



KVN

Kassenärztliche Vereinigung
Niedersachsen

Informationen für die Praxis

KVN-Rundschreiben

Dezember 2019

Inhaltsverzeichnis

1.	Abrechnung	3
1.1.	Abgabetermin Quartalsabrechnung 4/2019.....	3
1.2.	Abschlagszahlungen und Zahlungstermine 2020	3
1.3.	Amtliche Mitteilung der KVN zum HVM für das 1. Quartal 2020 für alle dem RLV unterliegenden Arztgruppen des haus- und fachärztlichen Versorgungsbereichs	4
1.4.	Amtliche Mitteilung der KVN zum HVM Teil B Nr. 16.1 und 16.2 für das 1. Quartal 2020 - Fachgruppendurchschnittswerte für Laborindividualbudgets.....	4
1.5.	Mitteilung der fachgruppendurchschnittlichen Obergrenze für Kontrastmittel für das Quartal 1/2020 .	4
1.6.	Termin-Service-Stelle - Wichtige Neuerungen ab dem 2. Januar 2020.....	5
2.	Verordnungen	6
2.1.	Änderungen der Anlage V der Arzneimittel-Richtlinie - Übersicht der verordnungsfähigen Medizinprodukte ..	6
2.2.	Gemeinsame Arbeitsgruppe Arzneimittel - Informationsschreiben zum Thema „chronisch entzündliche Darmerkrankungen“	8
2.3.	Erinnerung - Bedarfsmeldung und Verordnung der Grippeimpfstoffe für die Saison 2020/2021	8
2.4.	Imfinzi® (Durvalumab) als Praxisbesonderheit anerkannt	9
3.	Allgemeine Hinweise	10
3.1.	Drohende Honorarrückforderungen für Akupunkteure	10
3.2.	Organisiertes Programm zur Früherkennung von Zervixkarzinomen startet ab 1. Januar 2020	11
3.3.	Organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme Darmkrebs und Zervixkarzinom	12
3.4.	Änderungen am Muster 39 (Krebsfrüherkennung - Frauen) zum 1. Januar 2020	13

3.5.	SSB Vereinbarung - Bestellverfahren von Grippeimpfstoffen	14
3.6.	Qualitätssicherungsvereinbarung zur hyperbaren Sauerstofftherapie bei diabetischem Fußsyndrom	14
3.7.	Präoperative Diagnostik	15
3.8.	(K)eine Entlastung im Datenschutz - Änderung bei Benennungspflicht.....	16
3.9.	„Starke Kids“ Präventionsangebot für Kinder U10/ U11: BKK Mobil Oil, BKK VBU, BKK Henschel Plus bis 31. Dezember 2019	17
3.10.	Hautkrebsvorsorge: BKK Melitta, Securvita BKK bis 31. Dezember 2019	17
3.11.	Rückwirkende Änderung des EBM zum 1. Oktober 2019.....	17
3.12.	Hausarztvertrag mit dem BKK Landesverband Mitte: BKK Henschel Plus bis zum 31. Dezember 2019.....	17
3.13.	Optimierung des Antikoagulations-Managements mit Audi BKK und BKK Mobil Oil	18
3.14.	AOK-Behandlungsprogramm Hepatitis C: Vertragsanpassung zum 1. Januar 2020.....	18
3.15.	AOKTrio - Das Transitionsprogramm für mehr Gesundheitskompetenz von Teenagern – Laufzeitverlängerung und Indikationserweiterung.....	19
3.16.	Teilnahmeaufruf an Studie zum Effekt von Onlinebewertungen.....	19
3.17.	Neujahrsempfang der Bezirksstelle Aurich.....	20
3.18.	Psychosomatische Grundversorgung	20
4.	Veranstaltungen im Januar und Februar 2020	20
5.	Anlagenverzeichnis	23
5.1.	Abschlagszahlungen und Zahlungstermine 2020	23
5.2.	Amtliche Mitteilung zum HVM Teil B Nr. 16.1 und 16.2.....	23
5.3.	Praxisinfo - Früherkennung Gebärmutterhalskrebs...	23

1. Abrechnung

1.1. Abgabetermin Quartalsabrechnung 4/2019

Der **Abgabetermin** für die Abrechnung des **4. Quartals 2019** ist der **10. Kalendertag** des nachfolgenden Quartals und somit der **10. Januar 2020**.

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

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

- das **Muster der aktuellen Sammelerklärung (Stand: 1/2017)** 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).

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

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

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

1.2. Abschlagszahlungen und Zahlungstermine 2020

Der Monatsabschlag beträgt im 1. und 3. Quartalsmonat 24% Ihres durchschnittlichen Honorars im vergangenen Kalenderjahr (Quartale 4/2018 bis 3/2019). Im jeweils 2. Quartalsmonat beträgt der Abschlag 37%.

Abrechnungsscheck
muss fristgerecht sein

Bei Termenschwierigkeiten
Bezirksstelle
informieren

In der Anlage erhalten Sie für Ihre eigene Finanzdisposition die Übersicht der Zahlungstermine für das 1. Halbjahr 2020. Die Übersicht finden Sie ab sofort auch auf der Internetseite der KVN unter dem Punkt [Mitglieder/Abrechnung](#). Wir prüfen derzeit die Möglichkeiten für ein Vorziehen der Zahlungstermine. Die Veröffentlichung des Zahlungsterminplans für das 2. Halbjahr 2020 erfolgt spätestens im Juni-Rundschreiben.

Die individuelle Höhe Ihrer Abschlagszahlung für das Jahr 2020 teilen wir Ihnen in einem persönlichen Schreiben in der zweiten Januarhälfte mit.

Anlage 5.1: Abschlagszahlungen und Zahlungstermine 2020

1.3. Amtliche Mitteilung der KVN zum HVM für das 1. Quartal 2020 für alle dem RLV unterliegenden Arztgruppen des haus- und fachärztlichen Versorgungsbereichs

Die für das 1. Quartal 2020 geltenden RLV-/QZV-Mindestfallwerte sowie die Fallzahlgrenzen für die Fallwertminderung bzw. die Fallzahlzuwachsbegrenzungsregelung (FZZB) finden Sie unter https://www.kvn.de/Mitglieder/Abrechnung_+Honorar+und+Vertrag/Honorarverteilung.html

1.4. Amtliche Mitteilung der KVN zum HVM Teil B Nr. 16.1 und 16.2 für das 1. Quartal 2020 - Fachgruppendurchschnittswerte für Laborindividualbudgets

Die für das 1. Quartal 2020 geltenden Fachgruppendurchschnittswerte für Laborindividualbudgets entnehmen Sie bitte der Anlage 5.1 zu diesem Rundschreiben. Zusätzlich sind diese Daten auch bereits seit dem 28. November 2019 über das KVN-Portal abrufbar.

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

1.5. Mitteilung der fachgruppendurchschnittlichen Obergrenze für Kontrastmittel für das Quartal 1/2020

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

- | | |
|--|----------------|
| • Institute, Krankenhäuser | 2.542,76 Euro |
| • Fachärzte für Nuklearmedizin | 10.746,01 Euro |
| • Fachärzte für Diagnostische Radiologie | 56.367,07 Euro |
| • Fachärzte für Urologie | 3.457,89 Euro |

Die Vereinbarung gilt für Fachärzte für Nuklearmedizin, Diagnostische Radiologie und Urologie verbindlich. Für andere Fachgruppen nur, wenn

in der eigenen BAG/MVZ oder im Institut/Krankenhaus ein Facharzt für Nuklearmedizin, Diagnostische Radiologie oder Urologie tätig ist.

Diese Daten sind über das KVN-Portal unter [Verträge/Kontrastmittel-Vereinbarung](#) abrufbar.

1.6. Termin-Service-Stelle - Wichtige Neuerungen ab dem 2. Januar 2020

Neue Telefonnummer und online-Buchung

Ab dem 2. Januar 2020 sind sowohl die TSS als auch der Bereitschaftsdienst rund um die Uhr über die einheitliche **Telefonnummer 116 117** erreichbar. Die bisherige Rufnummer für die TSS entfällt.

Voraussichtlich im Laufe des Januar wird die **online-Buchung von TSS-Terminen für Patienten** freigeschaltet.

Beides kann zu einer erhöhten Inanspruchnahme der TSS und somit zu einer erhöhten Nachfrage nach Terminen führen.

Stellen Sie daher bitte Termine über den **eTerminservice (online-Dienst im KVN-Portal)** zur Verfügung. **Anleitungen** finden Sie direkt in der online-Anwendung.

Sofern Sie in den Terminprofilen **Praxishinweise** für die TSS hinterlegt haben bzw. hinterlegen, formulieren Sie diese bitte so, dass diese auch **für Patienten geeignet** sind.

Aktivieren Sie unbedingt die **Terminbenachrichtigung** im eTerminservice (unter den Kontaktinformationen). So erhalten Sie die für die Abrechnung benötigten Informationen.

Weitere Informationen zur **Abrechnung** der verschiedenen Fallkonstellationen finden Sie auf unserer Internetseite: Geben Sie bitte (TSVG) im Suchfeld ein.

Überweisungs- bzw. nach neuem Sprachgebrauch **Vermittlungscodes können Sie seit dem letzten Update Ihrer Praxissoftware direkt** aus dieser erzeugen und auf die Überweisung drucken. Kontaktieren Sie dazu ggf. bitte Ihren Vertriebspartner und **beantragen Sie bei der KVN einen KV-connect-Zugang**, sofern noch nicht geschehen ([www.kvn.de/Mitglieder/Beratung/IT in der Arztpraxis/KV-connect](http://www.kvn.de/Mitglieder/Beratung/IT_in_der_Arztpraxis/KV-connect) oder einfach Eingabe im Suchfeld „KV-connect“). Die KVN stellt den Versand der Papieretiketten ein.

Achten Sie bitte bei dem Einstellen von Terminen auf den **„Mindestbuchungsabstand“**. Mit diesem regeln Sie, wie zeitnah die TSS einen Termin noch vergeben darf.

Achten Sie bitte auch auf die von Ihnen zugelassene **Dringlichkeit**: Normale TSS Termine sind „dringend“. Möchten Sie Termine explizit für z. B. Vorsorgeuntersuchungen freigeben, so kennzeichnen Sie diese mit „nicht-dringend“.

Arzttermine künftig über die 116117

Achtung: Keine Papieretiketten für Überweisungen mehr

Für Praxen ist nach wie vor die **TSVG-Hotline +49 511 380 3344** geschaltet. Die Mitarbeiter*innen dort helfen Ihnen gerne weiter.

TSVG-Hotline weiter aktiv

Akutfall

Die KVN ist ab Januar 2020 dazu verpflichtet, eine Terminservicestelle-Akutfall (**TSS-Akut**) zu betreiben, die 24 Stunden täglich an sieben Tagen die Woche unter der Rufnummer 116 117 erreichbar sein muss. Aufgabe der TSS-Akut soll es sein, die Versicherten von geschultem Personal auf der Grundlage eines standardisierten Ersteinschätzungsverfahrens in die möglichst **richtige Versorgungsebene** zu vermitteln. Eine Vermittlung soll rund um die Uhr entweder an den Rettungsdienst, eine Vertragsarztpraxis, den Bereitschaftsdienst oder eine Notfallambulanz im Krankenhaus erfolgen.

Akutfälle werden durch Telefonvermittlung an Praxen weitergeleitet

Ist eine sofortige Versorgung notwendig, so werden die Patienten als Notfall an 112 weitergereicht. Müssen Patienten zeitnah behandelt werden, so werden sie zu den sprechstundenfreien Zeiten direkt an den **Bereitschaftsdienst** vermittelt. Soweit eine Behandlung **innerhalb von 24 Stunden** erfolgen soll, sind diese Fälle ein sogenannter **Akutfall**, der von der TSS über den eTerminservice am gleichen oder am nächsten Tag an geöffnete Praxen vermittelt werden soll.

Sie können derartige (**Akut-)**Termine anbieten, indem Sie diese im eTerminservice mit der zugelassenen Dringlichkeit „akut“ freigeben. (Anleitungen finden Sie direkt in dem online-Dienst eTerminservice im KVN-Portal.)

Akut-Termine extra anbieten

2. Verordnungen

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

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

Produktbezeichnung	Medizinisch notwendige Fälle	Befristung der Verordnungsfähigkeit
myVISC Hyal 1.0	Zur Anwendung als Operationshilfe in der Ophthalmochirurgie des vorderen Augenabschnittes.	31. Oktober 2021
Microvisc® plus	Zur Anwendung als Operationshilfe in der Ophthalmochirurgie des vorderen Augenabschnittes.	31. Oktober 2021
Serumwerk-Augenspüllösung BSS	Zur Irrigation im Rahmen extraokulärer	14. Dezember 2021

	und intraokulärer Eingriffe.	
Oculentis BSS	Zur Irrigation im Rahmen extraokulärer und intraokulärer Eingriffe.	14. Dezember 2021
Eye-Lotion Balanced Salt Solution	Zur Irrigation im Rahmen extraokulärer und intraokulärer Eingriffe.	14. Dezember 2021
Isotonische Kochsalzlösung zur Inhalation (Eifelfango)	Als Trägerlösung bei der Verwendung von Inhalaten in Verneblern oder Aerosolgeräten. Dies gilt nur für die Fälle, in denen der Zusatz einer Trägerlösung in der Fachinformation des arzneistoffhaltigen Inhalats zwingend vorgesehen ist.	16. September 2023

Weiter wurden zum 1. August 2019 das Medizinprodukt PädiaSalin® 6% sowie zum 7. November 2019 das Medizinprodukt NYDA® Läuse Spray in die Anlage V der Arzneimittel-Richtlinie aufgenommen:

Produktbezeichnung	Medizinisch notwendige Fälle	Befristung der Verordnungsfähigkeit
PädiaSalin® 6 %	Zur symptomatischen Inhalationsbehandlung der Mukoviszidose für Patienten ab dem 6. Lebensjahr.	29. Juli 2021
NYDA® Läuse Spray	Für Kinder bis zum vollendeten 12. Lebensjahr und Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr mit Entwicklungsstörungen zur physikalischen Behandlung des Kopfhaares bei Kopflausbefall.	6. Dezember 2022

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

2.2. Gemeinsame Arbeitsgruppe Arzneimittel - Informationsschreiben zum Thema „chronisch entzündliche Darmerkrankungen“

Im Anhang finden Sie ein weiteres Informationsschreiben der AG GKV/KVN Arzneimittel zu dem Thema „Chronisch entzündliche Darmerkrankungen“. Darin ist unter anderem eine Preisübersicht über die biologischen Arzneimittel zur Behandlung von Morbus Crohn und Colitis ulcerosa und deren frühe Nutzenbewertung durch den G-BA aufgeführt.

Diese sowie alle weiteren Veröffentlichungen der AG GKV/KVN Arzneimittel finden Sie im Internet unter www.kvn.de/Mitglieder/Verordnungen/Arzneimittel/Veroeffentlichungen.

2.3. Erinnerung - Bedarfsmeldung und Verordnung der Grippeimpfstoffe für die Saison 2020/2021

Für die Grippesaison 2020/2021 sollen die Impfstoffhersteller bei einer adäquaten Produktionsplanung unterstützt werden. Hierzu haben Praxen, die in der Vergangenheit Impfleistungen abgerechnet haben, ein Informationsschreiben der KVN erhalten.

Zur Erinnerung hier noch einmal die wichtigen Punkte:

- 1. Meldung des geplanten Bedarfes an Grippeimpfstoffen für die Saison 2020/2021 bis zum 31. Dezember 2019 an die KVN**
Die Bedarfsmeldung erfolgt über eine Abfrage im KVN-Portal. Zu finden ist der Link „Bedarfsmeldung Grippeimpfstoff“ unter [Grippesaison 2020/2021, als erster Punkt in der Rubrik „News“](#). Diese Bedarfsmeldung ist noch keine Bestellung/Verordnung.
- 2. Verordnung der Grippeimpfstoffe für die Saison 2020/2021 auf Muster 16 (Sprechstundenbedarf) und Abgabe der Rezepte in einer Apotheke bis zum 31. Januar 2020**
Zur Orientierung für die Praxen enthält das Informationsschreiben die Abrechnungszahlen der vorausgegangenen Impfsaisons. Praxen, die kein Anschreiben erhalten haben, da sie in den vergangenen 3 Saisons keine Impfleistungen abgerechnet haben, können natürlich auch eine Bedarfsmeldung abgeben und Verordnungen ausstellen. Den mutmaßlichen Bedarf müsste die Praxis entsprechend vorsichtig schätzen.

Weitere Hinweise für die Verordnungsausstellung

- Alle vier Grippeimpfstoffe für die Saison 2020/2021 (Flucelvax® Tetra, Influsplit Tetra®, Influvac® Tetra, Vaxigrip Tetra®) werden von den niedersächsischen Krankenkassen/-verbänden als wirtschaftlich angesehen.
- Die Sprechstundenbedarfsverordnung sollte mit dem Vermerk „Erstbestellung für die Impfsaison 2020/2021“ versehen werden.

Planung für die Grippeimpfung 2020/2021 läuft an

Bedarfsmeldung über KVN-Portal

- Größere Bestellmengen sollten auf mehrere Rezepte verteilt werden. Verordnet werden können maximal 70 Impfdosen je Zeile und maximal 200 Impfdosen je Verordnungsblatt.
- Geplante Veränderungen in der Zusammensetzung der Praxis/BAG sollten bei der Verordnungsmenge berücksichtigt werden.
- Abgabe der Verordnungen in einer Apotheke bis zum 31. Januar 2020.

Bei termingerechter Umsetzung der beiden Maßnahmen sollten für die Grippezeit 2020/2021 Grippeimpfstoffe in adäquater Menge zur Verfügung stehen.

2.4. Imfinzi® (Durvalumab) als Praxisbesonderheit anerkannt

Anwendung bei
Lungenkarzinom

Ab dem 1. Dezember 2019 wird Imfinzi® (Wirkstoff Durvalumab) nach einer Vereinbarung zwischen dem GKV-Spitzenverband und dem pharmazeutischen Unternehmer AstraZeneca GmbH ab dem ersten Behandlungsfall als Praxisbesonderheit ausschließlich im Anwendungsgebiet mit Zusatznutzen laut G-BA-Beschluss vom 4. April 2019 anerkannt:

- IMFINZI ist angezeigt als Monotherapie zur Behandlung des lokal fortgeschrittenen, inoperablen nicht-kleinzelligen Lungenkarzinoms (NSCLC) bei Erwachsenen, deren Tumoren PD-L1 in ≥ 1 % der Tumorzellen exprimieren und deren Krankheit nach einer platinbasierten Radiochemotherapie nicht fortgeschritten ist.

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

Die Behandlung erfolgt bis zur Krankheitsprogression oder einer inakzeptablen Toxizität oder über maximal zwölf Monate. Des Weiteren sind die Vorgaben der Fachinformation zu berücksichtigen.

Die Einleitung und Überwachung der Behandlung mit Durvalumab soll nur durch in der Therapie von Patienten mit nicht-kleinzelligem Lungenkarzinom erfahrene Fachärzte für Innere Medizin und Pneumologie oder Fachärzte für Lungenheilkunde und weitere an der Onkologie-Vereinbarung teilnehmende Ärzte anderer Fachgruppen erfolgen.

Weitere Anwendungsgebiete oder Erweiterungen des Anwendungsgebiets sind nicht von der Praxisbesonderheit umfasst. Die Anerkennung als Praxisbesonderheit besteht, solange AstraZeneca Imfinzi® in Deutschland vertriebt.

Weitere Informationen finden Sie unter www.g-ba.de und www.gkv-spitzenverband.de. Auf der Internetseite des GKV-Spitzenverbandes finden Sie außerdem eine Aufstellung der vereinbarten Praxisbesonderheiten aufgrund des Verfahrens der frühen Nutzenbewertung unter: Krankenversicherung/Arzneimittel/AMNOG-

Verhandlungen (§ 130b SGB V)/Übersicht zu den Verhandlungen der Erstattungsbeträge nach §130b SGB V/Filterfunktion:
„Praxisbesonderheit“.

3. Allgemeine Hinweise

3.1. Drohende Honorarrückforderungen für Akupunkteure

Um mögliche sachlich-rechnerische Berichtigungen insbesondere aufgrund von Kassenanträgen zu vermeiden, wird auf die korrekte Vorgehensweise bei der Abrechnung von Akupunkturleistungen unter Bezugnahme auf das Urteil des Bundessozialgerichtes vom 13.02.2019 (Az.: B 6 KA 56/17 R) hingewiesen.

Die Durchführung/Abrechnung der Akupunktur ist nach § 5 Abs. 1 QV-A bei chronisch schmerzkranken Patienten u. a. an folgende Maßgaben gebunden:

Nr. 1 - Feststellung einer Symptomatik beziehungsweise Diagnose nach Anlage I Nr. 12 der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses und

Nr. 2: Überprüfung, dass vor der Akupunktur ein mindestens sechsmonatiges ärztlich dokumentiertes Schmerzintervall vorliegt.

Laut Bundessozialgericht ergibt die Auslegung der Regelung in § 5 Abs. 1 Nr. 2 QV-A, dass der Einsatz von Akupunktur als Behandlungsmethode im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung u. a. nur statthaft ist, wenn der Arzt, der diese Methode anwendet (Akupunkteur), anhand von in der Vergangenheit erstellten **ärztlichen Dokumentationen** feststellen kann, dass bei dem Patienten ein Schmerzintervall vorliegt, welches seit **mindestens sechs Monaten besteht** und auch noch **aktuell andauert** (BSG aaO, Rn 26).

Das mindestens sechsmonatige Schmerzintervall muss daher zum einen dem **Zeitpunkt des Beginns der Akupunkturbehandlung unmittelbar vorangegangen** und zum anderen **ärztlich dokumentiert** sein. Bei eigenen Patienten muss sich daher aus den angegebenen Diagnosen ergeben, dass in den letzten sechs Monaten vor Abrechnung der Akupunktur Schmerzen in der LWS oder Gonarthrose in den Kniegelenken vorlagen. Bei Patienten, die vor der durchzuführenden Akupunktur bei einem anderen Vertragsarzt in Behandlung waren, muss sich der Akupunkteur entweder durch telefonische Nachfrage beim Vorbehandler oder durch Anforderung der Patientenunterlagen bzw. eines Arztbriefes vergewissern, dass in den unmittelbar vorangegangenen sechs Monaten vor Abrechnung der Akupunktur Schmerzen in der LWS oder in den Kniegelenken durch Gonarthrose vorlagen, und dies in seinen Unterlagen dokumentieren (bzw. die angeforderten Unterlagen des Vorbehandlers zu seinen Unterlagen nehmen).

Abrechnung von Akupunktur bei Schmerzpatienten erfordert genaue Diagnose und Dokumentation

Eine **bloße Befragung des Patienten** durch den Akupunkteur zu Lokalisation, Stärke, Häufigkeit und Dauer der Schmerzen **reicht daher nicht aus**. Vielmehr ist die Heranziehung vorangegangener ärztlicher Dokumentationen sowohl zur Überprüfung der Dauer des Schmerzintervalls als auch zur Beurteilung der bisher durchgeführten therapeutischen Maßnahmen erforderlich (BSG aaO, Rn 30).

3.2. Organisiertes Programm zur Früherkennung von Zervixkarzinomen startet ab 1. Januar 2020

Nach der Darmkrebsfrüherkennung wird die Zervixkarzinomfrüherkennung als zweites Programm im Rahmen der Richtlinie für organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme (oKFE-RL) umgesetzt.

Einladung und Versicherteninformation

Gesetzlich krankenversicherte Frauen im Alter von 20 bis 65 Jahren werden zukünftig persönlich und regelmäßig über die Möglichkeit zur Teilnahme am Krebsfrüherkennungsprogramm informiert. Sie erhalten von ihrer Krankenkasse alle fünf Jahre ein Anschreiben mit näheren Erläuterungen zum Programm und zum Nutzen und den Risiken der angebotenen Untersuchungen. Der Einladung liegt eine ausführliche Information über Vor- und Nachteile einer Früherkennungsteilnahme, über den Untersuchungsablauf und über die vorgesehene Datenverarbeitung bei.

Die Krebsfrüherkennungsuntersuchungen können von den Frauen auch unabhängig von den Anschreiben der Krankenkassen und über das 65. Lebensjahr hinaus in Anspruch genommen werden.

Untersuchungsinhalte

Frauen im Alter von 20 bis 34 Jahren haben wie bislang Anspruch auf eine jährliche zytologische Untersuchung. Je nach Ergebnis können sich weitere Untersuchungen anschließen: eine weitere zytologische Untersuchung, ein Test auf genitale Infektionen mit humanen Papillomaviren (HPV-Test) oder eine Kolposkopie (Spiegelung) des Gebärmutterhalses.

Frauen ab dem Alter von 35 Jahren können - statt der derzeitigen jährlichen zytologischen Untersuchung - zukünftig alle drei Jahre eine Kombinationsuntersuchung (Ko-Testung), bestehend aus Pap-Abstrich und HPV-Test, in Anspruch nehmen. Eine obere Begrenzung des Anspruchsalters besteht nicht.

Alle Frauen haben ab dem Alter von 20 Jahren neben den genannten Tests weiterhin Anspruch auf eine jährliche klinische Untersuchung. Wird eine Früherkennungsuntersuchung auf Zervixkarzinom inklusive klinischer Untersuchung nach oKFE-RL durchgeführt, besteht wie bisher in dem Kalenderjahr, in dem die Untersuchung erfolgt ist, kein weiterer Untersuchungsanspruch nach der oKFE-RL.

Darüber hinaus können weiterhin im Rahmen der Krebsvorsorge, auch wenn im Rahmen der Krebsvorsorgerichtlinien kein Abstrich vorgesehen ist, bei entsprechender Indikation auch kurative Abstriche oder Abstriche

Statt zytologischer Untersuchung künftig auch Kombinationsuntersuchung möglich

Weiter Anspruch auf jährliche klinische Untersuchung

im Rahmen der Sonstigen Hilfen-Richtlinie bei der Durchführung der Krebsvorsorgeuntersuchung durchgeführt werden. In diesem Fall ist ein Überweisungsschein erforderlich.

Versicherteninformationen

Für die organisierte Zervixkarzinomfrüherkennung ist eine ausführliche Information der anspruchsberechtigten Versicherten zwischen 20 und 34 Jahren sowie ab 35 Jahren anhand einer gedruckten Versicherteninformation vorgesehen. Die Versicherten erhalten die Versicherteninformation von ihrer Krankenkasse zusammen mit dem Einladungsschreiben. In den Praxen müssen die Versicherteninformationen für das Beratungsgespräch zur Verfügung stehen. Sie brauchen den Versicherten nicht mitgegeben werden.

Die Versicherteninformationen können von den Vertragsärzten über die KVN bestellt werden. Bitte benutzen Sie hierfür den Bestellschein auf der KVN-Internetseite (www.kvn.de/Mitglieder/Praxisführung/Formularbestellungen/Downloads/Vordrucke/Broschüren/Flyer).

Anlage 5.3: Praxisinfo - Früherkennung Gebärmutterhalskrebs

3.3. Organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme Darmkrebs und Zervixkarzinom

Für die Umsetzung der organisierten Krebsfrüherkennungsprogramme Darmkrebs und Zervixkarzinom haben die beteiligten Vertragsärzte elektronische Dokumentationen an ihre Kassenärztliche Vereinigung zu übermitteln.

Die technischen Spezifikationen für die Dokumentation wurden inzwischen vom Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTiG) veröffentlicht und stehen als „Komplettdownload PB-Spezifikationen der oKFE-RL“ beim IQTiG bereit <https://iqtig.org/datenerfassung/spezifikationen/pb-spezifikation-fuer-leistungserbringer/2020/v03/>.

Das IQTiG erfüllt damit den Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zur Umsetzung der Richtlinie für organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme (oKFE-RL).

Um eine Evaluation der Programme zu ermöglichen, müssen die Ergebnisse der Früherkennungsuntersuchungen und der Abklärungsdiagnostik von den beteiligten Vertragsärzten elektronisch dokumentiert und an ihre Kassenärztliche Vereinigung übermittelt werden.

Dies betrifft alle an der Krebsfrüherkennung teilnehmenden Haus- und Fachärzte. Die Datenerfassung nach der oKFE-RL sollte für beide Programme zum 1. Januar 2020 starten.

Zu dokumentieren sind dann die Durchführung von iFOBT und Koloskopien im Rahmen der Darmkrebsfrüherkennung beziehungsweise von zytologischen Untersuchungen, HPV-Tests und

Auführliche
Versicherten-
informationen sind
vorgesehen

Elektronische
Dokumentation der
Krebsfrüherkennungs-
programme
obligatorisch

Abklärungskolposkopien im Rahmen der Früherkennung des Zervixkarzinoms.

Welche Angaben jeweils konkret zu dokumentieren sind, sind im KVN-Portal unter Online-Dienste / Organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme zu finden.

Den Softwareherstellern obliegt nun die Umstellung der Dokumentation in den Praxisverwaltungssystemen, sodass die beteiligten Vertragsärzte ihre Daten elektronisch erfassen können.

Zudem wird die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen eine Dokumentationsmöglichkeit über das KVN-Portal anbieten.

Im Rahmen der Programmevaluation werden die Kassenärztlichen Vereinigungen die Funktion der Datenannahmestellen übernehmen, die die Datenpakete über die Vertrauensstelle an die Bundesauswertestelle (BAS) weiterleitet.

Aktuell hat nun der G-BA aufgrund bislang fehlender funktionaler Dokumentationssoftware eine Aussetzung der Dokumentationsverpflichtungen nach der Richtlinie für organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme (oKFE-RL) beschlossen.

Das Ende dieser Aussetzung bleibt einer gesonderten Beschlussfassung des G-BA vorbehalten. Seitens der KBV wird derzeit davon ausgegangen, dass dies frühestens zum 4. Quartal 2020 der Fall sein wird.

Die Aussetzung betrifft sowohl das bereits laufende Programm zur Früherkennung von Darmkrebs als auch das zum 1. Januar startende Programm zur Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs.

Die übrigen Regelungen zur organisierten Darmkrebsfrüherkennung und der Programmstart für das organisierte Zervixkarzinomscreening zum 1. Januar 2020 bleiben hiervon unberührt.

3.4. Änderungen am Muster 39 (Krebsfrüherkennung - Frauen) zum 1. Januar 2020

Das Muster 39 für die Kommunikation zwischen Gynäkologen und Zytologen wird angepasst und löst das aktuelle Muster zum 1. Januar 2020 ab.

Gegenüber dem bisher geltenden Berichtsvordruck ergeben sich umfangreiche Änderungen. Einerseits werden neue Felder zur Dokumentation vorgesehen (z. B. zum HPV-Impfstatus, zu der vorangegangenen Untersuchung, zum HPV-Test-Ergebnis und zu den empfohlenen Maßnahmen). Andererseits entfällt eine Reihe von Feldern, insbesondere zum Befund wie z. B. Angaben zur rektalen Untersuchung und zum Blutdruck. Diese Leistungen sind nicht mehr Gegenstand der Krebsfrüherkennungsuntersuchung. Des Weiteren entfällt der Überweisungsschein zur präventiven zytologischen Untersuchung im Rahmen der Krebsvorsorge.

Dokumentations-
eingabe über KVN-
Portal möglich

Dokumentations-
software fehlt noch,
daher Dokumentation
vorerst ausgesetzt

Stichtagsregelung: Ab 1. Januar 2020 darf ausschließlich das neue Formular eingesetzt werden. Die bisherige Version verliert ihre Gültigkeit und darf nicht mehr verwendet werden.

Bestellungen für das neue Muster 39 können seit dem 25. November 2019 beim Paul Albrechts Verlag aufgegeben werden. Das neue Muster 39 darf allerdings erst ab dem 1. Januar 2020 eingesetzt werden. Sollten Sie für die Zeit bis zum 1. Januar 2020 noch alte Muster 39 benötigen, vermerken Sie dies bitte auf der Bestellung. Bei der zu kalkulierenden Bestellmenge bedenken Sie bitte, dass das alte Muster nur bis zum 31. Dezember 2019 verwendet werden darf.

Neben den gedruckten und Blankoformularen wird auch eine digitale Version des Musters 39 zur Verfügung stehen.

Alte Muster laufen aus

3.5. SSB Vereinbarung - Bestellverfahren von Grippeimpfstoffen

Durch eine Änderung der Anlage 2 der SSB – Vereinbarung mit Wirkung ab 1. November 2019 – wurden inhaltlich folgende Regelungen ergänzt bzw. geändert:

1. Anpassung der Fristen zur Bestellung von Impfstoffen an die neuen gesetzlichen Vorgaben.
2. Anpassung und Klarstellung der Regeln zur Ausfüllung des Verordnungsvordruckes (Muster 16) im Rahmen der Bestellung von Grippeimpfstoffen.

Neue Fristen und neue Ausfüllregeln bei Impfstoffbestellung

Die Lesefassung der geänderten Vereinbarung ist im KVN Portal unter der Rubrik „Verträge“ eingestellt.

3.6. Qualitätssicherungsvereinbarung zur hyperbaren Sauerstofftherapie bei diabetischem Fußsyndrom

KBV und GKV-Spitzenverband haben eine „Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur hyperbaren Sauerstofftherapie bei diabetischem Fußsyndrom (HBO bei DFS)“ geschlossen. Die Vereinbarung ist zum 1. Oktober 2019 in Kraft getreten und ersetzt den Anhang zum Abschnitt 30.2.2 „Hyperbare Sauerstofftherapie bei diabetischem Fußsyndrom“ des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM). Die Veröffentlichung der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur hyperbaren Sauerstofftherapie bei diabetischem Fußsyndrom erfolgte im Deutschen Ärzteblatt, Heft 41 vom 11. Oktober 2019, Seite A 1858ff.

Die Qualitätssicherungsvereinbarung regelt die fachlichen, apparativen, räumlichen und organisatorischen Voraussetzungen für die Ausführung und Abrechnung von Leistungen der hyperbaren Sauerstofftherapie bei diabetischem Fußsyndrom in der vertragsärztlichen Versorgung (Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen 30216 und 30218 des EBM).

Die fachliche Befähigung (§ 3) gilt als nachgewiesen bei Berechtigung zum Führen einer der folgenden Facharztbezeichnungen:
„Allgemeinmedizin“, „Hals-Nasen-Ohrenheilkunde“, „Anästhesiologie“,

„Orthopädie und Unfallchirurgie“ oder in den Gebieten „Innere Medizin“ oder „Chirurgie“. Zusätzlich muss der Arzt ein „Druckkammerarzt“-Diplom der Gesellschaft für Tauch- und Überdruckmedizin e. V. oder eine gleichwertige Qualifikation nachweisen. Die Durchführung von mindestens einer Behandlungsfolge der hyperbaren Sauerstofftherapie bei diabetische Fußsyndrom unter Anleitung ist ebenfalls Genehmigungsvoraussetzung.

Besondere
Genehmigungs-
voraussetzungen

Die apparativen und räumlichen Voraussetzungen (§ 4) definieren die Anforderungen an die Sicherheit der Druckkammern, in denen die Behandlung durchgeführt wird. Dabei muss unter anderem die Durchführbarkeit einer medizinischen Notfallbehandlung während der Druckkammerbehandlung gewährleistet sein.

Die organisatorischen Voraussetzungen (§ 5) beinhalten unter anderem Regelungen zu einer kontinuierlichen personellen Mindestbesetzung. Zur Beurteilung der Notwendigkeit der Weiterbehandlung des Patienten ist dem überweisenden Facharzt nach jeder zehnten Druckkammerbehandlung ein entsprechender Arztbericht inklusive Fotodokumentation zu übermitteln. Eine leitliniengerechte Wundversorgung muss gewährleistet sein. Das Druckkammerzentrum muss dafür entweder die Anforderungen des Abschnitts 30.2.2 Nr. 4 des EBM selbst erfüllen oder eine ständige Zusammenarbeit mit mindestens einer solchen qualifizierten Einrichtung durch eine Kooperationsvereinbarung gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung im Genehmigungsverfahren nachweisen.

Zur Beantragung einer Abrechnungsgenehmigung für die Ausführung und Abrechnung von Leistungen der hyperbaren Sauerstofftherapie bei diabetischem Fußsyndrom in der vertragsärztlichen Versorgung ist das entsprechende Antragsformular unter [www.kvn.de/Mitglieder/Anträge/Genehmigungspflichtige Leistungen/H](http://www.kvn.de/Mitglieder/Anträge/Genehmigungspflichtige_Leistungen/H) wie Hyperbare Sauerstofftherapie eingestellt.

3.7. Präoperative Diagnostik

Die nach dem Alter des Patienten divergierenden obligaten bzw. fakultativen Leistungsinhalte der Prä-OP-Komplexe nach GOP 31010 bis 31013 führen nicht selten zu Missverständnissen zwischen Haus-/Kinderarzt und Operateur bzw. Anästhesist. Unterschiede gibt es beim Ruhe-EKG, beim Labor und bei der Spirographie.

Leistungsinhalte bei
GOP 31010 – 31013
vom Alter abhängig

Bei **Kindern (GOP 31010) sind Ruhe-EKG und Spirographie** nicht Bestandteil des Prä-OP-Komplexes. Bei entsprechender Indikation kann die Spirographie nach GOP 03330 erw. 04330 abgerechnet werden, das ggf. erforderliche Ruhe-EKG ist mit der Versichertenpauschale abgegolten. Laboruntersuchungen (GOP 32101, 32125 und/oder 32110 bis 32116) sind fakultativer Leistungsinhalt und nur bei konkretem Bedarf zu erbringen.

Bei **Jugendlichen und Erwachsenen bis zum vollendeten 40. Lebensjahr (GOP 31011)** wäre eine ggf. erforderliche Spirographie ebenfalls nach GOP 03330 abrechenbar. Das Ruhe-EKG ist fakultativ und bei Bedarf zu erbringen. Ebenfalls fakultativ und nicht separat

abrechenbar sind Laboruntersuchungen (GOP 32101, 32125 und / oder 32110 bis 32116).

Für **Erwachsene nach Vollendung des 40. Lebensjahres bis zur Vollendung des 60. Lebensjahres (GOP 31012)** ist die Durchführung des **Ruhe-EKG** obligater Bestandteil des Prä-OP-Komplexes. Das Labor (GOP 32101, 32125 und/oder 32110 bis 32116) ist allerdings nur bei Bedarf als fakultativer Leistungsbestandteil zu erbringen. Eine ggf. erforderliche Spirographie wäre nach GOP 03330 abzurechnen.

Für **Erwachsene nach Vollendung des 60. Lebensjahres (GOP 31013)** sind neben dem **Ruhe-EKG** auch die **Laborleistungen** nach GOP 32125 und/oder 32110 bis 32116 obligater Leistungsinhalt. Das TSH nach GOP 32101 und eine ggf. erforderliche weitergehende Labordiagnostik nach Abschnitt 32.2 hingegen sind hier fakultativer Leistungsinhalt. Sofern eine Spirographie erforderlich sein sollte, ist sie hier fakultativer Leistungsinhalt der GOP 31013 und damit nicht separat abrechenbar.

Für alle fakultativen Leistungsinhalte gilt, dass eine routinemäßige Anforderung durch den Operateur / Anästhesisten, insbesondere aus forensischen Gründen, ausscheidet. Hier ist der Bedarf im Einzelfall zu prüfen und ggf. vom Operateur / Anästhesisten dem Haus-/Kinderarzt darzulegen. Die letztliche Entscheidung trifft der den Prä-OP-Komplex erbringende und abrechnende Arzt. Für alle inkludierten Leistungen (obligat wie fakultativ) gilt, dass eine zusätzliche Abrechnung nach den spezifischen GOP ausscheidet. Die Veranlassung von Laborleistungen hat insofern zu Lasten des veranlassenden Haus- oder Kinderarztes zu erfolgen.

Für die vereinfachte Kommunikation zwischen den beteiligten Ärzten und mit den Patienten sind zwei diesbezügliche Muster erstellt, die über die Internetseite der KVN ([www.kvn.de/Mitglieder/Abrechnung, Honorar und Vertrag/Präoperative Diagnostik - Kommunikationshilfen](http://www.kvn.de/Mitglieder/Abrechnung,Honorar_und_Vertrag/Präoperative_Diagnostik_-_Kommunikationshilfen)) aufrufbar sind.

Keine routinemäßigen Anforderungen durch den Operateur

KVN hat Kommunikationsmuster ins Netz gestellt

3.8. (K)eine Entlastung im Datenschutz - Änderung bei Benennungspflicht

Seit dem 26. November 2019 muss ein Datenschutzbeauftragter erst ab einer Anzahl von 20 Personen benannt werden, wenn nicht bereits aus anderen Gründen eine Benennungspflicht besteht.

Von der Änderung von § 38 BDSG versprach sich der Gesetzgeber eine Entlastung von kleineren Unternehmen, z. B. Praxen oder auch Handwerksbetriebe. Bei genauer Betrachtung ist dies aber nicht der Fall, da ohne Benennungsverpflichtung dennoch sämtliche Verpflichtungen aus der DS-GVO erfüllt werden müssen. Die Änderung führte daher bereits im Vorfeld zu deutlicher Kritik der Datenschutzaufsichtsbehörden. Ihr Fazit: Die Neuregelung führt zu einem Wissensverlust in Bereich der zu erfüllenden Verpflichtungen, erhöht damit die Gefahr von fehlerhaften Einschätzungen in Bezug auf den Datenschutz und mündet insoweit eher in einem höheren

Datenschutzbeauftragter kann trotz Neuregelung sinnvoll sein

Haftungsrisiko. Die Benennung eines (externen) Datenschutzbeauftragten kann daher auch weiterhin sinnvoll sein.

Sie benötigen einen Datenschutzbeauftragten oder wollen einen benennen? Dann können sie dazu als niedersächsischer Vertragsarzt den Service der Dienstleistungsgesellschaft der KVN als Datenschutzbeauftragten nutzen (Infos unter: <https://daepn.de/datenschutzberatung.html>).

3.9. „Starke Kids“ Präventionsangebot für Kinder U10/ U11: BKK Mobil Oil, BKK VBU, BKK Henschel Plus bis 31. Dezember 2019

BKK Mobil Oil, BKK Verkehrsbau Union (VBU) sowie BKK Henschel Plus beenden ihre Vertragsteilnahme am Jahresende. Somit sind die Gebührenordnungspositionen 99216 (U10) und 99217 (U11) für Versicherte dieser Kassen nur noch in diesem Quartal abrechenbar. Siehe KVN-Portal: Rubrik „Verträge“, Suchbegriff „Starke Kids“.

3.10. Hautkrebsvorsorge: BKK Melitta, Securvita BKK bis 31. Dezember 2019

BKK Melitta Plus und Securvita BKK beenden ihre Vertragsteilnahme am Jahresende. Somit ist die Gebührenordnungsposition **99210** für Versicherte dieser Kassen nur noch in diesem Quartal abrechenbar. Siehe KVN-Portal: Rubrik „Verträge“, Suchbegriff „Hautkrebsvorsorge“, Partner „BKK“.

3.11. Rückwirkende Änderung des EBM zum 1. Oktober 2019

Der Bewertungsausschuss hat rückwirkend zum 1. Oktober 2019 beschlossen, eine neue Gebührenordnungsposition (GOP) 01514 zur Betreuung und Beobachtung von Patienten bei der Gabe von Velmanase alfa in den EBM aufzunehmen. Die Enzymersatztherapie Velmanase alfa wird zur Behandlung nicht neurologischer Manifestation bei Patienten mit leichter bis mittelschwerer Alpha-Mannosidose verabreicht. Die GOP 01514 ist für Pädiater, Internisten und Neurologen berechnungsfähig und mit 502 Punkten bewertet. Die Vergütung erfolgt zunächst außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung.

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

3.12. Hausarztvertrag mit dem BKK Landesverband Mitte: BKK Henschel Plus bis zum 31. Dezember 2019

Die BKK Henschel Plus nimmt infolge Kassenfusion nur noch bis zum Jahresende an dieser hausarztzentrierten Versorgung teil. Infolgedessen enden alle Versichertenteilnahmen zum gleichen Zeitpunkt. Siehe KVN-Portal: Rubrik „Verträge“, Suchbegriff „HZV“, Partner „BKK“.

3.13. Optimierung des Antikoagulations-Managements mit Audi BKK und BKK Mobil Oil

Ab 1. Januar 2020 fördern beide BKKen das Gerinnungs- und Dokumentationsmanagement von Patienten mit Vorhofflimmern/-flattern, die einer dauerhaften OAKs-Behandlung bedürfen. Ist ein engmaschiges Monitoring mit Vitamin-K-Antagonisten (VKAs) aus medizinischen Gründen nicht möglich, kann die Verordnung von OAKs unter Berücksichtigung der Arzneimittelzielvorgaben (Anlage 2) und soweit möglich auch von Krankenkassen-Rabattarzneimitteln (Anhang 1 zu Anlage 2) erfolgen.

Vergütung: Der besondere Betreuungsaufwand wird mit 30 Euro (GOP 99781, max. 4mal im Krankheitsfall) im Quartal vergütet. Die Verlaufskontrolle (Messung, Dokumentation des INR-Werts) wird mit einer Quartalspauschale von 15 Euro (GOP 99780) gefördert. Weitere 7,50 Euro (GOP 99782) Zuschlag kommen pro Quartal für die Verlaufskontrolle bei Patienten in vollstationärer Pflege hinzu.

Teilnahme: Es bedarf keiner Antragstellung. Mit Abrechnung der Gebührenordnungspositionen akzeptiert der Arzt die Vertragsinhalte und verpflichtet sich zur Leistungserbringung.

Siehe KVN-Portal: Verträge/Eingabe des Suchbegriffs „Antikoagulation“.

Alternative zum Monitoring mit Vitamin-K-Antagonisten

3.14. AOK-Behandlungsprogramm Hepatitis C: Vertragsanpassung zum 1. Januar 2020

Zentrales Ziel des Vertrags ist die Anpassung der heute möglichen Therapieoptionen an die individuelle Lebenssituation der Patienten, die an chronischer Hepatitis C erkrankt sind.

Folgende wesentliche Vertragsänderungen wurden vorgenommen:

- Die Meldung patientenbezogener Daten zum Behandlungsverlauf entfällt. Somit ist die Anlage 3 – Formblatt Datenübermittlung nicht mehr an die AOK Niedersachsen zu faxen.
- Die Durchführung der Kontrolluntersuchungen zur Feststellung des Therapieerfolgs einschließlich Bestimmung der RNA-Viruslast nach Abschluss der besonderen antiviralen Therapie wurde auf zwölf Wochen (statt vorher 24 Wochen) nach Ende der antiviralen Therapie herabgesetzt.
- Anpassung von Teilnahmeunterlagen für Versicherte infolge des Terminservice- und Versorgungsgesetzes und der EU-DSGVO:
Anlage 1 a - Teilnahmeerklärung Versicherte
Anlage 1 b - Merkblatt Datenschutz
Anlage 1 c - Einwilligung zur Datenverarbeitung.

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

3.15. AOKTrio - Das Transitionsprogramm für mehr Gesundheitskompetenz von Teenagern – Laufzeitverlängerung und Indikationserweiterung

Seit Oktober 2018 unterstützt dieses Innovationsprojekt die medizinische Versorgung von chronisch kranken Jugendlichen beim Übergang in die Erwachsenenmedizin.

Um mehr Jugendlichen eine Teilnahme zu ermöglichen, ist der Diagnosenkatalog um weitere chronische Erkrankungen ergänzt und in die Anlage 9 des Vertrags aufgenommen worden. Gleichzeitig wurde die Vertragslaufzeit um ein Quartal verlängert und endet nun am 31.12.2020.

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

Mehr Jugendliche können teilnehmen

3.16. Aufruf zur Teilnahme an Studie zum Effekt von Onlinebewertungen

Im Zeitalter des Internets werden auch Ärztinnen und Ärzte online bewertet. Dass diese Onlinebewertungen den wirtschaftlichen Erfolg von Arztpraxen beeinflussen können, beispielweise durch Rufschädigung, ist bereits bekannt. Doch wie werden sie aus psychologischer Sicht von den Betroffenen wahrgenommen? Die zentralen Ziele einer Studie des Deutschen Resilienz Zentrums und der Johannes Gutenberg-Universität Mainz sind:

- zu untersuchen, unter welchen Umständen sich Onlinebewertungen auf Wohlbefinden und Leistungspotential auswirken,
- ein Bewusstsein für die Folgen von destruktiven/unfairen Bewertungen in der Bevölkerung zu schaffen,
- auf Basis der Ergebnisse Maßnahmen abzuleiten, die unfairen Bewertungen entgegenwirken und einen Umgang mit negativen Onlinebewertungen erleichtern.

Nach Abschluss des Projekts senden wir an jeden Teilnehmer einen ausführlichen Ergebnisbericht zu den Erkenntnissen, die aus der Studie gewonnen wurden, inklusive Anregungen zur praktischen Umsetzung.

Erhalten auch Sie Onlinebewertungen und sind an unserem Forschungsprojekt interessiert? Dann besuchen Sie unsere Homepage: <https://www.aow.psychologie.uni-mainz.de/onlinebewertungen/>. Dort finden Sie nähere Informationen zu den Hintergründen und dem Ablauf der Studie. Bei Fragen freuen wir uns jederzeit über Ihre Nachricht oder Ihren Anruf.

Ansprechpartnerin:
Luna Fiedler (B.Sc. Psychologie)
E-Mail: studie.onlinebewertungen@uni-mainz.de
Telefon: 0175 7901111

Umgang mit negativen Online-Bewertungen wird erforscht

3.17. Neujahrsempfang der Bezirksstelle Aurich

Die KVN-Bezirksstelle Aurich und die Oldenburgische Landesbank AG (OLB) führen gemeinsam einen Neujahrsempfang am Mittwoch, 22. Januar 2020, 18 Uhr, im Gebäude der KVN-Bezirksstelle Aurich, Kornkamp 50, 26605 Aurich, durch.

Herr Dr. med. Hagen Behnke, Facharzt für Anästhesiologie, Krankenhaus Wittmund, wird einen Fachvortrag zum Thema „Update Reanimation - was ist neu, was ist wichtig“ halten. Fortbildungspunkte wurden beantragt.

Alle Vertragsärzte und Psychologischen Psychotherapeuten sind herzlich eingeladen, am Neujahrsempfang teilzunehmen.

Empfang mit
Fortbildungspunkten

3.18. Psychosomatische Grundversorgung

In den Räumen der KVN, Bezirksstelle Aurich, Kornkamp 50, 26605 Aurich, beginnt im Juni 2020 ein Kurs zum Thema Psychosomatische Grundversorgung unter der Leitung von Frau Dr. Wendt. Der Kurs umfasst 80 Stunden (Balintgruppe, Theorie und verbale Intervention) und endet im Januar 2021. Informationen zum Ablauf und zur Anmeldung erhalten Sie bei Frau Dr. Wendt unter ulrike-wendt@gmx.de oder Tel. 0173 8826622.

4. Veranstaltungen im Januar und Februar 2020

Hier bekommen Sie eine Übersicht über Seminare und Fortbildungen der KVN mit noch freien Plätzen im Januar und Februar 2020. Ein Anmeldefax ist beigelegt. Bitte nutzen Sie für unterschiedliche Seminare separate Anmeldefaxe. Die ausgefüllten Anmeldungen faxen Sie bitte an folgende Nummer: **0511 380-4620**.

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

www.kvn.de/Mitglieder/Fortbildung

Name	Ort	Datum	Gebühr p. P.
Qualitäts- und Praxismanagement			
Praxisbegehungen durch das Gesundheitsamt	Hannover	29.Jan	kostenlos
Professionelle Praxisorganisation	Aurich	05.Feb	55 Euro
Hygiene in der Arztpraxis	Hannover	06.Feb	139 Euro

Sachkundelehrgang Medizinprodukte (4-tägig)	Hannover	10.Feb	535 Euro
Ausbildung zur/m Datenschutzbeauftragten	Aurich	10.Feb	390 Euro
Gewalt in der Arztpraxis / Deeskalation	Oldenburg	12.Feb	50 Euro
Arbeitsschutz in der Arztpraxis	Hannover	15.Feb	139 Euro
Datenschutz in der Arztpraxis	Hannover	18.Feb	139 Euro
Das Telefon - Die Visitenkarte der Praxis	Hannover	19.Feb	89 Euro
Gewalt in der Arztpraxis	Stade	19.Feb	50 Euro
Kommunikationstraining für MFA Modul 1 - Die Rezeption	Oldenburg	19.Feb	65 Euro
Telefonieren in der Arztpraxis	Aurich	19.Feb	80 Euro
Kommunikations- und Deeskalationsmanagement	Aurich	22.Feb	120 Euro
Abrechnung und Verordnung			
EBM für Einsteiger	Osnabrück	29.Jan	kostenlos
Heilmittel-Informations- veranstaltung	Osterholz	19.Feb	kostenlos
ICD10 - Richtig kodieren	Hannover	19.Feb	kostenlos
Honorarbescheid lesen und verstehen	Lüneburg	19.Feb.	kostenlos
Heilmittel-Verordnungs- Dschungel	Hannover	26.Feb	kostenlos
Medizinische und psychotherapeutische Themen			
Moderne Wundversorgung	Aurich	20.Feb	kostenlos
Reanimation für MFA	Aurich	26.Feb	65 Euro
Wirtschaftsseminare			
Praxisseminar Zusammenarbeit neu angedacht - Meine Kooperationsmöglichkeiten heute	Oldenburg	22.Jan	kostenlos
Existenzgründerseminar Modul I Meine eigene Praxis - Impulse für den Start	Hannover	05.Feb	kostenlos

Verbindliche Anmeldung (*bitte vollständig ausfüllen*)

Fax an 0511 380-4620

für das Seminar

.....
(Titel des Seminars)

Datum des Seminars Anzahl Teilnehmer Person/en

Vor- und Nachname der Teilnehmer (*bitte deutlich in Druckbuchstaben schreiben*)

.....
.....

für das Seminar

.....
(Titel des Seminars)

Datum des Seminars Anzahl Teilnehmer Person/en

Vor- und Nachname der Teilnehmer (*bitte deutlich in Druckbuchstaben schreiben*)

.....
.....

.....
Vor- und Nachname des Rechnungsempfängers (auch bei kostenlosen
Seminaren auszufüllen, Pflichtfeld)

.....
Anschrift (Straße, PLZ, Ort) des Rechnungsempfängers (auch bei kostenlosen
Seminaren auszufüllen, Pflichtfeld)

LANR BSNR

E-Mail-Adresse:

Telefonnummer für evtl. Rückfragen

Datum _____

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

Stempel

5. Anlagenverzeichnis

- 5.1. Abschlagszahlungen und Zahlungstermine 2020**
- 5.2. Amtliche Mitteilung zum HVM Teil B Nr. 16.1 und 16.2**
- 5.3. Praxisinfo - Früherkennung Gebärmutterhalskrebs**

Zahlungstermine 1. Halbjahr 2020

	Januar	Februar	März	April	Mai	Juni	
1	MI Neujahr	SA	SO	MI	FR Maifeiertag	MO Pfingstmontag	1
2	DO	SO	MO	DO	SA	DI	2
3	FR	MO	DI	FR	SO	MI	3
4	SA	DI	MI	SA	MO	DO	4
5	SO	MI	DO	SO	DI	FR	5
6	MO	DO	FR	MO	MI	SA	6
7	DI	FR	SA	DI	DO	SO	7
8	MI	SA	SO	MI	FR	MO	8
9	DO	SO	MO	DO	SA	DI	9
10	FR	MO	DI	FR Karfreitag	SO	MI	10
11	SA	DI	MI	SA	MO	DO	11
12	SO	MI	DO	SO	DI	FR	12
13	MO	DO	FR	MO Ostermontag	MI	SA	13
14	DI	FR	SA	DI	DO	SO	14
15	MI Rest 3/19	SA	SO	MI Rest 4/19	FR	MO	15
16	DO	SO	MO	DO	SA	DI	16
17	FR	MO	DI	FR	SO	MI	17
18	SA	DI	MI	SA	MO	DO	18
19	SO	MI	DO	SO	DI	FR	19
20	MO	DO	FR	MO	MI	SA	20
21	DI	FR	SA	DI	DO Himmelfahrt	SO	21
22	MI	SA	SO	MI	FR AB+ 2/20	MO	22
23	DO	SO	MO	DO	SA	DI	23
24	FR AB 1/20	MO AB+ 1/20	DI AB 1/20	FR AB 2/20	SO	MI AB 2/20	24
25	SA	DI	MI	SA	MO	DO	25
26	SO	MI	DO	SO	DI	FR	26
27	MO	DO	FR	MO	MI	SA	27
28	DI	FR	SA	DI	DO	SO	28
29	MI	SA	SO	MI	FR	MO	29
30	DO		MO	DO	SA	DI	30
31	FR		DI		SO		31

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

AB=Monats-Abschlag 24% **AB+** =Monats-Abschlag 37 % (Abschlag plus)

REST=Restzahlung

Amtliche Mitteilung der KVN zum HVM für das 1. Quartal 2020

in Umsetzung des Honorarverteilungsmaßstabes (HVM) gemäß § 87b Abs. 1 SGB V der KVN vom 16. November 2019

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

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

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

Für Ärzte, die im 1. Quartal 2020 nicht in vollem zeitlichen Umfang an der vertragärztlichen Versorgung teilnehmen, reduzieren sich die o.a. Fachgruppendurchschnittswerte anteilig auf den Umfang ihrer Tätigkeit.

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

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

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

Für Ärzte, die im 1. Quartal 2020 nicht in vollem zeitlichen Umfang an der vertragärztlichen Versorgung teilnehmen, reduzieren sich die o.a. Fachgruppendurchschnittswerte anteilig auf den Umfang ihrer Tätigkeit.

GEBÄRMUTTERHALSKREBS-FRÜHERKENNUNG NEUES ORGANISIERTES PROGRAMM AB JANUAR

Am 1. Januar startet das organisierte Programm zur Früherkennung von Zervixkarzinomen. Einen entsprechenden Beschluss hatte der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) gefasst. Die bestehende Früherkennung hat sich etabliert – es wird geschätzt, dass ohne sie etwa doppelt so viele Frauen an diesem Krebs sterben würden. Darauf soll aufgebaut und das bestehende Screening in ein organisiertes Programm umgestaltet werden – entsprechend den Vorgaben des Krebsfrüherkennungs- und Registergesetzes. Die inhaltlichen Vorgaben sind in der G-BA-Richtlinie organisierte Krebsfrüherkennung festgeschrieben und orientieren sich an den europäischen Leitlinien. Unter anderem ist festgelegt, dass anspruchsberechtigte Frauen regelmäßig Einladungen zu den Untersuchungen erhalten, die Screening-Intervalle angepasst werden und das Programm umfassend evaluiert werden soll. Die dafür geplante elektronische Dokumentation durch die Vertragsärzte wird allerdings vorerst ausgesetzt.

DIE INHALTE DES NEUEN PROGRAMMS

Das organisierte Programm beinhaltet, dass Frauen zwischen 20 und 34 Jahren weiterhin einmal jährlich eine zytologische Untersuchung mittels des Pap-Abstrichs wahrnehmen können. Je nach Ergebnis sind weitere Untersuchungen vorgesehen. Auch am Anspruch auf eine jährliche klinische Untersuchung hat sich nichts geändert. Neu ist dagegen Folgendes:

› **Regelmäßige Einladungen**

Gesetzlich krankenversicherte Frauen im Alter von 20 bis 65 Jahren werden alle fünf Jahre von ihren Krankenkassen zur Früherkennungs-Untersuchung eingeladen. Eine Altersobergrenze für die Untersuchung gibt es nicht. Mit den Einladungen werden auch Informationen zum Programm und zu Nutzen und Risiken der Leistungen verschickt. Damit das Infomaterial auch für Beratungsgespräche verfügbar ist, bedarf es einiger Exemplare, die in den Praxen ausliegen. Diese müssen nicht in großer Stückzahl vorgehalten werden und dienen vor allem der Information von Versicherten, die unabhängig von einer Einladung in die Praxis kommen, oder als Ansichtsexemplare. Ärzte werden gebeten, die Versicherteninformation vor dem Programmstart bei ihrer KV zu bestellen.

› **Anspruch auf kombiniertes Screening ab 35**

Statt der jährlichen zytologischen Untersuchung haben Frauen ab 35 Jahren ab dem 1. Januar 2020 alle drei Jahre Anspruch auf einen sogenannten Ko-Test – also ein kombiniertes Screening aus zytologischer Untersuchung und einem Test auf Humane Papillomviren (HPV). Bei Auffälligkeiten sieht die Richtlinie klare Algorithmen zur Abklärung vor; je nach Befund kann es indiziert sein, den Ko-Test nach einem Jahr zu wiederholen, oder eine Abklärungskolposkopie durchzuführen.

Das neu organisierte Screening startet im Januar 2020

Infomaterial für Beratungsgespräche beim G-BA erhältlich

› **Neue QS-Vereinbarung zur Abklärungskolposkopie**

Im Rahmen der Abklärung auffälliger Befunde kommt der Abklärungskolposkopie in dem organisierten Programm eine zentrale Rolle zu. So tritt mit dem Programm auch eine Qualitätssicherungsvereinbarung zur Abklärungskolposkopie in Kraft. Sie regelt, welche Anforderungen Gynäkologen erfüllen müssen, wenn sie Abklärungskolposkopien ab 2020 als Leistung anbieten und abrechnen wollen. Diese neue Leistung umfasst unter anderem die Untersuchung mit Kolposkop und die Entnahme von Biopsien sowie die entsprechende Beratung der Versicherten. Für die Abrechnungsgenehmigung müssen Gynäkologen Folgendes erfüllen:

- Sie müssen an einem Basis- sowie Fortgeschrittenen-Kolposkopiekurs erfolgreich teilgenommen haben.
- Und sie brauchen einen Nachweis über mindestens 100 bereits durchgeführte Kolposkopien. Davon müssen 30 oder mehr histologisch gesicherte Fälle intraepithelialer Neoplasien oder invasiver Karzinome sein, die nicht länger als zwölf Monate zurückliegen.

Wer diese Anforderungen bereits erfüllt, kann den fachlichen Nachweis schon jetzt für die Antragsstellung im Januar vervollständigen. Das entsprechende Formular „Persönlicher Einzelnachweis“ erhalten Gynäkologen bei ihrer Kassenärztlichen Vereinigung (KV). Hinzu kommen noch folgende Anforderungen an die Ausstattung:

- Das Kolposkop muss mindestens über zwei Vergrößerungsstufen zwischen 7- und 15-fach sowie über eine Lichtquelle verfügen. Hierbei müssen analoge Geräte eine direkte binokulare Befundung/Beurteilung ermöglichen.
- Digitale Geräte müssen in Bildqualität und Auflösung mindestens dem Standard der analogen Geräte entsprechen.

› **Einführung einer elektronischen Dokumentation ausgesetzt**

Ab Januar 2020 sollten auch neue Vorgaben für die Dokumentation gelten. Doch diese ruhen nun vorerst, da es nicht allen Softwareanbietern gelingen wird, zum Starttermin des Programms die nötige Dokumentationssoftware anzubieten. Der G-BA hat daher entschieden, die vorgesehene Dokumentationsverpflichtung für die Vertragsärzte so lange auszusetzen, bis eine flächendeckende Implementierung der Software in die Praxisverwaltungssysteme möglich ist.

Die Dokumentation soll dazu dienen, das neu organisierte Krebsfrüherkennungsprogramm, das entsprechend den Beschlüssen des G-BA angeboten wird, zu evaluieren. Damit soll die Qualität des Programms systematisch erfasst und weiterentwickelt werden. Im Zuge dessen ist zum Beispiel vorgesehen, die pseudonymisierten Daten der Ärzte mit anderen Daten, etwa der klinischen Krebsregister, zusammenzuführen und auszuwerten. Dadurch ließe sich beispielweise die Häufigkeit einer Krebserkrankung oder der Anteil falsch-positiver Befunde erfassen.

› **KVen übernehmen Funktion der Datenannahmestelle**

Sobald die Vorgaben für die Dokumentation in Kraft treten, übermitteln Ärzte dann ihre Daten online an ihre KV; die KVen übernehmen dabei die Funktion der Datenannahmestellen und leiten die Daten zur datenschutzkonformen Verschlüsselung an die Vertrauensstelle weiter.

Neue Leistungen:
Antragstellung ab
Januar

Voraussetzungen

Das Formular erhalten
Gynäkologen bei ihrer
KV

Anforderungen an die
Ausstattung

Dokumentation soll
der Evaluation dienen

› **Spezifikationen für technische Umsetzung der Dokumentation durch IQTiG**

Welche Angaben Ärzte künftig konkret zu dokumentieren haben, ist in der Richtlinie für organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme festgelegt; die genauen Spezifikationen wurden vom Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTiG) erstellt und zum 1. Juli 2019 veröffentlicht. Da das IQTiG auch die technischen Vorgaben für die Doku-Software erstellt hat, ist eine Zertifizierung durch die KBV nicht möglich. Die betroffenen Ärzte sind gebeten, mit ihrem Softwarehersteller abzuklären, welche Softwareprodukte zum Programm angeboten werden und wann mit der Auslieferung gerechnet werden kann.

› **Überarbeitetes Muster 39**

Wie bisher erfolgt der Auftrag des Gynäkologen an den Zytologen mit Muster 39. Der Überweisungsschein zur präventiven zytologischen Untersuchung entfällt. Ab dem 1. Januar 2020 löst das überarbeitete Muster 39 die bislang geltende Version unbenommen von der Aussetzung der Dokumentationspflichten nach der Richtlinie für organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme ab.

Im Zuge der neuen Dokumentationsvorgaben wurde das Muster überarbeitet und enthält nunmehr Informationen zum Test auf Humane Papillomviren (HPV) und zur HPV-Impfung. Die Informationen umfassen neben dem Testergebnis Angaben zum verwendeten Test und zum Virustyp. Dafür entfallen die bisher üblichen Angaben zur rektalen Untersuchung und zum Blutdruck.

Die Angleichung der Parameter soll ermöglichen, dass Ärzte die Daten zur zytologischen Untersuchung zukünftig nicht doppelt dokumentieren müssen, da die Daten sowohl für die Beauftragung (Muster 39) als auch später für die Programmevaluation genutzt werden.

Das angepasste Muster 39 steht bereits in Papierform und als Blankoversion zur Verfügung und kann wie üblich bei den KVen oder Vordrucklieferanten bestellt werden. Für das neue Muster 39 wird erstmals auch die digitale Auftragserteilung und Befundübermittlung ermöglicht. Hierfür kann, anders als beim digitalen Laborschein oder der digitalen Überweisung, die Signatur mit dem Praxisausweis (SMC-B) verwendet werden. Die Signierung mittels qualifizierter elektronischer Signatur des elektronischen Heilberufsausweises ist auch möglich, aber für dieses Muster nicht unbedingt erforderlich.

Neues Formular
beugt doppelter
Dokumentation vor

ORGANISIERTE FRÜHERKENNUNG VON GEBÄRMUTTERHALSKREBS DAS PROGRAMM IM ÜBERBLICK

Alter	Leistung
20 bis 65	Gesetzlich Versicherte im Alter von 20 bis 65 Jahren erhalten eine Einladung zur Teilnahme an dem Früherkennungsprogramm.
20 bis 34	Wie bisher haben Frauen zwischen 20 und 34 jährlich Anspruch auf eine zytologische Untersuchung mittels Pap-Abstrich.
Ab 20	Bei auffälligen Befunden besteht bei allen teilnehmenden Frauen Anspruch auf eine Abklärungsdiagnostik.
Ab 35	Frauen ab 35 wird alle drei Jahre eine Kombinationsuntersuchung (Ko-Test) aus Pap-Abstrich und HPV-Test angeboten.

Das Programm
im Überblick

Unabhängig vom Screening können Frauen ab dem Alter von 20 Jahren weiterhin jährlich die klinische gynäkologische Untersuchung in Anspruch nehmen.

Über die Bewertung der Gebührenordnungspositionen zum neuen Programm entscheidet der Bewertungsausschuss in Kürze. Wir werden darüber berichten und diese PraxisInfo entsprechend aktualisieren.

MEHR ZUM THEMA

[Beschluss des G-BA vom 22. November 2018 zum Programm zur Früherkennung von Zervixkarzinomen](#)

[Richtlinie des G-BA für organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme](#)

[Weitere Informationen zur Verwendung digitaler Muster](#)

[KBV-Themenseite Früherkennung Gebärmutterhalskrebs](#)

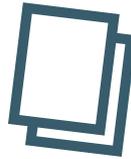
MEHR FÜR IHRE PRAXIS

www.kbv.de



➤ **PraxisWissen**
➤ **PraxisWissenSpezial**
Themenhefte für
Ihren Praxisalltag

Abrufbar unter:
www.kbv.de/838223
Kostenfrei bestellen:
versand@kbv.de



➤ **PraxisInfo**
➤ **PraxisInfoSpezial**
Themenpapiere mit
Informationen für
Ihre Praxis

Abrufbar unter:
www.kbv.de/605808



➤ **PraxisNachrichten**
Der wöchentliche Newsletter
per E-Mail oder App

Abonnieren unter:
www.kbv.de/PraxisNachrichten
www.kbv.de/kbv2go

IMPRESSUM

Herausgeber:

Kassenärztliche Bundesvereinigung
Herbert-Lewin-Platz 2, 10623 Berlin
Tel.: 030 4005-0, Fax: 030 4005-1590
info@kbv.de, www.kbv.de

Redaktion:

Abteilung Nutzenbewertung;
Abteilung Sicherstellung;
Stabsbereich Strategie, Politik und Kommunikation

Stand:

Dezember 2019

Hinweise:

Aus Gründen der Lesbarkeit wurde meist nur eine
Form der Personenbezeichnung gewählt. Hiermit sind
selbstverständlich auch alle anderen Formen gemeint.



Informationen für die Praxis

KVN-Rundschreiben

November 2019

Inhaltsverzeichnis

1. Abrechnung	3
1.1. Rückwirkende Änderungen des EBM zum 1. Oktober 2019 zur Videosprechstunde	3
1.2. Klarstellung der Begriffe „DMP-Fall“ und „QSP-Fall“ im Rahmen der Anwendung der DMP-Verträge	6
1.3. Ab 1. Januar 2020 keine Abrechnung von Impfungen anlässlich privater Auslandsaufenthalte mehr gegenüber der BKK Melitta Plus möglich.....	7
1.4. Höhere Gebühren gegenüber der Unfallversicherung ab 1. Oktober 2019 abrechenbar.....	7
1.5. Kodierung: Verwendung des Ersatzwertes „UUU“ zukünftig nicht mehr möglich	7
1.6. TSVG - Kennzeichnung 88261	8
2. Verordnungen	9
2.1. Darzalex® (Daratumumab) in weiterer Teilindikation als Praxisbesonderheit anerkannt.....	9
2.2. Verordnung von medizinischem Cannabis: Genehmigungen	10
2.3. Onpattro® (Patisiran) als Praxisbesonderheit anerkannt	10
2.4. Myalepta® (Metreleptin) als Praxisbesonderheit anerkannt	11
2.5. Rituximab beim Mantelzell-Lymphom - Anlage VI (Off-Label-Use) der Arzneimittel-Richtlinie, Aktualisierung	12
2.6. Änderung der Arzneimittelverschreibungsverordnung - Dosierungsangabe, Desfesoterodin.....	12
2.7. Grippesaison 2020/2021 - Bedarfsmeldung und Verordnung der Grippe-impfstoffe	13
2.8. Gemeinsame Arbeitsgruppe Arzneimittel - Rezept-Info zum Thema „Verordnungen zur Sanierung von MRSA“	13

3.	Allgemeine Hinweise	14
3.1.	Urlaubsvertretung: „Ich bin dann mal weg“ geht nicht	14
3.2.	Formtexte für die gesetzliche Unfallversicherung.....	14
3.3.	Hausarztzentrierte Versorgung (HzV) mit der BARMER, DAK-Gesundheit, KKH und hkk: Zwei neue Betreuungspauschalen.....	15
3.4.	BKK „Hallo Baby“ - Versorgung: Ab 1. Januar 2020 auch für die Merck BKK.....	15
3.5.	Neujahrsempfang der Bezirksstelle Aurich.....	15
4.	Veranstaltungen im Dezember 2019 und Januar 2020	16
5.	Anlagenverzeichnis	18
5.1.	Rezept-Info	18
5.2.	Sammelerklärung	18

1. Abrechnung

1.1. Rückwirkende Änderungen des EBM zum 1. Oktober 2019 zur Videosprechstunde

Wir möchten Sie hiermit über den rückwirkend zum 1. Oktober 2019 in Kraft getretenen Beschluss des Bewertungsausschusses zu den umfangreichen Änderungen der Videosprechstunde informieren.

- Die Videosprechstunde wird in die Vergütungssystematik der Versicherten-, Grund- und Konsiliarpauschalen integriert.
- Für weitere Fachgruppen wird die Durchführung von Videosprechstunden und die Abrechnung des Technikzuschlags zugelassen.
- Die Durchführung bestimmter hausärztlicher und fachärztlicher Gesprächsleistungen und weiterer Gebührenordnungspositionen (GOP) des Kapitels 35 (Leistungen gemäß den Psychotherapie-Richtlinien) und des Abschnitts 30.11 (Neuropsychologische Therapie) wird als Videosprechstunde ermöglicht.
- Die Voraussetzungen zur Abrechnung der hausärztlichen Chronikerpauschalen werden angepasst.
- Es wird eine neue GOP 01442 für die Videofallkonferenz zwischen der Pflegekraft eines chronisch pflegebedürftigen Patienten und dem behandelnden Arzt aufgenommen.
- Die Durchführung verschiedener Fallkonferenzen/Fallbesprechungen wird als Videofallkonferenz ermöglicht.
- Die Authentifizierung unbekannter Patienten wird mit der neuen GOP 01444 vergütet.

Auf einen Blick

Integration in die Vergütungssystematik der Versicherten-, Grund- und Konsiliarpauschalen

Hierfür wird der EBM dahingehend angepasst, dass die fachgruppenspezifischen Versicherten- und Grundpauschalen (ausgenommen die GOP 03030, 04030, 12220 und 12225) und die Konsiliarpauschale GOP 25214 der Strahlentherapie auch beim ersten Arzt-Patienten-Kontakt im Rahmen einer Videosprechstunde berechnet werden können.

