



Informationen für die Praxis

KVN-Rundschreiben

Juli 2024

Inhaltsverzeichnis

1. Abrechnung	3
1.1. Kennnummer 32007 im Rahmen der Mutterschaftsvorsorge	3
1.2. Implantateregister Deutschland: Neue GOP und Kostenpauschale für die Meldung einer implantatbezogenen Maßnahme ab 1. Juli 2024	3
1.3. Digitale Gesundheitsanwendungen: Anpassungen im EBM zum 1. Juli 2024 sowie weitere Detailänderung im EBM.....	6
2. Verordnungen.....	7
2.1. Änderung der Anlage II (Lifestyle-Arzneimittel) der Arzneimittel-Richtlinie: Semaglutid.....	7
2.2. Änderung der Anlage VII Teil B (Methylphenidat)	8
2.3. Arzneimittel-Richtlinie Anlage V (verordnungsfähige Medizinprodukte) - Verlängerung der Befristung	9
2.4. Arzneimittel-Richtlinie Anlage V Kochsalz 6% Inhalat Paedia®	10
2.5. Livmarli® (Maralixibat) als bundesweite Praxisbesonderheit anerkannt.....	11
2.6. Anpassungen innerhalb der Wirtschaftlichkeitsziele der Insulin aspart-haltigen Biosimilarquoten.....	11
2.7. Ins DiGA-Verzeichnis des BfArM dauerhaft aufgenommene digitale Gesundheitsanwendungen..	12
2.8. Nubeqa® (Darolutamid) in einer weiteren Teilindikation als Praxisbesonderheit anerkannt.....	13
2.9. Dupixent® (Dupilumab) in weiteren Teilindikationen als Praxisbesonderheit anerkannt.....	13
3. Allgemeine Hinweise	15
3.1. Kontrastmittel-Vereinbarung zum 1. Juli 2024.....	15
3.2. Kostenlose Infomaterialien und Artikel zum Thema Kinderschutz.....	15
3.3. Techniker Krankenkasse (TK): Besondere Versorgung zur frühzeitigen Diagnostik und Behandlung von Begleiterkrankungen des Diabetes mellitus.....	16

3.4.	Wöchentliche Meldung der COVID-19-Impfungen endet am 30. Juni 2024.....	16
3.5.	Hinweise des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek) zum DMP-Kennzeichen auf der elektronischen Gesundheitskarte (eGK)	17
3.6.	Ärztliche Bescheinigung eines erkrankten Kindes (Muster 21) dauerhaft im Rahmen der Fernbehandlung möglich.....	18
3.7.	Gesetzliche Unfallversicherung: Anpassungen ab Juli 2024.....	18
3.8.	Gutachterliche Stellungnahme und Mitteilungspflichten des Medizinischen Dienstes (MD)	19
4.	Veranstaltungen im August 2024	20

Abrechnung

1.1. Kennnummer 32007 im Rahmen der Mutterschaftsvorsorge

Wir möchten darauf hinweisen, dass bei Abrechnung der GOP 01770 die Kennnummer 32007 **nicht** anzugeben ist. Lediglich bei Leistungen im Rahmen der Mutterschaftsvorsorge im Vertretungsfall, im Notfall oder Mit-/Weiterbehandlung ist bei Erbringung oder Veranlassung der Laborleistungen GOP 32031, 32035, 32038 und 32120 die Kennnummer 32007 anzugeben.

1.2. Implantateregister Deutschland: Neue GOP und Kostenpauschale für die Meldung einer implantatbezogenen Maßnahme ab 1. Juli 2024

Am 1. Juli startet das Meldeverfahren für das neue Implantateregister Deutschland (IRD), konkret geht es um implantatbezogene Maßnahmen mit Brustimplantaten. Dazu hat der Bewertungsausschuss (BA) jetzt die Abrechnung und Vergütung geregelt.

Neuer Abschnitt 1.9 EBM

GOP 01965 für Meldung an das IRD

Der BA hat die Aufnahme eines neuen Abschnitts 1.9 EBM für Meldungen implantatbezogener Maßnahmen nach den Vorgaben des Implantateregistergesetzes (IRegG) beschlossen.

In diesen neuen Abschnitt wird die Gebührenordnungsposition (GOP) 01965 aufgenommen und mit 78 Punkten (9,31 Euro) bewertet. Berechnungsfähig ist sie als Zuschlag zu einem Eingriff nach den Abschnitten 31.2.2 EBM oder 36.2.2 EBM bei Durchführung einer implantatbezogenen Maßnahme mit Brustimplantaten für die zugehörige Erfassung, Speicherung und Übermittlung von Daten an die Register- und Vertrauensstelle (gemäß §§ 16 und 17 Absatz 1 IRegG) sowie die Erfüllung der gesetzlichen Pflichten (nach §§ 18, 20, 24 und 25 IRegG).

Berücksichtigt wird hierbei das Melden der implantatbezogenen Maßnahme mittels einer Webanwendung des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG). Perspektivisch soll das Meldeverfahren laut BMG in die Praxissoftware integriert und damit automatisiert werden.

Kostenpauschale 40162 für die Meldegebühr

Für die Erfassung implantatbezogener Maßnahmen und deren Auswertung wird eine Gebühr von 6,24 Euro je Meldung erhoben, die in der Implantateregister-Gebührenverordnung (§ 2 Abs. 1 IRegGebV) festgelegt ist. Daher hat der BA im Zusammenhang mit der Meldung einer implantatbezogenen Maßnahme nach der GOP 01965 die Kostenpauschale 40162 in den Abschnitt 40.5 EBM aufgenommen.

Extrabudgetäre Vergütung

Die Vergütung der GOP 01965 erfolgt zunächst extrabudgetär. Für die

Vergütung für
Meldungen an neues
Implantateregister

Kostenpauschale 40162 konnte eine dauerhafte extrabudgetäre Vergütung vereinbart werden.

