei einigen Praxen gibt es noch Fragen zur Meldung von Terminen, zum Umgang mit den Überweisungs-codes sowie zur Abrechnung:

- Das Melden von Terminen ist in Niedersachsen freiwillig.
- Von Honorarbegrenzungen befreit sind nur die Fälle, die über die TSS vermittelt wurden. In diesen Fällen sind alle Leistungen der angeforderten Fachrichtung (für Gemeinschaftspraxen/MVZ etc. relevant) für diesen (Behandlungs-)Fall befreit - nicht auch die Leistungen der weiteren Fachrichtungen.
- Der Überweisungscode entfaltet seine Wirkung nur gegenüber der TSS, nicht direkt gegenüber fachärztlichen Praxen.

Meldung von Terminen, Überweisungs-codes und Abrechnung

Natürlich gab es leider auch Anfangsschwierigkeiten, die aber inzwischen weitgehend behoben sind:

- Die Anzeige der Profile der Praxen bzw. Praxispartner im eTerminservice war nicht bei allen Praxen auf dem aktuellen Stand. Dies wird zurzeit sukzessive behoben.
- Die Darstellung besonderer Behandlungs- und Untersuchungsmethoden ist noch nicht differenziert genug. Daran wird gearbeitet.
- Der Zugang zum eTerminservice war und ist zeitweise aufgrund einer Überlastung der Server nicht möglich. Die Konfiguration wurde und wird laufend optimiert.
- Die Benachrichtigung der Praxen per E-Mail über vergebene und nicht vergebene Termine musste aufgrund des Zeitdrucks ein wenig zurückgestellt werden und wird erst im Laufe des Februars fertiggestellt.

Anfangsschwierigkeiten

- Die vermittelten PatientInnen meldeten sich aber aufgrund der entsprechenden Bitten der TSS nahezu in allen Praxen, um den Termin zu bestätigen und ggf. weitere Fragen zu klären.
- Durch einen Softwarefehler wurden leider einige Termine doppelt vergeben. Die doppelte Terminvergabe ist inzwischen ausgeschlossen..
- In KV-Grenzbereichen werden gelegentlich Termine von der TSS der KVN in anderen KV-Bereiche vermittelt und umgekehrt. Dies soll eigentlich nicht geschehen. An einer besseren technischen Unterstützung für die MitarbeiterInnen der TSS wird gearbeitet.

Fehlen Ihnen Überweisungs-codes oder Informationskärtchen, so wenden Sie sich bitte rechtzeitig an Ihre Bezirksstelle. Wir sammeln diese Anforderungen zunächst, und stellen Ihnen das Material dann zur Verfügung.

Bei all diesen Problemen sind Sie bzw. Ihre Praxisteams sehr verständnisvoll mit uns umgegangen. Wir haben versucht, alle Anfragen befriedigend zu beantworten und hoffen, dass uns dies gelungen ist und bedanken uns für Ihre Mitarbeit.

3.2. Neue Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung ab 1. Januar 2016

Seit dem 1. Januar 2016 gilt eine neue Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung. Neu ist u. a., dass Patienten einen Durchschlag der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung erhalten. Dieser enthält einen Hinweis, dass für den Bezug von Krankengeld ein lückenloser Nachweis der Arbeitsunfähigkeit erforderlich ist. Hintergrund für den Hinweis auf der überarbeiteten Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung ist, dass Patienten in der Vergangenheit den Anspruch auf Krankengeld verloren haben, wenn sie gegenüber ihrer Krankenkasse ihre Arbeitsunfähigkeit nicht lückenlos nachweisen konnten. Den Vertragsarzt sichert der Hinweis zudem vor möglichen Schadenersatzansprüchen ab.

In den letzten Tagen wurde vermehrt aus der Ärzteschaft kritisiert, dass es nicht zweckmässig sei, dass der Durchschlag bei jeder Erkrankung ausgedruckt und dem Patienten mitgegeben wird. Der Durchschlag sei nur in den Fällen sinnvoll, wenn die Arbeitsunfähigkeit voraussichtlich länger als sechs Wochen andauere.

Nach Rücksprache mit der KBV möchten wir Ihnen hierzu folgendes mitteilen:

Es gibt für die Vertragsärzte keine Verpflichtung, den Durchschlag für die Patienten auszudrucken und diesen auszuhändigen. Es ist jedoch empfehlenswert, gerade vor dem Hintergrund, dass sich der Vertragsarzt gegenüber seinem Patienten absichern möchte, den Durchschlag generell bei Arbeitsunfähigkeiten im Rahmen des Krankengeldbezuges auszudrucken und dem Patienten auszuhändigen.

Handelt es sich um eine Bagatellerkrankung mit einer absehbaren kurzen Arbeitsunfähigkeitsdauer, sollten die Patienten befragt werden, ob sie einen Durchschlag wünschen.

Durchschlag mit Hinweis

Empfehlung

Bei Bagatellerkrankung

3.3. Nachvergütung antrags- und genehmigungspflichtiger Psychotherapie-Leistungen aufgrund des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 43. Sitzung am 22. September 2015

Aufgrund des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses haben die antrags- und genehmigungspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen ab dem Jahr 2012 eine Höherbewertung erfahren. Zudem wurden Strukturzuschläge rückwirkend neu in den EBM eingeführt.

Höherbewertung

Unter Berücksichtigung dieses Beschlusses werden für die Quartale ab 1/2012 die Ärzte/Therapeuten eine Nachvergütung erhalten, deren entsprechende Honorarbescheide aufgrund eingeleiteter Widersprüche nicht bestandskräftig geworden sind.

Mit dem Beratenden Fachausschuss Psychotherapie wurde mittlerweile die weitere diesbezügliche Vorgehensweise sowie insbesondere der Zeitplan abgestimmt. Die Auszahlung der Nachvergütung für die Quartale 1/2012 bis 2/2015 wird demnach zum Zeitpunkt des Honorarbescheids für das 1. Quartal 2016 im Juli 2016 angestrebt.

Auszahlung Nachvergütung

Die diesbezüglichen Nachvergütungsbescheide werden dann gemäß § 86 Sozialgerichtsgesetz (SGG) Gegenstand der bereits laufenden / ruhenden Widerspruchsverfahren. Diese bleiben bis zum Abschluss eines oder mehrerer mit den betroffenen Berufsverbänden abzustimmenden Musterverfahren weiter ruhend gestellt.

