

Langfristiger Heilmittelbedarf: Erweiterte Diagnoseliste in Kraft getreten

Mit der Aufnahme der Ernährungstherapie in den Heilmittelkatalog wurde zum 1. Januar 2018 auch die Diagnoseliste zum langfristigen Heilmittelbedarf erweitert. Damit enthält die Liste jetzt Indikationen für die Ernährungstherapie bei Patienten mit seltenen angeborenen Stoffwechselerkrankungen und Mukoviszidose. Die Kosten für diese Verordnungen werden bei Wirtschaftlichkeitsprüfungen aus dem Verordnungsvolumen herausgerechnet.

Die Änderungen sehen wie folgt aus:

Die Ernährungstherapie kann bei zystischer Fibrose (Mukoviszidose) verordnet werden und wird mit den ICD-10-Codes „E84.-“ verschlüsselt.

ICD-10	Diagnose	Hinweis/Spezifikation zur Diagnose	Diagnosegruppe/Indikationsschlüssel	
			Physiotherapie	Ernährungstherapie
	Seltene angeborene Stoffwechselerkrankungen	nur verordnungsfähig, wenn Ernährungstherapie alternativlos ist, da ansonsten Tod oder Behinderung drohen (gemäß § 42 HeilM-RL i.V.m. dem HeilM-Katalog)		SAS
E84,-	Zystische Fibrose (Mukoviszidose)		AT3	CF

Darüber hinaus wurden einige inhaltliche Korrekturen an den Diagnoselisten zum langfristigen Heilmittelbedarf und zu den besonderen Verordnungsbedarfen vorgenommen.

Unter den ICD-10-Codes für systemische Sklerosen/Sklerodermie (M34.-) wurde die Diagnosegruppe SB1 „Wirbelsäulenerkrankungen“ durch die SB7 „Erkrankungen mit Gefäß-, Muskel- und Bindegewebsbeteiligung, insbesondere systemische Erkrankungen“ ersetzt.

Des Weiteren wurde unter der Erkrankung Torticollis spasticus (G24.3) die Diagnosegruppe WS2 „Wirbelsäulenerkrankungen“ durch die Diagnosegruppen ZN1 und ZN2 „ZNS-Erkrankungen einschließlich des Rückenmarks“ ersetzt.

Informationen

www.kvsachsen.de > Aktuelles
> 03.01.2018 Langfristiger Heilmittelbedarf ...

www.kvsachsen.de > Mitglieder
> KVS-Mitteilungen > Heft 11/2017

– Verordnungs- und Prüfwesen/mau –

Häusliche Krankenpflege: Verordnung von Symptomkontrolle bei Palliativpatienten

Im Rahmen der häuslichen Krankenpflege ist es jetzt möglich, die Leistung der „Symptomkontrolle bei Palliativpatienten“ zu verordnen. Die neue Leistung umfasst das Erkennen und Erfassen sowie Behandeln von Krankheitszeichen und Begleiterscheinungen im Rahmen der pflegerischen Tätigkeiten. Eine Verordnung kann durch jeden Vertragsarzt erfolgen. Eine gesonderte Qualifikation ist nicht notwendig. Die entsprechende Änderung der Richtlinie zur häuslichen Krankenpflege ist am 25. November 2017 in Kraft getreten.

Mit der Verordnung können folgende pflegerische Tätigkeiten veranlasst werden:

- Kontrolle von Schmerzsymptomatik, Übelkeit, Erbrechen, pulmonalen oder kardialen Symptomen, Obstipation
- Wundkontrolle und -behandlung bei exulzierenden Wunden
- Krisenintervention, zum Beispiel bei Krampfanfällen, Blutungen, akuten Angstzuständen

Die Maßnahmen sind für die Behandlung schwerstkranker und sterbender Patienten in jedem Alter verordnungsfähig, die an einer nicht heilbaren, fortschreitenden bzw. so weit fortgeschrittenen Erkrankung leiden, dass dadurch nach fachlicher Einschätzung des behandelnden Arztes die Lebenserwartung auf Tage, Wochen oder Monate limitiert ist. Bei Kindern und Jugendlichen ist die Leistung auch bei länger prognostizierter Lebenserwartung verordnungsfähig, sofern die übrigen Voraussetzungen erfüllt sind.

