



**KVN**

Kassenärztliche Vereinigung  
Niedersachsen

# Informationen für die Praxis

KVN-Rundschreiben

Dezember 2022

## Inhaltsverzeichnis

<b>1.</b>	<b>Abrechnung .....</b>	<b>3</b>
1.1.	Abgabetermin Quartalsabrechnung 4/2022.....	3
1.2.	Abschlagszahlungen und Zahlungstermine 2023 .....	4
1.3.	Mitteilung der fachgruppendurchschnittlichen Obergrenze für Kontrastmittel für das Quartal 1/2023 .	4
1.4.	Amtliche Mitteilung der KVN zum HVM Teil B Nr. 16.1 und 16.2 für das 1. Quartal 2023 - Fachgruppendurchschnittswerte für Laborindividualbudgets.....	4
1.5.	Amtliche Mitteilung der KVN zum HVM für das 1. Quartal 2023 für alle dem RLV unterliegenden Arztgruppen des haus- und fachärztlichen Versorgungsbereichs .....	5
1.6.	Bewertungsausschuss fasst unter anderem einen Beschluss zur außerklinischen Intensivpflege .....	5
1.7.	Neuregelung zur Terminvermittlung ab 1. Januar 2023	9
1.8.	Hausarztvertrag mit der BARMER - Hinweis für die Abrechnung für das 1. Quartal 2023 .....	10
<b>2.</b>	<b>Verordnungen.....</b>	<b>11</b>
2.1.	Änderung der Anlage III (Verordnungseinschränkungen und -ausschlüsse) der Arzneimittel-Richtlinie - Febuxostat.....	11
2.2.	Änderung der Anlage VII (Austauschbarkeit von Arzneimitteln) der Arzneimittel-Richtlinie - Austauschbarkeit von parenteral anzuwenden Arzneimitteln.....	11
2.3.	Grippesaison 2023/2024 - Bedarfsmeldung und Verordnung der Grippeimpfstoffe .....	12
2.4.	Nucala® (Mepolizumab) in Teilindikation als Praxisbesonderheit anerkannt.....	14
<b>3.</b>	<b>Allgemeine Hinweise.....</b>	<b>15</b>
3.1.	Sonderregelung zur telefonischen Krankschreibung bis zum 31. März 2023 verlängert .....	15
3.2.	Ausstellung von AU-Bescheinigungen im Rahmen der fachärztlichen Behandlung .....	15

3.3.	MRT (offenes MRT).....	15
3.4.	Kurative Mammographie .....	16
3.5.	Gemeinsam statt einsam in Niedersachsen - Professionelle Selbsthilfearbeit der hkk, KVN und dem Selbsthilfe-Büro Niedersachsen wird fortgeführt.....	17
3.6.	Außerklinische Intensivpflege .....	17
<b>4.</b>	<b>Veranstaltungen im Januar und Februar 2023 .....</b>	<b>19</b>
<b>5.</b>	<b>Anlagenverzeichnis.....</b>	<b>20</b>
5.1.	Abschlagszahlungen und Zahlungstermine 2023 .....	20
5.2.	Amtliche Mitteilung zum HVM Teil B Nr. 16.1 und 16.2.....	20
5.3.	Kurative Mammographie - Handlungsempfehlung .....	20

## 1. Abrechnung

### 1.1. Abgabetermin Quartalsabrechnung 4/2022

Der Abgabetermin für die Abrechnung des 4. Quartals 2022 ist der 10. Kalendertag des nachfolgenden Quartals und somit der 10. Januar 2023.

10. Januar 2023

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 finden Sie auch unter [https://www.kvn.de/Mitglieder/Abrechnung\\_+Honorar+und+Vertrag/Quartalsabrechnung.html](https://www.kvn.de/Mitglieder/Abrechnung_+Honorar+und+Vertrag/Quartalsabrechnung.html)
- die abzugebenden Behandlungsausweise (sortiert nach der Liste: KBV-Prüfmodul Abgabe Behandlungsausweise) einzureichen  
Ausnahme: die Ersatzverfahrenscheine über den Kostenträger 17809 (Nds. Ministerium für Soziales) sowie über den Kostenträger 38825 (Bundesamt für soziale Sicherung/BAS) sind mit den Quartalsabrechnungen nicht 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,  
Behandlungsplan zur künstlichen Befruchtung Muster 70/70A,  
Mitteilungen der Praxis zur eingereichten Abrechnung (Beispiel: Pat. Y ist zu löschen, da jetzt BG-Fall).

Sammelerklärung

Ausnahme

Nicht einzureichen

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. Abschlagszahlungen und Zahlungstermine 2023

Der Monatsabschlag beträgt im 1. und 3. Quartalsmonat unverändert 24 Prozent Ihres durchschnittlichen Honorars im vergangenen Kalenderjahr (Quartale 4/2021 bis 3/2022). Im jeweils 2. Quartalsmonat beträgt der Abschlag 37 Prozent.

In der Anlage erhalten Sie für Ihre eigene Finanzdisposition die Übersicht aller Zahlungstermine für das gesamte Jahr 2023. Die Übersicht finden Sie ab sofort auch im Internet unter [https://www.kvn.de/Mitglieder/Abrechnung\\_+Honorar+und+Vertrag.html](https://www.kvn.de/Mitglieder/Abrechnung_+Honorar+und+Vertrag.html)

### Anlage 5.1: Abschlagszahlungen und Zahlungstermine 2023

## 1.3. Mitteilung der fachgruppenspezifischen Obergrenze für Kontrastmittel für das Quartal 1/2023

Gemäß der Kontrastmittelvereinbarung, die die KVN mit den Landesverbänden der Krankenkassen in Niedersachsen zum 1. Januar 2016 abgeschlossen hat und die zuletzt zum 1. Juli 2020 angepasst wurde, gelten für das 1. Quartal 2023 für Ärzte, die im Basisquartal 1/2022 (noch) keine Kontrastmittel über die o. g. Vereinbarung abgerechnet haben, folgende fachgruppenspezifischen Obergrenzen:

- Institute, Krankenhäuser 8.084,12 Euro
- Fachärzte für Nuklearmedizin 11.141,82 Euro
- Fachärzte für Diagnostische Radiologie 98.646,87 Euro
- Fachärzte für Urologie 6.266,58 Euro

Obergrenzen

Die Vereinbarung gilt für Fachärzte für Nuklearmedizin, Diagnostische Radiologie und Urologie verbindlich. Für andere Fachgruppen nur, wenn in der eigenen BAG/MVZ oder im Institut/Krankenhaus ein Facharzt für Nuklearmedizin, Diagnostische Radiologie oder Urologie tätig ist.

Diese Daten sind über das KVN-Portal unter Verträge/Kontrastmittel-Vereinbarung abrufbar.

## 1.4. Amtliche Mitteilung der KVN zum HVM Teil B Nr. 16.1 und 16.2 für das 1. Quartal 2023 - Fachgruppenspezifische Obergrenzen für Laborindividualbudgets

Die für das 1. Quartal 2023 geltenden Fachgruppenspezifischen Obergrenzen für Laborindividualbudgets entnehmen Sie bitte der Anlage 5.2 zu diesem Rundschreiben. Zusätzlich sind diese Daten auch bereits seit dem 25. November 2022 abrufbar unter [https://www.kvn.de/Mitglieder/Abrechnung\\_+Honorar+und+Vertrag/Honorarverteilung.html](https://www.kvn.de/Mitglieder/Abrechnung_+Honorar+und+Vertrag/Honorarverteilung.html)

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

### 1.5. Amtliche Mitteilung der KVN zum HVM für das 1. Quartal 2023 für alle dem RLV unterliegenden Arztgruppen des haus- und fachärztlichen Versorgungsbereichs

Die für 1/2023 geltenden RLV-/QZV-Mindestfallwerte sowie die Fallzahlgrenzen für die Fallwertminderung und die Fallzahlzuwachsbeschränkungsregelung (FZZB) finden Sie als „Download“ unter [https://www.kvn.de/Mitglieder/Abrechnung\\_+Honorar+und+Vertrag/Honorarverteilung.html](https://www.kvn.de/Mitglieder/Abrechnung_+Honorar+und+Vertrag/Honorarverteilung.html)

### 1.6. Bewertungsausschuss fasst unter anderem einen Beschluss zur außerklinischen Intensivpflege

Wir möchten Ihnen die Beschlüsse vorstellen, die der Bewertungsausschuss (BA) zur Änderung des EBM gefasst hat. Dies betrifft unter anderem die Abrechnung und Vergütung der außerklinischen Intensivpflege, die vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) in einer neuen Richtlinie geregelt wurde.

#### Auf einen Blick

- Außerklinische Intensivpflege: Neuer Abschnitt 37.7 EBM
- Änderung des EBM bezüglich des Arzneimittels Lynparza

#### **Außerklinische Intensivpflege: Neuer Abschnitt 37.7 EBM**

Die außerklinische Intensivpflege wird künftig in einer eigenen Richtlinie geregelt, die der G-BA beschlossen hat.

Die Änderungen des EBM erfolgen zum 1. Dezember 2022 und zum 1. Januar 2023 und wir möchten Ihnen zunächst die zeitliche Teilung kurz erläutern, bevor wir Ihnen die neuen Gebührenordnungspositionen (GOP) vorstellen. Danach werden wir Sie darüber informieren, welche Fachgruppen die neuen Leistungen im EBM abrechnen dürfen und bei wem eine Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung (KV) erforderlich ist.

- Zum 1. Dezember 2022 wird der Abschnitt 37.7 in den EBM aufgenommen. Er enthält zunächst die Leistungen zur Erhebung des Potenzials in Bezug auf die Beatmungsentwöhnung und Entfernung der Trachealkanüle beziehungsweise Therapieoptimierung („Erhebung“).
- Die Erhebung ist in der Regel Voraussetzung für die Verordnung der außerklinischen Intensivpflege.

Zum 1. Januar 2023 - und somit zeitgleich zum Inkrafttreten der neuen Außerklinischen Intensivpflege-Richtlinie des G-BA (AKI-RL) - wird der Abschnitt 37.7 um Gebührenordnungspositionen zur Vergütung der Verordnung inklusive Behandlungsplan, der ärztlichen Koordination und der Fallkonferenz ergänzt.

Zum 1. Dezember 2022

## Das sind die neuen Gebührenordnungspositionen

### Erhebung (ab 1. Dezember 2022)

- GOP 37700 (257 Punkte, einmal im Behandlungsfall): Erhebung unter Verwendung des Vordrucks nach Muster 62 Teil A. Die GOP stellt die Grundleistung dar (Dauer mindestens 20 Minuten) und ist daher auch bei Erhebung in Form einer Videosprechstunde berechnungsfähig. Sie ist regulär höchstens zweimal und mit medizinischer Begründung dreimal im Krankheitsfall berechnungsfähig.
- GOP 37701 (128 Punkte, je vollendete 10 Minuten): Zuschlag zur GOP 37700 bei Durchführung der Erhebung im Rahmen eines Besuchs. Die GOP ist höchstens dreimal im Behandlungsfall berechnungsfähig.
- GOP 37704 (294 Punkte): Durchführung einer Schluckendoskopie (FEES) im Rahmen der Potenzialerhebung
- GOP 37705 (84 Punkte): Bestimmung des Säurebasenhaushalts und Blutgasanalyse im Rahmen der Potenzialerhebung
- GOP 37706 (159 Punkte, einmal im Behandlungsfall): Grundpauschale für Ärzte und Krankenhäuser gemäß §5 Absatz 2 Satz 2 AKI-RL, welche zum Zwecke der Potenzialerhebung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen
- GOP 37714 (106 Punkte, einmal im Behandlungsfall): Pauschale für einen konsiliarisch tätigen Arzt, sofern keine Grund- oder Versichertenpauschale berechnet wird. Sie ist auch bei der konsiliarischen Einbindung im Rahmen der Verordnung berechnungsfähig (Erweiterung erfolgt mit Beschlussteil B).

Sofern im Zusammenhang mit der Erhebung eine Bronchoskopie nach der GOP 09315 oder GOP 13662 durchgeführt wird, ist dies durch Angabe der kodierten Zusatzziffer 09315A beziehungsweise 13662A zu dokumentieren.

Hinweis

### Erhebung per Telemedizin (ab 1. Dezember 2022)

- Der Technikzuschlag (GOP 01450) kann im Zusammenhang mit der GOP 37700 berechnet werden.
- Sollten je Vertragsarzt und Quartal höchstens drei Erhebungen nach der GOP 37700 durchgeführt werden, findet die Obergrenze gemäß Abs. 6 der Allgemeinen Bestimmungen 4.3.1 keine Anwendung.
- Die Abschlagsregelung für ausschließliche Videosprechstunden im Quartal wird um die Grundpauschale für Ärzte und Krankenhäuser gemäß §5 Absatz 2 Satz 2 der AKI-RL ergänzt (Aufnahme der GOP 37706 in den ersten Spiegelstrich der Nummer 1 im fünften Absatz der Nummer 4.3.1 der Allgemeinen Bestimmungen, 30 Prozent-Abschlag).

**Verordnung (ab 1. Januar 2023)**

- GOP 37710 (167 Punkte): Verordnung der außerklinischen Intensivpflege inklusive Erörterung und Feststellung der individuellen Therapieziele mit der Patientin oder dem Patienten unter Verwendung des Vordrucks nach Muster 62 Teile B und C. Die GOP ist höchstens dreimal im Krankheitsfall berechnungsfähig.

**Versorgungskontinuität und -koordination (ab 1. Januar 2023)**

- GOP 37711 (275 Punkte, einmal im Behandlungsfall): Zuschlag zur Versicherten- oder Grundpauschale für den Vertragsarzt, der die außerklinische Intensivpflege koordiniert, wenn im Zeitraum der letzten zwei Quartale unter Einschluss des aktuellen Quartals eine Verordnung nach der GOP 37710 erfolgt ist.
- GOP 37720 (86 Punkte): Patientenorientierte Fallbesprechung unter Beteiligung der notwendigen ärztlichen Fachdisziplinen und/oder weiterer Berufe beziehungsweise Angehöriger. Die GOP ist höchstens achtmal im Krankheitsfall berechnungsfähig. Die Leistung kann auch in Form einer Telefon- oder Videofallkonferenz erfolgen. Sie ist von einem weiteren Kreis von Facharztgruppen als die unmittelbar im Zusammenhang mit der Verordnung stehenden Leistungen (GOP 37710, 37711) berechnungsfähig, unter anderem auch von Psychiatern und HNO-Ärzten.

**Finanzierung der neuen Leistungen**

Da es sich um neue Leistungen handelt, werden diese für die nächsten zwei Jahre außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) vergütet.

**Abrechnungsvoraussetzungen sowie Übergangsregelung**

Laut AKI-RL werden sowohl für die Erhebung als auch Verordnung besondere ärztliche Qualifikationen vorausgesetzt.

- Die Erhebungsbefugnis ist grundsätzlich an eine Genehmigung der KV gebunden und kann nur von besonders qualifizierten Vertragsärztinnen und -ärzten durchgeführt werden. Hierzu zählen insbesondere jene mit Zusatzbezeichnung Intensivmedizin und Fachärztinnen und -ärzte für Innere Medizin und Pneumologie. Für weitere Fachgruppen sind bestimmte, einschlägige Tätigkeiten und Erfahrungen gegenüber der KV nachzuweisen. Auch nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärztinnen und Ärzte oder Krankenhäuser sind zur Erhebung berechtigt und nehmen zu diesem Zweck an der vertragsärztlichen Versorgung teil (vgl. § 37c Abs. 1 Satz 7 SBG V bzw. § 5 Abs. 2 Satz 2 AKI-RL).
- Die Verordnung kann - neben den potenzialerhebenden Vertragsärztinnen und -ärzten - insbesondere von allen Fachärzten mit Zusatzbezeichnung Intensivmedizin und den Fachgruppen Innere Medizin und Pneumologie, Anästhesiologie, Neurologie

Ärztliche  
Qualifikationen

sowie Kinder- und Jugendmedizin berechnet werden. Hausärztinnen und -ärzte können verordnen, wenn sie Kompetenzen im Umgang mit beatmeten beziehungsweise trachealkanülierten Patienten besitzen. Sie benötigen hierfür eine Genehmigung der KV. Bei Patientinnen und Patienten, die weder beatmungspflichtig noch trachealkanüliert sind, erfolgt die Verordnung in der Regel durch die Fachärztinnen und -ärzte, die auf die Erkrankung spezialisiert sind, die die außerklinische Intensivpflege erforderlich macht.

Durch eine Übergangsregelung können die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte die außerklinische Intensivpflege zunächst weiterhin wie gewohnt verordnen - allerdings befristet bis zum Stichtag 30. Oktober 2023. Danach müssen alle Verordnungen außerklinischer Intensivpflege nach den neuen Regelungen erfolgen. Näheres zur Übergangsregelung finden Sie auf der Internetseite des G-BA (s. [www.g-ba.de/presse/pressemitteilungen-meldungen/1079/](http://www.g-ba.de/presse/pressemitteilungen-meldungen/1079/)).

Übergangsregelung

Über das genaue Genehmigungsverfahren zur außerklinischen Intensivpflege werden wir Sie noch gesondert informieren.

Die KBV wird als Service eine Themenseite im Internet bereitstellen, auf der die wichtigsten Informationen zu den Neuerungen bei der außerklinischen Intensivpflege zusammengefasst sind.

#### **Änderung des EBM bezüglich des Arzneimittels Lynparza**

Die Anwendung von Lynparza® (Wirkstoff Olaparib) wurde um die Anwendung zur adjuvanten Behandlung von HER2-negativem Mammakarzinom im Frühstadium mit hohem Rezidivrisiko erweitert.

Vor der Anwendung des Arzneimittels ist der Nachweis einer pathogenen oder einer vermutlich pathogenen Mutation in den BRCA1- oder BRCA2-Genen der Keimbahn erforderlich. Mit dem vorliegenden Beschluss werden die im Leistungsinhalt der GOP 11601 enthaltenen Verweise auf die gemäß Fachinformation des Arzneimittels bislang zulässigen Indikationen gestrichen und stattdessen wird die Leistungslegende der GOP 11601 für den Nachweis oder Ausschluss von Mutationen in den Genen BRCA1 und BRCA2 generisch gefasst. Die Legende der GOP 19456 zum Nachweis von BRCA1/2 im Tumormaterial im Abschnitt 19.4.4 EBM wird dahingehend angeglichen. Die GOP 11601 und 19456 sind extrabudgetär vergütet. Die GOP 11601 ist nur subsidiär zu verwenden, wenn die Indikationskriterien des erblichen Mamma- und Ovarialkarzinoms nicht erfüllt sind und deswegen eine Untersuchung nach der GOP 11440 nicht berechnet werden darf.

#### **Hinweis zur Veröffentlichung**

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



### 1.7. Neuregelung zur Terminvermittlung ab 1. Januar 2023

Die Neupatientenregelung wird zum Ende des Jahres 2022 beendet. Dafür erhöhen sich die Zuschläge für eine schnelle Terminvermittlung durch die Terminservicestellen (TSS) oder Hausärzte.

Die Zuschläge für die Behandlung von Patientinnen und Patienten, denen durch die Terminservicestellen oder den Hausarzt ein Termin vermittelt wurde, werden zum 1. Januar wie folgt angepasst:

<b>Frist für Behandlung ab Terminvermittlung</b>	<b>Zuschlag auf die jeweilige altersgruppenspezifische Versicherten-, Grund- bzw. Konsiliarpauschale</b>
Akutfall spätestens am Folgetag	200 Prozent
spätestens am 4. Tag	100 Prozent
spätestens am 14. Tag	80 Prozent
spätestens am 35. Tag	40 Prozent

Angepasste Zuschläge

Die jeweilige Zusatzpauschale für die Terminvermittlung wird weiterhin mit den Buchstaben A, B, C oder D durch die Praxen in der Abrechnung gekennzeichnet.

#### **Vermittlung eines Termins beim Facharzt durch den Hausarzt (Hausarzt-Vermittlungsfall)**

Fachärztinnen und Fachärzte können die Zuschläge (mit Ausnahmen des Zuschlags im Akutfall) auch dann abrechnen, wenn der Termin durch eine Hausärztin oder einen Hausarzt vermittelt wurde. Die Behandlung wird weiterhin extrabudgetär und damit in voller Höhe vergütet.

Hausärztinnen und Hausärzte erhalten für die zeitnahe Vermittlung des Termins beim Facharzt durch das Ansetzen der GOP 03008 bzw. GOP 04008 mindestens 15 Euro statt wie bislang 10,48 Euro. Zusätzlich muss im KVDT-Feld 5003 weiterhin die 9-stellige BSNR des vermittelten Facharztes angegeben werden.

Die jeweiligen Vermittlungs-/Kontaktarten müssen für alle Konstellationen:

- 1 = TSS-Terminfall
- 2 = TSS-Akutfall
- 3 = HA-Vermittlungsfall
- 4 = Offene Sprechstunde
- 6 = TSS-Routine-Termin

weiterhin über die KVDT-Feldkennung 4103 gekennzeichnet werden. Bei fehlender Kennzeichnung werden die dazugehörigen Zuschlagsleistungen sachlich-rechnerisch berichtigt.

Kennzeichnung

**Hinweis:** Die Umsetzung der neuen Regelungen im EBM wird nun zunächst zwischen KBV und GKV-Spitzenverband verhandelt.

Die KVN arbeitet derzeit daran, die für Sie relevanten Informationen zentral auf einer Internetseite zusammen zu fassen. Bitte beobachten Sie regelmäßig [www.kvn.de](http://www.kvn.de)

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

### 1.8. Hausarztvertrag mit der BARMER - Hinweis für die Abrechnung für das 1. Quartal 2023

Der Hausarztvertrag mit der BARMER wird einmalig nur für das 1. Quartal 2023 angepasst. Zur abschließenden Erledigung der im letzten Jahr durch die BARMER gegenüber zahlreichen teilnehmenden Ärzten geltend gemachten Rückforderungen wird ein einmaliger Abschlag auf die HZV-Vergütungen nach Abschluss der Abrechnung für das 1. Quartal 2023 vorgenommen. Zeitgleich werden die im Zeitraum von Juli 2021 bis März 2022 einbehaltenen Rückstellungen an alle HZV-Leistungen abrechnenden Ärzte zurückgezahlt. Die daraus resultierenden Anpassungen werden voraussichtlich im einstelligen Prozentbereich des gesamten HZV-Barmer-Honorars je abrechnenden Arzt liegen. Die genauen Beträge ergeben sich erst nach Abschluss der Abrechnung für das 1. Quartal 2023 und werden im entsprechenden Honorarbescheid ausgewiesen.

Einmaliger Abschlag

Mit diesen Zu- bzw. Abschlägen sind dann alle Forderungen und Verpflichtungen aus den durch die BARMER geltend gemachten Rückforderungen (SRB Anträgen) und auch der früheren Übergangsvereinbarung zum HZV-Vertrag erledigt.

Die entsprechende 7. Änderungsvereinbarung zum BARMER HZV-Vertrag ist im KVN-Portal eingestellt.

## 2. Verordnungen

### 2.1. Änderung der Anlage III (Verordnungseinschränkungen und -ausschlüsse) der Arzneimittel-Richtlinie - Febuxostat

Mit Wirkung zum 8. November 2022 wurde in Anlage III der Arzneimittel-Richtlinie eine neue Zeile eingefügt: Nummer 29a Febuxostat

Arzneimittel und sonstige Produkte	Rechtliche Grundlagen und Hinweise
<p>29a. Febuxostat</p> <p>Dieser Wirkstoff ist in der Indikation chronische Hyperurikämie nicht verordnungsfähig, solange er mit Mehrkosten im Vergleich zu Allopurinol verbunden ist. Das angestrebte Behandlungsziel bei der Behandlung der Hyperurikämie einer Vermeidung von klinischen Komplikationen hyperurikämischer Zustände ist mit Allopurinol ebenso zweckmäßig, aber kostengünstiger zu erreichen.</p> <p>Dies gilt unter der Voraussetzung einer Ausnahme nach Nr.29 nicht für Patientinnen und Patienten</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• mit Unverträglichkeit oder hohem Risiko für Unverträglichkeit gegenüber Allopurinol oder</li> <li>• bei denen ein Therapieversuch mit patientenindividuell optimierter Therapie mit Allopurinol erfolglos geblieben ist.</li> </ul>	<p>Verordnungseinschränkung verschreibungspflichtiger Arzneimittel nach dieser Richtlinie.</p>

Gemäß Anlage III Nummer 29 besteht eine Verordnungseinschränkung für Gichtmittel. Der G-BA ist zu dem Schluss gekommen, dass das angestrebte Behandlungsziel der Vermeidung von weiteren klinischen Komplikationen hyperurikämischer Zustände mit Allopurinol ebenso zweckmäßig, aber kostengünstiger zu erreichen ist.

Den vollständigen Beschluss des G-BA sowie die vollständige Anlage III finden Sie im Internet unter: [www.g-ba.de/Richtlinien/Arzneimittel-Richtlinie/Anlage III/weitere Beschlüsse](http://www.g-ba.de/Richtlinien/Arzneimittel-Richtlinie/Anlage%20III/weitere%20Beschl%C3%BCsse) oder über folgenden Link: <https://www.g-ba.de/beschluesse/5592/>

### 2.2. Änderung der Anlage VII (Austauschbarkeit von Arzneimitteln) der Arzneimittel-Richtlinie - Austauschbarkeit von parenteral anzuwendenden Arzneimitteln

Mit Wirkung zum 15. Dezember 2022 wird im Teil A der Anlage VII der AM-RL „Regelungen zur Austauschbarkeit von Arzneimitteln (aut idem)“ eine weitere Tabelle angefügt. Die neue Tabelle enthält Hinweise zur Austauschbarkeit von Arzneimitteln zur Injektion/Infusion. Die Austauschbarkeit bezieht sich zunächst nur auf die beiden genannten Wirkstoffe:

Zunächst nur die beiden Wirkstoffe

Wirkstoff	Applikation	Austauschbare Darreichungsformen
Fulvestrant	intramuskulär	Injektionslösung in einer Fertigspritze  Injektionslösung unter der Voraussetzung, dass das in der Fachinformation angegebene Behältnis eine Fertigspritze ist oder den definitiven Voraussetzungen einer Fertigspritze entspricht
Icatibant	subkutan	Injektionslösung in einer Fertigspritze  Injektionslösung unter der Voraussetzung, dass das in der Fachinformation angegebene Behältnis eine Fertigspritze ist oder den definitiven Voraussetzungen einer Fertigspritze entspricht

A

### Hintergrund

Produkte mit der Darreichungsformbezeichnung „Injektionslösung in einer Fertigspritze“ und der Darreichungsformbezeichnung „Injektionslösung“ sind nach dem Kriterium der gleichen Darreichungsform nach §129 Absatz 1 SGB V nicht gegenseitig austauschbar.

Nicht austauschbar

Davon abweichend ist der Unterausschuss Arzneimittel des G-BA zur Auffassung gekommen, dass für die Wirkstoffe Fulvestrant und Icatibant auf Basis der ihm vorliegenden Unterlagen wie den entsprechenden Fachinformationen, die Darreichungsformen therapeutisch vergleichbar und damit austauschbar sind, unter Berücksichtigung der jeweiligen Applikationsart.

Therapeutisch vergleichbar

Der G-BA wird zukünftigen Hinweisen zur Austauschbarkeit von Arzneimitteln mit parenteralen Darreichungsformen nachgehen und diese gegebenenfalls in weiteren Beschlüssen konkretisieren.

### 2.3. Grippezeit 2023/2024 - Bedarfsmeldung und Verordnung der Grippeimpfstoffe

Zur Gewährleistung einer adäquaten Produktionsplanung der Impfstoffhersteller sind für die Grippezeit 2023/2024 wie in den Vorjahren gesetzlich zwei Maßnahmen vorgesehen:

1. Eine Meldung des geplanten Bedarfes einer Praxis an Grippeimpfstoffen an die KVN bis zum 31. Dezember 2022. Diese Bedarfsmeldung ist noch keine Bestellung. Die Bedarfsmeldung erfolgt über eine Abfrage im KVN-Portal. Zu finden ist der Link „Bedarfsmeldung Grippeimpfstoff“ ab Dezember unter Grippezeit 2023/2024 in der Rubrik „News“.
2. Eine Vorbestellung/Verordnung der Grippeimpfstoffe für die Saison 2023/2024 über Muster 16 (Sprechstundenbedarf) bis möglichst Ende Januar 2023.

Maßnahmen

Anders als in den vergangenen beiden Grippesaisons, in der Personen ab 60 Jahren neben dem Hochdosis-Influenza-Impfstoff auch Anspruch auf eine Schutzimpfung mit anderen inaktivierten tetravalenten Influenza-Impfstoffen zu Lasten der GKV haben, sollen Personen ab 60 Jahren in der kommenden Influenza-Impfsaison 2023/2024 voraussichtlich nur noch Anspruch auf den hochdosierten inaktivierten quadrivalenten Influenza-Impfstoff haben. Die entsprechende „Verordnung zum Anspruch auf Schutzimpfung gegen Influenza und Masern“ (siehe März-Rundschreiben 2022) und damit die o. g. Ausnahmeregelung werden nach aktuellem Kenntnisstand nicht erneut verlängert.

In Zukunft können auch Apotheken die Grippeimpfung anbieten. Klären Sie in Ihrem Umfeld, ob dieses mögliche Angebot zukünftig Auswirkungen auf die Planung Ihrer Bestellmenge haben könnte.

Weitere Hinweise zur Grippeimpfstoffbestellung:

- Sie können ab sofort Grippeimpfstoffe in der von Ihnen mutmaßlich benötigten Menge bei einer Apotheke Ihrer Wahl vorbestellen.
- Für Patienten ab 60 Jahren ist nur noch die Impfung mit einem Hochdosis-Impfstoff vorgesehen.
- Bitte berücksichtigen Sie Veränderungen in der Zusammensetzung Ihrer Praxis/BAG und passen Sie Ihre Vorbestellung ggf. entsprechend an.
- Verwenden Sie für die Vorbestellung bitte eine Sprechstundenbedarfsverordnung (SSB-Rezept Muster 16).
- Umfangreichere Vorbestellungen sollten Sie auf mehrere Rezepte verteilen (z. B. 300 Impfdosen = ein Rezept mit 200 + ein Rezept mit 100 Impfdosen). So wird eine zeitnahe und mengen-gerechte Belieferung gewährleistet. Bitte bestellen Sie maximal 70 Impfdosen je Verordnungszeile und maximal 200 Impfdosen je Verordnungsblatt.
- Wenn absehbar ist, dass die vorbestellte Menge nicht ausreicht, können Sie auf dem gleichen Weg weiteren Grippeimpfstoff nachbestellen. Bitte berücksichtigen Sie dabei den noch verbleibenden mutmaßlichen Bedarf.
- Bitte bedrucken Sie die Rezepte (Muster 16) zur Erstbestellung mit dem Hinweis „Erstbestellung für die Impfsaison 2023/2024“ bzw. zur Nachbestellung mit dem Hinweis „Folgebestellung für die Impfsaison 2023/2024“.

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

Hinweise

#### 2.4. Nucala® (Mepolizumab) in Teilindikation als Praxisbesonderheit anerkannt

Verordnungen von Nucala® (Wirkstoff: Mepolizumab) sind ab dem 12. November 2022 ab dem ersten Behandlungsfall als Praxisbesonderheiten anzuerkennen, solange GlaxoSmithKline Nucala® in Deutschland vertreibt.

Die Praxisbesonderheit gilt ausschließlich für folgendes Anwendungsgebiet mit einem Zusatznutzen laut G-BA-Beschluss vom 19. Mai 2022:

- „Nucala® ist angezeigt als Zusatzbehandlung bei erwachsenen Patienten mit unzureichend kontrolliertem hypereosinophilem Syndrom (HES) ohne erkennbare, nicht-hämatologische sekundäre Ursache.“

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

Die Einleitung und Überwachung der Behandlung mit Mepolizumab sollte durch in der Therapie mit hypereosinophilem Syndrom erfahrene Ärztinnen und Ärzte erfolgen. Mepolizumab ist für die Langzeitbehandlung bestimmt. Die Notwendigkeit einer Fortsetzung der Therapie sollte mindestens einmal jährlich überprüft werden.

Die Anerkennung als Praxisbesonderheit gilt nicht bei der Anwendung von Nucala® im Rahmen eines nicht bestimmungsgemäßen Gebrauchs, „off label use“.

Bei Patienten, die lebensbedrohliche Manifestationen des HES entwickeln, sollte ebenfalls überprüft werden, ob eine Fortsetzung der Therapie erforderlich ist, da Mepolizumab in dieser Patientengruppe nicht untersucht wurde. Patienten, die FIP1L1-PDGFR $\alpha$ -Kinase-positiv waren, waren von der Studie ausgeschlossen.

Weitere Informationen zur Praxisbesonderheit finden Sie auf der Seite des GKV-Spitzenverbandes unter folgendem Link: [https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung\\_1/arzneimittel/amnog\\_praxisbesonderheiten/16008pb20221112.pdf](https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/arzneimittel/amnog_praxisbesonderheiten/16008pb20221112.pdf)

Anwendungsgebiet

### 3. Allgemeine Hinweise

#### 3.1. Sonderregelung zur telefonischen Krankschreibung bis zum 31. März 2023 verlängert

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat angesichts steigender Corona-Infektionszahlen und der bevorstehenden Erkältungs- und Grippe-saison die Corona-Sonderregelung für eine telefonische Krankschreibung bis zum 31. März 2023 verlängert.

Patientinnen und Patienten mit leichten Erkrankungen der oberen Atemwege kann weiterhin nach telefonischer Anamnese eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung für bis zu sieben Kalendertage ausgestellt werden. Eine einmalige Verlängerung der Krankschreibung kann telefonisch für weitere sieben Kalendertage ausgestellt werden.

Bis zu sieben  
Kalendertage

Auch die Ausstellung einer „Ärztlichen Bescheinigung für den Bezug von Krankengeld bei der Erkrankung eines Kindes“ gemäß Muster 21 ist weiterhin telefonisch möglich.

Der Beschluss des G-BA tritt nach Nichtbeanstandung durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) und Veröffentlichung im Bundesanzeiger mit Wirkung zum 1. Dezember 2022 in Kraft.

#### 3.2. Ausstellung von AU-Bescheinigungen im Rahmen der fachärztlichen Behandlung

Aus dem hausärztlichen Bereich kommen vermehrt Hinweise, dass Hausärzte von Fachärzten aufgefordert werden, AU-Bescheinigungen auszustellen, obwohl der Patient sich in fachärztlicher Behandlung befindet.

Wir möchten noch einmal darauf hinweisen, dass sich der Vertragsarzt mit der Übernahme der Behandlung eines Patienten verpflichtet, alle medizinisch erforderlichen Leistungen zu erbringen bzw. zu veranlassen. So sind neben der notwendigen ärztlichen Behandlung auch die erforderlichen Verordnungen und Bescheinigungen auszustellen.

Wir möchten daher an ihre gegenseitige Kollegialität appellieren um innerärztliche Konflikte zu vermeiden und eine reibungslose Versorgung der Patienten sicherzustellen.

#### 3.3. MRT (offenes MRT)

In einem Urteil des Landessozialgerichts Baden-Württemberg (L 11 KR 4517/18) wird klargestellt, dass es sich bei kernspintomographischen Leistungen mittels offenem MRT grundsätzlich um eine nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) abrechnungsfähige ärztliche Leistungen handelt. Eine Voraussetzung ist, dass durch Einreichen des technischen Datenbogens nachgewiesen wurde, dass das verwendete

Gerät auch den apparativen Anforderungen der Kernspintomographie-Richtlinie entspricht.

Sofern für einen GKV-Patienten ein offenes MRT indiziert ist und ein solches Gerät im Rahmen der Abrechnungsgenehmigung für Leistungen der allgemeinen Kernspintomographie bei der KVN gemeldet ist, sind diese Leistungen - wie alle anderen im EBM enthaltenen MRT-Leistungen - über die KVN abzurechnen.

Eine Abrechnung im Rahmen eines Kostenerstattungsverfahrens mit der Krankenkasse ist in diesem Fall nicht zulässig.

### 3.4. Kurative Mammographie

Die Beurteilung, ob die Indikation für eine kurative Mammographie vorliegt, wurde von den Genehmigungsinhabern jahrelang unter Zuhilfenahme der SSK-Orientierungshilfe und der Empfehlung der ZÄS (Zentrale Ärztliche Stelle) vorgenommen.

Bei der SSK-Orientierungshilfe handelt es sich um eine Empfehlung der Strahlenschutzkommission. Die Orientierungshilfe empfiehlt für die unterschiedlichen diagnostischen Fragestellungen jeweils das am besten geeignete bildgebende Verfahren.

Im Zuge der Änderungen der Strahlenschutzverordnung hätten die Empfehlungen der ZÄS angepasst werden müssen. Stattdessen hat sich die ZÄS dafür entschieden, die Liste gegen Ende des Jahres 2021 komplett zurück zu nehmen. Von einigen Ärzten hat die KVN ein Feedback dahingehend erhalten, dass im Abschnitt J3 der SSK-Orientierungshilfe nicht erläutert wird, wie das moderat erhöhte Risiko persönlicher Erkrankungen von 15 Prozent bis 29 Prozent zu definieren sei.

Aus diesem Grund hat die KVN in Zusammenarbeit mit unserer landesweiten Kommission zur kurativen Mammographie eine Handlungsempfehlung entworfen, welche bei der Entscheidung unterstützen soll. Die Handlungsempfehlung nimmt Bezug auf den jeweiligen Abschnitt (Klinische Fragestellung) der SSK-Orientierungshilfe.

Mit dieser Empfehlung möchte die KVN ihren Mitgliedern eine „Handlungshilfe“ zur Verfügung stellen, die ergänzend zur SSK-Orientierungshilfe angewendet werden kann. Diese soll bei der Arbeit unterstützen, entbindet jedoch nicht von der Pflicht, in jedem individuellen Fall die rechtfertigende Indikation für die gewählte Untersuchungsart zu stellen und zu dokumentieren.

Die Handlungsempfehlung hängt diesem Rundschreiben als Anlage an.

#### **Anlage 5.3: Handlungsempfehlung**

Handlungsempfehlung



### 3.5. Gemeinsam statt einsam in Niedersachsen - Professionelle Selbsthilfearbeit der hkk, KVN und dem Selbsthilfe-Büro Niedersachsen wird fortgeführt

Arztpraxen in Niedersachsen konnten ihre Patienten mit dem Selbsthilfepaket „Selbsthilfe hilft“ umfassend über die professionelle Selbsthilfearbeit informieren. Das 2014 gestartete und 2015 weitergeführte Projekt wird nun unter dem Namen „Gemeinsam statt einsam“ neu aufgelegt. Denn dieses Thema ist akuter denn je. Warum ist das so?

Selbsthilfegruppen sind aus dem Gesundheits- und Sozialsystem nicht mehr wegzudenken. In den vergangenen Jahren ist, unter anderem wegen der Corona-Pandemie, die Nachfrage immer größer geworden. Denn sie übernehmen immer mehr Aufgaben sowohl im Gesundheits-, als auch im Sozialbereich. Im Gesundheitsbereich führt häufig die gemeinsame Betroffenheit in die Selbsthilfegruppe. Das Bedürfnis nach umfassender Information und Beratung oder der Wunsch nach Erfahrungsaustausch motivieren Menschen, sich auf den Weg zu machen.

Charakteristisch für das Selbsthilfeprinzip ist der regelmäßige Austausch von Betroffenen und deren Angehörigen, um die persönliche Lebensqualität zu verbessern. Im Fall von Krankheit oder schweren Schicksalsschlägen suchen Menschen häufig Rat und Unterstützung beim Arzt ihres Vertrauens. In den Arztpraxen wird die Zeit für diese Art von Gesprächen jedoch immer knapper. So ist die Idee einer stärkeren Vernetzung von Arztpraxen und professioneller Selbsthilfearbeit entstanden.

Ab sofort können alle interessierten Arztpraxen unter [www.hkk.de/selbsthilfepaket](http://www.hkk.de/selbsthilfepaket) kostenlos ein Selbsthilfepaket über das Anmeldeformular anfordern. Das Servicepaket besteht aus einem Prospektständer gefüllt mit Broschüren, und einem Merkblatt, auf dem Patienten weitere Informationen im digitalen Format anhand eines QR-Codes erhalten. Der Versand der Pakete erfolgt ab dem 9. Januar 2023 an Ihre Praxis. Bei Bedarf kann das Merkblatt auch digital auf den Internetseiten der Arztpraxen verlinkt werden. Bitte geben Sie hierzu einen Hinweis im Bemerkungsfeld beim Anmeldeformular und eine offizielle, gültige E-Mail-Adresse an.

Selbsthilfepaket

### 3.6. Außerklinische Intensivpflege

Patienten, die außerklinische Intensivpflege benötigen, wurden bisher im Rahmen der häuslichen Krankenpflege versorgt. Durch das Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz wurde festgelegt, dass die außerklinische Intensivpflege eine eigene Leistung ist (§37c SGB V).

Grundlage für die Verordnung ist ab 1. Januar 2023 die neue Außerklinische Intensivpflege-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses. Bei der Verordnung muss eine Erhebung des Entwöhnungspotenzials vorliegen und ein Behandlungsplan erstellt werden. Für Erhebung und Verordnung sind besondere Qualifikationen erforderlich.

Um eine nahtlose Patientenversorgung zu gewährleisten, darf die außerklinische Intensivpflege bis 30. Oktober 2023 weiterhin auf Formular 12 für die häusliche Krankenpflege verordnet werden.

### **Ärztliche Qualifikation**

Bei beatmeten und trachealkanülierten Patienten wird vor der Verordnung geprüft, ob eine Erhebung des Potenzials für eine Entwöhnung vorliegt. Die Erhebung soll mindestens alle sechs Monate durchgeführt werden und darf zum Zeitpunkt der Verordnung nicht älter als drei Monate sein. Liegt eine solche Erhebung vor, wird außerklinische Intensivpflege verordnet. Liegt keine vor, muss diese zunächst ärztlich veranlasst werden.

Verordnen dürfen Hausärzte mit Kompetenzen im Umgang mit beatmeten oder trachealkanülierten Patienten, Fachärzte mit Zusatzbezeichnung Intensivmedizin/ für Innere Medizin und Pneumologie/ für Anästhesiologie/ für Neurologie/ für Kinder- und Jugendmedizin und Fachärzte mit Genehmigung zur Potenzialerhebung.

Verordnen dürfen:

Erheben dürfen Fachärzte mit Zusatzbezeichnung Intensivmedizin/ für Innere Medizin und Pneumologie/ für Anästhesiologie mit mindestens 6-monatiger einschlägiger Tätigkeit in einer spezialisierten Beatmungsentwöhnungs-Einheit/ für Innere Medizin, Chirurgie, Neurochirurgie, Neurologie oder Kinder- und Jugendmedizin mit mindestens 12-monatiger einschlägiger Tätigkeit in einer Beatmungsentwöhnungs-Einheit, weitere Fachärzte mit mindestens 18-monatiger einschlägiger Tätigkeit in einer spezialisierten Beatmungsentwöhnungs-Einheit, bei nicht beatmeten Patienten auch Fachärzte mit mindestens 18-monatiger einschlägiger Tätigkeit in einer stationären Einheit der neurologisch-neurochirurgischen Früh-Reha.

Erheben dürfen:

Die Anträge können unter [www.kvn.de/Mitglieder/Anträge/genehmigungspflichtige Leistungen/Außerklinische Intensivpflege](http://www.kvn.de/Mitglieder/Anträge/genehmigungspflichtige-Leistungen/Außerklinische-Intensivpflege) abgerufen werden.

Weitere Informationen zur außerklinischen Intensivpflege sowie Angebote zu den entsprechenden Fortbildungen zum Kompetenznachweis für verordnende Hausärzte erhalten Sie auf der Internetseite der KVN und unter Onlinedienste/KBV-Fortbildungsportal.

### **Ansprechpartner/in**

Frau Sonja Roßmann  
Fachbereich Qualitätssicherung  
Vertragsärztliche Versorgung  
Berliner Allee 22  
30175 Hannover  
Telefon: 0511 380-3327  
Telefax: 0511 380-4618  
E-Mail: [Sonja.Rossmann@kvn.de](mailto:Sonja.Rossmann@kvn.de)  
Internet: [www.kvn.de](http://www.kvn.de)

## 4. Veranstaltungen im Januar und Februar 2023

Unser komplettes Seminarangebot finden sie unter: [www.kvn.de/Mitglieder/Fortbildung/Seminarangebot](http://www.kvn.de/Mitglieder/Fortbildung/Seminarangebot). Hier können Sie sich direkt online anmelden.

Name	Ort	Datum	Gebühr p. P.
Sicher durch den Heilmittel-Verordnungs-Dschungel	Webseminar	18.Jan	kostenlos
Freude mit Formularen - Das Original - Bürokratieabbau in der Arztpraxis erleichtern (2-tägig)	Hannover	20.Jan	170 Euro
Diabetesschulung für Kinder und Jugendliche (DMP Typ 1 Diabetes Pädiatrie)	Webseminar	20.Jan	119 Euro
Reanimation für medizinische Fachangestellte	Aurich	25.Jan	75 Euro
Moderne Wundversorgung	WebSeminar	25.Jan	kostenlos
Stressmanagement	Aurich	01.Feb	90 Euro
QEP®-Einführungsseminar	WebSeminar	04.Feb	127 Euro
Datenschutz in der Arztpraxis	WebSeminar	07.Feb	69 Euro
Gruppentherapie leicht gemacht - Erneut/erstmalig in der Praxis anbieten-	Hannover	08.Feb	99 Euro
Moderne Wundversorgung	Hannover	08.Feb	kostenlos
Schutzimpfungen und Sprechstundenbedarf (SSB)	Lüneburg	08.Feb	kostenlos
Notfallseminar	Aurich	08.Feb	75 Euro
Ausbildung zur/m Datenschutzbeauftragten in der Arztpraxis	WebSeminar	13.Feb	260 Euro
Heilmittelverordnung in Theorie und Praxis	WebSeminar	15.Feb	kostenlos
Sprechstundenbedarf	WebSeminar	15.Feb	kostenlos
Von der Kollegin zur erfolgreichen Führungskraft	Hannover	15.Feb	145 Euro

Personalführung für Erstkräfte	Aurich	15.Feb	90 Euro
Arzneimittelverordnungen	WebSeminar	15.Feb	kostenlos
Qualitätsmanagement-Ak- tuell - Der QEP-Zielkatalog	WebSeminar	22.Feb	69 Euro
Professionelle Praxisorganisation	WebSeminar	22.Feb	50 Euro
Heilmittelverordnung - Sicher durch den Verordnungs-Dschungel	Hannover	22.Feb	kostenlos
EBM für Einsteiger	Osnabrück	22.Feb	kostenlos
Hygiene in der Arztpraxis	WebSeminar	23.Feb	69 Euro

## 5. Anlagenverzeichnis

5.1. Abschlagszahlungen und Zahlungstermine 2023

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

5.3. Kurative Mammographie - Handlungsempfehlung

Zahlungstermine 2023

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

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

AB=Monats-Abschlag 24%

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

Rest=Restzahlung

# Amtliche Mitteilung der KVN zum HVM für das 1. Quartal 2023

in Umsetzung des Honorarverteilungsmaßstabes (HVM) gemäß § 87b Abs. 1 SGB V der KVN vom 24. Juni 2022

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

Fachgruppe	durchschnittliches Individualbudget
FA Laboratoriumsmedizin	415.399,60 €
FA Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie	267.866,05 €

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

Für Ärzte, die im 1. Quartal 2023 nicht in vollem zeitlichen Umfang an der vertragärztlichen Versorgung teilnehmen, reduzieren sich die o.a. Fachgruppendurchschnittswerte anteilig auf den Umfang ihrer Tätigkeit.

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

Fachgruppe	durchschnittliches Individualbudget
FA Chirurgie	3,65 €
FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe	16.339,07 €
FA Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	33.299,07 €
FA Haut- und Geschlechtskrankheiten	1.796,40 €
FA Innere Medizin und (SP) Nephrologie	1.034,60 €
FA Innere Medizin und (SP) Kardiologie	9.859,38 €
FA Kinder- und Jugendmedizin (hausärztlich)	14.997,10 €
FA Innere Medizin und (SP) Pneumologie	6.490,29 €
FA Innere Medizin und (SP) Gastroenterologie	7.045,06 €
FA Pathologie	6.237,10 €
FA Radiologie FA Strahlentherapie	13.146,07 €
FA Urologie	7.049,44 €
FA Nuklearmedizin	38.107,34 €
FA Humangenetik FA Transfusionsmedizin FA Biochemie	102.217,77 €
FA Allgemeinmedizin, Praktischer Arzt, FA Innere Medizin (hausärztlich)	23.411,41 €
FA Allgemeinmedizin, Praktischer Arzt (fachärztlich)	23.411,41 €
FA Innere Medizin (fachärztlich)	102.306,96 €
FA Innere Medizin und (SP) Endokrinologie	343.062,96 €
FA Innere Medizin und (SP) Hämatologie und Onkologie	19.798,19 €
FA Innere Medizin und (SP) Rheumatologie	74.426,72 €

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

Für Ärzte, die im 1. Quartal 2023 nicht in vollem zeitlichen Umfang an der vertragärztlichen Versorgung teilnehmen, reduzieren sich die o.a. Fachgruppendurchschnittswerte anteilig auf den Umfang ihrer Tätigkeit.

<b>J. Brusterkrankung</b>			
<b>Asymptomatische Patientinnen / Früherkennung bei Krankheitsverdacht</b>			
P: Primäruntersuchung		W: Weiterführende Untersuchung	S: Spezialverfahren
			N: Nicht indiziert
<b>Klinische Fragestellung</b>	<b>Bildgebendes Untersuchungsverfahren</b>	<b>Grad der Empfehlung</b>	<b>Kommentar</b>
<b>J1</b> Asymptomatische Patientinnen unter 50. Lebensjahr	Mammographie	N	Regelmäßige klinische Untersuchung und Anleitung zur Selbstuntersuchung
<b>J2</b> Asymptomatische Patientinnen ab 50. Lebensjahr	Mammographie	P	50.-69. Lebensjahr alle 2 Jahre nach Einladung im Rahmen des deutschen Brustkrebs-Früherkennungsprogramms (Mammographie-Screening)
	US	W	Zusatzuntersuchung bei unklarem Mammographiebefund und sonstigen Indikationen (z.B. dichtes Drüsenparenchym, ACR-Dichteindex III und IV)
<b>J3</b> Erhöhtes Risiko  Ab dem 40. Lebensjahr lebenslang	Mammographie	P	Persönliches Erkrankungsrisiko 15 - 30 % (z.B. familiäre Belastung, histologisch nachgewiesene Risikoläsionen, Z. n. Strahlentherapie des Thorax im Kindes- und Jugendalter)  Individuell angepasstes Vorgehen, ggf. Mammographie jährlich oder alle 2 Jahre kombiniert mit jährlicher Sonographie
	US	P	Jährlich (insbesondere bei dichtem Drüsenparenchym, ACR-Dichteindex III und IV)
	MRT	W	Bei unklaren Ultraschall- / Mammographie-Befunden; für einen Einsatz der MRT als primäres Früherkennungsverfahren in dieser intermediären Risikogruppe liegen bisher keine ausreichenden Daten vor
<b>J4</b> Hochrisiko-Patientinnen  Ab dem 25. Lebensjahr (bzw. 5 Jahre vor dem frühesten Erkrankungsalter der Familie) lebenslang  Die Betreuung der betroffenen Familien soll ausschließlich in den spezialisierten Zentren des Deutschen Konsortiums für familiären Brust- und Eierstockkrebs stattfinden <sup>1</sup>	US	P	Hochrisiko definiert als: (a) bekannte BRCA1/2 Mutation oder (b) persönliches Erkrankungsrisiko $\geq 30\%$ oder (c) Heterozygotenrisiko $\geq 20\%$  Halbjährlich, in Verbindung mit der klinischen Tastuntersuchung
	MRT	P	Alle 12 Monate. Die Kernspintomographie endet in der Regel mit dem 55. Lebensjahr oder bei Involution des Drüsenparenchyms (ACR-Dichteindex I-II)
	Mammographie	P	Individuell angepasstes Vorgehen, ggf. ab dem 30. Lebensjahr alle 12 Monate.
	Mammographie	W	Vor dem 30. Lebensjahr in Abh. von US, MRT, klin. Befund

<sup>1</sup> Siehe Interdisziplinäre S3-Leitlinie für die Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms, 1. Aktualisierung 2008



**KVN**

Kassenärztliche Vereinigung  
Niedersachsen

# Informationen für die Praxis

KVN-Rundschreiben

November 2022

## Inhaltsverzeichnis

<b>1. Abrechnung .....</b>	<b>3</b>
1.1. Anpassung des EBM im Bereich der gynäkologischen Zytologie, Affenpocken und Reproduktionsmedizin ....	3
1.2. Kollegiale Vertretungen besser abstimmen .....	4
<b>2. Verordnungen .....</b>	<b>4</b>
2.1. Änderung der Anlage III (Verordnungseinschränkungen und -ausschlüsse) der Arzneimittel-Richtlinie - Stimulantien .....	4
2.2. Verlängerung der Haltbarkeit von Paxlovid® Filmtabletten .....	5
2.3. Änderung der Anlage II (Lifestyle-Arzneimittel) der Arzneimittel-Richtlinie: Wiederaufnahme Crinohermal® fem .....	6
2.4. Ergänzung der Arzneimittel-Richtlinie Anlage II - Setmelanotide .....	6
2.5. Änderung der Anlage V (verordnungsfähige Medizinprodukte) der Arzneimittel-Richtlinie - Verlängerung der Befristung .....	7
2.6. Lieferengpass Ozempic® (Semaglutid) .....	8
2.7. Änderung der Anlage VI (Off-Label-Use) der Arzneimittel- Richtlinie - Valproinsäure bei der Migräneprophylaxe im Erwachsenenalter .....	8
2.8. Lieferengpass Cotrimoxazol Säfte - Gestattung zum Inverkehrbringen von Eusaprim® Suspension englischer Aufmachung .....	10
2.9. Bimzelx® (Bimekizumab) als Praxisbesonderheit anerkannt .....	10
<b>3. Allgemeine Hinweise .....</b>	<b>11</b>
3.1. Disease-Management-Programm (DMP) für Patienten mit Typ-2-Diabetes zum 1. Oktober 2022 aktualisiert .....	11
3.2. Durch fehlende DMP-Dokumentationen zahlreiche Ausschreibungen im 2. Quartal 2022 .....	12
3.3. Neue Krankenhausbegleitungs-Richtlinie (KHB-RL) regelt medizinisch notwendige	



	Krankenhausbegleitung von Menschen mit Behinderung .....	13
3.4.	Aktualisierung des Vordruckmusters 56 (Antrag auf Kostenübernahme für Rehabilitationssport/Funktionstraining) zum 1. Januar 2023.....	15
3.5.	Verordnung häuslicher Krankenpflege - Quartalsweise Verordnungen und Langfristverordnungen .....	16
4.	<b>Veranstaltungen im Dezember 2022 und Januar 2023</b>	<b>18</b>
5.	<b>Anlagenverzeichnis .....</b>	<b>18</b>
5.1.	Sammelerklärung .....	18

## 1. Abrechnung

### 1.1. Anpassung des EBM im Bereich der gynäkologischen Zytologie, Affenpocken und Reproduktionsmedizin

Der Bewertungsausschuss (BA) hat mehrere Anpassungen im EBM beschlossen. Nach einem Überblick möchten wir Sie insbesondere über die Anpassung der gynäkologischen Zytologie näher informieren.

Auf einen Blick:

Zum 1. Januar 2023

Anpassung der Präambel 8.1 Nr. 3 EBM an die Inhalte der Musterweiterbildungsordnung 2018, Aufnahme einer neuen GOP 19327 Zytologische Untersuchung von Zervixabstrichen einschließlich fakultativer immunzytologischer Färbung sowie Überführung des HPV-Nachweises aus Kapitel 32 in die GOP 19328 in Kapitel 19 EBM

Zum 1. Januar 2023

Zum 1. Oktober 2022

Aufnahme des Abrechnungsausschlusses für die GOP 08536 (hormonelle Endometriumsvorbereitung für eine künstliche Befruchtung mittels ICSI) neben Leistungen des Kapitels 32 EBM (In-vitro-Diagnostik) in den EBM

Zum 1. Oktober 2022

Teil C: Verlängerung der Abrechnung der GOP 88740 für den Nukleinsäurenachweis des Affenpockenvirus um ein Quartal bis zum 31. Dezember 2022

Anpassung der gynäkologischen Zytologie

Mit dem vorliegenden Beschluss werden mit Wirkung zum 1. Januar 2023 die von Fachärzten für Frauenheilkunde und Geburtshilfe im Zusammenhang mit kurativen gynäkologisch-zytologischen Untersuchungen abrechnungsfähigen Gebührenordnungspositionen zytologischer Untersuchungen entsprechend der Musterweiterbildungsordnung 2018 um immunzytologische Färbungen weiterentwickelt. Ergänzend wird in diesem Zusammenhang die GOP 19331 entsprechend der regelhaften Durchführung in der frauenärztlichen Praxis als GOP 08315 in das Kapitel 8 EBM überführt.

Ab dem 1. Januar ist die kurative gynäkologische Exfoliativ-Zytologie nur noch nach der GOP 19327 berechnungsfähig. Die immunzytochemischen Untersuchungen sind fakultativer Leistungsinhalt. Ergänzend wird der kurative HPV-Nachweis mittels Nukleinsäureamplifikationsverfahren aus Kapitel 32 EBM als GOP 19328 in das Kapitel 19 EBM überführt. Mit dieser Anpassung sind die kurativen Leistungen in Zusammenhang mit gynäkologisch-zytologischen Untersuchungen in Kapitel 19 EBM zusammengeführt. Die bisherige Leistung GOP 19318 zur Berechnung der gynäkologischen Exfoliativ-Zytologie entfällt.

**Hinweise zum Inkrafttreten und zur Veröffentlichung**

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

**1.2. Kollegiale Vertretungen besser abstimmen**

Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten können sich in ihrer Praxistätigkeit vertreten lassen. Häufige Gründe für eine Vertretung sind z. B. Urlaub, Krankheit, Weiterbildung oder Wehrübungen. Bei der Vertretung wird, nach kollegialer Absprache, ein Vertreter aus der näheren Umgebung des zu vertretenden Vertragsarztes benannt. Dieser ist ebenfalls niedergelassener Vertragsarzt und übernimmt die Behandlung der Patienten in der eigenen Praxis unter seiner BSNR und LANR.

Für die von ihm in Vertretung behandelten Patienten muss ein „Vertretungsschein“ angelegt werden (Muster 19). Die Praxis des zu vertretenden Arztes ist geschlossen. Bitte informieren Sie Ihre Patienten, z. B. neben einem Praxisaushang, auch mit einer Bandansage auf dem Anrufbeantworter über Erreichbarkeit und Vertretung. Nennen Sie bitte auch Namen, Adresse und Telefonnummer der Praxis, die Sie in Ihrer Abwesenheit vertritt.

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

**2. Verordnungen****2.1. Änderung der Anlage III (Verordnungseinschränkungen und -ausschlüsse) der Arzneimittel-Richtlinie - Stimulantien**

Mit Wirkung zum 7. Oktober 2022 wird die Anlage III der Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL) wie folgt geändert:

Unter der Nummer 44 „Stimulantien“ wird im vierten Spiegelstrich folgender Satz gestrichen:

*...„in einer Übergangsphase bis maximal zur Vollendung des 21. Lebensjahres“...*

Der G-BA führt aus: Durch die Streichung dieses Satzes wird in begründeten Fällen die Berechnung von Leistungen bei Versicherten jenseits des vollendeten 21. Lebensjahres ermöglicht, sofern es sich um eine Fortführung einer bereits aufgenommenen Behandlung durch Spezialisten für Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen handelt.

Gestrichen

Den vollständigen Beschluss des G-BA sowie die vollständige Anlage III finden Sie im Internet unter: [www.g-ba.de/Richtlinien/Arzneimittel-Richtlinie/Anlage III/weitere Beschlüsse oder über den folgenden Link: <https://www.g-ba.de/beschluesse/5542/>](http://www.g-ba.de/Richtlinien/Arzneimittel-Richtlinie/Anlage%20III/weitere%20Beschl%C3%BCsse%20oder%20%C3%BCber%20den%20folgenden%20Link%3A%20https://www.g-ba.de/beschluesse/5542/)

## 2.2. Verlängerung der Haltbarkeit von Paxlovid® Filmtabletten

Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) teilt mit, dass die Haltbarkeitsdauer von Paxlovid® Filmtabletten - von 1 Jahr auf 18 Monate heraufgesetzt wurde. Eine Datumsanpassung der Etikettierung wird nicht erfolgen.

Packungen oder Blister mit einem aufgedruckten Verfalldatum vom 11/2022 bis 05/2023 können noch sechs Monate über das aufgedruckte Datum hinaus verwendet werden, wenn die Lagerung nicht über 25 °C erfolgte. Paxlovid® darf nicht im Kühlschrank gelagert oder eingefroren werden.

Nicht im Kühlschrank lagern

Auf der nachstehenden Tabelle teilen wir Ihnen das aufgedruckte und verlängerte Datum mit:

Aufgedrucktes Verfallsdatum	Aktualisiertes Verfallsdatum
November 2022	Mai 2023
Dezember 2022	Juni 2023
Januar 2023	Juli 2023
Februar 2023	August 2023
März 2023	September 2023
April 2023	Oktober 2023
Mai 2023	November 2023

Packungen mit aufgedrucktem Verfalldatum ab Juni 2023 sind mit der verlängerten Haltbarkeit bereits berücksichtigt worden.

Das Informationsschreiben zur Verlängerung der Haltbarkeit von Paxlovid® Filmtabletten finden Sie auf der BfArM-Seite unter dem folgenden Link: [https://www.bfarm.de/SharedDocs/Downloads/DE/Arzneimittel/Zulassung/paxlovid-infobrief-pfizer-haltbarkeit.pdf;jsessionid=808E4E0666660FD7153DF5440434D842.intranet241?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.bfarm.de/SharedDocs/Downloads/DE/Arzneimittel/Zulassung/paxlovid-infobrief-pfizer-haltbarkeit.pdf;jsessionid=808E4E0666660FD7153DF5440434D842.intranet241?__blob=publicationFile)

Hinweis: Für Hausärzte besteht nach wie vor die Möglichkeit, bis zu 5 Packungen Paxlovid® vorrätig zu halten. Die Möglichkeit zur Abrechnung der Pseudoziffer 88125 für die Abgabe von Paxlovid an den Patienten durch den Hausarzt ist weiterhin möglich. Die Regelung gilt bis zum 7. April 2023.

### 2.3. Änderung der Anlage II (Lifestyle-Arzneimittel) der Arzneimittel-Richtlinie: Wiederaufnahme Crinohermal® fem

Mit Wirkung zum 11. Oktober 2022 wird die Anlage II der Arzneimittel-Richtlinie geändert. In der Tabelle zum Abschnitt „Verbesserung des Haarwuchses“ wird folgende Zeile angefügt:

Wirkstoff	Fertigarzneimittel, alle Wirkstärken
Flupredniden-21-acetat; Estradiol	Crinohermal fem

Angefügte Zeile

#### Hintergrund der Änderung

Mit dem Beschluss des G-BA vom 15. Juni 2004 zur Streichung von Crinohermal® fem aus der Anlage II für Lifestyle-Arzneimittel erfolgte eine erneute Prüfung des Sachverhaltes. Der G-BA ist auf Grundlage des Anwendungsgebietes und der Fachinformation zum Ergebnis gekommen, dass die Behandlung mit Crinohermal® fem geeignet ist, die Anzahl dystrophischer Kopfhare zu vermindern und die Telogenhaarrate zu senken und somit vordergründig zur Verbesserung des Haarwuchses dient. Aus diesem Grunde werden die Wirkstoffkombination Flupredniden-21-acetat + Estradiol und das entsprechende Arzneimittel Crinohermal fem® unter der Indikation „Verbesserung des Haarwuchses“ in die Anlage II wieder aufgenommen.

Die in der Anlage II aufgeführten Wirkstoffe bzw. Fertigarzneimittel sind, außer in aufgeführten Ausnahmeindikationen nicht zu Lasten der GKV verordnungsfähig.

Den vollständigen Beschluss des G-BA sowie die vollständige Anlage II finden Sie im Internet unter [www.g-ba.de/Richtlinien/Arzneimittel-Richtlinie/Anlage II](http://www.g-ba.de/Richtlinien/Arzneimittel-Richtlinie/Anlage-II) oder unter dem folgenden Link: <https://www.g-ba.de/downloads/83-691-766/AM-RL-II-Lifestyle-2022-10-11.pdf>

### 2.4. Ergänzung der Arzneimittel-Richtlinie Anlage II - Setmelanotide

Mit Wirkung zum 29. September 2022 wurde die Anlage II (Lifestyle Arzneimittel) der Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL) wie folgt ergänzt:

Wirkstoff	Fertigarzneimittel, alle Wirkstärken
A 08 AA 12 Setmelanotide (Ausnahme im Zusammenhang mit genetisch bestätigtem, durch Funktionsverlustmutationen bedingtem biallelischem Proopiomelanocortin (POMC)-Mangel (einschließlich PCSK1) oder biallelischem Leptinrezeptor (LEPR)-Mangel, oder bestätigtem Bardet-Biedl-Syndrom bei Erwachsenen und Kindern ab 6 Jahren)	Imcivree

Ergänzung

Wir informierten im KVN-Rundbrief von Mai 2022 über die Aufnahme von Imcivree® in die Anlage II der AM-RL. Aufgrund einer positiven Empfehlung des Ausschusses für Humanarzneimittel (CHMP) wurde das Anwendungsgebiet von „Imcivree“ zur Behandlung von Fettleibigkeit und Bekämpfung von Hunger im Zusammenhang mit genetisch bestätigtem Bardet-Biedl-Syndrom (BBS) erweitert und ist für die genannten Ausnahmen verordnungsfähig.

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

Zum 25. Oktober 2022 wurden bei den Medizinprodukten „NYDA®“ und „NYDA® Läuse Spray“ die Befristungen der Verordnungsfähigkeit nach Anlage V der Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL) verlängert:

Produktbezeichnung	Medizinisch notwendige Fälle	Befristung der Verordnungsfähigkeit
NYDA®	Für Kinder bis zum vollendeten 12. Lebensjahr und Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr mit Entwicklungsstörungen zur physikalischen Behandlung des Kopfhaares bei Kopflausbefall.	27. Mai 2024
NYDA® Läuse Spray	Für Kinder bis zum vollendeten 12. Lebensjahr und Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr mit Entwicklungsstörungen zur physikalischen Behandlung des Kopfhaares bei Kopflausbefall.	27. Mai 2024

Verlängerung der Befristung

Die vollständige Anlage V finden Sie auf der Internetseite des G-BA unter [www.G-BA.de/Richtlinien/Arzneimittel-Richtlinie/Anlage V](http://www.G-BA.de/Richtlinien/Arzneimittel-Richtlinie/Anlage_V) oder unter dem folgenden Link: [https://www.g-ba.de/downloads/83-691-767/AM-RL-V\\_2022-10-25.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/83-691-767/AM-RL-V_2022-10-25.pdf)

## 2.6. Lieferengpass Ozempic® (Semaglutid)

Der GLP-1 Rezeptoragonist Ozempic® (Semaglutid) kann aktuell nicht kontinuierlich in der nachgefragten Menge durch den Hersteller ausgeliefert werden, wodurch kurzzeitige Lieferengpässe auftreten können. Davon sind alle Dosierungen und Packungsgrößen betroffen.

Hinweise zur Überbrückung einer möglichen Therapielücke:

Die kurzzeitigen Lieferungsverzögerungen umfassen in den meisten Fällen wahrscheinlich weniger als vier Wochen. Falls noch Ozempic® Injektionslösung vorhanden ist, besteht unter Umständen kein Handlungsbedarf, da das Medikament bis zum nächsten Injektionszeitpunkt wieder in der Apotheke verfügbar sein könnte.

Im Falle einer verpassten Injektion kann diese entsprechend der Gebrauchsinformation und Fachinformation so bald wie möglich innerhalb von fünf Tagen nach dem verpassten Injektionszeitpunkt nachgeholt werden.

Sind mehr als fünf Tage vergangen, soll die Dosis übersprungen werden und turnusmäßig am nächsten üblichen Tag verabreicht werden. Zwischen zwei Injektionen müssen mindestens drei Tage liegen. Keinesfalls sollte die doppelte Menge verwendet werden, um die verpasste Dosis zu ersetzen.

Bei Dosisanpassungen und Neueinstellungen sollte berücksichtigt werden, dass die Versorgungssituation für alle Dosierungen angespannt bleiben wird.

Ein Informationsschreiben zum Lieferengpass von Ozempic® finden Sie auf der BfArM-Seite unter dem folgenden Link: [https://www.bfarm.de/SharedDocs/Arzneimittelzulassung/Lieferengpasse/DE/2022/info\\_semaglutid\\_20221019.html](https://www.bfarm.de/SharedDocs/Arzneimittelzulassung/Lieferengpasse/DE/2022/info_semaglutid_20221019.html)

## 2.7. Änderung der Anlage VI (Off-Label-Use) der Arzneimittel-Richtlinie - Valproinsäure bei der Migräneprophylaxe im Erwachsenenalter

Mit Wirkung zum 28. Oktober 2022 wurde die Anlage VI (Off-Label-Use) der Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL) wie folgt geändert:

### Anlage VI Teil A Abschnitt V

Nummer 1:

Änderung

## a) Nicht zugelassenes Anwendungsgebiet (Off-Label-Indikation):

Erster Satz lautet: „Migräneprophylaxe von Erwachsenen ab 18 Jahren, ausgenommen gebärfähige Patientinnen, wenn eine Behandlung mit anderen dafür zugelassenen Arzneimitteln nicht erfolgreich war oder kontraindiziert ist.“

## d) Spezielle Patientengruppe:

Erster Absatz lautet: „Erwachsene mit Migräne, mit oder ohne Aura, bei denen eine Migräneprophylaxe indiziert ist, wenn eine Therapie mit ~~allen~~ anderen dafür zugelassenen Arzneimitteln nicht erfolgreich war, wegen Nebenwirkungen abgebrochen werden musste oder wegen Kontraindikationen nicht initiiert werden konnte. Ausgenommen sind gebärfähige Patientinnen.“

Streichung

Letzter Absatz beginnt: „Für diese spezielle Patientengruppe mit Epilepsie oder bipolarer Störung sind die erheblichen teratogenen Wirkungen [...]“.

## e) Patientinnen und Patienten, die nicht behandelt werden sollten:

Erster Spiegelstrich lautet: „Gebärfähige Patientinnen, schwangere und stillende Frauen sind in jedem Fall von der Behandlung auszunehmen.“

Der zweite Spiegelstrich wird gestrichen

## h) Wann sollte die Behandlung abgebrochen werden?

Letzter Satz gestrichen: ~~Im Falle einer geplanten oder festgestellten Schwangerschaft ist die Behandlung abzubrechen.~~

Streichung

**Anlage VI Teil B**

Wirkstoffe, die in zulassungsüberschreitenden Anwendungen (Off-Label-Use) nicht verordnungsfähig sind, folgender Abschnitt wird angefügt:

„XVII. Valproinsäure für die Migräneprophylaxe bei gebärfähigen Patientinnen“

Der G-BA führt aus: Vor dem Hintergrund der teratogenen Wirkungen und Entwicklungsstörungen nach Exposition gegen Valproinsäure in der Schwangerschaft, [...] empfiehlt die Expertengruppe, den Off-Label-Use von Valproinsäure in der Migräneprophylaxe bei Frauen im empfängnisfähigen Alter auszuschließen. Ansonsten hat die Empfehlung der Expertengruppe aus dem Jahr 2008 Bestand.“

Hinweis: Anlage VI Teil A Abschnitt V Nummer 1 j) bleibt unverändert bestehen, d. h. es hat derzeit kein pharmazeutischer Unternehmer eine Anerkennung für ihre Valproinsäure-haltigen Arzneimittel für die vorgenannte Off-Label-Use-Indikation abgegeben, so dass derzeit keine Unternehmerhaftung besteht.

Keine  
Unternehmerhaftung



## 2.8. Lieferengpass Cotrimoxazol Säfte - Gestattung zum Inverkehrbringen von Eusaprim® Suspension englischer Aufmachung

Zur Sicherstellung der Versorgung der Bevölkerung mit Arzneimitteln darf durch einen Beschluss des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) mit Wirkung vom 20. Oktober 2022 Eusaprim® in englischer Aufmachung in Deutschland in den Verkehr gebracht werden. Die Gestattung ist befristet bis zum 31. März 2024 und gilt für folgende Produkte des Zulassungsinhabers Aspen Pharma Trading Limited:

- **Co-Trimoxazole 40mg / 200mg per 5ml Paediatric Suspension** als Ersatz für **Eusaprim K 200mg/5ml+40mg/ml Suspension** für Kinder
- **Co-Trimoxazole 80mg/400mg per 5ml Adult Suspension** als Ersatz für **Eusaprim E 400mg/5ml + 80mg/5ml Suspension** für Erwachsene

Befristet bis 31. März 2024

Die Gebrauchsanweisung in deutscher Sprache für Eusaprim K Suspension für Kinder finden Sie hier: [https://www.bfarm.de/SharedDocs/Downloads/DE/Arzneimittel/Zulassung/amInformationen/Lieferengpaesse/anlage3\\_sulfamethoxazol\\_trimethoprim\\_gestattung\\_medbvsv\\_4abs1.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.bfarm.de/SharedDocs/Downloads/DE/Arzneimittel/Zulassung/amInformationen/Lieferengpaesse/anlage3_sulfamethoxazol_trimethoprim_gestattung_medbvsv_4abs1.pdf?__blob=publicationFile)

Die Gebrauchsanweisung in deutscher Sprache für Eusaprim E Suspension für Erwachsene finden Sie hier: [https://www.bfarm.de/SharedDocs/Downloads/DE/Arzneimittel/Zulassung/amInformationen/Lieferengpaesse/anlage4\\_sulfamethoxazol\\_trimethoprim\\_gestattung\\_medbvsv\\_4abs1.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.bfarm.de/SharedDocs/Downloads/DE/Arzneimittel/Zulassung/amInformationen/Lieferengpaesse/anlage4_sulfamethoxazol_trimethoprim_gestattung_medbvsv_4abs1.pdf?__blob=publicationFile)

Weitere Information zu dieser Gestattung des BfArM finden Sie unter: [https://www.bfarm.de/SharedDocs/Downloads/DE/Arzneimittel/Zulassung/amInformationen/Lieferengpaesse/sulfamethoxazol\\_trimethoprim\\_gestattung\\_medbvsv\\_4abs1.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.bfarm.de/SharedDocs/Downloads/DE/Arzneimittel/Zulassung/amInformationen/Lieferengpaesse/sulfamethoxazol_trimethoprim_gestattung_medbvsv_4abs1.pdf?__blob=publicationFile)

### Hintergrund

Wegen mehrerer Lieferengpässe bei Sulfamethoxazol/Trimethoprim-haltigen Arzneimitteln ist die Versorgung derzeit als nicht ausreichend gewährleistet einzuschätzen. Aus medizinischer Sicht wird die Wirkstoffkombination Sulfamethoxazol/Trimethoprim (Cotrimoxazol) von mehreren Gremien als unverzichtbares Antibiotikum definiert. Therapeutische Alternativen existieren nicht in allen Anwendungsgebieten und vor allem in der Pädiatrie nicht in ausreichendem Maße und können somit nicht zur Kompensation herangezogen werden.

## 2.9. Bimzelx® (Bimekizumab) als Praxisbesonderheit anerkannt

Bimzelx® (WST: Bimekizumab) wird nach einer Vereinbarung zwischen dem GKV-Spitzenverband und dem pharmazeutischen Unternehmer UCB Pharma GmbH ab 15. September 2022 im Anwendungsgebiet mit

einem Zusatznutzen laut G-BA-Beschluss vom 3. März 2022 ab dem ersten Behandlungsfall als Praxisbesonderheit anerkannt:

- Erwachsene mit mittelschwerer bis schwerer Plaque-Psoriasis, für die im Rahmen einer erstmaligen systemischen Therapie eine konventionelle Therapie nicht infrage kommt
- Erwachsene mit mittelschwerer bis schwerer Plaque-Psoriasis, die auf eine systemische Therapie unzureichend angesprochen oder diese nicht vertragen haben

Bei Patienten, die nach 16 Wochen der Behandlung kein Ansprechen zeigen, ist ein Absetzen der Behandlung in Erwägung zu ziehen.

Der G-BA führt aus, dass bei beiden Patientengruppen ein Hinweis für einen geringen Zusatznutzen gegenüber Adalimumab bzw. Secukinumab vorliegt.

Weitere Anwendungsgebiete oder Patientengruppen von Bimzelx sind hiervon nicht umfasst. Die Anerkennung als Praxisbesonderheit besteht, solange UCB Pharma GmbH Bimzelx® in Deutschland vertreibt.

