



KVN

Kassenärztliche Vereinigung
Niedersachsen

Informationen für die Praxis

KVN-Rundschreiben

Dezember 2023

Inhaltsverzeichnis

1.	Abrechnung	3
1.1.	Abgabetermin Quartalsabrechnung 4/2023	3
1.2.	Belegarztabrechnung für Leistungen nach §115 b SGB V	3
1.3.	Anhang 2 wird zum 1. Januar an OPS-Version 2024 angepasst	4
1.4.	Mitteilung der fachgruppendurchschnittlichen Obergrenze für Kontrastmittel für das Quartal 1/2024 .	4
1.5.	Amtliche Mitteilung der KVN zum HVM Teil B Nr. 16.1 und 16.2 für das 1. Quartal 2024 - Fachgruppendurchschnittswerte für Laborindividualbudgets	5
1.6.	Abschlagszahlungen und Zahlungstermine 2024	5
1.7.	Amtliche Mitteilung der KVN zum HVM für das 1. Quartal 2024 für alle dem RLV unterliegenden Arztgruppen des haus- und fachärztlichen Versorgungsbereichs	5
1.8.	Digitale Gesundheitsanwendungen: Weitere Fachgruppen können Verlaufskontrolle abrechnen	5
1.9.	Prüfung Telematikinfrastruktur (TI) - Anwendungen	7
1.10.	Terminvermittlung Haus-/Facharzt	7
2.	Verordnungen	9
2.1.	Einzelimport bei Nichtverfügbarkeit von Arzneimitteln	9
2.2.	Änderung der Anlage I (OTC-Übersicht) der Arzneimittel-Richtlinie, Flohsamen und Flohsamenschalen	9
2.3.	Neue Kontrastmittelvereinbarung seit dem 1. Oktober 2023	10
2.4.	Verordnungsfähigkeit von Präparaten bei Zustand nach bariatrischer OP	10
2.5.	Verordnungssoftware - Aktualisierung der Arzneimitteldaten	11
2.6.	Stolperfallen beim eRezept vermeiden	12

2.7.	Änderung der Anlage V (verordnungsfähige Medizinprodukte) der Arzneimittel-Richtlinie - Verlängerung der Befristung	13
2.8.	Änderung der Anlage III (Verordnungseinschränkungen und -ausschlüsse) der Arzneimittel-Richtlinie - Daridorexant	13
2.9.	Grippesaison 2024/2025 - Bedarfsmeldung und Verordnung der Grippeimpfstoffe	14
3.	Allgemeine Hinweise	16
3.1.	Schreiben des Medizinischen Behandlungsverbundes (MBV) zu Verunreinigungen der mRNA-Impfstoffe gegen Covid-19.....	16
3.2.	Veröffentlichungen der amtlichen Bekanntmachungen im Januar 2024	16
3.3.	Anpassung der Mindestpatientenzahlen in der Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 BMV-Ä) zum 1. Januar 2024.....	17
3.4.	BKK-Schwangerenversorgung „Hallo Baby“: Kassenfusion führt zum Teilnahmende der BKK BPW Bergische Achsen KG	17
3.5.	BKK-Schwangerenversorgung „Hallo Baby“: Ab Januar 2024 erhält die BKK VBU den neuen Namen „mkk - meine krankenkasse“	17
3.6.	Diabetische Schwerpunktpraxen: Besondere Versorgung zur Behandlung von Gestationsdiabetes und sonstiger Diabetesformen: Teilnehmende BKK VBU heißt ab Januar 2024 „mkk - meine krankenkasse“	18
3.7.	Anpassung des HZV Vertrages mit der KKH zum 1. Oktober 2023.....	18
3.8.	Psychotherapie: Kombination psychoanalytisch begründeter Verfahren bei Einzel- und Gruppentherapie möglich.....	18
3.9.	Vereinbarung über die Durchführung von HPV-Impfungen als Satzungsleistung mit der AOK Niedersachsen (AOKN).....	19
4.	Veranstaltungen im Januar und Februar 2024	20

1. Abrechnung

1.1. Abgabetermin Quartalsabrechnung 4/2023

Der Abgabetermin für die Abrechnung des 4. Quartals 2023 ist der 10. Kalendertag des nachfolgenden Quartals und somit der 10. Januar 2024.

10. Januar 2024

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

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

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

Sammelerklärung

Behandlungsausweise

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

Nicht benötigt

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

Direkt an 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. Belegarztabrechnung für Leistungen nach §115 b SGB V

Die stationäre Abrechnung von Leistungen aus dem Katalog ambulant durchführbarer Operationen, sonstiger stationsersetzender Eingriffe und stationsersetzender Behandlung ist grundsätzlich nur bei Vorliegen der so genannten Kontextfaktoren zulässig. Diese finden sich in Anlage 2 des so genannten AOP-Vertrages nach §115 b SGB V (<https://www.kbv.de/html/2755.php>).

Die Prüfung auf das Vorliegen der Kontextfaktoren ist aktuell noch ausgesetzt. Ab 1. Januar 2024 wird die Prüfung jedoch scharf geschaltet mit der Folge, dass bei Nichtvorliegen der Kontextfaktoren eine stationäre Abrechnung durch das Krankenhaus nicht zulässig ist. Das wird auch die belegärztlichen Fälle betreffen. Da nicht ausgeschlossen ist, dass es bezüglich der belegärztlichen Abrechnungen auch zu entsprechenden Berichtigungsanträgen der Krankenkassen kommt, gilt es, in Absprache mit dem (Beleg-) Krankenhaus die verschärften Abrechnungsbestimmungen einzuhalten.

1.3. Anhang 2 wird zum 1. Januar an OPS-Version 2024 angepasst

Der Bewertungsausschuss (BA) hat den Anhang 2 zum EBM mit Wirkung zum 1. Januar 2024 an die dann geltende Version des Operationen- und Prozedurenschlüssels (OPS) angepasst. Näheres dazu stellen wir Ihnen nachfolgend vor.

Jährliche Anpassung

Mit dem Beschlussteil A wurden mehrere OPS-Kodes neu in den Anhang 2 aufgenommen, Kodes gestrichen sowie redaktionelle Änderungen an OPS-Bezeichnungen vorgenommen. Diese Änderungen dienen der jährlichen Anpassung an die aktuelle Version des OPS und sind unabhängig von den Beratungen zur Weiterentwicklung des ambulanten Operierens.

Weiterentwicklung des ambulanten Operierens

Mit dem Beschlussteil B erfolgt die Aufnahme weiterer operativer Verfahren, die durch die Weiterentwicklung des ambulanten Operierens vertragsärztlich durchgeführt werden können, in den Anhang 2 zum EBM. Hierbei handelt es sich insbesondere um Biopsien unter anderem an der Prostata und an Gelenken, Inzisionen im Bereich der Augen und männlichen Geschlechtsorgane und die Revision von venösen Katheterverweilsystemen. Dazu wurde der Anhang 2 um insgesamt 33 Zeilen mit den entsprechenden OPS-Kodes und Gebührenordnungspositionen erweitert.

Um 33 Zeilen erweitert

Hinweise zur Veröffentlichung

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

1.4. Mitteilung der fachgruppendurchschnittlichen Obergrenze für Kontrastmittel für das Quartal 1/2024

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

- Institute, Krankenhäuser 20.651,51 Euro
- Fachärzte für Nuklearmedizin 11.876,47 Euro
- Fachärzte für Diagnostische Radiologie 97.567,83 Euro
- Fachärzte für Urologie 6.226,56 Euro

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

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

1.5. Amtliche Mitteilung der KVN zum HVM Teil B Nr. 16.1 und 16.2 für das 1. Quartal 2024 - Fachgruppendurchschnittswerte für Laborindividualbudgets

Die für das 1. Quartal 2024 geltenden Fachgruppendurchschnittswerte für Laborindividualbudgets finden Sie seit dem 24. November 2023 [hier](#)

1.6. Abschlagszahlungen und Zahlungstermine 2024

Der Monatsabschlag beträgt im 1. und 3. Quartalsmonat unverändert 24 Prozent Ihres durchschnittlichen Honorars im vergangenen Kalenderjahr (Quartale 4/2022 bis 3/2023). Im jeweils 2. Quartalsmonat beträgt der Abschlag 37 Prozent.

Die Übersicht aller Zahlungstermine für das gesamte Jahr 2024 für Ihre eigene Finanzdisposition finden Sie [hier](#)

1.7. Amtliche Mitteilung der KVN zum HVM für das 1. Quartal 2024 für alle dem RLV unterliegenden Arztgruppen des haus- und fachärztlichen Versorgungsbereichs

Die für 1/2024 geltenden RLV-/QZV-Mindestfallwerte sowie die Fallzahlgrenzen für die Fallwertminderung und die Fallzahlzuwachsbeschränkung (FZZB) finden Sie [hier](#)

1.8. Digitale Gesundheitsanwendungen: Weitere Fachgruppen können Verlaufskontrolle abrechnen

KBV und GKV-Spitzenverband haben im Bewertungsausschuss (BA) mehrere Entscheidungen zu den digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGA) getroffen. Dazu gehört, dass bestimmte DiGA ab 1. Januar 2024 von weiteren Fachgruppen berechnet werden können. Näheres stellen wir Ihnen nachfolgend vor.

Obergrenzen

Hintergrund der aktuellen Entscheidungen des BA

Mit dem Digitale-Versorgung-Gesetz wurden DiGA als neuer Leistungsbereich in die vertragsärztliche Versorgung eingeführt. Relevant für die Gestaltung der GOP im EBM sind die Festlegungen des Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM). Nach den gesetzlichen Vorgaben ist der EBM innerhalb von drei Monaten nach der dauerhaften Aufnahme ins BfArM-Verzeichnis anzupassen, soweit ärztliche Leistungen für die Versorgung mit der jeweiligen Anwendung erforderlich sind (gemäß §87 Absatz 5c SGB V).

Weitere Fachgruppen können Verlaufskontrolle abrechnen

Der BA hat in der 691. Sitzung einen Beschluss gefasst, der die DiGA „somnio“ und „Vivira“ betrifft. Das Inkrafttreten erfolgt zum 1. Januar 2024.

DiGA „somnio“

Die Verlaufskontrolle und Auswertung bei der Webanwendung „somnio“ zur Behandlung von Ein- und Durchschlafstörungen kann ab Januar von allen Ärztinnen und Ärzten mit einer KV-Genehmigung für Schmerztherapie sowie von der Fachgruppe für Physikalische und Rehabilitative Medizin berechnet werden.

Dazu wird der EBM wie folgt geändert:

- Für Ärztinnen und Ärzte der Physikalischen und Rehabilitativen Medizin wird die im EBM bestehende Gebührenordnungsposition (GOP) 01471 für die Verlaufskontrolle und Auswertung der DiGA „somnio“ in die Präambel 27.1 Nummer 4 EBM aufgenommen (Teil B des Beschlusses).
- Für Ärztinnen und Ärzte mit KV-Genehmigung für Schmerztherapie (nach der Qualitätssicherungsvereinbarung für die schmerztherapeutische Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten gemäß §135 Abs. 2 SGB V) wird die oben genannte GOP 01471 für die Verlaufskontrolle und Auswertung der DiGA „somnio“ gespiegelt und als neue GOP 30780 für die Verlaufskontrolle und Auswertung der DiGA „somnio“ in den Abschnitt 30.7.1 EBM aufgenommen.

DiGA „Vivira“

Auch bei der Webanwendung „Vivira“ zur Behandlung von Rückenschmerzen bei nicht-spezifischen Kreuzschmerzen oder Arthrose der Wirbelsäule kann die Verlaufskontrolle und Auswertung künftig von Ärztinnen und Ärzten berechnet werden, die eine KV-Genehmigung für die Schmerztherapie haben.

Dazu wird der EBM wie folgt geändert:

- Die GOP 01472 für die Verlaufskontrolle und Auswertung bei „Vivira“ wird gespiegelt und als neue GOP 30781 für die Verlaufskontrolle und Auswertung bei „Vivira“ in den Abschnitt 30.7.1 EBM aufgenommen.

EBM-Änderungen

Die neuen GOP 30780 und 30781 sind - wie die bestehenden GOP 01471 und 01472 - mit jeweils 64 Punkten im EBM bewertet.

Keine EBM-Änderung bezüglich der DiGA „Novego: Depressionen bewältigen“

Da das BfArM keine erforderlichen ärztlichen Tätigkeiten für die DiGA „Novego: Depressionen bewältigen“ bestimmt hat, wurde in den Gremien des BA entschieden, dass für diese DiGA keine gesonderten Leistungen in den EBM aufgenommen werden.

Die Versorgung mit dieser DiGA ist Bestandteil des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung und die in diesem Zusammenhang auszuführenden ärztlichen Tätigkeiten sind Bestandteil der berechnungsfähigen GOP des EBM. Es besteht kein Anspruch auf Kostenerstattung (gemäß §87 Abs. 5c Satz 4 SGB V).

Vergleichbare Entscheidungen wurden beispielsweise bereits für die DiGA „Selfapys Online-Kurs bei Binge-Eating-Störung“, „Selfapys Online-Kurs bei Bulimia nervosa“ und „HelloBetter ratiopharm chronischer Schmerz“ getroffen.

Hinweis zur Veröffentlichung

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

1.9. Prüfung Telematikinfrastuktur (TI) - Anwendungen

Bitte kontrollieren Sie vor Abgabe der Quartalsabrechnung über das KBV-Prüfprotokoll unter dem Punkt „Container-Abschluss“, ob alle notwendigen TI-Anwendungen/Komponenten mit der dazugehörigen Systemunterstützung an allen Praxisstandorten vorhanden sind, um eine Reduzierung der TI-Pauschale bzw. eine Honorarkürzung zu vermeiden. Zusätzlich haben Sie die Möglichkeit über die „TI-Ampel“ im AbrechnungCheck die übermittelten Daten zu prüfen.

Ein Einreichen von schriftlichen Selbsterklärungen oder sonstigen Nachweisen ist nicht erforderlich.

Weitere Informationen zu den TI-Anwendungen finden Sie auf unserer [Internetseite](#)

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

1.10. Terminvermittlung Haus-/Facharzt

Während die herkömmlichen Überweisungen nach wie vor der Regelfall bleiben, sind an einen Hausarztvermittlungsfall erweiterte Bedingungen geknüpft. Darauf müssen Hausärzte und Fachärzte insbesondere achten:

Honorarkürzung
vermeiden

Hausarzt sowie Kinder- und Jugendarzt

- Die Feststellung einer Behandlungsnotwendigkeit und einer Terminvermittlung liegt in der Verantwortung und Zuständigkeit des Haus- bzw. Kinderarztes: Allein die medizinische Notwendigkeit bestimmt, ob der Hausarzt eine Vermittlung selbst vornimmt, nicht der Wunsch eines Facharztes oder eines Patienten.
- Falls der Hausarzt eine eigenständige Vermittlung für erforderlich hält, organisiert er einen konkreten Termin beim Facharzt und teilt dem Patienten das Datum, die Uhrzeit und die behandelnde Facharztpraxis bzw. die kinderärztliche Schwerpunktpraxis mit.
- Die Absprache des verbindlichen Termins hat nicht zwingend telefonisch zu erfolgen. Andere Medien wie z. B. Portallösungen oder individuelle Vereinbarungen sind zulässig, ebenso verbindliche organisatorische Absprachen, die einen konkreten Termin garantieren.
- Das Ausstellen eines Überweisungsscheines ist zwingend erforderlich. Angaben zum Termin oder BSNR auf dem Überweisungsschein sind möglich und anzuraten, aber nicht verpflichtend.
- Eine Terminvermittlung zwischen dem 24. und 35. Tag ist gesondert zu begründen (Angabe im KVDT-Feld 5009).
- Die Abrechnung der Vermittlung durch den Hausarzt erfolgt mit der GOP 03008/04008 unter Angabe der BSNR der Facharztpraxis. In selektivvertraglichen Fällen oder an einem Vertrag der Knappschaftsärztlichen Versorgung sind die GOP auch ohne Versichertenpauschalen berechnungsfähig. Voraussetzung ist, dass die Leistung nach der GOP 03008/04008 nicht Gegenstand des Selektivvertrags ist. In diesen Fällen muss zusätzlich zur GOP 03008/04008 die GOP 88196 angegeben werden.
- Die Dokumentation der Terminvermittlung erfolgt in der hausärztlichen Patientenakte.

Medizinische
Notwendigkeit

Überweisungsschein
zwingend erforderlich

Facharzt

- Der Patient darf im laufenden Quartal in der Facharztpraxis noch nicht behandelt worden sein.
- Der vom Hausarzt vermittelte konkrete Termin ist grundsätzlich verbindlich. Sofern es durch eine Absprache zwischen Facharztpraxis und dem Patienten nachfolgend zu einem früheren Termin kommt, ist dies zulässig.
- Die Abrechnung erfolgt auf dem Überweisungsschein mit Kennzeichnung der Vermittlungsart.
- Die Höhe des abrechenbaren Zuschlags ist abhängig von der Anzahl der Kalendertage nach der Feststellung der Behandlungsnotwendigkeit durch den Hausarzt bis zum Tag der Behandlung.
- Es ist unzulässig, Patienten mit herkömmlicher Überweisung oder ohne Überweisung zurück zum Hausarzt zu schicken, um einen Hausarztvermittlungsfall anzufordern.

Verbindlichkeit

- Eine Weiterleitung des Patienten an eine andere Facharztpraxis stellt keine Ausweitung des Hausarztvermittlungsfalls dar.

Weitere Informationen zur Terminvermittlung finden Sie auf unserer [Internetseite](#)

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

2. Verordnungen

2.1. Einzelimport bei Nichtverfügbarkeit von Arzneimitteln

Zur Kompensation von Lieferengpässen oder einer vorübergehenden Nichtverfügbarkeit stellen Importe von Arzneimitteln, die im Einzelfall gemäß §73 AMG getätigt werden, einen Spezialfall dar. Verordnet wird in diesem Fall trotz des Importcharakters regulär

- auf einem Kassenrezept
- das deutsche Fertigarzneimittel oder der Wirkstoff unter Angaben von Art und Menge, Dosierung und Anwendungsdauer.

Die Apotheke hat die Nichtverfügbarkeit festzustellen, zu dokumentieren und ggf. den Austausch gegen ein Präparat, das sie über einen Einzelimport nach §73 AMG bezieht, zu veranlassen.

Durch den Umstand „Kompensation der Nichtverfügbarkeit“ wird die Entscheidung für einen Einzelimport nicht vom Arzt, sondern von der Apotheke getroffen. Diese übernimmt die Bestellung eines zu importierenden Arzneimittels und rechnet direkt mit der Krankenkasse ab. Die Kostenübernahme ist seitens der Apotheke ggf. im Vorfeld individuell mit der jeweiligen Krankenkasse zu klären. Für Patienten entstehen keine Mehrkosten. Ein ärztlicher Vermerk auf der ausgestellten Verordnung ist nicht notwendig.

Für den Bezug von Präparaten im SSB ist dieser Weg nicht zulässig. Der Einzelimport nach §73 AMG ist ausschließlich für Einzelpersonen möglich.

Weitere Informationen zum Thema „Arzneimittelverordnungen bei Einzelimporten“ finden Sie [hier](#)

2.2. Änderung der Anlage I (OTC-Übersicht) der Arzneimittel-Richtlinie, Flohsamen und Flohsamenschalen

Mit Wirkung zum 7. November 2023 wird die Anlage I der Arzneimittel-Richtlinie Nummer 18 geändert.

Entscheidung der Apotheke

Im SSB nicht zulässig

Die bisherige Indikation „Morbus Crohn“ wird durch „chronisch entzündliche Darmerkrankungen“ ersetzt. Der Begriff chronisch entzündliche Darmerkrankungen umfasst die schwerwiegenden Erkrankungen Morbus Crohn **und** Colitis Ulcerosa.

Grund der Änderung

Ähnlich wie bei Morbus Crohn treten bei Colitis Ulcerosa Diarrhöen auf, für deren Behandlung in vergleichbarem Maße indische Flohsamen als Quellmittel angewendet werden können.