Die Versicherten-, Grund- und Konsiliarpauschale bei ausschließlichem Arzt-Patienten-Kontakt im Rahmen einer Videosprechstunde ist gegenüber der KVN mit der GOP 88220 zu kennzeichnen. Die Anzahl dieser Behandlungsfälle ist auf 20 Prozent aller Behandlungsfälle des Vertragsarztes begrenzt.

Für Behandlungsfälle, in denen ausschließlich Arzt-Patienten-Kontakte im Rahmen einer Videosprechstunde stattfinden, wird die bisher gültige GOP 01439 (Betreuung eines Patienten im Rahmen einer Videosprechstunde) im Abschnitt 1.4 gestrichen.

Kommen in einem Behandlungsfall nur Kontakte im Rahmen der Videosprechstunde zustande, ist durch die KVN ein prozentualer Abschlag auf die jeweilige Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale und die berechnungsfähigen Zuschläge beziehungsweise Zusatzpauschalen vorzunehmen. Der Abschlag entfällt, wenn im selben Behandlungsfall

ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt erfolgt. Die Höhe des prozentualen Abschlags wird fachgruppenspezifisch nach drei Clustern differenziert:

Abschlagshöhe bei ausschließlichem Arzt-Patienten-Kontakt im Rahmen der Videosprechstunde im Behandlungsfall		
Gruppe 1: Abschlag von 20 %	Gruppe 2: Abschlag von 25 %	Gruppe 3: Abschlag von 30 %
<ul style="list-style-type: none"> • Hausärzte • Kinder- und Jugendmedizin • Neurologie/Neurochirurgie • Innere Medizin • Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie • Psychosomatik/Psychotherapie/Psychiatrie • Schmerztherapie • Strahlentherapie (nur GOP 25214) • Ermächtigte Ärzte 	<ul style="list-style-type: none"> • Gynäkologie • Chirurgie • Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie • Humangenetik • Dermatologie • Orthopädie • Urologie • Physikalische und Rehabilitative Medizin 	<ul style="list-style-type: none"> • Anästhesie • Augenheilkunde • Hals-Nasen-Ohrenheilkunde/Phoniatrie

Cluster

Die strahlentherapeutischen Konsiliarpauschalen bei gutartiger beziehungsweise bösartiger Erkrankung (GOP 25210 und 25211) bleiben weiterhin nur im persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt berechnungsfähig, da dieser zur Erfüllung des obligaten Leistungsinhalts (Überprüfung der vorliegenden Indikation) notwendig ist. Die Konsiliarpauschalen der Fachgruppen Labor, Nuklearmedizin, Pathologie und Radiologie bleiben ebenfalls weiterhin nur bei persönlichem Arzt-Patienten-Kontakt berechnungsfähig.

Öffnung der Videosprechstunde für weitere Fachgruppen

Mit der Anpassung der Vergütungssystematik können Videosprechstunden nun auch von der Fachgruppe Humangenetik sowie von ermächtigten Ärzten durchgeführt werden. Damit sind ab 1. Oktober 2019 bis auf die Fachgruppen Labor, Nuklearmedizin, Pathologie und Radiologie alle weiteren Fachgruppen im EBM dazu berechtigt, Videosprechstunden durchführen.

Videosprechstunden in der Psychotherapie und bei weiteren Gesprächsleistungen

Mit dem Beschluss wird die Durchführung bestimmter Gebührenordnungspositionen des Kapitels 35 und des Abschnitts 30.11, die nach dem psychotherapeutischem Berufsrecht und der Psychotherapie-Vereinbarung nicht nur im persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt durchgeführt werden können, im Rahmen einer Videosprechstunde ermöglicht. Voraussetzung zur Durchführung der Leistung im Rahmen einer Videosprechstunde ist, dass ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt zur Eingangsdagnostik, Indikationsstellung und Aufklärung vorausgegangen ist.

Des Weiteren wird die Videosprechstunde auch für die Gespräche nach den GOP 03230, 04230, 04355, 04430, 14220, 14222, 16220, 21216, 21220, 22220, 22221 und 23220 außerhalb des psychotherapeutischen

Leistungsbereichs zugelassen. Hierfür wird eine entsprechende Anmerkung zur jeweiligen GOP aufgenommen.

Die genannten psychotherapeutischen GOP und weiteren Gesprächsleistungen, die entsprechend ihrer Leistungsbeschreibung im Rahmen einer Videosprechstunde durchgeführt werden können, unterliegen einer Obergrenze. Sie beträgt 20 Prozent der berechneten GOP je Vertragsarzt und Quartal.

Chronikerpauschalen: Regelungen zur Berechnungsfähigkeit angepasst

Die Regelungen zur Berechnungsfähigkeit der Chronikerpauschalen durch Hausärzte beziehungsweise Kinder- und Jugendärzte für Patienten mit chronischen Erkrankungen wird angepasst. Bei der Regelung zu den Arzt-Patienten-Kontakten im Zeitraum der letzten vier Quartale kann nun einer der zwei persönlichen Arzt-Patienten-Kontakte auch im Rahmen einer Videosprechstunde erfolgen. In dem Quartal, in dem die Chronikerpauschale (GOP 03220/04220) berechnet wird, ist weiterhin ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt erforderlich. Auch für die Berechnung der zweiten Chronikerpauschalen (GOP 03221/04221) gilt weiterhin, dass zwei persönliche Arzt-Patienten-Kontakte stattgefunden haben müssen.

Videofallkonferenzen

Zudem wird eine neue GOP 01442 für die Videofallkonferenz zwischen der Pflegekraft eines chronisch pflegebedürftigen Patienten und des Arztes, der die diagnostischen, therapeutischen, rehabilitativen und/oder pflegerischen Maßnahmen des Patienten koordiniert, aufgenommen. Die Leistung ist maximal dreimal im Krankheitsfall berechnungsfähig und mit 64 Punkten bewertet. Hierdurch werden über die GOP für Fallkonferenzen mit Pflegeheimen (GOP 37120 und 37320) hinaus auch ärztliche Videofallkonferenzen mit den Pflegekräften von Pflegebedürftigen ermöglicht, die in der Häuslichkeit oder in beschützenden Einrichtungen versorgt werden.

Neue GOP

Weitere Änderungen betreffen die Fallkonferenzen und Fallbesprechungen im EBM gemäß den GOP 30210 (Hyperbare Sauerstofftherapie bei diabetischem Fußsyndrom), 30706 (Schmerztherapie), 30948 (MRSA-Fall- und/oder regionale Netzwerkkonferenz) und 37400 (Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase). Diese sind durch die Aufnahme einer entsprechenden Anmerkung zur jeweiligen GOP nun auch als Videofallkonferenz durchführbar.

Authentifizierung

Die neue GOP 01444 berücksichtigt als Zuschlag zu den Versicherten- und Grundpauschalen und zur Konsiliarpauschale nach strahlentherapeutischer Behandlung (GOP 25214) den zusätzlichen Aufwand des Praxispersonals, um einen der Praxis unbekanntem Patienten im Rahmen der Videosprechstunde zu authentifizieren, da die erforderlichen Stammdaten nicht über die elektronische Gesundheitskarte automatisiert erfasst werden können. Die Details werden in einer neuen Anlage 4b zum BMV-Ä ausgestaltet, die zeitgleich zum 1. Oktober 2019 in Kraft tritt.

Als unbekannter Patient gilt im Rahmen dieser Regelungen ein Patient, der nicht im laufenden Quartal oder im Vorquartal in der Praxis behandelt wurde. Die GOP 01444 ist mit zehn Punkten (1,08 Euro) bewertet und wird extrabudgetär vergütet. Sie wird zeitlich befristet bis zum 30. September 2021 in den EBM aufgenommen. Anschließend sollen neue technische Verfahren den Zusatzaufwand zur Authentifizierung in der Praxis obsolet machen.

Extrabudgetäre
Vergütung

Technikzuschlag

Beim Technikzuschlag nach der GOP 01450 erfolgen verschiedene Änderungen, die sich unter anderem aus den vorgenannten Anpassungen im EBM ergeben. Zudem wird die Leistungslegende der GOP um die Grundpauschalen der Humangenetiker und ermächtigten Ärzte ergänzt.

Der komplette Beschluss ist auf der Internetseite des Bewertungsausschusses unter (<http://institut-ba.de/ba/beschluesse.html>) veröffentlicht.

1.2. Klarstellung der Begriffe „DMP-Fall“ und „QSP-Fall“ im Rahmen der Anwendung der DMP-Verträge

Die in den DPM-Verträgen enthaltenen Begriffe „DMP-Fall“ und „QSP-Fall“ wurden in der Vergangenheit aufgrund fehlender eindeutiger Begriffsbestimmungen unterschiedlich ausgelegt.

Mit den Krankenkassen wurden daher die nachfolgenden Erläuterungen abgestimmt.

DMP-Fall

Ein DMP-Fall umfasst den Zeitraum von der Einschreibung bis zur Beendigung der Teilnahme am DMP für denselben Versicherten bei derselben Krankenkasse im selben DMP.

QSP-Fall für die internistischen DMP-Verträge

Für die kontinuierliche Betreuung eines in das DMP eingeschriebenen Versicherten durch den DMP-Arzt nach § 3 erhält die Praxis (HBSNR) eine zusätzliche Qualitätssicherungspauschale je eingeschriebenem Versicherten, wenn er für vier aufeinanderfolgende Quartale alle vorgesehenen Dokumentationen gültig erstellt und an die Datenstelle übermittelt hat.

Bei einem quartalsweisen Dokumentationsintervall sind vier Dokumentationen, bei einem halbjährlichen Intervall zwei Dokumentationen vorgesehen. Der Anspruch entsteht jeweils einmal nach Ablauf der letzten DMP-Übermittlungsfrist für die relevante Folgedokumentation. Die Auszahlung erfolgt im Rahmen der nächstfolgenden Abrechnung.

Dokumentationsintervall

QSP-Fall für das DMP Brustkrebs

Für die Sicherstellung der kontinuierlichen Betreuung einer in das DMP Brustkrebs eingeschriebenen Versicherten durch einen DMP-Arzt nach § 3 erhält die Praxis (HBSNR) in den ersten fünf Jahren nach der Einschreibung eine zusätzliche Qualitätssicherungspauschale je eingeschriebener Versicherter, wenn für vier aufeinanderfolgende Quartale zwei Dokumentationen gültig erstellt und an die Datenstelle übermittelt wurden.

Dokumentationsintervalle sollen vom Arzt entsprechend § 35 Abs. 9 festgelegt werden. Der Anspruch auf die Auszahlung der QS-Pauschale entsteht jeweils einmal jährlich, nach Ablauf der letzten DMP-Übermittlungsfrist für die relevante Folgedokumentation. Die Auszahlung erfolgt im Rahmen der nächstfolgenden Abrechnung. Ab dem sechsten Jahr der Einschreibung wird keine QS-Pauschale mehr gezahlt

1.3. Ab 1. Januar 2020 keine Abrechnung von Impfungen anlässlich privater Auslandsaufenthalte mehr gegenüber der BKK Melitta Plus möglich

Die BKK Melitta Plus hat ihre Teilnahme an der Rahmenvereinbarung von Schutzimpfungen bei privaten Auslandsaufenthalten zum 31. Dezember 2019 gekündigt. Demzufolge sind die Gebührenordnungspositionen 92100 bis 92109 für Versicherte dieser Kasse nur noch im 4. Quartal 2019 abrechenbar.

Versicherten der BKK Melitta Plus, die ab 1. Januar 2020 eine Schutzimpfung anlässlich eines privaten Auslandsaufenthalts wünschen, sind die Kosten (Impfung und Impfstoff) privat in Rechnung zu stellen.

Die BKK-Impfvereinbarung-Ausland mit dem aktuellen Teilnehmerverzeichnis finden Sie im Internet unter [www.kvn.de/Mitglieder/Abrechnung, Honorar und Vertrag/KVN-interne GOP/Schutzimpfungen/Auslandsimpfungen](http://www.kvn.de/Mitglieder/Abrechnung,Honorar%20und%20Vertrag/KVN-interne%20GOP/Schutzimpfungen/Auslandsimpfungen)

1.4. Höhere Gebühren gegenüber der Unfallversicherung ab 1. Oktober 2019 abrechenbar

Zum 1. Oktober 2019 wurden in der Gesetzlichen Unfallversicherung die Gebühren des Leistungs- und Gebührenverzeichnisses (UV-GOÄ) um drei Prozent erhöht. Für Behandlungen, die ab diesem Datum erfolgen, können somit gegenüber den Unfallversicherungsträgern höhere Beträge abgerechnet werden.

Damit ist die dritte Stufe der 2017 vereinbarten Honorarsteigerung umgesetzt worden. Die vierte und letzte Gebührenerhöhung von drei Prozent folgt zum 1. Oktober 2020.

Die neue UV-GOÄ mit den aktualisierten Gebühren ist auf der Internetseite der KBV unter www.kbv.de/html/uv.php zu finden.

Letzte Gebührenerhöhung

1.5. Kodierung: Verwendung des Ersatzwertes „UUU“ zukünftig nicht mehr möglich

Ab dem 1. Januar 2020 ist die Verwendungsmöglichkeit des bisherigen Ersatzwertes „UUU“ als Kodierung aufgehoben und eine Neuregelung in den Bundesmantelvertrag-Ärzte aufgenommen worden.

Eckpunkte der Neuregelung

Die Neuregelung in Paragraph § 57a BMV-Ä sieht vor, dass in den nachfolgend aufgeführten Konstellationen anstelle des jeweils spezifischen

Diagnoseschlüssels nach ICD-10-GM regelhaft im Sinne eines Ersatzwertes der ICD-10-Code „Z01.7 Laboruntersuchung“ anzugeben ist.

- Für Arztfälle in einer Arztpraxis, in denen invitrodiagnostische Untersuchungen der Abschnitte 11.4, 19.3, 19.4, 32.2, 32.3 EBM oder entsprechende Untersuchungen im Abschnitt 1.7 oder 8.5 des EBM ohne unmittelbaren Arzt-Patienten-Kontakt durchgeführt werden, es sei denn, im EBM sind für die Abrechnung der Gebührenordnungspositionen speziellere Regelungen getroffen.
- Fallunabhängig für Fachärzte für Pathologie, Fachärzte für Neuropathologie, Fachärzte für Laboratoriumsmedizin sowie Fachärzte für Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie.

Der ICD-10-Code „Z01.7 Laboruntersuchung“ ist regelhaft mit dem Zusatzkennzeichen „G“ für die Diagnosesicherheit zu versehen. Der bisher verwendete Ersatzwert „UUU“ ist kein Bestandteil der vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information veröffentlichten ICD-10-GM. Er war nur für besondere Zwecke der vertragsärztlichen Versorgung anwendbar. Dies betraf insbesondere die Abrechnungsdokumentation von Fachgruppen, die invitrodiagnostische Auftragsleistungen abrechnen. Dabei ist kein Arzt-Patienten-Kontakt erforderlich und somit die Kenntnis oder Stellung einer Diagnose nur bedingt beziehungsweise nicht möglich. Dies betrifft insbesondere Laborärzte, Zytologen, Humangenetiker und Pathologen. Sofern von diesen Ärzten anhand der durchgeführten Diagnostik jedoch eine spezifische Diagnose gestellt werden kann beziehungsweise für die Abrechnung im EBM gefordert wird, ist diese zu kodieren.

1.6. TSVG - Kennzeichnung 88261

Die Kennzeichnung 88261 (Termin durchführen für Terminservice) ist nicht mehr notwendig.

Die TSVG-Fälle sind in Ihrer Quartalsabrechnung im KVDT-Feld 4103 (Vermittlungs-/Kontaktart) wie folgt zu kennzeichnen:

- „1“ = TSS-Terminfall
- „2“ = TSS-Akutfall (ab Januar 2020)
- „3“ = HA-Vermittlungsfall
- „4“ = Offene Sprechstunde
- „5“ = Neupatient.

Weitere Informationen zum TSVG finden Sie im KVN-Portal oder 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

Laboruntersuchung

Zusatzkennzeichen

Nicht mehr notwendig

2. Verordnungen

2.1. Darzalex® (Daratumumab) in weiterer Teilindikation als Praxisbesonderheit anerkannt

Darzalex® (Wirkstoff Daratumumab) wird als Kombinationstherapie ab dem 1. Oktober 2019 nach einer Vereinbarung zwischen dem GKV-Spitzenverband und dem pharmazeutischen Unternehmer Janssen-Cilag GmbH ab dem ersten Behandlungsfall ausschließlich in den Anwendungsgebieten mit Zusatznutzen laut G-BA-Beschlüssen vom 15. Februar 2018 und 22. März 2019 als Praxisbesonderheit anerkannt:

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

Der G-BA kam zu dem Ergebnis, dass ein Hinweis auf einen beträchtlichen Zusatznutzen vorliegt. Der Beschluss ist bis zum 1. Oktober 2021 befristet.

- Darzalex ist indiziert in Kombination mit Bortezomib, Melphalan und Prednison für die Behandlung erwachsener Patienten mit neu diagnostiziertem multiplen Myelom, die für eine autologe Stammzelltransplantation nicht geeignet sind.

Der G-BA leitete einen Anhaltspunkt auf einen beträchtlichen Zusatznutzen ab. Der Beschluss ist bis zum 1. März 2022 befristet.

Weitere Anwendungsgebiete oder Erweiterungen des Anwendungsgebiets sind nicht von der Praxisbesonderheit umfasst. Die Anerkennung als Praxisbesonderheit gilt ebenfalls nicht bei der Anwendung außerhalb des bestimmungsgemäßen Gebrauchs ("Off Label Use"). Dies umfasst insbesondere ein von der Zulassung abweichendes Dosierungsschema. Die Anerkennung als Praxisbesonderheit besteht, sobald und solange Janssen-Cilag Darzalex® in Deutschland vertreibt.

Diese Praxisbesonderheit ersetzt die Praxisbesonderheit zu Darzalex® vom 15. September 2018 (siehe KVN-Rundschreiben vom Oktober 2018).

Ausdrücklich nicht von dieser Praxisbesonderheit umfasst ist die Anwendung von Darzalex® 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.

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

Anwendungsgebiete

Nicht umfasst

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

2.2. Verordnung von medizinischem Cannabis: Genehmigungen

Seit März 2017 haben Patienten mit schwerwiegenden Erkrankungen unter bestimmten Voraussetzungen Anspruch auf eine Versorgung mit Cannabis in Form von getrockneten Cannabisblüten oder -extrakten sowie Arzneimitteln mit den Wirkstoffen Dronabinol und Nabilon.

Mit dem Gesetz für mehr Sicherheit in der Arzneimittelversorgung (GSAV) sind nun zwei Neuerungen in Bezug auf die Genehmigungen der Cannabis-Therapien in Kraft getreten:

- Bei einer Anpassung der Dosierung von bereits genehmigten Cannabis-Arzneimitteln oder bei einem Wechsel zu anderen getrockneten Blüten oder zu anderen Extrakten in standardisierter Qualität ist eine erneute Genehmigung der Krankenkasse nicht erforderlich.
- Bei der ambulanten Fortführung einer Cannabis-Therapie im unmittelbaren Anschluss an eine Behandlung im Rahmen eines stationären Krankenhausaufenthalts muss die Krankenkasse über die Genehmigung innerhalb von drei Tagen nach Antrags-eingang entscheiden.

Zwei Neuerungen

Weitere Informationen zur Verordnung von medizinischem Cannabis finden Sie unter www.kvn.de/Verordnungen/Arzneimittel/Cannabis.

2.3. Onpattro® (Patisiran) als Praxisbesonderheit anerkannt

Ab dem 1. Oktober 2019 wird Onpattro® (Wirkstoff Patisiran) nach einer Vereinbarung zwischen dem GKV-Spitzenverband und dem pharmazeutischen Unternehmer Alnylam ab dem ersten Behandlungsfall als Praxisbesonderheit ausschließlich im Anwendungsgebiet mit Zusatznutzen laut G-BA-Beschluss vom 22. März 2019 anerkannt:

Onpattro® wird zur Behandlung der hereditären Transthyretin-Amyloidose (hATTR-Amyloidose) bei erwachsenen Patienten mit Polyneuropathie der Stadien eins oder zwei angewendet.

Es wird darauf hingewiesen, dass keine Daten für Patienten mit Herzinsuffizienz (NYHA-Stadien III und IV) vorliegen.

Es muss sichergestellt sein, dass dem medizinischen Fachpersonal und den Patienten entsprechende Schulungsmaterialien zur Verfügung gestellt werden, um eine sichere und nachhaltige Anwendung des Arzneimittels in häuslicher Umgebung sicherzustellen, sodass das schwerwiegende Risiko von infusionsbedingten Reaktionen (IRRs) verhindert und/oder verringert wird.

Weitere Anwendungsgebiete oder Patientengruppen sind nicht von der Praxisbesonderheit umfasst. Die Anerkennung als Praxisbesonderheit besteht, solange Alynlam Onpattro® in Deutschland vertreibt.

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

2.4. Myalepta® (Metreleptin) als Praxisbesonderheit anerkannt

Ab dem 1. Oktober 2019 wird Myalepta® (Wirkstoff Metreleptin) nach einer Vereinbarung zwischen dem GKV-Spitzenverband und dem pharmazeutischen Unternehmer Aegerion Pharmaceuticals GmbH ab dem ersten Behandlungsfall als Praxisbesonderheit ausschließlich im Anwendungsgebiet mit Zusatznutzen laut G-BA-Beschluss vom 22. März 2019 anerkannt:

- Erwachsene und Kinder ab zwei Jahren mit bestätigter angeborener generalisierter Lipodystrophie (Berardinelli-Seip-Syndrom) oder erworbener generalisierter Lipodystrophie (Lawrence-Syndrom).
- Erwachsene und Kinder ab zwölf Jahren mit bestätigter familiärer oder erworbener partieller Lipodystrophie (Barraquer-Simons-Syndrom), bei denen durch Standardbehandlungen keine angemessene Einstellung des Stoffwechsels erreicht werden konnte.

Anwendungsgebiet

Die Einleitung und Überwachung der Behandlung mit Metreleptin soll nur durch in der Diagnose und Behandlung von Stoffwechselstörungen erfahrene Ärzte erfolgen.

Gemäß den Vorgaben der Europäischen Zulassungsbehörde (EMA) muss der pharmazeutische Unternehmer Schulungsmaterialien für das medizinische Fachpersonal sowie für die Patienten und Pflegepersonen zur Verfügung stellen. Das Schulungsmaterial enthält Anweisungen zum Umgang mit den durch Metreleptin bedingten möglichen Nebenwirkungen, insbesondere zu allergischen Reaktionen, Hypoglykämien und schweren Infektionen.

Das Arzneimittel wurde unter "außergewöhnlichen Umständen" zugelassen. Dies bedeutet, dass es aufgrund der Seltenheit der Krankheit nicht möglich war, vollständige Informationen über das Arzneimittel zu erlangen. Die Europäische Arzneimittel-Agentur wird neue Informationen zu diesem Arzneimittel mindestens jährlich bewerten und die Fachinformation, falls erforderlich, aktualisieren.

Weitere Anwendungsgebiete oder Erweiterungen des Anwendungsgebiets sind nicht von der Praxisbesonderheit umfasst. Die Anerkennung als Praxisbesonderheit besteht, solange Aegerion Myalepta® in Deutschland vertreibt.

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

2.5. Rituximab beim Mantelzell-Lymphom - Anlage VI (Off-Label-Use) der Arzneimittel-Richtlinie, Aktualisierung

Mit Wirkung zum 17. Oktober 2019 wurde die Nummer XXVI „Rituximab beim Mantelzell-Lymphom“ der Anlage VI Teil A der Arzneimittel-Richtlinie geändert.

Die Änderung erfolgt vor dem Hintergrund neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse. In diesem Zusammenhang wurden insbesondere die Buchstaben c) „Folgende Wirkstoffe sind zugelassen“, d) „Spezielle Patientengruppe“, e) „Patienten, die nicht behandelt werden sollten“, f) „Dosierung“ und h) „Wann sollte die Behandlung abgebrochen werden?“ entsprechend der aktualisierten Bewertung angepasst.

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

A.C.A. Müller ADAG Pharma AG, Aaha!Pharma GmbH, AxiCorp Pharma GmbH, EurimPharm Arzneimittel GmbH, EURO RX Arzneimittel GmbH, HAEMATO PHARM GmbH, Hexal AG, hvd medical GmbH, kohlfarma GmbH, Mundipharma, Deutschland GmbH & Co. KG, Orifarm GmbH, Roche Registration GmbH, Sandoz GmbH

Hersteller

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

Den vollständigen Beschluss des G-BA sowie die Anlage VI der AM-RL finden Sie im Internet unter www.g-ba.de/Richtlinien/Arzneimittel-Richtlinie/Anlage VI/weitere Beschlüsse.

2.6. Änderung der Arzneimittelverschreibungsverordnung - Dosierungsangabe, Desfesoterodin

Am 31. Oktober 2019 ist eine Änderung der Arzneimittelverschreibungsverordnung (AMVV) veröffentlicht worden. Darin sind folgende wesentliche Neuregelungen enthalten:

1. Mit Wirkung zum 1. November 2019 wird der Wirkstoff Desfesoterodin der Verschreibungspflicht unterstellt. Die bislang auf dem Markt verfügbaren Desfesoterodin-haltigen Arzneimittel haben bereits den Zulassungsstatus „verschreibungspflichtig“, so dass die AMVV damit dem Zulassungsstatus angepasst wird.
2. Eine weitere Änderung betrifft die Angaben auf der Arzneimittelverordnung. Diese tritt allerdings erst in einem Jahr, am 1. November 2020, in Kraft.

Die AMVV sieht demnach vor, dass auf einer Arzneimittelverordnung die Angabe der Dosierung zu machen ist. Dies gilt nicht, wenn das verschriebene Arzneimittel unmittelbar an die verschreibende Person abgegeben wird. Die Angabe einer Dosierung ist auch nicht erforderlich, wenn dem Patienten ein Medikationsplan, der das verordnete Arzneimittel umfasst oder eine entsprechende schriftliche Dosierungsanweisung eines verschreibenden Arztes vorliegt und wenn der verordnende Arzt dies auf der Verordnung gekennzeichnet hat.

Wie diese Kennzeichnung zu erfolgen hat, wird noch festgelegt.

2.7. Grippesaison 2020/2021 - Bedarfsmeldung und Verordnung der Grippe-impfstoffe

Zur Gewährleistung einer adäquaten Produktionsplanung der Impfstoffhersteller sind für die Grippesaison 2020/2021 gesetzlich zwei Maßnahmen vorgesehen:

1. Eine Meldung des geplanten Bedarfes einer Praxis an Grippeimpfstoffen an die KVN bis zum 31. Dezember 2019. Diese Bedarfsmeldung ist noch keine Bestellung.
2. Eine Vorbestellung/Verordnung der Grippeimpfstoffe für die Saison 2020/2021 über Muster 16 (Sprechstundenbedarf) bis zum 31. Januar 2020.

Bitte beachten Sie die Hinweise zur Bedarfsmeldung und zur Verordnung der Grippeimpfstoffe, die in den kommenden Tagen von der KVN an die Praxen versendet werden.

2.8. Gemeinsame Arbeitsgruppe Arzneimittel - Rezept-Info zum Thema „Verordnungen zur Sanierung von MRSA“

Im Anhang finden Sie eine weitere Rezept-Info der AG GKV/KVN Arzneimittel zu dem Thema „Verordnungen zur Sanierung von MRSA“. Darin werden Hinweise zur Durchführung einer MRSA-Sanierung und zu begleitenden Maßnahmen gegeben. Rezept-Infos enthalten sowohl Empfehlungen für den behandelnden Arzt als auch Vordrucke für die Patienteninformation. Diese sowie alle weiteren Veröffentlichungen der AG GKV/KVN Arzneimittel finden Sie im Internet unter www.kvn.de/Mitglieder/Verordnungen/Arzneimittel/Veroeffentlichungen.

Anlage 5.1: Rezept-Info

Änderungen

1. November 2020

Zwei Maßnahmen
vorgesehen

3. Allgemeine Hinweise

3.1. Urlaubsvertretung: „Ich bin dann mal weg“ geht nicht

Weihnachten steht vor der Tür. Mit ein paar Brückentagen ist ein längerer Urlaub durchaus möglich. Aber bitte beachten: Vertragsärzte dürfen nicht einfach so in den Urlaub fahren. Damit die medizinische Versorgung der Patienten gewährleistet ist, müssen sie für ihre Sprechstunden eine Vertretung in der Umgebung organisieren.

Vertretung in der Umgebung

Soll der Urlaub länger als eine Woche dauern, sind Ärzte verpflichtet, dies ihrer Bezirksstelle der KVN mitzuteilen. Dies kann formlos erfolgen. Der Vertragsarzt gibt dabei den Namen des Vertreters an. Wichtig ist, dass dieser Bescheid weiß und die Vertretung mit ihm abgesprochen ist.

Auch wenn Ärzte nur einen Brückentag frei nehmen oder ein verlängertes Wochenende verreisen, müssen sie eine Vertretung organisieren. Sie brauchen dann nicht ihre KVN-Bezirksstelle informieren, aber ihre Patienten „in geeigneter Weise“ - zum Beispiel durch einen Aushang an der Praxistür und eine Ansage auf dem Anrufbeantworter. Ihre Patienten sollten wissen, dass Sie die Vertretung auch dann nur in dringenden Fällen in Anspruch nehmen sollten. Eine Weiterführung der Regelversorgung während der Abwesenheit führt sonst zur Überlastung der Vertreterpraxis. Von daher sollten idealerweise die eigenen Patienten während der Abwesenheit ausreichend medikamentös versorgt sein.

Patienten informieren

Einfach auf den ärztlichen Bereitschaftsdienst zu verweisen, geht nicht. Vielmehr müssen Vertragsärzte sowohl für die Sprechstunden, als auch für Bereitschaftsdienste eine Urlaubsvertretung organisieren.

Vertragsärzte können sich innerhalb von zwölf Monaten bis zu drei Monate vertreten lassen. Wird mehrmals Urlaub gemacht, werden die Zeiten addiert. Neben dem Urlaub sind unter anderem auch Krankheit, ärztliche Fortbildungen oder die Teilnahme an Wehrübungen Gründe, bei denen Ärzte eine Vertretung organisieren müssen.

Ein Vertragsarzt darf sich grundsätzlich nur von einer Kollegin oder einem Kollegen mit abgeschlossener Weiterbildung in demselben Fachgebiet vertreten lassen, für das sie oder er selbst zugelassen ist.

Vertretung bei Psychotherapeuten nicht ohne weiteres möglich

Aufgrund der besonders engen Patienten-Therapeuten-Beziehung ist eine Vertretung bei Psychotherapeuten nicht ohne weiteres möglich. Laut Bundesmantelvertrag dürfen sie sich bei den probatorischen Sitzungen und bei der genehmigten Psychotherapie grundsätzlich nicht vertreten lassen. Das gilt für alle ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten sowie für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten.

3.2. Formtexte für die gesetzliche Unfallversicherung

Die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV) beabsichtigt ab 1. Januar 2020 keine Formtexte mehr in Papierform zur Verfügung zu

stellen. Die Formtexte sollen dann ausschließlich als ausfüllbare PDF-Dateien zur Verfügung gestellt werden, die von der Homepage der DGUV abgerufen und direkt ausgefüllt oder in die Praxissoftware übernommen werden können. Die DGUV hat nun mitgeteilt, dass sich aufgrund nicht vorhersehbarer technischer Umsetzungsprobleme der Starttermin verzögern könnte. Aktuell sind die Formtexte auf der Internetseite der DGUV nur als Word-Dokument oder einfache PDF abrufbar. Sobald die beschreibbaren PDF verfügbar sind, werden wir Sie informieren. Bis dahin können die Formtexte weiterhin auch in Papierform bei den Landesverbänden der DGUV angefordert werden.

3.3. Hausarztzentrierte Versorgung (HzV) mit der BARMER, DAK-Gesundheit, KKH und hkk: Zwei neue Betreuungspauschalen

Ab sofort können teilnehmende Hausärzte für die HzV-Betreuung ihrer Patienten - bei der Versorgung von einer oder zwei chronischen Erkrankungen - eine 4,50 Euro-Quartalspauschale (GOP 99296) abrechnen. Für multimorbide HzV-Patienten - mit mindestens drei chronischen Erkrankungen - ist eine 15 Euro-Quartalspauschale (GOP 99297) abrechenbar. Beide GOP 99296 und 99297 sind im laufenden Quartal manuell in die Kassenabrechnung einzutragen. Eine automatisierte Lösung steht aktuell (noch) nicht bereit.

Manuell einzutragen

3.4. BKK „Hallo Baby“ - Versorgung: Ab 1. Januar 2020 auch für die Merck BKK

Eine weitere Betriebskrankenkasse tritt der besonderen Versorgung „Hallo Baby“ bei. Damit beteiligen sich insgesamt 61 BKKen am Vertrag mit dem Ziel, die Frühgeburtenrate mithilfe primär- und sekundärpräventiver Maßnahmen zu minimieren sowie Infektionen durch Streptokokken B als Geburtskomplikation zu senken.

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

3.5. Neujahrsempfang der Bezirksstelle Aurich

Die KVN-Bezirksstelle Aurich und die Oldenburgische Landesbank AG (OLB) führen gemeinsam einen Neujahrsempfang am Mittwoch, 22. Januar 2020, 18 Uhr, im Gebäude der KVN-Bezirksstelle Aurich, Kornkamp 50, 26605 Aurich, durch.

Herr Dr. med. Hagen Behnke, Facharzt für Anästhesiologie, Krankenhaus Wittmund, wird einen Fachvortrag zum Thema „Update Reanimation - was ist neu, was ist wichtig“ halten.

Fortbildungspunkte wurden beantragt. Alle Vertragsärzte und Psychologischen Psychotherapeuten sind herzlich eingeladen, am Neujahrsempfang teilzunehmen. Eine Einladung hierzu erfolgt im Dezember.

Bitte merken Sie sich den Termin schon jetzt vor.

4. Veranstaltungen im Dezember 2019 und Januar 2020

Hier bekommen Sie eine Übersicht über Seminare und Fortbildungen der KVN mit noch freien Plätzen im Dezember 2019 und Januar 2020. Ein Anmeldefax ist beigefügt. Bitte nutzen Sie für unterschiedliche Seminare separate Anmeldefaxe. Die ausgefüllten Anmeldungen faxen Sie bitte an folgende Nummer: **0511 380-4620**.

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

www.kvn.de/Mitglieder/Fortbildung

Name	Ort	Datum	Gebühr p. P.
Qualitäts- und Praxismanagement			
Gesundheit von PraxismitarbeiterIn erhalten und schützen	Hannover	04.Dez	kostenlos
Digitalisierung im Gesundheitswesen	Braunschweig	04.Dez	kostenlos
Raus aus der Stressfalle für PraxisinhaberIn	Hannover	07.Dez	150 Euro
Medizinprodukte-Aufbereitung Workshop Teil 2	Hannover	12.Dez	95 Euro
Praxisbegehungen durch das Gesundheitsamt	Hannover	29.Jan	kostenlos
Abrechnung und Verordnung			
Hilfsmittel - Informationsveranstaltung	Wilhelmshaven	04.Dez	kostenlos
TSVG - Informationsveranstaltung für MFA	Barnstorf	04.Dez	kostenlos
Heilmittelversorgung	Lüneburg	11.Dez	kostenlos
EBM für Einsteiger	Osnabrück	29.Jan	kostenlos
Medizinische und psychotherapeutische Themen			
Strukturiertes Geriatisches Schulungsprogramm	Hannover	07.Dez	119 Euro
Wirtschaftsseminare			
Praxisseminar Zusammenarbeit neu angedacht - Meine Kooperationsmöglichkeiten heute	Stade	04.Dez	kostenlos

Verbindliche Anmeldung (*bitte vollständig ausfüllen*)

Fax an 0511 380-4620

für das Seminar

.....
(Titel des Seminars)

Datum des Seminars Anzahl Teilnehmer Person/en

Vor- und Nachname der Teilnehmer (*bitte deutlich in Druckbuchstaben schreiben*)

.....
.....

für das Seminar

.....
(Titel des Seminars)

Datum des Seminars Anzahl Teilnehmer Person/en

Vor- und Nachname der Teilnehmer (*bitte deutlich in Druckbuchstaben schreiben*)

.....
.....

.....
Vor- und Nachname des Rechnungsempfängers (auch bei kostenlosen Seminaren auszufüllen, Pflichtfeld)

.....
Anschrift (Straße, PLZ, Ort) des Rechnungsempfängers (auch bei kostenlosen Seminaren auszufüllen, Pflichtfeld)

LANR BSNR

E-Mail-Adresse:

Telefonnummer für evtl. Rückfragen

Datum _____

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

Stempel

5. Anlagenverzeichnis

5.1. Rezept-Info

5.2. Sammelerklärung

Gemeinsame Arbeitsgruppe Arzneimittel

Kassenärztliche Vereinigung
Niedersachsen

Verbände der gesetzlichen
Krankenkassen in Niedersachsen



Rezept-Info - Verordnungen zur Sanierung von MRSA

Die MRSA-Sanierung wurde mit Wirkung ab dem 01.05.2014 als Leistung der Häuslichen Krankenpflege (HKP) in die entsprechende Richtlinie aufgenommen. Ein Anspruch auf diese Leistung besteht ausschließlich für MRSA-Träger mit gesicherter Diagnose unter bestimmten Voraussetzungen (Risikopatienten lt. EBM). Akut gefährdeten Patienten wird geraten, unbedingt alle Hygienerichtlinien¹ einzuhalten.

Die Durchführung der Sanierung erfolgt nach einem ärztlichen Sanierungsplan:

- ➔ Applikation einer antibakteriellen Nasensalbe oder eines antiseptischen Gels
z.B. Turixin oder Bactroban Nasensalbe: **verordnungsfähig bei Risikopatienten lt. EBM**
- ➔ Mund- und Rachenspülung mit einer antiseptischen Lösung
z.B. Chlorhexamed: **Präparate nicht erstattungsfähig, aber als Hygienemaßnahme zu empfehlen**
- ➔ Dekontamination von Haut und Haaren mit antiseptischen Substanzen
z.B. Octenisan, Prontoderm, Skinsan: **Präparate nicht erstattungsfähig, aber als Hygienemaßnahme zu empfehlen**
- ➔ In Verbindung mit den MRSA-Sanierungsmaßnahmen als begleitende Maßnahmen:
Textilien, die mit Haut oder Schleimhaut Kontakt haben, täglich wechseln und
Gegenstände, die mit Haut oder Schleimhaut Kontakt haben, täglich desinfizieren
z.B. Sagrotan Spray, Sagrotan Wäsche Hygienespüler: **Präparate nicht erstattungsfähig, aber als Hygienemaßnahme zu empfehlen**

Sanierungszyklus bei der Standardsanierung (5-7 Tage) des MRSA Keimes²:

- 3x tägl. Mupirocinsalbe in beide Nasenvorhöfe einbringen
(alternativ bei Mupirocinresistenz PVP-Jod 1,25 %)
- 3x tägl. Rachenspülung mit antiseptischer Lösung
(z.B. ProntoOral®, chlorhexidinhaltige Produkte oder Octenidol® etc.)
- 1-2x tägl. Hautwaschungen (inkl. Haare) mit antiseptischen Seifen oder Waschlotionen
mit z.B. Octenisan®, Decontaman®, Prontoderm® oder Skinsan Scrub®

Einwirkzeiten beachten! Bei jedem Wirkstoff die Herstellerangaben beachten!

MRSA-Sanierungs-Kits/Sets sind hilfreich in der Anwendung und stehen als Privatleistung zur Verfügung.

¹ Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim Robert Koch-Institut (KRINKO), 2014: Empfehlungen zur Prävention und Kontrolle von Methicillinresistenten Staphylococcus aureus-Stämmen (MRSA) in medizinischen und pflegerischen Einrichtungen, verfügbar über www.rki.de, abgerufen am 15.10.19

² Bayerisches Ärzteblatt 3/2018 „MRSA in Praxis, Pflegeheim und häuslichem Umfeld“. Abgerufen am 11. Oktober 2019, verfügbar über www.rki.de

Patienteninformation zur Sanierung von MRSA

Die Kassenärztliche Vereinigung und die Verbände der Krankenkassen in Niedersachsen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,



Infektionen durch Bakterien lassen sich meist gut mit Antibiotika behandeln.

Einige Bakterien sind jedoch unempfindlich gegenüber vielen Antibiotika. Hier spricht man von multiresistenten Keimen - kurz MRSA. Für gesunde Menschen ist der Kontakt mit MRSA völlig ungefährlich, tragen sie aber den Erreger in sich, können sie diesen an andere Menschen weitergeben.

Gefährdet sind u.a. Menschen mit geschwächtem Immunsystem z.B. während einer Krebstherapie oder mit einem Organtransplantat. Hier können MRSA Infektionen auslösen, z.B. an der Lunge, Blase oder an der Haut.

Unterstützend zu Ihrer medikamentösen Behandlung empfiehlt Ihr Arzt folgende Maßnahmen, die Ihren Krankheitsverlauf günstig beeinflussen:

- Waschen Sie regelmäßig und gründlich Ihre Hände und desinfizieren Sie diese mit einer Händedesinfektion, z.B. Sterillium, auch unter den Fingernägeln.
- Duschen Sie mit antiseptischen Seifen oder Waschlotionen 1-2x tägl. mit z. B. Octenisan®, Decontaman®, Prontoderm® oder Skinsan Scrub® und waschen Sie einmal täglich Ihre Haare.
- Spülen Sie 3x täglich Ihren Mundraum mit Mund- und Rachenspüllösungen, z.B. Chlorhexamed®. Reinigen Sie damit ggf. auch Ihre Prothese.
- Verwenden Sie Hygieneartikel wie Handtücher, Waschlappen, Zahnbürsten nur für sich.
- Waschen Sie Ihr Geschirr und Ihre Wäsche bei 60°C.
- Sorgen Sie für ein sauberes Umfeld.
- Meiden Sie den Kontakt zu MRSA-Trägern.
- Die oben genannten Hygienemaßnahmen sollten unbedingt weiter angewendet werden, wenn Sie eine offene Wunde haben.

Nach 5-6 Tagen ist der Keim in der Regel nicht mehr nachweisbar. Dies wird Ihr Arzt ggf. durch weitere Untersuchungen kontrollieren.



Praxisstempel

Gemeinsame Arbeitsgruppe Arzneimittel

Kassenärztliche Vereinigung
Niedersachsen

Verbände der gesetzlichen
Krankenkassen in Niedersachsen



Rezept-Info – Kurzinformation zum Sanierungszyklus (5-7 Tage) eines MRSA

- Antibiotikagabe genau einhalten
- Verordnung der Mupirocinsalbe nur bei Risikopatienten lt. EBM
- 3x tägl. Mupirocinsalbe in beide Nasenvorhöfe einbringen (alternativ bei Mupirocinresistenz: PVP-Jod 1,25 %)
- **Begleitende Maßnahmen (Präparate nicht erstattungsfähig):**
 - 3x tägl. Rachenspülung mit antiseptischer Lösung (z. B. ProntoOral®, chlorhexidinhaltige Produkte oder Octenidol®)
 - tägl. Dekontamination von Textilien und Gegenständen, die mit Haut oder Schleimhaut Kontakt haben, z.B. Handtücher und Haarbürste, mit bspw. Sagrotan Spray, Sagrotan Wäsche Hygienespüler
 - 1-2x tägl. Hautwaschungen (inkl. Haare) mit antiseptischen Seifen oder Waschlotionen, z.B. mit Octenisan®, Decontaman®, Prontoderm® oder Skinsan Scrub®
 - Händedesinfektion nach jedem Händewaschen, z.B. Sterillium – auch unter den Fingernägeln!
 - Einwirkzeiten beachten! Bei jedem Wirkstoff die Herstellerangaben beachten!



Informationen für die Praxis

KVN-Rundschreiben

Oktober 2019

Inhaltsverzeichnis

1. Abrechnung	2
1.1. Änderungen des EBM zum 1. Oktober 2019.....	2
1.2. Wichtige Infos zu TSVG/TSS und dem eTerminservice	3
1.3. BARMER Ersatzkasse übernimmt ab 1. September 2019 Impfungen anlässlich privater Auslandsaufenthalte	3
1.4. TSVG - Kennzeichnung 88210	4
1.5. AbrechnungsCheck - Angabe von Abwesenheitszeiten	4
2. Verordnungen.....	4
2.1. Hypnotika/Hypnogene, Sedativa - Änderung der Anlage III (Verordnungseinschränkungen und - ausschlüsse) der Arzneimittel-Richtlinie.....	4
2.2. Tafinlar® (Dabrafenib) in Teilindikationen als Praxisbesonderheit anerkannt.....	5
2.3. Mekinist® (Trametinib) in Teilindikationen als Praxisbesonderheit anerkannt.....	6
2.4. Impfstoff gegen Haemophilus influenzae Typ b	7
3. Allgemeine Hinweise	7
3.1. Beanstandungen der Beschlüsse des Bewertungsausschusses zum TSVG	7
3.2. Offene Sprechstunden bitte der KVN melden	8
3.3. KVNIEDERLASSEN - ein neuer Markenname und ein neues Kampagnendesign.....	9
3.4. Informationskampagne: KVN informiert in sechs Veranstaltungen über aktuelle Trends und Entwicklungen im Bereich eHealth	10
3.5. Qualitätssicherungsvereinbarung Abklärungskolposkopie.....	10
3.6. Neue Laborleistungen - Umsetzung gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung Spezial-Labor	12
4. Veranstaltungen im November und Dezember 2019... 	13

1. Abrechnung

1.1. Änderungen des EBM zum 1. Oktober 2019

Wir möchten Sie hiermit über weitere Beschlüsse des Bewertungsausschusses zur Änderung des EBM zum 1. Oktober 2019 informieren.

Vergütung der optischen Kohärenztomographie

Nachdem die optische Kohärenztomographie (OCT) bei der neovaskulären altersbedingten Makuladegeneration (nAMD) und beim Makulaödem im Rahmen der diabetischen Retinopathie (DMÖ) als vertragsärztliche Methode aufgenommen wurde, steht nunmehr die Vergütung fest.

Zum 1. Oktober 2019 werden zwei neue Leistungen (GOP 06336 und 06337) in den Abschnitt 6.3 des EBM aufgenommen. Die neuen GOP 06336 und 06337, jeweils für das rechte und das linke Auge, sind einmal im Behandlungsfall berechnungsfähig und mit je 399 Punkten bewertet.

Zwei neue Leistungen

Für die Durchführung der OCT zur Therapiesteuerung werden zusätzlich die GOP 06338 und 06339 neu in den Abschnitt 6.3 aufgenommen. Die GOP 06338 und 06339 sind neben den bereits im EBM bestehenden Begleitleistungen (GOP 06334 und 06335) der intravitrealen Medikamenteneingabe (IVM) bis zu 6-mal im Krankheitsfall berechnungsfähig und mit je 399 Punkten bewertet.

Da die Leistungen im Zeitraum von drei Wochen nach der IVM nicht berechnet werden können, ist das Datum der letzten IVM im KVDT 5034 bei der Abrechnung anzugeben. Zudem sind die GOP 06338 und 06339 entsprechend der Qualitätssicherungsvereinbarung der IVM innerhalb von 26 Tagen einmal berechnungsfähig.

Die Finanzierung der neuen Leistungen erfolgt zunächst extrabudgetär.

Mammographie-Screening: GOP 01750 um fünf Punkte erhöht

Für die Röntgenuntersuchung beider Mammae in zwei Ebenen wird die GOP 01750 mit Wirkung zum 1. Oktober 2019 um fünf Punkte erhöht.

Soziotherapie: Erweiterung verordnungsfähiger Arztgruppen

Zum 1. Oktober 2019 erfolgt die Aufnahme einer neuen Nummer in die Präambel 23.1 EBM, um ärztlichen Psychotherapeuten, die einer Fachgruppe gemäß der ersten Bestimmung zum Abschnitt 30.8 angehören, die Berechnung der Verordnungsleistungen zur Soziotherapie (GOP 30810 und 30811) zu ermöglichen.

Bezüglich der Finanzierung wurde aufgrund der Erweiterung der verordnungsfähigen Arztgruppen eine Verlängerung der befristeten extrabudgetären Vergütung bis zum 31. März 2021 beschlossen.

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

1.2. Wichtige Infos zu TSVG/TSS und dem eTerminservice

Benachrichtigung über Termine aktivieren

Für die Kennzeichnung Ihrer TSS-Fälle ist das erste Kontaktdaten des Patienten mit der TerminServiceStelle (TSS) entscheidend. Dieses Datum wird Ihnen jeweils mit der Fax- oder E-Mail-Benachrichtigung zu dem Termin übermittelt oder an dem vergebenen Termin im eTerminservice angezeigt. Sie können die Benachrichtigung im eTerminservice unter Praxisdaten/Kontaktinformation aktivieren (das Stiftsymbol anklicken). Benachrichtigungen über neue oder geänderte Termine werden montags bis freitags jeweils um 8:00, 11:00, 14:00 und/oder 17:00 Uhr versendet.

Kollegensuche nutzen

Im Rahmen der Vermittlung eines „HA-Vermittlungsfalls“ ist die Angabe der BSNR der die Überweisung annehmenden Praxis notwendig; die Angabe der BSNR erfolgt in Ihrer Quartalsabrechnung im KVDT-Feld 5003. Die BSNR können Sie unter <https://kollegensuche.kv-sa-fenet.de/pages/index.xhtml> suchen und finden.

Aktuell wichtige Telefonnummern

Für Patienten: Die TerminServiceStelle (TSS) ist bis zum 31. Dezember 2019 weiterhin unter der Telefonnummer 0511 56999793 zu erreichen. Die von der KVN eingerichtete Patienten-Hotline z. B. für Beschwerden ist unter der Telefonnummer 0511 380-4412 zu erreichen.

Für Patienten

Für Praxen: Für Fragen zum TSVG hat die KVN eine eigene Mitglieder-Hotline eingerichtet. Diese ist unter der Telefonnummer 0511 380-3344 zu erreichen. Für allgemeine Fragen zur Abrechnung steht Ihnen das Team Auskünfte unter der Telefonnummer 0511 380-4800 sowie per E-Mail: abrechnungscenter@kvn.de gerne zur Verfügung.

Für Praxen

1.3. BARMER Ersatzkasse übernimmt ab 1. September 2019 Impfungen anlässlich privater Auslandsaufenthalte

Die KVN hat mit der BARMER Ersatzkasse eine Vereinbarung über die Durchführung und Abrechnung von Impfleistungen im Rahmen von privaten Auslandsreisen mit Wirkung ab 1. September 2019 geschlossen.

Die Teilnahme an der Vereinbarung ist für die Vertragsärzte freiwillig und kann bei der zuständigen Bezirksstelle beantragt werden. Teilnahmeberechtigt sind alle Vertragsärzte, die entsprechend der Weiterbildungsordnung der Ärztekammer Niedersachsen über eine Qualifikation zur Erbringung von Impfleistungen verfügen. Impfungen gegen Gelbfieber sind ausschließlich durch autorisierte Gelbfieber-Impfstellen erlaubt.

Die Impfleistung wird mit 15 Euro, die Beratung zur Malaria-Prophylaxe mit 10 Euro extrabudgetär vergütet. Der jeweilige Impfstoff bzw. die Medikamente zur Malariaphylaxe sind mit einem Arzneiverordnungsblatt

(Muster 16) auf den Namen des Patienten zu verordnen und im Markierungsfeld mit "8" zu kennzeichnen. Ein Bezug über Sprechstundenbedarf ist ausgeschlossen.

Die vollständige Vereinbarung und den Teilnahmeantrag finden Sie im KVN-Portal unter Verträge/Impfvereinbarungen/Downloads/BARMER Ersatzkasse

1.4. TSVG - Kennzeichnung 88210

Die GOP 88210 dient der Kennzeichnung von Kontakten bei einer TSVG-Konstellation, in der keine eigenen berechnungsfähigen Leistungen abgerechnet werden können. So zum Beispiel bei einem Kontakt im Rahmen der offenen Sprechstunde bei einem Patienten, für den im aktuellen Quartal bereits eine Grundpauschale abgerechnet wurde. In diesem Fall legen Sie einen zweiten Schein an und rechnen auf diesem die GOP 88210 ab.

Weitere Informationen zum TSVG finden Sie im KVN-Portal oder auf der Internetseite der Kassenärztlichen Bundesvereinigung.

1.5. AbrechnungsCheck - Angabe von Abwesenheitszeiten

Seit diesem Quartal kann beim Einreichen der Online-Abrechnung sowie Bestätigung zur Teilnahme am AbrechnungsCheck innerhalb der ersten sechs Wochen des Quartals ein Abwesenheitszeitraum eingetragen werden. Diese Angabe ist an der vorgesehenen Stelle nur einmalig möglich und kann zu einem späteren Zeitpunkt nicht nachgeholt werden.

Der AbrechnungsCheck wird Ihnen rechtzeitig vor oder nach dem angegebenen Zeitraum bereitgestellt - sofern dies unter Berücksichtigung einzuhaltender Termine möglich ist.

Weitere Informationen finden Sie in der Anleitung zur Online-Abrechnung im KVN-Portal.

2. Verordnungen

2.1. Hypnotika/Hypnogene, Sedativa - Änderung der Anlage III (Verordnungseinschränkungen und -ausschlüsse) der Arzneimittel-Richtlinie

Mit Wirkung zum 13. September 2019 wurde in Nummer 32 „Hypnotika/Hypnogene oder Sedativa“ der Anlage III der Arzneimittel-Richtlinie nachfolgender Spiegelstrich angefügt:

- ausgenommen für die Behandlung von Schlafstörungen (Insomnie) bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 2 bis 18 Jahren

Änderung

mit Autismus-Spektrum-Störung und/oder Smith-Magenis-Syndrom, wenn Schlafhygienemaßnahmen unzureichend waren

Für diese Patienten kann entsprechend der Zulassung eine länger als vier Wochen dauernde Behandlung mit Hypnotika/Hypnogene oder Sedativa in Betracht kommen.

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

2.2. Tafinlar® (Dabrafenib) in Teilindikationen als Praxisbesonderheit anerkannt

Ab dem 27. August 2019 wird Tafinlar® (Wirkstoff Dabrafenib) nach einer Vereinbarung zwischen dem GKV-Spitzenverband und dem pharmazeutischen Unternehmer Novartis Pharma GmbH ab dem ersten Behandlungsfall als Praxisbesonderheit ausschließlich in den Anwendungsgebieten mit Zusatznutzen laut G-BA-Beschlüssen vom 22. März 2019 und 17. März 2016 anerkannt:

- Dabrafenib in Kombination mit Trametinib ist angezeigt zur adjuvanten Behandlung von erwachsenen Melanom-Patienten im Stadium III mit einer BRAF-V600-Mutation nach vollständiger Resektion.
- Dabrafenib ist angezeigt in Kombination mit Trametinib zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit nicht-resezierbarem oder metastasiertem Melanom mit einer BRAF-V600-Mutation

Anwendungsgebiete

Vor der Einnahme von Dabrafenib in Kombination mit Trametinib muss bei Patienten die BRAF-V600-Mutation durch einen validierten Test nachgewiesen worden sein.

Die Wirksamkeit und Sicherheit von Dabrafenib ist bei Patienten mit Melanom vom BRAF-Wildtyp nicht erwiesen. Dabrafenib sollte daher bei Patienten mit einem Melanom vom BRAF-Wildtyp nicht angewendet werden. Vorbehandelte Patienten wurden in der für die Nutzenbewertung eingeschlossenen Studie nicht untersucht.

Die Einleitung und Überwachung der Behandlung mit Dabrafenib in Kombination mit Trametinib soll durch einen auf dem Gebiet der Onkologie und in der Therapie von Patienten mit Melanomen erfahrenen Facharzt erfolgen (Facharzt/Fachärztin für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie, Facharzt/Fachärztin für Haut- und Geschlechtskrankheiten sowie weitere an der Onkologie-Vereinbarung teilnehmende Ärzte aus anderen Fachgruppen).

Es wird darauf hingewiesen, dass weitere Anwendungsgebiete oder Erweiterungen des Anwendungsgebietes nicht von der Praxisbesonderheit umfasst sind. Die Anerkennung als Praxisbesonderheit besteht, solange Novartis Tafinlar® in Deutschland vertreibt.

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

2.3. Mekinist® (Trametinib) in Teilindikationen als Praxisbesonderheit anerkannt

Ab dem 27. August 2019 wird Mekinist® (Wirkstoff Trametinib) nach einer Vereinbarung zwischen dem GKV-Spitzenverband und dem pharmazeutischen Unternehmer Novartis Pharma GmbH ab dem ersten Behandlungsfall als Praxisbesonderheit ausschließlich in den Anwendungsgebieten mit Zusatznutzen laut G-BA-Beschlüssen vom 22. März 2019 und 17. März 2016 anerkannt:

- Trametinib in Kombination mit Dabrafenib ist angezeigt zur adjuvanten Behandlung von erwachsenen Melanom-Patienten im Stadium III mit einer BRAF-V600-Mutation nach vollständiger Resektion.
- Trametinib ist angezeigt in Kombination mit Dabrafenib zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit nicht-resezierbarem oder metastasiertem Melanom mit einer BRAF-V600-Mutation

Anwendungsgebiete

Vor der Einnahme von Trametinib in Kombination mit Dabrafenib muss bei Patienten die BRAF-V600-Mutation durch einen validierten Test nachgewiesen worden sein.

Die Wirksamkeit und Sicherheit von Trametinib ist bei Patienten mit Melanom vom BRAF-Wildtyp nicht erwiesen. Trametinib sollte daher bei Patienten mit einem Melanom vom BRAF-Wildtyp nicht angewendet werden. Vorbehandelte Patienten wurden in der für die Nutzenbewertung eingeschlossenen Studie nicht untersucht.

Die Einleitung und Überwachung der Behandlung mit Trametinib in Kombination mit Dabrafenib soll durch einen auf dem Gebiet der Onkologie und in der Therapie von Patienten mit Melanomen erfahrenen Facharzt erfolgen (Facharzt/Fachärztin für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie, Facharzt/Fachärztin für Haut- und Geschlechtskrankheiten sowie weitere an der Onkologie-Vereinbarung teilnehmende Ärzte aus anderen Fachgruppen).

Es wird darauf hingewiesen, dass weitere Anwendungsgebiete oder Erweiterungen des Anwendungsgebietes nicht von der Praxisbesonderheit umfasst sind. Die Anerkennung als Praxisbesonderheit besteht, solange Novartis Mekinist® in Deutschland vertreibt.

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

2.4. Impfstoff gegen Haemophilus influenzae Typ b

Der Impfstoff gegen Haemophilus influenzae Typ b (Act-Hib) ist derzeit nicht lieferbar und somit ist eine Verordnung über den Sprechstundenbedarf nicht möglich. Daher haben sich die Landesverbände der Krankenkassen bereit erklärt, vorübergehend die Einzelverordnung, also den Import auf Namen des Patienten zu erlauben. Diese Sonderregelung ist vorerst bis zum 31. Dezember 2019 befristet. Sodann werden wir die Lieferfähigkeit erneut hinterfragen und dazu gesondert informieren.

Bis 31. Dezember 2019
befristet

3. Allgemeine Hinweise

3.1. Beanstandungen der Beschlüsse des Bewertungsausschusses zum TSVG

Das BMG hat die Beschlüsse des Bewertungsausschusses zur TSVG Umsetzung zum Teil beanstandet. Die Regelung, dass die Zuschläge für die zeitnahe TSS-Vermittlung auch in Fällen gewährt werden, in denen ausschließlich Kinderfrüherkennungsuntersuchungen abgerechnet werden, wurde beanstandet und ist damit rückwirkend obsolet.

Rückwirkend obsolet

Für die Fälle der Facharztvermittlung hat das BMG dem Bewertungsausschuss aufgegeben, dass der Hausarzt die LANR des Facharztes anzugeben hat, um insbesondere eine Prüfung auf die Arztgruppenzugehörigkeit zu ermöglichen. Ob die LANR anstelle der BSNR oder ergänzend anzugeben sein wird, bleibt abzuwarten. Übergangsweise bleibt es bei der BSNR-Angabe.

Die Begrenzung der extrabudgetären Vergütung auf den neu definierten Arztgruppenfall wurde zwar nicht beanstandet, aber mit der Auflage verbunden (künftig) auf den Behandlungsfall abzustellen. Gleiches gilt auch für die kassenseitige Bereinigung.

Für die vorgenannten Beschlüsse mit Auflagen gilt, dass (zunächst) noch die ursprüngliche Beschlussfassung maßgebend ist. Sobald die erforderlichen Beschlussanpassungen durch den Bewertungsausschuss vorgenommen sind, werden wir umgehend über deren Umsetzung informieren.

Schließlich weisen wir daraufhin, dass die Kennzeichnungspflicht der jeweiligen TSVG-Fälle insbesondere für Neupatienten zu beachten ist, da diese auch Kassen-/KVN-seitig geprüft werden können/werden.

3.2. Offene Sprechstunden bitte der KVN melden

Mit dem Inkrafttreten des Terminservice- und Versorgungsgesetzes (TSVG) sind für bestimmte Fachgruppe das Anbieten fünf offener Sprechstunden pro Woche verpflichtend geworden.

Folgende Arztgruppen müssen von den 25 Stunden Sprechstunden mindestens fünf Stunden als offene Sprechstunden ohne vorherige Terminvereinbarung anbieten:

- Fachärzte für Augenheilkunde
- Fachärzte für Chirurgie
- Fachärzte für Kinderchirurgie
- Fachärzte für Plastische und Ästhetische Chirurgie
- Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
- Fachärzte für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde
- Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten
- Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie
- Fachärzte für Neurologie
- Fachärzte für Nervenheilkunde
- Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie
- Fachärzte für Neurochirurgie
- Fachärzte für Orthopädie
- Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie
- Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie
- Fachärzte für Urologie

Diese Vorschrift ist eine, die mit am intensivsten berufspolitisch bekämpft wurde und zu größter Verärgerung bei den Vertragsärzten geführt hat. Leider waren auch die Proteste der KVN im Gesetzgebungsverfahren erfolglos, so dass die Verpflichtung besteht, diese gesetzliche Vorschrift umzusetzen.

Die entsprechenden Fachgruppen haben bereits ein Informationsschreiben der KVN erhalten, verbunden mit der Bitte, der KVN die offenen Sprechstunden mitzuteilen. Nachdem die Informationen vorliegen, werden die Zeiten der offenen Sprechstunden in der Arztauskunft Niedersachsen (www.arztauskunft-niedersachsen.de) veröffentlicht.

Um die Meldung möglichst einfach zu gestalten, hat die KVN auf der Startseite des KVN-Portals unter "News" ein entsprechendes Abfrageformular eingestellt. Das Portal finden Sie wie gewohnt auf der Internetseite der KVN nach Verwendung der Schaltfläche "KVN-Portal Login".

Die KVN bittet alle Mitglieder der entsprechenden Fachgruppen, dieser gesetzlichen Vorschrift Genüge zu tun und das ausgefüllte Formular bis zum 4. November 2019 zurückzusenden.

Fachgruppen

3.3. KVNIEDERLASSEN - ein neuer Markenname und ein neues Kampagnendesign

Praxen schließen, Nachfolger fehlen - vor allem in ländlichen Regionen in Niedersachsen wird es in Zukunft zu wenig Ärztinnen und Ärzte geben. Um auch künftig eine hochwertige medizinische Versorgung für die niedersächsischen Bürgerinnen und Bürger sicherzustellen, dafür Ärztinnen und Ärzte für eine Niederlassung zu interessieren und sie zu fördern, hat die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen (KVN) bereits vor Jahren ein umfassendes Förderpaket geschnürt. Die zahlreichen Aktivitäten werden nun zu einer Marke in einem einheitlichen Kampagnendesign zusammengefasst: KVNIEDERLASSEN.

Das klare Ziel der Kampagne: Angehende Ärztinnen und Ärzte schon im Studium über die Niederlassung in Niedersachsen zu informieren und dafür zu begeistern. Assistenzärzte an Kliniken über die Vorteile sein eigener Chef zu sein aufzuklären. Angestellte Ärztinnen und Ärzte für das Leben und Arbeiten in ländlichen Regionen Niedersachsens zu gewinnen.

Zuerst brauchte es das richtige Motto und das passende Design. Sympathisch kreativ, mit Fokus auf den Arztberuf, das Bundesland Niedersachsen und die Niederlassung - so war die Aufgabenstellung. Das Ergebnis: KVNIEDERLASSEN. Inhaltlich umfassend aber doch kompakt, bringt es das Thema „Niederlassung“ direkt auf den Punkt und ist damit der Startpunkt für die Entwicklung der richtigen Botschaften an die Zielgruppen.

Kompakte und gute Infos mussten her. So entstand die neue Kampagnenwebsite KVNIEDERLASSEN. (www.kvniederlassen.de). Die Website bildet das Herzstück der Informationsoffensive mit allen wichtigen Infos rund um die ärztliche Niederlassung. Die Kampagne wird über die elf KVN-Bezirksstellen und die Berater der KVN aktiv an die Zielgruppen herangetragen. Alle Präsentationen im Zusammenhang mit KVNIEDERLASSEN erhalten ein einheitliches Design und einheitliche Aussagen. Ein Basisflyer informiert über Beratungs- und Fördermöglichkeiten und macht auf Wirtschaftsseminare, Existenzgründerseminare, Praxisseminare, Praxisbörsen und Praxisabgeberseminare aufmerksam.

Veranstaltungen der KVN zum Thema „Niederlassung“ sind in Zukunft schon von außen gut erkennbar. Dafür werden Beachflags und Roll-Ups eingesetzt. Die Fahrzeuge der Berater erscheinen im neuen KVNIEDERLASSEN-Look. InfoCards werden zielgruppenspezifisch eingesetzt, um auf die Beratungsprodukte aufmerksam zu machen.

Der aktuelle Start war der 1. Oktober. Die Kampagne KVNIEDERLASSEN wird in den kommenden Monaten und Jahren ausgebaut und um weitere Informationsmodule erweitert.

Neue Kampagnen-
website

3.4. Informationskampagne: KVN informiert in sechs Veranstaltungen über aktuelle Trends und Entwicklungen im Bereich eHealth

Die Digitalisierung des Gesundheitswesens beeinflusst immer stärker das Arbeitsleben von Ärzten und ihren Mitarbeitern. Neue Entwicklungen in den Bereichen der Telemedizin, digitaler Anwendungen und der digitalen Vernetzung verschiedener Akteure bieten großes Potential für den Praxisalltag. Die große Herausforderung ist es jedoch, den Überblick über die Vielzahl an unterschiedlichen Themen zu behalten und immer häufiger kommt die Frage auf: Wie genau können Digitalisierungsmaßnahmen den Arbeitsalltag von Ärzten erleichtern?

Um dieser Frage zu begegnen und die Chancen der Digitalisierung aufzuzeigen, werden ab Oktober dieses Jahres sechs Informationsveranstaltungen von der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen (KVN) angeboten. Ziel dieser Veranstaltungen ist es, den Mitgliedern sowie medizinischen Fachangestellten das Thema Digitalisierung im Gesundheitswesen näher zu bringen. Hierfür werden aktuelle Trends im Bereich eHealth aufgegriffen und praxisnah durch ausgewählte Fachreferenten vermittelt. Neben einem Überblick über die aktuelle politische Lage, werden die Chancen von Telemedizin zur Versorgungssicherung aufgezeigt und anhand praktischer Erfahrungsberichte veranschaulicht. Zudem werden prämierte Start-Ups ihre digitalen Anwendungen vorstellen, die den Bürokratieaufwand in den Arztpraxen leichter beherrschbar machen sollen.

Die Anmeldung zu den sechs inhaltlich gleich strukturierten Informationsveranstaltungen in den Bezirksstellen Göttingen, Osnabrück, Verden, Hannover, Oldenburg und Braunschweig erfolgt bequem online über das Seminarangebot auf der KVN-Homepage. Der Titel der Veranstaltungen lautet: „Digitalisierung im Gesundheitswesen“.

Veranstaltungstermine

Veranstaltungsort	Datum und Startzeit
• Bezirksstelle Göttingen	16.10.2019, ab 16 Uhr
• Bezirksstelle Osnabrück	06.11.2019, ab 15 Uhr
• Bezirksstelle Verden	13.11.2019, ab 16 Uhr
• Bezirksstelle Hannover	20.11.2019, ab 15 Uhr
• Bezirksstelle Oldenburg	27.11.2019, ab 15 Uhr
• Bezirksstelle Braunschweig	04.12.2019, ab 15 Uhr

3.5. Qualitätssicherungsvereinbarung Abklärungskolposkopie

Die Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur Abklärungskolposkopie (Qualitätssicherungsvereinbarung Abklärungskolposkopie) ist im Deutschen Ärzteblatt, Heft 37 vom 13. September 2019, veröffentlicht worden. Wie bereits angekündigt, wird die Qualitätssicherungsvereinbarung Abklärungskolposkopie zum 1. Januar 2020 in Kraft treten.

Ziel der Qualitätssicherungsvereinbarung zur Abklärungskolposkopie ist die Sicherstellung der Qualität bei der Abklärung auffälliger Befunde zur Früherkennung des Zervixkarzinoms durch eine Differenzialkolposkopie (Abklärungskolposkopie).

Die Abklärungskolposkopie ist ein zentraler Bestandteil der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses für organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme (oKFE-RL), die am 1. Juli 2019 in Kraft getreten ist und zum 1. Januar 2020 starten wird.

Die neue Vereinbarung regelt die fachlichen, apparativen, räumlichen und organisatorischen Voraussetzungen für die Ausführung und Abrechnung der Abklärungskolposkopie sowie deren Leistungen nach der oKFE-RL in der vertragsärztlichen Versorgung.

Die Genehmigung nach der Qualitätssicherungsvereinbarung können Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe erhalten. Zusätzlich zur Facharztanerkennung sind u. a. die erfolgreiche Teilnahme an einem Basis- und Fortgeschrittenenkolposkopiekurs sowie mindestens 100 Kolposkopien mit abnormen Befunden von Portio, Vagina und Vulva und davon mindestens 30 histologisch gesicherter Fälle intraepithelialer Neoplasien oder invasiver Karzinome in den letzten zwölf Monaten nachzuweisen.

Genehmigung

Für den Nachweis der mindestens 100 Kolposkopien steht ein Erfassungsförmular zur Verfügung. Alternativ kann auch ein Auszug aus der PVS nebst Bestätigung vorgelegt werden.

Für Dysplasie-Sprechstunden und Dysplasie-Einheiten gibt es eine Sonderregelung. Die AG CPC pflegt ein Zertifizierungssystem, nach welchem Dysplasie-Sprechstunden und Dysplasie-Einheiten einheitlich zertifiziert werden. Die Anforderungen an die fachliche Befähigung gelten für Ärzte bei Nachweis eines entsprechend gültigen Zertifikats, sowohl für den Nachweis der geforderten Kurse als auch für die Untersuchungszahlen als erfüllt.

Zertifizierungssystem

Hinsichtlich der apparativen Ausstattung sind u. a. Kolposkope vorzuhalten, die über mindestens zwei Vergrößerungsstufen zwischen 7- und 15-fach sowie über eine Lichtquelle verfügen.

Analoge Geräte müssen eine direkte binokulare Befundung/Beurteilung ermöglichen. Digitale Geräte müssen in Bildqualität und Auflösung mindestens dem Standard der analogen Geräte entsprechen. Weiterhin muss mindestens eine Kooperationsvereinbarung mit einer Einrichtung, die auf die Behandlung von Gebärmutterhalskrebs spezialisiert ist, bestehen.

Vertragsärzte, die eine Abrechnungsgenehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Abklärungskolposkopien erhalten möchten, haben hierfür einen Antrag zu stellen. Das entsprechende Antragsformular ist unter [www.kvn.de/Mitglieder/Anträge/Genehmigungspflichtige Leistungen/A wie Abklärungskolposkopie abrufbar](http://www.kvn.de/Mitglieder/Anträge/Genehmigungspflichtige_Leistungen/A_wie_Abklärungskolposkopie_abrufbar).

Es wird darauf hingewiesen, dass eine Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Abklärungskolposkopien frühestens zum 1. Januar 2020 mit Wirkungsbeginn der Qualitätssicherungsvereinbarung Abklärungskolposkopie erteilt werden kann.

3.6. Neue Laborleistungen - Umsetzung gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung Spezial-Labor

Zum 1. Juli 2019 wurde folgende genehmigungspflichtige Laborleistung in den EBM aufgenommen:

- GOP 32818 - Genotypische HIV-Resistenztestung bei HIVInfizierten gemäß der Fachinformation der Arzneimittel Delstrigo® und/oder Pifeltro® vor Erstverordnung, sofern die Untersuchungsvoraussetzungen gemäß Anlage I Nr. 10 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der vertragsärztlichen Versorgung nicht erfüllt sind.

Zum 1. Juli 2019

Zum 1. September 2019 wurden folgende genehmigungspflichtige Laborleistungen in den EBM aufgenommen:

- GOP 01931 - Nachweis von HIV-1- und HIV-2-Antikörpern und von HIV-p24-Antigen im Rahmen einer Präexpositionsprophylaxe
- GOP 01932 - Nachweis von HBs-Antigen und HBc-Antikörpern vor Beginn einer Präexpositionsprophylaxe
- GOP 01933 - Nachweis von HBs-Antikörpern vor Beginn einer Präexpositionsprophylaxe ohne dokumentierte Impfung gegen Hepatitis B
- GOP 01934 - Nachweis von HCV-Antikörpern
- GOP 01935 - Nachweis von Treponemenantikörpern mittels TPHA/TPPA-Test (Lues-Suchreaktion) und/oder Immunoassay nach individueller und situativer Risikoüberprüfung im Rahmen einer Präexpositionsprophylaxe
- GOP 01936 - Nachweis von Neisseria gonorrhoeae und /oder Chlamydien in pharyngealen, anorektalen und/oder genitalen Abstrichen mittels Nukleinsäureamplifikationsverfahren (NAT) nach individueller und situativer Risikoüberprüfung im Rahmen einer Präexpositionsprophylaxe ggf. einschl. Pooling der Materialien der Abstrichorte.

