

**KVN**Kassenärztliche Vereinigung
Niedersachsen

Informationen für die Praxis

KVN-Rundschreiben

Dezember 2021

In eigener Sache:

Das KVN-Rundschreiben wird digitaler - Praxen erhalten ab Januar 2022 Informationen eine Woche vor dem Postversand

Die Corona-Pandemie hat gezeigt, wie wichtig gezielte Kommunikation in Krisenzeiten ist. Die Anforderungen unserer Mitglieder, schnell an korrekte Informationen zu gelangen, sind in den vergangenen Monaten stark gestiegen. Digitale Kommunikationswege gewinnen zunehmend an Bedeutung. Ihr Vorteil liegt auf der Hand: Sie sind schnell, erreichen die richtige Zielgruppe und sind dabei noch ressourcenschonend. Aus diesen Gründen hat sich die KVN entschieden, das monatliche Rundschreiben ab Januar 2022 parallel zum Postversand anwenderfreundlich in digitaler Form zu verschicken.

Das KVN-Rundschreiben steht für über vier Millionen gedruckte Blätter Papier pro Jahr und über 160.000 Postsendungen. Trotz diesem hohen Produktionsaufwand steht das KVN-Rundschreiben in der Kritik. Wichtige Informationen fänden zu spät den Weg in die Praxen. Fehlende Suchfunktionen erschwerten das Auffinden relevanter Informationen und das Anlegen eines Archivs in der Praxis sei schwierig.

Genau an diesem Punkt soll das neue digitale KVN-Rundschreiben ansetzen. Durch den verkürzten digitalen Produktionsweg gelangen Neuigkeiten eine Woche vor dem Postversand in die Praxen.

Gewohntes Format - neue Funktionalitäten

Alle Mitglieder erhalten ab Januar 2022 monatlich eine E-Mail im Newsletter Format mit dem Inhaltsverzeichnis des Rundschreibens. Über dieses Inhaltsverzeichnis in der E-Mail können einzelne Artikel direkt aus der Mail geöffnet werden. So bekommen Ärztinnen und Ärzte einen schnellen Themenüberblick und können gezielt die Inhalte auswählen, die sie interessieren.

Das gesamte Rundschreiben wird weiterhin über einen Link auf unserer Webseite als PDF-Datei aufrufbar und je nach Bedarf ausdrückbar sein. Zusätzlich wird es einen weiteren Link auf einen speziellen Präsentationsmodus des Rundschreibens geben, der das Lesen am Monitor erleichtert.

Ihre Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen

Inhaltsverzeichnis

1. Abrechnung	4
1.1. Abschlagszahlungen und Zahlungstermine 2022	4
1.2. Abgabetermin Quartalsabrechnung 4/2021	4
1.3. Information zur Abrechnung von Leistungen gemäß Coronavirus-Testverordnung über die Quartalsabrechnung (KVDT) 4/2021	5
1.4. Amtliche Mitteilung der KVN zum HVM für das 1. Quartal 2022 für alle dem RLV unterliegenden Arztgruppen des haus- und fachärztlichen Versorgungsbereichs	5
1.5. Amtliche Mitteilung der KVN zum HVM Teil B Nr. 16.1 und 16.2 für das 1. Quartal 2022 - Fachgruppendurchschnittswerte für Laborindividualbudgets.....	5
1.6. Mitteilung der fachgruppendurchschnittlichen Obergrenze für Kontrastmittel für das Quartal 1/2022 .	6
1.7. Erweiterter Bewertungsausschuss beschließt Zuschlag für allgemeinen Hygieneaufwand - weitere Beschlüsse des Bewertungsausschusses zur Anpassung des EBM.....	6
2. Verordnungen.....	8
2.1. eRezept - Ausstellung von Muster 16 in Papierform bis 30. Juni 2022 parallel zur elektronischen Verordnung möglich.....	8
2.2. Neue Anlage 1 der SSB-Vereinbarung tritt zum 1. Januar 2022 in Kraft	9
2.3. Analgetika, Antiphlogistika und Antirheumatika - Änderung der Anlage III (Verordnungseinschränkungen und -ausschlüsse) der Arzneimittel-Richtlinie.....	9
2.4. Bortezomib/Cyclophosphamid/Dexamethason zur Induktionstherapie des neu diagnostizierten Multiplen Myeloms - Anlage VI (Off-Label-Use) der Arzneimittel- Richtlinie, Zustimmung eines pharmazeutischen Unternehmers	10
2.5. Imbruvica® (Ibrutinib) in Teilindikationen als Praxisbesonderheit anerkannt.....	11
2.6. Pneumokokken-Impfstoff Pneumovax®23 wieder verfügbar	13
2.7. Grippezeit 2022/2023 - Bedarfsmeldung und Verordnung der Grippeimpfstoffe	13
2.8. Änderungen der Anlage V der Arzneimittel-Richtlinie - Übersicht der verordnungsfähigen Medizinprodukte	14

3.	Allgemeine Hinweise	15
3.1.	Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA) verlängert weitere Corona-Sonderregelungen	15
3.2.	AU-Bescheinigungen bis zum 30. Juni 2022 weiter in Papierform möglich	17
3.3.	Information zu DMP-Dokumentationen nach Aufhebung der epidemischen Lage von nationaler Tragweite.....	18
3.4.	Eingriffe an der Wirbelsäule - Zweitmeinungsverfahren in Kraft getreten.....	18
3.5.	Möglichkeiten zur Krankschreibung per Videosprechstunde werden ausgeweitet.....	19
3.6.	Verlängerung der Regelungen zur Erbringung der Patientenschulungen im Rahmen der DMP und GDM-DM3-Verträge während der Corona-Pandemie bis zum 31. Dezember 2021	20
3.7.	Genetische Beratung nach GenDG - GOP 01788 EBM21	
3.8.	Besondere Versorgung zur Behandlung von Gestationsdiabetes und sonstige Diabetesformen durch Diabetologische Schwerpunktpraxen (GDM-DM3-Vertrag): AOK Bremen / Bremerhaven und Continentale BKK ab 1. Januar 2022 neu dabei.....	21
3.9.	BKK - Besondere Versorgung „Hallo Baby!“: BKK Grillo-Werke AG, BKK HMR, BKK RWE, SIEMAG BKK und Wieland BKK beenden Teilnahme zum 31. Dezember 2021	22
4.	Veranstaltungen im Januar und Februar 2022	23
5.	Anlagenverzeichnis	23
5.1.	Abschlagszahlungen und Zahlungstermine 2022	23
5.2.	Amtliche Mitteilung zum HVM Teil B Nr. 16.1 und 16.2.....	23

1. Abrechnung

1.1. Abschlagszahlungen und Zahlungstermine 2022

Der Monatsabschlag beträgt im 1. und 3. Quartalsmonat unverändert 24 Prozent Ihres durchschnittlichen Honorars im vergangenen Kalenderjahr (Quartale 4/2020 bis 3/2021). Im jeweils 2. Quartalsmonat beträgt der Abschlag 37 Prozent.

In der Anlage erhalten Sie für Ihre eigene Finanzdisposition die Übersicht aller Zahlungstermine für das gesamte Jahr 2022. Die Übersicht finden Sie auch auf unserer Internetseite unter https://www.kvn.de/Mitglieder/Abrechnung_+Honorar+und+Vertrag.html

Anlage 5.1: Abschlagszahlungen und Zahlungstermine 2022

1.2. Abgabetermin Quartalsabrechnung 4/2021

Der Abgabetermin für die Abrechnung des 4. Quartals 2021 ist der 10. Kalendertag des nachfolgenden Quartals und somit der 10. Januar 2022.

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, dreiseitigen Sammelerklärung vollständig ausgefüllt, mit Unterschrift und dem Vertragsarztstempel versehen, einzureichen. Das Muster kann auch auf unserer Internetseite (www.kvn.de) unter Abrechnung/Abrechnungscenter/Informationen zur Quartalsabrechnung/Downloads ausgedruckt werden;
- die abzugebenden Behandlungsausweise (sortiert nach der Liste: KBV-Prüfmodul Abgabe Behandlungsausweise) einzureichen;
- Ausnahme: Die Ersatzverfahrenscheine über den Kostenträger 17809 (Nds. Ministerium für Soziales) sowie über den Kostenträger 38825 (Bundesamt für soziale Sicherheit/BAS) sind mit den Quartalsabrechnungen nicht 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.

10. Januar 2022

Dreiseitige
Sammelerklärung

Nicht einzureichen

Nicht benötigt

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

Direkt an die
Bezirksstellen

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

1.3. Information zur Abrechnung von Leistungen gemäß Coronavirus-Testverordnung über die Quartalsabrechnung (KVDT) 4/2021

Eine Übersicht zur Abrechnung von GOP gem. Corona-TestV sowie eine Anleitung zur Anlage des Sammelfalles „Peter Patient“ sind im KVN-Portal unter COVID-19/Zu den Abrechnungsverfahren/Leistungen nach Testverordnung (KVDT) eingestellt und können bei Bedarf unter Info-Material zum Download ausgedruckt werden.

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

1.4. Amtliche Mitteilung der KVN zum HVM für das 1. Quartal 2022 für alle dem RLV unterliegenden Arztgruppen des haus- und fachärztlichen Versorgungsbereichs

Die für 1/2022 geltenden RLV-/QZV-Mindestfallwerte sowie die Fallzahlgrenzen für die Fallwertminderung finden Sie als „Download“ unter https://www.kvn.de/Mitglieder/Abrechnung_+Honorar+und+Vertrag/Honorarverteilung.html

Eine Fallzahlzuwachsbeschränkung (FZZB) erfolgt gemäß HVM Teil B Nr. 18.1 für das 1. Quartal 2022 nicht.

1.5. Amtliche Mitteilung der KVN zum HVM Teil B Nr. 16.1 und 16.2 für das 1. Quartal 2022 - Fachgruppendurchschnittswerte für Laborindividualbudgets

Die für das 1. Quartal 2022 geltenden Fachgruppendurchschnittswerte für Laborindividualbudgets entnehmen Sie bitte der Anlage 5.2 zu diesem Rundschreiben. Zusätzlich sind diese Daten auch bereits seit dem 26. November 2021 auf unserer Internetseite abrufbar.

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 1/2022

Gemäß der Kontrastmittelvereinbarung, die die KVN mit den Landesverbänden der Krankenkassen in Niedersachsen zum 1. Januar 2016 abgeschlossen hat und die zuletzt zum 1. Juli 2020 angepasst wurde, gelten für das 1. Quartal 2022 für Ärzte, die im Basisquartal 1/2021 (noch) keine Kontrastmittel über die o. g. Vereinbarung abgerechnet haben, folgende fachgruppendurchschnittlichen Obergrenzen:

- Institute, Krankenhäuser 7.620,16 Euro
- Fachärzte für Nuklearmedizin 15.838,84 Euro
- Fachärzte für Diagnostische Radiologie 88.099,57 Euro
- Fachärzte für Urologie 7.819,64 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.

1.7. Erweiterter Bewertungsausschuss beschließt Zuschlag für allgemeinen Hygieneaufwand - weitere Beschlüsse des Bewertungsausschusses zur Anpassung des EBM

Der Erweiterte Bewertungsausschuss (EBA) hat in seiner letzten Sitzung entschieden, dass alle Haus- und Fachärzte bei direktem Patientenkontakt ab 1. Januar 2022 einen Hygienezuschlag erhalten. Außerdem möchten wir Sie über zwei Beschlüsse des Bewertungsausschusses (BA) informieren.

Auf einen Blick

Beschluss EBA zur Anpassung des EBM

- Aufnahme von Zuschlägen zur Abbildung von allgemeinen Hygienekosten Beschlüsse BA zur Anpassung des EBM (572. Sitzung)
- Zusatzpauschalen für die Beobachtung und Betreuung von Patienten: Aufnahme und Anpassungen von Leistungen im Abschnitt 1.5

Aufnahme von Zuschlägen zur Abbildung von allgemeinen Hygienekosten

Der EBA hat die Aufnahme von Hygienezuschlägen bei Fällen mit direktem Patientenkontakt mit Wirkung zum 1. Januar 2022 beschlossen. Die Zuschläge in Höhe von jeweils zwei Punkten (rund 22,5 Cent) sind für alle Fachgruppen einheitlich, da sich die allgemeinen Hygienekosten je Behandlungsfall nur unwesentlich unterscheiden.

Anpassung EBM

Mit den Zuschlägen zu den Versicherten-, Grund- und Konsiliarpauschalen soll der - insbesondere aufgrund der Regelungen des Infektionsschutzgesetzes und den daraus resultierenden Landeshygieneverordnungen - gestiegene allgemeine Hygieneaufwand in den Praxen berücksichtigt werden. Kosten fallen unter anderem für die Verwendung sogenannter Safety-Produkte sowie für Hygieneberatung und Fortbildung an.

Der Beschluss regelt auch die Finanzierung dieser Zuschläge. Die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (MGV) wird bundesweit um insgesamt 98 Millionen Euro basiswirksam erhöht. Dies hatte der EBA bereits mit seinem Eckpunktebeschluss vom 9. Juni 2021 festgelegt.

Über die Hygienekosten bei speziellen Leistungen wie ambulante Operationen, Dialysen oder Endoskopien wird separat verhandelt werden müssen. Hier sind die Aufwendungen für Hygiene deutlich höher.

Zusatzpauschalen zur Beobachtung und Betreuung von Patienten: Aufnahme und Anpassungen von Leistungen im Abschnitt 1.5

Der BA hat beschlossen, zum 1. April 2022 zwei neue Katalogleistungen zur Beobachtung und Betreuung in den Abschnitt 1.5 des EBM aufzunehmen und andere zu streichen:

- Neue Zusatzpauschale für die Beobachtung und Betreuung eines Kranken unter Behandlung mit Arzneimitteln, einschließlich Infusionen: Diese wird abgebildet über die Gebührenordnungsposition (GOP) 01540 für die Dauer von mehr als zwei Stunden (386 Punkte), die GOP 01541 für die Dauer von mehr als vier Stunden (625 Punkte) und die GOP 01542 für die Dauer von mehr als sechs Stunden (961 Punkte).
- Neue Zusatzpauschale für die Beobachtung und Betreuung eines Kranken unmittelbar nach der Gabe eines Arzneimittels: Diese wird abgebildet über die GOP 01543 für die Dauer von mehr als zwei Stunden (311 Punkte), die GOP 01544 für die Dauer von mehr als vier Stunden (550 Punkte) und die GOP 01545 für die Dauer von mehr als sechs Stunden (885 Punkte).
- Streichung der Zusatzpauschalen für die Beobachtung und Betreuung eines Kranken bei der Gabe von Velmanase alfa oder Sebelipase alfa (GOP 01514), bei der Gabe von Fingolimod (GOP 01516) sowie bei oraler Gabe von Siponimod gemäß aktuell gültiger Fachinformation (GOP 01517). Diese werden aus dem EBM gestrichen, da ihre Leistungsbestandteile in die neuen Katalogleistungen (GOP 01540 bis 01545) überführt werden.
- Außerdem: Aufnahme der mehrstündigen Beobachtungsleistungen nach der Gabe von Ponesimod oder Ozanimod in die neuen GOP 01543 bis 01545. Nach Prüfung der Fachinformationen der Medikamente Ponvory® (Wirkstoff: Ponesimod) und Zeposia® (Wirkstoff: Ozanimod) hat der BA keinen Anpassungsbedarf auf der Grundlage von §87 Absatz 5b Satz 5 und 6 SGB V festgestellt. Die Beobachtung des Patienten nach der Gabe dieser Medikamente kann jedoch unter bestimmten Bedingungen gemäß den Fachinformationen medizinisch geboten sein, sodass die Leistung im EBM aufgenommen wird.

Zwei neue
Katalogleistungen

Abrechnung und Vergütung

Die neuen GOP sind berechnungsfähig durch Fachärzte für Innere Medizin, für Kinder- und Jugendmedizin (Schwerpunktpädiater), für Neurologie, für Nervenheilkunde sowie für Neurologie und Psychiatrie.

Die Vergütung der neuen Zusatzpauschalen erfolgt zunächst außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen (MGV). Nach einem Jahr beziehungsweise zwei Jahren prüft der BA, ob die Überführung der Leistungen in die MGV empfohlen werden kann.

Anpassung bei der GOP 02102 „Infusionstherapie mit Sebelipase alfa“

Weiterhin wird der obligate Leistungsinhalt der GOP 02102 „Infusionstherapie mit Sebelipase alfa“ um das Arzneimittel Velmanase alfa ergänzt. Hiermit wird die Infusion von Velmanase alfa ohne anschließende Beobachtung abgebildet.

Hinweise zur Veröffentlichung

Das Institut des Bewertungsausschusses veröffentlicht die Beschlüsse auf seiner Internetseite (<http://institut-ba.de/ba/beschluesse.html>) und im Deutschen Ärzteblatt.

2. Verordnungen

2.1. eRezept - Ausstellung von Muster 16 in Papierform bis 30. Juni 2022 parallel zur elektronischen Verordnung möglich

Zur Sicherstellung der Versorgung hat die KBV in einer Richtlinie festgelegt, dass Rezepte auch noch im neuen Jahr in Papierform ausgestellt werden können. Damit soll erreicht werden, dass der Praxisbetrieb zu Jahresbeginn reibungslos läuft und die Patienten wie gewohnt versorgt werden können. Die Regelung gilt bis 30. Juni 2022.

Vertragsärztinnen und Vertragsärzte erhalten so die Möglichkeit, Papierrezepte bis Ende Juni weiter zu nutzen, falls das Ausstellen von eRezepten technisch nicht umsetzbar sein sollte.

Hintergrund für die Regelung ist, dass bereits jetzt absehbar ist, dass die Prozesse zum Ausstellen und Übermitteln von eRezepten zum 1. Januar 2022 nicht durch alle Arztpraxen nutzbar sein werden.

Mehrfachverordnungen, d. h. die bis zu vier Mal erfolgende Abgabe eines Arzneimittels auf eine Verordnung hin, können erst per eRezept ausgestellt werden, wenn der eRezept-Server in der Lage ist, diese zu verarbeiten. Dies wird voraussichtlich erst ab 1. Juli 2022 der Fall sein.

Weitere Information zum eRezept finden Sie unter:

<https://www.kvn.de/Mitglieder/Verordnungen/Elektronische+Verordnungen/eRezept.html>

Hintergrund

2.2. Neue Anlage 1 der SSB-Vereinbarung tritt zum 1. Januar 2022 in Kraft

Wir möchten Sie gerne über einige Änderungen der Anlage 1 der Sprechstundenbedarfsvereinbarung informieren die zum 1. Januar 2022 wirksam werden.

Nach wiederholten Verhandlungen ist es nunmehr gelungen, eine deutliche Verbesserung bei der Versorgung mit Insulin in Notfällen zu erreichen. So können nun auch Insulin-Fertigpens bzw. Insulin-Patronen bei wiederbefüllbaren Pens über den Sprechstundenbedarf verordnet werden, so dass diese für den Notfall in der Praxis vorrätig sind. Diese Regelung wird vorerst bis zum 31. März 2023 befristet, um die Entwicklung, insbesondere eine eventuelle Mengenausweitung, zu beobachten und zu bewerten. Sofern die Verordnungsmengen relativ stabil bleiben, ist eine Entfristung der Regelung in Aussicht gestellt.

Bei den Antiepileptika bestand immer wieder der Wunsch nach Aufnahme von Buccolam in den Sprechstundenbedarf für die Therapie von Kindern und Jugendlichen. Im Musterkoffer war dieses Produkt schon aufgenommen, es fehlte aber noch die Erwähnung in der Anlage 1. Der Text wurde nun angepasst.

Bisher waren direkte orale Antikoagulantien (NOAK bzw. DOAK) nur in Kleinstpackungen für Bereitschaftsdienstpraxen verordnungsfähig. Aufgrund der geänderten Leitlinie wird die generelle Aufnahme von NOAK-Kleinstpackungen in die SSB-Vereinbarung akzeptiert

Die Verordnungsfähigkeit von fertig konfektionierter Kochsalzlösung war in der Vergangenheit zwischen den Vertragspartnern streitig; hierzu laufen auch diverse Sozialgerichtsverfahren. Die Kassenseite hat sich nun bereit erklärt, für die Fachgruppen der Hämatologen, Onkologen und Nephrologen eine Verordnungsfähigkeit im SSB zu bejahen, da diese vulnerable Patienten mit einem erhöhten Infektionsrisiko an Ports betreuen. Für diese wird die größte Produktgröße mit 10ml aufgenommen.

Die geänderte Anlage 1 der Sprechstundenbedarfsvereinbarung ist ab sofort im Internetauftritt der KVN unter Amtliche Bekanntmachungen abrufbar.

2.3. Analgetika, Antiphlogistika und Antirheumatika - Änderung der Anlage III (Verordnungseinschränkungen und -ausschlüsse) der Arzneimittel-Richtlinie

Mit Wirkung zum 12. November 2021 wurden in Anlage III der Arzneimittel-Richtlinie die Regelungen der Nummern 6 und 18 zu einer gemeinsamen Nummer 6 „Analgetika, Antiphlogistika oder Antirheumatika in fixer Kombination mit anderen Wirkstoffen“ zusammengeführt und redaktionell angepasst. Die bisherige Nummer 18 wird aufgehoben.

Bis 31. März 2023
befristet

Zusätzlich wurde folgender Spiegelstrich ergänzt:

- ausgenommen Kombinationen aus einem nichtsteroidalen Antirheumatikum (NSAR) mit Lokalanästhetika zum Einbringen in eine Operationswunde

Die vollständige Verordnungseinschränkung in Nummer 6 lautet nun wie folgt:

6. Analgetika, Antiphlogistika oder Antirheumatika in fixer Kombination mit anderen Wirkstoffen,

- ausgenommen Kombinationen aus einem Analgetikum mit Naloxon
- ausgenommen Kombinationen aus einem nichtsteroidalen Antirheumatikum (NSAR) mit einem Protonenpumpenhemmer (PPI) bei Patienten mit hohem gastroduodenalen Risiko, bei denen die Behandlung mit niedrigeren Dosen des NSAR und/oder PPI nicht ausreichend ist
- ausgenommen Kombinationen aus einem nichtsteroidalen Antirheumatikum (NSAR) mit Lokalanästhetika zum Einbringen in eine Operationswunde
- ausgenommen Kombinationen mit Mydriatika

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).

2.4. Bortezomib/Cyclophosphamid/Dexamethason zur Induktionstherapie des neu diagnostizierten Multiplen Myeloms - Anlage VI (Off-Label-Use) der Arzneimittel-Richtlinie, Zustimmung eines pharmazeutischen Unternehmers

Mit Wirkung zum 26. November 2021 wurde in der Anlage VI (Off-Label-Use) in Teil A der Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL) in Ziffer XXXIII „Bortezomib plus Cyclophosphamid plus Dexamethason zur Induktionstherapie des neu diagnostizierten Multiplen Myeloms“ die Liste der Hersteller, die für ihre Bortezomib-, Cyclophosphamid- und/oder Dexamethasonhaltigen Arzneimittel im Rahmen des in der Anlage vorgenannten Off-Label-Use einer Anwendung zugestimmt haben (Haftung des pharmazeutischen Unternehmers), um den Hersteller „A.C.A. Müller ADAG Pharma AG“ erweitert.

Folgende Hersteller sind nun in der Liste aufgeführt:

AbZ-Pharma GmbH, A.C.A. Müller ADAG Pharma AG, Accord Healthcare S.L.U., acis Arzneimittel GmbH, adequapharm GmbH, axicorp Pharma B.V., Baxter Oncology GmbH, betapharm Arzneimittel GmbH, CC Pharma GmbH, Chem Affairs GmbH, EurimPharm Arzneimittel GmbH, European Pharma B.V., Hikma Pharma GmbH, hvd medical GmbH, InfectoPharm Arzneimittel und Consilium GmbH, INOPHA GmbH, Janssen-Cilag GmbH, kohlpharma GmbH, medac Gesellschaft für klinische Spezialpräparate m.b.H., Mibe GmbH Arzneimittel, Mylan Germany GmbH, NMG Pharma GmbH, onkovis GmbH, Orifarm GmbH,

Hersteller

PANPHARMA GmbH, ratiopharm GmbH, STADAPHARM GmbH, Sun Pharmaceutical Industries Europe B.V., T & D Pharma GmbH, TAD Pharma GmbH, Tillomed Pharma GmbH

Wir empfehlen, bei Verordnungen von Bortezomib-, Cyclophosphamid- und Dexamethason-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.

2.5. Imbruvica® (Ibrutinib) in Teilindikationen als Praxisbesonderheit anerkannt

Imbruvica® (Wirkstoff Ibrutinib) wird ab dem 28. August 2021 nach einer Vereinbarung zwischen dem GKV-Spitzenverband und dem pharmazeutischen Unternehmer Janssen Cilag GmbH ab dem ersten Behandlungsfall als Praxisbesonderheit ausschließlich im Anwendungsgebiet mit einem Zusatznutzen laut den G-BA-Beschlüssen vom 21. Juli 2016, 16. März 2017, 20. Februar 2020 und 1. April 2021 anerkannt:

Die Anwendungsgebiete mit Zusatznutzen laut G-BA-Beschluss vom 21. Juli 2016 sind:

- Monotherapie zur Behandlung erwachsener Patienten mit chronischer lymphatischer Leukämie (CLL), die mindestens eine vorangehende Therapie erhalten haben, für die eine Chemotherapie nicht angezeigt ist.

Bewertung des G-BA: Anhaltspunkt für einen nicht-quantifizierbaren Zusatznutzen gegenüber Best-Supportive-Care.

- Monotherapie zur Behandlung erwachsener Patienten mit nicht vorbehandelter chronischer lymphatischer Leukämie (CLL) bei Vorliegen einer 17p-Deletion oder einer TP53-Mutation bei Patienten, die für eine Chemo-Immuntherapie ungeeignet sind

Bewertung des G-BA: Anhaltspunkt für einen nicht-quantifizierbaren Zusatznutzen gegenüber Best-Supportive-Care.

- Monotherapie zur Behandlung erwachsener Patienten mit rezidiertem oder refraktärem Mantelzell-Lymphom (MCL), für die Temsirolimus die patientenindividuell geeignete Therapieoption darstellt.

Bewertung des G-BA: Hinweis auf einen beträchtlichen Zusatznutzen gegenüber Temsirolimus.

Das Anwendungsgebiet mit Zusatznutzen laut G-BA-Beschluss vom 16. März 2017 ist:

Anwendungsgebiete mit Zusatznutzen

- Ibrutinib in Kombination mit Bendamustin und Rituximab zur Behandlung erwachsener Patienten mit chronischer lymphatischer Leukämie (CLL), die mindestens zwei Vortherapien erhalten haben, für die Bendamustin in Kombination mit Rituximab die patientenindividuell optimierte Therapie darstellt

Bewertung des G-BA: Anhaltspunkt für einen beträchtlichen Zusatznutzen gegenüber Bendamustin + Rituximab.

Das Anwendungsgebiet mit Zusatznutzen laut G-BA-Beschluss vom 20. Februar 2020 ist:

- Ibrutinib in Kombination mit Obinutuzumab zur Behandlung erwachsener Patienten mit nicht vorbehandelter chronischer lymphatischer Leukämie (CLL) für die eine Therapie mit Fludarabin in Kombination mit Cyclophosphamid und Rituximab (FCR) nicht infrage kommt.

Bewertung des G-BA: Anhaltspunkt für einen geringen Zusatznutzen gegenüber Chlorambucil in Kombination mit Obinutuzumab.

Das Anwendungsgebiet mit Zusatznutzen laut G-BA-Beschluss vom 1. April 2021 ist:

- Ibrutinib in Kombination mit Rituximab zur Behandlung erwachsener Patienten mit nicht vorbehandelter chronischer lymphatischer Leukämie (CLL), für die eine Therapie mit Fludarabin in Kombination mit Cyclophosphamid und Rituximab (FCR) infrage kommt

Bewertung des G-BA: Anhaltspunkt für einen beträchtlichen Zusatznutzen gegenüber Fludarabin in Kombination mit Cyclophosphamid und Rituximab (FCR)

Der Beschluss ist bis zum 1. April 2024 befristet.

Bis 1. April 2024
befristet

Die Einleitung und Überwachung der Behandlung mit Imbruvica® soll nur durch in der Therapie von Patienten mit chronischer lymphatischer Leukämie oder Mantelzell-Lymphom oder Morbus Waldenström erfahrene Fachärzte für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie erfolgen.

Die Vorgaben der Fachinformation sind zu berücksichtigen. Weitere Anwendungsgebiete sind nicht von der Praxisbesonderheit umfasst. Die Anerkennung als Praxisbesonderheit besteht, solange Janssen-Cilag Imbruvica® 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/Das AMNOG/Übersicht zu den Verhandlungen der Erstattungsbeträge nach §130b SGB V/Filterfunktion: „Praxisbesonderheit“.

2.6. Pneumokokken-Impfstoff Pneumovax®23 wieder verfügbar

Da für den Pneumokokken-Impfstoff Pneumovax®23 zuletzt eine eingeschränkte Lieferfähigkeit bestand, veröffentlichte die STIKO Handlungshinweise (siehe Dezember-Rundschreiben 2020).

Der Hersteller teilte nun mit, dass der Impfstoff Pneumovax®23 wieder verfügbar ist, so dass der dem PEI gemeldete Lieferengpass gelöscht wurde und der Einsatz von Pneumokokken-Impfstoffen bei GKV-Versicherten nun wieder gemäß Schutzimpfungs-Richtlinie erfolgt.

Aktuelle Informationen zur Lieferbarkeit von Impfstoffen finden Sie auf der Internetseite des Paul-Ehrlich-Instituts unter www.pei.de/Arzneimittel/Impfstoffe/Lieferengpässe.

Die aktuelle Schutzimpfungs-Richtlinie ist auf der Internetseite des G-BA (www.g-ba.de) unter Richtlinien/Schutzimpfungs-Richtlinie abrufbar.

2.7. Grippesaison 2022/2023 - Bedarfsmeldung und Verordnung der Grippeimpfstoffe

Zur Gewährleistung einer adäquaten Produktionsplanung der Impfstoffhersteller sind für die Grippesaison 2022/2023 wie in den Vorjahren gesetzlich zwei Maßnahmen vorgesehen:

1. Eine Meldung des geplanten Bedarfes einer Praxis an Grippeimpfstoffen an die KVN bis zum 31. Dezember 2021. Diese Bedarfsmeldung ist noch keine Bestellung. Die Bedarfsmeldung erfolgt über eine Abfrage im KVN-Portal. Zu finden ist der Link „Bedarfsmeldung Grippeimpfstoff“ ab Dezember unter **Grippesaison 2022/2023 in der Rubrik „News“**.
2. Eine Vorbestellung/Verordnung der Grippeimpfstoffe für die Saison 2022/2023 über Muster 16 (Sprechstundenbedarf) bis zum 31. Januar 2022.

Anders als in der aktuellen Grippesaison, in der Personen ab 60 Jahren neben dem Hochdosis-Influenza-Impfstoff auch Anspruch auf eine Schutzimpfung mit anderen inaktivierten tetravalenten Influenza-Impfstoffen zu Lasten der GKV haben, sollen Personen ab 60 Jahren in der kommenden Influenza-Impfsaison 2022/2023 nur noch Anspruch auf den hochdosierten inaktivierten quadrivalenten Influenza-Impfstoff haben. Die entsprechende „Verordnung zum Anspruch auf Schutzimpfung gegen Influenza und Masern“ (siehe März-Rundschreiben 2021) und damit die o. g. Ausnahmeregelung wird nach Angaben des Bundesgesundheitsministeriums nicht verlängert.

Weitere Hinweise zur Grippeimpfstoffbestellung:

- Sie können ab sofort Grippeimpfstoffe in der von Ihnen mutmaßlich benötigten Menge bei einer Apotheke Ihrer Wahl vorbestellen.
- Für Patienten ab 60 Jahren ist die Impfung mit einem Hochdosis-Impfstoff vorgesehen.

Weitere Hinweise

- Bitte berücksichtigen Sie Veränderungen in der Zusammensetzung Ihrer Praxis/BAG und passen Sie Ihre Vorbestellung ggf. entsprechend an.
- Verwenden Sie für die Vorbestellung bitte eine Sprechstundenbedarfsverordnung (SSB-Rezept Muster 16).
- Umfangreichere Vorbestellungen sollten Sie auf mehrere Rezepte verteilen (z. B. 300 Impfdosen = ein Rezept mit 200 + ein Rezept mit 100 Impfdosen). So wird eine zeitnahe und mengen-gerechte Belieferung gewährleistet. Bitte bestellen Sie maximal 70 Impfdosen je Verordnungszeile und maximal 200 Impfdosen je Verordnungsblatt.
- Wenn absehbar ist, dass die vorbestellte Menge nicht ausreicht, können Sie auf dem gleichen Weg weiteren Grippeimpfstoff nachbestellen. Bitte berücksichtigen Sie dabei den noch verbleibenden mutmaßlichen Bedarf.
- Bitte bedrucken Sie die Rezepte (Muster 16) zur Erstbestellung mit dem Hinweis „Erstbestellung für die Impfsaison 2022/2023“ bzw. zur Nachbestellung mit dem Hinweis „Folgebestellung für die Impfsaison 2022/2023“.

Zudem wird Anfang Dezember ein Informationsschreiben von der KVN an die Praxen versendet. Zur Orientierung für die Praxen enthält das Schreiben die Abrechnungszahlen der vorausgegangenen Impfsaisons. Praxen, die kein Anschreiben erhalten haben, da sie in den vergangenen drei Saisons keine Impfleistungen abgerechnet haben, können ebenfalls eine Bedarfsmeldung abgeben und Verordnungen ausstellen. Der mutmaßliche Bedarf sollte entsprechend vorsichtig geschätzt werden.

2.8. 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
Microvisc® plus	Zur Anwendung als Operationshilfe in der Ophthalmochirurgie des vorderen Augenabschnittes.	1. September 2023
myVISC Hyal 1.0	Zur Anwendung als Operationshilfe in der Ophthalmochirurgie des vorderen Augenabschnittes.	1. September 2023
Pe-Ha-Visco (2,0 %)	Zur Anwendung als Operationshilfe in der Ophthalmochirurgie des vorderen Augenabschnittes.	26. Mai 2024
polyvisc® 2,0 %	Zur Anwendung als Operationshilfe in der Ophthalmochirurgie des vorderen Augenabschnittes.	26. Mai 2024
PURI CLEAR	Zur Irrigation im Rahmen extraokulärer und intraokulärer Eingriffe.	26. Mai 2024

Befristung geändert

Die Produktbezeichnung „avacol® macrogol“ wurde in „roleca macrogol“ geändert:

Produktbezeichnung	Medizinisch notwendige Fälle	Befristung der Verordnungsfähigkeit
roleca macrogol	Für Patienten ab dem vollendeten 12. Lebensjahr zur Behandlung der Obstipation nur in Zusammenhang mit Tumorleiden, Megacolon (mit Ausnahme des toxischen Megacolon), Divertikulose, Divertikulitis, Mukoviszidose, neurogener Darm lähmung, bei phosphatbindender Medikation bei chronischer Niereninsuffizienz, Opiat- sowie Opioidtherapie und in der Terminalphase; Für Jugendliche mit Entwicklungsstörungen im Alter von 12 Jahren bis zum vollendeten 18. Lebensjahr zur Behandlung der Obstipation.	11. Mai 2023

Die aktuelle Version der Anlage V finden Sie auf der Internetseite des G-BA unter: www.g-ba.de/Menü/Richtlinien/Arzneimittel-Richtlinie/Anlage V: Übersicht der verordnungsfähigen Medizinprodukte.

3. Allgemeine Hinweise

3.1. Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA) verlängert weitere Corona-Sonderregelungen

Der G-BA hat in seiner Sitzung am 2. Dezember 2021 diverse Corona-Sonderregelungen verlängert. Der Beschluss tritt nach Nichtbeanstandung des Bundesministeriums für Gesundheit und Veröffentlichung im Bundesanzeiger rückwirkend zum 26. November 2021 in Kraft.

Nachfolgend geben wir Ihnen einen Überblick über die bestehenden Corona-Sonderregelungen und ihre Fortdauer:

Geltung bis 31. Dezember 2021

Disease-Management-Programme (DMP)

- Patientinnen und Patienten müssen auch weiterhin nicht verpflichtend an Schulungen teilnehmen. Die quartalsbezogene Dokumentation von Untersuchungen der in ein DMP eingeschriebenen Patientinnen und Patienten ist ebenfalls weiterhin nicht erforderlich, sofern die Untersuchung aufgrund des Infektionsschutzes nicht durchgeführt bzw. nicht erhoben werden konnte.

Ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV)

Überblick

- In der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung bleibt der Behandlungsumfang sämtlicher Anlagen um die Möglichkeit zur telefonischen Beratung erweitert.

Geltung bis 25. Februar 2022

Kinder-Früherkennungsuntersuchungen

- Nach Auslaufen der Feststellung einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite greift bei den Kinder-Früherkennungsuntersuchungen (U 6 bis U 9) eine Übergangsfrist von drei Monaten, in der vorgegebene Untersuchungszeiträume weiterhin überschritten werden können.
- Derzeit wird im G-BA eine weitere Verlängerung dieser Regelung vorbereitet. Über den Beschluss, der noch für dieses Jahr geplant ist, werden wir Sie gesondert informieren.

Geltung bis zum 31. März 2022

Arbeitsunfähigkeit

- Patientinnen und Patienten, die an leichten Atemwegserkrankungen leiden, können wie bisher telefonisch für bis zu sieben Kalendertage krankgeschrieben werden. Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte müssen sich dabei persönlich vom Zustand der Patientin oder des Patienten durch eine eingehende telefonische Befragung überzeugen. Eine einmalige Verlängerung der Krankschreibung kann telefonisch für weitere sieben Kalendertage ausgestellt werden.
- Auch die Ausstellung einer „Ärztlichen Bescheinigung für den Bezug von Krankengeld bei der Erkrankung eines Kindes“ gemäß Muster 21 ist weiterhin telefonisch möglich.

Für bis zu sieben
Kalendertagen

Erleichterte Vorgaben für Verordnungen

- Heilmittel-Verordnungen bleiben weiterhin auch dann gültig, wenn es zu einer Leistungsunterbrechung von mehr als 14 Tagen kommt.
- Folgeverordnungen für häusliche Krankenpflege können für bis zu 14 Tage rückwirkend verordnet werden
- Längerfristige Folgeverordnung von häuslicher Krankenpflege müssen nicht begründet werden.

Verlängerung der Vorlagefrist für Verordnungen

- Die Frist zur Vorlage von Verordnungen bei der Krankenkasse bleibt weiterhin für häusliche Krankenpflege, Soziotherapie sowie spezialisierte ambulante Palliativversorgung von drei Tagen auf zehn Tage verlängert.

Verordnungen nach telefonischer Anamnese

- Folgeverordnungen für häusliche Krankenpflege, Hilfsmittel und Heilmittel dürfen weiterhin auch nach telefonischer Anamnese

ausgestellt werden. Voraussetzung ist, dass bereits zuvor aufgrund derselben Erkrankung eine unmittelbare persönliche Untersuchung durch die Ärztin oder den Arzt erfolgt ist.

- Die Verordnung kann dann postalisch an die Versicherte oder den Versicherten übermittelt werden.
- Ebenso sind weiterhin Verordnungen von Krankentransporten und Krankenfahrten aufgrund telefonischer Anamnese möglich.

Krankentransporte und Krankenfahrten

- Krankentransportfahrten zu nicht aufschiebbaren zwingend notwendigen ambulanten Behandlungen von nachweislich an COVID-19-Erkrankten oder von Versicherten, die aufgrund einer behördlichen Anordnung unter Quarantäne stehen, müssen weiterhin nicht vorher durch die Krankenkasse genehmigt werden.

Videobehandlung

- Eine Behandlung kann weiterhin auch per Video stattfinden, wenn dies aus therapeutischer Sicht möglich und die Patientin oder der Patient damit einverstanden ist.
- Diese Regelung gilt für eine Vielzahl von Heilmitteln, die von Vertragsärzten verordnet werden können.
- Auch Soziotherapie und psychiatrische häusliche Krankenpflege können mit Einwilligung der Patientin oder des Patienten per Video erbracht werden.

Geltung bis zum 31. Mai 2022

Verordnungen im Entlassmanagement

- Krankenhausärztinnen und -ärzte können weiterhin im Rahmen des Entlassmanagements eine Arbeitsunfähigkeit für bis zu 14 Kalendertagen statt bis zu sieben Tagen nach einer Entlassung aus dem Krankenhaus bescheinigen.
- Ebenso können sie für bis zu 14 Tage häusliche Krankenpflege, spezialisierte ambulante Palliativversorgung, Soziotherapie sowie Hilfs- und Heilmittel verordnen, insbesondere dann, wenn der zusätzliche Gang zur Arztpraxis vermieden werden soll.
- Außerdem können Arzneimittel bei der Entlassung aus dem Krankenhaus wie bisher flexibler verordnet werden.

3.2. AU-Bescheinigungen bis zum 30. Juni 2022 weiter in Papierform möglich

Da die Umsetzung der eAU auch nach Ablauf der bestehenden Übergangsregelung zum 31. Dezember 2021 noch nicht flächendeckend realisierbar sein wird, hat die KBV zur Sicherstellung der Versorgung eine Richtlinie erlassen. Mit ihr wird gewährleistet, dass die Versorgung der Patienten bis zur flächendeckenden Etablierung der eAU, reibungslos laufen kann.

Die Richtlinie ermöglicht es Vertragsärztinnen und Vertragsärzte, die technisch nicht in der Lage sind die eAU anzuwenden, bis zum 30. Juni

Sicherstellung der
Versorgung

2022 die Bescheinigungen weiterhin in Papierform (Muster 1 oder Ausdruck des Stylesheets) zu erstellen.

3.3. Information zu DMP-Dokumentationen nach Aufhebung der epidemischen Lage von nationaler Tragweite

Wir möchten Sie gerne über eine Änderung der Risikostrukturausgleichsverordnung (RSAV) informieren, die das Verfahren zur Ausschreibung nach Beendigung der epidemischen Lage von nationaler Tragweite bei fehlenden Dokumentationen während der Dauer der Pandemie regelt.

1. Dokumentationen, die im Zeitraum zwischen dem ersten Quartal 2019 und dem Quartal, in dem die epidemische Lage durch den Deutschen Bundestag aufgehoben wird (voraussichtlich 4. Quartal 2021), nicht erstellt wurden, fallen nicht unter die Regelung der Ausschreibung nach zwei aufeinander folgenden fehlenden Dokumentationen.
2. Die Zählung der fehlenden Dokumentationen beginnt ab dem ersten Quartal nach Ende der Pandemie (voraussichtlich 1. Quartal 2022) neu.
3. Bei quartalsweiser Dokumentation, würde eine Ausschreibung somit frühestens nach Ausbleiben der Dokumentationen aus dem 1. und 2. Quartal 2022 erfolgen.

3.4. Eingriffe an der Wirbelsäule - Zweitmeinungsverfahren in Kraft getreten

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat am 16. September 2021 die Ergänzung der Zweitmeinungs-Richtlinie (Zm-RL) um das Eingriffsthema „Eingriffe an der Wirbelsäule“ beschlossen. Dieser Beschluss tritt am 19. November 2021 in Kraft.

Gegenstand dieses Zweitmeinungsverfahrens „Eingriffe an der Wirbelsäule“ sind die dynamische und statische Stabilisierung (Osteosynthese und Spondylodese), die knöchernen Druckentlastung (Dekompression), Facettenoperationen, Verfahren zum Einbringen von Material in einen Wirbelkörper, Entfernung von Bandscheibengewebe (Exzision) sowie das Einsetzen einer künstlichen Bandscheibe (Bandscheibenendoprothese).

Am Zweitmeinungsverfahren können auf Antrag und nach Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen folgende Fachärzte teilnehmen:

- Orthopädie und Unfallchirurgie
- Orthopädie
- Chirurgie mit der Schwerpunktbezeichnung Unfallchirurgie
- Neurochirurgie
- Physikalische und Rehabilitative Medizin
- Neurologie
- Allgemeinmedizin, Innere Medizin und der Anästhesiologie (jeweils mit der Zusatzbezeichnung „spezielle Schmerztherapie“)

Fachärzte

Neben diesen Fachärzten können auch nichtärztliche Fachberufe, wie Physiotherapeuten im Sinne des Masseur- und Physiotherapeutengesetzes (MPhG) und Krankengymnasten im Sinne des §16 MPhG zur Beratung hinzugezogen werden.

Zusätzlich zu diesen fachlichen Qualifikationen müssen die genannten Fachärztinnen/Fachärzte ergänzende Anforderungen erfüllen, deren Ausführlichkeit dem Antragsformular zu entnehmen ist.

Das Antragsformular steht unter www.kvn.de (Mitglieder/Anträge/Genehmigungspflichtige Leistungen/Zweitmeinungsverfahren) zur Verfügung. Bitte beachten Sie hierbei die zwei unterschiedlichen Antragsformen für zugelassene und nicht-zugelassene Ärzte.

Die Abrechnung der Zweitmeinung ist im Abschnitt 4.3.9. „Ärztliche Zweitmeinung“ im Allgemeinen Teil des EBM geregelt. Danach rechnet der Arzt, der die Zweitmeinung abgibt, für den Patienten seine jeweilige arztgruppenspezifische Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale ab. Insofern ergänzende Untersuchungen für die Beurteilung notwendig sind, kann er diese ebenfalls durchführen, muss sie aber medizinisch begründen. Die Vergütung der Leistung erfolgt zunächst extrabudgetär.

Mit Aufnahme dieses Verfahrens wurde das Spektrum des Zweitmeinungsverfahrens auf nunmehr 6 Eingriffe (Mandeloperationen - Tonsillektomie/Tonsillotomie, Gebärmutterentfernungen - Hysterektomien, Schulterarthroskopien, Implantationen Knieendoprothesen, Amputation beim Diabetischen Fußsyndrom, Eingriffe an der Wirbelsäule) erweitert.

Die grundsätzliche Richtlinie zum Zweitmeinungsverfahren können Sie unter www.g-ba.de nachlesen.

Bei Fragen rund um den Antrag oder zum Zweitmeinungsverfahren wenden Sie sich gerne an die Ansprechpartnerin zum Thema Zweitmeinungsverfahren bei der Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen unter Sandra.Henning@kvn.de.

3.5. Möglichkeiten zur Krankschreibung per Videosprechstunde werden ausgeweitet

Durch den Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) vom 19. November 2021 können Vertragsärzte künftig in Videosprechstunden auch für bislang unbekannte Patienten Arbeitsunfähigkeit feststellen und bescheinigen. Bereits seit Oktober 2020 können Vertragsärzte die Arbeitsunfähigkeit bei bekannten Patienten mittels Videosprechstunde bescheinigen.

Als generelle Voraussetzung für die Krankschreibung per Videosprechstunde gilt unverändert, dass die Erkrankung eine Untersuchung per Videosprechstunde zulassen muss. Zudem ist eine Folgekrankschreibung über Videosprechstunde weiterhin nur dann zulässig, wenn die vorherige Krankschreibung auf Grundlage einer unmittelbaren persönlichen Untersuchung ausgestellt wurde. Ein Anspruch auf die Feststellung der Arbeitsunfähigkeit per Videosprechstunde besteht für Versicherte nicht.

Kein Anspruch

Nach der bislang bestehenden Regelung kann für bekannte Patienten eine erstmalige Feststellung der Arbeitsunfähigkeit im Wege einer Videosprechstunde für einen Zeitraum von bis zu sieben Kalendertagen erfolgen. Bei unbekanntem Patienten ist dies künftig bis zu drei Kalendertagen möglich.

Der Beschluss zur Ausweitung der AU per Video wird zunächst dem Bundesministerium für Gesundheit zur Prüfung vorgelegt. Er tritt nach Nichtbeanstandung und Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft.

Wir werden Sie nach Inkrafttreten des Beschlusses zeitnah informieren.

3.6. Verlängerung der Regelungen zur Erbringung der Patientenschulungen im Rahmen der DMP und GDM-DM3-Verträge während der Corona-Pandemie bis zum 31. Dezember 2021

Mit den gesetzlichen Krankenkassen in Niedersachsen konnte eine weitere Verlängerung der Regelungen zur digitalen Durchführung von Schulungen und Abrechnung von Einzelschulungen vereinbart werden.

Im Einzelnen bedeutet das:

- Patientenschulungen per Videoübertragung sind weiterhin möglich, wenn deren Durchführung zwingend medizinisch erforderlich ist und nach medizinischer Einschätzung des Arztes die Schulungen keinen Aufschub dulden.
- Schulungen die per Videoübertragung durchgeführt werden, müssen entsprechend ihrer Curricula dafür geeignet sein.
- Von den vertraglich vereinbarten Gruppengrößen kann abgewichen werden; Einzelschulungen sind, sofern vertraglich geregelt, weiterhin möglich.
- Eine telefonische Beratung stellt keine Patientenschulung dar.
- Bei Patientenschulungen per Videoübertragung sind ausschließlich von der KBV zertifizierte Videodienstleister unter Beachtung des Datenschutzes zu nutzen. Der Schulungsarzt erfüllt die Anforderungen an die apparative Ausstattung der Praxis gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä.
- Mit den bereits vertraglich vereinbarten Vergütungen je Unterrichtseinheit sind alle Kosten abgegolten. Die zeitgleiche Abrechnung als eine Videosprechstunde (gem. Anlage 31b BMV-Ä) oder telefonische Beratung (EBM 01435) ist daher ausgeschlossen.
- Der Schulungsnachweis ist auch bei einer per Videoübertragung durchgeführten Patientenschulung Voraussetzung für die Abrechnung. Auf die Unterschrift der Versicherten wird in diesen Fällen verzichtet. Der Schulungsarzt unterzeichnet den Schulungsnachweis an den Stellen, wo im Normalfall die Unterschrift der Versicherten vorgesehen ist und macht deutlich, dass die Unterzeichnung durch ihn aufgrund der Corona-Pandemie notwendig war.
- Die Quotierungsregelung für die individualisierten Interventionen bei den DMP-Verträgen Diabetes mellitus Typ 1 und 2 bleibt bestehen.

Einzelheiten

Ein überarbeitetes Merkblatt zur Erstellung von DMP-Dokumentationen und Durchführung von Patientenschulungen während der COVID-19 - Pandemie ist in Kürze verfügbar. Sie finden es auf unserer Internetseite (www.kvn.de) unter der Rubrik: Mitglieder/Qualität/DMP/DMP Merkblätter/Allgemeine Informationen.

3.7. Genetische Beratung nach GenDG - GOP 01788 EBM

Ab dem 1. Juli 2021 kann die Beratung nach GenDG zum nicht-invasiven Pränataltest Rhesus D (NIPT-RhD) gemäß Abschnitt C und Anlage 7 der Mutterschafts-Richtlinien nach der GOP 01788 EBM abgerechnet werden.

Diese ist von FachärztInnen für Frauenheilkunde und Geburtshilfe berechnungsfähig, die die Qualifikationsvoraussetzung zur fachgebundenen genetischen Beratung gemäß Gendiagnostikgesetz (GenDG) und Richtlinie der Gendiagnostikkommission (GEKO) erfüllen.

Damit ergibt sich erstmals die Notwendigkeit, die Qualifikation zur fachgebundenen genetischen Beratung gegenüber der KVN nachzuweisen.

Hierzu wurden bereits alle FachärztInnen für Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit einem Anschreiben direkt informiert.

Nun möchten wir jene erinnern, die noch keinen Nachweis über die erworbene Qualifikation zur fachgebundenen genetischen Beratung geführt haben, dies schnellstmöglich nachzuholen.

Erinnerung

3.8. Besondere Versorgung zur Behandlung von Gestationsdiabetes und sonstige Diabetesformen durch Diabetologische Schwerpunktpraxen (GDM-DM3-Vertrag): AOK Bremen / Bremerhaven und Continentale BKK ab 1. Januar 2022 neu dabei

Die AOK Bremen/Bremerhaven und die Continentale BKK sind dem GDM-DM3-Vertrag beigetreten. Die BKK RWE ist zur ebenfalls teilnehmenden Energie BKK fusioniert.

Teilnehmende Krankenkassen (Stand: 1. Januar 2022):

AOK Bremen / Bremerhaven	BKK Salzgitter
AOK Niedersachsen	BKK Technoform
SVLFG als Landwirtschaftliche Krankenkasse	BKK VBU
IKK classic	BKK Verbund Plus
KNAPPSCHAFT	BKK Wirtschaft und Finanzen
BARMER	BKK ZF & Partner
Techniker Krankenkasse	Continental BKK
Audi BKK	Daimler BKK
BKK B. Braun Aesculap	Energie BKK
BKK 24	Heimat BKK
BKK Diakonie	Mobil Krankenkasse
BKK DürkoppAdler	Novitas BKK
BKK EWE	pronova BKK
BKK Exklusiv	R + V BKK
BKK Firmus	Salus BKK
BKK Freudenberg	SKD BKK
BKK Gildemeister Seidensticker	TUI BKK
BKK Linde	Viactiv Krankenkasse
BKK Pfalz	Vivida BKK
BKK Public	

Die Vertragsunterlagen inklusive der teilnehmenden Krankenkassen finden Sie im KVN-Portal unter „Verträge“/Suchbegriff „GDM“/Gestationsdiabetes und sonstige Diabetesformen (GDM-DM3-Vertrag)

3.9. BKK - Besondere Versorgung „Hallo Baby!“: BKK Grillo-Werke AG, BKK HMR, BKK RWE, SIEMAG BKK und Wieland BKK beenden Teilnahme zum 31. Dezember 2021

Die Gebührenordnungspositionen 81310 bis 81319 sind für Versicherte dieser Betriebskrankenkassen nur noch im 4. Quartal 2021 abrechenbar.

Weiteres im KVN-Portal: Rubrik „Verträge“, Suchbegriff „Hallo Baby“

Bis 4. Quartal 2021

4. Veranstaltungen im Januar und Februar 2022

Wichtig: Wir bieten Ihnen für einzelne Präsenzveranstaltungen untenstehende WebSeminare an. 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.
Verordnungsweise in der täglichen Praxis	Hannover	26.Jan	kostenlos
Qualitätsmanagement - Aktuell - Der neue QEP-Zielkatalog	WebSeminar	27.Jan	59 Euro
QEP-Einführungsseminar	WebSeminar	05.Feb	127 Euro
Datenschutz in der Arztpraxis	WebSeminar	08.Feb	69 Euro
Moderne Wundversorgung	WebSeminar	09.Feb	kostenlos
Professionelle Praxisorganisation	WebSeminar	16.Feb	50 Euro
Heilmittelverordnung in Theorie und Praxis	WebSeminar	16.Feb	kostenlos
Qualitätsmanagement - Aktuell - Der neue QEP-Zielkatalog	WebSeminar	16.Feb	69 Euro
EBM für Einsteiger	Osnabrück	16.Feb	kostenlos
Praxisorganisation und Praxisführung	WebSeminar	23.Feb	69 Euro
Heilmittelverordnung - Sicher durch den Heilmittelverordnungsdschungel	WebSeminar	23.Feb	kostenlos
Telefonieren in der Arztpraxis	Aurich	23.Feb	90 Euro

5. Anlagenverzeichnis

5.1. Abschlagszahlungen und Zahlungstermine 2022

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

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

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

AB=Monats-Abschlag 24%

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

Rest=Restzahlung

Amtliche Mitteilung der KVN zum HVM für das 1. Quartal 2022

in Umsetzung des Honorarverteilungsmaßstabes (HVM) gemäß § 87b Abs. 1 SGB V der KVN vom 20. November 2021

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

Fachgruppe	durchschnittliches Individualbudget
FA Laboratoriumsmedizin	415.394,85 €
FA Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie	267.866,05 €

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 2022 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	16.327,58 €
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	7.049,44 €
FA Nuklearmedizin	38.107,34 €
FA Humangenetik	
FA Transfusionsmedizin	102.217,77 €
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 2022 nicht in vollem zeitlichen Umfang an der vertragärztlichen Versorgung teilnehmen, reduzieren sich die o.a. Fachgruppendurchschnittswerte anteilig auf den Umfang ihrer Tätigkeit.



KVN

Kassenärztliche Vereinigung
Niedersachsen

Informationen für die Praxis

KVN-Rundschreiben

November 2021

Inhaltsverzeichnis

1. Verordnungen	3
1.1. Zulassung von Dapagliflozin als Add-On-Therapie für Menschen mit Typ-1-Diabetes mellitus zurückgenommen	3
1.2. Wichtige Informationen zur Gripeschutzimpfung 2021/2022	3
1.3. Ofev® (Nintedanib) in weiterer Teilindikation als Praxisbesonderheit anerkannt	3
1.4. Epidyolex® (Cannabidiol) in Teilindikationen als Praxisbesonderheit anerkannt	5
2. Allgemeine Hinweise	6
2.1. eAU - FAQs	6
2.2. Kodieren: Neue ICD-10-Kodierhilfen zum 1. Januar 2022	6
2.3. Serologische Untersuchungen im Zusammenhang mit der Durchführung von Schutzimpfungen	6
2.4. Gesetzliche Unfallversicherung: Verlängerung der Regelung zur Videosprechstunde bis zum 31. Dezember 2021	7
2.5. Genetische Beratung nach GenDG - GOP 01788 EBM	8
2.6. Erweitertes Präventionsangebot für Kinder U10/U11 (Starke Kids): Debeka BKK, BKK HMR und VIACTIV Krankenkasse beenden ihre Teilnahme am 31. Dezember 2021	8
2.7. Hautkrebsvorsorge: BKK HMR und SIEMAG BKK beenden ihre Teilnahme am 31. Dezember 2021	8
2.8. BKK-Basisvertrag ADHS: BKK Herkules, BKK HMR und SIEMAG BKK beenden ihre Teilnahme am 31. Dezember 2021	9
2.9. Versorgungsprogramm BKK Rheuma: Debeka BKK, BKK HMR und SIEMAG BKK beenden Vertragsteilnahme	9
2.10. Versorgungsprogramm BKK Osteoporose: Debeka BKK und SIEMAG BKK beenden Vertragsteilnahme ...	9

3.	Veranstaltungen im Dezember 2021 und Januar 2022	10
4.	Anlagenverzeichnis.....	11
4.1.	Informationen zur Gripeschutzimpfung.....	11
4.2.	Sammelerklärung	11

1. Verordnungen

1.1. Zulassung von Dapagliflozin als Add-On-Therapie für Menschen mit Typ-1-Diabetes mellitus zurückgenommen

Der Hersteller AstraZeneca hat mitgeteilt, dass er bei der Europäischen Arzneimittelagentur (EMA) die Rücknahme der Zulassung von Dapagliflozin (Forxiga®) 5 mg als Add-On-Therapie für Menschen mit Typ-1-Diabetes mellitus beantragt hat.

Die Zulassung wurde nun mit Wirkung vom 25. Oktober 2021 zurückgenommen, so dass Forxiga® 5 mg nicht mehr für die Behandlung von Patienten mit Typ-1-Diabetes mellitus angewendet werden darf.

Der entsprechende Rote-Hand-Brief ist abrufbar auf der Internetseite der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) unter www.akdae.de/Arzneimittelsicherheit/Rote-Hand-Briefe.

Wichtiger Hinweis: Alle weiteren Anwendungsgebiete von Dapagliflozin sind von der Zulassungsänderung nicht betroffen.

1.2. Wichtige Informationen zur Gripeschutzimpfung 2021/2022

Für die kommende Grippesaison stehen in diesem Jahr bundesweit voraussichtlich etwa 29 Millionen vom Paul-Ehrlich-Institut freigegebene Grippeimpfdosen zur Verfügung und damit deutlich mehr als in den vergangenen Jahren und mehr als im letzten Jahr. Vor dem Hintergrund der Covid-19-Pandemie ist jedoch auch in dieser Saison mit einer erhöhten Nachfrage zu rechnen.

Das gemeinsam mit den niedersächsischen Krankenkassen/-verbänden abgestimmte Schreiben enthält wichtige Informationen in Bezug auf die Gripeschutzimpfung 2021/2022. Das Schreiben finden Sie im Anhang sowie im Internet unter <https://www.kvn.de/Mitglieder/Verordnungen/Arzneimittel/Impfungen.html>

Anlage 5.1: Informationen zur Gripeschutzimpfung

1.3. Ofev® (Nintedanib) in weiterer Teilindikation als Praxisbesonderheit anerkannt

Ofev® (Wirkstoff Nintedanib) wird ab dem 17. April 2021 nach einer Vereinbarung zwischen dem GKV-Spitzenverband und dem pharmazeutischen Unternehmer Boehringer Ingelheim ab dem ersten Behandlungsfall als Praxisbesonderheit ausschließlich im Anwendungsgebiet mit einem Zusatznutzen laut G-BA-Beschlüssen vom 17. Oktober 2019 und vom 4. Februar 2021 anerkannt:

1. Ofev wird angewendet bei Erwachsenen zur Behandlung der idiopathischen Lungenfibrose (IPF)

Anwendungsgebiet

2. Ofev wird außerdem angewendet bei Erwachsenen zur Behandlung anderer chronischer progredient fibrosierender interstitieller Lungenerkrankungen (PF-ILDs).

Die Einleitung und Überwachung der Behandlung mit Nintedanib darf nur durch in der Therapie von Patienten mit idiopathischer Lungenfibrose (IPF) bzw. von Patienten mit chronischen progredient fibrosierenden interstitiellen Lungenerkrankungen (PF-ILDs) erfahrene Fachärzte erfolgen.

Voraussetzung für die Anerkennung als Praxisbesonderheit ist eine gesicherte Diagnose der idiopathischen Lungenfibrose (IPF) bzw. der anderen chronischen progredient fibrosierenden interstitiellen Lungenerkrankungen (PF-ILDs) durch geeignete Untersuchungsmethoden. Die Anwendung von Ofev auf Grund einer Verdachtsdiagnose ist nicht abgedeckt.

Eine differenzialdiagnostische Abgrenzung der idiopathischen Lungenfibrose bzw. der anderen chronischen progredient fibrosierenden interstitiellen Lungenerkrankungen von anderen Krankheitsformen vor Einleitung einer Therapie ist von entscheidender Bedeutung.

Ausgeschlossene Anwendungsgebiete sind differentialdiagnostisch in Frage kommende interstitielle Lungenerkrankungen, insbesondere interstitielle Lungenerkrankungen mit systemischer Sklerose (SSc-ILD).

Für Patienten mit stark eingeschränkter Lungenfunktion (forcierte Vitalkapazität (FVC) unter 50 % im Anwendungsgebiet der IPF bzw. unter 45 % im Anwendungsgebiet der PF-ILDs) liegen keine vom G-BA bewerteten Daten vor, da nur Patienten mit FVC von mindestens 50 % (IPF) bzw. 45 % (PF-ILDs) in die vom G-BA bewerteten Studien eingeschlossen wurden. Die tatsächlichen Studienpatienten wiesen trotz eingeschränkter Diffusionskapazität hinsichtlich der FVC im Mittel noch ca. 80 % (IPF) bzw. ca. 70 % (PF-ILDs) des Sollwerts auf.

Die Vorgaben der Fachinformation sind zu berücksichtigen. Weitere Anwendungsgebiete oder Erweiterungen des Anwendungsgebiets sind nicht von der Praxisbesonderheit umfasst. Die Anerkennung als Praxisbesonderheit besteht, solange Boehringer Ingelheim oder etwaige Rechtsnachfolger Ofev in Deutschland vertreiben.

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

Patienten mit stark eingeschränkter Lungenfunktion

1.4. Epidyolex® (Cannabidiol) in Teilindikationen als Praxisbesonderheit anerkannt

Epidyolex® (Wirkstoff Cannabidiol) wird ab dem 15. Oktober 2021 nach einer Vereinbarung zwischen dem GKV-Spitzenverband und dem pharmazeutischen Unternehmer GW Pharma (International) B.V. ab dem ersten Behandlungsfall als Praxisbesonderheit ausschließlich im Anwendungsgebiet mit einem Zusatznutzen laut G-BA-Beschlüssen vom 15. April 2021 anerkannt:

- Dravet-Syndrom: Epidyolex wird, zusammen mit Clobazam, bei Patienten ab 2 Jahren für die adjuvante Behandlung von Krampfanfällen im Zusammenhang mit dem Dravet-Syndrom (DS) angewendet.
- Lennox-Gastaut-Syndrom: Epidyolex wird, zusammen mit Clobazam, bei Patienten ab 2 Jahren für die adjuvante Behandlung von Krampfanfällen im Zusammenhang mit dem Lennox-Gastaut-Syndrom (LGS) angewendet.

Die Einleitung und Überwachung der Behandlung mit Cannabidiol soll nur durch in der Therapie von Patienten mit Epilepsie erfahrene Ärzte erfolgen. Durch die Kombination von Cannabidiol mit Clobazam treten pharmakokinetische Wechselwirkungen auf, die zu einer Zunahme unerwünschter Arzneimittelwirkungen führen können. Wenn Somnolenz oder Sedierung auftreten, soll eine Verringerung der Clobazam-Dosierung in Betracht gezogen werden.

Die Vorgaben der Fachinformation sind zu berücksichtigen. Weitere Anwendungsgebiete sind nicht von der Praxisbesonderheit umfasst. Die Anerkennung als Praxisbesonderheit besteht, solange GW Pharmaceuticals plc oder etwaige Rechtsnachfolger Epidyolex in Deutschland vertreiben.

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

Anwendungsgebiet

2. Allgemeine Hinweise

2.1. eAU - FAQs

Für Praxen, die noch nicht über die nötigen technischen Voraussetzungen verfügen, hatte die KBV mit dem GKV-Verband eine Übergangsregelung vereinbart. Das alte Verfahren, also die Nutzung des „gelben Scheins“ (Muster 1), darf weiterhin angewendet werden, solange die technischen Voraussetzungen für die eAU in der Praxis noch nicht vorliegen. Diese Regelung galt bislang bis zum 31. Dezember 2021.

Um die Patientenversorgung bis zur vollständigen Funktionsfähigkeit der Prozesse weiter zu gewährleisten, hat die KBV nun eine Richtlinie nach §75 Absatz 7 Nr. 1 SGB V erlassen. Hierdurch soll gewährleistet werden, dass die Versorgung bis zur flächendeckenden Einsatzbereitschaft von eAU und eRezept problemlos laufen kann. Diese Richtlinie gilt bis 30. Juni 2022. Praxen dürfen deshalb bis 30. Juni 2022 für die eAU weiterhin das Muster 1 (gelber Schein) und für das eRezept das Muster 16 nutzen, sofern die die technischen Voraussetzungen in der Praxis noch nicht vorliegen. Damit wird die Einführungsphase von eAU und eRezept faktisch um ein halbes Jahr verlängert - bis zum 30. Juni 2022.

Weitere Informationen sowie die FAQs finden Sie auf unserer Internetseite unter https://www.kvn.de/Mitglieder/Praxis_IT/Elektronische+Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung.html

Einführungsphase faktisch um halbes Jahr verlängert

2.2. Kodieren: Neue ICD-10-Kodierhilfen zum 1. Januar 2022

Praxen erhalten einen digitalen Helfer, der sie beim Verschlüsseln von Diagnosen unterstützen soll. Er wird in das Praxisverwaltungssystem (PVS) eingebunden und steht Ärztinnen und Ärzten sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten direkt beim Kodieren zur Verfügung. Mit der Kodierunterstützung kommen keine neuen Regeln oder Vorgaben: Basis ist und bleibt die ICD-10-GM.

Weitere Informationen finden Sie auf der Internetseite der KBV

2.3. Serologische Untersuchungen im Zusammenhang mit der Durchführung von Schutzimpfungen

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat die Aufnahme serologischer Untersuchungen in die Schutzimpfungs-Richtlinie (SI-RL) beschlossen. Darüber hinaus hat der G-BA in §5 SI-RL den Begriff „Impfstoff“ bezüglich rekombinanter Nukleinsäuren an die Definition im Arzneimittelgesetz angepasst.

Routinemäßige Antikörperbestimmungen vor oder nach Standardimpfungen sind nach Einschätzung der STIKO nicht erforderlich. In Ausnahmefällen jedoch sind serologische Kontrollen zur Überprüfung des Impfschutzes angezeigt.

Serologische Kontrolle des Impferfolgs bei Patienten mit Immundefizienz

Bei PatientInnen mit Immundefizienz bzw. suppression soll die serologische Kontrolle des Impferfolgs grundsätzlich immer erfolgen.

Für diese Patientengruppe erfolgt insoweit die Aufnahme eines generellen Leistungsanspruchs auf die serologische Kontrolle des Impferfolgs im direkten Zusammenhang mit den in der Tabelle der Anlage 1 SI-RL aufgeführten Impfungen, soweit eine medizinische Notwendigkeit im Einzelfall besteht.

Serologische Testung im Zusammenhang mit den Impfungen gegen Hepatitis A, Hepatitis B, Herpes Zoster und Varizellen

Hinweise zur serologischen Testung im Zusammenhang mit den genannten Impfungen zum Nachweis vorausgegangener Infektionen oder bereits erfolgter Impfungen bei unklarem Impfstatus oder auch zur Überprüfung des Impferfolgs werden an entsprechender Stelle in der Tabelle zur Anlage 1 SI-RL aufgenommen.

Im Falle der serologischen Vortestung wird unterschieden, ob eine serologische Testung aus medizinischen Gründen vor einer Impfung regelhaft durchzuführen ist („soll...erfolgen“) oder ob sie für bestimmte Personengruppen sinnvoll sein könnte („kann....erfolgen“), z. B. bei hoher Wahrscheinlichkeit für eine bereits bestehende Immunität. Im letzteren Fall stellt die Vortestung keine Voraussetzung für den Impfanspruch dar.

Zur Umsetzung des Leistungsanspruches auf serologische Testungen sind noch entsprechende Regelungen in den Impfvereinbarungen mit den Krankenkassen aufzunehmen. Wir werden hierzu in Kürze Gespräche mit den niedersächsischen Krankenkassen aufnehmen. Über die Ergebnisse werden wir Sie dann zeitnah informieren.

2.4. Gesetzliche Unfallversicherung: Verlängerung der Regelung zur Videosprechstunde bis zum 31. Dezember 2021

Abweichend von den Vorgaben des Vertrages Ärzte/Unfallversicherungsträger können durch Vertragsärzte, beteiligte Ärzte sowie Psychotherapeuten in begründeten Ausnahmefällen und unter Beachtung berufsrechtlicher Vorgaben sowie der Vorgaben nach §31 b Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) Videosprechstunden erbracht werden.

Für Arzt-Patientenkontakte ist die Nummer 1 der Gebührenordnung UV-GOÄ abzurechnen, wobei eine entsprechende Kennzeichnung als Videobehandlung erfolgen muss. Aufgrund der gestiegenen Infektionszahlen bestehen keine Bedenken, wiederkehrende (nicht erstmalige) Heil- oder Arzneimittel-Verordnungen auch auf telefonische Anforderungen den Versicherten auszustellen.

Für Psychotherapeuten gilt:

- Videosprechstunden können analog der entsprechenden Behandlungsziffern (P-Ziffern) abgerechnet werden.

Für Psychotherapeuten

- Für eine volle Behandlungsstunde (50 Minuten) mit 100 Prozent und für eine halbe Behandlungseinheit (25 Minuten) mit 50 Prozent der jeweiligen P-Ziffer.
- Für die Videosprechstunde wird ein Zuschlag von zwölf Euro für eine volle Stunde beziehungsweise sechs Euro für eine halbe Stunde gezahlt, wenn ein zugelassenes zertifiziertes Videosystem eingesetzt wird.
- Die Regelung gilt auch für neuropsychologische/neuropsychotherapeutische Leistungen, die bisher analog zum PTV honoriert werden.

Die UV-GOÄ und der Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger sind auf der Internetseite der KBV unter www.kbv.de/html/uv.php zu finden.

2.5. Genetische Beratung nach GenDG - GOP 01788 EBM

Ab dem 1. Juli 2021 kann die Beratung nach GenDG zum nicht-invasiven Pränataltest Rhesus D (NIPT-RhD) gemäß Abschnitt C und Anlage 7 der Mutterschafts-Richtlinien nach der GOP 01788 EBM abgerechnet werden.

Diese ist von FachärztInnen für Frauenheilkunde und Geburtshilfe berechnungsfähig, die die Qualifikationsvoraussetzung zur fachgebundenen genetischen Beratung gemäß Gendiagnostikgesetz (GenDG) und Richtlinie der Gendiagnostikkommission (GEKO) erfüllen.

Damit ergibt sich erstmals die Notwendigkeit, die Qualifikation zur fachgebundenen genetischen Beratung gegenüber der KVN nachzuweisen.

Hierzu wurden bereits alle FachärztInnen für Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit einem Anschreiben direkt informiert.

Nun möchten wir jene erinnern, die noch keinen Nachweis über die erworbene Qualifikation zur fachgebundenen genetischen Beratung geführt haben, dies schnellstmöglich nachzuholen.

2.6. Erweitertes Präventionsangebot für Kinder U10/U11 (Starke Kids): Debeka BKK, BKK HMR und VIACTIV Krankenkasse beenden ihre Teilnahme am 31. Dezember 2021

Damit sind die Gebührenordnungspositionen 99216 (U10) und 99217 (U11) für Versicherte dieser Betriebskrankenkassen nur noch im 4. Quartal 2021 abrechenbar.

Nur noch bis 4. Quartal 2021 abrechenbar

2.7. Hautkrebsvorsorge: BKK HMR und SIEMAG BKK beenden ihre Teilnahme am 31. Dezember 2021

Damit ist die Gebührenordnungsposition 99210 für Versicherte dieser Betriebskrankenkassen nur noch im 4. Quartal 2021 abrechenbar.

2.8. BKK-Basisvertrag ADHS: BKK Herkules, BKK HMR und SIEMAG BKK beenden ihre Teilnahme am 31. Dezember 2021

Damit sind die Gebührenordnungspositionen 99260, 99261, 99262, 99263, 99264 für Versicherte dieser Betriebskrankenkassen nur noch im 4. Quartal 2021 abrechenbar.

Nur noch bis 4. Quartal 2021 abrechenbar

2.9. Versorgungsprogramm BKK Rheuma: Debeka BKK, BKK HMR und SIEMAG BKK beenden Vertragsteilnahme

Die Gebührenordnungspositionen 99162 bis 99169 sind für Versicherte dieser Betriebskrankenkassen nur noch im 4. Quartal 2021 abrechenbar.

2.10. Versorgungsprogramm BKK Osteoporose: Debeka BKK und SIEMAG BKK beenden Vertragsteilnahme

Die Gebührenordnungspositionen 99265, 99266, 99267, 99268 sind für Versicherte dieser Betriebskrankenkassen nur noch im 4. Quartal 2021 abrechenbar.

3. Veranstaltungen im Dezember 2021 und Januar 2022

Wichtig: Wir bieten Ihnen für einzelne Präsenzveranstaltungen untenstehende WebSeminare an. 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.
Praxisorganisation und Praxisführung	WebSeminar	01.Dez	59 Euro
Sicher und elektronisch verordnen - Einführung zum Start des eRezepts	WebSeminar	02.Dez	kostenlos
Diabetes und Verhalten	Hannover	04.Dez	189 Euro
QEP-Einführungsseminar	WebSeminar	04.Dez	112 Euro
Einführung zum Start der eAU	WebSeminar	07.Dez	kostenlos
Die ePA kommt - Einführung zum Start der elektronischen Patientenakte	WebSeminar	08.Dez	kostenlos
Medizinprodukte Aufbereitung WS Teil 2	WebSeminar	08.Dez	59 Euro
Sicher und elektronisch verordnen - Einführung zum Start des eRezepts	WebSeminar	08.Dez	kostenlos
Sicher und elektronisch verordnen - Einführung zum Start des eRezepts	WebSeminar	15.Dez	kostenlos
Sicher und elektronisch verordnen - Einführung zum Start des eRezepts	WebSeminar	16.Dez	kostenlos
Reanimation für MFA	Aurich	12.Jan	75 Euro
ICD10 - Richtig kodieren	Hannover	19.Jan	kostenlos
Verordnungsweise in der täglichen Praxis	Hannover	26.Jan	kostenlos
Notfallseminar	Aurich	26.Jan	80 Euro
Qualitätsmanagement - Aktuell - Der neue QEP-Zielkatalog	WebSeminar	27.Jan	59 Euro

4. Anlagenverzeichnis

4.1. Informationen zur Gripeschutzimpfung

4.2. Sammelerklärung



Wichtige Informationen zur Gripeschutzimpfung 2021/2022

Für die kommende Grippezeit stehen in diesem Jahr bundesweit voraussichtlich etwa 29 Millionen¹ Grippeimpfdosen zur Verfügung und damit deutlich mehr als in den vergangenen Jahren und mehr als im letzten Jahr. Vor dem Hintergrund der Covid-19-Pandemie ist jedoch auch in dieser Saison mit einer erhöhten Nachfrage zu rechnen.

Das Robert-Koch-Institut informiert, dass gerade im Rahmen der COVID-19-Pandemie eine hohe Influenza-Impfquote bei Risikogruppen essentiell ist, um in der Grippezeit schwere Influenza-Verläufe zu verhindern und Engpässe in Krankenhäusern zu vermeiden.² Hohe Impfquoten insbesondere bei den Risikogruppen können somit neben dem Schutz der Menschen auch das Gesundheitssystem entlasten.