Bereits Ende Februar 2016 sollen die betroffenen Ärzte / Therapeuten einen Abschlag auf ihre Nachvergütung erhalten, der sich an dem Nachvergütungsteilbetrag aufgrund der rückwirkenden Erhöhung der Bewertung der psychotherapeutischen Leistungen des Abschnitts 35.2 EBM orientiert (aufgrund der Komplexität der Berechnung der rückwirkenden Einführung der Strukturzuschläge kann auf diesen Teilbetrag kein Abschlag berechnet werden).

Ab dem Quartal 3/2015 sind die neuen Vergütungsregelungen/-bewertungen bereits in die laufende Abrechnung eingeflossen. Soweit auch gegen diese Honorarbescheide Widerspruch erhoben wird, können diese mit Blick auf die bereits ruhenden Widersprüche und die angestrebten Musterverfahren ebenfalls ruhend gestellt werden.

4. Veranstaltungen im März und April 2016

Hier bekommen Sie eine Übersicht über Seminare und Fortbildungen der KVN mit noch freien Plätzen im März und April 2016. Ein Anmeldefax ist angehängt. Bitte nutzen Sie für unterschiedliche Seminare separate Anmeldefaxe. Die ausgefüllten Anmeldungen faxen Sie bitte an folgende Nummer: **0511 380-3480**.

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

www.kvn.de/Seminarangebot

Name	Ort	Datum	Gebühr p. P.
Qualitäts- und Praxismanagement			
Arbeitsschutz in der Arztpraxis	Hannover	05.Mär	139 Euro
Ausbildung zum/zur internen AuditorIn (drei Termine)	Hannover	15.Apr	299 Euro
Freude mit Formularen	Oldenburg	09.Mär	40 Euro
Freude mit Formularen	Stade	06.Apr	45 Euro
Freude mit Formularen	Bremervörde	27.Apr	45 Euro
Gesundheit von Praxismitarbeitern schützen und erhalten	Hannover	27.Apr	kostenlos
Kleiner Knigge - Souverän in den Berufsalltag	Hannover	11.Mär	115 Euro
Organisation und Management in der KJP-Praxis mit SPV	Hannover	23.Apr	135 Euro
Praxisbegehungen durch das Gewerbeaufsichtsamt	Hannover	30.Apr	20 Euro
Qualitätsmanagementbeauftragte/r (3 Freitage)	Oldenburg	15.Apr	289 Euro
Refresherkurs PraxismanagerIn - AufbauSeminar (3-tägig)	Hannover	20.Apr	295 Euro
So gelingt es auch mit schwierigen Patienten	Verden	13.Apr	40 Euro
Das Telefon - Die Visitenkarte der Praxis	Oldenburg	13.Apr	85 Euro
Abrechnung und Verordnung			
Abrechnung aktuell	Papenburg	02.Mär	kostenlos

Abrechnung aktuell	Moormer-land	09.Mär	kostenlos
Abrechnung aktuell	Aurich	16.Mär	kostenlos
EBM - Allgemeine Bestimmungen	Osnabrück	23.Mär	kostenlos
Honorarbescheid lesen und verstehen	Aurich	27.Apr	kostenlos
Richtig kodieren nach ICD 10	Aurich	06.Apr	kostenlos
Richtig kodieren nach ICD 10	Hannover	20.Apr	kostenlos
Schutzimpfungen und Sprechstundenbedarf für MFA	Lüneburg	27.Apr	kostenlos
Sonderverträge im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung	Braun-schweig	20.Apr	kostenlos
Verordnungsweise in der täglichen Praxis	Hannover	23.Mär	kostenlos
Verordnung von Heilmitteln	Aurich	20.Apr	kostenlos
Medizinische und psychotherapeutische Themen			
Psychosomatische Grundversorgung (10-tägig)	Bremervörde	03.Mär	995 Euro
Wirtschaftsseminare			
Niederlassen in Niedersachsen	Göttingen	05.Mär	kostenlos
Plötzlich Chef - Unternehmer Einmaleins für Ärzte	Braun-schweig	14.Apr	kostenlos
Praxis und Familie erfolgreich kombinieren	Hannover	09.Mär	kostenlos
Rechtsprobleme im Praxisalltag	Hannover	13.Apr	kostenlos

Verbindliche Anmeldung (bitte vollständig ausfüllen)

Fax an 0511 380-3480

Ich nehme am Seminar

mit _____ Person/en teil.

Datum des Seminars

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

Vor- und Nachname des Rechnungsempfängers (Praxis)

Anschrift des Rechnungsempfängers (Straße, PLZ, Ort)

LANR

BSNR

E-Mail-Adresse

Telefonnummer für evtl. Rückfragen

Datum

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

Stempel

5. Anlagenverzeichnis

5.1. Merkblatt Krankenfahrten

5.2. Sammelerklärung

Merkblatt zur „Verordnung einer Krankenbeförderung“

Freigabe 01-09-2014

Verordnung einer Krankenbeförderung
Mithilfe von Krankenträgern und erforderlichenfalls Geschlechtsbegleitern gemäß § 30 Abs. 1 SGB V

1. Hauptbestätigung
A) im Krankenträger
B) ambulante Operation
C) ambulante Operation
D) ambulante Operation

2. Beförderungsmittel
E) Krankenträger
F) Krankenträger
G) Krankenträger
H) Krankenträger
I) Krankenträger
J) Krankenträger
K) Krankenträger
L) Krankenträger
M) Krankenträger
N) Krankenträger
O) Krankenträger
P) Krankenträger
Q) Krankenträger
R) Krankenträger
S) Krankenträger
T) Krankenträger
U) Krankenträger
V) Krankenträger
W) Krankenträger
X) Krankenträger
Y) Krankenträger
Z) Krankenträger

3. Beförderungsmittel
aa) Krankenträger
bb) Krankenträger
cc) Krankenträger
dd) Krankenträger
ee) Krankenträger
ff) Krankenträger
gg) Krankenträger
hh) Krankenträger
ii) Krankenträger
jj) Krankenträger
kk) Krankenträger
ll) Krankenträger
mm) Krankenträger
nn) Krankenträger
oo) Krankenträger
pp) Krankenträger
qq) Krankenträger
rr) Krankenträger
ss) Krankenträger
tt) Krankenträger
uu) Krankenträger
vv) Krankenträger
ww) Krankenträger
xx) Krankenträger
yy) Krankenträger
zz) Krankenträger

Verordnung

Die Verordnung muss vor der Krankenbeförderung ausgestellt werden. Nur in Notfällen ist eine nachträgliche Verordnung möglich.