Mit diesem Beschluss erfolgt eine Erweiterung der Verordnungsfähigkeit durch die Aussage, dass Indische Flohsamen für die unterstützende Quellmittelbehandlung von chronisch entzündlichen Darmerkrankungen ausnahmsweise zu Lasten der GKV ordnungsfähig sind.

- Den G-BA-Beschluss zur Aktualisierung der Anlage I finden Sie unter folgendem [Link](#)
- Die vollständige Anlage I finden Sie [hier](#)

2.3. Neue Kontrastmittelvereinbarung seit dem 1. Oktober 2023

Zum 1. Oktober 2023 ist eine neue Kontrastmittelvereinbarung in Kraft getreten. Notwendig war die Neufassung wegen der Aufnahme der Kontrastmittelpauschale M3 für superparamagnetische Kontrastmittel in die Vereinbarung.

Pauschale M3 für superparamagnetische Kontrastmittel (z. B. Resotran®) hat die interne GOP 91314 und ist mit 240,00 Euro bewertet.

Die neue Vereinbarung finden Sie im KVN-Portal unter „Verträge“ > Suchbegriff „Kontrastmittel“.

2.4. Verordnungsfähigkeit von Präparaten bei Zustand nach bariatrischer OP

Im Zusammenhang mit vermehrten Anfragen möchten wir Ihnen eine Entscheidungshilfe bei Fragen zur Verordnungsfähigkeit von Präparaten bei Zustand nach einer bariatrischen Operation geben:

Die Verordnungseinschränkungen nach Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL) bestehen gleichermaßen auch für Patienten nach einem bariatrischen, chirurgischen Eingriff. Die Anlage I der AM-RL definiert, unter welchen Voraussetzungen nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung ordnungsfähig sind.

Beispielsweise ist für wasserlösliche Vitamine eine Verordnung regelhaft nur möglich bei *„nachgewiesenem, schwerwiegendem Vitaminmangel, der durch eine entsprechende Ernährung nicht behoben werden kann.“* (vgl. AM-RL Anlage I Nr. 44)

Verordnungseinschränkungen

Postoperative Malabsorption kann zu einer Mangelsituation bei zahlreichen Mineralstoffen, Spurenelementen und Vitaminen führen. Die vorbeugende Gabe relevanter Präparate ist jedoch per se keine Kassenleistung. Einzelfallanträge können daher nicht mit Sicherheit ausgeschlossen werden.

Vorbeugende Gabe
keine Kassenleistung

Die Entscheidung über die medizinische Notwendigkeit trifft der Arzt im patientenindividuellen Einzelfall. Vor einer Folgeverordnung wäre die medizinische Notwendigkeit ggf. erneut zu prüfen.

Erneute Prüfung

Hinweis:

Patienten müssten zunächst in eine schwerwiegende Mangelsituation geraten, bevor eine Verordnung seitens der Kassen als wirtschaftlich angesehen würde. In der Patientenakte sollten entsprechende Laborparameter zum Nachweis der schwerwiegenden Mangelsituation dokumentiert sein. Auch Diagnosen, die grundsätzlich eine Resorption beeinträchtigen oder verhindern, sollten entsprechend festgehalten sein. Bei einer Verordnung ist weiterhin darauf zu achten, nur Produkte mit Arzneimittelzulassung auszuwählen und keine Nahrungsergänzungsmittel, für die grundsätzlich ein Verordnungs Ausschluss besteht.

Falls die entsprechenden Voraussetzungen für eine Verordnung zu Lasten der gesetzlichen Kasse nicht erfüllt sind oder die Verordnung bestimmter Wirkstoffe grundsätzlich ausgeschlossen ist, aber eine Substitution als notwendig erachtet wird, haben Patienten die entsprechenden Kosten selbst zu tragen (Privatrezept). Zu Informationen über die Möglichkeit einer nachträglichen Erstattung der Auslagen können sich Patienten an ihre Krankenkasse wenden.

Die Anlage I mit Hinweisen zur Verordnungsfähigkeit von OTC-Arzneimitteln finden Sie [hier](#)

2.5. Verordnungssoftware - Aktualisierung der Arzneimitteldaten

Regelmäßige Softwareaktualisierungen können fehlerhafte Verordnungen verhindern und Rückfragen aus Apotheken vermeiden. Verordnungen auf Basis veralteter Daten oder beispielsweise per Übernahme aus Hausapotheken können unklare und ungültige Verordnungen darstellen, die von Apotheken ggf. nicht ohne weiteres beliefert werden dürfen.

Dies ist mit der verpflichtenden Einführung des eRezeptes zum 1. Januar 2024 besonders relevant.

Einführung eRezept

Durch die kontinuierliche Aktualisierung der Arzneimitteldaten in der Verordnungssoftware wird sichergestellt, dass ausschließlich am Markt befindliche Produkte aus der Datenbank ausgewählt werden können.

Die Aktualisierungen werden zweimal im Monat jeweils zu den am 1. und 15. eines Monats veröffentlichten Datenständen zur Verfügung gestellt. Die Verordnungssoftware hat bereits Prüfregeln umzusetzen, nach denen sie bei abgelaufener Aktualität einmalig nach einer Woche auf ein erforderliches Update hinweist.

2.6. Stolperfallen beim eRezept vermeiden

Im Hinblick auf die verpflichtende Einführung des eRezeptes zum Jahresbeginn 2024 möchten wir auf einige Punkte noch einmal speziell hinweisen. Auch um die Anzahl an Rückläufern bzw. Rückfragen aus Apotheken und damit zusätzlichen Aufwand in der Praxis möglichst gering zu halten:

- Verordnen Sie ausschließlich Arzneimittel als eRezept.
- Nicht alle Kostenträger sind bereits an die TI angeschlossen, daher sind eRezepte zunächst nur für GKV-Versicherte möglich.
- Aktualisieren Sie Ihre Verordnungssoftware regelmäßig, verordnen Sie aus Ihrer Arzneimitteldatenbank heraus und vermeiden Sie die Übernahme von Präparaten aus alten Hausapotheken.
- Papierrezepte nutzen Sie zunächst weiterhin für:
 - BtM- und T-Rezepte,
 - Sprechstundenbedarf,
 - Teststreifen,
 - Hilfsmittel (u. a. Injektionskanülen),
 - Medizinprodukte, darunter Verbandmittel,
 - DiGA, enterale Ernährung,
 - Blutprodukte, die nach §47 AMG direkt an Praxen abgegeben werden,
 - alle Verordnungen zulasten sonstiger Kostenträger
- Auch falls im PVS die Verordnung sämtlicher Produktgruppen für jeden in Frage kommenden Kostenträger technisch per Freitext möglich sein sollte, können derartige eRezepte ggf. von Apotheken nicht beliefert werden.
- Elektronische Verordnungen über Rezepturen sind bereits per Freitext möglich, ggf. ist hier jedoch das Muster 16 gegenüber einem eRezept vorübergehend noch vorteilhafter in der Handhabung.
- Sonderfall Macrogol: Präparate mit dem Wirkstoff Macrogol können sowohl als Medizinprodukt als auch als Arzneimittel im Handel sein. Präparate mit unterschiedlichem Status dürfen in der Apotheke nicht gegeneinander ausgetauscht werden. Achten Sie daher bei der Verordnung auf die Produktgruppe:
 - Macrogol - Arzneimittel (mit Normgröße) als eRezept möglich,
 - Macrogol - Medizinprodukt (ohne Normgröße) nur über Papierrezept.
- Der Signaturvorgang muss abgeschlossen sein, bevor Patienten ein eRezept einlösen können. Erst mit der qualifizierten elektronischen Signatur wird ein eRezept im Fachdienst der gematik verfügbar, die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) empfiehlt für die Erstellung von eRezepten die Komfortsignatur.
- Ein fehlerhaftes eRezept muss gelöscht und vom Arzt neu erstellt werden. Der Token-Ausdruck ist keine Verordnung - ggf. nachträglich vorgenommene Ergänzungen und Unterschriften auf dem Token-Ausdruck sind nicht rechtswirksam. Das eigentliche eRezept ist der verschlüsselte Datensatz. Die Apotheke kann im Datensatz zwar den vertraglichen Vorgaben gemäß in

Ausschließlich
Arzneimittel

Papierrezepte weiterhin
für:

Macrogol

Signaturvorgang

geringem Umfang Angaben ergänzen, wirkliche Änderungen einer Verordnung sind jedoch nicht möglich.

- Auch Apotheken können eRezepte löschen. Es kann sinnvoll sein, rechtzeitig Kommunikationswege mit Ihrer/n Apotheke/n abzustimmen, um ggf. für beide Seiten erforderliche Rücksprachen möglichst reibungslos und zeitnah gestalten zu können. Das betrifft insbesondere das Löschen von eRezepten, beispielsweise bei widersprüchlichen, fehlerhaften oder patienten-seitig nicht benötigten Verordnungen.

Kommunikationswege abstimmen

Umfangreiche Informationen und viele FAQ zum eRezept finden Sie [hier](#)

Informationen zum eRezept im Praxisalltag erhalten Sie [hier](#)

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

Mit Wirkung zum 1. Dezember 2023 wurde bei dem folgenden Medizinprodukt die Befristung der Verordnungsfähigkeit nach Anlage V der Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL) verlängert:

Befristung verlängert

Produktbezeichnung	Medizinisch notwendige Fälle	Befristung der Verordnungsfähigkeit
Isotonische Kochsalzlösung zur Inhalation (Eifelfango)	Als Trägerlösung bei der Verwendung von Inhalaten in Verneblern oder Aerosolgeräten. Dies gilt nur für die Fälle, in denen der Zusatz einer Trägerlösung in der Fachinformation des arzneistoffhaltigen Inhalats zwingend vorgesehen ist.	26. September 2024

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

2.8. Änderung der Anlage III (Verordnungseinschränkungen und -ausschlüsse) der Arzneimittel-Richtlinie - Daridorexant

In die Anlage III der Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL) wird ein Ausnahmestand für Daridorexant aufgenommen. Bei Patienten, für die die Angaben in der Anlage III Nr. 32 b) zutreffen, kann entsprechend der Zulassung eine länger als vier Wochen dauernde Behandlung mit Daridorexant in Betracht kommen. In der u. g. Übersicht sind Ausnahmen beschrieben, für die eine Verordnung möglich ist.

Behandlung länger als vier Wochen

Die Behandlungsdauer sollte gleichwohl so kurz wie möglich sein. Die Zweckmäßigkeit einer Weiterbehandlung ist innerhalb von drei Monaten und anschließend in regelmäßigen Abständen zu beurteilen. Eine entsprechende Dokumentation in der Patientenakte ist anzuraten.

Mit Wirkung zum 11. November 2023 wird die Anlage III in der Nummern 32 (Hypnotika/Hypnogene oder Sedativa (schlaferzwingende,

schlafanstoßende, schlaffördernde oder beruhigende Mittel) zur Behandlung von Schlafstörungen) in Teil a und Teil b untergliedert:

Arzneimittel und sonstige Produkte
<p>32. Hypnotika/Hypnogene oder Sedativa (schlaferzwingende, schlafanstoßende, schlaffördernde oder beruhigende Mittel) zur Behandlung von Schlafstörungen,</p> <p>a) ausgenommen</p> <ul style="list-style-type: none"> - zur Kurzzeittherapie bis zu 4 Wochen oder - für eine länger als 4 Wochen dauernde Behandlung in medizinisch begründeten Einzelfällen. Eine längerfristige Anwendung von Hypnotika/Hypnogenen oder Sedativa ist besonders zu begründen. <p>b) ausgenommen</p> <ul style="list-style-type: none"> - zur Behandlung eines gestörten Schlaf-Wach-Rhythmus (Nicht-24-Stunden-Schlaf-Wach-Syndrom) bei vollständig blinden Personen oder - für die Behandlung von Schlafstörungen (Insomnie) bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 2 bis 18 Jahren mit Autismus-Spektrum-Störung und/oder Smith-Magenis-Syndrom, wenn Schlafhygienemaßnahmen unzureichend waren oder - Daridorexant für die Behandlung von Schlafstörungen (Insomnie), deren Symptome seit mindestens 3 Monaten anhalten und eine beträchtliche Auswirkung auf die Tagesaktivität haben. Die Zweckmäßigkeit einer Weiterbehandlung ist innerhalb der ersten 3 Monate und anschließend in regelmäßigen Abständen zu beurteilen. Darüber hinaus sind Patientinnen und Patienten mit anamnestischem Missbrauch oder Abhängigkeit von Alkohol oder anderen Substanzen sorgfältig hinsichtlich eines möglichen Missbrauchs von Daridorexant zu überwachen.

Gegen eine länger als vier Wochen dauernde Behandlung von Schlafstörungen mit Hypnotika/Hypnogenen oder Sedativa spricht grundsätzlich das Abhängigkeitsrisiko und das Risiko der Medikalisierung. Dieses Risiko spiegelt sich auch in den Angaben zur Dauer der Anwendung in den Fachinformationen der jeweiligen bisher zugelassenen Arzneimittel wider. Durch die erstmalige Zulassung des Wirkstoffs Daridorexant hat sich ein veränderter Sachverhalt ergeben: Dem zugelassenen Anwendungsgebiet entsprechend ist die Anwendung von Daridorexant nicht auf eine kurzzeitige Behandlung beschränkt.

Die aktualisierte Anlage III (Übersicht über Verordnungseinschränkungen und -ausschlüsse) finden Sie [hier](#)

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

Ein Info-Schreiben der AG GKV/KVN zur Arzneimitteltherapie bei Schlafstörungen finden Sie [hier](#)

2.9. Grippesaison 2024/2025 - Bedarfsmeldung und Verordnung der Grippeimpfstoffe

Zur Gewährleistung einer adäquaten Produktionsplanung der Impfstoffhersteller sind für die Grippesaison 2024/2025 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 2023. Diese Bedarfsmeldung ist noch keine Bestellung. Die Bedarfsmeldung erfolgt über eine Abfrage im KVN-Portal. Zu finden ist der Link

Hintergrund

Zwei Maßnahmen

„Bedarfmeldung Grippeimpfstoff“ ab Dezember unter Grippesaison 2024/2025 in der Rubrik „News“.

2. Eine Vorbestellung/Verordnung der Grippeimpfstoffe für die Saison 2024/2025 über Muster 16 (Sprechstundenbedarf) bis möglichst Ende Januar 2024.

Bitte beachten Sie, dass Personen ab 60 Jahren nur noch Anspruch auf eine Schutzimpfung mit dem Hochdosis-Influenza-Impfstoff haben. Ein Ausweichen auf einen regulären quadrivalenten Grippeimpfstoff ist gemäß Schutzimpfungs-Richtlinie unzulässig.

Zudem können auch Apotheken die Grippeimpfung anbieten. Klären Sie in Ihrem Umfeld, ob dieses Angebot möglicherweise 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.
- 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.
- Bitte bedrucken Sie die Rezepte (Muster 16) zur Erstbestellung mit dem Hinweis „Erstbestellung für die Impfsaison 2024/2025“ und geben Sie die Verordnungen bis möglichst Ende Januar 2024 in einer Apotheke Ihrer Wahl ab.
- Nachbestellungen sind in der Regel nicht im gleichen Umfang möglich wie bei der Erstbestellung, weil Hersteller ihre Produktionskapazitäten anhand der Erstbestellung ausrichten und der zeitaufwändige Herstellungsprozess kurzfristige Kapazitätserhöhungen nicht zulässt. Rezepte für mögliche Nachbestellungen sind mit dem Hinweis „Folgebetterstellung für die Impfsaison 2024/2025“ zu versehen. Bei Folgebetterstellungen ist ggf. mit einer Limitierung der Dosenanzahl zu rechnen.

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

Erstbestellung

Nachbestellungen/
Limitierung

3. Allgemeine Hinweise

3.1. Schreiben des Medizinischen Behandlungsverbundes (MBV) zu Verunreinigungen der mRNA-Impfstoffe gegen Covid-19

Aktuell kursieren Schreiben des Medizinischen Behandlungsverbundes (MBV), die über Verunreinigungen der mRNA-Impfstoffe gegen Covid-19 informieren und dabei die Aufmachung eines offiziellen „Rote Hand-Briefes“ nachahmen. Die Faxaktion ruft dazu auf, Probenmaterial verschiedener mRNA-Impfstoffchargen einzusenden sowie aufgrund angeblicher DNA-Verunreinigungen in mRNA-basierten COVID-19 Impfstoffen von weiteren Impfungen abzusehen und droht mit Haftungsrisiken.

Das Paul-Ehrlich-Institut (PEI) hat am 5. Dezember 2023 mitgeteilt, dass das Schreiben ebenso wie die dort abgeleiteten Schlussfolgerungen falsch sind. Der Aufruf stellt keine behördlich geprüfte und autorisierte Information dar, sondern dient der Verunsicherung durch gezielte Desinformation.

Das PEI bittet darum, dem falschen Aufruf nicht Folge zu leisten:

Gemäß §32 des Arzneimittelgesetzes (AMG) darf die Charge eines Impfstoffs in Deutschland nur in den Verkehr gebracht werden, wenn sie von der zuständigen Bundesoberbehörde (PEI), geprüft und freigegeben wurde. Alle in Deutschland vertriebenen Chargen des von der EU-Kommission zugelassenen COVID-19-Impfstoffprodukts Comirnaty (in allen Indikationen und Konzentrationen) wurden entsprechend OMCL-Leitfaden und Zulassungsvorgaben geprüft und für alle Chargen wurde nach erfolgreicher Prüfung die staatliche Chargenfreigabe für Deutschland erteilt.

Das PEI bittet ausdrücklich darum keinesfalls Impfstoffe, die noch verimpft werden könnten, an die in dem Schreiben angegebene Adresse zu senden. Die im Schreiben erwähnten Untersuchungen wurden von nicht autorisierten Labors durchgeführt, die dargestellten Schlussfolgerungen entsprechen nicht dem aktuellen Stand wissenschaftlicher Erkenntnisse. Zudem weist das PEI darauf hin, dass in dem Schreiben des MBV das Rote-Hand-Brief-Zeichen ohne Autorisierung des Bundesverbands der Pharmazeutischen Industrie (BPI) verwendet wurde.

Das vollständige Informationsschreiben des PEI finden Sie [hier](#)

3.2. Veröffentlichungen der amtlichen Bekanntmachungen im Januar 2024

Für den Monat Januar 2024 wird die Veröffentlichung der amtlichen Bekanntmachungen der KVN ausschließlich auf unserer Internetseite stattfinden.

Ab dem 15. Januar 2023 finden Sie alle Bekanntmachungen für den Monat Januar 2024 [hier](#).

Keine Impfstoffe
versenden

3.3. Anpassung der Mindestpatientenzahlen in der Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 BMV-Ä) zum 1. Januar 2024

Die KBV und der GKV-Spitzenverband haben sich auf eine Halbierung der Mindestpatientenzahlen für das dritte Kriterium („IV-Therapie“) zum 1. Januar 2024 geeinigt.

Eine Voraussetzung zur Teilnahme an der Onkologie-Vereinbarung ist der Nachweis der Betreuung festgelegter durchschnittlicher Patientenzahlen pro Quartal und Arzt in den letzten zwölf Monaten vor Antragsstellung (§3 Absatz 4). Fachärzte für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie müssen derzeit 30 Patienten mit intravasaler und/oder intrakavitärer und/oder intraläsionaler Behandlung im Quartal nachweisen, alle anderen Fachgruppen (u. a. Urologen, Gynäkologen und Dermatologen) 20 Patienten.

Die KBV hat sich nun mit dem GKV-Spitzenverband auf eine Halbierung der Mindestpatientenzahlen für dieses Kriterium verständigt. Fachärzte für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie müssen dementsprechend zur Erlangung beziehungsweise Aufrechterhaltung der Genehmigung zur Teilnahme an der Onkologie-Vereinbarung nur noch 15 Patienten und alle anderen Fachgruppen nur noch zehn Patienten mit intravasaler und/oder intrakavitärer und/oder intraläsionaler Behandlung im Quartal nachweisen.