Gemäß der STIKO-Empfehlung muss zwischen COVID-19-Impfungen und der Verabreichung anderer Totimpfstoffe kein Impfabstand mehr eingehalten werden. Die Impfungen können unter der Voraussetzung, dass eine Indikation zur Impfung sowohl gegen andere Erkrankungen, wie Influenza als auch gegen COVID-19 besteht, gleichzeitig verabreicht werden. Die Injektion soll dabei jeweils an unterschiedlichen Gliedmaßen erfolgen (Epid Bull 2021;39).

In der Schutzimpfungs-Richtlinie, die den Leistungsanspruch im Rahmen der GKV regelt, wird bei der Gripeschutzimpfung insbesondere auf Risikogruppen (z.B. Personen im Alter von ≥ 60 Jahren, Patienten mit bestimmten chronischen Grunderkrankungen) sowie Personenkreise mit vermehrtem Kontakt zu potenziell Erkrankten oder Risikopersonen wie medizinisches Personal verwiesen. Beruflich exponierte Personen profitieren dabei nicht nur selbst von der Impfung, sondern vermeiden eine Verbreitung der Influenza-Viren unter den Risikogruppen und weiteren Teilen der Bevölkerung.

Daher zusammenfassend folgende Empfehlung:

- Impfen Sie zunächst die von der STIKO genannten Personengruppen gemäß Schutzimpfungs-Richtlinie. Sprechen Sie diese gezielt auf die Schutzimpfung an und betonen Sie dabei die Wichtigkeit der Maßnahme.
- Denken Sie dabei auch ausdrücklich an beruflich exponierte Personengruppen. Eine Impfung trägt hier in großem Maße dazu bei, die Verbreitung der Influenza-Viren zu unterbinden.

¹ Paul-Ehrlich-Institut, rund 28,9 Millionen freigegebene Grippeimpfdosen bis zum 17. Oktober 2021 (https://www.pei.de/DE/Arzneimittel/impfstoffe/influenza-grippe/influenza-node.html;jsessionid=611FFB4BE9925A1318D828A91981E906.intranet211?cms_tabcounter=0)

² <https://www.rki.de/SharedDocs/FAQ/Impfen/Influenza/FAQ02.html>, letzter Aufruf am 22. Oktober 2021

11. Zusätzlich erforderliche Angaben für einen finanziellen Ausgleich aufgrund der COVID-19-Pandemie

Die folgenden Angaben sind für die Prüfung, ob ein Anspruch auf Ausgleichszahlungen gem. Nr. 18 Teil B HVM besteht, erforderlich:

- Ich/Wir bestätige(n), dass ich/wir meinem/unserem Versorgungsauftrag in diesem Quartal nachgekommen bin/sind, soweit es mir/uns aufgrund der durch die Covid-19-Pandemie verursachten Umstände möglich war.
- Ich/Wir bestätige(n), dass der dieses Quartal aufgetretene Fallzahlrückgang aufgrund einer geringeren Patienteneinanspruchnahme Folge der Covid-19-Pandemie und nicht in meiner Person liegend begründet ist (z. B. zusätzlicher Urlaub, Krankheit). Ich/wir bestätigen ferner, dass keine nicht pandemiebedingte von mir/uns veranlasste Reduzierung der Praxiszeiten oder vorübergehende Praxisschließung stattgefunden hat.
- Ich/Wir habe(n) Entschädigungen nach dem Infektionsschutzgesetz oder finanzielle Hilfen aufgrund anderer Anspruchsgrundlagen (wie z.B. Soforthilfe bei der N-Bank, Kurzarbeitergeld, etc.) im Zusammenhang mit der Covid-19 Pandemie beantragt.

Ich/Wir haben folgende diesbezügliche Anträge gestellt:

Art des beantragten finanziellen Ausgleichs	Antrag bereits beschieden?	Finanzieller Ausgleich bewilligt?

Ich/Wir verpflichte(n) mich/uns, die KVN zeitnah über den Ausgang des/der Antragsverfahren(s) zu unterrichten.

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) TTMMJJJJ

(Unterschrift⁵ und Vertragsarztstempel²)

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

--

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.



KVN

Kassenärztliche Vereinigung
Niedersachsen

Informationen für die Praxis

KVN-Rundschreiben

Oktober 2021

Inhaltsverzeichnis

1.	Abrechnung	3
1.1.	Beschlüsse des Bewertungsausschusses zur Anpassung des EBM.....	3
1.2.	Anpassung der Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 BMV-Ä) zum 1. Oktober 2021	8
1.3.	TI-Anwendungen im AbrechnungsCheck.....	10
2.	Verordnungen	10
2.1.	Cosentyx® (Secukinumab) in weiteren Teilindikationen als Praxisbesonderheit anerkannt.....	10
2.2.	Talzenna® (Talazoparib) als Praxisbesonderheit anerkannt	11
2.3.	Palivizumab-Behandlungsdauer in der Saison 2021/2022	12
2.4.	Änderungen der Anlage V der Arzneimittel-Richtlinie - Übersicht der verordnungsfähigen Medizinprodukte	13
2.5.	eRezept - Start der bundesweiten Testphase verschoben	15
2.6.	Änderung der Anlage II (Lifestyle-Arzneimittel) der Arzneimittelrichtlinie: Deoxycholsäure.....	15
2.7.	Antihypotonika - Änderung der Anlage III (Verordnungseinschränkungen und -ausschlüsse) der Arzneimittel-Richtlinie.....	16
2.8.	Carboplatin in Kombination mit Gemcitabin bei Urothelkarzinom - Änderung der Anlage VI (Off-Label-Use) der Arzneimittel-Richtlinie, Ergänzung	16
2.9.	Bortezomib/Cyclophosphamid/Dexamethason zur Induktionstherapie des neu diagnostizierten Multiplen Myeloms - Anlage VI (Off-Label-Use) der Arzneimittel-Richtlinie, Ergänzung.....	17
3.	Allgemeine Hinweise	18
3.1.	G-BA verlängert diverse Corona-Sonderregeln bis zum 25. November 2021.....	18

3.2.	Coronavirus: Bewertungsausschuss (BA) verlängert diverse Sonderregelungen bis Jahresende - die wichtigsten Punkte im Überblick.....	19
3.3.	Die Kodierunterstützung für Praxen Direkt und Digital - Ab Januar 2022 in der Praxissoftware	21
3.4.	Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zum Vorgehen bei Lieferengpässen von Impfstoffen	21
3.5.	Festlegung des Abrechnungsprozesses zur Erstbefüllung der elektronischen Patientenakte	22
3.6.	Onkologische Trainings- und Bewegungstherapie	24
3.7.	G-BA verlängert telefonische Krankschreibung und weitere Corona-Sonderregeln bis zum 31. Dezember 2021.....	24
3.8.	Gesetzliche Unfallversicherung: Verlängerung der Hygienepauschale bis 31. Dezember 2021	26
3.9.	Verlängerung der Regelungen zur Erbringung der Patientenschulungen im Rahmen der DMP und GDM-DM3-Verträge während der Corona-Pandemie bis zum 25. November 2021.....	26
3.10.	Hausarztzentrierte Versorgung AOK Niedersachsen.	27
3.11.	Genetische Beratung nach GenDG - GOP 01788 EBM.....	27
3.12.	Sonstiger Kostenträger: Landkreis Hameln-Pyrmont erleichtert Überweisungen für Berechtigte gem. Asylbewerberleistungsgesetz.....	27
3.13.	Änderung nationales Medizinprodukterecht	28
3.14.	Projektstart DEFEAT Corona: Aufruf zur Teilnahme..	28
4.	Veranstaltungen im November und Dezember 2021 ...	30
5.	Anlagenverzeichnis.....	31
5.1.	Kodierunterstützung für Praxen	31

1. Abrechnung

1.1. Beschlüsse des Bewertungsausschusses zur Anpassung des EBM

Der Bewertungsausschuss hat in seiner letzten Sitzung noch weitere Änderungen zum EBM beschlossen, die zum 1. Oktober 2021 bzw. 1. Januar 2022 in Kraft treten. Wir haben die wichtigsten Änderungen thematisch aufgelistet und nachfolgend möchten wir Ihnen die Änderungen näher erläutern:

- Anpassungen bezüglich der Strahlentherapie
- Psychotherapeutische Akutbehandlung und Gruppentherapien im Rahmen einer Videosprechstunde
- Entfristung der Regelungen zur substitutionsgestützten Behandlung Opioidabhängiger
- eAU: Kostenpauschalen für den Versand von AU-Bescheinigungen bei TI-Ausfall und bei Hausbesuchen
- Detailänderungen Labor sowie Fristverlängerung der GOP 01699 und 12230
- Screening auf Sichelzellerkrankheit bei Neugeborenen sowie Screening auf 5q-assoziierte spinale Muskelatrophie
- Änderungen bezüglich der Fachinformationen Keytruda® und Jemperli® sowie Anpassung Oncotype

Anpassungen bezüglich der Strahlentherapie

- Es erfolgt eine Absenkung der Bewertungen der GOP 25316 bis 25318, 25321, 25324 bis 25328 sowie 25340 bis 25343.
- Des Weiteren erfolgt die Aufnahme einer zusätzlichen Anmerkung zu den GOP 25316, 25321 sowie 25325 bis 25329. Unter Berücksichtigung der Präambel 25.1 Nummer 5 sind die genannten GOP jeweils einmal am Behandlungstag berechnungsfähig. Für eine zweimalige Berechnung der GOP bedarf es einer besonderen Begründung.
- Eine weitere Anpassung betrifft die Leistungen im Zusammenhang mit der Weichstrahl- oder Orthovolttherapie (GOP 25310). Die GOP 25310 wird in ihrer Bewertung von derzeit 92 Punkten auf 115 Punkte angehoben. Zudem kann ab dem 1. Oktober für die rechnerunterstützte Bestrahlungsplanung mit individueller Dosisplanung bei Weichstrahl- oder Orthovolttherapie die neue GOP 25345 abgerechnet werden (1054 Punkte). Im Gegenzug wurde ein Abrechnungsausschluss zwischen der GOP 25310 (Weichstrahl- oder Orthovolttherapie) und den bestehenden GOP 25341 (Bestrahlungsplanung II) und 25342 (Bestrahlungsplanung III) aufgenommen. Die GOP 25341 und 25342 sind ab dem 1. Oktober ausschließlich im Zusammenhang mit Bestrahlungen mit einem Linearbeschleuniger berechnungsfähig.

Die vorgenommenen Anpassungen erfolgen auf der Grundlage der vorläufigen Abrechnungsdaten des 1. Quartals 2021 und stellen eine Übergangsregelung dar, um den nichtmorbiditybedingten starken Anstieg des Leistungsbedarfs des Kapitels 25 gegenüber dem 1. Quartal 2020

Übersicht

kurzfristig abzufangen. Zum 30. Juni 2022 wird der BA eine erneute Überprüfung der strahlentherapeutischen Leistungen und gegebenenfalls weitere Bewertungsanpassungen sowie strukturelle Änderungen an den GOP mit Wirkung zum 1. Juli 2022 vornehmen. In diesem Zusammenhang wird der BA auch über gegebenenfalls notwendige Anpassungen im Zusammenhang mit der Finanzierung beraten.

Zum Hintergrund: Zu Jahresbeginn wurde das Kapitel 25 EBM mit den strahlentherapeutischen Leistungen neugefasst. Die Umstellung erfolgte punktsummen- und ausgabenneutral. Da ein Großteil der getroffenen Annahmen nicht mit den damals vorliegenden Daten plausibilisiert werden konnte, hatte der BA empfohlen, die Leistungen des Kapitels 25 ab 1. Januar 2021 befristet für zwei Jahre in die morbiditätsbedingte Vergütung zu überführen.

Die vorläufigen Abrechnungsdaten des 1. Quartals 2021 weisen darauf hin, dass die getroffenen Annahmen, die maßgeblich Einfluss auf die Bewertung der strahlentherapeutischen Leistungen hatten, bei vielen Leistungen nicht eingetreten sind. So ist ein starker Anstieg des Leistungsbedarfs gegenüber dem 1. Quartal 2020 zu beobachten, der sich nicht mit einer entsprechenden Entwicklung der Morbidität erklären lässt.

Aufgrund des nunmehr festgestellten größeren Unterschiedes zwischen Annahmen einerseits und ersten Ergebnissen der Abrechnung andererseits, erfolgen die genannten Anpassungen zum 1. Oktober 2021.

Psychotherapeutische Akutbehandlung und Gruppentherapien im Rahmen einer Videosprechstunde

Ab 1. Oktober 2021 können die psychotherapeutische Akutbehandlung (GOP 35152) und mehrere gruppen-therapeutische Leistungen auch bei Durchführung im Rahmen einer Videosprechstunde berechnet werden. Der BA hat einen entsprechenden Beschluss zur Anpassung des EBM gefasst. Neben gruppentherapeutischen Leistungen nach der Psychotherapie-Richtlinie (GOP 35173 bis 35178 und Abschnitt 35.2.2) sind auch Gruppenbehandlungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (GOP 14221), der Psychiatrie und Psychotherapie (GOP 21221), der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie (GOP 22222) und der Neuropsychologischen Therapie (GOP 30933) von dem Beschluss umfasst.

Die Begrenzung auf acht Gruppenteilnehmer für die Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung (GOP 35173 bis 35178) und gruppentherapeutische Leistungen aus Abschnitt 35.2.2 beruht dabei auf den neuen Regelungen in §17 der Psychotherapie-Vereinbarung (Anlage 1 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte/BMV-Ä), die am 1. Oktober 2021 in Kraft treten.

Bei Durchführung der genannten Leistungen im Rahmen einer Videosprechstunde wird auch der Technikzuschlag nach der GOP 01450 berechnungsfähig. Bei den Gruppenbehandlungen gilt zudem die Höchstwertregelung, nach der der Zuschlag nur einmal je Gruppenbehandlung vergütet wird.

Hintergrund

Zum Hintergrund: Der Gesetzgeber hat mit dem Gesetz zur digitalen Modernisierung von Versorgung und Pflege (DVPMG) Aufträge an den BA in Bezug auf Leistungen im Rahmen von Videosprechstunden formuliert. Demnach sind bei der Videosprechstunde die Besonderheiten in der psychotherapeutischen Versorgung einschließlich der Versorgung mit gruppentherapeutischen Leistungen und Leistungen der psychotherapeutischen Akutbehandlung zu berücksichtigen (gemäß §87 Absatz 2a SGB V). Hierzu ist auch eine Änderung der Psychotherapie-Vereinbarung (Anlage 1 zum BMV-Ä) erforderlich, die diese Leistungen als Videosprechstunde bislang ausschließt. Der entsprechende Änderungsbeschluss zur Psychotherapie-Vereinbarung tritt ebenfalls am 1. Oktober 2021 in Kraft.

Entfristung der Regelungen zur substituionsgestützten Behandlung Opioidabhängiger

Der BA hatte die GOP 01953 zur substituionsgestützten Behandlung Opioidabhängiger mit einem Depotpräparat zunächst befristet bis zum 30. September 2020 in den Abschnitt 1.8 des EBM aufgenommen (493. BA-Sitzung). Die Regelung wurde aufgrund der Coronavirus-Pandemiesituation mehrfach verlängert, zuletzt bis zum 30. September 2021 (564. BA-Sitzung). Angesichts der inzwischen erfolgten Etablierung der Leistung in der Versorgung wird die Befristung der Regelung aufgehoben und die GOP 01953 dauerhafter Bestandteil des EBM.

eAU: Kostenpauschalen für den Versand von AU-Bescheinigungen bei TI-Ausfall und bei Hausbesuchen

Die Übermittlung der Arbeitsunfähigkeitsdaten an die zuständige Krankenkasse darf ab dem 1. Oktober 2021 ausschließlich digital erfolgen (§4 Absatz 4.1.1 Anlage 2b BMV-Ä), sofern in der Vertragsarztpraxis die notwendige technische Ausstattung verfügbar ist.

Für folgende Sachverhalte, bei denen ein postalischer Versand von papiergebundenen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen (AU-Bescheinigungen) stattfinden muss, werden zwei neue Kostenpauschalen mit einer Bewertung von jeweils 0,81 Euro in den EBM aufgenommen:

- Die Kostenpauschale 40130 kann abgerechnet werden in Fällen, in denen der Vertragsarzt nachträglich feststellt, dass die digitale Erstellung oder Datenübermittlung an die Krankenkasse nicht möglich ist und diese nicht bis zum Ende des nachfolgenden Werktags nachgeholt werden kann. Die papiergebundene Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung wird dann an die zuständige Krankenkasse versendet.
Im Rahmen eines Hausbesuches besteht für den Vertragsarzt keine Möglichkeit einen Ausdruck der AU- Bescheinigung für den Patienten zu erzeugen. In diesem Fall sendet der Vertragsarzt dem Patienten die papiergebundene Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung im Nachgang aus der Praxis zu und rechnet hierfür die neue Kostenpauschale 40131 ab.

Detailänderungen Labor sowie Fristverlängerung hinsichtlich der GOP 01699 und 12230 zum 1. Januar 2022

Die GOP 11230 und 11233 werden aus der Leistungslegende der GOP 01602 gestrichen. Denn die Mehrfertigung eines Briefes oder Berichtes nach der GOP 01602 ist gemäß Präambel 11.1 Nummer 9 EBM in den Gebührenordnungspositionen des Kapitels 11 EBM enthalten.

Der Ausschluss einer Nebeneinanderabrechnung der GOP 01816, 01840 und 01915 wird aufgehoben. Denn dieser Ausschluss im Krankheitsfall für den Nachweis des Erregers Chlamydia trachomatis im Urin im Zusammenhang mit dem Anspruch nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zur Mutterschaftsvorsorge, Empfängnisregelung oder Schwangerschaftsabbruch ist in den Richtlinien nicht vorgesehen.

Die entsprechenden Leistungen des Abschnitts 32.3 EBM der oben genannten Leistungen sind gemäß den Präambeln 3.1 Nummer 5 beziehungsweise 4.1 Nummer 7 von den in den Präambeln 3.1 Nummer 1 beziehungsweise 4.1 Nummer 1 genannten Arztgruppen nicht berechnungsfähig. Der BA hat deswegen die GOP 01816, 01840 und 01915 in den Präambeln 3.1 Nummer 4, 4.1 Nummer 5 und 4.1 Nummer 6 EBM gestrichen.

Fristverlängerung hinsichtlich der GOP 01699 und 12230

Die zum 1. Juli 2020 im Zusammenhang mit der Einführung der neuen Portopauschalen eingeführten Zuschläge nach den GOP 01699 beziehungsweise 12230 im Laborbereich werden bis zum 31. Dezember 2022 weitergezahlt. Der Grund ist, dass die Beratungen zur Neuregelung der Transportkosten für Laborproben (Kostenpauschale 40100) andauern und der BA nicht wie geplant bis zum 30. September dieses Jahres einen Beschluss mit Wirkung zum 1. Januar 2022 fassen wird. Der BA hat daher jetzt beschlossen, die zeitliche Befristung seines schriftlichen Beschlusses der 481. Sitzung, Teil D, in Verbindung mit seinem Beschluss in der 549. Sitzung am 17. Februar 2021 zur Änderung des EBM zur Neuregelung der nicht-elektronischen Kommunikation bis zum 31. Dezember 2022 zu verlängern.

31. Dezember 2022

Screening auf Sichelzellerkrankheit bei Neugeborenen sowie Screening auf 5q-assoziierte spinale Muskelatrophie

Der G-BA hat das Neugeborenen-Screening am 20. November 2020 um die Zielkrankheit Sichelzellerkrankheit sowie am 17. Dezember 2020 um die Zielkrankheit 5q-assoziierte spinale Muskelatrophie erweitert. Die Kinder-Richtlinie enthält nunmehr 16 Zielkrankheiten. Das Screening auf die Sichelzellerkrankheit erfolgt mittels Tandemmassenspektrometrie, Hochleistungsflüssigkeitschromatographie oder Kapillarelektrophorese, das Screening auf 5q-assoziierte spinale Muskelatrophie durch Nachweis einer SMN1-Gen-Deletion mittels molekulargenetischer Verfahren. Zur Berücksichtigung des erhöhten Aufwandes für die In-vitro-Diagnostik beschließt der BA eine Erhöhung der Bewertung der GOP 01724 um 76 Punkte auf nunmehr 297 Punkte.

Der zusätzlich erforderliche Aufwand für die Beratung im Zusammenhang mit dem Neugeborenen-Screening wird in einer Erhöhung der Bewertung der GOP 01707 um 49 Punkte auf nunmehr 184 Punkte berücksichtigt. Der Beschluss tritt mit Wirkung zum 1. Oktober 2021 in Kraft.

Änderungen bezüglich der Fachinformationen Keytruda® und Jemperli® sowie Anpassung Oncotype

Zur Verabreichung der Arzneimittel Keytruda® und Jemperli® wird zum 1. Oktober 2021 eine neue Leistung in den EBM aufgenommen. Damit hat der BA auf die Beschlüsse zur frühen Nutzenbewertung des G-BA reagiert. Denn laut den Fachinformationen beider Präparate sind vor der Anwendung zwingend ärztliche Leistungen erforderlich.

Bei der gezielten medikamentösen Behandlung bestimmter Tumorentitäten ist es gemäß der jeweiligen Fachinformation der Arzneimittel Keytruda® und Jemperli® erforderlich, vorher eine Untersuchung auf das Vorliegen einer Mikrosatelliteninstabilität im Tumormaterial durchzuführen. Zur Abbildung dieser Untersuchung als Companion Diagnostic hat der BA beschlossen, mit Wirkung zum 1. Oktober 2021 die GOP 19464 in den Abschnitt 19.4.4 EBM (In-vitro-Diagnostik tumorgenetischer Veränderungen zur Indikationsstellung einer pharmakologischen Therapie) aufzunehmen. Die Leistung ist mit 867 Punkten bewertet und wird als Leistung im Abschnitt 19.4.4 EBM extrabudgetär vergütet. Für die ärztliche Leistung ist der Zuschlag nach der GOP 19402 in Abschnitt 19.4.1 EBM zur GOP 19464 berechnungsfähig.

Am 31. Dezember 2021 läuft die Übergangsregelung im §25 Absatz 2 Nummer 3 BMV-Ä zur Durchführung eines biomarkerbasierten Tests unter Anwendung der Vorgehensweise des Oncotype DX Breast Recurrence Score® in den USA, die im Hinblick auf die Etablierung des Testverfahrens in Deutschland vereinbart wurde, aus. Daher hat der BA jetzt beschlossen, die GOP 19501 und 19502, die ausschließlich für die Durchführung des Tests Oncotype DX Breast Recurrence Score® in den USA berechnungsfähig waren, mit Wirkung zum 1. Januar 2022 zu streichen - und stattdessen den Test Oncotype DX Breast Recurrence Score® mit Durchführung ausschließlich in Deutschland nach der GOP 19506 in den EBM aufzunehmen. Die Leistung ist mit 23.732 Punkten bewertet. Um eine reibungslose Übergangszeit zu ermöglichen, wird die GOP 19506 bereits zum 1. Oktober 2021 in den EBM aufgenommen. Für die ärztliche Leistung ist ebenfalls der Zuschlag nach der GOP 19402 in Abschnitt 19.4.1 EBM zur GOP 19506 berechnungsfähig.

Übergangsregelung
läuft aus

Der Test bestimmt das Rezidivrisiko bei Patientinnen mit gesichertem primärem, Hormonrezeptor-positiven, HER2/neu-negativen, nodalnegativen und nicht metastasierten Mammakarzinom. Damit soll die Entscheidung für oder gegen eine adjuvante systemische Chemotherapie unterstützt werden.

Bereits zum 1. Juli 2021 hat der BA für dieselbe Fragestellung drei weitere biomarkerbasierte Tests, EndoPredict®, MammaPrint® und Prosigna®, nach den GOP 19503 bis 19505 in den Abschnitt 19.4.5 EBM aufgenommen. In einer Protokollnotiz zum Beschluss wurde vereinbart,

spätestens bis zum 1. Januar 2022 den biomarkerbasierten Tests Oncotype DX Breast Recurrence Score® mit der zwischenzeitlich in Deutschland etablierten Analyse im EBM abzubilden.

Die kompletten Beschlüsse veröffentlicht das Institut des Bewertungsausschusses auf seiner Internetseite (<http://institut-ba.de/ba/beschluesse.html>) und im Deutschen Ärzteblatt.

1.2. Anpassung der Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 BMV-Ä) zum 1. Oktober 2021

Die KBV und der GKV-Spitzenverband haben sich auf verschiedene Anpassungen in der Onkologie-Vereinbarung zum 1. Oktober 2021 geeinigt. Wir möchten Sie über die wichtigsten Anpassungen informieren.

Anpassung der Definition „medikamentöse Tumorthherapie“ zur Berechnungsfähigkeit der oralen endokrinen Therapie im metastasierten Stadium

Die Definition der medikamentösen Tumorthherapie in §4 der Onkologie-Vereinbarung lautet künftig:

„Die medikamentöse Tumorthherapie im Sinne der Kostenpauschalen 86514, 86516 und 86520 umfasst neben unspezifisch zytostatisch wirksamen Medikamenten auch endokrine Therapien im metastasierten Stadium sowie Behandlungen mit neuen Medikamenten, die z.B. gezielt bestimmte Stoffwechselschritte blockieren, die für das Tumorzellwachstum wichtig sind oder Mechanismen auslösen, die Tumorzellen immunologisch angreifbar machen. Die medikamentöse Tumorthherapie im Sinne der Kostenpauschalen 86514, 86516 und 86520 umfasst nicht adjuvante Therapien mit hormonell bzw. antihormonell wirksamen Medikamenten (ATC-Klasse L02-Endokrine Therapie) und/oder Medikamenten zur Behandlung von Knochenerkrankungen (ATC-Klasse M05), wenn keine weiteren tumorspezifischen Medikamente verabreicht werden.“

Definition

Durch die Änderung kann ab 1. Oktober 2021 die Kostenpauschale 86520 für die orale medikamentöse Tumorthherapie auch für endokrine Therapien im metastasierten Stadium berechnet werden - und zwar unabhängig davon, ob eine weitere medikamentöse Tumorthherapie erfolgt. Zusätzlich erfolgt eine explizite Abgrenzung zu adjuvanten endokrinen oralen Therapien beziehungsweise Therapien mit Bisphosphonaten, die nicht von den genannten Kostenpauschalen erfasst werden.

Damit in Verbindung stehende Anpassungen in §1 Absatz 1 und der Kostenpauschale 86516

Im Zuge dieser Änderung wird §1 Absatz 1 Satz 3 auf den folgenden Wortlaut angepasst:

„Die in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung durchgeführte Nachsorge bei behandelten Patienten, die krebskrank waren oder die eine adjuvante Therapie mit endokrin wirksamen Medikamenten (ATC Klasse L02 - Endokrine Therapie) und/oder Medikamenten zur Behandlung von Knochenerkrankungen (ATC-Klasse M05) erhalten, wenn keine weiteren tumorspezifischen Medikamente verabreicht werden, wird durch diese Vereinbarung nicht geregelt.“

Anpassungen

Hierdurch soll klargestellt werden, dass die Onkologie-Vereinbarung auch weiterhin keine endokrinen Therapien im Rahmen der Nachsorge beziehungsweise, sofern keine weiteren tumorspezifischen Medikamente verabreicht werden, auch keine adjuvanten Therapien mit Bisphosphonaten umfasst.

Um im Rahmen der Neufassungen keine Missverständnisse dahingehend aufgekommen zu lassen, dass zum Beispiel bei Patienten im metastasierten Stadium bei intravenöser Gabe von Bisphosphonaten durch eine Kombination mit einer endokrinen oralen Therapie die Kostenpauschale 86516 für die intravasale medikamentöse Tumortherapie ansetzbar wäre, wird unter die Kostenpauschale 86516 folgender neuer Satz aufgenommen:

„Die Kostenpauschale 86516 ist nur bei Verabreichung von mindestens einem intravasal applizierten Tumortherapeutikum der ATC-Klasse L berechnungsfähig.“

Hierbei handelt es sich nicht um eine Neuerung, sondern um eine zusätzliche Klarstellung.

Überwachungsstrategie „Active Surveillance“ wird als Therapieoption für das Prostatakarzinom berechnungsfähig

Die Überwachungsstrategie „Active Surveillance“ ist künftig nach der Kostenpauschale 86512 abrechenbar. Sie ist allerdings nur beim Prostatakarzinom berechnungsfähig. Die Behandlung muss nach der S3-Leitlinie Prostatakarzinom der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) erfolgen. Dementsprechend wurden §4 Absatz 2, Anhang 1 Nummer 2.2 sowie die Legendierung der Kostenpauschale 86512 in Anhang 2 angepasst. Die S3-Leitlinie ist auf der Internetseite der AWMF abrufbar (siehe: <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/043-022OL.html>).

Paroxysmale nächtliche Hämoglobinurie als neue Indikation aufgenommen

Die paroxysmale nächtliche Hämoglobinurie (Marchiafava-Micheli) gemäß ICD-10-GM D59.5 wird im Falle einer Behandlungsbedürftigkeit als neue Indikation aufgenommen. Neben der Kostenpauschale 86510 wird, sofern eine intravenöse Therapie mit monoklonalen Antikörpern erfolgen muss, auch die Kostenpauschale 86516 abrechenbar. Die Aufnahme dieser neuen Indikation wird zunächst auf acht Quartale begrenzt und evaluiert. Dazu wurde eine entsprechende Protokollnotiz in die Onkologie-Vereinbarung aufgenommen.

Coronavirus: Anpassung der Fortbildungsanforderungen für 2021 aufgrund pandemischer Lage

Die Fortbildungsanforderungen werden - analog zu 2020 - auch für das Kalenderjahr 2021 aufgrund der durch das Coronavirus SARS-CoV-2 bedingten pandemischen Lage reduziert. Demnach müssen Ärzte anstatt 50 nur 30 CME-Punkte nachweisen. Außerdem reicht es aus, wenn Ärzte an einer industrieneutralen, durch die Ärztekammer zertifizierten Pharmakotherapieberatung teilgenommen haben.

Die Änderungsvereinbarung wird in Kürze im Deutschen Ärzteblatt veröffentlicht. Die angepasste Onkologie-Vereinbarung finden Sie in Kürze auf der KBV-Internetseite (www.kbv.de/html/bundesmanilvertrag.php).

Klarstellung

1.3. TI-Anwendungen im AbrechnungsCheck

Folgende Informationen können Sie ab sofort im AbrechnungsCheck einsehen:

KVDT-Feld 0224: die Produkttypversion des Konnektors kennzeichnet die Version des Produkttyps Konnektor der Telematikinfrastruktur

KVDT-Feld 0225: ePA Stufe 1 = dient als Nachweis, dass sie über die für den Zugriff auf die elektronische Patientenakte erforderlichen Komponenten und Dienste verfügen.

KVDT-Feld 0226:

- 1 = ja --> System unterstützt die Funktionsmerkmale der TI-Fachanwendung ePA Stufe 1
- 0 = nein --> falls die Software keine Unterstützung der TI-Fachanwendung anbietet

Hinweis:

Da wir Ihre Daten aus Datenschutzgründen nicht an Dritte weitergeben dürfen, bitten wir Sie, selbst Kontakt zu Ihrem Softwarehaus aufzunehmen, falls die Felder nicht gefüllt sein sollten.

Hintergrund:

Das Vorhalten und die bedarfsweise Nutzung eines Konnektors in einer Vertragsarztpraxis entsprechend einer bestimmten Produkttypversion stellt eine notwendige Voraussetzung für die Erstattung der Pauschalen gemäß Anlage 32 BMV-Ä durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung dar. Bei fehlender Übermittlung der KVDT-Felder 0224 und 0226 kann es zu einer Kürzung gemäß §341 Abs. 6 SGB V kommen. Die notwendigen Daten werden in Ihrer Abrechnungsdatei automatisch mit an die KVN übermittelt.

Ansprechpartner ist das Team Support des Abrechnungsceneters, Telefon: 0511 380-4848, E-Mail AC-TeamSupport@kvn.de

Dient als Nachweis

Selbst Kontakt zum Softwarehaus

Fehlende Übermittlung kann zu Kürzung führen

2. Verordnungen

2.1. Cosentyx® (Secukinumab) in weiteren Teilindikationen als Praxisbesonderheit anerkannt

Cosentyx® (Wirkstoff Secukinumab) wird nach einer Vereinbarung zwischen dem GKV-Spitzenverband und dem pharmazeutischen Unternehmer Novartis Pharma GmbH ab dem 28. April 2021 ausschließlich in den Anwendungsgebieten mit einem Zusatznutzen laut G-BA-Beschlüssen vom 27. November 2015, 17. August 2017 und 18. Februar 2021 ab dem ersten Behandlungsfall als Praxisbesonderheit anerkannt:

- Secukinumab (Cosentyx) ist angezeigt für die Behandlung erwachsener Patienten mit mittelschwerer bis schwerer Plaque-

- Psoriasis, die für eine systemische Therapie in Frage kommen. (gilt bereits ab 18. April 2018)
- Cosentyx, allein oder in Kombination mit Methotrexat (MTX), ist angezeigt für die Behandlung erwachsener Patienten mit aktiver Psoriasis-Arthritis, wenn das Ansprechen auf eine vorhergehende Therapie mit krankheitsmodifizierenden Antirheumatika (DMARD) unzureichend gewesen ist.
 - a1) Erwachsene Patienten mit aktiver Psoriasis-Arthritis, die auf eine vorangegangene krankheitsmodifizierende antirheumatische (DMARD-) Therapie unzureichend angesprochen oder diese nicht vertragen haben, mit gleichzeitiger mittelschwerer bis schwerer Plaque-Psoriasis.
 - Cosentyx ist angezeigt für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen ab einem Alter von sechs Jahren mit mittelschwerer bis schwerer Plaque-Psoriasis, die für eine systemische Therapie in Frage kommen.

Cosentyx ist nach der Fachinformation für die Anwendung unter der Anleitung und Aufsicht eines Arztes vorgesehen, der in der Diagnose und Behandlung der Erkrankungen, für die Cosentyx zugelassen ist, erfahren ist.

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

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 Novartis Cosentyx® 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/Das AMNOG/Übersicht zu den Verhandlungen der Erstattungsbeträge nach §130b SGB V/Filterfunktion: „Praxisbesonderheit“.

2.2. Talzena® (Talazoparib) als Praxisbesonderheit anerkannt

Talzena® (Wirkstoff Talazoparib) wird nach einer Vereinbarung zwischen dem GKV-Spitzenverband und dem pharmazeutischen Unternehmer Pfizer Pharma GmbH ab dem 15. September 2021 ausschließlich im Anwendungsgebiet mit einem Zusatznutzen laut G-BA-Beschluss vom 20. November 2020 ab dem ersten Behandlungsfall als Praxisbesonderheit anerkannt:

- Talazoparib (Talzena®) wird als Monotherapie für die Behandlung von erwachsenen Patienten mit BRCA1/2-Mutationen in der

Keimbahn angewendet, die ein HER2-negatives, lokal fortgeschrittenes oder metastasiertes Mammakarzinom aufweisen. Die Patienten sollten zuvor mit einem Anthrazyklin und/oder einem Taxan im (neo)adjuvanten, lokal fortgeschrittenen oder metastasierten Setting behandelt worden sein, es sei denn, sie waren für diese Behandlungen nicht geeignet. Patienten mit Hormonrezeptor (HR)-positivem Brustkrebs sollten außerdem bereits eine endokrin-basierte Therapie erhalten haben oder für diese als nicht geeignet eingestuft sein.

Die Einleitung und Überwachung der Behandlung mit Talazoparib soll durch in der Therapie von Patienten mit lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem Brustkrebs erfahrene Fachärzte für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie sowie Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe und weitere, an der Onkologie-Vereinbarung teilnehmende Ärzte anderer Fachgruppen erfolgen. Die Auswahl der Patienten für die Brustkrebsbehandlung mit Talzena® sollte abhängig vom Nachweis einer pathogenen oder vermutlich pathogenen BRCA-Keimbahnmutation mittels eines validierten Testverfahrens durch ein erfahrenes Labor 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 Pfizer Talzena® 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/Das AMNOG/Übersicht zu den Verhandlungen der Erstattungsbeträge nach §130b SGB V/Filterfunktion: „Praxisbesonderheit“.

2.3. Palivizumab-Behandlungsdauer in der Saison 2021/2022

Sowohl in der Fachinformation als auch im Therapiehinweis des G-BA wird die Gabe von Palivizumab aufgrund begrenzter Datenverfügbarkeit auf fünf Dosen beschränkt. Vor dem Hintergrund der früher einsetzenden RSV-Saison kann es allerdings erforderlich sein, das Arzneimittel über einen längeren Zeitraum zu verabreichen. Um den Ärzten eine Verordnungssicherheit zu geben, wurde daher zwischen der KBV und dem GKV-Spitzenverband folgende Information abgestimmt:

Das Robert-Koch-Institut (RKI) hat KBV und GKV-Spitzenverband darüber informiert, dass die Wochenberichte der Arbeitsgemeinschaft Influenza auf einen früheren Beginn der RSV-Saison hinweisen. Auch mehrere medizinische Fachgesellschaften haben am 31. August 2021 in einer gemeinsamen Erklärung auf dieses Risiko hingewiesen. Es werde davon ausgegangen, dass die Gründe dafür in den Hygienemaßnahmen zur Eindämmung der SARS-CoV-2-Pandemie im vergangenen Winter und dem

Früherer Beginn

damit einhergehenden Ausfall der RSV-Saison 2020/2021 liegen.

Ein früherer Beginn der RSV-Saison kann es erforderlich machen, eine indizierte RSV-Prophylaxe gefährdeter Kleinkinder mit Palivizumab zu einem früheren Zeitpunkt als in regulären Saisons zu beginnen. Ein früherer Beginn hat zur Folge, dass sich bis zum üblichen Abflauen der RSV-Saison im Frühjahr ein längerer Gabezeitraum ergibt. Fachinformation und Therapiehinweis des G-BA weisen einheitlich darauf hin, dass ein Nutzen hinsichtlich des Schutzes über 5 Dosen hinaus nicht gesichert ist.

Aufgrund der besonderen Umstände empfehlen wir (Anmerkung: Gemeint ist hier: der GKV-SV empfiehlt seinen Mitgliedskassen) dennoch, in der Saison 2021/2022 eine längere RSV-Prophylaxe als weitere Auswirkung der SARS-CoV-2-Pandemie nicht zu beanstanden und so eine nach individueller Risiko-Nutzen-Abwägung der behandelnden Ärztinnen und Ärzte durchgeführte Prophylaxe zu ermöglichen.

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

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

Produktbezeichnung	Medizinisch notwendige Fälle	Befristung der Verordnungs-fähigkeit
Aqua B. Braun	<ul style="list-style-type: none"> zur Spülung und Reinigung bei operativen Eingriffen zur Spülung von Wunden und Verbrennungen zum Anfeuchten von Wundtamp-naden, Tüchern und Verbänden zur Überprüfung der Durchlässig-keit von Blasenkathe-tern zur mechanischen Augenspülung 	26. Mai 2024
Eye-Lotion Balanced Salt Solution	Zur Irrigation im Rahmen extraokulärer und intraokulärer Eingriffe.	26. Mai 2024
Macrogol AbZ	Für Patienten ab dem vollendeten 12. Lebensjahr zur Behandlung der Obstipation nur in Zusammenhang mit Tumorleiden, Megacolon (mit Ausnahme des toxischen Megacolons), Divertikulose, Divertikulitis, Mukoviszidose, neurogener Darmläh-mung, bei phosphatbindender Medikation bei chronischer Niereninsuffizienz, Opiat-sowie Opioidtherapie und in der Terminal-phase. Für Jugendliche mit Entwicklungsstörun-gen im Alter von 12 Jahren bis zum voll-endeten 18. Lebensjahr zur Behandlung der Obstipation.	23. November 2022

Befristung geändert

NaCl 0,9 % B. Braun	<ul style="list-style-type: none"> zur Spülung und Reinigung bei operativen Eingriffen zur Spülung von Wunden und Verbrennungen zum Anfeuchten von Wundtampnaden, Tüchern und Verbänden zur Überprüfung der Durchlässigkeit von Kathetern zur intra- und postoperativen Spülung bei endoskopischen Eingriffen zur mechanischen Augenspülung 	26. Mai 2024
Ringer B. Braun	<ul style="list-style-type: none"> zur Spülung und Reinigung bei operativen Eingriffen zur Spülung von Wunden und Verbrennungen zur intra- und postoperativen Spülung bei endoskopischen Eingriffen 	26. Mai 2024
Serumwerk- Augenspül- lösung BSS	Zur Irrigation im Rahmen extraokulärer und intraokulärer Eingriffe.	26. Mai 2024

Zudem wurde der Eintrag für „Natriumchlorid-Lösung 6 % zur Inhalation“ zur Klarstellung des medizinisch notwendigen Falls überarbeitet:

Produktbezeichnung	Medizinisch notwendige Fälle	Befristung der Verordnungsfähigkeit
Natriumchlorid-Lösung 6 % zur Inhalation	Zur symptomatischen Inhalationsbehandlung der Mukoviszidose für Patienten ab dem vollendeten 6. Lebensjahr.	17. März 2023

Die Produktbezeichnung „Medicoforum Laxativ“ wurde in „avacol® macrogol“ geändert:

Produktbezeichnung	Medizinisch notwendige Fälle	Befristung der Verordnungsfähigkeit
avacol® macrogol	Für Patienten ab dem vollendeten 12. Lebensjahr zur Behandlung der Obstipation nur in Zusammenhang mit Tumorleiden, Megacolon (mit Ausnahme des toxischen Megacolons), Divertikulose, Divertikulitis, Mukoviszidose, neurogener Darmlähmung, bei phosphatbindender Medikation bei chronischer Niereninsuffizienz, Opiat- sowie Opioidtherapie und in der Terminalphase; Für Jugendliche mit Entwicklungsstörungen im Alter von 12 Jahren bis zum vollendeten 18. Lebensjahr zur Behandlung der Obstipation.	11. Mai 2023

Produktbezeichnung geändert

Folgendes Medizinprodukt wurde neu in Anlage V aufgenommen:

Produktbezeichnung	Medizinisch notwendige Fälle	Befristung der Verordnungsfähigkeit
MacroGo Klinge plus Elektrolyte	Für Patienten ab dem vollendeten 12. Lebensjahr zur Behandlung der Obstipation nur in Zusammenhang mit Tumorleiden, Megacolon (mit Ausnahme des toxischen Megacolons), Divertikulose, Divertikulitis, Mukoviszidose, neurogener Darmlähmung, bei phosphatbindender Medikation bei chronischer Niereninsuffizienz, Opiat- sowie Opioidtherapie und in der Terminalphase. Für Jugendliche mit Entwicklungsstörungen im Alter von 12 Jahren bis zum vollendeten 18. Lebensjahr zur Behandlung der Obstipation.	26. Mai 2024

Neu aufgenommen

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 verordnungsfähigen Medizinprodukte.

2.5. eRezept - Start der bundesweiten Testphase verschoben

Wie die gematik bekannt gab, wird der Start der bundesweiten Testphase für das eRezept auf den 1. Dezember 2021 verschoben. Ursprünglich geplant war der 1. Oktober 2021. Am 1. Januar 2022 als Starttermin zur verpflichtenden Nutzung des eRezeptes wird aber weiterhin festgehalten. Weitere Information zum eRezept finden Sie unter: <https://www.kvn.de/Mitglieder/Verordnungen/Elektronische+Verordnungen/eRezept.html>

2.6. Änderung der Anlage II (Lifestyle-Arzneimittel) der Arzneimittelrichtlinie: Deoxycholsäure

Mit Wirkung zum 1. September 2021 wurde die Anlage II der Arzneimittel-Richtlinie geändert. Der Tabelle zu dem Abschnitt „Verbesserung des Aussehens“ wurde folgende Zeile angefügt:

Wirkstoff	Fertigarzneimittel, alle Stärken
D 11 AX 24 Deoxycholsäure	Kybella

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.

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

Mit Wirkung zum 2. September 2021 wurde die Nummer 16 "Antihypotonika" der Anlage III der Arzneimittel-Richtlinie geändert und folgender Spiegelstrich ergänzt:

- ausgenommen für die Behandlung der symptomatischen neurogenen Hypotonie, wenn andere Maßnahmen nicht ausreichend sind

Der G-BA führt aus, dass andere Maßnahmen neben der Behandlung der Grunderkrankung beispielsweise eine Erhöhung des intravasalen Blutvolumens durch eine ausreichende Flüssigkeitszufuhr und, sofern im Einzelfall möglich, das Absetzen von Hypotonie auslösenden Arzneimitteln sowie regelmäßige körperliche Aktivität sind.

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](http://www.g-ba.de/Richtlinien/Arzneimittel-Richtlinie/Anlage%20III).

Ergänzung

2.8. Carboplatin in Kombination mit Gemcitabin bei Urothelkarzinom - Änderung der Anlage VI (Off-Label-Use) der Arzneimittel- Richtlinie, Ergänzung

Mit Wirkung zum 18. August 2021 wurde in der Anlage VI (Off-Label-Use) in Teil A der Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL) die Ziffer XXXII „Carboplatin in Kombination mit Gemcitabin zur Behandlung von Patientinnen und Patienten mit inoperablem lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem Urothelkarzinom, wenn eine Cisplatin-Therapie nicht in Frage kommt“ angefügt.

Laut G-BA-Beschluss gilt die Anwendung von Carboplatin in Kombination mit Gemcitabin für Patientinnen und Patienten, die eine erste systemische Chemotherapie erhalten sollen, die aber für Cisplatin nicht in Betracht kommen. Die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt sollte bei Beratung und Indikationsstellung berücksichtigen, dass Patientinnen und Patienten, die sowohl einen deutlich eingeschränkten Allgemeinzustand (nach WHO > 2) als auch eine eingeschränkte Nierenfunktion (GFR < 60 ml/min) ausweisen, unter Carboplatin/Gemcitabin eine mediane Überlebenszeit von nur ca. sechs Monaten erreichen. Es ist deshalb fraglich, ob diese Patientinnen und Patienten von der Chemotherapie profitieren.

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

Im Rahmen des vorgenannten Off-Label-Use haben folgende Hersteller für ihre Carboplatin-haltigen und/oder Gemcitabin-haltigen Arzneimittel

einer Anwendung zugestimmt (Haftung des pharmazeutischen Unternehmers), so dass ihre Arzneimittel für die genannte Off-Label-Indikation verordnungsfähig sind:

AxioNovo GmbH, Bendalis GmbH, Fresenius Kabi Deutschland GmbH, Hikma Farmaceutica (Portugal), S.A., Hikma Pharma GmbH, medac Gesellschaft für klinische Spezialpräparate mbH, onkovis GmbH, STADAPHARM GmbH, ZytoService Deutschland GmbH Leipzig

Hersteller

Wir empfehlen, bei Verordnungen von Carboplatin- und Gemcitabin-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 sind nicht definiert.

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.

2.9. Bortezomib/Cyclophosphamid/Dexamethason zur Induktionstherapie des neu diagnostizierten Multiplen Myeloms – Anlage VI (Off-Label-Use) der Arzneimittel-Richtlinie, Ergänzung

Mit Wirkung zum 17. August 2021 wurde in der Anlage VI (Off-Label-Use) in Teil A der Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL) die Ziffer XXXIII „Bortezomib plus Cyclophosphamid plus Dexamethason zur Induktionstherapie des neu diagnostizierten Multiplen Myeloms“ angefügt.

Laut G-BA-Beschluss gilt die Anwendung von Bortezomib plus Cyclophosphamid plus Dexamethason in dieser Indikation für Patientinnen und Patienten mit einer peripheren Polyneuropathie oder einem erhöhten Risiko für die Entwicklung einer peripheren Polyneuropathie.

Das Behandlungsziel ist das Erreichen eines guten Ansprechens, mindestens im Sinne einer sehr guten partiellen Remission (Very Good Partial Remission - VGPR).

Weitere Hinweise und Informationen u. a. zu Dosierung, Behandlungsdauer, 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 Bortezomib-, Cyclophosphamid- und/oder Dexamethason-haltigen Arzneimittel einer Anwendung zugestimmt (Haftung des pharmazeutischen Unternehmers), so dass ihre Arzneimittel für die genannte Off-Label-Indikation verordnungsfähig sind:

AbZ-Pharma GmbH, Accord Healthcare S.L.U., acis Arzneimittel GmbH, adequapharm GmbH, axicorp Pharma B.V., Baxter Oncology GmbH, betapharm Arzneimittel GmbH, CC Pharma GmbH, Chem Affairs GmbH, EurimPharm Arzneimittel GmbH,

European Pharma B.V., Hikma Pharma GmbH, hvd medical GmbH, InfectoPharm Arzneimittel und Consilium GmbH, IN-OPHA GmbH, Janssen- Cilag GmbH, kohlpharma GmbH, medac Gesellschaft für klinische Spezialpräparate m.b.H., Mibe GmbH Arzneimittel, Mylan Germany GmbH, NMG Pharma GmbH, onkovis GmbH, Orifarm GmbH, PANPHARMA GmbH, ratiopharm GmbH, STADAPHARM GmbH, Sun Pharmaceutical Industries Europe B.V., T & D Pharma GmbH, TAD Pharma GmbH, Tillomed Pharma GmbH

Hersteller

Wir empfehlen, bei Verordnungen von Bortezomib-, Cyclophosphamid- und Dexamethason-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 sind nicht definiert.

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.

3. Allgemeine Hinweise

3.1. G-BA verlängert diverse Corona-Sonderregeln bis zum 25. November 2021

Nachdem vom Bundestag die epidemische Lage von nationaler Tragweite weiterhin bis zum 25. November 2021 festgestellt wurde, hat der G-BA Corona-Sonderregeln, die an das Fortbestehen der epidemischen Lage geknüpft sind, ebenfalls bis zum 25. November 2021 verlängert.

Folgende Corona-Sonderregeln gelten demnach fort:

1. Disease-Management-Programme (DMP)

Um eine mögliche Ansteckung mit COVID-19 zu vermeiden, müssen Patientinnen und Patienten auch weiterhin nicht verpflichtend an Schulungen teilnehmen. Die quartalsbezogene Dokumentation von Untersuchungen der in ein DMP eingeschriebenen Patientinnen und Patienten ist ebenfalls weiterhin nicht erforderlich, sofern die Untersuchung aufgrund des Infektionsschutzes nicht durchgeführt bzw. nicht erhoben werden konnte.

2. Krankentransporte

Krankentransportfahrten zu nicht aufschiebbaren zwingend notwendigen ambulanten Behandlungen von nachweislich an COVID-19-Erkrankten oder von Versicherten, die aufgrund einer behördlichen Anordnung unter Quarantäne stehen, bedürfen wie bisher vorübergehend nicht der vorherigen Genehmigung durch die Krankenkasse.

3. Kinderuntersuchungen U6 bis U9

Die Kinder-Untersuchungen U6, U7, U7a, U8 sowie U9 können auch weiterhin bei Überschreitung der Untersuchungszeiträume und Toleranzzeiten durchgeführt und gemäß den entsprechenden Gebührenordnungspositionen des EBM abgerechnet werden. Diese Regelung gilt bis zum Ablauf von drei Monaten nach der Beendigung der vom Deutschen Bundestag festgestellten epidemischen Lage von nationaler Tragweite.

4. Verordnungen im Entlassmanagement

Krankenhausärztinnen und -ärzte können weiterhin im Rahmen des Entlassmanagements eine Arbeitsunfähigkeit für bis zu 14 Kalendertagen statt bis zu sieben Tagen nach einer Entlassung aus dem Krankenhaus bescheinigen. Ebenso können sie für bis zu 14 Tage häusliche Krankenpflege, spezialisierte ambulante Palliativversorgung, Soziotherapie sowie Hilfs- und Heilmittel verordnen, insbesondere dann, wenn der zusätzliche Gang zur Arztpraxis vermieden werden soll. Außerdem können Arzneimittel bei der Entlassung aus dem Krankenhaus wie bisher flexibler verordnet werden.

3.2. Coronavirus: Bewertungsausschuss (BA) verlängert diverse Sonderregelungen bis Jahresende - die wichtigsten Punkte im Überblick

Diese Sonderregelungen hat der BA verlängert

Dazu zählen insbesondere die Regelungen zur Videosprechstunde, zur telefonischen Konsultation und zum Porto für Folgeverordnungen und Überweisungen.

Konkret geht es um folgende Beschlüsse und Sonderregelungen:

- **Videosprechstunde:** Beschluss des BA in seiner 478. Sitzung zur Aussetzung der behandlungsfall- und leistungsbezogenen Begrenzungen bei der Durchführung von Videosprechstunden
- **Substitutionsbehandlung:** Beschluss des BA in seiner 493. Sitzung Teil B zur Änderung der GOP 01450 „Zuschlag Videosprechstunde“ und GOP 01952 „Zuschlag therapeutisches Gespräch Opioidabhängiger“
- **Sozialpsychiatrie:** Beschluss des BA in seiner 496. Sitzung zur Aufnahme der GOP 14223 „Videogestützte Maßnahmen einer funktionellen Entwicklungstherapie durch qualifizierte Mitarbeiter gemäß §3 der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung“
- **Durchführung von psychotherapeutischen Sprechstunden und probatorischen Sitzungen als Videosprechstunde:** Anpassung des Beschlusses des BA in seiner 485. Sitzung unter Ergänzung der GOP 35163 bis 35168 (probatorische Sitzungen im Gruppensetting)
- **Corona-Abstriche:**
 - Beschluss des BA in seiner 500. Sitzung (unter Berücksichtigung der Änderungen in der 505., 525. Und 535. Sitzung) zur Vergütung der Abstriche bei Personen mit SARS-CoV-2-Symptomen (GOP 02402/02403)

Verlängert

- Beschluss des BA in seiner 508. Sitzung zur Aufnahme der GOP 02402 in die Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung der Schwerpunktinternisten
- Beschluss des BA in seiner 562. Sitzung Teil E zur Aufnahme der GOP 02402 und 02403 in die Präambel 25.1 EBM
- **Telefonkonsultation:** Beschluss des BA in seiner 529. Sitzung Teil A zur Vergütung der GOP 01433 und 01434 für die telefonische Beratung von Patienten, die im Quartal nicht in die Sprechstunde kommen oder eine Videosprechstunde nutzen und Teil B zur Aufnahme einer Anmerkung zur GOP 01952
- **Porto:** Regelungen zur Erstattung von Portokosten für Folgeverordnungen und Überweisungen: Kosten für den postalischen Versand an den Patienten werden übernommen

Der BA wird spätestens bis zum 1. Dezember 2021 prüfen, ob eine weitere Verlängerung beziehungsweise eine Anpassung der Regelungen erforderlich ist.

Verlängerung weiterer Sonderregelungen für die psychotherapeutische Versorgung

In dem Zusammenhang weisen wir darauf hin, dass die Sonderregelungen für die psychotherapeutische Versorgung während der Coronavirus-Krise, die in einer Ergänzungsvereinbarung zur Psychotherapie-Vereinbarung geregelt sind, ebenfalls um ein weiteres Quartal verlängert werden. Sie betreffen die Videosprechstunde und die unbürokratische Umwandlung von Gruppentherapien in Einzeltherapien. Hier werden KBV und GKV- Spitzenverband bis zum 15. Dezember 2021 prüfen, ob gegebenenfalls eine erneute Verlängerung oder Anpassung der Ergänzungsvereinbarung erforderlich ist.

Bis zum 31. Dezember gelten weiterhin folgende Regelungen:

Telefonische Konsultationen

Telefonische Konsultationen werden auch dann wie vorgesehen vergütet, wenn der Patient in demselben Quartal in die Praxis kommt oder den Arzt per Videosprechstunde konsultiert.

- Für Hausärzte/Kinder- und Jugendärzte heißt das, die GOP 01434 kann unabhängig vom Gesprächsbudget berechnet werden, und für die Fachgruppen der Kapitel 14, 16, 21, 22 und 23 heißt das, die GOP 01433 kann unabhängig von einem Punktzahlvolumen berechnet werden.
- Für Fachärzte heißt das, sie erhalten die telefonischen Gesprächsleistungen der GOP 01434 auch dann honoriert, wenn eine Grundpauschale der Kapitel 5 bis 11, 13, 15, 18, 20, 26 oder 27 oder eine Konsiliarpauschale zur Abrechnung kommt.

Zuschläge zu den Chronikerpauschalen

Die Zuschläge zu den hausärztlichen Chronikerpauschalen (GOP 03221/04221) können auch bei mindestens einem persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt (APK) und zusätzlich einem APK im Rahmen einer Videosprechstunde oder einem telefonischen APK berechnet werden. Normalerweise sind mindestens zwei persönliche APK im Quartal erforderlich, damit die Zuschläge berechnet werden können.

Telefonische
Konsultationen

Auch zu diesen Regelungen wird spätestens bis zum 1. Dezember 2021 geprüft, ob eine weitere Verlängerung beziehungsweise eine Anpassung der Regelung erforderlich ist.

Diese Sonderregelungen wurden nicht verlängert

Der BA hat die Verringerung der erforderlichen CME-Punkte für die transurethrale Therapie mit Botulinumtoxin von acht auf vier Punkte nicht verlängert, somit ist diese Regelung Ende September ausgelaufen.

Nicht verlängert

Auch gelten die durch die Partner des BMV-Ä beschlossenen befristeten Sonderregelungen für die NÄPA in Ausbildung sowie für deren Refresher-Kurse nur noch bis zum 30. September 2021. Die Sonderregelung für die NÄPA in Ausbildung beinhaltete, dass die Genehmigung durch die zuständige KV für die NÄPA auch dann erteilt werden konnte, wenn nachgewiesen wurde, dass mit der Fortbildung zur NÄPA bereits begonnen wurde und der voraussichtliche Abschluss der Fortbildung bis zum 30. September 2021 erfolgen wird.

Die kompletten Beschlüsse veröffentlicht das Institut des Bewertungsausschusses auf seiner Internetseite (<http://institut-ba.de/ba/beschluesse.html>) und im Deutschen Ärzteblatt.

3.3. Die Kodierunterstützung für Praxen

Direkt und Digital - Ab Januar 2022 in der Praxissoftware

Praxen erhalten ab Januar 2022 einen digitalen Helfer, der sie beim Verschlüsseln von Diagnosen unterstützen soll. Er wird in das Praxisverwaltungssystem (PVS) eingebunden und steht Ärzten und Psychotherapeuten direkt beim Kodieren zur Verfügung - ob bei der Abrechnung oder bei der Angabe der Diagnose auf dem Krankenschein. Mit der Kodierunterstützung kommen keine neuen Regeln oder Vorgaben: Basis ist und bleibt die ICD-10-GM.

Weitere Informationen finden Sie in der beigefügten Anlage.

Anlage 5.1: Kodierunterstützung für Praxen

3.4. Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zum Vorgehen bei Lieferengpässen von Impfstoffen

Der G-BA hat durch die Aufnahme eines neuen §11a in die Schutzimpfungs-Richtlinie (SI-RL) klargestellt, dass sofern Impfstoffe gegen Hepatitis B, Masern/Mumps/Röteln oder Tetanus/Diphtherie/Pertussis durch einen gemeldeten Lieferengpass nicht verfügbar sind, alternativ auf eine Impfstoffkombination mit einem zusätzlichen Antigen ausgewichen werden kann, auch wenn die Impfung mit dem zusätzlichen Antigen ansonsten nicht wirtschaftlich wäre.

Der Anspruch auf einen alternativ empfohlenen Impfstoff besteht nur in dem Fall, wenn der vom Lieferengpass betroffene Impfstoff zum Zeitpunkt der Impfung auch tatsächlich nicht in der Arztpraxis verfügbar ist, nicht durch die Apotheke beschafft werden kann und die Vervollständigung

Anspruch nur in dem Fall, wenn...

gung des Impfschutzes aus medizinischen Gründen erforderlich ist. Ansonsten wäre der Einsatz eines Kombinationsimpfstoffes mit zusätzlichen Antigenen unwirtschaftlich.

Lieferengpässe bei Impfstoffen werden auf den Internetseiten des Paul Ehrlich-Instituts (PEI) gelistet. Diese Informationen basieren auf Mitteilungen der pharmazeutischen Unternehmen, die einen Lieferengpass melden, sobald die Auslieferung eines Impfstoffes für mindestens 14 Tage unterbrochen ist. Sofern vorhanden, listet das PEI zudem Impfstoffe mit vergleichbarer Antigen-Zusammensetzung auf. Für die häufigsten bzw. relevantesten Lieferengpässe greifen zukünftig automatisch die neuen Empfehlungen der STIKO, die vorschlagen, ob und wie alternativ ein Impfschutz sichergestellt werden kann.

Ausnahme: Impfungen gegen Pneumokokken und Herpes zoster

Kommt es zu Engpässen beim 23-valenten Pneumokokken-Polysaccharid-Impfstoff oder beim adjuvantierten Herpes-zoster-Totimpfstoff sollen Ärztinnen und Ärzte die Impfungen verschieben und keine alternativen Impfstoffe verwenden.

Ausnahme: Impfungen gegen Grippe

Die alternative Empfehlung der STIKO bei Lieferengpässen hinsichtlich des sog. Hochdosis-Impfstoffes gegen Grippe kann der G-BA in seiner Richtlinie erst im kommenden Jahr umsetzen. Bis Ende März 2022 besteht durch eine Rechtsverordnung des Bundesgesundheitsministeriums bereits der Anspruch auf den Einsatz anderer Grippeimpfstoffe. Tritt die Rechtsverordnung außer Kraft, wird der G-BA die entsprechende STIKO-Empfehlung zur Gripeschutzimpfung im Falle eines Lieferengpasses umsetzen.

Der Beschluss ist am 17. September 2021 im Bundesanzeiger veröffentlicht und am 18. September 2021 in Kraft getreten.

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

Ausnahmen

3.5. Festlegung des Abrechnungsprozesses zur Erstbefüllung der elektronischen Patientenakte

Hintergrund zur Vereinbarung

Die ePA ist laut Gesetz eine patientengeführte, fach- und sektorenübergreifende elektronische Akte. Vertragsärzte haben die Versicherten auf deren Wunsch hin bei der Befüllung ihrer ePA mit Inhalten aus dem aktuellen Behandlungskontext zu unterstützen.

Für die sektorenübergreifende Erstbefüllung der ePA sieht der Gesetzgeber für das Jahr 2021 eine pauschale Vergütung von zehn Euro pro Akte vor. Ab dem Jahr 2022 ist eine Überführung dieser Leistung für Vertragsärzte in den EBM vorgesehen. Die Erstbefüllung darf sektorenübergreifend je Patient nur einmal durchgeführt und abgerechnet werden. Hierzu ist laut Gesetz eine gesonderte Vereinbarung zwischen KBV, GKV-Spitzenverband, Kassenzahnärztlicher Bundesvereinigung und Deutscher Krankenhausgesellschaft zu treffen. Dies ist jetzt erfolgt.

Vergütung der Erstbefüllung

Vertragsärzte setzen bei einer auf Wunsch des Versicherten vorgenommenen sektorenübergreifenden Erstbefüllung der ePA die Pseudo-Gebührenordnungsposition (GOP) 88270 an (Bewertung: 10 Euro). Sie ist im Behandlungsfall nicht neben der GOP 01647 „Zusatzpauschale ePA-Unterstützungsleistung“ sowie der GOP 01431 „Zusatzpauschale elektronische Patientenakte zu den GOP 01430, 01435 und 01820“ berechnungsfähig.

Mit der sektorenübergreifenden Erstbefüllung sind keine vertragsärztlichen Beratungspflichten der Versicherten zur Funktionalität oder Nutzung der ePA verbunden.

Wie kann eine Erstbefüllung der ePA erkannt werden?

Eine Erstbefüllung liegt vor, wenn noch keine Inhalte von einem Vertragsarzt, einem im Krankenhaus tätigen Arzt oder Psychotherapeuten oder einem Zahnarzt in die ePA eingestellt worden sind. Eine Erstbefüllung kann auch dann noch vorliegen, wenn der Versicherte selbst bereits eigene Inhalte in die ePA eingestellt hat.

Die ePA differenziert in der derzeitigen Ausbaustufe nach Herkunft der Inhalte in drei Bereiche: Versichertenbereich, Leistungserbringerbereich und Krankenkassenbereich. Das erkennbare Fehlen von Inhalten im Leistungserbringerbereich der ePA ist ein Indiz für den Vertragsarzt, dass er die ePA als Erster befüllt. Der Versicherte hat bei der patientengeführten ePA jedoch die volle Souveränität und kann eingestellte Daten löschen. Deshalb können aus einem Leistungserbringerbereich der ePA, in dem zum Zeitpunkt der Einsichtnahme keine Inhalte abgelegt sind, im Einzelfall bereits eingestellte Inhalte durch den Versicherten gelöscht worden sein. In diesem Fall hat der Vertragsarzt keinen Anspruch auf Berechnung der Erstbefüllungspauschale.

Somit besteht bei der ePA momentan das Problem, dass Vertragsärzte nicht sicher erkennen können, ob sie im Einzelfall eine sektorenübergreifende Erstbefüllung vornehmen.

Vertragsärzte können die Versicherten im Zweifel fragen, ob bereits vorher durch einen anderen Vertragsarzt, Krankenhausarzt oder Zahnarzt Inhalte in die ePA eingestellt worden sind. Dieses Vorgehen sichert jedoch keinen vertragsärztlichen Anspruch auf Erhalt der Erstbefüllungspauschale ab, wenn es im Einzelfall trotz anderslautender Angabe des Versicherten bereits vorher eine Erstbefüllung gab.

Prüfung durch die Krankenkassen

Die Krankenkasse prüft, ob im Einzelfall für einen Versicherten eine Erstbefüllung sektorenübergreifend mehr als einmal abgerechnet worden ist. Falls sich herausstellt, dass ein Vertragsarzt aufgrund einer vorherigen Erstbefüllung keinen Anspruch auf die Erstbefüllungspauschale von 10 Euro hat, erhält die Kassenärztliche Vereinigung (KV) eine Rückforderung der Krankenkasse.

Gemeinsames Engagement für bessere Transparenz

Die Vereinbarungspartner haben in einer Protokollnotiz zur Vereinbarung festgelegt, dass in den Gremien der gematik gemeinsam darauf hingewirkt wird, die Transparenz über vorgenommene Erstbefüllungen

durch technische Lösungen in der ePA zu verbessern. Hierdurch soll der notwendige bürokratische Aufwand zur Prüfung und möglichen nachträglichen Verrechnung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen entfallen.

Hinweise zum Inkrafttreten und zur Veröffentlichung

Zur Vereinbarung wurde das Unterschriftenverfahren eingeleitet. Sie tritt rückwirkend zum 1. Januar 2021 in Kraft.

3.6. Onkologische Trainings- und Bewegungstherapie

Die Onkologische Trainings- und Bewegungstherapie (OTT®) ist ein personalisiertes und supervidiertes Bewegungsprogramm, das speziell auf die Bedürfnisse von Patienten vor, während oder nach einer Krebstherapie zugeschnitten ist. Es wurde am Centrum für Integrierte Onkologie an der Uniklinik Köln in Zusammenarbeit mit der Deutschen Sporthochschule entwickelt.

Die individuelle, zielorientierte Therapieplanung sowie die effektive Bewegungstherapie erfolgen auf Basis neuester wissenschaftlicher Erkenntnisse. Die OTT® wird von der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG) empfohlen. Die Therapie orientiert sich an den onkologischen S3-Leitlinien. Sie kann nur durch speziell ausgebildete und lizenzierte OTT®-Therapeuten durchgeführt werden. Derzeit ist die Anerkennung der Onkologischen Trainings- und Bewegungstherapie für die Regelversorgung bei den gesetzlichen Versicherungsträgern durch den Gemeinsamen Bundesausschuss G-BA initiiert. Bei den Privat-Versicherten ist sie bereits in der Regelversorgung. Unabhängig davon können bereits jetzt alle Patienten versorgt werden, egal ob privat oder gesetzlich versichert. Weitere Informationen unter www.myairbag24.de

3.7. G-BA verlängert telefonische Krankschreibung und weitere Corona-Sonderregeln bis zum 31. Dezember 2021

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat diverse Corona-Sonderregeln um weitere drei Monate bis zum 31. Dezember 2021 verlängert.

Folgende Corona-Sonderregeln gelten demnach fort:

Arbeitsunfähigkeit

- Patientinnen und Patienten, die an leichten Atemwegserkrankungen leiden, können wie bisher telefonisch für bis zu sieben Kalendertage krankgeschrieben werden.
- Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte müssen sich dabei persönlich vom Zustand der Patientin oder des Patienten durch eine eingehende telefonische Befragung überzeugen.
- Eine einmalige Verlängerung der Krankschreibung kann telefonisch für weitere sieben Kalendertage ausgestellt werden.
- Die „Ärztliche Bescheinigung für den Bezug von Krankengeld bei der Erkrankung eines Kindes“ (Muster 21) ist ebenfalls weiterhin telefonisch möglich.

Sieben Kalendertage

ASV

- In der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung bleibt der Behandlungsumfang um die Möglichkeit zur telefonischen Beratung für alle Patientengruppen erweitert.

Erleichterte Vorgaben für Verordnungen

- Heilmittel-Verordnungen bleiben auch dann gültig, wenn es zu einer Leistungsunterbrechung von mehr als 14 Tagen kommt.
- Folgeverordnungen im Rahmen der häuslichen Krankenpflege müssen nicht in den letzten drei Arbeitstagen vor Ablauf des verordneten Zeitraums ausgestellt werden.
- Folgeverordnungen für häusliche Krankenpflege können für bis zu 14 Tage rückwirkend verordnet werden.
- Längerfristige Folgeverordnung von häuslicher Krankenpflege müssen nicht begründet werden.

Verlängerung der Vorlagefrist für Verordnungen

- Die Frist zur Vorlage von Verordnungen bei der Krankenkasse bleibt weiterhin für häusliche Krankenpflege, Soziotherapie sowie spezialisierte ambulante Palliativversorgung von drei Tagen auf zehn Tage verlängert.

Verordnungen nach telefonischer Anamnese

- Folgeverordnungen für häusliche Krankenpflege, Hilfsmittel und Heilmittel dürfen weiterhin auch nach telefonischer Anamnese ausgestellt werden.
- Voraussetzung ist, dass bereits zuvor aufgrund derselben Erkrankung eine unmittelbare persönliche Untersuchung durch die Ärztin oder den Arzt erfolgt ist.
- Die Verordnung kann dann postalisch an die Versicherte oder den Versicherten übermittelt werden.
- Verordnungen von Krankentransporten und Krankenfahrten aufgrund telefonischer Anamnese sind weiterhin möglich.

Vorraussetzung

Videobehandlung

- Eine Behandlung kann weiterhin auch per Video stattfinden, wenn dies aus therapeutischer Sicht möglich und die Patientin oder der Patient damit einverstanden ist.
- Diese Regelung gilt für eine Vielzahl von Heilmitteln, die von Vertragsärztinnen und -ärzten verordnet werden können.
- Auch Soziotherapie und psychiatrische häusliche Krankenpflege können mit Einwilligung der Patientin oder des Patienten per Video erbracht werden.

3.8. Gesetzliche Unfallversicherung: Verlängerung der Hygienepauschale bis 31. Dezember 2021

Dabei geht es um die vereinbarte Hygienepauschale, mit der sich die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung an den Mehraufwendungen für Infektionsschutz während der COVID-19-Pandemie beteiligen.

Die Gewährung der Pauschale für Durchgangsärztinnen und Durchgangsärzte wird bis 31. Dezember 2021 verlängert.

Der Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger ist auf der Internetseite der KBV unter www.kbv.de/html/uv.php zu finden.

3.9. Verlängerung der Regelungen zur Erbringung der Patientenschulungen im Rahmen der DMP und GDM-DM3-Verträge während der Corona-Pandemie bis zum 25. November 2021

Mit den gesetzlichen Krankenkassen in Niedersachsen konnte eine weitere Verlängerung der Regelungen zur digitalen Durchführung von Schulungen und Abrechnung von Einzelschulungen vereinbart werden.

Im Einzelnen bedeutet das:

- Patientenschulungen per Videoübertragung sind weiterhin möglich, wenn deren Durchführung zwingend medizinisch erforderlich ist und nach medizinischer Einschätzung des Arztes die Schulungen keinen Aufschub dulden.
- Schulungen die per Videoübertragung durchgeführt werden, müssen entsprechend ihrer Curricula dafür geeignet sein.
- Von den vertraglich vereinbarten Gruppengrößen kann abgewichen werden; Einzelschulungen sind, sofern vertraglich geregelt, weiterhin möglich.
- Eine telefonische Beratung stellt keine Patientenschulung dar.
- Bei Patientenschulungen per Videoübertragung sind ausschließlich von der KBV zertifizierte Videodienstleister unter Beachtung des Datenschutzes zu nutzen. Der Schulungsarzt erfüllt die Anforderungen an die apparative Ausstattung der Praxis gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä.
- Mit den bereits vertraglich vereinbarten Vergütungen je Unterrichtseinheit sind alle Kosten abgegolten. Die zeitgleiche Abrechnung als eine Videosprechstunde (gem. Anlage 31b BMV-Ä) oder telefonische Beratung (EBM 01435) ist daher ausgeschlossen.
- Der Schulungsnachweis ist auch bei einer per Videoübertragung durchgeführten Patientenschulung Voraussetzung für die Abrechnung. Auf die Unterschrift der Versicherten wird in diesen Fällen verzichtet. Der Schulungsarzt unterzeichnet den Schulungsnachweis an den Stellen, wo im Normalfall die Unterschrift der Versicherten vorgesehen ist und macht deutlich, dass die Unterzeichnung durch ihn aufgrund der Corona-Pandemie notwendig war.

Bedeutung

- Die Quotierungsregelung für die individualisierten Interventionen bei dem DMP-Verträgen Diabetes mellitus Typ 1 und 2 bleibt bestehen.

3.10. Hausarztzentrierte Versorgung AOK Niedersachsen

Wegfall Altersbegrenzung: Patienten unter 15 Jahren sind ab sofort teilnahmeberechtigt und können von der hausarztzentrierten Versorgung profitieren. Vorausgesetzt, die Teilnahme wurde zuvor schriftlich erklärt und die elektronische Einschreibung folgte in der Webanwendung im KVN-Portal (Online-Dienste).

Modul Neuropad: Die Vergütung der Früherkennungsuntersuchung (GOP 99185/99186) ist von 15 auf 20 Euro gestiegen. Dagegen verminderte sich die Testpflaster-Sachkostenpauschale (GOP 99188) von 20,49 auf 16,95 Euro. Zum Bezug der Testpflaster nutzen Sie den Bestellschein im KVN-Portal: Rubrik „Verträge“, Suchbegriff „Hausarzt“

3.11. Genetische Beratung nach GenDG - GOP 01788 EBM

Ab dem 1. Juli 2021 kann die Beratung nach GenDG zum nicht-invasiven Pränataltest Rhesus D (NIPT-RhD) gemäß Abschnitt C und Anlage 7 der Mutterschafts-Richtlinien nach der GOP 01788 EBM abgerechnet werden.

Diese ist von FachärztInnen für Frauenheilkunde und Geburtshilfe berechnungsfähig, die die Qualifikationsvoraussetzung zur fachgebundenen genetischen Beratung gemäß Gendiagnostikgesetz (GenDG) und Richtlinie der Gendiagnostikkommission (GEKO) erfüllen. Damit ergibt sich erstmals die Notwendigkeit, die Qualifikation zur fachgebundenen genetischen Beratung gegenüber der KVN nachzuweisen. Hierzu wurden bereits alle FachärztInnen für Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit einem Anschreiben direkt informiert.

Nun möchten wir jene erinnern, die noch keinen Nachweis über die erworbene Qualifikation zur fachgebundenen genetischen Beratung geführt haben, dies schnellstmöglich nachzuholen.

3.12. Sonstiger Kostenträger: Landkreis Hameln-Pyrmont erleichtert Überweisungen für Berechtigte gem. Asylbewerberleistungsgesetz

Mit Start des 4. Quartals ist im Überweisungsfall eine direkte Inanspruchnahme möglich. Die behördlicherseits ausgegebenen Behandlungsscheine sind mit folgendem Hinweis versehen:

Hält der Arzt die Überweisung zur Weiter- oder Mitbehandlung durch einen Arzt einer anderen Fachrichtung für erforderlich, stellt er einen Überweisungsschein zur direkten Inanspruchnahme des Facharztes (ohne weitere Genehmigung durch den Sozialhilfeträger) aus. Die Überweisung ist im Statusfeld mit dem Zusatz „ASYL“ zu kennzeichnen. In vorgenannten Fällen bedarf es keines weiteren Behandlungsscheins.

Qualifikationsvoraussetzung

Hinweis

3.13. Änderung nationales Medizinprodukterecht

Das Medizinprodukte-Durchführungsgesetz (MPDG) löst in Deutschland das Medizinproduktegesetz (MPG) ab. Für Medizinprodukte ist ab dem 26. Mai 2021 das MPDG für Hersteller, Betreiber und weitere Akteure verbindlich. Der geplante Geltungsbereich vom 26. Mai 2020 wurde aufgrund der COVID-19-Pandemie auf den 26. Mai 2021 verschoben.

