



**KVN**

Kassenärztliche Vereinigung  
Niedersachsen

# Informationen für die Praxis

KVN-Rundschreiben

Dezember 2017

## Inhaltsverzeichnis

<b>1.</b>	<b>KVN-Hauptgeschäftsstelle und Bezirksstellen am 28., 29. und 30. Dezember 2017 aufgrund wichtiger Wartungsarbeiten im Rechenzentrum geschlossen .....</b>	<b>3</b>
<b>2.</b>	<b>Abrechnung .....</b>	<b>4</b>
2.1.	Abgabetermin Quartalsabrechnung 4/2017 .....	4
2.2.	Amtliche Mitteilung der KVN zum HVM für das 1. Quartal 2018 für Haus- und Kinderärzte .....	4
2.3.	Angabe der Uhrzeit im organisierten Not(-fall)dienst für die Abrechnung notwendig .....	5
2.4.	Kostenpauschalen 40120 bis 40126 nicht neben der GOP 40100 berechnungsfähig .....	5
2.5.	Mitteilung der fachgruppenspezifischen Obergrenze für Kontrastmittel für das Quartal 1/2018 .	5
2.6.	Bekanntgabe der bundeseinheitlichen Laborquote „Q“ für das 1. Quartal 2018 .....	6
2.7.	Änderung der Abschlagszahlungen im Jahr 2018.....	6
2.8.	Zuschläge für besonders förderungswürdige Leistungen - Honorarvereinbarung 2017 und 2018 .....	6
2.9.	Neue Leistung zum Screening der Früherkennung von Bauchortenaneurysmen und Weiterentwicklung der HLA-Antikörperdiagnostik im Laborbereich zum 1. Januar 2018 beschlossen.....	7
<b>3.</b>	<b>Verordnungen.....</b>	<b>8</b>
3.1.	Austauschbarkeit von Lorazepam-haltigen Darreichungsformen .....	8
3.2.	Einführung einer Symptomkontrolle für Palliativpatienten in der häuslichen Krankenpflege beschlossen.....	9
3.3.	Hetlioz® (Tasimelteon) als Praxisbesonderheit anerkannt .....	10
3.4.	Änderung der Anlage V (verordnungsfähige Medizinprodukte) der Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL)10	

3.5.	Änderung der Arzneimittelverschreibungsverordnung (AMVV).....	11
<b>4.</b>	<b>Allgemeine Hinweise.....</b>	<b>12</b>
4.1.	TI-Rollout: Regelungen zur Zahlung der Erstattungsbeträge und Verfügbarkeit des Praxisausweises (SMC-B) .....	12
4.2.	Anpassungen an der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (Muster 1) und im Bereich der Blankoformularbedruckung .....	13
4.3.	BKK „Erweitertes Präventionsangebot für Kinder U10/U11 (Starke Kids)“ - Teilnahme der Heimat Krankenkasse endet am 31. Dezember 2017 .....	14
4.4.	Hausarztverträge: Indikationsgruppenlisten ab 1. Januar 2018.....	14
<b>5.</b>	<b>Veranstaltungen im Januar und Februar 2018 .....</b>	<b>15</b>
<b>6.</b>	<b>Anlagenverzeichnis.....</b>	<b>18</b>
6.1.	Amtliche Mitteilung zum HVM für Haus- und Kinderärzte 1/2018.....	18
6.2.	Übersicht Zahlungstermine 2018.....	18

## 1. **KVN-Hauptgeschäftsstelle und Bezirksstellen am 28., 29. und 30. Dezember 2017 aufgrund wichtiger Wartungsarbeiten im Rechenzentrum geschlossen**

Sehr geehrte Damen und Herren,

aufgrund von unaufschiebbaren Wartungsarbeiten stehen die IT-Systeme der KVN in der Zeit von Donnerstag, 28. Dezember bis einschließlich Samstag, 30. Dezember 2017 nicht zur Verfügung. Da davon auch die internen Systeme und das Telefon betroffen sind, ist die KVN an diesen Tagen geschlossen.

Es sind alle Systeme betroffen, d.h. ...

- ... die Anmeldung ins KVN Portal „KVN-Portal Login“ unter [www.kvn.de](http://www.kvn.de) ist an diesen Tagen nicht ausführbar;
- ... alle Online Dienste im KVN-Portal wie bspw. Quartalsabrechnung, BD-Online, Online-Einschreibungen in Sonderverträge und die Erfassung von Dokumentationen (ONKeyLINE, eKoloskopie etc.) sind nicht erreichbar;
- ... alle KVN-internen Systeme zur Steuerung und Bearbeitung von Anfragen am Standort Hannover und in den KVN Bezirksstellen sind abgeschaltet.

### **Wichtige Hinweise**

#### Quartalsabrechnung

Bitte laden Sie Ihre Quartalsabrechnung rechtzeitig online zur KVN hoch. Die Abgabe können Sie in der Zeit vom 15. Dezember 2017 bis 10. Januar 2018, mit Ausnahme der Wartungstage, vornehmen.

#### BD-Online

Es wird darum gebeten, den Dienstausschuss und die Vertretungen für Dienste, die in die Zeit vom 28. Dezember 2017 bis 30. Dezember 2017 fallen, vor dem 28. Dezember 2017 in BD-Online vorzunehmen. Soweit im Ausnahmefall während des Wartungszeitraums doch kurzfristige Dienständerungen im Bereitschaftsdienst notwendig sein sollten, bitten wir darum, diese in der Zeit vom 28. Dezember 2017 bis 30. Dezember 2017 in jedem Fall unter der Rufnummer 0511 380-3535 zu melden. Nur so kann die telefonische Erreichbarkeit des diensthabenden Arztes sichergestellt werden.

### **KVN-Hotline**

Eine KVN-Hotline für dringende Angelegenheiten steht Ihnen wie folgt zur Verfügung.

Rufnummer 0511 380-4800

Donnerstag, 28. Dezember 2017 8 bis 17 Uhr

Freitag, 29. Dezember 2017 8 bis 14 Uhr

Bitte berücksichtigen Sie bei Ihrer Anfrage, dass auch die Mitarbeiter der Hotline keinen Zugriff auf die IT-Systeme der KVN haben.

## 2. Abrechnung

### 2.1. Abgabetermin Quartalsabrechnung 4/2017

Der Abgabetermin für die Abrechnung des 4. Quartals 2017 ist der 10. Kalendertag des nachfolgenden Quartals und somit der 10. Januar 2018.

10. Januar 2018

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

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

Sammelerklärung

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

Nicht benötigt

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

An die Bezirksstellen

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

### 2.2. Amtliche Mitteilung der KVN zum HVM für das 1. Quartal 2018 für Haus- und Kinderärzte

Die für das 1. Quartal 2018 geltenden RLV-/QZV-Mindestfallwerte für Haus- und Kinderärzte sowie die Fallzahlgrenzen für die Fallwertminderung bzw. die Fallzahlzuwachsbegrenzungsregelung (FZZB) entnehmen Sie bitte der Anlage 5.1 zu diesem Rundschreiben. Zusätzlich sind diese Daten auch bereits seit dem 30. November 2017 über das KVN-Portal abrufbar.

**Anlage 5.1: Amtliche Mitteilung zum HVM für Haus- und Kinderärzte 1/2018**

### 2.3. Angabe der Uhrzeit im organisierten Not(-fall)dienst für die Abrechnung notwendig

Für die Abrechnung folgender Gebührenordnungspositionen ist jeweils die Uhrzeitangabe erforderlich: 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218 und 01418 (EBM Präambel 1.2.5 und 1.4.5). Der Eintrag für die Uhrzeit erfolgt im KVDT-Feld 5006.

Bei fehlender Uhrzeitangabe können die Leistungen in Ihrer Quartalsabrechnung nicht berücksichtigt werden.

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

### 2.4. Kostenpauschalen 40120 bis 40126 nicht neben der GOP 40100 berechnungsfähig

Die Kostenpauschalen nach den GOP 40120 bis 40126 sind für auftragsnehmende Ärzte, unabhängig davon, ob sie ihre Befunde an den auftragserteilenden Arzt oder zusätzlich an einen anderen Kollegen versenden, nicht neben der Kostenpauschale nach der GOP 40100 berechnungsfähig. Die GOP 40100 ist nur von dem Arzt berechnungsfähig, dem der Überweisungsauftrag zur Probenuntersuchung erteilt wurde.

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

### 2.5. Mitteilung der fachgruppendurchschnittlichen Obergrenze für Kontrastmittel für das Quartal 1/2018

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

Institute, Krankenhäuser	1.058,63 Euro
Fachärzte für Nuklearmedizin	9.611,53 Euro
Fachärzte für Diagnostische Radiologie	23.427,09 Euro
Fachärzte für Urologie	2.061,38 Euro

Obergrenzen

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

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

## 2.6. Bekanntgabe der bundeseinheitlichen Laborquote „Q“ für das 1. Quartal 2018

Für das 1. Quartal 2018 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 vorgeannten Prozentsatz vergütet erhält. Von dieser Quotierungsregelung gibt es keine Ausnahme.

91,58 Prozent

Keine Ausnahme

## 2.7. Änderung der Abschlagszahlungen im Jahr 2018

Die KVN stellt ihre Abschlagszahlungen ab dem 3. Quartal 2018 auf ein neues System um. Dann werden nicht mehr wie bisher vier, sondern nur noch drei Abschläge pro Quartal gezahlt. Der Betrag des bisherigen vierten Abschlages wird schon dem zweiten Monatsabschlag hinzugefügt, seine Auszahlung also vorgezogen. Damit ergeben sich dann über ein Quartal verteilt Abschlagszahlungen von 24 Prozent im ersten, 37 Prozent im zweiten und 24 Prozent im dritten Monat.

Derzeit erhalten Sie einen monatlichen Abschlag von 24 Prozent Ihres durchschnittlichen Honorars im vorhergehenden Kalenderjahr. Ein vierter Abschlag in Höhe von 13 Prozent wird Ihnen im dritten Monat des Folgequartals gezahlt. Mit der neuen Regelung stellen wir Ihnen die Liquidität früher als bisher zur Verfügung, indem wir den Betrag des 4. Abschlages künftig schon im zweiten Monat eines Abrechnungsquartals zahlen.

Für die Quartale 1/2018 und 2/2018 gilt noch der derzeitige Zahlungsmodus mit vier Abschlagszahlungen. Die 4. Abschläge werden Ihnen im Juni und September 2018 ausgezahlt.

Die genauen Zeitpunkte der Überweisungen entnehmen Sie bitte dem anliegenden Terminkalender. Sie finden den Kalender auch im KVN-Portal.

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

### Anlage 5.2: Übersicht Zahlungstermine 2018

## 2.8. Zuschläge für besonders förderungswürdige Leistungen - Honorarvereinbarung 2017 und 2018

Neben der Anhebung der regionalen Punktwerte auf 10,53 Cent für 2017 und auf 10,6543 Cent in 2018 sowie der Anhebung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung stellen die Krankenkassen pro Jahr weitere 2,5 Millionen Euro als zusätzliche Förderung zur Verfügung.

Ab 3/2017 werden zusätzlich zu den bereits seit Jahren geförderten Leistungsbereichen folgende Leistungen mit Punktwertzuschlägen vergütet:

- Wegegelder (plus 11,4 Prozent)
- Samstagsprechstunde bei Kinderärzten nach GOP 01102 (plus 13,9 Prozent)
- Strukturpauschale für konservativ tätige Augenärzte nach GOP 06225 (plus 3,2 Prozent) und
- Zusatzpauschale für Ösophago-Gastroduodenoskopie nach GOP 04511 und 13400 (plus 3,2 Prozent)

Die Höhe des Punktwertzuschlages ist abhängig von der Leistungsmengenentwicklung und vorstehend auf Basis der aktuellen Leistungsmenge simuliert.

Darüber hinaus wird aus bislang nicht abgerufenen Mitteln (ca. 1,7 Millionen Euro) aus der Übergangsregelung zur Delegationsassistenten ab 3/2017 ein Zuschlag zur NäPa-Vergütung nach GOP 03062 und 03063 (plus 20,4 Prozent) gewährt. Auch hier entscheidet die Leistungsmenge über die Zuschlagshöhe.

Für Rückfragen steht Ihnen gern die für Sie zuständige Bezirksstelle zur Verfügung.

## 2.9. Neue Leistung zum Screening der Früherkennung von Bauchaortenaneurysmen und Weiterentwicklung der HLA-Antikörperdiagnostik im Laborbereich zum 1. Januar 2018 beschlossen

### Screening zur Früherkennung von Bauchaortenaneurysmen

Nachdem der Gemeinsame Bundesausschuss das Screening zur Früherkennung von Bauchaortenaneurysmen bereits im Oktober des letzten Jahres beschlossen hatte, hat der Bewertungsausschuss nun mit Wirkung zum 1. Januar 2018 für Männer ab 65 zwei neue Gebührenordnungspositionen (01747 und 01748) in den Abschnitt 1.7.2 - Früherkennung von Krankheiten bei Erwachsenen aufgenommen. Beide Leistungen sind für den anspruchsberechtigten Personenkreis einmalig berechnungsfähig.

Die Beratungsleistung GOP 01747 (57 Punkte bzw. 6,07 Euro) kann von Hausärzten, Urologen, Internisten (mit und ohne Schwerpunkt), Chirurgen und Radiologen (letztere als ausschließlich Auftrag nehmende Fachgruppe lediglich im Einzelfall) abgerechnet werden. Die Beratung zum Ultraschallscreening kann auch im Zusammenhang mit der Gesundheitsleistung nach der GOP 01732 berechnet werden, sofern die jeweiligen Voraussetzungen zur Inanspruchnahme erfüllt sind.

Das Ultraschallscreening der Bauchaorta nach der neuen GOP 01748 (148 Punkte bzw. 15,77 Euro) kann von Hausärzten, Urologen, Internisten (mit und ohne Schwerpunkt), Chirurgen und Radiologen mit der Abrechnungsgenehmigung für die GOP 33042 nach der Ultraschallvereinbarung abgerechnet werden.

Sofern im Rahmen der Früherkennungsuntersuchung auch weitere Organe des Abdomens sonografisch untersucht werden müssen, ist es

Leistungen

GOP 01747

GOP 01748

möglich, die GOP 01748 neben der GOP 33042 (Sonografie Abdomen) abzurechnen. Wegen der sich überschneidenden Leistungsinhalte erfolgt in diesem Fall jedoch ein Abschlag von 77 Punkten auf die Abdomensonografie.

Beide neuen Leistungen werden als Präventionsleistungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütet.

### **Weiterentwicklung der HLA Antikörperdiagnostik**

Der Bewertungsausschuss hat die Weiterentwicklung und Anpassung der immungenetischen Leistungen zur HLA-Antigendiagnostik an den Stand von Wissenschaft und Technik beschlossen. Aus diesem Grund wird die HLA-Antikörperdiagnostik als transplantationsvorbereitende Untersuchung in den Abschnitt 32.3.15.1 des EBM und als allgemeine immungenetische Untersuchung in Abschnitt 32.3.15.2 des EBM aufgenommen.

Die GOP 32530 zum Nachweis von zytotoxischen Allo-Antikörpern wurde gestrichen und wird als Leistung nach der Gebührenordnungsposition 32915 im Abschnitt 32.3.15.1 als transplantationsvorbereitende Untersuchung und nach der Gebührenordnungsposition 32939 im Abschnitt 32.3.15.2 als allgemeine immungenetische Untersuchung fortgeführt. Als Anpassung an den Stand von Wissenschaft und Technik werden neue Leistungen zur weiteren Spezifizierung von Antikörpern HLA-Antigene der Klassen 1 und 2 in den EBM jeweils in die Abschnitte 32.3.15.1 und 32.3.15.2 neu aufgenommen. Die für die vertragsärztliche Versorgung insbesondere von Transplantatträgern und onkologischen Patienten notwendigen immungenetischen Untersuchungen werden im Abschnitt 32.3.15.2 zu dem um die Untersuchungen zum Nachweis und zur Spezifizierung von Allo-Antikörpern gegen HPA-Antigene ergänzt. Damit wird den besonderen Anforderungen einer Versorgung mit histokompatiblen Blutprodukten im vertragsärztlichen Bereich Rechnung getragen.

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

Beschlüsse im Internet

## **3. Verordnungen**

### **3.1. Austauschbarkeit von Lorazepam-haltigen Darreichungsformen**

Die Austauschbarkeit von wirkstoffgleichen Darreichungsformen ist in Anlage VII der Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL) in Teil A „Hinweise zur Austauschbarkeit von Darreichungsformen (aut idem) gemäß § 129 Absatz 1a Satz 1 SGB V“ des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) festgelegt. Die dort für den Wirkstoff Lorazepam aufgeführten Darreichungsformen „Expidettäfelchen“ und „Tabletten“ sind nach diesen Regelungen bei der Abgabe in der Apotheke austauschbar.



Bei bestimmten Indikationen und insbesondere im Bereich der Palliativversorgung ist jedoch die Anwendung der Expidettäfelchen medizinisch erforderlich. Die Täfelchen lösen sich bereits im Mund auf und sind daher für Patienten mit Schluckbeschwerden geeignet. Zudem setzt die Wirkung von Lorazepam im Vergleich zu den Tabletten um die Zeit früher ein, die die Tablette zur Auflösung im Magen benötigt (etwa 15 bis 20 Minuten, Aussage des pharmazeutischen Unternehmens).

Wir empfehlen bei der Verordnung von Expidettäfelchen in den medizinisch erforderlichen Fällen das Setzen des Aut-Idem-Kreuzes, so dass in der Apotheke kein Austausch gegen Lorazepam-haltige Tabletten erfolgt. Parallel versuchen wir auf Bundesebene auf eine Änderung der Anlage VII der AM-RL dahingehend hinzuwirken, dass die Darreichungsform „Expidettäfelchen“ als eigene, nicht austauschbare Applikationsform anerkannt wird.

Aut-Idem-Kreuz

Hinweis: Ein generelles Setzen des Aut-Idem-Kreuzes bei Lorazepam-haltigen Arzneimitteln kann als unwirtschaftlich gedeutet werden und die Gefahr eines Regressantrags einschließen.

### **3.2. Einführung einer Symptomkontrolle für Palliativpatienten in der häuslichen Krankenpflege beschlossen**

Die Symptomkontrolle bei Palliativpatienten wurde als neue Leistung (Nr. 24a) ins Leistungsverzeichnis der Häuslichen Krankenpflege-Richtlinie (HKP-Richtlinie) aufgenommen. Damit soll die pflegerische Versorgung von sterbenden Menschen in ihrer häuslichen Umgebung weiter verbessert werden. Die Symptomkontrolle umfasst das Erkennen, das Erfassen als auch das Behandeln von Krankheitszeichen und Begleitscheinungen.

Die Verordnungsdauer beträgt für die Erstverordnung bis zu 14 Tage. Folgeverordnungen sind bedarfsabhängig, auch über die ursprüngliche Lebenszeitprognose hinaus, möglich. Die Häufigkeit der Maßnahme richtet sich nach dem individuellen Bedarf, d. h. es gibt keine Beschränkung hinsichtlich der Anzahl der täglichen Pflegeeinsätze.

Eine Verordnung kann durch jeden Vertragsarzt erfolgen. Eine gesonderte Qualifikation ist nicht notwendig. Die Verordnung erfolgt auf dem Vordruckmuster 12 (Verordnung häuslicher Krankenpflege). Alle weiteren notwendigen behandlungspflegerischen Maßnahmen sind wie gewohnt auf der Verordnung anzugeben.

Die Symptomkontrolle kann nicht verordnet werden, wenn die Patienten bereits Leistungen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) erhalten.

Die überarbeitete HKP-Richtlinie finden Sie in Kürze auf der Internetseite des G-BA ([www.g-ba.de/informationen/richtlinien](http://www.g-ba.de/informationen/richtlinien)).

### 3.3. Hetlioz® (Tasimelteon) als Praxisbesonderheit anerkannt

Ab dem 1. August 2017 wird Hetlioz® (Wirkstoff: Tasimelteon) nach einer Vereinbarung zwischen dem GKV-Spitzenverband und dem pharmazeutischen Unternehmer Vanda Pharmaceuticals Ltd. ab dem ersten Behandlungsfall als Praxisbesonderheit ausschließlich im Anwendungsgebiet des G-BA-Beschlusses vom 19. Januar 2017 anerkannt:

- Hetlioz® wird angewendet bei völlig blinden Erwachsenen zur Behandlung des Nicht-24-Stunden-Schlaf-Wach-Syndroms (Non-24).

Anwendungsgebiet

In diesem Anwendungsgebiet zeigte das Präparat zur Behandlung eines seltenen Leidens im Verfahren der frühen Nutzenbewertung einen nicht quantifizierbaren Zusatznutzen.

Es muss durch einen Arzt dokumentiert sein, dass die Patienten keine Lichtwahrnehmung mehr aufweisen. Die Diagnose anderer gegenwärtiger Schlafstörungen muss ausgeschlossen sein. Das Ansprechen des Patienten auf Hetlioz® ist vom Arzt im Rahmen eines klinischen Gesprächs zu evaluieren und zu dokumentieren. Dieses Gespräch soll spätestens drei Monate nach Behandlungsbeginn erfolgen.

Es wird darauf hingewiesen, dass die Einleitung und Überwachung der Behandlung mit Hetlioz® nur durch in der Therapie von völlig blinden Erwachsenen mit Nicht-24-Stunden-Schlaf-Wach-Syndrom erfahrene Fachärzte erfolgen soll. Es besteht keine Beschränkung auf bestimmte Fachgruppen.

Die Anerkennung als Praxisbesonderheit besteht, solange Vanda Pharmaceuticals Ltd. Hetlioz® in Deutschland vertreibt.

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

### 3.4. Änderung der Anlage V (verordnungsfähige Medizinprodukte) der Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL)

Zum 17. November 2017 wurden die Angaben für das Medizinprodukt 1xklysmo salinisch in der Anlage V der Arzneimittelrichtlinie (AM-RL) geändert. In der Spalte „Medizinisch notwendige Fälle“ wurde das Wort „Kleinkindern“ durch die Wörter „Kindern unter 6 Jahren“ ersetzt. Zudem wurde eine Befristung der Verordnungsfähigkeit eingeführt.

Die vollständige Angabe in der Anlage V der AM-RL lautet nun wie folgt:

Produktbezeichnung	Medizinisch notwendige Fälle	Befristung der Verordnungsfähigkeit
1xklysma salinisch	Zur raschen und nachhaltigen Entleerung des Enddarms vor Operationen und diagnostischen Eingriffen; nicht zur Anwendung bei Säuglingen und Kindern unter sechs Jahren.	3. Dezember 2018

Die namentlich in Anlage V aufgeführten Medizinprodukte dürfen in den genannten medizinisch notwendigen Fällen unter Berücksichtigung evtl. bestehender Sondervertragsregelungen zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung auf Namen des Patienten verordnet werden. Da das oben genannte Medizinprodukt in Niedersachsen unter den Sprechstundenbedarf fällt, ist es zu Lasten des Sprechstundenbedarfs zu verordnen.

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

### 3.5. Änderung der Arzneimittelverschreibungsverordnung (AMVV)

Mit Wirkung ab dem 1. Dezember 2017 tritt eine Änderung der Arzneimittelverschreibungsverordnung (AMVV) in Kraft. Die wesentlichen Änderungen beziehen sich auf die Wirkstoffe Aciclovir und Ibuprofen:

Aciclovir: Kombinationspräparate mit Aciclovir plus Hydrocortison in Zubereitungen als Creme mit einer Konzentration von ein Prozent Hydrocortison zur Behandlung von Herpes labialis zur Verringerung des Risikos von ulzerativen Läsionen bei Erwachsenen und Kindern ab zwölf Jahren, in Packungsgrößen bis zu 2 g und mit einem Wirkstoffgehalt bis zu 100 mg Aciclovir je abgeteilter Arzneiform

sowie

Ibuprofen: Als Pflaster zum äußeren Gebrauch ohne Zusatz weiterer arzneilich wirksamer Bestandteile in einer Wirkstoffmenge bis zu 200 mg Ibuprofen je abgeteilter Arzneiform werden aus der Verschreibungspflicht entlassen.

Die zugehörigen Präparate werden somit als apothekenpflichtig eingestuft und können auch ohne ärztliche Verschreibung erworben werden. Da die Anlage I (OTC-Übersicht) der Arzneimittel-Richtlinie momentan für die entsprechenden Präparate und Indikationen keine Ausnahme vorsieht, sind die derzeit verfügbaren Präparate für Erwachsene nicht zu Lasten der GKV ordnungsfähig.

Sollten zugehörige Präparate die entsprechende Indikation besitzen, sind diese für Kinder bis zum vollendeten 12. Lebensjahr sowie für Ju-

Aciclovir

Ibuprofen

gendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr mit Entwicklungsstörungen bei medizinischer Erfordernis sowie unter Berücksichtigung der wirtschaftlichen Verordnungsweise verordnungsfähig.

Es ist derzeit eine Hydrocortison/Aciclovir-haltige Creme sowie kein Ibuprofen-haltiges Pflaster auf dem deutschen Arzneimittelmarkt verfügbar.

## 4. Allgemeine Hinweise

### 4.1. TI-Rollout: Regelungen zur Zahlung der Erstattungsbeträge und Verfügbarkeit des Praxisausweises (SMC-B)

Die KVN hat das Verfahren zur Erstattung der Anschlusskosten für die Telematikinfrastruktur (TI) geregelt. Ziel war es, das Verfahren für Sie so bürokratiearm und einfach wie möglich zu halten, um die Praxen mit wenig Verwaltungsaufwand zu belasten.

Im Regelfall erfolgt die Erstattung der TI-Anschlusskosten sowie der zugehörigen Betriebskostenpauschalen automatisch. Die KVN registriert anhand der eingehenden Abrechnungsdaten, welche Praxen im Laufe des Abrechnungsquartals den TI-Anschluss vorgenommen und das Versichertenstammdatenmanagement (VSDM) erfolgreich durchgeführt haben. Die KVN veranlasst von sich aus die Auszahlung der Erstattungsbeträge, auf die die Praxis gemäß der Finanzierungsvereinbarung zur TI Anspruch hat. Die Auszahlung und Bescheidung erfolgt 3,5 Monate nach Abgabe der Quartalsabrechnung.

Alle Praxen können einen vorgezogenen Abschlag der Erstattungssumme beantragen. Die KVN hat dafür ein Antragsformular zum Download in ihren Internetbereich unter [www.kvn.de/ti-rollout/Erstattungen/Finanzierung-durch-die-KVN](http://www.kvn.de/ti-rollout/Erstattungen/Finanzierung-durch-die-KVN) (Kurzlink: <http://www.haeverlag.de/n/048>) eingestellt. Die Abschlagszahlung umfasst die Erstausrüstungsbeträge für den Konnektor, das stationäre Kartenterminal und die TI-Starterpauschale. Drucken und füllen Sie das Formular aus und senden Sie es an die KVN. Daraufhin erhalten Sie einen Abschlag auf die Ihnen zustehenden Beträge. Diese werden einen Monat nach Ende des Abrechnungsquartals ausgezahlt, in dem Sie den Antrag eingereicht haben.

Für Ärzte von Fachgruppen die kein online VSDM durchführen können, ist für die Erstattung ein Antrag zwingend erforderlich, sofern kein VSDM durch einen Praxispartner durchgeführt wird. Hiervon betroffen sind Praxiskonstellationen, die ausschließlich aus Fachgruppen der Laborärzte, Pathologen, Gynäkologen mit Zytologie-Auftrag, Mikrobiologen sowie Anästhesisten (mit ausschließlichen Tätigkeitsorten außerhalb ihres Vertragsarztsitzes) bestehen. Bei diesen Praxiskonstellationen ist es der KVN nicht möglich, den TI-Anschluss anhand der eingereichten Abrechnungsdaten festzustellen. Der Antrag ist über das oben beschriebene Antragsformular zwingend zu stellen. Bitte beachten Sie, dass in diesen Fällen anstelle der Angabe des ersten Online-Abgleichs des VSDM, das Datum der Installation des TI-Anschlusses anzugeben ist.

Zahlung der Erstattungsbeträge

MKG-Chirurgen die auch über eine Zulassung bei der KZVN verfügen müssen Ihren Erstattungsanspruch gemäß der Finanzierungsvereinbarung zur TI gegenüber der KZVN geltend machen.

Für jeden ausgelagerten Praxisraum steht Ihnen eine Erstattung für ein mobiles Kartenterminal und eine SMC-B-Karte zu. Sollten Sie ausgelagerte Praxisräume nutzen, die Sie uns noch nicht angezeigt haben, so zeigen Sie diese bitte kurzfristig formlos Ihrer Bezirksstelle an. Andernfalls können diese Erstattungsbeträge nicht ausgezahlt werden.

Die KBV hat am 6. Dezember 2017 die Bundesdruckerei als Anbieter von Praxisausweisen (SMC-B) für den vertragsärztlichen Bereich zugelassen. Damit steht auch für Vertragsärzte eine vollständige Produktkette zur Anbindung an die Telematikinfrastruktur zur Verfügung. Einziger Kartenhersteller, auch Trust-Service-Provider genannt, ist bisher die Bundesdruckerei. Die Bestellportale für die Ärzte wird die Bundesdruckerei in Kürze freischalten. Erst dann ist eine Bestellung des Praxisausweises möglich. Ab der Bestellung kann es bis zu zwei Wochen dauern, bis der Praxisausweis und die dazugehörige PIN, die aber separat zugestellt wird, in der Praxis ankommt.

Meldung von ausgelagerten Praxisräumen

Zulassung des Praxisausweises

#### **4.2. Anpassungen an der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (Muster 1) und im Bereich der Blankoformularbedruckung**

Wir möchten Sie nachfolgend über Änderungen im Formularbereich zum 1. Januar 2018 informieren.

##### **Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (Muster 1)**

Auf der „Ausfertigung zur Vorlage beim Arbeitgeber“ (Muster 1b) und auf der „Ausfertigung für Versicherte“ (Muster 1c) wurden Hinweise ergänzt.

So enthält der Durchschlag für den Arbeitgeber eine zusätzliche Information darüber, dass die Krankenkasse „unverzüglich“ über die Arbeitsunfähigkeit informiert wird. Auf dem Durchschlag für Versicherte werden diese künftig ausdrücklich darauf hingewiesen, dass sie den Durchschlag an die Krankenkasse „innerhalb von einer Woche“ weiterleiten müssen.

Zusätzlich wurde in die Vordruckvereinbarung zu Muster 1 aufgenommen, dass die Krankenkasse dem Versicherten unter Berücksichtigung des Datenschutzes anbieten kann, die „Ausfertigung zur Vorlage bei der Krankenkasse“ elektronisch an diese zu übermitteln.

Die alten Vordrucke können aufgebraucht werden.

##### **Blankoformularbedruckung**

Da die in der Vereinbarung über den Einsatz des Blankoformularbedruckungs-Verfahrens bereitgestellten Bildformate nicht mehr dem aktuellen Standard entsprechen, werden die Muster ab dem 1. Januar 2019 ausschließlich als PDF-Format bereitgestellt.

In der Übergangszeit vom 1. Januar 2018 bis zum 31. Dezember 2018 werden die Muster sowohl in den bisher angebotenen alten Postscript-Formaten als auch im PDF-Format zur Verfügung gestellt.

Zusätzlich ergeben sich durch die Freigabe einiger Muster für das Entlassmanagement Änderungen, die für alle Muster in der Blankoformularbedruckung einheitlich umgesetzt werden: Auf den Blankomustern wird zum einen der Satz „Dieses Formular wurde mittels Laserdrucker in der Arztpraxis erzeugt“ gestrichen, zum anderen wird der Begriff „KBV-PRF-NR.“ durch „PRF-NR.“ ersetzt.

Um den Aufwand für die Umsetzung gering zu halten, werden diese Änderungen ausschließlich auf den Mustern im PDF-Format vorgenommen und die textlichen Abweichungen zwischen den verschiedenen Formate bis zum 31. Dezember 2018 toleriert.

#### **4.3. BKK „Erweitertes Präventionsangebot für Kinder U10/U11 (Starke Kids)“ - Teilnahme der Heimat Krankenkasse endet am 31. Dezember 2017**

Die Heimat BKK hat ihre Vertragsteilnahme fristgerecht zum 31. Dezember 2017 gekündigt. Infolgedessen sind die Gebührenordnungspositionen 99216 (U10) und 99217 (U11) für Versicherte dieser Kasse nur noch im 4. Quartal 2017 abrechenbar.

Den vollständigen Vertrag sowie die aktuelle BKK-Teilnehmerliste finden Sie im KVN-Portal unter Verträge/Besondere Versorgung/BKK - Prävention für Kinder - Starke Kids (U10/U11)

#### **4.4. Hausarztverträge: Indikationsgruppenlisten ab 1. Januar 2018**

Diese Krankenkassen haben die Indikationsgruppenlisten für Chroniker im Rahmen der hausarztzentrierten Versorgung angepasst:

AOK Niedersachsen	Audi BKK
AOK Bremen / Bremerhaven	hkk
SVLFG	

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

## 5. Veranstaltungen im Januar und Februar 2018

Hier bekommen Sie eine Übersicht über Seminare und Fortbildungen der KVN mit noch freien Plätzen im Januar und Februar 2018. Ein Anmeldefax ist beigelegt. Bitte nutzen Sie für unterschiedliche Seminare separate Anmeldefaxe. Die ausgefüllten Anmeldungen faxen Sie bitte an folgende Nummer: **0511 380-3480**.

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

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

Name	Ort	Datum	Gebühr p. P.
<b>Qualitäts- und Praxismanagement</b>			
Arbeitsschutz in der Arztpraxis	Hannover	17.Feb	139 Euro
Auf dem Weg zum Erfolgsteam	Hannover	07.Feb	120 Euro
Effektive Kommunikation in der Arztpraxis	Aurich	07.Feb	80 Euro
Kurze Wartezeiten - Gutes Terminsystem	Hannover	28.Feb	85 Euro
Mitten im Praxisleben	Stade	24.Jan	30 Euro
Mitten im Praxisleben	Cuxhaven	28.Feb	30 Euro
Personalführung für Erstkräfte	Aurich	14.Feb	80 Euro
Qualitätsmanagementbeauftragte/r (3 Termine)	Oldenburg	09.Feb	289 Euro
Das Telefon - Die Visitenkarte der Arztpraxis	Hannover	14.Feb	85 Euro
<b>Abrechnung und Verordnung</b>			
Schulung Typ 2 Diabetiker ohne Insulin (3-tägig)	Osnabrück	03.Feb	129 Euro
Hautkrebs-Screening Seminar	Hannover	27.Jan	168 Euro
Sicher durch den „Heilmittel-Verordnungs-Dschungel“	Aurich	01.Feb	kostenlos
Sicher durch den „Heilmittel-Verordnungs-Dschungel“	Cuxhaven	06.Feb	kostenlos
Stressmanagement in der Arztpraxis	Aurich	28.Feb	80 Euro

Sicher durch den „Heilmittel-Verordnungs-Dschungel“	Oldenburg	13.Feb	kostenlos
Sicher durch den „Heilmittel-Verordnungs-Dschungel“	Hannover	21.Feb	kostenlos
Sonographie	Braunschweig	07.Feb	30 Euro
<b>Medizinische und psychotherapeutische Themen</b>			
Schulung Typ 2 Diabetiker ohne Insulin (3-tägig)	Osnabrück	03.Feb	129 Euro
Psychosomatische Grundversorgung – Weiterbildungskurs (10-tägig)	Bremervörde	16.Feb	1020 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. Amtliche Mitteilung zum HVM für Haus- und Kinderärzte 1/2018
- 6.2. Übersicht Zahlungstermine 2018

# Amtliche Mitteilung der KVN zum HVM für das 1. Quartal 2018

in Umsetzung des Honorarverteilungsmaßstabes (HVM) gemäß § 87b Abs. 1 SGB V der KVN vom 18. November 2017

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

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

Regelleistungsvolumen	RLV-Fallwert:	41,9999 €
<b>Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen (QZV)</b>	<b>Gebührenordnungspositionen des EBM</b>	<b>Fallwert</b>
Akupunktur	30790, 30791	164,8321 €
Allergologie (Zusatzbezeichnung)	30110, 30111, 30120, 30121, 30122, 30123	48,9917 €
Behandlung des diabetischen Fußes	02311	54,9973 €
Behandlung von Hämorrhoiden	30610, 30611	8,6728 €
Chirotherapie	30200, 30201	8,3679 €
Dringende Besuche	01411, 01412	71,0246 €
Ergometrie	03321	19,1725 €
Hyposensibilisierungsbehandlung	30130, 30131	29,8763 €
Kardiorespiratorische Polygraphie	30900	38,3448 €
Kleinchirurgie	02310	18,7353 €
Langzeit-Blutdruckmessung	03324	7,2146 €
Langzeit-EKG	03241, 03322	9,9810 €
Phlebologie	30500, 30501	19,3851 €
Physikalische Therapie	30400, 30401, 30402, 30410, 30411, 30420, 30421	9,6927 €
Proktologie	03331	10,0384 €
Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120	22,7051 €
Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150	91,7788 €
Schmerztherapeutische spezielle Versorgung	30700, 30702, 30704, 30706, 30708	107,7209 €
Schmerztherapeutische spezielle Behandlung	30710, 30712, 30720, 30721, 30722, 30723, 30724, 30730, 30731, 30740, 30750, 30751, 30760	100,2659 €
Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092	16,0276 €
Sonographie III	33060, 33061, 33062	18,4599 €
Spirometrie	03330	5,9682 €
Unvorhergesehene Inanspruchnahme	01100, 01101, 01102	17,7210 €
Verordnung medizinischer Rehabilitation	01611	19,6005 €

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

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

Sofern der prozentuale Zuwachs aller RLV-Behandlungsfälle einer Arztgruppe in 1/2018 gegenüber 1/2017 fünf vom Hundert überschreitet, unterliegen die Ärzte dieser Arztgruppe im Rahmen der Ermittlung des RLV-Budgets 1/2018 einer Fallzahlzuwachsbeschränkung. In diesem Falle wird das arztindividuelle RLV 1/2018 begrenzt auf die individuelle RLV-relevante Behandlungsfallzahl im Vorjahresquartal zzgl. fünf vom Hundert der arztgruppenspezifischen durchschnittlichen RLV-Behandlungsfallzahl im Vorjahresquartal als maximales Wachstum.

Arztgruppenspezifische durchschnittliche RLV-Behandlungsfallzahl im Vorjahresquartal:	1.000,38
Maximales Wachstum der individuellen RLV-Behandlungsfallzahl:	50,02

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

Für Ärzte, die im 1. Quartal 2018 nicht in vollem zeitlichen Umfang an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, reduzieren sich die o. a. durchschnittlichen Behandlungsfallzahlen anteilig auf den Umfang ihrer Tätigkeit.

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

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

25% Minderung des RLV-Fallwerts ab 150% der durchschnittlichen RLV-Behandlungsfallzahl:	1.500,57
50% Minderung des RLV-Fallwerts ab 170% der durchschnittlichen RLV-Behandlungsfallzahl:	1.700,65
75% Minderung des RLV-Fallwerts ab 200% der durchschnittlichen RLV-Behandlungsfallzahl:	2.000,76

Für Ärzte, die im 1. Quartal 2018 nicht in vollem zeitlichen Umfang an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, reduzieren sich die o. a. Fallwertminderungsgrenzen anteilig auf den Umfang ihrer Tätigkeit.

# Amtliche Mitteilung der KVN zum HVM für das 1. Quartal 2018

in Umsetzung des Honorarverteilungsmaßstabes (HVM) gemäß § 87b Abs. 1 SGB V der KVN vom 18. November 2017

<b>Für die Arztgruppe:</b>
<b>Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin, die dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören</b>

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

Regelleistungsvolumen	RLV-Fallwert:	42,1532 €
Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen (QZV)	Gebührenordnungspositionen des EBM	Fallwert
Allergologie	30110, 30111, 30120, 30121, 30122, 30123	41,9076 €
Dringende Besuche	01411, 01412	54,2753 €
Ergometrie	04321	18,1838 €
Hyposensibilisierungsbehandlung	30130, 30131	27,9732 €
Langzeit-Blutdruckmessung	04324	7,6615 €
Langzeit-EKG	04241, 04322	10,1272 €
Neurophysiologische Übungsbehandlung	30300, 30301	51,6690 €
Physikalische Therapie	30400, 30401, 30402, 30410, 30411, 30420, 30421	17,0990 €
Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120	16,5832 €
Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150	69,6367 €
Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092	13,9584 €
Sonographie II	33020, 33021, 33022, 33023, 33030, 33031, 33040	17,2668 €
Sonographie der Säuglingshöften	33051	10,8876 €
Spirometrie	04330	6,6054 €
Unvorhergesehene Inanspruchnahme	01100, 01101, 01102	17,1230 €
Verordnung medizinischer Rehabilitation	01611	7,9343 €

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

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

Sofern der prozentuale Zuwachs aller RLV-Behandlungsfälle einer Arztgruppe in 1/2018 gegenüber 1/2017 fünf vom Hundert überschreitet, unterliegen die Ärzte dieser Arztgruppe im Rahmen der Ermittlung des RLV-Budgets 1/2018 einer Fallzahlzuwachsbeschränkung. In diesem Falle wird das arztindividuelle RLV 1/2018 begrenzt auf die individuelle RLV-relevante Behandlungsfallzahl im Vorjahresquartal zzgl. fünf vom Hundert der arztgruppenspezifischen durchschnittlichen RLV-Behandlungsfallzahl im Vorjahresquartal als maximales Wachstum.

Arztgruppenspezifische durchschnittliche RLV-Behandlungsfallzahl im Vorjahresquartal:	1.068,08
Maximales Wachstum der individuellen RLV-Behandlungsfallzahl:	53,40

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

Für Ärzte, die im 1. Quartal 2018 nicht in vollem zeitlichen Umfang an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, reduzieren sich die o. a. durchschnittlichen Behandlungsfallzahlen anteilig auf den Umfang ihrer Tätigkeit.

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

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

25% Minderung des RLV-Fallwerts ab 150% der durchschnittlichen RLV-Behandlungsfallzahl:	1.602,12
50% Minderung des RLV-Fallwerts ab 170% der durchschnittlichen RLV-Behandlungsfallzahl:	1.815,74
75% Minderung des RLV-Fallwerts ab 200% der durchschnittlichen RLV-Behandlungsfallzahl:	2.136,16

Für Ärzte, die im 1. Quartal 2018 nicht in vollem zeitlichen Umfang an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, reduzieren sich die o. a. Fallwertminderungsgrenzen anteilig auf den Umfang ihrer Tätigkeit.

# Amtliche Mitteilung der KVN zum HVM für das 1. Quartal 2018

in Umsetzung des Honorarverteilungsmaßstabes (HVM) gemäß § 87b Abs. 1 SGB V der KVN vom 18. November 2017

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

- Leistungen im organisierten Notfalldienst der KVN
- Haus- und Heimbesuche (GOP 01410, 01413 und 01415 EBM)
- Verordnung der spezialisierten ambulante Palliativversorgung (GOP 01425 und 01426 EBM)
- Zuschlag für die Betreuung eines Patienten im Rahmen der Videosprechstunde (GOP 01450 EBM)
- Vergütung bei Verordnung von Cannabis (GOP 01460, 01461 und 01626 EBM)
- Zuschlag für die Erstellung und Aktualisierung des Medikationsplans (GOP 01630 EBM)
- Leistungen der Prävention, Empfängnisregelung, Sterilisation und im Rahmen von Schwangerschaftsabbrüchen (Abschnitte 1.7.1 bis 1.7.7 EBM)
- Leistungen der Methadon- und Diamorphinsubstitution (Abschnitt 1.8 EBM)
- Epilation mittels Lasertechnik bei Mann-zu-Frau-Transsexualismus (GOP 02325 bis 02328 EBM)
- Ärztlich angeordnete Hilfeleistungen anderer Personen (GOP 03060 bis 03065 EBM)
- Anleitung zur Selbstanwendung eines Real-Time-Messgerätes zur kontinuierlichen interstitiellen Glukosemessung (GOP 03355, 04590 und 13360 EBM)
- Leistungen der hausärztlichen geriatrischen Versorgung (Abschnitt 3.2.4 EBM)
- Leistungen der palliativmedizinischen Versorgung (Abschnitt 3.2.5 und 4.2.5 EBM)
- Leistungen der sozialpädiatrischen Versorgung (Abschnitt 4.2.4 EBM)
- Leistungen der pädiatrischen Nephrologie und Dialyse (Abschnitt 4.5.4 EBM) sowie die GOP 04000 bis 04015, 04040 und 04230, wenn in demselben Behandlungsfall Leistungen des Abschnitts 4.5.4 EBM abgerechnet werden
- Zuschlag auf die jeweilige Pauschale für die fachärztliche Grundversorgung (PFG)
- Anästhesiologische Leistungen gemäß § 87b Abs. 2 Satz 5 SGB V
- Beratung und Betreuung eines Patienten nach einer intravitrealen operativen Medikamenteneingabe (GOP 06334 und 06335 EBM)
- Leistungen und Begleitleistungen der Reproduktionsmedizin (ohne Beratungsleistungen GOP 08520 und 08521 EBM)
- Balneophototherapie (GOP 10350 EBM)
- Leistungen der Humangenetik (GOP 11230, 11233 bis 11236 sowie Abschnitt 11.4 und 19.4 EBM)
- Leistungen und Kostenpauschalen der Laboratoriumsmedizin (GOP 12210, 12220, 12225 und 32001 sowie Kapitel 32 EBM)\*
- Leistungen der Nephrologie und Dialyse (Abschnitt 13.3.6 EBM, ausgenommen GOP 13594 EBM)
- Leistungen auf Überweisungsfällen zur Durchführung ausschließlich von Probenuntersuchungen
- Psychotherapeutisches Gespräch als Einzelbehandlung (GOP 22220 und 23220 EBM)
- Strahlentherapie (Kapitel 25 EBM)
- Leistungen der Soziotherapie (Abschnitt 30.8 EBM)
- Leistungen der spezialisierten Versorgung HIV-infizierter Patienten (Abschnitt 30.10 EBM)
- Neuropsychologische Therapie (Abschnitt 30.11 EBM)
- Spezielle Diagnostik und Eradikationstherapie im Rahmen von MRSA (Abschnitt 30.12 EBM)
- Leistungen zur spezialisierten geriatrischen Diagnostik und Versorgung (Abschnitt 30.13 EBM)
- Ambulantes Operieren, PTK, Koloskopie, Kapselendoskopie und ERCP (Leistungen des Kapitels 31 EBM sowie die GOP 04514, 04515, 04518, 04520, 04528 und 04529 sowie 13421 bis 13431 EBM)
- Leistungen der Abschnitte 2 und 3 der Anlage 1 zum AOP-Vertrag nach § 115b SGB V
- Vakuumstanzbiopsien (GOP 34274 EBM)
- Osteodensitometrische Untersuchung II (GOP 34601 EBM)
- Diagnostische Positronenemissionstomographie (PET) und diagnostische Positronenemissionstomographie mit Computertomographie (PET/CT) (Abschnitt 34.7 EBM)
- Telekonsil von Röntgenaufnahmen und CT-Aufnahmen (Abschnitt 34.8 EBM)
- Probatorische Sitzungen von Ärzten der in § 87b Abs. 2 Satz 4 SGB V genannten Arztgruppen (GOP 35150 EBM)
- Psychotherapeutische Sprechstunde und Akutbehandlung (GOP 35151 und 35152 EBM)
- Antrags- und genehmigungspflichtige Leistungen der Psychotherapie (Abschnitt 35.2 EBM)
- Belegärztliche Leistungen (Kapitel 36 EBM), Versorgung gemäß Anlage 27 und 30 zum BMV-Ä (Kapitel 37 EBM) sowie Delegationsfähige Leistungen (Kapitel 38 EBM)
- Kosten- und Wegepauschalen (Kapitel 40 EBM) sowie Sachkostenerstattung (GOP 99999)
- Vergütungen für regional bzw. bundesweit vereinbarte, nicht im EBM enthaltene Leistungen im GOP-Bereich  $\geq 80000$

\* 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.

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

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

**AB=Monats-Abschlag 24%**

**AB+=Monats-Abschlag 37 %**

**AB4= 4. Abschlag 13%**

**REST=Restzahlung**



# Informationen für die Praxis

KVN-Rundschreiben

November 2017

## Inhaltsverzeichnis

<b>1. Abrechnung</b> .....	<b>3</b>
1.1. Aktuelles zur Terminservicestelle (TSS).....	3
1.2. Informationen zu den GOP 06334 und 06335 EBM .....	4
1.3. Cannabis - Neue Leistungen ab 1. Oktober 2017 .....	4
1.4. Immunchromatographischer Schnelltest zur quantitativen immunologischen Früherkennung von Darmkrebs (iFOBT) mit apparativer Auswertung in eigener Praxis nicht nach der GOP 01737 berechnungsfähig .....	5
1.5. Keine Mehrfachberechnung der GOP 01827 EBM in einer Sitzung .....	7
1.6. Muster 80/81 seit 1. Juli 2017 ungültig.....	7
1.7. Abrechnung der Schweregradzuschläge im Notdienst	7
<b>2. Verordnungen</b> .....	<b>8</b>
2.1. Translarna™ (Ataluren) als Praxisbesonderheit anerkannt .....	8
2.2. Änderung der Anlage V (verordnungsfähige Medizinprodukte) der Arzneimittel-Richtlinie.....	9
2.3. Richtlinie der Bundesärztekammer zur Substitutionstherapie .....	9
2.4. Mycophenolat Mofetil bei Myasthenia gravis - Änderung der Anlage VI (Off-Label-Use) der Arzneimittel-Richtlinie .....	11
2.5. Antidiarrhoika - Änderung der Anlage III (Verordnungs-einschränkungen und ausschüsse) der Arzneimittel-Richtlinie.....	11
2.6. Wakix® (Pitolisant) als Praxisbesonderheit anerkannt	12
<b>3. Allgemeine Hinweise</b> .....	<b>12</b>
3.1. Frist für Anschluss an die Telematik-Infrastruktur verlängert .....	12
3.2. Kündigung der Teilnahme der BKK Melitta Plus am Hausarztvertrag mit dem BKK Landesverband Mitte zum 31. Dezember 2017 .....	13

3.3.	SPOG-Schulung (Schulungs- und Behandlungsprogramm für Patienten mit oraler Gerinnungshemmung) für AOK Versicherte mit 170 Euro abrechenbar.....	13
3.4.	Abrechnung der Neugeborenenuntersuchung U1 und U2 durch hinzugezogene Kinder- und Jugendmediziner bei Erbringung im Krankenhaus ....	14
3.5.	Alte Teilnahme- und Einwilligungserklärungen für die Disease-Management-Programme (DMP) Diabetes mellitus Typ I und II und COPD sowie die indikationsübergreifende Teilnahmeerklärung sind nur noch bis zum 31. Dezember 2017 gültig .....	15
3.6.	Fortbildung „Vermeidung von Polymedikation bei koronarer Herzkrankheit“ am 3. Februar 2018 .....	16
3.7.	Hausarztvertrag mit der Knappschaft aktualisiert - Neue Teilnahmeerklärung für Versicherte.....	16
3.8.	Nachweis der jährlichen Fortbildungspflicht aus Sonderverträgen - Fortbildungspflicht des Jahres 2017.....	17
4.	<b>Veranstaltungen im Dezember 2017.....</b>	<b>17</b>
5.	<b>Anlagenverzeichnis.....</b>	<b>19</b>
5.1.	Empfehlungskatalog.....	19
5.2.	Anmeldeformular.....	19
5.3.	Sammelerklärung .....	19



## 1. Abrechnung

### 1.1. Aktuelles zur Terminservicestelle (TSS)

#### Bitte weiterhin Termine melden

Trotz aller Kritik steigt die Inanspruchnahme der TSS langsam aber stetig an. Bitte vergessen Sie daher nicht, zumindest in dem Umfang wie bisher Termine zu melden. Die getroffene Regelung zur „Budgetfreiheit“ von bis zu 26 Terminen im Quartal gilt weiter (genauer siehe aktuell gültiger Honorarverteilungsmaßstab (HVM) der KVN, KVN-Portal/Honorar).

#### Doppelbuchungen

Die TSS kann Termine nur einmal vergeben. Dies ist technisch geregelt. Von dieser Seite aus können daher keine Doppelbuchungen entstehen. Problematisch ist leider die zusätzlich notwendige parallele Pflege der Termine im Praxisverwaltungssystem. Diese muss weiterhin erfolgen, da es bisher keine Kopplung an ein Praxisverwaltungssystem gibt.

Parallele Pflege

Hilfreich ist es, wenn Sie im eTerminservice die E-Mail- bzw. FAX-Nachricht aktivieren. Beides funktioniert zuverlässig.

#### Terminabsagen

Die an uns zurückgespiegelten Erfahrungen haben gezeigt, dass es für alle Beteiligten insgesamt einfacher ist, wenn Patienten die Termine in der Praxis absagen und die Praxis dann den Termin im eTerminservice storniert. Damit haben Sie die Hoheit über Ihre Termine. Der Termin wird für die TSS automatisch wieder freigegeben, sofern er noch weiter als eine Woche in der Zukunft liegt. Bitte vergessen Sie auch hier nicht, Ihre Praxissoftware parallel zu pflegen.

#### Psychotherapie und TSS

Zur Inanspruchnahme der TSS für die Vermittlung eines Termins zur psychotherapeutischen Sprechstunde wird keine Überweisung und somit auch kein Überweisungscode benötigt.

Keine Überweisung

Zur Inanspruchnahme der TSS für die Vermittlung eines Termins zur psychotherapeutischen Akutbehandlung ist das Durchführen zumindest einer psychotherapeutischen Sprechstunde und das auf Muster 11 (individuelle Patienteninformation) dokumentierte Erfordernis einer Akutbehandlung Voraussetzung. Bitte kleben Sie auf das Muster 11 zusätzlich einen Überweisungscode.

Akutbehandlung

Probatorische Sitzungen sowie Therapieplätze werden durch die TSS nicht vermittelt.

Nicht vermittelt

Bei Vermittlung eines Termins weist die TSS die Patienten darauf hin, bitte auch auf den Anrufbeantworter zu sprechen, um einen Termin zu bestätigen. Sie weist auch darauf hin, dass die Praxis nicht unbedingt zurückruft, und der Termin dann „trotzdem“ vereinbart ist.

Anrufbeantworter

## 1.2. Informationen zu den GOP 06334 und 06335 EBM

Die Verlaufskontrollen gemäß der GOP 06334/06335 sind nach den Vorgaben des EBM

- frühestens sechs Wochen nach der intravitrealen Medikamenteneingabe berechnungsfähig,
- höchstens einmal innerhalb von 28 Tagen berechnungsfähig,
- höchstens sechsmal innerhalb von zwölf Monaten nach der letzten intravitrealen Medikamenteneingabe in das jeweilige Auge berechnungsfähig.
- praxisübergreifend muss der abrechnende Arzt sicherstellen, dass diese Vorgaben eingehalten werden.
- das kürzeste zurückliegende Datum der letzten intravitrealen Medikamenteneingabe ist anzugeben. Der Eintrag für die Datumseingabe erfolgt in Ihrer Praxissoftware im KVDT-Feld 5034. Bei fehlender Datumsangabe können die abgerechneten Leistungen in Ihrer Quartalsabrechnung nicht berücksichtigt werden.

Datumseingabe KVDT-Feld 5034

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

## 1.3. Cannabis - Neue Leistungen ab 1. Oktober 2017

### Hintergrund

Versicherte mit einer schwerwiegenden Erkrankung haben Anspruch auf Versorgung mit Cannabis in Form von getrockneten Blüten oder Extrakten in standardisierter Qualität sowie auf Versorgung mit Arzneimitteln mit den Wirkstoffen Dronabinol oder Nabilon (§ 31 Abs. 6 SGB V). Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) wurde in diesem Zusammenhang mit einer Begleiterhebung beauftragt, in deren Rahmen die verordnenden Ärzte Daten erfassen und bereitstellen müssen. Die Begleiterhebung endet am 31. März 2022. Rückwirkend zum 1. Oktober 2017 hat der Bewertungsausschuss drei neue Leistungen in den EBM aufgenommen, mit denen der Aufwand in den Vertragsarztpraxen abgebildet werden soll.

### Die neuen Gebührenordnungspositionen im Überblick

- GOP 01460 (28 Punkte): „Aufklärung über die Begleiterhebung“  
Der Vertragsarzt ist verpflichtet, den Patienten vor der ersten Verordnung von Leistungen nach § 31 Absatz 6 SGB V einmalig über die Begleiterhebung zu informieren (Aushändigung des Informationsblatts; Aufklärung über die verpflichtende Begleiterhebung).
- GOP 01461 (92 Punkte): „Datenerfassung und Datenübermittlung im Rahmen der Begleiterhebung“  
Die erforderlichen Daten für die Begleiterhebung sind von dem Vertragsarzt, der die Leistung verordnet, in elektronischer Form an das BfArM zu übermitteln. Die GOP 01461 kann einmal je genehmigter Leistung nach § 31 Absatz 6 Satz 2 SGB V berechnet werden, entweder nach Ablauf eines Jahres nach Beginn der

Einmalig

Einmal je genehmigter Leistung

Therapie oder bei Beendigung der Therapie vor Ablauf eines Jahres zum Zeitpunkt des Therapieendes.

Bei Therapiewechsel ist die GOP 01461 erneut ansetzbar, jedoch höchstens viermal im Krankheitsfall.

Darüber hinaus ist die GOP 01461 für Versicherte, die sich zwischen dem 1. Januar 2022 und dem 31. März 2022 in Therapie mit einer genehmigten Cannabis-Leistung befinden und für die eine zweite Erhebung erforderlich ist, ein weiteres Mal berechnungsfähig.

- GOP 01626 (143 Punkte): „Ärztliche Stellungnahme für die Krankenkasse bei der Beantragung einer Genehmigung gemäß § 31 Absatz 6 SGB V zur Verordnung von
  - Cannabis in Form von getrockneten Blüten oder
  - Cannabis in Form von Extrakten oder
  - Arzneimitteln mit dem Wirkstoff Dronabinol oder
  - Arzneimitteln mit dem Wirkstoff Nabilon,

einmal je Erstverordnung

Die GOP 01626 ist für die Unterstützung des Patienten bei der Antragsstellung auf Versorgung mit Cannabis berechnungsfähig. Da eine Genehmigung für jede Erstverordnung erforderlich ist (z. B. auch bei Wechsel von getrockneten Blüten zu Extrakten) kann eine Berechnung bis zu viermal im Krankheitsfall erfolgen.

Alle drei GOP werden außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütet. Bitte beachten Sie, dass die GOP 01460 und 01461 befristet in den EBM aufgenommen wurden. Diese beiden Leistungen können nur während des Zeitraums der Begleiterhebung abgerechnet werden, also bis zum 31. März 2022.

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

Darüber hinaus hat die KBV eine Themenseite für Ärzte auf ihrer Website eingerichtet: <http://www.kbv.de/html/cannabis-verordnen.php>

Ein weiteres Mal

Einmal je  
Erstverordnung

#### 1.4. Immunchromatographischer Schnelltest zur quantitativen immunologischen Früherkennung von Darmkrebs (iFOBT) mit apparativer Auswertung in eigener Praxis nicht nach der GOP 01737 berechnungsfähig

Zum Teil haben Vertragsärzte in letzter Zeit ein Informationsschreiben von Herstellern zu immunchromatographischen Schnelltesten zur Darmkrebsfrüherkennung erhalten. Darin wird ein Schnelltest beworben, der nach Einschätzung des Herstellers den Vorgaben der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie entspricht und in der eigenen Praxis durchgeführt werden kann. Diese Testverfahren erfüllen nicht alle Anforderungen nach der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie und sind daher nach der GOP 01737 nicht berechnungsfähig. Gesetzlich Versicherte haben seit dem

1. April 2017 Anspruch auf einen quantitativen immunologischen Stuhltest (iFOBT) zur Früherkennung von Darmkrebs. Das neue Testverfahren ist in der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses geregelt. In der Richtlinie sind auch die Anforderungen definiert, die solche Testverfahren erfüllen müssen. Dies sind allesamt Verfahren, bei denen der Arzt den Test an seine Patienten ausgibt und zur Untersuchung an ein Labor weiterleitet.

Schnellteste erfüllen nicht die Anforderungen der Richtlinie an ein automatisiertes Verfahren.

Die immunchromatographischen Schnellteste erfüllen nicht die Anforderungen der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses: „Die Untersuchung und Dokumentation erfolgt mittels automatisierten Verfahren.“

In der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie wird in § 39 Abs. 4 Satz 2 bestimmt, dass die Untersuchung und Dokumentation mittels automatisierten Verfahren durchgeführt wird. Für die Eigenerbringung anwendbare immunchromatographische Schnellteste - ähnlich gängiger Schwangerschaftsschnellteste zur Eigenanwendung - stellen keine automatisierten Analyseverfahren dar, da die Probenpipettierung manuell mittels Tropfer erfolgt. Dies ist auch dann nicht der Fall, wenn eine automatisierte Dokumentation und eine online-Anbindung an das Praxisverwaltungssystem möglich und umgesetzt sind.

Die Möglichkeit, das Messergebnis apparativ zu erfassen, macht Schnellteste nicht zu einem automatisierten Verfahren.

In den Herstellerinformationen werden Vertragsärzte über die Abrechnung dahingehend beraten, dass bei Eigenerbringung der GOP 01738 auch die GOP 01737 berechnungsfähig sei. Dem steht der Leistungsinhalt der GOP 01737 entgegen: „Ausgabe und Weiterleitung eines Stuhlprobenentnahmesystems gemäß Abschnitt D. III der KFE-RL, inkl. Beratung“ sowie als obligater Leistungsinhalt „Veranlassung der Untersuchung der Stuhlprobe auf occultes Blut im Stuhl“. Weiterleitung und Veranlassung werden bei Eigenerbringung regelhaft nicht erbracht.

Wir möchten darauf hinweisen, dass der Bewertungsausschuss die Durchführung des präventiven immunologischen Stuhltests zur Darmkrebsfrüherkennung nach der GOP 01738 ausschließlich in die Präambel 12.1 Nr. 2 (Laborärzte) aufgenommen hat. Damit ist die GOP 01738 für andere Arztgruppen nicht genehmigungs- und somit abrechnungsfähig.

Zusammenfassend ist also festzuhalten, dass immunchromatographische Schnellteste mit apparativer Auswertung nicht die Anforderungen eines automatisierten Verfahrens nach der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie und damit auch nicht den Leistungsinhalt der GOP 01738 erfüllen. Eine Eigenerbringung würde dazu führen, dass die GOP 01737 wegen unvollständiger Leistungserbringung nicht berechnungsfähig wäre.

Anforderungen nicht erfüllt

Kein automatisiertes Verfahren

### 1.5. Keine Mehrfachberechnung der GOP 01827 EBM in einer Sitzung

Bitte beachten Sie, dass die mikroskopische Untersuchung des Nativabstrichs des Scheidensekrets im Rahmen der Empfängnisregelung nach der GOP 01827 nur einmal je Sitzung berechnungsfähig ist. Bei einem Mehrfachansatz werden wir die Leistung sachlich-rechnerisch berichtigen.

Nur einmal je Sitzung

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

### 1.6. Muster 80/81 seit 1. Juli 2017 ungültig

Mit dem Juni-Rundschreiben haben wir Sie über die Veränderungen bei der Anwendung der europäischen Krankenversicherungskarte informiert.

Bitte beachten Sie, dass das Muster 80 (Dokumentation des Behandlungsanspruches) sowie Muster 81 (Erklärung der im EU bzw. EWR-Ausland oder der Schweiz versicherten Patienten, die eine Europäische Krankenversicherungskarte oder eine Ersatzbescheinigung vorlegen) nicht mehr verwendet werden dürfen.

Nicht mehr verwenden

Die Verpflichtung des Arztes zur Kopie des Identitätsnachweises (Ausweis/Reisepass) des Versicherten ist ebenfalls entfallen. Eine Kopie der Europäischen Krankenversicherungskarte (EHIC) bzw. der provisorischen Ersatzbescheinigung gilt als ausreichende Dokumentation des Behandlungsanspruches eines im europäischen Ausland Versicherten. Das Patientenformular „Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung“ ersetzt das alte Muster 81.

Ausführliche Informationen zum EG- und Abkommensrecht finden Sie im KVN-Portal unter [www.kvn.de/Verträge/Sonstige Verträge/Downloads](http://www.kvn.de/Verträge/Sonstige%20Verträge/Downloads) und auf der Internetseite der Kassenärztlichen Bundesvereinigung.

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

### 1.7. Abrechnung der Schweregradzuschläge im Notdienst

Die Abrechnung von Leistungen im Not(-fall)dienst wurde ab 1. April 2017 geändert. Es wurden u. a. Schweregradzuschläge GOPs 01223 und 01224 eingeführt, die den Mehraufwand bei besonders schweren Notfällen abgelten sollen. Diese schweren Fälle sind in Nr. 8 des Abschnitts 1.2 EBM als gesicherte Behandlungsdiagnosen aufgeführt:

Gesicherte Behandlungsdiagnosen

- Frakturen im Bereich der Extremitäten proximal des Metacarpus und Metatarsus
- Schädel-Hirn-Trauma mit Bewusstlosigkeit von weniger als 30 Minuten (S06.0 und S06.70)

- Akute tiefe Beinvenenthrombose
- Hypertensive Krise
- Angina pectoris (ausgenommen: ICD I20.9)
- Pneumonie
- Akute Divertikulitis.

Vergleichbar schwere Fälle würden nur bei ausführlicher schriftlicher medizinischer Begründung, insbesondere der Schwere und Komplexität der Behandlungsdiagnose akzeptiert.

Die KBV hat die die Schweregradzuschläge nach GOPs 01223 und 01224 berechtigenden Diagnosen in einem ab 1. Januar 2018 geltenden bundesweiten Empfehlungskatalog ICD spezifisch zusammengefasst. Diesen Katalog fügen wir als Anlage bei.

Wir weisen darauf hin, dass wir die Abrechnung der GOPs 01223 und 01224 gegen das Vorliegen der berechtigenden ICD-10 Codes prüfen und ggf. Berichtigungen vornehmen müssen.

Dieser Diagnosekatalog gilt nicht für den Zuschlag nach GOP 01226. Hierbei handelt es sich um einen Zuschlag bei alters- oder krankheitsbedingter Kommunikationsstörung. Für dessen Abrechnung sind das Lebensalter und/oder entsprechende Diagnoseangaben (siehe Nr. 9 des Abschnitts 1.2 EBM) maßgebend.

### **Anlage 5.1: Empfehlungskatalog**

## **2. Verordnungen**

### **2.1. Translarna™ (Ataluren) als Praxisbesonderheit anerkannt**

Ab dem 1. Juni 2017 wird Translarna™ (Wirkstoff: Ataluren) nach einer Vereinbarung zwischen dem GKV-Spitzenverband und dem pharmazeutischen Unternehmer PTC Therapeutics ab dem ersten Behandlungsfall als Praxisbesonderheit ausschließlich im Anwendungsgebiet des G-BA-Beschlusses vom 1. Dezember 2016 anerkannt:

- Behandlung der Duchenne-Muskeldystrophie infolge einer Nonsense-Mutation im Dystrophin-Gen bei gehfähigen Patienten im Alter ab 5 Jahren. Bei nicht gehfähigen Patienten wurde keine Wirksamkeit nachgewiesen. Das Vorliegen einer Nonsense-Mutation im Dystrophin-Gen ist durch Gentest nachzuweisen.

In diesem Anwendungsgebiet zeigte das Präparat zur Behandlung eines seltenen Leidens im Verfahren der frühen Nutzenbewertung einen geringen Zusatznutzen.

Die Einleitung und Überwachung der Behandlung mit Ataluren soll nur durch in der Therapie von Patienten mit Duchenne/Becker Muskeldystrophie erfahrene Fachärzte erfolgen.

Anwendungsgebiet

Die Anerkennung als Praxisbesonderheit besteht, sobald und solange PTC Therapeutics Translarna™ in Deutschland vertreibt.

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

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

Zum 19. Oktober 2017 sind die Medizinprodukte BD PosiFlush™ SP und BD PosiFlush™ XS mit einer Befristung der Verordnungsfähigkeit bis zum 28. Januar 2018 wie folgt in Anlage V der Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL) aufgenommen worden:

Produktbezeichnung	Medizinisch notwendige Fälle	Befristung der Verordnungsfähigkeit
BD PosiFlush™ SP	Ausschließlich zum Spülen von in-situ Gefäßzugangssystemen. Darf nicht in einem sterilen Umfeld verwendet werden.	28. Januar 2018
BD PosiFlush™ XS	Ausschließlich zum Spülen von in-situ Gefäßzugangssystemen. Bei Verwendung aseptischer Technik in einem sterilen Feld verwendbar.	28. Januar 2018

Änderung

Die namentlich in Anlage V aufgeführten Medizinprodukte dürfen in den genannten medizinisch notwendigen Fällen unter Berücksichtigung der angegebenen Befristung und evtl. bestehender Sondervertragsregelungen zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung auf Namen des Patienten verordnet werden.

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

## 2.3. Richtlinie der Bundesärztekammer zur Substitutionstherapie

Die Änderung der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV), über die wir im August-Rundschreiben informierten, ist mit der Veröffentlichung der neuen gültigen „Richtlinie der Bundesärztekammer

zur Durchführung der substitutionsgestützten Behandlung Opioidabhängiger“ im Bundesanzeiger am 2. Oktober 2017 vollständig in Kraft getreten.

Ergänzend hierzu sei noch einmal auf die Kennzeichnung der Substitutionsverordnungen verwiesen:

Kennzeichnung

Kennzeichnung	Voraussetzungen	Zeitraum	Hinweis
„S“	für das Überlassen des Substitutionsmittels zum unmittelbaren Verbrauch (unter den Voraussetzungen des § 5 BtMVV)	Die Reichdauer braucht hier nicht auf dem BtM-Rezept angegeben zu werden.	Patientenbezogene „S“-Verschreibungen dürfen nach Ermessen des Arztes auch dem Patienten ausgehändigt werden, damit dieser das BtM-Rezept in der Apotheke vorlegt. Die Apotheke darf das Substitutionsmittel allerdings nicht an den Patienten abgeben sondern nur an die Einrichtung, die der verschreibende Arzt bestimmt hat.
„SZ“	für eine ausnahmsweise patientenbezogene Take-Home-Verordnung von Substitutionsmitteln zur eigenverantwortlichen Einnahme bei Patienten, die ansonsten das Substitutionsmittel zum unmittelbaren Verbrauch überlassen bekommen, zur Gewährleistung der Kontinuität der Substitutionsbehandlung (unter den Voraussetzungen des § 5 Abs. 8 BtMVV)	<ul style="list-style-type: none"> <li>– in der für bis zu zwei aufeinanderfolgende Tage benötigten Menge oder</li> <li>– in der Menge, die für die Wochenendtage Samstag und Sonntag und für dem Wochenende vorangehende oder folgende Feiertage benötigt wird, auch einschließlich eines dazwischen liegenden Werktages, höchstens jedoch in der für fünf Tage benötigten Menge.</li> </ul> Zudem ist die Reichdauer des Substitutionsmittels in Tagen anzugeben.	Der substituierende Arzt darf dem Patienten innerhalb einer Kalenderwoche nicht mehr als eine Verschreibung und diese nur im Rahmen einer persönlichen Konsultation aushändigen.
„ST“	(neu eingeführter Buchstabe „T“) für eine patientenbezogene Take-Home-Verordnung zur eigenverantwortlichen Einnahme, sobald und solange ein Überlassen des Substitutionsmittels zum unmittelbaren Verbrauch aus ärztlicher Sicht nicht mehr erforderlich ist (unter den Voraussetzungen des § 5 Abs. 9 BtMVV)	<ul style="list-style-type: none"> <li>– grundsätzlich in der für bis zu sieben Tage benötigten Menge oder</li> <li>– in begründeten Einzelfällen ausnahmsweise in der für bis zu 30 Tage benötigten Menge.</li> </ul> Näheres ist in der Richtlinie der BÄK festgehalten. Zudem ist die Reichdauer des Substitutionsmittels in Tagen anzugeben.	Der substituierende Arzt darf die Verschreibung nur im Rahmen einer persönlichen Konsultation dem Patienten aushändigen.
„A“	Die Verpflichtung zur zusätzlichen Kennzeichnung mit dem Buchstaben „A“ im Falle einer Überschreitung von Höchstverschreibungsmengen für den Patienten bleibt unberührt.		

Die weiteren Vorgaben der BtMVV zur Ausstellung von Substitutionsverordnungen, auch für sogenannte „ST“-Verschreibungen mit festgelegter Teilmengen-Abgabe bzw. -Vergabe, sind zu beachten.

Weitere Erläuterungen und Muster-Verordnungen finden Sie in den „FAQs BtMVV“ des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) im KVN-Portal unter Verordnungen/Arzneimittel/Betäubungsmittel. Hier können Sie auch die neue Substitutionsrichtlinie der Bundesärztekammer sowie unter dem Stichwort Substitution ein Merkblatt und weitere Informationen zur Substitutionstherapie abrufen.



#### 2.4. Mycophenolat Mofetil bei Myasthenia gravis - Änderung der Anlage VI (Off-Label-Use) der Arzneimittel-Richtlinie

Mit Wirkung zum 27. Oktober 2017 wird in der Anlage VI Teil A der Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL) die Ziffer XVI „Mycophenolat Mofetil bei Myasthenia gravis“ aktualisiert. Grundlage hierfür war ein Rote-Hand-Brief vom November 2015 mit verschärften Warnhinweisen für Mycophenolat Mofetil-haltige Arzneimittel und die darauf folgende Anpassung entsprechender Produktinformationen.

Zusammenfassend wird in der Anlage VI nun noch stärker auf die gestiegenen Sicherheitsbedenken von Mycophenolat Mofetil, insbesondere im Zusammenhang mit seiner stark teratogenen Wirkung hingewiesen. Insbesondere die Hinweise bezüglich einer Schwangerschaftsverhütung, Dosierung sowie Neben- und Wechselwirkungen wurden ergänzt. Näheres hierzu entnehmen Sie bitte der Anlage VI der AM-RL und den entsprechenden Fachinformationen.

Des Weiteren wurde die Liste der Hersteller, die für ihre Mycophenolat Mofetil-haltigen Arzneimittel einer Anwendung im Rahmen der vorgenannten Off-Label-Indikation zugestimmt haben (Haftung des pharmazeutischen Unternehmers) wie folgt aktualisiert:

AxiCorp Pharma GmbH, kohlpharma GmbH, MTK-PHARMA-Vertriebs-GmbH, Oripharm GmbH, Pharma Gerke Arzneimittelvertriebs GmbH, Roche Registration Ltd und Teva Pharma B.V.

Wir empfehlen bei Verordnungen von Mycophenolat Mofetil-haltigen Arzneimitteln der genannten Hersteller in der hier genannten Off-Label-Indikation das Setzen des Aut-Idem-Kreuzes. Haftungsrechtliche Probleme infolge eines Austausches in der Apotheke gegen ein vergleichbares Präparat, welches keine Off-Label-Zustimmung hat, können so vermieden werden.

Der Rote-Hand-Brief zu Mycophenolat Mofetil ist abrufbar unter [www.bfarm.de/Arzneimittel/Pharmakovigilanz/Risikoinformationen/Rote-Hand-Briefe](http://www.bfarm.de/Arzneimittel/Pharmakovigilanz/Risikoinformationen/Rote-Hand-Briefe) und Informationsbriefe. Den vollständigen Beschluss des G-BA sowie die vollständige Anlage VI finden Sie im Internet unter [www.g-ba.de/Richtlinien/Arzneimittel-Richtlinie/Anlage VI/Beschlusse](http://www.g-ba.de/Richtlinien/Arzneimittel-Richtlinie/Anlage_VI/Beschlusse).

#### 2.5. Antidiarrhoika - Änderung der Anlage III (Verordnungseinschränkungen und ausschüsse) der Arzneimittel-Richtlinie

Mit Wirkung vom 4. November 2017 wird die Anlage III der Arzneimittel-Richtlinie geändert. Unter der Nummer 12 „Antidiarrhoika“ wird folgender Abschnitt gestrichen:

- „c) ausgenommen Lactobacillus rhamnosus GG (mind. 5 x 10<sup>9</sup> koloniebildenden Einheiten/Dosiseinheit) bei Säuglingen und Kleinkindern zusätzlich zu Rehydratationsmaßnahmen“

Entsprechende Präparate sind demnach auch für Säuglinge und Kleinkinder **nicht mehr** zu Lasten der GKV verordnungsfähig.

Liste der Hersteller

Abschnitt gestrichen

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

## 2.6. Wakix® (Pitolisant) als Praxisbesonderheit anerkannt

Ab dem 1. Oktober 2017 wird Wakix® (Wirkstoff Pitolisant) nach einer Vereinbarung zwischen dem GKV-Spitzenverband und dem pharmazeutischen Unternehmer Bioprojet ab dem ersten Behandlungsfall als Praxisbesonderheit ausschließlich im Anwendungsgebiet des G-BA-Beschlusses anerkannt:

- Wakix® wird angewendet bei Erwachsenen zur Behandlung der Narkolepsie mit oder ohne Kataplexie.

In diesem Anwendungsgebiet zeigte das Präparat zur Behandlung eines seltenen Leidens im Verfahren der frühen Nutzenbewertung einen nicht quantifizierbaren Zusatznutzen. Die Anerkennung als Praxisbesonderheit entfällt, wenn ein nachfolgender G-BA-Beschluss einen fehlenden, geringeren oder als nicht belegt geltenden Zusatznutzen feststellt.

Die Einleitung und Überwachung der Behandlung mit Pitolisant soll durch in der Therapie von Patienten mit Narkolepsie mit oder ohne Kataplexie erfahrene Fachärzte erfolgen.

Die Anerkennung als Praxisbesonderheit besteht, sobald und solange Bioprojet Wakix® in Deutschland vertreibt.

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

Anwendungsgebiet

## 3. Allgemeine Hinweise

### 3.1. Frist für Anschluss an die Telematik-Infrastruktur verlängert

Der Bundesrat hat in seiner Sitzung vom 3. November 2017 einer Fristverlängerung für den Anschluss von Arzt- und Zahnarztpraxen und medizinischer Einrichtungen an die Telematik-Infrastruktur bis zum 31. Dezember 2018 zugestimmt. Ursprünglich hatte der Gesetzgeber festgelegt, dass der Anschluss an die TI-Infrastruktur in allen Einrichtungen bis zum 30. Juni 2018 hergestellt sein sollte. Dabei gilt die Fähigkeit einer Praxis, den Online-Versichertenstammdatenabgleich (VSDM) durchzuführen, als Nachweis für die erfolgreiche Anbindung an die Telematik-Infrastruktur. Praxen, die bis zum 30. Juni 2018 den Anschluss an die Telematik-Infrastruktur nicht hergestellt haben, drohten ursprünglich

ab dem 1. Juli 2018 als Sanktion Honorarkürzungen in Höhe von einem Prozent des Praxishonorars. Dieser Zeitpunkt hat sich nun um sechs Monate auf den 1. Januar 2019 verschoben.

Die Fristverlängerung war notwendig geworden, weil die Zertifizierung der für das VSDM erforderlichen technischen Komponenten (Konnektor, Kartenlesegeräte etc.) nicht in dem ursprünglich veranschlagten Zeitraum abgeschlossen werden konnte.

Zum gegenwärtigen Zeitpunkt (7. November 2017) hat weiterhin keine der für das VSDM erforderlichen technischen Komponenten eine Zulassung durch die Betreibergesellschaft gematik erhalten und damit Marktreife erlangt. Daher ist es derzeit nicht möglich, die Anbindung an die Telematik-Infrastruktur herzustellen und den Versichertenstammdatenabgleich online durchzuführen.

Ständig aktualisierte Informationen stellt die KVN im Internet unter: <http://www.kvn.de/Praxis/TI-Rollout/> bereit. Zudem können Sie bei Fragen auch die TI-Hotline der KVN unter Telefon 0511 380-3536 anrufen oder eine E-Mail an [TI-Anfragen@kvn.de](mailto:TI-Anfragen@kvn.de) schicken.

Zertifizierung nicht abgeschlossen

### **3.2. Kündigung der Teilnahme der BKK Melitta Plus am Hausarztvertrag mit dem BKK Landesverband Mitte zum 31. Dezember 2017**

Die BKK Melitta Plus mit Sitz in Minden hat fristgemäß mit Wirkung zum 31. Dezember 2017 ihre Teilnahme an dem BKK-Hausarztvertrag gekündigt. Versicherte der BKK Melitta Plus können daher ab 1. Januar 2018 nicht mehr in die HZV-Web-Anwendung im KVN-Portal eingeschrieben werden. Die Teilnahme aller eingeschriebenen Versicherten dieser Krankenkasse endet zum 31. Dezember 2017.

### **3.3. SPOG-Schulung (Schulungs- und Behandlungsprogramm für Patienten mit oraler Gerinnungshemmung) für AOK Versicherte mit 170 Euro abrechenbar**

Wir möchten nochmals daran erinnern, dass im Rahmen des DMP KHK für AOK Versicherte das Schulungsprogramm SPOG als Einzelschulung mit pauschal 170 Euro vereinbart wurde.

Die Schulung kann durch am DMP beteiligte Ärzte erbracht und abrechnet werden, die eine Schulungsgenehmigung für das SPOG Schulungsprogramm haben.

Die Schulung ist über die interne GO-Nr. 99544E abrechenbar. Eine privatärztliche Abrechnung der SPOG-Schulung ist für AOK Versicherte nicht möglich.

### 3.4. Abrechnung der Neugeborenenuntersuchung U1 und U2 durch hinzugezogene Kinder- und Jugendmediziner bei Erbringung im Krankenhaus

Die Früherkennungsuntersuchungen U1 und U2 (GOP 01711 und 01712 EBM) werden oft durch niedergelassene Kinder- und Jugendmediziner erbracht, während das Neugeborene sich nach der Geburt noch stationär im Krankenhaus aufhält. Für die Abrechnung der Neugeborenenuntersuchungen gelten bei dieser Konstellation folgende Besonderheiten:

#### Voraussetzungen

1. Im Rahmen der Krankenhausbehandlung oder der stationären Entbindung können Früherkennungsmaßnahmen durch einen Belegarzt erbracht werden (§ 73 Abs. 6 SGB V). Folglich gilt für die Früherkennungsuntersuchungen U1 und U2:
  - die Früherkennungsuntersuchung U1 kann sowohl von einem gynäkologischen als auch einem kinder- und jugendmedizinischen Belegarzt erbracht werden
  - die Früherkennungsuntersuchung U2 kann von einem kinder- und jugendmedizinischen Belegarzt erbracht werden
2. Alternativ darf der Belegarzt für eine Auftragsleistung, eine Konsiliaruntersuchung oder eine Mitbehandlung einen Vertragsarzt hinzuziehen, wenn das betreffende Fach an dem Krankenhaus nicht vertreten ist (§ 41 Abs. 6 BMV-Ä). Folglich gilt für die Früherkennungsuntersuchungen U1 und U2:
  - Der gynäkologische Belegarzt kann einen niedergelassenen Kinder- und Jugendarzt zur Durchführung der Früherkennungsuntersuchungen U1 und U2 hinzuziehen, wenn das Fach Kinder- und Jugendmedizin am Krankenhaus nicht vertreten ist. Ist an dem Krankenhaus ein Kinder- und Jugendarzt beschäftigt, so entfällt die Voraussetzung und es kann kein Vertragsarzt hinzugezogen werden. Dabei reicht es nach der Rechtsprechung bereits aus, wenn der Kinder- und Jugendarzt halbtags am Krankenhaus angestellt ist (Urteil des LSG Niedersachsen-Bremen vom 14.06.2006, L 3 KA 154/03).

#### Fazit

Werden die Früherkennungsmaßnahmen im Rahmen der Krankenhausbehandlung oder der stationären Entbindung weder vom Belegarzt (entsprechend Punkt 1.) noch von einem vom Belegarzt hinzugezogenen Arzt (entsprechend Punkt 2.) erbracht, sind die Leistungen Bestandteil der Krankenhausleistung und somit von der vertragsärztlichen Versorgung ausgeschlossen (§ 73 Abs. 6 SGB V). Die erbrachten Leistungen sind von niedergelassenen Ärzten in diesen Fällen gegenüber dem Krankenhausträger abzurechnen.

Voraussetzungen

Gegenüber dem Krankenhausträger abzurechnen

## Abrechnungsbestimmungen

- Die erste Untersuchung nach den Richtlinien über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern (U1) wird auf einem mit der elektronischen Gesundheitskarte eines Elternteils ausgestellten Abrechnungsschein abgerechnet. Dies gilt auch für die zweite Untersuchung (U2), wenn zum Zeitpunkt der Untersuchung noch keine elektronische Gesundheitskarte für das Kind vorliegt (§ 22 Abs. 2 BMV-Ä).
- Erbringt der vom belegärztlichen Gynäkologen hinzugezogene Kinder- und Jugendmediziner Leistungen, müssen diese auf einem vom belegärztlichen Gynäkologen ausgestellten und im Feld „bei belegärztlicher Behandlung“ angekreuzten Überweisungsschein (Muster 6 bzw. 10) abgerechnet werden (§ 41 Abs. 7 BMV-Ä). Die Überweisung vom belegärztlichen Gynäkologen an den hinzugezogenen Kinder- und Jugendarzt erfolgt mit den Daten der Gesundheitskarte eines Elternteils.

## Abrechnungsmodus

- Für den Behandlungsausweis ist ein Datensatz „Belegärztliche Behandlung“ (Satzart 0103) anzulegen.
- Das Feld mit der Scheinuntergruppe (Kennung 4239) ist mit dem Inhalt „Belegärztliche Mitbehandlung“ (SUG „31“) zu belegen.

## Beispiele Abrechnung der U2 bei Erbringung im Krankenhaus

Krankenhaus zieht hinzu	Kinderarzt erbringt Leistung und rechnet diese gegenüber dem Krankenhaus ab
Belegarzt (Kinderarzt)	Kinderarzt erbringt Leistung und rechnet diese gegenüber der KV ab
Belegarzt (Gynäkologe) zieht hinzu	Belegarzt (Gynäkologe) stellt Überweisungsschein aus (Muster 6 bzw. Muster 10; Feld „bei belegärztlicher Behandlung“ MUSS angekreuzt sein) Kinderarzt erbringt Leistung und rechnet diese mit diesem Überweisungsschein gegenüber der KV ab

Beispiele

### 3.5. Alte Teilnahme- und Einwilligungserklärungen für die Disasemanagement-Programme (DMP) Diabetes mellitus Typ I und II und COPD sowie die indikationsübergreifende Teilnahmeerklärung sind nur noch bis zum 31. Dezember 2017 gültig

Wir möchten nochmals daran erinnern, dass ab 1. Januar 2018 nur noch die neuen Formulare von der Datenstelle angenommen werden.

Am 1. Juli 2017 wurde für die DMP Diabetes mellitus Typ I und II sowie COPD neue Formulare für die Teilnahme- und Einwilligungserklärungen eingeführt. Auch die indikationsübergreifende Teilnahmeerklärung wurde überarbeitet. Aufgrund einer Übergangsregelung mit den Krankenkassen können die alten Vordrucke noch bis zum 31. Dezember

2017 verwendet werden. Die neuen Teilnahme- und Einwilligungserklärungen erkennen Sie an dem Formularschlüssel 010E bei DMP Diabetes mellitus Typ I und II, 060C bei DMP COPD und 070B bei der indikationsübergreifenden Teilnahmeerklärung.

### **3.6. Fortbildung „Vermeidung von Polymedikation bei koronarer Herzkrankheit“ am 3. Februar 2018**

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, 3. Februar 2018 von 10 bis 17 Uhr

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

Gebühr: 59 Euro

Das Thema der Polymedikation wird derzeit vielschichtig diskutiert. Insbesondere bei multimorbiden Patienten kann die Vielzahl der zu behandelnden Symptome und Krankheitsbilder entlang der jeweiligen Leitlinien zu Polymedikation führen. Für eine Behandlung mit „so wenig wie möglich, aber so viel wie nötig“ Medikamenten sind eine enge Zusammenarbeit der behandelnden Akteure sowie eine genaue Aufklärung der Patienten entscheidend. Der Schwerpunkt der diesjährigen Polymedikationsveranstaltung liegt bei der koronaren Herzkrankheit mit Einblicken in die Bereiche Rhythmologie, interventionelle Kardiologie und Geriatrie. Für die Veranstaltung sind CME-Fortbildungspunkte sowie bei Teilnahme am DMP-Vertrag KHK auch DMP-Punkte beantragt. Das vorläufige Programm sowie ein Anmeldeformular finden Sie im Anhang.

CME- und DMP-Punkte

#### **Anlage 5.2: Anmeldeformular**

### **3.7. Hausarztvertrag mit der Knappschaft aktualisiert - Neue Teilnahmeerklärung für Versicherte**

Ab 1. Januar 2018 ist bei Neueinschreibungen eine aktualisierte Teilnahmeerklärung für Versicherte zu nutzen. Das Formular wurde um den Passus ergänzt, dass die Versicherten ihre Teilnahme innerhalb einer Frist von zwei Wochen gegenüber der Knappschaft widerrufen können. Bis Ende Dezember 2017 können noch die bisherigen Teilnahmeerklärungen verwendet werden.

Bitte beziehen Sie die Formulare auf dem üblichen Weg per Bestellschein über den Paul Albrechts Verlag. Ausgenommen davon ist der KVN-Bezirksstellenbereich Osnabrück. Dort werden die Bestellungen direkt entgegen genommen.

Weitere Informationen finden Sie im KVN-Portal: Verträge/Hausarztzentrierte Versorgung/Knappschaft

### 3.8. Nachweis der jährlichen Fortbildungspflicht aus Sonderverträgen - Fortbildungspflicht des Jahres 2017

Im KVN-Portal unter Online-Dienste/Fortbildungspflicht aus Sonderverträgen besteht auch für das Jahr 2017 die Möglichkeit, die Erfüllung der Fortbildungspflicht im Rahmen der Vertragsteilnahme an Sonderverträgen bis zum Stichtag 30. Juni 2018 zu melden.

Des Weiteren informiert die dortige arztindividuelle Übersicht, zu welchen speziellen Fortbildungen sich Vertragsteilnehmer im Rahmen von Sonderverträgen zur Aufrechterhaltung der Abrechnungsgenehmigung verpflichtet haben.

Sobald die betreffende Fortbildungspflicht z. B. durch Präsenz- und/oder Onlinefortbildungen erfüllt ist, kann jeder Vertragsteilnehmer die Teilnahme an den relevanten Fortbildungen für das betreffende Kalenderjahr 2017 digital selbst kennzeichnen und auf die Übersendung der Nachweise verzichten.

Online-Dienste

## 4. Veranstaltungen im Dezember 2017

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

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

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

Name	Ort	Datum	Gebühr p. P.
<b>Qualitäts- und Praxismanagement</b>			
Management für komplexe Praxisstrukturen (2-tägig)	Hannover	01.Dez	220 Euro
<b>Medizinische und psychotherapeutische Themen</b>			
SGS - Strukturiertes Geriatri-sches Schulungsprogramm (für Diabetologische Schwerpunktpraxen)	Hannover	09.Dez	119 Euro

**Verbindliche Anmeldung** (bitte vollständig ausfüllen)

**Fax an 0511 380-3480**

Ich nehme am Seminar

---

mit \_\_\_\_\_ Person/en teil.

