



KVN

Kassenärztliche Vereinigung
Niedersachsen

Informationen für die Praxis

KVN-Rundschreiben

Mai 2024

Inhaltsverzeichnis

1. Abrechnung	3
1.1. Weiterentwicklung von Kostenpauschalen der In-vitro-Diagnostik und Anpassung des laborärztlichen Honorars.....	3
1.2. Weitere DiGA dauerhaft ins DiGA-Verzeichnis aufgenommen - keine zusätzliche Vergütung	8
2. Verordnungen	9
2.1. Änderung der Anlage V (verordnungsfähige Medizinprodukte) der Arzneimittel-Richtlinie - Verlängerung der Befristung	9
2.2. Sprechstundenbedarf - Verordnung von Natriumperchlorat (ehem. Irenat)	9
2.3. Sprechstundenbedarf - Importmöglichkeit von tropicamidhaltigen Augentropfen bis zum 15. Mai 2024 verlängert	10
2.4. Gemeinsame Arbeitsgruppe Arzneimittel- Info-Schreiben zum Thema „Akutes Nierenversagen durch den 'Triple Whammy' “	10
2.5. Infanrix® Lieferengpass - Handlungshinweis der STIKO.....	10
2.6. Aktualisierung der Arzneimittel-Richtlinie - VIIa: Biologika und Biosimilars	11
2.7. COVID-19-Impfstoff Comirnaty Kinder nur bis 31. Juli 2024 verwenden	11
3. Allgemeine Hinweise	12
3.1. Website „Terminvermittlung“ neugestaltet	12
3.2. ZI-Befragung der neuen Niedergelassenen ab 15. Mai 2024	12
3.3. Aktionswoche zur HPV-Impfung in Niedersachsen....	12
3.4. Anpassung der ärztlichen Bescheinigung für den Bezug von Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes (Muster 21) zum 1. Juli 2024.....	13
3.5. Anpassung der Verordnung häuslicher Krankenpflege (Muster 12) zum 1. Juli 2024	14

3.6.	Übernahme der aktuellen STIKO-Empfehlungen zur COVID-19-Impfung in die Schutzimpfungs-Richtlinie (SI-RL).....	16
3.7.	Techniker Krankenkasse (TK): Nephrologische Versorgung „Pro Niere“ endet.....	16
3.8.	Neues Versorgungsangebot für Long-/Post-COVID... ..	17
3.9.	Besondere Versorgung über den ambulanten Einsatz von Smart-Ereignis-Rekordern zur Erfassung von Herzrhythmusstörungen: BARMER Krankenkasse ab 1. Mai 2024 neu dabei	18
4.	Veranstaltungen im Juni 2024	19
5.	Anlagenverzeichnis	20
5.1.	Sammelerklärung	20

1. Abrechnung

1.1. Weiterentwicklung von Kostenpauschalen der In-vitro-Diagnostik und Anpassung des laborärztlichen Honorars

Der Bewertungsausschuss (BA) hat umfangreiche Änderungen bei den Kostenpauschalen für in-vitro-diagnostische Leistungen sowie Anpassungen des laborärztlichen Honorars zum 1. Januar 2025 beschlossen.

Die KBV konnte in diesem Zusammenhang mehr Rechtssicherheit bei der Bereitstellung von Entnahmematerial und Software zur elektronischen Auftragserteilung durchsetzen. Die wesentlichen Details des Beschlusses stellen wir Ihnen nachfolgend vor.

Neue Kostenpauschalen:

- Aufnahme der Kostenpauschalen 40089 bis 40095 in den EBM
- Streichung der Kostenpauschale 40100

Anpassung des laborärztlichen Honorars

- Änderungen in Kapitel 12 EBM zur Anpassung des laborärztlichen Honorars an den kalkulatorischen Arztlohn
- Streichung der Grundpauschalen 12220 und 12225 und Weiterführung der entsprechenden Leistungen in den Gebührenordnungspositionen (GOP) 01437, 01698 und 12222 bis 12224

Leistungsbedarfsneutrale Gegenfinanzierung

- Anpassungen im EBM zur leistungsbedarfsneutralen Finanzierung der Änderungen

Verlängerung der Übergangsregelung für nicht-elektronische Kommunikation

Zuschläge nach den GOP 01699 und 12230 zur Vergütung von nicht-elektronischen Versand- und Transportkosten in Verbindung mit Labordiagnostik, Histologie, Zytologie und Molekulargenetik im EBM werden bis 31. Dezember 2024 verlängert

Die Änderungen im Detail

Neue Kostenpauschalen

Der EBM-Abschnitt 40.3 wird neu gefasst und enthält zukünftig ausschließlich Kostenpauschalen der In-vitro-Diagnostik. Die in diesem Abschnitt bislang aufgeführten Kostenpauschalen 40104 und 40106 für den Versand von Röntgenaufnahmen, Filmfolien und EKG-Datenträgern werden in den Abschnitt 40.4 verschoben, der entsprechend umbenannt wird. Die Transportkostenpauschale 40100 wird gestrichen.

Die neuen Kostenpauschalen 40089 bis 40095 sind wie bisher auch die Kostenpauschale 40100 für weiterüberwiesene Fälle nicht erneut berechnungsfähig. Die Bestimmung Nummer 2 gibt betriebliche Konstellation

Änderungen im Detail

tionen an, unter denen die Kostenpauschalen 40092 bis 40095 nicht berechnungsfähig sind. Dies gilt zum Beispiel innerhalb eines Medizinischen Versorgungszentrums oder zwischen Betriebsstätten derselben Arztpraxis. Die Bestimmungen Nummern 3 bis 5 listen die Arztgruppen auf, die zur Berechnung der Kostenpauschalen des Abschnitts 40.3 berechtigt sind.

Kostenpauschalen 40089 bis 40095: Zukünftig werden die Kosten für den Transport, das Entnahmematerial und die elektronische Auftragserteilung im Zusammenhang mit In-vitro-Diagnostik im EBM in spezifischen Pauschalen vergütet.

Kostenpauschalen 40092 bis 40095: Um die strukturell deutlich unterschiedlichen Leistungshäufigkeiten zu berücksichtigen, wird bei den Kostenpauschalen für die elektronische Auftragserteilung und für den Transport unterschieden in In-vitro-Diagnostik

- ohne gynäkologische Zytologie und HPV (Kostenpauschalen 40092 und 40094) und
- der gynäkologischen Zytologie und HPV (Kostenpauschalen 40093 und 40095).

Kostenpauschalen 40089 bis 40093: Diese Kostenpauschalen zum Entnahmematerial und zur elektronischen Auftragserteilung werden aus Gründen der Transparenz und zur Stärkung der Rechtssicherheit für die Vertragsärzte eingeführt. Dies war ein wichtiger Punkt für die Selbstverwaltung in den Verhandlungen.

Übersicht der neuen Kostenpauschalen

Kostenpauschale	Beschreibung	Bewertung
40089	Zuschlag zu den GOP 01812 und 01930 und zu den GOP des Abschnitts 32.2 für die Kosten der Beschaffung und Bereitstellung von Entnahmematerial durch Laborärzte oder in Laborgemeinschaften	0,95 Euro (1x im Behandlungsfall)
40090	Zuschlag zu den GOP 01724, 01738, 01743, 01756, 01762, 01763, 01766 bis 01768, 01783, 01793, 01800, 01802 bis 01811, 01816, 01826, 01833, 01840, 01865, 01869, 01915, 01931 bis 01936, 12224 und zu den GOP der Abschnitte 11.4, 19.3, 19.4, 30.12.2 und 32.3 für die Kosten der Beschaffung und ggf. Bereitstellung von Entnahmematerial	0,95 Euro (1x im Behandlungsfall)
40091	Zuschlag zur Kostenpauschale 40090 für die Kosten der Beschaffung und ggf. Bereitstellung von Transportmedien für den direkten Erregernachweis überwiesener Leistungen für GOP nach den Abschnitten 30.12.2, 32.3.8, 32.3.9 und 32.3.10	1,98 Euro (1x im Behandlungsfall)
40092	Zuschlag zu den GOP 01738, 01743, 01756, 01768, 01783, 01793, 01800, 01802 bis 01812, 01816, 01833, 01840, 01865, 01869, 01915, 01930 bis 01936, 12224 und zu den GOP der Abschnitte 11.4, 19.3 (ausgenommen der GOP 19327 und 19328), 19.4, 30.12.2, 32.2 und 32.3 für die Bereitstellung eines Systems oder eines Moduls zur digitalen Auftragserteilung und -nachverfolgung	0,60 Euro (1x im Behandlungsfall)
40093	Zuschlag zu den GOP 01762, 01763, 01766, 01767, 01826, 19327 und 19328 für die Bereitstellung eines Systems oder eines Moduls zur digitalen Auftragserteilung und -nachverfolgung	0,30 Euro (1x im Behandlungsfall)
40094	Zuschlag für Auftragsleistungen nach den GOP 01724, 01738, 01743, 01756, 01768, 01783, 01793, 01800, 01802 bis 01812, 01816, 01833, 01840, 01865, 01869, 01915, 01930 bis 01936, 12224, GOP der Abschnitte 11.4, 19.3 (ausgenommen der GOP 19327 und 19328), 19.4, 30.12.2, 32.2 und 32.3 für die Bereitstellung von Versandmaterial, den Transport von – ggf. auch infektiösem – Untersuchungsmaterial, Übermittlung der Ergebnisse ggf. einschließlich Übermittlung der Kosten der Leistungen der Abschnitte 11.4.1 bis 11.4.4 gemäß Präambel 11.1 Nr. 12 sowie ggf. einschließlich Übermittlung der Kosten der Leistungen der Abschnitte 32.2 und 32.3 gemäß Bestimmung Nr. 15 zum Kapitel 32	2,80 Euro (1x im Behandlungsfall)
40095	Zuschlag für Auftragsleistungen nach den GOP 01762, 01763, 01766, 01767, 01826, 19327 und 19328 für Versandmaterial, Versandgefäße usw. sowie für die Versendung bzw. den Transport von Untersuchungsmaterial, ggf. auch von infektiösem Untersuchungsmaterial sowie Übermittlung der Ergebnisse	1,05 Euro (1x im Behandlungsfall)

Mit der Aufnahme der Vergütung von Entnahmematerial durch Kostenpauschalen wurden die Leistungslegenden beziehungsweise Anmerkungen zu den GOP, die explizit das Entnahmematerial aufführen, geändert beziehungsweise gestrichen:

- Leistungslegenden der betroffenen GOP 01738 und 32457
- Anmerkungen zu den GOP 01762, 01763, 01766, 01767, 01826 und 19327

Leistungslegenden/
Anmerkungen

Anpassung des laborärztlichen Honorars

Im Nachgang zu der 2019 beschlossenen und seitdem in mehreren Schritten umgesetzten EBM-Weiterentwicklung holt der BA jetzt die Anpassung des laborärztlichen Honorars an den kalkulatorischen Arztlohn nach.

Hierfür wurde zunächst die Systematik des EBM umgesetzt, arztgruppenübergreifende und arztgruppenspezifische Leistungen zu trennen: Zukünftig sind die GOP des EBM-Kapitels 12 („Laboratoriumsmedizinische, mikrobiologische, virologische und infektionsepidemiologische sowie transfusionsmedizinische GOP“) ausschließlich von Fachärzten für Laboratoriumsmedizin, für Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie, für Transfusionsmedizin sowie von ermächtigten Fachwissenschaftlern der Medizin berechnungsfähig. Bislang war das EBM-Kapitel 12 für alle Ärzte offen, die Auftragsleistungen des EBM-Kapitels 32 erbringen - bedingt durch den fünften Spiegelstrich der Präambel 12.1 Nummer 1 in Verbindung mit der Tatsache, dass alle Arztgruppen berechtigt sind, Leistungen des Abschnitts 32.2 abzurechnen. Dieser fünfte Spiegelstrich wurde nun gestrichen.

Neben der Systematik werden die Grundpauschalen für Auftragsleistungen weiterentwickelt. Ärzte, die zur Versorgung gemäß EBM-Kapitel 12 zugelassen sind, können damit bei Vollauslastung den kalkulatorischen Arztlohn erreichen.

GOP 01700: In der Legende der GOP 01700 werden nunmehr die Auftragsleistungen, für die diese Grundpauschale berechnungsfähig ist, abschließend aufgeführt. Für diese GOP wird eine extrabudgetäre Vergütung empfohlen.

GOP 12222 und 12223: Diese neuen Grundpauschalen für Auftragsleistungen der EBM-Abschnitte 32.2 und 32.3 sind - im Unterschied zur gestrichenen GOP 12220 (Grundpauschale für Fachärzte für Laboratoriumsmedizin u. a.) - nicht nur bei Probeneinsendung, sondern auch für Auftragsleistungen innerhalb einer Arztpraxis berechnungsfähig. Damit wird dem zunehmenden Anteil arztgruppenübergreifender gemeinsamer Berufsausübung Rechnung getragen. Die Abstaffelungsgrenzen werden zur Begrenzung der Tätigkeit auf den aktuellen Umfang eines vollen Versorgungsauftrags angehoben und fortgeführt.

GOP 12224: Die neu aufgenommene GOP 12224 ermöglicht dem Vertragsarzt die Abrechnung von Kostenpauschalen für Behandlungsfälle, die komplett an ein anderes Labor weiterüberwiesen werden.

Anpassungen für nicht in Kapitel 12 genannte Ärzte

GOP 12225 und 01437: Die arztgruppenübergreifende GOP 12225 (Grundpauschale für Vertragsärzte aus nicht in der Nr. 12220 aufgeführten Arztgruppen bei Probeneinsendung) wird aus dem EBM-Kapitel 12 gestrichen und durch die neu aufgenommene GOP 01437 im EBM-Abschnitt 1.4 („Allgemeine Gebührenordnungspositionen“) ersetzt.

Ausschließlich
berechnungsfähig für:

GOP 01701: In der Legende der GOP 01701 werden nunmehr die Auftragsleistungen, für die diese Grundpauschale berechnungsfähig ist, abschließend aufgeführt. Für diese GOP wird eine extrabudgetäre Vergütung empfohlen. Sie ist zukünftig im Arztfall nicht neben Versicherten-, Grund- und Konsiliarpauschalen berechnungsfähig.

GOP 01698: Daher wurde die GOP 01698 neu aufgenommen. Die GOP 01698 kann als Zuschlag zu den Leistungen nach den GOP 01840 und 01915 - im Unterschied zur GOP 01701 - weiterhin neben der Grundpauschale des Kapitels 8 für Frauenärzte berechnet werden.

GOP	Beschreibung	Bewertung
01437	Grundpauschale für Vertragsärzte, die zur Versorgung gemäß Kapitel 3 bis 11 oder 13 bis 27 zugelassen sind, für Auftragsleistungen nach den GOP 01840 und 01915 und GOP der Abschnitte 32.2 und 32.3 › Ersetzt GOP 12225	5 Punkte (1x im Behandlungsfall, ab dem 14001. Behandlungsfall 1 Punkt)
01698	Zuschlag für Leistungen nach den GOP 01840 und 01915 für Vertragsärzte, die zur Versorgung gemäß Kapitel 8 zugelassen sind	5 Punkte (1x im Behandlungsfall)
01700	Grundpauschale für Vertragsärzte, die zur Versorgung gemäß Kapitel 12 zugelassen sind, für Auftragsleistungen nach den GOP 01738, 01783, 01800, 01802 bis 01812, 01816, 01833, 01865 bis 01867, 01869, 01930 bis 01936, 30954 und 30956	23 Punkte (1x Behandlungsfall, ab dem 1001. Behandlungsfall 7 Punkte)
01701	Grundpauschale für Vertragsärzte, die zur Versorgung gemäß Kapitel 3 bis 11 oder 13 bis 27 zugelassen sind, für Auftragsleistungen nach den GOP 01738, 01783, 01800, 01802 bis 01812, 01816, 01833, 01869, 30954 und 30956	5 Punkte (1x im Behandlungsfall)
12222	Grundpauschale für Auftragsleistungen nach den GOP des Abschnitts 32.2	4 Punkte (1x im Behandlungsfall, ab dem 14001. bis zum 24000. Behandlungsfall 1 Punkt, ab dem 24001. Behandlungsfall 0,2 Punkte)
12223	Grundpauschale für Auftragsleistungen nach den GOP 01840 und 01915 sowie den GOP des Abschnitts 32.3	14 Punkte (1x im Behandlungsfall, ab dem 14001. bis zum 24000. Behandlungsfall 7 Punkte, ab dem 24001. Behandlungsfall 0,2 Punkte))
12224	Untersuchungsauftrag auf Muster 10, der zur Durchführung vollständig an eine andere Arztpraxis weiterüberwiesen wird	1 Punkt (1x im Behandlungsfall)

Übersicht der neuen und angepassten GOP

Leistungsbedarfsneutrale Gegenfinanzierung

Zur leistungsbedarfsneutralen Finanzierung der neuen Kostenpauschalen und der Anpassung des labormedizinischen Honorars werden die Bewertungen der in-vitro-diagnostischen Leistungen in der Laboratoriumsmedizin, Pathologie und Humangenetik leistungsbedarfsneutral gemindert und in der gynäkologischen Zytologie leistungsbedarfsneutral erhöht. Dies betrifft GOP in:

- Abschnitt 1.7, 11.4, 19.3 und 19.4 EBM
- Abschnitt 32.2 und 32.3 EBM

Die Bewertung von in-vitro-diagnostischen Leistungen der gynäkologischen Zytologie wird erhöht. Hintergrund ist der insgesamt geringere Leistungsbedarf der neuen Kostenpauschalen 40093 und 40095 für elektronische Auftragserteilung und Transport gegenüber der gestrichenen Transportkostenpauschale 40100.

Die Bewertung von präventiven in-vitro-diagnostischen Leistungen im Abschnitt 1.7 EBM wird auf Höhe der entsprechenden kurativen Leistungen in Punkten festgelegt. Der dadurch außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) freiwerdende Leistungsbedarf wird zur zukünftigen Vergütung der GOP 01700 und 01701 außerhalb der MGV verwendet.

Hinweise zur Veröffentlichung

Das Institut des Bewertungsausschusses veröffentlicht den kompletten Beschluss auf seiner [Internetseite](#) und im Deutschen Ärzteblatt.

1.2. Weitere DiGA dauerhaft ins DiGA-Verzeichnis aufgenommen - keine zusätzliche Vergütung

Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) hat im März 2024 zwei weitere digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) dauerhaft in das DiGA-Verzeichnis aufgenommen: „prioivi - digitale Unterstützung der Borderline-Behandlung“ und „Endo-App“ zur multimodalen Unterstützung von Endometriose-Betroffenen.

Beide Apps waren zur Erprobung vorläufig im DiGA-Verzeichnis gelistet. Nach dem erforderlichen positiven Nutznachweis wurden sie nunmehr dauerhaft aufgenommen.

Keine Anpassung im EBM erforderlich

Nach den gesetzlichen Vorgaben ist der EBM innerhalb von drei Monaten nach einer dauerhaften Aufnahme ins DiGA-Verzeichnis anzupassen, soweit ärztliche Leistungen für die Versorgung mit der jeweiligen Anwendung erforderlich sind (§87 Absatz 5c SGB V). Da das BfArM keine erforderlichen ärztlichen Tätigkeiten für die DiGA „prioivi - digitale Unterstützung der Borderline-Behandlung“ sowie die „Endo-App“ bestimmt hat, haben KBV und GKV-Spitzenverband als Trägerorganisationen des Bewertungsausschusses entschieden, für diese DiGA keine gesonderten Leistungen in den EBM aufzunehmen.

Die Versorgung mit den zwei neuen DiGA ist Bestandteil des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung und Bestandteil der berechnungsfähigen Gebührenordnungspositionen des EBM. Es besteht kein Anspruch auf Kostenerstattung (nach §87 Abs. 5c Satz 4 SGB V).

Betrifft GOP in:

2. Verordnungen

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

Zum 26. März 2024 wurde bei den folgenden Medizinprodukten die Befristung der Verordnungsfähigkeit nach Anlage V der Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL) verlängert:

Produktbezeichnung	Medizinisch notwendige Fälle	Befristung der Verordnungsfähigkeit
Serag BSS	Zur Irrigation im Rahmen extraokulärer und intraokulärer Eingriffe.	31. Dezember 2028
TauroSept®	Für parenteral ernährte Patientinnen und Patienten ab dem 18. Lebensjahr als Katheter-Block-Lösung zur Instillation von venösen Gefäßkathetern zur Vorbeugung von Blutstrominfektionen. Dies gilt nicht bei Patientinnen und Patienten mit malignen Grunderkrankungen oder mit bereits vorhandenem Katheter und katheterassoziierten Blutstrominfektionen (CRBSI - catheter-related bloodstream infection) in der Vorgesichte.	31. Dezember 2027

Befristung verlängert

Die vollständige Anlage V finden Sie auf der [Internetseite des G-BA](#)

2.2. Sprechstundenbedarf - Verordnung von Natriumperchlorat (ehem. Irenat)

Mitte Dezember hatten wir Sie darüber informiert, dass nach Vertriebs-einstellung des Mittels Irenat (Wirkstoff Natriumperchlorat) in Deutschland der Import des Mittels außerhalb des Sprechstundenbedarfs auf Namen des Patienten vorzunehmen ist.

Nachdem auch Importe aus dem Ausland nur schwer zu bekommen sind und damit keine Alternative für den Akutfall mehr verfügbar war, hat mittlerweile das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) eine sogenannte Gestattung für das Mittel „Natriumperchlorat Dyckerhoff 300 mg/ml Tropfen zum Einnehmen“ ausgesprochen, weshalb es ab sofort über den Sprechstundenbedarf verordnet werden kann.

Damit entfällt zugleich die Importmöglichkeit auf Namen des Patienten; Verordnungen für den Akut- /Notfalleinsatz sind nur noch über den Sprechstundenbedarf vorzunehmen.

Für den planbaren Einsatz des Mittels steht wie gewohnt das Mittel Carbimazol zur Verfügung, das aber über acht bis zehn Tage vor der Kontrastmitteluntersuchung eingenommen werden muss.

2.3. Sprechstundenbedarf - Importmöglichkeit von tropicamidhaltigen Augentropfen bis zum 15. Mai 2024 verlängert

Aufgrund der anhalten Lieferschwierigkeiten bei tropicamidhaltigen Augentropfen (Mydriaticum Stulln u. a.) wird im Einvernehmen mit den Krankenkassen in Niedersachsen die bis zum 31. März 2024 befristete Importmöglichkeit bis zum 15. Mai 2024 verlängert.

Nach Aussagen des Herstellers soll Anfang Mai wieder eine ausreichende Menge des Arzneimittels verfügbar sein.

15. Mai 2024

2.4. Gemeinsame Arbeitsgruppe Arzneimittel - Info-Schreiben zum Thema „Akutes Nierenversagen durch den 'Triple Whammy'“

Die gemeinsame Arbeitsgruppe aus KVN und niedersächsischen Kassen/-verbänden (AG GKV/KVN Arzneimittel) hat ein neues Info-Schreiben veröffentlicht, um auf die mögliche Gefahr eines akuten Nierenversagens durch den sog. „Triple-Whammy“ hinzuweisen. Das neue Schreiben thematisiert die risikoreiche Dreifachkombination aus Diuretikum, ACE-Hemmer oder Sartan und nicht-steroidalem Antirheumatikum, alltagssprachlich auch „Triple Whammy“ genannt. Sie finden das Schreiben [hier](#)

Zahlreiche weitere Veröffentlichungen der AG GKV/KVN Arzneimittel finden Sie [hier](#)

2.5. Infanrix® Lieferengpass - Handlungshinweis der STIKO

Aktuell besteht ein Lieferengpass für den trivalenten Impfstoff Infanrix® (Diphtherie-Tetanus-Pertussis), der bis voraussichtlich Ende August 2024 andauern wird.

Der Impfstoff ist indiziert zur Grundimmunisierung bei Kindern ab dem vollendeten 2. Lebensmonat bis zum vollendeten 6. Lebensjahr.

Da keine trivalente Alternative oder ein Impfstoff mit entsprechend dosierten Einzelkomponenten in Deutschland zur Verfügung stehen, ist gem. STIKO- Handlungsempfehlung auf höhervalente Impfstoffe auszuweichen:

- den pentavalenten (DTaP-IPV-Hib) Impfstoff oder
- den hexavalenten (DTaP-IPV-Hib-HepB) Impfstoff.

Die vollständige Handlungsempfehlung der STIKO finden Sie unter diesem [Link](#)

Den gemeldeten Lieferengpass auf der Seite des PEI zu Infanrix® finden Sie unter diesem [Link](#)

Voraussichtlich bis
Ende August 2024

2.6. Aktualisierung der Arzneimittel-Richtlinie - VIIa: Biologika und Biosimilars

Mit Wirkung zum 26. April 2024 wird die Anlage VIIa „Biologika und Biosimilars“ der Arzneimittel-Richtlinie um ein weiteres Biosimilar ergänzt:

Hinweis zur Austauschbarkeit: aus der Übersicht kann nicht entnommen werden, ob die in einer Zeile aufgeführten Arzneimittel in ihren zugelassenen Anwendungsgebieten übereinstimmen.

Wirkstoff	Original-/Referenzarzneimittel	im Wesentlichen gleiche biotechnologisch hergestellte biologische Arzneimittel, Zulassung nach Artikel 10 Absatz 4 der Richtlinie 2001/83/EG (Biosimilars)
„Ustekinumab	Stelara (intravenöse Applikation)	
	Stelara (subkutane Applikation)	Uzpruvo“

Die Anlage VIIa der Arzneimittel-Richtlinie finden Sie [hier](#)

2.7. COVID-19-Impfstoff Comirnaty Kinder nur bis 31. Juli 2024 verwenden

Spätestens am 31. Juli 2024 erreichen alle verfügbaren Chargen des COVID-19-Impfstoffs Comirnaty Kinder (fünf bis elf Jahre) XBB.1.5 (10 Mikrogramm/ml Injektionsdispersion) das Ende der Haltbarkeitsdauer und dürfen nur bis zu diesem Datum verimpft werden.

Ab dem 1. August 2024 steht dieser Impfstoff nicht mehr zur Verfügung und muss in allen Einrichtungen wie z. B. Arztpraxen fachgerecht entsorgt werden.

Ob oder wann und in welcher Variantenanpassung wieder ein Impfstoff für Kinder in der Altersgruppe fünf bis elf Jahre zur Verfügung stehen wird, ist aktuell nicht bekannt.

Fachgerecht entsorgen

3. Allgemeine Hinweise

3.1. Website „Terminvermittlung“ neugestaltet

Wir haben unsere Internetseite für den Themenbereich „Terminvermittlung“ mit den Hinweisen zur Abrechnung nach dem Terminservice und Versorgungsgesetz (TSVG) inhaltlich überarbeitet und neu strukturiert. Durch die benutzerfreundliche und intuitive Gestaltung finden Sie im Praxisalltag Ihre gesuchten Informationen und Ansprechpartner nun schneller und leichter. [Überzeugen Sie sich selbst!](#)

Ansprechpartner bei Fragen und Anliegen zur Terminvermittlung ist das Team Mitgliederservice des Abrechnungsceneters, Telefon: 0511 380-4800

3.2. ZI-Befragung der neuen Niedergelassenen ab 15. Mai 2024

Das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (Zi) nimmt ab Mitte Mai 2024 die Erfahrungen der neuen Niedergelassenen mit einer bundesweiten Befragung in den Blick. Dazu erhalten alle Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die sich im Laufe des Jahres 2023 neu niedergelassen haben, ab dem 15. Mai 2024 ein Einladungsschreiben mit persönlichen Zugangsdaten. Der Online-Fragebogen enthält unter anderem Fragen zum beruflichen Werdegang, zu den Niederlassungsgründen, zum Verlauf des Niederlassungsprozesses und zur Zufriedenheit mit der aktuellen Tätigkeit in Niederlassung. Die Befragung läuft für insgesamt vier Wochen bis zum 12. Juni 2024. Die Teilnahme an der Befragung ist freiwillig und wird mit einer Aufwandspauschale in Höhe von 50 Euro vergütet. Nach erfolgter Auswertung erhalten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer eine Fachinformation zu den Ergebnissen der Befragung. Weitere Informationen zur Befragung der neuen Niedergelassenen finden Sie auf der [Projektwebseite](#)

Aufwandspauschale

3.3. Aktionswoche zur HPV-Impfung in Niedersachsen

Vom 10. bis zum 14. Juni 2024 findet eine landesweite Aktionswoche zum Thema HPV-Impfung in Niedersachsen statt. Ziele dieser Woche sind die Aufklärung über Humane Papillomviren (HPV) sowie die Motivationssteigerung zur HPV-Impfung durch vielseitige Information von Kindern und Jugendlichen in den niedersächsischen Schulen. Die Kassenärztliche Vereinigung macht daher darauf aufmerksam, dass es in den Praxen zu vermehrten Nachfragen nach HPV-Impfungen kommen wird.

Ängste vor Nebenwirkungen, Zweifel an der Sicherheit und Wirksamkeit der Impfung, Misstrauen gegenüber der Pharmaindustrie sowie kommunikative Tabus aufgrund der sexuellen Übertragbarkeit sind die größten Barrieren für eine Inanspruchnahme der Impfung. Diese Barrieren sind überwindbar.

Die hohe Wirksamkeit der HPV-Impfung gegen Gebärmutterhalskarzinome, gegen Penis- und Analkarzinome sowie gegen Feigwarzen ist mittlerweile gut belegt. Trotzdem sind viele Jugendliche (45 Prozent der Mädchen und 83 Prozent der Jungen) nicht gegen HPV geimpft. Hier ist ein großes Präventionspotential zur Verhütung von Krebserkrankungen erkennbar.

Während der Aktionswoche, die vom Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Gleichstellung und dem niedersächsischen Kultusministerium sowie dem Niedersächsischen Landesgesundheitsamt initiiert wurde, wird angestrebt, alle Schülerinnen und Schüler der weiterführenden Schulen in Niedersachsen auf die Schutzmöglichkeit durch die HPV-Impfung aufmerksam zu machen. Die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen unterstützt die HPV-Impfwoche.

Landesweit beteiligen sich Akteurinnen und Akteure aus dem Gesundheitswesen, indem sie Schülerinnen und Schülern durch gezielte Informationen und Angebote die HPV-Impfung näherbringen. Die Woche findet statt unter dem Motto: T(w)o be safe - 2 HPV-Impfungen für 2-fachen Schutz. Dieses Motto transportiert nicht nur die Sicherheit allein oder auch zu zweit durch die zweifache Impfung geschützt zu sein, sondern auch den Schutz vor Genitalwarzen und Krebs.

Motto

Weitere Informationen, zum Beispiel Ein HPV-Plakat, Infopostkarten und Infolyer der Niedersächsischen Krebsgesellschaft und der Niedersächsischen Krebsstiftung finden Sie [hier](#)

Weiterführende Informationen auch [hier](#)

3.4. Anpassung der ärztlichen Bescheinigung für den Bezug von Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes (Muster 21) zum 1. Juli 2024

Aufgrund von Hinweisen aus der Praxis und weiterer Änderungsbedarfe wird das Vordruckmuster 21 zum 1. Juli 2024 angepasst. Über die Änderungen möchten wir Sie nachfolgend informieren.

- Der Vordruck wird einseitig.
- Das Ankreuzfeld „Die Art der Erkrankung macht die Betreuung und Beaufsichtigung notwendig“ entfällt.
- Falls ein Unfall Grund der Erkrankung des Kindes ist, erfolgt künftig eine Unterscheidung nach „Kita- oder Schulunfall/-folgen“ und „sonstiger Unfall, Unfallfolgen“.
- Ein neues Ankreuzfeld SER (Soziales Entschädigungsrecht gemäß SGB XIV) wird unterhalb des Personalienfeldes in den Vordruck aufgenommen.
- Die bisher auf der Rückseite enthaltenen Hinweise zur Antragstellung finden sich nun auf der Vorderseite und wurden redaktionell gekürzt.

Stichtagsregelung

Ab dem 1. Juli 2024 ist ausschließlich das neue Muster 21 zu verwenden, alte Formulare dürfen nicht weiterverwendet/aufgebraucht werden. Bitte denken Sie daher daran die neuen Vordrucke frühzeitig zu bestellen.

Die Softwareanbieter sind darüber informiert, das angepasste Muster 21 in den Praxisverwaltungssystemen zu hinterlegen.