Im nationalen Medizinprodukterecht sind umfangreiche Anpassungen notwendig, die durch das Medizinprodukte-EU-Anpassungsgesetz (MPEU-AnpG) sowie die Medizinprodukte-EU-Anpassungsverordnung (MPEU-AnpV) erfolgt sind. Eine für Deutschland wesentliche Änderung ist die durch die EU-Verordnungen vorgegebene Umgestaltung der Kompetenzverteilung zwischen Bund und Ländern, insbesondere bei der Anordnung und Umsetzung von Maßnahmen bei auffälliger Risikobewertung durch eine „zentrale Stelle.“

Die notwendigen Anpassungen sowie die daraus resultierende Änderungen insbesondere an das Betreiben und Anwenden von Medizinprodukten in medizinischen Einrichtungen finden Sie in einer Aufstellung des Kompetenzzentrums für Hygiene und Medizinprodukte (CoC) auf der Internetseite unter: <https://www.hygiene-medizinprodukte.de/aktuelles>.

Eine wichtige Änderung der Verordnung (EU) über Medizinprodukte (MDR) ist die Anpassung des Medizinprodukte-Informationssystems und Umbenennung in "Deutsches Medizinprodukte-Informationssystem und Datenbanksystem". Auch mit Geltungsbeginn der neuen EU-Verordnung bleibt das derzeitige Medizinprodukte-Informationssystem (MPI) des BfArM das nationale Portal für viele Anzeigen und Anträge im Medizinproduktebereich.

Das MPI wird umbenannt in das "Deutsche Medizinprodukte-Informationssystem und Datenbanksystem" (DMIDS). Die Übergangsfrist ist bis spätestens 31. Dezember 2022 bis zur vollen Funktionsfähigkeit der Europäischen Datenbank EUDAMED (s. Artikel 33 der MDR) bzw. bis zu einer anderslautenden Bekanntmachung des Bundesgesundheitsministeriums festgesetzt.

Alle Informationen hierzu finden Sie unter: <https://www.dimdi.de/dynamic/de/das-dimdi/aktuelles/meldung/mdr-geltungsbeginn-anpassung-des-medizinprodukte-informationssystems-und-umbenennung-in-deutsches-medizinprodukte-informationssystem-und-datenbanksystem/>

Infos unter:

3.14. Projektstart DEFEAT Corona: Aufruf zur Teilnahme

DEFEAT Corona - DEFense Against COVID-19 STudy - Looking forward- ist ein EU-gefördertes Forschungsprojekt, dass sich mit den Langzeitfolgen der Corona-Pandemie und der Virusinfektion durch SARS-CoV2 beschäftigt. Das Projekt wird im Verbund von der Medizinischen Hochschule Hannover, der Universitätsmedizin Göttingen und der Ostfalia Hochschule für angewandte Wissenschaften Braunschweig durchgeführt.

Über einen Fragebogen erfassen wir gesundheitliche Beschwerden nach Corona-Infektion (Long COVID) und Veränderungen in sozialer Teilhabe und Alltag durch die Pandemie insgesamt. Deshalb suchen wir Teilnehmerinnen und Teilnehmer ab 18. Dabei ist es egal,

- ob Sie Corona gehabt haben
- ob Sie bestimmte Erkrankungen haben
- ob Sie bereits geimpft wurden

Worum geht es im Fragebogen?

- Gesundheitlichen Beschwerden nach oder ohne Corona Infektion
- Vorerkrankungen
- soziale Situation, Teilhabe und Lebensqualität in Pandemiezeiten

Machen Sie bitte Patientinnen und Patienten auf die Befragung aufmerksam. Auch besteht zusätzlich die Möglichkeit, Projektflyer und Plakate zur weiteren Werbung in den Praxen zu beziehen.

Mehr Informationen finden Sie unter www.defeat-corona.de

E-Mail: info@defeat-corona.de

Studientelefon: 0160 97791528

4. Veranstaltungen im November und Dezember 2021

Wichtig: Wir bieten Ihnen für einzelne Präsenzveranstaltungen untenstehende WebSeminare an. 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.
Zusammenarbeit neu gedacht - Meine Kooperationsmöglichkeiten heute	Göttingen	01.Nov	kostenlos
Teamführung und Konfliktprävention	WebSeminar	04.Nov	40 Euro
Meine Zukunft planen - Impulse für die Praxisabgabe	WebSeminar	04.Nov	kostenlos
Qualitätsmanagementbeauftragte/r (umfasst drei Termine, jeweils Freitags)	WebSeminar	05.Nov	205 Euro
Hautkrebs-Screening für Hausärzte	Verden	06.Nov	168 Euro
Qualitätsmanagement für Fortgeschrittene	WebSeminar	06.Nov	59 Euro
Arbeitsschutz in der Arztpraxis	WebSeminar	06.Nov	59 Euro
Honorarbescheid - Ein Buch mit 7 Siegeln	WebSeminar	10.Nov	kostenlos
Honorarbescheid lesen und verstehen	WebSeminar	10.Nov	kostenlos
Datenschutz für Fortgeschrittene	WebSeminar	10.Nov	59 Euro
Verordnungsweise in der täglichen Praxis	WebSeminar	10.Nov	kostenlos
Niedersächsisches Praxisforum live 2021	WebSeminar	13.Nov	kostenlos
Die ePA kommt - Eine Einführung zum Start der elektronischen Patientenakte	WebSeminar	17.Nov	kostenlos
Behandlungs- und Schulungsprogramm für Typ-2-Diabetiker, die Normalinsulin spritzen	Hannover (TRIGA Center)	17.Nov	70 Euro
Moderne Wundversorgung	WebSeminar	17.Nov	kostenlos
Allgemeiner Bereitschaftsdienst in Theorie und Praxis	Braunschweig	17.Nov	20 Euro

EBM für Einsteiger	WebSeminar	17.Nov	kostenlos
Datenschutz in der Arztpraxis	WebSeminar	17.Nov	30 Euro
HZV-Sonderverträge (2-tägig)	Verden	19.Nov	140 Euro
EBM - Präventionsleistungen in der Arztpraxis	WebSeminar	24.Nov	kostenlos
Qualitätsmanagement ganz einfach	WebSeminar	26.Nov	59 Euro
QEP-Intensivkurs (2-tägig)	WebSeminar	26.Nov	115 Euro
DMP - Diabetes mellitus Typ 2	Verden	27.Nov	20 Euro
DMP KHK	Verden	27.Nov	20 Euro
Praxisorganisation und Praxisführung	WebSeminar	01.Dez	59 Euro
Fit am Empfang	WebSeminar	01.Dez	59 Euro
Diabetes und Verhalten	Hannover	04.Dez	189 Euro
Die ePA kommt - Eine Einführung zum Start der elektronischen Patientenakte	WebSeminar	08.Dez	kostenlos
Das Telefon - Die Visitenkarte der Praxis	WebSeminar	10.Dez	59 Euro

5. Anlagenverzeichnis

5.1. Kodierunterstützung für Praxen

Die Kodierunterstützung für Praxen Direkt und Digital – Ab Januar 2022 in der Praxissoftware

Praxen erhalten ab Januar 2022 einen digitalen Helfer, der sie beim Verschlüsseln von Diagnosen unterstützen soll. Er wird in das Praxisverwaltungssystem (PVS) eingebunden und steht Ärzten und Psychotherapeuten direkt beim Kodieren zur Verfügung – ob bei der Abrechnung oder bei der Angabe der Diagnose auf dem Krankenschein. Mit der Kodierunterstützung kommen **keine** neuen Regeln oder Vorgaben: Basis ist und bleibt die ICD-10-GM.

Bluthochdruck, Grippe oder Mittelohrentzündung. Bei solchen Krankheiten ist die Wahl des richtigen Diagnosekodes Routine. Eine im Praxisverwaltungssystem integrierte Kodesuche oder automatisch angezeigte Hinweise zum Kodieren unterstützen Ärzte und Psychotherapeuten bereits jetzt. Wird das Krankheitsbild aber komplexer, kann sich die Suche nach einem passgenauen Diagnoseschlüssel mitunter schwierig gestalten. Hier kommt ab Januar 2022 die neue Kodierunterstützung zum Einsatz. Sie wird in der Praxissoftware bereitgestellt und kombiniert bestehende und neue Funktionen rund um die Kodierung (siehe Übersicht unten). Sie bietet Ärzten und Psychotherapeuten eine Lösung aus einer Hand – von der Suche bis zur Auswahl eines Diagnosekodes. Regelungen der ICD-10-GM werden damit transparenter und leichter anwendbar.

Funktionen der Kodierunterstützung

Eine neue Funktion ist der Kodier-Check – zur Plausibilisierung von gewählten Codes, der bei vier Diagnosebereichen im Hintergrund läuft. Neben der ICD-10-GM ist künftig auch die Verschlüsselungsanleitung, herausgegeben vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM), in die Praxissoftware eingebunden. Bewährte Funktionen wie die Kodesuche und die Kennzeichnung von Dauerdiagnosen wurden überarbeitet und stehen weiter für alle Diagnosebereiche bereit.

Mit der Erweiterung der Kodierunterstützung um neue Inhalte und Funktionalitäten sind künftig alle relevanten Informationen zum Kodieren in der Praxissoftware zu finden. Das Nachschlagen in Büchern und Suchen im Internet, was gerade bei komplexen Kodierungen mitunter nötig ist, entfällt.

Gesetzlicher Auftrag

Mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz hat die KBV den Auftrag erhalten, verbindliche Vorgaben zum Kodieren zu erstellen und zum 1. Januar 2022 einzuführen. Denn immer wieder steht die Kodierqualität auf dem Prüfstand. Für die KBV stand von Anfang an fest: Durch neue Kodiervorgaben darf keine neue Bürokratie entstehen. Im Gegenteil: Das Kodieren soll leichter werden.

Das Ergebnis ist die praxisnahe Kodierunterstützung – integriert im PVS. Mit ihr werden keine neuen Regelungen eingeführt. Vielmehr hilft sie, die vorhandenen, aber teils recht komplexen Regelungen der ICD-10-GM noch besser anzuwenden und stets den passenden Code zu finden. Bei der Ausgestaltung hat die KBV darauf geachtet, dass den Praxen möglichst keine Mehrarbeit entsteht, sondern sie entlastet werden – durch eine Unterstützung nach Maß.

Kodieren ist leider zu einem wichtigen Part der vertragsärztlichen Arbeit geworden, der von niemandem sonst übernommen werden kann. Unter anderem wirkt sich eine exakte Kodierung der Behandlungsdiagnosen auf die Geldströme im Gesundheitssystem aus und kommt somit auch den Vertragsärzten und Vertragspsychotherapeuten zugute.

Denn mithilfe der Codes wird gemessen, wie krank die Versicherten sind und wieviel Geld letztlich für ihre medizinische Versorgung benötigt wird. Dies spielt sowohl eine Rolle beim Finanzausgleich zwischen den Krankenkassen – wer mehr Schwerkranke versichert hat, erhält mehr Geld aus dem Gesundheitsfonds – als auch bei den jährlichen Honorarverhandlungen für die niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten. Vor diesem

Hintergrund steht die Kodierqualität auch immer wieder auf dem Prüfstand. Im Fokus stehen Krankheiten mit hohen Fallzahlen, deren Behandlung jährlich Millionen kostet.

So funktioniert der Kodier-Check

Der neue Kodier-Check startet so auch bewusst für vier Diagnosebereiche mit hohen Fallzahlen und einer komplexen Kodierung: Herzinfarkt, Schlaganfall, Diabetes mellitus und Folgen eines Bluthochdrucks. Geben Praxen einen Kode aus diesen Diagnosebereichen an, beginnt ein Kodierregelwerk im Hintergrund mit der Prüfung. Passt etwas nicht, meldet es sich und gibt beispielsweise den Hinweis, dass ein spezifischerer ICD-10-GM-Kode vorhanden ist und bietet diesen direkt zur Auswahl an. Mit nur einem Klick kann der Anwender den Kode übernehmen oder ablehnen. Soll der Hinweis bei diesem Fall im selben Quartal nicht noch einmal angezeigt werden, kann er deaktiviert werden. Die ärztliche Entscheidung hat oberste Priorität.

Die Software ist so voreingestellt, dass der Kodier-Check direkt bei der Kodierung läuft. Wer das nicht möchte, kann die Einstellung so anpassen, dass die Überprüfung erst bei der (Test-)Abrechnung erfolgt. Ärztinnen und Ärzte erhalten dann eine Übersicht mit allen Behandlungsfällen und den entsprechenden Hinweisen angezeigt, und die Fälle können einzeln bearbeitet werden.

Anlegen von Dauerdiagnosen weiter möglich

Die Funktion, Behandlungsdiagnosen eines Quartals so zu kennzeichnen, dass sie auch in den Folgequartalen automatisch in die Abrechnungsunterlagen übernommen werden können, bleibt erhalten. Neu ist, dass diese Funktion künftig auch für anamnestische Diagnosen bereitsteht, und in jeder Praxissoftware aktiviert ist. Einige Ärzte und Psychotherapeuten werden somit ab Januar 2022 zum ersten Mal damit arbeiten können – die Nutzung bleibt aber freiwillig.

Bevor Praxen „Dauerdiagnosen“ oder „anamnestische Diagnosen“ in die Abrechnung übernehmen, sollte eine Prüfung erfolgen, ob diese in dem Quartal für die Behandlung relevant waren. Die Auswahl und Übernahme ist weiterhin mittels weniger Klicks im PVS möglich. Der Diabetes mellitus eines Patienten ist beispielsweise regelhaft Anlass zur Behandlung und wäre eine klassische Dauerdiagnose. Eine Penizillin-Allergie hat ein Patient ebenfalls dauerhaft, sie führt aber nur sporadisch zu einem Behandlungsaufwand. Für die ärztliche Entscheidung ist sie etwa bei der Verordnung eines Antibiotikums wichtig und daher als anamnestische Diagnose zu kennzeichnen.

Eine zusätzliche Funktion bietet die Kodierunterstützung speziell für den „akuten Herzinfarkt“ und den „akuten Schlaganfall“. Sollen die entsprechenden Codes mit dem Zusatzkennzeichen „G“ für gesichert als Dauerdiagnose neu abgespeichert werden, erhält der Anwender einen Hinweis. Denn akute Diagnosen sind in aller Regel als Dauerdiagnosen ungeeignet, und für den Herzinfarkt und Schlaganfall sieht die ICD-10-GM spezifische Codes für die dauerhafte Schädigung und Behandlung vor. Aber auch hier gilt: Es sind Hinweise, die Entscheidung trifft der Arzt.

Infoangebot für Praxen

Die KBV und die Kassenärztlichen Vereinigungen unterstützen die Ärzte und Psychotherapeuten beim Start der neuen Kodierunterstützung: Neben dem Informationsangebot im Internet unter www.kbv.de/html/kodieren.php wird es ein Serviceheft in der Reihe PraxisWissen (Beilage im Deutschen Ärzteblatt) sowie Erklärvideos zu verschiedenen Problematiken und Sachverhalten rund ums Kodieren geben.

KODIERUNTERSTÜTZUNG: IHRE VORTEILE

Ausschließlich digital: Keine dicken Wälzer, keine neuen Regeln – die Kodierunterstützung ist ein digitaler Helfer, der beim Verschlüsseln von Diagnosen unterstützen soll. Dazu wird er in das Praxisverwaltungssystem (PVS) eingebunden und steht immer zur Verfügung, wenn Ärzte und Psychotherapeuten ihn brauchen – ob für die Abrechnung oder bei der Angabe der Diagnose auf dem Krankenschein.

Direkt beim Kodieren: Krankheiten, egal ob es ein Diabetes mellitus oder eine Herzschwäche ist, so spezifisch wie möglich kodieren – das ist nicht immer einfach. Die Kodierunterstützung hilft direkt beim Kodieren, die passenden Codes zu finden und sie richtig zu kennzeichnen. Möglich ist unter anderem auch eine fachgruppenspezifische Sortierung und Vorauswahl zur Kodesuche, so werden Ihnen die relevanten Codes übersichtlich angezeigt.

Unterstützung nach Maß: Die ICD-10-GM umfasst unzählige Regelungen zum Kodieren, doch nicht alle sind gleichermaßen komplex und häufig in der Praxis. Beim Kodier-Check konzentriert sich das Kodierregelwerk deshalb auf wenige, praxisnahe ICD-10-GM-Regelungen zu häufigen Erkrankungen – ob bei der Auswahl des Codes oder bei der Kennzeichnung. Der Nutzer entscheidet zudem selbst, wieviel Unterstützung er beim Kodieren wünscht. Der Abrechnungsablauf wird nicht gestört.

Alles an einem Ort: Ob die Codes oder die Kodieranleitung der ICD-10-GM – alle Informationen, die Sie zum Kodieren benötigen, sind in Ihrem PVS hinterlegt und miteinander verknüpft. So können Sie sich bei Bedarf zu einem Code auch gleich alle in der ICD-10-GM hinterlegten Regelungen anzeigen lassen

BAUSTEINE DER KODIERUNTERSTÜTZUNG

Kodesuche

- Freitextsuche nach Codes der ICD-10-GM
 - Suche kann fachgruppenspezifisch angepasst werden (Einbindung der Facharzt- und Hausarztthesauren des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung)
 - freiwillige Nutzung

Benutzungshinweise

- Hinweise aus der ICD-10-GM, zum Beispiel Abrechenbarkeit eines Diagnosekodes, Meldepflicht nach Infektionsschutzgesetz
 - Hinweise werden wie bisher beim Kodieren erzeugt und können weiterhin ignoriert werden

Verschlüsselungsanleitung

- Neu: Hinweise aus der Verschlüsselungsanleitung der ICD-10-GM
 - Kodebezogene Hinweise oder Anzeige als Gesamtdokument möglich
 - freiwillige Nutzung

Kodier-Check

- Neu: Kodierregelwerk zur Plausibilisierung der gewählten Diagnosecodes mit Hinweisen und Korrekturvorschlägen auf Basis der ICD-10-GM; zunächst für die vier Diagnosebereiche Herzinfarkt, Schlaganfall, Diabetes mellitus, Bluthochdruckfolgen
 - Hinweise können ignoriert beziehungsweise Korrekturen müssen nicht ausgeführt werden, wenn der Arzt einen bereits ausgewählten Code beibehalten will
 - Kodier-Check kann direkt beim Kodieren oder bei der Abrechnung durchgeführt werden
 - Kodierregelwerk für den Kodier-Check enthält obligate und fakultative Regeln – fakultative Regeln können deaktiviert werden

Dauerdiagnosen

- Funktion zur Kennzeichnung von Dauerdiagnosen sowie zur Verwaltung und Unterstützung bei der Übertragung in die Abrechnung bleibt erhalten
 - freiwillige Nutzung
- Neu: Funktion zur Kennzeichnung von anamnestischen Diagnosen und deren Verwaltung und Unterstützung bei der Übertragung in die Abrechnung
 - freiwillige Nutzung

Zusätzlich zunächst für die Diagnosebereiche Herzinfarkt und Schlaganfall:

- Neu: Prüfung bei Kennzeichnung eines Codes als Dauerdiagnose, inwieweit dieser dafür geeignet ist
 - Hinweis wird beim Kodieren erzeugt und kann ignoriert werden
- Neu: Quartalsübergreifender Dauerdiagnosen-Check - Kodierregelwerk zur Validierung der Patientendaten; prüft das dauerhafte Vorhandensein von Akutdiagnosen mit Hinweisen und Korrekturvorschlägen
 - freiwillige Nutzung zu einem beliebigen Zeitpunkt

WARUM KODIEREN WICHTIG IST

Alle Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten sind seit dem Jahr 2000 gesetzlich verpflichtet, jede Behandlungsdiagnose so genau wie möglich zu kodieren, zum Beispiel auf Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen und Abrechnungsunterlagen. Die Kodierung erfolgt nach der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, ICD-10-GM.

Die exakte Verschlüsselung der Behandlungsdiagnosen ist wichtig, um die Morbidität in Deutschland möglichst genau bestimmen zu können. Sie ist ein entscheidendes Kriterium dafür, wie viel Geld die gesetzlichen Krankenkassen für die ambulante medizinische Versorgung zur Verfügung stellen müssen.

Aber nicht nur für den Honorartopf der Ärzte und Psychotherapeuten ist die Kodierung wichtig: Auch für die Krankenkassen spielen die kodierten Behandlungsdiagnosen eine Rolle, da sich nach der Morbidität ihrer Versicherten die finanziellen Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds bemessen

KODIERUNTERSTÜTZUNG: RECHTLICHER HINTERGRUND

Den Auftrag zur Entwicklung von Kodiervorgaben hat der Gesetzgeber der KBV in **Paragraf 295 Absatz 4 SGB V** mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz erteilt und die Frist zur Umsetzung in den Praxisverwaltungssystemen zum 1. Januar 2022 vorgegeben

Weitere Informationen, Kodierbeispiele sowie ein Erklärvideo zur ambulanten Kodierunterstützung finden Sie hier: www.kbv.de/html/kodieren.php



KVN

Kassenärztliche Vereinigung
Niedersachsen

Informationen für die Praxis

KVN-Rundschreiben

September 2021

Inhaltsverzeichnis

1. Abrechnung	3
1.1. Abgabetermin Quartalsabrechnung 3/2021	3
1.2. AbrechnungsCheck - Angabe von Abwesenheitszeiten	3
1.3. Nachweis Bestellung ePA-Komponenten (GOP 97133) in der Quartalsabrechnung	4
1.4. Amtliche Mitteilung der KVN zum HVM für das 4. Quartal 2021 für alle dem RLV unterliegenden Arztgruppen des haus- und fachärztlichen Versorgungsbereichs	4
1.5. Mitteilung der fachgruppendurchschnittlichen Obergrenze für Kontrastmittel für das Quartal 4/2021 .	4
1.6. Amtliche Mitteilung der KVN zum HVM Teil B Nr. 16.1 und 16.2 für das 4. Quartal 2021 - Fachgruppendurchschnittswerte für Laborindividualbudgets.....	5
1.7. Bewertungsausschuss beschließt neue Leistungen für die Gruppentherapie zum 1. Oktober	5
1.8. Bewertungsausschuss fasst Beschlüsse zum Screening auf Hepatitis B und C sowie zur Therapie mit einer Unterkieferprotrusionsschiene bei Schlafapnoe	7
2. Verordnungen.....	9
2.1. Nubeqa® (Darolutamid) als Praxisbesonderheit anerkannt	9
2.2. Änderung der Anlage II (Lifestyle-Arzneimittel) der Arzneimittelrichtlinie: Deoxycholsäure.....	10
2.3. Antihypotonika - Änderung der Anlage III (Verordnungseinschränkungen und -ausschlüsse) der Arzneimittel-Richtlinie	10
2.4. Carboplatin in Kombination mit Gemcitabin bei Urothelkarzinom - Änderung der Anlage VI (Off- Label-Use) der Arzneimittel-Richtlinie, Ergänzung	10
2.5. Bortezomib/Cyclophosphamid/Dexamethason zur Induktionstherapie des neu diagnostizierten Multiplen	

Myeloms - Anlage VI (Off-Label-Use) der Arzneimittel-Richtlinie, Ergänzung.....	11
2.6. Anpassungen innerhalb der Wirtschaftlichkeitsziele der Bevacizumab-haltigen Biosimilarquoten	12
3. Allgemeine Hinweise	13
3.1. Elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung - eAU	13
3.2. G-BA verlängert diverse Corona-Sonderregeln bis zum 25. November 2021.....	14
3.3. Fortbildungskurs Kurative Mammographie nach der Mammographie-Vereinbarung	15
4. Veranstaltungen im Oktober und November 2021	16
5. Anlagenverzeichnis.....	17
5.1. Amtliche Mitteilung zum HVM Teil B Nr. 16.1 und 16.2.....	17
5.2. eAU - FAQ	17
5.3. Fortbildungskurs Kurative Mammographie.....	17

1. Abrechnung

1.1. Abgabetermin Quartalsabrechnung 3/2021

Der Abgabetermin für die Abrechnung des 3. Quartals 2021 ist der 11. Kalendertag des nachfolgenden Quartals und somit der 11. Oktober 2021.

11. Oktober 2021

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, dreiseitigen Sammelerklärung vollständig ausgefüllt, mit Unterschrift und dem Vertragsarztstempel versehen, einzureichen. Das Muster kann auch im KVN-Portal unter Abrechnung/Abrechnungscenar/Informationen zur Quartalsabrechnung/Downloads ausgedruckt werden;
- die abzugebenden Behandlungsausweise (sortiert nach der Liste: KBV-Prüfmodul Abgabe Behandlungsausweise) einzureichen;
Ausnahme: Die Ersatzverfahrenscheine über den Kostenträger 38825 (Bundesamt für soziale Sicherung/BAS) müssen mit den Quartalsabrechnungen nicht eingereicht werden;
- abhängig von Ihren erbrachten Leistungen: Früherkennungskolonoskopie, Hautkrebsscreening, Daten gem. der QS-Richtlinie Dialyse rechtzeitig online zu dokumentieren und zu übertragen;
- ggf. zusätzliche Unterlagen einzureichen:
Sachkostenbelege/Rechnungen,
Behandlungsplan zur künstlichen Befruchtung Muster 70/70A,
Mitteilungen der Praxis zur eingereichten Abrechnung (Beispiel: Pat. Y ist zu löschen, da jetzt BG-Fall).

Sammelerklärung

Ausnahme

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. AbrechnungsCheck - Angabe von Abwesenheitszeiten

Bitte beachten Sie, dass beim Einreichen der Online-Abrechnung sowie Bestätigung zur Teilnahme am AbrechnungsCheck nur für die ersten sechs Wochen des Quartals ein Abwesenheitszeitraum von maximal 14

Max. 14 Kalendertage

Kalendertagen eingetragen werden kann. Diese Angabe ist an der vorgesehenen Stelle nur einmalig möglich und kann zu einem späteren Zeitpunkt nicht nachgeholt werden. Eine nachträgliche Meldung von Abwesenheitszeiten ist nicht möglich.

Nachträglich nicht möglich

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

1.3. Nachweis Bestellung ePA-Komponenten (GOP 97133) in der Quartalsabrechnung

Als Nachweis für die Bestellung der ePA-Komponenten vor dem 1. Juli 2021 ist auf einem beliebigen Behandlungsfall im Abrechnungsquartal 3/2021 die GOP 97133 einzutragen. Die entsprechenden Bestellunterlagen sind für eine eventuelle Prüfung in der Praxis vorzuhalten (s. Juli-Rundschreiben 2021 Punkt 3.11).

GOP 97133

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

1.4. Amtliche Mitteilung der KVN zum HVM für das 4. Quartal 2021 für alle dem RLV unterliegenden Arztgruppen des haus- und fachärztlichen Versorgungsbereichs

Die für 4/2021 geltenden RLV-/QZV-Mindestfallwerte sowie die Fallzahlgrenzen für die Fallwertminderung finden Sie als „Download“ unter https://www.kvn.de/Mitglieder/Abrechnung_+Honorar+und+Vertrag/Honorarverteilung.html

Eine Fallzahlzuwachsbeschränkung (FZZB) erfolgt gemäß HVM Teil B Nr. 18.6 für das 4. Quartal 2021 nicht.

1.5. Mitteilung der fachgruppenspezifischen Obergrenze für Kontrastmittel für das Quartal 4/2021

Gemäß der Kontrastmittelvereinbarung, die die KVN mit den Landesverbänden der Krankenkassen in Niedersachsen zum 1. Januar 2016 abgeschlossen hat und die zuletzt zum 1. Juli 2020 angepasst wurde, gelten für das 4. Quartal 2021 für Ärzte, die im Basisquartal 4/2020 (noch) keine Kontrastmittel über die o. g. Vereinbarung abgerechnet haben, folgende fachgruppenspezifischen Obergrenzen:

- | | |
|--|----------------|
| • Institute, Krankenhäuser | 1.533,74 Euro |
| • Fachärzte für Nuklearmedizin | 29.113,14 Euro |
| • Fachärzte für Diagnostische Radiologie | 72.371,56 Euro |
| • Fachärzte für Urologie | 3.669,09 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.

1.6. Amtliche Mitteilung der KVN zum HVM Teil B Nr. 16.1 und 16.2 für das 4. Quartal 2021 - Fachgruppendurchschnittswerte für Laborindividualbudgets

Die für das 4. Quartal 2021 geltenden Fachgruppendurchschnittswerte für Laborindividualbudgets entnehmen Sie bitte der Anlage 5.1 zu diesem Rundschreiben. Zusätzlich sind diese Daten auch bereits seit dem 31. August 2021 über das KVN-Portal abrufbar.

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

1.7. Bewertungsausschuss beschließt neue Leistungen für die Gruppentherapie zum 1. Oktober

Der Bewertungsausschuss (BA) hat die neuen Leistungen zur Abbildung der gruppenpsychotherapeutischen Grundversorgung und von probatorischen Sitzungen im Gruppensetting in den EBM aufgenommen. Das neue Versorgungsangebot zur Förderung der Gruppentherapie kann damit zum 1. Oktober 2021 starten. Darüber hinaus sind in diesem Zusammenhang weitere Anpassungen im EBM erfolgt. Näheres zum Hintergrund und zum Beschluss möchten wir Ihnen nachfolgend vorstellen.

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hatte am 20. November 2020 einen Beschluss zur Anpassung der Psychotherapie-Richtlinie gefasst. Die Neuerungen betreffen insbesondere die Förderung der Gruppenpsychotherapie und Vereinfachungen im Gutachterverfahren. Mit der gruppenpsychotherapeutischen Grundversorgung und den probatorischen Sitzungen im Gruppensetting sind neue Versorgungsangebote eingeführt worden. Der Beschluss ist am 18. Februar 2021 in Kraft getreten. Die Psychotherapie-Vereinbarung wurde dementsprechend ebenfalls entsprechend angepasst.

Probatorische Sitzungen im Gruppensetting

Für probatorische Sitzungen im Gruppensetting wurde ein neuer Komplex in den EBM-Abschnitt 35.1 aufgenommen und es wurden die GOP 35163 bis 35169 - für drei bis neun mögliche Sitzungsteilnehmer - festgelegt.

Die Vergütung erfolgt unbefristet außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen für

- Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten,
- Fachärztinnen und Fachärzte für
 - Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie,
 - Psychiatrie und Psychotherapie,
 - Nervenheilkunde,
 - psychosomatische Medizin und Psychotherapie und
 - ausschließlich psychotherapeutisch tätige Ärztinnen und Ärzte (§ 87b Abs. 2 Satz 4 SGB V).

Vergütung

Für alle anderen Arztgruppen prüft der BA im Zusammenhang mit der Evaluation, ob zusätzlicher Regelungsbedarf bezüglich der Finanzierung erforderlich ist.

Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung

Für die gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung (Gruppenbehandlung) wurde ebenfalls ein neuer Komplex in den EBM-Abschnitt 35.1 aufgenommen, hier wurden die GOP 35173 bis 35179 - für drei bis neun mögliche Sitzungsteilnehmer - festgelegt.

Die Vergütung erfolgt ebenfalls unbefristet außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen.

Weitere Anpassungen im EBM

Probatorische Sitzungen im Krankenhaus

Im Zusammenhang mit der Möglichkeit, probatorische Sitzungen bereits im Krankenhaus durchführen zu können (vgl. §12 Abs. 6 Psychotherapie-Richtlinie), ist jeweils eine neue Anmerkung zu den GOP 01410 (Besuch eines Kranken) und 01413 (Besuch eines weiteren Kranken) im Abschnitt 1.4 EBM aufgenommen worden:

- Zum einen sind die Besuchsleistungen bei der Berechnung im Zusammenhang mit der Durchführung von probatorischen Sitzungen im Krankenhaus zu kennzeichnen. Das entsprechende Suffix werden wir Ihnen nach der bundeseinheitlichen Vorgabe noch gesondert mitteilen.
- Zum anderen wird klargestellt, dass die GOP 01413 entgegen der Leistungslegende auch bei der Durchführung von probatorischen Sitzungen im Krankenhaus berechnungsfähig ist.

Die Vergütung der entsprechend gekennzeichneten Besuchsleistungen im Zusammenhang mit der Durchführung von probatorischen Sitzungen im Krankenhaus erfolgt zunächst außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen.

Neue Bestimmung zum Abschnitt 35.1

Zum Abschnitt 35.1 sind drei neue Bestimmungen aufgenommen worden, um die gemeinsame Durchführung der Richtlinien-Gruppentherapie und Probatorik im Gruppensetting durch zwei Therapeuten - auch in gemischten Gruppen - abzubilden, die der G-BA mit seiner Richtlinien-Änderung ermöglicht hatte:

- Die neue dritte Bestimmung enthält Regelungen zur Abrechnung von probatorischen Sitzungen im Gruppensetting bei Durchführung durch zwei Therapeuten.
- In der neuen vierten Bestimmung wird die Abrechnung von Gruppensitzungen, bei denen Patienten mit einer Gruppentherapie gemäß Abschnitt 35.2.2 und Patienten mit probatorischen Sitzungen im Gruppensetting gemäß Abschnitt 35.1 gleichzeitig behandelt werden, geregelt.
- Im Zusammenhang mit der Durchführung dieser gemischten Gruppensitzungen durch zwei Therapeuten ist die neue fünfte Bestimmung zum Abschnitt 35.1 aufgenommen worden.

Neue Anmerkung

Drei neue Bestimmungen

Strukturzuschläge

Des Weiteren sind die neuen GOP für die gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung (GOP 35173 bis 35179) in die zweite bis fünfte Bestimmung zum Abschnitt 35.2 sowie in die Legende und Anmerkung der GOP 35572 (Zuschlag Gruppentherapie) aufgenommen worden. Damit bezieht der BA diese Leistungen in die Abrechnungssystematik der Strukturzuschläge gemäß Abschnitt 35.2.3.1 ein.

Sitzungsdauer analytische Psychotherapie

Bei der analytischen Psychotherapie als Gruppentherapie entsprechend den GOP 35523 bis 35529 (Kurzzeittherapie) und 35533 bis 35539 (Langzeittherapie) konnte die Sitzungsdauer bislang nicht halbiert werden. Analog zu den anderen Psychotherapieverfahren ist daher jeweils eine neue erste Anmerkung zu den oben genannten GOP aufgenommen worden, um eine Halbierung der Sitzungsdauer zu ermöglichen.

Den kompletten Beschluss veröffentlicht das Institut des Bewertungsausschusses auf seiner Internetseite (<https://institut-ba.de/ba/beschluesse.html>) und im Deutschen Ärzteblatt.

1.8. Bewertungsausschuss fasst Beschlüsse zum Screening auf Hepatitis B und C sowie zur Therapie mit einer Unterkieferprotrusionsschiene bei Schlafapnoe

Der Bewertungsausschuss (BA) hat in seiner letzten Sitzung verschiedene Beschlüsse zur Änderung des EBM zum 1. Oktober 2021 gefasst, die wir Ihnen nachfolgend darstellen möchten.

Screening auf Hepatitis B und C als neuer Bestandteil des Gesundheits-Check-Ups

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hatte die Richtlinie über die Gesundheitsuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten (Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinie) mit Wirkung zum 12. Februar 2021 geändert: Versicherte ab dem vollendeten 35. Lebensjahr haben zukünftig im Rahmen der allgemeinen Gesundheitsuntersuchung einmalig Anspruch auf ein Screening auf Hepatitis-B-Virusinfektion und einmalig auf ein Screening auf Hepatitis-C-Virusinfektion.

Einmaliger Anspruch

Der BA hat hierfür zum 1. Oktober 2021 neue Leistungen in den Abschnitt 1.7.2 EBM aufgenommen. Die Vergütung erfolgt außerhalb der MGV. Dabei geht der BA davon aus, dass das Screening auf eine Hepatitis-B-Virusinfektion und das Screening auf eine Hepatitis-C-Virusinfektion zusammen durchgeführt werden.

Durch die „und/oder“-Verknüpfung in der Legende der neuen Gebührenordnungspositionen (GOP) 01734 beziehungsweise 01744 und 01865 sind diese auch dann berechnungsfähig, falls im Einzelfall nur eine in-vitro-diagnostische Leistung für ein Screening auf eine Hepatitis-B- oder auf eine Hepatitis-C-Virusinfektion erforderlich ist.

Neue GOP 01734 und 01744

Für die Inanspruchnahme des Screenings auf Hepatitis-B- und/oder Hepatitis-C-Virusinfektion im Rahmen einer allgemeinen Gesundheitsunter-

suchung wird die GOP 01734 als Zuschlag zur GOP 01732 aufgenommen. Die GOP 01734 ist bei Versicherten ab dem vollendeten 35. Lebensjahr einmalig berechnungsfähig und mit 41 Punkten bewertet.

Mit dem Beschluss des G-BA wurde zusätzlich im Teil B. III. §7 der Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinie eine Übergangsregelung aufgenommen. Versicherte, die in den letzten drei Jahren vor Inkrafttreten des Beschlusses eine allgemeine Gesundheitsuntersuchung in Anspruch genommen haben, können im Zeitraum bis zu ihrem nächsten Anspruch ein alleiniges Screening auf Hepatitis-B- und Hepatitis-C-Virusinfektion erhalten. Dafür wurde im Rahmen der Übergangsregelung die neue GOP 01744 aufgenommen. Die Leistung ist bis zum 31. Dezember 2023 befristet und ebenfalls mit 41 Punkten bewertet.

Bis 31. Dezember 2023
befristet

Laborleistungen

Das Screening auf eine Hepatitis-B- und Hepatitis-C-Virusinfektion im Rahmen des Gesundheits-Check-Ups erfolgt als Stufendiagnostik. Die neue GOP 01865 umfasst das Screening auf eine Hepatitis-B-Virusinfektion mittels einer Untersuchung von HBs-Antigen und auf eine Hepatitis-C-Virusinfektion mittels einer Untersuchung auf HCV-Antikörper. Bei einem positiven (reaktiven) Ergebnis erfolgt die entsprechende Bestätigungsdiagnostik anschließend aus derselben Blutentnahme mittels einer Untersuchung auf Hepatitis-B-Virus-DNA oder Hepatitis-C-Virus-RNA. Für diese Bestätigungsdiagnostik wurden die neuen GOP 01866 und 01867 als Zuschlag zur GOP 01865 aufgenommen.

Es wird davon ausgegangen, dass der überwiegende Anteil der Versicherten diese einmalige Untersuchung in den ersten Jahren nach Einführung in Anspruch nehmen wird. Der BA hat deswegen eine befristete Einführungsregelung für die Leistung nach der neuen GOP 01865 vereinbart. Diese wird mit Wirkung zum 1. Januar 2026 aus dem EBM gestrichen. Der Bewertungsausschuss wird eine Anschlussregelung spätestens bis zum 30. September 2025 beschließen.

Unterkieferprotrusionsschiene bei Schlafapnoe

Der BA hat eine Zweitlinientherapie mit einer Unterkieferprotrusionsschiene ab dem 1. Oktober 2021 im EBM abgebildet. Hierfür wurden fünf neue Bestimmungen zum Abschnitt 30.9 EBM der Schlafstörungsdiagnostik aufgenommen. Darin werden die Abrechnungs- und Genehmigungsvoraussetzungen geregelt.

Eine weitere Anpassung betrifft die Leistungsinhalte und Anmerkungen der bereits im EBM enthaltenen GOP 30900 Polygraphie und 30901 Polysomnographie. Beide GOP können nun auch im Rahmen einer Therapie mit einer Unterkieferprotrusionsschiene berechnet werden. Zusätzlich sind die GOP 30902 zur Einleitung der Therapie sowie die GOP 30905 für die Koordination mit einer Vertragszahnärztin beziehungsweise einem Vertragszahnarzt in den EBM aufgenommen worden. Die Versorgung mit der zahntechnisch individuell angefertigten und adjustierbaren Unterkieferprotrusionsschiene erfolgt durch eine Vertragszahnärztin oder einen Vertragszahnarzt nach Ausschluss zahnmedizinischer Kontraindikationen.

Beide neu in den EBM aufgenommenen GOP sind mit 65 Punkten bewertet. Die Vergütung erfolgt zunächst extrabudgetär. Gleiches gilt für

die GOP 30900 und 30901, sofern sie bei Patienten zur Erstanpassung oder Verlaufskontrolle einer Therapie mit einer Unterkieferprotrusionsschiene abgerechnet wird. In diesem Fall sind die GOP 30900 bzw. 30901 mit dem Suffix „U“ zu kennzeichnen.

Zum Hintergrund: Der G-BA hatte am 20. November 2020 festgelegt, dass Unterkieferprotrusionsschienen zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung eingesetzt werden dürfen. Voraussetzung ist, dass die Standardbehandlung mittels Überdrucktherapie nicht erfolgreich durchgeführt werden kann.

Die kompletten Beschlüsse veröffentlicht das Institut des Bewertungsausschusses auf seiner Internetseite (<http://institut-ba.de/ba/beschluesse.html>) und im Deutschen Ärzteblatt.

2. Verordnungen

2.1. Nubeqa® (Darolutamid) als Praxisbesonderheit anerkannt

Nubeqa® (Wirkstoff Darolutamid) wird nach einer Vereinbarung zwischen dem GKV-Spitzenverband und dem pharmazeutischen Unternehmer Bayer ab dem 1. Mai 2021 ausschließlich im Anwendungsgebiet mit einem Zusatznutzen laut G-BA-Beschluss vom 15. Oktober 2020 ab dem ersten Behandlungsfall als Praxisbesonderheit anerkannt:

- Nubeqa wird angewendet zur Behandlung erwachsener Männer mit nicht-metastasiertem kastrationsresistentem Prostatakarzinom (nmCRPC), die ein hohes Risiko für die Entwicklung von Metastasen aufweisen.

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

Eine medikamentöse Kastration mit einem Luteinisierenden-Hormon-Releasing-Hormon (LHRH)-Analogon soll während der Behandlung von Patienten, die nicht chirurgisch kastriert sind, fortgeführt werden.

Die Vorgaben der Fachinformation sind zu berücksichtigen. Weitere Anwendungsgebiete sind nicht von der Praxisbesonderheit umfasst. Die Anerkennung als Praxisbesonderheit besteht, solange Bayer Nubeqa® 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/Das AMNOG/Übersicht zu den Verhandlungen der Erstattungsbeträge nach §130b SGB V/Filterfunktion: „Praxisbesonderheit“.

Anwendungsgebiet

2.2. Änderung der Anlage II (Lifestyle-Arzneimittel) der Arzneimittelrichtlinie: Deoxycholsäure

Mit Wirkung zum 1. September 2021 wurde die Anlage II der Arzneimittel-Richtlinie geändert. Der Tabelle zu dem Abschnitt „Verbesserung des Aussehens“ wurde folgende Zeile angefügt:

Wirkstoff	Fertigarzneimittel, alle Wirkstärken
D 11 AX 24 Deoxycholsäure	Kybella

Angefügte Zeile

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.

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

Mit Wirkung zum 2. September 2021 wurde die Nummer 16 „Antihypotonika“ der Anlage III der Arzneimittel-Richtlinie geändert und folgender Spiegelstrich ergänzt:

- ausgenommen für die Behandlung der symptomatischen neurogenen Hypotonie, wenn andere Maßnahmen nicht ausreichend sind

Ergänzung

Der G-BA führt aus, dass andere Maßnahmen neben der Behandlung der Grunderkrankung beispielsweise eine Erhöhung des intravasalen Blutvolumens durch eine ausreichende Flüssigkeitszufuhr und, sofern im Einzelfall möglich, das Absetzen von Hypotonie auslösenden Arzneimitteln sowie regelmäßige körperliche Aktivität sind.

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.

2.4. Carboplatin in Kombination mit Gemcitabin bei Urothelkarzinom - Änderung der Anlage VI (Off-Label-Use) der Arzneimittel-Richtlinie, Ergänzung

Mit Wirkung zum 18. August 2021 wurde in der Anlage VI (Off-Label-Use) in Teil A der Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL) die Ziffer XXXII „Carboplatin in Kombination mit Gemcitabin zur Behandlung von Patientin-

nen und Patienten mit inoperablem lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem Urothelkarzinom, wenn eine Cisplatin-Therapie nicht in Frage kommt“ angefügt.

Laut G-BA-Beschluss gilt die Anwendung von Carboplatin in Kombination mit Gemcitabin für Patientinnen und Patienten, die eine erste systemische Chemotherapie erhalten sollen, die aber für Cisplatin nicht in Betracht kommen. Die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt sollte bei Beratung und Indikationsstellung berücksichtigen, dass Patientinnen und Patienten, die sowohl einen deutlich eingeschränkten Allgemeinzustand (nach WHO > 2) als auch eine eingeschränkte Nierenfunktion (GFR < 60 ml/min) ausweisen, unter Carboplatin / Gemcitabin eine mediane Überlebenszeit von nur ca. 6 Monaten erreichen. Es ist deshalb fraglich, ob diese Patientinnen und Patienten von der Chemotherapie profitieren.

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

Im Rahmen des vorgenannten Off-Label-Use haben folgende Hersteller für ihre Carboplatin-haltigen und/oder Gemcitabin-haltigen Arzneimittel einer Anwendung zugestimmt (Haftung des pharmazeutischen Unternehmers), so dass ihre Arzneimittel für die genannte Off-Label-Indikation verordnungsfähig sind:

AxioNovo GmbH, Bendalis GmbH, Fresenius Kabi Deutschland GmbH, Hikma Farmaceutica (Portugal), S.A., Hikma Pharma GmbH, medac Gesellschaft für klinische Spezialpräparate mbH, onkovis GmbH, STADAPHARM GmbH, ZytoService Deutschland GmbH Leipzig

Hersteller

Wir empfehlen, bei Verordnungen von Carboplatin- und Gemcitabin-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 sind nicht definiert.

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.

2.5. Bortezomib/Cyclophosphamid/Dexamethason zur Induktionstherapie des neu diagnostizierten Multiplen Myeloms - Anlage VI (Off-Label-Use) der Arzneimittel-Richtlinie, Ergänzung

Mit Wirkung zum 17. August 2021 wurde in der Anlage VI (Off-Label-Use) in Teil A der Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL) die Ziffer XXXIII „Bortezomib plus Cyclophosphamid plus Dexamethason zur Induktionstherapie des neu diagnostizierten Multiplen Myeloms“ angefügt.

Laut G-BA-Beschluss gilt die Anwendung von Bortezomib plus Cyclophosphamid plus Dexamethason in dieser Indikation für Patientinnen und Patienten mit einer peripheren Polyneuropathie oder einem erhöhten Risiko für die Entwicklung einer peripheren Polyneuropathie.

Das Behandlungsziel ist das Erreichen eines guten Ansprechens, mindestens im Sinne einer sehr guten partiellen Remission (Very Good Partial Remission - VGPR).

Weitere Hinweise und Informationen u. a. zu Dosierung, Behandlungsdauer, 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 Bortezomib-, Cyclophosphamid- und/oder Dexamethason-haltigen Arzneimittel einer Anwendung zugestimmt (Haftung des pharmazeutischen Unternehmers), so dass ihre Arzneimittel für die genannte Off-Label-Indikation verordnungsfähig sind:

AbZ-Pharma GmbH, Accord Healthcare S.L.U., acis Arzneimittel GmbH, adequapharm GmbH, axicorp Pharma B.V., Baxter Oncology GmbH, betapharm Arzneimittel GmbH, CC Pharma GmbH, Chem Affairs GmbH, EurimPharm Arzneimittel GmbH, European Pharma B.V., Hikma Pharma GmbH, hvd medical GmbH, InfectoPharm Arzneimittel und Consilium GmbH, IN-OPHA GmbH, Janssen- Cilag GmbH, kohlpharma GmbH, medac Gesellschaft für klinische Spezialpräparate m.b.H., Mibe GmbH Arzneimittel, Mylan Germany GmbH, NMG Pharma GmbH, onkovis GmbH, Orifarm GmbH, PANPHARMA GmbH, ratiopharm GmbH, STADAPHARM GmbH, Sun Pharmaceutical Industries Europe B.V., T & D Pharma GmbH, TAD Pharma GmbH, Tillomed Pharma GmbH

Hersteller

Wir empfehlen, bei Verordnungen von Bortezomib-, Cyclophosphamid- und Dexamethason-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 sind nicht definiert.

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.

2.6. Anpassungen innerhalb der Wirtschaftlichkeitsziele der Bevacizumab-haltigen Biosimilarquoten

Durch Änderungen auf dem Arzneimittelmarkt haben sich innerhalb folgender Arzneimittelziele Anpassungen ergeben:

Wirtschaftlichkeitsziel	Vergleichsgruppen
Bevacizumab/Trastuzumab	Onkologische Gynäkologen
Bevacizumab/Rituximab/Trastuzumab	Hämatologen/Onkologen

Anpassungen

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

3. Allgemeine Hinweise

3.1. Elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung - eAU

Nach aktueller Rechtslage sind ab dem 1. Oktober 2021 alle Ärztinnen und Ärzte verpflichtet, die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung elektronisch an die Krankenkassen zu übermitteln.

Ab dem 1. Oktober 2021

Die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen (KVN) hat sich bereits frühzeitig gemeinsam mit anderen KVen mit der Forderung einer Übergangsfrist an die Bundesebene gewandt, da bereits absehbar war, dass eine Ausstattung aller Praxen mit den notwendigen Komponenten bis zum Stichtag nicht möglich ist. Die ausdrückliche Forderung der KVN war, dass Sie in Ihren Praxen zwingend vor einer vollständigen Umstellung die Möglichkeit haben müssen, die erforderliche Technik sicher einzuführen, zu testen und die Praxisabläufe anzupassen. Mit der Forderung hat sich die KVN durchgesetzt, eine offizielle Übergangsregelung bis zum 31. Dezember 2021 wurde vereinbart.

Gemäß der Übergangsregelung dürfen Arztpraxen, die nicht rechtzeitig zum Starttermin 1. Oktober 2021 mit der nötigen Technik ausgestattet werden können, übergangsweise das alte Verfahren weiterhin anwenden. Die Regelung gilt bis 31. Dezember 2021. Bis dahin ist auch die Nutzung des „gelben Scheins“ (Muster 1) noch möglich. Zur Unterstützung hat die KVN Ihnen zu der Übergangsregelung eine Zusammenstellung von praktischen Fragen/Antworten als Anlage beigefügt.

Übergangsregelung bis 31. Dezember 2021

Auch wenn für die eAU eine Übergangsfrist vereinbart werden konnte, rät die KVN dringend dazu, sich zügig auf die Umstellung vorzubereiten. Dies auch vor dem Hintergrund der bevorstehenden Einführung des elektronischen Rezepts zum 1. Januar 2022.

Um die Vorgaben technisch zu gewährleisten, muss Ihre Praxis folgende Voraussetzungen erfüllen:

- Anbindung an die Telematikinfrastruktur (TI)
- TI-Konnektor: Praxen benötigen für das Ausstellen der eAU mindestens einen E-Health-Konnektor (Version: PTV3). Für einen reibungslosen Ablauf in der Praxis empfiehlt die KVN dringend

Voraussetzungen

den sogenannten ePA-Konnektor (Version PTV4+), da nur dieser die Komfortsignatur unterstützt.

- Anschluss an den KIM-Dienst inkl. Zugangsdaten und E-Mailadresse für den KIM-Dienst
- KIM-Dienst und eAU-Modul im Praxisverwaltungssystem (PVS)
- Elektronischer Heilberufsausweis der Generation 2 (eHBA G2) für die qualifizierte elektronische Signatur der eAU
- Ggf. zusätzliche Kartenterminals in den Sprechzimmern zur Freigabe der Signatur

Bei Fragen zur Verfügbarkeit und Bereitstellung der technischen Komponenten wenden Sie sich bitte an Ihren IT-Servicedienstleister oder PVS-Hersteller.

Sollten sich für Sie darüber hinaus Fragen ergeben, wenden Sie sich bitte an Herrn Mazhari (Telefon: 0511 380-3555, Reza.Mazhari@kvn.de) oder Herrn Wilharm (Telefon: 0511 380-3238, wilhelm.wilharm@kvn.de). Wir freuen uns über jedes Feedback um unsere Unterstützung kontinuierlich zu verbessern.

Über die Entwicklungen rund um die Telematikinfrastruktur werden wir Sie über unsere Homepage (<https://www.kvn.de/PraxisIT.html>), durch die KVN-Rundschreiben und mit Hilfe unserer Beratungsangebote selbstverständlich weiterhin auf dem aktuellen Stand halten.

Anlage 5.2: eAU - FAQ

3.2. G-BA verlängert diverse Corona-Sonderregeln bis zum 25. November 2021

Nachdem vom Bundestag die epidemische Lage von nationaler Tragweite weiterhin bis zum 25. November 2021 festgestellt wurde, hat der G-BA Corona-Sonderregeln, die an das Fortbestehen der epidemischen Lage geknüpft sind, ebenfalls bis zum 25. November 2021 verlängert.

Folgende Corona-Sonderregeln gelten demnach fort:

- 1. Disease-Management-Programme (DMP)**
Um eine mögliche Ansteckung mit COVID-19 zu vermeiden, müssen Patientinnen und Patienten auch weiterhin nicht verpflichtend an Schulungen teilnehmen. Die quartalsbezogene Dokumentation von Untersuchungen der in ein DMP eingeschriebenen Patientinnen und Patienten ist ebenfalls weiterhin nicht erforderlich, sofern die Untersuchung aufgrund des Infektionsschutzes nicht durchgeführt bzw. nicht erhoben werden konnte.
- 2. Krankentransporte**
Krankentransportfahrten zu nicht aufschiebbaren zwingend notwendigen ambulanten Behandlungen von nachweislich an COVID-19-Erkrankten oder von Versicherten, die aufgrund einer behördlichen Anordnung unter Quarantäne stehen, bedürfen wie bisher vorübergehend nicht der vorherigen Genehmigung durch die Krankenkasse.

Verlängert

3. Kinderuntersuchungen U6 bis U9

Die Kinder-Untersuchungen U6, U7, U7a, U8 sowie U9 können auch weiterhin bei Überschreitung der Untersuchungszeiträume und Toleranzzeiten durchgeführt und gemäß den entsprechenden Gebührenordnungspositionen des EBM abgerechnet werden. Diese Regelung gilt bis zum Ablauf von drei Monaten nach der Beendigung der vom Deutschen Bundestag festgestellten epidemischen Lage von nationaler Tragweite.

4. Verordnungen im Entlassmanagement

Krankenhausärztinnen und -ärzte können weiterhin im Rahmen des Entlassmanagements eine Arbeitsunfähigkeit für bis zu 14 Kalendertagen statt bis zu 7 Tagen nach einer Entlassung aus dem Krankenhaus bescheinigen. Ebenso können sie für bis zu 14 Tage häusliche Krankenpflege, spezialisierte ambulante Palliativversorgung, Soziotherapie sowie Hilfs- und Heilmittel verordnen, insbesondere dann, wenn der zusätzliche Gang zur Arztpraxis vermieden werden soll. Außerdem können Arzneimittel bei der Entlassung aus dem Krankenhaus wie bisher flexibler verordnet werden.

3.3. Fortbildungskurs Kurative Mammographie nach der Mammographie-Vereinbarung

Die RADSERV GmbH bietet einen Fortbildungskurs Kurative Mammographie gem. §8 der Mammographie-Vereinbarung (Vorbereitung auf die Fallsammlungsbeurteilung) an. Die Fortbildung findet in zwei Teilen statt. Der theoretische Teil wird im Rahmen eines Selbststudiums von Vorträgen vermittelt. Die Vorträge werden den Teilnehmern auf einer Lernplattform zur Verfügung gestellt. Der praktische Teil findet unter Einhaltung der Hygienevorschriften an einem Präsenztage im Referenzzentrum Mammographie Nord in Oldenburg statt. Der Präsenztage ist an keinen festgelegten Termin gebunden, sondern kann laufend bei Bedarf gebucht werden.

Präsenztage

Weitere Details entnehmen Sie bitte der Anlage oder der Homepage der RADSERV GmbH (www.radserv.de).

Anlage 5.3: Fortbildungskurs Kurative Mammographie

4. Veranstaltungen im Oktober und November 2021

Wichtig: Bis auf Weiteres finden keine Präsenzveranstaltungen statt. Wir bieten Ihnen für einzelne Präsenzveranstaltungen untenstehende WebSeminare an. 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.
Gruppentherapie leicht gemacht - Erneut/erstmalig in der Praxis anbieten	WebSeminar	06.Okt	50 Euro
Umgang mit schwierigen Patienten	WebSeminar	06.Okt	30 Euro
Existenzgründerseminar Meine eigene Praxis - Impulse für den Start	WebSeminar	07.Okt	kostenlos
Praxisbegehungen in der hausärztlichen- und kinderärztlichen Praxis, Die Behörde kommt - Was nun?	WebSeminar	09.Okt	20 Euro
Qualitätsmanagement – Gezielte Weiterentwicklungsmaßnahmen	WebSeminar	12.Okt	59 Euro
Umgang mit schwierigen Patienten	WebSeminar	13.Okt	59 Euro
Impfen	WebSeminar	13.Okt	kostenlos
Die ePA kommt - Eine Einführung zum Start der elektronischen Patientenakte	WebSeminar	13.Okt	kostenlos
Die Krankschreibung wird digital - Eine Einführung zum Start der eAU	WebSeminar	14.Okt	kostenlos
Die Krankschreibung wird digital - Eine Einführung zum Start der eAU	WebSeminar	20.Okt	kostenlos
Personalführung für PraxismitarbeiterIn	WebSeminar	02.Nov	59 Euro
QEP-Aktuell - der neue Zielkatalog	WebSeminar	03.Nov	59 Euro
Meine Zukunft planen - Impulse für die Praxisabgabe	WebSeminar	03.Nov	kostenlos
Hygiene in der Arztpraxis	WebSeminar	04.Nov	59 Euro

Qualitätsmanagementbeauftragte/r (umfasst drei Termine, jeweils Freitags)	WebSeminar	05.Nov	205 Euro
Qualitätsmanagement für Fortgeschrittene	WebSeminar	06.Nov	59 Euro
Arbeitsschutz in der Arztpraxis	WebSeminar	06.Nov	59 Euro
Datenschutz für Fortgeschrittene	WebSeminar	10.Nov	59 Euro
Verordnungsweise in der täglichen Praxis	WebSeminar	10.Nov	kostenlos
Existenzgründerseminar Meine eigene Praxis - Impulse für den Start	WebSeminar	10.Nov	kostenlos
Qualitätsmanagement für Psychotherapeuten	WebSeminar	13.Nov	79 Euro
Behandlungs- und Schulungsprogramm für Typ-2-Diabetiker, die Normalinsulin spritzen	Hannover (TRIGA Center)	17.Nov	70 Euro
Datenschutz in der Arztpraxis	WebSeminar	17.Nov	30 Euro
PraxismanagerIn Intensivkurs (5 tägige)	WebSeminar	22.Nov- 26.Nov	285 Euro
Qualitätsmanagement ganz einfach	WebSeminar	26.Nov	59 Euro
QEP-Intensivkurs (2-tägig)	WebSeminar	26.Nov	115 Euro

5. Anlagenverzeichnis

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

5.2. eAU - FAQ

5.3. Fortbildungskurs Kurative Mammographie

Amtliche Mitteilung der KVN zum HVM für das 4. Quartal 2021

in Umsetzung des Honorarverteilungsmaßstabes (HVM) gemäß § 87b Abs. 1 SGB V der KVN vom 16. April 2021

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 2021 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	6.535,17 €
FA Urologie	35.552,50 €
FA Nuklearmedizin	99.817,30 €
FA Humangenetik	
FA Transfusionsmedizin	
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 2021 nicht in vollem zeitlichen Umfang an der vertragärztlichen Versorgung teilnehmen, reduzieren sich die o.a. Fachgruppendurchschnittswerte anteilig auf den Umfang ihrer Tätigkeit.

FAQ eAU

Ab wann ist die eAU verfügbar und wie ist deren „Roadmap“?

Die elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung startet wie geplant am 1. Oktober. Sie übermitteln Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen dann digital an die Krankenkassen. Für Praxen, die bis dahin noch nicht über die nötigen technischen Voraussetzungen verfügen, konnte mit dem GKV-Spitzenverband eine Übergangsregelung vereinbart werden. Diese sieht vor, dass übergangsweise das alte Verfahren angewendet werden kann, solange die zur Übermittlung von elektronischen AU-Daten notwendigen technischen Voraussetzungen in der Praxis nicht zur Verfügung stehen. Die Regelung gilt bis **31. Dezember 2021**.

Hier finden Sie weitere Informationen:

KBV-Themenseite eAU:

<https://www.kbv.de/html/e-au.php>

Erklärvideo zur eAU:

<https://www.kbv.de/html/e-au.php#content51437>

Praxisinformation zur eAU:

https://www.kbv.de/media/sp/Praxisinformation_eAU.pdf

Welche Verpflichtungen haben die Praxen?

Sobald die technischen Voraussetzungen für die Nutzung des elektronischen Verfahrens in der jeweiligen Vertragsarztpraxis zur Verfügung stehen, ist die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung verpflichtend über den Kommunikationsdienst „KIM“ elektronisch an die Krankenkassen zu übermitteln. Bis zu diesem Zeitpunkt ist die Nutzung des „gelben Scheins“ (Muster 1) noch möglich. Praxen die das neue PVS-Modul eAU bereits installiert haben, können ab diesem Zeitpunkt kein „Muster 1“ mehr ausdrucken.

Hier finden Sie weitere Informationen:

Gematik Informationsvideo zum KIM-Dienst:

<https://www.youtube.com/watch?v=q1zKMu2xCUk>

KBV-Themenseite zum KIM-Dienst KV.dox:

<https://www.kbv.de/html/kvdox.php>

<https://www.kbv.de/html/kim.php>

Zusätzlich zur elektronischen Übertragung muss dem Patienten bis zum 01.07.2022 die AU-Bescheinigung für den Arbeitgeber und dem Versicherten auf Normalpapier gedruckt und händisch unterschrieben ausgehändigt werden. Dafür ist das so genannte Stylesheet (siehe unten) zu nutzen. Das Stylesheet wird nach dem Update von Ihrer PVS erzeugt. Der Ausdruck des Stylesheet für die Krankenkassen wird um einen Barcode ergänzt, der alle Daten der eAU enthält.

Wie sieht der Stylesheet genau aus?

Die Ausdrucke (Versicherter/ Arbeitgeber) können wahlweise im Format A4 oder A5 erzeugt werden. Dabei kann auch normales Druckerpapier verwendet werden.

Krankenkasse bzw. Kostenträger			Arbeitsunfähigkeits- bescheinigung 1	
Name, Vorname des Versicherten: _____ geb. am _____				
Kostenträgerkennung			<input type="checkbox"/> Erstbescheinigung	
Versicherten-Nr. _____ Status _____			<input type="checkbox"/> Folgebescheinigung	
Betriebsstellen-Nr. _____				
Arzt-Nr. _____ Datum _____				
<input type="checkbox"/> Arbeitsunfall, Arbeitsunfall- folgen, Berufskrankheit			<input type="checkbox"/> dem Durchgangsarzt zugewiesen	
arbeitsunfähig seit _____			Vertragarztsiegel / Unterschrift des Arztes	
voraussichtlich arbeitsunfähig bis einschließlich oder später Tag der Arbeitsunfähigkeit festgestellt am _____				
Ausfertigung zur Vorlage bei der Krankenkasse				
AU-begründende Diagnose(n) (ICD-10)				
ICD-10 - Code _____	ICD-10 - Code _____	ICD-10 - Code _____		
ICD-10 - Code _____	ICD-10 - Code _____	ICD-10 - Code _____		
<input type="checkbox"/> sonstiger Unfall, Unfallfolgen				<input checked="" type="checkbox"/> Verletzungsleiden (s.B. BVG)
Es wird die Erteilung folgender besonderer Maßnahmen für erforderlich gehalten				
<input type="checkbox"/> Leistungen zur medizinischen Rehabilitation		<input type="checkbox"/> stufenweise Wiedereingliederung		
<input type="checkbox"/> Sonstige _____				
Im Krankengeldfall <input type="checkbox"/> ab 7. AU-Woche oder sonstiger Krankengeldfall <input type="checkbox"/> Endbescheinigung				
Hinweis für Versicherte zum Krankengeld Wird Ihnen in der Arztpraxis die Bescheinigung über die Arbeitsunfähigkeit für die Krankenkasse ausgehändigt, teilen Sie diese bitte an Ihre Krankenkasse weiter. Dadurch können zeitliche Verzögerungen bei der Gewährung von Kranken- bzw. Verletzungsgehalt vermieden werden.				
Dokumentversion: 1.0.2 Dokumenttyp: v012		PDF-Nr.: KBV-Produktnummer 2080995a-8d0c-4af8-a682-802ac413438b		

Quelle: <https://update.kbv.de/ita-update/DigitaleMuster/eAU/>

Welchen Drucker sollten Praxen einsetzen?

Welcher Drucker hierfür eingesetzt wird, entscheidet die Arztpraxis. Unter Berücksichtigung der Anforderung zum Drucken eines Barcodes auf dem Stylesheet, sollte auf Nadeldrucker jedoch zwingend verzichtet werden bzw. eine Umrüstung auf andere Druckverfahren erfolgen.

Wie sieht der praktische Ablauf der eAU in der Praxis aus?

Das PVS unterstützt Praxen dabei, die AU-Daten zukünftig elektronisch zu verschicken. Das soll in der Praxis genauso komfortabel geschehen wie heute das Bedrucken des Papierformulars.

1. AU im PVS aufrufen und befüllen
2. Daten elektronisch signieren (eHBA)
3. Je nach PVS „Drucken und Versenden“ auswählen und anklicken
4. Im neuen Fenster „Bestätigen“ anklicken
5. PVS startet elektronische Übermittlung an die Krankenkasse per KIM
6. Ausdrucke für Arbeitgeber und Patienten unterschreiben

Wie können Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung in Hausbesuchen ausgestellt werden?

Bei einem Hausbesuch können Sie entweder vorab Blanko-Formulare ausdrucken und beim Hausbesuch ausfüllen und unterschreiben. Diese Daten müssen später in das PVS übertragen, signiert und über die TI an die Krankenkasse verschickt werden. Oder die eAU kann nach dem Hausbesuch in der PVS erstellt und die beiden Papieraufbereitungen dem Patienten per Post zugeschickt werden. Wenn Sie also am Freitagabend bei einem Hausbesuch eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung ausstellen, haben Sie bis Montagabend für die digitale Übermittlung der Daten an die Krankenkasse.

Wie werden technische Probleme gehandhabt?

Wenn die digitale Datenübermittlung an die Krankenkasse vorübergehend nicht möglich ist, werden die Daten vom PVS gespeichert und der Versand erfolgt, sobald dies wieder möglich ist. Wenn der Patient noch in der Praxis ist, drucken Sie den Ausdruck für die Krankenkasse aus. Der Versand an die Krankenkasse erfolgt dann über die Versicherten. Hat der Patient die Praxis bereits verlassen und der digitale Versand ist auch bis zum Ende des nachfolgenden Werktages nicht möglich, muss die Praxis die Papierbescheinigung an die Krankenkasse versenden. Um dieses für die Praxen aufwändigere Ersatzverfahren zu vermeiden, empfehlen wir die Nutzung der Komfortsignatur, die Probleme beim digitalen Versand in der Regel sofort erkennen lässt.

Ihr persönliche To-Do-Liste:

- ✓ Anbindung an die Telematikinfrastruktur (TI)
- ✓ TI-Konnektor: Praxen benötigen für das Ausstellen der eAU mindestens einen E-Health-Konnektor (Version: PTV3). Für einen reibungslosen Ablauf in der Praxis empfiehlt die KVN dringend den sogenannten ePA-Konnektor (Version PTV4+), da nur dieser die Komfortsignatur unterstützt.
- ✓ Anschluss an dem KIM-Dienst inkl. Zugangsdaten und E-Mailadresse für den KIM-Dienst
- ✓ KIM-Anwendung und eAU-Modul im Praxisverwaltungssystem (PVS)
- ✓ Elektronischer Heilberufsausweis der Generation 2 (eHBA G2) für die qualifizierte elektronische Signatur der eAU
- ✓ Ggf. zusätzliche Kartenterminals in den Sprechzimmern zur Freigabe der Signatur
- ✓ Kennzeichnung der anfallenden Kosten über die Abrechnung:
 - GOP 97130 (Anbindung an dem KIM Dienst)
 - GOP 97131 (u.a. zusätzliche Kartenterminals)
 - GOP 97133 (Update des ePA-Konnektors)

Hier finden Sie weitere Informationen:

Gematik Informationsvideo zum eHBA2:

https://www.youtube.com/watch?v=zF_y6lvuycc

Fortbildungskurs kurative Mammographie

Sehr geehrte Damen und Herren,

die Qualitätssicherung nimmt im radiologischen Alltag einen zunehmend wichtigeren Stellenwert ein. In der Mammographie wurde dazu am 11.02.2011 durch den gemeinsamen Bundesausschuss die Mammographie-Vereinbarung veröffentlicht. Zur Vorbereitung auf die Fallsammelungsprüfungen bieten wir im Auftrag der kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen diesen Fortbildungskurs an. Er richtet sich an Ärzte, die Mammographieleistungen in der kurativen Versorgung erbringen wollen und hat das Ziel, Sie über die Neuerungen in der Gesetzgebung und Technik zu informieren sowie intensiv die Mammographie-Befundung zu trainieren.

Aufgrund der besonderen Situation durch die Covid-19-Pandemie findet dieser Fortbildungskurs in zwei Teilen statt. Der theoretische Teil wird Ihnen im Rahmen eines Selbststudiums von Vorträgen vermittelt. Diese Vorträge werden Ihnen vorab auf einer Lernplattform zur Verfügung gestellt. Bitte arbeiten Sie diese bis zum Präsenztage durch. Der praktische Teil findet dann unter Einhaltung der Hygienevorschriften vor Ort in Oldenburg statt. Hier haben Sie auch die Möglichkeit, die Vortragsinhalte der Online-Vorträge mit den Referenten zu diskutieren.

Wir freuen uns auf eine konstruktive, diskussionsfreudige Arbeitsatmosphäre.

Dr. med. Gerold Hecht

Die folgenden Vorträge werden Ihnen 14 Tage vor dem Präsenztage online zur Verfügung gestellt:

Rechtliche Grundlagen, Abrechnung (ca. 45 min)	Hecht
Technische Grundlagen und Qualitätssicherung (ca. 60 min)	Gese
Ergänzende bildgebende Verfahren in der Mammadiagnostik (ca. 60 min)	Ganseforth
Qualitätskriterien der Mammographie-Aufnahmen (ca. 30 min)	Hecht
Pathologisch-Radiologische Korrelation (ca. 45 min)	Hecht
Radiologie gut- und bösartiger Erkrankungen im Mammogramm (ca. 45 min)	Mathys
Differentialdiagnose mammograf. Läsionen (ca. 60 Min)	Mathys

Präsenztage vor Ort in Oldenburg - Datum nach Vereinbarung -

Registrierung ab 09.45h

10:00	Begrüßung / Einführung prakt. Übungen	Hecht
10:15	Prakt. Übungen in der Befundung Fallsammlung 1	Hecht
11:45	Besprechung der Fälle	Hecht

12:15 Mittagspause

12:45	Prakt. Übungen in der Befundung Fallsammlung 2	Hecht
14:15	Besprechung der Fälle	Hecht

14:45 Kaffeepause

15:00	Prakt. Übungen in der Befundung Fallsammlung 3, Auflösung durch TN	Hecht
16:30	Abschlussbesprechung/ Zertifikatsausgabe	Hecht

17:00 Ende des Kurstages

Evaluation online nach Kursende!

Programmänderungen vorbehalten.

Referenten:

Dr. med. Margret Gansforth
Fachärztin für diagnostische Radiologie,
Radiologische Praxis Wilhelmshaven

Dipl.-Ing. (FH) Ina-Kathrin Gese
Technischer Support und Medical Education,
Hologic Medicor GmbH

Dr. med. Gerold Hecht
Leiter des Referenzentrums Mammographie Nord
und PVA der Screening-Einheit Niedersachsen
Nordwest

Dr. med. Britta Mathys
Fachärztin für diagnostische Radiologie im
Referenzentrum Mammographie Nord

Veranstalter:

Dr. med. Gerold Hecht

Veranstaltungsort:

Referenzentrum Mammographie Nord
Heiligengeiststraße 28, 1. OG
26121 Oldenburg

Anmeldung und Organisation:

Brigitte Sturm

Tel.: 04941 / 60 510-27

Fax: 04941 / 60 510-727

E-Mail: fortbildung@radserv.de

Internet: www.radserv.de

Die Teilnehmerzahl ist begrenzt.

Die Veranstaltung ist von der Ärztekammer Niedersachsen zertifiziert und auf das Fortbildungszertifikat anrechenbar.

Teilnahmegebühr:

€ 500,- inkl. MwSt

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.

Organisation:

Fortbildungskurs Kurative Mammographie nach Mammographie-Vereinbarung § 8

Oldenburg

Präsenztag -

**Datum nach Vereinbarung
(vorab Lernplattform)**

Im Auftrag der



KVN

Kassenärztliche Vereinigung
Niedersachsen

RADSERV GmbH
Dienstleistungen für radiologische Praxen



KVN

Kassenärztliche Vereinigung
Niedersachsen

Informationen für die Praxis

KVN-Rundschreiben

August 2021

Inhaltsverzeichnis

1. Abrechnung	3
1.1. Beendigung des IKK-Rahmenvertrages über Schutzimpfungen bei beruflich bedingten Auslandsaufenthalten mit Wirkung zum 30. September 2021.....	3
1.2. Abrechnung von Leistungen im Rahmen der Corona- Test- bzw. Impfverordnung	3
1.3. Angabe der Chargennummer des Impfstoffes zu den Covid-19-Schutzimpfungen im KVDT-Feld 5010 erforderlich	3
2. Verordnungen.....	4
2.1. Wiederholende Abgabe und Belieferungsfrist bei Arzneimittelverordnungen - Änderung der Arzneimittel- Richtlinie	4
2.2. Verordnung von Cannabisblüten	5
2.3. Verlängerung der Übergangsfrist zur Verordnungsfähigkeit von Verbandmitteln und sonstigen Produkten zur Wundbehandlung.....	5
2.4. Änderung der Festbetragsgruppe „Levodopa + Carbidopa“ der Arzneimittel-Richtlinie: neue Darreichungsform	5
2.5. Gemeinsame Arbeitsgruppe Arzneimittel - Informationsschreiben zum Thema „Verordnung von homöopathischen und anthroposophischen Arzneimitteln“	6
2.6. Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) - Abrechnungsziffern für vorübergehend aufgenommene DiGAs.....	7
2.7. Anpassungen innerhalb der Wirtschaftlichkeitsziele der Adalimumab- und Infliximab-haltigen Biosimilarquoten	7
2.8. Widerruf der Zulassungen Tetrazepam-haltiger Arzneimittel.....	7
3. Allgemeine Hinweise	8

3.1.	Neue Coronavirus- Testverordnung und Coronavirus- Impfverordnung mit Wirkung zum 1. Juli beschlossen - Alle Neuerungen im Überblick.....	8
3.2.	Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) führt ab sofort keine Re-/Akkreditierungen von Zertifizierungsstellen (ZS) und Visitoren (VI) durch ...	10
3.3.	Übergangsfrist zum Nachweis eines Masernschutzes bis Jahresende verlängert.....	11
3.4.	Gesetzliche Unfallversicherung: Verlängerung der Hygienepauschale bis 30. September 2021	11
3.5.	Versicherteninformation zum nichtinvasiven Pränataltest zur Bestimmung des fetalen Rhesusfaktors	12
3.6.	Anpassung der Schutzimpfungs-Richtlinie (SI-RL) um die STIKO-Empfehlungen zu Reiseimpfungen.....	12
3.7.	plexus-Webinar zum Thema „Schlafmittel“	12
3.8.	Fachseminar I für die Fachkraft in der kurativen Mammographie.....	13
4.	Veranstaltungen im September und Oktober 2021	13
5.	Anlagenverzeichnis.....	15
5.1.	Infoschreiben.....	15
5.2.	Fachseminar Mammographie	15
5.3.	Sammelerklärung	15

1. Abrechnung

1.1. Beendigung des IKK-Rahmenvertrages über Schutzimpfungen bei beruflich bedingten Auslandsaufenthalten mit Wirkung zum 30. September 2021

Der seit 1995 bestehende und zwischenzeitlich nicht mehr dem aktuellen Stand entsprechende Vertrag wurde mit Wirkung zum 30. September 2021 beendet.

Eine Abrechnung der KV-internen GOP 89150 bis 89156 zu Lasten der IKK classic ist somit nur noch bis einschließlich 30. September 2021 möglich.

GOP 89150 bis 89156
nur noch dieses Quartal
möglich

1.2. Abrechnung von Leistungen im Rahmen der Corona-Test- bzw. Impfverordnung

Bitte beachten Sie, dass in Ihrer Quartalsabrechnung die Abrechnung der „**Peter Patient**“-**Behandlungsfälle** über die **VKNR 38825** (Kostenträger „Bundesamt für soziale Sicherung“), IK 103609999, erfolgt, nicht über die VKNR 48850.