Datum des Seminars

---

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

---

Vor- und Nachname des Rechnungsempfängers (Praxis)

---

Anschrift des Rechnungsempfängers (Straße, PLZ, Ort)

---

LANR

---

BSNR

---

E-Mail-Adresse

---

Telefonnummer für evtl. Rückfragen

---

Datum

---

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

**Stempel**



## **5. Anlagenverzeichnis**

5.1. Empfehlungskatalog

5.2. Anmeldeformular

5.3. Sammelerklärung

	ICD-10-GM 2016	Bezeichnung gemäß ICD-10-GM 2016
<b>Frakturen im Bereich der Extremitäten proximal des Metacarpus und Metatarsus</b>	<b>S42.-</b>	<b>Fraktur im Bereich der Schulter und des Oberarmes</b>
	S42.0-	Fraktur der Klavikula
	S42.00	Fraktur der Klavikula: Teil nicht näher bezeichnet
	S42.01	Fraktur der Klavikula: Mediales Drittel
	S42.02	Fraktur der Klavikula: Mittleres Drittel
	S42.03	Fraktur der Klavikula: Laterales Drittel
	S42.09	Fraktur der Klavikula: Multipel
	S42.1-	Fraktur der Skapula
	S42.10	Fraktur der Skapula: Teil nicht näher bezeichnet
	S42.11	Fraktur der Skapula: Korpus
	S42.12	Fraktur der Skapula: Akromion
	S42.13	Fraktur der Skapula: Processus coracoideus
	S42.14	Fraktur der Skapula: Cavitas glenoidalis und Collum scapulae
	S42.19	Fraktur der Skapula: Multipel
	S42.2-	Fraktur des proximalen Endes des Humerus
	S42.20	Fraktur des proximalen Endes des Humerus: Teil nicht näher bezeichnet
	S42.21	Fraktur des proximalen Endes des Humerus: Kopf
	S42.22	Fraktur des proximalen Endes des Humerus: Collum chirurgicum
	S42.23	Fraktur des proximalen Endes des Humerus: Collum anatomicum
	S42.24	Fraktur des proximalen Endes des Humerus: Tuberculum majus
	S42.29	Fraktur des proximalen Endes des Humerus: Sonstige und multiple Teile
	S42.3	Fraktur des Humerusschaftes
	S42.4-	Fraktur des distalen Endes des Humerus
	S42.40	Fraktur des distalen Endes des Humerus: Teil nicht näher bezeichnet
	S42.41	Fraktur des distalen Endes des Humerus: Suprakondylär
	S42.42	Fraktur des distalen Endes des Humerus: Epicondylus lateralis
	S42.43	Fraktur des distalen Endes des Humerus: Epicondylus medialis
	S42.44	Fraktur des distalen Endes des Humerus: Epicondylus, Epicondylus, nicht näher bezeichnet
	S42.45	Fraktur des distalen Endes des Humerus: Transkondylär (T- oder Y-Form)
	S42.49	Fraktur des distalen Endes des Humerus: Sonstige und multiple Teile
	S42.7	Multiple Frakturen der Klavikula, der Skapula und des Humerus
	S42.8	Fraktur sonstiger Teile der Schulter und des Oberarmes
	S42.9	Fraktur des Schultergürtels, Teil nicht näher bezeichnet
	<b>S52.-</b>	<b>Fraktur des Unterarmes</b>
	S52.0-	Fraktur des proximalen Endes der Ulna
	S52.00	Fraktur des proximalen Endes der Ulna: Teil nicht näher bezeichnet
	S52.01	Fraktur des proximalen Endes der Ulna: Olekranon
	S52.02	Fraktur des proximalen Endes der Ulna: Processus coronoideus ulnae
	S52.09	Fraktur des proximalen Endes der Ulna: Sonstige und multiple Teile
	S52.1-	Fraktur des proximalen Endes des Radius
	S52.10	Fraktur des proximalen Endes des Radius: Teil nicht näher bezeichnet
	S52.11	Fraktur des proximalen Endes des Radius: Kopf
	S52.12	Fraktur des proximalen Endes des Radius: Kollum
	S52.19	Fraktur des proximalen Endes des Radius: Sonstige und multiple Teile
	S52.2-	Fraktur des Ulnaschaftes
	S52.20	Fraktur des Ulnaschaftes, Teil nicht näher bezeichnet
	S52.21	Fraktur des proximalen Ulnaschaftes mit Luxation des Radiuskopfes
	S52.3-	Fraktur des Radiuschaftes
	S52.30	Fraktur des Radiuschaftes, Teil nicht näher bezeichnet
	S52.31	Fraktur des distalen Radiuschaftes mit Luxation des Ulnakopfes
	S52.4	Fraktur des Ulna- und Radiuschaftes, kombiniert
	S52.5-	Distale Fraktur des Radius
	S52.50	Distale Fraktur des Radius: Nicht näher bezeichnet
	S52.51	Distale Fraktur des Radius: Extensionsfraktur
	S52.52	Distale Fraktur des Radius: Flexionsfraktur
	S52.59	Distale Fraktur des Radius: Sonstige und multiple Teile
	S52.6	Distale Fraktur der Ulna und des Radius, kombiniert
	S52.7	Multiple Frakturen des Unterarmes
	S52.8	Fraktur sonstiger Teile des Unterarmes
	S52.9	Fraktur des Unterarmes, Teil nicht näher bezeichnet
	S62.0	Fraktur des Os scaphoideum der Hand
	S62.1-	Fraktur eines oder mehrerer sonstiger Handwurzelknochen
	S62.10	Fraktur: Handwurzelknochen, nicht näher bezeichnet
	S62.11	Fraktur: Os lunatum
	S62.12	Fraktur: Os triquetrum
	S62.13	Fraktur: Os pisiforme
	S62.14	Fraktur: Os trapezium
	S62.15	Fraktur: Os trapezoideum
	S62.16	Fraktur: Os capitatum
	S62.17	Fraktur: Os hamatum
	S62.19	Fraktur sonstiger oder mehrerer Handwurzelknochen
	<b>S72.-</b>	<b>Fraktur des Femurs</b>
	S72.0-	Schenkelhalsfraktur
	S72.00	Schenkelhalsfraktur: Teil nicht näher bezeichnet
	S72.01	Schenkelhalsfraktur: Intrakapsulär
S72.02	Schenkelhalsfraktur: (Proximale) Epiphyse, Epiphysenlösung	
S72.03	Schenkelhalsfraktur: Subkapital	
S72.04	Schenkelhalsfraktur: Mediozervikal	

	ICD-10-GM 2016	Bezeichnung gemäß ICD-10-GM 2016
	S72.05	Schenkelhalsfraktur: Basis
	S72.08	Schenkelhalsfraktur: Sonstige Teile
	S72.1-	Pertrochantäre Fraktur
	S72.10	Femurfraktur: Trochantär, nicht näher bezeichnet
	S72.11	Femurfraktur: Intertrochantär
	S72.2	Subtrochantäre Fraktur
	S72.3	Fraktur des Femurschaftes
	S72.4-	Distale Fraktur des Femurs
	S72.40	Distale Fraktur des Femurs: Teil nicht näher bezeichnet
	S72.41	Distale Fraktur des Femurs: Condylus (lateralis) (medialis)
	S72.42	Distale Fraktur des Femurs: Epiphyse, Epiphysenlösung
	S72.43	Distale Fraktur des Femurs: Suprakondylär
	S72.44	Distale Fraktur des Femurs: Interkondylär
	S72.7	Multiple Frakturen des Femurs
	S72.8	Frakturen sonstiger Teile des Femurs
	S72.9	Fraktur des Femurs, Teil nicht näher bezeichnet
	<b>S82.-</b>	<b>Fraktur des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes</b>
	S82.0	Fraktur der Patella
	S82.1-	Fraktur des proximalen Endes der Tibia
	S82.11	Fraktur des proximalen Endes der Tibia: Mit Fraktur der Fibula (jeder Teil)
	S82.18	Fraktur des proximalen Endes der Tibia: Sonstige
	S82.2-	Fraktur des Tibiaschaftes
	S82.21	Fraktur des Tibiaschaftes: Mit Fraktur der Fibula (jeder Teil)
	S82.28	Fraktur des Tibiaschaftes: Sonstige
	S82.3-	Distale Fraktur der Tibia
	S82.31	Distale Fraktur der Tibia: Mit Fraktur der Fibula (jeder Teil)
	S82.38	Distale Fraktur der Tibia: Sonstige
	S82.4-	Fraktur der Fibula, isoliert
	S82.40	Fraktur der Fibula, isoliert: Teil nicht näher bezeichnet
	S82.41	Fraktur der Fibula, isoliert: Proximales Ende
	S82.42	Fraktur der Fibula, isoliert: Schaft
	S82.49	Fraktur der Fibula, isoliert: Multipel
	S82.5	Fraktur des Innenknöchels
	S82.6	Fraktur des Außenknöchels
	S82.7	Multiple Frakturen des Unterschenkels
	S82.8-	Frakturen sonstiger Teile der Unterschenkels
	S82.81	Bimalleolarfraktur
	S82.82	Trimalleolarfraktur
	S82.88	Frakturen sonstiger Teile der Unterschenkels
	S82.9	Fraktur des Unterschenkels, Teil nicht näher bezeichnet
	S92.0	Fraktur des Kalkaneus
	S92.1	Fraktur des Talus
	S92.20	Fraktur eines oder mehrerer sonstiger Fußwurzelknochen: Ein oder mehrere sonstige Fußwurzelknochen, nicht näher bezeichnet
	S92.21	Fraktur eines oder mehrerer sonstiger Fußwurzelknochen: Os naviculare pedis
	S92.22	Fraktur eines oder mehrerer sonstiger Fußwurzelknochen: Os cuboideum
	S92.23	Fraktur eines oder mehrerer sonstiger Fußwurzelknochen: Os cuneiforme (intermedium) (laterale) (mediale)
	S92.28	Fraktur eines oder mehrerer sonstiger Fußwurzelknochen: Sonstige Fußwurzelknochen
<b>Schädel-Hirn-Trauma mit Bewusstlosigkeit von weniger als 30 Minuten (S06.0 und S06.70)</b>	S06.0	Gehirnerschütterung
	S06.70	Bewusstlosigkeit bei Schädel-Hirn-Trauma: Weniger als 30 Minuten
<b>Akute tiefe Beinvenenthrombose</b>	I80.1	Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis der V. femoralis
	I80.28	Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis sonstiger tiefer Gefäße der unteren Extremitäten
<b>Hypertensive Krise</b> I10 - I15 jeweils als 5. Stelle "1"	I10.01	Benigne essentielle Hypertonie: Mit Angabe einer hypertensiven Krise
	I10.11	Maligne essentielle Hypertonie: Mit Angabe einer hypertensiven Krise
	I10.91	Essentielle Hypertonie, nicht näher bezeichnet: Mit Angabe einer hypertensiven Krise
	I11.01	Hypertensive Herzkrankheit mit (kongestiver) Herzinsuffizienz: Mit Angabe einer hypertensiven Krise
	I11.91	Hypertensive Herzkrankheit ohne (kongestive) Herzinsuffizienz: Mit Angabe einer hypertensiven Krise
	I12.01	Hypertensive Nierenkrankheit mit Niereninsuffizienz: Mit Angabe einer hypertensiven Krise
	I12.91	Hypertensive Nierenkrankheit ohne Niereninsuffizienz: Mit Angabe einer hypertensiven Krise
	I13.01	Hypertensive Herz- und Nierenkrankheit mit (kongestiver) Herzinsuffizienz: Mit Angabe einer hypertensiven Krise
	I13.11	Hypertensive Herz- und Nierenkrankheit mit Niereninsuffizienz: Mit Angabe einer hypertensiven Krise
	I13.21	Hypertensive Herz- und Nierenkrankheit mit (kongestiver) Herzinsuffizienz und Niereninsuffizienz: Mit Angabe einer hypertensiven Krise
	I13.91	Hypertensive Herz- und Nierenkrankheit, nicht näher bezeichnet: Mit Angabe einer hypertensiven Krise
	I15.01	Renovaskuläre Hypertonie: Mit Angabe einer hypertensiven Krise
	I15.11	Hypertonie als Folge von sonstigen Nierenkrankheiten: Mit Angabe einer hypertensiven Krise
	I15.21	Hypertonie als Folge von endokrinen Krankheiten: Mit Angabe einer hypertensiven Krise
	I15.81	Sonstige sekundäre Hypertonie: Mit Angabe einer hypertensiven Krise
	I15.91	Sekundäre Hypertonie, nicht näher bezeichnet: Mit Angabe einer hypertensiven Krise
<b>Angina pectoris (ausgenommen: ICD I20.9)</b>	I20.0	Instabile Angina pectoris
	I20.1	Angina pectoris mit nachgewiesenem Koronarspasmus
	I20.8	Sonstige Formen der Angina pectoris
<b>Pneumonie</b>	J10.0	Grippe mit Pneumonie, saisonale Influenzaviren nachgewiesen
	J11.0	Grippe mit Pneumonie, Viren nicht nachgewiesen
	<b>J12.-</b>	<b>Viruspneumonie, anderenorts nicht klassifiziert</b>

	ICD-10-GM 2016	Bezeichnung gemäß ICD-10-GM 2016
	J12.0	Pneumonie durch Adenoviren
	J12.1	Pneumonie durch Respiratory-Syncytial-Viren [RS-Viren]
	J12.2	Pneumonie durch Parainfluenzaviren
	J12.3	Pneumonie durch humanes Metapneumovirus
	J12.8	Pneumonie durch sonstige Viren
	J12.9	Viruspneumonie, nicht näher bezeichnet
	J13	Pneumonie durch Streptococcus pneumoniae
	J14	Pneumonie durch Haemophilus influenzae
	<b>J15.-</b>	<b>Pneumonie durch Bakterien, anderenorts nicht klassifiziert</b>
	J15.0	Pneumonie durch Klebsiella pneumoniae
	J15.1	Pneumonie durch Pseudomonas
	J15.2	Pneumonie durch Staphylokokken
	J15.3	Pneumonie durch Streptokokken der Gruppe B
	J15.4	Pneumonie durch sonstige Streptokokken
	J15.5	Pneumonie durch Escherichia coli
	J15.6	Pneumonie durch andere gramnegative Bakterien
	J15.7	Pneumonie durch Mycoplasma pneumoniae
	J15.8	Sonstige bakterielle Pneumonie
	J15.9	Bakterielle Pneumonie, nicht näher bezeichnet
	<b>J16.-</b>	<b>Pneumonie durch sonstige Infektionserreger, anderenorts nicht klassifiziert</b>
	J16.0	Pneumonie durch Chlamydien
	J16.8	Pneumonie durch sonstige näher bezeichnete Infektionserreger
	<b>J17.-</b>	<b>Pneumonie bei anderenorts klassifizierten Krankheiten</b>
	J17.0	Pneumonie bei anderenorts klassifizierten bakteriellen Krankheiten
	J17.1	Pneumonie bei anderenorts klassifizierten Viruskrankheiten
	J17.2	Pneumonie bei Mykosen
	J17.3	Pneumonie bei parasitären Krankheiten
	J17.8	Pneumonie bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten
	<b>J18.-</b>	<b>Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet</b>
	J18.0	Bronchopneumonie, nicht näher bezeichnet
	J18.1	Lobärpneumonie, nicht näher bezeichnet
	J18.2	Hypostatische Pneumonie, nicht näher bezeichnet
	J18.8	Sonstige Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet
<b>Akute Divertikulitis</b> K57 jeweils als 5. Stelle "2" oder "3"	K57.02	Divertikulitis des Dünndarmes mit Perforation und Abszess, ohne Angabe einer Blutung
	K57.03	Divertikulitis des Dünndarmes mit Perforation, Abszess und Blutung
	K57.12	Divertikulitis des Dünndarmes ohne Perforation, Abszess oder Angabe einer Blutung
	K57.13	Divertikulitis des Dünndarmes ohne Perforation und Abszess, mit Blutung
	K57.22	Divertikulitis des Dickdarmes mit Perforation und Abszess, ohne Angabe einer Blutung
	K57.23	Divertikulitis des Dickdarmes mit Perforation, Abszess und Blutung
	K57.32	Divertikulitis des Dickdarmes ohne Perforation, Abszess oder Angabe einer Blutung
	K57.33	Divertikulitis des Dickdarmes ohne Perforation oder Abszess, mit Blutung
	K57.42	Divertikulitis sowohl des Dünndarmes als auch des Dickdarmes mit Perforation und Abszess, ohne Angabe einer Blutung
	K57.43	Divertikulitis sowohl des Dünndarmes als auch des Dickdarmes mit Perforation, Abszess und Blutung
	K57.52	Divertikulitis sowohl des Dünndarmes als auch des Dickdarmes ohne Perforation, Abszess oder Angabe einer Blutung
	K57.53	Divertikulitis sowohl des Dünndarmes als auch des Dickdarmes ohne Perforation oder Abszess, mit Blutung
	K57.82	Divertikulitis des Darmes, Teil nicht näher bezeichnet, mit Perforation und Abszess, ohne Angabe einer Blutung
	K57.83	Divertikulitis des Darmes, Teil nicht näher bezeichnet, mit Perforation, Abszess und Blutung
	K57.92	Divertikulitis des Darmes, Teil nicht näher bezeichnet, ohne Perforation, Abszess oder Angabe einer Blutung
	K57.93	Divertikulitis des Darmes, Teil nicht näher bezeichnet, ohne Perforation oder Abszess, mit Blutung

## Vermeidung von Polymedikation bei koronarer Herzkrankheit

### Fortbildungsveranstaltung am 03. Februar 2018 in der Akademie des LandesSportBundes, Hannover

„Übermedikalisierung ist unethisch und oft gefährlich“, sagte vor 15 Jahren bereits Ivan Illich im British Medical Journal. Geht es nach Leitlinien, müssen Menschen mit Multimorbidität, also vorwiegend ältere Menschen, auf Grund der unterschiedlichen Symptome und Krankheitsbilder verschiedenste Medikamente einnehmen. Auch gemäß den in Deutschland etablierten Disease-Management-Programmen (DMP) wie COPD, Diabetes mellitus Typ I und Typ II und KHK sind oft umfangreiche Medikationspläne zu erstellen. In der Gesamtbetrachtung kann das aber genau im Gegenteil münden:

„Der Tatsache ins Auge sehen: wir Ärzte tun zu viel“ resümierte Paul Glasziou bereits 2016 beim 50. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) in Frankfurt.

Wir möchten mit der Einladung zu dieser Veranstaltung den Blick schärfen für die Probleme von Übererkennung, Überdefinition und Übermedikalisierung und Mutmachen sowie Strategien entwerfen, wie man vor allem bei hochbetagten Patient\*innen ethisch verantwortbar und medizinisch sinnvoll Medikamente weglassen kann.

Zu dieser Veranstaltung möchten wir Ärzte\*innen, Apotheker\*innen sowie weitere Interessierte einladen und insbesondere das Thema „Polymedikation bei Menschen mit koronarer Herzkrankheit“ aufgreifen.

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

Die Zertifizierung mit Fortbildungspunkten wurde bei dem Sachgebiet Fortbildung der Ärztekammer Niedersachsen und der Apothekerkammer Niedersachsen beantragt. Für die Teilnahme an dem DMP-Vertrag KHK wurden DMP-Punkte beantragt.

#### Vorläufiges Programm

- 09:30 Uhr **Anmeldung und Begrüßungskaffee**
- 10:00 Uhr **Grußworte**  
Brigitte Käser, AOK – Die Gesundheitskasse für Niedersachsen, Hannover  
Dr. Jörg Berling, Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen, Hannover
- 10:15 Uhr **Polymedikation**  
Prof. Dr. med. Dirk O. Stichtenoth,  
Medizinische Hochschule Hannover
- 11:00 Uhr **Polymedikation bei koronarer Herzkrankheit aus Sicht eines Rhythmologen**  
N.N.
- 11:45 Uhr **Kaffeepause**
- 12:00 Uhr **Polymedikation bei koronarer Herzkrankheit im Bereich der Geriatrie**  
Dr. Sebastian Baum, Evangelisches Krankenhaus Johannisstift  
Münster gGmbH
- 12:45 Uhr **Interventionelle Kardiologie und Polymedikation**  
Dr. Ulrike Flierl, Medizinische Hochschule Hannover
- 13:30 Uhr **Mittagessen, 14:30 Uhr 1. Durchgang der Workshops**
- WS1 Polymedikation bei koronarer Herzkrankheit im Bereich der Geriatrie**  
Dr. Sebastian Baum, Apotheker, Evangelisches Krankenhaus Johannisstift  
Münster gGmbH und N.N., Geriater
- WS2 Polymedikation bei koronarer Herzkrankheit aus Sicht eines Rhythmologen**  
N.N.
- WS3 Interventionelle Kardiologie und Polymedikation**  
Dr. Ulrike Flierl, Kardiologin, Medizinische Hochschule Hannover
- WS4 Polymedikation bei koronarer Herzkrankheit aus Sicht eines Apothekers**  
Carsten Lambrich, Apotheker in Langenhagen

15:30 Uhr **Kaffeepause**

16:00 Uhr **2. Durchgang der Workshops**

- WS1 Polymedikation bei koronarer Herzkrankheit im Bereich der Geriatrie**  
Dr. Sebastian Baum, Apotheker, Evangelisches Krankenhaus Johannisstift Münster gGmbH und N.N., Geriater
- WS2 Polymedikation bei koronarer Herzkrankheit aus Sicht eines Rhythmologen**  
N.N.
- WS3 Interventionelle Kardiologie und Polymedikation**  
Dr. Ulrike Flierl, Kardiologin, Medizinische Hochschule Hannover
- WS4 Polymedikation bei koronarer Herzkrankheit aus Sicht eines Apothekers**  
Carsten Lambrich, Apotheker in Langenhagen

17:00 Uhr **Ende der Veranstaltung**

---

**Anmeldung**  
**Fax-Nr.: 0511 / 388 11 89 31**

Die Teilnahmegebühr beträgt **59 Euro** (inkl. Getränke und Mittagsimbiss). Anmeldeschluss ist der 19. Januar 2018. Anmeldungen werden nur schriftlich über unser Anmeldeformular unter [www.gesundheit-nds.de](http://www.gesundheit-nds.de) oder den Anmeldecoupon entgegengenommen. Anmeldungen können nur verbindlich erfolgen. Reservierungen sind nicht möglich. Mit Ihrer Anmeldung akzeptieren Sie die Teilnahmebedingungen und erklären sich zur Zahlung der Teilnahmegebühr bereit. Nach erfolgreicher Anmeldung erhalten Sie zur Begleichung der Teilnahmegebühr innerhalb von 14 Tagen eine Rechnung per E-Mail an die von Ihnen angegebene Rechnungsadresse. Diese Rechnung gilt gleichzeitig als Anmeldebestätigung. Stornierungen müssen schriftlich erfolgen. Bis zum 19. Januar 2018 erstatten wir die Teilnahmegebühr abzüglich 10 Euro für Verwaltungskosten.

Bei späteren Absagen oder Nichterscheinen erfolgt keine Rückerstattung. Falls Sie Ihren Platz an eine andere Person vergeben möchten, teilen Sie uns dies bitte per E-Mail mit. Den Tausch nehmen wir unentgeltlich vor.

Weitere Informationen unter: [www.gesundheit-nds.de](http://www.gesundheit-nds.de); Rückfragen bitte an: Telefon: 0511 / 388 11 89-0 oder E-Mail: [info@gesundheit-nds.de](mailto:info@gesundheit-nds.de).

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

Bitte in **DRUCKBUCHSTABEN** ausfüllen.

Ich melde mich für die Veranstaltung „**Vermeidung von Polymedikation bei koronarer Herzkrankheit**“ am 03. Februar an.

**Workshopwahl** (bitte WS-Nr. eintragen)

1. Durchgang WS-Nr.: \_\_\_\_\_  Arzt\*in  Apotheker\*in  Interessierte  
2. Durchgang WS-Nr.: \_\_\_\_\_  Frau  Herr

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Telefon / E-Mail: \_\_\_\_\_

**Rechnungsadresse:**

Institution: \_\_\_\_\_

Ansprechpartner: \_\_\_\_\_

Straße, PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

Ich habe die Teilnahmebedingungen gelesen, akzeptiere sie und melde mich hiermit verbindlich an.









# Informationen für die Praxis

KVN-Rundschreiben

Oktober 2017

## Inhaltsverzeichnis

<b>1. Abrechnung .....</b>	<b>2</b>
1.1. Anpassung der Gebührensätze der UV-GOÄ und Änderungen bei den Formularen .....	2
1.2. Früherkennungsuntersuchungen U 10, U 11 und J 2 mit der Knappschaft - Anhebung der Vergütung mit Wirkung ab 1. Juli 2017 .....	2
1.3. Auch bei Soldatinnen und Soldaten der Bundeswehr: Strukturzuschlag auf Psychotherapeutische Sprechstunde und Akutbehandlung abrechenbar .....	3
1.4. Volle Kostenübernahme der Kombinationsimpfung gegen Tetanus, Diphtherie und Pertussis bei Vorliegen eines Arbeitsunfalles durch den Unfallversicherungsträger .....	3
1.5. Rückwirkende Änderung im Kapitel 35 EBM .....	3
<b>2. Verordnungen .....</b>	<b>4</b>
2.1. Änderung der Anlage V (verordnungsfähige Medizinprodukte) der Arzneimittel-Richtlinie .....	4
2.2. Neue Festbeträge für Einlagen .....	5
<b>3. Allgemeine Hinweise .....</b>	<b>7</b>
3.1. Telematikinfrastruktur: Aktuelle Hinweise zur Anbindung der Praxen an das Gesundheitsnetz .....	7
3.2. Neues Versorgungsnetzwerk „Rheuma-VOR“ .....	8
3.3. Teilnahme am DMP Brustkrebs seit dem 1. Oktober 2017 für mindestens zehn Jahre möglich .....	9
3.4. AOK-Behandlungsprogramm Depression und Burn-out - Psychotherapeutenmodul: Veränderte Leistungsabrechnung seit 1. Oktober 2017 .....	11
3.5. Stichprobenziehung Qualitätsmanagement 2017 .....	11
3.6. KVN empfiehlt: Gesundheitskarten mit Aufdruck G1 nicht per se ablehnen .....	12
<b>4. Veranstaltungen im November und Dezember 2017 ...</b>	<b>13</b>
<b>5. Anlagenverzeichnis .....</b>	<b>16</b>
5.1. Muster Screening-Bogen .....	16
5.2. Behandlungspfad .....	16

## 1. Abrechnung

### 1.1. Anpassung der Gebührensätze der UV-GOÄ und Änderungen bei den Formularen

Die KBV konnte bei den Verhandlungen über die Gebührensätze der gesetzlichen Unfallversicherungsträger eine Honorarsteigerung von 18 Prozent aushandeln. Die Anhebung ist auf vier Jahre gestreckt. Die erste Erhöhung um 8 Prozent erfolgt zum 1. Oktober 2017.

Erhöhung erfolgt zum  
1. Oktober 2017

#### **Die neuen Vergütungen gelten für alle Ärzte, die für die Unfallversicherung tätig sind.**

Die Anpassung der Gebührensätze der UV-GOÄ (Anlage 1 zum Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger) erfolgt verteilt auf vier Stufen in Abständen von jeweils einem Jahr: Mit der ersten Stufe werden die Gebühren zum 1. Oktober 2017 um acht Prozent angepasst. Danach folgen drei Stufen mit einer Erhöhung von je drei Prozent, jeweils zum 1. Oktober des Jahres 2018, 2019 und 2020. Die Erhöhung erfolgt basiswirksam, sodass sich eine Steigerung von insgesamt rund 18 Prozent ergibt.

Ausgenommen von den Erhöhungen sind allerdings die Gebühren, die in den vergangenen Jahren bereits deutlich erhöht wurden, beispielsweise die Gutachtengebühren, die Schreibgebühren, Gebühren für die Hautkrebisbehandlung, Zuschläge für das ambulante Operieren und für ambulante OP-Leistungen sowie Gebühren des Teils M „Labor“.

Ausgenommen sind ...

Anästhesieleistungen erhalten zum 1. Oktober 2017 neue Leistungslegenden und werden deutlich angehoben.

Anästhesieleistungen

Die neuen Gebühren sind auch im Praxisverwaltungssystem hinterlegt. Für den Fall, dass Sie zum 1. Oktober noch nicht über die entsprechend angepasste Praxissoftware verfügen, sollten erbrachte Leistungen erst dann abgerechnet werden, wenn diese nach den neuen Gebühren dargestellt werden können. So ersparen Sie sich Nachberechnungen.

Zum 1. April 2018 wird es zudem Anpassungen bei den Formularen geben. Detaillierte Informationen hierzu werden wir Ihnen rechtzeitig bekannt geben.

Zum 1. April 2018

Die neue UV-GOÄ mit den aktualisierten Gebühren können Sie auf der Homepage der KBV unter <http://www.kbv.de/html/uv.php> einsehen.

### 1.2. Früherkennungsuntersuchungen U 10, U 11 und J 2 mit der Knappschaft - Anhebung der Vergütung mit Wirkung ab 1. Juli 2017

Im Rahmen von Verhandlungen zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Knappschaft konnte erreicht werden, dass rückwirkend die Vergütungen für die o. a. Früherkennungsuntersuchungen einheitlich auf einen neuen Betrag von 53 Euro angehoben werden. Dies betrifft die

- GOP 81102 Beratung, Aufklärung, Durchführung und Dokumentation der U 10
- GOP 81120 Beratung, Aufklärung, Durchführung und Dokumentation der U 11
- GOP 81121 Beratung, Aufklärung, Durchführung und Dokumentation der J 2

Die neuen Zahlbeträge werden automatisch im Rahmen der Abrechnung für das 3. Quartal 2017 KVN-seitig berücksichtigt.

### **1.3. Auch bei Soldatinnen und Soldaten der Bundeswehr: Strukturzuschlag auf Psychotherapeutische Sprechstunde und Akutbehandlung abrechenbar**

Ergänzend zu unseren Ausführungen im Mai-Rundschreiben möchten wir Sie darüber informieren, dass rückwirkend zum 1. April 2017 auch der Zuschlag nach der GOP 35254 (Strukturzuschlag Psychotherapeutische Sprechstunde und Akutbehandlung) gegenüber der Bundeswehr berechnungsfähig ist.

### **1.4. Volle Kostenübernahme der Kombinationsimpfung gegen Tetanus, Diphtherie und Pertussis bei Vorliegen eines Arbeitsunfalles durch den Unfallversicherungsträger**

Wir hatten Sie zuletzt in 2011 darüber informiert, dass die Unfallversicherungsträger bei Vorliegen eines Arbeitsunfalls nur die Tetanusimpfung übernehmen und der Patient zur weiteren Klärung seines Impfstatus und ggf. zur Nachimpfung gegen Diphtherie und Pertussis an seinen Hausarzt verwiesen werden soll.

Aufgrund der bestehenden Lieferschwierigkeiten von Monoimpfstoffen haben sich die Unfallversicherungsträger bereit erklärt, vorübergehend die Kosten des Kombinationsimpfstoffes zu erstatten.

Lieferschwierigkeiten

Sollten sich Änderungen in der Leistungserbringung oder Abrechnung ergeben, werden wir Sie umgehend informieren.

### **1.5. Rückwirkende Änderung im Kapitel 35 EBM**

Der Bewertungsausschuss hat die sitzungsbezogenen Abrechnungsausschlüsse der GOP 35141 (vertiefte Exploration) und 35142 (Zuschlag für die Erhebung ergänzender neurologischer und psychiatrischer Befunde) gegen die genehmigungspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen nach GOP 35200 bis 35203, 35205, 35208, 35210 bis 35212 und 35220 bis 35252 rückwirkend zum 1. April 2017 wieder aufgehoben.

Da die Abrechnung des Quartals 2/2017 zum Zeitpunkt der Mitteilung dieser rückwirkenden Änderung bereits fertig gestellt war, wurden die bisherigen Ausschlüsse mit entsprechenden Leistungskorrekturen umgesetzt.

Zur Vermeidung überflüssiger Widerspruchsverfahren teilen wir Ihnen mit, dass wir die diesbezüglichen Streichungen von Amts wegen zurücknehmen und mit der nächsten Abrechnung entsprechende Nachvergütungen vornehmen werden.

Wir bitten um Verständnis.

## 2. Verordnungen

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

Mit Wirkung ab dem 1. Oktober 2017 wird das Medizinprodukt MOVICOL® aromafrei mit einer Befristung der Verordnungsfähigkeit bis zum 27. Januar 2021 wie folgt in Anlage V der Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL) aufgenommen:

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

Da MOVICOL® aromafrei bislang als Arzneimittel vertrieben wurde, war die Aufnahme in Anlage V der AM-RL mit Auflagen verbunden, die der Hersteller nun erfüllt hat. MOVICOL® aromafrei wird daher ab dem 1. Oktober 2017 ausschließlich als Medizinprodukt vertrieben.

Die namentlich in Anlage V aufgeführten Medizinprodukte dürfen in den genannten medizinisch notwendigen Fällen unter Berücksichtigung der angegebenen Befristung und evtl. bestehender Sondervertragsregelungen zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung auf Namen des Patienten verordnet werden.

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

## 2.2. Neue Festbeträge für Einlagen

Der GKV Spitzenverband hat die Produktgruppe 08 des GKV-Hilfsmittelverzeichnisses aktualisiert. Gleichzeitig wurden auch die Festbeträge der Produktgruppe 08 angepasst. Die Neufassung der Produktgruppe „Einlagen“ ist am 1. April 2017 in Kraft getreten.

Mit der Aktualisierung wurden Einlagen, die dem heutigen Versorgungsstandard nicht mehr entsprechen, gestrichen, z. B. Einlagen aus Leichtmetall und Edelstahl oder Fersenschalen. Für besseren Halt im Schuh sollen stützende Einlagen, Bettungs- und Schaleneinlagen immer langsohlig angefertigt werden.

Es wurde festgelegt, bei welchen Produktgruppen ein dreidimensionaler Formabdruck erforderlich ist und wann ein zweidimensionaler Maßabdruck ausreichend ist.

Klare Aussagen gibt es nun auch zu der Nutzungsdauer und Mehrfachausstattung:

Die Versicherten können aus hygienischen Gründen zwei Paar orthopädische Einlagen erhalten, jedoch erfolgt die Abgabe des Wechselpaares erst nach ausreichender Erprobung des ersten Paares. Allgemein ist davon auszugehen, dass zwei Paar Einlagen im Jahr ausreichen.

Neufassung am 1. April  
2017 in Kraft getreten

## Änderungen

Hilfsmittel-Positionsnummer	Bezeichnung	Hinweis
08.03.01	<b>Stützende Einlagen</b> (4/4 lang)	Eine evtl. notwendige Lederdecke ist im Festbetrag enthalten.  Nach gesonderter ärztlicher Verordnung zusätzlich abrechenbar: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Supinations- /Pronationskeil</li> <li>• Fersenspornausnehmung/-polster incl. Lederbezug</li> <li>• Rigidusfeder, incl. Langer Lederdecke</li> <li>• Weichbettung, langsohlig, incl. Lederbezug</li> <li>• Weichbettung, Vorfußbereich, incl. Lederbezug</li> <li>• Verkürzungsausgleich (fest mit der Einlage verbunden)</li> </ul>
08.03.02.0	<b>Bettungseinlagen, elastisch, ggf. druckumverteilend</b> (4/4 lang)	Eine langsohlige Decke aus Walkleder oder aus anderen Materialien mit mind. gleichen stabilisierenden und physiologischen Eigenschaften ist im Festbetrag enthalten, ebenso wie der erforderliche Schutz der Unterseite.  Nach gesonderter ärztlicher Verordnung zusätzlich abrechenbar: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Supinations- /Pronationskeil</li> <li>• Fersenspornausnehmung/-polster incl. Lederbezug</li> <li>• Rigidusfeder, incl. Langer Lederdecke</li> <li>• Weichbettung, langsohlig, incl. Lederbezug</li> <li>• Weichbettung, Vorfußbereich, incl. Lederbezug</li> <li>• Verkürzungsausgleich (fest mit der Einlage verbunden)</li> </ul>
08.03.02.1	<b>Weichpolsterungsbettungseinlagen, elastisch, druckumverteilend</b> (4/4 lang)	Langsohlige Lederbezug ist im Festbetrag enthalten  Nach gesonderter ärztlicher Verordnung zusätzlich abrechenbar: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Supinations- /Pronationskeil</li> <li>• Fersenspornausnehmung/-polster incl. Lederbezug</li> <li>• Verkürzungsausgleich (fest mit der Einlage verbunden)</li> </ul>
Hilfsmittel-Positionsnummer	Bezeichnung	Hinweis
08.03.03.0	<b>Schaleneinlagen, elastisch</b> (4/4 lang)	Eine langsohlige Decke aus Walkleder oder aus anderen Materialien mit mind. gleichen stabilisierenden und physiologischen Eigenschaften ist im Festbetrag enthalten, ebenso wie der erforderliche Schutz der Unterseite.  Nach gesonderter ärztlicher Verordnung zusätzlich abrechenbar: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Supinations- /Pronationskeil</li> <li>• Fersenspornausnehmung/-polster incl. Lederbezug</li> <li>• Rigidusfeder, incl. Langer Lederdecke</li> <li>• Weichbettung, langsohlig, incl. Lederbezug</li> <li>• Weichbettung, Vorfußbereich, incl. Lederbezug</li> <li>• Verkürzungsausgleich (fest mit der Einlage verbunden)</li> </ul>
08.03.03.1	<b>Schaleneinlagen, fest, verformbar</b> (3/4 lang)	Ein evtl. notwendiger Lederbezug ist im Festbetrag enthalten.  Nach gesonderter ärztlicher Verordnung zusätzlich abrechenbar: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Supinations- /Pronationskeil</li> <li>• Fersenspornausnehmung/-polster incl. Lederbezug</li> <li>• Weichbettung, langsohlig incl. Lederbezug</li> <li>• Weichbettung, Vorfußbereich, incl. Lederbezug</li> <li>• Verkürzungsausgleich (fest mit der Einlage verbunden)</li> </ul>
	<b>Einlagen mit Korrektur</b>	Ein evtl. notwendiger Lederbezug ist im Festbetrag enthalten.
08.03.04	<b>turbacken</b> (3/4 lang)	Nach gesonderter ärztlicher Verordnung zusätzlich abrechenbar bei: Drei-Backeneinlagen <ul style="list-style-type: none"> <li>• Supinations- /Pronationskeil</li> <li>• Fersenspornausnehmung/-polster incl. Lederbezug</li> <li>• Verkürzungsausgleich fest mit der Einlage verbunden</li> </ul> Einlagen mit Winkel <ul style="list-style-type: none"> <li>• Supinations- /Pronationskeil</li> <li>• Fersenspornausnehmung/-polster incl. Lederbezug</li> <li>• Verkürzungsausgleich fest mit der Einlage verbunden</li> </ul> Winkelhebeleinlagen <ul style="list-style-type: none"> <li>• Supinations- /Pronationskeil</li> <li>• Fersenspornausnehmung/-polster incl. Lederbezug</li> </ul>
08.03.06.1	Stoßabsorber/Fersenkissen	Keine Zusätze abrechenbar.
08.03.06.1	Herausnehmbarer Verkürzungsausgleich	Keine Zusätze abrechenbar. Ein evtl. notwendiger Lederbezug ist im Festbetrag enthalten.

Die vollständige Beschreibung der Produktgruppe 08 „Einlagen“ finden Sie auf der Internetseite des GKV-Spitzenverbandes ([www.gkv-spitzenverband.de](http://www.gkv-spitzenverband.de)) unter Krankenversicherung/Hilfsmittel/Hilfsmittelverzeichnis/Fortschreibung der Produktgruppen. Auf dieser Seite finden Sie außerdem einen Link zum aktuellen Hilfsmittelverzeichnis.

### 3. Allgemeine Hinweise

#### 3.1. Telematikinfrastruktur: Aktuelle Hinweise zur Anbindung der Praxen an das Gesundheitsnetz

##### **Aktueller Stand**

Nach dem offiziellen Startschuss für die Telematikinfrastruktur (TI) sollen in den nächsten Monaten alle Praxen an Deutschlands größtes elektronisches Gesundheitsnetz angeschlossen werden. Die IT-Komponenten für die Anbindung an die TI sind Konnektor, VPN-Zugangsdienst, eHealth-Kartenterminal, PVS-Anpassung, Praxisausweis (SMC-B). Für die Durchführung des sogenannten Versichertenstammdatenmanagements (VSDM), der ersten Anwendung der Telematikinfrastruktur, muss Ihre Praxis über diese Geräte an die TI angeschlossen sein. Bisher wurde keine Komponente für den Betrieb von der gematik zugelassen.

##### **Fristverschiebung geplant**

Das heißt: Es kann zurzeit auch noch keine Praxis an die TI angeschlossen werden. Das Bundesgesundheitsministerium will wegen dieser Verzögerungen den Termin, ab dem spätestens die Daten der Versicherten auf der elektronischen Gesundheitskarte abgeglichen werden müssen, vom 31. Juli 2018 auf den 31. Dezember 2018 verschieben.

##### **Finanzierung**

Sie müssen nicht selbst für die Anbindung Ihrer Praxis an die Telematikinfrastruktur aufkommen. Finanziell gefördert wird eine Praxis ab dem Zeitpunkt, an dem sie erstmalig das Versichertenstammdatenmanagement durchgeführt hat. Ab dann hat sie Anspruch auf die Pauschalen für die Erstausrüstung sowie die Pauschalen für den laufenden Betrieb. Dies gilt auch für den Praxisausweis (SMC-B) und den elektronischen Heilberufsausweis. Die KVN prüft mit Abgabe der Quartalsabrechnung, ob eine Praxis den Online-Stammdatenabgleich vorgenommen hat und zahlt dann die der Praxis zustehenden Beträge automatisch aus. Ein Antrag wird nur notwendig, wenn eine Praxis vorab eine Abschlagszahlung auf die TI-Anbindung erhalten möchte. Das Formular dafür ist in Vorbereitung. Wir werden Sie informieren, wenn es verfügbar ist.

##### **Empfehlung und weitere Informationen**

Sie sollten erst dann einen Vertrag zum Anschluss an die TI abschließen, wenn wirklich sicher ist, dass alle notwendigen Komponenten lieferbar sind. Fehlt auch nur ein Teil, kann die Praxis das Versichertenstammdatenmanagement nicht durchführen. Der Sachstand beim TI-

Ab wann wird gefördert?

Rollout kann sich vor Erscheinen unseres nächsten Rundschreibens schon wieder geändert haben.

Ständig aktualisierte Informationen stellt die KVN daher im Internet unter: <http://www.kvn.de/Praxis/TK-Rollout/> bereit. Zudem können Sie bei Fragen auch die TK-Hotline der KVN unter Telefon 0511 380-3536 anrufen oder eine E-Mail an [TK-Anfragen@kvn.de](mailto:TK-Anfragen@kvn.de) schicken.

### 3.2. Neues Versorgungsnetzwerk „Rheuma-VOR“

Bei dem neuen Versorgungsnetzwerk Rheuma-VOR geht es um die frühzeitige Erkennung entzündlicher-rheumatischer Erkrankungen und die zeitnahe Weiterbehandlung, insbesondere durch Rheumatologen. Das vom Innovationsfonds geförderte Versorgungsnetzwerk wird in Rheinland-Pfalz, im Saarland und in Niedersachsen etabliert. Es gliedert sich in zwei Versorgungsebenen.

In der Versorgungsebene I spielen Hausärzte, Dermatologen und Orthopäden bei der frühzeitigen Erkennung und Behandlung der rheumatoïden Arthritis der Psoriasisarthritis und der Spondylarthropathie eine besondere Rolle, da sie meist die erste Anlaufstelle für Patienten sind. Sobald bei einem GKV-Versicherten ab 18 Jahren mit Wohnsitz in Niedersachsen der Verdacht auf das Vorliegen einer dieser Erkrankungen besteht, wird eine körperliche Untersuchung und Befragung, Blutentnahme sowie Laboruntersuchung durchgeführt. Diese Leistungen sind Bestandteil der EBM-Abrechnung.

Weisen die Untersuchungsergebnisse auf das Vorliegen einer der drei Erkrankungen hin, erfolgt in einem 2. Schritt die Dokumentation der Untersuchungsergebnisse auf dem entsprechenden krankheitsspezifischen Screening-Bogen (Muster als Kopiervorlage s. Anlage 1) und es erfolgt eine kurze Information des Patienten über das Projekt „Rheuma-VOR“. Anschließend übermittelt die Praxis den vom Versicherten unterzeichneten Screenings-Bogen per Fax an die Rheuma-VOR-Koordinierungszentrale, welche einen Termin bei einem Rheumatologen innerhalb von zwei bis maximal vier Wochen vermittelt. Der Versicherte erhält eine Kopie des Screening-Bogens. Eine evtl. Einschreibung des Patienten in das Projekt Rheuma-VOR und dessen Aufklärung hierüber erfolgt durch den Rheumatologen. Dieser informiert auch den überweisenden Arzt über das Ergebnis seiner Untersuchungen. Der Behandlungspfad der beiden Versorgungsebenen ist als Anlage 2 beigefügt.

Zusätzlich zur EBM-Abrechnung können Ärzte der Versorgungsebene I eine extrabudgetäre Vergütung in Höhe von 30 Euro mittels GOP 91350 einmal je Versicherten über die eGK des Versicherten mit der KVN abrechnen. Mit der ersten Abrechnung beginnt gleichzeitig die Teilnahme des Arztes der Versorgungsebene I am Vertrag; es bedarf keiner gesonderten Teilnahmeerklärung.

Für die umfangreichen Leistungen der Rheumatologen in der Versorgungsebene II sind zwei extrabudgetäre Pauschalen, eine für die Erstvorstellung und eine für die Folge-Evaluation mit jeweils 70 Euro abrechenbar (GOP 91351 und 91352). Für Rheumatologen ist ein

Versorgungsebene I

Screening-Bogen

Behandlungspfad

Versorgungsebene II



Teilnahmeverfahren vorgesehen (Teilnahmeantrag unter: [www.kvn.de/Anträge/GenehmigungspflichtigeLeistungen-RheumaVor](http://www.kvn.de/Anträge/GenehmigungspflichtigeLeistungen-RheumaVor)).

Die Kooperationsvereinbarung mit den konkreten Inhalten, Zielen und Vergütungen für die ärztlichen Leistungen sowie die Information/Einwilligungserklärung etc. finden Sie im KVN-Portal unter Verträge/Innovationsfonds/Versorgungsnetzwerk „Rheuma-VOR“.

Wenn Sie noch Fragen zum Projekt haben, können Sie die Rheuma-VOR-Kooperationszentrale anrufen (Telefon 0511 532-6400) oder auch unter [www.Rheuma-VOR.de](http://www.Rheuma-VOR.de) weitere Informationen erhalten.

#### **Anlage 5.1: Muster Screening-Bogen**

#### **Anlage 5.2: Behandlungspfad**

### **3.3. Teilnahme am DMP Brustkrebs seit dem 1. Oktober 2017 für mindestens zehn Jahre möglich**

Das Disease-Management-Programm Brustkrebs wurde vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) vollständig überarbeitet und an aktuelle Leitlinien und an den Stand der medizinischen Erkenntnisse angepasst.

Die Aktualisierung des DMP Brustkrebs tritt am 1. Oktober 2017 in Kraft. Bis zum 1. Oktober 2018 muss der DMP-Brustkrebs-Vertrag in Niedersachsen angepasst werden, sodass das aktualisierte DMP mit neuen Dokumentationsvorgaben zum 1. Oktober 2018 in den Praxen umgesetzt wird.

Ein neuer Schwerpunkt des DMP liegt auf der Nachsorge, bei der stärker als zuvor Neben- und Folgewirkungen der Therapie berücksichtigt werden. Auf Grund von geänderten Leitlinienempfehlungen und unter Berücksichtigung des späten Wiederauftretens der Erkrankung ist eine Teilnahme am DMP Brustkrebs künftig bis zu zehn Jahre nach Diagnosesicherung möglich.

In Niedersachsen wird die verlängerte Teilnahmedauer von mindestens zehn Jahren bereits zum 1. Oktober 2017 wirksam. Hierauf einigten sich die gesetzlichen Krankenkassen in Niedersachsen und die KVN. DMP-Teilnehmerinnen, die ab 1. Oktober 2017 wegen Überschreitung der bisher geltenden Teilnahmedauer aus dem DMP ausscheiden würden, können somit weiter teilnehmen. Damit wird vermieden, dass für die Zeit bis zur Umsetzung des Beschlusses zum 1. Oktober 2018 Patientinnen ausscheiden und dann wenige Monate später erneut wieder eingeschrieben werden müssen.

Anhand der folgenden Fallbeispiele möchten wir Ihnen die verlängerte Teilnahmedauer verdeutlichen:

#### **Teilnahmeende nach Inkrafttreten der Richtlinie**

- Die Teilnahme besteht seit 2015.
- Die Einschreibung ist auf Grund eines Primärtumors erfolgt.
- Das Datum der histologischen Sicherung ist der 20. Juni 2015.

Anpassung bis zum  
1. Oktober 2018

Bis zu zehn Jahre nach  
Diagnosesicherung

- Ablauf der 5 ½ Jahre: 20. Dezember 2020
- Die Teilnahme verlängert sich auf zehn Jahre ausgehend vom Datum der histologischen Sicherung.
- Das neue Teilnahmeende ist der 20. Juni 2025.
- **Es ist nichts weiter zu veranlassen.**

#### **Teilnahmeende vor Inkrafttreten der Richtlinie**

- Die Teilnahme besteht seit 2015.
- Die Einschreibung ist auf Grund eines Primärtumors erfolgt.
- Das Datum der histologischen Sicherung ist der 29. Dezember 2011.
- Ablauf der 5 ½ Jahre: 29. Juni 2017
- Die reguläre Teilnahme der Versicherten ist zum Zeitpunkt des Inkrafttretens der verlängerten Teilnahmedauer bereits beendet.
- Eine erneute Einschreibung der Versicherten ist (auf deren Wunsch) auf Grund des Primärtumors vom 29. Dezember 2011 ab 1. Oktober 2017 möglich.
- Das neue Teilnahmeende ist der 29. Dezember 2021.
- **Es ist eine neue Teilnahme/Einwilligungserklärung und Erstdokumentation zu erstellen.**

#### **Auftreten eines Rezidivs/kontralateralen Tumors**

- Die Teilnahme besteht seit 2015.
- Die Einschreibung ist auf Grund eines Primärtumors erfolgt.
- Das Datum der histologischen Sicherung ist der 20. Juni 2012.
- Ablauf der 5 ½ Jahre: 20. Dezember 2017
- Die Teilnahme verlängert sich auf zehn Jahre ausgehend vom Datum der histologischen Sicherung.
- Das neue Teilnahmeende ist der 20. Juni 2022.
- Am 16. Oktober 2017 wird ein Rezidiv/kontralateraler Brustkrebs diagnostiziert.
- Die Teilnahmedauer verlängert sich auf maximal zehn Jahre ausgehend vom Datum der histologischen Sicherung des neuen Befundes (Rezidiv/kontralateraler BK).
- Das neue Teilnahmeende ist der 16. Oktober 2027.
- **Es ist nichts weiter zu veranlassen.**

#### **Erstmalige Einschreibung nach Inkrafttreten der Richtlinie**

- Es liegt eine gültige Erstdokumentation und eine gültige TE/EWE aus dem 4. Quartal 2017 vor.
- Das Datum der histologischen Sicherung ist der 8. November 2017.
- Die Teilnahmedauer beträgt zehn Jahre ausgehend vom Datum der histologischen Sicherung.
- Das Teilnahmeende ist der 8. November 2027.

**Bei Vorliegen von Fernmetastasen bleibt es wie bisher bei unbefristeter Teilnahme.**

### **3.4. AOK-Behandlungsprogramm Depression und Burn-out - Psychotherapeutenmodul: Veränderte Leistungsabrechnung seit 1. Oktober 2017**

Künftig werden die psychotherapeutischen Leistungen nach EBM-Vorgaben vergütet. Darüber hinaus erhält der Teilnehmer am Psychotherapeutenmodul sowohl für die Probatorik als auch für die anschließende Kurzzeittherapie einen Zuschlag in Höhe von 20 Euro je Sitzung.

Zuschlag von 20 Euro

Da das Genehmigungsverfahren für maximal 15 Sitzungen ausgesetzt ist, sind für die Leistungsabrechnung die relevanten EBM-GOP mit einem Suffix (A, Q und G) zu kennzeichnen. Unverändert bleibt dagegen die gewohnte Dokumentation in der Webanwendung.

Das Merkblatt „Was muss der Psychotherapeut seit 1. Oktober 2017 beachten?“ finden Sie im KVN-Portal: Verträge/Strukturverträge/„AOK – Behandlungsprogramm Depression und Burn-out“

### **3.5. Stichprobenziehung Qualitätsmanagement 2017**

Anfang November ist es soweit. Landesweit werden rund 300 Ärzte/Psychotherapeuten und MVZ im Zufallsverfahren ausgewählt. Um den Einführungs- und Entwicklungsstand des Qualitätsmanagement in Praxen und MVZ aufzuzeigen, werden daher 2,5 Prozent aller Mitglieder der KVN zur Teilnahme an einer Stichprobe zufällig ausgewählt. Zur Darlegung wird neben dem Erhebungsbogen, der mit wenig Zeitaufwand auszufüllen ist, auch ein Informationsblatt mit Praxisbeispielen und Tipps verschickt. Dieser macht die Inhalte der QM-Richtlinie anhand von Erklärungen und Beispielen transparenter und soll eine Hilfe sein, den Ist-Zustand der eigenen Praxis zu bewerten. Kerngedanke dabei ist, für die positiven Aspekte des Qualitätsmanagements zu sensibilisieren und Denkanstöße dafür zu geben, wie sich das Qualitätsmanagement in der Praxis gewinnbringend einsetzen lässt. Beide Dokumente finden Sie auch auf unserer Homepage [www.kvn.de](http://www.kvn.de) in der Rubrik „Qualitätsmanagement“.

Die Erhebung soll lediglich ein Bild des Einführungs- und Entwicklungsstandes von QM in der ambulanten Versorgung geben. Die Qualitätsmanagement-Richtlinie schreibt keine Sanktionen für die befragten Praxen vor. Umso wichtiger ist Ihre Rückmeldung. Denn nur wenn gegenüber dem Gemeinsamen Bundesausschuss anhand der Ergebnisse die Etablierung von QM belegt werden kann, können auch für die Zukunft belastendere Anforderungen wie z. B. eine Zertifizierungspflicht vermieden werden.

Sollten Sie also in der Stichprobe ausgewählt werden, füllen Sie den Fragebogen bitte in Ihrem eigenen Interesse aus.

### 3.6. KVN empfiehlt: Gesundheitskarten mit Aufdruck G1 nicht per se ablehnen

Elektronische Gesundheitskarten der ersten Generation können ab 1. Oktober nicht mehr in das Praxisverwaltungssystem eingelesen werden. Wir haben im September-Rundschreiben darüber informiert. Dennoch sollten Praxen die Karten nicht aufgrund äußerlicher Merkmale ablehnen. Weiterhin gültig sind G1+-Karten und G2-Karten.

Da sich die alten G1-Karten optisch nicht von den G1+-Karten unterscheiden, sollten Praxen ab Oktober wie gewohnt jede elektronische Gesundheitskarte (eGK) einlesen. Sollte darunter eine G1-Karte sein, wird sie durch die Praxissoftware erkannt und vom System abgelehnt.

Die Betreibergesellschaft gematik hatte den alten G1-Karten zum 30. Juni die Zulassung entzogen. Nach Angaben der Krankenkassen wurden die betroffenen Versicherten inzwischen mit neuen Karten ausgestattet. Somit sollten keine oder nur sehr wenige alte Karten im Umlauf sein.

#### **Optisch kein Unterschied - Karten immer erst einlesen**

Die Generationsnummer ist auf der eGK rechts oben aufgedruckt. Dabei steht bei Karten der Generation 1 und bei Karten der Generation 1+ jeweils „G1“, bei Karten der zweiten Generation „G2“.

Bei Karten mit der Aufschrift „G1“ ist damit äußerlich nicht erkennbar, ob es sich um eine G1-Karte oder eine G1+-Karte handelt. Deshalb sollten Praxen diese Karten immer erst einlesen und auf keinen Fall automatisch ablehnen.

#### **Karte nicht einlesbar - was nun?**

Wird die eGK vom Praxisverwaltungssystem abgelehnt, empfiehlt es sich, zunächst den Patienten zu fragen, ob er von seiner Krankenkasse eine neue Karte erhalten und vielleicht nur aus Versehen die alte Karte vorgelegt hat. Anderenfalls sollte sich der Patient schnellstens an seine Kasse wenden.

Praxen wenden in solchen Fällen das Ersatzverfahren an. Dazu pflegen sie die Daten des Versicherten, also Name, Vorname und Geburtsdatum, Bezeichnung der Krankenkasse, Versichertenart, Postleitzahl und nach Möglichkeit auch die Krankenversicherungsnummer, manuell in das Praxisverwaltungssystem ein oder übernehmen die Daten aus dem Patientenstamm.

Anschließend bestätigt der Patient auf dem Abrechnungsschein (Vordruck 5), dass er bei der genannten Krankenkasse versichert ist. Sollte er bis Ende des Quartals keine neue Karte vorlegen, können die Leistungen nach Angaben des GKV-Spitzenverbandes mittels Ersatzverfahren trotzdem abgerechnet werden.

Karten erst einlesen

Patienten informieren

## 4. Veranstaltungen im November und Dezember 2017

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

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

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

Name	Ort	Datum	Gebühr p. P.
<b>Qualitäts- und Praxismanagement</b>			
Die Gesundheit von PraxismitarbeiterInnen erhalten und schützen	Oldenburg	15.Nov	kostenlos
Kurze Wartezeiten - Gutes Terminsystem	Hannover	06.Dez	85 Euro
Management für komplexe Praxisstrukturen (2-tägig)	Hannover	01.Dez	220 Euro
Organisation und Management in der KJP-Praxis mit SPV	Hannover	04.Nov	135 Euro
Praxisseminar für Weiterbildungsassistenten	Hannover	22.Nov	kostenlos
Professionelle Praxisorganisation	Aurich	29.Nov	30 Euro
Rechtsnormen für die Arztpraxis	Hannover	08.Nov	85 Euro
<b>Abrechnung und Verordnung</b>			
Abrechnung aktuell	Papenburg	08.Nov	kostenlos
Abrechnung aktuell	Aurich	09.Nov	kostenlos
Abrechnung aktuell	Moormerland	15.Nov	kostenlos
Abrechnung aktuell	Aurich	22.Nov	kostenlos
Freude mit Formularen	Hannover	01.Nov	45 Euro
Hautkrebs-Screening Seminar	Osnabrück	18.Nov	99 Euro

Honorarbescheid - Ein Buch mit 7 Siegeln?	Osnabrück	15.Nov	kostenlos
Kooperation und Abrechnung	Hannover	29.Nov	kostenlos
<b>Medizinische und psychotherapeutische Themen</b>			
DMP Asthma und COPD	Stade	01.Nov	20 Euro
DMP Diabetes mellitus Typ 2	Stade	04.Nov	20 Euro
DMP Diabetes mellitus Typ 2	Verden	25.Nov	20 Euro
DMP KHK	Stade	04.Nov	20 Euro
DMP KHK	Verden	25.Nov	20 Euro
HZV Sonderverträge (2-tägig)	Verden	17.Nov	120 Euro
Medizin im Bereitschaftsdienst	Stade	08.Nov	30 Euro
SGS - Strukturiertes Geriatri-sches Schulungsprogramm (für Diabetologische Schwerpunktpraxen)	Hannover	09.Dez	119 Euro
<b>Wirtschaftsseminare</b>			
Ärztliche Kooperationen: Zukunftskonzepte für innovative Ärzte im ambulanten Bereich	Bad Zwischenahn	08.Nov	kostenlos
Existenzgründerseminar Modul 2	Göttingen	04.Nov	kostenlos
Existenzgründungsseminar	Hannover	25.Nov	kostenlos

**Verbindliche Anmeldung** (bitte vollständig ausfüllen)

**Fax an 0511 380-3480**

Ich nehme am Seminar

---

mit \_\_\_\_\_ Person/en teil.

Datum des Seminars

---

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

---

Vor- und Nachname des Rechnungsempfängers (Praxis)

---

Anschrift des Rechnungsempfängers (Straße, PLZ, Ort)

---

LANR

---

BSNR

---

E-Mail-Adresse

---

Telefonnummer für evtl. Rückfragen

---

Datum

---

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

**Stempel**

## **5. Anlagenverzeichnis**

5.1. **Muster Screening-Bogen**

5.2. **Behandlungspfad**



## Verdacht auf RHEUMATOIDE ARTHRITIS

Fax an

Fax bzw. Adresse Rheumatologe/-in

Oder Fax an

RHEUMA.VOR  
Schnell erkennen. Gezielt handeln.

**Koordinierungs-  
zentrale**

**☎ 0511-532 6401**

Fax von

Adresse Überweiser bitte mit Fax und Telefon

### Patient/in

Vorname

-----

Nachname

-----

Geburtsdatum

-----

Krankenkasse

-----

Telefon (zur Terminvergabe)

-----

### Kriterien für einen Akut-Termin

- 2 oder mehr geschwollene und schmerzende Gelenke seit \_\_\_\_\_ Wochen
- Morgensteife > 30 min Dauer (min.): \_\_\_\_\_
- BSG-Erhöhung Wert (mm/1h): \_\_\_\_\_ bestimmt am: \_\_\_\_\_
- CRP-Erhöhung Wert (mg/dl): \_\_\_\_\_ bestimmt am: \_\_\_\_\_

Die Patientin/der Patient erfüllt die Kriterien für die Aufnahme in das Rheuma-VOR-Netzwerk. Über die grundlegenden Ziele und Angebote von Rheuma-VOR habe ich sie/ihn informiert. Entsprechend der Qualitätsziele von Rheuma-VOR bitte ich dabei um einen Termin innerhalb möglichst kurzer Zeit.

Unterschrift Hausarzt/-ärztin  
oder Orthopäde/-in

-----

Terminbestätigung (Rückfax Rheumatologe/-in)

Akut-Termin

Unterschrift Rheumatologe/-in

-----

### Patienteneinwilligung zur Weitergabe des Fax-Anmeldeformulars an Rheuma-VOR

Mein behandelnder Hausarzt/meine Hausärztin oder Orthopäde/-in hat mich darauf hingewiesen, dass er/sie diesen Bogen an einen spezialisierten Rheumatologen sendet, um dort innerhalb von 14 Tagen einen Termin für mich zu erreichen. Gleichzeitig leitet er/sie den Bogen auch an die Koordinationszentrale Rheuma-VOR am Rheumazentrum Niedersachsen in Hannover weiter. Über die grundlegenden Ziele und Angebote von Rheuma-VOR hat mich mein Arzt/meine Ärztin informiert. Ich bin informiert, dass meine persönlichen Daten nur in der Datenbank von Rheuma-VOR gespeichert werden, wenn sich der Verdacht auf Rheumatoide Arthritis bei meinem ersten Termin beim Rheumatologen bestätigt und ich dann eine entsprechende Patienteneinwilligung unterzeichne. Wenn sich der Verdacht nicht bestätigt oder ich nach einer ausführlichen Information durch meinen Rheumatologen/meine Rheumatologin nicht in das Netzwerk Rheuma-VOR aufgenommen werden möchte, werden meine Daten bei der Koordinationszentrale umgehend vernichtet.

Ich bin mit der Weitergabe dieses Bogens an die Koordinationszentrale von Rheuma-VOR am Rheumazentrum Niedersachsen in Hannover einverstanden.

Unterschrift Patient/-in

-----

## Verdacht auf PSORIASISARTHRITIS

Fax an

Fax bzw. Adresse Rheumatologe/-in

Oder Fax an

**RHEUMA.VOR**  
Schnell erkennen. Gezielt handeln.

**Koordinierungs-  
zentrale**

**☎ 0511 532 6401**

Fax von

Adresse Überweiser bitte mit Fax und Telefon

**Patient/in**

Vorname

-----

Nachname

-----

Geburtsdatum

-----

Krankenkasse

-----

Telefon (Terminvergabe)

-----

- Neu: muskuloskelettaler Schmerz und/oder Gelenkschwellungen in den letzten sechs Monaten
- Sehnenansatzbeschwerden (Enthesitis) an Fuß, Knie oder Hüfte
- Schmerzhaft geschwollene Finger/Zehen im Strahl (Daktylitis), „Wurstfinger, Wurstzeh“
- Psoriasis vulgaris, dermatologisch bestätigt:  Nagelpsoriasis  Kopfhautpsoriasis
- CRP [ ]  Punktzahl EARP-Bogen [ ]  Punktzahl PEST-Bogen [ ]
- Entzündlicher Rückenschmerz (Auftreten in Ruhe, in der Nacht, Besserung bei Bewegung)?
- Andere Hautveränderungen (Neurodermitis)?
- Familienanamnese – Rheumaerkrankung?
- Chron. entzündliche Darmerkrankungen (Crohn, Colitis)?
- Uveitis in der Vergangenheit?

Die Patientin/der Patient erfüllt die Kriterien für die Aufnahme in das Rheuma-VOR-Netzwerk. Über die grundlegenden Ziele und Angebote von Rheuma-VOR habe ich sie/ihn informiert. Entsprechend der Qualitätsziele von Rheuma-VOR bitte ich dabei um einen Termin innerhalb möglichst kurzer Zeit.

Unterschrift Hausarzt/-ärztin  
oder Orthopäde/-in

-----

**Terminbestätigung** (Rückfax Rheumatologe/-in)

**Akut-Termin**

Unterschrift Rheumatologe/-in

-----

**Patienteneinwilligung** zur Weitergabe des Fax-Anmeldeformulars an Rheuma-VOR

Mein behandelnder Hausarzt/meine Hausärztin oder Dermatologe/-in hat mich darauf hingewiesen, dass er/sie diesen Bogen an einen spezialisierten Rheumatologen sendet, um dort innerhalb von 14 Tagen einen Termin für mich zu erreichen. Gleichzeitig leitet er/sie den Bogen auch an die Koordinationszentrale Rheuma-VOR am Rheumazentrum Niedersachsen in Hannover weiter. Über die grundlegenden Ziele und Angebote von Rheuma-VOR hat mich mein Arzt/meine Ärztin informiert. Ich bin informiert, dass meine persönlichen Daten nur in der Datenbank von Rheuma-VOR gespeichert werden, wenn sich der Verdacht auf Psoriasisarthritis bei meinem ersten Termin beim Rheumatologen bestätigt und ich dann eine entsprechende Patienteneinwilligung unterzeichne. Wenn sich der Verdacht nicht bestätigt oder ich nach einer ausführlichen Information durch meinen Rheumatologen/meine Rheumatologin nicht in das Netzwerk Rheuma-VOR aufgenommen werden möchte, werden meine Daten bei der Koordinationszentrale umgehend vernichtet.

Ich bin mit der Weitergabe dieses Bogens an die Koordinationszentrale von Rheuma-VOR am Rheumazentrum Niedersachsen in Hannover einverstanden.

Unterschrift Patient/-in

-----

**Verdacht auf SPONDYLARTHROSIS**

**Fax an**

Fax bzw. Adresse Rheumatologe/-in

**Oder Fax an**

**RHEUMA.VOR**  
Schnell erkennen. Gezielt handeln.

**Koordinierungs-  
zentrale**

**☎ 0511 532 6401**

**Fax von**

Adresse Überweiser bitte mit Fax und Telefon

**Patient/in**

Vorname

-----

Nachname

-----

Geburtsdatum

-----

Krankenkasse

-----

Telefon (Terminvergabe)

-----

**Zusätzlich:**

- Alter bei Beginn < 40 Jahre
- langsamer Beginn
- Schmerz/Steifigkeit in der Nacht
- Besserung durch Bewegung
- Keine Besserung durch Ruhe
- Alternierender Schmerz im Gesäß
- Uveitis
- Sehnenansatzbeschwerden (Enthesitis) an Fuß, Knie oder Hüfte
- Schmerzhaft geschwollene Finger/Zehen im Strahl (Daktylitis), „Wurstfinger, Wurstzeh“
- Psoriasis vulgaris
- Familienanamnese – Rheumaerkrankung?
- Chron. entzündliche Darmerkrankungen (Crohn, Colitis)?

Die Patientin/der Patient erfüllt die Kriterien für die Aufnahme in das Rheuma-VOR-Netzwerk. Über die grundlegenden Ziele und Angebote von Rheuma-VOR habe ich sie/ihn informiert. Entsprechend der Qualitätsziele von Rheuma-VOR bitte ich dabei um einen Termin innerhalb möglichst kurzer Zeit.

Unterschrift Hausarzt/-ärztin  
oder Orthopäde/-in

-----

**Terminbestätigung** (Rückfax Rheumatologe/-in)

**Akut-Termin**

Unterschrift Rheumatologe/-in

-----

**Patienteneinwilligung** zur Weitergabe des Fax-Anmeldeformulars an Rheuma-VOR

Mein behandelnder Hausarzt/meine Hausärztin oder Orthopäde/-in hat mich darauf hingewiesen, dass er/sie diesen Bogen an einen spezialisierten Rheumatologen sendet, um dort innerhalb von 14 Tagen einen Termin für mich zu erreichen. Gleichzeitig leitet er/sie den Bogen auch an die Koordinationszentrale Rheuma-VOR am Rheumazentrum Niedersachsen in Hannover weiter. Über die grundlegenden Ziele und Angebote von Rheuma-VOR hat mich mein Arzt/meine Ärztin informiert. Ich bin informiert, dass meine persönlichen Daten nur in der Datenbank von Rheuma-VOR gespeichert werden, wenn sich der Verdacht auf Spondylarthritits bei meinem ersten Termin beim Rheumatologen bestätigt und ich dann eine entsprechende Patienteneinwilligung unterzeichne. Wenn sich der Verdacht nicht bestätigt oder ich nach einer ausführlichen Information durch meinen Rheumatologen/meine Rheumatologin nicht in das Netzwerk Rheuma-VOR aufgenommen werden möchte, werden meine Daten bei der Koordinationszentrale umgehend vernichtet.

Ich bin mit der Weitergabe dieses Bogens an die Koordinationszentrale von Rheuma-VOR am Rheumazentrum Niedersachsen in Hannover einverstanden.

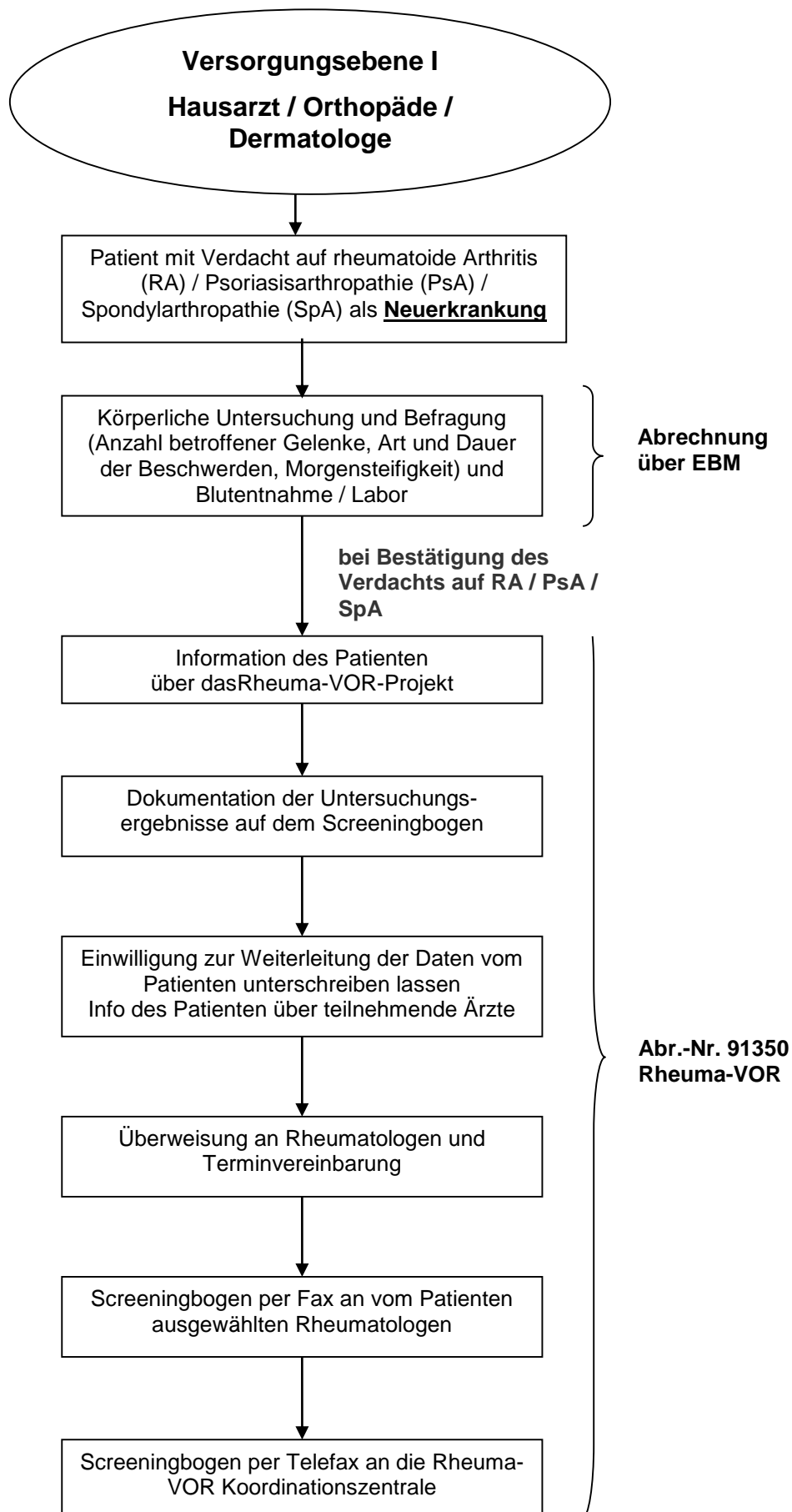
Unterschrift Patient/-in

-----

## Anlage 5a

zur Kooperationsvereinbarung vom 3. Mai 2017 im Rahmen des über den Innovationsfonds nach § 92a und b SGB V geförderten Projektes „Rheuma-VOR“

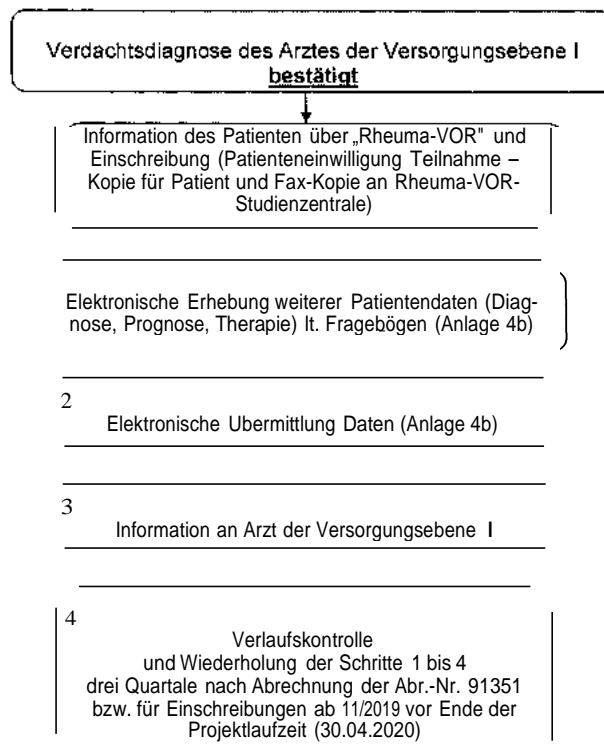
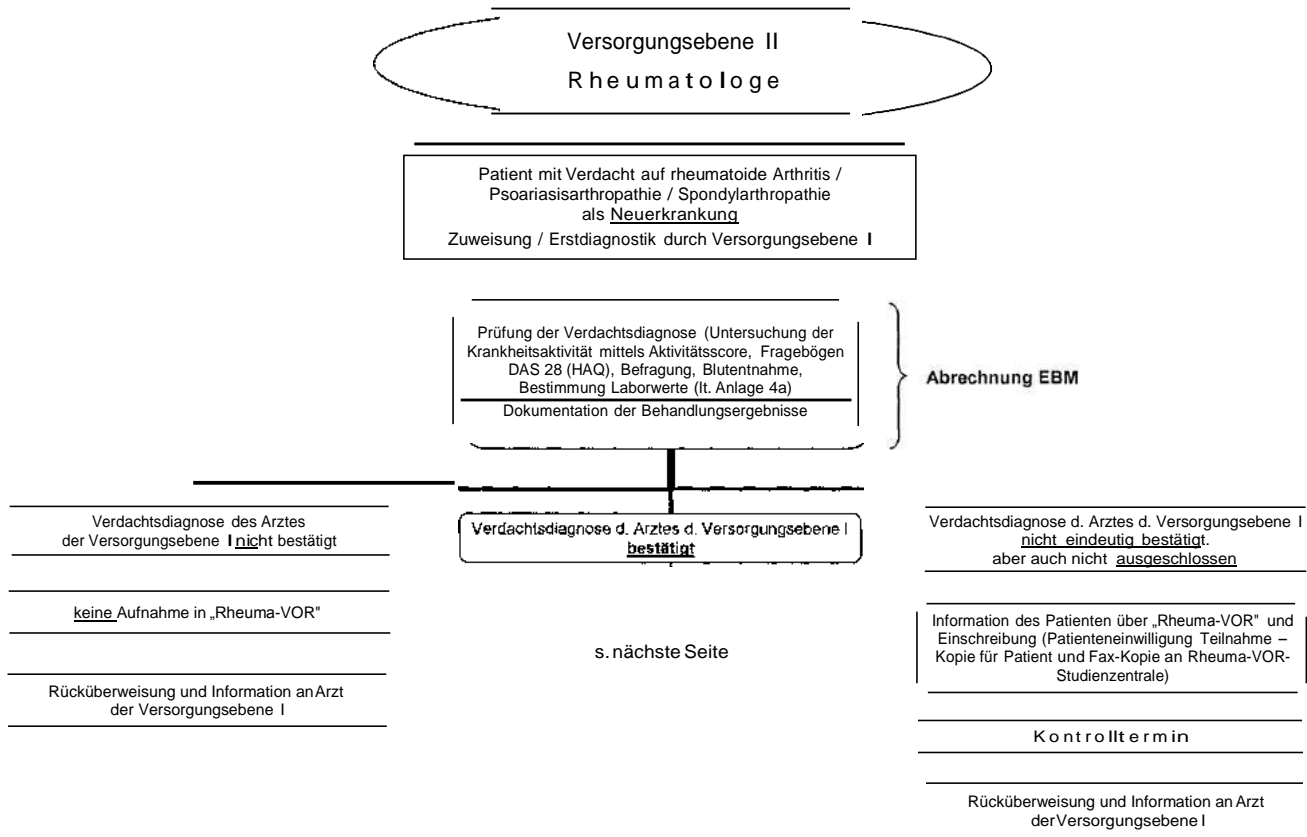
# Behandlungspfad Versorgungsebene I



## Anlage 5b

zur Kooperationsvereinbarung vom 3. Mai 2017 im Rahmen des über den Innovationsfonds nach § 92a und b SGB V geförderten Projektes „Rheuma-VOR“

### Behandlungspfad Versorgungsebene II (regelmäßiger Ablauf)



Abr.-Nr. 91351 bzw. 91352  
(Verlaufskontrolle)  
Rheuma-VOR



# Informationen für die Praxis

KVN-Rundschreiben

September 2017

## Inhaltsverzeichnis

<b>1. Abrechnung .....</b>	<b>3</b>
1.1. Abgabetermin Quartalsabrechnung 3/2017 .....	3
1.2. Amtliche Mitteilung der KVN zum HVM für das 4. Quartal 2017 für Haus- und Kinderärzte .....	3
1.3. Mitteilung der fachgruppendurchschnittlichen Obergrenze für Kontrastmittel für das Quartal 4/2017 .	4
1.4. Teilnahme am AbrechnungsCheck und Praxisurlaub..	4
1.5. Die eGK der ersten Generation sind ab 1. Oktober 2017 nicht mehr einlesbar .....	4
1.6. Neue Leistungen in der Palliativmedizin und Einführung der Epilation mittels Lasertechnik in den EBM zum 1. Oktober 2017 beschlossen .....	5
1.7. Testverfahren iFOBT zur Darmkrebsfrüherkennung....	8
<b>2. Verordnungen.....</b>	<b>9</b>
2.1. Ende der Übergangsfrist für Zytostatika-Verträge nach dem Arzneimittelversorgungsstärkungsgesetz (AMVSG).....	9
2.2. Neues Formular zur Verordnung häuslicher Krankenpflege (Muster 12) ab 1. Oktober 2017.....	9
2.3. Überarbeitete Vordrucke zur Verordnung von Soziotherapie ab 1. Oktober 2017.....	10
2.4. Gemeinsame Arbeitsgruppe Arzneimittel - Informationsschreiben zum Thema Wirtschaftlichkeit bei der Pharmakotherapie depressiver Erkrankungen .....	11
<b>3. Allgemeine Hinweise .....</b>	<b>12</b>
3.1. Inanspruchnahme von Fachärzten für Radiologie nur auf Überweisung.....	12
3.2. Aktuelle Hinweise zum Bezug der saisonalen Grippeimpfstoffe für die Impfsaison 2017/2018 .....	12
3.3. Änderung der Formularbestellung in der Bezirksstelle Aurich .....	13

3.4.	Bezirksstelle Aurich ab 25. September 2017 in neuen Räumen .....	13
<b>4.</b>	<b>Veranstaltungen im Oktober und November 2017 .....</b>	<b>14</b>
<b>5.</b>	<b>Anlagenverzeichnis .....</b>	<b>17</b>
5.1.	Amtliche Mitteilung zum HVM für Haus- und Kinderärzte 4/2017.....	17
5.2.	Informationsschreiben.....	17
5.3.	Fax-Bestellformular.....	17

## 1. Abrechnung

### 1.1. Abgabetermin Quartalsabrechnung 3/2017

Der Abgabetermin für die Abrechnung des 3. Quartals 2017 ist der 10. Kalendertag des nachfolgenden Quartals und somit der 10. Oktober 2017.

10. Oktober 2017

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 Abrechnung/Abrechnungcenter/Informationen zur Quartalsabrechnung/Downloads ausgedruckt werden;
- die abzugebenden Behandlungsausweise (sortiert nach der Liste: KBV-Prüfmodul Abgabe Behandlungsausweise) einzureichen;
- abhängig von Ihren erbrachten Leistungen: Früherkennungskolonoskopie, Hautkrebsscreening, Daten gem. der QS-Richtlinie Dialyse rechtzeitig online zu dokumentieren und zu übertragen;
- ggf. zusätzliche Unterlagen einzureichen:  
Sachkostenbelege/Rechnungen,  
Behandlungsplan zur künstlichen Befruchtung Muster 70/70A,  
Mitteilungen der Praxis zur eingereichten Abrechnung (Beispiel: Pat. Y ist zu löschen, da jetzt BG-Fall).

Sammelerklärung

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

Wird nicht benötigt

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

Direkt an Bezirksstelle

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

### 1.2. Amtliche Mitteilung der KVN zum HVM für das 4. Quartal 2017 für Haus- und Kinderärzte

Die für das 4. Quartal 2017 geltenden RLV-/QZV-Mindestfallwerte für Haus- und Kinderärzte sowie die Fallzahlgrenzen für die Fallwertminderung bzw. die Fallzahlzuwachsbegrenzungsregelung (FZZB) entnehmen Sie bitte der Anlage 5.1 zu diesem Rundschreiben. Zusätzlich sind diese Daten auch bereits seit dem 31. August 2017 über das KVN-Portal abrufbar.

**Anlage 5.1: Amtliche Mitteilung zum HVM für Haus- und Kinderärzte 4/2017**



### 1.3. Mitteilung der fachgruppendurchschnittlichen Obergrenze für Kontrastmittel für das Quartal 4/2017

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

- Institute, Krankenhäuser 545,47 Euro
- Fachärzte für Nuklearmedizin 6.036,19 Euro
- Fachärzte für Diagnostische Radiologie 15.762,48 Euro
- Fachärzte für Urologie 1.420,54 Euro

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

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

Obergrenzen

### 1.4. Teilnahme am AbrechnungsCheck und Praxisurlaub

Da der Beginn der Herbstferien in Niedersachsen erneut auf den Anfang des Quartals und damit den Zeitpunkt der Abrechnungsabgabe sowie den Start des AbrechnungsChecks fällt, weisen wir erneut darauf hin, dass es dem Abrechnungscenter derzeit weder möglich ist, den Bearbeitungszeitpunkt einzelner Abrechnungen unter Berücksichtigung von Urlaubszeiten zu beeinflussen, noch die Bereitstellung des AbrechnungsChecks zeitlich zu steuern (s. a. Rundschreiben September 2016).

Stellen Sie daher bitte sicher, dass Sie oder eine/r Ihrer Mitarbeiter/innen die Benachrichtigungs-E-Mail erhalten und auch Zugriff auf den AbrechnungsCheck haben.

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

### 1.5. Die eGK der ersten Generation sind ab 1. Oktober 2017 nicht mehr einlesbar

Elektronische Gesundheitskarten (eGK) der ersten Generation können ab dem 1. Oktober 2017 nicht mehr in Ihr Praxisverwaltungssystem eingelesen werden. Die Gesellschafterversammlung der gematik hat diese für ungültig erklärt.

Aktuell gültig sind die eGK der Kartengeneration 1plus und 2. Die Generation finden Sie auf der eGK unterhalb des Wortes „Gesundheitskarte“.

Für ungültig erklärt

Wird in Ihrer Praxis ein Patient mit einer ungültigen eGK vorstellig, gilt folgendes:

- Der Patient hat bis zum Ende des Quartals Zeit, eine gültige Karte oder eine gültige Ersatzbescheinigung (sogenannter papiergebundener Anspruchsnachweis) seiner Krankenkasse nachzureichen.
- Frühestens nach Ablauf von zehn Tagen kann der Arzt oder Psychotherapeut eine Privatvergütung für die Behandlung verlangen. Legt der Patient bis zum Ende des Quartals seine neue eGK (Generation 1plus oder 2) oder eine Ersatzbescheinigung der Krankenkasse vor, die zum Zeitpunkt der Behandlung gültig war, rechnet der Arzt oder Psychotherapeut die Behandlung wie gewohnt als Kassenleistung ab. Hat der Arzt beziehungsweise der Psychotherapeut bereits eine Privatvergütung für die Behandlung erhoben, muss er dem Patienten das Geld zurückerstatten.

Der Arzt kann seinem Patienten während dieser Zeit Arznei-, Verbands-, Heil- und Hilfsmittel privat verordnen: Er vermerkt dazu auf dem Rezeptformular „ohne Versicherungsnachweis“ anstelle des Kassennamens. Der Patient hat die Kosten in diesem Fall selbst zu tragen.

Bei Notfallbehandlungen, in denen noch keine eGK der Generation 1plus oder 2 vorgelegt werden kann, darf der Arzt das Ersatzverfahren anwenden und die Leistungen normal abrechnen.

Dies gilt weiterhin auch für die Fälle, in denen der Patient gar keine eGK vorlegt oder die Karte defekt ist.

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

#### 1.6. Neue Leistungen in der Palliativmedizin und Einführung der Epilation mittels Lasertechnik in den EBM zum 1. Oktober 2017 beschlossen

Der Bewertungsausschuss hat zum 1. Oktober 2017 die bereits im EBM enthaltene Epilation mittels Elektrokoagulation um die Epilation mittels Lasertechnik bei Mann-zu-Frau-Transsexualismus im Rahmen geschlechtsangleichender Maßnahmen ergänzt. Des Weiteren wird ein neuer Abschnitt 37.3 für die besonders qualifizierte und koordinierte palliativmedizinische Versorgung gemäß Anlage 30 zum Bundesmantelvertrag Ärzte in den EBM aufgenommen. Nachfolgend die Beschlüsse im Einzelnen:

**Nachfolgend die neuen GOP der Palliativmedizin, die nur von Vertragsärzten berechnet werden dürfen, die die Voraussetzungen gemäß Anlage 30 zum Bundesmantelvertrag Ärzte erfüllen:**

Verhalten bei ungültiger eGK

Notfallbehandlungen

- GOP 37300 (392 Punkte): „Palliativmedizinische Ersterhebung“, einmal im Krankheitsfall.  
Die Ersterhebung ist angelehnt an die GOP 03370/04370 und hat darüber hinausgehende Leistungsinhalte, zum Beispiel das Assessment in mindestens fünf Bereichen. Sie kann nur von einem an der Behandlung beteiligten Vertragsarzt berechnet werden.
- GOP 37302 (275 Punkte): „Koordinationspauschale“ als Zuschlag zur Versicherten- beziehungsweise Grundpauschale für den koordinierenden Vertragsarzt gemäß Anlage 30 zum BMV-Ä, einmal im Behandlungsfall.  
Mit der Koordinationspauschale wird insbesondere die Koordination von diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen sowie der palliativmedizinischen/- pflegerischen Versorgung honoriert. Sofern die GOP 37302 angesetzt wird, ist die Berechnung der Leistungen des Abschnitts 37.2 „Kooperations- und Koordinationsleistungen gemäß Anlage 27 zum BMV-Ä“ im Behandlungsfall ausgeschlossen.
- GOP 37317 (1.425 Punkte): „Telefonische Erreichbarkeit und Besuchsbereitschaft in kritischen Phasen“ als Zuschlag zur GOP 37302, einmal im Krankheitsfall.  
Diese GOP kann für die Vorhaltung einer telefonischen Erreichbarkeit des koordinierenden Arztes für den Patienten, die Angehörigen, die Pflegekräfte und/oder den ärztlichen Bereitschaftsdienst und einer Besuchsbereitschaft außerhalb der Sprechstundenzeiten, an Wochenenden, gesetzlichen Feiertagen und am 24. und 31. Dezember in kritischen Phasen, die nicht über die Maßnahmen des qualifizierten Schmerztherapie-, Therapie-, und/oder Notfallplans zu beheben sind, berechnet werden. Voraussetzung ist, dass die Erreichbarkeit zuvor zwischen dem Arzt und dem Patienten und/oder den Angehörigen und ggf. weiterer Beteiligter abgestimmt wurde. Es gibt im EBM und in der Anlage 30 zum BMV-Ä keine Vorgabe, über welchen zusammenhängenden Zeitraum beziehungsweise wie viele Tage im Krankheitsfall die Erreichbarkeit/Besuchsbereitschaft vorzuhalten ist. Dies liegt im Ermessen des koordinierenden Arztes.
- GOP 37318 (213 Punkte): „Telefonische Beratung von mindestens 5 Minuten Dauer“, je Telefonat  
Für Telefonate von mindestens 5 Minuten Dauer mit dem Bereitschaftsdienst, Angehörigen, Pflegepersonal und/oder dem Krankenhaus außerhalb der Sprechstundenzeiten zwischen 19 und 7 Uhr und ganztägig an Wochenenden/Feiertagen gibt es eine gesonderte Vergütung. Diese Telefonate können entgegen der Allgemeinen Bestimmung 4.3.1 des EBM im Behandlungsfall auch neben einer Versicherten- beziehungsweise Grundpauschale berechnet werden. Telefonate mit dem Patienten sind Bestandteil der Versicherten-/Grundpauschale beziehungsweise über die GOP 01100 / 01101 (Unvorhergesehene Inanspruchnahme) berechnungsfähig.

Voraussetzung

**Nachfolgend die neuen GOP, die von allen an der Versorgung eines Palliativpatienten beteiligten Vertragsärzten berechnungsfähig sind:**

- GOP 37305 (124 Punkte): Zuschlag zu den GOP 01410 (Besuch) und 01413 (Mitbesuch), je vollendete 15 Minuten, Höchstwert 744 Punkte am Behandlungstag.  
Der Zuschlag entspricht den GOP 03371/04371. Die palliativmedizinische Betreuung von Patienten in der Häuslichkeit von bis zu 1,5 Stunden am Tag wird somit zusätzlich honoriert.
- GOP 37306 (124 Punkte): Zuschlag zu den GOP 01411, 01412 und 01415 (Dringende Besuche), je Besuch.  
Der Zuschlag entspricht den GOP 03372 bzw. 04372. Hiermit wird der dringende Besuch eines Palliativpatienten in der Häuslichkeit zusätzlich honoriert.
- GOP 37320 (64 Punkte): Fallkonferenz gemäß Anlage 30 zum BMV-Ä  
Für patientenorientierte Fallbesprechungen (auch telefonisch) unter Beteiligung der notwendigen ärztlichen Fachdisziplinen und/oder weiterer komplementärer Berufe sowie mit Pflegekräften beziehungsweise Angehörigen kann von jedem teilnehmenden Vertragsarzt bis zu fünfmal im Krankheitsfall die GOP 37320 berechnet werden.

**Leistung, die nur von einem konsiliarisch tätigen Arzt mit der Zusatzbezeichnung Palliativmedizin berechnet werden:**

- GOP 37314 (106 Punkte): „Konsiliarische Erörterung durch den Arzt mit der Zusatzbezeichnung Palliativmedizin“, einmal im Behandlungsfall.  
Die konsiliarische Erörterung zwischen zwei oder mehreren Ärzten ist Bestandteil der Versicherten- beziehungsweise Grundpauschale (siehe Anhang 1 EBM). Für die ggf. erforderliche konsiliarische Erörterung und Beurteilung komplexer medizinischer Fragestellungen durch einen Arzt mit der Zusatzbezeichnung Palliativmedizin, der jedoch mangels persönlichem Arzt-Patienten-Kontakt keine Versicherten- beziehungsweise Grundpauschale abgerechnet hat, ist die GOP 37314 eingeführt worden.

Vorgenannte Leistungen werden zunächst außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung und damit extrabudgetär zu festen Preisen vergütet.

Extrabudgetär

**Epilation mittels Lasertechnik:**

Insgesamt wurden vier neue GOP in den EBM-Abschnitt 2.3 (Kleinchirurgische Eingriffe, Allgemeine therapeutische Leistungen) aufgenommen. Sie können von Hautärzten, Chirurgen und Gynäkologen für die Epilation im Gesicht und/oder am Hals sowie die Epilation an einer Hand und/oder den Händen berechnet werden. Die Berechnung setzt eine Begutachtung voraus, aus der hervorgeht, dass die medizinische Indikation zur Durchführung geschlechtsangleichender Maßnahmen bei Transsexualismus (ICD-GM F64.0) besteht.

Die neuen GOP im Überblick:

- **Epilation mittels Lasertechnik im Gesicht und/oder am Hals**
  - GOP 02325(88 Punkte): Epilation von 5 Minuten Dauer
  - GOP 02327(70 Punkte): Zuschlag zur GOP 02325 je weitere vollendete 5 Minuten Dauer

Die GOP 02325 und 02327 sind in Summe am Behandlungstag höchstens viermal (entsprechend 20 Minuten) und im Krankheitsfall höchstens 32-mal (entsprechend 160 Minuten beziehungsweise ca. 8 Sitzungen/Tage) berechnungsfähig.

- **Epilation mittels Lasertechnik an einer Hand und/oder den Händen**
  - GOP 02326(88 Punkte): Epilation von 5 Minuten Dauer
  - GOP 02328(70 Punkte): Zuschlag zur GOP 02326 je weitere vollendete 5 Minuten Dauer

Die GOP 02326 und 02328 sind ebenfalls in Summe am Behandlungstag höchstens viermal und im Krankheitsfall höchstens 32-mal berechnungsfähig.

Auch diese Leistungen werden zunächst außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung als extrabudgetäre Einzelleistung vergütet.