Zum Hintergrund

Implantateregister Deutschland (IRD)

Das IRD hat eine gesetzliche Grundlage (Implantateregistergesetz, IRegG), hinzu kommen eine Implantateregister-Betriebsverordnung (IRegBV) und eine Implantateregister-Gebührenverordnung (IRegGebV). Das BMG stellt im Internet ausführliche [Informationen für Patienten, Gesundheitseinrichtungen und Softwarehersteller](#) bereit.

Einige wichtige Punkte:

Ziel des Gesetzes zur Errichtung eines Implantateregisters Deutschland (Implantateregister-Errichtungsgesetz, EIRD) ist insbesondere, ein verbindliches bundesweites Register zu implementieren, das systematische Langzeitbeobachtungen als Teil der Qualitätssicherung bei der Versorgung mit Implantaten ermöglicht. Dafür müssen Ärzte implantatbezogene Maßnahmen, beispielsweise die Implantation oder Explantation eines Implantates, an das IRD melden.

Das IRegG, das als Grundlage für die Errichtung des IRD dient, sowie die ergänzende IRegBV geben die rechtlichen Voraussetzungen für den Betrieb mit Echt Daten vor und regeln Details zum Betrieb des Registers. Die ebenfalls ergänzende IRegGebV legt die jährlichen Gebühren fest, die unter anderem von der meldenden Gesundheitseinrichtung für die Meldung an die Registerstelle erhoben werden.

Auf Grundlage des IRegG und der IRegBV ist ab dem 1. Juli 2024 jede Gesundheitseinrichtung, die implantatbezogene Maßnahmen mit Brustimplantaten durchführt, zur Meldung der Patientendaten an die Vertrauensstelle sowie zur Meldung der implantatbezogenen Falldaten an die Registerstelle verpflichtet (§§ 16 und 17 Abs. 1 IRegG).

Verantwortliche Gesundheitseinrichtungen

Als verantwortliche Gesundheitseinrichtungen gelten nach Paragraph 2 Nummer 5 IRegG alle Leistungserbringer, die eine implantatbezogene Maßnahme durchführen, wie insbesondere Krankenhäuser im Sinne des § 107 des SGB V, Einrichtungen für Ambulantes Operieren, Behandlungs- oder Versorgungseinrichtungen, in denen eine Behandlung erfolgt, die mit einer Behandlung in Krankenhäusern oder Einrichtungen für Ambulantes Operieren vergleichbar ist, und Arztpraxen.

Hinweise Belegärzte/Gesundheitseinrichtungen

Belegärzte werden in Paragraph 2 Nummer 5 IRegG zwar nicht explizit genannt, sind jedoch aus juristischer Sicht auch als verantwortliche Gesundheitseinrichtung aufzufassen.

Eine implantatbezogene Maßnahme darf aber nur von jeweils einer Gesundheitseinrichtung an das IRD übermittelt werden. Sofern die Voraussetzungen gemäß Paragraph 4 Absatz 3 IRegG erfüllt sind (z.B., dass ein in der Produktdatenbank registriertes Produkt verwendet wurde), erhält die meldende Gesundheitseinrichtung im Gegenzug eine Meldebestätigung. Diese Meldebestätigung dient gegenüber den Kostenträgern als

Nachweis, dass sie ihrer Meldepflicht nachgekommen ist. Ohne diese Meldebestätigung droht gemäß Paragraf 35 IRegG ein Vergütungsabschluss.

Ob Belegärzte meldepflichtig sind oder die Gesundheitseinrichtung, in der der belegärztliche Eingriff stattfindet, befindet sich aktuell noch in Klärung. Der GKV-Spitzenverband, der Verband der Privaten Krankenversicherung, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die KBV sind in einem gemeinsamen Schreiben mit der Bitte um eine rechtliche Klärung an das BMG herangetreten.

Ablauf des Meldeverfahrens

Meldepflicht

Ab dem 1. Juli 2024 sind die verantwortlichen Gesundheitseinrichtungen, die implantatbezogene Maßnahmen in Bezug auf Brustimplantate vornehmen, nach den Paragrafen 16 und 17 IRegG verpflichtet, patientenidentifizierende Daten an die Vertrauensstelle und medizinische Daten zu implantatbezogenen Maßnahmen an die Registerstelle zu melden. Die Meldung kann über eine vom IRD zur Verfügung gestellte Meldeanwendung („Webformular“) oder eine entsprechende Software erfolgen.

Registrierung vor der ersten Meldung

Jede Gesundheitseinrichtung und damit auch jede Arztpraxis, die implantatbezogene Maßnahmen in Bezug auf Brustimplantate durchführt, muss sich vor der ersten Meldung beim IRD einmalig selbst registrieren.

Hierzu hat das IRD eine [Webanwendung](#) bereitgestellt. Diese Webanwendung ist nur innerhalb der Telematikinfrastruktur aufrufbar. Die Gesundheitseinrichtung erhält daraufhin ein implantatregisterbezogenes Kennzeichen vom IRD. Dieses wird von der Gesundheitseinrichtung dann für alle Meldungen implantatbezogener Maßnahmen verwendet.

Meldung und Meldebestätigung

Die verantwortlichen Gesundheitseinrichtungen geben bei ihrer Meldung alle Daten an, die laut IRegG bzw. IRegBV erforderlich sind. Für die Meldung im Zusammenhang mit Brustimplantaten ist dies übergangsweise auch über das Webformular möglich.

Nach erfolgter vollständiger und richtiger Meldung an das IRD erhält die verantwortliche Gesundheitseinrichtung von der Registerstelle unverzüglich eine elektronische Meldebestätigung über die Erfüllung der Meldepflicht nach Paragraf 16 Absatz 1 und Paragraf 17 Absatz 1 IRegG.

