



Informationen für die Praxis

KVN-Rundschreiben

Dezember 2015

Inhaltsverzeichnis

1.	Konsequenzen des Krankenhausstrukturgesetzes	3
2.	Abrechnung.....	5
2.1.	Abschlagszahlungen und Zahlungstermine 2016.....	5
2.2.	Abgabetermin für das 4. Quartal 2015	5
2.3.	Amtliche Mitteilung der KVN zum HVM für das 1. Quartal 2016 für Haus- und Kinderärzte	6
2.4.	Bekanntgabe der bundeseinheitlichen Laborquote „Q“ für das 1. Halbjahr 2016	6
2.5.	HZV-Vertrag mit der SVLFG (vormals: LKK Niedersachsen- Bremen) - Vertragsänderungen ab 1. Januar 2016	6
2.6.	Überweisung zur Vollnarkose bei zahnärztlichen Eingriffen ..	7
2.7.	Ultraschalluntersuchung mit Biometrie und systematische Untersuchung mit der fetalen Morphologie im 2. Trimenon gemäß Anlage 1a der Mutterschafts-Richtlinie	7
2.8.	Kündigung des Beitritts der BKK DEMAG KRAUSS MAFFEI zur BKK-Impfvereinbarung - Ausland - mit Wirkung zum 30. Dezember 2015.....	8
3.	Verordnungen	8
3.1.	Sprechstundenbedarf - Musterkoffer für das 1. Quartal 2016 veröffentlicht.....	8
3.2.	Sprechstundenbedarf, hier: Provokit 0,33 %	8
3.3.	Krankentageförderungen von der Wohnung zur Pflegeeinrichtung bzw. von der Pflegeeinrichtung zurück zur Wohnung sind nicht verordnungsfähig	9
3.4.	Eingeschränkte Verordnungsfähigkeit von Sehhilfen bei Erwachsenen	9
3.5.	Hinweise zur Verordnung von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln bei Schwangerschaft und Entbindung	9
3.6.	Jacutin® Pedicul Fluid ab sofort nicht mehr verordnungsfähig	10
3.7.	Arzneimittelquotenberichte Januar - September 2015	10
3.8.	Gemeinsame Arbeitsgruppe Arzneimittel, hier: Informationsschreiben über das Thema COPD/Asthma - Arzneimittel in der frühen Nutzenbewertung	11

4.	Allgemeine Hinweise	11
4.1.	Wichtige Information für Facharztpraxen, die auf Überweisung tätig werden: TerminServiceStelle der KVN ab 25. Januar 2016 - bitte reservieren Sie jetzt Termine in Ihrem Praxiskalender	11
4.2.	Arbeitsunfähigkeit und Krankengeld: Einheitliches Formular ab 1. Januar 2016.....	12
4.3.	Neuer Service-Point Verordnungen	12
4.4.	Änderung der Mutterschafts-Richtlinie - Durchführung des HIV-Tests ist im Mutterpass zu dokumentieren	12
4.5.	Änderungen am Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger ...	12
4.6.	Impfausweise	13
4.7.	BKK-Vertrag: Erweitertes Präventionsangebot für Kinder U10/U11 (Starke Kids), hier: Teilnahmekündigungen von Betriebskrankenkassen	13
4.8.	Höhere Vergütungen für Schutzimpfungen ab 1. Januar 2016 für Versicherte der AOK, IKK, SVLFG und Knappschaft.....	14
4.9.	Vereinbarung mit der Landesaufnahmebehörde Niedersachsen (LAB NI) über die ärztliche Versorgung von Leistungsberechtigten nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) in Erstaufnahmeeinrichtungen.....	14
4.10.	Alte Teilnahme- und Einwilligungserklärungen für die Disease-Management- Programme (DMP) Diabetes mellitus Typ I und II sowie Koronare Herzkrankheit (KHK) sind nur noch bis zum 31. Dezember 2015 gültig	15
4.11.	HPV-Impfung nach Vollendung des 18. Lebensjahres	15
4.12.	Einführung einer Gesundheitskarte für Leistungsberechtigte nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) durch den Landkreis Hildesheim	16
4.13.	Am 1. Januar 2016 startet der Hausarztvertrag mit der DAK-Gesundheit.....	16
4.14.	Am 31. Dezember 2015 endet der bisherige Hausarztvertrag mit der Audi BKK (ehemals BKK FTE), am 1. Januar 2016 startet der neue Hausarztvertrag mit der Audi BKK	17
4.15.	Erweiterung des Betreuungsstrukturvertrages mit der Techniker Krankenkasse (TK) mit Wirkung ab 1. Januar 2016.....	18
5.	Veranstaltungen im Januar und Februar 2016	20
6.	Anlagenverzeichnis	22
6.1.	Zahlungstermine 2016.....	22
6.2.	Amtliche Mitteilung zum HVM für Haus- und Kinderärzte 1/2016.....	22
6.3.	COPD/Asthma - Arzneimittel in der frühen Nutzenbewertung.....	22
6.4.	Praxisinformation zu Arbeitsunfähigkeit und Krankengeld..	22
6.5.	Service-Point Verordnungen	22

1. Konsequenzen des Krankenhausstrukturgesetzes

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,

der Begriff „Krankenhausstrukturgesetz“ deutet zunächst nicht direkt auf die ambulante Versorgung hin. Dennoch hat dieses bereits vom Deutschen Bundestag beschlossene Gesetz potenziell massive Auswirkungen auf die ambulante vertragsärztliche Versorgung. Mit dem Krankenhausstrukturgesetz greift der Gesetzgeber unverhältnismäßig tief in die Selbstverwaltung ein. Denn es wird nicht nur die Kooperationsverpflichtung im Bereitschaftsdienst zwischen Krankenhäusern und vertragsärztlichem Bereitschaftsdienst konkretisiert. Gleichzeitig werden Vorgaben gemacht, die im Endeffekt auf eine finanziell bessere Ausstattung der Krankenhausambulanzen zu Lasten der niedergelassenen Vertragsärzte hinauslaufen.

So sollen die Bewertungen im EBM für ärztliche Leistungen im Notfall und im Bereitschaftsdienst bis zum 31. Dezember 2016 nach dem Schweregrad der Fälle differenziert werden. Die Entscheidung darüber soll ein ergänzter Bewertungsausschuss treffen, in dem nicht nur wie bisher die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der GKV-Spitzenverband Mitglied sind, hier wird auch die Deutsche Krankenhausgesellschaft beteiligt sein. Und schließlich - dies ist dann die elementarste Auswirkung - wird verbindlich festgeschrieben, dass die Vergütung der Leistungen im Notfall und im Bereitschaftsdienst unbudgetiert aus der Gesamtvergütung der Vertragsärzte zu zahlen ist. Eine Kompensationsregelung für den aus der Differenzierung der Fälle nach Schweregrad resultierenden finanziellen Mehrbedarf wird aber nicht verankert. Die Differenzierung der Fälle im Notfall und im Bereitschaftsdienst zielt eindeutig darauf ab, Fälle mit einem höheren Schweregrad dem Krankenhaus zuzuordnen und die dafür festzulegende höhere Vergütung dann zu Lasten der niedergelassenen Vertragsärzte zu refinanzieren. Dies ist ein elementarer Eingriff in die ambulante Versorgung und damit in den Sicherstellungsauftrag, der nicht akzeptabel ist.

Diese Gesetzgebung ist die konsequente Fortführung des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes, mit dem uns die große Koalition die Terminservicestellen, übergestülpt hat. Auch der dort angelegte Regelungsmechanismus führt am Ende dazu, dass Krankenhäuser unbudgetiert aus dem Honoraropf der niedergelassenen Vertragsärzte vergütet werden, sofern nicht allen Patienten ein Facharzttermin innerhalb von vier Wochen garantiert werden kann und der Patient im Krankenhaus behandelt wird. An dieser Stelle möchte ich kurz einflechten, dass wir Sie zur konkreten Umsetzung der Terminservicestelle noch gesondert informieren und Ihnen die daraus resultierenden Optionen aufzeigen werden.

Generell bleibt aber die Feststellung, dass der Gesetzgeber vom niedergelassenen Bereich fordert für die Sicherstellung der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung gerade zu stehen und hierfür auch Finanzmittel bereitzustellen, auf der anderen Seite greift der Gesetzgeber ungehemmt auf das Honorar der niedergelassenen Vertragsärzte zu, um die Refinanzierung von Krankenhausambulanzen zu gewährleisten.

Die Vertreterversammlung der KVN hat sich in ihrer letzten Sitzung am 21. November 2015 eindeutig gegen den Gesetzesbeschluss positioniert und eine finanzielle Kompensationsregelung eingefordert. Gleichzeitig wurde der Beschluss gefasst, alle bisherigen Sicherstellungsmaßnahmen auf den Prüfstand zu stellen. Denn es kann nicht sein, dass wir Vertragsärzte aus unserem eigenen Honorar für die Sicherstellung gerade stehen und Anreize setzen, andererseits aber der Gesetzgeber genau dies mit dem ungehemmten Zugriff in das vertragsärztliche Honorarvolumen konterkariert. Die ambulante Versorgung muss gerade auch angesichts des demographischen Wandels finanziell gestärkt und nicht weiter geschwächt werden.

Mit freundlichen kollegialen Grüßen

Dr. Titz
Vorsitzender der Vertreterversammlung

2. Abrechnung

2.1. Abschlagszahlungen und Zahlungstermine 2016

In der Anlage erhalten Sie für Ihre eigene Finanzdisposition die Übersicht der Zahlungstermine für das Jahr 2016. Diese Übersicht finden Sie auch im KVN-Portal unter Abrechnung/Zahlungstermine. Der Monatsabschlag beträgt 24 Prozent Ihres durchschnittlichen Honorars im vergangenen Kalenderjahr (Quartale 4/2014 bis 3/2015). Als 4. Abschlag werden 13 Prozent Ihres durchschnittlichen Quartals-honorars im letzten Kalenderjahr überwiesen.

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

Anlage 5.1: Zahlungstermine 2016

2.2. Abgabetermin für das 4. Quartal 2015

Der Abgabetermin für die Abrechnung des 4. Quartals 2015 ist der 6. Werktag des Quartals und somit der 8. Januar 2016.

8. Januar 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 ausgedruckt werden;
- die abzugebenden Behandlungsausweise (sortiert nach der Liste: KBV-Prüfmodul Abgabe Behandlungsausweise) einzureichen;
- abhängig von Ihren erbrachten Leistungen: Früherkennungs-koloskopie, Hautkrebsscreening, Daten gemäß der QS-Richtlinie Dialyse rechtzeitig online zu dokumentieren und zu übertragen;
- gegebenenfalls 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
Abrechnungcenters

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

2.3. Amtliche Mitteilung der KVN zum HVM für das 1. 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.

Mindestfallwerte

Die für das 1. Quartal 2016 geltenden RLV-/QZV-Mindestfallwerte für Haus- und Kinderärzte sowie die Fallzahlgrenzen für die Fallwertminderung bzw. die Fallzahlzuwachsbeschränkung (FZZB) entnehmen Sie bitte der Anlage 5.2 zu diesem Rundschreiben. Zusätzlich sind diese Daten auch bereits seit dem 3. Dezember 2015 über das KVN-Portal abrufbar.

Anlage 5.2: Amtliche Mitteilung zum HVM für Haus- und Kinderärzte 1/2016

2.4. Bekanntgabe der bundeseinheitlichen Laborquote „Q“ für das 1. Halbjahr 2016

Für das 1. 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.

91,58 Prozent

Keine Ausnahme

2.5. HZV-Vertrag mit der SVLFG (vormals: LKK Niedersachsen-Bremen) - Vertragsänderungen ab 1. Januar 2016

Im Rahmen von Gesprächen zur Weiterentwicklung des mit der SVLFG abgeschlossenen Hausarztvertrages konnten mit Wirkung ab 1. Januar 2016 folgende Verbesserungen erreicht werden:

1. Die Einschreibevergütung (GO-Nr. 99300) wird auf 13 Euro angehoben.
2. Analog anderer Hausarztverträge wird für Versicherte der SVLFG nunmehr eine einmalige Aufwandspauschale für jede erstmalige Kennzeichnung einer jeden Diagnosegruppe in Höhe von drei Euro gezahlt (GO-Nr. 99306).

Verbesserungen

3. Die Chroniker-Pauschalen werden nunmehr kumuliert je Versicherten und Quartal bis zu einem maximalen Betrag von 45 Euro vergütungsfähig sein.

Alle Änderungen werden im Rahmen der Abrechnung automatisch durch die KVN berücksichtigt. Der aktualisierte Vertrag ist im KVN-Portal in der Rubrik Verträge/Hausarztzentrierte Versorgung einzusehen.

2.6. Überweisung zur Vollnarkose bei zahnärztlichen Eingriffen

Im November-Rundschreiben hatten wir Sie über die Kennzeichnung von Narkosen zur Zahnbehandlung von Patienten bei mangelnder Kooperationsfähigkeit bei geistiger Behinderung oder schwerer Dyskinesie informiert. Für diese und die unter der Ziffer 8 der Präambel zum Kapitel 5 des EBM genannten Indikationen ist es strittig, ob und gegebenenfalls von wem eine Überweisung zur Narkose auszustellen ist. Der Facharzt für Anästhesiologie gehört nach § 13 Bundesmantelvertrag Ärzte nicht zu den Arztgruppen, die ausschließlich auf Überweisung in Anspruch genommen werden können. Insofern ist es möglich, dass der Vertragszahnarzt in diesen Fällen eine formlose Überweisung an den Anästhesisten zur Durchführung der Narkose ausstellen kann, sofern die Indikation für eine Narkose durch den Vertragszahnarzt zweifelsfrei gestellt werden kann. Dies ist z. B. bei den Diagnosen „tiefligender Abszess, Behandlung der dentogen erkrankten Kieferhöhle für akute entzündliche Prozesse, die eine Lokalanästhesie ausschließen oder Behandlung der Spätluxation des Kiefergelenkes“ möglich. Auf der formlosen Überweisung müssen die Diagnose und die Indikation für die Vollnarkose aufgeführt werden. Die formlose Überweisung kann beispielsweise auf einem Rezeptformular (Muster 16) vorgenommen werden, da hier die Patientenstammdaten übersichtlich aufgeführt werden.

Formlose Überweisung

Bei der Kontraindikation zur Durchführung eines zahnärztlichen Eingriffs in Lokalanästhesie in Form einer Allergie ist die Indikationsstellung durch den Vertragszahnarzt nicht ausreichend, hier ist eine fachärztliche Begutachtung mit einer entsprechenden Überweisung auf Muster 6 erforderlich.

2.7. Ultraschalluntersuchung mit Biometrie und systematische Untersuchung mit der fetalen Morphologie im 2. Trimenon gemäß Anlage 1a der Mutterschafts-Richtlinie

Wir machen darauf aufmerksam, dass die Ultraschalluntersuchung mit Biometrie und systematische Untersuchung mit der fetalen Morphologie im 2. Trimenon gemäß Anlage 1a der Mutterschafts-Richtlinie nach der GOP 01771 im Zusammenhang mit der GOP 01770 nur einmal je Schwangerschaft berechnungsfähig ist. Eine Ausnahme besteht lediglich bei Mehrlingen, in diesem Fall ist die GOP 01771 entsprechend der Zahl der Mehrlinge mehrfach berechnungsfähig.

Nur einmal je Schwangerschaft

2.8. Kündigung des Beitritts der BKK DEMAG KRAUSS MAFFEI zur BKK-Impfvereinbarung - Ausland - mit Wirkung zum 30. Dezember 2015

Die BKK DEMAG KRAUSS MAFFEI hat ihre Teilnahme an der o. g. Vereinbarung mit Wirkung zum 30. Dezember 2015 gekündigt. Damit sind Leistungen nach dieser Vereinbarung für Versicherte der BKK DEMAG KRAUSS MAFFEI mit Wirkung ab 1. Januar 2016 nicht mehr abrechenbar.

Ab 1. Januar nicht mehr abrechenbar

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

3. Verordnungen

3.1. Sprechstundenbedarf - Musterkoffer für das 1. Quartal 2016 veröffentlicht

Von der SSB-Kommission wurden in der letzten Sitzung der sogenannte Musterkoffer SSB mit Gültigkeit für das 1. Quartal 2016 überarbeitet und beschlossen. Sie finden nun wieder die am häufigsten beanstandungsfrei verordneten Präparate im grünen Bereich der Liste. Auch der rote Teil mit den häufigsten Verordnungsfehlern wurde dabei angepasst.

Die aktualisierten Musterkoffer SSB für die 23 Fachgruppenbereiche finden Sie im KVN-Portal in der Rubrik Sprechstundenbedarf/Musterkoffer SSB.

3.2. Sprechstundenbedarf, hier: Provokit 0,33 %

Von der Herstellerfirma wurde aktuell eine Nichtlieferfähigkeit des Fertigarzneimittels Provokit 0,33 % bestätigt.

Aufgrund fehlender Alternativpräparate für den unspezifischen bronchialen Provokationstest haben sich die Krankenkassen in Niedersachsen bereit erklärt, die Kosten von entsprechenden Methacholinchlorid-Rezepturen über den Sprechstundenbedarf zu erstatten. Diese Regelung gilt befristet bis zum 30. Juni 2016.

Befristet bis 30. Juni 2016

3.3. Krankbeförderungen von der Wohnung zur Pflegeeinrichtung bzw. von der Pflegeeinrichtung zurück zur Wohnung sind nicht verordnungsfähig

Die Krankenkasse übernimmt die Kosten von Krankbeförderungen, wenn sie im Zusammenhang mit einer Leistung der Krankenkasse aus zwingenden medizinischen Gründen notwendig sind. Fahrten von der Wohnung in eine Pflegeeinrichtung bzw. zurück stehen nicht im Zusammenhang mit einer Leistung, die von der Krankenkasse zu bezahlen sind. Aus diesem Grund ist die Ausstellung einer Krankbeförderung (Muster 4) für diese Fahrten nicht möglich. Die Kosten sind vom Patienten zu tragen.

Kosten trägt der Patient

3.4. Eingeschränkte Verordnungsfähigkeit von Sehhilfen bei Erwachsenen

Aus gegebenem Anlass möchten wir an die Voraussetzungen für eine Sehhilfeverordnung erinnern. Nach § 12 der Hilfsmittel-Richtlinie (Hilfsm-RL) sind Sehhilfen zur Verbesserung der Sehschärfe für Versicherte ab Vollendung des 18. Lebensjahres nur verordnungsfähig, wenn sie aufgrund ihrer Sehschwäche oder Blindheit, entsprechend der von der WHO empfohlenen Klassifikation des Schweregrades der Sehbeeinträchtigung, auf beiden Augen eine schwere Sehbeeinträchtigung mindestens der Stufe 1 aufweisen. Diese liegt unter anderem vor, wenn die Sehschärfe (Visus) bei bestmöglicher Korrektur mit einer Brillen- oder möglichen Kontaktlinsenversorgung auf dem besseren Auge $\leq 0,3$ beträgt oder das beidäugige Gesichtsfeld ≤ 10 Grad bei zentraler Fixation ist.

Mindestens Stufe 1

Um bei Patienten keine falschen Erwartungen zu wecken, bitten wir Sie bei Verordnungen zu Lasten der GKV, die Vorgaben der Hilfsmittel-Richtlinie zu beachten. Die Hilfsmittel-Richtlinie finden Sie im Internet unter www.g-ba.de/Richtlinien/Hilfsmittel-Richtlinie.

3.5. Hinweise zur Verordnung von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln bei Schwangerschaft und Entbindung

Wie bereits im KVN-Rundschreiben Juni berichtet, wurde die Mutterschafts-Richtlinie zum 5. Mai 2015 im Abschnitt G geändert. Entfallen ist die Einschränkung, dass bei der Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln von der Zuzahlungsbefreiung nur solche schwangerschaftsbedingten Beschwerden umfasst sind, die keinen Krankheitswert haben.

Neufassung Mutterschutz-Richtlinie, Abschnitt G:

- „G. Medikamentöse Maßnahmen und Verordnung von Verband- und Heilmitteln

Die Versicherte hat während der Schwangerschaft und im Zusammenhang mit der Entbindung Anspruch auf Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln. Die für die

Leistungen nach den §§ 31 bis 33 SGB V geltenden Vorschriften gelten entsprechend; bei Schwangerschaftsbeschwerden und im Zusammenhang mit der Entbindung finden die Regelungen, die für die Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln eine Zuzahlung der Versicherten vorsehen, keine Anwendung.“

Daher gilt die Zuzahlungsbefreiung nun für alle Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittelverordnungen, die bei schwangerschaftsbedingten Beschwerden [ohne und mit Krankheitswert (=Erkrankung)] sowie im Zusammenhang mit der Entbindung ausgestellt werden.

Zuzahlungsbefreiung

Das bedeutet, dass z. B. bei Verordnungen zur Therapie einer schwangerschaftsbedingten Eisenmangelanämie oder eines Gestationsdiabetes, die Versicherte keine Zuzahlungen zu leisten hat. Die Verordnungen sind in der Praxis mit „Geb. frei“ zu kennzeichnen. Für den zusätzlichen Vermerk „Gravidität“, den sich einige Krankenkassen und Apotheken wünschen, gibt es bisher keine gesetzliche oder vertragliche Grundlage.

Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittelverordnungen für Erkrankungen, die bereits vor der Schwangerschaft bestanden haben, z. B. bei Asthma, sind auch während der Schwangerschaft mit „Geb. pfl.“ zu kennzeichnen. Dies gilt auch für Erkrankungen, die zwar während der Schwangerschaft auftreten, aber medizinisch/hormonell nicht in ihr begründet sind, wie z. B. eine Mandelentzündung, Sehnenscheidenentzündung oder ein Beinbruch. Bitte beachten Sie außerdem, dass die Vorgaben der Arznei-, Heil- und Hilfsmittel-Richtlinie auch bei Verordnungen für schwangerschaftsbedingte Beschwerden gelten sowie für Verordnungen, die im Zusammenhang mit der Entbindung ausgestellt werden.

Bitte beachten

3.6. Jacutin® Pedicul Fluid ab sofort nicht mehr ordnungsfähig

Mit Wirkung vom 2. Dezember 2015 wird das Medizinprodukt Jacutin® Pedicul Fluid, das bisher für Kinder bis zum vollendeten 12. Lebensjahr und Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr mit Entwicklungsstörungen zur physikalischen Behandlung des Kopfhaares bei Kopflausbefall ordnungsfähig war, auf Beschluss des G-BA aus der Anlage V der Arzneimittel-Richtlinie gestrichen. Jacutin® Pedicul Fluid ist somit nicht mehr zu Lasten der GKV ordnungsfähig. Die anderen Dimeticon-haltigen Produkte der Anlage V AM-RL sind weiterhin in den in der Anlage genannten medizinisch notwendigen Fällen ordnungsfähig. Die Anlage V der Arzneimittel-Richtlinie finden Sie im Internet unter [www.g-ba.de/Richtlinien/Arzneimittel/Anlage V](http://www.g-ba.de/Richtlinien/Arzneimittel/Anlage_V).

3.7. Arzneimittelquotenberichte Januar - September 2015

Die monatliche Aktualisierung der Arzneimittelquotenberichte ist erfolgt. Der Zeitraum Januar bis September 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.

3.8. **Gemeinsame Arbeitsgruppe Arzneimittel, hier: Informationsschreiben über das Thema COPD/Asthma - Arzneimittel in der frühen Nutzenbewertung**

Im Anhang finden Sie ein weiteres Informationsschreiben der AG Arzneimittel. Es thematisiert die Verordnung von Arzneimitteln zur Behandlung von COPD und Asthma. Unter anderem werden neben einem kurzen Überblick über den Stufenplan im Zusammenhang mit der COPD-Therapie die Ergebnisse der frühen Nutzenbewertung entsprechender Arzneimittel anhand einer Übersichtstabelle aufgezeigt. Das Informationsschreiben der AG Arzneimittel finden Sie in Kürze auch im KVN-Portal unter Verordnungen/Arzneimittel/Veröffentlichungen.

Anhang 5.3: COPD/Asthma - Arzneimittel in der frühen Nutzenbewertung

4. **Allgemeine Hinweise**

4.1. **Wichtige Information für Facharztpraxen, die auf Überweisung tätig werden: TerminServiceStelle der KVN ab 25. Januar 2016 - bitte reservieren Sie jetzt Termine in Ihrem Praxiskalender**

Start der TerminServiceStelle für die Öffentlichkeit ist Montag der 25. Januar 2016 um 8 Uhr. Die Rufnummer ist bestellt und wird eine normale örtliche Telefonnummer in Hannover sein. Unter der Nummer soll Patienten ein Facharzttermin vermittelt werden,

- die eine mit einem Code gekennzeichnete Überweisung haben,
- die nicht selbst einen Termin gefunden haben und
- die bereit sind, zu einer/einem „fremden“ Ärztin/Arzt zu gehen, die/der auch weiter entfernt sein darf,

Um ein ausreichendes Angebot von Terminen zu erhalten, hat die Vertreterversammlung der KVN beschlossen, dass bis zu 26 Termine pro Quartal von Honorarbegrenzungen (RLV) befreit sind, wenn sie im TerminService bereit gestellt und über die TerminServiceStelle gebucht werden.

Die Termine werden Sie voraussichtlich ab dem 4. Januar 2016 online unter www.eTerminservice.de pflegen können. Reservieren Sie daher schon jetzt in Ihrer Praxissoftware entsprechende Termine z. B. als „KVN-Termin“, idealerweise als Serie zu festen Zeiten z. B. immer dienstags um 17 Uhr. Diese Serie können Sie bzw. Ihre/Ihr Angestellte/Angestellter an im Laufe des Januars bequem über das KVN-Portal in die Internetanwendung übertragen.

Für alle Praxen, die Überweisungen ausstellen: Genauere Informationen zu dem gesamten Verfahren - insbesondere der Verwendung der Überweisungs-codes - werden wir Ihnen Anfang des Jahres 2016 zukommen lassen.

Welche Patienten?

Angebot von Terminen

4.2. Arbeitsunfähigkeit und Krankengeld: Einheitliches Formular ab 1. Januar 2016

Für die Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit (AU) gibt es ab 1. Januar 2016 nur noch das Formular 1, den „gelben Schein“. Der sogenannte Auszahlungsschein zum Bezug des Krankengeldes von der Krankenkasse (Formular 17) fällt weg. Die Einzelheiten stellt Ihnen die Praxisinformation in Anhang vor.

Anhang 5.4: Praxisinformation zu Arbeitsunfähigkeit und Krankengeld

4.3. Neuer Service-Point Verordnungen

In unserem KVN-Portal gibt es im Bereich Verordnungen einen neuen Service-Point. Dort finden Sie die in der Anlage beigefügte Übersicht. Mit einem Klick gelangen Sie nun schnell in die von Ihnen gesuchten Themenbereiche.

Anlage 5.5: Service-Point Verordnungen

4.4. Änderung der Mutterschafts-Richtlinie - Durchführung des HIV-Tests ist im Mutterpass zu dokumentieren

Im Mutterpass haben die Vertragsärzte ab sofort zu dokumentieren, ob bei der Schwangeren ein HIV-Test durchgeführt wurde oder nicht. Bisher ist dort nur zu vermerken, ob die Beratung zum HIV-Test stattgefunden hat. Das Testergebnis wird weiterhin nicht im Mutterpass eingetragen. Durch die ergänzte Dokumentation im Mutterpass soll sichergestellt werden, dass ein von der Schwangeren gewünschter Test nicht unbeabsichtigt vergessen wird und alle an der medizinischen Schwangerenbetreuung Beteiligten darüber informiert sind, ob der Test stattgefunden hat. Nach Informationen des G-BA wird der angepasste Mutterpass voraussichtlich zum Jahresbeginn 2016 erhältlich sein. Bis dahin soll die neue Dokumentation im Mutterpass (Seite 4 bzw. 20 f.) handschriftlich erfolgen.

4.5. Änderungen am Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger

Das Psychotherapeutenverfahren der gesetzlichen Unfallversicherung wurde in den Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger integriert. Das bislang auf der Grundlage von Modellprojekten durchgeführte Psychotherapeutenverfahren in der gesetzlichen Unfallversicherung wurde nun als Anhang 2 in den Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger integriert.

Es regelt, wie Versicherte nach Arbeitsunfällen oder bei Berufskrankheiten psychotherapeutisch versorgt werden. Es beschreibt ferner, welche Anforderungen ärztliche und Psychologische Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten erfüllen müssen, um an dem Verfahren beteiligt zu werden, und welche Handlungsabläufe einzuhalten sind.

Bei dem Psychotherapeutenverfahren handelt es sich um ein eigenes Heilverfahren, welches von der Unfallversicherung in eigener Kompetenz - ähnlich wie das Durchgangsarztverfahren - geregelt wird. Zudem wurde erreicht, dass einzelne Gebühren höher bewertet werden, u. a. die notfallbezogene Betreuung bei akutem psychischem Trauma schweren Ausmaßes außerhalb der Praxis.

Einzelne Gebühren
höher bewertet

Des Weiteren wurde festgelegt, dass der Durchgangsarzt zur Behandlung Unfallverletzter andere Ärzte hinzuziehen kann, die nicht immer einer anderen Fachrichtung angehören müssen. Hier hat es in der Vergangenheit Nachfragen gegeben, die mit der Änderung nun klar beantwortet worden sind. Hinzugezogen werden können auch Psychotherapeuten, die am Psychotherapeutenverfahren teilnehmen.

Neu ist auch das Schwerstverletzungsartenverzeichnis, das es künftig neben dem Verletzungsartenverzeichnis geben wird.

Die Veröffentlichung der Änderungen erfolgte im Deutschen Ärzteblatt Heft 39 vom 25. September 2015. Den Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger mit den Anlagen finden Sie auf der Internetseite der KBV unter: <http://www.kbv.de/html/93.php>

4.6. Impfausweise

Mit dem Bezirksstellen-Rundschreiben August 2015 hatten wir Sie darüber informiert, dass die gesetzlichen Krankenkassen ab 1. Januar 2016 die Kosten der Impfausweise zu übernehmen haben. Unklar war bislang, in welcher Form die Krankenkassen die Impfausweise bereitstellen müssen. Wir möchten Sie heute über die in Niedersachsen getroffene Regelung informieren.

Die niedersächsischen Krankenkassen haben die Paul Albrechts Verlag GmbH (PAV) mit der Beschaffung und der Verteilung der Impfausweise beauftragt. Die Impfausweise können ab sofort beim PAV - oder sofern Sie Ihre Vordruckbestellung über Ihre Bezirksstelle durchführen, dort bestellt werden. Wir möchten darauf hinweisen, dass eine Vervielfältigung des Impfausweises nicht gestattet ist.

Beim Paul Albrechts
Verlag bestellen

4.7. BKK-Vertrag: Erweitertes Präventionsangebot für Kinder U10/U11 (Starke Kids), hier: Teilnahmekündigungen von Betriebskrankenkassen

Folgende Betriebskrankenkassen haben ihre Vertragsteilnahme zum 31. Dezember 2015 gekündigt. Infolgedessen sind die GONR 99216 (U10) und die GONR 99217 (U11) für Versicherte dieser Kassen nur noch im 4. Quartal 2015 abrechenbar:

- atlas BKK
- Audi BKK
- BKK B. Braun Melsungen AG
- BKK DEMAG KRAUSS –MAFFEI
- BKK Deutsche Bank AG
- BKK firmus

- BKK Pfaff
- BKK ProVita (ehem. BKK A.T.U.)
- BKK Publik
- BKK RWE
- BKK Salzgitter
- BKK S-H
- BKK Technoform
- BKK TUI
- BKK VerbundPlus
- BKK Wirtschaft & Finanzen
- BKK Würth
- BKK24
- energie BKK
- mhplus Betriebskrankenkasse
- pronova BKK
- SKD BKK
- Vereinigte BKK
- WMF Betriebskrankenkasse

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.

4.8. Höhere Vergütungen für Schutzimpfungen ab 1. Januar 2016 für Versicherte der AOK, IKK, SVLFG und Knappschaft

Die KVN konnte mit den o. g. Kassenarten eine Anhebung der Impfhonorare zum 1. Januar 2016 vereinbaren. Die neuen Vergütungen können in Kürze im KVN-Portal unter Verträge, sonstige Verträge, GKV-Impfvereinbarungen abgerufen werden.

4.9. Vereinbarung mit der Landesaufnahmebehörde Niedersachsen (LAB NI) über die ärztliche Versorgung von Leistungsberechtigten nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) in Erstaufnahmeeinrichtungen

Die KVN hat mit der der LAB NI eine Vereinbarung geschlossen, die die ärztliche Versorgung von Leistungsberechtigten nach dem AsylbLG flächendeckend in allen Erstaufnahmeeinrichtungen und deren Nebenstellen sicherstellt.

Teilnahmeberechtigt an dieser Vereinbarung sind an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte und Psychotherapeuten sowie ärztlich geleitete Einrichtungen. Nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte und ärztlich geleitete Einrichtungen können auf Antrag zugelassen werden, sofern hierfür ein Bedürfnis aus Gründen der Sicherstellung der ärztlichen Versorgung der Anspruchsberechtigten besteht.

Teilnahmeberechtigt

Die Anspruchsberechtigten haben einen eingeschränkten Leistungsanspruch. Es dürfen nur die zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände erforderlichen ärztlichen Leistungen einschließlich der Versorgung mit Arznei- und Verbandmitteln sowie sonstiger zur Genesung, zur Besserung oder zur Linderung von Krankheiten oder Krankheitsfolgen erforderlichen Leistungen erbracht werden. Des Weiteren können Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten sowie Schutzimpfungen entsprechend der Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) durchgeführt werden.

Eingeschränkter Leistungsanspruch

Weitere Einzelheiten können der Vereinbarung entnommen werden. Sie finden sie in Kürze im KVN-Portal unter der Rubrik Verträge/Verträge mit Sonstigen Kostenträgern.

4.10. Alte Teilnahme- und Einwilligungserklärungen für die Disease-Management- Programme (DMP) Diabetes mellitus Typ I und II sowie Koronare Herzkrankheit (KHK) sind nur noch bis zum 31. Dezember 2015 gültig

Wir erinnern daran, dass ab 1. Januar 2016 nur noch die neuen Formulare von der Datenstelle angenommen werden.

Am 1. Juli 2015 wurden für die DMP Diabetes mellitus Typ I und II sowie für KHK neue Formulare für die Teilnahme- und Einwilligungserklärungen eingeführt. Aufgrund einer Übergangsregelung mit den Krankenkassen können die alten Vordrucke noch bis zum 31. Dezember 2015 verwendet werden.

Übergangsregelung

Die neuen Teilnahme- und Einwilligungserklärungen erkennen Sie an dem Formularschlüssel 010D bei DMP Diabetes mellitus Typ I und II und 030C bei KHK sowie dem Aufdruck „08.10.2014“ am rechten Rand der Formulare.

4.11. HPV-Impfung nach Vollendung des 18. Lebensjahres

Entsprechend der Schutzimpfungs-Richtlinie soll die HPV-Impfung bei Mädchen im Alter von neun bis 14 Jahren erfolgen. Versäumte Impfungen können bis zum vollendeten 18. Lebensjahr nachgeholt werden. Nach unseren Informationen übernimmt die Techniker Krankenkasse darüber hinaus die Kosten der HPV-Impfung bis zu einem Alter von 26 Jahren.

Wir weisen darauf hin, dass es sich hierbei um eine Mehrleistung der Techniker Krankenkasse handelt, die nicht über die eGK abrechenbar ist. Die Impfung und der Impfstoff sind in diesen Fällen der Patientin privat in Rechnung zu stellen.

Mehrleistung

4.12. Einführung einer Gesundheitskarte für Leistungsberechtigte nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) durch den Landkreis Hildesheim

Der Landkreis Hildesheim wird künftig für seine Leistungsberechtigten nach dem AsylbLG eine papiergebundene Gesundheitskarte ausgeben.

Mit der Einführung der Gesundheitskarte entfällt der Behandlungsschein, der bislang quartalsbezogen ausgestellt werden musste. Entfallen wird auch der Genehmigungsvorbehalt bei der Überweisung zu Fachärzten. Auch können künftig die Leistungsberechtigten mit einer Überweisung direkt den weiterbehandelnden Facharzt aufsuchen. Des Weiteren brauchen bei der Abgabe der Abrechnung keine Belege mehr eingereicht werden.

Der Landkreis Hildesheim wird ihre Leistungsnachberechtigten nach und nach mit der Gesundheitskarte ausstatten. Für eine Übergangszeit wird es daher noch den papiergebundenen Behandlungsschein geben.

4.13. Am 1. Januar 2016 startet der Hausarztvertrag mit der DAK-Gesundheit

Die KVN hat gemeinsam mit den Hausärzteverbänden Niedersachsen und Braunschweig einen neuen Vertrag zur hausarztzentrierten Versorgung mit der DAK-Gesundheit geschlossen. Ab dem 1. Januar 2016 steht diese besondere hausärztliche Versorgung auch Versicherten dieser Krankenkasse zur Verfügung. Wesentliche Inhalte gleichen den bereits bestehenden Hausarztverträgen (z. B. mit der AOKN, der BARMER GEK, usw).

Für die Patiententeilnahme ist relevant, dass keine Altersgrenze existiert. Es dürfen nur Patienten eingeschrieben werden, die in Niedersachsen wohnen (bzw. angrenzende Gebiete). Die vollständige Patienteneinschreibung wird mit 13 Euro vergütet. Die übrigen Vergütungen entsprechen den bekannten Regelungen. Die Übersendung der Patiententeilnahmeerklärung an die DAK-Gesundheit ist nur auf besondere Anforderung erforderlich. Regelhaft verbleibt das Original zu Nachweiszwecken in der Hausarztpraxis.

Entscheidend ist die elektronische Patientenerfassung in der vertrags-eigenen Webanwendung. Diese steht teilnehmenden Hausärzten ab 1. Januar 2016 im KVN-Portal/OnlineDienste/Sonderverträge/Hausarztvertrag mit der DAK-Gesundheit zur Verfügung.

Hausärzte können ab sofort ihre Teilnahme am neuen Hausarztvertrag beantragen. Die vollständigen Vertragsunterlagen sowie der Teilnahmeantrag für den Hausarzt sind im KVN-Portal unter Verträge/Hausarztzentrierte Versorgung/ DAK-Gesundheit eingestellt.

Änderungen

Patiententeilnahme

4.14. Am 31. Dezember 2015 endet der bisherige Hausarztvertrag mit der Audi BKK (ehemals BKK FTE), am 1. Januar 2016 startet der neue Hausarztvertrag mit der Audi BKK

Die KVN hat gemeinsam mit den Hausärzteverbänden Niedersachsen und Braunschweig einen neuen Vertrag zur hausarztzentrierten Versorgung mit der Audi BKK geschlossen. Im Rahmen dieser Neuregelung wird der bisherige Hausarztvertrag zum 31. Dezember 2015 beendet. Zu diesem Zeitpunkt enden sowohl die Teilnahmen der Hausärzte als auch die Teilnahmen der Versicherten an diesem Vertrag. Eine automatische Übernahme in die neue Vertragswelt ist aus rechtlichen Gründen nicht möglich. Sowohl die Teilnahme des Hausarztes als auch an dem neuen HZV-Vertrag mit der Audi BKK als auch die Patiententeilnahme ist jeweils neu zu erklären.

Die wesentlichen Inhalte des neuen Vertrages gleichen den bereits bestehenden Hausarztverträgen (z. B. mit der AOKN, der BARMER GEK, Deutsche BKK usw.).

Für die Patiententeilnahme ist relevant, dass keine Altersgrenze existiert. Die vollständige Patienteneinschreibung wird mit 13 Euro vergütet. Die übrigen Vergütungen entsprechen im Wesentlichen den bekannten Regelungen. Die Übersendung der Patiententeilnahmeerklärung an die Audi BKK ist nur auf besondere Anforderung erforderlich. Regelmäßig verbleibt das Original zu Nachweiszwecken in der Hausarztpraxis bei den Patientenunterlagen.

Entscheidend ist die elektronische Patientenerfassung in der vertragseigenen Web-Anwendung. Diese steht teilnehmenden Hausärzten ab 1. Januar 2016 im KVN-Portal\Online-Dienste\Sonderverträge\Hausarztvertrag mit der Audi BKK zur Verfügung.

Hausärzte können ab sofort ihre Teilnahme am neuen Hausarztvertrag beantragen. Die vollständigen Vertragsunterlagen sowie der Teilnahmeantrag für den Hausarzt sind im KVN-Portal unter Verträge, Hausarztzentrierte Versorgung, Audi BKK, eingestellt.

Im Rahmen dieses Hausarztvertrages können zusätzlich Früherkennungsuntersuchungen für Kinder- und Jugendliche erbracht und abgerechnet werden. Es sind folgende Früherkennungsuntersuchungen vorgesehen:

1. Kinder im Alter von 7 bis 8 Jahren (GO-Nr. 99285 = 50 Euro)
2. Kinder im Alter von 9 bis 10 Jahren (GO-Nr. 99286 = 50 Euro)
3. Jugendliche im Alter von 16 bis 17 Jahren (GO-Nr. 99287 = 50 Euro)

Die Leistungsbeschreibung und die Inhalte der jeweiligen Untersuchungen sind der Anlage 6 zum Hausarztvertrag zu entnehmen. Die Durchführung und Abrechnung ist nur für eingeschriebene Versicherte der Audi BKK möglich.

Bisheriger Vertrag endet zum 31. Dezember

Übernahme nicht möglich

Patiententeilnahme

Früherkennungsuntersuchungen

4.15. Erweiterung des Betreuungsstrukturvertrages mit der Techniker Krankenkasse (TK) mit Wirkung ab 1. Januar 2016

Die KVN und die TK haben mit Wirkung ab 1. Januar 2016 vereinbart, den so genannten „Betreuungsstrukturvertrag“ deutlich zu erweitern. Zentrales Ziel dieses Vertrages bleibt eine erhöhte Betreuungsintensität von Patienten durch eine stärkere ärztliche Koordination von Behandlungsmaßnahmen.

Die folgenden wichtigen Erweiterungen bitten wir zu beachten:

1. Mit Wirkung ab 1. Januar 2016 wird die Teilnahme an dem o. a. Vertrag auch für Hausärzte und Psychotherapeuten möglich. Unverändert bleibt die finanzielle Förderung des erhöhten Beratungs- und Betreuungsaufwands von multimorbiden Patienten. Allen teilnehmenden Hausärzten, Fachärzten und Psychotherapeuten wird im Teilnahmefall der erhöhte Betreuungsaufwand extrabudgetär durch kontaktabhängige Vergütungspauschalen honoriert. Maßgebend sind ausgewählte Indikationen. Die Vergütung staffelt sich von 4 Euro (Dokumentation einer Indikationsgruppe) bis zu höchstens 45 Euro (8 oder mehr Indikationsgruppen) je Behandlungsfall. Wir weisen darauf hin, dass diese zusätzliche Honorierung nur im Rahmen der Regelversorgung gilt. Für Patienten, die am Hausarztvertrag mit der Techniker Krankenkasse teilnehmen, ist die Abrechnung nicht möglich. Wie bisher löst die ICD-Codierung des Behandlungsfalles die zusätzliche Vergütung aus. Die KVN wird diese Vergütungen automatisch in der Abrechnung berücksichtigen. Die geförderten Indikationsgruppen sind dem Anhang zu Anlage 1a/1b zu entnehmen. Es ist vorgesehen, diese ICD-Auflistung fortlaufend an die Erfordernisse der Patientenversorgung anzupassen. Eine Teilnahme kann - wenn nicht bereits geschehen - ab sofort beantragt werden.
2. Für am Betreuungsstrukturvertrag teilnehmende Ärzte und Psychotherapeuten konnte darüber hinaus ebenfalls mit Wirkung ab 1. Januar 2016 eine zusätzliche Vergütung für die Vermittlung und Organisation schneller Facharzttermine vereinbart werden. Unabhängig von den Plänen für eine Terminservicestelle haben wir mit der TK eine besondere Vereinbarung zur Überweisungssteuerung abgeschlossen. Im Rahmen der Regelversorgung kann in sogenannten dringlichen Fällen (auch zum Zweitmeinungsverfahren) bei konkreten Versorgungsanlässen der überweisende Arzt und der annehmende Arzt je zusätzlich einmalig 9 Euro je Fall abrechnen, wenn die Behandlung auf Überweisung innerhalb von fünf Arbeitstagen nach Ausstellung der Überweisung organisiert werden kann. Zu diesem Zweck hat der Überweiser auf dem Überweisungsschein den Vermerk „TK-dringlich“ anzubringen. Die Übernahme und der Beginn der Behandlung muss innerhalb von fünf Arbeitstagen nach Ausstellung der Überweisung erfolgt sein. Dieses Verfahren können alle Teilnehmer am TK-Betreuungsstrukturvertrag anwenden. Dies gilt allerdings nicht, wenn der zu überweisende Versicherte bereits am TK-Hausarztvertrag teilnimmt.

Erweiterungen

3. Als weitere neue Leistung für TK-Versicherte wurde eine neue psychotherapeutische Beratungsleistung vereinbart. Es muss sich hierbei um Familien mit Kindern schwer erkrankter Eltern (auch Ein-Eltern-Familien möglich) handeln. In diesen Fällen soll der gesamten Familie die Möglichkeit gegeben werden, mit einer professionellen psychotherapeutischen Beratungsleistung den Umgang mit der schweren Erkrankung zu erleichtern. Ärztliche und psychologische Psychotherapeuten mit der besonderen Genehmigung zur Behandlung von Kindern- und Jugendlichen wird die Möglichkeit zur Teilnahme an diesem Vertragsmodul eröffnet. Wenn durch den Arzt/Psychotherapeuten die Teilnahme an diesem Modul des Betreuungsstrukturvertrages erklärt wurde, kann ein flexibles Beratungsangebot von maximal acht Sitzungen angeboten werden. Wichtig ist hierbei die korrekte Codierung der ICD-Diagnose der Eltern-Erkrankung nach dem entsprechenden Anhang 1 der Anlage 3.
4. Im Rahmen eines weiteren Moduls wird seitens der TK die ambulante Psychotherapie (Richtlinien-Therapie) gefördert. Die Förderung besteht darin, in dringlichen Fällen eine Durchführung der notwendigen Psychotherapie zu organisieren. Auch hier sind die Indikationen definiert. Für den organisatorischen Mehraufwand erhält sowohl der Überweiser als auch der Übernehmer je Fall eine zusätzliche Pauschale. Eine spätere Einleitung einer Gruppentherapie wird zusätzlich mit einmaligen Beträgen gefördert. Die TK hat zugesichert, entsprechend des Moduls gekennzeichnete Anträge (besonderes Deckblatt) möglichst schnell und unbürokratisch zu bearbeiten. Zur Teilnahme an diesem Modul ist durch den Arzt/PT ein separater Teilnahmeantrag zu stellen. Auch hier gilt, dass dieses Verfahren nur für Patienten in der Regelversorgung zur Anwendung kommen kann. Bei Teilnahme des Versicherten am TK-HZV-Vertrag ist die Abrechnung dieses Moduls nicht möglich.

Die vollständigen Vertragsunterlagen für alle o. a. neuen Module zum Betreuungsstrukturvertrag mit der Techniker Krankenkasse sind im KVN-Portal unter Verträge/Strukturverträge/TK Betreuungsstrukturvertrag eingestellt. Hier sind auch die Teilnahmeanträge für Haus- und Fachärzte sowie Psychotherapeuten zu finden.

5. Veranstaltungen im Januar und Februar 2016

Hier bekommen Sie eine Übersicht über Seminare und Fortbildungen der KVN mit noch freien Plätzen Januar und Februar 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			
Fit am Empfang - So heißen Sie Ihre Patienten willkommen	Hannover	27.Feb	119 Euro
Kurze Wartezeiten - Gutes Terminsystem	Hannover	17.Feb	85 Euro
Raus aus der Stressfalle	Hannover	23.Feb	144 Euro
Abrechnung und Verordnung			
AOK-Hausarztzentrierte Versorgung	Osnabrück	17.Feb	kostenlos
Heilmittelverordnung	Hannover	17.Feb	kostenlos
Honorarbescheid - Ein Buch mit sieben Siegeln	Osnabrück	24.Feb	kostenlos
Medizinische und psychotherapeutische Themen			
Hautkrebs-Screening Seminar	Hannover	20.Feb	99 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

6. Anlagenverzeichnis

6.1. Zahlungstermine 2016

6.2. Amtliche Mitteilung zum HVM für Haus- und Kinderärzte 1/2016

6.3. COPD/Asthma - Arzneimittel in der frühen Nutzenbewertung

6.4. Praxisinformation zu Arbeitsunfähigkeit und Krankengeld

6.5. Service-Point Verordnungen

Zahlungstermine 2016

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

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

AB=Monats-Abschlag 24%

AB4= 4. Abschlag 13%

REST=Restzahlung

Amtliche Mitteilung der KVN zum HVM für das 1. 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:	38,7849 €
Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen (QZV)	Gebührenordnungspositionen des EBM	Fallwert
Akupunktur	30790, 30791	151,1272 €
Allergologie (Zusatzbezeichnung)	30110, 30111, 30120, 30121, 30122, 30123	44,9183 €
Behandlung des diabetischen Fußes	02311	52,1913 €
Behandlung von Hämorrhoiden	30610, 30611	16,2338 €
Chirotherapie	30200, 30201	7,6721 €
Dringende Besuche	01411, 01412	65,1193 €
Ergometrie	03321	17,5784 €
Hyposensibilisierungsbehandlung	30130, 30131	27,3959 €
Kardiorespiratorische Polygraphie	30900	54,1216 €
Kleinchirurgie	02310	17,9221 €
Langzeit-Blutdruckmessung	03324	7,0866 €
Langzeit-EKG	03241, 03322	10,0280 €
Phlebologie	30500, 30501	18,0725 €
Physikalische Therapie	30400, 30401, 30402, 30410, 30411, 30420, 30421	10,6123 €
Proktologie	03331	9,2038 €
Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120	20,8173 €
Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150	84,1479 €
Schmerztherapeutische spezielle Versorgung	30700, 30702, 30704, 30706, 30708	117,6482 €
Schmerztherapeutische spezielle Behandlung	30710, 30712, 30720, 30721, 30722, 30723, 30724, 30730, 30731, 30740, 30750, 30751, 30760	91,9293 €
Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092	14,6950 €
Sonographie III	33060, 33061, 33062	17,3016 €
Spirometrie	03330	5,4720 €
Unvorhergesehene Inanspruchnahme	01100, 01101, 01102	16,2476 €
Verordnung medizinischer Rehabilitation	01611	26,9189 €

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 1/2016 gegenüber 1/2015 fünf vom Hundert überschreitet, unterliegen die Ärzte dieser Arztgruppe im Rahmen der Ermittlung des RLV-Budgets 1/2016 einer Fallzahlzuwachsbeschränkung. In diesem Falle wird das arztindividuelle RLV 1/2016 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:	984,28
Maximales Wachstum der individuellen RLV-Behandlungsfallzahl:	49,21

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 von Hundert.

Für Ärzte, die im 1. 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:	1.476,42
50% Minderung des RLV-Fallwerts ab 170% der durchschnittlichen RLV-Behandlungsfallzahl:	1.673,28
75% Minderung des RLV-Fallwerts ab 200% der durchschnittlichen RLV-Behandlungsfallzahl:	1.968,56

Für Ärzte, die im 1. 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 1. 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:	41,1199 €
Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen (QZV)	Gebührenordnungspositionen des EBM	Fallwert
Allergologie	30110, 30111, 30120, 30121, 30122, 30123	38,3733 €
Dringende Besuche	01411, 01412	49,6980 €
Ergometrie	04321	16,6503 €
Hyposensibilisierungsbehandlung	30130, 30131	28,1125 €
Langzeit-Blutdruckmessung	04324	7,3162 €
Langzeit-EKG	04241, 04322	14,0745 €
Neurophysiologische Übungsbehandlung	30300, 30301	47,3115 €
Physikalische Therapie	30400, 30401, 30402, 30410, 30411, 30420, 30421	15,6570 €
Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120	15,1847 €
Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150	63,7638 €
Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092	13,5030 €
Sonographie II	33020, 33021, 33022, 33023, 33030, 33031, 33040	18,6803 €
Sonographie der Säuglingshöften	33051	10,3945 €
Spirometrie	04330	6,0483 €
Unvorhergesehene Inanspruchnahme	01100, 01101, 01102	15,6790 €
Verordnung medizinischer Rehabilitation	01611	26,8405 €

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 1/2016 gegenüber 1/2015 fünf vom Hundert überschreitet, unterliegen die Ärzte dieser Arztgruppe im Rahmen der Ermittlung des RLV-Budgets 1/2016 einer Fallzahlzuwachsbeschränkung. In diesem Falle wird das arztindividuelle RLV 1/2016 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:	1.023,14
Maximales Wachstum der individuellen RLV-Behandlungsfallzahl:	51,16

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 1. 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:	1.534,71
50% Minderung des RLV-Fallwerts ab 170% der durchschnittlichen RLV-Behandlungsfallzahl:	1.739,34
75% Minderung des RLV-Fallwerts ab 200% der durchschnittlichen RLV-Behandlungsfallzahl:	2.046,28

Für Ärzte, die im 1. 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 1. 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)
- 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)
- 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)
- 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



COPD/Asthma– Arzneimittel in der frühen Nutzenbewertung

Auf dem deutschen Arzneimittelmarkt sind im Bereich der chronischen Atemwegserkrankungen, insbesondere in dem Therapiegebiet der COPD, in den letzten Jahren einige neue Arzneimittel zugelassen worden. Bis auf eine Ausnahme handelt es sich ausschließlich um Kombinationspräparate. Die jeweiligen Wirkstoffe gehören altbewährten Arzneistoffgruppen an: langwirksame Muskarinrezeptor-Antagonisten (LAMA), langwirksame β_2 -Agonisten (LABA) oder inhalative Kortikosteroide (ICS).