Notwendigkeit

Voraussetzung für die Verordnung ist, dass die Fahrt im Zusammenhang mit einer Leistung der Krankenkasse zwingend medizinisch notwendig ist. Unzulässig sind z.B. Verordnungen für Fahrten zum Abstimmen von Terminen, Erfragen von Befunden, Abholen von Verordnungen.

Genehmigungen von Krankenfahrten zur ambulanten Behandlung

Die Krankenkasse übernimmt Fahrkosten zur ambulanten Behandlung nur in besonderen Ausnahmefällen und nach vorheriger Genehmigung **Verordnung 1.C).**

Auswahl des Beförderungsmittels

Für die Auswahl ist ausschließlich die zwingende medizinische Notwendigkeit unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots maßgeblich. Für die Auswahlentscheidung ist deshalb besonders der aktuelle Gesundheitszustand des Patienten und seine Gefährlichkeit zu berücksichtigen **Verordnung 2..**

Krankentransporte sind zu unterscheiden nach qualifizierten Krankentransporten und nicht qualifizierten Krankentransporten.

Qualifiziert	Nicht qualifiziert
Fahrzeug	Krankentransportwagen ohne Signalanlage
Medizinisch-technische Ausstattung	<p>Medizinische Ausstattung: keine</p> <p>Technische Ausstattung Krankentrage/Tragestuhl nicht umsetzbar aus Rollstuhl Liegend-Transport</p>
Medizinisch-fachliche Betreuung	Zwei Personen - nicht qualifiziertes Personal

Merkblatt zur „Verordnung einer Krankenförderung“

Nachstehend eine Auflistung der möglichen Arten der Krankenfahrten als Hilfe bei der Auswahl des geeigneten und notwendigen Beförderungsmittels:

<p>Medizinische Voraussetzung</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Taxi, Mietwagen Begründung des Beförderungsmittels (ggf. Angabe ICD-10) _____</p>	<p>Taxi/Mietwagen Gehfähige Patienten oder umsetzbare Rollstuhlfahrer können aus zwingendem medizinischem Grund öffentliche Verkehrsmittel oder ein privates Kraftfahrzeug nicht benutzen. Hinweis: eine ungünstige Anbindung im öffentlichen Personen-Nahverkehr berechtigt nicht zur Verordnung einer Taxe oder Mietwagen.</p> <p>Nein Nein</p>
<p>Medizinisch- technische Ausstattung erforderlich</p> <p>Medizinisch-fachliche Betreuung notwendig</p>	
<p>Medizinische Voraussetzung</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Taxi, Mietwagen <input checked="" type="checkbox"/> Nicht umsetzbar aus Rollstuhl Begründung des Beförderungsmittels (ggf. Angabe ICD-10) _____</p>	<p>BTW (Behindertenmietwagen) Nicht gehfähige Patienten die im eigenen Rollstuhl befördert werden müssen und deren Beförderung nicht über Treppen geht oder mit dem Elektrorollstuhl befördert werden müssen. Hinweis: Über die regionalen Angebote der Leistungserbringer können Ihnen die örtlichen Krankenkassen Auskunft geben.</p> <p>Nein, bis auf Rollstuhlbefestigung Nein</p>
<p>Medizinisch- technische Ausstattung erforderlich</p> <p>Medizinisch-fachliche Betreuung notwendig</p>	
<p>Medizinische Voraussetzung</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Taxi, Mietwagen <input checked="" type="checkbox"/> andere Liegendtaxi oder Tragestuhl Begründung des Beförderungsmittels (ggf. Angabe ICD-10) _____</p>	<p>LTW (Liegendtransportwagen) oder TSW (Tragestuhlwagen) Patienten die nicht gehfähig sind und Rollstuhlfahrer, die nicht im eigenen Rollstuhl befördert werden können. Die Patienten müssen sitzend oder liegend befördert werden. Hinweis: Über die regionalen Angebote der Leistungserbringer können Ihnen die örtlichen Krankenkassen Auskunft geben.</p> <p>Nein, nur Trage oder Tragestuhl Nein, aber Besetzung mit zwei Personen zur Lagerung, Umlagerung, qualifizierte Trageleistung</p>
<p>Medizinisch- technische Ausstattung erforderlich</p> <p>Medizinisch-fachliche Betreuung notwendig</p>	

Merkblatt zur „Verordnung einer Krankenbeförderung“

<p>Medizinische Voraussetzung</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Kranken-transportwagen Begründung des Beförderungsmittels (ggf. Angabe ICD-10)</p>	<p>KTW (Krankentransportwagen) Patienten benötigen während der Fahrt eine fachliche Betreuung oder die besonderen Einrichtungen des KTW (oder der Bedarf ist aufgrund des Zustandes zu erwarten)</p>
<p>Medizinisch- technische Ausstattung erforderlich</p>	<p>Ja – mit Begründung Beispiele: Sauerstoff, Notfallkoffer, Absaugung, Hygienemaßnahmen</p>
<p>Medizinisch-fachliche Betreuung notwendig</p>	<p>Ja, mit Angabe in welcher Art und mit Begründung wie z.B. Lagerung, Umlagerung, qualifizierte Trageleistung, Betreuung bei z.B. Demenz, fachliche Übergabe</p>

<p>Medizinische Voraussetzung</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Rettungswagen Begründung des Beförderungsmittels (ggf. Angabe ICD-10)</p>	<p>RTW (Rettungstransportwagen) Patienten bedürfen vor und während der Fahrt neben Erste-Hilfe-Maßnahmen zusätzliche nicht ärztliche Maßnahmen, die geeignet sind, die vitalen Funktionen aufrecht zu erhalten oder ein derartiger Zustand ist während der Fahrt zu erwarten.</p>
<p>Medizinisch- technische Ausstattung erforderlich</p>	<p>Ja, mit Angabe in welcher Art und mit Begründung wie z.B. Monitoring</p>

<p>Medizinische Voraussetzung</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Notarztwagen Begründung des Beförderungsmittels (ggf. Angabe ICD-10)</p>	<p>NEW (Notarzteinsatzwagen) Patienten bedürfen vor und während der Fahrt neben Erste-Hilfe-Maßnahmen zusätzliche ärztliche Maßnahmen, die geeignet sind, die vitalen Funktionen aufrecht zu erhalten oder ein derartiger Zustand ist während der Fahrt zu erwarten.</p>
<p>Medizinisch-fachliche Betreuung notwendig</p>	<p>Ja, durch Notarzt und mit Begründung: Notfallmedizinische, ärztliche Versorgung</p>