Ausführliche Informationen zur Covid-19-Abrechnung finden Sie im KVN-Portal unter der Rubrik Mitglieder/Information zum Coronavirus.

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

1.3. Angabe der Chargennummer des Impfstoffes zu den Covid-19-Schutzimpfungen im KVDT-Feld 5010 erforderlich

Bei der Abrechnung der Covid-19-Impfleistungen ist weiterhin die Angabe der Chargennummer des Impfstoffes erforderlich; der Eintrag in Ihrer Praxissoftware erfolgt ausschließlich im KVDT-Feld 5010. Die Angabe im KVDT-Feld 5009 (freier Begründungstext) kann nicht berücksichtigt werden.

Chargennummer in
Feld 5010 unerlässlich

Ausführliche Informationen zur Covid-19-Schutzimpfung finden Sie auf der Internetseite der Kassenärztlichen Bundesvereinigung unter www.kbv.de

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

2. Verordnungen

2.1. Wiederholende Abgabe und Belieferungsfrist bei Arzneimittelverordnungen - Änderung der Arzneimittel-Richtlinie

Mit Wirkung zum 3. Juli 2021 wurde die Arzneimittel-Richtlinie in §11 geändert.

Mehrfachverordnungen

Durch das Masernschutzgesetz wurde es Vertragsärzten ermöglicht, für Versicherte, die eine kontinuierliche Versorgung mit einem bestimmten Arzneimittel benötigen, Verordnungen ausstellen, nach denen eine nach der Erstabgabe bis zu dreimal sich wiederholende Abgabe erlaubt ist. Die Verordnungen sind besonders zu kennzeichnen.

Bislang waren keine konkreten Anforderungen an die Kennzeichnung vereinbart, so dass keine Mehrfachverordnungen ausgestellt werden konnten. Mit der Einführung des eRezeptes zum 1. Januar 2022 soll dies nun möglich werden.

Mehrfachverordnungen dürfen bis zu 365 Tage nach Ausstellungsdatum zu Lasten der GKV beliefert werden. Es sind bis zu vier Teilbelieferungen möglich. Für jede Teillieferung muss dabei der jeweilige Beginn der Einlösefrist angegeben werden. Damit soll - auch als Schutz vor Fehlanwendung und Missbrauch - verhindert werden, dass Patientinnen und Patienten die gesamte Arzneimittelmenge in der Apotheke auf einmal abholen.

Das Ausstellen einer Mehrfachverordnung ist nur im Rahmen eines eRezeptes und erst zum 1. Januar 2022 möglich, auch wenn die Verordnungssoftware die Vorgaben bereits zum Juli 2021 umgesetzt hat.

Gültigkeit von Arzneimittelrezepten

Die Gültigkeit von Arzneimittelverordnungen auf Muster 16 wurde an diejenige der Hilfsmittelverordnungen angepasst und von einem Monat auf **28 Tage** gekürzt. Die Belieferungsfrist von 28 Tagen zu Lasten der GKV endet auch dann, wenn der letzte Tag auf einen Samstag, Sonntag oder einen gesetzlichen Feiertag fällt.

Die kürzeren Belieferungsfristen von anderen Rezeptarten wie Betäubungsmittelrezepten (7 Tage nach Ausstellungsdatum), T-Rezepten (6 Tage nach Ausstellungsdatum) und Rezepten über die Wirkstoffe Acitretin, Alitretinoin oder Isotretinoin (6 Tage nach Ausstellungsdatum) bleiben ohne Änderung bestehen.

Den vollständigen Beschluss des G-BA sowie die vollständige Arzneimittel-Richtlinie finden Sie im Internet unter [www.g-ba.de/Richtlinien/Arzneimittel-Richtlinie/weitere Beschlüsse](http://www.g-ba.de/Richtlinien/Arzneimittel-Richtlinie/weitere_Beschluee) (Beschlussdatum 15. April 2021).

Mehrfachverordnungen
ab 1.1.2021 nur über
eRezept möglich

2.2. Verordnung von Cannabisblüten

Der GKV-Spitzenverband hat darüber informiert, dass bei der Verordnung von Cannabisblüten ab dem 1. Juli 2021 je Sorte jeweils ein separates BtM-Rezept zu verwenden ist.

Der Hintergrund hierzu ist, dass erstmals auch Cannabisblüten aus staatlich kontrolliertem deutschem Anbau vertrieben werden können und zeitgleich in den Apotheken ein abweichendes Abrechnungsverfahren durchgeführt wird, das jeweils separate BtM-Rezepte je Cannabisblüten-Sorte erforderlich macht.

Weitere Informationen zur Verordnung von Cannabis-Arzneimitteln finden Sie unter <https://www.kvn.de/Mitglieder/Verordnungen/Arzneimittel/Cannabis.html>

Cannabis-Rezepte je nach Sorte

2.3. Verlängerung der Übergangsfrist zur Verordnungsfähigkeit von Verbandmitteln und sonstigen Produkten zur Wundbehandlung

Mit dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (GVWG) wurde die Übergangsfrist zur Verordnungsfähigkeit von Verbandmitteln nach §31 Abs. 1a SGB V auf 36 Monate verlängert.

Ursprünglich wurde mit Beschluss der Anlage Va „Verbandmittel und sonstige Produkte zur Wundbehandlung“ der Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL) eine Übergangsfrist von 12 Monaten definiert (siehe KVN-Rundschreiben Dezember 2020).

Um Versorgungslücken zu vermeiden, sind jedoch alle Verbandmittel für eine Übergangsfrist von 36 Monaten, also bis zum 1. Dezember 2023, weiterhin ordnungsfähig, sofern die Verordnungsfähigkeit schon vor Inkrafttreten der Anlage Va am 2. Dezember 2020 bestand.

Die vollständige Anlage Va der Arzneimittel-Richtlinie finden Sie im Internet unter [www.g-ba.de/Richtlinien/Arzneimittel-Richtlinie/Anlage Va: Verbandmittel und sonstige Produkte zur Wundbehandlung](http://www.g-ba.de/Richtlinien/Arzneimittel-Richtlinie/Anlage_Va_Verbandmittel_und_sonstige_Produkte_zur_Wundbehandlung).

Alle Verbandmittel bis 1.12.2023 weiter ordnungsfähig

2.4. Änderung der Festbetragsgruppe „Levodopa + Carbidopa“ der Arzneimittel-Richtlinie: neue Darreichungsform

Mit Wirkung zum 4. Mai 2021 wurde die Festbetragsgruppe „Levodopa + Carbidopa“ der Anlage IX (Festbetragsgruppenbildung) um die Darreichungsform „Tabletten zur Herstellung einer Suspension zum Einnehmen für ein Dosiergerät“ ergänzt.

Es handelt sich dabei um Arzneimittel mit der Wirkstoffkombination Levodopa/Carbidopa, die mit Hilfe eines elektronischen Dosiergerätes angewendet werden. Die Eingruppierung der Darreichungsform erfolgte, da der G-BA diese als grundsätzlich vergleichbar mit peroralen Darreichungsformen ansah, die ohne ein elektronisches Dosiergerät eingesetzt werden.

Einsatz von Dosiergeräten

Die Kosten von Arzneimitteln mit elektronischem Dosiergerät liegen deutlich oberhalb des Festbetrags. Mit der Eingruppierung in die Festbetragsgruppe fallen demnach bei der Verordnung auf Muster 16 erhebliche Mehrkosten für den Patienten an.

Atypischer Einzelfall

Der G-BA führt aus, dass die Begrenzung auf den Festbetrag nicht im atypischen Einzelfall greift, wenn aufgrund ungewöhnlicher Individualverhältnisse keine ausreichende Versorgung mit alternativen Arzneimitteln zum Festbetrag möglich ist. Voraussetzung ist, dass eine nachweisliche Beeinträchtigung vorliegt, die über bloße Unannehmlichkeiten oder Befindlichkeitsstörungen hinausgeht und die Qualität einer behandlungsbedürftigen Krankheit erreicht.

Dies kann bei Patientinnen und Patienten mit Morbus Parkinson im fortgeschrittenen Stadium der Fall sein, die beispielsweise

- aufgrund motorischer Komplikationen eine individualisierte Levodopa-Therapie benötigen und
- mit Levodopa-haltigen Arzneimitteln zur peroralen Anwendung auch in (freier) Kombination mit anderen Wirkstoffen nicht ausreichend behandelt werden können und
- bei denen auch eine (Kombinations-)Therapie mit anderen Wirkstoffen zur peroralen Anwendung außer Levodopa nicht zu zufriedenstellenden Ergebnissen geführt hat.

Antrag auf Mehrkostenübernahme

In einem solchen Einzelfall wenden sich Arzt und Patient zur Übernahme der Mehrkosten bei Festbetragsarzneimitteln mit einem Antrag an die jeweilige Krankenkasse. Der Antrag sollte entsprechend detailliert begründet sein und wird gegebenenfalls unter Hinzuziehung des medizinischen Dienstes durch die Krankenkassen bearbeitet.

Den vollständigen Beschluss des G-BA finden Sie im Internet unter [www.g-ba.de/Richtlinien/Arzneimittel-Richtlinie/Anlage IX/weitere Beschlüsse](http://www.g-ba.de/Richtlinien/Arzneimittel-Richtlinie/Anlage IX/weitere_Beschluesse) (Beschlussdatum 18. März 2021).

2.5. Gemeinsame Arbeitsgruppe Arzneimittel - Informationsschreiben zum Thema „Verordnung von homöopathischen und anthroposophischen Arzneimitteln“

Im Anhang finden Sie ein weiteres Informationsschreiben der AG GKV/KVN Arzneimittel zu dem Thema „Verordnung von homöopathischen und anthroposophischen Arzneimitteln“. Darin wird insbesondere auf die Vorgaben zur Verordnungsfähigkeit von Arzneimitteln der Therapierichtungen Homöopathie und Anthroposophie eingegangen.

Diese sowie alle weiteren Veröffentlichungen der AG GKV/KVN Arzneimittel finden Sie im Internet unter [www.kvn.de/Mitglieder/Verordnungen/Arzneimittel/Veröffentlichungen](http://www.kvn.de/Mitglieder/Verordnungen/Arzneimittel/Veroeffentlichungen).

Anlage 5.1: Infoschreiben

Verordnung nur bei nachweislichen Beeinträchtigungen

2.6. Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) - Abrechnungsziffern für vorübergehend aufgenommene DiGAs

Seit Oktober letzten Jahres können digitale Gesundheitsanwendungen (DiGAs) zu Lasten der GKV verordnet werden, sofern sie im DiGA-Verzeichnis des BfArM aufgeführt sind.

Mit Beschluss im März 2021 wurde rückwirkend zum 1. Januar 2021 die GOP 01470 zur Erstverordnung einer dauerhaft aufgenommenen DiGA in den EBM aufgenommen (siehe Rundschreiben April 2021).

Mit der Anlage 34 zum BMV-Ä wurde nun auch eine Regelung zur Abrechnung der Erstverordnung einer vorübergehend aufgenommenen DiGA getroffen. Hier ist seit dem 1. August 2021 ebenfalls die GOP 01470 berechnungsfähig.

Allgemeine Informationen zum Thema „digitale Gesundheitsanwendungen“ finden Sie bei uns im Internet unter www.kvn.de/Mitglieder/Verordnungen/DiGA oder im KVN-Portal unter Verordnungen/DiGA

Zugriff auf das DiGA-Verzeichnis des BfArM mit weiterführenden Informationen zu den jeweiligen Gesundheitsanwendungen haben Sie unter: <https://diga.bfarm.de/de/verzeichnis>

Abrechnung auch von vorübergehend zugelassenen DiGA möglich

2.7. Anpassungen innerhalb der Wirtschaftlichkeitsziele der Adalimumab- und Infliximab-haltigen Biosimilarquoten

Durch Änderungen auf dem Arzneimittelmarkt haben sich innerhalb folgender Arzneimittelziele Anpassungen ergeben:

Wirtschaftlichkeitsziel	Vergleichsgruppen
Adalimumab	Dermatologen, ermächtigte Dermatologen
Etanercept/Infliximab	Dermatologen, ermächtigte Dermatologen
Adalimumab/Infliximab	Gastroenterologen, ermächtigte Gastroenterologen
TNF-alpha-Inhibitoren	Rheumatologen

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

2.8. Widerruf der Zulassungen Tetrazepam-haltiger Arzneimittel

Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) informiert, dass die Zulassungen von Arzneimitteln mit dem Wirkstoff Tetrazepam mit Wirkung zum 15. Juli 2021 widerrufen wurden.

Bereits 2013 wurde das Ruhen der Zulassungen von Tetrazepam-haltigen Arzneimitteln angeordnet, nachdem der Pharmakovigilanzausschuss (PRAC) der Europäischen Arzneimittelagentur (EMA) dies nach einem Risikobewertungsverfahren empfohlen hat. Tetrazepam-haltige Arzneimittel durften seitdem nicht mehr in Verkehr gebracht werden. Da seither keine Daten vorgelegt wurden, die ein positives Nutzen-Risiko-Verhältnis belegen, wurde das Nutzen-Risiko-Verhältnis als ungünstig angesehen und statt eines erneuten Ruhens nun der Widerruf der Zulassungen festgelegt.

Weiterführende Informationen finden Sie auf der Internetseite des BfArM unter [www.bfarm.de/Arzneimittel/Pharmakovigilanz/Risikoinformationen/Risikobewertungsverfahren/Tetrazepamhaltige Arzneimittel](http://www.bfarm.de/Arzneimittel/Pharmakovigilanz/Risikoinformationen/Risikobewertungsverfahren/Tetrazepamhaltige_Arzneimittel) (z. B. Musaril®): Widerruf der Zulassung

Keine tetrazepam-haltigen Arzneimittel mehr

3. Allgemeine Hinweise

3.1. Neue Coronavirus- Testverordnung und Coronavirus-Impfverordnung mit Wirkung zum 1. Juli beschlossen - Alle Neuerungen im Überblick

Sämtliche Corona-Relungen auch online unter www.kvn.de/

Coronavirus-Testverordnung

Die Änderungen im Überblick

Am 25. Juni wurde die neue TestV des Bundesgesundheitsministeriums (BMG) veröffentlicht und ist zum 1. Juli in Kraft getreten. Bis zum 9. Juli waren die Vorgaben zu den Pflichten der KVen sowie den Pflichten der Leistungserbringer und Testzentren anzupassen - einschließlich einer Benehmsherstellung.

COVID-19-Genesenzertifikat

Personen, die an einer SARS-CoV-2-Infektion erkrankt waren, haben Anspruch auf ein CO-VID-19- Genesenzertifikat. Das Genesenzertifikat kann bei einem positiven Ergebnis eines SARS-CoV-2- Nukleinsäurenachweises oder nachträglich von Ärzten oder Apothekern erstellt werden.

Die Vergütung erfolgt analog zum Impfzertifikat. Für das Ausstellen erhalten Ärztinnen und Ärzte ab Juli 2 Euro je Zertifikat(GOP 88371), wenn es direkt aus dem Praxisverwaltungssystem (PVS) erstellt wird. Nutzen Praxen die aufwendigere Webanwendung des Robert Koch-Instituts, zahlt der Bund 6 Euro je Zertifikat(GOP 88370).

COVID-19-Testzertifikat

Getestete Personen haben Anspruch auf die Ausstellung eines COVID-19-Testzertifikats für den durchgeführten Test. Die Vergütung ist Teil der 8 Euro, die für die Durchführung eines PoC-Antigentests gezahlt werden (zuzüglich der Kostenpauschale von 3,50 Euro). Bei Bürgertestungen nach § 4a der TestV müssen Ärzte, Apotheker und andere Teststellen zudem in der Lage sein, das Zertifikat auch digital an die Corona-Warn-App zu übermitteln.

Das Ausstellen der Zertifikate ist über eine Clouduanwendung „Schnelltestportal“ möglich, die T-Systems im Auftrag des Bundes bereitstellt. Ärzte können dort die Ergebnisse der Schnelltests erfassen, ein COVID-19 Testzertifikat erzeugen und ausdrucken oder bei Bedarf an die Corona-Warn-App übermitteln.

Ärzte müssen sich für die Nutzung des Schnelltestportals registrieren, um einen Account zu erhalten: <https://www.coronawarn.app/de/>, Button „Schnelltestpartner“. In einem kurzen Video werden die Funktionalitäten des Portals vorgestellt: <https://www.youtube.com/watch?v=30tSEasfTvA>

Die Bereitstellung der Infrastruktur zur Corona-Warn-App erfolgt über T-Systems und nicht über die Kassenärztlichen Vereinigungen oder die KBV. Für Fragen und weitere Informationen im Zusammenhang mit den Corona-Warn-App-Anwendungen gibt es eine Corona-Warn-App-Hotline, die von Montag-Sonntag von 6:00-20:00 Uhr unter der Telefon-Nr.: 0620 2274 3730 zu erreichen ist.

Die Vorgabe gilt nur für Bürgertestungen. **Sollte eine Anbindung zum 1. August noch nicht erfolgt sein, werden die Bürgertests vorerst weiterhin vergütet. Voraussetzung ist, dass eine Registrierung für das CWA Schnelltestportal gestellt wurde.** Für alle anderen PoC-Antigen-Tests, die Ärzte durchführen, zum Beispiel bei Praxismitarbeitenden oder Kontaktpersonen, wenn kein PCR-Test erfolgt, ist die Übermittlung der Testergebnisse an die Corona-Warn-App nicht erforderlich.

Regelungen bei Bürgertestungen

Die Abrechnung von Bürgertestungen ist ab 1. August nur zulässig, wenn der Arzt, der Apotheker oder das Testzentrum ein digitales COVID-19-Testzertifikat anbietet und auf Wunsch der getesteten Person das Testergebnis an die Corona-Warn-App übermittelt. Dafür kann er das „Schnelltestportal“ nutzen. Die GOP 88310 ist in diesem Fall mit dem Suffix „B“ zu kennzeichnen (entsprechend für die Sachkosten die GOP 88312B). **Ob das Testergebnis letztendlich in die Corona-Warn-App übermittelt wird, entscheidet die Testperson. Aufgabe der Praxis ist es zu dokumentieren, ob zugestimmt wurde oder nicht.**

Für Bürgertestungen dürfen keine Antigen-Tests zur Eigenanwendung genutzt und abgerechnet werden.

Leistungserbringer, die Bürgertestungen anbieten, müssen ab dem 1. August dem ÖGD nach dessen Vorgaben monatlich und standortbezogen die Zahl der durchgeführten Bürgertestungen und die Zahl der positiven Testergebnisse übermitteln. **Die entsprechende Meldung ist über das Portal des NLGA vorzunehmen, sobald die Regelungen im Detail abgestimmt sind, werden wir Sie informieren.**

Weitere Neuerungen

Anpassung der Vergütung und Aufnahme weiterer Leistungen zum 1. Juli:

- Die Vergütung von PoC-Antigentests wird für alle Leistungserbringer abgesenkt: auf pauschal 3,50 Euro für die Sachkosten

und 8 Euro für Abstrich, Durchführung des Tests und Ausstellung eines Zeugnisses. Die KVDT-Felder 5011 und 5012 sind somit nicht mehr auszufüllen. Es reicht das entsprechende KVDT-Feld 5005 mit Multiplikator.

- Die Überwachung eines Antigentests zur Eigenanwendung werden ab 1. Juli nach der GOP 88314 mit 5 Euro pro Testung und 3,50 Euro für die Sachkosten vergütet.
- Leistungserbringer, die Leistungen nach TestV abrechnen, müssen eine deutlich umfassendere Auftrags- und Leistungsdokumentation durchführen, die bis zum 31.12.2024 vollständig und in geeigneter Form zu speichern bzw. aufzubewahren ist (vgl. § 7 Abs. 5 TestV).

Coronavirus-Impfverordnung

Die Änderung der Coronavirus-Impfverordnung des Bundesgesundheitsministeriums vom 06.07.2021 wurde am 7. Juli veröffentlicht und ist mit Wirkung zum 8. Juli in Kraft getreten. Die wesentliche Änderung ist die Absenkung der Vergütung der Ausstellung des Impfbescheinigung nach der GOP 88352 von 18 Euro auf 6 Euro.

Weitere aktuelle Informationen erhalten Sie jederzeit unter:

<https://www.kbv.de/html/coronavirus.php>

oder

https://www.kvn.de/Mitglieder/Information+zum+Coronavirus/Testung+inkl_+Meldepflicht_+Kodierung+und+Abrechnung-p-7524.html

3.2. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) führt ab sofort keine Re-/Akkreditierungen von Zertifizierungsstellen (ZS) und Visitoren (VI) durch

Aus berufsrechtlichen Vorschriften, dem SGB V, Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses und den Bundesmantelverträgen mit Qualitätssicherungsvereinbarungen ergibt sich für Vertragsärzte und -psychotherapeuten keine Verpflichtung zu einer Zertifizierung ihres internen Qualitätsmanagements. Vor diesem Hintergrund hat sich die Kassenärztliche Bundesvereinigung dazu entschlossen, das QEP-Zertifizierungsverfahren (QEP ist das QM-System der KBV und KVen, QEP= Qualität und Entwicklung in Praxen) auslaufen zu lassen. Dieses gilt auch für bestehende Verfahren der Akkreditierungen, die die KBV durchführte.

Ist eine Zertifizierung nach QEP nicht mehr möglich? Oder kann man sich woanders zertifizieren lassen? Eine QEP-Zertifizierung, das ist der aktuelle Stand, ist weiterhin möglich.

Die KBV selbst führt jedoch ab sofort keine Re-/Akkreditierungen von Zertifizierungsstellen (ZS) und Visitoren (VI) mehr durch. Das heißt, die Akkreditierungen der ZS und VI laufen nur noch bis zum Ablaufdatum der jeweiligen Akkreditierungsurkunden. Falls Interesse besteht, eine Praxis zertifizieren bzw. rezertifizieren zu lassen, dann sollte man sich mit der ZS und dem VI abstimmen, ob die Akkreditierungen zum Re-

Keine Pflicht zur
Zertifizierung des
Praxisinternen QM

Freiwillige Zertifizierung
weiterhin möglich

Zertifizierungszeitpunkt noch gültig sind und ggf. die ZS oder den VI wechseln.

Eine direkte Empfehlung bezüglich anderer Anbieter können wir aus wettbewerbsrechtlichen Gründen nicht geben. Weitere Informationen finden Sie auf der Homepage der KBV unter www.KBV.de/Qualitätsmanagement/QEP/QEP-Zertifizierung

Die Gültigkeit (Laufzeit) der Zertifikate bleibt bestehen. Wie Sie mit der Durchführung bereits vereinbarter Re-Zertifizierungen oder lange im Voraus geplanter Visitationen im Einzelnen umgehen, bitten wir Sie mit der jeweiligen Zertifizierungsstelle abzustimmen. Selbstverständlich bietet Ihnen die Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen (KVN) auch weiterhin Unterstützung und Beratung für die Einführung, Umsetzung und Weiterentwicklung Ihres internen Qualitätsmanagements an. Die Verpflichtung, nach dem SGB V Qualitätsmanagement einzuführen, hat weiterhin Bestand und ist nicht aufgehoben.

Fortbildungsangebote zum Thema finden Sie unter www.KVN.de/Mitglieder/Fortbildung/Seminarangebot

Kontakt:

Frau Heike Knief (vormittags erreichbar)

Telefon: 0511 380-3379

E-Mail: heike.knief@kvn.de

3.3. Übergangsfrist zum Nachweis eines Masernschutzes bis Jahresende verlängert

Die Frist zum Nachweis eines Masernschutzes wurde coronabedingt **bis zum 31. Dezember 2021** verlängert.

Nach dem im März 2020 in Kraft getretenen Masernschutzgesetz müssen Kinder und Beschäftigte in Gemeinschafts- und Gesundheitseinrichtungen einen ausreichenden Impfschutz oder eine Immunität gegen Masern nachweisen. Für bereits länger in diesen Einrichtungen Beschäftigte oder Betreute galt eine Übergangsfrist bis zum 31. Juli, die jetzt bis zum 31. Dezember verlängert wurde.

Personen, die erst nach 1. März 2020 eingestellt beziehungsweise tätig wurden, müssen den geforderten Nachweis vor Beginn ihrer Tätigkeit erbringen. Sie fallen nicht unter die Übergangsregelung.

Die Impfpflicht und damit auch die Nachweispflicht gilt allerdings nur für Personen, die nach dem 31. Dezember 1970 geboren sind.

Masern-Impfschutz für
Beschäftigte bis
31. Dezember

3.4. Gesetzliche Unfallversicherung: Verlängerung der Hygienepauschale bis 30. September 2021

Dabei geht es um die vereinbarte Hygienepauschale, mit der sich die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung an den Mehraufwendungen für Infektionsschutz während der COVID-19-Pandemie beteiligen.

Die Gewährung der Pauschale für Durchgangssärztinnen und Durchgangsarzte wird bis 30. September 2021 verlängert.

Der Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger ist auf der Internetseite der KBV unter www.kbv.de/html/uv.php zu finden.

3.5. Versicherteninformation zum nichtinvasiven Pränataltest zur Bestimmung des fetalen Rhesusfaktors

Rhesus-negative Schwangere mit einer Einlingsschwangerschaft haben Anspruch auf einen nichtinvasiven Pränataltest zur Bestimmung des fetalen Rhesusfaktors D mittels eines molekulargenetischen Tests (NIPT).

Zur Unterstützung des ärztlichen Aufklärungsgesprächs hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) eine Versicherteninformation mit dem Titel: „Welchen Nutzen hat die Bestimmung des Rhesusfaktors vor der Geburt?“ erstellt. Die Versicherteninformation kann über den Bestellschein „Vordrucke, Broschüren, Flyer: GKV allgemein“ beim Zentralversand der Bezirksstelle Hannover bestellt werden. Den Bestellschein finden Sie auf unserer Homepage unter:

<https://www.kvn.de/Mitglieder/Praxisfuehrung/Formularbestellungen.html>

Info ab sofort bestellbar

3.6. Anpassung der Schutzimpfungs-Richtlinie (SI-RL) um die STIKO-Empfehlungen zu Reiseimpfungen

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat mit einer Änderung der Schutzimpfungs-Richtlinie (SI-RL) die Empfehlungen der STIKO zu Reiseimpfungen, welche im Epidemiologischen Bulletin Nr. 14 vom 8. April 2021 veröffentlicht wurden, umgesetzt.

Betroffen sind insbesondere folgende Reiseimpfungen:

- Cholera
- FSME
- Gelbfieber
- Hepatitis A und B
- Influenza
- japanische Enzephalitis
- Meningokokken
- Poliomyelitis
- Tollwut
- Typhus

Einzelheiten sind in der Tabelle in Anlage 1 zur SI-RL aufgeführt. Die aktuelle SI-RL ist auf der Internetseite des G-BA (www.g-ba.de/informationen/richtlinien) abrufbar.

3.7. plexus-Webinar zum Thema „Schlafmittel“

Am Mittwoch, 8. September 2021, 15 bis 16 Uhr, findet ein weiteres Webinar der KVN Online-Fortbildungsplattform „plexus“ statt, das Thema

lautet „Schlafmittel“. Der Referent Prof. Dr. med. Klaus Lieb ist Direktor der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universitätsmedizin Mainz und wissenschaftlicher Geschäftsführer des Leibniz-Instituts für Resilienzforschung.

Teilnahmeberechtigt an den Webinaren sind ausschließlich niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und MFA aus Niedersachsen. Die Teilnahme an den plexus-Webseminaren ist kostenlos. Eine Einladung erhalten Sie im plexus-Newsletter, für den Sie sich per Mail an kvn-team@plexus.de anmelden können.

Weitere Informationen zu „plexus“ erhalten Sie unter www.kvn.de/Mitglieder/Fortbildung/plexus Ärzte bzw. plexus MFA.

3.8. Fachseminar I für die Fachkraft in der kurativen Mammographie

Die RADSERV GmbH bietet am Freitag, dem 12. November 2021, ein eintägiges Fachseminar für die Fachkraft in der kurativen Mammographie an. Das Fachseminar findet in Oldenburg im Referenzzentrum Mammographie Nord statt, mit dem Thema „Einstelltechnik und Qualitätssicherung - Von der Theorie in die Praxis“.

Weitere Details entnehmen Sie bitte der Anlage oder der Homepage der RADSERV GmbH (www.radserv.de).

Anlage 5.2: Fachseminar Mammographie

4. Veranstaltungen im September und Oktober 2021

Wichtig: Bis einschließlich 30. September 2021 finden weiterhin keine Präsenzveranstaltungen statt. Wir bieten Ihnen für einzelne Präsenzveranstaltungen untenstehende WebSeminare an. 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.
Ausbildung zur/m Datenschutzbeauftragte/n in der Arztpraxis (4-tägig)	WebSeminar	07.Sep	245 Euro
Die Krankschreibung wird digital - Eine Einführung zum Start der elektronischen AU	WebSeminar	08.Sep	kostenlos
Empfang in der Arztpraxis	WebSeminar	08.Sep	40 Euro
Medizinprodukte-Aufbereitung Workshop Teil 1	WebSeminar	08.Sep	59 Euro

Aggressionen und Gewalt in Arztpraxen	WebSeminar	11.Sep	120 Euro
Ausbildung zur/m Datenschutzbeauftragte/n in der Arztpraxis	WebSeminar	14.Sep	245 Euro
Datenschutz in der Arztpraxis	WebSeminar	14.Sep	59 Euro
Die Krankschreibung wird digital - Eine Einführung zum Start der elektronischen AU	WebSeminar	15.Sep	kostenlos
Heilmittelverordnung - Sicher durch den Verordnungs-Dschungel	WebSeminar	15.Sep	kostenlos
Praxismanagerin Refresher (3-tägig)	WebSeminar	15.Sep	165 Euro
Die ePA kommt - Eine Einführung zum Start der elektronischen Patientenakte	WebSeminar	16.Sep	kostenlos
Psychosomatische Grundversorgung	Bremervörde	17.Sep	1150 Euro
Sachkundelehrgang (5 tägige)	Papenburg	20.Sep	535 Euro
Gefährdungsbeurteilung für die Arztpraxis - So vermeiden Sie Risiken und Nebenwirkungen	WebSeminar	22.Sep	59 Euro
Professionelle Praxisorganisation	WebSeminar	22.Sep	30 Euro
Die Krankschreibung wird digital - Eine Einführung zum Start der elektronischen AU	WebSeminar	23.Sep	kostenlos
Hygiene in der Arztpraxis	WebSeminar	23.Sep	59 Euro
Nichtwollen oder Nichtkönnen - Umgang mit schwierigen und psychisch erkrankten Mitarbeitern	WebSeminar	25.Sep	59 Euro
Abrechnungsberatung Psychotherapeuten	WebSeminar	29.Sep	kostenlos
Die Krankschreibung wird digital - Eine Einführung zum Start der elektronischen AU	WebSeminar	29.Sep	kostenlos
Kurze Wartezeiten - Gutes Terminsystem	WebSeminar	29.Sep	59 Euro
Abrechnungsberatung Psychotherapeuten	WebSeminar	29.Sep	kostenlos

Umgang mit schwierigen Patienten	WebSeminar	06.Okt	30 Euro
Gruppentherapie leicht gemacht	Osnabrück	06.Okt	85 Euro
Meine Zukunft planen - Impulse für die Praxisabgabe	Braunschweig	06.Okt	kostenlos
Abrechnung aktuell	Aurich	06.Okt	kostenlos
Weiterbildungsassistenten - Praxisseminar	Hannover	06.Okt	kostenlos
Existenzgründerseminar Meine eigene Praxis - Impulse für den Start	WebSeminar	07.Okt	kostenlos
Praxisbegehungen in der haus- und kinderärztlichen Praxis durch das Gewerbeaufsichtsamt	Hannover	09.Okt	40 Euro
Warum bin ich wie ich bin? Seminar zur Persönlichkeitsentwicklung	Hannover	09.Okt	130 Euro
Hautkrebs-Screening für Hausärzte	Aurich	09.Okt	168 Euro
Qualitätsmanagement – Gezielte Weiterentwicklungsmaßnahmen	WebSeminar	12.Okt	59 Euro
Umgang mit schwierigen Patienten	WebSeminar	13.Okt	59 Euro
Impfen	WebSeminar	13.Okt	kostenlos
Zusammenarbeit neu gedacht - Meine Kooperationsmöglichkeiten heute	Stade	13.Okt	kostenlos
Die ePA kommt - Eine Einführung zum Start der elektronischen Patientenakte	WebSeminar	13.Okt	kostenlos
HZV Sonderverträge (2-tägig)	Verden	29.Okt	140 Euro

5. Anlagenverzeichnis

5.1. Infoschreiben

5.2. Fachseminar Mammographie

5.3. Sammelerklärung

Gemeinsame Arbeitsgruppe Arzneimittel

Kassenärztliche Vereinigung
Niedersachsen

Verbände der gesetzlichen
Krankenkassen in Niedersachsen



Verordnung von homöopathischen und anthroposophischen Arzneimitteln

Gemäß der Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL) sind Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen der Anthroposophie und Homöopathie von der Versorgung zu Lasten der GKV nicht ausgeschlossen.

Vorgaben zur Verordnungsfähigkeit

Auch für homöopathische und anthroposophische Arzneimittel gelten die Vorgaben der AM-RL wie die Grundsätze zur wirtschaftlichen Verordnungsweise. Da die Mehrzahl dieser Arzneimittel nicht verschreibungspflichtig ist, gilt insbesondere § 12 der AM-RL:

- Die Verordnung ist ausnahmsweise zulässig, wenn die Arzneimittel bei der Behandlung schwerwiegender Erkrankungen als Therapiestandard der homöopathischen und anthroposophischen Therapierichtung gelten. Die entsprechenden Indikationsgebiete sind in Anlage I aufgeführt.
- Es muss geprüft werden, ob nichtmedikamentöse Maßnahmen ebenfalls medizinisch zweckmäßig und ausreichend wären.
- Die zugrundeliegende Diagnose muss in der Patientendokumentation aufgezeichnet werden.

Für verschreibungspflichtige Homöopathika und Anthroposophika gilt insbesondere:

- nicht verordnungsfähig zur Behandlung sogenannter „Bagatellerkrankungen“ (§ 34 SGB V)
- Die Verordnungseinschränkungen und –ausschlüsse der Anlagen II (Lifestyle-Arzneimittel) und III (Verordnungseinschränkungen und –ausschlüsse) und die zugehörigen Dokumentationspflichten müssen beachtet werden.

Besonderheiten bei der Verordnung für Kinder

Nicht-verschreibungspflichtige Homöopathika und Anthroposophika können für Kinder bis 12 Jahren und Jugendliche mit Entwicklungsstörungen bis 18 Jahren zu Lasten der GKV verordnet werden, sofern sie nicht durch Anlage II und III oder andere Regularien von der Verordnung ausgeschlossen sind. Beispielsweise sind Homöopathika und Anthroposophika, die als Immunstimulantien zur Stärkung der Abwehrkräfte eingesetzt werden, nach der Anlage III Nr. 46 auch für Kinder unter 12 Jahren und für Jugendliche mit Entwicklungsstörungen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr als unwirtschaftlich anzusehen.¹

Satzungsleistungen

In vielen Fällen werden apothekenpflichtige Homöopathika und Anthroposophika im Rahmen von Satzungsleistungen durch die Krankenkassen erstattet. Auskunft zur Erstattungsfähigkeit und deren Umfang gibt die jeweilige Krankenkasse.

¹ KBV, FAQ zur Anlage III der Arzneimittel-Richtlinie, verfügbar unter https://www.kbv.de/media/sp/2020-02-21_FAQ_AM-RL.pdf (letzter Zugriff am 13.07.2021)

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 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	Allgemeine Maßnahmen zur Qualitätssicherung	Freiheit
10:00	Positionierungstechnik Theorie I	Freiheit
10:30 Kaffeepause		
10:45	Positionierungstechnik Theorie II	Freiheit
11:15	Qualitätskriterien und KBV-Richtlinien	Freiheit
11:45	Technische Qualitätssicherung	Gese
12:45 Mittagspause		
13:30	Positionierungstechnik Praxis I	Freiheit
15:00 Kaffeepause		
15:15	Ergonomie am Mammographiegerät	Freiheit
15:45	Positionierungstechnik Praxis II	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 Medicor GmbH

Veranstalter:

RADSERV GmbH
Dienstleistungen für Radiologische Praxen
Fockenbollwerkstr. 25-27
26603 Aurich

Die Teilnehmerzahl ist begrenzt.



Veranstaltungsort:

Referenzzentrum Mammographie Nord
Heiligengeiststraße 28 / 1.OG
26121 Oldenburg

Kursleitung: Bärbel Freiheit

**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“

Anmeldung und Organisation:

Brigitte Sturm

Tel.: 04941 / 60 510-27

Fax: 04941 / 60 510-727

E-Mail: fortbildung@radserv.de

Internet: www.radserv.de

Oldenburg

12.11.2021

11. Zusätzlich erforderliche Angaben für einen finanziellen Ausgleich aufgrund der COVID-19-Pandemie

Die folgenden Angaben sind für die Prüfung, ob ein Anspruch auf Ausgleichszahlungen gem. Nr. 18 Teil B HVM besteht, erforderlich:

- Ich/Wir bestätige(n), dass ich/wir meinem/unserem Versorgungsauftrag in diesem Quartal nachgekommen bin/sind, soweit es mir/uns aufgrund der durch die Covid-19-Pandemie verursachten Umstände möglich war.
- Ich/Wir bestätige(n), dass der dieses Quartal aufgetretene Fallzahlrückgang aufgrund einer geringeren Patienteneinanspruchnahme Folge der Covid-19-Pandemie und nicht in meiner Person liegend begründet ist (z. B. zusätzlicher Urlaub, Krankheit). Ich/wir bestätigen ferner, dass keine nicht pandemiebedingte von mir/uns veranlasste Reduzierung der Praxiszeiten oder vorübergehende Praxisschließung stattgefunden hat.
- Ich/Wir habe(n) Entschädigungen nach dem Infektionsschutzgesetz oder finanzielle Hilfen aufgrund anderer Anspruchsgrundlagen (wie z.B. Soforthilfe bei der N-Bank, Kurzarbeitergeld, etc.) im Zusammenhang mit der Covid-19 Pandemie beantragt.

Ich/Wir haben folgende diesbezügliche Anträge gestellt:

Art des beantragten finanziellen Ausgleichs	Antrag bereits beschieden?	Finanzieller Ausgleich bewilligt?

Ich/Wir verpflichte(n) mich/uns, die KVN zeitnah über den Ausgang des/der Antragsverfahren(s) zu unterrichten.

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) TTMMJJJJ

(Unterschrift⁵ und Vertragsarztstempel²)

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

--

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.



KVN

Kassenärztliche Vereinigung
Niedersachsen

Informationen für die Praxis

KVN-Rundschreiben

Juli 2021

Inhaltsverzeichnis

1. Abrechnung	3
1.1. Beschluss des (Erweiterten) Bewertungsausschuss zu Corona-Regelungen sowie weitere Beschlüsse zu EBM-Änderungen	3
1.2. Änderung der KVN-internen Gebührenordnungsposition (GOP) für das Schulungsmaterial für die DMP- Schulung „PRIMAS“ ab 1. Juli 2021	6
1.3. Abrechnung nach dem bisherigen DSP-Strukturvertrag Primärkassen für AOK, SVLFG, Knappschaft und IKK classic bis 31. Juli 2021 weiterhin möglich	7
1.4. Bewertungsausschuss beschließt Aufnahme der LDR-Brachytherapie ab 1. Juli als EBM-Leistung	7
1.5. Merkblatt zu den DMP-Sonderregelungen aufgrund der COVID-19-Pandemie	8
2. Verordnungen	8
2.1. Xtandi® (Enzalutamid) in weiterer Teilindikation als Praxisbesonderheit anerkannt	8
2.2. Kisqali® (Ribociclib) in Teilindikationen als Praxisbesonderheit anerkannt	9
2.3. Anerkennung des Post-COVID-19-Syndroms („Long-COVID“) als besonderer Verordnungsbedarf in der Heilmittelversorgung	10
2.4. Gemeinsame Arbeitsgruppe Heilmittel – Patienteninformation zum Thema „Heilmittelverordnung“	11
2.5. Änderungen der Anlage V der Arzneimittel-Richtlinie - Übersicht der verordnungsfähigen Medizinprodukte	11
2.6. Verordnung von Impfstoffen	12
2.7. Stimulantien - Änderung der Anlage III (Verordnungseinschränkungen und -ausschlüsse) der Arzneimittel-Richtlinie	13
2.8. Anpassungen innerhalb der Wirtschaftlichkeitsziele der Bevacizumab-haltigen Biosimilarquoten	14
2.9. Ins DiGA-Verzeichnis des BfArM dauerhaft aufgenommene Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGAs)	14
2.10. Änderung der Heilmittel-Richtlinie - Langfristiger Heilmittelbedarf für weitere Diagnosen und verdoppelte Höchstwerte bei der Ergotherapie	15

2.11.	Hinweise zur elektronischen Arzneimittelverordnung (eRezept)	16
2.12.	Givlaari® (Givosiran) als Praxisbesonderheit anerkannt.....	17
3.	Allgemeine Hinweise	17
3.1.	G-BA verlängert diverse Corona-Sonderregeln bis zum 30. September 2021	17
3.2.	Verlängerung der Regelungen zur Erbringung der Patientenschulungen im Rahmen der DMP/DSP/ und GDM-DM3-Verträge/Vereinbarung während der Corona-Pandemie bis zum 31. Juli bzw. 30. September 2021	19
3.3.	Gesetzliche Unfallversicherung: Beschlüsse zum 1. Juli 2021	20
3.4.	Gesetzliche Unfallversicherung: - Verlängerung der Hygienepauschale bis 30. Juli 2021 - Regelungen zum Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger.....	21
3.5.	Gelber Impfausweis.....	22
3.6.	Zweitmeinungsverfahren - Amputation beim diabetischen Fußsyndrom in Kraft getreten	22
3.7.	DAK-Gesundheit - Besondere Versorgung „Willkommen Baby!“: Akupunkturleistung.....	23
3.8.	AOK Niedersachsen - Hausarztzentrierte Versorgung: Check UP 45 / 2-Jahres-Untersuchungsintervall	23
3.9.	BKK - Besondere Versorgung „Hallo Baby!“: Neue Leistungen	24
3.10.	Hausarztzentrierte Versorgungen AOK Niedersachsen, AOK Bremen/Bremerhaven, BARMER, DAK-Gesundheit, KKH, hkk, Audi BKK, pronova BKK: Webanwendungen sind startklar für zentrale Abrechnung der Betreuungspauschalen GOP 99296 / 99297	24
3.11.	Honorarkürzung wegen Nichtinstallation der Anwendung zur elektronischen Patientenakte (ePA-Anwendung) in der Praxis.....	25
3.12.	Anschluss an die Corona-Warn-App für Bürgertests erforderlich.....	25
3.13.	Fortbildung: Freie Plätze für Kurs „Suchtmedizinische Grundversorgung“ auf Langeoog im September	26
4.	Veranstaltungen im August und September 2021.....	26
5.	Anlagenverzeichnis.....	27
5.1.	Patienteninformation.....	27
5.2.	Programm „Suchtmedizinische Grundversorgung“	27
5.3.	Anmeldeformular „Suchtmedizinische Grundversorgung“ ..	27

1. Abrechnung

1.1. Beschluss des (Erweiterten) Bewertungsausschuss zu Corona-Regelungen sowie weitere Beschlüsse zu EBM-Änderungen

KBV und GKV-Spitzenverband haben eine Verlängerung der Corona-Regelungen bis zum 30. September 2021 beschlossen. Über diese und weitere Beschlüsse, die der Bewertungsausschuss beziehungsweise der Erweiterte Bewertungsausschuss gefasst haben, wollen wir Sie im Folgenden informieren.

Corona-Regelungen verlängert

Verlängerung von Beschlüssen des Bewertungsausschusses zu bestehenden Corona-Regelungen bis zum 30. September 2021

Mehrere Sonderregelungen, die aufgrund der Corona-Pandemie beschlossen wurden und bis zum 30. Juni 2021 befristet sind, wurden um ein weiteres Quartal bis zum 30. September verlängert.

Dazu zählen insbesondere die Regelungen zur Videosprechstunde, zur telefonischen Konsultation und zum Porto für Folgeverordnungen und Überweisungen.

Der Bewertungsausschuss wird spätestens bis zum 1. September 2021 prüfen, ob eine weitere Verlängerung beziehungsweise eine Anpassung der Regelungen erforderlich ist.

Verlängerung weiterer Sonderregelungen für die psychotherapeutische Versorgung

In diesem Zusammenhang weisen wir darauf hin, dass die Sonderregelungen für die psychotherapeutische Versorgung während der Coronavirus-Krise, die in einer Ergänzungsvereinbarung zur Psychotherapie-Vereinbarung geregelt sind, ebenfalls um ein weiteres Quartal verlängert werden.

Sie betreffen die Videosprechstunde und die unbürokratische Umwandlung von Gruppentherapien in Einzeltherapien.

KBV und GKV-Spitzenverband werden bis zum 15. September 2021 prüfen, ob gegebenenfalls eine erneute Verlängerung oder Anpassung der Ergänzungsvereinbarung erforderlich ist.

Weitere Beschlüsse

Beschluss zur Aufnahme der Leistungen im Zusammenhang mit der Kryokonservierung von Ei- oder Samenzellen oder Keimzellgewebe

Die Kryokonservierung von Ei- oder Samenzellen oder Keimzellgewebe sowie entsprechende medizinische Maßnahmen wegen keimzellschädigender Therapie werden ab 1. Juli 2021 über den EBM abgerechnet. Der Bewertungsausschuss hat mit Wirkung zum 1. Juli 2021 einen neuen Abschnitt 8.6 sowie Abschnitt 40.12 in den EBM aufgenommen.

Hintergrund der EBM-Aufnahme, Leistungsanspruch und -umfang

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat am 16. Juli 2020 die

Verlängerte Corona-Regelungen

Weitere Beschlüsse

Richtlinie zur Kryokonservierung von Ei- oder Samenzellen oder Keimzellgewebe sowie entsprechende medizinische Maßnahmen wegen keimzellschädigender Therapie beschlossen. Der Beschluss des G-BA ist am 20. Februar 2021 in Kraft getreten.

Gesetzlich Krankenversicherte haben demnach Anspruch auf die entsprechenden Leistungen, sofern die Kryokonservierung aufgrund einer Erkrankung und deren Behandlung mit einer keimzellschädigenden Therapie medizinisch notwendig erscheint, um spätere medizinische Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft vornehmen zu können. Der Anspruch besteht für weibliche Versicherte bis zur Vollendung des 40. Lebensjahres und für männliche Versicherte bis zur Vollendung des 50. Lebensjahres. Die Leistungen sind, anders als bei der künstlichen Befruchtung, zuzahlungsfrei.

Entsprechend der Richtlinie des G-BA zur Kryokonservierung (Kryo-RL) gehören zum Leistungsumfang der medizinischen Maßnahmen die Vorbereitung, Entnahme, Aufbereitung, der Transport, das Einfrieren, die Lagerung sowie das spätere Auftauen von Ei- oder Samenzellen sowie Keimzellgewebe. Zur Kryokonservierung von (weiterem) Keimzellgewebe (z. B. Ovargewebe) dauern die Beratungen im G-BA an. Auch die Richtlinien über künstliche Befruchtung (inklusive der Abbildung der Leistungen zur künstlichen Befruchtung nach Kryokonservierung) befinden sich noch in der Überarbeitung seitens des G-BA.

Details zur Abbildung der Leistungen im EBM

Zum 1. Juli 2021 wird der Abschnitt 8.6 zur Kryokonservierung von Ei- oder Samenzellen oder Keimzellgewebe mit folgenden GOP in den EBM aufgenommen.

- Beratungsleistungen:
 - GOP 08619 zur Abbildung der Erstberatung durch den die Grunderkrankung diagnostizierenden oder behandelnden Hausarzt, Kinder- und Jugendarzt oder Facharzt
 - GOP 08621 zur Abbildung der reproduktionsmedizinischen Beratung, Aufklärung zur Kryokonservierung und der dazugehörigen medizinischen Maßnahmen
 - GOP 08623 zur Abbildung der gegebenenfalls erforderlichen andrologischen Beratung bei männlichen Versicherten
- Zur Abbildung der Behandlung zur Gewinnung von Ei- oder Samenzellen werden die Leistungen nach den GOP 08535 und 08537 bis 08540 aus dem Abschnitt 8.5 Reproduktionsmedizin weitestgehend inhalts- und bewertungsgleich in den neuen Abschnitt 8.6 gespiegelt.
- Neu aufgenommen wird die Untersuchung von Hodengewebe nach testikulärer Spermienextraktion vor Kryokonservierung nach der GOP 08641 sowie die Spermienpräparation aus Hodengewebe nach testikulärer Spermienextraktion nach Kryokonservierung nach der GOP 08648. Beide GOP sind jeweils je Material, bis zu achtmal berechnungsfähig
- Die Leistungen im Zusammenhang mit dem Einfrieren und Auftauen sind nach den GOP 08644 bis 08647 neu im EBM abgebildet.

Aufgenommene GOPs

- Laborleistungen: Die im Zusammenhang mit der Kryokonservierung nach Transplantationsgesetz erforderlichen Laborleistungen sind nach den GOP 32575, 32614, 32618, 32660, 32781 des Kapitel 32 EBM berechnungsfähig. Die Laborleistungen nach den GOP 32354, 32356 und 32357 sind in der GOP 08635 (Stimulationsbehandlung) bereits enthalten und nicht gesondert berechnungsfähig.
- Sachkosten: Die Abbildung der Sachkosten für die Lagerung des Materials erfolgt über die Aufnahme folgender Kostenpauschalen in einem neuen Abschnitt 40.12 EBM:
 - GOP 40700 als Kostenpauschale für die Lagerung, 68,00 Euro.
 - GOP 40701 als Zuschlag für die Lagerung unter Quarantänebedingungen 10,00 Euro.
 Die Kostenpauschale 40701 ist nur im Falle eines bestätigten laboridiagnostischen Befundes oder im Einzelfall unter Angabe einer Begründung auch bereits bis zum Vorliegen eines entsprechenden Befundes berechnungsfähig.
- Für die Transportkosten wurde keine eigene Kostenpauschale, sondern eine Bestimmung in die Präambel 40.12 EBM aufgenommen, die eine gesonderte Abrechnung der Kosten für den Transport gemäß 7.3 der Allgemeinen Bestimmungen EBM ermöglicht.
- Als Partner des Bundesmantelvertrages werden KBV und GKV-Spitzenverband mit Wirkung zum 1. Juli 2021 noch begleitende Regelungen zur Abrechnung der Kostenpauschalen sowie für Übergangsfälle vereinbaren.

Laborleistungen

Sachkosten

Übergangsregelung: Für Versicherte, die aufgrund einer Behandlung mit keimzellschädigender Therapie ihre Ei- oder Samenzellen oder männliches Keimzellgewebe auf eigene Kosten bereits haben kryokonservieren lassen oder mit Maßnahmen zur Kryokonservierung begonnen haben, besteht ab Inkrafttreten der Umsetzung der Kryo-RL im EBM Anspruch auf die Leistungen nach Kryo-RL. Die Leistungen werden auf Antrag der Versicherten gewährt.

Übergangsregelung

Vergütung: Die Vergütung der neu aufgenommenen GOP der Abschnitte 8.6 und 40.12 EBM sowie der Begleitleistungen, erfolgt dauerhaft außerhalb der MGV.

Vergütung

Aufnahme weiterer biomarkerbasierter Tests zum 1. Juli 2021 in den EBM

Der G-BA hat am 15. Oktober 2020 die Aufnahme der biomarkerbasierten Tests EndoPredict®, MammaPrint® und Prosigna® zur Entscheidung für oder gegen eine adjuvante systemische Chemotherapie beim primären Mammakarzinom in die Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung beschlossen. Am 20. Januar 2021 ist der Beschluss des G-BA in Kraft getreten.

Diese neu für die vertragsärztliche Versorgung zugelassenen biomarkerbasierten Tests werden nun zum 1. Juli 2021 nach den GOP 19503 bis 19505 in den Abschnitt 19.4.5 EBM aufgenommen. Zudem ist hierfür ab dem 1. Juli zusätzlich die wissenschaftliche ärztliche Beurteilung komplexer krankheitsrelevanter tumorgenetischer Analysen nach der GOP 19402 in Abschnitt 19.4.1 EBM berechnungsfähig.

Mit dem vorliegenden Beschluss wird auch klargestellt, dass die Aufarbeitung einer Gewebeprobe nach der GOP 19501 ausschließlich in Zusammenhang mit der Veranlassung des biomarkerbasierten Tests Oncotype DX® nach der GOP 19502 abgerechnet werden kann.

Beschluss zur Änderung des EBM aufgrund der Fachinformation Kanuma®, mit Wirkung zum 1. Juli 2021

Im Rahmen der frühen Nutzenbewertung des G-BA ergab die Prüfung gemäß §87 Absatz 5b Satz 5 SGB V in Verbindung mit dem III. Kapitel der Verfahrensordnung des BA für die Anwendung des Medikamentes Sebelipase alfa (Handelsname: Kanuma®) Anpassungsbedarf im EBM. Die Enzyersatztherapie (EET) Sebelipase alfa wird zur langfristigen Behandlung von Patienten aller Altersgruppen mit einem Mangel an lysosomaler saurer Lipase (LAL-Mangel) verabreicht.

Neue Leistung für Infusionstherapie

Eine neue Leistung für die Infusionstherapie mit Sebelipase alfa nach der GOP 02102 wird zum 1. Juli 2021 in den Abschnitt 2.1 des EBM aufgenommen. Die GOP 02102 ist für Kinder- und Jugendärzte, die über eine Berechtigung zur Abrechnung der Abschnitte 4.4 und 4.5 EBM verfügen, sowie Internisten berechnungsfähig und mit 165 Punkten bewertet. Die Vergütung erfolgt zunächst außerhalb der MGV.

Für die in der Fachinformation genannte Beobachtungsleistung hat der Bewertungsausschuss keinen entsprechenden Anpassungsbedarf festgestellt. Da sie jedoch unter bestimmten Bedingungen medizinisch geboten sein kann, wird die Beobachtung und Betreuung eines Kranken bei der Gabe von Sebelipase alfa mit Wirkung zum 1. Juli 2021 in die bestehende GOP 01514 im Abschnitt 1.5 des EBM integriert.

Anti-Drug-Antikörper gegen Selbelipase alfa

Unter einer Enzyersatztherapie mit Selbelipase alfa (Kanuma®) können sich spezifische Antikörper entwickeln und eine schwere Immunreaktion auslösen oder die therapeutische Wirkung kann ausbleiben. In diesen Fällen ist gemäß der Fachinformation eine Untersuchung auf Antikörper gegen Sebelipase alfa vorgesehen. Die Untersuchung dieser spezifischen Anti-Drug-Antikörper wird nach der GOP 32481 neu in den EBM aufgenommen und ist mit 28,70 Euro bewertet.

1.2. Änderung der KVN-internen Gebührenordnungsposition (GOP) für das Schulungsmaterial für die DMP- Schulung „PRIMAS“ ab 1. Juli 2021

Wir hatten Sie im Juni-Rundschreiben über die neue Abrechnungsmöglichkeit des Schulungsmaterials der DMP-Schulung „PRIMAS“ informiert.

Zwischenzeitlich hat sich die GOP geändert. Bitte beachten Sie, dass für das Schulungsmaterial in Höhe von 14 Euro anstelle der GOP 99125A, die GOP 99125S anzusetzen ist.

Zum 1. Juli 2021

1.3. Abrechnung nach dem bisherigen DSP-Strukturvertrag Primärkassen für AOK, SVLFG, Knappschaft und IKK classic bis 31. Juli 2021 weiterhin möglich

Um die Versorgung von Schwangerschaftsdiabetes und sonstigen Diabetesformen bis zum Wirkbeginn des GDM-DM3-Vertrages ab 1. August 2021 sicherzustellen, können bis zum 31. Juli 2021 die im bisherigen Strukturvertrag der Primärkassen enthaltenen Schulungen und Fußleistungen weiter abgerechnet werden.

Eine Abrechnung der Strukturpauschalen nach den GOP 99100, 99100H, 99101 und 99101H ist nur bei eingeschriebenen Patienten möglich.

Behandlungsfälle auf der Grundlage des bisherigen DSP-Strukturvertrages der Primärkassen, sind in der Abrechnung weiterhin zwingend mit der GOP 99096 zu kennzeichnen.

1.4. Bewertungsausschuss beschließt Aufnahme der LDR- Brachytherapie ab 1. Juli als EBM-Leistung

Die Low-Dose-Rate-Brachytherapie zur Behandlung eines Prostatakarzinoms mit niedrigem Risikoprofil kann ab 1. Juli über den EBM abgerechnet werden. Der Bewertungsausschuss (BA) hat mit Wirkung zum 1. Juli 2021 zwei neue Leistungen in den EBM aufgenommen. Über die Details des Beschlusses möchten wir Sie nachfolgend informieren.

Hintergrund der EBM-Aufnahme

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat am 17. September 2020 beschlossen, die Nr. 35 „Interstitielle LDR-Brachytherapie bei lokal begrenztem Prostatakarzinom mit niedrigem Risikoprofil (LDR-Brachytherapie mit permanenter Seed-Implantation) in die Anlage I „Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden“ der Richtlinie zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der vertragsärztlichen Versorgung aufzunehmen. Zugleich fasste er einen Beschluss zu einer sektorenübergreifenden Richtlinie über Maßnahmen zur Qualitätssicherung. Beide Beschlüsse des G-BA sind am 8. Januar 2021 in Kraft getreten.

Details zur Abbildung der Leistungen im EBM

Zum 1. Juli 2021 werden die Gebührenordnungsposition (GOP) 25335 zur Abbildung der interstitiellen LDR- Brachytherapie mit permanenter Seed-Implantation und die GOP 25336 zur Abbildung der Postimplantationskontrolle und Nachplanung in den Abschnitt 25.3.3 im Kapitel 25 Strahlentherapie in den EBM aufgenommen. Die GOP sind von Strahlentherapeuten und Urologen berechnungsfähig, die über die für die LDR-Brachytherapie erforderliche Fachkunde verfügen und eine entsprechende Abrechnungsgenehmigung der KVN haben.

Die anfallenden Sachkosten (implantierte Seeds, Implantationsnadeln etc.) im Zusammenhang mit der GOP 25335 sind mit der Rechnung auf dem Abrechnungsschein des Patienten mit der Quartalsabrechnung einzureichen.

Finanzierung

Die Vergütung der neu aufgenommenen Leistungen erfolgt dauerhaft außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung.

Den kompletten Beschluss veröffentlicht das Institut des Bewertungsausschusses auf seiner Internetseite (<https://institut-ba.de/ba/beschluesse.html>) und im Deutschen Ärzteblatt.

1.5. Merkblatt zu den DMP-Sonderregelungen aufgrund der COVID-19-Pandemie

Ein überarbeitetes Merkblatt zur Erstellung von DMP-Dokumentationen und Durchführung von Patientenschulungen während der COVID-19 - Pandemie ist verfügbar. Sie finden es auf unserer Internetseite unter der Rubrik: Mitglieder/Qualität/DMP/DMP Merkblätter Allgemeine Informationen.

2. Verordnungen

2.1. Xtandi® (Enzalutamid) in weiterer Teilindikation als Praxisbesonderheit anerkannt

Xtandi® (Wirkstoff Enzalutamid) wird nach einer Vereinbarung zwischen dem GKV-Spitzenverband und dem pharmazeutischen Unternehmer Astellas Pharma GmbH ab dem 15. Mai 2021 ausschließlich im Anwendungsgebiet mit einem Zusatznutzen laut G-BA-Beschluss vom 5. November 2020 ab dem ersten Behandlungsfall als Praxisbesonderheit anerkannt:

- zur Behandlung erwachsener Männer mit nicht metastasiertem kastrationsresistentem Hochrisiko-Prostatakarzinom (castration-resistant prostate cancer, CRPC)
Der G-BA stellte einen Hinweis auf einen geringen Zusatznutzen gegenüber dem abwartenden Vorgehen unter Beibehaltung der bestehenden konventionellen Androgendeprivation (ADT) fest.

Die seit dem 1. Oktober 2015 bestehende Praxisbesonderheit in den Anwendungsgebieten:

- Behandlung erwachsener Männer mit metastasiertem kastrationsresistentem Prostatakarzinom, deren Erkrankung während oder nach einer Chemotherapie mit Docetaxel fortschreitet

Hinweis für einen beträchtlichen Zusatznutzen gegenüber Best-Supportive-Care (G-BA-Beschluss vom 20. Februar 2014)

- zur Behandlung erwachsener Männer mit metastasiertem kastrationsresistentem Prostatakarzinom mit asymptomatischem oder mild symptomatischem Verlauf nach Versagen der Androgenentzugstherapie, bei denen eine Chemotherapie klinisch noch nicht

Anwendungsgebiet

indiziert ist

Hinweis auf einen beträchtlichen Zusatznutzen gegenüber dem abwartenden Vorgehen unter Beibehaltung der bestehenden konventionellen Androgendeprivation (G-BA-Beschluss vom 18. Juni 2015)

bleibt weiter bestehen (siehe Rundschreiben Oktober 2015).

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

Im G-BA-Beschluss vom 20. Februar 2014 zur Behandlung erwachsener Männer mit metastasiertem kastrationsresistentem Prostatakarzinom, deren Erkrankung während oder nach einer Chemotherapie mit Docetaxel fortschreitet, wird darauf hingewiesen, dass die Behandlung mit Xtandi bei Patienten mit einem ECOG Performance-Status > 2 in der AFFIRM-Studie nicht untersucht wurde.

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 Astellas Xtandi® 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“.

2.2. Kisqali® (Ribociclib) in Teilindikationen als Praxisbesonderheit anerkannt

Kisqali® (Wirkstoff Ribociclib) wird nach einer Vereinbarung zwischen dem GKV-Spitzenverband und dem pharmazeutischen Unternehmer Novartis Pharma GmbH ab dem 1. März 2021 ab dem ersten Behandlungsfall ausschließlich in den Patientengruppen mit einem Zusatznutzen laut G-BA-Beschluss vom 20. August 2020 als Praxisbesonderheit anerkannt:

1. Ribociclib in Kombination mit einem Aromatasehemmer in der Teilpopulation:
 - a1) Postmenopausale Frauen mit Hormonrezeptor (HR)-positivem, HER2-negativem lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem Brustkrebs, die noch keine initiale endokrine Therapie erhalten haben

Praxisbesonderheit

2. Ribociclib in Kombination mit Fulvestrant in den Teilpopulationen:

a1) Postmenopausale Frauen mit Hormonrezeptor (HR)-positivem, HER2-negativem lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem Brustkrebs, die noch keine initiale endokrine Therapie erhalten haben

b1) Postmenopausale Frauen mit Hormonrezeptor (HR)-positivem, HER2-negativem lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem Brustkrebs mit vorangegangener endokriner Therapie

Die Einleitung und Überwachung der Behandlung mit Ribociclib soll durch in der Therapie von Patienten mit lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem Brustkrebs erfahrene Fachärzte für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie sowie Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe 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 Novartis Kisqali® in Deutschland vertreibt.

Weitere Anwendungsgebiete

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. Anerkennung des Post-COVID-19-Syndroms („Long-COVID“) als besonderer Verordnungsbedarf in der Heilmittelversorgung

Mit Wirkung zum 1. Juli 2021 wird in der Heilmittelversorgung das sogenannte Post-COVID-19-Syndrom („Long-COVID“) als besonderer Verordnungsbedarf anerkannt und mit in die Diagnoseliste „Besonderer Verordnungsbedarf“ aufgenommen. Darauf verständigten sich die KBV und der GKV-Spitzenverband.

Verordnungen mit folgender Indikation und Diagnosegruppe begründen somit ab dem 1. Juli 2021 einen besonderen Verordnungsbedarf und im Falle einer Wirtschaftlichkeitsprüfung werden Arztpraxen von diesbezüglichen Verordnungs-kosten entlastet.

Indikation/
Diagnosegruppe

ICD-10-CODE	DIAGNOSE	DIAGNOSEGRUPPE	
		PHYSIOTHERAPIE	ERGOTHERAPIE
U09.9	Post-COVID-19- Zustand, nicht näher bezeichnet	WS/AT	SB1/PS2/PS3

Liegt ein diagnostiziertes Post-COVID-Syndrom vor, das bestimmte Maßnahmen in der Physiotherapie und Ergotherapie erfordert, können

Ärzte von der Höchstmenge je Verordnung abweichen und somit die Behandlungseinheiten für den Behandlungszeitraum von bis zu zwölf Wochen bemessen.

Für die rechtzeitige Einbindung des neuen Diagnoseschlüssels in die Praxisverwaltungssysteme (PVS) wurden die PVS-Hersteller bereits im Vorfeld informiert. Mit der Einspielung des Updates zum 1. Juli 2021 sollte die Erweiterung des besonderen Verordnungsbedarfes in der Praxis zur Verfügung stehen.

Die aktualisierte vollständige Liste der Diagnosen des besonderen Verordnungsbedarfes und des langfristigen Heilmittelbedarfes finden Sie in Kürze in den Downloads unter https://www.kvn.de/Mitglieder/Verordnungen/Heilmittel/Langfristdiagnosen+_+Besondere+Verordnungsbedarfep-1012.html

2.4. Gemeinsame Arbeitsgruppe Heilmittel - Patienteninformation zum Thema „Heilmittelverordnung“

Im Anhang finden Sie ein Informationsschreiben der AG GKV/KVN Heilmittel zum Thema „Heilmittelverordnung“.

Das bestehende Informationsschreiben zum Thema wurde dafür überarbeitet, berücksichtigt wurden dabei aktuelle Änderungen der Heilmittel-Richtlinie.

Es beinhaltet alle wichtigen Informationen rund um die Verordnung von Heilmitteln und ist zur Weitergabe an den Patienten bestimmt.

Diese sowie weitere Veröffentlichungen der AG GKV/KVN Heilmittel finden Sie im Internet unter: www.kvn.de/Mitglieder/Verordnungen/Heilmittel/Veroeffentlichungen.html

Anlage 5.1: Patienteninformation

2.5. 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
Dk-line®	Zur Anwendung als Operationshilfe in der Ophthalmochirurgie zur mechanischen Netzhautentfaltung nach Netzhaut-ablösungen/PVR/PDR, Riesenrisen, okularen Traumata sowie zur vereinfachten Entfernung subluxierter Linsen und Fremdkörper aus dem Glaskörperraum.	26. Mai 2024
HSO®	Zur Anwendung als Operationshilfe bei ophthalmischen Eingriffen am vorderen Augenabschnitt.	1. September 2023

Befristung geändert

HSO® PLUS	Zur Anwendung als Operationshilfe bei ophthalmischen Eingriffen am vorderen Augenabschnitt.	1. September 2023
Okta-line™	Zur Anwendung als Operationshilfe in der Ophthalmochirurgie zur mechanischen Netzhautentfaltung nach Netzhautablösungen/PVR/PDR, Riesenrisen, okularen Traumata sowie zur vereinfachten Entfernung subluxierter Linsen und Fremdkörper aus dem Glaskörperraum.	26. Mai 2024
PädiaSalin® 6%	Zur symptomatischen Inhalationsbehandlung der Mukoviszidose für Patienten ab dem vollendeten 6. Lebensjahr.	27. Mai 2024
Pe-Ha-Luron® 1.0 %	Zur Anwendung als Operationshilfe in der Ophthalmochirurgie des vorderen Augenabschnittes	26. Mai 2024

Zudem wurde der Eintrag für MucoClear® 6 % zur Klarstellung des medizinisch notwendigen Falls überarbeitet:

Produktbezeichnung	Medizinisch notwendige Fälle	Befristung der Verordnungsfähigkeit
MucoClear® 6 %	Zur symptomatischen Inhalationsbehandlung der Mukoviszidose für Patienten ab dem vollendeten 6. Lebensjahr.	15. August 2022

Durch die Änderung der Produktinformation bei Freka Drainjet® NaCl 0,9 % entfällt die Indikation „Perfusion des extracorporalen Systems bei der Hämodialyse“. Demnach ist das Produkt nur noch in folgenden Fällen verordnungsfähig:

Produktbezeichnung	Medizinisch notwendige Fälle	Befristung der Verordnungsfähigkeit
Freka Drainjet® NaCl 0,9 %	Zur internen und externen Anwendung wie post-operative Blasenspülung bei allen urologischen Eingriffen, Spülungen im Magen-Darmtrakt und von Fisteln und Drainagen. Auch zur Wundbehandlung und zum Befeuchten von Tüchern und Verbänden.	6. Juni 2023

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 verordnungsfähigen Medizinprodukte.

2.6. Verordnung von Impfstoffen

Die Krankenkassen in Niedersachsen stellen immer wieder Fehler bei der Verordnung von Impfstoffen fest. Insbesondere erfolgen häufig Verordnungen auf Namen des Patienten, obwohl diese über den Sprechstundenbedarf zu verordnen sind. Derartige Fehlverordnungen werden

von den Krankenkassen als Sonstiger Schaden eingestuft und entsprechend Regressanträge bei der Prüfungsstelle Niedersachsen gestellt. Aktuell hat die AOK Niedersachsen eine größere Zahl von Anträgen gestellt, aber auch die anderen Krankenkassen sind hier nicht untätig.

Im Internetauftritt der KVN finden sie unter der Rubrik https://www.kvn.de/Mitglieder/Abrechnung_+Honorar+und+Vertrag/KVN_interne+GOP.html einen Downloadbereich für Schutzimpfungen. In diesen Auflistungen finden Sie jeweils in der 2. Spalte den Eintrag über den korrekten Bezugsweg (S = Sprechstundenbedarf, E = Einzelverordnung auf Namen des Patienten) der einzelnen Impfstoffe als Hilfestellung.

Mit Ausnahme von

- Kombinationsimpfstoffen gegen Hepatitis A / Hepatitis B

und

- Meningokokken-B-Impfstoffen,

sind grundsätzlich alle anderen Impfstoffe als Sprechstundenbedarf zu beziehen, die nach den jeweils gültigen Impfvereinbarungen der Krankenkassen, auf Basis der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses oder den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission, verordnungsfähig sind. Dies betrifft seit dem 1. Mai 2019 bzw. 1. Juni 2019 auch die Impfstoffe gegen Herpes Zoster und HPV. Bitte beachten Sie dies bei künftigen Impfstoffverordnungen.

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

Mit Wirkung zum 30. Juni 2021 wurde die Nummer 44 „Stimulantien, z. B. Psychoanaleptika, Psychoenergetika, coffeinhaltige Mittel“ der Anlage III der Arzneimittel-Richtlinie geändert und nach dem ersten Spiegelstrich folgender Spiegelstrich eingefügt:

- ausgenommen zur Verbesserung der Wachheit und zur Reduktion übermäßiger Schläfrigkeit während des Tages bei erwachsenen Patienten mit obstruktiver Schlafapnoe (OSA), deren übermäßige Tagesschläfrigkeit (EDS - Excessive Daytime Sleepiness) durch eine optimierte OSA-Therapie, wie z. B. mittels CPAP-Beatmung (CPAP, continuous positive airway pressure), nicht zufriedenstellend behandelt werden konnte. Die Behandlung der Primärerkrankung OSA ist beizubehalten.

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).

Ausnahmen

Spiegelstrich eingefügt

2.8. Anpassungen innerhalb der Wirtschaftlichkeitsziele der Bevacizumab-haltigen Biosimilarquoten

Durch Änderungen auf dem Arzneimittelmarkt haben sich innerhalb folgender Arzneimittelziele Anpassungen ergeben:

Wirtschaftlichkeitsziel	Vergleichsgruppen
Bevacizumab/Trastuzumab	Onkologische Gynäkologen
Bevacizumab/Rituximab/Trastuzumab	Hämatologen/Onkologen

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

2.9. Ins DiGA-Verzeichnis des BfArM dauerhaft aufgenommene Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGAs)

Seit Oktober letzten Jahres sind verordnungsfähige digitale Gesundheitsanwendungen (DiGAs) im DiGA-Verzeichnis des BfArM aufgeführt.

Folgende Digitale Gesundheitsanwendungen wurden dauerhaft in das DiGA-Verzeichnis des BfArM aufgenommen:

Name der Anwendung	Indikation
deprexis	<ul style="list-style-type: none"> • F32.0 Leichte depressive Episode • F32.1 Mittelgradige depressive Episode • F32.2 Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome • F33.0 Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode • F33.1 Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode • F33.2 Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome
elevida	<ul style="list-style-type: none"> • G35 Multiple Sklerose (Encephalomyelitis disseminata)
somnio	<ul style="list-style-type: none"> • F51.0 Nichtorganische Insomnie
velibra	<ul style="list-style-type: none"> • F40.01 Agoraphobie: Mit Panikstörung

Dauerhaft aufgenommen

	<ul style="list-style-type: none"> • F40.1 Soziale Phobien • F41.0 Panikstörung [episodisch paroxysmale Angst] • F41.1 Generalisierte Angststörung
vorvida	<ul style="list-style-type: none"> • F10.1 Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Schädlicher Gebrauch • F10.2 Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Abhängigkeitssyndrom

Die Verordnung der DiGAs erfolgt auf Muster 16.

Allgemeine Informationen zum Thema „digitale Gesundheitsanwendungen“ finden Sie bei uns im Internet unter <https://www.kvn.de/Mitglieder/Verordnungen/DiGA.html> oder im KVN-Portal unter Verordnungen/DiGA

Zugriff auf das DiGA-Verzeichnis des BfArM mit weiterführenden Informationen zu den jeweiligen Gesundheitsanwendungen haben Sie unter: <https://diga.bfarm.de/de/verzeichnis>

2.10. Änderung der Heilmittel-Richtlinie - Langfristiger Heilmittelbedarf für weitere Diagnosen und verdoppelte Höchstwerte bei der Ergotherapie

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat folgende Änderungen der Heilmittel-Richtlinie zum 1. Juli 2021 beschlossen:

Langfristiger Heilmittelbedarf - 7 Diagnosen neu gelistet

Folgende Diagnosen werden in die Diagnoseliste zum langfristigen Heilmittelbedarf (Anlage 2 der Heilmittel-Richtlinie) aufgenommen, da von einem erhöhten Heilmittelbedarf aufgrund der Schwere der Erkrankung ausgegangen wird:

7 Diagnosen neu gelistet

ICD-10-Code	Diagnose	Diagnosegruppe		
		Physiotherapie	Ergotherapie	Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie
G61.0	Guillain-Barré-Syndrom	PN	EN3	
G91.2	Normaldruckhydrozephalus	ZN	EN1	
M36.2	Arthropathia haemophilica	EX/CS	SB1	
Q79.6	Ehlers-Danlos-Syndrom	WS/EX/CS	SB1	
Q78.0	Osteogenesis imperfecta	EX/WS	SB1	
Q87.2	Angeborene Fehlbildungssyndrome mit vorwiegender Beteiligung der Extremitäten	EX/CS/LY	SB1/SB2	
T20.3	Verbrennung 3. Grades des Kopfes und des Halses	LY/CS/EX/WS	SB2	ST1/SP6/SC
T20.7	Verätzung 3. Grades des Kopfes und des Halses			
T21.3-ff	Verbrennung und Verätzung 3. Grades des Rumpfes und/oder Extremitäten	LY/CS/EX/WS	SB2	

Ergotherapie - Neue Höchstmenge bei 2 Diagnosegruppen

Für die Diagnosegruppen PS2 (Neurotische, Belastungs-, somatoforme und Persönlichkeitsstörungen) und PS3 (Wahnhaftige und affektive Störungen/Abhängigkeitserkrankungen) wird die Höchstmenge von 10 auf 20 Einheiten pro Verordnung aufgestockt. Damit soll die kontinuierliche Heilmittelversorgung auch mit nur einem Arztkontakt pro Quartal gewährleistet werden.

Die Richtlinienänderungen treten nach Veröffentlichung im Bundesanzeiger zum 1. Juli 2021 in Kraft. Den vollständigen Beschluss finden Sie auf der Internetseite des G-BA unter <https://www.g-ba.de/beschluesse/4754/>.

Änderungen treten zum 1. Juli 2021 in Kraft

2.11. Hinweise zur elektronischen Arzneimittelverordnung (eRezept)

Zum 1. Januar 2022 wird die Verordnung von Arzneimitteln auf eine elektronische Arzneimittelverordnung (eRezept) umgestellt. Vertragsärztinnen und Vertragsärzte sind dann dazu verpflichtet, für apotheken- bzw. verschreibungspflichtige Arzneimittel zu Lasten der GKV ein Rezept in elektronischer Form auszustellen.

Bereits zum 1. Juli 2021 soll eine Testphase zum eRezept in der Modellregion Berlin-Brandenburg starten, so dass die Software-Hersteller schon zu diesem Zeitpunkt die technischen Voraussetzungen in der PVS schaffen werden. An dem Modellprojekt dürfen allerdings nur Praxen und Patienten aus der Modellregion teilnehmen.

Ab dem 1. Oktober 2021 soll die Ausstellung von eRezepten bundesweit auf freiwilliger Basis möglich sein, soweit bei allen Beteiligten (Arztpraxen, Apotheken) die entsprechenden technischen Voraussetzungen bestehen.