Stufenplan – ein Überblick

Die medikamentöse Langzeittherapie einer COPD soll in der Regel anhand eines Stufenplans erfolgen. Demnach wird zunächst mit einer bedarfsweisen Anwendung eines kurzwirksamen Bronchodilatators behandelt¹. Ab einem Schweregrad der Stufe II (einhergehend mit FEV₁-Werten zwischen 50% und 80% des Sollwertes) wird zusätzlich die Dauertherapie mit einem oder mehreren langwirksamen Bronchodilatoren empfohlen. ICS sollten erst ab der Stufe III (30% < FEV₁ < 50%) bei Patienten verordnet werden, die unter wiederkehrenden Exazerbationen leiden¹.

Neben der Wahl des passenden Wirkstoffs ist natürlich ebenso die korrekte und sichere Anwendung des Inhalationssystems durch den Patienten für den Therapieerfolg entscheidend.

Frühe Nutzenbewertung

Die in den letzten Jahren neu zugelassenen Arzneimittel sind mitsamt der Ergebnisse der frühen Nutzenbewertung in einer Übersicht für Sie zusammengestellt. Insbesondere bei Neueinstellung von Patienten können Preisunterschiede unter den einzelnen Arzneimitteln für eine wirtschaftliche Verordnung genutzt werden.

Arzneimittel, deren Ergebnis der frühen Nutzenbewertung noch aussteht bzw. die noch keinen Erstattungsbetrag aufweisen, sollten möglichst zurückhaltend verordnet werden.

Patentauslauf

Spiriva® (Tiotropiumbromid) ist bereits seit 2002 in Deutschland auf dem Markt erhältlich. Tiotropium führte als LAMA in den letzten Jahren die Liste der kostenintensivsten Arzneimittel im Bereich Asthma/COPD an. In diesem Zusammenhang sei erwähnt, dass der Spiriva® HandiHaler 2016 seinen Patentschutz verlieren wird. Momentan liegen die Jahrestherapiekosten bei rund 650 €². Mit Auslauf des Patentschutzes und Einführung von Generika ist jedoch mit einer deutlichen Kostensenkung zu rechnen.

Stand: 11/2015

¹ Leitlinie der Deutschen Atemwegsliga und der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin zur Diagnostik und Therapie von Patienten mit chronisch obstruktiver Bronchitis und Lungenemphysem (COPD), 2007 – DOI 10.1055/s-2007-959200

² Preisstand Lauer Taxe 01.11.2015 (Kostenberechnung anhand des kostengünstigsten Präparates inklusive Importen, Dosierung gemäß aktueller Fachinformation; gesetzliche Pflichtrabatte der Apotheken und pharmazeutischen Unternehmen wurden berücksichtigt.)

Übersicht über Beschlüsse des G-BA zur frühen Nutzenbewertung von Arzneimitteln zur Behandlung von COPD/Asthma

(Aus Gründen der Übersichtlichkeit wurden Anwendungsgebiete gekürzt dargestellt und Therapieformen, wenn möglich, zusammengefasst. Ausführliche Informationen finden Sie unter www.kbv.de oder www.gba.de.)

Wirkstoff	Anwendungs- gebiet	Therapieform	Ergebnis der frühen Nutzenbewertung	Kosten pro Jahr ¹
Acidiniumbromid (Eklira® Genuair®/ Bretaris® Genuair®)	COPD		Zusatznutzen ist nicht belegt ²	498,87 €
Acidiniumbromid/ Formoterol (Duaklir® Genuair®/ Brimica® Genuair®)	COPD	Patienten mit COPD mit einem mittleren Schweregrad 50 % ≤ FEV1 < 80 % Soll (entspricht Stufe II) Patienten mit COPD mit < 2 Exazerbationen pro Jahr, 30 % ≤ FEV1 < 50 % Soll (entspricht Stufe III) weitere	Hinweis für einen geringen Zusatznutzen Hinweis für einen beträchtlichen Zusatznutzen Zusatznutzen ist nicht belegt	817,64 € ³
Fluticasonfuroat/ Vilanterol-Trifenat (Relvar® Ellipta®)	COPD, Asthma		Zusatznutzen gilt als nicht belegt	443,76 € (Indikation COPD)
Indacaterol/ Glycopyrronium (Ultibro® Breezhaler®, Xoterna® Breezhaler®)	COPD	Patienten mit COPD Stufe II Patienten mit COPD Stufe III mit höchstens einer Exazerbation pro Jahr weitere	Anhaltspunkt für einen geringen Zusatznutzen Hinweis für einen geringen Zusatznutzen Zusatznutzen ist nicht belegt	897,94 €
Olodaterol (Striverdi® Respimat®)	COPD		Zusatznutzen gilt als nicht belegt	452,72 €
Tiotropium/ Olodaterol (Spiolto® Respimat®)	COPD		Beschlussfassung Anfang Februar 2016 Zusatznutzen ist nicht belegt	917,93 € ³
Umeclidinium/ Vilanterol (Anoro®, Laventair®)	COPD	Patienten mit chronisch-obstruktiver Lungenerkrankung (COPD) ab einem mittleren Schweregrad (50 % ≤ FEV1 < 80 % Soll) Patienten mit COPD mit darüberhinausgehenden Schweregraden (30 % ≤ FEV1 < 50 % Soll bzw. FEV1 < 30 % oder respiratorische Insuffizienz) mit ≥ 2 Exazerbationen pro Jahr	Zusatznutzen ist nicht belegt Zusatznutzen gilt als nicht belegt	589,35 €

¹ Preisstand Lauer Taxe 01.11.2015 (Kostenberechnung anhand des kostengünstigsten Präparates inklusive Importen, Dosierung gemäß aktueller Fachinformation; gesetzliche Pflichtrabatte der Apotheken und pharmazeutischen Unternehmen wurden berücksichtigt)

² Beginn eines erneuten Nutzenbewertungsverfahrens am 15.10.2015, Beschlussfassung voraussichtlich Anfang April 2016

³ Erstattungsbetrag zwischen pharmazeutischem Unternehmer und GKV noch nicht vereinbart

INFORMATIONEN FÜR DIE PRAXIS

Formulare

Oktober 2015

Arbeitsunfähigkeit und Krankengeld: Einheitliches Formular ab 1. Januar 2016

Für die Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit (AU) gibt es ab 1. Januar 2016 nur noch das Formular 1, den „gelben Schein“. Der sogenannte Auszahlungsschein zum Bezug des Krankengeldes von der Krankenkasse (Formular 17) fällt weg. Die Einzelheiten stellt diese Praxisinformation vor.

Auszahlungsschein wird in AU-Bescheinigung integriert

Bislang müssen Ärzte ab der siebten AU-Woche den Auszahlungsschein für das Krankengeld ausfüllen. Die Auszahlungsscheine gibt es in verwirrender Vielzahl. Sie werden kassenindividuell erstellt und können oft nur per Hand ausgefüllt werden. Künftig gibt es nur noch ein Formular.

Der Auszahlungsschein für das Krankengeld wird in die klassische AU-Bescheinigung integriert. Auf dem überarbeiteten Formular 1 bescheinigen Ärzte ab 2016 sowohl eine Arbeitsunfähigkeit während der Entgeltfortzahlung durch den Arbeitgeber als auch während der Krankengeldzahlung durch die Krankenkasse. Die Bescheinigung ist bundesweit einheitlich und kann am Computer ausgefüllt oder auch per Blankoformularbedruckung erstellt werden. Alte Vordrucke dürfen nur noch bis 31. Dezember 2015 verwendet werden, danach nicht mehr.

Neues Feld „Im Krankengeldfall“ auf der AU-Bescheinigung

Auf der ab 1. Januar 2016 gültigen AU-Bescheinigung gibt es unten ein zusätzliches Feld „Im Krankengeldfall“. Darin kann der Arzt „ab 7. AU-Woche oder sonstiger Krankengeldfall“ und „Endbescheinigung“ ankreuzen. Erstes Kästchen kreuzt er an, wenn es sich um einen Krankengeldfall handelt. Steht bereits beim Ausstellen der Bescheinigung fest, dass die Arbeitsunfähigkeit an dem angegebenen Tag endet, setzt der Arzt ein weiteres Kreuz bei „Endbescheinigung“.

Darüber hinaus wurden Anpassungen der Felder zur Angabe der Diagnosen sowie zur Einleitung besonderer Maßnahmen wie Rehabilitation oder stufenweise Wiedereingliederung vorgenommen.

Patient erhält einen Durchschlag

Neu ist außerdem, dass Patienten künftig einen Durchschlag der AU-Bescheinigung erhalten. Dieser enthält einen Hinweis, dass für den Bezug von Krankengeld ein lückenloser Nachweis der Arbeitsunfähigkeit erforderlich ist.

Nur noch ein Formular, Auszahlungsschein entfällt

Ausfüllen und Bedrucken am Computer

Alte Formulare nur noch bis Jahresende gültig

Neues Feld für Krankengeldfall

Weitere Anpassungen



Hinweis zum Krankengeld auf dem Patientendurchschlag

Hintergrund für den Hinweis auf der überarbeiteten AU-Bescheinigung 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 Schadensersatzansprüchen ab.

Schutz vor Schadensersatzansprüchen

Neue Regelung bei Krankengeld-Bezug seit Juli

Für mehr Klarheit sorgt seit Juli 2015 zudem die neue Regelung zum Bezug von Krankengeld, die der Gesetzgeber eingeführt hat. Danach reicht es aus, wenn sich der Patient bei Fortbestehen der Arbeitsunfähigkeit spätestens an dem Werktag bei seinem Arzt vorstellt, der auf den letzten Tag der AU-Bescheinigung folgt.

Einheitliche Regelung während gesamter AU

Ist die AU-Bescheinigung zum Beispiel bis Dienstag ausgestellt, wäre das der Mittwoch. Endet sie am Freitag, müsste der Patient den Arzt für eine Folgebescheinigung erst wieder am Montag aufsuchen. Samstage werden nicht als Werktage gezählt. Durch die Änderung gilt beim Krankengeld jetzt dieselbe Regelung wie in den ersten sechs Wochen der Arbeitsunfähigkeit.

Samstage gelten nicht als Werktage

Anfrage zum Fortbestehen der Arbeitsunfähigkeit vereinheitlicht

Die Anfrage zum Fortbestehen der Arbeitsunfähigkeit (Formular 52) wird ebenfalls zum 1. Januar 2016 angepasst. Es handelt sich dabei überwiegend um sprachliche Anpassungen. Ärzte hatten über Formulare berichtet, die nicht dem vertraglich vereinbarten Vordruck entsprechen. Um derartige Probleme zu vermeiden, wird das bundesweit einheitliche Formular zukünftig als Vordruck zusammen mit der neuen AU-Bescheinigung direkt den Praxen zur Verfügung gestellt und nicht wie bisher von der Krankenkasse versandt.

Formular 52 wird vereinheitlicht und künftig in den Praxen vorgehalten

Neue Formulare bestellen

Die neuen Formulare gelten ab 1. Januar 2016. Dann darf die alte AU-Bescheinigung nicht mehr verwendet werden. Vertragsärzte können die neuen Vordrucke, Formular 1 und Formular 52, ab Dezember bestellen.

Formulare können in Kürze bestellt werden

Praxissoftware aktualisieren

Die neuen Formulare sind ab Januar in die Praxissoftware integriert, sodass sie am Computer ausgefüllt werden können. Die Hersteller wurden im Juni von der KBV informiert. Die Formulare werden implementiert und mit dem Quartals-Update der Softwarehäuser bereitgestellt. Die Ärzte sollten das entsprechende Update für das 1. Quartal 2016 möglichst vor dem ersten Praxistag im neuen Jahr installieren.

Update vor dem ersten Praxistag im neuen Jahr installieren

Mehr Informationen

Die Muster haben wir Ihnen zur Ansicht beigefügt. Ein Dokument mit Ausfüllhinweisen finden Sie im Internet unter:

www.kbv.de/media/sp/02_Erlaeuterungen_01.01.2016.pdf

www.kbv.de

Kennen Sie schon die PraxisNachrichten? Sie können den Newsletter der KBV hier kostenlos abonnieren: www.kbv.de/html/1641.php.

Arbeitsunfähigkeits- 1 bescheinigung

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Erstbescheinigung

Folgebescheinigung

Arbeitsunfall, Arbeitsunfall-
folgen, Berufskrankheit

dem Durchgangsarzt
zugewiesen

arbeitsunfähig seit

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

voraussichtlich arbeitsunfähig
bis einschließlich oder letzter
Tag der Arbeitsunfähigkeit

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

festgestellt am

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

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Ausfertigung zur Vorlage bei der Krankenkasse

AU-begründende Diagnose(n) (ICD-10)

ICD-10 - Code	ICD-10 - Code	ICD-10 - Code
ICD-10 - Code	ICD-10 - Code	ICD-10 - Code

sonstiger Unfall,
Unfallfolgen

Versorgungs-
leiden (z.B. BVG)

Es wird die Einleitung folgender besonderer Maßnahmen für erforderlich gehalten

Leistungen zur
medizinischen Rehabilitation

stufenweise
Wiedereingliederung

Sonstige

Im Krankengeldfall

ab 7. AU-Woche oder
sonstiger Krankengeldfall

Endbescheinigung

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kostenträgerkennung

Versicherten-Nr.

Arzt-Nr.

Datum

Arbeitsunfall, Arbeitsunfall-
folgen, Berufskrankheit

dem Durchgangsarzt
zugewiesen

arbeitsunfähig seit

voraussichtlich arbeitsunfähig
bis einschließlich oder letzter
Tag der Arbeitsunfähigkeit

festgestellt am

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

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

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

Ausfertigung zur Vorlage beim Arbeitgeber

Arbeitsunfähigkeits- bescheinigung 1

Erstbescheinigung

Folgebescheinigung

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Arbeitsunfähigkeits- 1 bescheinigung

Erstbescheinigung

Folgebescheinigung

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Arbeitsunfall, Arbeitsunfall-
folgen, Berufskrankheit

dem Durchgangsarzt
zugewiesen

arbeitsunfähig seit

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

voraussichtlich arbeitsunfähig
bis einschließlich oder letzter
Tag der Arbeitsunfähigkeit

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

festgestellt am

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

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Ausfertigung für Versicherte

AU-begründende Diagnose(n) (ICD-10)

ICD-10 - Code

sonstiger Unfall,
Unfallfolgen

Versorgungs-
leiden (z.B. BVG)

Es wird die Einleitung folgender besonderer Maßnahmen für erforderlich gehalten

Leistungen zur
medizinischen Rehabilitation

stufenweise
Wiedereingliederung

Sonstige _____

Im Krankengeldfall

ab 7. AU-Woche oder
sonstiger Krankengeldfall

Endbescheinigung

Hinweis für Versicherte zum Krankengeld

Achten Sie bei Fortbestehen der Arbeitsunfähigkeit auf einen lückenlosen Nachweis. Hierfür stellen Sie sich bitte spätestens an dem Werktag, der auf den letzten Tag der aktuellen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung folgt, bei Ihrem Arzt oder Ihrer Ärztin vor. Bei verspäteter Vorlage der Bescheinigung bei der Krankenkasse oder lückenhaftem Nachweis der Arbeitsunfähigkeit droht Krankengeldverlust. Weitere Informationen erhalten Sie bei Ihrer Krankenkasse.

Arbeitsunfähigkeits- 1 bescheinigung

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Erstbescheinigung

Folgebescheinigung

Arbeitsunfall, Arbeitsunfall-
folgen, Berufskrankheit

dem Durchgangsarzt
zugewiesen

arbeitsunfähig seit

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

voraussichtlich arbeitsunfähig
bis einschließlich oder letzter
Tag der Arbeitsunfähigkeit

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

festgestellt am

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

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Ausfertigung zum Verbleib beim Arzt

AU-begründende Diagnose(n) (ICD-10)

ICD-10 - Code

sonstiger Unfall,
Unfallfolgen

Versorgungs-
leiden (z.B. BVG)

Es wird die Einleitung folgender besonderer Maßnahmen für erforderlich gehalten

Leistungen zur
medizinischen Rehabilitation

stufenweise
Wiedereingliederung

Sonstige _____

Im Krankengeldfall

ab 7. AU-Woche oder
sonstiger Krankengeldfall

Endbescheinigung

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

1. Wegen welcher Diagnose(n) (ICD-10) besteht die Arbeitsunfähigkeit?

ICD-10 - Code					
ICD-10 - Code					

2. Welche Tätigkeiten übte der Versicherte bis zum Beginn der Arbeitsunfähigkeit aus?

(Bei Empfängern von Arbeitslosengeld bitte 2.2 beantworten.)

2.1 erwerbstätig als _____

2.2 Der Versicherte ist Empfänger von Arbeitslosengeld und hat sich vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit für Stunden pro Woche der Arbeitsvermittlung zur Verfügung gestellt.
 Kann der Empfänger von Arbeitslosengeld in diesem Umfang leichte Tätigkeiten ausüben? ja nein

3. Ist der Zeitpunkt des Wiedereintritts der Arbeitsfähigkeit absehbar?

nein ja, Arbeitsfähigkeit besteht voraussichtlich ab

4. Welche diagnostischen/therapeutischen Maßnahmen sind in Bezug auf die Arbeitsunfähigkeit auslösende(n) Diagnose(n) vorgesehen?

konservativ (ggf. wann und welche) _____

operativ (ggf. wann und welche) _____

5. Weitere behandelnde Ärzte (Name und Anschrift des Arztes und Fachrichtung)

(Diese Angabe ist nur erforderlich, sofern nicht aus den Befundberichten ersichtlich.)

6. Welche weiteren Maßnahmen sind angezeigt?

<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> Medizinische Rehabilitation
<input type="checkbox"/> Innerbetrieblicher Arbeitsplatzwechsel (z.B. zur Vermeidung von Schichtarbeit) <i>(Gilt nicht für Arbeitslose.)</i>	<input type="checkbox"/> Psychotherapeutische Behandlung
<input type="checkbox"/> Stufenweise Wiedereingliederung <i>(Gilt nicht für Arbeitslose.)</i>	<input type="checkbox"/> Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben
<input type="checkbox"/> Sonstige (z.B. Suchttherapie, Ernährungsberatung, Rückenschule) _____	

7. Gibt es bei der Überwindung der Arbeitsunfähigkeit andere Probleme?

nein ja, folgende _____

8. Besteht oder droht eine Erwerbsminderung? ja nein

9. Sonstiges / Bemerkungen zum Gesundheitszustand

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Für das Ausstellen dieses Reports ist die Nr. 01622 EBM berechnungsfähig

Datum

Service-Point: Verordnungen

Unser Angebot für Sie: Maßgeschneiderte Beratungspakete

Verordnung leicht gemacht

- **Verordnungsberatung nach Niederlassung:** Das 1x1 der Arznei-, Heil- und Hilfsmittel sowie Impfstoffverordnung. Bitte wenden Sie sich für einen Termin an Ihre KVN-Bezirksstelle unter www.kvn.de/Ueber-uns/Bezirksstellen
- **Musterkoffer Sprechstundenbedarf:** Regressfrei in den Praxisalltag
[KVN-Portal/Sprechstundenbedarf/Musterkoffer SSB](#)
- **Pharm-Pro- und Heilmittel-Pro-Beratung:** Prophylaktische Verordnungsanalyse
Pharm Pro: [KVN-Portal/Verordnungen/Arzneimittel/Arzneimittelservice/Pharm Pro](#)
Heilmittel Pro: [KVN-Portal/Verordnungen/Heilmittel/Heilmittelservice/Heilmittel Pro](#)
- **ATIS:** Klärung von Verordnungsfragen zu pharmakologischen Einzelfällen
[KVN-Portal/Verordnungen/Arzneimittel/Arzneimittelservice/Atis informiert](#)

Und wenn die Regress-Falle doch zuschnappt

- **Richtgrößenprüfungen:** Regressberatung anhand unserer Datenanalyse bei Richtgrößenprüfungen
[KVN-Portal/Richtgrößenprüfungen](#)
[KVN-Portal/Richtgrößenprüfungen/Ansprechpartner](#)

Qualifikations-Upgrade für Sie und Ihr Praxisteam

- **Interaktive Online-Fortbildung zu Arznei- und Heilmittel-Themen (Plexus):**
www.kvn.de/Praxis/Fortbildung/Plexus-Online
- **Themenbezogene Präventions-Fortbildungen für Sie und Ihr Praxisteam:**
www.kvn.de/Seminarangebot

Auf den Punkt: Praxisnahe Verordnungshinweise

- **GAmSi, HIS, Richtgrößen-Info, LSQ-Berichte:** Stetiger Durchblick durch regelmäßiges Berichtswesen
[KVN-Portal/Online-Dienste/eDokumente](#)
- **Darstellung aktueller Erfüllungsquoten in Ihrer PVS:** Hinweise zur Arzneimittelvereinbarung lassen wir in die Praxissoftware einspielen. Bitte nehmen Sie ggf. Kontakt mit Ihrem PVS-Hersteller auf.
- **Kurz notiert:** Knackige Zusammenfassung aktueller Themen aus dem Verordnungsbereich
[KVN-Portal/Arzneimittel/News](#)
- **Rezeptinfo:** Informationen über ausgewählte Themen im Verordnungsbereich
[KVN-Portal/Arzneimittel/Veröffentlichungen](#)
- **Patienteninformationen:**
[KVN-Portal/Informationen/Patienteninformationen](#)

Medienvielfalt mit jeweils aktuellen Themenbeiträgen

- **Bezirksstellen-Rundschreiben:**
www.kvn.de/Medien/Publikationen/Rundschreiben
- **Niedersächsisches Ärzteblatt:**
[www.kvn.de/Medien/Publikationen/Niedersächsisches Ärzteblatt](http://www.kvn.de/Medien/Publikationen/Niedersächsisches_Arzteblatt)
- **KVN-Portal:**
[www.kvn.de/KVN-Portal Login](http://www.kvn.de/KVN-Portal>Login)
- **Newsletter:**
[KVN-Portal/Online-Dienste/Emily](#)
- **Thesauren:**
www.kvn.de/Medien/Publikationen/Thesauren
- **Patienteninformationen (Broschüren und Flyer):**
[http://www.kvn.de/Medien/Publikationen/Broschüren und Flyer](http://www.kvn.de/Medien/Publikationen/Broschüren_und_Flyer)



Informationen für die Praxis

KVN-Rundschreiben

November 2015

Inhaltsverzeichnis

1. Abrechnung	3
1.1. Kennzeichnung von Narkosen zur Zahnbehandlung von Patienten mit mangelnder Kooperationsfähigkeit bei geistiger Behinderung oder schwerer Dyskinesie .	3
2. Verordnungen.....	4
2.1. Sprechstundenbedarf, hier: Cyclopentolat-Augentropfen 0,5% - Verlängerung der Befristung	4
2.2. Sylvant® (Siltuximab) als Praxisbesonderheit anerkannt	4
2.3. Gemeinsame Arbeitsgruppe Arzneimittel, hier: Aktualisierung der Rezept-Info zum Thema Erkältungskrankheiten.....	5
2.4. Gemeinsame Arbeitsgruppe Arzneimittel, hier: Informationsschreiben über die Verordnung von Arzneimitteln zur Behandlung der Multiplen Sklerose.	5
2.5. Gemeinsame Arbeitsgruppe Heilmittel, hier: Patienteninformation zu Heilmittelverordnungen	5
2.6. Arzneimittel-Richtgrößeninformation	6
3. Allgemeine Hinweise	6
3.1. Zulassung für Gemalto-Kartenleser zurückgenommen.....	6
3.2. Neue Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (Muster 1) und Anfrage zum Fortbestehen der Arbeitsunfähigkeit (Muster 52) zum 1. Januar 2016	6
3.3. Vorsorgeuntersuchung für Jugendliche im Alter von 16 bis 17 Jahren, hier: pronova BKK kündigt Vertrag zum 31. Dezember 2015	7
3.4. BKK-Vertrag: Erweitertes Präventionsangebot für Kinder U10/U11 (Starke Kids), hier: Teilnahmekündigungen von Betriebskrankenkassen..	7
3.5. Thesauren im Internet.....	8
4. Veranstaltungen im Dezember 2015 und Januar 2016..	8

5. Anlagenverzeichnis.....	10
5.1. Kennzeichnung von Narkosen zur Zahnbehandlung .	10
5.2. Rezept-Info zum Thema Erkältungskrankheiten	10
5.3. Verordnung von Arzneimitteln zur Behandlung der Multiplen Sklerose.....	10
5.4. Patienteninformation zu Heilmitteln	10
5.5. Sammelerklärung	10

1. Abrechnung

1.1. Kennzeichnung von Narkosen zur Zahnbehandlung von Patienten mit mangelnder Kooperationsfähigkeit bei geistiger Behinderung oder schwerer Dyskinesie

Aufgrund der Neuregelung in § 87b Abs. 2 Satz 5 SGB V sind die anästhesiologischen Leistungen ab dem 1. Juli 2015 im Zusammenhang mit der vertragsärztlichen Behandlung von Patienten mit mangelnder Kooperationsfähigkeit bei geistiger Behinderung oder schwerer Dyskinesie als Vorwegleistung, d. h. außerhalb der RLV/QZV, zu vergüten. Aus diesem Grund sind bereits für das Quartal 3/15 die GOP 05210, 05211, 05212, 05230, 05330, 05331, 05340, 05341 und 05350 für die maßgeblichen Patienten mit einem großen Z zu kennzeichnen, z. B. 05210Z. In der PVS wird dafür künftig der Hinweis „Kennzeichnung von Narkosen bei zahnärztlicher Behandlung gem. 87b Abs. 2 Satz 5 SGB V“ erfolgen.

Vorwegleistung

Da sich die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der Berufsverband der Anästhesisten auf Bundesebene nicht auf einen abschließenden Diagnosekatalog zur mangelnden Kooperationsfähigkeit einigen konnten, sind die als Anlage beigefügten unterschiedlichen Vorschläge entstanden. Die abgerechneten Leistungen aufgrund des ICD10-Vorschlages der KBV werden immer als Vorwegleistung und damit außerhalb der RLV/QZV von uns akzeptiert. Bei dem weitergehenden Vorschlag des Berufsverbandes wird dies nur geschehen, wenn eine entsprechende besondere Begründung im Hinblick auf eine schwere Verlaufsform der Erkrankung vorliegt. Bitte geben Sie die entsprechende Begründung bei den aufgeführten ICD10-Codes im KVDT-Feld 5009 an.

Vorschlag des
Berufsverbandes

Bei Fragen zur Berücksichtigung dieser Änderung in der bereits abgegebenen Abrechnung für das Quartal 3/15 wenden Sie sich bitte an Ihr Abrechnungsteam im Abrechnungscenter.

Anlage 5.1: Kennzeichnung von Narkosen zur Zahnbehandlung

2. Verordnungen

2.1. Sprechstundenbedarf, hier: Cyclopentolat- Augentropfen 0,5% - Verlängerung der Befristung

Aufgrund der Einstellung des Vertriebs der diagnostischen Augentropfen mit dem Wirkstoff Cyclopentolat in der Dosierung 0,5% durch die Herstellerfirma im Jahre 2014 bei gleichzeitigem Fehlen eines alternativen Fertigarzneimittels hatten sich die Krankenkassen in Niedersachsen bereit erklärt, die Kosten für eine entsprechende Rezeptur dieser Augentropfen im Sprechstundenbedarf zu übernehmen. Leider hat bislang kein Hersteller ein Ersatzpräparat als Fertigarzneimittel in den Markt gebracht, so dass wir in Verhandlungen mit den Krankenkassen die weitere Verlängerung der Ausnahmeregelung bis zum 31. Dezember 2016 erreichen konnten.

Verlängerung bis
31. Dezember 2016

2.2. Sylvant® (Siltuximab) als Praxisbesonderheit anerkannt

Ab dem 15. Juni 2015 wird Sylvant® (Wirkstoff: Siltuximab) nach einer Vereinbarung zwischen dem GKV-Spitzenverband und dem pharmazeutischen Unternehmer Janssen-Cilag ab dem ersten Behandlungsfall als Praxisbesonderheit in dem Anwendungsgebiet mit einem Zusatznutzen laut G-BA-Beschluss anerkannt. Die Anerkennung als Praxisbesonderheit gilt aktuell für das folgende Anwendungsgebiet:

Ab dem ersten
Behandlungsfall

- Die Behandlung von erwachsenen Patienten mit multizentrischer Castleman-Krankheit (Multicentric Castleman's Disease, MCD), die HIV (humanes Immundefizienz-Virus)-negativ und HHV-8 (humanes Herpesvirus-8)-negativ sind

Die Einleitung und Überwachung der Behandlung mit Siltuximab soll nur durch in der Therapie von Patienten mit multizentrischer Castleman-Krankheit und anderen lymphoproliferativen Erkrankungen erfahrene Fachärzte für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie erfolgen. Bei Auftreten einer im Zusammenhang mit der Infusion stehenden schweren Infusionsreaktion, anaphylaktischen oder schweren allergischen Reaktionen oder einem Zytokin-Freisetzungssyndrom soll die Behandlung mit Siltuximab abgebrochen werden.

Die Gabe von Siltuximab sollte durch entsprechend geschulte Ärzte erfolgen, die medizinische Notfälle behandeln können. Dabei sind die aktuellen Vorschriften für Notfallbehandlungen einzuhalten. Weitere Informationen zu Siltuximab (Sylvant®) finden Sie unter www.g-ba.de und www.gkv-spitzenverband.de. Auf der Internetseite des GKV-Spitzenverbandes finden Sie außerdem eine Aufstellung der vereinbarten Praxisbesonderheiten aufgrund des Verfahrens der frühen Nutzenbewertung unter: Krankenversicherung / Arzneimittel / AMNOG-Verhandlungen (§130 b SGB V) / Übersicht Erstattungsbetragsverhandlungen nach §130 b SGB V / nur Einträge mit Anerkennung als Praxisbesonderheit berücksichtigen.

Vorschriften für
Notfallbehandlungen

2.3. **Gemeinsame Arbeitsgruppe Arzneimittel, hier: Aktualisierung der Rezept-Info zum Thema Erkältungskrankheiten**

Im Anhang finden Sie eine aktualisierte Version der Rezept-Info zum Thema Erkältungskrankheiten. Thematisiert werden u. a. der Verordnungsausschluss für verschreibungspflichtige Arzneimittel zur Behandlung von Erkältungskrankheiten und grippalen Infekten bei Erwachsenen, die Beschränkung der Antibiotikatherapie auf seltene Ausnahmefälle und unterstützende Therapiemaßnahmen. 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.

Anhang 5.2: Rezept-Info zum Thema Erkältungskrankheiten

2.4. **Gemeinsame Arbeitsgruppe Arzneimittel, hier: Informationsschreiben über die Verordnung von Arzneimitteln zur Behandlung der Multiplen Sklerose**

Im Anhang finden Sie ein weiteres Informationsschreiben der AG Arzneimittel. Es thematisiert die Verordnung von Arzneimitteln zur Behandlung der Multiplen Sklerose. Neben einer kurzen Übersicht über das Stufenschema der S2e-Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Neurologie zu diesem Thema werden die Ergebnisse der frühen Nutzenbewertung entsprechender Arzneimittel aufgezeigt. Das Informationsschreiben der AG Arzneimittel finden Sie in Kürze auch im KVN-Portal unter Verordnungen/Arzneimittel/Veröffentlichungen.

Anhang 5.3: Verordnung von Arzneimitteln zur Behandlung der Multiplen Sklerose

2.5. **Gemeinsame Arbeitsgruppe Heilmittel, hier: Patienteninformation zu Heilmittelverordnungen**

In der Heilmittelvereinbarung 2015 wurde die Einrichtung einer gemeinsamen Arbeitsgruppe (AG) seitens der Verbände der niedersächsischen Krankenkassen und der KVN zur Erreichung einer bedarfsgerechten, qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Heilmittelversorgung vereinbart. Zu den Aufgaben der AG gehören die Information der Vertragsärzte über medizinische und wirtschaftliche Aspekte zu ausgewählten Heilmitteln sowie die Erstellung von Unterstützungsmaterialien für die tägliche Verordnungspraxis.

Als Hilfestellung für die Praxis hat die AG eine Patienteninformation zur Verordnung von Heilmitteln erstellt, s. Anlage. Hierin werden dem Patienten formale Aspekte zum Einsatz von Heilmitteln erläutert sowie auf die Notwendigkeit seiner Mitarbeit hingewiesen und mögliche Alternativen aufgezeigt. Die Patienteninformation der AG Heilmittel finden Sie in Kürze auch im KVN-Portal unter Verordnungen/Heilmittel/Veröffentlichungen.

Anhang 5.4: Patienteninformation zu Heilmitteln

Inhalt

Stufenschema der S2e-Leitlinie

Formale Aspekte zum Einsatz

2.6. Arzneimittel-Richtgrößeninformation

Die Arzneimittel-Richtgrößeninformationen für das 1. und 2. Quartal 2015 stehen über unser KVN-Portal im Internet unter „Online-Dienste“, Rubrik „eDokumente“ unsern Mitgliedern zur Verfügung.

Ebenso können hier die Heilmittel-Richtgrößeninformationen, Arzneimittelquotenberichte sowie GAmSi- und HIS-Berichte eingesehen werden.

3. Allgemeine Hinweise

3.1. Zulassung für Gemalto-Kartenleser zurückgenommen

Die Firma Gemalto hat den Vertrieb für das Kartenterminal GCR 5500-D eingestellt. Gemalto stellt auch keine Updates mehr zur Verfügung. Das hat zur Folge, dass die neuen elektronischen Gesundheitskarten (eGK) der zweiten Generation, die die Krankenkassen ab 2016 sukzessive ausgeben werden, nicht mehr ausgelesen werden können. Aus diesem Grund hat die gematik die Zulassung für den Kartenleser GCR 5500-D der Gemalto GmbH mit Wirkung zum 1. Januar 2016 zurückgenommen.

Praxen, die das stationäre Kartenterminal GCR 5500-D zum Auslesen der eGK in ihrer Praxis verwenden, müssen sich ein neues stationäres Kartenterminal kaufen, sobald die Krankenkassen die neuen eGK der zweiten Generation herausgeben werden. Die gematik wird die Kassenärztlichen Vereinigungen vier Wochen vor dem Ausgabezeitpunkt informieren. Betroffene Praxen sollten sich bei der KVN melden, damit diese Praxen frühzeitig über die Ausgabe der neuen eGK der zweiten Generation informiert werden können. Die betroffenen Praxen können sich direkt unter der Ruf-Nr. 0511 380-3238 an die KVN wenden oder per Mail an: Wilhelm.Wilharm@kvn.de unter Angabe des Namens des Praxisinhabers und der BSNR.

Für einen begrenzten Zeitraum können sich die betroffenen Praxen bei Vorlage einer eGK, die nicht ausgelesen werden kann damit behelfen, einen Abrechnungsschein im Ersatzverfahren auszustellen und vom Patienten unterschreiben zu lassen.

3.2. Neue Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (Muster 1) und Anfrage zum Fortbestehen der Arbeitsunfähigkeit (Muster 52) zum 1. Januar 2016

Mit dem Bezirksstellen-Rundschreiben September 2015 hatten wir Sie darüber informiert, dass zum 1. Januar 2016 neue Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen (Muster 1) und Anfragen zum Fortbestehen der Arbeitsunfähigkeit (Muster 52) eingeführt werden. Die alten Vordrucke dürfen nur noch bis zum 31. Dezember 2015 verwendet werden. Ab dem 1. Januar 2016 sind ausschließlich die neuen Vordrucke zu nutzen.

Betroffene Praxen bei der KVN melden

Wir möchten Ihnen heute noch ergänzende Hinweise zur Bestellung der Formulare geben:

- Die neuen Vordrucke können ab dem 16. November 2015 beim Paul Albrechts Verlag GmbH oder sofern Sie Ihre Vordruckbestellung über Ihre Bezirksstelle durchführen, dort bestellen.
- Auf der Bestellung bitte angeben, ob noch alte oder bereits neue Vordrucke geliefert werden sollen.
- Bei Bestellungen ab dem 1. Dezember 2015 werden generell die neuen Vordrucke geliefert.
- Die Anfrage zum Fortbestehen der Arbeitsunfähigkeit (Muster 52) wurde bislang von den Krankenkassen ausgegeben. Ab 1. Januar 2016 ist dieser Vordruck in den Arztpraxen vorzuhalten. Bitte planen Sie daher bei Ihrer Bestellung auch von diesen Vordrucken ein entsprechendes Kontingent ein.

Hinweise zur Bestellung

3.3. Vorsorgeuntersuchung für Jugendliche im Alter von 16 bis 17 Jahren, hier: pronova BKK kündigt Vertrag zum 31. Dezember 2015

Die pronova BKK hat den bestehenden Versorgungsvertrag zum 31. Dezember 2015 gekündigt. Infolgedessen ist die GONR 99220 für Versicherte dieser Kasse nur noch im 4. Quartal 2015 abrechenbar.

3.4. BKK-Vertrag: Erweitertes Präventionsangebot für Kinder U10/U11 (Starke Kids), hier: Teilnahmekündigungen von Betriebskrankenkassen

Folgende Betriebskrankenkassen haben ihre Vertragsteilnahme zum 31. Dezember 2015 gekündigt. Infolgedessen sind die GONR 99216 (U10) und die GONR 99217 (U11) für Versicherte dieser Kassen nur noch im 4. Quartal 2015 abrechenbar:

- Audi BKK
- BKK B. Braun Melsungen AG
- BKK DEMAG KRAUSS –MAFFEI
- BKK Pfaff
- BKK Publik
- BKK RWE
- BKK Salzgitter
- BKK S-H
- BKK TUI
- BKK VerbundPlus
- BKK Wirtschaft & Finanzen
- BKK Würth
- BKK24
- energie BKK
- mhplus Betriebskrankenkasse
- pronova BKK
- SKD BKK

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.

3.5. Thesauren im Internet

Die Thesauren sollen die Suche der Ärzte nach den relevanten Diagnosekodes vereinfachen. Sie beinhalten eine Auswahl von ICD-10-Kodes. Diese entsprechen 80 Prozent der im Jahre 2009 dokumentierten Diagnosen.

Sie finden die Thesauren auf www.kvn.de unter Medien/Publikationen/Thesauren.

4. Veranstaltungen im Dezember 2015 und Januar 2016

Hier bekommen Sie eine Übersicht über Seminare und Fortbildungen der KVN mit noch freien Plätzen im Dezember 2015 und Januar 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.
Abrechnung und Verordnung			
Behandlungs- und Schulungsprogramm Typ 2-Diabetes mit Normalinsulin	Hannover	2.Dez	61 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. Kennzeichnung von Narkosen zur Zahnbehandlung
- 5.2. Rezept-Info zum Thema Erkältungskrankheiten
- 5.3. Verordnung von Arzneimitteln zur Behandlung der Multiplen Sklerose
- 5.4. Patienteninformation zu Heilmitteln
- 5.5. Sammelerklärung

Kennzeichnung von Narkosen zur Zahnbehandlung von Patienten mit mangelnder Kooperationsfähigkeit bei geistiger Behinderung oder schwerer Dyskinesie

ICD-10	Bezeichnung	Vorschlag KBV	Vorschlag BDA
F00.-	Demenz bei Alzheimer-Krankheit		X
F01.-	Vaskuläre Demenz		X
F02.-	Demenz bei anderenorts klassifizierten Krankheiten		X
F03	Nicht näher bezeichnete Demenz		X
F70.-	Leichte Intelligenzminderung	X	X
F71.-	Mittelgradige Intelligenzminderung	X	X
F72.-	Schwere Intelligenzminderung	X	X
F73.-	Schwerste Intelligenzminderung	X	X
F74.-	Dissoziierte Intelligenz	X	X
F78.-	Andere Intelligenzminderung	X	X
F79.-	Nicht näher bezeichnete Intelligenzminderung	X	X
F95.-	Ticstörungen		X
G10	Chorea Huntington		X
G12.-	Spinale Muskelatrophie und verwandte Syndrome		X
G13.-	Systematrophien, vorwiegend das Zentralnervensystem betreffend, bei anderenorts klassifizierten Krankheiten		X
G20.-	Primäres Parkinson-Syndrom		X
G21.-	Sekundäres Parkinson-Syndrom		X
G22	Parkinson-Syndrom bei anderenorts klassifizierten Krankheiten		X
G23.-	Sonstige degenerative Krankheiten der Basalganglien		X
G24.-	Dystonie	X	X
G25.-	Sonstige extrapyramidale Krankheiten und Bewegungsstörungen		X
G26	Extrapyramidale Krankheiten und Bewegungsstörungen bei anderenorts klassifizierten Krankheiten		X
G30.-	Alzheimer-Krankheit		X
G31.-	Sonstige degenerative Krankheiten des Nervensystems, anderenorts nicht klassifiziert		X
G32.-	Sonstige degenerative Krankheiten des Nervensystems bei anderenorts klassifizierten Krankheiten		X
G35.-	Multiple Sklerose [Encephalomyelitis disseminata]		X
G40.-	Epilepsie		X
G41.-	Status epilepticus		X
G70.-	Myasthenia gravis und sonstige neuromuskuläre Krankheiten		X
G71.-	Primäre Myopathien		X
G72.-	Sonstige Myopathien		X
G73.-	Krankheiten im Bereich der neuromuskulären Synapse und des Muskels bei anderenorts klassifizierten Krankheiten		X
G80.-	Infantile Zerebralparese	X	X
G81.-	Hemiparese und Hemiplegie		X
G82.-	Paraparese und Paraplegie, Tetraparese und Tetraplegie		X
Q90.-	Down-Syndrom	X	X
Q91.-	Edwards-Syndrom [Trisomie 18] und Patau-Syndrom [Patau-Syndrom] [Trisomie 13]		X
Q92.-	Sonstige Trisomien und partielle Trisomien der Autosomen, andernorts nicht klassifiziert		X
Q93.-	Monosomien und Deletionen der Autosomen, andernorts nicht klassifiziert		X
Q95.-	Balancierte Chromosomen-Rearrangements und Struktur-Marker, andernorts nicht klassifiziert		X
Q96.-	Turner-Syndrom		X
Q97.-	Sonstige Anomalien der Gonosomen bei weiblichem Phänotyp, andernorts nicht klassifiziert		X
Q98.-	Sonstige Anomalien der Gonosomen bei männlichem Phänotyp, andernorts nicht klassifiziert		X
Q99.-	Sonstige Chromosomenanomalien, andernorts nicht klassifiziert		X

Gemeinsame Arbeitsgruppe Arzneimittel

Kassenärztliche Vereinigung
Niedersachsen

Verbände der gesetzlichen
Krankenkassen in Niedersachsen



Rezept-Info – Erkältungskrankheiten

Die Zeit der Erkältungskrankheiten und grippalen Infekten steht wieder bevor. Wie kann eine notwendige Behandlung der Patienten auf zweckmäßige und wirtschaftliche Weise aussehen?

Für Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, sind verschreibungspflichtige Arzneimittel „zur Anwendung bei Erkältungskrankheiten und grippalen Infekten einschließlich der bei diesen Krankheiten anzuwendenden Schnupfenmittel, Schmerzmittel, hustendämpfenden und hustenlösenden Mitteln“ von der Verordnung zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen ausgeschlossen¹. Ist eine medikamentöse Behandlung notwendig, sollte, sofern zweckmäßig und ausreichend, auf rezeptfreie Arzneimittel zurückgegriffen werden. Andernfalls müssten oben genannte Präparate auf einem Privatrezept verordnet werden.

Da ein grippaler Infekt zu 90-95 % durch verschiedene Viren ausgelöst wird, ist eine antibiotische Therapie nur in seltenen Fällen indiziert. Es handelt sich in der Regel um eine selbstlimitierende Erkrankung, die Behandlung erfolgt überwiegend symptomatisch.²

Laut der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) kommen bei akutem Husten infolge Erkältungskrankheiten bei Erwachsenen u.a. folgende allgemeine Therapiemaßnahmen in Betracht³:

- Keine Antibiotika
- Aufklärung des Patienten über den Spontanverlauf eines akuten Erkältungshustens
- Ausreichende Trinkmenge
- Wasserdampfinhalation bei 43 Grad
- Analgetika bei Bedarf zur Symptomlinderung (z.B. Paracetamol, Ibuprofen)

Eine Therapie mit Expektoranzien wird als nicht notwendig erachtet. Antitussiva sollen nur in Ausnahmefällen (stark gestörter Nachtschlaf) kurzfristig angewendet werden³.

Zur Unterstützung des Patientengesprächs insbesondere im Hinblick auf Selbstmedikation und nicht-medikamentöse Maßnahmen, haben wir die wichtigsten Fakten patientengerecht in einer separaten Übersicht für Sie aufbereitet.

Wir hoffen, Sie mit dieser Rezept-Info im Alltag unterstützen zu können.

¹ § 34 (1) SGB V

² Wirkstoff aktuell (1/2012): Rationale Antibiotikatherapie bei Infektionen der oberen Atemwege

³ DEGAM-Leitlinie „Akuter Husten“; Stand 2014

Patienteninformation zu Erkältungskrankheiten

Die Kassenärztliche Vereinigung und die Verbände der Krankenkassen in Niedersachsen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,



die Zeit der Erkältungskrankheiten und grippalen Infekten steht wieder bevor. Die meisten Erkältungskrankheiten (90-95 %) werden durch Viren verursacht.



⇒ **Hier sind Antibiotika wirkungslos.**



Bei einer Erkältung werden daher Arzneimittel empfohlen, die die Symptome wie Husten, Schnupfen, Hals- und Kopfschmerzen und Fieber bekämpfen. Nur bei schwersten Verläufen mit hohem Fieber und zusätzlicher bakterieller Erkrankung werden Antibiotika eingesetzt.



Erwachsene Patienten müssen Arzneimittel bei Erkältungskrankheiten und grippalen Infekten einschließlich der Schnupfenmittel, Schmerzmittel, hustendämpfenden und hustenlösenden Mittel selbst bezahlen. Für die verschreibungspflichtigen Arzneimittel erhalten Sie von Ihrem Arzt/ Ihrer Ärztin ein Privatrezept.



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



- Ausreichend Trinken
- Inhalieren von heißem Wasserdampf (ca. 40 Grad)
- Bei Bedarf Arzneimittel zur Symptomlinderung
- Keine Antibiotika in der Selbstmedikation
- Nur in Ausnahmefällen kurzfristig, wenn der Nachtschlaf stark gestört ist, einen Hustenstiller einnehmen



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

Praxisstempel

Gemeinsame Arbeitsgruppe Arzneimittel

Kassenärztliche Vereinigung
Niedersachsen



Kassenärztliche Vereinigung
Niedersachsen



Verbände der gesetzlichen
Krankenkassen in Niedersachsen

Rezept-Info – Kurzinformation zur Behandlung von Erkältungskrankheiten

- Für Erwachsene existiert ein Verordnungsausschluss für verschreibungspflichtige Arzneimittel zur Behandlung von Erkältungskrankheiten und grippalen Infekten (SGB V § 34). Diese Präparate müssen auf einem Privatrezept verordnet werden.
- Sofern notwendig und ausreichend können rezeptfreie Medikamente für die Selbstmedikation eine Alternative darstellen. Ein grippaler Infekt ist in der Regel jedoch selbstlimitierend.
- Antibiotika sind bei einem grippalen Infekt nur in sehr seltenen Fällen indiziert.
- Nicht-medikamentöse Maßnahmen, wie Inhalieren und ausreichende Flüssigkeitszufuhr, stellen eine zusätzliche unterstützende Option dar.

Gemeinsame Arbeitsgruppe Arzneimittel

Kassenärztliche Vereinigung
Niedersachsen

Verbände der gesetzlichen
Krankenkassen in Niedersachsen



Arzneimittel in der frühen Nutzenbewertung- Tipps für die Verordnungspraxis: Therapie der Multiplen Sklerose (MS)

Im Indikationsgebiet Multiple Sklerose (MS) gab es in den letzten Jahren zahlreiche neue Therapieansätze. Das Stufenschema zur verlaufsmodifizierten Behandlung der Multiplen Sklerose (modifiziert nach DGN/KKNMS 2014)¹ unterscheidet zwischen milden/moderaten und aktiven oder hochaktiven Verlaufsformen.

Indikation	1. Wahl	2. Wahl	3. Wahl
Aktive und hochaktive Verlaufsform	Alemtuzumab Fingolimod Natalizumab	Mitoxantron	Experimentelle Verfahren
Milde/moderate Verlaufsform	Dimethylfumarat Glatirameracetat IFN-beta-1a (i.m.) IFN-beta-1a (s.c.) IFN-beta-1b (s.c.) PEG-IFN-beta-1a (s.c.) Teriflunomid		

Insbesondere bei Neueinstellungen sollte eine strenge Risiko-Nutzen-Abwägung vorgenommen werden.

In der nachstehenden Tabelle sind die Ergebnisse der Nutzenbewertung für neue Therapieoptionen der hochaktiven schubförmig-remittierend verlaufenden Multiplen Sklerose (RRMS) aufbereitet. Nur für die Patientengruppe mit hochaktiver RRMS ohne vollständige Vorbehandlung mit Interferon-beta konnte ein beträchtlicher Zusatznutzen unter Fingolimod-Therapie festgestellt werden. Ende Oktober 2015 haben die Verhandlungen zum Erstattungsbetrag nach § 130b SGB V für Fingolimod stattgefunden. Die Jahrestherapiekosten für Fingolimod erhöhen sich zum 1.11.2015 um ca. 8%²

¹ S2e-Leitlinie „Diagnose und Therapie der Multiplen Sklerose“, Deutsche Gesellschaft für Neurologie, Stand Januar 2012, aktualisiert 23.04.2014

² Datenbasis: GKV-Preis nach Abzug des Rabatts nach § 130

Übersicht über Beschlüsse des G-BA zur frühen Nutzenbewertung von neuen Therapieoptionen der RRMS

(Die Detail- und Hintergrundinformationen finden Sie unter www.kbv.de oder www.gba.de)

Wirkstoff	Anwendungsgebiet	Beschluss der Nutzenbewertung (GB-A)	Jahrestherapiekosten in Euro ¹
Glatirameracetat (Copaxone®)			17.425,55 €
Interferon Beta-1a (Avonex®)			20.104,37 €
Interferon Beta-1a (Rebif®)			22.084,79 €
Interferon Beta-1b (Extavia®)			15.972,72 €
Interferon Beta-1b (Betaferon®)			18.483,90 €
Dimethylfumarat (Tecfidera®)			
	Patienten mit RRMS	Zusatznutzen nicht belegt	15.930,34 €
	Patienten mit hochaktiver RRMS, vollständige Vorbehandlung mit INF-β	Zusatznutzen nicht belegt	
	Patienten mit hochaktiver RRMS, keine vollständige Vorbehandlung mit INF-β	beträchtlicher Zusatznutzen	
	Patienten mit rasch fortschreitender schwerer RRMS	Hinweis auf einen geringen Zusatznutzen	22.575,25 €
	Patienten mit hochaktiver RRMS, vollständigen Vorbehandlung mit krankheits-modifizierender Therapie (andere als INF-β)	Zusatznutzen nicht belegt	
	Patienten mit hochaktiver RRMS, keine vollständige Vorbehandlung mit krankheitsmodifizierender Therapie (andere als INF-β)	Zusatznutzen nicht belegt	
Teriflunomid (Aubagio®)	Patienten mit RRMS	Zusatznutzen nicht belegt	14.398,21 €

RRMS: schubförmig-remittierende Multiple Sklerose

¹Kosten nach Beschluss der Nutzenbewertung, nach Abzug der Rabatte nach § 130 und/oder 130a SGB V

Preisstand: 1.11.2015



KVN

Kassenärztliche Vereinigung
Niedersachsen

Die Verbände der gesetzlichen Krankenkassen in Niedersachsen



KNAPPSCHAFT

Patienteninformation zu Heilmitteln

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Sie haben von Ihrem Arzt eine Heilmittelverordnung (Verordnung von Physiotherapie, Ergotherapie, Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie oder Podologie) bekommen.

Bei der Verordnung von Heilmitteln sind Ärzte an die Heilmittelrichtlinie gebunden. Diese regelt verbindlich, welche Maßnahmen in welcher Menge und bei welcher Erkrankung verordnet werden dürfen.

