

Monatliches Mitteilungsorgan der KVN
mit Berichten aus der Selbstverwaltung
und aktuellen Hinweisen zur Praxisführung

KVNachrichten

Das Rundschreiben der Kassenärztlichen
Vereinigung Niedersachsen

01/2025



Editorial des KVN-Vorstands: Blick auf zwei neue digitale Medien - Seite 4

Abschaffung der Bevorzugung von Privatpatienten löst Probleme nicht - Seite 5

Gesundheitsregionen erhalten Förderungen - Seite 6

Inhalt – KVNachrichten 01/2025



Editorial 4



Nachrichten

Abschaffung der Bevorzugung von Privatpatienten bei Terminvergaben löst Probleme des Gesundheitswesens nicht	5
Gesundheitsregionen in Niedersachsen erhalten Förderung für sechs neue Projekte	6
Positionen der KBV zur Bundestagswahl	8
Bundestagswahl 2025: Kernaussagen zur ambulanten Versorgung der Parteien	9
NaGuk startet Podcast zu Gesundheit und Klima in Niedersachsen	11
Neues Regionales Gesundheitszentrum (RGZ) Holzminden nimmt ab 1. April 2025 seine Arbeit auf	11



Abrechnung

Bewertungsausschuss (BA) fasst Beschlüsse zu Long COVID und Dialyse zum 1. Januar 2025	12
Anpassung der Onkologie-Vereinbarung zum 1. Januar 2025	13
Erweitertes Neugeborenen-Screening nach der Kinder-Richtlinie: Anpassungen im EBM und neue Kostenpauschale	14
EBM für das Arzneimittel Qalsody® angepasst	15
Bewertungsausschuss beschließt verschiedene EBM-Änderungen, neue GOP für Meldung an Implantateregister	16
Neue Leistung: Computertomographie-Koronarangiographie ab 1. Januar im EBM.	18
Weiterentwicklung des ambulanten Operierens ab 1. Januar: Hybrid-DRG-Vergütungsvereinbarung und weitere Beschlüsse	19



Verordnung

Arzneimittel-Richtlinie Anlage VII (aut idem) - Austauschbare Darreichungsformen	23
Lonsurf® (Trifluridin/Tipiracil) in weiteren Teilindikationen als Praxisbesonderheit anerkannt	23
Talvey® (Talquetamab) als bundesweite Praxisbesonderheit anerkannt	24
Tibsovo® (Ivosidenib) als bundesweite Praxisbesonderheit anerkannt	25
Ergänzung der Anlage II (Lifestyle Arzneimittel) der Arzneimittel-Richtlinie: Tirzepatid und Ritlecitinib	25
Verbandmittel - Update zur Verordnungsfähigkeit sonstiger Produkte zur Wundbehandlung	26
Rabattverträge im Sprechstundenbedarf	26
Änderung der Anlage V (verordnungsfähige Medizinprodukte) der Arzneimittel-Richtlinie - Streichungen	27
Anlage VI der Arzneimittel- Richtlinie (Off-Label-Use) -Bisphosphonate bei Patientinnen mit HR-positivem, postmenopausalem Mammakarzinom - weiterer Hersteller	27



Allgemeine Hinweise

BARMER, Techniker Krankenkasse (TK) und KNAPPSCHAFT: Ergänzende Hautkrebsvorsorge (bis Alter 34) ab 1. Januar 2025 vereinbart.	28
Hausarztzentrierte Versorgung AOK Niedersachsen: Vergütung angepasst	29
Broschüre - Behördliche Überwachung von Arztpraxen, 1. Auflage 2024	29
KBV: Neue labordiagnostische Empfehlungen	30
Zi-Kodierhilfe und Fachgruppenthesen: Aktualisierung auf 2025 jetzt online.	30
Besondere Versorgung der DAK-Gesundheit „Willkommen Baby!“ endet.	31
Gesetzliche Unfallversicherung: Anpassungen ab Januar 2025.	31
Früherkennungsuntersuchungen U10 / U11 und J2 - besondere Versorgungen mit der Knappschaft und der Techniker Krankenkasse: Teilnahmeformulare	32
Kooperationsanfragen an Mitglieder.	33
KVN passt Abschlagszahlungen an.	33



Veranstaltungen

Unser komplettes Seminarangebot.	34
---------------------------------------	----



Amtliches

Ausschreibungen für Nachfolgezulassungen in gesperrten Planungsbereichen	36
Förderung für die Besetzung von Vertragsarztsitzen nach der Strukturfonds-Richtlinie der KVN	36
Sitzung der KVN-Vertreterversammlung	36
Impressum	37

 **Editorial**

Liebe Mitglieder,

zu allererst wünschen wir Ihnen ein gutes und gesundes neues Jahr. Was wird dieses Jahr 2025 bringen? Mit Blick auf die KVN zwei neue und digitale Medien: Ab Anfang Januar erscheinen die neuen KVNachrichten - das Rundschreiben der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen, das Sie monatlich in Ihrem E-Mail-Postfach finden. Darin lesen Sie Aktuelles aus der Ärzteschaft, der Berufspolitik und der KVN, die gewohnten Praxishinweise des bisherigen Rundschreibens und abschließend einen amtlichen Teil, denn die KVNachrichten sind das neue amtliche Bekanntmachungsorgan der KVN.



Vier Mal im Jahr bieten wir Ihnen zudem das digitale *kvn.magazin* als Nachfolgerin des Niedersächsischen Ärzteblatts an. Darin widmen wir uns Schwerpunktthemen der ambulanten Versorgung in Niedersachsen. Hier finden Sie auch Podcasts, Videos oder Links zu weiterführenden Inhalten. Nur 2025 werden wir das *kvn.magazin* noch als gedrucktes Heft herausgeben, anschließend konzentrieren wir uns auf die digitale Ausgabe.

Wir hoffen, Ihnen mit diesen zwei Medien einen modernen und umfassenden Service zu bieten und freuen uns auf Ihr Feedback. Schreiben Sie uns an pressestelle@kvn.de

Was noch bringt dieses neue Jahr? Vor allem gesundheitspolitisch weiterhin ungewisse Zeiten. Die Fülle der geplanten Gesetze von Bundesgesundheitsminister Lauterbach kommt aufgrund der Neuwahlen bekanntermaßen nicht zustande. Es bleibt abzuwarten, wie eine neue Bundesregierung sich aufstellt und welche gesundheitspolitischen Weichenstellungen sie vornehmen wird. Wir werden als KVN die Prozesse weiterhin eng begleiten und Sie in unseren neuen Medien - in den KVNachrichten und im *kvn.magazin* - auf dem Laufenden halten.

Ihre

Mark Barjenbruch, *Vorstandsvorsitzender der KVN*

Nicole Löhr, *Vorständin der KVN*

Thorsten Schmidt, *Stellv. Vorstandsvorsitzender der KVN*



Nachrichten

Abschaffung der Bevorzugung von Privatpatienten bei Terminvergaben löst Probleme des Gesundheitswesens nicht

KVN: „Wir brauchen eine zielgerichtete Patientensteuerung.“



„Angesichts der schwierigen Finanzlage der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ertönt erneut der Ruf nach Abschaffung der Bevorzugung von Privatpatienten durch Vertreter der Krankenkassen und Politiker der SPD. Diese Neiddebatte im beginnenden Wahlkampf bringt uns keinen Schritt weiter“, sagte der Vorstandsvorsitzende der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen (KVN), Mark Barjenbruch, in Hannover.

„Die Wartezeiten auf Arzttermine sind tatsächlich ein Riesenproblem. Allerdings liegt dies nicht an der Terminbevorzugung von Privatversicherten, sondern an den Defiziten des deutschen Gesundheitssystems insgesamt“, so Barjenbruch. Die gesetzlichen Krankenkassen zahlen aufgrund der Budgetierung der ärztlichen Honorare je nach Fachrichtung bis zu 20 Prozent der für ihre Versicherten erbrachten Leistungen nicht. „Unter diesen Bedingungen ist es absurd, mehr Termine für GKV-Versicherte zu fordern“, sagte der KVN-Vorstandsvorsitzende.

Die gesetzlichen Krankenkassen überhäufen die Praxen mit zusätzlicher Bürokratie. Im Schnitt beschäftigen sich Ärztinnen und Ärzte in Niedersachsen 61 Tage mit bürokratischen Vorgaben. „Zeit, die für die Patientenbehandlung fehlt.“

In Niedersachsen gibt es zehn Prozent PKV-Versicherte und 90 Prozent GKV-Versicherte. Bei dieser geringen Anzahl könne man nicht von einer Blockade von Terminen durch PKV-Vericherte für GKV-Versicherte sprechen.

Barjenbruch weiter: „Was wir brauchen, ist eine zielgerichtete Patientensteuerung, insbesondere im Akutfall.“

„Ohne Privatpatienten würden auch die gesetzlich Versicherten schlechter behandelt werden. Schließlich entfallen vom Umsatz der niedergelassenen Ärzte über 23 Prozent auf Privatpatienten, obwohl sie nur 10 Prozent der Bevölkerung ausmachen. Nur so können Ärztinnen und Ärzte ihre Praxen so ausstatten, dass auch die gesetzlich Versicherten davon profitieren“, sagte der KVN-Chef.

Jeder Versuch, unser Gesundheitssystem mit Facetten einer Bürgerversicherung in ein Einheitsystem umzugestalten, würde nur Verlierer erzeugen. Die wachsenden Belastungen infolge der alternden Gesellschaft und die steigenden Kosten des medizinischen Fortschritts müssten bewältigt werden. Eine Bürgerversicherung biete aber auf keine dieser Fragen eine Antwort.

Barjenbruch: „Je länger man allerdings suggeriert, die Abschaffung des Wettbewerbs zwischen GKV und PKV würde die Probleme der umlagefinanzierten Sozialversicherung lösen können, desto länger verschleppt man die Suche nachdringend benötigten und nachhaltigen Reformen.“

Gesundheitsregionen in Niedersachsen erhalten Förderung für sechs neue Projekte

Innovative Maßnahmen zur Verbesserung der medizinischen und pflegerischen Versorgung, Gesundheitsförderung und Prävention



Die Gesundheitsregionen in Niedersachsen werden ab 2025 durch sechs neue Projekte unterstützt. Gemeinsam mit seinen Kooperationspartnerinnen und -partnern wählte das Niedersächsische Sozialministerium im Dezember 2024 besonders nachhaltige Vorhaben aus, die die kommunalen Gesundheitsnetzwerke stärken sollen. Zu den neu geförderten Projekten zählen u. a. ein Coaching für die Verbesserung der Ausbildungsqualität in der Pflege, der Aufbau eines telefonischen Bereitschaftsdienstes für Schwangere sowie eine stärkere Unterstützung für Demenzerkrankte.

Die Niedersächsischen Gesundheitsregionen entwickeln auf kommunaler Ebene innovative Maßnahmen zur Verbesserung der medizinischen und pflegerischen Versorgung, Gesundheitsförderung und Prävention. Die durch das Land gewährte Strukturförderung wird durch umfangreiche Projektmittel der AOK Niedersachsen, des Verbands der Ersatzkassen (vdek), des BKK Landesverbands Mitte, der IKK classic, der Kassennärztliche Vereinigung Niedersachsen sowie der Ärztekammer Niedersachsen unterstützt. Mittlerweile beteiligen sich 82 Prozent der niedersächsischen Landkreise und kreisfreien Städte an dem Programm.

„Für eine qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung braucht es ein bedarfsgerechtes medizinisches Angebot vor Ort“, sagte Andreas Philippi, Niedersächsischer Minister für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Gleichstellung. „Die Gesundheitsregionen und die damit verbundene Vernetzung der unterschiedlichen Akteurinnen und Akteure leisten hierfür einen wichtigen Beitrag.“ Er freute



sich gleich sechs neue Projekte auswählen zu können, die die kommunalen Strukturen weiter stärken würden.

Mark Barjenbruch, Vorstandsvorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen, betonte, dass die Gesundheitsversorgung in Niedersachsen insgesamt gut sei. „Dennoch müssen wir die lokalen Versorgungsstrukturen zukunftsfest weiterentwickeln, um dem demographischen Wandel und dem Fachkräftemangel zu begegnen. Hierzu wollen wir insbesondere Versorgungsprozesse besser als bisher aufeinander abstimmen. Die jetzt geförderten Projekte können dazu beitragen, hier besser zu werden. Durch enge Kooperationen wird so die Versorgung gestärkt, die in Zukunft eine andere als heute sein wird.“

care@ammerland - Netzwerk für Ausbildungserfolg

Der große Mangel an Pflegefachkräften geht auch auf hohe Abbruchquoten in der Pflegeausbildung zurück. Die Gesundheitsregion Ammerland will darauf reagieren und ein Coaching für die Auszubildenden etablieren, das diese professionell, vertraulich und frühzeitig bei Problemen während ihrer Lehrjahre unterstützt.

Hebammen für Risikogruppen - Keine Schwangere zurücklassen

Trotz erfolgreicher Hebammenzentrale können in den Gesundheitsregionen Delmenhorst und Oldenburg Land regionalen Schätzungen zufolge aufgrund von Hebammenmangel etwa 10 Prozent der Schwangeren bzw. jungen Familien nicht in eine Hebammenbetreuung vermittelt werden. Durch ein niedrigschwelliges Angebot in Form eines telefonischen Bereitschaftsdienstes und bedarfsorientierter punktueller Besuche von Notfallhebammen soll dieser Herausforderung begegnet werden.