3.5. Anpassung der Verordnung häuslicher Krankenpflege (Muster 12) zum 1. Juli 2024

Die Verordnung häuslicher Krankenpflege (Muster 12) wurde aufgrund der sogenannten HKP-Blankverordnung angepasst.

Hintergrund

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat mit der Änderung der häuslichen Krankenpflege-Richtlinie (HKP-RL) 2022 eine erweiterte Versorgungsverantwortung für Pflegefachkräfte beschlossen. Damit können Pflegefachkräfte für bestimmte Leistungen der häuslichen Krankenpflege zukünftig selbst über Dauer und Häufigkeit der Maßnahmen entscheiden („HKP-Blankverordnung“).

Für die Umsetzung des G-BA-Beschlusses war eine Anpassung des Musters 12 erforderlich, was nunmehr zum 1. Juli 2024 erfolgen wird.

Welche Leistungen sich für eine eigenständige Entscheidung von qualifizierten Pflegefachkräften im Hinblick auf Dauer und Häufigkeit eignen, sind in der HKP-Richtlinie gekennzeichnet. Dies sind:

- Nr. 1 Anleitung bei der Grundpflege in der Häuslichkeit
- Nr. 2 Ausscheidungen
- Nr. 3 Ernährung (nur orale Verabreichung)
- Nr. 4 Körperpflege
- Nr. 5 Hauswirtschaftliche Versorgung
- Nr. 6 Absaugen (nur Absaugen der oberen Luftwege)
- Nr. 7 Anleitung bei der Behandlungspflege
- Nr. 12 Positionswechsel zur Dekubitusbehandlung
- Nr. 13 Drainagen (Überprüfen, Versorgen)
- Nr. 14 Einlauf / Klistier / Klyisma / digitale Enddarmausräumung
- Nr. 21 Auflegen von Kälteträgern
- Nr. 22 Versorgung eines suprapubischen Katheters
- Nr. 23 Katheterisierung der Harnblase
- Nr. 27 Perkutane endoskopische Gastrostomie (PEG)
- Nr. 28 Stomabehandlung
- Nr. 30 Pflege des zentralen Venenkatheters
- Nr. 31 Wundversorgung einer akuten Wunde
- Nr. 31b Kompressionsstrümpfe / Kompressionsverband
- Nr. 31c Stützende Verbände
- Nr. 31d Bandagen und Orthesen

Eigenständige
Entscheidung

Ärztinnen und Ärzte bleiben weiterhin verantwortlich für die Indikationsstellung und die Entscheidung, welche Leistung medizinisch indiziert ist. Sie können aber auf die Angabe der Häufigkeit und Dauer bei der Verordnung dieser im Leistungsverzeichnis gekennzeichneten Leistungen verzichten. Wenn allerdings wichtige medizinische Gründe vorliegen, die gegen eine Bestimmung durch die Pflegefachkraft sprechen, können Häufigkeit und Dauer auch weiterhin ärztlich vorgegeben werden.

Die Pflegefachkraft, die Dauer und Häufigkeit selbst festlegt, informiert die verordnende Ärztin beziehungsweise den verordnenden Arzt unverzüglich über die von ihr vorgenommenen Festlegungen, damit diese im Rahmen des ärztlichen Behandlungs- und Therapieplans berücksichtigt werden. Zudem informiert die Pflegefachkraft die verordnende Ärztin oder den verordnenden Arzt regelmäßig sowie nach Aufforderung über die Wirkung der verordneten Maßnahmen.

Grundsätzlich gilt: Spätestens drei Monate nach einer HKP-Blankverordnung soll ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt stattfinden.

Änderungen am Vordruckmuster 12

- Neue Spalte „Häufigkeit/Dauer von Pflegefachkraft“: Hier kreuzen Ärztinnen und Ärzte an, ob die Pflegefachkraft Häufigkeit und Dauer festlegt und somit eine Blankverordnung ausgestellt wird. Das Feld „Gesamtverordnungszeitraum“ bleibt dann frei. Dieses Feld ist nur auszufüllen, wenn Ärztinnen und Ärzte die Häufigkeit und Dauer von Maßnahmen festlegen.
- Einige Maßnahmen, bei denen eine Blankverordnung möglich ist, stehen aus Platzgründen nicht auf dem Formular. Ärztinnen und Ärzte geben sie im Freitextfeld „Sonstige Maßnahmen der Behandlungspflege“ an.
- Ein neues Ankreuzfeld SER (Soziales Entschädigungsrecht gemäß SGB XIV) wird unterhalb des Personalienfeldes in den Vordruck aufgenommen.

Grundsätzlich sind drei Fälle zu unterscheiden

- **Keine „Blankverordnung“:** Es werden nur Maßnahmen verordnet, bei der die Häufigkeit und Dauer ärztlich festgelegt werden. Hier ist der Gesamtverordnungszeitraum anzugeben.
- **„Hybrid-Verordnungen“:** Werden sowohl Maßnahmen verordnet, bei denen Häufigkeit und Dauer ärztlich festgelegt wurden, als auch Maßnahmen, bei denen die Pflegefachkräfte die Häufigkeit und Dauer bestimmen, bezieht sich die Angabe des Gesamtverordnungszeitraums nur auf die ärztlich festgelegten Maßnahmen.
- **„Blankverordnung“:** Werden nur Maßnahmen verordnet, für die die Pflegefachkräfte die Häufigkeit und Dauer selbst bestimmen sollen, ist der Gesamtverordnungszeitraum nicht zu befüllen.

Drei Fälle

Stichtagsregelung

Ab dem 1. Juli 2024 ist ausschließlich das neue Muster 12 zu verwenden, alte Formulare dürfen nicht weiterverwendet/aufgebraucht werden. Bitte denken Sie daher daran die neuen Vordrucke frühzeitig zu bestellen.

Die Softwareanbieter sind darüber informiert, das angepasste Muster 12 in den Praxisverwaltungssystemen zu hinterlegen.

3.6. Übernahme der aktuellen STIKO-Empfehlungen zur COVID-19-Impfung in die Schutzimpfungs-Richtlinie (SI-RL)

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat die im Epidemiologischen Bulletin Nr. 2/2024 vom 11. Januar 2024 veröffentlichten Empfehlungen der STIKO in die Schutzimpfungs-Richtlinie (SI-RL) aufgenommen.

Neben redaktionellen Anpassungen hat der G-BA insbesondere folgende Änderungen beschlossen:

- Für Erwachsene zwischen 18 und 59 Jahren wird nur noch die Basisimmunität empfohlen. Unter einer Basisimmunität versteht man, wenn mindestens drei Antigenkontakte (Infektion oder Impfung) stattgefunden haben, wovon mindestens ein Kontakt eine Impfung sein soll.
- Für Risikogruppen wird eine jährliche Impfung im Herbst empfohlen, ggf. zusammen mit Impfungen gegen Grippe und Pneumokokken. Zu den Risikogruppen gehören: Personen ab 60 Jahren, Personen mit relevanten Grunderkrankungen, Bewohner von Pflegeeinrichtungen, medizinisches und pflegerisches Personal mit direktem Patienten- oder Bewohnerkontakt.
- Immungesunde Personen, die zur Risikogruppe gehören können auf die Auffrischimpfung verzichten, wenn sie sich im Laufe des Jahres mit COVID-19 infiziert haben.
- Eingesetzt werden sollen zugelassene mRNA- oder proteinbasierte Impfstoffe mit jeweils von der WHO empfohlenen Variantenanpassung.
- Weiterhin besteht keine Impfempfehlung für gesunde Säuglinge, Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren.

Änderungen

3.7. Techniker Krankenkasse (TK): Nephrologische Versorgung „Pro Niere“ endet

Diese besondere Versorgung ergänzt bis zum 30. Juni 2024 die reguläre vertragsärztliche Betreuung von Patienten mit chronischer Niereninsuffizienz. Das Versorgungsmodell garantiert eine qualitativ hochwertige nephrologische Mitbetreuung, diese engmaschige ärztliche Kontrolle und Begleitung wird Teilnehmern extrabudgetär vergütet (GOP 99271 bis 99276). Für eingeschriebene Versicherte der TK sind die zusätzlichen Untersuchungen allerdings nur noch in diesem Quartal abrechenbar.

3.8. Neues Versorgungsangebot für Long-/Post-COVID

Patientengruppe

Das Angebot richtet sich an Patientinnen und Patienten aller Altersgruppen (sofern bei einer Krankenkasse in Niedersachsen versichert) mit folgenden Erkrankungsbildern, jeweils in Abhängigkeit von Bedarf und Schwere der Erkrankung im individuellen Fall:

- mit **Long-COVID-Erkrankung** (Verdacht auf oder bereits gesichert) oder
- mit Long-COVID-Erkrankung ähnlicher Symptomatik **infolge einer anderen Infektion** (post-akut) oder
- mit Long-COVID-ähnlichen Symptomen einer SARS-CoV-2-Schutzimpfung nachfolgend (**Post-Vac**) oder
- mit **ME/CFS** (Verdacht auf oder bereits gesichert)
 - infolge einer Infektion mit SARS-CoV-2
 - aufgrund anderer Ursachen

Voraussetzungen

Voraussetzung ist die Prüfung der Erforderlichkeit, Eignung und der Möglichkeiten einer Behandlung in der spezialisierten ambulanten Versorgung durch die niedergelassenen Behandler (haus- und/oder fachärztlich). (Hiermit ist nicht die ASV-Abrechnung nach §116b SGB V gemeint). Diese Voraussetzung ist insbesondere gegeben, wenn wegen Art, Schwere oder Komplexität der Erkrankung der Bedarf für eine interdisziplinäre Versorgung von mindestens zwei oder mehr Fachdisziplinen und der besonderen ärztlichen Expertise eines Fachgebietes besteht. Dies ist spätestens zu erwägen, wenn eine dreimonatige Arbeitsunfähigkeit, eine vierwöchige Schulunfähigkeit oder eine ME/CFS-Erkrankung mit mindestens moderatem Schweregrad vorliegt.

Ablauf

Die Hochschulambulanz im Zentrum für Seltene Erkrankungen an MHH bzw. die Post-COVID-Ambulanz der Zentralen Notaufnahme der UMG fungieren jeweils als zentrale Anlaufstelle für die Vermittlung von Patientinnen und Patienten mit entsprechendem Krankheitsbild durch die anfragenden haus- bzw. fachärztlichen Praxen. Zur Anmeldung wurde ein einseitiger Bogen erstellt, dessen initiale Nutzung empfohlen wird, um eine direkte Kommunikation mit der zuweisenden Praxis zu ermöglichen. Den Bogen finden Sie [hier](#).

Anmeldebogen

Vor der Terminvergabe wird um das Ausfüllen des Anmeldebogens und die Zusendung von Kopien aller relevanten medizinischen Befunde gebeten werden. Hierzu zählen haus- und fachärztliche Untersuchungsbefunde, Laborbefunde, bildgebende Untersuchungsbefunde (z. B. Sonographie), Entlassungsberichte oder Rehabilitationsberichte. Die Anmeldung der Patientinnen und Patienten über den Anmeldebogen erfolgt ausschließlich durch die zuweisende Praxis. Ergänzend dazu kann die Übersendung der Befunde und des Fragebogens sowohl durch die zuweisende Praxis als auch durch die Patientinnen und Patienten selbst erfolgen. Ärzte in UMG und MHH übernehmen anschließend die Koordi-

nations- und Lotsenfunktion und treten in den Austausch zu bereits erfolgter Diagnostik, zu vorliegenden Befunden, bereits durchgeführter Therapien und zum Bedarf weiterführender Diagnostik. Für Rückfragen ist daher die Angabe der Kontaktdaten inklusive E-Mail-Adresse der zuweisenden Praxis erforderlich.

Die Vorstellung in der MHH bzw. UMG erfolgt anschließend mit gültiger Überweisung und Vorlage der eGK. Sollte die Einbeziehung weiterer Fachgebiete innerhalb der MHH bzw. UMG erforderlich werden, wird dies jeweils durch die koordinierende Hochschulambulanz veranlasst. Anschließend erfolgen Empfehlungen zum weiteren Behandlungsplan an den überweisenden Haus- bzw. Facharzt.

Bitte beachten Sie, dass bisher keine gesonderte Abrechnungsziffer für diese Leistung besteht. Die Long-COVID-Richtlinie liegt noch zur Prüfung im BMG und ist bisher nicht in Kraft getreten. Nach Inkrafttreten der Richtlinie prüft auf Bundesebene der Bewertungsausschuss der Ärzte und Krankenkassen, inwieweit der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) ggf. angepasst werden muss. Hierfür hat der Bewertungsausschuss maximal sechs Monate Zeit.

MHH:

Telefon: 0511 532-3719 (Dienstag 10 bis 12 Uhr, Donnerstag 9 bis 11 Uhr);

Mail: fatigue@mh-hannover.de

Postalischer Versand von Fragebogen und Befunden an:
Medizinische Hochschule Hannover, ZSE Post-COVID OE 5130, Carl-Neuberg-Straße 1, 30625 Hannover

UMG:

Telefon: 0551 39-68625 (Montag, Mittwoch und Freitag 9 bis 12 Uhr);

Mail: longcovid@med.uni-goettingen.de

Postalischer Versand von Fragebogen und Befunden an:
Universitätsmedizin Göttingen, Zentrale Notaufnahme - Long-/Post-COVID Ambulanz, Robert-Koch-Straße 40, 37075 Göttingen

Weitere Informationen zum Thema finden Sie auf unserer [Homepage](#)

Kontaktmöglichkeiten

3.9. Besondere Versorgung über den ambulanten Einsatz von Smart-Ereignis-Rekordern zur Erfassung von Herzrhythmusstörungen: BARMER Krankenkasse ab 1. Mai 2024 neu dabei

Die BARMER tritt dem Vertrag bei und ermöglicht die Untersuchung ihrer Versicherten mit smarten EKG-Sensoren. Diese Smart-Ereignis-Rekorder sind eine kosteneffiziente Alternative zu implantierbaren Eventrekordern und ermöglichen eine ambulante Diagnostikmethode zur Langzeit-EKG-Messung (bis zu 14 Tage) bei Synkope/Herzrhythmusstörungen.

Teilnehmende Ärzte (Fachärzte für Innere Medizin und Kardiologie mit einer Genehmigung zur Doppler/Echokardiographie) nutzen die 14-

Tage-Untersuchungskits (kabellos, klein und wasserdicht) der MSH Medical Europe GmbH im Rahmen der Diagnostik.

Extrabudgetäre Vergütung/Sachkosten:

Einschreibung und Erstberatung des Patienten:	GOP 98041 - 20,00 Euro
Ergebnisbesprechung und weitere individuelle Behandlungsplanung mit dem Patienten:	GOP 98043 - 37,50 Euro
Sachkostenpauschale für den Smart-Ereignis-Rekorder: (deckt alle Kosten für Logistik, Gerät, Verbrauchsmaterial, Datenzugang und aussagekräftigen Berichtsentwurf für den Untersuchungszeitraum bis zu 14 Tage)	GOP 98042 - 235,00 Euro

Teilnahmeunterlagen finden Sie im KVN-Portal unter „Verträge“ > Suchbegriff: Smart-Ereignis-Rekorder. Weitere Informationen gibt es auch auf der Webseite der MSH Medical Europe GmbH (www.mshmedical.eu).

4. Veranstaltungen im Juni 2024

Unser komplettes Seminarangebot und welche Angebote für Ihre Praxis und die MitarbeiterInnen am besten geeignet sind, finden Sie auf unserer Internetseite. Dort können Sie sich **direkt online anmelden**. Wenn ein Seminar interessant ist, gelangt man mit nur einem Klick auf den Titel zum Seminar und erhält dort alle weiteren Informationen.

Mittwoch, 5. Juni 2024

- **Update Digitalisierung: Der eArztbrief** (WebSeminar)
- **Gefährdungsbeurteilung für die Arztpraxis - so vermeiden Sie Risiken und Nebenwirkungen** (WebSeminar)
- **Impfen** (WebSeminar)
- **Niederlassungsseminar Modul I „Meine eigene Praxis - Impulse für Ihren Start“** (WebSeminar)
- **Umgang mit schwierigen Patienten und Patientinnen** (WebSeminar)

Donnerstag, 6. Juni 2024

- **PraxisTeam Update - Online-Kompaktseminar zum 116117-Terminservice** (WebSeminar)

Freitag, 7. Juni 2024

- **Arbeitsschutz in der Arztpraxis** (WebSeminar)

Montag, 10. Juni 2024

- Sachkundelehrgang gemäß der Medizinproduktebetreiberverordnung sowie gemäß Anlage 6 der KRINKO/BfArM „Anforderungen an die Hygiene bei der Aufbereitung von Medizinprodukten“ (Mo-Fr) (Oldenburg)

Mittwoch 12. Juni 2024

- Homepagegestaltung in der Arztpraxis - Fit für den Internetauftritt (WebSeminar)
- Arzneimittelverordnungen (WebSeminar)
- Heilmittelverordnung in Theorie und Praxis (Hannover)
- Niederlassungsseminar Modul II „Meine eigene Praxis - So gelingt Ihr Start“ (WebSeminar)
- Update Digitalisierung: Basis Telematikinfrastruktur (WebSeminar)
- Arzneimitteltherapiesicherheit - AMTS (WebSeminar)

Donnerstag, 13. Juni 2024

- PraxismanagerIn Arbeitsgruppe (WebSeminar)
- PraxisTeam Update - Online-Kompaktseminar zum 116117-Terminservice (WebSeminar)

Samstag, 15. Juni 2024

- QEP®-Starterseminar (WebSeminar)

Mittwoch, 19. Juni 2024

- Moderne Wundversorgung (WebSeminar)
- Impfen (WebSeminar)
- Update Digitalisierung: Digitale Tools- und Telemedizin und Telefonassistenzsysteme (WebSeminar)
- Willkommen in der Arztpraxis (WebSeminar)

Donnerstag, 20. Juni 2024

- PraxisTeam Update - Online-Kompaktseminar zum 116117-Terminservice (WebSeminar)

Donnerstag, 27. Juni 2024

- PraxisTeam Update - Online-Kompaktseminar zum 116117-Terminservice (WebSeminar)

5. Anlagenverzeichnis

5.1. Sammelerklärung



KVN

Kassenärztliche Vereinigung
Niedersachsen

Informationen für die Praxis

KVN-Rundschreiben

April 2024

Inhaltsverzeichnis

1.	Abrechnung	2
1.1.	Sozialversicherungsabkommen Krankenkasse.....	2
1.2.	Hybrid-DRG-Verordnung: Übergangsregelung für die Abrechnung prä- und postoperative Leistungen sowie weitere EBM-Anpassungen.....	2
1.3.	Physikalische Therapie als ärztliche Leistung - Neue Zahlungsbeträge ab dem 1. April 2024	4
2.	Verordnungen.....	4
2.1.	Änderung der Anlage V (verordnungsfähige Medizinprodukte) der Arzneimittel-Richtlinie - Verlängerung der Befristung	4
2.2.	Sprechstundenbedarf - Importmöglichkeit von Mydriaticum Stulln (Wirkstoff Tropicamid) bis zum 31. März 2024 verlängert	5
2.3.	Änderung der Anlage V (verordnungsfähige Medizinprodukte) der Arzneimittel-Richtlinie - Verlängerung der Befristung	5
2.4.	BtM-Rezept für Medizinal-Cannabis entfällt	6
2.5.	Gemeinsame Arbeitsgruppe Arzneimittel - Informationsschreiben	7
3.	Allgemeine Hinweise	7
3.1.	BKK-Schwangerenversorgung „Hallo Baby“: Beitritt der Securvita BKK zum 1. April 2024	7
3.2.	Neue Impfvergütungen ab 1. Januar 2024.....	7
3.3.	Neufassung des DMP-Vertrages COPD mit Wirkung ab 1. April 2024	8
3.4.	Kennzeichnung von Überweisungen im Rahmen der DMP mit dem Zusatz „DMP“	8
3.5.	DMP-Patientenschulungen im Videoformat	9
3.6.	Sonstiger Kostenträger - Bundeswehr - Behandlungsausweise bleiben in der Praxis	10
3.7.	Hausarztzentrierte Versorgung: Modernisierte HzV- Teilnehmerverwaltung startet.....	10
3.8.	Zi-Online-Umfrage zur Nutzerfreundlichkeit von Praxisverwaltungssystemen - Teilnahme bis 14. April möglich.....	10
4.	Veranstaltungen im Mai 2024	11

1. Abrechnung

1.1. Sozialversicherungsabkommen Krankenkasse

Im Januar-Rundschreiben haben wir Sie über die Neufassung der Vereinbarung zur europäischen Krankenversichertenkarte informiert.

Bitte beachten Sie, dass:

- die Patientenerklärung im Original sowie eine Kopie der EHIC/GHIC/PEB umgehend an die ausgewählte Krankenkasse zu senden sind
- eine Kopie der Patientenerklärung in der Praxis verbleibt
- Zweitkopien/Durchschläge zwei Jahre in der Praxis aufzubewahren sind
- lediglich der Abrechnungsschein (Ersatzverfahrenschein) mit Unterschrift des Patienten wird mit der Quartalsabrechnung eingereicht

Umgehend an
Krankenkasse

Abrechnungsschein mit
Quartalsabrechnung

Ausführliche Informationen zur Auslandskrankenversicherung finden Sie auf der Internetseite der Kassenärztlichen Bundesvereinigung unter www.kbv.de

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

1.2. Hybrid-DRG-Verordnung: Übergangsregelung für die Abrechnung prä- und postoperative Leistungen sowie weitere EBM-Anpassungen

Der Bewertungsausschuss (BA) hat im Zusammenhang mit der Hybrid-DRG-Verordnung nach §115f SGB V kurzfristig mehrere EBM-Änderungen als vorläufige Übergangsregelung beschlossen. Sie treten rückwirkend zum 1. Januar 2024 in Kraft. So können Ärzte jetzt auch bei Eingriffen des Katalogs nach §115f SGB V prä- und postoperative Leistungen aus dem EBM-Kapitel 31 abrechnen. Die entsprechenden Regelungen gelten zunächst bis 31. Dezember 2024.

Abrechnung von prä- und postoperativen EBM-Leistungen

Die Hybrid-DRG, die das OP-Team abrechnet, umfasst alle Untersuchungen und Behandlungen, die im unmittelbaren Kontext der Operation in der Einrichtung durchgeführt werden, die den Eingriff vornimmt - von der Operationsvorbereitung bis zur postoperativen Überwachung. Mit dem jetzt gefassten Beschluss wird klargestellt, dass präoperative

Leistungen, die außerhalb der OP-Einrichtung erfolgen und postoperative Leistungen, die nicht von der Hybrid-DRG umfasst sind, nach EBM abgerechnet werden können. Die KBV und der GKV-Spitzenverband haben sich dazu im BA auf Übergangsregelungen im Kapitel 31 des EBM geeinigt. Sie gelten vom 1. Januar bis 31. Dezember 2024.

Präoperative Leistungen des Abschnitts 31.1.2

Durch die Aufnahme einer dritten Bestimmung zum EBM-Abschnitt 31.1.1 EBM wird klargestellt, dass entsprechende Vertragsärzte präoperative Leistungen im Zusammenhang Eingriffen gemäß der Anlage 1 der Hybrid-DRG-Verordnung nach §115f SGB V - sofern sie außerhalb der Einrichtung, in der die Operation durchgeführt wird, erfolgen - nach den Gebührenordnungspositionen (GOP) des Abschnitts 31.1.2 berechnen können.

Postoperative Leistungen der Abschnitte 31.4.2 und 31.4.3

Für postoperative Leistungen gibt es eine neue Nr. 6 der Präambel zum Abschnitt 31.4.1 EBM. Sie regelt, dass Vertragsärzte für postoperative Behandlungen im Zusammenhang mit Eingriffen entsprechend der Anlage 1 der Hybrid-DRG-Verordnung Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 31.4.2 und 31.4.3 abrechnen können.

- Die berechnungsfähige GOP des Abschnitts 31.4.3 richtet sich nach dem OPS-Kode des durchgeführten Eingriffs und dessen Zuordnung gemäß Anhang 2 zum EBM.
- Für OPS-Kodes der Anlage 1 der Hybrid-DRG-Verordnung, die nicht im Anhang 2 des EBM enthalten sind, sind folgende GOP abweichend von der jeweiligen Leistungslegende und unter Angabe der Kennzeichnungsziffer 88110 berechnungsfähig:
 - GOP 31600 für Ärzte des hausärztlichen Versorgungsbereichs,
 - GOP 31611 für Operateure,
 - GOP 31610 für Ärzte im fachärztlichen Versorgungsbereich, die auf Überweisung des Operateurs die postoperative Behandlung übernehmen.
- Erfolgt der Eingriff nach §115f SGB V durch ein Krankenhaus, können Ärzte die GOP des Abschnitts 31.4.2 oder 31.4.3 abweichend von der Leistungslegende und Satz 1 der Nr. 1 der Präambel 31.4.1 ohne Überweisung des Operateurs abrechnen.

Hierfür gilt:

Die Regelungen gelten bis 31. Dezember. Bis dahin wird der BA über die Übergangsregelung beraten und ggf. eine Verlängerung, Erwartungen und Anpassungen entscheiden.

Abrechnungsausschlüsse bei Eingriffen nach der Hybrid-DRG-Verordnung

Die Trägerorganisationen des Bewertungsausschusses verständigen sich bis zum 30. Juni 2024 über die Leistungen, für die ein Abrechnungsausschluss zu den Hybrid-DRGs bestehen soll. Ein Beschluss hierüber soll mit Wirkung zum 1. Juli 2024 getroffen werden.

Hinweis zur Veröffentlichung

Das Institut des Bewertungsausschusses veröffentlicht den Beschluss auf seiner [Internetseite](#) und im Deutschen Ärzteblatt.

1.3. Physikalische Therapie als ärztliche Leistung - Neue Zuzahlungsbeträge ab dem 1. April 2024

Die Heilmittelverbände und der GKV-Spitzenverband vereinbaren Preise für Heilmittel, die bundesweit gelten. Auf Grundlage der vereinbarten Preise werden Zuzahlungsbeträge berechnet.

Werden die Heilmittelbehandlungen (z. B. Massagetherapie, Krankengymnastik, etc.) in der Arztpraxis durchgeführt, muss die Arztpraxis den entsprechenden Zuzahlungsbetrag vom Patienten einziehen. Die Zuzahlungsbeträge ändern sich zum 1. April 2024.

GOP	Heilmittel	Zuzahlungsbetrag pro ärztl. Behandlung
		gültig ab 01.04.2024
30400	Massagetherapie	2,03 €
30402	Unterwasserdruckstrahlmassage	3,17 €
30410	Atemgymnastik (Einzelbehandlung)	2,78 €
30411	Atemgymnastik (Gruppenbehandlung)	1,24 €
30420	Krankengymnastik (Einzelbehandlung)	2,78 €
30421	Krankengymnastik (Gruppenbehandlung)	1,24 €

Übersicht der geänderten Zuzahlungsbeträge

Der Zuzahlungsbetrag wird in der Vergütungsvereinbarung als Anlage 2 zum Vertrag nach §125 Absatz 1 SGB V für Physiotherapie ausgewiesen.

Ist der Patient von der Zuzahlung befreit ist hinter der EBM-Nummer ein „A“ einzutragen. Durch die Kennzeichnung entfällt für Sie der Abzug der Zuzahlung über die Honorarabrechnung.

2. Verordnungen

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

Zum 6. Februar 2024 wurde bei dem Medizinprodukt „HYLO-GEL“ die Befristung der Verordnungsfähigkeit nach Anlage V der Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL) verlängert:

Produktbezeichnung	Medizinisch notwendige Fälle	Befristung der Verordnungsfähigkeit
HYLO®-GEL	Synthetische Tränenflüssigkeit bei Autoimmun-Erkrankungen (Sjögren-Syndrom mit deutlichen Funktionsstörungen (trockenes Auge Grad 2), Epidermolysis bullosa, okuläres Pemphigoid), Fehlen oder Schädigung der Tränendrüse, Fazialisparese oder bei Lagophthalmus.	31. Dezember 2028

Befristung verlängert

Die vollständige Anlage V finden Sie unter diesem [Link](#)

2.2. Sprechstundenbedarf - Importmöglichkeit von Mydriaticum Stulln (Wirkstoff Tropicamid) bis zum 31. März 2024 verlängert

Aufgrund des weiterhin bestehenden Lieferengpasses bzw. der festgestellten Nicht-Lieferfähigkeit des Arzneimittels Mydriaticum Stulln (Wirkstoff Tropicamid) wurde mit den Landesverbänden der Krankenkassen vereinbart, dass nach Rückfrage der Apotheken bei den Großhändlern, die Importmöglichkeit bis zum 31. März 2024 verlängert wird.

Nach Aussagen des Herstellers soll ab April wieder eine ausreichende Menge des Arzneimittels verfügbar sein.

2.3. Änderung der Anlage V (verordnungsfähige Medizinprodukte) der Arzneimittel-Richtlinie - Verlängerung der Befristung

Zum 12. März 2024 wurde bei den folgenden Medizinprodukten die Befristung der Verordnungsfähigkeit nach Anlage V der Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL) verlängert:

Produktbezeichnung	Medizinisch notwendige Fälle	Befristung der Verordnungsfähigkeit
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 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.	31. Dezember 2028

Befristung verlängert

Nebusal® 7 %	Zur symptomatischen Inhalationsbehandlung der Mukoviszidose für Patienten ≥ 6 Jahre.	31. Dezember 2028
--------------	---	-------------------

Die vollständige Anlage V finden Sie auf der [Internetseite des G-BA](#)

2.4. BtM-Rezept für Medizinal-Cannabis entfällt

Der Umgang mit Cannabis zu medizinischen Zwecken wird zukünftig im neuen Medizinal-Cannabisgesetz (MedCanG) geregelt. Mit der Teil-Legalisierung von Cannabis unterliegt die Verordnung von medizinischem Cannabis nicht mehr dem Anwendungsbereich des Betäubungsmittelgesetzes (BtMG). Ab dem 1. April 2024 erfolgen daher entsprechende Verordnungen über ein reguläres Rezept (eRezept, bzw. Muster 16 im Ersatzverfahren). Die neue Regelung betrifft:

- Pflanzen, Blüten und sonstige Pflanzenteile der zur Gattung Cannabis gehörenden Pflanzen, die aus einem staatlich kontrollierten Anbau zu medizinischen Zwecken stammen,

sowie

- Delta-9-Tetrahydrocannabinol einschließlich Dronabinol und Zubereitungen aller vorgenannten Stoffe, z. B. das Fertigarzneimittel Sativex®.

Ausnahme

Der Wirkstoff Nabilon (z. B. Canemes®) ist als synthetisches Cannabinoid nicht von der aktuellen Regelung erfasst und fällt weiterhin unter das BtMG. Verordnungen erfolgen hier dementsprechend weiterhin über ein BtM-Rezept.

Hinweis

Für den Praxisalltag ist die korrekte Auswahl des Rezeptformulars relevant: Die Verordnung von Nicht-BtM-Arzneimitteln auf einem BtM-Rezept ist nur dann gestattet, wenn gleichzeitig auch BtM-Arzneimittel verordnet sind. Bei formalen Unstimmigkeiten - beispielsweise irrtümliche Nutzung eines BtM-Rezeptes bei Cannabis-Rezepturen - wäre mit Zurückweisungen durch Apotheken zu rechnen.

PVS Umsetzung

Weil das Cannabisgesetz kurzfristig veröffentlicht wurde, sind übergangsweise Cannabis- und Dronabinol-Produkte in den Arzneimittel-Stammdaten für die PVS noch als BtM gekennzeichnet. Eine entsprechende Ummeldung ist aufgrund der Meldefristen erst zum 1. Mai 2024 möglich.

Unsicher ist, inwiefern alle Praxisverwaltungssysteme eine Verordnung von in der Software als BtM gekennzeichneten Cannabisprodukten auf einem eRezept oder Muster 16 überhaupt ermöglichen.

Regelung betrifft:

Genehmigungsvorbehalt

Achtung: Der Genehmigungsvorbehalt für Cannabis gem. §45 Arzneimittel-Richtlinie durch die Krankenkasse vor der ersten Verordnung bzw. nach Fristablauf der Genehmigung bleibt unverändert bestehen - Regressgefahr.