Eine Heilmitteltherapie verfolgt vorrangig den Zweck, Ihnen als Patient Tipps und Übungen für den Alltag mitzugeben, damit Sie eigenverantwortlich diese Übungen zuhause durchführen können.

So unterstützen und sichern Sie den Erfolg der Therapie. Sprechen Sie daher Ihren Therapeuten auf Eigenübungen an und lassen Sie sich die Übungen genau erklären.

- Die Therapie muss spätestens 14 Tage, nachdem die Verordnung ausgestellt wurde, beginnen.
- Jeder Versicherte muss ab dem 18. Lebensjahr eine Zuzahlung leisten: Pro Verordnung zahlen Sie 10 Euro plus 10 Prozent der Behandlungskosten.
Sind Sie von der Zuzahlung befreit, entfällt Ihr Eigenanteil.
- Therapien, die nicht medizinisch notwendig sind, darf Ihr behandelnder Arzt nicht verordnen. Andernfalls muss er die finanzielle Verantwortung tragen und gegebenenfalls persönlich haften.
- Verordnungen können nicht telefonisch bestellt werden. Ihr Arzt muss den Krankheitsverlauf eng begleiten und kontrollieren.
- Um den Behandlungserfolg zu sichern, sind Therapiepausen durchaus medizinisch sinnvoll.
- Die gleichzeitige Verordnung identischer Heilmittel von mehreren Ärzten ist nicht zulässig.
- Lassen Sie sich von Ihrem Therapeuten Übungen zeigen, die Sie allein zu Hause durchführen können.
- Informieren Sie sich über die Therapie und das zu erreichende Behandlungsziel.
- Bestätigen Sie auf der Rückseite der Verordnung mit Ihrer Unterschrift jede einzelne Behandlung direkt im Anschluss.
- Eine Behandlung außerhalb der Praxis der Therapeuten ist nur aus medizinischen Gründen zulässig. Organisatorische oder soziale Gründe sind kein Anlass für einen Hausbesuch.

Mehr Informationen erhalten Sie bei Ihrer Krankenkasse und von Ihrem Arzt.

Patienteninformation zu Heilmitteln

Was darf wie oft verordnet werden?

Die Heilmittelrichtlinie legt die maximale Verordnungsmenge bei Erst- und Folgeverordnungen fest:

Physikalische Therapie

bis zu 6/10 Einheiten je Verordnung

Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie

bis zu 10 Einheiten je Verordnung

Ergotherapie

bis zu 10 Einheiten je Verordnung

Podologie

bis zu 3 Einheiten je Verordnung
(Folgeverordnung 6 Einheiten)

Ihr Arzt muss die maximale Verordnungsmenge nicht ausschöpfen, wenn weniger Behandlungseinheiten medizinisch ausreichend sind.



Alternativen zu Heilmittelverordnungen

- Präventionskurse wie Wirbelsäulengymnastik, Aquafitness, Ernährungsberatung, Stressbewältigungs- oder Entspannungskurse sowie Kurse zur Suchtprävention.

Viele Krankenkassen erstatten die Kursgebühren zum Teil komplett oder anteilig. Sprechen Sie uns an.

- Rehabilitationssport/Funktionstraining kann der Arzt bei Erkrankungen der Wirbelsäule, Hüft- und Kniebeschwerden, Osteoporose, Rheuma, Diabetes, Schlaganfällen und Herzkrankungen verordnen. Die Therapie umfasst in der Regel 1 bis 2 Übungseinheiten pro Woche über einen Zeitraum von mindestens 12 Monaten.

Wichtig: Lassen Sie die Verordnung vor Beginn von Ihrer Krankenkasse genehmigen.

Rehabilitationssport bzw. Funktionstraining wird in Physiotherapiepraxen, Rehabilitationszentren, Sportvereinen und Fitnessstudios angeboten.

Wir wünschen Ihnen, dass es Ihnen bald wieder besser geht!

Praxisstempel



KVN

Kassenärztliche Vereinigung
Niedersachsen

Informationen für die Praxis

KVN-Rundschreiben

Oktober 2015

Inhaltsverzeichnis

1.	Abrechnung	2
1.1.	Überweisungsverfahren	2
1.2.	Angemessene Höhe der Vergütung psychotherapeutischer Leistungen ab 2012	3
2.	Verordnungen.....	4
2.1.	Xtandi® (Enzalutamid) als Praxisbesonderheit anerkannt	4
2.2.	AOK Niedersachsen verzichtet auf Genehmigung von sitzenden Krankenfahrten zur onkologischen Strahlen- oder Chemotherapie.....	5
2.3.	Arzneimittelquotenberichte Januar bis Juli 2015	5
2.4.	Heilmittel-Richtgrößeninformation.....	5
3.	Allgemeine Hinweise	5
3.1.	Medizinische Versorgung von Flüchtlingen/Asylbewerbern	5
3.2.	Ein Hygieneleitfaden - jetzt auch für psychotherapeutische Praxen	6
3.3.	BKK-Vertrag „Hallo Baby“, hier: Teilnahme der Securvita BKK ab 1. Oktober 2015	6
3.4.	Erweiterung der Kostenübernahme durch den Landkreis Cuxhaven bei der Behandlung von Asylbewerbern.....	7
3.5.	Hausarztvertrag mit der AOK Niedersachsen, hier: HzV-Einschreibewochen im 4. Quartal 2015.....	7
4.	Veranstaltungen im November und Dezember 2015.....	8
5.	Anlagenverzeichnis.....	11
5.1.	Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses	11

1. Abrechnung

1.1. Überweisungsverfahren

Der auf Überweisung in Anspruch genommene Arzt ist grundsätzlich an den Überweisungsschein gebunden und darf sich keinen eigenen Abrechnungsschein ausstellen.

Überweisungsscheine aus dem Vorquartal sind anzunehmen

Dies gilt auch für Überweisungsscheine aus dem Vorquartal, sofern sich der Versicherte aktuell mit einer gültigen Krankenversichertenkarte ausweisen kann. In diesem Fall ist die Behandlung auf Basis des vorgelegten Überweisungsscheines durchzuführen und abzurechnen. Der Versicherte darf nicht an den überweisenden Arzt zurückgeschickt werden, um eine aktualisierte Überweisung auszustellen.

Patient darf nicht zurückgeschickt werden

Unzulässige Überweisungen

Es gibt auch Fälle, in denen die Behandlung auf Überweisungsschein abgelehnt werden muss, und zwar dann, wenn erst gar kein Überweisungsschein hätte ausgestellt werden dürfen. Dies ist der Fall für Leistungen, die nicht der Leistungspflicht der GKV unterliegen, zum Beispiel für individuelle Gesundheitsleistungen oder Screening-Untersuchungen außerhalb der gesetzlichen Früherkennungsmaßnahmen. Ergibt sich jedoch aus einer gesetzlichen Früherkennungsmaßnahme (zum Beispiel der Kinderfrüherkennung U7a) der Verdacht einer Krankheit, hier zum Beispiel eines Sehfehlers, ist die Überweisung zulässig und die Behandlung vom Augenarzt durchzuführen. Voraussetzung ist - wie für jeden Überweisungsschein - die Angabe einer (Verdachts-)Diagnose oder eines Befundes.

Keine Überweisungen für Leistungen außerhalb der GKV

Angabe von (Verdachts-)Diagnose oder Befund erforderlich

Fehlt auf dem Überweisungsschein eine (Verdachts-)Diagnose oder ein Befund, ist diese(r) auf Anforderung durch den ausstellenden Arzt nachzutragen.

In einigen Fällen wird bemängelt, dass überweisende Ärzte routinemäßig Standard-Verdachts-Diagnosen verwenden, die nicht immer unbedingt zutreffen. Dies erschwert die Behandlung durch den ausführenden Arzt und kann das Patienten-Verhältnis negativ beeinflussen.

Verdachtsdiagnosen nicht standardisieren

Da das Überweisungsverfahren die koordinierte, kooperative Behandlung des Patienten sichert, ist dessen Beachtung größtmöglicher Wert zu schenken.

1.2. Angemessene Höhe der Vergütung psychotherapeutischer Leistungen ab 2012

Der erweiterte Bewertungsausschuss hat nach Maßgabe der Vorgaben des Bundessozialgerichts die Anhebung der Bewertung antrags- und genehmigungspflichtiger Leistungen (EBM-Abschnitt 35.2) rückwirkend ab dem Jahr 2012 um rund 2,7 Prozent beschlossen. Außerdem erhalten ärztliche und psychologische Psychotherapeuten bei einer mindestens 50-prozentigen Auslastung ihrer Praxis Strukturzuschläge auf alle Einzel- und Gruppentherapieleistungen, die sie nach Erreichen des Schwellenwertes von 162.734 Punkten für antrags- und genehmigungspflichtige Leistungen durchführen. Dieser Schwellenwert entspricht der 50-prozentigen Auslastung auf Basis der Vollauslastungshypothese des Bundessozialgerichts.

Strukturzuschläge

Die Zuschläge werden folglich nur gewährt, soweit der Schwellenwert überschritten wird. Zuschlagberechtigt sind nur die Leistungen, die oberhalb besagten Schwellenwertes erbracht wurden. Die Zusetzung der Zuschläge erfolgt seitens der KVN im Rahmen einer Quotierung der Zuschläge für alle antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen des Abschnitts 35.2 EBM. Die Quotierungsformel ergibt sich aus Nr. 4 der Präambel zum Abschnitt 35.2 EBM. Bei anteiligem Versorgungsauftrag reduziert sich der Schwellenwert entsprechend. Beispiele zur Berechnung/Quotierung der Zuschläge sowie weitere Informationen finden Sie unter: http://www.kbv.de/html/1150_17519.php

Schwellenwert

Die sich aus der Beschlussfassung ergebende Nachvergütung für die Jahre 2012 bis 1/2015 ist beschränkt auf Widerspruchsführer und erfolgt sukzessive von Amts wegen. Für 2/2015 erfolgt die Nachberechnung für alle Leistungserbringer von Amts wegen. Ein diesbezüglicher Widerspruch ist insoweit nicht erforderlich.

Widerspruch nicht erforderlich

Der Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses ist als Anlage beigefügt.

Anlage 5.1: Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses

2. Verordnungen

2.1. Xtandi® (Enzalutamid) als Praxisbesonderheit anerkannt

Seit dem 1. Oktober 2015 wird Xtandi® (Wirkstoff: Enzalutamid) nach einer Vereinbarung zwischen dem GKV-Spitzenverband und dem pharmazeutischen Unternehmer Astellas Pharma GmbH ab dem ersten Behandlungsfall als Praxisbesonderheit anerkannt. Die Anerkennung als Praxisbesonderheit gilt aktuell für die folgenden Anwendungsgebiete:

- die Behandlung erwachsener Männer mit metastasiertem kastrationsresistentem Prostatakarzinom, deren Erkrankung während oder nach einer Chemotherapie mit Docetaxel fortschreitet.
- die Behandlung erwachsener Männer mit metastasiertem kastrationsresistentem Prostatakarzinom mit asymptomatischer oder mild symptomatischem Verlauf nach Versagen der Androgenentzugstherapie, bei denen eine Chemotherapie klinisch noch nicht indiziert ist.

In beiden Anwendungsgebieten wurde dem Präparat im Verfahren der frühen Nutzenbewertung jeweils ein beträchtlicher Zusatznutzen zuerkannt.

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

Xtandi® darf nur bei Patienten mit ECOG-Leistungsstatus 0, 1 oder 2 angewendet werden.

Im Rahmen von off-label-use-Anwendungen (also einem nicht bestimmungsgemäßen Gebrauch) erfolgt keine Anerkennung als Praxisbesonderheit.

Des Weiteren sind die Vorgaben der Fachinformation zu berücksichtigen.

Weitere Informationen zu Xtandi® (Enzalutamid) finden Sie unter www.g-ba.de und www.gkv-spitzenverband.de.

Auf der Internetseite des GKV-Spitzenverbandes finden Sie außerdem eine Aufstellung der vereinbarten Praxisbesonderheiten aufgrund des Verfahrens der frühen Nutzenbewertung unter: Krankenversicherung/ Arzneimittel/AMNOG-Verhandlungen (§130b SGB V)/Übersicht Erstattungsverhandlungen nach §130b SGB V - über die Filterfunktion nur Einträge mit Anerkennung als Praxisbesonderheit berücksichtigen lassen.

Ab dem ersten
Behandlungsfall

Anwendungsgebiete

Beträchtlicher
Zusatznutzen

2.2. AOK Niedersachsen verzichtet auf Genehmigung von sitzenden Krankenfahrten zur onkologischen Strahlen- oder Chemotherapie

Wie die AOK Niedersachsen mitteilte, müssen Fahrten zur onkologischen Strahlen- oder Chemotherapie mit dem öffentlichen Verkehrsmittel, Privat-PKW oder Taxi nicht mehr vorab genehmigt werden.

Höherwertige Transportmittel (zum Beispiel Rollstuhltaxi, Krankentransportwagen, etc.) sind von dieser grundsätzlichen Regelung ausgenommen. Diese Verordnungen sind weiterhin der AOK Niedersachsen zur Genehmigung vorzulegen.

Weiterhin zur Genehmigung vorzulegen

2.3. Arzneimittelquotenberichte Januar bis Juli 2015

Die monatliche Aktualisierung der Arzneimittelquotenberichte ist erfolgt. Der Zeitraum Januar bis Juli 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.

2.4. Heilmittel-Richtgrößeninformation

Die Heilmittel-Richtgrößeninformation für das 1. Quartal 2015 steht über unser KVN-Portal im Internet unter „Online-Dienste“, Rubrik „eDokumente“ zur Verfügung.

Ebenso können hier die Arzneimittel-Richtgrößeninformationen, Arzneimittelquotenberichte sowie GAmSi- und HIS-Berichte eingesehen werden.

3. Allgemeine Hinweise

3.1. Medizinische Versorgung von Flüchtlingen/Asylbewerbern

Dieses Jahr gibt es einen starken Anstieg der Flüchtlingszahlen. Damit einher geht eine steigende Nachfrage nach ärztlicher Versorgung; Das sowohl in den Aufnahmeeinrichtungen als auch in den Praxen. Wir beantworten Ihnen die wichtigsten Fragen zu Erstuntersuchung, Verordnungen, Abrechnung etc. im Internet auf unserer neuen Seite „Medizinische Versorgung von Flüchtlingen/Asylbewerbern“. Sie finden den Punkt direkt oben auf unserer Startseite www.kvn.de.

3.2. Ein Hygieneleitfaden - jetzt auch für psychotherapeutische Praxen

Im Nachgang zu dem bereits im Frühjahr 2014 vorgelegten Werk zur -Hygiene in der Arztpraxis- „Ein Leitfaden“ hat das Kompetenzzentrum Hygiene und Medizinprodukte der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung einen Leitfaden heraus gebracht, der speziell auf die Bedürfnisse psychotherapeutischer Praxen zugeschnitten ist. Grundlage für die Inhalte waren die Arbeit und die Bedürfnisse der psychotherapeutischen Praxen in der ganzen Breite und Vielfalt des Behandlungs- und Methodenspektrums.

Hygiene in psychotherapeutischen Praxen, ist das überhaupt ein Thema? Jede Einrichtung/Praxis hat die Pflicht für Infektionsschutz zu sorgen und die Weiterverbreitung von Krankheitserregern zu vermeiden. Aus diesem gesetzlichen Auftrag ergeben sich auch in psychotherapeutischen Praxen Anlässe, die gewisse Hygienestandards erfordern. Thematisiert werden auch die Besonderheiten in der Therapie von schwer erkrankten Patienten bis hin zu den Hygieneanforderungen, die zum Schutz von eventuellen Mitarbeitern beachtet werden müssen. Alles in allem ein komplexes Werk, aus dem die für die Praxis relevanten Themen ausgewählt werden können.

Den Hygieneleitfaden und ein Muster für einen Hygieneplan für die psychotherapeutische Praxis finden Sie als Download unter www.kvn.de/Praxis/Qualitaetssicherung/Hygiene-und-Medizinprodukte/Hygiene.

Therapie von schwer erkrankten Patienten

3.3. BKK-Vertrag „Hallo Baby“, hier: Teilnahme der Securvita BKK ab 1. Oktober 2015

Der BKK Landesverband Mitte informiert, dass die Securvita BKK ab 1. Oktober 2015 an der Rahmenvereinbarung teilnimmt. Damit gilt die Rahmenvereinbarung ab sofort für folgende Betriebskrankenkassen:

- BKK 24
- BKK B. Braun Melsungen
- BKK Deutsche Bank AG
- BKK Linde
- BKK Miele
- BKK Public
- BKK Salzgitter
- BKK Wirtschaft & Finanzen
- BKK ZF & Partner
- energie-BKK
- Heimat Krankenkasse
- R+V BKK
- Securvita BKK
- TUI BKK
- WMF Betriebskrankenkasse

Die komplette BKK-Vereinbarung „Hallo Baby“ steht im KVN-Portal (Verträge/Besondere Versorgung/Link: „BKK - Hallo Baby“) zur Verfügung.

3.4. Erweiterung der Kostenübernahme durch den Landkreis Cuxhaven bei der Behandlung von Asylbewerbern

Nach Mitteilung des Landkreises Cuxhaven erfolgt künftig eine erweiterte Kostenübernahme im Bereich der Schutzimpfungen und der Kinderfrüherkennungsuntersuchungen.

Der Landkreis Cuxhaven übernimmt bei Asylbewerbern alle auf der Grundlage der STIKO-Empfehlungen durchzuführenden Schutzimpfungen. Ausstehende Impfungen sind entsprechend der Vorgaben der STIKO nachzuholen.

Bei Asylkindern können versäumte Untersuchungen auch außerhalb der in der Kinder-Richtlinie vorgegeben Zeiträume nachgeholt werden.

Schutzimpfungen

Kinderfrüherkennungs-
untersuchungen

3.5. Hausarztvertrag mit der AOK Niedersachsen, hier: HzV-Einschreibewochen im 4. Quartal 2015

Im 4. Quartal 2015 erhöht die AOK Niedersachsen die Einschreibepauschale im Rahmen ihres HzV-Vertrages um zehn Euro. Somit werden alle Patientenneueinschreibungen in diesem Zeitraum mit einer Pauschale in Höhe von 20 Euro (GONR 99300) vergütet.

Zusätzlich zahlt die AOK Niedersachsen für HzV-Patienten, für die bislang noch keine Diagnosedokumentation im KVN-Portal erfolgte, für die erste Kodierung einer Indikationsgruppe speziell in diesem Aktionszeitraum eine einmalige Vergütung von insgesamt zehn Euro.

Diese wird im Honorarbescheid mithilfe der GONR 99306 (drei Euro) sowie der GONR 99307 (sieben Euro) ausgewiesen.

Pauschale von 20 Euro

4. Veranstaltungen im November und Dezember 2015

Hier bekommen Sie eine Übersicht über Seminare und Fortbildungen der KVN mit noch freien Plätzen im November und Dezember 2015. 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			
Der kleine Knigge - Souverän in den Berufsalltag	Hannover	20.Nov	115 Euro
Praxisbegehungen durch das Gewerbeaufsichtsamt	Hannover	7.Nov	20 Euro
Qualitätsmanagement für Psychotherapeuten	Hannover	28.Nov	135 Euro
Teamführung MFA	Verden	11.Nov	40 Euro
Zertifizierungsvorbereitung	Hannover	27.Nov	99 Euro
Abrechnung und Verordnung			
Behandlungs- und Schulungsprogramm Typ 2-Diabetes	Hannover	2.Dez	61 Euro
Hautkrebs-Screening	Hannover	21.Nov	99 Euro
Hautkrebs-Screening	Osnabrück	21.Nov	99 Euro
HZV Sonderverträge	Verden	6.Nov	110 Euro
Informationsreihe für medizinische Fachangestellte	Braunschweig	11.Nov	kostenlos
Informationsreihe für medizinische Fachangestellte	Braunschweig	11.Nov	kostenlos
Richtig kodieren nach ICD 10	Hannover	4.Nov	kostenlos
RLV und QZV - Honorar in Grenzen oder geht da noch mehr	Aurich	11.Nov	kostenlos

Medizinische und psychotherapeutische Themen			
DMP Asthma und COPD	Stade	18.Nov	20 Euro
DMP Diabetes mellitus Typ 2	Stade	14.Nov	20 Euro
DMP Diabetes mellitus Typ 2	Verden	21.Nov	20 Euro
DMP KHK	Stade	14.Nov	20 Euro
DMP KHK	Verden	21.Nov	20 Euro
Medizin im Bereitschaftsdienst	Stade	11.Nov	30 Euro
Wirtschaftsseminare			
Erfolgreiche Praxisabgabe	Lüneburg	10.Nov	kostenlos
Existenzgründerseminar Modul 2	Göttingen	7.Nov	kostenlos
Existenzgründertag	Hannover	25.Nov	kostenlos
EDV-Schulungen			
Workshop Praxisrelevante Internetrecherche (evidenzbasiert)	Hannover	20.Nov	105 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. Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses

BESCHLUSS

des Erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 4 SGB V in seiner 43. Sitzung am 22. September 2015

Teil A

zur Änderung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM)

mit Wirkung zum 1. Januar 2012

- 1. Aufnahme von Nr. 2 bis Nr. 5 in die Präambel zum Abschnitt 35.2 EBM**
2. Voraussetzung für die Berechnung der Gebührenordnungspositionen 35251 und 35252 [ab dem 01.01.2015: 35251, 35252 und 35253] ist eine im Quartalszeitraum abgerechnete Gesamtpunktzahl der Gebührenordnungspositionen 35200 bis 35225 von mindestens 459.563 Punkten [ab 01.10.2013: 162.734 Punkten] je Vertragsarzt bzw. -therapeut (Mindestpunktzahl) nach Nummer 1 der Präambel. Sofern bei einem Vertragsarzt bzw. -therapeuten kein voller Tätigkeitsumfang vorliegt, ist die Mindestpunktzahl mit dem Tätigkeitsumfang laut Zulassungs- bzw. Genehmigungsbescheid anteilig zu reduzieren.
3. Die Gebührenordnungspositionen 35251 und 35252 [ab 01.01.2015: 35251, 35252 und 35253] sind berechnungsfähig, sobald im Abrechnungsquartal die abgerechnete Gesamtpunktzahl der Gebührenordnungspositionen 35200 bis 35225 das Punktzahlvolumen gemäß Nummer 2 überschreitet.
4. Die Regelung gemäß Nummer 3 wird wie folgt umgesetzt: Die Kassenärztliche Vereinigung setzt die Gebührenordnungspositionen 35251 und 35252 [ab 01.01.2015: 35251, 35252 und 35253] im Quartal als Zuschläge zu allen abgerechneten Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen 35200 bis 35225 zu. Die Bewertung der zugesetzten Gebührenordnungspositionen ist jeweils mit einer Quote zu multiplizieren, die sich aus der Differenz der abgerechneten Gesamtpunktzahl der Gebührenordnungspositionen 35200 bis 35225 des Vertragsarztes bzw. -therapeuten zur Mindestpunktzahl gemäß Nummer 2 im Verhältnis zur abgerechneten Gesamtpunktzahl der Gebührenordnungspositionen 35200 bis 35225 des Vertragsarztes bzw. -therapeuten ergibt und mindestens den Wert 0 annimmt.
5. Bei der Ermittlung der abgerechneten Gesamtpunktzahl gemäß den Nummern 2 und 3 sowie der Quote gemäß Nummer 4 sind die in einem Selektivvertrag

abgerechneten Leistungen inhaltlich entsprechend Kapitel 35.2 auf Nachweis des Vertragsarztes bzw. -therapeuten zu berücksichtigen.

2. Änderung der Bewertung der Gebührenordnungspositionen im Abschnitt 35.2 EBM

GOP des EBM	Bewertung in Punkten			
	bis 31.12.2011	01.01.2012 bis 30.09.2013	01.10.2013 bis 31.12.2014	ab 01.01.2015
35200	2315	2375	841	841
35201	2315	2375	841	841
35202	1150	1180	418	418
35203	1150	1180	418	418
35205				836
35208				836
35210	2315	2375	841	841
35211	1150	1180	418	418
35212				836
35220	2315	2375	841	841
35221	2315	2375	841	841
35222	1150	1180	418	418
35223	1150	1180	418	418
35224	580	595	211	211
35225	580	595	211	211

3. Aufnahme von Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen 35251 und 35252 in den Abschnitt 35.2 EBM (gültig ab 01.01.2012)

35251 **Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 35200, 35201, 35210, 35220 und 35221 gemäß der Nummer 2 der Präambel zu Abschnitt 35.2**

405 Punkte
[ab 01.10.2013: 143 Punkte]

Die Gebührenordnungsposition 35251 wird durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt und gemäß Nummer 4 der Präambel zum Abschnitt 35.2 bewertet.

35252 **Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 35202, 35203, 35211, 35222, 35223, 35224 und 35225**

gemäß der Nummer 2 der Präambel zu
Abschnitt 35.2

165 Punkte
[ab 01.10.2013: 58 Punkte]

Die Gebührenordnungsposition 35252 wird durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt und gemäß Nummer 4 der Präambel zum Abschnitt 35.2 bewertet.

4. Aufnahme einer Leistung nach der Gebührenordnungsposition 35253 in den Abschnitt 35.2 EBM (gültig ab 01.01.2015)

35253 **Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 35205, 35208 und 35212** gemäß der Nummer 2 der Präambel zu Abschnitt 35.2

114 Punkte

Die Gebührenordnungsposition 35253 wird durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt und gemäß Nummer 4 der Präambel zum Abschnitt 35.2 bewertet.

5. Aufnahme weiterer Leistungen im Anhang 3 zum EBM

GOP	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
35251	Zuschlag I	KA	./.	Keine Eignung
35252	Zuschlag II	KA	./.	Keine Eignung
35253	Zuschlag III	KA	./.	Keine Eignung

Protokollnotiz:

Der Bewertungsausschuss wird die künftige Ausgestaltung der Gebührenordnungspositionen 35251, 35252 und 35253 in Abhängigkeit von der Ausgestaltung der Psychotherapie-Richtlinie im Gemeinsamen Bundesausschuss im Hinblick auf die sachgerechte Verwendung der zur Vergütung dieser Gebührenordnungspositionen bereitgestellten Finanzmittel überprüfen.



Informationen für die Praxis

KVN-Rundschreiben

September 2015

Inhaltsverzeichnis

1. Abrechnung	3
1.1. Abgabetermin für das 3. Quartal 2015	3
1.2. Amtliche Mitteilung der KVN zum HVM für das 4. Quartal 2015 für Haus- und Kinderärzte	3
2. Verordnungen.....	4
2.1. Zum 1. August 2015 ist das Präparat Isomol® in die Anlage V der Arzneimittel-Richtlinie aufgenommen worden.....	4
2.2. Änderungen beim Bezug von Krankengeld in Kraft getreten	5
2.3. Änderung der Anlage III (Verordnungseinschränkungen und -ausschlüsse) der Arzneimittel-Richtlinie.....	5
2.4. Arzneimittelquotenberichte Januar bis Juni 2015	5
3. Allgemeine Hinweise.....	6
3.1. Hausarztverträge der BARMER GEK und der SVLFG hier: Altersgrenze entfallen.....	6
3.2. Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung und Krankengeldauszahlungsschein ab 1. Januar 2016 auf einem Formular zusammengefasst.....	6
3.3. Medizinische Versorgung von Asylbewerbern	7
3.4. Projekt „Trittsicher durchs Leben“ mit der Landwirtschaftlichen Krankenkasse.....	8
3.5. Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger hier: Mannschaftsarztverfahren.....	9
3.6. Gemeinsame Arbeitsgruppe Arzneimittel hier: Informationsschreiben über die Verordnung von Protonenpumpeninhibitoren	9
3.7. Neuer Betreuungsstrukturvertrag für Fachärzte mit der BARMER GEK mit Wirkung ab 1. Juli 2015.....	9
3.8. Am 1. Oktober 2015 startet der Hausarztvertrag mit der AOK Bremen/Bremerhaven	10

3.9.	Am 1. Oktober 2015 startet der Hausarztvertrag mit der Kaufmännischen Krankenkasse - KKH	10
3.10.	Am 1. Oktober 2015 startet der Hausarztvertrag mit der pronova BKK.....	11
3.11.	Änderung der Formularbestellung in der Bezirksstelle Verden	12
3.12.	Neues Informationsblatt zur Hausarztzentrierten Versorgung erschienen	12
3.13.	Professionelle Selbsthilfearbeit in Niedersachsen.....	12
3.14.	Seminarangebote 2016	13
3.15.	Warum haben Sie sich für eine Niederlassung entschieden?	13
4.	Veranstaltungen im Oktober und November 2015	14
5.	Anlagenverzeichnis	17
5.1.	Amtliche Mitteilung zum HVM für Haus- und Kinderärzte.....	17
5.2.	Abrechnungsinformation	17
5.3.	Merkblatt.....	17
5.4.	Informationsschreiben Protonenpumpeninhibitoren.	17
5.5.	Fax-Bestellformular.....	17
5.6.	Flyer	17

1. Abrechnung

1.1. Abgabetermin für das 3. Quartal 2015

Der Abgabetermin für die Abrechnung des 3. Quartals 2015 ist der 6. Werktag des Quartals und somit der 8. Oktober 2015.

8. Oktober 2015

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;
- die abzugebenden Behandlungsausweise (sortiert nach der Liste: KBV-Prüfmodul Abgabe Behandlungsausweise) einzureichen;
- abhängig von Ihren erbrachten Leistungen:
Früherkennungskoloskopie, Hautkrebsscreening, Daten gemäß der QS-Richtlinie Dialyse rechtzeitig online zu dokumentieren und zu übertragen;
- gegebenenfalls 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 Abrechnungsceners

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

1.2. Amtliche Mitteilung der KVN zum HVM für das 4. Quartal 2015 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 artzindividuelle RLV/QZV ergibt sich danach - vereinfacht gesagt - aus dem jeweils ermittelten artzgruppenspezifischen Fallwert und der aktuellen individuellen Fallzahl des laufenden Quartals. Das bedeutet, dass ab 4/2015 für Haus- und Kinderärzte keine artzindividuelle RLV/QZV-Budgetzuweisung mehr vor Quartalsbeginn erfolgen kann. Vielmehr werden künftig immer per Rundschreiben (sowie im KVN-Portal) ebenfalls vor Quartalsbeginn die artzgruppenspezifischen RLV/QZV-Fallwerte als so genannte Mindestfallwerte bekannt gegeben. „Mindest“-

Mindestfallwerte

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 4. Quartal 2015 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 2015 über das KVN-Portal abrufbar.

Für den fachärztlichen Versorgungsbereich ergibt sich keine Änderung in der RLV/QZV-Zuweisung. Die Neufassung des Honorarverteilungsmaßstabes (HVM) ab 4/2015 findet sich auf www.kvn.de/Ueberruns/Amtliche-Bekanntmachungen/. Rückfragen beantwortet Ihre zuständige KVN-Bezirksstelle.

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

2. Verordnungen

2.1. Zum 1. August 2015 ist das Präparat Isomol® in die Anlage V der Arzneimittel-Richtlinie aufgenommen worden

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

2.2. Änderungen beim Bezug von Krankengeld in Kraft getreten

Mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) haben sich die Regelungen zum Bezug von Krankengeld geändert. Der Anspruch auf Krankengeld entsteht bereits ab dem Tag der ärztlichen Feststellung und nicht mehr wie bisher ab dem Folgetag.

Ab dem Tag der Feststellung

Zudem bleibt der Anspruch auf Krankengeld bestehen, wenn die Folgebescheinigung spätestens am nächsten Werktag nach dem zuletzt bescheinigten Ende der Arbeitsunfähigkeit erfolgt, Samstage gelten dabei nicht als Werktage.

Beispiel: Endet die Erstbescheinigung am Freitag, muss sich der Patient für eine lückenlose Fortzahlung des Krankengeldes spätestens am Montag in der Praxis vorstellen und sich eine Folgebescheinigung ausstellen lassen.

Beispiel

2.3. Änderung der Anlage III (Verordnungseinschränkungen und -ausschlüsse) der Arzneimittel-Richtlinie

Mit Wirkung vom 2. September 2015 wird die Anlage III der Arzneimittelrichtlinie geändert. Unter der Nummer 12 „Antidiarrhoika“ wird folgender Abschnitt eingefügt:

„c) ausgenommen Lactobacillus rhamnosos GG (mindestens 5 x 10⁹ koloniebildende Einheiten/Dosiseinheit) bei Säuglingen und Kleinkindern zusätzlich zu Rehydratationsmaßnahmen.“

Entsprechende Produkte sind also in den genannten Fällen zu Lasten der GKV ordnungsfähig.

Den vollständigen Beschluss des G-BA 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. Arzneimittelquotenberichte Januar bis Juni 2015

Die monatliche Aktualisierung der Arzneimittelquotenberichte ist erfolgt. Der Zeitraum Januar bis Juni 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.

3. Allgemeine Hinweise

3.1. Hausarztverträge der BARMER GEK und der SVLFG hier: Altersgrenze entfallen

Bei der Patienteneinschreibung ist keine Altersbegrenzung mehr zu beachten. Die bisherige Einschränkung „ab 15 Jahren“ ist aufgehoben. Darüber hinaus wurden infolge der Fusion der früheren LKK Niedersachsen/Bremen und der Krankenkasse für den Gartenbau zur Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG) als Landwirtschaftliche Krankenkasse aktuell die Teilnahmeerklärung der Versicherten sowie die Patienteninformation zum Datenschutz redaktionell überarbeitet. Auch die Teilnahmeerklärung der BARMER GEK hat geringfügige Anpassungen erfahren.

Ab 28. August 2015 stehen die angepassten Dokumente in der HzV-Webanwendung im KVN-Portal zur Verfügung. Beide Hausarztverträge stehen im KVN-Portal unter dem jeweiligen Kassennamen in den Rubriken: Verträge/Hausarztzentrierte Versorgung bereit.

3.2. Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung und Krankengeldauszahlungsschein ab 1. Januar 2016 auf einem Formular zusammengefasst

Die Bescheinigung für die Krankengeldzahlung (Muster 17) wird zum 1. Januar 2016 in die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (Muster 1) integriert. Somit gibt es künftig für die Feststellung der Arbeitsunfähigkeit nur noch das Muster 1. Die wichtigsten Neuerungen des Musters 1 haben wir Ihnen hier zusammengestellt:

- Mit dem neuen Muster 1 kann sowohl die Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit als auch die Bescheinigung für die Krankengeldzahlung erfolgen. Krankenkassenindividuelle Auszahlungsscheine entfallen.
- Das Muster 1 enthält zukünftig einen kleinen Abschnitt, der im Krankengeldfall durch den Vertragsarzt ausgefüllt wird. Mit der Formulierung „ab 7. AU-Woche oder sonstiger Krankengeldfall“ soll vor allem der Regelfall im Krankengeldbezug abgebildet werden.
- Die Bescheinigung für die Krankengeldzahlung kann PVS-gestützt ausgestellt werden, das heißt, das händische Ausfüllen der „Auszahlungsscheine“ entfällt.
- Der Vertragsarzt stellt mit dem Muster 1 zum Ende des Krankengeldbezuges beziehungsweise wenn das Ende der Erkrankung absehbar ist, eine „Endbescheinigung“ aus.
- Die Diagnosen müssen nach § 295 Abs. 1 SGB V sowie nach den Vorgaben der Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie (§ 5 Abs. 1 Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie) als ICD-10-Code angegeben werden. Zusätzlich gibt es jedoch die Möglichkeit, die Diagnose als Freitext/Klartext aufzutragen.
- Die Empfehlung für die Einleitung besonderer Maßnahmen zielt nur noch auf die Maßnahmen ab, die im Kontext der Arbeitsunfähigkeit eine wichtige Rolle spielen (z. B. medizinische

Teilnahmeerklärung
überarbeitet

Wichtigste Neuerungen

Rehabilitation, stufenweise Wiedereingliederung). Nicht mehr zeitgemäße Empfehlungen aus dem aktuellen Muster 1 (z. B. Badekur, Heilverfahren, MDK) wurden gestrichen.

- Zukünftig umfasst das Muster 1 einen Durchschlag für Patienten (neben den Durchschlägen für den Vertragsarzt, die Krankenkasse und den Arbeitgeber). Ein Hinweis auf dem Durchschlag informiert den Patienten darüber, wann er sich im Krankengeldfall bei seinem Vertragsarzt vorstellen muss, damit kein Krankengeldverlust droht. Für Vertragsärzte, die derzeit von Patienten zum Teil rechtlich wegen nicht rechtzeitig ausgestellter Bescheinigungen belangt werden, bedeutet dies eine Entlastung.

Ebenfalls zum 1. Januar 2016 wird das Muster 52 (Anfragen bei Fortbestehen der Arbeitsunfähigkeit) angepasst. Das angepasste Muster 52 enthält künftig den Hinweis, dass der ICD-10-Code aufgetragen werden muss. Zusätzlich besteht die Möglichkeit, die Diagnosen als Freitext/Klartext anzugeben. Darüber hinaus handelt es sich um sprachliche Anpassungen und Umstellungen, um die Arbeit mit dem Muster zu erleichtern.

Muster 52

Ab 1. Januar 2016 sind ausschließlich die neuen Muster 1 und 52 zu verwenden. Bitte denken Sie daran, die neuen Vordrucke frühzeitig zu bestellen.

3.3. Medizinische Versorgung von Asylbewerbern

Aufgrund vermehrter Nachfragen möchten wir die Bestimmungen zur medizinischen Versorgung von Asylbewerbern in Erinnerung rufen.

Bei der Gesundheitsuntersuchung in der Aufnahmeeinrichtung handelt es sich nicht um vertragsärztliche Leistungen. Die dort durchzuführende ärztliche Untersuchung auf übertragbare Krankheiten, einschließlich einer Röntgenaufnahme der Atmungsorgane, obliegt den Landesaufnahmebehörden. Wenn sich die Landesaufnahmebehörden hierfür der Unterstützung des niedergelassenen Bereichs bedienen, sind die Honorierungsfragen bilateral zu regeln.

Gesundheitsuntersuchung
Aufnahmeeinrichtung

Auch die Gestellung und Bezahlung eines gegebenenfalls erforderlichen Dolmetschers obliegt nicht der Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung und damit auch nicht dem Vertragsarzt.

Dolmetscher

Nach Stellung des Asylantrages hat der Hilfeberechtigte nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) einen eingeschränkten Leistungsanspruch. So ist ihm nur die zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände erforderliche ärztliche Behandlung zu gewähren. Des Weiteren hat er einen Anspruch auf Schutzimpfungen und Vorsorgeuntersuchungen entsprechend der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses.

Eingeschränkter
Leistungsanspruch

Der Hilfeberechtigte hat vor Behandlungsbeginn dem Arzt den vom Kostenträger ausgestellten Behandlungsausweis vorzulegen. Legt der Hilfeberechtigte keinen Behandlungsschein vor, ist der Arzt, ausgenommen von Notfällen, verpflichtet, den Patienten vor Behandlungsbeginn an den Kostenträger zu verweisen.

Kein
Behandlungsschein

Wird kein Behandlungsschein vorgelegt, und muss wegen der Eilbedürftigkeit eine Behandlung durchgeführt werden, kann der Arzt die im Notfall erbrachten Leistungen auf dem „Abrechnungsschein für den ärztlichen Notdienst“ (Muster 19) über die KVN abrechnen.

Beginn und Ende der Geltungsdauer des Behandlungsausweises können vom Kalendervierteljahr abweichend durch den Kostenträger begrenzt werden. Die Einschränkung ist in der Regel auf der rechten Seite des Behandlungsscheins unter „Zur Beachtung für den Arzt“ zu finden“. (Beispiel: Die Gültigkeit des vom Kostenträger ausgestellten Behandlungsausweises erlischt, wenn die Behandlung nicht innerhalb von sieben Tagen nach seiner Ausstellung einsetzt.) Ärztliche Leistungen die außerhalb des Gültigkeitszeitraums erbracht werden, werden von den Kostenträgern nicht vergütet.

Hält der Arzt die Überweisung zur Mit- oder Weiterbehandlung durch einen Arzt einer anderen Gebietsbezeichnung für erforderlich, so stellt er einen Überweisungsschein aus, der der Genehmigung durch den Kostenträger bedarf beziehungsweise verweist den Hilfeberechtigten an den Kostenträger, damit dieser einen neuen Behandlungsschein ausstellt. Welche der beiden Verfahren anzuwenden ist, wird durch den Kostenträger auf dem Behandlungsausweis vermerkt.

Überweisung

Damit auch der die Überweisung entgegennehmende Arzt von dem eingeschränkten Leistungsanspruch für diesen Personenkreis Kenntnis erhält, ist die Überweisung zwingend im Statusfeld mit dem Zusatz „Asyl“ zu kennzeichnen.

Zusatz „Asyl“

3.4. Projekt „Trittsicher durchs Leben“ mit der Landwirtschaftlichen Krankenkasse

Die SVLFG (Landwirtschaftliche Krankenkasse) bietet im Rahmen eines Modellvorhabens ausgewählten Versicherten aus 47 Interventionslandkreisen (neun davon in Niedersachsen) mit erhöhtem Risiko für Stürze und Frakturen neben der Teilnahme an Bewegungskursen insbesondere die Empfehlung und Durchführung einer Knochendichtemessung an. Die ausgewählten Versicherten weisen sich durch einen personalisierten Anspruchsnachweis (verbleibt in der Praxis) gegenüber dem Hausarzt und dem die Knochendichtemessung durchführenden Facharzt aus.

Knochendichtemessung

Die Beratung zur Knochendichtemessung und die Überweisung hierfür wird dem Hausarzt extrabudgetär mit 15 Euro vergütet. Die Durchführung der Knochendichtemessung durch den Facharzt wird diesem ebenfalls extrabudgetär mit 45 Euro vergütet.

Eine Abrechnungsinformation sowie ein Merkblatt sind als Anlage beigefügt. Diese sowie der Vertragstext sind im KVN-Portal unter Verträge/sonstige Verträge/SVLFG „Trittsicher durchs Leben“ abrufbar.

Anlage 5.2: Abrechnungsinformation

Anlage 5.3: Merkblatt

3.5. **Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger** hier: **Mannschaftsarztverfahren**

Wir informieren Sie über das neue Mannschaftsarztverfahren (M-Arzt-Verfahren) der Verwaltungsberufsgenossenschaft (VBG) Hamburg. Es ist besonders für Ärzte eine Alternative, die Sportvereine betreuen und bislang an dem H-Arzt-Verfahren beteiligt sind (H-Ärzte). Wie bekannt, endet das H-Arzt-Verfahren am 1. Januar 2016.

Seit Juli 2015 besteht die Möglichkeit, im Rahmen eines dreijährigen Projektes die Tätigkeit als Mannschaftsarzt im M-Arzt-Verfahren der VBG Hamburg aufzunehmen. Bei der VBG Hamburg sind alle Sportvereine versichert. Die Voraussetzungen sowie Anträge für die Teilnahme können auf den Informationsseiten der VBG (www.vbg.de /Versicherungsschutz und Leistungen/Was leisten wir?/M-Arzt-Verfahren) heruntergeladen werden.

3.6. **Gemeinsame Arbeitsgruppe Arzneimittel** hier: **Informationsschreiben über die Verordnung von Protonenpumpeninhibitoren**

Im Anhang finden Sie das zweite Informationsschreiben der AG Arzneimittel. Es thematisiert die Verordnung von Protonenpumpeninhibitoren und gibt Tipps für die Praxis. Insbesondere wird auf mögliche Indikationen aber auch Nebenwirkungen dieser Arzneimittel eingegangen.

Das Informationsschreiben der AG Arzneimittel finden Sie in Kürze auch im KVN-Portal unter Verordnungen/Arzneimittel/ Veröffentlichungen.

In der Arzneimittelvereinbarung 2015 wurde die Einrichtung einer gemeinsamen Arbeitsgruppe (AG) seitens der Verbände der niedersächsischen Krankenkassen und der KVN zur Erreichung einer bedarfsgerechten, qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimittelversorgung vereinbart. Eine Aufgabe der AG ist die Information der Vertragsärzte über pharmakologische und wirtschaftliche Aspekte zu ausgewählten Arzneimitteln, um sie in ihrer täglichen Verordnungspraxis zu unterstützen.

Anhang 5.4: Informationsschreiben Protonenpumpeninhibitoren

3.7. **Neuer Betreuungsstrukturvertrag für Fachärzte mit der BARMER GEK mit Wirkung ab 1. Juli 2015**

Mit der BARMER GEK konnte nunmehr ein Betreuungsstrukturvertrag nach dem Muster der bereits bestehenden Betreuungsstrukturverträge mit der AOK, TK und der hkk vereinbart werden. Hinsichtlich der Vertragsziele, Teilnahmeverfahren, Abrechnung und Finanzierung unterscheiden sich diese Verträge nicht. Wir weisen darauf hin, dass die Indikationsgruppenliste der BARMER GEK nur 31 Indikationsgruppen umfasst. Diese Indikationsgruppenliste ist im Anhang zu Anlage 1 des Vertrages einsehbar. Alle an der fachärztlichen Versorgung beteiligten Ärzte können ab sofort ihre Teilnahme auch an diesem neuen Betreuungsstrukturvertrag beantragen. Die vollständigen Vertragsunterlagen

Hintergrund

Liste
Indikationsgruppen

sowie der Teilnahmeantrag für den Facharzt sind im KVN-Portal unter Verträge/Strukturverträge/BARMER-GEK-Betreuungsstrukturvertrag eingestellt oder über die Bezirksstelle erhältlich.

3.8. Am 1. Oktober 2015 startet der Hausarztvertrag mit der AOK Bremen/Bremerhaven

Die KVN hat gemeinsam mit den Hausärzteverbänden Niedersachsen und Braunschweig einen neuen Vertrag zur hausarztzentrierten Versorgung mit der AOK Bremen/Bremerhaven geschlossen. Ab dem 1. Oktober 2015 steht diese besondere hausärztliche Versorgung auch Versicherten der AOK Bremen/Bremerhaven zur Verfügung.

Dieser Hausarztvertrag übernimmt alle Regelungen des bereits bestehenden Hausarztvertrages mit der AOK Niedersachsen. Hierzu zählt auch das so genannte „Grünlückmodul“.

Abweichend vom Vertrag mit der AOKN ist für die Patiententeilnahme relevant, dass jeweils die Originale der Teilnahmeerklärung von Versicherten in der Arztpraxis verbleiben können. Diese müssen nicht an die AOK Bremen/Bremerhaven gesandt werden. Es existiert eine Altersgrenze von 15 Jahren und es dürfen nur Patienten eingeschrieben werden, die in Niedersachsen wohnen (beziehungsweise angrenzende Gebiete). Die Vergütungen entsprechen den bekannten Regelungen mit der AOKN.

Entscheidend ist die elektronische Patientenerfassung in der vertrags-eigenen Webanwendung. Diese steht teilnehmenden Hausärzten ab 1. Oktober 2015 im KVN-Portal/Online-Dienste/Sonderverträge/Hausarztvertrag mit der AOK Bremen/Bremerhaven zur Verfügung.

Hausärzte, welche am Stichtag 1. Oktober 2015 am HzV-Vertrag mit der AOK Niedersachsen teilnehmen, müssen keinen gesonderten Teilnahmeantrag stellen. Diese Hausärzte werden automatisch für die entsprechende Webanwendung freigeschaltet und können an diesem Vertrag unbürokratisch sofort teilnehmen. Sollte dies arztseitig nicht gewünscht sein, so kann der Teilnahme an dem Vertrag selbstverständlich widersprochen werden.

Spätere Vertragsteilnahmen müssen wie üblich separat beantragt werden. Die vollständigen Vertragsunterlagen sowie der Teilnahmeantrag für den Hausarzt sind im KVN-Portal unter Verträge/Hausarztzentrierte Versorgung/AOK Bremen/Bremerhaven eingestellt.

3.9. Am 1. Oktober 2015 startet der Hausarztvertrag mit der Kaufmännischen Krankenkasse - KKH

Die KVN hat gemeinsam mit den Hausärzteverbänden Niedersachsen und Braunschweig einen neuen Vertrag zur hausarztzentrierten Versorgung mit der Kaufmännischen Krankenkasse KKH geschlossen. Ab dem 1. Oktober 2015 steht diese besondere hausärztliche Versorgung auch Versicherten der KKH zur Verfügung.

Teilnahmeerklärung
nicht an AOK senden

Kein gesonderter
Teilnahmeantrag

Wesentliche Inhalte gleichen den bestehenden Hausarztverträgen mit der AOK, der BARMER GEK, der BKK, der hkk und der SVLFG als Landwirtschaftliche Krankenkasse.

Für die Patiententeilnahme ist relevant, dass keine Altersgrenze existiert und die vollständige Patienteneinschreibung mit 13 Euro vergütet wird. Die Übersendung der Patiententeilnahmeerklärung an die KKH ist nur auf besondere Anforderung erforderlich. Regelhaft verbleibt das Original zu Nachweiszwecken in der Hausarztpraxis.

Keine Altersgrenze

Entscheidend ist die elektronische Patientenerfassung in der vertragseigenen Webanwendung. Diese steht teilnehmenden Hausärzten ab 1. Oktober 2015 im KVN-Portal/Online-Dienste/Sonderverträge/Hausarztvertrag mit der KKH zur Verfügung.

Hausärzte können ab sofort ihre Teilnahme am neuen Hausarztvertrag beantragen. Die vollständigen Vertragsunterlagen sowie der Teilnahmeantrag für den Hausarzt sind im KVN-Portal unter Verträge/Hausarztzentrierte Versorgung/KKH eingestellt.

3.10. Am 1. Oktober 2015 startet der Hausarztvertrag mit der pronova BKK

Die KVN hat gemeinsam mit den Hausärzteverbänden Niedersachsen und Braunschweig einen neuen Vertrag zur hausarztzentrierten Versorgung mit der pronova BKK geschlossen. Ab dem 1. Oktober 2015 steht diese besondere hausärztliche Versorgung auch Versicherten dieser Krankenkasse zur Verfügung.

Wesentliche Inhalte gleichen den bereits bestehenden Hausarztverträgen (z. B. mit der AOKN, der BARMER GEK, usw.).

Für die Patiententeilnahme ist relevant, dass keine Altersgrenze existiert. Es dürfen alle Versicherten dieser Krankenkasse eingeschrieben werden. Die vollständige Einschreibung wird mit 13 Euro und die Vertragsmanagementpauschale mit sechs Euro vergütet. Die übrigen Vergütungen entsprechen weitgehend den bekannten Regelungen. Die Übersendung der Patiententeilnahmeerklärung an die pronova BKK ist nur auf besondere Anforderung erforderlich. Regelhaft verbleibt das Original zu Nachweiszwecken in der Hausarztpraxis.

Keine Altersgrenze

Entscheidend ist die elektronische Patientenerfassung in der vertragseigenen Webanwendung. Diese steht teilnehmenden Hausärzten ab 1. Oktober 2015 im KVN-Portal/Online-Dienste/Sonderverträge/Hausarztvertrag mit der pronova BKK zur Verfügung.

Hausärzte können ab sofort ihre Teilnahme am neuen Hausarztvertrag beantragen. Die vollständigen Vertragsunterlagen sowie der Teilnahmeantrag für den Hausarzt sind im KVN-Portal unter Verträge/Hausarztzentrierte Versorgung/ pronova BKK eingestellt.

3.11. Änderung der Formularbestellung in der Bezirksstelle Verden

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 Verden künftig die aufwendige Abholung von Formularen vor Ort. Im Zuge der Umstellung auf diesen neuen Service kann die Bezirksstelle Verden 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/Verden/Formularbestellungen abrufen. Darüber hinaus erhalten Sie das beigefügte Fax-Bestellformular mit jeder Lieferung.

Abholung entfällt

Anhang 5.5: Fax-Bestellformular

3.12. Neues Informationsblatt zur Hausarztzentrierten Versorgung erschienen

Um den Patienten die Hausarztzentrierte Versorgung nahe zu bringen, haben die KVN und die Hausärzteverbände Niedersachsen und Braunschweig gemeinschaftlich einen Info-Flyer entwickelt. Er erläutert in patientenverständlicher Sprache den Grundgedanken der hausarztzentrierten Versorgung und die Vorteile, die sie eingeschriebenen Patienten bietet. Außerdem soll er die Einschreibung von Patienten in alle HzV-Verträge unterstützen. Der Flyer ist zu Auslage in der Praxis bestimmt. Er ist ab sofort kostenlos über die Formularbestellung im KVN-Portal erhältlich.

Einschreibung unterstützen

3.13. Professionelle Selbsthilfearbeit in Niedersachsen

Neuer Servicepartner für Arztpraxen in ganz Niedersachsen

Mit einem weiteren Kooperationspartner, dem Selbsthilfe-Büro Niedersachsen, weiten die hkk Krankenkasse und die Kassenärztlichen Vereinigung (KVN) gemeinsam das im letzten Jahr ins Leben gerufene Selbsthilfeprojekt „Selbsthilfe hilft“ nun auf ganz Niedersachsen aus. Das Selbsthilfe-Büro Niedersachsen ist eine landesweite Service-, Informations- und Koordinierungseinrichtung und ab sofort Kooperationspartner der Aktion für alle Arztpraxen in ganz Niedersachsen.