Die Änderungsvereinbarung, wird in Kürze im Deutschen Ärzteblatt veröffentlicht. Die angepasste Onkologie-Vereinbarung finden Sie in Kürze auf der [KBV-Internetseite](#).

Halbierung der
Mindestpatientenzahlen

3.4. BKK-Schwangerenversorgung „Hallo Baby“: Kassenfusion führt zum Teilnahmende der BKK BPW Bergische Achsen KG

Teilnehmende Ärzte können Leistungen dieser besonderen Versorgung zur Vermeidung von Frühgeburten und infektionsbedingten Geburtskomplikationen nur noch im aktuellen Quartal 4/2023 für schwangere Versicherte der BKK BPW Bergische Achsen KG abrechnen. Näheres dazu im KVN-Portal: Verträge > Eingabe des Suchbegriffs „Hallo Baby“.

3.5. BKK-Schwangerenversorgung „Hallo Baby“: Ab Januar 2024 erhält die BKK VBU den neuen Namen „mkk - meine krankenkasse“

Damit können teilnehmende Ärzte Leistungen dieser besonderen Versorgung zur Vermeidung von Frühgeburten und infektionsbedingten Geburtskomplikationen künftig schwangeren Versicherten der mkk - meine krankenkasse anbieten. Die elektronische Gesundheitskarte der neuen mkk wird zeitversetzt zur Verfügung gestellt. Das IK der BKK VBU 109723913 und die VKNR 72421 bleiben auch für die mkk bestehen, bis zum Austausch behalten daher alte eGK ihre Gültigkeit. Näheres dazu im KVN-Portal: Verträge > Eingabe des Suchbegriffs „Hallo Baby“.

3.6. Diabetische Schwerpunktpraxen: Besondere Versorgung zur Behandlung von Gestationsdiabetes und sonstiger Diabetesformen: Teilnehmende BKK VBU heißt ab Januar 2024 „mkk - meine krankenkasse“

Künftig können teilnehmende Ärzte diese besonderen Leistungen auch Versicherten der mkk - meine krankenkasse anbieten. Die elektronische Gesundheitskarte der neuen mkk wird zeitversetzt zur Verfügung gestellt. Das IK der BKK VBU 109723913 und die VKNR 72421 bleiben auch für die mkk bestehen, bis zum Austausch behalten daher alte eGK ihre Gültigkeit.

Näheres dazu im KVN-Portal: Verträge > Eingabe des Suchbegriffs „GDM“ > Gestationsdiabetes und sonstige Diabetesformen (GDM-DM3-Vertrag)

3.7. Anpassung des HZV Vertrages mit der KKH zum 1. Oktober 2023

Die Vertragspartner haben feststellen müssen, dass die HzV - Vergütungen insgesamt den vereinbarten Zielwert in den letzten Abrechnungsquartalen überschritten haben. Vor diesem Hintergrund musste die Vergütung für Multimorbide Patienten (GOP 99297) mit Wirkung ab 1. Oktober 2023 neu festgesetzt werden. Der neue Vergütungsbetrag beträgt ab dem vorgenannten Zeitpunkt 11,00 Euro. Dieser neue Betrag wird im Rahmen der Abrechnung des 4. Quartals 2023 automatisch berücksichtigt.

Die aktuellen Vertragsunterlagen finden Sie im KVN-Portal unter „Verträge“ > Suchbegriff „HZV“

3.8. Psychotherapie: Kombination psychoanalytisch begründeter Verfahren bei Einzel- und Gruppentherapie möglich

Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und Analytische Psychotherapie können im Rahmen einer Kombinationsbehandlung aus Einzel- und Gruppentherapie miteinander kombiniert werden. Das hat der Unterausschuss Psychotherapie und psychiatrische Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) klargestellt.

Details der Klarstellung

Nach der Psychotherapie-Richtlinie gelten Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und Analytische Psychotherapie als (jeweils eigene) psychoanalytisch begründete Psychotherapieverfahren. Die Richtlinie legt zwar fest, dass die drei anerkannten Behandlungsformen (psychoanalytisch begründete Verfahren, Verhaltenstherapie und Systemische Therapie) nicht kombinierbar sind, da dies zu einer Verfremdung der methodenbezogenen Eigengesetzlichkeit des therapeutischen Prozesses der verschiedenen Verfahren führen kann. Beide psychoanalytisch begründeten Psychotherapieverfahren können jedoch in einer Kombinationsbehandlung aus Einzel- und Gruppentherapie miteinander kombiniert werden.

Hinweise zur Umsetzung in der Praxis

Aus fachlicher Sicht betrifft die Kombination der beiden psychoanalytisch begründeten Verfahren insbesondere Kombinationsbehandlungen, in denen die Einzel- und die Gruppentherapie von zwei verschiedenen Psychotherapeutinnen oder Psychotherapeuten durchgeführt werden soll. Bei der Behandlungsplanung sollte auf eine sinnvolle Abstimmung der jeweiligen Modifikationen der beiden Verfahren geachtet und im Gesamtbehandlungsplan vermerkt werden.

Erfolgt die Behandlung durch zwei Psychotherapeutinnen oder Psychotherapeuten können auf dem Formblatt PTV 2 beide Psychotherapieverfahren angekreuzt werden. Weitere Informationen stehen in der entsprechenden [Ausfüllhilfe](#).

Die Kontingente richten sich im jeweiligen Bewilligungsschritt nach demjenigen Verfahren aus, dessen Anwendungsform (Setting) überwiegend durchgeführt wird. Bei der Beantragung sind die Höchstgrenzen nach §§29 und 30 Psychotherapie-Richtlinie auch innerhalb der Bewilligungsschritte für das jeweilige Setting zu beachten: Im Bereich der Erwachsenentherapie sind hierbei unterschiedliche Kontingente der Analytischen und Tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie zu berücksichtigen (siehe Anwendungsbeispiel). Eine Therapieeinheit entspricht dabei 50 Minuten in einer Einzelbehandlung und 100 Minuten in einer Gruppenbehandlung.

Höchstgrenzen beachten

Anwendungsbeispiel

Zwei Psychotherapeutinnen kombinieren für die Behandlung von Erwachsenen eine Analytische Psychotherapie als Einzeltherapie (überwiegendes Setting) mit Tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie als Gruppentherapie. Bei einer fortschreitenden Beantragung mit Kurzzeittherapie (KZT) und anschließender Langzeittherapie (LZT, zunächst als Umwandlungs- dann als Fortführungsantrag) wären beispielsweise folgende Therapieeinheiten möglich:

Kombinationsbehandlung Erwachsene	KZT1 →	KZT2 →	LZT →	LZT
Psychotherapeutin A: Analytische Psychotherapie als Einzeltherapie (überwiegendes Setting)	7	+7	+86	+120
Psychotherapeutin B: Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie als Gruppentherapie	5	+5	+50	+20

3.9. Vereinbarung über die Durchführung von HPV-Impfungen als Satzungsleistung mit der AOK Niedersachsen (AOKN)

Die HPV-Impfung für Personen im Alter von 9 bis 14 Jahren wird als Regelleistung von der AOKN entsprechend der Schutzimpfungs-Richtlinie übernommen. Des Weiteren erstattet die AOKN im Rahmen einer Satzungsregelung ihren Versicherten ab 18 Jahren die Kosten privat bezahlter HPV-Impfungen.

Die KVN und die AOKN haben mit Wirkung zum 1. Januar 2024 eine Vereinbarung geschlossen, die es den Vertragsärzten ermöglicht, HPV-Impfungen für AOK-Versicherte ab 18 Jahren mit der KVN abzurechnen. Die Impfungen (Drei Impfdosen) werden jeweils mit 15,00 Euro vergütet. Der Bezug des Impfstoffes erfolgt auf Einzelverordnung (Muster 16) auf den Namen des Patienten.

Die für die Abrechnung der HPV-Impfungen als Satzungsleistung relevanten Angaben können Sie der nachfolgenden Tabelle entnehmen.

	Vergütung	erste Dosen eines Impfyklus bzw. unvollständige Impfserie	letzte Dosis eines Impfyklus nach Fachinformation
Humane Papillomviren (HPV) - Personen ab 18 Jahren	15,00 €	GOP 89110C	
Humane Papillomviren (HPV) - Personen ab 18 Jahren	15,00 €		GOP 89110D

Die Vereinbarung über die Durchführung von HPV-Impfungen als Satzungsleistung mit der AOKN finden Sie in Kürze im KVN-Portal unter der Rubrik Verträge/Impfvereinbarungen.

4. Veranstaltungen im Januar und Februar 2024

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

Name	Ort	Datum	Gebühr p. P.
Moderne Wundversorgung	WebSeminar	10.Jan	kostenlos
Arzneimittelverordnungen	WebSeminar	17.Jan	kostenlos
Freude mit Formularen	Hannover	19.Jan	190 Euro
QEP®-Starterseminar	WebSeminar	20.Jan	208 Euro
Impfen	WebSeminar	24.Jan	kostenlos
Sprechstundenbedarf	WebSeminar	24.Jan	kostenlos
Die Gesundheit von Praxismitarbeitern erhalten und schützen	Hannover	31.Jan	kostenlos

Schutzimpfungen und Sprechstundenbedarf (SSB)	Lüneburg	31.Jan	kostenlos
Diabetesschulung für Kinder und Jugendliche (DMP Typ 1 Diabetes Pädiatrie)	WebSeminar	02.Feb	135 Euro
Datenschutz in der Arztpraxis	WebSeminar	06.Feb	85 Euro
Praxisbegehungen durch das Gesundheitsamt	Hannover	07.Feb	kostenlos
Moderne Wundversorgung	Hannover	07.Feb	kostenlos
Ausbildung zur/m Datenschutzbeauftragten in der Arztpraxis	WebSeminar	12.Feb	295 Euro
Praxisorganisation und Praxisführung	WebSeminar	14.Feb	85 Euro
Qualitätsmanagement-Aktuell - Der QEP-Zielkatalog	WebSeminar	14.Feb	85 Euro
Sprechstundenbedarf (SSB)	WebSeminar	14.Feb	kostenlos
Führungskunst - Sicher führen und überzeugen	Hannover	14.Feb	149 Euro
Heilmittelverordnung in Theorie und Praxis	Osnabrück	14.Feb	kostenlos
Stress lass nach	Aurich	14.Feb	90 Euro
Hygiene in der Arztpraxis	WebSeminar	15.Feb	85 Euro
Arbeitsplatz Arztpraxis - Vorbereitung für den Quereinsteiger an der Anmeldung	WebSeminar	19.Feb	350 Euro
Sachkundelehrgang gemäß §8 Abs. 4 der Medizinproduktebetreiberverordnung	Hannover	19.Feb	600 Euro
Personalführung für PraxismitarbeiterIn	WebSeminar	20.Feb	85 Euro
Fit am Empfang - So heißen Sie Ihre Patienten willkommen	WebSeminar	21.Feb	85 Euro
EBM für Einsteiger	Osnabrück	21.Feb	kostenlos
Arzneimittelverordnungen	WebSeminar	21.Feb	kostenlos
Honorarbescheid lesen und verstehen	Hannover	21.Feb	kostenlos

Gruppentherapie leicht gemacht - Erneut/Erstmalig in der Praxis anbieten	WebSeminar	21.Feb	75 Euro
Arzneimittelverordnungen	WebSeminar	28.Feb	kostenlos
Generationsmanagement - Multi-Generations-Teams professionell führen	Hannover	28.Feb	138 Euro
Datenschutz für Fortgeschrittene	WebSeminar	28.Feb	85 Euro
Qualitätsmanagement-Aktuell - Die Qualitätsmanagement-Richtlinie	WebSeminar	28.Feb	85 Euro
Moderne Wundversorgung	WebSeminar	28.Feb	kostenlos
PraxismanagerIn Arbeitsgruppe	WebSeminar	29.Feb	160 Euro



Informationen für die Praxis

KVN-Rundschreiben

November 2023

Inhaltsverzeichnis

1. Abrechnung	3
1.1. Bewertungsausschuss beschließt verschiedene EBM-Änderungen und Aufnahme neuer Leistungen ...	3
1.2. Covid-19-Schutzimpfungen nicht über den Kostenträger 38825 (BAS) abrechnungsfähig.....	5
2. Verordnungen.....	6
2.1. Ozempic® (Semaglutid) - Fälschungen im Umlauf.....	6
2.2. Ende der Haltbarkeitsdauer einiger COVID-19-Impfstoffe zum 31. Oktober 2023.....	6
2.3. Sprechstundenbedarf - Versorgung mit medizinischen Gasen, Verlängerung mit Air Liquide.....	7
2.4. Änderung der Anlage V (verordnungsfähige Medizinprodukte) der Arzneimittel-Richtlinie - Verlängerung der Befristung	7
2.5. Valneva COVID-19-Impfstoff - Ende der Haltbarkeitsdauer und Widerruf der Zulassung zum 30. November 2023.....	8
2.6. RSV-Prophylaxe - Nirsevimab noch keine regelhafte Kassenleistung.....	8
2.7. Änderung der Anlage V (verordnungsfähige Medizinprodukte) der Arzneimittel-Richtlinie - Verlängerung der Befristung	8
3. Allgemeine Hinweise.....	9
3.1. Petition zur Rettung der ambulanten Versorgung jetzt online.....	9
3.2. Disease-Management-Programm (DMP) Asthma aktualisiert	9
3.3. Anpassung der Onkologie-Vereinbarung zum 1. Oktober 2023.....	10
3.4. Disease-Management-Programm (DMP) Brustkrebs aktualisiert	11
3.5. AOK Bremen/Bremerhaven kündigt Hausarztvertrag in Niedersachsen zum 31. Dezember 2023	12
3.6. Umfrage über Kinderrechte in der Medizin.....	12

3.7.	Anpassung der besonderen Versorgungsverträge mit der DAK, KKH und hkk zur Optimierung der Betreuung von an Diabetes erkrankten Versicherten durch Diabetologische Schwerpunktpraxen (DSP - Vereinbarungen) zum 1. Oktober 2023.....	13
3.8.	Stereotaktische Radiochirurgie	13
3.9.	Wie stehen ambulant tätige Ärztinnen und Ärzte zum Einsatz von Digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGA)?	14
4.	Veranstaltungen im Dezember 2023 und Januar 2024	15
5.	Anlagenverzeichnis	16
5.1.	Sammelerklärung	16

1. Abrechnung

1.1. Bewertungsausschuss beschließt verschiedene EBM-Änderungen und Aufnahme neuer Leistungen

Der Bewertungsausschuss (BA) hat mehrere Beschlüsse zur Anpassung des EBM zum 1. Oktober 2023 und 1. Januar 2024 gefasst, über die wir Sie informieren möchten.

Sie betreffen neue Gebührenordnungspositionen (GOP) im Zusammenhang mit der Anwendung des Medikamentes Spravato[®] sowie für die Behandlung mit dem Medikament Xevudy[®] und die PSMA-Positronenemissionstomographie zur Indikationsstellung einer Therapie mit Pluvicto[®], die jeweils zum 1. Oktober erfolgen. Der Beschluss zum 1. Januar bezieht sich auf die HIV-Präexpositionsprophylaxe.

Änderungen zum 1. Oktober 2023

- Neue GOP im Zusammenhang mit der Anwendung des Medikamentes Spravato[®]
- Neue GOP für die Behandlung mit Xevudy[®]/Sotrovimab
- Neue GOP und Kostenpauschale zur Indikationsstellung einer Therapie mit Pluvicto[®]/(177Lu) Lutetiumvipivotidtetraacetat: PSMA-Positronenemissionstomographie (PET, PET/CT)
- EBM-Detailänderungen

Änderungen zum 1. Januar 2024

- HIV-Präexpositionsprophylaxe: Verlängerung der extrabudgetären Vergütung und Pauschalierung der Kontrolluntersuchung

Neue GOP im Zusammenhang mit der Anwendung des Medikamentes Spravato[®]

Der BA hat zum 1. Oktober 2023 eine neue GOP 01549 im Zusammenhang mit der Anwendung des Medikamentes Spravato[®] in den EBM aufgenommen.

Für die in der aktuell gültigen Fachinformation vorgesehene Beobachtung nach der intranasalen Anwendung von Spravato[®] wird die Zusatzpauschale nach der GOP 01549 mit einer Bewertung von 290 Punkten in den EBM-Abschnitt 1.5 aufgenommen. Sie wird zunächst extrabudgetär finanziert.

Die Entscheidung zur Verordnung von Spravato[®] muss laut Fachinformation von einem Psychiater getroffen werden. Die GOP 01549 kann daher nur von den im EBM-Kapitel 21 genannten Vertragsärzten und unter Berücksichtigung der Altersbegrenzungen von Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie beziehungsweise Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie berechnet werden.

Überblick

Spravato® wird insbesondere als antidepressive Therapie bei Erwachsenen mit therapieresistenter Major Depression in Kombination mit weiteren Arzneimitteln angewendet. Bisher war das Medikament nur im Rahmen einer Behandlung im Krankenhaus zugelassen. Die Anwendung von Spravato® erfolgt intranasal, ein- bis zweimal wöchentlich, wobei die Applikation durch den Patienten in der Arztpraxis unter der direkten Aufsicht von medizinischem Fachpersonal erfolgt. Anschließend sind die Patienten wegen des möglichen Auftretens von Sedierung, Dissoziation und erhöhtem Blutdruck von medizinischem Fachpersonal zu überwachen und der Blutdruck ist nach etwa 40 Minuten - sowie anschließend nach klinischem Ermessen - zu kontrollieren.

Bisher nur im
Krankenhaus
zugelassen

Neue GOP für die Behandlung mit Xevudy®/Sotrovimab

Für die Beobachtung und Betreuung eines Patienten mit bestätigter COVID-19-Erkrankung unter intravenöser Infusionstherapie mit Sotrovimab (Handelsname: Xevudy®) wird zum 1. Oktober die GOP 01546 in den Abschnitt 1.5 „Ambulante Betreuung und Nachsorge“ aufgenommen. Sie ist mit 491 Punkten bewertet.

Sotrovimab ist ein monoklonaler Antikörper zur Behandlung von COVID-19 bei Erwachsenen und Jugendlichen ab zwölf Jahren mit mindestens 40 Kilogramm Körpergewicht, die keine zusätzliche Sauerstofftherapie benötigen und bei denen ein erhöhtes Risiko für einen schweren Verlauf von COVID-19 besteht. Die Anwendung von Xevudy® wird als Second-Line-Therapie empfohlen, wenn Virostatika nach ausführlicher Prüfung aufgrund möglicher Medikamentenwechselwirkungen sowie Kontraindikationen keine Option darstellen.

Die Leistungen nach der GOP 01546 werden zunächst außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen finanziert.

Neue GOP und Kostenpauschale zur Indikationsstellung einer Therapie mit Pluvicto®/PSMA-Positronenemissionstomographie

Für die Anwendung des Wirkstoffs (177Lu) Lutetiumvivotidtetraacetat (Handelsname: Pluvicto®) ergab sich Anpassungsbedarf im EBM.

Zur Identifikation von Patienten, die für eine Behandlung mit (177Lu) Lutetiumvivotidtetraacetat infrage kommen, ist gemäß aktuell gültiger Fachinformation eine PSMA-Bildgebung erforderlich.

Für die PSMA-Positronenemissionstomographie (PET) des Körperstammes mit technischer Bildfusion einer diagnostischen Computertomographie (CT) zur Indikationsstellung einer Therapie mit (177Lu) Lutetiumvivotidtetraacetat werden zum 1. Oktober die GOP 34720 (bei Vorliegen von diagnostischen CI-Untersuchungen) und die GOP 34721 (mit diagnostischer CT) in den EBM-Abschnitt 34.7 aufgenommen. Die Bewertungen in Höhe von 4.456 beziehungsweise 5.653 Punkten entsprechen den Bewertungen der bestehenden GOP 34704 und 34705.