Nähere Informationen zur wirtschaftlichen Verordnungsweise von Cannabis finden Sie in unserem [Info-Schreiben auf der KVN Homepage](#)

Regressgefahr

2.5. Gemeinsame Arbeitsgruppe Arzneimittel - Informationsschreiben

Eine der Aufgaben der gemeinsamen Arbeitsgruppe aus KVN und den Verbänden der gesetzlichen Krankenkassen in Niedersachsen ist die Information der Vertragsärzte über pharmakologische und wirtschaftliche Aspekte zu ausgewählten Arzneimitteln. In sog. „Info-Schreiben“ werden die wirtschaftliche Verordnungsweise sowie relevante Handlungsempfehlungen thematisiert. „Rezept-Infos“ enthalten darüber hinaus zur Unterstützung für den behandelnden Arzt auch Vordrucke für die Patienteninformation. Alle Schreiben werden regelmäßig überarbeitet und aktualisiert.

Sie finden alle Informationsschreiben auf unserer [Internetseite](#)

Informationsschreiben

Mittlerweile stehen darunter zwei neue Titel zur Verfügung:

- [Schreiben zur RSV-Prophylaxe](#)
- [Kompakte Hinweise zur wirtschaftlichen Verordnungsweise beim Thema Lieferengpässe](#)

3. Allgemeine Hinweise

3.1. BKK-Schwangerenversorgung „Hallo Baby“: Beitritt der Securvita BKK zum 1. April 2024

Eine weitere Betriebskrankenkasse tritt der besonderen Versorgung zur Vermeidung von Frühgeburten und infektionsbedingten Geburtskomplikationen bei. Damit beteiligen sich insgesamt 52 BKKen am Vertrag mit dem Ziel, die Frühgeburtenrate mithilfe primär- und sekundärpräventiver Maßnahmen zu minimieren sowie Infektionen durch Streptokokken B als Geburtskomplikation zu senken.

Weitere Informationen und die Liste teilnehmender BKKen finden Sie im KVN-Portal: Verträge > Eingabe des Suchbegriffs „Hallo Baby“.

3.2. Neue Impfvergütungen ab 1. Januar 2024

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.

Impfübersichten mit den Vergütungen und den KVN-internen Gebührenordnungspositionen finden Sie [hier](#)

3.3. Neufassung des DMP-Vertrages COPD mit Wirkung ab 1. April 2024

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hatte am 18. August 2022 die Aktualisierung des DMP-COPD beschlossen und die inhaltlichen Vorgaben im Hinblick auf neue wissenschaftliche Erkenntnisse aktualisiert. Mit den niedersächsischen Krankenkassen wurde der Richtlinienbeschluss nun mit Wirkung zum 1. April 2024 im DMP-Vertrag COPD entsprechend umgesetzt.

Über die medizinisch-inhaltlichen Änderungen hatten wir Sie bereits mit Rundschreiben März 2023 informiert. Neben diesen redaktionellen Anpassungen konnten mit den Krankenkassen folgende vergütungsrelevante Ergebnisse erzielt werden:

- Die von den Krankenkassen geforderte Absenkung der Dokumentationspauschalen bei Mehrfacheinschreibungen konnte erneut abgewendet werden.
- Die Beratung im Rahmen der Ersteinschreibung (GOP 99562) wird um 1,00 Euro auf 12,00 Euro erhöht.
- Die Pauschale für die pneumologische Behandlung und Diagnostik (GOP 99564) wird um 0,50 Euro auf 20,50 Euro angehoben.
- Die Beratung zum Tabakgebrauch bzw. Tabakverzicht (GOP 99568) erhöht sich um 1,50 Euro auf 9,50 Euro.

Die aktuelle Lesefassung des DMP-Vertrages COPD mit den aktualisierten Anlagen finden Sie in Kürze [hier](#)

3.4. Kennzeichnung von Überweisungen im Rahmen der DMP mit dem Zusatz „DMP“

Aufgrund zunehmender Regressanträge der Krankenkassen gegenüber Diabetologischen Schwerpunktpraxen (DSP) wegen fehlender Einschreibung bzw. beendeter Teilnahme am DMP, möchten wir die koordinierenden DMP-Ärzte bitten, vor einer Überweisung zu einer DSP zu prüfen, ob der Patient aktuell im DMP eingeschrieben ist. Liegt eine wirksame Einschreibung vor, ist die Überweisung im Feld „Diagnose/Verdachtsdiagnose“ mit dem Zusatz „DMP XY“ (z. B. DMP DM1) zu kennzeichnen.

Sollte keine gültige DMP-Teilnahme vorliegen und trotzdem eine Überweisung an die DSP erfolgen, wird die DSP für die erbrachten Leistungen regressiert. Es besteht derzeit keine Möglichkeit für die DSP, den

Ergebnisse

aktuellen DMP-Status eines Patienten selbst festzustellen. Vor diesem Hintergrund bitten wir im Sinne der Kollegialität um eine gewissenhafte Überprüfung des DMP-Status Ihrer Patienten.

3.5. DMP-Patientenschulungen im Videoformat

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat am 16. November 2023 Regelungen für Patientenschulungen beschlossen, die im Rahmen von Disease-Management-Programmen (DMP) nun auch im Videoformat durchgeführt werden können. Der Beschluss ist am 9. März 2024 in Kraft getreten. Wir möchten Ihnen die Inhalte vorstellen und kurz auf das weitere Vorgehen eingehen.

Mit dem Beschluss sind Videoschulungen im Rahmen von DMP dauerhaft möglich. Dadurch soll Patientinnen und Patienten der Zugang zu Schulungen erleichtert und die Digitalisierung vorangetrieben werden. Der G-BA hat hierzu die DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL) im Paragraf 4 Absatz 3 (Regelungen zu Schulungen) erweitert.

Im neuen Absatz 3a wird geregelt, dass Schulungen ganz oder teilweise (z. B. nur einzelne Module) per Video angeboten werden können. Das Schulungs-Curriculum muss beinhalten, welche Teile der Schulung für die Durchführung per Video geeignet sind, und Angaben zu den erforderlichen Kompetenzen der schulenden Leistungserbringer, zu strukturellen Anforderungen (z. B. Gruppengröße) sowie zu erforderlichen Maßnahmen des Qualitätsmanagements machen. Die Autoren der bestehenden DMP-Schulungen haben ihre Curricula entsprechend anzupassen.

Neuer Absatz 3a

Hinsichtlich der technischen Anforderungen gelten die allgemeinen Voraussetzungen für die Durchführung einer Videosprechstunde gemäß Anlage 31b zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (Vereinbarung über die Anforderungen an die technischen Verfahren zur Videosprechstunde gemäß Paragraf 365 Absatz 1 SGB V). Ausgenommen davon ist die Begrenzung der Anzahl der Teilnehmenden an der Videoschulung. Hier sind die vorgenannten strukturellen Vorgaben im Curriculum der Schulungen zu beachten.

Für Schulungen, die sowohl im Videoformat als auch im Präsenzformat durchgeführt werden dürfen, muss mindestens ein Präsenzangebot für die jeweiligen Schulungsindikationen von dem schulenden Leistungserbringer vorgehalten werden. Darüber hinausgehende differenzierte Qualitätsanforderungen macht die DMP-A-RL nicht.

Praktische Umsetzung des G-BA Beschlusses

Für die praktische Umsetzung von Schulungen im Videoformat sind Abstimmungen mit den niedersächsischen Krankenkassen notwendig. Die Gespräche hierzu sind noch nicht abgeschlossen. Wir informieren Sie, sobald die praktische Umsetzung des GBA-Beschlusses geklärt ist.

3.6. Sonstiger Kostenträger - Bundeswehr - Behandlungsausweise bleiben in der Praxis

Die Überweisungsscheine der Bundeswehr verbleiben in der Arztpraxis und sind nicht der Quartalsabrechnung beizufügen. Zum Hintergrund: Das Bundesamt für das Personalmanagement der Bundeswehr ist berechtigt, für ein Jahr nach dem Behandlungsquartal, die Überweisungsscheine zu Prüfzwecken vom Arzt anzufordern.

3.7. Hausarztzentrierte Versorgung: Modernisierte HzV-Teilnehmerverwaltung startet

Die verbesserte Software erleichtert Praxen künftig die Teilnehmerverwaltung von Versicherten der BARMER, DAK, KKH, hkk, Audi BKK und pronova BKK. Ab 17. April stehen die Webanwendungen im KVN-Portal >> Online-Dienste >> Sonderverträge >> zur Verfügung.

Neues Design aber mit allen bekannten Funktionen: Ausdruck der Teilnahmeformulare, Patienteneinschreibungen, Erfassen der Dauerdiagnosen und Betreuungsaufwände sowie die Übernahmen ins Folgequartal. Es besteht kein zusätzlicher Aufwand. Die Anwendung startet wie gewohnt.

3.8. Zi-Online-Umfrage zur Nutzerfreundlichkeit von Praxisverwaltungssystemen - Teilnahme bis 14. April möglich

In einer aktuellen Online-Umfrage geht es um die Funktionalität der Praxisverwaltungssysteme und der Telematikinfrastruktur. Gefragt sind niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten sowie das Praxispersonal. Die Teilnahme ist bis zum 14. April möglich.

Das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi) führt die Erhebung durch. Untersucht wird die Nutzerfreundlichkeit der verschiedenen Praxisverwaltungssysteme (PVS) und Anwendungen der Telematikinfrastruktur. So wird nach häufigen Problemen gefragt und ob Praxen einen PVS-Wechsel planen. Das Zi appelliert an die Niedergelassenen, sich zahlreich zu beteiligen - unabhängig davon, ob sie mit ihrer Praxissoftware zufrieden sind oder nicht. Nur dann könnten alle PVS-Anbieter verlässlich bewertet werden.

Bislang gibt es dem Zi zufolge keinen bundesweiten Erfahrungsvergleich aller Praxisverwaltungssysteme aus Anwendersicht. Deshalb wird unter anderem gefragt, welche PVS die Teilnehmer der Erhebung nutzen und ob sie diese weiterempfehlen würden oder eher einen PVS-Wechsel befürworten.

Hier geht es zur Umfrage

Die Beantwortung der Fragen nimmt lediglich fünf bis zehn Minuten in Anspruch. Die Teilnahme ist freiwillig und anonym. Der persönliche Datensatz ist auch nach Abschluss der Befragung nicht identifizierbar. Zur Umfrage geht es [hier](#)

Bitte beteiligen Sie sich

4. Veranstaltungen im Mai 2024

Unser komplettes Seminarangebot und welche Angebote für Ihre Praxis und die MitarbeiterInnen am besten geeignet sind, finden Sie auf unserer Internetseite. Dort können Sie sich [direkt online anmelden](#). Wenn ein Seminar interessant ist, gelangt man mit nur einem Klick auf den Titel zum Seminar und erhält dort alle weiteren.

Mittwoch, 8. Mai 2024

- [Meine Zukunft planen - Impulse für Ihre Praxisabgabe](#) (WebSeminar)
- [Verordnen von Arzneimitteln](#) (WebSeminar)

Mittwoch, 15. Mai 2024

- [Update Digitalisierung: Das elektronische Rezept](#) (WebSeminar)
- [Aktualisierung der Kenntnisse zur Aufbereitung von Medizinprodukten](#) (Hannover)
- [Telefonieren in der Arztpraxis - auch mit „schwierigen“ Patienten](#) (Aurich)
- [Arzneimitteltherapiesicherheit](#) (WebSeminar)
- [Qualitätsmanagement-Aktuell - Gezielte Weiterentwicklung](#) (WebSeminar)
- [Sprechstundenbedarf für MFA](#) (WebSeminar)

Donnerstag, 16. Mai 2024

- [Hygiene in der Arztpraxis](#) (WebSeminar)

Mittwoch, 22. Mai 2024

- [Arzneimitteltherapiesicherheit - AMTS](#) (WebSeminar)
- [Update Digitalisierung: Wechsel des Praxisverwaltungssystem](#) (WebSeminar)
- [Meine Praxiskooperation - Was ist möglich mit BAG, Anstellung, MVZ & Co.](#) (WebSeminar)

Freitag, 24. Mai 2024

- [Qualitätsmanagementbeauftragte/r, drei Termine, jeweils Freitags](#) (WebSeminar)

Dienstag, 28. Mai 2024

- [Datenschutz in der Arztpraxis](#) (WebSeminar)

Mittwoch, 29. Mai 2024

- [Moderne Wundversorgung](#) (WebSeminar)

- Kurze Wartezeiten - Gutes Terminsystem (WebSeminar)
- Niederlassungsseminar Modul I „Meine eigene Praxis - Impulse für Ihren Start“ (Hildesheim)
- Medizinprodukte-Aufbereitung Workshop Teil 2 (WebSeminar)



KVN

Kassenärztliche Vereinigung
Niedersachsen

Informationen für die Praxis

KVN-Rundschreiben

März 2024

Inhaltsverzeichnis

1. Abrechnung	3
1.1. Abgabetermin Quartalsabrechnung 1/2024	3
1.2. Amtliche Mitteilung der KVN zum HVM für das 2. Quartal 2024 für alle dem RLV unterliegenden Arztgruppen des haus- und fachärztlichen Versorgungsbereichs	3
1.3. Amtliche Mitteilung der KVN zum HVM Teil B Nr. 16.1 und 16.2 für das 2. Quartal 2024 - Fachgruppendurchschnittswerte für Laborindividualbudgets.....	4
1.4. Mitteilung der fachgruppendurchschnittlichen Obergrenze für Kontrastmittel für das Quartal 2/2024 .	4
1.5. Covid-19-Schutzimpfungen nicht über den Kostenträger 38825/48850 (BAS) berechnungsfähig ...	4
1.6. Begrenzung des genetischen Labors (Leistungen der Abschnitte 11.4 und 19.4 EBM, falls kassenseitig nicht extrabudgetär vergütet)	5
2. Verordnungen	5
2.1. Aktualisierung der Arzneimittel-Richtlinie - VIIa: Biologika und Biosimilars	5
2.2. Lieferengpass Tollwut-Impfstoffe - STIKO Handlungsempfehlungen	6
2.3. Lieferengpässe - Allgemeinverfügung betreffend Emtricitabin/Tenofovirdisoproxil-haltige Arzneimittel .	7
2.4. Heilmittel - Ausstellung von Blankverordnungen für Ergotherapie ab April 2024.....	8
2.5. Ins DiGA-Verzeichnis des BfArM dauerhaft aufgenommene Digitale Gesundheitsanwendungen ...	9
2.6. Importmöglichkeit von Miochol E bis 31. März 2024 verlängert	10
3. Allgemeine Hinweise	11
3.1. GOP 99502 - Beratungspauschale für die Motivation des Patienten zur regelmäßigen körperlichen Aktivität im Rahmen des DMP Diabetes Typ 2.....	11
3.2. Umfrage zum Thema Lieferengpässe von Medikamenten	11

3.3.	Besondere Versorgung „elektrische Kardioversion“ für teilnehmende Betriebskrankenkassen endet am 31. März 2024	12
3.4.	Austauschbarkeit von Zubereitungen aus biologischen Fertigarzneimitteln durch Apotheken - Anlage VIIa: Biologika und Biosimilars	12
3.5.	DMP COPD - Dokumentationen vor dem Software-Update am 1. April abschließen	13
3.6.	Befragung zur Relevanz von Gesundheits-Apps in der psychischen Versorgung.....	13
3.7.	Jetzt abstimmen: Das Thema der 6. KVN-Websession am 25. April bestimmen Sie	13
3.8.	Berichtigungsanträge von Krankenkassen bei Kassenwechsel und laufender Psychotherapie.....	14
3.9.	Vereinheitlichung der Überweisung von in-vitro-diagnostischer Leistungen zum 1. April 2024	14
3.10.	Umfang der Datenerhebung der Krankenkassen bei Arbeitsunfähigkeit konkretisiert	15
3.11.	Anspruch auf COVID-19-Impfung ab 1. März 2024 nur noch nach der Schutzimpfungs-Richtlinie (SI-RL)	16
3.12.	Hausarztzentrierte Versorgung AOK Niedersachsen: Überprüfung technischer Voraussetzungen zur Umstellung auf das AOK-Arztportal.....	16
3.13.	Save the Date - Sommerfest der KVN-Bezirksstelle Aurich am 11. September 2024	17
3.14.	Versand von größeren Datenanhängen über KIM	17
4.	Veranstaltungen im April 2024	18

1. Abrechnung

1.1. Abgabetermin Quartalsabrechnung 1/2024

Der Abgabetermin für die Abrechnung des 1. Quartals 2024 ist der 10. Kalendertag des nachfolgenden Quartals und somit der 10. April 2024.

10. April 2024

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

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

- das Muster der aktuellen Sammelerklärung, gültig ab 1/2022, vollständig ausgefüllt, mit Unterschrift und dem Vertragsarztstempel versehen, einzureichen, das Muster kann auch im KVN-Portal unter Abrechnung/Abrechnungcenter/Informationen zur Quartalsabrechnung/Downloads ausgedruckt werden
- die abzugebenden Behandlungsausweise (sortiert nach der Liste: KBV-Prüfmodul Abgabe Behandlungsausweise) einzureichen
- abhängig von Ihren erbrachten Leistungen: Dokumentationen im Rahmen der oKFE-Richtlinie, Hautkrebsscreening, Daten gem. der QS-Richtlinie Dialyse rechtzeitig online zu dokumentieren und zu übertragen
- ggf. zusätzliche Unterlagen einzureichen: Sachkostenbelege/Rechnungen, Mitteilungen der Praxis zur eingereichten Abrechnung (Beispiel: Pat. Y ist zu löschen, da jetzt BG-Fall).

Sammelerklärung

Behandlungsausweise

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 2. Quartal 2024 für alle dem RLV unterliegenden Arztgruppen des haus- und fachärztlichen Versorgungsbereichs

Die für 2/2024 geltenden RLV-/QZV-Mindestfallwerte sowie die Fallzahlgrenzen für die Fallwertminderung und die Fallzahlzuwachsbeschränkung (FZZB) finden Sie [hier](#)

1.3. Amtliche Mitteilung der KVN zum HVM Teil B Nr. 16.1 und 16.2 für das 2. Quartal 2024 - Fachgruppendurchschnittswerte für Laborindividualbudgets

Die für das 2. Quartal 2024 geltenden Fachgruppendurchschnittswerte für Laborindividualbudgets finden Sie seit dem 29. Februar 2024 [hier](#)

1.4. Mitteilung der fachgruppendurchschnittlichen Obergrenze für Kontrastmittel für das Quartal 2/2024

Gemäß der Kontrastmittelvereinbarung, die die KVN mit den Landesverbänden der Krankenkassen in Niedersachsen zum 1. Januar 2016 abgeschlossen hat und die zuletzt zum 1. Oktober 2023 angepasst wurde, gelten für das 2. Quartal 2024 für Ärzte, die im Basisquartal 2/2023 (noch) keine Kontrastmittel über die o. g. Vereinbarung abgerechnet haben, folgende fachgruppendurchschnittlichen Obergrenzen:

- Institute, Krankenhäuser 3.713,54 Euro
- Fachärzte für Nuklearmedizin 27.806,28 Euro
- Fachärzte für Diagnostische Radiologie 71.826,26 Euro
- Fachärzte für Urologie 2.954,66 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. Covid-19-Schutzimpfungen nicht über den Kostenträger 38825/48850 (BAS) berechnungsfähig

Wie bereits im November-Rundschreiben mitgeteilt, ist eine Abrechnung der Covid-19-Schutzimpfungen über den Kostenträger 38825/48850 (BAS) nicht mehr möglich, sondern ausschließlich über die jeweiligen Krankenversicherungen der gesetzlich bzw. privat versicherten Patienten.

Lediglich die Bestellung von Covid-19-Impfstoffen erfolgt weiterhin zentral über den Kostenträger BAS. Dabei wird nicht unterschieden, ob der Impfstoff bei gesetzlich oder privat versicherten Patienten eingesetzt wird.

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

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

Obergrenzen

Nicht mehr möglich

Bestellung über BAS

1.6. Begrenzung des genetischen Labors (Leistungen der Abschnitte 11.4 und 19.4 EBM, falls kassenseitig nicht extrabudgetär vergütet)

Da der von den gesetzlichen Krankenkassen für Leistungen des genetischen Labors gezahlte Honoraranteil („Grundbetrag genetisches Labor“) für eine unbegrenzte Auszahlung des Leitungsbedarfs nicht ausreicht, werden gemäß HVM Teil B Nr. 7.1.1 Abs. 8 die entsprechenden Leistungen seit dem 2. Quartal 2023 arztseitig mit einer Quote ausbezahlt, die sich aus dem Verhältnis der entsprechenden Leistungsanforderungen im Vorjahresquartal zum Grundbetrag im Vorjahresquartal ergibt.

Für das 2. Quartal 2024 kommt demnach für Leistungen der Abschnitte 11.4 und 19.4 EBM, falls diese kassenseitig nicht extrabudgetär vergütet werden, eine Auszahlungsquote von 70,67 Prozent zur Anwendung.

Quote von 70,67 Prozent

2. Verordnungen

2.1. Aktualisierung der Arzneimittel-Richtlinie - VIIa: Biologika und Biosimilars

Mit Wirkung zum 23. Februar 2024 wird die Anlage VIIa „Biologika und Biosimilars“ der Arzneimittel-Richtlinie um ein weiteres Biosimilar ergänzt. Die Ergänzung wird in Kursiv dargestellt.

Ergänzung

Wirkstoff	Original-/Referenzarzneimittel	im Wesentlichen gleiche biotechnologisch hergestellte biologische Arzneimittel, Zulassung nach Artikel 10 Absatz 4 der Richtlinie 2001/83/EG (Biosimilars)
Trastuzumab	Herceptin (intravenöse Applikation)	<i>Herwenda, Herzuma, Kanjinti, Ogivri, Ontruzant, Trazimera, Zercepac</i>
	Herceptin (subkutane Applikation)	

Hinweis zur Austauschbarkeit: aus der Übersicht kann nicht entnommen werden, ob die in einer Zeile aufgeführten Arzneimittel in ihren zugelassenen Anwendungsgebieten übereinstimmen.

Die Anlage VIIa der Arzneimittel-Richtlinie finden Sie [hier](#)

2.2. Lieferengpass Tollwut-Impfstoffe - STIKO Handlungsempfehlungen

Bedingt durch die eingeschränkten Lieferfähigkeiten der beiden inaktivierten Tollwut-Impfstoffe stellt das PEI (Paul-Ehrlich-Institut) Handlungshinweise der STIKO (Ständige Impfkommision) zur Verfügung. Voraussichtlich sei die Lieferfähigkeit ab Ende Q1/2024 wieder gegeben.

Lieferfähigkeit ab Ende
Q1/2024

Zur Postexpositionsprophylaxe (PEP):

Der Bezug von Tollwutimpfstoff und Tollwut-Immunglobulin, bei gegebener Indikation zur PEP, ist über jede öffentliche Apotheke möglich. Besteht eine Nicht-Verfügbarkeit im Großhandel können die Apotheken auf die Notfalldepots zugreifen. Bei der Indikationsstellung sollte folgendes beachtet werden:

- *Deutschland ist seit 2008 frei von terrestrischer Tollwut. Als einziges heimisches Reservoir für die Tollwut sind Fledermäuse bekannt.*
- *Eine Indikation zur PEP ist daher nur gegeben (i) nach Fledermauskontakt, (ii) nach Kontakt mit auffälligen Heimtieren (Hund, Katze, Frettchen), deren Herkunft und Impfstatus unbekannt ist bzw. mit Tieren, die aus Tollwut-Endemiegebieten mitgebracht wurden oder (iii) nach Kontakt zu Tieren in Tollwut-Endemiegebieten und unterbliebenem sofortigen Beginn bzw. noch nicht vollständig abgeschlossener PEP.*
- *Vögel sind keine Tollwutüberträger. Tollwutübertragungen durch Nager (z. B. Ratten, Mäuse, Hörnchen) und Hasenartige (Hasen, Kaninchen) sind nicht bekannt.*

Zur Präexpositionsprophylaxe (PrEP):

Aufgrund der mangelnden Impfstoffverfügbarkeit wäre das potenzielle Expositionsrisiko vertiefter zu überprüfen. Folgendes sollte dabei beachtet werden:

- *Bei Reisen in Tollwut-Endemiegebiete besteht eine Indikation zur präexpositionellen Impfung in erster Linie bei Personen, die in diesen Ländern längere Zeit, insbesondere in ländlichen Gebieten ohne ausreichende medizinische Versorgung und unter einfachen Bedingungen reisen. Ein Tollwut-Risiko geht hauptsächlich von streunenden Hunden aus.*
- *Eine weitere Indikation ist ein geplanter Umgang mit Säugetieren in Tollwut-endemischen Ländern, die als Tollwutüberträger in Frage kommen.*
- *Planbare Auffrischimpfungen für Personen mit wiederkehrendem Expositionsrisiko (z. B. Personen mit Umgang von Fledermäusen) können bis zur Wiederverfügbarkeit der Impfstoffe verschoben werden. In begründeten Einzelfällen kann eine Bestimmung des Tollwut-Antikörperspiegels hilfreich sein*

Bei mangelnder Verfügbarkeit von Impfstoffen und dringender Impfindikation für die präexpositionelle Impfung (PrEP) kann das 2-Impfstoffdosen-Schema der WHO angewendet werden.

Nähere Informationen hierzu finden Sie unter dem folgenden [Link zum Punkt 3. „Zu den Impfempfehlungen der WHO“](#).

Hinweise:

Das PEI informiert darüber, welche Impfstoffe beim Hersteller nicht verfügbar sind bzw. über potentielle Auslieferungsschwierigkeiten. Sie gelangen unter diesem [Link zur Lieferengpassmeldung des PEI](#).

Weitere Informationen zu den Tollwut-Impfungen finden Sie im [Epidemiologischen Bulletin 4/2024](#).

2.3. Lieferengpässe - Allgemeinverfügung betreffend Emtricitabin/Tenofovirdisoproxil-haltige Arzneimittel

Das Niedersächsische Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Gleichstellung hat eine Allgemeinverfügung erlassen, die es Arzneimittelgroßhandlungen, Apotheken und Krankenhausapotheken bzw. Krankenhausversorgenden Apotheken gestattet, zur Sicherstellung einer ordnungsgemäßen Versorgung in Deutschland mit Emtricitabin/Tenofovirdisoproxil-haltigen Arzneimitteln in den Verkehr zu bringen:

- auch wenn diese in Deutschland nicht zugelassen sind,
- auch wenn diese nicht mit einer deutschsprachigen Kennzeichnung/Packungsbeilage ausgestattet sind.

Für den Patienten wird weiterhin das deutsche Fertigarzneimittel verordnet.

Diese Maßnahme zur Kompensation eines Versorgungsmangels (Gestattung) ist nur unter der Voraussetzung möglich, dass im Ausland Emtricitabin/Tenofovirdisoproxil-haltige Arzneimittel vorrätig und erhältlich sind. Die Gestattung erfolgt befristet bis zu der Bekanntgabe des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG), dass der genannte Versorgungsmangel nicht mehr vorliegt oder die Gestattung durch die Länder widerrufen wird.

Um die Patientensicherheit bei der Anwendung dieser Arzneimittel zu gewährleisten, ist eine Packungsbeilage oder ein entsprechendes Begleitdokument in deutscher Sprache erforderlich. Die Apotheke hat dem Patienten für die sichere Anwendung dieser Arzneimittel bei der Abgabe eine Packungsbeilage oder ein entsprechendes Begleitdokument in deutscher Sprache mit Namen und Telefonnummer der abgebenden Apotheke auszuhändigen.

Hintergrund

Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) hatte einen Versorgungsmangel für Emtricitabin/Tenofovirdisoproxil-haltige Arzneimittel bekannt gegeben (Vgl. KVN-Rundbrief Februar 2024).

Voraussetzung

Die Bekanntgabe eines Versorgungsmangels ermöglicht es den Länderbehörden, im Einzelfall ein befristetes Abweichen von den Vorgaben des Arzneimittelgesetzes (AMG) zu gestatten.

Den vollständigen Wortlaut der Allgemeinverfügung finden Sie [hier](#)

2.4. Heilmittel - Ausstellung von Blankverordnungen für Ergotherapie ab April 2024

Ärzte und Psychotherapeuten können ab dem 1. April 2024 erstmals Blankverordnungen für Ergotherapie ausstellen. Die Ausstellung einer Blankverordnung ist vorerst auf die drei folgenden Indikationsbereiche begrenzt:

1. April 2024

Blankverordnungen durch Ärzte und Psychotherapeuten

- Diagnosegruppe PS3: Wahnhafte und affektive Störungen/Abhängigkeitserkrankungen
- Diagnosegruppe PS4: Dementielle Syndrome

Blankverordnungen nur durch Ärzte

- Diagnosegruppe SB1: Erkrankungen der Wirbelsäule, Gelenke und Extremitäten mit motorisch-funktionellen Schädigungen

Ob bei diesen Diagnosegruppen eine Blankverordnung oder eine konventionelle Verordnung erfolgt, entscheidet der verordnende Arzt oder Psychotherapeut. In medizinisch begründeten Fällen kann von einer Blankverordnung abgesehen werden.

Blankverordnung ausstellen

Für die Blankverordnung wird der bekannte Heilmittelvordruck (Muster 13) verwendet. Nach Auswahl der Diagnosegruppe erkennt die Praxissoftware, ob eine Blankverordnung möglich ist und der Verordner kann entsprechend wählen. Im Fall einer Blankverordnung wird in das Feld „Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges“ der Hinweis „BLANKVERORDNUNG“ aufgedruckt.

Bei einer Blankverordnung verzichten Ärzte und Psychotherapeuten auf folgende Angaben:

- Heilmittel gemäß Heilmittelkatalog einschließlich ergänzender Angaben
- Anzahl der Behandlungseinheiten
- Therapiefrequenz

Die Ergotherapeuten übernehmen die Verantwortung für Art, Menge und Intensität der Behandlung.

Eine Blankverordnung ist ab Verordnungsdatum maximal 16 Wochen gültig. Für eine ggf. weiterhin erforderliche Ergotherapie müsste eine neue Blankverordnung oder konventionelle Verordnung ausgestellt werden.

Hinweis zur wirtschaftlichen Verantwortung

Blankverordnungen unterliegen nicht den vertragsärztlichen Wirtschaftlichkeitsprüfungen nach Paragraph 106b SGB V. Die behandelnden Ergotherapeuten tragen die wirtschaftliche Verantwortung für diese Therapie. Entscheiden sich Ärzte und Psychotherapeuten jedoch bewusst gegen eine Blankverordnung, bleiben sie auch in der wirtschaftlichen Verantwortung.

Therapiebericht

Ein Therapiebericht erfolgt weiterhin nur durch die Anforderung auf der Verordnung. Wird die Verordnung allerdings als Blankverordnung ausgestellt, gelten neue Anforderungen an den Inhalt des Berichtes. Dieser enthält mindestens folgende Informationen:

- Geplantes Therapieziel
- Darstellung der erzielten Behandlungsergebnisse
- Angewendete Heilmittel und Anzahl der Behandlungstermine
- Angabe der erbrachten Zeitintervalle
- Angabe der Frequenz

Nähere Hinweise zur Blankverordnung finden Sie auf unserer [Internetseite](#) und bei der [KBV](#).

2.5. Ins DiGA-Verzeichnis des BfArM dauerhaft aufgenommene Digitale Gesundheitsanwendungen

Seit Oktober 2020 sind verordnungsfähige digitale Gesundheitsanwendungen (DiGAs) im DiGA-Verzeichnis des BfArM aufgeführt.