Weitere Informationen zur Praxisbesonderheit finden Sie auf der Seite des GKV-Spitzenverbandes unter dem folgenden Link: [https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung\\_1/arzneimitel/amnog\\_praxisbesonderheiten/21095pb20220915.pdf](https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/arzneimitel/amnog_praxisbesonderheiten/21095pb20220915.pdf)

### 3. Allgemeine Hinweise

#### 3.1. Disease-Management-Programm (DMP) für Patienten mit Typ-2-Diabetes zum 1. Oktober 2022 aktualisiert

Das DMP Diabetes mellitus Typ 2 wurde überarbeitet und an den neuesten Stand des medizinischen Wissens angepasst. Insbesondere die Empfehlungen der medikamentösen Therapie wurden an aktuelle Leitlinienempfehlungen angepasst. Außerdem wurde die Dokumentation verschlankt.

Die wesentlichen Änderungen stellen wir Ihnen nachfolgend vor:

- Bei der Wahl der antiglykämischen Therapie werden Patientinnen und Patienten in verschiedene Gruppen eingeteilt werden. Die Einteilung richtet sich danach, ob eine manifeste kardiovaskuläre Erkrankung oder Nephropathie besteht oder nicht.
- Insbesondere Personen mit manifester arteriosklerotischer kardiovaskulärer Erkrankung, chronischer Herzinsuffizienz oder klinisch relevanter Nephropathie profitieren von einer Therapie mit den neuen antiglykämischen Substanzen der SGLT2-Inhibitoren oder GLP-1-Rezeptoragonisten. Deshalb soll Ihnen eine Kombinationstherapie aus Metformin plus SGLT2-Inhibitor (Empagliflo-

Wesentliche  
Änderungen

zin oder Dapagliflozin) oder GLP-1-Rezeptoragonisten (Liraglutid) angeboten werden.

- Aufnahme eines neuen Qualitätsziels bei Verordnung einer Kombitherapie aus Metform plus einem SGLT-Inhibitor oder einem GLP-1-Rezeptoragonisten und entsprechende Anpassung der Dokumentation.
- Streichung von sechs Dokumentationsparametern bei denen weder Qualitätsziele, noch Evaluationsparameter hinterlegt sind: Pathologische Urin-Albumin-Ausscheidung; Glibenclamid; Beta-blocker; ACE-Hemmer; HMG-CoA-Reduktase-Hemmer; Thiazid-diuretika, einschließlich Chlorthalidon.
- Eine weitere Anpassung betrifft das DMP Diabetes mellitus Typ 1. Bei Kindern und Jugendlichen unter elf Jahren, die wegen Diabetes mellitus Typ 1 in das Programm eingeschrieben sind, muss der Blutdruck nur noch optional angegeben werden.

Den Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses werden die KVN und die gesetzlichen Krankenkassen in Niedersachsen durch die Anpassung des DMP Vertrages DM 2 bis spätestens 1. Oktober 2023 umsetzen.

Über die Vertragsanpassung werden wir Sie zu gegebener Zeit informieren.

Bis 1. Oktober 2023  
umgesetzt

### **3.2. Durch fehlende DMP-Dokumentationen zahlreiche Ausschreibungen im 2. Quartal 2022**

Wir möchten nochmals daran erinnern, dass seit dem 1. Januar 2022 für alle in ein DMP eingeschriebene Patientinnen und Patienten wieder eine quartalsbezogene Dokumentation erstellt werden muss.

Nach dem Wiedereinsetzen der Dokumentationspflicht gilt ab dem 1. Januar 2022 wieder, dass bei Fehlen von zwei aufeinanderfolgenden Dokumentationen eine Ausschreibung der Versicherten aus dem DMP erfolgt. Dabei endet die Teilnahme am Programm rückwirkend mit dem Tag der letzten gültigen Dokumentation.

Nach Mitteilung der gesetzlichen Krankenkassen in Niedersachsen fehlen nach Ablauf der Übermittlungsfrist für Dokumentationen im 2. Quartal 2022 eine große Anzahl von Folgedokumentationen. Da es sich hierbei größtenteils um die zweite fehlende Folgedokumentation handelt, hat dies zur Folge, dass nun rückwirkende Ausschreibungen vorgenommen werden und der Vergütungsanspruch endet. Ein Vergütungsanspruch ist erst wieder möglich, wenn der Patient neu ins DMP eingeschrieben wird.

Wir möchten Sie daher bitten auf die Einhaltung der Dokumentationsfristen zu achten. Bitte beachten Sie in diesem Zusammenhang auch die Reminderschreiben der Datenstelle DAVASO.

### 3.3. Neue Krankenhausbegleitungs-Richtlinie (KHB-RL) regelt medizinisch notwendige Krankenhausbegleitung von Menschen mit Behinderung

Wir möchten Sie über die neue Krankenhausbegleitungs-Richtlinie (KHB-Richtlinie) des Gemeinsamen Bundesausschusses informieren, die zum 1. November 2022 in Kraft treten wird.

#### **Gesetzlicher Hintergrund und Ziel**

Der Gesetzgeber hat in §44b SGB V einen Krankengeldanspruch für bei stationärer Behandlung mitaufgenommene Begleitpersonen von Menschen mit Behinderungen geregelt.

Ziel ist, dass gesetzlich krankenversicherte Begleitpersonen diesen Anspruch geltend machen können, wenn ihnen im Zusammenhang mit der aus medizinischen Gründen notwendigen Begleitung von Versicherten bei einer stationären Behandlung im Krankenhaus ein Verdienstaussfall entsteht.

#### **Wer hat Anspruch auf Begleitung?**

Anspruch auf eine Begleitung haben Versicherte,

- die Leistungen der Eingliederungshilfe nach Teil 2 des SGB IX (Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen),
- die Eingliederungshilfe nach §35a SGB VIII (Kinder- und Jugendhilfe) oder
- die Eingliederungshilfe nach §27d Abs. 1 Nr. 3 des Bundesversorgungsgesetzes (BVG) erhalten

In der Regel handelt sich hierbei um

- Menschen mit Behinderungen, die bereits im Alltag regelhaft einen Bedarf an Begleitung und Unterstützung durch eine vertraute Bezugsperson haben
- Menschen mit Behinderung, die ausschließlich in bestimmten Situationen, zum Beispiel während der Krankenhausbehandlung aufgrund der besonderen Belastungssituation oder wegen der Einbindung in ein Therapiekonzept unterstützt werden müssen.

#### **Welches Kriterium begründet die medizinische Notwendigkeit der Mitaufnahme einer Begleitperson?**

Die Einschränkung beziehungsweise Behinderung eines Menschen ist für sich allein kein begründendes Kriterium für die Mitaufnahme einer Begleitperson ins Krankenhaus. Als Kriterium gilt, wenn

- ohne eine Begleitperson die notwendige Krankenhausbehandlung nicht durchführbar ist,
- ohne eine Begleitperson die Behandlungsziele nicht oder nicht im erforderlichen Ausmaß erreicht werden können oder deren Erreichung erheblich gefährdet wäre,
- die Begleitperson in das therapeutische Konzept im Krankenhaus oder für die Zeit nach der Entlassung eingebunden ist.

Anspruch

Begleitperson

- Konkretisiert werden die Kriterien in drei Fallgruppen in der Anlage zu der KHB-Richtlinie:
- Fallgruppe 1: Sie beschreibt die Kriterien im Rahmen der Kommunikation. Dazu gehört beispielsweise die mangelnde Fähigkeit, die eigene Symptomatik oder Befindlichkeiten, wie Schmerzen oder Wünsche, deuten, beschreiben oder verstehen zu können.
- Fallgruppe 2: Hier werden Kriterien beschrieben, die als Verhaltensauffälligkeit bereits bestehen oder im Rahmen einer Krankenhausbelastung entstehen oder verstärkt werden und somit die Behandlung gefährden können. Dazu gehören Ängste und Wahnvorstellungen oder aber auch sozial inadäquates Verhalten (das Werfen von Gegenständen, Weglauftendenz, Schlagen).
- Fallgruppe 3: Die Kriterien umfassen das Begleitungserfordernis, um das therapeutische Konzept im Krankenhaus zu gewährleisten. Dazu gehören individuelle Lagerungs- und Transfervorgänge, Einweisung im Umgang mit Hilfsmitteln oder auch die Sicherstellung der Versorgung im häuslichen Umfeld nach Versorgung mit einer perkutanen endoskopischen Gastrostomie/PEG oder einer Trachealkanüle.

Die Listung ist nicht abschließend, sodass diese Regelung auch für Schädigungen und Beeinträchtigungen gilt, die sich in vergleichbarem Umfang auf die Krankenhausbehandlung auswirken und in der Anlage zur Richtlinie unter den Kriterien nicht ausdrücklich benannt sind.

#### **Wer darf begleiten und hat Anspruch auf Krankengeld?**

Bei der Begleitperson muss es sich um einen gesetzlich krankenversicherten nahen Angehörigen handeln, der Anspruch auf Krankengeld hat. Das können Eltern, Geschwister, Schwiegereltern, Lebenspartner oder Personen aus dem engsten persönlichen Umfeld sein, zu der die gleiche persönliche Bindung wie zu einem nahen Angehörigen besteht.

Ein Antrag auf Krankengeld, kann nur dann geltend gemacht werden, wenn es sich um eine ganztägige Begleitung handelt. Dabei muss die Zeit der notwendigen Anwesenheit im Krankenhaus einschließlich der Zeiten der An- und Abreise der Begleitperson insgesamt acht oder mehr Stunden am Tag umfassen.

#### **Wer stellt die medizinische Notwendigkeit der Mitaufnahme einer Begleitperson fest?**

1. Planbare stationäre Behandlung  
Die Feststellung und Bescheinigung der medizinischen Notwendigkeit im Vorfeld einer stationären Behandlung soll durch Vertragsärztinnen/Vertragsärzte, Vertragspsychotherapeutinnen/Vertragspsychotherapeuten oder Vertragszahnärztinnen/Vertragszahnärzte erfolgen.

Die medizinische Notwendigkeit der Mitaufnahme einer Begleitperson wird auf einer Krankenhauseinweisung (Muster 2) unter Angabe mindestens eines medizinischen Kriteriums oder einer vergleichbaren Schädigung oder Beeinträchtigung ausgestellt.

Feststellung

## 2. Zwei-Jahresbescheinigung

Unabhängig von einem planbaren stationären Aufenthalt kann eine Zwei-Jahresbescheinigung ausgestellt werden. Diese formlose Bescheinigung soll dem Patienten oder der Patientin eine gewisse Sicherheit im Hinblick auf die Begleitung bei einer stationären Notaufnahme bieten.

Die Bescheinigung, die für einen Zeitraum von bis zu zwei Jahren ausgestellt werden kann, muss eine Angabe zu mindestens einem Kriterium oder einer vergleichbaren Schädigung oder Beeinträchtigung enthalten.

Die Bescheinigungen können ebenfalls von allen Vertragsärztinnen/Vertragsärzten, Vertragspsychotherapeutinnen /Vertragspsychotherapeuten oder Vertragszahnärztinnen/Vertragszahnärzten ausgestellt werden.

Die abschließende Feststellung und Entscheidung über die medizinische Notwendigkeit der Mitaufnahme einer Begleitperson trifft das Krankenhaus. Grund hierfür ist, dass nur das Krankenhaus als ausführender Leistungserbringer sicher beurteilen kann, ob und in welchem Umfang sich die Schädigungen und Beeinträchtigungen des Patienten oder der Patientin auf die aktuelle Krankenhausbehandlung auswirken und in welchem zeitlichen Umfang eine Begleitung in Bezug auf die aktuelle Krankenhausbehandlung erforderlich ist.

## 3. Bescheinigung für die Begleitperson zur Vorlage bei der Krankenkasse bzw. Arbeitgeber

Das Krankenhaus stellt die erforderlichen Bescheinigungen für die Begleitperson aus, die diese für die Krankenkasse bzw. den Arbeitgeber benötigt.

### Weiteres Vorgehen

Der Beschluss über die Erstfassung der KHB-Richtlinie wurde vom Bundesministerium für Gesundheit nicht beanstandet und wird zum 1. November 2022 in Kraft treten.

Nach Inkrafttreten der Richtlinie hat der Bewertungsausschuss sechs Monate Zeit, den EBM zu überprüfen und ggf. anzupassen. Erst danach kann nach der KHB-RL verfahren werden. Über die EBM-Anpassung werden wir Sie zeitnah informieren.

Die KHB-RL ist auf der Internetseite des G-BA abrufbar (<https://www.g-ba.de/richtlinien/132>).

Inkrafttreten

### 3.4. Aktualisierung des Vordruckmusters 56 (Antrag auf Kostenübernahme für Rehabilitationssport/Funktionstraining) zum 1. Januar 2023

Hintergrund der Anpassung sind Änderungen an der Rahmenvereinbarung Rehabilitationssport und Funktionstraining der Bundesarbeitsge-

meinschaft für Rehabilitation (BAR), die zuletzt mit Wirkung zum 1. Januar 2022 aktualisiert wurde. Zudem standen die Änderungen im Zusammenhang mit dem Bundesteilhabegesetz (BTHG).

Wir möchten Sie über die wesentlichsten Anpassungen informieren:

- Für die Angabe der verordnungsrelevanten Diagnose und Nebendiagnose wurden Felder für die ICD-10-GM-Codes aufgenommen.
- Durch ein neues Ankreuzfeld wird es möglich, einen bestehenden erhöhten Teilhabebedarf für schwerstbehinderte Menschen kenntlich zu machen, zum Beispiel im Falle von Blindheit, Doppelamputation, Lähmung oder Hirnverletzungen.
- Beim Rehabilitationssport wurde die Liste der Erkrankungen ergänzt, bei denen ein erweiterter Leistungsumfang begründet ist.
- Die Verordnung von Rehabilitationssport für Menschen mit chronischen Herzerkrankungen (einschließlich koronarer Herzerkrankung, Herzinsuffizienz in den NYHA-Stadien I und II, Kardiomyopathien, Klappenerkrankungen und Zustand nach kardiovaskulären Interventionen/Operationen) wurde im Rahmen der neuen BAR-Rahmenvereinbarung um Herzinsuffizienzgruppen erweitert.
- Die Angabe der empfohlenen Anzahl Übungseinheiten pro Woche erfolgt getrennt nach Rehabilitationssport und Funktionstraining (als Trocken- oder Wassergymnastik).

Anpassungen

Hinweise zum korrekten Ausfüllen des neuen Vordrucks finden Sie ab 1. Januar 2023 in den Vordruckerläuterungen zum Vordruck 56 auf der Seite der KBV unter [www.kbv.de/html/bundesmantelvertrag.php](http://www.kbv.de/html/bundesmantelvertrag.php)

### **Stichtagsregelung beachten**

Ab 1. Januar 2023 ist ausschließlich das neue Muster 56 zu verwenden, alte Formulare dürfen nicht aufgebraucht werden. Bitte denken Sie daher daran die neuen Vordrucke frühzeitig zu bestellen.

Bestellungen für die neuen Vordrucke können Sie ab dem 21. November 2022 beim Paul Albrechts Verlag (PAV) aufgeben. Sollten Sie für die Zeit bis zum 31. Dezember 2022 noch alte Muster 56 benötigen, vermerken Sie dies bitte unbedingt auf der Bestellung. Ab dem 1. Dezember 2022 werden automatisch die neuen Vordrucke verschickt.

Das neue Muster 56 wird auch in den Praxisverwaltungssystemen hinterlegt sein.

### **3.5. Verordnung häuslicher Krankenpflege - Quartalsweise Verordnungen und Langfristverordnungen**

Im Zusammenhang mit der Verordnung von häuslicher Krankenpflege kommt es immer wieder zu Fragen zur quartalsweisen Verordnung und zu Langfristverordnungen. Wir möchten Ihnen daher zu diesen beiden Punkten einige Erläuterungen geben.

### Quartalsweise Verordnungen

- Der Verordnungszeitraum ist nicht an den Zeitraum eines Quartals gebunden.
- Eine Verordnung kann daher auch über das Quartalsende hinaus ausgestellt werden (Beispiel: 01.10.2022 bis 25.01.2023).
- Eine Entzerrung der Verordnungszeiträume kann gerade zum Quartalsende die Arbeitsbelastung in den Praxen reduzieren.

### Langfristverordnungen

- Bei der Erstverordnung soll ein Zeitraum von 14 Tagen nicht überschritten werden.
- Ist aus dem Zustand des Patienten erkennbar, dass der zunächst verordnete Zeitraum nicht ausreicht, ist eine Folgeverordnung auszustellen.
- Die Folgeverordnung kann auch für eine längere Dauer ausgestellt werden.
- Gerade bei chronischen Erkrankungen, die absehbar einen längeren Behandlungsbedarf benötigen, kann die Verordnung über einen längeren Zeitraum in Frage kommen.
- Eine Definition, was unter einer „längeren Dauer“ zu verstehen ist, enthält die Häusliche-Krankenpflege-Richtlinie nicht. Der Zeitraum, der medizinisch vertretbar ist, ist patientenindividuell zu beurteilen.
- Eine Folgeverordnung von längerer Dauer ist zu begründen. Die Begründung muss sich aus den ordnungsrelevanten Diagnosen und den Einschränkungen ergeben.
- Folgeverordnungen sind innerhalb der letzten drei Arbeitstage vor Ablauf des verordneten Zeitraums auszustellen.

A



## 4. Veranstaltungen im Dezember 2022 und Januar 2023

Unser komplettes Seminarangebot finden sie unter: [www.kvn.de/Mitglieder/Fortbildung/Seminarangebot](http://www.kvn.de/Mitglieder/Fortbildung/Seminarangebot). Hier können Sie sich direkt online anmelden.

Name	Ort	Datum	Gebühr p. P.
Kurze Wartezeiten - Gutes Terminsystem	WebSeminar	07.Dez	kostenlos
Medizinprodukte-Aufbereitung Workshop Teil 2	Hannover	07.Dez	120 Euro
Sprechstundenbedarf	WebSeminar	07.Dez	kostenlos
Zusammenarbeit neu angedacht - Meine Kooperationsmöglichkeiten heute	Lüneburg	07.Dez	kostenlos
SGS - Strukturiertes Geriatrisches Schulungsprogramm	Hannover	10.Dez	135 Euro
Moderne Wundversorgung	Hannover	14.Dez	kostenlos
Zusammenarbeit neu angedacht - Meine Kooperationsmöglichkeiten heute	WebSeminar	14.Dez	kostenlos
EBM für Einsteiger	WebSeminar	14.Dez	kostenlos
Sicher durch den Heilmittel-Verordnungs-Dschungel	Webseminar	18.Jan	kostenlos
Freude mit Formularen - Das Original - Bürokratieabbau in der Arztpraxis erleichtern (2-tägig)	Hannover	20.Jan	170 Euro
Diabetesschulung für Kinder und Jugendliche (DMP Typ 1 Diabetes Pädiatrie)	Webseminar	20.Jan	119 Euro
Reanimation für medizinische Fachangestellte	Aurich	25.Jan	75 Euro

## 5. Anlagenverzeichnis

### 5.1. Sammelerklärung

1. Notwendige Angaben für das Abrechnungscenr - bitte pro Praxis (BSNR) nur EINMAL ausfüllen!

Insgesamt reichen wir eine Gesamtfallzahl von

Fällen ein.

Falls mehr als eine Abrechnungsdatei an die KVN übermittelt wurde bitte folgendes ausfüllen:

Ich beauftrage die KVN, die folgende Anzahl an Abrechnungsdateien zusammenzufügen

2. Erklärung

Ich/Wir bestätige(n) hiermit, dass die abgerechneten Leistungen von mir/uns oder meinem/unserelem Vertreter, Angestellten oder Assistenten oder auf meine/unsere Anordnung und unter meiner/unsereer Aufsicht und Verantwortung von nichtärztlichen Mitarbeitern erbracht worden sind (§ 32 Ärzte-ZV, § 15 BMV-Ä) und die Eintragungen auf den Behandlungsausweisen/Abrechnungsscheinen sachlich richtig und vollständig sind. Sämtliche abgerechneten Leistungen wurden gemäß den bestehenden Vorschriften zur vertragsärztlichen Versorgung (u.a. Bundesmantelverträge einschließlich EBM, Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses und der KBV, Verträge auf Bundes- und Landesebene, Abrechnungsanweisung sowie sonstiges Satzungsrecht der KVN) erbracht. Sämtliche genehmigungs- oder nachweispflichtige Leistungen wurden von dem Arzt erbracht, der die Genehmigung von der KVN erhalten bzw. die Nachweise vorgelegt hat.

Ermächtigte Ärzte

Als ermächtigter Arzt bestätige ich, dass ich nur die im Ermächtigungsbeschluss bestimmten vertragsärztlichen Tätigkeiten ausgeübt habe. Ich habe sämtliche ärztliche Leistungen persönlich erbracht und habe keine anderen Ärzte in die ambulante vertragsärztliche Versorgung mit Ausnahme von zulässigen Vertretungen (§ 32 a Ärzte-ZV) einbezogen. Eine Delegation von Leistungen auf nichtärztliches Personal ist ausschließlich nach den dafür vorgesehenen Voraussetzungen erfolgt.

3. Nichtausübung der Praxistätigkeit<sup>2,3</sup>:

Ich/Wir (auch Angestellte) habe(n) meine/unsere Praxistätigkeit wegen Krankheit (K), Urlaub (U), Fortbildung (F), Schwangerschaft/ Entbindung/ Elternzeit (E), Pflege eines Angehörigen (P) oder Wehrübung (W) nicht ausgeübt:

K/U/F/E/P/W

Arzt/Ärztin (LANR)

am bzw. vom

bis

Auch einzelne Tage sind zu dokumentieren.

Die LANR des/der jeweiligen Arztes/Ärztin ist nur bei Berufsausübungsgemeinschaften (BAG), Praxen mit angestellten Ärzten und medizinischen Versorgungszentren (MVZ), hier jedoch zwingend, anzugeben.

4. Zur Beschäftigung eines Vertreters<sup>2,3</sup> erkläre(n) ich/wir Folgendes:

Anzahl beschäftigter Vertreter:

LANR oder Name(n) des (der) Vertreter(s)<sup>2,3</sup>

An folgenden Tagen ist zur Erbringung der vertragsärztlichen Leistungen in meiner/unsereer Praxis ein Vertreter tätig geworden:

1. Quartalsmonat<sup>4</sup>

2. Quartalsmonat<sup>4</sup>

3. Quartalsmonat<sup>4</sup>

Diese Angaben beziehen sich ausschließlich auf zulässige Vertretungen gemäß §§ 32 und 32a Ärzte-ZV. Hierbei handelt es sich um Krankheit, Urlaub, Fortbildung, Schwangerschaft, Entbindung, Elternzeit, Pflege eines Angehörigen oder Wehrübung. Diese Aufzählung zulässiger Vertretungsgründe ist abschließend. Bei Fällen einer unvorgesesehenen und zeitlich vorübergehenden Verhinderung an der persönlichen Leistungserbringung - z. B. Abruf wegen eines dringlichen Falles - handelt es sich nicht um zulässige Vertretungen.

5. Zur Beschäftigung eines Angestellten<sup>2,3</sup> erkläre(n) ich/wir Folgendes:

Anzahl beschäftigte Angestellte:

LANR oder Name(n) des (der) Angestellten<sup>2,3</sup>:

6. Zur Beschäftigung eines Assistenten<sup>2,3</sup> erkläre(n) ich/wir Folgendes:

Anzahl beschäftigte(r) Assistent(en):

LANR oder Name(n) des (der) Assistenten<sup>2,3</sup>:

Grid for LANR or Name of the assistant.

Assistententätigkeit:

Grid for Assistant activity: vom bis

7. Bereitschaftsdienstteilnahme

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

1. Quartalsmonat<sup>4</sup>

Grid for 1st quarter month

2. Quartalsmonat<sup>4</sup>

Grid for 2nd quarter month

3. Quartalsmonat<sup>4</sup>

Grid for 3rd quarter month

8. Abrechnung von Laborleistungen

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

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

Grid for lab community membership

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

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

BSNR: Grid

9. Datentechnisches Abrechnungsverfahren/Arzneimittelmodu

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

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

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

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

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

(Ort)

(Datum) TTMMJJJJ

(Unterschrift<sup>5</sup> und Vertragsarztstempel<sup>2</sup>)

Grid for location

Grid for signature and stamp

<sup>2</sup> Sollte der Platz nicht ausreichen, bitte einen weiteren Bogen ausfüllen.

<sup>3</sup> Auf die §§ 32 und 32a Ärzte-ZV wird verwiesen.

<sup>4</sup> Die jeweiligen Tage der Vertretung in dem Monat sind anzukreuzen.

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



# Informationen für die Praxis

KVN-Rundschreiben

Oktober 2022

## Inhaltsverzeichnis

<b>1. Abrechnung</b> .....	<b>2</b>
1.1. Hausarztzentrierte Versorgung AOK Niedersachsen und AOK Bremen/ Bremerhaven: Leistungskomplex/ Betreuungsaufwand „Multimorbider“ neu bewertet.....	2
1.2. Beendigung der Ergänzungsvereinbarungen mit der Knappschaft und der SVLFG zur bereits beendeten DSP-Vereinbarung Primärkassen zum 31. Dezember 2022.....	2
<b>2. Verordnungen</b> .....	<b>2</b>
2.1. Änderung der Anlage V der Arzneimittel-Richtlinie – Verlängerung der Befristung .....	2
2.2. Lieferengpass Sabril® .....	3
2.3. Nagelspannenbehandlung als Heilmittel verordnungsfähig ..	4
2.4. Sprechstundenbedarf – Versorgung mit Medizinischen Gasen .....	5
2.5. Ergotherapie jetzt auch als Videobehandlung möglich .....	5
2.6. Kostenerstattung bei COVID-19-Präexpositionsprophylaxe Evusheld® (Tixagevimab/ Cilgavimab) .....	5
<b>3. Allgemeine Hinweise</b> .....	<b>6</b>
3.1. Befragung zu Niederlassungsmotivation .....	6
3.2. DiGA-Verzeichnis des BfArM dauerhaft aufgenommene Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGAs).....	6
3.3. TI-Finanzierung: Einführung neuer Pauschalen sowie Kostenerstattungen für Austausch von Konnektoren aufgrund ablaufender Sicherheitszertifikate .....	8
3.4. Besondere Versorgung mit der AOK Niedersachsen: Ambulanter Einsatz von Smart-Ereignis-Rekordern zur Erfassung von Herzrhythmusstörungen .....	8
3.5. KVN-WebSession zum Thema eRezept weiterhin im Netz als Videomitschnitt aufrufbar .....	9
3.6. Große Resonanz auf Protestaktionen der Ärzteschaft.....	10
<b>4. Veranstaltungen im Oktober und November 2022</b> .....	<b>10</b>

## 1. Abrechnung

### 1.1. Hausarztzentrierte Versorgung AOK Niedersachsen und AOK Bremen/ Bremerhaven: Leistungskomplex/ Betreuungsaufwand „Multimorbider“ neu bewertet

Um die Wirtschaftlichkeit der Hausarztverträge zu sichern und das Gesamthonorarvolumen für alle teilnehmenden Hausärzte zu erhalten, sinkt die Vergütungspauschale von bisher 18 Euro – mit Quartalsbeginn am 1. Oktober 2022 – auf 15 Euro.

Vergütungspauschale sinkt von 18 auf 15 Euro

Leistungskomplex „multimorbider Patient“	GOP 99297	15 Euro
--	-----------	---------

### 1.2. Beendigung der Ergänzungsvereinbarungen mit der Knappschaft und der SVLFG zur bereits beendeten DSP-Vereinbarung Primärkassen zum 31. Dezember 2022

Wir informieren darüber, dass die Knappschaft und die SVLFG die oben genannten Verträge mit Wirkung zum Ende dieses Jahres beendet haben. Die GOP 99130, 99131, 99132 und 99133 sind somit nur noch bis zum 31. Dezember 2022 abrechenbar.

## 2. Verordnungen

### 2.1. Änderung der Anlage V der Arzneimittel-Richtlinie – Verlängerung der Befristung

Mit Wirkung zum 16. August 2022 wurde bei dem Medizinprodukt „MucoClear 6%“ 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.	26. Mai 2024

Verordnungsfähigkeit bis Mai 2024 verlängert

Die vollständige Anlage V finden Sie auf der Internetseite des G-BA unter [www.G-BA.de](http://www.G-BA.de) > Richtlinien > Arzneimittel-Richtlinie > Anlage V.

## 2.2. Lieferengpass Sabril®

Aktuell besteht in Deutschland ein Lieferengpass für Sabril® (Vigabatrin). Der Engpass wird voraussichtlich bis zum I. Quartal 2023 andauern. Der Engpass ist nicht auf Qualitätsmängel zurückzuführen, soweit verfügbar kann Sabril® weiter verwendet werden.

### Behandlungsbeginn bei derzeit nicht behandelten Patienten

Die Behandlung mit Vigabatrin sollte **auf Kinder mit infantilen Spasmen** (West-Syndrom) **beschränkt** sein. Wenn die Einnahme möglich ist, sind die Filmtabletten den Beuteln vorzuziehen.

Bei allen anderen Epilepsieformen sollten bei Behandlungsbeginn **alternative Therapien** erwogen werden.

### Fortsetzung der Therapie bei aktuell mit Sabril® behandelte Patienten

**Jede Fortsetzung der Behandlung mit Vigabatrin sollte möglichst auf Kinder mit infantilen Spasmen (West-Syndrom) beschränkt** werden, die eine Behandlung mit Vigabatrin benötigen. **Sabril 500 mg Filmtabletten** sind den Sabril® Beuteln vorzuziehen, **falls die Einnahme möglich ist**. In jedem Fall muss die Substitution unter engmaschiger ärztlicher Überwachung erfolgen.

**Alle anderen** Patienten, die bereits mit Vigabatrin behandelt wurden und **nicht an infantilen Spasmen** leiden, sollten unabhängig vom klinischen Verlauf **an einen Neurologen** überwiesen werden.

**Therapieumstellungen** und **Therapieentscheidungen** sollten unter Berücksichtigung der individuellen Situation in Übereinstimmung mit den nationalen **Therapieleitlinien** erfolgen und unter strenger **medizinischer Überwachung** erfolgen.

Die Belieferung von Apotheken erfolgt ausschließlich auf Grundlage eines individuellen Rezeptes.

Zur Abmilderung des Engpasses bringt Sanofi für Sabril® Beutel befristet italienisch und französisch gekennzeichnete Ware auf den deutschen Markt. Die **in italienischer Sprache beschriftete** Ware enthält 50 Beutel und trägt den Handelsnamen *SABRIL 500 MG granulato per soluzione orale*. Die in französischer Sprache beschriftete Ware trägt den Handelsnamen *SABRIL 500 mg, granulés pour solution buvable en sachet-dose*. Bitte beachten Sie, dass diese Packungen 60 Beutel enthalten. Die Ware ist äquivalent zum deutschen Arzneimittel Sabril® Beutel. Die aktuelle **deutschsprachige Gebrauchsinformation** finden Sie beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfARM) unter folgendem Link:

Beschränkung der Behandlung empfohlen

Ersatz mit italienischer und französischer Beschriftung

[https://www.bfarm.de/SharedDocs/Downloads/DE/Arzneimittel/Zulassung/amInformationen/Lieferengpaesse/anlage2\\_GI\\_vigabatin\\_IT\\_gestattung\\_medbvsv\\_4abs1.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.bfarm.de/SharedDocs/Downloads/DE/Arzneimittel/Zulassung/amInformationen/Lieferengpaesse/anlage2_GI_vigabatin_IT_gestattung_medbvsv_4abs1.pdf?__blob=publicationFile)

### 2.3. Nagelspangenbehandlung als Heilmittel verordnungsfähig

Laut G-BA Beschluss vom 17. Februar 2022 sind Nagelspangenbehandlungen seit dem 1. Juli 2022 als Heilmittel verordnungsfähig. Verordnungsfähig ist die Therapie des Unguis incarnatus (eingewachsener Zehennagel) in den Stadien 1, 2 und 3 an den unteren Extremitäten auf einem Muster 13 Formular. Auf dem Ordnungsformular muss „Podologische Therapie“ angekreuzt werden. Des Weiteren sind der ICD-10-Code L60.0 und die entsprechende Diagnosegruppe anzugeben. Maßgebend sind die Kriterien aus dem Heilmittelkatalog (diesen finden Sie z.B. unter: <https://www.g-ba.de/richtlinien/12/>).

Zur Behandlung mit Nagelkorrekturspangen bei Unguis Incarnatus gibt es im Heilmittelkatalog die Unterteilung in zwei Diagnosegruppen:

- UI 1 - Unguis incarnatus Stadium 1
- UI 2 - Unguis incarnatus Stadium 2 oder 3

Die Unterscheidung zwischen UI 1 und UI 2 dient der regelmäßigen ärztlichen Wiedervorstellung in den höheren Stadien. Falls erforderlich muss in Stadium 2 und Stadium 3 zusätzlich auch das fachgerechte Anlegen oder Wechseln eines Verbandes an dem betroffenen Zeh in der Podologie-Praxis durchgeführt werden. Der Podologe führt eine Fotodokumentation über die Fortschritte oder Verschlechterung des Krankheitszustands. Diese kann der Arzt bei Bedarf anfordern. Die Diagnostik und konservative oder invasive Maßnahmen der Wundbehandlung für alle Stadien bleiben ärztliche Leistungen. Hierzu zählen beispielsweise die Wundreinigung, die Verabreichung lokaler Therapeutika (z. B. jodhaltiger Salben) unter Abwägung der medizinischen Indikationen und Kontraindikationen. Die Höchstmenge je Verordnung im Stadium 2 und 3 sind auf vier Einheiten begrenzt, damit die o.g. ärztliche Kontrolle gegeben ist. Im Stadium 1 können bis zu acht Einheiten auf einer Verordnung stehen.

Für jeden zu behandelnden Nagel ist jeweils eine Verordnung auszustellen. Eine Nagelspangenbehandlung bezieht sich immer auf einen betroffenen Nagel. Die Anforderungen an die Ordnungssoftware wurden entsprechend angepasst und die Software-Hersteller informiert. Die Aktualisierung der Heilmittel-Stammdaten gegenüber den Softwareherstellern erfolgt über das reguläre Update.

Hinweis: Die KBV hat die Online-Fortbildung zur „Verordnung von Heilmitteln“ aktualisiert; insbesondere zu den Themen Nagelspangenbehandlung und Möglichkeiten der Heilmitteltherapie als telemedizinische Leistung. Für die Fortbildung werden 3 CME Punkte gutgeschrieben. Sie finden diese im sicheren Netzwerk unter: <http://www.fortbildungsportal.kv-safenet.de/>.

Verbandwechsel durch Podologen möglich

KBV-Online-Fortbildung verfügbar

#### 2.4. Sprechstundenbedarf – Versorgung mit Medizinischen Gasen

Die Krankenkassen in Niedersachsen haben uns informiert, dass sie nach Preisverhandlungen für die Belieferung von medizinischen Gasen eine neue Vereinbarung mit der Firma Air Liquide ([www.airliquide-healthcare.de](http://www.airliquide-healthcare.de)) mit Gültigkeit bis zum 30. April 2023 schließen konnten. Infolge der dynamischen Energiepreisentwicklung in den letzten Monaten war es weder den Krankenkassen noch dem Hersteller möglich, eine längere Vertragslaufzeit zu vereinbaren.

Eine Vereinbarung mit der Westfalen AG ist bedauerlicherweise infolge technischer Abrechnungsprobleme auf Seiten der Firma nicht zustande gekommen.

Die langjährige Vereinbarung mit der Firma Linde ([www.linde-gas.de/shop/de/de-ig/healthcare](http://www.linde-gas.de/shop/de/de-ig/healthcare)) besteht unverändert fort.

Keine längerfristige  
Vereinbarung möglich

#### 2.5. Ergotherapie jetzt auch als Videobehandlung möglich

Mit Inkrafttreten des aktualisierten Rahmenvertrages Ergotherapie (nach § 125 SGB V) können seit dem 1. Oktober 2022 auch ergotherapeutische Leistungen per Videotherapie erbracht werden.

Möglich ist dies unter folgenden Voraussetzungen:

- Ersttermin immer im unmittelbaren Kontakt
- Weitere Termine im unmittelbaren Kontakt nach therapeutischer Notwendigkeit
- Begrenzung auf 30 Prozent aller Behandlungen als Videotherapie je Quartal
- Erbringung als Videotherapie nur im Einverständnis mit dem Patienten

Bei thermischen Anwendungen, Therapien im Zusammenhang mit einer temporären ergotherapeutischen Schiene und verordnetem Hausbesuch ist die Erbringung als telemedizinische Leistung ausgeschlossen.

Hintergrund ist die Änderung der Heilmittel-Richtlinie (aufgrund der Corona-Pandemie) im letzten Jahr, mit der der Gemeinsame Bundesausschuss die Voraussetzungen für telemedizinische Heilmittelbehandlungen geschaffen hat.

Die ersten Verträge für die Bereiche Physio- und Ernährungstherapie sind bereits zum 1. April 2022 in Kraft getreten (siehe KVN Rundschreiben Mai 2022).

Telemedizinische  
Leistung nicht immer  
möglich

#### 2.6. Kostenerstattung bei COVID-19-Präexpositionsprophylaxe Evusheld® (Tixagevimab/ Cilgavimab)

Wir möchten Sie darüber informieren, dass aus unserer Sicht die gesetzliche Regelung zur Kostenerstattung greift (§ 13 SGB V). Für Sie als Praxis bedeutet dies, dass Versicherte die damit verbundene Leistung



aufgrund des sogenannten Systemversagens im Wege der Kostenerstattung (gemäß § 13 Abs. 3 SGB V) erhalten können. Die Möglichkeit zur Kostenerstattung besteht seit der Verordnungsfähigkeit des Arzneimittels.

Kostenerstattung bei Evusheld möglich

#### **Hintergrund: Behandlung mit Evusheld®**

Der monoklonale Antikörper (MAK) Evusheld® (Tixagevimab/Cilgavimab) kommt neben der Behandlung als PrEP zum Schutz vor COVID-19 bei Erwachsenen und Jugendlichen ab zwölf Jahren mit mindestens 40 Kilogramm Körpergewicht zur Anwendung. Das Arzneimittel wurde zunächst zentral über das Bundesgesundheitsministerium (BMG) beschafft und über die Monoklonale Antikörper-Verordnung (MAKV) vergütet. Mit der dritten Verordnung zur Änderung der SARS-CoV-2-Arzneimittelversorgungsverordnung vom 25. Mai 2022 wurde für gesetzlich Versicherte unter bestimmten Bedingungen ein Anspruch auf die Versorgung mit verschreibungspflichtigen MAK zum Schutz vor COVID-19 geschaffen. Dieser gilt ausschließlich für MAK, die über die üblichen Vertriebswege (pharmazeutischer Großhandel und Apotheken) in Verkehr gebracht werden. Das BMG hat darüber informiert, dass die Abrechnung der vertragsärztlichen Leistungen in diesem Fall nach dem EBM erfolgt. Seit Mitte Juni dieses Jahres vertreibt der Hersteller AstraZeneca Evusheld® über die üblichen Wege.

#### **Kostenerstattung und weiteres Vorgehen**

Der Kostenerstattungsanspruch (gemäß § 13 Abs. 3 SGB V) gilt solange, bis der Bewertungsausschuss eine entsprechende Gebührenordnungsposition im EBM vereinbart hat.

### **3. Allgemeine Hinweise**

#### **3.1. Befragung zu Niederlassungsmotivation**

Der Studiengang Gesundheitsökonomie im Fernstudium an der IU Internationale Hochschule führt aktuell eine Befragung zur Niederlassungsmotivation von Ärztinnen und Ärzten durch. Die Initiatoren der Erhebung wollen die Motivationen und Alltagserfahrungen von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten sammeln, um deren Wünsche und Bedürfnisse rund um das Thema „Niederlassung“ klarer herausarbeiten zu können und eine bessere Perspektive in deren Lebenswelt und deren Alltag zu erhalten. Die Befragung dauert maximal fünf Minuten und ist bis zum 31. Oktober 2022 unter folgendem Link: <https://rms.office.com/r/E-BaL9p0E79> erreichbar.

Niederlassungsbedingungen verbessern

#### **3.2. DiGA-Verzeichnis des BfArM dauerhaft aufgenommene Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGAs)**

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:

Name der Anwendung	Indikation
HelloBetter Panik	<ul style="list-style-type: none"> <li>• F40.01 Agoraphobie: Mit Panikstörung</li> <li>• F41.0 Panikstörung [episodisch paroxysmale Angst]</li> </ul>
Selfapys Online-Kurs bei Depression	<ul style="list-style-type: none"> <li>• F32.1 Mittelgradige depressive Episode</li> <li>• F33.1 Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode</li> </ul>
zanadio	<ul style="list-style-type: none"> <li>• E66.00 Adipositas durch übermäßige Kalorienzufuhr: Adipositas Grad I (WHO) bei Patienten von 18 Jahren und älter</li> <li>• E66.01 Adipositas durch übermäßige Kalorienzufuhr: Adipositas Grad II (WHO) bei Patienten von 18 Jahren und älter</li> </ul>

Die Verordnung der DiGAs erfolgt auf Muster 16. Für die Erstverordnung einer DiGA ist die Gebührenordnungsposition (GOP) 01470 berechnungsfähig.

Zudem wurden folgende DiGAs aus dem DiGA-Verzeichnis gestrichen:

Name der Anwendung	Indikation
M-sense Migräne	<ul style="list-style-type: none"> <li>• G43 Migräne</li> </ul>
Mika	<ul style="list-style-type: none"> <li>• C00-C26; C30-34; C37-C41; C43-C58; C60-C86; C88; C90-97 Bösartige Neubildungen</li> </ul>

„Aus“ bei nicht ausreichendem Versorgungseffekt

Hintergrund sind die vorgelegten Studien, die keinen ausreichenden positiven Versorgungseffekt nachweisen konnten. Für die Anwendung „Mika“ soll zu einem späteren Zeitpunkt eine erneute Aufnahme beantragt werden, sobald neuere Studienergebnisse vorliegen.

Allgemeine Informationen zum Thema „digitale Gesundheitsanwendungen“ finden Sie im Internet unter [www.kvn.de](http://www.kvn.de) > Mitglieder > Verordnungen > DiGA oder im KVN-Portal unter Verordnungen > DiGA

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

### **3.3. TI-Finanzierung: Einführung neuer Pauschalen sowie Kostenerstattungen für Austausch von Konnektoren aufgrund ablaufender Sicherheitszertifikate**

Mit der zum 18.07.2022 in Kraft getretenen 19. Änderungsvereinbarung der TI-Finanzierungsvereinbarung (Anlage 32 BMV-Ä) werden die Eckpunkte aus dem Schiedsverfahren im Juli 2022 umgesetzt. Geregelt werden dadurch die Kostenerstattungen für den Konnektortausch aufgrund auslaufender Sicherheitszertifikate und für das Update auf die elektronische Patientenakte 2.0. Darüber hinaus wurde eine Verlängerung der Vereinbarung bis zum 31. Dezember 2024 beschlossen.

Die Pauschalen sind rückwirkend ab dem 1. Februar 2022 berechnungsfähig. Praxen erhalten für das Update auf die ePA 2.0 automatisch einmalig 450 Euro sowie einen Zuschlag zu den Betriebskosten in Höhe von 5,50 Euro, sobald über die Abrechnungsdatei (per entsprechendem KVDT-Feld) die Unterstützung der ePA 2.0 durch die Praxis übermittelt wird.

Für den Tausch des Konnektors aufgrund eines innerhalb der nächsten sechs Monate auslaufenden Sicherheitszertifikates erhalten Praxen einmalig 2.300 Euro. Darin enthalten ist auch der Austausch der Sicherheitsmodulkarte eines stationären Kartenterminals (gSMC-KT). Für den Austausch von darüber hinausgehenden und innerhalb der nächsten sechs Monate ablaufenden gSMC-KT-Karten erhalten Praxen jeweils 100 Euro. Die Auszahlung der Pauschalen erfolgt automatisch, da das Ablaufdatum des Konnektor-Zertifikats über die Abrechnungsdatei übermittelt wird.

Erfolgt der Austausch weiterer gSMC-KT-Karten, die innerhalb der nächsten sechs Monate ablaufen, zeitlich unabhängig vom Tausch des Konnektors, dann muss von der Praxis die GOP 97135 je Kartenterminal auf einem beliebigen Behandlungsfall angesetzt werden. Dies löst dann die Zahlung von 100 Euro je auszutauschendem stationären Kartenterminal aus.

Die GOP ist ab dem Quartal 4/2022 abrechenbar.

Aufgrund der vorgenannten Anspruchsvoraussetzungen wird damit für 3/2022 der Austausch von seit dem 1. Februar 2022 ausgelaufenen und bis einschließlich 1/2023 auslaufenden Konnektoren finanziert.

Die Auszahlung der Pauschalen erfolgt wie üblich mit der Honorarrestzahlung, d.h. für 3/2022 zum 13. Januar 2023.

### 3.4. Besondere Versorgung mit der AOK Niedersachsen: Ambulanter Einsatz von Smart-Ereignis-Rekordern zur Erfassung von Herzrhythmusstörungen

Die AOK Niedersachsen verlängert bis zum 30. September 2024 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 14-Tage-Untersuchungskits (kabellos, klein und wasserdicht) der MSH Medical Europe GmbH im Rahmen der Diagnostik.

Ab dem 1. Januar 2023 kann der Beitritt weiterer Krankenkassen zum Vertrag erfolgen und somit der teilnehmende Patientenkreis erweitert werden.

#### 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

Weitere Informationen finden Sie im KVN-Portal unter „Verträge“ > Suchbegriff: Smart-Ereignis-Rekorder und auf der Webseite der MSH Medical Europe GmbH.

### 3.5. KVN-WebSession zum Thema eRezept weiterhin im Netz als Videomitschnitt aufrufbar

Die dritte Online-Infoveranstaltung der KVN unter dem Titel „eRezept - Fehlkonstruktion einer digitalen Anwendung“ am 4. Oktober 2022 hat mit rund 110 Teilnehmern große Beachtung gefunden. Mehrere Referenten berichteten online über den Roll-out des eRezeptes im Bereich Westfalen-Lippe, über Erfahrungen aus dem Praxisalltag im Harzgebiet und zum Umsetzungsstand auch Apothekensicht.

Verlängerung der Vereinbarung bis Ende 2024

Auszahlung mit Honorarrestzahlung

Ein Videomitschnitt der Veranstaltung ist auf YouTube unter folgendem Link aufrufbar: <https://media-va.de/kvn>.

### 3.6. Große Resonanz auf Protestaktionen der Ärzteschaft

Am Mittwoch, den 5. Oktober, hatte die KVN zu einer bundesweiten Protestaktion gegen das geplante GKV-Finanzstabilisierungsgesetz aufgerufen. Das Ziel des Protests: Ein Zeichen gegen die Streichung der Neupatientenregelung setzen. Der neue Gesetzesentwurf wird eine Verschlechterung der Versorgung von Patientinnen und Patienten nach sich ziehen. Auch auf das ärztliche Honorar hat er weitreichende negative Auswirkungen. Daher haben sich deutschlandweit viele Arzt- und Psychotherapie-Praxen und ärztliche Verbände an den Protesten beteiligt. Zahlreiche Medien haben über die Protestaktion berichtet.

Ein Videomitschnitt der Informationsveranstaltung in den Räumen der KVN ist unter <https://media-va.de/kvn-info> aufrufbar.

Infoveranstaltung der KVN steht im Netz

## 4. Veranstaltungen im Oktober und November 2022

Unser komplettes Seminarangebot finden sie unter: [www.kvn.de/Mitglieder/Fortbildung/Seminarangebot](http://www.kvn.de/Mitglieder/Fortbildung/Seminarangebot). Hier können Sie sich direkt online anmelden.

Name	Ort	Datum	Gebühr p. P.
<b>Sicher und elektronisch verordnen - Eine Einführung zum Start des eRezepts</b>	WebSeminar	19.Okt	kostenlos
<b>Existenzgründerseminar Modul 2 "Meine eigene Praxis - So gelingt der Start"</b>	Hannover	26.Okt	kostenlos
<b>Abrechnungsberatung Psychotherapeuten</b>	Osnabrück	26.Okt	kostenlos
<b>HZV Sonderverträge (2-tägig)</b>	Verden	28.Okt	155 Euro
<b>Sprechstundenbedarf</b>	WebSeminar	02.Nov	kostenlos

<b>Die Krankschreibung wird digital - Eine Einführung zum Start der elektronischen AU</b>	WebSeminar	02.Nov	kostenlos
<b>Gruppentherapie leicht gemacht</b>	Oldenburg	02.Nov	95 Euro
<b>Datenschutz in der Arztpraxis</b>	WebSeminar	02.Nov	50 Euro
<b>Rechtsnormen für die Arztpraxis</b>	WebSeminar	02.Nov	69 Euro
<b>Hygiene in der Arztpraxis</b>	Hannover	03.Nov	154 Euro
<b>Sprechstundenbedarf</b>	WebSeminar	03.Nov	kostenlos
<b>Qualitätsmanagement für Psychotherapeuten</b>	Oldenburg	05.Nov	150 Euro
<b>DMP KHK</b>	Verden	05.Nov	30 Euro
<b>DMP - Diabetes mellitus Typ 2</b>	Verden	05.Nov	30 Euro
<b>Niedersächsisches Praxisforum live 2022</b>	Hannover	05.Nov	kostenlos
<b>Ausbildung zur/m Datenschutzbeauftragte/n in der Arztpraxis (4-tägig)</b>	Oldenburg	08.Nov	405 Euro
<b>Teamführung und Konfliktprävention</b>	WebSeminar	09.Nov	50 Euro
<b>Existenzgründerseminar Modul 2 "Meine eigene Praxis - So gelingt der Start"</b>	Aurich	09.Nov	kostenlos
<b>IT-Sicherheit für Fortgeschrittene</b>	WebSeminar	09.Nov	69 Euro
<b>Honorarbescheid lesen und verstehen</b>	Braunschweig	09.Nov	kostenlos
<b>Impfen</b>	Verden	09.Nov	kostenlos

<b>HZV Sonderverträge (2-tägig)</b>	Verden	11.Nov	155 Euro
<b>Arbeitsschutz in der Arztpraxis</b>	Hannover	12.Nov	154 Euro
<b>Qualitätsmanagement - Ganz einfach</b>	WebSeminar	12.Nov	69 Euro
<b>Impfen</b>	WebSeminar	16.Nov	kostenlos
<b>Reanimation für MFA</b>	Aurich	16.Nov	75 Euro
<b>Existenzgründerseminar Modul 1 "Meine eigene Praxis - Impulse für den Start"</b>	WebSeminar	16.Nov	kostenlos
<b>Verordnungsweise in der täglichen Praxis</b>	WebSeminar	16.Nov	kostenlos
<b>Behandlungs- und Schulungsprogramm für Typ 2-Diabetiker, die Normalinsulin spritzen</b>	Hannover	16.Nov	80 Euro
<b>QEP®-Einführungsseminar</b>	Hannover	19.Nov	185 Euro
<b>Führungskunst - Sicher führen und überzeugen</b>	Oldenburg	19.Nov	140 Euro
<b>Umgang mit schwierigen Patienten</b>	WebSeminar	23.Nov	69 Euro
<b>Gelingende Praxisorganisation</b>	WebSeminar	23.Nov	50 Euro
<b>Von der Kollegin zur erfolgreichen Führungskraft</b>	Hannover	23.Nov	135 Euro
<b>Honorarbescheid lesen und verstehen</b>	Lüneburg	23.Nov	kostenlos
<b>Qualitätsmanagement-Aktuell – die QM-Richtlinie</b>	WebSeminar	23.Nov	69 Euro

<b>Notfallseminar</b>	Aurich	23.Nov	80 Euro
<b>Notfallseminar</b>	Hannover	23.Nov	90 Euro
<b>Zusammenarbeit neu angedacht - Meine Kooperationsmöglichkeiten heute</b>	Göttingen	23.Nov	kostenlos
<b>QEP®-Intensivkurs (2-tägig)</b>	WebSeminar	25.Nov	130 Euro
<b>Der Knigge - Wirkung immer und überall</b>	Hannover	26.Nov	137 Euro
<b>Diabetes und Verhalten - Ein patientenzentriertes Schulungsprogramm für Menschen mit Typ 2-Diabetes, die Insulin spritzen</b>	Hannover	26.Nov	204 Euro
<b>Praxisoptimierung durch Patienten- und Mitarbeiterfeedback</b>	WebSeminar	26.Nov	69 Euro
<b>Die Gesundheit von PraxismitarbeiterIn erhalten und schützen</b>	Hannover	30.Nov	kostenlos
<b>Moderne Wundversorgung</b>	WebSeminar	30.Nov	kostenlos
<b>Meine Zukunft planen - Impulse für die Praxisabgabe</b>	WebSeminar	30.Nov	kostenlos





# Informationen für die Praxis

KVN-Rundschreiben

September 2022

## Inhaltsverzeichnis

<b>1. Abrechnung</b> .....	<b>3</b>
1.1. Abgabetermin Quartalsabrechnung 3/2022.....	3
1.2. Änderung des EBM aufgrund der Anpassung der Rehabilitations-Richtlinie .....	4
1.3. Amtliche Mitteilung der KVN zum HVM für das 4. Quartal 2022 für alle dem RLV unterliegenden Arztgruppen des haus- und fachärztlichen Versorgungsbereichs .....	5
1.4. Neue GOP 08536 bei künstlicher Befruchtung nach Kryokonservierung .....	5
1.5. Mitteilung der fachgruppendurchschnittlichen Obergrenze für Kontrastmittel für das Quartal 4/2022 .	6
1.6. Amtliche Mitteilung der KVN zum HVM Teil B Nr. 16.1 und 16.2 für das 4. Quartal 2022 - Fachgruppendurchschnittswerte für Laborindividualbudgets.....	6
1.7. Prävention für Kinder U10/ U11: BKK Linde und BKK PwC beenden Teilnahme .....	7
1.8. Hautkrebsvorsorge: BKKen beenden Teilnahme zum Jahresende 2022 .....	7
<b>2. Verordnungen</b> .....	<b>7</b>
2.1. Abgabe von Paxlovid® in den Hausarztpraxen .....	7
2.2. Lieferengpass Salbutamol Inhalationslösung .....	8
2.3. Tagrisso® (Osimertinib) in weiterer Teilindikation als Praxisbesonderheit anerkannt.....	9
2.4. Tukysa® (Tucatinib) als Praxisbesonderheit anerkannt .....	10
2.5. Sprechstundenbedarf – Verordnung von Diamox parenteral .....	10
2.6. Darzalex® (Daratumumab) in weiteren Teilindikationen als Praxisbesonderheit anerkannt.....	11
2.7. Anpassungen innerhalb der Wirtschaftlichkeitsziele der Adalimumabhaltigen Biosimilarquoten.....	12
2.8. Anpassungen innerhalb des Wirtschaftlichkeitsziels Pegfilgrastim.....	13

<b>3.</b>	<b>Allgemeine Hinweise .....</b>	<b>13</b>
3.1.	Beschlüsse des Bewertungsausschusses (BA) bzw. Erweiterten Bewertungsausschusses (EBA) u. a. zur telefonischen Beratung bei AU .....	13
3.2.	Zweitmeinungsverfahren - Implantation eines Herzschrittmachers, eines Defibrillators oder eines CRT-Aggregators .....	15
<b>4.</b>	<b>Veranstaltungen im Oktober und November 2022 .....</b>	<b>16</b>
<b>5.</b>	<b>Anlagenverzeichnis .....</b>	<b>20</b>
5.1.	Amtliche Mitteilung zum HVM Teil B Nr. 16.1 und 16.2.....	20

## 1. Abrechnung

### 1.1. Abgabetermin Quartalsabrechnung 3/2022

Der **Abgabetermin** für die Abrechnung des **3. Quartals 2022** ist der **10. Kalendertag** des nachfolgenden Quartals und somit der **10.10.2022**.

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

- **Bitte** denken Sie daran, auch bei der Online-Übermittlung von Abrechnungsdatei(en), das Muster der **aktuellen 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
- **Ausnahme:** die **Ersatzverfahrenscheine** über den **Kostenträger 17809** (Nds. Ministerium für Soziales) sowie über den **Kostenträger 38825** (Bundesamt für soziale Sicherung/BAS) sind mit den Quartalsabrechnungen **nicht einzureichen**
- die 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,
  - Behandlungsplan zur künstlichen Befruchtung Muster 70/70A,
  - Mitteilungen der Praxis zur eingereichten Abrechnung (Beispiel: Pat. Y ist zu löschen, da jetzt BG-Fall).

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

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

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

Sammelerklärung  
unbedingt erforderlich

Bei Terminproblemen:  
Bezirksstelle!

## 1.2. Änderung des EBM aufgrund der Anpassung der Rehabilitations-Richtlinie

Der Bewertungsausschuss (BA) hat rückwirkend zum 1. Juli 2022 beschlossen, dass die Verordnung einer medizinischen Rehabilitation im EBM höher bewertet wird. Außerdem wird ein Zuschlag im Zusammenhang mit der Beantragung einer geriatrischen Rehabilitation eingeführt. Die Anpassungen im EBM erfolgen im Kontext der Änderung der Rehabilitations-Richtlinie. Über die Details möchten wir Sie im Folgenden informieren.

### Neuerungen bei der Reha-Verordnung

Aufgrund des Intensivpflege- und Rehabilitationsgesetzes (GKV-IPReG) hat der Gemeinsame Bundesausschuss am 16. Dezember 2021 eine Anpassung der Rehabilitations-Richtlinie beschlossen. Die Änderungen betreffen insbesondere die geriatrische Rehabilitation, aber auch die neuen gesetzlich vorgegebenen Einwilligungserklärungen von Versicherten. Das Verordnungsformular wurde entsprechend geändert. Die geänderte Richtlinie ist am 1. Juli in Kraft getreten. Der BA hat nun aufgrund dessen einen Beschluss zur Änderung des EBM gefasst.

### Details zum BA-Beschluss

Bewertungsanpassung der GOP 01611

Zur Abrechnung des Mehraufwandes, der den Praxen unter anderem durch die neuen gesetzlich vorgegebenen Einwilligungserklärungen von Versicherten entsteht, wird die Gebührenordnungsposition (GOP) 01611 für die Verordnung von medizinischer Rehabilitation um 13 Punkte auf 315 Punkte angehoben.

GOP 01611 auf 315 Punkte angehoben

Einführung der GOP 01613

Für die Verordnung einer geriatrischen Rehabilitation sind jetzt mindestens eine rehabilitationsbegründende Funktionsdiagnose und mindestens zwei geriatrietypische Diagnosen auf dem Verordnungsformular anzugeben. Die Schädigungen, die aus den Diagnosen hervorgehen, sind durch zwei Funktionstests aus unterschiedlichen Schädigungsbereichen nachzuweisen. Hierfür wurde im Abschnitt 1.6 EBM ein neuer Zuschlag - konkret: die GOP 01613 - im Zusammenhang mit der Beantragung einer geriatrischen Rehabilitation nach der GOP 01611 aufgenommen.

GOP 01613 als neuer Zuschlag

Die neue GOP 01613

- ist berechnungsfähig, wenn mindestens zwei Funktionstests gemäß der Rehabilitations-Richtlinie durchgeführt wurden.
- ist von folgenden Fachgruppen berechnungsfähig: Hausärzten, Fachärzten für Innere Medizin, Fachärzten für Orthopädie, Fachärzten für Orthopädie und Unfallchirurgie, Fachärzten des Gebiets Chirurgie, Fachärzten für Physikalische und Rehabilitative Medizin sowie von Fachärzten, die nach Kapitel 16 und 21 Leistungen abrechnen können.
- ist aufgrund sich teilweise überschneidender Leistungsinhalte am Behandlungstag nicht neben den GOP der Testverfahren bei

Demenzverdacht (GOP 03242, 16340, 21340) und im Behandlungsfall nicht neben den GOP des hausärztlich-geriatrischen Basisassessments und des weiterführenden geriatrischen Assessments (GOP 03360, 30984) berechnungsfähig.

- ist einmal im Krankheitsfall berechnungsfähig.
- wird mit 75 Punkten bewertet, die Finanzierung der Leistung erfolgt außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung.

#### **Hinweise zum Inkrafttreten und zur Veröffentlichung**

Die Anpassungen im EBM treten zeitgleich mit der geänderten Rehabilitations-Richtlinie zum 1. Juli in Kraft. Das Institut des Bewertungsausschusses veröffentlicht den Beschluss auf seiner Internetseite (<http://institut-ba.de/ba/beschluesse.html>) und im Deutschen Ärzteblatt.

#### **1.3. Amtliche Mitteilung der KVN zum HVM für das 4. Quartal 2022 für alle dem RLV unterliegenden Arztgruppen des haus- und fachärztlichen Versorgungsbereichs**

Die für 4/2022 geltenden RLV-/QZV-Mindestfallwerte sowie die Fallzahlgrenzen für die Fallwertminderung finden Sie als „Download“ unter [https://www.kvn.de/Mitglieder/Abrechnung\\_+Honorar+und+Vertrag/Honorarverteilung.html](https://www.kvn.de/Mitglieder/Abrechnung_+Honorar+und+Vertrag/Honorarverteilung.html)

Eine Fallzahlzuwachsbegrenzung (FZZB) erfolgt gemäß HVM Teil B Nr. 18.1 für das 4. Quartal 2022 nicht. Mit 4/2022 endet die coronabedingte Ausnahmeregelung, so dass ab 1/2023 die FZZB wieder gilt.

#### **1.4. Neue GOP 08536 bei künstlicher Befruchtung nach Kryokonservierung**

Zum 1. Oktober 2022 wird in den Abschnitt 8.5 (Reproduktionsmedizin) eine neue Gebührenordnungsposition (GOP) 08536 aufgenommen. Sie ist für die hormonelle Endometriumsvorbereitung (gemäß Nummer 12.3 Buchstabe b bei medizinischer Indikation nach Nummer 11.5 Buchstabe b der Richtlinien über künstliche Befruchtung / KB-RL) zur Durchführung einer extrakorporalen Befruchtung mittels intrazytoplasmatischer Spermieninjektion (ICSI) vorgesehen. Die GOP 08536 ist mit 335 Punkten bewertet und einmal im Zyklusfall berechnungsfähig.

**Hintergrund:** Nach fertilitätsschädigender Therapie haben weibliche Versicherte in der Regel keinen Spontanzyklus mehr. Zur Herbeiführung einer Schwangerschaft ist bei diesen Patientinnen daher vor dem Embryotransfer eine hormonelle Vorbereitung des Endometriums notwendig. Im Rahmen dieser Endometriumsvorbereitung sind bei der weiblichen Versicherten Ultraschall- und Laborkontrollen notwendig. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hatte dafür am 16. Dezember 2021 eine Folgeänderung der KB-RL im Zusammenhang mit der Richtlinie zur Kryokonservierung beschlossen, die am 9. Februar 2022 in Kraft getreten ist. Sie umfasst unter anderem die medizinische Maßnahme zur

hormonelle Endometriumsvorbereitung für künstliche Befruchtung

Herbeiführung einer Schwangerschaft mit Zustand nach Kryokonservierung unbefruchteter Eizellen gemäß § 27a Absatz 4 SGB V und posttherapeutisch eingeschränkter Fertilität.

Anpassung der GOP 08635 für die Stimulationsbehandlung nach Kryokonservierung von Eizellen

Die GOP 08635 (Stimulationsbehandlung zur Kryokonservierung von Eizellen gemäß § 5 Absatz 2 Nr. 2 Kryo-RL) ist künftig mit medizinischer Begründung bis zu dreimal im Zyklus berechnungsfähig und mit 1991 Punkten bewertet. Ab dem 1. Januar 2023 ist eine eventuell erforderliche zweite und dritte Stimulationsbehandlung im Zyklusfall um 90 Punkte geringer bewertet (1901 Punkte).

Stimulationsbehandlung  
künftig bis zu drei Mal  
berechnungsfähig

#### **Hinweis zur Veröffentlichung**

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

#### **1.5. Mitteilung der fachgruppendurchschnittlichen Obergrenze für Kontrastmittel für das Quartal 4/2022**

Gemäß der Kontrastmittelvereinbarung der KVN mit den Landesverbänden der Krankenkassen in Niedersachsen vom 1. Januar 2016 gelten für das 4. Quartal 2022 für Ärzte, die im Basisquartal 4/2021 (noch) keine Kontrastmittel über diese Vereinbarung abgerechnet haben, folgende fachgruppendurchschnittlichen Obergrenzen:

- Institute, Krankenhäuser 2.368,05 Euro
- Fachärzte für Nuklearmedizin 21.330,15 Euro
- Fachärzte für Diagnostische Radiologie 76.910,69 Euro
- Fachärzte für Urologie 2.702,39 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/Kontrastmittelvereinbarung](#) abrufbar.

#### **1.6. Amtliche Mitteilung der KVN zum HVM Teil B Nr. 16.1 und 16.2 für das 4. Quartal 2022 - Fachgruppendurchschnittswerte für Laborindividualbudgets**

Die für das 4. Quartal 2022 geltenden Fachgruppendurchschnittswerte für Laborindividualbudgets entnehmen Sie bitte der Anlage 5.1 zu diesem Rundschreiben. Zusätzlich sind diese Daten auch bereits seit dem 25. August 2022 über das KVN-Portal abrufbar.

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

### 1.7. Prävention für Kinder U10/ U11: BKK Linde und BKK PwC beenden Teilnahme

BKK Linde und BKK PricewaterhouseCoopers (PwC) beenden die Vertragsteilnahme zum Quartalsende. Somit sind die Gebührenordnungspositionen 99216 (U10) und 99217 (U11) für Versicherte dieser beiden Kassen nur noch bis 30. September 2022 abrechenbar. KVN-Portal: Rubrik „Verträge“, Suchbegriff „Starke Kids“.

### 1.8. Hautkrebsvorsorge: BKKen beenden Teilnahme zum Jahresende 2022

Für Versicherte dieser Betriebskrankenkassen ist die Gebührenordnungsposition **99210** nur noch bis einschließlich **31. Dezember 2022** abrechenbar:

Audi BKK	Debeka BKK
BKK Braun Aesculap	BKK Pro Vita
BKK Linde	energie BKK
vivida BKK	

## 2. Verordnungen

### 2.1. Abgabe von Paxlovid® in den Hausarztpraxen

Das oral anwendbare antivirale Medikament Paxlovid® (Wirkstoffkombination Nirmatrelvir und Ritonavir) zur Behandlung von COVID-19-Risikopatienten kann ab sofort von hausärztlich tätigen Vertragsärztinnen und Vertragsärzten in der Praxis bevorratet und an Patientinnen und Patienten im Bedarfsfall direkt abgeben werden. Paxlovid® ist seit dem 28. Januar 2022 zur Behandlung von symptomatischen, nicht hospitalisierten Patientinnen und Patienten mit COVID-19 und erhöhtem Risiko für einen schweren Krankheitsverlauf aber ohne zusätzlichen Sauerstoffbedarf zugelassen.

- Der Bezug von Paxlovid zur Vorhaltung erfolgt mit einer Verordnung ohne Namensnennung auf dem Arzneimittelrezept (**Muster 16**) über die regelmäßige Bezugsapotheke.
- Als Kostenträger ist, wie bei der Bestellung von COVID-19-Impfstoffen, das Bundesamt für Soziale Sicherung (**BAS**) mit dem Institutionskennzeichen (**IK**) **103609999** anzugeben.
- **Bis zu fünf** Therapieeinheiten bzw. Packungen je Arztpraxis können über die regelmäßige Bezugsapotheke auf diesem Wege zur Abgabe beschafft und bevorratet werden.
- Die **neu** eingerichtete BUND-PZN: **18268938** gilt für Bestellungen, die zwecks Vorhaltung von Paxlovid® **in der Arztpraxis** an die Apotheke übermittelt werden.

Bevorratung und Abgabe in hausärztlichen Praxen möglich

- Es ist sicherzustellen, dass die Arzneimittel in der Praxis fachgerecht gelagert werden, so dass ihre Qualität und Wirksamkeit erhalten bleiben (vor Licht geschützt, **nicht über 25 °C lagern**, nicht im Kühlschrank lagern oder einfrieren)
- **Bei Abgabe** an die Patientinnen und Patienten ist ein vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) zur Verfügung gestelltes **Informationsblatt beizufügen**.
- Das Informationsblatt zum Ausdrucken finden Sie hier: [www.bfarm.de/covid-19-arzneimittel](http://www.bfarm.de/covid-19-arzneimittel)
- Paxlovid® darf nicht mit bestimmten anderen Medikamenten verabreicht werden. Hinweise zu Wechselwirkungen von Paxlovid® mit anderen Arzneimitteln bietet diese **Übersicht** der Fachgruppe COVRIIN am Robert Koch-Institut.
- Weitere Informationen z.B. zu Kontraindikationen finden sich wie üblich in der Fachinformation.
- Für den Aufwand im Zusammenhang mit der Abgabe des Medikaments erhalten Ärztinnen und Ärzte eine Vergütung von 15 Euro je abgegebene Packung. **Diese Regelung gilt bisher nur für Abgaben bis 30. September**. Praxen rechnen die Leistung mit der Pseudoziffer 88125 zusammen mit den sonstigen kurativen Leistungen über die KVN ab.

**Hinweis:**

Abgesehen von der Bevorratung in der Praxis ist es weiterhin möglich, für Paxlovid eine Einzelverordnung auf Namen des Patienten auszustellen. Dabei wird weiterhin die bisherige BUND-PZN: **17977087 für die personenbezogene ärztliche Verschreibung verwendet** und der Apotheke zur Abgabe an Patientinnen und Patienten übermittelt. Eine Abrechnung der o.g. Pseudoziffer ist dafür nicht möglich.

Für die fachärztlich tätigen Vertragsärzte und -ärztinnen und auch für die hausärztlich tätigen Fachärzte und Fachärztinnen für Kinder- und Jugendmedizin bleibt dies der alleinige Beschaffungs- und Versorgungsweg.

Für Fachärzte gilt weiterhin Einzelverordnung

## 2.2. Lieferengpass Salbutamol Inhalationslösung

Für einige salbutamolhaltige Arzneimittel bestehen derzeit Lieferengpässe, die voraussichtlich noch bis Ende November 2022 andauern. Die jeweiligen Hersteller melden derzeit einen Engpass für:

- Salbutamol-ratiopharm® Inhalationslösung
- Salbuhexal® Inhalationslösung (betroffen sind hier die Packungsgrößen 5x10 ml und 10x10ml, die Packungsgröße 1x10ml ist noch mit einer Reichweite von mehreren Monaten verfügbar)
- Salbuhexal® Fertiginhalat

Salbutamolhaltige **Dosieraerosole** sind vom Lieferengpass derzeit **nicht betroffen** und können im häuslichen Umfeld und unter Berücksichtigung der zugelassenen Altersgruppen) **ersatzweise** eingesetzt



werden. Die Dosierung müsste altersentsprechend angepasst werden. Ggf. müsste dafür eine Inhalationshilfe/Spacer separat (Hilfsmittelrezept) verordnet werden.

Sobald uns weitere Informationen vorliegen, werden wir Sie entsprechend informieren.

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

Für Tagrisso® (Wirkstoff Osimertinib) wurde ein Erstattungsbetrag zwischen dem pharmazeutischen Unternehmer AstraZeneca GmbH und dem GKV-Spitzenverband verhandelt und eine weitere Teilindikation als Praxisbesonderheit anerkannt. Ab dem 21. Mai 2022 kann das Arzneimittel als Praxisbesonderheit in folgendem Anwendungsgebiet verordnet werden:

- Monotherapie zur adjuvanten Behandlung nach vollständiger Tumoresektion bei erwachsenen Patienten mit nicht-kleinzelligem Lungenkarzinom (NSCLC) im Stadium IB-IIIa, deren Tumoren Mutationen des epidermalen Wachstumsfaktor-Rezeptors (Epidermal Growth Factor Receptor, EGFR) als Deletion im Exon 19 oder Substitutionsmutation im Exon 21 (L858R) aufweisen, nach vorheriger adjuvanter platinbasierter Chemotherapie oder die für diese nicht geeignet sind.

Weitere Anwendungsgebiete sind hiervon nicht umfasst. Die bestehende Anerkennung als Praxisbesonderheit in den Anwendungsgebieten:

- Monotherapie zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem EGFR-T790M-mutationspositivem NSCLC

und

- Monotherapie zur Erstlinientherapie von erwachsenen Patienten mit lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem NSCLC mit aktivierenden EGFR-Mutationen

bleibt weiter gültig.

Die Anerkennung als Praxisbesonderheit besteht, solange AstraZeneca Tagrisso® in Deutschland vertreibt. Die Vorgaben der Fachinformation sind zu berücksichtigen. Die Einleitung und Überwachung der Behandlung mit Osimertinib soll durch in der Therapie von Patienten mit nicht-kleinzelligem Lungenkarzinom erfahrene Fachärzte für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie sowie durch Fachärzte für Innere Medizin und Pneumologie oder Fachärzte für Lungenheilkunde und weitere, an der Onkologie-Vereinbarung teilnehmende Ärzte anderer Fachgruppen erfolgen.

Weitere Informationen zur Praxisbesonderheit finden Sie auf der Seite des GKV-Spitzenverbandes unter folgendem Link: [https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/arzneimittel/verhandlungen\\_nach\\_amnog/ebv\\_130b/wirkstoff\\_727808.jsp](https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/arzneimittel/verhandlungen_nach_amnog/ebv_130b/wirkstoff_727808.jsp)

Bestehende Anerkennung als Praxisbesonderheit bleibt weiter gültig

#### 2.4. Tukysa® (Tucatinib) als Praxisbesonderheit anerkannt

Tukysa® (Wirkstoff: Tucatinib) wird nach einer Vereinbarung zwischen dem GKV-Spitzenverband und dem pharmazeutischen Unternehmer Seagen Germany GmbH ab dem ersten Behandlungsfall als Praxisbesonderheit anerkannt. Sie gilt ab 15. März 2022 und ausschließlich für die Anwendung

- in Kombination mit Trastuzumab und Capecitabin zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit HER2-positivem lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem Brustkrebs, die zuvor mindestens 2 gegen HER2 gerichtete Behandlungsschemata erhalten haben.

Der G-BA sieht Anhaltspunkte für einen beträchtlichen Zusatznutzen gegenüber einer Therapie nach ärztlicher Maßgabe. Die Anerkennung als Praxisbesonderheit besteht, solange Tukysa® von Seagen in Deutschland vertrieben wird.

Die Vorgaben der Fachinformation sind zu berücksichtigen. Die Einleitung und Überwachung der Behandlung mit Tucatinib soll nur durch in der Therapie von Erwachsenen mit Brustkrebs erfahrene Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie sowie Fachärztinnen und Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe und weitere an der Onkologie-Vereinbarung teilnehmende Ärztinnen und Ärzte anderer Fachgruppen erfolgen.

Weitere Informationen zur Praxisbesonderheit finden Sie auf der Seite des GKV-Spitzenverbandes unter folgendem Link: [https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/arzneimittel/verhandlungen\\_nach\\_amnog/ebv\\_130b/wirkstoff\\_1484288.jsp](https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/arzneimittel/verhandlungen_nach_amnog/ebv_130b/wirkstoff_1484288.jsp)

#### 2.5. Sprechstundenbedarf – Verordnung von Diamox parenteral

Das Präparat Diamox i.V. / Diamox parenteral (Wirkstoff Acetazolamid) ist seit Mitte 2018 nicht mehr in Deutschland verfügbar und nur noch als Import erhältlich. Es ist in Akutfällen bei erhöhtem Augeninnendruck während Augen-OPs notwendig und ohne Alternative bei akut auftretenden Druckentgleisungen während der Operation.

Um die Akutversorgung auch in diesen Fällen sicherzustellen, haben wir die Krankenkassen in Niedersachsen gebeten, einem Import zu Lasten des Sprechstundenbedarfs zuzustimmen, was diese jedoch abgelehnt haben. Die Krankenkassen in Niedersachsen bitten aber die Ärzte, die es wirklich benötigen, in Vorleistung zu treten und nach dem Verbrauch das Arzneimittel auf Namen des Patienten auf Muster 16 zu verordnen.

Dieser Weg gewährleistet zumindest eine Akutversorgung der Patienten während Augen-OPs.