Ebenfalls extrabudgetär

Die kompletten Beschlüsse wurden im Deutschen Ärzteblatt Heft 33-34 vom 21. August 2017 veröffentlicht.

### 1.7. Testverfahren iFOBT zur Darmkrebsfrüherkennung

Bereits zum 1. April 2017 hat der quantitative immunologische Test zum Nachweis von fäkalem occultem Blut im Stuhl (iFOBT) den bis zum 31. März 2017 zu verwendenden Guajak-basierten Test ersetzt. Aus diesem Grund ist die GOP 01734 ab dem 1. April 2017 nicht mehr berechnungsfähig.

Da diese GOP von Ihnen in vielen Fällen noch zur Abrechnung gebracht worden ist, möchten wir nochmals darauf hinweisen, dass ab dem 1. April 2017 nur noch die neue GOP 01737 berechnungsfähig ist. Wir verweisen hierzu auf den ausführlichen Beitrag im Rundschreiben April 2017.

## 2. Verordnungen

### 2.1. Ende der Übergangsfrist für Zytostatika-Verträge nach dem Arzneimittelversorgungsstärkungsgesetz (AMVSG)

Mit dem Arzneimittelversorgungsstärkungsgesetz (AMVSG) ist die gesetzliche Grundlage für Verträge der Krankenkassen mit Apotheken über die Herstellung von Zytostatika gestrichen worden. Für bestehende Verträge war eine Übergangsfrist im Gesetz aufgenommen worden. Diese Frist endet am 31. August 2017. Sämtliche bestehende Verträge werden mit Ablauf dieses Tages unwirksam.

Verträge werden unwirksam

### 2.2. Neues Formular zur Verordnung häuslicher Krankenpflege (Muster 12) ab 1. Oktober 2017

Zum 1. Oktober 2017 tritt ein überarbeitetes Muster 12 in Kraft. Es beinhaltet Vereinfachungen für die Vertragsärzte und die Verordnungsmöglichkeit der neuen Leistung „Unterstützungspflege“.

Im Kopffeld des neuen Musters 12 können relevante Diagnosen nach ICD-10 eingegeben werden oder in freier Formulierung auch Einschränkungen genannt werden, die die häusliche Krankenpflege erfordern.

Leistungsrechtliche Angaben auf dem Vordruck werden künftig entweder ganz gestrichen oder so angeordnet, dass der Vertragsarzt den Ausdruck einfacher ausfüllen kann.

Eine gesonderte Begründung bei einer Verordnungsdauer von über 14 Tagen ist künftig nicht mehr notwendig. Auch muss beispielsweise die Dauer der Medikamentengabe nur noch dann gesondert angegeben werden, wenn der Patient ein Arzneimittel nicht während des gesamten Zeitraums der häuslichen Krankenpflege einnehmen soll.

Darüber hinaus soll der neue Vordruck die Leistungsinhalte besser nach ihrer Relevanz abbilden: So werden Leistungen wie Medikamentengabe, Blutzuckermessung, Kompressionsbehandlung oder Wundversorgung gezielt und in der Reihenfolge abgefragt, wie sie am häufigsten vorkommen. Leistungen, die nur in Ausnahmefällen vorkommen, können unter „Sonstige Maßnahmen“ auf Freitextfeldern angegeben werden.

Die seit 2016 im Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung aufgenommene Unterstützungspflege nach § 37 Abs. 1a SGB V wurde auf dem Muster 12 aufgenommen. Die Unterstützungspflege ist wegen schwerer Krankheit oder akuter Verschlimmerung einer Krankheit, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt, nach einer ambulanten Operation oder nach einer ambulanten Krankenhausbehandlung, soweit keine Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI vorliegt, verordnungsfähig.

Der Gemeinsame Bundesausschuss berät derzeit die konkrete Ausgestaltung der Regelung in der HKP-Richtlinie. Über die Beratungsergebnisse werden wir Sie gesondert informieren. Unabhängig davon ist die

Unterstützungspflege bereits jetzt Leistungsbestandteil der gesetzlichen Krankenversicherung.

Das neue Formular besteht nur noch aus dem Original und zwei Durchschriften. Der Durchschlag für den Pflegedienst ist entfallen.

**Ab 1. Oktober 2017 gelten nur noch die neuen Formulare**

Alte Formulare dürfen ab dem 1. Oktober 2017 nicht mehr verwendet werden. Bitte bestellen Sie daher rechtzeitig die neuen Vordrucke beim Paul-Albrechts-Verlag - oder sofern Sie Ihre Vordruckbestellung über Ihre Bezirksstelle durchführen, dort.

Rechtzeitig Vordrucke  
bestellen

Das neue Muster 12 wird zum 1. Oktober 2017 auch in den Praxisverwaltungssystemen hinterlegt sein.

Die Vordruckerläuterungen des Musters 12 werden ebenfalls überarbeitet.

**2.3. Überarbeitete Vordrucke zur Verordnung von Soziotherapie ab 1. Oktober 2017**

Mit der Anpassung der Vordrucke werden die Änderungen der Soziotherapie-Richtlinie aus dem Jahr 2015 umgesetzt. Die Formulare 26 und 28 (Formular 27 bleibt unverändert) wurden darüber hinaus übersichtlicher gestaltet und redaktionell angepasst.

Die wichtigsten Neuerungen haben wir Ihnen nachfolgend zusammengestellt:

**Formular 26: Verordnung von Soziotherapie**

Auf dem Formular zur Verordnung von Soziotherapie wird künftig abgebildet, dass Soziotherapie außerhalb des Bereichs des schizophrenen Formenkreises und der affektiven Störungen (Regelversorgung) auch für alle anderen Erkrankungen aus dem Kapitel „Psychische und Verhaltensstörungen“ des ICD-10 (F00 bis F99) verordnet werden kann. Es wird bei diesen Diagnosen künftig explizit nach „Art und Ausprägung der Co-Morbiditäten“ und den „sonstigen (Fähigkeits-) Einschränkungen“ gefragt. Diese Angaben sind Voraussetzung, um für psychische Erkrankungen und Störungen außerhalb der Regelversorgung Soziotherapie verordnen zu können. Mit den Angaben in diesem zusätzlichen Feld sollen Nachfragen der Krankenkassen und des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung beim verordnenden Arzt/Psychotherapeuten reduziert werden.

Die Angabe „Art und Dauer der stationären Aufenthalte wegen dieser Erkrankung in den vergangenen 10 Jahren“ entfällt, so dass der verordnende Arzt/Psychotherapeut hierzu nicht mehr recherchieren muss. Auch seit wann die Erkrankung besteht, muss er nur noch eintragen, falls es ihm bekannt ist.

Darüber hinaus wurde auf dem Vordruck ein Hinweis auf die abrechenbaren EBM-Ziffern aufgenommen.

**Formular 28: Verordnung bei Überweisung zur Indikationsstellung für Soziotherapie**

Auf dem Formular wurde die Erklärung des verordnenden Arztes ergänzt, dass auch zur Überweisung an einen Psychotherapeuten ein Soziotherapeut hinzugezogen werden kann. Diese Ergänzung ist notwendig, da zukünftig auch Vertragspsychotherapeuten Soziotherapie verordnen dürfen.

Auch auf Formular 28 wurde der Hinweis auf die abrechenbare EBM-Ziffer aufgenommen.

Zudem muss auch hier nur dann eine Angabe zum Zeitpunkt seit Bestehen der Erkrankung erfolgen, sofern es dem verordnenden Arzt bekannt ist.

Da seit der Änderung der Soziotherapie-Richtlinie bis zu fünf Therapieeinheiten für die soziotherapeutische Unterstützung der Überweisung zur Verfügung stehen (vorher: drei), wurden für die „Abrechnung des soziotherapeutischen Leistungserbringers“ die entsprechenden Felder erweitert.

**Ab 1. Oktober 2017 gelten nur noch die neuen Formulare**

Alte Formulare dürfen ab dem 1. Oktober 2017 nicht mehr verwendet werden. Bitte bestellen Sie daher rechtzeitig die neuen Vordrucke beim Paul-Albrechts-Verlag - oder sofern Sie Ihre Vordruckbestellung über Ihre Bezirksstelle durchführen, dort.

Rechtzeitig Vordrucke bestellen

Die neuen Formulare 26 und 28 werden zum 1. Oktober 2017 auch in den Praxisverwaltungssystemen hinterlegt sein.

Die entsprechenden Vordruckerläuterungen der Formulare werden ebenfalls überarbeitet.

**2.4. Gemeinsame Arbeitsgruppe Arzneimittel - Informationsschreiben zum Thema Wirtschaftlichkeit bei der Pharmakotherapie depressiver Erkrankungen**

Im Anhang finden Sie ein weiteres Informationsschreiben der AG GKV/KVN Arzneimittel zu dem Thema Wirtschaftlichkeit bei der Pharmakotherapie depressiver Erkrankungen. In diesem Schreiben werden unter anderem Wirkstoffempfehlungen des KBV-Medikationskataloges zur Behandlung der unipolaren und bipolaren Depression dargestellt.

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

**Anlage 5.2: Informationsschreiben**



### 3. Allgemeine Hinweise

#### 3.1. Inanspruchnahme von Fachärzten für Radiologie nur auf Überweisung

Aus gegebenen Anlass möchten wir darauf hinweisen, dass laut BMV-Ä (§13(4)) Fachärzte für Radiologie nur auf Überweisung in Anspruch genommen werden können. Bevor Fachärzte für Radiologie Leistungen durchführen können, muss für den Patienten also eine Überweisung eines anderen Vertragsarztes vorliegen. Diese muss laut Präambel 34.1(3) EBM jeweils die Diagnose, Verdachtsdiagnose oder den Befund und einen Definitionsauftrag bzw. Indikationsauftrag enthalten.

Eine erst im zeitlichen Zusammenhang mit der Erbringung der Leistung oder im Anschluss daran durch den Radiologen angeforderte Überweisung ist im Regelfall als nicht statthaft zu betrachten. In Einzelfällen, z. B. falls ein Patient den Überweisungsschein (Muster 6) nicht vorlegt, aber aus medizinischer Sicht eine dringliche Durchführung indiziert scheint, kann das Vorhandensein einer Überweisung telefonisch mit der überweisenden Praxis abgeklärt und die Untersuchung dennoch durchgeführt werden. In diesen Fällen muss der Patient den vorhandenen Überweisungsschein nachreichen.

#### 3.2. Aktuelle Hinweise zum Bezug der saisonalen Grippeimpfstoffe für die Impfsaison 2017/2018

Über die Auswirkungen zum Wegfall der Exklusivverträge für Grippeimpfstoffe und die noch aktuell bestehenden Rabattverträge in Niedersachsen haben wir Sie mit verschiedenen Rundschreiben informiert. Wie uns die Rückfragen aus den Praxen zeigen, besteht noch Verunsicherung, wie die jeweiligen Impfstoffe zu beziehen/zu verordnen sind. Wir haben Ihnen daher die Bezugs-/Verordnungsmöglichkeiten nachfolgend zusammengestellt:

1. Die Grippeimpfstoffe der Ausschreibungsgewinner (Xanaflu® ohne Kanüle, Begripal® ohne Kanüle und Vaxigrip® ohne Kanüle) sind über den Sprechstundenbedarf zu beziehen.
2. Adjuvantierter Grippeimpfstoff ist ebenfalls über den Sprechstundenbedarf zu beziehen.
3. Alle übrigen Grippeimpfstoffe (z. B. Grippeimpfstoffe, die nicht intramuskulär oder subkutan verimpft werden oder tetravalenter Grippeimpfstoff) sind über Muster 16 auf den Namen des Patienten zu verordnen.

Bezugs-/Verordnungsmöglichkeiten

Es wurden neue Informationen zur Grippeimpfstoff-Ausschreibung 2017/2018 bereitgestellt. Sie finden sie im KVN-Portal unter Verordnungen/Ausschreibung Grippeimpfstoffe 2017/2018

### 3.3. Änderung der Formularbestellung in der Bezirksstelle Aurich

Ab dem 1. Oktober 2017 ändert sich der Service bei der Anforderung von Formularen für Ihre ärztliche 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.

Das beigefügte Fax-Bestellformular erhalten Sie mit jeder Lieferung; zudem können Sie das Bestellformular auch auf der Internetseite der KVN ([www.kvn.de](http://www.kvn.de)) im KVN-Portal unter der Rubrik Bezirksstelle Aurich/Formularbestellungen abrufen.

#### **Anlage 5.3: Fax-Bestellformular**

### 3.4. Bezirksstelle Aurich ab 25. September 2017 in neuen Räumen

Nach Fertigstellung des neuen Verwaltungsgebäudes wird die Bezirksstelle Aurich am vorletzten Septemberwochenende ihren Neubau beziehen. Ab dem 25. September 2017 erreichen Sie die Bezirksstelle im Kornkamp 50, 26605 Aurich.

Ab diesem Zeitpunkt erreichen Sie die Bezirksstelle telefonisch über die gewohnte zentrale Telefonnummer 04941 60080 und über die bekannten Nebenstellen der einzelnen Mitarbeiter.

## 4. Veranstaltungen im Oktober und November 2017

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

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

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

Name	Ort	Datum	Gebühr p. P.
<b>Qualitäts- und Praxismanagement</b>			
Gesundheit von PraxismitarbeiterInnen erhalten und schützen	Oldenburg	15.Okt	kostenlos
Homepagegestaltung in der Arztpraxis	Hannover	21.Okt	119 Euro
Organisation und Management in der KJP-Praxis mit SPV	Hannover	04.Nov	135 Euro
Praxisseminar für Weiterbildungsassistenten	Hannover	22.Nov	kostenlos
Professionelle Praxisorganisation	Aurich	29.Nov	30 Euro
Qualitätsmanagement - Die interne Selbstbewertung	Hannover	27.Okt	139 Euro
Rechtsnormen für die Arztpraxis	Hannover	08.Nov	85 Euro
Stressfrei durch den Praxisalltag	Verden	18.Okt	45 Euro
<b>Abrechnung und Verordnung</b>			
Abrechnung aktuell	Papenburg	08.Nov	kostenlos
Abrechnung aktuell	Aurich	09.Nov	kostenlos
Abrechnung aktuell	Moormerland	15.Nov	kostenlos
Abrechnung aktuell	Aurich	22.Nov	kostenlos
Behandlungs- und Schulungsprogramm Typ-2-Diabetes mit Normalinsulin	Hannover	25.Okt	61 Euro

Diabetes und Verhalten - Schulungsprogramm für Menschen mit Typ-2-Diabetes, die Insulin spritzen	Hannover	21.Okt	185 Euro
EBM Präventionsleistungen in der Praxis	Osnabrück	18.Okt	kostenlos
Freude mit Formularen	Hannover	01.Nov	45 Euro
Hautkrebs-Screening Seminar	Osnabrück	18.Nov	99 Euro
Hautkrebs-Screening Seminar für Hausärzte	Aurich	21.Okt	168 Euro
Honorarbescheid - Ein Buch mit 7 Siegeln?	Osnabrück	15.Nov	kostenlos
Kooperation und Abrechnung	Hannover	29.Nov	kostenlos
<b>Medizinische und psychotherapeutische Themen</b>			
DMP Asthma und COPD	Stade	01.Nov	20 Euro
DMP Diabetes mellitus Typ 2	Stade	04.Nov	20 Euro
DMP Diabetes mellitus Typ 2	Verden	25.Nov	20 Euro
DMP KHK	Stade	04.Nov	20 Euro
DMP KHK	Verden	25.Nov	20 Euro
HZV Sonderverträge (2-tägig)	Verden	27.Okt	120 Euro
HZV Sonderverträge (2-tägig)	Verden	17.Nov	120 Euro
Medizin im Bereitschaftsdienst	Stade	08.Nov	30 Euro
<b>Wirtschaftsseminare</b>			
Ärztliche Kooperationen: Zukunftskonzepte für innovative Ärzte im ambulanten Bereich	Bad Zwischenahn	08.Nov	kostenlos
Existenzgründerseminar Modul 1	Göttingen	21.Okt	kostenlos
Existenzgründerseminar Modul 2	Göttingen	04.Nov	kostenlos
Existenzgründungsseminar	Hannover	25.Nov	kostenlos
Kooperieren aber richtig	Hildesheim	20.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. Amtliche Mitteilung zum HVM für Haus- und Kinderärzte 4/2017
- 5.2. Informationsschreiben
- 5.3. Fax-Bestellformular

# Amtliche Mitteilung der KVN zum HVM für das 4. Quartal 2017

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

<b>Für die Arztgruppe:</b> <b>Fachärzte für Innere und Allgemeinmedizin, Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte, Fachärzte für Innere Medizin, die dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören</b>
---

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

Regelleistungsvolumen	RLV-Fallwert:	41,5676 €
<b>Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen (QZV)</b>	<b>Gebührenordnungspositionen des EBM</b>	<b>Fallwert</b>
Akupunktur	30790, 30791	165,7473 €
Allergologie (Zusatzbezeichnung)	30110, 30111, 30120, 30121, 30122, 30123	48,4388 €
Behandlung des diabetischen Fußes	02311	53,7962 €
Behandlung von Hämorrhoiden	30610, 30611	9,1063 €
Chirotherapie	30200, 30201	8,4400 €
Dringende Besuche	01411, 01412	72,9238 €
Ergometrie	03321	19,2714 €
Hyposensibilisierungsbehandlung	30130, 30131	30,1824 €
Kardiorespiratorische Polygraphie	30900	41,2191 €
Kleinchirurgie	02310	19,7207 €
Langzeit-Blutdruckmessung	03324	7,4215 €
Langzeit-EKG	03241, 03322	10,0328 €
Phlebologie	30500, 30501	18,8430 €
Physikalische Therapie	30400, 30401, 30402, 30410, 30411, 30420, 30421	10,2274 €
Proktologie	03331	9,9148 €
Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120	22,7229 €
Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150	90,9543 €
Schmerztherapeutische spezielle Versorgung	30700, 30702, 30704, 30706, 30708	105,9605 €
Schmerztherapeutische spezielle Behandlung	30710, 30712, 30720, 30721, 30722, 30723, 30724, 30730, 30731, 30740, 30750, 30751, 30760	90,2309 €
Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092	15,9898 €
Sonographie III	33060, 33061, 33062	18,3307 €
Spirometrie	03330	6,0129 €
Unvorhergesehene Inanspruchnahme	01100, 01101, 01102	18,2322 €
Verordnung medizinischer Rehabilitation	01611	20,4224 €

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 4/2017 gegenüber 4/2016 fünf vom Hundert überschreitet, unterliegen die Ärzte dieser Arztgruppe im Rahmen der Ermittlung des RLV-Budgets 4/2017 einer Fallzahlzuwachsbeschränkung. In diesem Falle wird das arztindividuelle RLV 4/2017 begrenzt auf die individuelle RLV-relevante Behandlungsfallzahl im Vorjahresquartal zzgl. fünf vom Hundert der arztgruppenspezifischen durchschnittlichen RLV-Behandlungsfallzahl im Vorjahresquartal als maximales Wachstum.

Arztgruppenspezifische durchschnittliche RLV-Behandlungsfallzahl im Vorjahresquartal:	977,65
Maximales Wachstum der individuellen RLV-Behandlungsfallzahl:	48,88

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

Für Ärzte, die im 4. Quartal 2017 nicht in vollem zeitlichen Umfang an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, reduzieren sich die o. a. durchschnittlichen Behandlungsfallzahlen anteilig auf den Umfang ihrer Tätigkeit.

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

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

25% Minderung des RLV-Fallwerts ab 150% der durchschnittlichen RLV-Behandlungsfallzahl:	1.466,48
50% Minderung des RLV-Fallwerts ab 170% der durchschnittlichen RLV-Behandlungsfallzahl:	1.662,01
75% Minderung des RLV-Fallwerts ab 200% der durchschnittlichen RLV-Behandlungsfallzahl:	1.955,30

Für Ärzte, die im 4. Quartal 2017 nicht in vollem zeitlichen Umfang an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, reduzieren sich die o. a. Fallwertminderungsgrenzen anteilig auf den Umfang ihrer Tätigkeit.

# Amtliche Mitteilung der KVN zum HVM für das 4. Quartal 2017

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

<b>Für die Arztgruppe:</b>
<b>Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin, die dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören</b>

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

<b>Regelleistungsvolumen</b>	<b>RLV-Fallwert:</b>	<b>40,0476 €</b>
<b>Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen (QZV)</b>	<b>Gebührenordnungspositionen des EBM</b>	<b>Fallwert</b>
Allergologie	30110, 30111, 30120, 30121, 30122, 30123	41,5744 €
Dringende Besuche	01411, 01412	53,1213 €
Ergometrie	04321	20,3616 €
Hyposensibilisierungsbehandlung	30130, 30131	27,6997 €
Langzeit-Blutdruckmessung	04324	7,0984 €
Langzeit-EKG	04241, 04322	9,7165 €
Neurophysiologische Übungsbehandlung	30300, 30301	54,6069 €
Physikalische Therapie	30400, 30401, 30402, 30410, 30411, 30420, 30421	17,9609 €
Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120	16,7310 €
Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150	85,6990 €
Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092	13,9290 €
Sonographie II	33020, 33021, 33022, 33023, 33030, 33031, 33040	16,4370 €
Sonographie der Säuglingshöften	33051	11,4126 €
Spirometrie	04330	6,6618 €
Unvorhergesehene Inanspruchnahme	01100, 01101, 01102	17,7720 €
Verordnung medizinischer Rehabilitation	01611	6,1884 €

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 4/2017 gegenüber 4/2016 fünf vom Hundert überschreitet, unterliegen die Ärzte dieser Arztgruppe im Rahmen der Ermittlung des RLV-Budgets 4/2017 einer Fallzahlzuwachsbeschränkung. In diesem Falle wird das arztindividuelle RLV 4/2017 begrenzt auf die individuelle RLV-relevante Behandlungsfallzahl im Vorjahresquartal zzgl. fünf vom Hundert der arztgruppenspezifischen durchschnittlichen RLV-Behandlungsfallzahl im Vorjahresquartal als maximales Wachstum.

Arztgruppenspezifische durchschnittliche RLV-Behandlungsfallzahl im Vorjahresquartal:	1.002,97
Maximales Wachstum der individuellen RLV-Behandlungsfallzahl:	50,15

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

Für Ärzte, die im 4. Quartal 2017 nicht in vollem zeitlichen Umfang an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, reduzieren sich die o. a. durchschnittlichen Behandlungsfallzahlen anteilig auf den Umfang ihrer Tätigkeit.

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

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

25% Minderung des RLV-Fallwerts ab 150% der durchschnittlichen RLV-Behandlungsfallzahl:	1.504,46
50% Minderung des RLV-Fallwerts ab 170% der durchschnittlichen RLV-Behandlungsfallzahl:	1.705,05
75% Minderung des RLV-Fallwerts ab 200% der durchschnittlichen RLV-Behandlungsfallzahl:	2.005,94

Für Ärzte, die im 4. Quartal 2017 nicht in vollem zeitlichen Umfang an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, reduzieren sich die o. a. Fallwertminderungsgrenzen anteilig auf den Umfang ihrer Tätigkeit.



# Amtliche Mitteilung der KVN zum HVM für das 4. Quartal 2017

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

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

- Leistungen im organisierten Notfalldienst der KVN
- Haus- und Heimbefuche (GOP 01410, 01413 und 01415 EBM)
- Verordnung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (GOP 01425 und 01426 EBM)
- Zuschlag für die Betreuung eines Patienten im Rahmen der Videosprechstunde (GOP 01450 EBM)
- Zuschlag für die Erstellung und Aktualisierung des Medikationsplans (GOP 01630 EBM)
- Leistungen der Prävention, Empfängnisregelung, Sterilisation und im Rahmen von Schwangerschaftsabbrüchen (Abschnitte 1.7.1 bis 1.7.7 EBM)
- Leistungen der Methadon- und Diamorphinsubstitution (Abschnitt 1.8 EBM)
- Epilation mittels Lasertechnik bei Mann-zu-Frau-Transsexualismus (GOP 02325 bis 02328 EBM)
- Ärztlich angeordnete Hilfeleistungen anderer Personen (GOP 03060 bis 03065 EBM)
- Anleitung zur Selbstanwendung eines Real-Time-Messgerätes zur kontinuierlichen interstitiellen Glukosemessung (GOP 03355, 04590 und 13360 EBM)
- Leistungen der hausärztlichen geriatrischen Versorgung (Abschnitt 3.2.4 EBM)
- Leistungen der palliativmedizinischen Versorgung (Abschnitt 3.2.5 und 4.2.5 EBM)
- Leistungen der sozialpädiatrischen Versorgung (Abschnitt 4.2.4 EBM)
- Leistungen der pädiatrischen Nephrologie und Dialyse (Abschnitt 4.5.4 EBM) sowie die GOP 04000 bis 04015, 04040 und 04230, wenn in demselben Behandlungsfall Leistungen des Abschnitts 4.5.4 EBM abgerechnet werden
- Zuschlag auf die jeweilige Pauschale für die fachärztliche Grundversorgung (PFG)
- Anästhesiologische Leistungen gemäß § 87b Abs. 2 Satz 5 SGB V
- Beratung und Betreuung eines Patienten nach einer intravitrealen operativen Medikamenteneingabe (GOP 06334 und 06335 EBM)
- Leistungen und Begleitleistungen der Reproduktionsmedizin (ohne Beratungsleistungen GOP 08520 und 08521 EBM)
- Balneophototherapie (GOP 10350 EBM)
- Leistungen der Humangenetik (GOP 11230, 11233 bis 11236 sowie Abschnitt 11.4 und 19.4 EBM)
- Leistungen und Kostenpauschalen der Laboratoriumsmedizin (GOP 12210, 12220, 12225 und 32001 sowie Kapitel 32 EBM)\*
- Leistungen der Nephrologie und Dialyse (Abschnitt 13.3.6 EBM)
- Leistungen auf Überweisungsfällen zur Durchführung ausschließlich von Probenuntersuchungen
- Psychotherapeutisches Gespräch als Einzelbehandlung (GOP 22220 und 23220 EBM)
- Strahlentherapie (Kapitel 25 EBM)
- Leistungen der Soziotherapie (Abschnitt 30.8 EBM)
- Leistungen der spezialisierten Versorgung HIV-infizierter Patienten (Abschnitt 30.10 EBM)
- Neuropsychologische Therapie (Abschnitt 30.11 EBM)
- Spezielle Diagnostik und Eradikationstherapie im Rahmen von MRSA (Abschnitt 30.12 EBM)
- Leistungen zur spezialisierten geriatrischen Diagnostik und Versorgung (Abschnitt 30.13 EBM)
- Ambulantes Operieren, PTK, Koloskopie, Kapselendoskopie und ERCP (Leistungen des Kapitels 31 EBM sowie die GOP 04514, 04515, 04518, 04520, 04528 und 04529 sowie 13421 bis 13431 EBM)
- Leistungen der Abschnitte 2 und 3 der Anlage 1 zum AOP-Vertrag nach § 115b SGB V
- Vakuumstanzbiopsien (GOP 34274 EBM)
- Osteodensitometrische Untersuchung II (GOP 34601 EBM)
- Diagnostische Positronenemissionstomographie (PET) und diagnostische Positronenemissionstomographie mit Computertomographie (PET/CT) (Abschnitt 34.7 EBM)
- Telekonsil von Röntgenaufnahmen und CT-Aufnahmen (Abschnitt 34.8 EBM)
- Probatorische Sitzungen von Ärzten der in § 87b Abs. 2 Satz 4 SGB V genannten Arztgruppen (GOP 35150 EBM)
- Psychotherapeutische Sprechstunde und Akutbehandlung (GOP 35151 und 35152 EBM)
- Antrags- und genehmigungspflichtige Leistungen der Psychotherapie (Abschnitt 35.2 EBM)
- Belegärztliche Leistungen (Kapitel 36 EBM), Versorgung gemäß Anlage 27 und 30 zum BMV-Ä (Kapitel 37 EBM) sowie Delegationsfähige Leistungen (Kapitel 38 EBM)
- Kosten- und Wegepauschalen (Kapitel 40 EBM) sowie Sachkostenerstattung (GOP 99999)
- Vergütungen für regional bzw. bundesweit vereinbarte, nicht im EBM enthaltene Leistungen im GOP-Bereich  $\geq 80000$

\* 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



## Wirtschaftlichkeit bei der Pharmakotherapie depressiver Erkrankungen

Die Behandlung psychischer Erkrankung ist erst mit der Einführung der Psychopharmaka Mitte des 20. Jahrhunderts deutlich verbessert worden, obwohl eine kausale medikamentöse Therapie nach wie vor nicht umfänglich möglich ist.<sup>1</sup> Das Risiko, im Laufe eines Lebens an einer unipolaren Depression zu erkranken, liegt weltweit bei 16-20 %<sup>2</sup>, die Lebenszeitprävalenz einer bipolaren Depression bei 3-5 %.<sup>3</sup>

### Risikofaktoren

Für die Entstehung von Depressionen wird vor allem ein multifaktorielles Erklärungskonzept angenommen. Im Zusammenhang mit Auslösefaktoren wie Arbeitsverlust, schwerer Krankheit oder Verlust eines Menschen kann bei genetischer Vulnerabilität oder familiärer Disposition mit erhöhter Wahrscheinlichkeit eine unipolare depressive Symptomatik auftreten.<sup>4</sup> Auch bei bipolaren Depressionen wird eine multifaktorielle Genese mit einer starken genetischen Komponente, einer erhöhten Sensibilität, Umwelteinflüssen und Persönlichkeitscharakteristika angekommen.<sup>3</sup>

Die Therapie depressiver Erkrankungen gestaltet sich individuell je nach Patient und Ausprägung.

### Medikamentöse Therapie

Nach der Behandlung in der Akutphase stellen die Rezidiv- und Phasenprophylaxe wichtige Maßnahmen der Therapie dar. Neben der Psychotherapie gibt es verschiedene medikamentöse Behandlungsoptionen. Bei unipolaren Depressionen ist es letztlich das Ziel, eine vollständige Remission zu erreichen.<sup>4</sup> Das übergeordnete Ziel der bipolaren Depression ist die Erhaltung eines hohen psychosozialen Funktionsniveaus, das die Lebensqualität und die Möglichkeit beeinflusst, am sozialen Leben teilzuhaben.<sup>3</sup>

Bei depressiven Störungen kommen in erster Linie Antidepressiva wie Trizyklika (TZA), selektive Serotonin-Rückaufnahme-Inhibitoren (SSRI), Monoaminoxidase (MAO)-Inhibitoren (MAOI) oder selektive Serotonin-/Noradrenalin-Rückaufnahme-Inhibitoren (SSNRI) zum Einsatz. Weitere Substanzen wie Lithium und Neuroleptika sind ebenfalls von Bedeutung. Zur Behandlung der bipolaren Depression stehen neben Antidepressiva und Neuroleptika die Stimmungsstabilisatoren Lithium, Quetiapin und Lamotrigin zur Verfügung.

Stand: 08/2017

<sup>1</sup> Mutschler E, Geisslinger G et al. Mutschler Arzneimittelwirkungen. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH; 2013 (10.Auflage): 150

<sup>2</sup> Ebmeier KP, Donaghey C, Steele JD. Recent developments and current controversies in depression. Lancet 2006;367(9505):153-67. Bijl RV, Ravelli A, van Zessen G. Prevalence of psychiatric disorder in the general population: results of The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 1998;33(12):587-95.

<sup>3</sup> S3-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie Bipolarer Störungen, Langversion 1.4 Mai 2012, letzte Anpassung September 2012

<sup>4</sup> S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie „Unipolare Depression“, Langfassung 2. Auflage, 2015

## Welche Empfehlungen gibt der KBV-Medikationskatalog?<sup>5</sup>

Der KBV-Medikationskatalog unterscheidet Standard- und Reservewirkstoffe (hoher oder mittlerer Evidenzgrad) von nachrangig zu verordnenden Wirkstoffen (niedriger Evidenzgrad, s. Tabelle).

Während SSRI wie Citalopram, Escitalopram oder Sertralin und die Trizyklika Amitriptylin und Doxepin als vorrangig einzusetzende Wirkstoffe eingestuft werden, handelt es sich bei Duloxetin (SSNRI) nicht um ein Standardtherapeutikum. Insbesondere ist das Risiko, dass Patienten wegen eines ungünstigen Nebenwirkungsprofils die Behandlung abbrechen, erhöht.<sup>6</sup>

Auch Paroxetin und Agomelatin werden unter anderem wegen eines erhöhten Nebenwirkungspotentials nicht als Standard- oder Reservewirkstoffe eingestuft. Agomelatin, das zur Therapie der Major Depression zugelassen ist, ist vor allem wegen seiner erhöhten Lebertoxizität als "Mittel der Reserve" anzusehen und kann bei individuell bedingter Unverträglichkeit von SSRI und TZA eingesetzt werden.<sup>7</sup>

Das Phytotherapeutikum Johanniskraut ist in verschiedenen Dosisstärken sowohl als apothekenpflichtiges als auch als verschreibungspflichtiges Arzneimittel verfügbar. Bei der Verordnung ist zu prüfen, ob die Indikation für ein verschreibungspflichtiges Präparat vorliegt. Johanniskraut kann bei leichten oder mittelgradigen depressiven Episoden als Pharmakotherapie in Betracht gezogen werden. Allerdings müssen die spezifischen Nebenwirkungen und möglicherweise schwerwiegenden Interaktionen berücksichtigt werden.<sup>4</sup>

Tabelle: Wirkstoffempfehlungen des KBV-Medikationskatalogs zur Indikation Depression

Standardwirkstoffe		
<u>Unipolare Depression</u>		<u>Bipolare Depression</u>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Amitriptylin</li> <li>• Citalopram</li> <li>• Doxepin</li> <li>• Escitalopram</li> <li>• Sertralin</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lithium (Prophylaxe)</li> <li>• Quetiapin (Therapie)</li> </ul>
Reservewirkstoffe		
<u>Unipolare Depression</u>		<u>Bipolare Depression</u>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Amitriptylinoxid</li> <li>• Clomipramin</li> <li>• Fluoxetin</li> <li>• Imipramin</li> <li>• Mirtazapin</li> <li>• Moclobemid</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nortriptylin</li> <li>• Trimipramin</li> <li>• Venlafaxin</li> <li>• Lithium (zur Augmentation)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lamotrigin (Prophylaxe)</li> <li>• Fluoxetin (Therapie)</li> </ul>
Nachrangig zu verordnende Wirkstoffe		
<u>Unipolare Depression</u>		<u>Bipolare Depression</u>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Agomelatin</li> <li>• Bupropion</li> <li>• Dosulepin</li> <li>• Duloxetin</li> <li>• Fluvoxamin</li> <li>• Johanniskraut</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Maprotilin</li> <li>• Mianserin</li> <li>• Paroxetin</li> <li>• Tianeptin</li> <li>• Tranylcypromin</li> <li>• Trazodon</li> <li>• Vortioxetin</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Carbamazepin (Prophylaxe)</li> <li>• Citalopram (Th.*)</li> <li>• Mianserin (Th.)</li> <li>• Tianeptin (Th.)</li> <li>• Tranylcypromin (Th.)</li> <li>• Trazodon (Th.)</li> <li>• Tricyclische Antidepressiva (Th.)</li> </ul>

\* Th. = Therapie

<sup>5</sup> abrufbar unter: <http://www.kbv.de/html/medikationskatalog.php> (letzter Zugriff 02.08.2017)

<sup>6</sup> abrufbar unter: <http://www.kbv.de/html/medikationskatalog.php> (letzter Zugriff 07.08.2017)

<sup>7</sup> Wirkstoff AKTUELL Agomelatin, 2010, abrufbar unter: <https://www.akdae.de/Arzneimitteltherapie/WA/Archiv-Fertigarzneimittel/Agomelatin.pdf> (letzter Zugriff 07.08.2017)

# Bestellschein Niedersachsen

## Lieferung von Vordrucken für die kassenärztliche Versorgung

An den

Paul Albrechts Verlag  
Hamburger Straße 6

22952 Lütjensee

**Bitte hier unbedingt die BSNR angeben!**

Betriebsstätten-Nr.	Datum
Arztstempel	

E-Mail \*


\* Bei Angabe Ihrer E-Mail-Adresse erhalten Sie automatisch eine Auftrags- und Versandbestätigung Ihrer Bestellung.

↪ Hier die Gesamtbestimmungen 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 vergrößerten Sehhilfen	(Muster 8a)	50 / 100 / 500
Bescheinigung f. d. Gewährung von Mutterschaftsgeld bei Frühgeburten	(Muster 9)	50 / 100 / 500
Überweisungsschein f. Laboratoriumsuntersuchungen als Auftragsleistung	(Muster 10)	100 / 500 / 1000
Anforderungsschein f. Laboratoriumsuntersuchungen bei Laborgemeinschaften	(Muster 10a)	100 / 500 / 1000
Verordnung von häuslicher Krankenpflege	(Muster 12)	50 / 100 / 500
Heilmittelverordnung – Physikalische Therapie	(Muster 13)	100 / 500 / 1000
Heilmittelverordnung – Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie	(Muster 14)	50 / 100 / 500
Ohrenärztliche Verordnung einer Hörhilfe	(Muster 15)	50 / 100 / 500
Heilmittelverordnung – Ergotherapie	(Muster 18)	50 / 100 / 500
Notfall-/Vertretungsschein	(Muster 19)	100 / 500 / 1000
Maßnahmen zur stufenweisen Wiedereingliederung in das Erwerbsleben (Wiedereingliederungsplan)	(Muster 20)	50 / 100 / 500
Bescheinigung für den Bezug von Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes	(Muster 21)	100 / 500 / 1000
Konsiliarbericht vor Aufnahme einer Psychotherapie	(Muster 22)	10 / 50
Verordnung Soziotherapie	(Muster 26)	10 / 50
Betreuungsplan Soziotherapie	(Muster 27)	10 / 50
Verordnung bei Überweisung zur Soziotherapie	(Muster 28)	10 / 50
Berichtsvordruck Gesundheitsuntersuchung	(Muster 30)	100 / 500 / 1000
Empfehlung zur verhaltensbezogenen Primärprävention	(Muster 36)	100 / 500 / 1000
Krebsfrüherkennung Frauen	(Muster 39)	100 / 500 / 1000
Krebsfrüherkennung Männer	(Muster 40)	100 / 500 / 1000
Bericht für die Krankenkasse bei Fortbestehen der Arbeitsunfähigkeit	(Muster 52)	50 / 100 / 500
Bescheinigung einer schwerwiegenden chronischen Erkrankung gem. § 62 SGB V	(Muster 55)	50 / 100 / 500
Antrag auf Kostenübernahme für Rehabilitationssport	(Muster 56)	50 / 100
Beratung zu medizinischer Rehabilitation	(Muster 61)	75 / 150
Verordnung spezialisierter ambulanter Palliativversorgung	(Muster 63)	50 / 100
Behandlungsplan für Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung	(Muster 70)	50 / 100
Folge-Behandlungsplan für Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung	(Muster 70A)	50 / 100

**Bestellungen bitte schriftlich, per Mail oder Fax aufgeben!**



Paul Albrechts Verlag  
Hamburger Straße 6  
22952 Lütjensee

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

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





**KVN**

Kassenärztliche Vereinigung  
Niedersachsen

# Informationen für die Praxis

KVN-Rundschreiben

August 2017

## Inhaltsverzeichnis

<b>1. Abrechnung .....</b>	<b>2</b>
1.1. Informationen zur Abrechnung von Psychotherapieleistungen.....	2
<b>2. Verordnungen.....</b>	<b>3</b>
2.1. Dritte Verordnung zur Änderung der Betäubungsmittel- Verschreibungsverordnung (BtMVV) .....	3
2.2. Revestive® (Teduglutid) als Praxisbesonderheit anerkannt .....	4
2.3. Änderung der Anlage V (verordnungsfähige Medizinprodukte) der Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL). 5	
2.4. Gemeinsame Arbeitsgruppe Arzneimittel - Rezept-Info zum Thema Osteoporose und Informationsschreiben zum Thema wirtschaftliche Verordnung von Cannabis-Arzneimitteln .....	6
<b>3. Allgemeine Hinweise.....</b>	<b>6</b>
3.1. Kündigung der Vereinbarung zum Bonussystem der BARMER für gesundheitsbewusstes Verhalten .....	6
3.2. Muster-Hygieneplan für Arztpraxen .....	6
3.3. Überwachung und Begehung von Arztpraxen durch Behörden.....	7
3.4. Seminarangebote 2018 .....	8
<b>4. Veranstaltungen im September und Oktober 2017 .....</b>	<b>9</b>
<b>5. Anlagenverzeichnis.....</b>	<b>12</b>
5.1. Rezeptinfo Osteoporose.....	12
5.2. Wirtschaftliche Verordnung von Cannabis- Arzneimitteln.....	12
5.3. Sammelerklärung .....	12

## 1. Abrechnung

### 1.1. Informationen zur Abrechnung von Psychotherapieleistungen

Mit der Quartalsabrechnung 3/2017 sind nur noch die neuen GOP nach Kapitel 35 EBM zu verwenden. Dazu sind zum 1. Juli 2017 die Anerkennungsdaten der Psychotherapieleistungen, die vor dem 1. Juli 2017 bewilligt wurden, als Restkontingent einzutragen.

Beispiel: Antrag wurde am 2. Januar 2017 gestellt, es wurden 25 Leistungen genehmigt, bis zum 30. Juni 2017 wurden zehn Leistungen erbracht und abgerechnet:

Alter Eintrag (bis 30.06.2017)	Neuer Eintrag (ab 01.07.2017)
Antrag vom: 02.01.2017 (KVDT-Feld 4247)	Antrag vom: 02.01.2017 (KVDT-Feld 4247)
Bewilligt am: 01.02.2017 (KVDT-Feld 4235)	Bewilligt am: 01.02.2017 (KVDT-Feld 4235)
Alte GOP: 35201 (KVDT-Feld 4244)	Neue GOP: 35405 (KVDT-Feld 4244)
Anzahl der bewilligten Leistung: 25 (KVDT-Feld 4245)	Anzahl der bewilligten Leistung: 15 (Restkontingent) (KVDT-Feld 4245)
Erbracht: 10 (KVDT-Feld 4246)	Erbracht: XX (KVDT-Feld 4246)

Für Kurzzeittherapien, die vor dem 1. April 2017 beantragt wurden, ist die GOP für die 25. Sitzung mit einem Suffix zu kennzeichnen:

- „L“: für die 25. Sitzung oder
- „S“: für die 25. Sitzung, unter Einbeziehung einer Bezugsperson oder
- „N“: für die 25. Sitzung, von mind. 50 Minuten Dauer oder
- „X“: für die 25. Sitzung, von mind. 50 Minuten Dauer, unter Einbeziehung einer Bezugsperson.

Bei probatorischen Sitzungen, die vor dem 1. April 2017 begonnen wurden, ist die GOP jeder Sitzung mit einem Suffix zu kennzeichnen:

- „L“: für die probatorische Sitzung oder
- „S“: für die probatorische Sitzung, unter Einbeziehung einer Bezugsperson.

Eine Therapieeinheit der Gruppentherapie in der Verhaltenstherapie ist seit dem 1. April 2017 mit 100 Minuten festgesetzt. Es sind aber weiterhin auch Sitzungen von mindestens 50 Minuten Dauer berechnungsfähig, in diesem Fall wird die Bewertung halbiert.

Die GOP jeder Sitzung ist mit einem Suffix zu kennzeichnen:

- „H“: Sitzung von mind. 50 Minuten Dauer oder
- „Z“: Sitzung von mind. 50 Minuten Dauer, unter Einbeziehung einer Bezugsperson oder

Kurzzeittherapien

Probatorische Sitzungen

- „W“: Sitzung von mind. 50 Minuten Dauer, Langzeittherapie als Rezidivprophylaxe oder
- „Y“: Sitzung von mind. 50 Minuten Dauer, Langzeittherapie als Rezidivprophylaxe, unter Einbeziehung einer Bezugsperson.

Ausführliche Informationen finden Sie auf der Internetseite der Kassenärztlichen Bundesvereinigung unter [www.kbv.de/Psychotherapie](http://www.kbv.de/Psychotherapie)

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

## 2. Verordnungen

### 2.1. Dritte Verordnung zur Änderung der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV)

Am 30. Mai 2017 ist die dritte Verordnung zur Änderung der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV) formal in Kraft getreten. Die Änderungen betreffen die Regelungen zur Substitutionstherapie Opioidabhängiger. Die Bundesärztekammer (BÄK) wird dabei beauftragt, in einer Richtlinie den allgemein anerkannten Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft für die Substitution darzustellen.

Bis zum Erscheinen dieser Richtlinie findet die bis zum 29. Mai 2017 geltende Fassung weiter Anwendung. Die BÄK hat die neue Richtlinie dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 31. August 2017 zur Genehmigung vorzulegen, so dass seitens der BÄK von einem Inkrafttreten Anfang September 2017 ausgegangen wird.

In der Richtlinie sind insbesondere die Therapieziele der substituionsgestützten Behandlung Opioidabhängiger, die allgemeinen Voraussetzungen für die Einleitung und Fortführung einer Substitution sowie die Erstellung eines Therapiekonzeptes festzustellen. Des Weiteren werden die Anforderungen an die ärztliche Dokumentation bestimmt.

Einige ausgewählte Änderungen der BtMVV:

- Neben der unveränderten „Zwei-Tagesregelung“ darf ein substituierender Arzt in Ausnahmefällen unter bestimmten Voraussetzungen dem Patienten Substitutionsmittel zur eigenverantwortlichen Einnahme auch in der Menge verschreiben, die für ein Wochenende und dem Wochenende vorangehende oder folgende Feiertage einschließlich eines dazwischen liegenden Werktages benötigt wird, höchstens jedoch für fünf Tage. Die Verordnung ist nach dem Buchstaben „S“ zusätzlich mit dem Buchstaben „Z“ zu kennzeichnen.
- Neben der unveränderten „Sieben-Tagesregelung“ darf ein substituierender Arzt, sobald und solange er zu dem Ergebnis kommt, dass eine Überlassung des Substitutionsmittels zum unmittelbaren Verbrauch nicht mehr erforderlich ist, dem Patienten

Änderungen



in begründeten Einzelfällen unter bestimmten Voraussetzungen Substitutionsmittel für bis zu 30 Tage verordnen.

Der substituierende Arzt kann patientenindividuelle Zeitpunkte festlegen, an denen Teilmengen des verschriebenen Substitutionsmittels in der Apotheke an den Patienten oder an die Praxis des substituierenden Arztes abgegeben oder zum unmittelbaren Verbrauch überlassen werden sollen. Die Verordnung ist nach dem Buchstaben „S“ zusätzlich mit dem Buchstaben „T“ zu kennzeichnen.

- Die Einrichtungen, die Substitutionsmittel zum unmittelbaren Verbrauch überlassen dürfen, werden um stationäre Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation, Gesundheitsämter, Alten- oder Pflegeheime sowie Hospize erweitert.
- Bei einem Hausbesuch darf neben dem substituierenden Arzt zusätzlich von ihm eingesetztes medizinisches Personal oder, unter bestimmten Voraussetzungen, medizinisches oder pflegerisches Personal, das von einem ambulanten Pflegedienst oder von einer Einrichtung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung eingesetzt wird, dem Patienten Substitutionsmittel zum unmittelbaren Verbrauch überlassen.
- Ein suchtmedizinisch nicht qualifizierter Arzt darf statt bislang höchstens drei nun höchstens zehn Patienten mit Substitutionsmitteln behandeln („Konsiliarregelung“).
- Die Anforderungen an die Dokumentation der Substitution bestimmt die BÄK in ihrer Richtlinie.

Genauere Vorgaben wird die aktualisierte Richtlinie der BÄK darstellen. Die derzeit noch gültige „Richtlinie der Bundesärztekammer zur Durchführung der substitutionsgestützten Behandlung Opioidabhängiger“ ist auf der Seite der Bundesärztekammer abrufbar unter [www.bundesaerztekammer.de/Richtlinien/Substitutionstherapie](http://www.bundesaerztekammer.de/Richtlinien/Substitutionstherapie).

## 2.2. Revestive® (Teduglutid) als Praxisbesonderheit anerkannt

Ab dem 13. Juli 2017 wird Revestive® (Wirkstoff Teduglutid) nach einer Vereinbarung zwischen dem GKV-Spitzenverband und dem pharmazeutischen Unternehmen Shire Deutschland GmbH ab dem ersten Behandlungsfall als Praxisbesonderheit ausschließlich im Anwendungsgebiet des G-BA-Beschlusses anerkannt:

- Revestive® wird angewendet für die Behandlung von Patienten im Alter von einem bis einschließlich 17 Jahren mit Kurzdarmsyndrom. Nach einem chirurgischen Eingriff sollte zunächst eine Phase der intestinalen Adaption abgewartet werden und die Patienten sollten sich in einer stabilen Phase befinden.

In diesem Anwendungsgebiet zeigte das Präparat zur Behandlung seltener Leiden im Verfahren der frühen Nutzenbewertung einen nicht quantifizierbaren Zusatznutzen.

Erwachsene Patienten mit Kurzdarmsyndrom sind nicht von dieser Praxisbesonderheit umfasst.

Nicht quantifizierbarer  
Zusatznutzen

Die Einleitung und Überwachung der Behandlung mit Teduglutid soll nur durch in der Therapie von Patienten ab dem Alter von einem Jahr mit Kurzdarmsyndrom erfahrene Ärzte erfolgen.

Vor Beginn der Behandlung ist bei allen Kindern der Stuhl auf okkultes Blut zu untersuchen. Jährliche Kontrollen sind angezeigt, solange die Kinder Teduglutid erhalten. Vor Einleitung der Teduglutid-Behandlung sollten Kinder im Alter von zwölf Jahren und älter einer Koloskopie/Sigmoidoskopie unterzogen werden (sofern innerhalb des vorangegangenen Jahres keine solche Untersuchung durchgeführt wurde). Kinder unter zwölf Jahren sollten ebenfalls einer Darmspiegelung unterzogen werden, wenn unerklärliche Blutbeimengungen im Stuhl festgestellt wurden. Nach einjähriger Behandlung wird für alle Kinder eine Koloskopie empfohlen, und bei fortgesetzter Behandlung empfiehlt sich mindestens alle fünf Jahre eine Kontrollkoloskopie.

Koloskopie

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

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

Zum 20. Juli 2017 ist das Medizinprodukt Hedrin® Once Liquid Gel ohne Befristung der Verordnungsfähigkeit wie folgt in Anlage V der Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL) aufgenommen worden:

Produktbezeichnung	Medizinisch notwendige Fälle	Befristung der Verordnungsfähigkeit
Hedrin® Once Liquid Gel	Für Kinder ab 6 Monaten bis zum vollendeten 12. Lebensjahr und Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr mit Entwicklungsstörungen zur physikalischen Behandlung des Kopfhaares bei Kopflausbefall	keine

Die namentlich in Anlage V aufgeführten Medizinprodukte dürfen in den genannten medizinisch notwendigen Fällen unter Berücksichtigung evtl. bestehender Sondervertragsregelungen zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung auf Namen des Patienten verordnet werden.

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

## 2.4. Gemeinsame Arbeitsgruppe Arzneimittel - Rezept-Info zum Thema Osteoporose und Informationsschreiben zum Thema wirtschaftliche Verordnung von Cannabis-Arzneimitteln

Im Anhang finden Sie eine weitere Rezept-Info der AG GKV/KVN Arzneimittel zu dem Thema Osteoporose. In diesem Schreiben werden neben generellen Empfehlungen auch Hinweise zur medikamentösen Therapie bei Osteoporose erläutert, insbesondere Wirkstoffempfehlungen des KBV-Medikationskataloges. Rezept-Infos enthalten sowohl Empfehlungen für den behandelnden Arzt als auch Vordrucke für die Patientinformation.

Ein weiteres Informationsschreiben befasst sich mit der wirtschaftlichen Verordnung von Cannabis-Arzneimitteln. In einer Übersichtstabelle werden die Preise der in Deutschland verfügbaren Fertigarzneimittel sowie der Rezepturen, die hierzu angefertigt werden können, dargestellt.

Die Rezept-Info und das Informationsschreiben finden Sie in Kürze auch im KVN-Portal unter Verordnungen/Arzneimittel/Veröffentlichungen sowie im Internet unter [www.kvn.de/Praxis/Verordnungen](http://www.kvn.de/Praxis/Verordnungen)

### Anlage 5.1: Rezeptinfo Osteoporose

### Anlage 5.2: Wirtschaftliche Verordnung von Cannabis-Arzneimitteln

## 3. Allgemeine Hinweise

### 3.1. Kündigung der Vereinbarung zum Bonussystem der BARMER für gesundheitsbewusstes Verhalten

Die BARMER GEK hat mit sofortiger Wirkung die o. a. Vereinbarung gekündigt. Hintergrund der Kündigung ist die seinerzeitige Aufnahme der Leistung Bonusstempel in die Grundpauschalen des EBM. Die GO-Nr. 99862 ist mit sofortiger Wirkung zu Lasten der Versicherten der BARMER nicht mehr abrechenbar.

### 3.2. Muster-Hygieneplan für Arztpraxen

Das Kompetenzzentrum Hygiene und Medizinprodukte (CoC) hat einen Hygieneplan für Arztpraxen herausgegeben. Damit soll den Praxen bei der Erstellung des praxisinternen Hygieneplans Unterstützung gegeben werden. In der Mustervorlage werden fachübergreifend hygiene-relevante Abläufe detailliert dargestellt. Die Regelungen beschreiben allgemeine sowie spezielle Hygienemaßnahmen. Die Vorlage berücksichtigt die normativen Vorgaben sowohl zum Patienten- als auch zum Mitarbeiterschutz und beschreibt Maßnahmen der Basishygiene, der baulich-funktionellen Gestaltung, der Risikobewertung und Einstufung von Medizinprodukten und der Aufbereitung von semikritischen und kritischen Medizinprodukten. Praxen, die bereits über einen eigenen Hygieneplan

verfügen, empfiehlt das CoC einen Vergleich der vorhandenen Unterlagen mit der Mustervorlage. Dadurch sei es möglich, einzelne Aspekte zu aktualisieren, Verbesserungspotenzial zu identifizieren und eventuelle Lücken zu füllen.

Für vertiefende Hintergrundinformationen steht Ihnen der Hygieneleitfaden unter <http://www.kvn.de/Praxis/Qualitaetssicherung/Hygiene-und-Medizinprodukte/Hygiene>

zur Verfügung.

Der Musterhygieneplan steht als PDF auf unserer Internetseite unter: <http://www.kvn.de/Praxis/Qualitaetssicherung/Hygiene-und-Medizinprodukte>

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

#### **Kontakt**

Frau Marlen Hilgenböker  
Telefon: 0511 380-33 11,  
E-Mail: [marlen.hilgenboeker@kvn.de](mailto:marlen.hilgenboeker@kvn.de)

Frau Petra Naumann  
Telefon: 0511 380-32 20,  
E-Mail: [petra.naumann@kvn.de](mailto:petra.naumann@kvn.de)

Fax.- Nr.: 0511 380-3156

### **3.3. Überwachung und Begehung von Arztpraxen durch Behörden**

Medizinische Einrichtungen und Krankenhäuser werden immer häufiger mit Überwachungen und Inspektionen durch staatliche Behörden konfrontiert. Im Rahmen von stichprobenartigen Besichtigungen durch Gesundheitsämter, Gewerbeaufsichtsämter oder andere zuständige Behörden werden das Hygienemanagement oder die Aufbereitungsprozesse überprüft. Werden dabei Mängel festgestellt, kann dies zu erheblichen Konsequenzen für die Praxis führen. Das Spektrum der Maßnahmen reicht hierbei von Auflagen und Ordnungsgeldern bis zur unmittelbaren Einschränkung der Praxistätigkeit oder gar Schließung der Praxis. Diese Broschüre der KBV soll dabei helfen, einen Überblick über die Vielzahl der Gesetze, Verordnungen und daraus resultierenden Anforderungen und Pflichten zu behalten. Sie kann aber auch als Nachschlagewerk dienen, um einschlägige Regelungen nachzulesen und Ansprechpartner oder nützliche Internetadressen aufzufinden - zum Beispiel, wenn Sie sich auf eine angekündigte Praxisbegehung vorbereiten möchten. Eine Auswahl an Checklisten zur Begehung von Praxen ist in der Broschüre ebenfalls enthalten. Anhand eines Fragebogens können Praxen ihren Ist-Zustand bewerten. Die 100-seitige Broschüre liegt ausschließlich in elektronischer Form vor und kann kostenlos heruntergeladen werden.

Broschüre soll Übersicht verschaffen

Mit einem Link zur KBV steht Ihnen die Broschüre auf unserer Internetseite zur Verfügung: <http://www.kvn.de/Praxis/Qualitaetssicherung/Hygiene-und-Medizinprodukte>

#### **3.4. Seminarangebote 2018**

Auch im Jahr 2018 bietet Ihnen Ihre Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen ein umfassendes Seminarangebot an. Die Themen mit den ausführlichen Kursinhalten finden Sie ab dem 30. September 2017 auf der Internetseite der KVN unter [www.kvn.de/Seminarangebot](http://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 2017.

## 4. Veranstaltungen im September und Oktober 2017

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

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

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

Name	Ort	Datum	Gebühr p. P.
<b>Qualitäts- und Praxismanagement</b>			
Bürokratieabbau in der Praxis	Oldenburg	27.Sep	85 Euro
Fehler- und Risikomanagement in der Praxis	Hannover	23.Sep	135 Euro
Gefährdungsbeurteilung für die Arztpraxis	Hannover	27.Sep	85 Euro
Gruppentherapie leicht gemacht	Oldenburg	02.Sep	50 Euro
Homepagegestaltung in der Arztpraxis	Hannover	21.Okt	119 Euro
Kommunikationstraining	Aurich	06.Sep	80 Euro
Neue Wege in die Zukunft - Patientenbindung durch aktives Kundenmanagement	Hannover	02.Sep	119 Euro
Personalführung für PraxismitarbeiterIn	Hannover	12.Sep	139 Euro
Praxisbegehungen durch das Gewerbeaufsichtsamt	Hannover	09.Sep	20 Euro
Qualitätsmanagement für Psychotherapeuten	Hannover	09.Sep	135 Euro
Qualitätsmanagement - Die interne Selbstbewertung	Hannover	27.Okt	139 Euro
Praxis Check-up	Hannover	13.Sep	85 Euro
Raus aus der Stress-Falle für PraxismitarbeiterIn	Hannover	05.Sep	144 Euro
Raus aus der Stress-Falle für PraxisinhaberIn	Hannover	23.Sep	144 Euro
Stressfrei durch den Praxisalltag	Verden	18.Okt	45 Euro

Unterstützung in der Arztpraxis im Umgang mit Flüchtlingen	Hannover	02.Sep	135 Euro
<b>Abrechnung und Verordnung</b>			
Abrechnung aktuell Hausarztpraxen	Oldenburg	18.Okt	kostenlos
Behandlungs- und Schulungsprogramm Typ-2-Diabetes mit Normalinsulin	Hannover	25.Okt	61 Euro
Diabetes und Verhalten - Schulungsprogramm für Menschen mit Typ-2-Diabetes, die Insulin spritzen	Hannover	21.Okt	185 Euro
EBM für Einsteiger	Osnabrück	27.Sep	kostenlos
EBM Präventionsleistungen in der Praxis	Osnabrück	18.Okt	kostenlos
Hautkrebs-Screening Seminar für Hausärzte	Aurich	21.Okt	168 Euro
Honorarbescheid lesen und verstehen	Braunschweig	20.Sep	kostenlos
Verordnungsweise in der täglichen Praxis	Hannover	11.Okt	kostenlos
<b>Medizinische und psychotherapeutische Themen</b>			
DMP Asthma und COPD	Verden	16.Sep	20 Euro
EBM Präventionsleistungen in der Arztpraxis	Osnabrück	18.Okt	kostenlos
HZV Sonderverträge (2-tägig)	Verden	27.Okt	120 Euro
<b>Wirtschaftsseminare</b>			
Erfolgreich im Markt	Braunschweig	14.Sep	kostenlos
Existenzgründerseminar Modul 1	Göttingen	21.Okt	kostenlos
Kooperieren aber richtig	Hildesheim	20.Sep	kostenlos
Niederlassen in Niedersachsen	Oldenburg	16.Sep	kostenlos
Praxisführung - die wichtigsten Punkte	Lüneburg	13.Sep	kostenlos
Vorsorge für alle Fälle. Generalvollmacht, Betreuungsverfügung, Testamentgestaltung	Hannover	06.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. Rezeptinfo Osteoporose

5.2. Wirtschaftliche Verordnung von Cannabis-Arzneimitteln

5.3. Sammelerklärung

# Gemeinsame Arbeitsgruppe Arzneimittel

Kassenärztliche Vereinigung  
Niedersachsen

Verbände der gesetzlichen  
Krankenkassen in Niedersachsen



## Rezeptinfo – Therapie bei Osteoporose

In Deutschland sind etwa 6,3 Millionen Menschen von einer Osteoporose betroffen und 52 % der Patienten erlitten innerhalb eines 4-jährigen Beobachtungszeitraums eine bis mehrere Frakturen.<sup>1</sup> Die Vermeidung von Stürzen und Frakturen und die damit verbundene Lebensqualitätsminderung ist daher das Ziel aller prophylaktischen und therapeutischen Maßnahmen.

## Generelle Empfehlungen für eine Osteoporose- und Frakturprophylaxe

Nicht beeinflussbare Faktoren, die eine Osteoporose begünstigen, sind ein erhöhtes Alter, weibliches Geschlecht und eine familiäre Disposition.

Zur Beeinflussung weiterer Risikofaktoren empfiehlt die DVO-Leitlinie 2014<sup>2</sup> neben der Förderung von Muskelkraft und Koordination die Einhaltung eines Body-Mass-Indexes (BMI) von  $> 20 \text{ kg/m}^2$ , die tägliche Zufuhr von 1000 mg Calcium, bei hohem Sturz- und/oder Frakturrisiko und geringer Sonnenlichtexposition die Gabe von 800-1000 I.E. Vitamin D3 täglich (Kontraindikationen beachten) sowie keinen Nikotinkonsum.

## Medikamentöse Therapie

Eine medikamentöse Osteoporose-Therapie sollte in Abhängigkeit vom T-Score je nach Risikoprofil gemäß Geschlecht, Lebensalter, DXA-Knochendichte und weiteren Risikofaktoren durchgeführt werden. Bei bestehender Glucocorticoid-Therapie, Diabetes mellitus Typ 1 oder vorangegangenen Knochenbrüchen kann eine Arzneimitteltherapie bereits früher indiziert sein:

- antiresorptiv wirkende Substanzen hemmen den Abbau des Knochens (Bisphosphonate, SERMs, Strontiumranelat, Denosumab, Östrogene)
- osteoanabole Substanzen fördern den Knochenaufbau (Teriparatid, Parathormon, Fluoride)

## Welche Empfehlungen gibt der KBV-Medikationskatalog?<sup>3</sup>

Der KBV-Medikationskatalog unterscheidet Standard- und Reservewirkstoffe (hoher oder mittlerer Evidenzgrad) von nachrangig zu verordnenden Wirkstoffen (niedriger Evidenzgrad, s. Tabelle).

Nach DVO-Leitlinie ist die Senkung des vertebrealen und peripheren Frakturrisikos bei postmenopausalen Frauen für die Bisphosphonate Alendronat, Risedronat und Zoledronat mit Evidenzgrad A sicher belegt, diese Wirkstoffe zählt der KBV-Medikationskatalog neben einer Basistherapie mit Calcium und Vitamin D3 zu den Standard- und Reservewirkstoffen.

Als nachrangig zu verordnender Wirkstoff wurde Denosumab eingestuft, dessen verordnete DDDs (defined daily dose) in Niedersachsen vom 1. Quartal 2016 zum 1. Quartal 2017 um 8,6 %

Stand: 07/2017

<sup>1</sup> Hadji P, Klein S, Gothe H et al. The epidemiology of osteoporosis – Bone Evaluation Study (BEST): an analysis of routine health insurance data. Dtsch Arztebl Int. 2013 Jan; 110(4):52-7.

<sup>2</sup> Prophylaxe, Diagnostik und Therapie der Osteoporose bei Männern ab dem 60. Lebensjahr und bei postmenopausalen Frauen. S3-Leitlinie des Dachverbands der Deutschsprachigen Wissenschaftlichen Osteologischen Gesellschaften e.V. 2014. Verfügbar unter: [www.dv-osteologie.org](http://www.dv-osteologie.org) (Zugriff am 06.07.2017)

<sup>3</sup> abrufbar unter: <http://www.kbv.de/html/medikationskatalog.php> (letzter Zugriff 02.05.2017)

zugenommen haben.<sup>4</sup> Eine aktuelle Studie wies auf ein erhöhtes Risiko von Wirbelkörperfrakturen nach Absetzen von Denosumab hin.<sup>5</sup> Es sollte daher nur in Einzelfällen bei Unverträglichkeit von Bisphosphonaten eingesetzt werden.<sup>6</sup>

Eine Überprüfung der medikamentösen Osteoporosetherapie sollte anfänglich alle 3-6 Monate auf Verträglichkeit und Adhärenz sowie regelmäßig auf Kontraindikationen stattfinden.<sup>7</sup>

*Tabelle: Wirkstoffempfehlungen des KBV-Medikationskatalogs zur Indikation Osteoporose*

Standardwirkstoffe	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alendronat</li> <li>• Risedronat</li> <li>• Basistherapie: Calcium, Vitamin D3</li> </ul>	
Reservewirkstoffe	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zoledronat</li> </ul>	
Nachrangig zu verordnende Wirkstoffe	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Etidronat</li> <li>• Ibandronat</li> <li>• Östrogene***</li> <li>• Teriparatid</li> <li>• Parathormon**</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bazedoxifen**, Raloxifen</li> <li>• Strontiumranelat*</li> <li>• Denosumab</li> <li>• Alfacalcidol</li> <li>• Fluoride</li> </ul>

\* Die Zulassung für Strontiumranelat wurde eingeschränkt auf die Behandlung der schweren Osteoporose bei postmenopausalen Frauen und erwachsenen Männern mit hohem Frakturrisiko, für die eine Behandlung mit anderen für die Osteoporosetherapie zugelassenen Arzneimitteln nicht möglich ist, beispielsweise wegen Kontraindikationen oder Unverträglichkeit.

\*\* außer Vertrieb

\*\*\* Hinweis auf Zulassungseinschränkungen

<sup>4</sup> Berechnung auf Basis der GAmSi-Daten des jeweils 1. Quartals

<sup>5</sup> arznei-telegramm: Nochmals - multiple Wirbelkörperfrakturen nach Absetzen von Denosumab (Prolia). a-t 2017; 48(5): 47-48

<sup>6</sup> Kassenärztliche Bundesvereinigung, Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (2011). Wirkstoff AKTUELL Denosumab. [Online] <http://www.kbv.de/media/sp/Denosumab.pdf>. Letzter Zugriff: 06.07.2017

<sup>7</sup> Prophylaxe, Diagnostik und Therapie der Osteoporose bei Männern ab dem 60. Lebensjahr und bei postmenopausalen Frauen. S3-Leitlinie des Dachverbands der Deutschsprachigen Wissenschaftlichen Osteologischen Gesellschaften e.V. 2014. Verfügbar unter: [www.dv-osteologie.org](http://www.dv-osteologie.org) (Zugriff am 06.07.2017)

## Patienteninformation Osteoporose

Die Kassenärztliche Vereinigung und die Verbände der Krankenkassen in Niedersachsen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,



Osteoporose zählt laut der Weltgesundheitsorganisation WHO zu den zehn weltweit bedeutendsten Krankheiten. Die Folgen des Knochenschwunds sind Stürze und Knochenbrüche, vor allem an typischen Stellen wie Hüfte, Wirbelsäule oder Unterarm.



Der Knochen befindet sich in einem ständigen Umbau, die Knochensubstanz wird dabei von speziellen Knochenzellen auf- und abgebaut. Vitamin D und Calcium sind hierfür sehr wichtig, aber auch verschiedene Hormone regulieren die Aktivität der Knochenzellen. Wird mehr Knochensubstanz ab- als aufgebaut, entsteht Osteoporose: der Knochen wird porös und bricht schneller.



Einige Risikofaktoren wie weibliches Geschlecht, ein höheres Alter oder eine familiäre Veranlagung können nicht beeinflusst werden. Sie wollen etwas Gutes für Ihre Knochen tun? Dann beachten Sie diese Hinweise:



- Bleiben Sie in Bewegung! Leichte Gymnastik, Radfahren, Nordic Walking oder Langlauf aktivieren die Knochenzellen.
- Durch regelmäßiges Spaziergehen an der frischen Luft (auch bei bewölktem Wetter) wird die Vitamin-D-Produktion gefördert.
- Ernähren Sie sich ausgewogen und mit calciumreichen Lebensmitteln (Milchprodukte) und grünem Gemüse (Brokkoli, Kohl).
- Achten Sie auf eine ausreichende Trinkmenge, vor allem calciumreiche Mineralwässer.
- Vermeiden Sie übermäßige Mengen an Alkohol und Coffein.
- Verzichten Sie auf Tabak.



Für eine erfolgreiche Arzneimitteltherapie beachten Sie bitte, dass Sie die Medikamente regelmäßig einnehmen. Bevor Sie eine Änderung der Dosis vornehmen oder das Medikament absetzen sprechen Sie bitte zunächst mit Ihrem behandelnden Arzt.

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



Praxisstempel

## Gemeinsame Arbeitsgruppe Arzneimittel

Kassenärztliche Vereinigung  
Niedersachsen

Verbände der gesetzlichen  
Krankenkassen in Niedersachsen



### Rezept-Info – Kurzinformation zur Therapie der Osteoporose

- beeinflussbare Risikofaktoren können durch die Förderung der Muskelkraft und Koordination, die Einhaltung eines BMI > 20 kg/m<sup>2</sup> sowie Nikotinabstinenz minimiert werden
- die tägliche Zufuhr von 1000 mg Calcium und gegebenenfalls 800 – 1000 I.E. Vitamin D3 wird als Basistherapie empfohlen und ist bei einer antiresorptiven medikamentösen Osteoporose-Therapie (u.a. Bisphosphonate) sicherzustellen
- die Gabe von Bisphosphonaten ist mit Evidenzgrad A belegt, Alendronat, Risedronat und Zoledronat zählen hierbei positiv bei der Quote des KBV-Medikationskatalogs

# Gemeinsame Arbeitsgruppe Arzneimittel

Kassenärztliche Vereinigung  
Niedersachsen

Verbände der gesetzlichen  
Krankenkassen in Niedersachsen



KVN  
Kassenärztliche Vereinigung  
Niedersachsen



## Wirtschaftliche Verordnung von Cannabis-Arzneimitteln

Seit dem 10. März 2017 kann für Patienten mit einer schwerwiegenden Erkrankung unter bestimmten Voraussetzungen eine Therapie mit Cannabis-Arzneimitteln verordnet werden. Dies ist in Form von getrockneten Blüten oder Extrakten in standardisierter Qualität und mit Arzneimitteln mit den Wirkstoffen Dronabinol und Nabilon möglich.

### Voraussetzungen für die Verordnung

Die Voraussetzungen für die Verordnung und somit auch für die Übernahme der Kosten durch die GKV sind in § 31 des SGB V geregelt.

Die Voraussetzungen sind erfüllt, wenn

1. eine allgemein anerkannte, dem medizinischen Standard entsprechende Leistung
  - a) nicht zur Verfügung steht oder
  - b) im Einzelfall nach der begründeten Einschätzung der behandelnden Vertragsärztin oder des behandelnden Vertragsarztes unter Abwägung der zu erwartenden Nebenwirkungen und unter Berücksichtigung des Krankheitszustandes der oder des Versicherten nicht zur Anwendung kommen kann,
2. eine nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf oder auf schwerwiegende Symptome besteht.

### Cannabis-Arzneimittel

In Deutschland sind bislang nur zwei cannabis-haltige Fertigarzneimittel verfügbar, Sativex® (enthält Delta-9-Tetrahydrocannabinol, THC, und Cannabidiol, CBD) und Canemes® (enthält Nabilon). Rezepturen können mit dem Wirkstoff Dronabinol, mit Cannabisblüten oder Cannabisölharz (Cannabis-Extrakt) angefertigt werden. Dronabinol kann dabei in Kapseln abgefüllt oder als Tropfen verarbeitet werden, die Blüten werden für Teezubereitungen oder zur Inhalation vorbereitet und der Extrakt wird zu öligen Tropfen weiterverarbeitet.

### Preisgestaltung

Bei Fertigarzneimitteln sind die Preise durch Verhandlungen zwischen dem GKV-Spitzenverband und dem pharmazeutischen Unternehmer festgelegt und öffentlich bekannt. Die Preise von Rezepturarzneimitteln sind dagegen intransparenter, da sie individuell durch die Apotheke auf Basis der Einkaufspreise der einzelnen enthaltenen Substanzen sowie der Hilfsstoffe und je nach hergestellter Menge berechnet werden. Die Verordnung von Cannabis-Blüten für den Bedarf eines Monats führt beispielsweise zu Kosten von ca. 2000 €.

Nachfolgend haben wir Ihnen eine Preisübersicht zusammengestellt, die Sie bei der wirtschaftlichen Verordnung von Cannabis-Arzneimitteln unterstützen soll.

## Übersicht der Preise von cannabishaltigen Arzneimitteln

Wirkstoff	Fertigarzneimittel/Rezepturarzneimittel	Verfügbare Packungsgrößen	Apotheken-VK/Preis der Rezeptur	Tagesdosis	Tagestherapiekosten
<b>Cannabis</b>	Blüten zur Inhalation nach Verdampfung (NRF 22.12)	-		3,3 g <sup>2</sup>	
	Blüten in Einzeldosen zur Inhalation nach Verdampfung (NRF 22.13)	-	Preis für Blüten der Sorte Bedrocan ca. 42,50 €/5g <sup>1</sup> (EK)	3,3 g <sup>2</sup>	ca. 75 €
	Blüten zur Teezubereitung (NRF 22.14)	-		3,3 g <sup>2</sup>	
	Blüten in Einzeldosen zu 0,25 g/0,5 g/0,75 g/1 g zur Teezubereitung (NRF 22.15)	-		3,3 g <sup>2</sup>	
	Sativex® (je Sprühstoß 2,7 mg THC/ 2,5 mg CBD) <sup>3</sup>	3 x 10 ml	310,64 €	max. 12 Sprühstöße <sup>4</sup>	12,35 € (bei max. Dosierung) <sup>5</sup>
<b>Dronabinol</b>	Kapseln 2,5 mg, 5 mg oder 10 mg (NRF 22.7)	-	ca. 300 € bei z.B. 50 Kapseln à 5 mg <sup>6</sup>	30 mg <sup>7</sup>	ca. 36 € <sup>6</sup>
	Ölige Dronabinol-Tropfen 2,5 % (NRF 22.8)	-	ca. 220 € pro 10 ml <sup>6</sup>	30 mg <sup>7</sup>	ca. 26 € <sup>6</sup>
	Marinol® (Import) 5 mg/Kps.	60 Kapseln	ca. 2.290 € <sup>8</sup>	30 mg <sup>7</sup>	ca. 230 € <sup>8</sup>
<b>Nabilon</b>	Canemes® 1 mg	28 Kapseln	478,73 €	2 bis 6 mg <sup>4</sup>	32,22 bis 96,66 € <sup>5</sup>

<sup>1</sup> aktueller Einkaufspreis ACA Müller, Stand Juli 2017

<sup>2</sup> bezogen auf die Verschreibungshöchstmenge von 100.000 mg Cannabis in Form von getrockneten Blüten innerhalb von 30 Tagen nach §2 BtMVV

<sup>3</sup> THC = Delta-9-Tetrahydrocannabinol, CBD = Cannabidiol

<sup>4</sup> Dosierung gemäß aktueller Fachinformation

<sup>5</sup> Apothekenverkaufspreis nach Abzug gesetzlicher Rabatte nach § 130 und 130a (1) SGB V, Preisstand Lauer-Taxe 26.06.2017

<sup>6</sup> Preisangabe übernommen von der KV Baden-Württemberg mit freundlicher Genehmigung

<sup>7</sup> bezogen auf die Verschreibungshöchstmenge von 500 mg Dronabinol innerhalb von 30 Tagen nach §2 BtMVV

<sup>8</sup> berechnet aufgrund des Apotheken-EK des Imports von 1.859 € aus dem Jahr 2015, Preisangabe übernommen von der KV Baden-Württemberg mit freundlicher Genehmigung



# Informationen für die Praxis

KVN-Rundschreiben

Juli 2017

## Inhaltsverzeichnis

<b>1. Abrechnung</b> .....	<b>3</b>
1.1. Rückwirkende Anpassung des EBM zu den psychotherapeutischen Leistungen zum 1. April 2017	3
1.2. EBM-Änderungen zum 1. Juli 2017 bzw. 1. Oktober 2017.....	4
1.3. Kennzeichnung der GOP 04417/04418 sowie GOP 13552/13554 EBM bei Durchführung von gleichzeitiger Strahlentherapie.....	6
1.4. Aktuelles zur TerminServiceStelle (TSS).....	7
1.5. Neuerungen im AbrechnungsCheck.....	8
<b>2. Verordnungen</b> .....	<b>8</b>
2.1. Klarstellung bei der Medikamentengabe und Änderungen in Bezug auf Pflegemaßnahmen im Rahmen der Verordnung von häuslicher Krankenpflege am 2. Juni 2017 in Kraft getreten.....	8
2.2. Streichung von Macrogol-CT Abführpulver aus der Anlage V (verordnungsfähige Medizinprodukte) der Arzneimittel-Richtlinie .....	9
2.3. Neue Verordnungsbefugnisse für psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (Vertragspsychotherapeuten) .....	9
2.4. Galafold® (Migalastat) als Praxisbesonderheit anerkannt - Korrektur.....	12
2.5. Empliciti® (Elotuzumab) als Praxisbesonderheit anerkannt .....	12
2.6. Brilique® (Ticagrelor) - Anerkennung als Praxisbesonderheit nicht in neuem Anwendungsgebiet .....	13
2.7. Zugangsportaal zur Cannabis-Begleiterhebung.....	14
2.8. Evolocumab - Änderung der Anlage III (Verordnungs- einschränkungen und -ausschlüsse) der Arzneimittel- Richtlinie .....	14



2.9.	Darzalex® (Daratumumab) als Praxisbesonderheit anerkannt .....	14
2.10.	Gemeinsame Arbeitsgruppe Arzneimittel - Informationsschreiben zum Thema Polypillen .....	15
<b>3.</b>	<b>Allgemeine Hinweise .....</b>	<b>15</b>
3.1.	Änderung der Indikation zur Intracytoplasmatischen Spermieninjektion (ICSI) zum 2. Juni 2017 .....	15
3.2.	Hausarztzentrierte Versorgung mit der KKH - Kaufmännische Krankenkasse: Start des neuen HZV-Moduls „Gesundheitsvorsorge Diabetes“ .....	16
3.3.	Wechsel von Praxis-IT-Systemen wird unkomplizierter.....	16
3.4.	Ambulantes Operieren im Krankenhaus - (jetzt geänderte) Abgrenzung der Zuständigkeiten.....	17
3.5.	Ergänzende Hinweise zum Bezug von Grippeimpfstoffen für die Impfsaison 2017/2018.....	18
3.6.	Neue Teilnahme und Einwilligungserklärungen im Rahmen der Disease-Management-Programme (DMP) ab 1. Juli 2017.....	18
3.7.	Anpassung des DMP-Vertrages Diabetes mellitus Typ 2 zum 1. Juli 2017.....	18
3.8.	Neue hkk - DSP-Vereinbarung und KKH - DSP-Vereinbarung zur Optimierung der Betreuung von an Diabetes erkrankten Versicherten durch diabetologische Schwerpunktpraxen ab 1. Juli 2017.	20
3.9.	Regelungen zur Anwendung der eGK (Anlage 4a BMV-Ä) werden zum 1. Juli 2017 angepasst .....	21
3.10.	Hinweise zur vertragsärztlichen Versorgung von Personen, die im Ausland krankenversichert sind.....	21
3.11.	116 117 - Textvorschlag für Anrufbeantworter .....	22
3.12.	Für Hausärzte: Online-Befragung zur ambulanten hausärztlichen Gesundheitsversorgung .....	22
3.13.	Kreis der MRSA-Risikopatienten erweitert .....	22
<b>4.</b>	<b>Veranstaltungen im August und September 2017.....</b>	<b>24</b>
<b>5.</b>	<b>Anlagenverzeichnis.....</b>	<b>27</b>
5.1.	Praxisinformation .....	27
5.2.	Informationsschreiben.....	27
5.3.	Merkblatt.....	27

## 1. Abrechnung

### 1.1. Rückwirkende Anpassung des EBM zu den psychotherapeutischen Leistungen zum 1. April 2017

Der Bewertungsausschuss hat in seiner Sitzung am 21. Juni 2017 die Bewertung für die psychotherapeutische Sprechstunde und für die Akutbehandlung auf das Niveau der antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen rückwirkend zum 1. April 2017 angehoben. Im Zuge dessen wird auch die Bewertung des Strukturzuschlages für diese Leistungen angepasst. Der Beschluss regelt ferner, dass die psychotherapeutische Sprechstunde und der dazugehörige Strukturzuschlag der fachärztlichen Grundversorgung zugerechnet werden und somit in diesen Bewertungsfällen die Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung (PFG) berechnungsfähig sind.

#### Anpassungen der Bewertungen von Sprechstunde und Akutbehandlung

Die Bewertungen der psychotherapeutischen Sprechstunde (GOP 35151) und der Akutbehandlung (GOP 35152) werden rückwirkend zum 1. April 2017 um 15 auf 421 Punkten angehoben, was dem Niveau der im EBM-Abschnitt 35.2 abgebildeten Leistungen entspricht. Aufgrund dieser Anpassung wurde auch der Strukturzuschlag für diese Leistungen (GOP 35254) neu bewertet: Er steigt von 69 auf 72 Punkte. Im Rahmen der Neustrukturierung des Abschnitts 35.2 zum 1. Juli 2017 wird der Zuschlag (GOP 35254) in die GOP 35573 überführt. Folgerichtig wurde auch die Bewertung der GOP 35573 mit 72 Punkten festgesetzt.

GOP	Alte Bewertung in Punkten	Neue Bewertung in Punkten ab 1. April 2017
35151 Sprechstunde	406	421
35152 Akutbehandlung	406	421
35254 Zuschlag (bis 30. Juni 2017) 35573 Zuschlag (ab 1. Juli 2017)	69	72

Neue GOP Bewertung

#### Sprechstunde als Leistung der fachärztlichen Grundversorgung

Bei Inkrafttreten der neuen Psychotherapie-Richtlinie zum 1. April 2017 wurden die neuen Leistungen Sprechstunde und Akutbehandlung zunächst nicht der fachärztlichen Grundversorgung zugerechnet. Dies führte zu einem Ausschluss der Berechnungsfähigkeit der PFG. Im Anhang 3 zum EBM wurden nun rückwirkend zum 1. April 2017 die psychotherapeutische Sprechstunde sowie der Strukturzuschlag der fachärztlichen Grundversorgung zugerechnet.

Bei der Akutbehandlung (GOP 35152) handelt es sich hingegen um eine Leistung der spezialisierten Versorgung, da sie ggf. auf das Kontingent einer sich anschließenden Kurz- oder Langzeittherapie angerechnet wird, so dass ihre Abrechnung zum Ausschluss der PFG führt.

**Anpassung der Bewertungen der PFG in den Kapiteln 22 und 23**

Aufgrund der zu erwartenden Abrechnung der Akutbehandlung ergibt sich eine Verringerung der Abrechnung von Gesprächsleistungen gem. der GOP 22220 und 23220, die bis zum 31. März 2017 für Leistungen entsprechend der Akutbehandlung abgerechnet worden sind. Da die Akutbehandlung keine Leistung der fachärztlichen Grundversorgung ist, führt dies zu einer Verringerung der Anzahl der abgerechneten PFG. Um zu gewährleisten, dass das für die fachärztliche Grundversorgung vereinbarte Finanzvolumen stabil bleibt, wurden die Bewertungen für Zuschläge für psychosomatische und psychotherapeutische Grundversorgung (GOP 22216 und 22218, 23216 und 23218) angehoben - von 164 auf 170 und von 44 auf 46 Punkte.

**Kein Abrechnungsausschluss zwischen Hypnose und Verhaltenstherapie**

Der Ausschluss der Abrechnung der Hypnose in derselben Sitzung neben Leistungen der Verhaltenstherapie wurde entsprechend geändert, so dass die Leistungen in einer Sitzung weiterhin berechnungsfähig sind.

Die Beschlüsse wurden auf der Internet-Seite des Instituts des Bewertungsausschusses unter <https://institut-ba.de/ba/beschluesse.html> veröffentlicht.

**1.2. EBM-Änderungen zum 1. Juli 2017 bzw. 1. Oktober 2017**

Der Bewertungsausschuss hat in seiner Sitzung vom 21. Juni 2017 folgende Beschlüsse gefasst:

**Neue Leistung Pulsoxymetrie-Screening**

Für das Screening auf kritische angeborene Herzfehler mittels Pulsoxymetrie, das der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) in der Kinderrichtlinie aufgenommen hat, werden zum 1. Juli 2017 zwei neue GOP 01702 und 01703 in den EBM aufgenommen:

- Die GOP 01702 (28 Punkte) ist für die angehende Aufklärung der Eltern zu Sinn, Zweck und Ziel des Screenings auf kritische angeborene Herzfehler mittels Pulsoxymetrie berechnungsfähig, wenn auf die eingehende Aufklärung keine funktionelle Pulsoxymetrie folgt.
- Die Durchführung der funktionellen Pulsoxymetrie wird mit der GOP 01703 (157 Punkte) abgerechnet. Die Aufklärung der Eltern und die Wiederholung der Pulsoxymetrie innerhalb von zwei Stunden nach einem kontrollbedürftigen Messergebnis der Erstmessung zählen zu den fakultativen Leistungsinhalten. Die GOP enthält auch die Kosten für die mehrfachverwendbaren Sensoren.
- Beide GOP können nur bis zur U2, sofern noch kein Pulsoxymetrie-Screening im Untersuchungsheft für Kinder dokumentiert ist, berechnet werden.

Neu aufgenommene GOP

Die Vergütung erfolgt außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung ohne Mengenbegrenzung.

### Änderungen des EBM bei Kontrolle von Herzschrittmachern, ICD- und CRT-Systemen: Übergangsregelung verlängert

Die Übergangsregelung zu den GOP 04417 und 13554 (telemedizinische Kontrolle) wird um ein halbes Jahr bis zum 31. Dezember 2017 verlängert, da die Beratungen zur Qualitätssicherungsvereinbarung zur Funktionsanalyse von Kardiovertern bzw. Defibrillatoren und Systemen zur kardialen Resynchronisationstherapie nach § 135 Abs. 2 SGB V noch andauern. Die entsprechenden EBM-Änderungen treten zum 1. Juli 2017 in Kraft.

### Neue Abrechnungssystematik bei Schrittmachersystemen ab dem 1. Oktober 2017

Die telemedizinische und konventionelle Funktionsanalyse von Schrittmachersystemen wird zukünftig nach den Aggregattypen differenziert. Hierfür werden jeweils drei neue GOP für die konventionelle Funktionsanalyse und zwei GOP für die telemedizinische Funktionsanalyse aufgenommen. Zeitgleich werden die bisherigen GOP 04417, 04418, 13552 und 13554 gestrichen. Die Bewertung der neuen GOP ist abhängig vom Aggregattyp, nicht jedoch von der Art der Funktionskontrolle (konventionell oder telemedizinisch). In der nachstehenden Tabelle sind die alten und neuen GOP im Überblick aufgelistet:

Art der Funktionskontrolle	Aktuelle GOP (bis 30.09.2017)		Neue GOP (ab 01.10.2017)	
	GOP	Bewertung (Punkte)	GOP	Bewertung (Punkte)
konventionell	13552 (Schrittmacher, Kardioverter/Defibrillator, CRT)	279	13571 (Schrittmacher)	189
			13573 (Kardioverter/Defibrillator)	350
			13575 (CRT)	431
tele-medizinisch	13554 (Kardioverter/Defibrillator, CRT)		13574 (Kardioverter/Defibrillator)	350
			13576 (CRT)	431
konventionell	04418 (Schrittmacher, Kardioverter/Defibrillator, CRT)	511	04411 (Schrittmacher)	347
			004413 (Kardioverter/Defibrillator)	641
			04415 (CRT)	789
tele-medizinisch	04417 (Kardioverter/Defibrillator, CRT)		04414 (Kardioverter/Defibrillator)	641
			04416 (CRT)	789

Überblick alte und neue GOP

Gegenstand des Beschlusses sind auch Regelungen zu den Qualifikationsvoraussetzungen, die Internisten ohne bzw. mit Schwerpunkt (außer Kardiologen) erfüllen müssen, wenn sie die neuen GOP berechnen wollen. Hierzu erfolgt eine Anpassung der Nummern drei und vier der Präambel des Kapitels 13 sowie der 2. Bestimmung zum Abschnitt 13.3.5.

**Ab 1. Juli 2017 Hausbesuche durch NÄPA in Facharztpraxen berechnungsfähig**

Nicht ärztliche Praxisassistenten (NÄPA) in Facharztpraxen können ab dem 1. Juli 2017 auch Hausbesuche durchführen. Bisher war deren Tätigkeit auf Besuche in Heimen beschränkt. Dazu werden im Kapitel 38 die GOP 38202 und für die Betreuung eines weiteren Patienten die GOP 38207 aufgenommen. Sie werden als Zuschläge zu den vor einem Jahr neu eingeführten GOP 38100 und 38105 gezahlt. Die neuen GOP 38202 (90 Punkte) und 38207 (83 Punkte) werden außerhalb der MGV vergütet und sind von Hausärzten nicht berechnungsfähig, da Hausärzte bereits entsprechende Leistungen im Kapitel drei abrechnen können.

**Änderung bei der Substitutionsbehandlung zum 1. Oktober 2017: Konsiliarus-Regelung und Take Home-Vergabe**

- Eine Substitutionsbehandlung kann künftig auch im Rahmen von Hausbesuchen (GOP 01410 und 01413) erfolgen, wenn eine chronische Pflegebedürftigkeit vorliegt, die eine Substitutionsbehandlung in der Arztpraxis nicht zulässt. Dazu werden die Abrechnungsanmerkungen der GOP 01950 angepasst.
- Zur Abbildung des Aufwandes bei der Behandlung von Opiatabhängigen im Rahmen der Take Home-Vergabe gem. § 5 Abs. 9 Betäubungsmittelverschreibungsverordnung wird die GOP 01949 (69 Punkte) in den EBM aufgenommen. Sie ist je Behandlungstag, aber höchstens 2-mal in der Behandlungswoche berechnungsfähig.
- Eine weitere neue GOP wird für die konsiliarische Untersuchung und Beratung eines Patienten im Rahmen des Konsiliarus-Verfahrens gem. § 5 Abs. 4 Betäubungsmittelverschreibungsverordnung in den EBM aufgenommen: die GOP 01960 (90 Punkte).

Die neuen Leistungen werden außerhalb der MGV vergütet.

Die vollständigen Beschlüsse sind auf der Internetseite des Institutes des Bewertungsausschusses unter <http://Institut-BA.de/BA/Beschlüsse.html> veröffentlicht.

**1.3. Kennzeichnung der GOP 04417/04418 sowie GOP 13552/13554 EBM bei Durchführung von gleichzeitiger Strahlentherapie**

Die GOP 04417 und 04418 sowie die GOP 13552 und 13554 sind insgesamt höchstens fünfmal im Krankheitsfall berechnungsfähig. Bei Patienten, bei denen gleichzeitig eine Strahlentherapie durchgeführt wird, entfällt diese Häufigkeitsbegrenzung. Bei der Abrechnung ist daher darauf zu achten, dass diese Leistungen mit dem Buchstaben „J“ gekennzeichnet werden, z. B. GOP 04418J. Als Begründung ist im KVDT-Feld 5009 der ICD-10-Code der für die Strahlentherapie maßgeblichen Erkrankung bei der Abrechnung anzugeben.

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

Buchstabe „J“

#### 1.4. Aktuelles zur TerminServiceStelle (TSS)

Die Anrufrufen sind zum 1. April 2017 deutlich gestiegen. Die TSS war und ist dadurch schlechter erreichbar als vorher. Durchschnittliche Wartezeiten betragen im Moment etwa fünf Minuten.

Da relativ viele Patienten „umsonst“ anrufen, bitten wir nochmals, folgendes zu berücksichtigen und Patienten in Gesprächen bereits „mitzugeben“:

- Die TSS ist - sowohl bei Facharztterminen als auch psychotherapeutischen Terminen - als Ultima Ratio zu sehen.
- Bitte verwenden Sie den Überweisungscode und den Verweis auf die TSS weiterhin so umsichtig wie bisher - er ist nur sinnvoll für Patienten, die keinen Wunscharzt/Wunschtherapeuten haben, bis zu vier Wochen warten können und die eine Entfernung bis 30 km (bei einigen Fachgruppen auch darüber hinaus) in Kauf nehmen.
- Therapieplätze z. B. für Verhaltenstherapie werden nicht vermittelt.
- Ein verfügbarer Sprechstundentermin bei einem PT bedeutet nicht, dass es dort auch freie Plätze für eine möglicherweise nötige Therapie gibt. Trotzdem ist dieser Sprechstundentermin (zukünftig) der Einstieg in jede psychotherapeutische Behandlung.
- Auch den Termin für eine psychotherapeutische Sprechstunde sollte sich der Patient - wie den Arzttermin auch - grundsätzlich selbst suchen. Das erhöht die Termintreue.
- Psychotherapeuten sind in den seit dem 1. April 2017 anzugebenden Erreichbarkeitszeiten telefonisch zu erreichen. Diese sind - auch für Patienten - über die Arztauskunft Niedersachsen abrufbar oder werden in den Ansagen der psychotherapeutischen Praxen genannt.