Gesundheitsmanagement im Frauenhaus

Frauen, die im Frauenhaus Zuflucht suchen, leiden oft nicht nur an körperlichen Verletzungen, sondern auch an psychosomatischen Beschwerden. Die Gesundheitsregion Gifhorn möchte vor diesem Hintergrund gesundheitliche Angebote im Frauenhaus etablieren.

SLEEP advances - Schlaf macht Schule

Bereits Kinder und Jugendliche leiden häufig unter Schlafstörungen, -mangel und Müdigkeit. Die Gesundheitsregion Göttingen Südniedersachsen möchte partizipativ mit Schülerinnen und Schülern sowie Lehrkräften Tools und Unterrichtskonzepte erarbeiten, mit denen die Themen guter Schlaf und Ursachen von schlechtem Schlaf im Schulalltag behandelt werden und damit nachhaltig Einzug in den Lebensalltag der Schülerinnen und Schüler finden können.

SepSOS - Sepsis Strategie Osnabrück

Mit ca. 85.000 Todesfällen pro Jahr ist Sepsis eine der häufigsten Todesursachen in Deutschland. Grund für die hohe Zahl an Todesfällen ist auch ein zu geringes Bewusstsein in der Bevölkerung und nicht immer ausreichendes Wissen über dieses Krankheitsbild bei medizinischem Personal. Die Gesundheitsregion Osnabrück hat deshalb eine Strategie zur Sensibilisierung der Bevölkerung und des medizinischen Fachpersonals entworfen.

Community Health Nursing für ein besseres Leben mit Demenz

Die Gesundheitsregion Rotenburg (Wümme) möchte eine Community Health Nurse etablieren, die Leistungen zur verbesserten Versorgung und Unterstützung von Menschen mit Demenzerkrankungen und ihre Angehörigen in einem partizipativen Prozess mit den Betroffenen entwickelt und erbringt. Zu ihren Aufgaben zählen z. B. die Konzeption von Angeboten in den Bereichen Bewegung und soziale Teilhabe, die Vermittlung in Entlastungsangebote, Vor- und Nachbereitungen von Klinikaufenthalten, die Sensibilisierung der Bevölkerung zum Thema Demenz und Kommunikation mit der regionalen Ärzteschaft.

Hintergrund

Seit 2014 fördert die Niedersächsische Landesregierung zusammen mit der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen, der Ärztekammer Niedersachsen, der AOK Niedersachsen, den Ersatzkassen, dem BKK Landesverband Mitte und der IKK classic als Kooperationspartner die Gesundheitsregionen mit jährlich maximal rund 1,1 Millionen Euro. Dabei geht es um die Entwicklung von sektorenübergreifenden Strukturen und Projekten, um gerade in einem Flächenland wie Niedersachsen Modelle für eine wohnortnahe Gesundheitsversorgung zu erarbeiten. Weitere Informationen zu den Gesundheitsregionen sind u. a. auf der Internetseite unter www.ms.niedersachsen.de sowie auf www.gesundheitsregionen-nds.de zu finden.

Positionen der KBV zur Bundestagswahl

Kassenärztliche Bundesvereinigung stellt Forderungen zum Erhalt des Sozialstaates und einer modernen und zeitgemäßen ambulanten medizinischen Versorgung auf

Die Amtszeit der abgelaufenen Legislaturperiode der Ampel-Fraktionen habe im Ergebnis von dreieinhalb Jahren einen Stillstand des Gesundheitswesens für die ambulante ärztliche und psychotherapeutische Versorgung und damit einen Stillstand für die Versorgung der Patientinnen und Patienten bedeutet, so die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung (KBV) im Dezember 2024. Bereits zu lange ignoriere die Politik die zunehmenden Probleme in der ambulanten Gesundheitsversorgung bzw. versuche diese teilweise unlösbaren Probleme auf Dritte abzuwälzen. Eine Gesundheitspolitik für eine moderne und zeitgemäße ambulante medizinische Versorgung bedeute auch, dass sich Politik ehrlich um eine Problemlösung bemühen müsse.

In einem 6-Punkte-Papier fordert die KBV unter anderem einen „gemeinsamen Pakt für Selbstverwaltung“ als Bekenntnis zum Subsidiaritätsprinzip im deutschen Gesundheitswesen. Außerdem eine nachhaltige Unterstützung von freiberuflich-selbstständigen Strukturen in der ambulanten Versorgung und ein Ende der politischen Misstrauenskultur gegenüber den ambulant tätigen Ärztinnen und Ärzten sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Die KBV will eine Analyse der GKV-Finzen, einen konsequenten Abbau der sachfremden Verwendung von Finanzmitteln der GKV und die Schaffung von gleichen Zugangsvoraussetzungen und gleicher Vergütung für Ärztinnen und Ärzte, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Krankenhäuser für eine erfolgreiche Ambulantisierung. Es soll ein konsequentes Umsteuern von Sanktionen hin zu Anreizen geben, die Umsetzung eines Bürokratieentlastungsgesetzes, eine Patientensteuerung und eine nachhaltige Ausrichtung der ambulanten medizinischen Versorgung nach dem Leistungsgrundsatz: „Wer mehr leistet, muss auch besser bezahlt werden.“

Bundestagswahl 2025: Kernaussagen zur ambulanten Versorgung der Parteien

Die Bundestagswahl 2025 findet am 23. Februar 2025 statt. Mittlerweile haben alle Parteien ihre Wahlprogramme veröffentlicht. Die Kernaussagen der bürgerlichen Parteien zur ambulanten Versorgung im Überblick.

CDU/CSU

Das Wahlprogramm der Union trägt den Titel „Politikwechsel für Deutschland“ und beschäftigt sich unter der Überschrift „Ja zu guter Gesundheit und Pflege“ auch mit dem Gesundheitssystem. CDU/CSU bekennen sich zur gemeinsamen Selbstverwaltung im Gesundheitswesen und der „Dualität von gesetzlicher und privater Krankenversicherung“. Auch ein „Bekenntnis zum Grundsatz der Freiberuflichkeit und zur solidarischen Beitragsfinanzierung“ leitet das Thema ein.



Zur ambulanten medizinischen Versorgung heißt es : „Wir entwickeln die Hausarztpraxis innovativ weiter. Sie soll eine stärkere Steuerungsfunktion der Patienten übernehmen, um zu einer besseren Koordination der Behandlungsabläufe beizutragen und die Wartezeiten auf Arzttermine zu senken.“ Gleichzeitig will die Union „alle Berufsgruppen von Bürokratie entlasten“. Es gelte, mehr Zeit für Behandlung zu schaffen. Auch müsse die Geburtshilfe und medizinische Versorgung von Kindern und Jugendlichen zukunftsfest umgestaltet werden. „Familien müssen dort, wo sie wohnen, bestmögliche medizinische Versorgung erhalten“, heißt es im Programm der Union. Plan sei auch, die ambulanten und stationären Versorgungsangebote für psychische Erkrankungen bedarfsgerecht zu verbessern, insbesondere für Kinder und Jugendliche. Die Union will weiterhin Präventionsangebote in allen Lebensbereichen verbessern.

Weiter betonen CDU und CSU auch, die Digitalisierung im Gesundheitsbereich voranbringen zu wollen. Sie sei der Schlüssel zu schnellerer und sicherer Versorgung. „Die Potenziale der elektronischen Patientenakte, von digitalen Gesundheitsanwendungen oder des Einsatzes von KI werden wir im Einklang mit dem Datenschutz weiter ausschöpfen. „Die Digitalisierung in den Arztpraxen und der ambulanten Versorgung wollen wir gezielt unterstützen“, ist in dem Wahlprogramm zu lesen.

SPD

Auch die Sozialdemokraten widmen sich in ihrem Wahlprogramm dem Thema Gesundheit. Die SPD will sich nach eigenen Worten für ein Gesundheitssystem einsetzen, in dem alle Bürgerinnen und Bürger unabhängig von Einkommen und Wohnort einen schnellen Zugang zu einer hochwertigen Versorgung haben. Das Ziel sei ein gerechtes Gesundheitssystem, das unabhängig von Krisen eine schnelle und qualitätsvolle Versorgung sichert, ohne die Menschen finanziell zu überlasten. Dafür setzt die SPD erneut auf die Bürgerversicherung. Die Private Krankenversicherung soll zwar nicht abgeschafft werden, aber gemeinsam mit den gesetzlichen Krankenkassen ein solidarisches System bilden. So soll die private Krankenversicherung etwa zum Risikostrukturausgleich beitragen. Die Beiträge der Versicherten sollen sich außerdem stärker als bisher an ihrer wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit orientieren.



Keine Unterschiede mehr soll es für privat und gesetzlich Versicherte bei Wartezeiten und Behandlungsmöglichkeiten geben. Unter anderem verspricht die SPD eine „Termingarantie der

Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen“. Bei Nichteinhaltung sollen die Versicherten einen Anspruch auf Beitragsreduzierung bekommen.

Die SPD verspricht außerdem, die Vorhaben, die aufgrund des Ampel-Aus nicht mehr beschlossen werden konnten, weiterzuerfolgen. Als Beispiele werden die Entbudgetierung der Hausärztinnen und Hausärzte, die Erleichterung der Gründung von kommunalen MVZ sowie die Einführung der Advanced Practice Nurse und Gemeindeschwestern genannt. Auch hält die SPD weiter an den Gesundheitskiosken fest.

Die Sozialdemokraten wollen auch daran arbeiten, die Sektorengrenzen durchlässiger zu gestalten. „Wir möchten die Notfallversorgung und den Rettungsdienst verstärken, Barrieren zwischen Praxen, Krankenhäusern und weiteren Versorgungseinrichtungen aufheben und die Zusammenarbeit im Gesundheitswesen auch durch den Einsatz von Telemedizin und Telepharmazie verbessern“, heißt es im Programmentwurf. Des Weiteren will die SPD Prävention, regionale Versorgungsnetze und Digitalisierung stärken und mehr Gemeinwohl statt Profit fördern.

Bündnis 90/Die Grünen

„Wir wollen dass die Patientinnen und Patienten zur richtigen Zeit am richtigen Ort eine optimale Versorgung erhalten, statt lange und aufwändig nach Behandlungsterminen zu suchen und darauf zu warten“, schreiben die Grünen in ihrem Wahlprogramm. Auch sie setzen dabei auf die Primärversorgung.

Die Grünen haben außerdem vor, den Sprechstundenanteil bei Vertragsärzten für gesetzlich Versicherte zu erhöhen, und erhoffen sich dadurch, dass Patientinnen und Patienten so schneller Termine erhalten.

Die Partei will die Verteilung von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten außerdem enger mit der Krankenhausplanung der Länder verknüpfen. Die bestehende Trennung der Finanzierungssysteme von ambulanter und stationärer Versorgung soll überwunden werden, um bessere Kooperation und Koordination zu fördern. Regionale Verbünde (Gesundheitsregionen) sowie gemeinsame Versorgungszentren, in denen verschiedene Therapie- und Pflegeberufe unter einem Dach zusammenarbeiten, sollen für eine gute Versorgung vor Ort sorgen, heißt es weiter. Zudem versprechen die Grünen Maßnahmen zu ergreifen, um Fehl- und Überversorgung abzubauen. In den ländlichen Regionen – gerade in Ostdeutschland – wollen die Grünen zusätzliche Programme für Gemeindegesundheitspfleger und „Medizin auf Rädern“ schaffen.

Bei der Finanzierung des Gesundheit- und Pflegesystems setzen die Grünen auf eine Bürgerversicherung. Sie wollen außerdem die Beitragsbemessung reformieren und beispielsweise auch Kapitaleinnahmen zur Finanzierung des Gesundheits- und Pflegesystems heranziehen.

FDP

In der ambulanten Versorgung setzt die FDP dabei auf ein Primärarztsystem. Hausärztinnen und Hausärzte sollten die erste Anlaufstelle für Patientinnen und Patienten sein. Um eine flächendeckende ambulante Versorgung zu stärken, will die FDP eine „ungekürzte Vergütung“ aller Gesundheitsberufe erreichen.

Auch müssten Krankenhäuser, niedergelassene Ärzte und der Rettungsdienst mit einer Notfallreform besser vernetzt, integriert und koordiniert werden, heißt es in dem Entwurf des Wahlprogramms. „Wir wollen künstliche Sektorenbarrieren zwischen dem ambulanten und dem stationären Versorgungsbereich konsequent abbauen und die Verzahnung und Vernetzung aller Versorgungsbereiche weiterentwickeln“, heißt es weiter. Wie genau, wird allerdings nicht weiter ausgeführt.

Die FDP bekennt sich in ihrem Wahlprogramm zur Bundestagswahl 2025 zum dualen System aus gesetzlicher (GKV) und privater (PKV) Krankenversicherung und lehnt eine Bürgerversicherung



entschieden ab. In beiden Versicherungssystemen soll die Wechsel- und Wahlfreiheit der Versicherten gestärkt werden.

Um die ungebremste Leistungsausgabenentwicklung in der GKV in den Griff zu bekommen, wollen die Freien Demokraten eine einnahmenorientierte Ausgabenpolitik etablieren. Zusätzlich sollen alle Leistungsausweitungen der letzten zehn Jahre einem Evidenz-, Effizienz- und Wirtschaftlichkeitscheck unterzogen werden. Leistungen, die sich nicht bewährt haben, sollen aus dem GKV-Leistungskatalog gestrichen werden.