KVN

Kassenärztliche Vereinigung
Niedersachsen

Informationen für die Praxis

KVN-Rundschreiben

Januar 2016

Inhaltsverzeichnis

1. Abrechnung	3
1.1. Besonderheiten bei der ärztlichen Behandlung von unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen	3
1.2. Masern-Impfung für Erwachsene	3
1.3. Betäubungsmittel - Änderung von Verschreibungshöchstmengen	3
1.4. Einreichung einer neuen Abrechnungsdatei	4
2. Allgemeine Hinweise	4
2.1. Änderungen im Vertrag zu zusätzlichen Früherkennungsuntersuchungen U10/U11/J2 mit der Techniker Krankenkasse mit Wirkung ab 1. Januar 2016	4
2.2. Lieferengpässe von Impfstoffen	5
2.3. Neue Bedruckungsvorgaben für Patienten mit unbestimmtem Geschlecht	5
2.4. Hausarztvertrag mit der hkk, hier: Anpassungen zum 1. Januar 2016	6
2.5. Vertrag zur Hausarztzentrierten Versorgung mit dem BKK Landesverband Mitte, hier: Beitritt der Heimat Krankenkasse und der SIEMAG BKK sowie neue Indikationsgruppenliste ab 1. Januar 2016	6
2.6. Hausarztvertrag mit der AOK Niedersachsen, hier: Ergänzung der HzV um eine neue Leistung - Check Up 60 Plus ab 1. Januar 2016 und Weiterentwicklung der Indikationsgruppenliste	7
2.7. Hausarztvertrag mit der Kaufmännischen Krankenkasse - KKH, hier: Anpassungen zum 1. Januar 2016	8
2.8. Vertrag über zusätzliche Vorsorge-/Früherkennungsuntersuchungen für Kinder- und Jugendliche mit der IKK gesund plus	8
2.9. AOK-Behandlungsprogramm Depression und Burn-out, hier: Anpassungen der psychotherapeutischen Vergütungen zum 1. Januar 2016	8

2.10.	Gemeinsame Arbeitsgruppe Arzneimittel, hier: Informationsschreiben über das Thema „Neue Arzneimittel zur Behandlung der Hepatitis C“	9
2.11.	Nachweis der jährlichen Fortbildungspflicht aus Sonderverträgen - Meldefrist bis 30. Juni 2016	9
2.12.	Fortbildungskurs Kurative Mammographie gemäß der Mammographie-Vereinbarung am 27./28. Oktober 2016 in Oldenburg	9
3.	Veranstaltungen im Februar und März 2016.....	10
4.	Anlagenverzeichnis.....	12
4.1.	Informationsschreiben AG Arzneimittel	12
4.2.	Kursprogramm Befundungstraining Mammographie	12

1. Abrechnung

1.1. Besonderheiten bei der ärztlichen Behandlung von unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen

Unbegleitete minderjährige Flüchtlinge nehmen unter den Flüchtlingen eine Sonderstellung ein. Dieser Personenkreis fällt in die Zuständigkeit der Jugendämter und wird von diesen in Obhut genommen. Sie werden in der Regel über eine gesetzliche Krankenkasse angemeldet und erhalten eine Krankenversichertenkarte (übergangsweise eine Mitgliedsbescheinigung/Bescheinigung der zuständigen Behörde).

Unbegleitete minderjährige Flüchtlinge unterliegen nicht dem Asylverfahrensgesetz (AsylVfG). Eine Eingangsuntersuchung gemäß § 62 AsylVfG ist daher für sie nicht erforderlich. Wird diese Untersuchung oder z. B. auch die Röntgenuntersuchung zur Abklärung einer Tbc dennoch von der zuständigen Behörde verlangt, ist sie direkt mit der auftraggebenden Behörde abzurechnen. Eine Abrechnung mit der gesetzlichen Krankenkasse ist nicht möglich, da der Leistungskatalog der GKV keine Eingangsuntersuchung nach § 62 AsylVfG umfasst.

Eingangsuntersuchung

1.2. Masern-Impfung für Erwachsene

Derzeit wird die Masern-Impfung für Erwachsene unter anderem auch von der KBV beworben. Ergänzend hierzu möchten wir die Abrechnungsfrage der Masern-Impfung für Erwachsene beleuchten:

Als GKV-Leistung abrechenbar ist die Masern-Impfung für alle nach 1970 geborene Erwachsene, wenn sie

- bisher nicht gegen Masern geimpft wurden
- in der Kindheit nur einmal geimpft wurden
- nicht wissen, ob sie bereits geimpft wurden oder früher Masern hatten.

Für alle anderen Erwachsenen ist die Impfung privatärztlich abzurechnen (Ausnahme berufliche Indikationen). Gleiches gilt für die im Vorfeld der Impfung ausdrücklich erbetene Titerbestimmung zur Prüfung des Impfschutzes, z. B. für Frauen mit Kinderwunsch.

Abrechenbar, wenn ...

1.3. Betäubungsmittel - Änderung von Verschreibungshöchstmengen

Für einen Patienten darf ein Arzt innerhalb von 30 Tagen bis zu zwei Betäubungsmittel aus der Liste von Betäubungsmitteln des § 2 der Betäubungsmittelverschreibungsverordnung (BtMVV) in den dort festgesetzten Höchstmengen verordnen.

In dieser Liste haben sich folgende Änderungen (Anhebungen der Höchstgrenzen) ergeben:

Wirkstoff	Höchstgrenze
Levomethadon	1.800 mg
Methadon	3.600 mg
Morphin	24.000 mg

Änderungen der
Höchstgrenzen

Ergänzender Hinweis

In begründeten Einzelfällen darf der verschreibende Arzt für einen Patienten in Dauerbehandlung von den Vorgaben in § 2 der BtMVV wie folgt abweichen:

- In der Zahl der verordneten Betäubungsmittel
- von der genannten Höchstmenge

Für eine solche Verordnung ist der Buchstabe A auf der Verordnung aufzubringen.

Buchstabe A

1.4. Einreichung einer neuen Abrechnungsdatei

Wir möchten Sie darüber informieren, dass bei einer erneuten Einreichung einer Abrechnungsdatei auch eine neue Sammelerklärung vollständig ausgefüllt und unterschrieben, mit dem Vertragsarztstempel versehen, einzureichen ist. Die Sammelerklärung kann im KVN-Portal unter [www.kvn.de/Abrechnung/Abrechnungcenter/Informationen zur Quartalsabrechnung/Downloads](http://www.kvn.de/Abrechnung/Abrechnungcenter/Informationen_zur_Quartalsabrechnung/Downloads) ausgedruckt werden.