Die Meldebestätigung beinhaltet eine Angabe der Registerstelle dazu, ob die an die Registerstelle gemeldete Implantat-Identifikationsnummer einem in der Produktdatenbank registrierten Produkt zugeordnet werden kann.

Vergütungsabschluss

Zu beachten ist, dass gemäß Paragraf 35 IRegG ein Vergütungsabschluss besteht, wenn die verantwortliche Gesundheitseinrichtung der Pflicht zur Datenübermittlung nach den Paragrafen 16 und 17 IRegG

nicht nachkommt. Dann entfällt der Anspruch auf Vergütung der meldepflichtigen implantatbezogenen Maßnahmen gegen eine gesetzliche Krankenkasse.

Allerdings hat das BMG inzwischen in Aussicht gestellt, dass der Sanktionsmechanismus für jeden Implantattyp in der Einführungsphase von sechs Monaten ausgesetzt werden soll. Anschließend sollen die Sanktionen in abgemilderter Form greifen. Eine entsprechende Anpassung des IRegG ist derzeit in Vorbereitung, die Regelungen sollen rückwirkend zum 1. Juli 2024 umgesetzt werden.

Informationen des BMG

Weitere Informationen zum Implantateregister, zur Registrierung und zu technischen Details finden Sie auf der [Internetseite des BMG](#).

Für Gesundheitseinrichtungen stellt das BMG [spezifische Informationen zum Beispiel zur Registrierung und Meldung](#) bereit.

Für [Kostenträger](#) sind ebenfalls spezifische Informationen beim BMG abrufbar.

Hinweis zur Veröffentlichung

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

1.3. Digitale Gesundheitsanwendungen: Anpassungen im EBM zum 1. Juli 2024 sowie weitere Detailänderung im EBM

Neue DiGA berechnungsfähig

KBV und GKV-Spitzenverband haben im Bewertungsausschuss (BA) mehrere Entscheidungen zu den digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGA) getroffen. Dazu gehört, dass die DiGA „Kranus Lutera“ ab dem 1. Juli 2024 berechnungsfähig ist. Des Weiteren wurden Detailänderungen zu den Gebührenordnungspositionen (GOP) 01477 für die Verlaufskontrolle und Auswertung der DiGA „companion patella“ und 02344 für die perkutane Biopsie beschlossen. Näheres stellen wir Ihnen nachfolgend vor.

DiGA „Kranus Lutera“: Neue GOP 01478 für Verlaufskontrolle und Auswertung zum 1. Juli

Im April 2024 hatte das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) die DiGA „Kranus Lutera“ dauerhaft in das DiGA-Verzeichnis aufgenommen. Nach den gesetzlichen Vorgaben ist der EBM innerhalb von drei Monaten anzupassen, soweit ärztliche Leistungen für die Versorgung mit der jeweiligen Anwendung erforderlich sind (gemäß § 87 Abs. 5c SGB V). Dies ist nun erfolgt.

Die DiGA „Kranus Lutera“ richtet sich laut BfArM-Verzeichnis an Männer mit Blasenentleerungsstörungen. Zum 1. Juli werden die Abrechnungs- und Vergütungsbestimmungen im EBM für die DiGA „Kranus Lutera“ zur

Behandlung der unteren Harnwege – auch „Lower Urinary Tract Symptoms“ („LUTS“) genannt – bei Männern angepasst. Damit wird für diese DiGA eine neue GOP in den Abschnitt 1.4 des EBM aufgenommen:

Die GOP 01478 als Zusatzpauschale für die Verlaufskontrolle und Auswertung der DiGA „Kranus Lutera“ ist einmal im Krankheitsfall berechnungsfähig und mit 64 Punkten bewertet.

Folgende Fachgruppen können die GOP 01478 abrechnen: Hausärzte, Internisten ohne Schwerpunkt, Nephrologen, Neurologen und Urologen.

Detailänderungen im EBM ebenfalls mit Wirkung zum 1. Juli 2024

GOP 01477 für Verlaufskontrolle und Auswertung der DiGA „companion patella“

Bei dieser GOP hat der BA das Höchstalter (Vollendung 66. Lebensjahr) der Patienten angepasst, für die diese Leistung berechnungsfähig ist. Sie war mit dem Beschluss des BA in seiner 703. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) in den EBM aufgenommen worden.

GOP 02344 für perkutane Biopsie

Diese GOP wird zur Klarstellung der zur Abrechnung befugten Fachgruppen in die Präambeln der meisten Fachgruppenkapitel aufgenommen. Dies erfolgt in Ergänzung zum Beschluss der 720. Sitzung des BA (schriftliche Beschlussfassung), mit dem diese GOP in den EBM aufgenommen wurde.

Hinweis zur Veröffentlichung

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

2. Verordnungen

2.1. Änderung der Anlage II (Lifestyle-Arzneimittel) der Arzneimittel-Richtlinie: Semaglutid

Verordnungsausschluss

Die in der Anlage II der Arzneimittel-Richtlinie aufgeführten Wirkstoffe bzw. Fertigarzneimittel sind in den genannten Indikationen nicht zu Lasten der GKV verordnungsfähig. Mit Wirkung vom 15. Juni 2024 wurde in der Anlage II im Abschnitt „Abmagerungsmittel (zentral wirkend)“ folgende Zeile eingefügt:

Wirkstoff	Fertigarzneimittel, alle Wirkstärken
-----------	---

A 08 AX 03 Semaglutid (gilt nur bei der Anwendung zur Gewichtsreduktion)	Wegovy
A 10 BJ 06 (gilt nur bei der Anwendung zur Gewichtsreduktion)	

Hintergrund

Wegovy® ist zugelassen zur Gewichtsregulierung bei Jugendlichen und Erwachsenen und entspricht damit dem gesetzlich vorgesehenen Ausschluss von Arzneimitteln zur Regulierung des Körpergewichts.