Selbsthilfegruppen sind aus dem Gesundheits- und Sozialsystem nicht mehr wegzudenken. Das Bedürfnis nach umfassender Information und Beratung motiviert Menschen, sich mit anderen Betroffenen oder Angehörigen auszutauschen.

Im Falle von Krankheit oder schweren Schicksalsschlägen suchen Menschen häufig Rat und Unterstützung beim Arzt ihres Vertrauens. In den Arztpraxen wird die Zeit für diese Art von Gesprächen jedoch

immer knapper. Daraus entstand die Idee, einer stärkeren Vernetzung von Arztpraxen und professioneller Selbsthilfearbeit. Im letzten Jahr haben sich bereits mehr als 250 Arztpraxen der Regionen Hannover und Oldenburg für das Selbsthilfeprojekt engagiert und ihre Patienten mit umfangreichen Informationsmaterialien versorgt. Auch in diesem Jahr können alle interessierten Arztpraxen unter der E-mail-Adresse selbsthilfe@hkk.de kostenlos ein Selbsthilfepaket für ihre Praxis anfordern. Das Servicepaket besteht aus einem attraktiven Prospektständer gefüllt mit Informationen zur Selbsthilfe.

Anhang 5.6: Flyer

3.14. Seminarangebote 2016

Auch im Jahr 2016 bietet Ihnen Ihre Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen ein umfassendes Seminarangebot an. Die Themen mit den ausführlichen Kursinhalten finden Sie ab dem 30. September 2015 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 2015.

Ansprechpartner für die Seminare

Frau Marlen Hilgenböcker, Telefon: 0511 380-3311, 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

Kontaktadresse

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

3.15. Warum haben Sie sich für eine Niederlassung entschieden?

Dieser Frage geht die Universität des Saarlandes im Rahmen einer Studie zur Niederlassungsbereitschaft von Ärzten nach. Dabei interessieren insbesondere die individuellen Gründe und Motive von Ärzten, die für oder gegen eine Niederlassung sprechen. Mit den Ergebnissen der Studie soll besser abgeschätzt werden können, welche Entwicklung die ambulante medizinische Versorgung in Deutschland in Zukunft nehmen wird, welche Faktoren die Niederlassungsbereitschaft bestimmen, und ob beziehungsweise wie die ambulante medizinische Versorgung unter den gegebenen strukturellen Rahmenbedingungen besser sichergestellt werden kann.

Link zur Online-Befragung

<https://www.soscisurvey.de/berufsausuebungmediziner/?q=qnr2>

4. Veranstaltungen im Oktober und November 2015

Hier bekommen Sie eine Übersicht über Seminare und Fortbildungen der KVN mit noch freien Plätzen im Oktober und November 2015. 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	3.Nov	139 Euro
Der kleine Knigge - Souverän in den Berufsalltag	Hannover	20.Nov	115 Euro
Kommunikationstraining für MFA Modul 3: Umgang mit unterschiedlichen Patientengruppen	Oldenburg	18.Nov	65 Euro
Personalführung für PraxismitarbeiterIn	Hannover	13.Okt	139 Euro
Praxisbegehungen durch das Gewerbeaufsichtsamt	Hannover	7.Nov	20 Euro
QEP-Aktuell	Oldenburg	4.Nov	85 Euro
Qualitätsmanagement für Psychotherapeuten	Hannover	28.Nov	135 Euro
Qualitätsmanagementbeauftragte/r (3-tägig)	Oldenburg	6.Nov	289 Euro
Refresherkurs PraxismanagerIn - Aufbauseminar (3-tägig)	Oldenburg	25.Nov	295 Euro
Teamführung MFA	Verden	11.Nov	40 Euro
Zertifizierungsvorbereitung	Hannover	27.Nov	99 Euro
Abrechnung und Verordnung			
Abrechnung aktuell	Papenburg	7.Okt	kostenlos
Hautkrebs-Screening	Osnabrück	21.Nov	99 Euro
HZV Sonderverträge	Verden	6.Nov	110 Euro

Richtig kodieren nach ICD 10	Hannover	4.Nov	kostenlos
RLV und QZV - Honorar in Grenzen oder geht da noch mehr	Aurich	11.Nov	kostenlos
Medizinische und psychotherapeutische Themen			
DMP Asthma und COPD	Verden	10.Okt	20 Euro
DMP Asthma und COPD	Stade	18.Nov	20 Euro
DMP Diabetes mellitus Typ 2	Stade	14.Nov	20 Euro
DMP Diabetes mellitus Typ 2	Verden	21.Nov	20 Euro
DMP KHK	Stade	14.Nov	20 Euro
DMP KHK	Verden	21.Nov	20 Euro
Medizin im Bereitschaftsdienst	Stade	11.Nov	30 Euro
Wirtschaftsseminare			
Erfolgreiche Praxisabgabe	Lüneburg	10.Nov	kostenlos
Existenzgründerseminar Modul 1	Göttingen	10.Okt	kostenlos
Existenzgründerseminar Modul 2	Göttingen	7.Nov	kostenlos
Existenzgründertag	Hannover	25.Nov	kostenlos
Konfliktmanagement in der Arztpraxis	Hildesheim	8.Okt	kostenlos
Weiterbildungsassistenten - Praxisseminar	Hannover	7.Okt	kostenlos
EDV-Schulungen			
Workshop Praxisrelevante Internetrecherche (evidenzbasiert)	Hannover	20.Nov	105 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. Amtliche Mitteilung zum HVM für Haus- und Kinderärzte
- 5.2. Abrechnungsinformation
- 5.3. Merkblatt
- 5.4. Informationsschreiben Protonenpumpeninhibitoren
- 5.5. Fax-Bestellformular
- 5.6. Flyer

Amtliche Mitteilung der KVN zum HVM für das 4. Quartal 2015

in Umsetzung des Honorarverteilungsmaßstabes (HVM) gemäß § 87b Abs. 1 SGB V der KVN vom 26./27. Juni 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:	39,7340 €
Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen (QZV)	Gebührenordnungspositionen des EBM	Fallwert
Akupunktur	30790, 30791	154,3895 €
Allergologie (Zusatzbezeichnung)	30110, 30111, 30120, 30121, 30122, 30123	45,1195 €
Behandlung des diabetischen Fußes	02311	51,9148 €
Behandlung von Hämorrhoiden	30610, 30611	15,4904 €
Chirotherapie	30200, 30201	7,8616 €
Dringende Besuche	01411, 01412	67,9267 €
Ergometrie	03321	17,9508 €
Hyposensibilisierungsbehandlung	30130, 30131	28,1208 €
Kardiorespiratorische Polygraphie	30900	54,4682 €
Kleinchirurgie	02310	18,3694 €
Langzeit-Blutdruckmessung	03324	7,2503 €
Langzeit-EKG	03241, 03322	10,2520 €
Phlebologie	30500, 30501	17,6380 €
Physikalische Therapie	30400, 30401, 30402, 30410, 30411, 30420, 30421	11,0277 €
Proktologie	03331	9,2354 €
Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120	21,1654 €
Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150	84,6816 €
Schmerztherapeutische spezielle Versorgung	30700, 30702, 30704, 30706, 30708	118,1498 €
Schmerztherapeutische spezielle Behandlung	30710, 30712, 30720, 30721, 30722, 30723, 30724, 30730, 30731, 30740, 30750, 30751, 30760	84,0479 €
Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092	14,8941 €
Sonographie III	33060, 33061, 33062	17,0745 €
Spirometrie	03330	5,6009 €
Unvorhergesehene Inanspruchnahme	01100, 01101, 01102	16,9828 €
Verordnung medizinischer Rehabilitation	01611	27,4912 €

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

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

Sofern der prozentuale Zuwachs aller RLV-Behandlungsfälle einer Arztgruppe in 4/2015 gegenüber 4/2014 fünf vom Hundert überschreitet, unterliegen die Ärzte dieser Arztgruppe im Rahmen der Ermittlung des RLV-Budgets 4/2015 einer Fallzahlzuwachsbeschränkung. In diesem Falle wird das arztindividuelle RLV 4/2015 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:	948,96
Maximales Wachstum der individuellen RLV-Behandlungsfallzahl:	47,45

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 4. Quartal 2015 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:	1.423,44
50% Minderung des RLV-Fallwerts ab 170% der durchschnittlichen RLV-Behandlungsfallzahl:	1.613,23
75% Minderung des RLV-Fallwerts ab 200% der durchschnittlichen RLV-Behandlungsfallzahl:	1.897,92

Für Ärzte, die im 4. Quartal 2015 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 2015

in Umsetzung des Honorarverteilungsmaßstabes (HVM) gemäß § 87b Abs. 1 SGB V der KVN vom 26./27. Juni 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:	42,1055 €
Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen (QZV)		
Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen (QZV)	Gebührenordnungspositionen des EBM	Fallwert
Allergologie	30110, 30111, 30120, 30121, 30122, 30123	40,4119 €
Dringende Besuche	01411, 01412	49,6436 €
Ergometrie	04321	19,0286 €
Hyposensibilisierungsbehandlung	30130, 30131	29,1312 €
Langzeit-Blutdruckmessung	04324	7,1417 €
Langzeit-EKG	04241, 04322	13,3355 €
Neurophysiologische Übungsbehandlung	30300, 30301	51,0319 €
Physikalische Therapie	30400, 30401, 30402, 30410, 30411, 30420, 30421	16,7850 €
Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120	15,6356 €
Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150	80,0885 €
Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092	13,9107 €
Sonographie II	33020, 33021, 33022, 33023, 33030, 33031, 33040	18,9569 €
Sonographie der Säuglingshöften	33051	10,6654 €
Spirometrie	04330	6,2257 €
Unvorhergesehene Inanspruchnahme	01100, 01101, 01102	16,6085 €
Verordnung medizinischer Rehabilitation	01611	27,8336 €

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 4/2015 gegenüber 4/2014 fünf vom Hundert überschreitet, unterliegen die Ärzte dieser Arztgruppe im Rahmen der Ermittlung des RLV-Budgets 4/2015 einer Fallzahlzuwachsbeschränkung. In diesem Falle wird das arztindividuelle RLV 4/2015 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:	956,40
Maximales Wachstum der individuellen RLV-Behandlungsfallzahl:	47,82

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 4. Quartal 2015 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:	1.434,60
50% Minderung des RLV-Fallwerts ab 170% der durchschnittlichen RLV-Behandlungsfallzahl:	1.625,88
75% Minderung des RLV-Fallwerts ab 200% der durchschnittlichen RLV-Behandlungsfallzahl:	1.912,80

Für Ärzte, die im 4. Quartal 2015 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 2015

in Umsetzung des Honorarverteilungsmaßstabes (HVM) gemäß § 87b Abs. 1 SGB V der KVN vom 26./27. Juni 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)
- 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)
- 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)
- 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.



KVN

Kassenärztliche Vereinigung
Niedersachsen

Abrechnungsinformation zum Projekt „Trittsicher durchs Leben“

Aufgaben der teilnehmenden Ärzte

Hausärzte:

- Beratung zur Teilnahme an den Trittsicher-Bewegungskursen und der Durchführung einer Knochendichtemessung
- ggf. Überweisung zur Knochendichtemessung (DXA)
- ggf. Besprechung der Ergebnisse der Knochendichtemessung mit dem Patienten anhand des vom durchführenden Facharzt übermittelten ärztlichen Befunds
- Hinweis an die an Osteoporose erkrankten Versicherten, die behindert oder von einer Behinderung bedroht sind, dass die Möglichkeit eines Funktionstrainings nach § 43 Abs. 1 Satz 1 SGB V und § 44 Abs. 1 Nr. 4 SGB IX besteht
- Verwahrung der Informationsschreiben der teilnahmeberechtigten Versicherten in der Praxisdokumentation

Fachärzte mit Genehmigung Osteodensitometrie:

- Durchführung einer Knochendichtemessung in Anlehnung an die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses mittels einer zentralen DXA
- Erstellung eines ärztlichen Berichts über die Ergebnisse der Knochendichtemessung in zweifacher Ausfertigung
- Übersendung des Berichts an den überweisenden Hausarzt sowie Aushändigung an den untersuchten Patienten
- Verwahrung der Informationsschreiben der teilnahmeberechtigten Versicherten in der Praxisdokumentation

Abrechnung und Vergütung

Folgende Leistungen werden im Rahmen des Projekts Trittsicher extrabudgetär vergütet:

GOP	Leistung	Vergütung	Häufigkeit	abzurechnen durch
99870	Beratung zum Versorgungskonzept und ggf. Überweisung zur DXA-Untersuchung	15 Euro	einmalig	teilnahmeberechtigte Hausärzte gemäß § 5 Absatz 1
99871	DXA-Untersuchung sowie Erstellung und Übersendung eines	45 Euro	einmalig	teilnahmeberechtigten Fachärzten gemäß § 5 Absatz 2

ärztlichen Berichts über die Ergebnisse der Untersuchung			
--	--	--	--

Hinweise zur Abrechnung

- Die Abrechnung erfolgt über die zuständige Kassenärztliche Vereinigung im Rahmen der Quartalsabrechnung.
- Eine parallele privatärztliche Abrechnung für die oben genannten vertraglichen Leistungsinhalte ist ausgeschlossen.
- Eine parallele Abrechnungen der EBM-Ziffern 34 600 (Osteodensitometrische Untersuchung I) und 34 601 (Osteodensitometrische Untersuchung II) am selben Behandlungstag für die im Rahmen des Projekts erbrachten und abgerechneten Knochendichtemessungen ist ebenfalls ausgeschlossen.
- Die hier aufgeführten Leistungen dürfen nur für die Versicherten der SVLFG erbracht und abgerechnet werden, **die von der Landwirtschaftlichen Krankenkasse für eine Projektteilnahme ausgewählt wurden**. Die ausgewählten Versicherten **weisen sich durch die Vorlage eines Informations Schreibens**, welches in der Praxisdokumentation zu verwahren ist, in Ihrer Praxis als Projektteilnehmer aus.
- Eine ggf. notwendige Weiterbehandlung aufgrund eines auffälligen Untersuchungsbefunds bei der DXA-Untersuchung wird im Rahmen der Regelversorgung durchgeführt und die Abrechnung erfolgt über den EBM.



Merkblatt Trittsicher-Bewegungskurse

Was ist das Ziel der Trittsicher-Bewegungskurse?

Die Trittsicher-Bewegungskurse sollen ältere Menschen aus ländlichen Regionen darin unterstützen, ihre Mobilität und Selbständigkeit möglichst lange zu erhalten und wieder mehr Sicherheit im Alltag zu erlangen.

Im Einzelnen werden folgende Ziele verfolgt:

- Erhalt der Mobilität
- Förderung der körperlichen Fitness
- Verbesserung der Standfestigkeit und der Balance
- Unterstützung des Muskelaufbaus
- Verhinderung von Stürzen

Welche Übungsinhalte umfassen die Trittsicher-Bewegungskurse und welche Teilnahmevoraussetzungen müssen erfüllt sein?

Die Kurse finden an 6 Terminen mit einer Dauer von jeweils 90 Minuten statt und umfassen ein altersgerechtes Kraft- und Balance-Training. Die Teilnehmer erlernen Übungen zur Verbesserung von Kraft und Balance, die nach Beendigung der Kursteilnahme auch selbständig weitergeführt werden können.

Die Übungen sind einfach durchzuführen und erfordern keine Vorkenntnisse. Körperliche Grundvoraussetzung zur Teilnahme am Programm ist die Stehfähigkeit beim Festhalten an einem Stuhl und die Fähigkeit, auf der Stelle gehen zu können.

Es ist kein Ausdauertraining beinhaltet, daher stellen kardiovaskuläre Erkrankungen in den meisten Fällen keine Kontraindikation für eine Teilnahme dar.

Von wem werden die Kurse durchgeführt?

Die Kurse werden von speziell geschulten, lizenzierten Übungsleiterinnen und Übungsleitern sowie entsprechend qualifizierten Fachkräften mit einem staatlich anerkannten Berufs- oder Studienabschluss im Bereich Bewegung (z. B. Physiotherapeut/in, Gymnastiklehrer/in, Sportwissenschaftler/in) angeboten und von den Landfrauen organisiert.

Auf welchen Grundlagen basieren die Trittsicher-Bewegungskurse?

Die Trittsicher-Bewegungskurse wurden auf Grundlage des evidenzbasierten Ulmer Modells zur Bewegungsförderung und Sturzprävention entwickelt, wodurch der hohe wissenschaftliche Standard der Gesundheitskurse garantiert ist. Das Programm „Trittsicher durchs Leben“ ist zudem durch die Zentrale Prüfstelle Prävention anerkannt.



Wo finden die Bewegungskurse statt?

Die Trittsicher-Bewegungskurse finden in den Räumlichkeiten von Sportvereinen, in Gemeindehäusern, Gaststätten etc. statt.

Was kostet die Teilnahme an einem Trittsicher-Bewegungskurs und wer darf daran teilnehmen?

Die Kurse werden im Rahmen des „Setting-Ansatzes“ finanziert. Dies bedeutet, dass die Kurse für die Teilnehmenden kostenlos sind und grundsätzlich allen älteren Menschen, unabhängig von ihrer Krankenkassenzugehörigkeit, offen stehen. Informationen, wann und wo Kurse stattfinden, können die Mitarbeiter der SVLFG-Telezentren¹ erteilen.



Fotonachweis: RBK

Weitere Informationen finden Sie unter www.trittsicher.org.



¹ SVLFG-Telezentren: Bayern: 0871 696-580; Baden-Württemberg und Rheinland-Pfalz: 0711 966-2014; Hessen und Niedersachsen: 0561 9359-3070

Gemeinsame Arbeitsgruppe Arzneimittel

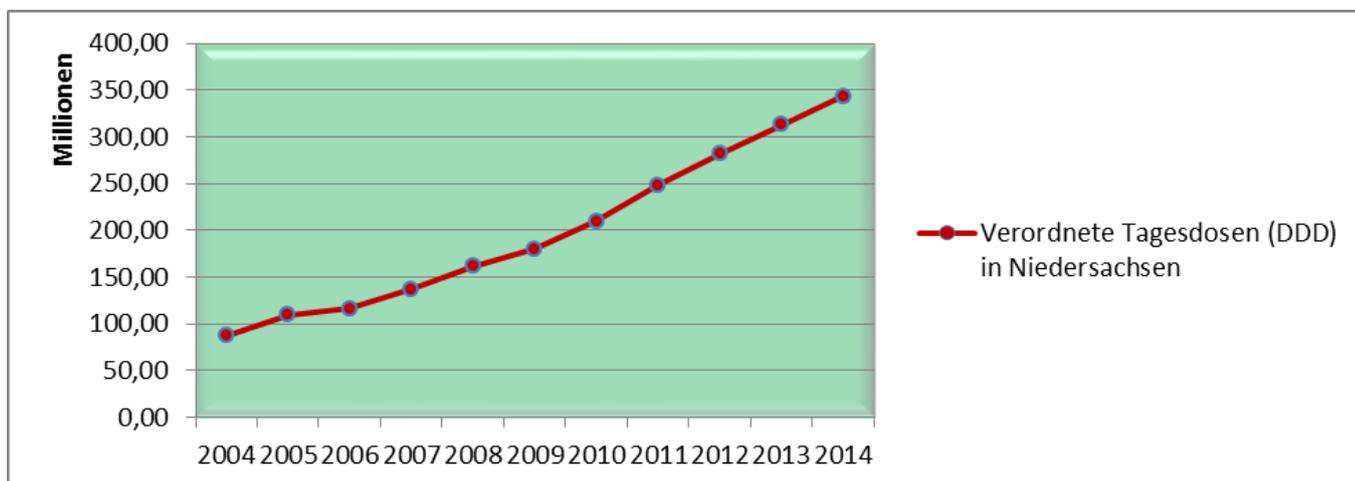
Kassenärztliche Vereinigung
Niedersachsen

Verbände der gesetzlichen
Krankenkassen in Niedersachsen



PPI: Gesunder Magen, krankes Herz?

In den letzten 10 Jahren haben sich die verordneten Tagesdosen von Protonenpumpeninhibitoren im Bereich der KV Niedersachsen fast vervierfacht:



Quelle: Actrapid, KV Niedersachsen, ATC-Code A02BC

Laut Leitlinie sollen Protonenpumpeninhibitoren (PPI) vor allem in der Indikation Refluxkrankheit (GERD) und zur Behandlung und Prophylaxe des NSAR-Ulkus bei Risikopatienten eingesetzt werden, aber wann ist hier eine Therapie nötig? Wer als Risikopatient zählt, ist nämlich umstritten. Alter über 65 Jahre, Patient mit Ulkus-Anamnese, gleichzeitige Therapie mit Kortikosteroiden oder Antikoagulanzen sowie eine Helicobacter-Besiedlung werden genannt. Oft werden PPI auch ohne klare Indikation eingesetzt.

Häufig werden PPI im Krankenhaus angesetzt und danach ambulant weiterverordnet, obwohl längst keine Indikation mehr gegeben ist (z.B. als sogenannter „Magenschutz“).

Dabei steht diese Substanzklasse im Verdacht, verschiedene, schwere Nebenwirkungen auszulösen:

- Eine Studie der Universität Stanford von Shah et al. kam kürzlich zu dem Ergebnis, dass PPI das Herzinfarktisiko deutlich erhöhen können, auch bei herzgesunden Patienten. Die Forscher glauben, dass die Wirkstoffklasse in den NO-Stoffwechsel der Gefäße eingreift.
- Es sind zudem Störungen des Knochenstoffwechsels beschrieben. PPI erhöhen das Risiko für osteoporotische Frakturen, werden aber aufgrund der schlechten Verträglichkeit von Bisphosphonaten vor allem bei älteren Patienten häufig gleichzeitig mit diesen verordnet.

- Durch den dauerhaft erhöhten PH-Wert des Magens werden bakterielle Fehlbesiedlungen im Darm und Clostridien-Infektionen wahrscheinlicher.
- Möglich sind auch Interaktionen mit Arzneimitteln und eingeschränkte Bioverfügbarkeit durch die fehlende Magensäure. Dies ist z.B. für Azol-Antimykotika, Digoxin, Eisen und Vitamin B12 beschrieben. Viele PPI werden zudem über das CYP-System abgebaut.

Protonenpumpeninhibitoren greifen also gravierend in den gesamten Organismus des Patienten ein.

Bei einem abrupten Absetzen klagen viele Patienten über einen Säure-Rebound, bei dem plötzlich wieder vermehrt Magensäure gebildet wird. Daher sollte die Therapie langsam ausgeschlichen werden. Dafür gibt es verschiedene Empfehlungen, z.B.

- eine Halbierung der Dosis für 2 bis 4 Wochen
- die Einnahme des PPI an jedem zweiten Tag.

Anschließend können PPI als Bedarfsmedikation eingenommen werden.

Bitte hinterfragen Sie bei Ihren Patienten Indikation und Dosierung von PPI. Vermeiden Sie Verordnungen bei unklaren Befunden wie dyspeptischen Beschwerden.

Literatur beim Verfasser

Bestellschein Niedersachsen

Absender

Lieferung von Vordrucken für die kassenärztliche Versorgung

An den

Paul Albrechts Verlag
Hamburger Straße 6

22952 Lütjensee

Datum

Unterschrift

**Bitte die Betriebsstätten-Nr.
unbedingt angeben**

Hier bitte die Bestellmengen 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 Krankenförderung	(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
Abrechnungsschein für ärztlichen Notfalldienst	(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
Antrag auf Kostenübernahme für Rehabilitationssport	(Muster 56)	50 / 100
Einleitung von Leistungen zur Rehabilitation	(Muster 60)	50 / 100
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
Sicherheitspapier für Blankoformularbedruckung	(GKV DIN A5)	100 / 1000 / 2000
Sicherheitspapier für Blankoformularbedruckung	(GKV DIN A4)	100 / 500 / 1000

Bestellungen bitte schriftlich oder per Telefax aufgeben!



Paul Albrechts Verlag
Hamburger Straße 6
22952 Lütjensee

Telefon 0 41 54 _ 7 99 123
Telefax 0 41 54 _ 7 99 133

Bestellschein Niedersachsen

Lieferung von Vordrucken für die kassenärztliche Versorgung

Absender

An den

Paul Albrechts Verlag
Hamburger Straße 6

22952 Lütjensee

Datum

Unterschrift

**Bitte die Betriebsstätten-Nr.
unbedingt angeben**

Hier bitte die Bestellmengen eintragen

Bestelleinheiten

Antrag des Versicherten auf Psychotherapie	(PTV 1)	10 / 50
Angaben des Therapeuten zum Antrag des Versicherten	(PTV 2)	10 / 50
Bericht an den Gutachter zum Antrag des Versicherten auf Tiefenpsychologie (bei Kindern und Jugendlichen)	(PT 3a/b/c K)	10 / 50
Briefumschlag (rot) - Psychotherapie	(PT 8)	10 / 50
Briefumschlag (gelb) - Verhaltenstherapie	(VT 8)	10 / 50
Informationsblatt (PT 3a/b/c)		10
Informationsblatt (PT 3a/b/c K)		10
Informationsblatt (VT 3a/b/c)		10
Todesbescheinigung		10
Überweisung zur Vorstellung beim D-Arzt		50 / 100
Ärztliche Unfallmeldung	(Muster F1050)	25 / 50 / 100
Kinder Untersuchungsheft (inkl. U 3, U 7 A, Neugeborenen- und Hörscreening)		100
Mutterpass		100
Gravidogramm		100
Jugendgesundheitsuntersuchung		100
Jugendarbeitsschutz (Erstuntersuchung)		1 Block
Jugendarbeitsschutz (Nachuntersuchung)		1 Block
DMP Teilnahmeerklärung Diabetes Typ 1 / Typ 2		50 / 100
DMP Teilnahmeerklärung Brustkrebs		50 / 100
DMP Teilnahmeerklärung KHK		50 / 100
DMP Teilnahmeerklärung Asthma		50 / 100
DMP Teilnahmeerklärung COPD		50 / 100
HZV Teilnahmeerklärung BKK Audi		50 / 100
HZV Teilnahmeerklärung Knappschaft		50 / 100
Securvita BKK Versorgung mit klassischer Homöopathie		50 / 100
AOK - Junior Teilnahmeerklärung		50 / 100
AOK - Junior Erläuterung zum Datenschutz		50 / 100
AOK - Junior Stempelheft		50 / 100

Bestellungen bitte schriftlich oder per Telefax aufgeben!



Paul Albrechts Verlag
Hamburger Straße 6
22952 Lütjensee

Telefon 0 41 54 _ 7 99 123
Telefax 0 41 54 _ 7 99 133



www.selbsthilfe-buero.de

selbsthilfe-buero-nds@gmx.de

Telefon: 0511 391928

Erreichbarkeit: Mo. bis Do. 9 bis 12 Uhr

**Selbsthilfe-Büro
Niedersachsen**

Deutsche Arbeitsgemeinschaft
Selbsthilfegruppen e.V.



Selbsthilfe hilft!



hkk
KRANKENKASSE

**Selbsthilfe-Büro
Niedersachsen**

Deutsche Arbeitsgemeinschaft
Selbsthilfegruppen e.V.



KVN

Kassenärztliche Vereinigung
Niedersachsen

Hannover

www.selbsthilfe-buero.de



Selbsthilfe in Niedersachsen

Niedersachsen bietet ein flächendeckendes Netz an Selbsthilfe-Kontaktstellen. Als Vernetzungsstellen aller sozialen und gesundheitlichen Handlungsfelder bieten sie erste Orientierung.

Selbsthilfe-Kontaktstellen

- unterstützen und beraten über Selbsthilfe
- vermitteln den Kontakt zur passenden Gruppe
- fördern und unterstützen Selbsthilfegruppen
- organisieren und initiieren Kontakte
- bauen Netzwerke auf

Selbsthilfe hilft!

Das Bedürfnis nach umfassender Information und Beratung oder der Wunsch nach Erfahrungsaustausch motiviert viele Menschen zum Besuch einer Selbsthilfegruppe.

Selbsthilfegruppen

- treffen sich regelmäßig
- haben immer ein offenes Ohr
- bieten Raum für Austausch
- unterstützen und informieren
- geben Erfahrungen weiter
- werden zusammen aktiv
- machen auf Probleme aufmerksam
- teilen Freude und Leid
- helfen gegenseitig



KVN

Kassenärztliche Vereinigung
Niedersachsen

Informationen für die Praxis

KVN-Rundschreiben

August 2015

Inhaltsverzeichnis

1. Versorgungsstärkungsgesetz.....	3
2. Abrechnung.....	6
2.1. Änderungen des EBM zum 1. Oktober 2015 zur Neufassung humangenetischer Beurteilungs- leistungen und Neubewertung molekulargenetischer Gebührenordnungspositionen	6
2.2. Verschiedene Änderungen des EBM zum 1. Juli und 1. Oktober 2015	7
3. Verordnungen	9
3.1. Verordnungen von Sincronium® sollen regressiert werden.....	9
3.2. Gemeinsame Arbeitsgruppe Arzneimittel, hier: Frühe Nutzenbewertung und die Bewertung neuer Antidiabetika.....	10
3.3. Marktrücknahme von Insulin degludec (Tresiba®) Ende September.....	10
3.4. Hemangirol® (Propranolol) als Praxisbesonderheit anerkannt.....	10
3.5. Verordnung von HPV-Impfstoffen	11
3.6. Übersicht über Mindestangaben auf der Arzneimittel- und Medizinprodukteverschreibung im KVN-Portal ...	12
3.7. Arzneimittelquotenberichte Januar bis Mai 2015	12
3.8. Heilmittel-Richtgrößeninformation.....	12
4. Allgemeine Hinweise.....	13
4.1. Neue Betreuungsstrukturverträge für Fachärzte mit der AOK und der hkk mit Wirkung ab 1. Juli 2015.....	13
4.2. Rückforderungen der Krankenkassen von DMP- Pauschalen ohne gültige DMP Teilnahme.....	13
4.3. Kosten der Impfausweise werden ab 1. Januar 2016 von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen..	14
4.4. Neue Dokumentationsparameter beim DMP Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2 ab 1. Juli 2015, hier: Neuaufnahme des Parameters „eGFR“	14

4.5.	Neuer Versorgungsvertrag mit der DAK Gesundheit über eine ambulante Kardioversion bei Herzrhythmusstörungen mit Wirkung ab 1. Oktober 2015	15
4.6.	Krankentransporte zur ambulanten Behandlung ab 23. Juli 2015 genehmigungspflichtig	15
4.7.	Pro Niere Vertrag der BARMER GEK, hier: Teilnahmeerklärung des Versicherten	16
4.8.	MRSA-ONLINE-Fortbildung zieht um ins Sichere Netz (KVN-Portal)	16
4.9.	Änderung der Honorarverteilung für Haus- und Kinderärzte ab 4/2015	16
4.10.	Einladung zur Einweihung der neuen Räumlichkeiten der Bezirksstelle Hildesheim	17
4.11.	MHH-HOMeCOMiNG 2015	17
4.12.	20. Hannoversches Impfsymposium	17
4.13.	Info-Veranstaltung zum Bürokratieabbau in der Arztpraxis - noch freie Plätze	18
5.	Veranstaltungen im September und Oktober 2015	19
6.	Anlagenverzeichnis	22
6.1.	Tipps für die Verordnungspraxis	22
6.2.	Sammelerklärung	22

1. Versorgungsstärkungsgesetz

Am 23. Juli 2015 ist das Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz, GKV-VSG) in Kraft getreten. Welche Änderungen sich für Sie in der Praxis ergeben, lesen Sie hier:

Terminservicestellen (TSS) - §75 Abs. 1 SGB V

Im neu gefassten § 75 SGB V wird geregelt, dass

- die KVen bis zum 23. Januar 2016 Terminservicestellen (TSS) einzurichten haben;
- den Versicherten bei Vorliegen einer Überweisung zu einem Facharzt innerhalb einer Woche ein Behandlungstermin zu vermitteln ist (Augenarzt oder Frauenarzt ohne Überweisung);
- die Wartezeit auf den zu vermittelnden Behandlungstermin vier Wochen nicht überschreiten darf;
- die Entfernung zwischen Wohnort des Versicherten und dem vermittelten Facharzt zumutbar sein muss;
- die TSS ansonsten einen ambulanten Behandlungstermin in einem zugelassenen Krankenhaus anzubieten haben.

Bis 23. Januar 2016

Wartezeit nicht länger als vier Wochen

Ausnahmen sind verschiebbare Routineuntersuchungen, Bagatellerkrankungen sowie vergleichbare Fälle - bei diesen haben die TSS einen Behandlungstermin in einer angemessenen Frist zu vermitteln.

Ausnahmen

Der Vorstand der KVN hat auf Grundlage dieser Vorgaben beschlossen, in den zuständigen Gremien folgende Eckpunkte zu diskutieren:

- Die fachärztlichen Mitglieder sollen zwei Termine pro Woche für die TSS blockieren und melden (gegebenenfalls variiert je Fachgruppe).
- Das Kontingent soll freiwillig bereitgestellt werden.
- Als Anreiz sollen diese Fälle außerhalb des RLV vergütet werden.
- Die TSS sollen so kostengünstig wie möglich betrieben werden.
- Die Krankenhäuser erhalten die Möglichkeit, ebenfalls Termine zu melden.

Vergütung außerhalb der RLV

Die KBV soll eine technische Lösung zur Verfügung stellen, die den Praxissoftwareherstellern eine Integration des Meldeverfahrens in die Verwaltungssysteme der Praxen ermöglicht.

Der Bundesmantelvertrag soll dahingehend geändert werden, dass

- über einen Code auf dem Überweisungsschein das Verfahren unterstützt wird;
- die zumutbare Entfernung definiert wird;
- verschiebbare Routineuntersuchungen, Bagatellerkrankungen sowie vergleichbare Fälle definiert werden;
- die Dauer der Behandlung im Krankenhaus begrenzt wird.

Nachbesetzungsverfahren („Aufkauf“ von Arztpraxen) - § 103 SGB V

Die bereits seit dem Jahr 2013 bestehende Regelung, dass der Zulassungsausschuss in einem nach der Bedarfsplanung formell als überversorgt geltenden Planungsbereich die Nachbesetzung einer Praxis ablehnen kann, wenn eine Nachbesetzung aus Versorgungsgründen nicht erforderlich ist, wurde durch das GKV-VSG verschärft. Ab einem Versorgungsgrad von 140 Prozent soll (also nicht mehr „kann“) der Zulassungsausschuss die Nachbesetzung einer Praxis ablehnen. Entscheidend ist nach wie vor die Frage, ob die Praxis aus Versorgungsgründen weiterhin erforderlich ist. Nach Auffassung der KVN ist dies auf jeden Fall bei Praxen, die zuvor in normalem Umfang betrieben wurden, der Fall. Auch bei Praxen, die lediglich einen unterdurchschnittlichen Praxisumfang aufwiesen, können sonstige Versorgungsgründe für die Durchführung eines Nachbesetzungsverfahrens sprechen.

„Soll“-Regelung

Unabhängig von der Versorgungslage muss der Zulassungsausschuss einem Antrag auf Durchführung eines Nachbesetzungsverfahrens stattgeben, wenn die Praxis von einem Nachfolger fortgeführt werden soll, bei dem es sich um den Ehegatten oder ein Kind des bisherigen Vertragsarztes handelt. Gleiches gilt, wenn es einen potentiellen Nachfolger gibt, der angestellter Arzt oder Gemeinschaftspraxispartner des bisherigen Vertragsarztes war. Schließlich ist einem Nachbesetzungsantrag immer stattzugeben, wenn ein Nachfolger sich verpflichtet, die Praxis in ein anderes Gebiet des Planungsbereichs zu verlegen, in dem nach Mitteilung der KVN aufgrund einer zu geringen Ärztedichte ein Versorgungsbedarf besteht. Wenn der Zulassungsausschuss den Antrag auf Durchführung eines Nachbesetzungsverfahrens dennoch abgelehnt hat, muss die KVN dem Vertragsarzt eine Entschädigung in Höhe des Verkehrswertes der Praxis zahlen.

Nachbesetzungs-
verfahren**Wirtschaftlichkeitsprüfung/Regionale Vereinbarungen - § 106b SGB V**

Der neue § 106b SGB V ermöglicht die Ablösung der bisherigen Richtgrößenvereinbarung durch Neuregelungen zur Wirtschaftlichkeitsprüfung. Die Ablösung der Richtgrößenprüfung entspricht dem langjährigen Ziel der KVN, Richtgrößenregresse zu vermeiden. Dies ist in Niedersachsen in den Jahren 2007 bis 2012 durch Ablösevereinbarungen ganz beziehungsweise größtenteils gelungen. Für die Jahre 2013 bis 2015 konnten entsprechende Ablösevereinbarungen nicht geschlossen werden. Die KVN beabsichtigt, gegebenenfalls schon im Vorgriff auf die Ablösemöglichkeit in 2017, für das Jahr 2016 alternativ Regelungen mit den Krankenkassen zu vereinbaren, die Richtgrößenprüfungen ausschließen.

Der Vorstand prüft aktuell die bestehenden Möglichkeiten und möchte dabei auf entsprechende Anregungen aus dem Kreis der Mitglieder zurückgreifen. Wenn Sie Ideen haben, womit man die Krankenkassen bewegen könnte, auf Prüfverfahren zu verzichten, so teilen Sie uns dies bitte per E-Mail (pressestelle@kvn.de) oder per Fax (0511 380-3491) mit.

Zweitmeinung - § 27b SGB V

Der neue § 27b SGB V regelt den Anspruch und das Verfahren der Zweitmeinung bei noch zu definierenden Indikationen. Hierfür wird der

Gemeinsame Bundesausschuss in einer Richtlinie bis zum 31. Dezember 2015 zu den entsprechenden Indikationen die Kriterien für die Durchführung des Zweitmeinungsverfahrens definieren. Im Anschluss hat der Bewertungsausschuss drei Monate Zeit, das Zweitmeinungsverfahren im EBM als neue (extrabudgetäre) Leistung zu definieren. Sollte der Bewertungsausschuss dieser Fristvorgabe nicht nachkommen, bestünde danach das Recht der Privatliquidation.

Das neue gesetzlich definierte Zweitmeinungsverfahren ist ärztlicherseits zu begrüßen. Damit wird der Graubereich der patienteninduzierten Einholung einer Zweitmeinung verlassen und die Leistung extra vergütet. Über die mit dem Zweitmeinungsverfahren einhergehenden Rechte und Pflichten werden wir Sie zu gegebener Zeit informieren.

Förderung der Weiterbildung - § 75a SGB V

Neben der bereits heute bestehenden finanziellen Förderung der allgemeinmedizinischen Weiterbildung durch die KVN und die Krankenkassen wird durch das GKV-VSG auch die finanzielle Förderung der ambulanten Weiterbildungsabschnitte bei grundversorgenden Fachärzten geregelt. Zukünftig werden die Krankenkassen sich an der finanziellen Förderung der Weiterbildung beteiligen. Zunächst muss allerdings auf Bundesebene zwischen der KBV und dem GKV-Spitzenverband vertraglich geregelt werden, welche Fachärzte zu den grundversorgenden Fachärzten gehören. Die gesetzliche Regelung knüpft an die von der KVN bereits seit Jahren freiwillig angebotene Förderung der fachärztlichen Weiterbildung an und wird begrüßt.

Krankenkassen
beteiligen sich

Überarbeitung Psychotherapie-Richtlinien - § 92 Abs. 6a SGB V

Der Gemeinsame Bundesausschuss wird vom Gesetzgeber beauftragt, bis zum 30. Juni 2016 in den Psychotherapie-Richtlinien Regelungen zur Flexibilisierung des Therapieangebotes zu beschließen. Insbesondere zur Einrichtung von psychotherapeutischen Sprechstunden zur Förderung der frühzeitigen diagnostischen Abklärung und der Akutversorgung, zur Förderung von Gruppentherapien und der Rezidivprophylaxe sowie zur Vereinfachung des Antrags- und Gutachterverfahrens. Die Definition und Ausgestaltung der genannten Maßnahmen bleibt dem Gemeinsamen Bundesausschuss überlassen und ist abzuwarten.

Verordnungsmöglichkeiten für Psychotherapeuten - § 73 Abs. 2 SGB V

Der neu gefasste § 73 Abs. 2 SGB V eröffnet den Psychotherapeuten die Möglichkeit der Verordnung von psychotherapeutischer Rehabilitation, Krankentransporten, Krankenhausbehandlung sowie von Soziotherapie. Das Nähere hierzu wird der Gemeinsame Bundesausschuss in einer entsprechenden Richtlinie beschließen, auch zum Inkrafttreten der Regelung. Wir werden Sie zu gegebener Zeit unterrichten, ab wann die entsprechenden Verordnungsmöglichkeiten unter welchen Voraussetzungen gegeben sind.

Krankentransporte zur ambulanten Behandlung - § 60 SGB V

Mit der Änderung wird klargestellt, dass ab sofort Krankentransporte zu einer ambulanten Behandlung der vorherigen Genehmigung durch die Krankenkassen bedürfen. Eine Ausnahme bilden Krankentransporte zu einer vor- und nachstationären Behandlung gemäß § 115a SGB V oder zu einer ambulanten Operation gemäß § 115b SGB V, die weiterhin

Genehmigung durch
Krankenkassen nötig

keiner vorherigen Genehmigung bedürfen. Unabhängig von der Informationspflicht der Krankenkassen gegenüber Ihren Versicherten sollte bei Verordnung entsprechender ambulanter Fahrten eine entsprechende Information gegenüber dem Patienten erfolgen.

Zulassung arztgruppengleicher MVZs - § 95 Abs. 1 SGB V

Für die Zulassung Medizinischer Versorgungszentren ist es zukünftig nicht mehr erforderlich, dass in dem MVZ mindestens zwei unterschiedliche Facharztgebiete vertreten sein müssen. Ein MVZ kann auch dann zugelassen werden, wenn dort zum Beispiel ausschließlich Hausärzte oder Psychotherapeuten tätig sind. Es ist allerdings weiterhin erforderlich, dass in einem MVZ mindestens zwei Ärzte tätig sein müssen. Die Tätigkeit eines einzigen Arztes reicht für die Zulassung als MVZ nicht aus.

Mindestens zwei Ärzte

2. Abrechnung

2.1. Änderungen des EBM zum 1. Oktober 2015 zur Neufassung humangenetischer Beurteilungsleistungen und Neubewertung molekulargenetischer Gebührenordnungspositionen

Der Bewertungsausschuss hat einen Beschluss zur Neufassung humangenetischer Beurteilungsleistungen mit Wirkung zum 1. Oktober 2015 gefasst. Zur Gegenfinanzierung der aufgewerteten Beurteilungsleistungen wurden einige molekulargenetische Gebührenordnungspositionen neu bewertet. Die Details des Beschlusses erläutern wir Ihnen nachfolgend kurz.

Neufassung der humangenetischen Beurteilungsleistungen

Die Beurteilungsleistungen werden nunmehr nach medizinischen Kriterien differenziert. Dazu werden die GOP 11233 bis 11236 neu in den Abschnitt 11.3 des EBM aufgenommen. Die bestehenden Beurteilungsleistungen nach den GOP 11231 und 11232 sowie die GOP 11220 für die zeitaufwändige Beratung entfallen.

Medizinische Kriterien

Details zur Abrechnung der neuen GOP

Für die ersten 20 Minuten einer humangenetischen Beurteilung ist ausschließlich die GOP 11233 berechnungsfähig. Die Zuschläge nach den GOP 11234 bis 11236 sind „je weitere vollendete 20 Minuten Arzt-Patienten-Kontaktzeit“ bis zu einem Höchstwert berechnungsfähig:

- GOP 11234: Bei einer persönlichen Arzt-Patienten-Kontaktzeit, die über mindestens 40 Minuten hinausgeht, und jedoch nicht nach den GOP 11235 oder 11236 berechnungsfähig ist. Bewertung: 553 Punkte bis zu dreimal im Krankheitsfall.
- GOP 11235: Nur in Bezug auf eine manifeste seltene genetische Erkrankung einschließlich der Tumorprädispositionssyndrome. Bewertung: 761 Punkte bis zu siebenmal im Krankheitsfall.

GOPs

- **GOP 11236:** Nur in Bezug auf manifeste Fehlbildungssyndrome bzw. unklare Entwicklungsstörungen bei einem Patienten bis zum vollendeten 18. Lebensjahr.
Bewertung: 863 Punkte bis zu neunmal im Krankheitsfall.

Da eine humangenetische Beurteilungsleistung erst mit dem Behandlungsabschluss vollständig erbracht worden ist, können die Leistungen nach den GOP 11233 bis 11236 nur im selben Quartal berechnet werden. Hierfür ist für die Abrechnung die gesamte Arzt-Patienten-Kontaktzeit bis zum Abschluss der humangenetischen Behandlung zugrunde zu legen.

Bewertungsanpassung molekulargenetischer Leistungen des Kapitels 11 EBM

Die deutlich höhere Bewertung des Beurteilungsaufwandes nach den GOP 11233 bis 11236 basiert auf den Ergebnissen der Kostenstudie Humangenetik. Diese ergab eine erhebliche Kostenunterdeckung der humangenetischen Beurteilungsleistungen, die bislang insbesondere durch die molekulargenetischen Leistungen gedeckt wurde. Jetzt wird der zusätzliche Leistungsbedarf der Beurteilungsleistungen durch eine erneute Bewertungsanpassung der molekulargenetischen Laborleistungen vollständig gegenfinanziert.

Details zur Gegenfinanzierung

Die Gegenfinanzierung erfolgt durch eine degressive Abwertung der GOP 11320 bis 11322 oberhalb der 21. Leistung. Neben Leistungen des Abschnitts 11.4.2 EBM werden die GOP 11320 bis 11322 ab der 1. Leistung abgewertet. Oberhalb von 10.000 Punkten in der Bewertung gemindert, wurden die GOP 11352, 11371, 11401, 11431, 11432, 11440, 11441 und 11500 des Abschnitts 11.4.2 EBM. Die Degression soll zur Stärkung einer wirtschaftlichen Stufendiagnostik beitragen und zudem die Mehrfachvergütung von einzelnen Leistungsinhalten mindern.

Degression

Der Beschluss wurde im Deutschen Ärzteblatt, Heft 21 bis 22 vom 25. Mai 2015 veröffentlicht.

2.2. Verschiedene Änderungen des EBM zum 1. Juli und 1. Oktober 2015

Der Bewertungsausschuss hat mehrere Beschlüsse zur Änderung des EBM zum 1. Juli und 1. Oktober 2015 gefasst. Die wichtigsten Beschlüsse möchten wir Ihnen nachfolgend kurz erläutern:

1. Abrechnung von Apheresen

Zur Abrechnung von Apheresen hat der Bewertungsausschuss zum 1. Juli 2015 verschiedene Anpassungen im EBM beschlossen. Hiermit setzt der Bewertungsausschuss die Änderungen in der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung (Anlage I Nr. 1) des Gemeinsamen Bundesausschusses zur fachlichen Befähigung von Ärzten, die Apheresen als extra korporales Hämotherapieverfahren erbringen dürfen,

um. Neben den Leistungslegenden der GOP 04572 und 04573 sowie 13620-13622 für die Apherese werden auch die Genehmigungsvoraussetzungen für die Berechnung dieser GOP in den Bestimmungen zu den EBM-Abschnitten 4.5.4 und 13.3.6 an die geänderte Richtlinie angepasst.

2. **Nichtärztliche Praxisassistenten:**

GOP 03322 Nebenbesuch berechnungsfähig

Die Aufzeichnung des Langzeit-EKG (GOP 03322) kann ab 1. Juli 2015 neben Besuchen des nichtärztlichen Praxisassistenten (GOP 03062 und 03063) berechnet werden. Die Möglichkeit besteht, sofern die Aufzeichnung des Langzeit-EKGs mit Abnahme des Gerätes durch den nichtärztlichen Praxisassistenten im Rahmen des Besuches abgeschlossen wird. Hierfür ergänzt der Bewertungsausschuss die Nr. 6 der Präambel zum Abschnitt 3.2.1.2 des EBM um die GOP 03322 für die Aufzeichnung des Langzeit-EKGs.

Langzeit-EKG

3. **Abschnitt 8.5 EBM:**

Klarstellung der Definition „Reproduktionsfall“

Rückwirkend zum 1. April 2015 hat der Bewertungsausschuss die Definition des Reproduktionsfalles in der Nr. 7 der Präambel zum Abschnitt 8.5 EBM vorgenommen. Die redaktionelle Anpassung erfolgte, damit der Reproduktionsfall nicht nur die erforderlichen Laboruntersuchungen gemäß 12.1 der Richtlinie über künstliche Befruchtung des Gemeinsamen Bundesausschusses vor der ersten Keimzellgewinnung umfasst, sondern auch die Laboruntersuchungen bei nachfolgender Keimzellgewinnung.

4. **Klarstellungsbeschlüsse zu den GOPs 01721 und 30401**

Zum 1. Oktober 2015 wurde hinsichtlich der GOP 01721 klargestellt, dass die GOP im Rahmen einer Kinderfrüherkennungsuntersuchung nach der GOP 01712 im Belegkrankenhaus nur einmal abgerechnet werden kann, auch wenn bei mehreren Kindern eine Früherkennungsuntersuchung durchgeführt wird. Zu der GOP 30401 erfolgte eine Aufzählung der Diagnosen, bei denen die Leistung der intermittierenden apparativen Kompressionstherapie berechnungsfähig ist. Darüber hinaus wurde zum 1. Oktober 2015 durch Interpretationsbeschlüsse klargestellt, dass wenn ein Vertragsarzt in dringenden Fällen (zum Beispiel zu einem Verkehrsunfall) gerufen und der Patient nicht angetroffen wird mit entsprechender Begründung die GOP 01411 oder 01412 berechnungsfähig ist. Bei Selbstbehandlung kann ein Vertragsarzt die GOP 01430 berechnen. Daneben sind Leistungen des Abschnitts II und Gesprächsleistungen nicht berechnungsfähig.

Nur einmal abrechnen

Die kompletten Beschlüsse wurden im Deutschen Ärzteblatt, Heft 29-30 vom 20. Juli 2015 veröffentlicht.

3. Verordnungen

3.1. Verordnungen von Sincronium® sollen regressiert werden

Nach Mitteilung der KBV hat der GKV-Spitzenverband die Krankenkassen in einem Rundschreiben darüber informiert, dass der GKV-Spitzenverband eine Verordnung von Sincronium® in der Regel als unwirtschaftlich ansehe. Dies bedeutet, dass die Krankenkassen Verordnungen von Sincronium® zu Lasten der Krankenkassen regressieren sollen. Als Grundlage dieser Empfehlung sieht der GKV-Spitzenverband §16 der Arzneimittel-Richtlinie, nach dem gleichwertige und kostengünstigere Monopräparate einer fixen Wirkstoffkombination vorzuziehen sind. Die Gleichwertigkeit scheint der GKV-Spitzenverband aus der Fachinformation abzuleiten. Der Fachinformation sei kein Hinweis zu entnehmen, dass die Verwendung von Sincronium® zu einer patientenrelevanten Verbesserung in der Erreichung des Therapieziels der Vermeidung kardiovaskulärer Ereignisse führe.

Keine Verbesserung

Sincronium® ist ein neues Arzneimittel der Firma Hexal. Es handelt sich hierbei um ein Kombipräparat aus 100 mg ASS, 20 mg Atorvastatin und Ramipril in variabler Stärke mit 2,5 mg, 5 mg oder 10 mg. Laut Fachinformation (Stand Mai 2015) kann Sincronium® angewendet werden „zur Sekundärprophylaxe von kardiovaskulären Ereignissen als Substitutionstherapie bei erwachsenen Patienten, die bei gleichzeitiger Gabe der Monokomponenten in äquivalenten therapeutischen Dosierungen ausreichend eingestellt sind.“

Die Kosten von Sincronium® übersteigen die Gesamtkosten der entsprechenden Monosubstanzen um etwa das Dreifache. Hierzu haben wir eine kurze Preisübersicht zusammengestellt:

Preisübersicht

	Dosisstärke Ramipril		
	2,5 mg	5 mg	10 mg
Sincronium® (98 St.)	97,70 €	97,70 €	97,70 €
Gesamtsumme der Monopräparate (jeweils 100 St.)	31,31 €	31,61 €	32,92 €
Preisdifferenz	66,39 €	66,09 €	64,78 €

Stand Lauer Taxe: 1. Juli 2015

Für die Berechnung der Gesamtkosten der Monopräparate wurden die Preise der jeweils günstigsten Anbieter herangezogen. Es sei hierbei zusätzlich zu beachten, dass Vergünstigungen der Monopräparate durch eventuell bestehende Rabattverträge noch nicht berücksichtigt wurden. Darüber hinaus liegen die Preise für ASS 100 mg in der Regel unterhalb der gesetzlichen Zuzahlung, so dass für diese Präparate für die Krankenkassen im Normalfall keine Kosten anfallen.