Neue Sammelerklärung

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

2. Allgemeine Hinweise

2.1. Änderungen im Vertrag zu zusätzlichen Früherkennungsuntersuchungen U10/U11/J2 mit der Techniker Krankenkasse mit Wirkung ab 1. Januar 2016

Auf Veranlassung des Bundesversicherungsamtes mussten die Verträge über zusätzliche Früherkennungsuntersuchungen U10/U11/J2 mit der Techniker Krankenkasse mit Wirkung zum 1. Januar 2016 angepasst werden. Es ist nunmehr erforderlich, die Teilnahme an diesem Vertrag über eine schriftliche Teilnahmeerklärung des Versicherten/Patienten (gesetzliche Vertreter) zu dokumentieren. Diese ausgefüllte und unterschriebene Teilnahmeerklärung ist dann per Fax oder per Post an die auf der jeweiligen Teilnahmeerklärung

Schriftliche
Teilnahmeerklärung

aufgedruckte Nummer bzw. Adresse zu senden. Bitte beachten Sie, dass es sich um zwei Teilnahmeerklärungen handelt (eine für die Untersuchungen U10 und U11 sowie eine separate für die Untersuchung J2). Dieses schriftliche Teilnahmeverfahren für Patienten ist nunmehr Bestandteil der Leistungserbringung nach dem Vertrag. Darüber hinaus ist es nunmehr erforderlich, dass auch alle erstmalig am Vertrag teilnehmenden Ärzte einen formlosen Teilnahmeantrag stellen müssen. Die Teilnahmeerklärungen für die U10/U11 und die J2 sowie ein überarbeiteter Bestellschein für das Gesundheits-Checkheft sind im KVN-Portal zum Download eingestellt.

Formloser
Teilnahmeantrag

2.2. Lieferengpässe von Impfstoffen

Das Paul-Ehrlich-Institut (PEI) bietet auf seiner Homepage (www.pei.de/lieferengpaesse-impfstoffe-human) eine Übersicht zu Lieferengpässen von Impfstoffen an. Basis der Übersicht sind Informationen der Zulassungsinhaber. Die Übersicht enthält zudem mögliche Impfstoff-Alternativen oder Handlungsempfehlungen. Da die Umsetzung der Handlungsempfehlungen nicht immer eine wirtschaftliche Versorgung darstellt, hat die KVN die Verbände der gesetzlichen Krankenkassen in Niedersachsen um Stellungnahme gebeten, ob die Handlungsempfehlungen des PEI in Niedersachsen für die Ärzte regressfrei angewendet werden können. Von den GKV-Verbänden haben wir daraufhin folgende Antwort erhalten:

Handlungsempfehlung
PEI

„Die unkritische Übernahme der Handlungsempfehlungen des PEI kann nicht empfohlen werden. SSB-Regresse bezüglich der Empfehlungen des PEI können nicht vollumfänglich ausgeschlossen werden. Unkritische Impfungen sind zu verschieben bzw. Impfzyklen sind erst wieder mit der Wieder-Verfügbarkeit des empfohlenen Impfstoffes fortzusetzen.“

Übernahme kann nicht
empfohlen werden

Vor diesem Hintergrund kann eine generelle Anwendung der Empfehlungen des PEI nicht empfohlen werden.

2.3. Neue Bedruckungsvorgaben für Patienten mit unbestimmtem Geschlecht

Das Personenstandsgesetz sieht vor, dass Neugeborene ohne Angabe des Geschlechts in das Geburtenregister eingetragen werden, wenn das Kind weder dem weiblichen noch dem männlichen Geschlecht zugeordnet werden kann. Dies ist ab 1. Januar 2016 auch bei der Formularbedruckung zu berücksichtigen. Die Formulare, auf denen ein Geschlecht anzugeben ist (Muster 5/6, 10, 10 A, 19 sowie 30) können weiterhin benutzt werden. Für die Kennzeichnung des unbestimmten Geschlechts werden bei diesen Formularen die beiden Kästchen „weiblich“ und „männlich“ jeweils mit einem „X“ bedruckt.

Formulare mit „X“
bedruckt

Elektronische Gesundheitskarten, die ab 1. Januar 2016 ausgegeben werden, können neben „weiblich“ und „männlich“ auch das „unbestimmte“ Geschlecht enthalten. Die Praxisverwaltungssysteme sind in der Lage, diese zusätzliche Angabe zu verarbeiten.

2.4. Hausarztvertrag mit der hkk, hier: Anpassungen zum 1. Januar 2016

Die Aktualisierung und Weiterentwicklung des zwischen der hkk, den Hausarztverbänden Niedersachsen und Braunschweig sowie der KVN abgeschlossenen Hausarztvertrages hat neben redaktionellen Änderungen zu zwei wichtigen Anpassungen geführt:

1. Die Indikationsgruppenliste (Anhang zu Anlage 4 des HzV-Vertrages) wurde für 2016 neu vereinbart und steht Ihnen im KVN-Portal (Verträge/Hausarztzentrierte Versorgung/Hausarztvertrag hkk) zur Verfügung.
2. Die bisherige Altersgrenze ist weggefallen. Ab sofort können alle Versicherten der hkk, die ihre Teilnahme erklären, an der hausarztzentrierten Versorgung teilnehmen.

Wichtige Anpassungen

2.5. Vertrag zur Hausarztzentrierten Versorgung mit dem BKK Landesverband Mitte, hier: Beitritt der Heimat Krankenkasse und der SIEMAG BKK sowie neue Indikationsgruppenliste ab 1. Januar 2016

Die KVN hat gemeinsam mit den Hausarztverbänden in Niedersachsen und dem BVKJ sowie dem BKK Landesverband Mitte eine Hausarztzentrierte Versorgung vereinbart, der bislang 16 Betriebskrankenkassen beitraten. Ab 1. Januar 2016 kommen die Heimat Krankenkasse und die SIEMAG BKK hinzu. Darüber hinaus wurde die Indikationsgruppenliste (Anhang zu Anlage 4 des HzV-Vertrages) für 2016 neu vereinbart und steht Ihnen im KVN-Portal (Verträge/Hausarztzentrierte Versorgung/Hausarztvertrag BKK Landesverband Mitte) zur Verfügung. Nachfolgend alle 18 Betriebskrankenkassen, deren Versicherte ab dem 1. Quartal 2016 in diese Hausarztzentrierte Versorgung eingeschrieben werden können. Hierfür steht im KVN-Portal unter Online-Dienste eine vertrags-eigene Webanwendung zur Verfügung.