TSS Ultima Ratio

Keine Therapieplätze

In der Vermittlung benötigen wir nach wie vor besonders dringend Angebote für psychotherapeutische Sprechstunden, Neurologie/Nervenheilkunde sowie Rheumatologie.

Dringend benötigt

Unterstützen Sie uns dabei, die TSS nicht unnötigerweise in den Fokus der Aufmerksamkeit rücken zu lassen.

Termine melden Sie ganz einfach im KVN-Portal - dort, wo Sie auch Ihre Abrechnung online einreichen. Über den Button eTerminservice erreichen Sie den online-Kalender, der Ihnen eine einfache Verwaltung Ihrer TSS-Termine ermöglicht. Dort finden Sie auch umfangreiche Anleitungen oder wenden Sie sich an das Team Auskünfte des Abrechnungszentrums, Telefon 0511 380-4800.

## 1.5. Neuerungen im AbrechnungsCheck

Bisher nehmen bereits etwa 5.000 Praxen erfolgreich am AbrechnungsCheck teil. Um diese Zahl weiter zu erhöhen, haben wir einige Verbesserungen umgesetzt:

- Aufgrund der Urlaubszeit haben wir die Bearbeitungszeit teilweise auf 10 Tage verlängert. Damit erhöhen wir die Chance, dass Sie außerhalb Ihres Urlaubes genügend Zeit zur Bearbeitung haben.
- Die Sortierung der Druckversion haben wir der Darstellung am Bildschirm angepasst - die Sortierung ist nunmehr identisch und damit der Abgleich in Ihrer Praxis erleichtert.
- Zusätzlich haben wir einige kleinere Änderungen vorgenommen, die den Umfang der durch den AbrechnungsCheck korrigierbaren Fehler erhöhen und den Ausweis der Fehler im AbrechnungsCheck verbessern.
- Sogenannte „1-Click-Abrechner“, die direkt über KV-connect mit uns abrechnen, erhalten seit dem 1. Juli 2017 ebenfalls die Möglichkeit, sich im KVN-Portal (unter Online-Dienste/AbrechnungsCheck) quartalsweise für die Teilnahme am AbrechnungsCheck zu registrieren.

Auch zur Abrechnung des dritten Quartals werden wir wieder Verbesserungen umsetzen. Nutzen Sie die Möglichkeit der Teilnahme und klicken Sie bei pünktlicher online-Einreichung Ihrer Abrechnung auf (sinngemäß) „Ja, ich möchte am AbrechnungsCheck der KVN teilnehmen!“.

Verbesserungen

## 2. Verordnungen

### 2.1. Klarstellung bei der Medikamentengabe und Änderungen in Bezug auf Pflegemaßnahmen im Rahmen der Verordnung von häuslicher Krankenpflege am 2. Juni 2017 in Kraft getreten

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat Änderungen an der Häuslichen Krankenpflege-Richtlinie beschlossen.

#### **Medikamentengabe (Nr. 26 des Leistungsverzeichnisses)**

Der G-BA hat klargestellt, dass die Medikamentengabe einerseits das Richten und andererseits das Verabreichen der Medikamente (einschließlich Vorbereitung, wie die Dosierung der Darreichungsform) umfasst und es sich hierbei um zwei unterschiedliche Leistungsinhalte handelt. In der Vergangenheit hat die missverständliche Gliederung des Textes zu unterschiedlichen Verordnungs- und Genehmigungsverfahren geführt.

#### **Pflegemaßnahmen**

Mit der Anpassung wird die aus dem zweiten Pflegestärkungsgesetz (PSG II) resultierende Änderung zu verrichtungsbezogenen krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen in der Richtlinie nachvollzogen und

sichergestellt, dass die Versorgung mit häuslicher Krankenpflege auch zukünftig im gleichen Umfang erfolgt. Durch die Änderung ergeben sich für die Vertragsärzte keine Änderungen bei der Verordnung.

## 2.2. Streichung von Macrogol-CT Abführpulver aus der Anlage V (verordnungsfähige Medizinprodukte) der Arzneimittel-Richtlinie

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

Mit Wirkung vom 7. Juni 2017 wurde das Medizinprodukt Macrogol-CT Abführpulver, dessen Befristung schon länger abgelaufen ist, endgültig aus der Anlage V gestrichen und kann damit nicht mehr zu Lasten der GKV verordnet werden.

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

Hinweis

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

## 2.3. Neue Verordnungsbefugnisse für psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (Vertragspsychotherapeuten)

Auch nichtärztliche Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten können ihren Patienten künftig Soziotherapie, Leistungen der medizinischen Rehabilitation, Krankenhausbehandlung und Krankentransporte verordnen. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat eine Anpassung der entsprechenden Richtlinien zum Ordnungsverfahren aufgrund der Vorgabe im GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) vorgenommen.

### **Verordnung von Leistungen zur psychotherapeutischen Rehabilitation**

Die Verordnung von Leistungen zur psychotherapeutischen Rehabilitation kann bei Indikationen der Psychotherapie-Richtlinie (§ 26) oder der neuropsychologischen Therapie (Anlage I Ziffer 19 § 4 der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung) erfolgen. Darunter sind insbesondere Leistungen der psychosomatischen Rehabilitation als auch der psychiatrischen Rehabilitation (Rehabilitationsleistungen für psychisch Kranke - RPK) zu verstehen.

Darüber hinaus hat bei Diagnosen aus Kapitel V „Psychische und Verhaltensstörungen“ des ICD-10-GM eine Abstimmung mit dem behandelnden Arzt zu erfolgen.



Bei der Verordnung einer Rehabilitation ist es erforderlich, vertragsärztliche Angaben heranzuziehen. So sollte der Vertragspsychotherapeut darüber informiert sein, ob bei einem Patienten weitere rehabilitationsrelevante Diagnosen vorliegen und welche ärztlichen Maßnahmen bislang erfolgt sind. Auch mögliche Risikofaktoren und andere ärztlich veranlasste Leistungen einschließlich der Arzneimitteltherapie müssen berücksichtigt werden. Sofern diese Informationen noch nicht vorliegen, sind entsprechende Befunde einzuholen und diese auf der Verordnung anzugeben. Damit wird sichergestellt, dass Verordnungen durch Vertragspsychotherapeuten ärztlich vorzunehmende Einschätzungen enthalten, die die Krankenkasse gegebenenfalls für die Genehmigung benötigen. Rückfragen von Kassenmitarbeitern können so vermieden werden.

### **Verordnung von Soziotherapie**

Für die Verordnung von Soziotherapie gelten die gleichen Vorgaben wie bei verordnungsberechtigten Fachärzten.

Die Verordnung ist möglich bei psychischen Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis und der Gruppe der affektiven Störungen mit psychotischen Symptomen, die in ihren Fähigkeiten und Funktionen maßgeblich beeinträchtigt sind.

Darüber hinaus kann Soziotherapie in begründeten Einzelfällen für alle Erkrankungen des ICD-10-Kapitels für psychische und Verhaltensstörungen (F00 bis F99) verordnet werden. Voraussetzung ist, dass die Fähigkeiten ebenfalls stark eingeschränkt sind und weitere Co- Morbiditäten vorliegen.

Soziotherapie soll schwer psychisch Kranken, beispielsweise durch strukturierte Trainingsmaßnahmen, helfen, medizinische Leistungen selbständig in Anspruch zu nehmen. Soziotherapie kann auch dazu dienen, die Inanspruchnahme von psychotherapeutischen Leistungen zu ermöglichen.

### **Verordnung von Krankenhausbehandlung**

Krankenhauseinweisungen können, wie bei der Verordnung von Rehabilitation, bei Indikationen der Psychotherapie-Richtlinie (§ 26) oder der neuropsychologischen Therapie (Anlage I Ziffer 19 § 4 der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung) erfolgen.

Darüber hinaus hat bei Diagnosen aus Kapitel V „Psychische und Verhaltensstörungen“ des ICD-10-GM eine Abstimmung mit dem behandelnden Arzt zu erfolgen.

Bei der Verordnung von Krankenhausbehandlung gilt der Grundsatz „ambulant vor stationär“. Die Richtlinie sieht dazu vor, dass auch Vertragspsychotherapeuten künftig sämtliche (bekannte) ambulante Behandlungsmöglichkeiten vor einer Krankenhauseinweisung prüfen müssen, die in der Krankenhauseinweisungs-Richtlinie aufgezählt sind.

„Ambulant vor stationär“

### **Verordnung einer Krankenförderung**

Eine Krankenförderung kann durch Vertragspsychotherapeuten verordnet werden, wenn diese im Zusammenhang mit einer psychotherapeutischen Leistung der Krankenkasse zwingend notwendig ist. Dies gilt

auch für Fahrten zur stationären Krankenhausbehandlung, soweit der Vertragspsychotherapeut nach der Krankenhauseinweisungs-Richtlinie berechtigt ist, stationäre Krankenhausbehandlung zu verordnen.

#### **Ab wann darf verordnet werden**

Eine Verordnung von Krankenhauseinweisung ist ab dem 27. Mai 2017, Krankenhausbehandlung ab dem 8. Juni 2017 möglich.

Da die Verordnung von Leistungen der Rehabilitation und der Soziotherapie Vertragsärzten vergütet wird, muss der Bewertungsausschuss für diese Leistungen noch eine Vergütungsregelung für die Vertragspsychotherapeuten beschließen. Die Entscheidung darüber muss spätestens sechs Monate nach Inkrafttreten der G-BA-Beschlüsse erfolgen. Erst wenn die Vergütung im EBM geregelt ist, können Vertragspsychotherapeuten Leistungen der Rehabilitation und der Soziotherapie Leistungen verordnen.

#### **Vordrucke**

Für die Verordnung der o. g. Leistungen sind die vertragsärztlichen Vordrucke (Krankenhausbehandlung: Muster 2, Krankenhauseinweisung: Muster 4, Verordnung Reha: Muster 61 und Verordnung Soziotherapie: Muster 26-28) zu verwenden.

Die Vordrucke können beim Paul Albrechts Verlag (PAV) - oder sofern die Vordruckbestellung über die Bezirksstelle durchgeführt wird, dort bestellt werden.

#### **Weitere Informationen**

Die KBV hat auf ihrer Internetseite ([http://www.kbv.de/html/1150\\_29258.php](http://www.kbv.de/html/1150_29258.php)) Einzelheiten zur Verordnung von Krankenhausbehandlung und Krankenhauseinweisung zusammengestellt.

Eine Praxisinformation, die wir Ihnen dem Rundbrief als Anlage beifügen, fasst alles Wissenswerte zur Verordnung von Krankenhausbehandlung und Krankenhauseinweisung nochmals zusammen. Sie beschreibt u. a. in welchen Fällen verordnet werden darf und was beim Ausfüllen der entsprechenden Formulare zu beachten ist.

Sie finden die Praxisinformation auch auf der Internetseite der KBV unter <http://www.kbv.de/html/praxisinformationen.php>

Einen kompakten und praxisnahen Überblick über alle vier Verordnungen durch Vertragspsychotherapeuten soll eine Broschüre in der KBV-Reihe „PraxisWissen“ bieten. Das Heft soll erscheinen, wenn die Vergütung für die Verordnung von Reha und Soziotherapie geregelt wurde.

Die Beschlüsse zur Änderung der entsprechenden Richtlinien sind auf der Internetseite des G-BA ([www.g-ba.de/informationen/richtlinien](http://www.g-ba.de/informationen/richtlinien)) abrufbar.

#### **Anlage 5.1: Praxisinformation**

#### 2.4. Galafold® (Migalastat) als Praxisbesonderheit anerkannt - Korrektur

Ab dem 1. Juni 2017 wird Galafold® (Wirkstoff Migalastat) nach einer Vereinbarung zwischen dem GKV-Spitzenverband und dem pharmazeutischen Unternehmer Amicus Therapeutics GmbH als Praxisbesonderheit anerkannt, soweit es für die

- Dauerbehandlung von Erwachsenen und Jugendlichen ab einem Alter von 16 Jahren und älter mit gesicherter Morbus Fabry-Diagnose ( $\alpha$ -Galaktosidase A-Mangel), die eine auf die Behandlung ansprechende Mutation aufweisen (siehe Tabellen in Abschnitt 5.1 der Fachinformation)

verordnet wird. Des Weiteren hat die Einleitung und Überwachung der Behandlung mit Migalastat nur durch in der Diagnose und Behandlung von Patienten mit Morbus Fabry erfahrene Ärzte zu erfolgen. Es wird darauf hingewiesen, dass Galafold® nicht für die gleichzeitige Anwendung mit Enzymersatztherapie vorgesehen ist, in diesen Fällen ist die Anerkennung als Praxisbesonderheit ausgeschlossen. Die Anerkennung als Praxisbesonderheit gilt nur, solange Amicus Therapeutics GmbH Galafold® in Deutschland in Verkehr bringt.

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

#### 2.5. Empliciti® (Elotuzumab) als Praxisbesonderheit anerkannt

Seit dem 20. Mai 2017 wird Empliciti® (Wirkstoff Elotuzumab) nach einer Vereinbarung zwischen dem GKV-Spitzenverband und dem pharmazeutischen Unternehmer Bristol-Myers Squibb ab dem ersten Behandlungsfall ausschließlich im Anwendungsgebiet des G-BA-Beschlusses als Praxisbesonderheit anerkannt:

- Empliciti® ist in Kombination mit Lenalidomid und Dexamethason zur Behandlung des Multiplen Myeloms bei Erwachsenen indiziert, welche mindestens eine vorangegangene Therapie erhalten haben.

In diesem Anwendungsgebiet zeigte das Präparat im Verfahren der frühen Nutzenbewertung ein Anhaltspunkt für einen geringen Zusatznutzen. Die Anerkennung als Praxisbesonderheit gilt, sobald und solange Bristol-Myers Squibb Empliciti® in Deutschland vertreibt.

Die Einleitung und Überwachung der Behandlung mit Elotuzumab muss durch ein/e in der Therapie von Patienten mit Multiplem Myelom erfahrene/n Fachärztin oder Facharzt für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie erfolgen.

Korrektur: Ab 1. Juni 2017

Geringer Zusatznutzen

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

## 2.6. Brilique® (Ticagrelor) - Anerkennung als Praxisbesonderheit nicht in neuem Anwendungsgebiet

Für Brilique® wurde im Februar 2016 die bestehende Zulassung erweitert. Brilique®, gleichzeitig eingenommen mit Acetylsalicylsäure (ASS), ist nun auch indiziert zur Prävention atherothrombotischer Ereignisse bei erwachsenen Patienten mit einem Myokardinfarkt (MI) in der Vorgeschichte und einem hohen Risiko für die Entwicklung eines atherothrombotischen Ereignisses (siehe Abschnitte 4.2 und 5.1 der Fachinformation). Im Verfahren der frühen Nutzenbewertung wurde Ticagrelor in diesem Anwendungsgebiet ein Anhaltspunkt für einen geringen Zusatznutzen zugesprochen. Für diese Indikation wird Brilique® in der Dosisstärke 60 mg eingenommen.

Der GKV-Spitzenverband hat darauf hingewiesen, dass die neue Indikation nicht in der Vereinbarung zwischen GKV-Spitzenverband und dem pharmazeutischen Unternehmer AstraZeneca als bundesweite Praxisbesonderheit berücksichtigt wird. Als Praxisbesonderheit werden nach wie vor nur die folgenden Anwendungsgebiete anerkannt:

- Instabile Angina pectoris (IA) / Myokardinfarkt ohne ST-Strecken-Hebung (NSTEMI)
    - Beleg für einen beträchtlichen Zusatznutzen
  - Myokardinfarkt mit ST-Strecken-Hebung (STEMI), perkutane Koronarintervention, sofern entweder
    - Patienten ≥ 75 Jahre, die nach einer individuellen Nutzen-Risiko-Abwägung nicht für eine Therapie mit Prasugrel + ASS infrage kommen
 oder
    - Patienten mit transitorischer ischämischer Attacke oder ischämischem Schlaganfall in der Anamnese
- ein auf Anhaltspunkten basierender nicht quantifizierbarer Zusatznutzen

Als Praxisbesonderheit anerkannt

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

## 2.7. Zugangsportal zur Cannabis-Begleiterhebung

Im KVN-Portal wurden die Informationen zur Verordnung von Cannabis-Arzneimitteln aktualisiert. Insbesondere ist dort nun die Internetseite des Zugangsportals aufgeführt, welches das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) zur Erfassung der Daten im Rahmen der Cannabis-Begleiterhebung eingerichtet hat.

Nähere Informationen finden Sie im Portal unter Verordnungen/Arzneimittel/Cannabis.

## 2.8. Evolocumab - Änderung der Anlage III (Verordnungseinschränkungen und -ausschlüsse) der Arzneimittel-Richtlinie

Der Wirkstoff Evolocumab unterliegt der eingeschränkten Verordnung nach Anlage III der Arzneimittel-Richtlinie. Unter den in Nummer 35a „Evolocumab“ dargestellten Voraussetzungen ist eine Verordnung möglich. Die Einleitung und Überwachung der Therapie darf dabei ausschließlich durch die in Anlage III genannten Fachärzte erfolgen.

Mit Wirkung vom 29. Juni 2017 wurde die Gruppe der dafür in Frage kommenden Fachärzte wie folgt erweitert:

„Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder-Endokrinologie und -Diabetologie, Kinder-Nephrologie oder Schwerpunkt Kinder-Kardiologie“

Gruppe erweitert

Den vollständigen Beschluss des G-BA sowie die vollständige Anlage III finden Sie im Internet unter [www.g-ba.de/Richtlinien/Arzneimittel-Richtlinie/Anlage III/Beschlüsse](http://www.g-ba.de/Richtlinien/Arzneimittel-Richtlinie/Anlage%20III/Beschl%C3%BCsse).

## 2.9. Darzalex® (Daratumumab) als Praxisbesonderheit anerkannt

Ab dem 23. Juni 2017 wird Darzalex® (Wirkstoff Daratumumab) nach einer Vereinbarung zwischen dem GKV-Spitzenverband und dem pharmazeutischen Unternehmer Janssen-Cilag ab dem ersten Behandlungsfall ausschließlich im Anwendungsgebiet des G-BA-Beschlusses als Praxisbesonderheit anerkannt:

- Darzalex® ist indiziert als Monotherapie für die Behandlung erwachsener Patienten mit rezidiviertem und refraktärem multiplen Myelom, die bereits mit einem Proteasom-Inhibitor und einem Immunmodulator behandelt wurden, und die während der letzten Therapie eine Krankheitsprogression zeigten.

Als Orphan Drug wurde dem Präparat in diesem Anwendungsgebiet ein nicht quantifizierbarer Zusatznutzen zuerkannt. Die Anerkennung als Praxisbesonderheit gilt, sobald und solange Janssen-Cilag Darzalex® in Deutschland vertreibt.

Nicht quantifizierbarer Zusatznutzen

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

Kombinationstherapien von Daratumumab mit Lenalidomid und Dexamethason oder Bortezomib und Dexamethason für die Behandlung erwachsener Patienten mit multiplen Myelom, die bereits mindestens eine Therapie erhalten haben, sind ausdrücklich nicht von dieser Praxisbesonderheit umfasst.

Kombinationstherapien  
nicht umfasst

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

## 2.10. Gemeinsame Arbeitsgruppe Arzneimittel - Informationsschreiben zum Thema Polypillen

Im Anhang finden Sie ein weiteres Informationsschreiben der AG GKV/KVN Arzneimittel zu dem Thema „Wirtschaftliche Verordnungsweise von Polypillen“. In diesem Schreiben wird die Verordnung sogenannter Polypillen, insbesondere für die Behandlung der Hypertonie, im Vergleich zu den zugehörigen Monopräparaten unter dem Aspekt der Wirtschaftlichkeit dargestellt.

Das Schreiben finden Sie in Kürze auch im KVN-Portal unter Verordnungen/Arzneimittel/Veröffentlichungen bzw. im Internet unter [www.kvn.de/Praxis/Verordnungen](http://www.kvn.de/Praxis/Verordnungen).

### Anlage 5.2: Informationsschreiben

## 3. Allgemeine Hinweise

### 3.1. Änderung der Indikation zur Intracytoplasmatischen Spermieninjektion (ICSI) zum 2. Juni 2017

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat eine Änderung der Indikation zur ICSI in der Richtlinie über künstliche Befruchtung (KB-RL) beschlossen.

Die ICSI-Indikation wird nunmehr definiert als schwere männliche Fertilitätsstörung, die durch zwei gemäß WHO-Vorgaben erstellte Spermioграмme nachgewiesen wurde. Die Forderung, ein Intervall von zwölf Wochen einzuhalten, ist entfallen, ebenso die Vorgabe der Unterschreitung numerisch definierter Grenzwerte.

Eine Untersuchung des Mannes durch Ärztinnen oder Ärzte mit der Zusatzbezeichnung „Andrologie“ muss der Indikationsstellung vorausgehen.

Eine Überprüfung der bisherigen Regelung war notwendig, da die Vorgaben der WHO zur Spermogramm-Befundung geändert wurden und die bisherige ICSI-Indikation nicht mehr anwendbar war.

### **Übergangsregelung**

Behandlungspläne, die vor dem Tag des Inkrafttretens des Beschlusses - also vor dem 2. Juni 2017 - bereits von der Krankenkasse genehmigt wurden, bedürfen keiner erneuten Genehmigung.

## **3.2. Hausarztzentrierte Versorgung mit der KKH - Kaufmännische Krankenkasse: Start des neuen HZV-Moduls „Gesundheitsvorsorge Diabetes“**

Der KKH-Hausarztvertrag wird ab 1. Juli 2017 um Früherkennungsmaßnahmen erweitert.

Mit dem Ziel

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

frühzeitig zu erkennen bzw. zu vermeiden.

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

Jede Früherkennung beinhaltet eine jährlich durchzuführende Untersuchung, die mit je 20 Euro (zuzüglich der ggf. entstehenden Sachkosten) honoriert wird. Darüber hinaus wird die kontaktabhängige Weiterbetreuung (maximal 2-mal im Kalenderjahr) ebenfalls mit je 20 Euro vergütet, sollte sich die jeweilige Komorbidität bestätigen.

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

Den Hausarztvertrag sowie die neue Anlage „Gesundheitsvorsorge Diabetes“ finden Sie im KVN-Portal: Verträge/Hausarztzentrierte Versorgung/Link: KKH - Kaufmännische Krankenkasse/ Link: Anlage 5 - Gesundheitsvorsorge Diabetes ab Juli 2017

## **3.3. Wechsel von Praxis-IT-Systemen wird unkomplizierter**

Der Wechsel von Praxis-IT-Systemen soll für niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten künftig leichter werden. Somit soll sich auch die Anbindung von Zusatzmodulen flexibler gestalten. Dazu hat der Deutsche Bundestag jetzt einen entsprechenden Beschluss gefasst.

Ziele der Erweiterung

Die KBV begrüßt diesen „wichtigen Schritt“ des Gesetzgebers. „Wir haben uns immer für eine Interoperabilität zwischen den Praxisverwaltungssystemen eingesetzt“, betonte Dr. Thomas Kriedel, Mitglied des KBV-Vorstands. Durch offene und einheitlich definierte Schnittstellen sei es möglich, dass Softwareänderungen, die unter anderem durch gesetzliche Änderungen erforderlich sein können, in allen Systemen in gleicher Weise erfolgten, fügte Kriedel hinzu. Dadurch seien die niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten nicht einseitig an einen Anbieter gebunden.

Die nunmehr in dritter Lesung vom Bundestag beschlossene Neufassung des Paragraphen 291 d findet sich im „Gesetz zur Modernisierung der epidemiologischen Überwachung übertragbarer Krankheiten“. Die Hersteller werden darin verpflichtet, innerhalb von zwei Jahren „offene und standardisierte“ Schnittstellen für die Archivierung von Patientendaten und für den Systemwechsel zu schaffen. Die Frist läuft, sobald eine entsprechende Schnittstelle von der Selbstverwaltung empfohlen wird. Das Bundesgesundheitsministerium behält sich vor, auch andere Schnittstellen per Rechtsverordnung festzulegen.

#### **3.4. Ambulantes Operieren im Krankenhaus - (jetzt geänderte) Abgrenzung der Zuständigkeiten**

Im März-Rundschreiben hatten wir bezüglich der Abgrenzung der Zuständigkeiten beim Ambulanten Operieren im Krankenhaus darauf hingewiesen, dass Überweisungen zur Erbringung postoperativer Leistungen in den Vertragsarztbereich ausscheiden. Aufgrund zwischenzeitlich anders lautender Veröffentlichungen haben wir unsere Rechtsauffassung nochmals überprüft und halten hieran nun nicht mehr fest. Demgemäß fassen wir die jetzt geänderten Grundsätze zur Abgrenzung der Zuständigkeiten nachstehend nochmals zusammen:

Leistungen nach dem Vertrag über das ambulante Operieren im Krankenhaus (AOP-Vertrag) sollen in der Regel nur auf Überweisung eines niedergelassenen Vertragsarztes erfolgen. Die bedeutsamen Unterlagen sind dem Krankenhaus zur Verfügung zu stellen.

Eine weitergehende präoperative Leistungserbringung im vertragsärztlichen Bereich scheidet grundsätzlich aus, es sei denn, es handelt sich um notwendige fachgebietsbezogene Leistungen, die das Krankenhaus nicht erbringen kann oder notwendige nicht fachgebietsbezogene Leistungen. In diesen Ausnahmefällen erfolgt durch das Krankenhaus eine Überweisung mittels Definitionsauftrag. Überweisungen in den Vertragsarztbereich zur Erbringung postoperativer Leistungen sind möglich.

Die Verordnung von Arzneimitteln, Verbandmitteln und Hilfsmitteln sowohl präoperativ als auch intra- und postoperativ scheidet aus. Für die Verordnung eines notwendigen Krankentransportes nach der Durchführung des Eingriffs ist das Krankenhaus ebenso zuständig wie für die Bescheinigung von Arbeitsunfähigkeit und die Verordnung der häuslichen Krankenpflege (Sicherungspflege) für die ersten drei Tage (Folgeverordnungen erfolgen durch den nachbehandelnden Vertragsarzt).

Zusammenfassung



### 3.5. Ergänzende Hinweise zum Bezug von Grippeimpfstoffen für die Impfsaison 2017/2018

Mit dem Juni-Rundschreiben hatten wir Sie über den Bezug von Grippeimpfstoffen für die Impfsaison 2017/2018 und über die Auswirkungen des GKV-Arzneimittelversorgungsstärkungsgesetzes (AMVSG) auf die bestehenden Rabattverträge zu Grippeimpfstoffen informiert.

Ergänzend zu unseren Ausführungen möchten wir Sie nochmals auf die die wichtigsten Punkte aufmerksam machen:

1. In Niedersachsen bestehende Rabattverträge über Grippeimpfstoffe gelten bis zum vertraglich zwischen Krankenkassen und Hersteller vereinbarten Termin fort.
2. Eine Exklusivität dieser Verträge ist jedoch nicht mehr gegeben. Bitte richten Sie daher Ihre Auswahlentscheidung an objektiven Kriterien der Wirtschaftlichkeit und Verfügbarkeit der Impfstoffe aus.
3. Spricht therapeutisch nichts dagegen, sollten zur Einsparung von Kosten Rabattverträge bei Ihrer Verordnungsentscheidung weiterhin Berücksichtigung finden, da im Rahmen der Rabattverträge die Krankenkassen die Gewähr für eine wirtschaftliche Versorgung tragen.

Wichtige Punkte

### 3.6. Neue Teilnahme und Einwilligungserklärungen im Rahmen der Disease-Management-Programme (DMP) ab 1. Juli 2017

Zum 1. Juli 2017 ändern sich die Teilnahme- und Einwilligungserklärungen für Diabetes mellitus Typ 1 und 2 (010E), für COPD (060C) und auch die indikationsübergreifende Teilnahme- und Einwilligungserklärung (070B). Die Neueinführung ist notwendig, da auf Grund der überarbeiteten Anforderungen zu Diabetes mellitus Typ 2 und COPD Änderungen in der Patienteninformation vorgenommen wurden.

Bitte fordern Sie die neuen Vordrucke beim Paul-Albrechts-Verlag oder sofern Sie Ihre Vordruckbestellung über Ihre Bezirksstelle durchführen, dort an.

Übergangsweise können Sie Ihre alten Formulare, mit den Formularschlüsseln 010D, 060B bzw. 070A noch bis zum 31. Dezember 2017 weiter verwenden.

Übergang bis 31. Dezember 2017

### 3.7. Anpassung des DMP-Vertrages Diabetes mellitus Typ 2 zum 1. Juli 2017

Aufgrund der Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie war es erforderlich, den DMP-Vertrag Diabetes mellitus Typ 2 redaktionell entsprechend anzupassen.

Die medizinisch-inhaltlichen Änderungen erfolgten in enger Anlehnung an die aktuellen Nationalen Versorgungsleitlinien. Die wichtigsten Änderungen im Einzelnen:

- HbA1c  $\geq 6,5\%$  wurde als diagnostischer Nachweis eines Diabetes mellitus Typ 2 aufgenommen
- Zielgröße für die anithyerglykämische Therapie: anzustrebender HbA1c-Korridor zwischen 6,5% und 7,5%
- Strukturierte Darstellung der erforderlichen Kontrolluntersuchungen
- stärkere Einbindung der Raucherberatung
- Anpassung der Empfehlungen zur medikamentösen Therapie
- augenärztliche Untersuchung ein- bis zweijährig entsprechend des individuellen Risikos (bisher mindestens jährliche Funduskopie)
- strukturierte Festlegung der Intervalle bei Fußinspektionen
- Einführung eines strukturierten Medikamentenmanagements
- Anpassung der Überweisungsregeln an Nephrologen und zur Fußambulanz
- Aufnahme neuer Therapieziele
  1. Niedriger Anteil an hypertensiven Patienten mit systolischen RR  $> 150$  mmHg
  2. Intervalle für Fußinspektionen
  3. Dokumentation des Fußstatus
  4. Untersuchung Pulsstatus bei Ulcus
- Anpassung der Dokumentationsparameter

Neben den redaktionellen Änderungen ergeben sich noch folgende weitere Anpassungen:

#### **Höhere Vergütungen für die letzten Gruppenschulungen**

Werden im Rahmen der Behandlungsprogramme Diabetes mellitus Typ 2 alle Gruppenschulungen durchgeführt, erfolgt eine weitere Vergütung in Form eines Zuschlages in Höhe von zehn Prozent auf die letzte Gruppenschulung. Dieser Zuschlag wird automatisch von der KVN im Rahmen der Quartalsabrechnung hinzugesetzt, wenn die letzte Gruppenschulung durchgeführt wurde.

#### **Aufwertung der Funduskopie**

Bei Durchführung der Funduskopie im Rahmen des DMP-Diabetes Typ 2 erhalten Augenärzte einen Qualitätszuschlag von einem Euro. Die Funduskopie ist in Abhängigkeit vom Risikoprofil ein- oder zweijährlich im Rahmen einer augenärztlichen Untersuchung durchzuführen.

#### **Kennzeichnung von Überweisungen mit dem Hinweis „DMP“**

Da der Überweisungsempfänger der Überweisung nicht entnehmen kann, dass es sich um einen DMP-Patienten handelt und so ggf. notwendige Untersuchungen unterbleiben, sind Überweisungen künftig mit dem Hinweis „DMP“ zu kennzeichnen.

#### **Wegfall der Datenträger bei der Übermittlung der Dokumentationen an die Datenstelle**

Unter Hinweis auf das Mai-Rundschreiben möchten wir nochmals daran erinnern, dass ab 1. Juli 2017 die Verwendung von Datenträgern nicht mehr zulässig ist.

**DMP-Dokumentationen für Diabetes mellitus Typ 1 und 2 für das 2. Quartal 2017 bis zum 30. Juni 2017 abschließen**

Aufgrund der Aktualisierung der DMP Programme für Diabetes mellitus Typ 1 und 2 ändert sich zum 1. Juli 2017 die Dokumentationssoftware. Bitte beachten Sie die Hinweise Ihres Software-Herstellers zum Einspielen des Updates. Bei weitergehenden Fragen wenden Sie sich direkt an Ihre Softwarefirma.

Behandlungen ab dem dritten Quartal 2017 müssen mit der aktualisierten Software dokumentiert werden. Für Patienten aus dem vorherigen Quartal muss die derzeit aktuelle beziehungsweise alte Software verwendet werden. Aus diesem Grund empfehlen wir Ihnen, Dokumentationen für das zweite Quartal 2017 bis Ende Juni abzuschließen und zu versenden. So können ggf. auftretende Probleme bei der parallelen Nutzung von zwei Software-Versionen vermieden werden.

Die aktuelle Lesefassung des DMP-Vertrages Diabetes mellitus Typ 2 inklusiv der aktualisierten Anlagen finden Sie in Kürze im KVN-Portal unter [www.kvn.de/Verträge/DMP-Strukturierte Behandlungsprogramme](http://www.kvn.de/Verträge/DMP-Strukturierte%20Behandlungsprogramme).

**3.8. Neue hkk - DSP-Vereinbarung und KKH - DSP-Vereinbarung zur Optimierung der Betreuung von an Diabetes erkrankten Versicherten durch diabetologische Schwerpunktpraxen ab 1. Juli 2017**

Die KVN hat mit der hkk und KKH jeweils eine neue Vereinbarung zur Optimierung von an Diabetes erkrankten Versicherten durch diabetologische Schwerpunktpraxen geschlossen, die inhaltlich auch der DAK - DSP - Vereinbarung entsprechen. Die Vereinbarungen übernehmen alle bereits aus dem Strukturvertrag der Primärkassen bekannten Regelungen. Zusätzlich ist die Einführung von fünf neuen Gesundheitsvorsorgeleistungen für Diabetiker vereinbart worden. Es handelt sich hierbei um Vorsorgeuntersuchungen zu

1. Diabetische Neuropathie - Nervenstörungen (Empfindungsstörungen, Funktionsstörungen)
2. LUTS - Beschwerden des unteren Harntraktes (so genannte Reizblase / Überlaufblase)
3. Angiopathie - Gefäßschädigungen / Wundheilungsstörungen
4. Diabetesleber
5. Nierenkrankheit

Die Teilnahme ist sowohl für den Arzt als auch für die Patienten freiwillig. Daher ist eine Einschreibung für den diabetologisch qualifizierten Arzt als auch für den Patienten zur Teilnahme erforderlich.

Die vollständigen Vereinbarungen finden Sie im KVN-Portal: Vertrag/Versorgungsverträge zu Diabetes/hkk - DSP-Vereinbarung ab Juli 2017 bzw. KKH - DSP-Vereinbarung ab Juli 2017.

Fünf neue Vorsorgeleistungen

### 3.9. Regelungen zur Anwendung der eGK (Anlage 4a BMV-Ä) werden zum 1. Juli 2017 angepasst

Die Vereinbarung zum Inhalt und zur Anwendung der eGK (Anlage 4a BMV-Ä) wird zum 1. Juli 2017 überarbeitet. Hintergrund ist die geplante Einführung des Versichertenstammdatenmanagements (VSDM). Zudem wurde die Protokollnotiz über Regelungen zur Bedruckung des Statusfeldes geändert. Nachfolgend möchten wir Ihnen die wichtigsten Punkte vorstellen:

#### **Anpassungen aufgrund Einführung des VSDM**

Der Anhang der Anlage 4a „Verwendung der elektronischen Gesundheitskarte“ wurde aufgrund der geplanten Einführung des VSDM grundlegend überarbeitet. Neben der Beschreibung des Prozesses des VSDM in der Arztpraxis wird klargestellt, in welchen Konstellationen das VSDM nicht erforderlich ist, z. B. bei einem defekten Kartenterminal, einem Hausbesuch oder wenn kein Arzt-Patienten-Kontakt besteht.

Die bisherige Regelung, nach der der Einzug einer möglicherweise ungültigen eGK durch den Arzt erfolgt, wurde gestrichen.

Das Ersatzverfahren im Falle eines technischen Defektes wurde klarer geregelt. Das Verfahren wurde an die Bestimmungen der Telematikinfrastruktur angepasst und von anderen Konstellationen klarer abgegrenzt, z. B. für den Fall, dass kein Arzt-Patienten-Kontakt besteht, wenn es sich um Auftragsleistungen handelt oder bei Hausbesuchen.

#### **Anpassung der Regelungen zur Statusfeldbedruckung**

Die für den 1. Juli 2017 geplante Anpassung der Regelungen zur Statusfeldbedruckung (zweistellige Darstellung der Felder „DMP-Kennzeichen“ und „Besondere Personengruppe“) wurde auf den 1. Juli 2018 verschoben.

Die Anlage 4a zum BMV-Ä finden Sie auf der Internetseite der KBV unter [www.kbv.de/html/bundesmantelvertrag.php](http://www.kbv.de/html/bundesmantelvertrag.php)

### 3.10. Hinweise zur vertragsärztlichen Versorgung von Personen, die im Ausland krankenversichert sind

Mit dem Juni-Rundschreiben hatten wir Sie über die Veränderungen bei der Anwendung der europäischen Krankenversichertenkarte zum 1. Juli 2017 informiert.

Heute erhalten Sie eine entsprechende Praxisinformation. Diese beschreibt übersichtlich anhand von Checklisten alle relevanten Schritte bei der Versorgung von im Ausland versicherten Patienten.

Umfassende Informationen enthält das „Merkblatt über die vertragsärztliche Versorgung von Personen, die im Ausland krankenversichert sind“.

Sie finden die Praxisinformation und das Merkblatt im KVN-Portal unter [www.kvn.de/Verträge/Sonstige Verträge/Downloads](http://www.kvn.de/Verträge/Sonstige%20Verträge/Downloads)

#### **Anlage 5.3: Merkblatt**

### 3.11. 116 117 - Textvorschlag für Anrufbeantworter

Seit Januar 2013 gibt es die bundeseinheitliche Rufnummer im Bereitschaftsdienst, die 116 117. Hier finden Sie noch einmal einen Textvorschlag für Ihren Anrufbeantworter in der Praxis:

„Lieber Patient, Sie rufen außerhalb unserer Sprechstundenzeiten an. Bei dringender Behandlungsbedürftigkeit wenden Sie sich bitte an den ärztlichen Bereitschaftsdienst der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen. Sie erreichen diesen unter der bundeseinheitlichen Rufnummer 116 117. In lebensbedrohlichen Fällen wählen Sie bitte die Rufnummer 112.

Gerne können Sie auch direkt die Bereitschaftsdienstpraxis in (Stadt) aufsuchen. Die Bereitschaftsdienstpraxis finden Sie (bitte Adresse angeben). Die Bereitschaftsdienstpraxis ist zu folgenden Zeiten für Sie geöffnet: (bitte die Tage und Zeiten angeben).“

### 3.12. Für Hausärzte: Online-Befragung zur ambulanten hausärztlichen Gesundheitsversorgung

Um die Sicht der Ärzte auf das aktuelle System der ambulanten hausärztlichen Gesundheitsversorgung zu erfassen, wird das Institut für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin der Goethe-Universität Frankfurt am Main im Rahmen einer Promotionsarbeit eine Erhebung mittels unabhängig erstelltem Fragebogen zu diesen Themen durchführen. Das Institut ist Ihnen sehr dankbar, wenn Sie die in dem Fragebogen gestellten Aussagen bewerten, die Fragen beantworten und gegebenenfalls Aspekte am Ende des Fragebogens anfügen. Die Bearbeitungszeit des Fragebogens liegt bei rund fünf bis zehn Minuten. Den Fragebogen finden Sie unter <https://de.research.net/r/WCBHC5Z>

### 3.13. Kreis der MRSA-Risikopatienten erweitert

Der Kreis der MRSA-Risikopatienten, die nach einem Klinikaufenthalt ambulant auf den Keim getestet und behandelt werden können, ist erweitert worden. Der Bewertungsausschuss hat die Kriterien im EBM in Anlehnung an die aktuellen KRINKO-Empfehlungen des Robert-Koch-Instituts zum 1. Juli 2017 angepasst.

Damit Vertragsärzte bei Patienten nach einem Krankenhausaufenthalt einen MRSA-Status erheben und bei Bestätigung des Verdachts eine Sanierungsbehandlung durchführen können, müssen bestimmte Risikofaktoren vorliegen. Diese Risikofaktoren sind an die Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) beim Robert-Koch-Institut angelehnt, die zuletzt im Jahr 2014 erweitert wurden. Zum 1. Juli 2017 wurde nun die Definition des MRSA-Risikopatienten im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) unter Berücksichtigung dieser Empfehlungen angepasst.

Zum 1. Juli 2017  
angepasst

### **MRSA-Status und Sanierungsbehandlung für mehr Patienten**

Danach kann nun auch bei Patienten, die nicht mehrere Risikokriterien erfüllen, ein MRSA-Status erhoben werden und bei einer MRSA-Besiedlung (Kolonisation) eine Sanierungsbehandlung durch Vertragsärzte erfolgen. Das trifft beispielsweise für dialysepflichtige Patienten und Patienten mit chronischen Wunden zu, für die dies bisher nur in Kombination mit anderen Risikofaktoren möglich war.

Unverändert bleibt die Grundvoraussetzung für die Erhebung eines MRSA-Status und die Sanierungsbehandlung: So müssen die Patienten in den vergangenen sechs Monaten an mindestens vier zusammenhängenden Tagen stationär behandelt worden sein.

Der EBM-Abschnitt 30.12, der Leistungen der speziellen Diagnostik und Eradikationstherapie im Rahmen von MRSA enthält, wurde zum 1. Juli entsprechend angepasst. Es wurden fast alle Punkte der angepassten KRINKO-Empfehlungen (Empfehlungen zur Prävention und Kontrolle von MRSA-Stämmen in medizinischen und pflegerischen Einrichtungen) übernommen.

MRSA (Methicillin-resistenter *Staphylococcus aureus*) gilt hierzulande nach wie vor als der häufigste multiresistente Erreger. In den vergangenen Jahren hat er sich nach Angaben von Experten auch zunehmend außerhalb von Krankenhäusern ausgebreitet. Begünstigt wurde dies durch einen hohen Einsatz von Antibiotika - auch im ambulanten Bereich.

### **MRSA-Statuts und Sanierung ab 1. Juli bei diesen Patienten möglich**

Patienten, die in den vergangenen sechs Monaten an mindestens vier zusammenhängenden Tagen stationär behandelt wurden, können ambulant auf MRSA getestet und behandelt werden, wenn sie zusätzlich noch eine der folgenden Voraussetzungen erfüllen:

- ein positiver MRSA-Nachweis in der Anamnese (unabhängig vom Zeitpunkt der Infektion)

und/oder

- eine chronische Pflegebedürftigkeit (Vorliegen eines Pflegegrades) und Vorliegen eines der nachfolgenden Risikofaktoren:

Antibiotikatherapie in den zurückliegenden sechs Monaten, liegende Katheter (z. B. Harnblasenkatheter, PEG-Sonde, Trachealkanüle)

und/oder

Vorliegen von Hautulkus, Gangrän, chronischer Wunde und/oder tiefe Weichteilinfektion

und/oder

Dialysepflichtigkeit.

Voraussetzungen

## 4. Veranstaltungen im August und September 2017

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

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

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

Name	Ort	Datum	Gebühr p. P.
<b>Qualitäts- und Praxismanagement</b>			
Bürokratieabbau in der Praxis	Oldenburg	27.Sep	85 Euro
Fehler- und Risikomanagement in der Praxis	Hannover	23.Sep	135 Euro
Führungskunst - Sicher führen und überzeugen	Hannover	12.Aug	119 Euro
Gefährdungsbeurteilung für die Arztpraxis	Hannover	27.Sep	85 Euro
Gruppentherapie leicht gemacht	Oldenburg	02.Sep	50 Euro
Kommunikationstraining	Aurich	06.Sep	80 Euro
Patientenbindung durch aktives Kundenmanagement	Hannover	02.Sep	119 Euro
Personalführung für PraxismitarbeiterIn	Hannover	12.Sep	139 Euro
Praxisbegehungen durch das Gewerbeaufsichtsamt	Hannover	09.Sep	20 Euro
Qualitätsmanagement für Psychotherapeuten	Hannover	09.Sep	135 Euro
Workshop-Medizinprodukte-Aufbereitung Teil 2	Hannover	23.Aug	95 Euro
Praxis Check-up	Hannover	13.Sep	85 Euro
Raus aus der Stress-Falle für PraxismitarbeiterIn	Hannover	05.Sep	144 Euro
Raus aus der Stress-Falle für PraxisinhaberIn	Hannover	23.Sep	144 Euro
Teamführung und Konfliktprävention	Aurich	23.Aug	30 Euro

Terminplanung	Aurich	09.Aug	80 Euro
Unterstützung in der Arztpraxis im Umgang mit Flüchtlingen	Hannover	02.Sep	135 Euro
<b>Abrechnung und Verordnung</b>			
LINDA - Schulungsprogramm für Diabetologische Schwerpunktpraxen	Hannover	19.Aug	99 Euro
EBM für Einsteiger	Osnabrück	27.Sep	kostenlos
Freude mit Attesten, Gutachten und Versicherungsanfragen	Stade	16.Aug	45 Euro
Sicher durch den „Heilmittel-Verordnungs-Dschungel“ für MFA	Hannover	20.Sep	kostenlos
IGeLn leicht gemacht	Stade	09.Aug	kostenlos
<b>Medizinische und psychotherapeutische Themen</b>			
DMP Asthma und COPD	Verden	16.Sep	20 Euro
Hautkrebs-Screening Seminar	Hannover	19.Aug	99 Euro
Hautkrebs-Screening Seminar	Stade	19.Aug	168 Euro
Hautkrebs-Screening Seminar	Verden	26.Aug	168 Euro
Notfallseminar	Hannover	30.Aug	70 Euro für Ärzte 55 Euro für MFA
<b>Wirtschaftsseminare</b>			
Erfolgreich im Markt	Braunschweig	14.Sep	kostenlos
Existenzgründertag	Braunschweig	30.Aug	kostenlos
Kooperieren aber richtig	Hildesheim	20.Sep	kostenlos
Niederlassen in Niedersachsen	Oldenburg	16.Sep	kostenlos
Vorsorge für alle	Hannover	06.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. Praxisinformation**

**5.2. Informationsschreiben**

**5.3. Merkblatt**

## INFORMATIONEN FÜR DIE PRAXIS

### Verordnungen

Juli 2017

### Neu: Psychotherapeuten dürfen Krankenhausbehandlung und Krankenförderung verordnen

Psychologische Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (im Folgenden als „Vertragspsychotherapeuten“ zusammengefasst) dürfen seit Juni 2017 Krankenhausbehandlungen und Krankenförderungen verordnen. Damit erhalten sie mehr Entscheidungsspielraum bei der Versorgung ihrer Patienten.

Darüber hinaus sollen sie künftig auch Soziotherapie und bestimmte Reha-Leistungen verordnen dürfen. Hier verhandeln KBV und GKV-Spitzenverband im Bewertungsausschuss noch über eine Vergütungsregelung für Vertragspsychotherapeuten, denn auch bei Vertragsärzten wird das Ausstellen dieser Verordnungen gesondert honoriert.

Auf den folgenden Seiten finden Vertragspsychotherapeuten Informationen zur Verordnung von Krankenhausbehandlung und Krankenförderung. Da die Verordnung dieser beiden Leistungen ein Novum für sie ist, stellen wir zunächst wichtige Regeln und Grundlagen vor.

#### WICHTIGE REGELN UND GRUNDLAGEN

Für Vertragspsychotherapeuten gelten dieselben Vorgaben wie für Vertragsärzte:

- **Formulare:** Vertragspsychotherapeuten nutzen die gleichen Verordnungsformulare wie Vertragsärzte. Die Vordrucke sind in der Regel über die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung erhältlich.  
Sollen die Formulare elektronisch am Praxisrechner ausgefüllt werden, müssen sie in der Software hinterlegt sein. Bei Fragen zur Software stehen die jeweiligen PVS-Anbieter zur Verfügung.
- **Wirtschaftlichkeitsgebot:** Verordnungen unterliegen dem Wirtschaftlichkeitsgebot; sie müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein und dürfen das notwendige Maß nicht überschreiten.
- **Genehmigung:** Der Patient soll die Verordnung von Krankenhausbehandlung seiner Krankenkasse vorlegen. Auch eine Krankenförderung zur ambulanten Behandlung unterliegt grundsätzlich der Genehmigungspflicht; Fahrten zu einer stationären Behandlung dagegen nicht.
- **Eigenanteil des Patienten:** Wie in anderen Bereichen der Gesundheitsversorgung müssen sich Patienten bei Krankenhausbehandlung und Krankenförderung an den Gesamtkosten beteiligen. Bei Krankenhausbehandlung sind es 10 Euro pro Kalendertag für maximal 28

Soziotherapie und Reha später: hier wird noch über Vergütung verhandelt

Grundlagen der Verordnung



## Thema: Verordnungen

Tage im Kalenderjahr, bei Krankenförderung 10 Prozent der Fahrtkosten, mindestens 5 Euro, maximal 10 Euro – unabhängig von der Fahrzeugart.

### VERORDNUNG VON KRANKENHAUSBEHANDLUNG

Vertragspsychotherapeuten können Krankenhausbehandlung verordnen, wenn ein Patient aufgrund psychischer Erkrankungen und Störungen stationär behandelt werden muss.

Generell gilt der Grundsatz: ambulant vor stationär. Das bedeutet, dass Vertragsärzte und auch Vertragspsychotherapeuten vor einer Einweisung ins Krankenhaus alle ambulanten Behandlungsalternativen in Erwägung ziehen müssen. Sie müssen sich somit über sämtliche Angebote informieren. Dies ist in der Krankenhauseinweisungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses so festgelegt.

#### Indikationen und Abstimmungspflicht

Vertragspsychotherapeuten dürfen Krankenhausbehandlungen

- bei Indikationen nach Paragraf 26 der Psychotherapie-Richtlinie, zum Beispiel depressive Episoden, Angststörungen oder nichtorganische Schlafstörungen, sowie
- bei Indikationen der neuropsychologischen Therapie, zum Beispiel organisches amnestisches Syndrom oder organische emotional labile (asthenische) Störung, verordnen.

In diesen Fällen ist keine gesonderte Abstimmung mit dem behandelnden Arzt notwendig.

Für alle übrigen Indikationen in Kapitel V „Psychische und Verhaltensstörungen“ der ICD-10-GM muss sich der Vertragspsychotherapeut mit dem behandelnden Arzt abstimmen. Dazu gehört zum Beispiel Demenz.

#### Verordnungsformular

Die Verordnung erfolgt auf dem Formular 2 „Verordnung von Krankenhausbehandlung“ (nicht: PTV 2). Psychotherapeuten dokumentieren hierauf die Diagnose, die die stationäre Behandlung begründet, sowie gegebenenfalls weitere Diagnosen. Zudem sind in geeigneten Fällen die beiden nächstreichbaren geeigneten Krankenhäuser anzugeben.

Seite 1 (2a) des Formulars erhält der Patient zur Vorlage bei seiner Krankenkasse. Auf Seite 2 (2b) sind die Untersuchungsergebnisse und bisher erfolgte Behandlungsmaßnahmen für den Krankenhausarzt anzugeben, soweit diese vorliegen.

#### Gültigkeit der Verordnung

Die Verordnung gilt bis der Behandlungsfall vom Krankenhaus abgeschlossen ist. Es kann sein, dass ein längerer Zeitraum zwischen Verordnung und Beginn der stationären Behandlung liegt. Ist der Patient in diesem Zeitraum weiterhin bei seinem Psychotherapeuten in Behandlung, kann dieser prüfen, ob eine stationäre Behandlung weiterhin notwendig ist.

Krankenhaus-  
behandlung  
verordnen

Grundsatz  
beachten:  
ambulant vor  
stationär

Indikationen

Abstimmung mit  
dem Arzt

Abbildung: Vorderseite Muster 2 „Verordnung von Krankenhausbehandlung“

**Verordnung von Krankenhausbehandlung 2**  
(Nur bei medizinischer Notwendigkeit zulässig)

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kostenträgerkennung    Versicherten-Nr.    Status

Betriebsstätten-Nr.    Arzt-Nr.    Datum

Diagnose

Belegarztbehandlung     Notfall

Unfall, Unfallfolgen     Versorgungsleiden (BVG)

Nächsterreichbare, geeignete Krankenhäuser

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Bitte die Rückseite beachten!    Muster 2a (10.2014)

Verordnung auf  
Formular 2:  
Abbildung der  
Vorderseite

## VERORDNUNG VON KRANKENBEFÖRDERUNG

Eine Krankenbeförderung muss im Zusammenhang mit einer psychotherapeutischen Leistung zwingend notwendig sein, damit sie zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordnet werden darf.

### Fahrten zur stationären Behandlung

Vertragspsychotherapeuten, die einem Patienten eine Krankenhausbehandlung verordnet haben, können diesem Patienten auch eine Fahrt zur stationären Behandlung dorthin verordnen, wenn der Patient aus medizinischen Gründen nicht selbst fahren kann, zum Beispiel mit seinem Pkw oder einem öffentlichen Verkehrsmittel.

Eine Genehmigung durch die Krankenkasse des Versicherten ist bei einer stationären Behandlung nicht erforderlich.

### Fahrten zur ambulanten Behandlung

Fahrten zur ambulanten Behandlung können für Patienten verordnet werden, die einen Schwerbehindertenausweis mit Merkzeichen „aG“, „BI“ oder „H“ oder einen Pflegebescheid mit Pflegegrad 3, 4 oder 5 vorlegen und dauerhaft in ihrer Mobilität eingeschränkt sind. Die Mobilitätsbeeinträchtigungen können somatische oder kognitive Ursachen haben.

Darüber hinaus können die Krankenkassen Fahrten zur ambulanten Behandlung genehmigen, wenn Patienten von einer vergleichbaren Beeinträchtigung der Mobilität betroffen sind und einer ambulanten Behandlung über einen längeren Zeitraum bedürfen.

Kranken-  
beförderung  
verordnen

# Thema: Verordnungen

Patienten müssen sich die verordneten Fahrten zur ambulanten Behandlung von ihrer Krankenkasse grundsätzlich immer genehmigen lassen, damit die Kosten übernommen werden.

## Beförderungsmittel

Welches Beförderungsmittel verordnet wird, richtet sich unter anderem nach der medizinischen Notwendigkeit für den Patienten. Benötigt er unterwegs eine medizinisch-fachliche Betreuung oder eine besondere Fahrzeugausstattung, kann ein Krankentransportfahrzeug erforderlich sein. Fahrten ohne medizinisch-fachliche Betreuung sind zum Beispiel mit einem Taxi möglich.

## Genehmigung und Kostenerstattung

Fahrten zu einer stationären Behandlung muss sich der Patient von seiner Krankenkasse nicht genehmigen lassen. Fahrten zu einer ambulanten Behandlung dagegen schon.

Krankenkassen haben oftmals Verträge mit bestimmten Krankentransportdiensten oder auch Taxiunternehmen geschlossen, sodass der Patient hier Rücksprache mit seiner Krankenkasse halten sollte. Der Dienstleister rechnet die Fahrt dann direkt mit der Krankenkasse ab.

## Verordnungsformular

Die Verordnung erfolgt auf dem vertragsärztlichen Formular 4 „Verordnung einer Krankenförderung“ (nicht: PTV 4). Hierauf sind der Grund für die Fahrt, das Beförderungsmittel und der Weg anzugeben.

Abbildung: Vorderseite Muster 4 „Verordnung einer Krankenförderung“

**Verordnung einer Krankenförderung 4**

**Mitteilung von Krankheiten und drittverursachten Gesundheitsschäden gemäß § 294a SGB V**

Unfall, Unfallfolgen  Arbeitsunfall, Berufskrankheit  Versorgungsleiden (BVG u.a.)  sonstiger Schaden

**1. Hauptleistung**

**A) im Krankenhaus**

Krankenhausbehandlung voll- oder teilstationär  Krankenhausbehandlung vor- oder nachstationär

**B) ambulante Operation**

ambulante Operation gem. § 115b SGB V  Vor- oder Nachbehandlung bei ambulanter Operation

**C) ambulante Behandlung** (von der Krankenkasse zu genehmigen)

**Begründung des Ausnahmefalls gemäß § 60 Abs. 1 SGB V:**

**Hochfrequente Behandlung**

gemäß Anlage 2 der Krankentransport-Richtlinien (Dialyse, onkologische Chemotherapie oder Strahlentherapie)  vergleichbarer Ausnahmefall wegen

**Dauerhafte Mobilitätseinschränkung**

Merkzeichen „aG“, „Bl“, „H“ oder Pflegestufe 2 bzw. 3 vorgelegt  vergleichbarer Grund wegen (ggf. Angabe ICD-10)

**2. Beförderungsmittel**

Taxi, Mietwagen  Krankentransportwagen  Rettungswagen  Notarztwagen  andere

**Begründung des Beförderungsmittels** (ggf. Angabe ICD-10)

**Medizinisch-technische Ausstattung erforderlich:**  nein  Tragestuhl  Nicht umsetzbar aus Rollstuhl  legend  andere

**Von Nach**

Wohnung  Hinfahrt  Rückfahrt  nein  ja, folgendes:

Arztpraxis  Wartezeit (Dauer):  Gemeinschaftsfahrt (Anzahl Mitfahrer):

Krankenhaus  andere Beförderungsweg

Unterschrift und Stempel des Vertragsarztes

Muster 4 (10.2014)

Verordnung auf Formular 4: Abbildung der Vorderseite



## Rechtliche Grundlagen

Krankenhauseinweisungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA): [www.g-ba.de/informationen/richtlinien/16/](http://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/16/)

Krankentransport-Richtlinie des G-BA: [www.g-ba.de/informationen/richtlinien/25/](http://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/25/)

KBV-Themenseite Verordnungen: [www.kbv.de/962253](http://www.kbv.de/962253)

*Kennen Sie schon die PraxisNachrichten? Sie können den Newsletter der KBV hier kostenlos abonnieren: [www.kbv.de/PraxisNachrichten](http://www.kbv.de/PraxisNachrichten)*

Rechtliche  
Grundlagen

# Gemeinsame Arbeitsgruppe Arzneimittel

Kassenärztliche Vereinigung  
Niedersachsen

Verbände der gesetzlichen  
Krankenkassen in Niedersachsen



## Wirtschaftliche Verordnungsweise von Polypillen

Insbesondere für die Behandlung der Hypertonie sind zahlreiche Kombinationspräparate verfügbar. Sie sollen die Therapie für den Patienten vereinfachen und damit zu einer besseren Therapieadhärenz führen. Ein Nachweis dafür fehlt allerdings - eine aktuelle Analyse an 8000 Patienten zeigt, dass die Adhärenz bei Kombinationsarzneimitteln sogar abnimmt<sup>1</sup> und wird das Kombinationspräparat nicht eingenommen, fallen gleich mehrere Wirkstoffe weg.

Ein weiteres Problem: Das Verordnen dieser Präparate kann unwirtschaftlich sein, weil sie teilweise sehr viel teurer sind als die Summe der jeweiligen Einzelpräparate. Insbesondere für die sogenannten Polypillen (fixe Kombination mehrerer Wirkstoffe zur Behandlung kardiovaskulärer Erkrankungen<sup>2</sup>) gilt, dass die Hersteller hier die Festbetragsgruppen umgehen.

Dazu zwei Beispiele:

- (1) Triveram® wird zur Behandlung der Hypertonie eingesetzt. Es ist ein Kombinationsarzneimittel aus Atorvastatin, Perindopril und Amlodipin. Für alle drei Einzelwirkstoffe gilt ein Festbetrag. Nicht jedoch für die Kombination. Dadurch erhöhen sich die Kosten am Beispiel 20mg/5mg/5mg um ca. 50% (Tabelle). Wird bei der Verordnung der Einzelwirkstoffe Perindopril durch Enalapril ersetzt, entfallen die hohen Mehrkosten durch die Festbetragsüberschreitung.
- (2) Sincronium® enthält eine Kombination aus Ramipril, Atorvastatin und ASS. Auch hier gilt, dass die Verordnung des Kombinationspräparates im Vergleich zur Verordnung der Einzelpräparate erheblich teurer ist (Tabelle).

Die Verordnung der Monopräparate hat gegenüber der fixen Kombination folgende Vorteile:

- die Monopräparate sind wesentlich günstiger als die Fixkombination
- die Zuzahlung des Patienten kann bei Verwendung günstiger Wirkstoffe aus der jeweiligen Festbetragsgruppe geringer sein
- sofern der KBV-Medikationskatalog ein Verordnungsziel der Fachgruppe ist, kann die Zielquote durch die Verordnung der dort dargestellten Mono- oder Zweifach-Kombinationspräparate (Standard-, Reservewirkstoffe) positiv beeinflusst werden

Wir empfehlen daher, den Einsatz der Kombinationspräparate kritisch zu prüfen und Patienten auf der freien Kombination der Einzelpräparate zu lassen, wenn die Verordnung der Einzelpräparate ausreichend ist.

	Triveram	Freie Kombination		Sincronium	Freie Kombination		
Atorvastatin 20mg	<b>88,63 €</b>	14,14 €	<b>38,19 €</b>	<b>46,37 €</b>	14,14 €		
Perindopril 5mg		13,60 €*			Acetylsalicylsäure 100mg	2,73 €	<b>27,93 €</b>
Amlodipin 5mg		10,45 €			Ramipril 5mg	11,06 €	
Alternative mit Enalapril 5mg		10,24 €**	<b>34,83 €</b>				

Preise gemäß Lauer-Taxe, Originalpreis (Triveram, Sincronium, Perindopril) bzw. Preis des jeweils günstigsten Generikums nach Abzug gesetzlicher Rabatte nach §130 und §130a (1) SGB V, Packungsgrößen 98 St. bzw. 100 St., Stand 15.05.2017

\*hohe Mehrkosten, da nicht zum Festbetrag verfügbar, \*\* ohne Mehrkosten

<sup>1</sup> Grimmsmann T, Himmel W (2016) Comparison of therapy persistence for fixed versus free combination antihypertensives: a retrospective cohort study. BMJ Open 6(11), DOI: 10.1136/bmjopen-2016-011650

<sup>2</sup> Wald NJ, Law MR (2013) A strategy to reduce cardiovascular disease by more than 80%. BMJ 326(7404):1419



## INFORMATIONEN FÜR DIE PRAXIS

### Im Ausland krankenversicherte Patienten

Juli 2017

### Checkliste für die Praxis: So funktioniert die Abrechnung bei Patienten, die im Ausland krankenversichert sind

Für die ärztliche Behandlung von Patienten, die im Ausland krankenversichert sind und während ihres Aufenthalts in Deutschland erkranken, bestehen je nach Herkunftsland bzw. Aufenthaltszweck des jeweiligen Patienten unterschiedliche Abrechnungsmodalitäten, die wir Ihnen im Folgenden näher erläutern. Drei Checklisten für die Praxis ermöglichen dabei einen schnellen Überblick über die einzelnen Schritte von der Erfassung bis zur Abrechnung.

#### ÜBERSICHT

1. **Europäische Krankenversicherungskarte:** Patienten aus den Staaten der Europäischen Union (EU), des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR) und der Schweiz
2. **Abrechnungsschein:** Patienten aus Staaten mit bilateralem Abkommen über Soziale Sicherheit
3. **Vergütung nach GOÄ:** Patienten, die keinen beziehungsweise nicht den richtigen Anspruchsnachweis vorlegen

#### DIE REGELUNGEN IM DETAIL

##### 1. Patienten aus den Staaten der Europäischen Union (EU), des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR) und der Schweiz: Europäische Krankenversicherungskarte

Patienten aus EU-/EWR-Staaten und der Schweiz haben Anspruch auf alle Leistungen, die sich während ihres Aufenthalts in Deutschland als medizinisch notwendig erweisen. Das heißt: Eine unmittelbar erforderliche medizinische Versorgung (z.B. Virusinfektion), aber auch beispielsweise eine fortlaufende Versorgung chronisch Kranker (z.B. Dialysepatient), die nicht bis zur Rückkehr in das Heimatland aufgeschoben werden kann.

Bei vorübergehenden Aufenthalten von längerer Dauer (z.B. Studenten, entsandte Arbeitnehmer) können gegebenenfalls auch turnusmäßige Vorsorgeuntersuchungen medizinisch notwendig sein. Bei Fragen zum Leistungsumfang wenden Sie sich bitte an die vom Patienten gewählte deutsche Krankenkasse.

Um seinen Anspruch nachzuweisen, legt der Patient eine Europäische Krankenversicherungskarte oder eine Provisorische Ersatzbescheinigung vor. Allerdings gilt dies nur für solche Fälle, in denen der Patient nicht explizit

Unterschiedliche Abrechnungsmodalitäten je nach Herkunftsland bzw. Aufenthaltszweck des Patienten

Europäische Krankenversicherungskarte/  
Provisorische Ersatzbescheinigung



zum Zwecke der medizinischen Versorgung nach Deutschland eingereist ist.

### Vorgehen bei geplanten Behandlungen

Patienten, die in einem anderen EU-/EWR-Staat oder der Schweiz versichert sind und explizit nach Deutschland reisen, um Gesundheitsleistungen in Anspruch zu nehmen, brauchen vorher die Genehmigung ihrer Krankenkasse im Heimatstaat.

Diese Patienten erhalten dann von der Kasse ein Formular (Vordruck E 112 oder S2). Diesen Anspruchsnachweis müssen sie vor Behandlungsbeginn zunächst bei der von ihnen gewählten deutschen Krankenkasse am Aufenthaltsort gegen einen Abrechnungsschein eintauschen. Falls die Krankenkasse im Heimatstaat den Behandlungsumfang eingeschränkt hat, ist auf dem Abrechnungsschein vermerkt, auf welche Leistungen sich die Genehmigung bezieht.

Legt der Patient Ihnen einen Vordruck E 112 oder einen S2 vor, bitten Sie ihn, diesen zunächst bei einer deutschen Krankenkasse seiner Wahl in einen Abrechnungsschein einzutauschen.

### 2. Patienten aus Staaten mit bilateralem Abkommen über Soziale Sicherheit: Abrechnungsschein

Patienten, die auf Basis eines bilateralen Abkommens über Soziale Sicherheit Anspruch auf Leistungen bei Krankheit und Mutterschaft haben, können ebenfalls bei einem Aufenthalt in Deutschland ärztliche Hilfe beanspruchen. Der grundsätzliche Unterschied zu Patienten aus den EU-/EWR-Staaten und der Schweiz besteht darin, dass sich Patienten aus Staaten mit bilateralem Abkommen mit dem Anspruchsnachweis ihrer heimischen Krankenkasse generell zunächst an eine von ihnen gewählte deutsche Krankenkasse wenden müssen. Auch der Umfang der Leistungen ist deutlich eingeschränkter. Es sind nur solche Behandlungen durchzuführen, die unaufschiebbar sind.

Die Krankenkasse stellt einen entsprechenden Abrechnungsschein aus, auf dem gegebenenfalls Einschränkungen des Leistungsspektrums („Für sofort notwendige Leistungen“, „Nicht gültig für schon im anderen Staat begonnene Erkrankungen“) vermerkt sind. Bei Fragen zum Leistungsumfang wenden Sie sich bitte an die vom Patienten gewählte deutsche Krankenkasse.

### 3. Patienten, die keinen beziehungsweise nicht den richtigen Anspruchsnachweis vorlegen: Vergütung nach GOÄ

Bei Patienten, die keinen beziehungsweise nicht den richtigen Anspruchsnachweis vorlegen können, sind Sie berechtigt und verpflichtet, nach GOÄ zu berechnen.

Bei geplanten  
Behandlungen:  
Abrechnungsschein der  
aushelfenden  
deutschen  
Krankenkasse

Abrechnungsschein der  
aushelfenden  
deutschen  
Krankenkasse

Abrechnung  
nach GOÄ



## CHECKLISTEN FÜR DIE PRAXIS

### 1. Checkliste: Patienten aus den Staaten der Europäischen Union (EU), des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR) und der Schweiz

- (1) Ein Patient aus einem EU-/EWR-Staat oder der Schweiz legt zur Behandlung
  - eine gültige Europäische Krankenversicherungskarte (EHIC) oder eine Provisorische Ersatzbescheinigung (PEB)
  - sowie einen Identitätsnachweis (Reisepass oder Personalausweis) vor.
- (2) Sie
  - überprüfen die Identität des Patienten und die Gültigkeit der EHIC bzw. PEB
  - kopieren die EHIC bzw. PEB zweifach und versehen die Kopien mit Datum, Unterschrift und Stempel. Bitte achten Sie auf die Vollständigkeit und Lesbarkeit der Kopien.

Besteht für Sie, zum Beispiel wegen technischer Probleme, keine Möglichkeit, Kopien der EHIC bzw. PEB mithilfe eines Kopiergerätes oder anderer geeigneter technischer Verfahren anzufertigen, können ausnahmsweise auch vom Patienten selbst Kopien beigebracht werden. Hierbei ist darauf zu achten, dass die Kopien mit dem jeweiligen Original übereinstimmen.
  - händigen dem Patienten das Formular „Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung“ in der von ihm gewünschten Sprachfassung aus. Es steht im Praxisverwaltungssystem in allen Teilen zweisprachig in Bulgarisch, Dänisch, Englisch, Französisch, Griechisch, Italienisch, Kroatisch, Niederländisch, Polnisch, Rumänisch, Spanisch, Tschechisch und Ungarisch zur Verfügung.
- (3) Der Patient füllt die Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung aus und unterschreibt sie. Hier gibt er auch die von ihm gewählte deutsche Krankenkasse an. Der Patient kann eine Krankenkasse am Aufenthaltsort bzw. – wenn ein solcher nicht feststellbar ist (z. B. bei Durchreise) – am Praxissitz wählen. Bitte achten Sie darauf, dass die Patientenerklärung vollständig ausgefüllt wird.
- (4) Senden Sie eine Kopie der EHIC/PEB sowie das Original der Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung umgehend an die vom Patienten gewählte Krankenkasse. Bitte achten Sie darauf, dass diese abrechnungsbegründenden Unterlagen vollständig ausgefüllt und lesbar sind. Die Zweitkopie/Durchschläge verbleiben bei Ihnen und müssen zwei Jahre lang aufbewahrt werden.
- (5) Sie rechnen die Kosten für die Behandlung mit Ihrer KV nach den Regelungen des Ersatzverfahrens zu Lasten der gewählten Krankenkasse ab, das heißt unter Angabe des Namens, Vornamens und Geburtsdatums des Patienten. Für die Angabe der „Versichertenart“ (FK 3108) fügen Sie die Ziffer 1 und für die Angabe der „Besonderen Personengruppe“ (FK 4131) die Ziffer 7 ein.

Herkunftsland des Patienten:

Belgien  
Bulgarien  
Dänemark  
Estland  
Finnland  
Frankreich  
Griechenland  
Großbritannien  
Irland  
Island  
Italien  
Kroatien  
Lettland  
Liechtenstein  
Litauen  
Luxemburg  
Malta  
Niederlande  
Norwegen  
Österreich  
Polen  
Portugal  
Rumänien  
Schweden  
Schweiz  
Slowakei  
Slowenien  
Spanien  
Tschechien  
Ungarn  
Zypern

Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung



## Thema: Im Ausland krankenversicherte Patienten

Zusätzlich sind für die Fotokopien die EBM-Ziffer 40144 und für die Versendung der Unterlagen die EBM-Ziffer 40120 berechnungsfähig. Die Dokumentation des Behandlungsanspruchs erfolgt nicht quartalsgebunden, sondern mindestens einmal innerhalb von drei Monaten.

**Verordnungen von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln:** Erfolgen auf den üblichen Formularen. Geben Sie Name, Vorname und Geburtsdatum des Patienten sowie Name und Institutionskennzeichen der gewählten deutschen Krankenkasse an.

Zusätzlich fügen Sie die Ziffer 1 für die Angabe „Versichertenart“ (FK 3108) und die Ziffer 7 für die Angabe „Besondere Personengruppe“ (FK 4131) ein (im Personalienfeld Positionen 2 und 4 im Feld „Status“ / Druckzeile 6, Positionen 24 und 26).

**Krankenhausbehandlungen:** Verordnungen erfolgen auf dem üblichen Formular (Muster 2). Geben Sie Name, Vorname und Geburtsdatum des Patienten sowie Name und Institutionskennzeichen der gewählten deutschen Krankenkasse auf dem Einweisungsschein (Muster 2) an.

Zusätzlich fügen Sie die Ziffer 1 für die Angabe „Versichertenart“ (FK 3108) und die Ziffer 7 für die Angabe „Besondere Personengruppe“ (FK 4131) ein (im Personalienfeld Positionen 2 und 4 im Feld „Status“ / Druckzeile 6, Positionen 24 und 26).

**Überweisungen:** Erfolgen auf dem üblichen Formular (Muster 6). Geben Sie Name, Vorname und Geburtsdatum des Patienten sowie Name und Institutionskennzeichen der gewählten deutschen Krankenkasse an. Zusätzlich fügen Sie die Ziffer 1 für die Angabe „Versichertenart“ (FK 3108) und die Ziffer 7 für die Angabe „Besondere Personengruppe“ (FK 4131) ein (im Personalienfeld Positionen 2 und 4 im Feld „Status“ / Druckzeile 6, Positionen 24 und 26).

Bei Patienten, die sich nur vorübergehend in Deutschland aufhalten, ist auch die voraussichtliche Aufenthaltsdauer anzugeben. Für den weiterbehandelnden Arzt gelten (sofern ein direkter Arzt-Patientenkontakt besteht) die vorher beschriebenen Regelungen entsprechend.

**Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit:** Sie stellen eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (Muster 1) wie für in Deutschland gesetzlich Versicherte aus. Der Patient bekommt das Original sowie die Durchschrift zur Vorlage beim Arbeitgeber und der Krankenkasse.

Arznei-, Heil- und  
Hilfsmittel

Krankenhaus

Überweisungen

Arbeitsunfähigkeit



### 2. Checkliste: Patienten aus Ländern mit bilateralem Abkommen über Soziale Sicherheit

Ein Patient, der auf Basis eines bilateralen Abkommens über Soziale Sicherheit Anspruch auf Leistungen bei Krankheit oder Mutterschaft hat, kann ebenfalls bei seinem Aufenthalt in Deutschland ärztliche Hilfe beanspruchen. Der Leistungsumfang ist jedoch deutlich eingeschränkter als bei Patienten aus EU-/EWR-Staaten oder der Schweiz. Es sind nur solche Behandlungen durchzuführen, die unaufschiebbar sind.

- (1) Ein Patient aus einem Land mit bilateralem Abkommen kommt in die Praxis und legt einen Abrechnungsschein auf der Basis des Musters 5 der gewählten deutschen Krankenkasse vor.
- (2) Sie prüfen die Dringlichkeit der Behandlung und achten auf die Behandlungseinschränkungen, die auf dem Abrechnungsschein notiert sind.
- (3) Sie erfassen den Abrechnungsschein.

**Verordnungen von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln:** Erfolgen auf dem Arzneiverordnungsblatt (Vordruckmuster 16). Geben Sie Name, Vorname und Geburtsdatum des Patienten sowie Name und Institutionskennzeichen der gewählten deutschen Krankenkasse an.

Zusätzlich fügen Sie die Ziffer 1 für die Angabe „Versichertenart“ (FK 3108) und die Ziffer 7 für die Angabe „Besondere Personengruppe“ (FK 4131) ein (im Personalienfeld Positionen 2 und 4 im Feld „Status“ / Druckzeile 6, Positionen 24 und 26). Bitte weisen Sie den Patienten darauf hin, dass Heil- und Hilfsmittel vor der Lieferung von der gewählten deutschen Krankenkasse genehmigt werden müssen.

**Krankenhausbehandlungen:** Sie tragen auf dem Einweisungsschein (Vordruckmuster 2) Name, Vorname und Geburtsdatum des Patienten sowie Name und Institutionskennzeichen der gewählten deutschen Krankenkasse ein.

Zusätzlich fügen Sie die Ziffer 1 für die Angabe „Versichertenart“ (FK 3108) und die Ziffer 7 für die Angabe „Besondere Personengruppe“ (FK 4131) ein (im Personalienfeld Positionen 2 und 4 im Feld „Status“ / Druckzeile 6, Positionen 24 und 26).

**Überweisungen:** Bei Patienten mit Abrechnungsschein bescheinigen Sie die Notwendigkeit anderweitiger ärztlicher Behandlung auf einem Rezept (Muster 16). Dieses Rezept muss der Patient bei der gewählten deutschen Krankenkasse vorlegen, dann bekommt er wieder einen Abrechnungsschein und kann einen weiteren Arzt aufsuchen.

**Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit:** Sie stellen eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (Vordruckmuster 1) wie für in Deutschland gesetzlich Versicherte aus. Der Patient bekommt das Original zur Vorlage beim Arbeitgeber. Die Durchschrift ist an die gewählte deutsche Krankenkasse weiterzuleiten.

Herkunftsland  
des  
Patienten:

Bosnien und  
Herzegowina  
Mazedonien  
Montenegro  
Serbien  
Türkei  
Tunesien

Arznei-,  
Heil- und  
Hilfsmittel

Krankenhaus

Überweisungen

Arbeits-  
unfähigkeit



### 3. Checkliste: Patienten, die keinen bzw. nicht den richtigen Anspruchsnachweis vorlegen

Wenn ein Patient aus einem EU-/EWR-Staat, der Schweiz oder einem Staat mit bilateralem Abkommen keine gültige Europäische Krankenversicherungskarte bzw. Provisorische Ersatzbescheinigung und/oder den Identitätsnachweis oder keinen Abrechnungsschein vorlegt, sind Sie berechtigt und verpflichtet, vom Patienten eine Vergütung nach GOÄ zu fordern.

- (1) Der Patient kommt in die Praxis und legt keinen bzw. nicht den richtigen Anspruchsnachweis vor.
- (2) Sie informieren den Patienten,
  - dass das Arzthonorar auf Basis der GOÄ zunächst privat zu bezahlen ist und auch Arznei-, Heil- und Hilfsmittel nur auf Privatrezept verordnet werden können.
  - dass das Honorar erstattet wird, wenn ein gültiger Anspruchsnachweis bis zum Ende des Quartals nachgereicht wird.

*Besonderheit für Patienten aus einem EU-/EWR-Staat oder der Schweiz:* Die Europäische Krankenversicherungskarte ist nur zu akzeptieren, wenn sie am Behandlungstag selbst oder am folgenden Arbeitstag nachgereicht wird. Andernfalls ist eine Provisorische Ersatzbescheinigung vorzulegen. Der Patient muss auch bei einer Privatrechnung die Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung ausfüllen. Diese bewahren Sie bis zum Ende des Quartals auf.

- dass der Patient den Anspruchsnachweis entweder selbst bei seinem zuständigen Träger im Heimatstaat anfordern oder durch eine gesetzliche deutsche Krankenkasse seiner Wahl anfordern lassen kann.
- (3) Auch Patienten, die ihren Leistungsanspruch mit einer anderen Bescheinigung nachweisen (z.B. Vordruck E 112/S2 oder E 121/S1), müssen nach wie vor zuerst zur Krankenkasse. Dort erhalten sie einen Abrechnungsschein auf der Basis des Musters 5.

### Weitere Informationen

Sollten Sie im Einzelfall Fragen zum Leistungsumfang haben, wenden Sie sich bitte an die vom Patienten gewählte deutsche Krankenkasse.

Für generelle Auskünfte stehen die Kassenärztlichen Vereinigungen zur Verfügung. Eine Übersicht mit den jeweiligen Ansprechpartnern finden Sie auf der KBV-Themenseite: [www.kbv.de/html/8634.php](http://www.kbv.de/html/8634.php)

Ansprechpartner beim GKV-Spitzenverband, DVKA ist das Team Leistungsaushilfe, Tel.: 0228 9530-612 / -644 / -691. Weitergehende Informationen zur Versorgung von im Ausland krankenversicherten Patienten finden Sie auf der [Internetseite der DVKA](#).

**Kennen Sie schon die PraxisNachrichten? Sie können den Newsletter der KBV hier kostenlos abonnieren:** [www.kbv.de/praxisnachrichten](http://www.kbv.de/praxisnachrichten).

Abrechnung nach  
GOÄ



## ÜBERSICHT MUSTER UND FORMULARE

### Europäische Krankenversicherungskarte (Muster)



Informationen über Besonderheiten in Bezug auf einzelne Mitgliedstaaten finden Sie bei der Deutschen Verbindungsstelle Krankenversicherung – Ausland (DVKA) unter folgendem Link:

[https://www.dvka.de/de/leistungserbringer/informationsportal\\_ehic\\_peb/informationsportal\\_rahmenseite.html](https://www.dvka.de/de/leistungserbringer/informationsportal_ehic_peb/informationsportal_rahmenseite.html).



# Thema: Im Ausland krankenversicherte Patienten

## Bescheinigung als provisorischer Ersatz für die Europäische Versicherungskarte

(Muster; Originalgröße DIN A4)

**PROVISORISCHE ERSATZBESCHEINIGUNG FÜR DIE  
EUROPÄISCHE KRANKENVERSICHERUNGSKARTE**

*Gemäß Anhang 2 des Beschlusses S 2 betreffend  
die technischen Merkmale der Europäischen Krankenversicherungskarte*

Ausgabemitgliedstaat

1.	2.
----	----

**Angaben zum Karteninhaber**

3. Name	<input type="text"/>
4. Vornamen	<input type="text"/>
5. Geburtsdatum	<input type="text"/>
6. Persönliche Kennnummer	<input type="text"/>

**Angaben zum zuständigen Träger**

7. Kennnummer des Trägers	<input type="text"/>
---------------------------	----------------------

**Angaben zur Karte**

8. Kennnummer der Karte	<input type="text"/>
9. Ablaufdatum	<input type="text"/>

**Gültigkeitsdauer der Bescheinigung**

a) vom	<input type="text"/>
b) bis	<input type="text"/>

**Ausgabedatum der Bescheinigung**

c) <input type="text"/>
-------------------------

**Stempel des Trägers und Unterschrift**

d)
----

---

**Hinweise und Informationen**

Alle Bestimmungen, die für die sichtbaren Daten auf der europäischen Karte gelten und sich auf die Datenfelder "Bezeichnung", "Werte", "Länge" sowie "Hinweis" beziehen, gelten auch für die Bescheinigung.





# Thema: Im Ausland krankenversicherte Patienten

## Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung

(Muster; Originalgröße DIN A4)

**Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung**  
**Patient's Declaration European Health Insurance**

der im EU- bzw. EWR-Ausland oder der Schweiz versicherten Person, die eine Europäische Krankenversicherungskarte (EHIC) oder eine Provisorische Ersatzbescheinigung (PEB) vorlegt.  
*on the part of the person insured in another EU or EEA country, or in Switzerland, submitting a European Health Insurance Card (EHIC) or a Provisional Replacement Certificate (PRC).*

Bitte vollständig und leserlich ausfüllen. *Please complete legibly and in full.*

Ich beabsichtige, mich bis zum           in Deutschland aufzuhalten.  
*I intend to stay in Germany until*

Ich bestätige, dass ich nicht zum Zwecke der Behandlung nach Deutschland eingereist bin.  
*I herewith confirm that I did not enter Germany for the purpose of treatment.*

Gewählte aushelfende deutsche Krankenkasse  
**Selected assisting German health insurance fund**

\_\_\_\_\_

Name, Vorname des Patienten  
**Surname and forename of the patient**

\_\_\_\_\_

Geschlecht  
**Sex**

weiblich  männlich  
*female male*

Anschrift im Heimatstaat  
**Address in home country**

Straße, Hausnummer / *Street, house no.*

\_\_\_\_\_

PLZ, Ort / *Postcode, city*

\_\_\_\_\_

Land / *Country*

\_\_\_\_\_

Vorübergehende Aufenthaltsadresse in Deutschland  
**Temporary address in Germany** oder  Durchreise  
**Passing through**

*c/o (Hotel, Familie etc.) / c/o (hotel, family, etc.)*

Straße, Hausnummer / *Street, house no.*

\_\_\_\_\_

PLZ, Ort / *Postcode, city*

\_\_\_\_\_

Tel.-Nr./E-Mail / *Tel. No./e-mail*

\_\_\_\_\_

Identität nachgewiesen durch  
**Identity documented by**

Reisepass  Personalausweis  
**Passport ID card**

Nr.

Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben  
**I confirm the accuracy of the information provided**

Datum / *Date*

Unterschrift des Patienten  
*Patient's signature*

\_\_\_\_\_

**Hinweis an den Arzt**  
**Das Original dieser Erklärung sowie eine Kopie der EHIC bzw. PEB bitte unverzüglich an die gewählte deutsche Krankenkasse senden.**

(7.2017)



# Informationen für die Praxis

KVN-Rundschreiben

Juni 2017

## Inhaltsverzeichnis

<b>1.</b>	<b>Abrechnung .....</b>	<b>3</b>
1.1.	Abgabetermin Quartalsabrechnung 2/2017 .....	3
1.2.	Amtliche Mitteilung der KVN zum HVM für das 3. Quartal 2017 für Haus- und Kinderärzte .....	3
1.3.	Mitteilung der fachgruppendurchschnittlichen Obergrenze für Kontrastmittel für das Quartal 3/2017 .	4
1.4.	Änderung der Schutzimpfungs-Richtlinie (SI-RL) .....	4
1.5.	Bekanntgabe der bundeseinheitlichen Laborquote „Q“ für das 2. Halbjahr 2017 .....	5
<b>2.</b>	<b>Verordnungen.....</b>	<b>6</b>
2.1.	OPDIVO® (Nivolumab) in Teilindikation als Praxisbesonderheit anerkannt.....	6
2.2.	Änderung der Anlage V (verordnungsfähige Medizinprodukte) der Arzneimittel-Richtlinie.....	7
2.3.	Sprechstundenbedarf - Änderungen der Anlage 1 zum 1. Juli 2017 .....	7
2.4.	Galafold® (Migalastat) als Praxisbesonderheit anerkannt .....	8
2.5.	Arzneimittelquoten-Frühinformationen/TOP- Wirkstofflisten zur Generikaquote.....	9
2.6.	Erkrankungen des Lymphsystems - Erweiterung der Liste der Langfristdiagnosen.....	9
2.7.	Sehhilfen - Erweiterung des Leistungsanspruches zum 11. April 2017 .....	11
2.8.	Gemeinsame Arbeitsgruppe Heilmittel - Informationsschreiben zum Thema „Aktivierende Pflege vs. Heilmittel“ .....	11
<b>3.</b>	<b>Allgemeine Hinweise.....</b>	<b>12</b>
3.1.	Bezug von Grippeimpfstoffen für die Impfsaison 2017/2018 .....	12
3.2.	Betreuungsstrukturvertrag mit dem BKK Landesverband Mitte der BKKen für neun Betriebskrankenkassen gekündigt.....	13

3.3.	Vereinfachung bei der Behandlung von im europäischen Ausland Krankenversicherten.....	13
3.4.	Einführung eines neuen Formulars zur Präventionsempfehlung (Muster 36), neue Stichtagsregelungen für Vordruckversionen und Anpassung der Vordruckerläuterungen für das Arzneiverordnungsblatt (Muster 16) zum 1. Juli 2017	14
3.5.	BKK „Erweitertes Präventionsangebot für Kinder U10/U11 (Starke Kids)“, Teilnahme der Continentale Betriebskrankenkasse endet .....	15
3.6.	„RESIST“ - Projekt des Innovationsfonds (Vereinbarung zur Resistenzvermeidung durch adäquaten Antibiotikaeinsatz bei akuten Atemwegsinfektionen) für Patienten der Ersatzkassen im Zeitraum 1. Juli 2017 bis 30. Juni 2019 - Teilnahmeverfahren läuft noch bis zum 30. Juni 2017	15
3.7.	Stadt Göttingen führt für ihre Feuerwehrbeamtinnen und -beamten zum 1. Juli 2017 die Krankenversichertenkarte ein.....	16
3.8.	Früherkennungsuntersuchungen U10, U11 und J2 mit der Knappschaft - Ergänzung des Teilnahmeverfahrens für Ärzte und Versicherte .....	16
3.9.	Ab 1. Juli 2017 verändertes „Versorgungsprogramm BKK Rheuma“ .....	17
<b>4.</b>	<b>Veranstaltungen im Juli und August 2017 .....</b>	<b>18</b>
<b>5.</b>	<b>Anlagenverzeichnis .....</b>	<b>20</b>
5.1.	Amtliche Mitteilung zum HVM für Haus- und Kinderärzte 3/2017.....	20
5.2.	Informationsschreiben.....	20
5.3.	Muster Patientenformular .....	20
5.4.	Muster Präventionsempfehlung .....	20

## 1. Abrechnung

### 1.1. Abgabetermin Quartalsabrechnung 2/2017

Der Abgabetermin für die Abrechnung des 2. Quartals 2017 ist der 10. Kalendertag des nachfolgenden Quartals und somit der 10. Juli 2017.

10. Juli 2017

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 Abrechnung/Abrechnungcenter/Informationen zur Quartalsabrechnung/Downloads ausgedruckt werden;
- die abzugebenden Behandlungsausweise (sortiert nach der Liste: KBV-Prüfmodul Abgabe Behandlungsausweise) einzureichen;
- abhängig von Ihren erbrachten Leistungen: Früherkennungskolonoskopie, Hautkrebsscreening, Daten gem. der QS-Richtlinie Dialyse rechtzeitig online zu dokumentieren und zu übertragen;
- ggf. zusätzliche Unterlagen einzureichen:  
Sachkostenbelege/Rechnungen,  
Behandlungsplan zur künstlichen Befruchtung Muster 70/70A,  
Mitteilungen der Praxis zur eingereichten Abrechnung (Beispiel: Pat. Y ist zu löschen, da jetzt BG-Fall).

Sammelerklärung

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

Nicht benötigt

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

Direkt an die Bezirksstellen

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

### 1.2. Amtliche Mitteilung der KVN zum HVM für das 3. Quartal 2017 für Haus- und Kinderärzte

Die für das 3. Quartal 2017 geltenden RLV-/QZV-Mindestfallwerte für Haus- und Kinderärzte sowie die Fallzahlgrenzen für die Fallwertminderung bzw. die Fallzahlzuwachsbegrenzungsregelung (FZZB) entnehmen Sie bitte der Anlage 5.1 zu diesem Rundschreiben. Zusätzlich sind diese Daten auch bereits seit dem 31. Mai 2017 über das KVN-Portal abrufbar.

**Anlage 5.1: Amtliche Mitteilung zum HVM für Haus- und Kinderärzte 3/2017**

### 1.3. Mitteilung der fachgruppendurchschnittlichen Obergrenze für Kontrastmittel für das Quartal 3/2017

Gemäß der Kontrastmittelvereinbarung, die die KVN mit den Landesverbänden der Krankenkassen in Niedersachsen zum 1. Januar 2016 abgeschlossen hat, gelten für das 3. Quartal 2017 für Ärzte, die im Basisquartal 3/2016 (noch) keine Kontrastmittel über die o. g. Vereinbarung abgerechnet haben, folgende fachgruppendurchschnittlichen Obergrenzen:

- Institute, Krankenhäuser 608,86 Euro
- Fachärzte für Nuklearmedizin 5.761,71 Euro
- Fachärzte für Diagnostische Radiologie 16.520,64 Euro
- Fachärzte für Urologie 1.458,13 Euro
- Fachärzte für Strahlentherapie 33,39 Euro

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

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

Obergrenzen

### 1.4. Änderung der Schutzimpfungs-Richtlinie (SI-RL)

Aufgrund der Empfehlungen der Ständigen Impfkommision (STIKO) aus August 2016 hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) Änderungen an der SI-RL beschlossen, die am 19. Mai bzw. 20. Mai 2017 in Kraft getreten sind. Wir möchten Ihnen die wesentlichen Änderungen im Einzelnen vorstellen:

#### **Auslandsimpfungen (§ 11 Abs. 3)**

Versicherte haben Anspruch auf Leistungen für Reiseschutzimpfungen, nur dann, wenn

- der Auslandsaufenthalt beruflich bedingt ist oder
- im Rahmen der Ausbildung die Ausbildungsstätte bestätigt, dass der Auslandsaufenthalt vorgeschrieben ist oder
- zum Schutz der öffentlichen Gesundheit ein besonderes Interesse daran besteht, die Einschleppung einer übertragbaren Krankheit in die Bundesrepublik Deutschland vorzubeugen.

Versicherte haben Anspruch, wenn

Mit der Änderung des § 11 Abs. 3 SIRL wird die durch das E-Health-Gesetz erfolgte Änderung des § 20i Abs. 1 Satz 2 SGB V vollzogen. Von der Änderung unberührt bleiben die Vereinbarungen „Impfungen-Ausland“ anlässlich privater Auslandsreisen, die die KVN mit den Betriebskrankenkassen und der Knappschaft getroffen hat.

#### **HPV-Impfung (Anlage 1)**

Die Spalte 4 „Anmerkungen“ wird an die geänderten Empfehlungen der STIKO aufgrund der Verfügbarkeit eines neunvalenten HPV-Impfstoffes angepasst.

**Influenza (Anlage 1)**

Die Spalten 2 „Indikation“ und 4 „Anmerkungen“ werden an die geänderten Empfehlungen der STIKO hinsichtlich der Indikationsimpfung angepasst.