Arzneimittel mit dem Wirkstoff Semaglutid, die nicht zur Gewichtsregulierung angewendet werden, fallen nicht unter die Regelung in Anlage II.

Den Beschluss finden Sie unter diesem [Link](#).

2.2. Änderung der Anlage VII Teil B (Methylphenidat)

Hartkapseln mit dem Wirkstoff Methylphenidat und retardierter Freisetzungskinetik gelten zukünftig als **nicht gegeneinander ersetzbar**, wenn sie unterschiedliche sofort und verzögert freisetzende Wirkstoffanteile enthalten. In der Apotheke erfolgt dann kein Austausch. Mit Wirkung zum 15. Juli 2024 wird die Anlage VII der AM-RL in Teil B (Substitutionsausschlussliste) um einen weiteren Wirkstoff ergänzt:

Austauschverbot

Wirkstoff	Darreichungsformen
Methylphenidat	Hartkapseln mit veränderter Wirkstofffreisetzung mit unterschiedlichen sofort und verzögert freisetzenden Wirkstoffanteilen (z. B. 50 %/50 % und 30 %/70 %) dürfen nicht gegeneinander ersetzt werden.

Das Austauschverbot gilt auch, wenn die davon betroffenen Präparate ansonsten bei der Wirkstärke und der Packungsgröße keine Unterschiede aufweisen. Denn die Angabe der bloßen (Gesamt-) Wirkstärke lässt keinen Schluss auf die Verteilung der unterschiedlich freisetzenden Anteile zu.

Hintergrund

Durch die neue Regelung soll sichergestellt werden, dass das durch die Apotheke abgegebene Arzneimittel dem verordneten neben der Wirkstärke auch in der vorgegebenen Verteilung der (Gesamt-)Wirkstoffmenge auf unterschiedliche verändert freisetzende Anteile entspricht und somit das therapeutische Konzept unberührt bleibt. Die Verfügbarkeit unterschiedlicher schnell und lang wirksamer Methylphenidat-haltiger Arzneimittel ermöglicht eine individuell dosierte, dem Tagesverlauf und den Patientenbedürfnissen angepasste Behandlung.

Den Beschluss zur angepassten Anlage VII Teil B der AM-RL finden Sie [hier](#).

Die vollständige Substitutionsausschlussliste finden Sie ganz am Ende der [Anlage VII](#).

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

Mit Wirkung vom 27. Mai 2024 ist bei den folgenden Medizinprodukten die Befristung der Verordnungsfähigkeit nach Anlage V der Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL) verlängert worden:

Spüllösungen

Produkt-bezeichnung	Medizinisch notwendige Fälle	Befristung der Verordnungsfähigkeit
Aqua B. Braun	zur Spülung und Reinigung bei operativen Eingriffen zur Spülung von Wunden und Verbrennungen zum Anfeuchten von Wundtamponaden, Tüchern und Verbänden zur Überprüfung der Durchlässigkeit von Blasenkathetern zur mechanischen Augenspülung	31. Dezember 2028
NaCl 0,9 % B. Braun	zur Spülung und Reinigung bei operativen Eingriffen zur Spülung von Wunden und Verbrennungen zum Anfeuchten von Wundtamponaden, Tüchern und Verbänden zur Überprüfung der Durchlässigkeit von Kathetern zur intra- und postoperativen Spülung bei endoskopischen Eingriffen zur mechanischen Augenspülung	31. Dezember 2028
Ringer B. Braun	zur Spülung und Reinigung bei operativen Eingriffen zur Spülung von Wunden und Verbrennungen zur intra- und postoperativen Spülung bei endoskopischen Eingriffen	31. Dezember 2028

Verlängerung
Befristung

Ophthalmologie

DK-line®	Zur Anwendung als Operationshilfe in der Ophthalmochirurgie zur mechanischen Netzhautentfaltung nach Netzhautablösungen/PVR/PDR, Riesenrissen, okularen Traumata sowie zur vereinfachten Entfernung subluxierter Linsen und Fremdkörper aus dem Glaskörperraum	31. Dezember 2028
Okta-line™	Zur Anwendung als Operationshilfe in der Ophthalmochirurgie zur mechanischen Netzhautentfaltung nach Netzhautablösungen/PVR/PDR, Riesenrissen, okularen Traumata sowie zur vereinfachten Entfernung subluxierter Linsen und Fremdkörper aus dem Glaskörperraum	31. Dezember 2028
BSS PLUS™ (Alcon)	Als intraokulare Spüllösung bei chirurgischen Eingriffen im Auge, bei denen eine intraokulare Perfusion erforderlich ist	31. Dezember 2028
BSS™ STERILE (Alcon)	Zur Irrigation im Rahmen extraokulärer und intraokulärer Eingriffe	31. Dezember 2028
DuoVisc™	Zur Anwendung als Operationshilfe in der Ophthalmochirurgie des vorderen Augenabschnittes bei Kataraktextraktion und Implantation einer Intraokularlinse.	31. Dezember 2027
Provisc™	Zur Anwendung als Operationshilfe in der Ophthalmochirurgie des vorderen Augenabschnittes bei Kataraktextraktion und Implantation einer Intraokularlinse (IOL)	31. Dezember 2028
Viscoat™	Zur Anwendung bei ophthalmologischen Eingriffen am vorderen Augenabschnitt, insbesondere bei Kataraktextraktion und Intraokularlinsen-Implantation.	31. Dezember 2027
VISMED®	Synthetische Tränenflüssigkeit bei Autoimmun-Erkrankungen (Sjögren-Syndrom mit deutlichen Funktionsstörungen [trockenes Auge Grad 2], Epidermolysis bullosa, okuläres Pemphigoid), Fehlen oder Schädigung der Tränendrüse, Fazialisparese oder Lagophthalmus	26. September 2024

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

2.4. Arzneimittel-Richtlinie Anlage V Kochsalz 6% Inhalat Paedia®

Mit Wirkung vom 28. Mai 2024 wird die Befristung der Verordnungsfähigkeit für Kochsalz 6% Inhalat Pädia® auf den 31. Dezember 2028 verlängert:

Verlängerung
Befristung

Produktbezeichnung	Medizinisch notwendige Fälle	Befristung der Verordnungsfähigkeit
Kochsalz 6% Inhalat Paedia®	Zur symptomatischen Inhalationsbehandlung der Mukoviszidose für Patienten ab dem vollendeten 6. Lebensjahr.	31. Dezember 2028

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

Die aktuelle Anlage V der Arzneimittel-Richtlinie finden Sie [hier](#).