Indikationsgruppenliste

Webanwendung im
Portal

- BKK 24
- BKK Deutsche Bank AG
- BKK exklusiv
- BKK Henschel Plus
- BKK Melitta Plus
- BKK Miele
- BKK Pfalz
- BKK RWE
- BKK Textilgruppe Hof
- BKK VBU
- BKK Verbund Plus
- Debeka BKK
- Heimat Krankenkasse
- Novitas BKK
- SIEMAG BKK
- Thüringer Betriebskrankenkasse
- Vereinigte BKK
- WMF Betriebskrankenkasse

2.6. Hausarztvertrag mit der AOK Niedersachsen, hier: Ergänzung der HzV um eine neue Leistung - Check Up 60 Plus ab 1. Januar 2016 und Weiterentwicklung der Indikationsgruppenliste

Der seit mehreren Jahren erfolgreiche Hausarztvertrag mit der AOK Niedersachsen wird mit Wirkung zum 1. Januar 2016 um die neue Leistung „Check Up 60 Plus“ erweitert. Dieser Check Up ergänzt die bestehende Vorsorgeuntersuchung (so genannter Check Up 35) aus der Regelversorgung um weitere altersadjustierte Gesprächsinhalte, Untersuchungen und Laborparameter. Mit dieser verstärkten präventiven Ausrichtung des Hausarztvertrages soll die Versorgungsqualität weiter angehoben und ausgebaut werden.

Versorgungsqualität
anheben

Anspruch auf die neue Vorsorgeleistung haben alle im Hausarztvertrag eingeschriebenen Versicherten bei ihrem Hausarzt, die zum Zeitpunkt der Leistungserbringung das 60. Lebensjahr vollendet haben.

Die Leistung kann alle zwei Jahre im Zusammenhang mit der Untersuchung zur Früherkennung von Krankheiten gemäß den Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinien (EBM 01732) erbracht werden. Über den Richtlinieninhalt hinaus umfasst die neue Leistung folgende wichtige Inhalte:

Leistungsinhalte

1. Die Besprechung und Auswertung der Angaben aus dem Teilnehmerfragebogen
2. Die körperliche Untersuchung und Differenzialdiagnostik nach Erfordernis
3. Die Erhebung und Besprechung der zusätzlichen Laborparameter
4. Die Dokumentation aller Ergebnisse im Auswertungsbogen
5. Die Erfassung der gesicherten Diagnosen im KVN-Portal (soweit noch nicht geschehen)
6. Erhebung folgender Laborparameter (nicht als Laborüberweisungsschein):
 - HbA1c-Wert
 - GammaGT-Wert
 - Erhebung des vollständigen Blutstatus (großes Blutbild analog EBM 32122)
 - Bestimmung des GFR-Wertes über die Erhebung des Kreatinin-Wertes

Für die vollständige Leistungserbringung der o. a. Leistungen im Zusammenhang mit der EBM 01732 ist ein extrabudgetärer Zuschlag von 34 Euro über die GO-Nr. 99308 abrechenbar. In diesem Beitrag sind 6 Euro als Kostenersatz für die zusätzlichen Laborleistungen enthalten. Diese Leistung ist durch den Arzt selbst zu kennzeichnen.

Extrabudgetärer
Zuschlag

Die notwendigen Patientenfragebögen sowie die Auswertungsbögen können über das KVN-Portal bestellt werden (zuständige Bezirksstelle auswählen, Formularbestellungen, Link: Vordruckbestellung für Merkblätter, Flyer und Plakate oder aus dem KVN-Portal als PDF-Dokumente heruntergeladen werden (Verträge/Hausarztzentrierte Versorgung AOK Niedersachsen).

Im Jahr 2016 kann diese Leistung auch dann erbracht werden, wenn die Gesundheitsuntersuchung nach EBM 01732 bereits im Jahr 2015 abgerechnet wurde. In diesen Fällen sind dann neben den Zuschlagsleistungen auch nochmals die kompletten Leistungen der EBM 01732 zu erbringen. Die Abrechnung erfolgt im Jahr 2016 ausschließlich über die GO-Nr. 99308A. Das Honorar beträgt dann 65,52 Euro. Im Weiteren wurden zur Aktualisierung die Indikationsgruppenliste für das Jahr 2016 überarbeitet und neu vereinbart. Diese steht Ihnen im KVN-Portal zur Einsichtnahme zur Verfügung.

2.7. Hausarztvertrag mit der Kaufmännischen Krankenkasse - KKH, hier: Anpassungen zum 1. Januar 2016

Die Aktualisierung und Weiterentwicklung des zwischen der KKH, den Hausarztverbänden Niedersachsen und Braunschweig sowie der KVN abgeschlossenen Hausarztvertrages hat neben redaktionellen Änderungen zu zwei wichtigen Anpassungen geführt:

1. Die Indikationsgruppenliste (Anhang zu Anlage 4 des HzV-Vertrages) wurde für 2016 neu vereinbart und steht Ihnen im KVN-Portal (Verträge/Hausarztzentrierte Versorgung/Hausarztvertrag KKH) zur Verfügung.
2. Die Teilnahmeerklärung Versicherter wurde angepasst. Diese wird Ihnen ab sofort in der vertragseigenen Webanwendung zur Verfügung gestellt.

Wichtige Anpassungen

2.8. Vertrag über zusätzliche Vorsorge-/Früherkennungsuntersuchungen für Kinder- und Jugendliche mit der IKK gesund plus

Die Vergütungen für die Leistungen nach dem o. a. Vertrag werden mit Wirkung ab 1. Januar 2016 um drei Euro auf nunmehr 53 Euro angehoben. Betroffen sind die GO-Nrn. 99216, 99217 und 99220. Die vollständigen Vertragsunterlagen sind im KVN-Portal eingestellt.

2.9. AOK-Behandlungsprogramm Depression und Burn-out, hier: Anpassungen der psychotherapeutischen Vergütungen zum 1. Januar 2016

Mit Wirkung ab 1. Januar 2016 wird im Rahmen des AOK-Behandlungsprogramms Depression und Burn-out die Vergütung des Psychotherapeuten-Moduls um den Steigerungssatz der EBM-Vergütungen angepasst. Dies gilt auch für die Höherbewertung der psychotherapeutischen Leistungen zum 1. Juli 2015. Die KVN wird diese erhöhten Honorare automatisch im Rahmen der nächsten Abrechnung berücksichtigen. Darüber hinaus wurden im Vertrag redaktionell die Regeln zur 14-Tage-Frist konkreter definiert.