Weiterhin wird die Kostenpauschale 40585 für die Sachkosten im Zusammenhang mit der Durchführung der neuen Leistungen (GOP 34720 und 34721) bei Verwendung eines Ga-68-PSMA-Liganden in den Abschnitt 40.10 in Höhe von 1.100 Euro aufgenommen. Die Leistungen

nach den GOP 34720 und 34721 sowie der Kostenpauschale 40585 werden zunächst außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen finanziert.

EBM-Detailänderungen

Außerdem hat der BA zum 1. Oktober 2023 verschiedene Detailänderungen im EBM beschlossen.

Hierbei handelt es sich um folgende Klarstellungen und Anpassungen:

- GOP 01436 (Konsultationspauschale): Angleichung der zweiten Anmerkung an die Regelung in Nummer 4.1 der Allgemeinen Bestimmung. Somit kann der weitere persönliche Arzt-Patienten-Kontakt auch im Rahmen einer Videosprechstunde erfolgen.
- GOP 34283 (Serienangiographie): Farbcodierte Untersuchung der Duplexsonographie (GOP 33075) im Behandlungsfall neben der Serienangiographie möglich.
- Erste Bestimmung zum Abschnitt 34.4 (MRT): Bestrahlungsplanung mittels MRT gemäß Abschnitt 34.4.6 muss nicht in vier Sequenzen durchgeführt werden.

HIV-Präexpositionsprophylaxe: Verlängerung der extrabudgetären Vergütung und Pauschalierung der Kontrolluntersuchung

Die medikamentöse HIV-Präexpositionsprophylaxe (HIV-PrEP) für Versicherte mit einem substanziellen HIV-Risiko wird über den 1. Januar 2024 hinaus zunächst weiterhin extrabudgetär vergütet. Daneben hat der BA nach Analyse der Abrechnungsdaten der Leistungen nach der GOP 01922 (Kontrolle im Rahmen der Präexpositionsprophylaxe) Anpassungsbedarf festgestellt. Daraufhin hat er beschlossen, die bisher bis zu dreimal je fünf Minuten berechnungsfähige GOP 01922 zum 1. Januar 2024 in eine Leistung zu überführen, die einmal im Behandlungsfall berechnungsfähig ist und nunmehr mit 163 Punkten bewertet wird.

Hinweis zur Veröffentlichung

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

1.2. Covid-19-Schutzimpfungen nicht über den Kostenträger 38825 (BAS) abrechnungsfähig

Bitte beachten Sie, dass eine Abrechnung der Covid-19-Schutzimpfungen nicht mehr über den Kostenträger 38825 (BAS) möglich ist. Die Impfleistungen sind über die jeweiligen Krankenversicherungen der gesetzlich bzw. privat versicherten Patienten abrechnungsfähig.

Die Bestellung von Covid-19-Impfstoffen erfolgt bis mindestens 31. Dezember 2023 zentral über den Kostenträger BAS, dabei wird nicht unterschieden, ob der Impfstoff bei gesetzlich oder privat versicherten Patienten eingesetzt wird.

Bestellung erfolgt über den Kostenträger BAS

Ausführliche Informationen zur Covid-19-Abrechnung finden Sie auf der [Internetseite der Kassenärztlichen Bundesvereinigung](#)

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

2. Verordnungen

2.1. Ozempic® (Semaglutid) - Fälschungen im Umlauf

Die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) informiert darüber, dass zurzeit Fälschungen des GLP-1 Rezeptoragonist Ozempic® (Semaglutid) im Umlauf seien. Auch sei nicht auszuschließen, dass sich einzelne gefälschte Packungen bereits im deutschen Vertrieb befinden.

Es besteht der dringende Verdacht, dass es in Folge einer Anwendung des gefälschten Ozempic Präparates zu erheblichen Gesundheitsgefahren für den Patienten kommen kann. Die Fälschungen dürfen daher keinesfalls verabreicht werden.

Fälschungen keinesfalls verabreichen

Die AkdÄ weist auf folgende Punkte hin:

- Die Fälschungen dürfen nicht angewendet und müssen in eine Apotheke gebracht werden.
- Die Fälschungen sind von den Originalpräparaten optisch leicht zu unterscheiden.
- Von den Originalpräparaten geht keine Gefahr aus.

Abbildungen der Fälschungen:

In der Pressemitteilung des Regierungspräsidiums Freiburg finden Sie die beiden Abbildungen des Originalpräparates Ozempic sowie die Fälschung. Unter diesem Link gelangen Sie zur [Pressemitteilung](#)

Das AkdÄ-Informationsschreiben finden Sie unter diesem [Link](#)

Sobald uns weitere Informationen zur Verfügung stehen, werden wir Sie umgehend darüber informieren.

2.2. Ende der Haltbarkeitsdauer einiger COVID-19-Impfstoffe zum 31. Oktober 2023

Im Zentrallager des Bundes erreichen sämtliche Chargen folgender COVID-19- Impfstoffe das Ende ihrer Haltbarkeit zum 31. Oktober 2023:

- Comirnaty Original/Omicron BA.1 (15/15 Mikrogramm) /Dosis Injektionsdispersion

- Comirnaty 10 Mikrogramm/Dosis Konzentrat zur Herstellung einer Injektionsdispersion
- Comirnaty 3 Mikrogramm/Dosis Konzentrat zur Herstellung einer Injektionsdispersion
- VidPrevtyn Beta Lösung und Emulsion zur Herstellung einer Emulsion zur Injektion
- JCOVDEN Injektionssuspension

Diese Impfstoffe stehen somit ab dem 1. November 2023 in Deutschland nicht mehr zur Verfügung, da eine Verwendung über das Datum hinaus nicht mehr möglich ist.

Lagern in Arztpraxen die o. g. Impfstoffe, dürfen auch diese über den 31. Oktober 2023 hinaus nicht mehr verimpft werden und sind fachgerecht zu entsorgen.

Alle anderen COVID-19-Impfstoffe, die nicht in der Aufzählung aufgeführt sind und vom Bund bereitgestellt werden, bleiben von dieser Regelung unberührt.

2.3. Sprechstundenbedarf - Versorgung mit medizinischen Gasen, Verlängerung mit Air Liquide

Die Krankenkassen in Niedersachsen haben uns informiert, dass sie nach Preisverhandlungen für die Belieferung von medizinischen Gasen die Vereinbarung mit der **Firma Air Liquide** bis zum 31. Mai 2024 verlängern konnten.

Somit stehen Ihnen wie gewohnt die drei großen Versorger Linde, Air Liquide und Nippon Gases für die Belieferung mit Sauerstoff etc. zur Verfügung.

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

Für das Medizinprodukt „PARI NaCl Inhalationslösung“ ist zum 26. September 2023 die Befristung der Verordnungsfähigkeit nach Anlage V der Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL) verlängert worden:

Produktbezeichnung	Medizinisch notwendige Fälle	Befristung der Verordnungsfähigkeit
PARI NaCl Inhalationslösung	Als Trägerlösung bei der Verwendung von Inhalaten in Verneblern oder Aerosolgeräten. Dies gilt nur für die Fälle, in denen der Zusatz einer Trägerlösung in der Fachinformation des arzneistoffhaltigen Inhalats zwingend vorgesehen ist.	31. Dezember 2028

Befristung verlängert

Die vollständige Anlage V finden Sie in der aktuellen Fassung zum Download unter dem folgenden [Link](#)

2.5. Valneva COVID-19-Impfstoff - Ende der Haltbarkeitsdauer und Widerruf der Zulassung zum 30. November 2023

Im Zentrallager des Bundes erreichen sämtliche Chargen des COVID-19 Impfstoffs des pharmazeutischen Unternehmers Valneva das Ende der Haltbarkeitsdauer. Die Zulassung wird außerdem auf Antrag des pharmazeutischen Unternehmers zum 1. Dezember 2023 widerrufen.

Eine Verwendung nach dem 30. November 2023 ist daher unzulässig.

Sofern der Impfstoff noch in Arztpraxen lagert, ist dieser mit Ablauf des Monats November fachgerecht zu entsorgen. Als Alternative stellt der Bund weiterhin COVID-19 Impfstoffe der pharmazeutischen Unternehmer BioNTech, Moderna (ausgenommen Spikevax XBB.1.5) und künftig Novavax bereit.

2.6. RSV-Prophylaxe - Nirsevimab noch keine regelhafte Kassenleistung

In Niedersachsen ist Nirsevimab aktuell noch nicht auf Kassenrezept verordnungsfähig. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat seinen bisherigen Therapiehinweis zur RSV-Prophylaxe neu gefasst. Ein G-BA Beschluss tritt vorbehaltlich der Nichtbeanstandung durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) erst am Tag nach der Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft. Bis dahin gilt die ursprüngliche Fassung der Anlage IV der Arzneimittel-Richtlinie (Therapiehinweise). Demnach ist zunächst weiterhin nur Palivizumab in den in den Therapiehinweisen des G-BA angegebenen Indikationen verordnungsfähig und derzeit als regionale Praxisbesonderheit vereinbart. Regionale Vereinbarungen in anderen Bundesländern können abweichen.

Nirsevimab kann übergangsweise und bis zum Inkrafttreten des G-BA Beschlusses ausschließlich privat verordnet und liquidiert werden.

In den entsprechenden Anwendungsgebieten können Eltern ggf. auf dem Weg der Kostenerstattung die Kosten für das Arzneimittel von der Krankenkasse erstattet bekommen.

Sobald der ändernde G-BA Beschluss veröffentlicht worden ist, werden wir erneut informieren.

Übergangsweise

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

Für das Medizinprodukt „NutriLock™“ ist zum 10. Oktober 2023 die Befristung der Verordnungsfähigkeit nach Anlage V der Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL) verlängert worden:

Produktbezeichnung	Medizinisch notwendige Fälle	Befristung der Verordnungsfähigkeit
NutriLock™	Für parenteral ernährte Patientinnen und Patienten ab dem 18. Lebensjahr als Katheter-Block-Lösung zur Instillation von venösen Gefäßkathetern zur Vorbeugung von Blutstrominfektionen. Dies gilt nicht bei Patientinnen und Patienten mit malignen Grunderkrankungen oder mit bereits vorhandenem Katheter und katheterassoziierten Blutstrominfektionen (CRBSI - catheter-related bloodstream infection) in der Vorgeschichte.	19. Juli 2027

Befristung verlängert

Die aktualisierte Anlage V finden Sie unter dem folgenden [Link](#)

3. Allgemeine Hinweise

3.1. Petition zur Rettung der ambulanten Versorgung jetzt online

Die Rahmenbedingungen für die ambulante Versorgung in Deutschland verbessern - das fordert eine Petition, die beim Deutschen Bundestag eingereicht wurde und seit dem 16. Oktober unterzeichnet werden kann. Die öffentliche Petition ist Teil der Aktionen, mit denen Ärzte und Psychotherapeuten sowie die Kassenärztlichen Vereinigungen und die KBV seit Wochen auf den drohenden Praxenkollaps aufmerksam machen und die Politik zum Handeln auffordern. Es werden mindestens 50.000 Unterschriften benötigt, um im zuständigen Ausschuss des Bundestages das Anliegen persönlich vortragen zu können. Der Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen (KVN) ruft alle Praxen auf, mitzumachen und die Unterschriftenlisten auszulegen. Weitergehende Informationen und umfangreiches Material finden Sie [hier](#)

Praxenkollaps

3.2. Disease-Management-Programm (DMP) Asthma aktualisiert

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat das DMP Asthma überarbeitet und an den aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft unter Berücksichtigung von evidenzbasierten Leitlinien angepasst.

Die wesentlichen Änderungen möchten wir Ihnen nachfolgend vorstellen:

Medikamentöse Therapie

Die medikamentöse Therapie von Patientinnen und Patienten mit Asthma bronchiale soll künftig nach einem Stufenplan bedarfsgerechter gesteuert werden. Bei Erwachsenen werden fünf Stufen unterschieden, bei Kindern und Jugendlichen sechs Stufen. Die Stufenpläne geben vor,

wie die Wirkstoffgruppen in Abhängigkeit vom Grad der Asthmakontrolle kombiniert und nach welchen Kriterien die Therapie intensiviert oder reduziert werden sollte.

Wechsel in die Erwachsenenmedizin

Bei pädiatrisch betreuten Jugendlichen sollen rechtzeitig Maßnahmen zum Wechsel in die Erwachsenenmedizin erwogen werden. Zudem soll bei Jugendlichen mit Asthma bronchiale die anstehende Berufswahl thematisiert werden, um den Teilnehmer oder die Teilnehmerin und seine oder ihre Angehörigen dafür zu sensibilisieren, dass es Berufe gibt, die weniger geeignet für Menschen mit Asthma bronchiale sind.

Asthmakontrolle

Für eine bessere Lesbarkeit wurden die Tabellen zur Asthmakontrolle für Erwachsene sowie für Kinder und Jugendliche getrennt aufgeführt. Die Kriterien für ein kontrolliertes Asthma bronchiale wurden an die Kriterien der aktualisierten Nationalen Versorgungsleitlinie (NVL) Asthma angepasst.

Bei Kindern und Jugendlichen wird jegliches Vorhandensein von Symptomen tagsüber beziehungsweise jeglicher Einsatz einer Bedarfsmedikation in einer beliebigen Woche bereits als Hinweis auf eine Verminderung der Symptomkontrolle angesehen. Dies betrifft auch den prophylaktischen Einsatz vor Sport. Entsprechend wurde für den Dokumentationsparameter 1a die Fußnote geändert und ein Hinweis für die Ausfüllanleitung aufgenommen.

Digitale medizinische Anwendungen (DimA) erstmals im DMP berücksichtigt

Der G-BA hat die App „Propeller Health“ in die Richtlinie aufgenommen. Die App kann das Selbstmanagement unterstützen, in dem sie z. B. an die Einnahme der inhalativen Medikation erinnert.

Die Änderungen am DMP Asthma sind am 1. Oktober 2023 in Kraft getreten. Sie finden sie in der überarbeiteten DMP-Anforderungen-Richtlinie auf der [Internetseite des G-BA](#)

Die KVN und die gesetzlichen Krankenkassen in Niedersachsen haben nun ein Jahr Zeit, den DMP-Vertrag Asthma an die Neuerungen anzupassen.

Über die Vertragsanpassung werden wir Sie zu gegebener Zeit informieren.

3.3. Anpassung der Onkologie-Vereinbarung zum 1. Oktober 2023

Die KBV und der GKV-Spitzenverband haben sich auf Anpassungen der Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 Bundesmantelvertrag-Ärzte) zum 1. Oktober 2023 in folgenden Punkten geeinigt:

Symptomkontrolle

- **Dauerhafte Aufnahme des ICD D59.5 (Paroxysmale nächtliche Hämoglobinurie)**
Für Patienten mit paroxysmaler nächtlicher Hämoglobinurie können ab 1. Oktober weiterhin die Kostenpauschalen der Onkologie-Vereinbarung berechnet werden. Der entsprechende ICD-Kode D59.5, der zum 1. Oktober 2021 nur zeitlich befristet auf acht Quartale aufgenommen wurde, zählt nun dauerhaft zu den Erkrankungen im Sinne der Onkologie-Vereinbarung (§1 Absatz 2).
- **Durchführung von Fallkonferenzen als Videofallkonferenz**
Weiterhin wird durch eine Ergänzung im §6 Absatz 5 klargestellt, dass die Fallbesprechungen (Tumorkonferenzen) auch im Rahmen von Videofallkonferenzen erfolgen können. Es gelten die Anforderungen gemäß Anlage 31b zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä). Zusätzlich sind durch einen neuen Absatz 5 in Anhang 2 Teil A die Voraussetzungen zur Berechnung der Gebührenordnungsposition 01450 (Zuschlag Videosprechstunde) des EBM geregelt.
- **Weitere Änderungen**
Des Weiteren werden die Fristen in §6 Absatz 7 und Anhang 1 Satz 3 (EDV-Dokumentation) erneut um ein Jahr bis zum 1. Januar 2025 verlängert.

Die angepasste Onkologie-Vereinbarung wird in Kürze auch auf der [Internetseite der KBV](#) eingestellt.

3.4. Disease-Management-Programm (DMP) Brustkrebs aktualisiert

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat das DMP Brustkrebs überarbeitet und an den aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft unter Berücksichtigung von evidenzbasierten Leitlinien angepasst. Die wesentlichen Änderungen möchten wir Ihnen nachfolgend vorstellen:

Mastektomie

Die Empfehlungen, bei welchem Befund die Brust teilweise oder komplett entfernt werden sollte und wann anschließend eine Strahlentherapie angezeigt ist, wurden angepasst. Bei einem multizentrischen Karzinom kann im Einzelfall auch eine brusterhaltende Therapie erwogen werden.

Operative Eingriffe im Achselbereich

Konkretisiert wurden die Empfehlungen zur operativen Entfernung der Lymphknoten im Achselbereich. So kann in bestimmten Konstellationen darauf verzichtet werden.

Chemotherapie

Die Empfehlungen, ob sich an die operative Entfernung des Brustkrebses noch eine Chemotherapie anschließen sollte, sind in Abhängigkeit vom Subtyp des Tumors und der individuellen Nutzen-Risikoabwägung präzisiert worden. Ergänzend zu klinisch-pathologischen Kriterien können auch Biomarker-Tests genutzt werden.

Wesentliche
Änderungen

Nachsorgeuntersuchungen

Die Intervalle der Nachsorgeuntersuchungen wurden entsprechend der Leitlinienempfehlung ausdifferenziert.

Der Zusatz „in der Regel“ ermöglicht im individuellen Fall sowohl einen kürzeren als auch einen längeren Dokumentationsabstand. Damit einhergehend wurde als neuer Dokumentationsparameter das Dokumentationsintervall „Halbjährlich oder häufiger/Jährlich“ aufgenommen.

Die Änderungen am DMP Brustkrebs sind am 1. Oktober 2023 in Kraft getreten. Sie finden sie in der überarbeiteten DMP-Anforderungen-Richtlinie auf der [Internetseite des G-BA](#)

Die KVN und die gesetzlichen Krankenkassen in Niedersachsen haben nun ein Jahr Zeit, den DMP-Vertrag Brustkrebs an die Neuerungen anzupassen. Über die Vertragsanpassung werden wir Sie zu gegebener Zeit informieren.

3.5. AOK Bremen/Bremerhaven kündigt Hausarztvertrag in Niedersachsen zum 31. Dezember 2023

Die AOK Bremen/Bremerhaven hat den mit den Hausärzteverbänden in Niedersachsen und der KVN geschlossenen Hausarztvertrag fristgemäß mit Wirkung zum 31. Dezember 2023 gekündigt.

Dies bedeutet, dass Teilnahmen und Einschreibungen nur noch bis zu dem o. a. Datum möglich sind. Die entsprechende Anwendung im KVN-Portal wird mit Ablauf der Nacherfassungsfrist zum 11. Januar 2024 geschlossen. Abrechnungen sind somit nur noch für das 4. Quartal 2023 möglich.

Die Teilnahme an dem Vertrag für Hausärzte und Versicherte wird seitens der KVN automatisch zum 31. Dezember 2023 beendet.

Anwendung wird geschlossen

3.6. Umfrage über Kinderrechte in der Medizin

Im Rahmen einer wissenschaftlichen Studie an der Fachhochschule Potsdam werden ärztliche Kolleginnen und Kollegen, die mit Kindern und Jugendlichen arbeiten, nach individuellem Wissenstand und subjektivem Trainingsbedarf betreffend Kinderrechte befragt.

Erhoben wird, mittels einer anonymen Umfrage (ca. 3 Min.) wie Sie die Relevanz der Kinderrechte und der UN-Konvention für Ihre praktische Arbeit einschätzen, und welche Wünsche und Vorstellungen Sie bezüglich dieses wichtigen Themas haben.

Die Umfrage ist [hier](#)

Fragen können an Herrn Dr. med. Can Kuseyri (can.kuseyri@fh-potsdam.de) gerichtet werden.