Folgende Digitale Gesundheitsanwendungen wurden zuletzt dauerhaft in das DiGA-Verzeichnis des BfArM aufgenommen:

Unterliegen nicht:

Name der Anwendung	Indikation
Cara Care für Reizdarm	<ul style="list-style-type: none"> • K58 Reizdarmsyndrom • K58.1 Reizdarmsyndrom, Diarrhoe-prädominant [RDS-D] • K58.2 Reizdarmsyndrom, Obstipations-prädominant [RDS-O] • K58.3 Reizdarmsyndrom mit wechselnden (gemischten) Stuhlgewohnheiten [RDS-M] • K58.8 Sonstiges und nicht näher bezeichnetes Reizdarmsyndrom
companion patella powered by medi – proved by Dt. Kniegesellschaft	<ul style="list-style-type: none"> • M22.2 Krankheiten im Patellofemoralbereich • M22.4 Chondromalacia patellae • M76.5 Tendinitis der Patellarsehne • M79.66 Schmerzen in den Extremitäten: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk] • S83.0 Luxation der Patella
edupression.com	<ul style="list-style-type: none"> • F32.0 Leichte depressive Episode • F32.1 Mittelgradige depressive Episode • F33.0 Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode • F33.1 Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode
Meine Tinnitus App – Das digitale Tinnitus Counseling	<ul style="list-style-type: none"> • H93.1 Tinnitus aurium
neolexon Aphasie	<ul style="list-style-type: none"> • R47.0 Dysphasie und Aphasie • R48.2 Apraxie
Novego: Depressionen bewältigen	<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 • F34.1 Dysthymia
PINK! Coach	<ul style="list-style-type: none"> • C50 Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]
Selfapys Online-Kurs bei Generalisierter Angststörung*	<ul style="list-style-type: none"> • F41.1 Generalisierte Angststörung

Dauerhaft aufgenommen

*Die Anwendung wurde bereits am 18.11.2022 zur Behandlung von weiblichen Patienten dauerhaft aufgenommen. Inzwischen wurde für alle Geschlechter ein Nachweis über positive Versorgungseffekte erbracht.

Die Verordnung der DiGAs erfolgt auf Muster 16

Allgemeine Informationen zum Thema „digitale Gesundheitsanwendungen“ finden Sie [hier](#) oder im KVN-Portal unter Verordnungen > DiGA

2.6. Importmöglichkeit von Miochol E bis 31. März 2024 verlängert

Aufgrund des weiterhin in Deutschland bestehenden Lieferengpasses bei dem Medikament Miochol®-E (Wirkstoff Acetylcholinchlorid), haben die gesetzlichen Krankenkassen in Niedersachsen die bestehende Ausnahmeregelung zum Import von Miochol E aus dem Ausland bis zum

31. März 2024 verlängert. Ab dem 1. April 2024 soll das Mittel nach Aussagen des Herstellers dann wieder wie gewohnt in Deutschland verfügbar sein, so dass ein Import dann nicht mehr notwendig sein wird.

Der kurzzeitige Import im Rahmen des Sprechstundenbedarfs dient der Aufrechterhaltung der Versorgung und wird daher ausdrücklich von den Vertragspartnern der Sprechstundenbedarfsvereinbarung gestattet.

3. Allgemeine Hinweise

3.1. GOP 99502 - Beratungspauschale für die Motivation des Patienten zur regelmäßigen körperlichen Aktivität im Rahmen des DMP Diabetes Typ 2

Seit dem 1. Oktober 2023 können DMP-Ärzte für die umfassende Beratung und Motivation zur regelmäßigen körperlichen Aktivität (z. B. Präventionsempfehlung auf Basis des Musters 36) für jeden ins DMP Diabetes Typ 2 eingeschriebenen Patienten eine einmalige Pauschale von acht Euro (GOP 99502) abrechnen. Dies gilt sowohl für neu eingeschriebene, wie auch für Bestandspatienten.

Wichtig für die Abrechnung

Damit die Vergütung der GOP 99502 problemlos erfolgen kann ist es zwingend erforderlich, den Behandlungsfall in dem die GOP 99502 abgerechnet wird, mit der GOP 99098 zu kennzeichnen.

Mit GOP 99098
kennzeichnen

3.2. Umfrage zum Thema Lieferengpässe von Medikamenten

Im Rahmen einer Promotion am Institut für Pharmakologie der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH) unter der Leitung von Prof. Dr. Roland Seifert ist eine Umfrage erstellt worden, um die Lieferengpass-Lage von Medikamenten im Zeitraum November 2022 bis jetzt genauer zu analysieren. Die Umfrage ist fachrichtungsunspezifisch.

Dabei soll analysiert werden, welche Auswirkungen die Lieferengpässe ganz konkret auf die Patientenversorgung haben und wie groß der Zeitmehraufwand für Ärztinnen und Ärzte ist.

Ziel ist es, zu analysieren welche Wirkstoffe nicht gut ersetzbar sind und das Ersetzen den Behandlungserfolg gefährdet. Dies könnte einen Beitrag leisten zur Auswahl von Arzneimitteln für eine Produktion in Deutschland bzw. Europa und für eine Fokussierung der Vorratshaltung. Die Quantifizierung des Zeitmehraufwands für Ärztinnen und Ärzte könnte einen Beitrag zur Entwicklung von Lösungsansätzen zur Reduktion dieses Mehraufwands liefern.

Die Umfrage dauert ca. zehn Minuten. Hier kommen Sie direkt zur [Umfrage](#)

3.3. Besondere Versorgung „elektrische Kardioversion“ für teilnehmende Betriebskrankenkassen endet am 31. März 2024

Der BKK Landesverband Mitte kündigte den Vertrag über die Versorgung von Patienten mit tachykarden Herzrhythmusstörungen zum Quartalsende, nachdem der Bewertungsausschuss beschloss, die externe Kardioversion mit Wirkung zum 1. Januar 2024 im EBM abzubilden.

Infolgedessen sind die Gebührenordnungspositionen 99890 bis 99893 für teilnehmende Kardiologen/spezialisierte kardiologische Ambulanzen nur noch im laufenden Quartal abrechenbar. KVN-Portal: Rubrik „Verträge“, Suchbegriff „Kardioversion“

3.4. Austauschbarkeit von Zubereitungen aus biologischen Fertigarzneimitteln durch Apotheken - Anlage VIIa: Biologika und Biosimilars

Zum 15. März 2024 sind Apotheken verpflichtet, bei der Herstellung von parenteralen Zubereitungen mit biotechnologisch hergestellten Arzneimitteln ein wirkstoffbezogenes preisgünstiges Produkt auszuwählen. Als Grundlage für den Austausch dient die Anlage VIIa der Arzneimittel-Richtlinie.

Mit Inkrafttreten des G-BA-Beschlusses werden für Patienten verordnete biologische Rezepturen ohne Rücksprache mit dem Arzt ausgetauscht.

Hintergrund für diese Regelung ist die Hebung von Wirtschaftlichkeitspotenzialen. Zusätzlich kann sich der Austausch in den Apotheken positiv auf die möglicherweise für Ihre Gruppe geltenden Quoten zur Arzneimittelvereinbarung auswirken.

Selbstverständlich gilt auch für Zubereitungen aus biologischen Fertigarzneimitteln die Regelung des aut idem Kreuzes analog zur Regelung bei generischen Fertigarzneimitteln - bei setzen des aut idem Kreuzes darf die Apotheke das namentlich verordnete Präparat nicht austauschen.

Beispiel:

Rezept: Remicade i.v. - ohne aut idem Kreuz

Apotheke: Austausch gegen Flixabi i.v. - ohne Rücksprache mit dem Arzt

Hinweis:

Die wesentliche Voraussetzung, um einen Austausch gegen ein preisgünstiges Produkt durchzuführen ist, dass die ursprüngliche Verordnung mit dem von der Apotheke verarbeiteten Fertigarzneimitteln in denselben Applikationsarten und der Anwendungsgebiete übereinstimmen.

[Anlage VIIa der Arzneimittel Richtlinie](#)

Quoten zur Arzneimittelvereinbarung

3.5. DMP COPD - Dokumentationen vor dem Software-Update am 1. April abschließen

Zum 1. April 2024 wird die Dokumentationssoftware für das DMP COPD aktualisiert. Hintergrund ist eine Überarbeitung des DMP COPD durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) aus dem Jahr 2022. Aufgrund der Aktualisierung der Empfehlungen zur medikamentösen Therapie wurde ein Dokumentationsparameter angepasst, ein weiterer Parameter ist entfallen.

Behandlungen ab dem 2. Quartal 2024 müssen mit der aktualisierten Software dokumentiert werden. Für Dokumentationen aus den vorherigen Quartalen muss die bisherige Software verwendet werden.

Wie empfehlen Ihnen, Dokumentationen für das erste Quartal 2024 bis Ende März abzuschließen und zu versenden. So können mögliche Probleme bei der parallelen Nutzung von zwei Software-Versionen vermieden werden.

Beachten Sie die Hinweise Ihres Software-Herstellers zum Einspielen des Updates. Für weitere Fragen wenden Sie sich bitte direkt an Ihre Softwarefirma.

3.6. Befragung zur Relevanz von Gesundheits-Apps in der psychischen Versorgung

Die Universität Augsburg führt aktuell eine Studie zu digitalen Gesundheitsanwendungen in der psychiatrischen Versorgung durch. Im Rahmen dieser Studie, die vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) unterstützt wird, hat die Arbeitsgruppe einen Fragebogen zu Gesundheits-Apps entwickelt. Die Befragung dauert rund sieben Minuten. Die Befragung richtet sich an alle Allgemeinmedizinerinnen und -mediziner, an Internistinnen und Internisten, an Neurologinnen und Neurologen, Psychiaterinnen und Psychiater sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in der psychischen Grundversorgung. Für die Teilnahme an der Befragung ist es nicht relevant, wie viel Erfahrung Sie mit Gesundheits-Apps haben, es geht um Ihre persönliche Einschätzung als Expertin oder Experte im Gesundheitswesen. Die Befragung finden Sie unter diesem [Link](#)

Sieben Minuten

Die Studie ist Teil des vom BMBF geförderten Forschungsprojekts META an der Universität Augsburg, Institut für Ethik der Medizin (IEHHS). Weitere Informationen zum Projekt finden Sie [hier](#) und [hier](#)

3.7. Jetzt abstimmen: Das Thema der 6. KVN-Web-session am 25. April bestimmen Sie

Im April setzen wir unsere erfolgreichen KVN-Web-sessions fort. Die nächste KVN-Web-session im Jahr 2024 findet am Donnerstag, den 25. April 2024, von 18 Uhr bis 19:30 Uhr statt. Über das Thema können Sie ab sofort und bis zum 31. März im KVN-Portal abstimmen. Sie finden

die Abstimmung über den ersten Newsbeitrag auf der Startseite im KVN-Portal:

- [Link zum KVN-Portal](#)

Folgende Themen stehen zur Auswahl:

- Das Praxisverlangsamungssystem - Wechsel des PVS als Rettung?
- Telemedizin: Ein Blick in die Zukunft der ambulanten Versorgung
- eArztbrief in 2024 - Ist die Zeit des Faxens vorbei?

Sie können die nächste KVN-Websession am 25. April um 18 Uhr auf unserem [YouTube-Kanal](#) live und kostenfrei verfolgen, wenn möglicherweise „ihr“ Thema diskutiert wird.

Weitere Informationen folgen, sobald die Befragung am 31. März abgeschlossen ist und das Thema feststeht.

Wir hoffen, Ihnen mit diesen Angeboten eine sinnvolle Plattform zur Information und zum kollegialen Austausch bieten zu können.

3.8. Berichtigungsanträge von Krankenkassen bei Kassenwechsel und laufender Psychotherapie

Wir möchten darauf hinweisen, dass insbesondere die Techniker Krankenkasse Berichtigungsanträge zu psychotherapeutischen Leistungen bei Kassenwechsel stellt, wenn trotz Genehmigung einer Psychotherapie durch die bisherige Krankenkasse gegenüber der Techniker Krankenkasse keine erneute Antragstellung erfolgte.

Vermeiden Sie diese Berichtigungsanträge und kontaktieren Sie unbedingt vor Fortsetzung der Therapie bei erfolgtem Kassenwechsel die Techniker Krankenkasse. Seitens der KVN werden die Berichtigungsanträge zwar abgelehnt, aber entsprechende Klagen der Techniker Krankenkasse dagegen sind nicht ausgeschlossen.

3.9. Vereinheitlichung der Überweisung von in-vitro-diagnostischer Leistungen zum 1. April 2024

Bislang ist zur Beauftragung von In-vitro-Diagnostik nach Kapitel IIIb 19 EBM je nach Untersuchung Muster 6 und/oder Muster 10 zu verwenden. Dies führte in den Arbeitsabläufen der Praxen wie auch bei der Softwarepflege zu zusätzlichem Aufwand.

Ab dem 1. April 2024 werden deswegen alle Materialeinsendungen für in-vitro-diagnostische Auftragsleistungen nach den Abschnitten II 1.7 und IV 30.12.2 EBM sowie nach den Kapiteln IIIb 11, 19 und IV 32 EBM einheitlich mittels Muster 10 beauftragt. Leistungen im Rahmen der Früherkennung Zervixkarzinom werden wie bisher weiter über Muster 39 beauftragt.

Startseite im Portal

Anpassung Muster 10

Das Muster 10 wird umbenannt in „Überweisungsschein für in-vitro-diagnostische Auftragsleistungen“.

Zusätzlich wird das Ankreuzfeld „Behandlung gemäß §116b SGB V“ umgewidmet und heißt künftig „SER“. Die Abkürzung SER steht für das SGB XIV - Soziales Entschädigungsrecht (bisher BVG), das seit 1. Januar 2024 gilt. Besteht bei Patienten ein Anspruch nach SER, kennzeichnen Praxen dies in dem neuen SER-Feld. Näheres dazu ist in den Vordruckerläuterungen zur Anlage 2 BMV-Ä ausgeführt.

Das angepasste Muster 10 tritt zum 1. April ohne Stichtagsregelung in Kraft, sodass vorhandene „alte“ Muster aufgebraucht werden können. Falls ein „altes“ Muster 10 bedruckt wird, ist bei einem SER-Fall Übergangsweise das Feld „Behandlung gemäß §116b SGB V“ zu kennzeichnen. Für das Praxisverwaltungssystem hat das Ankreuzfeld „Behandlung gemäß §116b SGB V“ die Bedeutung „SER“.

3.10. Umfang der Datenerhebung der Krankenkassen bei Arbeitsunfähigkeit konkretisiert

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in der Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie (AU-RL) den Umfang der Datenerhebung durch die Krankenkassen, für den Zweck der Klärung der Frage, ob eine gutachterliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes erforderlich ist, abschließend geregelt. Der Beschluss ist am 21. Februar 2024 in Kraft getreten.

Sozialdaten, die Krankenkassen bei Arbeitsunfähigkeit ihrer Versicherten bei der Ärzteschaft erfragen dürfen sind:

- die Diagnosen, die die Arbeitsunfähigkeit auslösen,
- veranlasste diagnostische, therapeutische und rehabilitative Maßnahmen
- Art und Umfang der Berufstätigkeit, alternativ der verfügbare zeitliche Umfang für eine mögliche Arbeitsvermittlung.

Hintergrund

Die Krankenkassen sind in bestimmten Fällen der Arbeitsunfähigkeit ihrer Versicherten verpflichtet, eine gutachtliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes einzuholen. So sollen eventuell vorhandene Zweifel an der Arbeitsunfähigkeit ausgeräumt werden.

Bevor der Medizinische Dienst einbezogen wird, erfragen die Krankenkassen dafür Angaben zur Arbeitsunfähigkeit bei den behandelnden Ärztinnen und Ärzten. Dies erfolgt anhand des „Berichts für die Krankenkasse bei Fortbestehen der Arbeitsunfähigkeit“ (Muster 52).

Aufgrund des GBA- Beschlusses werden KBV und GKV-Spitzenverband das Muster 52 entsprechend anpassen.

Sozialdaten

3.11. Anspruch auf COVID-19-Impfung ab 1. März 2024 nur noch nach der Schutzimpfungs-Richtlinie (SI-RL)

Gesetzlich Versicherte, für die nach der SI-RL keine Indikation für eine COVID-19-Impfung vorliegt, hatten bislang dennoch Anspruch auf die Impfung, wenn ein Arzt dies für medizinisch erforderlich hielt. Ab 1. März 2024 fällt dieser erweiterte Impfanspruch weg. Dann gelten ausschließlich die Vorgaben der Schutzimpfungs-Richtlinie.

Auf welche Impfungen gesetzlich Krankenversicherte Anspruch haben, ist in der Schutzimpfungs-Richtlinie geregelt, die der Gemeinsame Bundesausschuss festlegt. Diese basiert auf Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO).

Darüber hinaus sah die COVID-19-Vorsorgeverordnung des Bundesgesundheitsministeriums (BMG) bislang vor, dass Versicherte über die Schutzimpfungs-Richtlinie hinaus einen Anspruch auf Schutzimpfungen gegen COVID-19 haben, wenn ein Arzt oder eine Ärztin die Impfung für medizinisch erforderlich hält.

So sind beispielsweise Impfungen mit einem zwar zugelassenen, aber in der Schutzimpfungs-Richtlinie nicht genannten Impfstoff möglich. Der entsprechende Paragraph 1 der Verordnung des BMG ist am 29. Februar außer Kraft getreten.

Wöchentliche Meldung der Impfdaten noch bis 30. Juni 2024 erforderlich

Mit der COVID-19-Vorsorgeverordnung hatte der Gesetzgeber zudem die aufwändige wöchentliche Meldung von tagesgenau dokumentierten Daten zu den durchgeführten COVID-19-Impfungen festgelegt. Diese Regelung (Paragraph 3 der Verordnung) gilt noch bis 30. Juni 2024.

Unverändert bleibt der wöchentliche Bestellprozess für den Impfstoff, ebenso die Anlieferung. Der Impfstoff wird weiterhin vom Bund bereitgestellt.

Aber:

3.12. Hausarztzentrierte Versorgung AOK Niedersachsen: Überprüfung technischer Voraussetzungen zur Umstellung auf das AOK-Arztportal

Ab April 2024 wird die AOK-HzV-Vertragsverwaltung nur noch über das AOK-Arztportal möglich sein, dafür ist die Anbindung an die Telematikinfrastruktur (TI) erforderlich.

Prüfen Sie, ob bei Ihnen die technischen Voraussetzungen vorliegen und starten Sie den Technik-Check: Melden Sie sich nach und nach an jedem Arbeitsplatz wie gewohnt im KVN-Portal an und wählen Sie unter Online-Dienste/Sonderverträge die Vertragsverwaltung der „AOK Niedersachsen Hausarztzentrierte Versorgung“ aus. Mit dem Klick auf den Button „Technik-Check starten >>“ erhalten Sie folgende Rückmeldungen:

- Die Erreichbarkeitsprüfung war erfolgreich: Sie erfüllen die technischen Voraussetzungen an diesem Arbeitsplatz. Führen Sie den Technik-Check nun an den anderen Arbeitsplätzen durch.
- Die Erreichbarkeitsprüfung war nicht erfolgreich: Notieren Sie sich alle Arbeitsplätze, an denen die Prüfung negativ verlaufen ist und wenden Sie sich an Ihren IT-Dienstleister. Übermitteln Sie ihm die notierten Arbeitsplätze sowie die technische Anlage, diese steht für Sie als Download „Technische Anlage zum Technik-Check AOK-Arztportal“ unter „Weitere Informationen zur Umstellung auf das AOK-Arztportal“ bereit.

Fragen zum Technik-Check stellen Sie bitte direkt an den Support der AOK Niedersachsen. Sie erreichen ihn telefonisch unter 0511 285 34679 (Montag bis Freitag von 8 bis 17 Uhr und Donnerstag bis 18 Uhr) oder per E-Mail an AOK-Arztportal@nds.aok.de

3.13. Save the Date - Sommerfest der KVN-Bezirksstelle Aurich am 11. September 2024

Wir laden Sie herzlich zum diesjährigen Sommerfest der KVN-Bezirksstelle Aurich am Mittwoch, 11. September 2024, 15 Uhr, ein.

Ort: Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen, Bezirksstelle Aurich, Kornkamp 50, 26605 Aurich

Wir freuen uns sehr, Sie an diesem Nachmittag begrüßen zu dürfen. Eine gesonderte Einladung per E-Mail folgt.

Für die weiteren Planungen teilen Sie uns bitte mit, wenn Sie teilnehmen möchten: Telefon 04941 6008-142 oder per E-Mail: jutta.erdmann@kvn.de

3.14. Versand von größeren Datenanhängen über KIM

Der Kommunikationsdienst KIM (Kommunikation im Medizinwesen) ermöglicht es Praxen, medizinische Dokumente elektronisch und sicher über die Telematikinfrastruktur (TI) zu versenden und zu empfangen. Für die Nutzung von KIM benötigen sie neben einen Anschluss an die Telematikinfrastruktur mittels des Konnektors auch das entsprechende Software-Update sowie das Client-Modul für KIM (wird vom Anbieter gestellt). Dieser stellt Ihnen auch Ihre KIM-Adresse zur Verfügung.

Aktuell erhalten wir häufiger Rückfragen zum Versand von größeren Daten und Anhängen über KIM. In diesem Zuge möchten wir Ihnen mitteilen, dass seit Mitte 2023 die KIM Version 1.5 zur Verfügung steht. Mit der bisherigen KIM Version 1.0 war der Versand von Datenanhängen auf 15 MB begrenzt.

Mit der KIM Version 1.5 + (OptIn) ist es nun möglich größere Daten am Konnektor vorbei über das KAS (KIM Attachment Service) zu verschicken. Sofern der Empfänger die Version KIM 1.5 + (OptIn) noch nicht

aktiviert hat, bekommt der Absender einen Hinweis. Sofern Sie sich unsicher sind, über welche Version sie in Ihrer Praxis verfügen, wenden Sie sich bitte an Ihren KIM-Anbieter.

Weitere Information zu KIM finden Sie bei der [KBV](#) und der [gematik](#)

Sofern Sie Fragen zu Ihrer aktuellen Version haben, wenden Sie sich bitte an Ihren KIM-Dienstleister.

4. Veranstaltungen im April 2024

Unser komplettes Seminarangebot und welche Angebote für Ihre Praxis und die MitarbeiterInnen am besten geeignet sind, finden Sie auf unserer Internetseite. Dort können Sie sich [direkt online anmelden](#). Wenn ein Seminar interessant ist, gelangt man mit nur einem Klick auf den Titel direkt zum Seminar und erhält dort alle weiteren Informationen und zur direkten Online-Anmeldung.

Mittwoch, 3. April 2024

- [Intro: Telemedizin im Bereitschaftsdienst - Einführung in die Anwendung docakut.online](#) (WebSeminar)
- [Update Digitalisierung: Digitale Tools - Digitale Gesundheitsanwendungen \(DIGA\)](#) (WebSeminar)
- [Moderne Wundversorgung](#) (Oldenburg)

Samstag, 6. April 2024

- [QEP®-Starterseminar](#) (WebSeminar)
- [Psychosomatische Grundversorgung 2024](#) (Rosdorf)

Mittwoch, 10. April 2024

- [Niederlassungsseminar Modul II „Meine eigene Praxis - So gelingt Ihr Start“](#) (Aurich)
- [Verordnungsweise in der täglichen Praxis](#) (Hannover)
- [Umgang mit schwierigen Patienten - Kommunikationstraining](#) (WebSeminar)
- [Meine Zukunft planen - Impulse für Ihre Praxisabgabe](#) (Braunschweig)
- [Datenschutz in der Arztpraxis](#) (WebSeminar)
- [Arzneimitteltherapiesicherheit - AMTS](#) (WebSeminar)
- [PraxismanagerIn Refresherkurs \(3-tägig\)](#) (WebSeminar)

Dienstag, 16. April 2024

- [Ausbildung zur/m Datenschutzbeauftragte/n in der Arztpraxis \(4-tägig\)](#) (WebSeminar)

Mittwoch, 17. April 2024

- Update Digitalisierung: Der eArztbrief (WebSeminar)
- Meine Praxiskooperation - Was ist möglich mit BAG, Anstellung, MVZ & Co. (Lüneburg)
- Fit for Work - Überzeugend im Auftritt (Hannover)
- Impfen (WebSeminar)
- Intro: Telemedizin im Bereitschaftsdienst - Einführung in die Anwendung docakut.online (WebSeminar)
- Niederlassungsseminar „Niederlassung oder Anstellung - Mein Einstieg in die vertragsärztliche Versorgung“ (WebSeminar)
- Professionelle Praxisorganisation (WebSeminar)

Samstag, 20. April 2024

- Praxisbegehungen durch das Gewerbeaufsichtsamt Die Behörde kommt - Was nun? (WebSeminar)
- Qualitätsmanagement für Psychotheapeuten (WebSeminar)
- Niedersächsisches Praxisforum live 2024 - Die interaktive Praxisbörse für Ärzte und Psychotherapeuten (Hannover)

Mittwoch, 24. April 2024

- Abrechnung aktuell (WebSeminar)
- Heilmittelverordnung - Sicher durch den Verordnungs-Dschungel (Lüneburg)
- Kommunikation und Interaktion - Aggressives Verhalten in der Arztpraxis (Hannover)
- Update Digitalisierung: Wechsel des Praxisverwaltungssystem (WebSeminar)
- Arzneimitteltherapiesicherheit - AMTS (WebSeminar)

Donnerstag, 25. April 2024

- QEP®-Intensivkurs (2-tägig) (WebSeminar)
- Neue PraxismitarbeiterIn professionell einarbeiten (WebSeminar)

Freitag, 26. April 2024

- Schwierige Gesprächssituationen erfolgreich meistern (Hannover)
- Intro: Telemedizin im Bereitschaftsdienst - Einführung in die Anwendung docakut.online (WebSeminar)



Informationen für die Praxis

KVN-Rundschreiben

Februar 2024

Inhaltsverzeichnis

1. Abrechnung	3
1.1. Erkrankung eines Kindes: Detailänderung im EBM zur Kostenpauschale für den Versand der ärztlichen Bescheinigung	3
1.2. Keine Reduktion der TI-Pauschale bei alter ePA- Version	3
1.3. Optimierung des Antikoagulations-Managements (OAK) - Teilnahme der Mobil Krankenkasse endet am 31. März 2024	4
1.4. GOP 86900 und 86901 nicht mehr vergütungsfähig	4
2. Verordnungen	4
2.1. Importmöglichkeit von Miochol E bis 31. Januar 2024 verlängert	4
2.2. Sprechstundenbedarf - Import von Aspirin i. V. bis zum 30. Juni 2025 zulässig	4
2.3. Änderung der Anlage V (verordnungsfähige Medizinprodukte) der Arzneimittel-Richtlinie - Verlängerung von Befristungen	5
2.4. Aktualisierung der Arzneimittel-Richtlinie - VIIa: Biologika und Biosimilars	5
2.5. Kritische Verfügbarkeit bei Emtricitabin/Tenofovirdisoproxil-haltigen Arzneimitteln	6
2.6. Erforderliche Angaben im Vertragsarztstempel	7
2.7. Änderung der SSB-Vereinbarung mit den GKV Verbänden ab 1. Januar 2024	8
2.8. Paxlovid® (Nirmatrelvir / Ritonavir) - als Praxisbesonderheit anerkannt	8
2.9. Versorgungsmangel Salbutamol - Empfehlungen des Beirates für Lieferengpässe beim BfArM	10
2.10. RSV-Prophylaxe - Änderung Anlage IV (Therapiehinweise)	11
2.11. RSV-Prophylaxe - Update zur regionalen Praxisbesonderheit	13

2.12.	Sprechstundenbedarf - Import von Mydriaticum Stulln (Wirkstoff Tropicamid) bis zum 29. Februar 2024 zulässig	13
2.13.	Anlage I (OTC-Übersicht) der Arzneimittel-Richtlinie - Verordnungsfähigkeit von Calcium und Vitamin D erweitert.....	13
2.14.	Lieferengpässe - Allgemeinverfügung betreffend Salbutamol Dosieraerosole	15
2.15.	Änderung der Anlage V (verordnungsfähige Medizinprodukte) der Arzneimittel-Richtlinie - InstillaGel Lubri	16
3.	Allgemeine Hinweise	16
3.1.	Sonstiger Kostenträger: Krankenunterstützungskasse Hannover (KUK) beendet Abrechnungs Kooperation zum 31. März 2024	16
3.2.	Mammographie-Screening ab 1. Juli 2024 für Frauen im Alter von 50 bis 75 Jahren möglich.....	16
3.3.	20-valenter-Pneumokokken-Impfstoff jetzt GKV-Leistung.....	17
3.4.	Hausarztzentrierte Versorgung AOK Niedersachsen: Umstellung auf das AOK-Arztportal	18
3.5.	Fortbildung zum Thema Schlafmedizin	18
3.6.	Hinweis zum eRezept: Komfortsignatur	19
4.	Veranstaltungen im März 2024	19
5.	Anlagenverzeichnis	20
5.1.	Sammelerklärung	20

1. Abrechnung

1.1. Erkrankung eines Kindes: Detailänderung im EBM zur Kostenpauschale für den Versand der ärztlichen Bescheinigung

Im Dezember wurde festgelegt, dass die ärztliche Bescheinigung eines erkrankten Kindes auch nach telefonischer Anamnese möglich ist und Praxen die Kostenpauschale für den Versand des Formulars „Ärztliche Bescheinigung für den Bezug von Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes“ berechnen können. Der Bewertungsausschuss (BA) hat dazu eine Detailänderung im EBM beschlossen, die rückwirkend ab 18. Dezember 2023 gilt.

Demnach wird die dritte Anmerkung zur Gebührenordnungsposition (GOP) 01435 für die Haus-/Fachärztliche Bereitschaftspauschale im Abschnitt 1.4 ergänzt. Dort ist nun auch die Kostenpauschale 40129 für den Versand der oben genannten Bescheinigung aufgeführt. Damit wird die Nebeneinanderberechnung der Kostenpauschale 40129 und der GOP 01435 ermöglicht. Die Kostenpauschale 40128 für den Versand der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung an Patienten war bereits in der Anmerkung enthalten.

Der aktuelle Beschluss ist bis zum 30. Juni 2024 befristet. Bei einer möglichen Verlängerung sollen die Überlegungen des Gesetzgebers, den Nachweis der Erkrankung des Kindes für die ersten Tage der Erkrankung neu zu regeln, berücksichtigt werden.

Das Institut des Bewertungsausschusses veröffentlicht den Beschluss auf seiner [Internetseite](#) und im Deutschen Ärzteblatt.

Bis 30. Juni 2024
befristet

1.2. Keine Reduktion der TI-Pauschale bei alter ePA-Version

Im Rahmen der neuen TI-Finanzierung, gültig seit dem 1. Juli 2023, wurde eine Nachweispflicht für die notwendigen TI-Fachanwendungen und Komponenten eingeführt. Diese sollen grundsätzlich immer in der aktuellen Version vorgehalten werden.

Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) hat mit Schreiben vom 19. Dezember 2023 jedoch klargestellt, dass ein Vorhalten der Fachanwendung Elektronische Patientenakte (ePA) in der aktuellen Stufe 2.0 nicht erforderlich ist, um die Anforderungen gem. §5 Abs. 1 der TI-Ersatzvornahme zu erfüllen.

Für Mitglieder der KVN bedeutet das, dass mit der Klarstellung des BMG bei der Berechnung der TI-Finanzierungspauschale weiterhin nur die Systemunterstützung für ePA, aber nicht die Version dieser Fachanwendung geprüft wird. Für Praxen, die bisher nur ePA Stufe 1.0 vorhalten, erfolgt keine Reduzierung der TI-Finanzierungspauschale seitens der KVN. Erst ab Umsetzung der ePA Stufe 3.0 (voraussichtlich ab 2025) wird eine Aktualisierung auf diese Version erforderlich werden, um weiterhin Anspruch auf die volle TI-Pauschale zu erhalten.

1.3. Optimierung des Antikoagulations-Managements (OAK) - Teilnahme der Mobil Krankenkasse endet am 31. März 2024

Die Mobil Krankenkasse hat ihre Vertragsteilnahme fristgerecht zum 31. März 2024 gekündigt. Infolgedessen sind die Gebührenordnungspositionen 99780 bis 99782 für Versicherte dieser Kasse nur noch im 1. Quartal 2024 abrechenbar.

Der entsprechende Vertrag mit der Audi BKK bleibt bestehen.

1.4. GOP 86900 und 86901 nicht mehr vergütungsfähig

Bitte beachten Sie, dass mit der Beendigung der Förderung des eArztbriefes die GOP 86900 (Versand) und GOP 86901 (Empfang) seit 1. Juli 2023 nicht mehr vergütungsfähig sind. Die GOP sind entfallen und in den TI-Pauschalen enthalten.

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

2. Verordnungen

2.1. Importmöglichkeit von Miochol E bis 31. Januar 2024 verlängert

Aufgrund des weiterhin in Deutschland bestehenden Lieferengpasses bei dem Medikament Miochol[®]-E (Wirkstoff Acetylcholinchlorid), haben die gesetzlichen Krankenkassen in Niedersachsen die bestehende Ausnahmeregelung zum Import von Miochol E aus dem Ausland bis zum 31. Januar 2024 verlängert. Ab dem 1. Februar 2024 soll das Mittel nach Aussagen des Herstellers dann wieder wie gewohnt in Deutschland verfügbar sein, so dass ein Import dann nicht mehr notwendig sein wird.