Tukysa mit beträchtlichem Zusatznutzen

Notbehelf bei Augen-OPs

## 2.6. Darzalex® (Daratumumab) in weiteren Teilindikationen als Praxisbesonderheit anerkannt

Nach einer Vereinbarung zwischen dem GKV-Spitzenverband und der Janssen-Cilag GmbH wird Darzalex® (Wirkstoff: Daratumumab) als Kombinationstherapie vom 21. Juni 2022 an ab dem ersten Behandlungsfall als Praxisbesonderheit anerkannt. Die Anerkennung als **Praxisbesonderheit** ist teilweise **abhängig vom Anwendungsgebiet** unterschiedlich **befristet**. Die bewerteten Anwendungsgebiete mit Zusatznutzen lauten:

Achtung: Gilt nur für Kombinationstherapie

- Darzalex® ist indiziert in Kombination mit Lenalidomid und Dexamethason oder Bortezomib und Dexamethason für die Behandlung erwachsener Patienten mit multiplen Myelom, die bereits mindestens eine Therapie erhalten haben. Der G-BA sieht hier einen Hinweis auf einen beträchtlichen Zusatznutzen gegenüber Lenalidomid in Kombination mit Dexamethason oder Bortezomib in Kombination mit Dexamethason.  
Dieser Beschluss des G-BA war bis zum **1. April 2022** befristet.
- Darzalex® ist indiziert in Kombination mit Bortezomib, Melphalan und Prednison für die Behandlung erwachsener Patienten mit neu diagnostiziertem multiplen Myelom, die für eine autologe Stammzelltransplantation nicht geeignet sind. Gegenüber einer Kombinationstherapie nach Maßgabe des Arztes sieht der G-BA hier einen Anhaltspunkt auf einen beträchtlichen Zusatznutzen. Dieser Beschluss des G-BA ist bis zum **15. Mai 2023** befristet.
- Darzalex® ist indiziert in Kombination mit Bortezomib, Thalidomid und Dexamethason für die Behandlung erwachsener Patienten mit neu diagnostiziertem multiplen Myelom, die für eine autologe Stammzelltransplantation geeignet sind. Bei Ausmaß und Wahrscheinlichkeit des Zusatznutzens gegenüber Bortezomib, Thalidomid und Dexamethason sieht der G-BA einen Anhaltspunkt für einen nicht quantifizierbaren Zusatznutzen.
- Darzalex® ist indiziert in Kombination mit Cyclophosphamid, Bortezomib und Dexamethason für die Behandlung erwachsener Patienten mit neu diagnostizierter systemischer Leichtketten- (AL) Amyloidose. Gegenüber einer patientenindividuellen Therapie unter Berücksichtigung von Allgemeinzustand, Komorbidität und Organschäden für Erwachsene mit neu diagnostizierter systemischer Leichtketten-(AL-) Amyloidose, für die Bortezomib in Kombination mit Cyclophosphamid und Dexamethason die patientenindividuell geeignete Therapie darstellt, sieht der G-BA einen Anhaltspunkt für einen geringen Zusatznutzen. Dieser Beschluss des G-BA ist bis zum **1. März 2025** befristet.
- Darzalex® ist indiziert in Kombination mit Pomalidomid und Dexamethason für die Behandlung erwachsener Patienten mit multiplem Myelom, die bereits eine vorherige Therapie mit einem Proteasom-Inhibitor und Lenalidomid erhalten haben und refraktär gegenüber Lenalidomid waren oder die bereits mindestens zwei vorherige Therapien erhalten haben, die Lenalidomid und einen Proteasom-Inhibitor enthielten, und die während oder nach der letzten Therapie eine

Krankheitsprogression gezeigt haben. Die Bewertung des G-BA lautet hier: Anhaltspunkt für einen geringen Zusatznutzen.

- Darzalex® ist indiziert in Kombination mit Lenalidomid und Dexamethason oder mit Bortezomib, Melphalan und Prednison für die Behandlung erwachsener Patienten mit neu diagnostiziertem multiplen Myelom, die für eine autologe Stammzelltransplantation nicht geeignet sind. Der G-BA bewertet Ausmaß und Wahrscheinlichkeit des Zusatznutzens gegenüber Lenalidomid in Kombination mit Dexamethason wie folgt: Anhaltspunkt für einen beträchtlichen Zusatznutzen.

**Diese Praxisbesonderheit ersetzt die Praxisbesonderheit zu Darzalex® vom 25. März 2021** (siehe KVN-Rundschreiben vom April 2021).

Weitere Anwendungsgebiete oder Erweiterungen des Anwendungsgebietes Darzalex® sind hiervon nicht umfasst.

Ausdrücklich nicht von dieser Praxisbesonderheit umfasst ist die Anwendung von Darzalex® als Monotherapie für die Behandlung erwachsener Patienten mit rezidiviertem und refraktärem multiplen Myelom, die bereits mit einem Proteasom-Inhibitor und einem Immunmodulator behandelt wurden und die während der letzten Therapie eine Krankheitsprogression zeigten (siehe KVN-Rundschreiben vom April 2017).

Die Vorgaben der Fachinformation sind zu berücksichtigen.

Die Einleitung und Überwachung der Behandlung mit Daratumumab muss durch in der Therapie von Patienten mit multiplen Myelom erfahrene Fachärzte für Innere Medizin, Hämatologie und Onkologie erfolgen. Die Einleitung und Überwachung der Behandlung mit Daratumumab in der Leichtketten-(AL-) Amyloidose soll nur durch in der Therapie von Erwachsenen mit Leichtketten-(AL-) Amyloidose erfahrene Ärztinnen und Ärzte erfolgen. Die Anerkennung als Praxisbesonderheit gilt nicht bei der Anwendung von Daratumumab außerhalb des bestimmungsgemäßen Gebrauchs („Off-Label-Use“). Dies umfasst insbesondere ein abweichendes Dosierungsschema. Die Ärztinnen und Ärzte sind hiermit nicht von den einzuhaltenden Vorgaben aus § 12 SGB V und § 9 AM-RL entbunden.

Weitere Informationen zur Praxisbesonderheit finden Sie auf der Seite des GKV-Spitzenverbandes unter dem folgenden Link:

[https://gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung\\_1/arzneimittel/amnog\\_praxisbesonderheiten/16030pb20191001.pdf](https://gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/arzneimittel/amnog_praxisbesonderheiten/16030pb20191001.pdf)

## 2.7. Anpassungen innerhalb der Wirtschaftlichkeitsziele der Adalimumabhaltigen Biosimilarquoten

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

Wirtschaftlichkeitsziel	Fach-/Vergleichsgruppe
Adalimumab	Dermatologen, ermächtigte Dermatologen
Adalimumab/Infliximab	Gastroenterologen, ermächtigte Gastroenterologen
TNF-alpha-Inhibitoren	Rheumatologen

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

## 2.8. Anpassungen innerhalb des Wirtschaftlichkeitsziels Pegfilgrastim

Durch Änderungen auf dem Arzneimittelmarkt wird die Biosimilarquote Pegfilgrastim, das erste spezifische Ziel für die Vergleichsgruppe der Hämatologen/Onkologen, zum 1. Oktober 2022 wie folgt neu gefasst:

Wirtschaftlichkeitsziel: Mindestanteil von preisgünstigem\* biosimilarem Pegfilgrastim an allen Pegfilgrastimhaltigen Arzneimitteln.

Wirkstoffgruppe	Verordnungsempfehlung
Pegfilgrastim	Preisgünstige Pegfilgrastim-Biosimilarpräparate: Cegfila <sup>®</sup> , Fulphila <sup>®</sup> , Grasustek <sup>®</sup> , Nyvepria <sup>®</sup>

\*Als preisgünstig angesehen und daher im Rahmen der Zielvorgabe berücksichtigt werden die Präparate Cegfila, Fulphila, Grasustek und Nyvepria.

Die Biosimilars Pelgraz<sup>®</sup>, Pelmeg<sup>®</sup> sowie Ziextenzo<sup>®</sup> werden nicht mehr als preisgünstig angesehen und sind ab dem 1. Oktober 2022 nicht mehr in der Zielvorgabe enthalten. Der Zielwert für die Biosimilarquote Pegfilgrastim für das Jahr 2022 wird daher um 10-Prozentpunkte abgesenkt und auf 77,54% gesetzt.

Die aktualisierte Quoteninformation und Tischvorlage finden Sie zu Ihrer Information im KVN-Portal unter [Verordnungen/Arzneimittelvereinbarung/Informationen je Fach-/Vergleichsgruppe](#).

Zielwert für Biosimilarquote wird abgesenkt

## 3. Allgemeine Hinweise

### 3.1. Beschlüsse des Bewertungsausschusses (BA) bzw. Erweiterten Bewertungsausschusses (EBA) u. a. zur telefonischen Beratung bei AU

Die Wiedereinführung der Zuschläge für die telefonische Beratung bei Arbeitsunfähigkeit (AU) wurde in der Sitzung des Bewertungsausschusses (BA) nicht beschlossen. Mehrere Beschlüsse wurden hingegen zu

neuen Leistungen im EBM gefasst. Näheres stellen wir Ihnen nachfolgend vor.

### **Kein Beschluss im BA und EBA zur telefonischen Beratung bei AU**

Kein Beschluss - weder im BA noch im EBA - erfolgte zur befristeten Wiedereinführung der Gebührenordnungspositionen (GOP) 01433 und 01434 für die telefonische Beratung von Patientinnen und Patienten. Die KBV wollte erreichen, dass die beiden Zuschläge im Zusammenhang mit der AU-Ausstellung nach eingehender telefonischer Befragung wieder abgerechnet werden können. Nach ihrer Einschätzung werden zur Vermeidung persönlicher Arzt-Patienten-Kontakte wieder vermehrt telefonische Beratungen durchgeführt, die über den in der GOP 01435 sowie in den Versicherten-, Grund- und Konsiliarpauschalen durchschnittlich abgebildeten (Zeit-)Bedarf hinausgehen.

Da die Kassenseite eine Wiedereinführung der beiden GOP ablehnte, wurde der Antrag zur Entscheidung an den EBA verwiesen, fand jedoch dort nicht die erforderliche Mehrheit.

### **Portokosten wieder berechnungsfähig**

Wieder abgerechnet werden kann das Porto für den Versand der AU-Bescheinigungen an die Versicherten. Die Abrechnung erfolgt über die GOP 88122 (90 Cent).

Auch die Ausstellung einer „Ärztlichen Bescheinigung für den Bezug von Krankengeld bei der Erkrankung eines Kindes“ (Muster 21) ist wieder telefonisch möglich. Hierfür gilt ebenfalls die Portoregelung.

## **Änderungen des EBM**

### **Neue GOP 19465 zur Anwendung des Arzneimittels Tepmetko® beim Lungenkarzinom**

Pathologen können ab 1. Oktober bei Patienten mit einem nicht-kleinzelligen Lungenkarzinom vor Beginn einer systemischen Therapie mit Tepmetko® den Nachweis einer MET-Exon-14-Skipping-Mutation aus zirkulierender Tumor-DNA („Liquid Biopsy“) durchführen. Hierfür wird die GOP 19465 als Companion Diagnostic in den Abschnitt 19.4.4 EBM aufgenommen. Sie ist mit 3.934 Punkten (443,21 Euro) bewertet und wird außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) bezahlt. Mit der entsprechenden Änderung des EBM hat der BA auf den Beschluss des G-BA zur frühen Nutzenbewertung (nach § 35a SGB V) reagiert (Prüfung gemäß § 87 Abs. 5b Satz 5 SGB V). Tepmetko® wird zur gezielten Behandlung von Erwachsenen mit einem fortgeschrittenen nicht-kleinzelligen Lungenkarzinom verwendet, die eine systemische Therapie nach Platin-basierter Chemotherapie und/oder nach einer Behandlung mit Immuntherapie benötigen. Für die Anwendung des Arzneimittels ist der Nachweis einer MET-Exon-14-Skipping-Mutation erforderlich.

### **Wirkstoff Irinotecan: Neue Leistung 32868 zur UGT1A1-Genotypisierung bei Darmkrebs**

In einem Rote-Hand-Brief vom 21. Dezember 2021 empfiehlt das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, vor einer systemischen

Kassen wollen vermehrte telefonische Beratungen nicht berücksichtigen

„Liquid Biopsy“  
jetzt möglich

Extrabugetäre  
Vergütung

Therapie mit Irinotecanhaltigen Arzneimitteln den Metabolisierungsstatus der UDP-Glucuronosyltransferase 1A1 (UGT1A1) zu bestimmen. So können Personen identifiziert werden, die ein erhöhtes Risiko für schwere Nebenwirkungen wie Neutropenien oder schwere Durchfälle haben.

Nebenwirkungsrisiko  
abklären

Zur Untersuchung auf das Vorliegen der Allele UGT1A1\*6 und UGT1A1\*28 hat der BA zum 1. Oktober die GOP 32868 in den Abschnitt 32.3.14 EBM aufgenommen. Sie ist mit 50 Euro bewertet und wird zunächst außerhalb der MGV vergütet.

Extrabudgetäre  
Vergütung

### **Detailänderungen Labor**

Aufgrund der Streichung der GOP 32826 im Rahmen der Weiterentwicklung Mikrobiologie wird eine entsprechende Leistung nach der GOP 32839 ersatzweise in die Präambel Nummer 4 des Kapitels 19 EBM aufgenommen. Zudem erfolgen redaktionelle Anpassungen in den GOP 19460 und 19461 im Abschnitt 19.4.4 EBM sowie im Katalog nach den GOP 32584 bis 32641 im Abschnitt 32.3.7 EBM.

### **Hinweis zur Veröffentlichung**

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

Breites Spektrum an  
Zweitmeinungsverfahren

## **3.2. Zweitmeinungsverfahren - Implantation eines Herzschrittmachers, eines Defibrillators oder eines CRT-Aggregators**

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat am 19. Mai 2022 die Ergänzung der Zweitmeinungs-Richtlinie (Zm-RL) um das Eingriffsthema „Implantation eines Herzschrittmachers, eines Defibrillators oder eines CRT-Aggregators“ beschlossen. Dieser Beschluss trat am 28. Juli 2022 in Kraft. Er betrifft die Indikationsstellung zur Implantation eines Herzschrittmachers oder eines Defibrillators (Herzschrittmachers, ICD-, CRT-P- und CRT-D-Aggregate) unabhängig von der jeweiligen Grunderkrankung. Nicht umfasst sind Notfalleingriffe, dringliche Eingriffe sowie Eingriffe zum Wechsel von Geräten allein aufgrund von Batterieermüdung ohne Systemwechsel.

Patientinnen und Patienten wird so die Möglichkeit gegeben, die Notwendigkeit einer Operation oder etwaige alternative Behandlungsmethoden bei einem qualifizierten Zweitmeiner zu erörtern.

Am Zweitmeinungsverfahren können auf Antrag und nach Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung Fachärzte folgender Berufsgruppen teilnehmen:

- Innere Medizin und Kardiologie
- Innere Medizin mit Schwerpunkt Kardiologie
- Herzchirurgie
- Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinderkardiologie
- Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugendkardiologie

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

Das Antragsformular steht unter [www.kvn.de](http://www.kvn.de) (Mitglieder/Anträge/Genehmigungspflichtige Leistungen/Zweitmeinungsverfahren/Antrag Teil 1) zur Verfügung. Bitte beachten Sie: Es gibt je eine Antragsform für zugelassene und für nicht-zugelassene Ärzte sowie ein Antragsformular auf Ermächtigung für das Zweitmeinungsverfahren.

Somit wurde das Spektrum des Zweitmeinungsverfahrens auf nunmehr acht Eingriffe (Mandeloperationen - Tonsillektomie/Tonsillotomie, Gebärmutterentfernungen - Hysterektomien, Schulterarthroskopien, Implantationen Knieendoprothesen, Amputation beim Diabetischen Fußsyndrom, Eingriffe an der Wirbelsäule, kathetergestützte elektrophysiologische Herzuntersuchung und Ablation am Herzen, Implantation eines Herzschrittmachers, eines Defibrillators oder eines CRT-Aggregators) erweitert.

Die grundsätzliche Richtlinie zum Zweitmeinungsverfahren können Sie unter <https://www.g-ba.de/themen/qualitaetssicherung/vorgaben-zur-qualitaetssicherung/zweitmeinung/> nachlesen.

Bei Fragen rund um den Antrag oder zum Zweitmeinungsverfahren wenden Sie sich gerne an die Ansprechpartnerin zu diesem Thema bei der KVN unter [Sandra.Henning@kvn.de](mailto:Sandra.Henning@kvn.de)

## 4. Veranstaltungen im Oktober und November 2022

**Wichtig:** Wir bieten Ihnen für einzelne Präsenzveranstaltungen untenstehende WebSeminare an. Weitere Informationen, welche Angebote für Ihre Praxis und die MitarbeiterInnen am besten geeignet sind, finden Sie auf unserer Internetseite. Dort können Sie sich auch direkt online anmelden: [www.kvn.de/Mitglieder/Fortbildung](http://www.kvn.de/Mitglieder/Fortbildung)

Name	Ort	Datum	Gebühr p. P.
Zeit- und Selbstmanagement für die Arztpraxis	Webseminar	05.Okt	69 Euro
Moderne Wundversorgung	Webseminar	05.Okt	kostenlos
Sprechstundenbedarf	Webseminar	05.Okt	kostenlos



Ausbildung zur/m Datenschutzbeauftragte/n in der Arztpraxis	Webseminar	10.Okt	260 Euro
Sachkundelehrgang gemäß §8 Abs. 4 der Medizinproduktebetreiberverordnung	Oldenburg	10.Okt	550 Euro
Abrechnung aktuell	Webseminar	12.Okt	kostenlos
Existenzgründerseminar Modul 1 "Meine eigene Praxis - Impulse für den Start"	Oldenburg	12.Okt	kostenlos
Moderne Wundversorgung	Verden	12.Okt	kostenlos
Die ePA kommt - Eine Einführung zum Start der elektronischen Patientenakte	Webseminar	12.Okt	kostenlos
Heilmittelverordnung - Sicher durch den Verordnungs-Dschungel	Hannover	12.Okt	kostenlos
Fragen rund um die ambulante Weiterbildung Praxisseminar für (potentielle) Weiterbildungsassistenten*innen	Hannover	12.Okt	kostenlos
Meine Zukunft planen - Impulse für die Praxisabgabe	Braunschweig	12.Okt	kostenlos
Sicher und elektronisch verordnen - Eine Einführung zum Start des eRezepts	Webseminar	19.Okt	kostenlos
Existenzgründerseminar Modul 2 "Meine eigene Praxis - So gelingt der Start"	Hannover	26.Okt	kostenlos
Abrechnungsberatung Psychotherapeuten	Osnabrück	26.Okt	kostenlos
HZV Sonderverträge (2-tägig)	Verden	28.Okt	155 Euro

Sprechstundenbedarf	Webseminar	02.Nov	kostenlos
Datenschutz für Fortgeschrittene	Webseminar	02.Nov	69 Euro
Die Krankschreibung wird digital - Eine Einführung zum Start der elektronischen AU	Webseminar	02.Nov	kostenlos
Gruppentherapie leicht gemacht	Oldenburg	02.Nov	95 Euro
Datenschutz in der Arztpraxis	Webseminar	02.Nov	50 Euro
Rechtsnormen für die Arztpraxis	Webseminar	02.Nov	69 Euro
Hygiene in der Arztpraxis	Hannover	03.Nov	154 Euro
Sprechstundenbedarf	Webseminar	03.Nov	kostenlos
Qualitätsmanagement für Psychotherapeuten	Oldenburg	05.Nov	150 Euro
DMP KHK	Verden	05.Nov	30 Euro
DMP - Diabetes mellitus Typ 2	Verden	05.Nov	30 Euro
Niedersächsisches Praxisforum live 2022	Hannover	05.Nov	kostenlos
Ausbildung zur/m Datenschutzbeauftragte/n in der Arztpraxis (4-tägig)	Oldenburg	08.Nov	405 Euro
Teamführung und Konfliktprävention	Webseminar	09.Nov	50 Euro
Existenzgründerseminar Modul 2 "Meine eigene Praxis - So gelingt der Start"	Aurich	09.Nov	kostenlos
IT-Sicherheit für Fortgeschrittene	Webseminar	09.Nov	69 Euro

Honorarbescheid lesen und verstehen	Braunschweig	09.Nov	kostenlos
Impfen	Verden	09.Nov	kostenlos
HZV Sonderverträge (2-tägig)	Verden	11.Nov	155 Euro
Arbeitsschutz in der Arztpraxis	Hannover	12.Nov	154 Euro
Qualitätsmanagement - Ganz einfach	Webseminar	12.Nov	69 Euro
Impfen	Webseminar	16.Nov	kostenlos
Reanimation für MFA	Aurich	16.Nov	75 Euro
Existenzgründerseminar Modul 1 "Meine eigene Praxis - Impulse für den Start"	Webseminar	16.Nov	kostenlos
Verordnungsweise in der täglichen Praxis	Webseminar	16.Nov	kostenlos
Behandlungs- und Schulungsprogramm für Typ 2-Diabetiker, die Normalinsulin spritzen	Hannover	16.Nov	80 Euro
QEP®-Einführungsseminar	Hannover	19.Nov	185 Euro
Führungskunst - Sicher führen und überzeugen	Hannover	19.Nov	140 Euro
Umgang mit schwierigen Patienten	Webseminar	23.Nov	69 Euro
Gelingende Praxisorganisation	Webseminar	23.Nov	50 Euro
Von der Kollegin zur erfolgreichen Führungskraft	Hannover	23.Nov	135 Euro
Honorarbescheid lesen und verstehen	Lüneburg	23.Nov	kostenlos
Qualitätsmanagement-Aktuell	Webseminar	23.Nov	69 Euro

Notfallseminar	Aurich	23.Nov	80 Euro
Notfallseminar	Hannover	23.Nov	90 Euro
Zusammenarbeit neu ange- dacht - Meine Kooperati- onsmöglichkeiten heute	Göttingen	23.Nov	kostenlos
QEP®-Intensivkurs (2-tägig)	Webseminar	25.Nov	130 Euro
Der Knigge - Wirkung immer und überall	Hannover	26.Nov	137 Euro
Diabetes und Verhalten - Ein patientenzentriertes Schulungsprogramm für Menschen mit Typ 2-Diabe- tes, die Insulin spritzen	Hannover	26.Nov	204 Euro
Praxisoptimierung durch Patienten- und Mitarbeiter- feedback	Webseminar	26.Nov	69 Euro
Die Gesundheit von Praxis- mitarbeiterIn erhalten und schützen	Hannover	30.Nov	kostenlos
Moderne Wundversorgung	Webseminar	30.Nov	kostenlos
Meine Zukunft planen - Impulse für die Praxisab- gabe	Webseminar	30.Nov	kostenlos

## 5. Anlagenverzeichnis

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

# Amtliche Mitteilung der KVN zum HVM für das 4. Quartal 2022

in Umsetzung des Honorarverteilungsmaßstabes (HVM) gemäß § 87b Abs. 1 SGB V der KVN vom 24. Juni 2022

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

Fachgruppe	durchschnittliches Individualbudget
FA Laboratoriumsmedizin	366.912,53 €
FA Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie	242.041,76 €

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

Für Ärzte, die im 4. Quartal 2022 nicht in vollem zeitlichen Umfang an der vertragärztlichen Versorgung teilnehmen, reduzieren sich die o.a. Fachgruppendurchschnittswerte anteilig auf den Umfang ihrer Tätigkeit.

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

Fachgruppe	durchschnittliches Individualbudget
FA Chirurgie	3,65 €
FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe	13.934,66 €
FA Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	33.372,06 €
FA Haut- und Geschlechtskrankheiten	1.571,56 €
FA Innere Medizin und (SP) Nephrologie	906,61 €
FA Innere Medizin und (SP) Kardiologie	6.288,38 €
FA Kinder- und Jugendmedizin (hausärztlich)	16.771,96 €
FA Innere Medizin und (SP) Pneumologie	6.424,10 €
FA Innere Medizin und (SP) Gastroenterologie	8.147,28 €
FA Pathologie	5.783,14 €
FA Radiologie	10.344,56 €
FA Strahlentherapie	
FA Urologie	6.757,13 €
FA Nuklearmedizin	35.552,50 €
FA Humangenetik	
FA Transfusionsmedizin	100.216,02 €
FA Biochemie	
FA Allgemeinmedizin, Praktischer Arzt, FA Innere Medizin (hausärztlich)	25.412,31 €
FA Allgemeinmedizin, Praktischer Arzt (fachärztlich)	25.412,31 €
FA Innere Medizin (fachärztlich)	101.375,91 €
FA Innere Medizin und (SP) Endokrinologie	249.724,25 €
FA Innere Medizin und (SP) Hämatologie und Onkologie	17.504,63 €
FA Innere Medizin und (SP) Rheumatologie	67.028,62 €

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

Für Ärzte, die im 4. Quartal 2022 nicht in vollem zeitlichen Umfang an der vertragärztlichen Versorgung teilnehmen, reduzieren sich die o.a. Fachgruppendurchschnittswerte anteilig auf den Umfang ihrer Tätigkeit.



**KVN**

Kassenärztliche Vereinigung  
Niedersachsen

# Informationen für die Praxis

KVN-Rundschreiben

August 2022

## Inhaltsverzeichnis

<b>1.</b>	<b>Abrechnung .....</b>	<b>3</b>
1.1.	Hausarztverträge mit den Betriebskrankenkassen Audi und pronova.....	3
1.2.	TI-Finanzierung: Erinnerung an Kennzeichnung von Ingenico Kartenterminals .....	3
<b>2.</b>	<b>Verordnungen.....</b>	<b>4</b>
2.1.	Galafold® (Migalastat) in einer weiteren Teilindikation als Praxisbesonderheit anerkannt.....	4
2.2.	Inrebic® (Fedratinib) als Praxisbesonderheit anerkannt .....	5
2.3.	Epidyolex® (Cannabidiol) in einer weiteren Teilindikation als Praxisbesonderheit anerkannt .....	5
2.4.	Änderung der Anlage V (verordnungsfähige Medizinprodukte) der Arzneimittel-Richtlinie - Streichung von Macrogol-ratiopharm® und Macrogol- ratiopharm flüssig Orange® .....	6
2.5.	Änderung der Anlage V (verordnungsfähige Medizinprodukte) der Arzneimittel-Richtlinie - Streichung des Produkts Oculentis BBS.....	7
2.6.	Das neue T-Rezept ist da - alte Formulare zunächst aufbrauchen .....	7
2.7.	Aktualisierung der Arzneimittel-Richtlinie - VIIa: Biologika und Biosimilars .....	8
2.8.	Lieferengpass Ibuprofen- oder Paracetamol-haltige Fiebersäfte .....	10
<b>3.</b>	<b>Allgemeine Hinweise.....</b>	<b>11</b>
3.1.	Umfrage zu den Auswirkungen der COVID 19 Pandemie unter Ärzten und Ärztinnen.....	11
3.2.	Vergütung der ambulanten Komplexversorgung schwer psychisch Kranker im EBM jetzt geregelt - Versorgung kann zum 1. Oktober starten.....	11
3.3.	Übergangsfrist zum Nachweis eines ausreichenden Masernschutzes endet am 31. Juli 2022 .....	14
3.4.	Umsetzung der aktualisierten STIKO-Empfehlungen zur Meningokokken-B-Impfung als Reiseimpfung .....	14

3.5.	Corona-Sonderregelung - Telefonische Krankschreibung bei leichten Atemwegserkrankungen ab sofort wieder möglich.....	14
4.	<b>Veranstaltungen im September und Oktober 2022 .....</b>	<b>15</b>
5.	<b>Anlagenverzeichnis.....</b>	<b>17</b>
5.1.	Sammelerklärung .....	17

## 1. Abrechnung

### 1.1. Hausarztverträge mit den Betriebskrankenkassen Audi und pronova

Mit Wirkung ab 1. Juli 2022 werden die aktuell bestehenden Vertragsregelungen nunmehr den Anforderungen des BAS (Bundesamt für Soziale Sicherung, vormals BVA - Bundesversicherungsamt) angepasst.

Die Bearbeitung im KVN-Portal bleibt unverändert.

Um die Wirtschaftlichkeit der HZV-Verträge zu sichern und das Gesamthonorarvolumen für alle an den jeweiligen Verträgen teilnehmenden Hausärzten und Hausärztinnen auch weiterhin leisten zu können, werden die vertraglichen Vergütungen der folgenden Leistungskomplexe mit Wirkung ab 1. Juli 2022 wie folgt angepasst:

- GOP 99301 - Leistungskomplex „HzV-Bereitschafts-, Vertragsmanagement- und Strukturaufwand“ 5,50 Euro
- GOP 99297 - Leistungskomplex „multimorbider-Patient“ 15,00 Euro

Die Vergütungen für die übrigen Leistungskomplexe bleiben unverändert.

Anpassungen

### 1.2. TI-Finanzierung: Erinnerung an Kennzeichnung von Ingenico Kartenterminals

Bezug nehmend auf das Rundschreiben Mai 2022 möchten wir nachfolgend an die Modalitäten zur Erstattung der Aufsätze für störanfällige stationäre Kartenterminals des Herstellers Ingenico (Worldline Healthcare GmbH) erinnern. Der Aufsatz soll die statische Entladung der eGK der Generation 2.1 sichern und so Abstürze der Kartenterminals verhindern.

Bis einschließlich dem Quartal 3/2022 können Praxen mit dem einmaligen Ansetzen der Kennzeichnungsziffer 97134 auf einem beliebigen Behandlungsfall erklären, dass sie ein stationäres Kartenterminal des Herstellers Ingenico besitzen. Das Ansetzen der Ziffer löst dann automatisch die Auszahlung der entsprechenden Pauschalen aus, welche die Kosten für den Aufsatz als auch den Versand abdecken.

Bis Quartal 3/2022

Ab dem Quartal 4/2022 werden die Kartenterminals des genannten Herstellers bereits mit den Aufsätzen ausgeliefert. Daher findet die automatisierte Auszahlung der Pauschalen nur bis einschließlich 3/2022 statt, da sich bei einer Kennzeichnung ab 4/2022 nicht mit Sicherheit ausschließen lässt, dass die Kennzeichnung sich nicht lediglich auf neu beschaffte Terminals bezieht. Im Einzelfall ist eine Auszahlung der Pauschalen ab 4/2022 weiterhin möglich.



## 2. Verordnungen

### 2.1. Galafold® (Migalastat) in einer weiteren Teilindikation als Praxisbesonderheit anerkannt

Galafold® (Wirkstoff: Migalastat) wird nach einer Vereinbarung zwischen dem GKV-Spitzenverband und dem pharmazeutischen Unternehmer Amicus Therapeutics GmbH in einer weiteren Teilindikation als Praxisbesonderheit anerkannt, soweit es für die:

- Dauerbehandlung von Jugendlichen in einem Alter von 12 bis <16 Jahre mit gesicherter Morbus Fabry-Diagnose (alpha-Galaktosidase A-Mangel), die eine auf die Behandlung ansprechende Mutation aufweisen, (siehe Tabellen in Abschnitt 5.1 der Fachinformation)

verordnet wird.

Galafold® ist nicht für die gleichzeitige Anwendung mit Enzymersatztherapie vorgesehen. Bei gleichzeitiger Anwendung ist die Anerkennung als Praxisbesonderheit ausgeschlossen.

Die Einleitung und Überwachung der Behandlung mit Migalastat hat nur durch in der Diagnose und Behandlung von Patienten mit Morbus Fabry erfahrene Ärzte zu erfolgen.

Die Praxisbesonderheit gilt ab dem 23. Juli 2022.

Nachfolgend führen wir Ihnen zur besseren Übersicht die bereits in der Vergangenheit aufgeführte Teilindikation zur Anerkennung als Praxisbesonderheit auf.

Ab dem 1. Juni 2017 in dem Anwendungsgebiet mit einem Zusatznutzen laut dem G-BA-Beschluss anerkannt soweit es für die:

- Dauerbehandlung von Erwachsenen und Jugendlichen ab einem Alter von 16 Jahren und älter mit gesicherter Morbus Fabry-Diagnose (alpha-Galaktosidase A-Mangel), die eine auf die Behandlung ansprechende Mutation aufweisen (siehe Tabellen in Abschnitt 5.1 der Fachinformation),

verordnet wird.

Zusätzliche Informationen zum Anwendungsgebiet finden Sie im KVN-Rundschreiben vom Juni 2017.

Die Anerkennung als Praxisbesonderheit gilt nur, solange die Amicus Therapeutics GmbH Galafold® in Deutschland in Verkehr bringt.

Weitere Informationen zur Praxisbesonderheit finden Sie auf der Seite des GKV-Spitzenverbandes unter dem folgenden Link: [https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung\\_1/arzneimittel/amnog\\_praxisbesonderheiten/16026pb20170601.pdf](https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/arzneimittel/amnog_praxisbesonderheiten/16026pb20170601.pdf)

Teilindikation

Anwendungsgebiet

## 2.2. Inrebic® (Fedratinib) als Praxisbesonderheit anerkannt

Inrebic® (Wirkstoff: Fedratinib) wird nach einer Vereinbarung zwischen dem GKV-Spitzenverband und dem pharmazeutischen Unternehmer Bristol-Myers Squibb GmbH & Co. KGaA ab dem 1. Juli 2022 im Anwendungsgebiet mit einem Zusatznutzen laut G-BA-Beschluss vom 2. September 2021 ab dem ersten Behandlungsfall als Praxisbesonderheit anerkannt:

- Inrebic® wird angewendet für die Behandlung krankheitsbedingter Splenomegalie oder Symptome bei erwachsenen Patienten mit primärer Myelofibrose, Post-Polycythaemia Vera-Myelofibrose oder Post- Essentielle Thrombozythämie-Myelofibrose, die nicht mit einem Janus-assoziierten Kinase (JAK)-Inhibitor vorbehandelt sind oder die mit Ruxolitinib behandelt wurden.

Vor dem Hintergrund des Risikos eines Auftretens von (Wernicke-)Enzephalopathien sollte der Thiaminspiegel der Patienten vor Beginn sowie in regelmäßigen Abständen während der Behandlung (z. B. monatlich während der ersten drei Monate und danach alle drei Monate) und wie klinisch angezeigt beurteilt werden.

Bewertung des G-BA: Inrebic® ist zugelassen als Arzneimittel zur Behandlung eines seltenen Leidens. Daher gilt der medizinische Zusatznutzen durch die Zulassung als belegt. Das Ausmaß des Zusatznutzens wird als nicht quantifizierbar eingestuft, weil die wissenschaftliche Datengrundlage eine Quantifizierung nicht zulässt.

Die Einleitung und Überwachung der Behandlung mit Fedratinib soll nur durch in der Therapie von Patienten mit Myelofibrose erfahrene Fachärzte für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie erfolgen.

Die Vorgaben der Fachinformation sind zu berücksichtigen. Weitere Anwendungsgebiete oder Patientengruppen sind nicht von der Praxisbesonderheit umfasst. Die Anerkennung als Praxisbesonderheit besteht, solange Bristol-Myers Squibb Inrebic® in Deutschland vertreibt.

Weitere Informationen zur Praxisbesonderheit finden Sie auf der Seite des GKV-Spitzenverbandes unter dem folgenden Link: [https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung\\_1/arzneimittel/amnog\\_praxisbesonderheiten/21028pb20220701.pdf](https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/arzneimittel/amnog_praxisbesonderheiten/21028pb20220701.pdf)

Anwendungsgebiet

## 2.3. Epidyolex® (Cannabidiol) in einer weiteren Teilindikation als Praxisbesonderheit anerkannt

Epidyolex® (Wirkstoff: Cannabidiol) wird nach einer Vereinbarung zwischen dem GKV-Spitzenverband und dem pharmazeutischen Unternehmer GW Pharma (International) B.V. in einer weiteren Teilindikation als Praxisbesonderheit anerkannt:

### **Tuberöse Sklerose**

Geltungsbeginn der Praxisbesonderheit ab 1.Mai 2022.

Epidyolex® wird bei Patienten ab zwei Jahren für die adjuvante Behandlung von Krampfanfällen im Zusammenhang mit Tuberöser Sklerose (TSC) angewendet.

Epidyolex® ist zugelassen als Arzneimittel zur Behandlung eines seltenen Leidens. Daher gilt der medizinische Zusatznutzen durch die Zulassung belegt. Da die wissenschaftliche Datengrundlage eine Quantifizierung nicht zulässt, sah der G-BA einen nicht quantifizierbaren Zusatznutzen in diesem Anwendungsgebiet.

Nachfolgend führen wir Ihnen zur besseren Übersicht die bereits in der Vergangenheit aufgeführten Teilindikationen zur Anerkennung als Praxisbesonderheiten auf.

Ab dem 15. Oktober 2021 in den Anwendungsgebieten mit einem Zusatznutzen laut dem G-BA-Beschluss vom 15. April 2021 anerkannt:

#### **Anwendungsgebiet 1: Dravet-Syndrom**

Epidyolex® wird, zusammen mit Clobazam, bei Patienten ab zwei Jahren für die adjuvante Behandlung von Krampfanfällen im Zusammenhang mit dem Dravet-Syndrom (DS) angewendet.

#### **Anwendungsgebiet 2: Lennox-Gastaut-Syndrom**

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

In beiden Anwendungsgebieten sah der G-BA einen Hinweis für einen beträchtlichen Zusatznutzen.

- Weitere Informationen zu den Anwendungsgebieten sind im KVN Rundschreiben vom November 2021 aufgeführt.

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

Weitere Informationen zur Praxisbesonderheit finden Sie auf der Seite des GKV-Spitzenverbandes unter dem folgenden Link: [https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung\\_1/arzneimittel/amnog\\_praxisbesonderheiten/19074pb20211015.pdf](https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/arzneimittel/amnog_praxisbesonderheiten/19074pb20211015.pdf)

#### **2.4. Änderung der Anlage V (verordnungsfähige Medizinprodukte) der Arzneimittel-Richtlinie - Streichung von Macrogol-ratiopharm® und Macrogol-ratiopharm flüssig Orange®**

Mit Wirkung zum 20. Juli 2022 werden folgende Medizinprodukte, deren Befristung schon länger abgelaufen ist, aus der Anlage V gestrichen:

- Macrogol-ratiopharm®
- Macrogol-ratiopharm flüssig Orange®

Anwendungsgebiete

Aus Anlage 5 gestrichen

Macrogol-haltige Präparate können in Deutschland als nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel oder als Medizinprodukte zugelassen werden. Für beide Formen stehen nach wie vor Produkte auf dem Markt zur Verfügung, die weiterhin nach den Vorgaben der Arzneimittel-Richtlinie verordnet werden können. Die in der Anlage V der Arzneimittel-Richtlinie aufgeführten Medizinprodukte sind in den dort genannten medizinisch notwendigen Fällen bis zur jeweils angegebenen Befristung zu Lasten der GKV verordnungsfähig.

Die vollständige Liste der Anlage V wie auch nähere Einzelheiten hierzu finden Sie auf der Internetseite des G-BA unter <https://www.g-ba.de/richtlinien/anlage/120/>

oder über folgenden Link: [https://www.g-ba.de/downloads/83-691-742/AM-RL-V\\_2022-07-20.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/83-691-742/AM-RL-V_2022-07-20.pdf)

### 2.5. Änderung der Anlage V (verordnungsfähige Medizinprodukte) der Arzneimittel-Richtlinie - Streichung des Produkts Oculentis BBS

Mit Wirkung zum 20. Juli 2022 wird folgendes Medizinprodukt, dessen Befristung schon länger abgelaufen ist, aus der Anlage V gestrichen:

- Oculentis BSS

Alternative Spüllösungen zur Irrigation im Rahmen extraokulärer und intraokulärer Eingriffe sind weiterhin in der Anlage V gelistet. Die in der Anlage V der Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL) aufgeführten Medizinprodukte sind in den dort genannten medizinisch notwendigen Fällen bis zur jeweils angegebenen Befristung zu Lasten der GKV verordnungsfähig.

Die vollständige Liste der Anlage V wie auch nähere Einzelheiten hierzu finden Sie auf der Internetseite des G-BA unter <https://www.g-ba.de/richtlinien/anlage/120/>

oder über folgenden Link: [https://www.g-ba.de/downloads/83-691-742/AM-RL-V\\_2022-07-20.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/83-691-742/AM-RL-V_2022-07-20.pdf)

### 2.6. Das neue T-Rezept ist da - alte Formulare zunächst aufbrauchen

Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) informierte am 26. Juli 2022 darüber, dass die neuen, an die Änderungen der Arzneimittelverschreibungsverordnung (§3 a AMVV) angepassten T-Rezepte ab dem 8. August 2022 bei Bestellungen oder bei Neu-/Nachbestellungen vom BfArM ausgegeben werden. Neu daran ist der Wegfall des Halbsatzes im zweiten Pflichtfeld des T-Rezeptes.

Alle bisher ausgegeben T-Rezepte behalten ihre Gültigkeit und sollten zunächst aufgebraucht werden. Wichtig: Bei Verwendung der alten T-Rezept-Vordrucke ist der Halbsatz im zweiten Pflichtfeld „sowie die aktuelle Gebrauchsinformation des entsprechenden Fertigarzneimittels“ weiterhin manuell zu streichen. (vgl. KVN-Rundschreiben Juli 2022)

Alte Rezepte  
aufbrauchen



Übersicht

Wirkstoff	Original-/Referenzarzneimittel	im Wesentlichen gleiche biotechnologisch hergestellte biologische Arzneimittel, Zulassung nach Artikel 10 Absatz 4 der Richtlinie 2001/83/EG (Biosimilars)
Adalimumab	Humira	Amgevita, Amsparity, Hefiya, <b>Hukyndra</b> , Hulo, Hyrimoz, Idacio, Imraldi, <b>Libmyris</b> , Yuflyma
Bevacizumab	Avastin	Abevmy, Alymsys, Aybintio, <b>Equidacent</b> , <b>Lextemy</b> , Mvasi, Onbevzi, Oyavas, Zirabev
Insulin aspart	NovoRapid	Insulin aspart Sanofi, <b>Kixelle</b> , <b>Kirsty</b>
	NovoMix	<b>Truvelog Mix 30</b>
Insulin human	Actraphane, Mixtard	
	Actrapid	<b>Inpremia</b>
Interferon alfa	<b>Roferon A (Interferon alfa-2a)6</b>	
	<b>IntronA (Interferon alfa-2b)</b>	
Pegfilgrastim	Neulasta	Cegfila, Fulphila, Grasustek, Nyvepria, Pelgraz, Pelmeg, <b>Stimufend</b> , Ziextenzo
Peginterferon alfa	<b>Pegasys (Peginterferon alfa-2a)</b>	
	<b>PegIntron (Peginterferon alfa-2b)</b>	
Ranibizumab	Lucentis	<b>Byooviz</b>
Rituximab	MabThera (intravenöse Applikation)	Blitzima, <b>Ritemvia</b> , Rixathon, Riximyo, Ruxience, Truxima
Teriparatid (es liegen auch generische Zulassungen vor)	Forsteo	Livogiva, Movymia, Terrosa, <b>Sondelbay</b>

Mit dem vorliegenden Beschluss werden die bestehenden Hinweise zur Austauschbarkeit von biologischen Referenzarzneimitteln für die ärztliche Verordnung in Anlage VIIa zur AM-RL ergänzt und damit aktualisiert.

Die Anlage ist abrufbar unter <https://www.g-ba.de/richtlinien/anlage/290/> oder unter dem folgenden Link: [https://www.g-ba.de/downloads/83-691-719/AM-RL-VIIa-Biosimilars\\_2022-03-01.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/83-691-719/AM-RL-VIIa-Biosimilars_2022-03-01.pdf)

## 2.8. Lieferengpass Ibuprofen- oder Paracetamol-haltige Fiebersäfte

Laut Abstimmung zwischen dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM), dem GKV-Spitzenverband, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und der Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (ABDA) kann als Kompensationsmaßnahme auf die Fertigung von individuellen Rezeptur Arzneimitteln auf ärztliche Verschreibung hin in Apotheken zurückgegriffen werden:

- Es wird empfohlen, im Zeitraum der eingeschränkten Verfügbarkeit bei der Verordnung eines Paracetamol- oder Ibuprofen-haltigen Fiebersaftes jeweils ein separates Rezept über das entsprechende Fertigarzneimittel auszustellen. Dieses kann bei Nichtverfügbarkeit von der Apotheke mit einem Vermerk zur ersatzweisen Herstellung einer Rezeptur nach Rücksprache mit dem behandelnden Arzt/der behandelnden Ärztin versehen werden.

Hintergrund: Pro Rezept ist aus technischen Gründen nur die Abrechnung einer einzelnen Rezeptur möglich. Im Falle, dass die Gabe von Paracetamol- oder Ibuprofen-haltigen Fiebersäften medizinisch erforderlich ist und mehrere Arzneimittel auf einem Rezept verordnet sind, wäre nach Rücksprache mit der Apotheke ansonsten ein neues Rezept über eine Rezeptur auszustellen.

- Die deutlich höheren Kosten der Rezepturen werden bei Wirtschaftlichkeitsprüfungen berücksichtigt.

Die »Kompensationsmaßnahme« soll ausschließlich im Einzelfall zur Anwendung kommen, wenn der Krankheitszustand des Kindes eine Behandlung mit den genannten Wirkstoffen in der Darreichungsform „Saft“ erfordert. Die Nichtbeschaffbarkeit des verordneten Fertigarzneimittels ist in der Apotheke zu dokumentieren. Hierfür wird die Dokumentation in den Warenwirtschaftssystemen als ausreichend erachtet.

Sollte es beim Prozedere der Rezeptänderung noch zu Anpassungen kommen, werden wir Sie erneut informieren, sobald uns hierzu neue Informationen vorliegen.

Aktuelle Informationen finden Sie auf der Seite vom BfArM unter dem folgenden Link: [https://www.bfarm.de/DE/Arzneimittel/Arzneimittelinformationen/Lieferengpaesse/mitteilung\\_fiebersaeft\\_kinder.html](https://www.bfarm.de/DE/Arzneimittel/Arzneimittelinformationen/Lieferengpaesse/mitteilung_fiebersaeft_kinder.html)

Rezeptur Arzneimitteln

Separates Rezept

Ausschließlich im Einzelfall

### 3. Allgemeine Hinweise

#### 3.1. Umfrage zu den Auswirkungen der COVID 19 Pandemie unter Ärzten und Ärztinnen

Das Robert-Koch-Institut (RKI) führt eine Studie zu den Auswirkungen der COVID 19 Pandemie auf Gesundheitspersonal durch und bittet Ärzte und Ärztinnen um Unterstützung.

Ärzte und Ärztinnen haben eine herausragende Rolle in der Gesundheitsversorgung während der Pandemie eingenommen. Daher sind wir sehr daran interessiert, zu verstehen, wie diese die Pandemie erlebt haben.

Ziel unserer Studie ist es zu verstehen, welche Herausforderungen Gesundheitspersonal während der Pandemie bewältigen musste, und wie zukünftig Unterstützung besser bewerkstelligt werden kann.

In Deutschland befragen wir Gesundheitskräfte in den Bundesländern Sachsen, Niedersachsen und Nordrhein-Westfalen. Die Studie beinhaltet eine etwa 25-minütige Online-Umfrage und bei Interesse ein ca. 45- bis 60-minütiges Interview; und/oder ein ca. 60-minütiges Gruppeninterview.

Alle gesammelten Informationen bleiben anonym, ebenso wie die Identität der Gesundheitseinrichtung, in der die Teilnehmenden arbeiten.

Alle Teilnehmer können an einer Verlosung eines Kaffeevollautomaten teilnehmen, für die Teilnahme an einem Interview oder einer Gruppendiskussion erhalten sie einen Gutschein über 25 Euro.

Wir würden uns sehr freuen, wenn Sie sich über den angefügten Link (<https://befragungen.rki.de/SE/1/Gesundheitspersonal/>) an unserer Umfrage beteiligen würden. Für Fragen steht das Studienteam am RKI Ihnen gerne unter [gesundheitspersonal@rki.de](mailto:gesundheitspersonal@rki.de) zur Verfügung. Wir freuen uns darauf, von Ihnen zu hören.

#### 3.2. Vergütung der ambulanten Komplexversorgung schwer psychisch Kranker im EBM jetzt geregelt - Versorgung kann zum 1. Oktober starten

Die Vergütung von Leistungen für die ambulante Komplexversorgung schwer psychisch kranker Erwachsener steht fest: Der ergänzte erweiterte Bewertungsausschuss (ergEBA) hat einen Beschluss zur Aufnahme mehrerer neuer Leistungen in den EBM gefasst. Damit kann das neue Versorgungsangebot am 1. Oktober starten. Die Details des Beschlusses stellen wir Ihnen nachfolgend vor.

Hintergrund ist die Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch



krankte Versicherte mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf (KSVPsych-RL). Der G-BA hatte diese nach einem Gesetzauftrag (§92 Abs. 6b SGB V) am 2. September 2021 beschlossen. Sie trat am 18. Dezember 2021 in Kraft und soll eine aufeinander abgestimmte multiprofessionelle Behandlung und Betreuung der Patienten sicherstellen.

### Die neuen Leistungen im Überblick

Für die neuen Leistungen wird zum 1. Oktober ein neuer Abschnitt 37.5 in das EBM-Kapitel 37 aufgenommen. Die Gebührenordnungspositionen (GOP) dieses Abschnitts können ausschließlich Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten berechnen, die zur Teilnahme an der Komplexversorgung (gemäß §3 Absatz 1 KSVPsych-RL) berechtigt sind. Voraussetzung für die Abrechnung ist, dass dem Netzverbund eine Genehmigung der KVN vorliegt (gemäß §3 Abs. 9 KSVPsych-RL).

- Eingangssprechstunde: GOP 37500 (231 Punkte je vollendete 15 Minuten); höchstens viermal im Krankheitsfall berechnungsfähig. Die GOP wird bei der Berechnung des sogenannten Strukturzuschlags berücksichtigt und entsprechend in die zweite bis fünfte Bestimmung zum Abschnitt 35.2 sowie in die Legende zur GOP 35573 aufgenommen.
- Differentialdiagnostische Abklärung: GOP 37510 (231 Punkte je vollendete 15 Minuten); höchstens viermal im Krankheitsfall berechnungsfähig
- Erstellen eines Gesamtbehandlungsplans: GOP 37520 (448 Punkte); einmal im Krankheitsfall berechnungsfähig
- Zusatzpauschale für Leistungen des Bezugsarztes oder -psychotherapeuten: GOP 37525 (450 Punkte); einmal im Behandlungsfall berechnungsfähig  
Mit der Zusatzpauschale werden Leistungen wie die Aktualisierung des Gesamtbehandlungsplans sowie der fachliche Austausch und die Abstimmung mit den an der Behandlung Beteiligten vergütet.
- Koordination der Versorgung durch eine nichtärztliche Person: GOP 37530 (577 Punkte); einmal im Behandlungsfall berechnungsfähig
- Aufsuchen eines Patienten im häuslichen Umfeld durch eine nichtärztliche Person: GOP 37535 (166 Punkte); höchstens dreimal im Behandlungsfall berechnungsfähig
- Fallbesprechung: GOP 37550 (128 Punkte je vollendete 10 Minuten); höchstens viermal im Behandlungsfall berechnungsfähig  
Die GOP kann auch berechnet werden, wenn die Fallbesprechung telefonisch oder per Video stattfindet.
- Zuschlag zur GOP 37550 bei Teilnahme eines oder mehrerer nichtärztlicher bzw. nichtpsychotherapeutischer Teilnehmer nach §3 Abs. 3 und 5 KSVPsych-RL: GOP 37551 (128 Punkte je vollendete 10 Minuten); höchstens viermal im Behandlungsfall berechnungsfähig
- Zusatzpauschale für zusätzliche Organisations- und Managementaufgaben sowie technische Aufwände des Netzverbundes:

Überblick

GOP 37570 (200 Punkte); einmal im Behandlungsfall berechnungsfähig

**Erläuterungen:** Die GOP 37520, 37525, 37530, 37535, 37551 und 37570 können nur von Bezugsärzten und Bezugspsychotherapeuten abgerechnet werden. Mit der ergänzenden Regelung wurde zudem festgelegt, dass die GOP 37510 und 37520 nur abgerechnet werden dürfen, wenn im selben Quartal oder dem Quartal davor die GOP 37500 berechnet wurde.

### Weitere Anpassungen im EBM

Aufgrund der neuen Leistungen erfolgen weitere Anpassungen im EBM, um beispielsweise die Kennzeichnung von Besuchen oder die Abrechnung von Videofallkonferenzen zu regeln:

- Besuchsleistungen (GOP 01410 bis 01413 und 01415) sind mit dem Suffix „L“ zu kennzeichnen, wenn sie im Zusammenhang mit den neuen Leistungen in Abschnitt 37.5 erfolgen. Hierzu werden die Anmerkungen der jeweiligen GOP im EBM ergänzt.
- Die Fallbesprechungen (GOP 37550) können auch per Video erfolgen. In diesem Fall kann der Vertragsarzt bzw. -psychotherapeut, der die Videofallkonferenz initiiert, zusätzlich den Technikzuschlag für Videosprechstunden (GOP 01450) abrechnen.
- Psychotherapeutische Gespräche (GOP 22220 und 23220), die im Zusammenhang mit der Versorgung gemäß den Leistungen des Abschnitts 37.5 berechnet werden, sind mit dem Suffix „L“ zu kennzeichnen. Sie sind in diesem Fall auch häufiger berechnungsfähig - insgesamt bis zu 20-mal im Behandlungsfall

Weitere EBM-Anpassungen

Die weiteren Beschlussinhalte sind notwendige Folgeanpassungen.

### Bewertungsausschuss muss noch Finanzierung beschließen

Die ergänzend erforderliche Finanzierungsempfehlung ist zweiseitig durch den Bewertungsausschuss zu beschließen. Die Beratungen mit dem GKV-Spitzenverband wurden hierzu aufgenommen. Wir werden Sie gesondert informieren, sobald ein Beschluss gefasst wurde.

### Weitere Informationen

Weitere Informationen werden auf einer KBV-Themenseite zur ambulanten Komplexversorgung schwer psychisch kranker Erwachsener gebündelt [https://www.kbv.de/html/1150\\_59027.php](https://www.kbv.de/html/1150_59027.php)

### Hinweise zur Veröffentlichung

Das Institut des Bewertungsausschusses veröffentlicht den Beschluss auf seiner Internetseite (<https://institut-ba.de/ergaenzterbewertungsausschuss/ergaenzbeschluesse.html>) und im Deutschen Ärzteblatt.

### **3.3. Übergangsfrist zum Nachweis eines ausreichenden Masernschutzes endet am 31. Juli 2022**

Wir möchten Sie nochmals darauf hinweisen, dass die wegen der Corona-Pandemie mehrfach verlängerte Übergangsfrist zum Nachweis eines ausreichenden Masernschutzes zum 31. Juli 2022 abgelaufen ist.

Ab 1. August 2022 muss u. a. medizinisches Personal (Ärzte und ihre Praxisangestellten) ausreichend gegen Masern geimpft sein oder eine Immunität gegen Masern nachweisen. Diese Verpflichtung ergibt sich aus dem Masernschutzgesetz, das bereits im März 2020 in Kraft getreten ist. Für Mitarbeiter, die nach Inkrafttreten des Gesetzes die Tätigkeit aufgenommen haben, galt die Impfnachweispflicht bereits direkt bei Eintritt ins Arbeitsverhältnis. Die Nachweispflicht gilt nur für Personen, die nach 1970 geboren sind. Die Nachweispflicht über einen ausreichenden Masernschutz gilt neben Beschäftigten in medizinischen Einrichtungen, auch für Kinder in Kitas und Schulen, Mitarbeiter in Kitas, Schulen oder Heimen sowie Bewohner und Mitarbeiter in Asylbewerber- und Flüchtlingsunterkünften.

Masernschutzgesetz

### **3.4. Umsetzung der aktualisierten STIKO-Empfehlungen zur Meningokokken-B-Impfung als Reiseimpfung**

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat die im Epidemiologischen Bulletin Nr. 14 vom 7. April 2022 veröffentlichten aktualisierten Empfehlungen der STIKO in die Schutzimpfungs-Richtlinie (SI-RL) aufgenommen. Entsprechend der Empfehlungen wurde in der SI-RL die zusätzliche Impfung mit dem Meningokokken-B-Impfstoff für Katastrophenhelfer und je nach Exposition auch für Entwicklungshelfer und medizinisches Personal, sowie für Kleinkinder, wenn dies den Empfehlungen der Zielländer entspricht, aufgenommen. Die Änderung der SI-RL ist am 14. Juli 2022 in Kraft getreten.

### **3.5. Corona-Sonderregelung - Telefonische Krankschreibung bei leichten Atemwegserkrankungen ab sofort wieder möglich**

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat angesichts steigender Infektionszahlen die Corona-Sonderregelung für eine telefonische Krankschreibung wieder aktiviert. Sie gilt vorerst befristet bis 30. November 2022. Durch die Sonderregelung können Versicherte, die an leichten Atemwegserkrankungen leiden, telefonisch bis zu sieben Tage krankgeschrieben werden. Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte müssen sich dabei persönlich vom Zustand der Patientin oder des Patienten durch eine eingehende telefonische Befragung überzeugen. Eine einmalige Verlängerung der Krankschreibung kann telefonisch für weitere sieben Kalendertage ausgestellt werden.

Der Beschluss tritt nach Nichtbeanstandung durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) und Veröffentlichung im Bundesanzeiger mit Wirkung vom 4. August 2022 in Kraft.

## 4. Veranstaltungen im September und Oktober 2022

**Wichtig:** Wir bieten Ihnen für einzelne Präsenzveranstaltungen untenstehende WebSeminare an. Weitere Informationen, welche Angebote für Ihre Praxis und die MitarbeiterInnen am besten geeignet sind, finden Sie auf unserer Internetseite. Dort können Sie sich auch direkt online anmelden: [www.kvn.de/Mitglieder/Fortbildung](http://www.kvn.de/Mitglieder/Fortbildung)

Name	Ort	Datum	Gebühr p. P.
Existenzgründerseminar Modul 2 "Meine eigene Praxis - So gelingt der Start"	Verden	03.Sep	kostenlos
Abrechnung aktuell	Aurich	07.Sep	kostenlos
Praxisbegehungen durch das Gewerbeaufsichtsamt	Hannover	07.Sep	kostenlos
Existenzgründerseminar Meine eigene Praxis - So gelingt der Start	Göttingen	07.Sep	kostenlos
IGeLn leicht gemacht	Webseminar	07.Sep	69 Euro
Sprechstundenbedarf	Webseminar	07.Sep	kostenlos
Existenzgründerseminar Modul 1 "Meine eigene Praxis - Impulse für den Start"	Hildesheim	07.Sep	kostenlos
Datenschutz in der Arztpraxis	Webseminar	13.Sep	69 Euro
Praxisorganisation und Praxisführung	Webseminar	14.Sep	69 Euro
Medizinprodukte-Aufbereitung Workshop Teil 1	Hannover	14.Sep	120 Euro
Zusammenarbeit neu ange-dacht - Meine Kooperationsmöglichkeiten heute	Webseminar	14.Sep	kostenlos
Terminplanung	Aurich	14.Sep	90 Euro
Professionelle Kommunikation in der Arztpraxis - So gelingt die Zusammenarbeit	Webseminar	14.Sep	kostenlos
Impfen	Webseminar	14.Sep	kostenlos
Verordnen von Arzneimitteln ohne „Regressgefahr“	Oldenburg	14.Sep	kostenlos

Qualitätsmanagementbeauftragte/r (umfasst drei Termine, jeweils Freitags)	Oldenburg	16.Sep	314 Euro
Praxisbegehungen in der hausärztlichen und kinderärztlichen Praxis	Webseminar	17.Sep	30 Euro
DMP - Asthma und COPD	Verden	17.Sep	30 Euro
Grundlagen und Aktuelles aus dem Bereich der Verordnungen	Webseminar	21.Sep	kostenlos
Mitgliederportal der KVN und das Internet	Lüneburg	21.Sep	kostenlos
Abrechnung aktuell	Webseminar	21.Sep	kostenlos
Meine Zukunft planen - Impulse für die Praxisabgabe	Oldenburg	21.Sep	kostenlos
Abrechnung aktuell	Webseminar	28.Sep	kostenlos
Umgang mit der Videosprechstunde	Webseminar	28.Sep	69 Euro
Mitarbeitermotivation - Leistungsbereitschaft fördern und fordern	Hannover	28.Sep	130 Euro
Umgang mit schwierigen Patienten - So gelingt es	Webseminar	28.Sep	50 Euro
Heilmittelverordnung in Theorie und Praxis	Webseminar	28.Sep	kostenlos
Sicher durch den Heilmittel-Verordnungs-Dschungel	Webseminar	29.Sep	kostenlos
Management für PraxisinhaberIn - Der Praxischef als Unternehmer	Hannover	30.Sep	145 Euro
Zeit- und Selbstmanagement für die Arztpraxis	Webseminar	05.Okt	69 Euro
Moderne Wundversorgung	Webseminar	05.Okt	kostenlos
Sprechstundenbedarf	Webseminar	05.Okt	kostenlos
Ausbildung zur/m Datenschutzbeauftragte/n in der Arztpraxis	Webseminar	10.Okt	260 Euro
Sachkundelehrgang gemäß §8 Abs. 4 der Medizinproduktebetreiberverordnung	Oldenburg	10.Okt	550 Euro
Existenzgründerseminar Modul 1 "Meine eigene Praxis - Impulse für den Start"	Oldenburg	12.Okt	kostenlos

Moderne Wundversorgung	Verden	12.Okt	kostenlos
Die ePA kommt - Eine Einführung zum Start der elektronischen Patientenakte	Webseminar	12.Okt	kostenlos
Heilmittelverordnung - Sicher durch den Verordnungs-Dschungel	Hannover	12.Okt	kostenlos
Fragen rund um die ambulante Weiterbildung Praxisseminar für (potentielle) Weiterbildungsassistenten*innen	Hannover	12.Okt	kostenlos
Meine Zukunft planen - Impulse für die Praxisabgabe	Braunschweig	12.Okt	kostenlos
Sicher und elektronisch verordnen - Eine Einführung zum Start des eRezepts	Webseminar	19.Okt	kostenlos
Existenzgründerseminar Modul 2 "Meine eigene Praxis - So gelingt der Start"	Hannover	26.Okt	kostenlos
Abrechnungsberatung Psychotherapeuten	Osnabrück	26.Okt	kostenlos
HZV Sonderverträge (2-tägig)	Verden	28.Okt	155 Euro

## 5. Anlagenverzeichnis

### 5.1. Sammelerklärung

1. Notwendige Angaben für das Abrechnungszentrum - bitte pro Praxis (BSNR) nur EINMAL ausfüllen!

Insgesamt reichen wir eine Gesamtfallzahl von

Fällen ein.

Falls mehr als eine Abrechnungsdatei an die KVN übermittelt wurde bitte folgendes ausfüllen:

Ich beauftrage die KVN, die folgende Anzahl an Abrechnungsdateien zusammenzufügen

2. Erklärung

Ich/Wir bestätige(n) hiermit, dass die abgerechneten Leistungen von mir/uns oder meinem/ unserem Vertreter, Angestellten oder Assistenten oder auf meine/unsere Anordnung und unter meiner/ unserer Aufsicht und Verantwortung von nichtärztlichen Mitarbeitern erbracht worden sind (§ 32 Ärzte-ZV, § 15 BMV-Ä) und die Eintragungen auf den Behandlungsausweisen/Abrechnungsscheinen sachlich richtig und vollständig sind. Sämtliche abgerechneten Leistungen wurden gemäß den bestehenden Vorschriften zur vertragsärztlichen Versorgung (u.a. Bundesmantelverträge einschließlich EBM, Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses und der KBV, Verträge auf Bundes- und Landesebene, Abrechnungsanweisung sowie sonstiges Satzungsrecht der KVN) erbracht. Sämtliche genehmigungs- oder nachweispflichtige Leistungen wurden von dem Arzt erbracht, der die Genehmigung von der KVN erhalten bzw. die Nachweise vorgelegt hat.

Ermächtigte Ärzte

Als ermächtigter Arzt bestätige ich, dass ich nur die im Ermächtigungsbeschluss bestimmten vertragsärztlichen Tätigkeiten ausgeübt habe. Ich habe sämtliche ärztliche Leistungen persönlich erbracht und habe keine anderen Ärzte in die ambulante vertragsärztliche Versorgung mit Ausnahme von zulässigen Vertretungen (§ 32 a Ärzte-ZV) einbezogen. Eine Delegation von Leistungen auf nichtärztliches Personal ist ausschließlich nach den dafür vorgesehenen Voraussetzungen erfolgt.

3. Nichtausübung der Praxistätigkeit<sup>2,3</sup>:

Ich/Wir (auch Angestellte) habe(n) meine/ unsere Praxistätigkeit wegen Krankheit (K), Urlaub (U), Fortbildung (F), Schwangerschaft/ Entbindung/ Elternzeit (E), Pflege eines Angehörigen (P) oder Wehrübung (W) nicht ausgeübt:

Table with columns: K/U/F/E/P/W, Arzt/Ärztin (LANR), am bzw. vom, bis. Each column contains a grid for recording dates.

Auch einzelne Tage sind zu dokumentieren.

Die LANR des/der jeweiligen Arztes/Ärztin ist nur bei Berufsausübungsgemeinschaften (BAG), Praxen mit angestellten Ärzten und medizinischen Versorgungszentren (MVZ), hier jedoch zwingend, anzugeben.

4. Zur Beschäftigung eines Vertreters<sup>2,3</sup> erkläre(n) ich/wir Folgendes:

Anzahl beschäftigter Vertreter:

LANR oder Name(n) des (der) Vertreter(s)<sup>2,3</sup>

Large grid for recording representative names and LANR.

An folgenden Tagen ist zur Erbringung der vertragsärztlichen Leistungen in meiner/ unserer Praxis ein Vertreter tätig geworden:

Calendar grids for three quarters showing days 1-19 for each quarter.

Diese Angaben beziehen sich ausschließlich auf zulässige Vertretungen gemäß §§ 32 und 32a Ärzte-ZV. Hierbei handelt es sich um Krankheit, Urlaub, Fortbildung, Schwangerschaft, Entbindung, Elternzeit, Pflege eines Angehörigen oder Wehrübung. Diese Aufzählung zulässiger Vertretungsgründe ist abschließend. Bei Fällen einer unvorgesesehenen und zeitlich vorübergehenden Verhinderung an der persönlichen Leistungserbringung - z. B. Abruf wegen eines dringlichen Falles - handelt es sich nicht um zulässige Vertretungen.

5. Zur Beschäftigung eines Angestellten<sup>2,3</sup> erkläre(n) ich/wir Folgendes:

Anzahl beschäftigte Angestellte:

LANR oder Name(n) des (der) Angestellten<sup>2,3</sup>:

Large grid for recording employee names and LANR.







**KVN**

Kassenärztliche Vereinigung  
Niedersachsen

# Informationen für die Praxis

KVN-Rundschreiben

Juli 2022

## Inhaltsverzeichnis

<b>1. Abrechnung</b> .....	<b>3</b>
1.1. Beschlüsse des Bewertungsausschusses (BA) im Bereich der Mikrobiologie, Strahlentherapie und substituionsgestützte Behandlung Opioidabhängiger	3
1.2. Affenpocken: Pseudoziffer für Nukleinsäurenachweis zum 1. Juni beschlossen .....	5
1.3. Psychotherapie: Anpassung der Strukturzuschläge zum 1. Januar 2022 .....	5
<b>2. Verordnungen</b> .....	<b>7</b>
2.1. Neufassung der Prüfvereinbarung nach §106 SGB V mit den GKV-Verbänden ab 1. Januar 2022 .....	7
2.2. Änderung der Anlage V (verordnungsfähige Medizinprodukte) der Arzneimittel-Richtlinie - Verlängerung der Befristung .....	7
2.3. Änderung der Anlage II (Lifestyle-Arzneimittel) der Arzneimittelrichtlinie: Melatonin .....	7
2.4. Fintepla® (Fenfluramin) als Praxisbesonderheit anerkannt .....	8
2.5. Lenalidomid - generische Verordnung möglich .....	9
2.6. Lieferengpässe – Übersicht von BfArM und PEI verfügbar .....	9
2.7. Formale Anpassungen am „Gelben Heft“ zum 23. Juni 2022 in Kraft getreten .....	10
2.8. Tecentriq® (Atezolizumab) in einer weiteren Teilindikation als Praxisbesonderheit anerkannt .....	10
2.9. Natpar® 100 Mikrogramm Voraussichtlicher Lieferengpass ab 1. Juli 2022 .....	13
2.10. Rinvoq® (Upadacitinib) als Praxisbesonderheit anerkannt .....	13
<b>3. Allgemeine Hinweise</b> .....	<b>14</b>
3.1. Umsetzung der STIKO- Empfehlungen Januar 2022 ..	14
3.2. TI-Finanzierung: Anpassung bestehender Pauschalen, Einführung neuer Pauschalen sowie Kostenerstattungen für defekte Komponenten .....	15

3.3.	Beschluss zur Telemedizin im Notdienst .....	17
3.4.	Befragung: Zufriedenheit der Hausärztinnen und Hausärzte mit ihrem Arbeitsumfeld.....	18
3.5.	Gesetzliche Unfallversicherung: Corona-Sonderregelungen enden zum 30. Juni, Ausnahme Videosprechstunde .....	18
3.6.	Praxisinformation zum neuen Reha-Vordruck (Muster 61) ab 1. Juli 2022.....	19
3.7.	Hausarztzentrierte Versorgung (HzV) AOK Niedersachsen: „Delegation – Wechsel eines transurethralen Dauerkatheters“ abrechenbar .....	20
3.8.	Weiterhin Lieferengpässe bei Chips für die Erstellung der elektronischen Gesundheitskarten (eGK).....	20
3.9.	Umfrage zu den Auswirkungen der COVID 19 Pandemie unter Ärzten und Ärztinnen.....	20
4.	<b>Veranstaltungen im August und September 2022.....</b>	<b>21</b>
5.	<b>Anlagenverzeichnis.....</b>	<b>22</b>
5.1.	Praxisinformation zum neuen Reha-Vordruck (Muster 61) ab 1. Juli 2022_Anlage.pdf .....	22

## 1. Abrechnung

### 1.1. Beschlüsse des Bewertungsausschusses (BA) im Bereich der Mikrobiologie, Strahlentherapie und substitutionsgestützte Behandlung Opioidabhängiger

#### Weiterentwicklung Mikrobiologie

Bei der mikrobiologischen Diagnostik im EBM bestand lt. Prüfungen der Fachinformationen im Rahmen der frühen Nutzenbewertung des Gemeinsamen Bundesausschusses nach §35a SGB V Weiterentwicklungsbedarf.

Mit dem vorliegenden Beschluss werden nun zwingend erforderliche Leistungen neu aufgenommen, bestehende Leistungen ergänzt und an den Stand von Wissenschaft und Technik angepasst. Dies betrifft insbesondere nukleinsäurebasierte Erregernachweise zur Diagnostik von Infektionen mit opportunistischen Erregern beispielsweise unter einer immunmodulatorischen Therapie.

Wichtige Änderungen:

- Zukünftig können Antikörper gegen Arzneimittel jeder Spezifität nach der GOP 32480 abgerechnet werden. Hierfür wurde der Wirkstoffbezug der GOP 32480 aufgehoben, die GOP 32481 entfällt deswegen.
- Nukleinsäurebasierte direkte Erregernachweise für Erreger einer akuten gastrointestinalen Infektion, einer sexuell übertragbaren Infektion oder einer Atemwegsinfektion werden indikationsspezifisch in den GOP 32851 bis 32853 zusammengefasst. Die Bewertungen der GOP 32851 bis 32853 unterliegen einer Abstufung ab dem zweiten Erreger und einem Höchstwert.

Die Finanzierung der neuen und der weiterentwickelten Leistungen erfolgt innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen. Für einen zu erwartenden Mehrbedarf aufgrund von zwingenden Anforderungen aus Fachinformationen zu den AMNOG-Verfahren wird der Behandlungsbedarf bundesweit um insgesamt 5,75 Millionen Euro erhöht. Sofern für diese Leistungen und die weiteren Anpassungen an den Stand von Wissenschaft und Technik ein über das Basisjahr 2019 hinausgehender Leistungsbedarf besteht, wird dieser ärzte- und kassenseitig hälftig geteilt.

Insoweit GOP im Beschluss nicht auch Gegenstand der Finanzierungsempfehlung sind, sind die Änderungen leistungsbedarfsneutral – mit folgender Ausnahme: Die Bewertung der GOP 32824 (HIV-RNA) wurde von 112,50 Euro auf 89,50 Euro im Vorgriff zur Deckung des ärzteseitigen hälftigen Anteils der Anpassungen im EBM abgesenkt.

#### Anpassung bezüglich der substitutionsgestützten Behandlung Opioidabhängiger mit Depotpräparat

Der BA hat beschlossen, die GOP 01953 (Substitutionsgestützte Behandlung Opioidabhängiger mit einem Depotpräparat) rückwirkend zum

Berücksichtigt:  
nukleinsäurebasierte  
Erregernachweise

Mehr Mittel zur  
Verfügung

1. April 2022 in die Leistungslegende der GOP 01952 (Therapeutisches Gespräch) aufzunehmen, um das therapeutische Gespräch im Zusammenhang mit der Behandlung mit einem Depotpräparat zu ermöglichen. Zudem erfolgt mit der Änderung der Abrechnungsbestimmung der GOP 01952 eine formale Anpassung an die EBM-Systematik.

Gespräch zu  
Depotpräparat gefördert

### **Anpassung der strahlentherapeutischen Leistungen des Kapitels 25**

Der BA hat weitere Anpassungen der strahlentherapeutischen Leistungen des Kapitels 25 EBM beschlossen.

Die Änderungen gelten ab 1. Juli 2022:

- Ein Teil der zum 1. Januar 2021 neu eingeführten Zuschläge zur Hochvolttherapie im Abschnitt 25.3.2 EBM (vgl. 513. Sitzung) werden in ihre jeweilige Grundleistung überführt:
  - Überführung der GOP 25318 (IGRT) in die GOP 25316 (Bestrahlung mit einem Linearbeschleuniger bei gutartigen Erkrankungen).
  - Überführung der GOP 25325 (IMRT), 25326 (IGRT) und 25327 (IMRT und IGRT) in die GOP 25321 (Bestrahlung mit einem Linearbeschleuniger bei bösartigen Erkrankungen oder bei raumfordernden Prozessen des zentralen Nervensystems).
- Zudem erfolgt eine Anpassung der Bewertungen:
  - der Grundleistungen nach den GOP 25316 und 25321,
  - der verbleibenden Zuschläge nach den GOP 25317 (Zuschlag bei mehr als einem Zielvolumen bei gutartiger Erkrankung), 25324 (Zuschlag bei mehr als einem Zielvolumen bei bösartiger Erkrankung) und 25328 (Zuschlag bei Überschreitung der Einzeldosis  $\geq 2,5$  Gy bei bösartiger Erkrankung) sowie
  - der Bestrahlungsplanungsleistungen nach den GOP 25340 bis 25343.

Die Finanzierung der strahlentherapeutischen Leistungen erfolgt ab dem 1. Januar 2023 wieder außerhalb der MGV. Dabei bleibt der vom EBA zum 1. Januar 2022 in den Abschnitt 25.2 aufgenommene Hygienezuschlag nach der GOP 25215 (vgl. 74. Sitzung) unberücksichtigt – dieser wird weiterhin innerhalb der MGV vergütet.

Finanzierung außerhalb  
der MGV

Zum Hintergrund: Zum 1. Januar 2021 wurde das Kapitel 25 EBM der strahlentherapeutischen Leistungen neu gefasst. Die Umstellung sollte punktsummen- und ausgabenneutral erfolgen. Da ein Großteil der getroffenen Annahmen nicht mit den damals vorliegenden Daten plausibilisiert werden konnte, hatte der BA empfohlen, die Leistungen des Kapitels 25 ab 1. Januar 2021 befristet für zwei Jahre in die MGV zu überführen. Die Anpassungen führten zu einem starken Anstieg des Leistungsbedarfs. Daher wurde die Leistung des Kapitels 25 mit Wirkung zum 1. Oktober 2021 abgesenkt. Nunmehr folgen weitere Änderungen. Deren Auswirkungen werden durch eine laufende Evaluation engmaschig beobachtet, um - sofern es weiteren Anpassungsbedarf gibt - weitere Änderungen an den strahlentherapeutischen Leistungen

Evaluation des  
Leistungsbedarfs

kurzfristig beschließen zu können. Für die hierfür benötigten vorläufigen Abrechnungsdaten des Zeitraums 3. Quartal 2022 bis 4. Quartal 2023 durch die Kassenärztlichen Vereinigungen wird der BA die anlassbezogenen Datenlieferungen (vgl. 567. Sitzung) fortführen und in Kürze hierfür einen separaten Beschluss fassen.

#### **Hinweise zur Veröffentlichung**

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

### **1.2. Affenpocken: Pseudoziffer für Nukleinsäurenachweis zum 1. Juni beschlossen**

Der Bewertungsausschuss (BA) hat rückwirkend zum 1. Juni und befristet bis zum 30. September 2022 für den Nukleinsäurenachweis des Erregers der Affenpocken die Abrechnung nach der Pseudo-Gebührenordnungsposition (Pseudo-GOP) 88740 als Leistung der vertragsärztlichen Versorgung beschlossen.

#### **Hintergrund**

Mit Stand 21. Juni 2022 sind 469 Affenpockenfälle aus 14 Bundesländern an das Robert Koch-Institut (RKI) übermittelt worden. Das Besondere an diesen Fällen ist nach Informationen des RKI, dass die Betroffenen zuvor nicht in afrikanische Länder gereist waren und viele Übertragungen offenbar bei sexuellen Aktivitäten (aktuell insbesondere bei Männern, die sexuellen Kontakt mit Männern hatten) erfolgt sind.