NaGuk startet Podcast zu Gesundheit und Klima in Niedersachsen

Niedersächsisches Aktionsforum spricht mit gesundheitspolitischen Akteuren

Das Niedersächsische Aktionsforum Gesundheit und Klima (NAGuK), das auch von der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen unterstützt wird, bringt verschiedene niedersächsische gesundheitspolitische Player zusammen, um den Austausch untereinander zu fördern und Ressourcen zu bündeln. Damit soll der Gesundheitsschutz in der Klimakrise gestärkt werden. Das Forum wurde im Auftrag des Niedersächsischen Ministeriums für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Gleichstellung gegründet und wird im Niedersächsischen Landesgesundheitsamt koordiniert.

Im Dezember 2024 startete der neue NAGuK-Podcast. Jeden ersten Montag im Monat erscheint eine Folge. Der Podcast beleuchtet die gesundheitlichen Folgen der Klimakrise für die Menschen in Niedersachsen, diskutiert Handlungsoptionen und bezieht den Blickwinkel der NAGuK-Mitglieder ein. In der ersten Folge spricht Moderator Mike Wonsikiewicz mit dem niedersächsischen Gesundheitsminister Dr. Andreas Philippi und dem Präsidenten des Niedersächsischen Landesgesundheitsamts Dr. Fabian Feil unter anderem über Einflussmöglichkeiten des Öffentlichen Gesundheitsdienstes und darüber, ob die Gesundheitspolitik zu viele Kompromisse beim Klimaschutz eingeht. Zu finden ist der Podcast bei Spotify.

[Weitere Infos zum Podcast](#)

Neues Regionales Gesundheitszentrum (RGZ) Holzminden nimmt ab 1. April 2025 seine Arbeit auf

Grünes Licht für das geplante Regionale Gesundheitszentrum (RGZ) in Holzminden. Die Landesregierung hat auf Vorschlag des Niedersächsischen Gesundheitsministeriums zur Fortschreibung des Krankenhausplans zugestimmt. Damit ist der Weg frei für ein neues RGZ am Standort des ehemaligen Agaplesion Krankenhauses mit insgesamt 20 Planbetten, darunter 18 in der Inneren Medizin und zwei in der Chirurgie. Das neue RGZ soll ab dem 1. April 2025 den Betrieb aufnehmen.

 **Abrechnung**

Bewertungsausschuss (BA) fasst Beschlüsse zu Long COVID und Dialyse zum 1. Januar 2025

Wir möchten Sie heute über neue EBM-Leistungen für Patienten mit Verdacht auf oder einer festgestellten Erkrankung mit Long-COVID und Erkrankungen, die eine ähnliche Ursache oder Krankheitsausprägung aufweisen, die Computertomographie-Koronarangiographie (CCTA), die Anpassung der Dialysekostenpauschalen informieren.

Long COVID

Für die spezifische Versorgung von Patienten mit Verdacht auf oder einer festgestellten Erkrankung mit Long COVID und Erkrankungen, die eine ähnliche Ursache oder Krankheitsausprägung aufweisen, werden zum 1. Januar 2025 mehrere neue Leistungen in den EBM aufgenommen.

Zum Hintergrund: Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hatte am 21. Dezember 2023 die Richtlinie (RL) über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID und Erkrankungen, die eine ähnliche Ursache oder Krankheitsausprägung aufweisen (LongCOV-RL), beschlossen. Demnach sollen Betroffene bedarfsgerechter behandelt werden. Konkret geht es um Patienten mit Verdacht auf oder mit einer festgestellten Long-COVID- oder Post-COVID-Erkrankung, Patienten, die infolge einer Infektion mit SARS-CoV-2 den Verdacht oder die Diagnose einer Myalgischen Enzephalomyelitis /eines Chronic Fatigue Syndromes (ME/CFS) aufweisen oder die nachfolgend einer Impfung zur Prophylaxe einer COVID-19-Erkrankung Long-COVID-ähnliche Symptome zeigen sowie Patienten, die infolge einer Infektion post-akut eine der Long-COVID-Erkrankung ähnliche Symptomatik oder eine ME/CFS aufweisen. Die Versorgung dieser Patienten kann in Abhängigkeit von der Art, Schwere und Komplexität der Erkrankung in den Ebenen der hausärztlichen Versorgung, der fachärztlichen Versorgung und der spezialisierten ambulanten Versorgung erfolgen.

Neue Leistungen

Hierzu wurde zum 1. Januar 2025 ein neuer Abschnitt 37.8 mit den Gebührenordnungspositionen (GOP) 37800 bis 37802, 37804 und 37806 in den EBM aufgenommen:

- GOP 37800: Basis-Assessment (gemäß §5 Abs. 1 Nr. 1 LongCOV-RL) durch den koordinierenden Arzt gemäß erster Bestimmung zum Abschnitt 37.8 EBM,
- GOP 37801: Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 37800,
- GOP 37802: Zuschlag zur Versichertenpauschale oder Grundpauschale für den koordinierenden Vertragsarzt (gemäß §4 und §5 LongCOV-RL),
- GOP 37804: Fallbesprechung im Zusammenhang mit der Versorgung von Patienten (gemäß §2 LongCOV-RL),
- GOP 37806: Pauschale für die Versorgung von Patienten (gemäß §2 LongCOV-RL) durch einen oder mehrere an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende(n) Arzt/Ärzte (nach §3 Abs. 4 LongCOV-RL).

Extrabudgetäre Vergütung

Die Finanzierung der neu aufgenommenen GOP des Abschnitts 37.8 EBM erfolgt zunächst außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung.

Anpassung der Dialysekostenpauschalen

Die Dialysekostenpauschalen werden strukturell weiterentwickelt. Dazu werden zum 1. Januar 2025 unter anderem neue Pauschalen/Zuschläge in den EBM aufgenommen.

Zum Hintergrund: Der BA hat am 6. Dezember 2023 festgelegt, dass auch für das Jahr 2025 die Anpassung des Orientierungswertes (OW) auf die Dialysekostenpauschalen des Abschnitts 40.14 EBM angewendet wird. Mit dem nun gefassten Beschluss mit Wirkung zum 1. Januar 2025 werden Struktur, Systematik und Bewertung der Kostenpauschalen weiterentwickelt. Dabei werden sowohl Kostenentwicklung als auch strukturelle Weiterentwicklung aus dem zusätzlichen Finanzvolumen aus der Anwendung der Anpassung des OW finanziert.

Neue Zuschläge/Pauschalen

Zentrales Element der strukturellen Weiterentwicklung ist die Aufnahme von Zuschlägen bei Beginn einer erstmaligen Heimdialysebehandlung für einen Zeitraum von 52 Wochen (neue Kostenpauschalen 40845 bis 40847). Mit dieser Anschubfinanzierung für Heimdialyseverfahren (Peritonealdialysen und Heimhämodialysen) fördert der BA den Aufbau der hierfür notwendigen Versorgungsstrukturen.

Daneben hat der BA weitere Kostenpauschalen in den Abschnitt 40.14 aufgenommen:

- neue Kostenpauschale 40840: Zuschlag für Nachtdialyse,
- neue Kostenpauschalen 40841 und 40842: Zuschlag für die kontinuierliche zyklische Peritonealdialyse (CCPD) sowie
- neue Kostenpauschalen 40843 und 40844: Zuschlag für die Heimhämodialyse.

Bewertungsanpassungen

Die Bewertungen der Dialysekostenpauschalen 40815 bis 40819 (Kostenpauschalen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr) und 40825 bis 40838 (Kostenpauschalen ab dem vollendeten 18. Lebensjahr) werden um 3,85 beziehungsweise 3,0 Prozent erhöht.

Die Kostenpauschalen 40823 und 40824 (Kostenpauschalen für Zentrumsdialysen für Versicherte ab dem vollendeten 18. Lebensjahr) werden im Durchschnitt auch um 3,0 Prozent erhöht, die Preisstufen werden dabei jedoch asymmetrisch angepasst.

Zudem werden interkurrente Dialysen während einer stationären Behandlung im Krankenhaus und Nachtdialysen bei der Bestimmung der Anzahl der Dialysewochen gemäß zweiter Bestimmung zum Abschnitt 40.14 EBM nicht mehr mitgezählt und diese Dialysen immer mit der jeweiligen Preisstufe 1 Kostenpauschale 40823 und 40824 vergütet.

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

Anpassung der Onkologie-Vereinbarung zum 1. Januar 2025

Kostenpauschale 86520 (orale medikamentöse Tumorthherapie) - Anpassung der ersten Abrechnungsanmerkung

Im Anhang 2, Teil A zur Onkologie-Vereinbarung wird bei der Kostenpauschale 86520 (Zuschlag für die orale medikamentöse Tumorthherapie) die erste Abrechnungsanmerkung angepasst.

Damit wird mit Wirkung zum 1. Januar 2025 klargestellt, dass die bisherige Formulierung „endokrine Therapien im metastasierten Stadium“ das Stadium mit Fernmetastasen gemäß der TNM-Klassifikation M1 (Vorhandensein von Fernmetastasen) meint.

Bei der bisherigen Formulierung war das Stadium nicht klar zu unterscheiden von dem mit regionären Lymphknotenmetastasen (TNM-Stadium N+), in dem häufig eine adjuvante Therapie mit ausschließlich hormonell bzw. antihormonell wirksamen Medikamenten durchgeführt wird. Lymphknotenbefall, der über den regionären Befall hinausgeht, wird gemäß der TNM-Klassifikation als M1 eingeordnet und ist von der neuen Formulierung „Stadium mit Fernmetastasen“ erfasst.

Zum anderen betrifft die Änderung die Androgenrezeptor-Signalweg-Inhibitoren (ARPI) und selektive CYP17A1-Inhibitoren. Das sind neue Medikamente im Sinne der ersten Abrechnungsanmerkung und wurden nun konkret aufgeführt.

Hiermit wird klargestellt, dass sie zur Abrechnung der Kostenpauschale 86520 berechtigen, auch wenn sie der ATC-Klasse L02 zugeordnet sind. Aktuell sind somit die vier Wirkstoffe Abirateron, Apalutamid, Darolutamid und Enzalutamid berücksichtigt.

Unverändert gilt: Ausschließlich endokrine Therapien sind nicht über die Kostenpauschale 86520 berechnungsfähig, sofern sie im Rahmen einer kurativen (adjuvanten) Therapie erfolgen.

Erweitertes Neugeborenen-Screening nach der Kinder-Richtlinie: Anpassungen im EBM und neue Kostenpauschale

Der Bewertungsausschuss (BA) passt den EBM im Abschnitt 1.7.1 (Früherkennung von Krankheiten bei Kindern) zum 1. Januar 2025 an. Dabei geht es um das Erweiterte Neugeborenen-Screening nach der Kinder-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA).

Änderung der Kinder-Richtlinie mit Zeitvorgaben für Probenversand und Befundübermittlung

Der G-BA hat am 21. März 2024 Änderungen im Erweiterten Neugeborenen-Screening gemäß der Kinder-Richtlinie beschlossen. Der Beschluss trat am 13. Juli 2024 in Kraft, wobei die Änderungen der Richtlinie erst nach Ablauf von sechs Monaten ab ihrem Inkrafttreten anzuwenden sind. Zum 1. Januar 2025 erfolgen daher die Anpassungen im Abschnitt 1.7.1 EBM.

Für die Früherkennung der Zielerkrankung Adrenogenitales Syndrom hat der G-BA eine Abklärungsdiagnostik in die Kinder-Richtlinie aufgenommen und die Verantwortlichkeiten im Neugeborenen-Screening wurden geändert. Dabei wurden den Zentren für Neugeborenen-Screening zusätzliche umfassende Informations- und Nachverfolgungspflichten übertragen. So erfolgt die Befundübermittlung jetzt direkt an die Eltern durch die Zentren für Neugeborenen-Screening.

Zudem wurden in der Richtlinie die zeitlichen Vorgaben zum Probenversand (innerhalb von 24 Stunden nach Probenabnahme) und zur Befundübermittlung (72 Stunden nach Probenabnahme) präzisiert. Eine Änderung im Postgesetz mit Wirkung zum 1. Januar 2025 lässt eine Einhaltung der Zeitvorgaben bei bisher üblichem postalischem Versand mittels Standardbriefs nicht mehr zu. Ab dem 1. Januar 2025 wird der Prio-Brief der Deutschen Post für die schnellere Briefzustellung (in der Regel am Folgetag) durch das Einschreiben ersetzt.

Änderungen im EBM zum 1. Januar 2025

In der bestehenden GOP 01724 (Diagnostik Erweitertes Neugeborenen-Screening) werden die in der Kinder-Richtlinie geänderten Verantwortlichkeiten als sogenanntes Trackingverfahren sowie die Abklärungsdiagnostik für das Adrenogenitale Syndrom ergänzt und die Bewertung der GOP 01724 wird entsprechend angepasst.

Ergibt das Neugeborenen-Screening einen auffälligen Befund mit hochgradigem Krankheitsverdacht oder einen positiven Screening-Befund gemäß Kinder-Richtlinie, sind die Screening-Labore nun verpflichtet, diesen direkt den Eltern zu übermitteln und die Abklärungsdiagnostik sowie die Überleitung des Neugeborenen in eine spezialisierte Einrichtung organisatorisch zu begleiten und nachzuverfolgen.