Der kurzzeitige Import im Rahmen des Sprechstundenbedarfs dient der Aufrechterhaltung der Versorgung und wird daher ausdrücklich von den Vertragspartnern der Sprechstundenbedarfsvereinbarung gestattet.

Verlängerung

2.2. Sprechstundenbedarf - Import von Aspirin i. V. bis zum 30. Juni 2025 zulässig

Aufgrund des weiterhin bestehenden Lieferengpasses bzw. der festgestellten Nicht-Lieferfähigkeit des Arzneimittels Aspirin i. V. wurde mit den Landesverbänden der Krankenkassen vereinbart, dass vormals bis zum 31. Dezember 2023 befristete Regelung bis zum 30. Juni 2025 verlängert wird. Der Import ist damit nach Rückfrage der Apotheken bei den Großhändlern möglich, sofern eine orale Gabe nicht praktikabel ist.

Bitte nutzen Sie diese Importmöglichkeit weiterhin mit Augenmaß und beschaffen Sie nur tatsächlich verbrauchte Mengen um die notfallmäßige Versorgung der Versicherten zur Behandlung des akuten Herzinfarkts sicherzustellen. Für den Bedarf an Schmerzmitteln weichen Sie bitte auf andere Analgetika oder andere Darreichungsformen aus.

2.3. Änderung der Anlage V (verordnungsfähige Medizinprodukte) der Arzneimittel-Richtlinie - Verlängerung von Befristungen

Zum 9. Januar 2024 wurde bei folgenden Medizinprodukten die Befristung der Verordnungsfähigkeit nach Anlage V der Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL) verlängert:

Produktbezeichnung	Medizinisch notwendige Fälle	Befristung der Verordnungsfähigkeit
MucoClear® 6 %	Zur symptomatischen Inhalationsbehandlung der Mukoviszidose für Patienten ab dem vollendeten 6. Lebensjahr.	31. Dezember 2028
TP SalineFlush™	Ausschließlich zum Spülen von in-situ Gefäßzugangssystemen.	31. Dezember 2028

Befristung verlängert

Die vollständige Anlage V der AM-RL finden Sie unter diesem [Link](#)

2.4. Aktualisierung der Arzneimittel-Richtlinie - VIIa: Biologika und Biosimilars

Mit Wirkung zum 11. Januar 2024 wird die Anlage VIIa „Biologika und Biosimilars“ der Arzneimittel-Richtlinie um weitere Biosimilars ergänzt. Die Änderungen werden *kursiv* dargestellt.

Wirkstoff	Original-/Referenzarzneimittel	im Wesentlichen gleiche biotechnologisch hergestellte biologische Arzneimittel, Zulassung nach Artikel 10 Absatz 4 der Richtlinie 2001/83/EG (Biosimilars)
Aflibercept	Eylea	<i>Yesafili</i>
	Zaltrap	
Natalizumab	<i>Tysabri (intravenöse Applikation)</i>	<i>Tyruko</i>
	<i>Tysabri (subkutane Applikation)</i>	
Tocilizumab	<i>RoActemra (intravenöse Applikation)</i>	<i>Tyenne (intravenöse Applikation)</i>
	<i>RoActemra (subkutane Applikation)</i>	<i>Tyenne (subkutane Applikation)</i>

Änderungen *kursiv*

Hinweis zur Austauschbarkeit

Der Übersicht kann nicht entnommen werden, ob die in einer Zeile aufgeführten Arzneimittel in ihren zugelassenen Anwendungsgebieten übereinstimmen.

Die Anlage VIIa der Arzneimittel-Richtlinie finden Sie [hier](#)

2.5. Kritische Verfügbarkeit bei Emtricitabin/Tenofovirdisoproxil-haltigen Arzneimitteln

Mit dem voraussichtlichen Lieferengpass von Emtricitabin/Tenofovirdisoproxil-haltigen Arzneimitteln kann es ggf. zu einer Unterversorgung kommen. Der Lieferengpass wird vermutlich bis März/April 2024 aufgrund von Produktionsproblemen andauern.

Zur Kompensation kann auf Importware gemäß §73 Abs. 3 AMG ausgewichen werden.

Die Verordnung ist weiterhin mit dem deutschen Fertigarzneimittel auszustellen.

Emtricitabin/Tenofovirdisoproxil wird in zwei Indikationen eingesetzt:

- Präexpositionsprophylaxe der HIV-Infektion
- Antiretrovirale Therapie der HIV-Infektion

Sowohl die Unterbrechung einer Präexpositionsprophylaxe, als auch die Unterbrechung einer antiretroviralen Therapie können zu verschlechterten Langzeitprognosen führen, da sich die Risiken für eine Ansteckung erhöhen können und eine gesteigerte Resistenzentwicklung möglich ist.

Hintergrund

Der §73 AMG - das sogenannte Verbringungsverbot - konkretisiert unter welchen Bedingungen Fertigarzneimittel ausnahmsweise nach Deutschland importiert werden dürfen - Erlaubnis zum Einzelimport. Somit wird in Situationen mit einem Therapienotstand ermöglicht, die strengen Vorgaben des AMG gewissermaßen aufzuweichen, um die Versorgung mit einem medizinisch notwendigen Arzneimittel zu ermöglichen. Dies setzt u. a. voraus, dass in Deutschland kein Arzneimittel mit identischem Wirkstoff und vergleichbarer Wirkstärke für die betreffende Indikation verfügbar ist.

Weitere Informationen zum Thema „Arzneimittelverordnungen bei Einzelimporten“ finden Sie im Informationsschreiben auf unserer Homepage im [Bereich „Verordnungen“](#)

oder

auf der KVN-Webseite unter dem folgenden [Link](#)

Hinweis

2.6. Erforderliche Angaben im Vertragsarztstempel

Das Thema Vertragsarztstempel hat durch die verpflichtende Einführung des eRezeptes eine unerwartet große Aufmerksamkeit bekommen, obwohl die Vorgaben für den Stempel unverändert geblieben sind. Wir möchten an dieser Stelle die wesentlichen Informationen zusammenfassen:

Gem. §37 Abs. 1 Bundesmantelvertrag für Ärzte (BMV-Ä) hat der Vertragsarzt einen Vertragsarztstempel zu verwenden. Die (regionalen) gesamtvertraglichen Vorgaben verlangen als relevante Angaben:

- **BSNR,**
- **Vor- und Zuname des Arztes/der Ärzte (ggf. begrenzte Anzahl),**
- **Gebietsbezeichnung entsprechend der vertragsärztlichen Zulassung des Arztes/der Ärzte bzw. die Arztbezeichnung,**
- **Praxisanschrift.**

Daneben ergeben sich aus der Arzneimittelverschreibungsverordnung (AMVV) außerdem gesetzliche Vorgaben für das Stempelfeld. Diese spezialgesetzlichen Vorgaben für eine Verordnung gelten im Unterschied zum BMV-Ä beispielsweise auch für die privatärztliche Tätigkeit. Diese Angaben sind nicht im Stammdatensatz der KVN enthalten, da der Stammdatensatz der KVN ausschließlich Angaben für die Vertragsarztstätigkeit als solche enthält.

Gleichwohl sind vom Vertragsarzt im Rahmen der eigenen Verordnungstätigkeit die Anforderungen der AMVV einzuhalten und ggf. Angaben im Vertragsarztstempel auf der Verordnung zu ergänzen. Eine Verordnung muss neben den Angaben aus dem Vertragsarztstempel u. a. Informationen zur verschreibenden Person enthalten:

- Vorname,
- Name,
- Berufsbezeichnung,
- Telefonnummer.

Offenbar haben einige Softwarehäuser bei der Umstellung auf das eRezept den Stammdatensatz der KVN für die Erstellung des Praxisstempels genutzt. Folge ist, dass z. B. die Berufsbezeichnung nicht im Datensatz des eRezeptes enthalten ist und derartige Rezepte von der Apotheke abgewiesen werden.

Es erfolgt keine Prüfung der Praxisstempel auf Korrektheit durch die KVN. Für die ordnungsgemäße Ausstellung der Rezepte ist die verordnende Person verantwortlich. Die nach AMVV erforderlichen Angaben sind ggf. auf dem Muster-16 Vordruck zu ergänzen bzw. im elektronischen Praxisstempel anzugeben sowie die Berufsbezeichnung zu ergänzen. Für die Angabe der Berufsbezeichnung ist gem. der technischen Vorgaben für das eRezept ein Freitextfeld vorgesehen. Ansprechpartner für die technische Umsetzung ist der PVS-Hersteller.

Informationen zur
verschreibenden
Person

Ob sich beim eRezept die Angabe der Berufsbezeichnung möglicherweise durch die qualifizierte elektronische Signatur zukünftig erübrigt, ist derzeit in Klärung mit den verantwortlichen Akteuren und noch ungewiss.

Hinweis für Vertretungssituationen

Eine Vertretungssituation wie beispielsweise die Tätigkeit eines Entlassungsassistenten hat keine ändernde Wirkung im Hinblick auf den Vertragsarztstempel.

In Situationen, in denen ein Vertreter unter der LANR des vertretenen Arztes arbeitet und verordnet, ist die Angabe von Vorname, Name und Berufsbezeichnung des tatsächlichen Verordners zusätzlich anzugeben. Im Fall Muster 16 kann das z. B. durch eine händische Ergänzung geschehen. Beim eRezept erfolgt dagegen im PVS die Zuordnung des eHBA des vertretenden Arztes auf dessen ggf. einzupflegende Personendaten z. B. in einem Arzt-Profil. Die Vorgehensweise ist mit dem PVS-Hersteller zu klären.

Zuordnung des eHBA

Einen Überblick zum Thema Praxisstempel bietet auch ein Artikel aus dem [Niedersächsischen Ärzteblatt](#).

2.7. Änderung der SSB-Vereinbarung mit den GKV Verbänden ab 1. Januar 2024

Mit Wirkung ab 1. Januar 2024 wird der bisherige Ausschluss des Bezuges von COVID-19 Impfstoffen fortgeschrieben. Hier gelten auch weiterhin die Vorgaben der COVID-19-Vorsorgeverordnung. Danach sind diese Impfstoffe unverändert zu Lasten des Bundesamtes für Soziale Sicherung (BAS) über das dort geregelte Verfahren zu beziehen (siehe auch unsere Informationen zum Impfstoffbezug von COVID-19 Impfstoffen).

Zusätzlich wurden mit Wirkung ab 1. Januar 2024 die bisherigen Ausschlussregelungen für den Bezug von Kombinationsimpfstoffen gegen Hepatitis A / Hepatitis B und Meningokokken-B-Impfstoffen (z. B. Twinrix[®], Bexsero[®] und Trumenba[®]) im SSB aufgehoben.

Ab sofort können auch diese Impfstoffe über den SSB bezogen werden. Diese Regelung wird ab 1. April 2024 verpflichtend.

2.8. Paxlovid[®] (Nirmatrelvir / Ritonavir) - als Praxisbesonderheit anerkannt

Für Paxlovid[®] (Wirkstoffe: Nirmatrelvir + Ritonavir) wurde zwischen dem GKV-SV und dem Hersteller Pfizer eine bundesweite Praxisbesonderheit vereinbart, die bei einer indikationsgerechten Verordnung berücksichtigt wird. Verordnungen von Paxlovid[®] sind ab dem 15. Januar 2024 im Anwendungsgebiet mit einem beträchtlichem Zusatznutzen laut G-BA-Beschluss ab dem ersten Behandlungsfall als Praxisbesonderheiten anzuerkennen, solange Pfizer Paxlovid[®] in Deutschland vertreibt.

Die Praxisbesonderheit gilt ausschließlich für die Patientengruppe mit Zusatznutzen:

- Erwachsene mit COVID-19, die keine zusätzliche Sauerstoffzufuhr benötigen und ein erhöhtes Risiko haben einen schweren COVID-19-Verlauf zu entwickeln Bewertung des G-BA: Anhaltspunkt auf einen beträchtlichen Zusatznutzen.

Zusatznutzen

Im Zuge der Verordnung empfehlen wir eine fundierte Dokumentation in der Patientenakte.

Die Vorgaben der Fachinformation sind zu berücksichtigen.

- Die Verordnung erfolgt als Einzelverordnung auf Namen des Patienten.
- Die Verordnung ist mit einer Gültigkeitsdauer von fünf Werktagen zu versehen.

Die Anerkennung als Praxisbesonderheit gilt nicht bei der Anwendung von Paxlovid® außerhalb der gesetzlich bestimmten Bedingungen (im Rahmen eines nicht bestimmungsgemäßen Gebrauchs, „off label use“). Die Ärzte sind hiermit nicht von den einzuhaltenden Vorgaben aus §12 SGB V und §9 der Arzneimittelrichtlinie entbunden (Wirtschaftlichkeitsgebot).

Hinweis zur wirtschaftlichen Verordnungsweise

Großhandel und Apotheken sind gem. Bekanntmachung des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) bis 15. Februar 2024 verpflichtet, ausnahmslos die vom Bund zentral beschaffenen Packungen zu beziehen und bis Ende Februar unter Beachtung der Haltbarkeitsfrist abzugeben. Übergangsweise sind bis Ende Februar 2024 sowohl die zentral beschafften (PZN 17977087) als auch die neuen Packungen von Pfizer (PZN 18380061) im Handel.

Übergangsweise

- Bestandspackungen vom Bund mit der PZN 17977087 sind vorbehaltlich der Haltbarkeitsdauer und Verfügbarkeit noch befristet abgabefähig und gelten als wirtschaftlicher.
- Nur wenn im Einzelfall keine zentral beschaffte Ware aus dem Bundesgebiet lieferbar ist, wäre bis Ende Februar nach Rücksprache mit der Apotheke ein neues Rezept mit der PZN 18380061 auszustellen. Wir empfehlen, die Nichtverfügbarkeit in der Patientenakte zu notieren.
- Ab dem 1. März 2024 ist Paxlovid® regulär mit der PZN 18380061 zu verordnen, für die die Anerkennung als bundesweite Praxisbesonderheit gilt.
- Sollte im Einzelfall vor dem 1. März 2024, aufgrund von Nichtverfügbarkeit, ein neues Rezept über Paxlovid® mit der PZN 18380061 ausgestellt werden, gilt auch hier die Anerkennung als Praxisbesonderheit im genannten Anwendungsgebiet.
- Die Ausnahme zum ärztlichen Dispensierrecht für Paxlovid® endet ebenfalls am 29. Februar 2024.

Wirtschaftlicher

Die Bekanntmachung des BMG finden Sie [hier](#)

Details zur Praxisbesonderheit finden Sie [hier](#)

Arzneimitteltherapiesicherheit

Aufgrund des großen Potenzials für Arzneimittelinteraktionen hat die Fachgruppe Intensivmedizin, Infektiologie und Notfallmedizin (COVRIIN) [Hinweise zu Arzneimittelwechselwirkungen von Paxlovid \(Nirmatrelvir/Ritonavir\)](#) als Hilfestellung zum Vorgehen bei relevanter Komedikation entwickelt.

2.9. Versorgungsmangel Salbutamol - Empfehlungen des Beirates für Lieferengpässe beim BfArM

Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) hatte am 27. Dezember 2023 einen Versorgungsmangel für Salbutamol-haltige Arzneimittel zur pulmonalen Applikation bekannt gegeben, weil eine bedarfsgerechte Verfügbarkeit derzeit nicht gegeben ist (vgl. KVN-Rundbrief vom 5. Januar 2024). Zur Sicherstellung der Versorgung hat der Beirat Lieferengpässe beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) kurzfristige Maßnahmen für Ärzte und Apotheker empfohlen. Damit sollen regionale und/oder individuelle Bevorratung unterbunden werden, um möglichst vielen Patienten eine lückenlose Therapie zu ermöglichen:

- Ärzte sollen während des Versorgungsmangels nach §79 Absatz 5 AMG keine Rezepte für eine individuelle Bevorratung ausstellen.
- Es soll die kleinste Packungsgröße (N1) der Salbutamol-haltigen Arzneimittel zur pulmonalen Applikation verordnet werden und von Apotheken abgegeben werden.
- Ein Folgerezept soll erst ausgestellt werden, wenn eine weitere Verordnung erforderlich ist.
- Bei Vorliegen eines Rezeptes über größere Packungseinheiten (N2, N3) von Salbutamol-haltigen Arzneimitteln zur pulmonalen Applikation sollen die Verordner auf die oben empfohlene Bevorratung der kleinsten Packungsgröße hingewiesen werden. Darüber haben sich die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und die Arzneimittelkommission der Deutschen Apotheker (AMK) abgestimmt.
- Notwendigenfalls ist unter Berücksichtigung der lokalen Verfügbarkeit von Salbutamol-haltigen Arzneimitteln zur pulmonalen Applikation für Apotheken auch die Abgabe der Packungsgröße N1 durch die Entnahme von Teilmengen in Erwägung zu ziehen.

Für den geforderten Informationsaustausch zwischen Apotheke und Arzt wird kein konkreter Weg benannt. Um den nötigen Informationsfluss systematisch und möglichst unaufwändig zu gestalten, raten wir zu individuellen Absprachen zwischen Praxen und Apotheken.

Die AMK informiert die Apotheken zum aktuellen Sachstand, um sie bei der Abgabe von Salbutamol-haltigen Arzneimitteln zur pulmonalen Applikation in der Vermittlung der nötigen Informationen an Patientinnen und Patienten zu unterstützen.

Ärzte und Apotheker

Keine Bevorratung

N1 verordnen

Folgerezept

Entnahme von Teilmengen

Andere Salbutamol-haltige Arzneimittel zur pulmonalen Applikation wie Inhalationslösungen und Fertiginhalate sind laut BfArM aktuell nicht bzw. nicht von relevanten Lieferengpässen betroffen. Ebenfalls nicht von einer eingeschränkten Verfügbarkeit betroffen sind salbutamolhaltige Arzneimittel für Kinder in flüssig oraler Darreichungsform.

Der GKV-Spitzenverband informiert die Krankenkassen und empfiehlt, dass in dem Zeitraum des Versorgungsmangels von Salbutamol-haltigen Arzneimitteln zur pulmonalen Applikation auch in den Fällen, in denen grundsätzlich keine Übernahmepflicht zusätzlicher Kosten vorliegt, die Krankenkassen für den Zeitraum des Versorgungsmangels die eventuell anfallenden zusätzlichen Kosten übernehmen. Dies soll insbesondere für importierte Arzneimittel gelten.

- Den vollständigen Text zu den Empfehlungen des BfArM finden Sie [hier](#)
- Die Informationen der KBV finden Sie [hier](#)
- Informationen der AMK finden Sie [hier](#)

Eine Übersicht zu häufigen Fragen im Zusammenhang mit Lieferengpässen und eine Zusammenstellung der KVN-Rundbriefe zum Thema Lieferengpässe finden Sie [hier](#)

2.10. RSV-Prophylaxe - Änderung Anlage IV (Therapiehinweise)

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat den Therapiehinweis zur RSV-Prophylaxe in Anlage IV der Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL) neu gefasst. Die Überschrift lautet ab dem 18. Januar 2024 „Respiratorisches-Synzytial-Virus-Antikörper (z. B. Palivizumab - Synagis®, Nirsevimab - Beyfortus®)“. Der G-BA konkretisiert, für welche Kinder mit einem hohen Risiko für schwere Krankheitsverläufe die Verordnung von RSV-Antikörpern von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen wird.

Die Verordnung kann unter Beachtung der Empfehlungen zur wirtschaftlichen Verordnungsweise ab dem 18. Januar 2024 auf einem Kassenrezept erfolgen.

Das Alter des Kindes zu Beginn der Behandlung ist zu berücksichtigen. Eine Verordnung von Nirsevimab ist zulassungsbedingt derzeit nur für Kinder bis zum vollendeten 12. Lebensmonat möglich.

Der Einsatz von gegen das F-Protein des RSV gerichteten Antikörpern ist wirtschaftlich bei:

Kindern mit hohem Risiko für schwere Infektionsverläufe im Alter von ≤ 24 Lebensmonaten, im Falle von Nirsevimab ≤ 12 Lebensmonaten, zum Beginn der RSV-Saison,

- die wegen bronchopulmonaler Dysplasie begleitende therapeutische Maßnahmen innerhalb der letzten sechs Monate vor Beginn der RSV-Saison benötigten. Diese Maßnahmen beinhalten zusätzlichen Sauerstoff, Steroide, Bronchodilatoren oder Diuretika oder

Alter des Kindes

- mit hämodynamisch relevanten Herzfehlern (zum Beispiel relevante Links-Rechts- und Rechts-Links-Shunt-Vitien und Patienten mit pulmonaler Hypertonie oder pulmonalvenöser Stauung) oder
- mit Trisomie 21.

Darüber hinaus erscheint die Gabe unter wirtschaftlichen Aspekten noch vertretbar bei:

- Kindern im Alter von ≤ 6 Monaten bei Beginn der RSV-Saison, die als Frühgeborene bis zur vollendeten 35. Schwangerschaftswoche (SSW) (34 (+6)) geboren wurden.

Hinweis

Eine Neufassung des Therapiehinweises war nötig geworden, weil mit Nirsevimab eine Alternative zu Palivizumab am Markt verfügbar geworden ist. Durch eine neue, allgemeine Überschrift „Respiratorisches-Synzytial-Virus-Antikörper“ wird klargestellt, dass der Therapiehinweis nun über Palivizumab hinaus auch für andere gegen das F-Protein des RSV gerichtete Antikörper wie Nirsevimab Gültigkeit hat.

Da zum Zeitpunkt der Beschlussfassung Nirsevimab lediglich für Kinder bis 12 Monate zugelassen ist, werden im Therapiehinweis Angaben zu Kindern bis 24 Monate dahingehend angepasst, dass für Nirsevimab die Anwendung bei Kindern nur bis 12 Monate beschrieben wird und erforderliche Anpassungen unter den Vorbehalt einer entsprechenden Zulassungserweiterung gestellt werden.

Gegen das F-Protein des RSV gerichtete Antikörper sind zur Prophylaxe der RSV-Infektion angezeigt. Sie sind nicht zur Therapie der RSV-Infektion vorgesehen. Von einer generellen Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung für Arzneimittel zur Primärprävention kann nicht ausgegangen werden.

Eine ärztliche Verordnung von gegen das F-Protein des RSV gerichteten Antikörpern ist über die Empfehlungen zur wirtschaftlichen Verordnungsweise hinaus ausnahmsweise mit Begründung in der Patientenakte möglich, wenn im Einzelfall ein vergleichbares Risiko für einen schweren Infektionsverlauf besteht.

Hinweise zu solchen Einzelfällen sowie die Erläuterung, was aus Sicht des G-BA gegen eine Aufnahme weiterer Indikationen in diesen Therapiehinweis und somit gegen eine wirtschaftliche Verordnung spricht, sind in den Tragenden Gründen zum Beschluss zu finden. Wir empfehlen hier eine sorgfältige Dokumentation der medizinischen Begründung, um im Fall von Einzelfallanträgen ggf. Argumente zur Abwehr von Regressansprüchen vorbringen zu können.

- Die aktualisierte Anlage IV finden Sie [hier](#)
- Den vollständigen G-BA-Beschluss finden Sie [hier](#)
- Die tragenden Gründe zum G-BA-Beschluss finden Sie [hier](#)

Nicht zur Therapie

2.11. RSV-Prophylaxe - Update zur regionalen Praxisbesonderheit

Mit Inkrafttreten des Therapiehinweises nach Anlage IV der Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL) zur RSV-Prophylaxe haben sich auch die Voraussetzungen für die Anerkennung der Verordnungen über die Arzneimittel zur RSV-Prophylaxe als regionale Praxisbesonderheit nach Anlage 9 der Prüfvereinbarung (PrüfV) geändert.

Aufgrund zulassungsbedingter Unterschiede werden beide am Markt verfügbaren Wirkstoffe als regionale Praxisbesonderheit nach Anlage 9 der Prüfvereinbarung (PrüfV) anerkannt. Voraussetzung dafür ist jedoch im Einzelfall die Wahl der wirtschaftlichen Alternative gem. Therapiehinweis.

- Gem. §9 Abs.2 AM-RL ist die nach Tagestherapiekosten und Gesamtbehandlungsdauer wirtschaftlichste Alternative zu wählen, wenn zum Erreichen eines Therapieziels mehrere gleichwertige Behandlungsstrategien zur Verfügung stehen.
- Da Nirsevimab nur für Kinder bis zu einem Jahr zugelassen ist, kann eine Verordnung gemäß Therapiehinweis aktuell nur für Kinder bis zum vollendeten 12. Lebensmonat erfolgen.
- Gem. Anlage 9 PrüfV sind Fälle, die auf Basis des Therapiehinweises nach Anlage IV AM-RL verordnet werden, arztseitig über die GONr. 91904 in der Abrechnung zu kennzeichnen.

Hinweis

Behandlungen mit Palivizumab, die bereits vor Inkrafttreten des neuen Therapiehinweises zur RSV-Prophylaxe begonnen wurden, können innerhalb desselben Behandlungszyklus fortgeführt werden und gelten in der RSV-Saison 2023 /2024 ebenfalls noch als Praxisbesonderheit.

Den Therapiehinweis der Anlage IV AM-RL finden Sie [hier](#)

2.12. Sprechstundenbedarf - Import von Mydriaticum Stulln (Wirkstoff Tropicamid) bis zum 29. Februar 2024 zulässig

Aufgrund des aktuell bestehenden Lieferengpasses bzw. der festgestellten Nicht-Lieferfähigkeit des Arzneimittels Mydriaticum Stulln (Wirkstoff Tropicamid) wurde mit den Landesverbänden der Krankenkassen vereinbart, dass nach Rückfrage der Apotheken bei den Großhändlern, ein Import befristet bis zum 29. Februar 2024 zulässig ist.

2.13. Anlage I (OTC-Übersicht) der Arzneimittel-Richtlinie - Verordnungsfähigkeit von Calcium und Vitamin D erweitert

Mit Wirkung zum 20. Januar 2024 kann bei zwingender Notwendigkeit nicht nur unter der Therapie mit Bisphosphonaten sondern auch bei der Behandlung mit

- Parathormonrezeptor (PTHr1) - Agonisten wie Teriparatid und Abaloparatid oder

Voraussetzung

Alter des Kindes beachten

- Denosumab und Romosozumab

die Verordnung von Calciumverbindungen (mind. 300 mg Calcium-Ion/Dosiereinheit) und Vitamin D (freie oder fixe Kombination) sowie Vitamin D als Monopräparat und Calciumverbindungen als Monopräparate zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung erfolgen.

Voraussetzung ist, dass laut Fachinformation des Hauptarzneimittels die Gabe einer entsprechenden Begleitmedikation vorausgesetzt wird oder der Patient auf eine entsprechende Supplementation hinzuweisen ist.

Die für die Nummern 11 und 12 gleichlautende Änderung in Anlage I der Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL) aus dem G-BA-Beschluss wird nachfolgend *kursiv* dargestellt:

Nr. 11 Calciumverbindungen (mind. 300 mg Calcium-Ion/Dosiereinheit) **und Vitamin D** (freie oder fixe Kombination) sowie **Vitamin D als Monopräparat** bei ausreichender Calciumzufuhr über die Nahrung

- nur zur Behandlung der manifesten Osteoporose,
- nur zeitgleich zur Steroidtherapie bei Erkrankungen, die voraussichtlich einer mindestens sechsmonatigen Steroidtherapie in einer Dosis von wenigstens 7,5 mg Prednisolonäquivalent bedürfen,
- *bei Behandlung mit Bisphosphonat, Parathormonrezeptor (PTHr1) -Agonisten, Denosumab und Romosozumab, wenn gemäß Fachinformation des Hauptarzneimittels die Gabe einer entsprechenden Begleitmedikation vorausgesetzt wird oder der Patient darauf hinzuweisen ist, dass die Anwendung einer entsprechenden Begleitmedikation erforderlich ist“*

Nr. 12 Calciumverbindungen als Monopräparate nur

- bei Pseudohypo- und Hypoparathyreoidismus,
- *bei Behandlung mit Bisphosphonat, Parathormonrezeptor (PTHr1) - Agonisten, Denosumab und Romosozumab, wenn gemäß Fachinformation des Hauptarzneimittels die Gabe einer entsprechenden Begleitmedikation vorausgesetzt wird oder der Patient darauf hinzuweisen ist, dass die Anwendung einer entsprechenden Begleitmedikation erforderlich ist“*

Hintergründe:

Die in Anlage I der AM-RL aufgeführten apothekenpflichtigen, nicht verschreibungspflichtigen Arzneimittel sind für die dort genannten Indikationen für Erwachsene und Jugendliche ab 12 Jahren unter Beachtung der Wirtschaftlichkeit zu Lasten der GKV verordnungsfähig. Der G-BA hatte basierend auf §12 Abs. 7 AM-RL einen Aktualisierungsbedarf festgestellt und die Regelungen der Anlage I in einem Änderungsbeschluss für die Nummern 11 und 12 angepasst.

- Die aktuelle Anlage I der AM-RL finden Sie [hier](#)
- Weitere Informationen finden Sie [hier](#)

Voraussetzung

2.14. Lieferengpässe - Allgemeinverfügung betreffend Salbutamol Dosieraerosole

Das Niedersächsische Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Gleichstellung hat eine Allgemeinverfügung erlassen, die es Arzneimittelgroßhandlungen, Apotheken und Krankenhausapotheken bzw. Krankenhausversorgenden Apotheken gestattet, zur Sicherstellung einer ordnungsgemäßen Versorgung in Deutschland Salbutamol-haltige Arzneimittel in pulmonaler Darreichungsform (Dosieraerosole) in den Verkehr zu bringen:

- auch wenn diese in Deutschland nicht zugelassen sind,
- auch wenn diese nicht mit einer dreisprachigen Kennzeichnung und Packungsbeilage ausgestattet sind.

Rezeptausstellung

- Für den Patienten wird weiterhin das deutsche Fertigarzneimittel verordnet.
- Es soll laut den Empfehlungen des Beirates für Lieferengpässe beim BfArM die kleinste Packungsgröße (N1) der Salbutamol-haltigen Arzneimittel zur pulmonalen Applikation verordnet werden und von Apotheken abgegeben werden. (Vgl. KVN-Rundbrief Nr. 20/2024)

N1

Diese Maßnahme zur Kompensation eines Versorgungsmangels (Gestattung) ist nur unter der Voraussetzung möglich, dass im Ausland Salbutamol-haltige Arzneimittel zur pulmonalen Anwendung vorrätig und erhältlich sind. Die Gestattung erfolgt befristet bis zu der Bekanntgabe des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG), dass der genannte Versorgungsmangel nicht mehr vorliegt oder die Gestattung durch die Länder widerrufen wird.

Um die Patientensicherheit bei der Anwendung dieser Arzneimittel zu gewährleisten, ist eine Packungsbeilage oder ein entsprechendes Begleitdokument in deutscher Sprache erforderlich. Die Apotheke hat dem Patienten für die sichere Anwendung dieser Arzneimittel bei der Abgabe eine Packungsbeilage oder ein entsprechendes Begleitdokument in deutscher Sprache mit Namen und Telefonnummer der abgebenden Apotheke auszuhändigen.

Hintergrund

Am 27. Dezember 2023 hatte das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) einen Versorgungsmangel für Salbutamol-haltige Arzneimittel zur pulmonalen Anwendung (Dosieraerosole) bekannt gegeben. Alternative und gleichwertige Therapien stehen nicht zur Verfügung. Vgl. KVN-Rundbrief Nr.20/2024

Die Bekanntgabe eines Versorgungsmangels ermöglicht es den Länderbehörden, im Einzelfall ein befristetes Abweichen von den Vorgaben des Arzneimittelgesetzes (AMG) zu gestatten.