Für den Nukleinsäurenachweis des Erregers der Affenpocken aus Haut- oder Schleimhautläsionen wurde die Pseudo-GOP 88740 als Leistung zur Abrechnung befristet aufgenommen (Bewertung: 19,90 Euro / höchstens 3x im Behandlungsfall). Die Abrechnung ist nur für Fachärzte für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie zulässig.

#### **Hinweise zur Veröffentlichung**

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

### **1.3. Psychotherapie: Anpassung der Strukturzuschläge zum 1. Januar 2022**

Zur Berücksichtigung der Personalkosten bei der Bewertung psychotherapeutischer Leistungen hat der Bewertungsausschuss (BA) die Strukturzuschläge rückwirkend zum 1. Januar 2022 angehoben (vgl. 599. Sitzung, schriftliche Beschlussfassung).

Hintergrund ist eine Entscheidung des Bundessozialgerichts von 2017, wonach nach Tarifänderungen die normativen Personalkosten zeitnah anzupassen sind.

Anstreckung außerhalb Afrikas nimmt zu

Anhebung der Strukturzuschläge

Der Verband medizinischer Fachberufe e. V. und die Arbeitsgemeinschaft zur Regelung der Arbeitsbedingungen der Arzthelferinnen/Medizinischen Fachangestellten hatten am 8. Dezember 2020 einen Tarifvertrag abgeschlossen, der auch eine Änderung zum 1. Januar 2022 beinhaltet. Eine Überprüfung hat nun ergeben, dass dadurch eine Anpassung der Strukturzuschläge zur Berücksichtigung der (normativen) Personalkosten für eine sozialversicherungspflichtige Halbtagskraft erforderlich ist.

Die Bewertungen der Strukturzuschläge, die der Refinanzierung der Differenz zwischen den normativen Personalkosten und den in den Bewertungen der psychotherapeutischen Leistungen abgebildeten empirischen Personalkosten (4.553 Euro) dienen, wurden entsprechend angepasst. Die Strukturzuschläge garantieren gemeinsam mit den Bewertungen der psychotherapeutischen Leistungen die Einhaltung der gesetzlichen Vorgabe zur angemessenen Höhe der Vergütung psychotherapeutischer Leistungen

#### Neue Bewertung in Punkten ab 1. Januar 2022

GOP	Beschreibung	Bisher	Neu
35571	Strukturzuschlag Einzeltherapie	186	192
35572	Strukturzuschlag Gruppentherapie (einschließlich Gruppenpsychotherapeutischer Grundversorgung)	78	80
35573	Strukturzuschlag Psychotherapeutische Sprechstunde und Akutbehandlung	95	98

Da der Bewertungsausschuss in diesem Jahr nach dem Vorliegen einer neuen Kostenstrukturerhebung des Statistischen Bundesamtes gegebenenfalls auch die Bewertungen der psychotherapeutischen Leistungen anpassen muss, kann es in Abhängigkeit von der Datenlage zu einer erneuten Anpassung der Strukturzuschläge kommen.

Die Vergütungsanpassung werden wir selbstverständlich auch rückwirkend zum 1. Januar entsprechend berücksichtigen. Sie müssen hierfür **keinen** Widerspruch gegen den Honorarbescheid 1/2022 einlegen. Wir gehen davon aus, dass wir die Nachzahlung mit der Vergütung für das Quartal 2/2022 auszahlen werden.

#### Hinweis zur Veröffentlichung

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

Nachzahlung  
im 2. Quartal 2022

## 2. Verordnungen

### 2.1. Neufassung der Prüfvereinbarung nach §106 SGB V mit den GKV-Verbänden ab 1. Januar 2022

Im Zuge der Kündigung der bisherigen Prüfvereinbarung durch die GKV-Verbände zum 31. Dezember 2021 ist nunmehr eine neu formulierte Prüfvereinbarung mit Wirkung ab 1. Januar 2022 geschlossen worden. Die bisherige Struktur und auch die zentralen Inhalte sind weitgehend unverändert geblieben. Die komplette Prüfvereinbarung ist im Internet auf der Homepage der KVN-Hauptgeschäftsstelle ([www.kvn.de/Mitglieder/Verordnungen/Wirtschaftlichkeitsprüfung.html](http://www.kvn.de/Mitglieder/Verordnungen/Wirtschaftlichkeitsprüfung.html)) einsehbar.

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

Zum 8. Juni 2022 wurde bei dem Medizinprodukt „Purisole® SM verdünnt“ die Befristung der Verordnungsfähigkeit nach Anlage V der Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL) verlängert:

Produktbezeichnung	Medizinisch notwendige Fälle	Befristung der Verordnungsfähigkeit
Purisole® SM verdünnt	Intra- und postoperative Blasenspülung bei urologischen Eingriffen; jeweils in einer Menge, die ausschließlich für die einmalige Anwendung geeignet ist.	26. Mai 2024

Verordnungsfähigkeit von „Purisole® SM verdünnt“ verlängert

Die vollständige Anlage V finden Sie auf der Internetseite des G-BA unter [www.G-BA.de/Richtlinien/Arzneimittel-Richtlinie/Anlage V](http://www.G-BA.de/Richtlinien/Arzneimittel-Richtlinie/Anlage V).

### 2.3. Änderung der Anlage II (Lifestyle-Arzneimittel) der Arzneimittelrichtlinie: Melatonin

Mit Wirkung zum 11. Juni 2022 wird die Anlage II der Arzneimittel-Richtlinie geändert. Es wird ein neuer Abschnitt eingefügt, der lautet wie folgt: „Durch die Lebensführung bedingte, kurzzeitige nichtorganische Störungen des Schlaf-Wach-Rhythmus“.

Störungen des Schlaf-Wach-Rhythmus

In diesem neuen Abschnitt wird folgende Tabelle eingefügt:

Wirkstoff	Fertigarzneimittel, alle Wirkstärken
N 05 CH 01 Melatonin	Melatonin Vitabalans

Hintergrund der Abschnittserweiterung ist der Markteintritt des Wirkstoffes Melatonin unter dem Handelsnamen Melatonin Vitabalans®. Bei diesem Fertigarzneimittel handelt es sich um ein verschreibungspflichtiges Arzneimittel, bei dessen Anwendung zur kurzzeitigen Behandlung des Jetlags bei Erwachsenen die Erhöhung der Lebensqualität im Vordergrund steht.

Die in der Anlage II aufgeführten Wirkstoffe bzw. Fertigarzneimittel sind, außer in den eventuell aufgeführten Ausnahmefällen, in den genannten Indikationen nicht zu Lasten der GKV verordnungsfähig.

Den vollständigen Beschluss des G-BA sowie die vollständige Anlage II finden Sie im Internet <https://www.g-ba.de/beschluesse/5340/>

#### 2.4. Fintepla® (Fenfluramin) als Praxisbesonderheit anerkannt

Fintepla® (Wirkstoff: Fenfluramin) wird nach einer Vereinbarung zwischen dem GKV-Spitzenverband und dem pharmazeutischen Unternehmer Zogenix ab dem 03. Mai 2022 im Anwendungsgebiet mit einem Zusatznutzen laut G-BA-Beschluss vom 15. Juli 2021 ab dem ersten Behandlungsfall als Praxisbesonderheit anerkannt:

Fintepla® wird angewendet bei Patienten ab einem Alter von 2 Jahren zur Behandlung von Krampfanfällen im Zusammenhang mit dem Dravet-Syndrom als Zusatztherapie zu anderen Antiepileptika.

In diesem Anwendungsgebiet wurde für Fintepla® ein Anhaltspunkt für einen beträchtlichen Zusatznutzen zuerkannt.

Die Praxisbesonderheit gilt ausschließlich für Kinder im Alter von 2 bis einschließlich 17 Jahren, da Fenfluramin nicht bei Erwachsenen untersucht worden ist. Die Einleitung und Überwachung der Behandlung mit Fenfluramin darf nur durch in der Therapie von Personen mit Epilepsie erfahrene Ärzte erfolgen.

Hinsichtlich zusätzlicher Maßnahmen zur Risikominimierung ist seitens des pharmazeutischen Unternehmers Schulungsmaterial zur Verfügung zu stellen.

Die Praxisbesonderheit gilt ab dem 03.Mai 2022.

Die Vorgaben der Fachinformation sind zu berücksichtigen. Weitere Anwendungsgebiete oder Patientengruppen sind nicht von der Praxisbesonderheit umfasst. Die Anerkennung als Praxisbesonderheit besteht, solange **Zogenix Fintepla®** in Deutschland vertreibt.

Weitere Informationen zur Praxisbesonderheit finden Sie auf der Seite des GKV-Spitzenverbandes unter dem folgenden Link:  
<https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/>

Verordnung nur für  
Kinder von  
2 – 17 Jahren



[krankenversicherung\\_1/anzneimittel/  
amnog\\_praxisbesonderheiten/21013pb20220503.pdf](#)

## 2.5. Lenalidomid - generische Verordnung möglich

Für **Lenalidomid** sind seit Mitte Februar 2022 wirtschaftliche Generika verfügbar und verordnungsfähig. Seit Änderung der Arzneimittelverschreibungsverordnung (AMVV) § 3a vom 01.03.2022 kann bei Verordnung eines Lenalidomid-haltigen Arzneimittels dieses nun in der Apotheke gemäß den entsprechenden Substitutionsregeln gegen ein passendes wirkstoffgleiches Präparat ausgetauscht werden.

Die Abgabe eines wirtschaftlichen Präparats kann gewährleistet werden, wenn auf das Setzen des Aut-idem-Kreuzes verzichtet wird oder eine Wirkstoffverordnung erfolgt.

Gemäß der Änderung der AMVV vom 01.03.2022 muss die aktuelle Gebrauchsinformation des entsprechenden Fertigarzneimittels nicht mehr durch den Arzt ausgehändigt werden, sondern die Gebrauchsinformation wird in Form der Packungsbeilage durch die Apotheke ausgehändigt, welche das Arzneimittel abgibt. Es sollen zeitnah neue T-Rezepte verfügbar werden, die den neuen Vorgaben der AMVV entsprechen. Die bisherigen Vordrucke der T-Rezepte behalten ihre **Gültigkeit** und können weiterverwendet werden. (vgl. KVN Rundschreiben März 2022)

Bei Verwendung der bisherigen T-Rezepten ist im zweiten Pflichtfeld des T-Rezeptes der Satzteil „...sowie die aktuelle Gebrauchsinformation des entsprechenden Fertigarzneimittels“ durch die verordnende Person manuell zu streichen.

## 2.6. Lieferengpässe – Übersicht von BfArM und PEI verfügbar

Lieferengpässe sind ein zunehmendes Ärgernis im Versorgungsalltag und erfordern manchmal aufwendige Rechercharbeit. Um Sie bei dieser Rechercharbeit zu unterstützen, finden Sie auf der Homepage der KVN Informationen zu Lieferengpässen bei Arzneimitteln und Impfstoffen.

Die Aktualisierung der verlinkten Datenbanken erfolgt fortlaufend und automatisiert auf Basis der an das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) bzw. Paul Ehrlich Institut (PEI) gemeldeten Informationen – es besteht leider keine Meldepflicht für Lieferengpässe. Die Einstellung der Informationen erfolgt unter der alleinigen Verantwortung der jeweiligen Zulassungsinhaber.

### Übersicht Lieferengpässe

Unter dem Pfad

[KVN Startseite](#)>[Mitglieder](#)>[Verordnungen](#)>[Arzneimittel](#)>[Lieferengpässe](#)

Packungsbeilage kann  
in Apotheke  
ausgehändigt werden

oder dem Link <https://www.kvn.de/Mitglieder/Verordnungen/Arzneimittel/Lieferengp%C3%A4sse.html>

erfolgt eine Weiterleitung auf die aktuell verfügbaren Datenbanken beim BfArM und PEI.

Oder per direktem Link

zum BfArM (Arzneimittel):

[https://www.bfarm.de/DE/Arzneimittel/Arzneimittelinformationen/Lieferengpaesse/\\_node.html](https://www.bfarm.de/DE/Arzneimittel/Arzneimittelinformationen/Lieferengpaesse/_node.html)

zum PEI (Impfstoffe):

<https://www.pei.de/DE/arzneimittel/impfstoffe/lieferengpaesse/lieferengpaesse-node.html;jsessionid=6F93C42AE4A1744A185F27B03A2911A3.intranet241>

In der Praxis hat sich gezeigt, dass der pharmazeutische Großhandel und die nachgelagerten Apotheken es möglicherweise schon mit nicht-lieferbaren Artikeln zu tun haben, bevor diese Information dem BfArM vom Zulassungsinhaber gemeldet wird.

Das BfArM und die KV haben in der Regel keine weitergehende Information zum Lieferstatus der gelisteten Arzneimittel. Bei Rückfragen zu gemeldeten Lieferengpässen wird daher empfohlen, sich direkt an die jeweils angegebene Kontakt-Telefonnummer oder die Kontakt-E-Mail-Adresse des betroffenen **pharmazeutischen Unternehmers** zu wenden.

Informationsfluss oft schleppend

## 2.7. Formale Anpassungen am „Gelben Heft“ zum 23. Juni 2022 in Kraft getreten

Das Bundesministerium für Gesundheit hat einer Änderung der Dokumentationsvorgabe sowie Änderung einer Literaturangabe im Untersuchungsheft für Kinder durch den G-BA zugestimmt. Sie ist am 23. Juni 2022 in Kraft getreten.

Eine aktuelle Version der Kinder-Richtlinie finden Sie unter:

<https://www.g-ba.de/richtlinien/15/>

## 2.8. Tecentriq® (Atezolizumab) in einer weiteren Teilindikation als Praxisbesonderheit anerkannt

Tecentriq® (Wirkstoff: Atezolizumab) wird nach einer Vereinbarung zwischen dem GKV-Spitzenverband und dem pharmazeutischen Unternehmer Roche Pharma in einer weiteren Teilindikation als Praxisbesonderheit anerkannt:

### Hepatozelluläres Karzinom

Geltungsbeginn der Praxisbesonderheit ab dem 20. Mai 2021

Tecentriq® wird angewendet bei erwachsenen Patienten mit fortgeschrittenem HCC mit Child-Pugh A oder keiner Leberzirrhose ohne systemische Vortherapie.

Tecentriq® wird in Kombination mit Bevacizumab bei erwachsenen Patienten zur Behandlung des fortgeschrittenen oder nicht resezierbaren hepatozellulären Karzinoms (hepatocellular carcinoma, HCC) angewendet, die keine vorherige systemische Behandlung erhalten haben (laut Fachinformation, Stand: Februar 2022). Für Patienten mit ECOG-Performance-Status  $\geq 2$  liegen keine Daten vor.

In diesem Anwendungsgebiet sah der G-BA einen Anhaltspunkt für einen beträchtlichen Zusatznutzen.

Zur Risikominimierung im EPAR (European Public Assessment Report) muss vom pharmazeutischen Unternehmer ein Patientenpass zur Verfügung gestellt werden.

Patientenpass  
erforderlich

Die Einleitung und Überwachung der Behandlung mit Atezolizumab soll nur durch in der Therapie von Patienten mit hepatozellulärem Karzinom erfahrene Fachärzte für Innere Medizin und Gastroenterologie und weitere, an der Onkologie-Vereinbarung teilnehmende Ärzte anderer Fachgruppen erfolgen.

**Nachfolgend führen wir Ihnen zur besseren Übersicht die bereits in der Vergangenheit aufgeführten Teilindikationen zur Anerkennung als Praxisbesonderheiten auf:**

1. ab dem 28. September 2018 in den Anwendungsgebieten mit Zusatznutzen laut dem G-BA-Beschluss vom 16. März 2018 (Anwendungsgebiet 1: Urothelkarzinom; Anwendungsgebiet 2: nicht-kleinzelliges Lungenkarzinom (NSCLC 2L)):

**Anwendungsgebiet 1: Urothelkarzinom**

Tecentriq® wird angewendet als Monotherapie bei erwachsenen Patienten zur Behandlung des lokal fortgeschrittenen oder metastasierten Urothelkarzinoms (UC) nach vorheriger platinhaltiger Chemotherapie (Zweitlinie).

In diesem Anwendungsgebiet sah der G-BA einen Hinweis für einen geringen Zusatznutzen. Patienten, die nicht für eine Cisplatin-basierte Therapie geeignet sind (Erstlinie), sind ausdrücklich nicht von dieser Praxisbesonderheit umfasst.

**Anwendungsgebiet 2: nicht-kleinzelliges Lungenkarzinom (NSCLC 2L):**

Tecentriq® wird als Monotherapie bei erwachsenen Patienten zur Behandlung des fortgeschrittenen nicht-kleinzelligen Lungenkarzinoms (NSCLC), für die eine Therapie mit Docetaxel, Pemetrexed, Nivolumab oder Pembrolizumab nach vorheriger Chemotherapie angezeigt ist.

In diesem Anwendungsgebiet sah der G-BA einen Hinweis für einen beträchtlichen Zusatznutzen. Patienten für die eine Therapie mit Docetaxel, Pemetrexed, Nivolumab und Pembrolizumab nicht angezeigt ist, sind ausdrücklich nicht von dieser Praxisbesonderheit umfasst. Patienten mit EGFR-Mutationen oder ALK-positivem NSCLC sollten vor der Therapie mit Tecentriq zudem auch bereits entsprechende zielgerichtete Therapien erhalten haben.

Weitere Informationen zu den beiden Anwendungsgebieten sind im Rundschreiben vom Dezember 2018 aufgeführt.

2. ab dem 01. Dezember 2020 in den Anwendungsgebieten mit Zusatznutzen laut dem G-BA-Beschluss vom 02. April 2020 (Anwendungsgebiet 3: ES-SCLC (Extensive Stage Small Cell Lung Cancer); Anwendungsgebiet 4: TNBC (triple-negative breast cancer):

**Anwendungsgebiet 3: ES-SCLC (Extensive Stage Small Cell Lung Cancer):**

Als Kombinationstherapie mit Carboplatin und Etoposid bei erwachsenen Patienten mit kleinzelligem Lungenkarzinom im fortgeschrittenen Stadium (ES-SCLC); Erstlinienbehandlung.

In diesem Anwendungsgebiet sah der G-BA einen Anhaltspunkt für einen geringen Zusatznutzen. Von der Studie IMpower133 waren Patienten mit symptomatischen Hirnmetastasen ausgeschlossen. Für Patienten mit symptomatischen Hirnmetastasen liegen somit keine Daten vor.

**Anwendungsgebiet 4: TNBC (triple-negative breast cancer):**

Als Kombinationstherapie mit nab-Paclitaxel bei erwachsenen Patienten mit nicht resezierbarem lokal fortgeschrittenen oder metastasierten triple-negativem Mammakarzinom (TNBC – triple-negative breast cancer), deren Tumore eine PD-L1-Expression  $\geq 1\%$  aufweisen und die keine vorherige Chemotherapie zur Behandlung der metastasierten Erkrankung erhalten haben.

In diesem Anwendungsgebiet sah der G-BA einen Anhaltspunkt für einen nicht quantifizierbaren Zusatznutzen.

Weitere Informationen zu den beiden Anwendungsgebieten sind im Rundschreiben vom März 2021 aufgeführt.

Die bestehenden Praxisbesonderheiten in den aufgeführten Anwendungsgebieten 1-4 gelten weiterhin fort.

Patientengruppen ohne belegten Zusatznutzen sind ausdrücklich nicht von dieser Praxisbesonderheit umfasst. Die Vorgaben der Fachinformation sind zu berücksichtigen. Weitere Anwendungsgebiete oder Erweiterungen des Anwendungsgebietes sind nicht von der Praxisbesonderheit umfasst. Die Anerkennung als Praxisbesonderheit besteht, solange Roche Tecentriq® in Deutschland vertreibt.

Weitere Informationen zur Praxisbesonderheit finden Sie auf der Seite des GKV-Spitzenverbandes unter dem folgenden Link:

[https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung\\_1/arzneimittel/amnog\\_praxisbesonderheiten/17052pb20181015.pdf](https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/arzneimittel/amnog_praxisbesonderheiten/17052pb20181015.pdf)

## 2.9. Natpar® 100 Mikrogramm Voraussichtlicher Lieferengpass ab 1. Juli 2022

Wegen Problemen bei der Herstellung wird laut einem Rote Hand Brief ab etwa Ende Juni 2022 Natpar® (Parathyroidhormon) in der Stärke 100 Mikrogramm pro Dosis nicht mehr lieferbar sein.

**Es sollten vorerst keine neuen Patienten auf Natpar® eingestellt werden.** Dies gilt für alle Dosisstärken! Der Lieferengpass wird voraussichtlich mindestens sechs Monate betragen, die genaue Dauer ist jedoch nicht bekannt.

Die Behandlung von Patienten, die bereits 100 µg/d erhalten, kann mit **alternativen Dosierungsschemata** fortgeführt werden. Details dazu finden Sie im Rote-Hand-Brief.

Bei Patienten, die vom Lieferengpass betroffen sind, sollte der Kalzium-Spiegel im Serum überwacht und die Patienten auf Anzeichen und Symptome einer Hypokalzämie beobachtet werden. Die Dosierung von aktivem Vitamin D und ergänzendem Kalzium muss sorgfältig angepasst werden.

Natpar® wird angewendet als Zusatztherapie bei erwachsenen Patienten mit chronischem Hypoparathyreoidismus, deren Erkrankung durch die Standardtherapie allein nicht ausreichend kontrolliert werden kann.

Der Hersteller hat einen Rote-Hand-Brief in Umlauf gebracht, der unter folgendem Link einsehbar ist:

[https://www.akdae.de/fileadmin/user\\_upload/akdae/Arzneimittelsicherheit/RHB/Archiv/2022/20220504.pdf](https://www.akdae.de/fileadmin/user_upload/akdae/Arzneimittelsicherheit/RHB/Archiv/2022/20220504.pdf)

Hier sind Hinweise für Patienten und Betreuer zu finden:

[https://www.bfarm.de/SharedDocs/Downloads/DE/Arzneimittel/Pharmakovigilanz/Risikoinformationen/RI\\_rhb/2022/rhb-natpar.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.bfarm.de/SharedDocs/Downloads/DE/Arzneimittel/Pharmakovigilanz/Risikoinformationen/RI_rhb/2022/rhb-natpar.pdf?__blob=publicationFile)

## 2.10. Rinvoq® (Upadacitinib) als Praxisbesonderheit anerkannt

**Rinvoq® (Wirkstoff: Upadacitinib)** wird nach einer Vereinbarung zwischen dem GKV-Spitzenverband und dem pharmazeutischen Unternehmer AbbVie Deutschland ab dem 30.05.2022 im Anwendungsgebiet mit einem Zusatznutzen laut G-BA-Beschluss vom 17.02.2022 ab dem ersten Behandlungsfall als Praxisbesonderheit anerkannt:

Erwachsene mit mittelschwerer bis schwerer atopischer Dermatitis, die für eine kontinuierliche systemische Therapie in Frage

Lieferengpass  
mindestens 6 Monate

kommen, für die 30 mg Upadacitinib die geeignete Dosis darstellt.

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

Beträchtlicher  
Zusatznutzen

Bei Patientinnen und Patienten, die nach 12 Behandlungswochen keine Anzeichen für einen therapeutischen Nutzen zeigen, ist ein Absetzen von Upadacitinib in Erwägung zu ziehen.

Die Behandlung mit Upadacitinib sollte von einem Arzt oder einer Ärztin eingeleitet und überwacht werden, der bzw. die über Erfahrung in der Diagnose und Behandlung von Erkrankungen verfügt, für die Upadacitinib indiziert ist.

Gemäß den Vorgaben der Europäischen Zulassungsbehörde (EMA) hinsichtlich zusätzlicher Maßnahmen zur Risikominimierung ist seitens des pharmazeutischen Unternehmers, für medizinisches Fachpersonal und Patienten, Schulungsmaterial zur Verfügung zu stellen

Die Vorgaben der Fachinformation sind zu berücksichtigen. Weitere Anwendungsgebiete oder Patientengruppen sind nicht von der Praxisbesonderheit umfasst. Die Anerkennung als Praxisbesonderheit besteht, solange **AbbVie** Rinvoq® in Deutschland vertreibt.

Weitere Informationen zur Praxisbesonderheit finden Sie auf der Seite des GKV-Spitzenverbandes unter dem folgenden Link:

[https://www.gkvspitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung\\_1/arzneimittel/amnog\\_praxisbesonderheiten/20004pb20220530.pdf](https://www.gkvspitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/arzneimittel/amnog_praxisbesonderheiten/20004pb20220530.pdf)

### 3. Allgemeine Hinweise

#### 3.1. Umsetzung der STIKO- Empfehlungen Januar 2022

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat die im Epidemiologischen Bulletin Nr. 4 vom 27.01.2022 veröffentlichten Empfehlungen der STIKO in die Schutzimpfungs-Richtlinie (Si-RL) aufgenommen. Folgende Änderungen/Anpassungen sind erfolgt:

##### **Änderung in § 8 SI-RL**

Die Angaben zur Impfdokumentation werden nunmehr in allgemeiner Form beschrieben, um einen Anpassungsbedarf bei Änderungen Infektionsschutzgesetz (IfSG) zu vermeiden. Die Regelung lautet jetzt:

„Die Eintragung der Schutzimpfung in den Impfausweis oder eine Impfbescheinigung hat entsprechend § 22 IfSG zu erfolgen. Zu den danach erforderlichen Eintragungen der Impfdokumentation zählen das Datum der Schutzimpfung, die Bezeichnung und Chargen-Bezeichnung des Impfstoffs, der Name der Krankheit gegen die geimpft wird, Angaben zur geimpften

Eintragungen nur  
in allgemeiner Form

Person sowie zu der für die Durchführung der Schutzimpfung verantwortlichen Person und die Bestätigung der Schutzimpfung durch die für die Durchführung verantwortliche Person.“

#### **Änderungen in Anlage 1 zu FSME und TBE**

Es handelt sich um eine redaktionelle Anpassung an die Schreibweise im Epidemiologischen Bulletin. Aus der Aktualisierung ergibt sich kein Änderungsbedarf der FSME-Risikogebiete in Anlage 1 der Si-RL.

Nachholimpfung  
auch bei Impfung  
gegen HPV

#### **Änderung in Anlage 2 zu HPV**

Die Änderung (Streichung von „Kinder und Jugendliche im Alter von 9 bis 14 Jahren“) bei der Dokumentationsziffer dient der Vermeidung von Missverständnissen hinsichtlich der Möglichkeit zur Nachholimpfung. Der nach § 11 Absatz 2 bestehende Anspruch auf die Nachholung von Impfungen und die Vervollständigung des Impfschutzes spätestens bis zum vollendeten 18. Lebensjahr besteht auch für die Impfung gegen HPV.

#### **Änderung in Anlage 3 (Impfstoffalternativen bei Lieferengpässen) zur Influenza**

Zum 1. April 2023 wird die Anlage 3 um die Standardimpfung gegen Influenza bei Personen ab dem Alter von 60 Jahren (Hochdosis-Influenzaimpfstoff) ergänzt.

Die Änderungen der Schutzimpfungs-Richtlinie (außer der in Anlage 3) sind am 23.05.2022 in Kraft getreten.

### **3.2. TI-Finanzierung: Anpassung bestehender Pauschalen, Einführung neuer Pauschalen sowie Kostenerstattungen für defekte Komponenten**

Mit der rückwirkend zum 01.04.2022 in Kraft getretenen 18. Änderungsvereinbarung der TI-Finanzierungsvereinbarung (Anlage 32 BMV-Ä) kommt es zu diversen Erhöhungen bestehender Erstausrüstungs- und Betriebskostenpauschalen als auch zur Einführung einer neuen Pauschale für zusätzliche stationäre Kartenterminals zur Umsetzung der Komfortsignatur. Erstmals wurden auch die Betriebskosten für die Fachmodule in den Praxisverwaltungssystemen (PVS) berücksichtigt.

Erhöhungen und  
Ausweitungen

Die Erhöhung der einmaligen Pauschalen gilt nur für Praxen, die den Anspruch für die jeweilige Pauschale ab dem 01.04.2022 erworben haben. Davon ausgenommen sind die Pauschalen im Zusammenhang mit der Erstausrüstung der Praxis. Hier wird die Erhöhung bereits für Praxen wirksam, die den Anspruch ab dem 01.01.2022 erworben haben.

Zahlung erstmals zum  
14. 10. 2022

Die Erhöhung der Betriebskostenpauschalen gilt ab dem 2. Quartal 2022 für alle Praxen, die die entsprechenden Fachanwendungen vorhalten. Sie werden damit erstmalig mit der Honorarrestzahlung 2/2022 zum 14.10.22 ausgezahlt.

#### **Kostenerstattungen im Zusammenhang mit der Erstausrüstung der Praxis**

Die Pauschale für das in der Erstausrüstungspauschale eingerechnete stationäre Kartenterminal erhöht sich ab dem 1. Quartal 2022 um

112,50 Euro auf 647,50 Euro. In Abhängigkeit der Praxisgröße ergeben sich damit nachfolgende Erstausstattungspauschalen:

<b>Praxisgröße (kumuliertes Vollzeitäquivalent)</b>	<b>Höhe der Kostenerstattung</b>
bis einschließlich 3 Ärzte	1.661,50 €
mehr als 3 bis einschließlich 6 Ärzte	2.309,00 €
mehr als 6 Ärzte	2.956,50 €

#### **Kostenerstattungen im Zusammenhang mit Notfalldatenmanagement (NFDM) und elektronischer Medikationsplan (eMP)**

- Anhebung der Pauschale für weitere stationäre Kartenterminals für die Nutzung der Fachanwendungen von 595 Euro auf 677,50 Euro
- Anhebung der NFDM/eMP-Update-Pauschale von 380 Euro auf 530 Euro
- Anhebung der NFDM/eMP-Integrationspauschale von 150 Euro auf 400 Euro
- Anhebung des Zuschlags zur Betriebskostenpauschale von 4,50 Euro auf 17,25 Euro. Darin enthalten sind folgende Teilpauschalen
  - Betriebskosten für den Konnektor in Höhe von 4,50 Euro
  - Betriebskosten für das NFDM-PVS-Modul in Höhe von 5,25 Euro
  - Betriebskosten für das eMP-PVS-Modul in Höhe von 7,50 Euro

#### **Kostenerstattungen im Zusammenhang mit der elektronischen Patientenakte (ePA)**

- Anhebung der ePA-Integrationspauschale von 150 Euro auf 350 Euro
- Anhebung des Zuschlags zur Betriebskostenpauschale von 4,50 Euro auf 27,75 Euro. Darin enthalten sind folgende Teilpauschalen
  - Betriebskosten für den Konnektor in Höhe von 4,50 Euro
  - Betriebskosten für das ePA-PVS-Modul in Höhe von 23,25 Euro

#### **Kostenerstattungen im Zusammenhang mit dem Dienst Kommunikation im Medizinwesen (KIM)**

- Anhebung der KIM/eArztbrief-Einrichtungspauschale von 100 Euro auf 200 Euro

#### **Kostenerstattungen zur Umsetzung der Komfortsignatur**

Je Praxis wird ein zusätzliches stationäres Kartenterminal zur Umsetzung der Komfortsignatur in Höhe von 677,50 Euro finanziert. Bei Praxen mit mehr als zwei Ärzten wird für je zwei weitere Ärzte ein weiteres Terminal erstattet. Somit erfolgt je zwei angefangenen Ärzten die Finanzierung eines zusätzlichen Terminals.

Ein Terminal für je zwei Ärzte



<b>Praxisgröße (Anzahl Ärzte)</b>	<b>Höhe der Kostenerstattung</b>
bis zu 2	677,50 € (ein Terminal)
bis zu 4	1.335,00 € (zwei Terminals)
bis zu 6	2.032,50 € (drei Terminals)
...	...

Der Anspruch auf Finanzierung eines zusätzlichen stationären Kartenterminals besteht nur für Praxen, die einen ePA-Konnektor besitzen.

Wie bisher ist hier keine Kennzeichnung seitens der Praxen nötig, da die Produkttypversion des in der Praxis befindlichen Konnektors mit der Abrechnung automatisch übermittelt wird.

Ferner können Praxen aufgrund defekter Komponenten nun bei der KV einen Antrag auf Kostenerstattung stellen. Dazu wird von den Krankenkassen pro Jahr bundesweit ein Budget von vier Millionen Euro zur Verfügung gestellt. Ein Konzept zu den Verteilungs- und Abrechnungsbedingungen sowie den Auszahlungsmodalitäten befindet sich aktuell noch in Arbeit. Nach Fertigstellung erfolgt eine gesonderte Information insbesondere zum Auszahlungszeitpunkt der Erstattungen.

### 3.3. Beschluss zur Telemedizin im Notdienst

Der ergänzte Bewertungsausschuss (ergBA) hat zum 01.07.2022 einen Beschluss zur Telemedizin im Notdienst gefasst:

Zum 1. Juli 2022 wird die Berechnungsfähigkeit der Notfallpauschalen nach den Gebührenordnungspositionen (GOP) 01210 und 01212 erweitert, sodass diese auch bei Durchführung im Rahmen einer Videosprechstunde im organisierten Not(-fall)dienst berechnungsfähig sind.

Nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute und Krankenhäuser dürfen im Notfall eine Videosprechstunde nicht durchführen. Im Notfall sind die GOP 01210 und 01212 weiterhin ausschließlich im persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt berechnungsfähig.

#### **Abschlag von 10 Prozent im Videokontakt**

Bei ausschließlichem Arzt-Patienten-Kontakt in einer Videosprechstunde ist ein Abschlag von 10 Prozent auf die Bewertungen der GOP 01210 und 01212 vorzunehmen. Die Bewertung für die jeweilige Leistung im Videokontakt entspricht somit 108 Punkten (GOP 01210) bzw. 176 Punkten (GOP 01212).

#### **Keine Obergrenzen für Videosprechstunden**

Die sonst geltenden Obergrenzen bei ausschließlichem Kontakt im Behandlungsfall per Video bzw. bei Leistungen im Rahmen einer Videosprechstunde gemäß 4.3.1 Absatz 5 Nummer 6 und Absatz 6 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM werden im organisierten Not(-fall)dienst nicht angewendet.

Notfallpauschalen auch bei Videosprechstunde berechnungsfähig

**Weitere Abrechnungshinweise**

Zu den GOP 01210 und 01212 im Rahmen einer Videosprechstunde im organisierten Not(-fall)dienst sind der Zuschlag für die Authentifizierung unbekannter Patienten (GOP 01444) und der Technikzuschlag Videosprechstunde (GOP 01450) berechnungsfähig. Erfolgt im Behandlungsfall ein weiterer Arzt-Patienten-Kontakt in einer Videosprechstunde im organisierten Not(-fall)dienst, ist der Technikzuschlag auch im Zusammenhang mit den Notfallkonsultationspauschalen (GOP 01214, 01216 sowie 01218) berechnungsfähig.

Die Schweregradzuschläge zu den Notfallpauschalen nach den GOP 01223, 01224 beziehungsweise 01226 sind weiterhin nur im persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt berechnungsfähig.

Auch im organisierten Not(-fall)dienst dürfen Videosprechstunden nur mit Videodiensteanbietern durchgeführt werden, die gemäß Anlage 31b zum Bundesmantelvertrag-Ärzte zertifiziert sind. Erfolgt eine Videosprechstunde im organisierten Not(-fall)dienst und die Berechnung der entsprechenden Notfallpauschale, ist dies durch Angabe der bundeseinheitlich kodierten Zusatzkennzeichnung (88220) zu dokumentieren.

**Hinweise zur Veröffentlichung**

Das Institut des Bewertungsausschusses veröffentlicht den Beschluss auf seiner Internetseite (<https://institut-ba.de/ergaenzterbewertungsausschuss/ergaenz-beschluesse.html>) und im Deutschen Ärzteblatt.

Keine Schweregradzuschläge

**3.4. Befragung: Zufriedenheit der Hausärztinnen und Hausärzte mit ihrem Arbeitsumfeld**

Die Medizinische Fakultät der Universität Magdeburg hat am 1. Juli 2022 eine Studie zur Evaluation der beruflichen und privaten Zufriedenheit von Hausärztinnen und Hausärzten in Deutschland (ZUHARD-Studie) gestartet.

Angesichts des drohenden Mangels an Hausärztinnen und Hausärzten spielt die berufliche Zufriedenheit eine sehr große Rolle, um die Abwanderung aus der ambulanten Versorgung zu verhindern und neue, junge Ärztinnen und Ärzte zu gewinnen. Ziel der ZUHARD-Studie ist es, Daten zur beruflichen Zufriedenheit, zu Hauptbelastungsfaktoren und zu Gründe für einen Berufswechsel zu erheben.

Die Studie richtet sich an alle in einer hausärztlichen Praxis in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte. Die Befragung ist vom 1. Juli 2022 bis 31. Dezember 2022 unter folgendem Link erreichbar:  
[www.surveymonkey.de/r/SYQPD2P](http://www.surveymonkey.de/r/SYQPD2P)

Im Fokus: Gründe für Berufswechsel

**3.5. Gesetzliche Unfallversicherung: Corona-Sonderregelungen enden zum 30. Juni, Ausnahme Videosprechstunde**

Die Corona-Sonderregelungen der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) laufen mit einer Ausnahme zum 30. Juni 2022 aus.

Konkret betrifft dies die folgenden Sonderregelungen:

- die Aussetzung der Verlegungspflicht nach Rücksprache mit den Ärzten aus den BG-Unfallkliniken
- die Zahlung einer Hygienepauschale von 4,00 Euro (Covid-19-Pauschale) für Arzt-Patienten-Kontakte
- das Abweichen von den Berichtsfristen in besonderen Versorgungssituationen
- Corona-bedingte Sonderregelungen zu den unfallärztlichen Bereitschaftszeiten
- die Möglichkeit der telefonischen Anforderung von wiederkehrenden Verordnungen für Heil-/Arzneimittel

Eine Ausnahme gilt für die Videosprechstunde.

Die Möglichkeit der Durchführung von Videosprechstunden bleibt in begründeten Ausnahmefällen und unter Beachtung berufsrechtlicher Vorgaben sowie der nach Anlage 31b Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) aufgestellten Anforderungen an Praxen und Videodienstanbieter zur Durchführung von Videosprechstunden bis zu einer endgültigen Regelung mit der KBV (voraussichtlich zum 1. Januar 2023) bestehen.

Videosprechstunde  
bis 1.1.23 noch möglich

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

### **3.6. Praxisinformation zum neuen Reha-Vordruck (Muster 61) ab 1. Juli 2022**

Ab 1. Juli 2022 kommt es zu wichtigen Änderungen beim Ausfüllen des Vordruckmusters 61. Ärzte und Psychotherapeuten müssen bei jeder Reha-Verordnung zwei gesetzlich vorgegebene Einwilligungen vom Versicherten einholen. Zudem gibt es Neuerungen bei der geriatrischen Reha. Die Prüfung der medizinischen Erforderlichkeit einer Reha-Verordnung durch die Krankenkasse entfällt, wenn bestimmte Voraussetzungen erfüllt sind.

Künftig zwei  
Einwilligungen  
erforderlich

Was sich ändert und was auf dem Formular neu ist, fasst die beigefügte Praxisinformation zusammen.

Die Praxisinformation steht Ihnen in Kürze auch auf der Homepage der KVN als Druck/Kopiervorlage zum Download bereit.

**Anlage: Praxisinformation zum neuen Reha-Vordruck**

### 3.7. Hausarztzentrierte Versorgung (HzV) AOK Niedersachsen: „Delegation – Wechsel eines transurethralen Dauerkatheters“ abrechenbar

Ärzte können ab sofort die Genehmigung zur Teilnahme an der Anlage „Delegation – Wechsel eines transurethralen Dauerkatheters“ beantragen. Diese stellt die Abrechnungsgrundlage für einen im Hausbesuch erbrachten Katheterwechsel durch nichtärztliches Praxispersonal dar.

GOP	Inhalt	Euro
99945	Durchführung eines transurethralen Dauerkatheterwechsels durch nichtärztliches Praxispersonal	7,47 €

Den dazugehörigen Teilnahmeantrag finden Sie im KVN-Portal unter [Verträge > Hausarztzentrierte Versorgung > AOK Niedersachsen > „Delegation Katheterwechsel“](#)

Ersatzbescheinigungen  
wegen fehlender Chips

### 3.8. Weiterhin Lieferengpässe bei Chips für die Erstellung der elektronischen Gesundheitskarten (eGK)

Über die Lieferengpässe bei Chips für die Erstellung der eGK hatten wir sie bereits mit dem März-Rundschreiben informiert.

Die anhaltenden Lieferengpässe wirken sich weiterhin auf die eGK-Versorgung aus. Krankenkassen geben daher übergangsweise Ersatzbescheinigungen an ihre Mitglieder aus.

Wir möchten Sie bitten, die Ersatzbescheinigungen zu akzeptieren und keine Privatrechnungen auszustellen.

### 3.9. Umfrage zu den Auswirkungen der COVID 19 Pandemie unter Ärzten und Ärztinnen

Das Robert-Koch-Institut (RKI) führt eine Studie zu den Auswirkungen der COVID 19 Pandemie auf Gesundheitspersonal durch und bittet Ärzte und Ärztinnen um Unterstützung.

Ärzte und Ärztinnen haben eine herausragende Rolle in der Gesundheitsversorgung während einer Pandemie eingenommen. Daher sind wir sehr daran interessiert, zu verstehen, wie diese die Pandemie erlebt haben.

Ziel unserer Studie ist es, in Deutschland und mehreren afrikanischen Ländern zu verstehen, welche Herausforderungen Gesundheitspersonal während der Pandemie bewältigen musste und wie zukünftig Unterstützung besser bewerkstelligt werden kann.

In Deutschland befragen wir Gesundheitskräfte in den Bundesländern Sachsen, Niedersachsen und Nordrhein-Westfalen. Die Studie beinhaltet eine etwa 25-minütige Online-Umfrage und bei Interesse ein ca. 45- bis 60-minütiges Interview; und/oder ein ca. 60-minütiges Gruppeninterview.

Alle gesammelten Informationen bleiben anonym, ebenso wie die Identität der Gesundheitseinrichtung, in der die Teilnehmende arbeiten.

Alle Teilnehmer können an einer Verlosung eines Kaffeefullautomaten teilnehmen, für Teilnahme an einem Interview oder einer Gruppendiskussion erhalten sie einen Gutschein über 25 €.

Wir würden uns sehr freuen, wenn Sie sich über den angefügten link (<https://befragungen.rki.de/SE/1/Gesundheitspersonal/>) an unserer Umfrage beteiligen würden.

Für Fragen steht das Studienteam am RKI Ihnen gerne unter [gesundheitspersonal@rki.de](mailto:gesundheitspersonal@rki.de) zur Verfügung. Wir freuen uns darauf, von Ihnen zu hören!

Mitmachen könnte sich lohnen

## 4. Veranstaltungen im August und September 2022

**Wichtig:** Wir bieten Ihnen für einzelne Präsenzveranstaltungen untenstehende WebSeminare an. Weitere Informationen, welche Angebote für Ihre Praxis und die MitarbeiterInnen am besten geeignet sind, finden Sie auf unserer Internetseite. Dort können Sie sich auch direkt online anmelden: [www.kvn.de/Mitglieder/Fortbildung](http://www.kvn.de/Mitglieder/Fortbildung)

Name	Ort	Datum	Gebühr p. P.
Die Krankschreibung wird digital – eine Einführung zum Start der elektronischen AU	WebSeminar	13. Juli	kostenlos
Sicher und elektronisch verordnen - Eine Einführung zum Start des eRezepts	WebSeminar	10.Aug	kostenlos
Die ePA kommt - Eine Einführung zum Start der elektronischen Patientenakte	WebSeminar	17.Aug	kostenlos
Meine Zukunft planen - Impulse für die Praxisabgabe	WebSeminar	24.Aug	kostenlos
Zusammenarbeit neu ange-dacht - Meine Kooperationsmöglichkeiten heute	Hannover	31.Aug	kostenlos

Zusammenarbeit neu ange-dacht - Meine Kooperations-möglichkeiten heute	Osnabrück	31.Aug	kostenlos
Freude mit Formularen - Das Original - Bürokratieabbau in der Arztpraxis erleichtern	Hannover	02./03. Sept.	160 Euro
Praxisbegehungen durch das Gesundheitsamt	Hannover	07. Sept.	kostenlos
PraxismanagerIn Refresherkurs	Oldenburg	07.-09. Sept.	315 Euro
IGeIn leicht gemacht	WebSeminar	07. Sept.	69 Euro
Nichtwollen oder Nichtkönnen – Umgang mit schwierigen und psychisch erkrankten Mitarbei-tern	Hannover	10. Sept.	150 Euro
Datenschutz in der Arztpraxis	WebSeminar	13. Sept.	69 Euro
Praxisorganisation und Praxis-führung	WebSeminar	14. Sept.	69 Euro
Medizinprodukte-Aufbereitung WS Teil I	Hannover	14. Sept.	120 Euro
Qualitätsmanagementbeauf-tragte 3 teilig	Oldenburg	16./23./30. Sept.	314 Euro
Praxisbegehungen in der haus-ärztlichen – und kinderärztli-chen Praxis, Die Behörde kommt was nun?	WebSeminar	17. Sept.	30 Euro
Umgang mit der Videosprech-stunde	WebSeminar	28. Sept.	69 Euro
Mitarbeiter Motivation – Leis-tungsbereitschaft fördern und fordern	Hannover	28. Sept.	130 Euro
Management für Praxisinhaber – Die Praxischefs als Unterneh-mer	Hannover	30. Sept.	145 Euro

## 5. Anlagenverzeichnis

### 5.1. Praxisinformation zum neuen Reha-Vordruck (Muster 61) ab 1. Juli 2022\_Anlage.pdf

## NEUES REHA-FORMULAR AB 1. JULI ZUSÄTZLICHE ANGABEN BEI GERIATRISCHER REHA UND DOKUMENTATION VON EINWILLIGUNGEN

Zum 1. Juli erfolgen wichtige Änderungen bei der Verordnung einer medizinischen Rehabilitation zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung. So sollen die Krankenkassen bei der Verordnung einer geriatrischen Reha nicht mehr prüfen, ob die Maßnahme medizinisch erforderlich ist. Infolge der Neuerungen wurde das Reha-Formular (Muster 61) angepasst. Das bisherige Formular darf ab Juli nicht mehr verwendet werden. Was sich ändert und was auf dem Formular neu ist, fasst diese PraxisInfo zusammen.

### WAS SICH BEI DER REHA-VERORDNUNG ÄNDERT

Grundsätzlich gilt: Der Zugang für Patientinnen und Patienten insbesondere zu einer geriatrischen Reha soll durch die neuen Regelungen erleichtert werden. Mit dem Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz hatte der Gesetzgeber den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) beauftragt, die Reha-Richtlinie entsprechend anzupassen.

### Das sind die wesentlichen Neuerungen für Ärzte und Psychotherapeuten:

- › Verordnen Ärztinnen und Ärzte Versicherten ab 70 Jahren eine geriatrische Reha, prüfen die Krankenkassen nicht mehr, ob die Maßnahme medizinisch erforderlich ist. Dazu sind bei der Verordnung verschiedene Angaben erforderlich, aus denen die geriatrietypische Multimorbidität hervorgeht. Zudem müssen Funktionstests durchgeführt und dokumentiert werden. Ist dies erfolgt, prüfen die Krankenkassen nur noch leistungsrechtliche Voraussetzungen.
- › Auch bei allen anderen Indikationen der Reha können die Krankenkassen die Verordnung nicht mehr ohne Weiteres ablehnen. Von der medizinischen Einschätzung der verordnenden Ärzte und Psychotherapeuten darf die Krankenkasse nur abweichen, wenn eine von der Verordnung abweichende gutachterliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes (MD) vorliegt.
- › Künftig müssen Ärzte und Psychotherapeuten die Versicherten vor der Reha-Verordnung fragen, ob sie einer Übersendung der gutachterlichen Stellungnahme des MD an die verordnende Praxis zustimmen und ob sie wollen, dass die Krankenkassenentscheidung an Dritte, zum Beispiel Angehörige oder Vertrauenspersonen, übermittelt wird. Die Entscheidung des Versicherten ist auf dem Formular zu dokumentieren.
- › Bei sogenannten Anschlussrehabilitationen nach einem Krankenhausaufenthalt entfällt bei bestimmten Krankheitsbildern ebenfalls die Vorab-Überprüfung der medizinischen Notwendigkeit durch die Krankenkassen.

Neues Formular  
gilt ab 1. Juli

Gesetz: Zugang zur me-  
dizinischen Rehabilita-  
tion soll erleichtert  
werden

Überblick

# HINWEISE ZUR VERORDNUNG UND ZUM NEUEN FORMULAR AB 1. JULI

Mit den neuen Reha-Regelungen kommen ab 1. Juli zusätzliche Aufgaben auf die Praxen zu. Zudem gibt es beim Reha-Formular einige Neuerungen. Im Kern betrifft dies die Verordnung einer geriatrischen Reha. Neu bei allen anderen Indikationen ist die Dokumentation der Einwilligung.

## NEU BEI JEDER REHA-VERORDNUNG

Der Arzt oder Psychotherapeut, der eine medizinische Reha verordnet, informiert den Versicherten über die Möglichkeit der Einwilligung:

- › zur Übersendung der gutachterlichen Stellungnahme des Medizinischen Dienstes an den verordnenden Arzt/Psychotherapeuten oder an die verordnende Ärztin/Psychotherapeutin sowie
- › zur Übermittlung der Krankenkassenentscheidung an Dritte (Angehörige, Vertrauenspersonen und/oder Pflege- und Betreuungseinrichtungen).

## Dokumentation auf neuem Formularteil E

Der Arzt oder Psychotherapeut dokumentiert auf dem neuen Formularteil E, ob der Versicherte die Einwilligungen erteilt hat oder nicht. Dazu kreuzt er im Abschnitt VIII das jeweilige Feld an.

Die restlichen Felder des Formularteils E füllt der Versicherte aus, wenn er der Übermittlung der Krankenkassenentscheidung an Dritte zustimmt. Dort trägt er den Namen und die Anschrift der Person oder Einrichtung ein, die die Unterlagen erhalten soll.

## NEU BEI DER GERIATRISCHEN REHA-VERORDNUNG

Bei geriatrischen Reha-Verordnungen entfällt ab 1. Juli die Überprüfung der medizinischen Erforderlichkeit durch die Krankenkasse immer dann, wenn:

- › ein erhöhtes Lebensalter besteht: 70 Jahre oder älter und
- › mindestens eine rehabegründende Funktionsdiagnose sowie
- › mindestens zwei geriatritypische Diagnosen vorliegen.

Dazu werden auf dem Formular entsprechende Zusatzangaben von den verordnenden Ärzten/-innen benötigt – konkret: Diagnosen, Ergebnisse von Funktionstests sowie eine Zuweisungsempfehlung.

## Geriatritypische Diagnosen

Geriatritypische Diagnosen sind zum Beispiel chronische Schmerzen, Harninkontinenz, Muskelschwund und Muskelatrophie (Sarkopenie), Demenz oder Sturzneigung. Sie werden auf dem Formularteil B angegeben - im Unterabschnitt B des Abschnitts I: „Weitere rehabilitationsrelevante/geriatritypische Diagnosen“.

**Tip:** Eine Liste der geriatritypischen Diagnosen finden verordnende Ärztinnen und Ärzte in Anlage II der Vordruckerläuterungen zum Reha-Formular ([www.kbv.de/media/sp/Muster\\_61\\_VE.pdf](http://www.kbv.de/media/sp/Muster_61_VE.pdf)).

Einwilligungserklärungen: Weiterleitung von Infos an Verordnende und Dritte

Dokumentation auf Verordnungsformular

Kontaktdaten trägt der Versicherte ein

Geriatrische Reha: Krankenkassenprüfung entfällt, ärztliche Funktionstests erforderlich

Diagnosen



## Funktionstests

Die Schädigungen, die sich aus den rehabilitationsbegründenden und weiteren rehabilitationsrelevanten oder geriatritypischen Diagnosen ergeben, sind mit mindestens zwei geeigneten Funktionstests aus unterschiedlichen Schädigungsbereichen nachzuweisen.

### Auswahl der Funktionstests

Die Funktionstests sollen so gewählt werden, dass sie die Schädigungen medizinisch am besten abbilden. Dabei muss ein Test für die Rehabegründende Funktionsdiagnose erfolgen. Das Ergebnis der Tests soll nicht älter als 6 Wochen sein.

Nachfolgend eine Übersicht der Tests nach Schädigungsbereichen sowie der Formularausschnitt, wo die Ergebnisse entsprechend einzutragen sind.

- › **Mobilität:**
  - Timed „Up & Go“ (TUG) in Verbindung mit Chair Stand-Up Test (Chair-Rise)
  - de Morton Mobilitäts Index (DEMMI)
  - Motilitätstest nach Tinetti
  - Handkraft-Messung
- › **Kognition:**
  - Mini Mental Status Test (MMST)
  - Geriatrische Depressions-Skala (GDS 15)
  - Uhrentest nach Watson
- › **Schmerz:**
  - Visuelle oder Numerische Schmerzskala
- › **Herz-/Lungenfunktion:**
  - Ergometrie in Verbindung mit Spirometrie
  - NYHA-Skala (New York Heart Association Classification)

Formularausschnitt zur Dokumentation der Ergebnisse der Funktionstests:

**C. Bei geriatrischer Rehabilitation**  
*mind. zwei Funktionstests folgender unterschiedlicher Schädigungsbereiche*

Mobilität		Kognition		Schmerz	Herz-/Lungenfunktion
TUG	<input type="text"/> sek + Chair Rise <input type="text"/> sek	MMST	<input type="text"/> / 30	Schmerzskala	<input type="text"/> / 10
Handkraft	<input type="text"/> kg oder <input type="text"/> kpa	GDS 15	<input type="text"/> / 15		Ergometrie <input type="text"/> Watt
DEMMI	<input type="text"/> / 100 Tinetti <input type="text"/> / 28	Uhrentest	<input type="text"/> / 7		FEV1 <input type="text"/> % + VK <input type="text"/> %
					NYHA-Stadium <input type="text"/>

**Tipp:** Die Vordruckerläuterungen zum Reha-Formular bieten eine Übersicht der Funktionstests mit Links zu den einzelnen öffentlich zugänglichen Dokumentationsbögen, die zur Testdurchführung benötigt werden (s. Anlage I der Vordruckerläuterungen zum Reha-Formular: [www.kbv.de/media/sp/Muster\\_61\\_VE.pdf](http://www.kbv.de/media/sp/Muster_61_VE.pdf)).

### Zuweisungsempfehlung

Neu auf dem Reha-Formular ist außerdem ein Feld für die Zuweisungsempfehlung in eine geriatrische Reha. Durch Ankreuzen des Feldes wird schnell und eindeutig sichtbar, dass eine solche verordnet wird. Das Ankreuzfeld befindet sich auf Formulareteil D in Abschnitt VI unter B.

Andere inhaltliche Schwerpunkte (z. B. orthopädisch, kardiologisch oder Kinder-Jugend) sind wie bisher im Freitextfeld zu hinterlegen.

Funktionstests durchführen und Ergebnisse dokumentieren

Ausschnitt Formular 61

Neues Ankreuzfeld:  
geriatr. Rehabilitation

## WEITERE NEUERUNGEN AUF DEM FORMULAR

Auf dem Verordnungsformular erfolgen einige weitere Neuerungen. So wurden die Angaben über bisherige Interventionen und Maßnahmen auf Formulareteil B zusammengefasst. In dem neuen Unterabschnitt D finden sich Informationen zu den bisherigen ärztlichen und psychotherapeutischen Interventionen sowie zu anderen Maßnahmen, einschließlich Heilmittelbehandlungen.

## STICHTAGSREGELUNG 1. JULI 2022

Die Einführung des neuen Formulars 61 erfolgt zum Stichtag 1. Juli. Deshalb dürfen die bisher gültigen Formulare (Muster 61 „Stand 4.2020“) ab dem dritten Quartal 2022 nicht aufgebraucht werden – Praxen müssen neue Formulare bestellen.

Das neue Formular 61 wurde bereits den Softwareherstellern zur Einbindung in die Praxisverwaltungssysteme bereitgestellt.

## Hinweis zur Vergütung

Zur Abbildung der Richtlinienänderungen im Einheitlichen Bewertungsmaßstab finden Beratungen im Bewertungsausschuss statt. Sobald eine Entscheidung getroffen ist, wird die KBV die Praxen entsprechend informieren.



Ansichtsexemplar Reha-Formular gültig ab 1. Juli 2022:

[www.kbv.de/media/sp/Muster\\_61\\_7\\_2022.pdf](http://www.kbv.de/media/sp/Muster_61_7_2022.pdf)

Vordruckerläuterungen zum neuen Reha-Formular mit Übersicht der Funktionstests und Liste der geriatrischen Diagnosen:

[www.kbv.de/media/sp/Muster\\_61\\_VE.pdf](http://www.kbv.de/media/sp/Muster_61_VE.pdf)

Themenseite mit grundlegenden Informationen zur Verordnung einer medizinischen Rehabilitation: [www.kbv.de/html/rehabilitation.php](http://www.kbv.de/html/rehabilitation.php)

Außerdem neu

Stichtag 1. Juli: dann keine alten Formulare mehr verwenden

Ansichtsexemplar und weitere Infos

# MEHR FÜR IHRE PRAXIS

[www.kbv.de](http://www.kbv.de)



➤ **PraxisWissen**  
➤ **PraxisWissenSpezial**

Themenhefte für  
Ihren Praxisalltag

Abrufbar unter:

Kostenfrei bestellen:  
[versand@kbv.de](mailto:versand@kbv.de)



➤ **PraxisInfo**  
➤ **PraxisInfoSpezial**

Themenpapiere mit  
Informationen für  
Ihre Praxis

Abrufbar unter:  
[www.kbv.de/605808](http://www.kbv.de/605808)



➤ **PraxisNachrichten**

Der wöchentliche Newsletter  
per E-Mail oder App

Abonnieren unter:

[www.kbv.de/PraxisNachrichten](http://www.kbv.de/PraxisNachrichten)  
[www.kbv.de/kbv2go](http://www.kbv.de/kbv2go)

## IMPRESSUM

Herausgeber:

Kassenärztliche Bundesvereinigung  
Herbert-Lewin-Platz 2, 10623 Berlin  
Tel.: 030 4005-0, Fax: 030 4005-1590  
[info@kbv.de](mailto:info@kbv.de), [www.kbv.de](http://www.kbv.de)

Redaktion:

Bereich Interne Kommunikation im Stabsbereich  
Strategie, Politik und Kommunikation

Fachliche Betreuung:

Abteilung Veranlasste Leistungen

Stand:

Juni 2022



**KVN**

Kassenärztliche Vereinigung  
Niedersachsen

# Informationen für die Praxis

KVN-Rundschreiben

Juni 2022

## Inhaltsverzeichnis

<b>1.</b>	<b>Abrechnung .....</b>	<b>3</b>
1.1.	Abgabetermin Quartalsabrechnung 2/2022.....	3
1.2.	Digitale Gesundheitsanwendungen: Vergütung für vorläufige DiGA vereinbart.....	4
1.3.	Mitteilung der fachgruppendurchschnittlichen Obergrenze für Kontrastmittel für das Quartal 3/2022 .	6
1.4.	Amtliche Mitteilung der KVN zum HVM Teil B Nr. 16.1 und 16.2 für das 3. Quartal 2022 - Fachgruppendurchschnittswerte für Laborindividualbudgets.....	7
1.5.	Bewertungsausschuss (BA) fasst Beschlüsse zur Pränataldiagnostik und zum Nachweis der Erreger SARS-CoV-2 und HPV.....	7
1.6.	Amtliche Mitteilung der KVN zum HVM für das 3. Quartal 2022 für alle dem RLV unterliegenden Arztgruppen des haus- und fachärztlichen Versorgungsbereichs .....	9
1.7.	Änderungen Gebührenordnungspositionen (GOP) Corona-Abrechnung EBM .....	9
<b>2.</b>	<b>Verordnungen.....</b>	<b>10</b>
2.1.	Neue Anlage 1 der SSB-Vereinbarung zum 1. Juli 2022 beschlossen.....	10
2.2.	Änderung der Anlage V (verordnungsfähige Medizinprodukte) der Arzneimittel-Richtlinie - Verlängerung von Befristungen .....	11
2.3.	Lieferengpass Tamoxifen - Verordnung von N3 Packungen wieder möglich .....	11
2.4.	Dupixent® (Dupilumab) in einer weiteren Teilindikation als Praxisbesonderheit anerkannt.....	12
2.5.	Sprechstundenbedarf/Lieferengpass von Miochol®-E14	
2.6.	Verlängerung der geänderten Regelung im Arzneimittelbereich (SARS-CoV-2-Arzneimittelversorgungsverordnung).....	14

<b>3.</b>	<b>Allgemeine Hinweise .....</b>	<b>15</b>
3.1.	Studien-Umfrage zur Zusammenarbeit zwischen Allgemein- und Zahnmedizin - Reminder zur Beteiligung .....	16
3.2.	Besondere Versorgung „elektrische Kardioversion“: Weitere BKKen dabei .....	16
3.3.	Charité Studie zu Prävention in der hausärztlichen Versorgung .....	17
3.4.	Medizinische Versorgung von aus der Ukraine geflüchteten Menschen .....	17
3.5.	Online-Befragung zu marginalisierten Gruppen in der Psychotherapie (TU Dresden).....	17
3.6.	GDM-DM3-Vertrag: IKK gesund plus ab 1. Juli 2022 neu dabei.....	18
3.7.	Telefonische Feststellung der Arbeitsunfähigkeit ab 1. Juni 2022 nicht mehr möglich.....	19
3.8.	Zweitmeinungsverfahren - Kathetergestützte elektrophysiologische Herzuntersuchungen und Ablationen am Herzen.....	19
3.9.	Gesetzliche Unfallversicherung: Ergänzung des Gebührenverzeichnisses Psychotherapeutenverfahren zum 1. Juli 2022 .....	20
<b>4.</b>	<b>Veranstaltungen im Juli und August 2022.....</b>	<b>22</b>
<b>5.</b>	<b>Anlagenverzeichnis.....</b>	<b>22</b>
5.1.	Amtliche Mitteilung zum HVM Teil B Nr. 16.1 und 16.2.....	22

## 1. Abrechnung

### 1.1. Abgabetermin Quartalsabrechnung 2/2022

Der Abgabetermin für die Abrechnung des 2. Quartals 2022 ist der 11. Kalendertag des nachfolgenden Quartals und somit der 11. Juli 2022.

11. Juli 2022

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

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

- das Muster der aktuellen Sammelerklärung (wieder zweiseitig), gültig ab 1/2022, vollständig ausgefüllt, mit Unterschrift und dem Vertragsarztstempel versehen, einzureichen, das Muster kann auch unter [https://www.kvn.de/Mitglieder/Abrechnung\\_+Honorar+und+Vertrag/Quartalsabrechnung.html](https://www.kvn.de/Mitglieder/Abrechnung_+Honorar+und+Vertrag/Quartalsabrechnung.html) ausgedruckt werden
- die abzugebenden Behandlungsausweise (sortiert nach der Liste: KBV-Prüfmodul Abgabe Behandlungsausweise) einzureichen  
Ausnahme: die Ersatzverfahrenscheine über den Kostenträger 17809 (Nds. Ministerium für Soziales) sowie über den Kostenträger 38825 (Bundesamt für soziale Sicherung/BAS) sind mit den Quartalsabrechnungen nicht 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,
  - Behandlungsplan zur künstlichen Befruchtung Muster 70/70A,
  - Mitteilungen der Praxis zur eingereichten Abrechnung (Beispiel: Pat. Y ist zu löschen, da jetzt BG-Fall).

Sammelerklärung

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. Digitale Gesundheitsanwendungen: Vergütung für vorläufige DiGA vereinbart

Wir möchten Sie über neue Regelungen zur Vergütung der ärztlichen Leistungen bei digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGA), die vorläufig zur Erprobung in das Verzeichnis des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) aufgenommen worden sind, informieren. Die neuen Regelungen, die von den Partnern des Bundesmantelvertrags-Ärzte (BMV-Ä) vereinbart wurden, gelten ab dem 1. Mai 2022. Näheres stellen wir Ihnen nachfolgend vor.

### Einigung auf weitere Vergütung

Zum 1. August 2021 haben KBV und GKV-Spitzenverband die Anlage 34 zum BMV-Ä geschlossen. Darin wird die Vergütung der ärztlichen Leistungen im Zusammenhang mit den DiGA geregelt, die vorläufig zur Erprobung in das BfArM-Verzeichnis aufgenommen wurden. In einem ersten Schritt wurde klargestellt, dass die Gebührenordnungsposition (GOP) 01470 auch für die Erstverordnung vorläufig aufgenommener DiGA berechnungsfähig ist. Nun konnte auch eine Einigung für weitere ärztliche Leistungen im Zusammenhang mit einzelnen vorläufig aufgenommenen DiGA erzielt werden. Außerdem wurden weitere Regelungen vereinbart, die ebenfalls zum 1. Mai 2022 in Kraft treten.

Einigung für weitere ärztliche Leistungen

### Neue Pauschalen ab 1. Mai 2022:

- Vergütung der Verlaufskontrolle und Auswertung einer vorläufigen DiGA - neue Pauschale 86700
- Erstverordnung einiger vorläufiger DiGA durch Kinderärzte berechnungsfähig - neue Pauschale 86701
- Weitere Regelungen

### Vergütung der Verlaufskontrolle und Auswertung einer vorläufigen DiGA - neue Pauschale 86700

Mit der Änderungsvereinbarung zur „Vereinbarung über ärztliche Leistungen und deren Vergütung im Zusammenhang mit vorläufig zur Erprobung in das Verzeichnis nach §139e Absatz 1 SGB V aufgenommenen digitalen Gesundheitsanwendungen gemäß §87 Absatz 5c Satz 2 SGB V in der vertragsärztlichen Versorgung“ werden zwei Anhänge in die Anlage 34 zum BMV-Ä aufgenommen.

Anhang 1 konkretisiert die ärztlichen beziehungsweise psychotherapeutischen Leistungen und deren Vergütung. Dabei ist zu berücksichtigen, dass das BfArM die Leistungen, die zur Versorgung der jeweiligen DiGA erforderlich sind, festlegt und die Partner des BMV-Ä die Vergütung für diese Leistungen im Zusammenhang mit den vorläufig aufgenommenen DiGA vereinbaren.

Da sich die ärztlichen Tätigkeiten, die vom BfArM für die Versorgung mit vorläufig in das DiGA-Verzeichnis aufgenommenen Anwendungen bestimmt wurden, sehr ähneln, wird eine Pauschale für die Verlaufskontrolle und Auswertung einer DiGA vereinbart:

- Die Leistung 86700 wird mit 7,12 Euro vergütet.
- Die Leistung ist von folgenden Fachgruppen berechnungsfähig: Hausärzten, Kinderärzten, Internisten mit und ohne Schwerpunkt (inklusive der Fachärzte, die an der Onkologie-Vereinbarung teilnehmen), Gynäkologen, Orthopäden, Chirurgen (mit Ausnahme der Fachärzte für Plastische und Ästhetische Chirurgie), Fachärzten für Physikalische und Rehabilitative Medizin sowie von Fachärzten, die nach Kapitel 16, 21, 22 und 23 Leistungen berechnen dürfen und Fachärzten mit der Zusatzweiterbildung Psychotherapie.
- Die Leistung ist einmal im Behandlungsfall berechnungsfähig, aber im Krankheitsfall je DiGA höchstens zweimal. Sie ist im Behandlungsfall nicht neben der Erstverordnung derselben DiGA (GOP 01470) berechnungsfähig.
- Bei der Berechnung ist die Pharmazentralnummer (PZN) der DiGA anzugeben, für die diese Verlaufskontrolle berechnet wurde. Erfolgen bei einem Versicherten im Behandlungsfall mehrere Verlaufskontrollen von unterschiedlichen DiGA, kann die Leistung mehrfach berechnet werden.
- Die Leistung kann aktuell für folgende DiGA berechnet werden: Zanadio, Invirto - Die Therapie gegen Angst, Cankado Pro-React Onco, Mawendo, Oviva Direkt für Adipositas und compagnion patella.

Pauschale für Verlaufskontrolle und Auswertung

Da einige DiGA die Daten und Arztberichte nur über die App oder als PDF-Dokument zur Verfügung stellen und keinen gesonderten Arztzugang anbieten, ist die Berechnung dieser Leistung nicht im Rahmen einer Videosprechstunde möglich.

Die Bewertung der Leistung in Höhe von 7,12 Euro orientiert sich an der zum Zeitpunkt der Aufnahme in den EBM gültigen Bewertung der Verlaufskontrolle und Auswertung der DiGA somnio (GOP 01471). Sofern eine DiGA, die erst vorläufig zur Erprobung in das DiGA-Verzeichnis aufgenommen wurde, nach der Erprobung dauerhaft aufgenommen wird, müssen die dafür vom BfArM bestimmten ärztlichen Tätigkeiten in den EBM aufgenommen werden. Dazu erfolgen dann ggf. Beratungen in den Gremien des Bewertungsausschusses.

Seitens des BfArM wurde im Zusammenhang mit der DiGA Zanadio die Bioelektrische Impedanzanalyse (BIA) zur Körperzusammensetzung als ärztliche Tätigkeit bestimmt. Nach Ansicht von KBV und GKV-Spitzenverband handelt es sich bei dieser Leistung um eine neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode, die erst einer Bewertung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss bedarf, um in den gesetzlichen Leistungskatalog aufgenommen zu werden. Mit dieser Begründung wurde die BIA bei den getroffenen Vergütungsregelungen nicht berücksichtigt.

#### **Erstverordnung einiger vorläufiger DiGA durch Kinderärzte berechnungsfähig - neue Pauschale 86701**

Im März 2021 wurde durch den Erweiterten Bewertungsausschuss die GOP 01470 für die Erstverordnung einer DiGA in den EBM aufgenommen. Diese GOP ist nicht von Kinderärzten berechnungsfähig, da es



bisher keine dauerhaft aufgenommenen DiGA gibt, die auch von Kindern und Jugendlichen unter 18 genutzt werden kann (Nutzungsbestimmungen der DiGA). Im DiGA-Verzeichnis werden drei vorläufig aufgenommene DiGA der Altersgruppe „Jugendliche (12 bis 17 Jahre)“ zugeordnet: Rehappy, Mawendo und compagnion patella.

Kinderärzte, die einem Patienten oder einer Patientin dieser Altersgruppe eine dieser drei DiGA erstmalig verordnen, können die Leistung 86701 berechnen. Diese Leistung entspricht grundsätzlich dem Inhalt der GOP 01470 im EBM. Die Bewertung in Höhe von zwei Euro orientiert sich - wie bei der Leistung 86700 - an der Bewertung der GOP 01470 zum Zeitpunkt der Aufnahme in den EBM. Wie im EBM ist diese Leistung bis zum 31. Dezember 2022 befristet.

### **Weitere Regelungen**

Neben dem Anhang 1 wird ein weiterer Anhang in die Anlage 34 des BMV-Ärzte aufgenommen. In diesem neuen Anhang 2 wird klargestellt, dass mit den oben dargestellten Leistungen die ärztlichen Tätigkeiten im Zusammenhang mit den vorläufig aufgenommenen DiGA durchgeführt und berechnet werden können. Ein Anspruch auf Kostenerstattung (gemäß §87 Abs. 5c Satz 4 SGB V) ist damit bei den genannten DiGA ausgeschlossen.

Ferner wird klargestellt, dass keine gesonderten Leistungen in die Anlage 34 zum BMV-Ärzte aufgenommen werden müssen, sofern das BfArM keine ärztlichen Leistungen für eine DiGA bestimmt hat.

### **Zum Hintergrund**

Mit dem Digitale-Versorgung-Gesetz wurden die DiGA als neuer Leistungsbereich in die vertragsärztliche Versorgung eingeführt. Bei der Festlegung der Vergütung der vom BfArM bestimmten ärztlichen Leistungen im Zusammenhang mit einer DiGA ist zu unterscheiden, ob die DiGA dauerhaft oder vorläufig zur Erprobung in das DiGA-Verzeichnis aufgenommen wurde. Für ärztliche Leistungen dauerhaft aufgenommenen DiGA ist der EBM anzupassen (§87 Abs. 5c Satz 1 SGB V). Die Vergütung der ärztlichen Leistungen im Zusammenhang mit vorläufig aufgenommenen DiGA vereinbaren die Partner des BMV-Ä (§87 Abs. 5c Satz 2 SGB V).

Dauerhaft oder  
vorläufig

### **Hinweise zur Veröffentlichung**

Das Unterschriftenverfahren ist abgeschlossen. Die Änderungsvereinbarung wird im Deutschen Ärzteblatt veröffentlicht. Sie finden die aktuelle Lesefassung auch auf der KBV-Internetseite ([www.kbv.de/html/bundesmantelvertrag.php](http://www.kbv.de/html/bundesmantelvertrag.php)).

### **1.3. Mitteilung der fachgruppenspezifischen Obergrenze für Kontrastmittel für das Quartal 3/2022**

Gemäß der Kontrastmittelvereinbarung, die die KVN mit den Landesverbänden der Krankenkassen in Niedersachsen zum 1. Januar 2016 abgeschlossen hat und die zuletzt zum 1. Juli 2020 angepasst wurde, gelten für das 3. Quartal 2022 für Ärzte, die im Basisquartal 3/2021 (noch)

keine Kontrastmittel über die o. g. Vereinbarung abgerechnet haben, folgende fachgruppendurchschnittlichen Obergrenzen:

- Institute, Krankenhäuser 3.192,48 Euro
- Fachärzte für Nuklearmedizin 19.042,23 Euro
- Fachärzte für Diagnostische Radiologie 78.000,28 Euro
- Fachärzte für Urologie 3.543,82 Euro

Obergrenzen

Die Vereinbarung gilt für Fachärzte für Nuklearmedizin, Diagnostische Radiologie und Urologie verbindlich. Für andere Fachgruppen nur, wenn in der eigenen BAG/MVZ oder im Institut/Krankenhaus ein Facharzt für Nuklearmedizin, Diagnostische Radiologie oder Urologie tätig ist.

Diese Daten sind über das KVN-Portal unter Verträge/Kontrastmittel-Vereinbarung abrufbar.

#### **1.4. Amtliche Mitteilung der KVN zum HVM Teil B Nr. 16.1 und 16.2 für das 3. Quartal 2022 - Fachgruppendurchschnittswerte für Laborindividualbudgets**

Die für das 3. Quartal 2022 geltenden Fachgruppendurchschnittswerte für Laborindividualbudgets entnehmen Sie bitte der Anlage 5.1 zu diesem Rundschreiben. Zusätzlich sind diese Daten auch bereits seit dem 27. Mai 2022 abrufbar unter: [https://www.kvn.de/Mitglieder/Abrechnung\\_+Honorar+und+Vertrag/Honorarverteilung.html](https://www.kvn.de/Mitglieder/Abrechnung_+Honorar+und+Vertrag/Honorarverteilung.html)

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

#### **1.5. Bewertungsausschuss (BA) fasst Beschlüsse zur Pränataldiagnostik und zum Nachweis der Erreger SARS-CoV-2 und HPV**

##### **Beschlüsse des BA zur Änderung des EBM:**

- Beratungs- und Laborleistungen zur nicht-invasiven Pränataldiagnostik zur Bestimmung des Risikos autosomaler Trisomien 13, 18 und 21 mittels NIPT
- Nukleinsäurenachweise der Erreger SARS-CoV-2 und HPV

##### **Beratungs- und Laborleistungen zur nicht-invasiven Pränataldiagnostik zur Bestimmung des Risikos autosomaler Trisomien 13, 18 und 21 mittels NIPT**

Zum 1. Juli werden Leistungen für die nicht-invasive Pränataldiagnostik zur Bestimmung des Risikos autosomaler Trisomien 13, 18 und 21 in den EBM aufgenommen. Der erste Beschluss beinhaltet die beiden neuen Beratungsleistungen nach den Gebührenordnungspositionen (GOP) 01789 und 01790, die von denjenigen Fachärzten für Gynäkologie und Geburtshilfe abgerechnet werden können, welche die Qualifikation „fachgebundene genetische Beratung“ haben, sowie von Fachärzten für Humangenetik oder auf dem Fachgebiet entsprechend qualifizierten Ärzten mit der Zusatzbezeichnung Medizinische Genetik.

Der zweite Beschluss umfasst die neue Laborleistung (GOP 01870) und die damit zusammenhängenden Regelungen.

Zum Hintergrund: Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hatte am 19. September 2019 eine Änderung der Mutterschafts-Richtlinien (Mu-RL) beschlossen und die nicht-invasive Pränataldiagnostik zur Bestimmung des Risikos autosomaler Trisomien 13, 18 und 21 mittels eines molekulargenetischen Tests (NIPT) für die Anwendung bei Schwangerschaften mit besonderen Risiken aufgenommen. Zwischenzeitlich wurde die dazugehörige Versicherteninformation als Anlage 8 zur Mu-RL aufgenommen. Beide Beschlüsse des G-BA sind seit dem 9. November 2021 in Kraft.