Zum 1. September 2019

Zum 1. Oktober 2019 werden folgende genehmigungspflichtige Laborleistungen neu in den EBM aufgenommen:

- GOP 32362 - Quantitative Bestimmung der PIGF-Konzentration
- GOP 32363 - Quantitative Bestimmung des sFit-1/PIGF-Quotienten
- GOP 32850 - Nukleinsäurenachweis von HIV-RNA.

Zum 1. Oktober 2019

Für Laborärzte sind alle neuen GOP und für Mikrobiologen sind die GOP 32818, 01931 bis 01936 und 32850 ohne zusätzliche Antragstellung und Genehmigungserteilung abrechnungsfähig.

Für alle anderen Fachärzte sind alle neuen GOP antrags- und genehmigungspflichtig. Das heißt, eine Abrechnung von Laborleistungen nach den GOP 32818, 01931 bis 01936, 32362, 32363 und 32850 EBM ist ohne entsprechende Genehmigung nach der Qualitätssicherungsvereinbarung Spezial-Labor nicht möglich.

4. Veranstaltungen im November und Dezember 2019

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

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

www.kvn.de/Mitglieder/Fortbildung

Name	Ort	Datum	Gebühr p. P.
Qualitäts- und Praxismanagement			
Digitalisierung im Gesundheitswesen	Osnabrück	06.Nov	kostenlos
Qualitätsmanagement für Fortgeschrittene (2-tägig)	Hannover	08.Nov	225 Euro
Auf dem Weg zum Erfolgsteam	Oldenburg	13.Nov	125 Euro
Digitalisierung im Gesundheitswesen	Verden	13.Nov	kostenlos
QEP®-Intensivkurs (2-tägig)	Oldenburg	15.Nov	220 Euro
Raus aus der Stressfalle für PraxismitarbeiterIn	Oldenburg	19.Nov	150 Euro
Digitalisierung im Gesundheitswesen	Hannover	20.Nov	kostenlos
Empfang in der Arztpraxis	Aurich	20.Nov	40 Euro
Fehler- und Risikomanagement in der Praxis	Oldenburg	23.Nov	135 Euro
Unterstützung in der Arztpraxis im Umgang mit Flüchtlingen	Hannover	23.Nov	128 Euro
Digitalisierung im Gesundheitswesen	Oldenburg	27.Nov	kostenlos
Qualitätsmanagement - Die interne Selbstbewertung	Hannover	27.Nov	139 Euro
Stressmanagement in der Arztpraxis	Aurich	27.Nov	80 Euro
Arbeitsschutz in der Arztpraxis	Hannover	30.Nov	139 Euro

Gesundheit von PraxismitarbeiterIn erhalten und schützen	Hannover	04.Dez	kostenlos
Digitalisierung im Gesundheitswesen	Braunschweig	04.Dez	kostenlos
Raus aus der Stressfalle für PraxisinhaberIn	Hannover	07.Dez	150 Euro
Medizinprodukte-Aufbereitung Workshop Teil 2	Hannover	12.Dez	95 Euro
Management für Praxisinhaber	Hannover	13.Dez	60 Euro
Abrechnung und Verordnung			
TSVG - Informationsveranstaltung für MFA	Verden	06.Nov	kostenlos
TSVG - Vergütungsregelungen	Braunschweig	06.Nov	kostenlos
Weiterbildungsassistenten - Praxisseminar	Hannover	06.Nov	kostenlos
Heilmittelverordnung in Theorie und Praxis	Hannover	12.Nov	kostenlos
Heilmittel-Verordnungs-Dschungel	Lingen	13.Nov	kostenlos
Heilmittel-Verordnungs-Dschungel	Oldenburg	20.Nov	kostenlos
Medizin im Bereitschaftsdienst	Stade	20.Nov	20 Euro
TSVG - Informationsveranstaltung für MFA	Verden	20.Nov	kostenlos
Heilmittelseminar für MFA	Lüneburg	27.Nov	kostenlos
TSVG - Informationsveranstaltung für MFA	Nienburg	27.Nov	kostenlos
TSVG - Informationsveranstaltung für MFA	Barnstorf	04.Dez	kostenlos
Heilmittelversorgung	Lüneburg	11.Dez	kostenlos
Medizinische und psychotherapeutische Themen			
DMP - Diabetes mellitus Typ 2	Verden	16.Nov	20 Euro
DMP KHK	Verden	16.Nov	20 Euro
DMP KHK	Stade	20.Nov	20 Euro

Diabetes und Verhalten - für Menschen mit Typ 2-Diabetes, die Insulin spritzen	Hannover	30.Nov	185 Euro
SGS - Strukturiertes Geriatisches Schulungsprogramm	Hannover	07.Dez	119 Euro
Wirtschaftsseminare			
Praxisabgeberseminar Meine Zukunft planen - Impulse für die Praxisabgabe	Hildesheim	06.Nov	kostenlos
Existenzgründerseminar Modul II Meine eigene Praxis - So gelingt der Start	Osnabrück	13.Nov	kostenlos
Nds. Praxisforum live 2019	Hannover	23.Nov	kostenlos
Existenzgründerseminar Modul I Meine eigene Praxis - Impulse für den Start	Hildesheim	27.Nov	kostenlos
Praxisseminar Zusammenarbeit neu angedacht - Meine Kooperationsmöglichkeiten heute	Braunschweig	27.Nov	kostenlos
Praxisseminar Zusammenarbeit neu angedacht - Meine Kooperationsmöglichkeiten heute	Stade	04.Dez	kostenlos

Verbindliche Anmeldung (*bitte vollständig ausfüllen*)

Fax an 0511 380-4620

für das Seminar

.....
(Titel des Seminars)

Datum des Seminars Anzahl Teilnehmer Person/en

Vor- und Nachname der Teilnehmer (*bitte deutlich in Druckbuchstaben schreiben*)

.....
.....

für das Seminar

.....
(Titel des Seminars)

Datum des Seminars Anzahl Teilnehmer Person/en

Vor- und Nachname der Teilnehmer (*bitte deutlich in Druckbuchstaben schreiben*)

.....
.....

.....
Vor- und Nachname des Rechnungsempfängers (auch bei kostenlosen Seminaren auszufüllen, Pflichtfeld)

.....
Anschrift (Straße, PLZ, Ort) des Rechnungsempfängers (auch bei kostenlosen Seminaren auszufüllen, Pflichtfeld)

LANR BSNR

E-Mail-Adresse:

Telefonnummer für evtl. Rückfragen

Datum _____

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

Stempel



Informationen für die Praxis

KVN-Rundschreiben

September 2019

Inhaltsverzeichnis

1. Abrechnung	3
1.1. Abgabetermin Quartalsabrechnung 3/2019.....	3
1.2. Amtliche Mitteilung der KVN zum HVM für das 4. Quartal 2019 für alle dem RLV unterliegenden Arztgruppen des haus- und fachärztlichen Versorgungsbereichs	3
1.3. Amtliche Mitteilung der KVN zum HVM Teil B Nr. 16.1 und 16.2 für das 4. Quartal 2019 - Fachgruppendurchschnittswerte für Laborindividualbudgets.....	4
1.4. Mitteilung der fachgruppendurchschnittlichen Obergrenze für Kontrastmittel für das Quartal 4/2019 .	4
1.5. Beschlüsse des Bewertungsausschusses zur Änderung des EBM	4
2. Verordnungen	7
2.1. Vertriebeinstellung von Praluent® (Alirocumab).....	7
2.2. Anpassung innerhalb des Wirtschaftlichkeitsziels Quote MS-Therapeutika	7
2.3. Abgrenzung von häuslicher und psychiatrischer häuslicher Krankenpflege und stationsäquivalenter psychiatrischer Behandlung.....	8
2.4. Elektronisches Arztinformationssystem (AIS) zum 1. Juli 2020	8
2.5. Tagrisso® (Osimertinib) in weiterer Teilindikation als Praxisbesonderheit anerkannt.....	8
2.6. Verschiedene Anpassungen in Anlage VI (Off-Label- Use) der Arzneimittel-Richtlinie.....	9
3. Allgemeine Hinweise	10
3.1. Informationskampagne: KVN informiert in sechs Veranstaltungen über aktuelle Trends und Entwicklungen im Bereich eHealth	10
3.2. Neues Versorgungsprogramm BKK Osteoporose für Osteologen ab 1. Oktober 2019 / Vorläuferprogramm endet am 30. September 2019.....	11

3.3.	Teilkündigung der „Hausarztverträge“ mit den Ersatzkassen Barmer, DAK-Gesundheit, KKH und HKK.....	12
3.4.	Patientenbegleitung Bosch BKK: Akutpsychotherapeutisches Zusatzmodul endet am 30. September 2019.....	12
3.5.	Beendigung des Tonsillotomievertrags mit der pronova BKK	12
3.6.	Diverse Anpassungen bei den Vordrucken zum 1. Oktober 2019.....	13
3.7.	Erinnerung: Übergangsregelung bei der Durchführung von Gesundheitsuntersuchungen beachten	13
3.8.	BKK „Hallo Baby“ - Versorgung: Teilnahmemöglichkeit für Fachärzte für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie ab 1. Oktober 2019.....	14
3.9.	Zonta Club Osnabrück startet Plakataktion gegen Gewalt an Frauen und Mädchen	15
3.10.	Redaktionelle Anpassung - KVN Rundschreiben August 2019 - 3.4 „Hygienefortbildung zum „Hygienebeauftragten Arzt“	15
3.11.	3. Oldenburger Tag der Allgemeinmedizin	16
4.	Veranstaltungen im Oktober und November 2019	17
5.	Anlagenverzeichnis.....	21
5.1.	Amtliche Mitteilung zum HVM Teil B Nr. 16.1 und 16.2.....	21
5.2.	3. Oldenburger Tag der Allgemeinmedizin	21

1. Abrechnung

1.1. Abgabetermin Quartalsabrechnung 3/2019

Der Abgabetermin für die Abrechnung des 3. Quartals 2019 ist der 10. Kalendertag des nachfolgenden Quartals und somit der 10. Oktober 2019.

10. Oktober 2019

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

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

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

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

Nicht benötigt

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

Direkt an 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 2019 für alle dem RLV unterliegenden Arztgruppen des haus- und fachärztlichen Versorgungsbereichs

Mit der Umstellung der RLV-Berechnungssystematik auf die aktuellen Fallzahlen entfallen ab dem 4. Quartal 2019 nunmehr auch für die Fachärzte (wie im hausärztlichen Versorgungsbereich bereits seit 4/2015) die individuellen RLV-/QZV-Mitteilungen. Die für das 4. Quartal 2019 gelten-

den RLV-/QZV-Mindestfallwerte sowie die Fallzahlgrenzen für die Fallwertminderung bzw. die Fallzahlzuwachsbeschränkungsregelung (FZZB) finden Sie unter https://www.kvn.de/Mitglieder/Abrechnung_+Honorar+und+Vertrag/Honorarverteilung.html

1.3. Amtliche Mitteilung der KVN zum HVM Teil B Nr. 16.1 und 16.2 für das 4. Quartal 2019 - Fachgruppendurchschnittswerte für Laborindividualbudgets

Die für das 4. Quartal 2019 geltenden Fachgruppendurchschnittswerte für Laborindividualbudgets entnehmen Sie bitte der Anlage 5.1 zu diesem Rundschreiben. Zusätzlich sind diese Daten auch bereits seit dem 29. August 2019 über das KVN-Portal abrufbar.

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

1.4. Mitteilung der fachgruppendurchschnittlichen Obergrenze für Kontrastmittel für das Quartal 4/2019

Gemäß der Kontrastmittelvereinbarung, die die KVN mit den Landesverbänden der Krankenkassen in Niedersachsen zum 1. Januar 2016 abgeschlossen hat, gelten für das 4. Quartal 2019 für Ärzte, die im Basisquartal 4/2018 (noch) keine Kontrastmittel über die o. g. Vereinbarung abgerechnet haben, folgende fachgruppendurchschnittlichen Obergrenzen:

- Institute, Krankenhäuser 1.203,55 Euro
- Fachärzte für Nuklearmedizin 13.663,74 Euro
- Fachärzte für Diagnostische Radiologie 42.832,13 Euro
- Fachärzte für Urologie 2.229,53 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/Kontrastmittelvereinbarung abrufbar.

1.5. Beschlüsse des Bewertungsausschusses zur Änderung des EBM

Nachfolgend möchten wir Sie über mehrere Beschlüsse des Bewertungsausschusses zur Änderung des EBM informieren:

Vergütung der HIV-Präexpositionsprophylaxe zum 1. September 2019

Der Bewertungsausschuss hat die HIV-Präexpositionsprophylaxe als neue Leistung in den EBM aufgenommen. Damit ist die präventive Gabe eines dafür zugelassenen Medikamentes ab 1. September 2019 möglich - so wie es das TSVG vorsieht. Zur Abrechnung der PrEP wird zum 1. September 2019 ein neuer Abschnitt 1.7.8. „Präexpositionsprophy-

laxe“ in den EBM aufgenommen. Die neuen GOP 01920 bis 01922 bilden die ärztliche Beratung und Durchführung der PrEP ab; die GOP 01930 bis 01936 die jeweils erforderlichen Laborleistungen.

Die neuen GOP im Überblick:

- GOP 01920: Beratung vor PrEP, je vollendete 10 Minuten, bis zu dreimal im Krankheitsfall (115 Punkte)
- GOP 01921: Einleitung der PrEP, einmal im Krankheitsfall (115 Punkte)
- GOP 01922: Kontrolle im Rahmen der PrEP, je vollendete 5 Minuten, bis zu dreimal im Behandlungsfall (57 Punkte)
- GOP 01930 bis 01936: im Rahmen einer PrEP erforderliche Laborleistungen (Bewertungen der Leistungen entsprechen der jeweiligen Leistung im Kapitel 32 EBM in Punkten)

Die GOP 01920 bis 01922 sind von Vertragsärzten, die über eine Abrechnungsgenehmigung der KVN gemäß Anlage 33 zum BMV-Ä verfügen, berechnungsfähig. Dies können Ärzte folgender Fachgruppen sein:

Allgemeinmedizin, Innere Medizin, Kinder- und Jugendmedizin, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Urologie oder Haut- und Geschlechtskrankheiten, die folgenden Voraussetzungen hierfür erfüllen müssen:

- Mindestens 16-stündige Hospitation in einer ambulanten oder stationären Einrichtung zur medizinischen Betreuung von HIV-/AIDS-Patienten,
- Nachweis von fachlicher Kompetenz durch die Präsenz durch die Behandlung von mindestens 15 Personen mit HIV/AIDS und/oder mit PrEP. Dies kann im Rahmen von bisheriger Berufstätigkeit oder der o. g. Hospitation erfolgen.
- Theoretische Kenntnisse im Bereich HIV/AIDS und sexuell übertragbare Infektionen durch die Erlangung von acht Fortbildungspunkten innerhalb von einem Jahr vor Antragsstellung. Hospitationen können hierbei nicht angerechnet werden.

Zur Aufrechterhaltung der fachlichen Befähigung müssen diese Ärzte die selbständige Betreuung von jährlich durchschnittlich zehn Personen mit PrEP, beginnend mit der Genehmigungserteilung, nachweisen. Hierzu kommt der jährliche Erwerb von acht Fortbildungspunkten im Bereich HIV/AIDS und PrEP, wovon die Hälfte durch präsenzpflichtige Fortbildungsmaßnahmen zu erlangen ist.

Die Anträge für die Beantragung dieser neuen genehmigungspflichtigen Leistung finden sie auf [www.kvn.de/Mitglieder/Anträge/genehmigungspflichtige Leistungen/HIV-PrEP](http://www.kvn.de/Mitglieder/Anträge/genehmigungspflichtige-Leistungen/HIV-PrEP), Antrag.

Die Finanzierung der GOP 01920 bis 01922 und 01930 bis 01936 erfolgt zunächst für zwei Jahre befristet außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung.

Überblick neue GOP

Voraussetzungen

Anpassungen des EBM im Bereich Labor zum 1. Oktober 2019

Die GOP 32575 zum Nachweis von HIV-Antikörpern wird zum 1. Oktober 2019 an den Stand von Wissenschaft und Technik angepasst und die Bewertung entsprechend dem aktuellen Leistungsbedarf der GOP 32575, 32576 und 32783 auf 4,45 Euro angehoben. Die GOP 32576 und 32783 werden im EBM gestrichen.

Die GOP 32850 für den diagnostischen Nachweis von HIV-RNA wird als neue Leistung mit einer Bewertung von 43,40 Euro in den Abschnitt 32.3.12 EBM aufgenommen. Der Nachweis viraler Nukleinsäuren kann sowohl zur Bestätigung eines reaktiven Suchtests anstelle der GOP 32660 als auch zum Nachweis einer kürzlich erworbenen HIV-Infektion eingesetzt werden. Die Finanzierung erfolgt für zwei Jahre außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung. Außerdem wird in dem Ziffernkranz der Kennnummer 32006 „Erkrankungen oder Verdacht auf Erkrankungen, bei denen eine gesetzliche Meldepflicht besteht oder Mukoviszidose“ um die GOP 32850 ergänzt. Infolgedessen bleibt die Leistung bei der Berechnung des Wirtschaftlichkeitsbonus unberücksichtigt.

Medikamentöse Behandlung bei Morbus Pompe ab 1. Oktober 2019 im EBM

Die medikamentöse Behandlung mit Alglucosidase alfa bei Morbus Pompe wird ab dem 1. Oktober 2019 im EBM vergütet. Die Beobachtung und Betreuung eines Kranken unter Gabe des Wirkstoffs Alglucosidase alfa bei Morbus Pompe wird dazu in den obligaten Leistungsinhalt der GOP 01510 bis 01512 in den Abschnitt 1.5 des EBM aufgenommen. Berechnungsfähig ist bei dieser seltenen Erbkrankheit allerdings nur die GOP 01510 und 01511.

Beschluss zum Präeklampsie- und HE4-Markern zum 1. Oktober 2019

- Die Bestimmung der PIGF-Konzentration wird in den EBM aufgenommen: GOP 32362; 19,40 Euro
- Die Bestimmung des sFlt-1/PIGF-Quotienten wird in den EBM aufgenommen: GOP 32363; 62,25 Euro
- Der Tumormarker HE 4 bei Ovarialkarzinomen wird in die GOP 32390 CA 125 „Quantitative Bestimmung mittels Immunoassay“ integriert.

Voraussetzung für die Abrechnungsfähigkeit der Leistungen zur Bestimmung der Biomarker PIGF und sFlt-1/PIGF (GOP 32362 und 32363) sind die Indikationskriterien, die im EBM festgelegt sind. Die Finanzierung der beiden Leistungen erfolgt für zwei Jahre außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung.

Die konkreten Beschlüsse veröffentlicht das Institut des Bewertungsausschusses auf der Internetseite unter <http://institut-ba.de/ba/beschluesse.html>

A

2. Verordnungen

2.1. Vertriebseinstellung von Praluent® (Alirocumab)

Aus patentrechtlichen Gründen werden Fertigung, Marketing und Vertrieb des PCSK-9-Inhibitors Praluent® (Alirocumab) ab sofort in Deutschland eingestellt. Die Löschung in der Lauertaxe erfolgt zum 1. September 2019.

Eine Umstellung von Alirocumab auf Evolocumab (Repatha®) entspricht aus Sicht der KBV einer Neuverordnung und muss daher durch folgende in der Anlage III Nr. 35 a der Arzneimittel-Richtlinie genannten Fachärzte erfolgen:

- 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
- Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder-Endokrinologie und –Diabetologie, Kinder-Nephrologie oder Schwerpunkt Kinder-Kardiologie
- an Ambulanzen für Lipidstoffwechselstörungen tätige Fachärzte

Alirocumab war nur zur Anwendung bei Erwachsenen zugelassen. Der Vollständigkeit wegen, da Evolocumab auch eine Zulassung zur Behandlung von Kindern ab zwölf Jahren hat, sind in der obigen Aufzählung dennoch auch Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder-Endokrinologie und -Diabetologie, Kinder-Nephrologie oder Schwerpunkt Kinder-Kardiologie enthalten.

2.2. Anpassung innerhalb des Wirtschaftlichkeitsziels Quote MS-Therapeutika

Durch Änderungen auf dem Arzneimittelmarkt hat sich innerhalb des Arzneimittelziels MS-Therapeutika für die Vergleichsgruppen der Nervenärzte und Neurologen eine Anpassung ergeben:

Alle Glatirameracetat-haltigen Präparate in der Wirkstärke 40 mg/ml werden für diese Quote nicht mehr berücksichtigt. Die Verordnung generischer Glatirameracetat-haltiger Präparate in der Wirkstärke 20 mg/ml wirkt sich hingegen weiterhin positiv auf die Erfüllung der Quote MS-Therapeutika aus.

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

Fachärzte

Anpassung

2.3. Abgrenzung von häuslicher und psychiatrischer häuslicher Krankenpflege und stationsäquivalenter psychiatrischer Behandlung

Wir möchten Sie darüber informieren, dass neben einer stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung (StäB) keine gleichzeitige Verordnung von häuslicher und psychiatrischer häuslicher Krankenpflege erfolgen darf. Dies hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) in seinem Beschluss vom 20. Juni 2019 klargestellt. Der Beschluss ist am 23. August 2019 in Kraft getreten.

Die Versorgung im Rahmen einer StäB, bei der psychisch erkrankte Menschen eine Krankenhausleistung im häuslichen Umfeld erhalten, entspricht einer vollstationären Behandlung im Krankenhaus.

Demnach sind sämtliche pflegerischen Maßnahmen, die während der StäB erforderlich werden, durch das Team des jeweiligen Krankenhauses zu erbringen. Eine parallele Verordnung von ambulanter Krankenpflege kann nicht erfolgen.

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

2.4. Elektronisches Arztinformationssystem (AIS) zum 1. Juli 2020

Am 3. August 2019 ist die elektronische Arztinformationen-Verordnung (EAMIV) in Kraft getreten. Damit sind ab dem 1. Juli 2020 die Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) über die frühe Nutzenbewertung neuer Arzneimittel in der Arzneimittelverordnungssoftware abzubilden.

Ziel des AIS ist es, Vertragsärzte besser über die Ergebnisse zur frühen Nutzenbewertung von Arzneimitteln zu informieren. Zeitgleich zur Umsetzung des AIS soll zum 1. Juli 2020 durch die Einrichtung einer standardisierten Schnittstelle auch ein erleichterter Wechsel der Verordnungssoftware möglich sein.

2.5. Tagrisso® (Osimertinib) in weiterer Teilindikation als Praxisbesonderheit anerkannt

Ab dem 1. September 2019 wird Tagrisso® (Wirkstoff Osimertinib) nach einer Vereinbarung zwischen dem GKV-Spitzenverband und dem pharmazeutischen Unternehmer AstraZeneca GmbH ab dem ersten Behandlungsfall als Praxisbesonderheit im Anwendungsgebiet mit einem Zusatznutzen laut G-BA-Beschluss vom 17. Januar 2019 anerkannt:

- Monotherapie zur Erstlinientherapie von erwachsenen Patienten mit lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem, nicht-kleinzelligem Lungenkarzinom (NSCLC) mit aktivierenden Mutationen des epidermalen Wachstumsfaktor-Rezeptors (Epidermal Growth Factor Receptor, EGFR). a) Erwachsene Patienten mit lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem NSCLC mit den aktivierenden EGFR-Mutationen L858R oder del 19.

Anwendungsgebiet

Die seit dem 12. Juni 2018 gültige Anerkennung als Praxisbesonderheit im Anwendungsgebiet

- Behandlung von erwachsenen Patienten mit lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem, nicht-kleinzelligem Lungenkarzinom (NSCLC) und einer positiven T790M-Mutation des epidermalen Wachstumsfaktor-Rezeptors (Epidermal Growth Factor Receptor, EGFR). 1) Patienten nach Vorbehandlung mit einem EGFR-Tyrosinkinase-Inhibitor a) für Patienten, für die eine zytotoxische Chemotherapie infrage kommt.

bleibt weiter bestehen.

Wird die Anwendung von Tagrisso® in Betracht gezogen, muss der EGFR- bzw. EGFR-T790M-Mutationsstatus in Tumor- oder Plasmaproben mittels eines validierten Testverfahrens bestimmt werden (weitere Informationen siehe Fachinformation Abschnitt 4.4).

Die Einleitung und Überwachung der Behandlung mit Osimertinib soll durch in der Therapie von Patienten mit nicht-kleinzelligem Lungenkarzinom erfahrene Fachärzte für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie sowie durch Fachärzte für Innere Medizin und Pneumologie oder Fachärzte für Lungenheilkunde und weitere, an der Onkologie-Vereinbarung teilnehmende Ärzte anderer Fachgruppen erfolgen.

Zudem wird darauf hingewiesen, dass weitere Patientenpopulationen, Anwendungsgebiete oder Erweiterungen des Anwendungsgebietes nicht von der Praxisbesonderheit umfasst sind. Die Anerkennung als Praxisbesonderheit besteht, solange AstraZeneca Tagrisso® in Deutschland vertreibt.

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

2.6. Verschiedene Anpassungen in Anlage VI (Off-Label-Use) der Arzneimittel-Richtlinie

Mit Wirkung zum 4. September 2019 wurden in Teil A der Anlage VI der Arzneimittel-Richtlinie bei verschiedenen Ziffern Anpassungen vorgenommen.

Dies erfolgt auf Grund einer Klarstellung in der Arzneimittel-Richtlinie, dass auch bei zulassungsüberschreitendem Einsatz die Angaben der Fach- und Gebrauchsinformationen sowie aktuelle Informationen der Zulassungsbehörden oder der pharmazeutischen Unternehmer, z. B. zu Gegenanzeigen, Wechselwirkungen oder Warnhinweisen wie Rote-Hand-Briefen, zu beachten sind.

Weiter bestehende
Praxisbesonderheit

Durch diese Konkretisierung konnten in folgenden Ziffern die Hinweise durch die Vermeidung von Redundanzen auf das notwendige Maß reduziert und besonders relevante Risiken herausgehoben werden:

- Ziffer V „Valproinsäure bei der Migräneprophylaxe im Erwachsenenalter“
- Ziffer IX „Verapamil zur Prophylaxe des Clusterkopfschmerzes“
- Ziffer X „Clostridium botulinum Toxin Typ A (OnabotulinumtoxinA, AbobotulinumtoxinA) bei Spasmodischer Dysphonie (Laryngealer Dystonie)“
- Ziffer XVI „Mycophenolat Mofetil bei Myasthenia gravis“
- Ziffer XXVII „Mycophenolatmofetil / Mycophenolensäure als Induktionstherapie / als Erhaltungstherapie bei Lupusnephritis“

Den vollständigen Beschluss des G-BA sowie die Anlage VI der AM-RL finden Sie im Internet unter www.g-ba.de/Richtlinien/Arzneimittel-Richtlinie/Anlage VI: Off-Label-Use > weitere Beschlüsse.

Übersicht Ziffern

3. Allgemeine Hinweise

3.1. Informationskampagne: KVN informiert in sechs Veranstaltungen über aktuelle Trends und Entwicklungen im Bereich eHealth

Die Digitalisierung des Gesundheitswesens beeinflusst immer stärker das Arbeitsleben von Ärzten und ihren Mitarbeitern. Neue Entwicklungen in den Bereichen der Telemedizin, digitaler Anwendungen und der digitalen Vernetzung verschiedener Akteure bieten großes Potential für den Praxisalltag. Die große Herausforderung ist es jedoch, den Überblick über die Vielzahl an unterschiedlichen Themen zu behalten und immer häufiger kommt die Frage auf: Wie genau können Digitalisierungsmaßnahmen den Arbeitsalltag von Ärzten erleichtern?

Um dieser Frage zu begegnen und die Chancen der Digitalisierung aufzuzeigen, werden ab Oktober dieses Jahres sechs Informationsveranstaltungen von der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen (KVN) angeboten. Ziel dieser Veranstaltungen ist es, den Mitgliedern sowie medizinischen Fachangestellten das Thema Digitalisierung im Gesundheitswesen näher zu bringen. Hierfür werden aktuelle Trends im Bereich eHealth aufgegriffen und praxisnah durch ausgewählte Fachreferenten vermittelt. Neben einem Überblick über die aktuelle politische Lage, werden die Chancen von Telemedizin zur Versorgungssicherung aufgezeigt und anhand praktischer Erfahrungsberichte veranschaulicht. Zudem werden prämierte Start-Ups ihre digitalen Anwendungen vorstellen, die den Bürokratieaufwand in den Arztpraxen leichter beherrschbar machen sollen.

Die Anmeldung zu den sechs inhaltlich gleich strukturierten Informationsveranstaltungen in den Bezirksstellen Göttingen, Osnabrück, Verden, Hannover, Oldenburg und Braunschweig erfolgt bequem online über das Seminarangebot auf der KVN-Homepage. Der Titel der Veranstaltungen lautet: „Digitalisierung im Gesundheitswesen“.

Veranstaltungsort	Datum und Startzeit
• Bezirksstelle Göttingen	16.10.2019, ab 16 Uhr
• Bezirksstelle Osnabrück	06.11.2019, ab 15 Uhr
• Bezirksstelle Verden	13.11.2019, ab 16 Uhr
• Bezirksstelle Hannover	20.11.2019, ab 15 Uhr
• Bezirksstelle Oldenburg	27.11.2019, ab 15 Uhr
• Bezirksstelle Braunschweig	04.12.2019, ab 15 Uhr

Veranstaltungstermine

3.2. Neues Versorgungsprogramm BKK Osteoporose für Osteologen ab 1. Oktober 2019 / Vorläuferprogramm endet am 30. September 2019

Am 1. Oktober startet ein neues Versorgungsprogramm BKK Osteoporose. Zur Verbesserung der Patientenversorgung steht das neue Programm für eine besondere Langzeitbetreuung von chronisch Erkrankten. Zahlreiche BKK beteiligen sich und fördern damit die zeitlich intensivere Patientenzuwendung. Der Versorgungsvertrag ist zwischen dem BKK Landesverband Mitte und der KVN - unterstützt vom Bund der Osteologen Niedersachsen e. V. - vereinbart worden. Der alte Vertrag endet am 30. September 2019. Somit enden alle Arzt- und Patiententeilnahmen mit Ablauf des 3. Quartals. Die relevanten Gebührenpositionen (99171 bis 99181) verlieren zeitgleich ihre Gültigkeit.

Der betreuende Osteologe erhält für den erstmaligen Aufwand (Patientengewinnung und Patienteneinschreibung, Upload der Teilnahmeerklärung, Abstimmung des Behandlungsregimes) 60 Euro. Das Vertragshandling ist über eine nutzerorientierte Onlineanwendung im KVN-Portal/ Rubrik: Online-Dienste möglich. Im Laufe der Versorgung können weitere Quartalspauschalen von 20 oder 35 Euro abgerechnet werden.

Leistung	Euro	GOP	Abrechnung
Patienteneinschreibung/ Erstbetreuung	55	99265	automatisch (einmalig)
Digitalisierungszuschlag (bis 31. März 2021)	5	99266	automatisch (einmalig)
Betreuungspauschale	35	99267	manuell
Recallpauschale	20	99268	manuell

Leistungen und Abrechnung

Weitere Informationen (Vertrag, Teilnahmeantrag für Osteologen, teilnehmende BKK) finden Sie im KVN-Portal: In der Rubrik „Verträge“ führt der Suchbegriff „Osteoporose“ zur Dokumentenauswahl.

3.3. Teilkündigung der „Hausarztverträge“ mit den Ersatzkassen Barmer, DAK-Gesundheit, KKH und HKK

Die o. a. Ersatzkassen haben auf Druck des Bundesversicherungsamtes mit sofortiger Wirkung (zum 30. September 2019) die o. a. Hausarztverträge in wichtigen Teilen gekündigt.

Betroffen sind folgende Leistungen des Hausarztvertrages:

- | | |
|----------------------------------|-------------|
| 1. Aufwandspauschale | (GOP 99306) |
| 2. Chronikerpauschale 1 | (GOP 99302) |
| 3. Chronikerpauschale 2 | (GOP 99303) |
| 4. Chronikerpauschale 3 | (GOP 99304) |
| 5. Chronikerpauschale bei Barmer | (GOP 99298) |

Betroffene Leistungen

Diese Teilkündigung kann erhebliche Auswirkungen auf die Honoraransprüche im 4. Quartal 2019 aus den Hausarztverträgen haben. Zurzeit werden Übergangslösungen verhandelt, welche eine Sicherung der HZV Honoraransprüche auch in der Zukunft zum Ziel haben.

Sobald hierzu weitere Informationen vorliegen werden wir entsprechend informieren.

Sollten die Verhandlungen zu keinem Ergebnis führen, sind ggf. ab 1. Oktober 2019 nur noch die Einschreibgebühr, die Vertragsmanagementpauschale und soweit vereinbart, besondere HZV-Leistungsmodule (Gesundheitsvorsorge Diabetes bei DAK und KKH) abrechenbar.

3.4. Patientenbegleitung Bosch BKK: Akutpsychotherapeutisches Zusatzmodul endet am 30. September 2019

Mit Ablauf des 3. Quartals endet das seit 2014 bestehende Leistungsangebot im Rahmen der Patientenbegleitung. Zeitgleich verlieren die relevanten Gebührenpositionen 98291 bis 98295 ihre Gültigkeit.

Den Versorgungsbedarf deckt seit Oktober 2018 ein an die Strukturreform angepasstes akutpsychotherapeutisches Angebot, dessen Inanspruchnahme nicht mehr die Teilnahme an der integrierten Bosch BKK-Patientenbegleitung voraussetzt.

Weitere Informationen finden Sie im KVN-Portal: In der Rubrik „Verträge“ führen die Suchbegriffe „akut“ oder „akut Bosch“ zur Dokumentenauswahl.

3.5. Beendigung des Tonsillotomievertrags mit der pronova BKK

HNO-Ärzte können eine Teilentfernung (Tonsillotomie) der Gaumenmandeln ab dem 1. Juli 2019 über den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) abrechnen.

Bis zum 30. September 2019 begonnene Behandlungen können bis 31. Dezember 2019 abgeschlossen und abgerechnet werden. Ab dem 1. Januar 2020 ist eine Abrechnung über den Vertrag der pronova BKK nicht mehr möglich.

3.6. Diverse Anpassungen bei den Vordrucken zum 1. Oktober 2019

Wir möchten Sie über die Neuerungen im Formularbereich zum 1. Oktober 2019 informieren.

Änderung der Geschlechtsangabe auf mehreren Vordrucken

Aufgrund der Einführung des Geschlechts „divers“ werden die Muster 6, 10, 10A und 10L angepasst. Ab dem 1. Oktober 2019 enthalten diese Muster lediglich nur noch ein Feld zur Angabe des Geschlechts. In dem Feld ist in allen Bedruckungsverfahren das Geschlecht durch einen Buchstaben anzugeben:

D=divers
M=männlich
W=weiblich
X=unbestimmt

Alte Vordrucke können aufgebraucht werden. Jedoch ist ab dem 1. Oktober 2019 ausschließlich das äußere Feld (Ankreuzfeld für „männlich“) zur Geschlechtsangabe mit den oben beschriebenen Eintragungen zu verwenden.

Derzeit wird die Zusammenlegung der Muster 5 und Muster 19 diskutiert, sodass für diese Muster zum 1. Oktober 2019 keine neuen Druckfassungen erstellt werden. Die Angabe des Geschlechts erfolgt auf den bisherigen Vordrucken wie oben beschrieben: Die Kürzel sind in das für „männlich“ vorgesehene Ankreuzfeld einzutragen.

Überarbeitete Vordruckerläuterungen zum Muster 6

Die Vordruckerläuterungen zum Überweisungsschein wurden grundlegend überarbeitet. So erfolgte z. B. eine Definition der quartalsübergreifenden Gültigkeit von Überweisungen.

Durch die Ergänzung wird klargestellt, dass sofern eine Behandlung nicht innerhalb eines Quartals abgeschlossen werden kann, eine erneute Ausstellung des Überweisungsscheins nicht erforderlich ist und der im Vorquartal ausgestellte Überweisungsschein auch im Folgequartal weiterverwendet werden kann.

3.7. Erinnerung: Übergangsregelung bei der Durchführung von Gesundheitsuntersuchungen beachten

Mit dem April-Rundschreiben hatten wir Sie über die Änderung der Gesundheitsuntersuchung ab 1. April 2019 informiert. Wir möchten nochmals an die Übergangsregelung erinnern.

Danach ist es möglich, dass für Versicherte, bei denen im Jahr 2017 eine Gesundheitsuntersuchung durchgeführt wurde, die Wiederholungsuntersuchung bis zum 30. September 2019 terminiert sein kann.

Muster 6, 10, 10A und 10L

Alte Vordrucke

Muster 5 und 19

Für alle gesetzlich Versicherten ab 35, bei denen die letzte Gesundheitsuntersuchung im Jahr 2018 (und später) stattgefunden hat, gilt das neue dreijährige Untersuchungsintervall: Wurde 2018 eine Gesundheitsuntersuchung durchgeführt, kann der nächste Check-up wieder ab dem Jahr 2021 erfolgen. Versicherte, die 2019 den Check-up wahrnehmen, haben 2022 wieder Anspruch auf die Untersuchung.

3.8. BKK „Hallo Baby“ - Versorgung: Teilnahmemöglichkeit für Fachärzte für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie ab 1. Oktober 2019

Neben den Fachärzten für Frauenheilkunde und Fachärzten für Laboratoriumsmedizin sind ab 1. Oktober 2019 auch Fachärzte für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie zur Teilnahme an diesem Vertrag berechtigt und können folgende Leistungen abrechnen.

Leistungsinhalt	Vergütung	GOP
Durchführung Toxoplasmosesuchtest	12 Euro	81315
Durchführung Streptokokken B Test	10 Euro	81316

Leistungen

Außerdem wurden Vertragsanpassungen vorgenommen und vertraglich das Zusammenwirken der Vertragsarbeitsgemeinschaften konkretisiert. Die Vertragsanpassungen haben zur Überarbeitung folgender Anlagen geführt:

- Anlage 2 „BKK-Beitrittserklärung“
- Anlage 3 „Patienteninformation“
- Anlage 4 „Teilnahmeerklärung Arzt“
- Anlage 6 „Leistungsbeschreibung und Vergütung“
- Anlage 7 „Technische Anlage“

Überarbeitete Anlagen

Die Teilnahmeunterlagen und weitere Informationen finden Sie im KVN-Portal: Verträge/Eingabe des Suchbegriffs „Hallo Baby“.

3.9. Patientenbefragungen: KBV - Online-Tool eZAP

Die KBV hat ein Online-Tool (eZAP) entwickelt und stellt dieses ab sofort auf der Homepage der KBV zur kostenlosen Durchführung einer Patientenbefragung zur Verfügung.

Patientenbefragungen sind ein wichtiger Bestandteil des Qualitätsmanagements (QM). Hierüber erhalten Ärzte*innen und Psychotherapeuten wertvolle Anhaltspunkte, wie zufrieden ihre Patienten bzgl. Arzt-Patienten-Interaktion, Information, fachliche Kompetenz und Organisation wirklich sind.

Das Online-Tool eZAP (Fragebogen zur Zufriedenheit in der ambulanten Versorgung - Qualität aus Patientenperspektive - kurz ZAP) der KBV

bietet nunmehr die Möglichkeit Patientenbefragung webbasiert unter www.kbv.de/html/6332.php durchzuführen. Mit wenigen Klicks kann eine Patientenbefragung angelegt, der Befragungszeitraum gewählt und ein Poster für das Wartezimmer ausgedruckt werden. Das Poster macht auf die Patientenbefragung aufmerksam und enthält Erläuterungen zum Ablauf.

Der Vorteil der Online-Befragung besteht darin, dass die Daten nicht manuell übertragen werden müssen, da der Patient digital die Befragung (QR-Code) durchführen kann. Am Ende der Befragung erhalten die Praxisinhaber automatisch einen Ergebnisbericht mit Grafiken. Der Fragebogen steht den Patienten in sieben Sprachen zur Verfügung. Alternativ kann der Fragebogen in Papierform ausgefüllt und in das Online-Befragungstool eingepflegt werden.

Der Fragebogen wurde von der Medizinischen Hochschule Hannover entwickelt und ist für volljährige Patienten gedacht, die mindestens zweimal die Praxis besucht haben.

Ergebnisbericht

3.10. Zonta Club Osnabrück startet Plakataktion gegen Gewalt an Frauen und Mädchen

Der Zonta Club Osnabrück startet ein Pilotprojekt mit einem Plakat, das künftig in Arztpraxen ausgehängt werden kann. Mit der Aktion setzt der Club die Kampagne „Zonta sagt Nein zu Gewalt an Frauen und Mädchen“ fort. Unter dem neuen Motto „Gewalt hat viele Gesichter - Wir Ärztinnen und Ärzte hören zu“ soll Patientinnen und Patienten durch den Aushang in der Praxis explizit die Möglichkeit gegeben, sich bei Bedarf an ihre Ärztin oder ihren Arzt zu wenden. Weitere Informationen unter www.zonta-westfaelischer-friede.de

Das Plakat liegt zur Abholung in der Bezirksstelle Osnabrück der Ärztekammer Niedersachsen, An der Blankenburg 64 in 49078 Osnabrück ab September 2019 in der Zeit von 8 Uhr bis 16 Uhr (Montag bis Donnerstag) und von 8 Uhr bis 14 Uhr (Freitag) bereit.

3.11. Redaktionelle Anpassung - KVN Rundschreiben August 2019 - 3.4 „Hygienefortbildung zum „Hygienebeauftragten Arzt“

Der Berufsverband der Deutschen Chirurgen e.V. bietet die genannte Hygienefortbildung zum „Hygienebeauftragten Arzt“ auf Grundlage der Hygieneverordnung Niedersachsen (NMedHygVO) an. Nach dieser Verordnung sind medizinische Einrichtungen (Einrichtungen des ambulanten Operierens und Dialyseeinrichtungen) verpflichtet einen Hygienebeauftragten Arzt vorzuhalten.

Demzufolge gilt die Übergangsfrist bis 31. Dezember 2019 der Hygieneverordnung ausschließlich für die vorgenannten Einrichtungen und nicht für jede ambulante Einrichtung (Seite 10, 3. Absatz - KVN-Rundschreiben August 2019).

3.12. 3. Oldenburger Tag der Allgemeinmedizin

Am Samstag, den 19. Oktober 2019, findet der 3. Oldenburger Tag der Allgemeinmedizin (TDA) statt, zu dem wir Sie herzlich einladen. Der TDA ist eine unabhängige Fortbildungsveranstaltung mit praxisorientierten, interaktiven Workshops für Hausärztinnen und Hausärzte sowie Medizinische Fachangestellte. Grundlage ist dabei die Vermittlung und Diskussion von wissenschaftlichen Belegen und der aktuellen Studienlage.

Veranstaltungsort

Universität Oldenburg, Hörsaalzentrum A14 (Campus Haarentor)
Uhlhornsweg 86, 26129 Oldenburg

Anmeldung

Weitere Infos zur Veranstaltung und Online-Anmeldung unter:
<https://uol.de/tda/>

Anlage 5.2: 3. Oldenburger Tag der Allgemeinmedizin

4. Veranstaltungen im Oktober und November 2019

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

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

www.kvn.de/Mitglieder/Fortbildung

Name	Ort	Datum	Gebühr p. P.
Qualitäts- und Praxismanagement			
Digitalisierung im Gesundheitswesen	Göttingen	16.Okt	kostenlos
Qualitätszirkel - was ist das überhaupt?	Braunschweig	23.Okt	kostenlos
Telefonieren in der Arztpraxis	Aurich	23.Okt	80 Euro
Digitalisierung im Gesundheitswesen	Osnabrück	06.Nov	kostenlos
Qualitätsmanagement für Fortgeschrittene (2-tägig)	Hannover	08.Nov	225 Euro
Auf dem Weg zum Erfolgsteam	Oldenburg	13.Nov	125 Euro
Digitalisierung im Gesundheitswesen	Verden	13.Nov	kostenlos
QEP®-Intensivkurs (2-tägig)	Oldenburg	15.Nov	220 Euro
Raus aus der Stressfalle für PraxismitarbeiterIn	Oldenburg	19.Nov	150 Euro
Digitalisierung im Gesundheitswesen	Hannover	20.Nov	kostenlos
Empfang in der Arztpraxis	Aurich	20.Nov	40 Euro
Fehler- und Risikomanagement in der Praxis	Oldenburg	23.Nov	135 Euro
Unterstützung in der Arztpraxis im Umgang mit Flüchtlingen	Hannover	23.Nov	128 Euro
Digitalisierung im Gesundheitswesen	Oldenburg	27.Nov	kostenlos
Qualitätsmanagement - Die interne Selbstbewertung	Hannover	27.Nov	139 Euro

Stressmanagement in der Arztpraxis	Aurich	27.Nov	80 Euro
Umgang mit schwierigen Patienten	Verden	27.Nov	50 Euro
Arbeitsschutz in der Arztpraxis	Hannover	30.Nov	139 Euro
Abrechnung und Verordnung			
Abrechnung aktuell	Aurich	02.Okt	kostenlos
Heilmittel - Informationsveranstaltung	Wilhelmshaven	09.Okt	kostenlos
Verordnungsweise in der täglichen Praxis	Hannover	09.Okt	kostenlos
TSVG Vergütungsanreize	Walsrode	16.Okt	kostenlos
Heilmittel-Verordnungs-Dschungel	Osterholz	22.Okt	kostenlos
Honorarbescheid lesen und verstehen	Braunschweig	23.Okt	kostenlos
Heilmittelverordnung	Göttingen	30.Okt	kostenlos
Heilmittelverordnung in Theorie und Praxis	Braunschweig	30.Okt	kostenlos
Weiterbildungsassistenten - Praxisseminar	Hannover	06.Nov	kostenlos
Heilmittelverordnung in Theorie und Praxis	Hannover	12.Nov	kostenlos
Heilmittel-Verordnungs-Dschungel	Lingen	13.Nov	kostenlos
Heilmittel-Verordnungs-Dschungel	Oldenburg	20.Nov	kostenlos
Medizin im Bereitschaftsdienst	Stade	20.Nov	20 Euro
Heilmittelseminar für MFA	Lüneburg	27.Nov	kostenlos
Medizinische und psychotherapeutische Themen			
DMP - Diabetes mellitus Typ 2	Stade	23.Okt	20 Euro
HZV Sonderverträge	Verden	25.Okt	135 Euro
Notfallseminar	Aurich	30.Okt	70 Euro
DMP - Diabetes mellitus Typ 2	Verden	16.Nov	20 Euro

DMP KHK	Verden	16.Nov	20 Euro
DMP KHK	Stade	20.Nov	20 Euro
Diabetes und Verhalten - für Menschen mit Typ 2-Diabetes, die Insulin spritzen	Hannover	30.Nov	185 Euro
Wirtschaftsseminare			
Praxisseminar Zusammenarbeit neu angedacht	Aurich	23.Okt	kostenlos
Praxisabgeberseminar Meine Zukunft planen - Impulse für die Praxisabgabe	Hildesheim	06.Nov	kostenlos
Existenzgründerseminar Modul II Meine eigene Praxis - So gelingt der Start	Osnabrück	13.Nov	kostenlos
Nds. Praxisforum live 2019	Hannover	23.Nov	kostenlos
Existenzgründerseminar Modul I Meine eigene Praxis - Impulse für den Start	Hildesheim	27.Nov	kostenlos
Praxisseminar Zusammenarbeit neu angedacht - Meine Kooperationsmöglichkeiten heute	Braunschweig	27.Nov	kostenlos

Verbindliche Anmeldung (*bitte vollständig ausfüllen*)

Fax an 0511 380-4620

für das Seminar

.....
(Titel des Seminars)

Datum des Seminars Anzahl Teilnehmer Person/en

Vor- und Nachname der Teilnehmer (*bitte deutlich in Druckbuchstaben schreiben*)

.....
.....

für das Seminar

.....
(Titel des Seminars)

Datum des Seminars Anzahl Teilnehmer Person/en

Vor- und Nachname der Teilnehmer (*bitte deutlich in Druckbuchstaben schreiben*)

.....
.....

.....
Vor- und Nachname des Rechnungsempfängers (auch bei kostenlosen Seminaren auszufüllen, Pflichtfeld)

.....
Anschrift (Straße, PLZ, Ort) des Rechnungsempfängers (auch bei kostenlosen Seminaren auszufüllen, Pflichtfeld)

LANR BSNR

E-Mail-Adresse:

Telefonnummer für evtl. Rückfragen

Datum _____

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

Stempel

5. Anlagenverzeichnis

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

5.2. 3. Oldenburger Tag der Allgemeinmedizin

Amtliche Mitteilung der KVN zum HVM für das 4. Quartal 2019

in Umsetzung des Honorarverteilungsmaßstabes (HVM) gemäß § 87b Abs. 1 SGB V der KVN vom 21. Juni 2019

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

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

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

Für Ärzte, die im 4. Quartal 2019 nicht in vollem zeitlichen Umfang an der vertragärztlichen Versorgung teilnehmen, reduzieren sich die o.a. Fachgruppendurchschnittswerte anteilig auf den Umfang ihrer Tätigkeit.

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

Fachgruppe	durchschnittliches Individualbudget
FA Chirurgie	3,65 €
FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe	13.747,72 €
FA Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	33.372,06 €
FA Haut- und Geschlechtskrankheiten	1.571,56 €
FA Innere Medizin und (SP) Nephrologie	906,61 €
FA Innere Medizin und (SP) Kardiologie	6.288,38 €
FA Kinder- und Jugendmedizin (hausärztlich)	16.771,96 €
FA Innere Medizin und (SP) Pneumologie	6.424,10 €
FA Innere Medizin und (SP) Gastroenterologie	8.147,28 €
FA Pathologie	5.783,14 €
FA Radiologie	10.344,56 €
FA Strahlentherapie	
FA Urologie	6.505,52 €
FA Nuklearmedizin	35.552,50 €
FA Humangenetik	
FA Transfusionsmedizin	89.844,51 €
FA Biochemie	
FA Allgemeinmedizin, Praktischer Arzt, FA Innere Medizin (hausärztlich)	25.412,31 €
FA Allgemeinmedizin, Praktischer Arzt (fachärztlich)	25.412,31 €
FA Innere Medizin (fachärztlich)	101.375,91 €
FA Innere Medizin und (SP) Endokrinologie	249.724,25 €
FA Innere Medizin und (SP) Hämatologie und Onkologie	17.504,63 €
FA Innere Medizin und (SP) Rheumatologie	67.028,17 €

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

Für Ärzte, die im 4. Quartal 2019 nicht in vollem zeitlichen Umfang an der vertragärztlichen Versorgung teilnehmen, reduzieren sich die o.a. Fachgruppendurchschnittswerte anteilig auf den Umfang ihrer Tätigkeit.

Organisatorisches

Veranstaltungsort

Universität Oldenburg, Hörsaalzentrum A14 (Campus Haarentor)
Uhlhornsweg 86, 26129 Oldenburg
Campus Westlogy

Anreise mit Bus/Bahn: Buslinien 306 und 310, Haltestelle „Universität“
Anreise mit dem Auto: A 28 Ausfahrt OL-Haarentor. Rechts auf Ammerländer
Heerstraße fahren und nach ca. 800 m an der Ampelkreuzung links in den
Uhlhornsweg abbiegen.



Kosten

Dank der Unterstützung des Deutschen Hausärzterverband Landesverband Niedersachsen e.V. (HÄV) können wir dieses Jahr für dessen Mitglieder reduzierte Preise anbieten:

- Ärztinnen/Ärzte regulär 100 €
- für Mitglieder des HÄV 70 €
- MFA 40 €
- Ärztinnen/Ärzte in Weiterbildung regulär 40 €
- für Mitglieder des HÄV 10 €
- Studierende und Auszubildende: 10 €

Anmeldung

Weitere Infos zur Veranstaltung und Online-Anmeldung unter:
uni-oldenburg.de/tda2019

Organisation und Kontakt

TDA Veranstaltungsteam
Abteilung für Allgemeinmedizin
Universität Oldenburg
E-Mail: tda@uni-oldenburg.de
Telefon: 0441 7982772
Fax: 0441 7985824

Der Tag der Allgemeinmedizin wird gefördert von



DEUTSCHER
HAUSÄRZTEVERBAND
Landesverband Niedersachsen e.V.
FÖRDERER DER
UNIVERSITÄTSMEDIZIN
NORDWEST E.V.

Lauf der Allgemeinmedizin (4 x 5,5 km Staffellauf)

im Rahmen des Oldenburg Marathon am Sonntag, den 20.10.2019



Auch in diesem Jahr wird es einen Lauf der Allgemeinmedizin geben, der wieder im Rahmen des Oldenburger Marathon am Sonntag, den 20.10.19 stattfindet. Teams mit je vier Personen können an einem 4x5,5-km-Staffellauf teilnehmen, was besonders für Praxisteams sehr geeignet ist. Dabei läuft jede/r Staffellaufnehmer/in 5,5km und das Team mit vier Läufern kommt somit zusammen auf die Halbmarathondistanz. Für den Staffellauf kommt es nicht auf die Zeit an, sondern auf Freude und Begeisterung im Team.

Die Teams können und sollen gerne gemischt und multiprofessionell zusammengestellt sein, z.B. eine Hausärztin, eine MFA, eine Ärztin in Weiterbildung und eine Medizinstudentin. Auch Freunde der Allgemeinmedizin können im Team mitlaufen. Für gemischte Teams ist es günstig, wenn mind. zwei Frauen im Team sind, dann zählt es für die mixed-Wertung.

Eine 5,5 km-Laufstrecke kann jede/r schaffen, nur Mut!

Den ganzen Halbmarathon zu laufen ist auch möglich: entweder als Startläufer weiterlaufen oder auch unabhängig von einer Staffel. Auch Marathonläufer können sich am Lauf beteiligen.

Lauf der Allgemeinmedizin

Anmeldung

Die Anmeldung zur Laufveranstaltung ist in zwei Varianten möglich:

- 1) Bereits selbst zusammengestellte Teams melden sich direkt über die Webseite des Oldenburg Marathon an. Bitte geben Sie bei der Anmeldung als Verein „Lauf der Allgemeinmedizin“, dann ein Doppelpunkt und die Bezeichnung der konkreten Staffel, also z.B. „Lauf der Allgemeinmedizin: Praxis an der Hafenkante“ an. Bitte melden Sie sich wegen der Bestellung der Laufshirts zusätzlich bei Michael Freitag.
- 2) Einzelne Läuferinnen und Läufer, die sich gerne einer Staffel anschließen möchten, können sich bei uns melden und wir stellen entsprechende Teams zusammen.

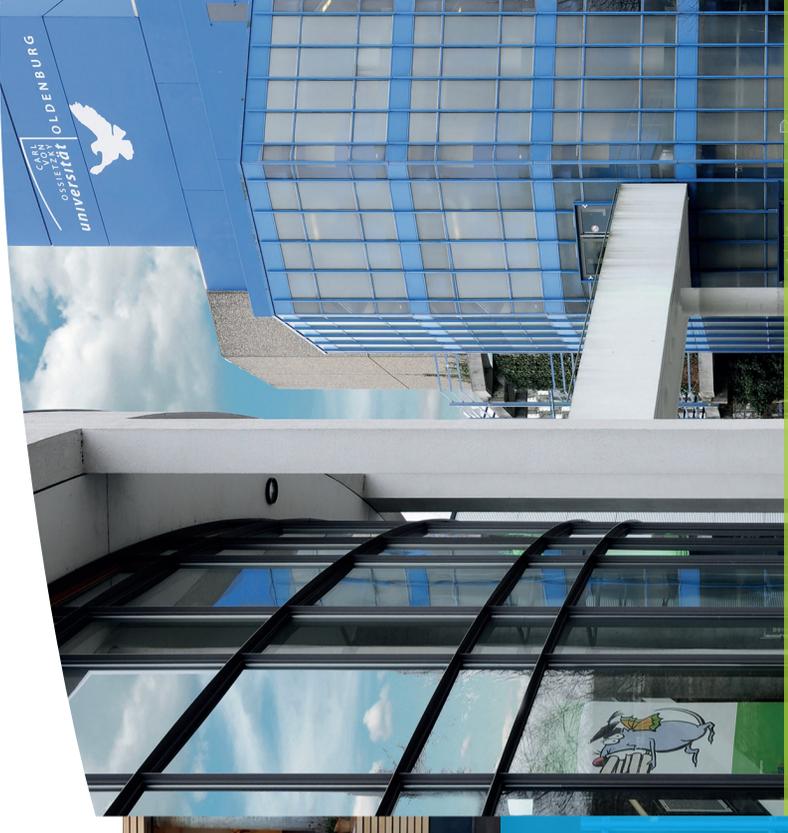
Website zur direkten Anmeldung: <http://www.oldenburg-marathon.de/>

Rückfragen zum Lauf an: michael.freitag@uni-oldenburg.de

3. Oldenburger Tag der Allgemeinmedizin

19. Oktober 2019

CARL
VON
OSSIEZKY
universität
OLDENBURG



Das Organisationsteam der Veranstaltung

Programm 3. Oldenburger Tag der Allgemeinmedizin am 19.10.2019

Liebe Praxisteams im Nordwesten,

am Samstag, den 19. Oktober 2019, findet der 3. Oldenburger Tag der Allgemeinmedizin (TDA) statt, zu dem wir Sie herzlich einladen.

Der TDA ist eine unabhängige Fortbildungsveranstaltung mit praxisorientierten, interaktiven Workshops für Hausärztinnen und Hausärzte sowie Medizinische Fachangestellte. Grundlage ist dabei die Vermittlung und Diskussion von wissenschaftlichen Belegen und der aktuellen Studienlage.

Gleichzeitig ist es eine hervorragende Möglichkeit, Kolleginnen und Kollegen zu treffen und sich auszutauschen.

Wie die letzten Jahre ist ihr gesamtes Praxisteam eingeladen!

Am Sonntag besteht auch wieder die Möglichkeit, sich am „Lauf der Allgemeinmedizin“ zu beteiligen, der im Rahmen des Oldenburg Marathons stattfindet. Mehr Informationen dazu finden Sie auf der Rückseite.

Im letzten Jahr waren mehrere Seminare schon einige Wochen vor der Veranstaltung ausgebucht. Wir empfehlen daher eine frühzeitige Anmeldung – first come, first served!

Wir sind sicher, dass Sie bei den vielfältigen Themen fündig werden, und freuen uns auf Ihr Kommen.

Mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. Michael Freitag und das Team der Abteilung für Allgemeinmedizin



Prof. Dr. Michael Freitag und das Team der Abteilung für Allgemeinmedizin

Ärzte	Ärzte	Ärzte/ÄiW	MFA	(Lehr-)Ärzte		
08:00 – 09:00 Uhr Anmeldung im Foyer						
09:00 Uhr Begrüßung						
9:30 – 11:00 Uhr 	Die drei ??? – Die rätselhafte Leichenschau Lars Hagemeier, Rechtsmedizin Oldenburg Claudia Kahle Lena Bohlken, Fachkommisariat der Polizeiinspektion Oldenburg-Stadt	Die neue Gesundheitsuntersuchung 18-35 Jahre Guido Schmiemann	„Was für wen?“ – Differenzierte Diagnostik und Therapie in der Psychosomatik (amb., stat., teilstat. oder Rehabilitation) Silke Kleinschmidt, Direktorin der Klinik für Psychosom. Medizin u. Psychotherapie (KJK) Volker Nüstert	Update Allgemeinmedizin – was wir aus neuen Studien für den hausärztlichen Alltag lernen können Günther Egidi	MFA-Sprechstunde kompetent, entlastend, wirtschaftlich Wolfram Nagel Seraphina Schwindtke	„Die Stacheligen“ – Lösungsansätze und Strategien zum Umgang mit schwierigen Patienten Birgit Voß mit Schauspiel-patient*in, Ev. Altenpflege-schule e.V. Oldenburg Abt. Allgemeinmedizin und Hausärztl. Beirat
11:00 Uhr Tee-/Kaffeepause im Foyer						
11:30 Uhr Key Note Lecture „Die Kunst der Diagnosefindung in der Hausarztpraxis“ – Prof. Dr. Stefan Bösner, Philipps-Universität Marburg						
12:30 Uhr Mittagessen						
13:30 – 15:00 Uhr 	Wie funktioniert Telemedizin? Uwe Lankenfeld	Let's talk about Sex: HIV/STI-Prävention und Beratung in der ärztlichen Praxis Silke Eggers, Deutsche Airdhilfe, in Koop. mit FA Allgemeinmediziner*in	Differentialdiagnose akuter Luftnot in der Hausarztpraxis Stefan Bösner	Freude mit Formularen: Heilmittelverordnung 1. Teil Werkzeugkasten Niederlassung Ruben Bernau Timo Schumacher	Patientenanliegen richtig zuordnen Jürgen Biesewig-Siebenmorgen Günther Egidi	Schulung allgemeinmedizinische Hospitationen - Grundlagenthemen (Lehrpraxenschulung) Abt. Allgemeinmedizin und Hausärztl. Beirat
15:00 Uhr Tee-/Kaffeepause im Foyer						
15:30 – 17:00 Uhr 	Proktologie in der Hausarztpraxis Jörg Weißmann	Wo finden Patienten und Patientinnen gute Informationen? Andreas Waltering, Ressort Gesundheitsinformation des IQWiG Marc Falkenstein	Train-the-Trainer Workshop für weiterbildende Hausärzte oder solche die es gerne werden wollen Jürgen Biesewig-Siebenmorgen	Freude mit Formularen: Heilmittelverordnung 2. Teil Werkzeugkasten Niederlassung Ruben Bernau Timo Schumacher	EKG für MFAs Guido Schmiemann	Der Notfall in der Hausarztpraxis – ein interaktives (Fallbeispiel-)Training Roland Mersch, Rettungsassistent und Bildungsreferent, Klinikum Oldenburg Abt. Allgemeinmedizin und Hausärztl. Beirat
17:00 Uhr Abschluss im Foyer						



KVN

Kassenärztliche Vereinigung
Niedersachsen

Informationen für die Praxis

KVN-Rundschreiben

August 2019

Inhaltsverzeichnis

1. Abrechnung	3
1.1. TSVG: Neue Gebührenordnungspositionen für Zuschläge stehen fest.....	3
1.2. Änderung des Honorarverteilungsmaßstabes ab 4/2019.....	5
1.3. Leistungskennzeichnung zur Funktionsanalyse von kardiologischen Aggregaten bei Durchführung von gleichzeitiger Strahlentherapie	5
2. Verordnungen	6
2.1. Sprechstundenbedarf: Lieferengpass bei Synacthen - Freigabe des Imports aus dem Ausland	6
2.2. Hemlibra® (Emicizumab) in Teilindikation als Praxisbesonderheit anerkannt.....	6
2.3. Carboplatin bei fortgeschrittenem nicht-kleinzelligem Bronchialkarzinom (NSCLC) - Änderung der Anlage VI der Arzneimittel-Richtlinie, Zustimmung eines pharmazeutischen Unternehmers (Fresenius Kabi Deutschland GmbH).....	7
2.4. Gemeinsame Arbeitsgruppe Arzneimittel - Rezept-Info zum Thema „Polypharmazie“	8
3. Allgemeine Hinweise	8
3.1. Informationsveranstaltungen der KVN zum TSVG	8
3.2. KVN unterstützt Impfkampagne des Niedersächsischen Gesundheitsministeriums	9
3.3. Beendigung der Tonsillotomieverträge: AOK Niedersachsen, BARMER, Knappschaft und Novitas BKK.....	9
3.4. Hygienefortbildungen zum „Hygienebeauftragten Arzt“	9
3.5. Kinder- und Jugendärzte: Charité sucht Eltern chronisch kranker Kinder für Online-Befragung	10
3.6. plexus-App ist online	11
4. Veranstaltungen im September und Oktober 2019	12

5. Anlagenverzeichnis.....	16
5.1. Übersicht der neuen GOP.....	16
5.2. Rezept-Info.....	16
5.3. Hygienefortbildungen.....	16
5.4. Sammelerklärung.....	16

1. Abrechnung

1.1. TSVG: Neue Gebührenordnungspositionen für Zuschläge stehen fest

Die Gebührenordnungspositionen (GOP) für die zeitgestaffelten extrabudgetären Zuschläge, die Ärzte und Psychotherapeuten ab 1. September bei einer Terminvermittlung durch die Terminservicestelle (TSS) erhalten, stehen fest. Dies betrifft auch die Vermittlung eines dringenden Facharzttermins durch den Hausarzt, für die es neue GOP im EBM gibt.

Zuschläge aufgrund einer TSS-Terminvermittlung

Bereits seit Inkrafttreten des TSVG am 11. Mai können Ärzte und Psychotherapeuten die Behandlung von Patienten extrabudgetär abrechnen, die über die TSS vermittelt werden („TSS-Terminfall“), siehe unten. Ab September erhalten sie zusätzlich zeitgestaffelte Zuschläge auf die jeweilige Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale von 20, 30 und 50 Prozent.

In jedes der EBM-Kapitel 3 bis 27 (ohne Kapitel 12 Labormedizin und 19 Pathologie) und in den EBM-Abschnitt 30.7 (Schmerztherapie) wird jeweils eine neue GOP als „Zusatzpauschale TSS-Terminvermittlung“ aufgenommen. Zu jeder Zusatzpauschale gibt es vier mögliche Zusätze A bis D, die die entsprechende Höhe der Zuschläge abbilden und vom Arzt zusammen mit der neuen GOP anzugeben sind. Dabei steht das Buchstabensuffix A für den „TSS-Akutfall“ - A erst ab 1. Januar 2020 zur Verfügung. Weitere Informationen werden hierzu folgen. Die weiteren Suffixe B, C und D stehen jeweils für den „TSS-Terminfall“ und gelten ab 1. September 2019.

Vom Arzt anzugeben

Suffix	Anzahl der Tage ab Terminvermittlung bis zum Tag der Behandlung	Zuschlag der jeweiligen altersklassenspezifischen Versicherten-, Grund- bzw. Konsiliarpauschale
A	ab 1. Januar 2020 (TSS-Akutfall 24 Stunden)	
B	TSS-Terminfall 1. bis 8. Tag	50 Prozent
C	TSS-Terminfall 9. bis 14. Tag	30 Prozent
D	TSS-Terminfall 15. bis 35. Tag	20 Prozent

Kennzeichnung der Abrechnung

Damit alle Leistungen im Arztgruppenfall extrabudgetär vergütet werden, kennzeichnen Ärzte und Psychotherapeuten den Überweisungs- oder Originalschein unter „Vermittlungsart“ als „TSS-Terminfall“. Im Praxisverwaltungssystem (PVS) steht dazu eine entsprechende Funktion bereit.

Abrechnung der Zuschläge

Die Übersicht der neuen GOP je Fachgruppe entnehmen Sie bitte der Anlage.

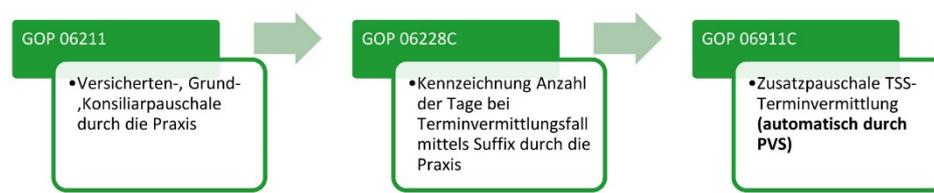
Abzurechnen durch Praxis + Suffix (B,C oder D):	Automatisch durch die PVS gesetzt:	(Auszug)
Augenheilkunde (Kapitel 6)		
06228	06910	Zusatzpauschale TSS-Terminvermittlung bis 5. Lebensjahr
	06911	Zusatzpauschale TSS-Terminvermittlung 6.- 59. Lebensjahr
	06912	Zusatzpauschale TSS-Terminvermittlung ab 60. Lebensjahr
Chirurgie (Kapitel 7)		
07228	07910	Zusatzpauschale TSS-Terminvermittlung bis 5. Lebensjahr
	07911	Zusatzpauschale TSS-Terminvermittlung 6.- 59. Lebensjahr
	07912	Zusatzpauschale TSS-Terminvermittlung ab 60. Lebensjahr

Ein Beispiel: Ein Facharzt für Augenheilkunde behandelt einen 40-jährigen Patienten aufgrund der Vermittlung durch die TSS. Zwischen Kontaktaufnahme des Versicherten zur TSS und der Behandlung liegen zwölf Tage. Der Arzt rechnet dabei wie gewöhnlich die für den Patienten geltende Grundpauschale 06211 in Höhe von 127 Punkten sowie weitere gegebenenfalls erforderliche Leistungen ab. Zusätzlich gibt er für die Behandlung aufgrund der TSS-Terminvermittlung die GOP 06228C (Zusatzpauschale TSS-Terminvermittlung) an.

Beispiel

Das Buchstabensuffix C steht hier für den „TSS-Terminfall“ mit einer Vermittlungsfrist von 9 bis 14 Tagen.

Das PVS setzt die durch den Arzt abgerechnete GOP 06228C in die altersklassenspezifische GOP 06911C (Zusatzpauschale TSS-Terminvermittlung 6. bis 59. Lebensjahr) mit einer Bewertung in Höhe von 30 Prozent der Grundpauschale (38 Punkte) um und überträgt diese auch in die Abrechnung gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung.



Die Übersicht der neuen GOP für die Zusatzpauschale sowie deren Umsetzung in der PVS entnehmen Sie bitte der Anlage.

Zuschlag für die Facharztvermittlung durch einen Hausarzt

Für Hausärzte und Kinder- und Jugendmediziner werden die GOP 03008 und 04008 als Zuschläge zu den jeweiligen Versichertenpauschalen 03000 und 04000 zum 1. September 2019 neu in den EBM aufgenommen. Sie bilden die Vergütung der mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz geforderten Vermittlung eines Behandlungstermins bei einem an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Vertragsarzt ab. Die Bewertung in Höhe von 93 Punkten entspricht mit dem aktuellen Orientierungswert 10,07 Euro.

Der Bewertungsausschuss hat hierzu die nötigen Definitionen getroffen: Ein Termin gilt als medizinisch dringend erforderlich, wenn er innerhalb von vier Kalendertagen liegt, nachdem der Hausarzt eine Behandlungsnotwendigkeit festgestellt hat.

Hat der Hausarzt einen Termin für seinen Patienten organisiert, stellt er eine Überweisung aus und rechnet die GOP 03008 (GOP 04008 für Kinder- und Jugendärzte) ab. Im KVDT-Feld 5003 ist die BSNR des übernehmenden Facharztes anzugeben. Der Hausarzt erhält den Zuschlag unabhängig davon, ob der Patient den Termin wahrgenommen hat.

Offene Sprechstunde und Neupatient ab 1. September 2019

Weitere Neuerungen, die mit dem TSVG eingeführt werden und zum 1. September 2019 in Kraft treten, sind die sogenannten „Offenen Sprechstunden“ und die „Neupatienten“. Hierzu wird es vor Inkrafttreten der Regelungen weitere Informationen geben.

Anlage 5.1: Übersicht der neuen GOP

1.2. Änderung des Honorarverteilungsmaßstabes ab 4/2019

Das TSVG sieht eine extrabudgetäre Vergütung der Fälle der TSS-Vermittlung, der Hausarztvermittlung, für neue Patienten und für fünf offene Sprechstunden vor. Zur Vermeidung einer Doppelvergütung hat die KBV vorgegeben, dass eine Bereinigung auf Arzzebene erfolgt. Das bedeutet, dass für TSVG-Fälle keine RLV/QZV-Zuweisung erfolgen darf.

Dies wird durch die ab 4/2019 geltende Änderung des Honorarverteilungsmaßstabes gewährleistet, nach der nunmehr auch für Fachärzte für die Ermittlung des Praxisbudgets nicht mehr die Vorjahresfallzahlen herangezogen werden, sondern die aktuellen Fallzahlen. Dadurch kann allerdings auch kein praxisbezogenes Budget mehr vor Quartalsbeginn zugewiesen werden. Stattdessen erfolgt eine Bekanntmachung der Mindestfallwerte für RLV und QZV, aus denen sich im Rahmen der laufenden Abrechnung das Budget der Praxis errechnet. Maßgeblich hierfür sind die RLV/QZV-relevanten Fälle. Die extrabudgetären TSVG-Fälle hingegen zählen beim Multiplikator nicht mit.

Die Bekanntgabe der arztgruppenbezogenen RLV/QZV-Mindestfallwerte für 4/2019 erfolgt Ende August 2019 auf der Homepage der KVN und im darauffolgenden Rundschreiben.

Aktuelle Fallzahlen

1.3. Leistungskennzeichnung zur Funktionsanalyse von kardiologischen Aggregaten bei Durchführung von gleichzeitiger Strahlentherapie

Die GOP 04411, 04413 bis 04416 sowie die GOP 13571, 13573 bis 13576 sind insgesamt höchstens fünfmal im Krankheitsfall berechnungsfähig. Bei Patienten, bei denen gleichzeitig eine Strahlentherapie durchgeführt wird, entfällt diese Häufigkeitsbegrenzung.

Bei der Abrechnung ist daher darauf zu achten, dass diese Leistungen mit dem Buchstaben „J“ gekennzeichnet werden, z. B. GOP 13571J. 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 Abrechnungsceneters, Telefon: 0511 380 4800, E-Mail: abrechnungsceneter@kvn.de.

2. Verordnungen

2.1. Sprechstundenbedarf: Lieferengpass bei Synacthen - Freigabe des Imports aus dem Ausland

Synacthen Ampullen 250 µg sind in beiden Packungsgrößen bis mindestens September 2019 nicht lieferbar, auch die in Lauer gelisteten Importe von Kohl und Aca Müller sind auf unbestimmte Zeit nicht lieferbar. Laut Rücksprache mit Pharmore, der Firma, die hier das deutsche Original vertreibt, sei Synacthen 250 µg in Italien lieferfähig und somit wäre ein Einzelimport aus Italien möglich.

Aufgrund der aktuellen Lieferschwierigkeiten des Arzneimittels Synacthen haben sich daher die Krankenkassen in Niedersachsen bereit erklärt, für die Zeit vom 1. August 2019 bis 30. September 2019 den Import aus Italien über den Sprechstundenbedarf zuzulassen. Ab dem 1. Oktober 2019 ist dann wieder nur der Bezug aus Deutschland zulässig.