Patienten, die bereits in die Voll- oder Teilversorgung der **spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV)** integriert sind, haben **keinen Anspruch** auf diese Maßnahmen aus der häuslichen Krankenpflege.

Für die Erst- und Folgeverordnung beträgt die Verordnungsdauer jeweils **bis zu 14 Tage**. Folgeverordnungen sind bedarfsabhängig auch über die ursprüngliche Lebenszeitprognose hinaus möglich. Die Häufigkeit richtet sich nach dem individuellen Gesundheitszustand. Es gibt keine Beschränkung hinsichtlich der Anzahl der täglichen Pflegeeinsätze. Die Verordnung erfolgt auf Muster 12 (Häusliche Krankenpflege) unter Angabe der Leistungsziffer Nr. 24a oder „Symptomkontrolle bei Palliativpatienten“. Werden weitere Maßnahmen benötigt, sind diese wie gewohnt auf der Verordnung anzugeben.

Informationen und Ansprechpartner

www.kvsachsen.de > Mitglieder > Verordnungen
> Häusliche Krankenpflege

– Verordnungs- und Prüfwesen/mau –

Richtgrößen im Arznei- und Heilmittelbereich für 2018

Die KV Sachsen und die Landesverbände der Krankenkassen sowie die Ersatzkassen in Sachsen (LVSK) haben für das Jahr 2018 für die Verordnung von Arznei- und Verbandmitteln einschließlich des Sprechstundenbedarfs sowie für die Verordnung von Heilmitteln altersbezogene Richtgrößen vereinbart. Die Altersgruppeneinteilung entspricht den Rahmenvorgaben gemäß § 84 SGB V.

Richtgrößen im Arzneimittelbereich

Bei der Festlegung der Richtgrößen im Arzneimittelbereich wurde das zur Verfügung stehende Volumen gemäß den Verordnungsrelationen des Jahres 2016 der Fachgruppen untereinander sowie der Verordnungsrelationen zwischen den Altersklassen auf die einzelnen Cluster verteilt und in Richtgrößen umgerechnet. Die Richtgrößen entnehmen Sie bitte der nachfolgenden Tabelle.

Prüfgruppen, für die keine Richtgrößen angegeben sind, unterliegen der künftigen Zielwertprüfung. Nähere Informationen zu den im Jahr 2018 für die jeweiligen Prüfgruppen geltenden Wirtschaftlichkeitszielen und den im Späteren der Prüfung unterliegenden Zielwerten entnehmen Sie bitte dem Beitrag zur Arzneimittelvereinbarung 2018 auf den Seite X und Seite XI.

Richtgrößen für Arznei- und Verbandmittel einschließlich Sprechstundenbedarf (Bruttowerte in Euro pro Quartal)

Prüfgruppe	0–15 Jahre	16–49 Jahre	50–64 Jahre	ab 65 Jahre
Anästhesisten	16,56 €	62,05 €	151,53 €	114,14 €
Chirurgen	14,46 €	23,29 €	34,31 €	47,15 €
Gynäkologen	20,90 €	18,56 €	64,12 €	77,66 €
Hautärzte	30,66 €	73,87 €	92,10 €	53,97 €
HNO-Ärzte	23,85 €	40,60 €	17,03 €	6,46 €
Internisten – fachärztlich*: Gastroenterologen	48,37 €	523,82 €	194,35 €	105,21 €
Internisten – fachärztlich*: Hämatologen und Onkologen	147,76 €	1.962,11 €	2.080,98 €	1.829,77 €
Kinderärzte	54,12 €**	54,12 €**	54,12 €**	54,12 €**
Neurologen	87,35 €	404,24 €	267,08 €	163,44 €

* Fachärztliche Internisten mit einem Schwerpunkt ehrenhalber werden ab dem 1. Januar 2018 in die dem Schwerpunkt zugehörige Prüfgruppe eingeordnet.