Dafür wird eine neue GOP 01728 als Zuschlag zu den GOP 01724 bis 01727 (Laboruntersuchungen gemäß Abschnitt C Kapitel I und II der Kinder-Richtlinie) in den EBM aufgenommen.

Die Kostenpauschale 40102 wird als Zuschlag zur Kostenpauschale 40110 für einen Versand an das Screening-Labor neu in den Abschnitt 40.4 EBM aufgenommen. Sie vergütet veranlassenden Ärzten die Kosten für ein Einschreiben, welches eine Befundmitteilung 72 Stunden nach Probenabnahme unter den veränderten Zustellbedingungen der Deutschen Post ermöglichen soll. Die Anmerkungen zu den GOP 01707 und 01709 werden entsprechend präzisiert.

Entsprechend der zusätzlichen Aufwände werden die Angaben im Anhang 3 (Angaben für den erforderlichen Zeitaufwand des Vertragsarztes) EBM angepasst.

Die Vergütung der bestehenden GOP 01724 und der neuen GOP 01728 sowie der neuen Kostenpauschale 40102 erfolgt im Rahmen der Prävention außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung.

Hinweise zur Veröffentlichung

Der Beschluss steht auf der [Internetseite der KBV](#) zur Verfügung. Das Institut des Bewertungsausschusses wird den Beschluss ebenfalls auf seiner [Internetseite](#) und im Deutschen Ärzteblatt veröffentlichen.

EBM für das Arzneimittel Qalsody® angepasst

Für die Anwendung des Arzneimittels Tofersen (Handelsname Qalsody®) zur Behandlung der amyotrophen Lateralsklerose (ALS) wurde die Vergütung geregelt. Der Bewertungsausschuss (BA) hat den EBM zum 1. Januar 2025 entsprechend angepasst. Näheres stellen wir Ihnen nachfolgend vor.

Arzneimittel gegen amyotrophe Lateralsklerose

Qalsody® ist zugelassen zur Behandlung von Erwachsenen mit ALS, die mit einer Mutation im Superoxid-Dismutase 1 (SOD1)-Gen assoziiert ist. Die Anwendung erfolgt intrathekal. Gemäß der aktuell gültigen Fachinformation ist zunächst eine entlastende Liquorentnahme mittels Lumbalpunktion und anschließend über den gleichen Zugang eine intrathekale Injektion des Arzneimittels vorgesehen.

In Deutschland sind etwa 6.000 bis 8.000 Erwachsene an ALS erkrankt, bei schätzungsweise zwei Prozent von ihnen ist die Erkrankung mit der SOD1-Genmutation assoziiert.

Neue GOP 02345 und extrabudgetäre Vergütung

Für die intrathekale Anwendung von Tofersen mittels Lumbalpunktion und anschließender Nachbetreuung wird die neue Gebührenordnungsposition (GOP) 02345 „Zusatzpauschale für die Gabe von Tofersen“ in den EBM aufgenommen. Die Leistung ist mit 609 Punkten bewertet.

Die GOP 02345 ist nur von Fachärztinnen und Fachärzten für Neurologie, Nervenheilkunde und Neurochirurgie berechnungsfähig. Denn die Fachinformation sieht die Gabe von Tofersen nur von Ärztinnen und Ärzten mit Erfahrung in der Behandlung von ALS und mit Lumbalpunktionen vor. Gemäß der Dosierungsvorgaben wird die Berechnung der GOP auf höchstens fünfmal im Behandlungsfall begrenzt.

Die Finanzierung der GOP 02345 erfolgt zunächst außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen.

Die Untersuchung der SOD1-Genmutation erfolgt im Rahmen der Diagnostik der an ALS erkrankten Patientinnen und Patienten und ist nach den GOP des humangenetischen Abschnittes 11.4.3 EBM berechnungsfähig.

Hinweise zur Veröffentlichung

Der Beschluss steht auf der [Internetseite der KBV](#) zur Verfügung. Das Institut des Bewertungsausschusses wird den Beschluss ebenfalls auf seiner [Internetseite](#) und im Deutschen Ärzteblatt veröffentlichen.

Bewertungsausschuss beschließt verschiedene EBM-Änderungen, neue GOP für Meldung an Implantateregister

Der Bewertungsausschuss (BA) hat zum 1. Januar 2025 verschiedene Anpassungen im EBM beschlossen, über die wir Sie heute informieren. Sie betreffen Detailänderungen, unter anderem zur außerklinischen Intensivpflege. Darüber hinaus geht es um eine neue Gebührenordnungsposition (GOP) und Anpassungen im EBM aufgrund der Erweiterung des Implantateregisters bezüglich Endoprothesen an Hüft- und Kniegelenken. Näheres stellen wir Ihnen nachfolgend vor.

Änderung der Legende der GOP 01912 im Abschnitt 1.7.7

Der dort angegebene Zeitraum wird erneut angepasst: Zunächst hatte der BA die Legende der GOP 01912 (Kontrolluntersuchung nach Abruptio) dahingehend geändert, dass der Zeitraum für die Kontrolluntersuchung nach einem Schwangerschaftsabbruch von bisher „zwischen dem 7. und 14. Tag nach Abbruch“ zum 1. Januar 2025 geändert wird auf den 14. bis 21. Tag. Nun hat der BA beschlossen, zum 1. Januar 2025 den Zeitraum für die Kontrolluntersuchung auf den 7. bis 21. Tag zu erweitern. Dies erfolgt zur Berücksichtigung der in der GOP 01912 inkludierten Kontrolluntersuchungen nach einem durchgeführten Schwangerschaftsabbruch nach den GOP 01904 und 01905.

Änderung der ersten Anmerkung zur GOP 37710 im Abschnitt 37.7

Diese Änderung erfolgt auf Grundlage der vom G-BA am 5. Dezember 2024 beschlossenen Anpassungen der Richtlinie über die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege (AKI-RL), die am 1. Januar 2025 in Kraft treten. Konkret wird im EBM die erste Anmerkung zur GOP 37710 (Verordnung außerklinischer Intensivpflege unter Verwendung des Vordrucks nach Muster 62 Teil B und C) an die Verlängerung der Übergangsregelung in Paragraf 5a AKI-RL und an die Ausnahmeregelung in Paragraf 5b AKI-RL angepasst.

Anpassungen aufgrund der Erweiterung des Implantatregisters Seit dem Start des Meldeverfahrens für das neue Implantatregister Deutschland sind implantatbezogene Maßnahmen mit Brustimplantaten meldepflichtig. Nun wird die Meldepflicht erweitert und betrifft auch implantatbezogene Maßnahmen für Hüft- und Knieendoprothesen. Dazu hat der Bewertungsausschuss die Abrechnung und Vergütung geregelt. Dagegen wird die ebenfalls bestehende Meldepflicht bezüglich Aortenklappenprothesen in der vertragsärztlichen Versorgung nicht berücksichtigt. Nachfolgend stellen wir Ihnen Näheres dazu vor.

Neue GOP 01966 und Erweiterung Kostenpauschale 40162

Es wird zum 1. Januar 2025 eine weitere GOP in den EBM aufgenommen. Die neue GOP 01966 ist ein Zuschlag zu einem implantatbezogenen Eingriff an Hüft- und Kniegelenken (Abschnitt 31.2.4 oder 36.2.4). Vergütet wird mit der GOP 01966 die Erfassung, Speicherung und Übermittlung von Daten über eine implantatbezogene Maßnahme mit Endoprothesen an Hüft- und/oder Kniegelenken an die Register- und Vertrauensstelle sowie die Patienteninformation. Die neue GOP 01966 ist mit 78 Punkten bewertet. Die Vergütung erfolgt zwei Jahre außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung.

Außerdem hat der BA die Kostenpauschale 40162 für die Meldegebühr gemäß der Implantatregister-Gebührenverordnung um die GOP 01966 erweitert. Die Pauschale beträgt 6,24 Euro.

Erläuterungen zur Bewertung

Zum Zeitpunkt der Beschlussfassung lagen dem Bewertungsausschuss keine ausreichenden Informationen über zu berücksichtigende Kosten im Zusammenhang mit der technischen Umsetzung des Meldeverfahrens vor (z. B. Erweiterung der Software der Praxisverwaltungssysteme bzw. andere Lösungen für das Meldeverfahren). Es muss geprüft werden, ob und in welcher Form diese bei der Bewertung der GOP berücksichtigt werden.

Vor diesem Hintergrund wurde vorerst eine Bewertung der GOP 01966 analog zu der mit Wirkung zum 1. Juli 2024 aufgenommenen Vergütung zu den Brustimplantaten (GOP 01965) beschlossen. Als Bewertungsgrundlage für die GOP 01965 wurde die Verwendung des nur für die Brustimplantate verfügbaren Web-Formulars angenommen, welches kostenlos zur Verfügung gestellt wird. Für die Endoprothesen soll es keine äquivalente Möglichkeit geben. Mit den Protokollnotizen Nummer 1 und 2 wird eine entsprechende Überprüfung der Bewertung bis zum 31. März 2025 mit rückwirkender Beschlussfassung zum 1. Januar 2025 vereinbart.

Hinweis zur Meldung von Aortenklappenprothesen

Da im Anhang 2 zum EBM im Zusammenhang mit Aortenklappen keine operativen Eingriffe aufgeführt werden, sind diese nicht über die GOP des Kapitels 31 oder 36 EBM berechnungsfähig. Vor diesem Hintergrund wird die Umsetzung der Meldepflicht für implantatbezogene Maßnahmen im Zusammenhang mit Aortenklappenprothesen in der vertragsärztlichen Versorgung nicht berücksichtigt.

Hinweise zur Veröffentlichung

Der Beschluss steht auf der [Internetseite der KBV](#) zur Verfügung. Das Institut des Bewertungsausschusses wird den Beschluss ebenfalls auf seiner [Internetseite](#) und im Deutschen Ärzteblatt veröffentlichen.

Neue Leistung: Computertomographie-Koronarangiographie ab 1. Januar im EBM

Der Erweiterte Bewertungsausschuss (EBA) hat die Aufnahme der Computertomographie-Koronarangiographie in den EBM beschlossen. Die KBV hat gegen diesen Beschluss gestimmt. Im Folgenden stellen wir Ihnen die Details und Hintergründe zum Beschluss ausführlich vor.

Einschätzung der KBV

Die KBV hatte eine deutliche höhere Vergütung für die Leistung der CT-Koronarangiographie gefordert. Grundlage hierfür waren die aus unserer Sicht höheren Zeitaufwände für die Untersuchung sowie zusätzliche Kosten für die technische Ausstattung (Gerät und Software) im Vergleich zu anderen computertomographischen Leistungen im EBM.

Neue Leistungen

Mit Wirkung zum 1. Januar 2025 hat der EBA einen neuen Abschnitt 34.3.7 mit den folgenden Gebührenordnungspositionen (GOP) in den EBM aufgenommen:

- GOP 34370: CT-Koronarangiographie - inklusive der nativen computertomographischen Darstellung des Herzens mit Bestimmung des Koronarkalks; einmal im Krankheitsfall, 1285 Punkte (159,26 Euro)
- GOP 34371: Interdisziplinäre Fallkonferenz nach erfolgter CT-Koronarangiographie – zur Entscheidung zum weiteren Vorgehen bei unklaren oder komplexen Befunden nach erfolgter CT-Koronarangiographie; 128 Punkte (15,86 Euro)

Die Finanzierung der neuen GOP erfolgt zunächst außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen.

Zum Hintergrund

Der G-BA hatte mit Beschluss vom 18. Januar 2024 die Anlage 1 (Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden) der MVV-RL um eine Nummer 42 „Computertomographie-Koronarangiographie bei Verdacht auf eine chronische koronare Herzkrankheit“ ergänzt. Da sich KBV und GKV-Spitzenverband in den Verhandlungen zur Vergütung der neuen Methode nicht einigen konnten, wurde der EBA angerufen.

Übergangsregelung

Ärzte benötigen für die Berechnung der Leistung für die CT-Koronarangiographie eine Genehmigung der KVN gemäß der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie (QS-Vereinbarung) nach Paragraph 135 Absatz 2 SGB V. Dafür ist die QS-Vereinbarung noch anzupassen.

Bis zum Inkrafttreten der angepassten Vereinbarung können Ärzte die GOP 34370 und 34371 bereits abrechnen. Voraussetzung ist, dass die KVN das Vorliegen der Voraussetzungen zur Durchführung gemäß der MVV-RL (siehe Nr. 42 der Anlage 1) geprüft und bei Erfüllen der Voraussetzungen eine Genehmigung erteilt hat.

Hinweise zur Veröffentlichung

Der Beschluss steht auf der [Internetseite der KBV](#) zur Verfügung. Das Institut des Bewertungsausschusses wird den Beschluss ebenfalls auf seiner [Internetseite](#) und im Deutschen Ärzteblatt veröffentlichen.

Weiterentwicklung des ambulanten Operierens ab 1. Januar: Hybrid-DRG-Vergütungsvereinbarung und weitere Beschlüsse

Zur Weiterentwicklung des ambulanten Operierens wurden mehrere Beschlüsse gefasst, die zum 1. Januar in Kraft treten und über die wir Sie heute informieren wollen. Dazu gehört die Hybrid-DRG-Vergütungsvereinbarung für das Jahr 2025. Außerdem wurden der AOP-Vertrag nach §115b SGB V überarbeitet und die Regelungen zur postoperativen Nachbeobachtung im EBM angepasst.