2.5. Livmarli® (Maralixibat) als bundesweite Praxisbesonderheit anerkannt

Livmarli® (Wirkstoff: Maralixibat) wird ab dem 15. Juli 2023 nach einer Vereinbarung zwischen dem GKV-Spitzenverband und dem pharmazeutischen Unternehmer Mirum Pharmaceuticals International B.V. ab dem ersten Behandlungsfall als Praxisbesonderheit mit einem Zusatznutzen anerkannt:

Livmarli® wird angewendet zur Behandlung des cholestatischen Pruritus bei Patienten mit Alagille-Syndrom (ALGS) ab dem Alter von zwei Monaten.

Livmarli® ist zugelassen als Arzneimittel zur Behandlung eines seltenen Leidens. Daher gilt der medizinische Zusatznutzen durch die Zulassung als belegt.

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

Die Vorgaben der Fachinformation sind zu berücksichtigen.

Die Einleitung und Überwachung der Behandlung mit Maralixibat ist durch in der Therapie cholestatischer Lebererkrankungen erfahrene Ärztinnen und Ärzte durchzuführen.

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

Weitere Informationen zur Praxisbesonderheit finden Sie [hier](#).

2.6. Anpassungen innerhalb der Wirtschaftlichkeitsziele der Insulin aspart-haltigen Biosimilarquoten

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

Wirtschaftlichkeitsziel	Vergleichsgruppen
Insulin aspart/- glargin/- lispro	Diabetologische Schwerpunktpraxen
Insulin aspart/- glargin/- lispro mit Zulassung zur Therapie bei Kindern	Hausärztliche Kinderärzte, Ermächtigte Kinderärzte

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

Änderung bei
Wirtschaftlichkeitszielen

2.7. Ins DiGA-Verzeichnis des BfArM dauerhaft aufgenommene digitale Gesundheitsanwendungen

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

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

Name der Anwendung	Indikation
Endo-App	N80 Endometriose
Kranus Lutera	N32.8 Sonstige näher bezeichnete Krankheiten der Harnblase N40 Prostatahyperplasie
priovi – digitale Unterstützung der Borderline-Behandlung	F60.31 Emotional instabile Persönlichkeitsstörung: Borderline-Typ
Vitadio	E11 Diabetes mellitus, Typ 2

Zudem wurden folgende DiGAs aus dem DiGA-Verzeichnis gestrichen und sind damit nicht mehr zu Lasten der GKV verordnungsfähig:

Name der Anwendung	Indikation
Kaia COPD: Meine aktive COPD Therapie	J44.8 Sonstige näher bezeichnete chronische obstruktive Lungenerkrankung J44.9 Chronische obstruktive Lungenerkrankung, nicht näher bezeichnet
re.flex	M17.0 Primäre Gonarthrose, beidseitig M17.1 Sonstige primäre Gonarthrose M17.2 Posttraumatische Gonarthrose, beidseitig M17.3 Sonstige posttraumatische Gonarthrose M17.4 Sonstige sekundäre Gonarthrose, beidseitig M17.5 Sonstige sekundäre Gonarthrose M17.9 Gonarthrose, nicht näher bezeichnet

Hintergrund sind die vorgelegten Studien, die keinen ausreichenden positiven Versorgungseffekt nachweisen konnten.

Die Verordnung der DiGAs erfolgt auf Muster 16.

Ab 1. Oktober 2024 ist die Nutzung einer Verordnungssoftware zur Verschreibung einer digitalen Gesundheitsanwendung Pflicht. Bereits zertifizierte Software darf auch schon vor diesem Datum eingesetzt werden.

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

2.8. Nubeqa® (Darolutamid) in einer weiteren Teilindikation als Praxisbesonderheit anerkannt

Nubeqa® (Wirkstoff: Darolutamid) wird ab dem 27. August 2023 in einem weiteren Anwendungsgebiet und ab dem ersten Behandlungsfall als Praxisbesonderheit anerkannt:

Nubeqa® wird angewendet zur Behandlung erwachsener Männer mit metastasiertem hormonsensitivem Prostatakarzinom (**mHSPC**) in Kombination mit Docetaxel und einer Androgendeprivationstherapie.

Die Einleitung und Überwachung der Behandlung mit Darolutamid soll nur durch in der Therapie von Patienten mit Prostatakarzinom erfahrene Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie sowie für Urologie und weitere an der Onkologie-Vereinbarung teilnehmende Ärztinnen und Ärzte anderer Fachgruppen erfolgen. Eine medikamentöse Kastration mit einem GnRH-Agonisten oder Antagonisten soll während der Behandlung von Patienten, die nicht chirurgisch kastriert sind, fortgeführt werden.

Die Praxisbesonderheit mit Geltungsbeginn ab 1. Mai 2021 im Anwendungsgebiet mit Zusatznutzen besteht fort:

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

Weitere Anwendungsgebiete oder Patientengruppen sind hiervon nicht umfasst.

Die Vorgaben der Fachinformation sind zu berücksichtigen.

Die Praxisbesonderheit gilt, solange Bayer Vital GmbH Nubeqa® in Deutschland vertreibt.

Weitere Informationen finden Sie [hier](#).