Die Untersuchungen an fetaler DNA aus mütterlichem Blut zur Frage des Vorliegens einer Trisomie 13, 18 oder 21 (nicht-invasiver Pränataltest, kurz NIPT) erfolgen mit dem Ziel der Vermeidung von invasiven Maßnahmen wie Fruchtwasseruntersuchungen nach Gewinnung des Fruchtwassers durch Amniozentese, transzervikaler Gewinnung von Chorionzottingewebe oder transabdominaler Gewinnung von Plazentagewebe. Dabei handelt es sich nicht um eine Screening-Untersuchung. Der Test kann dann durchgeführt werden, wenn er geboten ist, um der Schwangeren eine Auseinandersetzung mit ihrer individuellen Situation hinsichtlich des Vorliegens einer Trisomie im Rahmen der ärztlichen Begleitung zu ermöglichen. Eine statistisch erhöhte Wahrscheinlichkeit für eine Trisomie allein reicht für die Anwendung dieses Tests nicht aus.

Das sind die neuen Leistungen:

- GOP 01789: Beratung nach Gendiagnostikgesetz (GenDG) zum nicht-invasiven Pränataltest
  - 84 Punkte, je vollendete 5 Minuten, viermal je Schwangerschaft
- GOP 01790: Beratung nach GenDG bei Vorliegen eines positiven nicht-invasiven Pränataltests
  - 166 Punkte, je vollendete 10 Minuten, viermal je Schwangerschaft
- GOP 01870: nicht-invasiver Pränataltest zur Bestimmung des Risikos einer Trisomie 13, 18 und 21
  - 1642 Punkte, zweimal im Krankheitsfall, einmal je Schwangerschaft

Neue Leistungen

Für die Laborleistung ist ein validiertes Testverfahren anzuwenden, welches die in den Mu-RL festgelegten Testgütekriterien erfüllt. Die GOP 01870 ist nur von Fachärzten für Humangenetik oder Fachärzten für Laboratoriumsmedizin berechnungsfähig.

Die Aufnahme der neuen Beratungs- und Laborleistungen in den EBM erfolgt zum 1. Juli 2022. Damit besteht bis zum 30. Juni 2022 kein Anspruch der Versicherten gegenüber der gesetzlichen Krankenversicherung zur Erstattung von Kosten, die durch die nicht-invasive Pränataldiagnostik zur Bestimmung des Risikos autosomaler Trisomien 13, 18 und 21 entstanden sind.

**Nukleinsäurenachweise der Erreger SARS-CoV-2 und HPV**

Der BA fasste Beschlüsse zu Anpassungen im EBM bezüglich der Nukleinsäurenachweise der Erreger SARS-CoV-2 und HPV.

**Nukleinsäurenachweis von SARS-CoV-2**

Die GOP 32816 für den Nukleinsäurenachweis des beta-Coronavirus SARS-CoV-2 wird neu gefasst. Inhaltlich wird die Bewertung ab dem 1. Juli auf 27,30 Euro abgesenkt und die medizinische und epidemiologische Entwicklung durch den Wegfall der zweiten und fünften Anmerkung werden berücksichtigt.

**Nukleinsäurenachweis von HPV**

Mit Wirkung zum 1. Januar 2020 wurde die Früherkennung von Zervixkarzinomen nach der Richtlinie für organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme (oKFE-RL) neu gefasst. Dies führt aufgrund des Wechsels von einem einjährigen in ein dreijähriges Untersuchungsintervall für alle Frauen ab dem 35. Lebensjahr zu einer im zweiten und dritten Jahr stark rückläufigen Auslastung der HPV-Diagnostik. Der BA berücksichtigt diese Situation mit der Anhebung der Bewertung des HPV-Tests nach den präventiven GOP 01763, 01767 und 01769 auf 168 Punkte sowie der kurativen GOP 32819 auf 21 Euro zum 1. Juli.

Anhebung der  
Bewertung

**Hinweise zur Veröffentlichung**

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

**1.6. Amtliche Mitteilung der KVN zum HVM für das 3. Quartal 2022 für alle dem RLV unterliegenden Arztgruppen des haus- und fachärztlichen Versorgungsbereichs**

Die für 3/2022 geltenden RLV-/QZV-Mindestfallwerte sowie die Fallzahlgrenzen für die Fallwertminderung finden Sie als „Download“ unter [https://www.kvn.de/Mitglieder/Abrechnung\\_+Honorar+und+Vertrag/Honorarverteilung.html](https://www.kvn.de/Mitglieder/Abrechnung_+Honorar+und+Vertrag/Honorarverteilung.html)

Eine Fallzahlzuwachsbeschränkung (FZZB) erfolgt gemäß HVM Teil B Nr. 18.1 für das 3. Quartal 2022 nicht.

**1.7. Änderungen Gebührenordnungspositionen (GOP) Corona-Abrechnung EBM**

Bitte beachten Sie die Änderungen zu den nachfolgenden GOP hinsichtlich Corona-Sonderregelungen:

GOP	Bezeichnung	Änderung
<b>01433</b> <b>01434</b>	Zuschläge telefonische Beratungen durch einen Arzt	seit 01.04.2022 nicht mehr berechnungsfähig
<b>01716</b> bis <b>01719</b> <b>01723</b>	Kinder-Vorsorgeuntersuchungen	bis 30.06.2022 auch bei einer Überschreitung der Untersuchungszeiträume und Toleranzzeiten berechnungsfähig
<b>01952</b>	Zuschlag zu den GOP 01949, 01950 oder 01955 für das therapeutische Gespräch	seit 01.04.2022 nicht mehr per Telefon oder per Videosprechstunde berechnungsfähig
<b>02402</b>	Zusatzpauschale im Zusammenhang mit der Entnahme von Körpermaterial für Untersuchungen nach der GOP 32779 oder 32816	seit 01.04.2022 nicht mehr berechnungsfähig
<b>02403</b>	Zuschlag zur GOP 02402	seit 01.04.2022 nicht mehr berechnungsfähig
<b>03221</b> <b>04221</b>	Chronikerzuschläge	seit 01.04.2022 sind wieder mind. zwei persönliche Arzt-Patienten-Kontakte im Quartal erforderlich
<b>14223</b>	videogestützte Maßnahmen einer funktionellen Entwicklungstherapie	seit 01.04.2022 nicht mehr berechnungsfähig
<b>30931</b> <b>35150</b> <b>35151</b> <b>35163</b> bis <b>35168</b>	probatorische Sitzung psychotherapeutische Sprechstunde Komplex für probatorische Sitzungen im Gruppensetting	seit 01.04.2022 nicht mehr per Videosprechstunde berechnungsfähig
<b>88122</b>	Versand der telefonischen AU-Bescheinigung sowie der Bescheinigung für den Bezug von Krankengeld bei der Erkrankung eines Kindes	seit 01.06.2022 nicht mehr berechnungsfähig

Änderungen

Ausführliche Informationen zu den Corona-Sonderregelungen finden Sie auf der Internetseite der Kassenärztlichen Bundesvereinigung unter [https://www.kbv.de/html/1150\\_51074.php](https://www.kbv.de/html/1150_51074.php)

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

## 2. Verordnungen

### 2.1. Neue Anlage 1 der SSB-Vereinbarung zum 1. Juli 2022 beschlossen

Die KVN hat zum wiederholten Mal die Aufnahme von Adrenalin-Autoinjektoren in den Sprechstundenbedarf beantragt. Die Kassen sehen den Einsatz von den Autoinjektoren in der Arztpraxis weiterhin als stark unwirtschaftlich an, weshalb eine Aufnahme in den SSB weiterhin abgelehnt wird. Aufgrund der geänderten Fachinformationen (Wegfall der Beschränkung „durch den Patienten“) ist aber eine Änderung des Vereinbarungstextes notwendig geworden. Die Formulierung lautet künftig:

Adrenalin bei allergischen      keine Komplettbestecke / Fertigspritzen /  
Notfällen (Epinephrin)      Autoinjektoren

Die Kassen haben einer Aufnahme des Prüfgases der Diffusionskapazitätsmessung (DCO-Testgas) in den SSB für die Fachgruppe der Pneumologen zugestimmt. Damit endet streng genommen die Möglichkeit der Abrechnung der Testgase als Sachkosten über die KVN bzw. die Privatliquidation gegenüber den Patienten. Bis zum 31. Dezember 2022 ist aber noch die Abrechnung über Sachkosten für bereits beschafftes Testgas möglich. Sobald das Testgas aufgebraucht ist, kann dann die Wiederbefüllung zu Lasten des Sprechstundenbedarfs erfolgen.

Bei der Aufnahme von fertig konfektionierten Kochsalzlösungen (Posiflush® u.a.) zum 1. Januar 2022 wurden die onkologisch tätigen Gynäkologen in der Aufzählung vergessen. Dies wird mit der Änderung zum 1. Juli 2022 nun korrigiert. Damit dürfen nun auch die onkologisch tätigen Gynäkologen die 10ml-Behältnisse der fertig konfektionierten Kochsalzlösungen verordnen.

Die geänderte Anlage 1 der Sprechstundenbedarfsvereinbarung ist ab sofort abrufbar unter <https://www.kvn.de/Amtliche+Bekanntmachungen.html>

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

Zum 10. Mai 2022 wurde bei folgenden Medizinprodukten die Befristung der Verordnungsfähigkeit nach Anlage V der Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL) verlängert:

Produktbezeichnung	Medizinisch notwendige Fälle	Befristung der Verordnungsfähigkeit
Pe-Ha-Visco (2,0%)	Zur Anwendung als Operationshilfe in der Ophthalmochirurgie des vorderen Augenabschnittes.	29. November 2026
polyvisc® 2,0 %	Zur Anwendung als Operationshilfe in der Ophthalmochirurgie des vorderen Augenabschnittes.	29. November 2026

Befristung verlängert

Die vollständige Anlage V finden Sie auf der Internetseite des G-BA unter <https://www.g-ba.de/richtlinien/anlage/120/>

## 2.3. Lieferengpass Tamoxifen - Verordnung von N3 Packungen wieder möglich

Laut Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) hat sich die Versorgungslage mit tamoxifenhaltigen Arzneimitteln mittlerweile stabilisiert. Aus diesem Grund ist die prioritäre Verordnung von 30er-Packungen (N1) ab sofort nicht mehr erforderlich.

Unter der Maßgabe, vorrangig importiertes Tamoxifen aufzubrauchen, sind Apotheken dazu angehalten, vorhandene Kleinmengen zu N3-Gebinden zu bündeln.

Um die Versorgungslage stabil halten zu können, ist allerdings weiterhin von einer Überbevorratung abzusehen und dementsprechend kein Vielfaches der N3 für eine Patientin zu verordnen.

Alle wesentlichen Informationen zu dem aktuellen Bescheid des BfArM über die Anordnung für tamoxifenhaltiger Arzneimittel finden Sie auf der Internetseite des BfArM unter dem folgendem Link:

[https://www.bfarm.de/DE/Arzneimittel/Arzneimittelinformationen/Lieferengpaesse/Tamoxifen/\\_node.html](https://www.bfarm.de/DE/Arzneimittel/Arzneimittelinformationen/Lieferengpaesse/Tamoxifen/_node.html)

#### **2.4. Dupixent® (Dupilumab) in einer weiteren Teilindikation als Praxisbesonderheit anerkannt**

Dupixent® (Wirkstoff: Dupilumab) wird nach einer Vereinbarung zwischen dem GKV-Spitzenverband und dem pharmazeutischen Unternehmer Sanofi-Aventis Deutschland in einer weiteren Teilindikation als Praxisbesonderheit anerkannt:

##### **Atopische Dermatitis bei Kindern**

Geltungsbeginn der Praxisbesonderheit ab dem 1. Juli 2021

Dupixent® wird angewendet zur Behandlung von schwerer atopischer Dermatitis bei Kindern von sechs bis elf Jahren, die für eine systematische Therapie in Betracht kommen.

In diesem Anwendungsgebiet sah der G-BA einen Anhaltspunkt für einen nicht quantifizierbaren Zusatznutzen gegenüber einem patientenindividuell optimierten Therapieregime in Abhängigkeit der Ausprägung der Erkrankung und unter Berücksichtigung der Vortherapie, unter Auswahl folgender Therapien:

- topische Glukokortikoide der Klassen 2 bis 3
- Tacrolimus (topisch)

Bei Kindern von sechs bis elf Jahren, die nach 16 Behandlungswochen mit Dupilumab kein adäquates klinisches Ansprechen auf die Behandlung der atopischen Dermatitis aufweisen, ist die Behandlung zu beenden.

Ein adäquates Ansprechen ist definiert als:

- eine Reduktion des EASI (Eczema Area and Severity Index)-Scores um mindestens 50 Prozent gegenüber des festgestellten EASI-Scores zu Therapiebeginn

oder

Therapien

Adäquates Ansprechen

- eine Reduktion des CDLQI (Children´s Dermatology Life Quality Index)-Scores um mindestens sechs Punkte gegenüber des festgestellten CDLQI-Scores zu Therapiebeginn.

Nachfolgend führen wir Ihnen zur besseren Übersicht die bereits in der Vergangenheit aufgeführten Teilindikationen zur Anerkennung als Praxisbesonderheiten auf:

Teilindikationen

1. ab dem 1. Dezember 2018 im Anwendungsgebiet mit einem Zusatznutzen laut dem G-BA-Beschluss vom 17. Mai 2018 (**Anwendungsgebiet: Atopische Dermatitis bei Erwachsenen**):

Dupixent® wird angewendet bei mittelschwerer bis schwerer atopischer Dermatitis (AD) bei erwachsenen Patienten, die für eine systemische Therapie in Betracht kommen.

In diesem Anwendungsgebiet sah der G-BA einen Hinweis für einen beträchtlichen Zusatznutzen gegenüber einem patientenindividuell optimierten Therapieregime in Abhängigkeit der Ausprägung der Erkrankung und unter Berücksichtigung der Vortherapie.

Weitere Informationen zu diesem Anwendungsgebiet sind im Rundschreiben vom März 2019 aufgeführt.

2. ab dem 1. Mai 2020 im Anwendungsgebiet mit einem Zusatznutzen laut dem G-BA-Beschluss vom 20. Februar 2020 (**Anwendungsgebiete Atopische Dermatitis bei Jugendlichen ab zwölf Jahren**):

Dupixent® wird angewendet zur Behandlung von mittelschwerer bis schwerer Atopischer Dermatitis (AD) bei Jugendlichen ab zwölf bis < 18 Jahren, die für eine systemische Therapie in Betracht kommen.

In diesem Anwendungsgebiet sah der G-BA einen Anhaltspunkt für einen nicht quantifizierbaren Zusatznutzen gegenüber einem patientenindividuell optimierten Therapieregime aus topischer und systemischer Therapie in Abhängigkeit der Ausprägung der Erkrankung und unter Berücksichtigung der Vortherapie.

3. ab dem 1. Mai 2020 mit dem Zusatznutzen laut dem G-BA-Beschluss vom 14. Mai 2020 (**Anwendungsgebiet: Chronische Rhinosinusitis mit Nasenpolypen**).

Dupixent® ist angezeigt als Add-on-Therapie mit intranasalen Kortikosteroiden zur Behandlung von Erwachsenen mit schwerer chronischer Rhinosinusitis mit Nasenpolypen (CRSwNP), die mit systemischen Kortikosteroiden und/oder chirurgischem Eingriff nicht ausreichend kontrolliert werden kann.



In diesem Anwendungsgebiet sah der G-BA einen Hinweis für einen beträchtlichen Zusatznutzen gegenüber Mometasonfuroat.

Weitere Informationen zu den beiden Anwendungsgebieten sind im Rundschreiben vom Mai 2021 aufgeführt.

Die Anerkennung als Praxisbesonderheit besteht, solange Sanofi-Aventis Deutschland Dupixent® in Deutschland vertreibt.

Weiter wird auf mehrere besondere Warnhinweise und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung hingewiesen. Diese entnehmen Sie bitte der Fachinformation.

Informationen zu Dupixent® oder den anderen Praxisbesonderheiten finden Sie auf der Homepage des G-BA unter [www.g-ba.de](http://www.g-ba.de) und auf der Homepage des GKV-Spitzenverbandes unter <https://www.gkv-spitzenverband.de/>.

## 2.5. Sprechstundenbedarf/Lieferengpass von Miochol®-E

Aktuell besteht in Deutschland ein Lieferengpass bei dem Medikament Miochol®-E (Wirkstoff Acetylcholinchlorid), das unter anderem bei Glaukom- und Kataraktoperationen zur Anwendung kommt.

Die gesetzlichen Krankenkassen in Niedersachsen haben sich bereit erklärt, im Rahmen von Sprechstundenbedarfsverordnungen ab sofort Importe aus dem Ausland befristet bis zum 31. Juli 2022 zu erlauben. Ab dem 1. August 2022 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.

## 2.6. Verlängerung der geänderten Regelung im Arzneimittelbereich (SARS-CoV-2-Arzneimittelversorgungsverordnung)

Bis zum 25. November 2022 wird die SARS-CoV-2-Arzneimittelversorgungsverordnung verlängert. Somit gelten die zum April 2020 in Kraft getretenen Regelungen der SARS-CoV-2-Arzneimittelversorgungsverordnung sowie deren Änderungen und Ergänzungen weiterhin:

- Apotheken dürfen, wenn das abzugebende Arzneimittel in der Apotheke nicht vorrätig ist, ein anderes vorrätiges, wirkstoffgleiches Arzneimittel abgeben. Ist kein wirkstoffgleiches Arzneimittel in der Apotheke vorrätig und das abzugebende Arzneimittel nicht lieferbar, darf ein anderes lieferbares wirkstoffgleiches Arzneimittel abgegeben werden.
- Im Rahmen des Entlassmanagements können Krankenhäuser bei der Verordnung von Arzneimitteln eine Packung bis zum

Importe befristet bis zum 31. Juli 2022

Apotheken

Entlassmanagement

größten Packungsgrößenkennzeichen nach der Packungsgrößenverordnung verordnen.

Krankenhäuser können zudem Verband-, Heil- und Hilfsmittel, häusliche Krankenpflege und Soziotherapie für einen Zeitraum von bis zu 14 Tagen verordnen.

Folgende Ausnahmen von der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV) wurden ebenfalls verlängert:

- Betäubungsmittelrezepte dürfen vorübergehend auch außerhalb von Vertretungsfällen - etwa in einer Praxismgemeinschaft - übertragen und von anderen Ärzten verwendet werden.
- Substitutionsbehandlung von opioidabhängigen Patienten  
Auch die geänderten Regelungen in der Substitutionstherapie bleiben während der Verlängerung bestehen. Substituierende Ärzte haben weiterhin die Möglichkeit, bei der Behandlung von Opioidabhängigen von ausgewählten Vorgaben der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung abzuweichen.

Betäubungsmittelrezepte

Substitutionsbehandlung

Eine ausführliche Auflistung der Regelungen im Arzneimittelbereich zur SARS-CoV-2-Arzneimittelversorgungsverordnung finden Sie im Rundschreiben April 2020.

### Neue Regelung

- Präexpositionsprophylaxe zum Schutz vor COVID-19

Versicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung haben Anspruch auf Versorgung mit verschreibungspflichtigen Arzneimitteln mit monoklonalen Antikörpern zur präventiven Anwendung zum Schutz vor COVID-19, wenn

1. bei ihnen aus medizinischen Gründen (angeborene oder erworbene Immundefekte, Grunderkrankungen oder eine maßgebliche Beeinträchtigung der Immunantwort aufgrund einer immunsuppressiven) kein oder kein ausreichender Immunschutz gegen eine Erkrankung an der Coronavirus-Krankheit (COVID-19) durch eine Impfung erzielt werden kann oder
2. bei ihnen Impfungen gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 aufgrund einer Kontraindikation nicht durchgeführt werden können und sie Risikofaktoren für einen schweren Verlauf einer Erkrankung an COVID-19 haben.

Dies gilt nur für zugelassene Präparate und nicht für die vom Bund beschafften und kostenfrei bereitgestellten Arzneimittel.

Die wichtigsten Regelungen zur SARS-CoV-2-Arzneimittelversorgungsverordnung sind auf der Internetseite des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) aufgelistet. Zu finden sind die Regelungen der SARS-CoV-2-Arzneimittelversorgungsverordnung unter: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/gesetze-und-verordnungen/guv-19-1p/sars-cov-2-arzneimittelversorgungs-vo.html>

### 3. Allgemeine Hinweise

#### 3.1. Studien-Umfrage zur Zusammenarbeit zwischen Allgemein- und Zahnmedizin - Reminder zur Beteiligung

*„Und mit wem kommunizieren Sie da? Direkt mit dem Arzt oder mit der Medizinischen Fachangestellten?“ - „Gar nicht.“ (Zitat einer Gruppendiskussion)*

Diese Aussage, aber auch aktuelle Forschungsergebnisse deuten darauf hin, dass zwischen Allgemeinmedizin- und Zahnmedizin wenig Zusammenarbeit stattfindet, obwohl vielfältige Zusammenhänge und Wechselwirkungen zwischen Parodontalerkrankungen und systemischen Erkrankungen bekannt sind.

Forschende der Selbstständigen Abteilung für Allgemeinmedizin und der Poliklinik für Zahnerhaltung und Parodontologie der Universität Leipzig möchten - neben der aktuellen Ausgestaltung der Zusammenarbeit - mehr über Verbesserungsmöglichkeiten der gemeinsamen Zusammenarbeit herausfinden. Dafür werden Sie als Expertinnen und Experten gebeten, durch die Beantwortung eines anonymen Online-Fragebogens diese Studie zu unterstützen. Das Ausfüllen des Fragebogens wird ca. 15 Minuten dauern.

Wer Interesse an den Studienergebnissen hat, erhält diese nach Abschluss der Studie per Mail. Dazu können Teilnehmende am Ende der Befragung ihre E-Mail-Adresse hinterlassen. Rückfragen zur Studie beantworten die Initiatoren unter der Mailadresse [MB-SAA-Forschung@medizin.uni-leipzig.de](mailto:MB-SAA-Forschung@medizin.uni-leipzig.de). Federführende Ansprechpartner sind Prof. Dr. Markus Bleckwenn, Professor für Allgemeinmedizin an der Universität Leipzig und Prof. Dr. Dirk Ziebolz, Geschäftsführender Oberarzt am Funktionsbereich Interdisziplinäre Zahnerhaltung und Versorgungsforschung an der Universität Leipzig.

Ansprechpartner

Link zur Online-Befragung: <https://umfrage.uni-leipzig.de/index.php/574494?lang=de>

#### 3.2. Besondere Versorgung „elektrische Kardioversion“: Weitere BKKen dabei

Ab sofort ist die Inanspruchnahme der ambulanten elektrischen Kardioversion für eine Vielzahl von BKK-Versicherten möglich. Mit Unterstützung des Berufsverbands niedergelassener Kardiologen e. V. wurden die Voraussetzungen für die KV-Abrechnung ab 2. Quartal 2022 geschaffen. Fachärzte für Innere Medizin und Kardiologie können jetzt ihre Teilnahme beantragen. Die Anträge sowie die wesentlichen Informationen zur Versorgung mit dem BKK Landesverband Mitte finden Sie im KVN-Portal: Suchen Sie in der Rubrik „Verträge“ mit dem Stichwort „Kardioversion“

### 3.3. Charité Studie zu Prävention in der hausärztlichen Versorgung

Hausärztinnen und Hausärzte spielen im Gesundheitssystem eine tragende Rolle wenn es um das Thema Prävention und Gesundheitsförderung geht. Allerdings ist eine individuelle hausärztliche Begleitung von Präventionsmaßnahmen sehr betreuungs- und zeitintensiv und oft im regulären Praxisalltag kaum zu leisten. Im Rahmen einer bundesweiten Studie möchte die Charité - Universitätsmedizin Berlin nun untersuchen, wie die Einstellungen von Hausärztinnen und Hausärzte zu diesem Thema sind und wo sie Hürden für die Umsetzung von Präventionsangeboten in ihrem Praxisalltag sehen. Die Studie wird von Bundesministerium für Gesundheit (BMG) gefördert und von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) als Kooperationspartner unterstützt.

Interessierte Hausärztinnen und Hausärzte können unter folgendem Link an der Studie teilnehmen: <https://redcap.charite.de/survey/surveys/?s=79X9NJTRF49AM8LE>

Die Befragung ist anonym und unter allen Teilnehmenden werden Wertgutscheine im Wert von insgesamt 2000 Euro verlost. Bei Fragen zur Studie können Sie sich an [julie.osullivan@charite.de](mailto:julie.osullivan@charite.de) wenden.

### 3.4. Medizinische Versorgung von aus der Ukraine geflüchteten Menschen

Ab 1. Juni 2022 ändern sich die rechtlichen Rahmenbedingungen zur Sicherstellung der medizinischen Versorgung von aus der Ukraine Geflüchteten. Die (eingeschränkte) Leistungsgewährung bei Krankheit nach dem AsylbLG entfällt. Stattdessen haben die registrierten Schutzsuchenden einen Anspruch auf existenzsichernde Sozialhilfeleistungen inklusive Hilfe für Gesundheit und Pflege. Durch diese Sonderregelung für Ukraine-Flüchtlinge geht mit der erteilten Aufenthaltserlaubnis auch eine Berechtigung zur Erwerbstätigkeit bzw. Ausübung eines Gewerbes einher. Somit kann eine reguläre Mitgliedschaft in einer gesetzlichen Krankenkasse beginnen, wenn ab diesem Datum beim Jobcenter ALG II-Leistungen beantragt werden bzw. eine Arbeitsaufnahme erfolgt. Nicht erwerbsfähige Menschen wie z.B. Rentner können Sozialhilfe beantragen.

Für die medizinische Versorgung im Praxisalltag ist nach wie vor der mitgeführte Behandlungsausweis des Sozialamtes oder aber die Krankenkassenkarte/-ersatzbescheinigung maßgebend. Dementsprechend finden die Zuzahlungsregelungen Anwendung.

Existenzsichernde  
Sozialhilfeleistungen

### 3.5. Online-Befragung zu marginalisierten Gruppen in der Psychotherapie (TU Dresden)

Im Rahmen einer fünf- bis zehnminütigen Umfrage geht die TU Dresden der Frage nach, ob alle Menschen von einer Psychotherapie im gleichen Maße profitieren bzw. welchen Einfluss die Zugehörigkeiten zu sozialen

Kategorien wie Geschlecht, Bildungsherkunft, ethnische Zugehörigkeit usw. nehmen?

Diese fünf- bis zehnminütige, vollständig anonymisierte Umfrage richtet sich an PiAs, approbierte Psychotherapeut:innen (einschl. KJP) und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut:innen in Deutschland. Erfasst werden Einstellungen von Therapeut:innen zu marginalisierten Gruppen sowie, ob der therapeutische Umgang mit erlebten Diskriminierungserfahrungen von Patient:innen/Klient:innen während der psychotherapeutischen Ausbildung berücksichtigt wird.

Link zur Befragung: <https://tud.link/7d75>

### 3.6. GDM-DM3-Vertrag: IKK gesund plus ab 1. Juli 2022 neu dabei

Besondere Versorgung zur Behandlung von Gestationsdiabetes und sonstige Diabetesformen durch Diabetologische Schwerpunktpraxen (GDM-DM3-Vertrag): Die IKK gesund plus ist beim GDM-DM3-Vertrag ab 1. Juli 2022 neu dabei.

Teilnehmende Krankenkassen (Stand: 1. Juli 2022):

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

Teilnehmende  
Krankenkassen

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

### **3.7. Telefonische Feststellung der Arbeitsunfähigkeit ab 1. Juni 2022 nicht mehr möglich**

Aufgrund der aktuellen positiven Entwicklung der Corona-Pandemie entfällt ab 1. Juni 2022 die Möglichkeit der telefonischen Feststellung der Arbeitsunfähigkeit. Patientinnen und Patienten müssen dafür wieder in die Praxis kommen oder die Videosprechstunde nutzen.

Für eine Krankschreibung per Video ist Voraussetzung, dass die Erkrankung dies zulässt, d.h. zur Abklärung der Arbeitsunfähigkeit keine unmittelbare körperliche Untersuchung notwendig ist.

Wird die Arbeitsunfähigkeit in einer Videosprechstunde festgestellt, gilt: Für Versicherte, die in der Arztpraxis bisher unbekannt sind, kann eine Krankschreibung für bis zu drei Kalendertage erfolgen; für Versicherte, die in der Arztpraxis bekannt sind, für bis zu sieben Kalendertage. Eine Folgekrankschreibung per Videosprechstunde ist nur dann zulässig, wenn die vorherige Krankschreibung nach einer unmittelbaren persönlichen Untersuchung ausgestellt wurde.

Sollte die Corona-Pandemie in den kommenden Monaten wieder an Fahrt gewinnen, kann der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) die telefonische Feststellung der Arbeitsunfähigkeit wieder aktivieren.

### **3.8. Zweitmeinungsverfahren - Kathetergestützte elektrophysiologische Herzuntersuchungen und Ablationen am Herzen**

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat am 18. März 2022 die Ergänzung der Zweitmeinungs-Richtlinie (Zm-RL) um das Eingriffsthema „Kathetergestützte elektrophysiologische Herzuntersuchung und Ablationen am Herzen“ beschlossen. Dieser Beschluss trat am 31. Mai 2022 in Kraft.

Gegenstand dieses Zweitmeinungsverfahrens ist die kathetergestützte elektrophysiologische Herzuntersuchung und Ablation am Herzen unabhängig von der jeweiligen Grunderkrankung. Nicht umfasst sind Notfall-eingriffe und dringliche Eingriffe. Patientinnen und Patienten wird so die Möglichkeit gegeben, die Notwendigkeit einer Operation oder etwaige alternative Behandlungsmethoden bei einem qualifizierten Zweitmeiner zu erörtern.

Am Zweitmeinungsverfahren können auf Antrag und nach Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung folgende Fachärzte teilnehmen:

- Innere Medizin und Kardiologie
- Innere Medizin mit Schwerpunkt Kardiologie
- Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinderkardiologie
- Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugendkardiologie

Fachärzte

Zusätzlich zu diesen fachlichen Qualifikationen müssen die genannten Fachärztinnen/Fachärzte ergänzende Anforderungen erfüllen, deren Ausführlichkeit dem Antragsformular zu entnehmen ist. Das Antragsformular steht unter [www.kvn.de](http://www.kvn.de) (Mitglieder/Anträge/Genehmigungspflichtige Leistungen/Zweitmeinungsverfahren) zur Verfügung. Bitte beachten Sie hierbei die zwei unterschiedlichen Antragsformen für zugelassene und nicht-zugelassene Ärzte sowie das Antragsformular auf Ermächtigung für das Zweitmeinungsverfahren.

Mit Aufnahme dieses Verfahrens wurde das Spektrum des Zweitmeinungsverfahrens auf nunmehr sieben Eingriffe (Mandeloperationen - Tonsillektomie/Tonsillotomie, Gebärmutterentfernungen - Hysterektomien, Schulterarthroskopien, Implantationen Knieendoprothesen, Amputation beim Diabetischen Fußsyndrom, Eingriffe an der Wirbelsäule, Kathetergestützte elektrophysiologische Herzuntersuchung und Ablation am Herzen) erweitert.

Sieben Eingriffe

Die grundsätzliche Richtlinie zum Zweitmeinungsverfahren können Sie nachlesen unter <https://www.g-ba.de/themen/qualitaetssicherung/vorgaben-zur-qualitaetssicherung/zweitmeinung/>

Bei Fragen rund um den Antrag oder zum Zweitmeinungsverfahren wenden Sie sich gerne an die Ansprechpartnerin zum Thema Zweitmeinungsverfahren bei der Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen unter [sandra.henning@kvn.de](mailto:sandra.henning@kvn.de)

### 3.9. Gesetzliche Unfallversicherung: Ergänzung des Gebührenverzeichnisses Psychotherapeutenverfahren zum 1. Juli 2022

Die Ständige Gebührenkommission nach §52 des Vertrages Ärzte/Unfallversicherungsträger hat in ihrer Sitzung am 23. März 2022 Änderungen des Gebührenverzeichnisses Psychotherapeutenverfahren (Anlage 2 zum Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger) beschlossen. In das Gebührenverzeichnis Psychotherapeutenverfahren sind zwei neue Gebührennummern eingefügt worden: P 40 und P 41. Damit ist es auch nach dem Auslaufen der Corona-Sonderregelungen den am Psychotherapeutenverfahren Teilnehmenden möglich, die Behandlung per Videosprechstunde durchzuführen und abzurechnen.

Näheres zu den neuen Nummern:

Nummer	Leistung	Betrag
P40	<b>Videobasierte Durchführung indizierter psychotherapeutischer Diagnostik und Behandlungsmaßnahmen in Analogie zu P 27 und P 28</b> Durchführung nach Zuweisung innerhalb und außerhalb der max. 5 probatorischen Sitzungen à 50 Minuten nach bereits erfolgtem persönlichen Erstkontakt entsprechend Ziffer P 27 und aus therapeutischer Sicht nicht erforderli-	135 Euro

	chem unmittelbaren persönlichen Kontakt mit der Patientin oder dem Patienten. Die nach Anlage 31b BMV-Ä aufgestellten Anforderungen an Praxen und Videodienstleister zur Durchführung von Videosprechstunden sind zu gewährleisten.	
P41	<p><b>Videobasierte Durchführung indizierter psychotherapeutischer Diagnostik und Behandlungsmaßnahmen in Analogie zu P 27 und P 28</b></p> <p>Durchführung nach Zuweisung innerhalb und außerhalb der max. 5 probatorischen Sitzungen à 25 Minuten nach bereits erfolgtem persönlichen Erstkontakt entsprechend Ziffer P 27 und aus therapeutischer Sicht nicht erforderlichem unmittelbarem persönlichen Kontakt mit der Patientin oder dem Patienten. Die nach Anlage 31b BMV-Ä aufgestellten Anforderungen an Praxen und Videodienstleister zur Durchführung von Videosprechstunden sind zu gewährleisten.</p>	67,50 Euro

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

Die Ergänzung des Gebührenverzeichnisses Psychotherapeutenverfahren tritt zum 1. Juli 2022 in Kraft und wird im Deutschen Ärzteblatt veröffentlicht.



## 4. Veranstaltungen im Juli und August 2022

**Wichtig:** Wir bieten Ihnen für einzelne Präsenzveranstaltungen untenstehende WebSeminare an. Weitere Informationen, welche Angebote für Ihre Praxis und die MitarbeiterInnen am besten geeignet sind, finden Sie auf unserer Internetseite. Dort können Sie sich auch direkt online anmelden: [www.kvn.de/Mitglieder/Fortbildung](http://www.kvn.de/Mitglieder/Fortbildung)

Name	Ort	Datum	Gebühr p. P.
Existenzgründerseminar Modul 1 „Meine eigene Praxis - Impulse für den Start“	Verden	02.Jul	kostenlos
Existenzgründerseminar Modul 1 „Meine eigene Praxis - Impulse für den Start“	WebSeminar	06.Jul	kostenlos
Praxis Check-up	WebSeminar	06.Jul	69 Euro
Gefährdungsbeurteilung für die Arztpraxis	WebSeminar	06.Jul	69 Euro
Die Krankschreibung wird digital - Eine Einführung zum Start der eAU	WebSeminar	13.Jul	kostenlos
Sicher und elektronisch verordnen - Eine Einführung zum Start des eRezepts	WebSeminar	10.Aug	kostenlos
Die ePA kommt - Eine Einführung zum Start der elektronischen Patientenakte	WebSeminar	17.Aug	kostenlos
Meine Zukunft planen - Impulse für die Praxisabgabe	WebSeminar	24.Aug	kostenlos
Zusammenarbeit neu ange-dacht - Meine Kooperationsmöglichkeiten heute	Hannover	31.Aug	kostenlos
Zusammenarbeit neu ange-dacht - Meine Kooperationsmöglichkeiten heute	Osnabrück	31.Aug	kostenlos

## 5. Anlagenverzeichnis

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

# Amtliche Mitteilung der KVN zum HVM für das 3. Quartal 2022

in Umsetzung des Honorarverteilungsmaßstabes (HVM) gemäß § 87b Abs. 1 SGB V der KVN vom 25. Februar 2022

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

Fachgruppe	durchschnittliches Individualbudget
FA Laboratoriumsmedizin	367.383,02 €
FA Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie	251.267,69 €

Die aufgeführten Fachgruppendurchschnittswerte gelten für Ärzte der o.g. Fachgruppen, die im Basiszeitraum 3/2017 noch keine 16 Quartale tätig waren. Sie erhalten ein Individualbudget in Höhe der Leistungsanforderungen für Leistungen gemäß Teil B Nr. 16.1 Satz 1 HVM, maximal jedoch in Höhe der o.g. Fachgruppendurchschnittswerte, es sei denn das sich aus dem Basiszeitraum tatsächlich ergebende Individualbudget liegt über diesem Wert.

Für Ärzte, die im 3. Quartal 2022 nicht in vollem zeitlichen Umfang an der vertragärztlichen Versorgung teilnehmen, reduzieren sich die o.a. Fachgruppendurchschnittswerte anteilig auf den Umfang ihrer Tätigkeit.

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

Fachgruppe	durchschnittliches Individualbudget
FA Chirurgie	14,60 €
FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe	15.170,05 €
FA Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	39.886,11 €
FA Haut- und Geschlechtskrankheiten	1.706,90 €
FA Innere Medizin und (SP) Nephrologie	953,62 €
FA Innere Medizin und (SP) Kardiologie	6.108,25 €
FA Kinder- und Jugendmedizin (hausärztlich)	13.311,77 €
FA Innere Medizin und (SP) Pneumologie	7.031,15 €
FA Innere Medizin und (SP) Gastroenterologie	7.082,86 €
FA Pathologie	6.031,43 €
FA Radiologie	4.559,59 €
FA Strahlentherapie	6.919,84 €
FA Urologie	36.614,89 €
FA Nuklearmedizin	102.310,97 €
FA Humangenetik	
FA Transfusionsmedizin	
FA Biochemie	
FA Allgemeinmedizin, Praktischer Arzt, FA Innere Medizin (hausärztlich)	28.153,71 €
FA Allgemeinmedizin, Praktischer Arzt (fachärztlich)	28.153,71 €
FA Innere Medizin (fachärztlich)	98.635,16 €
FA Innere Medizin und (SP) Endokrinologie	295.763,73 €
FA Innere Medizin und (SP) Hämatologie und Onkologie	15.600,78 €
FA Innere Medizin und (SP) Rheumatologie	66.567,16 €

Die aufgeführten Fachgruppendurchschnittswerte gelten für Ärzte der o.g. Fachgruppen, die im Basiszeitraum 3/2017 noch keine 16 Quartale im Speziallabor tätig waren. Sie erhalten ein Individualbudget in Höhe der Leistungsanforderungen für Leistungen gemäß Teil B Nr. 16.2 Satz 1 HVM, maximal jedoch in Höhe der o.g. Fachgruppendurchschnittswerte, es sei denn das sich aus dem Basiszeitraum tatsächlich ergebende Individualbudget liegt über diesem Wert.

Für Ärzte, die im 3. Quartal 2022 nicht in vollem zeitlichen Umfang an der vertragärztlichen Versorgung teilnehmen, reduzieren sich die o.a. Fachgruppendurchschnittswerte anteilig auf den Umfang ihrer Tätigkeit.



**KVN**

Kassenärztliche Vereinigung  
Niedersachsen

# Informationen für die Praxis

KVN-Rundschreiben

Mai 2022

## Inhaltsverzeichnis

<b>1. Abrechnung</b> .....	<b>3</b>
1.1. Behandlung mit oraler Immuntherapie bei Erdnussallergie zum 1. Juli 2022 in den EBM aufgenommen .....	3
1.2. Testphase: Kooperation der Terminservicestellen aus Bremen und Niedersachsen .....	3
<b>2. Verordnungen</b> .....	<b>4</b>
2.1. Änderung der Anlage I (OTC-Übersicht) der Arzneimittel-Richtlinie, Vitamin E .....	4
2.2. Änderung der Anlage II (Lifestyle-Arzneimittel) der Arzneimittel-Richtlinie: Aktualisierung und Ergänzung	4
2.3. ARIKAYCE® liposomal (Amikacin liposomal) als Praxisbesonderheit anerkannt .....	5
2.4. Sirturo® (Bedaquilin) - Änderung der Befristung und Regelung der Praxisbesonderheit .....	6
2.5. Lynparza® (Olaparib) in weiterer Teilindikation als Praxisbesonderheit anerkannt .....	7
2.6. Plexus-Webinare zu den Themen „Update psychoonkologischer Beratung und Behandlung von Krebspatienten“ und „Neuerungen Palliativmedizin“	10
2.7. Änderung der Anlage II (Lifestyle-Arzneimittel) der Arzneimittel-Richtlinie: Setmelanotide .....	10
2.8. Lieferengpass Tamoxifen - Großhandel muss vorrangig importiertes Tamoxifen aufbrauchen .....	11
2.9. Heilmittelbehandlung per Video .....	12
2.10. Accuzide® und Accupro® - Rückruf wegen Verunreinigung mit Nitrosaminen .....	13
2.11. Änderung der Anlage I (OTC-Übersicht) der Arzneimittel-Richtlinie, Zinkverbindungen .....	14
<b>3. Allgemeine Hinweise</b> .....	<b>14</b>
3.1. Die elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (eAU) wird zum 1. Juli 2022 verpflichtend .....	14
3.2. Anpassung TI-Finanzierung .....	15

3.3.	TI-Finanzierung: Aufsatz für störanfällige stationäre Kartenterminals gemäß 17. Änderungsvereinbarung der TI-Finanzierungsvereinbarung (Anlage 32 BMV-Ä) .....	15
3.4.	Befragung von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zu Auswirkungen von Covid-19 .	16
3.5.	Hinweise des Niedersächsischen Landesgesundheitsamts (NLGA) und der Gewerbeaufsicht in Niedersachsen zur Beförderung von positiv getesteten COVID-19-Patienten im Taxi/Mietwagen .....	16
3.6.	Keine weitere Verlängerung der befristeten Ausnahmeregelung für die Untersuchungszeiträume der U6 bis U9 im Zusammenhang mit der COVID-19-Epidemie und formale Anpassungen am Gelben Heft 17	
3.7.	Nicht-invasive Pränataldiagnostik zur Bestimmung des Risikos autosomaler Trisomien 13, 18 und 21 mittels eines molekulargenetischen Tests (NIPT) voraussichtlich ab Juli 2022 eine neue GKV-Leistung.....	17
3.8.	Anpassung der Verordnung von medizinischer Rehabilitation (Muster 61) zum 1. Juli 2022.....	18
4.	<b>Veranstaltungen im Juni und Juli 2022.....</b>	<b>20</b>
5.	<b>Anlagenverzeichnis.....</b>	<b>21</b>
5.1.	Information des NLGA .....	21
5.2.	Sammelerklärung .....	21

## 1. Abrechnung

### 1.1. Behandlung mit oraler Immuntherapie bei Erdnussallergie zum 1. Juli 2022 in den EBM aufgenommen

Der Bewertungsausschuss (BA) hat zum 1. Juli 2022 zwei Leistungen zur Abbildung der Hyposensibilisierungsbehandlung mit einer oralen Immuntherapie bei Kindern und Jugendlichen mit Erdnussallergie in den EBM aufgenommen.

#### Details zum Beschluss

Die orale Immuntherapie mit AR101 (Handelsname: Palforzia®) wird zur Hyposensibilisierungsbehandlung von Kindern und Jugendlichen im Alter von 4 bis 17 Jahren mit einer bestätigten Erdnussallergie verabreicht. Für die Behandlung inklusive Nachbeobachtung des Patienten werden die zwei Gebührenordnungspositionen (GOP) 30133 und 30134 in den Abschnitt 30.1.3 des EBM aufgenommen. Sie werden zunächst extrabudgetär finanziert.

Zwei neue GOP

#### Neue GOP 30133 und 30134

Mit der GOP 30133 wird die orale Hyposensibilisierungsbehandlung bei Therapieeinleitung und gegebenenfalls erneuter Therapieeinleitung vergütet. Sie ist mit 62 Punkten (6,99 Euro) bewertet und bis zu viermal am Behandlungstag berechnungsfähig.

Die orale Hyposensibilisierungsbehandlung nach Gabe der letzten Dosis am Tag der initialen Aufdosierung sowie der ersten Dosis jeder neuen Dosissteigerungsstufe und nach Wiederaufnahme der Therapie gemäß aktuell gültiger Fachinformation wird über die GOP 30134 abgebildet. Sie ist mit 156 Punkten (17,58 Euro) bewertet und einmal am Behandlungstag berechnungsfähig.

Beide GOP sind berechnungsfähig für Fachärzte für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten, Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Pneumologie und Lungenärzte, Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin sowie Vertragsärzte mit der Zusatzbezeichnung Allergologie.

### 1.2. Testphase: Kooperation der Terminservicestellen aus Bremen und Niedersachsen

Um die immer wieder auftretende knappe Terminalsituation zu entschärfen, haben sich die KV Bremen und die KV Niedersachsen unter Hinzuziehung der Gremien auf eine Kooperation auf Probe zunächst für drei Monate verständigt: Seit dem 1. Mai 2022 vermitteln die Terminservicestellen länderübergreifend Facharzttermine. Ausgenommen bleiben Termine für Haus- sowie Kinder- und Jugendärzte. Auch die Vermittlungen zu Psychotherapeuten sind nicht inbegriffen.

Abrechnungstechnisch sind die Fälle identisch zu behandeln, also unproblematisch.

## 2. Verordnungen

### 2.1. Änderung der Anlage I (OTC-Übersicht) der Arzneimittel-Richtlinie, Vitamin E

Mit Wirkung zum 8. April 2022 wurde die Anlage I der Arzneimittel-Richtlinie geändert und folgende Nummer 42b neu eingefügt:

„Vitamin E (als Monopräparat) nur zur Behandlung von Vitamin-E-Mangel-Ataxie (AVED).“

Der G-BA führt aus, dass aufgrund angeborener Funktionsstörungen des alpha-Tocopherol-Transferproteins (TTPA), welche zu stark erniedrigten Vitamin-E-Plasmaspiegeln führen, es bei AVED oftmals schon im Kindes- und Jugendalter zu schwerwiegenden Störungen der Bewegungs- und Sprachfähigkeit sowie weiteren neuro- und muskeldegenerativen Störungen kommt. Hierbei handelt sich um eine schwerwiegende Erkrankung.

Sofern bei Betroffenen einer Ataxie die medizinische Diagnose einer AVED gestellt oder bei Menschen in beiden Allelen des TTPA-Gens eine loss-of-function Mutation festgestellt wird, können Vitamin-E-haltige Arzneimittel mit einer entsprechenden Zulassung ausnahmsweise zu Lasten der GKV verordnet werden, da diese den Therapiestandard darstellen.

Die in Anlage I aufgeführten apothekenpflichtigen, nicht verschreibungspflichtigen Arzneimittel sind für die dort genannten Indikationen für Erwachsene und Jugendliche ab zwölf Jahren unter Beachtung der Wirtschaftlichkeit zu Lasten der GKV verordnungsfähig.

Den vollständigen Beschluss des G-BA sowie die vollständige Anlage I der Arzneimittel-Richtlinie finden Sie im Internet unter [www.g-ba.de/Richtlinien/Arzneimittel-Richtlinie/Anlage I](http://www.g-ba.de/Richtlinien/Arzneimittel-Richtlinie/Anlage_I).

### 2.2. Änderung der Anlage II (Lifestyle-Arzneimittel) der Arzneimittel-Richtlinie: Aktualisierung und Ergänzung

Mit Wirkung zum 6. April 2022 wurde die Anlage II der Arzneimittel-Richtlinie geändert.

In der Tabelle zu dem Abschnitt „Abmagerungsmittel (zentral wirkend)“ wurden in der Zeile zum Wirkstoff „A 08 AH 02 Fucus vesiculosus“ die Fertigarzneimittel „Cefamagar“ und „Formoline A Figurtropfen“ eingefügt:

Wirkstoff	Fertigarzneimittel, alle Wirkstärken
A 08 AH 02 Fucus vesiculosus	Cefamagar, Formoline A Figurtropfen, Fucus-Gastreu S R59, Gracia, Redumax

Nummer 42b neu eingefügt

Fertigarzneimittel eingefügt

In der Tabelle zu dem Abschnitt „Sexuelle Dysfunktion“ wurde in der Zeile zum Wirkstoff „Turne-ra diffusa“ das Fertigarzneimittel „libiLoges“ eingefügt:

Wirkstoff	Fertigarzneimittel, alle Wirkstärken
Turnera diffusa	Cefagil, DESEO, libiLoges, Neradin

Eingefügte  
Fertigarzneimittel

In der Tabelle zu dem Abschnitt „Steigerung des sexuellen Verlangens“ wurde in der Zeile zum Wirkstoff „Turnera diffusa Kombinationen“ das Fertigarzneimittel „LIBOMAX“ eingefügt:

Wirkstoff	Fertigarzneimittel, alle Wirkstärken
Turnera diffusa Kombinationen	Damiana N Oligoplex, LIBOMAX, Virilis – Gastreu S R41, Yohimbin Vitalkomplex

In der Tabelle zu dem Abschnitt „Nikotinabhängigkeit“ wurde folgende Zeile angefügt:

Wirkstoff	Fertigarzneimittel, alle Wirkstärken
N 07 BA 04 Cytisin	ASMOKEN

Hinweis:

Bei dem verschreibungspflichtigen Fertigarzneimittel ASMOKEN zur Raucherentwöhnung und Verminderung des Verlangens nach Nikotin bei Rauchern, die willens sind mit dem Rauchen aufzuhören, handelt es sich um ein Anwendungsgebiet, das grundsätzlich von Gesetzes wegen von der Versorgung der Versicherten ausgeschlossen ist.

Die in der Anlage II aufgeführten Wirkstoffe bzw. Fertigarzneimittel sind in den genannten Indikationen nicht zu Lasten der GKV Verordnungsfähig.

Den vollständigen Beschluss des G-BA sowie die vollständige Anlage II finden Sie im Internet unter [www.g-ba.de/Richtlinien/Arzneimittel-Richtlinie/Anlage II](http://www.g-ba.de/Richtlinien/Arzneimittel-Richtlinie/Anlage II).

### 2.3. ARIKAYCE® liposomal (Amikacin liposomal) als Praxisbesonderheit anerkannt

ARIKAYCE® liposomal (Wirkstoff: Amikacin liposomal) wird nach einer Vereinbarung zwischen dem GKV-Spitzenverband und dem pharmazeutischen Unternehmer Insmed Netherlands B.V. ab dem 18. Februar

2022 im Anwendungsgebiet mit einem Zusatznutzen laut G-BA-Beschluss vom 20. Mai.2021 ab dem ersten Behandlungsfall als Praxisbesonderheit anerkannt:

- ARIKAYCE® liposomal wird angewendet zur Behandlung von Lungeninfektionen, verursacht durch zum Mycobacterium-avium Komplex (MAC) gehörende nicht-tuberkulöse Mykobakterien (NTM), bei Erwachsenen mit begrenzten Behandlungsoptionen, die keine zystische Fibrose haben.

Wenn nach maximal 6-monatiger Behandlungsdauer keine Konversion der Sputumkultur erzielt wurde, sollte die Behandlung mit liposomalem Amikacin zur Inhalation nicht weiter fortgesetzt werden

Die Vorgaben der Fachinformation sind zu berücksichtigen. Weitere Anwendungsgebiete oder Patientengruppen sind nicht von der Praxisbesonderheit umfasst. Die Anerkennung als Praxisbesonderheit besteht, solange Insmed Netherlands B.V. ARIKAYCE® liposomal in Deutschland vertreibt.

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

#### 2.4. Sirturo® (Bedaquilin) - Änderung der Befristung und Regelung der Praxisbesonderheit

##### **Änderung der Befristung:**

Im ersten Anwendungsgebiet wurde die Befristung des Beschlusses verlängert bis zum 31. Juli 2023.

##### **Änderung bei Alter und Körpergewicht:**

Im zweiten Anwendungsgebiet wurden die Regelungen zum Alter und Körpergewicht herabgesetzt (von jugendliche auf pädiatrische Patienten).

Nachfolgend sind die Regelungen zur Anerkennung als Praxisbesonderheit nochmal aufgeführt.

Sirturo® (Wirkstoff: Bedaquilin) wird ab dem 15. Januar 2020 nach einer Vereinbarung zwischen dem GKV-Spitzenverband und dem pharmazeutischen Unternehmer Janssen-Cilag ab dem ersten Behandlungsfall als Praxisbesonderheit ausschließlich in den Anwendungsgebieten mit Zusatznutzen laut G-BA-Beschlüssen vom 4. Juli 2019, vom 20. August 2020 und vom 16. September 2021 anerkannt.

Die Anwendungsgebiete mit Zusatznutzen lauten:

1. Sirturo® ist indiziert für die Behandlung erwachsener Patienten mit multiresistenter pulmonaler Tuberkulose (multidrug-resistant



Mycobacterium tuberculosis; MDR-TB), wenn ein wirksames Behandlungsregime aufgrund von Resistenz oder Unverträglichkeit nicht anders als mit Bedaquilin (als Teil einer geeigneten Kombinationstherapie) zusammengestellt werden kann.

In diesem Anwendungsgebiet als Teil einer geeigneten Kombinationstherapie wurde dem Präparat ein beträchtlicher Zusatznutzen zuerkannt mit einer Befristung des Beschlusses bis zum 31. Juli 2023.

2. Änderungen und Neuerungen Sirturo® wird bei erwachsenen und pädiatrischen Patienten (im Alter von 5 Jahren bis unter 18 Jahren und mit einem Körpergewicht von mindestens 15 kg) als Teil einer geeigneten Kombinationstherapie der MDR-TB angewendet, wenn ein wirksames Behandlungsregime aufgrund von Resistenz oder Unverträglichkeit nicht anders zusammengestellt werden kann. Die offiziellen Leitlinien für den angemessenen Gebrauch von antibakteriellen Wirkstoffen sind zu berücksichtigen.

Bei Jugendlichen mit einem Körpergewicht zwischen 30 und 40 kg wird eine durchschnittlich höhere Exposition im Vergleich zu erwachsenen Patienten erwartet. Dies könnte mit einem erhöhten Risiko einer QT-Verlängerung oder Hepatotoxizität verbunden sein. Es wird empfohlen Bedaquilin (Sirturo) unter direkter Überwachung [directly observed therapy (DOT)] anzuwenden.

In diesem Anwendungsgebiet als Teil einer geeigneten Kombinationstherapie wurde dem Präparat ein Anhaltspunkt für einen nicht quantifizierbaren Zusatznutzen zuerkannt, da die wissenschaftliche Datengrundlage eine Quantifizierung nicht zulässt.

Die Vorgaben der Fachinformation sind zu berücksichtigen. Weitere Anwendungsgebiete oder Erweiterungen des Anwendungsgebietes sind nicht von der Praxisbesonderheit umfasst. Die Anerkennung als Praxisbesonderheit besteht, solange Janssen-Cilag Sirturo® in Deutschland vertreiben.

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

## 2.5. Lynparza® (Olaparib) in weiterer Teilindikation als Praxisbesonderheit anerkannt

Lynparza® (Wirkstoff: Olaparib) wird nach einer Vereinbarung zwischen dem GKV-Spitzenverband und dem pharmazeutischen Unternehmer AstraZeneca

Befristung bis  
31. Juli 2023

Änderungen und  
Neuerungen

Nicht quantifizierbarer  
Zusatznutzen

1. ab dem 1. Juni 2019 im Anwendungsgebiet mit einem Zusatznutzen laut G-BA-Beschluss vom 6. Dezember 2018 (Anwendungsgebiet 1; OvaCa ab 2L),
2. ab dem 1. September 2020 in dem Anwendungsgebiet mit einem Zusatznutzen laut G-BA-Beschluss vom 16. Januar 2020 (Anwendungsgebiet 2; MammaCa),

### **Neues Anwendungsgebiet**

3. ab dem 1. März 2022 in dem Anwendungsgebiet mit einem Zusatznutzen laut G-BA-Beschluss vom 3. Juni 2021 (Anwendungsgebiet 3; ProstataCa),

ab dem ersten Behandlungsfall als Praxisbesonderheit anerkannt. Diese Praxisbesonderheit ersetzt die Praxisbesonderheit vom 11. August 2020 für Lynparza®.

Nachfolgend sind die zugehörigen Anwendungsgebiete und weitere Hinweise aufgeführt:

1. **Ovarialkarzinom (Anwendungsgebiet 1; OvaCa ab 2L)**  
Geltungsbeginn der Praxisbesonderheit ab dem 1. Juni 2019

Als Monotherapie wird Lynparza® angewendet für die Erhaltungstherapie von erwachsenen Patientinnen mit einem Platin-sensitiven Rezidiv eines high-grade epithelialen Ovarialkarzinoms, Eileiterkarzinoms oder primären Peritonealkarzinoms, die auf eine Platin-basierte Chemotherapie ansprechen (vollständig oder partiell).

In diesem Anwendungsgebiet sah der G-BA einen Anhaltspunkt für einen geringen Zusatznutzen gegenüber Beobachtendem Abwarten.

2. **Mammakarzinom (Anwendungsgebiet 2; MammaCa)**  
Geltungsbeginn der Praxisbesonderheit ab dem 1. September 2020

Als Monotherapie wird Lynparza® angewendet für die Behandlung von erwachsenen Patienten mit BRCA1/2-Mutationen in der Keimbahn, die ein HER2-negatives, lokal fortgeschrittenes oder metastasiertes Mammakarzinom haben.

Die Patienten sollten zuvor mit einem Anthrazyklin und einem Taxan im (neo)adjuvanten oder metastasierten Setting behandelt worden sein, es sei denn, die Patienten waren für diese Behandlungen nicht geeignet. Patienten mit Hormonrezeptor (HR)-positivem Mammakarzinom sollten außerdem eine Krankheitsprogression während oder nach einer vorherigen endokrinen Therapie aufweisen oder für eine endokrine Therapie nicht geeignet sein.

Hinweis: Vor Einleitung der Lynparza-Therapie bei Patienten mit Brustkrebs-Suszeptibilitäts-Gen (gBRCA1/2)-mutiertem, humanem-epidermale-Wachstumsfaktor-Rezeptor-2 (HER2)-negativem, metastasiertem Mammakarzinom muss eine schädigende oder vermutet schädigende gBRCA1/2-Mutation in der Keimbahn bestätigt werden. Der gBRCA1/2-Mutationsstatus sollte von einem erfahrenen

Anwendungsgebiete

Hinweis

Labor mittels einer validierten Testmethode nachgewiesen werden. Daten zur klinischen Validierung eines BRCA1/2-Tests im Tumorgebe- webe sind für Brustkrebs derzeit nicht verfügbar.

In diesem Anwendungsgebiet sah der G-BA einen Anhaltspunkt für einen geringen Zusatznutzen gegenüber einer Chemotherapie unter Auswahl von Capecitabin, Vinorelbin oder Eribulin

### Neues Anwendungsgebiet

#### 3. Prostatakarzinom (Anwendungsgebiet 3: ProstataCa)

Geltungsbereich der Praxisbesonderheit ab dem 31. März 2022

Als Monotherapie wird Lynparza® angewendet für die Behandlung von erwachsenen Patienten mit metastasiertem kastrationsresistentem Prostatakarzinom und BRCA1/2-Mutationen (in der Keimbahn und/oder somatisch), deren Erkrankung nach vorheriger Behandlung, die eine neue hormonelle Substanz (new hormonal agent) umfasste, progredient ist.

Eine medikamentöse Kastration mit einem GnRH-Agonisten oder Antagonisten soll während der Behandlung von Patienten, die nicht chirurgisch kastriert sind, fortgeführt werden.

Hinweis: Vor Einleitung der Therapie mit Lynparza® muss bei Patienten mit BRCA1/2-mutiertem metastasiertem kastrationsresistentem Prostatakarzinom eine schädigende oder vermutet schädigende BRCA1/2-Mutation nachgewiesen werden. Der BRCA1/2-Mutationsstatus sollte von einem erfahrenen Labor mittels einer validierten Testmethode nachgewiesen werden. Patienten, die positiv auf Mutationen der BRCA1/2-Gene getestet werden, sollte eine genetische Beratung gemäß den nationalen Vorschriften angeboten werden.

In diesem Anwendungsgebiet sah der G-BA einen Anhaltspunkt für einen beträchtlichen Zusatznutzen gegenüber einer patientenindividuellen Therapie unter Auswahl von Abirateron, Enzalutamid, Cabazitaxel und Docetaxel; unter Berücksichtigung der Vortherapien sowie unter Beachtung der Zulassung der jeweiligen Arzneimittel.

Die Vorgaben der Fachinformation sind zu berücksichtigen. Weitere Anwendungsgebiete oder Erweiterungen des Anwendungsgebietes sind nicht von der Praxisbesonderheit umfasst. Die Anerkennung als Praxisbesonderheit besteht, solange AstraZeneca Lynparza® in Deutschland vertriebt.

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

Hinweis

## 2.6. Plexus-Webinare zu den Themen „Update psychoonkologischer Beratung und Behandlung von Krebspatienten“ und „Neuerungen Palliativmedizin“

Im Mai, Juni und Juli finden weitere Webinare der KVN Online-Fortbildungsplattform „plexus“ statt:

### Webinar 1 „Update psychoonkologischer Beratung und Behandlung von Krebspatienten“

Als Referent spricht Herr Prof. Dr. phil. Weis, promovierter Psychologe und approbierter psychologischer Psychotherapeut. Seit 2017 leitet Prof. Weis die Stiftungsprofessur für Selbsthilfeforschung mit Schwerpunkt Krebs-Selbsthilfe an der Universität Freiburg.

Mittwoch, 11. Mai 2022 von 15 bis 16 Uhr  
Freitag, 13. Mai 2022 von 16 bis 17 Uhr.

Termine

### Webinar 2 „praxisrelevante Neuerungen der S3-Leitlinie für die Palliativmedizin“

Prof. Dr. Simon ist Facharzt für innere Medizin mit einer Zusatzweiterbildung in Palliativmedizin. Außerdem leitet er an der Uniklinik Köln den palliativmedizinischen Dienst, das klinische Studienzentrum für Palliativmedizin und das Leitliniensekretariat.

Mittwoch, 22. Juni 2022 von 16 bis 17 Uhr  
Freitag, 1. Juli 2022 von 16 bis 17 Uhr

Termine

Teilnahmeberechtigt an den Webinaren sind ausschließlich niedergelassene Ärzte, Psychotherapeuten und MFA aus Niedersachsen. Die Teilnahme ist kostenlos. Eine Einladung erhalten Sie bald über den plexus-Newsletter. Unter [kvn-team@plexus.de](mailto:kvn-team@plexus.de) können Sie sich für den Newsletter anmelden.

## 2.7. Änderung der Anlage II (Lifestyle-Arzneimittel) der Arzneimittel-Richtlinie: Setmelanotide

Mit Wirkung zum 30. April 2022 wurde die Anlage II der Arzneimittel-Richtlinie geändert. Der Tabelle zu dem Abschnitt „Abmagerungsmittel (zentral wirkend)“ wurde folgende Zeile angefügt:

Wirkstoff	Fertigarzneimittel, alle Wirkstärken
A 08 AA 12 Setmelanotide (Ausnahme im Zusammenhang mit bestätigtem biallelischem Pro-Opiomelanocortin (POMC), einschließlich PCSK1, Mangel oder bestätigter Leptinrezeptor-Mangel-Adipositas (LEPR) bei Erwachsenen und Kindern ab sechs Jahren)	Imcivree

Der G-BA führt an, dass der o. g. Wortlaut für den Verordnungsausschluss nicht vollständig dem Wortlaut der Zulassung bzw. der deutschen Fachinformation entspricht, dieser lautet:

„im Zusammenhang mit genetisch bestätigtem, durch Funktionsverlustmutationen bedingtem biallelischem Proopiomelanocortin(POMC)-Mangel (einschließlich PCSK1) oder biallelischem Leptinrezeptor(LEPR)-Mangel“.

Beim Einsatz von Setmelanotide zur Behandlung von Fettleibigkeit und zur Kontrolle des Hungers, handelt es sich um ein Anwendungsgebiet, das der Abmagerung, Zügelung des Appetits und zur Regulierung des Körpergewichts dient und damit grundsätzlich von der Versorgung der Versicherten ausgeschlossen ist.

Trotz dieses Umstandes ist aufgrund des vorgesehenen Einsatzes bei einem genetischen Defekt, der zu Störungen im Leptin-Melanocortin-Signalweg führt, und der darauf fußenden Schwere der Erkrankung jedoch davon auszugehen, dass bei der Behandlung eine medizinisch notwendige therapeutische Intervention und keine Erhöhung der Lebensqualität im Vordergrund steht, um eine Verordnungsfähigkeit für diese eng begrenzte Konstellation eines seltenen Gendefekts zu begründen.

Die in der Anlage II aufgeführten Wirkstoffe bzw. Fertigarzneimittel sind, außer in den aufgeführten Ausnahmefällen, in den genannten Indikationen nicht zu Lasten der GKV ordnungsfähig.

Den vollständigen Beschluss des G-BA sowie die vollständige Anlage II finden Sie im Internet unter [www.g-ba.de/Richtlinien/Arzneimittel-Richtlinie/Anlage II](http://www.g-ba.de/Richtlinien/Arzneimittel-Richtlinie/Anlage II).

## **2.8. Lieferengpass Tamoxifen - Großhandel muss vorrangig importiertes Tamoxifen aufbrauchen**

Um den bestehenden versorgungsrelevanten Lieferengpass von tamoxifenhaltigen Arzneimitteln zu überbrücken, ordnet das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) an, dass der pharmazeutische Großhandel eine bevorzugte Abgabe der tamoxifenhaltigen Importarzneimittel vorzunehmen hat.

Arzneimittel, die im Rahmen einer Gestattung zur Überbrückung des Lieferengpasses importiert wurden, sind durch den Großhandel vorrangig abzugeben. Dies schließt auch Fälle ein, in denen sich die Bestellung von Apotheken beim Großhandel auf ein anderes und verfügbares tamoxifenhaltiges Fertigarzneimittel bezieht.

Hintergrund des Beschlusses: nach der Aufhebung des Versorgungsmangels ist eine kontinuierliche Bereitstellung tamoxifenhaltiger Arzneimittel sicherzustellen. Daher ist es notwendig, dass die auf der Grundlage von Ausnahmegenehmigungen importierten und verkehrsfähigen tamoxifenhaltigen Importarzneimittel aufzubreuchen sind. Die tamoxifenhaltigen Arzneimittel mit deutscher Zulassung sollen erst dann dem

Hintergrund

Markt zugeführt werden, wenn die importierten Arzneimittel aufgebraucht sind.

Alle wesentlichen Informationen zu dem aktuellen Bescheid des BfArM über die Anordnung für tamoxifenhaltige Arzneimittel finden Sie auf der Internetseite des BfArM unter dem folgendem Link:

[https://www.bfarm.de/DE/Arzneimittel/Arzneimittelinformationen/Lieferengpaesse/Tamoxifen/\\_node.html](https://www.bfarm.de/DE/Arzneimittel/Arzneimittelinformationen/Lieferengpaesse/Tamoxifen/_node.html)

## 2.9. Heilmittelbehandlung per Video

Mit der Änderung der Heilmittel-Richtlinie (aufgrund der Corona-Pandemie) hatte der Gemeinsame Bundesausschuss bereits im letzten Jahr die Voraussetzungen für telemedizinische Heilmittelbehandlungen geschaffen. Nun wurde festgelegt, welche der verordnungsfähigen Heilmittel für eine Behandlung per Video geeignet sind.

Die ersten Verträge wurden nunmehr für die Bereiche Physio- und Ernährungstherapie veröffentlicht und sind rückwirkend zum 1. April 2022 in Kraft getreten. In den Bereichen der Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie sowie der Ergotherapie wurden bisher keine Verträge abgeschlossen.

Die Entscheidung, ob eine Heilmittelbehandlung per Video stattfindet, trifft der Therapeut zusammen mit dem Patienten. Ein Wechsel zu einer persönlichen Behandlung ist jederzeit möglich. Ob die Behandlung per Video oder persönlich stattfindet, hat keinen Einfluss auf die Verordnung. Sollten allerdings medizinische Gründe gegen eine telemedizinische Versorgung sprechen, kann der Arzt die Videobehandlung auf dem Verordnungsvordruck (Formular 13) durch einen entsprechenden Hinweis (im Feld „ggf. Therapieziele/weitere med. Befunde und Hinweise“) ausschließen. Ergibt sich während der Therapie, dass dennoch eine Behandlung per Video geeignet ist, so ist dies möglich - allerdings erst nach Zustimmung des Patienten und nur nach ärztlicher Rücksprache.

Eine Video-Behandlung erfolgt in Echtzeit, aufgezeichnete Videofilme oder digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) sind keine Behandlung im Sinne der Heilmittel-Richtlinie. Wenn der Beratungsaspekt im Vordergrund steht, kann in Einzelfällen auch eine telefonische Behandlung stattfinden (z. B. Ernährungsberatung).

Die erste Behandlung im jeweiligen Ordnungsfall findet im persönlichen Kontakt statt, wie auch die regelmäßigen Verlaufskontrollen während der Heilmitteltherapie.

Maßgeblich ist außerdem immer das Therapieziel, wird dieses durch persönlichen Kontakt effizienter erreicht, ist die persönliche Behandlung vorzuziehen. Kann über eine Videobehandlung das Therapieziel nicht erreicht werden oder gibt es Übertragungsprobleme, muss die Behandlung im persönlichen Kontakt fortgesetzt werden.

Die telemedizinischen Leistungen sind auf einen bestimmten Anteil an verordneten Behandlungseinheiten je Verordnung begrenzt (siehe Tabelle):

Absprache

Verordnungsfähiges Heilmittel	Anteil an verordneten Behandlungseinheiten
Allgemeine Krankengymnastik (KG) - Einzelbehandlung	kann bis zur Hälfte der verordneten Behandlungseinheiten als telemedizinische Leistung erbracht werden
Allgemeine Krankengymnastik (KG) - Gruppenbehandlung	kann bis zur Hälfte der verordneten Behandlungseinheiten als telemedizinische Leistung erbracht werden
Krankengymnastik zur Behandlung schwerer Erkrankungen der Atmungsorgane (KG Muko)	kann bis zur Hälfte der verordneten Behandlungseinheiten als telemedizinische Leistung erbracht werden
KG-ZNS-Kinder nach Bobath	von den verordneten Behandlungseinheiten können bis zu 3 Behandlungseinheiten als telemedizinische Leistung erbracht werden, dies gilt insbesondere für die Anleitung der Bezugspersonen
KG-ZNS-Erwachsene nach Bobath	von den verordneten Behandlungseinheiten können bis zu 3 Behandlungseinheiten als telemedizinische Leistung erbracht werden, dies gilt insbesondere für die Anleitung der Bezugspersonen
Manuelle Therapie	von den verordneten Behandlungseinheiten kann bis zu 1 Behandlungseinheit als telemedizinische Leistung erbracht werden

Telemedizinische Leistungen

## 2.10. Accuzide® und Accupro® - Rückruf wegen Verunreinigung mit Nitrosaminen

In Accuzide® (Quinaprilhydrochlorid und Hydrochlorothiazid) und Accupro® (Quinalaprilhydrochlorid) wurden Verunreinigungen mit Nitrosaminen nachgewiesen. Der Rückruf wegen Verunreinigung mit Nitrosaminen erfolgte vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) vorsorglich für alle Chargen (Stärken und Packungsgrößen) der Arzneimittel Accuzide® und Accupro®. Derzeit können keine Angaben gemacht werden, wann die Arzneimittel wieder verfügbar sein werden, so dass Engpässe zu erwarten sind. Bei Patienten, die bereits Accuzide® oder Accupro® einnehmen, kann möglicherweise die Behandlung nicht fortgesetzt werden und verschreibende medizinische Fachkräfte können eine Umstellung der Behandlung auf eine Alternative in Betracht ziehen.

Alle wesentlichen Informationen vom BfArM zu den Rückrufen von Accuzide® und Accupro® aufgrund der Nitrosaminverunreinigung sowie die Rote-Hand-Briefe finden Sie auf der Internetseite des BfArM unter folgenden Links:

<https://www.bfarm.de/SharedDocs/Risikoinformationen/Pharmakovigilanz/DE/RHB/2022/rhb-accuzide.html>

[https://www.bfarm.de/SiteGlobals/Forms/Suche/Servicesuche\\_Formular.html?nn=471274&resourceId=468548&input\\_=1156578&pageLocale=de&templateQueryString=accupro&submit.x=0&submit.y=0](https://www.bfarm.de/SiteGlobals/Forms/Suche/Servicesuche_Formular.html?nn=471274&resourceId=468548&input_=1156578&pageLocale=de&templateQueryString=accupro&submit.x=0&submit.y=0)

### 2.11. Änderung der Anlage I (OTC-Übersicht) der Arzneimittel-Richtlinie, Zinkverbindungen

Mit Wirkung zum 4. Mai 2022 wurde die Anlage I der Arzneimittel-Richtlinie geändert und in Nummer 45 Zinkverbindungen das Wort „Haemodialysebehandlung“ durch das Wort „Dialysebehandlung“ ersetzt, so dass die Formulierung nun lautet:

Zinkverbindungen als Monopräparate nur zur Behandlung der enteropathischen Akrodermatitis und durch Dialysebehandlung bedingten nachgewiesenem Zinkmangel sowie zur Hemmung der Kupferaufnahme bei Morbus Wilson.

Die Anpassung erfolgte vor dem Hintergrund, dass neben der Hämodialyse inzwischen auch weitere Dialyseverfahren wie die Peritonealdialyse oder die Hämofiltration zur Anwendung kommen, so dass auch bei einem nachgewiesenen Zinkmangel durch andere Verfahren der Dialyse Zinkverbindungen ebenso ausnahmsweise verordnungsfähig sind.

Die in Anlage I aufgeführten apothekenpflichtigen, nicht verschreibungspflichtigen Arzneimittel sind für die dort genannten Indikationen für Erwachsene und Jugendliche ab zwölf Jahren unter Beachtung der Wirtschaftlichkeit zu Lasten der GKV verordnungsfähig.

Den vollständigen Beschluss des G-BA sowie die vollständige Anlage I der Arzneimittel-Richtlinie finden Sie im Internet unter [www.g-ba.de/Richtlinien/Arzneimittel-Richtlinie/Anlage I](http://www.g-ba.de/Richtlinien/Arzneimittel-Richtlinie/Anlage I).

Neue Formulierung

## 3. Allgemeine Hinweise

### 3.1. Die elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (eAU) wird zum 1. Juli 2022 verpflichtend

Zum 1. Juli 2022 wird die elektronische Übermittlung der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung in Form der „eAU“ an die Krankenkassen verpflichtend.

Das bedeutet, dass ab dem 1. Juli 2022 Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen nur noch digital via KIM-Dienst an die zuständige Krankenkasse übermittelt werden dürfen. Praxen, die noch nicht über einen KIM-Dienst verfügen oder hier technische Installationsprobleme haben, müssen über ihr Praxisverwaltungssystem (PVS) mit dem bis dahin installierten eAU-Modul das im Bundesmantelvertrag vorgesehene Ersatzverfahren anwenden.

Die AU-Bescheinigung wird dabei über ein Stylesheet in mehrfacher Ausfertigung für den Patienten, die Krankenkasse und den Arbeitgeber ausgedruckt. Die bisherige Übergangsregelung für Praxen (Nutzung des „gelben Scheins“ (Muster 1), solange die technischen Voraussetzungen für die eAU in der Praxis noch nicht vorliegen) läuft zum 30. Juni 2022 aus. Dies bedeutet auch, dass seitens der gesetzlichen Krankenkassen



keine Finanzierung der Muster 1-Formulare über den 30. Juni 2022 hinaus besteht und es daher keine Bestellmöglichkeit mehr beim Paul-Albrecht-Verlag gibt. Die KVN empfiehlt dringend, sich mit dem TI-Ansprechpartner (Dienstleister vor Ort, PVS Anbieter) in Kontakt zu setzen, um ggf. versäumte Installation des eAU-Moduls sowie die Einrichtung des KIM-Dienstes in der Praxis-Software bis Ende Juni vorzunehmen.

### 3.2. Anpassung TI-Finanzierung

Die KVN möchte darüber hinaus informieren, dass die Finanzierungsvereinbarung zur Telematikinfrastruktur (TI) angepasst wird. Praxen erhalten zukünftig höhere Kostenerstattungen für die TI. Das hat das Bundesschiedsamt entschieden, nach dem sich die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der GKV-Spitzenverband nicht einigen konnten. So werden die Pauschalen für E-Health-Kartenterminals, für den KIM-Dienst und weitere Anwendungen angehoben sowie zusätzliche neue Pauschalen eingeführt. Auch die Finanzierung von Aufsätzen für störanfällige Kartenterminals sowie eine zukünftige Pauschale für den Austausch defekter Konnektoren ist vorgesehen. Die Auszahlung der Kostenpauschale erfolgt über die KVN. Da die o. g. Änderungen zunächst in der Finanzierungsvereinbarung festgehalten werden müssen, erhalten Praxen zum Auszahlungsprozess und Zeitpunkt der Erstattung ein separates Informationsschreiben seitens der KVN.