2.2. Hemlibra® (Emicizumab) in Teilindikation als Praxisbesonderheit anerkannt

Hemlibra® (Wirkstoff Emicizumab) wird ab dem 15. März 2019 nach einer Vereinbarung zwischen dem GKV-Spitzenverband und dem pharmazeutischen Unternehmer Roche Pharma AG ab dem ersten Behandlungsfall im folgenden Anwendungsgebiet als Praxisbesonderheit anerkannt:

- als Routineprophylaxe von Blutungsereignissen bei Patienten mit Hämophilie A und Faktor VIII Hemmkörpern, für die eine alleinige Bedarfsbehandlung mit Bypassing-Präparaten eine patientenindividuelle Therapie darstellt.

In diesem Anwendungsgebiet stellte der G-BA einen Anhaltspunkt für einen nicht quantifizierbaren Zusatznutzen fest. Weitere Anwendungsgebiete oder Erweiterungen des Anwendungsgebietes sind nicht von der Praxisbesonderheit umfasst.

Die Einleitung und Überwachung der Behandlung mit Emicizumab soll durch in der Behandlung der Hämophilie erfahrene Fachärzte erfolgen.

Anwendungsgebiet

Gemäß den Vorgaben der EMA hinsichtlich zusätzlicher Maßnahmen zur Risikominimierung ist vom pharmazeutischen Unternehmer Schulungsmaterial für medizinisches Fachpersonal, Patienten/Betreuungspersonen (Patientenpass und Trainingsmaterial) und Laborpersonal zur Verfügung zu stellen. Das Schulungsmaterial enthält spezifische Informationen zum Umgang mit thrombotischer Mikroangiopathie und Thromboembolie, zur Anwendung von Bypassing-Präparaten und zum Einfluss von Emicizumab auf Gerinnungstests.

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

2.3. **Carboplatin bei fortgeschrittenem nicht-kleinzelligem Bronchialkarzinom (NSCLC) - Änderung der Anlage VI der Arzneimittel-Richtlinie, Zustimmung eines pharmazeutischen Unternehmers (Fresenius Kabi Deutschland GmbH)**

Mit Wirkung zum 30. Juli 2019 wurde in der Anlage VI (Off-Label-Use) Teil A der Arzneimittel-Richtlinie (Ziffer III) die Liste der Hersteller, die für ihre Carboplatin-haltigen Arzneimittel im Rahmen des in der Anlage vorgenannten Off-Label-Use einer Anwendung zugestimmt haben (Haftung des pharmazeutischen Unternehmers), um den Hersteller „Fresenius Kabi Deutschland GmbH“ erweitert.

Folgende Hersteller sind nun in der Liste aufgeführt:

axios Pharma GmbH, BB Farma s.r.l., Farmaceutica (Portugal) S. A., Fresenius Kabi Deutschland GmbH, Hexal AG, Hikma Pharma GmbH, medac GmbH, onkovis GmbH, PGD Profusio Leipzig Gesundheits GmbH Deutschland, PUREN Pharma GmbH & Co. KG, STADAPHARM GmbH, TEVA GmbH

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

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

Liste der Hersteller

2.4. Gemeinsame Arbeitsgruppe Arzneimittel - Rezept-Info zum Thema „Polypharmazie“

Im Anhang finden Sie eine weitere Rezept-Info der AG GKV/KVN Arzneimittel zu dem Thema „Polypharmazie“. Darin werden neben der Darstellung möglicher Zusammenhänge bei Polypharmazie auch Hinweise und Tools an die Hand gegeben, die als Hilfestellung für eine Optimierung der Arzneimitteltherapie dienen können.

Rezept-Infos enthalten sowohl Empfehlungen für den behandelnden Arzt als auch Vordrucke für die Patienteninformation. Diese sowie alle weiteren Veröffentlichungen der AG GKV/KVN Arzneimittel finden Sie im Internet unter www.kvn.de/Mitglieder/Verordnungen/Arzneimittel/Veroeffentlichungen.html

Anlag 5.2: Rezept-Info

3. Allgemeine Hinweise

3.1. Informationsveranstaltungen der KVN zum TSVG

Bei jedem Seminar erhalten Sie zwei Fortbildungspunkte. Weitere Informationen zu den Seminaren und die Anmeldungen finden Sie in unserem Seminarkalender unter <https://www.kvn.de/Mitglieder/Fortbildung/Seminarangebot.html>

- 14. August 2019 in Hildesheim
- 19. August 2019 in Oldenburg
- 20. August 2019 in Aurich
- 21. August 2019 in Schaumburg
- 22. August 2019 in Oldenburg
- 26. August 2019 in Leer
- 26. August 2019 in Wilhelmshaven
- 27. August 2019 in Celle
- 27. August 2019 in Emden
- 28. August 2019 in Oldenburg
- 02. September 2019 in Norden
- 04. September 2019 in Braunschweig
- 04. September 2019 in Hameln
- 05. September 2019 in Barnstorf
- 05. September 2019 in Papenburg
- 09. September 2019 in Wittmund
- 10. September 2019 in Osnabrück
- 11. September 2019 in Norden
- 11. September 2019 in Wilhelmshaven
- 13. September 2019 in Bad Bevensen
- 17. September 2019 in Hannover
- 17. September 2019 in Lingen
- 17. September 2019 in Mulmshorn

Termine

- 18. September 2019 Oldenburg
- 19. September 2019 in Nienburg
- 25. September 2019 in Göttingen
- 25. September 2019 in Hannover
- 16. Oktober 2019 in Walsrode

3.2. KVN unerstützt Impfkampagne des Niedersächsischen Gesundheitsministeriums

„Abgelaufen? Wie steht es mit Ihrem Impfschutz und dem Ihrer Familie?“ So lautet die zentrale Frage und Botschaft der landesweit von Gesundheitsministerin Carola Reimann gestarteten Informationskampagne rund um den Impfschutz. Unterstützt wird die Kampagne von der KVN, der Ärztekammer Niedersachsen, der Apothekerkammer Niedersachsen, dem Landesapothekerverband Niedersachsen und dem Niedersächsischen Landesgesundheitsamt.

Impfungen gehören zu den wirksamsten und wichtigsten vorbeugenden Maßnahmen der Medizin. Durch Impfungen treten übertragbare Infektionskrankheiten weniger häufig auf. So werden schwere Krankheitsverläufe mit körperlichen Folgeschäden oder sogar der Tod verhindert. Mit konsequentem Impfen kann die Ausrottung von bestimmten Krankheitserregern erreicht und das erneute Auftreten vermieden werden. Hierzu müssen jedoch viele Menschen geschützt sein. Je nach Erreger sind Impfraten von über 80 bis 95 Prozent der Bevölkerung erforderlich.

Wir wollen gemeinsam für die hohe Bedeutung eines vollständigen Impfschutzes sensibilisieren. Genau hier setzen wir mit unserer Kampagne an. Bitte nutzen Sie das in diesen Tagen an Sie verschickte Poster in Ihrer Praxis, um auf den Impfschutz hinzuweisen. Beraten Sie Ihre Patientinnen und Patienten rund um das Thema Impfen.

Poster nutzen

3.3. Beendigung der Tonsillotomieverträge: AOK Niedersachsen, BARMER, Knappschaft und Novitas BKK

HNO-Ärzte können eine Teilentfernung (Tonsillotomie) der Gaumenmandeln ab dem 1. Juli 2019 über den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) abrechnen. Bei der AOK Niedersachsen, BARMER und Novitas BKK können bereits begonnene Behandlungen bis zum 30. September 2019 abgeschlossen und abgerechnet werden. Der Selektivvertrag mit der Knappschaft endete mit Wirkung zum 1. Juli 2019 und eine Abrechnung von Leistungen ist nicht mehr möglich.

3.4. Hygienefortbildungen zum „Hygienebeauftragten Arzt“

Der Berufsverband der Deutschen Chirurgen e. V. bietet in Kooperation mit der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen und meduplus zertifizierte Hygienefortbildungen zum „Hygienebeauftragten Arzt“ an.

Im Gegensatz zu den üblichen 40-stündigen Präsenzkursen zeichnet sich dieser Kurs durch einen kombinierten Ansatz aus E-Learning und einem Präsenz-Abschlusscolloquium aus. Dieses Konzept kommt dem

engen Zeitbudget von Ärztinnen und Ärzten entgegen und lässt sich nahtlos in den Praxisalltag integrieren.

Die Übergangsfrist für den Hygienebeauftragten Arzt in jeder ambulanten Einrichtung endet zum Jahresende 2019. Daher sollte der Kurs noch in diesem Jahr absolviert werden.

Der E-Learning-Teil wurde von der Universität Greifswald entwickelt und wird mit einem Wissenstest abgeschlossen, der den Kriterien der Fortbildungsordnung der Bundesärztekammer entspricht. Das erfolgreiche Bestehen der Lernerfolgskontrolle am Ende des E-Learning Kurses mit mindestens 70 Prozent richtig beantworteten Testfragen ist die Zugangsvoraussetzung für das abschließende Präsenz-Abschlusscolloquium.

Das Abschlusscolloquium findet am 8. und 9. November in der Medizinischen Hochschule Hannover statt. Es bietet die Möglichkeit, die wesentlichen Lerninhalte zu vertiefen und fokussiert auf die Umsetzung in den Praxen und ambulanten Operationszentren.

Der Kurs ist mit 60 CME-Punkten von der Ärztekammer Niedersachsen zertifiziert.

Die Bestellung des Kurses ist per Telefon (030/555 792 550), per Fax mit dem angehängten Dokument (030/555 792 559) oder per E-Mail (infoQmeduplus.de) möglich.

Anmeldung

Weitere Informationen und Anmeldung unter:

<https://www.ecme-center.org/WebObjects/ECMECenter.woa/cms/1012186/Fortbildung-fuer-hygienebeauftragte-AErzte.html>

Anlage 5.3: Hygienefortbildungen

3.5. Kinder- und Jugendärzte: Charité sucht Eltern chronisch kranker Kinder für Online-Befragung

Die Charité in Berlin sucht im Rahmen des Projektes „Entwicklungsmöglichkeiten und Perspektiven für ambulante Kinder- und Jugendrehabilitation“ Eltern chronisch kranker Kinder und chronisch kranke Kinder für eine Befragung. Durch das neue Flexientengesetz können Rehabilitationsmaßnahmen für Kinder und Jugendliche zukünftig wohnortnah ambulant erbracht werden. Und nicht - wie bislang - ausschließlich stationär. Dafür müssen neue Konzepte entwickelt werden. Um Hinweise für Ausgestaltungsmöglichkeiten einer wohnortnahen ambulanten Rehabilitation für Kinder und Jugendliche zu bekommen, bittet die Charité um die Beantwortung eines Online-Fragebogens.

Gesucht werden Eltern eines chronisch kranken Kindes sowie Kinder und Jugendliche mit chronischen Erkrankungen. Dazu gehören Adipositas, psychische Erkrankungen, Verhaltensauffälligkeiten (ADHS), Asthma und Neurodermitis. Die Dauer der Umfrage beläuft sich auf zehn Minuten. Die Umfrage ist unter dem Link www.soscisurvey.de/ambulanteKiJu/ zu finden. Bitte weisen Sie Eltern, Kinder und Jugendliche entsprechend der Zielgruppendefinition auf diese Umfrage hin.

3.6. plexus-App ist online

Für das Online-Fortbildungsprogramm „plexus“ steht nun eine App für Smartphones zur Verfügung. Diese können Sie über das plexus-Portal unter <https://plexus-kvn.de/doc.html> oder direkt über die entsprechenden Stores herunterladen.

4. Veranstaltungen im September und Oktober 2019

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

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

www.kvn.de/Mitglieder/Fortbildung

Name	Ort	Datum	Gebühr p. P.
Qualitäts- und Praxismanagement			
Gefährdungsbeurteilung	Hannover	04.Sep	89 Euro
Konfliktmanagement	Verden	04.Sep	50 Euro
Tatort: Wartezimmer	Hannover	07.Sep	128 Euro
Ausbildung zur/m Datenschutzbeauftragten	Verden	10.Sep	390 Euro
Kommunikation und Motivation in der Arztpraxis	Aurich	13.Sep	80 Euro
Datenschutz in der Arztpraxis	Stade	18.Sep	50 Euro
Mitarbeitermotivation	Hannover	18.Sep	85 Euro
PraxismanagerIn Refresherkurs	Oldenburg	18.Sep	300 Euro
Rechtsnormen für die Arztpraxis	Hannover	18.Sep	89 Euro
Datenschutz in der Arztpraxis	Verden	25.Sep	50 Euro
Praxis Check-up	Hannover	25.Sep	89 Euro
Digitalisierung im Gesundheitswesen	Göttingen	16.Okt	kostenlos
Qualitätszirkel - was ist das überhaupt?	Braunschweig	23.Okt	kostenlos
Telefonieren in der Arztpraxis	Aurich	23.Okt	80 Euro
Der kleine Knigge - Souverän in den Berufsalltag	Hannover	25.Okt	115 Euro

Abrechnung und Verordnung			
Häusliche Krankenpflege - Verordnung	Aurich	04.Sep	kostenlos
Kooperation und Abrech- nung	Hannover	11.Sep	kostenlos
Heilmittel-Verordnungs- Dschungel	Hannover	17.Sep	kostenlos
Abrechnung aktuell	Aurich	25.Sep	kostenlos
Abrechnung aktuell	Oldenburg	25.Sep	kostenlos
Heilmittelverordnung in Theorie und Praxis	Göttingen	25.Sep	kostenlos
Abrechnung aktuell	Aurich	02.Okt	kostenlos
Heilmittel - Informationsver- anstaltung	Wilhelmshaven	09.Okt	kostenlos
Verordnungsweise in der täglichen Praxis	Hannover	09.Okt	kostenlos
Heilmittel-Verordnungs- Dschungel	Osterholz	22.Okt	kostenlos
Honorarbescheid lesen und verstehen	Braunschweig	23.Okt	kostenlos
Heilmittelverordnung	Göttingen	30.Okt	kostenlos
Heilmittelverordnung in Theorie und Praxis	Braunschweig	30.Okt	kostenlos
Medizinische und psychotherapeutische Themen			
DMP - Asthma und COPD	Verden	21.Sep	kostenlos
DMP - Diabetes mellitus Typ 2	Stade	23.Okt	20 Euro
HZV Sonderverträge	Verden	25.Okt	135 Euro
Notfallseminar	Aurich	30.Okt	70 Euro
Wirtschaftsseminare			
Praxisabgeberseminar Meine Zukunft planen - Im- pulse für die Praxisabgabe	Cuxhaven	09.Sep	kostenlos
Praxisseminar Zusammen- arbeit neu angedacht	Hannover	11.Sep	kostenlos

Existenzgründerseminar Modul II Meine eigene Praxis - So gelingt der Start	Braunschweig	25.Sep	kostenlos
Praxisabgeberseminar Meine Zukunft planen - Impulse für die Praxisabgabe	Lüneburg	25.Sep	kostenlos
Praxisseminar Zusammenarbeit neu angedacht	Aurich	23.Okt	kostenlos

Verbindliche Anmeldung (*bitte vollständig ausfüllen*)

Fax an 0511 380-4620

für das Seminar

.....
(Titel des Seminars)

Datum des Seminars Anzahl Teilnehmer Person/en

Vor- und Nachname der Teilnehmer (*bitte deutlich in Druckbuchstaben schreiben*)

.....
.....

für das Seminar

.....
(Titel des Seminars)

Datum des Seminars Anzahl Teilnehmer Person/en

Vor- und Nachname der Teilnehmer (*bitte deutlich in Druckbuchstaben schreiben*)

.....
.....

.....
Vor- und Nachname des Rechnungsempfängers (auch bei kostenlosen Seminaren auszufüllen, Pflichtfeld)

.....
Anschrift (Straße, PLZ, Ort) des Rechnungsempfängers (auch bei kostenlosen Seminaren auszufüllen, Pflichtfeld)

LANR BSNR

E-Mail-Adresse:

Telefonnummer für evtl. Rückfragen

Datum _____

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

Stempel

5. Anlagenverzeichnis

5.1. Übersicht der neuen GOP

5.2. Rezept-Info

5.3. Hygienefortbildungen

5.4. Sammelerklärung

TSVG: Übersicht der neuen GOP

GOP	ZUSATZNUMMER	TEXT / INHALT
Eintragung durch Arzt	Umsetzung durch PVS	
Hausärzte (Kapitel 3)		
03008	-	Zuschlag Terminvermittlung Facharzt
03010	03011	Zusatzpauschale TSS-Terminvermittlung bis zum vollendeten 4. Lebensjahr
	03012	Zusatzpauschale TSS-Terminvermittlung ab Beginn des 5. bis zum vollendeten 18. Lebensjahr
	03013	Zusatzpauschale TSS-Terminvermittlung ab Beginn des 19. bis zum vollendeten 54. Lebensjahr
	03014	Zusatzpauschale TSS-Terminvermittlung ab Beginn des 55. bis zum vollendeten 75. Lebensjahr
	03015	Zusatzpauschale TSS-Terminvermittlung ab Beginn des 76. Lebensjahres
Kinder- und Jugendmediziner (Kapitel 4)		
04008	-	Zuschlag Terminvermittlung Facharzt
04010	04011	Zusatzpauschale TSS-Terminvermittlung bis zum vollendeten 4. Lebensjahr
	04012	Zusatzpauschale TSS-Terminvermittlung ab Beginn des 5. bis zum vollendeten 18. Lebensjahr
	04013	Zusatzpauschale TSS-Terminvermittlung ab Beginn des 19. bis zum vollendeten 54. Lebensjahr
	04014	Zusatzpauschale TSS-Terminvermittlung ab Beginn des 55. bis zum vollendeten 75. Lebensjahr
	04015	Zusatzpauschale TSS-Terminvermittlung ab Beginn des 76. Lebensjahres
Anästhesiologie (Kapitel 5)		
05228	05910	Zusatzpauschale TSS-Terminvermittlung bis 5. Lebensjahr
	05911	Zusatzpauschale TSS-Terminvermittlung 6.- 59. Lebensjahr
	05912	Zusatzpauschale TSS-Terminvermittlung ab 60. Lebensjahr
Augenheilkunde (Kapitel 6)		
06228	06910	Zusatzpauschale TSS-Terminvermittlung bis 5. Lebensjahr
	06911	Zusatzpauschale TSS-Terminvermittlung 6.- 59. Lebensjahr
	06912	Zusatzpauschale TSS-Terminvermittlung ab 60. Lebensjahr
Chirurgie (Kapitel 7)		
07228	07910	Zusatzpauschale TSS-Terminvermittlung bis 5. Lebensjahr
	07911	Zusatzpauschale TSS-Terminvermittlung 6.- 59. Lebensjahr
	07912	Zusatzpauschale TSS-Terminvermittlung ab 60. Lebensjahr
Gynäkologie (Kapitel 8)		
08228	08910	Zusatzpauschale TSS-Terminvermittlung bis 5. Lebensjahr
	08911	Zusatzpauschale TSS-Terminvermittlung 6.- 59. Lebensjahr
	08912	Zusatzpauschale TSS-Terminvermittlung ab 60. Lebensjahr
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde (Kapitel 9)		
09228	09910	Zusatzpauschale TSS-Terminvermittlung bis 5. Lebensjahr
	09911	Zusatzpauschale TSS-Terminvermittlung 6.- 59. Lebensjahr
	09912	Zusatzpauschale TSS-Terminvermittlung ab 60. Lebensjahr

TSVG: Übersicht der neuen GOP

GOP	ZUSATZNUMMER	TEXT / INHALT
Eintragung durch Arzt	Umsetzung durch PVS	
Dermatologie (Kapitel 10)		
10228	10910	Zusatzpauschale TSS-Terminvermittlung bis 5. Lebensjahr
	10911	Zusatzpauschale TSS-Terminvermittlung 6.- 59. Lebensjahr
	10912	Zusatzpauschale TSS-Terminvermittlung ab 60. Lebensjahr
Humangenetik (Kapitel 11)		
11228	11910	Zusatzpauschale TSS-Terminvermittlung bis 5. Lebensjahr
	11911	Zusatzpauschale TSS-Terminvermittlung 6.- 59. Lebensjahr
	11912	Zusatzpauschale TSS-Terminvermittlung ab 60. Lebensjahr
Innere Medizin, Facharzt ohne Schwerpunkt (Kapitel 13.2.1)		
13228	13910	Zusatzpauschale TSS-Terminvermittlung bis 5. Lebensjahr
	13911	Zusatzpauschale TSS-Terminvermittlung 6.- 59. Lebensjahr
	13912	Zusatzpauschale TSS-Terminvermittlung ab 60. Lebensjahr
Innere Medizin, Schwerpunkt Angiologie (Kapitel 13.3.1)		
13298	13920	Zusatzpauschale TSS-Terminvermittlung bis 5. Lebensjahr
	13921	Zusatzpauschale TSS-Terminvermittlung 6.- 59. Lebensjahr
	13922	Zusatzpauschale TSS-Terminvermittlung ab 60. Lebensjahr
Innere Medizin, Schwerpunkt Endokrinologie (Kapitel 13.3.2)		
13348	13930	Zusatzpauschale TSS-Terminvermittlung bis 5. Lebensjahr
	13931	Zusatzpauschale TSS-Terminvermittlung 6.- 59. Lebensjahr
	13932	Zusatzpauschale TSS-Terminvermittlung ab 60. Lebensjahr
Innere Medizin, Schwerpunkt Gastroenterologie (Kapitel 13.3.3)		
13398	13940	Zusatzpauschale TSS-Terminvermittlung bis 5. Lebensjahr
	13941	Zusatzpauschale TSS-Terminvermittlung 6.- 59. Lebensjahr
	13942	Zusatzpauschale TSS-Terminvermittlung ab 60. Lebensjahr
Innere Medizin, Schwerpunkt Hämatologie/Onkologie (Kapitel 13.3.4)		
13498	13950	Zusatzpauschale TSS-Terminvermittlung bis 5. Lebensjahr
	13951	Zusatzpauschale TSS-Terminvermittlung 6.- 59. Lebensjahr
	13952	Zusatzpauschale TSS-Terminvermittlung ab 60. Lebensjahr
Innere Medizin, Schwerpunkt Kardiologie (Kapitel 13.3.5)		
13548	13960	Zusatzpauschale TSS-Terminvermittlung bis 5. Lebensjahr
	13961	Zusatzpauschale TSS-Terminvermittlung 6.- 59. Lebensjahr
	13962	Zusatzpauschale TSS-Terminvermittlung ab 60. Lebensjahr
Innere Medizin, Schwerpunkt Nephrologie (Kapitel 13.3.6)		
13598	13970	Zusatzpauschale TSS-Terminvermittlung bis 5. Lebensjahr
	13971	Zusatzpauschale TSS-Terminvermittlung 6.- 59. Lebensjahr
	13972	Zusatzpauschale TSS-Terminvermittlung ab 60. Lebensjahr
Innere Medizin, Schwerpunkt Pneumologie (Kapitel 13.3.7)		
13648	13980	Zusatzpauschale TSS-Terminvermittlung bis 5. Lebensjahr
	13981	Zusatzpauschale TSS-Terminvermittlung 6.- 59. Lebensjahr
	13982	Zusatzpauschale TSS-Terminvermittlung ab 60. Lebensjahr

TSVG: Übersicht der neuen GOP

GOP	ZUSATZNUMMER	TEXT / INHALT
Eintragung durch Arzt	Umsetzung durch PVS	
Innere Medizin, Schwerpunkt Rheumatologie (Kapitel 13.3.8)		
13698	13990	Zusatzpauschale TSS-Terminvermittlung bis 5. Lebensjahr
	13991	Zusatzpauschale TSS-Terminvermittlung 6.- 59. Lebensjahr
	13992	Zusatzpauschale TSS-Terminvermittlung ab 60. Lebensjahr
Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (Kapitel 14)		
14218	14910	Zusatzpauschale TSS-Terminvermittlung bis 5. Lebensjahr
	14911	Zusatzpauschale TSS-Terminvermittlung 6. bis 21. Lebensjahr
Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie (Kapitel 15)		
15228	15910	Zusatzpauschale TSS-Terminvermittlung bis 5. Lebensjahr
	15911	Zusatzpauschale TSS-Terminvermittlung 6.- 59. Lebensjahr
	15912	Zusatzpauschale TSS-Terminvermittlung ab 60. Lebensjahr
Neurologie (Kapitel 16)		
16228	16910	Zusatzpauschale TSS-Terminvermittlung bis 5. Lebensjahr
	16911	Zusatzpauschale TSS-Terminvermittlung 6.- 59. Lebensjahr
	16912	Zusatzpauschale TSS-Terminvermittlung ab 60. Lebensjahr
Nuklearmedizin (Kapitel 17)		
17228	-	Zusatzpauschale TSS-Terminvermittlung
Orthopädie (Kapitel 18)		
18228	18910	Zusatzpauschale TSS-Terminvermittlung bis 5. Lebensjahr
	18911	Zusatzpauschale TSS-Terminvermittlung 6.- 59. Lebensjahr
	18912	Zusatzpauschale TSS-Terminvermittlung ab 60. Lebensjahr
Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen (Kapitel 20)		
20228	20910	Zusatzpauschale TSS-Terminvermittlung bis 5. Lebensjahr
	20911	Zusatzpauschale TSS-Terminvermittlung 6.- 59. Lebensjahr
	20912	Zusatzpauschale TSS-Terminvermittlung ab 60. Lebensjahr
Psychiatrie und Psychotherapie (Kapitel 21)		
21236	21910	Zusatzpauschale TSS-Terminvermittlung bis 5. Lebensjahr
	21911	Zusatzpauschale TSS-Terminvermittlung 6.- 59. Lebensjahr
	21912	Zusatzpauschale TSS-Terminvermittlung ab 60. Lebensjahr
Nervenheilkunde und Neurologie und Psychiatrie (Kapitel 21)		
21237	21920	Zusatzpauschale TSS-Terminvermittlung bis 5. Lebensjahr
	21921	Zusatzpauschale TSS-Terminvermittlung 6.- 59. Lebensjahr
	21922	Zusatzpauschale TSS-Terminvermittlung ab 60. Lebensjahr
Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (Kapitel 22)		
22228	22910	Zusatzpauschale TSS-Terminvermittlung bis 5. Lebensjahr
	22911	Zusatzpauschale TSS-Terminvermittlung 6.- 59. Lebensjahr
	22912	Zusatzpauschale TSS-Terminvermittlung ab 60. Lebensjahr

TSVG: Übersicht der neuen GOP

GOP	ZUSATZNUMMER	TEXT / INHALT
Eintragung durch Arzt	Umsetzung durch PVS	
Ärztliche und psychologische Psychotherapie (Kapitel 23)		
23228	23910	Zusatzpauschale TSS-Terminvermittlung bis 5. Lebensjahr
	23911	Zusatzpauschale TSS-Terminvermittlung 6.- 59. Lebensjahr
	23912	Zusatzpauschale TSS-Terminvermittlung ab 60. Lebensjahr
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (Kapitel 23)		
23229	-	Zusatzpauschale TSS-Terminvermittlung
Radiologie (Kapitel 24)		
24228	24910	Zusatzpauschale TSS-Terminvermittlung bis 5. Lebensjahr
	24911	Zusatzpauschale TSS-Terminvermittlung 6.- 59. Lebensjahr
	24912	Zusatzpauschale TSS-Terminvermittlung ab 60. Lebensjahr
Strahlentherapie (Kapitel 25)		
25228	-	Zusatzpauschale TSS-Terminvermittlung bei gutartiger Erkrankung
25229	-	Zusatzpauschale TSS-Terminvermittlung bei bösartiger Erkrankung
25230	-	Zusatzpauschale TSS-Terminvermittlung nach strahlentherapeutischer Behandlung
Urologie (Kapitel 26)		
26228	26910	Zusatzpauschale TSS-Terminvermittlung bis 5. Lebensjahr
	26911	Zusatzpauschale TSS-Terminvermittlung 6.- 59. Lebensjahr
	26912	Zusatzpauschale TSS-Terminvermittlung ab 60. Lebensjahr
Physikalische und Rehabilitative Medizin (Kapitel 27)		
27228	27910	Zusatzpauschale TSS-Terminvermittlung bis 5. Lebensjahr
	27911	Zusatzpauschale TSS-Terminvermittlung 6.- 59. Lebensjahr
	27912	Zusatzpauschale TSS-Terminvermittlung ab 60. Lebensjahr
Schmerztherapie (Kapitel 30.7)		
30705	-	Zusatzpauschale TSS-Terminvermittlung

Gemeinsame Arbeitsgruppe Arzneimittel

Kassenärztliche Vereinigung
Niedersachsen

Verbände der gesetzlichen
Krankenkassen in Niedersachsen



KVN
Kassenärztliche Vereinigung
Niedersachsen



Polypharmazie – Steigende Tendenz mit gefährlichen Folgen

Bei adäquater Anwendung stellen Arzneimittel eine effektive und effiziente Intervention in der Versorgung von Patienten dar. Gerade bei älteren, multimorbiden Patienten kann es durch die **gleichzeitige Einnahme vieler Arzneimittel** zu **Risiken** bezüglich der Verträglichkeit kommen. Der Begriff „Polypharmazie“ ist zwar nicht einheitlich definiert, jedoch versteht man meistens die Einnahme von 5 und mehr Arzneimitteln darunter. In Deutschland kommt es bei etwa 42 % der über 65-Jährigen zu Polypharmazie, Tendenz steigend. 20–25 % dieser Patienten erhalten potenziell inadäquate Medikamente.¹

Mit jedem weiteren Medikament steigt auch das Risiko, dass **unerwünschte Wirkungen auftreten**. Meist sind das allgemeine Beschwerden wie Müdigkeit, Appetitlosigkeit, Schwindel, Übelkeit, Verwirrtheit oder Benommenheit. Stürze und schwere Verletzungen können die Folge sein. Manche Betroffene müssen aufgrund von Nebenwirkungen im Krankenhaus behandelt werden. Auch führt die Einnahme von vielen Arzneimitteln oft zu Adhärenzproblemen. Bei älteren Menschen treten infolge von altersspezifischen Veränderungen, insbesondere einer zunehmenden Einschränkung der Leber- und Nierenfunktion, häufiger unerwünschte Arzneimittelwirkungen auf als bei jüngeren Patienten.²

Nicht immer lässt sich die Einnahme mehrerer Wirkstoffe vermeiden, aber die Anzahl eingenommener Arzneimittel lässt sich häufig reduzieren. Aus folgenden Gründen ist eine regelmäßige Überprüfung der Medikation sinnvoll²:

- Im Laufe der Jahre werden zusätzliche Arzneimittel verschrieben, aber die „alten“ ungeprüft weiterverordnet.
- Die Behandlung erfolgt durch verschiedene Ärztinnen und Ärzte, diese sind jedoch oft nur ungenügend von den Medikamentenverordnungen der Kollegen informiert. Daher ist ein regelmäßiger Austausch von Informationen sinnvoll.
- Die leitliniengerechte Therapie jeder einzelnen Diagnose führt zu einer Vielzahl an Arzneimitteln.
- Medikamente für eine Akutbehandlung oder aufgrund bestimmter Beschwerden werden verschrieben, später aber nicht abgesetzt, z.B. Protonenpumpenhemmer.
- Behandlungsziele sind zu streng gesetzt, z.B. sehr niedrige Blutzucker- oder Blutdruckwerte, wodurch (mehr) Medikamente oder zu hohe Dosierungen eingesetzt werden.
- Patienten kaufen Arzneimittel in der Selbstmedikation, verschweigen dies aber dem Arzt.

¹ Moßhammer et al: Polypharmazie; Dtsch Arztebl Int 2016; 113(38): 627-33

² ÄZQ, KBV), BÄK: Sichere Arzneimitteltherapie. Medikamente sicher einnehmen. 2. Aufl.. 2019 (Kurzinformation für Patienten). DOI: 10.6101/AZQ/000456

Die Reduktion oder das **Belassen einer Medikation** ist immer eine **individuelle**, an Behandlungszielen orientierte **Entscheidung** und kann mit Hilfe von Listen sowie der Hausärztlichen Leitlinie Multimedikation erfolgen³.

Bei der Optimierung der Arzneimitteltherapie und der Identifikation potentiell inadäquater Medikation (PIM) für ältere Patienten können die nachfolgenden Listen und Tools hilfreich sein:

Bezeichnung	Charakteristika, Aufbau, Darstellung	Bemerkung
Beers⁴	Liste potentiell inadäquater Medikation für Ältere, dargestellt nach <ul style="list-style-type: none"> • Organsystem/Substanzklassen • PIM wegen DDI oder DSI • PIM, die mit besonderer Vorsicht anzuwenden sind • besonders starken Anticholinergika 	Angabe von <ul style="list-style-type: none"> • Begründungen der Klassifizierung als PIM • Qualität der Evidenzlage und Stärke der Empfehlung
STOPP/START⁵	„screening tool“, nach Organ- und Funktionssystemen unterteilt in <ul style="list-style-type: none"> • abzusetzende Medikamente (80 STOPP-Kriterien für PIM) • anzuwendende Medikamente (34 START-Kriterien) 	Angabe <ul style="list-style-type: none"> • der Begründung der Klassifizierung als STOPP-/START- Kriterium • ergänzt durch Informationen aus NICE-Leitlinien
PRISCUS⁶	Liste potentiell inadäquater Medikation für ältere Patienten dargestellt nach Substanzklassen	<ul style="list-style-type: none"> • Hinweise zu Bedenken, Alternativen und Maßnahmen, falls Arzneimittel weiter angewendet werden soll • Angabe der Einstufung der Inadäquatheit
FORTA⁷	Liste der am häufigsten chronisch verwendeten Pharmaka bei älteren Patienten, dargestellt nach Indikationsgebieten	<ul style="list-style-type: none"> • positive/negative Einstufung anhand von 4 Kategorien • Angabe von Expertenkommentaren
DOSING⁸	Informationsdatenbank zur Arzneimittelsicherheit und –anwendung, zur individuellen Dosisberechnung bei Patienten mit eingeschränkter Nierenfunktion	<ul style="list-style-type: none"> • Formel zur Berechnung der Nierenfunktion und Arzneimittel-Elimination • Klinisches Management

DDI/DSI - „drug-disease or drug-syndrome interaction that may exacerbate the disease or syndrome“ (Arzneimittel-Krankheit-Interaktion, die die Krankheit oder das Syndrom verschlimmern)

NICE - National Institute for Health and Care Excellence

³ Leitliniengruppe Hessen, DEGAM, PMV, ÄZQ: Hausärztliche Leitlinie Multimedikation. Empfehlungen zum Umgang mit Multimedikation bei Erwachsenen und geriatrischen Patienten, 1. Auflage. Version 1.09. 2013.

⁴ <http://www.ospdocs.com/resources/uploads/files/Pocket%20Guide%20to%202015%20Beers%20Criteria.pdf>

⁵ http://www.bentonfranklincms.com/yahoo_site_admin/assets/docs/Buchman_Hand_Out-_liste-start-stop-version.53101600.pdf

⁶ http://priscus.net/download/PRISCUS-Liste_PRISCUS-TP3_2011.pdf

⁷ <https://www.umm.uni-heidelberg.de/klinische-pharmakologie/forschung/forta-projekt-deutsch/>

⁸ www.dosing.de

Patienteninformation Polypharmazie

Die Kassenärztliche Vereinigung und die Verbände der Krankenkassen in Niedersachsen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,



richtig eingesetzt helfen Medikamente Krankheiten vorzubeugen, Beschwerden zu lindern und Krankheiten zu heilen. Wer aber wegen vieler Beschwerden dauerhaft behandelt wird, muss oft eine Menge Tabletten einnehmen. In der Fachsprache heißt die gleichzeitige Einnahme von mehreren Medikamenten Multimedikation oder Polypharmazie.



Nicht immer lässt sich die Einnahme vieler Arzneimittel vermeiden. Jedoch können mit steigender Anzahl der eingenommenen Medikamente auch mehr unerwünschte Wirkungen auftreten.



Folgende Hinweise sollen Sie dabei unterstützen, zusammen mit Ihrer Ärztin oder Ihrem Arzt die Behandlung mit Medikamenten an Ihre persönlichen Bedürfnisse anzupassen:



- Bitten Sie Ihre Ärztin oder Ihren Arzt, wenn Sie drei oder mehr Medikamente einnehmen, um einen Medikationsplan. Darin sollen alle verordneten und selbst gekauften Arzneimittel stehen. Denken Sie nicht nur an Tabletten, sondern zum Beispiel auch an Sprays, Tropfen oder Salben. Auch pflanzliche Mittel und Vitamine gehören dazu.
- Vertrauen Sie Ihrer Ärztin und Ihrem Arzt. Sie oder er muss daher genau wissen, welche Medikamente Sie wie einnehmen.
- Tragen Sie den Medikationsplan immer bei sich. Legen Sie ihn bei jedem Arztbesuch, in der Apotheke oder im Krankenhaus vor.



Setzen Sie kein Medikament ohne Rücksprache mit Ihrer Ärztin oder Ihrem Arzt ab. Verändern Sie auch nicht eigenmächtig die Menge oder Dosis.



Praxisstempel

Gemeinsame Arbeitsgruppe Arzneimittel

Kassenärztliche Vereinigung
Niedersachsen

Verbände der gesetzlichen
Krankenkassen in Niedersachsen



Rezept-Info – Kurzinformation zur Polypharmazie

- Verschiedene Medikamente können sich gegenseitig beeinflussen und **unerwünschte Wirkungen hervorrufen** wie Übelkeit, Verstopfung, Kopfschmerzen, Benommenheit oder Blutungen.
- Die Indikation für eine **Medikation** sollte individuell und sorgfältig nach einer realistischen **Nutzen-Risiko-Abwägung** sowie unter Berücksichtigung von Lebensqualität und Lebenserwartung gestellt werden.
- Es gibt mehrere Möglichkeiten, die Zahl der einzunehmenden **Arzneimittel** und damit der unerwünschten Wirkungen zu **verringern**.

Veranstaltungsort

Medizinische Hochschule Hannover (MHH)
Gebäude J02, Hörsaal C
Carl-Neuberg-Str. 1
30625 Hannover

Zeit

08. und 09. November 2019

Anfahrt mit dem Auto

Aus Richtung Kassel auf der A7 bis zum Autobahn-Dreieck Hannover-Süd fahren, weiter auf der A37 in Richtung Hannover.
Aus Richtung Hamburg auf der A7 bis zum Autobahn-Kreuz Hannover-Kirchhorst, weiter auf der A37 in Richtung Hannover.
Aus Richtung Dortmund oder Berlin auf der A2 bis zum Autobahn-Kreuz Hannover-Buchholz, weiter auf der A37 in Richtung Hannover.
Auf der A37 bzw. dem Messeschnellweg fahren Sie bis zum Weidortkreisel und biegen dort in die Karl-Wiechert-Allee ein. Dann sind es nur noch wenige Minuten bis zur MHH.

Unterkunft

Es bestehen bis zum 27.09.2019 Abrufkontingente in folgenden Häusern (fußläufig zur MHH):

IBIS Medical Park

Feodor-Lynen-Str. 1
30625 Hannover
EZ inkl. Frühstück 07.11.2019 101,- €
EZ inkl. Frühstück 08.11.2019 81,- €

Mercure Medical Park

Feodor-Lynen-Str. 1
30625 Hannover
EZ inkl. Frühstück 07.11.2019 145,- €
EZ inkl. Frühstück 08.11.2019 110,- €

Herzlicher Dank für die Unterstützung geht an:

Die Referentinnen und Referenten
Das Landesgesundheitsamt Niedersachsen
Die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen

Die BDC|Akademie hat gemeinsam mit renommierten Krankenhaushygienikern ein kompaktes Blended-Learning-Angebot zur Erlangung der Zusatzqualifikation „Hygienebeauftragter Arzt“ entwickelt.

Im Gegensatz zu den üblichen 40-stündigen Präsenzkursen zeichnet sich unser Kurs durch einen kombinierten Ansatz aus E-Learning und ein Abschlusscolloquium aus. Dieses Konzept kommt dem engen Zeitbudget von Ärztinnen und Ärzten entgegen und lässt sich nahtlos in den Klinik- und Praxisalltag integrieren.

Der E-Learning-Teil wurde von der Universität Greifswald entwickelt und wird mit einem Wissenstest abgeschlossen, der den Kriterien der Fortbildungsordnung der Bundesärztekammer entspricht. Das erfolgreiche Bestehen der Lernerfolgskontrolle am Ende der E-Learning-Phase mit mindestens 70 % richtig beantworteter Testfragen ist Zugangsvoraussetzung für das abschließende Abschlusscolloquium.

Eine Teilnahmebescheinigung mit dem erreichten Ergebnis können Sie direkt ausdrucken.

Das Abschlusscolloquium in Hannover findet als zweitägige Präsenzveranstaltung statt und wurde in Zusammenarbeit mit dem Niedersächsischen Landesgesundheitsamt erstellt. Es bietet die Möglichkeit, die wesentlichen Lerninhalte zu vertiefen und fokussiert auf die Umsetzung in den Praxen und ambulanten Operationszentren. Daher ist es vor allem für Niedergelassene und für Kolleginnen und Kollegen aus den ambulanten Operationszentren der Krankenhäuser geeignet. Es bietet zudem ausreichend Raum für die Diskussion mit den Hygieneexperten und die Erörterung offener Fragen.

Nach bestandener schriftlicher Lernerfolgskontrolle erhalten Sie die Teilnahmebescheinigung „Hygienebeauftragter Arzt“ per Post zugeschickt.

Der Kurs ist mit insgesamt 60 CME-Punkten von der Landesärztekammer Niedersachsen zertifiziert. Der Kurs „Hygienebeauftragter Arzt“ wird bundesweit anerkannt.

Freitag, 08. November 2019

- 08.00 – 08.15 Begrüßung
Peter Kalbe, Rinteln / Christian Sagebiel, Hannover
- 08.15 – 09.00 Grundlagen der Desinfektion & Sterilisation
Cornelia Henke-Gendo, Hannover
- 09.00 – 09.45 Erregertransmission und allgemeine Präventionsmaßnahmen
Christine Kämpfert, Hannover
Kaffeepause
- 10.00 – 10.45 Multiresistente Grampositive Erreger (Präoperatives Management und Dekolonisierung)
Ralf-Peter Vonberg, Hannover
- 10.45 – 11.30 Antibiotic Stewardship
Wolfgang Rees, Bad Rothenfelde
- 11.30 – 12.15 Multiresistente Erreger MRGN
Christian Eckmann, Peine
- 12.15 – 13.00 Perioperative Antibiotika Prophylaxe
Christian Eckmann, Peine
Mittagspause
- 14.00 – 15.00 Prävention der post-operativen Wundinfektion
Karolin Graf, Langenhagen
- 15.00 – 15.45 Erfahrungen aus der infektionshygienischen Überwachung der ambulanten OP-Zentren
Ingrid Braun-Anhalt, Hannover
Kaffeepause
- 16.00 – 16.45 Händehygiene
Stefan Franke, Melsungen
- 16.45 – 18.00 Hygieneplan und Hygiene-Management (interaktiv)
Stefan Franke, Melsungen
- 18.00 – 18.15 Zusammenfassung und Abschlussdiskussion
Christian Sagebiel, Hannover

Samstag, 09. November 2019

- 08.00 – 08.15 Begrüßung
Peter Kalbe, Rinteln / Christian Sagebiel, Hannover
- 08.15 – 09.00 Aufgaben des hygienebeauftragten Arztes und rechtliche Rahmenbedingungen
Matthias Pulz, Hannover
- 09.00 – 09.45 Surveillance, Vorgehen bei Häufungen, Ausbruchmanagement
Cornelia Henke-Gendo, Hannover
Kaffeepause
- 09.45 – 10.00 Bauliche Anforderungen und RLT Anlagen
Karin Schwegmann, Hildesheim
- 11.00 – 12.00 Aufbereitung von Medizinprodukten (Richtlinien und Empfehlungen)
Andreas Karolat, Hannover
- 12.00 – 12.45 Anforderungen an die Entsorgung
Carola Diekmann, Steinheim
Mittagspause
- 13.45 – 14.30 Outsourcing der Aufbereitung von Medizinprodukten, Alternative Einmalinstrumente
Frank Siebert, Hannover
- 14.30 – 15.30 Erfahrungen als Hygienebeauftragter Arzt
Hygienemanagement und systematische Mitarbeiterschulungen
Christian Sagebiel, Hannover
- 15.30 – 16.00 Unterstützung durch die regionalen Kassenärztlichen Vereinigungen, das COC Hygiene und Medizinprodukte und die KBV
Sybille-Nadja Althoff, Hannover
Kaffeepause
- 16.15 – 16.45 Hygienische Anforderungen an Injektionen und Punktionen
Peter Kalbe, Rinteln
- 16.45 – 17.00 Zusammenfassung und Abschlussdiskussion
Peter Kalbe, Rinteln / Christian Sagebiel, Hannover
Kaffeepause
- 17.15 – 17.45 Schriftliche Lernkontrolle
- 17.45 – 18.15 Evaluation, Verbesserungsvorschläge, Verabschiedung
Peter Kalbe, Rinteln / Christian Sagebiel, Hannover

Wissenschaftliche Leitung und Referenten:

- Ass. Jur. Sybille-Nadja Althoff** Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen, Fachbereichsleiterin Qualitätssicherung, Berliner Allee 22, 30175 Hannover
- Dr. med. Ingrid Braun-Anhalt** Niedersächsisches Landesgesundheitsamt, Fachbereich Gesundheit, Team 53.06.02 – Infektionshygienische Überwachung, Weinstr. 2/3, 30171 Hannover
- Carola Diekmann** Fachwirtin Hygiene, Gartenstr. 32, 32839 Steinheim
- Prof. Dr. med. Christian Eckmann** Klinikum Peine gGmbH, Allgemein-, Viszeral- und Thoraxchirurgie, Virchowstr. 8 H, 31226 Peine
- Stefan Franke** BJBRAUN Melsungen AG, Trainer Hygienemanagement, Schwarzenberger Weg 73-79, 34212 Melsungen
- Dr. med. Karolin Graf** Fachärztin für Hygiene und Umweltmedizin, Regionalhygienikerin Nord, Paracelsus-Klinik am Silbersee Langenhagen, Oertzeweg 24, 30851 Langenhagen
- Dr. med. Cornelia Henke-Gendo** Niedersächsisches Landesgesundheitsamt, Roesebeckstr. 4 – 6, 30449 Hannover
- Dr. med. Peter Kalbe** Leiter des Referates Niedergelassene Chirurgen im BDC, Praxis am Wall, Gelenkzentrum Schaumburg, Josua-Stegmann-Wall 7, 31737 Rinteln
- Dr. med. Christine Kämpfert** Niedersächsisches Landesgesundheitsamt, Roesebeckstr. 4 – 6, 30449 Hannover
- Andreas Karolat** Staatliches Gewerbeaufsichtsamt Hannover, Am Listholze 74, 30177 Hannover
- Dr. med. Matthias Pulz** Präsident des Niedersächsischen Landesgesundheitsamtes, Roesebeckstr. 4-6, 30449 Hannover
- Dr. med. Wolfgang Rees** Leitender Hygienebeauftragter Arzt und Krankenhaushygieniker, Schüchtermann-Klinik, Ulmenallee 5 – 11, 49214 Bad Rothenfelde
- Dr. med. Christian Sagebiel** OP-Ambulanz Hannover, Gemeinschaftspraxis für Anästhesiologie und Schmerztherapie, Kurt-Schumacher-Str. 23, 30159 Hannover
- Dr. med. Karin Schwegmann** HELIOS Klinikum Hildesheim GmbH, leitende Konzernhygienikerin Helios Kliniken Deutschland, Senator-Braun-Allee 33, 31135 Hildesheim
- Dr. med. Frank Siebert** Regionalvertreter und stellv. Landesvorsitzender des BDC Nds., Zentrum für Hand- und Fußchirurgie, Hildesheimer Str. 265, 30519 Hannover
- Prof. Dr. med. Ralf-Peter Vonberg** Medizinische Hochschule Hannover, Institut für Medizinische Mikrobiologie und Krankenhaushygiene, Carl-Neuberg-Str. 1, 30625 Hannover

Hygienefortbildung kosten- und zeiteffizient. Für das gesamte Praxis-Team. Alles aus einer Hand.

-20%
für Mitglieder
der KVN

Vorteile auf einen Blick

- Zertifizierte Hygienefortbildungen für Ärzte, Pflege und med. Fachangestellte
- Kurs Hygienebeauftragter Arzt (HBA) in Kooperation mit der BDC | Akademie
- Kurs Hygienebeauftragte MFA in Kooperation mit der Aesculap Akademie
- Reduzierte Abwesenheitszeit Ihres Personals mit nachhaltigem Lernerfolg
- Mix aus E-Learning und Präsenzveranstaltung mit der meduplus Smart Learning® Methode
- Online und mobil – Auf allen Endgeräten und ohne Softwareinstallation sofort starten!

Hygienebeauftragter Arzt	Hygienebeauftragte MFA	Aufbereitung von Medizinprodukten für MFA
Nach dem Curriculum der Bundesärztekammer Abschluss mit dem Zertifikat „Hygienebeauftragter Arzt“ 40h / 60 CME-Punkte Nur 2 statt 5 Tage Präsenz Refresherkurs: 299,-€* E-Learning, keine Präsenz	Nach den Richtlinien der DGKH Abschluss mit dem Zertifikat „Hygienebeauftragte MFA“ 24 RbP-Punkte Nur 1 statt 3 Tage Präsenz Refresherkurs: 199,-€* E-Learning, keine Präsenz	Nach dem Curriculum der Bundesärztekammer Abschlusszertifikat 24 RbP-Punkte Nur 1 statt 3 Tage Präsenz
699,- € 559,- €*	499,- € 399,- €*	499,- € 399,- €*

Präsenztermine HBA

18.–19.10.2019 Berlin
08.–09.11.2019 Hannover
15.–16.11.2019 Meißen/Dresden

Präsenztermine HB MFA

26.06.2019 Tuttlingen
09.09.2019 Hamburg
13.11.2019 Köln

Präsenztermine Aufbereitung

10.09.2019 Hamburg
14.11.2019 Köln
08.02.2020 Nürnberg

So einfach geht's

Bitte bestellen Sie die Kurse **online, per E-Mail oder telefonisch** unter 030/55579255-0. Für jede Lizenz erhalten Sie einen Freischaltcode, mit dem Sie die bestellten Kurse auf der Webseite des Veranstalters unter **www.meduplus.de** freischalten können.

Jubiläumsangebot 200 Jahre M. v. Pettenkofer

Bei Bestellung eines Kurses für Hygienebeauftragte Ärzte, Pflegekräfte, MFA oder eines Refresherkurses erhalten Sie pro Kurs **3 Lizenzen „Grundkurs Hygiene 2019“** gratis für Ihr Team. Bitte geben Sie bei der Bestellung die Zielgruppe(n) für Ihre Gratiskurse an.

Rückantwort:

T 030/555 792 550
F 030/555 792 559
E info@meduplus.de

meduplus GmbH
Kurfürstendamm 194
10707 Berlin



in Kooperation mit:



Bestelladresse

Klinik/Praxis/MVZ

Telefon

Titel und Name

E-Mail

Position/Funktion

Mitgliedsnummer KVN (wenn Mitglied)

Straße, PLZ, Ort

Kurs	Anzahl	Preis Mitglieder*	Normalpreis*
Hygienebeauftragter Arzt			
Basiskurs (20h E-Learning, 2 Tage Präsenz, 60 CME-Punkte)		559 €	699 €
Refresherkurs (16h E-Learning, 32 CME-Punkte)		299 €	499 €
Hygienebeauftragte Pflege			
Basiskurs (32h E-Learning + 1 Tag Präsenz, 24 RBP-Punkte)		399 €	499 €
Refresherkurs (16h E-Learning, 16 RBP-Punkte)		199 €	399 €
Hygienebeauftragte MFA			
Basiskurs (16h E-Learning + 1 Tag Präsenz, 24 RBP-Punkte)		399 €	499 €
Refresherkurs (16h E-Learning, 16 RBP-Punkte)		199 €	399 €
Aufbereitung von Medizinprodukten (MFA)			
Basiskurs (16h E-Learning + 1 Tag Präsenz, 24 RBP-Punkte)		399 €	499 €
Weitere Smart-Learning® Kurse für das gesamte Team			
Grundkurs Hygiene 2019 Ärzte, Pflege, MFA, Hilfspersonal Bitte Gesamtbedarf an Kursen für alle Zielgruppen angeben		16 €	20 €
Händehygiene 2019 Ärzte, Pflege, MFA, Hilfspersonal Bitte Gesamtbedarf an Kursen für alle Zielgruppen angeben		16 €	20 €

* Alle Preise verstehen sich pro Teilnehmer/Jahr sowie zzgl. 19% MwSt.

Ihre oben angegebenen Daten werden ausschließlich zum Zwecke der Erfüllung Ihrer Bestellung von uns verarbeitet. Rechtsgrundlage ist Art. 6 Abs. 1 lit. b DSGVO. Sie erhalten für Ihre Bestellung von uns eine Rechnung und nach Ihrem Zahlungseingang einen Code, mit dem Sie sich zum Kurs anmelden können. Ihre Daten werden von uns nicht an Dritte weitergegeben. Sie werden von uns so lange gespeichert, wie es nach den gesetzlichen Aufbewahrungsfristen für Geschäftsbriefe bzw. Rechnungen erforderlich ist, und dann gelöscht. Weitere Hinweise zur Umsetzung des Datenschutzes finden Sie in unserer Datenschutzerklärung unter <https://www.meduplus.de/datenschutzerklaerung/>. Falls Sie von den reduzierten Preisen profitieren möchten, werden die oben genannten Daten zur Überprüfung Ihres Mitgliedsstatus einmalig an die KVN weitergeleitet. Bitte ankreuzen, falls Sie einverstanden sind:

- Ich bin damit einverstanden, dass die zuständige Landesärztekammer oder die Registrierung beruflich Pflegender GmbH (RbP) auf Anfrage über meine Teilnahme an einem durch sie zertifizierten Seminar informiert wird. Meine Einwilligung ist freiwillig. Ich kann Sie jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.
- Ich stimme zu, dass die meduplus GmbH mir E-Mails mit wichtigen Gesetzesänderungen, Neuigkeiten aus der Hygiene und Informationen zu unseren Kursen zusenden darf.

Datum

Unterschrift

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

2

Anzahl beschäftigte(r) Assistent(en):

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

Grid for LANR or Name of assistant

Assistententätigkeit:

Grid for dates of assistant activity

7. Bereitschaftsdienstteilnahme

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

1. Quartalsmonat⁴

Calendar grid for 1st quarter

2. Quartalsmonat⁴

Calendar grid for 2nd quarter

3. Quartalsmonat⁴

Calendar grid for 3rd quarter

8. Abrechnung von Laborleistungen

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

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

Grid for BSNR membership

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

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

BSNR:

Grid for BSNR number

9. Datentechnisches Abrechnungsverfahren/Arzneimittelmodul

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

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

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

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

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

(Ort)

(Datum) TTMMJJJ

(Unterschrift⁵ und Vertragsarztstempel²)

Location and date input fields

Signature and stamp input field

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

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

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

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



Informationen für die Praxis

KVN-Rundschreiben

Juli 2019

Inhaltsverzeichnis

1. Abrechnung	3
1.1. Anpassungen der förderungswürdigen Leistungen für das Jahr 2019.....	3
1.2. RLV-Erhöhung ab 2/2019 aufgrund des BA-Beschlusses zur Hornhautvernetzung mit Riboflavin..	5
1.3. Änderung des EBM zur Empfängnisverhütung rückwirkend zum 14. Juni 2019	6
1.4. EBM-Änderungen zum 1. Juli 2019	6
2. Verordnungen	8
2.1. Tamsulosin bei Urolithiasis - Änderung der Anlage VI (Off-Label-Use) der Arzneimittel-Richtlinie.....	8
2.2. Änderung der Anlage V der Arzneimittel-Richtlinie - Übersicht der ordnungsfähigen Medizinprodukte ..	9
2.3. Anpassungen innerhalb der Wirtschaftlichkeitsziele der Trastuzumab- und Adalimumab-haltigen Biosimilarquoten	11
2.4. Dermatika – Änderung der Anlage III (Verordnungseinschränkungen und -ausschlüsse) der Arzneimittel-Richtlinie	11
2.5. Verordnung von Betäubungsmittel im Bereitschaftsdienst	11
2.6. Hinweise zum neuen Rahmenvertrag für Apotheken.	12
2.7. Bundesweit einheitliche Heilmittelpreise seit dem 1. Juli 2019	13
2.8. Lynparza® (Olaparib) in Teilindikation als Praxisbesonderheit anerkannt.....	13
3. Allgemeine Hinweise	14
3.1. Hilfsmittel mit Sicherheitsmechanismus	14
3.2. Schwangerenversorgung mit der BIG direkt gesund (K.I.S.S.): Infektionsscreening für 26 Euro	14
3.3. Versorgung „Gesund schwanger“: Ab 1. Juli 2019 aktualisierte Teilnahmeformulare und Informationsblätter für Versicherte und Arzt	15

3.4.	Anpassung des DMP Vertrages KHK zum 1. Juli 2019.....	15
3.5.	Neuer Flyer zur HPV-Impfung	15
4.	Veranstaltungen im August und September 2019.....	16

1. Abrechnung

1.1. Anpassungen der förderungswürdigen Leistungen für das Jahr 2019

Im Rahmen der Verhandlungen zum Honorarvertrag für das Jahr 2019 konnte mit den niedersächsischen Verbänden der Krankenkassen eine Erhöhung des Fördervolumens für die so genannten besonders förderungswürdigen Leistungen erzielt werden. Demnach steigt das Gesamtfördervolumen um 500.000 Euro auf nunmehr knapp 21,2 Mio. Euro im Jahr an.

Mit Wirkung ab dem 3. Quartal 2019 werden zudem die folgenden Leistungsbereiche gefördert:

- NäPA (GOP 03062 und 03063 EBM)
- Abendsprechstunde für Kinder bis 12 Jahre nach 18:00 Uhr
- Katheterwechsel (GOP 02322/02323 EBM) im Rahmen eines Besuchs
- medizinisch indizierte Epilation (GOP 10340 bzw. 02325-02328 EBM)

Für die Gruppentherapien sowie Naevi flammei entfällt hingegen die bisherige zusätzliche Förderung aufgrund der Nichterreichung des Förderungszieles.

Die einzelnen Förderhöhen können der nachfolgenden Übersicht entnommen werden:

Hausärztlicher Versorgungsbereich:

Leistungsbereich	GOP	Punktzahl laut EBM	Punkt-wertzuschlag in Cent	Förderung in Euro
Besuche	01410	212	0,90	1,91
Dringende Besuche	01411 *	469	1,80	8,44
	01412 *	626	1,80	11,27
	01415	546	1,80	9,83
Gespräche und Betreuungsleistungen	21216	150	1,20	1,80

* GOP 01411 ohne org. Notfalldienst und Krankenhäuser

* GOP 01412 ohne Visite auf Belegstation

Gespräche und Betreuungsleistungen	21220	136	1,20	1,63
Gastroskopie	04511	835	0,60	5,01
	13400	835	0,60	5,01
NäPA	03062	166	1,20	1,99
	03063	122	1,20	1,46

Leistungsbereich	GOP	maximale Bewertung in Euro	maximales Fördervolumen in Euro je Quartal
Abendsprechstunde von Haus- und Kinderärzten für Kinder bis 12 Jahre nach 18:00 Uhr	99806	10,00	150.000

Fachärztlicher Versorgungsbereich:

Leistungsbereich	GOP	Punkte	Punkt-wertzuschlag in Cent	Förderung in Euro
Besuche	01410	212	0,60	1,27
Dringende Besuche	01411 *	469	1,80	8,44
	01412 *	626	1,80	11,27
	01415	546	1,80	9,83
Mitbesuche	01413	106	1,80	1,91
ESWL	26330	5119	1,20	61,43
Gespräche und Betreuungsleistungen	21216	150	1,20	1,80
	21220	136	1,20	1,63
MRT der Mamma	34431	2193	1,20	26,32

* GOP 01411 ohne org. Notfalldienst und Krankenhäuser

* GOP 01412 ohne Visite auf Belegstation

Psychiatrische Leistungen bei Kindern und Jugendlichen	14220	136	1,20	1,63
	14221	134	1,20	1,61
	14311	41	1,20	0,49
Strukturpauschale Augenärzte	06225	111	0,60	0,67
Gastroskopie	04511	835	0,60	5,01
	13400	835	0,60	5,01

Leistungsbereich	GOP	maximale Bewertung in Euro	maximales Fördervolumen in Euro je Quartal
Katheterwechsel (GOP 02322/02323 EBM) im Rahmen eines Besuchs	99807	5,00	25.000
medizinisch indizierte Epilation (GOP 10340 bzw. 02325-02328 EBM)	99808	10,00	10.000

Bei den genannten Punktwertzuschlägen bzw. Förderbeträgen handelt es sich insoweit um Zielgrößen, die ggf. bei einer steigenden Leistungsmenge und Überschreitung der insgesamt zur Verfügung stehenden Gesamtfördersumme quotiert ausbezahlt würden.

Sofern das Fördervolumen für die Kinder-Abendsprechstunde i.H.v. 150.000 Euro pro Quartal nicht ausreichen sollte, um einen Zuschlag i.H.v. 10 Euro pro Patient zu vergüten, würden die Kassen weitere ca. 100.000 Euro für das Gesamtjahr beisteuern.

1.2. RLV-Erhöhung ab 2/2019 aufgrund des BA-Beschlusses zur Hornhautvernetzung mit Riboflavin

Aufgrund des Beschlusses des Bewertungsausschusses (BA) vom 29. März 2019 zur Hornhautvernetzung mit Riboflavin (siehe April-Rundschreiben) wurde mit Wirkung zum 2. Quartal 2019 unter anderem die Grundpauschale der Augenärzte für die Altersklasse 6. bis 59. Lebensjahr (GOP 06211) im EBM um zwei Punkte angehoben. Da der BA-Beschluss erst Ende März erfolgt ist, konnte die Erhöhung nicht mehr in die bereits Ende Februar zugewiesenen RLV für das 2. Quartal 2019 einfließen. Ihre Umsetzung erfolgt daher im Rahmen der Honorarabrechnung des 2. Quartals 2019 mittels einer entsprechenden Aufwertung der RLV um 0,38 Prozent. Ab dem 3. Quartal 2019, das Ende Mai zugewiesen wurde, ist die Höherbewertung bereits im mitgeteilten RLV enthalten.

1.3. Änderung des EBM zur Empfängnisverhütung rückwirkend zum 14. Juni 2019

Mit dem Gesetz zur Verbesserung der Information über einen Schwangerschaftsabbruch hat der Gesetzgeber unter anderem den § 24 a SGB V geändert. Dadurch erhalten Frauen bis zum vollendeten 22. Lebensjahr verschreibungspflichtige empfängnisverhütende Mittel auf Kaszenrezept. Bislang galt der Anspruch nur bis zum 20. Geburtstag.

Entsprechend hat der Bewertungsausschuss die Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 1.7.5 „Empfängnisregelung“ im EBM angepasst. Damit sind die Leistungen Einlegen, Wechseln oder Entfernung eines Intrauterinpressars (GOP 01830) und die Leistung Subkutane Applikation eines Depot-Kontrazeptivums (GOP 01832) bis zum vollendeten 22. Lebensjahr berechnungsfähig.

Der Beschluss ist seit dem 14. Juni 2019 gültig, da er zu diesem Datum im Internet veröffentlicht worden ist. Da die Änderung für Sie jedoch im 2. Quartal 2019 nicht umsetzbar war, gehen wir davon aus, dass für Patientinnen ab dem 21. Lebensjahr bis zur Vollendung des 22. Lebensjahres bis zum 30. Juni 2019 die Kosten von den Krankenkassen durch eine ausgestellte Privatrechnung im Rahmen der Kostenerstattung beglichen werden. Sollten sich Krankenkassen weigern, die Rechnung im Rahmen der Kostenerstattung zu begleichen, wenden Sie sich bitte kurzfristig an das Abrechnungszentrum der KVN, damit die Leistung nachgetragen und in der laufenden Abrechnung für das Quartal 2/2019 berücksichtigt werden kann.

Leistungen
berechnungsfähig

Bis Mitte 2019
Kostenerstattung

1.4. EBM-Änderungen zum 1. Juli 2019

Der Bewertungsausschuss hat in der Sitzung vom 19. Juni 2019 weitere Änderungen des EBM zum 1. Juli 2019 beschlossen. Über die wesentlichen Änderungen möchten wir Sie nachfolgend kurz informieren:

Operative Teilentfernung von Gaumenmandeln

Der G-BA hat am 20. September 2018 die Anlage 1 „Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden“ der Richtlinie Methoden vertragsärztlicher Versorgung um eine Nummer 28 „Tonsillotomie bei Hyperplasie der Tonsillen“ ergänzt. Der operative Eingriff darf nur bei Patientinnen und Patienten ab dem vollendeten 1. Lebensjahr durchgeführt werden, bei denen die Hyperplasie eine symptomatische, klinisch relevante Beeinträchtigung verursacht und eine konservative Behandlung nicht ausreicht.

Die Operation darf nur von Fachärztinnen und Fachärzten für Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde durchgeführt werden. Die Abbildung im EBM erfolgt durch die Aufnahme des operativen Eingriffes gemäß OPS-Code 5-281.5 „Tonsillektomie (ohne Adenotomie): Partiiell, transoral“ in den Anhang 2 zum EBM. Gleichzeitig wurde dieser OPS-Code aus dem Verzeichnis nicht oder nicht mehr berechnungsfähiger Leistung (Anhang 4 zum EBM) gestrichen. Die Tonsillektomie wurde bisher als ambulanter und belegärztlicher Eingriff in der Kategorie N 2 abgebildet. Aufgrund der im G-BA-Beschluss festgelegten ausreichend langen Überwachung

Eingriff von Kategorie
N2 auf N3
angehoben

im Anschluss an eine Tonsillektomie wird sie nunmehr als Eingriff der Kategorie N 3 abgebildet.

Anwendung des Medikaments Fingolimod

In diesem Zusammenhang wurde eine neue Leistung zur Beobachtung und Betreuung eines Kranken bei der Gabe von Fingolimod gemäß Fachinformation nach der **GOP 01516** in den Abschnitt 1.5 des EBM aufgenommen. Die Vergütung erfolgt zunächst außerhalb der MGV.

Änderung des EBM für die Arzneimittel Delstrigo® und Pifeltro®

Delstrigo® und Pifeltro®: Die Anwendung der beiden Arzneimittel zur Behandlung von therapie-naiven Patienten mit einer HIV-Infektion setzt den Nachweis voraus, dass keine Resistenz gegen die Substanzklasse der NNRTI (nichtnukleosidische Reverse-Transkriptase-Inhibitoren) vorliegt. Die Anlage I Nr. 10 der MVV-Richtlinie des G-BA lässt HIV-Resistenztestungen für therapie-naive Patienten jedoch nur für besondere Risikogruppen zu. Aus diesem Grund wurde für alle anderen Patienten, die keiner der in Anlage I Nr. 10 genannten Risikogruppen angehören, eine Resistenztestung als neue **GOP 32818** in Abschnitt 32.3.12 EBM aufgenommen. Die Vergütung der GOP 32818 erfolgt 2 Jahre außerhalb der MGV.

Resistenztestung auch außerhalb von Risikogruppen möglich

Kinder-Richtlinie: Screening von Neugeborenen zur Früherkennung von SCID

Schwere kombinierte Immundefekte bei Kindern sollen künftig früher erkannt und dadurch besser behandelt werden können. Unter dem Begriff „schwerer kombinierter Immundefekt“ werden verschiedene Krankheiten zusammengefasst, denen eine angeborene schwere Störung des Immunsystems zugrunde liegt.

In diesem Zusammenhang wird die GOP 01724 „Erweiterte Neugeborenen-Screeninguntersuchung der Zielkrankheiten mittels Laboruntersuchungsverfahren bzw. mittels der Tandemmassenspektrometrie“ zum 1. Juli 2019 um die Untersuchung Polymerase Kettenreaktion (PCR) zur Untersuchung auf SCID ergänzt. Für den erweiterten Untersuchungs-umgang wird die Bewertung der GOP 01724 um 74 Punkte von 147 auf 221 Punkte erhöht.

Erweiterung des Screenings

Änderung des EBM aufgrund der Anpassung der Psychotherapie-Richtlinie zur Berücksichtigung der Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung

Die Anmerkungen zu den GOP 35150 (probatorische Sitzung) und 35151 (psychotherapeutische Sprechstunde) werden dahingehend angepasst, dass die höheren Stundenkontingente auch für Versicherte mit Vorliegen einer Intelligenzstörung berechnungsfähig sind.

Psychotherapie-RL auch für Menschen mit geistiger Behinderung

Die kompletten Beschlüsse wurden auf der Internetseite des Instituts des Bewertungsausschusses am 21., 24. und 25. Juni 2019 veröffentlicht.

2. Verordnungen

2.1. Tamsulosin bei Urolithiasis - Änderung der Anlage VI (Off-Label-Use) der Arzneimittel-Richtlinie

Mit Wirkung zum 18. Juni 2019 wurde in der Anlage VI (Off-Label-Use) in Teil A der Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL) die Ziffer XXIX „Tamsulosin bei Urolithiasis (als medikamentöse expulsive Therapie auch nach Lithotripsie)“ neu angefügt.

Laut G-BA-Beschluss gilt die Anwendung von Tamsulosin für Patienten mit einem Harnleiterstein > 5 mm unabhängig von der Lokalisation im Harnleiter und Patienten nach Lithotripsie und extrakorporaler Stoßwellenlithotripsie (ESWL).

Das Behandlungsziel ist

- eine Erhöhung der Abgangswahrscheinlichkeit
- eine Verkürzung der Zeit bis zum Steinabgang
- eine Reduktion von Schmerzen und der Notwendigkeit einer operativen Intervention sowie
- eine Verringerung der Notwendigkeit von Krankenhausaufenthalten.

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

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

A.C.A. Müller ADAG Pharma AG, AbZ-Pharma GmbH, ALIUD PHARMA GmbH, Apogepha Arzneimittel GmbH, Astellas Pharma GmbH, Aurobindo Pharma GmbH, AxiCorp Pharma GmbH, Basics GmbH, betapharm Arzneimittel GmbH, Boehringer Ingelheim Pharma GmbH & Co. KG, Cheplapharm Arzneimittel GmbH, Dr. R. Pflieger Chemische Fabrik GmbH, EurimPharm Arzneimittel GmbH, kohlfarma GmbH, Mibe GmbH Arzneimittel, Orifarm GmbH, PUREN Pharma GmbH & Co. KG, ratiopharm GmbH, STADAPHARM GmbH, Sun Pharmaceuticals Germany GmbH, T & D Pharma GmbH, TAD Pharma GmbH, TEVA GmbH, Uropharm AG

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

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

Off-Label-Use
für Tamsulosin-
haltige Präparate
möglich

Den zugehörigen Beschluss des G-BA sowie die vollständige Anlage VI der Arzneimittel-Richtlinie finden Sie auf der Internetseite des G-BA (www.g-ba.de) unter Richtlinien > Arzneimittel-Richtlinie > Anlage VI > weitere Beschlüsse (Beschlussdatum 22. März 2019).

2.2. Änderung der Anlage V der Arzneimittel-Richtlinie - Übersicht der verordnungsfähigen Medizinprodukte

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

Produktbezeichnung	Medizinisch notwendige Fälle	Befristung der Verordnungsfähigkeit
AMO™ ENDOSOL™	Für intraokulare und topische Spülungen des Auges bei chirurgischen Prozeduren und für diagnostische und therapeutische Maßnahmen.	1. November 2023
HYLO®-GEL	Synthetische Tränenflüssigkeit bei Autoimmun-Erkrankungen (Sjögren-Syndrom mit deutlichen Funktionsstörungen (trockenes Auge Grad 2), Epidermolysis bullosa, okuläres Pemphigoid), Fehlen oder Schädigung der Tränen-drüse, Fazialisparese oder bei Lagophthalmus.	6. Februar 2024
Nebusal® 7%	Zur symptomatischen Inhalationsbehandlung der Mukoviszidose für Patienten ≥ 6 Jahre.	23. November 2022
OPTYLURON NHS 1,0 %	Zur Anwendung als Operationshilfe in der Ophthalmochirurgie des vorderen Augenabschnittes.	18. Dezember 2021
OPTYLURON NHS 1,4 %	Zur Anwendung als Operationshilfe in der Ophthalmochirurgie des vorderen Augenabschnittes.	18. Dezember 2021
PARI NaCl Inhalationslösung	Als Trägerlösung bei der Verwendung von Inhalaten in Verneblern oder Aerosolgeräten. Dies gilt nur für die Fälle, in denen der Zusatz einer Trägerlösung in der Fachinformation des arzneistoffhaltigen Inhalats zwingend vorgesehen ist.	12. November 2023
Pe-Ha-Luron® 1,0 %	Zur Anwendung als Operationshilfe in der Ophthalmochirurgie des vorderen Augenabschnittes	4. April 2024

Pe-Ha-Visco (2,0 %)	Zur Anwendung als Operationshilfe in der Ophthalmochirurgie des vorderen Augenabschnittes.	4. April 2024
TP SalineFlushTM	Ausschließlich zum Spülen von in situ Gefäßzugangssystemen.	29. Januar 2024
Z-HYALIN®	Zur Unterstützung intraokularer Eingriffe am vorderen Augenabschnitt bei Kataraktoperationen.	1. Mai 2024

In der Anlage V der Arzneimittel-Richtlinie wurde die Bezeichnung von „Lubricano®“ in „InstillaGel Lubri“ und die Bezeichnung von „PädiaSalin® 0,9%“ in „Kochsalz 0,9% Inhalat Pädia®“ geändert:

Produktbezeichnung	Medizinisch notwendige Fälle	Befristung der Verordnungsfähigkeit
InstillaGel Lubri	Zur Anwendung bei Patienten mit Katheterisierung.	12. Januar 2024
Kochsalz 0,9% Inhalat Pädia®	Als Trägerlösung bei der Verwendung von Inhalaten in Verneblern oder Aerosolgeräten. Dies gilt nur für die Fälle, in denen der Zusatz einer Trägerlösung in der Fachinformation des arzneistoffhaltigen Inhalats zwingend vorgesehen ist.	17. März 2023

Zum 1. Juli 2019 wird das Medizinprodukt „MOVICOL® Schoko“ in die Anlage V der Arzneimittel-Richtlinie aufgenommen:

Produktbezeichnung	Medizinisch notwendige Fälle	Befristung der Verordnungsfähigkeit
MOVICOL® Schoko	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 Darmlähmung, bei phosphatbindender Medikation bei chronischer Niereninsuffizienz, Opiat- sowie Opioidtherapie und in der Terminalphase. Für Jugendliche mit Entwicklungsstörungen im Alter von 12 Jahren bis zum vollendeten 18. Lebensjahr zur Behandlung der Obstipation.	27. Januar 2021

Sie finden die aktuelle Version der Anlage V auf der Internetseite des GB-A unter www.g-ba.de > Richtlinien > Arzneimittel-Richtlinie > Anlage V: Übersicht der verordnungsfähigen Medizinprodukte.