Ab dem 1. Juli 2021 haben Softwarehersteller zudem die Vorgabe, das Ausstellen von Mehrfachverordnungen (Wiederholungsrezepten) als eRezept in der Verordnungssoftware zu ermöglichen. Da die Mehrfachverordnungen allerdings noch nicht zweckmäßig elektronisch verarbeitet

werden können, sollten bis auf weiteres keine Mehrfachverordnungen ausgestellt werden. Zum 1. Januar 2022 soll dies aber möglich sein.

Weitere Informationen zum eRezept finden Sie in Kürze unter <https://www.kvn.de/Mitglieder/Verordnungen/Elektronische+Verordnungen.html>

2.12. Givlaari® (Givosiran) als Praxisbesonderheit anerkannt

Givlaari® (Wirkstoff Givosiran) wird nach einer Vereinbarung zwischen dem GKV-Spitzenverband und dem pharmazeutischen Unternehmer Alnylam Netherlands B.V. ab dem 15. April 2021 ausschließlich im Anwendungsgebiet mit einem Zusatznutzen laut G-BA-Beschluss vom 15. Oktober 2020 ab dem ersten Behandlungsfall als Praxisbesonderheit anerkannt:

- Givlaari® ist indiziert für die Behandlung einer akuten hepatischen Porphyrie (AHP) bei Erwachsenen und Jugendlichen ab 12 Jahren.

Die Behandlung mit Givosiran darf nur von Ärztinnen und Ärzten eingeleitet und überwacht werden, die über Erfahrung in der Behandlung von Patientinnen und Patienten mit einer akuten hepatischen Porphyrie verfügen.

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 Alnylam Givlaari® 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“.

Anwendungsgebiet

3. Allgemeine Hinweise

3.1. G-BA verlängert diverse Corona-Sonderregeln bis zum 30. September 2021

Nachdem vom Bundestag die epidemische Lage von nationaler Tragweite weiterhin bis zum 30. September 2021 festgestellt wurde, hat der G-BA Corona-Sonderregeln, die an das Fortbestehen der epidemischen Lage geknüpft sind, ebenfalls bis zum 30. September 2021 verlängert.

Folgende Corona-Sonderregeln gelten demnach fort:

1. Disease-Management-Programme (DMP)

Um eine mögliche Ansteckung mit COVID-19 zu vermeiden, müssen Patientinnen und Patienten auch weiterhin nicht verpflichtend an Schulungen teilnehmen. Die quartalsbezogene Dokumentation von Untersuchungen der in ein DMP eingeschriebenen Patientinnen und Patienten ist ebenfalls weiterhin nicht erforderlich, sofern die Untersuchung aufgrund des Infektionsschutzes nicht durchgeführt bzw. nicht erhoben werden konnte.

2. Krankentransporte

Krankentransportfahrten zu nicht aufschiebbaren zwingend notwendigen ambulanten Behandlungen von nachweislich an COVID-19-Erkrankten oder von Versicherten, die aufgrund einer behördlichen Anordnung unter Quarantäne stehen, bedürfen wie bisher vorübergehend nicht der vorherigen Genehmigung durch die Krankenkasse.

3. Kinderuntersuchungen U6 bis U9

Die Kinder-Untersuchungen U6, U7, U7a, U8 sowie U9 können auch weiterhin bei Überschreitung der Untersuchungszeiträume und Toleranzzeiten durchgeführt und gemäß den entsprechenden Gebührenordnungspositionen des EBM abgerechnet werden. Diese Regelung gilt bis zum Ablauf von drei Monaten nach der Beendigung der vom Deutschen Bundestag festgestellten epidemischen Lage von nationaler Tragweite. Die Überschreitung der Toleranzzeiten ist daher bis zum 31. Dezember 2021 möglich.

4. Verordnungen im Entlassmanagement

Der Zeitraum von 14 Tagen, für den Krankenhäuser nach Entlassung aus dem Krankenhaus zum Übergang in die ambulante Versorgung Leistungen verordnen und Bescheinigungen ausstellen können, bleibt bestehen.

Dies betrifft folgende Leistungen:

- AU-Bescheinigung
- Häusliche Krankenpflege
- Heilmittel (Die 12-Kalendertage-Frist, bis zu der die vom Krankenhaus verordnete Heilmittelbehandlung abgeschlossen sein muss, wurde auf eine 21-Kalendertage-Frist erweitert.)
- Hilfsmittel
- Soziotherapie
- Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV)

Bei der Verordnung von Arzneimitteln ist die Begrenzung auf eine Packung mit dem kleinsten Packungsgrößenkennzeichen ausgesetzt. Blutzuckerteststreifen und Verbandmittel dürfen für den Bedarf von bis zu 14 Tagen verordnet werden. Die Einlösefrist wurde auf sechs Werktage verlängert.

Darüber hinaus hat der G-BA die telefonische Krankschreibung und die telefonische ASV-Beratung bis zum 30. September 2021 verlängert. Die Beschlüsse treten nach Nichtbeanstandung durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) und Veröffentlichung im Bundesanzeiger mit Wirkung vom 1. Juli 2021 in Kraft:

Betrifft folgende Leistungen

Telefonische Krankschreibung

Bei leichten Erkrankungen der oberen Atemwege können sich Versicherte auch weiterhin telefonisch bis zu sieben Tage krankgeschrieben lassen. Eine Verlängerung für einen weiteren Zeitraum von bis zu sieben Kalendertagen ist im Wege der telefonischen Anamnese einmalig möglich.

Wichtig bleibt: Ärztinnen und Ärzte müssen sich durch eine eingehende telefonische Befragung persönlich vom gesundheitlichen Zustand der Versicherten oder des Versicherten überzeugen und prüfen, ob gegebenenfalls doch eine körperliche Untersuchung notwendig ist.

Auch die Ausstellung einer „Ärztlichen Bescheinigung für den Bezug von Krankengeld bei der Erkrankung eines Kindes“ (Muster 21) ist weiterhin telefonisch möglich.

Wichtig

3.2. Verlängerung der Regelungen zur Erbringung der Patientenschulungen im Rahmen der DMP/DSP/ und GDM-DM3-Verträge/Vereinbarung während der Corona-Pandemie bis zum 31. Juli bzw. 30. September 2021

Die mit den gesetzlichen Krankenkassen in Niedersachsen bis zum 30. Juni 2021 abgestimmten befristeten Regelungen zur digitalen Durchführung von Schulungen und Abrechnung von Einzelschulungen wurden verlängert.

Die Regelungen gelten für die folgende Verträge/Vereinbarung:

- DMP-Verträge: bis 30. September 2021
- DSP-Vereinbarung: bis 31. Juli 2021 (Beendigung der Vereinbarung zum 31. Juli 2021)
- GDM-DM3-Vertrag: ab 1. August 2021 bis 30. September 2021 (Wirkbeginn des Vertrages ab 1. August 2021)

Im Einzelnen bedeutet das:

- Patientenschulungen per Videoübertragung sind weiterhin möglich, wenn deren Durchführung zwingend medizinisch erforderlich ist und nach medizinischer Einschätzung des Arztes die Schulungen keinen Aufschub dulden.
- Schulungen die per Videoübertragung durchgeführt werden, müssen entsprechend ihrer Curricula dafür geeignet sein.
- Von den vertraglich vereinbarten Gruppengrößen kann abgewichen werden; Einzelschulungen sind, sofern vertraglich geregelt, weiterhin möglich.
- Eine telefonische Beratung stellt keine Patientenschulung dar.
- Bei Patientenschulungen per Videoübertragung sind ausschließlich von der KBV zertifizierte Videodienstleister unter Beachtung des Datenschutzes zu nutzen. Der Schulungsarzt erfüllt die technischen Anforderungen an die apparative Ausstattung der Praxis gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä (Anlage 1).
- Mit den bereits vertraglich vereinbarten Vergütungen je Unterrichtseinheit sind alle Kosten abgegolten. Die zeitgleiche Abrech-

Gilt für Folgendes:

nung als eine Videosprechstunde (gem. Anlage 31b BMV-Ä) oder telefonische Beratung (EBM 01435) ist daher ausgeschlossen.

- Der Schulungsnachweis ist auch bei einer per Videoübertragung durchgeführten Patientenschulung Voraussetzung für die Abrechnung. Auf die Unterschrift der Versicherten wird in diesen Fällen verzichtet. Der Schulungsarzt unterzeichnet den Schulungsnachweis an den Stellen, wo im Normalfall die Unterschrift der Versicherten vorgesehen ist und macht deutlich, dass die Unterzeichnung durch ihn aufgrund der Corona-Pandemie notwendig war.
- Die Quotierungsregelung für die individualisierten Interventionen bei dem DMP-Verträgen Diabetes mellitus Typ 1 und 2 bleibt bestehen.

3.3. Gesetzliche Unfallversicherung: Beschlüsse zum 1. Juli 2021

Änderungen UV-GOÄ

Neue Nummer 35 Beurteilung und Bewertung von Schnittbildern und /oder Röntgenbildern durch den D-Arzt bei einem Durchgangsarztwechsel

Um zukünftig bei einem Durchgangsarztwechsel den Arbeitsaufwand in Zusammenhang mit der Sichtung und Auswertung anderweitig erstellter Röntgen- und Schnittbilder zu honorieren, hat die Gebührenkommission die Aufnahme der Gebührennummer 35 UV-GOÄ beschlossen.

Neue Nummer 36 Beurteilung und Bewertung von Schnittbildern des hinzugezogenen Radiologen durch den D-Arzt

Bei einem Befund, der von dem des Radiologen abweicht, kann der durch die Aufnahme der Gebührennummer 36 UV-GOÄ die Beurteilung der Schnittbilder berechnen.

In den Leistungslegenden der neuen Gebühren sind eine Reihe von Klarstellungen und Gebührenausschlüssen aufgenommen worden, die zu Ergänzungen in anderen Gebührennummern geführt haben.

Neue Nummern 379a und 379b Vorbereitung der patienteneigenen Substanz im Rahmen der Allergologiediagnostik

Bisher ist in der Leistungslegende der Nummer 379 UV-GOÄ Testung mit patienteneigener Substanz die Vorbereitung der patienteneigenen Substanz aufgeführt. Diese wird zukünftig zur Erleichterung der Abrechnung durch die Nummer 379a (ohne spezifische Aufbereitung) und Nummer 379b (mit spezifischer Aufbereitung) UV-GOÄ abgebildet.

Streichung Nummer 757

Die Nummer 757 ist gestrichen worden, da es hierfür keine praktischen Anwendungsbeispiele gibt und diese Gebühr fälschlicherweise bei der Behandlung der Berufskrankheit -BK 5103- angesetzt wurde.

Ergänzung des Formtextes F 1050

Infolge der Änderung des §14 Vertrag Ärzte/UV-Träger mit Verpflichtung zur Dokumentation der Erstversorgung wird der Formtext F 1050 um ein weiteres Feld mit der Bezeichnung „Art der Erstversorgung“ ergänzt.

Änderungen UV-GOÄ

Änderungen zum Vertrag Ärzte/Unfallversicherung

§21 Verordnung von Arznei- und Verbandmitteln

In Absatz 2 ist eine Ergänzung im Hinblick auf die elektronischen Rezepte (E-Rezept) erfolgt.

Bei der Verordnung von Arznei- und Verbandmitteln zulasten eines Unfallversicherungsträgers sind auf dem Arzneiverordnungsblatt (Muster 16 der Vereinbarung über Vordrucke für die vertragsärztliche Versorgung) oder dem elektronischen Rezept (E-Rezept) bei einem Arbeitsunfall:

- der Unfallversicherungsträger bzw. die Institutskennzeichnung des Unfallversicherungsträgers,
- eine Befreiung von der Zuzahlung bzw. Gebühr frei,
- der Unfalltag und der Unfallbetrieb

aufzunehmen.

Entsprechendes gilt bei einer Berufskrankheit wobei die Kennzeichnung „Berufskrankheit“ bei Muster 16 nicht erforderlich ist.

§203 Auskunftspflicht von Ärzten

In Absatz 2 ist die aktuelle Fassung des SGB VII übernommen worden. Dies betrifft die Unterrichtung des Versicherten aufgrund seines Auskunftsrechts über die übermittelten Angaben an die Unfallversicherung.

§58 Vereinbarte Formtexte

Hier ist durch einen neu eingefügten Satz klargestellt worden, dass die Formtexte bei der DGUV auf der Webseite unter „Download“ bereitstehen.

Diese Änderungen sind zum 1. Juli 2021 in Kraft getreten.

Die UV-GOÄ und der Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger sind auf der Internetseite der KBV unter www.kbv.de/html/uv.php zu finden.

3.4. Gesetzliche Unfallversicherung:

- Verlängerung der Hygienepauschale bis 30. Juli 2021
- Regelungen zum Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger

Covid-19-Pauschale für Durchgangssärztinnen und Durchgangsärzte

Dabei geht es um die vereinbarte Hygienepauschale, mit der sich die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung an den Mehraufwendungen für Infektionsschutz während der COVID-19-Pandemie beteiligen. Die Gewährung der Pauschale wird bis 30. Juli 2021 verlängert.

Befristete abweichende Regelungen vom Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger

Vertragsärzte, beteiligte Ärzte sowie Psychotherapeuten können den Unfallverletzten per Videosprechstunde behandeln. Voraussetzung ist der Einsatz eines zugelassenen zertifizierten Videosystems. Für diese

Unfallversicherung

Muster 16

Arzt-Patienten-Kontakte kann die Nummer 1 UV-GOÄ abgerechnet werden, wobei eine entsprechende Kennzeichnung als Videobehandlung erfolgen muss. Die abweichenden Regelungen zu Punkt 2 bis 4 vom Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger werden bis zum 30. September 2021 verlängert.

Der Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger ist auf der Internetseite der KBV unter www.kbv.de/html/uv.php zu finden.

3.5. Gelber Impfausweis

Aufgrund vermehrter Nachfragen zum Umgang mit den gelben Impfausweisen haben wir Ihnen die wichtigsten Fakten nachfolgend zusammengestellt.

- Im Rahmen der Durchführung von Schutzimpfungen sind diese unverzüglich u. a. in einem Impfausweis zu dokumentieren (§22 Abs. 1 Infektionsschutzgesetz).
- Die gelben Impfausweise können von den Ärzten im Rahmen ihrer Formularbestellung über den Paul-Albrechts-Verlag bezogen werden. Die Kosten für die Impfausweise tragen die gesetzlichen Krankenkassen.
- Die Dokumentation der Schutzimpfungen im Impfausweis ist Bestandteil des Impfhonorars.
- Für die Ausstellung eines Impfausweises oder die Eintragung einer Schutzimpfung in den Impfausweis im Zusammenhang mit einer durchgeführten Schutzimpfung entstehen für den Patienten grundsätzlich keine Kosten. Ausnahme: Wird aufgrund des Verlustes des Impfausweises eine Neuausstellung und eine erneute Dokumentation erforderlich, kann vom Patienten eine Vergütung verlangt werden.

Ausnahme

3.6. Zweitmeinungsverfahren - Amputation beim diabetischen Fußsyndrom in Kraft getreten

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat am 18. März 2021 die Ergänzung der Zweitmeinungs-Richtlinie (Zm-RL) um das Eingriffsthema „Amputation bei diabetischem Fußsyndrom“ beschlossen. Dieser Beschluss trat am 27. Mai 2021 in Kraft.

Gegenstand dieses Zweitmeinungsverfahrens „Amputation bei diabetischem Fußsyndrom“ sind zum einen planbare Minoramputationen, zum anderen Majoramputationen bei Diabetikern. Patientinnen und Patienten wird so die Möglichkeit gegeben, die Notwendigkeit einer Amputation oder etwaige alternative Behandlungsmethoden bei einem qualifizierten Zweitmeiner zu erörtern.

Am Zweitmeinungsverfahren können auf Antrag und nach Genehmigung folgende Fachärzte teilnehmen:

- Innere Medizin und Angiologie,
- Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie,
- Innere Medizin mit Zusatzbezeichnung Diabetologie,

- Allgemeinmedizin mit Zusatzbezeichnung Diabetologie,
- Gefäßchirurgie,
- Orthopädie und Unfallchirurgie oder Orthopädie oder Chirurgie mit Schwerpunkt Unfallchirurgie,
- Allgemeinchirurgie oder
- Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie

Neben diesen Fachärzten können auch verschiedene nichtärztliche Fachberufe, wie z. B. Podologin/Podologe, Orthopädieschuhmacherin/Orthopädieschuhmacher oder Orthopädiemechanikerin/Orthopädiemechaniker zur Beratung hinzugezogen werden.

Zusätzlich zu diesen fachlichen Qualifikationen müssen die genannten Fachärztinnen/Fachärzte ergänzende Anforderungen erfüllen, deren Ausführlichkeit dem Antragsformular zu entnehmen ist.

Das Antragsformular steht unter www.kvn.de (Mitglieder/Anträge/Genehmigungspflichtige Leistungen/ Zweitmeinungsverfahren) zur Verfügung. Bitte beachten Sie hierbei die zwei unterschiedlichen Antragsformen für zugelassene und nicht-zugelassene Ärzte.

Die Anpassung des EBM's (bundeseinheitliche kodierte Zusatzkennzeichnung) steht noch aus.

Mit Aufnahme dieses Verfahrens wurde das Spektrum des Zweitmeinungsverfahrens auf nunmehr fünf Eingriffe (Mandeloperationen - Tonsillektomie/Tonsillotomie, Gebärmutterentfernungen - Hysterektomien, Schulterarthroskopien, Implantationen Knieendoprothesen, Amputation beim Diabetischen Fußsyndrom) erweitert.

Die grundsätzliche Richtlinie zum Zweitmeinungsverfahren können Sie unter www.g-ba.de nachlesen.

Bei Fragen rund um den Antrag oder zum Zweitmeinungsverfahren wenden Sie sich gerne an die Ansprechpartnerin zum Thema Zweitmeinungsverfahren bei der Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen unter sandra.henning@kvn.de

Ansprechpartnerin

3.7. DAK-Gesundheit - Besondere Versorgung „Willkommen Baby!“: Akupunkturleistung

Infolge aufsichtsrechtlicher Forderung ist die Akupunkturleistung (GOP 98245) zur Geburtsvorbereitung seit 1. Juli keine Vertragsleistung mehr und somit ab dem 3. Quartal 2021 nicht mehr abrechenbar. Die bezugnehmenden Unterlagen sind aktualisiert und stehen als Downloads im KVN-Portal bereit: Rubrik „Verträge“, Suchbegriff „Willkommen Baby“

3.8. AOK Niedersachsen - Hausarztzentrierte Versorgung: Check UP 45 / 2-Jahres-Untersuchungsintervall

Mit Aufnahme des neuen Check UPs 45 (GOP 99315) ist für HzV-Teilnehmern im Alter ab 45 Jahren alle 2 Jahre eine Gesundheitsuntersuchung möglich. Inhaltlich und in der Bewertung gleicht dieser Check UP

der bekannten (Regelleistung-)Gesundheitsuntersuchung (EBM 01732).

Das verkürzte Untersuchungsintervall, statt 3 alle 2 Jahre, gilt auch für den Check UP 60 Plus (GOP 99308). Dieser beinhaltet zusätzlich zur EBM 01732-Leistung/-Bewertung den HzV-spezifischen Anteil von 34 Euro.

Für beide Check UPs im Hausarztmodell gilt: Ein Nebeneinander mit der (Regelleistung-)Gesundheitsuntersuchung gibt es nicht (mehr). Mit Abrechnen der 99308 oder 99315 liegt das verkürzte Abrechnungsintervall zugrunde und die ggf. (zusätzlich) abgerechnete EBM 01732 der vertragsärztlichen Versorgung wird gestrichen.

Weitere Informationen im KVN-Portal abrufbar: Rubrik „Verträge“, Suchbegriff „Hausarzt“

Nebeneinander entfällt

3.9. BKK - Besondere Versorgung „Hallo Baby!“: Neue Leistungen

Ab Juli 2021 ergänzen ein ärztliches Gespräch im Rahmen eines zweiten Toxoplasmosesuchtests (GOP 81317) sowie eine Beratung zur Förderung der natürlichen Geburt (per Video GOP 81318/ pers. A/P GOP 81319) das Versorgungsangebot. Die Labor-GOP 81315 ist für den 1. und 2. Toxoplasmosesuchtest anzusetzen.

Weiteres im KVN-Portal: Rubrik „Verträge“, Suchbegriff „Hallo Baby“

3.10. Hausarztzentrierte Versorgungsleistungen AOK Niedersachsen, AOK Bremen/Bremerhaven, BARMER, DAK-Gesundheit, KKH, hkk, Audi BKK, pronova BKK: Webanwendungen sind startklar für zentrale Abrechnung der Betreuungspauschalen GOP 99296 / 99297

Die zentrale KVN-Zusetzung erfolgt ausschließlich auf Grundlage der in der Webanwendung erfassten Betreuungsaufwände. Klicken bzw. wählen Sie hierzu das zutreffende Feld: „ohne“ (./.) - „Chroniker“ (99296) - „Multimorbider“ (99297)

Unter Berücksichtigung der Nacherfassungsfrist werden die Betreuungsaufwandspauschalen erstmalig für das 3. Quartal 2021 (künftig fortlaufend) der Kassenabrechnung zugeführt.

Zur Dokumentation des besonderen HzV-Betreuungsaufwands sind die (Dauer-) Diagnosen fortlaufend anzugeben, nutzen Sie dazu die „Übernahmefunktion“ der Webanwendung.

Weiteres im KVN-Portal: Rubrik „Verträge“, Suchbegriff „Hausarzt“ oder treten Sie mit dem Team Sonderverträge in Kontakt.

3.11. Honorarkürzung wegen Nichtinstallation der Anwendung zur elektronischen Patientenakte (ePA-Anwendung) in der Praxis

Ab 1. Juli 2021 besteht die Pflicht der Installation der ePA-Anwendung in der Praxis. Ab diesem Zeitpunkt besteht für die KVen die Verpflichtung, bei Praxen ohne eine Vorhaltung der notwendigen Komponenten und Dienste eine Kürzung des Honorars um 1 % vorzunehmen.

Aufgrund der aktuellen Probleme bei der Beschaffung und Installation der Komponenten wird die KVN zunächst für 3/21 die Kürzung nicht vollziehen, wenn zumindest die Bestellung der Komponenten vor dem 1. Juli 2021 erfolgt ist und nachgewiesen werden kann. Der Nachweis gilt als erbracht, wenn auf einem beliebigen Behandlungsfall in 3/21 die Pseudo-GOP 97133 dokumentiert wird. Die maßgeblichen Bestellunterlagen sind für eine eventuelle weitergehende Prüfung in der Praxis vorzuhalten.

Bei Bestellung erst ab dem 1. Juli 2021 erfolgt die Kürzung dann nicht, wenn die Installation der Anwendung noch im 3. Quartal 2021 erfolgt.

3.12. Anschluss an die Corona-Warn-App für Bürgertests erforderlich

Ab dem 1. August 2021 können Bürgertestungen nur noch dann abgerechnet werden, wenn die Praxis das Testergebnis und das Testzertifikat an die Corona-Warn-App übermitteln kann. Dies sieht die aktualisierte Coronavirus-Testverordnung des Bundesgesundheitsministeriums vor.

Die Vorgabe gilt nur für Bürgertestungen. Für alle anderen PoC-Antigen-Tests, die Ärzte durchführen, zum Beispiel bei Praxismitarbeitenden oder Kontaktpersonen, wenn kein PCR-Test erfolgt, ist eine Übermittlung der Testergebnisse an die Corona-Warn-App nicht erforderlich.

Ärztinnen und Ärzte, die Coronavirus-Schnelltests im Rahmen von Bürgertestungen nach Paragraph 4a der Testverordnung anbieten, sollten sich schnellstmöglich an die Corona-Warn-App (CWS) anschließen. Sie nutzen dazu das CWA Schnelltestportal, das die Firma T-Systems im Auftrag der Bundesregierung kostenfrei bereitstellt.

Dazu müssen sich Ärzte für das Schnelltestportal registrieren. **Das Bundesgesundheitsministerium empfiehlt, dass dies bis spätestens 14. Juli 2021 erfolgen sollte.** Andernfalls ist ein Anschluss an die Corona-Warn-App zum 1. August 2021 nicht garantiert. Nach Abschluss eines Nutzungsvertrages wird ein Account für die Praxis eingerichtet. Dieser wird benötigt, um auf das webbasierte Portal zugreifen zu können.

Bis spätestens 14. Juli 2021

Die notwendigen Informationen zur Registrierung finden Sie unter https://www.kbv.de/html/1150_53277.php, das Schnelltestportal ist unter folgendem Link verfügbar: <https://www.coronawarn.app/de/> (Button „Schnelltestpartner werden“ anklicken).

3.13. Fortbildung: Freie Plätze für Kurs „Suchtmedizinische Grundversorgung“ auf Langeoog im September

Die Ärztekammer Niedersachsen macht darauf aufmerksam, dass es noch freie Plätze für den Kurs „Suchtmedizinische Grundversorgung (50 Stunden)“ vom Sonntag, dem 19. September, bis zum Freitag, dem 24. September 2021, auf Langeoog gibt. Das Programm und das Anmeldeformular finden Sie im Anhang. Die Teilnehmerzahl ist auf 15 Personen beschränkt. Der Preis beträgt 790 Euro (inklusive Fahrkarte und Gepäckgutschein).

Anlage 5.2: Programm „Suchtmedizinische Grundversorgung“

Anlage 5.3: Anmeldeformular „Suchtmedizinische Grundversorgung“

4. Veranstaltungen im August und September 2021

Wichtig: Bis einschließlich 30. September 2021 finden weiterhin keine Präsenzveranstaltungen statt. Wir bieten Ihnen für einzelne Präsenzveranstaltungen untenstehende WebSeminare an. 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.
Die ePA kommt - Eine Einführung zum Start der elektronischen Patientenakte	WebSeminar	04.Aug	kostenlos
Moderne Wundversorgung	WebSeminar	11.Aug	kostenlos
Sicher und digital kommunizieren - Die neuen KIM-Dienste der Telematikinfrastruktur	WebSeminar	11.Aug	kostenlos
Meine Zukunft planen - Impulse für die Praxisabgabe	WebSeminar	18.Aug	kostenlos
PraxismanagerIn Intensivkurs (5-tägig)	WebSeminar	06.Sep	285 Euro
Ausbildung zur/m Datenschutzbeauftragte/n in der Arztpraxis (4-tägig)	WebSeminar	07.Sep	245 Euro
Medizinprodukte-Aufbereitung Workshop Teil 1	WebSeminar	08.Sep	59 Euro
Ausbildung zur/m Datenschutzbeauftragte/n in der Arztpraxis	WebSeminar	14.Sep	245 Euro

Datenschutz in der Arztpraxis	WebSeminar	14.Sep	59 Euro
Heilmittelverordnung - Sicher durch den Verordnungs-Dschungel	WebSeminar	15.Sep	kostenlos
Praxismanagerin Refresher (3-tägig)	WebSeminar	15.Sep	165 Euro
Psychosomatische Grundversorgung	Bremervörde	17.Sep	1150 Euro
Sachkundelehrgang (5 tägige)	Papenburg	20.Sep	535 Euro
Gefährdungsbeurteilung für die Arztpraxis - So vermeiden Sie Risiken und Nebenwirkungen	WebSeminar	22.Sep	59 Euro
Professionelle Praxisorganisation	WebSeminar	22.Sep	30 Euro
Hygiene in der Arztpraxis	WebSeminar	23.Sep	59 Euro
Nichtwollen oder Nichtkönnen -Umgang mit schwierigen und psychisch erkrankten Mitarbeitern	WebSeminar	25.Sep	59 Euro
Abrechnungsberatung Psychotherapeuten	WebSeminar	29.Sep	kostenlos
Kurze Wartezeiten - Gutes Terminsystem	WebSeminar	29.Sep	59 Euro

5. Anlagenverzeichnis

5.1. Patienteninformation

5.2. Programm „Suchtmedizinische Grundversorgung“

5.3. Anmeldeformular „Suchtmedizinische Grundversorgung“



Patienteninformation zu Heilmitteln

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Sie haben von Ihrem Arzt eine Heilmittelverordnung erhalten (Verordnung von Physiotherapie, Ergotherapie, Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie oder podologische Therapie).

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

Während der Therapie lernen Sie Anleitungen zu Übungen kennen. Wenn Sie diese parallel auch zu Hause durchführen, unterstützen Sie den Behandlungserfolg. Sprechen Sie mit Ihrem Therapeuten und lassen Sie sich die Übungen genau erklären.

- Die Therapie muss spätestens 28 Tage¹, nachdem die Verordnung ausgestellt wurde, beginnen.
- Um den Behandlungserfolg zu sichern, können Therapiepausen durchaus medizinisch sinnvoll sein.
- Jeder Versicherte muss ab dem 18. Lebensjahr eine Zuzahlung leisten: Pro Verordnung zahlen Sie 10 Euro plus 10 Prozent der Behandlungskosten. Sind Sie von der Zuzahlung befreit, entfällt Ihr Eigenanteil.
- Es ist nicht zulässig, sich mit zwei identischen Verordnungen gleichzeitig von einem oder mehreren Therapeuten behandeln zu lassen.
- Therapien müssen medizinisch notwendig sein. Dies zu beurteilen, ist Aufgabe Ihres behandelnden Arztes.
- Informieren Sie sich über die Therapie und das zu erreichende Behandlungsziel.
- Verordnungen können nicht telefonisch bestellt werden. Ihr Arzt muss den Krankheitsverlauf eng begleiten und kontrollieren.
- Bestätigen Sie auf der Rückseite der Verordnung mit Ihrer Unterschrift jede einzelne Behandlung direkt im Anschluss.
- Eine Behandlung außerhalb der Therapeutenpraxis ist nur aus medizinischen Gründen zulässig. Organisatorische oder soziale Gründe sind kein Anlass für einen Hausbesuch.

¹ Wenn die Behandlung sehr dringlich ist, kann der Arzt dies auf der Verordnung vermerken. Die Therapie muss dann spätestens 14 Tage nach Ausstellung beginnen.



Was darf wie oft verordnet werden?

Die Heilmittelrichtlinie legt die Höchstmenge der Behandlungseinheiten je Verordnung fest:

Physikalische Therapie

bis zu 6 oder 10 Einheiten je Verordnung

Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie

bis zu 10 oder 20 Einheiten je Verordnung

Ergotherapie

bis zu 10 oder 20 Einheiten je Verordnung

Podologie

bis zu 6 Einheiten je Verordnung

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



Alternativen zu Heilmittelverordnungen

- Präventionskurse wie Wirbelsäulengymnastik, Aquafitness, Ernährungsberatung, Stressbewältigungs- oder Entspannungskurse sowie Kurse zur Suchtprävention. Viele Krankenkassen erstatten die Kursgebühren zum Teil komplett oder anteilig. Sprechen Sie uns an.
- Rehabilitationssport/Funktionstraining kann der Arzt bei Erkrankungen der Wirbelsäule, Hüft- und Kniebeschwerden, Osteoporose, Rheuma, Diabetes, Schlaganfällen und Herz-Krankheiten verordnen. Die Therapie umfasst in der Regel 1 bis 2 Übungseinheiten pro Woche über einen Zeitraum von mindestens 12 Monaten.

Wichtig: Lassen Sie die Verordnung für Reha- und Funktionstraining vor Beginn von Ihrer Krankenkasse genehmigen. Rehabilitationssport bzw. Funktionstraining wird in Physiotherapiepraxen, Rehabilitationszentren, Sportvereinen und Fitnessstudios angeboten.

Wir wünschen Ihnen gute Besserung!

Praxisstempel

Ganztagskurs
SG - Suchtmedizinische Grundversorgung – 50h-Kurs
Sonntag, 19.09. bis Freitag, 24.09.2021

50 P.

Bitte beachten Sie den Kursbeginn am Sonntag!

Dieser Kurs ist von der Weiterbildung der Ärztekammer Niedersachsen anerkannt.

Teilnehmerzahl: 15
Preis: 790,00 Euro
inkl. Fahrkarte und Gepäckgutschein

Sonntag, 19.09.2021 (Umfang 8 Stunden), 09.00 – 17.15 Uhr

8 Stunden Kurs für Weiterbildung gem. § 5 Abs. 9, rechtliche Grundlagen der Suchtmedizinischen Grundversorgung (gemäß Weiterbildungsordnung (WBO) im Gebiet Psychiatrie und Psychotherapie sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie der Ärztekammer Niedersachsen vom 01.02.2012)

- Einführung
- Sucht - Versorgungssysteme und Therapie in Deutschland
BtMG unterstellte psychotrope Substanzen in der Psychiatrie und Suchtmedizin
- BtMG und Suchttherapie
- Substitutionstherapie bei Opioidabhängigkeit I: Grundlagen: Epidemiologie, Diagnostik, Indikation, Durchführung in der Praxis und BtMVV
- Substitutionstherapie bei Opioidabhängigkeit I ff: Durchführung in der Praxis, Problematischer Suchtmittelkonsum, Compliance und BtMVV, klinische Fälle

Montag, 20.09.2021, 09.00 - 17.30 Uhr

- Abhängigkeit von süchtig machenden Substanzen (Alkohol, Opiode, Sedativa, Cannabis, Psychostimulantien, neue Drogen):
Überblick, Kulturgeschichte, Neurobiologie, Klinik, Aktuelles
- Motivierende Gesprächsführung (MI): Beraten I, Arzt-Patient-Beziehung, Beraten II,
- Fortsetzung motivierende Gesprächsführung (MI), Methoden, Inhalte, Kurzintervention
- III. Praktische Umsetzung MI: Erkennen und Diagnostik, MI im Alltag der Praxis und des Krankenhauses

Dienstag, 21.09.2021, 09.00 - 17.45 Uhr

- Schädlicher Gebrauch und Abhängigkeit von Opioid – Medikamenten und anderen Analgetika. Überblick und klinische Fälle mit MI
- Schädlicher Gebrauch und Abhängigkeit von Benzodiazepinen. Überblick und klinische Fälle mit MI
- Drogen-, Alkohol- und Medikamentenanalytik und Therapeutisches Drug Monitoring (TDM)
- Substitutionstherapie bei Opioidabhängigkeit II. Volkswirtschaftliche Bedeutung und Prä-valenzen von Suchterkrankungen, Medizinische Primärversorgung; Betreuung Drogenkranker in der hausärztlichen Praxis, Hierarchie von Behandlungszielen. Aktuelles zum EBM.
- Substitutionstherapie bei Opioidabhängigkeit III; Behandlung körperlicher Begleit- und Folgeerkrankungen drogenabhängiger Patienten einschließlich Infektiologie
- Motivational Interviewing (MI): Klinische Fälle aus der Substitutionstherapie und zu Behandlung körperlicher Begleit- und Folgeerkrankungen drogenabhängiger Patienten

Mittwoch, 22.09.2021, 09.00 - 17.30 Uhr

- Komorbiditäten:
- Psychiatrische Komorbiditäten bei Suchterkrankungen und Konsequenzen für Therapie
- Schmerzhaftes Störungen und Suchterkrankungen
- Schwangerschaft und Sucht
- Motivational Interviewing (MI): Klinische Fälle aus der Substitutionstherapie und zu Behandlung körperlicher Begleit- und Folgeerkrankungen drogenabhängiger Patienten
- Tabakrauchen:
- Schädlicher Gebrauch und Abhängigkeit sowie die Therapie, einschließlich der Bedeutung der E-Zigarette
- Klinische Fälle mit MI

Donnerstag, 23.09.2021, 09.00 - 18.00 Uhr

- Cannabinoide: Pharmakologie, Schädlicher Konsum und Abhängigkeit, Folgen und Behandlungsmöglichkeiten; Klinische Fälle mit MI
- Diamorphinbehandlung, Klinische Fälle mit MI
- Qualifizierte Entzugsbehandlung von drogenabhängigen Patienten; Entzugs-Syndrome, polytoxikomane Konsummuster
- Besonderheiten in der Behandlung von Drogenpatienten mit posttraumatischen Belastungen

Freitag, 24.09.2021, 09.00 - 16.00 Uhr

- Epidemiologie, Biologie, Diagnostik, und Folgeerkrankungen der Alkoholabhängigkeit, Therapie der Alkoholabhängigkeit (Alkoholentzugsbehandlung) I
- Therapie der Alkoholabhängigkeit II
- Klinische Fälle Alkoholabhängigkeit mit Motivational Interviewing (MI)

Ärzte, die im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen eine Genehmigung zur substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger beantragen, haben seit dem 15.11.2008 Anspruch auf Erstattung der nachgewiesenen Kursgebühren (maximal 500,00 Euro) für den nach der Weiterbildungsordnung zu absolvierenden Kurs zum Erwerb der Zusatzbezeichnung "Suchtmedizinische Grundversorgung".

Angaben zu den Seminarleitern:



Cimander, Dr. med. Konrad

Deisterstraße 19, 30449 Hannover

Studium der Chemie und Humanmedizin. Leiter des Kompetenzzentrums für Suchtmedizin und Infektiologie. Vorstandsmitglied, Geschäftsführer und Mitbegründer des Norddeutschen Suchtforschungsverbundes. Vorsitzender der Qualitätssicherungskommission, Zulassungsausschuss der Kassenärztlichen Vereinigung sowie des Landesfachausschusses für Soziales und Gesundheit. Mitglied des Geschäftsführenden Ausschusses, Sucht und Drogen, Hannover.



Havemann-Reinecke, Prof. Dr. med. Ursula

Universitätsmedizin, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Von-Siebold-Straße 3, 37075 Göttingen

Dipl.-Biologin, Fachpharmakologin der Dt. Gesell. f. Pharmakologie u. Toxikologie, Ärztin für Neurologie und Psychiatrie, Professorin für Psychiatrie. Langjährige Tätigkeiten als Leiterin des Bereiches Suchtmedizin, Suchtforschung und Substitutionsambulanz in der Klinik. Vorsitzende des Norddeutschen Suchtforschungsverbundes (NSF e.V). Mitglied der Substitutionskommission der ÄKN. Sachverständige im Ausschuss des BMG für BtM nach § 1 Abs.2 BtMG. Beratungstätigkeit für den Bundestag zu Gesetzentwürfen zu Cannabis als Medizin oder zum Freizeitkonsum. Leiterin der AWMF S3 Leitlinienentwicklung zu Medikamentenbezogenen Störungen für die DGPPN.

Angaben zu den Referenten:



Glahn, Dr. med. Alexander

Medizinische Hochschule Hannover Klinik für Psychiatrie, Sozialpsychiatrie und Psychotherapie, Carl-Neuberg-Straße 1, 30625 Hannover

Geschäftsführender Oberarzt und Qualitätsmanagement Beauftragter in der Klinik für Psychiatrie, Sozialpsychiatrie und Psychotherapie (Med. Hochschule Hannover) mit Leitung der Abhängigenambulanz. Zusatzbezeichnung Suchtmedizinische Grundversorgung. Qualifikation und Zertifizierung als Kursleiter für das vom IFT angebotene Rauchfrei-Programm. Neben der Tabak- und Alkoholabhängigkeit sind klinische sowie wissenschaftliche Schwerpunkte die psychotherapeutische Behandlung von Patientinnen und Patienten mit einer ethyltoxischen Leberzirrhose vor und nach Lebertransplantation sowie die Sportpsychiatrie.

Lippert, Dipl.-Psych. Dr. Almut



Psychologische Psychotherapeutin, Supervisorin, Dozentin
Trainerin für Motivational Interviewing
Hannover

E-Mail: almutlippert@gmx.de

Ärztekammer Niedersachsen, Fortbildung
Karl-Wiechert-Allee 18-22, 30625 Hannover
Fax: 0511 / 380 2499, E-Mail: fortbildung@aeKn.de

15-stellig 
--

Anmeldung zum Kurs **Suchtmedizinische Grundversorgung** im Rahmen der Langeooger Fortbildungswochen **19. bis 24. September 2021**

Frau Herr

Titel Vorname Name _____

Dienststelle _____
Bitte angeben bei Kostenübernahme durch den Arbeitgeber

Straße (Privat) _____

PLZ Ort (Privat) _____

Geburtsdatum _____

E-Mail (wichtig) _____

Ich melde mich verbindlich an für (bitte ankreuzen):

Tagesseminar, 19. September 2021

8h-Kurs Rechtliche Grundlagen im Rahmen der Suchmedizinischen Grundversorgung

(Preis: 150,00 €, ermäßigter Preis 120,00 €)

Suchtmedizinische Grundversorgung – 50h-Kurs

(Preis: 790,00 €, ermäßigter Preis 750,00 € inkl. Fahrkarte & Gepäckgutschein)

Mit meiner Unterschrift melde ich mich verbindlich zu den von mir oben angekreuzten Veranstaltungen an und akzeptiere die Allgemeinen Geschäftsbedingungen für die Fortbildungswochen der Ärztekammer Niedersachsen. Die Organisatorischen Hinweise habe ich zur Kenntnis genommen.

X

Ort, Datum

Unterschrift

SEPA-Lastschrift:

Hiermit ermächtige ich die Ärztekammer Niedersachsen (Gläubiger-ID: DE25ZZZ00000076440), Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Ärztekammer Niedersachsen auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

IBAN: (Bitte beachten, 22-stellig)	BIC:
Name/Ort des Geldinstitutes:	Name des Kontoinhabers (wenn von oben abweichend):

Ort, Datum: _____

Unterschrift: **X** _____

Für den Fall der Kostenübernahme durch Ihren Arbeitgeber geben Sie bitte oben Ihre Einrichtung und Dienstanschrift an. Die gesamte schriftliche Korrespondenz hinsichtlich Anmeldeverfahren und Durchführung der Fortbildungswoche wird über die von Ihnen angegebene Adresse abgewickelt.

Auch bei Kostenübernahme durch den Arbeitgeber ist die Erteilung des SEPA-Lastschrift-mandates Voraussetzung für eine verbindliche Anmeldung.

Bitte beachten Sie, dass wegen der aktuellen Corona-Situation, bei Änderung des Infektionsgeschehens, jederzeit Änderungen nötig werden können.

Widerrufsbelehrung:

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z.B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Der Widerruf ist zu richten an die Ärztekammer Niedersachsen, Fortbildung, Karl-Wiechert-Allee 18-22, 30625 Hannover, E-Mail: fortbildung@aeKn.de, Fax: 0511/380 2499. Nähere Informationen dazu entnehmen Sie bitte den beigefügten Allgemeinen Geschäftsbedingungen (AGB) der Ärztekammer Niedersachsen für Fortbildungs- und Seminarveranstaltungen auf Langeoog.

Ermäßigte Gebühr z.B. bei Arbeitslosigkeit und Elternzeit:

Kann nur bei Vorlage der entsprechenden Bescheinigung mit der Anmeldung gewährt werden.

Seminar-/Reiserücktrittsversicherung

Wir möchten Sie auf die Möglichkeit hinweisen, eine Seminarversicherung sowie eine Reiserücktrittsversicherung für Hotels und Mietobjekte abzuschließen. Unter dem Stichwort „Seminar-Versicherung“ / „Reiserücktritt“ finden Sie bei Interesse im Internet geeignete Angebote.



Die Datenschutzerklärung der Ärztekammer Niedersachsen finden Sie online unter www.aekn.de/datenschutz



Informationen für die Praxis

KVN-Rundschreiben

Juni 2021

Inhaltsverzeichnis

1. Abrechnung	3
1.1. Abgabetermin Quartalsabrechnung 2/2021	3
1.2. Amtliche Mitteilung der KVN zum HVM für das 3. Quartal 2021 für alle dem RLV unterliegenden Arztgruppen des haus- und fachärztlichen Versorgungsbereichs	4
1.3. Amtliche Mitteilung der KVN zum HVM Teil B Nr. 16.1 und 16.2 für das 3. Quartal 2021 - Fachgruppendurchschnittswerte für Laborindividualbudgets.....	4
1.4. Mitteilung der fachgruppendurchschnittlichen Obergrenze für Kontrastmittel für das Quartal 3/2021 .	4
1.5. Rückwirkende Änderung bezüglich der genetischen Leistungen im EBM zum 1. Januar 2021	4
1.6. Beschluss des (Erweiterten) Bewertungsausschusses zur invasiven Pränataldiagnostik zur Bestimmung des fetalen Rhesusfaktors im EBM sowie weitere Beschlüsse zu EBM-Änderungen.....	5
1.7. Übersicht zur korrekten Abrechnung der GOP nach Corona-Testverordnung und/oder Corona- Impfverordnung.....	6
1.8. Anpassungen der Wegegeldpauschalen der Ersatzkassen zum 3. Quartal 2021	8
1.9. DMP für Patienten mit Typ-1-Diabetes aktualisiert	8
2. Verordnungen	9
2.1. Bestellungen der Muster 16 durch psychologische Psychotherapeuten im Rahmen der Verordnung von DiGAs.....	9
2.2. Hinweise zur elektronischen Arzneimittelverordnung (eRezept)	9
2.3. Änderung der Heilmittel-Richtlinie - Langfristiger Heilmittelbedarf für weitere Diagnosen und verdoppelte Höchstwerte bei der Ergotherapie	10
2.4. Givlaari® (Givosiran) als Praxisbesonderheit anerkannt	11

3.	Allgemeine Hinweise	11
3.1.	Honorarkürzung wegen Nichtinstallation der Anwendung zur elektronischen Patientenakte (ePA-Anwendung) in der Praxis	11
3.2.	Alte indikationsspezifische Teilnahme- und Einwilligungserklärungen (TE/EWE) für die Disease-Management-Programme (DMP) nur noch bis zum 30. Juni 2021 gültig	12
3.3.	HzV-Selektivvertrag der Techniker Krankenkasse - hier: Klageverfahren mit der TK hinsichtlich nichtvertragskonformer Inanspruchnahmen	12
3.4.	Broschüre zur Pandemieplanung in der Arztpraxis - 2. Auflage 2021	12
3.5.	Plexus-WebSeminare zu den Themen „Datenschutz in der Arztpraxis“ und „Schlafmittel“	13
4.	Veranstaltungen im Juli und August 2021	14
5.	Anlagenverzeichnis	15
5.1.	Amtliche Mitteilung zum HVM Teil B Nr. 16.1 und 16.2.....	15
5.2.	Wegegeldpauschalen.....	15

1. Abrechnung

1.1. Abgabetermin Quartalsabrechnung 2/2021

Der Abgabetermin für die Abrechnung des 2. Quartals 2021 ist der 10. Kalendertag des nachfolgenden Quartals und somit der 10. Juli 2021.

10. Juli 2021

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, dreiseitigen Sammelerklärung vollständig ausgefüllt, mit Unterschrift und dem Vertragsarztstempel versehen, einzureichen. Das Muster kann auch im KVN-Portal unter Abrechnung/Abrechnungscener/ Informationen zur Quartalsabrechnung/Downloads ausgedruckt werden;

Dreiseitige Sammelerklärung

- die abzugebenden Behandlungsausweise (sortiert nach der Liste: KBV-Prüfmodul Abgabe Behandlungsausweise) einzureichen;

Ausnahmen: Die im Ersatzverfahren angelegten Behandlungsfälle ohne persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt für:

Ausnahmen

- Primär- und Ersatzkassen,
 - sowie für Sonstige Kostenträger mit Krankenversichertenkarten (z. B. Polizei, Feuerwehr)
- müssen mit den Quartalsabrechnungen nicht eingereicht werden.

Ebenfalls nicht eingereicht werden müssen alle Ersatzverfahrenscheine über den Kostenträger 38825 (Bundesamt für soziale Sicherung/BAS) unabhängig von der Kontaktart.

Nicht 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 die Bezirksstellen

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

1.2. Amtliche Mitteilung der KVN zum HVM für das 3. Quartal 2021 für alle dem RLV unterliegenden Arztgruppen des haus- und fachärztlichen Versorgungsbereichs

Die für 3/2021 geltenden RLV-/QZV-Mindestfallwerte sowie die Fallzahlgrenzen für die Fallwertminderung finden Sie als „Download“ unter https://www.kvn.de/Mitglieder/Abrechnung_+Honorar+und+Vertrag/Honorarverteilung.html

Eine Fallzahlzuwachsbeschränkung (FZZB) erfolgt gemäß HVM Teil B Nr. 18.6 für das 3. Quartal 2021 nicht.

1.3. Amtliche Mitteilung der KVN zum HVM Teil B Nr. 16.1 und 16.2 für das 3. Quartal 2021 - Fachgruppendurchschnittswerte für Laborindividualbudgets

Die für das 3. Quartal 2021 geltenden Fachgruppendurchschnittswerte für Laborindividualbudgets entnehmen Sie bitte der Anlage 5.1 zu diesem Rundschreiben. Zusätzlich sind diese Daten auch bereits seit dem 27. Mai 2021 über das KVN-Portal abrufbar.

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

1.4. Mitteilung der fachgruppenspezifischen Obergrenze für Kontrastmittel für das Quartal 3/2021

Gemäß der Kontrastmittelvereinbarung, die die KVN mit den Landesverbänden der Krankenkassen in Niedersachsen zum 1. Januar 2016 abgeschlossen hat und die zuletzt zum 1. Juli 2020 angepasst wurde, gelten für das 3. Quartal 2021 für Ärzte, die im Basisquartal 3/2020 (noch) keine Kontrastmittel über die o. g. Vereinbarung abgerechnet haben, folgende fachgruppenspezifischen Obergrenzen:

- Institute, Krankenhäuser 2.081,29 Euro
- Fachärzte für Nuklearmedizin 17.803,57 Euro
- Fachärzte für Diagnostische Radiologie 75.307,40 Euro
- Fachärzte für Urologie 3.093,48 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.

1.5. Rückwirkende Änderung bezüglich der genetischen Leistungen im EBM zum 1. Januar 2021

Der Bewertungsausschuss hat rückwirkend Änderungen bezüglich der genetischen Leistungen im EBM beschlossen. Zum 1. Januar 2021 hatte der Bewertungsausschuss den genehmigungspflichtigen Zuschlag

Obergrenzen

nach der GOP 11449 für eine Erweiterung der indikationsbezogenen Diagnostik des Abschnitts 11.4.2 EBM gestrichen und innerhalb der bestehenden GOP insbesondere durch die Erweiterung des fakultativen Leistungsinhalts der GOP 11440 hereditäres Mammakarzinom abgebildet. Zwischenzeitlich erreichten den Bewertungsausschuss Anfragen zu weiterführender Diagnostik nach der GOP 11449 für bereits im Jahr 2020 begonnene Krankheitsfälle, die eine Weiterführung der GOP 11449 und der GOP 11304 für das ärztliche Gutachten für den Antrag zu der genehmigungspflichtigen GOP 11449 im Jahr 2021 erforderlich machen.

Aufgrund dessen hat der Bewertungsausschuss die Streichung der GOP 11304 und 11449 befristet bis zum 31. Dezember 2021 wieder aufgehoben. Damit soll ermöglicht werden, nach einer Abrechnung der GOP 11352, 11371, 11401, 11411, 11431, 11432 und 11440 im 2. bis 4. Quartal 2020 im Krankheitsfall eine Mutationssuche in weiteren Genen nach der GOP 11304 zu beantragen. Die Durchführung der Abrechnung der GOP 11449 kann nur nach einer Genehmigung durch die zuständige Krankenkasse erfolgen.

Mit einem weiteren Beschluss hat der Bewertungsausschuss die GOP 11449 und 11304 nach Ablauf des krankheitsfallbezogenen Abrechnungsausschlusses ab dem 1. Januar 2022 gestrichen.

1.6. Beschluss des (Erweiterten) Bewertungsausschusses zur invasiven Pränataldiagnostik zur Bestimmung des fetalen Rhesusfaktors im EBM sowie weitere Beschlüsse zu EBM-Änderungen

Unter Vermittlung des Erweiterten Bewertungsausschusses wurden zum 1. Juli 2021 die Leistungen für die nichtinvasive Pränataldiagnostik zur Bestimmung des fetalen Rhesusfaktors in den EBM aufgenommen.

Gegen die Stimmen der Ärzteseite wurde außerdem durch den Erweiterten Bewertungsausschuss eine Absenkung der Bewertung für die Untersuchung auf SARS-CoV-2 mittels Nukleinsäurenachweis (PCR-Test) beschlossen.

Des Weiteren hat es weitere Detailänderungen im EBM gegeben, die wir nachfolgend kurz vorstellen werden.

Änderung des EBM zur nichtinvasiven Pränataldiagnostik zur Bestimmung des fetalen Rhesusfaktors zum 1. Juli 2021

Der G-BA hat mit Beschluss vom 20. August 2020 einen nichtinvasiven Pränataltest zur Bestimmung des fetalen Rhesusfaktors D bei RhD-negativen Schwangeren mit einer Einlingsschwangerschaft zur Vermeidung einer mütterlichen Rhesussensibilisierung in die Richtlinien des G-BA über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung (Mutterschafts-Richtlinien) aufgenommen.

Beratung zum nichtinvasiven Pränataltest Rhesus D (NIPT-RhD)

Für die Beratung nach dem Gen-Diagnostikgesetz zum nichtinvasiven Pränataltest Rhesus D (NIPT-RhD) gemäß Abschnitt C der Anlage 7 der Mutterschafts-Richtlinien wurde die GOP 01788 in den Abschnitt 1.7.4 des EBM aufgenommen. Die GOP 01788 ist je vollendete fünf Minuten

Detailänderungen

sowie höchstens zweimal je Schwangerschaft berechnungsfähig und wird mit 84 Punkten bewertet. Berechnungsfähig ist die GOP 01788 für Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, die die Qualifikationsvoraussetzungen zur fachgebundenen genetischen Beratung gemäß Gendiagnostikgesetz und Richtlinie der Gendiagnostikkommission erfüllen oder Fachärzte für Humangenetik oder auf dem Fachgebiet entsprechend qualifizierte Ärzte mit der Zusatzbezeichnung Medizinische Genetik.

Pränatale Bestimmung des fetalen Rhesusfaktors

Darüber hinaus wird die GOP 01869 für die pränatale Bestimmung des fetalen Rhesusfaktors D in den Abschnitt 1.7.4 EBM aufgenommen. Die Untersuchung des RhD-Gens erfolgt an fetalen DNA aus mütterlichem Blut. Es ist ein validiertes Testverfahren anzuwenden, welches die in den Mutterschafts-Richtlinien festgelegten Test-Gütekriterien erfüllt. Die GOP 01869 ist einmal je Schwangerschaft berechnungsfähig und wird mit 905 Punkten bewertet. Die Berechnung der GOP 01869 setzt eine Genehmigung der KVN nach die Qualitätsvereinbarungen Speziallabor voraus.

Corona-Virus - Absenkung der Vergütung für den PCR-Test ab dem 1. Juli 2021

Zum 1. Juli 2021 wird die GOP 32816 für den Nukleinsäurenachweis des Beta-Corona-Virus SARS-CoV 2 auf 35,00 Euro abgesenkt (aktuell 39,60 Euro). Dieser Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses erfolgte gegen die Stimmen der Ärzteseite.

Anhebung der Strukturzuschläge 35571, 35572 und 35573 für Psychotherapeuten rückwirkend zum 1. Januar 2021

Die Strukturzuschläge zur Deckung von Personalkosten in psychotherapeutischen Praxen werden rückwirkend zum 1. Januar 2021 angehoben. Damit werden sie an die gestiegenen Gehälter für medizinische Fachangestellte angepasst.

Neue Bewertung in Punkten ab 1. Januar 2021

- GOP 35571 bisher 173 Punkte, neu 186 Punkte.
- GOP 35572 bisher 73 Punkte, neu 78 Punkte.
- GOP 35573 bisher 88 Punkte, neu 95 Punkte.

Die kompletten Beschlüsse werden durch das Institut des Bewertungsausschusses auf der Internetseite (<http://institut-ba.de/ba/beschluesse.html>) und im Deutschen Ärzteblatt veröffentlicht.

Neue Punktbewertungen

1.7. Übersicht zur korrekten Abrechnung der GOP nach Corona-Testverordnung und/oder Corona-Impfverordnung

Bitte prüfen Sie Ihre aktuelle Quartalsabrechnung, ob die erbrachten Leistungen nach Coronavirus-Testverordnung und/oder Coronavirus-Impfverordnung korrekt, wie vorgegeben, angeschrieben sind:

1.8. Anpassungen der Wegegeldpauschalen der Ersatzkassen zum 3. Quartal 2021

Die Abrechnungsfähigkeit und Vergütung der Wegegeldpauschalen für die Ersatzkassen werden zum 1. Juli 2021 angepasst und mit den entsprechenden Regelungen der Primärkassen vereinheitlicht.

Die Wegegeldpauschalen für das Taxikonto am Tag (GOP 40220D) bzw. in der Nacht (GOP 40226D), die bisher nur für Versicherte der Ersatzkassen und Ärzte außerhalb der Bezirksstelle Lüneburg galten, entfallen. Stattdessen ist eine landesweit einheitliche und entfernungsabhängige Kennzeichnung analog zu den Primärkassen mit dem Suffix E vorzunehmen (GOP 40220E bis 40230E). Die Vergütung dieser GOP wird an das Niveau der Primärkassen angepasst. Eine Nebeneinanderabrechnung der GOP mit Suffix E und ohne Suffix ist in der gleichen Sitzung für alle Ärzte nicht mehr gestattet.

Darüber hinaus wird die Vergütung der Wegegeldpauschalen für Besuche im Rahmen einer von einer Bezirksstelle der KVN unter Einsatz von KV-Fahrzeugen und Fahrern mit Notrufeinrichtungen organisierten Notfallbereitschaft (GOP 40220G bis 40230G) ebenfalls an die Vergütungsstruktur der Primärkassen angepasst. Die Abrechnungsmodalitäten der GOP mit Suffix G ändern sich hierdurch aber nicht.

Anlage 5.2: Wegegeldpauschalen

1.9. DMP für Patienten mit Typ-1-Diabetes aktualisiert

Wir möchten Sie heute über eine Aktualisierung des DMP Diabetes Typ 1 (DMP DM 1) informieren. Den entsprechenden Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses werden die Vertragspartner in Niedersachsen durch die Anpassung des DMP Vertrages DM 1 zum 1. Juli 2021 umsetzen.

Es wurden insbesondere die inhaltlichen Vorgaben zur Behandlung einer Diabetes Typ 1-Erkrankung im Hinblick auf neue wissenschaftliche Erkenntnisse überarbeitet. Die wesentlichen Änderungen im Einzelnen:

- Solange keine problematischen Hypoglykämien auftreten, wird die normnahe Einstellung der Glukose bei einem HbA1C-Zielwert von $\leq 7,5$ % empfohlen.
- Bei der Insulintherapie ist die Vorrangigkeit der Anwendung von Human-Insulin gegenüber den Insulinanaloga aufgehoben worden.
- Die Empfehlungen zu therapeutischen Maßnahmen, z. B. rtCGM wurden gemäß aktueller Leitlinienempfehlungen angepasst.
- Diagnostische Handlungsempfehlungen zur Bestimmung des Schilddrüsenwertes TSH sowie der Transglutaminase - Autoantikörper bei Kindern und Jugendlichen, zur Risikoberatung bezüglich Hypoglykämien im Alltag und Straßenverkehr wurden erstmalig in das DMP aufgenommen.
- Besteht noch keine diabetische Nephropathie ist statt der Albumin-Ausscheidung im Urin jetzt die Albumin-Kreatinin-Ratio (AKR) zu dokumentieren.

1. Juli 2021

Änderungen

- Die Auswertung des Qualitätszieles hinsichtlich der jährlichen kompletten Untersuchung des Fußstatus ist obligat.
- Für Schulungs- und Behandlungsprogramme für Kinder und Jugendliche, die neu in das DMP aufgenommen werden sollen, müssen eine Evaluation und Publikation vorliegen. Schulungen, die bis zum 31. Dezember 2019 in den Verträgen zur Anwendung gekommen sind, können weitergeführt werden.

Des Weiteren konnten wir erreichen, dass für das Schulungsmaterial für die Schulung „PRIMAS“ eine Pauschale von 14 Euro (GOP 99125A) abgerechnet werden kann.

Aufgrund der Aktualisierung des DMP Diabetes mellitus Typ 1 wird zum 1. Juli 2021 auch die Dokumentationssoftware für das DMP geändert. Um Probleme bei paralleler Nutzung mit der alten Software zu vermeiden, sollten alle Dokumentationen für das erste und zweite Quartal 2021 vor dem Software-Update bis Ende Juni abgeschlossen und versandt sein.

Dokumentationssoftware

2. Verordnungen

2.1. Bestellungen der Muster 16 durch psychologische Psychotherapeuten im Rahmen der Verordnung von DiGAs

Wir kommen zurück auf unseren Rundbrief 44/2021 vom 25. März 2021 mit dem wir über die Verordnungen von DiGAs auf Muster 16 durch psychologische Psychotherapeuten informiert haben.

Wir konnten uns mit dem Paul-Albrechts-Verlag (PAV) darüber verständigen, das psychologische Psychotherapeuten abweichend von der 1.000er Stückelung, Muster 16 in Stückelungen von 20 bestellen können.

2.2. Hinweise zur elektronischen Arzneimittelverordnung (eRezept)

Zum 1. Januar 2022 wird die Verordnung von Arzneimitteln auf eine elektronische Arzneimittelverordnung (eRezept) umgestellt. Vertragsärztinnen und Vertragsärzte sind dann dazu verpflichtet, für apotheken- bzw. verschreibungspflichtige Arzneimittel zu Lasten der GKV ein Rezept in elektronischer Form auszustellen.

Bereits zum 1. Juli 2021 soll eine Testphase zum eRezept in der Modellregion Berlin-Brandenburg starten, so dass die Software-Hersteller schon zu diesem Zeitpunkt die technischen Voraussetzungen in der PVS schaffen werden. An dem Modellprojekt dürfen allerdings nur Praxen und Patienten aus der Modellregion teilnehmen.

Ab dem 1. Oktober 2021 soll die Ausstellung von eRezepten bundesweit auf freiwilliger Basis möglich sein, soweit bei allen Beteiligten (Arztpraxen, Apotheken) die entsprechenden technischen Voraussetzungen bestehen.

Ab dem 1. Juli 2021 haben Softwarehersteller zudem die Vorgabe, das Ausstellen von Mehrfachverordnungen (Wiederholungsrezepten) als eRezept in der Verordnungssoftware zu ermöglichen. Da die Mehrfachverordnungen allerdings noch nicht zweckmäßig elektronisch verarbeitet werden können, sollten bis auf weiteres keine Mehrfachverordnungen ausgestellt werden. Zum 1. Januar 2022 soll dies aber möglich sein.

Weitere Informationen zum eRezept finden Sie in Kürze unter <https://www.kvn.de/Mitglieder/Verordnungen/Elektronische+Verordnungen/eRezept.html>

2.3. Änderung der Heilmittel-Richtlinie - Langfristiger Heilmittelbedarf für weitere Diagnosen und verdoppelte Höchstwerte bei der Ergotherapie

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat folgende Änderungen der Heilmittel-Richtlinie zum 1. Juli 2021 beschlossen:

Langfristiger Heilmittelbedarf - 7 Diagnosen neu gelistet

Folgende Diagnosen werden in die Diagnoseliste zum langfristigen Heilmittelbedarf (Anlage 2 der Heilmittel-Richtlinie) aufgenommen, da von einem erhöhten Heilmittelbedarf aufgrund der Schwere der Erkrankung ausgegangen wird:

ICD-10-Code	Diagnose	Diagnosegruppe		
		Physiotherapie	Ergotherapie	Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie
G61.0	Guillain-Barré-Syndrom	PN	EN3	
G91.2	Normaldruckhydrozephalus	ZN	EN1	
M36.2	Arthropathia haemophilica	EX/CS	SB1	
Q79.6	Ehlers-Danlos-Syndrom	WS/EX/CS	SB1	
Q78.0	Osteogenesis imperfecta	EX/WS	SB1	
Q87.2	Angeborene Fehlbildungssyndrome mit vorwiegender Beteiligung der Extremitäten	EX/CS/LY	SB1/SB2	
T20.3	Verbrennung 3. Grades des Kopfes und des Halses	LY/CS/EX/WS	SB2	ST1/SP6/SC
T20.7	Verätzung 3. Grades des Kopfes und des Halses			
T21.3-ff	Verbrennung und Verätzung 3. Grades des Rumpfes und/oder Extremitäten	LY/CS/EX/WS	SB2	

Neue Diagnosen

Ergotherapie - Neue Höchstmenge bei 2 Diagnosegruppen

Für die Diagnosegruppen PS2 (Neurotische, Belastungs-, somatoforme und Persönlichkeitsstörungen) und PS3 (Wahnhaftige und affektive Störungen/Abhängigkeitserkrankungen) wird die Höchstmenge von 10 auf 20 Einheiten pro Verordnung aufgestockt. Damit soll die kontinuierliche Heilmittelversorgung auch mit nur einem Arztkontakt pro Quartal gewährleistet werden.

Die Richtlinienänderungen treten nach Veröffentlichung im Bundesanzeiger zum 1. Juli 2021 in Kraft. Den vollständigen Beschluss finden Sie auf der Internetseite des G-BA unter <https://www.g-ba.de/beschluesse/4754/>

2.4. Givlaari® (Givosiran) als Praxisbesonderheit anerkannt

Givlaari® (Wirkstoff Givosiran) wird nach einer Vereinbarung zwischen dem GKV-Spitzenverband und dem pharmazeutischen Unternehmer Alnylam Netherlands B.V. ab dem 15. April 2021 ausschließlich im Anwendungsgebiet mit einem Zusatznutzen laut G-BA-Beschluss vom 15. Oktober 2020 ab dem ersten Behandlungsfall als Praxisbesonderheit anerkannt:

- Givlaari® ist indiziert für die Behandlung einer akuten hepatischen Porphyrie (AHP) bei Erwachsenen und Jugendlichen ab zwölf Jahren.

Die Behandlung mit Givosiran darf nur von Ärztinnen und Ärzten eingeleitet und überwacht werden, die über Erfahrung in der Behandlung von Patientinnen und Patienten mit einer akuten hepatischen Porphyrie verfügen.

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 Alnylam Givlaari® 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“.

Anwendungsgebiet

3. Allgemeine Hinweise

3.1. Honorarkürzung wegen Nichtinstallation der Anwendung zur elektronischen Patientenakte (ePA-Anwendung) in der Praxis

Ab 1. Juli 2021 besteht die Pflicht der Installation der ePA-Anwendung in der Praxis. Ab diesem Zeitpunkt besteht für die KVen die Verpflichtung, bei Praxen ohne eine Vorhaltung der notwendigen Komponenten und Dienste eine Kürzung des Honorars um 1 Prozent vorzunehmen.

Aufgrund der aktuellen Probleme bei der Beschaffung und Installation der Komponenten wird die KVN zunächst für 3/21 die Kürzung nicht vollziehen, wenn zumindest die Bestellung der Komponenten vor dem 1. Juli 2021 erfolgt ist und nachgewiesen werden kann. Der Nachweis gilt als erbracht, wenn auf einem beliebigen Behandlungsfall in 3/21 die Pseudo-GOP 97133 dokumentiert wird. Die maßgeblichen Bestellunterlagen sind für eine eventuelle weitergehende Prüfung in der Praxis vorzuhalten.

Bei Bestellung erst ab dem 1. Juli 2021 erfolgt die Kürzung dann nicht, wenn die Installation der Anwendung noch im 3. Quartal 2021 erfolgt.

3.2. Alte indikationsspezifische Teilnahme- und Einwilligungserklärungen (TE/EWE) für die Disease-Management-Programme (DMP) nur noch bis zum 30. Juni 2021 gültig

Wir hatten Sie in der Februar-Ausgabe des KVN-Rundschreibens über die Ablösung der indikationsspezifischen TE/EWE durch die neue indikationsübergreifende TE/EWE zum 1. April 2021 und über eine Übergangsregelung bis zum 30. Juni 2021 informiert.

Wir möchten nochmals daran erinnern, dass ab 1. Juli 2021 nur noch die neuen Formulare von der Datenstelle angenommen werden.

3.3. HzV-Selektivvertrag der Techniker Krankenkasse - hier: Klageverfahren mit der TK hinsichtlich nichtvertragskonformer Inanspruchnahmen

Es wird darauf hingewiesen, dass Ihre Abrechnungen ab dem 1. Quartal 2017 bis zum rechtskräftigen Abschluss des Klageverfahrens zwischen der Techniker Krankenkasse und der KVN in dem sozialgerichtlichen Verfahren (Az.: S 71 KA 72/19) vorsorglich unter dem Vorbehalt der Rückforderung stehen und eine Honorarrückforderung auch noch nach Ablauf der 4- bzw. 2- jährigen Ausschlussfrist umgesetzt werden kann.

Zum Hintergrund: Zwischen der KVN und der Techniker Krankenkasse bestehen Auseinandersetzungen im o. g. Klageverfahren. Streitpunkt ist die Abrechnung von Leistungen über die KVN, die Bestandteil des TK-HzV-Vertrages sind und für den jeweiligen an der HzV teilnehmenden Versicherten aus der Gesamtvergütung bereinigt wurden. Strittig ist, ob die Abrechnung von HzV-Leistungen durch HzV-Betreuärzte über die KV von dieser berichtigt werden müsste. Bislang nimmt die KVN diesbezüglich keine Berichtigungen vor. Bis zum Abschluss des genannten Klageverfahrens behält sich die KVN daher vor, gegebenenfalls Richtigstellungen vorzunehmen.

Klageverfahren

3.4. Broschüre zur Pandemieplanung in der Arztpraxis - 2. Auflage 2021

Das Kompetenzzentrum Hygiene und Medizinprodukte der KVen und der KBV (CoC) hat seine Broschüre „Pandemieplanung in der Arztpraxis - Eine Anleitung zum Umgang mit Corona“ aktualisiert.

Die Broschüre - deren erste Auflage bereits im Oktober 2020 veröffentlicht wurde - beschreibt, was zur Festlegung von geeigneten Hygienemaßnahmen und einer strukturierten Pandemieplanung in der Arztpraxis wichtig sind. Diverse Checklisten und Mustervorlagen lassen sich schnell übernehmen und an die eigene Praxis anpassen. Abgerundet werde diese durch verschiedene Hinweise, die Hintergrundinformationen liefern. Die Broschüre ist sowohl ausgedruckt vor Ort als auch in digitaler Form nutzbar.

Seit der Veröffentlichung der ersten Version haben sich zum Teil wesentliche Änderungen im Pandemie-Geschehen ergeben. So wurde der Inhalt unter anderem um die Themen „Schnell- und Selbsttests“ und „Impfung“ ergänzt. Auf Hinweise zum ressourcenschonenden Einsatz aufgrund der einstigen Mangelsituation musste dagegen nicht mehr hingewiesen werden.

Auf unserer Internetseite steht Ihnen die aktualisierte Version unter www.kvn.de/Mitglieder/Qualität/Hygiene+und+Medizinprodukte/Hygiene zur Verfügung.

Wesentliche Änderungen

3.5. Plexus-WebSeminare zu den Themen „Datenschutz in der Arztpraxis“ und „Schlafmittel“

Im Juni und September finden weitere WebSeminare der KVN Online-Fortbildungsplattform „plexus“ statt.

Am Mittwoch, 23. Juni 2021, 15 bis 16 Uhr, spricht Sabina Neuendorf zum Thema „Datenschutz in der Arztpraxis“. Dr. jur. Sabina Neuendorf ist seit 2016 Rechtsanwältin bei D+B, einer der führenden Kanzleien für Gesundheitsrecht mit Standorten in Berlin, Düsseldorf und Brüssel. Das WebSeminar fokussiert vor allem auf praktische Aspekte des Datenschutzes im Praxisalltag und richtet sich ausdrücklich auch an MFA.

Am Mittwoch, 8. September 2021, 15 bis 16 Uhr findet ein WebSeminar zum Thema „Schlafmittel“ statt. Der Referent Prof. Dr. med. Klaus Lieb ist Direktor der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universitätsmedizin Mainz und wissenschaftlicher Geschäftsführer des Leibniz-Instituts für Resilienzforschung.

Teilnahmeberechtigt an den WebSeminaren sind ausschließlich niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und MFA aus Niedersachsen. Die Teilnahme an den plexus-WebSeminaren ist kostenlos. Eine Einladung erhalten Sie im plexus-Newsletter, für den Sie sich per Mail an kvn-team@plexus.de anmelden können.

Weitere Informationen zu „plexus“ erhalten Sie unter www.kvn.de/Mitglieder/Fortbildung/plexus Ärzte bzw. plexus MFA.

4. Veranstaltungen im Juli und August 2021

Wichtig: Bis einschließlich 30. Juni 2021 finden weiterhin keine Präsenzveranstaltungen statt. Wir bieten Ihnen für einzelne Präsenzveranstaltungen untenstehende WebSeminare an. 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.
IGeLn leicht gemacht	WebSeminar	07.Jul	59 Euro
Moderne Wundversorgung	WebSeminar	07.Jul	kostenlos
Sprechstundenbedarf	WebSeminar	08.Jul	kostenlos
Sprechstundenbedarf	WebSeminar	14.Jul	kostenlos
Grundlagen und Aktuelles aus dem Bereich der Verordnungen	WebSeminar	14.Jul	kostenlos
Qualitätsmanagement-Richtlinie	WebSeminar	14.Jul	59 Euro
Existenzgründerseminar Meine eigene Praxis - Impulse für den Start	WebSeminar	14.Jul	kostenlos
Homepagegestaltung in der Arztpraxis	WebSeminar	14.Jul	59 Euro
Existenzgründerseminar Meine eigene Praxis - Impulse für den Start	WebSeminar	20.Jul	kostenlos
Moderne Wundversorgung	WebSeminar	21.Jul	kostenlos
Sicher und digital kommunizieren - die neuen KIM-Dienste der Telematikinfrastruktur	WebSeminar	21.Jul	kostenlos
Moderne Wundversorgung	WebSeminar	28.Jul	kostenlos
Moderne Wundversorgung	WebSeminar	11.Aug	kostenlos
Meine Zukunft planen - Impulse für die Praxisabgabe	WebSeminar	18.Aug	kostenlos
Existenzgründerseminar Meine eigene Praxis - Impulse für den Start	WebSeminar	25.Aug	kostenlos
Psychosomatische Grundversorgung	Bremervörde	17.Sep	1150 Euro

5. Anlagenverzeichnis

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

5.2. Wegegeldpauschalen

Amtliche Mitteilung der KVN zum HVM für das 3. Quartal 2021

in Umsetzung des Honorarverteilungsmaßstabes (HVM) gemäß § 87b Abs. 1 SGB V der KVN vom 16. April 2021

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 2021 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	1.706,90 €
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	6.688,53 €
FA Urologie	36.614,89 €
FA Nuklearmedizin	101.823,39 €
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 2021 nicht in vollem zeitlichen Umfang an der vertragärztlichen Versorgung teilnehmen, reduzieren sich die o.a. Fachgruppendurchschnittswerte anteilig auf den Umfang ihrer Tätigkeit.