Weitere Informationen und eine detaillierte Ausführung der geplanten Anpassung befinden sich unter [https://www.kbv.de/html/1150\\_57938.php](https://www.kbv.de/html/1150_57938.php)

### 3.3. TI-Finanzierung: Aufsatz für störanfällige stationäre Kartenterminals gemäß 17. Änderungsvereinbarung der TI-Finanzierungsvereinbarung (Anlage 32 BMV-Ä)

Mit der 17. Änderungsvereinbarung der TI-Finanzierungsvereinbarung (Anlage 32 BMV-Ä) wurde ab dem 1. April 2022 eine Kostenerstattungsregelung für die Aufsätze auf stationäre Kartenterminals des Herstellers Ingenico (Worldline Healthcare GmbH) getroffen, welche am Empfang der Praxis für das Versichertenstammdatenmanagement genutzt werden. Praxen, die sich vor dem 1. Oktober 2022 an die Telematikinfrastruktur angeschlossen haben, erhalten in Abhängigkeit von der Praxisgröße zum Auszahlungszeitpunkt der Erstausrüstung einmalig nachfolgenden „Kartenterminal-Zuschlag“, der sowohl die Kosten für den Aufsatz als auch für den Versand abdeckt.

Praxisgröße (kumuliertes Vollzeitäquivalent)	Höhe der Kostenerstattung
<=3	35,46 Euro
<3 bis <=6	66,28 Euro
>6	97,10 Euro

Kostenerstattung

**Praxen, die mindestens ein stationäres Kartenterminal des Herstellers Ingenico besitzen, müssen dies gegenüber der KVN durch (einmaliges) Ansetzen der Kennzeichnungsziffer 97134 auf einem beliebigen Behandlungsfall erklären.**

Das Ansetzen dieser GOP löst bei Anspruchsberechtigung die Erstattung der o. g. Pauschale aus. Ein erneutes Ansetzen der GOP 97134 ist in einem Folgequartal nicht nötig.

Die Auszahlung der Erstattung findet erstmalig mit der Honorarrestzahlung für das zweite Quartal 2022 am 14. Oktober 2022 statt.

Der Aufsatz kann von den Praxen über den TI-Dienstleister oder über den Webauftritt des Herstellers Ingenico bestellt werden.

Seit Beginn des Jahres kommt es beim Einlesen der neuen Generation 2.1 der eGK mit stationären Kartenterminals durch elektrostatische Entladungen zu technischen Problemen, welche häufig zum Absturz der gesamten Praxis-EDV führen. Diese Abstürze wiederum führen zu gravierenden Problemen im Praxisbetrieb. Der nunmehr durch die obige Kostenerstattungsregelung finanzierte Aufsatz sichert die statische Entladung der eGK und verhindert damit die genannten technischen Probleme.

Hinweis

Hintergrund der  
Änderung

#### **3.4. Befragung von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zu Auswirkungen von Covid-19**

Die Abteilung Pädagogische und Entwicklungspsychologie der TU-Chemnitz sucht PsychotherapeutInnen sowie Kinder- und JugendpsychotherapeutInnen, die Therapien in Zeiten von Covid-19 angeboten haben und noch anbieten und an einer 15-minütigen Online-Befragung teilnehmen wollen. Das Thema der Untersuchung sind Auswirkungen von Covid-19 und den damit verbundenen Lockdowns auf psychologische und pädagogisch-psychologische Beratungsangebote und Therapien.

Die Onlinebefragung findet über die Plattform LimeSurvey statt, die unter folgendem Link aufgerufen werden kann: <http://phil-web.phil.tu-chemnitz.de/paedpsy/limesurvey/index.php?r=survey/index/sid/528491/lang/de>

#### **3.5. Hinweise des Niedersächsischen Landesgesundheitsamts (NLGA) und der Gewerbeaufsicht in Niedersachsen zur Beförderung von positiv getesteten COVID-19-Patienten im Taxi/Mietwagen**

Als Anlage zu diesem Rundbrief erhalten Sie eine Information des NLGA und der Gewerbeaufsicht in Niedersachsen zur Beförderung von positiv getesteten COVID-19-Patienten im Taxi/Mietwagen.

Die Hinweise finden Sie auch auf der Homepage der KVN unter: <https://www.kvn.de/Mitglieder/Verordnungen/Sonstige+Verordnungen.html> im Downloadbereich.

#### **Anlage 5.1: Information des NLGA**

### **3.6. Keine weitere Verlängerung der befristeten Ausnahmeregelung für die Untersuchungszeiträume der U6 bis U9 im Zusammenhang mit der COVID-19-Epidemie und formale Anpassungen am Gelben Heft**

A

Die Regelung, dass die genannten Untersuchungen außerhalb der festgelegten Untersuchungszeiträume und Toleranzzeiten durchgeführt werden können, wurde vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) nicht verlängert. Die Sonderregelung zur Kinder-Richtlinie läuft zum 30. Juni 2022 aus. Ab dem dritten Quartal gelten dann wieder die Fristen und Vorgaben in der Kinder-Richtlinie des G-BA und den Allgemeinen Bestimmungen zum EBM.

Regelung läuft zum  
30. Juni 2022 aus

Des Weiteren hat der G-BA die Wiederaufnahme der sogenannten Patientenummer bei den spezialisierten Früherkennungsuntersuchungen (auf sie wurde ab 2017 verzichtet) beschlossen. Die Praxis hat gezeigt, dass sich die vorab durch die Labore als sogenannte Klebchen zur Verfügung gestellten Patientenummern zur Sicherstellung der Durchführung der Screenings bewährt haben.

Außerdem wurde die Quellenangabe zum „Frontooccipitalen Kopfumfang“ im Gelben Heft korrigiert. Mit dem Beschluss schafft der G-BA die formalen Voraussetzungen für die Überführung des papiergebundenen Untersuchungshefts für Kinder in ein digitales Kinder-Untersuchungsheft.

Die Beschlüsse bedürfen noch der Zustimmung des Bundesgesundheitsministeriums. Über das Inkrafttreten des Beschlusses werden wir Sie zeitnah informieren.

### **3.7. Nicht-invasive Pränataldiagnostik zur Bestimmung des Risikos autosomaler Trisomien 13, 18 und 21 mittels eines molekulargenetischen Tests (NIPT) voraussichtlich ab Juli 2022 eine neue GKV-Leistung**

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat am 19. September 2019 die Anwendungsmöglichkeiten und -grenzen nichtinvasiver molekulargenetischer Tests (NIPT-Trisomie 13, 18, 21) zu Lasten der GKV beraten. Der Beschluss ist am 9. November 2021 in Kraft getreten.

Der Beschluss sieht vor, dass ein NIPT-Trisomie 13, 18, 21 bei Schwangerschaften mit besonderen Risiken in begründeten Einzelfällen und nach ärztlicher Beratung unter Verwendung einer Versicherteninformation eingesetzt werden kann.

Die Versicherteninformation wurde inzwischen als Anlage 8 der Mutterschafts-Richtlinie beschlossen. Sie ist als Bestandteil der ärztlichen Leistung verpflichtend zur Unterstützung der Beratung zu Untersuchungen auf Trisomie 13, 18 und 21 der Versicherten in Schriftform auszuhandigen.

Die Versicherteninformation kann in Kürze über den Bestellschein „Vordrucke, Broschüren, Flyer: GKV allgemein“ beim Zentralversand der Bezirksstelle Hannover bestellt werden. Den Bestellschein finden Sie auf unserer Homepage unter: [https://www.kvn.de/Mitglieder/Praxisführung/Formularbestellungen.html](https://www.kvn.de/Mitglieder/Praxisfuehrung/Formularbestellungen.html)

Derzeit wird im Bewertungsausschuss über die Vergütungen für den Test und die Beratungsleistung verhandelt. Liegen diese vor, kann die neue Leistung als GKV-Leistung erbracht und abgerechnet werden. Über den Beschluss des Bewertungsausschusses zur Aufnahme der Beratungs- und Laborleistungen des NIPT auf Trisomie 13, 18 und 21 in den EBM und den Zeitpunkt des Inkrafttretens werden Sie zeitnah informieren.

#### **Erwerb der erforderlichen Qualifikation**

Voraussetzung für die ärztliche Beratung zum NIPT auf Trisomie 13, 18 und 21 ist gemäß Gendiagnostikgesetz der Erwerb der Qualifikation zur fachgebundenen genetischen Beratung (72-Stunden-Kurs). Die Inhalte der Beratung vor der Entscheidung zum Test wurden in der Mu-RL konkretisiert. Ziel soll ausdrücklich eine nichtdirektive, neutrale Beratung sein.

Den Beschluss und weitere Informationen finden Sie auf der Internetseite des G-BA unter: [www.g-ba.de/beschluesse/3955](http://www.g-ba.de/beschluesse/3955)

### **3.8. Anpassung der Verordnung von medizinischer Rehabilitation (Muster 61) zum 1. Juli 2022**

Zum 1. Juli 2022 wird es ein neues Muster 61 geben. Hintergrund der Anpassung sind Änderungen an der Rehabilitations-Richtlinie im Zusammenhang mit dem Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz. Die Änderungen betreffen insbesondere die geriatrische Rehabilitation und die neuen gesetzlich vorgegebenen Einwilligungserklärungen von Versicherten. Die Änderungen an der Rehabilitations-Richtlinie hatten wir Ihnen in unserem Februar-Rundschreiben umfassend dargestellt.

#### **Hier nochmals die wichtigsten Änderungen und das weitere Vorgehen im Überblick**

Bei der Verordnung einer geriatrischen Rehabilitation für Versicherte ab 70 Jahren erfolgt künftig keine Prüfung der medizinischen Notwendigkeit mehr durch die Krankenkassen.

Dafür haben die verordnenden Ärzte und Ärztinnen sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten auf dem Muster 61 im Formulareteil B unter I. A. mindestens eine rehabegründende Funktionsdiagnose und unter I. B. mindestens zwei geriatrietypische Diagnosen anzugeben.

Eine Liste der geriatrietypischen Diagnosen befindet sich in den Vordruckerläuterungen zum Muster 61 (Anlage II). Die Vordruckerläuterungen finden Sie auf der Internetseite der KBV unter [www.kbv.de/html/bundesmantelvertrag.php](http://www.kbv.de/html/bundesmantelvertrag.php)

Überblick

Die aus den Diagnosen resultierenden Schädigungen sind mit mindestens zwei geeigneten Funktionstests aus unterschiedlichen Schädigungsbereichen im Formularteil B unter II. C. nachzuweisen, wobei ein Funktionstest für die rehabilitationsbegründende Funktionsdiagnose zu erfolgen hat.

Eine weitere Änderung betrifft den Formularteil D. Hier gibt es in Abschnitt VI unter B ein neues Ankreuzfeld für die Zuweisung in eine geriatrische Rehabilitation. Dies soll eine eindeutige und besser bedienbare Zuweisungsempfehlung ermöglichen.

In einem neuen Formularteil E werden die neuen gesetzlich vorgegebenen Einwilligungserklärungen und Angaben des Versicherten abgebildet. Die verordnenden Ärzte und Ärztinnen sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sind verpflichtet, Versicherte über die Formen der Einwilligung zu informieren. Dabei handelt es sich um:

- die Möglichkeit der Einwilligung zur Übersendung der gutachterlichen Stellungnahme des Medizinischen Dienstes (nach § 40 Absatz 3 Satz 5 SGB V) an die verordnenden Vertragsärzte/-innen oder Vertragspsychotherapeuten/-innen und
- die Möglichkeit der Einwilligung zur Übermittlung der Krankenkassenentscheidung an Angehörige, Vertrauenspersonen und/oder Pflege- und Betreuungseinrichtungen.

Formen der  
Einwilligung

### **Stichtagsregelung beachten**

Bitte beachten Sie, dass ab 1. Juli 2022 ausschließlich die neuen Vordrucke zu verwenden sind. Alte Formulare dürfen nicht aufgebraucht werden.

Bitte bestellen Sie frühzeitig die neuen Vordrucke beim Paul Albrechts Verlag. Bestellungen für das neue Muster 61 können ab dem 1. Juni 2022 beim Paul Albrechts Verlag aufgegeben werden. Sollten Sie für die Zeit bis zum 1. Juli 2022 noch alte Muster 61 benötigen, vermerken sie dies bitte unbedingt auf der Bestellung. Ab dem 13. Juni 2022 werden automatisch die neuen Vordrucke verschickt.

Bestellungen ab  
1. Juni 2022

Das neue Formular 61 wird zeitgleich auch in den Praxisverwaltungssystemen hinterlegt sein.

## 4. Veranstaltungen im Juni und Juli 2022

**Wichtig:** Wir bieten Ihnen für einzelne Präsenzveranstaltungen untenstehende WebSeminare an. Weitere Informationen, welche Angebote für Ihre Praxis und die MitarbeiterInnen am besten geeignet sind, finden Sie auf unserer Internetseite. Dort können Sie sich auch direkt online anmelden: [www.kvn.de/Mitglieder/Fortbildung](http://www.kvn.de/Mitglieder/Fortbildung)

Name	Ort	Datum	Gebühr p. P.
Moderne Wundversorgung	WebSeminar	01.Jun	kostenlos
Die ePA kommt - Eine Einführung zum Start der elektronischen Patientenakte	WebSeminar	01.Jun	kostenlos
Die Krankschreibung wird digital - Eine Einführung zum Start der eAU	WebSeminar	08.Jun	kostenlos
Moderne Wundversorgung	WebSeminar	08.Jun	kostenlos
EBM - Präventionsleistungen in der Arztpraxis	Osnabrück	15.Jun	kostenlos
Existenzgründerseminar Modul 1 „Meine eigene Praxis - Impulse für den Start“	Braunschweig	15.Jun	kostenlos
Meine Zukunft planen - Impulse für die Praxisabgabe	Hannover	15.Jun	kostenlos
QEP®-Intensivkurs (2-tägig)	WebSeminar	17.Jun	130 Euro
Arbeitsschutz in der Arztpraxis	WebSeminar	18.Jun	69 Euro
Sachkundelehrgang gemäß §8 Abs. 4 der Medizinproduktebetrieberverordnung sowie gemäß Anlage 6 der KRINKO/BfArM	Hannover	20.Jun	550 Euro
Sicher und elektronisch verordnen - Eine Einführung zum Start des eRezepts	WebSeminar	22.Jun	kostenlos
Homepagegestaltung in der Arztpraxis	WebSeminar	22.Jun	69 Euro
Medizinprodukte-Aufbereitung Workshop Teil 2	WebSeminar	22.Jun	69 Euro
Management für komplexe Praxisstrukturen (2-tägig)	WebSeminar	24.Jun	130 Euro
Personalführung für PraxisinhaberIn	WebSeminar	25.Jun	69 Euro

Zusammenarbeit neu gedacht - Meine Kooperationsmöglichkeiten heute	WebSeminar	29.Jun	kostenlos
Abrechnung aktuell	WebSeminar	29.Jun	kostenlos
Existenzgründerseminar Modul 1 „Meine eigene Praxis - Impulse für den Start“	Verden	02.Jul	kostenlos
Existenzgründerseminar Modul 1 „Meine eigene Praxis - Impulse für den Start“	WebSeminar	06.Jul	kostenlos
Verordnen von Arzneimitteln ohne „Regressrisiko“	Oldenburg	06.Jul	kostenlos
Praxis Check-up	WebSeminar	06.Jul	69 Euro
Gefährdungsbeurteilung für die Arztpraxis	WebSeminar	06.Jul	69 Euro
Hygiene in der Arztpraxis	WebSeminar	07.Jul	69 Euro
Die Krankschreibung wird digital - Eine Einführung zum Start der eAU	WebSeminar	13.Jul	kostenlos

## 5. Anlagenverzeichnis

### 5.1. Information des NLGA

### 5.2. Sammelerklärung

## Hinweise für die Beförderung von positiv Getesteten im Taxi / Mietwagen

Stand: 07.04.2022

- Voraussetzung ist, dass die oder der Patient\*in aus medizinischer Sicht entsprechend transportfähig ist und eine FFP2-Maske tragen kann.
- Voraussetzung ist, dass Patient\*in und Fahrer\*in eine FFP2 Maske tragen (Fremd- bzw. Eigenschutz). Im besten Fall verfügt das Taxi / der Mietwagen über eine Trennung zwischen Fahrer\*in und Passagier (z.B. Plexiglasscheibe).
- Das setzt jedoch voraus, dass die Fahrer\*innen in die korrekte Handhabung mit FFP2-Masken und hygienischer Händedesinfektion eingewiesen sind. Betriebsärztliche Beratung und Untersuchungen sollten angeboten werden (z.B. aufgrund Kontraindikationen der FFP2-Maske).
- Die oder der Fahrer\*in sollte vollständig gegen COVID-19 geimpft sein.
- Sinnvoll wäre es, wenn die oder der Patient\*in sich vor oder beim Einsteigen die Hände desinfiziert. Die oder der Fahrer\*in muss die Hände desinfizieren, wenn er die Patientin oder den Patienten (aus welchen Gründen auch immer) anfassen muss.
- Zwischen Patient\*in und Fahrer\*in sollte der größtmögliche Abstand gehalten werden.
- Nach der Fahrt muss das Taxi / der Mietwagen ausreichend gelüftet werden (alle Türen für ein paar Minuten auf), um nachfolgende Gäste zu schützen.
- Um die Exposition so kurz wie möglich zu halten, sollten die Fahrten entsprechend kurz sein (Einsatzplanung). Das hat auch den Effekt, dass die Masken-Tragedauer kurz gehalten wird.
- Es sollte eine Absprache zwischen Einrichtung (z.B. Dialyse) und Taxi- / Mietwagenunternehmen geben, damit das Taxi- / Mietwagenunternehmen entscheiden kann, ob es diese Fahrten machen kann und die med. Einrichtungen Empfehlungen über die Hygienemaßnahmen geben können.
- Gruppentransporte sind nicht möglich.









**KVN**

Kassenärztliche Vereinigung  
Niedersachsen

# Informationen für die Praxis

KVN-Rundschreiben

April 2022

## Inhaltsverzeichnis

<b>1. Abrechnung</b> .....	<b>3</b>
1.1. Beschluss des Bewertungsausschusses zum PET/CT bei Hodgkin-Lymphom zum 1. April 2022.....	3
1.2. EBM-Detailänderungen: Anhebung der Kostenpauschalen für Briefe und weitere Anpassungen.....	4
1.3. Neue Funktion in der Online-Anwendung „AbrechnungsCheck“ .....	5
1.4. Organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme (oKFE) Darmkrebs und Zervixkarzinom.....	6
1.5. Coronavirus: Telefonische AU verlängert, andere Sonderregelungen laufen zum 31. März aus, Begrenzungsregelungen der Videosprechstunde von 20% auf 30% erhöht - ein Überblick .....	7
<b>2. Verordnungen</b> .....	<b>10</b>
2.1. Gemeinsame Arbeitsgruppe Arzneimittel - Rezept-Info zum Thema „Spezifische Immuntherapie (SIT)“, Aktualisierung .....	10
2.2. KV-App-Radar geht online.....	11
2.3. Ausgewählte Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel auch ohne ärztliche Verordnung.....	11
2.4. Änderungen der Anlage V der Arzneimittel-Richtlinie - Übersicht der verordnungsfähigen Medizinprodukte	12
2.5. Lieferengpass Tamoxifen - weiterhin Verordnung kleiner Packungsgrößen.....	12
2.6. Cannabis - Begleiterhebung endet am 31. März 2022	13
<b>3. Allgemeine Hinweise</b> .....	<b>14</b>
3.1. Neue Impfvergütungen ab 1. Januar 2022 .....	14
3.2. Arthroskopie-Vereinbarung: Erstellung der ärztlichen Dokumentation gemäß der Qualitätsbeurteilungs-Richtlinie Arthroskopie (QBA-RL) des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) .....	14
3.3. Informationsschreiben der AOK Niedersachsen zur Vervollständigung des HPV-Impfschutzes .....	15

3.4.	Hausarztverträge mit den Ersatzkassen (BARMER, DAK, KKH und hkk).....	15
3.5.	Anpassungen in der Häuslichen-Krankenpflege-Richtlinie (HKP-RL) und Übergangsregelung zur außerklinischen Intensivpflege.....	16
3.6.	Gesetzliche Unfallversicherung: Verlängerung der Hygienepauschale und Videosprechstunden bis 30. Juni 2022 .....	16
3.7.	Ende der Bereitstellung von persönlicher Schutzausrüstung durch die KVN .....	17
3.8.	Hausarztzentrierte Versorgung (HzV) AOK Niedersachsen: Neue Vorsorgeuntersuchung für Jugendliche .....	18
3.9.	Firmen verlängern Vorbestellfrist für Grippeimpfstoff .....	18
3.10.	Medizinische Versorgung von Flüchtlingen / Asylbewerbern / ukrainischen Staatsangehörigen.....	18
4.	<b>Veranstaltungen im Mai und Juni 2022.....</b>	<b>20</b>
5.	<b>Anlagenverzeichnis.....</b>	<b>22</b>
5.1.	Rezept-Info .....	22

## 1. Abrechnung

### 1.1. Beschluss des Bewertungsausschusses zum PET/CT bei Hodgkin-Lymphom zum 1. April 2022

Ab 1. April können Untersuchungen mittels Positronenemissionstomographie/Computertomographie (PET/CT) bei Hodgkin-Lymphomen bei Erwachsenen und bei malignen Lymphomen bei Kindern und Jugendlichen zwei- statt wie bisher einmal im Behandlungsfall berechnet werden. Hintergrund ist ein Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zur Ausweitung des Leistungsanspruches. Dadurch kann es bei Staging-Untersuchungen beim Hodgkin-Lymphom notwendig sein, zwei PET-Untersuchungen innerhalb desselben Quartals durchzuführen. Der Bewertungsausschuss (BA) hat daher analog zu den bereits bestehenden Gebührenordnungspositionen (GOP) vier neue GOP in den Abschnitt 34.7 des EBM aufgenommen. Näheres stellen wir Ihnen nachfolgend vor.

#### Zum Hintergrund

Der G-BA hat am 15. Juli 2021 beschlossen, die Nummer 14 „Positronenemissionstomographie (PET)“ in der Anlage I (Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden) der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung (MVV-RL) dahingehend anzupassen, dass die PET/CT künftig bei sämtlichen Staging-Untersuchungen des Hodgkin-Lymphoms in der vertragsärztlichen Versorgung angewendet werden kann. Der Leistungsanspruch umfasst neben dem Initial-Staging auch das Interim-Staging und das Staging nach Rezidiv. Bisher waren Staging-Untersuchungen mittels PET/CT nur bei bestimmten Patientinnen und Patienten mit Hodgkin-Lymphom und einzelnen Fragestellungen zulasten der gesetzlichen Krankenkassen durchführbar. In der Routine-Nachsorge ohne begründeten Verdacht besteht weiterhin kein Leistungsanspruch auf PET/CT. Der Beschluss des G-BA zur Anpassung der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung (MVV-RL) ist am 5. Oktober 2021 in Kraft getreten.

#### Details zum aktuellen Beschluss

PET- und PET/CT-Untersuchungen bei Hodgkin-Lymphomen bei Erwachsenen sowie malignen Lymphomen bei Kindern und Jugendlichen (Nr. 6 und Nr. 9 des §1 Nr. 14 der Anlage I „Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden“ MVV-RL) werden ab 1. April über die vier neuen GOP 34704 bis 34707 abgebildet - die obligaten und fakultativen Leistungsinhalte sowie die Bewertung entsprechen jeweils den bestehenden GOP 34700 bis 34703. Im Unterschied dazu können die neuen GOP zweimal im Behandlungsfall abgerechnet werden. Des Weiteren ist bei medizinischer Notwendigkeit die Berechnung der neuen GOP 34705 und 34707 mit diagnostischer CT auch möglich, wenn im selben Quartal bereits eine diagnostische CT-Untersuchung des Körperstammes beziehungsweise von Teilen des Körperstammes durchgeführt wurde.

Sämtliche Staging-  
Untersuchungen

**Die vier neuen GOP im Überblick:**

Überblick

PET oder PET/CT	Körperstamm	Teile des Körperstammes
bei Vorliegen von diagnostischen CT-Untersuchungen	GOP 34704 Bewertung: 4.456 Punkte / 502,02 Euro	GOP 34706 Bewertung: 3.565 Punkte / 401,64 Euro
mit diagnostischer CT	GOP 34705 Bewertung: 5.653 Punkte / 636,88 Euro	GOP 34707 Bewertung: 4.523 Punkte / 509,57 Euro
	GOP 34704 und 34705: insgesamt maximal 2x im Behandlungsfall berech- nungsfähig	GOP 34706 und 34707: insgesamt maximal 2x im Behandlungsfall berech- nungsfähig

**Sachkosten:**

Die anfallenden Sachkosten bei Verwendung des Radionuklids F-18-Fluorodesoxyglukose sind über die Kostenpauschale 40584 im Abschnitt 40.10 des EBM berechnungsfähig.

**Vergütung:**

Die Empfehlung des BA zur extrabudgetären Finanzierung der Leistungen im Zusammenhang mit der Einführung der PET und PET/CT mit Wirkung zum 1. Januar 2016 gilt entsprechend.

Mit Aufnahme jeweils einer neuen ersten Anmerkung zu den bereits bestehenden GOP 34700 bis 34703 wird klargestellt, dass diese ab April nur noch bei Vorliegen mindestens einer der Indikationen gemäß den Nummern 1 bis 5, 7, 8 und 10 des §1 Nummer 14 der Anlage I „Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden“ der MVV-RL berechnungsfähig sind - und nicht für die Nummern 6 und 9.

**Hinweise zur Veröffentlichung**

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

**1.2. EBM-Detailänderungen: Anhebung der Kostenpauschalen für Briefe und weitere Anpassungen**

Wir möchten Sie über einige Detailänderungen im EBM informieren, die der Bewertungsausschuss (BA) beschlossen hat (585. Sitzung, schriftliche Beschlussfassung). Dabei geht es unter anderem um die Kostenpauschalen für Briefe und den Zuschlag zur eArztbrief-Versandpauschale, aber auch um redaktionelle Anpassungen. Näheres dazu stellen wir Ihnen nachfolgend vor.

**Anpassung der Kostenpauschalen für Briefe aufgrund der Portoerhöhung der Deutschen Post**

Nachdem die Deutsche Post zum 1. Januar 2022 das Porto erhöht hat, werden die Bewertungen der folgenden Kostenpauschalen jeweils von 0,81 Euro auf 0,86 Euro erhöht, was rückwirkend zum 1. Januar 2022 erfolgt:

- 40110 „Kostenpauschale für die Versendung bzw. den Transport eines Briefes und/oder von schriftlichen Unterlagen“,
- 40128 „Kostenpauschale für die Versendung einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung an den Patienten bei Patientenkontakt im Rahmen einer Videosprechstunde“,
- 40129 „Kostenpauschale für die Versendung einer Bescheinigung gemäß Muster 21 an den Patienten bzw. die Bezugsperson bei Patientenkontakt im Rahmen einer Videosprechstunde“,
- 40130 „Kostenpauschale für die Versendung einer papiergebundenen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung an die Krankenkasse“ und
- 40131 „Kostenpauschale für die Versendung einer papiergebundenen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung an den Patienten“.

Zudem erfolgt eine entsprechende Erhöhung der arztgruppenspezifischen Höchstwerte gemäß Abschnitt 40.4 Nummer 3 EBM. Auch die zum 1. Oktober 2022 und 1. Oktober 2023 vorgesehene schrittweise Absenkung der Höchstwerte in Abschnitt 40.4 Nummer 3 EBM werden entsprechend angepasst.

### **Redaktionelle Anpassungen und Klarstellungen**

Demnach sind die Zuschläge zur fachärztlichen Grundversorgung gemäß den GOP 13294, 13344, 13394, 13543, 13594, 13644 und 13694 auch in Behandlungsfällen berechnungsfähig, in denen ausschließlich unter anderem die GOP 01660 „Zuschlag zur eArztbrief Versandpauschale“ berechnet wird. Die Anpassung erfolgt rückwirkend zum 1. Januar 2022.

Zum 1. April werden weitere Detailänderungen beschlossen. Neben redaktionellen Anpassungen und Klarstellungen erfolgt unter anderem die Streichung der GOP 01460 und 01461 „befristete Aufklärung und Datenbearbeitung im Zusammenhang mit der Cannabis-Begleiterhebungs-Verordnung (CanBV)“ im Abschnitt 1.4 sowie eine Anpassung der Legendierung der GOP 01759 „Zuschlag Vakuumbiopsie“.

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

### **1.3. Neue Funktion in der Online-Anwendung „AbrechnungsCheck“**

Ab dem Abrechnungsquartal 1/2022 werden im „AbrechnungsCheck“ Filtermöglichkeiten zur Auswahl einzelner Praxisstandorte bzw. einzelner LANR angeboten. Zusätzlich bekommen Sie beim Versenden der von Ihnen beauftragten Korrekturaufträge zur Kontrolle eine Übersicht, für welche zu Ihrer Praxis gehörenden Betriebsstätten noch keine Korrekturen beauftragt wurden.

Bitte beachten Sie, dass die Versendung von Korrekturaufträgen über den „AbrechnungsCheck“ für die gesamte Praxis (alle Praxisstandorte) weiterhin nur einmalig je Quartal möglich ist.

Gesamte Praxis nur einmalig

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

#### 1.4. Organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme (oKFE) Darmkrebs und Zervixkarzinom

##### Elektronische Dokumentation - Fristen

Untersuchungen im Rahmen der organisierten Programme zur Darmkrebsfrüherkennung und Gebärmutterhalskrebsfrüherkennung sind elektronisch zu dokumentieren und an die KVN zu übermitteln. Die quartalsweise erhobenen Dokumentationen sind bis spätestens sechs Wochen nach Quartalsende (15.5. / 15.8. / 15.11. / 28.2. inklusive Korrekturfrist) an die KVN zu übertragen.

##### Elektronische Dokumentation - Übertragung

Die Dokumentation kann entweder über die Praxissoftware oder über das KVN-Portal direkt vorgenommen werden.

Wenn die Daten mittels Praxissoftware erfasst werden, ist zusätzlich aktiv eine Datenübertragung an die Datenannahmestelle (KVN) erforderlich.

Hierfür steht im KVN-Portal unter Online-Dienste die Anwendung „Organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme (oKFE)“ zur Verfügung. Unter dem Menüpunkt „Dateiupload PVS“ kann die entsprechende Datei direkt aus der PVS hochgeladen werden.

Nach dem Dateiupload wird dieser unter den Dokumentationen mit Dokumentationstyp Upload auf der Startseite mit dem Status der Verarbeitung der Daten aufgelistet.

##### Dokumentation oKFE Darmkrebs - was und wer

GOP 01737 EBM	Ausgabe, Weiterleitung Stuhlprobenentnahmesystem	nicht dokumentationspflichtig
GOP 01738 EBM	iFOB-Test	Labormediziner
GOP 01741 EBM	Koloskopie	Gastroenterologen, Fachinternisten ohne Schwerpunkt und Chirurgen (FÄ für Chirurgie oder Visceralchirurgie) mit Abrechnungsgenehmigung
GOP 13421 EBM	Abklärungskoloskopie nach positivem Stuhltest	Gastroenterologen, Fachinternisten ohne Schwerpunkt und Chirurgen (FÄ für Chirurgie oder Visceralchirurgie) mit Abrechnungsgenehmigung

Darmkrebs



**Dokumentation oKFE Zervixkarzinom - was und wer**

Zervixkarzinom

GOP 01760 EBM	Krebsfrüherkennung	nicht dokumentationspflichtig
GOP 01761 / 01764 EBM	Primärscreening, Abklärungsdiagnostik	Gynäkologen, abrechnungs- berechtigte Hausärzte
GOP 01762 / 01766 EBM	zytologische Untersu- chung	Gynäkologen und Pathologen mit Abrechnungsgenehmigung
GOP 01763 / 01767 EBM	HPV-Test	Labormediziner, Gynäkologen und Pathologen und mit Ab- rechnungsgenehmigung
GOP 01765 EBM	Abklärungskolposkopie	Gynäkologen mit Abrech- nungsgenehmigung

Bei fehlenden Dokumentationen werden die abgerechneten GOP in Ihrer Quartalsabrechnung sachlich-rechnerisch berichtigt.

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

**1.5. Coronavirus: Telefonische AU verlängert, andere**

**Sonderregelungen laufen zum 31. März aus,**

**Begrenzungsregelungen der Videosprechstunde von 20% auf 30% erhöht - ein Überblick**

Wir möchten Ihnen nachfolgend einen Überblick geben, welche Corona-Sonderregelungen über den 31. März 2022 hinaus gelten und welche zum Monatsende auslaufen.

**Diese Sonderregelungen gelten bis zum 31. Mai 2022:****AU-Feststellung nach telefonischer Anamnese**

Versicherten kann im Falle von Erkrankungen der oberen Atemwege, die eine leichte Symptomatik zeigen, nach telefonischer Anamnese eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (AU-Bescheinigung) für bis zu sieben Kalendertage ausgestellt werden. Eine Verlängerung für einen weiteren Zeitraum von bis zu sieben Kalendertagen ist im Wege der telefonischen Anamnese einmalig möglich.

Auch die „Ärztliche Bescheinigung für den Bezug von Krankengeld bei der Erkrankung eines Kindes“ (Muster 21) ist weiterhin telefonisch möglich.

**Arzneimittel, Substitution, Betäubungsmittel**

Die Sonderregelungen zum Austausch von Arzneimitteln durch den Apotheker sowie zu Lockerungen bei der Substitutionstherapie und zum Einsatz von BtM-Rezeptformularen gelten nach der SARS-CoV-2-Arzneimittelversorgungsverordnung fort.

**Entlassmanagement**

Krankenhäuser dürfen zum Übergang in die ambulante Versorgung Leistungen für einen längeren Zeitraum (in der Regel 14 Tage) veranlassen oder Bescheinigungen ausstellen. Dies betrifft AU-Bescheinigungen, häusliche Krankenpflege, Hilfsmittel, Soziotherapie, spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) sowie Heilmittel. Auch dürfen größere Arzneimittelpackungen verordnet werden.

**Diese Sonderregelung gilt bis zum 30. Juni 2022:**

**Kinder-Früherkennungsuntersuchungen**

Die Untersuchungen U6, U7, U7a, U8 und U9 können auch bei einer Überschreitung der für sie jeweils festgelegten Untersuchungszeiträume und Toleranzzeiten durchgeführt und gemäß den entsprechenden Gebührenordnungspositionen des EBM abgerechnet werden.

**Diese Sonderregelungen enden zum 31. März 2022:**

**Telefonische Konsultationen**

Die Möglichkeiten zur ärztlichen und psychotherapeutischen Konsultation per Telefon während der Corona-Pandemie wurden für alle Fachgruppen ausgeweitet. Diese Möglichkeit endet zum 31. März und somit sind die GOP 01433 und 01434 EBM nicht mehr berechnungsfähig.

**Videosprechstunde**

Ärzte und Psychotherapeuten konnten bis Ende März unbegrenzt Videosprechstunden anbieten, Fallzahl und Leistungsmenge waren nicht limitiert. Die Videosprechstunde war bei allen Indikationen möglich und auch dann, wenn der Patient zuvor noch nicht bei dem Arzt in Behandlung war. Psychotherapeuten durften auch psychotherapeutische Sprechstunden und probatorische Sitzungen per Video durchführen.

**Begrenzungsregelungen der Videosprechstunde werden von 20% auf 30% zum 1. April 2022 erhöht**

Der Bewertungsausschuss hat beschlossen, dass die Begrenzungsregelungen im EBM zum Einsatz von Videosprechstunden in der Versorgung am 1. April 2022 von 20% auf 30% erhöht werden.

Zum Hintergrund:

Der Einsatz von Videosprechstunden in der Versorgung unterliegt zwei Begrenzungsregelungen im EBM:

- Zum einen ist die Zahl der Behandlungsfälle, bei denen Patienten ohne persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt ausschließlich im Videokontakt behandelt werden, auf 20% aller Behandlungsfälle begrenzt.
- Zum anderen dürfen Leistungen je Gebührenordnungsposition (GOP) zu maximal 20% im Rahmen der Videosprechstunde durchgeführt und berechnet werden (ausgenommen GOP, die ausschließlich im Videokontakt berechnungsfähig sind).

Mit dem vorliegenden Beschluss des Bewertungsausschusses wird die gesetzliche Vorgabe, die Begrenzungsregelungen im EBM von 20% auf 30% anzuheben nunmehr umgesetzt.

Zwei Begrenzungsregelungen

**Videosprechstunde in der Psychotherapie**

Im Leistungsbereich des Kapitels 35 (Psychotherapie) wird zurzeit noch über eine Änderung der leistungsbezogenen Begrenzung (Bezugnahme nicht mehr auf jede GOP, sondern auf videofähige GOP des Kapitels 35 insgesamt) verhandelt. Die Verhandlungen hierüber sollen bis zum 31. Mai 2022 abgeschlossen sein.

**Sozialpsychiatrie: Funktionelle Entwicklungstherapie per Video**

Zur Erleichterung der sozialpsychiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen während der Corona-Pandemie konnte die funktionelle Entwicklungstherapie bis Ende März auch per Video erfolgen. KBV und GKV-Spitzenverband hatten dazu eine neue Leistung (GOP 14223) in den EBM aufgenommen.

**Therapiegespräch zur Substitutionsbehandlung per Video und Telefon**

Therapeutische Gespräche zur Substitutionsbehandlung, die mindestens zehn Minuten dauern, konnten bis Ende März auch in einer Videosprechstunde oder per Telefon durchgeführt werden.

**Zuschläge zu den Chronikerpauschalen**

Die Zuschläge zu den hausärztlichen Chronikerpauschalen (GOP 03221/04221) können auch bei mindestens einem persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt (APK) und zusätzlich einem APK in einer Videosprechstunde oder einem telefonischen APK berechnet werden. Ab dem 1. April sind wieder mindestens zwei persönliche APK im Quartal erforderlich.

Zwei persönliche APK erforderlich

**Vereinbarung zur psychotherapeutischen Versorgung**

Die Sonderregelungen für die psychotherapeutische Versorgung während der Coronavirus-Krise, die in einer Ergänzungsvereinbarung zur Psychotherapie-Vereinbarung geregelt waren, werden nicht über den 31. März hinaus verlängert.

**Portoerstattung**

Für den postalischen Versand von bestimmten Folgeverordnungen und Überweisungsscheinen werden Ärzten noch bis Ende März die Porto-kosten erstattet (GOP 88122 / 90 Cent). Eine Erstattung erfolgt über den 31. März hinaus lediglich für den Versand von AU-Bescheinigungen, der noch bis Ende Mai möglich ist.

**Folgeverordnungen für häusliche Krankenpflege, Hilfsmittel und Heilmittel nach telefonischer Anamnese**

Patienten müssen für Folgeverordnungen wieder in die Praxis kommen.

**Verordnungen von Krankentransporten und Krankenfahrten nach telefonischer Anamnese**

Patienten müssen für Verordnungen wieder in die Praxis kommen.

**Heilmittel-Verordnungen bleiben auch dann gültig, wenn es zu einer Leistungsunterbrechung von mehr als 14 Tagen kommt**

Wird die Behandlung länger als 14 Kalendertage ohne angemessene Begründung unterbrochen, verliert die Verordnung ihre Gültigkeit.

**Folgeverordnungen für häusliche Krankenpflege können für bis zu 14 Tage rückwirkend verordnet werden**

Rückwirkende Verordnungen sind grundsätzlich nicht zulässig; Ausnahmefälle sind besonders zu begründen.

**Längerfristige Folgeverordnung von häuslicher Krankenpflege müssen nicht begründet werden**

Die Verordnungen bedürfen wieder der Genehmigung durch die Krankenkasse.

**Die Frist zur Vorlage von Verordnungen bei der Krankenkasse für häusliche Krankenpflege, Soziotherapie sowie spezialisierte ambulante Palliativversorgung wird auf 10 Tage verlängert**

Die Vorlagefrist für Verordnungen von Soziotherapie und spezialisierter ambulanter Palliativversorgung wird wieder auf 3 Tage, von häuslicher Krankenpflege auf 4 Tage verkürzt.

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

Die Verordnungen bedürfen der Genehmigung durch die Krankenkasse.

**Hier laufen derzeit Beratungen****Abstriche bei kurativen SARS-CoV-2-Testungen**

Die Vergütungsregelung zu Abstrichen bei kurativer Testung auf das Coronavirus SARS-CoV-2 im EBM ist bis zum 31. März befristet und somit nicht mehr berechnungsfähig. Die KBV versucht eine Anschlussregelung zu vereinbaren.

Laufende Beratungen

Soweit es sich um Beschlüsse des Bewertungsausschusses handelt, veröffentlicht das Institut des Bewertungsausschusses den Beschluss auf seiner Internetseite (<http://institut-ba.de/ba/beschluesse.html>) und im Deutschen Ärzteblatt.

## 2. Verordnungen

### 2.1. Gemeinsame Arbeitsgruppe Arzneimittel - Rezept-Info zum Thema „Spezifische Immuntherapie (SIT)“, Aktualisierung

Im Anhang finden Sie die aktualisierte Rezept-Info der AG GKV/KVN Arzneimittel zu dem Thema „Spezifische Immuntherapie“.

Darin wird nun insbesondere auf die Vorgaben der Arzneimittelvereinbarung zu Präparaten zur spezifischen Immuntherapie verwiesen, dass bei Neueinstellungen grundsätzlich zugelassene Therapieallergene einzusetzen sind, sofern diese mit gleichem Applikationsweg zur Verfügung stehen. Machen besondere patientenindividuelle medizinische Gründe

den Einsatz nicht zugelassener, verkehrsfähiger Therapieallergene erforderlich, sollte die Kostenübernahme vorab mit der Krankenkasse geklärt werden.

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

### **Anlage 5.1: Rezept-Info**

## **2.2. KV-App-Radar geht online**

Nach einer ausgiebigen Testphase, die seit November 2020 läuft, wird das KV-App-Radar voraussichtlich ab April 2022 in der Produktivversion verfügbar sein.

Das KV-App-Radar wurde vom Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (ZI) entwickelt und enthält zahlreiche Informationen über Gesundheits-Apps und Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGAs). Zu den einzelnen DiGAs werden nach und nach Gutachten erstellt und hochgeladen, zudem können Ärzte selbst Bewertungen abgeben.

Das KV-App-Radar soll damit den Ärzten Hilfestellung geben, ihre Patienten besser im Praxisalltag zu den Anwendungen beraten zu können.

Interessierte Ärzte können sich auf [www.kvappradar.de](http://www.kvappradar.de) registrieren. Langfristig ist eine Anbindung über das KVN-Portal geplant, wodurch Ärzten ein schneller Zugriff auf das KV-App-Radar ohne zusätzliche Registrierung ermöglicht wird. Sobald die Anbindung erfolgt ist, werden wir Sie hierzu informieren.

## **2.3. Ausgewählte Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel auch ohne ärztliche Verordnung**

Pflegefachkräfte dürfen Pflegebedürftigen bestimmte Hilfs- und Pflegehilfsmittel empfehlen. Mittels eines speziellen Empfehlungsformulars können die Patienten diese dann bei ihrer Kranken- bzw. Pflegekasse beantragen. Eine ärztliche Verordnung ist in solchen Fällen nicht erforderlich.

Voraussetzung ist, dass die Pflegefachkräfte die Betroffenen im häuslichen Umfeld selbst betreuen und die empfohlenen Hilfs- und Pflegehilfsmittel den pflegerischen Zielen nach §40 Absatz 1 Satz 1 SGB XI dienen, d. h.

- zur Erleichterung der Pflege der oder des Pflegebedürftigen beitragen oder
- zur Linderung ihrer bzw. seiner Beschwerden beitragen oder
- der oder dem Pflegebedürftigen eine selbstständigere Lebensführung ermöglichen.

Pflegerische Ziele

Für die Versorgung mit Hilfs- und Pflegehilfsmitteln in vollstationären Pflegeeinrichtungen ist weiterhin die Pflegeeinrichtung selbst verantwortlich.

Hintergrund für die neue Regelung ist das Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (GVWG), worin Pflegefachkräften mehr Kompetenzen in der Auswahl geeigneter Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel für Pflegebedürftige zugesprochen wurden. Dies wurde in den „Richtlinien zur Empfehlung von Hilfsmitteln und Pflegehilfsmitteln durch Pflegefachkräfte“ vom GKV-Spitzenverband konkretisiert, die am 1. Januar 2022 in Kraft getreten sind.

Die vollständigen „Richtlinien zur Empfehlung von Hilfsmitteln und Pflegehilfsmitteln durch Pflegefachkräfte“ finden Sie unter [https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/hilfsmittel/richtlinien\\_und\\_empfehlungen/richtlinien\\_und\\_empfehlungen.jsp](https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/hilfsmittel/richtlinien_und_empfehlungen/richtlinien_und_empfehlungen.jsp)

Das Empfehlungsformular ist in Anhang I, die Produktübersicht der Hilfs- und Pflegehilfsmittel, die von Pflegekräften empfohlen werden können, ist in Anhang II der Richtlinien dargestellt.

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

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

Produktbezeichnung	Medizinisch notwendige Fälle	Befristung der Verordnungs-fähigkeit
OPTYLURON NHS 1,0 %	Zur Anwendung als Operationshilfe in der Ophthalmochirurgie des vorderen Augenabschnittes.	1. September 2023
OPTYLURON NHS 1,4 %	Zur Anwendung als Operationshilfe in der Ophthalmochirurgie des vorderen Augenabschnittes.	1. September 2023

Befristung geändert

Sie finden die aktuelle Version der Anlage V auf der Internetseite des GB-A unter: [www.g-ba.de/Richtlinien/Arzneimittel-Richtlinie/Anlage V: Übersicht der verordnungsfähigen Medizinprodukte](http://www.g-ba.de/Richtlinien/Arzneimittel-Richtlinie/Anlage V: Übersicht der verordnungsfähigen Medizinprodukte).

#### 2.5. Lieferengpass Tamoxifen - weiterhin Verordnung kleiner Packungsgrößen

Um den Lieferengpass von Tamoxifen-haltigen Arzneimitteln zu überbrücken, ruft der Beirat für Liefer- und Versorgungsengpässe beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) Ärztinnen und Ärzte dazu auf, weiterhin nur kleine Packungsgrößen (30 Tabletten) zu verordnen. Nur so könne eine Versorgung aller Patientinnen und Patienten bis Mai 2022 gelingen.

Der GKV-Spitzenverband hat den Krankenkassen empfohlen, dieses Vorgehen zu unterstützen, d. h. die Verordnungen im Rahmen von Wirt-

schaftlichkeitsprüfungen gesondert zu berücksichtigen. Apotheken können in diesem Zusammenhang auch Teilmengen aus Großpackungen entnehmen.

Es sollen auch weiterhin keine Verordnungen für eine individuelle Bevorratung ausgestellt werden, sondern Patientinnen und Patienten erst dann ein Folgerezept erhalten, wenn eine weitere Verordnung erforderlich ist. Damit sollen regionale oder individuelle Bevorratungen unterbunden werden, um allen Patientinnen und Patienten eine unterbrechungsfreie Therapie zu ermöglichen.

Bitte folgen Sie den Empfehlungen des BfArM-Beirats und verordnen Sie vorerst nur kleine Packungsgrößen von Tamoxifen (30 Tabletten). Der Beirat geht davon aus, dass sich die Versorgungslage ab Mai 2022 deutlich entspannen wird.

Das Bundesgesundheitsministerium kündigte an, dass in den nächsten Wochen ggf. weitere Maßnahmen erforderlich sind, um die Patientinnen gleichmäßig versorgen zu können. Sobald uns neuere Kenntnisse vorliegen, werden wir Sie darüber informieren.

#### **Umgang mit eventuell entstehenden Mehrkosten für den Versicherten**

Bei einigen Arzneimitteln, z. B. des Originalanbieters, fallen für den Patienten Mehrkosten (Kosten oberhalb des Festbetrags bei nicht rabattierten Arzneimitteln) an. Die AOK Niedersachsen, die Knappschaft und die Kassen des Verbands der Ersatzkassen haben die ausnahmsweise Übernahme der Mehrkosten zugesagt, wenn keine generischen Tamoxifen-Tabletten unterhalb des Festbetrags verfügbar sind. Bei allen anderen Krankenkassen empfehlen wir eine vorherige Absprache zur Kostenübernahme.

Übernahme der Mehrkosten

Alle wesentlichen Informationen zu dem Lieferengpass von Tamoxifen finden Sie auf der Internetseite des BfArM unter folgendem Link:  
[https://www.bfarm.de/DE/Arzneimittel/Arzneimittelinformationen/Lieferengpaesse/Tamoxifen/\\_node.html](https://www.bfarm.de/DE/Arzneimittel/Arzneimittelinformationen/Lieferengpaesse/Tamoxifen/_node.html)

## **2.6. Cannabis - Begleiterhebung endet am 31. März 2022**

Die im März 2017 mit Beginn der Verordnungsfähigkeit von Cannabis-Arzneimitteln für den Zeitraum von fünf Jahren vorgesehene Begleiterhebung endet mit Ablauf des 31. März 2022.

Wir möchten in diesen Zusammenhang darauf hinweisen, dass für Versicherte, die sich nach dem 31. Dezember 2021 noch in Therapie befinden, bis zum 31. März 2022 ein Erhebungsbogen auszufüllen und zu übersenden ist. Dies ist unabhängig davon, ob für den jeweiligen Patienten bereits ein Erhebungsbogen an das BfArM übermittelt worden ist.

Die GOP 01461 „Datenerfassung und Datenübermittlung im Rahmen der Begleiterhebung“ wurde befristet bis zum 31. März 2022 in den EBM aufgenommen und ist für Versicherte, die sich zwischen dem 1. Januar 2022 und dem 31. März 2022 in Therapie mit einer genehmigten Cannabis-Leistung befinden und für die eine zweite Erhebung erforderlich ist, ein zweites Mal berechnungsfähig.

Das Zugangportal zur Cannabisbegleiterhebung zur elektronischen Übermittlung der Daten finden Sie unter folgendem Link:  
<https://www.begleiterhebung.de/>

Weitere Informationen zur Begleiterhebung finden Sie auf der Internetseite des BfArM unter [https://www.bfarm.de/DE/Bundesopium-stelle/Cannabis-als-Medizin/Begleiterhebung/\\_node.html](https://www.bfarm.de/DE/Bundesopium-stelle/Cannabis-als-Medizin/Begleiterhebung/_node.html) und auf der KVN-Internetseite unter [Verordnung/Arzneimittel/Cannabis/Begleiterhebung](#).

### 3. Allgemeine Hinweise

#### 3.1. Neue Impfvergütungen ab 1. Januar 2022

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 auf unserer Internetseite unter der Rubrik Mitglieder/Abrechnung, Honorar und Vertrag/KVN-interne GOP/Schutzimpfungen.

#### 3.2. Arthroskopie-Vereinbarung: Erstellung der ärztlichen Dokumentation gemäß der Qualitätsbeurteilungs-Richtlinie Arthroskopie (QBA-RL) des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA)

Alle Ärzte mit Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Arthroskopie sind nach §1 der QBA-RL verpflichtet, an Stichprobenprüfungen im Einzelfall teilzunehmen. Die Stichprobenprüfung bezieht sich dabei ausschließlich auf Arthroskopien des Knie- bzw. Schultergelenks.

Um den Genehmigungsinhabern die Erstellung der ärztlichen Dokumentation im Rahmen dieser Stichprobenprüfung zu erleichtern, hat die KBV die in ihrer Reihe „PraxisWissen Spezial“ erstmals 2016 erschienene Broschüre zur Dokumentation der Arthroskopien überarbeitet und den Anforderungen der seit 2020 geltenden QBA-RL angepasst.

Die gemeinsame Darstellung von Richtlinien text, ärztlichen Hinweisen, Interpretationshilfen und fotografischer Veranschaulichung bietet die Chance, hier eine Brücke zu schlagen. Dabei haben sich die Autoren bemüht, mit praxisnahen Beispielen mögliche Fallstricke bei der Beurteilung der von Ihnen einzureichenden Patientenunterlagen aufzuzeigen. Sämtliche arthroskopischen Bilder stammen aus der täglichen Versorgung der Patienten der Autoren.



Wir hoffen, dass wir Ihnen mit dieser Broschüre eine wertvolle Hilfestellung bei Fragen der Operationsdokumentation an die Hand geben können, und damit mögliche Beanstandungen im Rahmen der Stichprobenprüfungen verhindern.

Die aktualisierte Broschüre finden Sie zum Download auf unserer Homepage unter <https://www.kvn.de/Mitglieder/Anträge/Genehmigungspflichtige+Leistungen.html>. Ein Versand in Papierform ist nicht vorgesehen.

### **3.3. Informationsschreiben der AOK Niedersachsen zur Vervollständigung des HPV-Impfschutzes**

Wir möchten Sie darüber informieren, dass die AOK Niedersachsen eine Arztinformation zum Thema „Vollständiger Impfschutz erfordert abgeschlossene Impfserie: HPV-Impfungen“ an ausgewählte Ärzte versenden wird.

Cirka 500 Arztpraxen werden in den nächsten Tagen ein Informationsschreiben erhalten, mit dem sie über die Anzahl ihrer nicht abgeschlossenen HPV-Impfserien informiert werden. Die Ärztinnen und Ärzte werden gebeten, ihre Patientinnen und Patienten ohne vollständigen HPV-Impfstatus zur abschließenden Impfung aufzufordern.

Sollten Sie der Bitte der AOK Niedersachsen nachkommen wollen, ist zu beachten, dass sich die Patientin/der Patient mittels Unterschrift einverstanden erklären muss, dass Sie sie/ihn an die ausstehende Impfung erinnern und in die Praxis einbestellen.

### **3.4. Hausarztverträge mit den Ersatzkassen (BARMER, DAK, KKH und hkk)**

Mit Wirkung ab 1. April 2022 werden die aktuell bestehenden Übergangsregelungen in die regulären HZV-Verträge überführt. Der Vertragstext wurde nunmehr den Anforderungen des BAS (Bundesamt für Soziale Sicherung, vormals BVA - Bundesversicherungsamt) angepasst.

Die Bearbeitung im KVN-Portal bleibt unverändert.

Um die Wirtschaftlichkeit der HZV-Verträge zu sichern und das Gesamthonorarvolumen für alle an den jeweiligen Verträgen teilnehmenden Hausärzte und Hausärztinnen auch weiterhin leisten zu können, werden die Vergütungen der folgenden Leistungskomplexe mit Wirkung ab 1. April.2022 wie folgt angepasst:

- GOP 99296 - Leistungskomplex „Chroniker-Management“  
5 Euro
- GOP 99297 - Leistungskomplex „multimorbider-Patient“  
13 Euro

Vergütungen angepasst

Die Vergütungen für die Leistungskomplexe „Einschreibung (13 Euro)“ und „HzV-Bereitschafts-, Vertragsmanagement- und Strukturaufwand (5,50 Euro)“ bleiben unverändert.

Der bisherige Abzug von 5% auf die Auszahlung der Vergütung für Rückstellungen fällt für die HzV Vergütungen ab dem 2. Quartal 2022 weg.

### **3.5. Anpassungen in der Häuslichen-Krankenpflege-Richtlinie (HKP-RL) und Übergangsregelung zur außerklinischen Intensivpflege**

Der Anspruch auf außerklinische Intensivpflege für schwerstkranke Patientinnen und Patienten, bei denen mit hoher Wahrscheinlichkeit lebensbedrohliche gesundheitliche Situationen auftreten können, wurde in eine eigenständige „Richtlinie über die Verordnung von außerklinischen Intensivpflege“ (AKI-RL) überführt. Die Richtlinie trat am 18. März 2022 in Kraft.

Damit die neu ausgestaltete Leistung umgesetzt werden kann, sind umfangreiche Vorbereitungen notwendig. Aus diesem Grund sind Verordnungen von Leistungen der außerklinischen Intensivpflege nach der neuen AKI-RL erst ab dem 1. Januar 2023 auszustellen.

Bis zum Start des neuen Leistungsanspruchs gelten die bisherigen Verordnungsmöglichkeiten zur außerklinischen Intensivpflege entsprechend der HKP-RL unverändert fort.

Der G-BA hat zudem eine Übergangsvereinbarung beschlossen, nach der Verordnungen, die vor dem 1. Januar 2023 nach den Regelungen der HKP-RL ausgestellt wurden, über den 1. Januar 2023 hinaus weiter gelten. Sie verlieren erst ab dem 31. Oktober 2023 ihre Gültigkeit.

Im Leistungsverzeichnis der HKP-RL wurden aufgrund der Beendigung der außerklinischen Intensivpflege im Rahmen der häuslichen Krankenpflege am 31. Oktober 2023 Änderungen an den Nummern 8 (Beatmungsgerät, Bedienung und Überwachung) und 24 (Krankbeobachtung, spezielle) vorgenommen.

### **3.6. Gesetzliche Unfallversicherung: Verlängerung der Hygienepauschale und Videosprechstunden bis 30. Juni 2022**

#### **Hygienepauschale**

Die Hygienepauschale in Höhe von 4 Euro pro Behandlungstag erhalten Durchgangsarzte zusätzlich zu den Behandlungskosten für die ambulante Behandlung von Unfallverletzten. Sie kann als „Besondere Kosten“ mit der Bezeichnung „COVID-19-Pauschale“ mit jeder regulären Behandlungsabrechnung nach §64 Absatz1 Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger abgerechnet werden. Die Vergütungsregelung gilt seit dem 16. März 2020 und wurde bereits mehrfach verlängert.

„Besondere Kosten“

#### **Videosprechstunde**

Vertragsärzte, beteiligte Ärzte sowie Psychotherapeuten können in be-

gründeten Ausnahmefällen und unter Beachtung berufsrechtlicher Vorgaben sowie der Vorgaben nach §31 b Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) Videosprechstunden erbringen, um der Ausbreitung der Infektionen mit dem neuartigen Coronavirus entgegenzuwirken und die Behandlung von Unfallverletzten sicherzustellen.

Für Arzt-Patienten-Kontakte ist die Nummer 1 der Gebührenordnung UV-GOÄ abzurechnen, wobei eine entsprechende Kennzeichnung als Videobehandlung erfolgen muss. Aufgrund der gestiegenen Infektionszahlen bestehen keine Bedenken, wiederkehrende (nicht erstmalige) Heil- oder Arzneimittel-Verordnungen auch auf telefonische Anforderungen der Versicherten auszustellen, soweit dies aus Sicht des Durchgangsarztes, bezogen auf den Einzelfall, nachvollziehbar und plausibel ist.

Für Psychotherapeuten gilt:

Videosprechstunden können analog der entsprechenden Behandlungsnummern (P-Gebührennummern) abgerechnet werden.

- Für eine volle Behandlungsstunde (50 Minuten) können 100 Prozent und für eine halbe Behandlungseinheit (25 Minuten) 50 Prozent der jeweiligen P-Gebührennummer abgerechnet werden.
- Für die Videosprechstunde wird ein Zuschlag von 12 Euro für eine volle Stunde beziehungsweise 6 Euro für eine halbe Stunde gezahlt, wenn ein zugelassenes zertifiziertes Videosystem eingesetzt wird.
- Die Regelung gilt auch für neuropsychologische/neuropsychotherapeutische Leistungen, die bisher analog zum Psychotherapeutenverfahren honoriert werden.

### **3.7. Ende der Bereitstellung von persönlicher Schutzausrüstung durch die KVN**

Von März 2020 bis März 2022 - von ersten Schutzsets, über eingeschränkte Bestellmengen bis hin zur 14-tägigen Bestellmöglichkeit über ein Onlineformular im KVN-Portal: Zwei Jahre lang war die KVN mit der Beschaffung und Bereitstellung der persönlichen Schutzausrüstung (PSA) für niedersächsische Praxen betraut.

Zum 31. März 2022 entfällt die gesetzliche Grundlage zur Bereitstellung der persönlichen Schutzausrüstung und damit die Belieferung der niedersächsischen Praxen durch die KVN.

Die Lagerbestände für einige Artikel reichen noch über den 31. März 2022 hinaus, sodass die Bestellmöglichkeit voraussichtlich bis zum 30. April 2022 über das Onlineformular im KVN-Portal bestehen bleibt. Die KVN weist dabei darauf hin, dass kein „Live-Lagerbestand“ der Waren im KVN-Portal hinterlegt ist. Möglicherweise können vereinzelt Bestellmengen nicht mehr vollständig ausgeliefert werden.

Lagerbestände

### 3.8. Hausarztzentrierte Versorgung (HzV) AOK Niedersachsen: Neue Vorsorgeuntersuchung für Jugendliche

Um gesundheitliche Defizite und Risiken im Alter von 16 oder 17 Jahren frühzeitig zu erkennen, wurde das HzV-Versorgungsangebot um eine Vorsorgeuntersuchung für Jugendliche erweitert.

Leistung	Vergütung	GOP
Vorsorgeuntersuchung (einmalig) für Jugendliche im Alter von 16 oder 17 Jahren	55 Euro	99219

Abrechnungsvoraussetzungen sind sowohl die Teilnahme an der Fortbildung „HzV-Jugendvorsorge für Hausärztinnen und Hausärzte“ der nds. Hausärzteverbände als auch die Beantragung der genehmigungspflichtigen Leistung bei Ihrer KVN-Bezirksstelle.

Den Teilnahmeantrag finden Sie im KVN-Portal unter Verträge/Hausarztzentrierte Versorgung/AOK Niedersachsen/„Vorsorgeuntersuchung für Jugendliche im Alter von 16 oder 17 Jahren“

### 3.9. Firmen verlängern Vorbestellfrist für Grippeimpfstoff

Aufgrund des PEI Hinweises über eine mögliche Unterversorgung mit Grippeimpfstoffen haben die pharmazeutischen Unternehmen GSK, Mylan und Seqirus die Vorbestellfristen für Grippeimpfstoff für die Saison 2022 / 2023 bis zum 30. April 2022 verlängert.

Die Firma Sanofi verlängert die offizielle Bestellfrist nicht, nimmt aber noch zeitnah weitere Vorbestellungen entgegen.

Bis 30. April 2022

### 3.10. Medizinische Versorgung von Flüchtlingen / Asylbewerbern / ukrainischen Staatsangehörigen

Auch hilfebedürftigen ukrainischen Flüchtlingen/ Asylberechtigten werden im Krankheitsfall die zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände erforderlichen ärztlichen Leistungen einschließlich der Versorgung mit Arznei- und Verbandmittel gewährt (gem. §4 AsylbLG).

Darüber hinaus können weitere Leistungen gewährt werden, soweit Sie im Einzelfall zur Sicherung der Gesundheit unerlässlich sind (gem. §6 AsylbLG). Für die Gewährung der Leistungen ist das örtliche Sozialamt zuständig.

Hilfeberechtigte haben vor Behandlungsbeginn den vom Sozialamt ausgestellten Behandlungsausweis vorzulegen. Andernfalls ist der Arzt, ausgenommen von Notfällen, verpflichtet, die Patienten ans Sozialamt zu verweisen.

**Gut zu wissen:**

- Im Notfall kann der Arzt erbrachte Leistungen auf dem „Abrechnungsschein für den ärztlichen Notdienst“ (Muster 19) abrechnen.
- Der Behandlungsausweis/-schein kann (vom Kalendervierteljahr abweichend) vom Sozialamt zeitlich begrenzt sein. Hinweis ist unter „zur Beachtung für den Arzt“ zu finden“. Wichtig, da Leistungen außerhalb des Gültigkeitszeitraums nicht vergütet werden.
- Ist eine Überweisung zur Mit- oder Weiterbehandlung erforderlich, ist eine Überweisung auszustellen, die oftmals der Genehmigung bedarf, oder das Sozialamt stellt hierfür einen weiteren Behandlungsschein aus. Beachten Sie den Hinweis auf dem Behandlungsschein.
- Damit auch der Mit- oder Weiterbehandler vom eingeschränkten Leistungsanspruch erfährt, vermerken Sie zwingend im Statusfeld den Zusatz „Asyl“.

Diese und weitere Informationen finden Sie auf unserer Internetseite:  
Mitglieder/Praxisführung/Versorgung von Flüchtlingen

## 4. Veranstaltungen im Mai und Juni 2022

**Wichtig:** Wir bieten Ihnen für einzelne Präsenzveranstaltungen untenstehende WebSeminare an. Weitere Informationen, welche Angebote für Ihre Praxis und die MitarbeiterInnen am besten geeignet sind, finden Sie auf unserer Internetseite. Dort können Sie sich auch direkt online anmelden: [www.kvn.de/Mitglieder/Fortbildung](http://www.kvn.de/Mitglieder/Fortbildung)

Name	Ort	Datum	Gebühr p. P.
Sprechstundenbedarf	WebSeminar	04.Mai	kostenlos
Die ePA kommt - Einführung zum Start der elektronischen Patientenakte	WebSeminar	04.Mai	kostenlos
Qualitätsmanagementbeauftragte/r (3-tägig)	WebSeminar	06.Mai	220 Euro
QEP®-Einführungsseminar	WebSeminar	07.Mai	127 Euro
Praxisbegehungen durch das Gewerbeaufsichtsamt	WebSeminar	07.Mai	30 Euro
Datenschutz in der Arztpraxis	WebSeminar	10.Mai	69 Euro
Die Krankschreibung wird digital - Eine Einführung zum Start der eAU	WebSeminar	11.Mai	kostenlos
Verordnungsweise in der täglichen Praxis	WebSeminar	11.Mai	kostenlos
Existenzgründerseminar Meine eigene Praxis - Impulse für den Start	WebSeminar	11.Mai	kostenlos
Kurze Wartezeiten - Gutes Terminsystem	WebSeminar	11.Mai	69 Euro
Abrechnungsberatung Psychotherapeuten	Osnabrück	18.Mai	kostenlos
Gruppentherapie leicht gemacht - Erneut/erstmalig in der Praxis anbieten	WebSeminar	18.Mai	60 Euro
Meine Zukunft planen - Impulse für die Praxisabgabe	WebSeminar	18.Mai	kostenlos
Moderne Wundversorgung	WebSeminar	18.Mai	kostenlos
Neue PraxismitarbeiterIn professionell einarbeiten	WebSeminar	21.Mai	69 Euro
Honorarbescheid - Ein Buch mit 7 Siegeln	Osnabrück	25.Mai	kostenlos
Qualitätsmanagement-Aktuell - Gezielte Weiterentwicklung NEU!	WebSeminar	25.Mai	69 Euro

Sicher und elektronisch verordnen - Eine Einführung zum Start des eRezepts	WebSeminar	25.Mai	kostenlos
Heilmittelverordnung in Theorie und Praxis	Hannover	01.Jun	kostenlos
Moderne Wundversorgung	WebSeminar	01.Jun	kostenlos
Die ePA kommt - Eine Einführung zum Start der elektronischen Patientenakte	WebSeminar	01.Jun	kostenlos
Die Krankschreibung wird digital - Eine Einführung zum Start der eAU	WebSeminar	08.Jun	kostenlos
EBM - Präventionsleistungen in der Arztpraxis	Osnabrück	15.Jun	kostenlos
Meine Zukunft planen - Impulse für die Praxisabgabe	Hannover	15.Jun	kostenlos
Empfang in der Arztpraxis	WebSeminar	15.Jun	50 Euro
QEP®-Intensivkurs (2-tägig)	WebSeminar	17.Jun	130 Euro
Arbeitsschutz in der Arztpraxis	WebSeminar	18.Jun	69 Euro
Sachkundelehrgang gemäß §8 Abs. 4 der Medizinproduktebetreiberverordnung sowie gemäß Anlage 6 der KRINKO/BfArM	Hannover	20.Jun	550 Euro
Sicher und elektronisch verordnen - Eine Einführung zum Start des eRezepts	WebSeminar	22.Jun	kostenlos
Homepagegestaltung in der Arztpraxis	WebSeminar	22.Jun	69 Euro
Medizinprodukte-Aufbereitung Workshop Teil 2	WebSeminar	22.Jun	69 Euro
Management für komplexe Praxisstrukturen (2-tägig)	WebSeminar	24.Jun	130 Euro
Personalführung für Praxisinhabeln	WebSeminar	25.Jun	69 Euro
Abrechnung aktuell	Braunschweig	29.Jun	kostenlos

## **5. Anlagenverzeichnis**

### **5.1. Rezept-Info**



# Gemeinsame Arbeitsgruppe Arzneimittel

Kassenärztliche Vereinigung  
Niedersachsen

Verbände der gesetzlichen  
Krankenkassen in Niedersachsen



## Rezept-Info – Spezifische Immuntherapie (SIT)

Zur Durchführung einer spezifischen Immuntherapie (SIT) stehen sowohl im Bereich der subcutanen (SCIT) als auch der sublingualen (SLIT) Therapie vielfältige Präparate zur Verfügung.

Die SIT ist eine kausale immunmodulierende Therapie, deren Wirksamkeit für bestimmte Allergene und Altersgruppen durch Metaanalysen eindeutig belegt ist. Entscheidender Faktor für den Therapieerfolg ist hierbei die Adhärenz des Patienten<sup>1</sup>. Diese über den gesamten Therapiezeitraum zu fördern, gehört folglich zu den wichtigsten Aufgaben während der Durchführung einer spezifischen Immuntherapie.

Die geeignete Therapie zu beurteilen und auszuwählen kann aufgrund der teilweise undurchsichtigen Studien- und Zulassungssituation herausfordernd sein. Das Paul-Ehrlich-Institut listet auf seiner Internetseite die zugelassenen und verkehrsfähigen Präparate differenziert auf.<sup>2</sup> Bei den zugelassenen Präparaten wurde im Rahmen des Zulassungsverfahrens gemäß Arzneimittelgesetz die Qualität, Wirksamkeit und Unbedenklichkeit bereits nachgewiesen. Die weiteren aufgeführten, verkehrsfähigen<sup>3</sup> Therapieallergene befinden sich noch im Zulassungsverfahren.

Bei Neueinstellungen sind grundsätzlich zugelassene Therapieallergene einzusetzen, sofern diese mit gleichem Applikationsweg zur Verfügung stehen. Dabei sollte die Auswahl des spezifischen Präparates nicht primär von der Applikationsart abhängig gemacht werden. In der aktuellen Arzneimittelvereinbarung für Niedersachsen ist diese Forderung nach der Verwendung zugelassener Therapieallergene als qualitatives Ziel formuliert.

Gibt es besondere patientenindividuelle medizinische Gründe, die den Einsatz nicht zugelassener, aber nach der Therapie-Allergene-Verordnung (TAV) verkehrsfähiger Therapieallergene erforderlich machen, sollte die Kostenübernahme vorab mit der Krankenkasse geklärt werden.

Bei der wirtschaftlichen Auswahl eines Arzneimittels müssen die Therapiekosten für die gesamte Behandlungsdauer betrachtet werden. Zudem bestehen für viele zugelassene Therapieallergene Rabattverträge, die ebenfalls berücksichtigt werden sollten.

<sup>1</sup> Die Verwendung der männlichen Form soll den Lesefluss erleichtern. Die Angaben in diesem Schreiben beziehen sich aber immer auf alle Geschlechter.

<sup>2</sup> abrufbar unter <https://www.pei.de/DE/arzneimittel/allergene/allergene-node.html>, letzter Zugriff am 23.02.2022

<sup>3</sup> Seit Einführung der Therapie-Allergene-Verordnung (TAV) bedürfen auch Individualrezepturen, die häufige Allergenquellen enthalten, einer Zulassung. Momentan befinden sich noch einige Präparate in der Nachzulassung und sind weiterhin verkehrsfähig.

# Gemeinsame Arbeitsgruppe Arzneimittel

Kassenärztliche Vereinigung  
Niedersachsen

Verbände der gesetzlichen  
Krankenkassen in Niedersachsen



**KVN**  
Kassenärztliche Vereinigung  
Niedersachsen



---

## Rezept-Info – Kurzinformation zur Spezifischen Immuntherapie (SIT)

- Wirksamkeit der SIT für bestimmte Allergene und Altersgruppen eindeutig belegt
- Adhärenz des Patienten ist entscheidend für Therapieerfolg
- Keine Unterscheidung nach Applikationsform (SCIT oder SLIT) sondern nach Studienlage, Zulassungsstatus und patientenindividueller Kontraindikation des individuellen Produktes
- Bevorzugtes Verordnen von Präparaten mit dokumentierter Wirksamkeit und Sicherheit
- Vergleich der Therapiekosten der einzelnen Präparate für einen gesamten Behandlungszeitraum
- Übersicht zu in Deutschland zugelassenen und verkehrsfähigen SIT-Präparaten auf der Internetseite des Paul-Ehrlich-Instituts (<https://www.pei.de/DE/arzneimittel/allergene/allergene-node.html>)
- Bei Neueinstellungen grundsätzlich Einsatz von zugelassenen Therapieallergenen, sofern diese mit gleichem Applikationsweg zur Verfügung stehen

## Patienteninformation zur subkutanen spezifischen Immuntherapie

Die Kassenärztliche Vereinigung und die Verbände der Krankenkassen in Niedersachsen



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

eine Allergie kann in vielen Fällen durch regelmäßige Injektionen des abgeschwächten Allergens, das für Ihre Allergie verantwortlich ist, behandelt werden. Liegt bei Ihnen beispielsweise eine Pollen-, Hausstaub-, Wespen- oder Bienengiftallergie vor, kann diese mit entsprechenden Spritzen ursächlich behandelt werden. Das Prinzip ist einer Impfung ähnlich.

Meistens wird das abgeschwächte Allergen über einen Zeitraum von 3 Jahren in den Oberarm injiziert, dabei steigt die Konzentration und Menge von Injektion zu Injektion. Diese Behandlung wird Hyposensibilisierung genannt.

Mit dieser Therapie lernt Ihr Körper, das Allergen zu tolerieren. Damit wird eine allergische Überreaktion verhindert.

Wichtig ist, dass Sie keine Spritze auslassen. Damit unterstützen Sie einen optimalen Behandlungserfolg. Nach jeder Spritze bleiben Sie zur Beobachtung 30 Minuten in der Praxis, um eventuelle Überreaktionen zu beobachten.



Praxisstempel

Die Verwendung der männlichen Form soll den Lesefluss erleichtern. Die Angaben in diesem Schreiben beziehen sich aber immer auf alle Geschlechter.

## Patienteninformation zur sublingualen spezifischen Immuntherapie

Die Kassenärztliche Vereinigung und die Verbände der Krankenkassen in Niedersachsen



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

mit der sublingualen Immuntherapie (Therapie unter der Zunge) kann der Körper durch die regelmäßige Einnahme des abgeschwächten Allergieauslösers eine natürliche Toleranz entwickeln. Bei erfolgreicher Behandlung wird das Allergen ohne allergische Reaktion vertragen.

Wichtig für einen optimalen Behandlungsverlauf sind die tägliche Einnahme und regelmäßige Kontrolltermine bei Ihrem Arzt. Nur in diesem Fall kann die Behandlung bei Ihnen erfolgreich sein. Zu Behandlungsbeginn nehmen Sie die Tropfen oder die Tablette in der Praxis ein. Danach, wenn Sie die sichere Einnahme in der Praxis kennengelernt haben, können Sie die Therapie zu Hause fortsetzen.