Den vollständigen Wortlaut der Allgemeinverfügung finden Sie [hier](#)

2.15. Änderung der Anlage V (verordnungsfähige Medizinprodukte) der Arzneimittel-Richtlinie - InstillaGel Lubri

Mit Wirkung zum 13. Januar 2024 wurde die Befristung der Verordnungsfähigkeit nach Anlage V der Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL) bei dem folgenden Medizinprodukt verlängert:

Produktbezeichnung	Medizinisch notwendige Fälle	Befristung der Verordnungsfähigkeit
InstillaGel Lubri	Zur Anwendung bei Patienten mit Katheterisierung.	31. Dezember 2028

Verordnungsfähigkeit verlängert

Die vollständige Anlage V finden Sie unter diesem [Link](#)

3. Allgemeine Hinweise

3.1. Sonstiger Kostenträger: Krankenunterstützungskasse Hannover (KUK) beendet Abrechnungs Kooperation zum 31. März 2024

Infolge des Zuständigkeitsübergangs für die Beihilfeabrechnung von der Stadt Hannover auf das Land Niedersachsen endet die bisherige Abrechnungspraxis zum Quartalsende. Ab diesem Zeitpunkt ist die Abrechnung von ambulanten ärztlichen Leistungen ausschließlich über die privaten Gebührenordnungen und unmittelbar gegenüber dem Patienten vorzunehmen. Auch Verordnungen von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln erfolgen fortan auf Privatrezept.

Alle bis einschließlich 31. März 2024 erbrachten Behandlungsleistungen können noch wie bisher durch Angabe der EBM-Gebührenpositionen im Rahmen der regulären Quartalsabrechnung abgerechnet werden. Darüber hinaus ist die weitere KV-Abrechnung zulasten der KUK (VKNR 09877) definitiv ausgeschlossen.

3.2. Mammographie-Screening ab 1. Juli 2024 für Frauen im Alter von 50 bis 75 Jahren möglich

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat die Altersgrenze für das Mammographie-Screening nach oben gesetzt. Im Zuge dieser Erweiterung werden auch das Einladungsschreiben (Anlage IVa) und die Entscheidungshilfe (Anlage IVb) angepasst.

Der G-BA hat eine Informationsbroschüre „Mammographie-Screening – Ausweitung des Programms für Frauen zwischen 70 und 75 Jahren“ entwickelt. Diese kann auf der [Internetseite des G-BA](#) heruntergeladen werden. Die papiergebundene Informationsbroschüre zum Auslegen in

den Praxen kann in Kürze über die KVN-Bezirksstelle Hannover bestellt werden. Den Bestellschein finden Sie auf unser [Internetseite](#).

Angesichts der notwendigen Vorbereitungen für die Ausweitung des Screenings-Angebots wird es eine Übergangslösung geben. Frauen zwischen 70 und 75 erhalten vorerst kein persönliches Einladungsscheiben, können sich aber ab 1. Juli 2024 selbst bei den Zentralen Stellen für einen Untersuchungstermin anmelden. Einzelheiten zur Selbstanmeldung werden im Einladungsschreiben und in der Entscheidungshilfe aufgenommen.

3.3. 20-valenter-Pneumokokken-Impfstoff jetzt GKV-Leistung

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat die im Epidemiologischen Bulletin 39/2023 vom 28. September 2023 veröffentlichten STIKO-Empfehlungen zur Aktualisierung der Empfehlungen zur Pneumokokken-Impfung in die Schutzimpfungs-Richtlinie (SI-RL) übernommen. Der Beschluss ist am 13. Januar 2024 in Kraft getreten.

- Für die Standardimpfung von Personen ≥ 60 Jahre wird die Verwendung eines 20-valenten Konjugatimpfstoffs (PCV20) empfohlen. Die Anwendung des 23-valenten Polysaccharidimpfstoffs (PPSV23) wird nicht mehr empfohlen. Personen, die bereits mit PPSV23 geimpft wurden, sollen eine Impfung mit PCV20 in einem Mindestabstand von sechs Jahren zur erfolgten PPSV23-Impfung erhalten.
- Für Personen ≥ 18 Jahre mit bestimmten Risikofaktoren für schwere Pneumokokken-Erkrankungen wird ebenfalls die Verwendung von PCV20 empfohlen. Die Anwendung von PPSV23 alleine oder als sequenzielle Impfung wird nicht mehr empfohlen. Personen, die in der Vergangenheit bereits eine sequenzielle Impfung (PCV13 + PPSV23) erhalten haben, sollen in einem Mindestabstand von sechs Jahren nach der PPSV23-Impfung eine Impfung mit PCV20 erhalten. Bei einer ausgeprägten Immundefizienz kann bereits im Mindestabstand von einem Jahr nach der PPSV23-Impfung eine Impfung mit PCV20 erfolgen.
- Bei beruflichen Tätigkeiten soll auch eine Impfung mit PCV20 erfolgen. Die Anwendung von PPSV23 wird auch hier nicht mehr empfohlen. Personen, die bereits mit PPSV23 geimpft sind, sollten bei anhaltender Exposition frühestens im Abstand von sechs Jahren nach der PPSV23-Impfung eine Impfung mit PCV20 erhalten.
- Zur Notwendigkeit von Wiederholungsimpfungen nach der Impfung mit PCV20 liegen noch keine Daten vor.

Für die Standardimpfung gegen Pneumokokken ist weiterhin die GOP 89119, für die Indikationsimpfung die GOP 89120 (für die Impfung mit PCV20 als auch im Rahmen der sequentiellen Impfung mit PCV13 oder PCV15 und PPSV23) und für die Impfung aufgrund beruflicher Indikation die GOP 89120 V zu verwenden. Nach Abschluss der

sequentiellen Impfung ist die GOP 89120 R für die Wiederholungsimpfung mit PPSV23 zu verwenden.

Da für Wiederholungsimpfungen mit PCV20 noch keine Empfehlung der STIKO vorliegt, entfallen vorübergehend die GOP 89119 R sowie die GOP 89120 X.

Der Bezug des 20-valenten Konjugatimpfstoffs (PCV20) erfolgt über den Sprechstundenbedarf.

3.4. Hausarztzentrierte Versorgung AOK Niedersachsen: Umstellung auf das AOK-Arztportal

Ziel der Vertragspartner ist es, die hausarztzentrierte Versorgung fortzuentwickeln und an die Bedürfnisse der Teilnehmer anzupassen. Gleichzeitig soll sich der administrative Aufwand für teilnehmende Praxen auf das Notwendige beschränken. Vor diesem Hintergrund und mit Unterstützung einer Pilotgruppe von Hausärztinnen und Hausärzten ist eine neue webbasierte Plattform zur effizienten Vertragsverwaltung im AOK-Arztportal entstanden. Nach erfolgter Testphase fällt das Fazit positiv aus: Kürzere Reaktionszeiten, gelungene Darstellungen über alle Funktionen hinweg und die einfache Handhabung überzeugen im Praxisalltag.

Für die Abrechnung 1/2024 ändert sich nichts, die Eingaben für das Abrechnungsquartal sind unverändert im KVN-Portal abzuschließen. Weitere Informationen zur Umstellung auf das AOK-Arztportal stehen kurz und kompakt auf der Startseite im KVN-Portal (Online-Dienste > Sonderverträge > AOK Hausarztzentrierte Versorgung)

3.5. Fortbildung zum Thema Schlafmedizin

Gut 43 Prozent der Deutschen haben Schlafprobleme (Quelle: statista). Mit dem Thema Schlafgesundheit beschäftigt sich die neue Gesundheitsmesse „besser schlafen“ vom 16. bis 18. Februar 2024 auf dem Messegelände in Hannover. Dabei stehen neben dem Schlaf auch die richtige Bewegung und die gesunde Ernährung im Fokus. Die Messe richtet sich mit einem Mix aus Vortragsprogramm, Workshops und Ausstellern an das Fachpublikum und auch an die breite Öffentlichkeit. Fachlicher Partner der „besser schlafen“ ist die Deutsche Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin (DGSM). Eröffnet wird die Veranstaltung am Freitag, 16. Februar, um 10.30 Uhr vom niedersächsischen Gesundheitsminister Dr. Andreas Philippi, der die Schirmherrschaft der Messe übernommen hat.

Parallel zur besser schlafen lädt die Deutsche Gesellschaft für Schlafforschung -und Schlafmedizin (DGSM) am Samstag, dem 17. Februar zu einer Fortbildung für Ärztinnen und Ärzte sowie medizinisches Fachpersonal ein. Die limitierte Veranstaltung vermittelt neueste wissenschaftliche Erkenntnisse aus der Schlafmedizin und ist für Ärztinnen und Ärzten mit sieben CME-Fortbildungspunkten

zertifiziert. Eine [Voranmeldung](#) für diese Veranstaltung ist auf der Website von besser schlafen möglich.

3.6. Hinweis zum eRezept: Komfortsignatur

Für die Signatur des eRezepts empfiehlt die KVN die Einrichtung der Komfortsignatur. Damit können Ärztinnen und Ärzte über den Tag verteilt bis zu 250 Rezepte und andere Dokumente mit ihrem eHBA per Mausklick signieren. Dazu geben sie nur einmal die PIN ein.

So funktioniert die Komfortsignatur:

- Sie stecken zu Arbeitsbeginn ihren eHBA in das Kartenterminal. Der eHBA verbleibt den Tag über in dem Kartenterminal, das an einem geschützten Bereich der Praxis steht.
- Das Kartenterminal mit dem gesteckten eHBA muss nicht am PC-Arbeitsplatz der Ärztin oder des Arztes stehen oder bei Wechsel des Behandlungszimmers mitgeführt werden. Dafür gibt es die sogenannte Remote-Funktion. Sie ermöglicht es, dass die Ärztin/der Arzt von jedem Praxisrechner aus eRezepte persönlich signieren kann. Dazu meldet sich die Ärztin/der Arzt an dem PC, an dem er eRezepte signieren möchte, einmal mit seiner PIN an.
- Die Ärztin/der Arzt kann so über den Tag verteilt bis zu 250 eRezepte signieren - ohne für jedes Rezept die PIN eingeben zu müssen. Eine erneute Eingabe der PIN ist erst nach 24 Stunden erforderlich oder, wenn innerhalb der 24 Stunden mehr als 250 Rezepte signiert wurden.
- Mit der Entnahme des eHBA aus dem Lesegerät wird die Komfortsignatur automatisch beendet.

Die Komfortsignatur kann auch für andere Anwendungen wie die eAU oder den eArztbrief genutzt werden.

4. Veranstaltungen im März 2024

Unser komplettes Seminarangebot und welche Angebote für Ihre Praxis und die MitarbeiterInnen am besten geeignet sind, finden Sie auf unserer Internetseite. Dort können Sie sich [direkt online anmelden](#). Wenn ein Seminar interessant ist, gelangt man mit nur einem Klick auf den Titel direkt zum Seminar und erhält dort alle weiteren Informationen und zur direkten Online-Anmeldung.

Mittwoch, 6. März 2024

- [Arzneimittel-Verordnung](#) (WebSeminar)
- [Heilmittelverordnung in Theorie und Praxis](#) (WebSeminar)
- [Honorarbescheid lesen und verstehen](#) (WebSeminar)

- ICD10 - Richtig kodieren (Hannover)
- IT-Sicherheit für Einsteiger (WebSeminar)
- Medizinprodukte-Aufbereitung Workshop Teil 1 (WebSeminar)
- Meine Praxiskooperation - Was ist möglich mit BAG, Anstellung, MVZ & Co. (WebSeminar)
- Update Digitalisierung: Das elektronische Rezept (WebSeminar)
- Verordnen von Heilmitteln (WebSeminar)

Donnerstag, 7. März 2024

- Arbeitsschutz in der Arztpraxis (WebSeminar)

Mittwoch, 13. März 2024

- Arzneimitteltherapiesicherheit - AMTS (WebSeminar)
- Das Telefon - Die Visitenkarte der Arztpraxis (WebSeminar)
- Der Honorarbescheid - Ein Buch mit 7 Siegeln? (Osnabrück)
- Heilmittelverordnung in Theorie und Praxis (Hannover)
- Intro: Telemedizin im Bereitschaftsdienst - Einführung in die Anwendung docakut.online (WebSeminar)
- Niederlassungsseminar Modul II „Meine eigene Praxis - So gelingt Ihr Start“ (WebSeminar)
- Sprechstundenbedarf (WebSeminar)
- Update Digitalisierung: Der eArztbrief (WebSeminar)

Donnerstag, 14. März 2024

- Sprechstundenbedarf (WebSeminar)

Mittwoch, 20. März 2024

- Intro: Telemedizin im Bereitschaftsdienst - Einführung in die Anwendung docakut.online (WebSeminar)
- Update Digitalisierung: Der eArztbrief (WebSeminar)

Freitag, 22. März 2024

- Intro: Telemedizin im Bereitschaftsdienst - Einführung in die Anwendung docakut.online (WebSeminar)

5. Anlagenverzeichnis

5.1. Sammelerklärung



KVN

Kassenärztliche Vereinigung
Niedersachsen

Informationen für die Praxis

KVN-Rundschreiben

Januar 2024

Inhaltsverzeichnis

1. Abrechnung	3
1.1. Ultraschalldiagnostik in der Schwangerschaft: Bewertungsausschuss passt Abrechnungsausschlüsse an	3
1.2. Bewertungsausschuss fasst mehrere Beschlüsse zum ambulanten Operieren - Dialysesachkosten werden angepasst	3
1.3. EBM-Anpassungen für die Medikamente Hemgenix [®] , Pombiliti [®] und Elfabrio [®]	8
1.4. Weitere Maßnahmen zur Ambulantisierung beschlossen - Beratungen zum AOP- Vertrag nach §115b beendet	10
1.5. Neue Leistung aufgrund des Arzneimittels Camzyos [®] im EBM	13
1.6. Digitale Gesundheitsanwendungen: Anpassungen im EBM und BMV-Ärzte zum 1. Januar 2024	13
1.7. Kennzeichnung „HA-Vermittlungsfall“, hier: KVDT- Feld 4115 für Fachärzte	14
2. Verordnungen	15
2.1. Verordnungen per Videosprechstunde: EBM wird zum 1. Januar angepasst	15
2.2. Sprechstundenbedarf - Verordnung von Irenat [®]	16
2.3. Roctavian [®] (Valoctocogen Roxaparvovec) als Praxisbesonderheit anerkannt	16
2.4. Update Arzneimittel-Richtlinie §12 - OTC-Präparate ..	17
2.5. eRezept - Austauschregeln für Arzneimittel gelten gleichermaßen für Muster 16 und eRezept	18
2.6. Dringlichkeitsliste Kinderarzneimittel - Rezepturen ohne neues Rezept möglich	19
2.7. Sprechstundenbedarf - Rezeptur von Cyclopentolat Augentropfen bis 30. Juni 2024 zulässig	20
2.8. Sprechstundenbedarf - Import von Metamizol Injektionslösung bis 31. März 2024 zulässig	20
2.9. Scemblix [®] (Asciminib) als bundesweite Praxisbesonderheit anerkannt	21

2.10. Berufsbezeichnung im Arztstempel	21
2.11. Lieferengpässe - Versorgungsmangel für Salbutamol bekannt gegeben	22
3. Allgemeine Hinweise	23
3.1. Telefonische Krankschreibung ab sofort wieder möglich.....	23
3.2. Telefonische Anamnese bei Erkrankung eines Kindes ab sofort möglich	24
3.3. Neufassung der Mutterschafts-Richtlinie mit Anpassung der Anlagen 3 (Mutterpass) und 5 (Versicherteninformation zu Basis- Ultraschalluntersuchungen)	25
3.4. Beitritt der Mobil Krankenkasse zur BKK- Impfvereinbarung - Ausland	26
3.5. Prävention für Kinder „starke Kids“ U10/ U11: Novitas BKK beendet Teilnahme	27
3.6. Höhere Vergütungen für kurärztliche Leistungen rückwirkend ab 1. Oktober 2023	27
3.7. Neufassung der Vereinbarung zur europäischen Krankenversichertenkarte zum 1. Januar 2024.....	28
4. Veranstaltungen im Februar und März 2024.....	29

1. Abrechnung

1.1. Ultraschalldiagnostik in der Schwangerschaft:

Bewertungsausschuss passt Abrechnungsausschlüsse an

Der Bewertungsausschuss (BA) hat die Abrechnungsausschlüsse im EBM bezüglich der Ultraschalldiagnostik in der Schwangerschaft zu Leistungen des Kapitels 33 (Ultraschalldiagnostik) angepasst. Dadurch können ab 1. Januar 2024 mehrere Leistungen nebeneinander berechnet werden, bei denen dies bisher ausgeschlossen war. Nachfolgend stellen wir Ihnen die Anpassungen im Abschnitt 1.7.4 (Mutterschaftsvorsorge) vor.

Aktueller Beschluss: Das ändert sich ab 1. Januar 2024

Konkret können im Behandlungsfall neben den GOP zur Schwangerenbetreuung und zur weiterführenden sonographischen Diagnostik (GOP 01770 bis 01773) ab Januar die GOP 33042 (abdominelle Sonographie), die GOP 33043 (Uro-Genital-Sonographie), die GOP 33044 (Sonographie der weiblichen Genitalorgane, ggf. einschließlich Harnblase) und die GOP 33081 (Sonographie weiterer Organe oder Organteile) einmal berechnet werden. Voraussetzung hierfür ist, dass diese Untersuchungen aus kurativem Anlass erfolgen und nicht am Embryo oder Fötus durchgeführt werden. Als Begründung für die Nebeneinanderberechnung ist der ICD-10-Code mit Angabe des Zusatzkennzeichens für die Diagnosesicherheit anzugeben.

Voraussetzung

Die entsprechenden Abrechnungsanmerkungen für die GOP 01770 bis 01773 sowie - zur Vervollständigung - auch für die GOP 01774 und 01775 werden im Kapitel 33 ergänzt.

Hinweis zur Veröffentlichung

Das Institut des Bewertungsausschusses veröffentlicht den Beschluss auf seiner [Internetseite](#) und im Deutschen Ärzteblatt.

1.2. Bewertungsausschuss fasst mehrere Beschlüsse zum ambulanten Operieren - Dialysesachkosten werden angepasst

Zur Weiterentwicklung des ambulanten Operierens und Förderung der Ambulantisierung hat der Bewertungsausschuss (BA) mehrere Beschlüsse gefasst. Außerdem werden die Dialysesachkosten zum 1. Januar erhöht.

Auf einen Blick:

- Förderung der Ambulantisierung zum 1. Januar 2024:
 - Förderzuschläge für weitere Eingriffe
 - Nachbeobachtung nach invasiver Kardiologie
 - Anästhesie bei kleinchirurgischen Eingriffen
 - Aufnahme der Kardioversion in den EBM
 - Nachbeobachtung und Überwachung außerhalb Kapitel 31 EBM

- Anpassung der Dialysesachkosten
- Porto für telefonische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung

Beratung ohne Beschluss

- Hygienezuschläge zum ambulanten Operieren

Förderung der Ambulantisierung

Der Bewertungsausschuss hat mehrere Beschlüsse zur Förderung der Ambulantisierung gefasst. Diese betreffen das ambulante Operieren sowie spezielle Leistungen außerhalb des EBM-Kapitels 31. Die Beschlüsse stehen teilweise im Zusammenhang mit der geplanten Anpassung des Vertrags nach §115b SGB V - Ambulantes Operieren, sonstige stationsersetzende Eingriffe und stationsersetzende Behandlungen im Krankenhaus (AOP-Vertrag) zum 1. Januar 2024.

Förderzuschläge für weitere Eingriffe

Die zu Jahresbeginn eingeführten Förderzuschläge werden auf weitere operative Eingriffe ausgeweitet. Dabei handelt es sich um OPS-Codes, die zum 1. Januar in den AOP-Katalog zum ambulanten Operieren nach §115b Abs. 1 SGB V aufgenommen werden sollen und damit künftig auch von Krankenhäusern durchgeführt werden können. Diese Leistungen werden von Vertragsärzten bislang in sehr geringem Umfang abgerechnet. Mit den Förderzuschlägen soll ein finanzieller Anreiz geschaffen werden, diese Eingriffe öfter ambulant durchzuführen.

Finanzieller Anreiz

Nachbeobachtung nach invasiver Kardiologie

Neue GOP für kürzere Nachbeobachtung

Im Rahmen der geplanten Anpassungen des AOP-Vertrags nach §115b SGB V zum 1. Januar und vor dem Hintergrund des medizinischen Fortschritts und der Weiterentwicklung bei den Stentimplantationen in Koronargefäße wurde der Bedarf für eine weitere Beobachtungs- und Betreuungsleistung deutlich. Diese soll bei Kranken zur Anwendung kommen, bei denen keine 12-stündige Überwachungszeit erforderlich ist.

Für die Beobachtung und Betreuung eines Kranken im unmittelbaren Anschluss an eine therapeutische Herzkatheteruntersuchung wird deshalb eine weitere Gebührenordnungsposition (GOP) in den Abschnitt 1.5 EBM aufgenommen. Die neue GOP 01522 kann ab 1. Januar bei einer Überwachungszeit von mehr als sechs Stunden abgerechnet werden.

Extrabudgetäre Vergütung

Mit der Aufnahme der therapeutischen Herzkatheteruntersuchung (GOP 34292) in den Abschnitt 2 des AOP-Kataloges werden mehr Untersuchungen ambulant erfolgen. Zur Finanzierung der damit verbundenen EBM-Leistungen hat der Bewertungsausschuss eine Finanzierungsempfehlung beschlossen. Danach wird den regionalen Gesamtvertragspartnern empfohlen, alle Koronarangiographien (GOP 34291 und 34292) sowie die im Anschluss an eine therapeutische Herzkatheteruntersuchung erfolgende Beobachtung und Betreuung nach den GOP 01521

(zwölf Stunden) und GOP 01522 (sechs Stunden) extrabudgetär zu vergüten.

Für die Leistungen nach den GOP 01521, 34291 und 34292 erfolgt eine entsprechende Bereinigung, da diese bereits im EBM enthalten sind und auf Bundesebene bisher innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung finanziert wurden. Eine Empfehlung zur Überführung in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung ist vorgesehen, wenn die Mengenentwicklung eine weitere extrabudgetäre Vergütung nicht mehr erfordert.

Anästhesie bei kleinchirurgischen Eingriffen

Es ist vorgesehen, dass der AOP-Katalog um OPS-Codes für kleinchirurgische Eingriffe ergänzt werden soll, die teilweise nur in Anästhesie durchgeführt werden können. Vor diesem Hintergrund werden in einer neuen Nummer 13 in der Präambel 5.1 zum EBM ergänzende Anforderungen sowie Ausnahmeregelungen zur Berechnungsfähigkeit der Narikose nach den GOP des Kapitels 5 aufgenommen. Somit können die Leistungen künftig auch abgerechnet werden, wenn der Eingriff nach §115b SGB V erfolgt.

Die Regelung kommt nur dann zur Anwendung, wenn im Abschnitt 2 des AOP-Kataloges bei den jeweiligen OPS-Codes in der Spalte Anmerkungen die entsprechenden Gebührenordnungspositionen des Kapitels 5 EBM explizit aufgeführt sind.

Aufnahme der Kardioversion in den EBM

Vertragsärzte können die externe elektrische Kardioversion ab 1. Januar nach dem EBM abrechnen. Später soll diese Leistung auch in den AOP-Katalog aufgenommen werden.

Zur Abrechnung der Kardioversion werden folgende GOP in den EBM aufgenommen:

- GOP 04421 in den Abschnitt 4.4.1 (GOP der Kinder-Kardiologie)
- GOP 13552 in den Abschnitt 13.3.5 (Kardiologische GOP)

Die im Zusammenhang mit der externen elektrischen Kardioversion durchgeführte Analgesie und/oder Sedierung kann entweder von dem die Kardioversion vornehmenden Arzt durchgeführt werden oder von einem Facharzt für Anästhesiologie, dieser kann hierfür die GOP 05310 und die GOP 05341 abrechnen.

Für die im Zusammenhang mit der Kardioversion durchgeführte Beobachtung und Betreuung sind die GOP 01501 (Beobachtung und Betreuung eines Patienten im unmittelbaren Anschluss an eine Leistung gemäß Anhang 8) und die GOP 01503 (Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 01501 bei Fortsetzung der Beobachtung und Betreuung und/oder Zusatzpauschale für die weitere Beobachtung und Betreuung gemäß Anhang 8) des Abschnitts 1.5 EBM berechnungsfähig. Beide GOP werden zum 1. Januar neu in den EBM aufgenommen.

Extrabudgetäre Vergütung

Für die Kardioversion (GOP 04421 und 13552) sowie die damit im Zusammenhang durchgeführten Leistungen (GOP 05310, 05341, 33022

und 33023) empfiehlt der Bewertungsausschuss eine extrabudgetäre Finanzierung. Eine Überführung in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung ist vorgesehen, wenn die Mengenentwicklung eine weitere extrabudgetäre Vergütung nicht mehr erfordert.

Nachbeobachtung und Überwachung außerhalb Kapitel 31 EBM

Im Rahmen der Erweiterung des Abschnitts 2 des AOP-Katalogs werden vermehrt auch Leistungen aufgenommen, für die im Anschluss eine Überwachung oder Nachbeobachtung erforderlich ist. Hierfür bedarf es der Aufnahme neuer GOP in den EBM.

Vier neue GOP: 01500, 01501, 01502 und 01503

Mit dem vorliegenden BA-Beschluss werden vier GOP 01500, 01501, 01502 und 01503 in den Abschnitt 1.5 EBM für die Nachbeobachtung oder Überwachung außerhalb Kapitel 31 EBM aufgenommen. Die entsprechenden GOP, für die eine oder mehrere dieser neuen Überwachungs- oder Nachbeobachtungsleistungen berechnungsfähig sind, werden in einem neuen Anhang 8 EBM abschließend aufgeführt.

Im unmittelbaren Anschluss an eine Prozedur gemäß Spalte 1 des Anhangs 8 ist entweder die GOP 01500 oder die GOP 01501 einmal berechnungsfähig und nur, sofern die Nachbeobachtung oder Überwachung mindestens 30 Minuten dauert. Wenn im Anschluss daran eine Fortsetzung der Beobachtung oder der Beobachtung und Betreuung erforderlich ist, sind hierfür die entsprechenden Leistungen nach den GOP 01502 oder 01503 gegebenenfalls mehrfach berechnungsfähig.

Die neuen GOP sind zunächst nur bei diesen Leistungen abrechenbar:

- Entlastungspunktion: Für die Entlastungspunktion unter Gewinnung von mindestens 250 ml Ascites-Flüssigkeit (GOP 02341) können gemäß der Regelung im Anhang 8 EBM für die Nachbeobachtung die GOP 01500 und 01502 durchgeführt und berechnet werden.
- Kardioversion: Für die im Zusammenhang mit der externen elektrischen Kardioversion (GOP 04421 oder der GOP 13352), die zum 1. Januar als neue Leistung in den EBM aufgenommen wird, durchgeführte Beobachtung und Betreuung sind die GOP 01501 und die GOP 01503 gemäß der Regelung im Anhang 8 EBM berechnungsfähig.

Abrechenbare
Leistungen

Die Abrechnung der GOP 01500 und 01502 sowie der GOP 01501 und 01503 unterliegt einem gemeinsamen Höchstwert in Stunden für die Summe der gemäß Spalte 3 berechnungsfähigen GOP des Anhangs 8 EBM. Bei mehreren Indikationen zur Nachbeobachtung oder Überwachung in einer Sitzung erfolgt die Abrechnung entsprechend der Leistung mit dem größten Gesamthöchstwert.

Im weiteren Verlauf wird der Anhang 8 um diejenigen Leistungen ergänzt, die zukünftig in den Abschnitt 2 des AOP-Katalogs aufgenommen werden.

Auch zur Finanzierung dieser Leistungen empfiehlt der BA, die Vergütung außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vorzunehmen. Eine Überführung in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung ist vorgesehen, wenn die Mengenentwicklung eine weitere extrabudgetäre Vergütung nicht mehr erfordert.

Anpassung der Dialysesachkosten

Bei der jährlichen Anpassung des Orientierungswertes (OW) werden insbesondere „die Entwicklung der für Arztpraxen relevanten Investitions- und Betriebskosten“ berücksichtigt (vgl. §87 Absatz 2g SGB V). Dabei wirkt der OW ausschließlich auf die Punktzahlleistungen des EBM. Kostenpauschalen aus Kapitel 40 EBM unterliegen keiner regelmäßigen Weiterentwicklung durch den OW. Die KBV hat daher bereits Anfang 2021 vor dem Hintergrund der stark steigenden Kosten in Dialysepraxen eine Dynamisierung der nichtärztlichen Dialyseleistungen des Abschnitts 40.14 EBM (Leistungsbezogene Kostenpauschalen für Sach- und Dienstleistungen bei Behandlung mit renalen Ersatzverfahren und extrakorporalen Blutreinigungsverfahren) gefordert.

Steigende Kosten

Als erster Schritt wurden die Bewertungen der Kostenpauschalen zum 1. Januar 2023 um 2,0 Prozent - entsprechend der Weiterentwicklung des OW für das Jahr 2023 - erhöht.

Erhöhung der Kostenpauschalen um 3,85 Prozent

Mit dem nun erfolgten Beschluss werden die nichtärztlichen Dialyseleistungen zum 1. Januar 2024 zum zweiten Mal in Folge entsprechend der OW-Steigerung (3,85 Prozent) angehoben.

Darüber hinaus hat der BA festgelegt, dass auch für das Jahr 2025 die Anpassung des OW auf nichtärztliche Dialyseleistungen angewendet wird. Dabei wird der BA mit Wirkung zum 1. Januar 2025 einen Beschluss fassen, in dem die Struktur, Systematik und Bewertung der Kostenpauschalen des Abschnitts 40.14 EBM weiterentwickelt wird mit dem Ziel der Gewährleistung der Sicherstellung und Aufrechterhaltung der wohnortnahen Versorgung. Kostenentwicklung und strukturelle Weiterentwicklung werden aus dem zusätzlichen Finanzvolumen aus der Anwendung der Anpassung des OW finanziert.

Mit Wirkung ab dem 1. Januar 2026 wird der Bewertungsausschuss ein Verfahren für die dauerhafte Überprüfung und Weiterentwicklung der Kostenpauschalen des Abschnitts 40.14 EBM beschließen, um die spezifischen Belange im Bereich der nichtärztlichen Dialyseleistungen passgenau zu vergüten.

Porto für telefonische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat beschlossen, dass Ärzte auch nach telefonischer Anamnese eine Arbeitsunfähigkeit (AU) bescheinigen können. Für die Portokosten, die für den Versand einer mittels Stylesheet erzeugten papiergebundenen AU an den Patienten anfallen, rechnen Ärzte die Kostenpauschale 40128 ab. Einen entsprechenden Beschluss hat der BA gefasst.

Hinweis zur Veröffentlichung

Das Institut des Bewertungsausschusses veröffentlicht die Beschlüsse auf seiner [Internetseite](#) und im Deutschen Ärzteblatt.

1.3. EBM-Anpassungen für die Medikamente Hemgenix[®], Pombiliti[®] und Elfabrio[®]

Der Bewertungsausschuss (BA) hat drei Beschlüsse zur Anpassung des EBM zum 1. Januar 2024 gefasst, über die wir Sie informieren. Sie betreffen den Einsatz der Medikamente Etranacogen dezaparovec (Handelsname Hemgenix[®]), Ciplaglusidase alfa (Handelsname Pombiliti[®]) und Pegunigalsidase alfa (Handelsname Elfabrio[®]).

Details zu den Beschlüssen

Hemgenix[®]

Zur Anwendung des gentherapeutischen Arzneimittels Hemgenix[®] werden zwei neue Gebührenordnungspositionen (GOP) in den EBM aufgenommen. Hemgenix[®] wird für die Behandlung von schwerer und mittelschwerer Hämophilie B (angeborener Faktor-IX-Mangel) bei Erwachsenen ohne Faktor-IX-Inhibitoren in ihrer Vorgeschichte angewendet. Es handelt sich um ein Arzneimittel für neuartige Therapien (nach §4 Absatz 9 des Arzneimittelgesetzes), sogenannte Advanced Therapy Medicinal Products (ATMP), das den menschlichen Gerinnungsfaktor IX exprimiert und als intravasale Infusionstherapie verabreicht wird.

Nach Roctavian[®] steht mit Hemgenix[®] nun ein weiteres ATMP zur Verfügung, dessen Anwendung im vertragsärztlichen Bereich, wenn auch in hochspezialisierten Einrichtungen, erfolgen kann.

Für die in der aktuell gültigen Fachinformation vorgesehene ein- beziehungsweise zweistündige Infusion und die unmittelbar im Anschluss an die Verabreichung folgende Beobachtung und Betreuung von mindestens drei Stunden Dauer wird die GOP 30326 mit einer Bewertung von 625 Punkten in den Abschnitt 30.3.3 (Anwendung von Arzneimitteln für neuartige Therapien) aufgenommen. Bevor sie abgerechnet werden kann, muss der G-BA noch Anforderungen zur Qualitätssicherung festlegen. Hierzu werden wir Sie gesondert informieren.