Leistungen	GOP	AOK Euro	SVLFG Euro	IKK Euro	BKK Euro	Knappschaft Euro	EKK Euro	Bemerkungen	Abrech- nungs- modus
Wegegeldpauschalen bei Tage zwischen 8:00 und 20:00 Uhr									
Wegepauschale - Pauschale für Besuche im Kernbereich bis zu 2 km Radius bei Tage zw. 8:00 und 20:00 Uhr.	40220	3,57 €	3,57 €	3,57 €	3,57 €	3,57 €	3,57 €	neuer Betrag ab 3/17	
Wegepauschale - Pauschale für Besuche im Randbereich bei mehr als 2 km bis 5 km Radius bei Tage zw. 8:00 und 20:00 Uhr.	40222	7,02 €	7,02 €	7,02 €	7,02 €	7,02 €	7,02 €	neuer Betrag ab 3/17	
Wegepauschale - Pauschale für Besuche im Fernbereich bei mehr als 5 km Radius bei Tage zw. 8:00 und 20:00 Uhr	40224	10,25 €	10,25 €	10,25 €	10,25 €		10,25 €	neuer Betrag ab 3/17	
Wegepauschale - Pauschale für Besuche im Fernbereich bei mehr als 10 km Radius bei Tage zw. 8:00 und 20:00 Uhr <i>* gültig nur für den organisierten Notfalldienst</i>	40224A	* 21,39 €	* 21,39 €	18,61 € * 21,39 €	21,39 €		* 21,39 €	neuer Betrag ab 3/17	
Wegepauschale - Pauschale für Besuche im Fernbereich bei mehr als 20 km Radius bei Tage zw. 8:00 und 20:00 Uhr <i>* gültig nur für den organisierten Notfalldienst</i>	40224B	* 32,54 €	* 32,54 €	26,97 € * 32,54 €	32,54 €		* 32,54 €	neuer Betrag ab 3/17	
Wegepauschale - für Besuche im Fernbereich zwischen 5 bis 10 km Radius bei Tage zw. 8:00 und 20:00 Uhr	40224H					12,03 €		neuer Betrag ab 3/17	
Wegepauschale - für Besuche im Fernbereich zwischen 10 bis 15 km Radius bei Tage zw. 8:00 und 20:00 Uhr <i>* gültig nur für den organisierten Notfalldienst</i>	40224I					13,71 € * 21,39 €		neuer Betrag ab 3/17	
Wegepauschale - für Besuche im Fernbereich zwischen 15 bis 20 km Radius bei Tage zw. 8:00 und 20:00 Uhr <i>* gültig nur für den organisierten Notfalldienst</i>	40224J					15,38 € * 21,39 €		neuer Betrag ab 3/17	
Wegepauschale - für Besuche im Fernbereich zwischen 20 bis 25 km Radius bei Tage zw. 8:00 und 20:00 Uhr <i>* gültig nur für den organisierten Notfalldienst</i>	40224O					17,05 € * 32,54 €		neuer Betrag ab 3/17	
Wegepauschale - für Besuche im Fernbereich zwischen 25 bis 30 km Radius bei Tage zw. 8:00 und 20:00 Uhr <i>* gültig nur für den organisierten Notfalldienst</i>	40224P					18,72 € * 32,54 €		neuer Betrag ab 3/17	
Wegepauschale - für Besuche im Fernbereich zwischen 30 bis 35 km Radius bei Tage zw. 8:00 und 20:00 Uhr <i>* gültig nur für den organisierten Notfalldienst</i>	40224R					20,39 € * 32,54 €		neuer Betrag ab 3/17	
Wegepauschale - für Besuche im Fernbereich ab 35 km Radius bei Tage zw. 8:00 und 20:00 Uhr <i>* gültig nur für den organisierten Notfalldienst</i>	40224S					22,06 € * 32,54 €		neuer Betrag ab 3/17	

Leistungen	GOP	AOK Euro	SVLFG Euro	IKK Euro	BKK Euro	Knappschaft Euro	EKK Euro	Bemerkungen	Abrech- nungs- modus
Wegegeldpauschalen bei Nacht zwischen 20:00 und 08:00 Uhr									
Wegepauschale - Pauschale für Besuche im Kernbereich bis zu 2 km Radius bei Nacht zw. 20:00 und 8:00 Uhr.	40226	7,02 €	7,02 €	7,02 €	7,02 €	7,02 €	7,02 €	neuer Betrag ab 3/17	
Wegepauschale - Pauschale für Besuche im Randbereich bei mehr als 2 km bis 5 km Radius bei Nacht zw. 20:00 und 8:00 Uhr.	40228	10,92 €	10,92 €	10,92 €	10,92 €	10,92 €	10,92 €	neuer Betrag ab 3/17	
Wegepauschale - Pauschale für Besuche im Fernbereich bei mehr als 5 km Radius bei Nacht zw. 20:00 und 8:00 Uhr.	40230	14,71 €	14,71 €	14,71 €	14,71 €		14,71 €	neuer Betrag ab 3/17	
Wegepauschale - Pauschale für Besuche im Fernbereich bei mehr als 10 km Radius bei Nacht zw. 20:00 und 8:00 Uhr <i>* gültig nur für den organisierten Notfalldienst</i>	40230A	* 25,85 €	* 25,85 €	23,07 € * 25,85 €	25,85 €		* 25,85 €	neuer Betrag ab 3/17	
Wegepauschale - Pauschale für Besuche im Fernbereich bei mehr als 20 km Radius bei Nacht zw. 20:00 und 8:00 Uhr <i>* gültig nur für den organisierten Notfalldienst</i>	40230B	* 36,99 €	* 36,99 €	31,42 € * 36,99 €	36,99 €		* 36,99 €	neuer Betrag ab 3/17	
Wegepauschale - für Besuche im Fernbereich zwischen 5 bis 10 km Radius bei Nacht zw. 20:00 und 8:00 Uhr	40230H					18,16 €		neuer Betrag ab 3/17	
Wegepauschale - für Besuche im Fernbereich zwischen 10 bis 15 km Radius bei Nacht zw. 20:00 und 8:00 Uhr <i>* gültig nur für den organisierten Notfalldienst</i>	40230I					19,83 € * 25,85 €		neuer Betrag ab 3/17	
Wegepauschale - für Besuche im Fernbereich zwischen 15 bis 20 km Radius bei Nacht zw. 20:00 und 8:00 Uhr <i>* gültig nur für den organisierten Notfalldienst</i>	40230J					21,51 € * 25,85 €		neuer Betrag ab 3/17	
Wegepauschale - für Besuche im Fernbereich zwischen 20 bis 25 km Radius bei Nacht zw. 20:00 und 8:00 Uhr <i>* gültig nur für den organisierten Notfalldienst</i>	40230O					23,18 € * 36,99 €		neuer Betrag ab 3/17	
Wegepauschale - für Besuche im Fernbereich zwischen 25 bis 30 km Radius bei Nacht zw. 20:00 und 8:00 Uhr <i>* gültig nur für den organisierten Notfalldienst</i>	40230P					24,85 € * 36,99 €		neuer Betrag ab 3/17	
Wegepauschale - für Besuche im Fernbereich zwischen 30 bis 35 km Radius bei Nacht zw. 20:00 und 8:00 Uhr <i>* gültig nur für den organisierten Notfalldienst</i>	40230R					26,52 € * 36,99 €		neuer Betrag ab 3/17	
Wegepauschale - für Besuche im Fernbereich ab 35 km Radius bei Nacht zw. 20:00 und 8:00 Uhr <i>* gültig nur für den organisierten Notfalldienst</i>	40230S					28,19 € * 36,99 €		neuer Betrag ab 3/17	

Leistungen	GOP	AOK Euro	SVLFG Euro	IKK Euro	BKK Euro	Knappschaft Euro	EKK Euro	Bemerkungen	Abrech- nungs- modus
Wegegeldpauschalen für den ersten Besuch nach ambulanter Durchführung von operativen Leistungen									
Wegepauschale - für Besuche in einem Bereich jenseits des Radius von 10 km als erster Besuch nach ambulanter Durchführung von operativen Leistungen bei Tage zwischen 8:00 und 20:00 Uhr	40190	10,70 €	10,70 €	10,70 €	10,70 €	10,70 €	10,70 €		
Wegepauschale - für Besuche in einem Bereich jenseits eines Radius von 10 km als erster Besuch nach ambulanter Durchführung von operativen Leistungen bei Nacht zwischen 20:00 und 8:00 Uhr	40192	14,80 €	14,80 €	14,80 €	14,80 €	14,80 €	14,80 €		

Leistungen	GOP	AOK Euro	SVLFG Euro	IKK Euro	BKK Euro	Knappschaft Euro	EKK Euro	Bemerkungen	Abrech- nungs- modus
Wegegeldpauschalen für Taxikonto bei Tage zwischen 08:00 und 20:00 Uhr									
Wegepauschale - Tag - für Taxikonto - nicht Bez.-St- Löhnebrg -	402220B						11,40 €	neuer Betrag-ab 3/17	
Wegepauschale - Tag - für Taxikonto	402220E	3,57 €	3,57 €	3,57 €	3,57 €	3,57 €	3,57 €	neuer EK Betrag ab 3/21	
Wegepauschale - Pauschale für Besuche im Randbereich bei mehr als 2 km bis 5 km Radius bei Tage zw. 8:00 und 20:00 Uhr - für Taxikonto	402222E	7,02 €	7,02 €	7,02 €	7,02 €	7,02 €	7,02 €	neuer EK Betrag ab 3/21	
Wegepauschale - Pauschale für Besuche im Fernbereich bei mehr als 5 km Radius bei Tage zw. 8:00 und 20:00 Uhr - für Taxikonto	402224E	10,25 €	10,25 €	10,25 €	10,25 €	10,25 €	10,25 €	neuer EK Betrag ab 3/21	
Wegepauschale - Pauschale für Besuche im Fernbereich bei mehr als 10 km Radius bei Tage zw. 8:00 und 20:00 Uhr - für Taxikonto	402224K	21,39 €	21,39 €	21,39 €	21,39 €	21,39 €	21,39 €	neuer Betrag ab 3/17	
Wegepauschale - Pauschale für Besuche im Fernbereich bei mehr als 20 km Radius bei Tage zw. 8:00 und 20:00 Uhr - für Taxikonto	402224L	32,54 €	32,54 €	32,54 €	32,54 €	32,54 €	32,54 €	neuer Betrag ab 3/17	
Wegepauschale - für Besuche im Fernbereich zwischen bis 10 km Radius bei Tage zw. 8:00 und 20:00 Uhr - für Taxikonto	402224T					12,03 €		neuer Betrag ab 3/17	
Wegepauschale - für Besuche im Fernbereich zwischen bis 15 km Radius bei Tage zw. 8:00 und 20:00 Uhr - für Taxikonto	402224U					21,39 €		neuer Betrag ab 3/17	
Wegepauschale - für Besuche im Fernbereich zwischen bis 20 km Radius bei Tage zw. 8:00 und 20:00 Uhr - für Taxikonto	402224V					21,39 €		neuer Betrag ab 3/17	
Wegepauschale - für Besuche im Fernbereich zwischen bis 25 km Radius bei Tage zw. 8:00 und 20:00 Uhr - für Taxikonto	402224W					32,54 €		neuer Betrag ab 3/17	
Wegepauschale - für Besuche im Fernbereich zwischen bis 30 km Radius bei Tage zw. 8:00 und 20:00 Uhr - für Taxikonto	402224X					32,54 €		neuer Betrag ab 3/17	
Wegepauschale - für Besuche im Fernbereich zwischen bis 35 km Radius bei Tage zw. 8:00 und 20:00 Uhr - für Taxikonto	402224Y					32,54 €		neuer Betrag ab 3/17	
Wegepauschale - für Besuche im Fernbereich ab 35 km Radius bei Tage zw. 8:00 und 20:00 Uhr - für Taxikonto	402224Z					32,54 €		neuer Betrag ab 3/17	

Leistungen	GOP	AOK Euro	SVLFG Euro	IKK Euro	BKK Euro	Knappschaft Euro	EKK Euro	Bemerkungen	Abrech- nungs- modus
Wegegeldpauschalen für Taxikonto bei Nacht zwischen 20:00 und 08:00 Uhr									
Wegepauschale - Nacht - für Taxikonte Lehrbergrg nicht Bez-St-	40226D						11,40 €	neuer Betrag-ab 3/17	
Wegepauschale - Nacht - für Taxikonto	40226E	7,02 €	7,02 €	7,02 €	7,02 €	7,02 €	7,02 €	neuer EK Betrag ab 3/21	
Wegepauschale - Pauschale für Besuche im Randbereich bei mehr als 2 km bis 5 km Radius bei Nacht zw. 20:00 und 8:00 Uhr - für Taxikonto	40228E	10,92 €	10,92 €	10,92 €	10,92 €	10,92 €	10,92 €	neuer EK Betrag ab 3/21	
Wegepauschale - Pauschale für Besuche im Fernbereich bei mehr als 5 km Radius bei Nacht zw. 20:00 und 8:00 Uhr - für Taxikonto	40230E	14,71 €	14,71 €	14,71 €	14,71 €	14,71 €	14,71 €	neuer EK Betrag ab 3/21	
Wegepauschale - Pauschale für Besuche im Fernbereich bei mehr als 10 km Radius bei Nacht zw. 20:00 und 8:00 Uhr - für Taxikonto	40230K	25,85 €	25,85 €	25,85 €	25,85 €	25,85 €	25,85 €	neuer Betrag ab 3/17	
Wegepauschale - Pauschale für Besuche im Fernbereich bei mehr als 20 km Radius bei Nacht zw. 20:00 und 8:00 Uhr - für Taxikonto	40230L	36,99 €	36,99 €	36,99 €	36,99 €	36,99 €	36,99 €	neuer Betrag ab 3/17	
Wegepauschale - für Besuche im Fernbereich zwischen bis 10 km Radius bei Nacht zw. 20:00 und 8:00 Uhr - für Taxikonto	40230T					18,16 €		neuer Betrag ab 3/17	
Wegepauschale - für Besuche im Fernbereich zwischen bis 15 km Radius bei Nacht zw. 20:00 und 8:00 Uhr - für Taxikonto	40230U					25,85 €		neuer Betrag ab 3/17	
Wegepauschale - für Besuche im Fernbereich zwischen bis 20 km Radius bei Nacht zw. 20:00 und 8:00 Uhr - für Taxikonto	40230V					25,85 €		neuer Betrag ab 3/17	
Wegepauschale - für Besuche im Fernbereich zwischen bis 25 km Radius bei Nacht zw. 20:00 und 8:00 Uhr - für Taxikonto	40230W					36,99 €		neuer Betrag ab 3/17	
Wegepauschale - für Besuche im Fernbereich zwischen bis 30 km Radius bei Nacht zw. 20:00 und 8:00 Uhr - für Taxikonto	40230X					36,99 €		neuer Betrag ab 3/17	
Wegepauschale - für Besuche im Fernbereich zwischen bis 35 km Radius bei Nacht zw. 20:00 und 8:00 Uhr - für Taxikonto	40230Y					36,99 €		neuer Betrag ab 3/17	
Wegepauschale - für Besuche im Fernbereich ab 35 km Radius bei Nacht zw. 20:00 und 8:00 Uhr - für Taxikonto	40230Z					36,99 €		neuer Betrag ab 3/17	

Leistungen	GOP	AOK Euro	SVLFG Euro	IKK Euro	BKK Euro	Knappschaft Euro	EKK Euro	Bemerkungen	Abrech- nungs- modus
Wegepauschalen für Taxikonto - mit KV-Fahrzeug, Fahrer und Notrufeinrichtung									
Wegepauschale - Pauschale für Besuche im Kernbereich bis zu 2 km Radius bei Tage zw. 8:00 und 20:00 Uhr - Taxikonto - mit KV-Fahrzeug, Fahrer und Notrufeinrichtung	40220G	7,13 €	7,13 €	7,13 €	7,13 €	7,13 €	7,13 €	neuer EK Betrag ab 3/21	
Wegepauschale - Pauschale für Besuche im Randbereich bei mehr als 2 km bis 5 km Radius bei Tage zw. 8:00 und 20:00 Uhr - Taxikonto - mit KV-Fahrzeug, Fahrer und Notrufeinrichtung	40222G	14,04 €	14,04 €	14,04 €	14,04 €	14,04 €	14,04 €	neuer EK Betrag ab 3/21	
Wegepauschale - Pauschale für Besuche im Fernbereich bei mehr als 5 km Radius bei Tage zw. 8:00 und 20:00 Uhr - Taxikonto - mit KV-Fahrzeug, Fahrer und Notrufeinrichtung	40224G	20,50 €	20,50 €	20,50 €	20,50 €	20,50 €	20,50 €	neuer EK Betrag ab 3/21	
Wegepauschale - Pauschale für Besuche im Kernbereich bis zu 2 km Radius bei Nacht zw. 20:00 und 8:00 Uhr - Taxikonto - mit KV-Fahrzeug, Fahrer und Notrufeinrichtung	40226G	14,04 €	14,04 €	14,04 €	14,04 €	14,04 €	14,04 €	neuer EK Betrag ab 3/21	
Wegepauschale - Pauschale für Besuche im Randbereich bei mehr als 2 km bis 5 km Radius bei Nacht zw. 20:00 und 8:00 Uhr - Taxikonto - mit KV-Fahrzeug, Fahrer und Notrufeinrichtung	40228G	21,84 €	21,84 €	21,84 €	21,84 €	21,84 €	21,84 €	neuer EK Betrag ab 3/21	
Wegepauschale - Pauschale für Besuche im Fernbereich bei mehr als 5 km Radius bei Nacht zw. 20:00 und 8:00 Uhr - Taxikonto - mit KV-Fahrzeug, Fahrer und Notrufeinrichtung	40230G	29,42 €	29,42 €	29,42 €	29,42 €	29,42 €	29,42 €	neuer EK Betrag ab 3/21	



KVN

Kassenärztliche Vereinigung
Niedersachsen

Informationen für die Praxis

KVN-Rundschreiben

Mai 2021

Inhaltsverzeichnis

1.	Abrechnung	2
1.1.	Neufassung des HVM ab 1/2021, hier: modifizierte Fortführung des Corona-Rettungsschirms	2
1.2.	Neues Muster OEGD (Stand 3.2021).....	2
1.3.	Angabe der Chargennummer des Impfstoffes zu den Covid-19-Schutzimpfungen erforderlich.....	2
1.4.	Abrechnung der Sachkosten für den PoC-Antigentest (GOP 88312) gem. § 11 TestV.....	2
2.	Verordnungen.....	3
2.1.	Arzneimittelvereinbarung 2021	3
2.2.	Amitriptylin, Topiramamat zur Migräneprophylaxe bei Kindern und Jugendlichen - Anlage VI Teil B der Arzneimittel-Richtlinie, Ergänzung.....	3
2.3.	Änderung der Anlage I (OTC-Übersicht) der Arzneimittel-Richtlinie, Vitamin B6.....	4
2.4.	Dupilumab® (Dupixent®) in weiteren Teilindikationen als Praxisbesonderheit anerkannt.....	4
2.5.	Anpassungen innerhalb der Biosimilarquote Pegfilgrastim.....	6
2.6.	Logopädie - Neu: Therapiebericht „kurz“ und „lang“ ..	6
2.7.	Sirturo® (Bedaquilin) in weiterer Teilindikation als Praxisbesonderheit anerkannt.....	7
3.	Allgemeine Hinweise	8
3.1.	Erweiterung des Neugeborenen-Screenings	8
4.	Veranstaltungen im Juni und Juli 2021.....	9
5.	Anlagenverzeichnis.....	10
5.1.	Muster Therapieberichte und Anforderungsformular	10
5.2.	Sammelerklärung	10

1. Abrechnung

1.1. Neufassung des HVM ab 1/2021, hier: modifizierte Fortführung des Corona-Rettungsschirms

Die Vertreterversammlung hat mit Umlaufbeschluss vom 16. April 2021 die modifizierte Fortsetzung des sogenannten Corona-Rettungsschirms in der Neufassung des HVM ab 1/2021 (siehe Teil B Nr. 18) beschlossen.

Die Neufassung des Honorarverteilungsmaßstabes ist im Internet unter www.kvn.de (Amtliche Bekanntmachung) veröffentlicht.

1.2. Neues Muster OEGD (Stand 3.2021)

Aufgrund erneut geänderter Vorgaben aus der mit Wirkung zum 8. März 2021 veröffentlichten Testverordnung des Bundesministeriums für Gesundheit ist eine weitere Anpassung des Formulars OEGD erforderlich geworden.

Das neue Muster OEGD enthält zwei zusätzliche Ankreuzfelder für die Beauftragung einer Bestätigungs- bzw. Variantendiagnostik gemäß §4b der Testverordnung. Gleichzeitig sind die zwei Ankreuzfelder zur Unterscheidung zwischen Ersttestung und weiterer Testung entfallen.

Zwei zusätzliche Felder

Das aktualisierte Formular OEGD kann ab sofort eingesetzt werden. Die bisherigen Muster (Stand 12.2020) behalten ihre Gültigkeit und können aufgebraucht werden.

1.3. Angabe der Chargennummer des Impfstoffes zu den Covid-19-Schutzimpfungen erforderlich

Bei der Abrechnung der Covid-19-Impfleistungen ist die Angabe der Chargennummer des Impfstoffes erforderlich. Der Eintrag erfolgt in Ihrer Praxissoftware im KVDT-Feld 5010.

Ausführliche Informationen zur Covid-19-Schutzimpfung finden Sie auf der Internetseite der Kassenärztlichen Bundesvereinigung unter www.kbv.de

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

1.4. Abrechnung der Sachkosten für den PoC-Antigentest (GOP 88312) gem. § 11 TestV

Im März-Rundschreiben haben wir über die Abrechnung von Leistungen nach der Coronavirus-Testverordnung informiert.

Bitte beachten Sie, dass die Abrechnung von Sachkosten nach der GOP 88312 als vereinfachtes Abrechnungsverfahren über den ambulanten Sammelfall „Peter Patient“ für das gesamte Quartal erfolgt.

Die Abrechnung der Sachkosten (SK) erfolgt mit Angabe:

- der GOP 88312 im KVDT-Feld 5001
- des PoC-Antigentests im KVDT-Feld 5011
- der Sachkosten als Cent-Betrag im KVDT-Feld 5012, hier ist der Gesamtbetrag aller durchgeführten PoC-Antigentests pro Monat anzugeben
- des Multiplikators entsprechend der Anzahl der durchgeführten Antigen-Schnelltests im KVDT-Feld 5005.

Beispiel:

30.04. 1 Test für 6,00 Euro
 31.05. 4 Tests für 24,00 Euro
 30.06. 10 Tests für 51,70 Euro

Beispiel

Tag	Monat	Leistung (+ Angabe Multiplikator, SK-Bezeichnung, SK-Gesamtbetrag)
30.	04.	88312 (PoC-Antigentest) 600
31.	05.	88312x4 (PoC-Antigentest) 2400
30.	06.	88312x10 (PoC-Antigentest) 5170

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

2. Verordnungen

2.1. Arzneimittelvereinbarung 2021

Das Unterschriftenverfahren zur Arzneimittelvereinbarung 2021 ist nun abgeschlossen. Die Vereinbarung ist im Internet in den Downloads unter <https://www.kvn.de/Amtliche+Bekanntmachungen.html> abrufbar.

2.2. Amitriptylin, Topiramamat zur Migräneprophylaxe bei Kindern und Jugendlichen - Anlage VI Teil B der Arzneimittel-Richtlinie, Ergänzung

Mit Wirkung zum 10. April 2021 wurde in der Anlage VI (Off-Label-Use) der Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL) in Teil B die Ziffer XVI „Amitriptylin,

Topiramamat zur Migräneprophylaxe bei Kindern und Jugendlichen“ neu angefügt.

Damit sind Arzneimittel mit den Wirkstoffen Amitriptylin und Topiramamat in der Indikation Migräneprophylaxe bei Kindern und Jugendlichen - auch in Einzelfällen unter Beachtung der BSG-Rechtsprechung - nicht mehr zu Lasten der GKV verordnungsfähig.

Für Arzneimittel, deren Anwendung in nicht zugelassenen Indikationen oder Indikationsbereichen nach Bewertung der Expertengruppen nicht dem Stand der wissenschaftlichen Erkenntnis entspricht oder die medizinisch nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, ist eine Verordnungsfähigkeit dementsprechend nicht gegeben. Diese werden in Anlage VI Teil B der AM-RL aufgeführt.

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.

2.3. Änderung der Anlage I (OTC-Übersicht) der Arzneimittel-Richtlinie, Vitamin B6

Mit Wirkung zum 15. April 2021 wurde die Anlage I der Arzneimittel-Richtlinie geändert und folgende Nummer 42a neu eingefügt:

Vitamin B6 (als Monopräparat) nur zur Behandlung von angeborenen pyridoxinabhängigen Störungen mit schwerwiegender Symptomatik. Nach erfolgreichem Therapieversuch ist eine längerfristige Verordnung zulässig.

Neu: Nummer 42a

Die in Anlage I aufgeführten apothekenpflichtigen, nicht verschreibungspflichtigen Arzneimittel sind für die dort genannten Indikationen für Erwachsene und Jugendliche ab zwölf Jahren unter Beachtung der Wirtschaftlichkeit zu Lasten der GKV verordnungsfähig.

Den vollständigen Beschluss des G-BA sowie die vollständige Anlage I der Arzneimittel-Richtlinie finden Sie im Internet unter www.g-ba.de/Richtlinien/Arzneimittel-Richtlinie/Anlage I.

2.4. Dupixent® (Dupilumab) in weiteren Teilindikationen als Praxisbesonderheit anerkannt

Dupixent® (Wirkstoff Dupilumab) wird ab dem 1. Mai 2020 nach einer Vereinbarung zwischen dem GKV-Spitzenverband und dem pharmazeutischen Unternehmer Sanofi-Aventis Deutschland GmbH ab dem ersten Behandlungsfall ausschließlich in den Anwendungsgebieten mit einem Zusatznutzen laut G-BA-Beschlüssen vom 20. Februar 2020 und 14. Mai 2020 als Praxisbesonderheit anerkannt:

1. Dupixent wird angewendet zur Behandlung von mittelschwerer bis schwerer atopischer Dermatitis (AD) bei Jugendlichen ab 12 bis < 18 Jahren, die für eine systemische Therapie in Betracht kommen.

Anwendungsgebiet

In diesem Anwendungsgebiet sah der G-BA einen Anhaltspunkt für einen nicht quantifizierbaren Zusatznutzen gegenüber einem patientenindividuell optimierten Therapieregime aus topischer und systemischer Therapie in Abhängigkeit der Ausprägung der Erkrankung und unter Berücksichtigung der Vortherapie, unter Berücksichtigung folgender Therapien:

- topische Glukokortikoide der Klassen 2 bis 4
- Tacrolimus (topisch)
- Ciclosporin

2. Dupixent ist angezeigt als Add-on-Therapie mit intranasalen Kortikosteroiden zur Behandlung von Erwachsenen mit schwerer chronischer Rhinosinusitis mit Nasenpolypen (CRSwNP), die mit systemischen Kortikosteroiden und/oder chirurgischem Eingriff nicht ausreichend kontrolliert werden kann.

Anwendungsgebiet

In diesem Anwendungsgebiet sah der G-BA einen Hinweis für einen beträchtlichen Zusatznutzen gegenüber Mometasonfuroat.

Die seit dem 1. Dezember 2018 bestehende Praxisbesonderheit im Anwendungsgebiet „atopische Dermatitis bei Erwachsenen“ (siehe Rundschreiben März 2019) gilt weiterhin fort.

Bei Patienten, die nach 16 Behandlungswochen kein adäquates klinisches Ansprechen auf die Behandlung der atopischen Dermatitis 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
- eine Reduktion des DLQI (Dermatology Life Quality Index)-Scores um mindestens 4 Punkte gegenüber des festgestellten DLQI-Scores zu Therapiebeginn

Bei Patienten, die nach 24 Wochen nicht auf die Behandlung der CRSwNP ansprechen, ist eine Beendigung der Behandlung in Betracht zu ziehen. Einige Patienten mit einem anfänglich partiellen Ansprechen können von einer über 24 Wochen hinaus fortgeführten Behandlung profitieren.

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 mehrere besondere Warnhinweise und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung hingewiesen. Diese entnehmen Sie bitte direkt dem Dokument zu der bundesweiten Praxisbesonderheit, abrufbar unter dem unten genannten elektronischen Pfad (Suchbegriff Dupixent®)

unter Praxisbesonderheit „Details“) oder folgendem Link:

https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/arzneimittel/amnog_praxisbesonderheiten/17070pb20181201.pdf

Die Vorgaben der Fachinformation sind zu berücksichtigen. Weitere Anwendungsgebiete oder Erweiterungen des Anwendungsgebietes sind ausdrücklich nicht von dieser 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: „Praxisbesonderheit“.

2.5. Anpassungen innerhalb der Biosimilarquote Pegfilgrastim

Durch Änderungen auf dem Arzneimittelmarkt hat sich innerhalb der Biosimilarquote Pegfilgrastim der Vergleichsgruppe Hämatologen/Onkologen eine Anpassung ergeben.

Die aktualisierte Quoteninformation und Tischvorlage finden Sie zu Ihrer Information in Kürze im KVN-Portal unter Verordnungen/Arzneimittelvereinbarung/Informationen je Fach-/Vergleichsgruppe.

2.6. Logopädie - Neu: Therapiebericht „kurz“ und „lang“

Mit Wirkung zum 16. März 2021 ist der Rahmenvertrag über die Versorgung mit Leistungen der Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie und deren Vergütung zwischen GKV-Spitzenverband und den Spitzenverbänden der Logopäden in Kraft getreten.

Danach können Ärzte im Bereich der Logopädie nun zwei Versionen von

Therapieberichten anfordern:

a) Therapiebericht - kurz (Verordnungs-Bericht)

- Anforderung über Kreuz „Therapiebericht“ auf dem Muster 13
- Der Bericht enthält Empfehlungen des Logopäden z. B. bezüglich Fortführung der Therapie, Therapiepause, Beendigung der Therapie, Wiedervorstellung, andere Therapie, Einzel-/Gruppentherapie, Doppelbehandlung, Frequenz, Hausbesuch.
- Hinweis: Der Verordnungs-Bericht sieht derzeit keine Information zum Therapieverlauf vor! Die KBV ist bzgl. der Aufnahme des Therapieverlaufes in den Verordnungs-Bericht bereits in Gesprächen mit dem GKV-Spitzenverband.
- Kosten: 5,55 Euro (relevant für das Heilmittel-Verordnungsvolumen)

Zwei Versionen

Hinweis

b) Therapiebericht - lang (Bericht auf besondere Anforderung)

- Anforderung einmal je Kalenderjahr möglich
- Achtung: Der Bericht muss über ein separates, nicht im BMV-Ä vereinbartes Formular angefordert werden.
- Inhalt laut Leistungsbeschreibung: „*Der Bericht auf besondere Anforderung informiert über die therapeutische Diagnostik, stellt den aktuellen Krankheitsstatus dar und beinhaltet den aktuellen Therapiestand und das weitere mögliche therapeutische Vorgehen.*“
- Kosten: 99,90 Euro (relevant für das Heilmittel-Verordnungsvolumen)

Muster der Therapieberichte „kurz“ und „lang“ und das Anforderungsformular für den Therapiebericht „lang“ finden Sie im Anhang sowie auf der Internetseite des GKV-Spitzenverbandes www.gkv-spitzenverband.de unter Krankenversicherung/Ambulante Leistungen/Heilmittel/Vereinbarungen mit Heilmittelerbringern.

Anlage 5.1: Muster Therapieberichte und Anforderungsformular**2.7. Sirturo® (Bedaquilin) in weiterer Teilindikation als Praxisbesonderheit anerkannt**

Sirturo® (Wirkstoff Bedaquilin) wird nach einer Vereinbarung zwischen dem GKV-Spitzenverband und dem pharmazeutischen Unternehmer Janssen-Cilag GmbH ab dem 15. Januar 2020 ab dem ersten Behandlungsfall als Praxisbesonderheit ausschließlich in den Anwendungsgebieten mit einem Zusatznutzen laut G-BA-Beschlüssen vom 4. Juli 2019 und 20. August 2020 anerkannt:

1. Sirturo ist indiziert für die Behandlung erwachsener Patienten mit multiresistenter pulmonaler Tuberkulose (multi-drug-resistant Mycobacterium tuberculosis; MDR-TB), wenn ein wirksames Behandlungsregime aufgrund von Resistenz oder Unverträglichkeit nicht anders als mit Bedaquilin (als Teil einer geeigneten Kombinationstherapie) zusammengestellt werden kann.

In diesem Anwendungsgebiet sah der G-BA einen beträchtlichen Zusatznutzen. Der Beschluss ist bis zum 30. Juni 2021 befristet.

2. Sirturo wird bei erwachsenen und jugendlichen Patienten (im Alter von 12 Jahren bis unter 18 Jahren und mit einem Körpergewicht von mindestens 30 kg) als Teil einer geeigneten Kombinationstherapie der MDR-TB angewendet, wenn ein wirksames Behandlungsregime aufgrund von Resistenz oder Unverträglichkeit nicht anders zusammengestellt werden kann. Die offiziellen Leitlinien für den angemessenen Gebrauch von antibakteriellen Wirkstoffen sind zu berücksichtigen.

Der vorliegende Beschluss bezieht sich ausschließlich auf das neu zugelassene Anwendungsgebiet der jugendlichen Patienten (im Alter von 12 Jahren bis unter 18 Jahren und mit einem Kör-

Anwendungsgebiet

pergewicht von mindestens 30 kg) mit MDR-TB, wenn ein wirksames Behandlungsregime aufgrund von Resistenz oder Unverträglichkeit nicht anders als mit Bedaquilin (als Teil einer geeigneten Kombinationstherapie) zusammengestellt werden kann.

Der G-BA kam zu dem Ergebnis, dass ein Anhaltspunkt für einen nicht quantifizierbaren Zusatznutzen vorliegt.

Die Einleitung und Überwachung der Behandlung mit Bedaquilin muss durch in der Therapie von Patienten mit MDR-TB erfahrene Ärzte erfolgen. Bei Jugendlichen mit einem Körpergewicht zwischen 30 und 40 kg wird eine durchschnittlich höhere Exposition im Vergleich zu erwachsenen Patienten erwartet. Dies könnte mit einem erhöhten Risiko einer QT-Verlängerung oder Hepatotoxizität verbunden sein.

Es wird empfohlen Bedaquilin (Sirturo®) unter direkter Überwachung [directly observed therapy (DOT)] anzuwenden.

Die Vorgaben der Fachinformation sind zu berücksichtigen. Weitere Anwendungsgebiete oder Erweiterungen des Anwendungsgebietes sind nicht von der Praxisbesonderheit umfasst. Die Anerkennung als Praxisbesonderheit besteht, sobald und solange Janssen-Cilag Sirturo® 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“.

3. Allgemeine Hinweise

3.1. Erweiterung des Neugeborenen-Screenings

Das Neugeborenen-Screening umfasst künftig auch Untersuchungen auf Sichelzellerkrankheit und spinale Muskelatrophie. Entsprechende Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) sind am 30. März 2021 bzw. am 1. April 2021 in Kraft getreten.

Untersuchung auf Sichelzellerkrankheit

Für die Sichelzellerkrankheit ist ein angeborener Gendefekt verantwortlich, durch den sich die eigentlich runden und flexiblen roten Blutkörperchen verkrümmen und die Form einer Sichel annehmen. Unbehandelt führt die Krankheit bereits bei kleinen Kindern zu gravierenden Schäden an lebenswichtigen Organen und zu Todesfällen.

Der Bluttest auf Sichelzellerkrankheit ist zukünftig fester Bestandteil der Früherkennungsuntersuchungen bei Neugeborenen.

Sichelzellerkrankheit und spinale Muskelatrophie

Untersuchung auf spinale Muskelatrophie (SMA)

Die SMA ist eine seltene, genetisch bedingte neuromuskuläre Erkrankung mit einem fortschreitenden Absterben von motorischen Nervenzellen im Rückenmark. Sie geht einher mit Muskelschwäche und Skelettverformungen und führt in der schwersten Form unbehandelt zum Tod. Werden Kinder mit dieser Krankheit früh behandelt, können sie motorische Fähigkeiten wie Sitzen, Krabbeln, Stehen oder Gehen besser entwickeln.

Der Bluttest auf SMA ist zukünftig ebenfalls fester Bestandteil der Früherkennungsuntersuchungen bei Neugeborenen

Beide Screenings voraussichtlich ab drittem Quartal 2021 anwendbar

Nach dem Inkrafttreten der Beschlüsse hat der Bewertungsausschuss sechs Monate Zeit, um über die Höhe der Vergütung zu entscheiden. Sobald der EBM entsprechend angepasst wurde, werden wir Sie umgehend informieren. Bis dahin gilt die Kinder-Richtlinie in ihrer Fassung vor dem Inkrafttreten der aktuellen Beschlüsse. Voraussichtlich können beide Untersuchungen ab dem dritten Quartal 2021 angeboten werden.

Die Beschlüsse sind auf der Internetseite des G-BA unter www.g-ba.de/beschluesse/4560/ bzw. www.g-ba.de/beschluesse/4617/ abrufbar.

4. Veranstaltungen im Juni und Juli 2021

Wichtig: Aufgrund der aktuellen Corona-Situation hat sich die KVN dazu entschlossen, dass weiterhin **bis einschließlich 30. Juni 2021 keine Präsenzveranstaltungen** stattfinden. Wir bieten Ihnen für einzelne Präsenzveranstaltungen untenstehende WebSeminare an. 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.
Kurze Wartezeiten - Gutes Terminsystem	WebSeminar	02.Jun	59 Euro
Professionelle Praxisorganisation	WebSeminar	02.Jun	40 Euro
Praxisoptimierung durch Patienten- und Mitarbeiterfeedback	WebSeminar	05.Jun	59 Euro
Meine eigene Praxis - Impulse für den Start	WebSeminar	08.Jun	kostenlos
Meine Zukunft planen - Impulse für die Praxisabgabe	WebSeminar	16.Jun	kostenlos

Moderne Wundversorgung	WebSeminar	16.Jun	kostenlos
QEP®-Intensivkurs (2-tägig)	WebSeminar	18.Jun	115 Euro
Management für komplexe Praxisstrukturen (2-tägig)	WebSeminar	18.Jun	115 Euro
Konfliktmanagement	WebSeminar	23.Jun	kostenlos
Sicher und digital kommunizieren - die neuen KIM-Dienste der TI	WebSeminar	23.Jun	kostenlos
Medizinprodukte-Aufbereitung Workshop Teil 2	WebSeminar	23.Jun	59 Euro
Sprechstundenbedarf	WebSeminar	23.Jun	kostenlos
Personalführung für PraxisinhaberIN	WebSeminar	26.Jun	59 Euro
IGeLn leicht gemacht	WebSeminar	07.Jul	59 Euro
Moderne Wundversorgung	WebSeminar	07.Jul	kostenlos
Sprechstundenbedarf	WebSeminar	08.Jul	kostenlos
Arbeitsschutz in der Arztpraxis	WebSeminar	10.Jul	59 Euro
Sprechstundenbedarf	WebSeminar	14.Jul	kostenlos
Aktuelles aus dem Bereich Abrechnung und Verordnung	WebSeminar	14.Jul	kostenlos
Qualitätsmanagement-Richtlinie	WebSeminar	14.Jul	59 Euro
Homepagegestaltung in der Arztpraxis	WebSeminar	14.Jul	59 Euro
Moderne Wundversorgung	WebSeminar	21.Jul	kostenlos

5. Anlagenverzeichnis

5.1. Muster Therapieberichte und Anforderungsformular

5.2. Sammelerklärung

Muster Therapiebericht " kurz" - Verordnungs-Bericht

 FAX-Nr. / E-Mail

Verordnungs-Bericht	
Personalien der oder des Versicherten ----- Name ----- Vorname ----- geb. am	Verordnungsdatum ----- Diagnosegruppe ----- Therapeutische Diagnose ----- -----
Empfehlungen der Therapeutin oder des Therapeuten <input type="checkbox"/> Fortführung der Therapie <input type="checkbox"/> Einzeltherapie Minuten ----- <input type="checkbox"/> Therapiepause <input type="checkbox"/> Gruppentherapie Minuten ----- <input type="checkbox"/> Beendigung der Therapie <input type="checkbox"/> Doppelbehandlung <input type="checkbox"/> Wiedervorstellung in ----- Wochen <input type="checkbox"/> Frequenz Anzahl/Woche ----- <input type="checkbox"/> andere Therapie ----- <input type="checkbox"/> Hausbesuch	
Begründung ----- ----- ----- ----- ----- -----	Datum ----- ----- ----- Unterschrift Therapeutin / Therapeut und Praxisstempel

Muster Therapiebericht "lang" - Bericht auf besondere Anforderung

FAX-Nr. / E-Mail

Datum TT.MM.20JJ

Bericht

auf Anforderung von	
---------------------	--

Versichertendaten

Name	
Geburtsdatum	TT.MM.JJJJ
Krankenkasse	

Behandlung

Heilmittel Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie

Die oder der Versicherte ist bei mir in Behandlung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Bisher verordnete Behandlungsmenge	
Art der Therapie	<input type="checkbox"/> Einzeltherapie, Minuten <input type="checkbox"/> Gruppentherapie Gruppengröße ---- Personen Minuten ----- <input type="checkbox"/> Doppelbehandlung
Bisher abgegebene Behandlungsmenge	Anzahl XXXX
Behandlungszeitraum	von TT.MM.20JJ bis TT.MM.20JJ

Anhang C zu Anlage 1 zum Vertrag nach § 125 Absatz 1 SGB V: **Bericht**

Für die Versicherte oder den Versicherten von Ärztinnen oder Ärzten, Medizinischem Dienst und anderen vergleichbaren Institutionen angeforderter Bericht (kein Bericht i. S. § 13 Absatz 2 lit. d, § 16 Absatz 7 HeilM-RL oder § 11 Absatz 2 lit. c, § 15 Absatz 5 HeilM-RL ZÄ)

Diagnostik

Therapeutische Diagnose	
Ärztliche Diagnose	
Diagnosegruppe / Indikationsschlüssel	
Therapeutische Diagnostik	

Statusfeststellung

--

Behandlung

Ziel/e	
Inhalt	
Verlauf	
Aktueller Stand	
Compliance	
Prognose	
Empfehlung z. B. Beginn einer Therapie Fortführung der Therapie Therapiepause Beendigung der Therapie Wiedervorstellung andere Therapie	Begründung
<hr/> Unterschrift Therapeutin oder Therapeut und Praxisstempel	

Anhang C zu Anlage 1 zum Vertrag nach § 125 Absatz 1 SGB V: **Bericht**

Für die Versicherte oder den Versicherten von Ärztinnen oder Ärzten, Medizinischem Dienst und anderen vergleichbaren Institutionen angeforderter Bericht

(kein Bericht i. S. § 13 Absatz 2 lit. d, § 16 Absatz 7 HeilM-RL oder § 11 Absatz 2 lit. c, § 15 Absatz 5 HeilM-RL ZÄ)

11. Zusätzlich erforderliche Angaben für einen finanziellen Ausgleich aufgrund der COVID-19-Pandemie

Die folgenden Angaben sind für die Prüfung, ob ein Anspruch auf Ausgleichszahlungen gem. Nr. 18 Teil B HVM besteht, erforderlich:

- Ich/Wir bestätige(n), dass ich/wir meinem/unserem Versorgungsauftrag in diesem Quartal nachgekommen bin/sind, soweit es mir/uns aufgrund der durch die Covid-19-Pandemie verursachten Umstände möglich war.
- Ich/Wir bestätige(n), dass der dieses Quartal aufgetretene Fallzahlrückgang aufgrund einer geringeren Patienteneinanspruchnahme Folge der Covid-19-Pandemie und nicht in meiner Person liegend begründet ist (z. B. zusätzlicher Urlaub, Krankheit). Ich/wir bestätigen ferner, dass keine nicht pandemiebedingte von mir/uns veranlasste Reduzierung der Praxiszeiten oder vorübergehende Praxisschließung stattgefunden hat.
- Ich/Wir habe(n) Entschädigungen nach dem Infektionsschutzgesetz oder finanzielle Hilfen aufgrund anderer Anspruchsgrundlagen (wie z.B. Soforthilfe bei der N-Bank, Kurzarbeitergeld, etc.) im Zusammenhang mit der Covid-19 Pandemie beantragt.

Ich/Wir haben folgende diesbezügliche Anträge gestellt:

Art des beantragten finanziellen Ausgleichs	Antrag bereits beschieden?	Finanzieller Ausgleich bewilligt?

Ich/Wir verpflichte(n) mich/uns, die KVN zeitnah über den Ausgang des/der Antragsverfahren(s) zu unterrichten.

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) TTMMJJJJ

(Unterschrift⁵ und Vertragsarztstempel²)

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

--

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

April 2021

Inhaltsverzeichnis

1. Abrechnung	3
1.1. Verlängerung der Regelungen zur Erbringung der Patientenschulungen im Rahmen der DMP/DSP Verträge während der Corona-Pandemie vom 1. April 2021 bis 30. Juni 2021	3
1.2. Beschluss des (Erweiterten) Bewertungsausschusses zur Vergütung für ärztliche Unterstützungsleistungen im Zusammenhang mit der ePA, Verlängerung und Erweiterung von Corona-Regelungen, Änderungen des EBM aufgrund der Fachinformation zu Lynparza und Digitale Gesundheitsanwendungen	4
1.3. Abrechnung nach dem bisherigen DSP-Strukturvertrag Primärkassen für AOK, SVLFG, Knappschaft und IKK classic bis 30. Juni 2021 weiterhin möglich	7
1.4. Neue Impfhonorare ab 1. Januar 2021 bzw. 1. April 2021	7
1.5. Neufassung des DMP-Vertrages KHK zum 1. April 2021	7
1.6. Von Krankenkassen ausgestellte Abrechnungsscheine gelten als vorläufige elektronische Gesundheitskarte (eGK).....	8
1.7. Bewertungsausschuss beschließt befristete Sonderregelung zur Datenübermittlung der oKFE-RL Dokumentationsdaten rückwirkend zum 1. Oktober 2020.....	9
2. Verordnungen	10
2.1. Tecentriq® (Atezolizumab) in weiteren Teilindikationen als Praxisbesonderheit anerkannt.....	10
2.2. Darzalex® (Daratumumab) in weiteren Teilindikationen als Praxisbesonderheit anerkannt.....	11
2.3. Veranlasste Leistungen: Bundesweite Sonderregelungen aufgrund der Coronavirus-Pandemie erneut verlängert	12
2.4. Gemeinsame Arbeitsgruppe Heilmittel - Patienteninformation zum Thema „Podologie“	14

2.5.	Änderungen der Anlage V der Arzneimittel-Richtlinie - Übersicht der verordnungsfähigen Medizinprodukte	15
3.	Allgemeine Hinweise	16
3.1.	Einzelfallentscheidung auf Grundlage der Coronavirus-Impfverordnung; Ausstellen von Attesten durch Vertragsärzte zur Erreichung einer höheren Priorisierung	16
3.2.	Sonderregelung zur telefonischen Krankschreibung bis zum 30. Juni 2021 verlängert	17
3.3.	Zweimalige Masernimpfung für bestimmte Personenkreise möglich	17
3.4.	DMP-Arztmanual neu aufgelegt	18
3.5.	Gesetzliche Unfallversicherung: Verlängerung der Hygienepauschale bis 30. Juni 2021	18
3.6.	Aktuelles zu den Vordrucken 39 und 40	18
3.7.	Merkblatt zu den DMP-Sonderregelungen aufgrund der COVID-19-Pandemie	19
3.8.	Plexus-Webinar zum Thema Multimedikation	19
4.	Veranstaltungen im Mai und Juni 2021	19
5.	Anlagenverzeichnis	20
5.1.	Podologie	20

1. Abrechnung

1.1. Verlängerung der Regelungen zur Erbringung der Patientenschulungen im Rahmen der DMP/DSP Verträge während der Corona-Pandemie vom 1. April 2021 bis 30. Juni 2021

Die mit den gesetzlichen Krankenkassen in Niedersachsen bis zum 31. März 2021 abgestimmten befristeten Regelungen zur digitalen Durchführung von Schulungen und Abrechnung von Einzelschulungen wurden für den Zeitraum vom 1. April 2021 bis 30. Juni 2021 verlängert.

Im Einzelnen bedeutet das:

- Patientenschulungen per Videoübertragung sind weiterhin möglich, wenn deren Durchführung zwingend medizinisch erforderlich ist und nach medizinischer Einschätzung des Arztes die Schulungen keinen Aufschub dulden.
- Schulungen die per Videoübertragung durchgeführt werden, müssen entsprechend ihrer Curricula dafür geeignet sein.
- Von den vertraglich vereinbarten Gruppengrößen kann abgewichen werden; Einzelschulungen sind, sofern vertraglich geregelt, weiterhin möglich.
- Eine telefonische Beratung stellt keine Patientenschulung dar.
- Bei Patientenschulungen per Videoübertragung sind ausschließlich von der KBV zertifizierte Videodienstleister unter Beachtung des Datenschutzes zu nutzen. Der Schulungsarzt erfüllt die technischen Anforderungen an die apparative Ausstattung der Praxis gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä (Anlage 1).
- Mit den bereits vertraglich vereinbarten Vergütungen je Unterrichtseinheit sind alle Kosten abgegolten. Die zeitgleiche Abrechnung als eine Videosprechstunde (gem. Anlage 31b BMV-Ä) oder telefonische Beratung (EBM 01435) ist daher ausgeschlossen.
- Der Schulungsnachweis ist auch bei einer per Videoübertragung durchgeführten Patientenschulung Voraussetzung für die Abrechnung. Auf die Unterschrift der Versicherten wird in diesen Fällen verzichtet. Der Schulungsarzt unterzeichnet den Schulungsnachweis an den Stellen, wo im Normalfall die Unterschrift der Versicherten vorgesehen ist und macht deutlich, dass die Unterzeichnung durch ihn aufgrund der Corona-Pandemie notwendig war.
- Die Quotierungsregelung für die individualisierten Interventionen bei den DMP-Verträgen Diabetes mellitus Typ 1 und 2 bleibt bestehen.

Einzelheiten

1.2. Beschluss des (Erweiterten) Bewertungsausschusses zur Vergütung für ärztliche Unterstützungsleistungen im Zusammenhang mit der ePA, Verlängerung und Erweiterung von Corona-Regelungen, Änderungen des EBM aufgrund der Fachinformation zu Lynparza und Digitale Gesundheitsanwendungen

Nachfolgend möchten wir Sie über die Beschlüsse des Bewertungsausschusses bzw. Erweiterten Bewertungsausschusses zur Änderung des EBM im Einzelnen informieren.

Vergütung für ärztliche Unterstützungsleistungen im Zusammenhang mit der ePA rückwirkend zum 1. Januar 2021

Rückwirkend zum 1. Januar 2021 werden die GOP 01431 und 01647 in den EBM aufgenommen. Ärzte und Psychotherapeuten können diese Leistungen abrechnen, wenn sie Tätigkeiten im Zusammenhang mit der ePA ihrer Patienten durchführen.

GOP 01647 (15 Punkte)

- Die GOP wird als Zusatzpauschale zu den Versicherten-, Grund- und Konsiliarpauschalen sowie den Leistungen des Abschnitts 1.7 (ausgenommen in-vitro-diagnostische Leistungen) vergütet.
- Sie beinhaltet insbesondere die Erfassung und/oder Verarbeitung und/oder Speicherung medizinischer Daten aus dem aktuellen Behandlungskontext in der ePA.
- Sie ist einmal im Behandlungsfall berechnungsfähig.
- Sie ist nicht berechnungsfähig, wenn im selben Behandlungsfall die Pauschale für die sektorübergreifende Erstbefüllung (10 Euro) abgerechnet wird.

GOP 01431 (3 Punkte)

- Die GOP wird als Zusatzpauschale zu den GOP 01430 (Verwaltungskomplex), 01435 (haus-/fachärztliche Bereitschaftspauschale) und 01820 (Rezepte, Überweisungen, Befundübermittlungen im Zusammenhang der Empfängnisregelung, Sterilisation, Schwangerschaftsabbruch) gezahlt.
- Sie umfasst Versorgungsszenarien mit ärztlichen Tätigkeiten im Zusammenhang mit der ePA, in dem keine Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale berechnet wird.
- Sie ist höchstens 4-mal im Arztfall berechnungsfähig, sie ist - mit Ausnahme der GOP 01430, 01435 und 01820 - im Arztfall nicht neben anderen Gebührenordnungspositionen und nicht mehrfach an demselben Tag berechnungsfähig.

Im Rahmen des Beschlusses wurde klargestellt, dass die Beratung zur ePA nicht Aufgabe der Vertragsärzte ist. Für die Erstbefüllung der ePA ist vom Gesetzgeber für das Jahr 2021 eine pauschale Vergütung von 10 Euro pro Akte vorgesehen. Diese Erstbefüllung soll sektorenübergreifend je Patient nur einmal durchgeführt und abgerechnet werden können. Hierzu ist eine gesonderte Vereinbarung zwischen KBV, GKV-

Zusatzpauschale

Spitzenverband, Kassenzahnärztlicher Bundesvereinigung und Deutscher Krankengesellschaft zu treffen. Die Beratungen zu dieser Vereinbarung sind jedoch momentan noch nicht abgeschlossen.

Die Vergütung der Leistungen nach den GOP 01431 und 01647 erfolgt außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung.

Corona-Regelungen

Mehrere Sonderregelungen, die aufgrund der Corona-Pandemie beschlossen wurden und bis zum 31. März 2021 befristet waren, sind um ein weiteres Quartal bis zum 30. Juni verlängert worden. Dazu zählen insbesondere die Regelungen zur Videosprechstunde, zur telefonischen Konsultation und zum Porto für Folgeverordnungen und Überweisungen.

Bis 30. Juni verlängert

Erweiterung von Corona-Regelungen

Unter Berücksichtigung der andauernden Infektionslagen und aufgrund von vermehrten Hinweisen aus der Versorgung sind folgende Erweiterungen von Corona-Regelungen beschlossen worden.

Rückwirkend zum 1. Januar 2021 gelten ebenfalls befristet bis zum 30. Juni 2021 folgende Regelungen:

- Telefonische Konsultation

Telefonische Konsultationen werden auch dann wie vorgesehen vergütet, wenn der Patient in demselben Quartal in die Praxis kommt oder den Arzt per Videosprechstunde konsultiert.

- Für Hausärzte / Kinder- und Jugendärzte heißt das, die Gebührenordnungsposition 01434 kann unabhängig vom Gesprächsbudget berechnet werden, und für die Fachgruppen der Kapitel 14, 16, 21, 22 und 23 heißt das, die Gebührenordnungsposition 01433 kann unabhängig von einem Punktzahlvolumen berechnet werden.
- Für Fachärzte heißt das, sie erhalten die telefonischen Gesprächsleistungen der GOP 01434 auch dann honoriert, wenn eine Grundpauschale der Kapitel 5 - 11, 13, 15, 18, 20, 26 oder 27 oder eine Konsiliarpauschale zur Abrechnung kommt.

Zuschläge zu den Chronikerpauschalen

Die Zuschläge zu den hausärztlichen Chronikerpauschalen (GOP 03221/04221) können jetzt auch bei mindestens einem persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt und zusätzlich einem Arzt-Patienten-Kontakt im Rahmen einer Videosprechstunde oder einem telefonischen Arzt-Patienten-Kontakt berechnet werden. Normalerweise sind mindestens zwei persönliche Arzt-Patienten-Kontakte im Quartal erforderlich, damit die Zuschläge berechnet werden können.

Änderung des EBM zum 1. April 2021 aufgrund der Fachinformation zu Lynparza

Die Anwendung von Lynparza (Wirkstoff Olaparib) wurde um die Indikationen Adenokarzinom des Pankreas und Prostatakarzinom unter jeweils spezifischen Anwendungsvoraussetzungen erweitert. Hierfür ist

eine Untersuchung auf eine BRCA1/2-Mutation in der Keimbahn erforderlich. Der Leistungsinhalt der GOP 11601 im Abschnitt 11.4.5 EBM wurde entsprechend erweitert.

Für das Anwendungsgebiet Prostatakarzinom kann diese Untersuchung auch im Tumorgewebe durchgeführt werden. Hierfür wird der Leistungsinhalt der GOP 19456 im Abschnitt 19.4.4 entsprechend erweitert.

Beschluss zu digitalen Gesundheitsanwendungen zum 1. Januar 2021

Der Beschluss betrifft das Ausstellen einer Erstverordnung sowie die mit „somnio“ - einer Webanwendung zur Behandlung von Ein- und Durchschlafstörungen - verbundenen Leistungen. Dazu werden rückwirkend zum 1. Januar 2021 die GOP 01470 und 01471 in den EBM aufgenommen.

Ausstellen einer Erstverordnung: GOP 01470 (18 Punkte)

- Diese GOP vergütet als Zusatzpauschale das Ausstellen einer Erstverordnung einer DiGA aus dem entsprechenden DiGA-Verzeichnis.
- Sie bildet die Besonderheiten der ärztlichen Verordnung in der Einführungsphase DiGA als neue Versorgungsform ab und ist deshalb befristet bis zum 31. Dezember 2022.
- Sie ist von Ärzten und Psychotherapeuten berechnungsfähig, die Patienten im Alter von mindestens 18 Jahren versorgen (Nutzungsbestimmung der DiGA).
- Sie kann auch abgerechnet werden, wenn die Verordnung in einer Videosprechstunde erfolgt.
- Sie ist einmal im Behandlungsfall berechnungsfähig; erfolgen bei einem Versicherten im Behandlungsfall mehrere Erstverordnungen, ist sie mit Angabe einer Begründung mehrmals berechnungsfähig.

In diesem Zusammenhang möchten wir zudem darauf hinweisen, dass mit der Bestimmung der EBM-Abrechnungsziffer zur Erstverordnung einer DiGA die Verordnung einer digitalen Gesundheitsanwendung auf Muster 16 erfolgt.

Web-Anwendung „somnio“: GOP 01471 (64 Punkte)

- Diese GOP vergütet als Zusatzpauschale die Verlaufskontrolle und die Auswertung der DiGA „somnio“.
- Sie ist von folgenden Fachgruppen berechnungsfähig und kann auch im Rahmen einer Videosprechstunde durchgeführt werden: Hausärzten, Gynäkologen, HNO-Ärzten, Kardiologen, Pneumologen, Lungenärzten, Internisten ohne Schwerpunkt sowie Fachärzten, die nach Kapitel 16, 21, 22 und 23 Leistungen berechnen dürfen.
- Sie ist einmal im Behandlungsfall berechnungsfähig.

Zusatzpauschale

Für die Versorgung mit der DiGA „velibra“ hatte das BfArM keine erforderlichen ärztlichen Leistungen bestimmt. Aus diesem Grund wurde für diese DiGA keine gesonderte Leistung in den EBM aufgenommen.

Die Vergütung der Leistung nach der GOP 01471 erfolgt außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung.

Die kompletten Beschlüsse können auf der Internetseite des Instituts des Bewertungsausschusses unter <http://Institut-BA.de/ba/Beschluesse.html> eingesehen werden. Darüber hinaus werden die Beschlüsse im Deutschen Ärzteblatt veröffentlicht.

1.3. Abrechnung nach dem bisherigen DSP-Strukturvertrag

Primärkassen für AOK, SVLFG, Knappschaft und IKK classic bis 30. Juni 2021 weiterhin möglich

Da die Verhandlungen über eine Anschlussvereinbarung noch nicht abgeschlossen werden konnten, wurde mit den betreffenden Krankenkassen vereinbart, dass bis zum 30. Juni 2021, die im bisherigen Strukturvertrag der Primärkassen enthaltenen Schulungen und Fußleistungen weiter abgerechnet werden können.

Eine Abrechnung der Strukturpauschalen nach den GOP 99100, 99100H, 99101 und 99101H ist nur bei eingeschriebenen Patienten möglich.

Behandlungsfälle auf der Grundlage des bisherigen DSP-Strukturvertrages der Primärkassen, sind in der Abrechnung weiterhin zwingend mit der GOP 99096 zu kennzeichnen.

Schulungen und Fußleistungen

GOPs

1.4. Neue Impfhonorare ab 1. Januar 2021 bzw. 1. April 2021

Die KVN hat mit den Verbänden der gesetzlichen Krankenkassen in Niedersachsen eine Anhebung der Impfhonorare vereinbaren können.

Die jeweiligen Impfvereinbarungen mit den aktuellen Vergütungen finden Sie in Kürze im KVN-Portal unter der Rubrik Verträge/Impfen/Impfvereinbarungen/Download.

Die überarbeiteten Impfübersichten mit den einzelnen Vergütungen und den KVN-internen Gebührenordnungspositionen finden Sie in Kürze im Internet unter der Rubrik Mitglieder/Abrechnung, Honorar und Verträge/KVN-interne GOP/Schutzimpfungen.

1.5. Neufassung des DMP-Vertrages KHK zum 1. April 2021

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat am 22. November 2019 die Anforderungen an das DMP KHK aktualisiert und die inhaltlichen Vorgaben zur Behandlung einer KHK im Hinblick auf neue wissenschaftliche Erkenntnisse überarbeitet. Mit den niedersächsischen Krankenkassen wurde der Richtlinienbeschluss nun mit Wirkung zum 1. April 2021 im DMP-Vertrag KHK entsprechend umgesetzt.

Wesentliche inhaltliche Änderungen

- Bei der lipidsenkenden Therapie soll eine leitliniengerechte Statintherapie durchgeführt werden, die entweder eine feste Hochdosistherapie (unabhängig vom LDL-Wert) oder eine Zielwertstrategie beinhaltet.
- Die Kriterien zur Einschreibung wurden durch das Vorliegen pathologischer Befunde in nicht invasiven Untersuchungsverfahren erweitert.
- Hinsichtlich der Therapieplanung wird die bisher vorgeschriebene jährliche Risikoabschätzung durch eine individuell festzusetzende Verlaufskontrolle ersetzt und die Empfehlungen zu den Kontrolluntersuchungen spezifiziert.
- Aufgrund der hohen Bedeutung von körperlichen Aktivitäten für den Krankheitsverlauf bei KHK wird allen Patienten die Teilnahme an Herzsportgruppen empfohlen.
- Die Qualitätsziele und Dokumentation wurden aufgrund der neuen Empfehlungen zur leitliniengerechten Statintherapie, zum körperlichen Training und zur Betablockertherapie nach Herzinfarkt angepasst.
- Zudem wird in den DMP-Anforderungen nun ausdrücklich auf KHK-relevante Patientenschulungen hingewiesen.

Neuaufnahme des Schulungsprogramms „Kardio-Fit“

Neben den o. g. genannten Anpassungen konnte mit den Krankenkassen die Aufnahme eines weiteren Schulungsprogramms verhandelt werden.

Das Schulungsprogramm „Kardio-Fit“ wurde mit einer Vergütung von 26 Euro je Unterrichtseinheit (GOP 99521), einem Zuschlag von 7,80 Euro bei Schulungsabschluss (GOP 99521Z) und dem Schulungsmaterial von 10 Euro (GOP 99521A) in den Vertrag aufgenommen.

Die aktuelle Lesefassung des Vertrages finden Sie in Kürze auf der Internetseite der KVN unter [www.kvn.de/Mitglieder/Qualität/DMP/DMP Koronare Herzkrankheit](http://www.kvn.de/Mitglieder/Qualität/DMP/DMP_Koronare_Herzkrankheit).

1.6. Von Krankenkassen ausgestellte Abrechnungsscheine gelten als vorläufige elektronische Gesundheitskarte (eGK)

Mit dem Gesetz für eine bessere Versorgung durch Digitalisierung und Innovation (Digitale-Versorgung-Gesetz - DVG) hat der Gesetzgeber ein Krankenversichertennummernverzeichnis (KVNR-VZ) eingeführt. Dieses Verzeichnis wird krankenkassenübergreifend seit dem 1. Januar 2021 geführt.

Hintergrund ist, dass eine Krankenversichertennummer (KVNR) zu keinem Zeitpunkt von mehr als einer Krankenkasse verwendet werden darf. Für eine neue eGK darf die KVNR erst dann genutzt werden, wenn keine parallele Nutzung bei einer anderen Krankenkasse festgestellt wurde.

KVNR-VZ

Wenn Versicherte ihre Krankenkasse wechseln, nehmen sie ihre bestehende KVNR mit. Solange diese Nummer aber bei der zuletzt gewählten Kasse noch als aktiv gemeldet ist, kann bei der neuen Krankenkasse keine neue eGK erstellt werden. Daher kommt es aktuell GKV-weit zu Verzögerungen bei der Erstellung neuer eGKs für die Versicherten.

Verzögerungen bei der Erstellung

Insbesondere die AOK Niedersachsen stellen Ihren Versicherten, die trotz Anmeldung noch keine eGK erhalten haben, einen Abrechnungsschein aus. Diese sind entsprechend §19 Abs. 2 BMV-Ä wie eine eGK zu behandeln. Versicherte, die eine neue Kasse gewählt haben, erhalten automatisch eine Woche vor Mitgliedschaftsbeginn einen Abrechnungsschein, falls bis dahin noch keine eGK erstellt wurde. Versicherte, die noch eine gültige eGK haben, können diese weiter nutzen bis eine neue zur Verfügung gestellt wird.

Wie eGK zu behandeln

Die Behandlungsfälle sind im Ersatzverfahren anzulegen. Die Abrechnungsscheine sind grundsätzlich mit der Quartalsabrechnung einzureichen. Aufgrund der Corona-Pandemie brauchen bis auf Weiteres allerdings die Behandlungsfälle ohne persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt (z. B. bei Abrechnung der GOP 01435 EBM) nicht in Papierform mit den Quartalsabrechnungen eingereicht werden. Diese Abrechnungsscheine sind in der Arztpraxis für vier Quartale aufzubewahren.

1.7. Bewertungsausschuss beschließt befristete Sonderregelung zur Datenübermittlung der oKFE-RL Dokumentationsdaten rückwirkend zum 1. Oktober 2020

Der Bewertungsausschuss hat eine befristete Sonderregelung bezüglich der elektronischen Übermittlung der Dokumentationsdaten gemäß der Richtlinie für organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme (oKFE-RL) beschlossen. Konkret geht es um die Fristen für die elektronische Übermittlung der Daten zur Programmbeurteilung.

Die Gebührenordnungspositionen, die im Zusammenhang mit der oKFE-RL für Darm- und Zervixkarzinom stehen, sind auch dann von Vertragsärzten und -ärztinnen berechnungsfähig, wenn die elektronische Übermittlung der Dokumentationsdaten für die Programmbeurteilung für das 4. Quartal des Jahres 2020 aus technischen Gründen nicht erfolgen konnte. Für das 1., 2., 3. und 4. Quartal des Jahres 2021 muss die elektronische Übermittlung der Dokumentationsdaten für die Programmbeurteilung entgegen Nr. 2.1 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM bis spätestens zum 28. Februar 2022 erfolgen.

Die Sonderregelung gilt somit befristet vom 1. Oktober 2020 bis 31. Dezember 2021 und somit für die o. g. fünf Quartale.

Der komplette Beschluss des Bewertungsausschusses wird auf der Internetseite des Instituts des Bewertungsausschusses unter: <http://Institut-BA.de/BA/Beschluesse.html> und im Deutschen Ärzteblatt veröffentlicht.

2. Verordnungen

2.1. Tecentriq® (Atezolizumab) in weiteren Teilindikationen als Praxisbesonderheit anerkannt

Tecentriq® (Wirkstoff Atezolizumab) wird nach einer Vereinbarung zwischen dem GKV-Spitzenverband und dem pharmazeutischen Unternehmer Roche ab dem 1. Dezember 2020 ab dem ersten Behandlungsfall als Praxisbesonderheit ausschließlich im Anwendungsgebiet mit einem Zusatznutzen laut G-BA-Beschlüssen vom 16. März 2018 und 2. April 2020 anerkannt:

(1) Anwendungsgebiet ES-SCLC (Extensive Stage Small Cell Lung Cancer):

ES-SCLC

- Kombinationstherapie mit Carboplatin und Etoposid bei erwachsenen Patienten mit kleinzelligem Lungenkarzinom im fortgeschrittenen Stadium (ES-SCLC); Erstlinienbehandlung. In diesem Anwendungsgebiet sah der G-BA einen Anhaltspunkt für einen geringen Zusatznutzen.

Von der Studie IMpower133 waren Patienten mit symptomatischen Hirnmetastasen ausgeschlossen. Für Patienten mit symptomatischen Hirnmetastasen liegen somit keine Daten vor.

Die Einleitung und Überwachung der Behandlung mit Atezolizumab darf nur durch in der Therapie von Patienten mit 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.

(2) Anwendungsgebiet TNBC (triple-negative breast cancer):

TNBC

- Kombinationstherapie mit nab-Paclitaxel bei erwachsenen Patienten mit nicht resezierbarem lokal fortgeschrittenen oder metastasierten triple-negativem Mammakarzinom (TNBC - triple-negative breast cancer), deren Tumore eine PD-L1-Expression \geq 1% aufweisen und die keine vorherige Chemotherapie zur Behandlung der metastasierten Erkrankung erhalten haben.

Der G-BA kam zu dem Ergebnis, dass ein Anhaltspunkt für einen nicht quantifizierbaren Zusatznutzen vorliegt.

Die Einleitung und Überwachung der Behandlung mit Atezolizumab darf nur durch in der Therapie von Patienten mit Mammakarzinom erfahrene Fachärzte für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie sowie Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe und weitere, an der Onkologie-Vereinbarung teilnehmende Ärzte anderer Fachgruppen erfolgen.

Die bestehenden Praxisbesonderheiten in den Anwendungsgebieten Urothelkarzinom und nicht-kleinzelliges Lungenkarzinom (NSCLC 2L) (siehe Rundschreiben Januar 2019) gelten weiterhin fort. Patientengruppen ohne belegten Zusatznutzen sind ausdrücklich nicht von dieser Praxisbesonderheit umfasst.

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.

Entsprechend der Anforderungen an die Aktivitäten zur Risikominimierung im EPAR (European Public Assessment Report) muss vom pharmazeutischen Unternehmer folgendes Informationsmaterial zu Atezolizumab zur Verfügung gestellt werden:

- Schulungsmaterial für Angehörige von Gesundheitsberufen
- Patientenpass

Das Schulungsmaterial 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: „Praxisbesonderheit“.

Bestehende Praxisbesonderheiten

2.2. Darzalex® (Daratumumab) in weiteren Teilindikationen als Praxisbesonderheit anerkannt

Darzalex® (Wirkstoff Daratumumab) wird als Kombinationstherapie ab dem 19. November 2020 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, 22. März 2019 und 20. August 2020 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.

- Darzalex® ist indiziert in Kombination mit Lenalidomid und Dexamethason oder 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 sah einen Anhaltspunkt für einen geringen Zusatznutzen

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

Der G-BA stellte fest, dass ein Anhaltspunkt für einen nicht quantifizierbaren Zusatznutzen vorliegt.

Diese Praxisbesonderheit ersetzt die Praxisbesonderheit zu Darzalex® vom 1. Oktober 2019 (siehe KVN-Rundschreiben vom November 2019).

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.

Nicht umfasst

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.

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.

Zudem sind die Vorgaben der Fachinformation zu berücksichtigen. Die Anerkennung als Praxisbesonderheit besteht, sobald und solange Jansen-Cilag Darzalex® 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. Veranlasste Leistungen: Bundesweite Sonderregelungen aufgrund der Coronavirus-Pandemie erneut verlängert

Die vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) festgelegten Sonderregelungen im Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie werden bis zum 30. Juni 2021 bzw. 30. September 2021 verlängert.

Folgende Sonderregelungen sind an die Dauer der Feststellung einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite durch den Bundestag geknüpft (aktuell: 30. Juni 2021) und bleiben wie zuvor bestehen:

Krankentransporte bei COVID-19 oder Quarantäne ohne Genehmigung möglich

- Krankentransporte von nachweislich an COVID-19-Erkrankten zu einer nicht aufschiebbaren und zwingend notwendigen ambulanten Behandlung müssen vor Beginn der Fahrt nicht zuerst der Krankenkasse zur Genehmigung vorgelegt werden. Dies gilt auch bei Krankentransportfahrten für GKV-Versicherte, die unter einer behördlich angeordneten Quarantäne stehen.

Verordnungen im Entlassmanagement für bis zu 14 Tage

- Der Zeitraum, für den Krankenhäuser nach Entlassung aus dem Krankenhaus zum Übergang in die ambulante Versorgung Leistungen verordnen und Bescheinigungen ausstellen können, wurde auf 14 Tage erweitert.
Dies betrifft folgende Leistungen:
 - Häusliche Krankenpflege
 - Heilmittel (Die 12-Kalendertage-Frist, bis zu der die vom Krankenhaus verordnete Heilmittelbehandlung abgeschlossen sein muss, wird auf eine 21-Kalendertage-Frist erweitert.)
 - Hilfsmittel
 - Soziotherapie
 - Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV)
- Bei der Verordnung von Arzneimitteln ist die Begrenzung auf eine Packung mit dem kleinsten Packungsgrößenkennzeichen ausgesetzt. Blutzuckerteststreifen und Verbandmittel dürfen für den Bedarf von bis zu 14 Tagen verordnet werden. Die Einlösefrist wurde auf sechs Werktage verlängert.

Folgende Regelungen gelten bis zum 30. September 2021:

Verordnungen nach telefonischer Anamnese

- Das Ausstellen von Arzneimittelrezepten ist auch nach telefonischer Anamnese möglich. Voraussetzung ist, dass der behandelnde Arzt sich nach persönlicher Einschätzung vom Zustand der Versicherten durch eingehende Befragung überzeugen konnte. Das Rezept kann wie bisher postalisch übermittelt werden.
- Nach telefonischer Anamnese können zudem Folgeverordnungen von Heil- und Hilfsmitteln ausgestellt und per Post zugesandt werden. Voraussetzung ist, dass bereits zuvor aufgrund derselben Erkrankung eine unmittelbare persönliche Untersuchung durch den verordnenden Vertragsarzt erfolgt ist. Diese Regelung gilt für alle Hilfsmittel zum Verbrauch sowie Zubehör und Ersatzbeschaffung, Verordnungen über Seh- und Hörhilfen sind ausgeschlossen.

Blieben bestehen

Folgeverordnungen per Post

- Die Regelung gilt ebenso für die Folgeverordnung von Häuslicher Krankenpflege sowie die Verordnung von Krankenbeförderung.

Verlängerte Frist zur Vorlage von Verordnungen

- Die Frist zur Vorlage von Verordnungen von häuslicher Krankenpflege, spezialisierter ambulanter Palliativversorgung sowie Sozialtherapie bei der Krankenkasse beträgt zehn Tage statt drei Tage.

Regelungen zu Folgeverordnungen im Bereich der häuslichen Krankenpflege

- Im Bereich der häuslichen Krankenpflege können Folgeverordnungen für bis zu 14 Tage rückwirkend erfolgen. Die Begründung der Notwendigkeit bei einer längerfristigen Folgeverordnung von häuslicher Krankenpflege und die 3-Tages-Frist zur Ausstellung der Folgeverordnung entfallen.

Häusliche Kranken-
pflege

Videobehandlung bei bestimmten veranlassten Leistungen möglich

- Folgende Leistungen können per Video durchgeführt werden, sofern der Patient zustimmt und die Behandlung datenschutzkonform erfolgt:
 - Psychiatrische häusliche Krankenpflege (pHKP)
 - Sozialtherapie
 - Heilmittel
- Die Videobehandlung im Bereich der pHKP und der Sozialtherapie kann insbesondere dann erfolgen, um eine Krisensituation zu vermeiden, bei deren Bewältigung zu unterstützen oder wenn mit einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes aufgrund der Leistungsunterbrechung zu rechnen ist.
- Im Bereich der Heilmittel ist die Videotherapie zulässig bei Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie, Ergotherapie, Ernährungstherapie sowie bestimmten Arten der Physiotherapie.

Gültigkeit von Heilmittelverordnungen

- Wird die Behandlung länger als 14 Kalendertage unterbrochen, so behält die Verordnung dennoch ihre Gültigkeit.

2.4. Gemeinsame Arbeitsgruppe Heilmittel - Patienteninformation zum Thema „Podologie“

Im Anhang finden Sie ein Informationsschreiben der AG GKV/KVN Heilmittel zum Thema „Podologie“. Das Schreiben beinhaltet alle wichtigen Informationen rund um die Verordnung der podologischen Therapie und ist zur Weitergabe an den Patienten bestimmt.

Diese sowie weitere Veröffentlichungen der AG GKV/KVN Heilmittel finden Sie im Internet unter: www.kvn.de/Mitglieder/Verordnungen/Heilmittel/Veroeffentlichungen.html

Anlage 5.1: Podologie

2.5. 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
Ampuwa® Spüllösung	- Zur Anfeuchtung von Tamponaden und Verbänden, - Zur Atemluftbefeuchtung nur zur Anwendung in geschlossenen Systemen in medizinisch notwendigen Fällen; jeweils in einer Menge, die ausschließlich für die einmalige Anwendung geeignet ist.	26. Mai 2024
NaCl 0,9 % Fresenius Kabi	Zur internen und externen Anwendung wie Perfusion des extracorporalen Systems bei der Hämodialyse, postoperative Blasenspülung bei allen urologischen Eingriffen, Spülungen im Magen-Darmtrakt und von Fisteln und Drainagen. Auch zur Wundbehandlung und zum Befeuchten von Tüchern und Verbänden; jeweils in einer Menge, die ausschließlich für die einmalige Anwendung geeignet ist.	26. Mai 2024
polysol®	Zur Irrigation im Rahmen extraokulärer und intraokulärer Eingriffe.	26. Mai 2024
polyvisc® 2,0 %	Zur Anwendung als Operationshilfe in der Ophthalmochirurgie des vorderen Augenabschnittes.	04. April 2024
Ringer Fresenius Spüllösung	- Zum Freispülen des Operationsgebietes und zum Feuchthalten des Gewebes, - zur Wundspülung bei äußeren Traumen und Verbrennungen, - zur Spülung bei diagnostischen Untersuchungen; - zum Befeuchten von Wunden und Verbänden jeweils in einer Menge, die ausschließlich für die einmalige Anwendung geeignet ist.	26. Mai 2024
Sentol®	Zur Irrigation im Rahmen extraokulärer und intraokulärer Eingriffe.	26. Mai 2024

Medizinprodukte

Zudem wurde der Eintrag für PädiaSalin® 6 % zur Klarstellung des medizinisch notwendigen Falls überarbeitet:

Produktbezeichnung	Medizinisch notwendige Fälle	Befristung der Verordnungsfähigkeit
PädiaSalin® 6 %	Zur symptomatischen Inhalationsbehandlung der Mukoviszidose für Patienten ab dem vollendeten 6. Lebensjahr.	29. Juli 2021

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

3. Allgemeine Hinweise

3.1. Einzelfallentscheidung auf Grundlage der Coronavirus-Impfverordnung; Ausstellen von Attesten durch Vertragsärzte zur Erreichung einer höheren Priorisierung

Die Coronavirus-Impfverordnung legt fest, welche Personen mit medizinischer Indikation prioritär zu impfen sind. Da nicht alle Krankheitsbilder oder Impfindikationen in der Verordnung genannt werden konnten, besteht daneben ausdrücklich die Möglichkeit einer Einzelfallentscheidung nach individueller ärztlicher Beurteilung. Konkret ist in der Coronavirus-Impfverordnung geregelt, dass auch Personen mit hoher oder erhöhter Priorität einen Anspruch auf Schutzimpfung haben, bei denen nach individueller ärztlicher Beurteilung aufgrund besonderer Umstände im Einzelfall ein erhöhtes Risiko für einen schweren oder tödlichen Krankheitsverlauf nach einer Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 besteht. Dies betrifft zum Beispiel Personen mit seltenen oder schweren Vorerkrankungen oder auch schweren Behinderungen, für die bisher keine ausreichende wissenschaftliche Evidenz bzgl. des Verlaufes einer COVID-19-Erkrankung vorliegt, für die aber ein hohes bzw. erhöhtes Risiko angenommen werden kann. Auch gilt dies für Personen, die zu einem späteren Zeitpunkt nicht mehr oder nicht mehr gleich wirksam geimpft werden können (z. B. wegen einer unmittelbar bevorstehenden Chemotherapie), aber auch wenn berufliche Tätigkeiten bzw. Lebensumstände mit einem nachvollziehbaren, unvermeidbaren sehr hohen Infektionsrisiko einhergehen. Damit haben Sie direkt die Möglichkeit eine entsprechende Bescheinigung für Ihre Patienten auszustellen, sofern einer Ihrer Patienten dafür in Frage kommt. Die Zusammenstellung von Befundunterlagen für eine externe Kommission entfällt.