3.7. Anpassung der besonderen Versorgungsverträge mit der DAK, KKH und hkk zur Optimierung der Betreuung von an Diabetes erkrankten Versicherten durch Diabetologische Schwerpunktpraxen (DSP - Vereinbarungen) zum 1. Oktober 2023

Im Zuge der Vertragsänderungen des DMP DM2 Vertrages zum 1. Oktober 2023 (s. Rundbrief 146/2023) wurden nunmehr auch die DSP Verträge diesen neuen Regelungen angepasst.

Wesentliche Änderungen sind:

- Die Gruppenschulungsprogramme für Versicherte (welche nicht im DMP eingeschrieben sind) entsprechen den seit 1. Oktober 2023 geltenden Voraussetzungen der vereinbarten strukturierten Behandlungsprogramme (DMP) Diabetes Mellitus Typ 1 und Typ 2
- „Das strukturierte Hypertonie- Behandlungs- und Schulungsprogramm (HBSP) - GOP 99412“. Entfällt und ist nicht mehr abrechenbar.
- Die Vergütungen der Schulungsprogramme werden um 1,00 Euro je Unterrichtseinheit erhöht
- Zusätzliche Aufnahme eines Zuschlags in Höhe von 10 Prozent auf die letzte Schulungseinheit bei der Hypertonieschulung und der HyPOS-Schulung, wenn alle Schulungen durchgeführt wurden.
- Im Rahmen der Behandlung des diabetischen Fußes wird die Vergütung für die Erstversorgung um 0,50 Euro und die Wundkontrolle/-versorgung um 1,00 Euro erhöht

Wesentliche
Änderungen

Die Vertragsunterlagen finden Sie im KVN-Portal unter „Verträge“ > Suchbegriff „DSP“

3.8. Stereotaktische Radiochirurgie

Der Bewertungsausschuss hat die Vergütung der stereotaktischen Radiochirurgie (SRS) zur Behandlung von interventionsbedürftigen Vestibularisschwannomen sowie von Hirnmetastasen zum 1. Oktober 2023 festgelegt. Diese Leistungen können sowohl von Fachärzten für Strahlentherapie als auch von Fachärzten für Neurochirurgie erbracht werden.

Die Abrechnung setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung voraus. Momentan ist ein Antragsverfahren noch nicht möglich, da die Grundlage in Form der Qualitätssicherungsvereinbarung noch nicht in Kraft getreten ist.

Die Stereotaktische Radiochirurgie zur Behandlung von interventionsbedürftigen Vestibularschwannomen ist ferner in der Richtlinie „Methoden vertragsärztlicher Versorgung“ verankert.

Gemäß Nr. 40 §3 Abs. 4 der Richtlinie darf die Leistung nur mit folgenden Bestrahlungsgeräten durchgeführt werden:

- dedizierte Linearbeschleuniger zur Durchführung von SRS
- stereotaxie-adaptierte Linearbeschleuniger
- dedizierte Bestrahlungsgeräte mit Kolat-60-Gamma-Strahlungsquellen zur Durchführung von SRS

Nach aktuellem Stand ist es für Strahlentherapeuten jedoch möglich, diese Leistungen ohne (Geräte)-Nachweis abzurechnen.

Sobald die Vereinbarung in Kraft tritt, wird eine Überprüfung der Geräte durch die Kassenärztliche Vereinigung erfolgen. In welcher Form der Nachweis erbracht werden muss (Technischer Datenbogen, Sachverständigenprüfbericht), ist derzeit noch offen.

Für Neurochirurgen ist neben dem Nachweis der apparativen Voraussetzungen zudem gemäß Nr. 40 §3 Abs. 3 Satz 2 erforderlich, die fachliche Befähigung für die Erbringung der Leistung über ein Kolloquium bei der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung nachzuweisen. Ein Antrag kann derzeit formlos erfolgen.

Weitere Informationen folgen, sobald die Qualitätssicherungsvereinbarung in Kraft getreten ist.

Bei Rückfragen steht Ihnen Frau Dombrowsky (Telefon: 0511 380-3637 oder E-Mail: sandra.henning@kvn.de) gerne zur Verfügung.

3.9. Wie stehen ambulant tätige Ärztinnen und Ärzte zum Einsatz von Digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGA)?

Dieser Frage möchte die TU Dresden, Studiengang Public Health/ Gesundheitswissenschaften, in Zusammenarbeit mit dem Wissenschaftlichen Institut für Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung (WIG2) in Leipzig mit einer Online-Umfrage auf den Grund gehen. Ziel dieser Befragung ist es, mehr über das Wissen, die Einstellungen, etwaige Barrieren sowie die Verschreibungspraxis in der ärztlichen DiGA-Versorgung zu erfahren. Um ein präzises Bild des aktuellen Stands zu erhalten, bedarf es einer möglichst großen Anzahl an Teilnehmenden. Sie ist selbstverständlich anonym sowie freiwillig, kann jederzeit abgebrochen werden und folgt keinem kommerziellen Interesse. Daten werden ausschließlich für wissenschaftliche Zwecke genutzt und unbefugte Dritte erhalten keinen Einblick. Die gespeicherten Daten werden nach einer Frist von zwölf Monaten vernichtet.

Bitte unterstützen Sie dieses Forschungsprojekt als ambulant tätige Ärztin oder Arzt. Die Umfrage dauert lediglich zehn Minuten, erfolgt anonym und auf freiwilliger Basis.

- [Hier geht es zur Umfrage](#)

Online-Umfrage

4. Veranstaltungen im Dezember 2023 und Januar 2024

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

Name	Ort	Datum	Gebühr p. P.
Qualitätsmanagement für Fortgeschrittene	WebSeminar	02.Dez	69 Euro
eRezept Rollout - Infoveranstaltung	Aurich	06.Dez	kostenlos
Praxisorganisation und Praxisführung	WebSeminar	06.Dez	69 Euro
Führungskunst Refresher-Kurs	Hannover	06.Dez	140 Euro
eRezept Rollout - Infoveranstaltung	WebSeminar	07.Dez	kostenlos
Warum bin ich, wie ich bin? Seminar zur Persönlichkeitsentwicklung	Hannover	09.Dez	145 Euro
Diabetes und Verhalten - Ein patientenzentriertes Schulungsprogramm für Menschen mit Typ 2-Diabetes, die Insulin spritzen	Hannover	09.Dez	204 Euro
eRezept Rollout - Infoveranstaltung	WebSeminar	13.Dez	kostenlos
Strukturierte Geriatrische Schulung (SGS)	Hannover	16.Dez	135 Euro
Moderne Wundversorgung	WebSeminar	10.Jan	kostenlos
Freude mit Formularen	Hannover	19.Jan	190 Euro
QEP®-Einführungsseminar	WebSeminar	20.Jan	208 Euro
Impfen	WebSeminar	24.Jan	kostenlos
Sprechstundenbedarf	WebSeminar	24.Jan	kostenlos
Die Gesundheit von Praxismitarbeitern erhalten und schützen	Hannover	31.Jan	kostenlos
Schutzimpfungen und Sprechstundenbedarf (SSB)	Lüneburg	31.Jan	kostenlos

5. Anlagenverzeichnis

5.1. Sammelerklärung



KVN

Kassenärztliche Vereinigung
Niedersachsen

Informationen für die Praxis

KVN-Rundschreiben

Oktober 2023

Inhaltsverzeichnis

1. Abrechnung	3
1.1. Weitere digitale Gesundheitsanwendungen dauerhaft ins DiGA-Verzeichnis aufgenommen - keine zusätzliche Vergütung	3
1.2. Beschluss zur stereotaktischen Radiochirurgie im BA 3	
2. Verordnungen	4
2.1. Sprechstundenbedarf - Import von Miochol E bis 31. Dezember 2023 zulässig	4
2.2. Das „Wiederholungsrezept“ aus medizinischer Sicht .	5
2.3. COVID-19-Impfungen - Bezugsweg Corona-Impfstoffe	6
2.4. Sprechstundenbedarf ab sofort keine Verordnung mehr von Gluko75 Saft von Medicalfox	6
2.5. Änderung der Anlage II (Lifestyle-Arzneimittel) der Arzneimittel-Richtlinie: Ergänzung und Aktualisierung	7
2.6. Änderung der Anlage V (Übersicht der verordnungsfähigen Medizinprodukte) -Ampuwa® Spüllösung	7
2.7. Anlage Va (Verbandmittel und sonstige Produkte zur Wundbehandlung) - Verordnungsfähigkeit nicht formstabiler Zubereitungen.....	8
2.8. Änderung der Anlage V (verordnungsfähige Medizinprodukte) der Arzneimittel-Richtlinie - Verlängerung der Befristung	9
2.9. Ins DiGA-Verzeichnis des BfArM dauerhaft aufgenommene Digitale Gesundheitsanwendungen ...	9
3. Allgemeine Hinweise	10
3.1. Aktion #PraxenKollaps - weitere Aktionen geplant. Mithilfe der Ärzteschaft gewünscht.....	10
3.2. Neues Vordruckmuster 62A/B/C für die Verordnung außerklinischer Intensivpflege ab 31. Oktober 2023 ..	11
3.3. Umsetzung der STIKO-Empfehlung zum Einsatz von Pneumokokken-Konjugatimpfstoffen bei Säuglingen Kleinkindern und Jugendlichen in der Schutzimpfungs-Richtlinie (SI-RL)	13

3.4.	Übernahme der aktuellen STIKO-Empfehlungen zur COVID-19-Impfung in die Schutzimpfungs-Richtlinie (SI-RL).....	13
3.5.	Außerklinische Intensivpflege (AKI).....	15
3.6.	Fortbildungsangebot: Kleine Veranstaltungsreihe Polymedikation	17
3.7.	Techniker Krankenkasse (TK) - Früherkennung U10, U11, J2: Vergütung steigt	17
3.8.	AOK Niedersachsen: „Amblyopie-Screening“ bei Kleinkindern endet am 31. Dezember 2023	17
3.9.	Neufassung des DMP-Vertrages Diabetes mellitus Typ 2 mit Wirkung ab 1. Oktober 2023	18
3.10.	Hausarztzentrierte Versorgung AOK Niedersachsen und AOK Bremen/Bremerhaven: „Grünlückmodul“ nur noch im 4. Quartal 2023 vergütungsrelevant	18
3.11.	Jährliche Hautkrebsvorsorge - Versorgungsvertrag BKK Landesverband Mitte endet	19
3.12.	BKK-Versorgungsvertrag „ADHS“ endet	19
3.13.	Besondere Versorgung zur Behandlung von Gestationsdiabetes und sonstiger Diabetesformen durch Diabetologische Schwerpunktpraxen (GDM-DM3-Vertrag):.....	20
4.	Veranstaltungen im November und Dezember 2023... 21	

1. Abrechnung

1.1. Weitere digitale Gesundheitsanwendungen dauerhaft ins DiGA-Verzeichnis aufgenommen - keine zusätzliche Vergütung

Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) hat drei weitere digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) dauerhaft in das DiGA-Verzeichnis (gemäß §139e SGB V) aufgenommen: „Selfapys Online-Kurs bei Binge-Eating-Störung“, „Selfapys Online-Kurs bei Bulimia nervosa“ und „HelloBetter ratiopharm chronischer Schmerz“. Da das BfArM für diese drei DiGA keine erforderlichen ärztlichen Tätigkeiten bestimmt hat, haben KBV und GKV-Spitzenverband im Bewertungsausschuss entschieden, dass dafür keine gesonderten Leistungen in den EBM aufgenommen werden.

Die Versorgung mit den DiGA „Selfapys Online-Kurs bei Binge-Eating-Störung“, „Selfapys Online-Kurs bei Bulimia nervosa“ und „HelloBetter ratiopharm chronischer Schmerz“ sind Bestandteil des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung und Bestandteil der berechnungsfähigen Gebührenordnungspositionen des EBM. Es besteht kein Anspruch auf Kostenerstattung (gemäß §87 Abs. 5c Satz 4 SGB V).

1.2. Beschluss zur stereotaktischen Radiochirurgie im BA

Stereotaktische Radiochirurgie: Vergütung ab Oktober 2023 im EBM

Der Bewertungsausschuss hat die Vergütung der stereotaktischen Radiochirurgie (SRS) zur Behandlung von interventionsbedürftigen Vestibularisschwannomen sowie von Hirnmetastasen festgelegt.

Demnach werden zwei neue Bestrahlungsleistungen in den Abschnitt 25.3.2 EBM sowie eine neue Gebührenordnungsposition (GOP) für die Bestrahlungsplanung in den Abschnitt 25.3.4 EBM aufgenommen. Die GOP 25322 ist für das erste Zielvolumen der Bestrahlung berechnungsfähig, für jedes weitere Zielvolumen kann die GOP 25323 berechnet werden. Jede Metastase beziehungsweise jedes Vestibularisschwannom stellt dabei grundsätzlich ein eigenes Zielvolumen dar.

Die neuen Leistungen:

- GOP 25322, einzeitige stereotaktische Radiochirurgie: für das erste Zielvolumen, einmal im Krankheitsfall: 10.894 Punkte. Die GOP ist sowohl für die Bestrahlung mittels Linearbeschleuniger als auch mittels Kobalt-60-Gamma-Strahlungsquellen berechnungsfähig. Die radiochirurgische Behandlung von Lokalrezidiven innerhalb desselben Krankheitsfalls ist fakultativ enthalten. Bei Auftreten neuer Hirnmetastasen oder interventionsbedürftiger Vestibularisschwannome ist die GOP erneut für das erste Zielvolumen im Krankheitsfall berechnungsfähig.
- GOP 25323, Zuschlag zur GOP 25322 für die SRS von mehr als einem Zielvolumen: je weiterem Zielvolumen: 2.723 Punkte.

- GOP 25348, Bestrahlungsplanung IV für die SRS: einmal im Krankheitsfall: 31.773 Punkte. Analog zur GOP 25322 ist die Bestrahlungsplanung für die radiochirurgische Behandlung von Lokalrezidiven innerhalb desselben Krankheitsfalls fakultativ enthalten. Ebenso ist die GOP bei Auftreten neuer Hirnmetastasen oder interventionsbedürftiger Vestibularisschwannome erneut im Krankheitsfall berechnungsfähig.

Details zur Vergütung

Alle drei neuen Leistungen sind auch bei einer Verteilung der Strahlendosis im Rahmen der SRS auf bis zu fünf Sitzungen berechnungsfähig. Dieses mehrzeitige Vorgehen war nicht Teil der Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) und setzt eine ausführliche Begründung der medizinischen Notwendigkeit im Einzelfall voraus.

Die neuen GOP 25322, 25323 und 25348 werden außerdem in die Präambel des Abschnitts 16.1 aufgenommen und sind demnach nicht nur für Strahlentherapeuten, sondern auch für Neurochirurgen berechnungsfähig.

Hintergrund: Der G-BA hatte am 21. Juli 2022 und am 20. Oktober 2022 die Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung angepasst und die SRS zur Behandlung von interventionsbedürftigen Vestibularisschwannomen sowie zur Behandlung von Hirnmetastasen als neue Nummern 40. beziehungsweise 41. in die Anlage I „Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden“ aufgenommen. Die Beschlüsse sind am 25. November 2022 sowie am 14. Januar 2023 in Kraft getreten.

Hinweise zur Veröffentlichung

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

Hintergrund

2. Verordnungen

2.1. Sprechstundenbedarf - Import von Miochol E bis 31. Dezember 2023 zulässig

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. Dezember 2023 zu erlauben. Ab dem 1. Januar 2024 soll das Mittel nach Aussagen des Herstellers dann wieder wie gewohnt in Deutschland verfügbar sein, so dass ein Import dann nicht mehr notwendig sein wird.

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

2.2. Das „Wiederholungsrezept“ aus medizinischer Sicht

Anlässlich einiger Anfragen zur praktischen Umsetzung im Verordnungsalltag möchten wir ergänzend auf wichtige Aspekte hinweisen, die vor der Nutzung der Funktion „Mehrfachverordnung“ zur Ausstellung von sogenannten Wiederholungsrezepten beim eRezept zu bedenken sind.

„Für Versicherte, die eine kontinuierliche Versorgung mit einem bestimmten Arzneimittel benötigen, können Vertragsärzte Verordnungen ausstellen, nach denen eine nach der Erstabgabe bis zu dreimal sich wiederholende Abgabe erlaubt ist.“ §31 (1b) Satz 1 SGB V ist seit April 2023 technisch umgesetzt. (vgl. KVN-Rundschreiben Juli 2023)

Der technischen Möglichkeit stehen jedoch gesetzliche Regelungen und medizinische Überlegungen gegenüber:

Gesetzliche Bestimmung (vgl. §15 Abs. 2 BMV-Ä und §8 Abs. 2 AM-RL)

- Eine Verordnung von Arzneimitteln ist - von begründeten Ausnahmefällen abgesehen - nur zulässig, wenn sich der behandelnde Arzt persönlich von dem Zustand des Versicherten überzeugt hat oder wenn ihm der Zustand aus der laufenden Behandlung bekannt ist. Diese Vorgabe aus dem Bundesmantelvertrag und der Arzneimittel-Richtlinie ist auch für Wiederholungsrezepte maßgebend.

Persönlich vom
Zustand überzeugt

Medizinisch-therapeutische Aspekte

- Therapieverläufe sind nicht immer langfristig vorhersehbar. So verändern sich beim Patienten möglicherweise im Verlauf die Stoffwechsellage, das Ansprechen auf die Medikation oder Parameter wie das Körpergewicht, so dass ggf. die Dosierung anzupassen, ein Arzneimittel abzusetzen wäre oder ein Wechsel auf ein anderes Arzneimittel notwendig werden könnte.
- Falls entsprechende Vorgaben in der Fachinformation eines Arzneimittels gemacht werden, müssen ggf. regelmäßige Kontrollen von Labor- oder sonstigen dort benannten Parametern erfolgen. Im Falle von Prüfanträgen der Krankenkassen ist im Übrigen ein Nachweis dieser Kontrollen erforderlich.
- Bei zahlreichen Medikamenten sind gemäß Fachinformation Vorgaben zur Patientensicherheit bzw. der qualitätsgesicherten Anwendung zu beachten, die ein kontinuierliches Monitoring und den regelmäßigen, persönlichen Arzt-Patientenkontakt erfordern.

Wiederholungsrezepte im Sinne von einfachen Folgeverordnungen ohne erneuten persönlichen Arzt-Patienten Kontakt (EBM 01430) sind

gleichermaßen vor diesem Hintergrund zu betrachten. Für Versicherte erscheinen eRezepte mit Wiederholungsfunktion vordergründig attraktiv, weil sie mit geringem Aufwand für den Patienten verbunden sind. Versicherte haben darauf allerdings keinen gesetzlichen Anspruch.

Kein gesetzlicher Anspruch

Ob für einen Patienten unter Beachtung der o. g. Aspekte eine Mehrfachverordnung oder ein Folgerezept ausgestellt werden kann, ist immer in persönlicher, ärztlicher Verantwortung im patientenindividuellen Einzelfall zu entscheiden.

Patientenindividueller Einzelfall

2.3. COVID-19-Impfungen - Bezugsweg Corona-Impfstoffe

Mit der Zulassung weiterer angepasster Corona-Impfstoffe erweitert sich die Auswahl an möglichen Impfstoffen gegen das SARS-CoV-2-Virus.

Für die wirtschaftliche Verordnung gemäß Sprechstundenbedarfsvereinbarung in Niedersachsen, sind jedoch bis mindestens 31. Dezember 2023 ausschließlich die Impfstoffe zu bestellen, welche zentral über den Kostenträger BAS laufen und daher kostenfrei zur Verfügung stehen (vgl. KVN-Rundbrief Juli 2023).

Das BMG hat auf Nachfrage hin mitgeteilt, dass der Bund auch weiterhin keine Regressansprüche stellen wird, wenn COVID-19-Impfstoffdosen trotz bedarfsgerechter Bestellung und sorgfältiger Terminplanung verfallen oder nicht verwendet werden konnten.

Auch wenn möglicherweise die Verfügbarkeit von alternativen Einzeldosen über die Regelversorgung vordergründig wirtschaftlicher erscheint, kann im Hinblick auf das Wirtschaftlichkeitsgebot ein Regressrisiko für Praxen nicht ausgeschlossen werden.