2.3. Anpassungen innerhalb der Wirtschaftlichkeitsziele der Trastuzumab- und Adalimumab-haltigen Biosimilarquoten

Durch Änderungen auf dem Arzneimittelmarkt haben sich innerhalb folgender Arzneimittel-Wirtschaftlichkeitsziele Anpassungen ergeben:

Wirtschaftlichkeitsziel	Vergleichsgruppen
Trastuzumab in Rezepturen	onkologisch tätige Gynäkologen
Rituximab/Trastuzumab in Rezepturen	Hämatologen/Onkologen
Adalimumab	Dermatologen, ermächtigte Dermatologen, Gastroenterologen, ermächtigte Gastroenterologen
TNF-alpha-Hemmer	Internistische Rheumatologen

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

2.4. Dermatika – Änderung der Anlage III (Verordnungseinschränkungen und -ausschlüsse) der Arzneimittel-Richtlinie

Mit Wirkung zum 5. Juli 2019 wird die Nummer 23 „Dermatika“ der Anlage III der Arzneimittel-Richtlinie geändert und lautet nun wie folgt:

- Dermatika, die auch zur Reinigung und Pflege oder Färbung der Haut, des Haares, der Nägel, der Zähne, der Mundhöhle usw. dienen und bei denen die Krankenbehandlung nicht im Vordergrund steht.

Mit der Änderung sollen insbesondere veraltete Begrifflichkeiten aktualisiert werden. Sie soll klarstellen, dass ein Anspruch auf Versorgung zu Lasten der GKV mit verschreibungspflichtigen Dermatika besteht, bei deren Anwendung die Krankenbehandlung im Vordergrund steht.

Den vollständigen Beschluss des G-BA sowie die vollständige Anlage III finden Sie im Internet unter www.g-ba.de > Richtlinien > Arzneimittel-Richtlinie > Anlage III > weitere Beschlüsse.

2.5. Verordnung von Betäubungsmittel im Bereitschaftsdienst

Verordnungspflichtige Betäubungsmittel können im Ausnahmefall auf einem Muster 16 verordnet werden. Das Ordnungsblatt ist in diesem

Dermatika zur Krankenbehandlung zu Lasten der GKV verordnungsfähig

Fall mit dem Hinweis „Notfall-Verschreibung“ kenntlich zu machen. Es darf nur die Menge, die zur Behebung des Notfalls erforderlich ist, verordnet werden. Möglichst vor Abgabe des Arzneimittels hat sich der Apotheker mit dem verschreibenden Arzt in Verbindung zu setzen. Im Fall einer Notfall-Verschreibung ist der verschreibende Arzt laut BtMVV verpflichtet, unverzüglich die Verschreibung auf einem mit „N“ gekennzeichneten BtM-Rezept an die Apotheke nachzureichen, die die Notfall-Verschreibung beliefert hat.

Verschreibung im Notfall auf Muster 16 möglich

Bitte beachten Sie die Ausfüllhilfe Betäubungsmittel-Rezept (Verordnung von Betäubungsmitteln auf der Homepage der KVN:

<https://www.kvn.de/Arzneimittel.html>.

2.6. Hinweise zum neuen Rahmenvertrag für Apotheken

Zum 1. Juli 2019 ist für die Apotheken ein neuer bundesweiter Rahmenvertrag zwischen dem Deutschen Apothekerverband und dem GKV-Spitzenverband in Kraft getreten.

Es wurden insbesondere die nachfolgenden Regelungen zur Abgabe von Arzneimitteln überarbeitet:

1. Bei nicht eindeutigen Angaben auf dem Rezept (d. h. erkennbarer Irrtum, unleserlich oder nicht vollständig) soll die Apotheke Rücksprache mit dem Arzt halten. Sie kann die sich ergebenden Korrekturen oftmals selbst auf dem Arzneverordnungsblatt vornehmen. Bei T-Rezepten bleibt die Angabe des Ausstellungsdatums durch den Arzt zwingend.

Apotheken können Korrekturen selbst vornehmen

Eine Korrektur des Rezeptes durch den Arzt entfällt somit in den meisten Fällen, sofern die Verordnung nicht grundlegend (z.B. anderer Wirkstoff, andere Wirkstärke, andere Stückzahl) geändert werden muss.

2. Bei der Nichtlieferbarkeit von Rabattarzneimitteln oder einem der vier preisgünstigen Arzneimittel kann die Apotheke über die Angabe eines Sonderkennzeichens das nächst preisgünstige, verfügbare Arzneimittel abgeben. Das Sonderkennzeichen kann auch bei der Nichtlieferbarkeit von Importen angegeben werden.

Sonderkennzeichen bei nicht lieferfähigen Arzneimitteln

Erst wenn von keinem Hersteller ein austauschfähiges Präparat verfügbar ist, muss der Arzt eine neue Verordnung über ein grundsätzlich anderes Arzneimittel ausstellen.

3. Bei der Verordnung eines Vielfachen der größten Packung ist es nicht mehr nötig, einen besonderen Vermerk (z. B. ein Ausrufezeichen) auf dem Rezept anzubringen. In der Apotheke wird jede Ordnungszeile einzeln betrachtet und mit der jeweils verordneten Anzahl an Packungen beliefert.

Kein Extravermerk bei Großverordnungen mehr

Um unnötige Rücksprachen der Apotheke mit einer Arztpraxis zu vermeiden, ist es erforderlich, die Verordnung so eindeutig wie möglich

vorzunehmen, unabhängig davon, ob die Verschreibung eines Arzneimittels durch ein Fertigarzneimittel oder eine Wirkstoffverordnung vorgenommen wird.

2.7. Bundesweit einheitliche Heilmittelpreise seit dem 1. Juli 2019

Mit den gesetzlichen Änderungen des Terminservice- und Versorgungsgesetzes (TSVG) gelten seit dem 1. Juli 2019 bundesweit einheitliche Heilmittelpreise. Es wurde dabei vom Gesetzgeber festgelegt, dass für jedes Bundesland und jede Kassenart der jeweils höchste Preis gilt, der für die jeweilige Leistungsposition in einer Region des Bundesgebietes vereinbart worden ist. Der GKV-Spitzenverband hat sich nun mit den Heilmittelverbänden auf Bundesebene auf die bundesweit geltenden Heilmittelpreise verständigt und diese fristgerecht veröffentlicht.

Die KBV hat eine Übersicht erstellt, in der alle ärztlich verordnungsfähigen Leistungen nach der Heilmittel-Richtlinie sortiert nach ihrer Nummer im Heilmittel-Positionsnummernverzeichnis mit dem jeweiligen Preis für eine Einzeltherapie dargestellt sind. Auch für die Gruppentherapien gelten bundesweit einheitliche Preise. Diese sind aber in der Übersicht nicht aufgeführt, da in Abhängigkeit von der Gruppenstärke unterschiedliche Preise abgerechnet werden können und Vertragsärzte zum Zeitpunkt der Verordnung keine Information über die Teilnehmerzahl haben.

Die Übersicht der KBV zu den bundeseinheitlichen Heilmittelpreisen ist abrufbar unter: www.kbv.de > Service > Verordnungen > Heilmittel.

Leistungsübersicht
der KBV

2.8. Lynparza® (Olaparib) in Teilindikation als Praxisbesonderheit anerkannt

Lynparza® (Wirkstoff Olaparib) wird ab dem 1. Juni 2019 nach einer Vereinbarung zwischen dem GKV-Spitzenverband und dem pharmazeutischen Unternehmer AstraZeneca GmbH ab dem ersten Behandlungsfall als Praxisbesonderheit ausschließlich im Anwendungsgebiet mit einem Zusatznutzen laut G-BA-Beschluss vom 6. Dezember 2018 anerkannt:

- Lynparza wird als Monotherapie für die Erhaltungstherapie von erwachsenen Patientinnen mit einem Platin-sensitiven Rezidiv eines *high-grade* epithelialen Ovarialkarzinoms, Eileiterkarzinoms oder primären Peritonealkarzinoms angewendet, die auf eine platinbasierte Chemotherapie ansprechen (vollständig oder partiell).

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

Die Einleitung und Überwachung der Behandlung mit Olaparib soll nur durch in der Therapie von Patientinnen mit Ovarialkarzinom erfahrene Fachärzte für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie sowie Fachärzte für Gynäkologie und weitere an der Onkologie-Vereinbarung teilnehmende Ärzte anderer Fachgruppen erfolgen.

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

Olaparib nur von
von Ärzten, die an
Onkologie-
Vereinbarung
teilnehmen,
anzuwenden

Weitere Anwendungsgebiete oder Erweiterungen des Anwendungsgebietes sind nicht von der Praxisbesonderheit umfasst. Die Anerkennung als Praxisbesonderheit besteht, solange AstraZeneca Lynparza® in Deutschland vertreibt.

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

3. Allgemeine Hinweise

3.1. Hilfsmittel mit Sicherheitsmechanismus

Seit Inkrafttreten des Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) am 11. Mai 2019 besteht gemäß § 33 SGB V Anspruch auf Hilfsmittel mit Sicherheitsmechanismus, um z.B. Pflegekräfte oder Angehörige von GKV-Versicherten vor Nadelstichverletzungen zu schützen. Der Anspruch gilt allerdings erst dann, wenn der Gemeinsame Bundesausschuss in seiner Hilfsmittel-Richtlinie die Tätigkeiten, bei denen eine erhöhte Infektionsgefährdung angenommen werden kann, konkretisiert hat. **Die Umsetzungsfrist wurde vom Gesetzgeber bis zum 31. Januar 2020 festgesetzt.**

Tätigkeiten mit Infektionsgefährdung noch nicht definiert

Sobald der Beschluss vorliegt und die Hilfsmittel in das Hilfsmittelverzeichnis aufgenommen wurden, ist eine Verordnung zu Lasten der GKV möglich. Wir werden Sie in einem gesonderten Rundbrief hierzu informieren.

3.2. Schwangerenversorgung mit der BIG direkt gesund (K.I.S.S.): Infektionsscreening für 26 Euro

Der Vertrag wurde an die Anforderung der EU-Datenschutz-Grundverordnung angepasst und mit aktualisierten sowie neuen Anlagen versehen.

Für den Praxisbetrieb haben die aktuellen Änderungen keine Auswirkung, da die Versicherte Ihre Teilnahme gegenüber der Krankenkasse erklärt. Ausschließlich die Versicherte erhält von ihrer BIG ein Vorsorgepaket. Dieses enthält auch ein Testkit für die Übermittlung des Abstrichs an das benannte Labor und eine Arztinformation zur Weitergabe an den behandelnden Gynäkologen. Ein separates Teilnahmeverfahren für Ärzte gibt es nicht.

Leistung	Euro	GOP
Beratung, Durchführung Infektions-screening (Abstrichentnahme, Versand, ggf. Einleitung Therapie inkl. Nachkontrolle)	26	81103

Weitere Informationen finden Sie im KVN-Portal > Verträge > Eingabe des Suchbegriffs „BIG“.

3.3. Versorgung „Gesund schwanger“: Ab 1. Juli 2019 aktualisierte Teilnahmeformulare und Informationsblätter für Versicherte und Arzt

Der Vertrag wurde an die Anforderung der EU-Datenschutz-Grundverordnung angepasst.

Folgende Anlagen wurden aktualisiert:

- Anlage 1 „Informationsblatt Arzt“
- Anlage 2 „Teilnahmeerklärung Arzt“
- Anlage 7 „Informationsblatt Versicherte“
- Anlage 8 „Teilnahme- und Einverständniserklärung Versicherte“

Weitere Informationen finden Sie im KVN-Portal > Verträge > Eingabe des Suchbegriffs „schwanger“.

3.4. Anpassung des DMP Vertrages KHK zum 1. Juli 2019

Aufgrund der 11. Änderung der DMP Anforderungen-Richtlinie (DMP-ARRL) musste der DMP Vertrag KHK redaktionell angepasst werden. Daneben wurden die Regelungen der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) in den Vertrag aufgenommen.

Die Anpassungen haben keine Auswirkungen auf den Verfahrensablauf und die Vergütungsstruktur.

Die aktuelle Lesefassung des Vertrages finden Sie auf der Internetseite der KVN unter www.kvn.de > Mitglieder > Qualitaet > DMP > DMP Koronare Herzkrankheit.

3.5. Neuer Flyer zur HPV-Impfung

Die Niedersächsische Krebsgesellschaft und die Niedersächsische Krebsstiftung haben ihren Flyer zur HPV-Impfung aktualisiert, nachdem die Ständige Impfkommission am Robert Koch Institut in Berlin jetzt auch die HPV-Impfung für Jungen im Alter von 9 bis 14 Jahren empfiehlt. Das Falblatt wurde speziell für Jugendliche konzipiert und kann zur Information bei Kinder-, Haus- oder Frauenärzten sowie bei Urologen eingesetzt werden.

HPV-Impfung für
Jungen thematisiert

Der neue Flyer kann kostenlos über den Link: <https://www.nds-krebsgesellschaft.de/infomaterial.html> bei der Niedersächsischen Krebsgesellschaft bestellt werden.

4. Veranstaltungen im August und September 2019

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

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

www.kvn.de/Mitglieder/Fortbildung

Name	Ort	Datum	Gebühr p. P.
Qualitäts- und Praxismanagement			
Sonderverträge in der ambulanten Versorgung	Braunschweig	21.Aug	kostenlos
Terminplanung	Aurich	21.Aug	80 Euro
Der Knigge - Wirkung immer und überall	Hannover	24.Aug	115 Euro
Sachkundelehrgang gemäß § 8 Abs. 4 der Medizinproduktebetriebsverordnung	Oldenburg	26.Aug	480 Euro
Qualitätsmanagementbeauftragte/r	Hannover	30.Aug	289 Euro
Praxisbegehungen durch das Gewerbeaufsichtsamt	Hannover	31.Aug	30 Euro
Qualitätsmanagement für Psychotherapeuten	Hannover	31.Aug	135 Euro
Gefährdungsbeurteilung für die Arztpraxis	Hannover	04.Sep	89 Euro
Konfliktmanagement	Verden	04.Sep	50 Euro
Tatort: Wartezimmer	Hannover	07.Sep	128 Euro
Personalführung für PraxismitarbeiterIn	Hannover	10.Sep	139 Euro

Professionelle Praxisorganisation	Aurich	11.Sep	40 Euro
Qualitätsmanagement ganz einfach	Hannover	11.Sep	100 Euro
Kommunikation und Motivation in der Arztpraxis	Aurich	13.Sep	80 Euro
Datenschutz in der Arztpraxis	Stade	18.Sep	50 Euro
Medizinprodukte-Aufbereitung Workshop Teil 1	Hannover	18.Sep	95 Euro
Mitarbeitermotivation - Leistungsbereitschaft fördern und fordern	Hannover	18.Sep	85 Euro
PraxismanagerIn Refresherkurs	Oldenburg	18.Sep	300 Euro
Rechtsnormen für die Arztpraxis	Hannover	18.Sep	89 Euro
Mitarbeiter finden und binden	Hannover	20.Sep	85 Euro
Betriebliches Gesundheitsmanagement in medizinischen Einrichtungen	Hannover	21.Sep	70 Euro
Datenschutz in der Arztpraxis	Verden	25.Sep	50 Euro
Praxis Check-up	Hannover	25.Sep	89 Euro
Abrechnung und Verordnung			
Umsetzung TSVG	Hildesheim	14.Aug	kostenlos
Heilmittelversorgung	Oldenburg	21.Aug	kostenlos
Heilmittel-Verordnungs-Dschungel	Stade	27.Aug	kostenlos
Schutzimpfungen und Sprechstundenbedarf	Lüneburg	28.Aug	kostenlos
Kooperation und Abrechnung	Hannover	11.Sep	kostenlos
Heilmittel-Verordnungs-Dschungel	Hannover	17.Sep	kostenlos
Abrechnung aktuell	Aurich	25.Sep	kostenlos
Heilmittelverordnung in Theorie und Praxis	Göttingen	25.Sep	kostenlos

Medizinische und psychotherapeutische Themen			
Diabetes Typ-2, die nicht Insulin spritzen	Verden	24.Aug	135 Euro
Hautkrebs-Screening für Hausärzte	Hannover	14.Sep	168 Euro
DMP - Asthma und COPD	Verden	21.Sep	20 Euro
Hautkrebs-Screening für Hausärzte	Aurich	21.Sep	168 Euro
Wirtschaftsseminare			
Praxisseminar Zusammenarbeit neu angedacht	Hannover	11.Sep	kostenlos
Existenzgründerseminar Modul II	Braunschweig	25.Sep	kostenlos

Verbindliche Anmeldung (bitte vollständig ausfüllen)

Fax an 0511 380-4620

Ich nehme am Seminar

mit _____ Person/en teil.

Datum des Seminars

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

Vor- und Nachname des Rechnungsempfängers (Praxis)

Anschrift des Rechnungsempfängers (Straße, PLZ, Ort)

LANR

BSNR

E-Mail-Adresse

Telefonnummer für evtl. Rückfragen

Datum

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

Stempel



KVN

Kassenärztliche Vereinigung
Niedersachsen

Informationen für die Praxis

KVN-Rundschreiben

Juni 2019

Inhaltsverzeichnis

1. Abrechnung	3
1.1. Abgabetermin Quartalsabrechnung 2/2019.....	3
1.2. SSB Vereinbarung - Verordnung von HPV und Herpes zoster Impfstoffen.....	3
1.3. Impfung gegen Herpes zoster ab 1. Mai 2019 Kassenleistung.....	4
1.4. Amtliche Mitteilung der KVN zum HVM für das 3. Quartal 2019 für Haus- und Kinderärzte	5
1.5. Amtliche Mitteilung der KVN zum HVM Teil B Nr. 16.1 und 16.2 für das 3. Quartal 2019 - Fachgruppendurchschnittswerte für Laborindividualbudgets.....	5
1.6. Mitteilung der fachgruppendurchschnittlichen Obergrenze für Kontrastmittel für das Quartal 3/2019 .	5
1.7. Aktuelles zum AbrechnungsCheck der KVN.....	6
1.8. Neue GOP für Harnstreifentest	6
1.9. Änderungen der Sachkostenpauschale bei ambulant durchgeführten Kataraktoperationen.....	6
2. Verordnungen.....	6
2.1. Sialanar® (Glycopyrroniumbromid) als Praxisbesonderheit anerkannt.....	6
2.2. Neues Serviceheft zur Verordnung häuslicher Krankenpflege	7
2.3. Änderung der Anlage VII (Austauschbarkeit von Arzneimitteln) der Arzneimittel-Richtlinie: Tacrolimus	8
2.4. Kein Ersatz von Impfstoffen bei defektem Kühlschrank.....	8
2.5. Carboplatin bei fortgeschrittenem nicht-kleinzelligem Bronchialkarzinom (NSCLC) - Änderung der Anlage VI der Arzneimittel-Richtlinie, Zustimmung eines pharmazeutischen Unternehmers (medac GmbH).....	8
2.6. Gemeinsame Arbeitsgruppe Arzneimittel - Rezept-Info zum Thema „Migräneprophylaxe“	9

3. Allgemeine Hinweise	9
3.1. Urlaubsvertretung: „Ich bin dann mal weg“ geht nicht	9
3.2. Hausarztzentrierte Versorgungen (HzV) mit der AOK Niedersachsen sowie der AOK Bremen / Bremerhaven: Neuerungen ab 1. Juli 2019	10
3.3. BKK VAG - Vertrag zur Versorgung von Patienten mit ADHS durch Kinderärzte - Vertragsteilnahme der BKK Melitta Plus endet zum 30. Juni 2019	11
3.4. BKK VAG - Versorgungsprogramm BKK Rheuma Vertragsteilnahme der BKK Melitta Plus endet zum 30. Juni 2019	11
3.5. BKK VAG - Versorgungsprogramm BKK Osteoporose Vertragsteilnahme der BKK Melitta Plus endet zum 30. Juni 2019	11
3.6. Änderungen beim DMP	12
3.7. Organisiertes Programm zur Früherkennung von Zervixkarzinomen - Inkrafttreten, Zeitplan und Dokumentation	12
3.8. Projekt „Seelisch gesund aufwachsen“ - Neue Merkblätter im Rahmen der U-Untersuchungen	13
3.9. Routinemäßige Urinuntersuchungen auf Bakterien aus der Mutterschafts-Richtlinie gestrichen	14
3.10. Fachseminar I für die Fachkraft in der kurativen Mammographie	14
3.11. Integrierte Versorgung „AOK-Junior“: Teilnahmeerklärungen und Einwilligungserklärungen zur Datenverarbeitung	15
4. Veranstaltungen im Juli und August 2019	16
5. Anlagenverzeichnis	19
5.1. Amtliche Mitteilung zum HVM für Haus- und Kinderärzte 3/2019	19
5.2. Amtliche Mitteilung zum HVM Teil B Nr. 16.1 und 16.2	19
5.3. Rezept-Info	19
5.4. Urlaubsvertretung	19
5.5. Kursprogramm	19

1. Abrechnung

1.1. Abgabetermin Quartalsabrechnung 2/2019

Der Abgabetermin für die Abrechnung des 2. Quartals 2019 ist der 10. Kalendertag des nachfolgenden Quartals und somit der 10. Juli 2019.

10. Juli 2019

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

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

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

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

Nicht benötigt

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

Direkt an Bezirksstellen

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

1.2. SSB Vereinbarung - Verordnung von HPV und Herpes zoster Impfstoffen

Durch eine Änderung der SSB Vereinbarung ist es nunmehr ab sofort möglich auch die Impfstoffe gegen HPV und Herpes zoster als Sprechstundenbedarf zu verordnen.

1.3. Impfung gegen Herpes zoster ab 1. Mai 2019 Kassenleistung

Die Impfung gegen Herpes zoster mit einem adjuvantierten subunit-Totimpfstoff ist seit dem 1. Mai 2019 eine Leistung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV).

Anspruchsberechtigte

Alle Personen ab einem Alter von 60 Jahren können gegen Herpes zoster zulasten der GKV geimpft werden. Auf die Impfung mit einem Herpes zoster-Lebendimpfstoff besteht hingegen kein Leistungsanspruch.

Kein Anspruch auf Lebendimpfstoff

Für Personen, die aufgrund einer Grunderkrankung eine erhöhte gesundheitliche Gefährdung haben, kann die Impfung als Indikationsimpfung bereits ab einem Alter von 50 Jahren durchgeführt werden. Zu den Grunderkrankungen zählen beispielsweise:

Grunderkrankungen

- angeborene bzw. erworbene Immundefizienz bzw. Immunsuppression
- HIV-Infektion
- rheumatoide Arthritis
- systemischer Lupus erythematodes
- chronisch entzündliche Darmerkrankungen
- chronisch obstruktive Lungenerkrankung oder Asthma bronchiale
- chronische Niereninsuffizienz
- Diabetes mellitus

Impfschema

Empfohlen ist eine zweimalige Impfung mit einem adjuvantierten subunit-Totimpfstoff im Abstand von mindestens zwei bis maximal sechs Monaten.

Abrechnung

Impfung	Erste Dosis	Letzte Dosis
Herpes zoster Standardimpfung (Personen > 60 Jahre)	89128 A	89128 B
Herpes zoster Indikationsimpfung (Personen > 50 Jahre)	89129 A	89129 B

Verordnung des Impfstoffs

Die Verordnung des Impfstoffs ist als Sprechstundenbedarf vorzunehmen.

1.4. Amtliche Mitteilung der KVN zum HVM für das 3. Quartal 2019 für Haus- und Kinderärzte

Die für das 3. Quartal 2019 geltenden RLV-/QZV-Mindestfallwerte für Haus- und Kinderärzte sowie die Fallzahlgrenzen für die Fallwertminderung bzw. die Fallzahlzuwachsbegrenzungsregelung (FZZB) entnehmen Sie bitte der Anlage 5.1 zu diesem Rundschreiben. Zusätzlich sind diese Daten auch bereits seit dem 29. Mai 2019 abrufbar unter https://www.kvn.de/Mitglieder/Abrechnung_+Honorar+und+Vertrag/Honorarverteilung.html

Anlage 5.1: Amtliche Mitteilung zum HVM für Haus- und Kinderärzte 3/2019

1.5. Amtliche Mitteilung der KVN zum HVM Teil B Nr. 16.1 und 16.2 für das 3. Quartal 2019 - Fachgruppendurchschnittswerte für Laborindividualbudgets

Die für das 3. Quartal 2019 geltenden Fachgruppendurchschnittswerte für Laborindividualbudgets entnehmen Sie bitte der Anlage 5.2 zu diesem Rundschreiben. Zusätzlich sind diese Daten auch bereits seit dem 29. Mai 2019 abrufbar unter https://www.kvn.de/Mitglieder/Abrechnung_+Honorar+und+Vertrag/Honorarverteilung.html

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

1.6. Mitteilung der fachgruppendurchschnittlichen Obergrenze für Kontrastmittel für das Quartal 3/2019

Gemäß der Kontrastmittelvereinbarung, die die KVN mit den Landesverbänden der Krankenkassen in Niedersachsen zum 1. Januar 2016 abgeschlossen hat, gelten für das 3. Quartal 2019 für Ärzte, die im Basisquartal 3/2018 (noch) keine Kontrastmittel über die o. g. Vereinbarung abgerechnet haben, folgende fachgruppendurchschnittlichen Obergrenzen:

• Institute, Krankenhäuser	1.556,77 Euro
• Fachärzte für Nuklearmedizin	13.859,40 Euro
• Fachärzte für Diagnostische Radiologie	34.897,93 Euro
• Fachärzte für Urologie	2.117,08 Euro

Obergrenzen

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

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

1.7. Aktuelles zum AbrechnungsCheck der KVN

Bitte ausschließlich validierte Änderungen vornehmen

Aus aktuellem Anlass weisen wir nochmals darauf hin, dass Sie Änderungen im AbrechnungsCheck nur durchführen dürfen, wenn die gemachten Änderungen mit den Aufzeichnungen in Ihrer Praxisverwaltungssoftware übereinstimmen - bitte überprüfen Sie dies genau.

Muss mit PVS übereinstimmen

So darf z. B. ein Behandlungsdatum nur geändert werden, um es mit Ihren Behandlungsdaten in Einklang zu bringen.

1.8. Neue GOP für Harnstreifentest

Wir möchten darauf hinweisen, dass zum 1. April 2019 die GOP 32033 (0,50 Euro) für den Harnstreifentest im EBM neu aufgenommen wurde. Die GOP beinhaltet den Harnstreifentest auf mindestens fünf der folgenden Parameter: Eiweiß, Glukose, Erythrozyten, Leukozyten, Nitrit, pH-Wert, spezifisches Gewicht, Ketonkörper gegebenenfalls einschließlich Kontrolle auf Ascorbinsäure einschließlich visueller oder apparativer Auswertung.

Die GOP 32033 kann nicht im Zusammenhang mit der Gesundheitsuntersuchung nach der GOP 01732, 32880 bis 32882 abgerechnet werden. Die orientierende Untersuchung (GOP 32030) beinhaltet nicht mehr die Untersuchung des Urins mittels Harnstreifen und ist nunmehr neben den GOP 01732 und 32880 bis 32882 berechnungsfähig.

Für Fragen zur Abrechnungskorrektur des Quartals 2/2019 steht Ihnen Ihr Team des Abrechnungscenters gerne zur Verfügung.

1.9. Änderungen der Sachkostenpauschale bei ambulant durchgeführten Kataraktoperationen

Mit Wirkung ab 1. Juli 2019 wird die Sachkostenpauschale für Acryl- oder Silikon-Linsen unter Anwendung von Hyaluron (GOP 99868) auf einen Betrag von 210 Euro neu festgesetzt. Alle anderen Sachkostenpauschalen bleiben unverändert.

2. Verordnungen

2.1. Sialanar® (Glycopyrroniumbromid) als Praxisbesonderheit anerkannt

Sialanar® (Wirkstoff Glycopyrroniumbromid) wird ab dem 1. Mai 2019 nach einer Vereinbarung zwischen dem GKV-Spitzenverband und dem pharmazeutischen Unternehmer Proveca Ltd. ab dem ersten Behandlungsfall als Praxisbesonderheit ausschließlich im Anwendungsgebiet mit einem Zusatznutzen laut G-BA-Beschluss vom 20. September 2018 anerkannt:

- Symptomatische Behandlung von schwerer Sialorrhö (chronischer krankhaft gesteigerter Speichelfluss) bei Kindern und Jugendlichen ab drei Jahren mit chronischen neurologischen Erkrankungen.

In diesem Anwendungsgebiet sah der G-BA einen Anhaltspunkt für einen nicht quantifizierbaren Zusatznutzen gegenüber Best-Supportive-Care (BSC). Da keine Daten zur Langzeitsicherheit vorliegen, wird empfohlen, Sialanar[®] mit Unterbrechungen und jeweils kurzfristig anzuwenden.

Die Einleitung und Überwachung der Behandlung mit Glycopyrroniumbromid sollte nur durch in der Therapie von Kindern und Jugendlichen mit neurologischen Erkrankungen erfahrene Ärzte erfolgen. Die Vorgaben der Fachinformation sind zu berücksichtigen.

Der pharmazeutische Unternehmer hat gemäß den Vorgaben der Europäischen Zulassungsbehörde (EMA) hinsichtlich zusätzlicher Maßnahmen zur Risikominimierung Schulungsmaterial, insbesondere zu möglichen Nebenwirkungen, für medizinisches Fachpersonal sowie für Patienten bzw. Pflegepersonen zur Verfügung zu stellen.

Weitere Anwendungsgebiete oder Erweiterungen des Anwendungsgebietes sind nicht von der Praxisbesonderheit umfasst. Die Anerkennung als Praxisbesonderheit besteht, solange Proveca Sialanar[®] in Deutschland vertriebt.

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

2.2. Neues Serviceheft zur Verordnung häuslicher Krankenpflege

Zur Verordnung häuslicher Krankenpflege hat die KBV eine Servicebroschüre in der Reihe PraxisWissen erstellt: „Häusliche Krankenpflege - Hinweise zur Verordnung für Ärzte“.

Auf 20 Seiten bietet das Serviceheft grundlegende Informationen zur Behandlungspflege, Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung, Tipps zum Ausfüllen des Formulars und Praxisbeispiele.

Die Broschüre kann kostenfrei aus der KBV-Mediathek heruntergeladen oder als gedrucktes Exemplar bestellt werden unter: https://www.kbv.de/media/sp/PraxisWissen_Haeusliche_Krankenpflege.pdf

2.3. Änderung der Anlage VII (Austauschbarkeit von Arzneimitteln) der Arzneimittel-Richtlinie: Tacrolimus

Mit Wirkung zum 15. Juni 2019 wird Teil B der Anlage VII der Arzneimittel-Richtlinie, die sogenannte Substitutionsausschlussliste, um nachfolgende Zeile ergänzt:

Wirkstoff	Darreichungsformen
Tacrolimus	Hartkapseln, retardiert

Ergänzung

Die Substitutionsausschlussliste umfasst Wirkstoffe, deren Präparate von einem Austausch in der Apotheke gegen preisgünstigere oder rabattierte Präparate ausgeschlossen sind, auch wenn das Aut-idem-Feld auf dem Rezept nicht angekreuzt wurde.

Hinweis: Der Apotheker ist dazu verpflichtet, bei unklaren Verordnungen vor Abgabe des Arzneimittels Rücksprache mit dem Arzt zu halten, um die Unklarheit zu beseitigen. Um solche Rückfragen zu vermeiden, ist es erforderlich, bei den in der Substitutionsausschlussliste genannten Wirkstoffen eine Verordnung nach Handelsnamen vorzunehmen und somit das gewünschte Fertigarzneimittel eindeutig zu benennen.

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

2.4. Kein Ersatz von Impfstoffen bei defektem Kühlschranks

Werden bei einem Kühlschranksdefekt Impfstoffe unbrauchbar, ist eine Ersatzbeschaffung über den Sprechstundenbedarf nicht zulässig. Die Impfstoffe sind vom Arzt selbst zu ersetzen.

Aufgrund des mit der Ersatzbeschaffung verbundenen wirtschaftlichen Risikos sollte eine ausreichende Versicherung, ggf. mit speziellen Regelungen zu Kühlschranksausfällen, vorhanden sein.

2.5. Carboplatin bei fortgeschrittenem nicht-kleinzelligem Bronchialkarzinom (NSCLC) - Änderung der Anlage VI der Arzneimittel-Richtlinie, Zustimmung eines pharmazeutischen Unternehmers (medac GmbH)

Mit Wirkung zum 6. Juni 2019 wurde in der Anlage VI (Off-Label-Use) Teil A der Arzneimittel-Richtlinie (Ziffer III) die Liste der Hersteller, die für ihre Carboplatin-haltigen Arzneimittel im Rahmen des in der Anlage vorgeannten Off-Label-Use einer Anwendung zugestimmt haben (Haftung des pharmazeutischen Unternehmers), um den Hersteller „medac GmbH“ erweitert.

Folgende Hersteller sind nun in der Liste aufgeführt:

axios Pharma GmbH, BB Farma s.r.l., Farmaceutica (Portugal) S. A., Hexal AG, Hikma Pharma GmbH, medac GmbH, onkovis GmbH, PGD Profusio Leipzig Gesundheits GmbH Deutschland, PUREN Pharma GmbH & Co. KG, STADAPHARM GmbH, TEVA GmbH

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

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

2.6. Gemeinsame Arbeitsgruppe Arzneimittel - Rezept-Info zum Thema „Migräneprophylaxe“

Im Anhang finden Sie eine weitere Rezept-Info der AG GKV/KVN Arzneimittel zu dem Thema „Migräneprophylaxe“. Darin werden die medikamentösen Therapieoptionen der Migräneprophylaxe erläutert unter besonderer Berücksichtigung der neuen monoklonalen Antikörper.

Rezept-Infos enthalten sowohl Empfehlungen für den behandelnden Arzt als auch Vordrucke für die Patienteninformation. Diese sowie alle weiteren Veröffentlichungen der AG GKV/KVN Arzneimittel finden Sie im Internet unter <https://www.kvn.de/Mitglieder/Verordnungen/Arzneimittel/Ver%C3%B6ffentlichungen.html>

Anlage 5.3: Rezept-Info

3. Allgemeine Hinweise

3.1. Urlaubsvertretung: „Ich bin dann mal weg“ geht nicht

Vertragsärzte dürfen nicht einfach so in den Urlaub fahren. Damit die medizinische Versorgung der Patienten gewährleistet ist, müssen sie für ihre Sprechstunden eine Vertretung in der Umgebung organisieren.

Soll der Urlaub länger als eine Woche dauern, sind Ärzte verpflichtet, dies ihrer Bezirksstelle der KVN mitzuteilen. Dies kann formlos erfolgen. Der Vertragsarzt gibt dabei den Namen des Vertreters an. Wichtig ist, dass dieser Bescheid weiß und die Vertretung mit ihm abgesprochen ist.

Auch wenn Ärzte nur einen Brückentag frei nehmen oder ein verlängertes Wochenende verreisen, müssen sie eine Vertretung organisieren. Sie brauchen dann nicht ihre KVN-Bezirksstelle informieren, aber ihre Patienten „in geeigneter Weise“ - zum Beispiel durch einen Aushang an der Praxistür und eine Ansage auf dem Anrufbeantworter. Ihre Patienten

Bezirksstelle informieren

sollten wissen, dass Sie die Vertretung auch dann nur in dringenden Fällen in Anspruch nehmen sollten. Eine Weiterführung der Regelversorgung während der Abwesenheit führt sonst zur Überlastung der Vertreterpraxis. Von daher sollten idealerweise die eigenen Patienten während der Abwesenheit ausreichend medikamentös versorgt sein.

Einfach auf den ärztlichen Bereitschaftsdienst zu verweisen, geht nicht. Vielmehr müssen Vertragsärzte sowohl für die Sprechstunden, als auch für Bereitschaftsdienste eine Urlaubsvertretung organisieren.

Vertragsärzte können sich innerhalb von zwölf Monaten bis zu drei Monate vertreten lassen. Wird mehrmals Urlaub gemacht, werden die Zeiten addiert. Neben dem Urlaub sind unter anderem auch Krankheit, ärztliche Fortbildungen oder die Teilnahme an Wehrübungen Gründe, bei denen Ärzte eine Vertretung organisieren müssen.

Ein Vertragsarzt darf sich grundsätzlich nur von einer Kollegin oder einem Kollegen mit abgeschlossener Weiterbildung in demselben Fachgebiet vertreten lassen, für das sie oder er selbst zugelassen ist.

Vertretung bei Psychotherapeuten nicht ohne weiteres möglich

Aufgrund der besonders engen Patienten-Therapeuten-Beziehung ist eine Vertretung bei Psychotherapeuten nicht ohne weiteres möglich. Laut Bundesmantelvertrag dürfen sie sich bei den probatorischen Sitzungen und bei der genehmigten Psychotherapie grundsätzlich nicht vertreten lassen. Das gilt für alle ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten sowie für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten.

Weitere Informationen finden Sie im Anhang.

Anlage 5.4: Urlaubsvertretung

3.2. Hausarztzentrierte Versorgungen (HzV) mit der AOK Niedersachsen sowie der AOK Bremen / Bremerhaven: Neuerungen ab 1. Juli 2019

Mit dem Ziel, die AOK-Hausarztverträge den aktuellen Rahmenbedingungen anzupassen und zukunftsfähig zu gestalten, verständigten sich die Vertragspartner auf eine Vielzahl von redaktionellen Anpassungen, die den rechtlichen Anforderungen entsprechen.

Unverändert erhält der Hausarzt für die elektronische Patienteneinschreibung 10 Euro. Der besondere HzV-Strukturaufwand wird weiterhin kontaktunabhängig mit 5,50 Euro gefördert.

Neu sind zwei Leistungskomplexpauschalen:

Für die Betreuung von chronisch Erkrankten - mit einer oder zwei HzV-relevanten Erkrankungen/ Indikationsgruppen - sind quartalsweise 5 Euro (GOP 99296) vereinbart.

Die Betreuung von multimorbiden Erkrankten - mit drei oder mehr HzV-relevanten Erkrankungen/ Indikationsgruppen - wird quartalsweise mit 18 Euro (GOP 99297) honoriert.

Die Abrechnung erfolgt - wie gewohnt - aufgrund der arztseitigen Dokumentationen.

Der Vertrag steht im KVN-Portal bereit: Verträge/Suchbegriff „Hausarztvertrag“/Hausarztzentrierte Versorgung AOK Niedersachsen

3.3. BKK VAG - Vertrag zur Versorgung von Patienten mit ADHS durch Kinderärzte - Vertragsteilnahme der BKK Melitta Plus endet zum 30. Juni 2019

Der Vertrag wurde mit der KVN, BVKJ Service GmbH und dem BKK Landesverband Mitte - stellvertretend für eine Vielzahl von BKKen - vereinbart.

Die BKK Melitta Plus hat ihre Vertragsteilnahme gekündigt. Infolgedessen sind die Gebührenordnungspositionen 99260 - 99264 für Versicherte dieser Kasse nur noch im 2. Quartal 2019 abrechenbar.

Den vollständigen Vertrag sowie die aktualisierte Liste teilnehmender BKKen finden Sie im KVN-Portal: In der Rubrik „Verträge“ führt der Suchbegriff „ADHS“ zur Dokumentenauswahl.

3.4. BKK VAG - Versorgungsprogramm BKK Rheuma Vertragsteilnahme der BKK Melitta Plus endet zum 30. Juni 2019

Das Versorgungsprogramm BKK Rheuma wurde zwischen dem BKK Landesverband Mitte - stellvertretend für eine Vielzahl von BKKen - und der KVN vereinbart.

Die BKK Melitta Plus hat ihre Vertragsteilnahme gekündigt. Infolgedessen sind die Gebührenordnungspositionen 99162 - 99169 für Versicherte dieser Kasse nur noch im 2. Quartal 2019 abrechenbar.

Den vollständigen Vertrag sowie die aktualisierte Liste teilnehmender BKKen finden Sie im KVN-Portal: In der Rubrik „Verträge“ führt der Suchbegriff „Rheuma“ zur Dokumentenauswahl.

3.5. BKK VAG - Versorgungsprogramm BKK Osteoporose Vertragsteilnahme der BKK Melitta Plus endet zum 30. Juni 2019

Das Versorgungsprogramm BKK Osteoporose wurde gemeinsam mit der KVN und dem BKK Landesverband Mitte - stellvertretend für eine Vielzahl von BKKen - mit Unterstützung vom Bund der Osteologen Niedersachsen e. V. vereinbart.

Die BKK Melitta Plus hat ihre Vertragsteilnahme gekündigt. Infolgedessen sind die Gebührenordnungspositionen 99171 - 99181 für Versicherte dieser Kasse nur noch im 2. Quartal 2019 abrechenbar.

Den vollständigen Vertrag sowie die aktualisierte Liste teilnehmender BKKen finden Sie im KVN-Portal: In der Rubrik „Verträge“ führt der Suchbegriff „Osteoporose“ zur Dokumentenauswahl.

3.6. Änderungen beim DMP

1. Aufnahme von Liraglutid im DMP Diabetes Typ 2

Im DMP Diabetes Typ 2 wurden Empfehlungen für herzkranken Diabetes-Patienten zur Therapie mit dem GLP-1 Rezeptoragonisten Liraglutid aufgenommen. Liraglutid ist nunmehr als zweckmäßige Vergleichstherapie für die entsprechende Indikation definiert.

Bislang wurde im DMP Diabetes Typ 2 die gesamte Wirkstoffgruppe der GLP-1-Rezeptoragonisten als "Antidiabetika ohne gesicherte günstige Beeinflussung klinischer Endpunkte" deklariert.

Die DMP-Dokumentation ist durch die Änderung nicht betroffen.

2. Dokumentationsparameter „Raucher“ und „Geschlecht“ angepasst

Für alle DMP wurden die Dokumentationsparameter „Raucher“ und „Geschlecht“ angepasst.

Ob jemand Raucher oder Nichtraucher ist, müssen Ärzte nunmehr erst für Patienten ab dem vollendeten 12. Lebensjahr verpflichtend in der Dokumentation angeben. Bislang war dies auch für jüngere Kinder vorgeschrieben, was jetzt optional ist. Der Parameter „Raucher“ wurde dazu in der Anlage 2 zur Richtlinie mit einer Fußnote versehen.

Der Parameter „Geschlecht“ wurde in der DMP-Anforderungen-Richtlinie um die Bezeichnung „divers“ ergänzt. Hintergrund ist die Änderung des Personenstandsgesetzes vom Dezember 2018 zur Geschlechtsangabe, in der als eine weitere Möglichkeit die Bezeichnung „divers“ für Personen mit Varianten der Geschlechtsentwicklung vorgesehen ist.

3.7. Organisiertes Programm zur Früherkennung von Zervixkarzinomen - Inkrafttreten, Zeitplan und Dokumentation

Der Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zur Einführung eines organisierten Programms zur Früherkennung von Zervixkarzinomen nach den Bestimmungen des Krebsfrüherkennungs- und -registergesetzes ist am 21. Mai 2019 im Bundesanzeiger veröffentlicht worden.

Damit steht fest, dass der Beschluss am 1. Juli 2019 in Kraft treten und das Programm wie geplant am 1. Januar 2020 starten kann.

Zum Hintergrund: Nach der Darmkrebsfrüherkennung wird die Zervixkarzinomfrüherkennung als zweites Programm im Rahmen der Richtlinie für organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme (oK-FE-RL) umgesetzt.

Start am 1. Januar
2020

Am 1. Juli 2019 werden also die Änderungen der oKFE-RL in Kraft treten. Die Regelungen sind jedoch erst sechs Monate später umzusetzen, um dem Bewertungsausschuss Zeit für entsprechende Beratungen zur Vergütung zu geben.

Außerdem soll - den Eckpunkten der Richtlinie entsprechend - eine Qualitätssicherungsvereinbarung zur Abklärungskolposkopie geschlossen werden.

Bis zum 1. Januar 2020 gelten die bisherigen Regelungen der Krebsfrüherkennungsrichtlinie. Die notwendigen Änderungen der Krebsfrüherkennungsrichtlinie treten parallel zum Umsetzungsdatum der oKFE-RL und Programmstart am 1. Januar 2020 in Kraft.

Die Ergebnisse der Screening-Untersuchungen und der Abklärungsdiagnostik (inklusive gegebenenfalls operativer Befunde) sollen von den beteiligten Ärzten dokumentiert und an die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung übermittelt werden.

Welche Daten konkret dokumentiert werden müssen, ist in Anlage VII „Aufstellung der zur Programmeurteilung zu dokumentierenden Daten“ zur oKFE-RL aufgeführt.

Die technischen Spezifikationen für die Dokumentation definiert das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG). Das IQTIG wird diese zum 1. Juli 2019 veröffentlichen.

Damit haben die Hersteller Zeit, die Dokumentation in den Praxisverwaltungssystemen zum geplanten Programmstart am 1. Januar 2020 umzustellen.

Der vollständige Beschluss ist online beim G-BA abrufbar: www.g-ba.de/informationen/beschluesse/3597/

Dokumentation

3.8. Projekt „Seelisch gesund aufwachsen“ - Neue Merkblätter im Rahmen der U-Untersuchungen

Um die seelische Gesundheit von Kindern geht es in zehn neuen Merkblättern. Ärzte können sie bei den Vorsorgeuntersuchungen U1 bis U9 an die Eltern ausgeben. Die Merkblätter „Seelisch gesund aufwachsen“ informieren Eltern über die psychosoziale Entwicklung der Kinder in unterschiedlichen Phasen. Sie können zudem das Arzt-Patienten-Gespräch unterstützen und ergänzen.

Die Merkblätter wurden von den gesetzlichen Krankenkassen, dem Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ), der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), der Deutschen Liga für das Kind, der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) sowie dem Nationalen Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) entwickelt.

Die Initiatoren wollen Eltern mit den Merkblättern über die altersentsprechende seelische Entwicklung und die seelischen Bedürfnisse ihrer Kinder in den ersten sechs Lebensjahren prägnant, wissenschaftsbasiert und unabhängig informieren.

Die Merkblätter können kostenlos über die KVN bestellt werden. Den Bestellschein finden Sie auf der KVN-Internetseite (www.kvn.de) unter der Rubrik Mitglieder/Praxisführung/Formularbestellungen/Downloads/Flyer und Plakate, Vordruckbestellungen

Auf der Internetseite www.seelisch-gesund-aufwachsen.de stehen zudem zehn Filme zur Verfügung, die die Informationen zur jeweiligen U-Untersuchung für die Eltern in leicht zugänglicher Form anbieten. Die Filme sind neben der deutschen Fassung auch in Arabisch, Englisch, Französisch, Russisch und Türkisch abrufbar.

3.9. Routinemäßige Urinuntersuchungen auf Bakterien aus der Mutterschafts-Richtlinie gestrichen

Der G-BA hat am 22. März 2019 beschlossen, die routinemäßigen Untersuchungen des Urinsediments aus der Mutterschafts-Richtlinie zu streichen. Die Änderung wurde im Bundesanzeiger veröffentlicht und ist am 28. Mai 2019 in Kraft getreten.

Seit 28. Mai in Kraft

Hintergrund der Streichung ist, dass keine ausreichende Evidenz für den Nutzen eines Screenings auf asymptomatische Bakteriurie festgestellt werden konnte. Ebenso ist der Nutzen der antibiotischen Therapie einer asymptomatischen Bakteriurie in der Schwangerschaft aus heutiger Sicht nicht belegt. Zum Nutzen des in der Mutterschafts-Richtlinie geforderten Urinsediments wurden keine Studien gefunden.

Die Anpassung der Mutterschafts-Richtlinie sieht deshalb vor, dass keine regelhaften Urinuntersuchungen auf asymptomatische Bakteriurie bei allen Schwangeren mehr erfolgen sollen. Das bisher geforderte Urinsediment wird deshalb gestrichen. Gleichzeitig wird der Hinweis auf gegebenenfalls erforderliche bakteriologische Untersuchungen konkretisiert, indem beispielhaft besondere Risiken genannt werden, bei denen die Durchführung bakteriologischer Urinuntersuchungen erforderlich sein kann.

Der Beschluss und die Tragenden Gründe finden Sie auf der Internetseite des G-BA unter www.g-ba.de/beschluesse/3740/.

3.10. Fachseminar I für die Fachkraft in der kurativen Mammographie

Die RADSERV GmbH bietet am Freitag, dem 23. August 2019, ein ein-tägiges Fachseminar für die Fachkraft in der kurativen Mammographie an. Das Fachseminar findet in Oldenburg statt, mit dem Thema „Einstell-technik und Qualitätssicherung - Von der Theorie in die Praxis“.

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

Anlage 5.5: Kursprogramm

3.11. Integrierte Versorgung „AOK-Junior“: Teilnahmeerklärungen und Einwilligungserklärungen zur Datenverarbeitung

Unverändert sind diese Patientenerklärungen - mittels Kopie oder weiterer Ausfertigung - am Quartalsende gesammelt an die AOK Niedersachsen zu senden. Nutzen Sie die Freiumschläge, die der Zentralversand der KVN für diesen Zweck bereithält.

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

4. Veranstaltungen im Juli und August 2019

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

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

www.kvn.de/Mitglieder/Fortbildung

Name	Ort	Datum	Gebühr p. P.
Qualitäts- und Praxismanagement			
Kommunikationstraining - Umgang mit unterschiedlichen Patientengruppen	Oldenburg	14.Aug	65 Euro
Sonderverträge in der ambulanten Versorgung	Braunschweig	21.Aug	kostenlos
Terminplanung	Aurich	21.Aug	kostenlos
Der Knigge - Wirkung immer und überall	Hannover	24.Aug	115 Euro
Sachkundelehrgang gemäß § 8 Abs. 4 der Medizinproduktebetrieberverordnung	Oldenburg	26.Aug	480 Euro
Qualitätsmanagementbeauftragte/r	Hannover	30.Aug	289 Euro
Praxisbegehungen durch das Gewerbeaufsichtsamt	Hannover	31.Aug	30 Euro
Qualitätsmanagement für Psychotherapeuten	Hannover	31.Aug	135 Euro
Qualitätsmanagement ganz einfach	Verden	31.Aug	100 Euro
Abrechnung und Verordnung			
Heilmittelversorgung	Lüneburg	03.Jul	kostenlos
Heilmittelversorgung	Oldenburg	21.Aug	kostenlos
Heilmittel-Verordnungs-Dschungel	Stade	27.Aug	kostenlos

Schutzimpfungen und Sprechstundenbedarf	Lüneburg	28.Aug	kostenlos
Medizinische und psychotherapeutische Themen			
Diabetes Typ-2, die nicht Insulin spritzen	Verden	24.Aug	135 Euro
Psychosomatische Grundversorgung	Aurich	30.Aug	1190 Euro
Wirtschaftsseminare			
Praxisabgeberseminar Meine Zukunft planen	Göttingen	03.Jul	kostenlos

Verbindliche Anmeldung (*bitte vollständig ausfüllen*)

Fax an 0511 380-4620

für das Seminar

.....
(Titel des Seminars)

Datum des Seminars Anzahl Teilnehmer Person/en

Vor- und Nachname der Teilnehmer (*bitte deutlich in Druckbuchstaben schreiben*)

.....
.....

für das Seminar

.....
(Titel des Seminars)

Datum des Seminars Anzahl Teilnehmer Person/en

Vor- und Nachname der Teilnehmer (*bitte deutlich in Druckbuchstaben schreiben*)

.....
.....

.....
Vor- und Nachname des Rechnungsempfängers (auch bei kostenlosen Seminaren auszufüllen, Pflichtfeld)

.....
Anschrift (Straße, PLZ, Ort) des Rechnungsempfängers (auch bei kostenlosen Seminaren auszufüllen, Pflichtfeld)

LANR BSNR

E-Mail-Adresse:

Telefonnummer für evtl. Rückfragen

Datum _____

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

Stempel

5. Anlagenverzeichnis

- 5.1. Amtliche Mitteilung zum HVM für Haus- und Kinderärzte 3/2019
- 5.2. Amtliche Mitteilung zum HVM Teil B Nr. 16.1 und 16.2
- 5.3. Rezept-Info
- 5.4. Urlaubsvertretung
- 5.5. Kursprogramm

Amtliche Mitteilung der KVN zum HVM für das 3. Quartal 2019

in Umsetzung des Honorarverteilungsmaßstabes (HVM) gemäß § 87b Abs. 1 SGB V der KVN vom 2. März 2019

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

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

Regelleistungsvolumen	RLV-Fallwert:	44,1932 €
Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen (QZV)	Gebührenordnungspositionen des EBM	Fallwert
Akupunktur	30790, 30791	155,4024 €
Allergologie (Zusatzbezeichnung)	30110, 30111, 30120, 30121, 30122, 30123	49,0744 €
Behandlung des diabetischen Fußes	02311	53,8660 €
Behandlung von Hämorrhoiden	30610, 30611	11,9704 €
Chirotherapie	30200, 30201	8,4984 €
Dringende Besuche	01411, 01412	73,4714 €
Ergometrie	03321	19,4864 €
Hyposensibilisierungsbehandlung	30130, 30131	24,8446 €
Kardiorespiratorische Polygraphie	30900	39,8895 €
Kleinchirurgie	02310	20,0038 €
Langzeit-Blutdruckmessung	03324	7,7428 €
Langzeit-EKG	03241, 03322	10,5717 €
Phlebologie	30500, 30501	19,2973 €
Physikalische Therapie	30400, 30401, 30402, 30410, 30411, 30420, 30421	11,2456 €
Proktologie	03331	10,3318 €
Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120	22,9854 €
Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150	94,0435 €
Schmerztherapeutische spezielle Versorgung	30700, 30702, 30704, 30706, 30708	94,8506 €
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	16,3117 €
Sonographie III	33060, 33061, 33062	17,8748 €
Spirometrie	03330	6,0466 €
Unvorhergesehene Inanspruchnahme	01100, 01101, 01102	17,7356 €

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

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

Sofern der prozentuale Zuwachs aller RLV-Behandlungsfälle einer Arztgruppe in 3/2019 gegenüber 3/2018 fünf vom Hundert überschreitet, unterliegen die Ärzte dieser Arztgruppe im Rahmen der Ermittlung des RLV-Budgets 3/2019 einer Fallzahlzuwachsbeschränkung. In diesem Falle wird das arztindividuelle RLV 3/2019 begrenzt auf die individuelle RLV-relevante Behandlungsfallzahl im Vorjahresquartal zzgl. fünf vom Hundert der arztgruppenspezifischen durchschnittlichen RLV-Behandlungsfallzahl im Vorjahresquartal als maximales Wachstum.

Arztgruppenspezifische durchschnittliche RLV-Behandlungsfallzahl im Vorjahresquartal:	951,37
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 2019 nicht in vollem zeitlichen Umfang an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, reduzieren sich die o. a. durchschnittlichen Behandlungsfallzahlen anteilig auf den Umfang ihrer Tätigkeit.

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

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

25% Minderung des RLV-Fallwerts ab 150% der durchschnittlichen RLV-Behandlungsfallzahl:	1.427,06
50% Minderung des RLV-Fallwerts ab 170% der durchschnittlichen RLV-Behandlungsfallzahl:	1.617,33
75% Minderung des RLV-Fallwerts ab 200% der durchschnittlichen RLV-Behandlungsfallzahl:	1.902,74

Für Ärzte, die im 3. Quartal 2019 nicht in vollem zeitlichen Umfang an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, reduzieren sich die o. a. Fallwertminderungsgrenzen anteilig auf den Umfang ihrer Tätigkeit.

Amtliche Mitteilung der KVN zum HVM für das 3. Quartal 2019

in Umsetzung des Honorarverteilungsmaßstabes (HVM) gemäß § 87b Abs. 1 SGB V der KVN vom 2. März 2019

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

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

Regelleistungsvolumen	RLV-Fallwert:	43,2726 €
Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen (QZV)	Gebührenordnungspositionen des EBM	Fallwert
Allergologie	30110, 30111, 30120, 30121, 30122, 30123	44,6952 €
Dringende Besuche	01411, 01412	53,3901 €
Ergometrie	04321	19,3886 €
Hyposensibilisierungsbehandlung	30130, 30131	27,4109 €
Langzeit-Blutdruckmessung	04324	7,9119 €
Langzeit-EKG	04241, 04322	13,5362 €
Neurophysiologische Übungsbehandlung	30300, 30301	44,5132 €
Physikalische Therapie	30400, 30401, 30402, 30410, 30411, 30420, 30421	20,0449 €
Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120	16,7256 €
Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150	98,0297 €
Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092	14,0306 €
Sonographie II	33020, 33021, 33022, 33023, 33030, 33031, 33040	13,5420 €
Sonographie der Säuglingshöfthen	33051	11,7047 €
Spirometrie	04330	6,7375 €
Unvorhergesehene Inanspruchnahme	01100, 01101, 01102	17,6821 €

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

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

Sofern der prozentuale Zuwachs aller RLV-Behandlungsfälle einer Arztgruppe in 3/2019 gegenüber 3/2018 fünf vom Hundert überschreitet, unterliegen die Ärzte dieser Arztgruppe im Rahmen der Ermittlung des RLV-Budgets 3/2019 einer Fallzahlzuwachsbeschränkung. In diesem Falle wird das arztindividuelle RLV 3/2019 begrenzt auf die individuelle RLV-relevante Behandlungsfallzahl im Vorjahresquartal zzgl. fünf vom Hundert der arztgruppenspezifischen durchschnittlichen RLV-Behandlungsfallzahl im Vorjahresquartal als maximales Wachstum.

Arztgruppenspezifische durchschnittliche RLV-Behandlungsfallzahl im Vorjahresquartal:	926,31
Maximales Wachstum der individuellen RLV-Behandlungsfallzahl:	46,32

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

Für Ärzte, die im 3. Quartal 2019 nicht in vollem zeitlichen Umfang an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, reduzieren sich die o. a. durchschnittlichen Behandlungsfallzahlen anteilig auf den Umfang ihrer Tätigkeit.

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

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

25% Minderung des RLV-Fallwerts ab 150% der durchschnittlichen RLV-Behandlungsfallzahl:	1.389,47
50% Minderung des RLV-Fallwerts ab 170% der durchschnittlichen RLV-Behandlungsfallzahl:	1.574,73
75% Minderung des RLV-Fallwerts ab 200% der durchschnittlichen RLV-Behandlungsfallzahl:	1.852,62

Für Ärzte, die im 3. Quartal 2019 nicht in vollem zeitlichen Umfang an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, reduzieren sich die o. a. Fallwertminderungsgrenzen anteilig auf den Umfang ihrer Tätigkeit.

Amtliche Mitteilung der KVN zum HVM für das 3. Quartal 2019

in Umsetzung des Honorarverteilungsmaßstabes (HVM) gemäß § 87b Abs. 1 SGB V der KVN vom 2. März 2019

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

- Leistungen im organisierten Bereitschaftsdienst und Notfall
- Aufgrund des Terminservice- und Versorgungsgesetzes (TSVG) gemäß § 87a Abs. 3 Satz 5 Nrn. 3 bis 6 SGB V extrabudgetär zu vergütende Leistungen (TSS-Vermittlung, Hausarzt-Vermittlung, neue Patienten und offene Sprechstunde)
- Haus- und Heimbefuche (GOP 01410, 01413 und 01415 EBM)
- Verordnung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (GOP 01425 und 01426 EBM)
- Zuschlag für die Betreuung eines Patienten im Rahmen der Videosprechstunde (GOP 01450 EBM)
- Vergütung bei Verordnung von Cannabis (GOP 01460, 01461 und 01626 EBM)
- Verordnung von medizinischer Rehabilitation (GOP 01611 EBM)
- Zuschlag für die Erstellung und Aktualisierung des Medikationsplans (GOP 01630 EBM)
- Notfalldatenmanagement (GOP 01640 bis 01642 EBM)
- Leistungen im Rahmen des Zweitmeinungsverfahrens sowie die GOP 01645 EBM
- Zuschlag für die Einrichtungsbefragung im Rahmen der sektorübergreifenden Qualitätssicherung zur Vermeidung nosokomialer Infektionen nach operativen Eingriffen (GOP 01650 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 EBM, 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)
- Durchführung der Hornhauttomographie (GOP 06362 EBM)
- Transurethrale Botulinumtoxin-Therapie (GOP 08312, 08313, 26316, 26317 EBM sowie die GOP 08311, 26310 und 26311 EBM (Zystoskopien), die in derselben Sitzung mit den GOPen 08312 oder 26316 EBM erbracht werden)
- Leistungen und Begleitleistungen der Reproduktionsmedizin (ohne Beratungsleistungen GOP 08520 und 08521 EBM)
- Balneophototherapie (GOP 10350 EBM)
- Leistungen der Humangenetik (GOP 11230, 11233 bis 11236 sowie Abschnitte 11.4 und 19.4 EBM)
- Leistungen und Kostenpauschalen der Laboratoriumsmedizin (GOP 12210, 12220, 12225 und 32001 sowie Kapitel 32 EBM)*
- Leistungen der Nephrologie und Dialyse (Abschnitt 13.3.6 EBM, ausgenommen GOP 13594 EBM)
- Leistungen auf Überweisungsfällen zur Durchführung ausschließlich von Probenuntersuchungen
- Strahlentherapie (Kapitel 25 EBM)
- Extrakorporale Stoßwellentherapie beim Fersenschmerz bei Fasciitis plantaris (GOP 30440 EBM)
- Leistungen der Soziotherapie (Abschnitt 30.8 EBM)
- Leistungen der spezialisierten Versorgung HIV-infizierter Patienten (Abschnitt 30.10 EBM)
- Neuropsychologische Therapie (Abschnitt 30.11 EBM)
- Spezielle Diagnostik und Eradikationstherapie im Rahmen von MRSA (Abschnitt 30.12 EBM)
- Leistungen zur spezialisierten geriatrischen Diagnostik und Versorgung (Abschnitt 30.13 EBM)
- Hyperbare Sauerstofftherapie bei diabetischem Fußsyndrom (GOP 30210, 30212, 30216 und 30218 EBM)
- Ambulantes Operieren, PTK, Koloskopie, Kapselendoskopie und ERCP (Leistungen des Kapitels 31 EBM sowie die GOP 04514, 04515, 04518, 04520, 04528 und 04529 sowie 13421 bis 13431 EBM)
- Leistungen der Abschnitte 2 und 3 der Anlage 1 zum AOP-Vertrag nach § 115b SGB V
- Laboruntersuchungen bzgl. Velmanase alfa sowie Daratumumab (GOP 32480 und 32557 EBM)
- Vakuumbiopsien (GOP 34274 EBM)
- Zuschlag zur GOP 34291 für die Messung der myokardialen fraktionellen Flussreserve (GOP 34298 EBM)
- Osteodensitometrische Untersuchung II (GOP 34601 EBM)
- Diagnostische Positronenemissionstomographie (PET) und diagnostische Positronenemissionstomographie mit Computertomographie (PET/CT) (Abschnitt 34.7 EBM)
- Telekonsil von Röntgenaufnahmen und CT-Aufnahmen (Abschnitt 34.8 EBM)
- Probatorische Sitzungen von Ärzten der in § 87b Abs. 2 Satz 4 SGB V genannten Arztgruppen (GOP 35150 EBM)
- Psychotherapeutische Sprechstunde und Akutbehandlung (GOP 35151 und 35152 EBM)
- Antrags- und genehmigungspflichtige Leistungen der Psychotherapie (Abschnitt 35.2 EBM)
- Belegärztliche Leistungen (Kapitel 36, Abschnitt 8.4 sowie GOP 13311 und GOP 17370 EBM)
- Kooperations- und Koordinationsleistungen gemäß Anlage 27 zum BMV-Ä (Abschnitt 37.2 EBM)
- Besonders qualifizierte und koordinierte palliativmedizinische Versorgung gemäß Anlage 30 zum BMV-Ä (Abschnitt 37.3 EBM)
- Versorgungsplanung gemäß der Vereinbarung nach § 132g Abs. 3 SGB V (Abschnitt 37.4 EBM)
- Delegationsfähige Leistungen (Kapitel 38 EBM)
- Kosten- und Wegepauschalen (Kapitel 40 EBM)
- Sachkostenerstattung (GOP 99999)
- Vergütungen für regional bzw. bundesweit vereinbarte, nicht im EBM enthaltene Leistungen im GOP-Bereich ≥ 80000

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

Amtliche Mitteilung der KVN zum HVM für das 3. Quartal 2019

in Umsetzung des Honorarverteilungsmaßstabes (HVM) gemäß § 87b Abs. 1 SGB V der KVN vom 2. März 2019

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

Fachgruppe	durchschnittliches Individualbudget
FA Laboratoriumsmedizin	365.621,98 €
FA Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie	250.006,03 €

Die aufgeführten Fachgruppendurchschnittswerte gelten für Ärzte der o.g. Fachgruppen, die im Basiszeitraum 3/2017 noch keine 16 Quartale tätig waren. Sie erhalten ein Individualbudget in Höhe der Leistungsanforderungen für Leistungen gemäß Teil B Nr. 16.1 Satz 1 HVM, maximal jedoch in Höhe der o.g. Fachgruppendurchschnittswerte, es sei denn das sich aus dem Basiszeitraum tatsächlich ergebende Individualbudget liegt über diesem Wert.

Für Ärzte, die im 3. Quartal 2019 nicht in vollem zeitlichen Umfang an der vertragärztlichen Versorgung teilnehmen, reduzieren sich die o.a. Fachgruppendurchschnittswerte anteilig auf den Umfang ihrer Tätigkeit.

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

Fachgruppe	durchschnittliches Individualbudget
FA Chirurgie	14,60 €
FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe	14.918,87 €
FA Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	39.886,11 €
FA Haut- und Geschlechtskrankheiten	1.857,20 €
FA Innere Medizin und (SP) Nephrologie	953,62 €
FA Innere Medizin und (SP) Kardiologie	6.108,25 €
FA Kinder- und Jugendmedizin (hausärztlich)	13.311,77 €
FA Innere Medizin und (SP) Pneumologie	7.031,15 €
FA Innere Medizin und (SP) Gastroenterologie	7.082,86 €
FA Pathologie	6.031,43 €
FA Radiologie	4.559,59 €
FA Strahlentherapie	6.657,52 €
FA Urologie	38.063,89 €
FA Nuklearmedizin	91.758,25 €
FA Humangenetik	28.153,71 €
FA Transfusionsmedizin	28.153,71 €
FA Biochemie	98.635,16 €
FA Allgemeinmedizin, Praktischer Arzt, FA Innere Medizin (hausärztlich)	295.763,73 €
FA Allgemeinmedizin, Praktischer Arzt (fachärztlich)	15.600,78 €
FA Innere Medizin (fachärztlich)	66.567,16 €
FA Innere Medizin und (SP) Endokrinologie	
FA Innere Medizin und (SP) Hämatologie und Onkologie	
FA Innere Medizin und (SP) Rheumatologie	

Die aufgeführten Fachgruppendurchschnittswerte gelten für Ärzte der o.g. Fachgruppen, die im Basiszeitraum 3/2017 noch keine 16 Quartale im Speziallabor tätig waren. Sie erhalten ein Individualbudget in Höhe der Leistungsanforderungen für Leistungen gemäß Teil B Nr. 16.2 Satz 1 HVM, maximal jedoch in Höhe der o.g. Fachgruppendurchschnittswerte, es sei denn das sich aus dem Basiszeitraum tatsächlich ergebende Individualbudget liegt über diesem Wert.

Für Ärzte, die im 3. Quartal 2019 nicht in vollem zeitlichen Umfang an der vertragärztlichen Versorgung teilnehmen, reduzieren sich die o.a. Fachgruppendurchschnittswerte anteilig auf den Umfang ihrer Tätigkeit.

Gemeinsame Arbeitsgruppe Arzneimittel

Kassenärztliche Vereinigung
Niedersachsen

Verbände der gesetzlichen
Krankenkassen in Niedersachsen



Medikamentöse Prophylaxe der Migräne unter besonderer Berücksichtigung von monoklonalen Antikörpern

Migräneprophylaxe

Die Leitlinie „Therapie der Migräneattacke und Prophylaxe der Migräne“¹ der Deutschen Gesellschaft für Neurologie empfiehlt eine medikamentöse Prophylaxe unter anderem bei drei und mehr Migräneattacken pro Monat, wenn die Attacken länger als 72 Stunden dauern oder auch bei schlechter Wirksamkeit oder Unverträglichkeit der Akuttherapie. Das Ziel der Behandlung ist eine Reduktion der Migränetage um mindestens 50 %.

Zugelassene Arzneimittel

Für diese Indikation zugelassen sind derzeit die Wirkstoffe² Metoprolol, Propranolol, Amitriptylin, Flunarizin, Topiramate, Valproinsäure (off-label-use, aber ausnahmsweise ordnungsfähig³) und Clostridium botulinum Toxin A bei chronischer Migräne (> 15 Tage pro Monat) als Reservemittel. Neu ist die Zulassung der monoklonalen Antikörper (MAB) Erenumab 70 mg (Aimovig®, November 2018), Galcanezumab 120 mg (Emgality®, April 2019) und Fremanezumab 225 mg (Ajovy®, Mai 2019).

Alle drei MAB sind Inhibitoren des Calcitonin Gene-Related Peptids, CGRP, das vasodilatatorisch wirkt und mit der Pathophysiologie der Migräne in Zusammenhang gebracht wird. Die Anwendung erfolgt subkutan alle 4 Wochen bzw. einmal pro Monat. Zugelassen sind alle drei MAB zur Migräne-Prophylaxe bei Erwachsenen mit mindestens 4 Migränetagen pro Monat. Erenumab kann, falls erforderlich, auch in einer Dosis von 2 x 70 mg, Galcanezumab auch in einer Dosis von 2 x 120 mg und Fremanezumab in einer Dosis von 675 mg vierteljährlich verabreicht werden. Sehr häufige bis häufige unerwünschte Wirkungen sind unter anderem Schmerzen und Reaktionen an der Injektionsstelle, bei Erenumab und Galcanezumab zusätzlich Obstipation und Pruritus.

Erenumab

In den Zulassungsstudien konnte gegenüber Placebo ein Rückgang der Migränetage gezeigt werden. Bei Patienten mit episodischer Migräne und einem durchschnittlichen Ausgangswert von 18,3 Tagen betrug er 3,5 gegenüber 1,8 Tagen unter Placebo. Bei Patienten mit chronischer Migräne waren es 6,6 gegenüber 2,5 Tagen unter Placebo bei einem Ausgangswert von 18 Tagen. Der Effekt entspricht im Wesentlichen dem anderer bei Migräne empfohlener Prophylaktika.⁴

Galcanezumab

In den Zulassungsstudien konnte gegenüber Placebo ein Rückgang der Migränetage gezeigt werden. Bei Patienten mit episodischer Migräne und einem durchschnittlichen Ausgangswert von

¹ www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/030-0571_S1_Migraene-Therapie_2018-04_1.pdf

² unter Berücksichtigung der Zulassung und der Vortherapie

³ www.g-ba.de/downloads/83-691-524/AM-RL-VI-Off-label-2019-03-26.pdf, wenn eine Behandlung mit allen anderen dafür zugelassenen Arzneimitteln nicht erfolgreich war oder kontraindiziert ist. Nur bestimmte pharmazeutische Unternehmer haben einer Anerkennung des bestimmungsgemäßen Gebrauchs zugestimmt (Haftung)

⁴ www.akdae.de/Arzneimitteltherapie/NA/Archiv-INN/201808-Aimovig.pdf

9,1 Tagen betrug er 4,5 gegenüber 2,5 Tagen unter Placebo. Bei Patienten mit chronischer Migräne waren es 4,7 gegenüber 2,7 Tagen unter Placebo bei einem Ausgangswert von 19,4 Tagen. Der Effekt entspricht im Wesentlichen dem anderer bei Migräne empfohlener Prophylaktika⁵.

Fremanezumab

In den Zulassungsstudien konnte gegenüber Placebo auch hier ein Rückgang der Migränetage gezeigt werden. Bei Patienten mit episodischer Migräne und einem durchschnittlichen Ausgangswert von 9,1 Tagen betrug er 3,6 gegenüber 2,2 Tagen unter Placebo. Bei Patienten mit chronischer Migräne waren es 5,0 gegenüber 3,2 Tagen unter Placebo bei einem Ausgangswert von 16,2 Tagen.

Nutzenbewertung von Erenumab⁶

Der pharmazeutische Unternehmer legte zur Nutzenbewertung die LIBERTY-Studie vor⁷, eine placebokontrollierte randomisierte Studie, die allerdings keine Patienten mit chronischer Migräne einschloss. Ein Zusatznutzen konnte nur für diejenige Patientengruppe belegt werden, die als „austherapiert“ galt, für die also keine andere zugelassene Therapie einschließlich Valproinsäure und Botulinumtoxin mehr zur Verfügung stand.

Empfehlung

Da keine vergleichenden Studien vorliegen, ist nicht klar, ob die neuen MAB besser wirken als herkömmliche Prophylaktika. Die Wirkung von Metoprolol, Propranolol, Flunarizin, Topiramat, Amitriptylin und von Valproinsäure ist in der Migräneprophylaxe am besten durch randomisierte Studien belegt. MAB sollten erst verordnet werden, wenn bei diesen Wirkstoffen ein Therapieversagen, Kontraindikationen oder Unverträglichkeiten vorliegen.