** Aufgrund der statistisch nicht relevanten Verordnungsvolumina und Fallzahlen der über 18-jährigen Patienten gilt bei Kinderärzten eine gewichtete Richtgröße über alle Altersgruppen hinweg.

Richtgrößen im Heilmittelbereich

Die Festlegung der Richtgrößen im Heilmittelbereich erfolgte unter Zugrundelegung des zur Verfügung stehenden Richtgrößenvolumens und der Verordnungskostenrelationen zwischen den einzelnen Fachgruppen nach Abzug der

besonderen Verordnungsbedarfe und des langfristigen Heilmittelbedarfs (bereinigte Verordnungsfallwerte). Die einzelnen Richtgrößen entnehmen Sie bitte der nachfolgenden Tabelle.

Richtgrößen für Heilmittel (Bruttowerte in Euro pro Quartal)

Prüfgruppe	0-15 Jahre	16-49 Jahre	50-64 Jahre	ab 65 Jahre
Allgemeinmediziner/Praktische Ärzte	14,23 €	12,95 €	17,00 €	19,54 €
Chirurgen	10,32 €	38,01 €	50,27 €	47,51 €
HNO-Ärzte	14,63 €	4,81 €	6,33 €	2,90 €
Internisten – hausärztlich	7,73 €	9,89 €	12,32 €	15,38 €
Kinderärzte	18,09 €* 18,09 €	18,09 €* 18,09 €	18,09 €* 18,09 €	18,09 €* 18,09 €
Nervenärzte	23,25 €	26,60 €	24,91 €	28,77 €
Neurologen	16,75 €	27,06 €	31,23 €	36,24 €
Orthopäden	37,18 €	69,83 €	72,74 €	66,06 €
Psychiater	13,36 €	18,30 €	15,98 €	16,68 €

* Aufgrund der statistisch nicht relevanten Verordnungsvolumina und Fallzahlen der über 18-jährigen Patienten gilt bei Kinderärzten eine gewichtete Richtgröße über alle Altersgruppen hinweg.

Ab 1. Januar 2018 werden die fachärztlich tätigen Internisten schwerpunktspezifischen Prüfgruppen zugeordnet. Damit werden auf die fachärztlichen internistischen Prüfgruppen Heilmittelausgaben von jeweils unter 1 Millionen Euro pro Jahr (bereinigt um besonderen Verordnungsbedarf und langfristigen Heilmittelbedarf) entfallen. Aus diesem Grund wurden für die fachärztlich tätigen Internisten ab dem Jahr 2018 keine Richtgrößen mehr im Heilmittelbereich vereinbart.

Informationen

www.kvsachsen.de > Mitglieder > Verträge
> Arznei- und Verbandmittel –
Richtgrößen-Vereinbarung für das Jahr 2018

– Vertragspartner und Honorarverteilung/re –

Arzneimittelvereinbarung 2018

Das den Vertragsärzten zur Verordnung von Arznei- und Verbandmitteln zulasten der GKV zur Verfügung stehende Ausgabenvolumen konnte gegenüber dem Vorjahr effektiv um 3,5 Prozent gesteigert werden.

In der Arzneimittelvereinbarung 2018 wurden wie im Vorjahr **fachgruppenspezifische** Wirtschaftlichkeitsziele festgelegt. Für viele Fachgruppen werden ab dem 1. Januar 2018 die Richtgrößen im Arzneimittelbereich durch die festgelegten Zielwerte abgelöst und zur Grundlage der späteren Wirtschaftlichkeitsprüfung gemacht.