Hybrid-DRG-Vergütungsvereinbarung

Der GKV-Spitzenverband, die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) und die KBV haben gemeinsam eine Vereinbarung zur speziellen sektorengleichen Vergütung gemäß §115f SGB V (Hybrid-DRG-Vergütungsvereinbarung) geschlossen. Sie löst die Hybrid-DRG-Verordnung des Bundesgesundheitsministeriums (BMG) ab, die bis zum 31. Dezember 2024 befristet ist.

Das sind die wichtigsten Eckpunkte:

- Es gibt 22 Hybrid-DRGs, die Vertrags- und Klinikärzte im kommenden Jahr abrechnen können (Anlage 2 Hybrid-DRG-Vergütungsvereinbarung). Davon sind zehn neu. Neu hinzu gekommen sind Hybrid-DRGs für Eingriffe an Analfisteln, endoskopische Eingriffe an Galle, Leber und Pankreas, Eingriffe an Hoden und Nebenhoden sowie Lymphknotenbiopsien.
- Der Leistungskatalog enthält jetzt 575 OPS-Codes (Anlage 1 Hybrid-DRG-Vergütungsvereinbarung). Dabei wurden auch in den bestehenden Hybrid-DRGs für Hernienoperationen, arthroskopische Eingriffe, Arthrodesen und Operationen an den Ovarien Erweiterungen oder Verschiebungen von OPS-Codes vorgenommen. Dies ist dem Ansatz geschuldet, dass die Hybrid-DRGs in die Systematik des aDRG-System integriert sind und dessen Logik folgen.
- Alle bisherigen Hybrid-DRGs werden höher vergütet; die Steigerungsraten gegenüber 2024 liegen zwischen 1,8 und 15,6 Prozent.
- Sachkosten sowie unter anderem Kosten für präanästhesiologische und pathologische Untersuchungen sind aufgrund der bestehenden Gesamtsystematik des Hybrid-DRG/aDRG-Systems weiterhin in den Fallpauschalen enthalten und nicht parallel abrechnungsfähig.
- Der Sprechstundenbedarf kann für das Jahr 2025 separat abgerechnet werden.
- Krankenhäuser können ab 2025 die postoperative Behandlung von Eingriffen, die sie vorgenommen haben, selbst durchführen. Sie erhalten dann eine um 30 Euro höhere Hybrid-DRG. In der Anlage 2 wird deshalb eine zweite Fallpauschale ausgewiesen - Fallpauschale zuzüglich postoperativer Nachbehandlung im Krankenhaus. Vertragsärzte rechnen postoperative Nachbehandlung wie gehabt eingriffsbezogen nach den Vorgaben des EBM ab.
- In der Vereinbarung wurde explizit festgelegt, dass im nächsten Jahr eine Lösung für eine angemessene Höhe der Sachkosten erarbeitet werden soll.
- Eine Wahlmöglichkeit der EBM-Abrechnung anstelle der Hybrid-DRGs ist nicht enthalten, da die Anpassungen zu §115f SGB V durch das Krankenhausversorgungsstärkungsgesetz diese ausdrücklich ausschließt. Konkret heißt das: Gibt es für einen Eingriff eine Hybrid-DRG, ist die Abrechnung des Eingriffs nach EBM nicht möglich.

Inhalte der Hybrid-DRG-Vergütungsvereinbarung

Die Vereinbarung regelt unter anderem, wer Leistungen nach §115f SGB V abrechnen darf, welche Qualitätsanforderungen gelten und wie der Zugang der Patienten erfolgt. Die Anlage 1 enthält den Hybrid-DRG-Leistungskatalog mit allen OPS-Codes. Die Hybrid-DRGs mit den Preisen weist die Anlage 2 aus. Die Vereinbarung gilt bis 31. Dezember 2025. Sie muss jährlich angepasst werden.

Einordnung und Ausblick

Ein Grundproblem der Vergütungssystematik der Hybrid-DRGs ist die durch das BMG mit der Hybrid-DRG-Verordnung festgelegte starke Abhängigkeit vom stationären Vergütungssystem bei der Entwicklung der Hybrid-DRGs. Die finale Ausarbeitung des Leistungskatalogs und der Hybrid-DRGs erfolgt durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) und die Vertragspartner können nur wenig Einfluss nehmen. Die Folge ist, dass die Hybrid-DRGs unseres Erachtens zwar sachgerecht in die aDRG integriert wurden, die OPS-Codes und Fallpauschalen jedoch teilweise weder zu den vertragsärztlichen Abläufen noch zu den Kosten der Eingriffe passen.

Sowohl die KBV als auch die Berufsverbände kritisieren die Intransparenz und fehlende Einflussnahme auf die Festlegung der Hybrid-DRGs nach den Regelwerken des aDRG-Systems der stationären Versorgung. Durch den dennoch erfolgten Abschluss der Vereinbarung konnte jedoch eine erneute Ersatzvornahme des BMG verhindert werden. Die KBV wird bei den Verhandlungen für das Jahr 2026 auf Änderungen am Verfahren drängen, mit dem die Belange der niedergelassenen Ärzteschaft stärker Berücksichtigung finden sollen.

Vertrag nach §115b Abs. 1 SGB V (AOP-Vertrag)

Die KBV, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und der GKV-Spitzenverband haben im Sommer dieses Jahres die Beratungen zur weiteren Förderung des ambulanten Operierens nach §115b SGB V aufgenommen. Die Gespräche waren erneut durch Diskussionen und Vorlagen weiterer gesetzlicher Maßnahmen zur Ambulantisierung wie die Hybrid-DRGs nach §115f SGB V geprägt und erschwert.

Schließlich konnten sich die Vertragspartner auf eine weitere Anpassung des AOP-Vertrages und seiner Anlagen zum 1. Januar 2025 verständigen. Es handelt sich um einige wenige Änderungen, die bisherigen Regelungen wurden grundsätzlich übernommen und redaktionell angepasst.

Das sind die wichtigsten Änderungen:

Präambel: Neu ist die Erklärung der Vertragspartner zur Prüfung, ob und inwieweit eine zusätzliche Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung im Rahmen der Vergütung von ambulanten Operationen notwendig ist und wie gegebenenfalls eine Finanzierung in der Vergütung sachgerecht ausgestaltet werden könnte. Dies erfolgte vor dem Hintergrund, dass die DKG hierfür eine Regelung gefordert hatte.

Weitere Regelungen betreffen insbesondere das Verhältnis der Krankenhäuser zu den Krankenkassen:

§1 Abs. 3 (neu): Aufnahme einer Absichtserklärung, das Meldeverfahren weiterzuentwickeln

§8 Abs. 2 (neu): Klarstellung zur Vorgehensweise bei vollstationärer Behandlung

§11 Abs. 5: Erweiterung des abschließenden Katalogs im 5. Spiegelstrich zur Sachkostenerstattung für Krankenhäuser um „und/oder koloskopische Leistungen“

Anmerkung: Für Vertragsärzte richtet sich die Erstattung von Sachkosten weiterhin nach den Regelungen des EBM. Insoweit sind die Materialien gemäß Nr. 7.3 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM erstattungsfähig.

- Zur Weiterentwicklung der Schweregradsystematik wurde dreiseitig abgestimmt, die Beratungen im Jahr 2025 fortzuführen, demnach gab es diesbezüglich keine Anpassung.
- Der AOP-Katalog (Anlage 1 des AOP-Vertrages) wurde: um die Biopsie ohne Inzision an Knochen mit Steuerung durch bildgebende Verfahren am Becken sowie um Operationen an der Harnblase, hier die Injektionsbehandlung transurethral, erweitert und auf die neue OPS-Version 2025 sowie den aktuellen Stand des EBM übergeleitet.
- Die neu aufgenommenen OPS-Codes sind in dem Dokument gelb markiert.
- Die Regelungen zu den mit * gekennzeichneten EBM-Ziffern, die bei Durchführung der jeweili-

gen Prozedur entsprechend abgerechnet werden können, auch wenn der Leistungsinhalt der Gebührenordnungsposition nicht oder nicht vollständig erfüllt ist, wurde bis Ende 2025 verlängert.

- Bei den Kontextfaktoren in der Anlage 2 des AOP-Vertrages wurde die Altersgrenze in Zusammenhang mit Herzkatheteruntersuchungen bei angeborenen Herzfehlern von 12 auf 16 Jahre erhöht. Des Weiteren wurde die Befristung für bestimmte beidseitige ophthalmochirurgische Eingriffe sowie Eingriffe in Zusammenhang mit bestimmten Begleiterkrankungen verlängert.
- Die Bewertung der Frakturzusläge (Anlage 3 des AOP-Vertrages) wird aufgrund der Anpassung des Orientierungswertes zur Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen für 2025 entsprechend erhöht.

Zum Hintergrund

Zur Umsetzung des gesetzlichen Auftrages nach dem MDK-Reformgesetz vom 14. Dezember 2019 hatten sich der GKV-Spitzenverband, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die KBV auf ein gestuftes Vorgehen verständigt, um den Vertrag nach §115b SGB V - Ambulantes Operieren, sonstige stationersetzende Eingriffe und stationersetzende Behandlungen neu zu regeln. Mit der ersten Stufe zum 1. Januar 2023 wurde auf der Grundlage eines Gutachtens unter anderem der AOP-Katalog in Verbindung mit Anpassungen des EBM (mit Ausnahme von AOP-Leistungen mit komplexen Regelungserfordernissen) erweitert sowie Kontextfaktoren zur stationären Erbringung von AOP-Leistungen festgelegt. Zum 1. Januar 2024 erfolgte die Umsetzung der zweiten Stufe.

Anpassungen im EBM

KBV und GKV-Spitzenverband haben im Bewertungsausschuss (BA) mehrere Beschlüsse zur Weiterentwicklung des ambulanten Operierens mit Wirkung zum 1. Januar 2025 gefasst (756., 757. und 758. Sitzung).

Sie betreffen die Nachbeobachtung im Abschnitt 1.5 und die Zusatzpauschale für die Beobachtung und Betreuung eines Kranken nach invasiven kardiologischen Leistungen (GOP 01522).

Des Weiteren werden die Regelungen für die GOP 05311 (Präanästhesiologische Untersuchung vor einer geplanten Leistung entsprechend der Anlage 1 der Hybrid-DRG-Vergütungsvereinbarung) verlängert - ebenso die Regelungen zur präoperativen Untersuchung im Abschnitt 31.1 und zur postoperativen Behandlung im Abschnitt 31.4 im Zusammenhang mit einer Leistung entsprechend der Anlage 1 der Hybrid-DRG-Vergütungsvereinbarung.

Außerdem wird zum 1. Januar die postoperative Nachbeobachtung im Kapitel 31.3.3 erweitert und eine neue GOP 31540 für ein erweitertes Schmerzmanagement eingeführt.

Nachbeobachtung Abschnitt 1.5

Bei der Erweiterung des Abschnitts 2 des AOP-Katalogs werden vermehrt Leistungen aufgenommen, für die im Anschluss eine Überwachung oder Nachbeobachtung erforderlich ist. Sofern die Nachbeobachtung oder Überwachung mindestens 30 Minuten dauert, rechnen Ärzte in diesen Fällen die GOP 01500 Beobachtung eines Patienten bzw. 01501 Überwachung eines Patienten ab. Dauert die Beobachtung länger als 30 Minuten, sind 30-minütige Zuschläge über die GOP 01502 oder 01503 gegebenenfalls mehrfach bis zu einem Gesamthöchstwert berechnungsfähig. Die genaue Kombination der GOP mit der jeweils dazugehörigen Überwachungsmöglichkeit sind im Anhangs 8 zum EBM ausgewiesen. Die Zuschläge zu den GOP 01500 und 01501 waren zum 1. Januar 2024 neu in den EBM aufgenommen worden.

Der obligate Leistungsinhalt der GOP 02302 wurde im Sommer um die Prozeduren „Diagnostische Mikrokürettage (Strickkürettage)“ und „Aspirationskürettage“ erweitert (Beschluss 720.

BA-Sitzung). Mit der Aufnahme der GOP 02302 zur Erstversorgung von Wunden in den Abschnitt 2 des AOP-Katalogs wurde nunmehr eine Anpassung der Abrechnung der Nachbeobachtung im EBM erforderlich: u. a. werden in der vierten Bestimmung zum Abschnitt 1.5 die für den Gesamthöchstwert möglichen Kombinationen erweitert. Zudem werden die Legende der GOP 01503 angepasst und die Abrechnungsausschlüsse der GOP 01502 und 01503 aktualisiert.

Des Weiteren werden die Regelungen zu den Zusatzpauschalen für die Beobachtung und Betreuung nach Herzkatheteruntersuchungen GOP 01520 bis 01522 inhaltlich vereinheitlicht.