**Nasale Influenza-Impfung**

Die Empfehlung zur bevorzugten Verwendung des nasalen Lebendimpfstoffes bei Kindern im Alter von zwei bis sechs Jahren wurde aufgehoben. Unter Wirtschaftlichkeitsgesichtspunkten ist der G-BA aufgrund der unterschiedlichen Kosten für die Impfstoffe zu dem Ergebnis gekommen, dass Kinder und Jugendliche bis 17 Jahren mit erhöhter Gefährdung infolge eines Grundleidens mit einem ebenso zweckmäßigen inaktivierten Impfstoff geimpft werden sollten. Die Abrechnungsziffer 89112N wurde gestrichen.

Die Nasale Influenza-Impfung von Kindern zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen ist ab sofort nach den Vorgaben der SI-RL nicht mehr möglich.

**Pneumokokken-Impfung (Anlage 1)**

Für über 60-jährige Personen wird als Standardimpfung ein 23-valenter Polysaccharid- Impfstoff (PPSV23) empfohlen. Nach individueller Indikationsstellung kann im Abstand von sechs Jahren ggf. mit PPSV 23 wiederholt geimpft werden. Für die Pneumokokken-Wiederholungsimpfung von über 60-jährige Personen wird die Ziffer 89119R eingeführt.

In den Spalten 2 „Indikation“ und 3 „Hinweise zu den Schutzimpfungen“ wird die Pneumokokken-Impfung bei beruflichen Tätigkeiten, wie Schweißen und Trennen von Metallen, aufgenommen.

Des Weiteren werden in den Spalten drei „Hinweise zu den Schutzimpfungen“ und vier „Anmerkungen“ detaillierte Hinweise zu sequenziellen Impfung gegeben.

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

**1.5. Bekanntgabe der bundeseinheitlichen Laborquote „Q“ für das 2. Halbjahr 2017**

Für das 2. Halbjahr 2017 hat die KBV die bundeseinheitliche Laborabstaffelungsquote „Q“ mit

**91,58 Prozent**

bekanntgegeben (Für das 4. Quartal 2017 steht diese Quote derzeit noch unter dem Vorbehalt einer evtl. Änderung).

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. Verordnungen

### 2.1. OPDIVO® (Nivolumab) in Teilindikation als Praxisbesonderheit anerkannt

Ab dem 20. Juli 2016 wird OPDIVO® (Wirkstoff Nivolumab) nach einer Vereinbarung zwischen dem GKV-Spitzenverband und dem pharmazeutischen Unternehmer Bristol-Myers Squibb GmbH ab dem ersten Behandlungsfall in folgendem Teilanwendungsgebiet als Praxisbesonderheit anerkannt:

- „Zur Behandlung des lokal fortgeschrittenen oder metastasierten nichtkleinzelligen Lungenkarzinoms (NSCLC) mit plattenepithelialer Histologie nach vorheriger Chemotherapie bei erwachsenen Patienten, für die eine Behandlung mit Docetaxel angezeigt ist.“

In diesem Anwendungsgebiet wurde dem Präparat im Verfahren der frühen Nutzenbewertung ein beträchtlicher Zusatznutzen zuerkannt.

Es wird darauf hingewiesen, dass die Einleitung und Überwachung der Behandlung mit Nivolumab nur durch in der Therapie von Patienten mit nicht-kleinzelligem Lungenkarzinom erfahrene Fachärzte für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie sowie durch Fachärzte für Innere Medizin und Pneumologie oder Fachärzte für Lungenheilkunde und weitere, an der Onkologie-Vereinbarung teilnehmende Ärzte anderer Fachgruppen erfolgen darf.

Zudem ist jedem Patienten mit der Verschreibung von OPDIVO® eine Patientenkarte auszuhändigen, und er muss über die Risiken der Therapie informiert werden.

Des Weiteren wird aufgeführt, dass für Patienten mit reduziertem Allgemeinzustand (vorliegend: ECOG Performance-Status 2 und höher) keine Studiendaten zur Beurteilung des Zusatznutzens vorliegen. Ebenso liegt für den Endpunkt ‚Gesamtüberleben‘ für Patienten über 75 Jahre zwischen den beiden Studienarmen, Behandlung mit Nivolumab bzw. Behandlung mit Docetaxel, kein statistisch signifikanter Effekt vor. Auf Nachfrage beim GKV-Spitzenverband hin wurde uns mitgeteilt, dass an dieser Stelle das Vorliegen einer Praxisbesonderheit im Einzelfall explizit zu prüfen ist.

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

Einleitung und Überwachung der Therapie

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

Zum 16. März 2017 ist das Medizinprodukt Macrogol-ratiopharm flüssig Orange® mit einer Befristung der Verordnungsfähigkeit bis zum 11. Juli 2021 wie folgt in Anlage V der Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL) aufgenommen worden:

Produktbezeichnung	Medizinisch notwendige Fälle	Befristung der Verordnungsfähigkeit
Macrogol-ratiopharm flüssig Orange®	Für Patienten ab dem vollendeten 12. Lebensjahr zur Behandlung der Obstipation nur in Zusammenhang mit Tumorleiden, Megacolon (mit Ausnahme des toxischen Megacolons), Divertikulose, Divertikulitis, Mukoviszidose, neurogener Darmlähmung, bei phosphatbindender Medikation bei chronischer Niereninsuffizienz, Opiat- sowie Opioidtherapie und in der Terminalphase.  Für Jugendliche mit Entwicklungsstörungen im Alter von 12 Jahren bis zum vollendeten 18. Lebensjahr zur Behandlung der Obstipation.	14. Juli 2021

Die namentlich in Anlage V aufgeführten Medizinprodukte dürfen in den genannten medizinisch notwendigen Fällen unter Berücksichtigung der angegebenen Befristung und evtl. bestehender Sondervertragsregelungen zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung auf Namen des Patienten verordnet werden.

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

## 2.3. Sprechstundenbedarf - Änderungen der Anlage 1 zum 1. Juli 2017

In der Sitzung der Sprechstundenbedarfs-Kommission wurden folgende Änderungen an der Anlage 1 der Sprechstundenbedarfsvereinbarung beschlossen, die am 1. Juli 2017 in Kraft treten:

- Aufnahme von Aer Medicalis (medizinische Druckluft) für Anästhesisten.
- Wiederaufnahme von oralen Kortikosteroiden in den SSB bei allerg. Notfällen. Um die Gabe von oralen Kortikosteroiden auf den allerg. Notfall zu beschränken wurde die Verordnungsmenge auf 1 Packung (N3) 50 Tabletten Prednisolon in der Wirkstärke 50mg eingeschränkt.
- Dauerhafte Aufnahme von cyclopentolathaltigen Augentropfen (0,5%) als Rezeptur für Augenärzte, nach dem auch in absehbarer Zeit kein Fertigarzneimittel verfügbar sein wird.
- Aufnahme von Paracodin-Tropfen für Lungenfachärzte bei Pleurapunktionen. Im Rahmen der Pleurapunktion ist künftig für Lungenfachärzte die Verordnung von Paracodin-Tropfen möglich, um den Hustenreiz durch die Punktion zu unterdrücken.

Änderungen

In der Sitzung der Sprechstundenbedarfs-Kommission wurden zudem folgende Themen diskutiert:



Die Überprüfung des vaginalen pH-Wertes mit pH-Teststreifen Bestimmung ohne begründeten Verdacht auf eine Erkrankung ist eine individuelle Gesundheitsleistung (IGEL), die vor allem bei Schwangeren angeboten wird. Ab dem 1. Juli 2017 werden daher Verordnungen von pH-Teststreifen im Sprechstundenbedarf bei Gynäkologen beanstandet.

Die Verarbeitung von unvollständig ausgefüllten Rezepten oder die Verwendung von alten Rezeptvordrucken (z. B. eingedruckte BSNR nicht mehr gültig) bereitet der Rezeptprüfstelle Duderstadt (RPD) immer wieder große Probleme. Falsch oder unvollständig ausgefüllte Verordnungsblätter sollen daher ebenfalls ab dem 1. Juli 2017 an die Lieferanten/Apotheken zurückgegeben bzw. abgesetzt werden. Diese können aber nach Korrektur der Fehler wieder bei der RPD eingereicht werden.

Die Krankenkassen haben den Landesapothekerverband zwischenzeitlich über diese Neuregelung informiert. Viele Apotheken werden daher die eingereichten Sprechstundenbedarfsrezepte auch in formeller Hinsicht prüfen und ggf. an die Praxen zur Korrektur/Vervollständigung (bitte mit Abzeichnung der Änderungen) zurückgeben. Achten Sie daher in Zukunft auf eine korrekte Ausfüllung der Sprechstundenbedarfsrezepte und verwenden Sie bitte nur aktuelle Rezeptvordrucke für Ihre Praxis.

Diskutierte Themen

Hinweis

#### 2.4. Galafold® (Migalastat) als Praxisbesonderheit anerkannt

Ab dem 1. Juni 2016 wird Galafold® (Wirkstoff Migalastat) nach einer Vereinbarung zwischen dem GKV-Spitzenverband und dem pharmazeutischen Unternehmer Amicus Therapeutics GmbH als Praxisbesonderheit anerkannt, soweit es für die

- Dauerbehandlung von Erwachsenen und Jugendlichen ab einem Alter von 16 Jahren und älter mit gesicherter Morbus Fabry-Diagnose ( $\alpha$ -Galaktosidase A-Mangel), die eine auf die Behandlung ansprechende Mutation aufweisen (siehe Tabellen in Abschnitt 5.1 der Fachinformation)

verordnet wird. Des Weiteren hat die Einleitung und Überwachung der Behandlung mit Migalastat nur durch in der Diagnose und Behandlung von Patienten mit Morbus Fabry erfahrene Ärzte zu erfolgen. Es wird darauf hingewiesen, dass Galafold® nicht für die gleichzeitige Anwendung mit Enzymersatztherapie vorgesehen ist, in diesen Fällen ist die Anerkennung als Praxisbesonderheit ausgeschlossen. Die Anerkennung als Praxisbesonderheit gilt nur, solange Amicus Therapeutics GmbH Galafold® in Deutschland in Verkehr bringt.

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

## 2.5. Arzneimittelquoten-Frühinformationen/TOP-Wirkstofflisten zur Generikaquote

Die Arzneimittelquoten-Frühinformation für die Monate Januar und Februar 2017 stehen für Sie im KVN-Portal unter „Online-Dienste“, Rubrik „eDokumente“ zur Verfügung.

### **TOP-Wirkstofflisten zur Generikaquote**

In der Arzneimittelzielvereinbarung 2017 wurde für einige Fachgruppen die Generikaquote als Wirtschaftlichkeitsziel vereinbart. Sofern keine medizinischen Einwände bestehen, sollten Generika und patentfreie, generikafähige Arzneimittel (Altoriginale) aus wirtschaftlichen Gründen vorrangig verordnet werden.

Da der Praxissoftware häufig nicht direkt zu entnehmen ist, ob ein Wirkstoff patentfrei oder patentgeschützt ist, haben wir für Sie nach Fachgruppen TOP-Wirkstofflisten zusammengestellt. Aufgeführt werden hier die von der jeweiligen Fachgruppe im Januar 2017 am häufigsten verordneten fünfzig patentfreien und generisch verfügbaren Wirkstoffe sowie patentgeschützten Wirkstoffe. Diese Listen dienen lediglich der Orientierung, sie stellen keine Verordnungsvorgabe oder -einschränkung dar.

Sie finden die TOP-Wirkstofflisten zur Generikaquote im KVN-Portal unter: Verordnungen/Arzneimittel/Arzneimittelzielvereinbarung/Informationen je Fachgruppe.

Keine Verordnungsvorgabe oder -einschränkung

## 2.6. Erkrankungen des Lymphsystems - Erweiterung der Liste der Langfristdiagnosen

Mit Wirkung zum 30. Mai 2017 wird die Liste der Diagnosen mit langfristigem Heilmittelbedarf (Anlage 2 der Heilmittel-Richtlinie) im Bereich der Erkrankungen des Lymphsystems wie folgt neu gefasst:

Neugefasste Liste

ICD-10	Diagnose	Hinweis / Spezifikation zur Diagnose	Diagn.gruppe/ Indikations-schlüssel: Physiotherapie
I89.01	Lymphödem der oberen und unteren Extremität(en), Stadium II		LY2
I89.02	Lymphödem der oberen und unteren Extremität(en), Stadium III		
I89.04	Lymphödem, sonstige Lokalisation Stadium II		
I89.05	Lymphödem, sonstige Lokalisation Stadium III		
I97.21	Lymphödem nach (partieller) Mastektomie (mit Lymphadenektomie), Stadium II		LY2
I97.22	Lymphödem nach (partieller) Mastektomie (mit Lymphadenektomie), Stadium III		
I97.82	Lymphödem nach medizinischen Maßnahmen am axillären Lymphabflussgebiet, Stadium II		
I97.83	Lymphödem nach medizinischen Maßnahmen am axillären Lymphabflussgebiet, Stadium III		
I97.85	Lymphödem nach medizinischen Maßnahmen am inguinalen Lymphabflussgebiet, Stadium II		
I97.86	Lymphödem nach medizinischen Maßnahmen am inguinalen Lymphabflussgebiet, Stadium III		
C00 – C97	Bösartige Neubildungen	Bösartige Neubildungen nach OP / Radiatio, insbesondere bei <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bösartigem Melanom</li> <li>• Mammakarzinom</li> <li>• Malignome Kopf / Hals</li> <li>• Malignome des kleinen Beckens (weibliche, männliche Genitalorgane, Hamorgane)</li> </ul>	LY3
Q82.01	Hereditäres Lymphödem der oberen und unteren Extremität(en), Stadium II		LY2
Q82.02	Hereditäres Lymphödem der oberen und unteren Extremität(en), Stadium III		
Q82.04	Hereditäres Lymphödem, sonstige Lokalisation, Stadium II		
Q82.05	Hereditäres Lymphödem, sonstige Lokalisation, Stadium III		

Lymphödeme werden damit bereits ab Stadium II als schwere und dauerhafte funktionelle/strukturelle Schädigung anerkannt. Verordnungen im Rahmen des langfristigen Heilmittelbedarfes unterliegen nicht der Wirtschaftlichkeitsprüfung.

In den Praxisverwaltungssystemen wird die Erweiterung der Diagnosenliste (Anlage 2 HeilM-RL) ab dem 1. Juli 2017 enthalten sein.

Die Heilmittel-Richtlinie inklusive der vollständigen Übersicht der Diagnosen mit langfristigem Heilmittelbedarf (Anlage 2 HeilM-RL) finden Sie auf der Internetseite des G-BA unter [www.g-ba.de/Richtlinien/Heilmittel](http://www.g-ba.de/Richtlinien/Heilmittel).

## 2.7. Sehhilfen - Erweiterung des Leistungsanspruches zum 11. April 2017

Die Verordnungsfähigkeit von Sehhilfen zur Verbesserung der Sehschärfe wurde zum 11. April 2017 erweitert. Einen Versorgungsanspruch haben jetzt auch Erwachsene mit „verordneter Fernkorrektur“ ab 6,25 dpt bei Myopie oder Hyperopie oder ab 4,25 dpt bei Astigmatismus.

Gemäß KBV gilt es bei der Verordnung zu beachten:

1. Die Dioptriengrenze muss bei der verordneten Fernkorrektur erreicht werden. Das heißt, bei einer reinen Lesebrille des presbyopen Myopen mit Werten unter 6,25 dpt, der eine Fernkorrektur ab 6,25 dpt benötigt, muss in der Begründung der dazu passende Fernkorrekturwert mit Wert ab 6,25 dpt angegeben werden, z. B. bei einer Lesebrillenverordnung von bds. -4,5 dpt, muss bei ermittelter Addition 2 dpt die Fernrefraktion -6,5 dpt als Begründung angegeben werden.  
Bei einem Hyperopen, der nur bei dem Nahwert, aber nicht bei dem Fernwert auf über 6 dpt kommt, darf keine Verordnung zu Lasten der GKV erfolgen.
2. Wird nur auf einem Auge die Dioptriengrenze erreicht, können Brillengläser oder bei „medizinischer Indikation“ (§15 HilfsM-RL) Kontaktlinsen für beide Augen verordnet werden.
3. Bei Astigmatismus ist der Wert des stärksten Hauptschnittes entscheidend.

Bitte beachten

Die Erweiterung der Verordnungsfähigkeit wurde mit Inkrafttreten des Heil- und Hilfsmittelversorgungsstärkungsgesetzes zum 11. April 2017 in das SGB V aufgenommen. Die Änderung der Hilfsmittel-Richtlinie wird sich zwar noch hinziehen, aber Versicherte haben bereits jetzt einen Versorgungsanspruch und Augenärzte dürfen entsprechend verordnen.

Die Kosten für die Brillenfassung sind weiterhin vom Versicherten zu tragen.

Verordnungsbeispiele sowie weitere Hinweise zur Verordnung von Sehhilfen finden Sie auf der Internetseite der KBV unter [http://www.kbv.de/html/1150\\_28958.php](http://www.kbv.de/html/1150_28958.php)

## 2.8. Gemeinsame Arbeitsgruppe Heilmittel - Informationsschreiben zum Thema „Aktivierende Pflege vs. Heilmittel“

Im Anhang finden Sie ein Informationsschreiben der AG GKV/KVN Heilmittel. Im Schreiben werden aktivierende Pflege und Heilmitteltherapie gegenübergestellt sowie Verordnungshinweise gegeben.

Das Schreiben finden Sie in Kürze auch im KVN-Portal unter Verordnungen/Heilmittel/Veröffentlichungen bzw. im Internet unter [www.kvn.de/Praxis/Verordnungen](http://www.kvn.de/Praxis/Verordnungen).

### Anlage 5.2: Informationsschreiben

### 3. Allgemeine Hinweise

#### 3.1. Bezug von Grippeimpfstoffen für die Impfsaison 2017/2018

Mit dem Inkrafttreten des GKV-Arzneimittelversorgungsstärkungsgesetzes (AMVSG) ist die rechtliche Grundlage für Impfstoff-Rabattverträge entfallen. Dies bedeutet, dass wieder Impfstoffe jedes Impfstoffherstellers verordnet werden können und keine Einschränkung auf bestimmte Hersteller besteht. Die gesetzlichen Krankenkassen in Niedersachsen haben bereits 2016 die saisonalen Grippeimpfstoffe für die Impfsaison 2017/2018 ausgeschrieben. Diese Rabattverträge sind weiterhin gültig und stellen eine wirtschaftliche Versorgung der Versicherten mit Grippeimpfstoffen dar. Wie auch in der letzten Impfsaison werden die Krankenkassen die Vertragsärzte mit einer Praxisinformation zum Bezug des rabattierten Grippeimpfstoffes informieren. Dem Schreiben sind wieder sieben vorgefertigte Verordnungsvordrucke mit bereits eingedruckten Inhalten beigelegt.

Entscheiden Sie sich für den rabattierten Grippeimpfstoff, reichen Sie bitte die Verordnung mit dem Eindruck „Erstbestellung“ für die ersten sechs Wochen der Impfsaison 2017/2018 umgehend nach Erhalt des Schreibens an die Apotheke weiter. Die Belieferung erfolgt, sobald die Impfstoffe verfügbar und freigegeben sind. Der Versand der Schreiben mit den Verordnungsvordrucken soll Anfang Juli erfolgen. Falls Sie kein Schreiben erhalten, wenden Sie sich bitte an die

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

Der nachfolgenden Übersicht können Sie den für Sie entsprechend der Rabattverträge maßgeblichen Grippeimpfstoff zur wirtschaftlichen Verordnungsweise entnehmen. Die Zuordnung zu den jeweiligen Gebietslosen richtet sich nach Ihrer Betriebsstättennummer.

Gebietslose	Einzugsgebiete	Grippeimpfstoff 2017/2018
Gebietslos 1	KVN Bezirksstellen Aurich, Osnabrück, Stade und Wilhelmshaven	Xanafly® ohne Kanüle der Mylan Healthcare GmbH (PZN 12773434)
Gebietslos 2	KVN Bezirksstellen Hannover und Hildesheim	Xanafly® ohne Kanüle der Mylan Healthcare GmbH (PZN 12773434)
Gebietslos 3	KVN Bezirksstellen Braunschweig und Göttingen	Begripal® ohne Kanüle der Seqirus GmbH (PZN 12747483)
Gebietslos 4	KVN Bezirksstellen Lüneburg, Oldenburg und Verden	Vaxigrip® ohne Kanüle der Sanofi-Aventis Deutschland GmbH (PZN 11727337)

Die KVN wird alle wichtigen Informationen rund um die Grippeimpfstoff-Ausschreibung wieder ins KVN-Portal einstellen: KVN-Portal/Verordnungen/Ausschreibung Grippeimpfstoffe 2017/2018.

Praxisinformation

Übersicht

### 3.2. **Betreuungsstrukturvertrag mit dem BKK Landesverband Mitte der BKKen für neun Betriebskrankenkassen gekündigt**

Der BKK Landesverband Mitte hat den oben aufgeführten Vertrag mit Inkrafttreten des Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetzes fristlos gekündigt. Damit endet auch die Teilnahme an diesem Vertrag. Folgende Krankenkassen sind betroffen:

1. Audi BKK
2. Bahn BKK
3. BKK Deutsche Bank AG
4. BKK Melitta Plus
5. BKK VBU
6. BKK RWE
7. BKK24
8. BKK Wirtschaft und Finanzen
9. Heimatkrankenkasse

Betroffene Krankenkassen

### 3.3. **Vereinfachung bei der Behandlung von im europäischen Ausland Krankenversicherten**

Zum 1. Juli 2017 entfallen die Muster 80 (Dokumentation des Behandlungsanspruchs) und 81 (Erklärung der im EU- bzw. EWR-Ausland oder der Schweiz versicherten Patienten, die eine Europäische Krankenversicherungskarte oder eine Ersatzbescheinigung vorlegen). Als Ersatz für das Muster 81 wird ein neues Patientenformular „Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung“ eingeführt.

#### **Muster 80 fällt weg**

Künftig gilt eine Kopie der Europäischen Krankenversicherungskarte (EHIC) beziehungsweise der provisorischen Ersatzbescheinigung als ausreichende Dokumentation des Behandlungsanspruchs eines im europäischen Ausland Versicherten. Ebenso entfällt die alte, datenschutzrechtlich kritische, Verpflichtung des Arztes zur Kopie des Identitätsnachweises (Ausweis/Reisepass) des Versicherten.

#### **Neues Patientenformular ersetzt Muster 81**

Es wird ein neues Patientenformular „Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung“ eingeführt. Es ersetzt das alte Muster 81. Ein Muster ist dem Rundschreiben als Anlage beigefügt.

Das neue Formular wird künftig direkt in den Praxisverwaltungssystemen der Vertragsärzte in 13 Sprachen hinterlegt und kann bei Bedarf in der jeweiligen Sprache ausgedruckt werden. Ziel ist es, den Aufwand in den Praxen zu reduzieren.

#### **Anlage 5.3: Muster Patientenformular**

### 3.4. Einführung eines neuen Formulars zur Präventionsempfehlung (Muster 36), neue Stichtagsregelungen für Vordruckversionen und Anpassung der Vordruckerläuterungen für das Arzneiverordnungsblatt (Muster 16) zum 1. Juli 2017

#### **Einführung eines neuen Formulars zur Präventionsempfehlung (Muster 36)**

Zum 1. Juli 2017 wird das Formular zur Empfehlung von Präventionsleistungen eingeführt. Anhand dieses neuen Musters 36 können niedergelassene Ärzte Präventionsleistungen empfehlen und die Patienten die Empfehlung bei ihrer Krankenkasse einreichen. Ziel ist es, verhaltensbezogene Risikofaktoren für bestimmte Erkrankungen zu senken. Die ärztlichen Empfehlungen sind in den Bereichen Bewegungsgewohnheiten, Ernährung, Stressmanagement und Suchtmittelkonsum sowie in einem Freitextfeld „Sonstiges“ möglich.

Bei diesem „Rezept“ handelt es sich nicht um eine ärztliche Verordnung im Sinne einer veranlassten Leistung, sondern lediglich um eine Empfehlung.

Lediglich Empfehlung

Das neue Muster kann beim Paul Albrechts Verlag (PAV) - oder sofern Sie Ihre Vordruckbestellung über Ihre Bezirksstelle durchführen, dort bestellt werden. Es wird ab 1. Juli 2017 auch in den Praxisverwaltungssystemen hinterlegt sein.

Ein Muster der Präventionsempfehlung ist dem Rundschreiben als Anlage beigelegt.

#### **Neue Stichtagsregelungen für Vordruckversionen**

Die Bundesmantelvertragspartner haben sich darauf verständigt, dass bei einigen Vordrucken nur noch bestimmte Vordruckversionen gültig sind. Danach dürfen die folgenden Muster nur noch ab dem aufgeführten Versionsstand verwendet werden:

- Muster 8 (Sehhilfenverordnung) ab Version 7.2004
- Muster 15 (Ohrenärztliche Verordnung einer Hörhilfe) ab Version 4.2002
- Muster 16 (Arzneiverordnungsblatt) ab Version 4.2004
- Muster 20 (Maßnahmen zur stufenweisen Wiedereingliederung in das Erwerbsleben (Wiedereingliederungsplan) ab Version 4.2004
- Muster 25 (Anregung einer ambulanten Vorsorgeleistung in anerkannten Kurorten gemäß § 23 Abs. 2 SGB V) ab Version 7.2003
- Muster 40 (Dokumentationsvordruck für Krebsfrüherkennungsuntersuchung Männer) ab Version 4.2006

Stichtagsregelungen

Ältere Versionen dürfen ab dem 1. Juli 2017 nicht mehr verwendet werden. Die Aufnahme dieser Stichtagsregelungen wurde erforderlich, da nach aktuellem Stand auch Vorgängerversionen genutzt werden durften, auf denen nicht alle vordruckrelevanten Informationen eingetragen werden können.

### **Anpassung der Vordruckerläuterungen für das Arzneiverordnungsblatt (Muster 16)**

Die Vordruckerläuterungen für das Arzneiverordnungsblatt wurden grundlegend überarbeitet - sowohl textlich, als auch von der Gestaltung her. Erstmals enthalten ist nun auch eine Abbildung des Musters 16, wodurch die Erläuterungen besser zugeordnet werden können. Damit sind die Erläuterungen nun anwenderfreundlicher gestaltet. Neue Ausfüllvorschriften ergeben sich aus der Überarbeitung nicht.

### **Anlage 5.4: Muster Präventionsempfehlung**

#### **3.5. BKK „Erweitertes Präventionsangebot für Kinder U10/U11 (Starke Kids)“, Teilnahme der Continentale Betriebskrankenkasse endet**

Die Continentale BKK hat ihre Vertragsteilnahme fristgerecht zum 30. Juni 2017 gekündigt. Infolgedessen sind die Gebührenordnungspositionen 99216 (U10) und 99217 (U11) für Versicherte dieser Kasse nur noch im 2. Quartal 2017 abrechenbar.

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

#### **3.6. „RESIST“ - Projekt des Innovationsfonds (Vereinbarung zur Resistenzvermeidung durch adäquaten Antibiotikaeinsatz bei akuten Atemwegsinfektionen) für Patienten der Ersatzkassen im Zeitraum 1. Juli 2017 bis 30. Juni 2019 - Teilnahmeverfahren läuft noch bis zum 30. Juni 2017**

Die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen konnte gemeinsam mit dem Verband der Ersatzkrankenkassen e. V. und weiteren Kassenärztlichen Vereinigungen eine Vereinbarung schließen, die aus Mitteln eines Innovationsfonds die Förderung von neuen Versorgungsformen ermöglicht.

Die Vereinbarung optimiert für Versicherte von Ersatzkassen die bestehenden Möglichkeiten einer bedarfsgerechten Versorgung mit Antibiotika durch eine verstärkte Einbeziehung des Patienten in der Verordnung.

Ziel der Vereinbarung ist die Förderung der adäquaten und indikationsgerechten Antibiotikaverordnung und die Reduktion der Verordnung von Reserveantibiotika. Die weiteren Einzelheiten der Inhalte dieses Projektes können den veröffentlichten Unterlagen im KVN-Portal unter Verträge/Innovationsfonds entnommen werden.

Zur Teilnahme berechtigt sind:

- Ärzte, die an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen (einschließlich Fachärzte für Kinder- und Jugendheilkunde)
- Fachärzte für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
- Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt

Ziel der Vereinbarung

Teilnahmeberechtigt



Bis zum 30 Juni 2017 besteht die Möglichkeit, die Teilnahme an dieser Vereinbarung mittels Teilnahmeerklärung gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung zu erklären. Die Teilnahmeerklärung findet sich unter: [www.kvn.de/Antraege/Genehmigungspflichtige-Leistungen „RESIST“-Teilnahmeantrag](http://www.kvn.de/Antraege/Genehmigungspflichtige-Leistungen_„RESIST“-Teilnahmeantrag). Nach Eingang des Antrags erhalten die potentiellen Teilnehmer einen Zugang zu der Online-Fortbildung „RESIST“, die als Voraussetzung für die Teilnahme erfolgreich absolviert werden muss.

Für die erfolgreiche Teilnahme an der Online-Fortbildung und die Implementierung der erforderlichen Arbeitsprozesse in der Arztpraxis wird im Rahmen der Teilnahme eine einmalige Starterpauschale von 200 Euro ausgezahlt. Darüber hinaus erhalten die teilnehmenden Ärzte eine quartalsweise Programmkostenpauschale von maximal 450 Euro, wenn mindestens 20 Patienten von Ersatzkassen nach den Leistungsbestandteilen des Projektes im jeweiligen Abrechnungsquartal versorgt und dokumentiert wurden. Alle Honorare werden extrabudgetär gezahlt.

#### **Kontakt**

Frau Simone Niedziella  
 Telefon: 0511 380-3338  
 Telefax: 0511 380-3485  
 E-Mail: [resist-niedersachsen@kvn.de](mailto:resist-niedersachsen@kvn.de)

Mindestens 20 Patienten von Ersatzkassen

#### **3.7. Stadt Göttingen führt für ihre Feuerwehrbeamtinnen und -beamten zum 1. Juli 2017 die Krankenversichertenkarte ein**

Wir möchten Sie darüber informieren, dass die Stadt Göttingen an ihre Feuerwehrbeamtinnen und -beamten ab 1. Juli 2017 Krankenversichertenkarten ausgeben wird. Das Institutionskennzeichen für die Stadt Göttingen lautet 103600967, die dazugehörige VKNR 08 878.

Mit der Einführung der Krankenversichertenkarte entfallen die bislang ausgegebenen Behandlungsscheine.

Institutionskennzeichen

#### **3.8. Früherkennungsuntersuchungen U10, U11 und J2 mit der Knappschaft - Ergänzung des Teilnahmeverfahrens für Ärzte und Versicherte**

Ab dem 1. Juli 2017 ist es erforderlich, Patienten mittels einer Teilnahmeerklärung in den Vertrag einzuschreiben. Auch die Arztteilnahme ist schriftlich gegenüber der zuständigen Bezirksstelle zu erklären.

Ferner ist das Gesundheits-Checkheft ab sofort im KVN-Portal abrufbar.

Weitere Informationen finden Sie im KVN-Portal: Verträge/Besondere Versorgung/Link: „Knappschaft - Früherkennungsuntersuchung (U10/U11)“ oder Link: „Knappschaft - Früherkennungsuntersuchung (J2)“

### 3.9. Ab 1. Juli 2017 verändertes „Versorgungsprogramm BKK Rheuma“

Aufsichtsrechtliche Vorgaben machten Anpassungen am „Versorgungsprogramm BKK Rheuma“ des BKK Landesverbandes Mitte nötig.

Neben dem Wegfall des § 73c SGB V und der Neufassung der Teilnahmeerklärungen ist die bisherige „Facharztzuweisung“ nicht mehr Bestandteil der Neuauflage.

Künftig bildet der § 140a SGB V die rechtliche Grundlage und eine Teilnahme ist ausschließlich Rheumatologen vorbehalten. Die fachärztlichen Leistungen und Vergütungen sind im Umfang unverändert geblieben.

Teilnahmen - sowohl von Rheumatologen als auch von Patienten - bleiben unverändert fortbestehen. Dieses gilt ebenfalls für die Handhabung der vertragseigenen Webanwendung.

Weitere Informationen finden Sie im KVN-Portal unter Verträge/Besondere Versorgung/

Link: BKK VAG - Versorgungsprogramm BKK Rheuma bis 30. Juni 2017

Link: BKK VAG - Versorgungsprogramm BKK Rheuma ab 1. Juli 2017

## 4. Veranstaltungen im Juli und August 2017

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

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

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

Name	Ort	Datum	Gebühr p. P.
<b>Qualitäts- und Praxismanagement</b>			
Führungskunst - Sicher führen und überzeugen	Hannover	12.Aug	119 Euro
Kurze Wartezeiten - Gutes Terminsystem	Oldenburg	16.Aug	85 Euro
Workshop-Medizinprodukte-Aufbereitung Teil 2	Hannover	23.Aug	95 Euro
Professionelle Praxisführung	Verden	30.Aug	50 Euro
Terminplanung	Aurich	09.Aug	80 Euro
<b>Abrechnung und Verordnung</b>			
LINDA - Schulungsprogramm für Diabetologische Schwerpunktpraxen	Hannover	19.Aug	99 Euro
Freude mit Attesten, Gutachten und Versicherungsanfragen	Stade	16.Aug	45 Euro
<b>Medizinische und psychotherapeutische Themen</b>			
Hautkrebs-Screening Seminar	Hannover	19.Aug	99 Euro
Hautkrebs-Screening Seminar	Verden	26.Aug	168 Euro
Notfallseminar	Hannover	30.Aug	70 Euro für Ärzte 55 Euro für MFA
<b>Wirtschaftsseminare</b>			
Existenzgründertag	Braunschweig	30.Aug	kostenlos

**Verbindliche Anmeldung** (bitte vollständig ausfüllen)

**Fax an 0511 380-3480**

Ich nehme am Seminar

---

mit \_\_\_\_\_ Person/en teil.

Datum des Seminars

---

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

---

Vor- und Nachname des Rechnungsempfängers (Praxis)

---

Anschrift des Rechnungsempfängers (Straße, PLZ, Ort)

---

LANR

---

BSNR

---

E-Mail-Adresse

---

Telefonnummer für evtl. Rückfragen

---

Datum

---

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

**Stempel**

## **5. Anlagenverzeichnis**

- 5.1. Amtliche Mitteilung zum HVM für Haus- und Kinderärzte 3/2017
- 5.2. Informationsschreiben
- 5.3. Muster Patientenformular
- 5.4. Muster Präventionsempfehlung

# Amtliche Mitteilung der KVN zum HVM für das 3. Quartal 2017

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

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

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

Regelleistungsvolumen	RLV-Fallwert:	42,4367 €
Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen (QZV)	Gebührenordnungspositionen des EBM	Fallwert
Akupunktur	30790, 30791	153,9329 €
Allergologie (Zusatzbezeichnung)	30110, 30111, 30120, 30121, 30122, 30123	46,1874 €
Behandlung des diabetischen Fußes	02311	52,8061 €
Behandlung von Hämorrhoiden	30610, 30611	9,8981 €
Chirotherapie	30200, 30201	8,2076 €
Dringende Besuche	01411, 01412	73,4714 €
Ergometrie	03321	19,4864 €
Hyposensibilisierungsbehandlung	30130, 30131	24,1407 €
Kardiorespiratorische Polygraphie	30900	46,2171 €
Kleinchirurgie	02310	19,2743 €
Langzeit-Blutdruckmessung	03324	7,4289 €
Langzeit-EKG	03241, 03322	10,4358 €
Phlebologie	30500, 30501	19,2973 €
Physikalische Therapie	30400, 30401, 30402, 30410, 30411, 30420, 30421	10,4737 €
Proktologie	03331	10,3318 €
Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120	22,2520 €
Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150	94,0435 €
Schmerztherapeutische spezielle Versorgung	30700, 30702, 30704, 30706, 30708	103,8760 €
Schmerztherapeutische spezielle Behandlung	30710, 30712, 30720, 30721, 30722, 30723, 30724, 30730, 30731, 30740, 30750, 30751, 30760	88,8070 €
Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092	15,6571 €
Sonographie III	33060, 33061, 33062	17,3269 €
Spirometrie	03330	5,8553 €
Unvorhergesehene Inanspruchnahme	01100, 01101, 01102	17,7356 €
Verordnung medizinischer Rehabilitation	01611	19,0898 €

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

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

Sofern der prozentuale Zuwachs aller RLV-Behandlungsfälle einer Arztgruppe in 3/2017 gegenüber 3/2016 fünf vom Hundert überschreitet, unterliegen die Ärzte dieser Arztgruppe im Rahmen der Ermittlung des RLV-Budgets 3/2017 einer Fallzahlzuwachsbeschränkung. In diesem Falle wird das arztindividuelle RLV 3/2017 begrenzt auf die individuelle RLV-relevante Behandlungsfallzahl im Vorjahresquartal zzgl. fünf vom Hundert der arztgruppenspezifischen durchschnittlichen RLV-Behandlungsfallzahl im Vorjahresquartal als maximales Wachstum.

Arztgruppenspezifische durchschnittliche RLV-Behandlungsfallzahl im Vorjahresquartal:	951,41
Maximales Wachstum der individuellen RLV-Behandlungsfallzahl:	47,57

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

Für Ärzte, die im 3. Quartal 2017 nicht in vollem zeitlichen Umfang an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, reduzieren sich die o. a. durchschnittlichen Behandlungsfallzahlen anteilig auf den Umfang ihrer Tätigkeit.

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

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

25% Minderung des RLV-Fallwerts ab 150% der durchschnittlichen RLV-Behandlungsfallzahl:	1.427,12
50% Minderung des RLV-Fallwerts ab 170% der durchschnittlichen RLV-Behandlungsfallzahl:	1.617,40
75% Minderung des RLV-Fallwerts ab 200% der durchschnittlichen RLV-Behandlungsfallzahl:	1.902,82

Für Ärzte, die im 3. Quartal 2017 nicht in vollem zeitlichen Umfang an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, reduzieren sich die o. a. Fallwertminderungsgrenzen anteilig auf den Umfang ihrer Tätigkeit.

# Amtliche Mitteilung der KVN zum HVM für das 3. Quartal 2017

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

<b>Für die Arztgruppe:</b>
<b>Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin, die dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören</b>

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

<b>Regelleistungsvolumen</b>	<b>RLV-Fallwert:</b>	<b>42,1962 €</b>
<b>Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen (QZV)</b>	<b>Gebührenordnungspositionen des EBM</b>	<b>Fallwert</b>
Allergologie	30110, 30111, 30120, 30121, 30122, 30123	40,7750 €
Dringende Besuche	01411, 01412	53,3901 €
Ergometrie	04321	19,3886 €
Hyposensibilisierungsbehandlung	30130, 30131	25,4749 €
Langzeit-Blutdruckmessung	04324	7,1628 €
Langzeit-EKG	04241, 04322	13,6520 €
Neurophysiologische Übungsbehandlung	30300, 30301	42,8913 €
Physikalische Therapie	30400, 30401, 30402, 30410, 30411, 30420, 30421	19,2331 €
Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120	16,7256 €
Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150	97,9920 €
Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092	13,7819 €
Sonographie II	33020, 33021, 33022, 33023, 33030, 33031, 33040	21,4689 €
Sonographie der Säuglingshöften	33051	10,6810 €
Spirometrie	04330	6,5651 €
Unvorhergesehene Inanspruchnahme	01100, 01101, 01102	17,6821 €
Verordnung medizinischer Rehabilitation	01611	5,5983 €

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

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

Sofern der prozentuale Zuwachs aller RLV-Behandlungsfälle einer Arztgruppe in 3/2017 gegenüber 3/2016 fünf vom Hundert überschreitet, unterliegen die Ärzte dieser Arztgruppe im Rahmen der Ermittlung des RLV-Budgets 3/2017 einer Fallzahlzuwachsbeschränkung. In diesem Falle wird das arztindividuelle RLV 3/2017 begrenzt auf die individuelle RLV-relevante Behandlungsfallzahl im Vorjahresquartal zzgl. fünf vom Hundert der arztgruppendurchschnittlichen RLV-Behandlungsfallzahl im Vorjahresquartal als maximales Wachstum.

Arztgruppendurchschnittliche RLV-Behandlungsfallzahl im Vorjahresquartal:	929,22
Maximales Wachstum der individuellen RLV-Behandlungsfallzahl:	46,46

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

Für Ärzte, die im 3. Quartal 2017 nicht in vollem zeitlichen Umfang an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, reduzieren sich die o. a. durchschnittlichen Behandlungsfallzahlen anteilig auf den Umfang ihrer Tätigkeit.

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

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

25% Minderung des RLV-Fallwerts ab 150% der durchschnittlichen RLV-Behandlungsfallzahl:	1.393,83
50% Minderung des RLV-Fallwerts ab 170% der durchschnittlichen RLV-Behandlungsfallzahl:	1.579,67
75% Minderung des RLV-Fallwerts ab 200% der durchschnittlichen RLV-Behandlungsfallzahl:	1.858,44

Für Ärzte, die im 3. Quartal 2017 nicht in vollem zeitlichen Umfang an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, reduzieren sich die o. a. Fallwertminderungsgrenzen anteilig auf den Umfang ihrer Tätigkeit.

# Amtliche Mitteilung der KVN zum HVM für das 3. Quartal 2017

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

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

- Leistungen im organisierten Notfalldienst der KVN
- Haus- und Heimbefuche (GOP 01410, 01413 und 01415 EBM)
- Verordnung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (GOP 01425 und 01426 EBM)
- Zuschlag für die Betreuung eines Patienten im Rahmen der Videosprechstunde (GOP 01450 EBM)
- Zuschlag für die Erstellung und Aktualisierung des Medikationsplans (GOP 01630 EBM)
- Leistungen der Prävention, Empfängnisregelung, Sterilisation und im Rahmen von Schwangerschaftsabbrüchen (Abschnitte 1.7.1 bis 1.7.7 EBM)
- Leistungen der Methadon- und Diamorphinsubstitution (Abschnitt 1.8 EBM)
- Ärztlich angeordnete Hilfeleistungen anderer Personen (GOP 03060 bis 03065 EBM)
- Anleitung zur Selbstanwendung eines Real-Time-Messgerätes zur kontinuierlichen interstitiellen Glukosemessung (GOP 03355, 04590 und 13360 EBM)
- Leistungen der hausärztlichen geriatrischen Versorgung (Abschnitt 3.2.4 EBM)
- Leistungen der palliativmedizinischen Versorgung (Abschnitt 3.2.5 und 4.2.5 EBM)
- Leistungen der sozialpädiatrischen Versorgung (Abschnitt 4.2.4 EBM)
- Leistungen der pädiatrischen Nephrologie und Dialyse (Abschnitt 4.5.4 EBM) sowie die GOP 04000 bis 04015, 04040 und 04230, wenn in demselben Behandlungsfall Leistungen des Abschnitts 4.5.4 EBM abgerechnet werden
- Zuschlag auf die jeweilige Pauschale für die fachärztliche Grundversorgung (PFG)
- Anästhesiologische Leistungen gemäß § 87b Abs. 2 Satz 5 SGB V
- Beratung und Betreuung eines Patienten nach einer intravitrealen operativen Medikamenteneingabe (GOP 06334 und 06335 EBM)
- Leistungen und Begleitleistungen der Reproduktionsmedizin (ohne Beratungsleistungen GOP 08520 und 08521 EBM)
- Balneophototherapie (GOP 10350 EBM)
- Leistungen der Humangenetik (GOP 11230, 11233 bis 11236 sowie Abschnitt 11.4 und 19.4 EBM)
- Leistungen und Kostenpauschalen der Laboratoriumsmedizin (GOP 12210, 12220, 12225 und 32001 sowie Kapitel 32 EBM)\*
- Leistungen der Nephrologie und Dialyse (Abschnitt 13.3.6 EBM)
- Leistungen auf Überweisungsfällen zur Durchführung ausschließlich von Probenuntersuchungen
- Psychotherapeutisches Gespräch als Einzelbehandlung (GOP 22220 und 23220 EBM)
- Strahlentherapie (Kapitel 25 EBM)
- Leistungen der Soziotherapie (Abschnitt 30.8 EBM)
- Leistungen der spezialisierten Versorgung HIV-infizierter Patienten (Abschnitt 30.10 EBM)
- Neuropsychologische Therapie (Abschnitt 30.11 EBM)
- Spezielle Diagnostik und Eradikationstherapie im Rahmen von MRSA (Abschnitt 30.12 EBM)
- Leistungen zur spezialisierten geriatrischen Diagnostik und Versorgung (Abschnitt 30.13 EBM)
- Ambulantes Operieren, PTK, Koloskopie, Kapselendoskopie und ERCP (Leistungen des Kapitels 31 EBM sowie die GOP 04514, 04515, 04518, 04520, 04528 und 04529 sowie 13421 bis 13431 EBM)
- Leistungen der Abschnitte 2 und 3 der Anlage 1 zum AOP-Vertrag nach § 115b SGB V
- Vakuumstanzbiopsien (GOP 34274 EBM)
- Osteodensitometrische Untersuchung II (GOP 34601 EBM)
- Diagnostische Positronenemissionstomographie (PET) und diagnostische Positronenemissionstomographie mit Computertomographie (PET/CT) (Abschnitt 34.7 EBM)
- Telekonsil von Röntgenaufnahmen und CT-Aufnahmen (Abschnitt 34.8 EBM)
- Probatorische Sitzungen von Ärzten der in § 87b Abs. 2 Satz 3 SGB V genannten Arztgruppen (GOP 35150 EBM)
- Psychotherapeutische Sprechstunde und Akutbehandlung (GOP 35151 und 35152 EBM)
- Antrags- und genehmigungspflichtige Leistungen der Psychotherapie (Abschnitt 35.2 EBM)
- Belegärztliche Leistungen (Kapitel 36 EBM), Kooperations- und Koordinationsleistungen in Pflegeheimen (Kapitel 37 EBM) sowie Delegationsfähige Leistungen (Kapitel 38 EBM)
- Kosten- und Wegepauschalen (Kapitel 40 EBM) sowie Sachkostenerstattung (GOP 99999)
- Vergütungen für regional bzw. bundesweit vereinbarte, nicht im EBM enthaltene Leistungen im GOP-Bereich  $\geq 80000$

\* 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 Heilmittel

Kassenärztliche Vereinigung  
Niedersachsen

Verbände der gesetzlichen  
Krankenkassen in Niedersachsen



## Aktivierende Pflege vs. Heilmittel

### Heilmittelleistungen in Pflegeheimen - die Abgrenzung zur aktivierenden Pflege

Häufig werden Vertragsärzte um intensive Verordnung von Heilmitteltherapien – sei es von Patienten selbst, den Angehörigen oder auch direkt vom Pflegepersonal – gebeten. Da derartige Wunschverordnungen in vielen Fällen nicht dem Wirtschaftlichkeitsgebot entsprechen, bzw. aufgrund von allgemeinen Pflegeleistungen nicht in den vertragsärztlichen Leistungsbereich fallen, geraten Vertragsärzte oft in einen Zwiespalt.

Mit der nachfolgenden Information möchten wir Ihnen eine Hilfestellung geben, wie die Notwendigkeit und Zweckmäßigkeit der Verordnung von Heilmitteln für pflegebedürftige Patienten bewertet werden kann. Außerdem erhalten Sie Hinweise zur aktivierenden Pflege, welche zu den allgemeinen Pflegeleistungen gehört.

Der Anspruch auf aktivierende Pflege ist mehrfach gesetzlich verankert. So haben u.a. Pflegeeinrichtungen nach § 11 Abs. 1 SGB XI die Pflicht, eine „humane und aktivierende Pflege [...] zu gewährleisten“. Auch der Niedersächsische Rahmenvertrag zur vollstationären Dauerpflege hat die Aktivierung der Pflegebedürftigen zum Ziel. Es sollen „vorhandene Fähigkeiten erhalten und soweit dies möglich ist, verlorene Fähigkeiten zurückgewonnen werden.“

Unter der aktivierenden Pflege versteht man die Einbeziehung der (noch) vorhandenen Fähigkeiten einer Person zur Durchführung der einzelnen Pflegemaßnahmen. Das Pflegepersonal soll durch gezielte Anleitung dem pflegebedürftigen Patienten helfen, Tätigkeiten des täglichen Lebens selbstständig zu erledigen (aufstehen, anziehen, essen, waschen, etc.).

Auch mit dem Wissen, dass unter der allgemeinen Pflegeleistung die aktivierende Pflege – aufgrund unterschiedlicher Faktoren – oftmals nicht ausreichend, qualitativ und im erforderlichen Maße abzudecken ist, kann eine Heilmittelverordnung nicht die oben beschriebenen Leistungen ersetzen. Auch ohne eine Heilmittelverordnung muss der Patient in Pflegeeinrichtungen Leistungen, die der Mobilisation dienen, erhalten.

Auf die Versorgung mit Heilmitteln hat ein Versicherter gemäß § 32 SGB V Anspruch. Heilmitteltherapien können unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes sowie der Heilmittel-Richtlinie zur Verbesserung und Vermeidung von Krankheitsbeschwerden zu Lasten der GKV verordnet werden, wenn sie medizinisch notwendig sind, um:

- eine Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerungen zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern,
- eine Schwächung der Gesundheit, die in absehbarer Zeit voraussichtlich zu einer Krankheit führen würde, zu beseitigen,
- Pflegebedürftigkeit zu vermeiden oder zu mindern.

Unsere Empfehlung: Prüfen Sie vor Ausstellung einer Heilmittelverordnung die medizinische Notwendigkeit. Heilmittelverordnungen ersetzen nicht die gesetzliche Pflicht der aktivierenden Pflege.

- Gibt es wirtschaftliche Alternativen?
- Hinterfragen Sie den bisherigen Erfolg des Therapieverlaufs im Hinblick auf das gesteckte Therapieziel.
- Ist ein Hausbesuch notwendig?
- Ist eine KG-ZNS erforderlich oder reicht ggf. die allgemeine Krankengymnastik aus?
- Wie belastbar ist der Heimbewohner tatsächlich?
- Hinterfragen Sie, was der Therapeut im Rahmen der Behandlung macht.

Fazit: Aktivierende Pflege ist kein Ersatz für Heilmittel, wenn diese notwendig sind um eine Krankheit zu heilen oder zu lindern – jedoch ersetzen Heilmittelverordnungen auch nicht die gesetzliche Pflicht der aktivierenden Pflege in Pflegeeinrichtungen.

# Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung **Patient's Declaration European Health Insurance**

der im EU- bzw. EWR-Ausland oder der Schweiz versicherten Person, die eine Europäische Krankenversicherungskarte (EHIC) oder eine Provisorische Ersatzbescheinigung (PEB) vorlegt.  
*on the part of the person insured in another EU or EEA country, or in Switzerland, submitting a European Health Insurance Card (EHIC) or a Provisional Replacement Certificate (PRC).*

Bitte vollständig und leserlich ausfüllen. Please complete legibly and in full.

Ich beabsichtige, mich bis zum         in Deutschland aufzuhalten.  
*I intend to stay in Germany until*

Ich bestätige, dass ich nicht zum Zwecke der Behandlung nach Deutschland eingereist bin.  
*I herewith confirm that I did not enter Germany for the purpose of treatment.*

## Gewählte aushelfende deutsche Krankenkasse **Selected assisting German health insurance fund**

Name, Vorname des Patienten  
**Surname and forename of the patient**

Geschlecht  
**Sex**

weiblich  
*female*

männlich  
*male*

Anschrift im Heimatstaat  
**Address in home country**

Straße, Hausnummer / *Street, house no.*

PLZ, Ort / *Postcode, city*

Land / *Country*

Vorübergehende Aufenthaltsadresse in Deutschland  
**Temporary address in Germany**

oder  
*or*

Durchreise  
**Passing through**

c/o (Hotel, Familie etc.) / *c/o (hotel, family, etc.)*

Straße, Hausnummer / *Street, house no.*

PLZ, Ort / *Postcode, city*

Tel.-Nr./E-Mail / *Tel. No./e-mail*

Identität nachgewiesen durch  
**Identity documented by**

Reisepass  
*Passport*

Personalausweis  
*ID card*

Nr.  
*No.*

\_\_\_\_\_

Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben  
**I confirm the accuracy of the information provided**

Datum / *Date*

Unterschrift des Patienten  
*Patient's signature*

## Hinweis an den Arzt

Das Original dieser Erklärung sowie eine Kopie der EHIC bzw. PEB bitte unverzüglich an die gewählte deutsche Krankenkasse senden.

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kostenträgerkennung

Versicherten-Nr.

Status

Betriebsstätten-Nr.

Arzt-Nr.

Datum

**Bitte informieren Sie sich bei Ihrer Krankenkasse über die geprüften und anerkannten Präventionsangebote und die Fördervoraussetzungen.**

Hinweise des behandelnden Arztes (z.B. Kontraindikationen, Konkretisierung zur Präventionsempfehlung)

## Empfehlung 36

zur verhaltensbezogenen Primärprävention gem. § 20 Abs. 5 SGB V

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Bewegungsgewohnheiten

Ernährung

Stressmanagement

Suchtmittelkonsum

Sonstiges

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Muster 36 (7.2017)



# Informationen für die Praxis

KVN-Rundschreiben

Mai 2017

## Inhaltsverzeichnis

<b>1. Abrechnung .....</b>	<b>3</b>
1.1. Aktuelles zur TerminServiceStelle (TSS) - Stand: 5. Mai 2017 .....	3
1.2. Sammelerklärung neu seit 1. Januar 2017.....	5
<b>2. Verordnungen.....</b>	<b>5</b>
2.1. Änderung der Anlage V (verordnungsfähige Medizinprodukte) der Arzneimittel-Richtlinie.....	5
2.2. Regressanträge wegen fehlender persönlicher Verordnungstätigkeit bei ermächtigten Ärzten.....	6
2.3. Gemeinsame Arbeitsgruppe Arzneimittel - Informationsschreiben zum Thema Wirtschaftlichkeit bei der Arzneimittelverordnung.....	6
<b>3. Allgemeine Hinweise .....</b>	<b>6</b>
3.1. Besserbewertung der Gruppentherapien und Neustrukturierung des EBM-Abschnittes 35.2 zum 1. Juli 2017 .....	6
3.2. Rabattverträge zu saisonalen Grippeimpfstoffen gelten für die Impfsaison 2017/2018 weiter .....	10
3.3. Strukturzuschläge für Psychotherapie auch bei der Behandlung von Soldatinnen und Soldaten der Bundeswehr .....	10
3.4. Übermittlung von DMP-Dokumentationen auf Datenträger ab 1. Juli 2017 nicht mehr möglich .....	10
3.5. Regressanträge der AOK Niedersachsen zu der Chronikerpauschale.....	11
3.6. Hausarztvertrag mit dem BKK Landesverband Mitte für die teilnehmenden Betriebskrankenkassen; hier: Anpassungen zum 1. April 2017 .....	12
3.7. „RESIST“ - Projekt des Innovationsfonds (Vereinbarung zur Resistenzvermeidung durch adäquaten Antibiotikaeinsatz bei akuten Atemwegsinfektionen) für Patienten der Ersatzkassen im Zeitraum 1. Juli 2017 bis 30. Juni 2019 - Teilnahmeverfahren läuft noch bis zum 30. Juni 2017	12

3.8.	Niedersächsischer Krebsnachsorgepass und ONkeyLINE: Änderung des Nachsorgeprotokolls Haut - Melanom Stadium II C bis IV .....	13
3.9.	Fachseminar I für die radiologische Fachkraft in der kurativen Mammographie.....	13
<b>4.</b>	<b>Veranstaltungen im Juni und Juli 2017.....</b>	<b>14</b>
<b>5.</b>	<b>Anlagenverzeichnis .....</b>	<b>16</b>
5.1.	Sammelerklärung .....	16
5.2.	Informationsschreiben.....	16
5.3.	Fachseminar Kurative Mammographie .....	16

## 1. Abrechnung

### 1.1. Aktuelles zur TerminServiceStelle (TSS) - Stand: 5. Mai 2017

#### Termine anlegen

ACHTUNG: Wählen Sie immer nur ein Profil aus, sonst legen Sie parallel gleichzeitig mehrere Termine/Terminserien an.

#### Profil - Pflege

WICHTIG: Wenn Sie das automatisch erstellte Profil verwenden, können Sie unter allen dort für Sie angezeigten Fachgruppenbezeichnungen (zum Teil auch Genehmigungen) von der TSS gefunden werden. Beispiel: Sie haben die Fachgruppenbezeichnungen „Radiologie“ und „Kardiologie“ - dann werden Sie auch bei Überweisungen zur Kardiologie gefunden. Wenn Sie das nicht möchten, dann kopieren und bearbeiten Sie das Profil entsprechend oder legen Sie ein neues Profil an und wählen die anzubietenden Fachgebiete, Schwerpunkte, Genehmigungen gezielt aus. Benennen Sie das Profil ggf. auch entsprechend eindeutig.

Kopieren, bearbeiten, neues Profil anlegen

„Obsolet“ kennzeichnet eine nicht mehr aktuelle Bezeichnung - dieser interne Zusatz wird natürlich nicht nach außen angezeigt.

„Obsolet“

Bitte beachten Sie bei Umbenennungen eines Profils, dass die TSS dann (nur) diesen Namen sieht und ihn interpretieren (können) muss. Missverständlich vergebene Namen können dazu führen, dass die TSS Ihnen „falsche“ oder gar keine anderen Patienten mehr vermittelt!

Umbenennungen eines Profils

#### Speziell für Psychotherapeuten

Leider gab und gibt es Probleme bei dem Erzeugen von Profilen, wenn Sie mehrere Qualifikationen haben, also für Erwachsene und Kinder/Jugendliche oder Psychotherapie und gleichzeitig Psychiatrie - es wurde für jede vorhandene Qualifikation ein Profil erzeugt. Bitte wählen Sie in diesen Fällen ausschließlich das oder diejenigen Profil(e) aus, die Sie anbieten möchten. Der TSS werden nur diese angezeigt.

Konkret: Bitte ignorieren Sie (in der Regel) das „allgemeine“ Profil und wählen Sie nur gezielt „Sprechstunde“ oder „Akutbehandlung“ aus, um entsprechende Termine/Terminserien zu vergeben.

Beispiel: Sie gehören der Fachgruppe „Psychotherapie“ an, haben aber die Genehmigungen „Verhaltenstherapie“ für Erwachsene und Kinder/Jugendliche. Dann kann das System nicht wissen, ob und wie Sie sich spezialisiert haben. Wählen Sie dann nur das für Sie zutreffende Sprechstunden- und Akutbehandlungsprofil aus.

Nur das zutreffende Profil wählen

#### Termine blockieren/löschen

Bitte blockieren/löschen Sie Termine in Ihren Urlaubszeiten.

#### E-Mail-Benachrichtigung

Aus technischen Gründen ist es im Moment nur möglich, eine E-Mail-Adresse anzulegen. Dies gilt auch für FAX- und Telefonnummern.

WICHTIG: Sie erhalten eine E-Mail mit einem Bestätigungscode (jedes Mal, wenn Sie etwas an der E-Mail- oder Fax-Benachrichtigung ändern) - diesen müssen Sie im eTerminservice unter den Kontaktdaten Ihrer Praxis in ein entsprechend eingeblendetes Feld eingeben.

Die Benachrichtigungen werden derzeit einmal in der Nacht versendet,

d. h. sie gehen Ihnen am nächsten Tag zu. Es wird an kürzeren Intervallen gearbeitet.

### **Privatpatienten**

Privatpatienten haben grundsätzlich keinen Anspruch auf eine Terminvermittlung über die TSS (genauso wie Versicherte von Sonstigen Kostenträgern). Trotzdem kann es vorkommen, dass die TSS Termine für diese Versicherten vergibt, wenn diese mit einem mit Überweisungscode versehenen Überweisungsschein anrufen, da diese für die TSS dann als berechnigte Anrufer gekennzeichnet sind. Die TSS wird den Überweiser nicht „überstimmen“.

### **Doppelvergabe von Terminen**

In seltenen Fällen kommt es leider zu Doppelbuchungen über den eTerminservice. Häufiger scheint jedoch der Fall, dass ein Termin über den eTerminservice vergeben wurde, zugleich aber leider ein weiterer Termin im Kalender der Praxis vergeben wurde. Bitte prüfen Sie daher bei Doppelbuchungen bitte auch Ihre Vorgehensweise mit den leider bestehenden zwei Kalendern.

Die KV-Telematik arbeitet daran, eine Doppelbelegung durch den eTerminservice systemseitig endgültig auszuschließen.

### **Information der Patienten - (fehlende) Bestätigung der Termine durch Patienten**

Die TSS bittet jeden Patienten, unbedingt in der (Arzt- oder Therapeuten-) Praxis anzurufen, um den Termin zu bestätigen und notwendige Fragen zu klären.

Die hinterlegten Kontaktdaten beruhen auf den Angaben der Patienten. ACHTUNG: Die Patienten haben trotzdem „Anspruch“ auf Termin - wie bei jedem anderen vergeben Termin auch - falls Sie einen solchen Termin anderweitig vergeben, müssen Sie daher leider mit einer Doppelbelegung rechnen.

Ob Sie bei Nichterscheinen eines Patienten ggf. Anrecht auf eine Ausfallentschädigung haben, müssen Sie bitte wie in allen anderen Fällen auch direkt mit dem Patienten klären.

### **Allgemeine „Fehlfunktionen“**

Bitte einmal den Cache löschen und den Browser neu starten.

### **Überweisungscode - Gültigkeit**

Die Überweisungscode laufen zeitlich nicht ab - das auf den Bögen aufgedruckte „gültig bis“-Datum ist aus der Zeit, als wir hofften, dass die TSS nur eine temporäre Erscheinung ist.

### **KEIN Überweisungscode für Sprechstundentermin**

Kein Überweisungscode ist notwendig wie bisher für Termine bei Augenärzten und Gynäkologen, aber auch nicht für psychotherapeutische Sprechstunden. Hierfür kann die TSS direkt in Anspruch genommen werden.

Für psychotherapeutische Akutbehandlungen ist streng genommen auch kein Code notwendig, aber zumindest eine entsprechend ausgefüllte „Individuelle Patienteninformation“ (Muster 11) und wir bitten darum, einen Überweisungscode darauf zu kleben, damit die Bearbeitung in der TSS einfacher ist.

Kontaktdaten



Für den Zugang zum Augenarzt, Gynäkologen oder zu psychotherapeutischen Sprechstunden fehlt somit (natürlich) der qualifizierte Filter, da die TSS keine Begutachtung der Fälle vornehmen kann.

Ansprechpartner ist das Team Auskünfte des Abrechnungszentrums, Telefon: 0511 380 4800, E-Mail: [abrechnungszentrum@kvn.de](mailto:abrechnungszentrum@kvn.de)

## 1.2. Sammelerklärung neu seit 1. Januar 2017

Bitte verwenden Sie ab sofort die neue - seit dem 1. Januar 2017- gültige Sammelerklärung.

Diese finden Sie als Anlage zu diesem Rundschreiben und im KVN-Portal.

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

### Anlage 5.1: Sammelerklärung

## 2. Verordnungen

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

Zum 20. April 2017 ist das Medizinprodukt ALCON BSS mit einer Befristung der Verordnungsfähigkeit bis zum 14. Dezember 2017 wie folgt in Anlage V der Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL) aufgenommen worden:

Produktbezeichnung	Medizinisch notwendige Fälle	Befristung der Verordnungsfähigkeit
ALCON BSS	Zur Irrigation im Rahmen extraokulärer und intraokulärer Eingriffe.	14. Dezember 2017

ALCON BSS

Die namentlich in Anlage V aufgeführten Medizinprodukte dürfen in den genannten medizinisch notwendigen Fällen unter Berücksichtigung der angegebenen Befristung und evtl. bestehender Sondervertragsregelungen zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung auf Namen des Patienten verordnet werden.

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

## 2.2. Regressanträge wegen fehlender persönlicher Verordnungstätigkeit bei ermächtigten Ärzten

Aus gegebenem Anlass bitten wir um Beachtung, dass das Gebot der persönlichen Leistungserbringung nicht nur für die Behandlungs- sondern auch für die Verordnungstätigkeit des Arztes gilt und sowohl von Vertragsärzten als auch ermächtigten Krankenhausärzten zu beachten ist.

Anders als bei persönlich zugelassenen Leistungserbringern beschränkt sich der Einsatz von Kollegen ausschließlich auf die kurzzeitige Vertretung bei Krankheit, Urlaub, Teilnahme an ärztlichen Fortbildungen oder Teilnahme an einer Wehrübung (§ 32a Satz 2 Ärzte-ZV).

Die gesetzlichen Krankenkassen stellen in diesem Zusammenhang vermehrt Regressanträge bei der Prüfungsstelle Niedersachsen. Unter Abgleich mit den Angaben der Abrechnungssammelerklärung wird dort geprüft, ob ermächtigte Ärzte die Verordnung persönlich unterschrieben haben oder ein autorisierter Vertreter gem. § 32a Satz 2 Ärzte-ZV die Verordnung ausgestellt hat. Ist dies nicht der Fall, drohen dem ermächtigten Arzt Regressforderungen in nicht unerheblicher Höhe.

Verordnungstätigkeit

## 2.3. Gemeinsame Arbeitsgruppe Arzneimittel - Informationsschreiben zum Thema Wirtschaftlichkeit bei der Arzneimittelverordnung

Im Anhang finden Sie ein weiteres Informationsschreiben der AG GKV/KVN Arzneimittel zu dem Thema „Wirtschaftliche Verordnung von Arzneimitteln“. Das Schreiben thematisiert die Bedeutung von Rabattarzneimitteln bei der seit 2017 gültigen Durchschnittswertprüfung.

Das Schreiben finden Sie in Kürze auch im KVN-Portal unter Verordnungen/Arzneimittel/Veröffentlichungen bzw. im Internet unter [www.kvn.de/Praxis/Verordnungen](http://www.kvn.de/Praxis/Verordnungen).

### Anlage 5.2: Informationsschreiben

## 3. Allgemeine Hinweise

### 3.1. Besserbewertung der Gruppentherapien und Neustrukturierung des EBM-Abschnittes 35.2 zum 1. Juli 2017

Der Bewertungsausschuss hat die Einführung von neuen Leistungen in den EBM und die Neustrukturierung des EBM-Abschnittes 35.2 im Kontext der neuen Vergütungssystematik für Gruppentherapien beschlossen.

Die Neustrukturierung der Gruppentherapien, einschließlich deren Vergütung, basiert auf den neuen Psychotherapie-Richtlinien. Während es bislang nur zwei Gruppengrößen mit jeweils gemittelter Bewertung gibt,

Neustrukturierung  
Gruppentherapien

wird es ab 1. Juli 2017 jeweils sieben Gruppen entsprechend der Teilnehmeranzahl (drei bis neun) mit einer eigenständigen neuen Leistungsbewertung geben. Im Ergebnis steigt das Honorar für Gruppentherapien - je nach Gruppenstärke unterschiedlich - um etwa 20 Prozent.

Die neue Vergütungssystematik für Gruppentherapien gilt auch für solche, die vor dem 1. Juli 2017 beantragt wurden. Ab Juli ist demnach nur noch eine Abrechnung nach den neuen GOP des Abschnittes 35.2.2 EBM möglich. Dabei ist eine präzise Dokumentation der abgerechneten GOP einschließlich der vorgesehenen Kennzeichnung der Sonderfälle mit den vorgegebenen Buchstaben (siehe unten) erforderlich.

Mit der Einführung der neuen GOP für die Gruppentherapie war es erforderlich, den EBM-Abschnitt 35.2 neu zu strukturieren, um alle Leistungen übersichtlich und systematisch abbilden zu können.

Hierfür werden Einzeltherapien, Gruppentherapien und Zuschläge in drei Abschnitte unterteilt:

- Abschnitt 35.2.1: Einzeltherapien (GOP 35401 bis 35425)  
In diesem Abschnitt sind alle Gebührenordnungspositionen der Einzeltherapie für die Kurzzeit- und die Langzeittherapie in den unterschiedlichen Verfahren aufgeführt. Die jetzigen GOP werden zum 1. Juli gestrichen.
- Abschnitt 35.2.2: Gruppentherapien (GOP 35503 bis 35559)  
In diesem Abschnitt sind alle Gebührenordnungspositionen der Gruppentherapien aufgeführt. Um die Anwendung der neuen GOP zu erleichtern, entspricht die letzte Ziffer der GOP in jedem Komplex der Teilnehmergröße der Gruppe. Die GOP sind für Erwachsene und Kinder/Jugendliche gleich. Die alten GOP für kleine und große Gruppen entfallen zum 1. Juli.

In drei Abschnitte unterteilt

Teilnehmer	Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie			Bewertung (je Teilnehmer/100 Minuten)	
	KZT 1+2	LZT	GOP		
3	35503	35513	836 Punkte, 88,03 Euro	kleine Gruppe alt: 836 Punkte, 88,03 Euro	
4	35504	35514	704 Punkte, 74,13 Euro		
5	35505	35515	626 Punkte, 65,92 Euro	große Gruppe alt: 418 Punkte, 44,02 Euro	
6	35506	35516	573 Punkte, 60,34 Euro		
7	35507	35517	535 Punkte, 56,34 Euro		
8	35508	35518	507 Punkte, 53,39 Euro		
9	35509	35519	485 Punkte, 51,07 Euro		
Analytische Psychotherapie					
3	35523	35533	836 Punkte, 88,03 Euro	kleine Gruppe alt: 836 Punkte, 88,03 Euro	
4	35524	35534	704 Punkte, 74,13 Euro		
5	35525	35535	626 Punkte, 65,92 Euro	große Gruppe alt: 418 Punkte, 44,02 Euro	
6	35526	35536	573 Punkte, 60,34 Euro		
7	35527	35537	535 Punkte, 56,34 Euro		
8	35528	35538	507 Punkte, 53,39 Euro		
9	35529	35539	485 Punkte, 51,07 Euro		
Verhaltenstherapie					
3	35543	35553	836 Punkte, 88,03 Euro	kleine Gruppe alt / 50 Minuten: 418 Punkte, 44,02 Euro	
4	35544	35554	704 Punkte, 74,13 Euro		
5	35545	35555	626 Punkte, 65,92 Euro	große Gruppe alt / 50 Minuten: 211 Punkte, 22,22 Euro	
6	35546	35556	573 Punkte, 60,34 Euro		
7	35547	35557	535 Punkte, 56,34 Euro		
8	35548	35558	507 Punkte, 53,39 Euro		
9	35549	35559	485 Punkte, 51,07 Euro		

Eine Besonderheit gibt es bei Gruppen mit zwei Teilnehmern, die noch vor Inkrafttreten der neuen Psychotherapie-Richtlinie (also vor dem 1. April 2017) beantragt wurden und nach der Psychotherapie-Vereinbarung weitergeführt werden können. Die Abrechnung ist ab Juli mit bundeseinheitlichen Pseudo-Gebührenordnungspositionen möglich.

Besonderheit bei Gruppen mit zwei Teilnehmern

Bezeichnung	neue Pseudo-GOP gültig ab 01.07.2017
Tiefenpsychologische Psychotherapie (Kurzzeittherapie), 2 Teilnehmer	80502
Tiefenpsychologische Psychotherapie (Langzeittherapie), 2 Teilnehmer	80512
Analytische Psychotherapie (Kurzzeittherapie), 2 Teilnehmer	80522
Analytische Psychotherapie (Langzeittherapie), 2 Teilnehmer	80532
Verhaltenstherapie (Kurzzeittherapie), 2 Teilnehmer	80542
Verhaltenstherapie (Langzeittherapie), 2 Teilnehmer	80552

Eine Übersicht über die bereits bestehenden und neuen Buchstaben zur Kennzeichnung von Sonderfällen für die präzise Dokumentation der entsprechenden Leistungen des gesamten neu strukturierten Abschnittes 35.2 sowie die Pseudo-GOP 80502, 80512, 80522, 80532, 80542 und 80552 liefert die folgende Tabelle:

Suffix	Anwendung
B	Kennzeichnung von Psychotherapie-Leistungen, die gemäß § 11 Abs. 10 Anlage 1 BMV-Ä unter Einbeziehung einer Bezugsperson erfolgen
H	Kennzeichnung einer Verhaltenstherapie mit Sitzungsdauer von mind. 50 Minuten
L	Kennzeichnung der 25. Stunde einer Kurzzeittherapie gemäß § 23a Psychotherapie-Richtlinie (alt), die vor dem 01.04.2017 beantragt wurde
N	Kennzeichnung der 25. Stunde einer Kurzzeittherapie (Verhaltenstherapie) gemäß § 23a Psychotherapie-Richtlinie (alt), die vor dem 01.04.2017 beantragt wurde, mit Sitzungsdauer von mind. 50 Minuten
R	Kennzeichnung von Psychotherapie-Leistungen im Rahmen der Langzeittherapie als Rezidivprophylaxe
S	Kennzeichnung der 25. Stunde einer Kurzzeittherapie gemäß § 23a Psychotherapie-Richtlinie (alt), die vor dem 01.04.2017 beantragt wurde und die gemäß § 11 Abs. 10 Anlage 1 BMV-Ä unter Einbeziehung einer Bezugsperson erfolgt
U	Kennzeichnung von Psychotherapie-Leistungen, die gemäß § 11 Abs. 10 Anlage 1 BMV-Ä unter Einbeziehung einer Bezugsperson erfolgen, im Rahmen der Langzeittherapie als Rezidivprophylaxe
W	Kennzeichnung einer Verhaltenstherapie mit Sitzungsdauer von mind. 50 Minuten im Rahmen der Langzeittherapie als Rezidivprophylaxe
X	Kennzg. der 25. Std. einer Kurzzeittherapie (VT) gem. § 23a Psychotherapie-RL (alt) mit einer Sitzungsd. von mind. 50 Min., die vor dem 01.04.2017 beantragt wurde und die gem. § 11 Abs. 10 Anlage 1 BMV-Ä unter Einbez. einer Bezugsperson erfolgt
Y	Kennzeichnung einer Verhaltenstherapie mit Sitzungsdauer von mind. 50 Minuten, die gemäß § 11 Abs. 10 Anlage 1 BMV-Ä unter Einbeziehung einer Bezugsperson erfolgt, im Rahmen der Langzeittherapie als Rezidivprophylaxe
Z	Kennzeichnung einer Verhaltenstherapie mit Sitzungsdauer von mind. 50 Minuten, die gemäß § 11 Abs. 10 Anlage 1 BMV-Ä unter Einbeziehung einer Bezugsperson erfolgt

Bestehende und neue Buchstaben

- **Abschnitt 35.2.3: Zuschläge (GOP 35571, 35572, 35573)**  
 In diesem Abschnitt werden die Strukturzuschläge, die von den Kassenärztlichen Vereinigungen zugesetzt werden, abgebildet. Aufgrund der neuen Systematik im Bereich der Gruppentherapie gibt es künftig nur noch eine Gebührenordnungsposition für den Zuschlag zu den Gruppentherapien. Die jetzigen GOP werden zum 1. Juli gestrichen.

In Folge der Neustrukturierung erhalten die psychodiagnostischen Testverfahren in Abschnitt 35.3 ebenfalls neue Gebührenordnungspositionen.

Abschnitt 35.3

- **Abschnitt 35.3: Psychodiagnostische Testverfahren (GOP 35600, 35601, 35602)**  
 Die alten Gebührenordnungspositionen werden zum 1. Juli 2017 gestrichen.

Die umfangreichen Änderungen erfordern eine erhöhte Abrechnungsdisziplin, sowohl für das Quartal 2/2017, als auch die Quartale ab 3/2017, da Vermischungen ggf. zu Nachteilen in der Abrechnung führen könnten. Insofern sollte für das zweite Quartal 2017 eine möglichst pünktliche und umfassende Abrechnung der in diesem Quartal erbrachten Leistungen erfolgen, um mit dem dritten Quartal in der neuen Systematik durchgängig zu starten.

Erhöhte Abrechnungsdisziplin

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

### **3.2. Rabattverträge zu saisonalen Grippeimpfstoffen gelten für die Impfsaison 2017/2018 weiter**

Auch für die kommende Impfsaison können grundsätzlich (mit Ausnahme von medizinisch begründeten Einzelfällen) nur die saisonalen Grippeimpfstoffe der Ausschreibungsgewinner verordnet werden.

Die GKV-Verbände in Niedersachsen haben die Versorgung ihrer Versicherten mit saisonalen Grippeimpfstoffen für die Saisons 2016/2017 und 2017/2018 durch den Abschluss von Rabattverträgen geregelt.

Mit Inkrafttreten des GKV-Arzneimittelversorgungsstärkungsgesetzes (AMVSG) endet die Möglichkeit für Krankenkassen, Grippeimpfstoffe exklusiv auszuschreiben. Anders, als beispielsweise bei der Ausschreibung von Zytostatika, greift die Gesetzesänderung nicht in bestehende Rabattverträge zu Grippeimpfstoffen ein. Bereits geschlossene Verträge bestehen daher unverändert fort.

Über die Einzelheiten zum Bezug des Grippeimpfstoffs für die Impfsaison 2017/2018 werden wir Sie rechtzeitig informieren.

### **3.3. Strukturzuschläge für Psychotherapie auch bei der Behandlung von Soldatinnen und Soldaten der Bundeswehr**

Seit dem 1. April 2017 bezahlt auch die Bundeswehr die Zuschläge (GOP 35251, 35252 und 35253) zu den Leistungen des Abschnittes 35.2 EBM.

Die Positionen sind bereits ab der ersten Sitzung berechnungsfähig.

Die Bewertung der Gebührenordnungspositionen erfolgt entsprechend der regionalen Euro-Gebührenordnung, multipliziert mit dem Faktor 0,5.

Die Zuschläge werden von der KVN der Abrechnung hinzugesetzt.

### **3.4. Übermittlung von DMP-Dokumentationen auf Datenträger ab 1. Juli 2017 nicht mehr möglich**

Nach den DMP-Verträgen können aktuell DMP Dokumentationen auch auf Datenträger (z. B. CD oder Diskette) an die Datenstelle übermittelt werden. Hiervon machen allerdings nur noch wenige Praxen Gebrauch. Die Online-Dokumentation hat sich im Laufe der Zeit immer mehr durchgesetzt. Sie bietet gegenüber der Verwendung von Datenträgern deutliche Vorteile.

Bei der Verwendung von Datenträgern kommt es immer wieder vor, dass die Datenträger defekt und daher nicht lesbar sind. Sind sie zudem nicht ausreichend beschriftet, kann der Absender nicht ermittelt werden. Die Folge sind nicht vergütete Dokumentationen. Ein weiterer Aspekt sind die Kosten. Neben den Beschaffungskosten fallen aufgrund der notwendigen Archivierung der Datenträger bei der Datenstelle noch zusätzliche Kosten an.

Vorteile der Online-Dokumentation

Die DMP-Vertragspartner haben sich daher darauf verständigt, die Möglichkeit der Übermittlung von DMP-Dokumentationen auf Datenträger zum 30. Juni 2017 zu beenden.

Bitte beachten Sie: ab 1. Juli 2017 wird die Datenstelle DAVASO GmbH (zuvor INTER-FORUM GmbH) nur noch Online-Dokumentationen annehmen und verarbeiten.

Bei der Online-Dokumentation können die Daten mit folgenden Verfahren an die Datenstelle übermittelt werden:

**1. Online über das KVN-Portal**

- Die Datensätze aus der PVS werden über das KVN-Portal an die Datenstelle übertragen.
- Die eDMP-Benutzeranleitung ist im KVN-Portal ([www.kvn.de](http://www.kvn.de)) unter Verträge/DMP-strukturierte Behandlungsprogramme/Weitere Informationen/DMP-Merkblätter eingestellt.

**2. Über das Onlineportal der Datenstelle**

- Die Daten werden auf der Internetseite der Datenstelle unter „DMPonline“ erfasst.
- Zur Nutzung dieses Verfahrens ist eine Anmeldung bei der Datenstelle unter <https://dmponline.inter-forum.de> erforderlich.

**3. Über KV-Connect**

- Die Daten werden direkt aus der PVS im sicheren Netz der KVen (SNK) verschlüsselt an die Datenstelle übermittelt.
- Für die Nutzung von KV-Connect werden Zugangsdaten benötigt, die bei der KVN angefordert werden können. Weitere Informationen sind unter [www.kvn.de/Praxis/IT-fuer-die-Arztpraxis/KV-Connect](http://www.kvn.de/Praxis/IT-fuer-die-Arztpraxis/KV-Connect) erhältlich.

**3.5. Regressanträge der AOK Niedersachsen zu der Chronikerpauschale**

In den nächsten Wochen wird eine Vielzahl von Ihnen Regressanträge der AOK Niedersachsen zu vermeintlich nicht korrekt abgerechneten Chronikerpauschalen erhalten (GOP 03220, 03221, 04220 und 04221). Im Vorfeld haben wir einen Großteil der Regressanträge durch Verhandlungen mit der AOK Niedersachsen vermeiden können. Die übrig gebliebenen Anträge können jedoch berechtigt sein und beziehen sich in erster Linie auf folgende zwei Sachverhalte:

Kontinuierliche Behandlung einer chronischen Erkrankung:

Eine kontinuierliche ärztliche Behandlung liegt vor, wenn im Abrechnungsquartal und in den drei vorangegangenen Quartalen wegen derselben gesicherten chronischen Erkrankung pro Quartal mindestens ein Arzt-Patienten-Kontakt in mindestens drei Quartalen stattgefunden hat. Die Kontinuität wurde festgestellt, wenn in den drei Quartalen eine gleichartige dreistellige Verschlüsselung nach ICD-10 dokumentiert wurde.

Bitte beachten:

Zwei Sachverhalte

Hausarztwechsel und Kennzeichnung mit dem Suffix „H“:

Die Chronikerpauschale ist nur berechnungsfähig, wenn in mindestens zwei Quartalen persönliche Arzt-Patienten-Kontakte und in einem Quartal ein mittelbarer (z. B. telefonischer) Arzt-Patienten-Kontakt stattgefunden hat. Bei einem Hausarztwechsel (oder auch: Änderung der Versicherungsnummer, geänderte BSNR, Wechsel aus der hausarztzentrierten Versorgung) dokumentieren Sie dies bitte mit dem Suffix „H“. Dies ist jedoch nur dann möglich, wenn Sie sich von der kontinuierlichen Behandlung überzeugt haben, bzw. der Patient Ihnen dies glaubhaft versichert hat.

### **3.6. Hausarztvertrag mit dem BKK Landesverband Mitte für die teilnehmenden Betriebskrankenkassen; hier: Anpassungen zum 1. April 2017**

Die Aktualisierung und Weiterentwicklung des zwischen dem BKK LV Mitte, den Hausarztverbänden, dem BVKJ sowie der KVN abgeschlossenen Hausarztvertrages hat neben diversen redaktionellen Änderungen zu zwei wichtigen Anpassungen geführt:

1. Die Einschreibevergütung wurde mit Wirkung ab 1. April 2017 von 13,50 Euro auf nunmehr 16,00 Euro erhöht (GOP 99300-diese Änderung wird automatisch durch die KVN in der Abrechnung berücksichtigt).
2. Die Teilnahmeerklärung Versicherter wurde redaktionell angepasst. Diese wird Ihnen in der vertragseigenen Webanwendung zur Verfügung gestellt.

Zwei wichtige Anpassungen

### **3.7. „RESIST“ - Projekt des Innovationsfonds (Vereinbarung zur Resistenzvermeidung durch adäquaten Antibiotikaeinsatz bei akuten Atemwegsinfektionen) für Patienten der Ersatzkassen im Zeitraum 1. Juli 2017 bis 30. Juni 2019 - Teilnahmeverfahren läuft noch bis zum 30. Juni 2017**

Die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen konnte gemeinsam mit dem Verband der Ersatzkrankenkassen e. V. und weiteren Kassenärztlichen Vereinigungen eine Vereinbarung schließen, die aus Mitteln eines Innovationsfonds die Förderung von neuen Versorgungsformen ermöglicht.

Die Vereinbarung optimiert für Versicherte von Ersatzkassen die bestehenden Möglichkeiten einer bedarfsgerechten Versorgung mit Antibiotika durch eine verstärkte Einbeziehung des Patienten in der Verordnung.

Ziel der Vereinbarung ist die Förderung der adäquaten und indikationsgerechten Antibiotikaverordnung und die Reduktion der Verordnung von Reserveantibiotika. Die weiteren Einzelheiten der Inhalte dieses Projektes können den veröffentlichten Unterlagen im KVN-Portal unter Verträge/Innovationsfonds entnommen werden.

Ziel der Vereinbarung



Zur Teilnahme berechtigt sind:

- Ärzte, die an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen (einschließlich Fachärzte für Kinder- und Jugendheilkunde)
- Fachärzte für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
- Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt

Bis zum 30 Juni 2017 besteht die Möglichkeit, die Teilnahme an dieser Vereinbarung mittels Teilnahmeerklärung gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung zu erklären. Die Teilnahmeerklärung findet sich unter: [www.kvn.de/Antraege/Genehmigungspflichtige-Leistungen „RESIST“-Teilnahmeantrag](http://www.kvn.de/Antraege/Genehmigungspflichtige-Leistungen_„RESIST“-Teilnahmeantrag). Nach Eingang des Antrags erhalten die potentiellen Teilnehmer einen Zugang zu der Online-Fortbildung „RESIST“, die als Voraussetzung für die Teilnahme erfolgreich absolviert werden muss.

Für die erfolgreiche Teilnahme an der Online-Fortbildung und die Implementierung der erforderlichen Arbeitsprozesse in der Arztpraxis wird im Rahmen der Teilnahme eine einmalige Starterpauschale von 200 Euro ausgezahlt. Darüber hinaus erhalten die teilnehmenden Ärzte eine quartalsweise Programmkostenpauschale von maximal 450 Euro, wenn mindestens 20 Patienten von Ersatzkassen nach den Leistungsbestandteilen des Projektes im jeweiligen Abrechnungsquartal versorgt und dokumentiert wurden. Alle Honorare werden extrabudgetär gezahlt.

#### **Kontakt**

Frau Simone Niedziella  
Telefon: 0511 380-3338  
Telefax: 0511 380-3485  
E-Mail: [resist-niedersachsen@kvn.de](mailto:resist-niedersachsen@kvn.de)

### **3.8. Niedersächsischer Krebsnachsorgepass und ONkeyLINE: Änderung des Nachsorgeprotokolls Haut - Melanom Stadium II C bis IV**

Das obige Protokoll wurde an die aktuelle S 3-Leitlinie angepasst. Es werden nun auch im 4. und 5. Jahr vierteljährliche Untersuchungen empfohlen (bisher halbjährlich). Das Protokoll in ONkeyLINE wurde bereits angepasst. Das entsprechende Protokoll im Nachsorgepass sollte ebenfalls ausgetauscht werden. Das Bestellformular finden Sie im KVN-Portal unter Bezirksstellen/Formularbestellungen Onkologie.

### **3.9. Fachseminar I für die radiologische Fachkraft in der kurativen Mammographie**

Die RADSERV GmbH bietet am Freitag, dem 15. September 2017, ein eintägiges Fachseminar für die radiologische Fachkraft an. Das Fachseminar findet in Oldenburg statt, mit dem Thema „Einstelltechnik und Qualitätssicherung - Von der Theorie in die Praxis“.

Weitere Details entnehmen Sie bitte der Anlage oder der Homepage der RADSERV GmbH ([www.radserv.de](http://www.radserv.de)).

#### **Anlage 5.3: Fachseminar Kurative Mammographie**

Teilnahmeberechtigt

Mindestens 20 Patienten von Ersatzkassen

Vierteljährliche Untersuchungen im 4. und 5. Jahr

## 4. Veranstaltungen im Juni und Juli 2017

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

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

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

Name	Ort	Datum	Gebühr p. P.
<b>Qualitäts- und Praxismanagement</b>			
IGeLn leicht gemacht	Hannover	14.Jun	89 Euro
Qualitätsmanagement für Psychotherapeuten	Oldenburg	17.Jun	135 Euro
<b>Abrechnung und Verordnung</b>			
Sicher durch den „Heilmittel-Verordnungs-Dschungel“	Aurich	06.Jul	kostenlos
Honorarbescheid lesen und verstehen	Braunschweig	14.Jun	kostenlos
Typ 2-Diabetiker ohne Insulinbehandlung - ZI Schulungsprogramm	Verden	17.Jun	110 Euro
<b>Wirtschaftsseminare</b>			
Niederlassen in Niedersachsen	Göttingen	14.Jun	kostenlos
Praxisnachfolge	Hannover	07.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. **Sammelerklärung**

5.2. **Informationsschreiben**

5.3. **Fachseminar Kurative Mammographie**





# Gemeinsame Arbeitsgruppe Arzneimittel

Kassenärztliche Vereinigung  
Niedersachsen

Verbände der gesetzlichen  
Krankenkassen in Niedersachsen



## Wirtschaftliche Verordnung von Arzneimitteln

In Niedersachsen wurden in der Arzneimittelzielvereinbarung für das Jahr 2017 erstmals Zielquoten vereinbart, bei deren Erreichen sich Ärzte von der Durchschnittswertprüfung befreien können.

In diesem Zusammenhang stellt sich die Frage, ob die Verordnung von Rabattarzneimitteln künftig an Bedeutung verliert.

Die Verordnung von Rabattarzneimitteln stellt nach wie vor eine wirtschaftliche Form der Arzneimittelversorgung dar. Allein im Jahr 2016 konnten damit im Bereich der KV Niedersachsen rund 360 Mio. Euro an Einsparungen erzielt und die Arzneimittelausgaben begrenzt werden.

Vor diesem Hintergrund bitten wir Sie:

**Setzen Sie nur in medizinisch begründeten Ausnahmefällen ein Aut-idem-Kreuz.**

Damit stellen Sie sicher, dass bei alternativen Therapiemöglichkeiten das wirtschaftlichere Rabattarzneimittel abgegeben wird.

Auch bei der Durchschnittswertprüfung profitieren Sie von Rabattarzneimitteln:

Bei Nichterreichen der in der Arzneimittelzielvereinbarung 2017 festgelegten Zielquoten wird durch die Verordnung von Rabattarzneimitteln das Ausgabenvolumen, das zur Durchschnittswertprüfung herangezogen wird, stark reduziert. Bei einer Überschreitung des Durchschnittswertes Ihrer Fachgruppe um 50 % wird Ihr Ausgabenvolumen um die Rabattsummen der abgerechneten Rabattarzneimittel gemindert.

Außerdem bieten einige Krankenkassen den Beitritt zu bestimmten Rabattverträgen an. Damit wird nicht nur die Rabattsumme von Ihrem Ausgabenvolumen abgezogen, sondern das verordnete Rabattarzneimittel vollständig herausgerechnet.

Auch künftig haben Rabattarzneimittel eine große Bedeutung sowohl für die wirtschaftliche Arzneimittelversorgung, die Finanzierbarkeit unseres Gesundheitssystems als auch persönlich für Sie als Arzt.

**Tragen Sie zu einer bedarfsgerechten, qualitätsgesicherten und zugleich wirtschaftlichen Arzneimittelversorgung bei!**

**Veranstalter:**  
RADSERV GmbH  
Dienstleistungen für radiologische Praxen  
Fockenbollwerkstraße 25 - 27  
26603 Aurich

**Anmeldung:**  
Frau Brigitte Sturm  
Tel. 04941 60510-27  
Fax 04941 60510-727  
fortbildung@radserv.de  
www.radserv.de

**Veranstaltungsort:**  
Technologie- und Gründerzentrum Oldenburg  
Marie-Curie-Straße 1  
26129 Oldenburg / Wechloy

## Fachseminare für die radiologische Fachkraft in der kurativen Mammografie

Von Einstelltechnik und Qualitätssicherung bis zur Diagnose

Die Teilnehmerzahl ist auf 20 begrenzt.

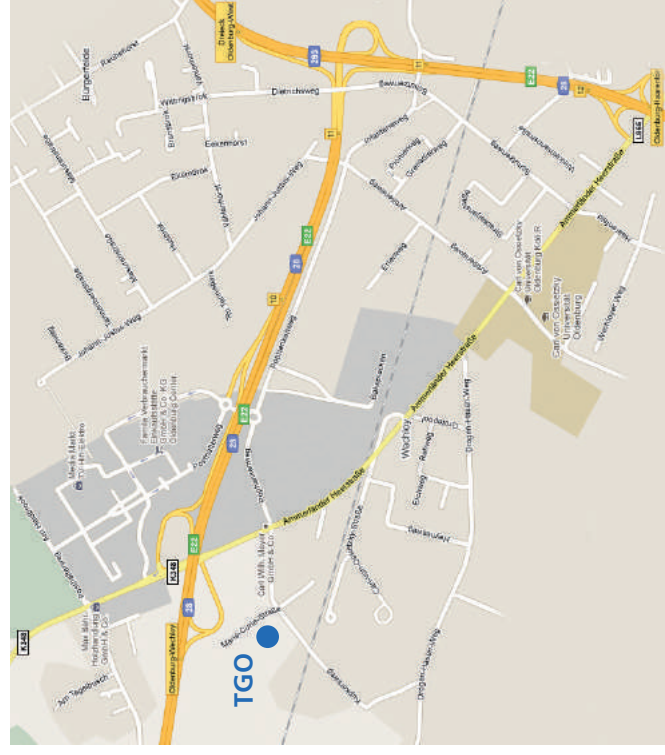
Teilnahmegebühr: 200,- Euro inkl. MwSt  
(inkl. Pausenverpflegung)

Die Kursgebühr ist innerhalb von 14 Tagen  
nach der Anmeldung zu entrichten.

Eine Rückerstattung ist nur bis 10 Tage vor  
Kursbeginn abzügl. einer Bearbeitungsgebühr  
in Höhe von 25,- Euro möglich.

Bei späterer Absage oder Nichterscheinen  
wird die Kursgebühr in voller Höhe fällig.