Eine Information der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) finden Sie [hier](#)

Ob alternative Impfstoffe parallel zur zentralen Beschaffung über die Regelversorgung angeboten und von den gesetzlichen Krankenkassen erstattet werden, ist noch nicht geklärt.

2.4. Sprechstundenbedarf ab sofort keine Verordnung mehr von Gluko75 Saft von Medicalfox

Die Verbände der gesetzlichen Krankenkassen überprüfen gemeinsam mit der KVN in regelmäßigen Abständen die Verordnungsfähigkeit von einzelnen Präparaten zu Lasten des Sprechstundenbedarfs. Konkret fand gerade eine Überprüfung des Präparats Gluko75 Saft von der Firma Medicalfox statt, dass nur über eine Zulassung als Lebensmittel verfügt.

Aufgrund der seinerzeit schwierigen Versorgungslage nach Marktrücknahme des einzig zugelassenen Arzneimittels AccuChek oGT wurde bislang der Gluko 75 Saft zur Aufrechterhaltung der Versorgung akzeptiert. Da es mittlerweile wieder zwei Fertigpräparate mit einer

Arzneimittelzulassung als oralen Glukose-Toleranz-Test (oGTT) gibt, wird man sich bei den zulässigen Mitteln wieder auf diese mit arzneimittelrechtlicher Zulassung beschränken.

Konkret bedeutet dies, dass ab sofort neben den Glukosepulvern - die am wirtschaftlichsten sind - nur noch die Mittel GLUKOSETEST oGTT von Infektopharm und der GLUCOSE-Toleranztest von Medphano zu Lasten des Sprechstundenbedarfs verordnet werden können.

Die Krankenkassen werden künftige Verordnungen von Gluko 75 Saft entsprechend regressieren.

2.5. Änderung der Anlage II (Lifestyle-Arzneimittel) der Arzneimittel-Richtlinie: Ergänzung und Aktualisierung

Die in der Anlage II aufgeführten Wirkstoffe bzw. Fertigarzneimittel sind in den genannten Indikationen nicht zu Lasten der GKV verordnungsfähig. Mit Wirkung zum 18. August 2023 wurde die Anlage II der Arzneimittel-Richtlinie angepasst. Die Änderungen sind kursiv hinterlegt. Sie finden Sie [hier](#)

Die vollständige Anlage II finden Sie [hier](#)

2.6. Änderung der Anlage V (Übersicht der verordnungsfähigen Medizinprodukte) -Ampuwa® Spüllösung

Die Verordnungsfähigkeit von Ampuwa® Spüllösung besteht nur noch für Plastikschraubflaschen und nicht mehr für die Container. Mit Wirkung zum 17. August 2023 hat der G-BA das unten genannte Medizinprodukt konkretisiert, die Änderung ist in Kursiv hinterlegt:

Nur noch für
Plastikschraubflaschen

Produktbezeichnung	Medizinisch notwendige Fälle	Befristung der Verordnungsfähigkeit
Ampuwa® Spüllösung	<p>- Zur Anfeuchtung von Tamponaden und Verbänden (gilt nur für das Behältnis: Plastikschraubflasche),</p> <p>- Zur Atemluftbefeuchtung nur zur Anwendung in geschlossenen Systemen in medizinisch notwendigen Fällen;</p> <p>jeweils in einer Menge, die ausschließlich für die einmalige Anwendung geeignet ist.</p>	26. Mai 2024

Aufgrund einer Änderungsmitteilung des Herstellers ist der Gemeinsame Bundesausschuss darauf aufmerksam geworden, dass sich die Zweckbestimmung „Zur Anfeuchtung von Tamponaden und Verbänden“ für das Behältnis Container geändert hat.

Der G-BA hat daher entschieden die Verordnungsfähigkeit des Medizinproduktes anzupassen, so dass sie dem Umfang der aktuellen Zweckbestimmung entspricht.

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

2.7. Anlage Va (Verbandmittel und sonstige Produkte zur Wundbehandlung) - Verordnungsfähigkeit nicht formstabiler Zubereitungen

Der G-BA hat die nicht verordnungsfähigen Produkte zur Wundbehandlung mit dem jüngsten Beschluss durch die Beschreibung ihrer Eigenschaften konkretisiert. Mit Wirkung zum 7. September 2023 werden mit dem Einfügen eines Inhalts in die Tabelle in Teil 3 der Anlage Va der Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL) die drei Produktgruppen vervollständigt.

Eine Übersicht der Produktgruppen mit den Hinweisen zur Verordnungsfähigkeit finden Sie [hier](#)

Mit der Einfügung des Inhaltes in die Tabelle des Teil 3 der Anlage Va der Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL) „sonstige Produkte zur Wundbehandlung“, die nicht verordnungsfähig sind, hatte der G-BA eine Abgrenzung zu den unmittelbar verordnungsfähigen Verbandmitteln vorgenommen.

Die Tabelle „sonstige Produkte zur Wundbehandlung“, aus dem Teil 3 der Anlage Va finden Sie [hier](#)

Im Beschluss wird darüber hinaus der Hinweis hinterlegt, dass folgende Sätze in den Teil 3 der Anlage Va eingefügt worden sind:

„Darüber hinaus können auch weitere Produkte als sonstige Produkte zur Wundbehandlung anzusehen sein, die nicht zu einer der nachfolgend aufgeführten Produktgruppen gehören oder die Eigenschaften einer solchen aufweisen. Die Zusammenstellung ist insofern nicht abschließend.“

Eine Übergangsphase, bis zu deren Ende sonstige Produkte auch ohne Aufnahme in die Anlage V der AM-RL noch verordnungsfähig sein können, endet am 2. Dezember 2024. Voraussetzung ist, dass es sich um Produkte handelt, die bereits vor dem 2. Dezember 2020 zu Lasten der GKV verordnungsfähig waren.

Die Anlage Va und weiterführende Informationen zu Verbandmitteln finden Sie [hier](#)

Die Anlage V (verordnungsfähige Medizinprodukte) finden Sie [hier](#)

Sonstige Produkte zur Wundbehandlung

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

Mit Wirkung zum 6. September 2023 verlängert sich die Befristung der Verordnungsfähigkeit des Medizinprodukts Macrogol TAD® nach Anlage V der Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL):

Produktbezeichnung	Medizinisch notwendige Fälle	Befristung der Verordnungsfähigkeit
Macrogol TAD®	<p>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.</p> <p>Für Jugendliche mit Entwicklungsstörungen im Alter von 12 Jahren bis zum vollendeten 18. Lebensjahr zur Behandlung der Obstipation.</p>	26. Mai 2024

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

2.9. 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
Hello Better ratiopharm chronischer Schmerz	<ul style="list-style-type: none"> F45.40 Anhaltende somatoforme Schmerzstörung F45.41 Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren M79.7 Fibromyalgie
Mawendo	<ul style="list-style-type: none"> M22 Krankheiten der Patella
NichtraucherHelden-App	<ul style="list-style-type: none"> F17.2 Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak: Abhängigkeitssyndrom
Oviva Direkt für Adipositas	<ul style="list-style-type: none"> E66.00 Adipositas durch übermäßige Kalorienzufuhr: Adipositas Grad I (WHO) bei Patienten von 18 Jahren und älter

Dauerhaft aufgenommen:

	<ul style="list-style-type: none"> E66.01 Adipositas durch übermäßige Kalorienzufuhr: Adipositas Grad II (WHO) bei Patienten von 18 Jahren und älter
Selfapys Online-Kurs bei Binge-Eating-Störung	<ul style="list-style-type: none"> F50.4 Essattacken bei anderen psychischen Störungen F50.8 Sonstige Essstörungen F50.9 Essstörung, nicht näher bezeichnet
Selfapys Online-Kurs bei Bulimia Nervosa	<ul style="list-style-type: none"> F50.2 Bulimia nervosa F50.3 Atypische Bulimia nervosa

Die Verordnung der DiGAs erfolgt auf Muster 16. Bitte beachten Sie, dass die Gebührenordnungsposition (GOP) 01470 für die Erstverordnung einer DiGA seit dem 1. Januar 2023 nicht mehr berechnungsfähig ist.

Nicht mehr
berechnungsfähig

Allgemeine Informationen zum Thema „digitale Gesundheitsanwendungen“ finden Sie [hier](#)

Zugriff auf das DiGA-Verzeichnis des BfArM mit weiterführenden Informationen zu den jeweiligen Gesundheitsanwendungen finden Sie [hier](#)

3. Allgemeine Hinweise

3.1. Aktion #PraxenKollaps - weitere Aktionen geplant. Mithilfe der Ärzteschaft gewünscht

Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach hat den Forderungskatalog der deutschen Ärzteschaft an die Politik weitgehend unbeachtet gelassen. Jetzt ist es erforderlich, der Politik weiterhin deutlich zu machen, dass die Lage in den Praxen sehr schwierig ist. Die Kommunikationsabteilung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung hat daher eine Reihe von Maßnahmen entwickelt, für die wir die Unterstützung in den Praxen benötigen.

Um in Ihren Praxen auf die Aktion aufmerksam machen zu können, hat die KBV ein Praxisplakat vorbereitet. Das Plakat steht **online bereit** und kann ausgedruckt werden. Die KBV stellt darüber hinaus einige gedruckte Exemplare bereit, die Praxen **online bestellen**.

Über einen im Plakat abgedruckten QR-Code wird man beim Scannen direkt auf die Internetseite zum Thema "PraxenKollaps" geführt (<https://www.praxenkollaps.info/>). Dort ist jetzt die Funktion „Aktiv werden“ installiert. Damit können Patientinnen und Patienten Bundestagsabgeordnete - suchbar über Namen, Postleitzahl oder Wahlkreis - auf einfachste Weise anschreiben, um auf den Missstand in den Praxen hinzuweisen. Über einen Button kann man eine von der KBV hinterlegte

Mustermail aufrufen, die aus Sicht von Patientinnen und Patienten formuliert ist. Die Patienten können aber auch einen eigenen Text formulieren und direkt versenden. Bitte machen Sie auch im persönlichen Gespräch Ihre Patientinnen und Patienten auf diese Möglichkeit aufmerksam. Gerne können auch Ihre Praxisseiten auf <https://www.praxenkollaps.info/> verlinken.

Darüber hinaus startet ab dem 16. Oktober 2023 eine Bundestagspetition, die das Forderungspapier der Ärzteschaft vom 18. August zur Grundlage haben wird. Zur Annahme ist ein Quorum von 50.000 Unterschriften erforderlich, die innerhalb einer Zeichnungsfrist von vier Wochen zusammenkommen müssen. Entsprechende Unterschriftenlisten wird die KBV den Praxen zur Verfügung stellen. Auch bei dieser Aktion ist die Unterstützung durch die Praxen und durch die Patienten und Patientinnen gefragt.

Es findet zudem im Oktober und November sechs Wochen lang eine Befragung der Praxen durch das Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung statt. Bitte beteiligen Sie sich auch an diesen Aktionen.

16. Oktober:
Bundestagspetition

3.2. Neues Vordruckmuster 62A/B/C für die Verordnung außerklinischer Intensivpflege ab 31. Oktober 2023

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hatte im November 2021 eine Richtlinie zur außerklinischen Intensivpflege verabschiedet, die ab 1. Januar 2023 in Kraft getreten ist. Im Rahmen einer Übergangsregelung können Verordnungen von Leistungen zur außerklinischen Intensivpflege bis zum 30. Oktober 2023 nach der Richtlinie zur häuslichen Krankenpflege auf dem Vordruckmuster 12 erfolgen. Ab 31. Oktober 2023 sind Verordnungen von Leistungen zur außerklinischen Intensivpflege nur noch über das neue Vordruckmuster 62A/B/C möglich. Wir möchten Ihnen heute das neue Vordruckmuster 62A/B/C vorstellen.

Teil 62A: Ergebnis der Erhebung des Beatmungsentwöhnungs- bzw. Dekanülierungspotenzials gemäß Außerklinische Intensivpflege-Richtlinie (AKI-RL)

- Die Maßnahmen zur Prüfung des Potenzials und die Ergebnisse der Erhebung erfolgen auf dem Vordruckmuster 62 Teil A.
- Das Muster 62A besteht aus einem dreiseitigen Formularsatz für Krankenkasse, verordnende/n Ärztin/Arzt und potenzialerhebende/n Ärztin/Arzt.

Teil 62B: Verordnung außerklinischer Intensivpflege

- In der Verordnung außerklinischer Intensivpflege sind die verordnungsrelevanten Diagnosen anzugeben und wichtige Informationen zum klinischen Status sowie zum erforderlichen Leistungsumfang. Die Verordnung beinhaltet insbesondere die Angaben, die die Krankenkasse zur Leistungsentscheidung

benötigt. Unterschiede gibt es bezüglich der Verordnungsdauer von Erst- und Folgeverordnungen.

- **Erstverordnung:** Die Erstverordnung durch eine/n Vertragsärztin/Vertragsarzt soll einen Zeitraum von bis zu fünf Wochen nicht überschreiten. In der Regel erfolgt die Erstverordnung der außerklinischen Intensivpflege im Entlassmanagement. Hier ist die Erstverordnung für längstens sieben Tage auszustellen.
- **Folgeverordnung:** Folgeverordnungen können grundsätzlich für einen Zeitraum von bis zu sechs Monaten ausgestellt werden. Für beatmete oder trachealkanülierte Versicherte, für die keine Aussicht auf nachhaltige Besserung der zu Grunde liegenden Funktionsstörung besteht und für die eine Dekanülierung oder Entwöhnung dauerhaft nicht möglich ist, können Folgeverordnungen auch für bis zu zwölf Monate erfolgen.
- Die Rückseite der Verordnung beinhaltet den Antrag des Versicherten und Felder für die Angaben des Pflegedienstes.
- Das Muster 62B besteht aus einem dreiseitigen Formularsatz für Krankenkasse, Pflegedienst und verordnende/n Ärztin/Arzt.

Erstverordnung

Folgeverordnung

Teil 62C: Behandlungsplan

- Der Behandlungsplan wird der Verordnung beigelegt und enthält spezifische Angaben und konkretisierende Hinweise zu den vereinbarten Maßnahmen für den Pflegedienst.
- Der Behandlungsplan wird von der verordnenden Vertragsärztin/dem verordnenden Vertragsarzt erstellt, gegebenenfalls unter Mitwirkung der Ärztinnen/Ärzte, die die Potenzialerhebung durchgeführt haben.
- Der Behandlungsplan beinhaltet die Maßnahmen der außerklinischen Intensivpflege, die durch den Pflegedienst zu erbringen sind.
- Alle weiteren im zeitlichen Zusammenhang mit der außerklinischen Intensivpflege anfallenden erforderlichen behandlungspflegerischen Maßnahmen nach der Anlage zur Häuslichen Krankenpflege-Richtlinie sind Teil der außerklinischen Intensivpflege und sind ebenfalls auf dem Behandlungsplan anzugeben. Eine separate Verordnung im Rahmen der Häuslichen Krankenpflege auf Vordruck 12 ist nicht möglich.
- Der Behandlungsplan ist bei Änderungen (zum Beispiel des Bedarfs, des klinischen Status, der relevanten Kontextfaktoren) von der verordnenden Ärztin/dem verordnenden Arzt zu aktualisieren. Sofern sich daraus Änderungen an Inhalt und Umfang der Leistungen der außerklinischen Intensivpflege ergeben, ist der Behandlungsplan von der verordnenden Ärztin/dem verordnenden Arzt erneut der Krankenkasse vorzulegen.
- Das Muster 62C besteht aus einem dreiseitigen Formularsatz für Krankenkasse, Pflegedienst und verordnende/n Ärztin/Arzt.

Alle drei Teile des Vordrucks erhält der Versicherte, der die außerklinische Intensivpflege bei seiner Krankenkasse beantragen muss.

Hinweise zum korrekten Ausfüllen des neuen Vordrucks finden Sie in den Vordruckerläuterungen zum Vordruck 62A/B/C auf der **Seite der KBV**

Bestellungen für das neue Muster 62A/B/C können ab sofort beim Paul Albrechts Verlag aufgegeben werden. Die neuen Formulare werden auch in den Praxisverwaltungssystemen hinterlegt sein.

3.3. Umsetzung der STIKO-Empfehlung zum Einsatz von Pneumokokken-Konjugatimpfstoffen bei Säuglingen Kleinkindern und Jugendlichen in der Schutzimpfungs-Richtlinie (SI-RL)

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat die im Epidemiologischen Bulletin 21/2023 veröffentlichten STIKO-Empfehlung zum Einsatz von Pneumokokken-Konjugatimpfstoffen bei Säuglingen Kleinkindern und Jugendlichen in die Schutzimpfungs-Richtlinie (SI-RL) übernommen. Danach wird im Säuglingsalter auch weiterhin kein bestimmter Pneumokokken-Konjugatimpfstoff empfohlen.

Für die Pneumokokken-Indikationsimpfung von Kindern und Jugendlichen ab dem Alter von zwei Jahren wird neben dem 13-valenten Konjugatimpfstoff jetzt auch der 15-valente Konjugatimpfstoff konkret empfohlen.

Der Beschluss ist am 14. September 2023 in Kraft getreten.

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

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat die Übernahme des im Epidemiologischen Bulletin 21/2023 veröffentlichten Beschlusses der STIKO in die Schutzimpfungs-Richtlinie (SI-RL) mit folgenden Inhalten beschlossen.

Standardimpfung

- Alle Personen ab 18 Jahren sollen über eine Basisimmunität gegen SARS-CoV-2 verfügen. Eine Basisimmunität wird durch mindestens zwei Impfungen und einem weiteren Antigenkontakt (Impfung oder Infektion) erreicht. Die Impfung soll mit einem für die Grundimmunisierung oder Auffrischungsimpfung zugelassenen und von der STIKO empfohlenen COVID-19-Impfstoff erfolgen, bis die Anzahl der für die Basisimmunität erforderlichen mindestens 3 SARS-CoV-2-Antigenkontakte erreicht ist. Schwangere jeden Alters sollen fehlende Impfstoffdosen erst ab dem 2. Trimenon erhalten.

Basisimmunität

Auffrischungsimpfungen

- für Personen ab einem Alter von 60 Jahren mit einem Varianten-adaptierten mRNA-Impfstoff in der Regel in einem Abstand von mindestens zwölf Monaten zur letzten bekannten SARS-CoV-2-Antigenexposition (Impfung oder Infektion); vorzugsweise im Herbst

Indikationsimpfungen

- für Personen ≥ 6 Monate mit erhöhter gesundheitlicher Gefährdung für einen schweren COVID-19-Verlauf infolge einer Grunderkrankung, wie z. B.:
 - Chronische Erkrankungen der Atmungsorgane (COPD)
 - Chronische Herz-Kreislauf-, Leber- und Nierenerkrankungen
 - Diabetes mellitus und andere Stoffwechselerkrankungen
 - Adipositas
 - ZNS-Erkrankungen, wie z. B. chronische neurologische Erkrankungen, Demenz oder geistige Behinderung, psychiatrische Erkrankungen oder zerebrovaskuläre Erkrankungen
 - Trisomie 21
 - Angeborene oder erworbene Immundefizienz (z. B. HIV-Infektion, chronisch-entzündliche Erkrankungen unter relevanter immunsupprimierender Therapie, Z. n. Organtransplantation)
 - aktive neoplastische Krankheiten
- für Bewohnerinnen und Bewohner in Einrichtungen der Pflege
- für Familienangehörige und enge Kontaktpersonen von Immunsupprimierten

Grunderkrankungen

Indikationsimpfungen sollen mit einem für die Grundimmunisierung oder Auffrischungsimpfung zugelassenen und von der STIKO empfohlenen altersspezifischen COVID-19-Impfstoff erfolgen, bis die Anzahl der für die Basisimmunität erforderlichen ≥ 3 SARS-CoV-2-Antigenkontakte erreicht ist. Auffrischungsimpfung mit einem Varianten-adaptierten mRNA-Impfstoff in der Regel in einem Abstand von mindestens zwölf Monaten zur letzten bekannten SARS-CoV-2-Antigenexposition (Impfung oder Infektion); vorzugsweise im Herbst. Bei Personen mit relevanter Einschränkung der Immunantwort sind eventuell weitere Impfstoffdosen und ein verkürzter Impfabstand (> 4 Wochen) notwendig. Bei Personen mit relevanter Einschränkung der Immunantwort kann eine serologische Untersuchung auf spezifische Antikörper gegen das SARS-CoV-2-Spikeprotein erfolgen.