GOP 05311 weiterhin berechnungsfähig

Die Gebührenordnungsposition 05311 kann bis zum 31. Dezember 2025 weiter abgerechnet werden. Die Leistung war bis Ende 2024 befristet. Auch wird die GOP 05311 inhaltlich dahingehend angepasst, dass sie im Behandlungsfall neben der Hybrid-DRG berechnungsfähig ist. Dies ist der Fall, wenn die Operation nach §115f SGB V aufgrund einer initial nicht gegebenen Narkosefähigkeit erst mindestens vier Wochen nach der präanästhesiologischen Untersuchung (GOP 05311) durchgeführt werden kann. Rechnen Ärzte die GOP 05311 ab, müssen sie in diesem Fall die GOP 88110 angeben.

Die ursprünglich bis Ende dieses Jahres befristeten Regelungen gemäß der Nr. 3 der Präambel 31.1.1 Präoperative Gebührenordnungspositionen und der Nr. 6 der Präambel 31.4.1 Postoperative Behandlungskomplexe werden ebenfalls bis zum 31. Dezember 2025 verlängert. Neu ist, dass die GOP 88110 künftig bei allen postoperativen Behandlungen im Zusammenhang mit einem Eingriff nach §115f SGB V anzugeben ist. Die Berechnungsausschlüsse für bestimmte OPS-Kodes der Kleinchirurgie werden aufgehoben.

Verlängerte Nachbeobachtung und erweitertes Schmerzmanagement

Die verlängerte Nachbeobachtung wird für weitere konkret benannte Prozeduren des Anhangs 2 zum EBM bis zu 24 Stunden ermöglicht. Dazu zählen beispielsweise die transurethrale Steinbehandlung mit Entfernung eines Steins, ureterorenoskopisch oder laparoskopische Eingriffe an den Tubae uterinae.

In diesem Zusammenhang werden Voraussetzungen für personelle und räumliche Ausstattungen definiert, die bei einer postoperativen Beobachtung über Nacht erfüllt sein müssen. Ist eine Nachbeobachtung über Nacht notwendig, erfolgt die Abrechnung aller dafür notwendigen Gebührenordnungspositionen an dem Tag des operativen Eingriffs. Zudem sind Fälle mit einer Nachbeobachtung zwischen 22 und 7 Uhr entsprechend zu kennzeichnen (Suffix N).

Neu ist die GOP 31540 (33 Punkte/4,09 Euro) im Abschnitt 31.5.3 EBM für ein erweitertes Schmerzmanagement über einen Plexus-, Spinal- oder Periduralkatheter im Rahmen der Nachbeobachtung nach einem Eingriff. Die operierenden Fachgruppen sowie Anästhesisten können den Zuschlag zur GOP 31530 für konkret benannte Prozeduren des Anhangs 2 zum EBM wie u. a. der arthroskopischen Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes halbstündlich und bis zu 24 Stunden abrechnen.

Hinweise zur Veröffentlichung

Die Hybrid-DRG-Vergütungsvereinbarung mit den Anlagen 1 und 2 sind auf der [Internetseite der KBV](#) veröffentlicht:

Den AOP-Vertrag inklusive der Anlagen 1, 2 und 3 können Sie [hier](#) nachlesen.

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

 **Verordnung**

Arzneimittel-Richtlinie Anlage VII (aut idem) - Austauschbare Darreichungsformen

Die Anlage VII wird mit Wirkung zum 15. Dezember 2024 um den Wirkstoff Betain zusammen mit dem Hinweis zur Austauschbarkeit ergänzt. Arzneimittel mit dem Wirkstoff Betain in der Darreichungsform „Pulver zum Einnehmen“ gelten damit als therapeutisch vergleichbar und sind austauschbar.

Den G-BA-Beschluss finden Sie [hier](#)

Hintergrund

Austauschbare Darreichungsformen werden in der Apotheke gem. Rahmenvertrag nach §129 SGB V ausgetauscht, wenn Rabattverträge bestehen u./o. die ärztliche Verordnung nicht das wirtschaftlichste verfügbare Präparat benennt. Arzneimittel mit dem Wirkstoff Betain sind zugelassen für die adjuvante Therapie der Homocystinurie.

Lonsurf® (Trifluridin/Tipiracil) in weiteren Teilindikationen als Praxisbesonderheit anerkannt

Verordnungen von Lonsurf® (Wirkstoff: Trifluridin/Tipiracil) werden ab dem 1. Oktober 2024 ab dem ersten Behandlungsfall in weiteren Anwendungsgebieten als Praxisbesonderheit anerkannt:

- Lonsurf® wird angewendet in Kombination mit Bevacizumab zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit metastasiertem kolorektalem Karzinom (KRK), die zuvor bereits zwei Krebstherapien erhalten haben. Diese Therapien beinhalten Fluoropyrimidin-, Oxaliplatin- und Irinotecan-basierte Chemotherapien, Anti-VEGF- und/oder Anti-EGFR-Substanzen.

Die Anerkennung als Praxisbesonderheit gilt nicht bei:

- Indikation des kolorektalen Karzinom bei Patienten mit einem ECOG-Performance Status größer als 1.

Die Praxisbesonderheiten in älteren Anwendungsgebieten mit Zusatznutzen bestehen fort:

- zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit metastasiertem kolorektalem Karzinom (KRK), die bereits mit verfügbaren Therapien behandelt wurden oder die für diese nicht geeignet sind. Diese Therapien beinhalten Fluoropyrimidin-, Oxaliplatin- und Irinotecan-basierte Chemotherapien, Anti-VEGF- und Anti-EGFR-Substanzen (vgl. KVN-Rundbrief vom Mai 2018).
- als Monotherapie zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit metastasiertem Magenkarzinom einschließlich Adenokarzinom des gastroösophagealen Übergangs, die bereits mit mindestens zwei systemischen Therapieregimen für die fortgeschrittene Erkrankung behandelt worden sind (vgl. KVN-Rundbrief vom Januar 2021).

Die Vorgaben der Fachinformation sind zu berücksichtigen.

Weitere Anwendungsgebiete oder Patientengruppen von Lonsurf® sind hiervon nicht umfasst. Die Praxisbesonderheit erlischt, wenn ein nachfolgender G-BA-Beschluss feststellt, dass Lonsurf® keinen Zusatznutzen oder einen geringeren Nutzen hat oder ein Zusatznutzen als nicht belegt gilt.

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

Die Praxisbesonderheit gilt nur solange SERVIER Lonsurf® in Deutschland vertreibt und längstens bis zum Ablauf des Patent- und Unterlagenschutzes.

Weitere Informationen und den vollständigen Wortlaut der Praxisbesonderheit finden Sie [hier](#)

Talvey® (Talquetamab) als bundesweite Praxisbesonderheit anerkannt

Verordnungen von Talvey® (Wirkstoff: Talquetamab) sind ab dem 15. März 2024 nach einer Vereinbarung zwischen dem GKV-Spitzenverband und dem pharmazeutischen Unternehmer Janssen-Cilag GmbH ab dem ersten Behandlungsfall als Praxisbesonderheit anerkannt.

Die Praxisbesonderheit gilt ausschließlich:

- als Monotherapie zur Behandlung erwachsener Patienten mit rezidiviertem und refraktärem multiplem Myelom, die zuvor bereits mindestens drei Therapien erhalten haben, darunter einen immunmodulatorischen Wirkstoff, einen Proteasom-Inhibitor und einen Anti-CD38-Antikörper, und die während der letzten Therapie eine Krankheitsprogression gezeigt haben.

Weitere Anwendungsgebiete oder Patientengruppen von Talvey® sind hiervon nicht umfasst. Die Vorgaben der Fachinformation sind zu berücksichtigen.

Die Einleitung und Überwachung der Therapie mit Talquetamab sollen nur durch in der Therapie von Patientinnen und Patienten mit Multiplem Myelom erfahrene Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie erfolgen.

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

Die Praxisbesonderheit gilt nur solange Janssen-Cilag GmbH Talvey® in Deutschland vertreibt.

[Weitere Informationen zur Praxisbesonderheit finden Sie auf der Internetseite des GKV-Spitzenverbandes.](#)

Tibsovo® (Ivosidenib) als bundesweite Praxisbesonderheit anerkannt

Verordnungen von Tibsovo® (Wirkstoff: Ivosidenib) sind ab dem 15. Oktober 2024 nach einer Vereinbarung zwischen dem GKV-Spitzenverband und dem pharmazeutischen Unternehmer SERVIER Deutschland GmbH ab dem ersten Behandlungsfall als Praxisbesonderheit anerkannt.

Die Praxisbesonderheit gilt ausschließlich:

- in Kombination mit Azacitidin wird angewendet zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit neu diagnostizierter akuter myeloischer Leukämie (AML) mit einer Isocitrat-Dehydrogenase-1 (IDH1)-R132-Mutation, die für eine Standard-Induktionschemotherapie nicht geeignet sind.

Weitere Anwendungsgebiete oder Patientengruppen von Tibsovo® sind hiervon nicht umfasst. Die Vorgaben der Fachinformation sind zu berücksichtigen.

Die Einleitung und Überwachung der Behandlung mit Ivosidenib soll nur durch in der Therapie von Patientinnen und Patienten mit akuter myeloischer Leukämie erfahrene Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie erfolgen.

Vor Behandlungsbeginn sowie danach mindestens einmal wöchentlich während der ersten drei Wochen der Therapie muss ein Elektrokardiogramm (EKG) erstellt werden. Das vom Unternehmer bereit gestellte Schulungsmaterial ist zu beachten.

Die Anerkennung der Verordnung von Tibsovo® als Praxisbesonderheit erlischt, wenn vor der Verordnung ein weiterer G-BA-Beschluss veröffentlicht wird, der feststellt, dass für Tibsovo® ein Zusatznutzen nicht belegt ist oder als nicht belegt gilt oder der Nutzen von Tibsovo® geringer ist als der Nutzen der zweckmäßigen Vergleichstherapie. Die Anerkennung als Praxisbesonderheit gilt nicht bei der Anwendung von Tibsovo® außerhalb der gesetzlich bestimmten Bedingungen (im Rahmen eines nicht bestimmungsgemäßen Gebrauchs, „off label use“). Die Praxisbesonderheit gilt längstens bis zum Ablauf des Patent- und Unterlagenschutzes nur solange SERVIER Deutschland GmbH Tibsovo in Deutschland vertreibt.

[Weitere Informationen zur Praxisbesonderheit finden Sie auf der Internetseite des GKV-Spitzenverbandes.](#)

Ergänzung der Anlage II (Lifestyle Arzneimittel) der Arzneimittel-Richtlinie: Tirzepatid und Ritlecitinib

Mit Wirkung vom 13. Dezember 2024 wurden in die Anlage II der Arzneimittel-Richtlinie (Lifestyle Arzneimittel) zwei Wirkstoffe aufgenommen, die somit im jeweils genannten Anwendungsgebiet von der Verordnung zu Lasten der GKV ausgeschlossen sind:

- Tirzepatid (Mounjaro®), Verordnungsausschluss gilt nur bei der Anwendung zur Gewichtsreduktion
- Ritlecitinib (Litfulo®), Verordnungsausschluss gilt für das Anwendungsgebiet Alopecia areata

Den vollständigen G-BA-Beschluss finden Sie [hier](#).

Verbandmittel - Update zur Verordnungsfähigkeit sonstiger Produkte zur Wundbehandlung

In Zusammenarbeit mit vielen niedersächsischen Krankenkassen wurde abgestimmt, dass die „Sonstigen Produkte zur Wundversorgung“ übergangsweise bis zum 2. März 2025 weiterhin verordnet werden können. Die Regeln zur Erstattung von Verbandmitteln gelten damit für viele Versicherte zunächst in der Form weiter, wie sie vor Ablauf der Frist am 2. Dezember 2024 bestanden hatten, allerdings ist die Art der Verordnung derzeit abhängig von der Versicherungszugehörigkeit der Patienten.

[Ein gemeinsames Schreiben von KVN und Krankenkassen in Niedersachsen informiert über die Einzelheiten und gibt konkrete Hinweise; wir bitten um Beachtung.](#)

Rabattverträge im Sprechstundenbedarf

Wir möchten Sie darüber informieren, dass die Landesverbände der gesetzlichen Krankenkassen in Niedersachsen gemeinsam und einheitlich Rabattvereinbarungen für Arzneimittel, die gemäß der Vereinbarung über die vertragsärztliche Verordnung von Sprechstundenbedarf verordnet werden dürfen, geschlossen haben.

Die Verordnung von Arzneimitteln mit Rabattvertrag stellt eine bedarfsgerechte und zugleich wirtschaftliche Arzneimittelversorgung dar.

Die aktuell rabattierten Arzneimittel der Vertragspartner sind auf dem Gesundheitspartner-Portal der AOK Niedersachsen einsehbar und betreffen aktuell die Wirkstoffe Enoxaparin, Dexamethason und Propofol.

Die Krankenkassen in Niedersachsen haben uns dabei folgendes versichert:

- In allen Therapiefeldern mit Rabattvertrag unterliegt die Auswahl des Wirkstoffes weiterhin der Therapiefreiheit des Arztes.
- Eine Eingrenzung oder Austauschpflicht auf den Wirkstoff unter Rabattvertrag besteht nicht.
- Sollten medizinische Gründe oder auftretende Lieferschwierigkeiten gegen die Verordnung eines Rabattarzneimittels sprechen, stehen dem Arzt wie gewohnt alle Alternativen im Sprechstundenbedarf zur Verfügung.
- Regressanträge bei Nichtbeachtung der Rabattverträge im Sprechstundenbedarf werden nicht gestellt.