Ärztinnen und Ärzte, die einer der neuen Zielwertprüfung unterliegenden Prüfgruppe angehören, finden die für sie gültigen Ziele in der folgenden Tabelle:

Prüfgruppe	Ziel	Beschreibung	Quote
Allgemeinmediziner/ Praktische Ärzte	Medikationskatalog	Anteil Standard- und Reservesubstanzen mindestens	82,5 %
	Nichtsteroidale Antirheumatika (NSAR)	Anteil NSAR ohne Coxibe mindestens	83,0 %
	NOAK	Anteil Apixaban und Edoxaban mindestens	37,0 %
Augenärzte	Antiglaukomatosa	Anteil Mono- und Kombinationspräparate mit generikafähigen Wirkstoffen mindestens	75,7 %
	IVOM: VEGF-Hemmer	Anteil Rabattarzneimittel mindestens	95,0 %
Internisten – hausärztlich	Medikationskatalog	Anteil Standard- und Reservesubstanzen mindestens	82,5 %
	Nichtsteroidale Antirheumatika (NSAR)	Anteil NSAR ohne Coxibe mindestens	83,0 %
	NOAK	Anteil Apixaban und Edoxaban mindestens	37,0 %
Internisten – fachärztlich*: Angiologen	Medikationskatalog	Anteil Standard- und Reservesubstanzen mindestens	83,1 %
	NOAK	Anteil Apixaban und Edoxaban mindestens	37,0 %
Internisten – fachärztlich*: Diabetologen	Medikationskatalog	Anteil Standard- und Reservesubstanzen mindestens	86,8 %
Internisten – fachärztlich*: Kardiologen	Medikationskatalog	Anteil Standard- und Reservesubstanzen mindestens	80,7 %
	NOAK	Anteil Apixaban und Edoxaban mindestens	45,0 %
Internisten – fachärztlich*: Nephrologen	Medikationskatalog	Anteil Standard- und Reservesubstanzen mindestens	82,8 %
	Erythropoetine	Anteil Biosimilars mindestens	37,0 %
Internisten – fachärztlich*: Pneumologen	Medikationskatalog	Anteil Standard- und Reservesubstanzen mindestens	87,5 %
Internisten – fachärztlich*: Rheumatologen	Biosimilare TNFα-Inhibitoren – Applikationsweg subkutan	Anteil Biosimilars mindestens	10,0 %
	Nichtsteroidale Antirheumatika (NSAR)	Anteil NSAR ohne Coxibe mindestens	40,6 %
Internisten – fachärztlich*: Übrige Schwerpunkte	Medikationskatalog	Anteil Standard- und Reservesubstanzen mindestens	85,7 %
	NOAK	Anteil Apixaban und Edoxaban mindestens	37,0 %
Nervenärzte	Medikationskatalog	Anteil Standard- und Reservesubstanzen mindestens	77,8 %
	MS-Therapeutika moderate Form	Anteil Interferon beta-1b, Glatirameracetat, Teriflunomid und Dimethylfumarat mindestens	56,6 %
Psychiater	Medikationskatalog	Anteil Standard- und Reservesubstanzen mindestens	79,5 %

Prüfgruppe	Ziel	Beschreibung	Quote
Orthopäden	Medikationskatalog (nur Indikation Osteoporose)	Anteil Standard- und Reservesubstanzen mindestens	83,5 %
	Nichtsteroidale Antirheumatika (NSAR)	Anteil NSAR ohne Coxibe mindestens	83,7 %
Urologen	Alpha-Rezeptorblocker	Anteil Alfuzosin und Tamsulosin mindestens	88,1 %
	Gn-Rh-Analoga	Anteil Leuprorelin mindestens	69,5 %
	Urologika	Anteil generikafähiger Wirkstoffe mindestens	57,5 %

* Fachärztliche Internisten mit einem Schwerpunkt ehrenhalber werden ab dem 1. Januar 2018 in die dem Schwerpunkt zugehörige Prüfgruppe eingeordnet.

Für Fachgruppen mit weiterhin bestehenden Richtgrößen gibt es wie in den Vorjahren die Möglichkeit zur Entlastung der Richtgröße. Alle verordneten Arzneimittel innerhalb der eingehaltenen Ziele werden noch während der Vorabprüfung vom Verordnungsvolumen abgezogen.