Praxisstempel



**KVN**

Kassenärztliche Vereinigung  
Niedersachsen

# Informationen für die Praxis

KVN-Rundschreiben

März 2022

## Inhaltsverzeichnis

<b>1.</b>	<b>Abrechnung .....</b>	<b>3</b>
1.1.	Abgabetermin Quartalsabrechnung 1/2022.....	3
1.2.	Überweisung durch ambulant operierende Ärzte zur postoperativen Behandlung.....	4
1.3.	Mitteilung der fachgruppendurchschnittlichen Obergrenze für Kontrastmittel für das Quartal 2/2022 .	4
1.4.	Amtliche Mitteilung der KVN zum HVM Teil B Nr. 16.1 und 16.2 für das 2. Quartal 2022 - Fachgruppendurchschnittswerte für Laborindividualbudgets.....	4
1.5.	Amtliche Mitteilung der KVN zum HVM für das 2. Quartal 2022 für alle dem RLV unterliegenden Arztgruppen des haus- und fachärztlichen Versorgungsbereichs .....	5
1.6.	EBM-Anpassung der GOP 02101 „Infusionstherapie“ und des Abschnitts 8.5 Reproduktionsmedizin zum 1. April 2022 .....	5
<b>2.</b>	<b>Verordnungen.....</b>	<b>6</b>
2.1.	Maßnahmen zum Lieferengpass Tamoxifen-haltiger Arzneimittel.....	6
2.2.	Hinweis zur Grippezeit 2022/2023 .....	7
2.3.	Gemeinsame Arbeitsgruppe Arzneimittel - Informationsschreiben zum Thema „Arzneimittelverordnungen von Einzelimporten“ .....	8
2.4.	Bortezomib/Cyclophosphamid/Dexamethason zur Induktionstherapie des neu diagnostizierten Multiplen Myeloms - Anlage VI (Off-Label-Use) der Arzneimittel-Richtlinie, Zustimmung eines pharmazeutischen Unternehmers (Hexal AG).....	8
2.5.	Änderung der Arzneimittel-Richtlinie - neue Anlage VIIa: Biologika und Biosimilars .....	9
2.6.	Cannabis - Begleiterhebung endet am 31. März 2022	10
2.7.	Änderung der Arzneimittelverschreibungsverordnung (AMVV).....	11

<b>3. Allgemeine Hinweise</b> .....	<b>12</b>
3.1. Verlängerung der Corona-Sonderregelung bei Kinder-Früherkennungsuntersuchungen U6, U7, U7a, U8 sowie U9 bis zum 30. Juni 2022 .....	12
3.2. Lieferschwierigkeiten von Chips für die Erstellung elektronischer Gesundheitskarten (eGK) .....	12
3.3. Digitaler Befreiungsausweis von Zuzahlungen künftig für AOK-Versicherte über „Meine AOK-App“ .....	13
3.4. Besondere Versorgung zur Behandlung von Gestationsdiabetes und sonstige Diabetesformen durch Diabetologische Schwerpunktpraxen (GDM-DM3-Vertrag): HEK - Hanseatische Krankenkasse, BAHN-BKK und BKK Werra-Meissner ab 1. April 2022 neu dabei .....	13
3.5. Zur Erinnerung: DMP-Patientenschulungen und Dokumentationen sind wieder verpflichtend .....	14
3.6. Neuerungen beim Anbieten von Terminen für die Terminservicestelle (Online Anwendung eTerminservice im KVN-Portal) .....	14
3.7. Befragung zu Kosten und Nutzen von Investitionen in die Digitalisierung .....	14
3.8. Medizinische Versorgung von Flüchtlingen / Asylbewerbern / ukrainischen Staatsangehörigen .....	15
3.9. Hinweis zur Förderung der elektronischen Patientenakte (ePA) bzw. Vermeidung der 1%-Kürzung .....	16
3.10. Studien-Umfrage zur Zusammenarbeit zwischen Allgemein- und Zahnmedizin - Reminder zur Beteiligung .....	16
<b>4. Veranstaltungen im April und Mai 2022</b> .....	<b>17</b>
<b>5. Anlagenverzeichnis</b> .....	<b>19</b>
5.1. Amtliche Mitteilung zum HVM Teil B Nr. 16.1 und 16.2 .....	19
5.2. Informationsschreiben zum Thema „Arzneimittelverordnungen von Einzelimporten“ .....	19

## 1. Abrechnung

### 1.1. Abgabetermin Quartalsabrechnung 1/2022

Der Abgabetermin für die Abrechnung des 1. Quartals 2022 ist der 11. Kalendertag des nachfolgenden Quartals und somit der 11. April 2022.

11. April 2022

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

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

- das Muster der aktuellen Sammelerklärung (wieder zweiseitig), gültig ab 1/2022, vollständig ausgefüllt, mit Unterschrift und dem Vertragsarztstempel versehen, einzureichen. Das Muster kann auch im KVN-Portal unter Abrechnung/Abrechnungscenter/Informationen zur Quartalsabrechnung/Downloads ausgedruckt werden;
- die abzugebenden Behandlungsausweise (sortiert nach der Liste: KBV-Prüfmodul Abgabe Behandlungsausweise) einzureichen;
- Ausnahme: Die Ersatzverfahrenscheine über den Kostenträger 17809 (Nds. Ministerium für Soziales) sowie über den Kostenträger 38825 (Bundesamt für soziale Sicherung/BAS) sind mit den Quartalsabrechnungen nicht einzureichen;
- abhängig von Ihren erbrachten Leistungen: Früherkennungskolonoskopie, Hautkrebsscreening, Daten gem. der QS-Richtlinie Dialyse rechtzeitig online zu dokumentieren und zu übertragen;
- ggf. zusätzliche Unterlagen einzureichen:  
Sachkostenbelege/Rechnungen,  
Behandlungsplan zur künstlichen Befruchtung Muster 70/70A,  
Mitteilungen der Praxis zur eingereichten Abrechnung (Beispiel: Pat. Y ist zu löschen, da jetzt BG-Fall).

Sammelerklärung

Ausnahme

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

Nicht benötigt

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

Direkt an 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. Überweisung durch ambulant operierende Ärzte zur postoperativen Behandlung

Wir möchten darauf hinweisen, dass bei einer postoperativen Behandlung durch einen weiterbehandelnden Haus- oder Facharzt zwingend eine Überweisung auszustellen ist. Kommen Patienten nach einer ambulanten Operation ohne Überweisung zur postoperativen Nachbehandlung zum Haus- oder Facharzt, kann diese nicht durchgeführt werden.

Die Krankenkassen stellen vermehrt Regressanträge in diesen Fällen, achten Sie bitte daher darauf, dass Sie Ihren Patienten die Überweisung zur postoperativen Behandlung mitgeben.

## 1.3. Mitteilung der fachgruppendurchschnittlichen Obergrenze für Kontrastmittel für das Quartal 2/2022

Gemäß der Kontrastmittelvereinbarung, die die KVN mit den Landesverbänden der Krankenkassen in Niedersachsen zum 1. Januar 2016 abgeschlossen hat und die zuletzt zum 1. Juli 2020 angepasst wurde, gelten für das 2. Quartal 2022 für Ärzte, die im Basisquartal 2/2021 (noch) keine Kontrastmittel über die o. g. Vereinbarung abgerechnet haben, folgende fachgruppendurchschnittlichen Obergrenzen:

- Institute, Krankenhäuser 2.690,73 Euro
- Fachärzte für Nuklearmedizin 29.925,20 Euro
- Fachärzte für Diagnostische Radiologie 84.247,57 Euro
- Fachärzte für Urologie 4.031,41 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/Kontrastmittelvereinbarung abrufbar.

## 1.4. Amtliche Mitteilung der KVN zum HVM Teil B Nr. 16.1 und 16.2 für das 2. Quartal 2022 - Fachgruppendurchschnittswerte für Laborindividualbudgets

Die für das 2. Quartal 2022 geltenden Fachgruppendurchschnittswerte für Laborindividualbudgets entnehmen Sie bitte der Anlage 5.1 zu diesem Rundschreiben. Zusätzlich sind diese Daten auch bereits seit dem 24. Februar 2022 über das KVN-Portal abrufbar.

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

Obergrenzen



### 1.5. Amtliche Mitteilung der KVN zum HVM für das 2. Quartal 2022 für alle dem RLV unterliegenden Arztgruppen des haus- und fachärztlichen Versorgungsbereichs

Die für 2/2022 geltenden RLV-/QZV-Mindestfallwerte sowie die Fallzahlgrenzen für die Fallwertminderung finden Sie als „Download“ unter [https://www.kvn.de/Mitglieder/Abrechnung\\_+Honorar+und+Vertrag/Honorarverteilung.html](https://www.kvn.de/Mitglieder/Abrechnung_+Honorar+und+Vertrag/Honorarverteilung.html)

Eine Fallzahlzuwachsbeschränkung (FZZB) erfolgt gemäß HVM Teil B Nr. 18.1 für das 2. Quartal 2022 nicht.

### 1.6. EBM-Anpassung der GOP 02101 „Infusionstherapie“ und des Abschnitts 8.5 Reproduktionsmedizin zum 1. April 2022

#### **Infusionstherapie**

Der Bewertungsausschuss hat eine EBM-Anpassung bezüglich der intravenösen Infusionstherapie mit Immunglobulinen mit einer Dauer von mindestens 60 Minuten beschlossen. Die Anpassung erfolgt zum 1. April 2022 und wurde vor dem Hintergrund vorgenommen, dass die Behandlung für viele Indikationen im EBM bisher nicht adäquat abgebildet war. Konkret wird die Gebührenordnungsposition 02101 „Infusionstherapie“ um einen obligaten Leistungsinhalt erweitert, so dass sie für Infusionstherapien mit Immunglobulinen für eine Dauer von mindestens 60 Minuten berechnet werden kann.

#### **Reproduktionsmedizin: Anpassungen im Abschnitt 8.5 des EBM**

Die reproduktionsmedizinischen Komplexleistungen des Abschnitts 8.5 EBM wurden mit Wirkung zum 1. April 2020 in die einzelnen Fragen der Reproduktionsmedizin sowie nach korporalen und extrakorporalen Maßnahmen umstrukturiert. Im Zuge dessen wurde die Stimulationsbehandlung nach der GOP 08535, die In-vitro-Fertilisation (GOP 08550), die intracytoplasmatische Spermieninjektion (GOP 08555) und der Embryotransfer (GOP 08558) jeweils als separate Leistungen im EBM aufgenommen. Die GOP 08550, 08555 und 08558 waren seitdem im Zyklus nur im Zusammenhang mit der Stimulationsbehandlung nach der GOP 08535 berechnungsfähig.

Ferner sind aufgrund der bisherigen Definition des Zyklusfalls im EBM die Leistungen aus dem Abschnitt 8.5 EBM für Patienten ohne endogen gesteuerten Zyklus und ohne hormonelle Stimulation nicht berechnungsfähig.

Mit dem Beschluss des Bewertungsausschusses zum 1. April 2022 ist die Berechnungsfähigkeit der GOP 08550, 08555 und 08558 von der Durchführung einer Stimulationsbehandlung nach der GOP 08535 im Zyklusfall getrennt.

Damit wird die Abrechnung einer künstlichen Befruchtung ermöglicht, wenn bei einer Versicherten unbefruchtete Eizellen aus einer vorausgegangen Eizellgewinnung nach den Richtlinien über künstliche Befruchtung des Gemeinsamen Bundesausschusses verwendet werden. Eine erneute Stimulationsbehandlung ist damit nicht notwendig.

Als separate Leistungen aufgenommen

Darüber hinaus wird klargestellt, dass sich die erste Anmerkung zur GOP 08558 nur auf die Abrechnung eines Embryo-Transfers ggf. als Zygotentransfer und/oder als intratubarer Embryo-Transfer jedoch nicht auf die Abrechnung eines intratubaren Gameten-Transfers bezieht.

Des Weiteren erfolgt mit dem vorliegenden Beschluss eine Anpassung der Definition des Zyklusfalls, der nun auch Patientinnen ohne endogen gesteuerten Zyklus und ohne hormonelle Stimulation umfasst.

Das Institut des Bewertungsausschusses veröffentlicht den Beschluss auf seiner Internetseite (<http://Institut-BA.de\BA\Beschlüsse.html> und im Deutschen Ärzteblatt).

## 2. Verordnungen

### 2.1. Maßnahmen zum Lieferengpass Tamoxifen-haltiger Arzneimittel

Derzeit besteht in Deutschland ein Versorgungsmangel an Tamoxifen-haltigen Arzneimitteln. Hintergrund hierzu ist der Produktionsausfall eines Herstellers mit hohem Marktanteil. Wie das Bundesgesundheitsministerium (BMG) mitteilte, kann der Bedarf an Tamoxifen-haltigen Arzneimitteln bis zur vorgezogenen Produktion der pharmazeutischen Unternehmer Mitte/Ende April 2022 voraussichtlich nur teilweise gedeckt werden.

Das BMG, das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) sowie der Beirat für Liefer- und Versorgungsengpässe haben daher verschiedene Maßnahmen vorgesehen, die die Lieferengpässe bei Tamoxifen-haltigen Arzneimitteln abmildern sollen.

Folgende Maßnahmen betreffen die Vertragsärztinnen und Vertragsärzte unmittelbar, bitte beachten Sie daher folgende Hinweise:

- **keine Verordnungen für eine Bevorratung:** Ärztinnen und Ärzte sollen in den kommenden Monaten keine Rezepte für eine individuelle Bevorratung ausstellen. Vielmehr sollen Patientinnen und Patienten erst dann ein Folgerezept erhalten, wenn eine weitere Verordnung erforderlich ist. Damit sollen regionale oder individuelle Bevorratungen unterbunden werden, um allen Patientinnen und Patienten eine unterbrechungsfreie Therapie zu ermöglichen.
- **Verordnung kleiner Packungsgrößen:** Je nach Verfügbarkeit können Ärzte auch kleinere Packungsgrößen, z. B. mit 30 Tabletten oder Arzneimittel mit einer geringeren Stärke (z.B. Einnahme von 2 Tabletten à 10 mg) verordnen. Apotheken können in diesem Zusammenhang auch Teilmengen aus Großpackungen entnehmen.

Der GKV-Spitzenverband hat den Krankenkassen empfohlen, dieses Vorgehen zu unterstützen, d. h. gegebenenfalls anfallende Mehrkosten

Maßnahmen

zu übernehmen und die Verordnungen im Rahmen von Wirtschaftlichkeitsprüfungen gesondert zu berücksichtigen.

### **Umgang mit eventuell entstehenden Mehrkosten für den Versicherten**

Bei einigen Arzneimitteln, z. B. des Originalanbieters, fallen für den Patienten Mehrkosten (Kosten oberhalb des Festbetrags bei nicht rabattierten Arzneimitteln) an. Die AOK Niedersachsen hat die ausnahmsweise Übernahme der Mehrkosten zugesagt, wenn keine generischen Tamoxifen-Tabletten unterhalb des Festbetrags verfügbar sind. Bei allen anderen Krankenkassen empfehlen wir eine vorherige Absprache zur Kostenübernahme.

Empfehlung: Absprache

### **Import von Arzneimitteln**

Das BMG hat einen Versorgungsmangel (nach §79 Absatz 5 AMG) bekanntgemacht. Damit besteht für die zuständigen Behörden der Länder die Möglichkeit, den Import von Tamoxifen-haltigen Arzneimitteln zu gestatten. Auf der Internetseite des BfArM werden Angaben zu Arzneimitteln gemacht, bei denen eine Gestattung vorliegt (abrufbar unter [https://www.bfarm.de/DE/Arzneimittel/Arzneimittelinformationen/Lieferengpaesse/Tamoxifen/\\_node.html](https://www.bfarm.de/DE/Arzneimittel/Arzneimittelinformationen/Lieferengpaesse/Tamoxifen/_node.html)).

Wir empfehlen in diesem Zusammenhang, eine Wirkstoffverordnung von Tamoxifen vorzunehmen. So kann die Apotheke ggf. ein geeignetes Importarzneimittel auswählen und einen eventuell erforderlichen Antrag auf Kostenübernahme bei der entsprechenden Krankenkasse stellen.

### **Informationsmaterial**

Von den wissenschaftlich-medizinischen Fachgesellschaften wurden aktuelle Therapieempfehlungen zu Tamoxifen veröffentlicht und auch auf der Homepage des BfArM publiziert (verfügbar unter [https://www.bfarm.de/SharedDocs/Downloads/DE/Arzneimittel/Zulassung/amInformationen/Lieferengpaesse/Information\\_tamoxifen.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.bfarm.de/SharedDocs/Downloads/DE/Arzneimittel/Zulassung/amInformationen/Lieferengpaesse/Information_tamoxifen.pdf?__blob=publicationFile)).

Das BMG kündigte an, dass in den nächsten Wochen ggf. weitere Maßnahmen erforderlich sind, um die Patientinnen gleichmäßig versorgen zu können. Sobald uns neuere Kenntnisse vorliegen, werden wir Sie darüber informieren.

Alle wesentlichen Informationen finden Sie auf der Internetseite des BfArM unter folgendem Link: [https://www.bfarm.de/DE/Arzneimittel/Arzneimittelinformationen/Lieferengpaesse/Tamoxifen/\\_node.html](https://www.bfarm.de/DE/Arzneimittel/Arzneimittelinformationen/Lieferengpaesse/Tamoxifen/_node.html)

## **2.2. Hinweis zur Grippesaison 2022/2023**

Entgegen der Mitteilung des Bundesgesundheitsministeriums (BMG) vom Herbst 2021 wurde die Verordnung zum Anspruch auf Schutzimpfung gegen Influenza und Masern des BMG nun doch um ein weiteres Jahr bis zum 31. März 2023 verlängert.

Damit besteht für Personen ab 60 Jahren auch für die kommende Grippesaison 2022/2023, neben dem in der Schutzimpfungs-Richtlinie vorgesehenen quadrivalenten Hochdosis-Influenza-Impfstoff, ein Anspruch

auf eine Impfung mit einem inaktivierten quadrivalenten Influenza-Impfstoff (standarddosiert). Personen ab 60 Jahren können demnach auch in der Grippezeit 2022/2023 mit beiden Arten von Influenza-Impfstoffen geimpft werden. Die Verordnung des Hochdosis-Impfstoffes gilt dabei als wirtschaftlich.

Die Gründe, warum das BMG die Ausnahmeregelung nun doch kurzfristig um ein weiteres Jahr verlängert hat, sind uns nicht bekannt. Es ist anzunehmen, dass so die Versorgung bei eventuellen Versorgungslücken mit dem Hochdosis-Impfstoff sichergestellt werden soll.

Die Hersteller GSK, Mylan, Sanofi und Seqirus haben ihre Bestellfristen bis zum 31. März 2022 verlängert. Falls Sie für Personen ab 60 Jahren noch Dosen des standarddosierten quadrivalenten Influenza-Impfstoffs nachbestellen möchten, beachten Sie bitte unbedingt Ihre bereits getätigten Bestellungen des Hochdosis-Influenza-Impfstoffes und die voraussichtlich benötigte Gesamtmenge an Grippeimpfstoffen.

Nach Mitteilung der Hersteller können bereits getätigte Bestellungen nicht mehr storniert werden.

Bestellfristen verlängert

### **2.3. Gemeinsame Arbeitsgruppe Arzneimittel - Informationsschreiben zum Thema „Arzneimittelverordnungen von Einzelimporten“**

Im Anhang finden Sie ein weiteres Informationsschreiben der AG GKV/KVN Arzneimittel zu dem Thema „Arzneimittelverordnungen von Einzelimporten“. Darin wird insbesondere auf die Voraussetzungen zur Verordnung eines Einzelimports sowie die zu beachtenden Hinweise hinsichtlich eines vorherigen Antrags auf Kostenübernahme durch die jeweilige Krankenkasse eingegangen.

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

#### **Anlage 5.2: Informationsschreiben zum Thema „Arzneimittelverordnungen von Einzelimporten“**

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

Mit Wirkung zum 3. März 2022 wurde in der Anlage VI (Off-Label-Use) in Teil A der Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL) in Ziffer XXXIII „Bortezomib plus Cyclophosphamid plus Dexamethason zur Induktionstherapie des neu diagnostizierten Multiplen Myeloms“ die Liste der Hersteller, die für ihre Bortezomib-, Cyclophosphamid- und/oder Dexamethason-haltigen Arzneimittel im Rahmen des in der Anlage vorgenannten Off-Label-Use einer Anwendung zugestimmt haben (Haftung des pharmazeutischen Unternehmers), um den Hersteller „Hexal AG“ erweitert.

**Folgende Hersteller sind nun in der Liste aufgeführt:**

AbZ-Pharma GmbH, A.C.A. Müller ADAG Pharma AG, Accord Healthcare S.L.U., acis Arzneimittel GmbH, adequapharm GmbH, axicorp Pharma B.V., Baxter Oncology GmbH, be-tapharm Arzneimittel GmbH, CC Pharma GmbH, Chem Affairs GmbH, EurimPharm Arzneimittel GmbH, European Pharma B.V., Hexal AG, Hikma Pharma GmbH, hvd medical GmbH, Infec-toPharm Arzneimittel und Consilium GmbH, INOPHA GmbH, Janssen-Cilag GmbH, kohlpharma GmbH, medac Gesellschaft für klinische Spezialpräparate m.b.H., Mibe GmbH Arzneimittel, Mylan Germany GmbH, NMG Pharma GmbH, onkovis GmbH, Orifarm GmbH, PANPHARMA GmbH, ratiopharm GmbH, STADAPHARM GmbH, Sun Pharmaceutical Industries Europe B.V., T & D Pharma GmbH, TAD Pharma GmbH, Tillomed Pharma GmbH, Zentiva Pharma GmbH

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

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

## 2.5. Änderung der Arzneimittel-Richtlinie - neue Anlage VIIa: Biologika und Biosimilars

Zum 1. März 2022 ist die neue Anlage VIIa „Biologika und Biosimilars“ der Arzneimittel-Richtlinie in Kraft getreten. In der Anlage werden biotechnologisch hergestellte Wirkstoffe aufgeführt, für die mindestens ein Biosimilar oder mehr als ein Originalarzneimittel verfügbar sind.

Der G-BA führt in seinen Tragenden Gründen aus, dass die Anlage den verordnenden Ärztinnen und Ärzten eine Übersicht über den in Deutschland verfügbaren Biologika-Markt geben und somit eine wirtschaftliche Verordnung ermöglicht werden soll. Die Inhalte der Anlage VIIa sollen zukünftig auch über die Praxissoftware abrufbar sein.

Es handelt sich um eine nicht-abschließende tabellarische Übersicht, die als Informationsgrundlage dienen soll. In der ersten Spalte ist der Wirkstoff aufgeführt, in der zweiten Spalte das/die entsprechende/n Original- bzw. Referenzarzneimittel und in der dritten Spalte die zugehörigen Biosimilars. Die Anlage VIIa soll bei Marktveränderungen (z. B. neu zugelassene Biosimilars, nicht (mehr) verkehrsfähige Arzneimittel) jeweils zeitnah durch den G-BA angepasst werden. Werden neue Biosimilars auf dem Markt verfügbar, die noch nicht in Anlage VIIa gelistet sind, können diese unter Berücksichtigung der Wirtschaftlichkeit ebenfalls verordnet werden.

Tabellarische Übersicht

Folgende Hinweise möchten wir Ihnen zur neuen Anlage VIIa mitteilen:

- Der Übersicht kann nicht entnommen werden, ob die in einer Zeile aufgeführten Arzneimittel in ihren zugelassenen Anwendungsgebieten übereinstimmen. Die Vorgaben der jeweiligen Fachinformation sind daher insbesondere in Bezug auf die zugelassenen Anwendungsgebiete zu berücksichtigen.
- In der Liste können auch Arzneimittel aufgeführt werden, die zwar in Deutschland zugelassen sind, aber nicht auf dem deutschen Markt vertrieben werden.

Im Rundschreiben Dezember 2020 (Punkt 2.2.) informierten wir über die in §40a der Arzneimittel-Richtlinie aufgenommenen Hinweise zum Austausch von biotechnologisch hergestellten biologischen Arzneimitteln. Der G-BA hatte in diesem Zusammenhang angekündigt, dass im Nachgang eine neue Anlage VIIa zu Biologika und Biosimilars zur Verfügung gestellt werden soll, die als Informationsgrundlage dienen soll.

Bis zum 16. August 2022 soll der G-BA zudem Hinweise zur Austauschbarkeit von biologischen Referenzarzneimitteln durch Apotheken geben.

Die neue Anlage VIIa ist abrufbar unter [www.g-ba.de/Richtlinien/Arzneimittel-Richtlinie/Anlage VIIa: Biologika und Biosimilars](http://www.g-ba.de/Richtlinien/Arzneimittel-Richtlinie/Anlage_VIIa:_Biologika_und_Biosimilars).

Hintergrund

## 2.6. Cannabis - Begleiterhebung endet am 31. März 2022

Die im März 2017 mit Beginn der Verordnungsfähigkeit von Cannabis-Arzneimitteln für den Zeitraum von fünf Jahren vorgesehene Begleiterhebung endet mit Ablauf des 31. März 2022.

Wir möchten in diesen Zusammenhang darauf hinweisen, dass für Versicherte, die sich nach dem 31. Dezember 2021 noch in Therapie befinden, bis zum 31. März 2022 ein Erhebungsbogen auszufüllen und zu übersenden ist. Dies ist unabhängig davon, ob für den jeweiligen Patienten bereits ein Erhebungsbogen an das BfArM übermittelt worden ist.

Die GOP 01461 „Datenerfassung und Datenübermittlung im Rahmen der Begleiterhebung“ wurde befristet bis zum 31. März 2022 in den EBM aufgenommen und ist für Versicherte, die sich zwischen dem 1. Januar 2022 und dem 31. März 2022 in Therapie mit einer genehmigten Cannabis-Leistung befinden und für die eine zweite Erhebung erforderlich ist, ein zweites Mal berechnungsfähig.

Das Zugangsportale zur Cannabisbegleiterhebung zur elektronischen Übermittlung der Daten finden Sie unter folgendem Link:  
<https://www.begleiterhebung.de/>

Weitere Informationen zur Begleiterhebung finden Sie auf der Internetseite des BfArM unter [https://www.bfarm.de/DE/Bundesopium-stelle/Cannabis-als-Medizin/Begleiterhebung/\\_node.html](https://www.bfarm.de/DE/Bundesopium-stelle/Cannabis-als-Medizin/Begleiterhebung/_node.html) und auf der KVN-Internetseite unter [Verordnung/Arzneimittel/Cannabis/Begleiterhebung](#).

## 2.7. Änderung der Arzneimittelverschreibungsverordnung (AMVV)

Mit Wirkung zum 1. März 2022 ist eine Änderung der Arzneimittelverschreibungsverordnung (AMVV) in Kraft getreten, die mit folgenden wesentlichen Neuerungen einhergeht:

### 1.) Verordnung teratogener Arzneimittel mit dem Wirkstoffen Lenalidomid, Pomalidomid und Thalidomid

Mit der Änderung der AMVV ist die Mitgabe der Gebrauchsinformation des Fertigarzneimittels bei der Verordnung von Arzneimitteln mit den Wirkstoffen Lenalidomid, Pomalidomid und Thalidomid durch den Arzt nicht mehr erforderlich. Der Patient erhält die entsprechende Packungsbeilage stattdessen bei der Abgabe des Arzneimittels in der Apotheke mit der Arzneimittelpackung.

Die verschreibende Person bestätigt, dass sie die Sicherheitsmaßnahmen gemäß der aktuellen Fachinformation eines entsprechenden Fertigarzneimittels eingehalten und dem Patienten das entsprechende Schulungsmaterial mitgegeben hat.

Es sollen zeitnah neue T-Rezepte verfügbar werden, die den neuen Vorgaben der AMVV entsprechen. Die bisherigen Vordrucke der T-Rezepte behalten ihre Gültigkeit und können weiterverwendet werden. Bei diesen T-Rezepten ist im zweiten Pflichtfeld des T-Rezeptes der Satzteil „...sowie die aktuelle Gebrauchsinformation des entsprechenden Fertigarzneimittels“ durch die verordnende Person manuell zu streichen. Den Patienten ist dann nur noch das notwendige Schulungsmaterial gemäß der Fachinformation auszuhändigen, nicht mehr jedoch die Gebrauchsinformation des Fertigarzneimittels.

### Hintergrund

Seit Mitte Februar 2022 sind Generika zu dem Wirkstoff Lenalidomid verfügbar. Bei der Verordnung eines Lenalidomid-haltigen Arzneimittels kann dieses daher nun in der Apotheke gemäß den entsprechenden Substitutionsregeln gegen ein passendes wirkstoffgleiches Präparat ausgetauscht werden. Da der Arzt nicht weiß, ob in der Apotheke ein Austausch des verordneten Präparats stattfindet, kann die passende Gebrauchsinformation vom Arzt nicht mehr vorab mitgegeben werden. Durch die Änderung der AMVV werden die Regularien an die Verfügbarkeit der Generika angepasst.

### 2.) Entlassung aus der Verschreibungspflicht

Folgende Wirkstoffe wurden unter folgenden Voraussetzungen aus der Verschreibungspflicht entlassen:

#### **Bilastin und seine Ester:**

in festen Zubereitungen zur oralen Anwendung in Konzentrationen von 20 mg je abgeteilter Form, sofern auf Behältnissen und äußeren Umhüllungen eine Beschränkung der Anwendung auf Erwachsene und Jugendliche ab zwölf Jahren angegeben ist

#### **Dexibuprofen:**

zur oralen Anwendung ohne Zusatz weiterer arzneilich wirksamer Bestandteile in einer maximalen Einzeldosis von 200 mg, einer maximalen

Aus der Verschreibungspflicht entlassen

Tagesdosis von 600 mg und einer Gesamtwirkstoffmenge von bis zu 4 g pro Packung bei leichten bis mäßig starken Schmerzen und einer Anwendungsdauer von bis zu vier Tagen

**Kombination Ibuprofen + Paracetamol:**

zur oralen Anwendung Ibuprofen (in maximaler Einzeldosis von 200 mg und maximaler Tagesdosis von 1 200 mg) in Kombination mit Paracetamol (in maximaler Einzeldosis von 500 mg und maximaler Tagesdosis von 3000 mg) und einer Gesamtwirkstoffmenge von bis zu 4 g Ibuprofen und bis zu 10 g Paracetamol je Packung für die kurzzeitige symptomatische Behandlung leichter bis mäßig starker Schmerzen

**Levodropropizin:**

zur oralen Anwendung bei Erwachsenen und Kindern ab dem vollendeten 2. Lebensjahr zur symptomatischen Therapie des Reizhustens und bis zu einer Anwendungsdauer von sieben Tagen

Die zugehörigen Präparate werden somit als apothekenpflichtig eingestuft und können auch ohne ärztliche Verschreibung erworben werden.

### 3. Allgemeine Hinweise

#### 3.1. Verlängerung der Corona-Sonderregelung bei Kinder-Früherkennungsuntersuchungen U6, U7, U7a, U8 sowie U9 bis zum 30. Juni 2022

Wir möchten Sie darüber informieren, dass vor dem Hintergrund der anhaltenden Coronavirus-Pandemie, der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) beschlossen hat, dass Kinder-Untersuchungen U6 bis U9 bei Überschreitung der Untersuchungszeiträume und Toleranzzeiten vorerst bis zum 30. Juni 2022 durchgeführt und abgerechnet werden können.

#### 3.2. Lieferschwierigkeiten von Chips für die Erstellung elektronischer Gesundheitskarten (eGK)

Aktuell bestehen Lieferschwierigkeiten von notwendigen Chips für die Erstellung der eGK. Dies kann dazu führen, dass Krankenkassen ihre Mitglieder nicht zeitnah mit einer eGK ausstatten können. Sollte dieser Fall eintreten, werden die Krankenkassen ihren Mitgliedern übergangsweise einen Abrechnungsschein ausstellen.

Bei Vorlage eines durch die Krankenkasse ausgestellten Abrechnungsscheins ist der Behandlungsfall im Ersatzverfahren anzulegen. Die Abrechnungsscheine sind mit der Quartalsabrechnung einzureichen.

Kann der Patient weder eine eGK noch einen Abrechnungsschein seiner Krankenkasse vorlegen und die Behandlung ist nicht verschiebbar, kann nach Ablauf von zehn Tagen eine Privatvergütung für die Behandlung verlangt werden.

Abrechnungsschein

Privatvergütung



Legt der Patient bis zum Ende des Quartals seine eGK oder einen Abrechnungsschein der Krankenkasse vor, wäre die erhobene Privatvergütung zurückzuerstatten und die Behandlung kann als Kassenleistung abgerechnet werden.

### 3.3. Digitaler Befreiungsausweis von Zuzahlungen künftig für AOK-Versicherte über „Meine AOK-App“

Wie uns die AOK Niedersachsen mitteilte, können Versicherte der AOK künftig ihre Befreiung von Zuzahlungen anstelle über den papiergebundenen Befreiungsausweis, auch digital über die „Meine-AOK-App“ nachweisen.

„Meine AOK“-App ist eine bundeseinheitliche App, die bei allen AOKn im Einsatz ist. Der digitale Befreiungsausweis ist dem bisherigen papiergebundenen Befreiungsausweis gleichzusetzen und besitzt die gleiche Gültigkeit wie dieser.

### 3.4. Besondere Versorgung zur Behandlung von Gestationsdiabetes und sonstige Diabetesformen durch Diabetologische Schwerpunktpraxen (GDM-DM3-Vertrag): HEK - Hanseatische Krankenkasse, BAHN-BKK und BKK Werra-Meissner ab 1. April 2022 neu dabei

Die HEK, BAHN-BKK und BKK Werra-Meissner sind dem GDM-DM3-Vertrag beigetreten.

Teilnehmende Krankenkassen (Stand: 1. April 2022):

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

Teilnehmende  
Krankenkassen

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

### **3.5. Zur Erinnerung: DMP-Patientenschulungen und Dokumentationen sind wieder verpflichtend**

Seit dem 1. Januar 2022 muss für alle in ein DMP eingeschriebene Patientinnen und Patienten wieder eine quartalsbezogene Dokumentation erstellt werden. Die Corona-Sonderregelung ist am 31. Dezember 2021 ausgelaufen.

Für Patientinnen und Patienten, bei denen aufgrund der Corona-Sonderregelung in den Jahren 2020 und 2021 keine oder unregelmäßige DMP-Dokumentationen vorliegen, ist bei quartalsweiser Dokumentation spätestens im zweiten Quartal 2022 eine Konsultation mit entsprechender Dokumentation erforderlich. Wird keine Dokumentation erstellt, werden Versicherte rückwirkend zum Datum der letzten gültigen Dokumentation aus dem jeweiligen DMP-Programm ausgeschrieben.

### **3.6. Neuerungen beim Anbieten von Terminen für die Terminservicestelle (Online Anwendung eTerminservice im KVN-Portal)**

Neben einigen Verbesserungen für Patienten und Agenten der TerminserviceStellen (TSS) stehen wichtige Verbesserungen für Praxen im Mittelpunkt (Auswahl), die sich viele von Ihnen schon lange gewünscht haben:

- gleichzeitiges Anlegen von Serienterminen für alle Tage einer Woche,
- Löschen von mehreren Terminen auf einen Klick möglich,
- keine verpflichtenden Dringlichkeiten beim Anlegen neuer Termine für überweisungsfreie Fachgruppen,
- Anpassung des Buchungsexports (Tabelle inklusive der vermerkten Zuschläge).

Anleitungen zu den neuen Möglichkeiten im eTerminservice finden Sie direkt in der Anwendung: [www.kvn.de/im KVN-Portal einloggen/Online-Dienste/Anwendungen/e-Terminservice](http://www.kvn.de/im_KVN-Portal_einloggen/Online-Dienste/Anwendungen/e-Terminservice). Dort sind PDF-Dateien und Videoanleitungen hinterlegt.

Zum Einspielen der neuen Version wird es am 12. März 2022 eine längere sogenannte downtime geben, in der der e-Terminservice nicht erreichbar sein wird.

### **3.7. Befragung zu Kosten und Nutzen von Investitionen in die Digitalisierung**

Gemeinsam mit der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe (KVWL) hat das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (Zi) eine Umfrage zur Digitalisierung in Vertragsarztpraxen konzipiert. Der

Verbesserungen

Online-Fragebogen steht bundesweit allen Praxen offen, besondere Anmeldezeiten sind nicht erforderlich. Die Befragung startet am 7. März 2022. Ziel dieser Erhebung ist es, die Höhe von Investitionskosten zu digitalen Anwendungen in der vertragsärztlichen und vertragspsychotherapeutischen Praxis zu messen sowie die Vor- und Nachteile der Einführung dieser digitalen Angebote zu bewerten. Mit den Ergebnissen der Umfrage sollen die bestehenden Datenlücken zu Kosten und Nutzen digitaler Anwendungen geschlossen werden.

Start am 7. März 2022

Der Fragebogen ist erreichbar unter: <https://survey.zi.de/dip>

### 3.8. Medizinische Versorgung von Flüchtlingen / Asylbewerbern / ukrainischen Staatsangehörigen

Auch hilfebedürftigen ukrainischen Flüchtlingen / Asylberechtigten werden im Krankheitsfall die zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände erforderlichen ärztlichen Leistungen einschließlich der Versorgung mit Arznei- und Verbandmitteln gewährt (gem. §4 AsylbLG).

Darüber hinaus können weitere Leistungen gewährt werden, soweit Sie im Einzelfall zur Sicherung der Gesundheit unerlässlich sind (gem. §6 AsylbLG). Für die Gewährung der Leistungen ist das örtliche Sozialamt zuständig.

Hilfeberechtigte haben vor Behandlungsbeginn den vom Sozialamt ausgestellten Behandlungsausweis vorzulegen. Andernfalls ist der Arzt, ausgenommen von Notfällen, verpflichtet die Patienten ans Sozialamt zu verweisen.

Gut zu wissen:

- Im Notfall kann der Arzt erbrachte Leistungen auf dem „Abrechnungsschein für den ärztlichen Notdienst“ (Muster 19) abrechnen.
- Der Behandlungsausweis/-schein kann (vom Kalendervierteljahr abweichend) vom Sozialamt zeitlich begrenzt sein. Hinweis ist unter „zur Beachtung für den Arzt“ zu finden“. Wichtig, da Leistungen außerhalb des Gültigkeitszeitraums nicht vergütet werden.
- Ist eine Überweisung zur Mit- oder Weiterbehandlung erforderlich, ist eine Überweisung auszustellen, die oftmals der Genehmigung bedarf, oder das Sozialamt stellt hierfür einen weiteren Behandlungsschein aus. Beachten Sie den Hinweis auf dem Behandlungsschein.
- Damit auch der Mit- oder Weiterbehandler vom eingeschränkten Leistungsanspruch erfährt, vermerken Sie zwingend im Statusfeld den Zusatz „Asyl“.

Diese und weitere Informationen finden Sie auf unserer Internetseite ([www.kvn.de](http://www.kvn.de)): Mitglieder/Praxisführung/Versorgung von Flüchtlingen

### 3.9. Hinweis zur Förderung der elektronischen Patientenakte (ePA) bzw. Vermeidung der 1%-Kürzung

Das Update zur ePA ist seit dem 3. Quartal 2021 gesetzlich verpflichtend.

Die Förderung erhalten die Praxen automatisch, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind:

- Die Konnektorversion muss 4.0 oder höher sein
- Das Update zur ePA muss korrekt im PVS System angelegt sein

Ist eine der beiden Voraussetzungen nicht erfüllt, so kommt es automatisch zu einer 1%-Kürzung des Honorars.

Zur Abklärung und Überprüfung nehmen Sie bitte Kontakt mit ihrem Software-Hersteller auf.

Automatisch

### 3.10. Studien-Umfrage zur Zusammenarbeit zwischen Allgemein- und Zahnmedizin - Reminder zur Beteiligung

*„Und mit wem kommunizieren Sie da? Direkt mit dem Arzt oder mit der Medizinischen Fachangestellten?“ - „Gar nicht.“ (Zitat einer Gruppendiskussion)*

Diese Aussage, aber auch aktuelle Forschungsergebnisse deuten darauf hin, dass zwischen Allgemeinmedizin- und Zahnmedizin wenig Zusammenarbeit stattfindet, obwohl vielfältige Zusammenhänge und Wechselwirkungen zwischen Parodontalerkrankungen und systemischen Erkrankungen bekannt sind.

Forschende der Selbstständigen Abteilung für Allgemeinmedizin und der Poliklinik für Zahnerhaltung und Parodontologie der Universität Leipzig möchten - neben der aktuellen Ausgestaltung der Zusammenarbeit - mehr über Verbesserungsmöglichkeiten der gemeinsamen Zusammenarbeit herausfinden. Dafür werden Sie als Expertinnen und Experten gebeten, durch die Beantwortung eines anonymen Online-Fragebogens diese Studie zu unterstützen. Das Ausfüllen des Fragebogens wird ca. 15 Minuten dauern.

Wer Interesse an den Studienergebnissen hat, erhält diese nach Abschluss der Studie per Mail. Dazu können Teilnehmende am Ende der Befragung ihre E-Mail-Adresse hinterlassen. Rückfragen zur Studie beantworten die Initiatoren unter der Mailadresse [MB-SAA-Forschung@medizin.uni-leipzig.de](mailto:MB-SAA-Forschung@medizin.uni-leipzig.de). Federführende Ansprechpartner sind Prof. Dr. Markus Bleckwenn, Professor für Allgemeinmedizin an der Universität Leipzig und Prof. Dr. Dirk Ziebolz, Geschäftsführender Oberarzt am Funktionsbereich Interdisziplinäre Zahnerhaltung und Versorgungsforschung an der Universität Leipzig.

Link zur Online-Befragung:

<https://umfrage.uni-leipzig.de/index.php/574494?lang=de>

## 4. Veranstaltungen im April und Mai 2022

**Wichtig:** Wir bieten Ihnen für einzelne Präsenzveranstaltungen untenstehende WebSeminare an. Weitere Informationen, welche Angebote für Ihre Praxis und die MitarbeiterInnen am besten geeignet sind, finden Sie auf unserer Internetseite. Dort können Sie sich auch direkt online anmelden: [www.kvn.de/Mitglieder/Fortbildung](http://www.kvn.de/Mitglieder/Fortbildung)

Name	Ort	Datum	Gebühr p. P.
Die ePA kommt - Einführung zum Start der elektronischen Patientenakte	WebSeminar	06.Apr	kostenlos
Die Krankschreibung wird digital - Eine Einführung zum Start der eAU	WebSeminar	13.Apr	kostenlos
Sicher durch den Heilmittel-Verordnungs-Dschungel	WebSeminar	20. Apr	kostenlos
Sicher und elektronisch verordnen - Einführung zum Start des eRezepts	WebSeminar	20.Apr	kostenlos
ICD 10 - Richtig kodieren	Hannover	20.Apr	kostenlos
Personalführung für PraxismitarbeiterIn	WebSeminar	26.Apr	69 Euro
Heilmittelverordnung in Theorie und Praxis	WebSeminar	27.Apr	kostenlos
Stress lass nach - durch optimierte Kommunikation und Motivation	Aurich	27.Apr	90 Euro
Zusammenarbeit neu gedacht - Meine Kooperationsmöglichkeiten heute	WebSeminar	27.Apr	kostenlos
Qualitätsmanagement ganz einfach	WebSeminar	29.Apr	69 Euro
Sprechstundenbedarf	WebSeminar	04.Mai	kostenlos
Die ePA kommt - Einführung zum Start der elektronischen Patientenakte	WebSeminar	04.Mai	kostenlos
Qualitätsmanagementbeauftragte/r (3-tägig)	WebSeminar	06.Mai	220 Euro
QEP®-Einführungsseminar	WebSeminar	07.Mai	127 Euro
Qualitätsmanagement für Psychotherapeuten	WebSeminar	07.Mai	89 Euro
Praxisbegehungen durch das Gewerbeaufsichtsamt	WebSeminar	07.Mai	30 Euro

Datenschutz in der Arztpraxis	WebSeminar	10.Mai	69 Euro
Die Krankschreibung wird digital - Eine Einführung zum Start der eAU	WebSeminar	11.Mai	kostenlos
Verordnungsweise in der täglichen Praxis	WebSeminar	11.Mai	kostenlos
Existenzgründerseminar Meine eigene Praxis - Impulse für den Start	WebSeminar	11.Mai	kostenlos
Kurze Wartezeiten - Gutes Terminsystem	WebSeminar	11.Mai	69 Euro
Sprechstundenbedarf	WebSeminar	12.Mai	kostenlos
Hygiene in der Arztpraxis	WebSeminar	12.Mai	69 Euro
Honorarbescheid lesen und verstehen	Hannover	18.Mai	kostenlos
Abrechnungsberatung Psychotherapeuten	Osnabrück	18.Mai	kostenlos
Heilmittelverordnung - Sicher durch den Verord- nungs-Dschungel	Lüneburg	18.Mai	kostenlos
Gruppentherapie leicht gemacht - Erneut/erstmalig in der Praxis anbieten	WebSeminar	18.Mai	60 Euro
Stressmanagement in der Arztpraxis	Aurich	18.Mai	90 Euro
Meine Zukunft planen - Im- pulse für die Praxisabgabe	WebSeminar	18.Mai	kostenlos
Umgang mit schwierigen Patienten	WebSeminar	18.Mai	69 Euro
Moderne Wundversorgung	WebSeminar	18.Mai	kostenlos
Neue PraxismitarbeiterIn professionell einarbeiten	WebSeminar	21.Mai	69 Euro
Honorarbescheid - Ein Buch mit 7 Siegeln	Osnabrück	25.Mai	kostenlos
Qualitätsmanagement-Ak- tuell - Gezielte Weiterent- wicklung NEU!	WebSeminar	25.Mai	69 Euro

## **5. Anlagenverzeichnis**

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

**5.2. Informationsschreiben zum Thema „Arzneimittelverordnungen  
von Einzelimporten“**

# Amtliche Mitteilung der KVN zum HVM für das 2. Quartal 2022

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

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

Fachgruppe	durchschnittliches Individualbudget
FA Laboratoriumsmedizin	353.025,62 €
FA Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie	271.261,34 €

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

Für Ärzte, die im 2. Quartal 2022 nicht in vollem zeitlichen Umfang an der vertragärztlichen Versorgung teilnehmen, reduzieren sich die o.a. Fachgruppendurchschnittswerte anteilig auf den Umfang ihrer Tätigkeit.

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

Fachgruppe	durchschnittliches Individualbudget
FA Chirurgie	10,95 €
FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe	13.717,62 €
FA Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	40.895,89 €
FA Haut- und Geschlechtskrankheiten	1.634,34 €
FA Innere Medizin und (SP) Nephrologie	969,32 €
FA Innere Medizin und (SP) Kardiologie	7.119,47 €
FA Kinder- und Jugendmedizin (hausärztlich)	14.358,55 €
FA Innere Medizin und (SP) Pneumologie	6.852,87 €
FA Innere Medizin und (SP) Gastroenterologie	7.886,25 €
FA Pathologie	5.112,55 €
FA Radiologie	5.679,33 €
FA Strahlentherapie	6.609,87 €
FA Urologie	36.387,32 €
FA Nuklearmedizin	125.334,20 €
FA Humangenetik	
FA Transfusionsmedizin	
FA Biochemie	
FA Allgemeinmedizin, Praktischer Arzt, FA Innere Medizin (hausärztlich)	42.202,53 €
FA Allgemeinmedizin, Praktischer Arzt (fachärztlich)	42.202,53 €
FA Innere Medizin (fachärztlich)	110.662,51 €
FA Innere Medizin und (SP) Endokrinologie	260.081,90 €
FA Innere Medizin und (SP) Hämatologie und Onkologie	14.769,32 €
FA Innere Medizin und (SP) Rheumatologie	65.459,06 €

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

Für Ärzte, die im 2. Quartal 2022 nicht in vollem zeitlichen Umfang an der vertragärztlichen Versorgung teilnehmen, reduzieren sich die o.a. Fachgruppendurchschnittswerte anteilig auf den Umfang ihrer Tätigkeit.



# Gemeinsame Arbeitsgruppe Arzneimittel

Kassenärztliche Vereinigung  
Niedersachsen

Verbände der gesetzlichen  
Krankenkassen in Niedersachsen



## Arzneimittelverordnungen von Einzelimporten

Sofern eine Therapie mit in Deutschland nicht zugelassenen oder nicht mehr vertriebenen Arzneimitteln geplant ist, muss Folgendes beachtet werden:

### 1. In Deutschland nicht zugelassene Arzneimittel

In Deutschland nicht zugelassene Arzneimittel sind nur in Ausnahmefällen Leistung der Gesetzlichen Krankenversicherung. Die Ausnahmeregelung in § 73 Abs. 3 Arzneimittelgesetz gestattet es nur in Einzelfällen, in Deutschland nicht zugelassene Arzneimittel auf dem deutschen Arzneimittelmarkt in Verkehr zu bringen. Das zu importierende Arzneimittel muss in dem Herkunftsstaat rechtmäßig in Verkehr sein und es dürfen in Deutschland keine hinsichtlich des Wirkstoffes identischen und hinsichtlich der Wirkstärke vergleichbaren Arzneimittel für das betreffende Anwendungsgebiet zur Verfügung stehen.

Nach ständiger Rechtsprechung des Bundessozialgerichts<sup>1</sup> ist der Anspruch der Patienten<sup>2</sup> auf Arzneimittel, die über keine arzneimittelrechtliche Zulassung in Deutschland verfügen, stark begrenzt. Aus **leistungsrechtlicher** Sicht haben Patienten nur dann Anspruch auf Kostenübernahme durch die GKV, wenn alle nachfolgenden Voraussetzungen im vorliegenden Einzelfall erfüllt sind<sup>3</sup>:

1. lebensbedrohliche oder regelmäßig tödliche Erkrankung oder zumindest wertungsmäßig vergleichbare Erkrankung
2. allgemein anerkannte, dem medizinischen Standard entsprechende Behandlung steht nicht zur Verfügung
3. nicht ganz fern liegende Aussicht auf Heilung oder auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf

Die Kostenübernahme muss daher immer vorab beantragt werden. Der schriftliche Antrag auf Übernahme der Kosten der Therapie dient auch der Aufklärung des Patienten über den Umstand, dass ein in Deutschland nicht zugelassenes Arzneimittel angewendet wird, das aus der Leistungspflicht der GKV grundsätzlich ausgeschlossen ist.

Stand: 02/2022

<sup>1</sup> U. A. BSG-Urteile vom 19.10.2004 (B1 KR 27/02 R), vom 18.05.2004 (B1 KR 21/02 R), vom 17.03.2005 (B3 KR 2/05 R), vom 04.04.2006 (B 1 KR 7/05 R) und vom 14.12.2006 (B 1 KR 12/06 R).

<sup>2</sup> Die Verwendung der männlichen Form soll den Lesefluss erleichtern. Die Angaben in diesem Schreiben beziehen sich aber immer auf alle Geschlechter.

<sup>3</sup> i. V. m. § 2 Abs. 1a SGB V

## 2. In Deutschland bzw. Europa zugelassene, aber nicht verfügbare Arzneimittel

Für in Deutschland bzw. Europa zugelassene, aber nicht verfügbare Arzneimittel sind die o.g. Kriterien, ausgenommen bei einem Off-Label-Einsatz, zwar nicht relevant, allerdings gilt das Gebot der Wirtschaftlichkeit. Dies betrifft insbesondere neue Arzneimittel, für welche im Anschluss an das Nutzenbewertungsverfahren kein Erstattungsbetrag vereinbart werden konnte oder der Hersteller diesen für zu gering hält.<sup>4</sup> Hat der Hersteller infolgedessen das Arzneimittel in Deutschland vom Markt genommen (sogenanntes opt-out), wäre für eine Versorgung ein Import aus dem Ausland erforderlich.

Opt-out-Arzneimittel haben keinen oder nur einen geringen Zusatznutzen. Ein evtl. vereinbarter Erstattungspreis gilt für Einzelimporte nicht. Da solche Arzneimittel primär als unwirtschaftlich betrachtet werden, empfehlen wir die Beachtung folgender Hinweise bezüglich einer Genehmigung:

- AOK Niedersachsen: Für Opt-out-Arzneimittel ist ein aussagekräftiger Antrag auf Kostenübernahme zu stellen.
- TK, Barmer, DAK, KKH, HEK und IKKn: Apotheken können Opt-out-Arzneimittel nur dann zulasten der jeweiligen Ersatzkasse bzw. der jeweiligen IKK abrechnen, wenn der Versicherte eine entsprechende Genehmigung vorlegt. Es ist deshalb empfehlenswert, einen aussagekräftigen Kostenübernahmeantrag bereits im Vorfeld zu stellen.
- hkk und KNAPPSCHAFT: Vor der Abgabe eines Opt-out-Arzneimittels ist von der jeweiligen Apotheke eine Genehmigung für den Versicherten einzuholen.
- Alle anderen Krankenkassen: Dokumentieren Sie bei Verordnung entsprechender Arzneimittel, warum die in Deutschland verfügbaren Alternativen nicht eingesetzt werden können. Ob eine Antragstellung erforderlich ist, erfragen Sie bitte bei der zuständigen Krankenkasse.

Hinweis: Die beschriebenen Bedingungen gelten nicht für die Verordnung von **Re- bzw. Parallelimporten**, die regulär in der Lauer-Taxe gelistet sind. Sie sind in Deutschland zugelassen und bieten eine in der Regel preiswertere Versorgung als das sogenannte Original. Diese Verordnungen sind nicht genehmigungspflichtig.

---

<sup>4</sup> Übersicht unter [https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/arzneimittel/verhandlungen\\_nach\\_amnog/ebv\\_130b/ebv\\_nach\\_130b.jsp](https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/arzneimittel/verhandlungen_nach_amnog/ebv_130b/ebv_nach_130b.jsp) (Filter: opt-out)

**KVN**Kassenärztliche Vereinigung  
Niedersachsen

# Informationen für die Praxis

KVN-Rundschreiben

Februar 2022

## In eigener Sache:

### Das KVN-Rundschreiben wird digitaler - Praxen erhalten seit Januar das KVN-Rundschreiben auch als E-Mail

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

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

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

### Gewohntes Format - neue Funktionalitäten

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

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

Ihre Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen

## Inhaltsverzeichnis

<b>1.</b>	<b>Abrechnung .....</b>	<b>4</b>
1.1.	Abrechnung von Leistungen im Rahmen der Corona-Test- bzw. Impfverordnung über Kostenträger VKNR 38825 (BAS) .....	4
1.2.	Neu: Team Mitgliederservice .....	4
1.3.	Nicht vergessen: Neue Termine für die Terminservicestelle (TSS) einstellen.....	4
1.4.	Vergütung für digitale Gesundheitsanwendung „HelloBetter Diabetes und Depression“ geregelt .....	5
1.5.	Coronavirus: Wie rechne ich die Abstrichentnahme bei symptomatischen Patienten ab? .....	6
1.6.	TI-Finanzierung mobiler Kartenterminals gemäß 15. Änderungsvereinbarung der TI-Finanzierungsvereinbarung (Anlage 32 BMV-Ä) - Zusätzlicher Anspruch für Vertragspsychotherapeuten und andere Vertragsärzte sowie Anpassung bestehender Pauschalen .....	6
<b>2.</b>	<b>Verordnungen.....</b>	<b>7</b>
2.1.	In das DiGA-Verzeichnis des BfArM dauerhaft aufgenommene Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGAs) .....	7
2.2.	6-Mercaptopurin zur Immunsuppression in der Therapie der chronisch entzündlichen Darmerkrankungen - Anlage VI der Arzneimittel-Richtlinie, Ergänzung.....	8
2.3.	Verordnung von Rezepturen auf Muster 16.....	9
2.4.	Inclisiran - Änderung der Anlage III (Verordnungseinschränkungen und -ausschlüsse) der Arzneimittel-Richtlinie .....	9
2.5.	Calquence® (Acalabrutinib) in Teilindikationen als Praxisbesonderheit anerkannt.....	10
2.6.	Yervoy® (Ipilimumab) in Teilindikation als Praxisbesonderheit anerkannt.....	11
2.7.	Anpassungen innerhalb der Wirtschaftlichkeitsziele der Insulin-haltigen Biosimilarquoten.....	12
2.8.	Opdivo® (Nivolumab) in weiteren Teilindikationen als Praxisbesonderheit anerkannt.....	12
2.9.	Isturisa® (Osilodrostat) als Praxisbesonderheit anerkannt .....	15
2.10.	Änderungen der Anlage V der Arzneimittel-Richtlinie - Übersicht der verordnungsfähigen Medizinprodukte	15
<b>3.</b>	<b>Allgemeine Hinweise.....</b>	<b>16</b>
3.1.	Änderung der Rehabilitations-Richtlinie (Reha-Richtlinie) zum 1. Juli 2022 .....	16

3.2.	Beschluss zur Ausweitung der Krankschreibung per Videosprechstunde am 19. Januar 2022 in Kraft getreten .....	17
3.3.	Coronavirus: Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit bei Quarantäne und Isolation.....	18
3.4.	Gültigkeit von Überweisungen .....	18
3.5.	Organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme (oKFE) Darmkrebs und Zervixkarzinom.....	18
3.6.	Neu: Die KVN-Web-Session - Sie entscheiden über das Thema! .....	20
3.7.	Studie: Aufruf zur Beteiligung - Umfrage zur Zusammenarbeit zwischen Allgemein- und Zahnmedizin .....	22
4.	<b>Veranstaltungen im März und April 2022.....</b>	<b>22</b>
5.	<b>Anlagenverzeichnis.....</b>	<b>24</b>
5.1.	Coronavirus - Hinweise zur Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit bei Quarantäne und Isolation.....	24
5.2.	Sammelerklärung .....	24

## 1. Abrechnung

### 1.1. Abrechnung von Leistungen im Rahmen der Corona-Test- bzw. Impfverordnung über Kostenträger VKNR 38825 (BAS)

Bitte beachten Sie, dass in Ihrer Quartalsabrechnung die Abrechnung der „Peter Patient“-Behandlungsfälle und die Impfungen von Privatpatienten auf Namen des Patienten über die VKNR 38825 (Kostenträger „Bundesamt für soziale Sicherung“), IK 103609999, erfolgt, nicht über die VKNR 48850.

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

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

„Peter Patient“ über  
VKNR 38825

### 1.2. Neu: Team Mitgliederservice

Wir haben uns weiterentwickelt: Das Team Auskünfte und das Team Sonderverträge sind zu dem Team Mitgliederservice zusammengewachsen.

Warum? Die beiden Teams arbeiten schon lange zusammen und vertreten sich gegenseitig. Und um für die Zukunft noch breiter aufgestellt und sowohl gegen plötzliche Anrufwellen als auch gegen Personalausfall besser gewappnet zu sein, haben wir den nächsten Schritt vollzogen und die beiden Teams firmieren nun unter dem einen neuen Team Mitgliederservice.

Ansprechpartner/innen, Telefonnummern und E-Mail-Adressen sind aber (noch) identisch. Sie erreichen uns also wie gewohnt, nur (noch) besser. Den aktualisierten Flyer finden Sie wie gewohnt unter [https://www.kvn.de/Mitglieder/Abrechnung\\_+Honorar+und+Vertrag/Quartalsabrechnung.html](https://www.kvn.de/Mitglieder/Abrechnung_+Honorar+und+Vertrag/Quartalsabrechnung.html) .

Ansprechpartner ist Ihr Team Mitgliederservice des Abrechnungscenters, Telefon: 0511 380-4800, E-Mail: [abrechnungscenter@kvn.de](mailto:abrechnungscenter@kvn.de)

### 1.3. Nicht vergessen: Neue Termine für die Terminservicestelle (TSS) einstellen

In vielen Praxen sind zum Jahresende eingestellte Terminserien für die Terminservicestelle ausgelaufen. Bitte denken Sie daran, diese zu verlängern.

Sofern Sie bisher keine Termine einstellen:

- Bitte prüfen Sie, ob dies für Sie nicht doch interessant und möglich ist. Das TSVG hat mehrere finanzielle Anreize geschaffen (<https://www.kbv.de/html/tsvg.php>).

Die Nachfrage nach Terminen ist in nahezu allen Regionen und Fachgruppen groß:

- In vielen Fachgruppen und Gegenden ließe sie sich aber bereits befriedigen, wenn jede Praxis nur einen Termin pro Monat einstellt.
- In einigen Fachgruppen wären allerdings idealerweise ein oder sogar zwei Termine pro Woche nötig (insbesondere Psychotherapie: psychotherapeutische Sprechstunde, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Nervenärzte, Neurologen, Rheumatologen).

Nachfrage groß

Wir wissen, dass dies schwer darstellbar ist - aber auch, wenn Sie weniger Termine anbieten:

- jeder angebotene Termin hilft in der Argumentation, eine Terminmeldepflicht zu vermeiden.

Ansprechpartner ist Ihr Team Mitgliederservice des Abrechnungszenters, Telefon: 0511 380-4800, E-Mail: [abrechnungszentrum@kvn.de](mailto:abrechnungszentrum@kvn.de)

#### 1.4. Vergütung für digitale Gesundheitsanwendung „HelloBetter Diabetes und Depression“ geregelt

Bei einer weiteren digitalen Gesundheitsanwendung (DiGA) kann die Erstverordnung über den EBM abgerechnet werden. Es handelt sich hierbei um die Webanwendung „HelloBetter Diabetes und Depression“, die im Dezember 2021 dauerhaft in das sogenannte DiGA-Verzeichnis aufgenommen wurde (Verzeichnis des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte/BfArM gemäß §139e SGB V).

Nach den gesetzlichen Vorgaben ist der EBM innerhalb von drei Monaten nach einer solchen dauerhaften Aufnahme anzupassen, soweit ärztliche Leistungen für die Versorgung mit der jeweiligen Anwendung erforderlich sind (gemäß §87 Absatz 5c SGB V). Die Trägerorganisationen des Bewertungsausschusses haben sich jetzt auf die Vergütung der damit verbundenen ärztlichen Leistungen verständigt.

##### **Details zur Vergütung und Hintergrund**

Demnach ist die Gebührenordnungsposition (GOP) 01470 für die Erstverordnung berechnungsfähig. Vergleichbar mit „velibra“, „elevation“, „deprexis“ und „HelloBetter Stress und Burn-out“ hat das BfArM auch für „HelloBetter Diabetes und Depression“ keine ärztlichen Leistungen als erforderlich bestimmt. Daher haben sich KBV und GKV-Spitzenverband darauf verständigt, dass auch für diese DiGA keine gesonderten Leistungen in den EBM aufgenommen werden.

Die Versorgung mit der DiGA „HelloBetter Diabetes und Depression“ ist Bestandteil des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung und über die GOP 01470 des EBM berechnungsfähig. Es besteht kein Anspruch auf Kostenerstattung (gemäß §87 Abs. 5c Satz 4 SGB V). Die GOP 01470 wurde im März 2021 durch den Erweiterten Bewertungsausschuss in den EBM aufgenommen, um die Besonderheiten der ärztlichen Leistung in der Einführungsphase der neuen Versorgungsform abzubilden.

### 1.5. Coronavirus: Wie rechne ich die Abstrichentnahme bei symptomatischen Patienten ab?

Bitte beachten Sie, dass seit dem 1. Januar 2022 die KVN-interne Sonderziffer 97123 für die Abstrichentnahme nicht mehr abgerechnet werden kann. Die Abstrichentnahme kann in diesen Fällen weiterhin über die GOP 02402 abgerechnet werden.

Falls im entsprechenden Behandlungsfall keine Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale und keine Gebührenordnungspositionen des Kapitels 1.2 EBM zur Abrechnung kommt, kann zusätzlich zur GOP 02402 auch die GOP 02403 abgerechnet werden.

Wichtig für die Abrechnung ist auch, dass der Arzt die Ziffer 88240 an allen Tagen dokumentiert, an denen er den Patienten wegen des begründeten klinischen Verdachts auf eine Infektion oder wegen einer nachgewiesenen Infektion mit dem Coronavirus behandelt.

Dies liegt daran, dass alle ärztlichen Leistungen, die aufgrund des begründeten klinischen Verdachts auf eine Infektion oder einer nachgewiesenen Infektion mit dem Coronavirus erforderlich sind, seit 1. Februar 2020 in voller Höhe bezahlt wurden. In 2021 erfolgt die Vergütung aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV). Eine Erhöhung der MGV ist - nach Abgleich der Entwicklung der tatsächlichen Leistungsmenge mit der vereinbarten Steigerung der MGV - weiterhin möglich. Auf diese Vergütungsvereinbarung hat sich die KBV mit dem GKV-Spitzenverband geeinigt.

Eine Übersicht über die derzeit bestehenden Möglichkeiten zur Abrechnung der Abstrichentnahme finden Sie unter <https://www.kvn.de/Mitglieder/Information+zum+Coronavirus/Testen.html>

### 1.6. TI-Finanzierung mobiler Kartenterminals gemäß 15. Änderungsvereinbarung der TI-Finanzierungsvereinbarung (Anlage 32 BMV-Ä) - Zusätzlicher Anspruch für Vertragspsychotherapeuten und andere Vertragsärzte sowie Anpassung bestehender Pauschalen

Bisher bestand ein Anspruch zur Finanzierung mobiler Kartenterminals nur, sofern

- von einem Vertragsarzt mit einem Tätigkeitsumfang von mindestens 0,5 wenigstens drei Hausbesuche durchgeführt wurden,
- ein Kooperationsvertrag zur ambulanten Behandlung in stationären Pflegeeinrichtungen bestand (gemäß §119b Absatz 1 SGB V) oder
- zur Ausstattung einer ausgelagerten Praxisstätte.

Rückwirkend ab dem 1. Oktober 2021 besteht der Anspruch nun zusätzlich für Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten, die

Bisher



- über eine Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung psychotherapeutischer Leistungen gemäß der Psychotherapie-Vereinbarung verfügen und Leistungen nach den GOP 35163 bis 35169, 35173 bis 37179 oder GOP des Abschnitts 35.2.2 des EBM durchführen und abrechnen
- oder die Besuchsleistungen nach den GOP 01410 oder 01413 im Zusammenhang mit der Durchführung von probatorischen Sitzungen im Krankenhaus durchführen und abrechnen.

Die Auszahlung der mit den mobilen Kartenterminals in Zusammenhang stehenden Erstattungen für das vierte Quartal 2021 erfolgt zeitgleich mit der Honorarrestzahlung am 13. April 2022.

Darüber hinaus wurde die NDFM/eMP-Pauschale in Höhe von 530 Euro für das Update auf die Fachanwendungen NFDM/eMP in zwei Pauschalen aufgeteilt:

- NDFM/eMP-Update-Pauschale in Höhe von 380 Euro und
- NDFM/eMP-Integrationspauschale in Höhe von 150 Euro.

Dabei bleibt die Gesamthöhe der Erstattungsbeträge für das Update unverändert.

Zusätzlich

Pauschalen

## 2. Verordnungen

### 2.1. In das DiGA-Verzeichnis des BfArM dauerhaft aufgenommene Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGAs)

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:

Name der Anwendung	Indikation
HelloBetter Diabetes und Depression	<ul style="list-style-type: none"> <li>• E10 Diabetes mellitus, Typ 1</li> <li>• E11 Diabetes mellitus, Typ 2</li> </ul>
HelloBetter Stress und Burnout	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Z73 Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung</li> </ul>
Kalmeda	<ul style="list-style-type: none"> <li>• H93.1 Tinnitus aurium</li> </ul>

Dauerhaft aufgenommen

Die Verordnung der DiGAs erfolgt auf Muster 16. Für die Erstverordnung einer DiGA ist die Gebührenordnungsposition (GOP) 01470 berechnungsfähig.

Allgemeine Informationen zum Thema „digitale Gesundheitsanwendungen“ finden Sie im Internet unter [www.kvn.de/Mitglieder/Verordnungen/DiGA](http://www.kvn.de/Mitglieder/Verordnungen/DiGA) oder im KVN-Portal unter Verordnungen/DiGA

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

## 2.2. 6-Mercaptopurin zur Immunsuppression in der Therapie der chronisch entzündlichen Darmerkrankungen - Anlage VI der Arzneimittel-Richtlinie, Ergänzung

Mit Wirkung zum 19. Januar 2022 wurde in der Anlage VI (Off-Label-Use) in Teil A der Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL) die Ziffer XXXIV „6-Mercaptopurin zur Immunsuppression in der Therapie der chronisch entzündlichen Darmerkrankungen“ angefügt.

Laut G-BA-Beschluss gilt die Anwendung von 6-Mercaptopurin für die Indikationen Morbus Crohn und Colitis ulcerosa sowie für folgende spezielle Patientengruppe:

- Bei Patientinnen und Patienten mit schwerer oder mittelschwerer entzündlicher Darmerkrankung (Morbus Crohn oder Colitis ulcerosa), die Steroide nicht vertragen, die steroidabhängig sind oder bei denen trotz hochdosierter Behandlung mit Steroiden keine ausreichende oder nachhaltige therapeutische Wirkung erzielt werden kann, sollte die Therapie mit Thiopurinen (Azathioprin oder 6-Mercaptopurin) in Betracht gezogen werden.

6-Mercaptopurin kommt nur für Patientinnen und Patienten in Betracht, für die aufgrund von Nebenwirkungen eine Fortsetzung einer Behandlung mit Azathioprin nicht mehr in Frage kommt. Die Entscheidung hinsichtlich einer Anwendung von 6-Mercaptopurin sollte nach sorgfältiger Abwägung der Risiken und des Nutzens des Einsatzes des Arzneimittels erfolgen.

Das Behandlungsziel ist der Remissionserhalt.

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

Im Rahmen des vorgenannten Off-Label-Use hat folgender Hersteller für seine 6-Mercaptopurin-haltigen Arzneimittel einer Anwendung zugestimmt (Haftung des pharmazeutischen Unternehmers), so dass seine Arzneimittel für die genannte Off-Label-Indikation verordnungsfähig sind:

- Medice Arzneimittel Pütter GmbH & Co. KG

Wir empfehlen, bei Verordnungen von 6-Mercaptopurin-haltigen Arzneimitteln des genannten Herstellers in dieser Off-Label-Indikation das Aut-

Indikationen/  
Patientengruppen

Idem-Kreuz zu setzen. Damit vermeiden Sie haftungsrechtliche Konsequenzen, falls die Apotheke das verordnete Präparat gegen ein vergleichbares austauscht, das keine Off-Label-Zustimmung hat.

Besondere Anforderungen an die Verlaufsdocumentation der hier genannten Off-Label-Behandlung mit 6-Mercaptopurin sind nicht definiert.

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

### 2.3. Verordnung von Rezepturen auf Muster 16

Zu Beginn des Jahres erreichten uns vermehrt Anfragen zur korrekten Verordnung von Rezepturen auf Muster 16.

Daher weisen wir darauf hin, dass bei der Verordnung von Rezepturen keine weiteren Verordnungen auf dem Rezeptformular möglich sind. Dies gilt sowohl für die Verordnung einer weiteren Rezeptur als auch von zusätzlichen Fertigarzneimitteln.

Hintergrund ist, dass es den Apotheken datentechnisch nicht möglich ist, mehr als eine Rezeptur pro Verordnungsblatt abzurechnen.

### 2.4. Inclisiran - Änderung der Anlage III (Verordnungseinschränkungen und -ausschlüsse) der Arzneimittel-Richtlinie

Mit Wirkung zum 18. Januar 2022 wurde in der Anlage III der Arzneimittel-Richtlinie die Nummer 35c "Inclisiran" neu angefügt, so dass Inclisiran nur noch eingeschränkt zu Lasten der GKV verordnungsfähig ist. Bei der Patientengruppe, für die Inclisiran ausnahmsweise verordnet werden kann, geht der G-BA (wie bereits bei Evolocumab und Alirocumab) in seinen Tragenden Gründen davon aus, dass für diese Patienten grundsätzlich eine Indikation zur Durchführung einer LDL-Apherese besteht.

Im Detail wird die Anlage III der Arzneimittel-Richtlinie um folgenden Abschnitt erweitert:

Arzneimittel und sonstige Produkte	Rechtliche Grundlagen und Hinweise
<p>35c. Inclisiran</p> <p>Dieser Wirkstoff ist nicht verordnungsfähig, solange er mit Mehrkosten im Vergleich zu einer Therapie mit anderen Lipidsenkern (Statine, Anionenaustauscher, Cholesterinresorptionshemmer) verbunden ist. Das angestrebte Behandlungsziel bei der Behandlung der Hypercholesterinämie oder gemischten Dyslipidämie ist mit anderen Lipidsenkern ebenso zweckmäßig, aber kostengünstiger zu erreichen. Für die Bestimmung der Mehrkosten sind die der zuständigen Krankenkasse tatsächlich entstehenden Kosten maßgeblich.</p>	<p>Verordnungseinschränkung verschreibungspflichtiger Arzneimittel nach dieser Richtlinie. [4]"</p>

Anlage 3 erweitert

<p>Dies gilt nicht für Patienten</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>mit heterozygot familiärer oder nicht-familiärer Hypercholesterinämie oder gemischter Dyslipidämie bei therapierefraktären Verläufen, bei denen grundsätzlich trotz einer über einen Zeitraum von 12 Monaten dokumentierten maximalen diätetischen und medikamentösen lipidsenkenden Therapie (Statine und/oder andere Lipidsenker bei Statin-Kontraindikation) der LDL-C-Wert nicht ausreichend gesenkt werden kann und daher davon ausgegangen wird, dass die Indikation zur Durchführung einer LDL-Apherese besteht. Es kommen nur Patienten mit gesicherter vaskulärer Erkrankung (KHK, cerebrovaskuläre Manifestation, pAVK) sowie regelhaft weiteren Risikofaktoren für kardiovaskuläre Ereignisse (z. B. Diabetes mellitus, Nierenfunktion GFR unter 60 ml/min) infrage sowie Patienten mit gesicherter familiärer heterozygoter Hypercholesterinämie unter Berücksichtigung des Gesamtrisikos familiärer Belastung.</li> </ul> <p>Die Einleitung und Überwachung der Therapie mit Inclisiran muss durch Fachärzte für Innere Medizin und Kardiologie, Fachärzte für Innere Medizin und Nephrologie, Fachärzte für Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie, Fachärzte für Innere Medizin und Angiologie oder durch an Ambulanzen für Lipidstoffwechselstörungen tätige Fachärzte erfolgen.</p>	
--	--

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

## 2.5. Calquence® (Acalabrutinib) in Teilindikationen als Praxisbesonderheit anerkannt

Calquence® (Wirkstoff Acalabrutinib) wird ab dem 1. Februar 2022 nach einer Vereinbarung zwischen dem GKV-Spitzenverband und dem pharmazeutischen Unternehmer AstraZeneca ab dem ersten Behandlungsfall als Praxisbesonderheit ausschließlich in den Anwendungsgebieten mit Zusatznutzen laut G-BA-Beschlüssen vom 3. Juni 2021 und vom 5. August 2021 anerkannt:

- Calquence® als Monotherapie oder in Kombination mit Obinutuzumab wird zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit nicht vorbehandelter chronischer lymphatischer Leukämie (CLL) angewendet, die keine 17p-Deletion oder TP53-Mutation aufweisen und für die eine Therapie mit FCR nicht infrage kommt.
- Calquence® als Monotherapie wird zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit chronischer lymphatischer Leukämie (CLL) angewendet, die mindestens eine Vorbehandlung erhalten haben und die eine 17p-Deletion oder TP53-Mutation aufweisen oder für die eine Chemo-Immuntherapie aus anderen Gründen nicht angezeigt ist.

Anwendungsgebiete

- Calquence® als Monotherapie wird zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit chronischer lymphatischer Leukämie (CLL) angewendet nach mindestens zwei Vortherapien, für die Idelalisib in Kombination mit Rituximab oder Rituximab in Kombination mit Bendamustin die patientenindividuell geeignete Therapie darstellt.

Die Einleitung und Überwachung der Behandlung mit Acalabrutinib soll nur durch in der Therapie von Patienten mit chronisch lymphatischer Leukämie erfahrene Fachärzte für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie erfolgen.

Die Vorgaben der Fachinformation sind zu berücksichtigen. Weitere Anwendungsgebiete oder Erweiterungen des Anwendungsgebietes sind nicht von der Praxisbesonderheit umfasst. Die Anerkennung als Praxisbesonderheit besteht, solange AstraZeneca Calquence® in Deutschland vertreibt.

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

## 2.6. Yervoy® (Ipilimumab) in Teilindikation als Praxisbesonderheit anerkannt

Yervoy® (Wirkstoff Ipilimumab) wird ab dem 1. Dezember 2021 nach einer Vereinbarung zwischen dem GKV-Spitzenverband und dem pharmazeutischen Unternehmer Bristol-Myers Squibb ab dem ersten Behandlungsfall als Praxisbesonderheit ausschließlich im Anwendungsgebiet mit Zusatznutzen laut G-BA-Beschluss vom 3. Juni 2021 anerkannt:

NSCLC 1L (in Kombination mit Nivolumab und 2 Zyklen platinbasierter Chemotherapie):

- Erwachsene Patienten mit metastasiertem, nicht-kleinzelligem Lungenkarzinom (NSCLC) mit einem Tumor Proportion Score [TPS] von < 50 % (PD-L1-Expression) und ohne EGFR-Mutationen oder ALK-Translokationen; Erstlinienbehandlung

Hinweis: Die Daten von älteren Patienten (≥ 75 Jahre) aus der Studie CA209-9LA sind begrenzt. Bei diesen Patienten sollte Ipilimumab in Kombination mit Nivolumab und Chemotherapie mit Vorsicht nach sorgfältiger Abwägung des potenziellen Nutzen/Risikos im individuellen Einzelfall angewendet werden.

Patienten mit einem ECOG-Performance Status ≥ 2 wurden in der der G-BA-Bewertung zugrundeliegenden Studie CA209-9LA nicht untersucht.

Anwendungsgebiet

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

Patienten, die mit Yervoy® behandelt werden, ist mit jeder Verschreibung eine Patientenkarte auszuhändigen und sie müssen über die Risiken einer Therapie mit Yervoy® informiert werden.

Die Vorgaben der Fachinformation sind zu berücksichtigen. Weitere Anwendungsgebiete oder Erweiterungen des Anwendungsgebietes sind nicht von der Praxisbesonderheit umfasst. Die Anerkennung als Praxisbesonderheit besteht, solange Bristol-Myers Squibb Yervoy® in Deutschland vertreibt.