14-Tage-Frist konkreter definiert

Die aktuelle Vertragsfassung und die neuen Vergütungsbeträge für das Psychotherapeuten-Modul können der Tabelle in § 16 Abs. 4 des Vertrages im KVN-Portal in der Rubrik Verträge/Strukturverträge entnommen werden.

**2.10. Gemeinsame Arbeitsgruppe Arzneimittel,
hier: Informationsschreiben über das Thema „Neue Arzneimittel
zur Behandlung der Hepatitis C“**

Im Anhang finden Sie ein weiteres Informationsschreiben der AG Arzneimittel. Das Schreiben befasst sich mit dem Thema Hepatitis C und gibt einen kurzen Einblick in die Therapieoptionen mit den seit Anfang 2014 neu auf den Markt gekommenen direkt antiviral wirkenden Arzneimitteln.

Therapieoptionen

Das Informationsschreiben der AG Arzneimittel finden Sie in Kürze auch im KVN-Portal unter Verordnungen/Arzneimittel/Veröffentlichungen.

Anhang 5.1: Informationsschreiben der AG Arzneimittel

**2.11. Nachweis der jährlichen Fortbildungspflicht aus Sonderverträgen -
Meldefrist bis 30. Juni 2016**

Im Sinne der Entbürokratisierung können Vertragsteilnehmer an Sonderverträgen bis zum Stichtag 30. Juni 2016 ihre Erfüllung der Fortbildungspflicht im KVN-Portal unter Online-Dienste/Fortbildungspflicht aus Sonderverträgen melden. Des Weiteren informiert die dortige artzindividuelle Übersicht, zu welchen speziellen Fortbildungen sich Vertragsteilnehmer im Rahmen von Sonderverträgen zur Aufrechterhaltung der Abrechnungsgenehmigung verpflichtet haben.

Sobald die betreffende Fortbildungspflicht z. B. durch Präsenz- und/oder Onlinefortbildungen erfüllt ist, kann jeder Vertragsteilnehmer seine Fortbildungspunkte digital im System für das betreffende Kalenderjahr, aktuell das Jahr 2015, selbst kennzeichnen und auf die Übersendung der Nachweise verzichten.

**2.12. Fortbildungskurs Kurative Mammographie gemäß der
Mammographie-Vereinbarung am 27./28. Oktober 2016 in
Oldenburg**

Im Auftrag der KVN wird von der RADSERV GmbH ein Fortbildungskurs „Kurative Mammographie“ gemäß § 8 der Mammographie-Vereinbarung angeboten. Der Kurs richtet sich an Ärzte, die an einer Mammographie-Genehmigung interessiert sind und sich auf die Beurteilung der Fallsammlung vorbereiten wollen. Die Teilnahmegebühr beträgt 500 Euro. Die Veranstaltung findet im Technologie- und Gründerzentrum Oldenburg, Marie-Curie-Straße 1, 26129 Oldenburg, statt und ist mit 19 Punkten zertifiziert. Die Anmeldung erfolgt online über die Homepage der RADSERV GmbH unter www.radserv.de. Weitere Informationen können Sie dem Fortbildungsprogramm oder der Homepage der RADSERV GmbH entnehmen.

Anmeldung online

Anlage 5.2: Kursprogramm Befundungstraining Mammographie

3. Veranstaltungen im Februar und März 2016

Hier bekommen Sie eine Übersicht über Seminare und Fortbildungen der KVN mit noch freien Plätzen im Februar und März 2016. Ein Anmeldefax ist angehängt. Bitte nutzen Sie für unterschiedliche Seminare separate Anmeldefaxe. Die ausgefüllten Anmeldungen faxen Sie bitte an folgende Nummer: **0511 380-3480**.

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

www.kvn.de/Seminarangebot

Name	Ort	Datum	Gebühr p. P.
Qualitäts- und Praxismanagement			
Arbeitsschutz in der Arztpraxis	Hannover	05.Mär	139 Euro
Datenschutz in der Arztpraxis	Hannover	08.Mär	139 Euro
Kleiner Knigge - Souverän in den Berufsalltag	Hannover	11.Mär	115 Euro
Personalführung für PraxismitarbeiterIn	Hannover	01.Mär	139 Euro
Qualitätsmanagement für Psychotherapeuten	Hannover	12.Mär	135 Euro
Raus aus der Stressfalle	Hannover	23.Feb	144 Euro
Abrechnung und Verordnung			
AOK-Hausarztzentrierte Versorgung	Osnabrück	17.Feb	kostenlos
EBM - Allgemeine Bestimmungen	Osnabrück	23.Mär	kostenlos
Honorarbescheid - Ein Buch mit sieben Siegeln	Osnabrück	24.Feb	kostenlos
Verordnungsweise in der täglichen Praxis	Hannover	23.Mär	kostenlos
Medizinische und psychotherapeutische Themen			
Hautkrebs-Screening Seminar	Hannover	20.Feb	99 Euro
Niederlassen in Niedersachsen	Göttingen	05.Mär	kostenlos
Praxis und Familie erfolgreich kombinieren	Hannover	09.Mär	kostenlos

Verbindliche Anmeldung (bitte vollständig ausfüllen)

Fax an 0511 380-3480

Ich nehme am Seminar

mit _____ Person/en teil.

Datum des Seminars

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

Vor- und Nachname des Rechnungsempfängers (Praxis)

Anschrift des Rechnungsempfängers (Straße, PLZ, Ort)

LANR

BSNR

E-Mail-Adresse

Telefonnummer für evtl. Rückfragen

Datum

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

Stempel

4. Anlagenverzeichnis

4.1. Informationsschreiben AG Arzneimittel

4.2. Kursprogramm Befundungstraining Mammographie

Gemeinsame Arbeitsgruppe Arzneimittel

Kassenärztliche Vereinigung
Niedersachsen

Verbände der gesetzlichen
Krankenkassen in Niedersachsen



Neue Arzneimittel in der Behandlung der Hepatitis C

Einer der Therapiebereiche, die sich in den letzten Jahren am meisten verändert haben, ist die Behandlung der chronischen Hepatitis C. Hier sind seit Anfang 2014 8 neue Wirkstoffe auf dem Markt, zahlreiche neue Arzneimittel sind noch in der Entwicklung. War früher noch unklar, ob die Infektion mit der Standardtherapie überhaupt ausheilen würde und mit welchen –teilweise starken- Nebenwirkungen der Patient zu rechnen hat, ist heute für viele Patienten eine schonende Therapie mit guten Heilungschancen vorhanden. Doch sie hat einen hohen Preis: Meist sind zwischen 40.000 und 120.000 Euro für die Medikation notwendig, um bei der chronischen Hepatitis C mit den neuen direkt antiviral wirksamen Substanzen ein dauerhaftes virologisches Ansprechen erreichen zu können.