Berufliche Indikation

- liegt vor bei Personal in medizinischen Einrichtungen und Pflegeeinrichtungen, insbesondere solchen mit direktem Kontakt zu Patientinnen und Patienten bzw. Bewohnerinnen und Bewohnern. Die Impfung soll mit einem für die Grundimmunisierung oder Auffrischungsimpfung zugelassenen und von der STIKO

empfohlenen altersspezifischen COVID-19-Impfstoff erfolgen, bis die Anzahl der für die Basisimmunität erforderlichen ≥ 3 SARS-CoV-2-Antigenkontakte erreicht ist. Auffrischungsimpfung mit einem Varianten-adaptierten mRNA-Impfstoff in der Regel in einem Abstand von mindestens zwölf Monaten zur letzten bekannten SARS-CoV-2-Antigenexposition (Impfung oder Infektion); vorzugsweise im Herbst.

- **Anlage 2 der SI-RI**
Eine Übersicht über die aktuellen Dokumentationsziffern finden Sie [hier](#)
- Die aktuelle SI-RL ist abrufbar auf der [Internetseite des G-BA](#)

3.5. Außerklinische Intensivpflege (AKI)

Die Intensivpflege-Richtlinie ab 1. Januar 2023 des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) wurde nunmehr mit in Kraft treten zum 14. September 2023 geändert.

Neben den in der Richtlinie genannten Fachrichtungen dürfen weitere Ärztinnen und Ärzte bei der KV die Genehmigung für die Verordnung beantragen. Sie kann immer dann erteilt werden, wenn nachweislich Kompetenzen im Umgang mit beatmeten und trachealkanülierten Versicherten bestehen. So können auch Vertragsärztinnen und Vertragsärzte anderer Facharztgruppen, die diese Versicherten bereits heute betreuen, weiterhin in der Versorgung gehalten werden.

Ferner gilt nun bis zum 31. Dezember 2024, dass eine Potenzialerhebung vor jeder Verordnung durchgeführt werden soll. Damit wird die bisher verpflichtende Vorgabe zur Potenzialerhebung in der AKI-Richtlinie durch eine befristete „Soll“-Regelung (§5 a neu) ersetzt.

Falls nicht gewährleistet werden kann, dass eine zur Potenzialerhebung qualifizierte Person vor der Verordnung rechtzeitig zur Verfügung steht, kann von einer Potenzialerhebung ausnahmsweise abgesehen werden. Dies ist ärztlich auf dem Verordnungsvordruck (Muster 62B) unter „sonstige Hinweise“ zu dokumentieren.

Ferner dürfen nun alle Vertragsärztinnen und Vertragsärzte, die über Kompetenzen im Umgang mit beatmeten oder trachealkanülierten Versicherten verfügen oder die Absicht erklären, sich diese Kompetenzen innerhalb von sechs Monaten anzueignen, eine Verordnung ausstellen, wenn sie hierfür eine Genehmigung von der Kassenärztlichen Vereinigung erhalten haben.

Des Weiteren wurden die Qualifikationsvoraussetzungen für Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin für die Potenzialerhebung erweitert bzw. angepasst.

So kann bei Kindern, Jugendlichen und jungen Volljährigen die Potenzialerhebung - zusätzlich zu den bisher qualifizierten Personen (siehe §8 Absatz 1) - auch erfolgen durch:

- Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatzbezeichnung Kinder- und Jugend-Pneumologie
- Fachärztinnen und Fachärzte mit jeweils einschlägiger Tätigkeit in der Behandlung von langzeitbeatmeten oder trachealkanülierten, nicht beatmeten Kindern und Jugendlichen auf einer hierfür spezialisierten stationären Einheit, in einer entsprechend hierfür spezialisierten Hochschulambulanz oder in einem entsprechend hierfür spezialisierten sozialpädiatrischen Zentrum:
 - Fachärztinnen und Fachärzte für Anästhesiologie: mindestens sechs Monate Tätigkeit
 - Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin: mindestens zwölf Monate Tätigkeit
 - weitere Fachärztinnen und Fachärzte: mindestens 18 Monate Tätigkeit

Bei jungen Volljährigen kann die Erhebung nach §5 AKI-Richtlinie bei einschlägiger Tätigkeit in der Behandlung von langzeitbeatmeten oder trachealkanülierten, nicht beatmeten Versicherten in einem hierfür spezialisierten medizinischen Behandlungszentrum nach §119c SGB V (MZEB) zusätzlich erfolgen durch:

- Fachärztinnen und Fachärzte für Anästhesiologie: mindestens sechs Monate Tätigkeit
- weitere Fachärztinnen und Fachärzte: mindestens 18 Monate Tätigkeit

Mit dem aktuellen Beschluss wurden zudem die Einheiten näher spezifiziert, in denen die einschlägigen Erfahrungen erworben werden können, die für die Potenzialerhebung erforderlich sind. Die spezialisierten stationären Einheiten im Kontext der Potenzialerhebung bei Kindern, Jugendlichen und jungen Volljährigen können bspw. Kinderintensivstationen sowie Einheiten der neuropädiatrischen Frührehabilitation oder Querschnittszentren sein, die beatmete und trachealkanülierte Kinder und Jugendliche mit geeigneten Fallzahlen behandeln und Maßnahmen nach OPS-Code 8-716 durchführen. Sozialpädiatrische Zentren sowie Hochschulambulanzen, soweit diese jeweils auf die Behandlung von beatmeten oder trachealkanülierten, nicht beatmeten Kindern und Jugendlichen spezialisiert sind, sind ebenso als Tätigkeitsort geeignet, in denen Ärztinnen und Ärzte Kompetenzen zur Potenzialerhebung bei Kindern und Jugendlichen erwerben können.

Unabhängig von den Änderungen dürfen ab 31. Oktober 2023 AKI-Verordnungen nur noch nach der AKI-Richtlinie auf den neuen Formularen 62B und 62C erfolgen.

Die geänderten Anträge für Verordnung/Potenzialerhebung und Potenzialerhebung Krankenhäuser finden Sie [hier](#)

Weitere Informationen zur außerklinischen Intensivpflege sowie Angebote zu den entsprechenden Fortbildungen zum

Potenzialerhebung kann zusätzlich erfolgen durch:

Kompetenznachweis für verordnende Ärztinnen und Ärzte erhalten Sie auf der Internetseite der KVN und im KVN-Portal unter Onlinedienste/KBV-Fortbildungsportal.

Bei Unsicherheiten, ob die entsprechende Qualifikation für Verordnung, insbesondere wenn zuvor bereits betreffende Patientinnen und Patienten behandelt wurden, oder Potenzialerhebung gegeben sind, lassen sie sich unbedingt durch die KVN beraten.

Ansprechpartnerin

Frau Sonja Roßmann
Fachbereich Qualitätssicherung
Vertragsärztliche Versorgung
Berliner Allee 22 / 30175 Hannover
Telefon: 0511 380-3327
E-Mail: Sonja.Rossmann@kvn.de / www.kvn.de

Beratung durch die
KVN

3.6. Fortbildungsangebot: Kleine Veranstaltungsreihe Polymedikation

In Kooperation mit der Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen Bremen e.V. und der AOK Niedersachsen bieten wir für Mitglieder und Interessierte eine Fortbildungsveranstaltung im Online-Format an. Unter dem Motto „Alter, Zucker, Stoffwechsel - No-Gos und Best Practice“ sind als Reihe zwei Nachmittage mit jeweils zwei Experten-Vorträgen und anschließender Diskussionsrunde vorgesehen. Die Teilnahmegebühr liegt bei 39 Euro, CME-Punkte sind beantragt.

Motto

- 10. Januar 2024 von 16 Uhr bis 18 Uhr online per Zoom
- 24. Januar 2024 von 16 Uhr bis 18 Uhr online per Zoom

Nähere Informationen und einen Link zur Anmeldung erhalten Sie [hier](#)

Direkt zur Anmeldung geht es [hier](#)

3.7. Techniker Krankenkasse (TK) - Früherkennung U10, U11, J2: Vergütung steigt

Ab 1. Oktober 2023 erhält der teilnehmende Arzt für die Durchführung der zusätzlichen Früherkennungsuntersuchungen U10 (GOP 81102), U11 (GOP 81120) sowie J2 (GOP 81121) im Rahmen der Kinder- und Jugendmedizin pro Untersuchung - statt bisher 53 Euro - 58 Euro.

3.8. AOK Niedersachsen: „Amblyopie-Screening“ bei Kleinkindern endet am 31. Dezember 2023

Die augenärztliche Vorsorgeuntersuchung für Kleinkinder zwischen dem 31. und 42. Lebensmonat (GOP 99850) ist nur noch bis zum Quartalsende für teilnehmende Augenärzte zulasten der AOK Niedersachsen abrechenbar.

3.9. Neufassung des DMP-Vertrages Diabetes mellitus Typ 2 mit Wirkung ab 1. Oktober 2023

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat mit der 27. Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL) die inhaltlichen Vorgaben zur Behandlung eines Diabetes mellitus Typ 2 im Hinblick auf neue wissenschaftliche Erkenntnisse aktualisiert. Mit den niedersächsischen Krankenkassen wurde der Richtlinienbeschluss nun mit Wirkung zum 1. Oktober 2023 im DMP-Vertrag Diabetes mellitus Typ 2 entsprechend umgesetzt.

Über die medizinisch-inhaltlichen Änderungen hatten wir Sie bereits mit dem Rundschreiben November 2022 informiert. Neben diesen redaktionellen Anpassungen konnten mit den Krankenkassen folgende vergütungsrelevante Ergebnisse erzielt werden:

- Schulungsprogramme werden um 1,00 Euro je Unterrichtseinheit erhöht.
- Aufnahme eines Zuschlags in Höhe von 10 Prozent auf die letzte Schulungseinheit bei der Hypertonieschulung (GOP 99515) und der HyPOS-Schulung (GOP 99128), wenn alle Schulungen durchgeführt wurden.
- Im Rahmen der Behandlung des diabetischen Fußes wird die Vergütung für die Erstversorgung um 0,50 Euro und die Wundkontrolle/-versorgung um 1,00 Euro erhöht.
- Aufnahme einer einmaligen Beratungspauschale für DMP-Ärzte nach §3 für die Motivation des Patienten zur regelmäßigen körperlichen Aktivität in Höhe von 8,00 Euro für alle eingeschriebenen Patienten (auch für Bestandspatienten).
- Aufnahme des Hinweises, dass Schulungen im Videoformat durchgeführt werden können, sobald das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) dies zugelassen hat. Für die individualisierten Interventionen (GOP 99116, 99117 und 99118) wird die Möglichkeit zur Videoberatung bereits ab 1. Oktober 2023 eröffnet.

Vergütungsrelevante
Ergebnisse

Die aktuelle Lesefassung des DMP-Vertrages Diabetes mellitus Typ 2 mit den aktualisierten Anlagen finden Sie in Kürze auf der [Internetseite der KVN](#)

3.10. Hausarztzentrierte Versorgung AOK Niedersachsen und AOK Bremen/Bremerhaven: „Grünklickmodul“ nur noch im 4. Quartal 2023 vergütungsrelevant

Teilnehmende Hausärzte können letztmalig bis zum 10. Januar 2024 ihre erfassten Arzneimittelverordnungsdaten des 4. Quartals nach Maßgabe der durch die „gevko GmbH“ zertifizierten S3C-Schnittstelle auf elektronischem Weg über das KVN-Portal (mittels Grünklick-Upload innerhalb der HzV-Webanwendungen) übermitteln. Die GOP 99301 A/B/C kommt somit letztmalig in 4/2023 zur Anwendung.

3.11. Jährliche Hautkrebsvorsorge - Versorgungsvertrag BKK Landesverband Mitte endet

Für Versicherte dieser Betriebskrankenkassen ist die GOP 99210 nur noch bis zum 31. Dezember 2023 abrechenbar.

Bertelsmann BKK	BKK Technoform
BKK Akzo Nobel -Bayern	BKK VBU
BKK Deutsche Bank AG	BKK VDN
BKK Diakonie	BKK VerbundPlus
BKK Die Bergische Krankenkasse	BKK Voralb
BKK Dürkopp Adler	BKK Werra-Meissner
BKK Ernst & Young	BKK Wirtschaft & Finanzen
BKK Euregio	BKK ZF & Partner
BKK EWE	BKK 24
BKK exklusiv	Bosch BKK
BKK firmus	Continentale BKK
BKK Gildemeister Seidensticker	Mercedes-Benz BKK
BKK Herkules	Heimat Krankenkasse
BKK Karl Mayer	mhplus Betriebskrankenkasse
BKK Mahle	pronova BKK
BKK Miele	R + V Betriebskrankenkasse
BKK MTU Friedrichshafen	SBK
BKK Pfaff	SKD BKK
BKK Pfalz	Südzucker BKK
BKK PricewaterhouseCoopers	VIACTIV Krankenkasse
BKK Rieker.Ricosta.Weisser	WMF Betriebskrankenkasse

Betriebskrankenkassen

3.12. BKK-Versorgungsvertrag „ADHS“ endet

Die GOP 99260, 99261, 99262, 99263, 99264 sind nur noch im aktuellen Quartal für Versicherte der nachstehenden Betriebskrankenkassen abrechenbar:

BKK Akzo Nobel Bayern	BKK VDN
BKK B. Braun Aesculap	BKK Werra-Meissner
BKK Deutsche Bank AG	BKK Wirtschaft & Finanzen
BKK Diakonie	BKK Würth
BKK evm	BKK ZF & Partner
BKK EWE	BKK_DürrkoppAdler
BKK exklusiv	BKK 24
BKK Freudenberg	Continentale Betriebskrankenkasse
BKK GILDEMEISTER SEIDENSTICKER	Debeka BKK
BKK Linde	energie-BKK
BKK MAHLE	Heimat Krankenkasse
BKK Miele	Koenig & Bauer BKK
BKK PFAFF	pronova BKK
BKK Pfalz	R+V Betriebskrankenkasse
BKK PricewaterhouseCoopers	Salus BKK
BKK Public	TUI BKK
BKK Salzgitter	vivida BKK
BKK Textilgruppe Hof	WMF Betriebskrankenkasse
BKK VBU	-

Betriebskrankenkassen

3.13. Besondere Versorgung zur Behandlung von Gestationsdiabetes und sonstiger Diabetesformen durch Diabetologische Schwerpunktpraxen (GDM-DM3-Vertrag):

Diese Versorgung wurde aktuell zum 1. Oktober angepasst und erhielt Verbesserungen in der Vergütung sowie in der operativen Umsetzung.

- Die Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Patienten verbleibt im Original in der Patientenakte der Praxis.
- Die Gruppenschulungsprogramme für Versicherte mit sonstigen Diabetesformen entsprechen den Voraussetzungen der vereinbarten strukturierten Behandlungsprogramme (DMP) Diabetes Mellitus Typ 1 und Typ 2 - folglich entfällt „Das strukturierte Hypertonie- Behandlungs- und Schulungsprogramm (HBSP) - GOP 99412“.
- Neue Abrechnungspositionen:
 - GOP 99413Z: Behandlungs- und Schulungsprogramm für Patienten mit Hypertonie - Zuschlag
 - GOP 99416Z: HyPOS- Schulungsprogramm - Zuschlag
 - GOP 99433: Schulungsmaterial für Schulungen gemäß GOP 99427 oder GOP 99428 (Jugendliche mit Diabetes)

Wesentliche Änderungen

- Bei Gestationsdiabetikerinnen kann im Ausnahmefall (z. B. Fehlgeburt) die Beendigung der Teilnahme durch die Praxis/den Arzt selbst erfolgen. Hierfür ist der Tag der postpartalen Kontrolluntersuchung und Verlaufskontrolle in der Web-Anwendung zu erfassen. Dieses löst die automatische GOP- Zusetzung (GOP 99403) aus.

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

4. Veranstaltungen im November und Dezember 2023

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

Name	Ort	Datum	Gebühr p. P.
eRezept Rollout - Infoveranstaltung	Hannover	01.Nov	kostenlos
Rechtsnormen für die Arztpraxis	WebSeminar	01.Nov	69 Euro
Existenzgründerseminar Modul 2 „Meine eigene Praxis - So gelingt Ihr Start“	WebSeminar	01.Nov	kostenlos
Von der Kollegin zur erfolgreichen Führungskraft	Hannover	01.Nov	145 Euro
Datenschutz für Fortgeschrittene	WebSeminar	01.Nov	69 Euro
HZV-Sonderverträge (2-tägig)	Verden	03.Nov	160 Euro
Ausbildung zur/m Datenschutzbeauftragte/n in der Arztpraxis (4-tägig)	WebSeminar	07.Nov	260 Euro
Notfallseminar	Hannover	08.Nov	80 Euro
Zeit- und Selbstmanagement	WebSeminar	08.Nov	69 Euro
Honorarbescheid lesen und verstehen	Braunschweig	08.Nov	kostenlos
Sprechstundenbedarf	WebSeminar	08.Nov	kostenlos
eRezept Rollout - Infoveranstaltung	WebSeminar	08.Nov	kostenlos

QEP®-Einführungsseminar	WebSeminar	11.Nov	127 Euro
Führungskunst - Sicher führen und überzeugen	Oldenburg	11.Nov	145 Euro
Qualitätsmanagement-Aktuell - Die Qualitätsmanagement-Richtlinie	WebSeminar	15.Nov	69 Euro
Die elektronische Patientenakte	WebSeminar	15.Nov	kostenlos
eRezept Rollout - Infoveranstaltung	Göttingen	15.Nov	kostenlos
Arzneimittelverordnungen	WebSeminar	15.Nov	kostenlos
Medizinprodukte-Aufbereitung Workshop Teil 2	Hannover	15.Nov	125 Euro
IT-Sicherheit für Fortgeschrittene	WebSeminar	15.Nov	69 Euro
Abrechnung aktuell	WebSeminar	15.Nov	kostenlos
EBM für Einsteiger	Osnabrück	15.Nov	kostenlos
Honorarbescheid lesen und verstehen	Lüneburg	15.Nov	kostenlos
Telefonieren in der Arztpraxis - auch mit „schwierigen“ Patienten	Aurich	15.Nov	90 Euro
Moderne Wundversorgung	Hannover	15.Nov	kostenlos
HZV Sonderverträge (2-tägig)	Verden	17.Nov	160 Euro
Arzneimittelverordnungen	WebSeminar	22.Nov	kostenlos
Behandlungs- und Schulungsprogramm für Typ 2-Diabetiker, die Normalinsulin spritzen	Hannover	22.Nov	85 Euro
Kurze Wartezeiten - Gutes Terminsystem	WebSeminar	22.Nov	69 Euro
Die elektronische AU	WebSeminar	22.Nov	Kostenlos
eRezept Rollout - Infoveranstaltung	WebSeminar	22.Nov	kostenlos
Die Gesundheit von PraxismitarbeiterIn erhalten und schützen	Hannover	22.Nov	kostenlos
Sprechstundenbedarf	WebSeminar	22.Nov	kostenlos