Der Veranstalter behält sich die Absage  
des Kurses bei Nichtzustandekommen  
bis 14 Tage vor Veranstaltungsbeginn vor.



TGO Oldenburg



## Fachseminar I

### für die Fachkraft in der kurativen Mammografie

„Einstelltechnik und Qualitätssicherung – Von der Theorie in die Praxis“

Gute Kenntnisse in der Einstelltechnik in Anlehnung an die KBV-Richtlinien und ein professioneller, einfühlsamer Umgang mit der Patientin sind Voraussetzung für einen hohen Qualitätsstandard in der Mammografie.

Sicherheit bei der Erstellung guter Mammografieaufnahmen der Stufe I und Grundlegendes zur Qualitätssicherung auf verschiedenen Ebenen in der Mammografie stehen im Mittelpunkt unseres Seminars.

Vorträge, Diskussionen und praktisches Arbeiten werden uns durch den Kurstag führen.

#### Kursprogramm:

9:00 Uhr	Begrüßung und Registrierung
9:15 Uhr	Qualitätssicherung auf den verschiedenen Ebenen
10:15 Uhr	Positionierungstechnik Theorie, Teil I
10:45 Uhr	Kaffeepause
11:00 Uhr	Positionierungstechnik Theorie, Teil II
11:15 Uhr	Qualitätskriterien und KBV-Richtlinien
11:45 Uhr	Technische Qualitätssicherung
12:45 Uhr	Mittagspause
13:30 Uhr	Positionierungstechnik / Praxis
ca. 15:00 Uhr	Kaffeepause
15:15 Uhr	Positionierungstechnik / Praxis
16:15 Uhr	Ergonomie am Mammografiegerät
16:45 Uhr	Abschlussgespräch
17:00 Uhr	Ende der Veranstaltung

## Fachseminar II

### für die Fachkraft in der kurativen Mammografie

„Von der Mammografie zur Diagnose – Tipps und viele Informationen“

Die Erstellung von Aufnahmen der Stufe I in den KBV-Richtlinien? Unser Ziel in der Mammografie!

Gute Kenntnisse auch bei den Zusatzaufnahmen und bei weiteren, von der Fachkraft begleiteten Untersuchungen sowie in deren Qualitätssicherung vermitteln wir in diesem Seminar. Bis zur Diagnose einer Brusterkrankung sind viele Schritte notwendig. Hier wollen wir einen Einblick in angrenzende Bereiche gewähren.

Interessante Vorträge, eine Bildpräsentation zu den Anforderungen der KBV-Richtlinien und ein Workshop werden Inhalt dieses Kurstages sein.

Die Teilnahme am Fachseminar I ist keine Voraussetzung für diesen Kurs!

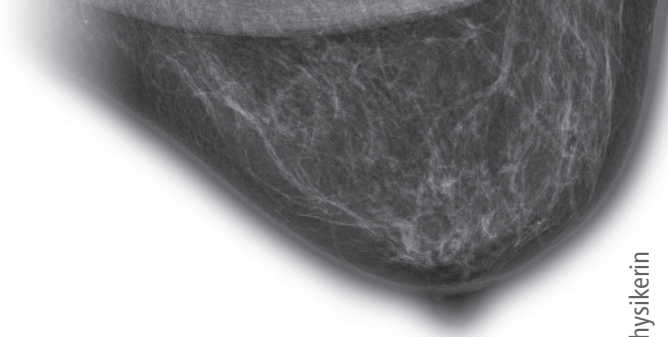
#### Kursprogramm:

9:00 Uhr	Begrüßung und Registrierung
9:15 Uhr	Bildpräsentation mit Blick auf die KBV-Richtlinien und Erfahrungsaustausch
10:30 Uhr	Kaffeepause
10:45 Uhr	Indikationen und Positionierungstechnik der Zusatzaufnahmen
11:30 Uhr	Vorstellung weiterer Abklärungsmethoden und deren Qualitätssicherung
12:30 Uhr	Mittagspause
13:15 Uhr	Neues aus der Qualitätssicherung
14:00 Uhr	Dokumentation einer stereotaktischen Stanzbiopsie
ca. 15:00 Uhr	Kaffeepause
15:15 Uhr	Workshop
16:45 Uhr	Abschlussgespräch
17:00 Uhr	Ende der Veranstaltung

#### Referentinnen:

Frau B. Freiheit, MTRA

Frau Dipl.-Ing. I.-K. Gese, Medizin-Physikerin





# Informationen für die Praxis

KVN-Rundschreiben

April 2017

## Inhaltsverzeichnis

<b>1. Abrechnung</b> .....	<b>3</b>
1.1. EBM-Änderung zur Einführung eines neuen Testverfahrens iFOBT zur Darmkrebs-Früherkennung zum 1. April 2017 .....	3
1.2. Bewertungsausschuss fasst Beschlüsse zur Einführung von neuen Leistungen in den EBM zum 1. April 2017 .....	4
1.3. Aktuelles zur TerminServiceStelle (TSS) .....	7
1.4. Angabe der Uhrzeit zu den GOP 01205 und 01207 (Notfallpauschalen) .....	7
1.5. Erweiterter Bewertungsausschuss fasst Beschlüsse zur Bewertung der psychotherapeutischen Sprechstunde, Akutbehandlung und probatorischen Sitzung zum 1. April 2017 .....	8
<b>2. Verordnungen</b> .....	<b>9</b>
2.1. Beschluss zur Änderung der Krankentransport-Richtlinie aufgrund der Einführung von Pflegegraden seit dem 8. März 2017 in Kraft .....	9
2.2. Verordnungsweise von Sprechstundenbedarf .....	10
2.3. Verordnung von Fentanyl-Pflastern .....	10
2.4. Entresto® (Sacubitril/Valsartan) als Praxisbesonderheit anerkannt .....	11
2.5. Cannabis-Begleiterhebungs-Verordnung (CanBV) ....	11
2.6. Gemeinsame Arbeitsgruppe Arzneimittel - Informationsschreiben zum Thema Imatinib-Generika .....	12
<b>3. Allgemeine Hinweise</b> .....	<b>13</b>
3.1. Neuregelung zur Notfallversorgung ab 1. April 2017 im Bereitschaftsdienst .....	13
3.2. DMP-Datenstelle INTER-FORUM firmiert in DAVASO GmbH .....	13
3.3. Inanspruchnahme von Sprachmittlern/Dolmetschern bei der Behandlung von Flüchtlingen .....	14

3.4.	Ärzte- und MFA-Fortbildungsprojekt „plexus“ ab Mitte April mit neuem Internetauftritt .....	14
3.5.	Nachweis der jährlichen Fortbildungspflicht aus Sonderverträgen - Meldefrist bis 30. Juni 2017 .....	14
<b>4.</b>	<b>Veranstaltungen im Mai und Juni 2017.....</b>	<b>15</b>
<b>5.</b>	<b>Anlagenverzeichnis.....</b>	<b>18</b>
5.1.	Informationsblatt .....	18
5.2.	Gesetzestext .....	18
5.3.	Informationsschreiben.....	18
5.4.	Schaubild .....	18

## 1. Abrechnung

### 1.1. EBM-Änderung zur Einführung eines neuen Testverfahrens iFOBT zur Darmkrebs-Früherkennung zum 1. April 2017

Ab dem 1. April 2017 ersetzt der quantitative immunologische Tests zum Nachweis von fäkalem occultem Blut im Stuhl (iFOBT) den derzeit verwendeten Guajak-basierten Test (gFOBT).

**Für Vertragsärzte, die die Früherkennungsuntersuchung auf kolorektales Karzinom durchführen, ändert sich zum 1. April 2017 Folgendes:**

- Die GOP 01734 für die Untersuchung auf occultes Blut im Stuhl, die auch die Kosten für die Testbriefchen beinhaltet, wird gestrichen.
- Mit der neuen GOP 01737 (57 Punkte) wird Folgendes vergütet:
  - die Ausgabe und Rücknahme des Stuhlprobenentnahmesystems,
  - die damit zusammenhängende Beratung (auch nach positivem iFOBT) und  
Die Veranlassung einer Untersuchung auf occultes Blut im Stuhl.
  - Abrechnen können alle Fachgruppen, die bisher die GOP 01734 berechnen konnten (Hausärzte, Chirurgen, Gynäkologen, Hautärzte, Internisten, Urologen).

Das Stuhlprobenentnahmesystem beziehen die Ärzte über das Labor. Die Kosten hierfür sind in der Laborleistung enthalten (GOP 01738).

- In der GOP 01740 (Beratung zur Früherkennung des kolorektalen Karzinoms) wird der obligate Leistungsinhalt „Ausgabe des Merkblattes“ gestrichen, da dieser in der angepassten Krebsfrüherkennungs-Richtlinie entfallen ist.
- Ein Guajak-basierter Nachweis von occultem Blut im Stuhl (gFOBT) ist somit ab dem 1. April 2017 im präventiven Bereich nicht mehr berechnungsfähig. Im kurativen Bereich kann dieser Test übergangsweise noch bis zum 30. September 2017 durchgeführt und abgerechnet werden. Die GOPs 32040 und die Kostenpauschale 40150 für ausgegebene, aber nicht zurückerhaltene Testbriefe werden zum 1. Oktober 2017 gestrichen.

**Für Laborärzte ändert sich zum 1. April 2017 Folgendes:**

- Mit der neuen GOP 01738 (75 Punkte) ist ab 1. April 2017 die automatisierte quantitative immunologische Bestimmung von occultem Blut im Stuhl mit umgehender Befundübermittlung abgebildet. Sie ist einmal im Krankheitsfall berechnungsfähig. Voraussetzung für die Abrechnung ist eine Genehmigung der KVN nach der Vereinbarung zu den Laboratoriumsuntersuchungen (gemäß § 135 Abs. 2 SGB V). Zusätzlich muss für die Abrechnung nach-

Änderungen zum  
1. April

gewiesen werden, dass die durch den Beschluss des Bewertungsausschusses konkretisierten Anforderungen an das eingesetzte Testverfahren erfüllt werden (gemäß § 39 Abs. 1 der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie).

- Zum 1. April 2017 wird eine neue GOP 32457 (6,21 Euro) zur quantitativen immunologischen Bestimmung von occultem Blut im Stuhl bei kurativer Untersuchungsindikation aufgenommen. Hierdurch wird die Untersuchung an den Stand von Wissenschaft und Technik angepasst.
- Die GOPen 32457 und 01738 können im Behandlungsfall nicht nebeneinander berechnet werden.

Hinsichtlich der Spezifikation der Anforderungen an das Testverfahren und des Genehmigungsverfahrens werden wir Sie gesondert informieren.

## 1.2. Bewertungsausschuss fasst Beschlüsse zur Einführung von neuen Leistungen in den EBM zum 1. April 2017

Der Bewertungsausschuss hat weitere Beschlüsse zur Einführung von neuen Leistungen in den EBM getroffen.

Nachfolgend die Beschlüsse kurz im Überblick:

- Videosprechstunde,
- Leistung „Anleitung zur Selbstanwendung eines Real-Time-Messgerätes zur kontinuierlichen interstitiellen Glukosemessung (rtCGM)“ und
- Versorgungspauschale Kinderneurologie für die Versorgung chronisch niereninsuffizienter Patienten werden in den EBM aufgenommen.

### Videosprechstunde

Die Videosprechstunde wird als Form des „anderen Arzt-Patienten-Kontaktes“ definiert und für die unten aufgeführten Fachgruppen in den EBM aufgenommen. Damit sind Videosprechstunden, wie andere Gespräche und Telefonate, Inhalt der Pauschalen und nicht gesondert berechnungsfähig. Berechnungsfähig sind hingegen die mit der Videosprechstunde zusammenhängenden Kosten als sogenannter „Technikzuschlag“ sowie bei ausschließlicher Erbringung einer Videosprechstunde im Behandlungsfall die „Videosprechstunde in Quartalen ohne persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt“. Was beiden neuen Leistungen gemein ist, dass die Videosprechstunde zum Zweck der Beratung und der Verlaufskontrolle bei Patienten mit definierten Anlässen auf Initiative des Patienten erfolgt. Darüber hinaus kann bei Gebührenordnungspositionen, deren Berechnung drei oder mehr persönliche Arzt-Patienten-Kontakte im Behandlungsfall voraussetzt (02310, 07310, 07311, 07330, 07340, 10330, 18310, 18311, 18330 und 18340) einer dieser persönlichen Arzt-Patienten-Kontakte auch als Arzt-Patienten-Kontakte im Rahmen einer Videosprechstunde erfolgen.

Überblick

Auf Initiative des Patienten

Für die Durchführung einer Videosprechstunde sind die in Anlage 31b zum Bundesmantelvertrag definierten technischen Anforderungen zu erfüllen. Die Erfüllung der Voraussetzungen ist durch eine Erklärung des Videodienstanbieters für die Arztpraxis gegenüber der KV nachzuweisen, z. B. durch eine Rechnung.

### Das sind die neuen GOPen im Überblick

- GOP 01439 (88 Punkte): „Videosprechstunde in Quartalen ohne Arzt-Patienten-Kontakt“, einmal im Behandlungsfall

Die GOP 01439 ist von Inhalt, Struktur und Bewertung vergleichbar mit der bestehenden GOP 01435 (Haus-/Fachärztliche Bereitschaftspauschale). Sie kann für die Betreuung eines Patienten im Rahmen einer Videosprechstunde berechnet werden, sofern im Behandlungs- oder Arztfall kein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt stattfindet und die Kontaktaufnahme durch den Patienten zum Zweck mindestens einer der im obligaten Leistungsinhalt genannten Verlaufskontrollen und einer diesbezüglichen Beratung erfolgt.

Weitere Voraussetzung ist, dass in einem der beiden Quartale, die der Berechnung unmittelbar vorausgehen, ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt in der Praxis stattgefunden hat und die Verlaufskontrolle durch dieselbe Praxis erfolgt wie die Erstbegutachtung.

Die Vergütung erfolgt in der MGV. Hintergrund für diese Entscheidung ist, dass durch den Wegfall von Versicherten- und Grundpauschalen bei diesen Patienten Einsparungen erzielt werden, die jedoch nicht bereinigt werden.

- GOP 01450 (40 Punkte): „Technikzuschlag“, je Arzt-Patienten-Kontakt im Rahmen einer Videosprechstunde

Die GOP 01450 vergütet die Kosten, die durch die Nutzung eines Videodienstanbieters entstehen. Sie kann je Arzt-Patienten-Kontakt im Rahmen einer Videosprechstunde gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä (also auch mehrfach im Behandlungsfall; bei mehr als einer Inanspruchnahme derselben Betriebsstätte an demselben Tag sind die Uhrzeitangaben erforderlich) berechnet werden, sofern die Kontaktaufnahme durch den Patienten zum Zweck mindestens einer der im obligaten Leistungsinhalt genannten Verlaufskontrollen und einer diesbezüglichen Beratung erfolgt.

Die GOP 01450 unterliegt einer Punktzahlbergrenze je Arzt und Quartal in Höhe von 1.899 Punkten (ca. 200 Euro), bis zu der alle gemäß der GOP 01450 durchgeführten Leistungen im Quartal zu vergüten sind.

Die Vergütung erfolgt extrabudgetär. Nach zwei Jahren wird die Überführung in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (MGV) geprüft.

Kontaktaufnahme durch den Patienten

Kontaktaufnahme durch den Patienten

Die neuen GOPen 01439 und 01450 können von folgenden Fachgruppen abgerechnet werden: Hausärzte, Kinder- und Jugendmediziner, An-

ästhesisten, Augenärzte, Chirurgen, Gynäkologen, HNO-Ärzte, Dermatologen, hausärztliche Internisten, Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgen, Nervenärzte, Neurochirurgen, Neurologen, Orthopäden, Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie, Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, Strahlentherapeuten, Urologen, Fachärzte für Physikalische, Rehabilitative Medizin, fachärztliche Internisten ohne Teilgebiet, Hämatologen, Rheumatologen, Gastroenterologen, Angiologen, Endokrinologen, Pneumologen, Nephrologen und Kardiologen.

### **Anleitung zur Selbstanwendung eines Real-Time-Messgerätes zur kontinuierlichen interstitiellen Glukosemessung (rtCGM)**

Patienten mit insulinpflichtigem Diabetes mellitus haben unter bestimmten Voraussetzungen Anspruch auf ein Real-Time-Messgerät zur kontinuierlichen interstitiellen Glukosemessung (rtCGM). Für die Anleitung des Patienten beziehungsweise der Bezugsperson zur Selbstanwendung eines rtCGM werden die 03355, 04590 und 13360 in den EBM aufgenommen.

Die drei GOP sind inhaltsgleich und je vollendete zehn Minuten, die zur Anleitung eines Patienten und/oder einer Bezugsperson benötigt werden, berechnungsfähig. Die GOP können bis zu zehnmal im Krankheitsfall angesetzt werden. Die Bewertung (72 Punkte) und Prüfzeit (zwei Minuten) berücksichtigen, dass der Arzt die Anleitung beziehungsweise Schulung des Patienten entsprechend den Vorgaben der Richtlinien auch teilweise an das Praxispersonal delegieren kann.

Die Vergütung der Leistungen der GOP 03355, 04590 und 13360 erfolgt außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung.

Vergütung

### **Versorgungspauschale Kinderneurologie für die Versorgung chronisch niereninsuffizienter Patienten**

In den Abschnitt 4.5.4 des EBM wird für die Wahrnehmung des Versorgungsauftrages nach § 3 Abs. 3 Buchstabe e) Anlage 9.1 BMV-Ä (Versorgung chronisch niereninsuffizienter Patienten) zum 1. April 2017 ein Zuschlag zu der Versichertenpauschale 04000 aufgenommen. Dies erfolgt, um den Aufwand im Zusammenhang mit diesem besonderen Versorgungsauftrag angemessen zu vergüten. Der Zuschlag der GOP 04563 in Höhe von 950 Punkten kann einmal im Behandlungsfall abgerechnet werden. Abrechnungsbefugt sind Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatzweiterbildung Kinder-Nephrologie und/oder Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin, die über eine Genehmigung zur Durchführung von Blutreinigungsverfahren gemäß § 135 Abs. 2 SGB V verfügen.

Auch die Vergütung der GOP 04563 wird außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung finanziert.

Vergütung

Die vollständigen Beschlüsse wurden auf der Internetseite des Instituts des Bewertungsausschusses unter <https://institut-ba.de/ba/beschluesse.html> veröffentlicht.

### 1.3. Aktuelles zur TerminServiceStelle (TSS)

#### Neu für alle Nutzer des eTerminservice

Sie können sich ab sofort täglich über vergebene oder abgesagte Termine per E-Mail oder Fax benachrichtigen lassen.

E-Mail oder Fax  
Benachrichtigung

Klicken Sie dafür bitte auf der „Profil“-Seite auf „Kontaktinformationen“ und aktivieren Sie dort den Service. Ggf. müssen Sie Ihre E-Mail-Adresse oder Fax-Nummer eintragen oder ändern, falls nicht die hinterlegten Daten verwendet werden sollen.

Sie können dort auch Ihren Praxisnamen, der der TSS bei der Terminvergabe angezeigt wird, oder die an die Patienten herauszugebende Telefonnummer ändern.

#### Neu für psychotherapeutisch tätige Praxen

Seit dem 1. April 2017 ist die TSS verpflichtet, auch „Psychotherapeutische Sprechstunden“ und „Psychotherapeutische Akutbehandlungen“ zu vermitteln.

Terminvermittlung seit  
1. April

Termine melden bzw. verwalten Sie bitte online im KVN-Portal unter „Online-Dienste“ und dort „eTerminservice“. Sie können dort Termine anlegen, blockieren oder auch wieder löschen. Wählen Sie bitte entweder „Psychoth. Sprechstunde“ oder „Psychoth. Akutbehandlung“ aus und nutzen Sie gerne die Möglichkeit, Termine als Serien einzugeben. Die TSS wird immer nur den ersten Sprechstunden- oder Akutbehandlungstermin für eine/n Patient/in vergeben und keine Folgetermine.

Termine anlegen, blockieren oder löschen

#### Wichtig für alle, die Ferien und/oder Urlaub geplant haben

Die Osterferien haben begonnen und die Sommerferien sind auch nicht mehr weit: Bitte denken Sie daran, die der TSS gemeldeten Termine für Urlaubszeiten zu blockieren, damit diese nicht vergeben werden.

Termine für Urlaubszeiten blockieren

### 1.4. Angabe der Uhrzeit zu den GOP 01205 und 01207 (Notfallpauschalen)

Die Notfallpauschalen für die Abklärung der Behandlungsnotwendigkeit wurden zum 1. April 2017 in den EBM eingeführt. Bitte beachten Sie, dass für die Abrechnung der GOP 01205 und 01207 die Uhrzeit der Inanspruchnahme anzugeben ist. Der Eintrag für die Uhrzeit erfolgt im KVDT-Feld 5006.

Bei fehlender Uhrzeitangabe können die abgerechneten GOP in Ihrer Quartalsabrechnung nicht berücksichtigt werden.

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



### 1.5. Erweiterter Bewertungsausschuss fasst Beschlüsse zur Bewertung der psychotherapeutischen Sprechstunde, Akutbehandlung und probatorischen Sitzung zum 1. April 2017

Nachfolgend möchten wir Ihnen in dieser kurzen Übersicht die wesentlichen Neuerungen zur Abrechnung psychotherapeutischer Leistungen für Psychotherapeuten ab dem 1. April 2017 im Überblick zusammenfassend darstellen:

#### **Psychotherapeutische Sprechstunde**

GOP 35151 / Bewertung: 406 Punkte (42,75 Euro) / Dauer: mindestens 25 Minuten

#### **Psychotherapeutische Akutbehandlung**

GOP 35152 / Bewertung: 406 Punkte (42,75 Euro) / Dauer: mindestens 25 Minuten

#### **Strukturzuschlag**

Zuschlag zur psychotherapeutischen Sprechstunde und zur psychotherapeutischen Akutbehandlung

GOP 35254 / Bewertung 69 Punkte (7,27 Euro) wird von der KVN zugesetzt, sobald die Mindestpunktzahlgrenze erreicht ist, dabei werden die Punkte für Sprechstunde und Akutbehandlung mitgezählt.

#### **Probatorische Sitzungen**

Die Bewertung in Höhe von 621 Punkten wird nicht angepasst. Abgelehnt wurde ferner auch die Zahlung eines Strukturzuschlages auf probatorische Sitzungen und deren Berücksichtigung bei der Zählung, ob die Mindestpunktzahlgrenze erreicht wird.

#### **Gruppentherapien**

Die Abrechnung von Gruppenleistungen erfolgt übergangsweise mit den alten Gebührenordnungspositionen, wobei die Gruppengrößen auf mindestens drei und maximal neun Teilnehmer angepasst wurden. Neu ist, dass die GOP für kleine Gruppen nun auch bei Erwachsenen angesetzt werden dürfen (nicht mehr nur für Kinder und Jugendliche). Ein neues Vergütungssystem für Gruppentherapien, das auch eine höhere Honorierung vorsieht, soll zum 1. Juli 2017 eingeführt werden.

#### **Übergangsregelung**

Für die Abrechnung von Leistungen, die vor dem 1. April 2017 beantragt und damit nach den Vorgaben der alten Psychotherapie-Richtlinie durchgeführt werden dürfen, gibt es Übergangsregelungen:

- Kurzzeittherapie als Einzel- und Gruppentherapie: Es können bis zu 25 Sitzungen abgerechnet werden, wenn ein solches Therapiekontingent vor dem 1. April 2017 beantragt wurde. Diese Regelung gilt für Einzel- und Gruppentherapien. Um sichtbar zu

machen, dass es sich um eine Therapie nach der alten Psychotherapie-Richtlinie handelt, muss der Therapeut die 25. Sitzung in der Abrechnung mit einem „L“ bzw. bei der Einbeziehung von Bezugspersonen mit „S“ kennzeichnen.

- Gruppentherapie: Gruppentherapien im Rahmen einer Verhaltenstherapie können auch mit zwei Teilnehmern durchgeführt werden, wenn diese Leistung vor dem 1. April 2017 beantragt worden ist.
- Probatorische Sitzungen: Probatoriken, die vor 1. April 2017 begonnen wurden, können weiterhin nach der alten Regelung durchgeführt werden, das heißt: bis zu 5-mal für tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und für Verhaltenstherapie, bis zu 8-mal für analytische Psychotherapie. Um sichtbar zu machen, dass es sich um eine Probatorik nach der alten Psychotherapie-Richtlinie handelt, muss der Therapeut die Sitzungen in der Abrechnung mit einem „L“ bzw. bei der Einbeziehung von Bezugspersonen mit „S“ kennzeichnen.

Der Abschnitt 35.2 des EBM wird zum 1. Juli 2017 neu strukturiert. Dazu gehört auch die neue Vergütungssystematik für Gruppentherapien. Es ist geplant, die Vergütung pro Teilnehmer nach der Gruppenstärke zu bemessen und nicht nur mehr in „kleine“ und „große“ Gruppen zu unterscheiden. Durch die neue Vergütungssystematik werden zahlreiche Gebührenordnungspositionen in den EBM aufgenommen. Auch für die Kurzzeittherapie wird es ab dem 1. Juli 2017 pro Verfahren zwei Gebührenordnungspositionen geben. Um Platz zu schaffen, wird der Abschnitt 35.2 umgebaut. Dadurch wird sich die Nummerierung der GOP für Einzelleistungen, psychodiagnostische Testverfahren und für die Strukturzuschläge ändern.

Neue Vergütungssystematik

Die vollständigen Beschlüsse wurden auf der Internetseite des Instituts des Bewertungsausschusses unter <https://institut-ba.de/ba/beschluesse.html> veröffentlicht.

## 2. Verordnungen

### 2.1. Beschluss zur Änderung der Krankentransport-Richtlinie aufgrund der Einführung von Pflegegraden seit dem 8. März 2017 in Kraft

Im Januar-Rundschreiben informierten wir Sie über den Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) über eine Änderung der Krankentransport-Richtlinie aufgrund der Einführung von Pflegegraden. Nachdem der Beschluss am 7. März 2017 im Bundesanzeiger veröffentlicht wurde, ist er zum 8. März 2017 in Kraft getreten.

Die überarbeitete Krankentransport-Richtlinie können Sie in Kürze auf der Internetseite des Gemeinsamen Bundesausschusses unter: [www.g-ba.de/Informationen/Richtlinien](http://www.g-ba.de/Informationen/Richtlinien) nachlesen.

## 2.2. Verordnungsweise von Sprechstundenbedarf

Im August-Rundschreiben des letzten Jahres hatten wir Sie informiert, dass der Sprechstundenbedarf grundsätzlich kalendervierteljährlich zu beziehen ist. Zudem hatten wir Sie gebeten, künftig die Verordnung auf weniger Rezepte zusammenzufassen, damit durch die Apotheke/den Hersteller günstigere Großpackungen geliefert und somit Kosten eingespart werden können.

Von mehreren Apotheken wurde uns nun berichtet, dass unter Hinweis auf den Rundschreiben-Beitrag die Tendenz zugenommen habe, die Verordnungen für bereits bezogenen Sprechstundenbedarf zurückzuhalten und gesammelt erst am Quartalsende auszustellen. Dies ist jedoch unzulässig, es gilt der Grundsatz: Verordnung vor Bezug.

Grundsatz: Verordnung vor Bezug

Der Sprechstundenbedarf einer Praxis sollte grundsätzlich so bemessen sein, dass er für ein ganzes Quartal ausreicht und erst zum Ende des Quartals die verbrauchten Materialien nachbestellt bzw. aufgefüllt zu werden brauchen. Wir bitten um künftige Beachtung. Bei Fragen zum Sprechstundenbedarf stehen Ihnen die Bezirksstellen gerne zur Verfügung.

## 2.3. Verordnung von Fentanyl-Pflastern

Aus gegebenem Anlass möchten wir Sie darauf hinweisen, bei der Verordnung von Fentanyl-Pflastern, insbesondere im Vertretungsfall bei unbekanntem Patienten vorsichtig zu sein, um Anzeichen von Missbrauch frühzeitig zu erkennen.

Folgende Fragen können hierbei eine Hilfestellung bieten (übernommen von der KV Bayern):

- „Von welchem Arzt und wann wurde Ihre letzte Fentanyl-Verordnung ausgestellt?“ Prüfen Sie eventuell telefonisch, ob diese Arztpraxis wirklich nicht erreichbar ist.
- „Wie oft erfolgt ein Pflasterwechsel?“ Überprüfen Sie die zuletzt verordnete Menge und die Reichdauer.
- „In welcher Apotheke haben Sie Ihre letzte Packung Fentanyl-Pflaster bekommen?“ Halten Sie eventuell mit Einverständnis des Patienten Rücksprache mit dieser Apotheke.
- „Wo klebt aktuell Ihr Fentanyl-Pflaster?“ Lassen Sie sich das Pflaster/die Klebestelle zeigen.

Hilfsfragen

Bei Patienten, die diese Fragen nicht problemlos und plausibel beantworten können, sollte eine Verordnung von Fentanyl-Pflastern sorgfältig abgewogen werden. Muss im Vertretungsfall aus medizinischen Gründen eine Verordnung erfolgen, sollte grundsätzlich die kleinste Menge verordnet werden.

## 2.4. Entresto® (Sacubitril/Valsartan) als Praxisbesonderheit anerkannt

Seit dem 17. März 2017 wird Entresto® (Wirkstoffkombination: Sacubitril/Valsartan) nach einer Vereinbarung zwischen dem GKV-Spitzenverband und dem pharmazeutischen Unternehmer Novartis Pharma GmbH ab dem ersten Behandlungsfall für das folgende Anwendungsgebiet, für das der G-BA einen Zusatznutzen festgestellt hat, als Praxisbesonderheit anerkannt:

- „Entresto® wird bei erwachsenen Patienten zur Behandlung einer symptomatischen, chronischen Herzinsuffizienz mit reduzierter Ejektionsfraktion angewendet (siehe Abschnitt 5.1)“ [Fachinformation]

Patienten mit symptomatischer, chronischer Herzinsuffizienz mit reduzierter Ejektionsfraktion, die zuvor **nicht** mit einem ACE-Hemmer oder einem AT1-Rezeptorblocker (ggf. in Kombination mit einem Betablocker und/oder Aldosteronantagonisten) vorbehandelt worden sind, wurden in der Zulassungsstudie PARADIGM-HF **nicht** untersucht.

Die Verordnungen von Entresto® bei diesen Patienten sind somit nicht von der Praxisbesonderheit umfasst.

Weitere Informationen zu Entresto® finden Sie unter [www.g-ba.de](http://www.g-ba.de) und [www.gkv-spitzenverband.de](http://www.gkv-spitzenverband.de)

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

Aufstellung Praxisbesonderheiten

## 2.5. Cannabis-Begleiterhebungs-Verordnung (CanBV)

Am 30. März 2017 ist die Cannabis-Begleiterhebungs-Verordnung (CanBV) nach § 31 Abs. 6 SGB V in Kraft getreten. Diese regelt die bei der Verordnung von medizinischem Cannabis vorgesehene Begleiterhebung durch das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM). Eine Teilnahme an der Begleiterhebung ist Voraussetzung für eine Genehmigung der Verordnung von medizinischem Cannabis durch die Krankenkasse.

Die Verordnung legt fest, welche Daten die Begleiterhebung umfasst. Der Erhebungsbogen wird elektronisch zur Verfügung gestellt und nach Ausfüllen anonym an das BfArM übermittelt. Das Verfahren wird vom BfArM noch näher konkretisiert.

Der Vertragsarzt ist verpflichtet, den Patienten in einem persönlichen Gespräch über die Begleiterhebung, insbesondere das Verfahren der anonymisierten Datenübermittlung zu informieren und ihm das vom BfArM erstellte Informationsblatt auszuhändigen (s. Anlage).

Der Erhebungsbogen ist elektronisch auszufüllen und zu übermitteln, wenn

- nach Beginn der Therapie mit der genehmigten Leistung ein Jahr vergangen ist oder
- die Therapie vor Ablauf eines Jahres beendet wurde.

Für Versicherte, die sich nach dem 31. Dezember 2021 noch in Therapie befinden, ist bis zum 31. März 2022 ein Erhebungsbogen auszufüllen und zu übersenden. Dies ist unabhängig davon, ob für den jeweiligen Patienten bereits ein Erhebungsbogen an das BfArM übermittelt wurde.

Ein Wechsel der Leistung (z. B. von Cannabisblüten auf den Extrakt) gilt als neue Therapie, d. h. es ist erneut ein Erhebungsbogen entsprechend der Verordnung auszufüllen und zu übermitteln.

Den vollständigen Gesetzestext der Cannabis-Begleiterhebungs-Verordnung (CanBV) sowie das Informationsblatt des BfArM zur Aushändigung an den Patienten finden Sie als Anlage.

Darüber hinaus finden Sie weitere Informationen zur Verordnung von medizinischem Cannabis im KVN-Portal unter Verordnungen/Arzneimittel/Cannabis.

**Anlage 5.1: Informationsblatt**

**Anlage 5.2: Gesetzestext**

**2.6. Gemeinsame Arbeitsgruppe Arzneimittel - Informationsschreiben zum Thema Imatinib-Generika**

Im Anhang finden Sie ein weiteres Informationsschreiben der AG GKV/KVN Arzneimittel. Das Schreiben thematisiert die Verordnung von Imatinib unter Beachtung der unterschiedlichen zugelassenen Anwendungsgebiete des Originalpräparats und der zugehörigen Generika.

Das Schreiben finden Sie in Kürze auch im KVN-Portal unter Verordnungen/Arzneimittel/Veröffentlichungen bzw. im Internet unter [www.kvn.de/Praxis/Verordnungen](http://www.kvn.de/Praxis/Verordnungen).

**Anlage 5.3: Informationsschreiben**

Erhebungsbogen

### 3. Allgemeine Hinweise

#### 3.1. Neuregelung zur Notfallversorgung ab 1. April 2017 im Bereitschaftsdienst

Aufgrund diverser Rückfragen zur Abrechnung der neuen Abklärungspauschalen ab 1. April 2017 möchten wir ergänzend zur ausführlichen Darstellung im Februar-Rundschreiben folgende Erläuterungen geben:

Die Abklärungspauschalen nach GOP 01205 bzw. 01207 gelten auch im organisierten Bereitschaftsdienst.

Sie sind in den Fällen abzurechnen, in denen bereits bei Inaugenscheinahme des Patienten ersichtlich ist, dass kein akuter Behandlungsbedarf besteht und ein Verweis in die reguläre Sprechstunde eines Haus- oder Facharztes zeitlich wie inhaltlich möglich ist (z. B. wenn der Patient über seit Wochen andauernde Beschwerden in der Schulter klagt und keine akute abklärungsbedürftige Verschlimmerung eingetreten ist).

Ergibt die Abklärung hingegen einen akuten weitergehenden Behandlungsbedarf, sind die Notfallpauschalen nach GOP 01210 bzw. 01212 sowie ggf. die neuen Schweregradzuschläge berechnungsfähig.

Zum besseren Verständnis haben wir die Neuregelungen in Form eines Schaubildes aufbereitet, das auch einige Beispiele zur Abrechnung enthält.

#### **Anlage 5.4: Schaubild**

#### 3.2. DMP-Datenstelle INTER-FORUM firmiert in DAVASO GmbH

Im Rahmen einer Fusionierung wurde am 21. März 2017 aus der DMP-Datenstelle INTER-FORUM die DAVASO GmbH.

Die Kontaktdaten der DAVASO GmbH lauten:

DAVASO GmbH  
Sommerfelder Straße 120  
04316 Leipzig  
Telefon: 0341 25920-0  
Fax: 0341 25920-20  
[www.davaso.de](http://www.davaso.de)  
[support@davoso.de](mailto:support@davoso.de)

Wir bitten Sie, ab sofort für den Versand von Dokumentationen und sonstigen Schriftwechsel nur noch diese Kontaktdaten zu nutzen.

Abklärungspauschalen

Kontaktdaten

### 3.3. Inanspruchnahme von Sprachmittlern/Dolmetschern bei der Behandlung von Flüchtlingen

Zur Überwindung von Sprachbarrieren kann die Hinzuzuziehung eines Sprachmittlers/Dolmetschers angezeigt sein. Die Sprachmittlung ist eine Ermessensleistung der zuständigen Stadt/des zuständigen Landkreises. Aus diesem Grund muss generell vor Inanspruchnahme eines Sprachmittlers/Dolmetschers eine Kostenübernahmeerklärung des Kostenträgers eingeholt werden.

Ermessensleistung vor  
Inanspruchnahme

Dies gilt auch, wenn der Patient bei einer gesetzlichen Krankenkasse versichert ist. Zuständig für die Kostenübernahmen eines Sprachmittlers/Dolmetschers ist auch hier die zuständige Stadt bzw. der zuständige Landkreis.

### 3.4. Ärzte- und MFA-Fortbildungsprojekt „plexus“ ab Mitte April mit neuem Internetauftritt

Die Internetseite der KVN Online-Fortbildungsplattform „plexus“ wird aktuell neu konzipiert. Ab Mitte April vereint [www.plexus-kvn.de](http://www.plexus-kvn.de) die Schulungsprojekte für Ärzte und MFA auf einem gemeinsamen Online-Auftritt. Hier finden Sie künftig alle relevanten Informationen, wie die Ankündigung neuer Themen, Kontaktmöglichkeiten für Feedback und Fragen sowie Zugang zu den Fortbildungen.

Aktuell bietet plexus 14 Online-Schulungen für MFA sowie elf Themen für Ärzte. Das Spektrum umfasst medizinische Themen, Praxis- und Patientenmanagement sowie weitere praxisrelevante Themen - evidenzbasiert und direkt umsetzbar. Plexus steht allen niedergelassenen Ärzten und MFA in Niedersachsen kostenlos zur Verfügung.

Ihren Zugangsschlüssel bekommen Sie auf [www.plexus-kvn.de](http://www.plexus-kvn.de) oder per Mail an: [kvn-team@plexus.de](mailto:kvn-team@plexus.de)

### 3.5. Nachweis der jährlichen Fortbildungspflicht aus Sonderverträgen - Meldefrist bis 30. Juni 2017

Im KVN-Portal unter Online-Dienste/Fortbildungspflicht aus Sonderverträgen besteht auch in diesem Jahr bis zum Stichtag 30. Juni 2016 die Möglichkeit, die Erfüllung der Fortbildungspflicht im Rahmen der Vertragsteilnahme an Sonderverträgen für das zurückliegende Jahr zu melden.

Online-Dienste/  
Fortbildungspflicht

Des Weiteren informiert die dortige arztindividuelle Übersicht, zu welchen speziellen Fortbildungen sich Vertragsteilnehmer im Rahmen von Sonderverträgen zur Aufrechterhaltung der Abrechnungsgenehmigung verpflichtet haben.

Sobald die betreffende Fortbildungspflicht z. B. durch Präsenz- und/oder Onlinefortbildungen erfüllt ist, kann jeder Vertragsteilnehmer seine Fortbildungspunkte digital im System für das betreffende Kalenderjahr 2016 und aktuell auch für 2017 selbst kennzeichnen und auf die Übersendung der Nachweise verzichten.

## 4. Veranstaltungen im Mai und Juni 2017

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

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

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

Name	Ort	Datum	Gebühr p. P.
<b>Qualitäts- und Praxismanagement</b>			
IGeLn leicht gemacht	Hannover	14.Jun	89 Euro
Kommunikationstraining für MFA - Modul 4: Umgang mit Konflikten in der Arztpraxis	Oldenburg	07.Jun	65 Euro
Management für komplexe Praxisstrukturen (2-tägig)	Hannover	12.Mai	220 Euro
Mitarbeitermotivation - Leistungsbereitschaft fördern und fordern	Hannover	17.Mai	85 Euro
Personalführung für PraxisinhaberIn	Hannover	20.Mai	139 Euro
Qualifikation zur/zum SchulungsleiterIn - Interne Schulungen gekonnt durchführen	Hannover	17.Jun	119 Euro
Qualitätsmanagement für Psychotherapeuten	Oldenburg	17.Jun	135 Euro
Refresherkurs PraxismanagerIn - Aufbau-seminar (3-tägig)	Oldenburg	17.Mai	295 Euro
Umgang mit schwierigen Patienten	Hannover	17.Jun	139 Euro
<b>Abrechnung und Verordnung</b>			
Abrechnung aktuell Hausarztpraxen	Oldenburg	03.Mai	kostenlos
Behandlungs- und Schulungsprogramm Typ 2 Diabetiker ohne Insulinbehandlung	Verden	17.Jun	110 Euro
Grundzüge des EBM	Oldenburg	31.Mai	kostenlos



Sicher durch den „Heilmittel-Verordnungs-Dschungel“ für MFA	Oldenburg	23.Mai	kostenlos
Honorarbescheid lesen und verstehen	Hannover	03.Mai	kostenlos
Honorarbescheid lesen und verstehen	Braunschweig	14.Jun	kostenlos
<b>Medizinische und psychotherapeutische Themen</b>			
Hautkrebs-Screening	Hannover	06.Mai	99 Euro
<b>Wirtschaftsseminare</b>			
Existenzgründungsseminar	Verden	13.Mai	kostenlos
Niederlassen in Niedersachsen	Hildesheim	20.Mai	kostenlos
Niederlassen in Niedersachsen	Göttingen	14.Jun	kostenlos
Praxisnachfolge	Hannover	07.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. Informationsblatt

5.2. Gesetzestext

5.3. Informationsschreiben

5.4. Schaubild

## Informationsblatt

### Begleiterhebung zur Anwendung von Cannabisarzneimitteln

Liebe Patientin, lieber Patient,

Ihre Ärztin bzw. Ihr Arzt möchte Ihnen ein Cannabisarzneimittel verschreiben. Zu den Cannabisarzneimitteln gehören die Fertigarzneimittel Sativex® und Canemes®, die Wirkstoffe Dronabinol und Nabilon sowie Cannabis in Form von Blüten oder Extrakten. Diese Cannabisarzneimittel sind zur Behandlung Ihrer Erkrankung oder deren Symptome arzneimittelrechtlich nicht zugelassen. Der Gesetzgeber hat jedoch im März 2017 die Möglichkeit eröffnet, diese Cannabisprodukte auf Kosten der gesetzlichen Krankenversicherung zu verschreiben, wenn sonst keine weiteren adäquaten Therapiemöglichkeiten zur Verfügung stehen und gleichzeitig Aussicht darauf besteht, dass die Cannabisarzneimittel helfen können.

Um mehr Informationen zur therapeutischen Anwendung dieser Cannabisarzneimittel zu erhalten, wird Ihre Ärztin bzw. Ihr Arzt anonymisierte Daten zu Ihrer Erkrankung und der Behandlung erheben und diese an das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) weiterleiten. Anonymisiert bedeutet, dass das BfArM nicht erkennen kann, zu welchem Patienten oder welcher Patientin die Daten gehören. Auch die Ärztinnen und Ärzte werden anonymisiert. Ihre Behandlungsdaten können somit weder Ihnen noch Ihrem Arzt oder Ihrer Ärztin zugeordnet werden.

Die Daten werden ausschließlich verwendet, um mehr über die therapeutische Anwendung von Cannabisarzneimitteln zu erfahren. Die Auswertung der Daten kommt allen Patientinnen und Patienten zugute, die in Zukunft mit Cannabisarzneimitteln behandelt werden.

Ihre Ärztin oder Ihr Arzt gibt ausschließlich solche Daten weiter, die ohnehin zur Erfassung Ihrer Erkrankung oder Symptome und zum Behandlungsverlauf erhoben und dokumentiert werden müssen. Es werden also keinerlei zusätzliche Untersuchungen bei Ihnen vorgenommen. Für die Begleiterhebung werden folgende Daten erfasst: Ihr Alter, Ihr Geschlecht, die Erkrankung oder Symptomatik, die eine Behandlung mit Cannabis erforderlich macht, die Dauer der Erkrankung, bisher durchgeführte Therapien, Gründe für deren Erfolglosigkeit, die Dosierung der verordneten Cannabisarzneimittel, die Behandlungsdauer mit Cannabisarzneimitteln, ggf. die Gründe für einen Therapieabbruch und der Erfolg der Behandlung. Sollten Sie bereits vor der ersten Verordnung von Cannabisarzneimitteln von einer Ausnahmeerlaubnis zum Erwerb von Cannabis zum Zweck der ärztlich begleiteten Selbsttherapie Gebrauch gemacht haben, so wird dies ebenfalls erfasst.

Für Sie als Patientin oder Patient entsteht keinerlei zusätzlicher Aufwand.

Vielen Dank für Ihr Verständnis!

**Verordnung  
über die Begleiterhebung nach § 31 Absatz 6 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch  
(Cannabis-Begleiterhebungs-Verordnung – CanBV)**

**Vom 23. März 2017**

Auf Grund des § 31 Absatz 6 Satz 7 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung –, der durch Artikel 4 Nummer 2 des Gesetzes vom 6. März 2017 (BGBl. I S. 403) eingefügt worden ist, verordnet das Bundesministerium für Gesundheit:

**§ 1**

**Datenumfang**

Die Begleiterhebung umfasst folgende Daten:

1. Alter zum Zeitpunkt des Therapiebeginns und Geschlecht der oder des Versicherten,
2. Diagnose gemäß dem Diagnoseschlüssel ICD-10, die die Verordnung der Leistung nach § 31 Absatz 6 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch begründet, sowie alle weiteren Diagnosen gemäß dem Diagnoseschlüssel ICD-10,
3. Dauer der Erkrankung oder Symptomatik, die die Verordnung der Leistung nach § 31 Absatz 6 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch begründet,
4. Angaben zu vorherigen Therapien, einschließlich der Beendigungsgründe wie mangelnder Therapieerfolg, unverhältnismäßige Nebenwirkungen, Kontraindikation,
5. Angaben, ob eine Erlaubnis nach § 3 Absatz 2 des Betäubungsmittelgesetzes zur ärztlich begleiteten Selbsttherapie mit Cannabis vorlag und ob von dieser Erlaubnis Gebrauch gemacht wurde,
6. Fachrichtung der verordnenden Vertragsärztin oder des verordnenden Vertragsarztes,
7. genaue Bezeichnung der verordneten Leistung nach § 31 Absatz 6 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,
8. Dosierung, einschließlich Dosisanpassungen, und Art der Anwendung der verordneten Leistung nach § 31 Absatz 6 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,
9. Therapiedauer mit der verordneten Leistung nach § 31 Absatz 6 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,

10. Angabe parallel verordneter Leistungen wie Arzneimittel nach Wirkstoffen oder physikalische Therapien,
11. Auswirkung der Therapie auf den Krankheits- oder Symptomverlauf,
12. Angaben zu Nebenwirkungen, die während der Therapie mit verordneten Leistungen nach § 31 Absatz 6 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch auftraten,
13. gegebenenfalls Angabe von Gründen, die zur Beendigung der Therapie geführt haben,
14. Angaben zur Entwicklung der Lebensqualität der oder des Versicherten.

**§ 2**

**Erstellung  
und Übermittlung des Erhebungsbogens**

(1) Das gemäß § 31 Absatz 6 Satz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch mit der Begleiterhebung betraute Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte erstellt einen Erhebungsbogen, der die in § 1 festgelegten Daten enthalten soll.

(2) Der Erhebungsbogen ist den Vertragsärztinnen und Vertragsärzten, die eine Leistung nach § 31 Absatz 6 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch verordnen, durch das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte elektronisch zur Verfügung zu stellen. Für die Übermittlung des ausgefüllten Erhebungsbogens von der Vertragsärztin oder dem Vertragsarzt an das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte ist vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte ein Übermittlungsweg zu wählen, der die Anonymisierung der Versichertendaten und der Daten der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte sicherstellt. Das Verfahren nach den Sätzen 1 und 2 wird vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte jeweils näher konkretisiert.

## § 3

**Information  
der oder des Versicherten**

(1) Die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt hat die Versicherte oder den Versicherten vor der ersten Verordnung der Leistung nach § 31 Absatz 6 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch über die Begleiterhebung zu informieren. Dabei ist insbesondere das vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte näher konkretisierte Verfahren der anonymisierten Datenübermittlung zu erläutern.

(2) Die Information hat im persönlichen Gespräch zwischen der Vertragsärztin oder dem Vertragsarzt und der oder dem Versicherten zu erfolgen. Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte hat ein Informationsblatt zu erstellen, in dem die im Rahmen der Begleiterhebung zu übermittelnden Daten und ihre anonymisierte Übermittlung erläutert werden, und den Vertragsärztinnen und Vertragsärzten zur Verfügung zu stellen. Die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt hat dieses Informationsblatt an die Versicherte oder den Versicherten auszuhändigen.

## § 4

**Datenerfassung  
durch die Vertragsärztin oder den  
Vertragsarzt und Übermittlung der Daten an das  
Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte**

(1) Die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt hat den Erhebungsbogen elektronisch auszufüllen mit den nach § 1 festgelegten Daten, die bereits aufgrund der Therapie der Versicherten vorliegen.

(2) Der Erhebungsbogen ist an das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte zu übermitteln, wenn

1. nach Beginn der Therapie mit der durch die Krankenkasse nach § 31 Absatz 6 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genehmigten Leistung ein Jahr vergangen ist oder
2. die Therapie mit der genehmigten Leistung vor Ablauf eines Jahres beendet wurde.

Für Versicherte, die sich nach dem 31. Dezember 2021 in Therapie befinden, müssen Vertragsärztinnen und Vertragsärzte spätestens bis zum 31. März 2022 an das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte einen weiteren Erhebungsbogen übermitteln, unabhängig davon, ob sie bereits zuvor zu den gleichen Versicherten Daten übermittelt haben.

(3) Der Wechsel zu einer anderen Leistung nach § 31 Absatz 6 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gilt als neue Therapie. In diesen Fällen ist ein neuer Erhebungsbogen gemäß Absatz 1 auszufüllen und gemäß Absatz 2 an das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte zu übermitteln.

(4) Eine Verknüpfung von Daten nach Absatz 2 Satz 2 mit Daten nach Absatz 2 Satz 1 erfolgt nicht.

## § 5

**Inkrafttreten, Außerkrafttreten**

Diese Verordnung tritt am Tag nach der Verkündung in Kraft und tritt am 31. März 2023 außer Kraft.

Bonn, den 23. März 2017

Der Bundesminister für Gesundheit  
Hermann Gröhe

# Gemeinsame Arbeitsgruppe Arzneimittel

Kassenärztliche Vereinigung  
Niedersachsen

Verbände der gesetzlichen  
Krankenkassen in Niedersachsen



## Imatinib – Generika

Seit Dezember 2016 ist der Wirkstoff Imatinib (Glivec®) als Generikum erhältlich. Imatinib-Generika sind u.a. für die Behandlung der Philadelphia-Chromosomen-positiven chronischen myeloischen Leukämie und akuten lymphatischen Leukämie zugelassen. Für die Behandlung der gastrointestinalen Stromatumoren (GIST) besteht für Glivec® weiterhin Patentschutz. Wegen des indikationsabhängigen Patentes gibt es derzeit einzelne Rabattverträge und dazugehörige Empfehlungen der jeweiligen Vertragspartner.

In 2016 lag das Verordnungsvolumen für Imatinib im Bereich der KV Niedersachsen bei ca. 25 Millionen Euro<sup>1</sup>. Durch den Einsatz von Generika ergibt sich ein deutliches Einsparpotential in Höhe von bis zu 69 %. Alternativ dazu können durch die Verordnung von Rabattpräparaten erhebliche Einsparreserven generiert werden.

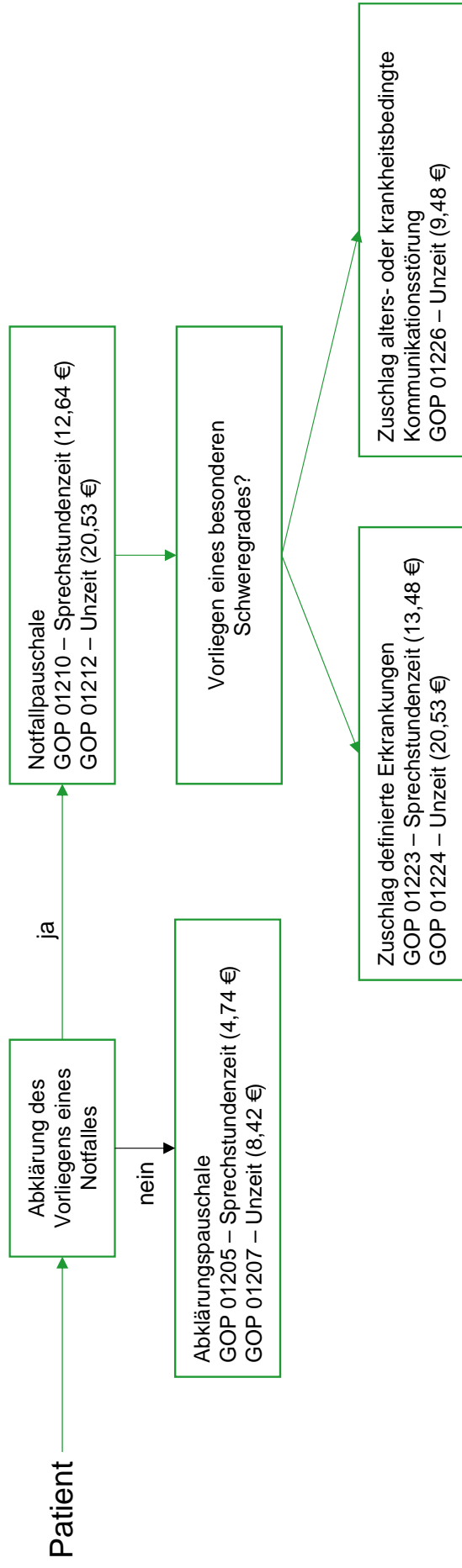
Wir empfehlen daher, in den zugelassenen patentfreien Indikationen<sup>2</sup> gezielt preiswerte Generika, ein Rabattarzneimittel oder den Wirkstoff zu verordnen.

<sup>1</sup> ZI AVD-Daten, Stand 12/2016

<sup>2</sup> –Erwachsene und Kinder mit neu diagnostizierter Philadelphia-Chromosom (bcr-abl)-positiver (Ph+) chronischer myeloischer Leukämie (CML), für die eine Knochenmarktransplantation als Erstbehandlungsmöglichkeit nicht in Betracht gezogen wird.  
– Erwachsene und Kinder mit Ph+ CML in der chronischen Phase nach Versagen einer Interferon-Alpha-Therapie, in der akzelerierten Phase oder in der Blastenkrise.  
– Erwachsene und Kinder mit neu diagnostizierter Philadelphia-Chromosom-positiver akuter lymphatischer Leukämie (Ph+ALL) in Kombination mit einer Chemotherapie.  
– Erwachsene mit rezidivierender oder refraktärer Ph+ ALL als Monotherapie.  
– Erwachsene mit myelodysplastischen/myeloproliferativen Erkrankungen (MDS/MPD) in Verbindung mit Genumlagerungen des PDGF-Rezeptors (platelet-derived growth factor).  
– Erwachsene mit fortgeschrittenem hypereosinophilem Syndrom (HES) und/oder chronischer eosinophiler Leukämie (CEL) mit FIP1L1-PDGFR $\alpha$ -Umlagerung.  
– Erwachsene mit nicht resezierbarem Dermatofibrosarcoma protuberans (DFSP) und Erwachsene mit rezidivierendem und/oder metastasiertem DFSP, die für eine chirurgische Behandlung nicht in Frage kommen.



## Organisierter Bereitschaftsdienst / Krankenhaus-Notfallambulanz



### Beispiele:

Patient A, Samstag, 9.30 Uhr: „Männerschnupfen“ => GOP 01207

Patient B, Montag, 16.30 Uhr: Hypertensive Krise => GO 01210 + 01223

Patient C, Donnerstag, 21.30 Uhr: Säugling mit hohem Fieber => GOP 01212 + 01226





# Informationen für die Praxis

KVN-Rundschreiben

März 2017

## Inhaltsverzeichnis

<b>1. Abrechnung</b> .....	<b>3</b>
1.1. Abgabetermin Quartalsabrechnung 1/2017 .....	3
1.2. Amtliche Mitteilung der KVN zum HVM für das 2. Quartal 2017 für Haus- und Kinderärzte .....	3
1.3. Mitteilung der fachgruppendurchschnittlichen Obergrenze für Kontrastmittel für das Quartal 2/2017 .	4
1.4. HPV-Impfung: Wann ist die Impfung Kassenleistung?	4
1.5. Einreichen der Quartalsabrechnung online auch frühzeitig möglich .....	4
<b>2. Verordnungen</b> .....	<b>5</b>
2.1. Änderung der Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL): Dokumentation .....	5
2.2. Gemeinsame Arbeitsgruppe Arzneimittel - Informationsschreiben zum Thema Antihypertonika ...	5
2.3. Jardiance® (Empagliflozin) in Teilindikation als Praxisbesonderheit anerkannt.....	5
2.4. Raxone® (Idebenon) als Praxisbesonderheit anerkannt .....	6
2.5. Verordnung von medizinischem Cannabis .....	7
2.6. Freiburger Einsilbertest im Störschall - Änderung der Hilfsmittel-Richtlinie.....	9
2.7. Gemeinsame Arbeitsgruppe Heilmittel, Informationsschreiben zum Thema „Sprachförderung oder Sprachtherapie“ .....	9
<b>3. Allgemeine Hinweise</b> .....	<b>10</b>
3.1. Ambulante psychotherapeutische Versorgung - neue Struktur ab 1. April 2017 .....	10
3.2. ATIS - Arzneimitteltherapie-Informationssystem: neue Kontaktdaten .....	10
3.3. Ambulantes Operieren im Krankenhaus - Abgrenzung der Zuständigkeiten .....	11

3.4.	Verwendung digitaler Vordrucke in der vertragsärztlichen Versorgung .....	11
3.5.	AG Vertragskoordinierung der KBV - „Gesund schwanger“ Beitritt weiterer Betriebskrankenkassen zum 1. April 2017 .....	12
3.6.	Erweiterung der Kinder-Richtlinie um Pulsoxymetrie-Screening bei Neugeborenen - Umsetzung allerdings erst nach Anpassung des EBM .....	13
3.7.	Neuer Vertrag mit der DAK Gesundheit zur Optimierung der Betreuung von an Diabetes erkrankten Versicherten durch diabetologische Schwerpunktpraxen (DAK - DSP-Vereinbarung) ab 1. April 2017 .....	14
3.8.	Abrechnung von Diabetiker-Schulungen für Postbeamte ab 1. April 2017 möglich.....	15
3.9.	Hausarztzentrierte Versorgung mit der BARMER: HzV-Aktionswochen starten am 1. April 2017 .....	16
3.10.	Studie zu hypnotherapeutischer Intervention bei chronischen Schmerzen.....	16
3.11.	5. Nationale Impfkonzferenz am 10. und 11. Mai 2017 in Oldenburg .....	16
<b>4.</b>	<b>Veranstaltungen im April und Mai 2017 .....</b>	<b>17</b>
<b>5.</b>	<b>Anlagenverzeichnis.....</b>	<b>20</b>
5.1.	Amtliche Mitteilung zum HVM für Haus- und Kinderärzte 2/2017.....	20
5.2.	Rezeptinfo .....	20
5.3.	Schreiben der AG Heilmittel zum Thema „Sprachförderung oder Sprachtherapie“ .....	20
5.4.	Praxisinformation.....	20
5.5.	Aufstellung Diabetes-Schulungen.....	20

## 1. Abrechnung

### 1.1. Abgabetermin Quartalsabrechnung 1/2017

Der Abgabetermin für die Abrechnung des 1. Quartals 2017 ist der 10. Kalendertag des nachfolgenden Quartals und somit der 10. April 2017.

10. April 2017

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 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: Früherkennungskolonoskopie, Hautkrebsscreening, Daten gem. der QS-Richtlinie Dialyse rechtzeitig online zu dokumentieren und zu übertragen;
- ggf. zusätzliche Unterlagen einzureichen:  
Sachkostenbelege / Rechnungen,  
Behandlungsplan zur künstlichen Befruchtung Muster 70/70A,  
Mitteilungen der Praxis zur eingereichten Abrechnung (Beispiel: Pat. Y ist zu löschen, da jetzt BG-Fall).

Sammelerklärung

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

Wird nicht benötigt

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

Direkt an die Bezirksstellen

Ansprechpartner bei Terminproblemen ist das Team Auskünfte des Abrechnungsceners

Telefon: 0511 380-4800 oder E-Mail: [abrechnungscener@kvn.de](mailto:abrechnungscener@kvn.de)

### 1.2. Amtliche Mitteilung der KVN zum HVM für das 2. Quartal 2017 für Haus- und Kinderärzte

Die für das 2. Quartal 2017 geltenden RLV-/QZV-Mindestfallwerte für Haus- und Kinderärzte sowie die Fallzahlgrenzen für die Fallwertminderung bzw. die Fallzahlzuwachsabgrenzungsregelung (FZZB) entnehmen Sie bitte der Anlage 5.1 zu diesem Rundschreiben. Zusätzlich sind diese Daten auch bereits seit dem 28. Februar 2017 über das KVN-Portal abrufbar.

**Anlage 5.1: Amtliche Mitteilung zum HVM für Haus- und Kinderärzte 2/2017**

### 1.3. Mitteilung der fachgruppendurchschnittlichen Obergrenze für Kontrastmittel für das Quartal 2/2017

Gemäß der Kontrastmittelvereinbarung, die die KVN mit den Landesverbänden der Krankenkassen in Niedersachsen zum 1. Januar 2016 abgeschlossen hat, gelten für das 2. Quartal 2017 für Ärzte, die im Basisquartal 2/2016 keine Kontrastmittel über die o. g. Vereinbarung abgerechnet haben, folgende fachgruppendurchschnittliche Obergrenzen:

• Institute, Krankenhäuser	570,07 Euro
• Fachärzte für Nuklearmedizin	5.170,82 Euro
• Fachärzte für Diagnostische Radiologie	16.565,68 Euro
• Fachärzte für Urologie	1.515,67 Euro
• Fachärzte für Strahlentherapie	413,45 Euro

Obergrenzen

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

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

### 1.4. HPV-Impfung: Wann ist die Impfung Kassenleistung?

Aufgrund vermehrter Anfragen, bis zu welchem Alter die HPV-Impfung eine Kassenleistung darstellt, möchten wir folgende Klarstellung vornehmen:

#### **Grundsatz**

Eine Impfung gegen HPV wird generell für alle Mädchen im Alter von neun bis 14 Jahren empfohlen.

#### **Nachholung von versäumten Impfungen**

Versäumte Impfungen können bis zum vollendeten 18. Lebensjahr (d. h. bis einen Tag vor dem 18. Geburtstag) nachgeholt werden.

#### **Nachholung von versäumten Impfungen nach Vollendung des 18. Lebensjahres**

In Ausnahmefällen können Impfungen, die vor Vollendung des 18. Lebensjahres begonnen wurden, jenseits des 18. Lebensjahres zu Lasten der GKV beendet werden. Dies hat allerdings zeitnah zu erfolgen.

### 1.5. Einreichen der Quartalsabrechnung online auch frühzeitig möglich

Da uns immer wieder Anfragen dazu erreichen: Sollten Sie die Abrechnung z. B. aufgrund von Urlaub nicht im festgelegten Zeitraum online einreichen können, haben Sie bereits drei Wochen vor dem genannten Abgabetermin die Möglichkeit, Ihre Abrechnung vorzeitig einzureichen.

Drei Wochen vor Abgabetermin

Sie vermeiden so ein verspätetes Einreichen und erhalten sich die Möglichkeit zur Teilnahme am AbrechnungsCheck.

## 2. Verordnungen

### 2.1. Änderung der Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL): Dokumentation

Mit Wirkung vom 28. Januar 2017 wird die Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL) hinsichtlich der Vorgaben zur Dokumentation geändert.

Die Änderung betrifft die Verordnung von Arzneimitteln der Anlage III (Übersicht über Verordnungseinschränkungen und -ausschlüsse), die nach AM-RL nicht verordnungsfähig sind. Wenn ein Arzneimittel dieser Anlage III ausnahmsweise in medizinisch begründeten Einzelfällen verordnet werden soll, ist die Begründung für diese Therapieentscheidung in der Patientenakte zu dokumentieren.

Diese Änderung konkretisiert, dass eine Dokumentation für die Begründung einer Therapieentscheidung auf dem Rezept vor allem unter Datenschutzaspekten nicht akzeptabel ist.

Den vollständigen Beschluss des G-BA finden Sie im Internet unter [www.g-ba.de/Beschlüsse/Beschlussdatum 24. November 2016/Arzneimittel-Richtlinie: Dokumentation](http://www.g-ba.de/Beschlüsse/Beschlussdatum%2024.%20November%202016/Arzneimittel-Richtlinie%3A%20Dokumentation)

### 2.2. Gemeinsame Arbeitsgruppe Arzneimittel - Informationsschreiben zum Thema Antihypertonika

Im Anhang finden Sie eine neue Rezept-Info zum Thema „Antihypertonika“. In dem Schreiben werden neben Hinweisen zu nichtmedikamentösen Maßnahmen bei Bluthochdruck Wirkstoffempfehlungen des KBV-Medikationskatalogs dargestellt.

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

Die Rezept-Info finden Sie in Kürze auch im KVN-Portal unter Verordnungen/Arzneimittel/Veröffentlichungen sowie im Internet unter [www.kvn.de/Praxis/Verordnungen](http://www.kvn.de/Praxis/Verordnungen).

#### **Anlage 5.2: Rezeptinfo**

### 2.3. Jardiance® (Empagliflozin) in Teilindikation als Praxisbesonderheit anerkannt

Seit dem 1. Januar 2017 wird Jardiance® (Wirkstoff: Empagliflozin) nach einer Vereinbarung zwischen dem GKV-Spitzenverband und dem pharmazeutischen Unternehmer Boehringer Ingelheim Pharma GmbH ab dem ersten Behandlungsfall ausschließlich bei Erwachsenen mit Typ-2-Diabetes mellitus **und** manifester kardiovaskulärer Erkrankung mit anti-diabetischer Begleitmedikation zur Verbesserung der Blutzuckerkontrolle als Praxisbesonderheit anerkannt.

Die Praxisbesonderheit umfasst die Verordnung von Empagliflozin für o.g. Patienten in folgenden Therapiesituationen:

- in Kombination mit einem anderen blutzuckersenkenden Arzneimittel (außer Insulin), wenn dieses den Blutzucker zusammen mit einer Diät und Bewegung nicht ausreichend kontrolliert.
- in Kombination mit mindestens zwei anderen blutzuckersenkenden Arzneimitteln, wenn diese den Blutzucker zusätzlich zu Diät und Bewegung nicht ausreichend kontrollieren.
- in Kombination mit Insulin (mit oder ohne orales Antidiabetikum).

Für diese Therapiesituationen wurde dem Präparat im Verfahren der frühen Nutzenbewertung jeweils ein Anhaltspunkt für einen beträchtlichen Zusatznutzen zuerkannt.

Die Anwendung der Monotherapie sowie die Anwendung bei Patienten mit Typ-2-Diabetes mellitus ohne manifeste kardiovaskuläre Erkrankung sind nicht Bestandteil der hier genannten Vereinbarung zwischen GKV-Spitzenverband und Boehringer Ingelheim Pharma GmbH und werden demnach nicht als Praxisbesonderheit anerkannt.

Vor Beginn einer Behandlung mit Empagliflozin muss bei den Patientinnen und Patienten das Vorliegen einer manifesten kardiovaskulären Erkrankung im Sinn der EMPA-REG-Outcome Studie festgestellt sein. Zusammengefasst umfasst dies mindestens eine der folgenden Bedingungen:

- bestätigter Myokardinfarkt oder
- klinisch relevante koronare Eingefäßerkrankung mit  $\geq 50$  Prozent Stenose oder
- koronare Mehrgefäßerkrankung oder
- instabile Angina Pectoris mit angiografischem Nachweis einer koronaren Herzerkrankung oder
- ischämischer oder hämorrhagischer Schlaganfall oder
- periphere arterielle Verschlusskrankung mit klinischer relevanter Durchblutungsstörung.

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

Weitere Informationen zur Nutzenbewertung von Jardiance® (Empagliflozin) finden Sie unter [www.g-ba.de](http://www.g-ba.de)

Therapiesituationen

Bedingungen

#### 2.4. Raxone® (Idebenon) als Praxisbesonderheit anerkannt

Seit dem 1. Oktober 2016 wird das Orphan Drug Raxone® (Wirkstoff: Idebenon) nach einer Vereinbarung zwischen dem GKV-Spitzenverband und dem pharmazeutischen Unternehmer Santhera Pharmaceuticals GmbH ab dem ersten Behandlungsfall für das folgende Anwendungsgebiet als Praxisbesonderheit anerkannt, solange Santhera Raxone® in Deutschland in Verkehr bringt:

- Behandlung von Sehstörungen bei jugendlichen und erwachsenen Patienten mit Leberscher Hereditärer Optikusneuropathie (LHON).

In diesem Anwendungsgebiet wurde dem Präparat im Verfahren der frühen Nutzenbewertung ein nicht quantifizierbarer Zusatznutzen zuerkannt.

Es wird darauf hingewiesen, dass die Einleitung und Überwachung der Behandlung mit Idebenon durch in der Therapie von Patienten mit Leberscher Hereditärer Optikusneuropathie (LHON) erfahrene Ärzte erfolgen muss. Eine sich an eine solche Verordnung anschließende Folgeverordnung eines Vertragsarztes für drei Monate ist von der Anerkennung als Praxisbesonderheit mit umfasst.

Die Anwendung von Raxone® sollte nur bei gesicherter Diagnose eingeleitet werden und der Erfolg der Behandlung alle sechs Monate überprüft werden. Für eine kontinuierliche Behandlung mit Idebenon über einen längeren Zeitraum als sechs Monate liegen keine Daten aus kontrollierten klinischen Studien vor.

Keine Anerkennung als Praxisbesonderheit erfolgt bei Patienten, die nach zwölf Monaten Behandlung kein Ansprechen auf eine Therapie gezeigt haben oder deren Krankheitsbeginn bei Behandlungsbeginn mehr als zwölf Monate zurückliegt.

Des Weiteren sind die Vorgaben der Fachinformation zu berücksichtigen.

Weitere Informationen zu Raxone® finden Sie unter [www.g-ba.de](http://www.g-ba.de) und [www.gkv-spitzenverband.de](http://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/Filterfunktion: „nur Einträge mit Anerkennung als Praxisbesonderheit berücksichtigen lassen“.

Anwendungsgebiet

Nur bei gesicherter Diagnose

## 2.5. Verordnung von medizinischem Cannabis

Voraussichtlich im März wird das Gesetz zur Änderung betäubungsmittelrechtlicher und anderer Vorschriften in Kraft treten. Mit diesem Gesetz wird die Verordnung von medizinischem Cannabis als Marihuana, Pflanzen und Pflanzenteile der zur Gattung Cannabis gehörenden Pflanzen möglich sein. Diese Regelungen werden auch für die bereits verfügbaren cannabishaltigen Fertigarzneimittel und das Betäubungsmittel Dronabinol gültig sein. Viele Fragen sind noch offen, nachfolgend finden Sie eine Zusammenfassung der Aussagen nach derzeitigem Kenntnisstand.

Grundsätzlich besteht für einen Versicherten mit einer schwerwiegenden Erkrankung ein Anspruch auf Versorgung mit Cannabis in Form von getrockneten Blüten oder Extrakten in standardisierter Qualität oder mit Arzneimitteln mit den Wirkstoffen Dronabinol oder Nabilon, wenn

- eine allgemein anerkannte, dem medizinischen Standard entsprechende Leistung
  - nicht zur Verfügung steht oder
  - im Einzelfall nach der begründeten Einschätzung des behandelnden Arztes unter Abwägung der zu erwartenden Nebenwirkungen und unter Berücksichtigung des Krankheitszustandes der oder des Versicherten nicht zur Anwendung kommen kann,
- eine nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf oder auf schwerwiegende Symptome besteht.

Vor der ersten Verordnung ist eine Genehmigung bei der Krankenkasse einzuholen, über die die Krankenkasse innerhalb von drei bis fünf Wochen entscheiden muss (im Bereich der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung innerhalb von drei Tagen).

Verschreibungshöchstmengen innerhalb von 30 Tagen für einen Patienten sind in der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV) geregelt:

- Cannabis in Form von getrockneten Blüten 100 000 mg
- Cannabisextrakt (bezogen auf 9-THC) 1 000 mg
- Dronabinol 500 mg

Es wird parallel über fünf Jahre hinweg eine nicht-interventionelle Begleiterhebung durch das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) stattfinden, die ausschließlich zu wissenschaftlichen Zwecken dient. Der Arzt klärt den Patienten hierzu auf und übermittelt die notwendigen Daten an das BfArM. Eine Teilnahme des verordnenden Arztes ist verpflichtend.

Für die Kontrolle des Anbaus und die Überwachung der Versorgung mit Cannabis in standardisierter Qualität ist das BfArM zuständig. Bis der staatlich kontrollierte Anbau in Deutschland erfolgen kann, wird die Versorgung zu medizinischen Zwecken über Importe gedeckt.

Die Verordnung erfolgt auf einem Betäubungsmittel-Rezept mit den nach BtMVV erforderlichen Angaben. Da sich die verschiedenen Cannabis-Sorten in ihrem Gehalt an Tetrahydrocannabinol (THC) und Cannabidiol (CBD) unterscheiden, ist die Angabe der Sorte notwendig.

Zur Dosierung liegen keine allgemein verbindlichen Empfehlungen vor und auch die Frage der Anwendung ist noch nicht geklärt. Cannabis kann grundsätzlich inhalativ oder oral aufgenommen werden. Eine Verdampfung mittels Vaporisator setzt die Verordnungsfähigkeit eines Vaporisators voraus, allerdings ist eine Aufnahme ins Hilfsmittelverzeichnis bislang noch nicht erfolgt.

Soll eine Rezeptur erstellt werden, gibt es derzeit zwei bestehende Rezepturvorschriften, weitere sind beschlossen, aber noch nicht publiziert:

- Dronabinol-Kapseln 2,5 mg / 5 mg / 10 mg (NRF 22.7)
- Ölige Dronabinol-Tropfen 25 mg / ml (NRF 22.8)

Anspruch, wenn ...

Verschreibungshöchstmengen

Rezepturvorschriften



Im KVN-Portal finden Sie in Kürze weitere Informationen und eine Liste des BfArM der importierbaren Cannabis-Sorten unter Verordnungen/Arzneimittel/Cannabis.

## 2.6. Freiburger Einsilbertest im Störschall - Änderung der Hilfsmittel-Richtlinie

Mit Wirkung zum 17. Februar 2017 wurde zur Überprüfung des Ergebnisses einer einseitigen oder beidseitigen Hörgeräteversorgung die Testung im Störschall auch mit dem Freiburger Einsilbertest auf Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) in die Hilfsmittel-Richtlinie aufgenommen (§§ 21, 22).

Bei der beidseitigen Hörgeräteversorgung soll bei der Überprüfung des Hörhilfenversorgungs-Ergebnisses mit dem Freiburger Einsilbertest im Störschall (wenn audiologisch möglich, in der Regel Sprachschallpegel 65 dB und Störschallpegel 60 dB) im freien Schallfeld der Gewinn mit Hörgeräten im freien Schallfeld bei gleichem Pegel mindestens 10 Prozentpunkte betragen. Es sollten grundsätzlich pro Störschalltestung mindestens zwei Testlisten durchgeführt werden.

Nach den „tragenden Gründen“ zum Beschluss des G-BA kann auf die zweite Testliste in Ausnahmefällen aus audiologischen oder medizinischen Gründen verzichtet werden. Beispielsweise, wenn die Wörter der ersten Liste zu 100 Prozent verstanden wurden (audiologischer Grund) oder bei mangelnder Konzentrationsfähigkeit des Patienten (medizinischer Grund).

Für die einseitige Hörgeräteversorgung gelten dieselben physikalischen Testvorgaben wie bei der beidseitigen Versorgung.

Darüber hinaus wurden mit dieser Richtlinien-Änderung kleine begriffliche Anpassungen in den §§ 21, 22 jeweils Abs. 4 (vormals Abs. 3) vorgenommen sowie ergänzt, dass der Verstehensgewinn nicht nur beim ausgewählten Hörgerät sondern auch bei Wahl eines bestimmten Programms bzw. bei der Einstellung eines Sprachmoduls überprüfbar sein sollte (§ 30 Satz 3).

Begriffliche Anpassungen

Die Hilfsmittel-Richtlinie sowie den entsprechenden Beschluss des G-BA samt Hintergründe zur Entscheidung finden Sie im Internet unter [www.g-ba.de/Richtlinien/Hilfsmittel-Richtlinie](http://www.g-ba.de/Richtlinien/Hilfsmittel-Richtlinie).

## 2.7. Gemeinsame Arbeitsgruppe Heilmittel, Informationsschreiben zum Thema „Sprachförderung oder Sprachtherapie“

Im Anhang finden Sie das Informationsschreiben der Arbeitsgruppe Heilmittel zum Thema „Sprachförderung oder Sprachtherapie“. Das Schreiben bietet einen Orientierungsrahmen zur Unterscheidung in Sprachförderung oder Sprachtherapie.

Es richtet sich gezielt als Information an Eltern, deren Kinder eine Störung der Sprachentwicklung aufweisen.

Das Schreiben finden Sie in Kürze auch im KVN-Portal unter Verordnungen/Heilmittel/Veröffentlichungen sowie im Internet unter [www.kvn.de/Praxis/Verordnungen](http://www.kvn.de/Praxis/Verordnungen).

### **Anlage 5.3: Schreiben der AG Heilmittel zum Thema „Sprachförderung oder Sprachtherapie“**

## **3. Allgemeine Hinweise**

### **3.1. Ambulante psychotherapeutische Versorgung - neue Struktur ab 1. April 2017**

Die neustrukturierte ambulante psychotherapeutische Versorgung findet zum 1. April 2017 bundesweit Anwendung. Sie ist gekennzeichnet von der Einführung neuer Leistungen wie etwa einer psychotherapeutischen Sprechstunde, der Akutbehandlung oder der Rezidivprophylaxe. Gleichzeitig sind für alle Psychotherapeuten und psychotherapeutischen tätigen Ärzte damit neue Verpflichtungen bezüglich ihrer telefonischen Erreichbarkeit verbunden. Es erfolgt eine Anpassung der Bewilligungsschritte für die Kurzzeit- und Langzeittherapie, ebenso gibt es Neuerungen bei den probatorischen Sitzungen, der Gruppentherapie und bei den PTV-Vordrucken mit den neuen Formularen PTV 10, 11 und 12 für die psychotherapeutische Sprechstunde und die Akutbehandlung.

Ausführliche Informationen zu der Thematik entnehmen Sie bitte der beigefügten Praxisinformation. Weitere Informationen können Sie auf der Themenseite der KBV unter [www.kbv.de/Psychotherapie](http://www.kbv.de/Psychotherapie) erhalten. Dort finden Sie u. a. auch eine Ausfüllhilfe für die PTV-Vordrucke.

### **Anlage 5.4: Praxisinformation**

### **3.2. ATIS - Arzneimitteltherapie-Informationssystem: neue Kontaktdaten**

Es bestehen neue Kontaktdaten zu ATIS, insbesondere eine neue Fax-Nummer. Alle Anfragen zu Arzneimittelwirkungen können auf folgendem Wege an das ATIS-Team gestellt werden:

KV Niedersachsen  
Frau Dr. Friederike Laidig  
Berliner Allee 22  
30175 Hannover

Fax: 0511 380-100-3462

Auf der ATIS-Homepage sind darüber hinaus ein elektronisches Kontaktformular sowie ein Faxvordruck zu finden. Die ATIS-Homepage mit den Formularen und weiteren Informationen finden Sie im KVN-Portal unter Verordnungen/Arzneimittel/Arzneimittelservice/ATIS informiert.

Neue Kontaktdaten

Kontaktformular und  
Faxvordruck

Das Arzneimitteltherapie-Informationssystem ATIS steht als klinisch-pharmakologischer Konsiliardienst der Medizinischen Hochschule Hannover durch Kooperation mit der KVN auch den Mitgliedern der KVN zur Verfügung.

Über ATIS können Ärzte auf schnelle und effektive Weise während der Arbeit erfragen, welche Neben- oder Wechselwirkungen Medikamente haben, wie die Dosis bei Nieren- oder Leberinsuffizienz individuell angepasst werden kann, welche Gegenanzeigen oder therapeutischen Alternativen es gibt oder welche Medikamente während der Schwangerschaft oder Stillzeit eingenommen werden dürfen. Dieser Service steht allen niedergelassenen Ärzten des Landes Niedersachsen kostenlos zur Verfügung.

Hintergrundinformationen

### 3.3. Ambulantes Operieren im Krankenhaus - Abgrenzung der Zuständigkeiten

Im Rahmen der Durchführung ambulanter Operationen im Krankenhaus kommt es vermehrt zu Problemen in der Abgrenzung der Aufgaben und Abrechnung, so dass wir auf folgende Grundsätze hinweisen:

Leistungen nach dem Vertrag über das ambulante Operieren im Krankenhaus (AOP-Vertrag) sollen in der Regel nur auf Überweisung eines niedergelassenen Vertragsarztes erfolgen. Die bedeutsamen Unterlagen sind dem Krankenhaus zur Verfügung zu stellen.

Eine weitergehende präoperative Leistungserbringung im vertragsärztlichen Bereich scheidet grundsätzlich aus, es sei denn, es handelt sich um notwendige fachgebietsbezogene Leistungen, die das Krankenhaus nicht erbringen kann oder notwendige nicht fachgebietsbezogene Leistungen. In diesen Ausnahmefällen erfolgt durch das Krankenhaus eine Überweisung mittels Definitionsauftrag.

Präoperativ

Postoperative fachgebietsbezogene Leistungen sind ausschließlich nach Maßgabe des AOP-Vertrages vom Krankenhaus zu erbringen und abzurechnen. Eine Überweisung in den Vertragsarztbereich scheidet aus.

Postoperativ

Ebenso scheidet die Verordnung von Arzneimitteln, Verbandmitteln und Heilmitteln sowohl präoperativ als auch intra- und postoperativ aus. Für die Verordnung eines notwendigen Krankentransportes nach der Durchführung des Eingriffs ist das Krankenhaus ebenso zuständig wie für die Bescheinigung von Arbeitsunfähigkeit und die Verordnung der häuslichen Krankenpflege (Sicherungspflege) für die ersten drei Tage (Folgeverordnungen erfolgen durch den nachbehandelnden Vertragsarzt).

### 3.4. Verwendung digitaler Vordrucke in der vertragsärztlichen Versorgung

Wir möchten Sie darüber informieren, dass die KBV und der GKV Spitzenverband Regelungen getroffen haben, die die Verwendung digitaler Vordrucke ermöglicht.

### Welche Vordrucke können digital erstellt werden?

- ab 1. April 2017 Muster 6 (Überweisungsschein zum radiologischen Telekonsil)
- ab 1. Juli 2017 Muster 10 (Überweisungsschein für Laboruntersuchungen)
- ab 1. Juli 2017 Muster 10A (Anforderungsschein für Laboruntersuchungen bei Laborgemeinschaften)

### Freiwillige Nutzung

Es gibt keine Verpflichtung, die digitalen Vordrucke zu nutzen. Vertragsärzte können entscheiden ob sie einen Vordruck in ihrer Praxis konventionell bedrucken, per Blankoformularbedruckung erstellen oder digital erstellen, übermitteln und empfangen wollen.

### Überweisung zum radiologischen Telekonsil

Eine Überweisung zum radiologischen Telekonsil erfolgt ausschließlich in digitaler Form, da auch die Röntgenbilder elektronisch übermittelt werden.

### Signatur

Digitale Vordrucke müssen vom ausstellenden Arzt mit seinem elektronischen Heilberufsausweis elektronisch signiert werden.

Eine Ausnahme gilt für Anforderungen von Laboruntersuchungen in Laborgemeinschaften auf Muster 10A. Diese dürfen Ärzte ohne Signatur versenden.

### Übermittlung

Digitale Vordrucke müssen auf einem sicheren Weg mit einer „End-zu-End-Verschlüsselung“ übermittelt werden. Das Verschlüsselungsverfahren muss vom Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik empfohlen sein. Der genutzte Dienst muss zudem über die Telematikinfrastruktur (TI) erreichbar sein. Allerdings gibt es eine Übergangsfrist von zwölf Monaten, da die TI derzeit noch nicht flächendeckend erreichbar ist.

### 3.5. AG Vertragskoordinierung der KBV - „Gesund schwanger“ Beitritt weiterer Betriebskrankenkassen zum 1. April 2017

Dem Versorgungsprogramm „Gesund schwanger“ treten zum 1. April 2017 die Bahn-BKK, die Südzucker BKK und die Viactiv Krankenkasse bei.

Folgende Betriebskrankenkassen nehmen teil:

Krankenkasse	VKNR
<b>Bahn-BKK (ab 1. April 2017)</b>	40401
Bertelsmann BKK	19557
BKK Aesculap	58430

Teilnehmende Betriebskrankenkassen

BKK Diakonie	19402
BKK Voralb HELLER*INDEX*LEUZE	61493
Daimler Betriebskrankenkasse	61491
DIE BERGISCHE KRANKENKASSE	37436
Salus BKK	40410
<b>Südzucker BKK (ab 1. April 2017)</b>	52405
<b>VIACTIV Krankenkasse (ab 1. April 2017)</b>	18405

Den vollständigen Vertrag finden Sie im KVN-Portal unter Verträge/Besondere Versorgung/BKK - Gesund schwanger

### 3.6. Erweiterung der Kinder-Richtlinie um Pulsoxymetrie-Screening bei Neugeborenen - Umsetzung allerdings erst nach Anpassung des EBM

Der Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zur Erweiterung der Kinder-Richtlinie um das Screening auf kritische angeborene Herzfehler bei Neugeborenen mittels Pulsoxymetrie ist seit dem 28. Januar 2017 in Kraft. Allerdings wird die neue Leistung erst dann eine Kassenleistung, wenn die Vergütung im EBM geregelt ist. Hierzu hat der Bewertungsausschuss nun längstens sechs Monate Zeit. Sobald der EBM entsprechend angepasst wurde, werden wir Sie umgehend informieren.

Wir möchten Ihnen nachfolgend schon einmal die Eckdaten zum Screening vorstellen:

#### **Wer hat Anspruch auf das Screening?**

Neugeborene, bei denen pränatal kein kritischer Herzfehler diagnostiziert wurde, haben Anspruch auf die Teilnahme am Screening.

#### **Wann soll das Screening durchgeführt werden?**

Das Screening soll am 2. Lebenstag erfolgen (nach der 24. bis zur 48. Lebensstunde). Im Ausnahmefall (z. B. bei ambulanter Geburt) kann das Screening frühestens nach der 4. Lebensstunde und bis spätestens zur U2 erfolgen.

#### **Wer führt das Screening durch?**

Bei einer Geburt im Krankenhaus ist der für die geburtsmedizinische Einrichtung verantwortliche Arzt zuständig. Bei Geburten außerhalb des Krankenhauses liegt die Verantwortung für die Durchführung des Screenings bei der Hebamme oder bei dem Arzt, der die Geburt geleitet hat.

Eckdaten zum Screening

**Aufklärung und Einwilligung**

Die Sorgeberechtigten des Kindes werden mithilfe einer schriftlichen Elterninformation über Vor- und Nachteile des Screenings aufgeklärt. Die Elterninformation ist als Anlage 6 Bestandteil der Kinder-Richtlinie.

**Wie erfolgt die Untersuchung?**

Die Untersuchung wird am Fuß des Neugeborenen vorgenommen. Sie soll mit Messgeräten für die funktionelle Sauerstoffsättigungsmessung durchgeführt werden.

**Auswertung der Ergebnisse der Messung und weitere Vorgehen**

Die Messung gilt als auffällig, wenn die Sauerstoffsättigung weniger als 90 Prozent beträgt. Liegt der Messwert zwischen 90 Prozent und unter 96 Prozent, erfolgt innerhalb von zwei Stunden eine Kontrollmessung. Bei einem Wert unter 96 Prozent in der Kontrollmessung gilt das Screening ebenfalls als positiv.

Ist das Screening positiv, soll eine unverzügliche Vorstellung bei einem Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin möglichst mit der Schwerpunktbezeichnung Kinderkardiologie oder Neonatologie erfolgen.

**Dokumentation**

Die Durchführung und die Ergebnisse des Screenings werden im Gelben Heft dokumentiert. Bis zur Anpassung des Gelben Heftes erfolgt die Dokumentation auf einklebbaren Einlegeblätter.

Der Arzt, der die U2 durchführt, hat sich zu vergewissern, dass das Screening dokumentiert wurde. Soweit dies nicht der Fall gewesen ist, hat er die Untersuchung zu veranlassen.

**Evaluation**

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat spätestens bis zum 31. Dezember 2018 ein unabhängiges wissenschaftliches Institut mit der Evaluation zu beauftragen.

Die Einlegeblätter für die die Dokumentation der Ergebnisse des Screenings können beim Paul Albrechts Verlag, oder sofern Sie Ihre Vor-druckbestellung über Ihre Bezirksstelle durchführen, dort bestellt werden.

Die Veröffentlichung des GBA-Beschlusses erfolgte im Heft 8 des Deutschen Ärzteblattes vom 24. Februar 2017.

Die neu gefasste Kinder-Richtlinie finden Sie auf der Internetseite des Gemeinsamen Bundesausschusses unter [www.g-ba.de/Informationen/Richtlinien](http://www.g-ba.de/Informationen/Richtlinien).

Wo Einlegeblätter bestellen?

### 3.7. Neuer Vertrag mit der DAK Gesundheit zur Optimierung der Betreuung von an Diabetes erkrankten Versicherten durch diabetologische Schwerpunktpraxen (DAK - DSP-Vereinbarung) ab 1. April 2017

Die KVN hat der DAK Gesundheit mit Wirkung ab 1. April 2017 eine neue Vereinbarung zur Optimierung von an Diabetes erkrankten Versicherten durch diabetologische Schwerpunktpraxen geschlossen. Dieser

Vertrag übernimmt alle bereits aus dem Strukturvertrag der Primärkas-  
sen bekannten Regelungen. Zusätzlich ist die Einführung von fünf  
neuen Gesundheitsvorsorgeleistungen für Diabetiker vereinbart worden.  
Es handelt sich hierbei um Vorsorgeuntersuchungen zu

1. Diabetische Neuropathie - Nervenstörungen (Empfindungsstö-  
rungen, Funktionsstörungen)
2. LUTS - Beschwerden des unteren Harntraktes (so genannte  
Reizblase / Überlaufblase)
3. Angiopathie - Gefäßschädigungen / Wundheilungsstörungen
4. Diabetesleber
5. Nierenkrankheit

Fünf neue Vorsorgeun-  
tersuchungen

Die Teilnahme an dem o. a. Vertrag ist sowohl für den Arzt als auch für  
die Patienten freiwillig. Es ist daher erforderlich, dass sich sowohl der di-  
abetologisch qualifizierte Arzt als auch der Patient zur Teilnahme an  
dem Vertrag einschreibt.

Die weiteren Leistungsinhalte und die sonstigen Vertragsregelungen  
sind im KVN-Portal unter Verträge/Versorgungsverträge zu Dia-  
bete/DAK - DSP-Vereinbarung eingestellt.

### 3.8. Abrechnung von Diabetiker-Schulungen für Postbeamte ab 1. April 2017 möglich

Die Postbeamtenkrankenkasse übernimmt ab dem 1. April 2017 für ihre  
Mitglieder der Gruppe A die Schulungen im Rahmen der DMP Diabetes  
mellitus Typ 1 und 2.

Da die Disease-Management-Programme (DMP) ausschließlich für Ver-  
sicherte der gesetzlichen Krankenversicherung möglich sind, kommen  
Leistungen im Rahmen des DMP für Mitglieder der Sonstigen Kostenträ-  
ger grundsätzlich nicht in Frage.

Die Postbeamtenkrankenkasse hat sich bereit erklärt, die mit den ge-  
setzlichen Krankenkassen in Niedersachsen vereinbarten Vergütungen  
für die Schulungen gegen sich gelten zu lassen. Eine Einschreibung  
verbunden mit der Erstellung der Dokumentationen und Weiterleitung an  
die Datenstelle ist nicht erforderlich.

In der Anlage haben wir Ihnen die abrechnungsfähigen Leistungen zu-  
sammengestellt.

Sie finden die Aufstellung auch im KVN-Portal unter [www.kvn.de/Ver-  
träge/Verträge mit Sonstigen Kostenträgern](http://www.kvn.de/Verträge/Verträge%20mit%20Sonstigen%20Kostenträgern)

#### Anlage 5.5: Aufstellung Diabetes-Schulungen

### 3.9. Hausarztzentrierte Versorgung mit der BARMER: HzV-Aktionswochen starten am 1. April 2017

Im 2. Quartal 2017 erhalten teilnehmende Ärzte für jeden neu in die Hausarztzentrierte Versorgung eingeschriebenen Patienten eine erhöhte Einschreibevergütung von 20 Euro. Zusätzlich wird die erstmalige Diagnosedokumentation mit 10 Euro vergütet.

### 3.10. Studie zu hypnotherapeutischer Intervention bei chronischen Schmerzen

Im Rahmen des Projektseminars im Masterstudiengang Psychologie der Universität Bielefeld führen Studenten eine Studie zur Wirkung von Hypnotherapie bei Erwachsenen mit anhaltenden oder wiederkehrenden Schmerzen durch. Jede Patientin/jeder Patient, die/der seit mehr als drei Monaten unter Schmerzen leidet und mindestens 17 Jahre alt ist, darf an der Studie teilnehmen. Im Verlauf der Studie erhalten Teilnehmer eine kostenfreie Hypnose-Datei, die über einen Zeitraum von zwei Wochen täglich gehört werden soll. Die eigentliche Studie setzt sich dann aus drei Befragungen zusammen, die im Abstand von jeweils zwei Wochen stattfinden. Die Fragen erhalten die Patienten online. Die Teilnahme erfolgt anonym und kann jederzeit abgebrochen werden.