Preisübersicht

Wirkstoff	Dosis	Behandlungstage pro Jahr	Jahrestherapiekosten pro Patient in €
Metoprolol	100-200 mg/d	365	43,76
Propranolol	80-120 mg/d	365	95,81
Flunarizin	5-10 mg/d	365	84,46
Topiramat	100 mg/d	365	189,40
Amitriptylin	25-75 mg/d	365	54,86
Valproinsäure	500-1500 mg/d	365	77,02
Clostridium botulinum Toxin Typ A	155-195 IE alle 12 Wochen	4-5	3.326,15 ⁸
Erenumab (Aimovig®)	70-140 mg alle 4 Wochen	13	8.290,01
Galcanezumab (Emgality®)	120 mg/Monat	12	7.652,32
Fremanezumab (Ajovy®)	225 mg/Monat (675 mg/vierteljährlich)	12 (4)	7.652,32

Preise gemäß Lauer-Taxe, Preis des jeweils günstigsten Generikums nach Abzug gesetzlicher Rabatte nach §130 und §130a (1) SGB V, Packungsgrößen 100 St. bzw. 200 St., für jeweils die geringste Dosierung, Stand 15.05.2019

⁵ www.akdae.de/Arzneimitteltherapie/NA/Archiv/201902-Emgality.pdf

⁶ www.g-ba.de/bewertungsverfahren/nutzenbewertung/411/#tab/beschlusse

⁷ [www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(18\)32534-0/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(18)32534-0/fulltext)

⁸ Übernommen aus der Nutzenbewertung des G-BA für Erenumab

Patienteninformation zur Migräneprophylaxe

Die Kassenärztliche Vereinigung und die Verbände der Krankenkassen in Niedersachsen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,



leiden Sie häufig unter Migräneanfällen, sind die Anfälle besonders schwer oder dauern besonders lang, ist möglicherweise eine Vorbeugung mit bestimmten Arzneimitteln (Prophylaxe) sinnvoll. In den meisten Fällen muss dann zwar täglich ein Präparat eingenommen werden, doch ist diese Dauertherapie oft verträglicher als die Einnahme zu vieler Akutmedikamente.

Eine Migräne ist leider (noch) nicht heilbar. Das gilt auch für die neuen „Migränespritzen“, die genau wie die herkömmlichen Tabletten Anfälle reduzieren, aber nicht völlig verhindern können. Welche Prophylaxe für Sie am besten geeignet ist, sollten Sie mit Ihrem Arzt/Ihrer Ärztin besprechen.

Daneben gibt es viele Möglichkeiten, die Behandlung zu unterstützen:

- Damit Ihr Arzt oder Ihre Ärztin immer genau über die Erkrankung und die Wirksamkeit der eingesetzten Therapieverfahren informiert ist, ist es sehr wichtig, ein tägliches Kopfschmerz-Tagebuch zu führen.
- Spielen Sie mit offenen Karten: Teilen Sie Ihrem Arzt oder Ihrer Ärztin mit, welche Arzneimittel Sie bei Kopfschmerzen einnehmen und in welcher Dosis.
- Es ist nachgewiesen, dass ein regelmäßiger Ausdauersport Migräneanfällen vorbeugen kann. Dabei sollte man sich nicht überanstrengen, sondern noch gut Luft bekommen.
- Auch die Entspannung sollte nicht zu kurz kommen. Besondere Verfahren, wie die progressive Muskelentspannung nach Jacobson oder autogenes Training zeigen eine gute Wirksamkeit. Viele Vereine oder die Volkshochschulen bieten diese Kurse an.
- Manchen Patienten helfen bestimmte psychologische Verfahren, insbesondere, wenn die Lebensqualität durch die Migräne stark eingeschränkt ist.



Praxisstempel

Gemeinsame Arbeitsgruppe Arzneimittel

Kassenärztliche Vereinigung
Niedersachsen



Kassenärztliche Vereinigung
Niedersachsen

Verbände der gesetzlichen
Krankenkassen in Niedersachsen



Rezept-Info – Kurzinformation zur Migräneprophylaxe

- Empfehlung zur medikamentösen Prophylaxe der Migräne bei drei und mehr Migräneattacken pro Monat, wenn die Attacken länger als 72 Stunden dauern oder bei schlechter Wirksamkeit oder Unverträglichkeit der Akuttherapie.
- Die Wirkstoffe Metoprolol, Propranolol, Amitriptylin, Flunarizin, Topiramazin, Valproinsäure und als Reservemittel Clostridium botulinum Toxin A⁹ können eingesetzt werden.
- Die monoklonalen Antikörper verteuern die Migräneprophylaxe gegenüber beispielsweise Metoprolol um das 190-fache.
- Erenumab (Aimovig®), Galcanezumab (Emgality®) und Fremanezumab (Ajovy®) sind zur Akutbehandlung nicht zugelassen und sollten erst nach Ausschöpfen der alternativen Prophylaktika (Versagen/Unverträglichkeit, Kontraindikationen) eingesetzt werden.

⁹ entsprechend der Zulassung nur für die chronische Migräne

KVN fakt

Für mehr Kollegialität: Vertretungen besser absprechen

Bereits seit einiger Zeit gibt es häufiger Beschwerden von Ärztinnen und Ärzten, die von Kolleginnen und Kollegen als Vertretungen während der eigenen Urlaubszeit genannt werden, ohne dies vorher abgesprochen zu haben.

Die Fakten

In den vergangenen Monaten ist intensiv die Sicherstellung der Versorgung insbesondere in Urlaubszeiten in der Vertragsärzteschaft und Vertragspsychotherapeuteschaft diskutiert worden. Unisono ist festgestellt worden, dass im Vergleich zu früheren Zeiten die Kollegialität immer schwächer ausgeprägt ist. Dies gilt insbesondere für fehlende Absprachen zu Urlaubszeiten.

Die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen (KVN) appelliert daher an alle Mitglieder, die Kollegialität untereinander wieder stärker zu pflegen. Kollegialität ist nur untereinander möglich. Sie kann nicht durch formelle Regelungen der KVN herbeigeführt werden.

Angesichts der oftmals sehr günstig liegenden Wochentage an Feiertagen, insbesondere zwischen Weihnachten und Neujahr, ist die Wahrscheinlichkeit neuer Sicherstellungsprobleme durch Urlaubszeiten besonders hoch. Die KVN erinnert deshalb noch einmal an die grundsätzlichen Vertretungsregelungen in der eigenen Praxis.

Vertretungsgründe

Der Vertragsarzt ist grundsätzlich verpflichtet, seine vertragsärztliche Tätigkeit persönlich auszuüben. Eine Vertretung ist nur zulässig bei

- Krankheit,
- Urlaub,
- Teilnahme an einer ärztlichen Fortbildung oder Wehrübung,
- in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit einer Entbindung
- während der Zeiten der Erziehung von Kindern (bis zum 14. Lebensjahr)
- während der Pflege eines pflegebedürftigen Angehörigen in häuslicher Umgebung

Die Aufzählung dieser Gründe ist abschließend. Aus anderen Gründen ist eine Vertretung nicht zulässig. So darf beispielsweise ein Vertreter nicht eingesetzt werden, wenn der Arzt Hausbesuche durchführt oder einer anderen ärztlichen Tätigkeit, zum Beispiel als Betriebsarzt nachgeht. Auch die regelmäßige Nichtausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit an einzelnen Wochentagen bzw. einzelnen Nachmittagen stellt keinen Urlaub im Sinne der Vertretungsregelungen dar.

Dauer der Vertretung

Für die Dauer der Vertretung sind im Einzelnen folgende Regelungen zu beachten:

- Eine Vertretung bei Krankheit, Urlaub und Teilnahme an einer ärztlichen Fortbildung oder Wehrübung ist innerhalb von zwölf Monaten für die Dauer von bis zu drei Monaten problemlos ohne Genehmigung möglich. Mehrere Vertretungszeiten innerhalb des Jahres werden addiert.
- Im Zusammenhang mit einer Entbindung kann sich eine Vertragsärztin sogar bis zu zwölf Monate vertreten lassen.
- Für Erziehungszeiten von Kindern ist eine Vertretung bis zu einer Dauer von 36 Monaten zulässig, wobei dieser Zeitraum nicht zusammenhängend genommen werden muss. Der Zeitraum kann auf Antrag verlängert werden.
- Für die Pflege eines pflegebedürftigen nahen Angehörigen in häuslicher Umgebung ist eine Vertretung von bis zu 6 Monaten zulässig. Der Zeitraum kann auf Antrag verlängert werden.
- Dauert die Vertretung länger als eine Woche, muss sie den Bezirksstellen der KVN mitgeteilt werden. Der Name des Vertreters ist anzugeben.
- Wenn eine Vertretung über drei Monate hinaus erfolgen soll, muss diese vorher unter Angabe der Gründe bei der KVN-Bezirksstelle beantragt und von dieser vorher

genehmigt werden. Liegt keine vorherige Genehmigung vor, besteht die Gefahr, dass dann die Leistungen des Vertreters ab dem vierten Monat von der KVN nicht vergütet werden.

Kollegiale und persönliche Vertretung

Es gibt zwei mögliche Formen der Vertretung: die kollegiale und die persönliche. Bei einer Kollegialvertretung bleibt die Praxis geschlossen. Die Versorgung der Patienten übernimmt eine andere Praxis gleicher Fachrichtung aus der Nähe. Vertretungen durch Ärzte anderer Fachrichtungen oder durch Krankenhausambulanzen sind nicht erlaubt, auch nicht der einfache Verweis auf alle umliegenden Ärzte oder der Verweis auf den vertragsärztlichen Bereitschaftsdienst.

Bei einer persönlichen Vertretung führt ein anderer Arzt die Praxis während der Zeit der Abwesenheit weiter. Alle Leistungen werden dabei unter dem Namen des Vertretenen erbracht und bei der KVN abgerechnet.

Im Übrigen haftet der Praxisinhaber bei der persönlichen Vertretung auch für die Erfüllung der vertragsärztlichen Pflichten durch den Vertreter, also auch für unwirtschaftliche Behandlungen und/oder Verordnungen des Vertreters.

Ein Vertragsarzt darf sich grundsätzlich nur von einem Arzt mit abgeschlossener Weiterbildung in demselben Fachgebiet vertreten lassen.

Zu beachten ist ferner, dass der Vertreter nur diejenigen Leistungen erbringen und abrechnen darf, für die der Praxisinhaber qualifiziert ist. Handelt es sich um Leistungen, für die eine besondere Genehmigung erforderlich ist (zum Beispiel Sonographie, psychosomatische Leistungen), muss auch der Vertreter die erforderliche Qualifikation besitzen.

Fazit

Da der nächste Sommerurlaub schon in Sicht ist, erinnern wir noch einmal an die Einhaltung vertragsärztlicher Pflichten bei Praxisabwesenheit. Auch bei einem Kurzurlaub ist jeder Vertragsarzt für die vertragsärztliche Versorgung seiner Patienten verantwortlich. Das heißt, neben der Sicherstellung einer

ordnungsgemäßen Vertretung im kollegialen Austausch sind die Patienten über die Vertreter rechtzeitig in geeigneter Form, z. B. durch Praxisaushang oder Anrufbeantwortertext, zu informieren

Die Anzahl der Vertreter ist nicht begrenzt; sie sind durch Aushang bzw. Telefonansage mit Anschrift, Sprechzeiten und Telefonnummer genau zu benennen.

Sprechen Sie die Urlaubsvertretungen unbedingt kollegial miteinander ab!

Die Philosophie der KVN lautet: Kollegialität geht vor Anordnungen durch die KVN.

Fachseminar I für die Fachkraft in der kurativen Mammographie

„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 Mammographie.

Sicherheit bei der Erstellung guter Mammographieaufnahmen der Stufe I und Grundlegendes zur Qualitätssicherung auf verschiedenen Ebenen in der Mammographie stehen im Mittelpunkt unseres Seminars.

Vorträge, Diskussionen und praktische Arbeiten werden uns durch den Kurstag führen.

Kursprogramm

09:00 Begrüßung und Registrierung Freiheit
09:15 Qualitätssicherung auf den verschiedenen Ebenen Freiheit
10:15 Positionierungstechnik Theorie, Teil I Freiheit

10:45 Kaffeepause

11:00 Positionierungstechnik Theorie, Teil II Freiheit
11:15 Qualitätskriterien und KBV-Richtlinien Freiheit
11:45 Technische Qualitätssicherung Gese

12:45 Mittagspause

13:30 Positionierungstechnik / Praxis Freiheit

15:00 Kaffeepause

15:15 Positionierungstechnik / Praxis Freiheit
16:15 Ergonomie am Mammographiegerät Freiheit

16:45 Abschlussdiskussion Freiheit

17:00 Ende der Veranstaltung

Referenten:

Bärbel Freiheit

Ltd. MTRA für Fortbildung im Referenzzentrum Mammographie Nord

Dipl.-Ing. (FH) Ina-Kathrin Gese

Technischer Support und Medical Education Hologic Medisor GmbH

Veranstalter:

RADSERV GmbH
Dienstleistungen für Radiologische Praxen
Fockenbollwerkstr. 25-27
26603 Aurich

Veranstaltungsort:

Referenzzentrum Mammographie Nord
Heiligengeiststraße 28 / 1.OG
26121 Oldenburg

<http://www.referenzzentrum-nord.de/anfahrt/>

Anmeldung und Organisation:

Brigitte Sturm
Tel.: 04941 / 60 510-27
Fax: 04941 / 60 510-727
E-Mail: fortbildung@radserv.de
Internet: www.radserv.de

Die Teilnehmerzahl ist begrenzt.

**Teilnahmegebühr:
€ 200,- inkl. MwSt (inkl. Pausenverpflegung)**

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

Fachseminar I für die Fachkraft in der kurativen Mammographie

„Einstelltechnik und Qualitätssicherung
– Von der Theorie in die Praxis“

Oldenburg

23.08.2019



KVN

Kassenärztliche Vereinigung
Niedersachsen

Informationen für die Praxis

KVN-Rundschreiben

Mai 2019

Inhaltsverzeichnis

1.	Abrechnung	2
1.1.	Akutpsychotherapeutische Versorgung Bosch BKK: Neue Einschreibeformulare	2
2.	Verordnungen	2
2.1.	Gemeinsame Arbeitsgruppe Arzneimittel - Informationsschreiben zum Thema „Off-Label-Use“ ...	2
2.2.	Anpassungen innerhalb des Wirtschaftlichkeitsziels Biosimilarquote Enoxaparin.....	2
3.	Allgemeine Hinweise	3
3.1.	Änderung der Gesundheitsuntersuchung ab 1. April 2019.....	3
4.	Veranstaltungen im Juni und Juli 2019.....	4
5.	Anlagenverzeichnis	7
5.1.	Informationsschreiben.....	7
5.2.	Sammelerklärung	7

1. Abrechnung

1.1. Akutpsychotherapeutische Versorgung Bosch BKK: Neue Einschreibeformulare

Die aktualisierte Teilnahme- und Einwilligungserklärung sowie die Patienteninformation sind in einem PDF zusammengefasst und im KVN-Portal erhältlich. In der Rubrik „Verträge“ führt der Suchbegriff „Bosch“ zur Dokumentenauswahl.

2. Verordnungen

2.1. Gemeinsame Arbeitsgruppe Arzneimittel - Informationsschreiben zum Thema „Off-Label-Use“

Im Anhang finden Sie ein weiteres Informationsschreiben der AG GKV/KVN Arzneimittel zu dem Thema „Off-Label-Use“. Darin werden unter anderem die Voraussetzungen für eine GKV-Erstattungsfähigkeit bei einem zulassungsüberschreitenden Einsatz eines Arzneimittels dargestellt.

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

Anlage 5.1: Informationsschreiben

2.2. Anpassungen innerhalb des Wirtschaftlichkeitsziels Biosimilarquote Enoxaparin

Durch Änderungen auf dem Arzneimittelmarkt hat sich innerhalb des folgenden Arzneimittel-Wirtschaftlichkeitsziels eine Anpassung ergeben:

Wirtschaftlichkeitsziel	Vergleichsgruppen
Enoxaparin	Chirurgen, ermächtigte Chirurgen, Orthopäden, ermächtigte Orthopäden

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

Änderungen

3. Allgemeine Hinweise

3.1. Änderung der Gesundheitsuntersuchung ab 1. April 2019

Der Bewertungsausschuss hat in seiner Sitzung am 29. März 2019 die Gesundheitsuntersuchung nach GOP 01732 mit Wirkung ab dem 1. April 2019 der geänderten Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinie angepasst.

Die Änderung der Richtlinie trat bereits zum 25. Oktober 2018 in Kraft und hat zur Folge, dass mit Wirkung ab dem 1. April 2019 Versicherte zwischen dem vollendeten 18. und vollendetem 35. Lebensjahr zukünftig einen Anspruch auf eine einmalige Gesundheitsuntersuchung haben. Bei Versicherten ab dem vollendeten 35. Lebensjahr wird das Untersuchungsintervall von zwei auf drei Jahre verlängert.

Übergangsregelung für Versicherte, die 2017 die Gesundheitsuntersuchung wahrgenommen haben (gilt auch für den Check Up 60 plus im Rahmen des AOK HZV Vertrages).

Nachdem die vorgesehene Rückwirkung der Intervallverlängerung zu großer Verärgerung in der Ärzteschaft geführt hat, haben sich die KBV und der GKV-Spitzenverband doch noch auf eine Übergangsregelung verständigt.

Danach ist es möglich, dass für Versicherte, bei denen im Jahr 2017 eine Gesundheitsuntersuchung durchgeführt wurde, die Wiederholungsuntersuchung bis zum 30. September 2019 terminiert sein kann. Ärzte, die bereits entsprechende Termine vereinbart haben, müssen diese nicht um ein Jahr verschieben.

Für alle gesetzlich Versicherten ab 35, bei denen die letzte Gesundheitsuntersuchung im Jahr 2018 (und später) stattgefunden hat, gilt das neue dreijährige Untersuchungsintervall: Wurde 2018 eine Gesundheitsuntersuchung durchgeführt, kann der nächste Check-up wieder ab dem Jahr 2021 erfolgen. Versicherte, die 2019 den Check-up wahrnehmen, haben 2022 wieder Anspruch auf die Untersuchung.

Inhaltlich wurde eine Erweiterung des Beratungsumfanges vorgenommen, sowie die Durchführung einer Impfanamnese und die Anwendung von Risikoscores bei erhöhtem kardialen Risiko eingefügt.

Aufgrund des damit erhöhten Leistungsumfanges erfolgte eine Höherbewertung der GOP 01732 um 17 Punkte auf jetzt 320 Punkte.

Die im Rahmen der Änderung der Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinie vorgesehene Aufnahme weiterer Laboruntersuchungen erfolgte durch die Ergänzung der Gebührenordnungsposition 32882 um die gemäß Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinie zusätzlichen Untersuchungen auf Triglyzeride, HDL-Cholesterin und LDL-Cholesterin.

Übergangsregelung

4. Veranstaltungen im Juni und Juli 2019

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

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

www.kvn.de/Mitglieder/Fortbildung

Name	Ort	Datum	Gebühr p. P.
Qualitäts- und Praxismanagement			
Fit am Empfang - So heißen Sie Ihre Patienten willkommen	Oldenburg	05.Jun	119 Euro
Nicht-ärztliche Praxisassistentin	Braunschweig	12.Jun	kostenlos
Konfliktmanagement	Verden	19.Jun	50 Euro
Medizinprodukte-Aufbereitung Workshop Teil 2	Hannover	19.Jun	95 Euro
QEP®-Intensivkurs	Hannover	21.Jun	220 Euro
Kurze Wartezeiten - Gutes Terminsystem	Oldenburg	26.Jun	89 Euro
Praxisbegehungen haus-/kinderärztlichen Praxis GAA	Hannover	26.Jun	30 Euro
Personalführung für PraxisinhaberIn	Hannover	29.Jun	139 Euro
Abrechnung und Verordnung			
Richtig verordnen und überweisen	Braunschweig	05.Jun	kostenlos
EBM - Grundzüge	Oldenburg	12.Jun	kostenlos
Arztinformationsveranstaltung - Heilmittelversorgung	Aurich	19.Jun	kostenlos
Heilmittelversorgung	Lüneburg	03.Jul	kostenlos

Medizinische und psychotherapeutische Themen			
Verordnung Medizinischer Rehabilitation	Hannover	05.Jun	35 Euro
Moderne Wundversorgung	Aurich	13.Jun	kostenlos
Wirtschaftsseminare			
Existenzgründerseminar Modul 1	Göttingen	05.Juni	kostenlos
Praxisabgeberseminar Meine Zukunft planen	Göttingen	03.Jul	kostenlos

Verbindliche Anmeldung (*bitte vollständig ausfüllen*)

Fax an 0511 380-4620

für das Seminar

.....
(Titel des Seminars)

Datum des Seminars Anzahl Teilnehmer Person/en

Vor- und Nachname der Teilnehmer (*bitte deutlich in Druckbuchstaben schreiben*)

.....
.....

für das Seminar

.....
(Titel des Seminars)

Datum des Seminars Anzahl Teilnehmer Person/en

Vor- und Nachname der Teilnehmer (*bitte deutlich in Druckbuchstaben schreiben*)

.....
.....

.....
Vor- und Nachname des Rechnungsempfängers (auch bei kostenlosen Seminaren auszufüllen, Pflichtfeld)

.....
Anschrift (Straße, PLZ, Ort) des Rechnungsempfängers (auch bei kostenlosen Seminaren auszufüllen, Pflichtfeld)

LANR BSNR

E-Mail-Adresse:

Telefonnummer für evtl. Rückfragen

Datum _____

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

Stempel

5. Anlagenverzeichnis

5.1. Informationsschreiben

5.2. Sammelerklärung

Gemeinsame Arbeitsgruppe Arzneimittel

Kassenärztliche Vereinigung
Niedersachsen

Verbände der gesetzlichen
Krankenkassen in Niedersachsen



Zulassungsüberschreitender Einsatz eines Arzneimittels: Off-Label-Use

Wenn ein Arzneimittel zugelassen wird, gilt diese Zulassung für einen bestimmten Anwendungsbereich und auch für eine bestimmte Personengruppe. Unter besonderen Voraussetzungen kann das Mittel auch bei Krankheiten oder Personen eingesetzt werden, für die es nicht zugelassen ist. In diesem Fall spricht man von einem "Off-Label-Use".¹

Für den Arzt stellt der Off-Label-Use eine Gratwanderung zwischen Arzneimittel-, Sozial-, Haftungs- und Berufsrecht dar. Eine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ist ein Off-Label-Use nur in Ausnahmefällen. Denn grundsätzlich kann ein Medikament in Deutschland nur dann zulasten der GKV verordnet werden, wenn es zur Behandlung von Erkrankungen eingesetzt wird, für die ein pharmazeutisches Unternehmen die arzneimittelrechtliche Zulassung bei der zuständigen Behörde erwirkt hat.²

Bei folgenden Fällen besteht eine Erstattungsfähigkeit durch die GKV:

1. Aufführung des Medikamentes in Teil A der Arzneimittel-Richtlinie Anlage VI (Off-Label-Use) und Verordnung im dort festgelegten Rahmen (Patientengruppe, Indikation, Dosierung, Behandlungsdauer).³
2. Das Arzneimittel wird im Rahmen einer vom G-BA nicht widersprochenen klinischen Studie nach § 35c Abs. 2 SGB V eingesetzt.
3. Behandlung einer schwerwiegenden lebensbedrohlichen oder die Lebensqualität auf Dauer nachhaltig beeinträchtigenden Erkrankung, für die keine andere Therapie verfügbar ist und bei der aufgrund der Datenlage die begründete Aussicht besteht, dass mit dem betreffenden Präparat ein Behandlungserfolg (kurativ oder palliativ) erzielt werden kann.⁴

Zur Klärung der Erstattungsfähigkeit bei Nr. 3 ist ein Antrag zur Kostenübernahme vor Therapiebeginn bei der Krankenkasse zu stellen.

Die Verschreibung eines in Deutschland zugelassenen Arzneimittels außerhalb der zugelassenen Indikationen ist arzneimittelrechtlich zwar möglich, zu beachten ist jedoch die haftungsrechtliche Verantwortung des Vertragsarztes. Eine umfassende Aufklärung des Patienten zu Nutzen und Risiken des Off-Label-Use, dessen Zustimmung zum Einsatz des Medikamentes und eine lückenlose Behandlungsdokumentation durch den Arzt sind in jedem Fall unerlässlich.⁵

Gibt es keine Therapiealternative und handelt es sich um eine lebensbedrohliche oder regelmäßig tödliche oder eine zumindest wertungsmäßig vergleichbare Erkrankung, soll entsprechend § 2 Abs. 1a SGB V vor der Verordnung vom Versicherten oder dem behandelnden Arzt ein Antrag an die Krankenkasse gerichtet werden. Damit kann vor Beginn der Behandlung die Kostenübernahme geklärt werden.⁶ Aus dem Antrag sollten die wesentlichen Gründe für die Off-Label-Verordnung hervorgehen.

¹ <https://www.bfarm.de/SharedDocs/Glossareintraege/DE/O/Off-Label-Use.html> (letzter Zugriff 03.04.2019)

² <https://www.g-ba.de/themen/arzneimittel/arzneimittel-richtlinie-anlagen/off-label-use/> (letzter Zugriff 03.04.2019)

³ Arzneimittel-Richtlinie Anlage VI zum Abschnitt K (letzte Änderung: 26.03.2019)

⁴ Bundessozialgericht, Urteil vom 19. März 2002, AZ.: B 1 KR 37/00 R

⁵ <https://www.g-ba.de/themen/arzneimittel/arzneimittel-richtlinie-anlagen/off-label-use/faq/> (letzter Zugriff 03.04.2019)

⁶ SGB V § 2 Abs. 1a



KVN

Kassenärztliche Vereinigung
Niedersachsen

Informationen für die Praxis

KVN-Rundschreiben

April 2019

Inhaltsverzeichnis

1. Abrechnung	3
1.1. Erweiterte Abrechnungsmöglichkeiten der Videosprechstunde ab 1. April 2019	3
1.2. Änderungen zur Darmkrebsfrüherkennung	3
1.3. Aufnahme der Hornhautvernetzung mit Riboflavin in den EBM	4
1.4. Anpassung des DMP-Vertrages Asthma zum 1. April 2019.....	4
1.5. BKK „Hallo Baby“-Versorgung: Gynäkologen und Laborärzte können ihre Teilnahme ab Mai 2019 beantragen	5
2. Verordnungen.....	6
2.1. Carboplatin bei fortgeschrittenem nicht-kleinzelligem Bronchialkarzinom (NSCLC) – Änderung der Anlage VI (Off-Label-Use) der Arzneimittel-Richtlinie, Zustimmung eines pharmazeutischen Unternehmers .	6
2.2. Neue Anlage 1 der Sprechstundenbedarfsvereinbarung zum 1. April 2019.....	7
2.3. Anpassungen innerhalb der Wirtschaftlichkeitsziele der Trastuzumab- und der Infliximab-haltigen Biosimilarquoten	8
2.4. Änderungen bei der Verordnung zur psychiatrischen häuslichen Krankenpflege ab 1. April 2019	8
2.5. Verordnung von empfängnisverhütenden Mitteln zu Lasten der GKV	9
2.6. Arzneimittel-Frühinformationen Januar- Dezember 2018.....	9
2.7. Änderung der Arzneimittelverschreibungsverordnung - Retinoide, Diclofenac, Hydrocortison, Levocetiricin...	9
2.8. Aktualisierung der Diagnoseliste besonderer und langfristiger Heilmittelbedarf	10

2.9.	Gemeinsame Arbeitsgruppe Arzneimittel - Informationsschreiben zum Thema „Arzneimittel zur Behandlung der HIV-Infektion“	10
2.10.	Änderung der Anlage IV (Therapiehinweise) der Arzneimittel-Richtlinie: Aufhebung des Therapiehinweises zu Teriparatid	11
3.	Allgemeine Hinweise	11
3.1.	Änderung der Gesundheitsuntersuchung ab 1. April 2019.....	11
3.2.	DMP-Asthma: Dokumentationen für das 1. Quartal 2019 vor dem 1. April 2019 abschließen	12
3.3.	Neue Teilnahme- und Einwilligungserklärungen im Rahmen der Disease-Management-Programme (DMP) ab 1. April 2019	12
3.4.	Bestellung von Todesbescheinigungen nur noch privat.....	13
3.5.	Nutzung digitaler Vordrucke bei Bundesbahnbeamten und Postbeamten ab 1. April 2019 möglich.....	13
3.6.	Impfung gegen Herpes Zoster noch keine Kassenleistung	13
3.7.	Versicherteninformationen zur organisierten Darmkrebsfrüherkennung	14
3.8.	Besondere Versorgung „elektrische Kardioversion“ jetzt auch für die Audi BKK	14
3.9.	Hausarztzentrierte Versorgung: Übersendung der Einschreibeerklärungen an die AOK Niedersachsen entfällt.....	14
3.10.	Aktuelles zur TSVG Umsetzung – Stand 8. April 2019	15
4.	Veranstaltungen im Mai und Juni 2019.....	16
4.1.	Save the Date: Sommerfest / Bezirksstellenversammlung der KVN-Bezirksstelle Aurich am 05. Juni 2019	16
4.2.	Einladung zum Jahresempfang 2019	16
4.3.	Save the date – „Meine eigene Praxis – Impulse für den Start“ am 15. Mai 2019 in Leer	17
4.4.	Seminare und Fortbildungen	17
5.	Anlagenverzeichnis.....	20
5.1.	Diagnoseliste	23
5.2.	Informationsschreiben.....	25

1. Abrechnung

1.1. Erweiterte Abrechnungsmöglichkeiten der Videosprechstunde ab 1. April 2019

Der Bewertungsausschuss hat in seiner Sitzung am 29. März 2019 die Abrechenbarkeit von Videosprechstunden dergestalt erweitert, dass die Vorgabe der ausschließlichen Abrechenbarkeit zum Zweck der Verlaufskontrolle bei definierten Krankheitsbildern und Indikationsbereichen in den GOP 01439 und 01450 aufgehoben wurden.

Überdies wird die Abrechnung der GOP 01450 nunmehr auch als Zuschlag im Zusammenhang mit den Grundpauschalen der Kapitel 14 (Kinder- und Jugendpsychiatrie und -Psychotherapie), 22 (psychosomatische Medizin und Psychotherapie) und 23 (psychotherapeutische Gebührenordnungspositionen) erweitert.

Die Durchführung von Videosprechstunden zwischen Vertragsärzten und Pflegebedürftigen, ggf. unterstützt durch Bezugspersonen, kann auf Basis der bestehenden Regelungen im EBM erfolgen. Um die Durchführung von Fallkonferenzen zwischen Ärzten und Pflegekräften im Rahmen der Versorgung von Pflegebedürftigen als Videokonferenzen zu ermöglichen, erfolgen entsprechende Ergänzungen der GOP 37120 und 37320. In diesem Zusammenhang wird die GOP 01450 des Weiteren um die GOP 37120 und 37320 erweitert.

Weitere Anpassungen der diesbezüglichen Leistungspositionen behält sich der Bewertungsausschuss im Rahmen eines entsprechenden Prüfungsauftrages vor.

Die Anlage zu den Änderungen der GOP 01439 und 01450 sowie die Änderungen zu den GOP 37120 und 37320 finden Sie im KVN-Portal.

EBM-Regelungen
maßgeblich

1.2. Änderungen zur Darmkrebsfrüherkennung

Der Bewertungsausschuss hat in seiner Sitzung am 29. März 2019 die Überführung spezifischer Regelungen zum Darmkrebscreening von der Krebsfrüherkennungsrichtlinie in die Richtlinie für organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme nachvollzogen.

Mit dem aktuellen Beschluss werden notwendige Anpassungen im EBM abgebildet. Die GOP 01740 ist künftig bereits bei Versicherten ab 50 Jahren berechnungsfähig. Die Bewertung der GOP 01740 wird aufgrund eines erhöhten Beratungsaufwandes um 12 Punkte auf jetzt 115 Punkte angehoben. Die Änderungen gelten ab dem 19. April 2019.

Des Weiteren wird durch die Aufnahme von Abrechnungsanmerkungen in den GOP 01741 und 13421 klargestellt, dass Abklärungskoloskopien nach positivem iFOBT weiterhin nur als kurative Leistung gemäß GOP 13421 berechnungsfähig sind.

Den Beschlusstext finden Sie im KVN-Portal.

Erweiterte
Abrechnungsmöglichkeiten

1.3. Aufnahme der Hornhautvernetzung mit Riboflavin in den EBM

Der Bewertungsausschuss hat in seiner Sitzung am 29. März 2019 mit Wirkung zum 1. April 2019 die Behandlungsmethode „UV-Vernetzung mit Riboflavin bei Keratokonus“ in den EBM aufgenommen.

Die diesbezüglichen Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses wurden durch die Aufnahme der diagnostischen Begleitleistung der Hornhauttomographie (GOP 06362) in Kapitel 6 sowie der Aufnahme des operativen Eingriffs gemäß OPS-Code 5-126.8 „Vernetzung der Hornhaut mit Riboflavin und UV-A Bestrahlung“ über den Anhang 2 zum EBM als ambulanter Eingriff in Kapitel 31 und belegärztlicher Eingriff in Kapitel 36 (GOP 36364) umgesetzt. Ergänzend werden Leistungen der postoperativen Betreuung bei Überweisung durch den Operateur (GOP 31737) sowie bei Durchführung durch den Operateur (GOP 31738) in Kapitel 31 aufgenommen. Die Abbildung der Sachkosten für das Medizinprodukt Riboflavin erfolgt über die Kostenpauschale nach GOP 40681 in Kapitel 40. Zudem erfolgt die Abbildung der topographischen Untersuchung der Hornhaut über eine Anpassung der Bewertung der augenärztlichen Grundpauschale nach der GOP 06211 und einer Anpassung des Anhangs 1 EBM.

Die Vergütung der GOP 06362 und 40681 erfolgt extrabudgetär in Höhe der EBM-Sätze.

Der Beschluss des Bewertungsausschusses ist im KVN-Portal eingestellt.

1.4. Anpassung des DMP-Vertrages Asthma zum 1. April 2019

Aufgrund der Aktualisierung DMP-Anforderungen-Richtlinie zum DMP Asthma war es erforderlich, den DMP-Vertrag Asthma redaktionell anzupassen.

Die medizinisch-inhaltlichen Änderungen erfolgten in enger Anlehnung an die aktuellen Nationalen Versorgungsleitlinien. Die wichtigsten Änderungen im Einzelnen:

- Teilnahmemöglichkeit für Kinder bereits ab dem 2. Lebensjahr
- Einteilung des Asthmas anhand der Asthmakontrolle
- Aufnahme neuer Qualitätsziele zur Asthmakontrolle, zur medikamentösen Therapie und zur jährlichen Messung der Einsekundenkapazität „FEV1-Messung“
- Anpassung der Anforderungen an die Dokumentation

Asthmakontrolle
ausgeweitet

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

Neben den redaktionellen Änderungen konnte auch eine Verbesserung der ärztlichen Vergütung erreicht werden.

Aufnahme des Schulungsprogrammes ASEV (Schulung für Kleinkinder im Alter von 1-4 Jahren und deren Eltern/Bezugspersonen)

Es handelt sich um ein Gruppenschulungsprogramm für bis zu sieben Kindern und umfasst einen Zeitrahmen von 13 Unterrichtseinheiten (UE) zu je 45 Min. (12 UE für Eltern/ Bezugspersonen und 1 UE mit dem erkrankten Kind). Die Schulungen werden mit 19,50 Euro pro Einheit vergütet und sind über die neue GOP 99449 abrechenbar.

Gruppenschulungen werden intensiviert

Die Durchführung und die Abrechnung dieses Schulungsprogramms setzen den Nachweis der entsprechenden arztseitigen Qualifikationen und die Genehmigung durch die KVN voraus.

Höhere Vergütungen für die letzten Gruppenschulungen

Werden alle Gruppenschulungen durchgeführt, erfolgt eine weitere Vergütung in Form eines Zuschlages in Höhe von 10% auf die letzte Gruppenschulung. Dieser Zuschlag wird automatisch von der KVN im Rahmen der Quartalsabrechnung hinzugesetzt, wenn die letzte Gruppenschulung durchgeführt wurde.

Qualitätssicherungspauschale

Die Qualitätssicherungspauschale (GOP 99553) wird von 10 Euro auf 11 Euro angehoben.

Aufnahme einer Beratungspauschale zum Tabakgebrauch bzw. Tabakverzicht für die fachärztliche Versorgungsebene

Analog zum DMP-Vertrag COPD ist für Patienten, für die der Raucherstatus dokumentiert wurde, für die Information und Beratung zum Tabakgebrauch bzw. Tabakverzicht inklusive der Empfehlung einer medizinisch sinnvollen Maßnahme (z. B. durch Ausstellung einer Präventionsempfehlung auf Basis Muster 36) eine Pauschale von 8 Euro (GOP 99448) abrechenbar. Die Pauschale ist einmalig und nur durch Ärzte der 2. Versorgungsebene (= fachärztliche Versorgungsebene) abrechenbar.

Die aktuelle Lesefassung des DMP-Vertrages Asthma inklusiv der aktualisierten Anlagen finden Sie in Kürze auf der Internetseite der KVN unter (www.kvn.de/Mitglieder/Abrechnung_Honorar_und_Vertrag_Verträge.html).

1.5. BKK „Hallo Baby“-Versorgung: Gynäkologen und Laborärzte können ihre Teilnahme ab Mai 2019 beantragen

60 Betriebskrankenkassen beteiligen sich mit dem Ziel, die Frühgeburtenrate mithilfe primär- und sekundärpräventiver Maßnahmen zu minimieren sowie Infektionen durch Streptokokken B als Geburtskomplikation zu senken.

Geburtskomplikationen minimieren

Leistungsüberblick, gültig ab 1. Juli 2019:

Für Fachärzte der Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Euro	GOP
Einschreibung	10	81310
Toxoplasmosesuchtest: Technische und administrative Leistungen	10	81311
Toxoplasmosesuchtest: Risikoaufklärung und ärztliches Gespräch	20	81312
Infektionsscreening	20	81313
Risikoaufklärung und anogenitaler Abstrich (Streptokokken B)	17	81314

Für Fachärzte der Laboratoriumsmedizin	Euro	GOP
Durchführung Toxoplasmosesuchtest	12	81315
Durchführung Streptokokken B Test	10	81316

Mit Start am 1. Juli 2019 können Schwangere in die Versorgung eingeschrieben werden.

Die Teilnahmeunterlagen und weitere Informationen finden Sie im KVN-Portal: Verträge > Eingabe des Suchbegriffs „Hallo Baby“

2. Verordnungen

2.1. Carboplatin bei fortgeschrittenem nicht-kleinzelligem Bronchialkarzinom (NSCLC) – Änderung der Anlage VI (Off-Label-Use) der Arzneimittel-Richtlinie, Zustimmung eines pharmazeutischen Unternehmers

Mit Wirkung zum 26. März 2019 wurde in der Anlage VI Teil A der Arzneimittel-Richtlinie (Ziffer III) die Liste der Hersteller, die für ihre Carboplatinhaltigen Arzneimittel im Rahmen des in der Anlage vorgenannten Off-Label-Use einer Anwendung zugestimmt haben (Haftung des pharmazeutischen Unternehmers), um den Hersteller „Hexal AG“ erweitert.

Hexal hat Off-Label-Use zugestimmt

Folgende Hersteller sind nun in der Liste aufgeführt:

- axios Pharma GmbH, BB Farma s.r.l., Farmaceutica (Portugal) S. A., Hexal AG, Hikma Pharma GmbH, onkovis GmbH, PGD Profusio Leipzig GesundHeits GmbH Deutschland, PUREN Pharma GmbH & Co. KG, STADAPHARM GmbH, TEVA GmbH

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

Empfehlung: Aut-Idem-Kreuz setzen

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

2.2. Neue Anlage 1 der Sprechstundenbedarfsvereinbarung zum 1. April 2019

Zum 1. April 2019 werden einige kleinere Änderungen in der Anlage 1 der Sprechstundenbedarfsvereinbarung erfolgen, über die wir nachstehend informieren möchten:

Es erfolgt die Aufnahme von **Kohletabletten** als Antidot bei oralen Vergiftungen.

Neu aufgenommen wurde auch die Verordnungsmöglichkeit von **Natriumcitratlösung** für die Fachgruppe der Anästhesisten. Hintergrund ist, dass bei Narkosen Patienten mit Risikofaktoren für eine Aspiration nach den Leitlinien 30 Minuten präoperativ Natriumcitrat zur Neutralisation der Magensäure erhalten sollen. Wir weisen ausdrücklich darauf hin, dass Natrium-Citrat aber auch ein Reagenz ist, das in der Gerinnungsdiagnostik genutzt wird; die Kosten hierfür sind nach Nr. 7.1 EBM mit der GOP abgegolten, so dass Verordnungen von Natriumcitratlösung bei anderen Fachgruppen auch weiterhin von den Kostenträgern regressiert werden.

Achtung Regressgefahr

Unter Ziffer 1 der Anlage 1 zur SSB-Vereinbarung hat bei dem Punkt „**Salben, Gele, Cremes**“ die bisherige Regelung eine kleine Änderung erfahren, hier heißt es nun:

- für HNO-Ärzte und Dermatologen auch die Kombination Antibiotikum - Kortikosteroid als Rezeptur.

Dermatologen neu erfasst

Diese Änderung erweitert den Kreis der Ärzte auf die Dermatologen, die nun auch wie die HNO-Ärzte die Kombinationssalben als Rezeptur verordnen können. Dabei fällt die Einschränkung „zur Anwendung im äußeren Gehörgang“ weg, da die Kombinationssalbe auch bei anderen Anwendungsgebieten (z. B. im Bereich der Nase bzw. allgemein im Gesicht) sinnvoll in den beiden Fachgruppen ist.

In diesem Zusammenhang weisen wir darauf hin, dass die Verordnung des einzigen für den Einsatz im äußeren Gehörgang zugelassenen Fertigarzneimittels (Infectospectran HC®) aufgrund des deutlich höheren Preises im Vergleich zu Rezepturen als unwirtschaftlich angesehen und daher künftig regressiert wird.

Achtung Regressgefahr

Bei Ziffer 7. Verband-, Kompressions- und OP-Material ist eine Klarstellung unter dem Punkt **Binden** erfolgt. Hierhin wird der Ausschluss „keine Kompressionsbindensysteme“, der vorher unter Nahtmaterial einsortiert war, verschoben, um weitere Verordnungsfehler zu vermeiden. Kompressionsbindensysteme sind deutlich teurer als die Verordnung von zwei (unterschiedlichen) Einzel-Binden, sodass sie weiterhin ausgeschlossen sein sollen.

Kompressionsbindensysteme weiterhin ausgeschlossen

Die Neufassung der Anlage 1 der SSB-Vereinbarung ist im Internet unter <https://www.kvn.de> > [Amtliche Bekanntmachungen.html](#) veröffentlicht.

2.3. Anpassungen innerhalb der Wirtschaftlichkeitsziele der Trastuzumab- und der Infliximab-haltigen Biosimilarquoten

Durch Änderungen auf dem Arzneimittelmarkt haben sich innerhalb folgender Arzneimittel-Wirtschaftlichkeitsziele Anpassungen ergeben:

Wirtschaftlichkeitsziel	Vergleichsgruppen
Trastuzumab in Rezepturen	onkologisch tätige Gynäkologen
Rituximab/Trastuzumab in Rezepturen	Hämatologen/Onkologen
Infliximab	Gastroenterologen, ermächtigte Gastroenterologen
Etanercept/Infliximab	Dermatologen, ermächtigte Dermatologen
TNF-alpha-Hemmer	Internistischen Rheumatologen

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

2.4. Änderungen bei der Verordnung zur psychiatrischen häuslichen Krankenpflege ab 1. April 2019

Der Bewertungsausschuss hat in seiner Sitzung am 29. März 2019 mit Wirkung ab 1. April 2019 Änderungen der GOP 01422 und 01424 EBM beschlossen. Diese Änderungen in den obligaten und fakultativen Leistungsinhalten basieren auf dem Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 19. Juli 2018 zu der Richtlinie über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege im Bereich der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege.

Mit den erweiterten Leistungsinhalten erfolgte auch eine Aufwertung der Leistungsbewertung der GOP 01422 um 15 Punkte auf jetzt 149 Punkte und der GOP 01424 um 20 Punkte auf jetzt 154 Punkte.

Die Anlage zu den Änderungen der GOP 01422 und 01424 finden Sie im KVN-Portal.

Leistungsaufwertung

2.5. Verordnung von empfängnisverhütenden Mitteln zu Lasten der GKV

Mit Wirkung zum 29. März 2019 wird die Altersgrenze für Versicherte, die Anspruch auf die Versorgung mit verschreibungspflichtigen, empfängnisverhütenden Mitteln haben, auf das vollendete 22. Lebensjahr heraufgesetzt.

Die Heraufsetzung der Altersgrenze gilt auch für den Anspruch auf ärztlich verordnete nicht verschreibungspflichtige Notfallkontrazeptiva. Die Wahl, welches empfängnisverhütende Mittel zu Lasten der GKV eingesetzt werden soll, trifft der verordnete Arzt mit der Patientin.

2.6. Arzneimittel-Frühinformationen Januar- Dezember 2018

Die Arzneimittel-Frühinformationen für das Jahr 2018 (Januar- Dezember 2018) sind nun im KVN-Portal unter den e-Dokumenten abrufbar.

Die Arzneimittel-Frühinformationen geben eine erste Auskunft darüber, ob Sie Ihre Arzneimittelquoten im Rahmen des Ablösepakets 2018 einhalten. Arzneimittelziele können eine zusätzliche Möglichkeit zur Befreiung einer Durchschnittswerteprüfung darstellen.

Weitere Informationen zur Arzneimittelzielvereinbarung und zur Durchschnittswerteprüfung finden Sie auf unserer Internetseite und im KVN - Portal.

Ihre artindividuellen Arzneimittel-Frühinformationen finden Sie im KVN-Portal unter:

Online-Dienste/eDokumente > LisA Dokumente > Kategorie Verordnungsberichte > Arzneimittelfrühinformation LANR

Für weitere Fragen hierzu stehen Ihnen die Ansprechpartner Ihrer Bezirksstelle gerne zur Verfügung.

2.7. Änderung der Arzneimittelverschreibungsverordnung - Retinoide, Diclofenac, Hydrocortison, Levocetiricin

Mit Wirkung ab dem 1. April 2019 ist eine Änderung der Arzneimittelverschreibungsverordnung (AMVV) in Kraft getreten, die sich im Wesentlichen auf die Wirkstoffe Acitretin, Alitretinoin und Isotretinoin sowie Diclofenac, Hydrocortison und Levocetirizin bezieht.

Für oral anzuwendende Arzneimittel, die die Wirkstoffe Acitretin, Alitretinoin oder Isotretinoin enthalten, wurde festgelegt, dass die Höchstverschreibungsmenge für Frauen im gebärfähigen Alter je Verschreibung den **Bedarf für 30 Tage** nicht übersteigen darf. Entsprechende Verschreibungen sind **bis zu sechs Tage** nach dem Tag ihrer Ausstellung gültig.

Aus der Verschreibungspflicht **entlassen** wurden:

Altersgrenze jetzt bei 22 Jahren

Achtung:
Wirtschaftlichkeits-
kontrolle

Neu: Höchst-
verschreibungsmengen

Diclofenac

zum äußeren Gebrauch als Pflaster ohne Zusatz weiterer arzneilich wirksamer Bestandteile in einer Wirkstoffmenge bis zu 140 mg (berechnet als Diclofenac-Natrium) je abgeteilter Arzneiform.

Hydrocortison

in einer Konzentration von 0,2 % Hydrocortisonacetat in Kombination mit Natriumbituminosulfonat (hell) und in Packungsgrößen bis zu 20 g zur kurzzeitigen Anwendung zur Behandlung nicht infizierter, leicht ausgeprägter entzündlicher, allergischer oder juckender Hauterkrankungen, sofern auf Behältnissen und äußeren Umhüllungen eine Beschränkung der Anwendung auf Erwachsene und Kinder ab dem vollendeten sechsten Lebensjahr angegeben ist.

Levocetirizin

in festen Zubereitungen zur oralen Anwendung in Konzentrationen von 5 mg je abgeteilter Form, sofern auf Behältnissen und äußeren Umhüllungen eine Beschränkung der Anwendung auf Erwachsene und Kinder ab dem vollendeten 6. Lebensjahr angegeben ist.

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

2.8. Aktualisierung der Diagnoseliste besonderer und langfristiger Heilmittelbedarf

Die Diagnoseliste der bundesweit geltenden besonderen Verordnungsbedarfe für Heilmittel wurde zum 1. Januar 2019 rückwirkend, in einer 2. Änderungsvereinbarung der Rahmenvorgaben für Wirtschaftlichkeitsprüfungen nach §106b Absatz 2 SGBV, in einigen Punkten angepasst.

Eine Liste mit den rückwirkenden Aktualisierungen der bundesweit geltenden besonderen Verordnungsbedarfe sowie den unterjährigen Änderungen im langfristigen Heilmittelbedarf finden Sie in der beigefügten Anlage.

Zusätzlich finden Sie die Aktualisierung demnächst auch im Internet unter: www.kvn.de > Mitglieder > Verordnungen > Heilmittel > Downloads > Aktualisierung besonderer Verordnungsbedarf und langfristiger Heilmittelbedarf 2019

Anlage 5.1: Diagnoseliste

2.9. Gemeinsame Arbeitsgruppe Arzneimittel - Informationsschreiben zum Thema „Arzneimittel zur Behandlung der HIV-Infektion“

Im Anhang finden Sie ein weiteres Informationsschreiben der AG GKV/KVN Arzneimittel zu dem Thema „Arzneimittel zur Behandlung der HIV-Infektion“. Darin ist unter anderem eine Preisübersicht über Kombinationsarzneimittel zur einmal täglichen Gabe zur Behandlung der HIV-Infektion aufgeführt.

Das Informationsschreiben finden Sie im Internet unter www.kvn.de > Mitglieder > Verordnungen > Arzneimittel > Veröffentlichungen > Info-Schreiben der AG GKV/KVN Arzneimittel.

Anlage 5.2: Informationsschreiben

2.10. Änderung der Anlage IV (Therapiehinweise) der Arzneimittel-Richtlinie: Aufhebung des Therapiehinweises zu Teriparatid

Mit Wirkung zum 06.04.2019 wird der Therapiehinweis zu „Teriparatid (zum Beispiel Forsteo®)“ in der Anlage IV der Arzneimittel-Richtlinie aufgehoben.

Die Aufhebung erfolgt vor dem Hintergrund neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse und Änderungen in der Zulassung. Die Regelungen des Wirtschaftlichkeitsgebots bleiben trotz Aufhebung des Therapiehinweises unberührt.

Den vollständigen Beschluss des G-BA sowie die vollständige Anlage IV der Arzneimittel-Richtlinie finden Sie unter www.g-ba.de > Richtlinien > Arzneimittel-Richtlinie > Anlage IV.

3. Allgemeine Hinweise

3.1. Änderung der Gesundheitsuntersuchung ab 1. April 2019

Der Bewertungsausschuss hat in seiner Sitzung am 29. März 2019 die Gesundheitsuntersuchung nach GOP 01732 mit Wirkung ab dem 1. April 2019 der geänderten Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinie angepasst.

Die Änderung der Richtlinie trat bereits zum 25. Oktober 2018 in Kraft und hat zur Folge, dass mit Wirkung ab dem 1. April 2019 Versicherte zwischen dem vollendeten 18. und vollendetem 35. Lebensjahr zukünftig einen Anspruch auf eine einmalige Gesundheitsuntersuchung haben. Bei Versicherten ab dem vollendeten 35. Lebensjahr wird das Untersuchungsintervall von 2 auf 3 Jahre verlängert.

Übergangsregelung für Versicherte, die 2017 die Gesundheitsuntersuchung wahrgenommen haben

Nachdem die vorgesehene Rückwirkung der Intervallverlängerung zu großer Verärgerung in der Ärzteschaft geführt hat, haben sich die KBV und der GKV-Spitzenverband doch noch auf eine Übergangsregelung verständigt.

Danach ist es möglich, dass für Versicherte, bei denen im Jahr 2017 eine Gesundheitsuntersuchung durchgeführt wurde, die Wiederholungsuntersuchung bis zum 30. September 2019 terminiert sein kann.

Verlängerung des Untersuchungsintervalls

Bis 30. September keine Verschiebung notwendig

Ärzte, die bereits entsprechende Termine vereinbart haben, müssen diese nicht um ein Jahr verschieben.

Für alle gesetzlich Versicherten ab 35, bei denen die letzte Gesundheitsuntersuchung im Jahr 2018 (und später) stattgefunden hat, gilt das neue dreijährige Untersuchungsintervall: Wurde 2018 eine Gesundheitsuntersuchung durchgeführt, kann der nächste Check-up wieder ab dem Jahr 2021 erfolgen. Versicherte, die 2019 den Check-up wahrnehmen, haben 2022 wieder Anspruch auf die Untersuchung.

Inhaltlich wurden eine Erweiterung des Beratungsumfanges vorgenommen sowie die Durchführung einer Impfanamnese und die Anwendung von Risikoscores bei erhöhtem kardialen Risiko eingefügt.

Aufgrund des damit erhöhten Leistungsumfanges erfolgte eine Höherbewertung der GOP 01732 um 17 Punkte auf jetzt 320 Punkte.

Die im Rahmen der Änderung der Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinie vorgesehene Aufnahme weiterer Laboruntersuchungen erfolgte durch die Ergänzung der Gebührenordnungsposition 32882 um die gemäß Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinie zusätzlichen Untersuchungen auf Triglyzeride, HDL-Cholesterin und LDL-Cholesterin.

3.2. DMP-Asthma: Dokumentationen für das 1. Quartal 2019 vor dem 1. April 2019 abschließen

Aufgrund der Aktualisierung des DMP Asthma ändert sich zum 1. April 2019 die Dokumentationssoftware.

Behandlungen ab dem 2. Quartal 2019 müssen mit der aktualisierten Software dokumentiert werden. Für Patienten aus dem vorherigen Quartal muss die bisherige Software verwendet werden.

Aus diesem Grund empfehlen wir Ihnen, Dokumentationen für das 1. Quartal 2019 vor dem Software-Update abzuschließen und zu versenden. So können mögliche Probleme bei der Parallelnutzung von zwei Software-Versionen zur Dokumentation vermieden werden.

Bitte beachten Sie die Hinweise Ihres Software-Herstellers zum Einspielen des Updates. Für weitere Fragen wenden Sie sich direkt an Ihre Softwarefirma.

Dokumentationen vor
Software-Update
abschließen

3.3. Neue Teilnahme- und Einwilligungserklärungen im Rahmen der Disease-Management-Programme (DMP) ab 1. April 2019

Zum 1. April 2019 werden für das DMP Asthma neue Teilnahme- und Einwilligungserklärungen eingeführt. Auch die indikationsübergreifende Teilnahmeerklärung kommt zu diesem Zeitpunkt überarbeitet zum Einsatz. Hintergrund der Formularanpassungen ist die asthmaspezifische Anpassung der Patienteninformation.

Die neuen Teilnahme- und Einwilligungserklärungen erkennen Sie am Formularschlüssel 050 D (DMP Asthma) und 070 D (indikationsübergreifend).

Die neuen Formulare sind ab dem 1. April 2019 zu verwenden. Mit den Krankenkassen konnte vereinbart werden, dass die bisherigen Vordrucke übergangsweise bis zum 30. September 2019 akzeptiert werden.

Bitte fordern Sie die neuen Vordrucke beim Paul-Albrechts-Verlag oder, sofern Sie Ihre Vordruckbestellung über Ihre Bezirksstelle durchführen, dort an.

Sollten Sie die Teilnahmeerklärungen direkt aus der Praxissoftware ausdrucken, denken Sie bitte daran, Ihre Praxissoftware zu aktualisieren.

3.4. Bestellung von Todesbescheinigungen nur noch privat

Der Bezug von Todesbescheinigungen beim Paul Albrechts Verlag kann nicht (mehr) über den Bestellschein der KVN erfolgen. Eine Belieferung ist nur noch auf separate Anforderung auf Rechnung möglich. Eine Kostentragung durch die KVN ist ausgeschlossen, da es sich um eine rein privatärztliche Leistung handelt.

3.5. Nutzung digitaler Vordrucke bei Bundesbahnbeamten und Postbeamten ab 1. April 2019 möglich

Die Verträge zwischen der KBV und der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten (KVB) sowie der KBV und der Postbeamtenkrankenkasse (PBeaKK) wurden dahingehend angepasst, dass ab 1. April 2019 die digitalen Vordrucke der Anlage 2b zum Bundesmantelvertrag-Ärzte genutzt werden können.

Zusätzlich wurde in den Vertrag mit der PBeaKK eine Regelung aufgenommen, die die Durchführung eines Ersatzverfahrens bei einer ungültigen Krankenversichertenkarte ermöglicht.

Die aktualisierten Verträge finden Sie in Kürze auf der Internetseite der KBV unter: <https://www.kbv.de/html/93.php>.

3.6. Impfung gegen Herpes Zoster noch keine Kassenleistung

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat kürzlich beschlossen, die Impfung gegen Herpes Zoster in die Schutzimpfungs-Richtlinie aufzunehmen.

Die Impfung mit dem adjuvantierten Totimpfstoff wird künftig für alle Personen ab einem Alter von 60 Jahren (Standardimpfung) und für Patienten mit einer erhöhten gesundheitlichen Gefährdung ab einem Alter von 50 Jahren (Indikationsimpfung) abrechenbar sein.

Die Impfung wird jedoch erst dann eine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung, wenn der Beschluss des G-BA vom Bundesministerium nicht beanstandet und im Bundeanzeiger veröffentlicht wurde. Bis dahin sind die Impfung privat zu liquidieren und der Impfstoff privat zu verordnen.

Trotz Beschluss noch abwarten!

Wir werden Sie über das Inkrafttreten des Beschlusses zeitnah informieren.

3.7. **Versicherteninformationen zur organisierten Darmkrebsfrüherkennung**

Im Rahmen der organisierten Darmkrebsfrüherkennung ist eine ausführliche Information der anspruchsberechtigten Versicherten über das Programm anhand einer gedruckten Versicherteninformation erforderlich. Diese wird zwar mit den Einladungen durch die Krankenkassen verschickt, muss jedoch aufgrund der vom Einladungsschreiben unabhängigen Anspruchsberechtigung auch in den Praxen für ein Beratungsgespräch zur Verfügung stehen.

Versicherteninfo muss für Beratungsgespräch vorliegen

Die Versicherteninformationen können ab April von den Vertragsärzten über die KVN bestellt werden. Der Bestellschein ist über die KVN-Internetseite (www.kvn.de > Mitglieder > Praxisführung > Formularbestellungen > Flyer und Plakate, Vordruckbestellung) abrufbar.

3.8. **Besondere Versorgung „elektrische Kardioversion“ jetzt auch für die Audi BKK**

Ab sofort ist die Inanspruchnahme der ambulanten elektrischen Kardioversion auch für Versicherte der Audi BKK möglich. Mit Unterstützung des Berufsverbands niedergelassener Kardiologen e. V. haben Audi BKK und KVN eine entsprechende Vereinbarung – gültig ab 1. April 2019 – geschlossen.

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

Die Vereinbarung samt Downloads finden Sie im KVN-Portal: Verträge > Eingabe des Suchbegriffs „Kardioversion“ > Elektrische Kardioversion - Audi BKK

3.9. **Hausarztzentrierte Versorgung: Übersendung der Einschreibeerklärungen an die AOK Niedersachsen entfällt**

Ab sofort verbleiben die originalen Teilnahme- und Einverständniserklärungen – zu Nachweiszwecken – in den Patientenakten. Die Übersendung an die AOK (per grünem Freiumschlag) ist für Patienten, die ab dem 1. April 2019 in die hausarztzentrierte Versorgung eingeschrieben werden, nicht mehr vertragsgemäß.

Kein Versand der Patientenerklärungen mehr

Nachzulesen im KVN-Portal: Verträge > Eingabe des Suchbegriffs „Hausarztvertrag“ > Hausarztzentrierte Versorgung AOK Niedersachsen

3.10. Aktuelles zur TSVG Umsetzung – Stand 8. April 2019

Das Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) tritt Anfang Mai in verschiedenen Stufen in Kraft. **Wir werden Sie dazu in einem gesonderten Anschreiben informieren, sobald wir weitere aktuelle Informationen von der Bundesebene erhalten.**

Vorab aber **das Wichtigste in Kürze**: Gleich mit Inkrafttreten beinhaltet das TSVG insbesondere die

- Verpflichtung der TSS, auch **haus- und kinderärztliche Termine vermitteln** zu müssen, sowie die
- Vermittlung von **Terminen für die Gesundheitsuntersuchungen** für Kinder und Jugendliche;
- Verpflichtung, **psychotherapeutischen Akutfälle innerhalb von 14 Tagen** zu vermitteln;
- aber auch, dass alle Leistungen im Behandlungsfall, die aufgrund einer solchen Terminvermittlung erforderlich sind, **extrabudgetär und damit in voller Höhe vergütet** werden.

Zur Umsetzung des Gesetzes möchte die KVN weiterhin den Weg der Freiwilligkeit beschreiten. Daher bitten wir alle Fachgruppen, uns zu unterstützen!

Hausärztlich/kinderärztlich tätige Mitglieder bitten wir um:

- **einen** „normalen“ haus- und kinderärztlichen Termin und
- **einen** Termin für Gesundheitsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche.

Fachärztlich tätige Mitglieder bitten wir um:

- Behalten Sie Ihre Meldefrequenz in dem Umfang bei, in dem die Termine bei Ihnen in Anspruch genommen wurden. In der Regel dürfte die Meldung von einem Termin pro Woche ausreichen.
- In einigen Fachgruppen ist der Bedarf zum Teil deutlich höher. Das sind im Wesentlichen Nervenärzte, Rheumatologen – bitte melden Sie möglichst zwei Termine pro Woche.

Psychotherapeutisch tätige Mitglieder bitten wir

- pro Praxis je einen Termin für die psychotherapeutische Sprechstunde und Akutbehandlung pro Monat zur Verfügung zu stellen.

Bitte halten Sie diese Termine bereits jetzt in Ihrem Praxiskalender frei!

Sofern Sie bereits Erfahrungen im Umgang mit dem eTerminservice haben, dürfen Sie die Termine natürlich gerne auch dort bereits bereitstellen.

Weitere Informationen zum Umgang mit dem eTerminservice sowie zur Honorierung erhalten Sie in dem angekündigten Schreiben.

4. Veranstaltungen im Mai und Juni 2019

4.1. Save the Date: Sommerfest / Bezirksstellenversammlung der KVN-Bezirksstelle Aurich am 05. Juni 2019

Wir laden Sie herzlich zum diesjährigen Sommerfest / Bezirksstellenversammlung der KVN-Bezirksstelle Aurich und der PVS Niedersachsen am 05. Juni 2019, 15 Uhr, ein.

Ort: Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen,
Bezirksstelle Aurich, Kornkamp 50, 26605 Aurich

Herr Mark Barjenbruch, Vorsitzender des Vorstandes der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen wird zu Gast sein.

Wir freuen uns sehr, Sie an diesem Nachmittag begrüßen zu dürfen. Eine gesonderte Einladung mit der Post folgt.

Für die weiteren Planungen teilen Sie uns bitte mit, wenn Sie teilnehmen möchten:

Telefon. 04941 6008-142, Fax: 0511 3804675 oder per
E-Mail: jutta.erdmann@kvn.de

4.2. Einladung zum Jahresempfang 2019

Wir möchten Sie herzlich zum Jahresempfang in der Bezirksstelle Hildesheim der KVN einladen.

Tag: Mittwoch, den 15. Mai 2019, 18 bis 20 Uhr

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

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

Die Veranstaltung ist von der Ärztekammer mit drei Fortbildungspunkten zertifiziert, bitte denken Sie an Ihren Barcode.

Wir freuen uns sehr, Sie zu diesem Interessanten Vortrag und einem regen kollegialen Austausch begrüßen zu dürfen.

Bitte teilen Sie uns für die Planung mit, wenn Sie teilnehmen möchten:

Telefon: 05121 1601-118, Fax: 0511 380-4671 oder per
E-Mail: jessica.boinska@kvn.de

4.3. Save the date – „Meine eigene Praxis – Impulse für den Start“ am 15. Mai 2019 in Leer

Die KVN-Bezirksstelle Aurich und die Sparkasse Leer-Wittmund führen am 15. Mai 2019 in Leer ein Seminar „Meine eigene Praxis - Impulse für den Start“ im Sparkassenforum LeerWittmund, Mühlenstraße 93, 26789 Leer, 15:30 Uhr, durch.

Verschiedene Referenten führen durch den Nachmittag, sodass Sie aus unterschiedlichen Blickwinkeln den Einstieg in die ambulante Versorgung betrachten können.

Weitere Informationen können Sie telefonisch bei Frau Erdmann unter der Telefonnummer 04941 6008142 oder per E-Mail: jutta.erdmann@kvn.de anfordern.

Wir freuen uns auf Ihre Teilnahme.

4.4. Seminare und Fortbildungen

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

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

<https://www.kvn.de> > Mitglieder > Fortbildung > Seminarangebot.html

Name	Ort	Datum	Gebühr p. P.
Qualitäts- und Praxismanagement			
Allgemeiner Bereitschaftsdienst	Braunschweig	15.Mai	35 Euro
Bereitschaftsdienst - Dienstplanungsprogramm „BD-Online“	Braunschweig	22.Mai	kostenlos
Datenschutz in der Arztpraxis	Aurich	17.Mai	139 Euro
Fehler- und Risikomanagement in der Praxis	Hannover	25.Mai	135 Euro
Fit am Empfang	Oldenburg	05.Jun	119 Euro
Die Gesundheit von PraxismitarbeiterInnen erhalten und schützen	Hannover	08.Mai	kostenlos

Hygiene in der Arztpraxis	Oldenburg	16.Mai	139 Euro
Kommunikation und Motivation in der Arztpraxis	Aurich	15.Mai	80 Euro
Konfliktmanagement	Verden	19.Jun	50 Euro
Kurze Wartezeiten - Gutes Terminsystem	Oldenburg	26.Jun	89 Euro
Medizinprodukte-Aufbereitung WS 2	Hannover	19.Jun	95 Euro
Mitgliederportal der KVN und weitere Informationsquellen	Lüneburg	22.Mai	kostenlos
Neue PraxismitarbeiterIn professionell einarbeiten	Hannover	11.Mai	100 Euro
Nicht ärztliche PraxisassistentIn	Braunschweig	12.Jun	kostenlos
Personalführung für PraxisinhaberIn	Hannover	29.Jun	139 Euro
Praxisbegehungen haus-/kinderärztlichen Praxis GAA	Hannover	26.Jun	30 Euro
Qualitätsmanagement für Psychotherapeuten - was ist wirklich sinnvoll?	Oldenburg	18.Mai	135 Euro
QEP-Intensivkurs	Hannover	21.Jun	220 Euro
Umgang mit schwierigen Patienten	Verden	19.Jun	50 Euro
Abrechnung und Verordnung			
EBM - Grundzüge	Oldenburg	12.Jun	kostenlos
Heilmittelverordnung	Göttingen	15.Mai	kostenlos
Heilmittel-Verordnungs-Dschungel	Cuxhaven	08.Mai	kostenlos
Heilmittel-Verordnungs-Dschungel	Oldenburg	29.Mai	kostenlos
Heilmittelversorgung	Aurich	16.Jun	kostenlos
Honorarbescheid lesen und verstehen	Hannover	22.Mai	kostenlos
Richtig verordnen und überweisen	Braunschweig	05.Jun	kostenlos
Sonographie - Wie dokumentiere ich richtig?	Osnabrück	15.Mai	kostenlos
Sprechstundenbedarf	Aurich	09.Mai	kostenlos

Medizinische und psychotherapeutische Themen			
Hautkrebs-Screening für Hausärzte	Verden	04.Mai	168 Euro
Verordnung Medizinischer Rehabilitation	Hannover	05.Jun	35 Euro
Moderne Wundversorgung	Aurich	13.Jun	kostenlos
Hautkrebs-Screening für Hausärzte	Hannover	15.Jun	168 Euro
Wirtschaftsseminare			
Existenzgründerseminar Modul I	Aurich	15.Mai	kostenlos
Existenzgründerseminar Modul I	Göttingen	05.Jun	kostenlos
Existenzgründerseminar Modul II	Verden	11.Mai	kostenlos
Praxisabgeberseminar Meine Zukunft planen	Oldenburg	08.Mai	kostenlos

5. Anlagenverzeichnis

5.1. **Diagnoseliste**

5.2. **Informationsschreiben**

Verbindliche Anmeldung (*bitte vollständig ausfüllen*)

Fax an 0511 380-4620

für das Seminar

.....
(Titel des Seminars)

Datum des Seminars Anzahl Teilnehmer Person/en

Vor- und Nachname der Teilnehmer (*bitte deutlich in Druckbuchstaben schreiben*)

.....
.....

für das Seminar

.....
(Titel des Seminars)

Datum des Seminars Anzahl Teilnehmer Person/en

Vor- und Nachname der Teilnehmer (*bitte deutlich in Druckbuchstaben schreiben*)

.....
.....

.....
Vor- und Nachname des Rechnungsempfängers (auch bei kostenlosen Seminaren auszufüllen, Pflichtfeld)

.....
Anschrift (Straße, PLZ, Ort) des Rechnungsempfängers (auch bei kostenlosen Seminaren auszufüllen, Pflichtfeld)

LANR BSNR

E-Mail-Adresse:

Telefonnummer für evtl. Rückfragen

Datum _____

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

Stempel

Gemeinsame Arbeitsgruppe Arzneimittel

Kassenärztliche Vereinigung
Niedersachsen

Verbände der gesetzlichen
Krankenkassen in Niedersachsen



KVN
Kassenärztliche Vereinigung
Niedersachsen



Arzneimittel zur Behandlung der HIV-Infektion

Die chronische Infektion mit dem HI-Virus bedarf einer lebenslangen medikamentösen Therapie. Trotz intensiver Forschung ist es bisher nicht gelungen, eine Heilung zu bewirken.

Die verfügbaren Arzneimittel können die Viruslast jedoch bis unter die Nachweisgrenze senken. Angesichts der im vergangenen Jahr **neu auf den Markt gekommenen Medikamente** (Kombinationsarzneimittel: Juluca[®], Biktarvy[®], Delstrigo[®]) ist es wichtig, den Überblick über **wirtschaftliche Behandlungsmöglichkeiten** zu behalten. Die vom G-BA im vergangenen Jahr im Rahmen der Nutzenbewertung analysierten Fertigarzneimittel konnten gegenüber den bereits zuvor verfügbaren Therapieoptionen bzw. gegenüber der zweckmäßigen Vergleichstherapie keinen Zusatznutzen nachweisen (Symtuza[®], Stribild[®], Juluca[®], Biktarvy[®]).

Zur Behandlung der HIV-Infektion ist die Verordnung eines einmal täglich einzunehmenden Arzneimittels sinnvoll, da die Compliance der Patienten im Gegensatz zur Einnahme mehrerer Tabletten verbessert wird. Außerdem fällt damit nur eine Zuzahlung je 90 Tage an.

Momentan wird diskutiert, ob es sinnvoll ist, die sogenannte **Präexpositionsprophylaxe** in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) aufzunehmen. Sie soll Neuinfektionen verhindern. Hierzu hat das Bundesgesundheitsministerium eine Evaluation in Auftrag gegeben, die bis Ende 2020 abgeschlossen sein soll. Anschließend sollen Risikogruppen definiert werden, welche diese Leistung in Anspruch nehmen können.¹

Eine **Preisübersicht** der betreffenden Kombinationsarzneimittel zur Behandlung der HIV-Infektion finden Sie anbei. Die Berücksichtigung von Rabattverträgen der einzelnen Krankenkassen kann die Höhe der Einsparungen optimieren.

¹ <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/terminservice-und-versorgungsgesetz/prep.html>, Stand 24.07.2018, letzter Zugriff: 21.03.2019.

Übersicht der HIV – Kombinationsarzneimittel (1x täglich)

(Weitere Informationen zu den Ergebnissen der frühen Nutzenbewertung finden Sie auf www.KBV.de und www.G-BA.de.)

Handelsname	Original/ Generikum	Wirkstoffe	Art der Wirkstoffe ²	Preis für die Tagesdosis [€]	Jahrestherapiekosten ³² [€]
Atripla	Original	Efavirenz Emtricitabin Tenofovir-Disoproxil	NRTI plus NNRTI	39,31	14.348,80
Efavemten Efavirenz/Emtricitabin/Tenofovir.d.beta Efavirenz/Emtricitabin/Tenofovir.Mylan Efavirenz/Emtricitabin/Tenofovi.-ratio Efavirenz/Emtricitabin/Tenofovir.Zenti. Padviram	Generika	Efavirenz Emtricitabin Tenofovir-Disoproxil	NRTI plus NNRTI	ab 22,68 (Efavemten)	ab 8.276,58 (Efavemten)
Eviplera	Original	Rilpivirin Emtricitabin Tenofovir-Disoproxil	NRTI plus NNRTI	30,67	11.192,89
Delstrigo	Original	Doravirin Lamivudin Tenofovir-Disoproxil	NRTI plus NNRTI	26,04	9.505,57
Odefsey	Original	Rilpivirin Emtricitabin Tenofovir-Alafenamid	NRTI plus NNRTI	30,67	11.192,89
Stribild	Original	Elvitegravir Cobicistat Emtricitabin Tenofovir-Disoproxil	NRTI plus INI	30,67	11.192,89

² NRTI = Hemmstoffe der reversen Transkriptase; Nukleosid-Analoga (nucleoside reverse transcriptase inhibitor), NNRTI = Hemmstoffe der reversen Transkriptase; Nicht-Nukleosid-Analoga (non-nucleoside reverse transcriptase inhibitor), INI = Integrase-Inhibitoren.