Das Ziel der Etablierung von Rabattverträgen im Sprechstundenbedarf ist die Schaffung einer weiteren Option zur Hebung von Wirtschaftlichkeitspotenzialen in der Arzneimittelversorgung.

Eine Austauschpflicht auf rabattierte Arzneimittel für den Sprechstundenbedarf in den Apotheken besteht aktuell nicht. Daher ist derzeit noch eine namentliche Verordnung des Rabattarzneimittels erforderlich um auch das Rabattprodukt zu erhalten.

Änderung der Anlage V (verordnungsfähige Medizinprodukte) der Arzneimittel-Richtlinie - Streichungen

Mit Wirkung vom 24. Dezember 2024 wurden folgende Medizinprodukte aus der Anlage V gestrichen:

- HEALON GV®
- Healon®
- HEALON5®
- MacroGo Klinge plus Elektrolyte
- Macrogol TAD®
- NYDA®

Hintergrund ist, dass die Unternehmen für die betroffenen Medizinprodukte bis Ablauf der Frist kein gültiges Zertifikat erbracht haben, so dass die Verkehrsfähigkeit erloschen ist.

Den vollständigen Beschluss finden Sie [hier](#)

Die aktualisierte Anlage V der AM-RL finde Sie unter folgendem [Link](#)

Anlage VI der Arzneimittel- Richtlinie (Off-Label-Use) -Bisphosphonate bei Patientinnen mit HR-positivem, postmenopausalem Mammakarzinom - weiterer Hersteller

Die Wirkstoffe Clodronat, Ibandronat, Pamidronat und Zoledronat können bei Patientinnen mit Hormonrezeptor (HR)-positivem, postmenopausalem Mammakarzinom zulassungsüberschreitend eingesetzt werden. Nun hat mit der anwerina GmbH ein weiterer pharmazeutischer Unternehmer die Anerkennung seines Bisphosphonat-haltigen Arzneimittels zum Off Label Gebrauch erklärt, die Änderung der Anlage VI ist mit Wirkung vom 31. Dezember 2024 in Kraft.

Damit sind Bisphosphonat-haltige Präparate der folgenden pharmazeutischen Unternehmer für die vorgenannte Off-Label-Indikation verordnungsfähig:

anwerina Deutschland GmbH, docpharm GmbH, Esteve Pharmaceuticals GmbH, HIKMA Farmacêutica (Portugal) S.A. / Hikma Pharma GmbH, Juta Pharma GmbH, medac Gesellschaft für klinische Spezialpräparate m.b.H., onkovis GmbH, ratiopharm GmbH, Teva B.V., Vipharm GmbH.

Den vollständigen G-BA-Beschluss finden Sie [hier](#)

Die Anlage VI der Arzneimittel-Richtlinie, die die Verordnungsfähigkeit von zugelassenen Arzneimitteln in nicht zugelassenen Anwendungsgebieten regelt, finden Sie [hier](#)

Nicht verordnungsfähig sind in diesem Zusammenhang die Bisphosphonat-haltigen Arzneimittel **anderer** pharmazeutischer **Unternehmer**, da diese keine entsprechende Erklärung zum bestimmungsgemäßen Gebrauch (Unternehmerhaftung) abgegeben haben.



Allgemeine Hinweise

BARMER, Techniker Krankenkasse (TK) und KNAPPSCHAFT: Ergänzende Hautkrebsvorsorge (bis Alter 34) ab 1. Januar 2025 vereinbart

Infolge gesetzlicher Vorgaben enden/endet die bisherigen Vereinbarungen der Krankenkassen und damit die Abrechnungsmöglichkeiten für Dermatologen am 31. Dezember 2024:

Krankenkasse	Mindestalter	GOP	Vergütung
BARMER	ohne	99209	35,00 Euro
Techniker Krankenkasse	ab 15	99208	34,50 Euro
KNAPPSCHAFT	ohne	99207	34,50 Euro

Kurz vor dem Jahreswechsel ist es gelungen, neue Verträge auf Grundlage der sogenannten „besonderen Versorgung“ zu schließen. Nachteilig daran, diese rechtliche Grundlage sieht zwingend ein Teilnahmeverfahren für alle Beteiligten vor. Zunächst ist die persönliche Antragstellung der Dermatologen erforderlich, später hat auch stets der Patient vorab seine Einwilligung formal zu erklären.

Dieses Einschreibeprozedere ist bereits aus dem inhaltsgleichen Vertrag mit der Hanseatischen Krankenkasse (HEK) bekannt. Dieser erhöhte Beratungs- und Einschreibeaufwand fand in den Kassenverhandlungen Berücksichtigung. Die TK bietet ihren Versicherten vorrangig eine digitale Einschreibeoption via Smartphone an, BARMER und KNAPPSCHAFT ist diese smarte Patienteneinschreibung in absehbarer Zeit noch nicht möglich. Somit sind für beide Kassen praxisseitig papierne Einschreibeformulare auszugeben, diese stehen im KVN-Portal zum Download bereit.

Gut zu wissen: Dermatologen, die bereits an den Vorgängerverträgen teilnehmen/teilnahmen, erhalten bei Vorliegen der Voraussetzungen seitens der Bezirksstelle (ggf. rückwirkend) Abrechnungsgenehmigungen mit Vertragsstart. Die vollständigen Vertragsunterlagen stehen im KVN-Portal bereit: Rubrik „Verträge“ >> Suchbegriff „Hautkrebsvorsorge“ >> Kasse auswählen

Hausarztzentrierte Versorgung AOK Niedersachsen: Vergütung angepasst

Mit Start des neuen Abrechnungsquartals 1/2025 erhöht sich die Vergütung in diesen Leistungsbereichen:

Leistung	GOP	bis 2024	ab 2025
Chroniker-Pauschale	99296	5,00 Euro	5,50 Euro
Multimorbiden-Pauschale	99297	15,00 Euro	16,50 Euro
Arzneimitteltherapie-Beratung	99109, 99191	60,00 Euro	67,00 Euro
Neuropad-Früherkennung	99185, 99186	20,00 Euro	25,00 Euro
Diabetisvorsorge-Früherkennung	99230 bis 99242	22,00 Euro	25,00 Euro
Jugendvorsorgeuntersuchung	99219	55,00 Euro	61,00 Euro

Die aktualisierten Vertragsunterlagen stehen im KVN-Portal bereit: Rubrik „Verträge“ >> Suchbegriff „Hausarzt“ >> „AOK Niedersachsen“ auswählen

Broschüre - Behördliche Überwachung von Arztpraxen, 1. Auflage 2024

Das Kompetenzzentrum (CoC) Hygiene und Medizinprodukte der kassenärztlichen Vereinigungen und der kassenärztlichen Bundesvereinigung haben eine Broschüre „Hygiene und Medizinprodukte - Behördliche Überwachung von Arztpraxen“ erstellt. Die Broschüre liefert praxisnahe Orientierungshilfen zu den geltenden Vorschriften im Bereich Infektionsschutzrecht, Medizinprodukterecht und Teile aus dem Arbeitsschutzrecht.

Diese richtet sich an Ärztinnen und Ärzte sowie an das Praxispersonal. Hier erfahren die Praxen mehr über die verschiedenen Arten und Zuständigkeiten sowie die rechtlichen Rahmenbedingungen und Schwerpunkte einer Überwachung. Darüber hinaus unterstützt die Broschüre bei der Vorbereitung einer eventuellen Überwachung.

Dargestellt wird, wie die zuständigen Behörden eine Begehung planen, worauf sie achten und wie der Besuch in der Praxis konkret abläuft. Sollten bei der Begehung Mängel festgestellt werden, beschreibt die Broschüre auch die möglichen Konsequenzen. Je nach Umfang und Schwere der Verstöße reichen diese von Auflagen zur Mängelbeseitigung, über Bußgelder bis zur Unterlassung einzelner Maßnahmen.

[Broschüre „Hygiene und Medizinprodukte - Behördliche Überwachung von Arztpraxen“](#)

KBV: Neue labordiagnostische Empfehlungen

Rheumatoide Arthritis

Über die Labordiagnostik zur Abklärung einer rheumatoiden Arthritis informiert eine neue Ausgabe der Reihe „Empfehlungen zur Labordiagnostik“ der KBV. Sie soll Ärztinnen und Ärzte beim Einsatz von Laboruntersuchungen zur Basisdiagnostik der häufigsten chronisch entzündlichen rheumatischen Erkrankung unterstützen. Die Ausgabe steht ab sofort auf der Internetseite der KBV zur Verfügung.

Der neue Laborpfad beinhaltet ein übersichtliches Ablaufschema zur Basis- und Abklärungsdagnostik der Autoimmunerkrankung. Ein begleitender Text liefert detaillierte Erläuterungen zum Schema und erklärt unter anderem, wie andere Ursachen von Gelenkentzündungen ausgeschlossen werden können. Die Klassifikationskriterien für die rheumatoide Arthritis sind in einer Tabelle dargestellt; sie sollen eine möglichst frühe Diagnose ermöglichen. Zudem gibt es eine Übersicht möglicher Differentialdiagnosen zu einer rheumatoiden Arthritis. Alle relevanten Laborparameter sowie kurze Erläuterungen dazu sind in einem Infokasten zusammengefasst.

Die rheumatoide Arthritis ist eine chronisch-entzündliche Autoimmunerkrankung, bei der im Anfangsstadium ein oder mehrere Gelenke von einer Entzündung der Gelenkschleimhaut betroffen sind. Charakteristisch ist eine häufig symmetrisch auftretende Gelenkschwellung der kleinen und mittleren Gelenke. Die Erkrankung verläuft schubweise fortschreitend. Wichtig sind daher eine frühzeitige Abklärung, Diagnosesicherung und - wenn möglich in Absprache mit einer Rheumatologin oder einem Rheumatologen - ein umgehender Therapiebeginn.

Die labordiagnostischen Empfehlungen zur rheumatoiden Arthritis stehen auf der Themenseite der KBV als Web- sowie als Druckversion bereit. Auf der Seite finden Ärzte und Ärztinnen darüber hinaus weitere Ausgaben der Reihe zu Schilddrüsenerkrankungen, Blut- und Gerinnungserkrankungen, zur Anämie und zum Eisenmangel. Alle Ausgaben der Reihe sind auch in der App KBV2GO! enthalten und damit jederzeit mobil abrufbar.

[Weitere Informationen zum Thema „Rheumatoide Arthritis“ finden Sie auf der Internetseite der KBV](#)

Zi-Kodierhilfe und Fachgruppenthesauren: Aktualisierung auf 2025 jetzt online

Die Zi-Kodierhilfe ist nach jährlichem ICD-10-GM-Update mit aktualisiertem Datenbestand für das Jahr 2025 jetzt online unter www.kodierhilfe.de sowie als App verfügbar.

Mit der Suchfunktion der Kodierhilfe finden Sie schnell und effizient den richtigen ICD-Code sowie individuelle Hilfen und Hinweise auf zusätzliche oder alternative Kodiermöglichkeiten.

Fachgruppenspezifische Kodierübersichten (Zi-Thesauren) sowie themenspezifische Kodiermanuale stehen ergänzend bereit.

[Weitere Infos des ZI zur Kodierhilfe](#)

Besondere Versorgung der DAK-Gesundheit „Willkommen Baby!“ endet

In Ergänzung zu den gesetzlichen Leistungen der Mutterschaftsvorsorge sollen zusätzliche Leistungen die Frühgeburtenrate senken und Risikofaktoren frühzeitig erkennen. Mit Ablauf des Quartals 1/2025 endet jedoch die besondere Schwangerschaftsberatung/-vorsorge der DAK. Teilnehmenden Gynäkologen/innen ist somit die Abrechnung der Leistungsinhalte (GOP 98240 bis 98244) nur noch bis zum 31. März 2025 möglich.

Gesetzliche Unfallversicherung: Anpassungen ab Januar 2025

Mit den nachfolgenden Änderungen gehen neue Vergütungsmöglichkeiten einher, mit der die ärztliche Tätigkeit für die Gesetzliche Unfallversicherung gefördert werden soll.

Neuaufnahme der Nummer 134 UV-GOÄ

Für das Erstellen eines Messblatts auf Anforderung des Unfallversicherungsträgers außerhalb der Begutachtung ist die neue Nummer 134 in die UV-GOÄ aufgenommen worden.

Erweiterung der Abrechenbarkeit der Nummer 143 UV-GOÄ - je Bescheinigung/Verordnung:

Über die Bescheinigung zum Nachweis der Arbeitsunfähigkeit (§47 Vertrag Ärzte/UV-Träger) hinaus, ist diese für weitere Bescheinigungen und Formulare abrechenbar:

- Bescheinigung zum Bezug des Kinderpflege-Verletztengeldes beziehungsweise zum Nachweis der unfallbedingten Erkrankung des Kindes
- Bescheinigungen für Kleider- und Wäschemehrverschleiß
- Bestätigungen für Fahrkostenabrechnungen
- Verordnung für Krankentransport
- Verordnung von häuslicher Krankenpflege (§19 Vertrag Ärzte/UV-Träger)
- Verordnung von Krankengymnastik/Physiotherapie (F 2400) und Ergotherapie (F 2402)
- Verordnung von Rehasport und Funktionstraining (F 2406)
- Verordnung von KSR (F 2170), BGSW (F 2150), EAP (F 2419), ABMR (F 2162)
- Verordnung von Hilfsmitteln (einschl. orthopädischer Schuhe und Einlagen mit Vordruck F 2404)
- F 2902: Hinzuziehung/Überweisung (§ 12 ÄV),
- Verordnung von digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGA)

Je Behandlungstag kann die Leistung maximal dreimal abgerechnet werden. Die Bescheinigung oder Verordnung ist in der Rechnung zu dokumentieren.