Für die laut Fachinformation im Vorfeld notwendige Beurteilung der Leber zur Indikationsstellung einer Therapie mit Hemgenix[®] erfolgt die Aufnahme der GOP 33105 mit einer Bewertung von 440 Punkten in das Kapitel 33 (Ultraschalldiagnostik). Sie beinhaltet die sonographische Untersuchung und die elastographische Bewertung der Leber. Voraussetzung für die Berechnung ist bis 30. September 2024 eine bestehende KV-Genehmigung nach der Ultraschall-Vereinbarung, die zur Abrechnung der GOP 33042 (Abdominelle Sonographie) berechtigt. Ab dem 1. Oktober 2024 ist eine aktualisierte Genehmigung auf Basis einer angepassten Ultraschall-Vereinbarung, welche die neue GOP 33105 umfasst, erforderlich.

Zwei neue GOP

Sofern in derselben Sitzung die Durchführung einer Sonographie weiterer Organe des Abdomens erfolgt und mit der GOP 33042 berechnet wird, ist ein Abschlag von 70 Punkten auf die GOP 33042 vorzunehmen. Hierfür wird die bestehende kodierte Zusatzziffer 33042A angepasst.

Die GOP 30326 ist nur einmalig berechnungsfähig, da die aktuell gültige Fachinformation nur eine einmalige Anwendung des Wirkstoffs vorsieht. Beide GOP werden zunächst extrabudgetär finanziert.

Pombiliti®

Für Patienten mit der seltenen lysosomalen Speicherkrankheit Morbus Pompe ist mit Cipaglucosidase alfa (Handelsname: Pombiliti®) in Kombination mit dem Enzymstabilisator Miglustat ein weiterer Wirkstoff als Enzyersatztherapie verfügbar.

Die Behandlung mit den Wirkstoffen Alglucosidase alfa und Avalglucosidase alfa bei Morbus Pompe ist bereits Leistungsinhalt der GOP 01510 bis 01512 EBM (Zusatzpauschalen für Beobachtung und Betreuung). Zum 1. Januar 2024 werden diese Wirkstoffe im zweiten Spiegelstrich der Leistungslegende gestrichen und durch den übergreifenden Terminus „einer Enzyersatztherapie“, der alle zugelassenen Wirkstoffe bei Morbus Pompe umfasst, ersetzt.

Für die Behandlung mit Alglucosidase alfa bei Morbus Pompe sind weiterhin nur die GOP 01510 und 01511 berechnungsfähig, da die zweite Anmerkung im Wortlaut bestehen bleibt.

Elfabrio®

Ein weiterer Beschluss betrifft das Arzneimittel Pegunigalsidase alfa (Handelsname: Elfabrio®). Es kann für eine langfristige Enzyersatztherapie bei Erwachsenen mit bestätigter Morbus Fabry Diagnose (Mangel an α -Galaktosidase) angewendet werden. Für die Infusion (Erstinfusion mindestens drei Stunden, Erhaltungsinfusion mindestens 1,5 Stunden) und anschließende Überwachung auf infusionsbedingte Reaktionen können ab 1. Januar 2024 die GOP 01540 bis 01542 „Beobachtung und Betreuung eines Kranken unter Behandlung mit Arzneimitteln, einschließlich Infusionen“ berechnet werden. Der Wirkstoff Pegunigalsidase alfa wurde hierfür in den ersten Spiegelstrich des obligaten Leistungsinhaltes aufgenommen.

Durch die Ergänzung der GOP 01540 bis 01542 um das Arzneimittel verlängert sich die Frist für die Empfehlung zur extrabudgetären Vergütung um vier Quartale und wird auf den 31. März 2026 festgesetzt.

Hinweis zur Veröffentlichung

Das Institut des Bewertungsausschusses veröffentlicht die Beschlüsse auf seiner [Internetseite](#) und im Deutschen Ärzteblatt.

Langfristige
Enzyersatztherapie

1.4. Weitere Maßnahmen zur Ambulantisierung beschlossen - Beratungen zum AOP- Vertrag nach §115b beendet

Die Beratungen für die zweite Stufe zur Förderung des ambulanten Operierens nach §115b SGB V sind abgeschlossen. Der GKV-Spitzenverband, die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) und die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) konnten sich auf einige Anpassungen des Vertrags nach §115b Abs. 1 SGB V - Ambulantes Operieren, sonstige stationersetzende Eingriffe und stationersetzende Behandlungen im Krankenhaus - (AOP-Vertrag) und seiner Anlagen einigen. Die beschlossenen Maßnahmen gelten ab 1. Januar 2024 und sind teilweise auch für die Vertragsärzte relevant. Was im Einzelnen beschlossen wurde, stellen wir Ihnen in diesem Schreiben vor.

Erweiterung des AOP-Katalogs und der Schweregradsystematik

Die beschlossenen Maßnahmen betreffen zum einen den AOP-Katalog, der alle Operationen und sonstigen Eingriffe enthält, die die Krankenhäuser ambulant vornehmen und nach EBM abrechnen können. Er wird zum 1. Januar um 171 Operationen und Eingriffe ergänzt, die bisher überwiegend stationär durchgeführt werden. Darüber hinaus wird die Schweregradsystematik weiterentwickelt: Ab Januar können Klinik- und Vertragsärzte einen Zuschlag für die Versorgung von Frakturen abrechnen.

Im Vorgriff darauf hatten KBV und GKV-Spitzenverband Anfang Dezember bereits zweiseitig Beschlüsse zur Förderung der Ambulantisierung gefasst. Dazu gehören Förderzuschläge für weitere Eingriffe und neue spezifische Nachbeobachtungszeiten.

Zum Hintergrund

Der Gesetzgeber hatte KBV, DKG und GKV-Spitzenverband 2019 beauftragt, das ambulante Operieren §115b SGB V weiterzuentwickeln und höhere Anreize zu setzen, dass mehr Operationen am Krankenhaus ambulant erfolgen. Dazu soll unter anderem der AOP-Katalog erweitert werden. In der ersten Stufe der Weiterentwicklung des ambulanten Operierens nach §115b SGB V wurde der AOP-Katalog um 208 Operationen und Eingriffe zum 1. Januar 2023 ergänzt.

Die Ergebnisse im Überblick

AOP-Katalog wird um 171 Eingriffe erweitert

Der AOP-Katalog wird zum 1. Januar 2024 um 171 Operationen und Eingriffe erweitert. Viele dieser Untersuchungen und Behandlungen sind bereits im Anhang 2 des EBM oder im jeweiligen Fachgruppenkapitel enthalten und können somit jetzt schon von Vertragsärzten durchgeführt werden. Für Vertrags- und Belegärzte sind 31 der 171 OPS-Codes neu. Besonders relevant dabei sind die Prostatabiopsien mit Steuerung durch bildgebende Verfahren.

Überblick zu den neuen OPS-Codes

- Gesamt: 171 neue OPS-Codes im AOP-Katalog
Davon: Aufnahme in den Abschnitt 1: 100 OPS-Codes

Vertragsanpassungen

- Davon: Übernahme aus Anhang 2 EBM: 69 OPS-Codes
- Davon: Aufnahme in den Anhang 2 EBM mit Übernahme Abschnitt 1 AOP: 31 OPS-Codes, zum Beispiel Prostatabiopsien
- Davon: Aufnahme in den Abschnitt 2: 71 OPS-Codes, zum Beispiel der interventionellen Kardiologie

Die neuen OPS-Codes sind in den Abschnitten 1 und 2 des AOP-Katalogs jeweils gelb markiert. Anpassungen bei Leistungen, die bereits vor Januar 2024 Bestandteil des AOP-Katalogs waren, sind blau markiert.

Prostatabiopsien auch im Anhang 2

Zu den neu in den Abschnitt 1 des AOP-Katalogs und in den Anhang 2 des EBM aufgenommenen Eingriffen zählen zwei Leistungen der perkutanen beziehungsweise transrektalen Prostatastanziopsie mit Steuerung durch bildgebende Verfahren mit einer maximalen Anzahl der Stanzzyylinder von weniger als 20 (OPS-Codes: 1-465.90 und 1-466.00).

Vertrags- und Belegärzte können diese Untersuchung ab Januar auch mit Entnahme von mehr als 20 Proben durchführen. Denn in den Anhang 2 des EBM sind zwei weitere Codes 1-465.91 und 1-466.01 für die Prostatabiopsie aufgenommen worden. Der AOP-Katalog enthält diese Codes nicht.

Für alle Eingriffe gilt: Die Vergütung für den Eingriff, die Anästhesie, die postoperative Überwachung und Behandlung erfolgt extrabudgetär.

Stentimplantationen in die Koronargefäße ab Januar extrabudgetär

Zu den neuen Eingriffen im Abschnitt 2 des AOP-Kataloges gehören Stentimplantationen in die Koronargefäße. Diese therapeutischen Eingriffe der perkutanransluminalen Intervention an einem Koronargefäß machen mit etwa 174.000 Fällen pro Jahr die mit Abstand fallzahlstärkste Leistungsgruppe aus, die 2024 in den AOP-Katalog aufgenommen wird. Es wird erwartet, dass die therapeutische Herzkatheteruntersuchung nun öfter ambulant durchgeführt wird. Der Bewertungsausschuss hat deshalb eine Finanzierungsempfehlung beschlossen. Danach wird den Gesamtvertragspartner empfohlen, den Eingriff (GOP 34291 und 34292) und die Nachbeobachtung extrabudgetär zu vergüten.

Finanzierungsempfehlung

Auch Vertragsärzte, die den Eingriff jetzt schon ambulant vornehmen und als EBM-Leistung abrechnen können, profitieren von der Regelung: Auch sie erhalten die Leistungen ab Januar zu festen Preisen honoriert.

Des Weiteren haben KBV und GKV-Spitzenverband im Bewertungsausschuss vereinbart, dass eine postinterventionelle Überwachung der Patienten nach einem solchen Eingriffe auch schon von mehr als sechs Stunden vergütet wird. Bislang musste die Nachbeobachtung mindestens mehr als zwölf Stunden dauern (siehe unten „Festlegung von Überwachungs- und Nachbeobachtungszeiten“).

Erweiterung der Schweregradsystematik: Neuer Zuschlag für Frakturen ab 2024

Die zu Jahresbeginn eingeführte Differenzierung nach Schweregraden

wird um die Versorgung von Frakturen ausgeweitet. Dazu wird der AOP-Vertrag, der größtenteils das ambulante Operieren im Krankenhaus regelt, angepasst. Diese Erweiterung gilt jedoch ausdrücklich auch für Vertragsärzte.

Bereits seit 1. Januar dieses Jahres ist bei allen stationersetzenden Rezidivoperationen eine Differenzierung nach Schweregraden möglich. Vertrags- und Klinikärzte können einen Zuschlag für einen erhöhten Zeitaufwand abrechnen. Zum 1. Januar 2024 wird die Schweregradregelung auf Frakturen ausgeweitet. Vertrags- und Klinikärzte erhalten in diesen Fällen einen Zuschlag in Höhe von 20 Prozent auf die jeweilige operative Leistung. Damit sollen höhere Aufwände vergütet werden, die durch die nicht Planbarkeit der Eingriffe entstehen, zum Beispiel durch das Vorhalten von Personal und Räumen.

Zuschlag für
Zeitaufwand

Höhe und Abrechnung des Frakturzuschlags

Die Zuschlagshöhe in Euro richtet sich nach der Bewertung der jeweiligen operativen Leistung (Zuschlag = 20 Prozent des Preises). Die Abrechnung erfolgt über Pseudo-Gebührenordnungspositionen. In einem neuen Anhang 3 zum AOP-Vertrag werden dazu alle OPS-Codes mit der jeweiligen Zuschlagshöhe in Euro und der dazugehörigen Pseudo-GOP aufgelistet.

Es ist vorgesehen, die Schweregradsystematik weiter auszubauen. So sollen patientenbezogene Schweregradzuschläge zeitnah im Laufe des kommenden Jahres entwickelt und beschlossen werden.

Ab 1. Januar 2024 gibt es damit ein Schweregradmodell mit zwei Gruppen:

- Reoperationen: Zuschlag für erhöhten Zeitaufwand auf OPS-Codes aus dem Abschnitt 1 des AOP-Katalogs (seit 1. Januar 2023)
- Frakturen: Zuschlag für Vorhaltekosten zur notfallnahen Frakturversorgung (neu ab 1. Januar 2024):
 - für alle operativen Verfahren nach Abschnitt 1 AOP-Katalog
 - für alle geschlossenen Repositionen nach Abschnitt 2 AOP-Katalog

Festlegung von Überwachungs- und Nachbeobachtungszeiten

Unter den neuen Leistungen im Abschnitt 2 des AOP-Katalogs sind Eingriffe, für die im Anschluss eine Überwachung oder Nachbeobachtung erforderlich ist. Zunächst sind hier weiterhin Analogzuordnungen erfolgt. Im EBM-Abschnitt 1.5 gibt es ab 1. Januar 2024 vier neue Gebührenordnungspositionen. Diese sollen zeitnah in den AOP-Katalog aufgenommen werden. Außerdem wird für die Beobachtung und Betreuung eines Kranken im unmittelbaren Anschluss an eine therapeutische Herzkatheteruntersuchung eine weitere GOP in den Abschnitt 1.5 EBM aufgenommen. Die neue GOP 01522 kann ab 1. Januar bei einer Überwachungszeit von mehr als sechs Stunden abgerechnet werden.

Hinweis zur Veröffentlichung

Der Vertrag inklusive der Anlagen 1, 2 und 3 ist auf der [Internetseite der KBV](#) veröffentlicht.

1.5. Neue Leistung aufgrund des Arzneimittels Camzyos® im EBM

Der Bewertungsausschuss (BA) passt zum 1. Januar 2024 den EBM im Zusammenhang mit dem Arzneimittel Camzyos® an.

Hintergrund für den Beschluss ist eine Prüfung im Rahmen der frühen Nutzenbewertung des Gemeinsamen Bundesausschusses für den Wirkstoff Mavacamten (Handelsname: Camzyos®) (gemäß §87 Abs. 5b Satz 5 SGB V in Verbindung mit III. Kapitel der Verfahrensordnung des BA).

Die Anwendung von Camzyos® bei symptomatischer hypertropher obstruktiver Kardiomyopathie (NYHA- Klasse II-III) setzt gemäß der aktuell gültigen Fachinformation vor Behandlungsbeginn die Identifikation von Patienten mit dem Phänotyp „langsamer CYP2C19-Metabolisierer“ voraus, da diese abweichend dosiert werden müssen. Für die Genotypisierung auf das Vorliegen der Allele CYP2C19*2 und CYP2C19*3 wird die Gebührenordnungsposition (GOP) 32869 neu in den Abschnitt 32.3.14 EBM aufgenommen. Der BA empfiehlt den Gesamtvertragspartnern, die Vergütung zunächst außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen vorzunehmen.

Hinweise zur Veröffentlichung

Das Institut des Bewertungsausschusses veröffentlicht den kompletten Beschluss auf seiner [Internetseite](#) und im Deutschen Ärzteblatt.

1.6. Digitale Gesundheitsanwendungen: Anpassungen im EBM und BMV-Ärzte zum 1. Januar 2024

KBV und GKV-Spitzenverband haben im Bewertungsausschuss (BA) beziehungsweise als Partner des Bundesmantelvertrags-Ärzte (BMV-Ärzte) mehrere Entscheidungen für digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) getroffen. Über die ab Januar 2024 geltenden neuen Regelungen möchten wir Sie nachfolgend informieren und anschließend auf den Hintergrund eingehen.

DiGA „companion patella“ bei Knieschmerz - neue GOP 01477

Die Webanwendung „companion patella“ ist im DiGA-Verzeichnis des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) dauerhaft gelistet zur Anwendung bei Patientinnen und Patienten mit vorderem Knieschmerz im Alter von 14 bis 65 Jahren. Die Webanwendung wurde im Oktober 2021 vorläufig zur Erprobung in das DiGA-Verzeichnis aufgenommen und ist nach mehrfacher Verlängerung des Erprobungszeitraums seit Anfang Oktober 2023 dauerhaft dort gelistet.

Zum 1. Januar 2024 werden die Abrechnungs- und Vergütungsregelungen im EBM für „companion patella“ angepasst. Damit wird für diese DiGA eine neue Gebührenordnungspositionen (GOP) in den Abschnitt 1.4 des EBM aufgenommen:

Webanwendung

- Die GOP 01477 als Zusatzpauschale für die Verlaufskontrolle und die Auswertung der DiGA „companion patella“ ist einmal im Behandlungsfall berechnungsfähig und mit 64 Punkten bewertet.

Klarstellung zu den GOP 30780 und 30781 im EBM

Außerdem hat der BA eine Klarstellung zu zwei weiteren GOP vorgenommen. Konkret handelt es sich um die GOP 30780 (Verlaufskontrolle und Auswertung der DiGA „somnio“) und 30781 (Verlaufskontrolle und Auswertung der DiGA „Vivira“), die der BA mit in den Abschnitt 30.7.1 EBM aufgenommen hatte. Für diese beiden GOP wird nun klargestellt, dass sie nur von Vertragsärzten berechnet werden können, die über eine Genehmigung der KVN gemäß Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten (Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie) gemäß §135 Abs. 2 SGB V verfügen. Die Klarstellung erfolgt in Form einer neunten Bestimmung zum Abschnitt 30.7 EBM.

Anpassungen im BMV-Ärzte

In der DiGA-Vereinbarung (Anlage 34 BMV-Ärzte) wurde „companion patella“ aus der Liste der DiGA, für die die Leistung 86700 berechnungsfähig ist, gestrichen. Zusätzlich wurde die im September vorläufig zur Erprobung aufgenommene DiGA „Orthopy bei Knieverletzungen“ in diese Liste aufgenommen.

Hinweise zur Veröffentlichung

Das Institut des BA veröffentlicht den Beschluss auf seiner [Internetseite](#) und im Deutschen Ärzteblatt.

1.7. Kennzeichnung „HA-Vermittlungsfall“, hier: KVDT- Feld 4115 für Fachärzte

Bei der Abrechnung eines „HA-Vermittlungsfalls“ durch den weiterbehandelnden Facharzt ist laut KBV-Datensatzbeschreibung die Angabe „Tag der Terminvermittlung“ im KVDT-Feld 4115 notwendig.

Sollte das Vermittlungsdatum fehlen, ist die Vergütung aller Leistungen in dem Quartal bei diesem Patienten (Arztgruppenfall) in voller Höhe ausgeschlossen.

Es sind also beide Angaben notwendig: KVDT-Feld 4103 (HA/FA-Vermittlungsfall) **und** KVDT-Feld 4115 (Tag der Terminvermittlung).

Bitte überprüfen Sie dieses vor Einreichung Ihrer Abrechnung noch einmal genauestens, um Streichungen zu vermeiden.

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

Beide Angaben
notwendig

2. Verordnungen

2.1. Verordnungen per Videosprechstunde: EBM wird zum 1. Januar angepasst

Ärzte und Psychotherapeuten können seit Frühjahr dieses Jahres auch in der Videosprechstunde medizinische Rehabilitation verordnen sowie Folgeverordnungen für häusliche Krankenpflege und Heilmittel ausstellen. Infolgedessen wird der EBM zum 1. Januar 2024 angepasst. Leistungen, die im Zusammenhang mit diesen Verordnungen abgerechnet werden können, sind dann auch in der Videosprechstunde berechnungsfähig. Außerdem wird die Portopauschale 40128 erweitert. Einen entsprechenden Beschluss hat der Bewertungsausschuss (BA) gefasst. Die Details stellen wir Ihnen hier vor.

Verordnungen per Videosprechstunde: Ab 1. Januar sind die folgenden Gebührenordnungspositionen (GOP) auch in Behandlungsfällen berechnungsfähig, in denen kein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt, jedoch ein Kontakt in einer Videosprechstunde stattgefunden hat:

- GOP 01420 für die Überprüfung der Notwendigkeit und Koordination der häuslichen Krankenpflege
- GOP 01424 für die Folgeverordnung von Behandlungsmaßnahmen zur psychiatrischen häuslichen Krankenpflege
- GOP 01611 für die Verordnung von medizinischer Rehabilitation

Berechnungsfähig

Die GOP 01613 ist bei der Beantragung einer geriatrischen Rehabilitation als Zuschlag zur GOP 01611 berechnungsfähig, sofern mindestens zwei Funktionstests gemäß der Rehabilitations-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) durchgeführt wurden. Zu der GOP 01613 wird eine Anmerkung aufgenommen, die klarstellt, dass die Berechnung in der Regel einen persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt erfordert.

Portopauschale 40128

Der BA hat außerdem die Portopauschale 40128 erweitert. Ärzte und Psychotherapeuten können diese somit ab Januar ebenfalls abrechnen, wenn sie in der Videosprechstunde eine Verordnung auf Muster 12, 13 oder 61 ausstellen und dem Patienten zusenden.

Anpassung der Portopauschalen zum 1. April 2024

Um eine bessere Übersichtlichkeit herzustellen und die Abrechnung zu vereinfachen, werden die Kostenpauschalen 40129 und 40131 zum 1. April 2024 gestrichen. Ärzte, die eine Bescheinigung für den Bezug von Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes (Muster 21) in der Videosprechstunde ausstellen, rechnen für den Versand anstatt der 40129 dann die 40128 ab. Das gleiche gilt für die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung im Hausbesuch: Anstatt der 40131 geben Ärzte die 40128 an. Die Bewertung ist unverändert.

Die Kostenpauschale 40128 kann bislang für den Versand einer AU-Bescheinigung an den Patienten abgerechnet werden, wenn diese in einer

Videosprechstunde oder bei einer Absonderung telefonisch ausgestellt wurde. Sie ist weiterhin mit 86 Cent bewertet.

Hintergrund zum Beschluss:

Der G-BA hat Anfang des Jahres die Häusliche Krankenpflege-Richtlinie, die Rehabilitations-Richtlinie und die Heilmittel-Richtlinie angepasst. Demnach sind in bestimmten Fällen Verordnungen von häuslicher Krankenpflege, medizinischer Rehabilitation oder Heilmitteln auch ohne vorherigen persönlichen Kontakt im Behandlungsfall möglich, wenn ersatzweise ein vertragsärztlicher Kontakt im Rahmen einer Videosprechstunde erfolgt ist.

Hinweise zur Veröffentlichung

Das Institut des Bewertungsausschusses veröffentlicht den Beschluss [online](#) und im Deutschen Ärzteblatt.

2.2. Sprechstundenbedarf - Verordnung von Irenat®

Wir wurden darüber informiert, dass das Präparat Irenat® Tropfen (Wirkstoff Natriumperchlorat) langfristig nicht verfügbar ist. Der Hersteller hat die Produktion aus wirtschaftlichen Gründen ausgesetzt. Das Mittel wird im Sprechstundenbedarf vorrangig zur Blockade der Schilddrüse bei szintigraphischen Untersuchungen anderer Organe mit radioaktiv markiertem Iod oder bei Immunszintigraphien zur Tumorsuche mit Radioiodmarkierten Antikörpern eingesetzt. Alternative Fertigarzneimittel sind nicht verfügbar.

Mit den gesetzlichen Krankenkassen in Niedersachsen wurde daher vereinbart, dass ab sofort der Bezug als Einzelverordnung auf Namen des Patienten und damit auch ein Import aus dem Ausland gemäß §73 AMG zulässig ist. Verordnungen über den Sprechstundenbedarf sind damit nicht mehr möglich.

Bitte beziehen Sie künftig nur noch Irenat® als Einzelverordnung auf Namen des Patienten. Verbleibende Restmengen aus den Packungen können in den Sprechstundenbedarf übernommen und für weitere Patienten genutzt werden.

Jetzt zulässig

2.3. Roctavian® (Valoctocogen Roxaparvovec) als Praxisbesonderheit anerkannt

Roctavian® (Wirkstoff: Valoctocogen Roxaparvovec) wird nach einer Vereinbarung zwischen dem GKV-Spitzenverband und dem pharmazeutischen Unternehmer BioMarin International Ltd. ab 15. Dezember 2023 ab dem ersten Behandlungsfall im Anwendungsgebiet mit einem Zusatznutzen als Praxisbesonderheit anerkannt:

- Roctavian wird angewendet in der Behandlung von schwerer Hä-mophilie A (kongenitalem Faktor-VIII-Mangel) bei erwachsenen Patienten ohne Faktor-VIII-Inhibitoren in der Vorgeschichte und

Anwendungsgebiet

ohne nachweisbare Antikörper gegen Adeno-assoziiertes Virus Serotyp 5 (AAV5).

Die Versorgungsbefugnis ist auf diejenigen Leistungserbringer beschränkt, die an der vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) geforderten anwendungsbegleitenden Datenerhebung (AbD) und Auswertung mitwirken.

Gemäß den Vorgaben der Europäischen Zulassungsbehörde (EMA) hinsichtlich zusätzlicher Maßnahmen zur Risikominimierung ist seitens des pharmazeutischen Unternehmers Informationsmaterial für medizinisches Fachpersonal und für Patientinnen und Patienten sowie eine Patientenkarte zur Verfügung zu stellen.

Weitere Anwendungsgebiete oder Patientengruppen sind hiervon nicht umfasst. Die Vorgaben der Fachinformation sind zu berücksichtigen. Die Einleitung und Überwachung der Behandlung mit Roctavian soll durch in der Therapie der Hämophilie und/oder Blutungsstörungen erfahrene Ärztinnen und Ärzte erfolgen.

Die Anerkennung als Praxisbesonderheit gilt nicht bei der Anwendung von Roctavian außerhalb der gesetzlich bestimmten Bedingungen (im Rahmen eines nicht bestimmungsgemäßen Gebrauchs, „off label use“).

Detaillierte Informationen zur Praxisbesonderheit finden Sie auf der Seite des GKV-Spitzenverbandes unter dem folgenden [Link](#)

2.4. Update Arzneimittel-Richtlinie §12 - OTC-Präparate

Mit Wirkung zum 19. Dezember 2023 können verschreibungspflichtige Arzneimittel trotz Verfügbarkeit einer verschreibungsfreien (OTC) Alternative wirtschaftlich sein, nämlich dann, wenn sich die beiden Alternativen nur in der Stückzahl voneinander unterscheiden und die OTC-Packungsgröße zur Therapie nicht ausreicht. Relevant ist die neue Regelung für die Verordnung zunächst von Triptanen - abhängig von der Häufigkeit der Migräneattacken.

§12 Absatz 11 der Arzneimittel-Richtlinie wurde folgender Satz angefügt:

„Ist bei Arzneimitteln mit gleichem Wirkstoff, gleicher Wirkstärke und identischem Anwendungsgebiet eine ausreichende Versorgung durch nicht verschreibungspflichtige Packungsgrößen nicht gewährleistet, kann die Verordnung verschreibungspflichtiger Packungsgrößen wirtschaftlich sein.“

Mit Blick auf das Wirtschaftlichkeitsgebot haben Ärzte bei Verordnung von verschreibungspflichtigen Triptan-haltigen Arzneimitteln, die auch als OTC-Präparate erhältlich sind, die Häufigkeit der Migräneattacken in der Patientenakte zu dokumentieren. Dazu kann auch ein Schmerztagebuch genutzt werden.

Hintergrund

Triptan-haltige Arzneimittel stehen sowohl als OTC-Präparate als auch

Versorgungsbefugnis
beschränkt

Verordnung von
Triptanen

Häufigkeit der
Migräneattacken
dokumentieren

als verschreibungspflichtige Arzneimittel zur Verfügung. Für die Behandlung von häufig auftretenden Migräneattacken ist die nicht verschreibungspflichtige Packungsgröße jedoch ungeeignet, weil die darin enthaltene Menge an Tabletten für den Bedarf der an Migräne leidenden Person nicht ausreicht. Auch ergibt sich aus Warnhinweisen der Fachinformationen bei OTC-Präparate die Notwendigkeit einer ärztlichen Untersuchung bei häufigen Attacken.

2.5. eRezept - Austauschregeln für Arzneimittel gelten gleichermaßen für Muster 16 und eRezept

Die sozialrechtlichen Grundlagen rund um das Thema Arzneimittelverordnung haben sich mit der Einführung elektronischer Verordnungen nicht geändert. Die Austauschmöglichkeiten für Arzneimittel im Fall von Nichtverfügbarkeit eines verordneten Arzneimittels bestehen unabhängig von der Form der Verordnung gleichermaßen für Muster 16 Rezepte wie für eRezepte.

Der Austausch in der Apotheke erfolgt im Regelfall auf Basis der ursprünglichen Verordnung. Ein neues Rezept ist häufig nicht erforderlich.

Ausnahmen, die ein neues Rezept erfordern sind:

- Arzneimittel der Substitutionsausschlussliste,
- mehrheitlich biologische bzw. biosimilare Arzneimittel,
- Therapieallergene,
- Abweichen von der Darreichungsform oder
- wenn nur eine größere Packung bzw. Gesamtmenge an Wirkstoff als verordnet abgegeben werden kann.

Eine Nichtverfügbarkeit kann nur durch die Apotheke festgestellt werden. Daher können Ärzte eine ggf. erfolgte Rücksprache zwar dokumentieren, aber die Nichtverfügbarkeit nicht selber nachweisen.

Um ein durch die Nichtverfügbarkeit notwendiges Abweichen von der Abgaberangfolge zu kennzeichnen, geben Apotheken ein Sonderkennzeichen an. Im Fall Muster 16 wird eine Sonder-PZN mit Faktor auf das Rezept gedruckt, bei eRezepten wird das Sonderkennzeichen im elektronischen Abgabedatensatz ergänzt.

Die für den Austausch relevanten Regelungen nach §129 Abs. 2a SGB V gelten für Apotheken in ihrem Verhältnis gegenüber den Krankenkassen. Eine regelhafte ärztliche Rücksprache ist nur für wenige Ausnahmen vorgesehen.

Achtung

Sollte durch eine apothekenseitig gewünschte Neuverordnung das Sonderkennzeichen entfallen, obwohl eine Versorgung auf Basis der ursprünglichen Verordnung unter Anwendung der Austauschregeln möglich gewesen wäre, kann eine Berücksichtigung der Nichtverfügbarkeit im Rahmen von Wirtschaftlichkeitsprüfungen ggf. nicht gewährleistet

Nichtverfügbarkeit

Austausch

Ausnahmen

werden. Eine Beurteilung des Sachverhalts ist nur für den individuellen Einzelfall möglich.

Kompensiert die Apotheke eine Nichtverfügbarkeit mit einer kleineren Packung bzw. kleineren Gesamtmenge an Wirkstoff, so ist für den Zweck der Abrechnung für die Apotheke kein neues Rezept erforderlich. Der Arzt erhält jedoch keine regelhafte Rückmeldung über die dann geringere Reichweite. Hier bieten sich aktuell nur individuelle Lösungen für die beiderseitige Kommunikation an.

Vgl. KVN-Rundschreiben August 2023 Punkt 2.11. und KVN-Rundschreiben September Punkt 2.3

Zum Thema Austausch und wirtschaftliche Verordnungsweise beachten Sie auch gerne unsere Informationsschreiben der gemeinsamen Arbeitsgruppe GKV/KVN Arzneimittel:

- [Allgemeine Hinweise zur wirtschaftlichen Verordnungsweise](#)
- [Das aut-idem-Kreuz auf dem Rezept](#)

2.6. Dringlichkeitsliste Kinderarzneimittel - Rezepturen ohne neues Rezept möglich

Aufgrund der angespannten Versorgungssituation bei Kinderarzneimitteln erstellt das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) inzwischen eine sogenannte Dringlichkeitsliste Kinderarzneimittel, die auf der Internetseite des BfArM veröffentlicht wird. Wenn ein verordnetes Fertigarzneimittel dieser Liste nicht verfügbar ist, können Apotheken seit dem 16. Dezember 2023 ohne Rücksprache mit dem Arzt das verordnete Arzneimittel

- gegen ein anderes Fertigarzneimittel in einer anderen Darreichungsform (z. B. Zäpfchen statt Saft) **oder**
- gegen eine wirkstoffgleiche in der Apotheke hergestellte Rezeptur auch in einer anderen Darreichungsform austauschen.