3.2. Gemeinsame Arbeitsgruppe Arzneimittel, hier: Frühe Nutzenbewertung und die Bewertung neuer Antidiabetika

In der Arzneimittelvereinbarung 2015 wurde die Einrichtung einer gemeinsamen Arbeitsgruppe (AG) seitens der Verbände der niedersächsischen Krankenkassen und KVN zur Erreichung einer bedarfsgerechten, qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimittelversorgung vereinbart. Eine Aufgabe der AG ist die Information der Vertragsärzte über pharmakologische und wirtschaftliche Aspekte zu ausgewählten Arzneimitteln, um sie in ihrer täglichen Verordnungspraxis zu unterstützen.

Im Anhang finden Sie das erste Informationsschreiben der AG. Es erläutert das Verfahren der frühen Nutzenbewertung und gibt Praxistipps. Besonders im Fokus stehen die Ergebnisse der Frühen Nutzenbewertung für neue Antidiabetika. Diese sind in einer Übersichtstabelle mit Preisangaben zusammengefasst.

Das Informationsschreiben der AG Arzneimittel finden Sie in Kürze auch im KVN-Portal unter Verordnungen/Arzneimittel/Veröffentlichungen.

Anlage 6.1: Tipps für die Verordnungspraxis

3.3. Marktrücknahme von Insulin degludec (Tresiba®) Ende September

Die Firma Novo Nordisk hat in einer Presseerklärung darüber informiert, dass sie den Vertrieb des Basalinsulins Insulin degludec (Tresiba®) in Deutschland Ende September einstellen wird. Hintergrund ist das schlechte Ergebnis der frühen Nutzenbewertung. Der Gemeinsame Bundesausschuss hatte Tresiba® keinen Zusatznutzen zuerkannt. Infolgedessen wurde der Listenpreis auf Höhe der Kosten einer Therapie mit Humaninsulin festgesetzt. Dieser Preis ist laut Erklärung für das Unternehmen nicht tragbar. Daher hat sich Novo Nordisk für die Marktrücknahme entschieden. Mit der Übergangsfrist bis Ende September soll eine möglichst sichere Umstellung von Tresiba®-Patienten auf ein anderes Insulin ermöglicht werden.

3.4. Hemangirol® (Propranolol) als Praxisbesonderheit anerkannt

Ab dem 15. Juli 2015 wird Hemangirol® (Propranolol) nach einer Vereinbarung zwischen dem GKV-Spitzenverband und dem pharmazeutischen Unternehmer Pierre Fabre Dermatologie in allen zugelassenen Anwendungsgebieten als Praxisbesonderheit anerkannt.

Die Anerkennung gilt für die Behandlung proliferativer infantiler Hämangiome, die eine systemische Therapie erfordern:

- Lebens- oder funktionsbedrohendes Hämangiom
- Ulzeriertes Hämangiom, das Schmerzen verursacht und/oder nicht auf einfache Wundpflegemaßnahmen anspricht
- Hämangiom, bei dem die Gefahr von bleibenden Narben oder Entstellung besteht.

Praxistipps

Kein Zusatznutzen

Die Therapie wird bei Säuglingen mit einem Alter zwischen fünf Wochen und fünf Monaten begonnen. Vor Beginn der Therapie muss erfolgen:

- Abklärung der mit der Anwendung von Hemangiol® verbundenen Risiken
- Auswertung der Anamnese
- Vollständige klinische Untersuchung, einschließlich Messung der Herzfrequenz sowie Abhören von Herz und Lunge

Vor Beginn der Therapie

Es ist zu beachten, dass die Einleitung und Überwachung der Behandlung mit Hemangiol® (Propranolol) durch einen in der Therapie von Patienten mit proliferativen infantilen Hämangiomen, die eine systemische Therapie erfordern, erfahrenen Arzt erfolgen soll. Des Weiteren sind die Vorgaben der Fachinformation zu berücksichtigen.

Weitere Informationen zu Propranolol (Hemangiol®) finden Sie unter www.g-ba.de und www.gkv-spitzenverband.de.

Auf der Internetseite des GKV-Spitzenverbandes finden Sie außerdem eine Aufstellung der vereinbarten Praxisbesonderheiten aufgrund des Verfahrens der frühen Nutzenbewertung unter: Krankenversicherung - Arzneimittel - AMNOG-Verhandlungen (§130 b SGB V) - Übersicht Erstattungsbeitragsverhandlungen nach §130 b SGB V - nur Einträge mit Anerkennung als Praxisbesonderheit berücksichtigen.

3.5. Verordnung von HPV-Impfstoffen

Aufgrund einer deutlichen Zunahme von Regressanträgen von HPV-Impfstoffen im Sprechstundenbedarf möchten wir erneut darauf hinweisen, dass die HPV-Impfstoffe nicht über den Sprechstundenbedarf, sondern als Einzelverordnung auf den Namen des Patienten zu verordnen sind. Für den korrekten und wirtschaftlichen Umgang mit Impfstoffen bitten wir des Weiteren um Beachtung folgender Hinweise:

Nicht über den Sprechstundenbedarf verordnen

Die Verordnung von Impfstoffen erfolgt grundsätzlich als Sprechstundenbedarf auf einem Arzneverordnungsblatt (Muster 16), auf dem die Markierungsfelder 8 (Impfstoff) und 9 (Sprechstundenbedarf) zu kennzeichnen sind.

1. Ausnahmen bestehen bei der Verordnung von Impfstoffen gegen HPV, dem Kombinationsimpfstoff gegen Hepatitis A/B und dem nasalen Grippeimpfstoff. Hier erfolgt die Verordnung immer als Einzelverordnung auf den Namen des Patienten.
2. Impfstoffe sind immer separat, das heißt getrennt vom übrigen Sprechstundenbedarf zu verordnen.
3. Bei der Verordnung von Impfstoffen sind wirtschaftliche Packungsgrößen zu berücksichtigen.
4. Die Verordnung von Impfstoffen ist nicht quartalsgebunden. Es sind auch mehrmalige Verordnungen im Quartal möglich.

3.6. Übersicht über Mindestangaben auf der Arzneimittel- und Medizinprodukteverschreibung im KVN-Portal

Über die Änderung der Arzneimittelverschreibungsverordnung (AMVV), wonach nun bei einer Verordnung von Arzneimitteln zusätzlich der Vorname des verordnenden Arztes und die Telefonnummer der Praxis verpflichtend angegeben werden müssen, informierten wir bereits. Bei der Verordnung von Medizinprodukten sind diese Angaben laut der Medizinprodukteabgabeverordnung (MPAV) bereits seit 2014 Pflicht.

Aufgrund vermehrter Nachfragen bezüglich der nun geforderten Mindestangaben im Stempelfeld auf einer Arzneimittel- und Medizinprodukteverschreibung haben wir hierzu eine Übersicht mit Beispielen für verschiedene Praxiskonstellationen zusammengestellt. Diese Übersicht finden Sie in Kürze im KVN-Portal unter Verordnungen/Arzneimittel/Ausfüllhilfen.

Wir möchten an dieser Stelle darauf hinweisen, dass im Falle der namentlichen Nennung mehrerer Ärzte auf dem Rezept, der verordnende Arzt eindeutig erkennbar sein muss, zum Beispiel durch Unterstreichen des Namens. Diese Notwendigkeit ergibt sich im Hinblick auf die mit der Änderung der Arzneimittelverschreibungsverordnung (AMVV) beziehungsweise der Medizinprodukteabgabeverordnung (MPAV) vom Gesetzgeber gewollten Gewährleistung einer hohen Arzneimittelsicherheit. Die mit der Neufassung der AMVV (§ 2 Absatz 1 Satz 1) beziehungsweise der MPAV (§ 1 Absatz 2 Satz 1) erfolgten Neuerungen sollen eine schnelle Kontaktaufnahme mit der verschreibenden Person ermöglichen. Daher ist nun auch der Vorname des Verordners samt seiner Telefonnummer auf dem Rezept anzugeben. Sind mehrere Ärzte namentlich im bedruckten Feld der Verordnung aufgeführt, ohne dass einer von ihnen hervorgehoben ist, ist die Eindeutigkeit der verschreibenden Person nicht gegeben und Beanstandungen durch Apotheken wären möglich.

Übersicht mit Beispielen

Eindeutige Kennzeichnung

Vorname und Telefonnummer

3.7. Arzneimittelquotenberichte Januar bis Mai 2015

Die monatliche Aktualisierung der Arzneimittelquotenberichte ist erfolgt. Der Zeitraum Januar bis Mai 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.

3.8. Heilmittel-Richtgrößeninformation

Die Heilmittel-Richtgrößeninformation für das 4. Quartal 2014 steht über unser KVN-Portal im Internet unter „Online-Dienste“, Rubrik „eDokumente“ zur Verfügung.

Ebenso können hier die Arzneimittel-Richtgrößeninformationen, Arzneimittelquotenberichte sowie GAmSi- und HIS-Berichte eingesehen werden.

4. Allgemeine Hinweise

4.1. Neue Betreuungsstrukturverträge für Fachärzte mit der AOK und der hkk mit Wirkung ab 1. Juli 2015

Nunmehr konnten auch mit der AOK und der hkk Betreuungsstrukturverträge nach dem Muster der Techniker Krankenkasse vereinbart werden. Diese Verträge unterteilen sich in einen Rahmenvertrag sowie in eine Anlage für den fachärztlichen Bereich. Der Rahmenvertrag beinhaltet die Vertragsziele, das Teilnahmeverfahren der Ärzte sowie die Grundlagen der Abrechnung und Finanzierung.

Die Anlage für die Fachärzte regelt eine finanzielle Förderung des erhöhten Beratungs- und Betreuungsaufwands von multimorbiden Patienten.

Teilnehmenden Fachärzten wird der erhöhte Betreuungsaufwand extrabudgetär durch kontaktabhängige Vergütungspauschalen honoriert. Maßgebend sind die jeweils mit der Krankenkasse individuell ausgewählten Indikationen (siehe Indikationsgruppenlisten der AOK und der hkk - Anhang zur Anlage 1 des jeweiligen Vertrages).

Die Vergütung staffelt sich von vier Euro (Dokumentation einer Diagnose-/Indikationsgruppe) bis zu höchstens 45 Euro (acht oder mehr gekennzeichnete Diagnose-/Indikationsgruppen) je Behandlungsfall.

Die entsprechende ICD-Kodierung des Behandlungsfalles löst die zusätzliche Vergütung aus, wenn eine Teilnahme am Vertrag besteht.

Fachärzte können ab sofort ihre Teilnahme an den neuen Betreuungsstrukturverträgen beantragen. Die vollständigen Vertragsunterlagen sowie der Teilnahmeantrag für den Facharzt sind im KVN-Portal unter Verträge/Strukturverträge/hkk-Betreuungsstrukturvertrag beziehungsweise Verträge/Strukturverträge/AOK-Betreuungsstrukturvertrag eingestellt.

4.2. Rückforderungen der Krankenkassen von DMP-Pauschalen ohne gültige DMP Teilnahme

Im Juli-Rundschreiben hatten wir Sie darüber informiert, dass die Krankenkassen im Rahmen der Prüfung der DMP-Vergütungen festgestellt haben, dass in einigen Fällen die Abrechnung der DMP-Pauschalen ohne eine gültige DMP-Teilnahme erfolgte. Zwischenzeitlich liegen diesbezüglich die ersten Anträge der Krankenkassen auf sachlich-rechnerische Berichtigungen vor.

Um künftig diese Anträge zu vermeiden und damit verbunden auch Honorarrückforderungen, haben sich die Vertragspartner ab dem 1. Juli 2015 auf folgendes Verfahren verständigt:

Die KVN wird im Rahmen der Prüfung der sachlichen- und rechnerischen Richtigkeit der Abrechnung die abgerechneten DMP-Pauschalen gegen ein von den Krankenkassen zur Verfügung gestelltes

Vergütung

Ab sofort zu beantragen

DMP-Teilnehmerverzeichnis prüfen. Eine Vergütung der DMP-Pauschalen kann künftig nur dann erfolgen, wenn der Patient/die Patientin im DMP-Teilnehmerverzeichnis der Krankenkasse enthalten ist.

Wir möchten Sie nochmals bitten, beachten Sie die Hinweise der Krankenkassen und der Datenstelle über eine beendete DMP-Teilnahme, so dass eine Abrechnung nur für aktuell eingeschriebene Patienten erfolgt.

Abrechnung nur für
aktuell eingeschriebene
Patienten

4.3. Kosten der Impfausweise werden ab 1. Januar 2016 von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen

Das Präventionsgesetz, das am 1. August 2015 in Kraft getreten ist, bestimmt, dass die Kosten für Impfausweise ab 1. Januar 2016 von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen werden.

Nicht geregelt wurde, in welcher Form die Krankenkassen künftig die Impfausweise bereitstellen müssen. Eine Möglichkeit ist, dass die Versicherten sie direkt von ihrer Krankenkasse erhalten. Gegebenenfalls könnte auch eine Regelung in den Impfvereinbarung mit den Landesverbänden der Krankenkassen getroffen werden. In diesem Fall würde der Arzt die Impfausweise an seine Patienten abgeben und die Erstattung der entstandenen Kosten über die Impfvergütung erhalten. Nach der Gesetzesbegründung ist auch eine Bereitstellung des Impfausweises über elektronische Medien denkbar.

Sobald die Form der Bereitstellung der Impfausweise in Niedersachsen geklärt ist, werden wir Sie per Rundschreiben hierüber informieren.

4.4. Neue Dokumentationsparameter beim DMP Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2 ab 1. Juli 2015, hier: Neuaufnahme des Parameters „eGFR“

Anstelle des bislang dokumentierten Kreatininwertes ist ab 1. Juli 2015 die eGFR (estimated glomerular filtration rate) als Maß für die Nierenfunktion zu ermitteln und zu dokumentieren.

Es handelt sich um ein Pflichtfeld, in das ein Wert zwischen 0-200 (in ml/min/1,73m²KOF) oder „nicht bestimmt“ eingetragen werden kann.

Einige Labore geben als Analyseergebnis bei höheren Werten lediglich die Angabe >60 ml/min/1.73m² aus. Manche Labore verzichten auf genaue Ergebnisangaben bei >80 ml/min/1.73m². Dies kann in dem vorgesehenen Feld nicht eingetragen werden. Die Art und Weise der Ergebnisdarstellung ist eine Entscheidung des jeweiligen Labors.

Die KBV empfiehlt daher, bis auf Weiteres in diesen Fällen bei zum Beispiel für >60 ml/min/1.73 den Wert „61“ zu dokumentieren.

Pflichtfeld

KBV Empfehlung

4.5. Neuer Versorgungsvertrag mit der DAK Gesundheit über eine ambulante Kardioversion bei Herzrhythmusstörungen mit Wirkung ab 1. Oktober 2015

Die DAK Gesundheit, der Berufsverband Niedergelassener Kardiologen e. V. und die KVN haben einen Vertrag über die Versorgung von Patienten mit tachykarden Herzrhythmusstörungen mit der Leistung „elektrische Kardioversion“ abgeschlossen. Durch den Versorgungsvertrag soll die Schaffung von „spezialisierten kardiologischen Ambulanzen“ gefördert werden, die die fachlichen, operativen und personellen Fähigkeiten vorhalten, eine elektronische Kardioversion im Rahmen der ambulanten Versorgung zu erbringen. Ziel des Vertrages ist die Vermeidung von stationären Aufenthalten.

An diesem Versorgungsvertrag können grundsätzlich alle Fachärzte für Innere Medizin und Kardiologie teilnehmen, soweit sie eine Zulassung oder Ermächtigung durch die KVN erhalten haben. Diese teilnehmenden Kardiologen sollen entsprechende Patienten in so genannte „spezialisierte kardiologische Ambulanzen“ überweisen. Eine „spezialisierte kardiologische Ambulanz“ besteht aus besonders qualifizierten Kardiologen, welche zusätzlich den Nachweis einer Weiterbildung im Bereich Notfallmedizin führen müssen, darüber hinaus umfangreiche räumliche und strukturelle weitere Voraussetzungen nachweisen können und eine Teilnahmegenehmigung durch die KVN erhalten haben.

Voraussetzungen

Die KVN führt sowohl das Teilnahmeverfahren für Kardiologen als auch für Ärzte durch, die eine „spezialisierte kardiologische Ambulanz“ nach diesem Vertrag betreiben möchten. Teilnahmeanträge sind im KVN-Portal (www.kvn.de) oder über die Bezirksstelle erhältlich. Für an diesem Vertragsmodell teilnehmende Ärzte werden durch die DAK extrabudgetäre Honorare bei der Durchführung der Leistung gezahlt. Die EBM-Abrechnung ist weiterhin möglich, wird aber pauschal im Rahmen des jeweiligen Behandlungsfalles um einen geringen Betrag bereinigt. Es ergibt sich somit netto je Behandlungsfall ein extrabudgetärer Zuschlag. Die weiteren Inhalte, der Ablauf und die Voraussetzungen zur Vertragsteilnahme können dem im KVN-Portal eingestellten Vertrag entnommen werden.

4.6. Krankentransporte zur ambulanten Behandlung ab 23. Juli 2015 genehmigungspflichtig

Mit Inkrafttreten des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes (GKV-VSG) am 23. Juli 2015 ändert sich die Genehmigungspraxis bei der Verordnung von Krankentransporten. Krankentransporten zur ambulanten Behandlung mittels eines qualifizierten Krankentransportwagens (KTW) bedürfen nunmehr auch der vorherigen Genehmigung der Krankenkassen. Fahrten zu beziehungsweise von einer stationären Behandlung, Fahrten bei vor- oder nachstationären Behandlungen gemäß § 115 a SGB V und Fahrten bei ambulanten Operationen gemäß § 115 b SGB V bleiben weiterhin von der Genehmigungspflicht ausgenommen. Bei entsprechenden Verordnungen sollten die Patienten auf die neue Rechtslage hingewiesen werden.

4.7. Pro Niere Vertrag der BARMER GEK, hier: Teilnahmeerklärung des Versicherten

Der zwischen der BARMER GEK und der KVN - mit Unterstützung des Verbands Deutscher Nierenzentren (DN e. V.) sowie dem Nephrologischen Regionalverbund Niedersachsen e. V. - seit Oktober 2013 bestehende Versorgungsvertrag, hat folgende Änderung im Umgang mit der Teilnahmeerklärung des Versicherten erfahren:

Die vom Versicherten und Arzt unterzeichnete Teilnahmeerklärung ist künftig an die BARMER GEK zu faxen. Die Zieladresse sowie die dazugehörige Fax-Nummer stehen ab sofort rechts oben auf dem Teilnahme-PDF, welches Ihnen in der Webanwendung „BARMER GEK Pro Niere“ zur Verfügung gestellt wird.

An BARMER GEK zu
faxen

Der angepasste Vertrag steht Ihnen im KVN-Portal unter Verträge/Besondere ambulante ärztliche Versorgung/ Barmer GEK - Pro Niere zur Verfügung.

4.8. MRSA-ONLINE-Fortbildung zieht um ins Sichere Netz (KVN-Portal)

Das Fortbildungsportal der KBV im Internet zieht zum 17. August 2015 in das Sichere Netz (SNK) der KVen um. Ab diesem Zeitpunkt können unsere Vertragsärztinnen und Vertragsärzte im KVN-Portal im Bereich der Online-Dienste ihre Online-Fortbildungen, wie beispielsweise zum Methicillin-resistenten Staphylococcus-aureus-Keim (MRSA), absolvieren.

Als Ansprechpartner im Bereich MRSA steht Ihnen Frau Naumann (Telefon: 0511 380-3220) zur Verfügung, und für technische Fragen lautet die gebührenfreie Hotline-Nr.: 0800 510 10 25 (Montag bis Freitag von 8 bis 18 Uhr).

Ansprechpartner

4.9. Änderung der Honorarverteilung für Haus- und Kinderärzte ab 4/2015

Die Vertreterversammlung hat den Beschluss gefasst, die Berechnungssystematik des RLV/QZV für Haus- und Kinderärzte ab 4/2015 auf die aktuelle Fallzahl umzustellen. Das arztindividuelle RLV/QZV ergibt sich danach aus dem jeweils ermittelten Fallwert und der aktuellen Fallzahl des laufenden Quartals. Das bedeutet, dass ab 4/2015 für Hausärzte keine RLV/QZV-Zuweisung vor Quartalsbeginn erfolgen kann. Vielmehr werden in dem Rundschreiben vor Quartalsbeginn künftig die RLV/QZV-Fallwerte als so genannte Mindestfallwerte bekannt gegeben. Diese Mindestfallwerte bilden die spätere Basis für die tatsächliche Ermittlung der RLV/QZV der Praxis anhand der aktuellen Fallzahl. Mindestfallwerte, weil diese noch eine Anpassung nach oben erfahren können, wenn insbesondere die für die Fallwertberechnung prognostizierte Fallzahlentwicklung nicht erreicht wird. Die Planungssicherheit ist insoweit auch nach Umstellung der Berechnungssystematik gewährleistet.

Mindestfallwerte

Die für 4/2015 geltenden RLV/QZV-Mindestfallwerte für Hausärzte und Kinderärzte werden im September-Rundschreiben ebenso veröffentlicht, wie die Fallzahlgrenzen für die Fallwertminderung beziehungsweise die Fallzahlzuwachsbeschränkungsregelung. Bereits spätestens ab dem 31. August 2015 werden besagte Daten im KVN-Portal abrufbar sein.

Für den fachärztlichen Versorgungsbereich ergibt sich keine Änderung in der RLV/QZV-Zuweisung.

Die Neufassung des Honorarverteilungsmaßstabes ab 4/2015 findet sich auf <http://www.kvn.de/Ueber-uns/Amtliche-Bekanntmachungen/>. Rückfragen beantwortet Ihre zuständige KVN-Bezirksstelle.

4.10. Einladung zur Einweihung der neuen Räumlichkeiten der Bezirksstelle Hildesheim

Die Bezirksstelle Hildesheim ist Ende Juli in neue Räumlichkeiten umgezogen. Diese möchten wir zusammen mit unseren Hildesheimer Mitgliedern nach den Sommerferien auch offiziell einweihen. Dazu laden wir ein am Mittwoch, den 9. September 2015, um 15:00 Uhr, in die Hannoversche Straße 29, 31134 Hildesheim.

9. September 2015

Nach der Eröffnungsveranstaltung im Erdgeschoss besteht die Möglichkeit, sich die Räumlichkeiten im Rahmen eines „Tages der offenen Tür“ persönlich anzusehen.

Bitte teilen Sie uns für die Planung mit, wenn Sie teilnehmen möchten (Telefon: 05121 1601-0; Fax: 05121 1601-133).

4.11. MHH-HOMeCOMiNG 2015

In diesem Jahr wird die Medizinische Hochschule Hannover 50 Jahre alt. Daher veranstaltet der MHH-Alumni e.V. am 10. Oktober 2015 ein großes Ehemaligen-Treffen mit Vorträgen, Führungen, Geocaching-Tour und Alumni-Party. Wer an der MHH studiert hat und an der Veranstaltung teilnehmen möchte, findet weitere Infos und den Anmeldelink unter www.mhh-alumni.de.

10. Oktober 2015

4.12. 20. Hannoversches Impfsymposium

Das 20. Hannoversche Impfsymposium findet am Samstag, den 21. November 2015, in der Zeit von 9 bis 13 Uhr, an der Medizinischen Hochschule Hannover statt. Die Fortbildungsveranstaltung wird von der Akademie für Ärztliche Fortbildung der Ärztekammer Niedersachsen mit vier Fortbildungspunkten anerkannt. Weitere Infos zu den Inhalten finden Interessierte unter <http://mh-hannover.de/impfsymposium-2015.html>

21. November 2015

4.13. Info-Veranstaltung zum Bürokratieabbau in der Arztpraxis - noch freie Plätze

Die KVN bietet in Hannover am Mittwoch, den 16. September 2015, eine kostenlose Veranstaltung zum Thema Bürokratieabbau an. Wie gehe ich in meiner Praxis mit Bürokratie um und wie wird diese nicht zur Belastung für das Team. Gerne möchten wir Ihnen in diesem Bereich Hilfestellung geben. Die Veranstaltung bietet ausreichend Gelegenheit Fragen zu stellen und gemeinsam zu diskutieren. Weitere Informationen zum Inhalt sowie die Anmeldung finden Sie unter <http://www.kvn.de/Seminarangebot/Qualitaets-und-Praxismanagement/>

5. Veranstaltungen im September und Oktober 2015

Hier bekommen Sie eine Übersicht über Seminare und Fortbildungen der KVN mit noch freien Plätzen im September und Oktober 2015. 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			
Bürokratieabbau in Arztpraxen	Hannover	16.Sep	kostenlos
Freude mit Attesten	Verden	30.Sep	45 Euro
Freude mit Formularen – Musterverordnung 2	Verden	16.Sep	40 Euro
Fit for Work - Überzeugend im Auftritt	Hannover	11.Sep	115 Euro
Gesundheit von Praxismitarbeitern erhalten und schützen	Hannover	09.Sep	kostenlos
Kommunikationstraining für MFA Modul 1: Die Rezeption	Oldenburg	16.Sep	65 Euro
Kommunikationstraining für MFA Modul 2: Telefontraining	Oldenburg	07.Okt	65 Euro
Personalführung für Erstkräfte	Aurich	14.Okt	80 Euro
Personalführung für Praxismitarbeiter	Hannover	13.Okt	139 Euro
QEP-Intensivkurs (2-tägig)	Oldenburg	18.Sep	220 Euro
Rechtsnormen für die Arztpraxis Wie sicher ist Ihre Praxis aufgestellt?	Hannover	23.Sep	75 Euro
Das Telefon - Die Visitenkarte der Arztpraxis	Oldenburg	14.Okt	75 Euro
Terminpraxis	Verden	07.Okt	35 Euro
Abrechnung und Verordnung			
Abrechnung aktuell (hausärztlicher Versorgungsbereich)	Oldenburg	16.Sep	kostenlos

Abrechnung aktuell	Aurich	23.Sep	kostenlos
Abrechnung aktuell	Moormeerland- Neermoor	30.Sep	kostenlos
Abrechnung aktuell	Papenburg	07.Okt	kostenlos
Diabetes Typ 2 Schulung (2-tägig)	Verden	19.Sep	95 Euro
Häusliche Krankenpflege	Osnabrück	23.Sep	kostenlos
Honorarbescheid Lesen und Verstehen unter besonderer Berücksichtigung der RLV/QZV am Beispiel 1/2015	Hannover	23.Sep	kostenlos
Richtig kodieren nach ICD 10	Aurich	30.Sep	kostenlos
Medizinische und psychotherapeutische Themen			
DMP Asthma und COPD	Verden	10.Okt	20 Euro
DMP Diabetes und KHK	Braunschweig	23.Sep	20 Euro
Häusliche Krankenpflege	Osnabrück	23.Sep	kostenlos
Notfallseminar (Ärzte/MFA)	Hannover	30.Sep	70 Euro für Ärzte 50 Euro für MFA
Qualitätszirkel - Moderatoren- trainingskurs (2-tägig)	Langwedel- Etelsen	25.Sep	399 Euro
Wirtschaftsseminare			
Niederlassen in Niedersachsen	Oldenburg	12.Sep	kostenlos
Personalführung und Mitarbeiterauswahl	Braunschweig	17.Sep	kostenlos
Weiterbildungsassistenten - Praxisseminar	Hannover	07.Okt	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

6. Anlagenverzeichnis

6.1. Tipps für die Verordnungspraxis

6.2. Sammelerklärung

Gemeinsame Arbeitsgruppe Arzneimittel

Kassenärztliche Vereinigung
Niedersachsen

Verbände der gesetzlichen
Krankenkassen in Niedersachsen



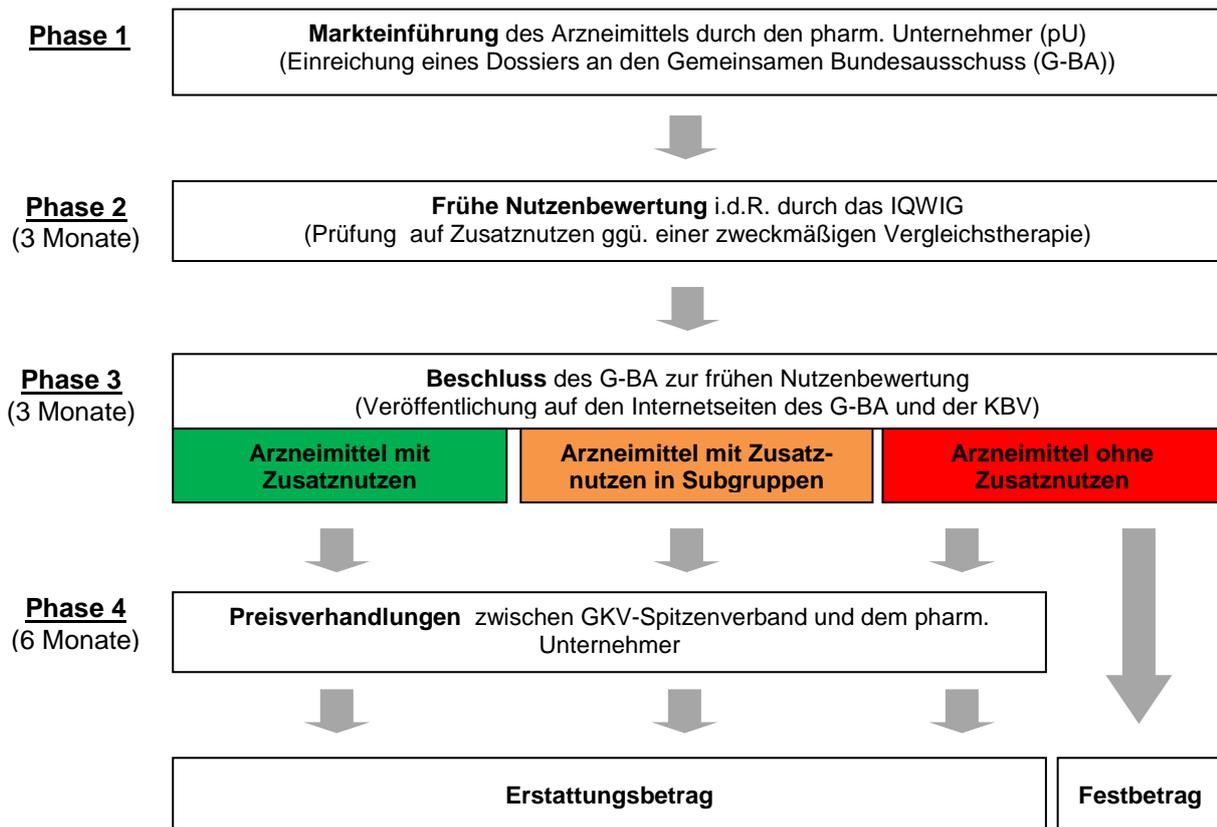
Arzneimittel in der frühen Nutzenbewertung – Tipps für die Verordnungspraxis

Seit 2011 erfolgt für neu auf den Markt kommende Arzneimittel die frühe Nutzenbewertung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA). Das Ergebnis der Nutzenbewertung ist für die Frage der Wirtschaftlichkeit einer Verordnung des Arzneimittels von hoher Relevanz. Auch wenn die im Anschluss an die Nutzenbewertung vereinbarten Erstattungsbeträge im Hinblick auf die Kosten für die Gesetzliche Krankenversicherung als angemessen gelten, ist allein mit der Vereinbarung eines Erstattungsbetrages keine Auswahlentscheidung für das Arzneimittel verbunden. Dieser Aspekt ist in der niedersächsischen Arzneimittelvereinbarung für 2015 berücksichtigt worden, um eine wirtschaftliche Verordnungsweise sicherzustellen:

„Arzneimittel, die die frühe Nutzenbewertung durchlaufen haben und bei denen der Gemeinsame Bundesausschuss einen Zusatznutzen festgestellt hat, sollten nur in den Anwendungsgebieten mit Zusatznutzen verordnet werden.“

Zur Veranschaulichung der Abläufe der Nutzenbewertung und der entsprechenden Regelung in der Arzneimittelvereinbarung haben wir in der folgenden Übersicht die einzelnen Phasen der Nutzenbewertung dargestellt und entsprechende Empfehlungen für die Praxis daraus abgeleitet.

Ablauf der frühen Nutzenbewertung



Tipps für die Verordnungspraxis

(unter Berücksichtigung der Arzneimittelvereinbarung 2015 in Nds.)

Phase 1: Markteinführung des Arzneimittels

Das Arzneimittel ist zugelassen und kann im Rahmen der Indikation auch verordnet werden. Zu beachten sind dennoch folgende Punkte, die eine **zurückhaltende** Verordnung nahe legen:

1. Langjährige, breite Anwendungsbeobachtungen, durch die ggf. noch nicht bekannte Nebenwirkungen oder Interaktionen aufgedeckt werden könnten, existieren noch nicht.
2. Der Preis ist ausschließlich vom pharmazeutischen Unternehmer bestimmt.
3. Der G-BA hat noch keinen Beschluss über einen etwaigen Zusatznutzen des Arzneimittels ggü. der zweckmäßigen Vergleichstherapie getroffen.

Phase 2: Frühe Nutzenbewertung - in der Regel durch das IQWiG

Der Beschluss des IQWiG ist als „Zwischenergebnis“ zu werten und kann zur Beurteilung der Wirtschaftlichkeit einer Verordnung allenfalls als Orientierung dienen. Die in Phase 1 genannten Gründe gelten auch hier. Eine Verordnung sollte dementsprechend **zurückhaltend** erfolgen.

Phase 3: Beschluss des G-BA zur frühen Nutzenbewertung

Arzneimittel **mit** Zusatznutzen: Zu diesem Zeitpunkt gilt (noch) der vom Hersteller festgelegte Preis, von daher sollte nach wie vor zurückhaltend verordnet werden.
Gibt es für das Arzneimittel im konkreten Behandlungsfall keine zweckmäßige Therapiealternative, gilt eine Verordnung i.d.R. als wirtschaftlich.

Arzneimittel mit Zusatznutzen in **Subgruppen**: Zu diesem Zeitpunkt gilt (noch) der vom Hersteller festgelegte Preis, von daher sollte nach wie vor zurückhaltend verordnet werden.
Gibt es für das Arzneimittel im konkreten Behandlungsfall keine zweckmäßige Therapiealternative gilt eine Verordnung in den Subgruppen mit Zusatznutzen i.d.R. als wirtschaftlich.
Verordnungen in Subgruppen ohne Zusatznutzen könnten als unwirtschaftlich gelten und von den Krankenkassen regressiert werden.

Arzneimittel **ohne** Zusatznutzen: Sofern der Preis dieser Arzneimittel die Kosten der zweckmäßigen Vergleichstherapie übersteigt, kann die Verordnung als unwirtschaftlich gelten und regressiert werden. Sie sollte nur in medizinisch begründeten Ausnahmefällen erfolgen.
Die Möglichkeit der Marktrücknahme eines Arzneimittels aufgrund eines schlechten Ergebnisses der frühen Nutzenbewertung durch den Hersteller sollte bedacht werden.
Auch bedeutet eine negative Bewertung nicht zwangsläufig, dass im Rahmen der Prüfung kein Zusatznutzen belegt werden konnte. Möglich ist auch, dass dem G-BA die vom Hersteller eingereichten Unterlagen nicht für eine Bewertung ausgereicht haben.

Phase 4: Erstattungsbetrag in Preisverhandlungen ist festgesetzt

Verordnungen in den Subgruppen **mit** Zusatznutzen gelten als wirtschaftlich.
Verordnungen in den Subgruppen **ohne** Zusatznutzen können als unwirtschaftlich angesehen und regressiert werden, sofern der Preis die Kosten der zweckmäßigen Vergleichstherapie übersteigt. Grundsätzlich ist aber auch in diesem Fall eine Verschreibung möglich, da das Arzneimittel zugelassen ist. Setzt der Arzt ein nutzenbewertetes Arzneimittel in einer Subgruppe ohne Zusatznutzen ein, so muss er sich vergewissern, dass es sich unter den zur Auswahl stehenden gleichwertigen um die wirtschaftlichste Therapieoption handelt.

Das Ausmaß des Zusatznutzens eines Arzneimittels soll dessen Erstattungspreis bestimmen. Ein bestehender Zusatznutzen kann vom G-BA als erheblich, beträchtlich, gering oder nicht quantifizierbar eingestuft werden. Kann einem Arzneimittel kein Zusatznutzen zuerkannt werden, gibt es zwei

Möglichkeiten: Falls eine entsprechende Festbetragsgruppe existiert, wird das Arzneimittel hier eingeordnet. Ansonsten wird ein Erstattungsbetrag ausgehandelt, der sich an den Kosten der zweckmäßigen Vergleichstherapie orientiert.

Aktuelle Informationen bezüglich der frühen Nutzenbewertung eines Arzneimittels finden Sie auf der Website der KBV¹ oder des G-BA². Hinweise zum Erstattungsbetrag sind außerdem auf der Seite des GKV-Spitzenverbandes³ hinterlegt.

Beispiel neue Antidiabetika

Die Bedeutung der frühen Nutzenbewertung kann am Beispiel der neuen Antidiabetika verdeutlicht werden. In der nachstehenden Tabelle sind die Ergebnisse der Nutzenbewertung für verschiedene Wirkstoffe aufbereitet. Wie zu erkennen, konnte nur in wenigen Fällen ein Zusatznutzen gegenüber der zweckmäßigen Vergleichstherapie, i.d.R. Metformin und/oder Sulfonylharnstoff (Glibenclamid oder Glimepirid), festgestellt werden. Falls eine Basistherapie (Ernährungsumstellung, Bewegung, Raucher-Entwöhnung etc.) in der Therapie von Diabetikern nicht ausreicht, sollte Metformin folglich als Mittel der ersten Wahl eingesetzt werden. Dies stimmt auch mit den Empfehlungen der Nationalen VersorgungsLeitlinie „Therapie des Typ-2-Diabetes“⁴ überein.

Neue Antidiabetika sollten gemäß ihrer Indikation und ihres Zusatznutzens nur dann angewendet werden, wenn eine Therapie mit dem erprobten Behandlungsstandard Metformin bzw. Sulfonylharnstoffen nicht möglich ist.

¹ http://www.kbv.de/html/fruehe_nutzenbewertung.php

² <https://www.g-ba.de/informationen/nutzenbewertung/>

³ https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/arzneimittel/rabatt_verhandlungen_nach_amnog/erstattungsbetragsverhandlungen_nach_ch_130b_sgb_v/erstattungsbetragsverhandlungen_nach_130b_sgb_v_vl.jsp

⁴ Nationale VersorgungsLeitlinie Therapie des Typ-2-Diabetes – Kurzfassung, 1. Auflage. Version 4. 2013, verfügbar über <http://www.awmf.org/leitlinien/>

Übersicht über Beschlüsse des G-BA zur frühen Nutzenbewertung von neuen Antidiabetika

(Aus Gründen der Übersichtlichkeit wurde auf die Angabe der Anwendungsgebiete verzichtet und Therapieformen, wenn möglich, zusammengefasst. Ausführliche Informationen finden Sie unter www.kbv.de oder www.gba.de)

Wirkstoff	Therapieform	Beschluss der Nutzenbewertung (G-BA)	Jahrestherapiekosten in Euro ¹
Metformin			32,85 – 98,55 (1-3g/d))
Glibenclamid		i.d.R. zweckmäßige Vergleichstherapie (Bestandmarkt – frühe Nutzenbewertung wurde nicht durchlaufen	12,78 - 76,65 (1,75-10,5mg/d)
Glimepirid		Berechnung nach aktueller Nutzenbewertung, Duraglutid; Stand Juni 2015)	29,20- 153,30 (1-6mg/d)
<hr/>			
Albiglutid (Eperzan®)	Zweifachkombination mit Metformin Sonstige Therapieformen	Hinweis auf einen geringen Zusatznutzen Zusatznutzen nicht belegt	1.452,79
Canagliflozin (Invokana®)		Zusatznutzen nicht belegt	² -
Canagliflozin + Metformin (Vokanamed)		Zusatznutzen nicht belegt	²
Dapagliflozin (Forxiga®)		Zusatznutzen nicht belegt	402,54
Dapagliflozin/ Metformin (Xigduo®)		Zusatznutzen nicht belegt	435,36
Dulaglutid (Trulicity®)	Kombination mit Insulin, mit oder ohne orale Antidiabetikum Sonstige Therapieform	Anhaltspunkt für einen geringen Zusatznutzen Zusatznutzen nicht belegt	1.965,17
Empagliflozin (Jardiance®)		Zusatznutzen nicht belegt	657,00(10mg) -770,15 (25mg)
Insulin degludec (Tresiba®)		Zusatznutzen nicht belegt	² 1.051,08-2.102,75 (37,8-75,6 IE pro Tag)
Insulin degludec (Tresiba®) (neues Anwendungsgebiet)		Beschluss August 2015	³

¹Kosten nach Beschluss der Nutzenbewertung, nach Abzug der Rabatte nach § 130 und 130a SGB V

² Opt-out bzw. vom deutschen Markt zurückgezogen

³ Marktrücknahme Ende September vom Hersteller angekündigt
Stand: 07/2015

Insulin degludec/ Liraglutid (Xultophy®)	Beschluss Oktober 2015	1.033,92 - 1.206,24 ⁴
Linagliptin (Trajenta®)	Zusatznutzen nicht belegt	2
Lixisenatid (Lyxumia®)	Zusatznutzen nicht belegt	AV
Saxagliptin (Onglyza®)	Zweifachkombination mit Metformin Sonstige Therapieformen	Anhaltspunkt für einen geringen Zusatznutzen Zusatznutzen nicht belegt
Saxagliptin/ Metformin (Komboglyze®)	Kombination (Metformin) Sonstige Therapieformen	Anhaltspunkt für einen geringen Zusatznutzen Zusatznutzen nicht belegt
Sitagliptin (Januvia®, Xelevia®)	Monotherapie Zweifachkombination mit Metformin Sonstige Therapieformen	Anhaltspunkt für einen geringen Zusatznutzen Zusatznutzen nicht belegt
Sitagliptin/ Metformin (Janumet®, Velmetia®)	Kombination (mit Metformin) Sonstige Therapieformen	Anhaltspunkt für einen geringen Zusatznutzen Zusatznutzen nicht belegt
Vildagliptin (Galvus®, Jalra®, Xiliarx®)	Zusatznutzen nicht belegt	2
Vildagliptin/ Metformin (Eucreas®, Icardra®, Zomarist®)	Zusatznutzen nicht belegt	2

⁴ Preis nach Angaben der Fachinformation: Dosis 10IE/0,36mg-16IE/0,6mg; Aufbrauchfrist/Patrone 21 Tage; Preise abz. Rabatte nach §§ 130,130a SGB V
Stand: 07/2015
Preisstand: 15.07.2015



KVN

Kassenärztliche Vereinigung
Niedersachsen

Informationen für die Praxis

KVN-Rundschreiben

Juli 2015

Inhaltsverzeichnis

1. Abrechnung	3
1.1. Vertrag über zusätzliche Vorsorge-/Früherkennungs- untersuchungen für Kinder und Jugendliche mit der IKK gesund plus	3
1.2. Anpassung der DMP-Verträge Diabetes mellitus Typ 1, und Koronare Herzkrankheit (KHK) zum 01.07.2015	4
1.3. Strukturiertes Behandlungsprogramm Koronare Herzkrankheit (DMP KHK) hier: Ergänzungsvereinbarung mit der AOK Niedersachsen für das DMP-Schulungsprogramm SPOG	5
1.4. GOP 03062 und 03063 neben der Versichertenpauschale nur mit Uhrzeitangabe abrechnungsfähig	5
1.5. Angabe der Uhrzeit im organisierten Not(-fall)dienst.....	6
2. Verordnungen	6
2.1. Arznei-, Heil- und Richtgrößen-Vereinbarung für das Jahr 2015	6
2.2. Einführung von Arzneimittelquotenberichten ab Januar 2015.....	7
2.3. Angabe des Arztvornamens auf einem Rezept.....	8
2.4. Ab 01.07.2015 Festbetragszahlung für einige Levothyroxin-Jodid-Kombinationspräparate	8
2.5. Toujeo® - neue Rabattverträge vereinbart	8
2.6. Heilmittel-Richtgrößeninformation	9
3. Allgemeine Hinweise	9
3.1. Impfausweise	9
3.2. Warnung vor Betrüger	9
3.3. Bezirksstelle Hildesheim ab 27.07.2015 in neuen Räumen	10

3.4.	Stadt Emden führt für ihre Feuerwehrbeamte zum 1. Juli 2015 die Krankenversichertenkarte ein	10
3.5.	Hygiene und Medizinprodukte - Feststellung des Status quo in der Arztpraxis	10
3.6.	KVN-PIN-Card am Start.....	10
3.7.	Umfrage „KVN-Barometer“ - Probleme mit dem Rückfax	11
4.	Veranstaltungen im August und September 2015	11
5.	Anlagenverzeichnis	14
5.1.	Arzneimittelvereinbarung für das Jahr 2015 - Anlage 1.....	14
5.2.	Anlage 5.2 Arzneimittelquotenberichte ab Januar 2015	14

1. Abrechnung

1.1. Vertrag über zusätzliche Vorsorge-/Früherkennungsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche mit der IKK gesund plus

Die KVN hat für Versicherte der IKK gesund plus einen Vertrag über zusätzliche Vorsorge-/Früherkennungsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche abgeschlossen.

Diese Vorsorgeuntersuchungen können jeweils nur einmalig beansprucht werden und haben folgende Leistungsinhalte:

Leistungsbeschreibung	GONR	Vergütung
Im Rahmen der durchzuführenden Untersuchung - für Kinder im Alter von 7 bis 8 Jahren - gilt es, Schulleistungs-, Sozialisations- und Verhaltensstörungen, Zahn-, Mund- und Kieferanomalien sowie schädliches Medienverhalten zu erkennen, ein Aufklärungs- bzw. Beratungsgespräch mit den Eltern zu führen sowie die Ergebnisse zu dokumentieren.	99216	50,00 €
Leistungsbeschreibung	GONR	Vergütung
Im Rahmen der durchzuführenden Untersuchung - für Kinder im Alter von 9 bis 10 Jahren - gilt es, Schulleistungs-, Sozialisations- und Verhaltensstörungen, Zahn-, Mund- und Kieferanomalien sowie schädliches Medienverhalten zu erkennen, die Pubertätsentwicklung zu beurteilen und ein Aufklärungs- bzw. Beratungsgespräch mit den Eltern zu führen sowie die Ergebnisse zu dokumentieren.	99217	50,00 €

Kinder von 7-8 Jahren

Kinder von 9-10 Jahren

<p>Im Rahmen der durchzuführenden Untersuchung - für Jugendliche im Alter von 16 bis 17 Jahren - gilt es, medizinische Risiken (z. B. Diabetes, Schilddrüsenerkrankung) Sozialisations- und Verhaltensstörungen zu erkennen. Die Körperhaltung und die Fitness, die Sexualitätsentwicklung, das Medienverhalten und den Umgang mit Drogen zu überprüfen. Es ist ein Aufklärungs- bzw. Beratungsgespräch zu führen. Die Ergebnisse sind zu dokumentieren.</p>	99220	50,00 €
---	-------	---------

... und Jugendliche von 16 bis 17 Jahren

Die Untersuchungen können von allen an der vertragsärztlichen Versorgung in Niedersachsen teilnehmenden Ärzte durchgeführt werden, die entsprechend dem Inhalt und Umfang der Niedersächsischen Weiterbildungsordnung zur Leistungserbringung berechtigt sind. Ein spezielles Teilnahmeverfahren ist nicht vorgesehen. Im Rahmen der Abrechnung der genannten GO-Nrn. werden die Inhalte des Vertrages akzeptiert.

Kein spezielles Teilnahmeverfahren

Der vollständige Vertrag ist im Mitgliederbereich des KVN-Portals eingestellt: Verträge/Besondere ambulante ärztliche Versorgung, Link: [IKK gesund plus – Früherkennungsuntersuchung](#).

1.2. Anpassung der DMP-Verträge Diabetes mellitus Typ 1, und Koronare Herzkrankheit (KHK) zum 01.07.2015

Durch die Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie war es erforderlich, die Verträge zu den Behandlungsprogrammen Diabetes mellitus Typ 1 und KHK redaktionell entsprechend anzupassen.

Im Zuge der Verhandlungen zur Anpassung der Verträge konnten seitens der KVN zudem folgende vertragliche Verbesserungen erreicht werden:

1. Die Qualitätssicherungspauschalen bei Diabetes mellitus Typ 1 und DMP KHK werden auf 11,40 € angehoben.
2. Werden im Rahmen der Behandlungsprogramme Diabetes mellitus Typ 1 und KHK alle Gruppenschulungen durchgeführt, erfolgt eine weitere Vergütung in Form eines Zuschlages auf die letzte Gruppenschulung. Dieser Zuschlag wird automatisch von

Anhebung der Qualitätssicherungspauschalen

der KVN im Rahmen der Quartalsabrechnung hinzugesetzt, wenn die letzte Gruppenschulung durchgeführt wurde. Die Zuschläge betragen je nach Schulung zwischen 10,00 € und 40,00 €

Zuschlag auf die letzte Gruppenschulung

Die aktuellen Lesefassungen der Verträge inklusiv der aktualisierten Anlagen finden Sie in Kürze im KVN-Portal unter www.kvn.de; Verträge/DMP-Strukturierte Behandlungsprogramme.

Die Krankenkassen haben im Rahmen der Prüfung der DMP-Vergütungen festgestellt, dass in einigen Fällen die Abrechnung der DMP-Ziffern ohne eine gültige DMP-Teilnahme erfolgte. Bitte beachten Sie die Hinweise der Krankenkassen und der Datenstelle über eine beendete DMP-Teilnahme, damit eine Abrechnung nur für aktuell eingeschriebene Patienten erfolgt.

Seit der Umstellung auf die elektronische Gesundheitskarte (eGK) gehen bei der Datenstelle weiterhin Dokumentationen mit alten Krankenversicherernummern ein. Seit dem 01.01.2015 sind nur noch die alphanumerischen eGK-Krankenversicherernummern auf die DMP-Dokumentationen zu übertragen. Die Datenstellen weisen ab 01.07.2015 Dokumentationen mit alten Krankenversicherernummern als unplausibel ab und geben sie in das Korrekturverfahren.

Keine alten Krankenversicherernummern mehr

1.3. **Strukturiertes Behandlungsprogramm Koronare Herzkrankheit (DMP KHK)**

hier: Ergänzungsvereinbarung mit der AOK Niedersachsen für das DMP-Schulungsprogramm SPOG

Die AOK Niedersachsen hat mit der KVN mit Wirkung ab 01.07.2015 vereinbart, dass das Schulungsprogramm „SPOG“ im Rahmen des DMP KHK nunmehr auch als Einzelschulung erbracht und abgerechnet werden kann. Zur Abrechnung dieses Schulungsprogramms als Einzelschulung wurde die neue KV-interne GO-Nr. 99544 E eingerichtet.

SPOG jetzt auch als Einzelschulung abrechenbar

Abrechenbar ist diese Ziffer nur für Ärzte, welche am DMP teilnehmen und die Schulungsgenehmigung zum KHK-Schulungsprogramm „SPOG“ haben. Die Einzelschulung wird mit pauschal 170,00 € je Patient einmalig vergütet. Die private Abrechnung dieses Schulungsprogramms als Einzelschulung ist für die AOK Niedersachsen damit nicht mehr möglich.

1.4. **GOP 03062 und 03063 neben der Versichertenpauschale nur mit Uhrzeitangabe abrechnungsfähig**

Die Abrechnung der GOP 03062 oder 03063 neben der Versichertenpauschale ist nur mit einer Uhrzeitangabe (im KVDT-Feld 5006) möglich.

Bei fehlender Uhrzeitangabe erfolgt bei diesen Leistungen eine sachlich-rechnerische Berichtigung.

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

1.5. 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 anzugeben.

Der Eintrag für die **Uhrzeit** erfolgt im **KVDT-Feld 5006** bzw. im KVDT-Feld 5009. Wie die Eingabe zu erfolgen hat, ist von Ihrem Praxisverwaltungssystem abhängig. Fragen dazu beantwortet Ihnen Ihr Softwarehaus.