Denn auf der Grundlage der Coronavirus-Impfverordnung ist die KVN als zuständige Stelle durch das Land Niedersachsen beauftragt worden, ärztliche Zeugnisse über das Vorliegen eines erhöhten Risikos für einen schweren oder tödlichen Krankheitsverlauf nach einer Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 im Einzelfall auszustellen, die den Patienten in eine höhere Prioritätsstufe einordnet. In der Folge sind Sie durch diese Mitteilung als Vertragsärzte und -ärztinnen gemäß §3 Abs. 5 der Satzung der KVN verpflichtet, nach den Maßgaben der Coronavirus-Impfverordnung sowie des zwischen dem Land Niedersachsen und der KVN geschlossenen Vertrages ärztliche Zeugnisse zur Erreichung einer höheren Priorisierung Ihren berechtigten Patienten auszustellen. Der Vertrag sieht eine Vergütung von 37,50 Euro für das Ausstellen des ärztlichen Zeugnisses vor. Der Vertrag sieht auch vor, dass die der Entscheidung zugrundeliegenden Befundunterlagen in der Praxis aufzubewahren und auf Verlangen vorzulegen sind.

Wir bitten bei der Bewertung zu beachten, dass nach §3 des Vertrages die Ausstellung des ärztlichen Zeugnisses nur erfolgen darf, wenn bei der impfwilligen Person aufgrund ihres Gesundheitszustandes, einschließlich des besonderen Schweregrades einer Erkrankung oder einer Behinderung oder des Vorliegens weiterer Erkrankungen ein mindestens erhöhtes Risiko für einen schweren oder tödlichen Krankheitsver-

Einzelfallentscheidung
nach individueller ärztlicher
Beurteilung

lauf bei einer Infizierung mit SARS-CoV-2 besteht und bei ihr eine besondere Konstellation vorliegt, die zu einem erhöhten Infektionsrisiko führt. Die Informationen zur Abrechnung der Leistung sowie die einschlägigen Formulare finden Sie im KVN-Portal unter der Kachel „Informationen und Anträge rund um SARS-CoV-2“.

3.2. Sonderregelung zur telefonischen Krankschreibung bis zum 30. Juni 2021 verlängert

Angesichts der anhaltend hohen Infektionszahlen in der Corona-Pandemie hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) die Sonderregelung zur telefonischen Feststellung der Arbeitsunfähigkeit bis zum 30. Juni 2021 verlängert. Damit kann Patienten bei Erkrankungen der oberen Atemwege mit leichter Symptomatik nach telefonischer Anamnese eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (Muster 1) für bis zu sieben Kalendertage ausgestellt werden. Zudem ist eine Verlängerung für weitere sieben Kalendertage nach telefonischer Anamnese einmalig möglich. Die Regelung gilt für bekannte und unbekannte Patienten. Auch die Ausstellung einer „Ärztlichen Bescheinigung für den Bezug von Krankengeld bei der Erkrankung eines Kindes“ gemäß Muster 21 ist weiterhin telefonisch möglich.

Ärzte müssen sich durch eine eingehende telefonische Befragung persönlich vom Gesundheitszustand der Versicherten überzeugen und prüfen, ob gegebenenfalls doch eine körperliche Untersuchung notwendig ist.

Wichtig

3.3. Zweimalige Masernimpfung für bestimmte Personenkreise möglich

Die Schutzimpfungs-Richtlinie sieht für nach 1970 geborene Personen über 18 Jahren, die ungeimpft sind, in der Kindheit nur einmal geimpft wurden oder einen unklaren Impfstatus haben, eine einmalige Masernschutzimpfung vor.

Daneben haben durch die zum 8. März 2021 in Kraft getretene „Verordnung zum Anspruch auf Schutzimpfungen gegen Influenza und Masern“ folgende Personen, die nach dem 31. Dezember 1970 geboren wurden und das 18. Lebensjahr vollendet haben

- und in einer Einrichtung zur gemeinschaftlichen Unterbringung von Asylbewerbern, vollziehbar Ausreisepflichtigen, Flüchtlingen und Spätaussiedlern untergebracht sind oder
- in Kindertageseinrichtungen bzw. Kinderhorten, erlaubnispflichtigen Einrichtungen der Kindertagespflege nach § 43 Absatz 1 SGB VIII, Schulen und sonstigen Ausbildungseinrichtungen sowie Heimen betreut werden

einen Anspruch auf eine zweite Schutzimpfung gegen Masern.

Die Impfung sollte mit einem Kombinationsimpfstoff (MMR+V oder MMRV) erfolgen.

Folgende Personen haben Anspruch

3.4. DMP-Arztmanual neu aufgelegt

Der Wegweiser durch die strukturierten Behandlungsprogramme wurde aktualisiert und insbesondere um die zum 1. April 2021 neu hinzugekommene indikationsübergreifende Teilnahme- und Einwilligungserklärung (TE/EWE) ergänzt.

Das DMP-Arztmanual dient als Arbeitshilfe zur Umsetzung der organisatorisch-administrativen Tätigkeiten im Rahmen der DMP. Es enthält grundlegende Informationen zum Teilnahmeverfahren, zum Einschreibevorgang, zur Behandlung nach der Einschreibung und zur Datenübermittlung.

Sie finden das DMP-Arztmanual in Kürze auf der Internetseite der KVN (www.kvn.de) unter der Rubrik Mitglieder/Qualität/DMP. Das Manual ist bei jedem DMP unter den weiteren Downloads als Wegweiser 2 abrufbar.

3.5. Gesetzliche Unfallversicherung: Verlängerung der Hygienepauschale bis 30. Juni 2021

Dabei geht es um die vereinbarte Hygienepauschale, mit der sich die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung an den Mehraufwendungen für Infektionsschutz während der COVID-19-Pandemie beteiligen.

Die Gewährung der Pauschale für Durchgangsärztinnen und Durchgangsärzte wird bis 30. Juni 2021 verlängert.

Der Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger ist auf der Internetseite der KBV unter www.kbv.de/html/uv.php zu finden.

3.6. Aktuelles zu den Vordrucken 39 und 40

Wir möchten Sie über eine Klarstellung in den Vordruckerläuterungen zu Muster 39 Krebsfrüherkennung Zervix-Karzinom und die Abschaffung des Dokumentationsvordrucks 40 für Krebsfrüherkennungsuntersuchungen bei Männern informieren.

Muster 39 Krebsfrüherkennung Zervix-Karzinom

Aufgrund vermehrter Nachfragen zur Übermittlung der zytologischen Befunde zur Krebsfrüherkennung Zervix-Karzinom wird in die Erläuterung zu Punkt 7 „Zytologischer Befund/Kombinationsfund“ aufgenommen, dass dort die Untersuchungsnummer des zytologischen Befundes eingetragen werden soll, wenn dem beauftragenden Gynäkologen kein separater Befund zugeht, auf dem diese Nummer ersichtlich ist. Auf dem Muster 39 selbst ändert sich nichts.

Muster 40 Krebsfrüherkennungsuntersuchungen Männer

Der Dokumentationsvordruck wurde zum 1. April 2021 abgeschafft. Hintergrund ist, dass die Nutzung des Musters 40 in der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie (KFERL) nicht mehr vorgeschrieben ist. Die Dokumentation der Untersuchungsergebnisse erfolgt entsprechend §26 KFE-RL in der Patientenakte.

Untersuchungsnummer
eintragen

3.7. Merkblatt zu den DMP-Sonderregelungen aufgrund der COVID-19-Pandemie

Ein überarbeitetes Merkblatt zur Erstellung von DMP-Dokumentationen und Durchführung von Patientenschulungen während der COVID-19 - Pandemie ist verfügbar. Sie finden es auf unserer Internetseite unter der Rubrik:

- Mitglieder - Qualität - DMP - DMP Merkblätter/Allgemeine Informationen.

3.8. Plexus-Webinar zum Thema Multimedikation

Die KVN Online-Fortbildungsplattform „plexus“ bietet neben Online-Modulen nun auch Webinare an.

Am Mittwoch den 5. Mai 2021 findet von 15 bis 16 Uhr ein Webinar zum Thema „Multimedikation“ statt. Die Referentin Frau Prof. Dr. med. Petra Thürmann ist stellvertretende Ärztliche Direktorin des Helios Universitätsklinikums Wuppertal und Inhaberin des Lehrstuhls für Klinische Pharmakologie der Universität Witten-Herdecke. In dem Webinar geht sie insbesondere auf klinisch relevante Interaktionen sowie die Nierenfunktion ein und gibt praktische Hinweise zum deprescribing.

Das Webinar richtet sich primär an niedergelassene Ärzte. Teilnahmeberechtigt sind ausschließlich niedergelassene Ärzte und MFA aus Niedersachsen. Die Teilnahme ist kostenlos und eine CME-Zertifizierung ist vorgesehen. Eine Einladung erhalten Sie im plexus-Newsletter, für den Sie sich per Mail an kvn-team@plexus.de anmelden können.

Weitere Informationen zu „plexus“ erhalten Sie unter www.kvn.de/Mitglieder/Fortbildung/plexus Ärzte bzw. plexus MFA.

5. Mai 2021

4. Veranstaltungen im Mai und Juni 2021

Wichtig: Aufgrund der aktuellen Corona-Situation hat sich die KVN dazu entschlossen, dass weiterhin **bis einschließlich 30. Juni 2021 keine Präsenzveranstaltungen** stattfinden. Wir bieten Ihnen für einzelne Präsenzveranstaltungen untenstehende WebSeminare an. 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.
Praxisorganisation und Praxisführung	WebSeminar	05.Mai	59 Euro

Sicher und digital kommunizieren - die neuen KIM-Dienste der TI	WebSeminar	12.Mai	kostenlos
Praxis Check-up	WebSeminar	19.Mai	59 Euro
Das Telefon - Die Visitenkarte der Praxis	WebSeminar	19.Mai	40 Euro
Honorarbescheid lesen und verstehen	WebSeminar	19.Mai	kostenlos
Neue PraxismitarbeiterIn professionell einarbeiten	WebSeminar	29.Mai	59 Euro
Kurze Wartezeiten - Gutes Terminsystem	WebSeminar	02.Jun	59 Euro
Professionelle Praxisorganisation	WebSeminar	02.Jun	40 Euro
Praxisoptimierung durch Patienten- und Mitarbeiterfeedback	WebSeminar	05.Jun	59 Euro
Meine eigene Praxis - Impulse für den Start	WebSeminar	08.Jun	kostenlos
Fit am Empfang - So heißen Sie Ihre Patienten willkommen	WebSeminar	09.Jun	59 Euro
Meine Zukunft planen - Impulse für die Praxisabgabe	WebSeminar	16.Jun	kostenlos
Moderne Wundversorgung	WebSeminar	16.Jun	kostenlos
Hygiene in der Arztpraxis	WebSeminar	17.Jun	59 Euro
QEP®-Intensivkurs (2-tägig)	WebSeminar	18.Jun	115 Euro
Management für komplexe Praxisstrukturen (2-tägig)	WebSeminar	18.Jun	115 Euro
Sicher und digital kommunizieren - die neuen KIM-Dienste der TI	WebSeminar	23.Jun	kostenlos
Medizinprodukte-Aufbereitung Workshop Teil 2	WebSeminar	23.Jun	59 Euro
Personalführung für PraxisinhaberIN	WebSeminar	26.Jun	59 Euro

5. Anlagenverzeichnis

5.1. Podologie



SVLFG
Sozialversicherung
für Landwirtschaft,
Forsten und Gartenbau



Patienteninformation zur Podologie

Liebe Patientin, lieber Patient,

Maßnahmen der podologischen Therapie (auch gerne als „Fußpflege“ oder „Heilkunde am Fuß“ bezeichnet) kann ein Arzt nur unter bestimmten Voraussetzungen verordnen. Deshalb möchten wir Ihnen einige Hinweise für eine erfolgreiche Behandlung an die Hand geben.

Was ist der Unterschied zwischen Podologie und kosmetischer Fußpflege?

Kosmetische Fußpflege ist die Ausübung der pflegerischen und kosmetischen (vor allem optischen) Maßnahmen am gesunden Fuß. Medizinische Fußpflege (Podologie) hingegen ist die vorbeugende, therapeutische und rehabilitative Behandlung am von Schädigungen bedrohten oder geschädigten Fuß.

Wann darf mein Arzt mir Podologie verordnen?

Ihr Arzt darf die podologische Therapie verordnen, wenn Sie an einem diagnostizierten diabetischen Fußsyndrom mit Gefühls- und/oder Durchblutungsstörungen (Wagner-Stadium 0) leiden. **Neu:** Im Juli 2020 wurden die Indikationen erweitert. Patienten mit Neuropathien oder einem Querschnittssyndrom können jetzt auch podologische Therapie in Anspruch nehmen. Eine Vergleichbarkeit zum diabetischen Fußsyndrom, wie beispielsweise nachweisbare Gefühlsstörungen, herabgesetztes Schmerzempfinden, trophische Störungen, muss vorliegen.

Wie oft darf mir der Arzt Podologie verordnen?

Je Rezept darf Ihnen Ihr Arzt maximal 6 podologische Behandlungen verordnen. Der Abstand zwischen den einzelnen Behandlungen sollte zwischen 4 und 6 Wochen betragen, darf jedoch bei medizinischer Notwendigkeit und unter Berücksichtigung des individuellen Gesundheitszustandes des Patienten davon abweichen.

Wie lange kann ich mein Rezept für Podologie einlösen?

Das Rezept ist ab Ausstellungsdatum 28 Tage gültig. Innerhalb dieses Zeitraums muss der Therapeut (Podologe) mit der Behandlung beginnen. Ist ein dringlicher Behandlungsbedarf ratsam, muss innerhalb von 14 Tagen nach Ausstellung des Rezeptes mit der Behandlung begonnen werden.

Wie viel muss ich zuzahlen?

Ab dem 18. Lebensjahr muss jeder Versicherte eine gesetzliche Zuzahlung von 10 Euro pro Rezept leisten sowie zusätzlich 10 Prozent der Behandlungskosten. Sind Sie von der Zuzahlung befreit, so entfällt Ihr Eigenanteil.



Welche Maßnahmen der Podologie gibt es?

Maßnahmen	
1	Hornhautabtragung: Die Abtragung von verdickter Hornhaut
2	Nagelbearbeitung: Die verletzungsfreie Beseitigung von abnormen Nagelbildungen
3	Bei medizinischer Notwendigkeit kann Ihr Arzt eine Komplexbehandlung verordnen, diese beinhaltet dann gleichzeitige Hornhautabtragung und Nagelbearbeitung.

Warum verordnet mir der Arzt keine Komplexbehandlung?

Eine Komplexbehandlung ist nicht immer erforderlich. Je nach medizinischem Befund kann auch eine Hornhautabtragung oder eine Nagelbearbeitung angezeigt und ausreichend sein.

Ist eine Verordnung für einen Hausbesuch möglich?

Wenn die medizinische Notwendigkeit gegeben ist, kann ein Hausbesuch verordnet werden. Die Therapie in Ihrer Wohnung kann qualitativ jedoch nicht mit der in einer zugelassenen Praxis gleichgesetzt werden. Es stehen weder alle erforderlichen Hilfsmittel zur Verfügung noch sind die hygienischen Bedingungen vergleichbar.

Wie kann ich die Therapie unterstützen?

- Beachten Sie die Anweisungen Ihres Podologen
- Suchen Sie bei Auffälligkeiten dringend Ihren Arzt auf
- Tun Sie Ihren Füßen etwas Gutes (z. B. pH-neutrale Creme, medizinische Fußbäder)
- Schützen Sie Ihre Füße durch passendes, festes Schuhwerk

Hinweis:

Die Verwendung der männlichen Form soll den Lesefluss erleichtern.

Die Angaben in diesem Infoblatt beziehen sich aber immer auf alle Geschlechter.



KVN

Kassenärztliche Vereinigung
Niedersachsen

Informationen für die Praxis

KVN-Rundschreiben

März 2021

Inhaltsverzeichnis

1. Abrechnung	3
1.1. Abgabetermin Quartalsabrechnung 1/2021	3
1.2. Amtliche Mitteilung der KVN zum HVM für das 2. Quartal 2021 für alle dem RLV unterliegenden Arztgruppen des haus- und fachärztlichen Versorgungsbereichs	4
1.3. Amtliche Mitteilung der KVN zum HVM Teil B Nr. 16.1 und 16.2 für das 2. Quartal 2021 - Fachgruppendurchschnittswerte für Laborindividualbudgets.....	4
1.4. Mitteilung der fachgruppendurchschnittlichen Obergrenze für Kontrastmittel für das Quartal 2/2021 .	4
1.5. Bewertungsausschuss führt neue GOP zur Anwendung der Arzneimittel Piqray und Hepcludex in den EBM ein.....	4
1.6. Änderung der TI-Finanzierungsvereinbarung (Anlage 32 BMV-Ä) - Anpassung bestehender Pauschalen sowie Einführung neuer Pauschalen	6
1.7. Hinweise zur Abrechnung der Fax- und Portokostenpauschalen.....	7
1.8. Informationen zur Abrechnung der Ausstellung und des Versandes eines Zeugnisses im Kontext der Coronavirus-Impfverordnung (CoronalmpfV)	7
1.9. Informationen zur Abrechnung von Leistungen nach Coronavirus-Testverordnung (TestV)	8
2. Verordnungen.....	9
2.1. Änderung der Schutzimpfungs-Richtlinie - Influenza-Impfempfehlung für ältere Personen ab 60 Jahren	9
2.2. Lipidsenker - Änderung der Anlage III (Verordnungseinschränkungen und -ausschlüsse) der Arzneimittel-Richtlinie.....	10
2.3. Pneumokokken-Impfstoff Pneumovax® 23 mit chinesischer Beschriftung verfügbar	11

2.4.	Gemeinsame Arbeitsgruppe Arzneimittel - Rezept-Info zum Thema „Entlassung aus der Verschreibungspflicht“	11
2.5.	Korrektur der Diagnoseliste besonderer Verordnungsbedarf / langfristiger Heilmittelbedarf unter Q66.0 und Q68.0	12
2.6.	Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) - weiterhin keine Einigung über EBM-Abrechnungsziffern	12
3.	Allgemeine Hinweise	13
3.1.	Vereinbarung über die Durchführung berufsbedingter Impfungen mit der AOK Niedersachsen	13
3.2.	Screening auf Hepatitis B und C wird neuer Bestandteil der Gesundheits-Richtlinie	13
3.3.	Gesetzliche Unfallversicherung: Präzisierung der Abrechnungsmöglichkeiten nach Nr. 5255 UV-GOÄ ab 1. Januar 2021	14
3.4.	AOK Niedersachsen: Integrierte Versorgung „AOK Junior“ beendet.....	15
3.5.	AOK Niedersachsen Hausarztzentrierte Versorgung im KVN-Bezirk Braunschweig: „Delegation - Wechsel transurethraler Dauerkatheter“ ab April 2021	15
3.6.	DAK-Gesundheit - Besondere Versorgung „Willkommen Baby!“: Neue Formulare.....	15
4.	Veranstaltungen im April und Mai 2021	16
5.	Anlagenverzeichnis.....	16
5.1.	Amtliche Mitteilung zum HVM Teil B Nr. 16.1 und 16.2.....	16
5.2.	Rezept-Info	16

1. Abrechnung

1.1. Abgabetermin Quartalsabrechnung 1/2021

Der Abgabetermin für die Abrechnung des 1. Quartals 2021 ist der 10. Kalendertag des nachfolgenden Quartals und somit der 10. April 2021.

10. April 2021

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, dreiseitigen Sammelerklärung vollständig ausgefüllt, mit Unterschrift und dem Vertragsarztstempel versehen, einzureichen. Das Muster kann auch im KVN-Portal unter Abrechnung/Abrechnungscener/ Informationen zur Quartalsabrechnung/Downloads ausgedruckt werden;
- die abzugebenden Behandlungsausweise (sortiert nach der Liste: KBV-Prüfmodul Abgabe Behandlungsausweise) einzureichen;
Ausnahmen: Die im Ersatzverfahren angelegten Behandlungsfälle ohne persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt (s. Rundschreiben November 2020) sowie Abrechnung von Behandlungsfällen mit Lehrkräfte-Testungen bezügl. Coronavirus über die Pseudo-VKNR. 17810 sind mit den Quartalsabrechnungen nicht einzureichen.
- abhängig von Ihren erbrachten Leistungen: Früherkennungskoloskopie, Hautkrebscreening, Daten gem. der QS-Richtlinie Dialyse rechtzeitig online zu dokumentieren und zu übertragen;
- ggf. zusätzliche Unterlagen einzureichen:
Sachkostenbelege / Rechnungen,
Behandlungsplan zur künstlichen Befruchtung Muster 70/70A,
Mitteilungen der Praxis zur eingereichten Abrechnung (Beispiel: Pat. Y ist zu löschen, da jetzt BG-Fall).

Dreiseitige Sammelerklärung

Ausnahmen

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. Amtliche Mitteilung der KVN zum HVM für das 2. Quartal 2021 für alle dem RLV unterliegenden Arztgruppen des haus- und fachärztlichen Versorgungsbereichs

Die für 2/2021 geltenden RLV-/QZV-Mindestfallwerte sowie die Fallzahlgrenzen für die Fallwertminderung finden Sie unter https://www.kvn.de/Mitglieder/Abrechnung_+Honorar+und+Vertrag/Honorarverteilung.html

Eine Fallzahlzuwachsbeschränkung (FZZB) erfolgt gemäß HVM Teil B Nr. 18.6 für das 2. Quartal 2021 nicht.

1.3. Amtliche Mitteilung der KVN zum HVM Teil B Nr. 16.1 und 16.2 für das 2. Quartal 2021 - Fachgruppendurchschnittswerte für Laborindividualbudgets

Die für das 2. Quartal 2021 geltenden Fachgruppendurchschnittswerte für Laborindividualbudgets entnehmen Sie bitte der Anlage 5.1 zu diesem Rundschreiben. Zusätzlich sind diese Daten auch bereits seit dem 26. Februar 2021 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 2/2021

Gemäß der Kontrastmittelvereinbarung, die die KVN mit den Landesverbänden der Krankenkassen in Niedersachsen zum 1. Januar 2016 abgeschlossen hat und die zuletzt zum 1. Juli 2020 angepasst wurde, gelten für das 2. Quartal 2021 für Ärzte, die im Basisquartal 2/2020 (noch) keine Kontrastmittel über die o. g. Vereinbarung abgerechnet haben, folgende fachgruppendurchschnittlichen Obergrenzen:

- Institute, Krankenhäuser 1.132,60 Euro
- Fachärzte für Nuklearmedizin 20.844,32 Euro
- Fachärzte für Diagnostische Radiologie 38.343,20 Euro
- Fachärzte für Urologie 2.814,18 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.

1.5. Bewertungsausschuss führt neue GOP zur Anwendung der Arzneimittel Piqray und Hepcludex in den EBM ein

Zur Verabreichung der Arzneimittel Piqray und Hepcludex werden zum 1. April 2021 mehrere neue Leistungen in den EBM aufgenommen. Da-

Obergrenzen

mit hat der Bewertungsausschuss auf die Beschlüsse zur früheren Nutzenbewertung des Gemeinsamen Bundesausschusses reagiert. Denn nach den Fachinformationen beider Präparate sind für die Anwendung zwingend ärztliche Leistungen erforderlich.

Arzneimittel Piqray

Die Anwendung des Arzneimittels Piqray erfolgt zur gezielten Behandlung von postmenopausalen Frauen und von Männern mit einem Hormonrezeptor (HR)-positiven, humanen epidermalen Wachstumsfaktorrezeptor-2 (HER2) negativen lokal fortgeschrittenen oder metastasierten Mammakarzinom (bei Fortschreitung der Erkrankung nach endokriner Therapie), bei denen eine PIK3CA-Mutation am Tumorgewebe oder in einer Plasmaprobe nachgewiesen wurde. Zur Bestimmung des PIK3CA-Mutationsstatus oder dem gezielten Nachweis einer Mutation im PIK3CA-Gen unter Verwendung von zirkulierender Tumor-DNA werden folgende Gebührenordnungspositionen in den EBM-Abschnitt 19.4.4 aufgenommen:

- GOP 19462 (3934 Punkte): Bestimmung des PIK3CA-Mutationsstatus
- GOP 19463 (2100 Punkte): gezielte Bestimmung von PIK3CA-Mutationen

GOPs

Die Abrechnung setzt eine Indikationsstellung gemäß der Fachinformation Piqray voraus.

Zur Finanzierung der beiden neuen Gebührenordnungspositionen im Abschnitt 19.4.4 empfiehlt der Bundesausschuss eine Vergütung außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung.

Arzneimittel Hepcludex

Die Anwendung des Arzneimittels Hepcludex zur Behandlung der chronischen Hepatitis D setzt einen positiven Nukleinsäurenachweis der HDV-RNA voraus. Diese Untersuchung wird nach der GOP 32855 neu in den EBM aufgenommen. Nach Absetzung des Arzneimittels ist eine engmaschige Überwachung zum Ausschluss einer möglichen Reaktivierung einer Hepatitis B und Hepatitis D durch eine Bestimmung der HBV-DNA und HDV-RNA erforderlich. Der in unterschiedlicher Empfehlungsstärke auch in weiteren Arzneimittelfachinformationen gegebene Hinweis auf die Notwendigkeit über eine Überwachung einer möglichen Reaktivierung einer Hepatitis B-Infektion wird mit diesem Beschluss ebenfalls umgesetzt. Diese Untersuchungen werden nach den GOP 32856 und 32857 neu in den EBM aufgenommen.

GOPs

- GOP 32855 (19,90 Euro): Nukleinsäurenachweis von HDV
- GOP 32856 (89,50 Euro): Quantitative Bestimmung der Hepatitis D-Virus RNA
- GOP 32857 (79,60 Euro). Quantitative Bestimmung der Hepatitis B-Virus DNA

Auch Finanzierung dieser neuen Leistungen empfiehlt der Bundesausschuss eine Vergütung außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung.

Die Abrechnung der GOP 32855 und 32856 setzt eine Indikationsstellung gemäß der Fachinformation Hepcludex voraus; die GOP 32857 kann sowohl für Hepcludex wie auch im Zusammenhang mit der Anwendung anderer Arzneimittel berechnet werden.

Der komplette Beschluss ist auf der Internetseite des Institutes des Bewertungsausschusses unter <http://institut-ba.de/ba/beschuesse.html> und im Deutschen Ärzteblatt veröffentlicht.

1.6. Änderung der TI-Finanzierungsvereinbarung (Anlage 32 BMV-Ä) - Anpassung bestehender Pauschalen sowie Einführung neuer Pauschalen

Mit der 13. Änderungsvereinbarung der TI-Finanzierungsvereinbarung (Anlage 32 BMV-Ä) wird die Höhe der Pauschale für zusätzliche stationäre Kartenterminals aufgrund der Nutzung der Fachanwendungen Notfalldatenmanagement (NFDM) / elektronischer Medikationsplan (eMP) rückwirkend zum 1. Oktober 2020 um 60 Euro angehoben.

Die Auszahlung der Finanzierungspauschalen für das vierte Quartal 2020 findet zeitgleich mit der regulären Honorarauszahlung für das vierte Quartal 2020 am 14. April 2021 statt.

Zur Erstattung der Kosten für die Nutzung der Fachanwendungen elektronische Patientenakte (ePA) sowie elektronische Verordnung von apothekenpflichtigen Arzneimitteln (eRezept) wurden fünf neue Pauschalen in Anlage 10 zur TI-Finanzierungsvereinbarung (Anlage 32 BMV-Ä) eingeführt. Dabei handelt es sich um Erstausrüstungspauschalen zur Finanzierung des Updates des e-Health-Konnektors beziehungsweise der Integration der technischen Module in die Praxis-IT und um Zuschläge zu den quartalsweise erstatteten Betriebskosten.

Kostenerstattungen im Zusammenhang mit der elektronischen Patientenakte (ePA):

- ePA -Pauschale bei Update des Konnektors: Einmalig 400 Euro
- ePA Integrationspauschale bei Update der PVS: Einmalig 150 Euro
- Zuschlag zur Betriebskostenpauschale: 4,50 Euro pro Quartal je Vertragsarztpraxis

Ihr Praxisverwaltungssystem (PVS) wird automatisch in der Abrechnungsdatei (per entsprechendem KVDT-Feld) kennzeichnen, wenn die technischen Voraussetzungen zur Nutzung der ePA in ihrer Praxis erfüllt sind. Sie müssen daher keine zusätzliche Kennzeichnung durchführen

Kostenerstattungen im Zusammenhang mit dem eRezept

- eRezept-Integrationspauschale bei Update der PVS: Einmalig 120 Euro
- Zuschlag zur Betriebskostenpauschale: 1 Euro pro Quartal je Vertragsarztpraxis

Kostenerstattungen

Der Zugang zum eRezept-Server sowie die Integration des notwendigen technischen Moduls in die Praxis-IT sind gegenüber der KV durch das (einmalige) Ansetzen der GOP 97132 auf einem beliebigen Fall anzuzeigen.

Das Ansetzen dieser GOP löst bei Anspruchsberechtigung die Erstattung der o. g. Pauschalen aus. Ein erneutes Ansetzen der GOP 97132 ist in einem Folgequartal nicht erforderlich.

1.7. Hinweise zur Abrechnung der Fax- und Portokostenpauschalen

Seit dem 1. Juli 2020 ist die Neugestaltung der ärztlichen Kommunikation Inkraft getreten. Neu ist die GOP 40110, welche für den Versand des ärztlichen Untersuchungsberichts entsprechend der GOP 01600 oder dem individuellen Arztbrief entsprechend der GOP 01601 und/oder dem Versand von schriftlichen Unterlagen abgerechnet werden kann und die neue Faxkostenpauschale nach der GOP 40111.

Aufgrund der Abrechnungsergebnisse des Quartals 3/2020 und 4/2020 möchten wir darauf hinweisen, dass die Pauschalen unabhängig von der Anzahl der Seiten des Briefes bzw. Faxes bzw. auch unabhängig vom Gewicht des Briefes nur einmalig abgerechnet werden können. Beide Pauschalen sind somit im Regelfall nicht mehrfach berechnungsfähig und wir werden ab dem Quartal 2/2021 eine mehr als zweimalige Berechnung in der Sitzung sachlich-rechnerisch korrigieren. Eine Kostenpauschale für Kopien ist seit dem Quartal 3/2020 nicht mehr gesondert berechnungsfähig, sondern als Teilleistung der berechnungsfähigen Gebührenordnungspositionen abgegolten.

1.8. Informationen zur Abrechnung der Ausstellung und des Versandes eines Zeugnisses im Kontext der Coronavirus-Impfverordnung (CoronalmpfV)

Laut der am 15. Dezember 2020 in Kraft getretenen Impfverordnung sind die Ausstellung eines Zeugnisses für Personen, bei denen krankheitsbedingt ein sehr hohes, hohes oder erhöhtes Risiko für einen schweren oder tödlichen Krankheitsverlauf nach einer Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 besteht, sowie ggf. der Versand über die Quartalsabrechnung abrechenbar.

Für die Quartalsabrechnung nutzen Sie bitte die folgenden Gebührenordnungspositionen:

- GOP 88320 Ausstellung Zeugnis im Kontext der CoronalmpfV (§ 9)
- GOP 88321 Portopauschale im Kontext der CoronalmpfV (§ 9)

Bitte beachten Sie, dass die Abrechnung der Leistungen nach CoronalmpfV keinen Bezug zur getesteten Person aufweisen darf. Aus diesem Grund legen Sie für die Abrechnung dieser Leistungen bitte einen Sammelfall an, auf welchem alle GOP angesetzt werden.

GOPs

Das Anlegen dieses Sammelfalls geschieht analog zum Anlegen eines Scheines im Ersatzverfahren. Wenn Sie zur Abrechnung von Leistungen nach Coronavirus-Testverordnung bereits einen solchen Sammelschein angelegt haben, können Sie auch diesen verwenden. Der folgenden Tabelle entnehmen Sie bitte die korrekte Füllung der notwendigen Felder. Es ist möglich, dass hiervon einige durch Ihr PV-System bereits automatisch ausgefüllt werden.

Notwendige Felder

Feldbezeichnung	Feldkennung	Befüllung	Hinweis
Satzart	8000	0101	= Ambulante Behandlung
Name	3101	Patient	
Vorname	3102	Peter	
Geburtsdatum	3103	19990101	= 01. Januar 1999
Versichertenart	3108	1	= Mitglied
Geschlecht	3110	U	= Unbekannt
PLZ	3112	30175	
Quartal	4101	12021	= 1. Quartal 2021
Abrechnungs-VKNR	4104	38825	= Bundesamt für Soziale Sicherheit / BAS
Besondere Personengruppe	4131	00	= keine Besondere Personengruppe
DMP Kennzeichnung	4132	00	= kein DMP-Kennzeichen
Abrechnungsgebiet	4122	00	= kein besonderes Abrechnungsgebiet
Scheinuntergruppe	4239	00	= Ambulante Behandlung
ICD-Code	6001	U99.0G und Z11G	
Diagnosensicherheit	6003	G	

1.9. Informationen zur Abrechnung von Leistungen nach Coronavirus-Testverordnung (TestV)

Ab dem Quartal 1/2021 sind die unten aufgeführten Leistungen gemäß der Coronavirus-Testverordnung (TestV) über die Quartalsabrechnung (via KVDT) abzurechnen. Alle bis zum 31. Dezember 2020 erbrachten Leistungen sind über die entsprechende Anwendung im KVN-Portal abzurechnen.

Folgende GOP sind nach Coronavirus-Testverordnung abrechenbar:

GOP 88310: Abstrich gem. § 12 Abs. 1 TestV (15 Euro)

- Wenn eGK des Patienten eingelesen wird, dann auf diesem Fall abrechnen
- Wenn KEINE eGK des Patienten eingelesen wird (z. B. PKV-Versicherter, GKV-Versicherter ohne eGK) dann Sammelfall „Peter Patient“ anlegen und auf diesem abrechnen. Hinweise zum Sammelfall finden Sie unten.

GOP 88311: Schulung gem. § 12 Abs. 2 TestV (70 Euro)

- Auf dem Sammelfall „Peter Patient“ abrechnen. Hinweise zum Sammelfall finden Sie unten.

GOP 88312: Sachkosten für den PoC-Antigen-Test gem. § 11 TestV (maximal 9 Euro pro Test)

- Auf dem Sammelfall „Peter Patient“ abrechnen. Hinweise zum Sammelfall finden Sie unten.

- Die GOP 88312 ist jeweils am letzten Tag des Monats anzusetzen. Die Häufigkeit der Tests ist hierbei zwingend anzugeben.
- Der Gesamtbetrag aller PoC-Antigen-Tests des Monats ist in dem Feld „Sachkosten/Materialkosten“ (Feldkennung 5012) in Cent anzugeben.
- In dem Feld „Sachkostenbezeichnung“ (Feldkennung 5011) ist „PoC-Antigen-Test“ anzugeben.
- Als Hilfestellung für die Ermittlung der Gesamtkosten pro Monat stellt die KVN im KVN-Portal ein entsprechendes Dokument als Download zur Verfügung.

GOP 88313: Gespräch, für den Fall, dass keine Testung durchgeführt worden ist, gem. § 12 Abs. 4 TestV (5 Euro)

- Wenn Patient mit eGK da, dann auf diesem Fall abrechnen
- Wenn KEINE eGK des Patienten eingelesen wird (z. B. PKV-Versicherter, GKV-Versicherter ohne eGK) dann Sammelfall „Peter Patient“ anlegen und auf diesem abrechnen. Hinweise zum Sammelfall finden Sie unten.

Das Anlegen dieses Sammelfalles geschieht analog zum Anlegen eines Scheines im Ersatzverfahren. Der folgenden Tabelle entnehmen Sie bitte die korrekte Füllung der notwendigen Felder. Es ist möglich, dass hiervon einige durch Ihr PV-System bereits automatisch ausgefüllt werden.

Notwendige Felder

Feldbezeichnung	Feldkennung	Befüllung	Hinweis
Satzart	8000	0101	= Ambulante Behandlung
Name	3101	Patient	
Vorname	3102	Peter	
Geburtsdatum	3103	19990101	= 01. Januar 1999
Versichertenart	3108	1	= Mitglied
Geschlecht	3110	U	= Unbekannt
PLZ	3112	30175	
Quartal	4101	12021	= 1. Quartal 2021
Abrechnungs-VKNR	4104	38825	= Bundesamt für Soziale Sicherheit / BAS
Besondere Personengruppe	4131	00	= keine besondere Personengruppe
DMP_Kennzeichnung	4132	00	= kein DMP-Kennzeichen
Abrechnungsgebiet	4122	00	= kein besonderes Abrechnungsgebiet
Scheinuntergruppe	4239	00	= Ambulante Behandlung
ICD-Code	6001	U99.0G und Z11G	
Diagnosensicherheit	6003	G	

2. Verordnungen

2.1. Änderung der Schutzimpfungs-Richtlinie - Influenza- Impfempfehlung für ältere Personen ab 60 Jahren

Mit dem Februar-Rundschreiben hatten wir Sie über die Änderung der Schutzimpfungs-Richtlinie bezüglich der Influenza-Impfung für Personen ab 60 Jahren informiert.

Der Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) wurde vom Bundesgesundheitsministerium nicht beanstandet und tritt nach Veröffentlichung im Bundesanzeiger wie geplant zum 1. April 2021 in Kraft.

Den Beschluss sowie die vollständige Schutzimpfungs-Richtlinie finden Sie auf der Internetseite des G-BA (www.g-ba.de) unter Richtlinien/Schutzimpfungs-Richtlinie.

Zulassungserweiterung des Hochdosis-Influenza-Impfstoffs

Zudem hat das Paul-Ehrlich-Institut veröffentlicht, dass für den bislang einzigen verfügbaren Hochdosis-Influenza-Impfstoff Efluelda® des Herstellers Sanofi eine Zulassungserweiterung erfolgt ist, so dass dieser bereits bei Personen ab 60 Jahren angewendet werden kann.

Dies bedeutet, dass gemäß der oben aufgeführten Änderung der Schutzimpfungs-Richtlinie ab der Saison 2021/2022 Personen ab 60 Jahren mit einem Hochdosis-Influenza-Impfstoff zu impfen sind.

Das Bundesgesundheitsministerium (BMG) hat vor ein paar Tagen nun einen Entwurf für eine „Verordnung zum Anspruch auf Schutzimpfung gegen Influenza und Masern“ mit geplantem Inkrafttreten am 8. März 2021 erstellt. Darin wird aufgeführt, dass Personen ab 60 Jahren neben dem Hochdosis-Impfstoff auch Anspruch auf eine Schutzimpfung mit anderen inaktivierten tetravalenten Influenza-Impfstoffen zu Lasten der GKV haben. Die Verordnung des Hochdosis-Impfstoffs gilt aber - auch wenn andere inaktivierte tetravalente Influenza-Impfstoffe eingesetzt werden können - als wirtschaftlich. Sobald diese Verordnung in Kraft tritt, werden wir Sie im KVN-Portal darüber informieren.

Die Firma Sanofi teilte ergänzend mit, dass Vorbestellungen bzw. Stornierungen für Efluelda® möglich sind. Wir empfehlen, notwendige Korrekturen spätestens bis zum 19. März 2021 gegenüber Ihrer Apotheke vorzunehmen.

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

Mit Wirkung zum 20. Februar 2021 wurde die Nummer 35 „Lipidsenker“ der Anlage III der Arzneimittel-Richtlinie geändert und folgender Spiegelstrich ergänzt:

- ausgenommen bei Patienten mit genetisch bestätigtem Familiärem Chylomikronämie Syndrom und einem hohen Risiko für Pankreatitis.

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).

Ergänzung

2.3. Pneumokokken-Impfstoff Pneumovax® 23 mit chinesischer Beschriftung verfügbar

Vor dem Hintergrund des Versorgungsmangels, den das Bundesgesundheitsministerium festgestellt hat, werden voraussichtlich ab dem 1. März 2021 zusätzliche Dosen des Pneumokokken-Impfstoffes Pneumovax® 23 in chinesischer Aufmachung für den deutschen Markt verfügbar sein. Der Impfstoff war ursprünglich für den chinesischen Markt bestimmt, wurde aber nicht nach China verbracht. Die Ware wird über den Großhandel in ganz Deutschland verteilt.

Der Impfstoff ist bis zum 16. Juni 2022 verwendbar. Neben dem Haltbarkeitsdatum ist zusätzlich das Herstellungsdatum auf der Verpackung und der Durchstechflasche angegeben. Es handelt sich bei dem Impfstoff um Durchstechflaschen (Einzeldosen), denen keine Spritzen und Kanülen beiliegen. Der Impfstoff ist identisch zu Pneumovax® 23 und unter dem Handelsnamen Pneumovax® (PZN 17196898) über den Sprechstundenbedarf zu beziehen, die Spritzen und Kanülen stellen Praxisbedarf dar. Die Ware enthält keine deutschsprachigen Chargenetiketten für die Dokumentation, daher ist eine handschriftliche Dokumentation in der Patientenakte bzw. dem Impfpass erforderlich (Chargennummer T033893).

Handelsname

Das Paul-Ehrlich-Institut (PEI) informiert auf seiner Internetseite über den importierten Impfstoff und stellt neben der deutschen Gebrauchs- und Fachinformation auch Fotos bereit unter www.pei.de/pneumovax-23-china.

Es wird darauf hingewiesen, dass die aktuellen Handlungshinweise der STIKO zu Pneumovax® 23 weiterhin gelten und unbedingt beachtet werden sollen, da nach wie vor zu wenig Impfstoff verfügbar ist. Diese Hinweise sind abrufbar auf der Internetseite des RKI unter https://www.rki.de/DE/Content/Kommissionen/STIKO/Lieferengpaesse/Lieferengpaesse_node.html.

2.4. Gemeinsame Arbeitsgruppe Arzneimittel - Rezept-Info zum Thema „Entlassung aus der Verschreibungspflicht“

Im Anhang finden Sie eine weitere Rezept-Info der AG GKV/KVN Arzneimittel zu dem Thema „Entlassung aus der Verschreibungspflicht - Was kann weiterhin verordnet werden?“. Darin wird der Ablauf der Entlassung von Wirkstoffen aus der Verschreibungspflicht erläutert und es werden mit einer tabellarischen Übersicht Hinweise zur wirtschaftlichen Arzneimittelauswahl gegeben, wenn für Wirkstoffe oder Wirkstoffgruppen sowohl apotheken- als auch verschreibungspflichtige Medikamente verfügbar sind.

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 5.2: Rezept-Info

2.5. Korrektur der Diagnoseliste besonderer Verordnungsbedarf / langfristiger Heilmittelbedarf unter Q66.0 und Q68.0

Ende 2020 hat die KBV verschiedene Publikationen zur ab Januar 2021 geltenden Heilmittel-Richtlinie herausgegeben. In die Broschüre „Die Heilmittel-Richtlinie inkl. Heilmittelkatalog und Diagnoselisten“ sowie dem Auszug der Diagnoselisten daraus hat sich bei den Diagnosen Q66.0 und Q68.0 ein Fehler eingeschlichen. Fälschlicherweise wird hier eine Befristung der Anerkennung als besonderer Verordnungsbedarf von längstens einem Jahr nach Akutereignis angegeben. Dieser Fehler ist in der Printausgabe enthalten und war bis vor kurzem auch in den PDF-Versionen zu finden, die auf der Internetseite der KBV und der KVN zum Download bereitstehen.

Bitte beachten Sie diesen Hinweis und nehmen Sie ggf. eine Korrektur in Ihrem Exemplar/Ausdruck vor.

Korrektur

Angeborene Fehlbildungen und Deformitäten des Muskel-Skelett-Systems

1.ICD-10	Diagnose	Physiotherapie	Ergotherapie	Hinweis/ Spezifikation
Q66.0	Pes equinovarus congenitus (Klumpfuß)	EX	SB2	längstens 1 Jahr nach Akutereignis
Q68.0	Angeborene Deformitäten des M. sternocleidomastoideus	EX	SB3	längstens 1 Jahr nach Akutereignis

Die korrigierten Veröffentlichungen finden Sie zum Download auf der Internetseite der KBV www.kbv.de unter Praxis Info/Verordnungen/Heilmittel und auf unserer Internetseite <https://www.kvn.de/Mitglieder/Verordnungen/Heilmittel.html>

2.6. Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) - weiterhin keine Einigung über EBM-Abrechnungsziffern

Seit Oktober letzten Jahres sind verordnungsfähige digitale Gesundheitsanwendungen (DiGAs) im DiGA-Verzeichnis des BfArM aufgeführt (siehe Rundschreiben November 2020). Bisher sind 11 Anwendungen in das DiGA-Verzeichnis aufgenommen worden, 4 davon dauerhaft.

Über die Vereinbarung entsprechender EBM-Abrechnungsziffern im Zusammenhang mit der Verordnung einer DiGA konnte bislang keine Einigung mit den Krankenkassen erzielt werden.

Weiterhin gilt daher die Empfehlung, die ärztliche Leistung, die im Zusammenhang mit DiGAs entsteht, nach GOÄ abzurechnen und die DiGA auf Privatrezept zu verordnen, ggf. kann der Versicherte eine Kostenerstattung bei seiner Krankenkasse beantragen.

Allgemeine Informationen zum Thema „digitale Gesundheitsanwendungen“ finden Sie bei uns im Internet unter <https://www.kvn.de/Mitglieder/Verordnungen/DiGA.html> oder im KVN-Portal unter Verordnungen/DiGA

Zugriff auf das DiGA-Verzeichnis des BfArM mit weiterführenden Informationen zu den jeweiligen Gesundheitsanwendungen haben Sie unter: <https://diga.bfarm.de/de/verzeichnis>

3. Allgemeine Hinweise

3.1. Vereinbarung über die Durchführung berufsbedingter Impfungen mit der AOK Niedersachsen

Seit 2020 haben Versicherte Anspruch auf Kostenübernahme von berufsbedingten Impfungen (auch) gegenüber ihrer Krankenkasse. Mit der AOK Niedersachsen konnte sich nunmehr rückwirkend ab 1. Januar 2021 auf folgende Regelungen geeinigt werden:

1. Impfungen, bei denen der Impfstoff über SSB bezogen werden kann, werden in die reguläre AOK-Impfvereinbarung als neue Anlage 2 aufgenommen. Für diese Impfungen gilt die aktuelle Vergütung der jeweiligen Schutzimpfung der Regelversorgung.
2. Impfungen, die individuell auf den Patienten verordnet werden müssen werden in der Vereinbarung über die Durchführung berufsbedingter Impfungen geregelt. Diese Vereinbarung ersetzt die bisherige Vereinbarung von Schutzimpfungen bei beruflich bedingten Auslandsaufenthalten.

Regelungen

Für Impfungen nach der Vereinbarung berufsbedingter Impfungen zahlt die AOKN für die Erstellung eines formlosen Impfplans einschließlich der Beratung einmalig 20 Euro. Hinzu kommt eine Vergütung von acht Euro je Impfung. Jede Impfleistung im Rahmen eines weiteren Arzt-Patienten-Kontakts wird mit vier Euro vergütet.

Die Vereinbarung über die Durchführung berufsbedingter Impfungen sowie die AOK-Impfvereinbarung 2021 finden Sie im KVN-Portal unter der Rubrik Verträge/Impfvereinbarungen.

3.2. Screening auf Hepatitis B und C wird neuer Bestandteil der Gesundheits-Richtlinie

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat ein Screening auf Hepatitis B und C in die Gesundheits-Richtlinie aufgenommen. Versicherte ab 35 Jahren haben künftig einmalig den Anspruch, sich auf die Viruserkrankungen Hepatitis B und Hepatitis C testen zu lassen.

Durchführung

Das Screening auf Hepatitis B wird mittels Untersuchung aus dem Blut auf HBs-AG, das Screening auf Hepatitis C mittels Bestimmung auf

HCV-Antikörper durchgeführt. Bei einem positiven Ergebnis soll anschließend eine HBV-DNA- beziehungsweise HCV-RNA-Bestimmung aus derselben Blutentnahme erfolgen.

Vor dem Screening auf Hepatitis B sollte der Impfstatus geklärt werden. Bei einer erfolgten Impfung ist ein Screening auf Hepatitis B nicht notwendig.

Berechtigte Vertragsärzte

Die Laboruntersuchungen dürfen nur Ärztinnen und Ärzten durchführen, die eine Genehmigung gemäß der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Absatz 2 SGB V zur Erbringung von speziellen Untersuchungen der Laboratoriumsmedizin (Qualitätssicherungsvereinbarung Spezial-Labor) in der Fassung vom 1. April 2018 zur Ausführung und Abrechnung dieser Leistung besitzen.

Übergangsregelung

Eine Übergangsregelung ermöglicht es Versicherten, den neu eingeführten Test auf Hepatitis B und C auch separat nachzuholen, wenn ihre letzte Gesundheitsuntersuchung weniger als drei Jahren ab Inkrafttreten dieses Beschlusses zurückliegt.

Hinweise zum Inkrafttreten

Der Beschluss zur Änderung der Gesundheits-Richtlinie ist am 12. Februar 2021 in Kraft getreten. Der Bewertungsausschuss hat nunmehr sechs Monate Zeit, den EBM zu überprüfen und ggf. anzupassen. Erst danach kann das Screening auf Hepatitis-Infektion als abrechnungsfähige vertragsärztliche Leistung erbracht werden.

Die aktuelle Gesundheits-Richtlinie ist auf der Internetseite des G-BA unter <https://www.g-ba.de/richtlinien/10/> abrufbar.

3.3. Gesetzliche Unfallversicherung: Präzisierung der Abrechnungsmöglichkeiten nach Nr. 5255 UV-GOÄ ab 1. Januar 2021

Erweiterung der Abrechnungsmöglichkeiten nach Nr. 5255 UV-GOÄ:

Die Leistungslegende der Nr. 5255 für die Befundung von Schnittbildern durch den Durchgangsarzt wurde ergänzt. Dadurch hat der Durchgangsarzt jetzt die Möglichkeit, seinen Aufwand bei der Beurteilung von anderweitig gefertigten Schnittbildern abrechnen zu können, wenn es sich um eine Begutachtung handelt.

Die UV-GOÄ und der Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger sind auf der Internetseite der KBV unter www.kbv.de/html/uv.php zu finden.

Begutachtung

3.4. AOK Niedersachsen: Integrierte Versorgung „AOK Junior“ beendet

Leistungen aus dieser Versorgung sind nur noch bis 31. März 2021 abrechenbar.

3.5. AOK Niedersachsen Hausarztzentrierte Versorgung im KVN-Bezirk Braunschweig: „Delegation - Wechsel transurethraler Dauerkatheter“ ab April 2021

Ärzte aus der Pilotregion können ab sofort die Genehmigung zur Teilnahme an der neuen Anlage „Delegation - Wechsel eines transurethraler Dauerkatheters“ beantragen. Diese stellt die Abrechnungsgrundlage für einen im Hausbesuch erbrachten Katheterwechsel durch nicht-ärztliches Praxispersonal dar.

Weitere Informationen sowie das Antragsformular sind im KVN-Portals abrufbar: Rubrik „Verträge“, Suchbegriff „Hausarzt“

3.6. DAK-Gesundheit - Besondere Versorgung „Willkommen Baby!“: Neue Formulare

Aktualisierte Teilnahmeunterlagen zur Ausgabe an Patientinnen im Downloadbereich des KVN-Portals eingestellt: Rubrik „Verträge“, Suchbegriff „Willkommen Baby“

4. Veranstaltungen im April und Mai 2021

Wichtig: Aufgrund der aktuellen Corona-Situation hat sich die KVN dazu entschlossen, dass weiterhin **bis einschließlich 30. Juni 2021 keine Präsenzveranstaltungen** stattfinden. Wir bieten Ihnen für einzelne Präsenzveranstaltungen untenstehende WebSeminare an. 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.
Ausbildung zur/m Datenschutzbeauftragte/n in der Arztpraxis	WebSeminar	13.Apr	245 Euro
Gruppentherapie leicht gemacht	WebSeminar	14.Apr	50 Euro
Existenzgründerseminar Modul I Meine eigene Praxis - Impulse für den Start	WebSeminar	15.Apr	kostenlos
Personalführung für PraxismitarbeiterIn	WebSeminar	20.Apr	59 Euro
Meine Zukunft planen - Impulse für die Praxisabgabe	WebSeminar	21.Apr	kostenlos
Umgang mit schwierigen Patienten	WebSeminar	21.Apr	59 Euro
Qualitätszirkel - Was ist das überhaupt?	WebSeminar	21.Apr	kostenlos
Praxisorganisation und Praxisführung	WebSeminar	05.Mai	59 Euro
Praxis Check-up	WebSeminar	19.Mai	59 Euro
Qualitätsmanagement ganz einfach	WebSeminar	21.Mai	59 Euro
Neue PraxismitarbeiterIn professionell einarbeiten	WebSeminar	29.Mai	59 Euro

5. Anlagenverzeichnis

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

5.2. Rezept-Info

Amtliche Mitteilung der KVN zum HVM für das 2. Quartal 2021

in Umsetzung des Honorarverteilungsmaßstabes (HVM) gemäß § 87b Abs. 1 SGB V der KVN vom 14. Dezember 2020

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 2021 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 2021 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



Entlassung aus der Verschreibungspflicht – Was kann weiterhin verordnet werden?

Ablauf der Entlassung aus der Verschreibungspflicht

Arzneimittel mit neuen Wirkstoffen unterliegen zunächst immer der Verschreibungspflicht. Diese ist in der Arzneimittelverschreibungsverordnung (AMVV) geregelt. Wird ein Wirkstoff aus der Verschreibungspflicht entlassen, bezeichnet man dies als „OTC-Switch“¹. Der Switch-Prozess wird meist durch einen pharmazeutischen Unternehmer (Hersteller) angestoßen. Die deutsche bzw. europäische Zulassungsbehörde prüft den entsprechenden Antrag und gibt eine Empfehlung ab. Die anschließende Umsetzung in der AMVV erfolgt durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG).^{2,3}

Grundsatz zur wirtschaftlichen Verordnung

Durch eine teilweise Entlassung aus der Verschreibungspflicht, z.B. nur bestimmter Wirkstoffstärken und Packungsgrößen, können gleichzeitig apothekenpflichtige Arzneimittel und verschreibungspflichtige Arzneimittel desselben Wirkstoffs auf dem Markt sein. Grundsätzlich gilt Folgendes:

Sofern für eine Behandlung apothekenpflichtige Arzneimittel medizinisch notwendig, zweckmäßig und ausreichend sind, sollen diese zu Lasten des Patienten verordnet werden. Eine Verordnung von verschreibungspflichtigen Arzneimitteln kann in diesen Fällen unwirtschaftlich sein (vgl. AM-RL § 12 (11)).

Für die Beurteilung der Zweckmäßigkeit sind die zugelassenen Anwendungsgebiete eines apothekenpflichtigen Arzneimittels mit einzubeziehen. Falls ein verschreibungspflichtiges Arzneimittel in einer Indikation eingesetzt werden soll, für die das apothekenpflichtige Arzneimittel nicht zugelassen ist, muss auf das verschreibungspflichtige Präparat ausgewichen werden. Gleiches gilt, wenn apothekenpflichtige Arzneimittel keinen ausreichenden Therapieerfolg bringen. Eine gute Dokumentation in der Patientenakte ist in diesem Fall zu empfehlen.

In der folgenden Übersicht zeigen wir Ihnen Wirkstoffe und Wirkstoffklassen, für die sowohl apothekenpflichtige als auch verschreibungspflichtige Medikamente existieren und welche Kriterien für eine wirtschaftliche Arzneimittelauswahl maßgeblich sind.

Die genannten Wirkstoffe und Fertigarzneimittel sind beispielhaft und erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

Stand: 01/2021

¹ OTC = „Over The Counter“; Bezeichnung für Arzneimittel, die in Apotheken ohne Rezept abgegeben werden

² <https://www.bfarm.de/SharedDocs/Glossareintraege/DE/S/SachverstAusschuss.html>

³ https://ec.europa.eu/health/files/eudralex/vol-2/c/switchguide_160106_en.pdf

Apothekenpflichtig versus verschreibungspflichtig – Beispiele zur Verordnungsfähigkeit (Stand:01/2021)⁴

Wirkstoffgruppe	apothekenpflichtige (ap) Arzneimittel	verschreibungspflichtige (rp) Arzneimittel	Erläuterung zur Auswahl des richtigen Arzneimittels und der Verordnungsfähigkeit
Analgetika	<p>Ibuprofen (ap) Indikation: leichte bis mäßig starke Schmerzen (Kopf-, Zahn-, Regelschmerzen), Fieber</p>	<p>Ibuprofen (rp) Indikation: akute Arthritiden (einschließlich Gichtanfall), chronische Arthritiden, insbesondere rheumatoide Arthritis, Spondylitis ankylosans (Morbus Bechterew) und andere entzündlich-rheumatische Wirbelsäulenerkrankungen, Arthrosen und Spondylarthrosen, entzündliche weichteilrheumatische Erkrankungen, schmerzhaftes Schwellungen und Entzündungen nach Verletzungen</p>	<p>Auswahl je nach Indikation ap: grünes Rezept/Privatrezept rp: Kassenrezept</p>
Anthelmintika	<p>Pyrvinium (Molevac®) Indikation: Oxyuriasis</p>	<p>Mebendazol (Vermox®) Pyrantel (Helmex®) Indikationen: Oxyuriasis und weitere Wurmerkrankungen</p>	<p>Oxyuriasis: Pyrvinium ist aufgrund des Wirtschaftlichkeitsgebots zu bevorzugen (grünes Rezept/Privatrezept). Bei Unwirksamkeit oder Unverträglichkeit kann Mebendazol oder Pyrantel (Kassenrezept) verordnet werden. andere Wurmerkrankungen: Mebendazol oder Pyrantel gemäß Zulassung (Kassenrezept)</p>
Antiallergika (Antihistaminika oral)	<p>Cetirizin Clemastin (Tavegil®) Desloratadin (ap) Dimetinden (Fenistil®) Levocetirizin (ap) Loratadin</p>	<p>Desloratadin (rp) (Generika bzw. Aeries®) Ebastin (Generika bzw. Ebastel®) Fexofenadin (Generika bzw. Telfast®) Levocetirizin (rp) (Generika bzw. Xusal®) Mizolastin (z.B. Mizollen®) Rupatadin (Generika bzw. Urtimeed®)</p>	<p>ap-Antihistaminika sind aufgrund des Wirtschaftlichkeitsgebots zu bevorzugen (grünes Rezept/Privatrezept; Kassenrezept nur bei Insektengiftallergie, schweren rezidivierenden Urtikarien, schwer-wiegendem anhaltendem Pruritus oder bei schwerwiegender allergischer Rhinitis, bei der topische nasale Glukokortikoide nicht ausreichend sind (AM-RL Anlage I)). rp-Antihistaminika können bei Unwirksamkeit oder Unverträglichkeit der ap-Antihistaminika eingesetzt werden (Kassenrezept). Eine sorgfältige Dokumentation ist zu empfehlen.</p>

⁴ Für die genauen Anwendungsgebiete sind die jeweiligen Fachinformationen zu beachten.

Wirkstoffgruppe	apothekenpflichtige (ap) Arzneimittel	verschreibungspflichtige (rp) Arzneimittel	Erläuterung zur Auswahl des richtigen Arzneimittels und der Verordnungsfähigkeit
Antiallergika (Antihistaminika okulär)	Azelastin Ketotifen Levocabastin (z.B. Livocab®)	Emedastin (Emadine®) Epinastin (Relestat®) Olopatadin (z.B. Opatanol®)	ap-Antihistaminika sind aufgrund des Wirtschaftlichkeitsgebots zu bevorzugen (grünes Rezept/Privatrezept). Bei Unwirksamkeit oder Unverträglichkeit kann auf rp-Antihistaminika gewechselt werden. Auswahl je nach Indikation ap: grünes Rezept/Privatrezept; Kassenrezept nur bei persistierender allergischer Rhinitis mit schwerwiegender Symptomatik (AM-RL Anlage I). Eine solche schwerwiegende Form der allergischen Rhinitis kann vorliegen, wenn es sich um eine persistierende allergische Rhinitis handelt, bei der die an mindestens 4 Tagen pro Woche und über einen Zeitraum von mindestens 4 Wochen auftretende Symptomatik als schwerwiegend einzustufen ist. rp: Kassenrezept bei saisonaler allergischer Rhinitis im Kindes-/Jugendalter (sofern keine Kontraindikationen vorliegen) sowie bei perennialer Rhinitis und ggf. Polyposis nasi. Bei saisonaler allergischer Rhinitis bei Erwachsenen sind ap-Präparate zu bevorzugen. Bei Unwirksamkeit oder Unverträglichkeit kann auf rp-Präparate gewechselt werden. Eine sorgfältige Dokumentation ist zu empfehlen.
Antiallergika (Kortikoide nasal)	Beclometason (ap) (z. B. Ratioallerg® Heuschnupfenspray) Fluticason (ap) (Otri- Allergie®) Mometason (ap) (z.B. Momeallerg®, Mometahexal® Heuschnupfenspray) Indikation: Saisonale allergische Rhinitis bei Erwachsenen nach der Erstdiagnose durch einen Arzt	Beclometason (rp) (Generika) Budesonid (Generika bzw. Pulmicort® Topinasal) Dexamethason (z.B. Dexa Rhinospray Sine®) Flunisolid (Syntaris®) Fluticason (rp) (z. B. Avamys®) Mometason (rp) (z. B. Generika bzw. Nasonex®) Triamcinolon (z. B. Nasacort®, Rhinisan®) Indikation: Saisonale oder perenniale allergische Rhinitis, ggf. Polyposis nasi (sofern Zulassung existiert)	Auswahl je nach Indikation ap: grünes Rezept/Privatrezept rp: Kassenrezept Einige rp-Präparate sind auch für die leichte depressive Störung zugelassen. Eine Verordnung auf Kassenrezept ist in dieser Indikation unwirtschaftlich.
Antidepressiva	Johanniskraut (ap) (z. B. Jarsin® 300/450/750 mg, Laif® 612/900 Balance, Neuroplant® aktiv, Neuroplant® 300 mg Novo) Indikation: Leichte depressive Störung	Johanniskraut (rp) (z.B. Jarsin® Rx 300, Laif® 900, Neuroplant®) Indikation: Mittelschwere Depression	Auswahl je nach Indikation ap: grünes Rezept/Privatrezept rp: Kassenrezept Einige rp-Präparate sind auch für die leichte depressive Störung zugelassen. Eine Verordnung auf Kassenrezept ist in dieser Indikation unwirtschaftlich.

Wirkstoffgruppe	apothekenpflichtige (ap) Arzneimittel	verschreibungspflichtige (rp) Arzneimittel	Erläuterung zur Auswahl des richtigen Arzneimittels und der Verordnungsfähigkeit
Antidiarrhoika	<p>Loperamid (ap) Indikation: Symptomatische Behandlung von akuten Diarrhöen, sofern keine kausale Therapie zur Verfügung steht</p>	<p>Loperamid (rp) Indikation: Symptomatische Behandlung von Diarrhöen, sofern keine kausale Therapie zur Verfügung steht</p>	<p>Auswahl je nach Indikation ap: grünes Rezept/Privatrezept rp: Kassenrezept nur nach kolorektalen Resektionen in der postoperativen Adaptationsphase sowie bei schweren und länger andauernden Diarrhöen, auch wenn diese therapeutisch induziert sind, sofern eine kausale oder spezifische Therapie nicht ausreichend ist (AM-RL Anlage III).</p>
Antimykotika (dermal)	<p>Amorolfin Bifonazol Ciclopirox (ap) Clotrimazol Econazol Ketoconazol Miconazol Naftifin Sertaconazol Terbinafin Toinaftat</p>	<p>Ciclopirox (rp)</p>	<p>rp-Ciclopirox gilt grundsätzlich als unwirtschaftlich, es sei denn, die Therapie mit diesem Wirkstoff wäre bei einem Kind unter 6 Jahren erforderlich (ap-Präparate gibt es gemäß AMVV nur für Erwachsene und Schulkinder).</p>
Antimykotika (oral, gegen Mundsoor)	<p>Miconazol (z.B. Daktar[®], Infectosoor[®], Micotar[®], Mykoderm[®], Mykotin[®]) Nystatin (z.B. Nystatin Mundgel, Moronal[®] Suspension)</p>	<p>Amphotericin B (Ampho-Moronal[®] Lutschtabletten/Suspension)</p>	<p>ap-Antimykotika zur Behandlung von Pilzinfektionen in Mund- und Rachenraum sind auf Kassenrezept verordnungsfähig (AM-RL Anlage 1). Erst wenn diese nicht indiziert sind, kommt eine Verordnung von Amphotericin B auf Kassenrezept in Betracht.</p>
Antimykotika (vaginal, gegen Infektionen mit Hefepilzen bzw. Clotrimazol-empfindlichen Bakterien)	<p>Clotrimazol (ap) (z.B. Kadefungin[®] 3 Vaginalcreme/-tabletten/ Kombipackung, Fungizid[®] 200 mg Vaginaltbl. 3 St.)</p>	<p>Clotrimazol (rp) (z.B. Kadefungin[®] 6 Vaginalcreme/-tabletten/Kombipackung)</p>	<p>ap-Antimykotika sind aufgrund des Wirtschaftlichkeitsgebots zu bevorzugen (grünes Rezept/Privatrezept). Wirkstoff- und indikationsgleiche rp-Präparate sollten nur nach äußerst strenger Indikationsstellung verordnet werden!</p>
Antiparasitäre Mittel	<p>Permethrin (ap) (z.B. Infectedopedicul[®]) Indikation: Kopflausbefall</p>	<p>Permethrin (rp) (z.B. Infectoscab[®] 5% Creme) Indikation: Scabies</p>	<p>Auswahl je nach Indikation ap: grünes Rezept/Privatrezept rp: Kassenrezept</p>

Wirkstoffgruppe	apothekenpflichtige (ap) Arzneimittel	verschreibungspflichtige (rp) Arzneimittel	Erläuterung zur Auswahl des richtigen Arzneimittels und der Verordnungsfähigkeit
Antivertiginosa	Dimenhydrinat (z. B. Vertigo-Vomex®)	Betahistin Cinnarizin + Dimenhydrinat (z. B. Arlevert®)	ap-Antivertiginosa sind aufgrund des Wirtschaftlichkeitsgebots zu bevorzugen (grünes Rezept/Privatrezept). Erst wenn diese nicht indiziert sind, kommt eine Verordnung der rp-Präparate in Betracht.
Keratolytika (Warzenmittel)	Salicylsäure (z.B. Clabin®, Duofilm®, Verrucid®)	Fluorouracil + Salicylsäure (z.B. Verrumal®)	ap-Warzenmittel sind aufgrund des Wirtschaftlichkeitsgebots zu bevorzugen (grünes Rezept/Privatrezept). Erst wenn diese nicht indiziert sind, kommt eine Verordnung von rp-Präparaten auf Kassenrezept in Betracht.
Laxanzien (Abführmittel)	Bisacodyl Lactulose Macrogol Natriumpicosulfat Sennoside und weitere Laxanzien	Methylnaltrexonium bromid (Relistor®) Naldemedin (Rizmoic®) Naloxegol (Moxventig®) Prucaloprid (Resolor®)	ap-Abführmittel sind aufgrund des Wirtschaftlichkeitsgebots zu bevorzugen (grünes Rezept/Privatrezept; Kassenrezept nur bei Tumorleiden, Megacolon, Divertikulose, Divertikulitis, Mukoviszidose, neurogener Darmlähmung, vor diagnostischen Eingriffen, bei phosphatbindender Medikation bei chronischer Niereninsuffizienz, Opiat- sowie Opioidtherapie und in der Terminalphase (AM-RL Anlage I)) rp: Naldemedin, Naloxegol und Methylnaltrexonium bromid sind auf Kassenrezept verordnungsfähig zur Behandlung von Opioid-induzierter Obstipation bei Erwachsenen, die unzureichend auf ap-Laxanzien angesprochen haben. Prucaloprid ist auf Kassenrezept verordnungsfähig zur Behandlung chronischer Verstopfung bei Erwachsenen, bei denen ap-Laxanzien keine ausreichende Wirkung erzielen.
Mineralstoffpräparate	Selen (ap) , Dosisstärke: 50 µg CAVE: Es gibt zahlreiche auch höher dosierte Nahrungsergänzungsmittel!	Selen (rp) , Dosisstärke: 100 µg, 300 µg	In den häufig angefragten Indikationen wie z. B. Hashimoto-Thyreoiditis und Schilddrüsenkarzinom darf Selen (ap, rp) nicht auf Kassenrezept verordnet werden (Off-Label-Einsatz). In der zugelassenen Indikation „nachgewiesener Selenmangel, der ernährungsmäßig nicht behoben werden kann“ wäre formal eine Verordnung von rp-Selen auf Kassenrezept möglich (z. B. bei schwerem Malassimilationssyndrom). Nahrungsergänzungsmittel sind grundsätzlich nicht verordnungsfähig.

Wirkstoffgruppe	apothekenpflichtige (ap) Arzneimittel	verschreibungspflichtige (rp) Arzneimittel	Erläuterung zur Auswahl des richtigen Arzneimittels und der Verordnungsfähigkeit
Protonenpumpenhemmer (PPI)	<p>Esomeprazol (ap) Omeprazol (ap) Pantoprazol (ap) Zu 7 oder 14 Stück à 20 mg erhältlich. Indikationen: Sodbrennen, saures Aufstoßen</p>	<p>Dexlansoprazol Esomeprazol (rp) Lansoprazol Omeprazol (rp) Pantoprazol (rp) Rabeprazol Indikationen: Ulcera duodeni/ventriculi, Refluxösophagitis (inkl. Rezidivprophylaxe), Zollinger-Elison-Syndrom, Prophylaxe und Behandlung NSAR-induzierter Ulcera, Eradikationstherapie</p>	<p>Auswahl je nach Indikation ap: grünes Rezept/Privatrezept rp: Kassenrezept NSAR-Prophylaxe: nur bei Risikopatienten</p>
Sekretolytika	<p>Acetylcystein (ACC) (ap) Indikation: Erkältungsbedingte Bronchitis</p>	<p>Acetylcystein (ACC) (rp) Indikation: Sekretolytische Therapie bei akuten und chronischen bronchopulmonalen Erkrankungen, die mit einer Störung von Schleimbildung und -transport einhergehen</p>	<p>Auswahl je nach Indikation ap: grünes Rezept/Privatrezept rp: Kassenrezept</p>
Triptane	<p>Almotriptan (ap) (Generika bzw. Doloriptan®) Naratriptan (ap) (Generika bzw. Formigran®) Sumatriptan 50 mg (ap) (Generika) Jeweils nur in kleiner Packungsgröße (2 Tabletten) erhältlich.</p>	<p>Almotriptan (rp) (Almogran®) Eletriptan (Generika bzw. Relpax®) Frovatriptan (Allegro®) Naratriptan (rp) (Generika bzw. Naramig®) Rizatriptan (Generika bzw. Maxalt®) Sumatriptan 50 mg und 100 mg (rp) (Generika bzw. Imigran®) Zolmitriptan (Generika bzw. Ascotop®)</p>	<p>Bei chronisch verlaufender Erkrankung mit notwendiger ärztlicher Kontrolle: Kassenrezept über verschreibungspflichtige Präparate. Bei leichten Formen der Migräne mit seltenen Anfällen: grünes Rezept/Privatrezept über apothekenpflichtige Präparate, sofern diese ausreichend wirksam sind.</p>

Wirkstoffgruppe	apothekenpflichtige (ap) Arzneimittel	verschreibungspflichtige (rp) Arzneimittel	Erläuterung zur Auswahl des richtigen Arzneimittels und der Verordnungsfähigkeit
Virusstatika (extern)	<p>Aciclovir (ap) Indikation: Herpes labialis</p> <p>nur Packungsgrößen bis 2 g</p>	<p>Aciclovir (rp) Indikationen: Herpes labialis und Herpes genitalis (Creme), durch Herpes-simplex-Viren hervorgerufene Hornhautentzündung des Auges (Augensalbe)</p>	<p>Auswahl je nach Indikation ap: grünes Rezept/Privatrezept rp: Kassenrezept, jedoch in der Indikation Herpes labialis aufgrund des Wirtschaftlichkeitsgebots unwirtschaftlich.</p>
Vitaminpräparate (fettlöslich)	<p>Vitamin D (ap), z. B. Dekristo® 400 I.E., Vigantol® 1.000 I.E.</p> <p>CAVE: Es gibt zahlreiche auch höher dosierte Nahrungsergänzungsmittel!</p>	<p>Vitamin D (rp): Dekristo® 20.000 I.E., Colecalciferol Aristo 20.000 I.E., Indikation: Einmalige Anwendung bei der Anfangsbehandlung von Vitamin-D-Mangelzuständen Vigantol® Öl 20.000 I.E./ml, Indikationen: Vorbeugung gegen Rachitis, Behandlung der Osteoporose, Vorbeugung bei erkennbarem Risiko einer Vitamin-D-Mangelkrankung bei Malabsorption, Behandlung von Rachitis und Osteomalazie, Behandlung von Hypoparathyreoidismus</p>	<p>Auswahl je nach Indikation ap: grünes Rezept/Privatrezept; Kassenrezept bei Ausnahmeindikation nach AM-RL Anlage I, z. B. manifester Osteoporose, längerfristiger höherdosierter Steroidtherapie. rp: Verordnung auf Kassenrezept nur in den genannten zugelassenen Indikationen und unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots (z. B. Notwendigkeit für die Verabreichung in Tropfenform).</p> <p>Nahrungsergänzungsmittel sind grundsätzlich nicht verordnungsfähig.</p>
Vitaminpräparate (wasserlöslich)	<p>Medivitan® i. v. (ap) Wirkstoffe: Vitamin B6, Vitamin B12, Folsäure ohne Lidocain</p>	<p>Medivitan® i.m. mit Lidocain (rp) Wirkstoffe: Vitamin B6, Vitamin B12, Folsäure weiterer Bestandteil: Lidocain</p>	<p>ap: grünes Rezept/Privatrezept; Kassenrezept nur bei Dialysepatienten möglich (AM-RL Anlage I). rp: Formal verordnungsfähig nur bei nachgewiesenem kombiniertem Mangel an Vitamin B6, Vitamin B12 und Folsäure, der ernährungsmäßig nicht behoben werden kann. Privatverordnung aufgrund des Wirtschaftlichkeitsgebots empfohlen.</p>

Modifiziert nach <https://www.kvbw-admin.de/api/download.php?id=182Z>, mit freundlicher Genehmigung der KV Baden-Württemberg und nach <https://www.kvb.de/fileadmin/kvb/dokumente/Praxis/Verordnung/VO-aktuell/2020/KVB-VA-200715-WIS-Switching.pdf>, mit freundlicher Genehmigung der KV Bayerns.

Patienteninformation zur Entlassung aus der Verschreibungspflicht

Die Kassenärztliche Vereinigung und die Verbände der Krankenkassen in Niedersachsen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,



Sie haben ein Privatrezept oder ein grünes Rezept für ein Arzneimittel erhalten, für das Ihnen früher ein Kassenrezept ausgestellt wurde. Sicherlich fragen Sie sich, warum das so ist. Der Grund dafür liegt in einer Änderung der Verschreibungspflicht.



Wie wird ein Wirkstoff und somit ein Arzneimittel aus der Verschreibungspflicht entlassen?