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

## 2.7. Anpassungen innerhalb der Wirtschaftlichkeitsziele der Insulinhaltigen Biosimilarquoten

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

Wirtschaftlichkeitsziel	Vergleichsgruppen
Biosimilarquote Insulin	diabetologische Schwerpunktpraxen, fachärztliche Internisten ohne aufgeführte Teilgebiete
Biosimilarquote Insulin (Kinder)	hausärztliche Kinderärzte, ermächtigte Kinderärzte

Anpassungen

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

## 2.8. Opdivo® (Nivolumab) in weiteren Teilindikationen als Praxisbesonderheit anerkannt

Opdivo® (Wirkstoff Nivolumab) wird nach einer Vereinbarung zwischen dem GKV-Spitzenverband und dem pharmazeutischen Unternehmer Bristol-Myers Squibb

1. ab dem 1. Dezember 2021 in dem Anwendungsgebiet bzw. der Patientengruppe mit einem Zusatznutzen laut G-BA-Beschluss vom 3. Juni 2021 (**NSCLC 1L; Kombination mit Ipilimumab und 2 Zyklen platinbasierter Chemotherapie**),
2. ab dem 13. April 2022 in dem Anwendungsgebiet bzw. der Patientengruppe mit einem Zusatznutzen laut G-BA-Beschluss vom 1. Juli 2021 (**Plattenepithelkarzinom des Ösophagus 2L**),
3. ab dem 1. April 2022 in dem Anwendungsgebiet bzw. der Patientengruppe mit einem Zusatznutzen laut G-BA-Beschluss vom 16. September 2021 (**adjuvantes Melanom**) sowie
4. ab dem 20. Juli 2016 in dem Anwendungsgebiet bzw. der Patientengruppe mit einem Zusatznutzen laut G-BA-Beschluss vom 4. Februar 2016 (**plattenepitheliales NSCLC 2L**),

ab dem ersten Behandlungsfall als Praxisbesonderheit anerkannt. Nachfolgend sind die zugehörigen Anwendungsgebiete und weitere Hinweise aufgeführt:

**1. NSCLC 1L (in Kombination mit Ipilimumab und 2 Zyklen platinbasierter Chemotherapie)**

Geltungsbeginn der Praxisbesonderheit ab dem 1. Dezember 2021

- Erwachsene Patienten mit metastasiertem, nicht-kleinzelligem Lungenkarzinom (NSCLC) mit einem Tumor Proportion Score [TPS] von < 50 % (PD-L1-Expression) und ohne EGFR-Mutationen oder ALK-Translokationen; Erstlinienbehandlung

Hinweis: Die Daten von älteren Patienten ( $\geq 75$  Jahre) aus der Studie CA209-9LA sind begrenzt. Bei diesen Patienten sollte Nivolumab in Kombination mit Ipilimumab und Chemotherapie mit Vorsicht nach sorgfältiger Abwägung des potenziellen Nutzen/Risikos im individuellen Einzelfall angewendet werden.

Patienten mit einem ECOG-Performance Status  $\geq 2$  wurden in der der G-BA-Bewertung zugrundeliegenden Studie CA209-9LA nicht untersucht.

**2. Plattenepithelkarzinom des Ösophagus, vorbehandelte Patienten**

Geltungsbeginn der Praxisbesonderheit ab dem 13. April 2022

- Erwachsene Patienten mit nicht resezierbarem, fortgeschrittenem, rezidivierendem oder metastasiertem Ösophaguskarzinom mit Plattenepithel-Histologie, nach vorheriger fluoropyrimidin- und platinbasierter Kombinationschemotherapie, für die eine Chemotherapie eine geeignete Therapieoption ist

Hinweis: Patienten mit einem ECOG-Performance Status  $\geq 2$  wurden in der der G-BA-Bewertung zugrundeliegenden Studie ATTRACTIOB-3 nicht untersucht.

Anwendungsgebiete

### 3. Adjuvantes Melanom

Geltungsbeginn der Praxisbesonderheit ab dem 1. April 2022

- Adjuvante Behandlung des Melanoms mit Lymphknotenbeteiligung oder Metastasierung nach vollständiger Resektion bei Erwachsenen

### 4. Plattenepitheliales NSCLC nach vorheriger Chemotherapie

Die bereits seit dem 20. Juli 2016 gültige Praxisbesonderheit in diesem Anwendungsgebiet bleibt weiter bestehen:

- Patienten, für die eine Behandlung mit Docetaxel angezeigt ist.

Hinweis: Für Patienten mit reduziertem Allgemeinzustand (vorliegend: ECOG Performance-Status  $\geq 2$ ) liegen keine Studiendaten zur Beurteilung des Zusatznutzens vor.

Für den Endpunkt ‚Gesamtüberleben‘ liegt für Patienten über 75 Jahre zwischen den beiden Studienarmen, Behandlung mit Nivolumab bzw. Behandlung mit Docetaxel, kein statistisch signifikanter Effekt vor.

Die Einleitung und Überwachung der Behandlung mit Nivolumab beim nicht kleinzelligen Lungenkarzinom (NSCLC 2L; 1L in Kombination mit Ipilimumab und 2 Zyklen platinbasierter Chemotherapie), Plattenepithelkarzinom des Ösophagus (2L) und beim Melanom adjuvant darf nur durch in der Therapie von Patienten mit diesen Tumorentitäten erfahrene Fachärzten für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie und weitere an der Onkologievereinbarung teilnehmende Ärzte erfolgen sowie bei NSCLC 1L/2L durch Fachärzte für Innere Medizin und Pneumologie oder Fachärzte für Lungenheilkunde, beim Plattenepithel des Ösophagus durch Fachärzte für Gastroenterologie sowie beim Melanom adjuvant durch Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten.

Patienten, die mit OPDIVO® behandelt werden, ist mit jeder Verschreibung eine Patientenkarte auszuhändigen und sie müssen über die Risiken einer Therapie mit OPDIVO® informiert werden.

Die Vorgaben der Fachinformation sind zu berücksichtigen. Weitere Anwendungsgebiete oder Erweiterungen des Anwendungsgebietes sind nicht von der Praxisbesonderheit umfasst. Die Anerkennung als Praxisbesonderheit besteht, solange Bristol-Myers Squibb Opdivo® in Deutschland vertreibt.

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

Fachgruppen



### 2.9. Isturisa® (Osilodrostat) als Praxisbesonderheit anerkannt

Isturisa® (Wirkstoff Osilodrostat) wird nach einer Vereinbarung zwischen dem GKV-Spitzenverband und dem pharmazeutischen Unternehmer Recordati Rare Diseases ab dem 1. Februar 2022 im Anwendungsgebiet mit einem Zusatznutzen laut G-BA-Beschluss vom 7. Januar 2021 ab dem ersten Behandlungsfall als Praxisbesonderheit anerkannt:

- Isturisa wird angewendet zur Behandlung des endogenen Cushing-Syndroms bei Erwachsenen.

Die Vorgaben der Fachinformation sind zu berücksichtigen. Weitere Anwendungsgebiete oder Patientengruppen sind nicht von der Praxisbesonderheit umfasst. Die Anerkennung als Praxisbesonderheit besteht, solange Recordati oder etwaige Rechtsnachfolger Isturisa® in Deutschland vertreiben.

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

Anwendungsgebiet

### 2.10. Änderungen der Anlage V der Arzneimittel-Richtlinie - Übersicht der verordnungsfähigen Medizinprodukte

Folgendes Medizinprodukt wurde neu in Anlage V aufgenommen:

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

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

Produktbezeichnung	Medizinisch notwendige Fälle	Befristung der Verordnungsfähigkeit
ALCON BSS	Zur Irrigation im Rahmen extraokulärer und intraokulärer Eingriffe.	8. Oktober 2023

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

### 3. Allgemeine Hinweise

#### 3.1. Änderung der Rehabilitations-Richtlinie (Reha-Richtlinie) zum 1. Juli 2022

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat neue Regelungen für die Verordnung von Rehabilitationsleistungen beschlossen.

##### **Geriatrische Rehabilitation**

Bei einer Verordnung einer geriatrischen Rehabilitation für Versicherte ab 70 Jahren erfolgt künftig keine Prüfung der medizinischen Notwendigkeit mehr durch die Krankenkassen. Der Patient reicht die Verordnung wie gehabt zur Kostenübernahme bei seiner Krankenkasse ein, die nur noch leistungsrechtliche Voraussetzungen prüft.

Damit eine medizinische Überprüfung durch die Krankenkassen entfallen kann, haben verordnende Ärztinnen und Ärzte die durch den G-BA vorgegebenen Voraussetzungen abzuklären und diese auf dem Verordnungsformular 61 zu dokumentieren.

Aus der ärztlichen Verordnung muss folgendes hervorgehen:

- Es liegt ein erhöhtes Lebensalter von 70 Jahren oder älter vor.
- Es besteht eine geriatritypische Multimorbidität, die durch mindestens eine rehabilitationsbegründende Funktionsdiagnose und zwei geriatritypische Diagnosen auf dem Verordnungsformular begründet werden. Zur Hilfestellung werden in den Tragenden Gründen zum Beschluss geriatritypische Diagnosen aufgelistet. Demnach sind geriatritypische Diagnosen zum Beispiel Demenz und leichte kognitive Störungen, Muskelschwund und -atrophie (Sarkopenie), Dekubitalgeschwüre und Sturzneigung.
- Die Schädigungen, die aus den vorliegenden Diagnosen hervorgehen, sind durch zwei Funktionstests aus unterschiedlichen Schädigungsbereichen nachzuweisen. Dabei hat ein Funktionstest für die rehabegründende Funktionsdiagnose zu erfolgen. Die zur Auswahl stehenden Funktionstests sind in einer neuen Anlage II der Reha-Richtlinie gelistet.

Ärztliche Verordnung

**Keine Ablehnung der Rehabilitation mehr ohne Gutachten des Medizinischen Dienstes (MD)**

Auch bei allen anderen Indikationen der medizinischen Reha können die Krankenkassen die Verordnung nicht mehr ohne weiteres ablehnen. Von der medizinischen Einschätzung der verordnenden Ärzte und Psychotherapeuten darf die Krankenkasse nur abweichen, wenn eine von der Verordnung abweichende gutachterliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes (MD) vorliegt.

**Aufklärung bei allen Reha-Verordnungen**

Eine weitere Neuerung betrifft ebenfalls alle Reha-Verordnungen zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung. Künftig müssen Ärzte und Psychotherapeuten die Versicherten vor der Reha-Verordnung fragen, ob sie einer Übersendung der gutachterlichen Stellungnahme des MD an die verordnende Praxis zustimmen. Außerdem müssen sie Versicherte über die Möglichkeit der Einwilligung zur Übermittlung der Krankenkassenentscheidung an Angehörige, Vertrauenspersonen und/oder Pflege- und Betreuungseinrichtungen informieren.

Versicherte fragen

Die verordnenden Ärzte und Psychotherapeuten teilen der Krankenkasse den Inhalt der abgegebenen Einwilligung über das Verordnungsmuster 61 mit.

**Anschlussrehabilitation (früher: Anschlussheilbehandlung) durch Krankenhausärzte**

Für eine nach einem Krankenhausaufenthalt benötigte Rehabilitation entfällt bei bestimmten Krankheitsbildern ebenfalls eine Vorab-Überprüfung der medizinischen Erforderlichkeit durch die gesetzlichen Krankenkassen.

Zu den dafür in Frage kommenden Diagnosen gehören z. B. Erkrankungen des Herzens und des Kreislaufsystems, des Bewegungsapparats, der Atmungsorgane, neurologische Erkrankungen, onkologische Krankheiten sowie Organtransplantationen.

**Verordnungsmuster 61 wird angepasst**

Infolge der Neuerungen wird das Reha-Verordnungsmuster 61 zum 1. Juli angepasst. Für die Einwilligungsentscheidungen der Patienten wird ein neuer Teil E angefügt.

**Weiteres Vorgehen**

Der Beschluss des G-BA wird derzeit vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) geprüft. Nach Inkrafttreten des G-BA-Beschlusses hat der Bewertungsausschuss sechs Monate Zeit den EBM zu überprüfen und ggf. anzupassen.

Der Beschluss ist auf der Internetseite des G-BA (<https://www.g-ba.de/beschluesse/5184>) abrufbar.

**3.2. Beschluss zur Ausweitung der Krankschreibung per Videosprechstunde am 19. Januar 2022 in Kraft getreten**

Im Dezember-Rundschreiben hatten wir Sie über die erweiterte Möglichkeit zur Krankschreibung per Videosprechstunde informiert.

Nachdem der Beschluss am 19. Januar 2022 in Kraft getreten ist, können Ärztinnen und Ärzte ab sofort in Videosprechstunden auch für bislang unbekannte Patientinnen und Patienten Arbeitsunfähigkeit feststellen und bescheinigen.

### 3.3. Coronavirus: Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit bei Quarantäne und Isolation

Unter welchen Voraussetzungen dürfen Ärztinnen und Ärzte Patienten, die mit dem SARS-CoV-2-Virus infiziert sind oder die sich als Kontaktpersonen in Quarantäne befinden, eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung ausstellen? Die beiliegende Praxisinformation gibt Antwort auf diese und weitere Fragen zur Krankschreibung während der Pandemie.

#### **Anlage 5.1: Coronavirus - Hinweise zur Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit bei Quarantäne und Isolation**

### 3.4. Gültigkeit von Überweisungen

Da es immer wieder Nachfragen gibt, ob eine Überweisung auch quartalsübergreifend gültig ist, möchten wir hierzu folgendes ausführen:

- Kann eine Behandlung nicht innerhalb eines Quartals abgeschlossen werden, ist eine erneute Ausstellung eines Überweisungsscheins nicht erforderlich.
- Der im Vorquartal ausgestellte Überweisungsschein kann auch im Folgequartal weiter verwendet werden, wenn der Patient eine gültige elektronische Gesundheitskarte (eGK) vorlegen kann.
- Der Versicherte ist nicht an den überweisenden Arzt zurückzuschicken, um sich eine aktualisierte Überweisung ausstellen zu lassen.
- Beginnt die Behandlung erst im Folgequartal, kann der ausgestellte Überweisungsschein ebenfalls verwendet werden, wenn der Patient eine gültige eGK vorlegt. Erfolgt im Folgequartal kein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt, so kann der ausgestellte Überweisungsschein ohne die Vorlage der eGK weiter verwendet werden.

Quartalsübergreifend  
gültig?

### 3.5. Organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme (oKFE) Darmkrebs und Zervixkarzinom

#### **Elektronische Dokumentation - Fristen**

Untersuchungen im Rahmen der organisierten Programme zur Darmkrebsfrüherkennung und Gebärmutterhalskrebsfrüherkennung sind elektronisch zu dokumentieren und an die KVN zu übermitteln.

Nach der Aussetzung der Dokumentationsverpflichtung bis zum 30. September 2020 besteht seit dem 1. Oktober 2020 die Verpflichtung zur elektronischen Dokumentation für beide Verfahren. Aufgrund einer befristeten Übergangsregelung gilt:

Alle Daten aus dem Jahr 2021 sind bis spätestens zum 28. Februar 2022 an die KVN zu übermitteln.

Ab dem Erfassungsjahr 2022 sind die quartalsweise erhobenen Dokumentationen bis spätestens sechs Wochen nach Quartalsende (15.5./15.8./15.11./28.2. inklusive Korrekturfrist) an die KVN zu übertragen.

### **Elektronische Dokumentation - Übertragung**

Die Dokumentation kann entweder über die Praxissoftware oder über das KVN-Portal direkt vorgenommen werden.

Wenn die Daten mittels Praxissoftware erfasst werden, ist zusätzlich aktiv eine Datenübertragung an die Datenannahmestelle (KVN) erforderlich.

Das ist sehr wichtig, denn Daten, die nicht explizit über die oKFE-Anwendung übertragen worden sind, sind bei der KVN nicht eingegangen.

Hierfür steht im KVN-Portal unter Online-Dienste die Anwendung Organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme (oKFE) zur Verfügung. Unter dem Menüpunkt „Dateiupload PVS“ können die entsprechenden Daten direkt aus der PVS hochgeladen werden.

Wenn eine Datei über den Dateiupload übertragen wurde, wird diese unter den Dokumentationen mit Dokumentationsstyp Upload auf der Startseite aufgelistet.

Wird dort eine dokumentierte Datei aktiv ausgewählt, kann die Rückmeldung hinsichtlich der Datenverarbeitung der Bundesauswertungsstelle (BAS) eingesehen werden. Zudem kann hier der Meldebericht der Bundesauswertungsstelle abgerufen werden.

Erfolgt die Erfassung mittels Dokumentationsbögen im KVN-Portal direkt, sind die Daten nach Anlegen und Speichern eines Dokumentationsbogens sofort vorhanden. Somit ist eine zusätzliche Datenübertragung nicht erforderlich.

### **Dokumentation oKFE Darmkrebs - Was und wer**

GOP 01737 EBM	Ausgabe, Weiterleitung Stuhlprobenentnahmesystem	nicht dokumentationspflichtig
GOP 01738 EBM	iFOB-Test	Labormediziner
GOP 01741 EBM	Koloskopie	Gastroenterologen, Fachinternisten ohne Schwerpunkt und Chirurgen (FÄ für Chirurgie oder Visceralchirurgie) mit Abrechnungsgenehmigung
GOP 13421 EBM	Abklärungskoloskopie nach positivem Stuhltest	Gastroenterologen, Fachinternisten ohne Schwerpunkt und Chirurgen (FÄ für Chirurgie oder Visceralchirurgie) mit Abrechnungsgenehmigung

KVN-Portal

### Dokumentation oKFE Zervixkarzinom - Was und wer

GOP 01760 EBM	Krebsfrüherkennung	nicht dokumentationspflichtig
GOP 01761 / 01764 EBM	Primärscreening, Ab- klärungsdiagnostik	Gynäkologen, abrechnungsbe- rechtigte Hausärzte
GOP 01762 / 01766 EBM	Zytologische Unter- suchung	Gynäkologen und Pathologen mit Abrechnungsgenehmigung
GOP 01763 / 01767 EBM	HPV-Test	Labormediziner, Gynäkologen und Pathologen und mit Abrech- nungsgenehmigung
GOP 01765 EBM	Abklärungskolposko- pie	Gynäkologen mit Abrechnungsgenehmigung

### Patienten der besonderen Personengruppen

Bei den besonderen Personengruppen handelt es sich um Versicherte, die sich nicht in einem regulären Versicherungsverhältnis mit einer gesetzlichen Krankenkasse befinden.

Derzeit sieht das Institut für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) in seinen Spezifikationen keine Auswertung von Datensätzen zu Patienten aus den besonderen Personengruppen vor.

Es unterbindet deren Dokumentation durch Vorgaben in einem Filter, der von den PVS-Herstellern laut Spezifikation so zu programmieren ist, dass sich das Dokumentationsmodul bei diesen Versicherten nicht öffnet.

Somit muss eine Dokumentation für Patienten der besonderen Personengruppen nur in der PVS-Software (Patientenakte) und nicht im oKFE-Dokumentationsmodul durchgeführt werden. Diese Dokumentation verbleibt in der Praxis und wird nicht an die KVN übermittelt.

### Allgemeines

Die aktuellen FAQ zu dem Thema Organisierte Krebsfrüherkennung können unter „Hier finden Sie Antworten auf die häufigsten Fragen“ oder Downloads vor der oKFE-Anwendung im KVN-Portal abgerufen werden.

Zudem finden sich dort unter „Früherkennung von Darmkrebs“ und „Früherkennung des Zervixkarzinoms“ die Verknüpfungen zu den Praxisinformationen und den Themenseiten der KBV.

### 3.6. Neu: Die KVN-Web-Session - Sie entscheiden über das Thema!

Die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen (KVN) bietet allen interessierten Mitgliedern ab 2022 eine neue Online-Veranstaltungsreihe an. KVN-Web-Sessions. In dem digitalen Format dreht sich alles um das Thema „Digitalisierung in der Praxis“. Experten vermitteln Wissen und diskutieren zu einem von den Mitgliedern gewählten Thema und beantworten Fragen live im Chat. Die KVN geht mit der Websession auf Erfahrungen, Probleme und den erlebten „digitalen“ Alltag in Ihren Praxen ein. Die Veranstaltung dauert maximal 90 Minuten und findet an einem Mittwochnachmittag statt.

Für die erste KVN-Web-Session - die voraussichtlich Ende März stattfindet - geben wir allen Interessierten die Möglichkeit, im Vorfeld abzustimmen, welches Thema Sie besonders interessiert und im Praxisalltag bewegt. Die Mitglieder stimmen über das Thema ab. Die Abstimmung findet bis zum 24. Februar im KVN-Portal online statt. Danach erhalten alle Mitglieder einen Zugangscode für die Teilnahme an der KVN-Web-Session und die genauen Termini.

Abstimmung bis  
24. Februar im KVN-  
Portal

Folgende Themen stehen zur Wahl:

#### **eAU und eRezept - Wie geht es weiter?**

Schon seit geraumer Zeit wird Ihnen durch den Ausbau der Telemedizin-Infrastruktur (TI) einiges abverlangt. Durch eine rigorose Gesetzgebung, die wenig bis keine Rücksicht auf die Praxen nimmt, fühlen sich viele Praxen als Versuchslabore für digitale Gesundheitsanwendungen und deren Transformationsprozess. Die digitale Umgestaltung des Gesundheitswesens wird von den Mitgliedern als belastend und wenig basisorientiert wahrgenommen.

Die KVN sieht sich als Ansprechpartner und Sprachrohr für die Mitglieder. Sie gibt Ihnen die Möglichkeit, das Thema eAU und eRezept anzusprechen. Ihre Fragen beantworten TI-Experten.

#### **DIGA - App auf Rezept**

„Digitale Gesundheitsanwendungen“, kurz DiGAs, sind verschreibungsfähige digitale Gesundheitsanwendungen. Die gesetzlichen Krankenkassen sollen die Kosten als neue Regelleistung übernehmen. Dazu müssen DiGAs vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) geprüft und zertifiziert werden. Wie sinnvoll die Helfer jedoch im medizinischen Alltag sind und welcher langfristige Nutzen in der Versorgung entsteht bleibt ungewiss.

Diese Fragen und viele weitere Unklarheiten sollen in diesem Kontext analysiert und mit Experten besprochen werden.

#### **IT-Sicherheit - Praxis gehackt?**

In den vergangenen Wochen sind PVS-Anbieter Opfer von Hacker-Angriffen geworden. Auch große und namentlich bekannte Unternehmen sind davon nicht verschont geblieben. Dadurch entstand (verständlicherweise) eine Verunsicherung im Zusammenhang mit der Sicherheit der eingesetzten Technik in den Praxen. Auch Haftungsfragen und mögliche Verzögerungen bei den Abrechnungen wurden erörtert.

Wir wollen dieses Thema aufgreifen und Sicherheitsexperten befragen, welche Maßnahmen in Zukunft getroffen werden können, um solchen Angriffen effektiv entgegenzuwirken. Außerdem möchten wir mit Ihnen und unseren Gästen diskutieren, was sinnvolle Verhaltensweisen bei einem solchen Angriff sind und welche rechtlichen Absicherungen für Sie in der Versorgung gelten.

**Sie entscheiden über das Thema. Stimmen Sie im KVN-Portal ab.**

### 3.7. Studie: Aufruf zur Beteiligung - Umfrage zur Zusammenarbeit zwischen Allgemein- und Zahnmedizin

„Und mit wem kommunizieren Sie da? Direkt mit dem Arzt oder mit der Medizinischen Fachangestellten?“ - „Gar nicht.“ (Zitat einer Gruppendiskussion)

Diese Aussage, aber auch aktuelle Forschungsergebnisse deuten darauf hin, dass zwischen Allgemeinmedizin- und Zahnmedizin wenig Zusammenarbeit stattfindet, obwohl vielfältige Zusammenhänge und Wechselwirkungen zwischen Parodontalerkrankungen und systemischen Erkrankungen bekannt sind.

Forschende der Selbstständigen Abteilung für Allgemeinmedizin und der Poliklinik für Zahnerhaltung und Parodontologie der Universität Leipzig möchten - neben der aktuellen Ausgestaltung der Zusammenarbeit - mehr über Verbesserungsmöglichkeiten der gemeinsamen Zusammenarbeit herausfinden. Dafür werden Sie als Expertinnen und Experten gebeten, durch die Beantwortung eines anonymen Online-Fragebogens diese Studie zu unterstützen. Das Ausfüllen des Fragebogens wird ca. 15 Minuten dauern.

Wer Interesse an den Studienergebnissen hat, erhält diese nach Abschluss der Studie per Mail. Dazu können Teilnehmende am Ende der Befragung ihre E-Mail-Adresse hinterlassen. Rückfragen zur Studie beantworten die Initiatoren unter der Mailadresse [MB-SAA-Forschung@medizin.uni-leipzig.de](mailto:MB-SAA-Forschung@medizin.uni-leipzig.de). Federführende Ansprechpartner sind Prof. Dr. Markus Bleckwenn, Professor für Allgemeinmedizin an der Universität Leipzig und Prof. Dr. Dirk Ziebolz, Geschäftsführender Oberarzt am Funktionsbereich Interdisziplinäre Zahnerhaltung und Versorgungsforschung an der Universität Leipzig.

Link zur Online-Befragung: <https://umfrage.uni-leipzig.de/index.php/574494?lang=de>

## 4. Veranstaltungen im März und April 2022

**Wichtig:** Wir bieten Ihnen für einzelne Präsenzveranstaltungen untenstehende WebSeminare an. Weitere Informationen, welche Angebote für Ihre Praxis und die MitarbeiterInnen am besten geeignet sind, finden Sie auf unserer Internetseite. Dort können Sie sich auch direkt online anmelden: [www.kvn.de/Mitglieder/Fortbildung](http://www.kvn.de/Mitglieder/Fortbildung)

Name	Ort	Datum	Gebühr p. P.
Medizinprodukte-Aufbereitung Workshop Teil 1	WebSeminar	02.Mär	69 Euro
Hygiene in der Arztpraxis	WebSeminar	03.Mär	69 Euro



Honorarbescheid lesen und verstehen	Braunschweig	09.Mär	kostenlos
PraxismanagerIn Refresherkurs (3-tägig)	WebSeminar	09.Mär	180 Euro
Datenschutz für Fortgeschrittene	WebSeminar	09.Mär	69 Euro
Die Krankschreibung wird digital - Eine Einführung zum Start der eAU	WebSeminar	09.Mär	kostenlos
Impfen	WebSeminar	09.Mär	kostenlos
Ausbildung zur/m Daten- schutzbeauftragte/n in der Arztpraxis (4-tägig)	WebSeminar	15.Mär	260 Euro
Sicher und elektronisch verordnen - Einführung zum Start des eRezepts	WebSeminar	16.Mär	kostenlos
Arbeitsschutz in der Arztpraxis	WebSeminar	19.Mär	69 Euro
Die ePA kommt - Einfüh- rung zum Start der elektro- nischen Patientenakte	WebSeminar	23.Mär	kostenlos
IT-Sicherheit für Einsteiger	WebSeminar	23.Mär	69 Euro
Sprechstundenbedarf	WebSeminar	23.Mär	kostenlos
Ausbildung zur/m Daten- schutzbeauftragte/n in der Arztpraxis	WebSeminar	29.Mär	260 Euro
Die ePA kommt - Einfüh- rung zum Start der elektro- nischen Patientenakte	WebSeminar	06.Apr	kostenlos
Die Krankschreibung wird digital - Eine Einführung zum Start der eAU	WebSeminar	13.Apr	kostenlos
Sicher durch den Heilmittel- Verordnungs-Dschungel	WebSeminar	20. Apr	kostenlos
Sicher und elektronisch verordnen - Einführung zum Start des eRezepts	WebSeminar	20.Apr	kostenlos
Die neue Qualitätsmanage- ment Richtlinie	WebSeminar	20.Apr	69 Euro
ICD 10 - Richtig kodieren	Hannover	20.Apr	kostenlos
Personalführung für PraxismitarbeiterIn	WebSeminar	26.Apr	69 Euro
Heilmittelverordnung in Theorie und Praxis	WebSeminar	27.Apr	kostenlos

Gruppentherapie leicht gemacht	WebSeminar	27.Apr	60 Euro
Stress lass nach - durch optimierte Kommunikation und Motivation	Aurich	27.Apr	90 Euro
Zusammenarbeit neu gedacht - Meine Kooperationsmöglichkeiten heute	WebSeminar	27.Apr	kostenlos
Qualitätsmanagement ganz einfach	WebSeminar	29.Apr	69 Euro

## 5. Anlagenverzeichnis

### 5.1. Coronavirus - Hinweise zur Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit bei Quarantäne und Isolation

### 5.2. Sammelerklärung



## CORONAVIRUS: HINWEISE ZUR BESCHEINIGUNG DER ARBEITSUNFÄHIGKEIT BEI QUARANTÄNE UND ISOLATION (STAND 24.01.2022)

Unter welchen Voraussetzungen dürfen Ärztinnen und Ärzte Patienten, die mit dem SARS-CoV-2-Virus infiziert sind oder die sich als Kontaktpersonen in Quarantäne befinden, eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (AU-Bescheinigung) ausstellen? Diese PraxisInfo gibt Antwort auf diese und weitere Fragen zur Krankschreibung während der Pandemie.

### AUF EINEN BLICK

#### INFIZIERTE PERSONEN IN ISOLATION

- › Leidet der Patient infolge der Infektion an Symptomen und ist daher nicht in der Lage, seine Arbeit auszuüben, stellt die Ärztin oder der Arzt eine AU-Bescheinigung aus.
- › Zeigt der Patient trotz Infektion keine Symptome, kann die Ärztin oder der Arzt ebenfalls grundsätzlich eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung ausstellen, soweit der Patient für seine berufliche Tätigkeit seine Wohnung verlassen müsste.

#### NICHT INFIZIERTE PERSONEN IN QUARANTÄNE

- › Befindet sich ein Patient aufgrund behördlicher Anordnung in Quarantäne, ohne infiziert zu sein, kann der Arzt keine AU-Bescheinigung ausstellen.

## DIE REGELUNGEN IM DETAIL

#### INFIZIERTE PERSONEN IN ISOLATION

Patienten mit einer bestätigten SARS-CoV-2-Infektion müssen sich für mehrere Tage in Isolation begeben, um andere Menschen nicht anzustecken. In der Regel wird die Isolation durch die Gesundheitsämter angeordnet. Für das Ausstellen einer AU-Bescheinigung gilt in diesen Fällen Folgendes:

**Infektion mit Krankheitssymptomen:** Bei einer bestätigten Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 und Krankheitssymptomen, aufgrund derer der Patient seiner Berufstätigkeit nicht nachgehen kann, stellt die Ärztin oder der Arzt eine AU-Bescheinigung aus. Dies gilt auch dann, wenn das Gesundheitsamt eine Isolation angeordnet hat.

**Infektion ohne Krankheitssymptome:** Bei einer bestätigten Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 ohne Krankheitssymptome kann die Ärztin oder der Arzt ebenfalls grundsätzlich eine AU-Bescheinigung ausstellen. Denn der Patient kann wegen der Infektion die Wohnung nicht verlassen, um seinen Arbeitsplatz aufzusuchen. Anderenfalls würde er andere in Gefahr bringen, sich ebenfalls zu infizieren.

Anders verhält es sich, wenn der Patient die Möglichkeit hat, während des gesamten Zeitraums der Isolation seine Tätigkeit von zu Hause aus zu erbringen („Homeoffice“). In diesem Fall benötigt er keine AU-Bescheinigung, da er seiner Arbeit nachgehen kann.

#### Anspruch auf Entgeltfortzahlung

In beiden Fällen, in denen eine AU-Bescheinigung ausgestellt wurde – Infektion mit oder ohne Symptome – richten sich die Ansprüche der Arbeitnehmer auf Entgeltfortzahlung gegenüber dem Arbeitgeber nach Paragraph 3 Entgeltfortzahlungsgesetz. Ein solcher Anspruch kann ausgeschlossen sein, wenn Arbeitnehmer ihre Arbeitsunfähigkeit selbst verschuldet haben. Ob jedoch einem Arbeitnehmer, der nicht gegen das SARS-CoV-2-Virus geimpft ist, ein Verschulden an seiner Arbeitsunfähigkeit anzulasten ist, ist für Ärzte im Zusammenhang mit der Ausstellung einer AU-Bescheinigung nicht relevant.

#### NICHT INFIZIERTE PERSONEN IN QUARANTÄNE

Für Personen, die sich aufgrund eines Verdachts auf eine Infektion in Quarantäne befinden, zum Beispiel Kontaktpersonen und Einreisende aus Hochrisikogebieten, dürfen Ärztinnen und Ärzte keine AU-Bescheinigung ausstellen. Je nach Landesregelung begeben sich die Betroffenen selbst in Quarantäne oder die Quarantäne wird durch Gesundheitsamt angeordnet.

**Mittelbarer Kontakt zu einem Verdachtsfall:** Manche Arbeitgeber bitten ihre Mitarbeitenden auch dann vorsorglich zu Hause zu bleiben, wenn sie mittelbar zu jemandem Kontakt hatten, der sich mit SARS-CoV-2 infiziert hat – zum Beispiel zu einem Bekannten, der wiederum direkten Kontakt mit einem Infizierten hatte. Auch in diesen Fällen kann die Ärztin oder Arzt keine AU-Bescheinigung ausstellen, da die Person nicht krank ist.

**Hinweis:** Betroffene, die infolge einer Quarantäne oder eines Tätigkeitsverbots einen Verdienstaufschlag erlitten haben, können mitunter eine Entschädigung nach dem Infektionsschutzgesetz (Paragraph 56) geltend machen.

#### Corona-Sonderregelung: AU-Bescheinigung per Telefon für bis zu 7 Tage

Vertragsärztinnen und -ärzte dürfen bekannte und unbekannte Patienten bis zu 7 Kalendertage am Telefon krankschreiben. Voraussetzung ist, dass es sich um eine leichte Erkrankung der oberen Atemwege handelt. Die telefonische AU-Bescheinigung (Muster 1) kann bei fortdauernder Erkrankung telefonisch einmal um 7 Kalendertage verlängert werden. In diesen Fällen muss die elektronische Gesundheitskarte nicht eingelesen werden. Die Regelung gilt auch für die Ausstellung einer ärztlichen Bescheinigung für den Bezug von Krankengeld bei der Erkrankung eines Kindes (Muster 21). Damit soll das Infektionsrisiko verringert werden.

Auch in der Videosprechstunde dürfen Krankschreibungen ausgestellt werden: bei der Praxis bekannten Patienten bis zu 7 Tage, bei unbekanntem Patienten bis zu 3 Tage. Danach ist für eine Folgebeseinigung ein persönlicher Praxisbesuch erforderlich.



KBV-Themenseite zum Coronavirus: [www.kbv.de/html/coronavirus.php](http://www.kbv.de/html/coronavirus.php)

Regelungen zu Isolation und Quarantäne: [www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges\\_Coronavirus/Quarantaene/Absonderung.html](http://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Quarantaene/Absonderung.html)

1. Notwendige Angaben für das Abrechnungszentrum - bitte pro Praxis (BSNR) nur EINMAL ausfüllen!

Insgesamt reichen wir eine Gesamtfallzahl von Füllen ein.

Falls mehr als eine Abrechnungsdatei an die KVN übermittelt wurde bitte folgendes ausfüllen:

Ich beauftrage die KVN, die folgende Anzahl an Abrechnungsdateien zusammenzufügen

2. Erklärung

Ich/Wir bestätige(n) hiermit, dass die abgerechneten Leistungen von mir/uns oder meinem/ unserem Vertreter, Angestellten oder Assistenten oder auf meine/unsere Anordnung und unter meiner/ unserer Aufsicht und Verantwortung von nichtärztlichen Mitarbeitern erbracht worden sind (§ 32 Ärzte-ZV, § 15 BMV-Ä) und die Eintragungen auf den Behandlungsausweisen/ Abrechnungsscheinen sachlich richtig und vollständig sind. Sämtliche abgerechneten Leistungen wurden gemäß den bestehenden Vorschriften zur vertragsärztlichen Versorgung (u.a. Bundesmantelverträge einschließlich EBM, Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses und der KBV, Verträge auf Bundes- und Landesebene, Abrechnungsanweisung sowie sonstiges Satzungsrecht der KVN) erbracht. Sämtliche genehmigungs- oder nachweispflichtige Leistungen wurden von dem Arzt erbracht, der die Genehmigung von der KVN erhalten bzw. die Nachweise vorgelegt hat.

Ermächtigte Ärzte

Als ermächtigter Arzt bestätige ich, dass ich nur die im Ermächtigungsbeschluss bestimmten vertragsärztlichen Tätigkeiten ausgeübt habe. Ich habe sämtliche ärztliche Leistungen persönlich erbracht und habe keine anderen Ärzte in die ambulante vertragsärztliche Versorgung mit Ausnahme von zulässigen Vertretungen (§ 32 a Ärzte-ZV) einbezogen. Eine Delegation von Leistungen auf nichtärztliches Personal ist ausschließlich nach den dafür vorgesehenen Voraussetzungen erfolgt.

3. Nichtausübung der Praxistätigkeit

Ich/Wir (auch Angestellte) habe(n) meine/ unsere Praxistätigkeit wegen Krankheit (K), Urlaub (U), Fortbildung (F), Schwangerschaft/ Entbindung/ Elternzeit (E), Pflege eines Angehörigen (P) oder Wehrübung (W) nicht ausgeübt:

Table with columns: K/U/F/E/P/W, Arzt/Ärztin (LANR), am bzw. vom, bis

Auch einzelne Tage sind zu dokumentieren.

Die LANR des/der jeweiligen Arztes/Ärztin ist nur bei Berufsausübungsgemeinschaften (BAG), Praxen mit angestellten Ärzten und medizinischen Versorgungszentren (MVZ), hier jedoch zwingend, anzugeben.

4. Zur Beschäftigung eines Vertreters erkläre(n) ich/wir Folgendes:

Anzahl beschäftigter Vertreter:

LANR oder Name(n) des (der) Vertreter(s)

Large grid for listing representatives

An folgenden Tagen ist zur Erbringung der vertragsärztlichen Leistungen in meiner/ unserer Praxis ein Vertreter tätig geworden:

Calendar grids for 1st, 2nd, and 3rd quarters

Diese Angaben beziehen sich ausschließlich auf zulässige Vertretungen gemäß §§ 32 und 32a Ärzte-ZV. Hierbei handelt es sich um Krankheit, Urlaub, Fortbildung, Schwangerschaft, Entbindung, Elternzeit, Pflege eines Angehörigen oder Wehrübung. Diese Aufzählung zulässiger Vertretungsgründe ist abschließend. Bei Fällen einer unvorgesehenen und zeitlich vorübergehenden Verhinderung an der persönlichen Leistungserbringung - z. B. Abruf wegen eines dringlichen Falles - handelt es sich nicht um zulässige Vertretungen.

5. Zur Beschäftigung eines Angestellten erkläre(n) ich/wir Folgendes:

Anzahl beschäftigte Angestellte:

LANR oder Name(n) des (der) Angestellten

Large grid for listing employees

6. Zur Beschäftigung eines **Assistenten**<sup>2,3</sup> erkläre(n) ich/wir Folgendes:

Anzahl beschäftigte(r) Assistent(en):

LANR oder Name(n) des (der) Assistenten<sup>2,3</sup>:

Grid for LANR or Name of assistant

Assistententätigkeit: vom [ ] bis [ ]

7. **Bereitschaftsdienstteilnahme**

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

1. Quartalsmonat<sup>4</sup>

Calendar grid for 1st quarter

2. Quartalsmonat<sup>4</sup>

Calendar grid for 2nd quarter

3. Quartalsmonat<sup>4</sup>

Calendar grid for 3rd quarter

8. **Abrechnung von Laborleistungen**

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

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

Grid for BSNR membership

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

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

BSNR:

9. **Datentechnisches Abrechnungsverfahren/Arzneimittelmodu**

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

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

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

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

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

(Ort)  (Datum) TTMMJJJJ

(Unterschrift<sup>5</sup> und Vertragsarztstempel<sup>2</sup>)

<sup>2</sup> Sollte der Platz nicht ausreichen, bitte einen weiteren Bogen ausfüllen.

<sup>3</sup> Auf die §§ 32 und 32a Ärzte-ZV wird verwiesen.

<sup>4</sup> Die jeweiligen Tage der Vertretung in dem Monat sind anzukreuzen.

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



**KVN**

Kassenärztliche Vereinigung  
Niedersachsen

# Informationen für die Praxis

KVN-Rundschreiben

Januar 2022

## **In eigener Sache:**

**Das KVN-Rundschreiben wird ab sofort digitaler - Praxen erhalten ab dieser Ausgabe das KVN-Rundschreiben auch als E-Mail**

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

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

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

## **Gewohntes Format - neue Funktionalitäten**

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

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

Ihre Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen

## Inhaltsverzeichnis

<b>1. Abrechnung .....</b>	<b>3</b>
1.1. Anpassung der Gebührenordnungspositionen zur Behandlung von Naevi flammei und Hämangiomen zum 1. Januar 2022 .....	3
<b>2. Verordnungen.....</b>	<b>3</b>
2.1. eRezept - Testphase zur Erprobung des eRezeptes verlängert .....	3
2.2. Arzneimittelvereinbarung 2022.....	4
2.3. Vyndaqel® (Tafamidis) in Teilindikationen als Praxisbesonderheit anerkannt.....	4
2.4. Bortezomib/Cyclophosphamid/Dexamethason zur Induktionstherapie des neu diagnostizierten Multiplen Myeloms - Anlage VI (Off-Label-Use) der Arzneimittel- Richtlinie, Zustimmung eines pharmazeutischen Unternehmers .....	5
<b>3. Allgemeine Hinweise .....</b>	<b>6</b>
3.1. Beschlüsse des Bewertungsausschusses (BA) bzw. Erweiterten Bewertungsausschusses (EBA) zur Telemedizin, Beratung zur Organspende, Coronavirus, ePA-Erstbefüllung .....	6
3.2. Neuerungen bei der häuslichen Krankenpflege in Kraft getreten.....	10
3.3. Gesetzliche Unfallversicherung: Beschlüsse der Ständigen Gebührenkommission ab 1. Januar 2022..	10
3.4. Elektronischer Mutterpass (eMutterpass): Empfehlungen zum Vorgehen ab 1. Januar 2022 .....	11
3.5. Aufnahme der Pertussis-Impfung in den Mutterpass und weitere Anpassungen.....	11
3.6. Klarstellung des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zum Anspruch auf Nachholimpfungen .....	12
3.7. Der Hygieneleitfaden für die psychotherapeutische Praxis - 2. Auflage .....	12
3.8. DMP-Schulungen und Dokumentationspflichten nach Beendigung der epidemischen Lage von nationaler Tragweite.....	13
3.9. Nachweisfrist des Masernschutzes bis Ende Juli 2022 verlängert.....	13
3.10. ICD-10-Code auf Überweisungsträgern allein ist für die Weiterbehandlung nicht ausreichend.....	14
<b>4. Veranstaltungen im Februar und März 2022.....</b>	<b>15</b>



## 1. Abrechnung

### 1.1. Anpassung der Gebührenordnungspositionen zur Behandlung von Naevi flammei und Hämangiomen zum 1. Januar 2022

Der Bewertungsausschuss hat Anpassungen der Gebührenordnungspositionen 10320 (Behandlung von Naevi flammei), 10322 (Behandlung von Hämangiomen) und 10324 (Behandlung von Naevi flammei und/oder Hämangiomen) mit Wirkung zum 1. Januar 2022 beschlossen. Mit der Anpassung der jeweils zweiten Anmerkung zu den GOP 10320, 10322 und 10324 wird klargestellt, dass sie unabhängig von der Zahl der Sitzungen jeweils einmal je cm<sup>2</sup> Gesamtfläche des behandelten Areals berechnungsfähig sind. Zudem sind die genannten GOP im Fall des Auftretens von Rezidiven bei Naevi flammei sowie der erneuten Behandlungsbedürftigkeit bei Hämangiomen erneut berechnungsfähig.

Ab 1. Januar 2022

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

## 2. Verordnungen

### 2.1. eRezept - Testphase zur Erprobung des eRezeptes verlängert

Wie das Bundesministerium für Gesundheit kurz vor Weihnachten bekannt gab, wird die Testphase zur Erprobung des eRezeptes nun doch verlängert. Damit soll allen Beteiligten die Möglichkeit eingeräumt werden, die Abläufe weiter zu erproben, da sich gezeigt hat, dass die einzelnen technischen Komponenten noch nicht optimal zusammenspielen. Danach sollten zunächst nur Praxen eRezepte ausstellen, die an den Erprobungstests der gematik teilnehmen. Testweise können Praxen auch eRezepte ausstellen, wenn umliegende Apotheken ihnen Empfangsbereitschaft signalisieren und sie Patienten haben, die ihre eRezepte in diesen Apotheken einlösen wollen.

Nach der offiziellen Einführung des eRezeptes sind sowohl Ärzte als auch Patienten verpflichtet, es bei der Verordnung von apothekenpflichtigen und verschreibungspflichtigen Arzneimitteln zu Lasten der GKV zu nutzen.

Die verpflichtende Einführung des eRezeptes soll nach einem definierten Rollout-Verfahren erfolgen, welches voraussichtlich in den kommenden Wochen bekannt gegeben wird. Wir empfehlen Ihnen daher, sich weiterhin mit den Prozessen zum eRezept auseinanderzusetzen und die technischen Komponenten zu installieren. Bei positiven Testverläufen soll die verpflichtende Einführung zur Nutzung des eRezeptes schnellstmöglich (evtl. bis zum Sommer 2022) erfolgen.

Weitere Informationen zum eRezept finden Sie unter:

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

## 2.2. Arzneimittelvereinbarung 2022

Wir möchten Sie gerne darüber informieren, dass die Verhandlungen zur Arzneimittelvereinbarung 2022 zwischen der KVN und den niedersächsischen Krankenkassen/-verbänden - vorbehaltlich des Abschlusses des Unterschriftenverfahrens - abgeschlossen sind. Hierzu wurden den jeweiligen niedersächsischen Vertragsärzten Mitte Dezember Informationsschreiben mit Quoteninformationen zugesendet.

Die stets aktuellen Quoteninformationen und Tischvorlagen zum Ablösepaket 2022 finden Sie in Kürze wie gewohnt im KVN-Portal unter: Verordnungen/Arzneimittelvereinbarung/Informationen je Fach-/Vergleichsgruppe. Die Entscheidungsbäume und Appendizes für den KBV-Medikationskatalog finden Sie ebenfalls im Portal unter: Verordnungen/Arzneimittelvereinbarung/Medikationskatalog.

Hintergrund: Im Jahr 2017 wurde die Richtgrößenprüfung durch die vorteilhaftere Durchschnittswertprüfung abgelöst. Zusätzlich wurden Wirtschaftlichkeitsziele (Arzneimittelquoten) vereinbart, durch deren Einhaltung eine Befreiung von einer eventuellen Durchschnittswertprüfung möglich ist.

Da diese Regelungen des Ablösepakets gute Chancen bieten, die Versorgung der Patienten ohne die Gefahr der Wirtschaftlichkeitsprüfung durchzuführen, wurden sie in den Verhandlungen mit den niedersächsischen Krankenkassen weiterentwickelt und werden auch in 2022 mit gleicher Grundsystematik fortgeführt.

## 2.3. Vyndaqel® (Tafamidis) in Teilindikationen als Praxisbesonderheit anerkannt

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

- Vyndaqel® ist indiziert zur Behandlung der Wildtyp- oder hereditären Transthyretin-Amyloidose bei erwachsenen Patienten mit Kardiomyopathie (ATTR-CM).

Die Einleitung und Überwachung der Behandlung mit Tafamidis soll nur durch in der Therapie von Patienten mit Amyloidose oder Kardiomyopathie erfahrene Ärzte erfolgen. Dieses Arzneimittel wurde unter „außergewöhnlichen Umständen“ zugelassen. Das bedeutet, dass es aufgrund der Seltenheit der Erkrankung nicht möglich war, vollständige Informationen zu diesem Arzneimittel zu erhalten. Die EMA wird alle neuen Informationen, die verfügbar werden, jährlich bewerten, und falls erforderlich,

Anwendungsgebiet

wird die Zusammenfassung der Merkmale des Arzneimittels aktualisiert werden.

Die Vorgaben der Fachinformation sind zu berücksichtigen. Weitere Anwendungsgebiete oder Erweiterungen des Anwendungsgebiets sind nicht von der Praxisbesonderheit umfasst. Die Anerkennung als Praxisbesonderheit besteht, solange Pfizer Vyndaqel® in Deutschland vertreibt.

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

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

Mit Wirkung zum 22. Dezember 2021 wurde in der Anlage VI (Off-Label-Use) in Teil A der Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL) in Ziffer XXXIII „Bortezomib plus Cyclophosphamid plus Dexamethason zur Induktionstherapie des neu diagnostizierten Multiplen Myeloms“ die Liste der Hersteller, die für ihre Bortezomib-, Cyclophosphamid- und/oder Dexamethasonhaltigen Arzneimittel im Rahmen des in der Anlage vorgeannten Off-Label-Use einer Anwendung zugestimmt haben (Haftung des pharmazeutischen Unternehmers), um den Hersteller „Zentiva Pharma GmbH“ erweitert.

##### **Folgende Hersteller sind nun in der Liste aufgeführt:**

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

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

Hersteller

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

### 3. Allgemeine Hinweise

#### 3.1. Beschlüsse des Bewertungsausschusses (BA) bzw. Erweiterten Bewertungsausschusses (EBA) zur Telemedizin, Beratung zur Organspende, Coronavirus, ePA-Erstbefüllung

##### **Beschlüsse EBA zur Anpassung des EBM**

- Beschluss zur Änderung des EBM aufgrund Anpassung der Richtlinie „Methoden vertragsärztliche Versorgung“ (MVV-RL): Telemedizinische Betreuung von Patientinnen und Patienten mit einer Herzinsuffizienz
- Beschluss zur Änderung des EBM gemäß dem Gesetz zur Stärkung der Entscheidungsbereitschaft bei der Organspende
- Verlängerung des Beschlusses des EBA in seiner 75. Sitzung am 15. September 2021 bezüglich der Erweiterung von Coronavirus-Sonderregelungen

##### **Beschlüsse BA zur Anpassung des EBM**

- Beschluss zur Änderung des EBM gemäß §87 Absatz 2a Satz 29 SGB V (Erstbefüllung der ePA)
- Verlängerung des Beschlusses des BA zur Kennzeichnung von Leistungen zur Vergütung des Corona-NVA

##### **Beschluss des EBA zur Änderung des EBM aufgrund Anpassung der MVV-RL: Telemedizinische Betreuung von Patientinnen und Patienten mit einer fortgeschrittenen Herzinsuffizienz**

Zum 31. März 2021 wurde die Methode Telemonitoring bei Herzinsuffizienz als neue Nr. 37 in die Anlage I der Richtlinie „Methoden vertragsärztliche Versorgung (MVV-RL)“ aufgenommen.

Die Methode beinhaltet das Telemonitoring mittels implantierter kardialer Aggregate (z. B. Defibrillatoren und Schrittmacher) zur Erhebung von medizinischen Daten sowie Daten zur Gerätefunktion beziehungsweise das Telemonitoring mittels externer Geräte (z. B. Waage, EKG-Gerät, Blutdruckmessgerät) zur Erhebung von Gewicht, Blutdruck, elektrische Herzaktion und Informationen zum allgemeinen Gesundheitszustand.

Telemonitoring

##### **Neue Leistungen zum 1. Januar 2022**

Für den primär behandelnden Arzt (PBA) werden neue Leistungen in die EBM-Abschnitte 3.2.3 (hausärztliche Versorgung), 4.3.2 (Kinder- und Jugendmedizin) und 13.3.5 (Kardiologie) aufgenommen. Die Leistungen für den PBA im Abschnitt 13.3.5 können auch von Fachärzten für Innere Medizin mit Schwerpunkt Nephrologie beziehungsweise mit Schwerpunkt Pneumologie und Lungenärzten sowie von Fachärzten für Innere Medizin ohne Schwerpunkt durchgeführt und berechnet werden.

Die erste Leistung beinhaltet jeweils die Indikationsstellung inklusive Aufklärung des Patienten (GOP 03325, 04325 und 13578). Die Leistung ist mit 65 Punkten bewertet und je vollendete 5 Minuten dreimal im Krankheitsfall berechnungsfähig.

Die zweite Leistung beinhaltet eine als einmal im Behandlungsfall berechnungsfähige Zusatzpauschale für die Betreuung eines Patienten im Rahmen des Telemonitoring bei Herzinsuffizienz, den Austausch zwischen PBA und telemedizinischen Zentrum (TMZ), die Indikationsprüfung sowie den Kontakt zwischen Patient und PBA gegebenenfalls mit Therapieanpassung (GOP 03326, 04326 und 13579). Sie ist mit 128 Punkten bewertet.

Für das TMZ werden fünf neue Leistungen und eine neue Kostenpauschale in den EBM aufgenommen. Die Berechnung dieser Leistungen setzt voraus, dass Genehmigungen der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Qualitätssicherungsvereinbarung Telemonitoring bei Herzinsuffizienz gemäß §135 Abs. 2 SGB V und nach der Qualitätssicherungsvereinbarung zur Rhythmusimplantat-Kontrolle gemäß §135 Abs. 2 SGB V vorliegen. Die Verhandlungen zur Qualitätssicherungsvereinbarung Telemonitoring bei Herzinsuffizienz sind derzeit noch nicht abgeschlossen.

Fünf neue Leistungen

Die neue GOP 13583 beinhaltet die Anleitung und Aufklärung der Patienten zu Grundprinzipien des zur Anwendung kommenden Telemonitoring, zum Gebrauch der dabei eingesetzten Geräte und zu relevanten Aspekten des Selbstmanagements gemäß §3 Absatz 3 Nr. 1 der Nr. 37 Anlage I der MVV-RL. Die Leistung ist einmal im Krankheitsfall berechnungsfähig und mit 95 Punkten bewertet.

Für das kontinuierliche Telemonitoring von Patienten mit kardialen Aggregaten sowie von Patienten mit externen Messgeräten wird jeweils eine neue Leistung aufgenommen (GOP 13584 und 13586), welche einmal im Behandlungsfall berechnungsfähig ist. Diese beiden neuen Leistungen beinhalten die Erfassung, Analyse und Sichtung der Daten, die Dokumentation sowie die Benachrichtigung und Abstimmung mit dem PBA. Die GOP 13584 (kardiale Aggregate) ist mit 1.100 Punkten bewertet, die GOP 13586 (externe Messgeräte) mit 2.100 Punkten.

Zu diesen GOP wird jeweils ein Zuschlag für ein gegebenenfalls stattfindendes intensiviertes Monitoring in den EBM aufgenommen (GOP 13585 und 13587). Das intensivierte Monitoring beinhaltet das Telemonitoring auch am Wochenende sowie an Feiertagen und es erfordert eine individuelle Vereinbarung zwischen PBA und TMZ zur Zusammenarbeit. Die GOP 13585 und 13587 sind jeweils mit 235 Punkten bewertet.

Zur Erstattung der Kosten für die notwendigen Geräte im Zusammenhang mit dem Telemonitoring von Patienten mittels externer Messgeräte (v. a. Blutdruckmessgerät, EKG, Waage, Tablet/Transmitter) wird eine Kostenpauschale in den EBM aufgenommen (GOP 40910). Die Kostenpauschale beträgt 68 Euro und ist einmal im Behandlungsfall berechnungsfähig. Mit der GOP 40910 sind alle Kosten im Zusammenhang mit der Geräteversorgung des Patienten durch das TMZ abgegolten.

Die Vergütung der neuen Leistungen erfolgt außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung.

### **Beschluss des EBA zur Änderung des EBM gemäß dem Gesetz zur Stärkung der Entscheidungsbereitschaft bei der Organspende**

#### **Neue Beratungsleistung über die Organ- und Gewebespende zum 1. März 2022**

Hausärzte sollen ab März 2022 ihre Patienten regelmäßig darauf hinweisen, dass sie mit Vollendung des 16. Lebensjahres eine Erklärung zur Organ- und Gewebespende abgeben, ändern und widerrufen und mit Vollendung des 14. Lebensjahres einer Organ- und Gewebespende widersprechen können (nach §2 Absatz 1a TPG). Bei Bedarf sollen sie diese Patienten über die Organ- und Gewebespende beraten.

Diese Beratung umfasst nach §2 Absatz 1a TPG insbesondere:

- die Voraussetzungen, Möglichkeiten und Nutzen der Organ- und Gewebespende,
- die Möglichkeit, freiwillig eine Erklärung im Organspenderegister abzugeben,
- die Bedeutung einer abgegebenen Organspendeerklärung.

Beratung umfasst:

Hausärzte sollen ausdrücklich darauf hinweisen, dass keine Verpflichtung zur Abgabe einer Erklärung besteht und ergebnisoffen beraten. Ihnen werden Anfang Februar durch die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) zur Unterstützung umfangreiche Materialien zur Verfügung gestellt werden. Diese beinhalten sowohl ein Beratungsmaterial als auch Informationsbroschüren und -flyer für Patienten sowie Organspendeausweise.

Für die Abrechnung der Beratung wird mit Wirkung zum 1. März 2022 die GOP 01480 in den Abschnitt 1.4 EBM aufgenommen. Die GOP kann von allen Fachärzten berechnet werden, welche berechtigt sind, GOP der Kapitel 3 oder 4 abzurechnen. Sie ist mit 65 Punkten bewertet. Ein Vergütungsanspruch besteht pro Patient alle zwei Jahre. Die KBV hatte eine deutlich höhere Bewertung sowie die Möglichkeit einer Zeittaktung gefordert, um dem individuellen Beratungsbedarf der Patienten und somit der Zielsetzung des gesetzlichen Auftrages angemessen begegnen zu können.

Auch hier erfolgt die Vergütung außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung.

#### **Verlängerung des Beschlusses des EBA in seiner 75. Sitzung am 15. September 2021 bezüglich der Erweiterung von Coronavirus-Sonderregelungen bis zum 31. März 2022**

Aufgrund der andauernden Pandemie sah die KBV eine Verlängerung des Beschlusses zur Erweiterung der Coronavirus-Sonderregelungen um ein weiteres Quartal bis zum 31. März 2022 weiterhin für notwendig an (zuletzt wurden die Erweiterungen in der 75. Sitzung des EBA am 15. September 2021 bis zum 31. Dezember 2021 verlängert).

### **Telefonische Konsultationen**

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

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

### **Zuschläge zu den Chronikerpauschalen**

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

Spätestens bis zum 1. März 2022 wird geprüft, ob eine weitere Verlängerung beziehungsweise eine Anpassung der Regelung erforderlich ist.

### **Beschluss des BA zur Überführung der Leistung der ePA-Erstbefüllung in den EBM zum 1. Januar 2022**

Mit dem vorliegenden Beschluss wird die GOP 01648 vom 1. Januar bis 31. Dezember 2022 in den EBM aufgenommen, wodurch die Pseudo-GOP 88270 (10 Euro) gemäß der ePA-Erstbefüllungsvereinbarung ersetzt wird. Die GOP 01648 umfasst die vertragsärztlichen Leistungen, die mit der sektorenübergreifenden Erstbefüllung verbunden sind. Die Berechnung der GOP 01648 neben der GOP 01647 (Zusatzpauschale ePA-Unterstützungsleistung) ist im Behandlungsfall ausgeschlossen. Die GOP 01648 ist mit 89 Punkten (10,03 Euro) bewertet.

Pseudo-GOP wird ersetzt

### **Verlängerung des Beschlusses des BA zur Kennzeichnung von Leistungen zur Vergütung des Corona-NVA**

Der BA hat die Kennzeichnung von Leistungen als Leistungen eines nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs (NVA) im Zusammenhang mit dem Coronavirus ab dem 1. Januar 2022 für zwei weitere Quartale beschlossen. Die Kriterien zur Kennzeichnung des Corona-NVA bleiben unverändert.

### **Zum Hintergrund:**

Ab dem 1. Januar 2022 gilt hinsichtlich der Kennzeichnung weiter fort: Der Arzt (und ggf. Kollegen seiner Arztgruppe in derselben Arztpraxis) dokumentiert die Ziffer 88240 an allen Tagen, an denen er den Patienten wegen des begründeten klinischen Verdachts auf eine Infektion oder wegen einer nachgewiesenen Infektion mit dem Coronavirus behandelt. Weiterhin sind auch die in diesem Quartal von dieser Arztgruppe innerhalb einer Arztpraxis abgerechneten Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschalen, Zusatzpauschalen für Pneumologie (GOP 04530 und

13650) und Zusatzpauschalen fachinternistische Behandlung (GOP 13250) mit der Ziffer 88240 zu kennzeichnen.

### Hinweise zur Veröffentlichung

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

### 3.2. Neuerungen bei der häuslichen Krankenpflege in Kraft getreten

Wir möchten Sie über Neuerungen bei der häuslichen Krankenpflege (HKP) informieren, die der Gemeinsame Bundesausschusses (G-BA) am 21. Oktober beschlossen hat und die zum 24. Dezember 2021 in Kraft getreten sind.

#### Verlängerung der Vorlagefrist bei der Krankenkasse

Die bisher 3-tägige Vorlagefrist von HKP-Verordnungen zur Genehmigung bei der Krankenkasse wird auf eine 4-tägige Vorlagefrist verlängert.

#### Aktualisierungen aufgrund neuer Empfehlungen und Erkenntnisse

Die Beschreibungen der Maßnahmen in den Leistungsnummern 2 und 22 des Leistungsverzeichnisses der HKP-Richtlinie in Bezug auf die fachgerechte Anwendung von Kathetern werden an aktuelle wissenschaftliche Empfehlungen und Erkenntnisse angepasst.

#### Richtlinie gilt auch für HKP-Verordnungen in elektronischer Form

Des Weiteren wurde mit dem Beschluss der Auftrag aus dem Gesetz für eine bessere Versorgung durch Digitalisierung und Innovation vom 9. Dezember 2019 umgesetzt, indem die HKP-Richtlinie an die Möglichkeit der Verordnung in elektronischer Form angepasst wurde.

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

### 3.3. Gesetzliche Unfallversicherung: Beschlüsse der Ständigen Gebührenkommission ab 1. Januar 2022

Folgende Änderungen der Gebührenordnung UV-GOÄ wurden beschlossen:

#### Teil B. VI. „Besondere Regelungen“ im Überblick

Nummer	Leistung	Neue Gebühr (Euro)
146 und 147	Formulargutachten Vordruck A 4200 und A 4202 - Erstes Rentengutachten	140,00
148 bis 152	Formulargutachten Vordruck A 4500, A 4502, A 4510, A 4512 und A 4520 - Zweites Rentengutachten	115,00

Änderungen



160	Freie Gutachten - Begutachtungsmaterie mit normalem Schwierigkeitsgrad	330,00
161	Freie Gutachten - Begutachtungsmaterie mit hohem Schwierigkeitsgrad	570,00
165	Freie Gutachten - Begutachtungsmaterie mit hohem Schwierigkeitsgrad und sehr hohem zeitlichen Aufwand	840,00

### Teil C. I. „Anlegen von Verbänden“

Im Teil C. I. „Anlegen von Verbänden“ sind die Gebühren der Besonderen Kosten für niedergelassene Durchgangsärzte bei der Nummer 203A auf 4,50 Euro und bei der Nummer 203B auf 6,50 Euro geändert worden.

### Teil L. VIII. „Neurochirurgie“

Im Teil L. VIII. „Neurochirurgie“ ist mit der Nummer 2570a UV-GOÄ eine neue Gebühr vereinbart worden. Künftig kann die Leistung „Nervenstimulator- Aggregatwechsel“ abgerechnet werden, für die es bisher keine UV-GOÄ-Nummer gab.

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

### 3.4. Elektronischer Mutterpass (eMutterpass): Empfehlungen zum Vorgehen ab 1. Januar 2022

Die Mutterschafts-Richtlinie sieht vor, dass ab dem 1. Januar 2022 die Dokumentation der Schwangerenvorsorge entweder wie bisher im Mutterpass (Papier) erfolgt oder auf Wunsch der Schwangeren digital in der elektronischen Patientenakte (ePa). Ein Wechsel des Formats während einer Schwangerschaft sollte vermieden werden, um die Vollständigkeit der Dokumente zu gewährleisten.

Da die an der Schwangerenvorsorge beteiligten Ärztinnen und Ärzte sowie Hebammen zu unterschiedlichen Zeitpunkten über die technischen Möglichkeiten verfügen, den Mutterpass in der elektronischen Patientenakte einzusehen und zu befüllen, sollten die Schwangeren bei der Wahl des Formats beraten werden. Dabei kann es sinnvoll sein, zunächst weiterhin das Papierformat zu nutzen. Somit bliebe gewährleistet, dass alle an der Schwangerenvorsorge Beteiligte Zugang zu den Befunddaten im Mutterpass haben und ohne Formatwechsel Dokumentationen weiterführen können.

Beratung

### 3.5. Aufnahme der Pertussis-Impfung in den Mutterpass und weitere Anpassungen

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat die Pertussis-Impfung in der Schwangerschaft in die Mutterschafts-Richtlinie (Mu-RL) aufgenommen und den Mutterpass (Anlage 3 der Mu-RL) angepasst. Die Pertussis-Impfung von Schwangeren ist bereits seit dem 10. Juli 2020 im Rahmen der Schutzimpfungs-Richtlinie eine GKV-Leistung.

Im neuen Mutterpass gibt es außerdem auf Seite 4 und Seite 20 neue Ausfüllfelder, um die gezielte Rhesusprophylaxe ärztlich zu dokumentieren. Aus dem Mutterpass gestrichen wurde die routinemäßige Untersuchung auf asymptomatische Bakteriurie. Eine bakteriologische Urinuntersuchung, soweit nach Befundlage erforderlich, kann im Gravidogramm unter „Sonstiges/Therapie/Maßnahmen“ vermerkt werden.

Den aktualisierten Mutterpass können Sie im Rahmen Ihrer Vordruckbestellung über den Paul-Albrechts-Verlag bestellen. Der alte Mutterpass behält weiterhin seine Gültigkeit. Allerdings wird für Rhesus D negative Schwangere, die eine nichtinvasive Pränataldiagnostik zur Bestimmung des fetalen Rhesusfaktors - NIPT-RhD durchführen lassen möchten, die Benutzung des aktualisierten Mutterpasses empfohlen, da es hier entsprechende Dokumentationsmöglichkeiten gibt.

Der Bewertungsausschuss wird in den nächsten sechs Monaten darüber beraten, ob aufgrund der Änderung der Mu-RL für die Vertragsärzte ein Mehraufwand entsteht und wie dieser gegebenenfalls zu vergüten ist.

### **3.6. Klarstellung des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zum Anspruch auf Nachholimpfungen**

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seinem Beschluss vom 21. Oktober 2021 (in Kraft getreten am 15. Dezember 2021) klargestellt, dass ein Anspruch auf eine Nachholimpfung bis zum 18. Lebensjahr nur für Impfungen gilt, bei denen in Anlage 1 der Schutzimpfungsrichtlinie (SI-RL) nichts Anderes geregelt ist. Hintergrund hierfür ist, dass die Ständige Impfkommission (STIKO) in ihren Empfehlungen für bestimmte Impfungen eine Nachholung nur bis zu einem gewissen Alter vorsieht.

### **3.7. Der Hygieneleitfaden für die psychotherapeutische Praxis - 2. Auflage**

Im Nachgang zu der Neuauflage des Leitfadens Hygiene in der Arztpraxis im Februar 2019 erscheint nun im Januar 2022 die 2. Auflage für die psychotherapeutischen Praxen.

Mit dem Leitfaden wird Ihnen ein umfangreiches Nachschlagewerk zur Verfügung gestellt, das vom Kompetenzzentrum Hygiene und Medizinprodukte (CoC) in Baden-Württemberg und der KBV erarbeitet worden ist. Es finden sich alle wichtigen Informationen rund um die rechtlichen Rahmenbedingungen, das Hygienemanagement, den Arbeitsschutz und vieles mehr. Des Weiteren gibt es viele konkrete Umsetzungsvorschläge, unter anderem eine Gliederung für einen Hygieneplan. Der Hygieneleitfaden soll Ihnen eine Unterstützung sein, da es sicher nicht immer ganz einfach ist, bei dieser Vielzahl von Gesetzen, Richtlinien und Empfehlungen den Überblick zu behalten.

Umfangreiches  
Nachschlagewerk

Seit über 6 Jahren hat uns die 1. Auflage begleitet. In der nun vorliegenden 2. Auflage wurde den Entwicklungen der letzten Jahre auf dem Gebiet der Hygiene Rechnung getragen. Es wurden Anpassungen vorgenommen und die Inhalte insgesamt weiterentwickelt.

Den Hygieneleitfaden für die psychotherapeutische Praxis finden Sie als Download unter <http://www.kvn.de/Mitglieder/Qualitaet/Hygiene+und+Medizinprodukte/Hygiene.html>

### **3.8. DMP-Schulungen und Dokumentationspflichten nach Beendigung der epidemischen Lage von nationaler Tragweite**

Wir möchten Sie darüber informieren, dass die bisher geltenden Sonderregelungen in den DMP nicht über den 31. Dezember 2021 hinaus verlängert wurden. Trotz des weiterhin bestehenden pandemischen Geschehens hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) eine Verlängerung der Sonderregelungen in den DMP aus medizinischer Sicht kritisch eingeschätzt, da die in den DMP vorgesehenen regelmäßigen Konsultationen und Schulungsteilnahmen bei chronisch erkrankten Menschen von hoher medizinischer Relevanz sind.

Hohe medizinische  
Relevanz

Dies bedeutet, dass ab dem 1. Januar 2022, die Patientinnen und Patienten wieder verpflichtend an den DMP-Schulungen teilnehmen müssen. Ebenso sind die quartalsbezogenen Dokumentationen wieder erforderlich, um eine Ausschreibung aus einem DMP zu vermeiden.

Ab dem 1. Januar 2022 tritt wieder die Regelung in Kraft, dass bei Fehlen von zwei aufeinanderfolgenden Dokumentationen eine Ausschreibung der Versicherten aus dem DMP erfolgt. Für Patientinnen und Patienten, bei denen aufgrund der Corona-Sonderregelung in den Jahren 2020 und 2021 keine oder unregelmäßige DMP-Dokumentationen vorliegen, ist bei quartalsweiser Dokumentation spätestens im zweiten Quartal 2022 eine Konsultation mit entsprechender Dokumentation erforderlich.

Ebenfalls zum 31. Dezember 2021 endet die mit den gesetzlichen Krankenkassen in Niedersachsen getroffene Regelung zur digitalen Durchführung von Schulungen.

### **3.9. Nachweisfrist des Masernschutzes bis Ende Juli 2022 verlängert**

Die Frist zum Nachweis eines Masernschutzes wurde nochmals coronabedingt bis Ende Juli 2022 verlängert.

Nach dem im März 2020 in Kraft getretenen Masernschutzgesetz müssen Kinder sowie Beschäftigte in Gemeinschafts- und Gesundheitseinrichtungen einen ausreichenden Impfschutz oder eine Immunität gegen Masern nachweisen. Für bereits länger in diesen Einrichtungen Beschäftigte oder Betreute galt eine Übergangsfrist bis Ende Dezember, die jetzt bis Ende Juli 2022 verlängert wurde.

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

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

### 3.10. ICD-10-Code auf Überweisungsträgern allein ist für die Weiterbehandlung nicht ausreichend

In jüngster Zeit haben fachärztliche Praxen mit einer starken Zunahme von ICD-verschlüsselten Überweisungsscheinen zu kämpfen, bei denen weder eine Klartext-Diagnose noch eine konkrete Fragestellung vermerkt ist. Dies macht eine telefonische Terminvergabe mit Überprüfung der Indikation und ggfs. die Auswahl einer geeigneteren Untersuchungsmethode nahezu unmöglich. Nicht selten resultieren hieraus eine für das zu lösende Problem inadäquate Untersuchungsmethode oder ein falscher Fokus bei der Befundung.

In vielen Fällen haben sich möglicherweise ungewollt automatische ICD-Verschlüsselungen durch Updates der Praxissoftware im Rahmen der Telematikinfrastruktur (TI) in das System "eingeschlichen". Bitte überprüfen Sie diese Funktion und halten Sie ggf. Rücksprache mit Ihrem Software-Hersteller, ob sich die Funktion in Ihrer Praxissoftware deaktivieren lässt.

Die ICD-Codes sind eine grobe Bündelung unterschiedlicher funktionaler Diagnosekomplexe für statistische Zwecke. Sie sind auf keinen Fall ein Ersatz für Klartext-Diagnosen oder vollständige Arztbriefe, die Auskunft über die individuelle Ausprägung des Beschwerdebildes eines Patienten geben. Die Rück-Entschlüsselung des ICD-Codes führt in den meisten Fällen zu einem drastischen Informationsverlust. Sie ist Fachpraxen mit einer Vielzahl von Zuweisern aus unterschiedlichen Fachgruppen auch nicht zumutbar und überdies auch nicht zulässig. In der Vordruckvereinbarung zu Muster 6 ist klar geregelt:

„Die Überweisung zur Ausführung von Auftragsleistungen erfordert

1. die Definition der Leistungen nach Art und Umfang (Definitionsauftrag) oder
2. eine Indikationsangabe mit Empfehlung der Methode (Indikationsauftrag).

[...]

Die Aufträge sind nach Art und Umfang konkret zu bestimmen (Angabe der Gebüh[1]renordnungsposition oder der präzisen Leistungsbezeichnung). [...]

Unbedingt erforderlich sind auf den Überweisungen Informationen im Klartext in Hand- oder Maschinenschrift oder auch ausgedruckte Arztbriefe (eine ICD-Codierung kann zusätzlich erfolgen). Bei **Mitbehandlungen** kann eine Diagnose/Verdachtsdiagnose angegeben werden. Die kann auch als ICD-Schlüssel erfolgen. Ein kompetenter Informationsfluss vom überweisenden Arzt zum weiterbehandelnden Arzt ist Grundlage für eine fachgerechte und wirtschaftliche Weiterbehandlung des Patienten.

## 4. Veranstaltungen im Februar und März 2022

**Wichtig:** Wir bieten Ihnen für einzelne Präsenzveranstaltungen untenstehende WebSeminare an. Weitere Informationen, welche Angebote für Ihre Praxis und die MitarbeiterInnen am besten geeignet sind, finden Sie auf unserer Internetseite. Dort können Sie sich auch direkt online anmelden: [www.kvn.de/Mitglieder/Fortbildung](http://www.kvn.de/Mitglieder/Fortbildung)

Name	Ort	Datum	Gebühr p. P.
Die ePA kommt - Einführung zum Start der elektronischen Patientenakte	WebSeminar	02.Feb	kostenlos
QEP-Einführungsseminar	WebSeminar	05.Feb	127 Euro
Datenschutz in der Arztpraxis	WebSeminar	08.Feb	69 Euro
Impfen	WebSeminar	09.Mär	kostenlos
Meine Zukunft planen - Impulse für die Praxisabgabe	WebSeminar	09.Feb	kostenlos
Moderne Wundversorgung	WebSeminar	09.Feb	kostenlos
Sprechstundenbedarf	WebSeminar	09.Feb	kostenlos
Professionelle Praxisorganisation	WebSeminar	16.Feb	50 Euro
Heilmittelverordnung in Theorie und Praxis	WebSeminar	16.Feb	kostenlos
Impfen	WebSeminar	16.Feb	kostenlos
Qualitätsmanagement - Aktuell - Der neue QEP-Zielkatalog	WebSeminar	16.Feb	69 Euro
EBM für Einsteiger	Osnabrück	16.Feb	kostenlos
Praxisorganisation und Praxisführung	WebSeminar	23.Feb	69 Euro
Heilmittelverordnung - Sicher durch den Heilmittelverordnungsdschungel	WebSeminar	23.Feb	kostenlos
Die Krankschreibung wird digital - Eine Einführung zum Start der eAU	WebSeminar	23.Feb	kostenlos
PraxismanagerIn Intensivkurs	WebSeminar	28.Feb	300 Euro
Abrechnung aktuell	WebSeminar	02.Mär	kostenlos

Medizinprodukte-Aufbereitung Workshop Teil 1	WebSeminar	02.Mär	69 Euro
Hygiene in der Arztpraxis	WebSeminar	03.Mär	69 Euro
Abrechnung aktuell	WebSeminar	09.Mär	kostenlos
Honorarbescheid lesen und verstehen	Braunschweig	09.Mär	kostenlos
PraxismanagerIn Refresherkurs (3-tägig)	WebSeminar	09.Mär	180 Euro
Datenschutz für Fortgeschrittene	WebSeminar	09.Mär	69 Euro
Fit am Empfang - So heißen Sie Ihr Patienten willkommen	WebSeminar	09.Mär	69 Euro
Ausbildung zur/m Datenschutzbeauftragte/n in der Arztpraxis (4-tägig)	WebSeminar	15.Mär	260 Euro
Das Telefon - Die Visitenkarte der Praxis	WebSeminar	16.Mär	69 Euro
Abrechnung aktuell	WebSeminar	16.Mär	kostenlos
Arbeitsschutz in der Arztpraxis	WebSeminar	19.Mär	69 Euro
Sachkundelehrgang gemäß Medizinproduktebetriebsverordnung	Hannover-Laatzten	21.Mär	550 Euro
IT-Sicherheit für Einsteiger	WebSeminar	23.Mär	69 Euro
Sprechstundenbedarf	WebSeminar	23.Mär	kostenlos
Ausbildung zur/m Datenschutzbeauftragte/n in der Arztpraxis	WebSeminar	29.Mär	260 Euro