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

2. Verordnungen

2.1. Arznei-, Heil- und Richtgrößen-Vereinbarung für das Jahr 2015

Wir informieren darüber, dass das Unterschriftenverfahren der o. a. gesetzlich abzuschließenden Vereinbarungen für das Jahr 2015 abgeschlossen ist. Im Rahmen der Verhandlungen mit der gesetzlichen Krankenversicherung konnten folgende Ergebnisse erzielt werden:

1. Arzneimittel-Vereinbarung 2015

- Das gesamte Arzneimittelvolumen für das Jahr 2015 wurde auf einen Betrag von 2,95 Milliarden Euro vereinbart.
- Die Rahmenvorgaben der Bundesebene und die landesspezifischen Faktoren wurden komplett umgesetzt.
- Zur Erreichung einer bedarfsgerechten, qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimittelversorgung im Jahr 2015 haben die Partner regionale Zielquoten für Arzneimittel (s. Anlage) vereinbart. Diese Zielquoten haben empfehlenden Charakter und sollen der Orientierung dienen.
- Um die Zielerreichung sicherzustellen, haben sich die Vertragspartner auf Grundsätze einer wirtschaftlichen Ordnungsweise verständigt. Hierzu werden separat weitere Informationen bekanntgegeben.

2. Heilmittel-Vereinbarung 2015

- Das Ausgabevolumen für Heilmittel im Jahr 2015 wird auf einen Betrag 479.507.764,97 Euro vereinbart.

Die Vereinbarungen sind abgeschlossen

Regionale Zielquoten als Empfehlung

- Hiermit wurden alle Anpassungsfaktoren der Rahmenvorgaben auf Bundesebene und die landesspezifischen Faktoren berücksichtigt.
- Zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten, qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Heilmittelversorgung haben sich auch in diesem Bereich die Vertragspartner auf Grundsätze einer wirtschaftlichen Verordnungsweise verständigt. Nähere Informationen hierzu werden separat bekanntgegeben.

3. Richtgrößen-Vereinbarung für das Jahr 2015

- Die Richtgrößen des Jahres 2014 werden im Bereich der Arzneimittel um linear 5,5 Prozent und im Bereich der Heilmittel um 3,8 Prozent angehoben. Diese Steigerungssätze entsprechen den auf der Bundesebene bekanntgegebenen Veränderungsfaktoren.
- Daneben konnten noch folgende landesspezifische Praxisbesonderheiten im Arzneimittelbereich, im Rahmen der fallbezogenen und indikationsabhängigen Berücksichtigung vereinbart werden:
 - Behandlung mit Arzneimitteln zur intravitrealen Injektion
 - Behandlung mit Xofigo®
 - Behandlung mit Arzneimitteln gegen Hepatitis C.
- Darüber hinaus wird weiterhin als landesspezifische Praxisbesonderheit der Heilmitteltherapie die Krankengymnastik für die ersten drei Monate nach chirurgischen/orthopädischen Eingriffen (Kennzeichnung über die GO-Nr. 91903) anerkannt werden.

Anhebung der Richtgrößen

Landesspezifische Praxisbesonderheit: Krankengymnastik nach OP

Die vollständigen Vereinbarungen sind im KVN-Portal unter [Verordnungen/ Arzneimittel bzw. Heilmittel](#) und im Internet unter <http://www.kvn.de/Ueber-uns/Amtliche-Bekanntmachungen> einsehbar.

Anlage 5.1: Arzneimittelvereinbarung für das Jahr 2015 - Anlage 1

2.2. Einführung von Arzneimittelquotenberichten ab Januar 2015

In der mit den Verbänden der Krankenkassen abgeschlossenen Arzneimittelvereinbarung für das Jahr 2015 wurden zur Erreichung einer bedarfsgerechten, qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimittelversorgung regionale Zielquoten für Arzneimittelgruppen in Anlehnung an die Rahmenvorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung vereinbart. Zusätzlich zu den aus 2011 und 2012 bekannten Leitsubstanzquoten sind Verordnungshöchstquoten und Ordnungsmindestquoten mit aufgenommen worden. Die definierten Zielquoten geben an, inwieweit die Verordnung empfohlener Leitsubstanzen innerhalb einer Arzneimittelgruppe eingehalten wird, und haben empfehlenden Charakter und sollen der Orientierung dienen.

Quotenberichte nur zur Orientierung

Die arztbezogenen Arzneimittelquotenberichte (Muster siehe Anlage) stehen über unser KVN-Portal im Internet unter „Online-Dienste“, Rubrik „e-Dokumente“ zur Verfügung und werden monatlich aktualisiert. Derzeit veröffentlicht sind die Zeiträume Januar bis April. Ferner werden Hinweise zu den Arzneimittelquoten in der Praxissoftware angezeigt.

Die vollständigen Vereinbarungen sind auf der Homepage der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen im Bereich „Amtliche Bekanntmachungen“ eingestellt oder können auch über das KVN-Portal (Verordnungen/Arzneimittel bzw. Heilmittel) aufgerufen werden.

Anlage 5.2 Arzneimittelquotenberichte ab Januar 2015

2.3. Angabe des Arztvornamens auf einem Rezept

Im April-Rundschreiben haben wir Sie über eine Änderung der Arzneimittelverschreibungsverordnung informiert, wonach ab dem 01. Juli 2015 auf einer Arzneimittelverordnung neben Namen, Vornamen, Berufsbezeichnung und Anschrift der Praxis der verschreibenden Person auch eine Telefonnummer verpflichtend mit angegeben werden muss.

Aus aktuellem Anlass erfolgt ergänzend der Hinweis, dass der Vorname der verschreibenden Person auszuschreiben ist und ohne diese Angabe eine Belieferung in der Apotheke verweigert werden kann, da dies eine Pflichtangabe auf der Verordnung ist.

Arztvorname auf
Rezept erforderlich

2.4. Ab 01.07.2015 Festbetragszuzahlung für einige Levothyroxin-Jodid-Kombinationspräparate

Ab dem 01.07.2015 gilt ein Festbetrag für die Kombination aus Levothyroxin und Jodid. Die Firma Sanofi-Aventis hat bereits angekündigt, den Preis für ihre Produkte Thyronajod[®] Henning und L-Thyroxin Henning[®] plus nicht komplett auf den Festbetrag abzusenken, was zur Folge hätte, dass die Patienten die Differenz zum Festbetrag selbst zahlen müssten. Dies gilt auch für Patienten, die von der regulären Zuzahlung befreit sind.

Bitte beachten Sie, dass die Kombination Levothyroxin und Jodid auf der Substitutionsausschlussliste des G-BA steht, sodass die Apotheke das Arzneimittel nicht gegen ein wirkstoffgleiches Präparat ohne Zuzahlung austauschen darf. Zudem müssen Patienten über die für sie anstehenden Mehrkosten in der Praxis aufgeklärt werden (§ 73 (5) SGB V).

Achten Sie daher bitte vor der Verordnung von allen Levothyroxin/Jodid-Kombinationspräparaten auf die aktuell gültigen Festbetragsanzeigen in Ihrer Praxissoftware.

Zuzahlungen für
Patienten erwartet

2.5. Toujeo[®] - neue Rabattverträge vereinbart

Seit Anfang Mai ist mit Toujeo[®] von Sanofi-Aventis ein neues Analoginsulin auf dem deutschen Markt erhältlich. Bei Toujeo[®] handelt es sich um eine U-300 Formulierung des Insulin Glargin, welches bereits als U-100 Formulierung unter dem Namen Lantus[®] verfügbar ist.

Toujeo ist
erstattungsfähig

Laut der Anlage III der Arzneimittel-Richtlinie des G-BA gilt für Analoginsuline die Regelung, dass für eine Verordnung 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 des Herstellers sind inzwischen mit allen Kassen Verträge geschlossen worden, sodass die Erstattungsfähigkeit hergestellt sein sollte.

Wie bei allen neuen Medikamenten gilt, dass langjährige, breite Anwendungsbeobachtungen, durch die ggf. noch nicht bekannte Nebenwirkungen, Wechselwirkungen etc. aufgedeckt werden könnten, kurz nach der Markteinführung noch nicht existieren. Dies sollte bei der Verordnung neuer Medikamente stets berücksichtigt werden.

Nebenwirkungen noch nicht erforscht

2.6. Heilmittel-Richtgrößeninformation

Die Heilmittel-Richtgrößeninformation für das 3. Quartal 2014 steht über unser KVN-Portal im Internet unter „Online-Dienste“, Rubrik „eDokumente“ zur Verfügung.

Ebenso können hier die Arzneimittel-Richtgrößeninformationen sowie GAmSi- und HIS-Berichte eingesehen werden.

3. Allgemeine Hinweise

3.1. Impfausweise

Wir machen darauf aufmerksam, dass die örtlichen Gesundheitsämter nicht für die Belieferung von Impfausweisen an Arztpraxen zuständig sind. Zum aktuellen Zeitpunkt gibt es keine Möglichkeiten einer kostenfreien Bereitstellung der Impfausweise für Patienten in den Vertragsarztpraxen.

Keine Impfausweise bei den Gesundheitsämtern

3.2. Warnung vor Betrüger

Nach Hinweisen aus der Bezirksstelle Osnabrück warnen wir vor einem angeblichen Pharmavertreter, der in Arztpraxen versucht, an Geld gelangen, um nach dem vorgegebenen Verlust seiner Geldbörse eine Reise fortzusetzen.

„Pharmavertreter“ pumpt sich Geld und verschwindet

In der Regel erhalten die Praxen unangemeldeten Besuch eines Mannes, der sich mittels einer Visitenkarte als Pharmavertreter ausgibt. Im Laufe des Gesprächs weist er darauf hin, dass er seine Geldbörse verloren habe und für seine Weiterreise dringend Geld brauche. Er versichert, dass er das Geld so schnell wie möglich überweise oder persönlich in die Praxis bringe. Dies geschieht nicht. Recherchen haben ergeben, dass der Mann nicht mehr für das Pharmaunternehmen tätig ist.

3.3. Bezirksstelle Hildesheim ab 27.07.2015 in neuen Räumen

Die Bezirksstelle Hildesheim wird am letzten Juliwochenende (24.07. – 27.07.2015) in neue Räumlichkeiten umziehen.

Ab Montag, 27.07.2015, finden Sie die Bezirksstelle Hildesheim unter der Anschrift: Hannoversche Straße 29, 31134 Hildesheim. Das Verwaltungsgebäude liegt in unmittelbarer Nähe zum Bahnhofsplatz. Die Postfachadresse bleibt unverändert: Postfach 100754, 31107 Hildesheim.

Telefonisch erreichen Sie die Bezirksstelle ab Montag, 27.07.2015, über die gewohnte zentrale Tel.: 05121 1601-0. Die einzelnen Mitarbeiter können Sie über die bekannten Nebenstellen ab Dienstag, 28.07.2015, kontaktieren. Vorsorglich möchten wir darauf hinweisen, dass es wegen des Umzugs zu Einschränkungen in der telefonischen Erreichbarkeit kommen könnte. Besuche in der Bezirksstelle sind jedoch ab Dienstag ebenfalls wieder möglich.

3.4. Stadt Emden führt für ihre Feuerwehrbeamte zum 1. Juli 2015 die Krankenversichertenkarte ein

Wir möchten Sie darüber informieren, dass die Stadt Emden an ihre Feuerwehrbeamten zum 01.07.2015 Krankenversichertenkarten ausgegeben hat. Das **Institutionskennzeichen** für die Stadt Emden lautet **103600934**, die dazugehörige **VKNR 06 878**.

Mit der Einführung der Krankenversichertenkarte entfallen die bislang ausgegebenen Behandlungsscheine.

3.5. Hygiene und Medizinprodukte - Feststellung des Status quo in der Arztpraxis

Das Kompetenzzentrum Hygiene und Medizinprodukte (CoC) hat in den letzten fünf Jahren viele Hilfestellungen, Publikationen und Angebote, wie z. B. den Hygieneleitfaden, entwickelt.

Vor kurzem erschien der Fragebogen „Feststellung des Status quo in der Arztpraxis“ zu verschiedenen hygienerlevanten Aspekten. Der Fragebogen ist in vier verschiedene Bereiche, u. a. Arbeitsschutz, Hygiene-Management, Umgang mit Medizinprodukten und Aufbereitung von Medizinprodukten, gegliedert und dient Ihnen in Ihrer Praxis zur Einschätzung des Ist-Zustandes im Bereich der Hygiene. Sie finden den Fragenbogen auf unserer Homepage unter <http://www.kvn.de/Praxis/Qualitaetssicherung/Hygiene-und-Medizinprodukte/Hygiene/>.

Anleitung zum Hygiene-Selbsttest

3.6. KVN-PIN-Card am Start

Seit dem 1. Juli 2015 ist der Zugang zum passwortgeschützten Mitgliederbereich der KVN nur noch über die neue PIN-Card möglich. Die KVN-PIN-Card generiert künftig zusätzlich zu Benutzername und

Passwort einen aktuellen Authentifizierungsschlüssel. Jedem Mitglied stehen zwei Kartenvarianten zur Verfügung: Eine persönliche, individuelle Karte sowie eine praxisbezogene Karte für das Praxispersonal. Die Mitarbeiter können dadurch unabhängig vom Praxisinhaber ins Portal gelangen. Der Praxisinhaber hat über seine persönliche Karte die Möglichkeit, den Zugang zu bestimmten Bereichen zu sperren und nur sich selbst vorzubehalten.

Ins KVN-Portal nur noch mit der Karte

Für Fragen, die eventuell bei der ersten Nutzung der Karte auftreten, steht die IT-Service-Hotline der KVN unter (08 00) 5 10 10 25, Montag bis Freitag: 7 Uhr bis 19 Uhr zur Verfügung. Anfragen werden auch per E-Mail unter it-service@kvn.de entgegengenommen.

3.7. Umfrage „KVN-Barometer“ - Probleme mit dem Rückfax

Im Rahmen unserer Mitgliederbefragung „KVN-Barometer“ ist es vereinzelt zu Rückfragen von Teilnehmern gekommen, die Schwierigkeiten hatten, den Fragebogen an die aufgedruckte Fax-Nummer durchzugeben.

„Barometer“-Rückfax: Inlandsnummer genügt

Die Nummer selbst stimmt. Sie ist aber auf dem Antwortbogen mit der internationalen Vorwahl „+49“ angegeben, die bei einem Inlandfax nicht erforderlich ist. Möglicherweise ist es bei Eingabe dieser Vorwahl zu Fehlern gekommen. Es genügt, als Faxnummer **06128 747 995** einzugeben.

4. Veranstaltungen im August und September 2015

Hier bekommen Sie eine Übersicht über Seminare und Fortbildungen der KVN mit noch freien Plätzen im August und September 2015. 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			
Freude mit Attesten	Verden	30.Sep	45 Euro
Freude mit Formularen Musterverordnung 2	Verden	16.Sep	40 Euro

Fit for Work - Überzeugend im Auftritt	Hannover	11.Sep	115 Euro
IGeLn leicht gemacht	Hannover	16.Sep	89 Euro
Intensivkurs PraxismanagerIn (5-tägig)	Hannover	17.Aug	500 Euro
Kommunikationstraining für MFA - Modul 1: Die Rezeption	Oldenburg	16.Sep	65 Euro
QEP-Intensivkurs (2-tägig)	Oldenburg	18.Sep	220 Euro
Qualifikation zur/zum PräventionsmanagerIn (4-tägig)	Hannover	17.Sep	380 Euro
Rechtsnormen für die Arztpraxis - Wie sicher ist ihre Praxis aufgestellt?	Hannover	23.Sep	75 Euro
Abrechnung und Verordnung			
Abrechnung aktuell (hausärztlicher Versorgungsbereich)	Oldenburg	16.Sep	kostenlos
Abrechnung aktuell	Aurich	23.Sep	kostenlos
Abrechnung aktuell	Moormeerland-Neermoor	30.Sep	kostenlos
Diabetes Typ 2 Schulung (2-tägig)	Verden	19.Sep	95 Euro
Honorarbescheid lesen und verstehen	Hannover	23.Sep	kostenlos
Richtig kodieren nach ICD 10	Aurich	9.Sep	kostenlos
Medizinische und psychotherapeutische Themen			
DMP Diabetes und KHK	Braunschweig	23.Sep	20 Euro
Notfallseminar (Ärzte/MFA)	Hannover	30.Sep	70 Euro für Ärzte 55 Euro für MFA
Qualitätszirkel - Moderatorentrainingskurs (2-tägig)	Langwedel-Etelsen	25.Sep	399 Euro
Wirtschaftsseminare			
Juristische Fallstricke	Verden	9.Sep	65 Euro
Niederlassen in Niedersachsen	Oldenburg	12.Sep	kostenlos
Personalführung und Mitarbeiterauswahl	Braunschweig	17.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. Arzneimittelvereinbarung für das Jahr 2015 - Anlage 1
- 5.2. Anlage 5.2 Arzneimittelquotenberichte ab Januar 2015

Wirtschaftlichkeitsziele nach § 2 – Zielquoten Leitsubstanzen		
Arzneimittelgruppe	Leitsubstanzen	Leitsubstanzquote in DDD (%)
HMG-CoA-Reduktasehemmer	Simvastatin, Pravastatin	84,1
Selektive Betablocker	Bisoprolol, Metoprolol	89,0
Alpha-Rezeptorenblocker zur Behandlung der BPH	Tamsulosin	87,6
Selektive Serotonin-Rücknahme-Inhibitoren	Citalopram, Sertralin	75,3
Bisphosphonate zur Behandlung der Osteoporose	Alendronsäure, Risedronsäure	81,0
ACE-Hemmer, Sartane und Aliskiren	Enalapril, Lisinopril, Ramipril	75,6
ACE-Hemmer, Sartane und Aliskiren in Kombination mit Diuretika bzw. Calcium-Antagonisten	Enalapril, Lisinopril, Ramipril jeweils mit Diuretikum/HCT bzw. Amlodipin und Nitrendipin	47,8
Schleifendiuretika	Furosomid und Torasemid	99,0
Calcium-Antagonisten	Amlodipin, Nitrendipin	82,9
Nichtselektive Monoamin-Rückaufnahmehemmer	Amitriptylin, Doxepin	57,8

Wirtschaftlichkeitsziele nach § 2 - Verordnungshöchstquoten	
Arzneimittelgruppe	Verordnungshöchstquote in DDD (%)
Anteil von ezetimibhaltigen Arzneimitteln einschließlich Kombinationen an der gesamten Gruppe von HMG-CoA-Reduktasehemmer und ezetimibhaltigen Arzneimitteln	4,1
Anteil von GLP-1-Analoga an der Gesamtgruppe der Antidiabetika exklusive Insulin	2,1
Opioide: Anteil der transdermalen Darreichungsformen an den oralen und transdermalen Darreichungsformen	42,2

Wirtschaftlichkeitsziel nach § 2 - Verordnungsmindestquoten	
Arzneimittelgruppe	Verordnungsmindestquote in DDD (%)
Opioide: Anteil der generikafähigen an allen BtM-pflichtigen, oralen Darreichungsformen	75,0
Anteil von biosimilaren Erythropoetin an der gesamten Gruppe der Erythropoese-stimulierenden Wirkstoffe	53,0

Arzneimittelvereinbarung 2015: Information zur Erfüllung empfohlener Arzneimittelquoten für Vertragsärzte

Auswertung für

LANR: 999999999

Fachgruppe (KVN):

Name:

Zeitraum: Januar 2015

Diese Hinweise sollen Sie dabei unterstützen, die **empfohlenen** Arzneimittelquoten der Arzneimittelvereinbarung 2015 zu erfüllen. Datenbasis* sind ungeprüfte Arzneverordnungsdaten der Apothekenrechenzentren. Die Arzneimittelquote errechnet sich aus der Anzahl der verordneten DDD der Wirkstoffe bzw. Präparate der Zielvorgabe im Verhältnis zu den verordneten DDD der Arzneimittelgruppe.

Arzneimittelgruppe	Anzahl der Verordnungen in der Arzneimittelgruppe	Summe der verordneten DDD der Arzneimittelgruppe	Zielvorgabe	Anzahl der Verordnungen der Zielvorgabe	Summe der verordneten DDD der Zielvorgabe	Zielvorgabe für 2015	erreichte Quote
--------------------	---	--	-------------	---	---	----------------------	-----------------

Leitsubstanzquoten

HMG-CoA-Reduktasehemmer			Simvastatin, Pravastatin			84,1%	
Selektive Betablocker			Bisoprolol, Metoprolol			89,0%	
Alpha-Rezeptorenblocker zur Behandlung der BPH			Tamsulosin			87,6%	
Selektive Serotonin-Rücknahme-Inhibitoren			Citalopram, Sertralin			75,3%	
Bisphosphonate zur Behandlung der Osteoporose			Alendronsäure, Risedronsäure			81,0%	
ACE-Hemmer, Sartane und Aliskiren			Enalapril, Lisinopril, Ramipril			75,6%	
ACE-Hemmer, Sartane und Aliskiren in Kombination mit Diuretika bzw. Calcium-Antagonisten			Enalapril, Lisinopril, Ramipril jeweils mit Diuretikum/HCT bzw. Amlodipin und Nitrendipin			47,8%	
Schleifendiuretika			Furosemid und Torasemid			99,0%	
Calcium-Antagonisten			Amlodipin, Nitrendipin			82,9%	
Nichtselektive Monoamin-Rückaufnahmehemmer			Amitriptylin, Doxepin			57,8%	

Verordnungshöchstquoten

HMG-CoA-Reduktasehemmer und ezetimibhaltige Arzneimittel			ezetimibhaltige Arzneimittel			4,1%	
Antidiabetika, exklusive Insuline			GLP-1-Analoga			2,1%	
Opioide (orale und transdermale Darreichungsformen)			transdermale Darreichungsformen			42,2%	

Verordnungsmindestquoten

Opioide (orale Darreichungsformen), BtM-pflichtig			generikafähige Opioide			75,0%	
Erythropoese-stimulierenden Wirkstoffe			biosimilare** Erythropoietine			53,0%	

* Quelle: ZI AVD-Daten (ungeprüft). Die Angabe 0% kann auch keine Verordnung bedeuten.

** Biosimilar-Zuordnung nach AkdÄ: Abseamed, Binocrit, Epoetin alfa Hexal, Retacrid, Silapo, Eporatio, Biopoin



KVN

Kassenärztliche Vereinigung
Niedersachsen

Informationen für die Praxis

KVN-Rundschreiben

Juni 2015

Inhaltsverzeichnis

1. Abrechnung	3
1.1. Abgabetermin für das 2. Quartal 2015	3
1.2. Kündigung des Beitritts der BKK Mobil Oil zur BKK- Impfvereinbarung - Ausland - mit Wirkung zum 30. Juni 2015	3
1.3. Bekanntgabe der bundeseinheitlichen Laborquote „Q“ für das 2. Halbjahr 2015	3
2. Verordnungen	4
2.1. Sprechstundenbedarf/Musterkoffer für das 3. Quartal 2015 veröffentlicht	4
2.2. Cisplatin in Kombination mit Gemcitabin bei fortgeschrittenen Karzinomen der Gallenblase und - wege, Zustimmung eines pharmazeutischen Unternehmers - Änderung der Anlage VI (Off-Label-Use)	4
2.3. Mycophenolat Mofetil bei Myasthenia gravis, Zustimmung eines pharmazeutischen Unternehmers - Änderung der Arzneimittel-Richtlinie Anlage VI (Off-Label), Ziffer XVI	5
2.4. Bezug des saisonalen Grippeimpfstoffs für die Impfsaison 2015/2016	5
2.5. Jakavi® (Ruxolitinib) als Praxisbesonderheit anerkannt.....	6
2.6. Regressanträge der AOK Niedersachsen: Verordnung von Blutzuckerteststreifen für Typ-II-Diabetiker	6
3. Allgemeine Hinweise	7
3.1. Am 1. Juli 2015 startet der Hausarztvertrag mit der Deutschen BKK	7
3.2. Zuzahlungsregelungen für Schwangere in der Mutterschafts-Richtlinie geändert	7
3.3. Neue Teilnahme- und Einwilligungserklärungen für die Disease-Management-Programme (DMP) Diabetes mellitus Typ I und II sowie Koronare Herzkrankheit (KHK) ab 1. Juli 2015.....	8

3.4.	Homöopathievertrag zwischen der Securvita BKK und der AG Vertragskoordinierung der KBV, hier: Beitritt der Deutschen BKK ab 1. Juli 2015	8
3.5.	Betreuungsstrukturvertrag für Fachärzte mit der Techniker Krankenkasse (TK) startet ab 1. Juli 2015	9
3.6.	Fortbildung: IHK ermittelt Bedarf	9
4.	Veranstaltungen im Juli und August 2015.....	10
5.	Anlagenverzeichnis.....	12
5.1.	Anlage 5.1: KVN-Rezept-Info Nr. 21 - Einsatz von Blutzuckerteststreifen bei Diabetes mellitus Typ 2	12

1. Abrechnung

1.1. Abgabetermin für das 2. Quartal 2015

Der Abgabetermin für die Abrechnung des 2. Quartals 2015 ist der 6. Werktag des Quartals und somit der 7. Juli 2015. 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 der KVN unter [www.kvn.de/Abrechnung/Abrechnungcenter/Informationen zur Quartalsabrechnung/Downloads](http://www.kvn.de/Abrechnung/Abrechnungcenter/Informationen%20zur%20Quartalsabrechnung/Downloads) ausgedruckt werden;
- die abzugebenden Behandlungsausweise (sortiert nach der Liste: KBV-Prüfmodul Abgabe Behandlungsausweise) einzureichen;
- abhängig von Ihren erbrachten Leistungen:
Früherkennungskoloskopie, Hautkrebsscreening, Daten gem. der QS-Richtlinie Dialyse rechtzeitig online zu dokumentieren und zu übertragen;
- ggf. zusätzliche Unterlagen einzureichen:
Sachkostenbelege/Rechnungen,
Behandlungsplan zur künstlichen Befruchtung Muster 70/70A,
Mitteilungen der Praxis zur eingereichten Abrechnung (Beispiel: Pat. Y ist zu löschen, da jetzt BG-Fall).

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

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

1.2. Kündigung des Beitritts der BKK Mobil Oil zur BKK-Impfvereinbarung - Ausland - mit Wirkung zum 30. Juni 2015

Die BKK Mobil Oil hat ihre Teilnahme an der o. g. Vereinbarung mit Wirkung zum 30. Juni 2015 gekündigt. Damit sind Leistungen nach dieser Vereinbarung für Versicherte der BKK Mobil Oil mit Wirkung ab 1. Juli 2015 nicht mehr abrechenbar. Die BKK-Impfvereinbarung - Ausland mit dem aktuellen BKK-Teilnehmerverzeichnis steht Ihnen im KVN-Portal unter Verträge/Sonstige Verträge/GKV-Impfvereinbarungen/BKK Landesverband Mitte zur Verfügung.

1.3. Bekanntgabe der bundeseinheitlichen Laborquote „Q“ für das 2. Halbjahr 2015

Für das 2. Halbjahr 2015 hat die KBV die bundeseinheitliche Laborabstaffelungsquote „Q“ mit 91,58 Prozent bekanntgegeben. Das bedeutet, dass, unabhängig davon, wer die für die Abstaffelungsquote

7. Juli 2015

Sammelerklärung

Behandlungsausweise

Nicht benötigt

Direkt an die
BezirksstellenNicht mehr
abrechenbar

91,58 Prozent

relevanten Basis- oder Speziallaborleistungen erbringt, diese nur zu dem vorgenannten Prozentsatz vergütet erhält. Von dieser Quotierungsregelung gibt es keine Ausnahme.

Keine Ausnahme

2. Verordnungen

2.1. Sprechstundenbedarf/Musterkoffer für das 3. Quartal 2015 veröffentlicht

Von der SSB-Kommission wurde in der letzten Sitzung der so genannte Musterkoffer SSB mit Gültigkeit für das 3. Quartal 2015 beschlossen. Der Musterkoffer ist identisch mit dem des Vorquartals, lediglich der Gültigkeitszeitraum wurde angepasst. Die aktualisierten Musterkoffer SSB für die 23 Fachgruppenbereiche finden Sie ab sofort im KVN-Portal in der Rubrik Sprechstundenbedarf/Musterkoffer SSB.

Identisch mit dem Vorquartal

2.2. Cisplatin in Kombination mit Gemcitabin bei fortgeschrittenen Karzinomen der Gallenblase und -wege, Zustimmung eines pharmazeutischen Unternehmers - Änderung der Anlage VI (Off-Label-Use)

Mit Wirkung vom 5. Mai 2015 wurde die Ziffer XXI der Anlage VI der Arzneimittel-Richtlinie geändert. Die Änderung betrifft den Abschnitt k) „Zustimmung des pharmazeutischen Unternehmers“. Hier wird die Liste der Hersteller, die für ihre Cisplatin-haltigen und/oder Gemcitabin-haltigen Arzneimittel im Rahmen des in der Anlage vorgenannten Off-Label-Use einer Anwendung zugestimmt haben (Haftung des pharmazeutischen Unternehmers), um den Hersteller „Teva GmbH“ erweitert.

„Teva GmbH“

Folgende Hersteller sind nun in der Liste aufgeführt:

Accord Healthcare GmbH, Actavis Deutschland GmbH & Co. KG, APOCARE PHARMA GmbH, axios Pharma GmbH, betapharm Arzneimittel GmbH, Bhardwaj Pharma GmbH, Caduceus Pharma Ltd., Cancernova GmbH onkologische Arzneimittel, cell pharm GmbH, EurimPharm Arzneimittel GmbH, Fresenius Kabi Deutschland GmbH, Fresenius Kabi Oncology Plc, HAEMATO PHARM AG, Heumann Pharma GmbH & Co. Generica KG, Hexal AG, HIKMA Farmacêutica (Portugal), S.A., Hospira Deutschland GmbH, Lilly Deutschland GmbH, medac Gesellschaft für klinische Spezialpräparate mbH, onkovis GmbH, Sigillata Ltd., Teva GmbH und Venus Pharma GmbH.

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

2.3. Mycophenolat Mofetil bei Myasthenia gravis, Zustimmung eines pharmazeutischen Unternehmers - Änderung der Arzneimittel-Richtlinie Anlage VI (Off-Label), Ziffer XVI

Mit Wirkung vom 5. Mai 2015 wurde die Ziffer XVI der Anlage VI der Arzneimittel-Richtlinie geändert. Die Änderung betrifft den Abschnitt k) „Zustimmung des pharmazeutischen Unternehmers“. Hier wird die Liste der Hersteller, die für ihre Mycophenolat Mofetil-haltigen Arzneimittel im Rahmen des in der Anlage vorgenannten Off-Label-Use einer Anwendung zugestimmt haben (Haftung des pharmazeutischen Unternehmers), um den Hersteller „TEVA Pharma B.V.“ erweitert.

„TEVA Pharma B.V.“

Folgende Hersteller sind nun in der Liste aufgeführt:

1A Pharma GmbH, ALIUD PHARMA GmbH, EURIM-PHARM Arzneimittel GmbH, HEXAL AG, Roche Registration Ltd., TEVA Pharma B.V.

Bitte beachten Sie, dass die Therapie einer Myasthenia gravis mit Mycophenolat Mofetil ausschließlich durch eine(n) im Krankheitsbild erfahrene(n) Fachärztin/Facharzt für Nervenheilkunde oder Fachärztin/Facharzt für Neurologie oder Nervenärztin/Nervenarzt erfolgen darf. Die Anlage VI der Arzneimittel-Richtlinie finden Sie auf der Website des G-BA (www.g-ba.de) unter: Richtlinie/Arzneimittelrichtlinie/Anlage VI.

2.4. Bezug des saisonalen Grippeimpfstoffs für die Impfsaison 2015/2016

Für die Impfsaison 2015/2016 haben die gesetzlichen Krankenkassen in Niedersachsen wieder die Versorgung Ihrer Versicherten mit saisonalem Grippeimpfstoff ausgeschrieben. Wie bereits in der letzten Impfsaison ist grundsätzlich Xanaflu® ohne Kanüle (PZN 11082343) der Firma Mylan Healthcare GmbH (vormals Abbott Arzneimittel GmbH) zu verordnen. Die Krankenkassen werden den Vertragsärzten wieder sieben vorgefertigte Verordnungsvordrucke mit bereits eingedruckten Inhalten zur Verfügung stellen. Die Verordnung mit dem Eindruck „Erstbestellung“ für die ersten sechs Wochen der Impfsaison 2015/2016 sollte umgehend nach Erhalt, möglichst bis zum 15. Juli 2015, an die Apotheke weitergereicht werden. Die Belieferung erfolgt nach der Zulassung des Impfstoffs. Der Versand der Schreiben mit den Verordnungsvordrucken soll noch im Juni erfolgen. Sollten Sie kein Schreiben erhalten, wenden Sie sich bitte an die

„Erstbestellung“
umgehend an Apotheke
weiterreichen

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 unter der Rubrik Verordnungen/Ausschreibung Grippeimpfstoffe 2015/2016.

2.5. Jakavi® (Ruxolitinib) als Praxisbesonderheit anerkannt

Ab dem 15. Mai 2015 wird Jakavi® (Ruxolitinib) nach einer Vereinbarung zwischen dem GKV-Spitzenverband und dem pharmazeutischen Unternehmer Novartis Pharma GmbH ab dem ersten Behandlungsfall als Praxisbesonderheit anerkannt. Die Anerkennung gilt für die Behandlung von krankheitsbedingter Splenomegalie oder Symptomen bei Erwachsenen mit primärer Myelofibrose (auch bekannt als chronische idiopathische Myelofibrose), Post-Polycythaemia-vera-Myelofibrose oder Post-Essentieller-Thrombozythämie-Myelofibrose. In diesem Anwendungsgebiet hatte Ruxolitinib vom G-BA einen Anhaltspunkt für einen beträchtlichen Zusatznutzen bescheinigt bekommen. Es ist zu beachten, dass die Einleitung und Überwachung der Behandlung mit Ruxolitinib durch einen in der Anwendung onkologischer Arzneimittel und in diesem Krankheitsbild erfahrenen Arzt erfolgen soll. Des Weiteren sind die Vorgaben der Fachinformation zu berücksichtigen. Weitere Informationen zu Ruxolitinib (Jakavi®) finden Sie unter www.g-ba.de und www.gkv-spitzenverband.de

Auf der Internetseite des GKV-Spitzenverbandes finden Sie eine Aufstellung der vereinbarten Praxisbesonderheiten aufgrund des Verfahrens der frühen Nutzenbewertung unter: Krankenversicherung - Arzneimittel - AMNOG-Verhandlungen §130 b SGB V - Übersicht Erstattungsbetragsverhandlungen nach §130 b SGB V - nur Einträge mit Anerkennung als Praxisbesonderheit berücksichtigen.

Fachinformationen berücksichtigen

2.6. Regressanträge der AOK Niedersachsen: Verordnung von Blutzuckerteststreifen für Typ-II-Diabetiker

Die AOK Niedersachsen hat uns mitgeteilt, dass sie bezüglich der Verordnung von Blutzuckerteststreifen für das erste Halbjahr 2014 Regressanträge bei Verstoß gegen die Arzneimittel-Richtlinie stellen wird. Deshalb informieren wir noch einmal über die Verordnungseinschränkung von Blutzuckerteststreifen für Typ-II-Diabetiker. Nach der Anlage III der Arzneimittel-Richtlinie, dürfen generell keine Urin- oder Blutzuckerteststreifen für Typ 2-Diabetiker, die keine Insulintherapie erhalten, zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen verordnet werden.

Lediglich in folgenden Ausnahmefällen mit instabiler Stoffwechsellage kann bei diesen Patienten eine Verordnung von 50 Teststreifen je Behandlungssituation erfolgen. Die instabile Stoffwechsellage ist in diesen Fällen jedoch kein Dauerzustand:

- Interkurrente Erkrankungen
- Ersteinstellung auf orale Antidiabetika mit hohem Hypoglykämierisiko
- Therapieumstellung bei oralen Antidiabetika mit hohem Hypoglykämierisiko, Beispiel: Glibenclamid

Eine aktuell gültige Rezeptinfo der KVN aus dem Jahr 2011 zu diesem Thema finden Sie zu Ihrer näheren Information im Anhang.

Ausnahmefälle

Anlage 5.1: KVN-Rezept-Info Nr. 21 - Einsatz von Blutzuckerteststreifen bei Diabetes mellitus Typ 2

3. Allgemeine Hinweise

3.1. Am 1. Juli 2015 startet der Hausarztvertrag mit der Deutschen BKK

Die KVN hat gemeinsam mit den Hausärzteverbänden Niedersachsen und Braunschweig einen neuen Vertrag zur hausarztzentrierten Versorgung mit der Deutschen BKK geschlossen. Ab dem 1. Juli 2015 steht diese besondere Versorgung auch Versicherten der Deutschen BKK zur Verfügung.

Wesentliche Inhalte gleichen den bestehenden Hausarztverträgen mit der AOK, der BARMER GEK, der BKK, der hkk und der LKK. Hervorzuheben ist, dass das so genannte „Grünklickmodul“ für den Arzneimittelbereich vereinbart wurde.

Für die Patiententeilnahme ist relevant, dass keine Altersgrenze existiert, und die vollständige Patienteneinschreibung mit 13 Euro vergütet wird. Die Übersendung der Patiententeilnahmeerklärung an die Deutsche BKK ist nur auf besondere Anforderung erforderlich. Regelmäßig verbleibt das Original zu Nachweiszwecken in der Hausarztpraxis.

Entscheidend ist die elektronische Patientenerfassung in der vertrags-eigenen Webanwendung. Diese steht teilnehmenden Hausärzten ab 1. Juli 2015 im KVN-Portal/Online-Dienste/Sonderverträge/Hausarztvertrag mit der Deutschen BKK zur Verfügung.

Hausärzte können ab sofort ihre Teilnahme am neuen Hausarztvertrag beantragen. Die vollständigen Vertragsunterlagen sowie der Teilnahmeantrag für den Hausarzt sind im KVN-Portal unter Verträge/Hausarztzentrierte Versorgung/Deutsche BKK eingestellt.

3.2. Zuzahlungsregelungen für Schwangere in der Mutterschafts-Richtlinie geändert

In der Mutterschafts-Richtlinie wurde bislang vorgegeben, dass bei der Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln die Zuzahlungsbefreiung nur solche Beschwerden umfasst, die schwangerschaftsbedingt sind, aber noch keinen Krankheitswert haben. Diese Regelung entspricht nicht der gesetzlichen Vorgabe des § 24 e SGB V, der abweichend wie folgt lautet:

„Die Versicherte hat während der Schwangerschaft und im Zusammenhang mit der Entbindung Anspruch auf Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln. Die für die Leistungen nach den §§ 31 bis 33 geltenden Vorschriften gelten entsprechend; bei Schwangerschaftsbeschwerden und im Zusammenhang mit der Entbindung finden § 31 Absatz 3, § 32 Absatz 2, § 33 Absatz 8 und § 127 Absatz 4 keine Anwendung.“

Mit der Richtlinienänderung wurde die einschränkende Regelung aus der Mutterschafts-Richtlinie gestrichen und der Gesetzestext in die Richtlinie übernommen.

Keine Altersgrenze

Gesetzliche Vorgabe

3.3. Neue Teilnahme- und Einwilligungserklärungen für die Disease-Management-Programme (DMP) Diabetes mellitus Typ I und II sowie Koronare Herzkrankheit (KHK) ab 1. Juli 2015

Zum 1. Juli 2015 werden für die DMP Diabetes mellitus Typ I und II sowie für KHK neue Formulare für die Teilnahme- und Einwilligungserklärungen eingeführt.

Die überarbeiteten Formulare enthalten die seit dem 1. Oktober 2014 gültigen Formate im Personalienfeld. Des Weiteren wurde eine Anpassung an die aktuellen Rechtsgrundlagen vorgenommen (Streichung des Begriffs RSAV).

Die neuen Teilnahme- und Einwilligungserklärungen erkennen Sie an dem Formularschlüssel 010D bei DMP Diabetes mellitus Typ I und II und 030C bei KHK sowie dem Aufdruck „03.12.2014“ am rechten Rand des Formulars.

Die neuen Formulare können ab dem 1. Juli 2015 verwendet werden. Die bisherigen Formulare können noch bis zum 31. Dezember 2015 genutzt werden. Ab 1. Januar 2016 sind dann ausschließlich die neuen Teilnahme- und Einwilligungserklärungen zu verwenden.

Bitte fordern Sie rechtzeitig die neuen Vordrucke bei Ihrer Bezirksstelle bzw. dem Paul-Albrechts-Verlag an.

3.4. Homöopathievertrag zwischen der Securvita BKK und der AG Vertragskoordinierung der KBV, hier: Beitritt der Deutschen BKK ab 1. Juli 2015

Ab 1. Juli 2015 können auch Versicherte der Deutschen BKK die Leistungen nach dem o. a. Vertrag in Anspruch nehmen. Eine erneute arztseitige Teilnahmeerklärung ist nicht erforderlich.

Für die Versicherteneinschreibung ist die neutrale Teilnahmeerklärung zu verwenden. Diese finden Sie im KVN-Portal/Verträge/Besondere ambulante ärztliche Versorgung/Link: Securvita BKK-Homöopathie/PDF-Seite 12.

Der bestehende Vertrag gilt somit ab 1. Juli 2015 für folgende Krankenkassen:

- Securvita BKK
- BKK Linde
- Daimler BKK
- Deutsche BKK
- BKK Herkules
- BKK 24
- BKK Pfaff
- actimonda Krankenkasse
- Novitas BKK

Ab 1. Januar 2016 nur noch die Neuen verwenden

Krankenkassen

3.5. **Betreuungsstrukturvertrag für Fachärzte mit der Techniker Krankenkasse (TK) startet ab 1. Juli 2015**

Der neue zwischen der KVN und der Techniker Krankenkasse (TK) geschlossene Betreuungsvertrag unterteilt sich in einen Rahmenvertrag sowie in eine Anlage für den fachärztlichen Bereich. Der Rahmenvertrag beinhaltet die Vertragsziele, das Teilnahmeverfahren der Ärzte sowie die Grundlagen der Abrechnung und Finanzierung.

Ab 1. Juli 2015 tritt die Anlage für die Fachärzte in Kraft. Diese regelt eine finanzielle Förderung des erhöhten Beratungs- und Betreuungsaufwands von multimorbiden Patienten.

Teilnehmenden Fachärzten wird der erhöhte Betreuungsaufwand extrabudgetär durch kontaktabhängige Vergütungspauschalen honoriert. Maßgebend sind ausgewählte Indikationen. Die Vergütung staffelt sich von vier Euro (Dokumentation einer Diagnose-/Indikationsgruppe) bis zu höchstens 45 Euro (Acht oder mehr gekennzeichnete Diagnose-/Indikationsgruppen) je Behandlungsfall.

Die entsprechende ICD-Kodierung des Behandlungsfalles löst die zusätzliche Vergütung aus, wenn eine Teilnahme am Vertrag besteht.

Die geförderten Indikationsgruppen sind dem Anhang zur Anlage zu entnehmen. Es ist vorgesehen, diese ICD-Auflistung fortlaufend an die Erfordernisse der Patientenversorgung anzupassen.

Fachärzte können ab sofort ihre Teilnahme am neuen Betreuungsstrukturvertrag beantragen. Die vollständigen Vertragsunterlagen sowie der Teilnahmeantrag für den Facharzt sind eingestellt im KVN-Portal unter Verträge/Strukturverträge/TK-Betreuungsstrukturvertrag

Multimorbide Patienten

Vergütung vier bis höchstens 45 Euro

3.6. **Fortbildung: IHK ermittelt Bedarf**

Kompetente Fach- und Führungskräfte mit betriebswirtschaftlicher Kompetenz sind im Gesundheits- und Sozialwesen immer gefragter. Die IHK Stade möchte Beschäftigten in der Gesundheitsbranche die Möglichkeit einer berufsbegleitenden Fortbildung zum Fachwirt im Gesundheits- und Sozialwesen bieten. Deshalb erfragt sie bis zum 30. Juni 2015 bei Arztpraxen und Einrichtungen der Gesundheitsversorgung den Bedarf für eine Fortbildung von Fachwirten im Gesundheits- und Sozialwesen. In der Elbe-Weser-Region gibt es hier bisher kein berufsbegleitendes Fortbildungsangebot.

Interessierte können sich unter www.stade.ihk24.de im Dokument Nr. 2315172, per E-Mail unter bildung@stade.ihk.de oder telefonisch unter 04141 524-161 registrieren. Je nach Meldungen wird die Planung einer Fortbildung erfolgen. Schwerpunkte sind neben betriebswirtschaftlichen Themen die Bereiche Prozesssteuerung, Qualitäts- und Projektmanagement, Personalwesen und Marketing.

Bis zum 30. Juni 2015

Für Interessierte

4. Veranstaltungen im Juli und August 2015

Hier bekommen Sie eine Übersicht über Seminare und Fortbildungen der KVN mit noch freien Plätzen im Juli und August 2015. 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			
Fehler und Risikomanagement in der Praxis	Hannover	18.Jul	135 Euro
Intensivkurs PraxismanagerIn (5-tägig)	Hannover	17.Aug	500 Euro
Praxisbegehungen durch das Gewerbeaufsichtsamt	Hannover	4.Jul	20 Euro
Qualitätsmanagement - Arbeitsgruppe	Hannover	11.Jul	99 Euro
Terminplanung vermeidet Wartezeiten und Hektik	Aurich	8.Jul	80 Euro
Abrechnung und Verordnung			
Arzneimittel-Richtlinien für MFA	Osnabrück	8.Jul	kostenlos
Honorarbescheid Lesen und Verstehen für niedergelassene Ärzte (Fachärzte)	Osnabrück	1.Jul	kostenlos
Wirtschaftsseminare			
Niederlassen in Niedersachsen	Hildesheim	18.Jul	kostenlos
Wer Steuern zahlt, darf auch Steuern sparen	Hannover	1.Jul	kostenlos

Verbindliche Anmeldung (bitte vollständig ausfüllen)

Fax an 0511 380-3480

Ich nehme am Seminar

mit _____ Person/en teil.

Datum des Seminars

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

Vor- und Nachname des Rechnungsempfängers (Praxis)

Anschrift des Rechnungsempfängers (Straße, PLZ, Ort)

LANR

BSNR

E-Mail-Adresse

Telefonnummer für evtl. Rückfragen

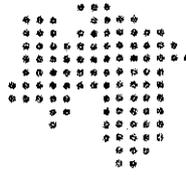
Datum

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

Stempel

5. Anlagenverzeichnis

- 5.1. Anlage 5.1: KVN-Rezept-Info Nr. 21 - Einsatz von Blutzuckerteststreifen bei Diabetes mellitus Typ 2**

**KVN**Kassenärztliche Vereinigung
Niedersachsen**Hauptgeschäftsstelle**Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen - KdöR
Postfach 3167 · 30031 HannoverAn alle Vertragsärzte ohne
Psychotherapeuten**Vorstand**Berliner Allee 22
30175 HannoverInternet www.kvn.de

Ihr Zeichen	Ihr Schreiben vom	Unser Zeichen	Ansprechpartner/-in	Datum
		Ive/pa	Ihre KVN-Bezirksstelle	im September 2011

**KVN-Rezept-Info Nr. 21 - Neufassung Rezept-Info-Nr. 8
– Einsatz von Blutzuckerteststreifen bei Diabetes mellitus Typ 2**Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,
sehr geehrte Damen und Herren,**wie Ihnen bekannt ist, dürfen ab dem 1.10.2011 generell keine Urin- oder Blutzuckerteststreifen für Typ 2 Diabetiker, die keine Insulintherapie erhalten, mehr zu Lasten der Kassen verordnet werden.**Eine Verordnung von 50 Teststreifen je Behandlungssituation kann ausnahmsweise gegeben sein bei:

- Interkurrente Erkrankungen
- Ersteinstellung auf orale Antidiabetika mit hohem Hypoglykämierisiko
- Therapieumstellung bei oralen Antidiabetika mit hohem Hypoglykämierisiko Bsp.: Glibenclamid

In diesen Fällen ist die instabile Stoffwechsellage jedoch kein Dauerzustand. Diese Regelungen sind auch im Rahmen der Teilnahme an strukturierten Schulungsprogrammen im DMP zu beachten. Es wird darauf hingewiesen, dass Gestationsdiabetes definitionsgemäß kein Diabetes mellitus Typ 2 ist und daher von der Richtlinienänderung nicht erfasst wird.

Das IQWiG (Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen) hatte den Auftrag, eine Nutzenbewertung der Urin- und Blutzuckerselbstmessung bei Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2, die keine Insulintherapie erhalten, durchzuführen.

Die Bewertung durch das IQWiG ergab weder für die Blutzuckerselbstmessung noch für die Urinzuckerselbstmessung einen Beleg für einen Nutzen bei dieser Patientengruppe. Auch gab es keinen Beleg für einen Zusatznutzen der Blutzuckerselbstmessung gegenüber der Urinzuckerselbstmessung noch eine Assoziation der Blut- oder Urinzuckerselbstmessung mit Morbidität und Mortalität.

Wir hoffen, Sie mit der Patienteninformation in Ihrer täglichen Arbeit zu unterstützen.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. Jörg Berling

Sie finden diese Rezept-Info auch als Datei im KVN-Portal unter Verordnungen – Arzneimittel – Rezeptinfos

Ausgezeichnet
mit dem

Patienteninformation zum Einsatz von Blutzuckerteststreifen bei Diabetes mellitus Typ 2

Die Kassenärztliche Vereinigung und die Verbände der Krankenkassen in Niedersachsen



Sehr geehrte Patientin,
sehr geehrter Patient,



die Zahlen der an Diabetes mellitus Typ 2 Erkrankten steigt weiter an. Die Gründe hängen mit der gestiegenen Lebenserwartung, der vermehrten Bewegungsarmut, Übergewicht und Adipositas zusammen. Da mit steigenden Erkrankungszahlen auch steigende Behandlungskosten der Krankenkassen einhergehen, hat das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) unter anderem den Auftrag bekommen, die Relevanz der Blutzuckerselbstbestimmung bei Diabetikern ohne Insulinpflicht zu untersuchen.



Das IQWiG konnte bei seinen umfangreichen Recherchen keine Ergebnisse für gesundheitliche Vorteile der Blutzucker-Selbstmessung finden. Somit stellt medizinisch ein Weglassen der Blutzuckerselbstkontrolle für Diabetiker, die kein Insulin spritzen müssen, keine Benachteiligung dar. Allerdings dürfen auf Grundlage dieser fachlichen Bewertung die Krankenkassen keine Kosten mehr für Teststreifen für Typ 2-Diabetiker, die kein Insulin spritzen müssen, mehr übernehmen. Lediglich bei bestimmten Gründen, aus denen der Stoffwechsel entgleisen könnte, ist es den Krankenkassen ausnahmsweise gestattet, die Kosten für eine begrenzte Anzahl Teststreifen zu übernehmen.



Der Erwerb von Teststreifen ist ohne Rezept und auch außerhalb von Apotheken möglich. Ihre Krankenkasse informiert Sie gern über günstige Bezugswege für Teststreifen.



Die Kassen versichern, dass sie in besonderem Maße auf die Qualität dieser Medikamente und die Zuverlässigkeit ihrer Vertragspartner achten. Bitte helfen Sie auch weiterhin mit, Arzneimittelkosten zu sparen. Davon profitieren auch Sie.



Herzlichen Dank für Ihre Unterstützung
und für Ihr Verständnis!

Praxisstempel



KVN

Kassenärztliche Vereinigung
Niedersachsen

KVN - Rezept - Info Nr. 21 – Neufassung Rezept - Info Nr. 8
Kurzinformation zu Blutzuckerteststreifen bei Diabetes Typ 2:

- in der Regel keine Teststreifen für Typ 2 Diabetiker ohne Insulin
- Ausnahme: Verordnung von 50 Teststreifen bei instabiler Stoffwechsellage (kein Dauerzustand!)
- Verordnung auf Muster 16 – Arzneimittel und Hilfsmittel getrennt verordnen
- Arzneimittel: orale Antidiabetika, Teststreifen, Insulin
- Hilfsmittel: Stechhilfen (Nadeln/Lanzetten), Blutzuckermessgerät
- Teststreifen fallen in die Richtgröße und werden nicht automatisch als Praxisbesonderheit angesehen
- Aus wirtschaftlichen Gründen evtl. alternative Bezugswege von BZ-Teststreifen berücksichtigen



KVN

Kassenärztliche Vereinigung
Niedersachsen

Informationen für die Praxis

KVN-Rundschreiben

Mai 2015

Inhaltsverzeichnis

1. Abrechnung	2
1.1. Kündigung des Beitrittes der BKK RWE, Celle, zu dem Versorgungsvertrag mit der pronova BKK „pro Niere“ mit Wirkung zum 30. Juni 2015.....	2
1.2. Genehmigungspflichtige Psychotherapie - Angabe der KVDT- Feldkennungen zu den GOP 35200 bis 35225 EBM.....	2
1.3. Einmalige Kennzeichnung der Chronikerpauschale nach den GOP 03220 bzw. 04220 mit dem Suffix „H“	2
2. Verordnungen.....	3
2.1. Sprechstundenbedarf, hier: Cyclopentolat- Augentropfen 0,5% - Verlängerung der Befristung	3
2.2. Neufassung der Soziotherapie-Richtlinie am 15. April 2015 in Kraft getreten.....	3
2.3. Arzneimittel-Richtgrößeninformation	3
3. Allgemeine Hinweise.....	4
3.1. Neuer Versorgungsvertrag mit der AOK Niedersachsen über endoluminale Therapieverfahren zur Behandlung von Varizen ab 1. April 2015.....	4
3.2. HPV-Impfung auch weiterhin bis zum vollendeten 18. Lebensjahr GKV-Leistung.....	5
3.3. 1. Internistischer Assistententag Niedersachsen	5
3.4. Bezirksstelle Oldenburg ab 1. Juni 2015 in neuen Räumen	5
3.5. Änderung der Formularbestellung in der Bezirksstelle Oldenburg	5
4. Veranstaltungen im Juni 2015	6
5. Anlagenverzeichnis.....	9
5.1. Fax-Bestellformular.....	9
5.2. Sammelerklärung	9

1. Abrechnung

1.1. Kündigung des Beitrittes der BKK RWE, Celle, zu dem Versorgungsvertrag mit der pronova BKK „pro Niere“ mit Wirkung zum 30. Juni 2015

Die BKK RWE, Celle, hat ihre Teilnahme an dem o. a. Versorgungsvertrag mit Wirkung zum 30. Juni 2015 gekündigt. Damit sind Leistungen nach diesem Vertrag für Versicherte der BKK RWE mit Wirkung ab 1. Juli 2015 nicht mehr abrechenbar.