Der Austausch, der nur in der Apotheke erfolgt, findet auf Grundlage der ursprünglichen Verordnung statt, ein neues Rezept ist also nicht erforderlich. Die Apotheke kennzeichnet die Nichtverfügbarkeit auf der ursprünglich ausgestellten Verordnung.

Diese Regelung gilt ausschließlich für Arzneimittel der Dringlichkeitsliste. Zum Zeitpunkt der Verordnung muss das Arzneimittel auf der Dringlichkeitsliste aufgeführt sein.

Die Dringlichkeitsliste für das Winterhalbjahr 2023/2024 finden Sie [hier](#)

Hinweis zur Wirtschaftlichkeit

Die Änderung ist mit dem Pflegestudiumstärkungsgesetz (PflStudStG) am 16. Dezember 2023 in Kraft getreten. Ziel ist mehr Flexibilität in einer möglicherweise angespannten Versorgungssituation mit Kinderarzneimitteln.

Keine Rückmeldung

Ohne Rücksprache

In diesem Zusammenhang wurde in §106 b Absatz 1 c SGB V geregelt, dass die Verordnung eines Arzneimittels der Dringlichkeitsliste nicht als unwirtschaftlich gilt. Auch Apotheken sollen vor Retaxationen geschützt sein, wenn Arzneimittel der Dringlichkeitsliste zur Kompensation einer Nichtverfügbarkeit abweichend von der Verordnung beliefert werden, selbst wenn das abgegebene Arzneimittel unter „normalen“ Umständen ggf. als unwirtschaftlich angesehen würde (§129 Abs. 4 d SGB V).

Da sich aus der gesetzlichen Regelung nicht wörtlich ergibt, dass substitutionsbedingte Mehrkosten, die bei der Herstellung einer Rezeptur anfallen können, eingeschlossen sind, bleibt leider eine Unklarheit. Sofern sich durch Gespräche mit der Apotheke oder dem Patienten Hinweise darauf ergeben, dass gegen eine Rezeptur ausgetauscht worden ist, sollte dies in der Patientenakte dokumentiert werden. Eine aktive Pflicht zur Nachfrage besteht aber nicht.

Unklarheit

Weitere Informationen zum Thema Lieferengpässe erhalten Sie beim [BfArM](#)

2.7. Sprechstundenbedarf - Rezeptur von Cyclopentolat Augentropfen bis 30. Juni 2024 zulässig

Aktuell besteht in Deutschland weiterhin ein Lieferengpass bei cyclopentolathaltigen Augentropfen Cyclopentolat Alcon 1% AT und Zyklolat EDO.

Die gesetzlichen Krankenkassen in Niedersachsen haben sich bereit erklärt, im Rahmen von Sprechstundenbedarfsverordnungen ab sofort auch die Herstellung einer Rezeptur von Cyclopentolat Augentropfen bis 30. Juni 2024 zu erlauben, nachdem auch ein Import aus dem Ausland mangels Verfügbarkeit augenscheinlich nicht mehr möglich ist.

Die Medikamente sollen ab dem 1. April 2024 (Zyklolat EDO) bzw. 18. Juni 2024 (Cyclopentolat Alcon 1%) wieder regulär im Handel verfügbar sein, erfahrungsgemäß dauert es aber eine gewisse Zeit bis die Lieferketten wieder gefüllt sind.

Die kurzzeitige Freigabe von Rezepturen im Rahmen des Sprechstundenbedarfs dient der Aufrechterhaltung der Versorgung und wird daher ausdrücklich von den Vertragspartnern der Sprechstundenbedarfsvereinbarung gestattet.

2.8. Sprechstundenbedarf - Import von Metamizol Injektionslösung bis 31. März 2024 zulässig

Aktuell besteht in Deutschland ein Lieferengpass bei dem Medikament Novalgin 1 g-Injektionslösung (Wirkstoff Metamizol-Natrium).

Die gesetzlichen Krankenkassen in Niedersachsen haben sich bereit erklärt, im Rahmen von Sprechstundenbedarfsverordnungen ab sofort Importe aus dem Ausland befristet bis zum 31. März 2024 zu erlauben. Im

2. Quartal 2024 soll das Mittel nach Aussagen des Herstellers dann wieder wie gewohnt in Deutschland verfügbar sein, so dass ein Import dann nicht mehr notwendig sein wird.

Der kurzzeitige Import im Rahmen des Sprechstundenbedarfs dient der Aufrechterhaltung der Versorgung und wird daher ausdrücklich von den Vertragspartnern der Sprechstundenbedarfsvereinbarung gestattet.

2.9. Scemblix® (Asciminib) als bundesweite Praxisbesonderheit anerkannt

Scemblix® (Wirkstoff: Asciminib) wird nach einer Vereinbarung zwischen dem GKV-Spitzenverband und dem pharmazeutischen Unternehmer Novartis Pharma GmbH in folgendem Anwendungsgebiet mit einem Zusatznutzen laut G-BA-Beschluss vom 16. März 2023 ab dem ersten Behandlungsfall als Praxisbesonderheit ab dem 1. April 2023 anerkannt:

- Scemblix® wird angewendet zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit Philadelphia-Chromosom-positiver chronischer myeloischer Leukämie in der chronischen Phase (Ph+ CML-CP), die zuvor mit zwei oder mehr Tyrosinkinase-Inhibitoren behandelt wurden.

Anwendungsgebiet

Weitere Anwendungsgebiete oder Patientengruppen von Scemblix® sind hiervon nicht umfasst.

Die Vorgaben der Fachinformation sind zu berücksichtigen. Die Einleitung und Überwachung der Therapie mit Asciminib soll nur durch in der Therapie von Patientinnen und Patienten mit chronischer myeloischer Leukämie erfahrene Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie erfolgen.

Die Anerkennung als Praxisbesonderheit besteht, solange Novartis Pharma GmbH Scemblix in Deutschland vertreibt.

Weitere Informationen zur Praxisbesonderheit finden Sie auf der Seite des GKV-Spitzenverbandes unter dem folgenden [Link](#)

2.10. Berufsbezeichnung im Arztstempel

Wir möchten daran erinnern, dass die Angabe der Berufsbezeichnung im Arztstempel zwingend erforderlich ist, weil es sich hierbei um eine gesetzlich vorgeschriebene Pflichtangabe handelt. Dies ergibt sich aus §2 Arzneimittelverschreibungsverordnung (AMVV) und gilt für Muster 16 sowie für eRezepte.

Eine Verschreibung muss hiernach enthalten:

- Name,
- Vorname,
- Berufsbezeichnung,

- Anschrift der Praxis oder der Klinik der verschreibenden ärztlichen Person,
- Telefonnummer zur Kontaktaufnahme

Die Berufsbezeichnung Facharzt bzw. Fachärztin, Arzt bzw. Ärztin oder ggf. angestellter Arzt bzw. angestellte Ärztin muss zusätzlich zur namentlichen Nennung der verschreibenden Person erfolgen. Dies gilt auch für Zusatzstempel, die ggf. von Ärzten verwendet werden, die nicht im Praxisstempel erfasst sind, aber in einer Praxis Verordnungen ausstellen.

Die alleinige Angabe eines Fachgebietes hingegen, wie beispielsweise „Allgemeinmedizin“ oder „Praxis für Allgemeinmedizin“ erfüllt nicht das Merkmal einer Berufsbezeichnung und ist nicht ausreichend.

Beispiele für eine ordnungsgemäße Angabe sind:

Dr. med. Petra Musterfrau, Ärztin
oder
Peter Mustermann, Facharzt für Neurologie.

eRezept

Falls die Berufsbezeichnung des verordnenden Arztes bei der digitalen Verordnung fehlt, kann die Apotheke sie nicht selbst ergänzen, sondern muss bei der Arztpraxis ein neues eRezept mit Angabe der Berufsbezeichnung anfordern. Üblicherweise ist die Berufsbezeichnung im Praxisverwaltungssystem hinterlegt und erscheint automatisch auf dem eRezept. Ist das nicht der Fall, sollte sich die Arztpraxis an den PVS-Hersteller wenden, um zu erfragen wie die Angabe korrigiert werden kann. Überbrückungsweise kann auf das Ersatzverfahren (Muster 16) zurückgegriffen werden.

2.11. Lieferengpässe - Versorgungsmangel für Salbutamol bekannt gegeben

Nachdem Salbutamol-haltige Arzneimittel schon länger knapp waren, hat das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) aktuell einen Versorgungsmangel für Salbutamol-haltige Arzneimittel zur pulmonalen Anwendung im Bundesanzeiger offiziell gemacht. Die Bekanntmachung ermöglicht den zuständigen Landesbehörden, die Versorgungsmöglichkeiten zu flexibilisieren. Beispielsweise könnten auf Landesebene Importe in fremdsprachiger Aufmachung in Verkehr gebracht werden, die in Deutschland regulär nicht zugelassen sind. Diese befristeten Maßnahmen sollen helfen, Apotheken das bürokratisch komplexe und zeitaufwändige Verfahren der Einzelimporte zu ersparen, um ein Rezept beliefern zu können.

- Für die ärztliche Verordnung ändert sich durch derartige Importe nichts. Der Austausch in der Apotheke gegen ein wirkstoffgleiches Importarzneimittel erfolgt auf Grundlage der ursprünglichen Verordnung.

Beispiele

Bei Salbutamol-haltigen Arzneimitteln handelt es sich um Arzneimittel zur Vorbeugung oder Behandlung von Erkrankungen, die möglicherweise lebensbedrohliche Verläufe nehmen können. Eine alternative gleichwertige Arzneimitteltherapie steht nicht zur Verfügung.

Als Gründe für die Nichtverfügbarkeit werden von Herstellerseite Produktionsprobleme, unzureichende Produktionskapazitäten bzw. eine erhöhte Nachfrage angegeben. Sobald eine bedarfsgerechte Verfügbarkeit wieder gewährleistet ist, wird die Ausnahmeermächtigung vom BMG wiederum mittels Bekanntmachung aufgehoben.

Zum Thema Lieferengpässe beachten Sie bitte auch unsere Hinweise und FAQ auf der [Startseite der KVN Homepage](#)

Informationen zum Austausch von Arzneimitteln in der Apotheke finden Sie [hier](#)

Die Bekanntmachung des Versorgungsmangels finden Sie [hier](#)

3. Allgemeine Hinweise

3.1. Telefonische Krankschreibung ab sofort wieder möglich

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat durch Beschluss vom 7. Dezember 2023 die telefonische Krankschreibung dauerhaft in die Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie aufgenommen. Das Bundesgesundheitsministerium (BMG) hat dem Beschluss bereits am gleichen Tag zugestimmt, so dass die Regelung auch bereits am 7. Dezember 2023 in Kraft getreten ist.

Für eine Krankschreibung muss der Patient nicht mehr zwingend in die Arztpraxis kommen. Unter bestimmten Voraussetzungen kann auch nach telefonischer Anamnese eine Arbeitsunfähigkeit bescheinigt werden.

1. Die Arbeitsunfähigkeit kann nicht in einer Videosprechstunde festgestellt werden.
2. Der Patient muss in der Arztpraxis persönlich bekannt sein.
3. Es darf keine schwere Symptomatik vorliegen.

Sind diese Voraussetzungen gegeben, kann der Arzt nach telefonischer Anamnese die Erstbescheinigung über eine Arbeitsunfähigkeit für bis zu fünf Kalendertage ausstellen. Besteht die telefonisch festgestellte Erkrankung fort, kann die Folgebescheinigung nur nach einem persönlichen Besuch in der Praxis ausgestellt werden. Wurde die Erstbescheinigung bei einem Praxisbesuch ausgestellt, kann die fortbestehende AU auch telefonisch festgestellt werden.

Voraussetzungen

Ergänzende Hinweise

- Es liegt im Ermessen des Arztes, ob die Krankschreibung telefonisch erfolgen kann oder eine Untersuchung persönlich notwendig ist. Ein Anspruch des Patienten auf eine Telefon-AU besteht nicht.
- Der Patient ist verpflichtet, sich am Telefon zu authentifizieren. Dies kann über einen Abgleich mit den Daten der Versichertenkarte sowie die telefonische Abfrage von Patientendaten, zum Beispiel dem Geburtsdatum oder der Wohnanschrift, erfolgen.
- Die elektronische Gesundheitskarte (eGK) muss nicht eingesehen werden. War der Patient in dem Quartal bereits mit seiner eGK in der Praxis, liegen die Versichertendaten vor. Anderenfalls übernimmt die Praxis die Versichertendaten für die Abrechnung im Ersatzverfahren aus der Patientenakte.
- Für den Versand der AU-Bescheinigung an Patienten können Vertragsärzte das Porto über die Kostenpauschale 40128 des EBM abrechnen. Der Bewertungsausschuss wird dazu in Kürze die schriftliche Beschlussfassung einleiten. Der Beschluss tritt mit Wirkung zum 7. Dezember 2023 in Kraft.

3.2. Telefonische Anamnese bei Erkrankung eines Kindes ab sofort möglich

Die ärztliche Bescheinigung eines erkrankten Kindes (Vordruck 21) ist ab sofort ebenfalls nach telefonischer Anamnese möglich. Eine entsprechende Vereinbarung haben die KBV und der GKV-Spitzenverband befristet bis zum 30. Juni 2024 getroffen.

Da es seitens des Gesetzgebers Überlegungen gibt, den Nachweis der Erkrankung des Kindes für die ersten Tage der Erkrankung neu zu regeln, wurde die telefonischen Anamnese bei Erkrankung eines Kindes vorerst bis zum 30. Juni 2024 befristet, um einer möglichen Regelung nicht vorzugreifen.

Eltern haben Anspruch auf Krankengeld bei erkranktem Kind, wenn das Kind noch nicht zwölf Jahre alt ist. Hat das Kind eine Behinderung oder ist es auf Hilfe angewiesen gilt keine Altersgrenze. Als Nachweis der Erkrankung dient die „Ärztliche Bescheinigung für den Bezug von Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes“ (Vordruck 21).

Die Einzelheiten zur Ausstellung der Bescheinigung nach telefonischer Anamnese möchten wir Ihnen nachfolgend vorstellen.

Voraussetzungen

- Das zu behandelnde Kind ist in der Praxis bekannt, d. h., dass das Kind aufgrund früherer Behandlung in der Praxis oder per Hausbesuch persönlich bekannt sein muss.
- Die Durchführung einer Videosprechstunde ist nicht möglich. Dies kann zum Beispiel dann der Fall sein, wenn die Arztpraxis eine Videosprechstunde nicht anbietet oder ein Elternteil und

Befristung

das erkrankte Kind eine Videosprechstunde aus technischen oder persönlichen Gründen nicht wahrnehmen können.

- Es handelt sich um eine Erkrankung, die keine schwere Symptomatik vorweist.

Dauer

- Die Bescheinigung kann für bis zu fünf Kalendertage ausgestellt werden. Eine weitere Bescheinigung per Telefon kann nur ausgestellt werden, wenn der Vertragsarzt oder die Vertragsärztin das erkrankte Kind zuvor in der Praxis oder per Hausbesuch untersucht hat.

Authentifizierung

- Die Authentifizierung des Kindes beziehungsweise eines Elternteils kann über einen Abgleich mit den Daten der Versichertenkarte sowie die telefonische Abfrage von Patientendaten, zum Beispiel dem Geburtsdatum des Kindes oder dessen Wohnanschrift, erfolgen.

Kein Einlesen der eGK

- Wurde das erkrankte Kind in dem Quartal bereits mit seiner eGK in der Praxis behandelt, liegen die Versichertendaten vor. Andernfalls übernimmt die Praxis die Versichertendaten für die Abrechnung im Ersatzverfahren aus der Patientenakte.

Porto für den Versand

- Für den Versand der Bescheinigung an ein Elternteil des erkrankten Kindes können Vertragsärztinnen und Vertragsärzte das Porto über die Kostenpauschale 40129 des EBM abrechnen. Die Kostenpauschale ist mit 86 Cent bewertet.

Hinweis

- Die Eltern des erkrankten Kindes haben keinen Anspruch auf eine telefonische Bescheinigung der Erkrankung. Die Entscheidung trifft der Vertragsarzt oder die Vertragsärztin. Ist keine hinreichend sichere Beurteilung der Erkrankung nach telefonischer Anamnese möglich, ist auf eine persönliche Untersuchung in der Praxis zu verweisen.

Kein Anspruch der Eltern

3.3. Neufassung der Mutterschafts-Richtlinie mit Anpassung der Anlagen 3 (Mutterpass) und 5 (Versicherteninformation zu Basis-Ultraschalluntersuchungen)

Im Rahmen der einheitlichen Gestaltung seiner Richtlinien hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) die Mutterschafts-Richtlinie (Mu-RL) neu gefasst. Aus der geänderten Mu-RL ergibt sich kein unmittelbarer Handlungsbedarf für die Vertragsärzte.

Die Änderungen in der MU-RL beziehen sich vor allem auf Aufbau, Struktur und Bezeichnungen:

- Der Begriff „Entbindung“ wird durch „Geburt“ ersetzt - die Richtlinie heißt daher künftig „Richtlinie über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft nach der Geburt“.
- Der Richtlinie wird eine Inhaltsübersicht vorangestellt.
- Die Richtlinie wird nach einem einheitlichen Musterblatt untergliedert unter Benennung von Paragraphenzeichen, Absätzen und Sätzen.
- In der Richtlinie wird dem Grundsatz der sprachlichen Gleichbehandlung von Frauen und Männern Rechnung getragen.

Darüber hinaus wurde der Mutterpass (Anlage 3) angepasst. Bereits ausgestellte Mutterpässe behalten ihre Gültigkeit und können weiterverwendet werden. Bei der Neuausstellung eines Mutterpasses ist allerdings die aktuelle Version auszugeben. Den aktualisierten Mutterpass können Sie im Rahmen Ihrer Vordruckbestellung über den Paul-Albrechts-Verlag bestellen.

Des Weiteren wurde die Versicherteninformation „Basis-Ultraschalluntersuchungen für Frauen in der Schwangerschaft“ (Anlage 5) an geltendes Recht angepasst.

3.4. Beitritt der Mobil Krankenkasse zur BKK-Impfvereinbarung - Ausland

Mit der Mobil Krankenkasse übernimmt ab 1. Februar 2024 eine weitere BKK Impfungen anlässlich privater Auslandsreisen (GOP 92100 - 92109).

Welche BKKen aktuell an der BKK-Impfvereinbarung - Ausland - teilnehmen, können Sie der nachfolgenden Tabelle entnehmen.

Name	Straße	Ort	VKNR	Beitritt zum
Audi BKK	Ettinger Straße 70	85057 Ingolstadt	64 414	01.04.2010
Bahn BKK	Franklinstraße 54	60486 Frankfurt/Main	40 401	01.04.2009
BKK 24 (hat eine eigene und inhaltsgleiche Impfvereinbarung)	Sülbecker Brand 1	31683 Obernkirchen	09 416	01.01.2009
BKK EWE	Donnerschweerstraße 20	26123 Oldenburg	12 407	01.01.2011
BKK Ernst & Young	Rotenburger Straße 16	34212 Melsungen	42 402	01.08.2009
BKK exclusiv	Zum Blauen See 7	31275 Lehrte	09 402	01.04.2009
BKK firmus	Gottlieb-Daimler-Straße 11	28237 Bremen	03 412	01.04.2009
BKK Pfalz	Lichtenberger Straße 16	67059 Ludwigshafen	49 411	01.07.2009
BKK RWE	Welfenallee 32	29225 Celle	09 409	01.04.2009
BKK Wirtschaft & Finanzen	Bahnhofstraße 19	34212 Melsungen	42 406	01.08.2009
BMW BKK	Mengkofener Straße 6	84140 Dingolfing	69 401	01.07.2009
energie BKK	Lange Laube 6	30159 Hannover	09 450	01.04.2009
Mobil Krankenkasse	Friedenheimer Brücke 29	80639 München	09 455	01.02.2024
Novitas BKK	Hermann-Blohm-Straße 3	20457 Hamburg	02 407	01.04.2010
pronova BKK	Brunckstraße 47	67063 Ludwigshafen	49 402	01.01.2013
R + V BKK	Kreuzberger Ring 21	65205 Wiesbaden	45 405	01.07.2009
Viactiv Krankenkasse	Universitätsstraße 43	44789 Bochum	18 405	01.04.2011
vivida bkk	Spittelstraße 30	78056 Villingen-Schwenningen	58 434	01.04.2009

Teilnehmende BKKen

Die BKK-Impfvereinbarung - Ausland - finden Sie im KVN-Portal unter der Rubrik Verträge/Impfvereinbarungen.

3.5. Prävention für Kinder „starke Kids“ U10/ U11: Novitas BKK beendet Teilnahme

Somit sind die Gebührenordnungspositionen 99216 (U10) und 99217 (U11) für Versicherte dieser Kasse nur noch im aktuellen Quartal - bis 31. März 2024 - abrechenbar. KVN-Portal: Rubrik „Verträge“, Suchbegriff „starke Kids“

Bis 31. März 2024
abrechenbar

3.6. Höhere Vergütungen für kurärztliche Leistungen rückwirkend ab 1. Oktober 2023

Die im Kurarztvertrag aufgeführten Pauschalen steigen rückwirkend ab 1. Oktober 2023 um 18,75 Prozent. So wird beispielsweise die kurärztliche Behandlung bei einer Dauer von drei Wochen mit einer Pauschale von 56,45 Euro (vorher 47,54 Euro) vergütet. Daneben erfolgen zum 1. Januar weitere Änderungen, über die wir Sie nachfolgen informieren möchten.

Vorbereitungsgespräch per Video

Zur Organisation der Kur kann im Vorfeld ein Kontakt der Kurverwaltung mit dem Patienten stattfinden. In Ausnahmefällen kann dieser Kontakt auch durch den Kurarzt selbst erfolgen, um den Aufenthalt vor Ort vorzubereiten. Dieser Kontakt kann mit Einverständnis des Patienten auch per Video stattfinden. Für diese Leistung vergütet die Krankenkasse zusätzlich einen Zuschlag in Höhe von 4,60 Euro.

Der Kurarzt kann mit Einverständnis des Patienten auch dessen Rückfragen und einen Teil der Kontrolluntersuchungen in einer Videosprechstunde beantworten oder durchführen, insbesondere wenn er mehrere Kurorte betreut. Hierfür kann der Zuschlag allerdings nicht abgerechnet werden.

Teilnahme an Kurarztverträgen an die Weiterbildungsordnung angepasst

Als Voraussetzung für die Teilnahme an den Kurarztverträgen genügt die nach der Weiterbildungsordnung erforderliche Genehmigung, die Zusatzbezeichnung Kur- oder Badearzt zu führen oder der Nachweis der vollständigen Absolvierung des Kurses gemäß der jeweils gültigen Weiterbildungsordnung, der zum Erwerb der Zusatzbezeichnung Balneologie und Medizinische Klimatologie berechtigt.

Flexibilisierung durch Teilnahme für weitere zwei Kurorte

Auf Antrag des Kurarztes kann die KV die Teilnahme für weitere zwei Kurorte genehmigen. Die Tätigkeit in den weiteren Kurorten erfolgt dann in Zweigpraxen oder auf Wunsch des Versicherten am Vertragsarztsitz des Kurarztes. Die Kosten für die Fahrt zum Arzt werden von den Krankenkassen jedoch nicht übernommen. Die kurärztliche Behandlung erfolgt spätestens am zweiten Werktag nach der Anreise des Versicherten.

Befristete Teilnahme am Kurarztvertrag zur Sicherstellung der kurärztlichen Versorgung

Ist an einem anerkannten Kurort nur ein Kurarzt tätig, können auf Antrag bei der zuständigen KV bis zu drei weitere Ärzte befristet am Kurortvertrag teilnehmen. Ermöglicht wird dies auch Ärzten, die die erforderliche Zusatzbezeichnung erwerben wollen, und angestellten Ärzten einer Rehabilitationsklinik. Sofern kein Kurarzt tätig ist, können bis zu vier Ärzte befristet am Vertrag teilnehmen.

Einigung auf verbindliche Formulare

Die KBV hat sich mit dem GKV-Spitzenverband ferner darauf geeinigt, dass für die kurärztliche Behandlung nur die vereinbarten Formulare verwendet werden. Damit verringert sich der bürokratische Aufwand für die Praxis und die kurärztliche Verwaltungsstelle.

Anhebung der Bagatellgrenze

Außerdem wird die Bagatellgrenze bei Wirtschaftlichkeitsprüfungen von 10,25 Euro auf 30,00 Euro erhöht. Einzelanträge auf sachlich-rechnerische Richtigstellung unterhalb von 30,00 Euro pro Arzt, Krankenkasse und Quartal sind damit ausgeschlossen.

3.7. Neufassung der Vereinbarung zur europäischen Krankenversichertenkarte zum 1. Januar 2024

Zum 1. Januar 2024 wurde die Vereinbarung zur europäischen Krankenversichertenkarte (Anlage 20 Bundesmantelvertrag-Ärzte/BMV-Ä) neugefasst. Hintergrund ist, dass sich in den vergangenen Jahren EU-Vorgaben geändert haben beziehungsweise neue hinzugekommen sind. Hinzu kam der Austritt des Vereinigten Königreichs Großbritannien und Nordirland aus der EU.

Hintergrund

In der Vereinbarung ist geregelt, welchen Leistungsanspruch Personen haben, die im Ausland krankenversichert sind und während ihres Aufenthalts in Deutschland erkranken. Konkret geht es um Personen, die eine Europäische Krankenversichertenkarte (EHIC), eine Global Health Insurance Card (GHIC) oder eine Provisorische Ersatzbescheinigung (PEB) vorlegen beziehungsweise über einen Nationalen Anspruchsnachweis verfügen. Es handelt sich dabei um Personen, die in einem anderen Land der EU beziehungsweise des Europäischen Wirtschaftsraumes oder aber in der Schweiz oder im Vereinigten Königreich Großbritannien und Nordirland gesetzlich krankenversichert sind („im Ausland versicherte Personen“).

Die wichtigsten Änderungen

- Für Patienten aus dem Vereinigten Königreich Großbritannien und Nordirland wurde die GHIC als Anspruchsnachweis vereinbart.

Leistungsanspruch

- Für notwendige Überweisungen ist generell das Überweisungsformular (Muster 6) zu verwenden. Wie bisher ist bei Überweisungen mit dem Muster 16 beim mit-/weiterbehandelnden Arzt erneut ein Anspruchsnachweis vorzulegen.
- Beim Ausstellen einer AU-Bescheinigung erfolgt keine elektronische Übermittlung an die Krankenkasse. Ärzte erstellen per Stylesheet eine papiergebundene AU-Bescheinigung und händigen dem Patienten alle Ausfertigungen (Krankenkasse, Versicherter, Arbeitgeber) unterschrieben aus. Im Adressfeld steht die vom Patienten gewählte deutsche Krankenkasse.
- Die Patientenerklärung (Anlage 2) und der Nationale Anspruchsnachweis (Anlage 3) wurden an die geänderte Vereinbarung angepasst, neu strukturiert und in weitere Sprachen übersetzt. Auf der Patientenerklärung wurde ein neuer Abschnitt für die Bestätigung der Identitätsprüfung durch den Vertragsarzt aufgenommen. Dieser ersetzt die bisherige Unterschrift und Stempelung der Kopie des Nationalen Anspruchsnachweises.

Mit dem aktuellen PVS-Update stellt die KBV die mehrsprachigen Vorlagen der Patientenerklärung bereit. PVS-Hersteller sind verpflichtet, die Patientenerklärung einzubinden.

Überweisungen

AU-Bescheinigung

Patientenerklärung

4. Veranstaltungen im Februar und März 2024

Unser komplettes Seminarangebot finden Sie [hier](#). Dort können Sie sich direkt online anmelden.

Name	Ort	Datum	Gebühr p. P.
Datenschutz in der Arztpraxis	WebSeminar	06.Feb	85 Euro
Praxisbegehungen durch das Gesundheitsamt	Hannover	07.Feb	kostenlos
Moderne Wundversorgung	Hannover	07.Feb	kostenlos
Praxisorganisation und Praxisführung	WebSeminar	14.Feb	85 Euro
Qualitätsmanagement-Aktuell - Der QEP-Zielkatalog	WebSeminar	14.Feb	85 Euro
Sprechstundenbedarf (SSB)	WebSeminar	14.Feb	kostenlos
Führungskunst - Sicher führen und überzeugen	Hannover	14.Feb	149 Euro
Heilmittelverordnung in Theorie und Praxis	Osnabrück	14.Feb	kostenlos

Stress lass nach	Aurich	14.Feb	90 Euro
Update Digitalisierung: Der eArztbrief	WebSeminar	14.Feb	kostenlos
Hygiene in der Arztpraxis	WebSeminar	15.Feb	85 Euro
Arbeitsplatz Arztpraxis - Vorbereitung für den Quereinsteiger an der Anmeldung (5-tägig)	WebSeminar	19.Feb	350 Euro
Sachkundelehrgang gemäß §8 Abs. 4 der Medizinpro- duktbetreiberverordnung (5-tägig)	Hannover	19.Feb	600 Euro
Personalführung für PraxismitarbeiterIn	WebSeminar	20.Feb	85 Euro
Fit am Empfang - So heißen Sie Ihre Patienten willkommen	WebSeminar	21.Feb	85 Euro
EBM für Einsteiger	Osnabrück	21.Feb	kostenlos
Arzneimittelverordnungen	WebSeminar	21.Feb	kostenlos
Honorarbescheid lesen und verstehen	Hannover	21.Feb	kostenlos
Gruppentherapie leicht gemacht - Erneut/Erstmalig in der Praxis anbieten	WebSeminar	21.Feb	75 Euro
Meine Zukunft planen - Im- pulse für Ihre Praxisabgabe	Stade	21.Feb	kostenlos
Update Digitalisierung: Der eArztbrief	WebSeminar	21.Feb	kostenlos
Niederlassungsseminar Modul I „Meine eigene Pra- xis - Impulse für Ihren Start“	Oldenburg	21.Feb	kostenlos
Arzneimittelverordnungen	WebSeminar	28.Feb	kostenlos
Generationsmanagement - Multi-Generations-Teams professionell führen	Hannover	28.Feb	138 Euro
Datenschutz für Fortgeschrittene	WebSeminar	28.Feb	85 Euro
Qualitätsmanagement- Aktuell - Die Qualitätsma- nagement-Richtlinie	WebSeminar	28.Feb	85 Euro
Moderne Wundversorgung	WebSeminar	28.Feb	kostenlos

Meine Praxiskooperation - Was ist möglich mit BAG, Anstellung, MVZ & Co.	Hannover	28.Feb	kostenlos
Niederlassungsseminar Modul I „Meine eigene Praxis - Impulse für Ihren Start“	WebSeminar	28.Feb	kostenlos
IT-Sicherheit für Einsteiger	WebSeminar	06.Mär	85 Euro
Honorarbescheid lesen und verstehen	WebSeminar	06.Mär	kostenlos
ICD10 - Richtig kodieren	Hannover	06.Mär	kostenlos
Update Digitalisierung: Das elektronische Rezept	WebSeminar	06.Mär	kostenlos
Arzneimittel-Verordnung	WebSeminar	06.Mär	kostenlos
Heilmittelverordnung in Theorie und Praxis	WebSeminar	06.Mär	kostenlos
Verordnen von Heilmitteln	WebSeminar	06.Mär	kostenlos
Medizinprodukte-Aufbereitung Workshop Teil 1	WebSeminar	06.Mär	85 Euro
Meine Praxiskooperation - Was ist möglich mit BAG, Anstellung, MVZ & Co.	WebSeminar	06.Mär	kostenlos
Arbeitsschutz in der Arztpraxis	WebSeminar	07.Mär	85 Euro
Update Digitalisierung: Der eArztbrief	WebSeminar	13.Mär	kostenlos
Das Telefon - Die Visitenkarte der Arztpraxis	WebSeminar	13.Mär	85 Euro
Heilmittelverordnung in Theorie und Praxis	Hannover	13.Mär	kostenlos
Sprechstundenbedarf	WebSeminar	13.Mär	kostenlos
Arzneimitteltherapiesicherheit - AMTS	WebSeminar	13.Mär	kostenlos
Der Honorarbescheid - Ein Buch mit 7 Siegeln?	Osnabrück	13.Mär	kostenlos
Sprechstundenbedarf	WebSeminar	14.Mär	kostenlos
Update Digitalisierung: Der eArztbrief	WebSeminar	20.Mär	kostenlos