Bitte machen Sie Patienten, auf die die Teilnahmemodalitäten zutreffen, auf die Studie aufmerksam. Die Patienten können unter E-Mail [carolin.sandgathe@uni-bielefeld.de](mailto:carolin.sandgathe@uni-bielefeld.de) weitere Informationen anfordern und sich für die Studie anmelden.

Anmeldung

### 3.11. 5. Nationale Impfkonzferenz am 10. und 11. Mai 2017 in Oldenburg

Die Bundesländer Niedersachsen und Bremen führen die 5. Nationale Impfkonzferenz unter dem Motto „Impfen in unterschiedlichen Lebenswelten - Gemeinsam Impflücken schließen“ durch. Die Konferenz findet am 10. und 11. Mai 2017 in Oldenburg in der Weser-Ems-Hallen statt. Mit der 5. Nationalen Impfkonzferenz wollen die Länder Niedersachsen und Bremen ein Forum bieten, auf dem sich alle Akteurinnen und Akteure des Impfwesens direkt austauschen können, um die bestehenden Rahmenbedingungen kritisch zu beleuchten und weitere Verbesserungen anzuregen. Hierfür haben Interessierte Gelegenheit, sich in Plenarvorträgen und über Posterpräsentationen zu informieren, aber auch in Arbeitsgruppensitzungen ihre persönlichen Erfahrungen einzubringen. Deshalb ergeht die Einladung insbesondere an Mitglieder von Gesundheitsfachberufen und Ärztinnen und Ärzte aus der ambulanten, stationären und betriebsärztlichen Versorgung sowie des öffentlichen Gesundheitsdienstes, an Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler, an Vertreterinnen und Vertreter der Kostenträger und der Impfstoffhersteller.

Weitere Informationen und Anmeldeunterlagen unter <http://nationale-impfkonzferenz.de>



## 4. Veranstaltungen im April und Mai 2017

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

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

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

Name	Ort	Datum	Gebühr p. P.
<b>Qualitäts- und Praxismanagement</b>			
Datenschutz in der Arztpraxis	Oldenburg	16.Mai	139 Euro
Kleiner Knigge - Souverän in den Berufsalltag	Hannover	12.Mai	115 Euro
Kommunikationstraining für MFA - Modul 3 - Umgang mit schwierigen Patienten	Oldenburg	26.Apr	65 Euro
Management für komplexe Praxisstrukturen (2-tägig)	Hannover	12.Mai	220 Euro
Medizinprodukte-Aufbereitung Teil 1	Hannover	10.Mai	95 Euro
Mitarbeitermotivation - Leistungsbereitschaft fördern und fordern	Hannover	17.Mai	85 Euro
Personalführung für PraxisinhaberIn	Hannover	20.Mai	139 Euro
Rechtsprobleme im Praxisalltag	Hannover	05.Apr	kostenlos
Refresherkurs PraxismanagerIn - AufbauSeminar (3-tägig)	Oldenburg	17.Mai	295 Euro
Terminplanung	Aurich	05.Apr	80 Euro
<b>Abrechnung und Verordnung</b>			
Abrechnung aktuell Hausarztpraxen	Oldenburg	03.Mai	kostenlos
Freude mit Formularen	Bremervörde	05.Apr	45 Euro
Grundzüge des EBM	Oldenburg	31.Mai	kostenlos

Honorarbescheid lesen und verstehen	Hannover	03.Mai	kostenlos
Sicher durch den „Heilmittel-Verordnungs-Dschungel“ für MFA	Oldenburg	04.Apr	kostenlos
<b>Medizinische und psychotherapeutische Themen</b>			
Hautkrebs-Screening	Hannover	06.Mai	99 Euro
Reform der Psychotherapeutischen Versorgung	Lüneburg	22.Mär	kostenlos
<b>Wirtschaftsseminare</b>			
Existenzgründerseminar	Wilhelms- haven	08.Apr	kostenlos
Existenzgründungsseminar	Verden	13.Mai	kostenlos
Niederlassen in Niedersachsen	Hildesheim	20.Mai	kostenlos

**Verbindliche Anmeldung** (bitte vollständig ausfüllen)

**Fax an 0511 380-3480**

Ich nehme am Seminar

---

mit \_\_\_\_\_ Person/en teil.

Datum des Seminars

---

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

---

Vor- und Nachname des Rechnungsempfängers (Praxis)

---

Anschrift des Rechnungsempfängers (Straße, PLZ, Ort)

---

LANR

---

BSNR

---

E-Mail-Adresse

---

Telefonnummer für evtl. Rückfragen

---

Datum

---

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

**Stempel**

## **5. Anlagenverzeichnis**

- 5.1. Amtliche Mitteilung zum HVM für Haus- und Kinderärzte 2/2017**
- 5.2. Rezeptinfo**
- 5.3. Schreiben der AG Heilmittel zum Thema „Sprachförderung oder Sprachtherapie“**
- 5.4. Praxisinformation**
- 5.5. Aufstellung Diabetes-Schulungen**

# Amtliche Mitteilung der KVN zum HVM für das 2. Quartal 2017

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

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

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

Regelleistungsvolumen	RLV-Fallwert:	43,0225 €
<b>Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen (QZV)</b>	<b>Gebührenordnungspositionen des EBM</b>	<b>Fallwert</b>
Akupunktur	30790, 30791	162,0486 €
Allergologie (Zusatzbezeichnung)	30110, 30111, 30120, 30121, 30122, 30123	48,0519 €
Behandlung des diabetischen Fußes	02311	51,5424 €
Behandlung von Hämorrhoiden	30610, 30611	9,9316 €
Chirotherapie	30200, 30201	8,3304 €
Dringende Besuche	01411, 01412	76,0048 €
Ergometrie	03321	19,1857 €
Hyposensibilisierungsbehandlung	30130, 30131	27,5898 €
Kardiorespiratorische Polygraphie	30900	44,7466 €
Kleinchirurgie	02310	18,3439 €
Langzeit-Blutdruckmessung	03324	7,1917 €
Langzeit-EKG	03241, 03322	10,1462 €
Phlebologie	30500, 30501	15,8615 €
Physikalische Therapie	30400, 30401, 30402, 30410, 30411, 30420, 30421	10,6561 €
Proktologie	03331	9,9048 €
Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120	23,0500 €
Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150	91,1445 €
Schmerztherapeutische spezielle Versorgung	30700, 30702, 30704, 30706, 30708	112,0562 €
Schmerztherapeutische spezielle Behandlung	30710, 30712, 30720, 30721, 30722, 30723, 30724, 30730, 30731, 30740, 30750, 30751, 30760	82,9803 €
Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092	15,4706 €
Sonographie III	33060, 33061, 33062	17,0071 €
Spirometrie	03330	5,7806 €
Unvorhergesehene Inanspruchnahme	01100, 01101, 01102	18,7549 €
Verordnung medizinischer Rehabilitation	01611	18,9799 €

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

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

Sofern der prozentuale Zuwachs aller RLV-Behandlungsfälle einer Arztgruppe in 2/2017 gegenüber 2/2016 fünf vom Hundert überschreitet, unterliegen die Ärzte dieser Arztgruppe im Rahmen der Ermittlung des RLV-Budgets 2/2017 einer Fallzahlzuwachsbeschränkung. In diesem Falle wird das arztindividuelle RLV 2/2017 begrenzt auf die individuelle RLV-relevante Behandlungsfallzahl im Vorjahresquartal zzgl. fünf vom Hundert der arztgruppenspezifischen durchschnittlichen RLV-Behandlungsfallzahl im Vorjahresquartal als maximales Wachstum.

Arztgruppenspezifische durchschnittliche RLV-Behandlungsfallzahl im Vorjahresquartal:	937,44
Maximales Wachstum der individuellen RLV-Behandlungsfallzahl:	46,87

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

Für Ärzte, die im 2. Quartal 2017 nicht in vollem zeitlichen Umfang an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, reduzieren sich die o. a. durchschnittlichen Behandlungsfallzahlen anteilig auf den Umfang ihrer Tätigkeit.

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

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

25% Minderung des RLV-Fallwerts ab 150% der durchschnittlichen RLV-Behandlungsfallzahl:	1.406,16
50% Minderung des RLV-Fallwerts ab 170% der durchschnittlichen RLV-Behandlungsfallzahl:	1.593,65
75% Minderung des RLV-Fallwerts ab 200% der durchschnittlichen RLV-Behandlungsfallzahl:	1.874,88

Für Ärzte, die im 2. Quartal 2017 nicht in vollem zeitlichen Umfang an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, reduzieren sich die o. a. Fallwertminderungsgrenzen anteilig auf den Umfang ihrer Tätigkeit.

# Amtliche Mitteilung der KVN zum HVM für das 2. Quartal 2017

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

<b>Für die Arztgruppe:</b>
<b>Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin, die dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören</b>

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

Regelleistungsvolumen	RLV-Fallwert:	42,5164 €
Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen (QZV)	Gebührenordnungspositionen des EBM	Fallwert
Allergologie	30110, 30111, 30120, 30121, 30122, 30123	44,2959 €
Dringende Besuche	01411, 01412	57,7308 €
Ergometrie	04321	19,8583 €
Hyposensibilisierungsbehandlung	30130, 30131	27,0364 €
Langzeit-Blutdruckmessung	04324	5,7055 €
Langzeit-EKG	04241, 04322	10,4879 €
Neurophysiologische Übungsbehandlung	30300, 30301	53,0915 €
Physikalische Therapie	30400, 30401, 30402, 30410, 30411, 30420, 30421	21,0329 €
Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120	17,4124 €
Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150	79,2383 €
Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092	13,7591 €
Sonographie II	33020, 33021, 33022, 33023, 33030, 33031, 33040	17,2164 €
Sonographie der Säuglingshüften	33051	10,3361 €
Spirometrie	04330	6,6527 €
Unvorhergesehene Inanspruchnahme	01100, 01101, 01102	18,1201 €
Verordnung medizinischer Rehabilitation	01611	4,0540 €

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

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

Sofern der prozentuale Zuwachs aller RLV-Behandlungsfälle einer Arztgruppe in 2/2017 gegenüber 2/2016 fünf vom Hundert überschreitet, unterliegen die Ärzte dieser Arztgruppe im Rahmen der Ermittlung des RLV-Budgets 2/2017 einer Fallzahlzuwachsbeschränkung. In diesem Falle wird das arztindividuelle RLV 2/2017 begrenzt auf die individuelle RLV-relevante Behandlungsfallzahl im Vorjahresquartal zzgl. fünf vom Hundert der arztgruppendurchschnittlichen RLV-Behandlungsfallzahl im Vorjahresquartal als maximales Wachstum.

Arztgruppendurchschnittliche RLV-Behandlungsfallzahl im Vorjahresquartal:	963,45
Maximales Wachstum der individuellen RLV-Behandlungsfallzahl:	48,17

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

Für Ärzte, die im 2. Quartal 2017 nicht in vollem zeitlichen Umfang an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, reduzieren sich die o. a. durchschnittlichen Behandlungsfallzahlen anteilig auf den Umfang ihrer Tätigkeit.

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

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

25% Minderung des RLV-Fallwerts ab 150% der durchschnittlichen RLV-Behandlungsfallzahl:	1.445,18
50% Minderung des RLV-Fallwerts ab 170% der durchschnittlichen RLV-Behandlungsfallzahl:	1.637,87
75% Minderung des RLV-Fallwerts ab 200% der durchschnittlichen RLV-Behandlungsfallzahl:	1.926,90

Für Ärzte, die im 2. Quartal 2017 nicht in vollem zeitlichen Umfang an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, reduzieren sich die o. a. Fallwertminderungsgrenzen anteilig auf den Umfang ihrer Tätigkeit.

# Amtliche Mitteilung der KVN zum HVM für das 2. Quartal 2017

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

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

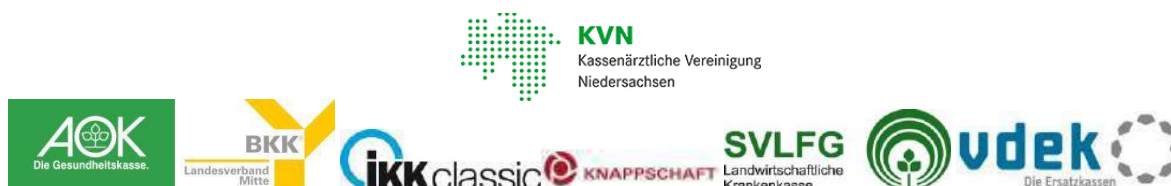
- Leistungen im organisierten Notfalldienst der KVN
- Haus- und Heimbefuche (GOP 01410, 01413 und 01415 EBM)
- Verordnung der spezialisierten ambulante Palliativversorgung (GOP 01425 und 01426 EBM)
- Zuschlag für die Erstellung und Aktualisierung des Medikationsplans (GOP 01630 EBM)
- Leistungen der Prävention, Empfängnisregelung, Sterilisation und im Rahmen von Schwangerschaftsabbrüchen (Abschnitte 1.7.1 bis 1.7.7 EBM)
- Leistungen der Methadon- und Diamorphinsubstitution (Abschnitt 1.8 EBM)
- Ärztlich angeordnete Hilfeleistungen anderer Personen (GOP 03060 bis 03065 EBM)
- Leistungen der hausärztlichen geriatrischen Versorgung (Abschnitt 3.2.4 EBM)
- Leistungen der palliativmedizinischen Versorgung (Abschnitt 3.2.5 und 4.2.5 EBM)
- Leistungen der sozialpädiatrischen Versorgung (Abschnitt 4.2.4 EBM)
- Leistungen der pädiatrischen Nephrologie und Dialyse (Abschnitt 4.5.4 EBM) sowie die GOP 04000 bis 04015, 04040 und 04230, wenn in demselben Behandlungsfall Leistungen des Abschnitts 4.5.4 EBM abgerechnet werden
- Zuschlag auf die jeweilige Pauschale für die fachärztliche Grundversorgung (PFG)
- anästhesiologische Leistungen gemäß § 87b Abs. 2 Satz 5 SGB V
- Beratung und Betreuung eines Patienten nach einer intravitrealen operativen Medikamenteneingabe (GOP 06334 und 06335 EBM)
- Leistungen und Begleitleistungen der Reproduktionsmedizin (ohne Beratungsleistungen GOP 08520 und 08521 EBM)
- Balneophototherapie (GOP 10350 EBM)
- Leistungen der Humangenetik (GOP 11230, 11233 bis 11236 sowie Abschnitt 11.4 und 19.4 EBM)
- Leistungen und Kostenpauschalen der Laboratoriumsmedizin (GOP 12210, 12220, 12225 und 32001 sowie Kapitel 32 EBM)\*
- Leistungen der Nephrologie und Dialyse (Abschnitt 13.3.6 EBM)
- Leistungen auf Überweisungsfällen zur Durchführung ausschließlich von Probenuntersuchungen
- Strahlentherapie (Kapitel 25 EBM)
- Leistungen der Soziotherapie (Abschnitt 30.8 EBM)
- Leistungen der spezialisierten Versorgung HIV-infizierter Patienten (Abschnitt 30.10 EBM)
- Neuropsychologische Therapie (Abschnitt 30.11 EBM)
- Spezielle Diagnostik und Eradikationstherapie im Rahmen von MRSA (Abschnitt 30.12 EBM)
- Leistungen zur spezialisierten geriatrischen Diagnostik und Versorgung (Abschnitt 30.13 EBM)
- Ambulantes Operieren, PTK, Koloskopie, Kapselendoskopie und ERCP (Leistungen des Kapitels 31 EBM sowie die GOP 04514, 04515, 04518, 04520, 04528 und 04529 sowie 13421 bis 13431 EBM)
- Leistungen der Abschnitte 2 und 3 der Anlage 1 zum AOP-Vertrag nach § 115b SGB V
- Vakuumstanzbiopsien (GOP 34274 EBM)
- Osteodensitometrische Untersuchung II (GOP 34601 EBM)
- Diagnostische Positronenemissionstomographie (PET) und diagnostische Positronenemissionstomographie mit Computertomographie (PET/CT) (Abschnitt 34.7 EBM)
- Telekonsil von Röntgenaufnahmen und CT-Aufnahmen (Abschnitt 34.8 EBM)
- probatorische Sitzungen von Ärzten der in § 87b Abs. 2 Satz 3 SGB V genannten Arztgruppen (GOP 35150 EBM)
- antrags- und genehmigungspflichtige Leistungen der Psychotherapie (Abschnitt 35.2 EBM)
- Belegärztliche Leistungen (Kapitel 36 EBM), Kooperations- und Koordinationsleistungen in Pflegeheimen (Kapitel 37 EBM) sowie Delegationsfähige Leistungen (Kapitel 38 EBM)
- Kosten- und Wegepauschalen (Kapitel 40 EBM) sowie Sachkostenerstattung (GOP 99999)
- Vergütungen für regional bzw. bundesweit vereinbarte, nicht im EBM enthaltene Leistungen im GOP-Bereich  $\geq 80000$

\* 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



## Rezeptinfo - Verordnung von Antihypertonika

Etwa 30 bis 45 % der europäischen Bevölkerung sind von einer Hypertonie betroffen, wobei die Werte im Alter stark ansteigen<sup>1</sup>. Neben einer genetischen Prädisposition können Stress, Übergewicht und eine übermäßige Salzzufuhr für eine essentielle Hypertonie verantwortlich sein. Ist eine medikamentöse antihypertensive Therapie erforderlich um kardio- und zerebrovaskuläre Risiken zu reduzieren, gibt die ESC-Leitlinie für fast alle Patienten einen *Zielwert von <140/90 mmHg* an. Bei älteren „gebrechlichen“ Patienten über 80 Jahren liegt dieser Wert mit einem empfohlenen systolischen Blutdruck zwischen 140 und 150 mmHg etwas höher.

## Nichtmedikamentöse Maßnahmen

Begleitend zur Pharmakotherapie können lebensstil-ändernde Maßnahmen eine zusätzliche Blutdrucksenkung bewirken<sup>1</sup>. Dazu gehören neben der Einschränkung der Kochsalzzufuhr und des Alkoholkonsums eine gesunde Ernährungsweise, eine Gewichtsreduktion auf einen BMI von 25 kg/m<sup>2</sup>, moderates körperliches Training (30 Minuten an 5 von 7 Tagen) sowie ein Rauchstopp.

## Welche Empfehlungen gibt der KBV Medikationskatalog<sup>2</sup>?

- Wirkstoffe mit einem hohen Evidenzgrad:* Thiazide, Betablocker, Ca-Kanal-Blocker, ACE-Hemmer und Sartane (ABCD-Schema).
- Nachrangig zu verordnende Wirkstoffe:* Alpha-1-Blocker, zentral wirksame Antisymphotonika, Aldosteronantagonisten und Aliskiren.

Die ESC-Leitlinie gibt auch Therapieempfehlungen bei vorliegenden Komorbiditäten. Bei besonders hohem Blutdruck und kardiovaskulärem Risiko kann direkt mit einer Zweifach-Kombination begonnen werden, vermieden werden sollte dabei die duale RAS-Blockade (Kombination aus ACE-Hemmer und AT-II-Antagonist oder Kombination einer dieser Wirkstoffe mit Aliskiren)<sup>3</sup>. Aus der Gruppe der Sartane wurde im KBV-Medikationskatalog nur Losartan mit hoher Evidenz bewertet, da die Begleiteffekte der Sartane noch nicht abschließend wissenschaftlich diskutiert und evaluiert sind<sup>4</sup>.

Tabelle: Wirkstoffempfehlungen des KBV-Medikationskatalog zur Indikation Hypertonie

Standardwirkstoffe			Reservewirkstoffe	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Chlorthalidon</li> <li>• Hydrochlorothiazid</li> <li>• Bisoprolol</li> <li>• Metoprolol</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Amlodipin (+ Ramipril)</li> <li>• Nitrendipin</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enalapril (+ HCT<sup>a</sup>)</li> <li>• Lisinopril (+ HCT<sup>a</sup>)</li> <li>• Ramipril (+ HCT<sup>a</sup>)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Furosemid</li> <li>• Torasemid</li> <li>• Verapamil (+ HCT<sup>a</sup>)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Losartan (+ HCT<sup>a</sup>)</li> <li>• Methyldopa (linksdrehend)</li> </ul>
Nachrangig zu verordnende Wirkstoffe			<sup>a</sup> Hydrochlorothiazid	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• weitere Diuretika</li> <li>• weitere Betablocker</li> <li>• weitere Ca-Kanal-Blocker</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• weitere ACE-Hemmer</li> <li>• weitere AT-II-Antagonisten</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alpha-Blocker</li> <li>• weitere sonstige antihypertensive Wirkstoffe wie zentral wirksame Antisymphotonika, Dihydralazin, Aliskiren, Aldosteronantagonisten</li> </ul>		

Stand: 03/2017

<sup>1</sup> Deutsche Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung e.V., Deutsche Hochdruckliga e.V. DHL® (2014) ESC Pocket Guidelines. Leitlinien für das Management der arteriellen Hypertonie.

<sup>2</sup> Bewertung nach früherer Nutzenbewertung nach §35a SGB V, Leitsubstanzen nach §84 SGB V, „Arzneiverordnungen“ (22. Auflage) der AkdÄ, Wirkstoff AKTUELL, Atd-Arzneimitteldatenbank

<sup>3</sup> Kintscher U, Böhm M, Goss F et al (2014) Kommentar zur 2013-ESH/ESC-Leitlinie zum Management der arteriellen Hypertonie. Kardiologie 8:223-230

<sup>4</sup> KBV-Medikationskatalog, Appendix Hypertonie



## Patienteninformation Bluthochdruck

Die Kassenärztliche Vereinigung und die Verbände der Krankenkassen in Niedersachsen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,



Bluthochdruck ist in Deutschland weit verbreitet. Viele Menschen haben einen erhöhten Blutdruck und merken dies nicht - die Folge: Gefäße werden über Jahre hinweg belastet.



Normalerweise reguliert der Körper den Blutdruck nach Bedarf selbst. So ist er bei Stress erhöht und in entspannten Situationen niedriger. Auch mit zunehmendem Alter steigt der Blutdruck in der Regel an. Ist er dauerhaft erhöht, kann dies Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Organschäden begünstigen.



Ernährungsumstellung und mehr Bewegung können den Blutdruck positiv beeinflussen. Außerdem gibt es wirksame Medikamente gegen Bluthochdruck, die Folgeerkrankungen vorbeugen können.



Für eine erfolgreiche Arzneimitteltherapie beachten Sie bitte, dass Sie die Medikamente regelmäßig einnehmen. Bevor Sie eine Änderung der Dosis vornehmen oder das Medikament absetzen sprechen Sie bitte zunächst mit Ihrem behandelnden Arzt.

Unterstützend zu Ihrer medikamentösen Behandlung empfehlen wir folgende Maßnahmen, die Ihren



Krankheitsverlauf günstig beeinflussen:

- Reduzieren Sie Ihr Gewicht bei Übergewicht (Normalgewicht anstreben)
- Seien Sie regelmäßig körperlich aktiv (Ausdauersport z.B. Schwimmen, Laufen, Wandern, Fahrradfahren)
- Ernähren Sie sich kochsalzarm (z.B. Ersetzen von Kochsalz durch Gewürze) und essen Sie mehr Obst und Gemüse



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



Praxisstempel

## Gemeinsame Arbeitsgruppe Arzneimittel

Kassenärztliche Vereinigung  
Niedersachsen

Verbände der gesetzlichen  
Krankenkassen in Niedersachsen



### Rezept-Info – Kurzinformation zur Verordnung von Antihypertensiva

- begleitend zur medikamentösen Therapie können Lebensstiländerungen eine Blutdrucksenkung bewirken
- für eine Monotherapie sind Thiazide, Betablocker, Ca-Kanal-Blocker, ACE-Hemmer und Angiotensin-II-Antagonisten Wirkstoffe mit hohem Evidenzgrad (ABCD-Schema)
- bei hohem Blutdruck und hohem bis sehr hohem kardiovaskulären Risiko sollte direkt mit einer Kombinationstherapie begonnen werden
- nachrangig zu verordnende Wirkstoffe sind insbesondere Alpha-1-Blocker, zentral wirksame Antisymphotonika, Aldosteronantagonisten und Aliskiren



**KVN**

Kassenärztliche Vereinigung  
Niedersachsen

Die Verbände der gesetzlichen Krankenkassen in Niedersachsen



**KNAPPSCHAFT**

# Sprachförderung oder Sprachtherapie? Welche Hilfe braucht Ihr Kind?

Liebe Eltern,

sprachliche Auffälligkeiten bedeuten nicht unbedingt eine krankhafte Sprachentwicklungsstörung. Es gibt viele Gründe, warum die Sprachentwicklung eines Kindes auffällig sein kann, ohne dass eine medizinische Notwendigkeit für eine Therapie vorliegt.

Phasen sprachlicher Fortschritte können sich mit Phasen vermeintlichen Stillstandes abwechseln. Dies ist kein Grund zur Sorge. Dennoch sollte natürlich jedes betroffene Kind das bekommen was es braucht – Sprachförderung oder Sprachtherapie.

## SPRACHFÖRDERUNG

**Was?** Sprachförderung ist die Basis und Entwicklungsbegleitung für alle Kinder. Enge Bezugspersonen verwenden viele Strategien zur Sprachförderung nach Gefühl.

Sprachförderung geschieht durch Bücher vorlesen und Bilder benennen, Lieder singen und Verse klatschen, Knieretter spielen und Gespräche führen. Aber auch zuwenden und zuhören im Alltag, benennen was man sieht oder tut und Warum-Fragen beantworten.

**Was nicht?** Sprachförderung ist kein ärztlich verordnetes Heilmittel. Sie kann eine Sprachtherapie nicht ersetzen.

Einer Sprachförderung geht häufig nur ein Testverfahren (Screening) voraus. Ein Screening kann ein Risiko ermitteln und ausreichend Hinweise für die angemessene Hilfe liefern, aber keine medizinische Diagnose stellen.

**Ziel?**

- Anregung der sprachlichen Entwicklung
- Vorbereitung auf den Schulunterricht
- Bildungsgleichheit für alle Kinder

**Für wen?**

- Sprachauffällige Kinder ohne medizinische Diagnose
- Kinder mit Migrationshintergrund, deren Deutschkenntnisse als zu gering eingestuft werden
- Kinder mit Risiko zur Lese-Rechtschreib-Schwäche
- Auch gut entwickelte Kinder zur Entfaltung ihres Entwicklungspotenzials



- Wo?** Sprachförderung kann überall und jederzeit erfolgen, zuhause und unterwegs. In Kindertagesstätten, Frühfördereinrichtungen und in der Schule ist Sprachförderung Teil der Bildungspläne.
- Kosten?** Die Kosten tragen Länder, Städte und Kommunen (z.B. Sozial- und Jugendämter) sowie freie Träger (z.B. Wohlfahrtsverbände) je nach Regelung des Bundeslandes.
- Wichtig:** In Kindergärten/Kindertagesstätten wird Sprachförderung im Sinne der Prävention (Vorbeugung) eingesetzt. Meist handelt es sich um kurzfristige Förderprogramme in der Gruppe.

## SPRACHTHERAPIE

- Was?** Sprachtherapie ist ein spezifisches, gesetzlich verankertes Heilmittel. Ihre Grundlagen regelt die Heilmittelrichtlinie. Sprachtherapie setzt eine ärztliche Heilmittelverordnung voraus.
- Was nicht?**
- Sprachtherapie ist kein Deutschunterricht für Zweitsprachler.
  - Sprachtherapie ist kein Nachhilfeunterricht in Deutsch.
  - Mehrsprachigkeit ist keine Störung.
- Ziel?**
- Behandlung und Umstrukturierung des gestörten Sprachsystems
  - Verbesserung der sprachlichen Fähigkeiten bis zur Normalisierung
- Für wen?**
- Sprech- und sprachauffällige Kinder mit medizinischer Diagnose
  - Kinder mit Migrationshintergrund, die auch in der Muttersprache eine auffällige sprachliche Entwicklung zeigen
- Wo?** Sprachtherapie erfolgt in dafür zugelassenen Praxen, in speziell bereitgestellten und dafür ausgestatteten Räumen in Frühfördereinrichtungen, Schulen, Ambulanzzentren und Kliniken.
- Kosten?** Medizinisch notwendige Sprachtherapie wird von den gesetzlichen Krankenkassen bezahlt. Eine Heilmittelverordnung ist erforderlich.
- Wichtig:** Bereits bei Risikokindern können ein Elterntraining oder eine Kurzzeittherapie notwendig sein, um die Bedingungen für den Spracherwerb gezielt zu verbessern.

Medizinisch belegte Störungen der Sprachentwicklung erfordern eine Sprachtherapie. Diese sollte so früh wie möglich nach der ärztlichen Diagnose begonnen werden. Für den Erfolg dieser Therapie ist eine Unterstützung der Eltern wichtig.

Bei der Sprachtherapie handelt es sich weder um Deutschunterricht noch um Nachhilfe in Deutsch. Auch eine mehrsprachige Erziehung ist kein alleiniger Grund für eine Sprachtherapie. Wenn sich die Störung auch in der Muttersprache zeigt, ist eine Abklärung durch den Arzt ratsam.

Praxisstempel

## INFORMATIONEN FÜR DIE PRAXIS

### Psychotherapie

Februar 2017

### Ab April 2017: Strukturreform der psychotherapeutischen Versorgung – Wissenswertes für Therapeuten

Sprechstunden, Akutbehandlung, weniger Bewilligungsschritte: die ambulante psychotherapeutische Versorgung wird zum 1. April 2017 neu strukturiert. Damit sollen Patienten zeitnah einen niederschweligen Zugang erhalten und das Versorgungsangebot insgesamt flexibler werden.

Diese Forderungen hatte der Gesetzgeber im Versorgungsstärkungsgesetz formuliert und den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) beauftragt, die Psychotherapie-Richtlinie zu überarbeiten. Die neue Richtlinie tritt nunmehr am 1. April in Kraft, ebenso die geänderte Psychotherapie-Vereinbarung, in der KBV und GKV-Spitzenverband weitere Details festgelegt haben. Die wesentlichen Neuerungen stellen wir Ihnen in dieser Praxisinformation vor.

#### ÜBERSICHT DER NEUERUNGEN

##### Neue Leistungen

- **Psychotherapeutische Sprechstunde:** niedrigschwelliger Zugang und erste diagnostische Abklärung / Erwachsene bis zu sechs Gespräche à 25 Minuten (insgesamt bis zu 150 Min.) / Kinder und Jugendliche bis zu zehn Gespräche (insgesamt bis zu 250 Min.) / Zugangsvoraussetzung zur weiteren ambulanten psychotherapeutischen Versorgung ab April 2018
- **Akutbehandlung:** schnelle Intervention bei akuten Krisen, Vorbereitung auf Psychotherapie / bis zu 24 Therapieeinheiten à 25 Minuten (insgesamt bis zu 600 Min., Mindesteinheit: 25 Min.) / anzeigepflichtig / zu verrechnen mit gegebenenfalls anschließender Kurz-/Langzeittherapie
- **Rezidivprophylaxe:** um Rückfälle zu vermeiden / mit Stunden aus Langzeittherapiekontingent / bis zu zwei Jahre nach Therapieende / Therapeut zeigt Therapieende vorab bei der Kasse an

Abrechnungsgenehmigung: Therapeuten benötigen für die neuen Leistungen keine zusätzliche Genehmigung ihrer Kassenärztlichen Vereinigung (KV). Die fachliche Befähigung für die Durchführung und Abrechnung von Sprechstunden und Akutbehandlungen gilt als nachgewiesen, wenn eine Genehmigung für eines der Richtlinienverfahren vorliegt.

##### Anpassungen bei Bewilligungsschritten

Die Stundenkontingente der einzelnen Angebote sowie die Art der Bewilligung (Anzeige, Antrag, gutachterpflichtiger Antrag) wurden angepasst.

Umfangreiche  
Änderungen zum  
1. April 2017

Keine zusätzliche  
KV-Genehmigung  
erforderlich



## Thema: Psychotherapie

- **Kurzzeittherapie:** antragspflichtig / grundsätzlich keine Gutachterpflicht / zwei Bewilligungsschritte für je 12 Therapieeinheiten / Umwandlung in Langzeittherapie gutachterpflichtig
- **Langzeittherapie:** nur noch zwei Bewilligungsschritte / erstes Stundenkontingent erweitert und antrags- und gutachterpflichtig / zweites Kontingent Gutachterpflicht im Ermessen der Krankenkasse

### Weitere Neuerungen

- **Probatorische Sitzungen:** vor Aufnahme einer Kurz- oder Langzeittherapie verpflichtend / zwei bis vier Sitzungen / Sitzungen auch nach Antragstellung möglich
- **Gruppentherapie:** flexiblere Kombinationsbehandlungen aus Einzel- und Gruppentherapie möglich / einheitlich drei bis neun Teilnehmer
- **Formulare:** alle PTV-Vordrucke überarbeitet / drei neue Formulare PTV 10, 11, 12 für Psychotherapeutische Sprechstunde und Akutbehandlung
- **Therapieeinheit:** eine Therapieeinheit = 50 Minuten Einzeltherapie, 100 Minuten Gruppentherapie
- **Telefonische Erreichbarkeit:** zur Terminvermittlung / mindestens 200 Minuten pro Woche und Praxis bei vollem Versorgungsauftrag / Mindesteinheit: 25 Minuten / Zeiten sind an KV zu melden
- **Terminservicestellen:** müssen ab April Termine für Sprechstunden und eine sich aus der Abklärung ergebende zeitnah erforderliche Behandlung vermitteln / keine Wunsch-Termine bei Wunsch-Therapeuten

### DIE NEUERUNGEN IM DETAIL

#### Psychotherapeutische Sprechstunde

Neu ist die Psychotherapeutische Sprechstunde. Der Psychotherapeut klärt in diesem Erstgespräch ab, ob ein Verdacht auf eine psychische Krankheit vorliegt und der Patient eine Richtlinienpsychotherapie benötigt oder ob ihm mit anderen Unterstützungs- und Beratungsangeboten (z.B. Präventionsangebote, Ehe- und Familienberatungsstelle) geholfen werden kann.

Die Psychotherapeutische Sprechstunde ist ein Versorgungsangebot zur frühzeitigen diagnostischen Abklärung und nicht zu verwechseln mit der herkömmlichen Sprechstunde, also der Zeit, in der Ärzte und Psychotherapeuten in ihrer Praxis Patienten versorgen – laut Bundesmantelvertrag-Ärzte mindestens 20 Wochenstunden.

#### Das sollten Sie wissen:

- **Angebot verpflichtend:** Jeder Arzt und Psychotherapeut, der eine Genehmigung zur Abrechnung von Richtlinienpsychotherapie hat, muss ab April Sprechstunden anbieten. Dies gilt ebenso für Ärzte mit der Zusatzbezeichnung Psychotherapie, Ausbildungsinstitute und in bestimmten Fällen auch für ermächtigte Ärzte.
- **Umfang:** Therapeuten haben pro Woche mindestens 100 Minuten für Sprechstunden zur Verfügung zu stellen, bei hälftigem Versorgungsauftrag 50 (sofern KVen keine abweichenden Regelungen treffen).

Keine Gutachterpflicht

Nur zwei Bewilligungsschritte

Mindestens zwei Sitzungen

Ab drei Teilnehmern

Neue Formulare

Zeiten der Erreichbarkeit melden

Terminvermittlung durch Servicestellen

Erstgespräch mit dem Patienten zur Abklärung des Behandlungsbedarfs

Therapeuten müssen Sprechstunde anbieten

Mindestens 100 Minuten pro Woche



- **Dauer:** Eine Sprechstunde dauert mindestens 25 Minuten pro Patient und kann höchstens sechsmal je Krankheitsfall bei Erwachsenen (insgesamt bis 150 Min.) durchgeführt werden, bei Kindern und Jugendlichen höchstens zehnmal (insgesamt bis zu 250 Min.). Der Krankheitsfall umfasst das aktuelle und die drei darauffolgenden Quartale.
- **Weiterführende Behandlung:** Sie muss nicht durch den Therapeuten erfolgen, der die Sprechstunde durchgeführt hat.
- **Organisation:** Offen oder nur nach Terminvereinbarung: Therapeuten entscheiden selbst, wie sie die Sprechstunde organisieren. Möglich sind feste Zeiten, aber auch eine individuelle Terminvereinbarung.
- **Mitteilung an die KV:** Therapeuten melden ihrer KV, ob sie eine Psychotherapeutische Sprechstunde mit oder ohne Terminvereinbarung anbieten. Ferner müssen sie mitteilen, zu welchen Zeiten die Praxis für Patienten telefonisch erreichbar ist, um Termine zu vereinbaren.

Achtung: Dies hat nichts mit den Terminservicestellen zu tun. Diese vermitteln nur Termine, die die Therapeuten explizit zur Vermittlung durch die Servicestellen ihrer KV melden.

### Psychotherapeutische Sprechstunde ab April 2018 für Patienten Pflicht

Ab 1. April 2018 ist das Erstgespräch Pflicht; das heißt, erst wenn ein Patient eine Sprechstunde aufgesucht hat, kann mit probatorischen Sitzungen oder einer Akutbehandlung begonnen werden. Vorgeschrieben sind mindestens 50 Minuten. Bis 31. März 2018 kann eine ambulante psychotherapeutische Behandlung auch ohne Sprechstunde beginnen.

Bei Patienten, die aufgrund einer psychischen Erkrankung in einer stationären Krankenhausbehandlung oder rehabilitativen Behandlung waren, können auch nach dem 31. März 2018 probatorische Sitzungen oder eine Akutbehandlung ohne Sprechstunde beginnen. Dies gilt auch, wenn ein Therapeutenwechsel während einer laufenden Therapie erfolgt. Ein nochmaliges Erstgespräch ist dann nicht erforderlich.

### Zwei neue Formulare für die Sprechstunde

- **PTV 10:** Das Formular ist eine allgemeine Patienteninformation, in der das ambulante psychotherapeutische Versorgungsangebot sowie die verschiedenen Psychotherapieverfahren und Behandlungsmöglichkeiten vorgestellt werden. Der Psychotherapeut händigt das Infoblatt dem Patienten in der Sprechstunde aus.
- **PTV 11:** Zum Ende der Sprechstunde erhält jeder Patient einen Befundbericht mit Ergebnissen und Empfehlungen für das weitere Vorgehen. Der Therapeut verwendet dafür das neue Formular PTV 11. Darauf trägt er gegebenenfalls die (Verdachts-)Diagnose ein, und ob weitere Maßnahmen erforderlich sind, beispielsweise eine Akutbehandlung oder das Aufsuchen einer Beratungsstelle.

Auf dem Formular ist der Termin der Sprechstunde anzugeben. Ab 1. April 2018 gilt dies als Nachweis, dass ein Erstgespräch erfolgt ist und eine weiterführende Therapie beginnen kann.

Maximal 150 Minuten pro Patient

Auch bei anderen Therapeuten möglich

Mit oder ohne Termine

Mitteilung an KV

Erst Sprechstunde, dann Therapie

Ausnahme nach Klinikaufenthalt

Patienteninfo zum Versorgungsangebot

Bericht mit Ergebnissen des Erstgesprächs



### Akutbehandlung

Die Akutbehandlung soll zur Besserung akuter psychischer Krisen beitragen. Patienten, für die eine Akutbehandlung nicht ausreicht, sollen so stabilisiert werden, dass sie auf eine Psychotherapie vorbereitet sind oder ihnen andere ambulante, teil- oder vollstationäre Maßnahmen empfohlen werden können.

#### Das sollten Sie wissen:

- **Umfang:** Die Akutbehandlung kann als Einzeltherapie bis zu 24-mal à 25 Minuten im Krankheitsfall (= vier Quartale) durchgeführt werden (insgesamt maximal 600 Min., Einheiten von 25 oder 50 Min.).
- **Anzeigepflichtig:** Die Akutbehandlung ist nicht genehmigungspflichtig, die Kasse muss aber informiert werden. Für die Anzeige verwenden Psychotherapeuten das neue Formular PTV 12. Eingetragen werden unter anderem das Datum des Beginns der Akutbehandlung und die ICD-10-Diagnosen. Angaben zu Psychotherapeutischen Sprechstunden sind bis 31. März 2018 optional.
- **Weiterbehandlung:** Soll nach der Akutbehandlung eine Richtlinien-therapie erfolgen, sind mindestens zwei probatorische Sitzungen nötig. Erbrachte Stunden der Akutbehandlung sind mit den Stunden der Kurz- oder Langzeittherapie zu verrechnen.

### Probatorische Sitzungen

Neu ist, dass vor Beginn einer Kurz- oder Langzeittherapie probatorische Sitzungen durchgeführt werden müssen – mindestens zwei, maximal vier bei Erwachsenen, mindestens zwei, maximal sechs bei Kindern und Jugendlichen.

Ein Antrag auf Kurz- oder Langzeittherapie ist bereits nach der ersten probatorischen Sitzung möglich, wenn für die zweite Sitzung ein Termin vereinbart ist. Die restlichen probatorischen Sitzungen können bis zum Beginn der beantragten Richtlinien-therapie durchgeführt werden.

### Kurzzeittherapie

Kurzzeittherapien umfassen bis zu 24 Therapieeinheiten (bisher 25 Stunden bzw. Doppelstunden). Die Beantragung erfolgt in zwei Schritten für jeweils ein Kontingent von 12 Therapieeinheiten und ist grundsätzlich nicht mehr gutachterpflichtig, es sei denn, innerhalb der vergangenen zwei Jahre fand bereits eine Therapie statt oder die Krankenkasse fordert im Einzelfall ein Gutachten an.

#### Das sollten Sie wissen:

- **Antrag auf Kurzzeittherapie:** Die Beantragung bei der Krankenkasse erfolgt möglichst schon während der probatorischen Sitzungen. Der Patient füllt dazu den Antrag (PTV 1) aus; der Therapeut reicht diesen zusammen mit seinen Angaben zu Erkrankung und geplanter Therapie (PTV 2) ein.

Maximal 600 Minuten  
in vier Quartalen

Mitteilung an die  
Kasse mit PTV 12

Stunden werden  
verrechnet

Mindestens zwei  
probatorische  
Sitzungen

24 Therapieeinheiten  
und nicht mehr  
gutachterpflichtig





## Thema: Psychotherapie

- **Zeitpunkt der Antragstellung:** Um das erste Kontingent der Kurzzeittherapie (KZT 1) zu beantragen, muss der Termin für die zweite probatorische Sitzung feststehen und zusammen mit dem ersten, bereits stattgefundenen Termin eingetragen werden. Nach sieben Therapieeinheiten der KZT 1 kann das zweite Kontingent (KZT 2) beantragt werden.
- **Antragsbewilligung:** Grundsätzlich gelten Anträge nach Ablauf einer Drei-Wochen-Frist auch ohne Bescheid als bewilligt. Im Regelfall erhält der Patient aber eine formlose Bewilligung von seiner Kasse. Die Formulare PTV 6, 7 und 9 fallen weg. Wird die Therapie nicht genehmigt, erhalten weiterhin sowohl Patient als auch Therapeut eine Mitteilung.

### Umwandlung in Langzeittherapie

Eine Kurzzeittherapie kann in eine Langzeittherapie umgewandelt werden. Dies muss spätestens mit der achten Therapieeinheit der KZT 2 erfolgen (in der Regel etwa vier bis fünf Wochen vor dem Ende der Kurzzeittherapie), um eine nahtlose Weiterbehandlung zu gewährleisten.

Der Umwandlungsantrag erfolgt ebenfalls mit Antrag des Patienten (PTV 1), dem Formular PTV 2 (Feld „Langzeittherapie als Umwandlung“) und ist gutachterpflichtig. Dem Antrag ist daher ein verschlossener Briefumschlag für den Gutachter (PTV 8) mit folgendem Inhalt beizufügen:

- Bericht an den Gutachter (neues Formular PTV 3 als Leitfaden für die Erstellung des Berichts, Formular PT 3 KZT/a/b/c(K) entfällt)
- Durchschrift des PTV 2
- Durchschrift des Konsiliarberichts (nur bei nichtärztlichen Therapeuten)
- ergänzende Befundberichte, sofern erforderlich

### Langzeittherapie

Für die Langzeittherapie wurde das erste Sitzungskontingent erweitert, und es gibt nur noch zwei Bewilligungsschritte: Mit dem Fortführungsantrag wird direkt das Höchstkontingent beantragt.

Der erste Bewilligungsschritt bleibt antrags- und gutachterpflichtig. Dem Antrag ist – wie bei der Umwandlung einer Kurzzeittherapie – ein verschlossener Umschlag für den Gutachter (PTV 8) beizufügen. Ob Anträge auf Fortführung der Psychotherapie gutachterpflichtig sind, liegt im Ermessen der Krankenkassen. In diesem Fall fordert die Krankenkasse unverzüglich vom Therapeuten einen Bericht an den Gutachter an.

**Bewilligung der Anträge:** Die Krankenkasse teilt bei einer Langzeittherapie dem Versicherten und dem Therapeuten ihre Entscheidung formlos mit.

Der Therapeut nutzt dieselben Formulare wie bei der Kurzzeittherapie. Bei einer Langzeittherapie ist darüber hinaus auf dem Formular PTV 2 anzugeben, ob nach Abschluss der Behandlung eine Rezidivprophylaxe erfolgen soll. Sollte dies zum Zeitpunkt der Antragstellung noch nicht absehbar sein, kann er auch das angeben.

Antragstellung nach der ersten probatorischen Sitzung möglich

Patient erhält formlose Bewilligung

Umwandlung ist gutachterpflichtig

Nur noch zwei Kontingente

Erstes Kontingent bleibt antrags- und gutachterpflichtig

Gegebenenfalls Angaben zur Rezidivprophylaxe



Langzeittherapie bei Erwachsenen			
Verfahren	Bewilligungsschritte	neu ab 1.4.2017	alt bis 31.3.2017
		Therapieeinheiten Einzel-/Gruppentherapie*	Therapieeinheiten Einzel-/Gruppentherapie*
Analytische Psychotherapie	1	160/80	160/160
	2	300/150	250/250
	3	-	300/300
Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	1	60/60	50/50
	2	100/80	80/80
	3	-	100/100
Verhaltenstherapie	1	60/60	45/45
	2	80/80	60/60
	3	-	80/80

\* Therapieeinheit á 50 Minuten in Einzelbehandlung, á 100 Minuten in Gruppenbehandlung

## Rezidivprophylaxe

Nach Beendigung einer Langzeittherapie kann eine Rezidivprophylaxe erfolgen. Ziel ist es, bei einem drohenden Rückfall, einen schnellen Zugang zum Therapeuten zu ermöglichen. Dafür werden Stunden des bewilligten Langzeittherapiekontingents:

- maximal 8 Stunden Rezidivprophylaxe bei einer Behandlungsdauer von 40 Stunden oder mehr
- maximal 16 Stunden Rezidivprophylaxe bei einer Behandlungsdauer von 60 Stunden oder mehr

Die Rezidivprophylaxe kann bis zu zwei Jahre nach Abschluss der Langzeittherapie durchgeführt werden. Der Therapeut zeigt dazu der Kasse auf dem Formular PTV 12 an, dass die Psychotherapie beendet ist. Er gibt an, wie viele Therapieeinheiten genutzt wurden und ob verbleibende Stunden für eine Rezidivprophylaxe verwendet werden sollen.

## Gruppentherapie

Gruppentherapien können immer dann eingesetzt werden, wenn sie förderlich für das prognostizierte Behandlungsergebnis sind. Sie gelten als gleichwertige, bei der Indikationsstellung zu berücksichtigende Anwendungsform. Die Gruppengröße wurde in allen Verfahren auf drei bis neun Personen festgesetzt.

### Das sollten Sie wissen:

- **Antrag eines Therapeuten:** Bei der Beantragung einer Therapie kreuzt der Therapeut auf dem PTV 12 an, ob ausschließlich Einzeltherapie, Gruppentherapie oder eine Kombinationsbehandlung vorgesehen ist. Bei einer Kombinationsbehandlung gibt er an, ob die Einzel- oder Gruppentherapie die überwiegend durchgeführte Anwendungsform ist und ob die Behandlung gegebenenfalls durch zwei Therapeuten erfolgt.

Übersicht: neue Stundenkontingente

Bis zu zwei Jahre nach Therapieende möglich

Neu: Drei bis neun Teilnehmer



- **Antrag von zwei Therapeuten:** Sind zwei Therapeuten beteiligt, füllen beide jeweils ein Formular (PTV 2) aus und fügen es dem Antrag des Versicherten (einmal PTV 1 ausreichend) bei.

Beispiel: Zwei Therapeuten beantragen eine Kombinationsbehandlung in der Verhaltenstherapie – als Langzeittherapie mit 60 Therapieeinheiten. Beide Therapeuten geben hierzu auf dem PTV 2 das gleiche Behandlungssetting an (z.B. „Kombinationsbehandlung mit überwiegend Gruppentherapie“). Einzeltherapeut A führt darüber hinaus seine individuell beantragten Therapieeinheiten auf (z.B. 20 Therapieeinheiten in der Einzelbehandlung); Gruppentherapeut B „seine“ Therapieeinheiten (z.B. 40 Therapieeinheiten in der Gruppenbehandlung).

### Kombination von Einzel- und Gruppentherapie

Einzel- und Gruppentherapie können während einer laufenden Kombinationstherapie getauscht werden. Dabei ist Folgendes zu beachten, wenn

- **ein Therapeut behandelt:** Bleibt die überwiegende Anwendungsform bestehen, überwiegt beispielsweise weiterhin die Einzeltherapie, ist weder eine erneute Antragstellung noch eine Anzeige notwendig. Ändert sich die überwiegende Anwendungsform, genügt bei der Kurzzeittherapie eine formlose Mitteilung an die Krankenkasse; bei der Langzeittherapie ist ein neuer Antrag erforderlich – gegebenenfalls auch ein neues Gutachten.
- **zwei Therapeuten behandeln:** Bleibt es bei der überwiegenden Form, die beide im Antrag angegeben haben, genügt eine gemeinsame formlose Mitteilung an die Krankenkasse. Anderenfalls ist ein neuer gemeinsamer Antrag erforderlich.

### Telefonische Erreichbarkeit

Psychotherapeuten müssen sicherstellen, dass ihre Praxis unter anderem für eine Terminkoordination telefonisch erreichbar ist:

- 200 Minuten/Woche bei vollem Versorgungsauftrag
- 100 Minuten/Woche bei hälftigem Versorgungsauftrag (Mindesteinheit: jeweils 25 Min.)

Therapeuten müssen ihrer KV mitteilen, zu welchen Zeiten sie die insgesamt 200 Minuten Erreichbarkeit in der Woche anbieten. Die Zeiten sollten auch auf dem Anrufbeantworter der Praxis angegeben werden. Die Krankenkassen erhalten die Daten ebenfalls (von den KVEn), um ihre Versicherten zu informieren.

### Kooperation und Delegation sind möglich

Wie Therapeuten die telefonische Erreichbarkeit organisieren, ist ihnen freigestellt: So kann ein Praxismitarbeiter den Dienst übernehmen oder das Telefon umgeleitet werden. Entscheidend ist, dass jemand den Anruf persönlich entgegennimmt.

Beispiel zur richtigen Beantragung

Einzel- und Gruppensitzungen tauschen

200 Minuten pro Woche

Zeiten müssen KV mitgeteilt werden

Therapeut muss nicht selbst erreichbar sein



## Versorgung von Kindern und Jugendlichen

Alle Regelungen gelten auch für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen. Doch es gibt einige Besonderheiten sowie weitere Neuerungen:

**Soziales Umfeld:** Neu ist, dass künftig „relevante Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld“ in die Behandlung einbezogen werden können. Damit sind zum Beispiel neben den Eltern auch Lehrer oder Erzieher gemeint, die unmittelbar und regelmäßig mit der Erkrankung des Patienten konfrontiert sind.

**Altersgrenzen:** Nach der Richtlinie sind Kinder Personen, die noch nicht 14 Jahre alt sind; Jugendliche, die 14, aber noch nicht 21 Jahre alt sind. Außerdem: Eine Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie muss nicht mit dem 21. Geburtstag enden. Sie kann fortgeführt werden, wenn sie dem Therapieerfolg dient. Grundsätzlich haben Patienten ab 18 Jahren Anspruch auf eine Erwachsenentherapie – dann gelten die Regelungen für Erwachsene.

**Psychotherapeutische Sprechstunde:** Bei Kindern und Jugendlichen können im Krankheitsfall (= vier Quartale) bis zu 250 Minuten Psychotherapeutische Sprechstunde durchgeführt werden, 100 Minuten davon auch mit relevanten Bezugspersonen ohne Anwesenheit des Kindes oder Jugendlichen.

**Probatorische Sitzungen:** Es sind zwei bis sechs probatorische Sitzungen erlaubt. Relevante Bezugspersonen können einbezogen werden.

**Rezidivprophylaxe:** Bei einer Behandlungsdauer von 40 oder mehr Stunden können maximal 10 Stunden, bei 60 oder mehr Stunden maximal 20 Stunden für die Rezidivprophylaxe genutzt werden.

Besonderheiten bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen

Langzeittherapie bei Kindern (K) und Jugendlichen (J)			
Verfahren	Bewilligungsschritte	neu ab 1.4.2017	alt bis 31.3.2017
		Therapieeinheiten Einzel-/Gruppentherapie*	Therapieeinheiten Einzel-/Gruppentherapie*
Analytische Psychotherapie	1	K: 70/60 J: 90/60	K: 70/40 J: 90/40
	2	K: 150/90 J: 180/90	K: 120/60 J: 140/60
	3	-	K: 150/90 J: 180/90
Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	1	K: 70/60 J: 90/60	K: 70/40 J: 90/40
	2	K: 150/90 J: 180/90	K: 120/60 J: 140/60
	3	-	K: 150/90 J: 180/90
Verhaltenstherapie	1	60/60	45/45
	2	80/80	60/60
	3	-	80/80

Übersicht: neue Stundenkontingente

\*Therapieeinheiten bei Einzeltherapie à 50 Minuten, Gruppentherapie à 100 Minuten



### Das sind die PTV-Formulare ab April 2017

Alle PTV-Formulare wurden angepasst, neue gibt es für die Psychotherapeutische Sprechstunde und Akutbehandlung. Gleich bleiben die Überweisung an einen Vertragsarzt zur Abklärung somatischer Ursachen vor Aufnahme einer Psychotherapie (Muster 7) und der Konsiliarbericht (Muster 22).

Formulare, die Therapeuten vorhalten müssen, sind in der Übersicht gefettet und über die gewohnten Bezugswege (KV, Druckerei) erhältlich. Für die mit „B“ gekennzeichneten Formulare ist eine Blankoformularbedruckung möglich. Alle Formulare sind ab April in der Praxissoftware hinterlegt.

Muster 7 und 22  
bleiben unverändert

### Übersicht Formulare

<b>PTV 1 (B)</b>	Antrag des Versicherten auf Psychotherapie / 3-fache Ausfertigung (Krankenkasse/Versicherter/Therapeut)
<b>PTV 2 (B)</b>	Angaben des Therapeuten zum Antrag des Versicherten / 3-fache Ausfertigung (Krankenkasse/Gutachter/Therapeut)
<b>PTV 3</b>	Leitfaden für den Therapeuten zur Erstellung des Berichts an den Gutachter
<b>PTV 4</b>	Auftrag der Krankenkasse zur Begutachtung / Ausstellung nur durch die Krankenkasse
<b>PTV 5</b>	Stellungnahme des Gutachters (in der Regel vorausgefüllt von der Krankenkasse) / 3-fache Ausfertigung (Therapeut/Gutachter/Krankenkasse)
<b>PTV 6 / PTV 7</b>	unbesetzt (bisher: Mitteilung über die Leistungspflicht)
<b>PTV 8</b>	Briefumschlag zur Weiterleitung der Unterlagen an den Gutachter / Versand des Berichts gemäß PTV 3 durch den Therapeuten
<b>PTV 9</b>	unbesetzt (bisher: Mitteilung über die nicht gegebene Leistungspflicht)
<b>PTV 10</b>	Allgemeine Patienteninformation (während der Psychotherapeutischen Sprechstunde)
<b>PTV 11 (B)</b>	Individuelle Patienteninformation (am Ende der Psychotherapeutischen Sprechstunde) / 2-fache Ausfertigung (Versicherter/Therapeut)
<b>PTV 12 (B)</b>	Anzeige der Akutbehandlung <i>oder</i> der Beendigung einer Psychotherapie / 3-fache Ausfertigung bei Akutbehandlung (Krankenkasse/Versicherter/Therapeut <i>oder</i> 2-fache Ausfertigung bei Beendigungsanzeige (Krankenkasse/Therapeut)



## WAS SIE NOCH WISSEN SOLLTEN

### Übergangsregelung für laufende Psychotherapien

Für Psychotherapien, die vor dem 1. April 2017 beantragt wurden, gelten die alte Psychotherapie-Richtlinie und die alte Psychotherapie-Vereinbarung weiter. Die neuen Vorgaben gelten für diese Psychotherapien nur dann, wenn der Therapeut eine Kurzzeittherapie in eine Langzeittherapie umwandeln oder eine Langzeittherapie verlängern möchte.

**Beispiel:** Das erste Sitzungskontingent (alt) mit 45 Stunden läuft nach dem 1. April 2017 aus und soll nun verlängert werden. Der Therapeut beantragt jetzt im zweiten Schritt direkt die noch fehlenden Stunden bis zum Höchstkontingent (80 Stunden) nach den neuen Regelungen. Nach der alten Regelung hätte er nur 15 Stunden beantragen können. Für die restlichen 20 Stunden wäre ein weiterer Antrag erforderlich gewesen.

### Vergütung

Mit der neuen Struktur werden Anpassungen im EBM erforderlich. Insbesondere geht es um die Vergütung der neuen Leistungen, der Psychotherapeutischen Sprechstunde und Akutbehandlung. KBV und GKV-Spitzenverband sind in Verhandlung, ein Ergebnis liegt noch nicht vor. Der Bewertungsausschuss muss die Vergütung bis April 2017 festlegen.

### Terminservicestellen

Mit Inkrafttreten der neuen Psychotherapie-Richtlinie am 1. April 2017 müssen die Terminservicestellen der Kassenärztlichen Vereinigungen Patienten auch freie Termine bei Psychotherapeuten vermitteln. Dabei geht es um Termine für die Psychotherapeutische Sprechstunde und eine sich aus der Abklärung ergebende zeitnah erforderliche Behandlung. Nähere Informationen dazu erhalten Therapeuten von ihrer KV.

Die Einrichtung der Terminservicestellen hatte der Gesetzgeber gefordert. Sie sollen Patienten einen Termin beim Facharzt innerhalb von vier Wochen vermitteln, ab April nun auch beim Psychotherapeuten.

### Weitere Information

Alles zu den neuen Behandlungsoptionen, die neuen Formulare und mehr finden Sie hier: [www.kbv.de/Psychotherapie](http://www.kbv.de/Psychotherapie)

Neue Regelungen gelten nicht für laufende Therapien

Beispiel

Verhandlungen laufen

Vermittlung von Terminen bei Psychotherapeuten

Mehr im Internet

Kennen Sie schon die PraxisNachrichten? Sie können den Newsletter der KBV hier kostenlos abonnieren: [www.kbv.de/praxisnachrichten](http://www.kbv.de/praxisnachrichten).

**Aufstellung der Diabetes-Schulungen für Mitglieder der Gruppe A der Postbeamtenkrankenkasse**

<b>Schulungen</b>	<b>GO-Nr.</b>	<b>Vergütung</b>
<b>Diabetes Typ 1</b>		
Behandlungs- und Schulungsprogramm für intensivierete Insulintherapie (ZI)	99574	26,00 €
Zuschlag zur 12. Doppelstunde (Schulungsabschluss) der Schulung gemäß 99574	99574 Z	32,00 €
LINDA – Das Schulungsprogramm für Menschen mit Typ 1 Diabetes)	99575	32,50 €
Zuschlag zur 6. Unterrichtseinheit (Schulungsabschluss) der Schulung gemäß 99575	99575 Z	18,00 €
Diabetesbuch für Kinder (Schulungsprogramm) 3. Auflage	99576	45,00 €
Jugendliche mit Diabetes (Schulungsprogramm)	99577	45,00 €
Jugendliche mit Diabetes (Schulungsprogramm)	99577G	26,00 €
Zuschlag zur 16. Doppelstunde (Schulungsabschluss) der Schulung gemäß 99577 G	99577 Z	40,00 €
Das strukturierte Hypertonie- Behandlungs- und Schulungsprogramm (HBSP) Typ-1-Diabetiker mit erhöhten Blutdruckwerten	99514	25,00 €
Strukturiertes Hypertonie Therapie- und Schulungsprogramm (ZI) Typ-1-Diabetiker mit essentieller arterieller Hypertonie	99515	25,00 €
Schulungsmaterial für Kinder	99578	19,90 €
Schulungsmaterial für Jugendliche	99579	100,00 €
Schulungsmaterial inkl. Diabetes/Hypertonie-Pass	99580	9,50 €
Nachschulung 45 Minuten	99581	12,50 €
Nachschulung 90 Minuten	99582	25,00 €
Einzelschulungen in medizinisch erforderlichen Fällen	99583	45,00 €
Insulinpumpenschulung	99584	125,00 €
<b>Diabetes Typ 2</b>		
Schulungsprogramm für Typ-2-Diabetiker, die nicht Insulin spritzen	99510	13,50 €
MEDIAS 2 (Mehr Diabetes Selbstmanagement für Typ 2)	99511	26,00 €
Schulungsprogramm für Typ-2-Diabetiker, die Insulin spritzen	99512	26,00 €
Schulungsprogramm für Typ 2 Diabetiker, die Normalinsulin spritzen	99513	26,00 €
Das strukturierte Hypertonie-Behandlungs- und Schulungsprogramm (HBSP)	99514	25,00 €
Strukturiertes Hypertonie Therapie- und Schulungsprogramm	99515	25,00 €
Diabetes & Verhalten –Schulungsprogramm für Menschen mit Typ 2 Diabetes, die Insulin spritzen	99518	66,00 €
Schulungsmaterial inkl. Diabetes-Pass	99519	9,50 €
Nachschulung mit inhaltlichen Elementen der vereinbarten Schulungsprogramme (maximal 2x im Krankheitsfall nach Teilnahme an diesen Schulungsprogrammen abrechenbar)	99516	12,50 €
Nachschulung mit inhaltlichen Elementen der vereinbarten Schulungsprogramme (maximal 1x im Krankheitsfall nach Teilnahme an diesen Schulungsprogrammen abrechenbar)	99517	25,00 €



# Informationen für die Praxis

KVN-Rundschreiben

Februar 2017

## Inhaltsverzeichnis

<b>1. Abrechnung .....</b>	<b>3</b>
1.1. Bewertungsausschuss fasst Beschlüsse zur Änderung des EBM zum 1. April 2017.....	3
1.2. Neue Vereinbarungen über die ambulante ärztliche Versorgung von Hilfeempfängern/Asylbewerbern mit niedersächsischen Sozialhilfeträgern ab 1. Oktober 2016.....	7
1.3. UV-GOÄ und Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger zum 1. Januar 2017 angepasst .....	7
<b>2. Verordnungen.....</b>	<b>8</b>
2.1. Kennzeichnung von Praxisbesonderheiten durch GO-Nr.....	8
2.2. Änderung der Arzneimittelrichtlinie (AM-RL) Anlage II: Lifestyle Arzneimittel .....	8
2.3. Änderung der Verschreibungspflicht für cortisonhaltige Nasensprays .....	9
2.4. Gemeinsame Arbeitsgruppe Arzneimittel - Informationsschreiben zum Thema Lipidsenker .....	10
<b>3. Allgemeine Hinweise .....</b>	<b>11</b>
3.1. Bezirksausschüsse und Bezirksausschuss- vorsitzende gewählt .....	11
3.2. Erweitertes Kinder-Früherkennungsprogramm seit 1. Januar 2017 - Wissenswertes für Vertragsärzte .....	12
3.3. Überweisungsverfahren bei der Behandlung von Asylbewerbern.....	12
3.4. Übermittlung von versichertenbezogenen Daten an die Krankenkassen.....	12
3.5. Online-Umfrage für Verhaltenstherapeut/innen .....	13
3.6. Neues Update für Kartenlesegerät Orga 920 m .....	13
3.7. Nachweis der jährlichen Fortbildungspflicht aus Sonderverträgen - Meldefrist bis 30. Juni 2017 .....	14
3.8. Finanzierungsfonds für Dolmetscherkosten.....	14



<b>4.</b>	<b>Veranstaltungen im März und April 2017 .....</b>	<b>15</b>
<b>5.</b>	<b>Anlagenverzeichnis .....</b>	<b>18</b>
5.1.	Rezept-Info „Lipidsenker“ .....	18
5.2.	Bezirksausschussmitglieder und Bezirksausschussvorsitzende .....	18
5.3.	Früherkennungsprogramm Kinder .....	18
5.4.	Finanzierungsfonds für Dolmetscherkosten .....	18
5.5.	Sammelerklärung .....	18

## 1. Abrechnung

### 1.1. Bewertungsausschuss fasst Beschlüsse zur Änderung des EBM zum 1. April 2017

Der Bewertungsausschuss hat zum 1. April 2017 weitere Beschlüsse zur Änderung des EBM getroffen.

Nachfolgend die Beschlüsse kurz im Überblick:

- Es werden Leistungen für die telekonsiliarische Befundbeurteilung von Röntgen und CT-Aufnahmen in den EBM aufgenommen.
- Der Anhang 2 des EBM wird an die OPS-Version 2017 angepasst.
- Die Bewertung der GOP 32937 wird abgesenkt.
- Neue Regelungen zur Abrechnung im Notfall und im Bereitschaftsdienst.

Überblick

#### Telekonsile

Es werden Leistungen für die telekonsiliarische Befundbeurteilung von Röntgen und/oder CT-Aufnahmen in den neuen Abschnitt 34.8 des EBM aufgenommen. Für die Abrechnung dieser neuen Leistungen sind die definierten technischen Anforderungen zu erfüllen, die auch die elektronische Signatur mittels elektronischem Heilberufsausweis einschließt. Besagte Telekonsile sind nur bei bestimmten Fragestellungen und in Abhängigkeit davon nur von bestimmten Vertragsärzten berechnungsfähig. Bei letzteren handelt es sich ausschließlich um solche, die selbst auch die Röntgen und/oder CT-Leistungen abrechnen können, auf die sich der Auftrag zur telekonsiliarischen Befundbeurteilung bezieht. Die Telekonsile sind nicht innerhalb von Medizinischen Versorgungszentren, Apparategemeinschaften oder ähnlichen Einrichtungen berechnungsfähig und ebenso nicht im Rahmen des Mammographiescreenings.

Die Vergütung der nachstehenden neuen Leistungspositionen erfolgt in den nächsten zwei Jahren zunächst extrabudgetär, außerhalb der RLV/QZV-Systematik. Nach zwei Jahren wird die Überführung der neuen Leistungen in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung geprüft.

Vergütung extrabudgetär

Dies sind die neuen GOP im Überblick:

- GOP 34800 (91 Punkte): „Einholung einer telekonsiliarischen Befundbeurteilung von Röntgen und/oder CT-Aufnahmen“, einmal im Behandlungsfall.

Mit der GOP 34800 wird sowohl die ärztliche Leistung im Zusammenhang mit dem Einholen einer telekonsiliarischen Befundbeurteilung von Röntgen und CT-Aufnahmen als auch die beim elektronischen Versand der Röntgen- und CT-Aufnahmen entstehenden Kosten der Übermittlung gemäß Anlage 31a zum Bundesmantelvertrage Ärzte vergütet. Darin ist auch der elektronische Heilberufsausweis umfasst, der für die elektronische Signatur benötigt wird.

Das Einholen des Telekonsils unterliegt einer Höchstwertregelung. Das Punktzahlvolumen ist je Arztpraxis unterschiedlich und entspricht 3,75 Prozent der Behandlungsfälle, in denen mindestens eine der genannten Röntgen- und CT-Aufnahmen berechnet werden, multipliziert mit der Bewertung der GOP 34800 (91 Punkte).

- GOP 34810, 34820 und 34821: „Telekonsiliarische Befundbeurteilung“, je Konsiliarauftrag

Für die telekonsiliarische Befundbeurteilung („Telekonsil“) von bestimmten Röntgenaufnahmen kann die GOP 34810 (110 Punkte) und für bestimmte CT-Aufnahmen die GOP 34820 (276 Punkte) oder GOP 34821 (389 Punkte) angesetzt werden. Sie vergüten die ärztlichen Leistungen im Zusammenhang mit der telekonsiliarischen Befundung und die beim elektronischen Versand des Konsiliarberichts entstehenden Kosten der Übermittlung nach Anlage 31a zum Bundesmantelvertrag Ärzte.

Zusätzlich wurde klargestellt, dass für die Durchführung einer telekonsiliarischen Befundbeurteilung von CT-Aufnahmen nach den GOPen 34310, 34311, 34320, 34350 und 34351 in Verbindung mit einem Zuschlag nach den GOPen 34312, 34343 und 34344 ausschließlich die höher bewertete GOP 34821 berechnungsfähig ist.

Die Auswahl der für ein Telekonsil geeigneten Röntgen- und CT-Untersuchungen erfolgt durch Ausschluss von dynamischen Untersuchungen, die zur Befundung die Anwesenheit des Untersuchers erfordern.

### **Anpassung des Anhangs 2 des EBM an den OPS 2017**

Der Anhang 2 des EBM wird an den Operations- und Prozedurenschlüssel (OPS) Version 2017 angepasst.

### **Änderung der Bewertung der GOP 32937**

Die Bewertung der GOP 32937 wurde der inhaltlich entsprechenden GOP 32902 angeglichen.

### **Neue Regelungen für Notfall und Bereitschaftsdienst im EBM**

Durch den erweiterten Bewertungsausschuss wurde die Einführung von Schweregradzuschlägen für besonders aufwendige Behandlungsfälle beschlossen. Neu ist außerdem eine Abklärungspauschale für Patienten, die keine Notfallbehandlung benötigen. Die Regelungen gelten sowohl für den organisierten Bereitschaftsdienst, als auch für Behandlung durch Krankenhäuser.

Für Patienten, die nach entsprechender Abklärung keiner Notfallbehandlung bedürfen und insoweit in eine Arztpraxis weitergeleitet werden können, kann nur die Abklärungspauschale nach GOP 01205 (zu Sprechstundenzeiten) bzw. 01207 (zur „Unzeit“) berechnet werden.

Abklärungspauschale

Ergibt die Abklärung einen weitergehenden Behandlungsbedarf sind die Notfallpauschalen nach Nummern 01210 bzw. 01212 berechnungsfähig. Sofern ein besonderer Schweregrad vorliegt, sind zusätzlich Schweregradzuschläge berechnungsfähig. Diese differenzieren nach schwerwiegenden Behandlungsdiagnosen, z. B. akute tiefe Beinvenenthrombose oder Pneumonie bzw. nach alters- oder krankheitsbedingten Kommunikationsstörungen. Bei Vorlage definierter Erkrankungen sind die Zuschläge nach GOP 01223 (Sprechstundenzeit) bzw. GOP 01224 (Unzeit) berechnungsfähig. Der Zuschlag für alters- oder krankheitsbedingte Kommunikationsstörungen ist nach GOP 01226 nur zur Unzeit möglich.

Notfallpauschalen und zusätzliche Schweregradzuschläge

Die Vorgabe des Gesetzgebers sieht eine punktsummenneutrale Umsetzung der EBM-Neuregelung vor, so dass die Notfallpauschale nach GOP 01210 zur Kompensation der neuen Leistungen von 127 Punkten auf 120 Punkte abgesenkt werden musste.

Punktsummenneutrale Umsetzung

Nachstehend einige Details zu den Schweregradzuschlägen bzw. zur Abklärungspauschale:

#### **Details zum Schweregradzuschlag**

Um eine besonders aufwändige Versorgung im Rahmen des Notfall- beziehungsweise Bereitschaftsdienstes besser zu vergüten, werden zum 1. April 2017 drei neue Gebührenordnungspositionen (GOP) in den EBM aufgenommen:

- Zuschlag für Patienten mit bestimmten Diagnosen - am Tag (7 bis 19 Uhr außer an Wochenenden, Feiertagen sowie am 24. und 31. Dezember)
 

GOP 01223: Zuschlag zur Notfallpauschale GOP 01210; Bewertung 13,48 Euro (128 Punkte); einmal im Behandlungsfall
- Zuschlag für Patienten mit bestimmten Diagnosen - in der Nacht (19 bis 7 Uhr, ganztägig an Wochenenden, Feiertagen sowie 24. und 31. Dezember)
 

GOP 01224: Zuschlag zur Notfallpauschale GOP 01212; Bewertung 20,53 Euro (195 Punkte); einmal im Behandlungsfall
- Zuschlag bei Neugeborenen, Säuglingen und Kleinkindern sowie Patienten mit schweren kognitiven, emotionalen und verhaltensbezogenen Beeinträchtigung und/oder Demenz/Parkinson-Syndrom - Nacht (19 bis 7 Uhr, ganztägig an Wochenenden, Feiertagen sowie 24. und 31. Dezember)
 

GOP 01226: Zuschlag zur Notfallpauschale GOP 01212; Bewertung 9,48 Euro (90 Punkte); einmal im Behandlungsfall

Drei neue GOPs

Abrechnungshinweise zu GOP 01223 und 01224:

Der diagnosebezogene Zuschlag mit den GOP 01223 und 01224 ist ausschließlich bei Patienten berechnungsfähig, die aufgrund der Art, Schwere und Komplexität der Erkrankung einer besonders aufwändigen Versorgung bedürfen. Dazu muss eine der folgenden Behandlungsdiagnosen gesichert vorliegen:

Abrechnungshinweise

- Frakturen im Bereich der Extremitäten proximal des Metacarpus und Metatarsus
- Schädel-Hirn-Trauma mit Bewusstlosigkeit von weniger als 30 Minuten (S06.0 und S06.70)
- Akute tiefe Beinvenenthrombose
- Hypertensive Krise
- Angina pectoris (ausgenommen: I20.9)
- Pneumonie
- Akute Divertikulitis

Behandlungsdiagnosen

Ausnahmeregelung: Bei Patienten mit anderen Erkrankungen, die ebenfalls eine besonders aufwändige Versorgung benötigen, können die GOP 01223 und 01224 im Einzelfall berechnet werden. Dafür ist eine ausführliche schriftliche Begründung erforderlich.

Abrechnungshinweise zur GOP 01226:

- Dieser Zuschlag ist nur nachts - also in der Zeit von 19 bis 7 Uhr, ganztags an Wochenenden, Feiertagen und am 24. und 31. Dezember - berechnungsfähig bei:
- Neugeborenen, Säuglingen und Kleinkindern

Abrechnungshinweise

oder

- Patienten mit erheblichen krankheitsbedingten kognitiven, emotionalen und verhaltensbezogenen Beeinträchtigungen (ausgenommen Beeinträchtigung kognitiver, emotionaler und verhaltensbezogener Art infolge psychotroper Substanzen)

und/oder

- Patienten ab dem vollendeten 70. Lebensjahr mit geriatrischem Versorgungsbedarf und Frailty-Syndrom (Kombination aus unbeabsichtigtem Gewichtsverlust, körperlicher und/oder geistiger Erschöpfung, muskulärer Schwäche, verringerter Gangschwierigkeit und verminderter körperlicher Aktivität)

und/oder

- Patienten mit einer dementiellen Erkrankung (F00-F02), einer Alzheimer-Erkrankung (G30), einem primären Parkinson-Syndrom mit mäßiger bis schwerster Beeinträchtigung (G20.1 und G20.2)

Die GOP 01226 ist nicht neben der GOP 01224 berechnungsfähig.

### **Details zur Abklärungspauschale**

Die Abklärungspauschale kann abgerechnet werden, wenn ein Patient in die reguläre vertragsärztliche Versorgung weitergeleitet werden kann, weil er kein Notfall ist. Für solche Fälle sah der EBM bislang keine Abrechnungsmöglichkeit vor. Mit der neuen Pauschale wird die Abklärung der Behandlungsnotwendigkeit und Koordination der weiteren Behandlung vergütet. Dazu werden im EBM zum 1. April 2017 zwei neue GOP aufgenommen:

- GOP 01205: Berechnungsfähig zwischen 7 und 19 Uhr (außer an Wochenenden, Feiertagen sowie am 24. und 31. Dezember); Bewertung: 4,74 Euro (45 Punkte); einmal im Behandlungsfall
- GOP 01207: Berechnungsfähig zwischen 19 und 7 Uhr, ganztätig an Wochenenden, Feiertagen sowie am 24. und 31. Dezember; Bewertung 8,42 Euro (80 Punkte); einmal im Behandlungsfall

Im Vergleich zu den bereits bestehenden Notfallpauschalen sind die Leistungen des EBM soweit sie bildgebende Diagnostik enthalten, neben den Abklärungspauschalen ausgeschlossen.

Die vollständigen Beschlüsse wurden auf der Internetseite des Instituts des Bewertungsausschusses unter [www.institut-ba.de/ba/beschluesse.html](http://www.institut-ba.de/ba/beschluesse.html) veröffentlicht.

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

Es wurde eine aktuelle Übersicht der Sozialhilfeträger (Stand 17. Januar 2017) ins KVN-Portal eingestellt. Die Änderung (Landkreis Gifhorn) ist in Rot hervorgehoben.

Link KVN-Portal: [www.kvn.de](http://www.kvn.de) Verträge/Verträge mit Sonstigen Kostenträgern

## 1.3. UV-GOÄ und Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger zum 1. Januar 2017 angepasst

Die Gebührenordnung für die Abrechnung mit den gesetzlichen Unfallversicherungsträgern (UV-GOÄ) wurde zum 1. Januar 2017 angepasst. Außerdem sind einige Änderungen im Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger in Kraft getreten. Die wesentlichen Änderungen stellen wir Ihnen im Folgenden vor:

Seit Januar 2015 können bestimmte Formen des weißen Hautkrebses, die durch Sonnenstrahlung verursacht werden, als Berufskrankheit anerkannt werden. In der praktischen Anwendung der Gebührensatzungen ergaben sich allerdings sowohl bei den Ärzten als auch bei der Unfallversicherung Probleme bei der Berechnung der Behandlungsflächen.

Zur Vereinfachung der Berechnung wurden deshalb die Leistungsbeschreibungen und Gebühren wie folgt neu festgelegt:

- Ziffer 570: Behandlungsgesamtfläche von bis zu 100 cm<sup>2</sup>, Honorierung 100,61 Euro
- Ziffer 571: Behandlungsfläche über 100 cm<sup>2</sup>, Honorierung 50 Euro.

Auch für die Berechnung der Laserbehandlungsflächen wurde eine Vereinfachung gewählt; hier wurde auf die Definitionen „je Feld“ und „je Sitzung“ verzichtet und ausschließlich auf die Gesamtfläche abgehoben.

Anpassungen der UV-GOÄ

## Änderungen des Vertrags Ärzte/Unfallversicherungsträger

Es wurden Ergänzungen zum stationären Durchgangsarztverfahren (§ 27 Abs. 1a) beschlossen. Die Ergänzung dient dazu, die Überweisungspflicht durch ambulant tätige Durchgangsarzte an Durchgangsarzte, die an Krankenhäusern tätig sind und an der besonderen Heilverfahren teilnehmen, zu konkretisieren.

Der Beschluss und die Änderungsvereinbarung wurden im Deutschen Ärzteblatt Heft 1-2/2017 veröffentlicht.

## 2. Verordnungen

### 2.1. Kennzeichnung von Praxisbesonderheiten durch GO-Nr.

Im KVN-Rundschreiben Januar hatten wir Sie über die neue Prüfvereinbarung ab 2017 informiert und auf die Neufassung der regionalen Praxisbesonderheiten, die nicht Gegenstand der Wirtschaftlichkeitsprüfung sind, hingewiesen. In diesem Zusammenhang möchten wir Sie auf zwei Besonderheiten aufmerksam machen.

Zur Anerkennung als Praxisbesonderheit sind folgende Fälle mit der entsprechenden GO-Nr. zu kennzeichnen:

- bei Verordnung von Palivizumab zur Prävention der durch das Respiratory-Syncytial-Virus (RSV) hervorgerufenen schweren Erkrankungen der unteren Atemwege, die Krankenhausaufenthalte erforderlich machen, bei Kindern, die entweder in der 35. Schwangerschaftswoche oder früher geboren wurden und zu Beginn der RSV-Saison jünger als 6. Monate sind; außerdem bei Kindern unter zwei Jahren, die innerhalb der letzten sechs Monate wegen bronchopulmonaler Dysplasie behandelt wurden. Der Therapiehinweis des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen ist zu beachten. Entsprechende Fälle sind arztseitig über die GO-Nr. 91904 in der Abrechnung zu kennzeichnen.
- bei Verordnung von Krankengymnastik im Rahmen der Heilmittelrichtlinien für die ersten drei Monate nach chirurgischen/orthopädischen Eingriffen. Entsprechende Fälle sind arztseitig über die GO-Nr. 91903 in der Abrechnung zu kennzeichnen.

Verordnung von  
Palivizumab

GO-Nr. 91904

Krankengymnastik

GO-Nr. 91903

Die Prüfvereinbarung 2017 inklusive der Liste der regionalen Praxisbesonderheiten (Anlage 9) finden Sie im KVN-Portal unter: Verträge/Sonstige Verträge/GKV - Prüfvereinbarung (ab 2017).

### 2.2. Änderung der Arzneimittelrichtlinie (AM-RL) Anlage II: Lifestyle Arzneimittel

Mit Wirkung vom 28. Januar 2017 wird die Anlage II der Arzneimittel-Richtlinie wie folgt geändert:

1. Unter der Indikation „Abmagerungsmittel (zentral wirkend)“ wird für den Wirkstoff „Sibutramin“ das Fertigarzneimittel „REDUCTIL“ gestrichen.
2. Unter der Indikation „Sexuelle Dysfunktion“ wird zum Wirkstoff „Turnera diffusa“ die Angabe „Dil. D4“ gestrichen und es werden die Fertigarzneimittel „Cefagil“ und „Neradin“ ergänzt. Zusätzlich wird eine Zeile mit dem Wirkstoff „Turnera diffusa Kombinationen“ und den Fertigarzneimitteln „Damiana N Oligoplex“, „Virilis - Gastreu S R41“ und „Yohimbin Vitalkomplex“ angefügt.
3. Unter der Indikation „Steigerung des sexuellen Verlangens“ wird zum Wirkstoff „Testosteron“ das Fertigarzneimittel „Intrinsa“ gestrichen. Ferner wird zum Wirkstoff „Turnera diffusa“ die Angabe „Dil. D4“ gestrichen und es werden die Fertigarzneimittel „Cefagil“, „Neradin“ und „Remisens“ ergänzt. Ebenso wird eine Zeile mit dem Wirkstoff „Turnera diffusa Kombinationen“ und den Fertigarzneimitteln „Damiana N Oligoplex“, „Virilis - Gastreu S R41“ und „Yohimbin Vitalkomplex“ angefügt.

Abmagerungsmittel

Sexuelle Dysfunktion

Steigerung des sexuellen Verlangens

Die in der Anlage II aufgeführten Wirkstoffe bzw. Fertigarzneimittel sind in den genannten Indikationen nicht zu Lasten der GKV verordnungsfähig.

Nicht zu Lasten der GKV verordnungsfähig

Den vollständigen Beschluss des G-BA sowie die vollständige Anlage II finden Sie im Internet unter: [www.g-ba.de/Richtlinien/Arzneimittel-Richtlinie/Anlage II](http://www.g-ba.de/Richtlinien/Arzneimittel-Richtlinie/Anlage%20II).

### 2.3. Änderung der Verschreibungspflicht für cortisonhaltige Nasensprays

Wie im KVN-Rundschreiben November bereits beschrieben wurden Beclometasondipropionat, Mometasonfuorat und Fluticasonpropionat zur symptomatischen Behandlung der saisonalen allergischen Rhinitis bei Erwachsenen zum 1. Oktober 2016 aus der Verschreibungspflicht entlassen. Voraussetzung ist die Erstdiagnose durch einen Arzt und die Einhaltung der Tageshöchst Dosen von 400 µg (Beclomethason) oder 200 µg (Mometason, Fluticason).

Ergänzend möchten wir Ihnen hierzu folgende Hinweise geben:

Für die Wirkstoffe Beclometasondipropionat und Mometasonfuorat stehen zur Behandlung der saisonalen allergischen Rhinitis verschreibungsfreie Präparate zur Verfügung.

Hinweise

Für Fluticasonpropionat gibt es bislang noch keine verschreibungsfreien Präparate in Deutschland. Bei saisonaler allergischer Rhinitis für Erwachsene sollte demnach aus Gründen der Wirtschaftlichkeit ein beclometason- oder mometasonhaltiges Nasenspray in verschreibungsfreier Variante auf grünem Rezept verordnet werden. Falls die Anwendung eines Fluticason-Nasensprays bei allergischer Rhinitis medizinisch erforderlich ist, sollte dies in der Patientendokumentation begründet werden.



Dies bedeutet:

- für Indikationen wie perenniale Rhinitis oder Polyposis nasi ändert sich an der Verordnungsfähigkeit nichts, in diesen Fällen kann ein cortisonhaltiges Nasenspray nach wie vor zu Lasten der gesetzlichen Krankenkasse verordnet werden. Wichtig ist bei der Auswahl des cortisonhaltigen Nasensprays in diesen Fällen, dass eine verschreibungspflichtige Variante gewählt wird.
- für Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren muss bei saisonaler Rhinitis (solange keine apothekenpflichtigen Präparate mit anderen Wirkstoffen ausreichend sind) eine verschreibungspflichtige Variante eines beclometason-, mometason- oder fluticasonhaltigen Nasensprays verschrieben werden, diese Präparate bleiben ordnungsfähig. Die verschreibungsfreien cortisonhaltigen Nasensprays sind für Kinder und Jugendliche kontraindiziert.
- für Erwachsene sollte bei saisonaler allergischer Rhinitis, wenn eine Erstdiagnose bereits gestellt wurde, eine verschreibungsfreie Variante der cortisonhaltigen Nasensprays auf grünem Rezept verordnet werden. Die Verordnung verschreibungspflichtiger Präparate kann unwirtschaftlich sein, wenn apothekenpflichtige Präparate medizinisch ausreichend sind. Bei medizinischer Notwendigkeit sind die Gründe in der Patientendokumentation darzulegen.

Allgemeine Hinweise zur Verordnungsfähigkeit von nicht verschreibungspflichtigen Arzneimitteln finden Sie als Merkblatt zusammengefasst im KVN-Portal unter Verordnungen/Arzneimittel/Veröffentlichungen.

#### **2.4. Gemeinsame Arbeitsgruppe Arzneimittel - Informationsschreiben zum Thema Lipidsenker**

Im Anhang finden Sie eine neue Rezept-Info zum Thema „Lipidsenker“. Das Schreiben enthält unter anderem Hinweise zur neuen Therapieoption der PCSK9-Hemmer Evolocumab (REPATHA) und Alirocumab (PRALUENT).

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

Die Rezept-Info finden Sie in Kürze auch im Internet unter [www.kvn.de/Praxis/Verordnungen](http://www.kvn.de/Praxis/Verordnungen).

#### **Anlage 5.1: Rezept-Info „Lipidsenker“**

### 3. Allgemeine Hinweise

#### 3.1. Bezirksausschüsse und Bezirksausschussvorsitzende gewählt

In den Bezirksstellen (BZ) laufen zur Zeit die Wahlen zu den Vorsitzenden der Bezirksausschüsse. Einige Ergebnisse liegen bereits vor. Hier finden Sie die aktuelle Liste mit den Namen der bislang gewählten Bezirksausschussvorsitzenden.

Im Anhang finden Sie zudem eine Liste mit allen gewählten Bezirksausschussmitgliedern.

BZ Aurich	Dr. Volker Niehaus
BZ Braunschweig	Dr. Thorsten Kleinschmidt
BZ Hildesheim	Dr. Petra Lattmann
BZ Lüneburg	Holger Schmidt
BZ Oldenburg	Dr. Christoph Titz
BZ Osnabrück	Dr. Uwe Lankenfeld
BZ Stade	Dr. Stephan Brune
BZ Verden	Dr. Hans-Walter Fischer
BZ Wilhelmshaven	Dr. Andreas Klose

Bereits gewählt sind:

Die Bezirksausschüsse beraten den hauptamtlichen Vorstand der KVN bei der Durchführung seiner Aufgaben in regionalen Angelegenheiten. Die Ausschüsse bestehen aus fünf Mitgliedern, die im Bereich der jeweiligen Bezirksstelle gewählt wurden. Jeweils ein Mitglied wurde aus dem Kreis der ermächtigten Krankenhausärzte beziehungsweise ermächtigten Psychologischen Psychotherapeuten gewählt.

Die elf KVN-Bezirksstellen unterstehen dem direkten Aufsichts- und Weisungsrecht des hauptamtlichen Vorstandes. Sie nehmen die Verwaltungsaufgaben nach dem Gewährleistungs- und dem Sicherstellungsauftrag wahr. Sie sind für die Beratung und Interessenvertretung der Mitglieder ihres Bezirkes verantwortlich.

Die Bezirksausschussvorsitzenden werden aus der Mitte der aus jeweils fünf Mitgliedern bestehenden Bezirksausschüsse gewählt. Sie vertreten die regionalen Interessen der KVN-Bezirksstellen gegenüber dem hauptamtlichen Vorstand.

#### **Anhang 5.2: Bezirksausschussmitglieder und Bezirksausschussvorsitzende**

### 3.2. Erweitertes Kinder-Früherkennungsprogramm seit 1. Januar 2017 - Wissenswertes für Vertragsärzte

Die Inhalte der neu gefassten Kinder-Richtlinie sind seit 1. Januar 2017 ambulante Kassenleistung. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der GKV-Spitzenverband haben die Vergütung für die zusätzlichen Leistungen im Einheitlichen Bewertungsmaßstab geregelt.

Die geänderte „Richtlinie über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres“ war bereits zum 1. September 2016 in Kraft getreten. Die Inhalte der Richtlinie sind im ambulanten Bereich jedoch erst dann Kassenleistung, wenn die Vergütung im EBM geregelt ist. Was sich ändert, stellt die als Anlage beige-fügte Praxisinformation vor.

#### Anlage 5.3: Früherkennungsprogramm Kinder

### 3.3. Überweisungsverfahren bei der Behandlung von Asylbewerbern

Wir möchten nochmals auf das seit 1. Oktober 2016 geänderte Überweisungsverfahren bei der Behandlung von Asylbewerbern hinweisen. Folgende zwei Verfahren bei Überweisungen zur Mit- und Weiterbehandlung gibt es:

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

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

Muss-Hinweis

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

Diese Überweisung muss nicht mehr vom Sozialhilfeträger vorab genehmigt werden.

Nicht vorab genehmigt

Welches Verfahren anzuwenden ist, wird vom Sozialhilfeträger auf dem Behandlungsschein vermerkt. Sie können es auch einer Aufstellung entnehmen, die wir im KVN-Portal für Sie eingestellt haben unter Verträge/Verträge mit Sonstigen Kostenträgern

### 3.4. Übermittlung von versichertenbezogenen Daten an die Krankenkassen

Mit dem Januar-Rundschreiben informierten wir Sie über das neue Verfahren bei der Befundübermittlung an den MDK. Danach sind ab 1. Januar 2017 Patientenunterlagen nur noch direkt an den MDK zu senden. Unter bestimmten Bedingungen ist es allerdings möglich, versichertenbezogene Daten auch an die Krankenkasse zu schicken.

**Unterstützung der Versicherten bei Behandlungsfehlern**

Im Falle der Unterstützung der Versicherten bei Behandlungsfehlern kann die Krankenkasse nach Vorliegen einer entsprechenden Schweigepflichtsentbindung die Unterlagen direkt bei dem Vertragsarzt anfordern. Angeforderte versichertenbezogene Daten im Rahmen der Unterstützung der Versicherten bei Behandlungsfehlern sind somit auch weiterhin den Krankenkassen direkt zuzuleiten.

**Zusendung von Patientenunterlagen bei Ansprüchen gegen Schadenersatzpflichtige**

Für die Durchsetzung von Schadenersatzansprüchen gegen einen Dritten ist es ebenfalls zulässig, dass die Krankenkasse nach Vorliegen einer entsprechenden Schweigepflichtsentbindung die Unterlagen direkt bei dem Vertragsarzt anfordert.

**3.5. Online-Umfrage für Verhaltenstherapeut/innen**

Der Fachbereich Klinische Psychologie und Psychotherapie an der Freien Universität Berlin führt derzeit ein wissenschaftliches Forschungsprojekt im Arbeitsbereich von Prof. Dr. Christine Knaevelsrud zum Thema Anwendung verhaltenstherapeutischer Interventionen in der klinischen Praxis durch. Hierbei untersuchen Studentinnen und Studenten, inwieweit bestimmte Therapiestrategien in der Praxis zur Anwendung kommen. Im Rahmen einer kurzen Befragung möchten sie eruieren, welche Erfahrungen ärztliche und psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit der Fachkunde Verhaltenstherapie hinsichtlich bestimmter Interventionen haben und wie Therapeutinnen und Therapeuten deren Wirksamkeit bei den Patientinnen und Patienten einschätzen. Die Teilnahme an der Befragung dauert ca. 20 Minuten. Der Fachbereich freut sich, wenn Verhaltenstherapeutinnen und Verhaltenstherapeuten innerhalb der kommenden zwei Wochen an der anonymen Befragung teilnehmen. Als Dankeschön können Teilnehmerinnen und Teilnehmer am Ende der Umfrage freiwillig an der Verlosung von drei Amazon Gutscheinen in Höhe von jeweils 30 Euro teilnehmen.