1.2. Genehmigungspflichtige Psychotherapie - Angabe der KVDT-Feldkennungen zu den GOP 35200 bis 35225 EBM

Bitte beachten Sie, dass die erforderlichen Angaben zur Abrechnung der GOP 35200 bis 35225 (auch mit Suffix „B“) gemäß der Datensatzbeschreibung der KBV in Ihrer Praxissoftware einzugeben und der KV Niedersachsen zu übermitteln sind.

Die Erfassung der Angaben zu den GOP erfolgt in den KVDT-Feldern:

- Feldkennung 4234 Ankreuzfeld für anerkannte Psychotherapie
- Feldkennung 4235 Datum des Anerkennungsbescheides durch die Krankenkasse
- Feldkennung 4244 Bewilligte Leistung (GOP)
- Feldkennung 4245 Anzahl bewilligter Leistungen
- Feldkennung 4246 Anzahl abgerechneter Leistungen

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

1.3. Einmalige Kennzeichnung der Chronikerpauschale nach den GOP 03220 bzw. 04220 mit dem Suffix „H“

Wir möchten Sie erneut darüber informieren, dass die Kennzeichnung mit dem Suffix „H“ für einen Chroniker nur einmalig in dem betreffenden Abrechnungsquartal bei einem Hausarztwechsel, bei einem Kassenwechsel, bei einer Änderung der Betriebsstättennummer (Neugründung/Konstellationswechsel) oder bei einer Änderung der Versichertennummer bei gleichzeitiger Änderung des Patientennamens vorzunehmen ist.

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

KVDT-Felder

einmalig im
Abrechnungsquartal

2. Verordnungen

2.1. Sprechstundenbedarf, hier: Cyclopentolat- Augentropfen 0,5% - Verlängerung der Befristung

Aufgrund der Einstellung des Vertriebs der diagnostischen Augentropfen mit dem Wirkstoff Cyclopentolat in der Dosierung 0,5% durch die Herstellerfirma im Jahre 2014 bei gleichzeitigem Fehlen eines alternativen Fertigarzneimittels hatten sich die Krankenkassen in Niedersachsen bereit erklärt, die Kosten für eine entsprechende Rezeptur dieser Augentropfen im Sprechstundenbedarf zu übernehmen.

Leider hat bislang kein Hersteller ein Ersatzpräparat als Fertigarzneimittel in den Markt gebracht, so dass wir in Verhandlungen mit den Krankenkassen die weitere Verlängerung der Ausnahmeregelung über den 30. Juni 2015 hinaus, bis zum 31. Dezember 2015 erreichen konnten.

Verlängerung bis
31. Dezember 2015

2.2. Neufassung der Soziotherapie-Richtlinie am 15. April 2015 in Kraft getreten

Mit der Neufassung der Soziotherapie-Richtlinie wurden die Diagnosen und Fähigkeitsstörungen, bei denen die Verordnung einer Soziotherapie in Betracht kommt, erweitert und präzisiert (§ 2). So wurde z. B. neu in die Richtlinie eine Öffnungsklausel aufgenommen, die in begründeten Einzelfällen unter bestimmten Bedingungen bei den Diagnosen mit den ICD-10-Codes F00 bis F99 (Psychische und Verhaltensstörungen) eine Verordnungsmöglichkeit von Soziotherapie vorsieht. Zudem wurde der Kreis der Fachärzte erweitert, die Soziotherapie verordnen können (§ 4 Abs. 2).

Öffnungsklausel
aufgenommen

Bislang durften Fachärzte mit der Gebietsbezeichnung Psychiatrie oder Nervenheilkunde Soziotherapie verordnen. Zukünftig gilt dies auch für Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie für Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie. Darüber hinaus haben künftig auch Psychiatrische Institutsambulanzen (PIA) bzw. deren Fachärztinnen und Fachärzte die Möglichkeit, Soziotherapie zu verordnen (§4 Abs. 3).

Soziotherapie
verordnen

Weitere Einzelheiten zu der neu gefassten Soziotherapie-Richtlinie können Sie auf der Internetseite des Gemeinsamen Bundesausschusses (www.g-ba.de/Informationen/Richtlinien) nachlesen.

2.3. Arzneimittel-Richtgrößeninformation

Die neuen Arzneimittel-Richtgrößeninformationen für das 4. Quartal 2014 stehen über unser KVN-Portal im Internet unter „Online-Dienste“, Rubrik „eDokumente“ zur Verfügung.

Ebenso können hier die GAmSi- sowie die HIS-Berichte online eingesehen werden.

3. Allgemeine Hinweise

3.1. Neuer Versorgungsvertrag mit der AOK Niedersachsen über endoluminale Therapieverfahren zur Behandlung von Varizen ab 1. April 2015

Die KVN hat mit der AOK Niedersachsen einen neuen Strukturvertrag über endoluminale Therapieverfahren bei Varizen mit Wirkung ab 1. April 2015 abgeschlossen. Der Vertrag bezieht sich auf die bisher nicht als GKV-Leistung vereinbarten Therapieverfahren mittels Laser oder Radiofrequenz-geräten. Diese beiden Verfahren zeichnen sich insbesondere durch ein geringeres Ausmaß des operativen Eingriffes, ein kleineres Risiko von postoperativen Blutungen und Wundinfektionen sowie in der Regel geringfügigere Beschwerden nach dem Eingriff aus. Teilnahmeberechtigt an diesem Strukturvertrag sind grundsätzlich:

1. Fachärzte für Gefäßchirurgie,
2. Fachärzte für Chirurgie,
3. Fachärzte für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Angiologie,
4. Fachärzte mit der Zusatzbezeichnung Phlebologie,

welche über eine Genehmigung der KVN zur Erbringung ambulanter Operativen nach § 135 Abs. 2 SGB V zum ambulanten Operieren verfügen. Als weitere Voraussetzung müssen ein erfolgreicher Einführungskurs für endovaskuläre Eingriffe und ein Laserschutzkurs absolviert worden sein. Ein Teilnahmeantrag ist im KVN-Portal oder über Ihre Bezirksstelle erhältlich.

Mit dem Patienten ist ein umfassendes Aufklärungsgespräch zu führen. Ergänzend dazu sind praxisindividuelle Informationen - den Eingriff betreffend - herauszugeben. Formvorschriften hierzu gibt es nicht. Die Eingriffe sind arztseitig zu dokumentieren. Anspruchsberechtigt sind ausschließlich Versicherte der AOKN, bei welchen die Indikation Stammveneninsuffizienz der Vena saphena magna im Stadium III oder IV oder Vena saphena parva SII mit Beschwerden im Schweregrad C3 S und höher vorliegt. Eine entsprechende ICD-Codierung im Abrechnungsfall ist notwendig.

Die Vergütung der Leistung wird mit einer Pauschale je Bein und Eingriff erfolgen. Mit der vereinbarten Pauschalen von 1.000 Euro je Eingriff sind alle Leistungen (auch Vor- und Nachbehandlung) abgegolten. Die zusätzliche Abrechnung von EBM-Leistungen im Zusammenhang mit diesem Eingriff sind ausgeschlossen. Je teilnehmenden Arzt werden maximal 100 Eingriffe je Quartal zu 100 Prozent vergütet. Vom 101. bis zum 125. Eingriff je Quartal wird der Betrag auf 75 Prozent gekürzt. Ab dem 126. Eingriff wird der Betrag um 50 Prozent gekürzt. Zur Abrechnung der Leistungen sind für die Eingriffe mittels Lasertherapie die GO-Nr. 99811 L/R und für den Eingriff mittels Radiofrequenzkatheter die GO-Nr. 99812 L/R eingerichtet.

Der vollständige Versorgungsvertrag steht ab sofort im KVN-Portal: Verträge/Strukturverträge/Link: AOK - Versorgungsvertrag über endoluminale Therapieverfahren zur Verfügung.

Laser oder
Radiofrequenzgeräte

Voraussetzungen

Vergütung

3.2. HPV-Impfung auch weiterhin bis zum vollendeten 18. Lebensjahr GKV-Leistung

Die Bekanntmachung der Änderung der Schutzimpfungs-Richtlinie bezüglich der HPV-Impfung hat zu missverständlichen Interpretationen geführt. Aus diesem Grund möchten wir folgende Klarstellung vornehmen:

Die Änderung der Schutzimpfungs-Richtlinie sieht eine HPV-Impfung für Mädchen im Alter von neun bis 14 Jahren (statt bisher zwölf bis 17 Jahren) vor. Durch die Herabsetzung des Impfalters wird der Anspruch auf Nachholung von Impfungen und die Vervollständigung des Impfschutzes bis zum vollendeten 18. Lebensjahr nicht eingeschränkt.

Versäumte HPV-Impfungen können daher auch weiterhin bis zum 18. Geburtstag nachgeholt werden.

Impfungen können
nachgeholt werden

3.3. 1. Internistischer Assistententag Niedersachsen

Am 6. Juni 2015 findet in Hannover im Vortragssaal der Ärztekammer Niedersachsen, Berliner Allee 20, der 1. Internistische Assistententag Niedersachsen von 10 Uhr bis 14:30 statt. Weitere Informationen beim Bundesverband Deutscher Internisten - Landesverband Niedersachsen unter www.bdi.de

3.4. Bezirksstelle Oldenburg ab 1. Juni 2015 in neuen Räumen

Nach knapp zweijähriger Bauzeit wird die Bezirksstelle Oldenburg am letzten Maiwochenende ihren Neubau beziehen.

Ab 1. Juni 2015 finden Sie die Bezirksstelle in der Amalienstraße 3, 26135 Oldenburg, unmittelbar neben dem alten Verwaltungsgebäude. Die Postfachadresse bleibt unverändert: Postfach 3180, 26021 Oldenburg.

Ab Montag, 1. Juni 2015, erreichen Sie die Bezirksstelle telefonisch über die gewohnte zentrale Telefonnummer 0441 210060. Die bekannten Nebenstellen der einzelnen Mitarbeiter können ab Dienstag, 2. Juni 2015, wieder unmittelbar angewählt werden. Besuche der Bezirksstelle sind ebenfalls bereits wieder ab Dienstag möglich.

3.5. Änderung der Formularbestellung in der Bezirksstelle Oldenburg

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 i. d. R. innerhalb von zwei bis drei Werktagen. Damit entfällt für die Praxen im Zuständigkeitsbereich der Bezirksstelle Oldenburg künftig die aufwändige Abholung von Formularen vor Ort.

Im Zuge der Umstellung auf diesen neuen Service kann die Bezirksstelle Oldenburg im Falle eines kurzfristigen Bedarfs Restbestände an Formularen am Empfang ausgeben. Das beigegefügte Fax-Bestellformular erhalten Sie mit jeder Lieferung; zudem können Sie das Bestellformular auch auf der Internetseite der KVN (www.kvn.de) im KVN-Portal unter der Rubrik Bezirksstellen/Oldenburg/Formularbestellungen abrufen.

Anlage 5.1: Fax-Bestellformular

4. Veranstaltungen im Juni 2015

Hier bekommen Sie eine Übersicht über Seminare und Fortbildungen der KVN mit noch freien Plätzen im Juni 2015. 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	Oldenburg	9.Jun	139 Euro
Datenschutz für Fortgeschrittene	Hannover	23.Jun	75 Euro
Mutterschutz in der gynäkologischen Praxis	Aurich	10.Jun	kostenlos
Neue Wege in die Zukunft – Patientenbindung durch aktives Kundenmanagement	Hannover	6.Jun	119 Euro
Organisation und Management in der KJP-Praxis mit SPV	Hannover	27.Jun	135 Euro
Personalführung für PraxisinhaberIn	Hannover	13.Jun	139 Euro
Der Praxis Check-up	Hannover	3.Jun	75 Euro
Qualitätsmanagement für Psychotherapeuten	Oldenburg	20.Jun	135 Euro
Qualitätsmanagementbeauftragte/r (3-tägig)	Hannover	12.Jun	289 Euro

Stress-Falle für PraxismitarbeiterIn	Hannover	16.Jun	144 Euro
Abrechnung und Verordnung			
Ermächtigte Ärzte - Informations- und Beratungsveranstaltung	Hannover	17.Jun	kostenlos
Hautkrebs-Screening	Hannover	27.Jun	99 Euro
Honorarbescheid Lesen und Verstehen für niedergelassene Ärzte (Hausärzte)	Osnabrück	24.Jun	kostenlos
Medizinische und psychotherapeutische Themen			
Beschäftigungsverbot im Mutterschutz	Hannover	3.Jun	kostenlos
Wirtschaftsseminare			
Niederlassen in Niedersachsen	Aurich	3.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. Fax-Bestellformular

5.2. Sammelerklärung

Bestellschein Niedersachsen

Absender

Lieferung von Vordrucken für die kassenärztliche Versorgung

An den

Paul Albrechts Verlag
Hamburger Straße 6

22952 Lütjensee

Datum

Unterschrift

**Bitte die Betriebsstätten-Nr.
unbedingt angeben**

Hier bitte die Bestellmengen 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 Krankenförderung	(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
Abrechnungsschein für ärztlichen Notfalldienst	(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
Antrag auf Kostenübernahme für Rehabilitationssport	(Muster 56)	50 / 100
Einleitung von Leistungen zur Rehabilitation	(Muster 60)	50 / 100
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
Sicherheitspapier für Blankoformularbedruckung	(GKV DIN A5)	100 / 1000 / 2000
Sicherheitspapier für Blankoformularbedruckung	(GKV DIN A4)	100 / 500 / 1000

Bestellungen bitte schriftlich oder per Telefax aufgeben!



Paul Albrechts Verlag
Hamburger Straße 6
22952 Lütjensee

Telefon 0 41 54 _ 7 99 123
Telefax 0 41 54 _ 7 99 133

Bestellschein Niedersachsen

Lieferung von Vordrucken für die kassenärztliche Versorgung

Absender

An den

Paul Albrechts Verlag
Hamburger Straße 6

22952 Lütjensee

Datum

Unterschrift

**Bitte die Betriebsstätten-Nr.
unbedingt angeben**

Hier bitte die Bestellmengen eintragen

Bestelleinheiten

Antrag des Versicherten auf Psychotherapie	(PTV 1)	10 / 50
Angaben des Therapeuten zum Antrag des Versicherten	(PTV 2)	10 / 50
Bericht an den Gutachter zum Antrag des Versicherten auf Tiefenpsychologie (bei Kindern und Jugendlichen)	(PT 3a/b/c K)	10 / 50
Briefumschlag (rot) - Psychotherapie	(PT 8)	10 / 50
Briefumschlag (gelb) - Verhaltenstherapie	(VT 8)	10 / 50
Informationsblatt (PT 3a/b/c)		10
Informationsblatt (PT 3a/b/c K)		10
Informationsblatt (VT 3a/b/c)		10
Todesbescheinigung		10
Überweisung zur Vorstellung beim D-Arzt		50 / 100
Ärztliche Unfallmeldung	(Muster F1050)	25 / 50 / 100
Kinder Untersuchungsheft (inkl. U 3, U 7 A, Neugeborenen- und Hörscreening)		100
Mutterpass		100
Gravidogramm		100
Jugendgesundheitsuntersuchung		100
Jugendarbeitsschutz (Erstuntersuchung)		1 Block
Jugendarbeitsschutz (Nachuntersuchung)		1 Block
DMP Teilnahmeerklärung Diabetes Typ 1 / Typ 2		50 / 100
DMP Teilnahmeerklärung Brustkrebs		50 / 100
DMP Teilnahmeerklärung KHK		50 / 100
DMP Teilnahmeerklärung Asthma		50 / 100
DMP Teilnahmeerklärung COPD		50 / 100
HzV Teilnahmeerklärung BKK Audi		50 / 100
HzV Teilnahmeerklärung Knappschaft		50 / 100
Securvita BKK Versorgung mit klassischer Homöopathie		50 / 100
AOK - Junior Teilnahmeerklärung		50 / 100
AOK - Junior Erläuterung zum Datenschutz		50 / 100
AOK - Junior Stempelheft		50 / 100

Bestellungen bitte schriftlich oder per Telefax aufgeben!



Paul Albrechts Verlag
Hamburger Straße 6
22952 Lütjensee

Telefon 0 41 54 _ 7 99 123
Telefax 0 41 54 _ 7 99 133



KVN

Kassenärztliche Vereinigung
Niedersachsen

Informationen für die Praxis

KVN-Rundschreiben

April 2015

Inhaltsverzeichnis

1. Abrechnung	2
1.1. Anhebung der Vergütungen für Schutzimpfungen ab 1. April 2015 für BKK-Versicherte.....	2
2. Verordnungen.....	2
2.1. Sprechstundenbedarf/Musterkoffer für 2. Quartal 2015 veröffentlicht.....	2
2.2. Änderung der Arzneimittelverschreibungsverordnung	2
2.3. Aufhebung der Verschreibungspflicht der „Pille danach“	3
3. Allgemeine Hinweise.....	3
3.1. Aktuelle Information für alle Nutzer von Anwendungen/ Datenbanken im Rahmen der Teilnahme an Sonder- /Selektivverträgen im KVN-Portal	3
3.2. Plexus Ärzte-Fortbildungen noch bis Ende 2015 zertifiziert	3
4. Veranstaltungen im Mai 2015	5
5. Anlagenverzeichnis.....	7
5.1. Faxantwort	7

1. Abrechnung

1.1. Anhebung der Vergütungen für Schutzimpfungen ab 1. April 2015 für BKK-Versicherte

Die KVN konnte mit dem BKK Landesverband Mitte eine Anhebung der Impfhonorare zum 1. April 2015 vereinbaren.

Die neuen Vergütungen können in Kürze im KVN-Portal unter www.kvn.de unter Verträge, sonstige Verträge, GKV-Impfvereinbarungen abgerufen werden.

2. Verordnungen

2.1. Sprechstundenbedarf/Musterkoffer für 2. Quartal 2015 veröffentlicht

Von der SSB-Kommission wurden in der letzten Sitzung der so genannte Musterkoffer SSB mit Gültigkeit für das 2. Quartal 2015 beschlossen. Hier hat es einige kleinere Fehlerkorrekturen gegeben, so wurden Mittel mit dem Wirkstoff Fluspirilen entfernt, da es sich um Depotpräparate handelt, die nicht im SSB verordnungsfähig sind.

Die aktualisierten Musterkoffer SSB für die 23 Fachgruppenbereiche finden Sie ab sofort im KVN-Portal in der Rubrik Sprechstundenbedarf/Musterkoffer SSB.

2.2. Änderung der Arzneimittelverschreibungsverordnung

Zum 1. April 2015 tritt eine Änderung der Arzneimittelverschreibungsverordnung (AMVV) in Kraft. Demnach wird der Wirkstoff „Chinin“ (z. B. Limptar N[®]) vollständig der Verschreibungspflicht unterstellt. Bisher galt die Verschreibungspflicht nur für die Anwendung bei Malaria.

Desweiteren wird Ketotifen zur Anwendung am Auge in einer Konzentration von bis zu 0,025% (z. B. Zaditen[®] ophtha) verschreibungsfrei.

Zum 1. Juli 2015 muss auf einer Arzneimittelverordnung neben Namen, Vornamen, Berufsbezeichnung und Anschrift der Praxis der verschreibenden Person nun auch eine Telefonnummer verpflichtend mit angegeben werden. Dies soll die Kontaktaufnahme bei möglichen Rückfragen erleichtern.

Fehlerkorrekturen

Telefonnummer mit angeben

2.3. Aufhebung der Verschreibungspflicht der „Pille danach“

Mit Wirkung zum 14. März 2015 ist eine Änderung der Arzneimittelverschreibungsverordnung in Kraft getreten, wonach Notfallkontrazeptiva mit den Wirkstoffen Ulipristalacetat und Levonorgestrel nicht mehr der Verschreibungspflicht unterliegen.

Für Frauen bis zum vollendeten 20. Lebensjahr sollen Notfallkontrazeptiva weiterhin zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen auf Muster 16 verordnet werden können. Die ärztliche Verordnung ist hierbei Voraussetzung für die Kostenübernahme. Eine Beratung diesbezüglich ist im Bundesrat allerdings erst für den 27. März vorgesehen.

Für die Übergangszeit vom 14. März bis zur Verkündung der angepassten Leistungspflicht nach § 24 a SGB V (regelt Anspruch auf Versorgung mit empfängnisverhütenden Mitteln), haben sich ABDA, KBV und GKV-Spitzenverband darauf verständigt, dass für Frauen unter 20 Jahren ausgestellte ärztliche Verordnungen von Notfallkontrazeptiva und deren Abgabe in der Apotheke nicht beanstandet werden sollen.

Die niedersächsischen Krankenkassen haben uns mittlerweile bestätigt, dieses Vorgehen mitzutragen.

Demnach können Verordnungen von Notfallkontrazeptiva auf Muster 16 zu Lasten der GKV für Frauen unter 20 Jahren ausgestellt werden.

Übergangszeit

3. Allgemeine Hinweise

3.1. Aktuelle Information für alle Nutzer von Anwendungen/ Datenbanken im Rahmen der Teilnahme an Sonder-/Selektivverträgen im KVN-Portal

Aufgrund von Wartungsarbeiten der EDV wird am Samstag, 18. April 2015, in der Zeit von ca. 8 bis 18 Uhr keine Anwendung/Datenbank für die Teilnehmer an Sonder-/Selektivverträgen im KVN-Portal zur Verfügung stehen. Diese Wartungsarbeiten sind notwendig, um auch künftig eine reibungslose Nutzung der Anwendungen sicherzustellen.

Wartungsarbeiten

3.2. Plexus Ärzte-Fortbildungen noch bis Ende 2015 zertifiziert

Die plexus-Wissensplattform für Ärztinnen und Ärzte steht auch in 2015 weiterhin zur Verfügung. Auf der Plattform sind Themen wie das „AOK-Behandlungsprogramm Depression und Burn-out“, „Therapie der Osteoporose“, „Interpretation klinischer Studien“ sowie weitere praxisrelevante Inhalte zu finden. Sämtliche Module sind noch bis Ende 2015 CME-zertifiziert und werden regelmäßig aktualisiert.

Sie erreichen die plexus-Wissensplattform für Ärzte unter:
<https://kvn.broca.io/de/>

Falls Sie noch keinen Zugang zur Ärzte-Plattform haben, können Sie unter Angabe Ihres Namens und Ihrer LANR kostenfrei einen Zugangsschlüssel per E-Mail anfordern: kvn-team@plexus.de

Weitere Informationen zur Plexus Wissensplattform finden Sie im KVN-Portal unter Verordnungen - Arzneimittel - Arzneimittelservice.

Online-Fortbildungsplattform "<http://www.plexus-mfa.de>" - neue Themen

Aufgrund der positiven Resonanz wird das Fortbildungsangebot für Medizinische Fachangestellte in 2015 um vier zusätzliche Themen erweitert. Den Auftakt macht das Thema „Depression“ (voraussichtlich April 2015). Besonders wichtig sind hier Praxisrelevanz, Verständlichkeit und medizinische Fundiertheit der Themen.

Zusätzliche Themen

Falls Sie die MFA-Plattform noch nicht kennen und Sie sich gerne selbst ein Bild davon machen möchten, registrieren Sie sich gerne kostenfrei auf www.plexus-mfa.de. Mit der beigefügten Faxantwort (Anlage 5.1) können Sie und Ihre Mitarbeiter/innen entsprechende Zugangsschlüssel anfordern. Alternativ können Sie auch gern eine E-Mail schreiben an: kvn-mfa@plexus.de

Sie haben sich bereits einmal für plexus MFA registriert? Dann nutzen Sie bitte Ihre bisherigen Zugangsdaten (E-Mail-Adresse und Passwort) zur Anmeldung.

Anlage 5.1: Faxantwort

4. Veranstaltungen im Mai 2015

Hier bekommen Sie eine Übersicht über Seminare und Fortbildungen der KVN mit noch freien Plätzen im Mai 2015. 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	09.Mai	139 Euro
Freude mit Attesten	Verden	27.Mai	45 Euro
Fit am Empfang	Oldenburg	20.Mai	119 Euro
Hygiene in der Arztpraxis	Hannover	21.Mai	139 Euro
Personalführung für PraxismitarbeiterIn	Oldenburg	05.Mai	139 Euro
Abrechnung und Verordnung			
EBM - Allgemeine Bestimmungen	Osnabrück	06.Mai	kostenlos
Hautkrebs-Screening	Verden	30.Mai	168 Euro
Kooperation und Abrechnung	Hannover	06.Mai	kostenlos
RLV und QZV - Honorar in Grenzen oder geht da noch mehr	Aurich	06.Mai	kostenlos
Medizinische und psychotherapeutische Themen			
DMP Asthma und COPD	Braunschweig	20.Mai	20 Euro
Qualitätszirkel – Moderatorentrainingskurs (2-tägig)	Langwedel- Etelsen	08.Mai	399 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. Faxanwort

----- Antwortfax-----

Anfordern von Zugangsschlüsseln zur Plexus-MFA-Plattform

Kostenlose Faxnummer: 0800-4636362

Bitte senden Sie uns dieses Fax zurück

Ja, ich/wir möchten die Online-Fortbildungen für Medizinische Fachangestellte nutzen. Bitte schicken Sie mir/uns einen persönlichen Zugangsschlüssel zu.

Name, Vorname

Persönliche E-Mail-Adresse (wichtig!)

(Bitte leserlich und in Blockschrift ausfüllen)

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

Ihre Praxis: _____

Straße und Nr.: _____

PLZ und Ort: _____

BSNR: _____

Praxisstempel:

Kostenlose Faxnummer: 0800-4636362



KVN

Kassenärztliche Vereinigung
Niedersachsen

Informationen für die Praxis

KVN-Rundschreiben

März 2015

Inhaltsverzeichnis

1. Abrechnung	2
1.1. Weitere Änderungen des EBM zum 01.04.2015	2
1.2. Abgabetermin für das 1. Quartal 2015	3
1.3. Informationen zur Psychotherapie	4
1.4. Mutterschaftsvorsorge nach der GOP 01770 EBM	5
2. Verordnungen.....	5
2.1. Masernimpfung von Erwachsenen zu Lasten der GKV.....	5
2.2. Richtgrößeninformationen	6
2.3. Sprechstundenbedarf / Musterkoffer für 2. Quartal 2015 veröffentlicht.....	6
2.4. Änderung der Schutzimpfungs-Richtlinie	6
3. Allgemeine Hinweise	7
3.1. AOK-Behandlungsprogramm Depression und Burn-out.....	7
3.2. Vertrag zur Hausarztzentrierten Versorgung mit dem BKK Landesverband Mitte.....	7
3.3. BKK-Vertrag „Hallo Baby“: BKK Herkules beendet Teilnahme zum 31. März 2015.....	8
3.4. Curriculum Rehabilitationsrichtlinien	9
3.5. Elektronische Gesundheitskarte (eGK)	9
3.6. Neues Vordruckmuster PTV 2 zum 1. April 2015	10
3.7. Deutliche Steigerungen der Gebühren für medizinische Gutachten für Unfallversicherungsträger ab 1. April 2015.....	10
4. Veranstaltungen im April 2015	10
4.1. Neues Seminarangebot zum Bürokratieabbau	10
4.2. Seminare und Fortbildungen	11

1. Abrechnung

1.1. Weitere Änderungen des EBM zum 01.04.2015

Der Bewertungsausschuss hat in verschiedenen Sitzungen weitere Änderungen des EBM zum 01.04.2015 beschlossen. Nachfolgend die Änderungen im Einzelnen:

Aufnahme einer neuen Leistung nach der GOP 32819 und Änderung der GOP 32820 in den Abschnitt 32.3.12 des EBM

Die Änderungen beinhalten

- eine Berücksichtigung der Münchener Nomenklatur III und der neuen Qualitätssicherungsvereinbarung Zervixzytologie,
- eine Aufnahme des mRNA-HPV Nachweises und
- eine Differenzierung in zwei Gebührenordnungspositionen nach Indikation.

Die Bewertung der Gebührenordnungspositionen beträgt 28€.

Anpassung des Anhang 2 EBM an die OPS-Codes 2015

Besonderheiten des aktuellen OPS 2015 ergeben sich in der Hernien-Chirurgie mit autogenem Material. Bei der Anpassung der OPS Codes von 2014 auf 2015 durch das DIMDI sind insbesondere Verfahren der Hernien-Chirurgie überarbeitet worden. Dabei wurden vereinzelte Operationen auf einen unspezifischen Code (gekennzeichnet durch .x) übergeleitet. Bisher galt bei der Umsetzung des OPS für den EBM, dass der Anhang 2 grundsätzlich keine unspezifischen OPS-Codes enthält. Die KBV und der GKV-Spitzenverband haben jetzt vereinbart, die unspezifischen - .x-Codes der Hernien-Chirurgie ausnahmsweise und übergangsweise in den Anhang 2 des EBM aufzunehmen.

Unspezifische Codes
für Hernien-Chirurgie

Ergänzung der Berechnungsfähigkeit von Leistungen der nichtärztlichen Praxisassistenten

Der Bewertungsausschuss hat die bisherige Regelungslücke für neu zugelassene Hausärzte bzgl. der Erfüllung der Mindestgrenzen geschlossen. Die diesbezügliche Sonderregelung sieht vor, dass bei neu oder kürzer als 18 Monaten zugelassenen Ärzten die Vorgaben zu den Mindestfallzahlen in den auf die Zulassung folgenden sechs Quartalen nicht anzuwenden sind. Das bedeutet, dass neu zugelassene Hausärzte in Einzelpraxen, unabhängig von der Erfüllung von Mindestfallzahlen, eine Genehmigung zur Abrechnung der Leistung der nichtärztlichen Praxisassistenz erhalten können. Ab dem siebten Quartal der Tätigkeit gilt auch für neu zugelassene Hausärzte die Mindestfallzahlregelung. Neuzulassungen in Berufsausübungsgemeinschaften werden bzgl. der Fallzahlgrenzen in den ersten sechs Quartalen nicht berücksichtigt. Das bedeutet, dass z. B. in einer Dreierpraxis mit einem neuen Arzt die Fallzahlgrenze zunächst bei 1500 Fällen liegt (860 +640+0).

Neu zugelassene
Ärzte werden von
Mindestfallzahl
ausgenommen

Obwohl die Regelung formal erst zum 01.04.2015 in Kraft treten wird, werden wir diese bereits für jetzt vorliegende Anträge anwenden.

Anpassung der GOP 17372 und neue Kostenpauschale 40582

Mit Beschluss des gemeinsamen Bundesausschusses vom 19.06.2014 wurde Radium-223-dichlorid in die Anlage XII der Arzneimittelrichtlinie aufgenommen. Da bei Radium-223-dichlorid (Alphastrahler) wegen der minimalen Streustrahlung die szintigraphische Kontrollmessung der Bremsstrahlung nicht sinnvoll erbracht werden kann, wurde die Gebührenordnungsposition 17372 „Zusatzpauschale Radionuklidtherapie“ angepasst. Zusätzlich wurde die Aufnahme der Kostenpauschale 40582 für im Rahmen einer Therapie mit Radium-223-dichlorid entstehende Sachkosten mit einer Bewertung in Höhe von 65€ je Injektion beschlossen. Darin sind die Kosten des Produktes nicht enthalten. Die Verordnung und Abrechnung von Radium-223-dichlorid erfolgt über das Arzneverordnungsblatt Muster 16. Nuklearmediziner benötigen aufgrund der Radioaktivität und Toxizität des Materials spezielle Umgangsgenehmigungen. Die Kosten für den Umgang mit Radium-223-dichlorid sind in der Pauschale mit eingeschlossen.

Reproduktionsfall – Anpassung der Definition im EBM

Der GBA hat seine Richtlinien über künstliche Befruchtung dahingehend geändert, dass die erforderlichen Laboruntersuchungen gemäß Nr. 12.1 der Richtlinie innerhalb von drei Monaten vor der ersten Keimzellgewinnung durchzuführen sind sowie bei nachfolgender Keimzellengewinnung – soweit diese in derselben Partnerschaft zu diesem Zeitpunkt erfolgt, 24 Monate nach der ersten oder erneuten Laboruntersuchung liegt.

Dies bedeutet, dass die Laboruntersuchungen nun nicht mehr „vor jeder Keimzellgewinnung“, sondern lediglich „innerhalb von drei Monaten vor der ersten Keimzellgewinnung“ zu erfolgen haben. Die Beschlüsse wurden im Deutschen Ärzteblatt Heft 3 vom 16.01.2015 bzw. Heft 7 vom 13.02.2015 veröffentlicht.

Laboruntersuchungen
drei Monate vor
Keimzellgewinnung

1.2. Abgabetermin für das 1. Quartal 2015

Der Abgabetermin für die Abrechnung des 1. Quartals 2015 ist der 6. Werktag des Quartals und somit der 9. April 2015. 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 der KVN unter www.kvn.de/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:
Früherkennungskoloskopie, Hautkrebsscreening, Daten gem. der QS-Richtlinie Dialyse rechtzeitig online zu dokumentieren;

- 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 aus Ihrer Praxissoftware wie z. B. Prüfprotokolle, Sortierlisten oder Versandlisten benötigen wir nicht.

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

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

1.3. Informationen zur Psychotherapie

Wir möchten noch einmal darauf hinweisen, dass seit dem 01.01.2014 das Muster PTV 7b nicht mehr mit der Quartalsabrechnung einzureichen ist.

Für die Abrechnung der GOP 35200 bis 35225 (auch mit Suffix „B“) müssen Sie die entsprechenden KVDT-Feldkennungen lt. KVDT-Datensatzbeschreibung in Ihrer Praxissoftware eingeben und der KV Niedersachsen übermitteln.

Verhaltenstherapie kann als Einzelbehandlung, als Gruppenbehandlung oder als Kombination aus Einzel- und Gruppenbehandlung durchgeführt werden.

Ergibt sich im Verlauf der Verhaltenstherapie bei einer genehmigten Einzeltherapie (im Antrag erfolgt bereits der Hinweis, dass ggf. eine Gruppenbehandlung durchgeführt werde) eine Indikation für eine Gruppentherapie, so werden diese erbrachten Sitzungen als Gruppenstunden abgerechnet; dabei wird die in der Gruppentherapie erbrachte Doppelstunde im Gesamttherapiekontingent als Einzelstunde gezählt.

Werden in der tiefenpsychologisch fundierten oder analytischen Psychotherapie bei einer genehmigten Gruppentherapie Einzelbehandlungen notwendig, die nicht beantragt wurden, können Sie diese in einem Verhältnis von einer Einzelbehandlung auf zehn Gruppenbehandlungen ohne besondere Antragstellung durchführen und abrechnen. Dabei sind die Einzelbehandlungen dem genehmigten Kontingent der Gruppenbehandlungen hinzuzurechnen.

Ausführliche Informationen zur Psychotherapie-Richtlinie und - Vereinbarung finden Sie unter www.kbv.de.

Für Rückfragen steht Ihnen Ihr Abrechnungsteam gern zur Verfügung.

Einzel- versus
Gruppentherapie

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

1.4. Mutterschaftsvorsorge nach der GOP 01770 EBM

Das Bundessozialgericht hat mit Urteil vom 11.02.2015 entschieden, dass die Schwangerenbetreuung nach der GOP 01770 EBM nur von einem Vertragsarzt je Quartal und schwangerer Versicherten abgerechnet werden kann. Somit scheidet die Abrechnung der GOP 01770 EBM durch einen weiteren Gynäkologen aus, unabhängig davon, ob der Arztwechsel von der Versicherten initiiert ist oder arztinduziert. Es wurde vom Bundessozialgericht klargestellt, dass, sofern kein Notfall vorliegt, für den Gynäkologen keine Verpflichtung besteht, die Betreuung der Versicherten in einem Quartal zu übernehmen, in dem die Versicherte schon bei einem anderen Gynäkologen in Behandlung war. Während Notfall- oder Vertretungsleistungen nach den Allgemeinen Bestimmungen des EBM als kurative Leistungen abgerechnet werden müssten, müssen patienteninduzierte Arztwechsel nach entsprechender Aufklärung privat in Rechnung gestellt werden.

Da davon auszugehen ist, dass die Krankenkassen vermehrt Berichtigungsanträge stellen werden, werden wir zukünftig generell nur noch die GOOP 01770 EBM für den erstbetreuenden Gynäkologen vergüten. Es ist daher unbedingt darauf zu achten, dass bei einem Behandlerwechsel im kurativen Fall entsprechend kurativ abgerechnet wird, bzw. bei durch Patienten induzierten Arztwechsel eine Privatliquidation nach entsprechender Aufklärung erfolgt.

Schwangerschafts-
vorsorge nur durch
einen Vertragsarzt

2. Verordnungen

2.1. Masernimpfung von Erwachsenen zu Lasten der GKV

Aufgrund der aktuellen Meldungen zu vermehrt auftretenden Masernerkrankungen möchten wir Ihnen einen Überblick geben, wann die Masernimpfung von Erwachsenen zu Lasten der GKV abgerechnet werden kann.

Nach der Schutzimpfungs-Richtlinie soll eine einmalige Impfung vorzugsweise mit einem MMR-Impfstoff für nach 1970 geborene Personen ≥ 18 Jahre erfolgen, die

- ungeimpft sind oder
- in der Kindheit nur einmal geimpft wurden oder
- einen unklaren Impfstatus haben.

Die Kombinationsimpfung MMR kann unter den KVN-internen GO-Nrn. 89301A bzw. 89301B abgerechnet werden. Die Verordnung des Impfstoffs erfolgt über den Sprechstundenbedarf.

Impfungen für vor 1970 geborene Personen sind derzeit keine Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung. Die Impfung und der Impfstoff sind dem Patienten privat in Rechnung zu stellen, ggf. übernehmen die Krankenkassen die Kosten im Rahmen des Kostenerstattungserfahrens.

Gleiches gilt für eine Titerbestimmung. Diese ist ebenfalls keine Leistung der GKV.

Nur Masernimpfung für Volljährige, die nach 1970 geboren wurden, ist GKV-Leistung

2.2. Richtgrößeninformationen

Die Heilmittel-Richtgrößeninformation für das 2. Quartal 2014 sowie die neuen Arzneimittel-Richtgrößeninformationen für das 3. Quartal 2014 stehen über unser KVN-Portal im Internet unter „Online-Dienste“, Rubrik „eDokumente“ zur Verfügung.

Ebenso können hier die GAmSi- sowie die HIS-Berichte eingesehen werden.

2.3. Sprechstundenbedarf / Musterkoffer für 2. Quartal 2015 veröffentlicht

Von der SSB-Kommission wurden in der letzten Sitzung der sogenannte Musterkoffer SSB mit Gültigkeit für das 2. Quartal 2015 beschlossen. Hier hat es einige kleinere Fehlerkorrekturen gegeben. So wurden Mittel mit dem Wirkstoff Fluspirilen entfernt, da es sich um Depotpräparate handelt, die nicht im SSB verordnungsfähig sind.

Die aktualisierten Musterkoffer SSB für die 23 Fachgruppenbereiche finden Sie ab sofort im KVN-Mitglieder-Portal in der Rubrik Sprechstundenbedarf / Musterkoffer SSB.

2.4. Änderung der Schutzimpfungs-Richtlinie

Aufgrund der STIKO-Empfehlungen aus dem August 2014 sind nunmehr die Änderungen der Schutzimpfungs-Richtlinie in Kraft getreten.

Die wesentlichen Änderungen im Einzelnen:

HPV-Impfung

Die HPV-Impfung von Mädchen kann jetzt bereits im Alter von 9 bis 14 Jahren (statt 12 - 17 Jahren) durchgeführt werden.

Außerdem wurden die Ausführungen der STIKO hinsichtlich des Dosierungsschemas übernommen:

Neues Impfschema bei HPV-Impfung

Im Alter von 9 bis 13 bzw. 9 bis 14 Jahren (je nach Impfstoff) ist ein Zwei-Dosen-Impfschema mit einem Impfabstand von sechs Monaten zugelassen. Bei Nachholimpfungen oder Vervollständigung einer Impfung im Alter von älter als 13 Jahren bzw. älter als 14 Jahren oder wo ein Impfabstand von weniger als sechs Monaten zwischen der ersten und zweiten Dosis liegt, ist eine dritte Impfstoffdosis erforderlich.

Pneumokokken-Impfung

Bei den Indikationsimpfungen wurde die bisherige Liste um weitere Krankheiten und Symptome ergänzt. So wird die Pneumokokken-Impfung nun vor einer Cochlear-Implantation empfohlen.

Berufsbedingte Impfungen

Impfungen mit beruflichen Indikationen wurden an die Vorgaben der Verordnung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge (ArbMedVV) angepasst.

3. Allgemeine Hinweise

3.1. AOK-Behandlungsprogramm Depression und Burn-out

hier: Anpassung der psychotherapeutischen Vergütungen zum 1. Januar 2015

Mit Wirkung ab 1. Januar 2015 wird im Rahmen des AOK-Behandlungsprogramms „Depression und Burn-out“ die Vergütung des Psychotherapeuten-Moduls um den Steigerungssatz der EBM-Vergütungen angepasst.

Die aktuellen Vergütungsbeträge für das Psychotherapeuten-Modul können der Tabelle in § 16 Abs. 4 des Vertrages im KVN-Portal (www.kvn.de in der Rubrik Verträge/Strukturverträge) entnommen werden.

3.2. Vertrag zur Hausarztzentrierten Versorgung mit dem BKK Landesverband Mitte

hier: Beitritt weiterer Betriebskrankenkassen mit Wirkung ab 1. April 2015

Die KVN hat gemeinsam mit den Hausarztverbänden in Niedersachsen und dem BVKJ sowie dem BKK Landesverband Mitte eine Hausarztzentrierte Versorgung vereinbart, der bisher acht Betriebskrankenkassen beigetreten waren. Mit Wirkung ab 1. April 2015 sind nunmehr acht weitere Betriebskrankenkassen diesem Vertrag beigetreten. An dem Vertrag nehmen somit ab diesem Zeitpunkt folgende Betriebskrankenkassen teil:

Psychotherapieleistungen werden höher vergütet

- BKK 24
- BKK Henschel Plus
- BKK Melitta Plus
- BKK Textilgruppe Hof
- BKK Verbund Plus
- Thüringer Betriebskrankenkasse
- Vereinigte BKK
- WMF Betriebskrankenkasse
- BKK Deutsche Bank AG
- Debeka BKK
- BKK exklusiv
- BKK RWE
- BKK Miele
- Novitas BKK
- BKK VBU
- BKK Pfalz

Der Online-Dienst zur Patienteneinschreibung im KVN-Portal wird mit Wirkung ab 1. April 2015 um die neu beigetretenen Krankenkassen erweitert. Eine Einschreibung von Patienten ist somit erst ab diesem Zeitpunkt möglich.

3.3. BKK-Vertrag „Hallo Baby“: BKK Herkules beendet Teilnahme zum 31. März 2015

Der BKK Landesverband Mitte informiert, dass die BKK Herkules nur noch bis 31. März 2015 an der Rahmenvereinbarung teilnimmt.

Ab 1. April 2015 gilt die Rahmenvereinbarung für folgende Betriebskrankenkassen:

- BKK 24
- BKK B. Braun Melsungen
- BKK Deutsche Bank AG
- BKK Linde
- BKK Miele
- BKK Public
- BKK Salzgitter
- BKK Wirtschaft & Finanzen
- BKK ZF & Partner
- energie-BKK
- Heimat Krankenkasse
- R+V BKK
- TUI BKK
- WMF Betriebskrankenkasse

Die komplette BKK-Vereinbarung „Hallo Baby“ steht im KVN-Mitgliederportal (Verträge / Besondere ambulante ärztlichen Versorgung/ Link: „BKK – Hallo Baby“) zur Verfügung.

3.4. Curriculum Rehabilitationsrichtlinien

Am Freitag, 27.05.2015, findet im Reha-Zentrum am Meer, Bad Zwischenahn, wieder eine Fortbildungsveranstaltung zum Erwerb der Qualifikation für die Verordnung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation über die GKV statt.

Da die meisten in Frage kommenden Kollegen diesen Kurs bereits absolviert haben, wird dieses Seminar nur noch in größeren Abständen angeboten und richtet sich an alle neu hinzukommenden Ärztinnen und Ärzte sowie an diejenigen, die diesen Kurs noch nicht absolviert haben.

Eine verbindliche Anmeldung ist über das Sekretariat im Reha-Zentrum Bad Zwischenahn über Telefonnummer: 0 44 03 - 6 13 08 oder Email: e.debuhr@rehazentrum-am-meer.de möglich (begrenzte Teilnehmerzahl).

3.5. Elektronische Gesundheitskarte (eGK)

In den vergangenen Monaten hatten wir Sie bereits regelmäßig über den Umgang mit der eGK ab 01.01.2015 informiert. Wir möchten Ihnen heute weitere ergänzende Hinweise geben.

Anspruchsnachweis der Krankenkassen

Die Krankenkassen können im **Ausnahmefall** zur Überbrückung von Übergangszeiten, bis der Versicherte eine eGK erhält, einen **befristeten** Anspruchsnachweis ausstellen. Auf dem Anspruchsnachweis muss vermerkt sein, wie lange dieser gültig ist. Damit soll sichergestellt werden, dass der Anspruchsnachweis nicht dauerhaft als Ersatz für eine eGK benutzt wird.

Übergangsnachweise
immer befristet

Überweisungen

Der Versicherte ist verpflichtet, bei **jedem Arztbesuch** die elektronische Gesundheitskarte vorzulegen, also auch bei einer Überweisung. Die Überweisung alleine reicht als Anspruchsnachweis nicht aus. Ausgenommen hiervon sind lediglich Untersuchungen ohne Arzt-Patient-Kontakt.

Überweisung erfordert
immer auch eGK

Manuelle Erfassung bei Leistungen ohne persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt

Wird die eGK im Quartal nicht vorgelegt und erfolgen ausschließlich Leistungen ohne persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt, können die Patientendaten manuell in der Abrechnungssoftware erfasst werden. Bei bekannten Patienten können diese auch aus den gespeicherten Patientenstammdaten übernommen werden.

3.6. Neues Vordruckmuster PTV 2 zum 1. April 2015

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat im Oktober letzten Jahres die EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) als neue Methode in die Psychotherapie-Richtlinie aufgenommen. Dabei wurde das Vordruckmuster PTV 2 im unteren Abschnitt „Erklärung des Therapeuten“ hinsichtlich der Abrechnungsgenehmigung um das Feld „EMDR“ erweitert.

Bitte verwenden Sie ab dem 1. April 2015 nur noch die neuen Muster und fordern Sie sie bei ihrer nächsten Vordruckbestellung mit an.

3.7. Deutliche Steigerungen der Gebühren für medizinische Gutachten für Unfallversicherungsträger ab 1. April 2015

Nachdem bereits im vergangenen Jahr die Gebühren für Gutachten angepasst worden waren, steigt jetzt erneut die Vergütung für freie Gutachten (Gutachtengebührennummern 160, 161 und 165). Für Gutachten mit einem normalen Schwierigkeitsgrad künftig 280,00 € statt wie bisher 180,00 € gezahlt (Gebührenordnungsnummer 160 UV-GOÄ). Liegt ein hoher Schwierigkeitsgrad bei der Begutachtung vor, steigt die Gebühr von bislang 280,00 € auf 490,00 € (Nr. 161 UV-GOÄ). Bei sehr hohem zeitlichen Aufwand und hohem Schwierigkeitsgrad gibt es statt 360,00 € dann 700,00 Euro (Nr. 165 UV-GOÄ). Auch die Schreibgebühren (Nummer 190 UV-GOÄ) erhöhen sich von bisher 3,50 auf 4,50 € je Seite.

Zudem handelt es sich bei den neuen Beträgen um Festbeträge, so dass der Gutachter nicht mehr wie bisher beim Unfallversicherungsträger im Einzelfall die Höhe der Vergütung vereinbaren muss. In besonderen Fällen ist es dennoch nach wie vor möglich, eine Individualvereinbarung über eine abweichende Vergütung abzuschließen.

Die neuen Gebühren können für Gutachtenaufträge ab 1. April 2015 abgerechnet werden. Bei den Schreibgebühren gilt als Stichtag für die Abrechnung der Tag, an dem die Schreibleistung erbracht wurde.

Die Veröffentlichung des Beschlusses erfolgte im Deutschen Ärzteblatt Heft 9 vom 27.02.2015.

4. Veranstaltungen im April 2015

4.1. Neues Seminarangebot zum Bürokratieabbau

Die KVN bietet eine Informationsveranstaltung zum Thema Bürokratieabbau an: Wie gehe ich in meiner Praxis mit Bürokratie um und wie wird diese nicht zur Belastung für das Praxis-Team? Diese und noch viele Fragen sollen in unserer Veranstaltung definiert und diskutiert werden. Was macht z.B. die Kassenärztliche Bundesvereinigung im

Bereich Bürokratieabbau? Welche Anforderungen stellt die KBV an Ihre PVS? Wie kann ein gut gängiges Qualitätsmanagement die Organisation in der Arztpraxis unterstützen und die damit verbundene Bürokratie minimieren? Das Seminar findet am 20.05.2015 von 16:00 – 19:00 Uhr in Hannover statt. Die Teilnahme ist für PraxismitarbeiterIn kostenlos.

Ausführliche Informationen zu diesem Seminar und über unser gesamtes Seminarangebot 2015 finden Sie im Internet unter www.kvn.de/seminarangebot. Ihre Ansprechpartnerin ist Frau Marlen Hilgenböker (Telefon: 0511 380-3311). Bitte nutzen Sie das beiliegende Anmeldeformular.

4.2. Seminare und Fortbildungen

Hier bekommen Sie eine Übersicht über Seminare und Fortbildungen der KVN mit noch freien Plätzen im April 2015. 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			
Freude mit Attesten	Osterholz-Scharmbeck	15.Apr	45 Euro
Freude mit Formularen	Stade	22.Apr	45 Euro
Freude mit Formularen Musterverordnung 1	Verden	29.Apr	40 Euro
Kurze Wartezeiten - Gutes Terminsystem	Hannover	15.Apr	75 Euro
Professionelle Gesprächsführung in anspruchsvollen Situationen	Hannover	18.Apr	135 Euro
Schwierige Patienten	Verden	15.Apr	40 Euro
Schwierige Situationen im Praxisteam erfolgreich meistern	Hannover	18.Apr	119 Euro
Souverän in den Berufsalltag - Der kleine Knigge	Hannover	24.Apr	115 Euro
Telefonieren in der Arztpraxis	Aurich	15.Apr	80 Euro

Abrechnung und Verordnung			
Abrechnung aktuell (hausärztlicher Versorgungsbereich)	Oldenburg	15.Apr	kostenlos
Diabetes Typ 2-Schulung (2-tägig)	Verden	25.Apr	95 Euro
Richtig kodieren nach ICD 10	Aurich	22.Apr	kostenlos
Wirtschaftsseminare			
Niederlassen in Niedersachsen	Lüneburg	21.Apr	kostenlos
Rechtsprobleme im Praxisalltag	Hannover	22.Apr	kostenlos
EDV-Schulungen			
Workshop Praxisrelevante Internetrecherche	Hannover	17.Apr	105 Euro



KVN

Kassenärztliche Vereinigung
Niedersachsen

Informationen für die Praxis

KVN-Rundschreiben

Februar 2015

Inhaltsverzeichnis

1.	Abrechnung	2
1.1.	Angabe des OPS-Codes bei der Abrechnung der intravitrealen Medikamenteninjektion	2
2.	Verordnungen	2
2.1.	Änderung der Anlage II (Lifestyle-Arzneimittel) der Arzneimittel-Richtlinie	2
3.	Allgemeine Hinweise	3
3.1.	Forensikon - „Projekt Kinderschutz“ in Niedersachsen	3
3.2.	Psychotherapie-Richtlinie - Änderungen in Kraft	3
3.3.	Hinweise zur Bedruckung des Personalienfeldes	4
3.4.	Neuer Strukturvertrag mit der AOK Niedersachsen über ein Behandlungsprogramm Hepatitis C	4
3.5.	Änderung beim Umgang mit der europäischen Krankenversicherungskarte	6
3.6.	Nachweis der jährlichen Fortbildungspflicht aus Sonderverträgen - Onlinemeldung	6
3.7.	Fortbildung „Polymedikation - Den Überblick behalten“ am 18. April 2015	7
3.8.	News aus dem DMP-Bereich	7
4.	Veranstaltungen im März und April 2015	8
5.	Anlagenverzeichnis	11
5.1.	Information/Anmeldeformular zur Veranstaltung „Polymedikation - Den Überblick behalten“	11
5.2.	Sammelerklärung	11

1. Abrechnung

1.1. Angabe des OPS-Codes bei der Abrechnung der intravitrealen Medikamenteninjektion

Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass die genehmigungspflichtigen GOP 31371 bis 31373 und 36371 bis 36373 (Kapitel 31/36 EBM) nur mit Angabe des OPS-Codes 5-156.9 und der Seitenlokalisierung berechnungsfähig sind. Der Eintrag für den OPS-Code erfolgt im KVDT-Feld 5035 sowie für die Seitenlokalisierung im KVDT-Feld 5041. Bei fehlendem oder fehlerhaftem OPS-Code erfolgt bei diesen Leistungen eine sachlich-rechnerische Berichtigung.