Welcher Wirkstoff ist für welchen Patienten geeignet? Zurzeit gibt es mehrere neue Arzneimittel mit unterschiedlichen Angriffspunkten, die oft – z.B. je nach Genotyp und Schwere der Erkrankung – in verschiedenen Kombinationen eingesetzt werden müssen.

Handelsname/ Wirkstoff	Art des Wirkstoffs	Preis für 28 Tage Packung [€]*	Preis für 12 Wochen Therapie [€]	Preis für 24 Wochen Therapie [€]
Sovaldi Sofosbuvir	NS5B-Inhibitor	17.855,59	53.566,53	107.133,06
Olysio Simeprevir	Protease-Inhibitor	9.359,53	28.078,59	56.157,18
Daklinza Daclatasvir	NS5A-Inhibitor	8.964,08	26.892,24	53.784,48
Harvoni** Ledipasvir/ Sofosbuvir	NS5A-Inhibitor/ NS5B-Inhibitor	20.026,02	60.069,06	120.138,12
Viekirax Ombitasvir/ Paritaprevir/ Ritonavir	Protease- Inhibitor/ NS5A- Inhibitor	16.995,00	50.985,00	101.970,00
Exviera Dasabuvir	NS5B-Inhibitor	1.655,00	4.965,00	9.930,00

* Preise sind Taxe-VK (gesetzlich) gem. Lauer-Steuer, Stand 15.12.15

** Harvoni kann für 8 Wochen bei therapie-naiven Patienten ohne Zirrhose mit einer Infektion vom Genotyp 1 in Betracht gezogen werden; Preis für 8 Wochen-Therapie = 40.052,04 €

Durch die vielen Neuzulassungen wird das Feld der Wirkstoffe immer unübersichtlicher, denn nicht nur der Genotyp der Virusinfektion muss vom Wirkstoff optimal abgedeckt sein, auch andere Aspekte wie der Zustand der Leber und eventuelle Begleiterkrankungen und Unverträglichkeiten müssen in die Auswahl des Wirkstoffs einbezogen werden. Mittlerweile gibt es erste Rote-Hand-Briefe (z.B. über gravierende Wechselwirkungen bei gleichzeitiger Behandlung mit Amiodaron), die bei der Therapieentscheidung für ein bestimmtes

Arzneimittel beachtet werden müssen. Die Therapiedauer ist häufig variabel und richtet sich z.B. nach Genotyp, eventuellen (erfolglosen) Vortherapien und dem Zustand der Leber. Zwar gibt es Leitlinien, z.B. eine aktuelle S3-Leitlinie der DGVS*, die jedoch aufgrund der Schnellebigkeit des Markts neue Therapiemöglichkeiten nur verzögert abbilden können.

Als neu zugelassene Arzneimittel müssen die Wirkstoffe zur Behandlung der Hepatitis C die mit dem AMNOG eingeführte Nutzenbewertung nach §35a SGB V durchlaufen. Obwohl die neuen Wirkstoffe bisher einen sehr positiven Eindruck gemacht haben, ergibt sich meist ein uneinheitliches Bild: Der Gemeinsame Bundesausschuss hat für jeden Wirkstoff mindestens fünf Untergruppen bewertet, ein Wirkstoff kann hier beispielsweise bei therapienaiven Patienten einen beträchtlichen Zusatznutzen haben, während bei vortherapierten Patienten desselben Genotyps „kein Zusatznutzen“ feststellbar war.

Es sind also zahlreiche neue Therapieoptionen für Patienten mit chronischer Hepatitis C vorhanden, die Auswahl des Wirkstoffs muss aber für jeden Patienten individuell erfolgen und ist auf vielen Ebenen schwierig. Daher sollte die Behandlung der chronischen Hepatitis C mit den neuen Wirkstoffen möglichst erfahrenen Ärzten vorbehalten sein, die sich mit der Erkrankung bereits gut auskennen.

Weitere Informationen zu den Ergebnissen der frühen Nutzenbewertung finden Sie auf www.KBV.de und www.G-BA.de.

Stand 12/2015

* www.dgvs.de/leitlinien/therapie-der-chronischen-hepatitis-c

Fortbildungskurs kurative Mammographie

Sehr geehrte Damen und Herren,

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

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



Dr. med. Gerold Hecht

1. Kurstag (Donnerstag)

Registrierung ab 09:30h

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

12:15 Mittagspause

13:00 Technische Qualitätssicherung Gese
13:45 Praktische Übungen Hecht/Plöger/
Bielenberg

15:00 Kaffeepause

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

17:00 Ende des 1. Kurstages

2. Kurstag (Freitag)

09:00 Durchführung der Mammographie-Befundung Hecht
09:45 Differentialdiagnose mammogr. Läsionen Hecht

10:30 Kaffeepause

10:45 Abklärungsdiagnostik Biopsien Hecht
11:30 Pathologisch-Radiologische Korrelation Hecht

12:15 Mittagspause

13:00 Praktische Übungen in der Befundung Hecht/Plöger/
Bielenberg

14:30 Kaffeepause

14:45 Praktische Übungen in der Befundung Hecht/Plöger/
Bielenberg
Abschlussbesprechung und
Zertifikatsausgabe

16:15 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 Medicor

Dr. med. Gerold Hecht

Leiter des Referenzentrums Mammographie Nord
und PVA der Screening-Einheit Niedersachsen
Nordwest

Veranstalter:

Dr. med. Gerold Hecht

Veranstaltungsort:

Technologie- und Gründerzentrum
Oldenburg
Marie-Curie-Str. 1
26129 Oldenburg
Seminarraum 4b / 1. OG

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 Akademie für
ärztliche Fortbildung zertifiziert und mit 19
Punkten (Kat. C) 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

27. – 28.10.2016

Im Auftrag der



KVN

Kassenärztliche Vereinigung
Niedersachsen