Neuaufnahme der Nummer 180 UV-GOÄ - Befüllung der elektronischen Patientenakte (ePA)

Die Befüllung der ePA kann im Behandlungsfall nur einmal abgerechnet werden. Ärzte, die vom Durchgangsarzt zur Behandlung hinzugezogen werden, können diese Leistung nicht abrechnen. Die Vergütung beträgt in der Allgemeinen und Besonderen Heilbehandlung 5 Euro.

Neuaufnahme der Nummer 382a UV-GOÄ - Zuschlag für Epikutanteste

Teil C. „Nichtgebietsbezogene Sonderleistungen“ ist wie folgt geändert: In Nummer „V. Impfungen und Testungen“ ist in den Allgemeinen Bestimmungen in Nummer 4 Satz 2 gestrichen.

In Nummer „V. Impfungen und Testungen“ wird nach Nummer 382 UV-GOÄ die Nummer 382a UV-GOÄ neu eingefügt. Diese Nummer ist ein Zuschlag für Epikutanteste, die nicht der Standardreihe angehören. Je Test: Allgemeine Heilbehandlung 2,32 Euro, Besondere Heilbehandlung 2,32 Euro.

Im Teil L. wird nach Nummer „I. Wundversorgung, Fremdkörperentfernung“ folgende Nummer „I a. Wundbehandlung mit Vakuumversiegelungstherapie“ neu eingefügt:

Künftig kann die Vakuumversiegelungstherapie von Wunden abgerechnet werden, wenn bei wund- oder patientenspezifischen Risikofaktoren unter einer Standardwundbehandlung keine ausreichende Heilung zu erwarten ist.

Unter Berücksichtigung der Vorstellungspflicht nach §37 Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger können die Leistungen nur Durchgangsärzte und Handchirurgen erbringen und abrechnen. Andere Ärzte dürfen die Gebühren nur nach vorherigem Auftrag durch den UV-Träger abrechnen.

Es stehen zwei Abrechnungsalternativen zur Verfügung: Entweder man wählt die Gesamtpauschale nach Nummer 2018 oder rechnet die Nummern 2019 und 2020 unter Berücksichtigung der Leistungslegenden ab.

Vakuumversiegelungstherapien, abweichend von den Nummern 2018, 2019 und 2020, bedürfen der Einzelfallgenehmigung durch den Unfallversicherungsträger. Es sind zertifizierte Medizinprodukte zu verwenden.

- Nummer 2018 UV-GOÄ; Vakuumversiegelung; Besondere Heilbehandlung: 97,86 Euro
- Nummer 2019 UV-GOÄ; Erstanlage einer Vakuumversiegelung - als selbstständige Leistung; Besondere Heilbehandlung: 42,15 Euro
- Nummer 2020 UV-GOÄ; Wechsel einer Vakuumversiegelung - als selbstständige Leistung; Besondere Heilbehandlung: 28,85 Euro

Hinweise zur Veröffentlichung

Die Einzelheiten zu den Beschlüssen finden Sie [hier](#)

Zudem wird diese Bekanntmachung auf der [Internetseite der KBV](#) veröffentlicht. Die aktuelle UV-GOÄ wird ebenfalls auf der [Internetseite der KBV](#) bereitgestellt.

Früherkennungsuntersuchungen U10 / U11 und J2 - besondere Versorgungen mit der Knappschaft und der Techniker Krankenkasse: Teilnahmeformulare

Diese Präventionsangebote für Kinder und Jugendliche ergänzen seit Jahren die Regelversorgung. Beide Krankenkassen haben aktuell die Teilnahmeformulare angepasst. Darüber hinaus blieben der Vertragsinhalt sowie die Vergütung unverändert. Nutzen Sie ab sofort die neuen PDF-Formulare, sie stehen im KVN-Portal bereit: Rubrik „Verträge“ >> Suchbegriffe U10 / U11 / J2

Kooperationsanfragen an Mitglieder

Die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen (KVN) erhält häufig Kooperationsanfragen von Institutionen im deutschen Gesundheitswesen und Universitäten. In der Regel geht es dabei um Online-Befragungen oder Informationen über bestimmte Diagnosen und Behandlungsmethoden. Diese Kooperationsanfragen finden Sie auf unserer Internetseite.

KVN passt Abschlagszahlungen an

Bisher wurden die Abschläge an die Praxen der Niedergelassenen am 24. eines Monats bzw. am darauffolgenden Banktag gezahlt. Dieses Verfahren muss die KVN im Verlauf des kommenden Jahres umstellen.

Warum besteht Änderungsbedarf?

Um die Abschlagszahlungen leisten zu können ist die KVN auf die rechtzeitigen Zahlungseingänge der Krankenkassen angewiesen. Diese werden erst am Monatsende fällig oder am darauffolgenden Banktag fällig. Eine frühere Abschlagszahlung der Kassen ist bereits im Landesschiedsamt abgelehnt worden. Zwischenfinanzierungen durch die KVN sind rechtlich nicht zulässig.

Da es keine anderen zulässigen Möglichkeiten gibt, die Liquidität der KVN dauerhaft zu gewährleisten, hat die Vertreterversammlung am 9. November 2024 der Änderung der einschlägigen Regelung des HVM zugestimmt, die monatlichen Abschlagszahlungen an die Praxen ebenfalls auf das Monatsende bzw. den darauffolgenden Banktag zu verschieben. Die Gelder an die Praxen werden also unmittelbar nach Zahlungseingang ausgekehrt.

Wie können sich Praxen auf die geänderten Zahlungstermine einstellen?

Um eine angemessene Umsetzung durch die Praxen zu gewährleisten soll die Terminverschiebung auf das Monatsende erst ab Juli 2025 greifen. So sollen die Praxen genug Zeit haben, eigene Zahlungsmodalitäten zu ändern oder – wo dies nicht möglich ist – Rücklagen aus den Restzahlungen oder Abschlägen zu bilden bzw. den Termin für die Privatentnahme zu modifizieren. Um den Anpassungsprozess zu unterstützen, ist geplant, zusätzlich für den Monat Juli aus dem Abschlag Plus für den Monat August 13%-Punkte vorzuziehen und bereits am 24. Juli zu zahlen.

Wir informieren alle Praxen über ihre individuellen Abschlagshöhen und die jeweiligen Abschlagstermine. Um Beachtung des Zahlungskalenders wird gebeten. Dieser geht allen Praxen mit dem KVN-Rundschreiben sowie nochmals mit der Neufestsetzung der Abschläge im Januar 2025 zu. Ihre Bank, Ihre Steuerberatungskanzlei sowie Ihre Ansprechpartner für Honorarzahungen in den Bezirksstellen der KVN unterstützen Sie gern bei ggf. notwendigen Umstellungen der Finanzplanung der Praxen.



Veranstaltungen im Februar 2025

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. Februar 2025

- [Moderne Wundversorgung](#) (WebSeminar)
- [Update Digitalisierung: Die elektronische Patientenakte](#) (WebSeminar)

Freitag, 7. Februar 2025

- [Qualitätszirkel Moderatorengrundausbildung 2-tägig](#) (Hannover)

Mittwoch, 12. Februar 2025

- [Meine Praxiskooperation – Was ist möglich mit BAG, Anstellung, MVZ & Co.](#)(WebSeminar)
- [Teamführung und Konfliktprävention](#) (WebSeminar)
- [Sprechstundenbedarf](#) (WebSeminar)
- [Das Telefon - Die Visitenkarte der Praxis](#) (WebSeminar)
- [EBM für Einsteiger](#) (Osnabrück)
- [Arzneimitteltherapiesicherheit](#) (WebSeminar)
- [Hürden in der Aufbereitung](#) (Hannover)

Dienstag, 18. Februar 2025

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

Mittwoch, 19. Februar 2025

- [Arzneimittelverordnungen](#) (WebSeminar)
- [Fit am Empfang - So heißen Sie Ihre Patienten willkommen](#) (WebSeminar)
- [Meine Zukunft planen - Impulse für Ihre Praxisabgabe](#) (WebSeminar)
- [Update Digitalisierung: Wechsel des Praxisverwaltungssystem](#) (WebSeminar)
- [Führungsstärke - Souverän und gelassen im Führungsalltag](#) (Hannover)
- [Professionelle Praxisorganisation](#) (WebSeminar)

Donnerstag, 20. Februar 2025

- [PraxismanagerIn Arbeitsgruppe](#) (WebSeminar)

Dienstag, 25. Februar 2025

- [Personalführung für PraxismitarbeiterIn](#) (WebSeminar)

Mittwoch, 26. Februar 2025

- [Konflikte lösen und verhüten - Erste Hilfe im Konfliktgeschehen mit schwierigen Patienten](#) (Hannover)
- [Die Gesundheit von PraxismitarbeiterIn erhalten und schützen](#) (WebSeminar)
- [Niederlassungsseminar Modul II „Meine eigene Praxis - So gelingt Ihr Start“](#) (WebSeminar)
- [Impfen](#) (WebSeminar)
- [Heilmittelverordnung in Theorie und Praxis](#) (WebSeminar)
- [Niederlassungsseminar Modul I „Meine eigene Praxis - Impulse für Ihren Start“](#) (Osnabrück)
- [Praxisbegehungen durch das Gesundheitsamt](#) (Hannover)

Donnerstag, 27. Februar 2025

- [Generationsmanagement - Multi-Generations-Teams professionell führen](#) (Hannover)

Freitag, 28. Februar 2025

- [Der Knigge - Wertschätzung und Respekt](#) (Hannover)

Wirtschaftsseminar* der KVN

**Das Niedersächsische Praxisforum live 2025 –
Die interaktive Praxisbörse für Ärzte und
Psychotherapeuten
Samstag, 29.03.2025 in Hannover**

**KVN**

Kassenärztliche Vereinigung
Niedersachsen
Unternehmensbereich
Beratung

- ✓ Interaktive Stationen mit interessanten Themen, wie Schritte einer Praxisübernahme, Kooperationsmodelle, u.v.m.
- ✓ Einführung in die KVN Praxisbörse
- ✓ „Get together“ mit jungen sowie erfahrenen Kolleginnen und Kollegen unterschiedlicher Fachgruppen
- ✓ Planung Ihres Vorhabens (Niederlassung, Kooperation, Praxisabgabe) mit den Beratern der KVN

Wir freuen uns auf Sie!

Weitere Informationen sowie die Möglichkeit der Anmeldung unter www.kvn.de oder einfach den QR-Code scannen und direkt anmelden



*Zertifiziert mit Fortbildungspunkten



Amtliches

Ausschreibungen für Nachfolgezulassungen in gesperrten Planungsbereichen

Die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen (KVN) schreibt hiermit folgende Vertragsarzt-/Vertragsärztinnen-/Vertragspsychotherapeuten-/Vertragspsychotherapeutinnensitze aus:

Die Ausschreibungen für Nachfolgezulassungen im Monat Januar 2025 finden Sie [hier](#).

Oder Sie besuchen unsere [Internetseite](#)

Förderung für die Besetzung von Vertragsarztsitzen nach der Strukturfonds-Richtlinie der KVN

Für die Besetzung eines hausärztlichen Vertragsarztsitzes in der/den nachfolgend genannten Gemeinde(n) wird ein Investitionskostenzuschuss von bis zu 50.000 Euro gewährt.

Die Förderungen für den Monat Januar 2025 finden Sie [hier](#).

Oder Sie besuchen unsere [Internetseite](#)

Sitzung der KVN-Vertreterversammlung

Die nächste Sitzung der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen (KVN) findet am Sonnabend, den 22.02.2025, um 10.00 Uhr, im Raum 419 (4. OG), Berliner Allee 22, 30175 Hannover, statt.

Eine Teilnahme von Gästen ist im Rahmen der räumlichen Gegebenheiten nur begrenzt möglich. Um zu vermeiden, dass Gäste unnötig anreisen, ist eine Anmeldung über das KVN-Vorstandsbüro (Daniela Rodacker, Tel. 05 11 / 3 80 - 32 44) notwendig. Dort wird eine maßgebliche Liste geführt, aufgrund derer der Einlass am Tag der Sitzung der Vertreterversammlung erfolgt. Darüber hinaus erscheinende Interessierte können keinen Eintritt erhalten.

Impressum

KVNBachrichten

Das Rundschreiben der
Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen
1. Jahrgang, Nr. 01/2025

Herausgeber:

Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen
Berliner Allee 22, 30175 Hannover

Redaktionsausschuss:

Mark Barjenbruch, Thorsten Schmidt, Nicole Löhrl,
Dr. Eckart Lummert, Dr. Ludwig Grau

Redaktion:

Detlef Haffke (v.i.S.d.P.), Lars Menz,
Michael Aßhauer, Sandra Meyer

Anschrift der Redaktion:

Berliner Allee 22, 30175 Hannover
Tel. 0511 380-3231, E-Mail: pressestelle@kvn.de
www.kvn.de

Bildnachweis

S. 1 oben u. S. 3: KVN; S. 1 links u. S. 4: KVN; S. 1 rechts und S. 5:
Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und
Gleichstellung