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

Angabe des OPS-Codes

2. Verordnungen

2.1. Änderung der Anlage II (Lifestyle-Arzneimittel) der Arzneimittel-Richtlinie

Mit Wirkung zum 13. Januar 2015 wird die Anlage II der Arzneimittel-Richtlinie geändert. Hierbei wird die Tabelle zur Indikation „sexuelle Dysfunktion“ wie folgt ergänzt:

Wirkstoff	Fertigarzneimittel, alle Wirkstärken
G 04 BE 10 Avanafil	SPEDRA

Somit ist Avanafil (SPEDRA®) **nicht** zu Lasten der GKV verordnungsfähig.

Der Beschluss und die Richtlinie können unter www.g-ba.de eingesehen werden.

3. Allgemeine Hinweise

3.1. Forensikon - „Projekt Kinderschutz“ in Niedersachsen

Die qualifizierte Untersuchung und Begutachtung von Kindesmiss-handlung und -missbrauch erfordert ein spezialisiertes Fachwissen und hängt von den Kenntnissen und Erfahrungen des jeweiligen Unter-suchers ab. Deshalb bietet das Institut für Rechtsmedizin mit dem „Projekt Kinderschutz“ seit 2010 niedergelassenen und klinisch tätigen Ärztinnen und Ärzten in Niedersachsen eine kostenfreie diagnostische Unterstützung bei Verdachtsfällen von Kindesmisshandlung und sexuellem Missbrauch.

Kostenfreie
Unterstützung

Zentraler Baustein ist dabei das Forensikon, ein digitales System zur Online-Befundübermittlung. Ärzte können unklare Diagnosen mittels Übermittlung von Fotos, Befunden oder Röntgenbildern vom Institut für Rechtsmedizin mitbeurteilen lassen. So kann eine schnelle Verdachts-abklärung vorgenommen und den Kindern besser geholfen werden.

Online-
Befundübermittlung

Das Forensikon finden Allgemeinmediziner, Kinderärzte und Gynäko-logen im KVN-Portal unter dem Navigationspunkt „Online-Dienste“.

3.2. Psychotherapie-Richtlinie - Änderungen in Kraft

Mit Inkrafttreten zum 3. Januar 2015 hat die Psychotherapie-Richtlinie inhaltliche Änderungen erfahren. Zum einen wurde eine redaktionelle Änderung bzgl. der Überschrift in § 22 Abs. 2 Nr. 4 vorgenommen, so dass diese nunmehr „Schizophrene und affektive psychotische Störungen“ lautet. Diese Änderung dient der Klarstellung, dass psychotische Störungen mit ambulanter Psychotherapie behandelt werden können. Die zweite Änderung betrifft die Aufnahme der EMDR als Methode bei der Indikation Posttraumatischer Belastungsstörungen bei Erwachsenen. Hiernach kann EMDR sowohl in verhaltenstherapeu-tische als auch tiefenpsychologisch fundierte oder analytische Behandlungspläne eingebunden werden. Die Abrechnung erfolgt weiterhin über das entsprechende Richtlinienverfahren mit den betreffenden EBM-Nummern.

Redaktionelle Änderung

Aufnahme der EMDR

Um die neue Methode in der ambulanten Versorgung durchführen zu können, muss eine Zusatzqualifikation durch entsprechende Nachweise belegt werden. Die Psychotherapie-Richtlinie fordert hierfür einen Nachweis über mindestens 40 Stunden eingehende Kenntnisse in der Theorie der Traumabehandlung und EMDR sowie den Nachweis, dass mindestens 40 Stunden Einzeltherapie (mit mindestens fünf abgeschlossenen EMDR-Behandlungsschritten) unter Supervision von mindestens zehn Stunden mit EMDR durchgeführt wurden. Diese Zusatzqualifikationen müssen an oder über anerkannte Weiterbildungs-stätten bzw. Ausbildungsstätten erworben worden sein. Das Formblatt PTV 2 wird entsprechend angepasst.

Nachweise erforderlich

Das einschlägige Antragsformular „Psychotherapie“ wurde um die neue Methode erweitert und ist ab sofort unter www.kvn.de abrufbar.

3.3. Hinweise zur Bedruckung des Personalienfeldes

Im Zuge der Ablösung der Krankenversichertenkarte durch die elektronische Gesundheitskarte (eGK) wurde das Personalienfeld auf Überweisungsscheinen und anderen Formularen bereits zum 1. Oktober 2014 geändert.

Uns erreichen derzeit Hinweise, dass noch zahlreiche Formulare mit veralteten Bedruckungsvorgaben für das Personalienfeld ausgestellt werden, da Ärzte und Psychotherapeuten ihre Praxisverwaltungssysteme (PVS) nicht rechtzeitig aktualisiert haben.

Diese fehlerhafte Bedruckung entspricht nicht den Vorgaben des Bundesmantelvertrags und führt zu gravierenden Problemen bei den weiterverarbeitenden Stellen wie z. B. Labore und Apothekenrechenzentren.

Bitte stellen Sie sicher, dass die Installation von PVS-Quartalsupdates zum Stichtag erfolgt, damit die neuen Vorgaben eingehalten werden. Die Installation von Korrekturupdates sollte ebenfalls umgehend vorgenommen werden. Ohne fristgerechte Aktualisierung der Software ist die Verwendung des PVS in der Arztpraxis nicht zulässig und auch nicht sinnvoll.

Aus aktuellem Anlass weisen wir zudem darauf hin, dass für die Bedruckung des Personalienfeldes die Schriftart Courier beziehungsweise Courier New verwendet werden muss. Die Zeichendichte ist mit 10 Zeichen/Zoll definiert, das entspricht der Schriftgröße 12. Eine Änderung dieser Schriftart für das Personalienfeld ist daher nicht erlaubt.

Quartalsupdates
müssen zum Stichtag
erfolgen

Schriftart

3.4. Neuer Strukturvertrag mit der AOK Niedersachsen über ein Behandlungsprogramm Hepatitis C

Um dem medizinischen Fortschritt im Rahmen der Behandlung der Infektionskrankheit „Hepatitis C“ Rechnung zu tragen, haben die KVN und die AOK Niedersachsen einen innovativen Versorgungsvertrag mit Wirkung ab 1. Januar 2015 geschlossen. Die Teilnahme an diesem Vertrag ist sowohl für die Patienten als auch für Ärzte freiwillig. Zentrales Ziel ist die Anpassung der heute möglichen Therapieoptionen an die individuelle Lebenssituation der betroffenen Patienten. An dem Behandlungsprogramm können nur Patienten teilnehmen, die an chronischer Hepatitis C erkrankt sind (gesicherte Diagnose nach ICD 10 = B18.2).

An dem Behandlungsprogramm können zugelassene/ermächtigte Fachärzte für Innere Medizin teilnehmen, soweit diese in den letzten zwei Kalenderjahren vor der Teilnahme bereits mindestens zehn Patienten mit Hepatitis C selbständig betreut haben. Darüber hinaus sind Nachweise für einschlägige Fortbildungen und die Verfügbarkeit eines Gerätes zur Abdomen-Sonographie sowie eine entsprechende Leistungsgenehmigung notwendig. Die Einzelheiten können dem im KVN-Portal eingestellten Strukturvertrag entnommen werden

Teilnahme freiwillig

([www.kvn.de/Verträge/Strukturverträge/AOK-Behandlungsprogramm Hepatitis C](http://www.kvn.de/Verträge/Strukturverträge/AOK-Behandlungsprogramm%20Hepatitis%20C)).

Im Falle einer Teilnahme kommen folgende zusätzliche Aufgaben auf die teilnehmenden Ärzte zu:

1. Umfassende Beratung über das Behandlungsprogramm Hepatitis C
2. Einschreibung des Patienten und Weiterleitung der Teilnahmeerklärung an die AOK Niedersachsen
3. Verlaufskontrollen der Aktivität der Lebererkrankung und Therapieplanung in Abstimmung mit dem Patienten
4. Meldung patientenbezogener Ereignisse per Telefax an die AOK Niedersachsen
5. Bei Einleitung einer besonderen antiviralen Therapie ist regelhaft der Genotyp zu ermitteln, ein Zweitmeinungsverfahren nach dem Vertrag einzuleiten und die empfohlene Therapie gemeinsam mit dem Patienten umzusetzen.

Aufgaben

Das Zweitmeinungsverfahren wird durch speziell benannte Ärzte der Medizinischen Hochschule Hannover durchgeführt. Dieses Verfahren erfolgt in der Regel ohne persönliche Vorstellung des Patienten. Im Rahmen dieses Zweitmeinungsverfahrens wird individuell geprüft, ob bei dem Patienten eine Umsetzung der besonderen antiviralen medikamentösen Therapie sinnvoll ist und eine Empfehlung ausgesprochen. Diese Empfehlung beinhaltet auch Details zur Therapie (z. B. zur Behandlungsdauer, den eingesetzten Arzneimitteln und der bestmöglichen Motivation des Patienten). Der das Zweitmeinungsverfahren einleitende Arzt ist im Rahmen seiner Therapiefreiheit berechtigt, von der Empfehlung abzuweichen. In diesem Fall endet jedoch die Teilnahme des Patienten am Behandlungsprogramm mit sofortiger Wirkung.

Zweitmeinungs-
verfahren

Die AOK Niedersachsen hat zugesichert, dass Verordnungen von Medikamenten zur Hepatitis C-Behandlung, die auf Basis der Empfehlung des Zweitmeiners ausgestellt werden, von der AOK Niedersachsen als wirtschaftlich angesehen werden. Sofern die therapeutisch notwendigen Mengen verordnet werden, wird kassenseitig von möglichen Wirtschaftlichkeitsprüfungen im Einzelfall abgesehen. Die teilnehmenden Ärzte erhalten ab dem Quartal der Einschreibung im Falle eines persönlichen Arzt-/Patientenkontaktes für die ersten vier Quartale jeweils 82,50 Euro/Quartal (GO-Nr. 99825). Ab dem 5. Quartal der Teilnahme des Patienten verringert sich diese Quartalpauschale auf 80 Euro (GO-Nr. 99826).

Quartalpauschale

Für die Einleitung eines Zweitmeinungsverfahrens werden fallbezogen 35 Euro (GO-Nr. 99827) gezahlt. Diese Zusatzvergütungen werden extrabudgetär außerhalb der Gesamtvergütung durch die AOK finanziert. Die übliche Abrechnung nach EBM kann weiterhin erfolgen.

Die Teilnahme an dem Vertrag kann über die zuständige Bezirksstelle beantragt werden. Ein entsprechender Teilnahmeantrag ist im KVN-Portal unter [www.kvn.de/Verträge/Strukturverträge/AOK-Behandlungsprogramm Hepatitis C](http://www.kvn.de/Verträge/Strukturverträge/AOK-Behandlungsprogramm%20Hepatitis%20C) einsehbar.

3.5. Änderung beim Umgang mit der europäischen Krankenversicherungskarte

Im Zusammenhang mit der Umstellung auf das Datenformat der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) hat es zum 1. Januar 2015 geringfügige Änderungen beim Umgang mit der europäischen Krankenversicherungskarte gegeben.

Bei der Abrechnung ärztlicher Leistungen sowie bei der Ausstellung von Verordnungen und Überweisungen ist im Feld „Status“ nicht mehr „10007“ anzugeben. Stattdessen geben Sie bei „Versichertenart“ (FK 3108) die Ziffer 1 und bei „Besonderer Personengruppe“ (FK 4131) die Ziffer 7 an.

Daneben wurden redaktionelle Klarstellungen vorgenommen. So dürfen im Ausland Krankenversicherte nur solche aushelfende deutsche Krankenkassen wählen, die auch nach deutschem Recht wählbar sind.

Beispiel: Wird ein im Ausland Krankenversicherter von einem Vertragsarzt in München behandelt, so kann er z. B. die AOK Bayern wählen, nicht hingegen die AOK Niedersachsen.

Die Änderungen zur europäischen Krankenversicherungskarte wurden im Deutschen Ärzteblatt Nr. 4/2015 vom 23. Januar 2015 veröffentlicht.

Die Praxisinformation „Checkliste für die Praxis: So funktioniert die Abrechnung bei Patienten, die im Ausland krankenversichert sind“ (Stand: März 2013) wird derzeit überarbeitet. Wir informieren Sie, sobald eine aktualisierte Fassung vorliegt.

3.6. Nachweis der jährlichen Fortbildungspflicht aus Sonderverträgen - Onlinemeldung

Da die Teilnahme an besonderen Verträgen zunehmend mit regelmäßigen Fortbildungsverpflichtungen verbunden ist, hat die KVN im Sinne der Entbürokratisierung eine digitale Meldemöglichkeit geschaffen.

Vertragsteilnehmer können daher jederzeit die Erfüllung ihrer Fortbildungspflicht im KVN-Portal unter Online-Dienste in der Rubrik „Fortbildungspflicht aus Sonderverträgen“ melden. Die arztindividuelle Übersicht im KVN-Portal informiert zudem darüber, zu welchen speziellen Fortbildungen sich das einzelne Mitglied insgesamt im Rahmen von Sonderverträgen verpflichtet hat (Online-Dienste/ Fortbildungspflicht aus Sonderverträgen).

Aktuell können bereits die Eingaben für das neue Jahr 2015 vorgenommen werden. Aber auch für das zurückliegende Kalenderjahr 2014 besteht noch bis zum 30. Juni 2015 die Möglichkeit relevante Fortbildungen zu vermerken. Die bisherige jährliche Abfrage per Papier entfällt und auf die Übersendung von Nachweisen wird verzichtet.

Redaktionelle
Klarstellungen

Abfrage per Papier
entfällt

3.7. Fortbildung „Polymedikation - Den Überblick behalten“ am 18. April 2015

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, 18. April 2015 von 10 bis 17 Uhr
Ort: Radisson BLU Hotel, Expo Plaza 5, 30539 Hannover
Gebühr: 40 Euro

Theoretisch ist es Ärzten und Apothekern bewusst, dass sie ihren Patienten oft zu viele Medikamente zumuten. Nur an der praktischen Umsetzung des „weniger kann mehr sein“ hapert es aus zahlreichen Gründen. Mit Fachvorträgen und Workshops will die Fortbildung dieser Problematik praxisnah begegnen. Zur Diskussion in den Workshops haben die Teilnehmer die Möglichkeit, im Vorfeld Fälle aus der eigenen Praxis zu melden.

Die Veranstaltung ist mit fünf CME-Fortbildungspunkten sowie bei Teilnahme an den DMP-Verträgen Diabetes mellitus Typ 2, COPD, Asthma und KHK mit vier DMP-Punkten akkreditiert. Nähere Informationen sowie ein Anmeldeformular finden Sie im Anhang.

Anlage 5.1: Information/Anmeldeformular zur Veranstaltung „Polymedikation - Den Überblick behalten“

3.8. News aus dem DMP-Bereich

Wir bieten den Vertragsärzten und Praxisteams in Niedersachsen ab sofort eine neue Rubrik im Internet, um Sie über aktuelle Neuigkeiten und Entwicklungen aus dem DMP-Bereich zu informieren. Die Rubrik „News aus dem DMP-Bereich“ finden Sie unter dem Link:
<http://www.kvn.de/Praxis/Qualitaetssicherung/DMP-strukturierte-Behandlungsprogramme/>

Punkte

4. Veranstaltungen im März und April 2015

Hier bekommen Sie eine Übersicht über Seminare und Fortbildungen der KVN mit noch freien Plätzen im März und April 2015. 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	07.Mär	139 Euro
Datenschutz in der Arztpraxis	Hannover	03.Mär	139 Euro
Freude mit Attesten	Osterholz-Scharmbeck	15.Apr	45 Euro
Freude mit Formularen	Stade	22.Apr	45 Euro
Freude mit Formularen Musterverordnung 1	Verden	29.Apr	40 Euro
Hygiene in der Arztpraxis	Oldenburg	19.Mär	139 Euro
IGeLn leicht gemacht	Hannover	11.Mär	89 Euro
Intensivkurs PraxismanagerIn (5-tägig)	Hannover	09.Mär	500 Euro
Kurze Wartezeiten - Gutes Terminsystem	Oldenburg	18.Mär	75 Euro
Kurze Wartezeiten - Gutes Terminsystem	Hannover	15.Apr	75 Euro
Personalführung für PraxismitarbeiterIn	Hannover	17.Mär	139 Euro
Praxisbegehungen durch das Gesundheitsamt	Hannover	18.Mär	kostenlos
Professionelle Gesprächsführung in anspruchsvollen Situationen	Hannover	18.Apr	135 Euro
Qualifikation zum/zur internen AuditorIn (3-tägig)	Hannover	06.Mär	299 Euro
Qualitätsmanagement für Psychotherapeuten	Hannover	21.Mär	135 Euro

Schwierige Patienten	Verden	15.Apr	40 Euro
Schwierige Situationen im Praxisteam erfolgreich meistern	Hannover	18.Apr	119 Euro
Souverän in den Berufsalltag - Der kleine Knigge	Hannover	24.Apr	115 Euro
Telefonieren in der Arztpraxis	Aurich	15.Apr	80 Euro
Abrechnung und Verordnung			
Abrechnung aktuell	Moormerland-Neermoor	04.Mär	kostenlos
Abrechnung aktuell	Papenburg	11.Mär	kostenlos
Abrechnung aktuell	Aurich	18.Mär	kostenlos
Diabetes Typ 2-Schulung (2-tägig)	Verden	25.Apr	95 Euro
Psychosomatische Grundversorgung - Weiterbildungskurs (10-tägig)	Bremervörde	06.Mär	995 Euro
Richtig kodieren nach ICD 10	Aurich	22.Apr	kostenlos
Wirtschaftsseminare			
Niederlassen in Niedersachsen	Lüneburg	21.Apr	kostenlos
Rechtsprobleme im Praxisalltag	Hannover	22.Apr	kostenlos
EDV-Schulungen			
Workshop Praxisrelevante Internetrecherche	Hannover	17.Apr	105 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. Information/Anmeldeformular zur Veranstaltung „Polymedikation - Den Überblick behalten“
- 5.2. Sammelerklärung

Polymedikation – Den Überblick behalten

Fortbildungsveranstaltung am 18. April 2015 im Radisson BLU Hotel, Hannover

Das Thema Polypharmazie wird derzeit viel diskutiert. Theoretisch ist es Ärztinnen und Ärzten sowie Apothekerinnen und Apothekern gleichermaßen bewusst, dass sie ihren Patientinnen und Patienten oft zu viele Medikamente zumuten. Nur an der praktischen Umsetzung des „weniger kann mehr sein“ hapert es aus zahlreichen Gründen. Ältere Patientinnen und Patienten haben häufig mehrere, chronische Erkrankungen, die eine dauerhafte Medikation erfordern. Schon die leitliniengerechte Behandlung einer einzigen chronischen Erkrankung kann bis zu fünf und mehr Medikamente umfassen und fällt somit bereits unter die Bezeichnung Polymedikation.

Wir bewegen uns also auf einem schmalen Grat: Auf der einen Seite zielt die leitliniengerechte Medikation auf eine bestmögliche Therapie ab und kann eine Krankheit positiv beeinflussen; auf der anderen Seite kann sie in der Summe aber eine ganze Reihe negativer Auswirkungen wie Medikationsfehler und unerwünschte Arzneimittelwirkungen oder Interaktionen mit sich bringen. Pharmakotherapien können so komplex sein, dass ihre Wechselwirkungen ohne EDV-gestützte Hilfsmittel für Ärztinnen und Ärzte sowie Apothekerinnen und Apotheker nicht mehr abzuschätzen sind.

Aspekte wie schlechte Vernetzung zwischen den Sektoren und Fachdisziplinen sowie den Berufsgruppen oder eine verminderte Compliance der Patientinnen und Patienten verschärfen die Problematik.

Die Kooperationsveranstaltung der AOK – Die Gesundheitskasse für Niedersachsen, der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen und der Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V. will dieser Problematik praxisnah und alltagstauglich begegnen. Mit Fachvorträgen und Workshops sollen praktische Lösungsansätze berufsgruppenübergreifend und fallzentriert diskutiert werden. Die Fachtagung richtet sich insbesondere an niedergelassene Ärztinnen und Ärzte und Apothekerinnen und Apotheker.

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 06. April 2015 an: sabine.erven@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

- 10:00** **Grußworte**
Brigitte Käser, AOK – Die Gesundheitskasse für Niedersachsen, Hannover
Dr. Jörg Berling, Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen, Hannover
- 10:15** **Polymedikation: Ursachen, Gefahren und mögliche Lösungswege**
Prof. Dr. Jürgen Brockmüller, Universitätsmedizin, Göttingen
- 11:00** **LABA's, LAMA's und inhalative Steroide oder doch orale Therapie? - Was ist sinnvoll in der Behandlung chronisch obstruktiver Atemwegserkrankungen?**
Dr. med. Wolfgang Wedel, MSc., Krankenhaus Buchholz und Winsen
- 11:45** **Kaffeepause**
- 12:00** **Herz, Niere und Diabetes - Polymedikation eines gefährlichen Dreiecks aus der Sicht eines Kardiologen**
Prof. Dr. med. Bjoern Andrew Remppis, Herz- und Gefäßzentrum, Bad Bevensen
- 12:45** **Diabetes-Therapie zwischen Monotherapie und 5-fach-Kombination – Was ist belegt, was ist sinnvoll, was ist bezahlbar?**
Dr. med. Andreas Klinge, Gemeinschaftspraxis für Innere Medizin und Diabetologie, Hamburg
- 13:30** **Mittagessen**

14:30 Parallele Workshops

WS 1 Hausärztlicher Praxisalltag - Lösungsorientierte Diskussionen/Strategien anhand von (eigenen) Fallbeispielen

Dr. med. Gerd Burmester, Facharzt für Innere Medizin, Bremen

WS 2 Polymedikation und Arzneimitteltherapiesicherheit bei multimorbiden, geriatrischen Patientinnen und Patienten -Praxistaugliche Konzepte und Strategien!

Dr. med. Svante C. Gehring, Facharzt für Innere Medizin, hausärztliche Versorgung, Norderstedt

WS 3 Palliativmedizinische Versorgung – ist weniger mehr?

Constanze Rémi MSc und Viola Zwanzig, Klinik und Poliklinik für Palliativmedizin, München

WS 4 PharmPro® - Pharmakotherapeutische Beratung mit besonderer Berücksichtigung des Problems der Polymedikation

Dr. med. Rainer Burkhardt, Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen und André von Holt, Apotheker, AOK – Die Gesundheitskasse für Niedersachsen, Oldenburg

16:00 Kaffeepause

16:15 Abschlussdiskussion

17:00 Ende der Veranstaltung

Anmeldung

Fax-Nr.: 0511 / 3505595

Sie können sich **bis zum 06.04.2015** schriftlich per Fax, E-Mail 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 40 Euro** zu entrichten. Bitte überweisen Sie die Teilnahmegebühr unter Angabe Ihres Namens und des Stichwortes „18.04.2015“ auf das Konto der LVG & AFS bei der Bank für Sozialwirtschaft, IBAN: DE1825 1205 1000 0840 4000, BIC: BFSWDE33HAN.

Bei Stornierung der Teilnahme bis zum 06. April 2015 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: 05 11 / 38 81 18 98 oder E-Mail: info@gesundheit-nds.de.

Veranstaltungsort: Radisson BLU Hotel, Expo Plaza 5, 30539 Hannover. Der Veranstaltungsort ist barrierefrei.

Ich melde mich für die Veranstaltung „**Polymedikation – Den Überblick behalten**“ am 18. April 2015 an.

Bitte in **DRUCKBUCHSTABEN** ausfüllen.

Ich möchte an folgendem Workshop teilnehmen.

1. Wahl: 1 2 3 4

Alternative: 1 2 3 4

Name, Vorname: _____

Institution: _____

Straße, PLZ, Ort: _____

Telefon / E-Mail: _____

Unterschrift: _____

5. Zur Beschäftigung eines Assistenten² erkläre(n) ich/wir Folgendes:

Anzahl beschäftigte(r) Assistent(en):

LANR oder Name(n) des (der) Assistenten³:

Table with 3 rows and 20 columns for LANR or name of assistant.

Assistententätigkeit:

Form for date (vom) with grid boxes.

Form for date (bis) with grid boxes.

6. Bereitschaftsdienstteilnahme

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

1. Quartalsmonat⁴

Calendar grid for 1st quarter month.

2. Quartalsmonat⁴

Calendar grid for 2nd quarter month.

3. Quartalsmonat⁴

Calendar grid for 3rd quarter month.

7. Abrechnung von Laborleistungen

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

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

Grid boxes for BSNR number.

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

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

Form for BSNR number.

8. Datentechnisches Abrechnungsverfahren/Arzneimittelmodul

Ich/Wir bestätige(n), dass ich/wir die Bestimmungen der Richtlinie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung für den Einsatz von IT-Systemen in der Arzt-Praxis zum Zweck der Abrechnung gemäß § 295 Abs. 4 SGB V in der jeweils gültigen Fassung, die Bestimmungen der Bundesmantelverträge zur Nutzung von Datenverarbeitungssystemen in der Arztpraxis und die Verfahrensanweisung der KVN "Vertragsärztliche Übermittlung der Abrechnungsdaten auf maschinenlesbaren elektronischen Medien" kenne(n) und diese von mir/uns beachtet und eingehalten werden.

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

9. Software zur Krankenversichertenkarten-Archivierung

Krankenversichertenkarten-Archivierungsprogramme werden in meiner/unserer Praxis nicht eingesetzt. Mir/Uns ist bekannt, dass das Zurückübertragen/Rückspeichern der in solchen Programmen gespeicherten Patientendaten in mobile Krankenversichertenkartenlesegeräte oder direkt in ein Praxisverwaltungsprogramm nicht zulässig ist.

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

Soweit andere Ärzte an der Erbringung von Leistungen nach den GOP 01510-01512, 01520, 01521, 01530, 01531, 01857, 01910, 01911, 05350, 31501-31507, 36501-36507, 36861, 36867 und 36881-36884 beteiligt gewesen sind, besteht eine Vereinbarung, dass ich/wir diese Leistungen alleine abrechne(n).

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

(Ort)

(Datum) TTMMJJJ

(Unterschrift⁵ und Stempel²)

Form for location and date.

Form for signature and stamp.

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

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

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

5 Bei Berufsausübungsgemeinschaften und bei MVZ sind die Unterschriften/ist die Unterschrift sämtlicher in der Praxis tätigen zugelassenen Vertragsärzte bzw. einer vertretungsberechtigten Person erforderlich.



KVN

Kassenärztliche Vereinigung
Niedersachsen

Informationen für die Praxis

KVN-Rundschreiben

Januar 2015

Inhaltsverzeichnis

1.	Abrechnung	2
1.1.	Wesentliche Änderungen des EBM ab 1. Januar 2015.....	2
1.2.	Änderung des EBM zum 1. Januar 2015 zur sozialpädiatrisch orientierten Versorgung	4
1.3.	Änderungen des Honorarverteilungsmaßstabes der KVN ab 1/2015.....	5
1.4.	Angabe von Diagnosen bei der Abrechnung von neuropsychologischen Leistungen.....	5
2.	Verordnungen.....	6
2.1.	Sprechstundenbedarf, hier: Weiterentwicklung der Anlage 1 der SSB-Vereinbarung ab dem 1. Januar 2015	6
2.2.	Änderung betäubungsmittelrechtlicher Vorschriften	6
2.3.	Sprechstundenbedarf, hier: Cyclopentolat-Augentropfen 0,5% - Verlängerung der Befristung	7
3.	Allgemeine Hinweise.....	8
3.1.	Anspruchsnachweis anstelle der eGK nur im Ausnahmefall und befristet	8
3.2.	Hausarztverträge mit der AOK Niedersachsen und der hkk, hier: Änderung zum 1. Januar 2015	8
3.3.	Bundesweiter Hausarztvertrag zwischen der BIG direkt gesund und der AG Vertragskoordinierung der Kassenärztlichen Vereinigungen.....	9
3.4.	Augenärztliche Vorsorgeuntersuchung bei Kleinkindern (Amblyopiecreening) - Vereinbarungen mit der AOK Niedersachsen und der hkk	9
4.	Veranstaltungen im Februar 2015	10

1. Abrechnung

1.1. Wesentliche Änderungen des EBM ab 1. Januar 2015

Der Bewertungsausschuss hat in seiner Sitzung am 17. Dezember 2014 einige wesentliche Beschlüsse zu Änderungen des EBM gefasst. Es handelt sich dabei um folgende:

- Zum 1. Januar 2015 wird die GOP 03360 „Hausärztlich-geriatrisches Basisassessment“ durch die Aufnahme des persönlichen Arzt-Patienten-Kontaktes als obligatem Leistungsinhalt angepasst.
- Faktisch ebenfalls ab 1. Januar 2015 wird die ambulante Notfallbehandlung in wesentlichen Teilen neu geregelt.
- Ab 1. April 2015 wird die Vertreterpauschale für Hausärzte und Pädiater gestrichen.
- Ab 1. April 2015 wird die intravitreale Medikamenteneingabe (IVM) aus dem sogenannten KO-Katalog der GOP 06225 - augenärztliche Strukturpauschale - gestrichen.

Zu den wesentlichen Änderungen im Einzelnen:

Anpassung der GOP 03360

Das Hausärztliche-geriatrische Basisassessment nach GOP 03360 wird zum 1. Januar 2015 im obligaten Leistungsinhalt um den persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt ergänzt. Das bedeutet, dass ohne einen persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt die Abrechnung des geriatrischen Basisassessment ausgeschlossen ist.

Neuregelung der ambulanten Notfallbehandlung

Aufgrund eines BSG-Urteils zur Höhe der Vergütung für im Krankenhaus erfolgte Notfallbehandlungen war eine (rückwirkende) Neuregelung der ambulanten Notfallbehandlung im Sinne der Gleichbehandlung von Vertragsärzten einerseits und Krankenhäusern andererseits erforderlich. Aus rechtlichen Gründen erfolgt diese Änderung rückwirkend zum

1. Januar 2008. Die Rückwirkung hat jedoch nur Bedeutung für offene Widerspruchs-/Klageverfahren zu dieser Thematik. Faktisch von Bedeutung ist die Änderung im Hinblick auf den Grundsatz des Rückwirkungsverbotes jedoch erst ab 1. Januar 2015.

Inhaltlich wurden die EBM-Nr. für die Besuchsbereitschaft (GOP 01211, 01215, 01217 und 01219) gestrichen.

Im Gegenzug werden die Notfallpauschalen der GOP 01212, 01214, 01216, 01218 und 01418 (neu) höher bewertet.

Die Notfallpauschale nach GOP 01210 wird dahingehend geändert, dass sie nur noch bei Inanspruchnahme zwischen 7 und 19 Uhr (außer an Samstagen, Sonntagen und gesetzlichen Feiertagen und am 24. und 31. Dezember) (mit 13,05 Euro) berechnungsfähig ist. Für die übrige Zeit, also für die Inanspruchnahme zwischen 19 und 7 Uhr des

Ab 1. Januar

Ab 1. April

Um persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt ergänzt

Besuchsbereitschaft gestrichen

Notfallpauschalen höher bewertet

GOP 01210 zwischen 7 und 19 Uhr

Folgetages sowie ganztägig an Samstagen, Sonntagen, gesetzlichen Feiertagen und am 24. und 31. Dezember ist die neue Notfallpauschale nach GOP 01212 (20,03 Euro) abzurechnen.

GOP 01212 zwischen 19 und 7 Uhr

Der Besuch im organisierten Not(-fall)dienst (Bereitschaftsdienst) sowie der Besuch im Rahmen der Notfallversorgung durch nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute und Krankenhäuser ist künftig nicht mehr als dringender Besuch (GOP 01411) sondern nach der eigenständigen höher bewerteten GOP 01418 (79,91 Euro) berechnungsfähig.

GOP 01418

Der Differenzierung der Vergütung nach Uhrzeiten ist für die Berechnung der GOP 01210, 01212, 01214, 01216, 01218 und 01418 die Uhrzeit der Inanspruchnahme anzugeben. Bei Nichtvorliegen einer Uhrzeitangabe wird davon ausgegangen, dass die Behandlung zwischen 7 und 19 Uhr stattgefunden hat. Aufgrund der Kurzfristigkeit der Beschlussfassung und der noch anstehenden Integration der Neuregelung in der Praxissoftware wird es erforderlich sein, die neuen GOP 01212 und 01418 für 1/15 temporär manuell anzulegen.

Uhrzeit der Inanspruchnahme anzugeben

GOPs temporär manuell anlegen

Streichung der Vertreterpauschale in Kapiteln 3 und 4 zum 1. April 2015

Aufgrund der Streichung der Versichertenpauschale bei Überweisungen oder bei einer Behandlung im Vertretungsfall (GOP 03010 und 04010) ist in diesen Fällen ab 1. April 2015 die volle Versichertenpauschale (GOP 03000/04000) und auch die Strukturpauschale (GOP 03040) ohne Abschlag berechnungsfähig.

Volle Versichertenpauschale und Strukturpauschale ohne Abschlag

Augenärztliche Strukturpauschale neben IVM-Leistungen berechnungsfähig

Der Bewertungsausschuss hat mit Wirkung ab 1. April 2015 die Leistungen der intravitrealen Medikamenteneingabe (IVM) aus der Ausschlussliste der Leistungen gestrichen, die nicht neben der Strukturpauschale für konservativ tätige Augenärzte (GOP 06225) berechnungsfähig sind. Damit können konservativ tätige Augenärzte, die als operative Leistung ausschließlich die IVM durchführen, künftig die augenärztliche Strukturpauschale einmal im Behandlungsfall als Zuschlag zur Grundpauschale (GOP 06210-06212) abrechnen.

Kein ergänzender Beschluss in Bezug auf nichtärztliche Praxisassistenten

Die Initiative der KBV, für neu zugelassene bzw. im Wachstum befindliche Hausärzte Sonderregelungen bzgl. der Mindestfallzahlen für die Anerkennung der nicht-ärztlichen-Praxisassistenz (GOP 03060, 03062 und 03063) zu vereinbaren war bislang nicht erfolgreich. Die Beratungen im Bewertungsausschuss werden im Januar 2015 fortgesetzt.

Die vollständigen Beschlüsse des Bewertungsausschusses aus der 341. Sitzung vom 17. Dezember 2014 können auf der Internetseite des Instituts des Bewertungsausschusses unter www.institut-ba.de nachgelesen werden.

1.2. Änderung des EBM zum 1. Januar 2015 zur sozialpädiatrisch orientierten Versorgung

Zum 1. Januar 2015 hat der Bewertungsausschuss einen Beschluss zur weiterführenden sozialpädiatrisch orientierten Versorgung nach der GOP 04356 als Zuschlag im Zusammenhang mit der GOP 04355 in den EBM gefasst. Zudem erfolgt eine Erweiterung des Behandlungsspektrums der GOP 04355. Konkret wurde Folgendes beschlossen:

Neue GOP 04356 und Anpassung der GOP 04355 im Bereich der Sozialpädiatrie

Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin können ab dem 1. Januar 2015 einen Zuschlag im Zusammenhang mit der GOP 04355 berechnen, wenn nach der sozialpädiatrisch orientierten Beratung, Erörterung und/oder Abklärung eine weiterführende sozialpädiatrische Versorgung erfolgt. Dazu ist die GOP 04356 (195 Punkte) neu in den EBM aufgenommen worden. Die Leistung umfasst u. a. die Erhebung und/oder das Monitoring von lokalisierten oder übergreifenden motorischen, kognitiven, emotionalen und/oder organbedingten Einschränkungen und/oder Auffälligkeiten sowie die Beratung zu weiterführenden Maßnahmen.

Um die Abrechnungsgenehmigung zu erhalten, müssen Kinder- und Jugendärzte eine sozialpädiatrische Qualifikation von mindestens 40 Wochenstunden nachweisen (gemäß dem Curriculum „Entwicklungs- und Sozialpädiatrie für die kinder- und jugendärztliche Praxis der Bundesärztekammer“). Alternativ wird eine ärztliche Tätigkeit von mindestens sechs Monaten - auch im Rahmen der Weiterbildungszeit - in einem sozialpädiatrischen Zentrum bzw. in einer interdisziplinären Frühförderstelle anerkannt. Die Praxen müssen außerdem mit Logopäden, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Fachärzten für die Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sowie einem Sozialpädiatrischen Zentrum kooperieren.

In einer Übergangsregelung haben sich KBV und Krankenkassen darauf geeinigt, dass bis zum 30. Juni 2016 die GOP 04356 auch ohne Nachweis der Qualifikation berechnungsfähig ist. Voraussetzung dafür ist, dass der Kinder- und Jugendmediziner die GOP 04355 im Vorjahresquartal und dem darauffolgenden Vorjahresquartal in durchschnittlich mindestens 50 Behandlungsfällen je Quartal abgerechnet hat.

Anpassung der GOP 04355

Im Zusammenhang mit der Aufnahme der neuen Leistung wird das Behandlungsspektrum der GOP 04355 für die orientierte eingehende Beratung, Erörterung und/oder Abklärung erweitert. Die berechnungsfähigen Diagnosen werden um die ICD-Codierung T73 Schäden durch sonstigen Mangel und T74 Missbrauch von Personen ergänzt und der fakultative Leistungsinhalt wird angepasst.

Der komplette Beschluss wurde im Deutschen Ärzteblatt, Heft 50 vom 12. Dezember 2014, veröffentlicht.

Voraussetzung für die Abrechnung

Übergangsregelung bis zum 30. Juni 2016

1.3. Änderungen des Honorarverteilungsmaßstabes der KVN ab 1/2015

Die Vertreterversammlung hat in ihrer Sitzung am 22. November 2014 nachstehende Änderungen beschlossen. Die Veröffentlichung erfolgte in der Dezember-Ausgabe des Niedersächsischen Ärzteblattes sowie im KVN-Portal.

Zeitanteilige fachgleiche Anstellung/Zulassung

§ 9 des Teils A HVM wird dahingehend geändert, dass künftig eine Saldierung zeitanteiliger fachgleicher Anstellungen/Zulassung in einer Praxis möglich ist. Saldierungen zwischen unterschiedlichen Fachgebieten sind weiterhin nicht möglich.

Sammelerklärung

Als zulässiger Vertretungsgrund ist nunmehr auch die Pflege eines Angehörigen in die Sammelerklärung aufgenommen worden.

Neue QZV für fachärztliche Internisten mit Schwerpunkt

Mit Einführung der Pauschale für die fachärztliche Grundversorgung ab 1/2015 auch für Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt wird analog der übrigen Fachgruppen jeweils ein QZV für die fachärztliche Grundversorgung eingeführt.

Änderungen in verschiedenen QZV aufgrund von Entdeckelungen zusätzlicher ambulanter Operationen und stationsersetzender Leistungen

Aufgrund der Entdeckelung weiterer Leistungen (siehe Dezember Rundschreiben) aus dem Katalog der ambulanten Operationen und stationsersetzenden Leistungen der Abschnitte 2 und 3 des AOP-Vertrages waren die nunmehr außerhalb der Mengenbegrenzung zu vergütenden Leistungen aus diversen QZV zu streichen. Soweit die Leistungen bislang im RLV vergütet wurden, erfolgte eine entsprechende Bereinigung auch des RLV.

1.4. Angabe von Diagnosen bei der Abrechnung von neuropsychologischen Leistungen

Wir möchten Sie darüber informieren, dass die genehmigungspflichtigen GOP 30930 bis 30935 (Kapitel 30.11 EBM) nur mit Angabe der entsprechenden Diagnosen nach den ICD-10-Codes F04, F06.6, F06.7, F06.8, F06.9 oder F07 berechnungsfähig sind.

Weitere Informationen finden Sie in der Anlage 1 „Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden“ der Richtlinie „Methoden vertragsärztliche Versorgung“ des Gemeinsamen Bundesausschusses.

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

GOP 30930 bis 30935

2. Verordnungen

2.1. Sprechstundenbedarf, hier: Weiterentwicklung der Anlage 1 der SSB-Vereinbarung ab dem 1. Januar 2015

Die Sprechstundenbedarfs(SSB)-Kommission, die mit Vertretern der Krankenkassenverbände und der KVN besetzt ist, hat in der letzten Sitzung die Anlage 1 weiterentwickelt. Diese Änderungen treten zum 1. Januar 2015 in Kraft.

So wurden Arzneimittel zur thrombolytischen Behandlung von verschlossenen zentralen Venenkathetern und Ports aufgenommen. Auch können nun HNO-Ärzte Salbenkombinationen aus Kortikosteroiden und Antibiotika als Rezeptur verordnen, nachdem es kein zugelassenes Fertigarzneimittel für die Anwendung am äußeren Gehörgang mehr gibt.

Daneben gab es die Klarstellung, dass Arzneimittel für den kardialen Notfall nur in geringen Mengen verordnet werden können (gemeint ist grds. eine N1-Packung). Zusätzlich wurde die Möglichkeit der Verordnung von Midazolam-Rezepturen gestrichen, da es mittlerweile auch Fertigarzneimittel mit Geschmacksstoffen gibt, die dann auch für Kinder zur Anwendung kommen können.

Die neue Anlage 1 der Sprechstundenbedarfsvereinbarung wird in der Dezember-Ausgabe des Niedersächsischen Ärzteblattes sowie auf der Homepage der KVN veröffentlicht.

Von der SSB-Kommission wurde in diesem Zusammenhang auch der so genannte Musterkoffer SSB mit Gültigkeit für das 1. Quartal 2015 beschlossen. Hier hat es zum einen einige kleinere Fehlerkorrekturen gegeben, zum anderen wurden die neuen Änderungen an der Anlage 1 der SSB-Vereinbarung mit eingearbeitet.

Die aktualisierten Musterkoffer SSB für die 23 Fachgruppenbereiche finden Sie ab sofort im KVN-Portal in der Rubrik Sprechstundenbedarf/Musterkoffer SSB.

2.2. Änderung betäubungsmittelrechtlicher Vorschriften

Zum 13. Dezember 2014 ist eine Verordnung zur Änderung betäubungsmittelrechtlicher Vorschriften in Kraft getreten. Nachfolgend informieren wir über die für Vertragsärzte relevanten Inhalte.

1. Höchstverschreibungsmenge von Lisdexamfetamindimesilat

Für das verkehrs- und verschreibungsfähige Betäubungsmittel Lisdexamfetamindimesilat wird jetzt in der BtMVV (§ 2) eine Höchstverschreibungsmenge festgelegt:

Lisdexamfetamindimesilat: 2100 mg

Änderungen zum
1. Januar 2015

Musterkoffer SSB
beschlossen

Demnach kann ein Arzt für einen Patienten innerhalb von 30 Tagen maximal 2100 mg Lisdexamfetamindimesilat verschreiben, ohne ein Sonderkennzeichen („A“) auf das Rezept auftragen zu müssen.

2. Änderung in § 5a „Substitutionsregister“

In § 5a werden verschiedene Änderungen vorgenommen. Relevant für Vertragsärzte ist insbesondere die Ergänzung:

„Jeder Arzt, der ein Substitutionsmittel für einen Patienten verschreibt, hat dem Bundesinstitut unverzüglich [...] folgende Angaben zu melden:

5. Name, Vorname, Geburtsdatum, dienstliche Anschrift und Telefonnummer des verschreibenden Arztes sowie

6. im Falle des Verschreibens nach § 5 Absatz 3 Satz 1 Name, Vorname, dienstliche Anschrift und Telefonnummer des Konsiliarius.“

3. Änderung des § 9 „Angaben auf dem Betäubungsmittelrezept“

Bezüglich der geforderten Gebrauchsanweisung auf einer BtM-Verordnung wird die Formulierung im Falle der Mitgabe einer schriftlichen Anweisung an den Patienten flexibler gestaltet.

Der Wortlaut in der BtMVV lautet nun diesbezüglich:

„5. Gebrauchsanweisung mit Einzel- und Tagesgabe oder im Falle, dass dem Patienten eine schriftliche Gebrauchsanweisung übergeben wurde, ein Hinweis auf diese schriftliche Gebrauchsanweisung; [...]“

Vorher wurde die Formulierung „gemäß schriftlicher Anweisung“ gefordert, was in den Apotheken zu Retaxationen geführt hatte, wenn der Arzt nicht exakt diesen Wortlaut bei der Ausstellung der Verordnung verwendet hatte.

Relevant für
Vertragsärzte

Hinweis auf schriftliche
Gebrauchsanweisung

2.3. Sprechstundenbedarf, hier: Cyclopentolat- Augentropfen 0,5% - Verlängerung der Befristung

Mit dem Rundschreiben vom August 2014 hatten wir Sie informiert, dass sich die Krankenkassen in Niedersachsen bereit erklärt hatten, die Kosten für eine Rezeptur diagnostischer Augentropfen mit dem Wirkstoff Cyclopentolat in der Dosierung 0,5% im Sprechstundenbedarf zu übernehmen.

Hintergrund war die Einstellung des Vertriebs der Augentropfen durch die Herstellerfirma bei gleichzeitigem Fehlen eines alternativen Fertigarzneimittels. Nachdem diese Regelung nur bis zum 31. Dezember 2014 befristet war, konnten wir nun eine Verlängerung dieser Regelung bis zum 30. Juni 2015 erreichen.

Verlängerung bis
30. Juni 2015

3. Allgemeine Hinweise

3.1. Anspruchsnachweis anstelle der eGK nur im Ausnahmefall und befristet

Krankenkassen dürfen gesetzlich Versicherten ohne elektronische Gesundheitskarte ab 1. Januar 2015 nur im Ausnahmefall und befristet einen papiergebundenen Anspruchsnachweis ausstellen. Ein solcher Schein ist kein dauerhafter Ersatz für die eGK. Das haben KBV und GKV-Spitzenverband im Bundesmantelvertrag-Ärzte klargestellt.

Gesetzlich versicherte Patienten benötigen eGK

Gesetzlich krankenversicherte Patienten benötigen ab 1. Januar 2015 eine elektronische Gesundheitskarte (eGK). Wenn sie nach einem Wechsel der Krankenkasse noch keine neue Karte haben oder diese verloren gegangen ist, können sie bisher und auch künftig einen papiergebundenen Anspruchsnachweis von ihrer Krankenkasse erhalten. Diesen Schein legen sie statt der Chipkarte beim Arzt oder Psychotherapeuten vor.

Anspruchsnachweis kein Ersatz für eGK

Ab Januar ist klar geregelt, dass die Krankenkassen einen solchen Anspruchsnachweis nur zeitlich befristet ausstellen dürfen. Laut Bundesmantelvertrag kann dies nur „im Ausnahmefall zur Überbrückung von Übergangszeiten, bis der Versicherte eine eGK erhält“ erfolgen. Auf dem Schein muss vermerkt sein, wie lange dieser gültig ist. Damit ist ausgeschlossen, dass ein papiergebundener Anspruchsnachweis dauerhaft als Ersatz für eine eGK benutzt wird.

Hintergrund dieser Regelung ist, dass einige Krankenkassen anstelle der eGK papiergebundene Anspruchsnachweise ausstellen, mit denen der Versicherte gegenüber dem behandelnden Vertragsarzt seine Anspruchsberechtigung nachweisen kann. Eine Ausstellung eines Anspruchsnachweises anstelle einer eGK ist ab 1. Januar 2015 ausgeschlossen.

Alles Wichtige zur eGK

Fragen und Antworten zur eGK sowie alle wichtigen Informationen dazu finden Ärzte und Psychotherapeuten auf der KBV-Themenseite zur eGK <http://www.kbv.de/html/egk.php>. Dort können Praxen auch die beigefügte Patienteninformation für das Wartezimmer sowie das Wartezimmer-Plakat als Kopiervorlage herunterladen.

3.2. Hausarztverträge mit der AOK Niedersachsen und der hkk, hier: Änderung zum 1. Januar 2015

Im Rahmen der Aktualisierung und Weiterentwicklung der mit den o. a. Krankenkassen zwischen den Hausarztverbänden Niedersachsen und Braunschweig und der KVN abgeschlossenen Hausarztverträge wird mit Wirkung zum 1. Januar 2015 die Diagnoseliste angepasst. Aktuelle

Papiergebundener
Anspruchsnachweis

KBV-Themenseite

Übersichten bzw. Listen der neu hinzugekommenen und weggefallenen ICDs sind im KVN-Portal veröffentlicht.

In diesem Zusammenhang wird darum gebeten, für die eingeschriebenen Patienten individuell zu prüfen, ob die bisher im KVN-Portal eingetragenen Diagnosen noch dem aktuellen Gesundheitszustand entsprechen. Hierbei ist insbesondere zu beachten, dass die ICD I70.20 bis I70.25 und D68.30 nicht automatisch übernommen werden. Hintergrund ist hier eine Änderung der Vorgaben zur Codierung. Wir bitten, insbesondere bei eingeschriebenen Patienten mit diesen Diagnose-Codierungen eine Aktualisierung bzw. Ergänzung zu prüfen.

Diagnosen prüfen

3.3. Bundesweiter Hausarztvertrag zwischen der BIG direkt gesund und der AG Vertragskoordinierung der Kassenärztlichen Vereinigungen

hier: Vertragskündigung zum 31. März 2015

Seit dem Jahr 2008 besteht ein „Präventionsorientierter Hausarztzentrierter Versorgungsvertrag (BIGprevent)“, welcher auch über die KV Niedersachsen abgerechnet wurde.

Nunmehr hat die BIG direkt gesund diesen Vertrag mit Wirkung zum 31. März 2015 fristgemäß gekündigt. Die teilnehmenden Versicherten werden durch die Krankenkasse direkt über das Vertragsende informiert. Die Abrechnung der entsprechenden vertraglichen Ziffern ist somit nur noch im 1. Quartal 2015 möglich.

3.4. Augenärztliche Vorsorgeuntersuchung bei Kleinkindern (Amblyopiescreening) - Vereinbarungen mit der AOK Niedersachsen und der hkk

hier: Klarstellung zur Leistungsabrechnung

Nach den Vereinbarungen können AOK und hkk versicherte Kinder zwischen dem 31. und 42. Lebensmonat eine freiwillige Vorsorgeuntersuchung zur Erkennung einer Schielerkrankung durchführen lassen. Diese Untersuchung dürfen alle Fachärzte für Augenheilkunde erbringen.

Ergänzend zu unserem KVN-Rundschreiben Dezember 2014 stellen wir klar, dass abhängig vom Ergebnis der Vorsorgeuntersuchung die Leistung über die nachfolgenden GO-Nr. abzurechnen ist:

- GO-Nr. 99850A = keine Erkrankung
- GO-Nr. 99850B = Refraktionsfehler (Brille)
- GO-Nr. 99850C = Schielerkrankung
- GO-Nr. 99850D = sonstige Befunde/andere Diagnosen

Diese Vorsorgeuntersuchung bezieht sich auf beide Augen und ist insgesamt nur einmal abzurechnen. Diese Leistung ist extrabudgetär mit 40 Euro bewertet.

Extrabudgetär 40 Euro

4. Veranstaltungen im Februar 2015

Hier bekommen Sie eine Übersicht über Seminare und Fortbildungen der KVN mit noch freien Plätzen im Februar 2015. 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	18.Feb	79 Euro
Fit am Empfang	Hannover	25.Feb	119 Euro
Gesundheit von Praxismitarbeitern erhalten und schützen	Hannover	11.Feb	kostenlos
Umgang mit schwierigen Patienten	Hannover	28.Feb	139 Euro
Abrechnung und Verordnung			
Richtig kodieren nach ICD 10	Hannover	18.Feb	kostenlos
Medizinische und psychotherapeutische Themen			
Hautkrebs-Screening	Hannover	14.Feb	99 Euro
Wirtschaftsseminare			
Kooperationen: Weshalb sie scheitern	Hannover	4.Feb	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)

E-Mail-Adresse

Telefonnummer für evtl. Rückfragen

Datum

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

Stempel