2.9. Dupixent® (Dupilumab) in weiteren Teilindikationen als Praxisbesonderheit anerkannt

Verordnungen von Dupixent® (**Wirkstoff: Dupilumab**) werden ab dem 21. September 2023 ab dem ersten Behandlungsfall in weiteren Anwendungsgebieten als Praxisbesonderheit anerkannt:

Weitere Praxisbesonderheit

Atopische Dermatitis:

für die Patientengruppe a) laut G-BA-Beschluss zur Nutzenbewertung vom 21. September 2023

Kinder von 6 Monaten bis 5 Jahre mit schwerer atopischer Dermatitis, die für eine systemische Therapie in Betracht kommen und deren Krankheitsbild dem von Erwachsenen hinreichend ähnelt

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 1 bis 3
- Tacrolimus (topisch)

Bei Kindern von 6 Monaten bis 11 Jahre, die nach 16 Behandlungswochen kein adäquates klinisches Ansprechen auf die Behandlung der atopischen Dermatitis aufweisen, ist die Behandlung zu beenden.

Prurigo nodularis

Verordnungen von Dupixent® (**Wirkstoff:** Dupilumab) werden ab dem 21. September 2023 ab dem ersten Behandlungsfall als Praxisbesonderheit anerkannt:

Erwachsene mit mittelschwerer bis schwerer Prurigo nodularis (PN), die für eine systemische Therapie in Betracht kommen

Anhaltspunkt für einen nicht quantifizierbaren Zusatznutzen gegenüber Best Supportive Care (BSC). Als BSC wird diejenige Therapie verstanden, die eine bestmögliche, patientenindividuell optimierte, unterstützende Behandlung zur Linderung von Symptomen und Verbesserung der Lebensqualität gewährleistet.

Bei Patienten, die nach 24 Wochen nicht auf die Behandlung der PN ansprechen, sollte eine Beendigung der Behandlung in Betracht gezogen werden.

Die Praxisbesonderheiten in älteren Anwendungsgebieten mit Zusatznutzen bestehen fort:

Atopische Dermatitis bei Erwachsenen (Vgl. KVN-Rundbrief vom März 2019).

Atopische Dermatitis bei Jugendlichen ab 12 Jahren (Vgl. KVN-Rundbrief vom Mai 2021)

Chronische Rhinosinusitis mit Nasenpolypen (Vgl. KVN-Rundbrief vom Mai 2021)

Atopische Dermatitis bei Kindern von 6 bis 11 Jahren (Vgl. KVN-Rundbrief vom Juni 2022).

Weitere Anwendungsgebiete oder Patientengruppen sind hiervon nicht umfasst.

Die Vorgaben der Fachinformation sind zu berücksichtigen.

Die Praxisbesonderheit gilt, solange Sanofi-Aventis Dupixent® in Deutschland vertreibt.

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

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

3. Allgemeine Hinweise

3.1. Kontrastmittel-Vereinbarung zum 1. Juli 2024

Gem. §14 Abs. 2 ihrer Satzung gibt die Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen (KVN) bekannt, dass folgende Vereinbarung(en) im Internet unter www.kvn.de, Rubrik [Amtliche Bekanntmachungen](#) veröffentlicht sind:

[Vereinbarung über die Abgeltung von Sachkosten ambulant durchgeführter bildgebender Verfahren unter Einbringung von Kontrastmitteln \(Kontrastmittelvereinbarung\) ab 1. Juli 2024](#)

Auf Anforderung wird der Text der Vereinbarung in Papierform zur Verfügung gestellt.

3.2. Kostenlose Infomaterialien und Artikel zum Thema Kinderschutz

Das Niedersächsische Ministeriums für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Gleichstellung macht darauf aufmerksam, dass es zum Kinderschutz in Niedersachsen kostenlose Artikel und Infomaterialien zu Hilfemöglichkeiten für Kinder und Jugendliche sowie für Eltern und andere Bezugspersonen von Kindern gibt. Dazu gehören beispielsweise Plakate, Postkarten, Glitzerstifte, Postit-Blöcke, und Warnwesten. Das Niedersächsische Sozialministerium stellt die Artikel kostenfrei zur Unterstützung lokaler Aktivitäten im Kinderschutz zur Verfügung. Kommunen, Schulen, Kitas, Familienbüros, Arztpraxen, Beratungsstellen, Kliniken und andere Einrichtungen können die Materialien zum Auslegen bestellen.

Alle Materialien der Sensibilisierungsoffensive "Kinderschutz geht alle an!" sowie der #einetrachtliche-Kampagne sind per E-Mail über die Adresse Kinderschutz302@ms.de zu bestellen. Weitere Informationen unter www.kinderschutz-niedersachsen.de

3.3. Techniker Krankenkasse (TK): Besondere Versorgung zur frühzeitigen Diagnostik und Behandlung von Begleiterkrankungen des Diabetes mellitus

Im Fokus dieser Versorgung stehen die Begleiterkrankungen von Diabetes: diabetische Neuropathie, neurogene Blase, chronische Nierenerkrankung, PAVK sowie Diabetesleber. Das frühzeitige Erkennen und gezieltes Behandeln soll schwerwiegende Krankheitsstadien verhindern oder zumindest verzögern.

Bestätigt sich der Verdacht auf eine oder mehrere Begleiterkrankungen nicht, kann die Früherkennungsuntersuchung (22 Euro) jährlich, also einmal im Krankheitsfall, wiederholt werden. Bei positivem Befund schließt sich eine kontinuierliche Weiterbetreuung (22 Euro, bis zu zweimal im Krankheitsfall) an.

Teilnahmeberechtigt sind alle Vertragsärzte, die durchschnittlich 30 Patienten mit Diabetes mellitus im Quartal betreuen. Die Einschreibepauschale (11,50 Euro mit Identifizierung und Beratung) erhöht sich bei digitaler Einschreibung (2,50 Euro-Zuschlag).