Neue Wirkstoffe sind immer zunächst verschreibungspflichtig. Die Entlassung aus der Verschreibungspflicht wird meist vom Hersteller des Arzneimittels initiiert, muss von der zuständigen Behörde geprüft werden und wird dann durch das Bundesgesundheitsministerium beschlossen. Damit ein Wirkstoff rezeptfrei verfügbar sein darf, muss seine Anwendung auch ohne vorherigen ärztlichen Kontakt sicher genug sein. Ein Wirkstoff kann vollständig aus der Verschreibungspflicht entlassen werden oder nur teilweise, z.B. begrenzt auf eine bestimmte Wirkstoffstärke oder Tablettenzahl. Diese Arzneimittel werden dann in der Regel nur für leichtere Erkrankungen oder kurz andauernde Beschwerden eingesetzt. An der Wirksamkeit des Arzneimittels ändert sich selbstverständlich nichts durch die Entlassung aus der Verschreibungspflicht.



Warum habe ich ein Privatrezept bzw. ein grünes Rezept erhalten?



Der in Ihrem Arzneimittel enthaltene Wirkstoff ist (teilweise) aus der Verschreibungspflicht entlassen worden. Ihre Ärztin / Ihr Arzt ist dazu verpflichtet, Sie auf ein nicht-verschreibungspflichtiges Arzneimittel zu verweisen, wenn Ihre Erkrankung damit behandelt werden kann. Seit 2004 sind solche nicht-verschreibungspflichtigen Arzneimittel jedoch standardmäßig keine Kassenleistung mehr. Daher stellt Ihre Ärztin / Ihr Arzt Ihnen ein Privatrezept oder ein grünes Rezept aus.



Praxisstempel

Gemeinsame Arbeitsgruppe Arzneimittel

Kassenärztliche Vereinigung
Niedersachsen



Kassenärztliche Vereinigung
Niedersachsen

Verbände der gesetzlichen
Krankenkassen in Niedersachsen



Rezept-Info – Kurzinformation zur Entlassung aus der Verschreibungspflicht

- Es können gleichzeitig apothekenpflichtige und verschreibungspflichtige Arzneimittel mit demselben Wirkstoff auf dem Markt sein.
- Gemäß Arzneimittel-Richtlinie sollen apothekenpflichtige Arzneimittel verordnet werden, wenn diese ausreichend, notwendig und zweckmäßig sind.
- Falls ein Arzneimittel in einer Indikation eingesetzt werden soll, für die das apothekenpflichtige Präparat nicht zugelassen ist, muss auf die verschreibungspflichtige Variante ausgewichen werden.
- Gleiches gilt, wenn apothekenpflichtige Arzneimittel keinen ausreichenden Therapieerfolg bringen.



Informationen für die Praxis

KVN-Rundschreiben

Februar 2021

Inhaltsverzeichnis

1. Abrechnung	3
1.1. Änderung des EBM zum 1. Januar 2021 im Bereich der Human- und Tumorgenetik.....	3
1.2. Keine Angabe der Wiederholungsuntersuchung sowie das Jahr der letzten Untersuchung zu den GOP 01760 und 01761 EBM erforderlich.....	4
1.3. Gesetzliche Unfallversicherung: Beschlüsse zum 1. Januar 2021 - Verlängerung der Hygienepauschale/Videosprechstunde	4
2. Verordnungen.....	5
2.1. Veranlasste Leistungen: Bundesweite Sonderregelungen aufgrund der Coronavirus-Pandemie verlängert	5
2.2. Lonsurf® (Trifluridin/Tipiracil) in weiterer Indikation als Praxisbesonderheit anerkannt.....	6
2.3. Clostridium botulinum Toxin Typ A bei aufgabenspezifischer fokaler Dystonie - Anlage VI der Arzneimittel-Richtlinie, Ergänzung	7
2.4. Verordnung von Impfstoffen gegen Humane Papillomviren (HPV) und Herpes Zoster nur über Sprechstundenbedarf	8
2.5. Änderung der Schutzimpfungs-Richtlinie - geänderte Influenza-Impfempfehlung für ältere Personen ab 60 Jahren.....	9
2.6. Ruhen der Zulassungen von Ranitidin-haltigen Arzneimitteln.....	10
2.7. Anpassungen innerhalb der Wirtschaftlichkeitsziele der Bevacizumab-haltigen Biosimilarquoten	10
3. Allgemeine Hinweise.....	10
3.1. Neue indikationsübergreifende Teilnahme/Einwilligungserklärung (TE/EWE) zur Teilnahme an einem strukturierten Behandlungsprogramm ab 1. April 2021	10
3.2. Organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme Darmkrebs und Zervixkarzinom	12

3.3.	Ergänzende Informationen zur ärztlichen Versorgung für Personen, die im Vereinigten Königreich krankenversichert sind	13
3.4.	Atlas BKK ahlmann und Schwenniger BKK fusionieren zur vivida bkk.....	14
3.5.	Merkblatt zu den DMP-Sonderregelungen aufgrund der COVID-19-Pandemie	14
4.	Veranstaltungen im März und April 2021	15
5.	Anlagenverzeichnis.....	16
5.1.	Sammelerklärung	16

1. Abrechnung

1.1. Änderung des EBM zum 1. Januar 2021 im Bereich der Human- und Tumorgenetik

Der Bewertungsausschuss hat zum 1. Januar 2021 die Streichung aller genehmigungspflichtigen Leistungen in der Human- und Tumorgenetik beschlossen. Seinerzeit hatte der Bewertungsausschuss zum 1. Juli 2016 die Gebührenordnungspositionen 11449, 11514 und 19425 als genehmigungspflichtige postnatale Mutationssuchen in den EBM aufgenommen. Mit der Genehmigungspflicht verbunden war die extrabudgetäre Vergütung dieser Leistungen. Im Ergebnis führte die restriktive Genehmigungspraxis im Zeitraum vom 3. Quartal 2016 bis zum 4. Quartal 2020 zu einer Ausweitung des Leistungsbedarfs anderer humangenetischer Leistungen in der MGV - insbesondere der GOP 11513. Gleichzeitig wurde extrabudgetäres Vergütungsvolumen nicht abgerufen.

Neue Finanzierungsempfehlung

Die neue Finanzierungsempfehlung sieht eine basiswirksame Anhebung der MGV um 45 Millionen Euro beginnend im Jahr 2021 vor. Zum Ausgleich der nicht-abgerufenen extrabudgetären Vergütung zwischen dem 3. Quartal 2016 und dem 4. Quartal 2020 wird die GOP 11302 ab dem 1. Januar 2021 über drei Jahre ohne Bereinigung als extrabudgetäre Leistung vergütet. Damit wird die Beurteilung und Befundung komplexer genetischer Analysen gefördert.

Streichung der genehmigungspflichtigen Leistungen

Mit dem vorliegenden Beschluss werden die genehmigungspflichtigen GOP 11449, 11514 und 19425 sowie die der GOP 19425 entsprechende Leistung 19454 für die In-vitro-Diagnostik tumorgenetischer Veränderungen zur Indikationsstellung einer pharmakologischen Therapie gestrichen. Hierdurch entfällt die Notwendigkeit der vorherigen Genehmigung durch die Krankenkassen für den Zuschlag nach den GOPs 11449 sowie für die GOP 11514 und 19425 im EBM. Deren Leistungsinhalt und der Leistungsinhalt der GOP 19454 werden in die GOP 11513, 19424 beziehungsweise 19453 integriert. Der Zuschlag nach der GOP 11449 für eine Erweiterung der indikationsbezogenen Diagnostik des Abschnitts 11.4.2 EBM entfällt. Er wird innerhalb der bestehenden GOP - insbesondere durch die Erweiterung des fakultativen Leistungsinhaltes der GOP 11440 („Hereditäres Mamma- und Ovarialkarzinom“) abgebildet.

Streichung

In dem Zusammenhang entfallen dann auch die GOP 11304 und 19406 für die ärztlichen Gutachten für den Antrag zu den genehmigungspflichtigen GOP 11449, 11514 und 19425.

Die Bewertungen der GOP 11352, 11355, 11356, 11440, 11448, 11601 und 19456 sowie der zugehörige Höchstwert werden im Rahmen der wirtschaftlichen Leistungserbringung entsprechend abgesenkt.

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

1.2. Keine Angabe der Wiederholungsuntersuchung sowie das Jahr der letzten Untersuchung zu den GOP 01760 und 01761 EBM erforderlich

Bei der Abrechnung der GOP 01760 (Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen bei der Frau) und der GOP 01761 (Untersuchung zur Früherkennung des Zervixkarzinoms) sind keine Angaben in den KVDT-Feldern 5020 und 5021 erforderlich.

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

1.3. Gesetzliche Unfallversicherung: Beschlüsse zum 1. Januar 2021 - Verlängerung der Hygienepauschale/Videosprechstunde

Erweiterung der Abrechnungsmöglichkeiten nach Nr. 5255 UV-GOÄ: Die Leistungslegende der Nr. 5255 für die Befundung von Schnittbildern durch den Durchgangsarzt wurde ergänzt. Dadurch hat der Durchgangsarzt jetzt die Möglichkeit, seinen Aufwand bei der Beurteilung von anderweitig gefertigten Schnittbildern abrechnen zu können.

Klarstellung in der Leistungslegende zu Nr. 5298 UV-GOÄ: Nach Nr. 5298 UV-GOÄ kann ein Zuschlag für die Anfertigung von digitalen Röntgenaufnahmen erhoben werden, der bei den Nummern 5255 bis 5257 UV-GOÄ nicht abrechenbar ist.

§ 14 Ärztliche Unfallmeldung und § 26 Vorstellungspflicht beim Durchgangsarzt: Ärzte, die die Erstversorgung von Unfallverletzten vornehmen, insbesondere Kinder- und Jugendärzte sowie Hausärzte, müssen eine Ärztliche Unfallmeldung abgeben. Zuvor benötigte der Unfallversicherungsträger vom erstbehandelnden Arzt diese Unfallmeldung zur Feststellung seiner Leistungspflicht nur dann, wenn keine Arbeitsunfähigkeit über den Unfalltag hinaus bestand und die Behandlungsbedürftigkeit nicht länger als eine Woche andauerte. Durch die Änderungen ist die Ärztliche Unfallmeldung (F 1050) jetzt auch in den Fällen der Vorstellungspflicht an den Durchgangsarzt nach § 26 Vertrag Ärzte/Unfallversicherung zu erstellen. Dann ist nur das F 1050 nach Nr. 125 UV-GOÄ abrechenbar und nicht die Nr. 145 UV-GOÄ (Überweisungsgebühr). Die Geltendmachung beider Gebühren ist unzulässig. Die Überweisungsgebühr Nr. 145 UV-GOÄ bleibt für anderweitige Anwendungsfälle bestehen.

§ 41 Vorstellungspflicht beim Hautarzt: Es gibt Änderung im Hinblick auf die Vorstellungspflicht auch ohne Tätigkeitsaufgabe und die Erstattung des Hautarztberichts F 6050 bei einem begründeten Verdacht einer Berufskrankheit im Sinne der BK-Nr. 5101.

Die Beschlüsse sind zum 1. Januar 2021 in Kraft getreten.

Die UV-GOÄ und der Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger sind auf der Internetseite der KBV unter www.kbv.de/html/uv.php zu finden.

Änderungen UV-GOÄ

Änderungen zum
Vertrag Ärzte/
Unfallversicherung

Verlängerung der Hygienepauschale / Videosprechstunde bis zum 31. März 2021: Dabei geht es um die vereinbarte Hygienepauschale für Durchgangsarzte, mit der sich die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung an den Mehraufwendungen für Infektionsschutz während der COVID-19-Pandemie beteiligen, sowie um Möglichkeiten der Durchführung von Videosprechstunden bei der Behandlung von Unfallverletzten (vgl. KV-InfoAktuell 259/2020 und 366/2020).

2. Verordnungen

2.1. Veranlasste Leistungen: Bundesweite Sonderregelungen aufgrund der Coronavirus-Pandemie verlängert

Die vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) festgelegten Sonderregelungen im Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie werden bis zum 31. März 2021 verlängert.

Verordnungen nach telefonischer Anamnese

- Das Ausstellen von Arzneimittelrezepten ist auch nach telefonischer Anamnese möglich. Voraussetzung ist, dass der behandelnde Arzt sich nach persönlicher Einschätzung vom Zustand der Versicherten durch eingehende Befragung überzeugen konnte. Das Rezept kann wie bisher postalisch übermittelt werden. Die Übertragung von BtM-Rezepten ist auch außerhalb von Vertretungsfällen möglich.
- Nach telefonischer Anamnese können zudem Folgeverordnungen von Heil- und Hilfsmitteln ausgestellt und per Post zugesandt werden. Voraussetzung ist, dass bereits zuvor aufgrund derselben Erkrankung eine unmittelbare persönliche Untersuchung durch den verordnenden Vertragsarzt erfolgt ist. Diese Regelung gilt für alle Hilfsmittel zum Verbrauch sowie Zubehör und Ersatzbeschaffung, Verordnungen über Seh- und Hörhilfen sind ausgeschlossen.
- Die Regelung gilt ebenso für die Ausstellung von Überweisungsscheinen (Muster 6 und 10), die Folgeverordnung von Häuslicher Krankenpflege sowie die Verordnung von Krankentransport.

Folgeverordnungen

Verlängerte Frist zur Vorlage von Verordnungen

- Die Frist zur Vorlage von Verordnungen von häuslicher Krankenpflege, spezialisierter ambulanter Palliativversorgung sowie Sozialtherapie bei der Krankenkasse beträgt zehn Tage statt drei Tage.

Regelungen zu Folgeverordnungen im Bereich der häuslichen Krankenpflege

- Im Bereich der häuslichen Krankenpflege können Folgeverordnungen für bis zu 14 Tage rückwirkend erfolgen. Die Begrün-

derung der Notwendigkeit bei einer längerfristigen Folgeverordnung von häuslicher Krankenpflege und die 3-Tages-Frist zur Ausstellung der Folgeverordnung entfallen.

Videobehandlung bei bestimmten veranlassten Leistungen möglich

- Folgende Leistungen können per Video durchgeführt werden, sofern der Patient zustimmt und die Behandlung datenschutzkonform erfolgt:
 - Psychiatrische häusliche Krankenpflege (pHKP)
 - Soziotherapie
 - Heilmittel
- Die Videobehandlung im Bereich der pHKP und der Soziotherapie kann insbesondere dann erfolgen, um eine Krisensituation zu vermeiden, bei deren Bewältigung zu unterstützen oder wenn mit einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes aufgrund der Leistungsunterbrechung zu rechnen ist.
- Im Bereich der Heilmittel ist die Videotherapie zulässig bei Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie, Ergotherapie, Ernährungstherapie sowie bestimmten Arten der Physiotherapie.

Gültigkeit von Heilmittelverordnungen

- Wird die Behandlung länger als 14 Kalendertage unterbrochen, so behält die Verordnung dennoch ihre Gültigkeit.

2.2. Lonsurf® (Trifluridin/Tipiracil) in weiterer Indikation als Praxisbesonderheit anerkannt

Lonsurf® (Wirkstoffe Trifluridin/Tipiracil) wird ab dem 3. September 2020 nach einer Vereinbarung zwischen dem GKV-Spitzenverband und dem pharmazeutischen Unternehmer SERVIER Deutschland GmbH ab dem ersten Behandlungsfall als Praxisbesonderheit im Anwendungsgebiet mit Zusatznutzen laut G-BA-Beschluss vom 2. April 2020 anerkannt:

- Lonsurf® wird angewendet als Monotherapie zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit metastasiertem Magenkarzinom einschließlich Adenokarzinom des gastroösophagealen Übergangs, die bereits mit mindestens zwei systemischen Therapieregimen für die fortgeschrittene Erkrankung behandelt worden sind.

Die Anerkennung als Praxisbesonderheit gilt im Falle der Indikation Magenkarzinom nicht bei Patienten mit einem ECOG-Performance Status größer als 1. Patienten mit einem ECOG-Performance Status größer als 1 wurden in der der G-BA-Bewertung zugrundeliegenden Studie Tags nicht untersucht.

Die Einleitung und Überwachung der Behandlung mit Trifluridin/Tipiracil soll nur durch in der Therapie von Patienten mit Magenkarzinom erfahrene Fachärzte für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie sowie durch Fachärzte für Innere Medizin und Gastroenterologie und weitere, an der Onkologie-Vereinbarung teilnehmende Ärzte anderer Fachgruppen erfolgen.

Anwendungsgebiet

Die seit dem 15. August 2017 bestehende Praxisbesonderheit im Anwendungsgebiet des metastasierten kolorektalen Karzinoms (KRK) (siehe Rundschreiben Mai 2018) gilt weiterhin fort:

- Lonsurf® wird angewendet zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit metastasiertem kolorektalem Karzinom (KRK), die bereits mit verfügbaren Therapien behandelt wurden oder die für diese nicht geeignet sind. Diese Therapien beinhalten Fluoropyrimidin-, Oxaliplatin- und Irinotecan-basierte Chemotherapien, Anti-VEGF- und Anti-EGFR-Substanzen.

Anwendungsgebiet

Die Anerkennung als Praxisbesonderheit gilt im Falle der Indikation Kolorektales Karzinom nicht bei Patienten mit einem ECOG-Performance Status größer als 1. Patienten mit einem ECOG-Performance Status größer als 1 wurden in den der G-BA-Bewertung zugrundeliegenden Studien RECURSE und TERRA nicht untersucht.

Die Einleitung und Überwachung der Behandlung mit Trifluridin/Tipiracil soll durch in der Therapie von Patienten mit metastasiertem kolorektalem Karzinom erfahrene Fachärzte für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie sowie durch Fachärzte für Innere Medizin und Gastroenterologie 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. Anerkennung als Praxisbesonderheit besteht, solange SERVIER Lonsurf® in Deutschland vertreibt. Die Praxisbesonderheit erlischt zudem, wenn ein nachfolgender G-BA-Beschluss feststellt, dass Lonsurf® keinen Zusatznutzen oder einen geringeren Nutzen hat oder ein Zusatznutzen als nicht belegt gilt.

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. Clostridium botulinum Toxin Typ A bei aufgabenspezifischer fokaler Dystonie - Anlage VI der Arzneimittel-Richtlinie, Ergänzung

Mit Wirkung zum 15. Januar 2021 wurde in der Anlage VI (Off-Label-Use) der Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL) in Teil A die Ziffer XXXI „Clostridium botulinum Toxin Typ A bei aufgabenspezifischer fokaler Dystonie“ neu angefügt.

Laut G-BA-Beschluss sind zur Botulinumtoxin A - Behandlung alle Patientinnen und Patienten mit einer aufgabenspezifischen fokalen Dystonie geeignet, die keine Überempfindlichkeit gegen Botulinumtoxin A oder eine Infektion an der Injektionsstelle haben. Die allgemeinen Kontraindikationen aus den Fachinformationen sind zu beachten.

Das Behandlungsziel ist eine Verbesserung der Durchführung der von der Dystonie betroffenen spezifischen Aufgabe durch lokale Schwächung der dystonen Muskulatur an der Extremität sowie eine Linderung der klinischen Beschwerdesymptomatik (z. B. Schreibkrampf, Musikerdystonie, Tastaturkrampf, Golferkrampf und andere fokale aufgabenspezifische Tätigkeiten).

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 Clostridium botulinum Toxin Typ A-haltigen Arzneimittel einer Anwendung zugestimmt (Haftung des pharmazeutischen Unternehmers), so dass ihre Arzneimittel für die genannte Off-Label-Indikation verordnungsfähig sind:

A.C.A. Müller ADAG Pharma AG, adequapharm GmbH, Allergan GmbH / Allergan Pharmaceuticals Ireland, axicorp Pharma GmbH / axicorp Pharma B.V., BBFarma srl, CC Pharma GmbH, docpharm Arzneimittelvertrieb GmbH & Co. KGaA, EurimPharm Arzneimittel GmbH / EurimPharm Vertriebs-GmbH & Co. KG, IPSEN PHARMA GmbH, Medicopharm AG, Merz Pharmaceuticals GmbH, Orifarm GmbH, PB Pharma GmbH

Hersteller

Wir empfehlen, bei Verordnungen von Clostridium botulinum Toxin Typ A-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 Clostridium botulinum Toxin Typ A sind nicht definiert.

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.

2.4. Verordnung von Impfstoffen gegen Humane Papillom-Viren (HPV) und Herpes Zoster nur über Sprechstundenbedarf

Mit Wirkung ab dem 1. Juni 2019 sind die Impfstoffe gegen Humane Papillom-Viren (HPV) und Herpes Zoster nach langen Verhandlungen endlich in den Sprechstundenbedarf aufgenommen worden. Die vorher notwendige Verordnung auf Namen des Patienten ist damit ausnahmslos entfallen. Auf diesen Umstand hatten wir bereits im Juni 2019 und nochmals im März 2020 hingewiesen. Leider müssen wir feststellen, dass immer noch in gehörigem Umfang diese Impfstoffe auf Namen des Patienten bezogen werden.

Die gesetzlichen Krankenkassen in Niedersachsen haben uns nun darüber informiert, für entsprechende Fehlverordnungen ab März 2020 Regressanträge stellen zu wollen. Hier drohen hohe Regresse, die über den korrekten Bezugsweg leicht zu vermeiden wären. Wir bitten Sie daher noch einmal eindringlich, die Impfstoffe gegen HPV und Herpes Zoster ausschließlich über den Sprechstundenbedarf zu beziehen. Dies betrifft sowohl Zehner- als auch Einzelpackungen.

2.5. Änderung der Schutzimpfungs-Richtlinie - geänderte Influenza-Impfempfehlung für ältere Personen ab 60 Jahren

Der G-BA hat eine Änderung der Schutzimpfungs-Richtlinie bezüglich der Influenza-Impfung für Personen ab 60 Jahren beschlossen. Damit wurde die Empfehlung der STIKO vom November 2020 umgesetzt. Gesetzlich Versicherte ab 60 Jahren sollen demnach ab der kommenden Grippe-Saison 2021/2022 nur noch mit einem Hochdosis-Influenza-Impfstoff geimpft werden.

Der derzeit einzige verfügbare hochdosierte Grippeimpfstoff ist bislang jedoch nur für eine Anwendung bei Personen ab 65 Jahren zugelassen. Eine Entscheidung über die Erweiterung der Zulassung für Personen ab 60 Jahren wird in den nächsten Monaten erwartet.

Die Schutzimpfungs-Richtlinie wird laut G-BA-Beschluss in der Spalte 3 „Hinweise zur Umsetzung“ in der Zeile „Influenza“ wie folgt geändert:

- Im Abschnitt Standardimpfung lautet die neue Formulierung für Personen ab dem Alter von 60 Jahren:
„Impfung mit einem inaktivierten quadrivalenten Hochdosis-Influenza-Impfstoff mit aktueller, von der WHO empfohlener Antigenkombination. **Solange Hochdosis-Impfstoffe für die Altersgruppe 60 bis 64 Jahre nicht zugelassen sind, Impfung von Personen in diesem Alter mit einem inaktivierten, quadrivalenten Influenza-Impfstoff (unabhängig vom Impfstofftyp).**“
- In den Abschnitten **Indikationsimpfung, berufliche Indikation und Reiseindikation** wird folgender Satz angefügt: *„Ab dem Alter von 60 Jahren Impfung mit einem inaktivierten quadrivalenten Influenza-Hochdosis-Impfstoff mit aktueller, von der WHO empfohlener Antigenkombination. Solange Hochdosis-Impfstoffe für die Altersgruppe 60 – 64 Jahre nicht zugelassen sind, Impfung von Personen in diesem Alter mit einem inaktivierten, quadrivalenten Influenza-Impfstoff (unabhängig vom Impfstofftyp).“*

Hinweise zur Vorbestellung: Der G-BA-Beschluss tritt vorbehaltlich einer Nichtbeanstandung durch das Bundesgesundheitsministerium am 1. April 2021 in Kraft. Wie im Dezember-Rundschreiben 2020 angekündigt empfehlen wir, ab sofort entsprechenden Grippeimpfstoff für Personen ab 60 Jahren über den bekannten Bestellweg in den Apotheken vorzubestellen.

Hinweise zur
Vorbestellung

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

2.6. Ruhen der Zulassungen von Ranitidin-haltigen Arzneimitteln

Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) hat darüber informiert, dass die Zulassungen für Ranitidin-haltige Arzneimittel vorläufig bis zum 2. Januar 2023 ruhen müssen.

Der Grund hierfür ist, dass in Ranitidin-haltigen Arzneimitteln eine zu große Menge an Verunreinigungen von N-Nitrosodimethylamin (NDMA) nachgewiesen wurde. Die Europäische Arzneimittelagentur (EMA) hatte ein ungünstiges Nutzen-Risiko-Verhältnis festgestellt und daher das Ruhen der Zulassungen gefordert.

Patienten, die Ranitidin mit oder ohne Rezept eingenommen haben, sollen über Alternativen beraten werden.

2.7. Anpassungen innerhalb der Wirtschaftlichkeitsziele der Bevacizumab-haltigen Biosimilarquoten

Durch Änderungen auf dem Arzneimittelmarkt haben sich innerhalb folgender Arzneimittelziele Anpassungen ergeben:

Wirtschaftlichkeitsziel	Vergleichsgruppen
Bevacizumab/Trastuzumab	Onkologische Gynäkologen
Bevacizumab/Rituximab/Trastuzumab	Hämatologen/Onkologen

Anpassungen

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

3. Allgemeine Hinweise

3.1. Neue indikationsübergreifende Teilnahme/Einwilligungserklärung (TE/EWE) zur Teilnahme an einem strukturierten Behandlungsprogramm ab 1. April 2021

Ab 1. April 2021 gilt eine neue indikationsübergreifende Teilnahme/Einwilligungserklärung (TE/EWE), welche alle derzeitigen indikationsspezifischen TE/EWEs sowie die aktuell verwendete indikationsübergreifende TE/EWE ersetzt.

Die neue TE/EWE wird sowohl als Formularvordruck, als auch als Ausdruck über die Praxisverwaltungssoftware zur Verfügung gestellt.

Der Vorteil der neuen indikationsübergreifenden TE/EWE ist, dass für alle bestehenden DMP-Indikationen ein einheitliches Formular verwendet wird.

Konkret bedeutet das:

- Auf der TE/EWE befinden sich Ankreuzmöglichkeiten für alle DMP-Indikationen, d. h. sowohl für die bisher bestehenden DMP als auch für die neuen DMP.
- Sofern eine Patientin oder ein Patient zeitgleich neu in mehrere DMP eingeschrieben werden soll, ist dies mit einem Formular möglich. Dabei ist jedoch zu beachten, dass bestimmte Kombinationen bei Mehrfacheinschreibungen nicht möglich sind. Dies betrifft die Kombination von DMP Diabetes mellitus Typ 1 und DMP Diabetes mellitus Typ 2, hier kann eine Patientin oder ein Patient nur in eines der beiden DMP eingeschrieben werden. Gleiches gilt für die Kombination DMP Asthma und DMP COPD.
- Wenn eine Patientin oder ein Patient bereits in ein DMP eingeschrieben ist und zu einem späteren Zeitpunkt in weitere DMP neu eingeschrieben werden soll, müssen auf dem TE/EWE-Formular nur die DMP angegeben werden, zu denen eine Neueinschreibung erfolgen soll; bestehende DMP-Teilnahmen sind nicht erneut anzugeben.
- Die Information für Patientinnen und Patienten wurde komplett überarbeitet und generisch gestaltet. Sie beinhaltet keine indikationsspezifischen Informationen mehr, sondern bezieht sich grundsätzlich auf Informationen, die für alle Indikationen gleichermaßen gelten. Zur Unterstützung der ärztlichen Beratung wird die jeweilige Krankenkasse den Patientinnen und Patienten, die bei ihr versichert sind, ebenfalls wie bisher umfangreiche Informationen zu ihren Erkrankungen zur Verfügung stellen.
- In der Information über den Datenschutz haben sich im Vergleich zur aktuell gültigen TE/EWE keine Änderungen ergeben.
- Für die neuen DMP-Indikationen, die ebenfalls auf der indikationsübergreifenden TE/EWE angekreuzt werden können, ist eine Einschreibung jedoch erst dann möglich und gültig, sobald ein Vertrag mit den Krankenkassen für die jeweilige Indikation in Kraft tritt und somit auch die für die Einschreibung notwendigen Dokumentationen erstellt werden können. In Niedersachsen bestehen zu den neuen DMP-Indikationen bislang keine Verträge, so dass die Ankreuzmöglichkeiten bis auf weiteres entfallen.

Mehrfacheinschreibungen

Die generische Formulierung der Information für Patientinnen und Patienten sowie die Aufnahme aller Indikationen führt dazu, dass die TE/EWE zukünftig - vorbehaltlich datenschutzrechtlicher Anpassungen - weiterhin gültig bleibt, selbst wenn sich die medizinischen Inhalte der DMP im Rahmen der Aktualisierungen ändern. Damit entfällt der regelmäßige Austausch der TE/EWE und die Einschreibung mit überholten Vordruck-Formularen wird zukünftig vermieden.

Austausch und Übergangsfristen

Die neue indikationsübergreifende TE/EWE soll ab 1. April 2021 verwendet werden. Um einen reibungslosen Übergang sicherzustellen,

werden übergangsweise bis zum 30. Juni 2021 noch die bisherigen TE/EWE von DAVASO akzeptiert.

Am Bestellprozess für die TE/EWE-Vordrucke gibt es keine Änderungen. Die Möglichkeit, die TE/EWE auch über die Praxisverwaltungssoftware auszudrucken, wird ebenfalls weiterhin bestehen.

Die neue TE/EWE kann ab sofort beim Paul-Albrechts-Verlag bestellt werden. Ein Muster der neuen TE/EWE finden Sie auf unserer Internetseite unter www.kvn.de/Mitglieder/Qualität/DMP.html unter dem Register „DMP-Merkblätter Allgemeine Informationen“.

Bestellung

3.2. Organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme Darmkrebs und Zervixkarzinom

Elektronische Dokumentation und Übertragung

Untersuchungen im Rahmen der organisierten Programme zur Darmkrebsfrüherkennung und Gebärmutterhalskrebsfrüherkennung müssen ab dem 1. Oktober 2020 elektronisch dokumentiert werden.

Die Dokumentation kann entweder über die Praxissoftware oder über das KVN-Portal direkt vorgenommen werden. Wenn die Daten mittels Praxissoftware erfasst werden, ist zusätzlich eine Datenübertragung an die Datenannahmestelle (KVN) erforderlich. Hierfür steht im KVN-Portal unter Online-Dienste die Anwendung Organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme (oKFE) zur Verfügung. Unter dem Menüpunkt „Dateiupload PVS“ können die entsprechenden Daten direkt aus der PVS hochgeladen werden.

Wenn eine Datei über den Dateiupload übertragen wurde, wird diese unter den Dokumentationen mit Dokumentationstyp Upload auf der Startseite aufgelistet.

Wird eine dokumentierte Datei ausgewählt, können die Rückmeldungen der Datenannahmestelle (KVN) und der Bundesauswertungsstelle eingesehen werden. Zudem kann hier der Meldebericht der Bundesauswertungsstelle abgerufen werden.

Erfolgt die Erfassung mittels Dokumentationsbögen im KVN-Portal direkt, sind die Daten nach Anlegen und Speichern eines Dokumentationsbogens sofort vorhanden. Somit ist eine zusätzliche Datenübertragung nicht erforderlich.

Dokumentationspflichtige Leistungen oKFE Darmkrebs

GOP 01741 EBM - Dokumentation Gastroenterologen, Fachinternisten ohne Schwerpunkt und Chirurgen (FÄ für Chirurgie oder Visceralchirurgie) mit Abrechnungsgenehmigung

GOP 01738 EBM - Dokumentation Labormediziner

GOP 13421 EBM - Dokumentation Gastroenterologen, Fachinternisten ohne Schwerpunkt und Chirurgen (FÄ für Chirurgie oder Visceralchirurgie) mit Abrechnungsgenehmigung

GOP 01737 EBM - nicht dokumentationspflichtig

Dokumentationspflichtige Leistungen oKFE Zervixkarzinom

GOP 01761 / 01764 EBM - Dokumentation Gynäkologen, abrechnungsberechtigte Hausärzte

GOP 01762 / 01766 - Dokumentation Gynäkologen und Pathologen mit Abrechnungsgenehmigung

GOP 01763 / 01767 - Dokumentation Gynäkologen, Pathologen und Labormediziner mit Abrechnungsgenehmigung

GOP 01765 EBM - Dokumentation Gynäkologen mit Abrechnungsgenehmigung

GOP 01760 EBM - nicht dokumentationspflichtig

Patienten der besonderen Personengruppen

Bei den besonderen Personengruppen handelt es sich um Versicherte, die sich nicht in einem regulären Versicherungsverhältnis mit einer gesetzlichen Krankenkasse befinden.

Derzeit sieht das Institut für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) in seinen Spezifikationen keine Auswertung von Datensätzen zu Patienten aus den besonderen Personengruppen vor.

Somit muss aktuell keine Dokumentation für Patienten der besonderen Personengruppen im oKFE-Dokumentationsmodul vorgenommen und übermittelt werden.

Allgemeines

Die aktuellen FAQ zu dem Thema Organisierte Krebsfrüherkennung können Sie unter „Hier finden Sie Antworten auf die häufigsten Fragen“ in der oKFE-Anwendung im KVN-Portal abrufen.

Zudem finden Sie dort unter den Programmen die Verknüpfungen zu den Praxisinformationen und den Themenseiten der KBV.

3.3. Ergänzende Informationen zur ärztlichen Versorgung für Personen, die im Vereinigten Königreich krankenversichert sind

Mit KVN-Rundschreiben Januar 2021 informierten wir Sie über die infolge des Brexits eingetretenen Änderungen bei der ärztlichen Versorgung für Personen, die im Vereinigten Königreich krankenversichert sind.

Vorläufig sind alle Europäischen Krankenversicherungskarten (EHIC) sowie Provisorische Ersatzbescheinigungen (PEB) aus dem Vereinigten Königreich zu akzeptieren.

Aufgrund seines Austritts wird das Vereinigte Königreich aber wie geplant neue Karten ohne EU-Logo ausgeben, die zur Inanspruchnahme von unvorhersehbaren Behandlungen berechtigen. Diese Karten heißen Citizens' Rights (CRA) EHIC. Auch für Studierende wird es eine neue Karte ohne EU-Logo geben. Die neue CRA-EHIC hatten wir Ihnen im Januar-Rundschreiben vorgestellt. Sobald uns weitere Informationen zum Einsatz der DRS-EHIC vorliegen, werden wir Sie informieren.

Vorläufig alle EHIC und PEB zu akzeptieren

Wie bisher können Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten ihre Leistungen nach GOÄ abrechnen, wenn keine gültige Karte oder PEB vorgelegt wird. Wird die Karte nachgereicht, werden die Kosten von der Krankenkasse erstattet.

Nicht geändert haben sich die Regelungen bei einer Einreise eigens für den Zweck einer geplanten Operation oder medizinischen Behandlung; hier sind weiterhin gesonderte Genehmigungen des Heimatlandes erforderlich.

3.4. Atlas BKK ahmann und Schwenniger BKK fusionieren zur vivida bkk

Mit dem Jahresstart übernimmt die vivida bkk die existierenden Sonderverträge. Damit ist die Inanspruchnahme der besonderen Leistungen für Versicherte der vivida bkk (IK 107 536 262) ab sofort möglich.

BKK-Sonderverträge	GOP
Hallo Baby! - Schwangerenversorgung	81310 bis 81316
Schutzimpfungen wegen privater Auslandsaufenthalte	92100 bis 92109
Versorgungsprogramm Rheuma	99162 bis 99169
Hautkrebsfrüherkennungsuntersuchung	99210
ADHS-Betreuung durch Kinder- und Jugendärzte	99260 bis 99264
Versorgungsprogramm Osteoporose	99265 bis 99268

Sonderverträge

3.5. Merkblatt zu den DMP-Sonderregelungen aufgrund der COVID-19-Pandemie

Ein überarbeitetes Merkblatt zur Erstellung von DMP-Dokumentationen und Durchführung von Patientenschulungen während der COVID-19 - Pandemie ist verfügbar. Sie finden es auf unserer Internetseite unter der Rubrik:

- Mitglieder/Qualität/DMP/DMP Merkblätter/Allgemeine Informationen.

4. Veranstaltungen im März und April 2021

Wichtig: Aufgrund der aktuellen Corona-Situation hat sich die KVN dazu entschlossen, dass weiterhin **bis einschließlich 31. März 2021 keine Präsenzveranstaltungen** stattfinden. Wir bieten Ihnen für einzelne Präsenzveranstaltungen untenstehende WebSeminare an. 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.
Heilmittel Informationsveranstaltung	WebSeminar	03.Mär	kostenlos
Heilmittelverordnung in Theorie und Praxis	WebSeminar	03.Mär	kostenlos
Medizinprodukte-Aufbereitung Workshop Teil 1	WebSeminar	03.Mär	59 Euro
Praxisoptimierung durch Patienten- und Mitarbeiterfeedback	WebSeminar	13.Mär	59 Euro
Praxisbegehungen in der haus- und kinderärztlichen Praxis durch das Gewerbeaufsichtsamt	WebSeminar	13.Mär	20 Euro
Sicher und digital kommunizieren - Die neuen KIM-Dienste der Telematikinfrastruktur	WebSeminar	17.Mär	kostenlos
PraxismanagerIn Refresherkurs	WebSeminar	17.Mär	165 Euro
Sicher und digital kommunizieren - Die neuen KIM-Dienste der Telematikinfrastruktur	WebSeminar	24.Mär	kostenlos
Ausbildung zur/m Datenschutzbeauftragte/n in der Arztpraxis	Aurich	13.Apr	390 Euro
Gruppentherapie leicht gemacht	WebSeminar	14.Apr	50 Euro
Hygiene für Fortgeschrittene	WebSeminar	14.Apr	69 Euro
Konfliktmanagement	Verden	14.Apr	50 Euro
Existenzgründerseminar Modul I Meine eigene Praxis - Impulse für den Start	WebSeminar	15.Apr	kostenlos

Qualitätsmanagementbeauftragte/r (umfasst drei Termine, jeweils Freitags)	WebSeminar	16.Apr	205 Euro
Personalführung für PraxismitarbeiterIn	WebSeminar	20.Apr	59 Euro
Meine Zukunft planen - Impulse für die Praxisabgabe	WebSeminar	21.Apr	kostenlos
Umgang mit schwierigen Patienten	WebSeminar	21.Apr	59 Euro
Qualitätszirkel - Was ist das überhaupt?	Braunschweig	21.Apr	kostenlos
Personalführung für Erstkräfte	Aurich	21.Apr	80 Euro
Hygiene in der Arztpraxis	WebSeminar	22.Apr	59 Euro
Psychosomatische Grundversorgung	Tiefenbrunn	24.Apr	1100 Euro
Rechtsnormen für die Arztpraxis	WebSeminar	28.Apr	59 Euro

5. Anlagenverzeichnis

5.1. Sammelerklärung

11. Zusätzlich erforderliche Angaben für einen finanziellen Ausgleich aufgrund der COVID-19-Pandemie

Die folgenden Angaben sind für die Prüfung, ob ein Anspruch auf Ausgleichszahlungen gem. Nr. 18 Teil B HVM besteht, erforderlich:

- Ich/Wir bestätige(n), dass ich/wir meinem/unserem Versorgungsauftrag in diesem Quartal nachgekommen bin/sind, soweit es mir/uns aufgrund der durch die Covid-19-Pandemie verursachten Umstände möglich war.
- Ich/Wir bestätige(n), dass der dieses Quartal aufgetretene Fallzahlrückgang aufgrund einer geringeren Patienteneinanspruchnahme Folge der Covid-19-Pandemie und nicht in meiner Person liegend begründet ist (z. B. zusätzlicher Urlaub, Krankheit). Ich/wir bestätigen ferner, dass keine nicht pandemiebedingte von mir/uns veranlasste Reduzierung der Praxiszeiten oder vorübergehende Praxisschließung stattgefunden hat.
- Ich/Wir habe(n) Entschädigungen nach dem Infektionsschutzgesetz oder finanzielle Hilfen aufgrund anderer Anspruchsgrundlagen (wie z.B. Soforthilfe bei der N-Bank, Kurzarbeitergeld, etc.) im Zusammenhang mit der Covid-19 Pandemie beantragt.

Ich/Wir haben folgende diesbezügliche Anträge gestellt:

Art des beantragten finanziellen Ausgleichs	Antrag bereits beschieden?	Finanzieller Ausgleich bewilligt?

Ich/Wir verpflichte(n) mich/uns, die KVN zeitnah über den Ausgang des/der Antragsverfahren(s) zu unterrichten.

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) TTMMJJJJ

(Unterschrift⁵ und Vertragsarztstempel²)

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

--

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

Januar 2021

Inhaltsverzeichnis

1. Abrechnung	3
1.1. Verlängerung der Regelungen zur GOP 01953 bis zum 30. Juni 2021 im Rahmen der Substitutionsbehandlung	3
1.2. Zahlreiche Sonderregelungen im Rahmen der Corona Pandemie bis Ende März 2021 verlängert und neue Sonderregelung zur transurethralen Therapie mit Botulinumtoxin	3
1.3. Terminservicestelle (TSS)	6
2. Verordnungen	6
2.1. Doxycyclin zur Behandlung des Bullösen Pemphigoids - Anlage VI der Arzneimittel-Richtlinie, Ergänzung	6
2.2. Keytruda® (Pembrolizumab) in weiteren Teilindikationen als Praxisbesonderheit anerkannt	7
3. Allgemeine Hinweise	8
3.1. Sonderregelung zur telefonischen Krankschreibung bis zum 31. März 2021 verlängert	8
3.2. Änderung der Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 zum BMV-Ä) zum 1. Januar 2021	9
3.3. Psychologische Psychotherapeuten dürfen ab 1. Januar 2021 psychiatrische häusliche Krankenpflege (pHKP) verordnen	9
3.4. Aktuelles zum Muster OEGD	10
3.5. Blankoformularbedruckung ab 1. Januar 2021 auch mit Tintenstrahldruckern möglich	10
3.6. Verlängerung der Regelungen zur Erbringung der Patientenschulungen im Rahmen der DMP/DSP Verträge während der Corona-Pandemie vom 1. Januar 2021 bis 31. März 2021	10
3.7. Neue Europäische Krankenversicherungskarte (EHIC) für Personen, die im Vereinigten Königreich krankenversichert sind	11

3.8.	Sonstige Kostenträger - Änderung des Vertrags über die ärztliche Versorgung von Polizeivollzugsbeamten zum 1. Januar 2021	13
3.9.	Hausarztzentrierte Versorgung der Knappschaft: Beratungsgespräch für pflegende Angehörige	14
3.10.	Abrechnung nach dem bisherigen DSP-Strukturvertrag Primärkassen für AOK, SVLFG, Knappschaft und IKK classic ab 1. Januar 2021	14
3.11.	Atlas BKK ahlmann und Schwenniger BKK fusionieren zur vivida bkk	14
3.12.	Aufruf zur Teilnahme an der Online-Umfrage zu Praxisinformationssystemen	15
4.	Veranstaltungen im Februar und März 2021	16

1. Abrechnung

1.1. Verlängerung der Regelungen zur GOP 01953 bis zum 30. Juni 2021 im Rahmen der Substitutionsbehandlung

Der Bewertungsausschuss hat die Regelungen zur Substitutionsbehandlung um ein weiteres halbes Jahr bis zum 30. Juni 2021 verlängert. Der Beschluss betrifft die Abbildung der Behandlung eines Opiatabhängigen mit einem Depotpräparat über die Gebührenordnungsposition 01953.

Der Bewertungsausschuss hat zum 1. April 2020 die Behandlung von Opiatabhängigen mit einem Depotpräparat im EBM abgebildet und hierfür die neue GOP 01953 aufgenommen. Die Regelungen waren zunächst befristet bis zum 30. September 2020 und wurden dann bis zum Jahresende 31. Dezember 2020 verlängert. Der Bewertungsausschuss hatte zu überprüfen, ob eine Anpassung der erforderlichen Regelungen erforderlich ist.

Nach der erneuten Verlängerung wird nun bis zum 1. Juni 2021 geprüft, ob eine weitere Verlängerung bzw. Anpassung der Regelungen zur GOP 01953 erforderlich ist. Insbesondere wird eine Erweiterung der GOP 01951 (Zuschlag Wochenende/Feiertag) um die GOP 01953 geprüft.

Der komplette Beschluss ist auf der Internetseite des Instituts des Bewertungsausschusses unter <http://institut-ba.de/ba/beschluesse.html> und im Deutschen Ärzteblatt veröffentlicht.

1.2. Zahlreiche Sonderregelungen im Rahmen der Corona Pandemie bis Ende März 2021 verlängert und neue Sonderregelung zur transurethralen Therapie mit Botulinumtoxin

Zahlreiche Sonderregelungen, die aufgrund der Corona-Pandemie beschlossen wurden und zunächst bis zum Ende des Jahres befristet waren, werden nach einem Beschluss des Bewertungsausschusses bis zum 31. März 2021 verlängert. Dazu zählen insbesondere die Regelungen zur Videosprechstunde und die Sonderregelungen zu Telefonaten und zum Porto für Folgeverordnungen. Vereinbart wurde außerdem eine Sonderregelung zur transurethralen Therapie mit Botulinumtoxin. Hierzu die Beschlüsse des Bewertungsausschusses im Einzelnen:

Vorerst bis zum 31. März 2021 gilt weiterhin:

- Videosprechstunde und Sonderregelungen Psychotherapie

- 20 % Obergrenzen bleiben ausgesetzt:
Betrifft behandlungsfall- und leistungsbezogene Begrenzungen bei der Durchführung der Videosprechstunde durch Ärzte und Psychotherapeuten

Bis 31. März 2021

- Psychotherapeutische Sprechstunden, probatorische Sitzungen sowie probatorische Sitzungen in der Neuropsychologie per Video im Ausnahmefall möglich:
- Ausnahmefälle sind z. B. wenn ein Aufsuchen der Praxis dem Patienten nicht zumutbar ist
- Gruppentherapie kann unbürokratisch in Einzeltherapie umgewandelt werden:
- Für je eine bewilligte Gruppensitzung (100 Minuten) darf je eine Einzelsitzung durchgeführt werden (50 Minuten), formlose Anzeige bei der Krankenkasse ist ausreichend
- Sozialpsychiatrie: videogestützte Maßnahmen einer funktionellen Entwicklungstherapie dürfen durch qualifizierte Mitarbeiter durchgeführt werden.

- Telefonkonsultation

- Vergütungsregelung für mehr Telefonkonsultationen: Ausweitung der telefonischen Beratung von Patienten, die im Quartal nicht in die Sprechstunde kommen oder eine Videosprechstunde nutzen

- Porto

- Regelung zur Erstattung von Portokosten für Folgeverordnungen und Überweisungen: Kosten für den postalischen Versand an den Patienten werden übernommen

Neu und ebenfalls bis 31. März 2021 gilt:

- Genehmigungen zur Durchführung und Abrechnung von Leistungen zur transurethralen Therapie mit Botulinumtoxin: Zur Erteilung der KV-Genehmigung sind mindestens 4 CME Punkte nachzuweisen (regulär 8).

Videosprechstunde

Die Sonderregelungen zur Videosprechstunde während der Coronavirus-Krise, die bis Ende des Jahres befristet waren, werden um 1 Quartal bis zum 31. März 2021 verlängert. Ärzte und Psychotherapeuten können somit auch weiterhin unbegrenzt Videosprechstunden anbieten. Fallzahl und Leistungsmenge sind nicht limitiert.

Das therapeutische Gespräch bei der Behandlung Opiatabhängiger ist weiterhin 8 x im Behandlungsfall möglich. Es kann auch im Rahmen einer Videosprechstunde durchgeführt werden.

Telefonkonsultationen

Ebenfalls aufgrund der steigenden Infektionszahlen verlängert bis zum 31. März 2021 wurden die Sonderregelungen zur Telefonkonsultation, die vorerst bis Ende des Jahres befristet waren.

Somit können die GOP 01433 und 01434 auch im 1. Quartal 2021 zusätzlich zur GOP 01435 bzw. arztgruppenspezifisch zur Versicherten- und Grundpauschale für die telefonische Beratung abgerechnet werden.

Sonderregelungen im
Detail

Auch die unterschiedlich hohen „Telefonkontingente“ für die einzelnen Fachgruppen werden verlängert. Die GOP 01433 bzw. 01434 sind nur berechnungsfähig, wenn in dem aktuellen Quartal oder in einem der sechs Quartale, die der Berechnung unmittelbar vorausgehen, ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt in derselben Arztpraxis stattgefunden hat.

Mit dem Beschluss ist auch weiterhin das therapeutische Gespräch im Rahmen der Substitutionsbehandlung (GOP 01952) telefonisch möglich.

Porto für Folgepreskriptionen, Überweisungen und andere Verordnungen

Die Sonderregelungen für die Abrechnung des postalischen Versands von bestimmten Folgeverordnungen und Überweisungsscheinen werden ebenfalls um ein weiteres Quartal bis zum 31. März 2021 verlängert. Aufgrund der aktuellen Ausbreitung der Coronavirus-Infektionen werden vermehrt persönliche Arzt-Patienten-Kontakte durch andere Arzt-Patienten-Kontakte ersetzt. Dazu gehören Telefonate und Videosprechstunden bzw. andere mittelbare Arzt-Patienten-Kontakte.

- Folgeverordnungen von Arzneimitteln (auch BtM-Rezepte) sowie von Verband- und Hilfsmitteln, die auf Muster 16 verordnet werden (somit Ausnahme von Sehhilfen und Hörhilfen),
- Verordnung einer Krankenbeförderung (Muster 4),
- Überweisungen (Muster 6 und 10) und
- Folgeverordnungen für häusliche Krankenpflege (Muster 12)
- Folgeverordnungen für Heilmittel (Muster 13, 14 und 18; ab 1. Januar 2021 neues Muster 13)

Voraussetzung für die Ausstellung ist, dass der Patient im laufenden Quartal oder in den letzten sechs Quartalen in der Arztpraxis persönlich vorstellig war.

Sonderregelung zur transurethralen Therapie mit Botulinumtoxin

Die Durchführung und Abrechnung der transurethralen Therapie mit Botulinumtoxin gemäß der GOP 08312 und 26316 erfordert eine Genehmigung der KVN. Diese wird erteilt, wenn jährlich acht CME Punkte durch Fortbildungen, die von der jeweiligen Landesärztekammer anerkannt sind, nachgewiesen werden. Aufgrund der Coronapandemie wurden und werden Kongresse und Fortbildungen abgesagt oder verschoben. Daher ist das Erreichen der geforderten CME Punkte aktuell erschwert. Der Bewertungsausschuss hat daher nun eine Ergänzung der ersten Anmerkung zur GOP 08312 und 26316 beschlossen.

Befristet vom 1. Oktober 2020 bis zum 31. März 2021 wird die Genehmigung auch dann erteilt, wenn die Teilnahme von der jeweiligen Landesärztekammer anerkannten Fortbildung zur Therapie von Blasenfunktionsstörungen im Umfang von mindestens vier CME Punkten für das zurückliegende Jahr nachgewiesen wird.

Die kompletten Beschlüsse werden auf der Internetseite des Instituts des Bewertungsausschusses unter <http://Institut-BA.de/BA/Beschlu-esse.html> und im Deutschen Ärzteblatt veröffentlicht.

Die Regelung umfasst:

1.3. Terminservicestelle (TSS)

Bitte melden Sie weiterhin Termine und denken Sie daran ggf. auslaufende Terminserien zu erneuern.

ACHTUNG: (Insbesondere) bei Online-Buchung durch Patienten erfolgt ggf. keine zusätzliche telefonische Kontaktaufnahme - gehen Sie bitte grds. davon aus, dass gebuchte Termine von den Patienten auch wahrgenommen werden.

2. Verordnungen

2.1. Doxycyclin zur Behandlung des Bullösen Pemphigoids - Anlage VI der Arzneimittel-Richtlinie, Ergänzung

Mit Wirkung zum 10. Dezember 2020 wurde in der Anlage VI (Off-Label-Use) in Teil A der Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL) die Ziffer XXX „Doxycyclin zur Behandlung des Bullösen Pemphigoids“ neu angefügt.

Laut G-BA-Beschluss sollte die Anwendung von Doxycyclin zur Behandlung des Bullösen Pemphigoids insbesondere bei älteren und/oder Patientinnen und Patienten mit reduziertem Allgemeinzustand als Monotherapie in Erwägung gezogen werden, bei denen durch eine Therapie mit systemischen Glukokortikoiden oder Azathioprin eine weitere Verschlechterung des Allgemeinzustandes zu erwarten ist.

Das Behandlungsziel ist die Unterdrückung der Blasenbildung bzw. die Heilung.

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 Doxycyclin-haltigen Arzneimittel einer Anwendung zugestimmt (Haftung des pharmazeutischen Unternehmers), so dass ihre Arzneimittel für die genannte Off-Label-Indikation verordnungsfähig sind:

ALIUD PHARMA GmbH, ratiopharm GmbH, STADAPHARM GmbH

Hersteller

Wir empfehlen, bei Verordnungen von Doxycyclin-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 Doxycyclin sind nicht definiert.

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. Keytruda® (Pembrolizumab) in weiteren Teilindikationen als Praxisbesonderheit anerkannt

Keytruda® (Wirkstoff Pembrolizumab) wird nach einer Vereinbarung zwischen dem GKV-Spitzenverband und dem pharmazeutischen Unternehmer MSD Sharp & Dohme GmbH ab dem 15. Dezember 2020 ab dem ersten Behandlungsfall als Praxisbesonderheit in den Anwendungsgebieten mit Zusatznutzen laut G-BA-Beschluss vom 14. Mai 2020 anerkannt:

1. Keytruda® ist in Kombination mit Axitinib zur Erstlinienbehandlung des fortgeschrittenen Nierenzellkarzinoms bei Erwachsenen angezeigt.
2. Keytruda® ist als Monotherapie oder in Kombination mit Platin- und 5-Fluorouracil (5-FU)-Chemotherapie zur Erstlinienbehandlung des metastasierenden oder nicht resezierbaren rezidivierenden Plattenepithelkarzinoms der Kopf-Hals-Region bei Erwachsenen mit PD-L1-exprimierenden Tumoren (Combined Positive Score [CPS] ≥ 1) angezeigt.

Die bestehenden Praxisbesonderheiten in den Anwendungsgebieten des nicht-kleinzelligen Lungenkarzinoms in Erst- (NSCLC 1L) oder Zweitlinientherapie (NSCLC 2L) (siehe Rundschreiben Mai 2018), des Urothelkarzinoms 2L (siehe Rundschreiben September 2018), des Melanoms adjuvant, des nicht-plattenepithelialen NSCLC 1L und des plattenepithelialen NSCLC 1L (siehe Rundschreiben Juni 2020) gelten weiterhin fort.

Die Einleitung und Überwachung der Behandlung mit Pembrolizumab beim nicht kleinzelligen Lungenkarzinom (NSCLC 1L/2L), Urothelkarzinom 2L, Melanom adjuvant, Nierenzellkarzinom 1L und Kopf- Hals-Tumore 1L darf nur durch in der Therapie von Patienten mit diesen Tumorarten erfahrene Fachärzte für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie und weitere an der Onkologievereinbarung teilnehmende Ärzte erfolgen, sowie bei NSCLC 1L/2L durch Fachärzte für Innere Medizin & Pneumologie oder Fachärzte für Lungenheilkunde, beim Urothelkarzinom 2L und Nierenzellkarzinom 1L auch durch Fachärzte für Urologie, bei Melanom adjuvant auch durch Fachärzte für Dermatologie sowie bei Kopf-Hals-Tumore 1L durch Fachärzte für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde.

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 Pembrolizumab potenziell auftretenden immunvermittelten Nebenwirkungen sowie zu infusionsbedingten Reaktionen.

Für Patienten mit reduziertem Allgemeinzustand (ECOG Performance-Status > 1) liegen für NSCLC 2L keine Studiendaten zur Beurteilung des Zusatznutzens vor.

Anwendungsgebiete

Vor Beginn einer Behandlung mit Pembrolizumab sollte regelhaft der PD-L1-Status der Tumoren vorliegen. Bei der Bestimmung des PD-L1-Status des Tumors sollte eine entsprechend validierte und robuste Methode verwendet werden, um falsch-negative oder falsch-positive Bestimmungen zu minimieren.

Die Vorgaben der Fachinformation sind zu berücksichtigen. Weitere Anwendungsgebiete oder Erweiterungen des Anwendungsgebietes sind nicht von dieser Praxisbesonderheit umfasst. Die Anerkennung als Praxisbesonderheit besteht, solange MSD Sharp & Dohme Keytruda® 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“.

3. Allgemeine Hinweise

3.1. Sonderregelung zur telefonischen Krankschreibung bis zum 31. März 2021 verlängert

Angesichts der anhaltend hohen Infektionszahlen in der Corona-Pandemie hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) die Sonderregelung zur telefonischen Feststellung der Arbeitsunfähigkeit bis zum 31. März 2021 verlängert.

Damit kann Patienten bei Erkrankungen der oberen Atemwege mit leichter Symptomatik nach telefonischer Anamnese eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (Muster 1) für bis zu sieben Kalendertage ausgestellt werden. Zudem ist eine Verlängerung für weitere sieben Kalendertage nach telefonischer Anamnese einmalig möglich. Die Regelung gilt für bekannte und unbekannte Patienten.

Auch die Ausstellung einer „ärztlichen Bescheinigung für den Bezug von Krankengeld bei der Erkrankung eines Kindes“ gem. Muster 21 ist weiterhin telefonisch möglich.

Ärzte müssen sich durch eine eingehende telefonische Befragung persönlich vom Gesundheitszustand der Versicherten überzeugen und prüfen, ob gegebenenfalls doch eine körperliche Untersuchung notwendig ist.

Wichtig

3.2. Änderung der Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 zum BMV-Ä) zum 1. Januar 2021

Die KBV und der GKV-Spitzenverband haben sich auf verschiedene kleinere Anpassungen in der Onkologie-Vereinbarung zum 1. Januar 2021 geeinigt.

Die zweite Protokollnotiz zum Anhang 2 der Onkologie-Vereinbarung sieht seit Einführung der Onkologie-Vereinbarung im Jahr 2010 die Erstellung einer Liste der Medikamente, bei deren Anwendung die Kostenpauschale 86516 (Zuschlag für die intravasal applizierte medikamentöse Tumortherapie) berechnungsfähig ist, vor. Anstelle einer erneuten Verlängerung der Frist zur Erstellung der Medikamentenliste erfolgt die vollständige Streichung der Protokollnotiz.

Gestrichen wird auch die Protokollnotiz zur Kostenpauschale 86520 (Zuschlag für die orale medikamentöse Tumortherapie). In den diesjährigen Verhandlungen wurde die Entwicklung der zum 1. Januar 2019 eingeführten Kostenpauschale 86520 analysiert. Im Ergebnis erfolgt keine Anpassung der Bewertung der Kostenpauschale 86520, sodass die Protokollnotiz entfallen kann.

Die Fristen in §6 Absatz 7 und Anhang 1 Satz 3 (EDV-Dokumentation) werden um ein weiteres Jahr verlängert.

Die Fußnote zum §6 Absatz 1 Nummer 6 ist obsolet und wird gestrichen.

Die Durchführung von Pharmakotherapieberatungen durch Krankenkassen ist aufgrund der Regelungen in §305a SGB V nicht mehr möglich. Daher wird in §7 Nummer 2 Satz 1 der zweite Halbsatz gestrichen.

Die Änderungsvereinbarung wurde im Deutschen Ärzteblatt 47/2020 vom 20. November 2020 veröffentlicht.

Die angepasste Onkologie-Vereinbarung finden Sie in Kürze auf der KBV-Internetseite (www.kbv.de/html/bundesmanilvertrag.php).

Streichung von zwei Protokollnotizen

Weitere Änderungen und Fristverlängerungen

3.3. Psychologische Psychotherapeuten dürfen ab 1. Januar 2021 psychiatrische häusliche Krankenpflege (pHKP) verordnen

Mit dem Gesetz zur Reform der Psychotherapeutenausbildung wurden zum 1. September 2020 die Befugnisse der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in Bezug auf die Verordnung von psychiatrischer häuslicher Krankenpflege (pHKP) erweitert.

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat diese Erweiterung nun in der Richtlinie zur Verordnung häuslicher Krankenpflege umgesetzt.

Die Verordnung von pHKP erfolgt auf dem Vordruckmuster 12 „Verordnung häuslicher Krankenpflege“ über die Nummer 27a beziehungsweise „psychiatrische häusliche Krankenpflege“ unter „Behandlungspflege“.

3.4. Aktuelles zum Muster OEGD

Aufgrund erneut geänderter Vorgaben an der Coronavirus-Testverordnung, die am 1. Dezember 2020 veröffentlicht wurde, erfolgte eine weitere Anpassung des Musters OEGD. Einzige Änderung ist der Wegfall des Ankreuzfeldes für Einreisende aus Risikogebieten im Ausland, da die Kosten dieser Tests ab 16. Dezember nicht mehr erstattet werden.

Das aktualisierte Formular OEGD (Stand 12.2020) kann ab sofort eingesetzt werden.

Stand 12.2020

Das gerade erst in Kraft getretene OEGD-Formular in der Fassung „Stand 11.2020“ behält seine Gültigkeit. Es kann weiterhin verwendet werden, solange bis der Vorrat aufgebraucht ist.

Die Muster mit Fassung „Stand 08.2020“ hingegen sind nur noch bis zum 31. Dezember 2020 zu verwenden.

Stand 08.2020 abgelaufen

3.5. Blankoformularbedruckung ab 1. Januar 2021 auch mit Tintenstrahldruckern möglich

Mit Wirkung zum 1. Januar 2021 haben Vertragsärzte und Vertragsärztinnen die Möglichkeit, Tintenstrahldrucker im Rahmen der Blankoformularbedruckung einzusetzen. Bisher sind nur Laserdrucker zugelassen.

Tintenstrahldrucker sind zulässig, wenn die Dokumentenechtheit gedruckter Formulare gewährleistet ist. Bei der Beschaffung von Tintenstrahldruckern ist daher zu beachten, dass diese über ein Prüfzeugnis der Papiertechnischen Stiftung zur Herstellung von Urschriften von Urkunden verfügen.

3.6. Verlängerung der Regelungen zur Erbringung der Patientenschulungen im Rahmen der DMP/DSP Verträge während der Corona-Pandemie vom 1. Januar 2021 bis 31. März 2021

Die mit den gesetzlichen Krankenkassen in Niedersachsen bis zum 31. Dezember 2020 abgestimmten befristeten Regelungen zur digitalen Durchführung von Schulungen und Abrechnung von Einzelschulungen wurden für den Zeitraum vom 1. Januar 2021 bis 31. März 2021 verlängert.

Im Einzelnen bedeutet das:

- Patientenschulungen per Videoübertragung sind weiterhin möglich, wenn deren Durchführung zwingend medizinisch erforderlich ist und nach medizinischer Einschätzung des Arztes die Schulungen keinen Aufschub dulden.
- Schulungen die per Videoübertragung durchgeführt werden, müssen entsprechend ihrer Curricula dafür geeignet sein.
- Von den vertraglich vereinbarten Gruppengrößen kann abgewichen werden; Einzelschulungen sind, sofern vertraglich geregelt, weiterhin möglich.
- Eine telefonische Beratung stellt keine Patientenschulung dar.

- Bei Patientenschulungen per Videoübertragung sind ausschließlich von der KBV zertifizierte Videodienstleister unter Beachtung des Datenschutzes zu nutzen. Der Schulungsarzt erfüllt die technischen Anforderungen an die apparative Ausstattung der Praxis gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä (Anlage 1).
- Mit den bereits vertraglich vereinbarten Vergütungen je Unterrichtseinheit sind alle Kosten abgegolten. Die zeitgleiche Abrechnung als eine Videosprechstunde (gem. Anlage 31b BMV-Ä) oder telefonische Beratung (EBM 01435) ist daher ausgeschlossen.
- Der Schulungsnachweis ist auch bei einer per Videoübertragung durchgeführten Patientenschulung Voraussetzung für die Abrechnung. Auf die Unterschrift der Versicherten wird in diesen Fällen verzichtet. Der Schulungsarzt unterzeichnet den Schulungsnachweis an den Stellen, wo im Normalfall die Unterschrift der Versicherten vorgesehen ist und macht deutlich, dass die Unterzeichnung durch ihn aufgrund der Corona-Pandemie notwendig war.
- Die Quotierungsregelung für die individualisierten Interventionen bleibt bestehen.

3.7. Neue Europäische Krankenversicherungskarte (EHIC) für Personen, die im Vereinigten Königreich krankenversichert sind

Aufgrund des Brexits wurden Personen, die im Vereinigten Königreich versichert sind, mit einer neuen EHIC ausgestattet. Wir möchten Sie hiermit über die Neuerungen informieren.

- Die neue „Citizens‘ Rights“ (CRA) EHIC enthält kein EU-Logo mehr. Sie enthält oben rechts ein Hologramm und im obersten Kartenfeld einen „CRA“-Aufdruck.
- Die Persönliche Identifikationsnummer ist im Feld 6 um den Zusatz „CRA“ ergänzt.
- Studierende erhalten eine befristete CRA EHIC, wobei diese Karte zusätzlich hinter der Persönlichen Identifikationsnummer im Feld 6 das Kürzel „DE“ aufweisen muss und nur dann in der vertragsärztlichen Praxis eingesetzt werden darf.
- Die CRA EHIC und die Studierenden CRA EHIC dürfen nur im Zeitraum ihrer Gültigkeit verwendet werden. Die Gültigkeit ist auf der Karte angegeben.
- Die Patienten müssen bei ungeplanten Behandlungen weiterhin die Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung ausfüllen, mit der sie nachweisen, nicht zum Zwecke der Behandlung eingereist zu sein.

Kein EU-Logo mehr

Ansichtsexemplar CRA EHIC



Ansichtsexemplar CRA EHIC für Studenten



(Quelle DVKA)

Hinweise zum Umgang und zu den bisherigen Karten

- Die bisherigen EHIC aus dem Vereinigten Königreich mit EU-Logo sind nur noch bis einschließlich 31. Dezember 2020 gültig.
- Personen, die ab 1. Januar 2021 neu in die Praxis kommen, dürfen nicht auf Grundlage einer solchen alten EHIC behandelt werden.
- Muss eine bereits begonnene Behandlung fortgeführt werden, können die ab 1. Januar 2021 entstehenden Behandlungskosten über eine deutsche Krankenkasse abgerechnet werden, wenn die Person eine gültige CRA EHIC vorlegt oder eine PEB plus Identitätsnachweis, zum Beispiel Reisepass. Andernfalls erfolgt eine Abrechnung auf Grundlage der GOÄ gegenüber der Person.
- Kann die Person ihren Anspruch bis zum Ende des Quartals durch eine CRA EHIC oder eine PEB nachweisen, werden ihr die Kosten von der jeweiligen Krankenkasse erstattet.
- Wurden bis zum 31. Dezember 2020 auf Basis der alten EHIC Arznei-, Heil- und Hilfsmittel verordnet, so ist diese Verordnung ab Januar nicht mehr gültig. Für eine neue Verordnung muss eine CRA EHIC oder eine PEB vorgelegt werden.

Bei planbaren Behandlungen weiterhin Genehmigung erforderlich

- Die neuen Regelungen betreffen nicht geplante vertragsärztliche Behandlungen.
- Bei planbaren Operationen und Behandlungen bleiben die Regelungen wie gehabt: Hier muss die zu behandelnde Person im

Gültige CRA EHIC

Vorfeld eine Genehmigung des zuständigen Trägers im Vereinigten Königreich einholen.

- Diese Genehmigung muss zusammen mit einem „Nationalen Anspruchsnachweis“ beziehungsweise mit einer Kostenübernahmeerklärung der gewählten deutschen Krankenkasse vor der Behandlung in der Praxis nachgewiesen werden.
- Behandlungen, die vor dem 1. Januar 2021 begonnen wurden, können aufgrund des von der deutschen Krankenkasse ausgestellten Anspruchsnachweises bzw. der Kostenübernahmeerklärung fortgesetzt werden.

Weitere Informationen

Weitere Informationen zum Umgang mit Personen, die im Vereinigten Königreich versichert sind und sich vorübergehend in Deutschland aufhalten, stellt die Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung Ausland auf Ihrer Homepage: www.dvka.de/de/leistungserbringer/brexit_2/brexit_leistungserbringer.html bereit.

Die KBV wird ihre Praxisinformation „So funktioniert die Abrechnung bei Patienten, die im Ausland krankenversichert sind“ (Stand Juli 2020) aufgrund der aktuellen Entwicklung anpassen. Wir werden Sie darüber informieren, sobald das Dokument aktualisiert ist und abgerufen werden kann.

3.8. Sonstige Kostenträger - Änderung des Vertrags über die ärztliche Versorgung von Polizeivollzugsbeamten zum 1. Januar 2021

Folgende Änderungen beinhaltet die Neufassung des Vertrags zwischen der KBV und dem Bundesministerium des Innern, für Bau und Heimat über die ärztliche Versorgung von Polizeivollzugsbeamtinnen und Polizeivollzugsbeamten:

Psychotherapie

Für den Bereich der psychotherapeutischen Versorgung von Bundespolizistinnen und Bundespolizisten gelten nun die gleichen Bedingungen und Regelungen wie in der vertragsärztlichen Versorgung. Hierdurch profitieren die Betroffenen von aktuellen und künftigen Veränderungen der vertragspsychotherapeutischen Versorgung. Dies schließt auch die Nutzung der Formulare und die Vorgaben zum Anzeige- und Antrags- und Gutachtenverfahren ein. Anzeigen oder Anträge sind mit den gleichen Formularen an den Leiter der Heilfürsorgeangelegenheiten des Bundespolizeipräsidiums, Referat 83, 53754 Sankt Augustin, zu richten.

Nutzung bundesmantelvertraglicher Vordrucke auch in digitaler Form und eGK

Vertragsärzte, die im Auftrag der Bundespolizei Angehörige der Bundespolizei und der Polizei des Deutschen Bundestages behandeln, verwenden die Vordrucke der Anlagen des Bundesmantelvertrags-Ärzte (BMV-Ärzte) - nun auch in digitaler Form - nach deren Vorgaben.

Weiterhin bildet der Vertrag nun auch die Möglichkeit ab, dass für Angehörige der Bundespolizei und der Polizei des Deutschen Bundestages elektronische Gesundheitskarten ausgegeben werden.

Anzeigen an

Der Vertrag über die ärztliche Versorgung der Polizeivollzugsbeamtinnen und Polizeivollzugsbeamten wird in Kürze auch auf der Internetseite der KBV bereit stehen (www.kbv.de/html/93.php).

3.9. Hausarztzentrierte Versorgung der Knappschaft: Beratungsgespräch für pflegende Angehörige

Neu ab 2021: Für Pflegepersonen, die an der HzV teilnehmen, können koordinierende Hausärzte jährlich bis zu zwei Beratungsgespräche zur Erkennung und Vermeidung gesundheitlicher Risiken durchführen.

Zuvor ermittelt die Knappschaft infrage kommende Patienten und tritt anschließend mit dem teilnehmenden Hausarzt in Kontakt. Für das Beratungsgespräch erhält der Hausarzt 30 Euro (GOP 81114) und kann dieses in einem Zeitraum von vier Quartalen wiederholen.

Im KVN-Portal jederzeit nachzulesen: Rubrik „Verträge“/Suchbegriff „Hausarzt“/Hausarztvertrag Knappschaft

3.10. Abrechnung nach dem bisherigen DSP-Strukturvertrag Primärkassen für AOK, SVLFG, Knappschaft und IKK classic ab 1. Januar 2021

Mit dem Oktober-Rundschreiben informierten wir Sie darüber, dass für Versicherte der AOK, SVLFG, Knappschaft und IKK classic für Nichtteilnehmer am DMP bis zum 31. Dezember 2020 nach dem bisherigen Strukturvertrag der Primärkassen abgerechnet werden kann.

Da die Verhandlungen über eine Anschlussvereinbarung noch andauern, wurde mit den betreffenden Krankenkassen vereinbart, dass bis zum 31. März 2021, die im bisherigen Strukturvertrag der Primärkassen enthaltenen Schulungen und Fußleistungen weiter abgerechnet werden können.

Eine Abrechnung der Strukturpauschalen nach den GOP 99100, 99100H, 99101 und 99101H ist nur bei eingeschriebenen Patienten möglich.

Behandlungsfälle auf der Grundlage des bisherigen DSP-Strukturvertrages der Primärkassen, sind in der Abrechnung weiterhin zwingend mit der GOP 99096 zu kennzeichnen.

Bis 31. März 2021

Mit GOP 99096 zu kennzeichnen

3.11. Atlas BKK ahlmann und Schwenniger BKK fusionieren zur vidida bkk

Mit dem Jahresstart übernimmt die vidida bkk die existierenden Sonderverträge. Damit ist die Inanspruchnahme der besonderen Leistungen für Versicherte der vidida bkk (IK 107 536 262) ab sofort möglich.

BKK-Sonderverträge	GOP
Hallo Baby! - Schwangerenversorgung	81310 bis 81316
Schutzimpfungen wg. privater Auslandsaufenthalte	92100 bis 92109
Versorgungsprogramm Rheuma	99162 bis 99169
Hautkrebsfrüherkennungsuntersuchung	99210
ADHS-Betreuung durch Kinder- und Jugendärzte	99260 bis 99264
Versorgungsprogramm Osteoporose	99265 bis 99268

3.12. Aufruf zur Teilnahme an der Online-Umfrage zu Praxisinformationssystemen

Heutzutage ist Software nicht mehr wegzudenken, wird aber schnell mal übersehen. Deswegen lade ich Sie ein, einen genaueren Blick auf Ihre Praxissoftware zu werfen.

In meinem Informatikstudium an Leibniz Universität Hannover beschäftige ich in meiner Bachelorarbeit mit dem Thema „Entwurf, Durchführung und Auswertung einer Umfrage zu Praxisinformationssystemen in Niedersachsen“. Fokus meiner Arbeit ist der Erfolg der heutzutage eingesetzten Praxissoftware. Dazu möchte ich mit Hilfe von gezielten Fragen ermitteln, wie Sie die Software als Nutzer/in bewerten. Selbstverständlich bleiben Sie und Ihre Praxis anonym.

Damit Ihr Aufwand bei der Teilnahme so gering wie möglich ist, habe ich eine Online-Umfrage vorbereitet, die etwa 5-8 Minuten in Anspruch nimmt. Über folgenden Link können daran Sie teilnehmen:

<https://survey.uni-hannover.de/index.php/621698?lang=de>

Gerne können Sie auch Ihre Kollegen/innen dazu einladen an der Umfrage teilzunehmen, denn die Fragen richten sich nicht nur an Ärztinnen und Ärzte, sondern an jede/n Nutzer/in der Praxissoftware.

Interessiert Sie die Meinung Ihrer Kollegen und Kolleginnen? Wollen Sie wissen, welche Praxissoftware die Nutzer und Nutzerinnen am meisten überzeugt? Mit der Teilnahme an der Umfrage biete ich Ihnen die Möglichkeit, die Auswertung der Umfrage einzusehen. Sie erhalten nach Beendigung der Online-Umfrage einen Link zu einem Google Drive Ordner, wo ich die Bachelorarbeit nach Abschluss hochladen werde.

4. Veranstaltungen im Februar und März 2021

Wichtig: Aufgrund der aktuellen Corona-Situation hat sich die KVN dazu entschlossen, dass weiterhin **bis einschließlich 31. März 2021 keine Präsenzveranstaltungen** stattfinden. Wir bieten Ihnen für einzelne Präsenzveranstaltungen untenstehende WebSeminare an. 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.
Datenschutz in der Arztpraxis	WebSeminar	09.Feb	59 Euro
Heilmittel-Verordnungs-Dschungel	WebSeminar	10.Feb	kostenlos
Arbeitsschutz in der Arztpraxis	WebSeminar	13.Feb	59 Euro
Personalführung für PraxismitarbeiterIn	WebSeminar	16.Feb	59 Euro
Fit am Empfang	WebSeminar	17.Feb	59 Euro
ICD10 - Richtig kodieren	WebSeminar	24.Feb	kostenlos
Verordnungsweise in der täglichen Praxis	WebSeminar	24.Feb	kostenlos
Heilmittel Informationsveranstaltung	WebSeminar	03.Mär	kostenlos
Heilmittelverordnung in Theorie und Praxis	WebSeminar	03.Mär	kostenlos
Medizinprodukte-Aufbereitung Workshop Teil 1	WebSeminar	03.Mär	59 Euro
Datenschutz für Fortgeschrittene	WebSeminar	10.Mär	59 Euro
Praxisoptimierung durch Patienten- und Mitarbeiterfeedback	WebSeminar	13.Mär	59 Euro
Praxisbegehungen in der haus- und kinderärztlichen Praxis durch das Gewerbeaufsichtsamt	WebSeminar	13.Mär	20 Euro
Ausbildung zur/m Datenschutzbeauftragte/n in der Arztpraxis	WebSeminar	16.Mär	245 Euro
Meine Zukunft planen - Impulse für die Praxisabgabe	WebSeminar	17.Mär	kostenlos

PraxismanagerIn Refresherkurs	WebSeminar	17.Mär	165 Euro
Sachkundelehrgang	Laatzen	22.Mär	535 Euro
Das Telefon - Die Visiten- karte der Praxis	WebSeminar	24.Mär	59 Euro