Nicht explizit genannt: Nukleotid-Analog (Tenofovir-Disoproxil, Tenofovir-Alafenamid), Cobicistat (wirkungsverstärkend mittels CYP3A4-Hemmung)

³ Pflichtrabatte wurden berücksichtigt. Stand: 15.03.2019, Quelle: Lauer-Taxe

Genvoya	Original	Elvitegravir Cobicistat Emtricitabin Tenofovir-Alafenamid	NRTI plus INI	30,67	11.192,89
Symtuza	Original	Darunavir Cobicistat Emtricitabin Tenofovir-Alafenamid	NRTI plus INI	31,67	11.558,94
Biktarvy	Original	Bictegravir Emtricitabin Tenofovir-Alafenamid	NRTI plus INI	30,67	11.192,89
Triumeq	Original	Lamivudin Abacavir Doletugravir	NRTI plus INI	39,23	14.317,77
Juluca	Original	Doletugravir Rilpivirin	NNRTI plus INI	35,49	12.954,01



Übersicht über die Diagnosen

Stand: Februar 2019

		Diagnosegruppe/Indikationsschlüssel				
1. ICD-10	2. ICD-10	Diagnose	Physiotherapie	Ergotherapie / Ernährungs- therapie	Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie	Hinweise / Spezifikation
Erkrankungen des Nervensystems						
G24.3		Torticollis spasticus	ZN1/ZN2 (vormals WS2)			nur bei gleichzeitiger leitliniengerechter medikamentöser Therapie
S14.3		Verletzung des Plexus brachialis	ZN1/ZN2/AT2	EN1/EN2/EN3/EN4		längstens 1 Jahr nach Akutereignis
S14.4		Verletzung peripherer Nerven des Halses				
Entzündliche Polyarthropathien, Systemkrankheiten des Bindegewebes und Spondylopathien						
		Systemische Sklerose	WS2/ EX2/ EX3/ AT2	SB5 /SB7 (vormals SB1/SB5)		
M34.0		Progressive systemische Sklerose				
M34.1		CR(E)st-Syndrom				
M34.2		Systemische Sklerose, durch Arzneimittel oder chemische Substanzen induziert				
M34.8		Sonstige Formen der systemischen Sklerose				
M34.9		Systemische Sklerose, nicht näher bezeichnet				
Geriatrische Syndrome						
R26.0		Ataktischer Gang	WS2/ EX2/ EX3/ SO3			ab vollendetem 70. Lebensjahr
R26.1		Paretischer Gang				
R26.2		Gehbeschwerden, andernorts nicht klassifiziert				
R29.6		Sturzneigung, andernorts nicht klassifiziert				
Erkrankungen der Wirbelsäule und des Skelettsystems						
		Sonstige Osteopathien	EX2/ EX3/ LY2/ PN	SB2/ SB6		längstens 1 Jahr nach Akutereignis
M89.0-		Neurodystrophie [Algodystrophie]				
G90.5-		Komplexes regionales Schmerzsyndrom, Typ I				
G90.6-		Komplexes regionales Schmerzsyndrom, Typ II				
G90.7-		Komplexes regionales Schmerzsyndrom, sonstiger nicht näher bezeichneter Typ				
Stoffwechselstörungen						
		Seltene angeborene Stoffwechselerkrankungen		SAS		nur verordnungsfähig, wenn Ernährungstherapie alternativlos ist, da ansonsten Tod oder Behinderung drohen (gemäß § 42 HeilM-RL i.V.m. dem HeilM-Katalog)
E84.-		Zystische Fibrose (Mukoviszidose), (Herausnahme der einzelnen Aufschlüsselungen der ICD-10-Codes und Änderung in E84.-)	AT3	CF		

Besonderer Verordnungsbedarf

Langfristiger Heilmittelbedarf



KVN

Kassenärztliche Vereinigung
Niedersachsen

Informationen für die Praxis

KVN-Rundschreiben

März 2019

Inhaltsverzeichnis

1. Abrechnung	3
1.1. Abgabetermin Quartalsabrechnung 1/2019.....	3
1.2. Mitteilung der fachgruppenschnittlichen Obergrenze für Kontrastmittel für das Quartal 2/2019 .	3
1.3. Amtliche Mitteilung der KVN zum HVM Teil B Nr. 16.1 und 16.2 für das 2. Quartal 2019 - Fachgruppenschnittswerte für Laborindividualbudgets.....	4
1.4. Amtliche Mitteilung der KVN zum HVM für das 2. Quartal 2019 für Haus- und Kinderärzte	4
1.5. Pneumokokken-Impfung	4
1.6. Bewertungsausschuss beschließt weitere Änderungen des EBM zum 1. April 2019	5
1.7. Änderung des Honorarverteilungsmaßstabes der KVN	5
2. Verordnungen.....	6
2.1. Ablösepaket Heilmittel 2019.....	6
2.2. Gemeinsame Arbeitsgruppe Arzneimittel - Informationsschreiben zum Thema „Medikamentöse Therapie bei Psoriasis vulgaris“	6
2.3. Änderung der Anlage IV (Therapiehinweise) der Arzneimittel-Richtlinie: Aufhebung des Therapiehinweises zu Ezetimib	6
2.4. Änderung der Anlage III (Verordnungseinschränkungen und -ausschlüsse) der Arzneimittel-Richtlinie: Aufhebung der Nummer 34 „Klimakteriumstherapeutika“	7
2.5. Neues Infoschreiben der AG GKV/KVN Heilmittel zum Thema „Verordnen von Heilmittel“	7
2.6. Sprechstundenbedarf - Verordnungsfähigkeit von BD PosiFlush™ SP und BD PosiFlush™ XS	8
2.7. Dupixent® (Dupilumab) als Praxisbesonderheit anerkannt	8

2.8.	Landkreis Emsland als FSME-Risikogebiet ausgewiesen	9
2.9.	Neues Muster 4 (Verordnung einer Krankenförderung) zum 1. April 2019	10
2.10.	Änderung der Anlage V (Medizinprodukte) der Arzneimittelrichtlinie: Befristungen und Produktbezeichnung.....	11
2.11.	Anpassungen innerhalb der Wirtschaftlichkeitsziele preisgünstiges Leuprorelin, koloniestimulierende Faktoren (G-CSF) und Biosimilars Erythropoetin.....	11
3.	Allgemeine Hinweise	12
3.1.	Neue KVN-Website ab 18. März 2019	12
3.2.	Telematikinfrastruktur: Unbürokratischer Nachweis der TI-Anbindung bis 31. März 2019 vermeidet Honorarkürzung	13
3.3.	Hausarztvertrag mit der AOK Niedersachsen, hier: Änderung des Zeitintervalls der HZV-Leistung „Check up 60 plus“ mit Wirkung ab 1. April 2019.....	14
3.4.	Zweitmeinungsverfahren gemäß § 27b SGB V bei geplanten Eingriffen.....	14
3.5.	Versorgung „Gesund schwanger“: Ab April 2019 auch für die BKK firmus	15
3.6.	Zusätzliche Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche: hkk kündigt Vertrag zum 31. März 2019	16
3.7.	AOKTrio- Das Transitionsprogramm für mehr Gesundheitskompetenz von Teenagern	16
3.8.	Fachberatung zum Schutz von Kindern und Jugendlichen in der Region Hannover	16
4.	Veranstaltungen im April und Mai 2019	18
5.	Anlagenverzeichnis	21
5.1.	Amtliche Mitteilung zum HVM Teil B Nr. 16.1 und 16.2.....	21
5.2.	Amtliche Mitteilung zum HVM für Haus- und Kinderärzte 2/2019.....	21
5.3.	Informationsschreiben Arzneimittel.....	21
5.4.	Informationsschreiben Heilmittel	21
5.5.	Eigenerklärung	21

1. Abrechnung

1.1. Abgabetermin Quartalsabrechnung 1/2019

Der Abgabetermin für die Abrechnung des 1. Quartals 2019 ist der 10. Kalendertag des nachfolgenden Quartals und somit der 10. April 2019.

10. April 2019

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

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

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

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

Wird nicht benötigt

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

Direkt an Bezirksstelle

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

1.2. Mitteilung der fachgruppendurchschnittlichen Obergrenze für Kontrastmittel für das Quartal 2/2019

Gemäß der Kontrastmittelvereinbarung, die die KVN mit den Landesverbänden der Krankenkassen in Niedersachsen zum 1. Januar 2016 abgeschlossen hat, gelten für das 2. Quartal 2019 für Ärzte, die im Basisquartal 2/2018 (noch) keine Kontrastmittel über die o. g. Vereinbarung abgerechnet haben, folgende fachgruppendurchschnittlichen Obergrenzen:

• Institute, Krankenhäuser	1.007,67 Euro
• Fachärzte für Nuklearmedizin	13.939,29 Euro
• Fachärzte für Diagnostische Radiologie	26.528,45 Euro
• Fachärzte für Urologie	2.245,07 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.

1.3. Amtliche Mitteilung der KVN zum HVM Teil B Nr. 16.1 und 16.2 für das 2. Quartal 2019 - Fachgruppendurchschnittswerte für Laborindividualbudgets

Die für das 2. Quartal 2019 geltenden Fachgruppendurchschnittswerte für Laborindividualbudgets entnehmen Sie bitte der Anlage 5.1 zu diesem Rundschreiben. Zusätzlich sind diese Daten auch bereits seit dem 27. Februar 2019 über das KVN-Portal abrufbar.

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

1.4. Amtliche Mitteilung der KVN zum HVM für das 2. Quartal 2019 für Haus- und Kinderärzte

Die für das 2. Quartal 2019 geltenden RLV-/QZV-Mindestfallwerte für Haus- und Kinderärzte sowie die Fallzahlgrenzen für die Fallwertminderung bzw. die Fallzahlzuwachsbeschränkungsregelung (FZZB) entnehmen Sie bitte der Anlage 5.2 zu diesem Rundschreiben. Zusätzlich sind diese Daten auch bereits seit dem 27. Februar 2019 über das KVN-Portal abrufbar.

Anlage 5.2: Amtliche Mitteilung zum HVM für Haus- und Kinderärzte 2/2019

1.5. Pneumokokken-Impfung

Im Februar-Rundschreiben hatten wir die Abrechnungsmöglichkeiten der Pneumokokken-Impfung dargestellt. Aufgrund vermehrter Anfragen zum Impfschema im Rahmen der Grundimmunisierung von Säuglingen und Kleinkindern möchten wir hierzu folgende ergänzende Hinweise geben.

Gesunde Säuglinge und Kleinkinder sollen 3 Impfdosen im Alter von 2 und 4 sowie im Alter von 11 bis 14 Monaten erhalten (Frühgeborene erhalten eine zusätzliche Impfstoffdosis im Alter von 3 Monaten).

Bis 14 Monate

Versäumte Impfungen können nur bis zum Alter von 24 Monaten nachgeholt werden. Bitte beachten Sie, dass Impfungen im Rahmen der Grundimmunisierung von Säuglingen und Kleinkindern, die später als im Alter von 24 Monaten durchgeführt werden, ab dem 2. Quartal 2019 in Ihrer Abrechnung gestrichen werden.

Bis 24 Monate

1.6. Bewertungsausschuss beschließt weitere Änderungen des EBM zum 1. April 2019

Der Bewertungsausschuss hat einen Beschluss zur Aufnahme des Nachweises von spezifischen Anti-Drug-Antikörpern gegen den Wirkstoff Velmanase alfa sowie die Vorbehandlung mit Dithiothreitol zur Vermeidung von Interferenzen durch den Wirkstoff Daratumumab beschlossen. Dazu erfolgten entsprechende Aufnahmen in das Kapitel 32.3.5 bzw. 32.3.6 des EBM.

Die Vergütung der Leistungen nach den GOPen 32480 und 32557 in Höhe von 18,65 Euro bzw. 19,20 Euro erfolgt außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtverfügung.

Die Beschlüsse wurden im Deutschen Ärzteblatt, Heft 6, vom 8. Februar 2019 veröffentlicht.

1.7. Änderung des Honorarverteilungsmaßstabes der KVN

Die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen (KVN) hat in ihrer Sitzung am 2. März 2019 die nachfolgende Änderung des Honorarverteilungsmaßstabes der KVN ab 1. April 2019 beschlossen:

§11 der Anlage 1 zu Teil A des HVM - Abrechnungsanweisung wird mit Wirkung ab 1. April 2019 nach Satz 1 wie folgt ergänzt:

„Wird ein von der KVN genehmigter Assistent im Sinne von §32 Absatz 2 Ärzte-ZV in der Praxis des ihn anstellenden Arztes tätig, rechnet der anstellende Arzt dessen Leistungen über seine eigene Vertragsarzt Nummer (LANR) ab. Bis zum 31. März 2019 ausgesprochene Genehmigungen bleiben für ihre Genehmigungszeit von Satz 2 unberührt.“

Änderung

Der Honorarverteilungsmaßstab ist im Internet unter <http://www.kvn.de/Ueber-uns/Amtliche-Bekanntmachungen/> veröffentlicht. Der Text der Bekanntmachung kann auf Anforderung bei der zuständigen KVN-Bezirksstelle in Papierform zur Verfügung gestellt werden.

Vorgenannte Änderung des Honorarverteilungsmaßstabes gilt erstmals für die Abrechnung und Verteilung der Vergütung für die im 2. Quartal 2019 erbrachten Leistungen.

Vorstehende Änderung des Honorarverteilungsmaßstabes der KVN wird hiermit ausgefertigt und bekannt gegeben.

2. Verordnungen

2.1. Ablösepaket Heilmittel 2019

Die KVN und die niedersächsischen Krankenkassen/-verbände haben für das Jahr 2019 ein Ablösepaket bestehend aus Heilmittelvereinbarung und Heilmittelzielvereinbarung geschlossen.

Das Heilmittelausgabevolumen wurde für das Jahr 2019 um 8,56% auf 713.079.504 Euro angehoben. Wird dieses Ausgabevolumen in Niedersachsen eingehalten, so entfällt für alle niedersächsischen Ärzte die Durchschnittswerteprüfung im Heilmittelbereich.

Darüber hinaus hat jede einzelne Arztpraxis die Möglichkeit, sich praxisindividuell durch Einhaltung des Heilmittelzieles von einer ggf. möglichen Durchschnittswerteprüfung zu befreien: Sinkt die Anzahl der verordneten Heilmittelbehandlungen je Behandlungsfall in einer Praxis um 1% im Vergleich zum Vorjahr, wird für diese Praxis keine Durchschnittswerteprüfung durchgeführt.

Bitte denken Sie daran: die Einhaltung des Zieles ist nicht die einzige Möglichkeit für Ihre Praxis eine Durchschnittswerteprüfung zu vermeiden. Soweit Sie den durchschnittlichen Verordnungsfallwert Ihrer Vergleichsgruppe nicht um mehr als 50% überschreiten, wird keine Prüfung eingeleitet.

Individuelle
Möglichkeiten

2.2. Gemeinsame Arbeitsgruppe Arzneimittel - Informationsschreiben zum Thema „Medikamentöse Therapie bei Psoriasis vulgaris“

Im Anhang finden Sie ein weiteres Informationsschreiben der AG GKV/KVN Arzneimittel zu dem Thema „Medikamentöse Therapie bei Psoriasis vulgaris“. Darin werden die medikamentösen Therapieoptionen bei Psoriasis vulgaris unter Berücksichtigung der Wirtschaftlichkeit sowie die Beschlüsse des G-BA zur frühen Nutzenbewertung mit einer Preisübersicht dargestellt.

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

Anlage 5.3: Informationsschreiben Arzneimittel

2.3. Änderung der Anlage IV (Therapiehinweise) der Arzneimittel-Richtlinie: Aufhebung des Therapiehinweises zu Ezetimib

Mit Wirkung zum 14. Februar 2019 wurde der Therapiehinweis zu „Ezetimib (z. B. Ezetrol®, Inegy®)“ in Anlage IV der Arzneimittel-Richtlinie aufgehoben.

Hintergrund ist die Erweiterung des Anwendungsgebiets von Ezetimib um die Prävention kardiovaskulärer Ereignisse bei Patienten mit koronarer Herzkrankheit und akutem Koronarsyndrom. Da die Überarbeitung

des Therapiehinweises eine umfassende vergleichende Neubewertung erfordert, wird der Therapiehinweis aufgehoben.

Die allgemeine Geltung des Wirtschaftlichkeitsgebots bleibt trotz Aufhebung des Therapiehinweises unberührt.

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

2.4. **Änderung der Anlage III (Verordnungseinschränkungen und -ausschlüsse) der Arzneimittel-Richtlinie: Aufhebung der Nummer 34 „Klimakteriumstherapeutika“**

Mit Wirkung zum 15. Februar 2019 wird die Nummer 34 „Klimakteriumstherapeutika“ der Anlage III der Arzneimittel-Richtlinie aufgehoben:

- ausgenommen zur systemischen und topischen hormonellen Substitution; sowohl für den Beginn als auch für die Fortführung einer Behandlung postmenopausaler Symptome ist die niedrigste wirksame Dosis für die kürzest mögliche Therapiedauer anzuwenden.

Aufhebung

Die Aufhebung erfolgt vor dem Hintergrund, dass aktuell kein entsprechender Regelungsbedarf mehr besteht, da - bis auf die vorgesehenen Ausnahmen - in der Regel nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel betroffen sind. Da diese jedoch für Erwachsene grundsätzlich nicht zu Lasten der GKV verordnungsfähig sind (die Anlage I (OTC-Übersicht) der Arzneimittel-Richtlinie sieht derzeit keine Ausnahme für Klimakteriumstherapeutika vor), soll die Verordnungseinschränkung nicht fortgeführt werden.

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.

2.5. **Neues Infoschreiben der AG GKV/KVN Heilmittel zum Thema „Verordnen von Heilmittel“**

Im Anhang finden Sie ein Informationsschreiben der AG GKV/KVN Heilmittel mit dem Titel „Fragen und Antworten zum richtigen Verordnen von Heilmitteln“, hier wurde eine Zusammenfassung darüber erstellt, was beim Ausstellen einer Verordnung von Heilmitteln zu beachten ist.

Das Informationsschreiben finden Sie außerdem in unserem KVN-Portal unter: Verordnungen/Heilmittel/Veröffentlichungen/Informationsschreiben FAQ Richtiges verordnen

Anlage 5.4: Informationsschreiben Heilmittel

2.6. Sprechstundenbedarf - Verordnungsfähigkeit von BD PosiFlush™ SP und BD PosiFlush™ XS

Aufgrund diverser Regressanträge seitens der gesetzlichen Krankenkassen in Niedersachsen wegen der Verordnung von BD PosiFlush™ SP und BD PosiFlush™ XS weisen wir darauf hin, dass die Mittel von den Krankenkassen als unwirtschaftlich eingestuft werden und raten daher dringend von entsprechenden Verordnungen zu Lasten des Sprechstundenbedarfs ab.

Die Kosten pro Fertigspritze belaufen sich auf ca. 3 Euro im Vergleich zu den Kosten von durchschnittlich 0,26 Euro bei Verwendung von alternativen Kochsalzlösungen, die von den Ärzten selber aufgezogen werden müssen.

2.7. Dupixent® (Dupilumab) als Praxisbesonderheit anerkannt

Dupixent® (Wirkstoff Dupilumab) wird ab dem 1. Dezember 2018 nach einer Vereinbarung zwischen dem GKV-Spitzenverband und dem pharmazeutischen Unternehmer Sanofi-Aventis Deutschland GmbH ab dem ersten Behandlungsfall als Praxisbesonderheit ausschließlich im Anwendungsgebiet mit einem Zusatznutzen laut G-BA-Beschluss vom 17. Mai 2018 anerkannt:

- Behandlung von mittelschwerer bis schwerer atopischer Dermatitis (AD) bei erwachsenen Patienten, die für eine systemische Therapie in Betracht kommen.

In diesem Anwendungsgebiet sah der G-BA einen Hinweis für einen beträchtlichen Zusatznutzen gegenüber einem patientenindividuell optimierten Therapieregime in Abhängigkeit der Ausprägung der Erkrankung und unter Berücksichtigung der Vortherapie, unter Berücksichtigung folgender Therapien:

- topische Glukokortikoide der Klassen 2 bis 4
- Tacrolimus (topisch)
- UV-Therapie (UVA¹/NB-UVB²)
- systemische Glukokortikoide (nur kurzfristig im Rahmen einer Schubtherapie)
- Ciclosporin

¹ UVA1 ist hiervon nicht umfasst, da ausgeschlossen

² Schmalband-UVB (311 nm)

Bei Patienten, die nach 16 Behandlungswochen kein adäquates klinisches Ansprechen aufweisen, ist die Behandlung zu beenden. Ein adäquates Ansprechen ist definiert als:

- eine Reduktion des EASI (Eczema Area and Severity Index)-Scores um mindestens 50% gegenüber des festgestellten EASI-Scores zu Therapiebeginn

oder

Anwendungsgebiet

Therapien

Adäquates Ansprechen

- eine Reduktion des DLQI (Dermatology Life Quality Index)-Scores um mindestens 4 Punkte gegenüber des festgestellten DLQI-Scores zu Therapiebeginn

Vor Beginn der Behandlung mit Dupixent® sind die entsprechend aufgeführten Gegenanzeigen zu beachten:

- Schwerwiegende Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einem der sonstigen Bestandteile. Im Falle einer schwerwiegenden Überempfindlichkeitsreaktion muss die Anwendung von Dupixent® unverzüglich abgebrochen werden.

Weiter wird auf folgende besondere Warnhinweise und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung hingewiesen:

- Patienten mit einer bekannten Helminthose wurden von den klinischen Studien ausgeschlossen. Dupixent® kann durch Hemmung der IL-4/IL-13 Signalwege die Immunreaktion auf eine Helminthose beeinflussen. Patienten mit einer vorbestehenden Helminthose sind zu behandeln, bevor die Dupixent®-Therapie eingeleitet wird. Wenn der Patient sich während der Dupixent®-Therapie infiziert und nicht auf eine Behandlung gegen Helminthose anspricht, muss die Behandlung mit Dupixent® abgebrochen werden.
- Patienten, die unter der Dupixent®-Behandlung eine Konjunktivitis entwickeln, die nach der Standardbehandlung nicht abklingt, sollte die Behandlung abgebrochen werden.

Weitere Anwendungsgebiete oder Erweiterungen des Anwendungsgebietes sind nicht von der Praxisbesonderheit umfasst. Die Anerkennung als Praxisbesonderheit besteht, solange Sanofi-Aventis Dupixent® in Deutschland vertreibt.

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

Gegenanzeigen

Warnhinweise und Vorsichtsmaßnahmen

2.8. Landkreis Emsland als FSME-Risikogebiet ausgewiesen

Das Robert-Koch-Institut (RKI) hat am 14. Februar 2019 den Landkreis Emsland als FSME-Risikogebiet erklärt.

Entsprechend der Empfehlungen der Ständigen Impfkommission und auf der Grundlage der Schutzimpfungs-Richtlinie haben nunmehr Personen, die im Landkreis Emsland mit Zecken in Kontakt kommen können, einen Anspruch auf die FSME-Impfung. Die Impfeempfehlung gilt sowohl für die Einwohnerinnen und Einwohner des Landkreises, als auch für Personen, die sich aus anderen Gründen im Landkreis aufhalten. Die

FSME-Impfung kann über die elektronische Gesundheitskarte (eGK) abgerechnet werden. Ausnahmen sind beruflich bedingte Impfungen. Bei beruflicher Exposition liegt die Zuständigkeit beim Arbeitgeber.

Die Abrechnung der FSME-Impfung erfolgt unter den GOP 89102 A-R. Der Impfstoff ist als Sprechstundenbedarf zu verordnen.

2.9. Neues Muster 4 (Verordnung einer Krankenförderung) zum 1. April 2019

Wir möchten Ihnen das neue Muster 4 vorstellen, das ab 1. April 2019 bundesweit zur Verordnung einer Krankenförderung zu verwenden ist. Berücksichtigt wurden unter anderem Änderungen in der Krankentransport-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses und die gesetzliche Umstellung der Pflegestufen auf Pflegegrade. Für die Genehmigungsfiktion, die Anfang des Jahres mit dem Pflegepersonalstärkungsgesetz für Krankenfahrten bei bestimmten Patientengruppen eingeführt wurde, wird es zunächst eine Übergangsregelung geben.

Stichtagsregelung beachten

- Ab 1. April 2019 sind ausschließlich die neuen Muster zu verwenden. Bitte bestellen Sie frühzeitig die neuen Vordrucke.
- Der Paul Albrechts Verlag verschickt ab 11. März 2019 ausschließlich die neuen Vordrucke. Benötigen Sie bis zum 31. März 2019 noch alte Vordrucke, vermerken Sie dies bitte ausdrücklich auf Ihrer Bestellung.
- Das neue Muster wird am 1. April 2019 auch in den Praxisverwaltungssystemen hinterlegt sein. Bitte denken Sie daher an die Einspielung des Updates.

Was ist neu?

- Das Muster 4 wurde grundlegend überarbeitet. Insgesamt ist es nun übersichtlicher und anwendungsfreundlicher gestaltet. Die konkrete Unterteilung in genehmigungsfreie und genehmigungspflichtige Fahrten dient der besseren Orientierung.
- Die Angabe der Behandlungsstätte erfolgt in einem Freitextfeld, die entsprechenden Ankreuzfelder sind entfallen.
- Bei der Auswahl des Beförderungsmittels kann bei „Taxi/Mietwagen“ zusätzlich angekreuzt werden, ob eine Beförderung mit dem Rollstuhl, im Tragestuhl oder liegend erfolgen soll.
- Da die Neuregelung zur Genehmigung ambulanter Fahrten noch nicht in das neue Muster eingearbeitet werden konnte, gilt bis zur Umsetzung der sogenannten Genehmigungsfiktion folgende Übergangsregelung: Die Kennzeichnung der entsprechenden Fahrten soll zunächst weiterhin unter der Rubrik „Genehmigungspflichtige Fahrten zur ambulanten Behandlung“ durch Ankreuzen des Feldes „Merkzeichen „aG“, „Bl“, „H“, Pflegegrad 3 mit dauerhafter Mobilitätsbeeinträchtigung, Pflegegrad 4 oder 5“ erfolgen. Die Verordnung muss jedoch nicht vom Patienten zur Genehmigung vorgelegt werden, sondern kann unmittelbar an den Transporteur weitergereicht werden. Bis zur Anpassung des

Formulars sollten Ärzte ihre Patienten möglichst darauf hinweisen. Sobald absehbar ist, wann diese erneute Formularanpassung erfolgt, werden wir Sie informieren.

Die Praxisinformation „Krankenbeförderung“ wurde aktualisiert. Sie finden Sie in Kürze im KVN-Portal unter Verordnungen/Krankenbeförderung/Downloads.

Eine ausführliche Ausfüllhilfe für das Muster 4 wird dort ebenfalls hinterlegt sein.

2.10. Änderung der Anlage V (Medizinprodukte) der Arzneimittelrichtlinie: Befristungen und Produktbezeichnung

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

Produktbezeichnung	Medizinisch notwendige Fälle	Befristung der Verordnungsfähigkeit
HYLO®-GEL	Synthetische Tränenflüssigkeit bei Autoimmun-Erkrankungen (Sjögren-Syndrom mit deutlichen Funktionsstörungen (trockenes Auge Grad 2), Epidermolysis bullosa, okuläres Pemphigoid), Fehlen oder Schädigung der Tränendrüse, Fazialisparese oder bei Lagophthalmus.	6. Februar 2024
Lubricano®	Zur Anwendung bei Patienten mit Katheterisierung.	12. Januar 2024
Nebusal® 7 %	Zur symptomatischen Inhalationsbehandlung der Mukoviszidose für Patienten ≥ 6 Jahre.	23. November 2022
TP Saline-Flush™	Ausschließlich zum Spülen von in-situ Gefäßzugangssystemen.	29. Januar 2024

Befristung verlängert

Zudem wurde die Produktbezeichnung von „PädiaSalin® 0,9%“ ersetzt durch die Angabe „Kochsalz 0,9% Inhalat Pädia®“.

Die vollständige Anlage V finden Sie im Internet unter www.g-ba.de/Richtlinien/Arzneimittel-Richtlinie/Anlage V.

2.11. Anpassungen innerhalb der Wirtschaftlichkeitsziele preisgünstiges Leuprorelin, koloniestimulierende Faktoren (G-CSF) und Biosimilars Erythropoetin

Durch Änderungen auf dem Arzneimittelmarkt haben sich innerhalb folgender Arzneimittel-Wirtschaftlichkeitsziele Anpassungen ergeben:

Wirtschaftlichkeitsziel	Vergleichsgruppen
preisgünstiges Leuprorelin	Urologen, ermächtigte Urologen
Koloniestimulierende Faktoren (G-CSF)	onkologisch tätige Gynäkologen, Hämatologen/Onkologen
Erythropoetin	Nephrologen, Kuratoren für Heimdialyse

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

3. Allgemeine Hinweise

3.1. Neue KVN-Website ab 18. März 2019

Moderner und informativer: Am 18. März 2019 geht die neue Website der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen online. Das Design, die Funktionen und Inhalte wurden überarbeitet, damit sich die Nutzer besser zurechtfinden.

Was ist neu an der Website?

- Die neue Startseite bietet einen schnellen Überblick über die wichtigsten und aktuellsten Themen.
- Die Navigation wurde vereinfacht, damit Sie sich besser zurechtfinden.
- Viele Inhalte aus dem geschützten Portal finden Sie jetzt im Internetbereich. Der Zugang zu Informationen wird Ihnen dadurch erleichtert.
- Alle Internetseiten sind bequem auch mit Smartphone und Tablet nutzbar.
- Die Suche wurde verbessert - mit Hilfe von Filterfunktionen finden Sie schneller die gewünschten Informationen.
- Serviceleistungen, zum Beispiel die Anmeldung zu Fortbildungsseminaren, sind digitalisiert.
- Neue Design-Elemente erleichtern die Übersicht.

Das neue KVN-Portal bildet ab dem 18. März 2019 die technische Basis, um in Zukunft die Kommunikation zwischen der KVN und ihren Mitgliedern auf die digitale Ebene zu verlagern. Viele Serviceleistungen können so schneller und effizienter erledigt werden.

Was ist neu im Portal?

- Die neue Startseite, das Dashboard, bietet einen schnellen Überblick über die wichtigsten und aktuellsten Themen.
- Die Kontaktdaten der Bezirksstelle sind auf einen Blick sichtbar.

Neues KVN-Portal

- Die Startseite ist personalisiert. Jedes Mitglied findet persönliche Informationen - etwa eine Übersicht über vorhandene Abrechnungsgenehmigungen oder den Termin des nächsten Bereitschaftsdienstes.
- News können in Zukunft zielgerichteter über das KVN-Portal gesteuert werden: Jedes Mitglied erhält Informationen pro Region und Fachgruppe.
- Das Mitglied hat die Möglichkeit, sich seine Nutzerumgebung selbst anzulegen: Häufig nachgefragte Themen können als Favoriten abgespeichert werden, um sie später mit einem Mausklick wieder griffbereit zu haben.

Mit dem Internet-Relaunch geht die KVN einen ersten großen Schritt in Richtung Digitalisierung und interaktiver Kommunikation.

3.2. Telematikinfrastruktur: Unbürokratischer Nachweis der TI-Anbindung bis 31. März 2019 vermeidet Honorarkürzung

Der Aufbau der Telematikinfrastruktur ist nach den leidlich bekannten Verzögerungen mittlerweile in vollem Gange. Der letzte Konnektor wurde im Dezember 2018 zugelassen, so dass grundsätzlich für alle Systeme ein Konnektor verfügbar ist.

Bedauerlicherweise hält der Gesetzgeber trotz der nach wie vor langen Vorlaufzeiten für die Installation der Konnektoren an seinen Umsetzungsfristen zur TI und damit verbunden, an der Honorarkürzung von 1 Prozent fest. Die Honorarkürzung ist nur dann bis zum 30. Juni 2019 ausgesetzt, wenn Sie bis zum 31. März 2019 die zur Anbindung an die TI benötigten Komponenten bestellt, dies vertraglich vereinbart und uns gegenüber nachgewiesen haben.

Um diesen Nachweis unbürokratisch zu erbringen, haben wir für Sie eine Eigenerklärung entwickelt, die diesem Rundschreiben als Anlage beigefügt ist. Sie finden die Eigenerklärung natürlich auch auf der Homepage der KVN.

Wir empfehlen Ihnen, sofern Sie noch nicht an die TI angeschlossen sind bzw. eine entsprechende Bestellung noch nicht vorgenommen haben, sich umgehend mit Ihrem IT-Servicepartner in Verbindung zu setzen und uns die Bestellbestätigung Ihres Servicepartners oder die Eigenerklärung schnellstmöglich ausgefüllt und unterschrieben zurückzusenden. Bitte bedenken Sie, nur mit dem Nachweis bis zum 31. März 2019 können Sie der gesetzlich vorgesehenen Honorarkürzung entgehen.

Anlage 5.5: Eigenerklärung

Eigenerklärung

3.3. Hausarztvertrag mit der AOK Niedersachsen, hier: Änderung des Zeitintervalls der HZV-Leistung „Check up 60 plus“ mit Wirkung ab 1. April 2019

Die exklusive Leistung im Rahmen des Hausarztvertrages - Check up 60 plus - wird mit Wirkung ab 1. April 2019 mit dem Zeitintervall der Gesundheitsuntersuchung (EBM-Ziffer 01732) harmonisiert. Vor diesem Hintergrund soll nunmehr der Check up 60 plus im HZV nur noch alle drei Jahre durchgeführt werden. Die Vergütungen verändern sich nicht. Es ist bei Erbringung der Leistungen weiterhin ein Betrag von 34 Euro als Zuschlag zur Gesundheitsuntersuchung nach den Gesundheitsuntersuchungsrichtlinien (EBM 01732) über die GO-Nr. 99308 abrechenbar.

3.4. Zweitmeinungsverfahren gemäß § 27b SGB V bei geplanten Eingriffen

Gemäß § 27b Abs. 1 SGB V haben Patienten bei bestimmten planbaren Eingriffen den Anspruch auf eine unabhängige zweite Meinung eines Arztes. Ärzte können ihre Zweitmeinung ab dem 1. Januar 2019 bei bestimmten Indikationen über den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) abrechnen. Ein rechtlicher Zweitmeinungsanspruch besteht bei einer Mandeloperation (Tonsillotomie oder Tonsillektomie) sowie bei einer Gebärmutterentfernung (Hysterektomie). Weitere Indikationen sollen folgen.

Der Beschluss zur Aufnahme der ärztlichen Zweitmeinung in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) ist zum 1. Januar 2019 in Kraft getreten. Die Richtlinie über die Konkretisierung des Anspruchs auf eine unabhängige ärztliche Zweitmeinung gemäß § 27b Absatz 2 SGB V (Richtlinie zum Zweitmeinungsverfahren, Zm-RL) kann unter www.g-ba.de nachgelesen werden.

Richtlinie im Internet

Erstmeinung

Ärzte müssen nach der Zm-RL des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) Patienten über ihren Rechtsanspruch informieren, wenn sie die Indikation für einen der oben genannten planbaren Eingriffe stellen. Das bedeutet, der indikationsstellende Arzt (Erstmeiner) muss den Patienten darauf hinweisen, dass er sich vor dem Eingriff eine Zweitmeinung einholen kann. Er händigt ihm dazu alle für die Zweitmeinungsberatung nötigen Befunde sowie ein Patientenmerkblatt aus. Der Erstmeiner muss den Patienten auf die Listen der zweitmeinungsgebenden Ärzte (Zweitmeiner) hinweisen. Das Patientenmerkblatt des G-BA sowie die entsprechenden Listen der Zweitmeiner finden Sie auf unserer Homepage www.kvn.de (unter Patienten - Arztsuche: <http://www.kvn.de/Patienten/Arztsuche/>).

Listen von Zweitmei-
nern

Der Erstmeiner rechnet für die Aufklärung zur Zweitmeinung die neue GOP 01645 A / 01645 B ab. Es bedarf keiner Genehmigung zur Abrechnung. Bei der Aufklärung zur Zweitmeinung bei einer bevorstehenden

Mandelopoperation setzt der HNO-Arzt das Suffix „A“ an, bei der Aufklärung zur Zweitmeinung bei einer bevorstehenden Gebärmutterentfernung setzt der Gynäkologe das Suffix „B“ an.

Zweitmeinung

Für die Teilnahme am Zweitmeinungsverfahren benötigen Ärzte eine Genehmigung der KVN. Über unsere Homepage www.kvn.de (unter Anträge - Genehmigungspflichtige Leistungen - Zweitmeinungsverfahren) können die Anträge heruntergeladen werden. Bei Fragen wenden Sie sich bitte an Frau Keune, Fachbereich Qualitätssicherung, erreichbar unter 0511 380-3637.

Fachärzte für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde sowie für Frauenheilkunde und Geburtshilfe können einen Antrag stellen. Es bedarf des Nachweises fachlicher sowie der Bestätigung organisatorischer Voraussetzungen. Soweit keine Zulassung als Vertragsarzt oder MVZ besteht, muss neben dem Antrag auf Abrechnungsgenehmigung zwingend zusätzlich beim Zulassungsausschuss ein Antrag auf Ermächtigung bzw. ein Antrag auf Erweiterung einer bestehenden Ermächtigung gestellt werden. Der Antrag auf Ermächtigung ist dem Antrag auf Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung von Zweitmeinungsleistungen (für nicht zugelassene Ärzte / MVZ) angefügt.

3.5. Versorgung „Gesund schwanger“: Ab April 2019 auch für die BKK firmus

Damit tritt eine weitere BKK der besonderen Versorgung „Gesund schwanger“ bei.

Krankenkasse	VKNR
BAHN-BKK	40401
Bertelsmann BKK	19557
BKK Aesculap	58430
BKK B. Braun Melsungen AG	42401
BKK Deutsche Bank AG	24413
BKK Diakonie	19402
BKK firmus (ab 1. April 2019)	03412
BKK Linde	45411
BKK Melitta Plus	19540

Übersicht

BKK Voralb HELLER*INDEX*LEUZE	61493
Daimler Betriebskrankenkasse	61491
DIE BERGISCHE KRANKENKASSE	37436
Salus BKK	40410
Südzucker BKK	52405
VIActiv Krankenkasse	18405

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

3.6. Zusätzliche Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche: hkk kündigt Vertrag zum 31. März 2019

Die hkk hat den bestehenden Versorgungsvertrag gekündigt. Infolgedessen sind die GOP 99216, 99217 und 99220 für Versicherte dieser Kasse nur noch bis Quartalsende abrechenbar.

3.7. AOKTrio- Das Transitionsprogramm für mehr Gesundheitskompetenz von Teenagern

Seit Oktober 2018 unterstützt das Projekt die medizinische Versorgung von Jugendlichen beim Übergang in die Erwachsenenmedizin, wenn Sie unter bestimmten chronischen Erkrankungen leiden.

Zur Optimierung der Versicherteninformation ist ab sofort der Bezug von Informationsflyern und Checklisten über den Zentralversand der KVN möglich.

Ferner wurden im KVN-Portal Dokumentationshilfen hinterlegt, die für eine strukturierte Epikrise angewandt werden können.

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

3.8. Fachberatung zum Schutz von Kindern und Jugendlichen in der Region Hannover

Der Fachbereich Jugend der Region Hannover stellt ein telefonisches Beratungsangebot (Telefon: 0511 27078522) im Bereich des Kinderschutzes zur Verfügung. Die Fachberatung zum Schutz von Kindern und Jugendlichen der Region Hannover bietet Personen, die beruflich in Kontakt zu Kindern und Jugendlichen stehen

- Beratung zur Einschätzung von Gefahren für das Wohl von Kindern und Jugendlichen
- Informationen über Vorgehen, Handlungsabläufe, Kooperationsmöglichkeiten und Datenschutz
- Informationen über Hilfs- und Unterstützungsmöglichkeiten für Kinder, Jugendliche und deren Familien

Weitere Informationen unter www.hannover.de

4. Veranstaltungen im April und Mai 2019

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

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

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

Ab dem 18. März 2019 steht Ihnen unsere neue Internetseite zur Verfügung und damit ändert sich der Pfad wie folgt:
www.kvn.de/Mitglieder/Fortbildung.

Name	Ort	Datum	Gebühr p. P.
Qualitäts- und Praxismanagement			
Allgemeiner Bereitschaftsdienst	Braunschweig	15.Mai	35 Euro
Bereitschaftsdienst - Dienstplanungsprogramm „BD-Online“	Braunschweig	22.Mai	kostenlos
Datenschutz in der Arztpraxis	Verden	24.Apr	50 Euro
Datenschutz in der Arztpraxis	Aurich	17.Mai	139 Euro
Fehler- und Risikomanagement in der Praxis	Hannover	25.Mai	135 Euro
Die Gesundheit von PraxismitarbeiterIn erhalten und schützen	Hannover	08.Mai	kostenlos
Kommunikationstraining Umgang mit Konflikten in der Arztpraxis (Modul 4)	Oldenburg	08.Mai	65 Euro
Kommunikation und Motivation in der Arztpraxis	Aurich	15.Mai	80 Euro
Mitgliederportal der KVN und weitere Informationsquellen	Lüneburg	22.Mai	kostenlos
Neue PraxismitarbeiterIn professionell einarbeiten	Hannover	11.Mai	100 Euro
Qualitätsmanagement für Psychotherapeuten - was ist wirklich sinnvoll?	Oldenburg	18.Mai	135 Euro

Abrechnung und Verordnung			
Abrechnung aktuell	Aurich	03.Apr	kostenlos
Heilmittelverordnung	Göttingen	15.Mai	kostenlos
Heilmittelverordnung in Theorie und Praxis	Braunschweig	24.Apr	kostenlos
Heilmittel-Verordnungs-Dschungel	Cuxhaven	09.Apr	kostenlos
Heilmittel-Verordnungs-Dschungel	Cuxhaven	08.Mai	kostenlos
Heilmittel-Verordnungs-Dschungel	Oldenburg	29.Mai	kostenlos
Honorarbescheid lesen und verstehen	Oldenburg	03.Apr	kostenlos
Honorarbescheid lesen und verstehen	Hannover	22.Mai	kostenlos
Sonographie	Osnabrück	15.Mai	kostenlos
Sprechstundenbedarf	Aurich	09.Mai	kostenlos
Medizinische und psychotherapeutische Themen			
Diabetisches Fußsyndrom	Oldenburg	24.Apr	kostenlos
EBM - Präventionsleistungen in der Arztpraxis	Osnabrück	03.Apr	kostenlos
Hautkrebs-Screening für Hausärzte	Verden	04.Mai	168 Euro
Moderne Wundversorgung	Aurich	16.Mai	kostenlos
Wirtschaftsseminare			
Modul I Meine eigene Praxis - Impulse für den Start	Aurich	15.Mai	kostenlos
Modul II Meine eigene Praxis - So gelingt der Start	Hannover	24.Apr	kostenlos
Modul II Meine eigene Praxis - So gelingt der Start	Verden	11.Mai	kostenlos
Meine Zukunft planen - Impulse für die Praxisabgabe	Oldenburg	08.Mai	kostenlos

Verbindliche Anmeldung (bitte vollständig ausfüllen)

Fax an 0511 380-4620

Ich nehme am Seminar

mit _____ Person/en teil.

Datum des Seminars

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

Vor- und Nachname des Rechnungsempfängers (Praxis)

Anschrift des Rechnungsempfängers (Straße, PLZ, Ort)

LANR

BSNR

E-Mail-Adresse

Telefonnummer für evtl. Rückfragen

Datum

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

Stempel

5. Anlagenverzeichnis

- 5.1. Amtliche Mitteilung zum HVM Teil B Nr. 16.1 und 16.2
- 5.2. Amtliche Mitteilung zum HVM für Haus- und Kinderärzte 2/2019
- 5.3. Informationsschreiben Arzneimittel
- 5.4. Informationsschreiben Heilmittel
- 5.5. Eigenerklärung

Amtliche Mitteilung der KVN zum HVM für das 2. Quartal 2019

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

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

Fachgruppe	durchschnittliches Individualbudget
FA Laboratoriumsmedizin	351.383,58 €
FA Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie	270.299,15 €

Die aufgeführten Fachgruppendurchschnittswerte gelten für Ärzte der o.g. Fachgruppen, die im Basiszeitraum 2/2017 noch keine 16 Quartale tätig waren. Sie erhalten ein Individualbudget in Höhe der Leistungsanforderungen für Leistungen gemäß Teil B Nr. 16.1 Satz 1 HVM, maximal jedoch in Höhe der o.g. Fachgruppendurchschnittswerte, es sei denn das sich aus dem Basiszeitraum tatsächlich ergebende Individualbudget liegt über diesem Wert.

Für Ärzte, die im 2. Quartal 2019 nicht in vollem zeitlichen Umfang an der vertragärztlichen Versorgung teilnehmen, reduzieren sich die o.a. Fachgruppendurchschnittswerte anteilig auf den Umfang ihrer Tätigkeit.

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

Fachgruppe	durchschnittliches Individualbudget
FA Chirurgie	10,95 €
FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe	13.520,57 €
FA Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	40.895,89 €
FA Haut- und Geschlechtskrankheiten	1.634,34 €
FA Innere Medizin und (SP) Nephrologie	969,32 €
FA Innere Medizin und (SP) Kardiologie	7.119,47 €
FA Kinder- und Jugendmedizin (hausärztlich)	14.358,55 €
FA Innere Medizin und (SP) Pneumologie	6.852,87 €
FA Innere Medizin und (SP) Gastroenterologie	7.886,25 €
FA Pathologie	5.112,55 €
FA Radiologie	5.679,33 €
FA Strahlentherapie	6.390,62 €
FA Urologie	36.387,32 €
FA Nuklearmedizin	124.977,79 €
FA Humangenetik	
FA Transfusionsmedizin	
FA Biochemie	
FA Allgemeinmedizin, Praktischer Arzt, FA Innere Medizin (hausärztlich)	42.202,53 €
FA Allgemeinmedizin, Praktischer Arzt (fachärztlich)	42.202,53 €
FA Innere Medizin (fachärztlich)	110.662,51 €
FA Innere Medizin und (SP) Endokrinologie	260.081,90 €
FA Innere Medizin und (SP) Hämatologie und Onkologie	14.769,32 €
FA Innere Medizin und (SP) Rheumatologie	65.458,83 €

Die aufgeführten Fachgruppendurchschnittswerte gelten für Ärzte der o.g. Fachgruppen, die im Basiszeitraum 2/2017 noch keine 16 Quartale im Speziallabor tätig waren. Sie erhalten ein Individualbudget in Höhe der Leistungsanforderungen für Leistungen gemäß Teil B Nr. 16.2 Satz 1 HVM, maximal jedoch in Höhe der o.g. Fachgruppendurchschnittswerte, es sei denn das sich aus dem Basiszeitraum tatsächlich ergebende Individualbudget liegt über diesem Wert.

Für Ärzte, die im 2. Quartal 2019 nicht in vollem zeitlichen Umfang an der vertragärztlichen Versorgung teilnehmen, reduzieren sich die o.a. Fachgruppendurchschnittswerte anteilig auf den Umfang ihrer Tätigkeit.

Amtliche Mitteilung der KVN zum HVM für das 2. Quartal 2019

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

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

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

Regelleistungsvolumen	RLV-Fallwert:	45,9809 €
Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen (QZV)	Gebührenordnungspositionen des EBM	Fallwert
Akupunktur	30790, 30791	167,5097 €
Allergologie (Zusatzbezeichnung)	30110, 30111, 30120, 30121, 30122, 30123	50,2200 €
Behandlung des diabetischen Fußes	02311	54,2512 €
Behandlung von Hämorrhoiden	30610, 30611	12,3128 €
Chirotherapie	30200, 30201	8,6827 €
Dringende Besuche	01411, 01412	76,0048 €
Ergometrie	03321	19,9193 €
Hyposensibilisierungsbehandlung	30130, 30131	27,5817 €
Kardiorespiratorische Polygraphie	30900	41,1994 €
Kleinchirurgie	02310	19,1727 €
Langzeit-Blutdruckmessung	03324	7,9954 €
Langzeit-EKG	03241, 03322	10,7146 €
Phlebologie	30500, 30501	18,9536 €
Physikalische Therapie	30400, 30401, 30402, 30410, 30411, 30420, 30421	11,1499 €
Proktologie	03331	10,5748 €
Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120	23,5960 €
Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150	97,1035 €
Schmerztherapeutische spezielle Versorgung	30700, 30702, 30704, 30706, 30708	97,1683 €
Schmerztherapeutische spezielle Behandlung	30710, 30712, 30720, 30721, 30722, 30723, 30724, 30730, 30731, 30740, 30750, 30751, 30760	82,9803 €
Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092	16,6939 €
Sonographie III	33060, 33061, 33062	18,9460 €
Spirometrie	03330	6,1928 €
Unvorhergesehene Inanspruchnahme	01100, 01101, 01102	18,7549 €

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 2/2019 gegenüber 2/2018 fünf vom Hundert überschreitet, unterliegen die Ärzte dieser Arztgruppe im Rahmen der Ermittlung des RLV-Budgets 2/2019 einer Fallzahlzuwachsbeschränkung. In diesem Falle wird das arztindividuelle RLV 2/2019 begrenzt auf die individuelle RLV-relevante Behandlungsfallzahl im Vorjahresquartal zzgl. fünf vom Hundert der arztgruppenspezifischen durchschnittlichen RLV-Behandlungsfallzahl im Vorjahresquartal als maximales Wachstum.

Arztgruppenspezifische durchschnittliche RLV-Behandlungsfallzahl im Vorjahresquartal:	938,23
Maximales Wachstum der individuellen RLV-Behandlungsfallzahl:	46,91

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

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

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

25% Minderung des RLV-Fallwerts ab 150% der durchschnittlichen RLV-Behandlungsfallzahl:	1.407,35
50% Minderung des RLV-Fallwerts ab 170% der durchschnittlichen RLV-Behandlungsfallzahl:	1.594,99
75% Minderung des RLV-Fallwerts ab 200% der durchschnittlichen RLV-Behandlungsfallzahl:	1.876,46

Für Ärzte, die im 2. Quartal 2019 nicht in vollem zeitlichen Umfang an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, reduzieren sich die o. a. Fallwertminderungsgrenzen anteilig auf den Umfang ihrer Tätigkeit.

Amtliche Mitteilung der KVN zum HVM für das 2. Quartal 2019

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

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

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

Regelleistungsvolumen	RLV-Fallwert:	43,2177 €
Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen (QZV)	Gebührenordnungspositionen des EBM	Fallwert
Allergologie	30110, 30111, 30120, 30121, 30122, 30123	45,1467 €
Dringende Besuche	01411, 01412	57,7308 €
Ergometrie	04321	19,8583 €
Hyposensibilisierungsbehandlung	30130, 30131	28,8134 €
Langzeit-Blutdruckmessung	04324	6,4927 €
Langzeit-EKG	04241, 04322	9,4360 €
Neurophysiologische Übungsbehandlung	30300, 30301	54,4356 €
Physikalische Therapie	30400, 30401, 30402, 30410, 30411, 30420, 30421	20,6778 €
Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120	17,4124 €
Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150	82,0297 €
Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092	14,7427 €
Sonographie II	33020, 33021, 33022, 33023, 33030, 33031, 33040	15,9176 €
Sonographie der Säuglingshöfchen	33051	11,4428 €
Spirometrie	04330	6,9206 €
Unvorhergesehene Inanspruchnahme	01100, 01101, 01102	18,1201 €

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 2/2019 gegenüber 2/2018 fünf vom Hundert überschreitet, unterliegen die Ärzte dieser Arztgruppe im Rahmen der Ermittlung des RLV-Budgets 2/2019 einer Fallzahlzuwachsbeschränkung. In diesem Falle wird das arztindividuelle RLV 2/2019 begrenzt auf die individuelle RLV-relevante Behandlungsfallzahl im Vorjahresquartal zzgl. fünf vom Hundert der arztgruppenspezifischen durchschnittlichen RLV-Behandlungsfallzahl im Vorjahresquartal als maximales Wachstum.

Arztgruppenspezifische durchschnittliche RLV-Behandlungsfallzahl im Vorjahresquartal:	981,12
Maximales Wachstum der individuellen RLV-Behandlungsfallzahl:	49,06

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

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

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

25% Minderung des RLV-Fallwerts ab 150% der durchschnittlichen RLV-Behandlungsfallzahl:	1.471,68
50% Minderung des RLV-Fallwerts ab 170% der durchschnittlichen RLV-Behandlungsfallzahl:	1.667,90
75% Minderung des RLV-Fallwerts ab 200% der durchschnittlichen RLV-Behandlungsfallzahl:	1.962,24

Für Ärzte, die im 2. Quartal 2019 nicht in vollem zeitlichen Umfang an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, reduzieren sich die o. a. Fallwertminderungsgrenzen anteilig auf den Umfang ihrer Tätigkeit.

Amtliche Mitteilung der KVN zum HVM für das 2. Quartal 2019

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

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

- Leistungen im organisierten Bereitschaftsdienst und Notfall
- Haus- und Heimbefuche (GOP 01410, 01413 und 01415 EBM)
- Verordnung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (GOP 01425 und 01426 EBM)
- Zuschlag für die Betreuung eines Patienten im Rahmen der Videosprechstunde (GOP 01450 EBM)
- Vergütung bei Verordnung von Cannabis (GOP 01460, 01461 und 01626 EBM)
- Verordnung von medizinischer Rehabilitation (GOP 01611 EBM)
- Zuschlag für die Erstellung und Aktualisierung des Medikationsplans (GOP 01630 EBM)
- Notfalldatenmanagement (GOP 01640 bis 01642 EBM)
- Leistungen im Rahmen des Zweitmeinungsverfahrens sowie die GOP 01645 EBM
- Zuschlag für die Einrichtungsbefragung im Rahmen der sektorübergreifenden Qualitätssicherung zur Vermeidung nosokomialer Infektionen nach operativen Eingriffen (GOP 01650 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 EBM, wenn in demselben Behandlungsfall Leistungen des Abschnitts 4.5.4 EBM abgerechnet werden
- Zuschlag auf die jeweilige Pauschale für die fachärztliche Grundversorgung (PFG)
- Anästhesiologische Leistungen gemäß § 87b Abs. 2 Satz 5 SGB V
- Beratung und Betreuung eines Patienten nach einer intravitrealen operativen Medikamenteneingabe (GOP 06334 und 06335 EBM)
- Transurethrale Botulinumtoxin-Therapie (GOP 08312, 08313, 26316, 26317 EBM sowie die GOP 08311, 26310 und 26311 EBM (Zystoskopien), die in derselben Sitzung mit den GOPen 08312 oder 26316 EBM erbracht werden)
- Leistungen und Begleitleistungen der Reproduktionsmedizin (ohne Beratungsleistungen GOP 08520 und 08521 EBM)
- Balneophototherapie (GOP 10350 EBM)
- Leistungen der Humangenetik (GOP 11230, 11233 bis 11236 sowie Abschnitte 11.4 und 19.4 EBM)
- Leistungen und Kostenpauschalen der Laboratoriumsmedizin (GOP 12210, 12220, 12225 und 32001 sowie Kapitel 32 EBM)*
- Leistungen der Nephrologie und Dialyse (Abschnitt 13.3.6 EBM, ausgenommen GOP 13594 EBM)
- Leistungen auf Überweisungsfällen zur Durchführung ausschließlich von Probenuntersuchungen
- Strahlentherapie (Kapitel 25 EBM)
- Extrakorporale Stoßwellentherapie beim Fersenschmerz bei Fasciitis plantaris (GOP 30440 EBM)
- Leistungen der Soziotherapie (Abschnitt 30.8 EBM)
- Leistungen der spezialisierten Versorgung HIV-infizierter Patienten (Abschnitt 30.10 EBM)
- Neuropsychologische Therapie (Abschnitt 30.11 EBM)
- Spezielle Diagnostik und Eradikationstherapie im Rahmen von MRSA (Abschnitt 30.12 EBM)
- Leistungen zur spezialisierten geriatrischen Diagnostik und Versorgung (Abschnitt 30.13 EBM)
- Hyperbare Sauerstofftherapie bei diabetischem Fußsyndrom (GOP 30210, 30212, 30216 und 30218 EBM)
- Ambulantes Operieren, PTK, Koloskopie, Kapselendoskopie und ERCP (Leistungen des Kapitels 31 EBM sowie die GOP 04514, 04515, 04518, 04520, 04528 und 04529 sowie 13421 bis 13431 EBM)
- Leistungen der Abschnitte 2 und 3 der Anlage 1 zum AOP-Vertrag nach § 115b SGB V
- Vakuumstanzbiopsien (GOP 34274 EBM)
- Zuschlag zur GOP 34291 für die Messung der myokardialen fraktionellen Flussreserve (GOP 34298 EBM)
- Osteodensitometrische Untersuchung II (GOP 34601 EBM)
- Diagnostische Positronenemissionstomographie (PET) und diagnostische Positronenemissionstomographie mit Computertomographie (PET/CT) (Abschnitt 34.7 EBM)
- Telekonsil von Röntgenaufnahmen und CT-Aufnahmen (Abschnitt 34.8 EBM)
- Probatorische Sitzungen von Ärzten der in § 87b Abs. 2 Satz 4 SGB V genannten Arztgruppen (GOP 35150 EBM)
- Psychotherapeutische Sprechstunde und Akutbehandlung (GOP 35151 und 35152 EBM)
- Antrags- und genehmigungspflichtige Leistungen der Psychotherapie (Abschnitt 35.2 EBM)
- Belegärztliche Leistungen (Kapitel 36 EBM)
- Kooperations- und Koordinationsleistungen gemäß Anlage 27 zum BMV-Ä (Abschnitt 37.2 EBM)
- Besonders qualifizierte und koordinierte palliativmedizinische Versorgung gemäß Anlage 30 zum BMV-Ä (Abschnitt 37.3 EBM)
- Versorgungsplanung gemäß der Vereinbarung nach § 132g Abs. 3 SGB V (Abschnitt 37.4 EBM)
- Delegationsfähige Leistungen (Kapitel 38 EBM)
- Kosten- und Wegepauschalen (Kapitel 40 EBM)
- Sachkostenerstattung (GOP 99999)
- Vergütungen für regional bzw. bundesweit vereinbarte, nicht im EBM enthaltene Leistungen im GOP-Bereich ≥ 80000

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

Gemeinsame Arbeitsgruppe Arzneimittel

Kassenärztliche Vereinigung
Niedersachsen

Verbände der gesetzlichen
Krankenkassen in Niedersachsen



Medikamentöse Therapie bei Psoriasis vulgaris

Psoriasis vulgaris ist eine häufige und fast immer chronisch verlaufende entzündliche Erkrankung, von der in Deutschland jährlich etwa 2 Millionen Menschen betroffen sind.¹ Die Erkrankung geht mit zahlreichen Komorbiditäten wie Adipositas, Diabetes und Fettstoffwechselstörungen einher.² Therapieziele einer Behandlung sind neben der Abwesenheit von Hautsymptomen bzw. einer Reduktion des PASI³ vor allem eine Verbesserung der Lebensqualität.¹

Als medikamentöse Optionen stehen neben den topischen Therapien bei leichten Psoriasis-Formen mittlerweile viele konventionelle und biologische systemische Arzneimittel zur Behandlung der mittelschweren bis schweren Psoriasis zur Verfügung.

Als First-Line-Therapie empfiehlt die Leitlinie der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft Acitretin, Ciclosporin, Fumarsäureester oder Methotrexat sowie die Biologika Adalimumab und Secukinumab. Bei nicht ausreichendem Therapieerfolg, Unverträglichkeiten oder Kontraindikationen können weitere biologische Arzneimittel wie Apremilast, Ustekinumab und die TNF-alpha-Inhibitoren Etanercept und Infliximab zur Anwendung kommen.

Seit der Aktualisierung der Leitlinie sind inzwischen weitere biologische Therapien wie die Interleukin-Inhibitoren Ixekizumab, Brodalumab, Guselkumab und Tildrakizumab zugelassen worden oder bei bereits verfügbaren Arzneimitteln wurde das Anwendungsgebiet um die Indikation Plaque-Psoriasis erweitert (Certolizumab pegol).

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat bereits einige der Biologika einer frühen Nutzenbewertung unterzogen. Eine Übersicht dieser Arzneimittel unter Angabe der Jahrestherapiekosten finden Sie nachfolgend aufgeführt.

Für vier Arzneimittel haben der GKV-Spitzenverband und der jeweiligen pharmazeutischen Unternehmer zudem im Anschluss an die frühe Nutzenbewertung eine bundesweite Praxisbesonderheit nach § 130b SGB V vereinbart (Cosentyx®, Taltz®, Kyntheum® und Tremfya®)⁴.

¹ Deutsche Dermatologische Gesellschaft. „Therapie der Psoriasis vulgaris“ S3-Leitlinie 013-001. Aktueller Stand: 10/2017

² Fath R (2016) Psoriasis vulgaris: Die Last der Begleiterkrankungen. Dtsch Arztebl 201; 113(27-28): A-1326, abrufbar unter <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/sw/Psoriasis?aid=180688> (letzter Zugriff am 30.01.2019)

³ „Psoriasis Area and Severity Index“, berücksichtigt den Schweregrad der Symptome Erythem, Infiltration und Schuppung sowie den Anteil der betroffenen Hautflächen.

⁴ Gegebenenfalls Anerkennung nur in Teilindikation, die genauen Anwendungsgebiete, für die eine bundesweite Praxisbesonderheit besteht, sind abrufbar unter www.gkv-spitzenverband.de > Krankenversicherung > Arzneimittel > AMNOG-Verhandlungen (§ 130b SGB V) > Übersicht zu den Verhandlungen der Erstattungsbeträge nach § 130b SGB V

Übersicht über Beschlüsse des G-BA zur frühen Nutzenbewertung von Arzneimitteln zur Behandlung der Psoriasis vulgaris

(Aus Gründen der Übersichtlichkeit wurde auf die Angabe der Anwendungsgebiete verzichtet und Therapieformen, wenn möglich, zusammengefasst.⁵)

Wirkstoff	Therapieform	Ergebnis der frühen Nutzenbewertung	Jahrestherapiekosten ⁶
Secukinumab (Cosentyx®) (Plaque-Psoriasis)	Erwachsene mit mittelschwerer bis schwerer Plaque-Psoriasis, die für eine systemische Therapie in Frage kommen Erwachsene mit mittelschwerer bis schwerer Plaque-Psoriasis mit unzureichendem Ansprechen, Kontraindikationen oder Unverträglichkeiten gegenüber anderen Therapien ⁷	Hinweis auf einen beträchtlichen Zusatznutzen Hinweis auf einen beträchtlichen Zusatznutzen Hinweis auf einen geringen Zusatznutzen	21.939,52 €
Ixekizumab (Taltz®) (Plaque-Psoriasis)	Erwachsene mit mittelschwerer bis schwerer Plaque-Psoriasis, die für eine systemische Therapie in Frage kommen Erwachsene mit mittelschwerer bis schwerer Plaque-Psoriasis mit unzureichendem Ansprechen, Kontraindikationen oder Unverträglichkeiten gegenüber anderen Therapien ⁵	Hinweis auf einen beträchtlichen Zusatznutzen Hinweis auf einen geringen Zusatznutzen	18.086,90 €
Brodalumab (Kyntheum®) (Plaque-Psoriasis)	Erwachsene mit mittelschwerer bis schwerer Plaque-Psoriasis, die für eine systemische Therapie in Frage kommen	Zusatznutzen nicht belegt	17.991,31 €
Dimethylfumarat (Skilarence®) (Psoriasis vulgaris)	Erwachsene mit mittelschwerer bis schwerer Plaque-Psoriasis mit unzureichendem Ansprechen, Kontraindikationen oder Unverträglichkeiten gegenüber anderen Therapien ⁵ Erwachsene mit mittelschwerer bis schwerer Psoriasis vulgaris, die eine systemische Arzneimitteltherapie benötigen	Hinweis auf einen nicht quantifizierbaren Zusatznutzen Zusatznutzen nicht belegt	5.800,43 €
Guselkumab (Tremfya®) (Plaque-Psoriasis)	Erwachsene mit mittelschwerer bis schwerer Plaque-Psoriasis, die für eine systemische Therapie in Frage kommen Erwachsene mit mittelschwerer bis schwerer Plaque-Psoriasis mit unzureichendem Ansprechen, Kontraindikationen oder Unverträglichkeiten gegenüber anderen Therapien ⁵	Hinweis auf einen beträchtlichen Zusatznutzen Beleg für einen beträchtlichen Zusatznutzen	22.158,96 €
Tildrakizumab (Ilumetri®) (Plaque-Psoriasis)	Erwachsene mit mittelschwerer bis schwerer Plaque-Psoriasis, die für eine systemische Therapie in Frage kommen	Beschlussfassung Anfang Mai 2019	20.888,31 € ⁸

⁵ Ausführliche Informationen finden Sie unter www.g-ba.de

⁶ Erhaltungsdosis. Stand Lauer-Taxe 01.02.2019, Kosten nach Beschluss der Nutzenbewertung anhand des preisgünstigsten generischen Präparats oder des Originals nach Abzug der Rabatte nach § 130 und 130a SGB V

⁷ Die genaue Definition der Patientenpopulation ist abrufbar unter www.g-ba.de > Nutzenbewertung nach § 35a SGB V > *Wirkstoffauswahl* > Beschlüsse

⁸ Erstattungsbetrag zwischen pharmazeutischem Unternehmer und GKV noch nicht vereinbart

Gemeinsame Arbeitsgruppe Heilmittel

Kassenärztliche Vereinigung
Niedersachsen

Verbände der gesetzlichen
Krankenkassen in Niedersachsen



KVN
Kassenärztliche Vereinigung
Niedersachsen



Fragen und Antworten zum richtigen Verordnen von Heilmitteln

Falsch ausgefüllte Heilmittelverordnungen führen häufig zu Korrekturen.

Wichtig: Jede Änderung muss mit Datum und Unterschrift des verordnenden Arztes gekennzeichnet werden. Änderungen mittels „i.A.“ von Medizinischen Fachangestellten sind nicht zulässig.

Korrekturen können verringert bzw. vermieden werden. Folgende Hinweise sollen Ihnen dabei helfen:

Wie ist eine Heilmittelverordnung richtig ausgefüllt?

Die Verordnungen müssen richtlinienkonform ausgestellt sein. Indikationsschlüssel, Diagnose, ICD-10-Code und Heilmittel müssen nach Vorgabe des Heilmittelkatalogs stimmig sein.

Beispiel:

Indikationsschlüssel	Diagnose mit Leitsymptomatik, gegebenenfalls wesentliche Befunde
WS1a	Lumbaler Bandscheibenschaden mit
ICD-10 - Code	
M54.1	Radikulopathie
ICD-10 - Code	
G55.1	Schmerzen durch Gelenkfunktionsstörung

Gültigkeit der Verordnung

Eine Verordnung (VO) ist ab Ausstellungsdatum grundsätzlich 14 Tage gültig (§ 15 HeilM-RL). Podologieverordnungen bilden mit 28 Tagen eine Ausnahme.

Wichtig: Soll die Behandlung zu einem späteren oder früheren Zeitpunkt beginnen muss dies auf der VO ersichtlich sein. Diese Änderungen können nur erfolgen, solange die Verordnung gültig ist.

Hinweise zur Verordnung (VO) im Regelfall

- Ein Regelfall (Erst-VO) ergibt sich bei einer neu diagnostizierten Krankheit oder bei einem Rezidiv nach einer Behandlungspause von 12 Wochen. Nach einer Erst-VO gilt jede weitere VO zur Behandlung derselben Diagnose, sowie bei Änderungen des Therapieziels oder Anpassung des Heilmittels, als Folge-VO.
- Erhält ein Patient aufgrund **mehrerer unabhängiger Diagnosen** Heilmittel, begründet jede Diagnose einen eigenen Regelfall. Deshalb müssen die VOs auf **getrennten** Vordrucken erfolgen.

Beispiel:

Verordnungsmenge	Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges	Anzahl pro Woche
6	Krankengymnastik	1
Indikationsschlüssel	Diagnose mit Leitsymptomatik, gegebenenfalls wesentliche Befunde	
WS1a	Lumbaler Bandscheibenschaden mit	
ICD-10 - Code		
M51.1	Radikulopathie	
ICD-10 - Code		
G55.1	Schmerzen durch Gelenkfunktionsstörung	

Verordnungsmenge	Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges	Anzahl pro Woche
6	Krankengymnastik	1
Indikationsschlüssel	Diagnose mit Leitsymptomatik, gegebenenfalls wesentliche Befunde	
EX2a	Fraktur der Fibula	
ICD-10 - Code		
S82.2	Gelenkfunktionsstörung	
ICD-10 - Code		
	Bewegungsstörung, Kontrakturen	

Verordnungsmenge

Für eine VO innerhalb des Regelfalls gelten hinsichtlich der VO-Menge die Vorgaben des Heilmittelkatalogs.

Je nach Indikation und Art der VO (Erst-, Folge-VO) kann die Menge variieren. Eventuell ist sogar eine geringere VO-Menge für den Therapieerfolg ausreichend. Bei VO außerhalb des Regelfalls legt der Arzt die VO-Menge sowie die Frequenz individuell fest.

VO außerhalb des Regelfalls

Abweichend von den Vorgaben des Heilmittelkatalogs können weitere Verordnungen außerhalb des Regelfalls (insbesondere Verordnungen mit längerfristigem Heilmittelbedarf) ausgestellt werden, wenn das Therapieziel mit der im Katalog vorgegebenen Gesamtverordnungsmenge nicht erreicht wurde.

Die VO außerhalb des Regelfalls bedarf einer medizinischen Begründung. Diese muss

- differenziert sein
- eine prognostische Einschätzung enthalten
- sich auf den individuellen Einzelfall beziehen
- sich am festgestellten Therapiebedarf orientieren
- Aufschluss über die Therapiefähigkeit geben
- eine Therapieprognose unter Berücksichtigung des angestrebten Therapieziels aufweisen

Beispiel:

Verordnungs- menge	Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges	Anzahl pro Woche
12	Krankengymnastik →	1
15	Krankengymnastik Verordnungsmenge falsch bemessen →	1

Die VO-Menge ist abhängig von der Behandlungsfrequenz so zu bemessen, dass mindestens eine ärztliche Untersuchung innerhalb von **12 Wochen** nach der Verordnung gewährleistet ist.

Therapiefrequenz

Der verordnende Arzt gibt eine Empfehlung für die Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche vor. Ist es dem Patienten oder auch Therapeuten nicht möglich, die

Frequenzempfehlung einzuhalten, kann der Therapeut nach Absprache mit dem Arzt die Frequenz ändern und dies auf der Rückseite der Verordnung dokumentieren.

Beispiel:

Verordnungs- menge	Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges	Anzahl pro Woche
6	Krankengymnastik → ungenaue Angabe	1-2
6	Krankengymnastik →	1

Wichtig: Auf der VO soll nicht die Mindestempfehlung laut Heilmittel-Richtlinie angegeben werden, sondern die exakte Frequenz.

Therapiemanagement

Achten Sie darauf, den Patienten und die Angehörigen aktiv einzubinden. Eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung mit Heilmitteln, die das Maß des Notwendigen nicht überschreiten, ist nur gewährleistet, wenn der Arzt mit dem Therapeuten eng zusammenarbeitet.

„Therapie mit Zielen“

- **Spezifisch**
- **Messbar**
- **Anspruchsvoll**
- **Realistisch**
- **Terminiert**

Hausbesuch:

Gemäß der Heilmittelrichtlinie (HeilM-RL) darf ein Hausbesuch unter folgenden Voraussetzungen verordnet werden:

- Der/die Patient/in kann aus medizinischen Gründen nicht die Heilmittelpraxis aufsuchen
- Ein Hausbesuch ist zwingend medizinisch notwendig

Organisatorische oder soziale Gründe rechtfertigen keinen Hausbesuch. Ein hohes Patientenalter, eine schlechte Verkehrsanbindung oder die Nutzung von Gehhilfen stellen z.B. keine medizinische Begründung für einen Hausbesuch dar.

Eigenerklärung über die Bestellung der Komponenten zur Anbindung an die Telematikinfrastuktur (TI)

Eigenerklärung bitte senden an

Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen
Berliner Allee 22
30175 Hannover

Praxisstempel

bitte in Druckbuchstaben ausfüllen

Datum der Bestellung / des Vertragsabschlusses

_ _ . _ _ . **20** _ _

Praxisbezeichnung

Hiermit erkläre ich unter Bezugnahme auf die gesetzliche Regelung in § 291 Absatz 2b Satz 16 SGB V, dass ich die zur Anbindung an die Telematikinfrastuktur benötigten Komponenten bestellt habe und dies vertraglich vereinbart ist.