Ärztinnen und Ärzte, die weiterhin der Richtgrößenprüfung unterliegenden Prüfgruppe angehören, finden die für sie gültigen Ziele in der folgenden Tabelle:

Prüfgruppe	Ziel	Beschreibung	Quote
Anästhesisten	Orale und transdermale Opioide der Stufe III nach WHO-Schema	Anteil orale Darreichungsformen (ohne Fentanyl, Oxycodon und Naloxon, Tapentadol) mindestens	58,7 %
	Orale Opioide der Stufe III nach WHO-Schema	Anteil Morphin, Hydromorphon, Oxycodon, Pethidin und Buprenorphin an oralen Darreichungsformen mindestens	64,9 %
Chirurgen	Nichtsteroidale Antirheumatika (NSAR)	Anteil NSAR ohne Coxibe mindestens	80,9 %
	Enoxaparin	Anteil Biosimilars mindestens	12,5 %
Gynäkologen	Urologika	Anteil generikafähiger Wirkstoffe mindestens	38,4 %
	Orale Kontrazeptiva	Anteil Norethisteron- und Levonorgestrelhaltiger Kombipräparate mindestens	39,1 %
	Kurzwirksame G-CSF-Analoga	Anteil Biosimilars mindestens	90,9 %
	Langwirksame G-CSF-Analoga	Anteil Biosimilars und Lipefilgrastim mindestens	54,2 %
Hautärzte	Biosimilare TNF α -Inhibitoren – Applikationsweg subkutan	Anteil Biosimilars mindestens	8,0 %
Internisten – fachärztlich*: Gastroenterologen	Biosimilare TNF α -Inhibitoren – Applikationsweg intravenös	Anteil Biosimilars mindestens	22,5 %
Internisten – fachärztlich*: Hämatologen und Onkologen	Erythropoetine	Anteil Biosimilars mindestens	68,2 %
	Kurzwirksame G-CSF-Analoga	Anteil Biosimilars mindestens	87,8 %
	Langwirksame G-CSF-Analoga	Anteil Biosimilars und Lipefilgrastim mindestens	49,5 %
Kinderärzte	Somatropin	Anteil Biosimilars mindestens	25,3 %
Neurologen	MS-Therapeutika moderate Form	Anteil Interferon beta-1b, Glatirameracetat, Teriflunomid und Dimethylfumarat mindestens	59,0 %

* Fachärztliche Internisten mit einem Schwerpunkt ehrenhalber werden ab dem 1. Januar 2018 in die dem Schwerpunkt zugehörige Prüfgruppe eingeordnet.

Ausführliche Informationen zur Ausgestaltung der neuen Zielwertprüfung finden Sie im nächsten Heft der KVS-Mitteilungen.

Informationen

www.kvsachsen.de > Mitglieder > Verträge
> Arzneimittelvereinbarung für das Jahr 2018

– *Verordnungs- und Prüfwesen/neu* –

Neue Formulare: Anpassungen der Vordrucke für Ergotherapie und Arbeitsunfähigkeit

Muster 18: Verordnungsformular für Maßnahmen der Ernährungstherapie angepasst

Das bisherige Vordruck Muster 18 (Ergotherapie) im Heilmittelbereich wurde an die Verordnungsmöglichkeit der Ernährungstherapie angepasst und im Formulartitel um den Begriff „Ernährungstherapie“ ergänzt. Ausführliche Informationen zur Verordnung der Ernährungstherapie finden Sie auf der Internetpräsenz der KV Sachsen unter Aktuelles.

Muster 1: Formular Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung mit Zusatzinformationen

Die „Ausfertigung zur Vorlage beim Arbeitgeber“ (Muster 1b) enthält künftig eine Information, dass die Krankenkasse „unverzüglich“ über die Arbeitsunfähigkeit zu informieren ist. Die „Ausfertigung für Versicherte“ (Muster 1c) weist Versicherte darauf hin, dass sie den Durchschlag an

die Krankenkasse „innerhalb von einer Woche“ weiterleiten müssen. Diese Änderungen sind nur für Versicherte relevant.