Hier gelangen Sie zur Online-Umfrage: <https://www.unipark.de/uc/verhaltenstherapie/>

**3.6. Neues Update für Kartenlesegerät Orga 920 m**

Für das Kartenlesegerät Orga 920 m benötigen Sie ein Update der Firma Orga, die jetzt Ingenico heißt. Nur mit dem Update können Sie die neuen eGK's der Generation 2 (kann man am kleinen G2 auf der neuen eGK erkennen) einlesen. Hier der Link zur Website: <http://healthcare-eid.ingenico.de/firmwareupdates.aspx> um das Update herunterzuladen. Zusätzlich benötigen Sie noch eine kostenpflichtige Update-Karte der Firma. Nur in Verbindung mit der Update-Karte kann das Update auf das 920 m aufgespielt werden.

Die benötigte Firmware-Update Karte kann bei Ingenico Healthcare zu einem Preis von 29 Euro bestellt werden (Artikel-Nummer 200658). Hier die Telefon-Nr. der Firma Ingenico: Telefon: 04347 715-2350

Thema

Link zur Website

### **3.7. Nachweis der jährlichen Fortbildungspflicht aus Sonderverträgen - Meldefrist bis 30. Juni 2017**

Im KVN-Portal unter Online-Dienste/Fortbildungspflicht aus Sonderverträgen besteht auch in diesem Jahr bis zum Stichtag 30. Juni 2017 die Möglichkeit, die Erfüllung der Fortbildungspflicht im Rahmen der Vertragsteilnahme an Sonderverträgen für das zurückliegende Jahr zu melden.

Des Weiteren informiert die dortige arztindividuelle Übersicht, zu welchen speziellen Fortbildungen sich Vertragsteilnehmer im Rahmen von Sonderverträgen zur Aufrechterhaltung der Abrechnungsgenehmigung verpflichtet haben.

Sobald die betreffende Fortbildungspflicht z. B. durch Präsenz- und/oder Onlinefortbildungen erfüllt ist, kann jeder Vertragsteilnehmer seine Fortbildungspunkte digital im System für das betreffende Kalenderjahr 2016 und aktuell auch für 2017 selbst kennzeichnen und auf die Übersendung der Nachweise verzichten.

### **3.8. Finanzierungsfonds für Dolmetscherkosten**

Im Rahmen der medizinischen Versorgung von Flüchtlingen und Asylsuchenden besteht häufig die Erfordernis einer Sprachvermittlung. Um das derzeitige Prozedere, das eine vorherige Erklärung der Kostenübernahme bzw. der Genehmigung durch die Leistungsträger wie z. B. die Sozialbehörden von Stadt und Landkreis Hildesheim erfordert, im Sinne der Flüchtlinge und Asylsuchenden abzukürzen, hat der Landkreis Hildesheim zum 1. Januar 2017 mit Hilfe des AMEOS Klinikums und des St. Bernward Krankenhauses einen Finanzierungsfonds für Dolmetscherkosten eingerichtet. Aus diesem Fonds können künftig Kosten für ärztlicherseits hinzugezogene Dolmetscher gedeckt werden.

Weitere Informationen zum Finanzierungsfonds für Dolmetscherkosten und die Abrechnung entnehmen Sie bitte der Anlage 5.4.

#### **Anlage 5.4: Finanzierungsfonds für Dolmetscherkosten**

## 4. Veranstaltungen im März und April 2017

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

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

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

Name	Ort	Datum	Gebühr p. P.
<b>Qualitäts- und Praxismanagement</b>			
Arbeitsschutz in der Arztpraxis	Hannover	25.Mär	139 Euro
Fehler- und Risikomanagement in der Praxis	Hannover	18.Mär	135 Euro
Fit for work - Überzeugend im Auftritt	Hannover	05.Apr	115 Euro
Kommunikationstraining für MFA - Modul 3 - Umgang mit schwierigen Patienten	Oldenburg	26.Apr	65 Euro
Kurze Wartezeiten - Gutes Terminsystem	Stade	01.Mär	85 Euro
Praxisbegehungen durch das Gewerbeaufsichtsamt	Hannover	18.Mär	20 Euro
Qualitätsmanagement für Psychotherapeuten	Hannover	25.Mär	135 Euro
Qualitätsmanagementbeauftragte/r (drei Termine)	Oldenburg	17.Mär	289 Euro
Qualitätszirkel in der ambulanten Versorgung	Braunschweig	22.Mär	kostenlos
Rechtsprobleme im Praxisalltag	Hannover	05.Apr	kostenlos
Raus aus der Stress-Falle	Hannover	14.Mär	144 Euro
Stressfrei durch den Praxisalltag	Verden	15.Mär	45 Euro
Terminplanung	Aurich	05.Apr	80 Euro
Unterstützung in der Arztpraxis im Umgang mit Flüchtlingen	Hannover	11.Mär	135 Euro

<b>Abrechnung und Verordnung</b>			
Abrechnung aktuell	Aurich	08.Mär	kostenlos
Abrechnung aktuell	Moormerland	22.Mär	kostenlos
Abrechnung aktuell	Aurich	29.Mär	kostenlos
Abrechnungsscheck	Cuxhaven	15.Mär	kostenlos
EBM - Allgemeine Bestimmungen	Osnabrück	29.Mär	kostenlos
Freude mit Formularen (2-tägig)	Hannover	31.Mär	145 Euro
Freude mit Formularen	Bremervörde	05.Apr	45 Euro
Heilmittel-Richtlinie	Osnabrück	01.Mär	kostenlos
Honorarbescheid lesen und verstehen	Oldenburg	01.Mär	kostenlos
Verordnung medizinischer Rehabilitation	Hannover	29.Mär	30 Euro
Richtig kodieren nach ICD 10	Hannover	08.Mär	kostenlos
Verordnungsweise in der täglichen Praxis	Hannover	22.Mär	kostenlos
<b>Medizinische und psychotherapeutische Themen</b>			
Psychotherapierichtlinien	Verden	29.Mär	kostenlos
<b>Wirtschaftsseminare</b>			
Digitalisierung in der Praxis	Braunschweig	07.Mär	kostenlos
Niederlassen in Niedersachsen	Göttingen	18.Mär	kostenlos
Praxis sucht Nachfolger	Stade	15.Mär	kostenlos

**Verbindliche Anmeldung** (bitte vollständig ausfüllen)

**Fax an 0511 380-3480**

Ich nehme am Seminar

---

mit \_\_\_\_\_ Person/en teil.

Datum des Seminars

---

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

---

Vor- und Nachname des Rechnungsempfängers (Praxis)

---

Anschrift des Rechnungsempfängers (Straße, PLZ, Ort)

---

LANR

---

BSNR

---

E-Mail-Adresse

---

Telefonnummer für evtl. Rückfragen

---

Datum

---

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

**Stempel**



## **5. Anlagenverzeichnis**

- 5.1. Rezept-Info „Lipidsenker“
- 5.2. Bezirksausschussmitglieder und Bezirksausschussvorsitzende
- 5.3. Früherkennungsprogramm Kinder
- 5.4. Finanzierungsfonds für Dolmetscherkosten
- 5.5. Sammelerklärung

# Gemeinsame Arbeitsgruppe Arzneimittel

Kassenärztliche Vereinigung  
Niedersachsen

Verbände der gesetzlichen  
Krankenkassen in Niedersachsen



## Rezept-Info – Verordnung von Lipidsenkern:

Was bedeutet die neue Behandlungsoption der PCSK9-Hemmer in der Lipidtherapie für den Vertragsarzt? Die Arzneimittel-Richtlinie stellt wie bisher klar, dass Lipidsenker nur bei bestehender vaskulärer Erkrankung (KHK, cerebrovaskulärer Manifestation, pAVK) oder bei hohem kardiovaskulärem Risiko (über 20% Ereignisrate/ 10 Jahre auf der Basis der zur Verfügung stehenden Risikokalkulatoren) verordnungsfähig sind. Zur Abwägung des kardiovaskulären Risikos empfiehlt die AKDÄ Kalkulatoren wie Arriba oder PROCAM.<sup>1</sup>

Zu berücksichtigen ist hier jedoch, dass die gängigen Risikokalkulatoren das Herzinfarkt- und Schlaganfallrisiko (PROCAM) oder das kardiovaskuläre Mortalitätsrisiko (SCORE Deutschland) ermitteln, nicht jedoch das in der Arzneimittelrichtlinie angesprochene Risiko, in 10 Jahren ein kardiovaskuläres Ereignis zu erleiden. Außerdem bilden Risikokalkulatoren gegebenenfalls nicht alle Risikokonstellationen ab, sodass sie lediglich eine Hilfe zur Risikoabschätzung sind. Auf der Basis des durch die Kalkulatoren ermittelten Risikos sollten daher für die individuelle Bewertung eines Patienten evtl. bestehende, zusätzlich relevante Gesichtspunkte berücksichtigt werden.

**In jedem Fall ist eine Dokumentation der Verordnungsbegründung zu empfehlen.**

## PCSK9-Hemmer – eingeschränkt verordnungsfähig

Seit September 2015 steht mit den PCSK9<sup>2</sup>-Hemmern Evolocumab (REPATHA) und Alirocumab (PRALUENT) eine neue Behandlungsoption zur Cholesterinsenkung zur Verfügung. Der G-BA konnte für beide Wirkstoffe in keinem Anwendungsgebiet einen Zusatznutzen feststellen.<sup>3</sup> Insbesondere liegen keine Daten zu kardiovaskulären Endpunkten vor.<sup>4</sup>

Für beide PCSK9-Hemmer wurde die Anwendung durch die Arzneimittel-Richtlinie eingeschränkt.<sup>5</sup> Danach sind Evolocumab und Alirocumab nicht verordnungsfähig solange

<sup>1</sup> Therapieempfehlungen der AKDÄ „Fettstoffwechselstörungen“, 3. Auflage 2012

<sup>2</sup> Proproteinconvertase Subtilisin/ Kexin Typ 9

<sup>3</sup> GB-A-Beschlüsse zu Evolocumab vom 9. März 2016 und Alirocumab vom 4. Mai 2016 zu finden auf [www.g-ba.de](http://www.g-ba.de)

<sup>4</sup> AMGEN: Fachinformation REPATHA, Stand September 2016 / SANOFI: Fachinformation PRALUENT, Stand Juni 2016

<sup>5</sup> G-BA-Beschlüsse zu Evolocumab vom 2. Juni 2016 und Alirocumab vom 4. August 2016 zu finden auf [www.g-ba.de](http://www.g-ba.de) / siehe auch: [https://www.g-ba.de/downloads/83-691-430/AM-RL-III\\_Verordnungserschraenkungen\\_2016-10-25.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/83-691-430/AM-RL-III_Verordnungserschraenkungen_2016-10-25.pdf) → 35a. Evolocumab und 35 b. Alirocumab

Mehrkosten im Vergleich zu einer Therapie mit anderen Lipidsenkern entstehen. Davon ausgenommen sind unter anderem Patienten die für eine LDL-Apherese in Frage kommen. Die Einleitung und Überwachung der Therapie darf nur durch bestimmte Fachärzte erfolgen.<sup>6</sup>

**Berücksichtigen Sie bei der Verordnung von Evolocumab und Alirocumab diese Verordnungseinschränkung.**

PCSK-9-Hemmer erhöhen die Jahrestherapiekosten der Hyperlipidämie im Vergleich zum Standard Simvastatin und Pravastatin<sup>7</sup> durchschnittlich um das ca. 141-Fache<sup>8</sup>.

---

<sup>6</sup> Fachärzte für Innere Medizin und Kardiologie, Fachärzte für Innere Medizin und Nephrologie, Fachärzte für Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie, Fachärzte für Innere Medizin und Angiologie oder an Ambulanzen für Lipidstoffwechselstörungen tätige Fachärzte

<sup>7</sup> Leitsubstanzen der Arzneimittelvereinbarung 2015

<sup>8</sup> Kosten nach Abzug der Rabatte nach § 130a Abs.1 und § 130 SGB V, Preisstand Lauer-Taxe: 15.11.2016 – mögliche Rabatte durch kassenindividuelle Rabattverträge wurde nicht berücksichtigt / Kostenberechnung anhand des kostengünstigsten Präparates einschließlich Import / Dosierung gemäß Fachinformation

## Patienteninformation zu Lipidsenkern

Die Kassenärztliche Vereinigung und die Verbände der Krankenkassen in Niedersachsen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,



Herz- und Kreislauferkrankungen sind in Deutschland weit verbreitet. Einer der Risikofaktoren für diese Erkrankungen ist der Cholesterinspiegel im Blut. Daneben sind das Rauchen, der erhöhte Blutdruck, Bewegungsmangel, Übergewicht und die Zuckerkrankheit von Bedeutung.



Sowohl bei der Behandlung einer bestehenden Her/Kreislauferkrankung als auch bei der Beratung über vorbeugende Maßnahmen muss Ihr Arzt alle diese Risikofaktoren berücksichtigen. Ein Teil der Risikofaktoren kann durch ihr Verhalten beeinflusst werden, z.B. durch eine gesunde Lebensweise, eine ausgewogene Ernährung und ausreichend Bewegung.



Die Arzneimitteltherapie ist kein Ersatz für eine Änderung des Lebensstils.



Sollte Ihr Arzt auch eine medikamentöse Behandlung in Betracht ziehen, so ist es wichtig zu wissen, ob der mögliche Nutzen für sie größer ist als der mögliche Schaden. Bekanntlich kann jedes wirksame Medikament auch unerwünschte Wirkungen haben.



Das Risiko durch erhöhte Cholesterinwerte ein kardiovaskuläres Ereignis, also z.B. einen Herzinfarkt zu erleiden, kann ihr Arzt anhand eines Stufenschemas ermitteln in das Ihre persönlichen Risikofaktoren eingehen. Ist das Risiko nur gering, tritt der Nutzen einer Arzneitherapie gegenüber möglichen Nebenwirkungen durch das Arzneimittel in den Hintergrund. In diesem Fall darf der Arzt auch aufgrund der aktuellen Arzneimittel-Richtlinien keine Cholesterinsenker auf Kassenrezept verordnen.



Wenn Ihnen also ein cholesterinsenkendes Arzneimittel nicht mehr verordnet wird, sollte dies kein Grund zur Sorge sein, sondern Sie bestärken, nichtmedikamentöse Möglichkeiten zur Verminderung Ihres Erkrankungsrisikos zu nutzen.

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



Praxisstempel

# Gemeinsame Arbeitsgruppe Arzneimittel

Kassenärztliche Vereinigung  
Niedersachsen

Verbände der gesetzlichen  
Krankenkassen in Niedersachsen



Kassenärztliche Vereinigung  
Niedersachsen



## Rezept-Info – Kurzinformation zur Behandlung von Lipidsenkern

- Lipidsenker sind laut AM-Richtlinien nur bei bestehender vaskulärer Erkrankung (KHK, cerebrovaskuläre Manifestation, pAVK) oder bei hohem kardiovaskulärem Risiko (über 20% Ereignisrate/ 10 Jahre auf der Basis der zur Verfügung stehenden Risikokalkulatoren) verordnungsfähig.
- Zur Ermittlung des kardiovaskulären Risikos sind gegebenenfalls zusätzlich relevante patientenindividuelle Risikofaktoren, die nicht vom Risikokalkulator abgebildet werden, zu berücksichtigen.
- Bei Verordnung von Lipidsenkern sollte sowohl die Begründung (Ausdruck Ergebnis Risikokalkulator, Vermerk zu weiteren patientenindividuellen Risiken, etc.), als auch die Diagnose nach ICD-10 dokumentiert werden.
- Beachten Sie bei der Verordnung der PCSK9-Hemmer Evolocumab und Alirocumab die eingeschränkte Verordnungsfähigkeit gemäß Arzneimittel-Richtlinie Anlage III.

# Bezirksausschüsse und Bezirksausschussvorsitzende

## Bezirksstelle Aurich

Zugelassene Mitglieder:

1. Dr. med. Volker Niehaus,  
Facharzt für Orthopädie, Norden

### **Bezirksausschussvorsitzender**

2. Barbara Janssen,  
Fachärztin für Allgemeinmedizin, Ihlow

3. Mareike Grebe  
Facharzt für Allgemeinmedizin, Hesel

4. Ingrid Weber,  
Fachärztin für Allgemeinmedizin, Emden

Ermächtigtes Mitglied:

5. Dr. med. Christoph Schöttes,  
Facharzt für Innere Medizin, Klinikum Emden

## Bezirksstelle Braunschweig

Zugelassene Mitglieder:

1. Dr. Thorsten Kleinschmidt,  
Facharzt für Allgemeinmedizin, Braunschweig

### **Bezirksausschussvorsitzender**

2. Dr. Friedrich Scheibe,  
Facharzt für Allgemeinmedizin, Ilsede

3. Dr. Christian Schütte,  
Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe,  
Braunschweig

4. Dr. Uwe Gremmler,  
Facharzt für Innere Medizin, Peine

Ermächtigtes Mitglied:

5. Prof. Dr. Karl-Dieter Heller,  
Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie, Braunschweig

## Bezirksstelle Göttingen

Zugelassene Mitglieder:

1. Dr. Thomas Fischer,  
Facharzt für Allgemeinmedizin, Göttingen

2. Dr. Stephan Bartels,  
Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten, Göttingen

3. Dr. Sonja Jacob-Wolf,  
Fachärztin für Allgemeinmedizin, Uslar

4. Godehard Miesner  
Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Göttingen

## Bezirksstelle Hannover

Zugelassene Mitglieder:

1. Dr. Thomas Buck,  
Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin, Hannover

2. Dr. Eckart Lummert,  
Facharzt für Allgemeinmedizin, Uetze

3. Dipl.-Psych. Dr. phil. h. c. (SU) Matthias Engelhardt,  
Psychologischer Psychotherapeut, Hannover

4. Dr. Thomas Brackmann  
Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Burgdorf

## Bezirksstelle Hildesheim

Zugelassene Mitglieder:

1. Dr. Petra Lattmann,  
Fachärztin für Innere Medizin, Nordstemmen

**Bezirksausschussvorsitzende**

2. Dr. Helmut Anderten,  
Facharzt für Allgemeinmedizin, Hildesheim

3. Dr. Bernd Schüttrumpf,  
Facharzt für Allgemeinmedizin, Sarstedt

4. Dr. Insa Japing  
Fachärztin für Allgemeinmedizin, Giesen

Ermächtigtes Mitglied:

5. Prof. Dr. Burkhard Kreft,  
Facharzt für Innere Medizin, Hildesheim

## Bezirksstelle Lüneburg

Zugelassene Mitglieder:

1. Holger Schmidt,  
Facharzt für Allgemeinmedizin, Uelzen

**Bezirksausschussvorsitzender**

2. Dr. Jörn Jepsen,  
Facharzt für Allgemeinmedizin, Hanstedt

3. Dr. Kin-Arno Bohr,  
Facharzt für Neurologie, Lüneburg

4. Dipl.-Psych. Christiane Adam,  
Psychologische Psychotherapeutin, Lüneburg

Ermächtigtes Mitglied:

5. Dr. Heinrich Austrup  
Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie, Krankenhaus  
Winsen/Luhe

## Bezirksstelle Oldenburg

Zugelassene Mitglieder:

1. Dr. Christoph Titz,  
Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Delmenhorst

**Bezirksausschussvorsitzender**

2. Uwe Lange,  
Facharzt für Allgemeinmedizin, Oldenburg

3. Dr. Ulf Burmeister,  
Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Bad Zwischenahn

4. Dr. Ludwig Grau,  
Facharzt für Innere Medizin, Oldenburg

Ermächtigtes Mitglied:

5. Professor Dr. med. Djordje Lazovic,  
Facharzt für Orthopädie, Pius-Hospital, Oldenburg

## Bezirksstelle Osnabrück

Zugelassene Mitglieder:

1. Dr. Uwe Lankenfeld,  
Facharzt für Allgemeinmedizin, Osnabrück

**Bezirksausschussvorsitzender**

2. Dr. Stephan Hermes,  
Facharzt für Innere Medizin, Osnabrück

3. Dr. Karl Hubert Hoffschulte,  
Facharzt für Allgemeinmedizin, Meppen

4. Dr. Ralph Lübbe,  
Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, Osnabrück

Ermächtigtes Mitglied:

5. Dr. Martin Gerdes,  
Facharzt für Chirurgie, Niels-Stensen Kliniken Ostercappeln

## Bezirksstelle Stade

Zugelassene Mitglieder:

1. Dr. Stephan Brune,  
Facharzt für Innere Medizin, Schwerpunkt Kardiologie, Stade

**Bezirksausschussvorsitzender**

2. Doris Waller,  
Fachärztin für Allgemeinmedizin, Stade

3. Timo Schumacher,  
Facharzt für Allgemeinmedizin, Schwanewede

4. Ulf-Johannes zum Felde,  
Facharzt für Allgemeinmedizin, Selsingen

Ermächtigtes Mitglied:

5. Prof. Dr. med. Benno Stinner,  
Facharzt für Chirurgie, Elbe Klinikum Stade

## Bezirksstelle Verden

Zugelassene Mitglieder:

1. Dr. med. Hans-Walter Fischer,  
Facharzt für Innere Medizin, Pneumologie, Verden

**Bezirksausschussvorsitzender**

2. Martin Scholten,  
Facharzt für Allgemeinmedizin, Scheeßel

3. Matthias Ertel,  
Facharzt für Allgemeinmedizin, Langwedel

4. Dr. Gerd-Dieter von Koschitzky,  
Facharzt für Chirurgie, Walsrode

Ermächtigtes Mitglied:

5. Prof. Dr. Detlev Hebebrand,  
Facharzt für Chirurgie, Diakoniekrankenhaus Rotenburg

## Bezirksstelle Wilhelmshaven

Zugelassene Mitglieder:

1. Dr. med. Andreas Klose,  
Facharzt für Innere Medizin, Jever

**Bezirksausschussvorsitzender**

2. Jens Wagenknecht,  
Facharzt für Allgemeinmedizin, Varel

3. Andreas Lang,  
Facharzt für Innere Medizin, Wilhelmshaven

4. Matthias Abelmann,  
Facharzt für Allgemeinmedizin, Wilhelmshaven

Ermächtigtes Mitglied:

5. Dr. med. Christoph Reiche,  
Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Varel



## INFORMATIONEN FÜR DIE PRAXIS

### Früherkennungsprogramm Kinder

Januar 2017

### Erweitertes Kinder-Früherkennungsprogramm seit 1. Januar 2017 – Wissenswertes für Vertragsärzte

Die Inhalte der neu gefassten Kinder-Richtlinie sind seit 1. Januar 2017 ambulante Kassenleistung. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der GKV-Spitzenverband haben die Vergütung für die zusätzlichen Leistungen im Einheitlichen Bewertungsmaßstab geregelt.

Die geänderte „Richtlinie über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres“ war bereits zum 1. September 2016 in Kraft getreten. Die Inhalte der Richtlinie sind im ambulanten Bereich jedoch erst dann Kassenleistung, wenn die Vergütung im EBM geregelt ist. Was sich ändert, stellt diese Praxisinformation vor.

#### FRÜHERKENNUNGSPROGRAMM ÜBERARBEITET UND ERWEITERT

Die Inhalte der Früherkennungsuntersuchungen U1 bis U9 wurden überarbeitet und Untersuchungen standardisiert. Neue Untersuchungsinhalte wie das Screening auf Mukoviszidose oder die Beratung der Eltern zu entwicklungsbezogenen Themen wurden aufgenommen. Außerdem wurden konkrete Vorgaben zur orientierenden Beurteilung der Entwicklung zu den Bereichen Fein- und Grobmotorik, Sprache, Perzeption/Kognition, soziale/emotionale Kompetenz und Interaktion für die U3 bis U9 formuliert.

#### Fokus der Untersuchung: Psychosoziale Entwicklung

Bei den Früherkennungsuntersuchungen sollen Kinder- und Jugendärzte noch intensiver auf psychische und soziale Auffälligkeiten achten, um Verhaltensauffälligkeiten und Risikofaktoren für psychische Erkrankungen frühzeitig zu erkennen und den Eltern entsprechende Hilfen anzubieten.

- Bei den Untersuchungen U3 bis U9 sollen Ärzte stärker als zuvor das Verhalten des Kindes und dessen soziales Umfeld im Blick haben.
- Interaktionsbeobachtungen zu Stimmung/Affekt, Kontakt/Kommunikation und Regulation/Stimulation sollen Aufschluss über die Eltern-Kind-Beziehung geben.

#### Hörtest mittels Audiometrie

Verbindlich vorgegeben ist bei der U8 nun ein Hörtest mittels einer Screeningaudiometrie mit einem Audiometer, welches von der Physikalisch-Technischen Bundesanstalt beziehungsweise nach EU-Richtlinie 93/42/EWG zugelassen ist. Die Audiometer müssen außerdem einmal jährlich einer messtechnischen Kontrolle unterzogen werden.

Neue  
Untersuchungen  
aufgenommen

Verhaltens-  
auffälligkeiten  
und  
Risikofaktoren  
für psychische  
Erkrankungen  
früh erkennen

Hörtest durch  
Screening-  
audiometrie



## Thema: Früherkennungsprogramm Kinder

### Standardisierung der Sehtests

Die Untersuchung der Augen wurde vereinheitlicht. Nun sind die zu verwendenden Tests und Verfahren vorgegeben, so zum Beispiel die Prüfung des Pupillenstatus, der Durchleuchtungstest nach Brückner oder bestimmte Formwiedererkennungstests wie der Sehtest mit Landolt-Ringen oder der Lea-Hyvärinen-Test.

Sehtests  
verbindlich  
vorgegeben

### DAS NEUE GELBE HEFT

Die Dokumentation der U1 bis U9 und der speziellen Früherkennungsuntersuchungen (Erweitertes Neugeborenen-Screening, Screening auf Mukoviszidose, Neugeborenen-Hörscreening) erfolgt wie bisher im Kinderuntersuchungsheft, dem Gelben Heft. Dieses wurde angepasst, um die neuen Inhalte der Richtlinie abbilden zu können.

Kinderunter-  
suchungsheft an  
neue Inhalte  
angepasst

### Neu: Die Teilnahmekarte

Eltern haben nun die Möglichkeit, die Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen auf einer herausnehmbaren Karte durch die Praxis bestätigen zu lassen. Mit dieser Karte können Eltern gegenüber Behörden, Kindertagesstätten, Schulen und Jugendämtern nachweisen, dass das Kind an den Untersuchungen teilgenommen hat, ohne vertrauliche Informationen offenlegen zu müssen. Die Teilnahmekarte bescheinigt außerdem, dass eine ärztliche Beratung in Bezug auf einen vollständigen altersgemäßen, nach den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission ausreichenden Impfschutz erfolgt ist.

Herausnehmbare  
Teilnahmekarte

Nachweis über  
Beratung zum  
Impfschutz

### Altersgemäße Beratung

Je nach Kindesalter berät der Arzt die Eltern zu relevanten Themen, beispielsweise zur Unfallverhütung, plötzlichem Kindstod oder zum Stillen. Wie die Beratung geschieht, bleibt dem Arzt überlassen, die Beratungsthemen sind jedoch vorgegeben und im Gelben Heft aufgeführt. Auffälligkeiten und ein erweiterter Beratungsbedarf können im Gelben Heft durch Ankreuzfelder dokumentiert werden. Genaueres zum Beratungsbedarf kann in einem Freitextfeld hinterlegt werden.

Beratung zu  
vorgegebenen  
altersrelevanten  
Themen

### Dokumentation im Gelben Heft

Die bisherigen Gelben Hefte werden im ersten Lebensjahr, bis zur U6, durch die neuen Gelben Hefte abgelöst. Da sich Struktur und Inhalt des Gelben Hefts geändert haben, können die bisher durchgeführten Untersuchungen nicht in das neue Gelbe Heft übertragen werden. Die Eltern führen dementsprechend zwei Gelbe Hefte.

Bis zur U6:  
Dokumentation im  
neuen Gelben Heft

Bei Kindern, deren U6 bereits erfolgt ist, dokumentiert der Arzt die neuen Untersuchungsinhalte auf einklebbaren Einlegeblättern in der bisherigen Version des Gelben Hefts.

Ab der U6:  
Dokumentation auf  
Einlegeblättern im  
bisherigen Gelben  
Heft



## Thema: Früherkennungsprogramm Kinder

Ärzte können die neuen Gelben Hefte, die Einlegeblätter für die Untersuchungen U7 bis U9 sowie die herausnehmbaren Teilnahmekarten kostenfrei über ihre Kassenärztliche Vereinigung beziehen.

### VERGÜTUNG

#### Höhere Vergütung der U2 bis U9

Die Bewertungen der Gebührenordnungspositionen (GOP) 01712 bis 01719 wurden zum 1. Januar 2017 wie folgt geändert:

Höhere Vergütung  
U2 bis U9

<b>GOP und Kurzlegende</b>	<b>Bewertung bis 31. Dezember 2016</b>	<b>Bewertung ab 1. Januar 2017</b>
01712 U2	308 Punkte (Vergütung 32,14 Euro)	401 Punkte (Vergütung 42,23 Euro)
01713 U3	308 Punkte (Vergütung 32,14 Euro)	401 Punkte (Vergütung 42,23 Euro)
01714 U4	308 Punkte (Vergütung 32,14 Euro)	401 Punkte (Vergütung 42,23 Euro)
01715 U5	308 Punkte (Vergütung 32,14 Euro)	401 Punkte (Vergütung 42,23 Euro)
01716 U6	308 Punkte (Vergütung 32,14 Euro)	401 Punkte (Vergütung 42,23 Euro)
01717 U7	308 Punkte (Vergütung 32,14 Euro)	401 Punkte (Vergütung 42,23 Euro)
01718 U8	308 Punkte (Vergütung 32,14 Euro)	401 Punkte (Vergütung 42,23 Euro)
01719 U9	308 Punkte (Vergütung 32,14 Euro)	401 Punkte (Vergütung 42,23 Euro)
01723 U7a	355 Punkte (Vergütung 37,05 Euro)	401 Punkte (Vergütung 42,23 Euro)

#### Mukoviszidose-Screening

Um das neu in die Kinder-Richtlinie aufgenommene Mukoviszidose-Screening abzubilden, hat sich zum 1. Januar 2017 Folgendes geändert:

- Einführung einer neuen GOP 01709 für die Aufklärung der Eltern zu Sinn und Ziel des Mukoviszidose-Screenings, für den Fall, dass das Screening noch nicht im Rahmen des Neugeborenen-Screenings erfolgt und noch nicht im Gelben Heft dokumentiert ist; Bewertung 50 Punkte, Vergütung 5,27 Euro

Vergütung  
Mukoviszidose-  
Screening



## Thema: Früherkennungsprogramm Kinder

- Erweiterung der GOP 01707 (Erweitertes Neugeborenen-Screening) um zusätzliche Leistungsinhalte; Bewertung 135 Punkte, Vergütung 14,22 Euro (2016: Bewertung 103 Punkte, Vergütung 10,75 Euro)
- Einführung der neuen GOP 01725 bis 01727: Abbildung der dreistufigen (Labor-)Diagnostik

Zudem wird die GOP 01708 gestrichen, da die bisherige Neugeborenen-Screeninguntersuchung der Zielkrankheiten zukünftig mit der GOP 01724 als Bestandteil der Katalogleistung (GOP 01724 bis 01727) abgebildet wird.

### AUSBLICK

#### Zukünftig: Pulsoxymetrie-Screening

Zukünftig können kritische angeborene Herzfehler bei Neugeborenen besser entdeckt und somit frühzeitiger behandelt werden. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat im November 2016 mit einem entsprechenden Beschluss die Kinder-Früherkennungsuntersuchungen um das Pulsoxymetrie-Screening ergänzt. Der Beschluss wird derzeit noch vom Bundesministerium für Gesundheit geprüft und tritt nach der Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft.

#### Mehr Informationen

Kinder-Richtlinie auf der Internetseite des Gemeinsamen Bundesausschusses: [www.g-ba.de/informationen/beschluesse/2287/](http://www.g-ba.de/informationen/beschluesse/2287/)

*Kennen Sie schon die PraxisNachrichten? Sie können den Newsletter der KBV hier kostenlos abonnieren: [www.kbv.de/PraxisNachrichten](http://www.kbv.de/PraxisNachrichten)*

Pulsoxymetrie-Screening zukünftig Teil des Früherkennungsprogramms

Mehr Informationen

## **Stadt und Landkreis Hildesheim richten mit Unterstützung des Netzwerks Flüchtlinge-Hildesheim einen Finanzierungsfonds für Dolmetscherkosten ein**

Im Rahmen der medizinischen Versorgung von Flüchtlingen und Asylsuchenden besteht häufig die Erfordernis einer Sprachvermittlung. Um das derzeitige Prozedere, das eine vorherige Erklärung der Kostenübernahme bzw. der Genehmigung durch die Leistungsträger wie z. B. die Sozialbehörden von Stadt und Landkreis Hildesheim erfordert, im Sinne der Flüchtlinge und Asylsuchenden abzukürzen, hat der Landkreis Hildesheim zum 1. Januar 2017 mit Hilfe des AMEOS Klinikums und des St. Bernward Krankenhauses einen Finanzierungsfonds für Dolmetscherkosten eingerichtet.

Aus diesem Fonds können künftig Kosten für ärztlicherseits hinzugezogene Dolmetscher gedeckt werden.

### **Wofür ist der Finanzierungsfonds?**

- Sie behandeln Flüchtlinge/Asylsuchende, die eine Gesundheitskarte des Landkreises Hildesheim oder einen Behandlungsschein der Stadt Hildesheim vorlegen.
- Sie benötigen für die Behandlung dringend einen Dolmetscher.
- Sie können über Asyl e.V. ([www.asyl-ev.de](http://www.asyl-ev.de)), das Ethnomedizinische Zentrum, über die MiMi Gemeindedolmetscher, über die AWO ([www.awo-hildesheim.de](http://www.awo-hildesheim.de)) oder über andere Kontaktadressen einen Dolmetscher hinzuziehen. Bei Fragen steht Ihnen Frau Lillig, Koordinierungsstelle Integration und Demokratie zur Verfügung, Telefon: 05121 309-3699
- Die erforderliche Kostenübernahme für die Sprachvermittlung ist gegeben, da die Kosten für den Dolmetscher über den Finanzierungsfonds gedeckt sind.

### **Wie erfolgt die Abrechnung der Dolmetscherkosten?**

- Sie setzen den Dolmetscher ein.
- Sie teilen je nach Wohnort der behandelten Person dem Landkreis Hildesheim (OE 913 Team AsylbLG Frau Meyer/Frau Heiduk) oder der Stadt Hildesheim (FB 50.1.2 Leistungen nach dem AsylbLG Frau Schrader/Frau Schwerdtfeger) mit, dass Sie einen Dolmetscher eingesetzt haben, welche Kosten hierfür entstanden sind und an wen dieser Betrag zu zahlen ist (an den Dolmetscher oder an Sie, falls Sie die Kosten verauslagt haben). Bitte begründen Sie, warum ein Dolmetscher notwendig war.
- Der Landkreis Hildesheim, der den Finanzierungsfonds verwaltet, zahlt die für den Einsatz des Dolmetschers entstandenen Kosten aus und leitet Ihre Abrechnung an die Leistungsstelle Team AsylbLG beim Landkreis Hildesheim bzw. bei der Stadt Hildesheim weiter. Dort wird entschieden, ob die Kosten erstattungsfähig sind. Die Erstattung erfolgt dann an den Finanzierungsfonds, um diesen wieder aufzufüllen.

### **Dolmetscherkosten für Flüchtlinge/Asylsuchende mit einer Krankenkassenkarte können nicht übernommen werden**

Die Krankenkassen übernehmen keine Dolmetscherkosten. Daher können die Dolmetscherkosten für Flüchtlinge/Asylsuchende, die über eine Krankenkasse versichert sind, nicht aus dem Finanzierungsfonds übernommen werden, denn diese Beträge würden nicht über entsprechende Erstattungen der Krankenkassen refinanziert.

### **... und wenn der Fonds leer ist?**

Wir erproben ein Modell. Sollte der Rückfluss in den Fonds aus von den Sozialbehörden von Stadt und Landkreis Hildesheim erstatteten Dolmetschereinsätzen nicht ausreichen, den Fonds immer wieder aufzufüllen, werden wir das Projekt beenden müssen.







# Informationen für die Praxis

KVN-Rundschreiben

Januar 2017

## Inhaltsverzeichnis

<b>1. Abrechnung .....</b>	<b>3</b>
1.1. Bewertungsausschuss fasst diverse Beschlüsse zur Änderung des EBM rückwirkend zum 1. Oktober 2016 bzw. 1. Januar 2017 .....	3
<b>2. Verordnungen .....</b>	<b>6</b>
2.1. Pneumokokken-Impfung für Personen ab 60 Jahren künftig mit dem 23-valenten Polysaccharid-Impfstoff (PPSV-23) empfohlen .....	6
2.2. Änderung der Krankentransport-Richtlinie aufgrund der Einführung von Pflegegraden voraussichtlich im Februar 2017 .....	7
2.3. Zertifizierungsverfahren für Heilmittelverordnungssoftware: Übergangsregelung für das erste Quartal 2017 .....	8
2.4. Separate Verordnung von Hilfsmitteln .....	8
2.5. Keine silberhaltigen Verbandstoffe im Sprechstundenbedarf .....	9
2.6. Gemeinsame Arbeitsgruppe Arzneimittel - Allgemeines Informationsschreiben zum Thema wirtschaftliche Verordnungsweise .....	9
<b>3. Allgemeine Hinweise .....</b>	<b>9</b>
3.1. TerminServiceStelle (TSS) - Überweisungscode .....	9
3.2. Hausarztzentrierte Versorgung mit der AOK Niedersachsen: Vertragsanpassung zum 1. Januar 2017 .....	9
3.3. Hausarztvertrag mit der AOK Bremen/Bremerhaven: Änderungen zum 1. Januar 2017 .....	10
3.4. Höhere Vergütungen für Schutzimpfungen ab 1. Januar 2017 für Versicherte der AOK, IKK, SVLFG, Knappschaft und vdek .....	10
3.5. Genehmigungsantrag für Blankoformularbedruckung entfällt ab 1. Januar 2017 .....	11



3.6.	Übermittlung von Befunden an den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) ab 1. Januar 2017 neu geregelt .....	11
3.7.	Betreuungsstrukturvertrag mit dem BKK Landesverband Mitte: Audi BKK ab 1. Januar 2017 neu dabei.....	12
3.8.	Neue Vereinbarung zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit in der vertragsärztlichen Versorgung ab dem Jahr 2017 (Prüfvereinbarung 2017).....	13
3.9.	Hausarztvertrag mit der AOK Niedersachsen: Neues Modul Arzneimitteltherapiesicherheit startet im Februar 2017 .....	13
3.10.	Neues Seminarangebot zu speziellen Themen: Verordnung Medizinischer Rehabilitation -leicht (er) gemacht-.....	14
<b>4.</b>	<b>Veranstaltungen im Februar und März 2017.....</b>	<b>15</b>
<b>5.</b>	<b>Anlagenverzeichnis.....</b>	<b>18</b>
5.1.	Praxisinformation Krankentransporte .....	18
5.2.	Schreiben wirtschaftliche Verordnungsweise .....	18
5.3.	Muster Weiterleitungsbogen.....	18

## 1. Abrechnung

### 1.1. Bewertungsausschuss fasst diverse Beschlüsse zur Änderung des EBM rückwirkend zum 1. Oktober 2016 bzw. 1. Januar 2017

Der Bewertungsausschuss hat in der letzten Sitzung des Jahres diverse Beschlüsse zur Änderung des EBM getroffen.

Die einzelnen Beschlüsse des Bewertungsausschusses im Überblick:

#### **Rückwirkende Änderung des EBM zum 1. Oktober 2016**

- Rückwirkend wird eine Anmerkung zur GOP 34291 (Herzkatheteruntersuchung mit Koronarangiographie) mit einer Übergangsregelung bzgl. der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung aufgenommen.

#### **Änderungen zum 1. Januar 2017**

- Zur besseren Ausschöpfung des jährlichen Finanzvolumens für Leistungen von nichtärztlichen Praxisassistenten werden verschiedene Anpassungen im EBM vorgenommen.
- Ebenfalls mit dem Ziel, das jährliche Finanzvolumen besser auszuschöpfen, wird für die weiterführende sozialpädiatrische Versorgung die Berechnungsmöglichkeit der GOP 04356 ausgeweitet.
- In Folge der Neufassung der Kinderrichtlinie durch den Gemeinsamen Bundesausschuss wird die Bewertung der Kinderuntersuchungen angehoben und das Mukoviszidose-Screening als neue Leistung in den EBM aufgenommen.
- Die Kostenpauschalen 40835 und 40836 (Zuschläge für Infektiionsdialysen) werden höher bewertet.
- Weitere Detailänderungen des EBM betreffen die Übergangsregelung zur GOP 04417 und 13554 (telemedizinische Kontrolle Kardioverter bzw. Defibrillator und/oder CRT) und die Humangenetik.

#### **Rückwirkende Änderung des EBM zum 1. Oktober 2016 zur GOP 34291 (Herzkatheteruntersuchung mit Koronarangiographie)**

Die GOP 34291 ist bis zum 30. Juni 2017 auch bei fehlender Qualitätssicherung und fehlendem Aufklärungsgespräch gemäß der Richtlinie des G-BA berechnungsfähig. In diesem Fall ist die GOP 34291 mit dem Suffix „Q“ (34291Q) zu kennzeichnen und wird mit 92 Punkten weniger vergütet sowie die Prüfzeit um fünf Minuten reduziert.

#### **Nichtärztliche Praxisassistenten**

Da das vorgesehene jährliche Vergütungsvolumen für die qualifizierten nichtärztlichen Praxisassistenten sowohl im Jahr 2015 und voraussichtlich auch im Jahr 2016 nicht ausgeschöpft werden konnte, wurden verschiedene Maßnahmen beschlossen.

Die Änderungen im Detail zum 1. Januar 2017

- Zur weiteren Strukturförderung werden folgende Zuschläge zum Strukturzuschlag (GOP 03060) und den NäPa-Besuchen (GOP 03062/03063) aufgenommen:
  - GOP 03061 (Zuschlag zur GOP 03060): 12 Punkte
  - GOP 03064 (Zuschlag zur GOP 03062): 20 Punkte
  - GOP 03065 (Zuschlag zur GOP 03063): 14 Punkte
- Der Strukturzuschlag wird weiterhin bis zu einer Obergrenze je Praxis gezahlt. Der Höchstwert je Praxis steigt auf 23.800 Punkte (alt: 12.851 Punkte). Damit kann eine Hausarztpraxis je Quartal eine Förderung von bis zu 2.506 Euro (alt: 1.320 Euro) erhalten.
- Die Abrechnungsvoraussetzungen werden durch Absenkung der Mindestzahl von Behandlungsfällen (von 860 auf 700) bzw. der Mindestzahl von Patienten die mindestens das 75. Lebensjahr vollendet haben (von 160 auf 120) abgesenkt. Bei mehreren Hausärzten in der Praxis erhöht sich die Fallzahl (von 120 auf 80 Fälle) je weiteren Hausarzt. Damit können mehr Praxen in die Strukturförderung einbezogen werden.
- Desweiteren kann nunmehr für den NäPa-Besuch im Alten- oder Pflegeheim für den ersten Patienten die GOP 03062 berechnet werden.

A

### **Kinderrichtlinie: Mukoviszidose-Screening und höherer Vergütung der U2 bis U9**

Die neugefasste Richtlinie über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres, die am 1. September 2016 in Kraft getreten ist, macht Änderungen im EBM erforderlich.

Höhere Vergütung der U-Untersuchungen ab 1. Januar 2017:

- Die Leistungsbewertung der U2 bis U9 (GOP 01712-01720) wird von 32,14 Euro auf 42,23 Euro angehoben.
- Die Leistungsbewertung der U7a (GOP 01723) wird von 37,05 Euro auf ebenfalls 42,23 Euro angehoben.

Hiermit sollen die geänderten Untersuchungs- und Beratungsinhalte (z. B. primärpräventive Beratungen zu verschiedenen Themenbereichen, ausführlichere Beobachtung der Eltern-Kind-Interaktionen, neue Untersuchungsverfahren bei Augenuntersuchungen) honoriert werden. Da die U7a schon verschiedene neue Untersuchungsinhalte vorsah, wurde die neue Bewertung der U7a an die neue Bewertung U2 bis U9 angeglichen.

### **Screening bei Mukoviszidose**

Zur Abbildung des neu in die Kinderrichtlinie aufgenommenen Screenings auf Mukoviszidose erfolgten diese Änderungen:

- Die bestehende GOP 01707 (erweitertes Neugeborenen-Screening) wird um zusätzliche Leistungsinhalte erweitert und die Bewertung auf 14,22 Euro (alt: 10,75 Euro) erhöht.
- Zusätzlich wird eine neue GOP 01709 (5,27 Euro) für die angehende Aufklärung der Eltern zu Sinn, Zweck und Ziel des Scree-

nings auf Mukoviszidose aufgenommen. Sie ist für die Neugeborenen gedacht, bei denen das Screening auf Mukoviszidose noch nicht im Rahmen des erweiterten Neugeborenen-Screenings erfolgt und somit noch nicht im Untersuchungsheft für Kinder dokumentiert ist.

- Zur Abbildung der dreistufigen (Labor-) Diagnostik des Mukoviszidose-Screenings gemäß der Kinderrichtlinie werden die GOPen 01725 bis 01727 eingeführt. Da es sich bei der dritten Stufe um eine genetische in-vitro-Diagnostik einer seltenen Erkrankung im Rahmen des Screenings handelt, wurde ein Abrechnungsausschluss neben der GOP 11301 (Grundpauschale humangenetische in-vitro-Diagnostik) als Anmerkung aufgenommen. Zusätzlich wird die bestehende GOP 01708 gestrichen, da die bisherige Neugeborenen-Screeninguntersuchung der Zielkrankheiten zukünftig mit der GOP 01724 als Bestandteil der Katalogleistung mit den GOPen 01724 bis 01727 abgebildet wird.

### **Sozialpädiatrie: Änderung der Berechnungsmöglichkeiten der GOP 04356**

Ab dem 1. Januar 2017 kann die GOP 04356 statt bisher zweimal nunmehr dreimal im Krankheitsfall abgerechnet werden. Hintergrund für diese Ausweitung der Berechnungsmöglichkeit ist, dass das ab dem Jahr 2015 vorgesehene jährliche Vergütungsvolumen bislang nicht ausgeschöpft werden konnte.

### **Höherbewertung Infektionsdialyse**

Die Bewertung der Zuschläge für Infektionsdialysen nach den GOP 40835 und 40836 wird unter anderem aufgrund gestiegener Kosten für Hygienemaßnahmen in einem mehrstufigen Verfahren wie folgt angehoben:

Kostenpauschale des EBM	Bewertung bis 31. Dezember 2016 in Euro	Bewertung ab 1. Januar 2017 in Euro	Bewertung ab 1. Januar 2018 in Euro
40835 (Zuschlag zu den Wochenpauschalen)	30	60	90
40836 (Zuschlag zu den Einzeldialysen)	10	20	30

Mehrstufiges Verfahren

Darüber hinaus überprüft der Bewertungsausschuss zum 1. Januar 2019, ob die Höhe der Bewertung sachgerecht ist oder die Notwendigkeit einer weiteren Anpassung der Höhe der Kostenpauschalen besteht.

### **EBM-Detailänderungen**

Bzgl. der EBM-Detailänderungen ist die Verlängerung der Übergangsregelung in der jeweils zweiten Anmerkung der GOP 04417 und 13554 (Telemedizinische Kontrolle Kardioverter bzw. Defibrillator und/oder CRT) um ein halbes Jahr bis zum 30. Juni 2017 zu nennen, da die Beratungen zur Qualitätssicherungsvereinbarung zur Funktionsanalyse von Kardiovertern bzw. Defibrillatoren und Systemen zur kardialen Resynchronisationstherapie nach §135 Abs. 2 SGB V noch andauern.

## EBM-Detailänderungen Humangenetik

Zum 1. Januar 2017 wurden folgende Detailänderungen im Bereich der Humangenetik vorgenommen:

- die Aufnahmen von Abrechnungsausschlüssen der „kleinen“ Mutationssuchen (GOP 11513, 19424 und 19453) neben den „großen“ Mutationssuchen (GOP 11514, 19425 und 19454) im Krankheitsfall als Klarstellung,
- die Aufnahme einer GOP 19450 zur molekularzytogenetischen Charakterisierung chromosomaler Aberrationen in den Abschnitt 19.4.4 EBM,
- eine Verlängerung der Frist zur Vereinbarung einer QS-Vereinbarung für die humangenetischen Beurteilungsleistungen (GOP 11235 und 11236) und
- redaktionelle und inhaltliche Anpassungen

Für die GOP 32931 wurde klargestellt, dass der Nachweis ab dem 1. Juli 2017 mittels molekulargenetischer Verfahren zu erfolgen hat. Bis dahin kann die GOP 32931 auch für den immunologischen Nachweis berechnet werden.

Die vollständigen Beschlüsse wurden auf der Internetseite des Instituts des Bewertungsausschusses unter [www.institut-ba.de/ba/beschluesse.html](http://www.institut-ba.de/ba/beschluesse.html) veröffentlicht.

## 2. Verordnungen

### 2.1. Pneumokokken-Impfung für Personen ab 60 Jahren künftig mit dem 23-valenten Polysaccharid-Impfstoff (PPSV-23) empfohlen

Wenn die überarbeitete Schutzimpfungs-Richtlinie mit den STIKO-Empfehlungen aus August 2016 im Februar/März 2017 in Kraft tritt, wird als Standardimpfung für Personen ab 60 Jahren eine Pneumokokken-Impfung mit PPSV-23 empfohlen. Bisher konnte die Impfung wahlweise mit einem Polysaccharid- oder Konjugat-Impfstoff durchgeführt werden. Auch eine ggf. notwendige Wiederholungsimpfung nach sechs Jahren soll mit PPSV-23 erfolgen.

Wir empfehlen Ihnen dies schon jetzt bei Ihrer Impfstoffbestellung zu berücksichtigen.

Sobald die überarbeitete Schutzimpfungs-Richtlinie in Kraft ist, werden wir Sie über die weiteren Einzelheiten informieren.

Bei Impfstoffbestellung berücksichtigen

## 2.2. Änderung der Krankentransport-Richtlinie aufgrund der Einführung von Pflegegraden voraussichtlich im Februar 2017

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am 15. Dezember 2016 eine Änderung der Krankentransport-Richtlinie beschlossen. Hintergrund ist die Umstellung von Pflegestufen auf Pflegegrade. Bisher können Vertragsärzte Fahrten zur ambulanten Behandlung verordnen, wenn der Versicherte einen Pflegebescheid mit der Einstufung in Pflegestufe 2 oder 3 vorlegen kann. Seit 1. Januar 2017 können solche Fahrten für Versicherte mit Pflegegrad 3, 4 oder 5 verordnet und von den Krankenkassen genehmigt werden. Bei der Verordnung müssen Patienten ihren Einstufungsbescheid vorlegen und wegen dauerhafter Beeinträchtigung ihrer Mobilität einer Beförderung bedürfen.

### Dauerhafte Mobilitätseinschränkung

Bei Pflegegrad 3 ist die dauerhafte Mobilitätseinschränkung ärztlich festzustellen und auf der Verordnung unter „Dauerhafte Mobilitätseinschränkung“ zu bescheinigen. Bei Pflegegrad 4 und 5 wird die dauerhafte Mobilitätseinschränkung unterstellt.

Ärztlich festzustellen

### Bestandsschutz

Patienten, die bis zum 31. Dezember 2016 in der Pflegestufe 2 eingestuft waren und ab dem 1. Januar 2017 mindestens in den Pflegegrad 3 eingestuft sind, erfüllen die Anspruchsvoraussetzungen. Bei ihnen ist die gesonderte Feststellung der Mobilitätseinschränkung nicht erforderlich. Eine Kennzeichnung der dauerhaften Mobilitätseinschränkung auf dem Ordnungsblatt hat zu erfolgen.

Feststellung nicht erforderlich

### Verordnungsvordrucke

Das Muster 4 „Verordnung einer Krankenbeförderung“ soll im Laufe des Jahres 2017 angepasst werden. Bis die neuen Verordnungsvordrucke zur Verfügung stehen gilt folgende Übergangsregelung: Bei der Verordnung einer Fahrt zur ambulanten Behandlung für Patienten, die einen Einstufungsbescheid in den Pflegegrad 3, 4 oder 5 vorlegen und die oben genannten Voraussetzungen erfüllen, ist über den 1. Januar 2017 hinaus auf dem Ordnungsformular das Kästchen „Dauerhafte Mobilitätseinschränkung/Merkzeichen „aG“, „BI“, „H“ oder Pflegegrad 2 bzw. 3 vorgelegt“ anzukreuzen.

### Praxisinformation für Ärzte

Die KBV hat zur Verordnung von Krankentransporten und Krankenfahrten eine Praxisinformation erstellt. Diese ist diesem Rundbrief als Anlage beigefügt. Wir weisen darauf hin, dass der Beschluss unter Vorbehalt der Genehmigung durch das Bundesministerium für Gesundheit steht. Im Falle einer Nichtbeanstandung ist das Inkrafttreten nach Veröffentlichung im Bundesanzeiger voraussichtlich im Februar 2017 zu erwarten. Bis dahin gilt die Krankentransport-Richtlinie in ihrer jetzigen Fassung weiter. Wir werden Sie über das Inkrafttreten des Beschlusses zeitnah informieren.

Genehmigung durch das BMG

### Anlage 5.1: Praxisinformation Krankentransporte

### 2.3. Zertifizierungsverfahren für Heilmittelverordnungssoftware: Übergangsregelung für das erste Quartal 2017

Im Dezember-Rundschreiben informierten wir, dass ab dem 1. Januar 2017 Ärzte bei der Verordnung von Heilmitteln (Physiotherapie/Podologie, Ergotherapie, Logopädie), sofern sie die Verordnungen mittels Praxisverwaltungssystem (PVS) ausstellen, nur noch eine von der KBV zertifizierte Software einsetzen dürfen.

Die KBV hat uns nun informiert, dass Ärzte im 1. Quartal 2017 übergangsweise auch eine nicht zertifizierte Software für die Verordnung von Heilmitteln nutzen dürfen. Hierauf haben sich die KBV und der GKV-Spitzenverband verständigt, da die Zertifizierung der Software - aufgrund unvollständiger, nicht fristgerechter Einreichung der erforderlichen Unterlagen - bis zum Ende des Jahres nicht abgeschlossen werden konnte.

Die Verordnungen müssen dennoch nach den Vorgaben der Heilmittel-Richtlinie und der Vordruckvereinbarungen korrekt und vollständig ausgefüllt werden.

Ob ein Softwareprodukt für die Heilmittelverordnung zertifiziert ist, können Ärzte über die „Zulassungslisten für Praxisverwaltungssysteme“ (PVS) erfahren, die die KBV führt. Diese sind online abrufbar unter: [www.kbv.de/377108](http://www.kbv.de/377108)

Zur Zertifizierung der Heilmittelverordnungssoftware hat die KBV im November eine Praxisinformation für Ärzte erstellt. Das Dokument steht ebenfalls online bereit unter [www.kbv.de/Service/Verordnungen/Heilmittel](http://www.kbv.de/Service/Verordnungen/Heilmittel).

Zertifizierung nicht abgeschlossen

### 2.4. Separate Verordnung von Hilfsmitteln

Aus gegebenem Anlass möchten wir nochmals darauf hinweisen, dass Hilfsmittel stets getrennt von Arznei- und Verbandmitteln auf einem separaten Muster-16-Rezept zu verordnen sind (z. B. getrennte Verordnung von Insulin und Blutlanzetten). Gleiches gilt für Harn- und Blutteststreifen sowie Sonden- und Trinknahrung. Auch diese dürfen nicht zusammen mit Hilfsmitteln auf einem Rezept verordnet werden.

Bei der Verordnung von Hilfsmitteln (außer Hör- und Sehhilfen, die auf einem gesonderten Formular zu verordnen sind) ist weiterhin das Feld 7 mit der Ziffer 7 zu kennzeichnen. Für die Kenntlichmachung von Hilfsmitteln im Sprechstundenbedarf sind weiterhin die Ziffern 7 und 9 auf der Verordnung zu verwenden. Auch im Sprechstundenbedarf gilt, dass Arzneimittel und Hilfsmittel auf getrennte Rezepte verordnet werden müssen.

## 2.5. Keine silberhaltigen Verbandstoffe im Sprechstundenbedarf

Aufgrund vermehrter Anfragen weisen wir noch einmal darauf hin, dass die Verordnung von silberhaltigen Verbandstoffen seit dem 1. Januar 2017 über den Sprechstundenbedarf nicht mehr möglich ist. Entsprechende Verordnungen wird die Rezeptprüfstelle Duderstadt künftig regressieren.

Sofern ein Einsatz von silberhaltigem Verbandmaterial notwendig sein sollte, hat die Verordnung auf Namen des Patienten zu erfolgen.

## 2.6. Gemeinsame Arbeitsgruppe Arzneimittel - Allgemeines Informationsschreiben zum Thema wirtschaftliche Verordnungsweise

Im Anhang finden Sie ein weiteres Informationsschreiben der AG Arzneimittel. Das Schreiben gibt stichpunktartig allgemeine Hinweise zur wirtschaftlichen Verordnungsweise.

Das Schreiben der AG Arzneimittel finden Sie in Kürze auch im KVN-Portal unter Verordnungen/Arzneimittel/Veröffentlichungen sowie im Internet unter <http://www.kvn.de/Praxis/Verordnungen>.

### Anlage 5.2: Schreiben wirtschaftliche Verordnungsweise

## 3. Allgemeine Hinweise

### 3.1. TerminServiceStelle (TSS) - Überweisungscode

Aufgrund des geringen Bedarfs an Überweisungscode für die Inanspruchnahme der TSS sind in noch sehr vielen Praxen Überweisungscode aus der Erstausrüstung vorhanden. Diese behalten ihre Gültigkeit und können weiter verwendet werden - das jeweils auf dem Bogen aufgedruckte Gültigkeitsdatum ist bis auf weiteres ausgesetzt.

Gültigkeitsdatum ausgesetzt

### 3.2. Hausarztzentrierte Versorgung mit der AOK Niedersachsen: Vertragsanpassung zum 1. Januar 2017

Zum 1. Januar 2017 haben die Partner des o. a. Hausarztvertrages folgende Änderungen vereinbart:

1. Wenn ein Patient mit einer gesicherten chronischen Erkrankung (ICD-Katalog nach Anlage 4 des HZV-Vertrages) neu in den Hausarztvertrag eingeschrieben wird, erhöht sich die Einschreibevergütung um einen einmaligen Zuschlag von fünf Euro (GO-Nr. 99300C). Dieser Zuschlag wird automatisch im Rahmen der Abrechnung berücksichtigt, wenn mindestens eine Indikationsgruppe aus dem Katalog des Anhangs zur Anlage 4 dokumentiert wurde.



2. Die bisher automatisch berücksichtigte Aufwandspauschale (GO-Nr. 99306) entfällt mit Wirkung ab 1. Januar 2017.
3. Ab dem 1. Quartal 2017 gelten für alle Ärzte, die am „Grünklick-Modul“ teilnehmen, folgende neue Regeln:
  - Für jeden Arzt, der eine Grünklick-Datei in der HZV-Anwendung lädt, wird eine Pauschale von 50 Euro je Quartal (unabhängig vom Quotenergebnis) gezahlt.
  - Die relevanten Grenzen der Quotenberechnung werden um jeweils fünf Prozentpunkte angehoben. Damit ändern sich die zu erreichenden Quotengrenzen auf 85, 90 und 95 Prozent.
  - Die Zahlbeträge für den Grünklick-Zuschlag bei Quotenerreichung ändern sich auf ein Euro bei 85 Prozent (GO-Nr. 99301A), 1,25 Euro bei 90 Prozent (GO-Nr. 99301B) und 2,50 Euro bei 95 Prozent (GO-Nr. 99301C).

Neue Regeln beim „Grünklick-Modul“

Eine Abrechnung der o. a. Leistungen auf den Behandlungsfall durch den Arzt ist nicht erforderlich, da die Abrechnungsdaten seitens der KVN automatisch zugesetzt werden.

### 3.3. Hausarztvertrag mit der AOK Bremen/Bremerhaven: Änderungen zum 1. Januar 2017

Im Zusammenhang mit den mit der AOK Niedersachsen vereinbarten Änderungen zum Hausarztvertrag gelten die dort vereinbarten Änderungen (mit Ausnahme des Grünklick-Moduls) auch für die AOK Bremen/Bremerhaven. Mit Wirkung ab 1. Januar 2017 wird auch hier einmal bei Einschreibung ein Chroniker-Zuschlag gezahlt, wenn mindestens eine Indikationsgruppe aus dem Katalog des Anhangs zur Anlage 4 dokumentiert wurde. Auch hier entfällt in Zukunft die Aufwandspauschale (GO-Nr. 99306).

Aufwandspauschale entfällt

Die Änderungen der AOK Niedersachsen beim Grünklick-Modul gelten für die AOK Bremen/Bremerhaven nicht.

Die vereinbarten Leistungsänderungen sind durch den Arzt auf dem Behandlungsfall nicht zu kennzeichnen, da die KVN diese in der Abrechnung automatisch berücksichtigen wird.

### 3.4. Höhere Vergütungen für Schutzimpfungen ab 1. Januar 2017 für Versicherte der AOK, IKK, SVLFG, Knappschaft und vdek

Die KVN konnte mit den o. g. Kassenarten eine Anhebung der Impfnorare zum 1. Januar 2017 vereinbaren.

Die neuen Vergütungen können in Kürze im KVN-Portal unter [www.kvn.de](http://www.kvn.de) unter Verträge/sonstige Verträge/GKV-Impfvereinbarungen abgerufen werden.

### 3.5. Genehmigungsantrag für Blankoformularbedruckung entfällt ab 1. Januar 2017

Der Antrag auf Genehmigung zur Nutzung der Blankoformularbedruckung entfällt ab 1. Januar 2017. Hintergrund ist, dass von den Ärzten kritisiert wurde, dass für die Blankoformularbedruckung generell nur zertifizierte Software zu verwenden ist, sodass das Genehmigungsverfahren überflüssig sei. Im Rahmen des Bürokratieabbaus haben sich die KBV und der GKV-Spitzenverband nunmehr auf den Verzicht der Genehmigung geeinigt. Für eine Teilnahme an der Blankoformularbedruckung beachten Sie bitte folgende Punkte:

- Die eingesetzte Praxisverwaltungssoftware muss von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) für die Blankoformularbedruckung zertifiziert sein.
- Für die Blankoformularbedruckung wird ein Laserdrucker und spezielles Sicherheitspapier benötigt.
- Das Sicherheitspapier kann über die reguläre Formularbestellung bezogen werden. Die Kosten für das Sicherheitspapier werden von den Krankenkassen getragen.
- Das eigens für die Herstellung der Blankoformulare konzipierte Sicherheitspapier darf ausschließlich für die Bedruckung der vertragsärztlichen Vordrucke benutzt werden. Es ist nicht für Arztbriefe oder Privatrezepte etc. zu verwenden. Da das Sicherheitspapier sehr kostenintensiv ist, behalten sich die Krankenkassen vor, bei einer missbräuchlichen Verwendung, Regressforderungen gegen die Ärzte zu stellen.
- Mit dem Blankobedruckungsverfahren können mit Ausnahme des Musters 16 (Arzneiverordnung) und des BTM Rezeptes alle vereinbarten vertragsärztlichen Formulare bedruckt werden.

Weitere Informationen zur Blankoformularbedruckung erhalten Sie in Ihrer Bezirksstelle.

### 3.6. Übermittlung von Befunden an den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) ab 1. Januar 2017 neu geregelt

Ab 1. Januar 2017 haben Vertragsärzte Unterlagen für gutachterliche Stellungnahmen direkt an den MDK zu senden. Das bislang praktizierte Umschlagverfahren, bei dem die Unterlagen für den MDK in einem verschlossenen Umschlag an die Krankenkassen geschickt werden, ist nicht mehr zulässig.

Für die Übermittlungen der Befunde erhalten die Vertragsärzte künftig von der Krankenkasse neben dem Schreiben, aus dem der Grund für die Begutachtung hervorgeht, einen bereits vollständig ausgefüllten Weiterleitungsbogen (Muster 86). Dieser enthält u. a. die Anschrift des MDK, eine Vorgangsnummer und die Daten des Patienten. Der Weiterleitungsbogen dient sowohl der korrekten Adressierung an den zuständigen MDK als auch der automatisierten Zuordnung der übermittelten Unterlagen zum Versicherten beim MDK, so dass die eingehenden Befunde und ärztlichen Unterlagen korrekt zugeordnet werden können.

Für Teilnahme bitte beachten:

Weiterleitungsbogen

Ein Muster des Weiterleitungsbogens ist dem Rundbrief als Anlage beigefügt.

Für den Versand von Unterlagen an den MDK ist der vorausgefüllte Weiterleitungsbogen verbindlich, es sei denn, die Anforderung erfolgt direkt durch den MDK oder die notwendigen Informationen für eine korrekte Adressierung und Zuordnung liegen anderweitig vor. Vertragsärzte fügen dem Weiterleitungsbogen die angeforderten Unterlagen in Kopie bei und schicken diese direkt an den MDK. Für den Versand stellen die Krankenkassen den Ärzten weiterhin einen Freiumschlag zur Verfügung. Ein Versand der Unterlagen an den MDK ohne Beifügung des Weiterleitungsbogens ist vor allem mit Blick auf den Datenschutz nicht zulässig. Liegen beim Arzt weitere für die Beurteilung durch den MDK relevante Informationen oder Besonderheiten vor, können diese formlos den Unterlagen für den Gutachter beigefügt werden.

Versand der Befunde

### **Anlage 5.3: Muster Weiterleitungsbogen**

#### **3.7. Betreuungsstrukturvertrag mit dem BKK Landesverband Mitte: Audi BKK ab 1. Januar 2017 neu dabei**

Die Audi BKK ist ebenfalls dem Betreuungsstrukturvertrag mit dem BKK Landesverband Mitte beigetreten.

Folgende Betriebskrankenkassen nehmen teil:

Krankenkasse	Straße	PLZ/Ort
Audi BKK	Ettinger Straße 70	85057 Ingolstadt
Bahn-BKK	Franklinstraße 54	60486 Frankfurt a. M.
BKK Deutsche Bank AG	Königsallee 60c	40212 Düsseldorf
BKK Melitta Plus	Marienstraße 122	32425 Minden
BKK VBU	Lindenstraße 67	10969 Berlin
BKK RWE	Welfenallee 32	29223 Celle
BKK 24	Sülbecker Brand 1	31683 Obernkirchen
BKK Wirtschaft & Finanzen	Bahnhofstraße 19	34212 Melsungen
Heimat Krankenkasse	Herforder Straße 23	33602 Bielefeld

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

### **3.8. Neue Vereinbarung zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit in der vertragsärztlichen Versorgung ab dem Jahr 2017 (Prüfvereinbarung 2017)**

Im Zuge der Rechtsänderungen durch das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz werden mit Wirkung ab 1. Januar 2017 neue Rechtsgrundlagen für die Wirtschaftlichkeitsprüfung in der vertragsärztlichen Versorgung Geltung erlangen. In diesem Zuge wurde zwischen der KVN und der GKV eine neue Prüfvereinbarung abgeschlossen.

Diese neue Prüfvereinbarung umfasst die Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlicher und ärztlich verordneter Leistungen für Zeiträume ab dem 1. Januar 2017. Für die davorliegende Zeit bleibt die bisherige Prüfvereinbarung weiterhin gültig.

Die neue Prüfvereinbarung 2017 ist im KVN-Portal unter Verträge/Sonstige Verträge zur Einsichtnahme eingestellt.

Neben einer Vielzahl von redaktionellen Veränderungen sind für die künftigen Leistungs- und Verordnungszeiträume folgende wesentliche Änderungen vereinbart worden.

1. Die bisherige jährliche Regelprüfmethode „Richtgrößenprüfung“ wird ab dem Jahr 2017 entfallen.
2. Als neue jährliche Regelprüfung wird nunmehr die „Prüfung nach Durchschnittswerten“ zur Anwendung kommen. Als Aufgreifkriterium gilt das Überschreiten einer Leistungs- bzw. Verordnungsgrenze von mehr als 50 Prozent über dem Durchschnitt der jeweiligen Fach-/Vergleichsgruppe.
3. Es konnte für den Arznei-/ und Heilmittelbereich jeweils eine Liste von regionalen Praxisbesonderheiten vereinbart werden, welche nicht Gegenstand der Wirtschaftlichkeitsprüfung sind (siehe Anlage 9 zur Prüfvereinbarung 2017).
4. Im Rahmen der für die Durchschnittswertprüfung zu bildenden Vergleichsgruppen werden nunmehr nicht nur regionale und fachgruppenbezogene Vergleichsgruppen gebildet, sondern auch bestimmte besondere Versorgungsaufträge/Sicherstellungszulassungen berücksichtigt (siehe Anlage 2 zur Prüfvereinbarung 2017).

Das Unterschriftenverfahren wurde inzwischen eingeleitet.

### **3.9. Hausarztvertrag mit der AOK Niedersachsen: Neues Modul Arzneimitteltherapiesicherheit startet im Februar 2017**

Der AOK-Hausarztvertrag wurde um das „Modul Arzneimitteltherapiesicherheit (AMT)“ erweitert. Dieses soll die bedarfsgerechte und qualitätsgesicherte Versorgung mit Arzneimitteln unterstützen.

Anspruchsberechtigt sind Patienten, die die AOK vorschlägt, deren Eignung der Hausarzt bestätigt und deren Einverständnis zur Beratung vorliegt. Anhand ihrer Abrechnungs- und Arzneimitteldaten stellt die AOK beratungsrelevante Informationen zusammen. Diese erhält der Hausarzt

Wesentliche Änderungen

mittels KVN-Portal und entscheidet daraufhin patientenindividuell, in welchem Umfang die Beratung durchgeführt wird:

Extrabudgetäre Leistung	Vergütung
Patienteneinschreibung und selbständige Durchführung	60 Euro
Patienteneinschreibung und Durchführung sowie Inanspruchnahme einer Apotheken-Konsilberatung (mittels Muster 16, Sonder-PZN 06460636)	60 Euro
Patienteneinschreibung und Delegation einer Polymedikationsberatung an die Apotheke (mittels Muster 16, Sonder-PZN 06460642)	20 Euro

Sowohl die Patientenauswahl als auch die Leistungsdokumentation und Abrechnung erfolgen webbasiert innerhalb der vertragseigenen HzV-Webanwendung im KVN-Portal.

Den Hausarztvertrag sowie die aktuell abgeschlossene Vereinbarung finden Sie im KVN-Portal unter Verträge/Hausarztzentrierte Versorgung/Link: „AOK Niedersachsen/Link: Anhang 2 zu Anlage 5 - Modul Arzneimitteltherapiesicherheit (AMT) - ab Februar 2017“.

### 3.10. Neues Seminarangebot zu speziellen Themen: Verordnung Medizinischer Rehabilitation -leicht (er) gemacht-

Seit dem 1. April 2016 kann jeder Vertragsarzt die Reha-Verordnung ohne den Nachweis einer Zusatzqualifikation verordnen. Dennoch möchten wir mit diesem Seminar besonders Vertragsärzte unterstützen, die bisher noch keine Erfahrungen und Kenntnisse in der Verordnung von med. Rehabilitation erlangt haben oder diejenigen, die ihr vorhandenes Wissen auffrischen bzw. vertiefen wollen. Die Teilnahme ist selbstverständlich freiwillig.

Es zeigt sich, dass die Reha-Verordnung, will man sie korrekt vornehmen, einige Anforderungen stellt, mit denen man sich vertraut machen sollte. Nach wie vor verlangt der Reha-Antrag präzise Begründungen, klar umrissene Voraussetzungen und für das korrekte Ausfüllen eine gute Kenntnis des Formulars. Ziel ist es, spezielle Kenntnisse in der Anwendung der ICF (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit) zu erwerben und zu vertiefen. Darüber hinaus werden die Rahmenbedingungen der medizinischen Rehabilitation im System der GKV erläutert. Anwendungsbeispiele werden gemeinsam besprochen und diskutiert.

Das Seminar findet am 29. März 2017 in der Zeit von 15 bis 19 Uhr in Hannover statt. Die Teilnehmergebühr beträgt 30 Euro pro Person.

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

Es werden nur schriftliche Anmeldungen angenommen. Nutzen Sie hierzu das Anmeldeformular des Rundbriefes oder die Anmeldemodalitäten auf unserer Homepage unter [www.kvn.de/Seminarangebot](http://www.kvn.de/Seminarangebot).

Termin: 29. März 2017

## 4. Veranstaltungen im Februar und März 2017

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

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

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

Name	Ort	Datum	Gebühr p. P.
<b>Qualitäts- und Praxismanagement</b>			
Arbeitsschutz in der Arztpraxis	Hannover	25.Mär	139 Euro
Auf dem Weg zum Erfolgsteam	Hannover	22.Feb	120 Euro
Datenschutz in der Arztpraxis	Hannover	28.Feb	139 Euro
Effektive Kommunikation in der Arztpraxis	Aurich	22.Feb	60 Euro
Erfolgreiches Management für die moderne Arztpraxis	Aurich	08.Feb	60 Euro
Fehler- und Risikomanagement in der Praxis	Hannover	18.Mär	135 Euro
Fit am Empfang	Hannover	01.Mär	119 Euro
Hygiene in der Arztpraxis	Hannover	23.Feb	139 Euro
Kommunikation und Rhetorik im Team	Hannover	25.Feb	130 Euro
Kommunikationstraining für MFA - Modul 2 - Telefontraining	Oldenburg	29.Mär	65 Euro
Kurze Wartezeiten - Gutes Terminsystem	Hannover	15.Mär	85 Euro
Kurze Wartezeiten - Gutes Terminsystem	Stade	01.Mär	85 Euro
Praxisbegehungen durch das Gewerbeaufsichtsamt	Hannover	18.Mär	20 Euro
Qualitätsmanagement für Psychotherapeuten	Hannover	25.Mär	135 Euro
Qualitätsmanagementbeauftragte/r (drei Termine)	Oldenburg	17.Mär	289 Euro

Qualitätszirkel in der ambulanten Versorgung	Braunschweig	22.Mär	kostenlos
Raus aus der Stress-Falle	Hannover	14.Mär	144 Euro
Stressfrei durch den Praxisalltag	Verden	15.Mär	45 Euro
Das Telefon - Die Visitenkarte der Praxis	Hannover	22.Mär	85 Euro
Unterstützung in der Arztpraxis im Umgang mit Flüchtlingen	Hannover	11.Mär	135 Euro
<b>Abrechnung und Verordnung</b>			
Abrechnung aktuell	Aurich	08.Mär	kostenlos
Abrechnung aktuell	Aurich	15.Mär	kostenlos
Abrechnung aktuell	Moormerland	22.Mär	kostenlos
Abrechnung aktuell	Aurich	29.Mär	kostenlos
EBM - Allgemeine Bestimmungen	Osnabrück	29.Mär	kostenlos
Heilmittelverordnung	Hannover	29.Mär	kostenlos
Sicher durch den „Heilmittel-Verordnungs-Dschungel“ für MFA	Stade	22.Feb	kostenlos
Richtig kodieren nach ICD 10	Hannover	08.Mär	kostenlos
Verordnungsweise in der täglichen Praxis	Hannover	22.Mär	kostenlos
<b>Wirtschaftsseminare</b>			
Digitalisierung in der Praxis	Braunschweig	07.Mär	kostenlos
Niederlassen in Niedersachsen	Göttingen	18.Mär	kostenlos
Praxis sucht Nachfolger	Verden	15.Feb	kostenlos
<b>Medizinische und psychotherapeutische Themen</b>			
Hautkrebs-Screening Seminar	Hannover	18.Feb	99 Euro
Psychosomatische Grundversorgung (10-tägig)	Bremervörde	17.Feb	999 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. Praxisinformation Krankentransporte**
- 5.2. Schreiben wirtschaftliche Verordnungsweise**
- 5.3. Muster Weiterleitungsbogen**

## INFORMATIONEN FÜR DIE PRAXIS

### Krankentransporte und Krankenfahrten

Dezember 2016

#### Krankentransporte und Krankenfahrten – Was Ärzte bei der Verordnung beachten sollten

Das Verordnen von Fahrten zur ärztlichen Behandlung wirft immer wieder Fragen auf – zum Beispiel in welchen Fällen eine Genehmigung der Krankenkasse benötigt wird. Was Ärzte wissen sollten und welche Besonderheiten es zu beachten gilt, ist in dieser Praxisinformation zusammengestellt.

##### ALLGEMEINES ZUR VERORDNUNG VON FAHRTEN

Generell gilt: Vertragsärzte dürfen gesetzlich versicherten Patienten, die ambulant oder stationär behandelt werden, eine Krankenförderung verordnen, wenn die Fahrt medizinisch notwendig ist (Formular 4 „Verordnung einer Krankenförderung“).

Aber: Die Kosten für Fahrten zu einer ambulanten Behandlung übernehmen die Krankenkassen grundsätzlich nur in bestimmten Ausnahmefällen. Dazu gehören stationersetzende Operationen, vor- und nachstationäre Behandlungen im Krankenhaus, Dialysebehandlungen und bestimmte Therapien von Krebserkrankungen (nach Anlage 2 der Krankentransport-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses). Zudem müssen Fahrten zur ambulanten Behandlung – egal ob mit Taxi oder Krankentransportwagen – in der Regel vorab von der Krankenkasse genehmigt werden.

##### Unterschiedliche Beförderungsmittel

Welches Fahrzeug eingesetzt wird, hängt allein von der medizinischen Notwendigkeit im Einzelfall ab (unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes). In der vertragsärztlichen Versorgung sind es vor allem diese Beförderungen:

- **Krankenfahrten** sind Fahrten, die beispielsweise mit einem Taxi stattfinden. Eine medizinisch-fachliche Betreuung des Versicherten findet während der Fahrt nicht statt. Die Krankenkassen können auf Antrag auch die Kosten für Krankenfahrten mit öffentlichen Verkehrsmitteln und dem eigenen Auto übernehmen; hierfür stellt der Arzt aber keine Verordnung aus.
- **Krankentransporte** sind Fahrten mit einem Krankentransportfahrzeug. Sie können erforderlich sein, wenn der Patient unterwegs eine medizinisch-fachliche Betreuung oder eine besondere Fahrzeugausstattung benötigt. Ein Grund kann auch sein, dass damit die Übertragung einer schweren, ansteckenden Krankheit des Patienten vermieden werden kann.

Vertragsärzte dürfen in Notfällen auch Rettungsfahrten verordnen. Die Fahrten mit Rettungswagen oder Notarztwagen sowie Flüge mit dem Rettungshubschrauber werden über die jeweiligen Rettungsstellen angefordert.

Kostenübernahme für Fahrten zur ambulanten Behandlung nur im Ausnahmefall

Auswahl des Fahrzeugs nach medizinischen Erfordernissen

In Notfällen auch Rettungsfahrten



## GENEHMIGUNG VON FAHRTEN

Die gesetzlichen Krankenkassen bezahlen grundsätzlich Fahrten zur Behandlung, wenn sie medizinisch notwendig sind. Allerdings steht die Kostenübernahme in vielen Fällen unter einem Genehmigungsvorbehalt. Das heißt: Der Patient muss sich eine ärztlich verordnete Krankenfahrt oder den Krankentransport erst von seiner Krankenkasse genehmigen lassen. Nur dann kann er sicher sein, dass die Kosten übernommen werden.

### Grundregel: Genehmigung ja oder nein

Für eine erste Einschätzung hilft diese Regel:

- Fahrten zu einer *stationären* Behandlung muss sich der Patient von seiner Krankenkasse nicht genehmigen lassen.
- Fahrten zu einer *ambulanten* Behandlung muss sich der Patient in der Regel von seiner Krankenkasse genehmigen lassen.

### Überblick: Verordnungen mit und ohne Genehmigung

Krankentransporte und Krankenfahrten zur ambulanten Behandlung werden nur in Ausnahmefällen von der Krankenkasse übernommen und bedürfen bis auf wenige Ausnahmen der vorherigen Genehmigung. Der folgende Überblick zeigt, was wann möglich ist.

### Fahrten zur ambulanten Behandlung ohne Genehmigung

Für folgende Fahrten zur ambulanten Behandlung übernehmen die Krankenkassen die Fahrtkosten, ohne dass die Verordnung zur Genehmigung vorgelegt werden muss:

- Fahrten zu einer Behandlung nach Paragraph 115b SGB V – zu einer ambulanten Operation oder zu einem sonstigen stationersetzenden Eingriff (s. Kasten) – wenn dadurch eine aus medizinischen Gründen notwendige Krankenhausbehandlung vermieden wird
- Fahrten zu einer vor- oder nachstationären Behandlung im Krankenhaus nach Paragraph 115a SGB V, zum Beispiel vor oder nach einer Operation

### Stichwort: Stationersetzender Eingriff

Für Fahrten zu stationersetzenden Eingriffen übernehmen die Krankenkassen die Kosten, ohne dass der Patient vorab eine Genehmigung einholen muss. Doch was heißt „stationersetzend“? Unter stationersetzend wird allgemein ein ambulanter Eingriff verstanden, durch den ein aus medizinischer Sicht gebotener stationärer Aufenthalt vermieden wird. Eine eindeutige Definition fehlt jedoch. Laut Bundessozialgericht fallen unter „stationersetzend“ insbesondere Fälle, bei denen sich Patienten gegen eine Krankenhausbehandlung entscheiden und stattdessen ambulant behandeln lassen (Az: B 1 KR 8/13 R).

**Fazit:** Über die Definition „stationersetzender Eingriff“ muss im Einzelfall entschieden werden. Sollte unklar sein, ob es sich um einen stationersetzenden Eingriff handelt, empfiehlt es sich, eine Genehmigung der Krankenkasse einzuholen. Eine eindeutige Abgrenzung, zum Beispiel über den AOP-Katalog, ist nicht möglich.

Bei stationärer Behandlung keine Genehmigung

Bei ambulanter Behandlung in der Regel mit Genehmigung

Fahrten ohne Genehmigung

Stationersetzend: Klinikaufenthalt wird vermieden

Bei Unklarheit Genehmigung einholen



## Fahrten zur ambulanten Behandlung mit Genehmigung

Folgende Fahrten zur ambulanten Behandlung können Vertragsärzte verordnen, die Verordnung muss aber von der Krankenkasse genehmigt werden:

- Fahrten in besonderen Ausnahmefällen, zum Beispiel Dialyse oder bestimmte Therapie von Krebserkrankungen. Die Ausnahmen sind in der Krankentransport-Richtlinie geregelt.
- Fahrten für Patienten, die einen Schwerbehindertenausweis mit Merkzeichen „aG“, „Bl“ oder „H“ vorlegen oder einen Pflegebescheid, mit Pflegegrad 3, 4 oder 5 (bislang: Pflegestufe 2 oder 3), und die dauerhaft in ihrer Mobilität eingeschränkt sind.\*

### Besonderheiten bei pflegebedürftigen Patienten ab 1. Januar 2017

Eine dauerhafte Mobilitätseinschränkung wird bei Patienten mit Pflegegrad 4 und 5 als gegeben angesehen. Bei Pflegegrad 3 muss der Arzt sie noch einmal gesondert feststellen. Das gilt aber nur für „neue“ Pflegefälle. Für Patienten, die bisher Pflegestufe 2 und ab Januar Pflegegrad 3 haben, braucht der Arzt das nicht gesondert feststellen. Die Mobilitätsbeeinträchtigungen können dabei sowohl somatische als auch kognitive Ursachen haben.\*

Die dauerhafte Mobilitätseinschränkung bescheinigen Ärzte durch Ankreuzen des entsprechenden Feldes auf Verordnungsformular 4 „Verordnung einer Krankenfahrt“:

Dauerhafte Mobilitätseinschränkung	
<input checked="" type="checkbox"/>	Merkzeichen „aG“, „Bl“, „H“ oder Pflegestufe 2 bzw. 3 vorgelegt
<input type="checkbox"/>	vergleichbarer Grund wegen (ggf. Angabe ICD-10) _____

**Hinweis:** Auf Formular 4 „Verordnung einer Krankenfahrt“ wird ab 2017 zunächst weiterhin auf die Pflegestufen Bezug genommen. Bis zur Anpassung dieses Formulars an Pflegegrade kreuzen Ärzte hier weiterhin das Feld „Merkzeichen „aG“, „Bl“, „H“ oder Pflegestufe 2 bzw. 3 vorgelegt“ an, wenn sie Krankenfahrten für Patienten mit Pflegegrad 3, 4 oder 5 verordnen und eine dauerhafte Mobilitätseinschränkung vorliegt.

- Fahrten, die zwingend medizinisch notwendig sind, aber nicht die genannten Kriterien erfüllen. Krankenkassen können diese im Einzelfall genehmigen.

Fahrten mit Genehmigung

Das gilt für Patienten mit Pflegegrad

Bescheinigung auf dem Formular

\* Die Überführung von Pflegestufen in Pflegegrade wird durch die Änderung der Krankentransport-Richtlinie des G-BA mit Beschluss vom 15.12.2016 umgesetzt und tritt erst nach Nichtbeanstandung des BMG und Bekanntmachung im Bundesanzeiger in Kraft.



### Regresse auch bei Krankentransporten möglich

Mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz wurde 2015 festgelegt, dass die Wirtschaftlichkeit der Versorgung mit ärztlich verordneten Leistungen ab 2017 anhand von Vereinbarungen zwischen Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen auf Landesebene geprüft werden kann. Diese Prüfung kann auch Verordnungen für Krankentransporte umfassen und einen Regress nach sich ziehen. Deshalb sollten stets die Vorgaben der Krankentransport-Richtlinie des G-BA berücksichtigt werden.

### Patient holt Genehmigung ein

Der Patient muss sich um die Genehmigung kümmern, da es sich aus rechtlicher Sicht um einen Antrag des Patienten handelt. Nimmt er eine Fahrt in Anspruch bevor sie genehmigt wurde, kann er sich die Kosten gegebenenfalls von seiner Krankenkasse erstatten lassen. Lehnt die Krankenkasse den Antrag ab, werden ihm die Kosten nicht erstattet. Dem verordnenden Vertragsarzt entsteht in diesem Fall kein Schaden.

### Patienten über Zuzahlung informieren

Patienten sollten über den Genehmigungsvorbehalt und über die Zuzahlungspflicht bei der Verordnung von Fahrten informiert werden. Die Zuzahlung beträgt – unabhängig von der Art des Fahrzeugs – zehn Prozent der Fahrtkosten, mindestens jedoch fünf Euro und höchstens zehn Euro.

### Wissenswertes zur Verordnung von Fahrten auf einen Blick

- Vertragsärzte können gesetzlich krankenversicherten Patienten Fahrten zur ambulanten und stationären Behandlung verordnen, wenn es medizinisch erforderlich ist. Fahrten aus anderen Gründen, zum Beispiel zum Abholen von Verordnungen oder Erfragen von Befunden, sind nicht verordnungsfähig.
- Die Verordnung erfolgt auf Formular 4 „Verordnung einer Krankenbeförderung“.
- Fahrten zu einer ambulanten Behandlung bedürfen bis auf wenige Ausnahmen der vorherigen Genehmigung durch die Krankenkasse des Patienten. Fahrten zu einer stationären Behandlung unterliegen nicht dem Genehmigungsvorbehalt.
- Die Verordnung sollte vor der Fahrt ausgestellt werden. Nur in Ausnahmefällen kann dies später erfolgen, insbesondere in Notfällen.
- Taxis oder Krankentransport? Die Auswahl des Fahrzeugs richtet sich allein nach der medizinischen Notwendigkeit unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots.
- Die Fahrten sollen auf dem direkten Weg zwischen dem Aufenthaltsort des Patienten und der nächstgelegenen geeigneten Behandlungsmöglichkeit erfolgen.
- Bei Fahrten mit einem privaten Fahrzeug oder öffentlichen Verkehrsmitteln ist keine Verordnung erforderlich. Dies gilt auch für Fahrten zu einer Kur- oder Reha-Einrichtung, für deren Kostenübernahme

Regresse möglich

Vorgaben der Krankentransport-Richtlinie beachten

Patient muss Genehmigung einholen

Ohne Genehmigung zahlt der Patient

Zuzahlung: maximal 10 Euro

Das Wichtigste im Überblick



sich Versicherte direkt an ihre Krankenkasse wenden.

- Der Arzt sollte seine Patienten über den Genehmigungsvorbehalt und die Zuzahlung zu den Fahrtkosten informieren.
- Die Verordnung von Fahrten regelt die Krankentransport-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses.

### Mehr Informationen

KBV-Themenseite Krankentransport: [www.kbv.de/html/krankentransport.php](http://www.kbv.de/html/krankentransport.php)

Krankentransport-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses:  
[www.g-ba.de/informationen/richtlinien/25/](http://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/25/)

Informationen  
im Internet

*Kennen Sie schon die PraxisNachrichten? Sie können den Newsletter der KBV hier kostenlos abonnieren: [www.kbv.de/html/1641.php](http://www.kbv.de/html/1641.php).*



# Gemeinsame Arbeitsgruppe Arzneimittel

Kassenärztliche Vereinigung  
Niedersachsen

Verbände der gesetzlichen  
Krankenkassen in Niedersachsen



## Allgemeine Hinweise zur wirtschaftlichen Verordnungsweise

Die Verpflichtung zur wirtschaftlichen Verordnungsweise im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung ist im SGB V verankert und Bestandteil der Arzneimittelzielvereinbarung. Beachten Sie bitte die folgenden Hinweise zur wirtschaftlichen Arzneimittelversorgung:

- Generische Wirkstoffe in Verbindung mit Rabattverträgen stellen eine wirtschaftliche Form der Arzneimittelversorgung dar. Lassen Sie daher die Aut-idem Substitution möglichst zu und verzichten Sie auf das Aut-idem-Kreuz. Somit kann in der Apotheke automatisch das rabattierte Arzneimittel abgegeben werden. Alternativ verordnen Sie Arzneimittel unter ihrer Wirkstoffbezeichnung<sup>1</sup>.
- Prüfen Sie für biotechnologisch hergestellte Arzneimittel (Biologicals) preisgünstige biosimilare Alternativen (Biosimilars). Verordnen Sie diese möglichst vorrangig.
- Beachten Sie, dass durch die Arzneimittelrichtlinie von der Versorgung ausgeschlossene Arzneimittel grundsätzlich nicht zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen verordnet werden können. Für einige Arzneimittel ist die Verordnung auf bestimmte Patienten beschränkt. Betroffene Arzneimittel sind in der Anlage III der Arzneimittelrichtlinie gelistet. Diese finden Sie unter [www.g-ba.de](http://www.g-ba.de).
- Prüfen Sie für patentgeschützte, nicht generikafähige Arzneimittel (Originale) vergleichbare, wirkstoffverwandte generische Alternativen mit Rabattvertrag und verordnen Sie diese möglichst vorrangig. Analog-Präparate und kontrovers diskutierte Arzneimittel sollten nach Möglichkeit nicht verordnet werden.
- Soweit medizinisch ausreichend, sollen OTC-Präparate (grünes Rezept) vorrangig vor verschreibungspflichtigen Arzneimitteln verordnet werden. Achten Sie bei der Wahl zwischen OTC- und verschreibungspflichtigen Arzneimitteln besonders auf die zugelassenen Indikationen in Frage kommender Präparate. Diese können zum Teil unterschiedlich sein.
- Verordnen Sie Arzneimittel, die das frühe Nutzenbewertungsverfahren des G-BA durchlaufen haben, möglichst in den Anwendungsgebieten mit Zusatznutzen.
- Stimmen Sie die Verordnungsmengen auf das Therapieziel ab und prüfen Sie nicht-medikamentöse Alternativen.

Stand: 12/16

<sup>1</sup> Eine Ausnahme, bei der die Verordnung unter der Wirkstoffbezeichnung nicht möglich ist, stellen Wirkstoffe der Substitutionsausschlussliste des G-BA dar. Hier ist die Verordnung eines konkreten Fertigarzneimittels erforderlich, da bei diesen Wirkstoffen die Apotheke Präparate unterschiedlicher Hersteller nicht gegeneinander austauschen darf. Die Substitutionsausschlussliste finden Sie unter [www.g-ba.de](http://www.g-ba.de).





Hinweis an den Arzt: Bitte verwenden Sie den Weiterleitungsbogen als erste Seite im Briefumschlag für Ihre Antwort!



Aktenzeichen Mitteilungsmanagement (MiMa)

Krankenkasse  
Name der Krankenkasse

Straße

PLZ Ort

Leistungsbereich

Ansprechpartner Krankenkasse

Vorname, Name

Telefon

Fax

E-Mail

Sehr geehrte Damen und Herren,

anliegend übermitteln wir Ihnen die für den Versicherten von der Krankenkasse angeforderten Befunde in Kopie.

### Daten des Versicherten

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße

PLZ Ort

KV-Nummer

Aktenzeichen Krankenkasse

### Daten des Arztes/Leistungserbringers

Name, Vorname / Firma

Straße

PLZ Ort

Arzt-Nummer (LANR)

IK des Leistungserbringers

Anforderungsdatum