Verantwortliche Person (Vertragsarzt, Psychotherapeut, Leiter der Einrichtung)

LANR (wenn vorhanden)	E-Mail-Adresse (wenn vorhanden)
Titel, Name, Vorname	
Hiermit bestätige ich, dass alle oben eingetragenen Daten vollständig und korrekt sind. Ich versichere hiermit für die oben genannte Praxis/BAG vertretungsbefugt zu sein.	
Datum	Unterschrift der verantwortlichen Person



Informationen für die Praxis

KVN-Rundschreiben

Februar 2019

Inhaltsverzeichnis

1. Abrechnung	3
1.1. Bewertungsausschuss fasst diverse Beschlüsse zur Änderung des EBM zum 1. Januar bzw. 1. April 2019..	3
1.2. Abrechnung der KVN-internen GOP 89118A bis 89120R (Pneumokokken-Impfung)	7
1.3. Neue Impfhonorare ab 1. Januar 2019	7
2. Verordnungen	8
2.1. Zytiga® (Abirateronacetat) als Praxisbesonderheit anerkannt	8
2.2. Änderung der Anlage II (Lifestyle-Arzneimittel) der Arzneimittelrichtlinie	9
2.3. Verordnungsmengen von lokalen Glaukommitteln	9
2.4. Gemeinsame Arbeitsgruppe Arzneimittel - Informationsschreiben zum Thema „Wirtschaftliche Verordnung von oralen Opioiden“	10
2.5. Neue Sprechstundenbedarfsvereinbarung zum 1. Januar 2019	10
2.6. Umsetzung der Fälschungsschutzrichtlinie (2011/62/EU)	11
3. Allgemeine Hinweise	11
3.1. Achtung: Abofalle am Telefon	11
3.2. Überarbeitete Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinie (Check up) noch nicht anwendbar	12
3.3. Integrierte Versorgung mit der DAK-Gesundheit - Hüft-/Knie-TEP- gekündigt	12
3.4. Integrierte Versorgung - Psychische und psychosomatische Versorgung zwischen der DAK- Gesundheit und der Fachklinik Bad Pyrmont gekündigt	12
3.5. Integrierte Versorgung - Psychische und psychosomatische Versorgung zwischen der DAK- Gesundheit und Diana Klinik, Bad Bevensen gekündigt	12

3.6.	Nachweis der jährlichen Fortbildungspflicht aus Sonderverträgen - Fortbildungspflicht des Jahres 2018.....	13
3.7.	Kurs „Suchtmedizinische Grundversorgung“ - noch Plätze frei	13
3.8.	Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung (EUTB) im Landkreis Leer.....	13
4.	Veranstaltungen im März und April 2019.....	14
5.	Anlagenverzeichnis.....	17
5.1.	Schaubild	17
5.2.	Infoschreiben.....	17
5.3.	Flyer	17
5.4.	Sammelerklärung	17

1. Abrechnung

1.1. Bewertungsausschuss fasst diverse Beschlüsse zur Änderung des EBM zum 1. Januar bzw. 1. April 2019

Über die wichtigsten Änderungen möchten wir Sie nachfolgend informieren:

Aufnahme der GOP 19461 in Verbindung mit der Erweiterung des Anwendungsgebietes für den Wirkstoff Osimertinib (Tagrisso®)

Die Verordnung von Osimertinib (Tagrisso®) für die Erstlinientherapie von erwachsenen Patienten mit lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem nicht-kleinzelligem Lungenkarzinom (NSCLC) mit aktivierenden Mutationen des epidermalen Wachstumsfaktor-Rezeptor-(EGFR)-Gens kann gemäß der Fachinformation bei fehlender Gewebeprobe auch anhand einer Flüssigbiopsie (Liquid Biopsy; Untersuchung von freier DNA im Plasma) erfolgen. Diese Leistung wird nun als extrabudgetär vergütete Leistung in den Abschnitt 19.4.4 EBM aufgenommen.

Mitbetreuung eines Patienten bei Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase als neue EBM-Leistung

Vollstationäre Pflegeheime und Einrichtungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen können ihren Bewohnern eine gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase anbieten (§ 132 g SGB V). Diese Aufgabe sollen besonders qualifizierte Berater in Abstimmung mit dem behandelnden Arzt übernehmen. Der GKV-Spitzenverband, die Vereinigung der Träger von Pflegeeinrichtungen und die Einrichtungen der Wiedereingliederungshilfe haben dazu eine Vereinbarung abgeschlossen.

Vor diesem Hintergrund hat der Bewertungsausschuss einen neuen Abschnitt 37.4 in den EBM aufgenommen. Ab 1. Januar kann für die Mitbetreuung gem. der Vereinbarung die GOP 37400 abgerechnet werden, die mit 100 Punkten bewertet ist. Sie kann einmal im Behandlungsfall abgerechnet werden.

Die Pauschale 37400 beinhaltet die Zusammenarbeit und den Informationsaustausch des betreuenden Vertragsarztes mit dem besonders qualifizierten Berater über das Angebot der gesundheitlichen Versorgungsplanung und die verwendete Notfalldokumente. Thema ist auch die schriftliche Patientenverfügung für Notfallsituationen, die der Berater erstellt und die vom betreuenden Vertragsarzt unterschrieben werden soll. Außerdem besteht die Möglichkeit, dass der Arzt an einem Beratungsgespräch und / oder einer Fallbesprechung des Beraters mit dem Patienten teilnimmt.

Die Vergütung der GOP 37400 erfolgt extrabudgetär.

Bauchaortenaneurysmenscreening

Die kurative Uro-Genital-Sonographie nach der GOP 33043 ist künftig neben der sonographischen Untersuchung der Bauchaorta nach der GOP 01748 am gleichen Behandlungstag berechnungsfähig. Der bisherige Abrechnungsausschluss wird zum 1. Januar 2019 aufgehoben. So-

Änderungen mit
Wirkung zum
1. Januar 2019

mit können Sie die Uro-Genital-Sonographie und das Ultraschallscreening auf Bauchortenaneurysmen an demselben Behandlungstag durchführen und müssen Patienten nicht an zwei Tagen in die Praxis einbestellen. Bezüglich der Wechselzeiten wird allerdings ein Abschlag auf die Gesamtpunktzahl der GOP 33043 in Höhe von acht Punkten erhoben, wenn die GOP 33043 und 01748 nebeneinander berechnet werden.

Osteodensitometrie wird höher vergütet

Osteodensitometrische Untersuchungen werden besser vergütet. Die Bewertung der GOP 34600 und 34601 wird von 161 auf 268 Punkte angehoben. Zur Finanzierung der Mehrkosten für die Osteodensitometrische Untersuchung I (GOP 34600) wird die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung entsprechend angehoben. Für die Osteodensitometrische Untersuchung II (GOP 34601) bedarf es keiner solchen Regelung, da die Krankenkassen diese Leistung außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung finanzieren.

Extrakorporale Stoßwellentherapie bei Fasciitis plantaris

Die fokussierte und radiale extrakorporale Stoßwellentherapie beim Fersenschmerz bei Fasciitis plantaris wird zum 1. Januar 2019 als neue Leistung in den EBM aufgenommen. Die ärztlichen Aufwände werden über die neue GOP 30440 im Abschnitt 30.4 EBM abgebildet. Die Leistung ist mit 247 Punkten bewertet. Sie wird für mindestens zwei Jahre extrabudgetär vergütet.

Danach dürfen nur Fachärzte für Orthopädie, Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie sowie Fachärzte für physikalische und rehabilitative Medizin die Behandlungsmethode anwenden. Die Patienten wiederum müssen schon mindestens sechs Monate unter Fersenschmerz bei Fasciitis plantaris leiden und dadurch in ihrer gewohnten körperlichen Aktivität eingeschränkt sein. Während dieser Zeit müssen zudem unterschiedliche konservative Therapieansätze sowie Maßnahmen wie Dehnübungen und Schuheinlagen ohne relevante Beschwerdeverbesserung angewandt worden sein. Erst dann dürfen die Ärzte eine Stoßwellentherapie als zusätzliche Maßnahme durchführen.

Die Leistung darf je Fuß bis zu 3 x im Krankheitsfall abgerechnet werden. Dabei muss die Therapie in höchstens zwei aufeinander folgenden Quartalen erfolgen.

Abrechnung des Samstagzuschlages nach GOP 01102 für Fachärzte diagnostische Radiologie und Strahlentherapie möglich.

Zukünftig können auch Fachärzte für diagnostische Radiologie und Strahlentherapie den Zuschlag für die Samstagssprechstunde abrechnen.

Beschluss zur Aufnahme des Zweitmeinungsverfahrens nach der GOP 01645 EBM beschlossen.

Die neue GOP 01645 im Abschnitt 1.6 EBM dient zur Abbildung des aufgrund des Zweitmeinungsverfahrens entstehenden zusätzlichen Aufwandes des Arztes, der die Indikation für eine Zweitmeinung stellt (Indikationsstellender Arzt gem. Zm-RI). Die Leistungsinhalte sind die Aufklärung und Beratung im Zusammenhang mit einem ärztlichen Zweitmeinungsverfahren sowie die Zusammenstellung, Mehrfertigung

und Aushändigung von Befundmitteilungen, Berichten, Arztbriefen und andere patientenbezogene Unterlagen an den Patienten. Die GOP 01645 ist einmal im Krankheitsfall berechnungsfähig und mit 75 Punkten bewertet. Alle Leistungen, die im Rahmen des Zweitmeinungsverfahrens durchgeführt werden, werden für drei Jahre außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütet.

Einleitung der Zweitmeinung

Abzurechnen ist die Leistung nach der GOP 01645 mit einer entsprechenden Buchstabenkennzeichnung.

GOP	Inhalt
01645 A	Zweitmeinungsverfahren bei einer bevorstehenden Mandeloperation
01645 B	Zweitmeinungsverfahren bei einer bevorstehenden Gebärmutterentfernung

Berechnung und Dokumentation der im Zweitmeinungsverfahren durchgeführten und abgerechneten Leistungen

Abzurechnen ist, die jeweils zutreffende Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale sowie die Gebührenordnungspositionen für ggf. medizinisch notwendige Untersuchungsleistungen gem. § 3 Absatz 2 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zum Zweitmeinungsverfahren. Zusätzlich erfolgt eine indikationsspezifische Kennzeichnung dieser GOP als Freitext im Feld Freier Begründungstext (KVDT Feldkennung 5009) mit den nachstehenden Codes.

Freier Begründungstext	Inhalt
88200 A	Zweitmeinungsverfahren bei einer bevorstehenden Mandeloperation
88200 B	Zweitmeinungsverfahren bei einer bevorstehenden Gebärmutterentfernung

Zum Genehmigungsverfahren für das Zweitmeinungsverfahren (nicht indikationsstellender Arzt der die GOP 01645 A/01645 B abgerechnet), erhalten Sie noch gesonderte Informationen.

Anpassung der humangenetischen Beratungs- und Beurteilungsleistungen in der Mutterschaftsvorsorge, der Empfängnisregelung und der Reproduktionsmedizin

Für die humangenetischen Beurteilungsleistungen hat der Bewertungsausschuss mehrere Änderungen beschlossen. Unter anderem werden einzelne GOP gestrichen und inhaltlich neu gefasst. Dies betrifft humangenetische Beurteilungsleistungen in der Mutterschaftsvorsorge, der Empfängnisregelung und der Reproduktionsmedizin. Die wichtigsten Änderungen:

Änderungen mit
Wirkung zum
1. April 2019

- Die humangenetischen Beurteilungsleistungen der GOP 01790 bis 01792, 01835 bis 01839 und 08570 bis 08574 werden gestrichen und in Struktur- und Vergütungssystematik den kurativen Beurteilungsleistungen mit einer Zeittaktung von jeweils 20 Minuten Dauer angepasst.
- Zukünftig wird die humangenetische Beurteilung gemäß der Mutterschafts-Richtlinien nach der Schwere der Erkrankung differenziert. Insoweit in einer weiterführenden Untersuchung (sonographische Diagnostik, Untersuchung von Nabelschnurblut, Fruchtwasser und/oder Chorionzotten- oder Plazentagewebe) ein Hinweis auf eine genetisch bedingte Erkrankung des Fötus vorliegt, kann der höher bewertete Zuschlag 01796 zur Grundleistung GOP 01794 bis zu neunmal im Krankheitsfall berechnet werden; andernfalls der Zuschlag GOP 01795 bis zu dreimal im Krankheitsfall. Alle Leistungen können bei erneuter Schwangerschaft im selben Krankheitsfall erneut bis zu ihrem jeweiligen Höchstwert berechnet werden.
- Die humangenetische Beurteilung GOP 01841 gemäß der Richtlinie zur Empfängnisregelung und zum Schwangerschaftsabbruch und die humangenetische Beurteilung GOP 08575 gemäß den Richtlinien über die künstliche Befruchtung entsprechen im Leistungsinhalt und in der Leistungsbewertung der GOP 11233. Beide können bis zu sechsmal im Krankheitsfall berechnet werden. Eine Differenzierung dieser Leistungen nach Schweregrad der Erkrankung war aus Sicht des Bewertungsausschusses jeweils nicht erforderlich. Die Beurteilung umfasst grundsätzlich auch die Beratung des Partners.

Anpassung der humangenetischen in-vitro-diagnostischen Leistungen der Empfängnisregelung und der Reproduktionsmedizin

Die Zuschläge (GOP 01842 und 08576) zu den in-vitro-diagnostischen Leistungen des EBM-Abschnitts 11.4.3 vergüten deren Gemeinkosten und Befundung und entsprechen der kurativen Leistung (GOP 11302). Die in-vitro-diagnostischen Leistungen sind dem EBM-Abschnitt 11.4 zu entnehmen und nach Maßgabe der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen zu kennzeichnen. Die Leistungen der Empfängnisregelung sind daher mit dem Suffix „U“ und für die künstliche Befruchtung mit dem Suffix „X“ für die zutreffenden Leistungen zu kennzeichnen.

Anpassung des Höchstwertes für die Abrechnung der GOP 11234

Aufgrund der Analyse zu den Auswirkungen der Neufassung der humangenetischen Beurteilungsleistungen mit Wirkung zum 1. Oktober 2015 wurde der Höchstwert der GOP 11234 (Zuschlag zur GOP 11233 „Ausführliche humangenetische Beurteilung wegen evidentem genetischen und/oder teratogenen Risiko von bis zu 20 Minuten Dauer“) von drei- auf fünfmal im Krankheitsfall erhöht. Für die GOP 11235 und 11236 wurden die vereinbarten Höchstwerte als sachgerecht bewertet.

Anpassung der Bestimmung 11.4 Nummer 2

Im Fall von vorgeburtlicher Diagnostik werden alle durchgeführten Untersuchungen dem Krankheitsfall der Schwangeren zugerechnet. Mit der Konkretisierung der Bestimmung 11.4 Nummer 2 stellt der Bewertungsausschuss fest, dass die Höchstwertregelungen in dieser besonderen

Konstellation jeweils für den einzelnen Fötus und für die Schwangere gelten.

Anpassung des Anhangs 2 zum EBM an die OPS-Version 2019

Der Anhang 2 des EBM wird an den Operationen und Prozedurenschlüsseln (OPS) Version 2019 angepasst. Dabei handelt es sich um die Aufnahme von OPS-Codes in der Version 2019 und die Streichung von ungültigen (beendeten) OPS-Codes. Die Anpassungen beruhen auf der jährlichen Aktualisierung des OPS durch das Deutsche Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI).

Die kompletten Beschlüsse wurden auf der Internetseite des Instituts des Bewertungsausschusses unter <http://Institut-BA.de/BA/Beschluesse.html> veröffentlicht.

Website Bewertungsausschuss

1.2. Abrechnung der KVN-internen GOP 89118A bis 89120R (Pneumokokken-Impfung)

Die KVN erhält zunehmend Berichtigungsanträge von Krankenkassen für die GOP 89118A bis 89120 R (Pneumokokken-Impfung). Der Großteil bezieht sich auf nicht korrekt abgerechnete Impfzyklen, z. B. 1x 89118 A und 2x 89118 B statt umgekehrt oder jährliche Auffrischungsimpfungen für Personen > 60 Jahre. Mit dem als Anhang beigefügten Schaubild möchten wir Ihnen die unterschiedlichen Abrechnungen der Pneumokokken-Impfung darstellen.

Wir werden mit Wirkung ab dem 2. Quartal 2019 das Plausibilitätsprogramm dahingehend anpassen, dass abgerechnete Pneumokokken-Impfungen außerhalb der genannten Zeiträume gestrichen werden.

Anlage 5.1: Schaubild

1.3. Neue Impfhonorare ab 1. Januar 2019

Die KVN hat mit den Verbänden der gesetzlichen Krankenkassen in Niedersachsen eine Anhebung der Impfhonorare vereinbaren können.

Die jeweiligen Impfvereinbarungen mit den aktuellen Vergütungen werden in Kürze im KVN-Portal unter der Rubrik Verträge/Sonstige Verträge/GKV-Impfvereinbarungen eingestellt sein.

Die überarbeiteten Impfübersichten mit den einzelnen Vergütungen und den KVN-internen Gebührenordnungspositionen finden Sie dann ebenfalls im KVN-Portal - unter der Rubrik Abrechnung/KVN-interne Gebührenordnungsnummern.

Die Vergütungen für die BKK und die IKK stehen noch unter Vorbehalt der Unterzeichnung der Impfvereinbarungen.

2. Verordnungen

2.1. Zytiga® (Abirateronacetat) als Praxisbesonderheit anerkannt

Zytiga® (Wirkstoff Abirateronacetat) wurde nach einer Vereinbarung zwischen dem GKV-Spitzenverband und dem pharmazeutischen Unternehmer Janssen Cilag GmbH neben den bereits bestehenden Praxisbesonderheiten nun in einem weiteren Anwendungsgebiet als Praxisbesonderheit anerkannt:

1. seit dem 1. Oktober 2012 ab dem ersten Behandlungsfall in dem Anwendungsgebiet mit Zusatznutzen laut G-BA-Beschluss vom 29. März 2012:
 - Patienten mit metastasiertem kastrationsresistentem Prostatakarzinom, die während oder nach einer Docetaxelhaltigen Chemotherapie progredient sind und für die eine erneute Behandlung mit Docetaxel nicht mehr infrage kommt.
2. seit dem 15. Januar 2013 ab dem ersten Behandlungsfall im Anwendungsgebiet mit Zusatznutzen laut G-BA-Beschluss vom 4. Juli 2013:
 - Patienten mit metastasiertem kastrationsresistentem Prostatakarzinom mit asymptomatischem oder mild symptomatischem Verlauf der Erkrankung nach Versagen der Androgenentzugstherapie, bei denen eine Chemotherapie noch nicht klinisch indiziert ist.
3. seit dem 17. November 2018 ab dem ersten Behandlungsfall im Anwendungsgebiet mit Zusatznutzen laut G-BA-Beschluss vom 7. Juni 2018:
 - Patienten mit neu-diagnostiziertem Hochrisiko-metastasiertem hormonsensitivem Prostatakarzinom (mHSPC).

In jedem der genannten Anwendungsgebiete stellte der G-BA einen Hinweis auf einen beträchtlichen Zusatznutzen fest. Weitere Anwendungsgebiete sind nicht von der Praxisbesonderheit umfasst. Die jeweilige Anerkennung als Praxisbesonderheit besteht, solange Janssen Cilag GmbH Zytiga® in Deutschland vertreibt und gilt nicht bei der Anwendung von Abirateronacetat außerhalb des bestimmungsgemäßen Gebrauchs ("Off Label Use").

Es wird darauf hingewiesen, dass die Behandlung von einem auf dem Gebiet des Prostatakarzinoms erfahrenen Facharzt für Urologie oder Facharzt für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie eingeleitet und überwacht werden muss. Zytiga® darf nur bei Patienten mit ECOG-Leistungsstatus 0,1 oder 2 angewendet werden.

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

Beträchtlicher Zusatznutzen

2.2. Änderung der Anlage II (Lifestyle-Arzneimittel) der Arzneimittelrichtlinie

Mit Wirkung zum 18. Januar 2019 wurde die Anlage II der Arzneimittel-Richtlinie wie folgt geändert:

1. Der Tabelle zu dem Abschnitt „Abmagerungsmittel (zentral wirkend)“ werden folgende Zeilen angefügt:

Wirkstoff	Fertigarzneimittel, alle Wirkstärken
„Fucus vesiculosus	Fucus-Gastreu S R59 Gracia Redumax“
„Calotropis gigantea (madar)	Cefamadar“

2. Der Tabelle zu dem Abschnitt „sexuelle Dysfunktion“ werden in der Zeile zum Wirkstoff „G 04 BE 08 Tadalafil“ nach dem Fertigarzneimittelnamen „CIALIS“ die Wörter „alle generischen Tadalafil Fertigarzneimittel“ angefügt.
3. Der Tabelle zu dem Abschnitt „Verbesserung des Haarwuchses“ werden folgende Zeilen angefügt:

Wirkstoff	Fertigarzneimittel, alle Wirkstärken
„H 02 AB 01 Betamethasonacetat (gilt für das Anwendungsgebiet Alopecia areata)	Celestan alle generischen Betamethasonacetat Fertigarzneimittel“
„H 02 AB 08 Triamcinolon (Triamcinolon-nacetonid, Triamcinolonhexacetonid) (gilt für das Anwendungsgebiet Alopecia areata)	Volon Lederlon alle generischen Triamcinolon Fertigarzneimittel“

Die in der Anlage II aufgeführten Wirkstoffe bzw. Fertigarzneimittel sind in den genannten Indikationen 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. Verordnungsmengen von lokalen Glaukommitteln

Aus aktuellem Anlass möchten wir darauf hinweisen, dass auch Verordnungen von lokalen Glaukommitteln neben der Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit medizinisch ausreichend sein müssen. Die ausreichende Menge ergibt sich aus den Dosiervorgaben der Fachinformatio-

A

Nicht zu Lasten der GKV verordnungsfähig

nen sowie den dort angegebenen Aufbrauchfristen. Die Ausstellung eines Privatrezeptes ist für Arzneimittel, für die eine Leistungspflicht der GKV besteht und die medizinisch zweckmäßig, wirtschaftlich und ausreichend sind, auch für Teilmengen nicht zulässig.

Eine verordnete Menge von 3 x 5 ml Fläschchen ist für maximal 84 Tage und demnach nicht für drei Monate ausreichend, da ein Fläschchen in der Regel eine Aufbrauchfrist von 28 Tagen aufweist. Bitte beachten Sie zudem, dass für viele Glaukomaugentropfen auch Packungen mit 6 x 5 ml verfügbar sind und diese bei einer Dauertherapie die wirtschaftliche Option darstellen.

Beispiel

2.4. Gemeinsame Arbeitsgruppe Arzneimittel - Informationsschreiben zum Thema „Wirtschaftliche Verordnung von oralen Opioiden“

Im Anhang finden Sie das aktualisierte Informationsschreiben der AG GKV/KVN Arzneimittel zu dem Thema „Wirtschaftliche Verordnung von oralen Opioiden“. Darin wird mit Bezug auf das Arzneimittelziel „Leitsubstanzquote Opioid“ auf die wirtschaftliche Verordnungsweise von stark wirksamen Opioiden hingewiesen.

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

Anlage 5.2: Infoschreiben

2.5. Neue Sprechstundenbedarfsvereinbarung zum 1. Januar 2019

Im Rahmen der Verordnung von Impfstoffen kommt es immer wieder zu der Frage, ob diese zur Grundausstattung für die Praxis zählen und daher wie die restlichen Sprechstundenbedarfsartikel zu Beginn der Praxistätigkeit vom Arzt selber zu kaufen sind. Die Ersatzbeschaffung für verbrauchte SSB-Artikel - unabhängig ob Impfstoffe oder andere Produkte - kann immer zu Lasten der GKV erfolgen. Die Einordnung der Impfstoffe in der SSB-Vereinbarung ist bislang nicht sauber geschehen, so dass nun eine Klarstellung in der Vereinbarung erfolgt. Diese Klarstellung ist keine neue Regelung, sondern gibt nur die bisherige Auslegung der Vereinbarung wider.

Der § 4 Absatz 2 der Sprechstundenbedarfsvereinbarung hat deshalb folgende Formulierung erhalten (neu = Fettdruck):

Die erforderliche Beschaffung der Grundausstattung der Praxis darf nicht als Sprechstundenbedarf verordnet werden. **Grippeimpfstoffe dürfen bestellt werden, sie gehören nicht zur Grundausstattung.** Alle anderen Impfstoffe gehören zur Grundausstattung. Die erste Ersatzbeschaffung darf im Rahmen dieser Vereinbarung erst zum Ende des Quartals der Praxiseröffnung verordnet werden.

Die Neufassung der SSB-Vereinbarung ist im Internet unter <http://www.kvn.de/Ueber-uns/Amtliche-Bekanntmachungen/> veröffentlicht.

2.6. Umsetzung der Fälschungsschutzrichtlinie (2011/62/EU)

Mit Wirkung zum 9. Februar 2019 wird in Deutschland die EU-Fälschungsschutzrichtlinie umgesetzt. Das Ziel der zugehörigen Maßnahmen ist es, Patienten besser vor gefälschten Arzneimitteln zu schützen.

Die Fälschungsschutzrichtlinie sieht unter anderem vor, dass Arzneimittelpackungen ein individuelles Erkennungsmerkmal sowie einen Erstöffnungsschutz aufweisen müssen. Die Regelungen gelten für alle verschreibungspflichtigen Humanarzneimittel bis auf wenige Ausnahmen und für einzelne nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel (bislang nur Omeprazol in den Wirkstärken 20 mg und 40 mg).

Ab dem 9. Februar 2019 dürfen nur noch Arzneimittel mit diesen Sicherheitsmerkmalen in Verkehr gebracht werden. Arzneimittelpackungen, die vor dem 9. Februar 2019 für das Inverkehrbringen freigegeben wurden, dürfen - unabhängig davon, ob sie die Sicherheitsmerkmale tragen oder nicht - bis zum Ende ihrer Verfallzeit abgegeben werden.

Ärzte sind primär nicht von der Umsetzung der Fälschungsschutzrichtlinie betroffen. Allerdings kann es sein, dass Sie mit Fragen der Patienten konfrontiert werden, da es insbesondere zu Beginn zu Verunsicherung bei den Patienten oder auf Grund der Verifizierung bei der Abgabe des verordneten Arzneimittels zu Umsetzungsproblemen in den Apotheken kommen kann.

Weiterführende Informationen finden Sie im KVN-Portal unter Verordnungen/Arzneimittel/Veröffentlichungen unter der Überschrift „Weitere Veröffentlichungen“ sowie unter www.securpharm.de

Fragen von Patienten

3. Allgemeine Hinweise

3.1. Achtung: Abofalle am Telefon

Im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen (KVN) haben einige Arzt- und Psychotherapeutenpraxen Anrufe im Namen von Firmenscout24 aus Zürich erhalten.

Die Masche von Firmenscout24: Die Anruferin oder der Anrufer gibt sich am Telefon als Mitarbeiter von Google aus. Es gehe um den Google-Eintrag der Praxis, der mal kostenfrei war und jetzt kostenpflichtig werde. Außerdem könne das Ranking der Praxis in der Google-Suche verbessert werden. Die Anruferin oder der Anrufer bewegt den Angerufenen zu mehreren „Jas“ am Telefon. Diese „Jas“ werden aufgezeichnet und als Zustimmung für einen Vertragsabschluss gewertet.

Unmittelbar nach dem Anruf erfolgt die Rechnung von Firmenscout24. Zwischen 550 und 850 Euro betragen die Gebühren. Zahlt man nicht, wird ein Inkassobüro mit der Beitreibung beauftragt, was die Kosten und die Unannehmlichkeiten für die Praxis abermals erhöht.

Telefonat am besten sofort beenden

Wie immer sollten eingehende Rechnungen stets auf ihre Berechtigung hin überprüft werden. Gerade Forderungen, die aufgrund der oben beschriebenen Maschen zustande gekommen sind, können angreifbar sein.

Noch besser: Telefongespräche, die sich um Google-Einträge der Praxis drehen, sofort beenden.

3.2. Überarbeitete Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinie (Check up) noch nicht anwendbar

Aus gegebenem Anlass möchten wir nochmals darauf hinweisen, dass weiterhin die Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinie in der alten Fassung gilt.

Mit dem November Rundschreiben hatten wir Sie im letzten Jahr über den Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zur grundlegenden Neugestaltung des Check-ups Erwachsener informiert. Die Änderungen sind am 25. Oktober 2018 in Kraft getreten.

Der Bewertungsausschuss prüft derzeit die Anpassung des EBM. Hierfür hat er sechs Monate ab Inkrafttreten Zeit. Erst wenn über eine EBM-Anpassung entschieden wurde, ist die überarbeitete Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinie anzuwenden und die Vertragsärzte können die neuen Leistungen abrechnen.

3.3. Integrierte Versorgung mit der DAK-Gesundheit -Hüft-/Knie-TEP-gekündigt

Der IGV-Vertrag der DAK-Gesundheit mit diversen Krankenhäusern und Reha-Einrichtungen lief zum 31. Dezember 2018 aus. Die GOP 98160 (Einschreibung) und 98161 (Abschlussbericht) sind für teilnehmende Ärzte bis 31. März 2019 abrechenbar.

Bis 31. März 2019
abrechenbar

3.4. Integrierte Versorgung - Psychische und psychosomatische Versorgung zwischen der DAK-Gesundheit und der Fachklinik Bad Pyrmont gekündigt

Der IGV-Vertrag mit der psychosomatischen Fachklinik Bad Pyrmont lief zum 30. Juni 2018 aus. Die GOP 98110 bis 98114 sind für teilnehmende Ärzte bis 31. März 2019 abrechenbar.

3.5. Integrierte Versorgung - Psychische und psychosomatische Versorgung zwischen der DAK-Gesundheit und Diana Klinik, Bad Bevensen gekündigt

Der IGV-Vertrag über die psychische und psychosomatische Versorgung lief zum 30. Juni 2018 aus. Die GOP 98100 bis 98103 sind für teilnehmende Ärzte bis 31. März 2019 abrechenbar.

3.6. Nachweis der jährlichen Fortbildungspflicht aus Sonderverträgen - Fortbildungspflicht des Jahres 2018

Der Nachweis für die Erfüllung der Fortbildungspflicht im Rahmen von Vertragsteilnahmen an Sonderverträgen für das Jahr 2018 kann bis zum Stichtag 30. Juni 2019 im KVN-Portal unter Online-Dienste/Fortbildungspflicht aus Sonderverträgen angezeigt werden. In der Folge ist eine Übersendung der Nachweise in Papierform nicht mehr notwendig, sobald die relevanten Fortbildungen für das betreffende Kalenderjahr digital im KVN-Portal gekennzeichnet wurden. Zudem informiert die dortige arztindividuelle Übersicht, zu welchen speziellen Fortbildungen sich Vertragsteilnehmer im Rahmen von Sonderverträgen zur Aufrechterhaltung der Abrechnungsgenehmigung verpflichtet haben.

Stichtag 30. Juni 2019

3.7. Kurs „Suchtmedizinische Grundversorgung“ - noch Plätze frei

Die Ärztekammer Niedersachsen (ÄKN) macht darauf aufmerksam, dass für den Kurs „Suchtmedizinische Grundversorgung“ während der Langeooger Fortbildungswochen 2019 noch Plätze frei sind. Der Kurs findet von Sonntag, dem 2. Juli, bis Donnerstag, dem 6. Juli, auf Langeoog statt. Für den Kurs sind 50 Fortbildungspunkte anrechenbar. Der Preis liegt bei 650 Euro inklusive Fahrkarte und Gepäckgutschein. Weitere Informationen unter www.aekn.de/fortbildung/langeooger-fortbildungswochen

2. bis 6. Juli

3.8. Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung (EUTB) im Landkreis Leer

Die EUTB ist eine niedrigschwellige Beratung „auf Augenhöhe“ von Betroffenen für Betroffene. Im Mittelpunkt steht die Stärkung der Selbstbestimmung und Teilhabe von Menschen mit Behinderung und Menschen, die von Behinderung bedroht sind. Die EUTB hilft Betroffenen selbstbestimmt zu leben und ihre gesellschaftliche und berufliche Teilhabe zu fördern. Mehr Selbstbestimmung ist aber nur möglich, wenn Betroffene mögliche Leistungen und Hilfen kennen und wissen, wie sie diese nutzen können. Daher gibt die EUTB Rat und Orientierung ganz nach den individuellen Fragestellungen und Bedürfnissen der Betroffenen - egal, ob es um Arbeit, Mobilität, soziale Beziehungen, barrierefreies Wohnen, Umgang mit Behörden, Antragsstellung oder andere Themen geht. Weitere Informationen finden Sie im beigefügten Flyer.

Anlage 5.3: Flyer

4. Veranstaltungen im März und April 2019

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

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

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

Name	Ort	Datum	Gebühr p. P.
Qualitäts- und Praxismanagement			
Auf dem Weg zum Erfolgsteam	Hannover	23.Mär	125 Euro
Datenschutz in der Arztpraxis	Verden	24.Apr	50 Euro
Kurze Wartezeiten - Gutes Terminsystem	Hannover	27.Mär	89 Euro
Medizinprodukte-Aufbereitung Workshop Teil 1	Hannover	20.Mär	95 Euro
Personalführung für PraxismitarbeiterInnen	Hannover	02.Apr	139 Euro
Präventionsleistungen und Impfungen	Braunschweig	27.Mär	kostenlos
Praxisbegehungen durch das Gesundheitsamt	Hannover	13.Mär	kostenlos
Qualitätsmanagement ganz einfach	Oldenburg	26.Apr	100 Euro
Raus aus der Stressfalle für Praxismitarbeiter	Hannover	26.Mär	150 Euro
Teamführung und Konfliktprävention	Aurich	20.Mär	40 Euro
Abrechnung und Verordnung			
Abrechnung aktuell	Oldenburg	13.Mär	kostenlos
Abrechnung aktuell	Aurich	27.Mär	kostenlos
Abrechnung aktuell	Aurich	27.Mär	kostenlos

Abrechnung aktuell	Aurich	03.Apr	kostenlos
Abrechnung aktuell	Aurich	03.Apr	kostenlos
Arztinformationsveranstaltung Heilmittel	Aurich	28.Mär	kostenlos
Heilmittelverordnung	Osnabrück	13.Mär	kostenlos
Heilmittelverordnung in Theorie und Praxis	Hannover	19.Mär	kostenlos
Heilmittelverordnung in Theorie und Praxis	Göttingen	20.Mär	kostenlos
Heilmittelverordnung in Theorie und Praxis	Osnabrück	27.Mär	kostenlos
Heilmittelverordnung in Theorie und Praxis	Braunschweig	24.Apr	kostenlos
Heilmittel-Verordnungs-Dschungel	Cuxhaven	09.Apr	kostenlos
Honorarbescheid lesen und verstehen	Oldenburg	03.Apr	kostenlos
IGeLn leicht gemacht	Stade	27.Mär	kostenlos
Medizinische und psychotherapeutische Themen			
Diabetisches Fußsyndrom	Oldenburg	24.Apr	kostenlos
EBM - Präventionsleistungen in der Arztpraxis	Osnabrück	03.Apr	kostenlos
Wirtschaftsseminare			
Modul I Meine eigene Praxis - Impulse für den Start	Hildesheim	27.Mär	kostenlos
Modul I Meine eigene Praxis - Impulse für den Start	Verden	30.Mär	kostenlos
Modul II Meine eigene Praxis - So gelingt der Start	Hannover	24.Apr	kostenlos
Meine Zukunft planen - Impulse für die Praxisabgabe	Oldenburg	27.Feb	kostenlos
Meine Zukunft planen - Impulse für die Praxisabgabe	Hildesheim	13.Mär	kostenlos

Verbindliche Anmeldung (bitte vollständig ausfüllen)

Fax an 0511 380-4620

Ich nehme am Seminar

mit _____ Person/en teil.

Datum des Seminars

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

Vor- und Nachname des Rechnungsempfängers (Praxis)

Anschrift des Rechnungsempfängers (Straße, PLZ, Ort)

LANR

BSNR

E-Mail-Adresse

Telefonnummer für evtl. Rückfragen

Datum

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

Stempel

5. Anlagenverzeichnis

5.1. Schaubild

5.2. Infoschreiben

5.3. Flyer

5.4. Sammelerklärung

**Abrechnung der KVN-internen GOP 89118A bis 89120R
(Pneumokokken-Impfung)**

Schaubild:

Indikation	Impfstoff	Anwendung	Abrechnung
Grundimmunisierung reifgeborene Säuglinge im Alter von 2, 4 und 11 bis 14 Monaten	13-valenter Konjugat- Impfstoff (PCV13)	erste und zweite Impfung	89118 A
		dritte Impfung	89118 B
Grundimmunisierung frühgeborene Säuglinge im Alter von 2, 3, 4 und 11 bis 14 Monaten	13-valenter Konjugat- Impfstoff (PCV13)	erste, zweite und dritte Impfung	89118 A
		vierte Impfung	89118 B
Personen > 60 Jahre - einmalige Impfung	23-valente Polysaccharid- Impfstoff (PPSV23)	eine Impfung	89119
Personen > 60 Jahre - Wiederholungsimpfung	23-valente Polysaccharid- Impfstoff (PPSV23)	eine Impfung im Abstand von mindestens 6 Jahren und nach individueller Indikationsstellung (keine routinemäßige Aufrischung!)	89119 R
		weitere Impfungen jeweils im Abstand von mindestens 6 Jahren und nach individueller Indikationsstellung (keine routinemäßige Aufrischung!)	89119 R
Indikationsimpfung für Personen mit angeborenen oder erworbenen Immundefekten bzw. Immunsuppression	Sequenzielle Impfung mit PCV13 gefolgt von PPSV23 nach 6 – 12 Monaten, wobei PPSV23 erst ab dem Alter von 2 Jahren gegeben werden soll	erste und zweite Impfung	89120
Indikationsimpfung für Personen mit sonstigen chronischen Krankheiten	Personen ab dem Alter von 16 Jahren erhalten eine Impfung mit PPSV23. Personen im Alter von 2 – 15 Jahren erhalten eine sequenzielle Impfung mit PCV13 gefolgt von PPSV23 nach 6 – 12 Monaten.	erste und ggf. zweite Impfung	89120

Indikationsimpfung bei anatomischen und fremdkörperassoziierten Risiken für Pneumokokken-Meningitis	Sequenzielle Impfung mit PCV13 gefolgt von PPSV23 nach 6 – 12 Monaten, wobei PPSV23 erst ab dem Alter von 2 Jahren gegeben werden soll	erste und zweite Impfung	89120
alle Indikationsimpfungen - Wiederholungsimpfung	23-valente Polysaccharid-Impfstoff (PPSV23)	eine Impfung im Abstand von mindestens 6 Jahren	89120 R
		weitere Impfungen jeweils im Abstand von mindestens 6 Jahren	89120 R

Gemeinsame Arbeitsgruppe Arzneimittel

Kassenärztliche Vereinigung
Niedersachsen

Verbände der gesetzlichen
Krankenkassen in Niedersachsen



Wirtschaftliche Verordnung von oralen Opioiden

Über die Einhaltung von Arzneimittelzielen besteht die Möglichkeit, sich von einer Durchschnittswertprüfung zu befreien. Diese Ziele wurden zwischen der KVN und der GKV in Niedersachsen in der Arzneimittelzielvereinbarung 2019 gemeinsam neu festgelegt.

In einigen Vergleichsgruppen ist als Spezialziel die „Leitsubstanzquote Opiode“ vereinbart worden. Hier zählen fast alle Wirkstoffe, die bereits generisch auf dem Arzneimittelmarkt verfügbar sind, positiv innerhalb der Quote – sowohl als Generika als auch als sogenannte Alt-Originale. **Ausnahme:** Die Wirkstoffkombination Oxycodon/Naloxon und der Wirkstoff Tapentadol. Beide zählen nicht positiv innerhalb der Leitsubstanzquote Opiode.

Positiv zählende Wirkstoffe in der Leitsubstanzquote Opiode	Nicht positiv zählende Wirkstoffe in der Leitsubstanzquote Opiode
Morphin, Hydromorphon, Oxycodon, Pethidin, Fentanyl, Buprenorphin	Kombination Oxycodon/Naloxon, Tapentadol

Die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) und die KBV sehen retardiertes orales Morphin als Opioid der ersten Wahl an. Oxycodon und Hydromorphon in retardierter Form können eine orale Alternative sein¹. Tapentadol wird als therapeutische Reserve angesehen. Die Kombination Oxycodon/Naloxon wird hinsichtlich der analgetischen Wirksamkeit als nicht besser als andere zur Verfügung stehende stark wirksame Opioiden bewertet. Bei Patienten unter Laxantientherapie ist ein klinischer Zusatznutzen nicht gesichert.

Empfehlung: Verordnen Sie Tapentadol und die Wirkstoffkombination aus Oxycodon/Naloxon aus wirtschaftlichen Gründen zurückhaltend, um die Mindestquote zu erfüllen. Setzen Sie bei der Verordnung der patentfreien stark wirksamen Opiode kein Autidem-Kreuz, um die wirtschaftliche Versorgung zu fördern.

Stand: 01/2019

¹ Kassenärztliche Bundesvereinigung, Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (2012). Wirkstoff AKTUELL Tapentadol (05/2018) bzw. Oxycodon/Naloxon (6/2012)

Träger der EUTB

Das Wichtigste für eine kompetente Beratung rund um das Thema Teilhabe und Behinderung ist eine zentrale Anlaufstelle.

Durch die Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung, die EUTB, wurde genau dies nun umgesetzt.



Der SoVD ist Träger von insgesamt acht EUTB-Beratungsstellen in Niedersachsen. Durch seine landesweit 43 SoVD-Beratungszentren und vor allem durch seine Unabhängigkeit ist der Verband ein qualifizierter Träger für die EUTB.

Der SoVD in Niedersachsen setzt sich seit über 100 Jahren für seine mehr als 276.000 Mitglieder ein und steht ihnen mit Rat und Tat zur Seite. Er bietet ihnen kompetente Beratung und Unterstützung rund um die Themen Rente, Pflege, Behinderung, Gesundheit, Hartz IV sowie Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht.

Mehr Infos finden Sie im Internet unter www.sovd-nds.de.

Kontakt



EUTB Leer

Gleiwitzer Hof 22 A | 26789 Leer
Telefon: 0491 / 98796929
E-Mail: eutb@sovnd-leer-emden.de
www.teilhabeberatung.de

Öffnungszeiten:

Mo. + Mi.: 09.00 - 12.30 Uhr
Weitere Termine nach Vereinbarung.

Ihre Ansprechpartnerinnen:

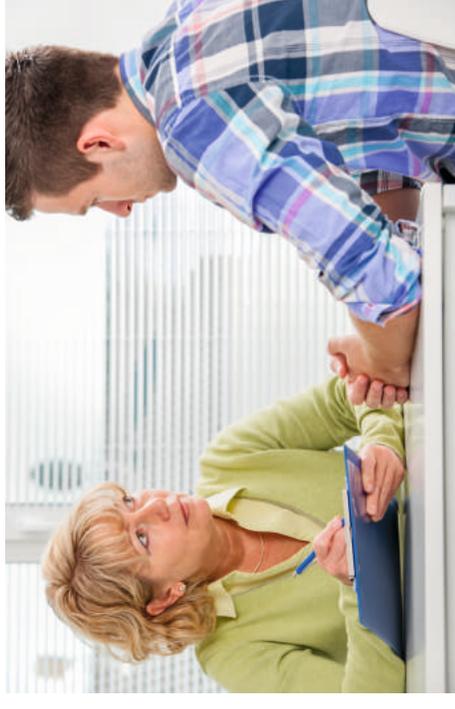
Carmen Solleremann
Inga Flecken

Erreichbarkeit mit dem ÖPNV:

Ab Leer, Bahnhof, ca. 250 m Fußweg zur Bushaltestelle Unkel, Linie 651, Stadtverkehr, bis Haltestelle Berliner Ring/Gleiwitzer Hof. Von dort erreichen Sie nach ca. 100 m Fußweg die EUTB, Gleiwitzer Hof 22 A im Gebäude des SoVD.

Nächstgelegene Behindertenparkplätze:

Behinderten-Parkplätze befinden sich direkt am Gebäude. Die Beratungsstelle ist mit dem Rollstuhl barrierefrei zugänglich.



Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung (EUTB)

„Eine für Alle“

Gefördert durch:



Bundesministerium
für Arbeit und Soziales

Gefördert durch:



Bundesministerium
für Arbeit und Soziales



Ergänzende unabhängige
Teilhabeberatung

Träger:



Sozialverband
Deutschland
Landesverband Niedersachsen e.V.

Die EUTB

Wen berät die EUTB?

Die Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung (EUTB) unterstützt und berät alle Menschen mit Behinderungen, von Behinderung bedrohte Menschen, aber auch deren Angehörige kostenlos in allen Fragen zur Rehabilitation und Teilhabe.

Die EUTB versteht sich als Wegweiser und Vermittlungsplattform für alle Ratsuchenden zu den Themen Teilhabe und Behinderung. Darüber hinaus werden Menschen mit Behinderungen ermutigt, Ziele und Pläne für ihr Leben zu entwickeln. Dadurch soll die Handlungsfähigkeit der Betroffenen gestärkt werden.

Teilhabe

Hilfsmittel

Assistenzleistungen

Rehabilitation

Perspektiven

individuelle Bedürfnisse

Unsere Beratung

Wie berät die EUTB?

- **Im Vorfeld** der Beantragung von Leistungen
- Auf „Augenhöhe“, damit Sie **selbstbestimmt** Entscheidungen treffen können
- **Unabhängig** von Trägern, die Leistungen bezahlen oder erbringen
- **Ergänzend** zur Beratung anderer Stellen
- **Rat und Orientierung** gebend
- Ganz nach Ihren **individuellen Bedürfnissen**



Themen der Beratung

Wozu berät die EUTB?

Die Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung (EUTB) unterstützt Sie in Fragen zur Teilhabe. Die einzelnen Themen können dabei sehr unterschiedlich sein und hängen mit Ihren persönlichen Wünschen und Ihrer aktuellen Lebenssituation zusammen. Themen können zum Beispiel sein:

- Arbeit
- Assistenz
- Ausbildung
- Barrierefreies Wohnen
- Freizeit
- Hilfsmittel
- Persönliches Budget
- Schule

Beratung auf Augenhöhe

Die Beratung von Betroffenen für Betroffene (**Peer Counseling**) spielt eine wesentliche Rolle.

Rechtliche Beratung und Begleitung im Widerspruchs- und Klageverfahren werden nicht angeboten.



Informationen für die Praxis

KVN-Rundschreiben

Januar 2019

Inhaltsverzeichnis

1. Abrechnung	2
1.1. Amsler-Gittertest nicht nach der GOP 06330 berechnungsfähig	2
2. Verordnungen	2
2.1. Tecentriq® (Atezolizumab) in Teilindikationen als Praxisbesonderheit anerkannt.....	2
2.2. Änderung der Anlage V (verordnungsfähige Medizinprodukte) der Arzneimittel-Richtlinie, Fristverlängerung von 1xklysmo salinisch, BD PosiFlush™ SP und BD PosiFlush™ XS	4
2.3. Gemeinsame Arbeitsgruppe Arzneimittel - Informationsschreiben zum Thema „Rheumatoide Arthritis - Biologika/Biosimilars“	4
2.4. Wegfall der Genehmigungspflicht für Krankenfahrten von pflegebedürftigen und schwerbehinderten Personen ab 1. Januar 2019	5
2.5. Ablösepaket Arzneimittel 2019	5
2.6. Prüfanträge der AOK Niedersachsen zu Antiallergika	6
2.7. Carboplatin bei fortgeschrittenem nicht-kleinzelligem Bronchialkarzinom (NSCLC) - Änderung der Anlage VI (Off-Label-Use) der Arzneimittel-Richtlinie.....	6
3. Allgemeine Hinweise	7
3.1. Bewertungsausschuss beschließt rückwirkenden Zuschlag nach der GOP 01650 EBM zur Qualitätssicherung und zur Vermeidung nosokomialer Infektionen - postoperative Wundinfektionen	7
3.2. Alte Teilnahme- und Einwilligungserklärungen (TE/EWE) im Rahmen der Disease-Management-Programme (DMP) werden ab 1. Januar 2019 von der Datenstelle abgewiesen.....	8
3.3. Neue Faxnummern der Bezirksstellen	8
4. Veranstaltungen im Februar und März 2019.....	9
5. Anlagenverzeichnis.....	12
5.1. Informationsschreiben	12

1. Abrechnung

1.1. Amsler-Gittertest nicht nach der GOP 06330 berechnungsfähig

Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass der „Amsler-Gittertest“ nicht über die GOP 06330 „Perimetrie“ berechnungsfähig ist. Es handelt sich bei dem Amsler-Gittertest nicht um eine indikationsbezogene gleichwertige Perimetrie mit einer rechnerisch gestützten schwellenbestimmten Perimetrie an mindestens 50 Prüforten.

Beim Amsler-Gittertest wird ein Punkt, der auf einem Gitterfeld aufgebracht ist, fokussiert. Die Auswertung beruht allein auf der Beschreibung des Patienten, was er dabei sieht bzw. ob es „verzerrte Linien“ in seinem Sichtfeld gibt. Dieses Vorgehen ist nicht mit einer rechnerisch gestützten schwellenbestimmten Perimetrie an mindestens 50 Prüforten vergleichbar, die zu objektiven Ergebnissen führt und von der Beschreibung des Patienten unabhängig ist. Der Amsler-Gittertest ist ein Patientenselbsttest, der im Rahmen des Screenings eingesetzt werden kann. Die obligaten Leistungsinhalte der GOP 06330 werden nicht erfüllt und aus diesem Grund ist der Amsler-Gittertest vertragsärztlich nicht berechnungsfähig.

2. Verordnungen

2.1. Tecentriq® (Atezolizumab) in Teilindikationen als Praxisbesonderheit anerkannt

Tecentriq® (Wirkstoff Atezolizumab) wird nach einer Vereinbarung zwischen dem GKV-Spitzenverband und dem pharmazeutischen Unternehmen Roche ab dem 28. September 2018 ab dem ersten Behandlungsfall als Praxisbesonderheit ausschließlich im Anwendungsgebiet mit einem Zusatznutzen laut G-BA-Beschlüssen vom 16. März 2018 anerkannt.

Die Praxisbesonderheit gilt für nachfolgende Anwendungsgebiete:

1. Anwendungsgebiet Urothelkarzinom:
 - Monotherapie bei erwachsenen Patienten zur Behandlung des lokal fortgeschrittenen oder metastasierten Urothelkarzinoms (UC) nach vorheriger platinhaltiger Chemotherapie (Zweitlinie).

In diesem Anwendungsgebiet wurde Tecentriq® ein Anhaltspunkt für einen geringen Zusatznutzen zuerkannt. Patienten, die nicht für eine Cisplatin-basierte Therapie geeignet sind (Erstlinie), sind ausdrücklich nicht von dieser Praxisbesonderheit umfasst.

Urothelkarzinom

Die Einleitung und Überwachung der Behandlung erwachsener Patienten mit lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem Urothelkarzinom mit Atezolizumab darf nur durch in der Therapie von Patienten mit Urothelkarzinom erfahrene Fachärzte für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie sowie durch Fachärzte für Urologie und weitere, an der Onkologie-Vereinbarung teilnehmende Ärzte anderer Fachgruppen erfolgen.

2. Anwendungsgebiet nicht-kleinzelliges Lungenkarzinom (NSCLC 2L):

- Monotherapie bei erwachsenen Patienten zur Behandlung des fortgeschrittenen nicht-kleinzelligen Lungenkarzinoms (NSCLC), für die eine Therapie mit Docetaxel, Pemetrexed, Nivolumab oder Pembrolizumab nach vorheriger Chemotherapie angezeigt ist.

Für dieses Anwendungsgebiet sah der G-BA einen Hinweis auf einen beträchtlichen Zusatznutzen. Patienten, für die eine Therapie mit Docetaxel, Pemetrexed, Nivolumab oder Pembrolizumab nicht angezeigt ist, sind ausdrücklich nicht von dieser Praxisbesonderheit umfasst. Patienten mit aktivierenden EGFR-Mutationen oder ALK-positiven Tumormutationen sollten vor der Therapie mit Tecentriq bereits eine auf diese Mutationen zielgerichtete Therapie erhalten haben.

Die Einleitung und Überwachung der Behandlung erwachsener Patienten mit fortgeschrittenem nicht-kleinzelligen Lungenkarzinom mit Atezolizumab darf 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.

Die Vorgaben der Fachinformation sind zu berücksichtigen. Weitere Anwendungsgebiete oder Erweiterungen des Anwendungsgebietes sind nicht von der Praxisbesonderheit umfasst. Die Anerkennung als Praxisbesonderheit besteht, solange Roche Tecentriq® in Deutschland vertreibt.

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

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

Nicht-kleinzelliges
Lungenkarzinom

2.2. Änderung der Anlage V (verordnungsfähige Medizinprodukte) der Arzneimittel-Richtlinie, Fristverlängerung von 1xklyasma salinisch, BD PosiFlush™ SP und BD PosiFlush™ XS

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

Produktbezeichnung	Medizinisch notwendige Fälle	Befristung der Verordnungsfähigkeit
1xklyasma salinisch	Zur raschen und nachhaltigen Entleerung des Enddarms vor Operationen und diagnostischen Eingriffen; nicht zur Anwendung bei Säuglingen und Kindern unter 6 Jahren.	25. Mai 2020
BD PosiFlush™SP	Ausschließlich zum Spülen von in-situ Gefäßzugangssystemen. Darf nicht in einem sterilen Umfeld verwendet werden.	28. Januar 2023
BD PosiFlush™XS	Ausschließlich zum Spülen von in-situ Gefäßzugangssystemen. Bei Verwendung aseptischer Technik in einem sterilen Feld verwendbar.	28. Januar 2023

Fristverlängerung

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

2.3. Gemeinsame Arbeitsgruppe Arzneimittel - Informationsschreiben zum Thema „Rheumatoide Arthritis - Biologika/Biosimilars“

Im Anhang finden Sie das aktualisierte Informationsschreiben der AG GKV/KVN Arzneimittel zu dem Thema „Rheumatoide Arthritis - Biologika/Biosimilars“. In diesem Schreiben werden die medikamentösen Therapieoptionen, insbesondere die Biologika, zur Behandlung der rheumatoiden Arthritis dargestellt. Zur besseren Übersicht der Wirtschaftlichkeit wurde dem Schreiben nun eine Preisübersicht angefügt, die auch die Ergebnisse der frühen Nutzenbewertung umfasst.

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

Anlage 5.1: Informationsschreiben

2.4. Wegfall der Genehmigungspflicht für Krankenfahrten von pflegebedürftigen und schwerbehinderten Personen ab 1. Januar 2019

Patienten mit einem Pflegegrad 3, 4 oder 5 (bei Pflegegrad 3 muss eine dauerhafte Mobilitätsbeeinträchtigung vorliegen) sowie Patienten mit einer Schwerbehinderung (Merkzeichen „aG“, „Bl“ oder „H“) müssen sich ab 1. Januar 2019 ihre Verordnung für eine ärztlich verordnete Krankenfahrt mit einem Taxi oder Mietwagen nicht mehr von der Krankenkasse genehmigen lassen.

Hintergrund ist das Pflegepersonalverstärkungsgesetz, das mit der Vereinfachung des Genehmigungsverfahrens eine Entlastung für Versicherte und Ärzte, betreuende Personen und Pflegeeinrichtungen sowie Krankenkassen erreichen möchte.

Für Fahrten mit Krankentransportwagen (KTW) gilt weiterhin die Genehmigungserfordernis.

2.5. Ablösepaket Arzneimittel 2019

Wir möchten Sie darüber informieren, dass die Verhandlungen zur Arzneimittelzielvereinbarung 2019 - vorbehaltlich des Abschlusses des Unterschriftenverfahrens - beendet sind. Hierzu wurden den jeweiligen niedergelassenen, niedersächsischen Vertragsärzten Mitte Dezember Informationsschreiben mit Quoteninformationen zugesendet.

Die stets aktuellen Quoteninformationen und Tischvorlagen zum Ablösepaket 2019 finden Sie in Kürze auch im KVN-Portal unter: Verordnungen/Arzneimittel/Arzneimittelzielvereinbarung/Informationen je Fach-/Vergleichsgruppe

Die Entscheidungsbäume und Appendizes für den KBV-Medikationskatalog finden Sie im Portal unter: Verordnungen/Arzneimittel/Arzneimittelzielvereinbarung/Medikationskatalog

Im Jahr 2017 wurde die Richtgrößenprüfung durch die vorteilhaftere Durchschnittswertprüfung abgelöst. Zusätzlich wurden Wirtschaftlichkeitsziele (Arzneimittelquoten) vereinbart, durch deren Einhaltung eine Befreiung von einer eventuellen Durchschnittswertprüfung möglich ist.

Da diese Regelungen des Ablösepakets gute Chancen bieten, die Versorgung der Patienten ohne die Gefahr der Wirtschaftlichkeitsprüfung durchzuführen, wurden sie in den Verhandlungen mit den niedersächsischen Krankenkassen weiterentwickelt und werden auch in 2019 mit gleicher Grundsystematik fortgeführt.

Hintergrund

2.6. Prüfanträge der AOK Niedersachsen zu Antiallergika

Verschreibungspflichtige Antiallergika, insbesondere mit den Wirkstoffen Levocetirizin und Desloratadin, wurden in der Vergangenheit häufig von der AOK Niedersachsen (AOKN) regressiert. Die AOKN hat uns nun darüber informiert, dass sie die Prüfanträge zu Antiallergika für die Verordnungsjahre 2017/2018 aussetzen wird, da eine Vielzahl der betroffenen Ärzte das Ordnungsverhalten umgestellt hat. Das Prüfthema wird allerdings für das Ordnungsjahr 2019 wieder aufgenommen, falls verschreibungspflichtige Antiallergika unbegründet verordnet werden.

Die Regresse der AOKN erfolgen unter Verweis auf die Arzneimittel-Richtlinie (§ 12 Abs. 11). Wenn apothekenpflichtige Arzneimittel für eine Behandlung medizinisch notwendig, zweckmäßig und ausreichend sind, kann eine Verordnung von verschreibungspflichtigen Arzneimitteln zu Lasten der GKV in diesen Fällen unwirtschaftlich sein.

Wir weisen in diesem Zusammenhang auch noch einmal auf das Informationsschreiben der Gemeinsamen Arbeitsgruppe Arzneimittel zum Thema „Antihistaminika - Verordnung zu Lasten der GKV?“ hin. Dieses ist abrufbar unter www.kvn.de/Praxis/Verordnungen oder im KVN-Portal unter Verordnungen/Arzneimittel/Veröffentlichungen.

Hintergrund

2.7. Carboplatin bei fortgeschrittenem nicht-kleinzelligem Bronchialkarzinom (NSCLC) - Änderung der Anlage VI (Off-Label-Use) der Arzneimittel-Richtlinie

In der Anlage VI (Off-Label-Use) in Teil A der Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL) wurde mit Wirkung vom 5. Januar 2019 die Ziffer III „Carboplatin bei fortgeschrittenem nicht-kleinzelligem Bronchialkarzinom (NSCLC) - Kombinationstherapie“ geändert.

Die Anwendung von Carboplatin gilt demnach bei Patientinnen und Patienten, die für eine platinbasierte Kombinationstherapie mit einem Drittgenerationszytostatikum wie Paclitaxel, Docetaxel oder Gemcitabin in Frage kommen. Die Auswahl der Platin-Komponente (Carboplatin oder Cisplatin) sollte sich im jeweiligen Fall am unterschiedlichen Toxizitätsprofil der beiden Substanzen und an den bestehenden Komorbiditäten orientieren.

Durch die Änderung wurde klargestellt, dass Cisplatin und Carboplatin in Bezug auf das Gesamtüberleben als gleichwertig anzusehen sind.

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

axios Pharma GmbH, BB Farma s.r.l., Farmaceutica (Portugal) S. A., Hikma Pharma GmbH, onkovis GmbH, PGD Profusio Leipzig Gesundheits GmbH Deutschland, PUREN Pharma GmbH & Co. KG, STADAPHARM GmbH, TEVA GmbH

Hersteller

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

Den vollständigen Beschluss des G-BA sowie die Anlage VI der AM-RL finden Sie im Internet unter [www.g-ba.de/Richtlinien/Arzneimittel-Richtlinie/Anlage VI/Beschlüsse/Beschlussdatum 18.10.2018](http://www.g-ba.de/Richtlinien/Arzneimittel-Richtlinie/Anlage_VI/Beschluesse/Beschlussdatum_18.10.2018).

3. Allgemeine Hinweise

3.1. Bewertungsausschuss beschließt rückwirkenden Zuschlag nach der GOP 01650 EBM zur Qualitätssicherung und zur Vermeidung nosokomialer Infektionen - postoperative Wundinfektionen

Der Bewertungsausschuss hat rückwirkend zum 1. Januar 2018 einen Zuschlag beschlossen, der für die Einrichtungsbefragung im Rahmen der Qualitätssicherung zur Vermeidung nosokomialer Infektionen - postoperative Wundinfektionen berechnet werden kann.

Mit dem Beschluss geht es um die Abbildung der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur einrichtungs- und sektorübergreifenden Qualitätssicherung - zum Verfahren 2: „Vermeidung nosokomialer Infektionen - postoperative Wundinfektionen“ im einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM).

Ziel der sektorübergreifenden Qualitätssicherung ist die Vermeidung von Wundinfektionen, die nach einer Operation auftreten können. Die Richtlinie sieht eine jährliche einrichtungsbezogene Qualitätssicherungsdokumentation vor. Die Dokumentationspflicht der betroffenen operierenden Ärzte beginnt im 1. Quartal 2018, wobei sie sich auf das einrichtungsbezogene Hygiene- und Infektionsmanagement des Jahres 2017 bezieht.

Mit dem Beschluss des Bewertungsausschusses wird ein Zuschlag nach der Gebührenordnungsposition 01650 für die Einrichtungsbefragung gem. der Qesü-Richtlinie / Verfahren 2 in Abschnitt 1.6 EBM aufgenommen. Der Zuschlag gilt für bestimmte GOP des Kapitels 31 und 36 des EBM, die entsprechend der Spezifikation dokumentationsauslösende Leistungen beinhalten können. Die Leistung ist mit 47 Punkten bewertet, der Höchstwert für den Zuschlag beträgt je Praxis 704 Punkte im Quartal. Die Vergütung erfolgt außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung.

Die Leistung werden wir entsprechend den abgerechneten Operationen automatisch zusetzen und Sie erhalten die Vergütung regelmäßig mit der Quartalsabrechnung ab dem Quartal 4/2018. Für die Quartale 1/2018 bis 3/2018 erfolgt eine rückwirkende Vergütung mit der Quartalsabrechnung für das Quartal 4/2018.

Ziel: Vermeidung von Wundinfektionen

Da sich die nächste Einrichtungsbefragung 2019 auf das einrichtungsbezogene Hygiene- und Infektionsmanagement des Jahres 2018 beziehen wird und somit auf die Abrechnung maßgeblicher Operationen im Jahr 2018, tritt der Beschluss rückwirkend zum 1. Januar 2018 in Kraft.

Der Beschluss wurde im Deutschen Ärzteblatt, Heft 48, vom 30. November 2018 veröffentlicht.

3.2. Alte Teilnahme- und Einwilligungserklärungen (TE/EWE) im Rahmen der Disease-Management-Programme (DMP) werden ab 1. Januar 2019 von der Datenstelle abgewiesen

Mit dem Inkrafttreten der neuen EU-Datenschutzgrundverordnung zum 25. Mai 2018 mussten die TE/EWE für alle DMP ausgetauscht werden.

Wir möchten noch einmal darauf hinweisen, dass nur TE/EWE mit den aktuell gültigen Formularschlüsseln zu verwenden sind. Die gültigen Formularschlüssel lauten:

- 010F (Diabetes Typ 1 und 2),
- 020E (Brustkrebs),
- 030D (KHK),
- 050C (Asthma),
- 060D (COPD)
- 070C (indikationsübergreifende TE/EWE)

TE/EWE mit älteren Formularschlüsseln werden künftig von der Datenstelle nicht mehr verarbeitet. Dies hat zur Folge, dass keine Vergütung für die Dokumentation erfolgen kann.

Bitte tauschen Sie - sofern noch nicht geschehen - alle Formulare aus. Neue Formulare können beim Paul-Albrechts-Verlag bestellt werden.

3.3. Neue Faxnummern der Bezirksstellen

Vor einiger Zeit wurden die Faxnummern der Bezirksstellen umgestellt. Hier finden Sie eine Übersicht über die neuen zentralen Durchwahlergebnisse der Bezirksstellen:

- Aurich: 0511 380-4675
- Braunschweig: 0511 380-4657
- Göttingen: 0511 380-4662
- Hannover: 0511 380-4629
- Hildesheim: 0511 380-4671
- Lüneburg: 0511 380-4679
- Oldenburg: 0511 380-4652
- Osnabrück: 0511 380-4644
- Stade: 0511 380-4642
- Verden: 0511 380-4667
- Wilhelmshaven: 0511 380-4648

Formularschlüssel

4. Veranstaltungen im Februar und März 2019

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

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

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

Name	Ort	Datum	Gebühr p. P.
Qualitäts- und Praxismanagement			
Arbeitsschutz in der Arztpraxis	Hannover	16.Feb	139 Euro
Auf dem Weg zum Erfolgsteam	Hannover	23.Mär	125 Euro
Kommunikationstraining Umgang mit schwierigen Patientengruppen (Modul 3)	Oldenburg	20.Feb	65 Euro
Kurze Wartezeiten - Gutes Terminsystem	Hannover	27.Mär	89 Euro
Medizinprodukte-Aufbereitung Workshop Teil 1	Hannover	20.Mär	95 Euro
Personalführung für Erstkräfte	Aurich	27.Feb	80 Euro
Präventionsleistungen und Impfungen	Braunschweig	27.Mär	kostenlos
Praxisbegehungen durch das Gesundheitsamt	Hannover	13.Mär	kostenlos
PraxismanagerIn Refresherkurs (3-tägig)	Hannover	20.Mär	300 Euro
Professionelle Praxisorganisation	Aurich	13.Feb	40 Euro
Qualitätsmanagement für Psychotherapeuten - was ist wirklich sinnvoll?	Hannover	16.Feb	135 Euro
Qualitätsmanagementbeauftragte/r (umfasst 3 Termine)	Oldenburg	08.Feb	289 Euro
Sachkundelehrgang gem. §8 Abs. 4 der Medizinproduktebetreiberverordnung (5-tägig)	Hannover	11.Feb	480 Euro

Raus aus der Stressfalle für Praxismitarbeiter	Hannover	26.Mär	150 Euro
Teamführung und Konflikt- prävention	Aurich	20.Mär	40 Euro
Das Telefon - Die Visiten- karte der Praxis	Hannover	13.Feb	89 Euro
Abrechnung und Verordnung			
Abrechnung aktuell	Oldenburg	13.Mär	kostenlos
Abrechnung aktuell	Aurich	27.Mär	kostenlos
Abrechnung aktuell	Aurich	27.Mär	kostenlos
Arztinformationsveranstal- tung Heilmittel	Aurich	28.Mär	kostenlos
Heilmittelsektor	Osnabrück	13.Mär	kostenlos
Heilmittelverordnung	Hannover	20.Feb	kostenlos
Heilmittelverordnung in Theorie und Praxis	Hannover	19.Mär	kostenlos
Heilmittel-Verordnungs- Dschungel	Stade	05.Feb	kostenlos
Honorarbescheid lesen und verstehen	Lüneburg	20.Feb	kostenlos
ICD 10 - Richtig kodieren	Hannover	27.Feb	kostenlos
IGeLn leicht gemacht	Stade	27.Mär	kostenlos
Verordnungsweise in der täglichen Praxis	Hannover	27.Mär	kostenlos
Medizinische und psychotherapeutische Themen			
Moderne Wundversorgung	Aurich	28.Feb	kostenlos
Psychosomatische Grundversorgung	Bremervörde	15.Feb	1040 Euro

Verbindliche Anmeldung (bitte vollständig ausfüllen)

Fax an 0511 380-4620

Ich nehme am Seminar

mit _____ Person/en teil.

Datum des Seminars

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

Vor- und Nachname des Rechnungsempfängers (Praxis)

Anschrift des Rechnungsempfängers (Straße, PLZ, Ort)

LANR

BSNR

E-Mail-Adresse

Telefonnummer für evtl. Rückfragen

Datum

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

Stempel

5. Anlagenverzeichnis

5.1. Informationsschreiben

Gemeinsame Arbeitsgruppe Arzneimittel

Kassenärztliche Vereinigung
Niedersachsen

Verbände der gesetzlichen
Krankenkassen in Niedersachsen



Rheumatoide Arthritis – Biologika/Biosimilars

Für die medikamentöse Behandlung von Patienten mit rheumatoider Arthritis (RA) hat die Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie eine aktuelle S2e-Leitlinie veröffentlicht.¹ Demnach sollte eine Therapie mit klassischen DMARDs² begonnen werden, sobald die Diagnose einer RA gestellt ist. Sofern verschiedene DMARDs, ggf. auch in Kombination, nicht ausreichend wirksam sind, wird die Verordnung von Methotrexat in Kombination mit einem Biologikum oder einem zielgerichteten synthetischen DMARD³ empfohlen. Eine Präferenz innerhalb der Biologika wird nicht angegeben. Wirtschaftliche Kriterien sollen bei der Therapiewahl berücksichtigt werden. Bei unzureichendem Ansprechen auf ein Biologikum soll nur einmal auf ein anderes Biologikum gewechselt werden.

Vergleich der Biologika untereinander

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) damit beauftragt, den Nutzen der biotechnologisch hergestellten Wirkstoffe bei rheumatoider Arthritis zu untersuchen. In einem Vorbericht⁴ stellt das IQWiG fest, dass für das Erreichen des Primärzieles (klinische Remission) kein Anhaltspunkt für einen Nutzenunterschied der verschiedenen Biologika untereinander besteht. Gleiches gilt für einen Wechsel bei Versagen eines Biologikums. Unterschiede werden festgestellt in der Situation nach Versagen von Methotrexat und in der Höhe der Krankheitsaktivität bei Kombinationstherapie mit Methotrexat.⁵

Nutzenbewertung

Von den zur Verfügung stehenden Behandlungsoptionen wurden nur drei Wirkstoffe im Rahmen der Nutzenbewertung untersucht: Sarilumab, Tofacitinib und Baricitinib. Lediglich für Sarilumab bei Einsatz als Monotherapie, bei Methotrexat-Unverträglichkeit, wurde ein Anhaltspunkt für einen beträchtlichen Zusatznutzen im Vergleich zur Monotherapie mit Adalimumab oder Etanercept oder Certolizumab oder Tocilizumab gefunden. In allen anderen Fällen ist ein Zusatznutzen nicht belegt.

Wirtschaftliche Therapie

Bitte berücksichtigen Sie bei der Arzneimittelwahl auch wirtschaftliche Aspekte. Insbesondere durch den Einsatz von Biosimilars können Kosten eingespart werden. Für Adalimumab, Etanercept, Infliximab und Rituximab sind in Deutschland bereits kostengünstige Biosimilars verfügbar.

Für die Biosimilars zu Etanercept und zu Infliximab lassen sich im Vergleich zum Originalprodukt Einsparungen von mehr als 20 % erreichen. Adalimumab-Biosimilars sind bis zu **37% günstiger** als Humira®. Einige Krankenkassen haben außerdem Rabattverträge abgeschlossen.

Stand: 12/2018

¹ <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/060-004.html>, Stand 01.04.2018

² Methotrexat, alternativ Sulfasalazin oder Leflunomid; disease modifying antirheumatic drugs

³ Baricitinib bzw. Tofacitinib

⁴ Version 1.0, 30.05.2018, <https://www.g-ba.de/informationen/beschluesse/2759/>

⁵ Siehe Vorbericht, Fazit, S. 48-50

Biosimilars

Biosimilars sind Nachfolgepräparate eines patentfrei gewordenen Original-Biologikums. Aufgrund des komplizierten Herstellungsvorgangs sind Biosimilars keine vollkommen identischen Kopien des Referenzarzneimittels. Hierbei sei jedoch zu berücksichtigen, dass aus den gleichen Gründen auch unterschiedliche Chargen des Referenzarzneimittels eine gewisse natürliche Variabilität aufweisen.

Biologika bzw. Biosimilars werden zentral über die Europäische Arzneimittelbehörde EMA zugelassen. Anders als bei Generika müssen Biosimilar-Hersteller für die Zulassungserteilung umfangreiche Unterlagen mit eigenen Studien zur pharmazeutischen Qualität des Biosimilars und zur Vergleichbarkeit (Biosimilarität) mit dem zugelassenen Referenzarzneimittel vorlegen.⁶ Vorklinische und klinische Studien zur Vergleichbarkeit der Wirksamkeit und Unbedenklichkeit sind ebenfalls durchzuführen und die Ergebnisse durch umfassende Unterlagen zu belegen. Aufgrund dieser behördlichen Anforderung ist die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft der Ansicht, dass biosimilare Arzneimittel zu Beginn einer Behandlung ebenso eingesetzt werden können, wie das Original. Sollte auf ein Biosimilar umgestellt werden, ist eine engmaschige Betreuung des Patienten erforderlich.⁷

Handlungsempfehlung

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

⁶ Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte:
http://www.bfarm.de/DE/Service/FAQ/_functions/Arzneimittelzulassung/zulReIThemen/validierung/_node.html

⁷ Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ): Leitfaden „Biosimilars“, August 2017. Verfügbar unter:
<https://www.akdae.de/Arzneimitteltherapie/LF/Biosimilars/> (letzter Zugriff 15.10.2018)

Übersicht über Beschlüsse des G-BA zur frühen Nutzenbewertung von biologischen Arzneimitteln zur Behandlung der rheumatoiden Arthritis

(Aus Gründen der Übersichtlichkeit wurden Anwendungsgebiete gekürzt dargestellt und Therapieformen, wenn möglich, zusammengefasst.⁸⁾)

Wirkstoff	Handelsname	Therapieform	Ergebnis der frühen Nutzenbewertung	Kosten pro Jahr ⁹
Adalimumab	Humira®		Ohne Nutzenbewertung	21.761,61 €
	Amgevita®		Ohne Nutzenbewertung	13.981,24 €
	Hulio®		Ohne Nutzenbewertung	13.712,23 €
	Hyrimoz®		Ohne Nutzenbewertung	13.712,23 €
	Imraldi®		Ohne Nutzenbewertung	13.712,23 €
Etanercept	Benepali®			17.295,20 €
	Enbre®		Ohne Nutzenbewertung	21.761,61 €
	Erezi®			17.295,20 €
Infliximab	Flixabi®			12.544,71 € ¹⁰
	Inflectra®			15.683,16 € ¹⁰
	Zessly®		Ohne Nutzenbewertung	15.509,02 € ¹⁰
	Remicade®			16.325,71 € ¹⁰
	Remsima®			16.325,71 € ¹⁰
Golimumab	Simponi®		Ohne Nutzenbewertung	20.385,64 €
Certolizumab	Cimzia®		Ohne Nutzenbewertung	19.178,99 €
Anakinra	Kineret®		Ohne Nutzenbewertung	13.191,88 €

⁸ Ausführliche Informationen finden Sie unter www.gba.de

⁹ Erhaltungsdosis. Preisstand Lauer Taxe 01.12.2018 (Kostenberechnung anhand des Original-Präparates, Dosierung gemäß aktueller Fachinformation; gesetzliche Pflichtrabatte der Apotheken und der pharmazeutischen Unternehmen wurden berücksichtigt)

¹⁰ Bei Körpergewicht 76,5kg und 4,5mg/kg (mittlere Dosis-Stärke)