Alle Änderungen sind am 1. Januar 2018 in Kraft getreten. Für die beiden neuen Formulare gelten keine Stichtagsregelungen, die zuvor gültigen Muster 18 und Muster 1 können weiter genutzt und aufgebraucht werden.

Informationen und Ansprechpartner

www.kvsachsen.de > Aktuelles
> 28.12.2017 Häusliche Krankenpflege ...

www.kvsachsen.de > Mitglieder
> Verordnungen > Arbeitsunfähigkeit oder
> Verordnungen > Heilmittel

– Verordnungs- und Prüfwesen/mau –

Anpassungen im Medikationskatalog für 2018

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) hat den Medikationskatalog überarbeitet und die neue Version zur Verfügung gestellt. Die detaillierten Ausführungen zu den einzelnen Indikationen stellen wir Ihnen wie gewohnt im Mitgliederportal bereit. Auch die Änderungen zur vorherigen Version haben wir für Sie in einer Übersicht (Tabelle) zusammengestellt.

Die Indikationen Asthma bronchiale und COPD werden ab 2018 auch in Sachsen als Bestandteil des Medikationskataloges gelten.

Übersichtstabelle

www.kvsachsen.de > Aktuelles

> 07.12.2017 Medikationskatalog für 2018 ...

Informationen

www.kvsachsen.de > Mitglieder > Verordnungen

> Arznei- und Verbandmittel

> Handout Medikationskatalog (rechte Spalte)

– *Verordnungs- und Prüfwesen/neu* –

Erinnerung: Verordnung von Krankenhauseinweisungen kritisch prüfen

Eine Krankenhaus-Einweisung darf ausnahmslos nur dann ausgestellt werden, wenn eine stationäre Behandlung notwendig ist.

Für die Einweisungen in ein Krankenhaus gelten die „Richtlinien über die Verordnung von Krankenhausbehandlung“ sowie die gesetzlichen Bestimmungen. Eine nachträgliche Ausstellung einer Krankenhauseinweisung ist nicht möglich.

Einweisung für eine stationäre Behandlung

Eine vorstationäre Maßnahme gemäß § 115a SGB V dient dazu, die Erforderlichkeit einer vollstationären Krankenhausbehandlung zu klären oder die vollstationäre Krankenhausbehandlung vorzubereiten. Dies bedeutet, dass bereits der nach § 115a SGB V **einweisende Arzt eine stationäre Maßnahme für erforderlich** hält. Ob eine vollstationäre Krankenhausbehandlung tatsächlich erforderlich ist, prüft gemäß § 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V verantwortlich das Krankenhaus. **Die vorstationäre Behandlung ist auf längstens drei Behandlungstage innerhalb von fünf Tagen vor Beginn der stationären Behandlung begrenzt.** Hier darf kein weiterer Einweisungsschein ausgestellt werden.

Verlangt das Krankenhaus nach der genannten Frist eine erneute Einweisung, sollte der angefragte Arzt zunächst die Gründe hierfür in Erfahrung bringen, diese dokumentieren und anschließend entscheiden, ob die erneute Einweisung

gerechtfertigt ist, z.B. weil die nach der vorstationären Untersuchung geplante stationäre Maßnahme aus gesundheitlichen Gründen des Patienten verschoben werden musste.

Eine Einweisung ist gültig, bis der Behandlungsfall durch das Krankenhaus abgeschlossen ist. Die nachstationäre Behandlung kann sieben Tage umfassen in einer Frist von maximal 14 Tagen nach dem Krankenhausaufenthalt.

Einweisungsscheine für Untersuchungen/Behandlungen, die regelhaft ambulant durchführbar sind, sind nicht zulässig und dürfen nicht gefordert werden. Das gilt auch dann, wenn die Untersuchungen/Behandlungen von den (gleichen) Klinikärzten im Rahmen ihrer Ermächtigung oder einer Tätigkeit im vom Krankenhaus betriebenen MVZ angeboten werden.

Informationen

www.kvsachsen.de > Mitglieder > KVS-Mitteilungen > 06/2015 und > 02/2016

– *Verordnungs- und Prüfwesen/mau* –