Die vollständigen Vertragsunterlagen finden Sie im [Mitgliederportal](#) >> Rubrik „Verträge“ >> Suchbegriff „Diabetesvorsorge“

Früherkennung Diabetes

3.4. Wöchentliche Meldung der COVID-19-Impfungen endet am 30. Juni 2024

Die mit der COVID-19-Vorsorge-Verordnung weitergeführte Verpflichtung der Vertragsärztinnen und -ärzte zur wöchentlichen Meldung der täglich durchgeführten COVID-19-Impfungen über das Impf-DokuPortal endet am 30. Juni 2024.

KV-Impfsurveillance wird unverändert fortgeführt

Die KV-Impfsurveillance bleibt im bisherigen Umfang bestehen. Für diese werden von den KVen auf Basis der Abrechnungsdaten der Ärztinnen und Ärzte die geforderten Angaben weiterhin mit der Abrechnung erfasst und an das Robert Koch-Institut sowie das Paul-Ehrlich-Institut übermittelt.

Konkret handelt es sich um die Angabe

- einer impfstoffspezifischen Dokumentationsnummer
- der Chargennummer des eingesetzten Impfstoffes
- der genauen Stellung der Impfung in der Impfserie

Die KBV hat sich bereits mehrfach beim Gesetzgeber dafür eingesetzt, die für die COVID-19-Impfung zusätzlich geforderten Angaben zu streichen und damit diese Impfung anderen Impfungen gleichzustellen. Insbesondere vor dem Hintergrund der Minimierung des bürokratischen

Aufwandes wird sich die KBV auch weiterhin für eine entsprechende Streichung dieser Angaben im Infektionsschutzgesetz einsetzen.

3.5. Hinweise des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek) zum DMP-Kennzeichen auf der elektronischen Gesundheitskarte (eGK)

Nach Informationen des vdek kann bei Versicherten aller sechs Ersatzkassen (TK, BARMER, DAK-Gesundheit, KKH, hkk und HEK) die DMP-Kennzeichnung von der eGK entnommen werden. Sie haben somit die Möglichkeit eine tagesaktuelle Information über eine bestehende DMP-Teilnahme ihrer Patienten über das DMP-Kennzeichen auf der eGK zu erhalten.

Zu finden ist das DMP-Kennzeichen an der 4. und 5. Stelle des Statusfeldes. Die einzelnen DMP haben dabei folgende Kennzeichen:

Diabetes mellitus Typ 2	01
Brustkrebs	02
KHK	03
Diabetes mellitus Typ 1	04
Asthma	05
COPD	06

Das DMP-Kennzeichen gehört zu den Versichertenstammdaten. Durch das Einlesen der eGK werden die Daten über das Versichertenstammdatenmanagement (VSDM) mit den Informationen der Krankenkasse abgeglichen. Stimmen die Angaben nicht überein, werden veraltete Daten auf der eGK überschrieben. Um eine tagesaktuelle Information über den DMP-Status des Versicherten zu erhalten, wird daher der Abgleich der Daten durch das Einlesen der eGK bei jedem Arzt-Patienten-Kontakt im Quartal empfohlen.

Derzeit kann nur die Teilnahme an **einem** DMP auf der eGK angegeben werden. Bei Versicherten, die an mehreren DMP teilnehmen, liegt bei den Ersatzkassen folgende Priorisierung der DMP bei der Abbildung auf der eGK zugrunde:

1. Diabetes mellitus Typ 2
2. Diabetes mellitus Typ 1
3. KHK
4. COPD
5. Asthma
6. Brustkrebs

Gesundheitskarte zeigt
DMP Teilnahme

3.6. Ärztliche Bescheinigung eines erkrankten Kindes (Muster 21) dauerhaft im Rahmen der Fernbehandlung möglich

Die KBV und der GKV-Spitzenverband haben sich darauf verständigt, dass die ärztliche Bescheinigung eines erkrankten Kindes (Muster 21) dauerhaft im Rahmen der Fernbehandlung ausgestellt werden kann. Diese Regelung war bis zum 30. Juni 2024 befristet.

Demnach gelten die Voraussetzungen, unter denen nach der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung im Rahmen einer Videosprechstunde oder nach telefonischer Anamnese ausgestellt werden kann, weiterhin entsprechend für die Ausstellung einer ärztlichen Bescheinigung für den Bezug von Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes.

Für den Versand der Bescheinigung an ein Elternteil des erkrankten Kindes können Vertragsärzte das Porto weiterhin über die Kostenpauschale 40129 des EBM (0,86 €) abrechnen.

Muster 21 auch online ausstellbar

3.7. Gesetzliche Unfallversicherung: Anpassungen ab Juli 2024

Die Ständige Gebührenkommission hat im März 2024 Anpassungen in der Gebührenordnung für Ärzte UV-GOÄ, im Gebührenverzeichnis für Leistungen im Rahmen des Psychotherapeutenverfahrens sowie im Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger beschlossen:

Die Gebühren der UV-GOÄ steigen um die Grundlohnsummen-Veränderungsrate von 4,22 Prozent. Eine weitere Stufe der linearen Gebührenerhöhung der gesamten UV-GOÄ, die 2023 für einen Zeitraum von fünf Jahren vereinbart wurde. Die jährliche Erhöhung gilt auch für die Gebühren des Gebührenverzeichnisses Psychotherapeutenverfahren, diese werden die nächsten vier Jahre jährlich jeweils zum 1. Juli um die Grundlohnsummen-Veränderungsrate erhöht, beginnend ab 1. Juli 2024.

Um bei Hautkrankheiten schnelle Arztkontakte zu ermöglichen, sind telemedizinische Beratungsleistungen bei Berufskrankheiten und im Hautarztverfahren mit den neuen Gebührennummern 10b und 10c UV-GOÄ abrechenbar.

Eine neue Gebühr nach Nummer 15 UV-GOÄ honoriert den telefonischen oder videobasierten Gesprächsaufwand mit Mitarbeitenden des Unfallversicherungsträgers im Zusammenhang eines laufenden Heilverfahrens.

Fraktursonographie: Leistungslegende der Nummer 411 und Nummer 411a aktualisiert

Digitale Röntgengeräte: Wegfall der Zuschläge nach Nummer 5298. Diese sind in den Grundbeträgen der allgemeinen und besonderen Heilbehandlung in Höhe von 25 Prozent des Gebührensatzes für allgemeine Heilbehandlung berücksichtigt.

Schmerzmedizin – Aufnahme eines neuen Kapitels P: Künftig können Unfallverletzte auch schmerzmedizinisch behandelt werden. Dafür sind neue Gebührennummern, GOP 6000ff. vereinbart. Ärzte, die die Anforderungen nach der Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie gemäß § 135 Absatz 2 SGB V erfüllen, sollten sich an die E-Mail-Adresse <mailto:Schmerzmedizin@dguv.de> wenden und sich in eine Liste bei der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) aufnehmen lassen. Damit sind Netzwerkpartner identifizierbar und eine Heilverfahrenssteuerung über die Unfallversicherungsträger möglich. Auch für Durchgangsärzte sinnvoll, falls die Hinzuziehung einer anderen Ärztegruppe angestrebt wird.

Änderung im Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger – Versorgung von Soldaten:

Im Januar 2025 tritt das Soldatenentschädigungsgesetz (SEG) in Kraft. Damit erhalten Soldatinnen und Soldaten, die im Zusammenhang mit dem Wehrdienst eine gesundheitliche Schädigung erleiden, Anspruch auf Leistungen der medizinischen Versorgung und beruflichen Rehabilitation. Nach § 4c des Gesetzes zur Errichtung der Unfallversicherung Bund und Bahn (UVBBerG) wird die Erbringung der medizinischen Versorgung und weiterer Leistungen im Rahmen des SEG auf die Unfallversicherung Bund und Bahn (UVB) übertragen. Für die Versorgung nach den Regelungen des SGB VII muss auch eine Vertragsbeteiligung der Bundeswehr am Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger erfolgen. Die KBV und die DGUV haben dafür eine Regelung in § 7 im Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger aufgenommen.

Hinweis zur Veröffentlichung: Die Beschlüsse im Einzelnen finden Sie [hier](#).

Die aktuelle UV-GOÄ steht auf der [Internetseite der KBV](#) bereit.

3.8. Gutachterliche Stellungnahme und Mitteilungspflichten des Medizinischen Dienstes (MD)

Krankenkassen sind in gesetzlich bestimmten Fällen oder wenn es nach Art, Schwere, Dauer oder Häufigkeit der Erkrankung oder nach dem Krankheitsverlauf erforderlich ist verpflichtet, vor Erbringung von Leistungen oder bei Arbeitsunfähigkeit eine gutachterliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes (MD) einzuholen.

Über das Gutachtenergebnis müssen die Krankenkasse als Auftraggeber und der verordnende Arzt informiert werden.

Der Krankenkasse sind das **Ergebnis der Begutachtung und die wesentlichen Gründe** für dieses Ergebnis mitzuteilen.

Dem verordnenden Arzt ist das **Ergebnis der Begutachtung** mitzuteilen, wenn das Ergebnis von der Verordnung des Arztes abweicht. Ein Muster des Schreibens erhalten Sie über diesen [Link](#).

Der Arzt kann **bei Bedarf**, mit Einwilligung des Versicherten, **die wesentlichen Gründe** für das Ergebnis der Begutachtung beim MD anfordern.

Ist der behandelnde Arzt mit dem Ergebnis der Begutachtung nicht einverstanden kann er den Versicherten im Widerspruchsverfahren **gegenüber der Krankenkasse** unterstützen. Der behandelnde Arzt kann unter Darlegung seiner Gründe bei der Krankenkasse ein Zweitgutachten beantragen. Nicht zielführend ist eine direkte Kontaktaufnahme mit dem MD um das Ergebnis zu besprechen oder weitere Befunde einzureichen.

Wichtig: Empfänger des Widerspruchs ist immer die zuständige Krankenkasse des Versicherten, nicht der MD.

4. Veranstaltungen im August 2024

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

Mittwoch, 7. August 2024

- **Moderne Wundversorgung** (Verden)

Montag, 12. August 2024

- **Ausbildung zur/m Datenschutzbeauftragten in der Arztpraxis** (WebSeminar)

Mittwoch, 14. August 2024

- **Moderne Wundversorgung** (Oldenburg)

Donnerstag, 15. August 2024

- **Teams erfolgreich führen und entwickeln** (Hannover)

Freitag, 16. August 2024

- **Qualitätsmanagementbeauftragte/r** (WebSeminar)

Samstag, 17. August 2024

- **QEP®-Starterseminar** (WebSeminar)

Dienstag, 20. August 2024

- **Qualitätsmanagement ganz einfach** (WebSeminar)

Mittwoch, 21. August 2024

- Sprechstundenbedarf (WebSeminar)
- Medizinprodukte-Aufbereitung - Workshop Teil 1 (WebSeminar)
- Fragen rund um die ambulante Weiterbildung/Weiterbildungsassistenten/Praxisseminar (Hannover)
- Arzneimitteltherapiesicherheit (WebSeminar)

Mittwoch, 28. August 2024

- Stressfrei durch den Praxisalltag (WebSeminar)
- Niederlassungsseminar Modul II „Meine eigene Praxis - So gelingt Ihr Start“ (Hannover)
- Abläufe im Fokus - Der Check-up für die Praxis (WebSeminar)
- Personalführung für PraxisinhaberInnen (WebSeminar)
- Impfen WebSeminar)
- Moderne Wundversorgung (WebSeminar)
- Update Digitalisierung: Kommunikationswege in der Telematik (KIM;TIM) (WebSeminar)