Meine Zukunft planen - Impulse für Ihre Praxisabgabe	Göttingen	22.Nov	kostenlos
eRezept Rollout - Infoveranstaltung	Lüneburg	23.Nov	kostenlos
QEP®-Intensivkurs (2-tägig)	WebSeminar	24.Nov	130 Euro
Praxisbegehungen in der haus- und kinderärztlichen Praxis durch das Gewerbeaufsichtsamt	WebSeminar	25.Nov	30 Euro
Arbeitsschutz in der Arztpraxis	WebSeminar	25.Nov	69 Euro
Qualitätsmanagement ganz einfach	WebSeminar	25.Nov	69 Euro
Praxisoptimierung durch Patienten- und Mitarbeiterfeedback	WebSeminar	25.Nov	69 Euro
DMP - Diabetes mellitus Typ 2	Verden	25.Nov	30 Euro
DMP KHK	Verden	25.Nov	30 Euro
Ausbildung zur/m Datenschutzbeauftragten in der Arztpraxis	WebSeminar	27.Nov	260 Euro
eRezept Rollout - Infoveranstaltung	Hildesheim	29.Nov	kostenlos
Verordnungsweise in der täglichen Praxis	Hannover	29.Nov	kostenlos
Zusammenarbeit neu ange-dacht - Meine Kooperationsmöglichkeiten heute	Osnabrück	29.Nov	kostenlos
Hygiene für Fortgeschrittene	WebSeminar	29.Nov	69 Euro
Qualitätsmanagement für Fortgeschrittene	WebSeminar	02.Dez	69 Euro
eRezept Rollout - Infoveranstaltung	Aurich	06.Dez	kostenlos
Praxisorganisation und Praxisführung	WebSeminar	06.Dez	69Euro
Führungskunst Refresher-Kurs	Hannover	06.Dez	140 Euro
Das Telefon - Die Visitenkarte der Praxis	WebSeminar	06.Dez	69 Euro
eRezept Rollout - Infoveranstaltung	WebSeminar	07.Dez	kostenlos

Warum bin ich, wie ich bin? Seminar zur Persönlichkeitsentwicklung	Hannover	09.Dez	145 Euro
Diabetes und Verhalten - Ein patientenzentriertes Schulungsprogramm für Menschen mit Typ 2-Diabetes, die Insulin spritzen	Hannover	09.Dez	204 Euro
eRezept Rollout - Infoveranstaltung	WebSeminar	13.Dez	kostenlos
Wirksame Arzt-Patienten- Kommunikation	Hannover	13.Dez	145 Euro
Strukturierte Geriatische Schulung (SGS)	Hannover	16.Dez	135 Euro



Informationen für die Praxis

KVN-Rundschreiben

September 2023

Inhaltsverzeichnis

1.	Abrechnung	2
1.1.	Abgabetermin Quartalsabrechnung 3/2023	2
1.2.	Mitteilung der fachgruppendurchschnittlichen Obergrenze für Kontrastmittel für das Quartal 4/2023 .	2
1.3.	Amtliche Mitteilung der KVN zum HVM Teil B Nr. 16.1 und 16.2 für das 4. Quartal 2023 - Fachgruppendurchschnittswerte für Laborindividualbudgets.....	3
1.4.	Amtliche Mitteilung der KVN zum HVM für das 4. Quartal 2023 für alle dem RLV unterliegenden Arztgruppen des haus- und fachärztlichen Versorgungsbereichs	3
1.5.	Beim Hausarzt-Vermittlungsfall gibt es keinen Akutfall	3
2.	Verordnungen.....	4
2.1.	Sprechstundenbedarf - Import von Xylonest mit Adrenalin bis 31. Januar 2024 zulässig	4
2.2.	Aktualisierung der Arzneimittel-Richtlinie - Villa: Biologika und Biosimilars	4
2.3.	Lieferengpässe - Austauschbarkeit von Darreichungsformen bei Anwendung der Aut- idem-Regelung	4
3.	Allgemeine Hinweise	6
3.1.	DMP-Diabetes Typ2-Dokumentationen für das zweite und dritte Quartal 2023 vor dem 1. Oktober 2023 abschließen.....	6
3.2.	Sonstiger Kostenträger: Freie Arzt- und Medizinkasse (FAMK) beendet Abrechnungs Kooperation zum 30. September 2023	6
3.3.	PraxisBarometer-Digitalisierung startet im September	6
4.	Veranstaltungen im Oktober und November 2023	7

1. Abrechnung

1.1. Abgabetermin Quartalsabrechnung 3/2023

Der Abgabetermin für die Abrechnung des 3. Quartals 2023 ist der 10. Kalendertag des nachfolgenden Quartals und somit der 10. Oktober 2023.

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

Sammelerklärung

Behandlungsausweise

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

Nicht benötigt

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

Direkt an 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. Mitteilung der fachgruppenspezifischen Obergrenze für Kontrastmittel für das Quartal 4/2023

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 4. Quartal 2023 für Ärzte, die im Basisquartal 4/2022 (noch)

keine Kontrastmittel über die o. g. Vereinbarung abgerechnet haben, folgende fachgruppendurchschnittlichen Obergrenzen:

- Institute, Krankenhäuser 4.078,81 Euro
- Fachärzte für Nuklearmedizin 33.102,78 Euro
- Fachärzte für Diagnostische Radiologie 65.879,11 Euro
- Fachärzte für Urologie 2.002,41 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/Kontrastmittel-Vereinbarung abrufbar.

Obergrenzen

1.3. Amtliche Mitteilung der KVN zum HVM Teil B Nr. 16.1 und 16.2 für das 4. Quartal 2023 - Fachgruppendurchschnittswerte für Laborindividualbudgets

Die für das 4. Quartal 2023 geltenden Fachgruppendurchschnittswerte für Laborindividualbudgets finden Sie seit dem 25. August 2023 [hier](#)

1.4. Amtliche Mitteilung der KVN zum HVM für das 4. Quartal 2023 für alle dem RLV unterliegenden Arztgruppen des haus- und fachärztlichen Versorgungsbereichs

Die für 4/2023 geltenden RLV-/QZV-Mindestfallwerte sowie die Fallzahlgrenzen für die Fallwertminderung und die Fallzahlzuwachsbegrenzungsregelung (FZZB) finden Sie [hier](#)

1.5. Beim Hausarzt-Vermittlungsfall gibt es keinen Akutfall

Bitte beachten Sie, dass die Angabe der Vermittlungs-Kontaktart „**3** = Hausarzt-Vermittlungsfall“ im KVDT-Feld 4103 und Abrechnung der jeweiligen Zusatzpauschale mit der Kennzeichnung „A“ für einen Akutfall (Vermittlung erfolgt ausschließl. durch den 116117- Terminservice) nicht möglich ist. Voraussetzung für den Akutfall sind:

Die Vermittlung des Akutfalles an Ihre Praxis erfolgte durch den 116117-Terminservice:

1. Der Patient hat den 116117-Terminservice kontaktiert und wurde dort in einem Ersteinschätzungsverfahren (Smed) als Akutfall eingestuft, der innerhalb eines Tages vorstellig werden soll.
2. Sie haben den Patienten spätestens am nächsten Tag behandelt.

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

2. Verordnungen

2.1. Sprechstundenbedarf - Import von Xylonest mit Adrenalin bis 31. Januar 2024 zulässig

Aufgrund des aktuell bestehenden Lieferengpasses bzw. der festgestellten Nicht-Lieferfähigkeit des Arzneimittels Xylonest mit Adrenalin wurde mit den Landesverbänden der Krankenkassen vereinbart, dass nach Rückfrage der Apotheken bei den Großhändlern, ein Import, befristet bis 31. Januar 2024 zulässig ist.

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

Mit Wirkung zum 3. August 2023 wird die Anlage VIIa „Biologika und Biosimilars“ der Arzneimittel-Richtlinie um ein weiteres Biosimilar ergänzt.

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

Wirkstoff	Original-/Referenzarzneimittel	im Wesentlichen gleiche biotechnologisch hergestellte biologische Arzneimittel, Zulassung nach Artikel 10 Absatz 4 der Richtlinie 2001/83/EG (Biosimilars)
Eculizumab	Soliris	Bekemv

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

2.3. Lieferengpässe - Austauschbarkeit von Darreichungsformen bei Anwendung der Aut- idem-Regelung

Damit eine Apotheke gegen ein wirkstoffgleiches Präparat tauschen kann, muss die Austauschbarkeit der Darreichungsform auch im Fall von Lieferengpässen gegeben sein. Im Zusammenhang mit der Nichtverfügbarkeit von Arzneimitteln kann beim Wechsel der Darreichungsform ggf. eine Neuverordnung notwendig sein. Die Apotheke wird in solchen Fällen Rücksprache mit der Arztpraxis halten.

Apotheken sind grundsätzlich zur Abgabe eines preisgünstigen Arzneimittels verpflichtet, wenn der verordnende Arzt ein Arzneimittel nur unter seiner Wirkstoffbezeichnung verordnet hat oder die Ersetzung durch ein wirkstoffgleiches Arzneimittel nicht ausgeschlossen hat. Bei Nichtverfügbarkeit von Arzneimitteln haben Apotheken zudem eine Flexibilität im

Ggf. Neuverordnung
notwendig

Hinblick auf Packungsgröße, Packungsanzahl, Wirkstärke oder Entnahme von Teilmengen. (Vgl. KVN-Rundschreiben August 2023)

Eine Voraussetzung zum Austausch ist jedoch, dass das Austauschpräparat die gleiche oder eine austauschbare Darreichungsform besitzt. Wirkstoffbezogene Hinweise zur Austauschbarkeit von Darreichungsformen sind in Anlage VII Teil A Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL) aufgeführt.

Die Tabelle zeigt für einen ausgewählten Wirkstoff die jeweils gegeneinander austauschbaren Darreichungsformen innerhalb eines Kästchens. Beispielsweise ist bei einer Verordnung über „Paracetamol 200mg/5ml Lösung 100ml“ die flüssige Zubereitung nicht gegen Suppositorien oder eine feste Darreichungsform austauschbar, sondern nur gegen einen Sirup oder eine andere Lösung.

Wirkstoff	Austauschbare Darreichungsform
Paracetamol	Filmtabletten Granulat Hartkapseln Tabletten
Paracetamol	Lösung zum Einnehmen Sirup
Paracetamol	Suppositorien

Voraussetzung zum Austausch

Hinweis zur wirtschaftlichen Verordnungsweise

Für Saftzubereitungen besteht bei Erwachsenen eine Verordnungseinschränkung nach Anlage III AM-RL. Der Einsatz von Saftzubereitungen für Erwachsene ist nur für in der Person des Patienten begründeten Ausnahmen möglich und besonders zu begründen.

In Einzelfällen sind unterschiedliche Darreichungsformen desselben Wirkstoffs in abweichenden Anwendungsgebieten zugelassen. Bei Ersatzverordnungen im Zusammenhang mit Lieferengpässen sind daher ggf. auch das Anwendungsgebiet oder Anwendungsbeschränkungen zu berücksichtigen, um nicht unbeabsichtigt „off-label“ zu verordnen.

Ein allgemeines Informationsschreiben zur Aut-idem-Regelung finden Sie [hier](#)

Die Anlage VII mit Regelungen zur Austauschbarkeit von Arzneimittel (aut idem) finden Sie [hier](#)

3. Allgemeine Hinweise

3.1. DMP-Diabetes Typ2-Dokumentationen für das zweite und dritte Quartal 2023 vor dem 1. Oktober 2023 abschließen

Zum 1. Oktober 2023 wird die Dokumentationssoftware für das DMP Diabetes Typ 2 aktualisiert. Behandlungen ab dem 4. Quartal 2023 müssen dann mit der aktualisierten Software dokumentiert werden. Für Dokumentationen aus den vorherigen Quartalen muss die bisherige Software verwendet werden.

Wie empfohlen Ihnen, Dokumentationen für das zweite und dritte Quartal 2023 bis Ende September abzuschließen und zu versenden. So können mögliche Probleme bei der parallelen Nutzung von zwei Software-Versionen vermieden werden.

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

3.2. Sonstiger Kostenträger: Freie Arzt- und Medizinkasse (FAMK) beendet Abrechnungs Kooperation zum 30. September 2023

Die FAMK als privater Krankenversicherer für Beamte teilt mit, dass sie ihre Mitglieder ab 1. Oktober 2023 mit neuen FAMK-Cards für Privatversicherte ausstattet. Ab diesem Zeitpunkt ist die Abrechnung von ambulanten ärztlichen Leistungen ausschließlich über die privaten Gebührenordnungen (GOÄ/GOP/GOZ) und unmittelbar gegenüber dem FAMK-versicherten Patienten vorzunehmen. Auch Verordnungen von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln erfolgen fortan auf Privatrezept.

Alle bis einschließlich 30. September 2023 erbrachten Behandlungsleistungen können noch wie bisher durch Angabe der EBM-Gebührenspositionen im Rahmen der regulären Quartalsabrechnung abgerechnet werden. Darüber hinaus ist die weitere KV-Abrechnung definitiv ausgeschlossen.

3.3. PraxisBarometer-Digitalisierung startet im September

Zum nunmehr sechsten Mal startet die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) mit dem PraxisBarometer Digitalisierung im September eine Befragung zum Stand der Digitalisierung in den Praxen. Das PraxisBarometer soll aufzeigen, welche Erfahrungen die Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten gemacht haben: Wie funktionieren die Anwendungen der Telematikinfrastruktur? Wo sehen Praxen die größten Digitalisierungspotentiale? Welche Faktoren stehen der Digitalisierung im Weg? Ab Anfang September werden dazu bundesweit rund 9.000 zufällig ausgewählte Ärzte und Psychotherapeuten vom IGES Institut angeschrieben, das die Erhebung im Auftrag der KBV durchführt und wissenschaftlich begleitet.

Ab 1. Oktober 2023

Seit 2018 fragt die KBV mit dem PraxisBarometer nach dem Stand der Digitalisierung in der ambulanten Versorgung. Die vom IGES Institut angeschriebenen Praxen können den Fragebogen in der ersten Runde bis zum 1. Oktober online ausfüllen. Wenn gewünscht, kann die angeschriebene Praxis den Fragebogen auch in Papierform anfordern und beantworten. Die KBV veröffentlicht die Ergebnisse anonymisiert - voraussichtlich Anfang des kommenden Jahres. Die Erhebungsdaten werden dabei streng vertraulich und anonymisiert behandelt.

Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Befragung können auf Wunsch ihre Kontaktdaten hinterlassen, um im Anschluss an vertiefenden Fokusgruppeninterviews teilzunehmen.

Ärzte und Psychotherapeuten, die nicht angeschrieben werden, erhalten voraussichtlich ab Anfang Oktober ebenfalls die Möglichkeit, an der Befragung teilzunehmen. Die KBV wird die Öffnung der Umfrage in den PraxisNachrichten und auch in ihren Social-Media-Auftritten ankündigen.

Informationen zur aktuellen Befragung und die Ergebnisse der Befragungsrunden seit 2018 stehen bereit auf der [Internetseite der KBV](#)

A

4. Veranstaltungen im Oktober und November 2023

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

Name	Ort	Datum	Gebühr p. P.
Zusammenarbeit neu angedacht - Meine Kooperationsmöglichkeiten heute	WebSeminar	04.Okt	kostenlos
eRezept Rollout - Infoveranstaltung	WebSeminar	05.Okt	kostenlos
Management für PraxisinhaberIn - Der Praxischef als Unternehmer	Hannover	06.Okt	145 Euro
Der Knigge - Wirkung immer und überall	Hannover	07.Okt	138 Euro
eRezept Rollout - Infoveranstaltung	Braunschweig	11.Okt	kostenlos
Meine eigene Praxis - Impulse für Ihren Start	WebSeminar	11.Okt	kostenlos
Sprechstundenbedarf	WebSeminar	11.Okt	kostenlos
Moderne Wundversorgung	Osnabrück	11.Okt	kostenlos

Fragen rund um die ambulante Weiterbildung/ Praxisseminar	Hannover	11.Okt	kostenlos
eRezept Rollout - Infoveranstaltung	Oldenburg	12.Okt	kostenlos
eRezept Rollout - Infoveranstaltung	Osnabrück	18.Okt	kostenlos
Existenzgründerseminar Modul 2 „Meine eigene Praxis - So gelingt Ihr Start“	Hannover	18.Okt	kostenlos
Meine Zukunft planen - Impulse für Ihre Praxisabgabe	WebSeminar	18.Okt	kostenlos
eRezept Rollout - Infoveranstaltung	WebSeminar	26.Okt	kostenlos
eRezept Rollout - Infoveranstaltung	Hannover	01.Nov	kostenlos
Rechtsnormen für die Arztpraxis	WebSeminar	01.Nov	69 Euro
Existenzgründerseminar Modul 2 „Meine eigene Praxis - So gelingt Ihr Start“	WebSeminar	01.Nov	kostenlos
Von der Kollegin zur erfolgreichen Führungskraft	Hannover	01.Nov	145 Euro
Datenschutz für Fortgeschrittene	WebSeminar	01.Nov	69 Euro
HZV-Sonderverträge (2-tägig)	Verden	03.Nov	160 Euro
Ausbildung zur/m Datenschutzbeauftragte/n in der Arztpraxis (4-tägig)	WebSeminar	07.Nov	260 Euro
Notfallseminar	Hannover	08.Nov	80 Euro
Zeit- und Selbstmanagement	WebSeminar	08.Nov	69 Euro
Honorarbescheid lesen und verstehen	Braunschweig	08.Nov	kostenlos
Sprechstundenbedarf	WebSeminar	08.Nov	kostenlos
Notfallseminar	Aurich	08.Nov	75 Euro
eRezept Rollout - Infoveranstaltung	WebSeminar	08.Nov	kostenlos
QEP®-Einführungsseminar	WebSeminar	11.Nov	127 Euro
Führungskunst - Sicher führen und überzeugen	Oldenburg	11.Nov	145 Euro

Qualitätsmanagement-Aktuell - Die Qualitätsmanagement-Richtlinie	WebSeminar	15.Nov	69 Euro
Die elektronische Patientenakte	WebSeminar	15.Nov	kostenlos
eRezept Rollout - Infoveranstaltung	Göttingen	15.Nov	kostenlos
Arzneimittelverordnungen	WebSeminar	15.Nov	kostenlos
Medizinprodukte-Aufbereitung Workshop Teil 2	Hannover	15.Nov	125 Euro
IT-Sicherheit für Fortgeschrittene	WebSeminar	15.Nov	69 Euro
Abrechnung aktuell	WebSeminar	15.Nov	kostenlos
EBM für Einsteiger	Osnabrück	15.Nov	kostenlos
Honorarbescheid lesen und verstehen	Lüneburg	15.Nov	kostenlos
Telefonieren in der Arztpraxis - auch mit „schwierigen“ Patienten	Aurich	15.Nov	90 Euro
Moderne Wundversorgung	Hannover	15.Nov	kostenlos
HZV Sonderverträge (2-tägig)	Verden	17.Nov	160 Euro
Arzneimittelverordnungen	WebSeminar	22.Nov	kostenlos
Behandlungs- und Schulungsprogramm für Typ 2-Diabetiker, die Normalinsulin spritzen	Hannover	22.Nov	85 Euro
Kurze Wartezeiten - Gutes Terminsystem	WebSeminar	22.Nov	69 Euro
Die elektronische AU	WebSeminar	22.Nov	Kostenlos
eRezept Rollout - Infoveranstaltung	WebSeminar	22.Nov	kostenlos
Abrechnung aktuell	WebSeminar	22.Nov	kostenlos
Die Gesundheit von PraxismitarbeiterIn erhalten und schützen	Hannover	22.Nov	kostenlos
Sprechstundenbedarf	WebSeminar	22.Nov	kostenlos
Meine Zukunft planen - Impulse für Ihre Praxisabgabe	Göttingen	22.Nov	kostenlos

eRezept Rollout - Infoveranstaltung	Lüneburg	23.Nov	kostenlos
QEP®-Intensivkurs (2-tägig)	WebSeminar	24.Nov	130 Euro
Praxisbegehungen in der haus- und kinderärztlichen Praxis durch das Gewerbe- aufsichtsamt	WebSeminar	25.Nov	30 Euro
Arbeitsschutz in der Arztpraxis	WebSeminar	25.Nov	69 Euro
Qualitätsmanagement ganz einfach	WebSeminar	25.Nov	69 Euro
Praxisoptimierung durch Patienten- und Mitarbeiterfeedback	WebSeminar	25.Nov	69 Euro
DMP - Diabetes mellitus Typ 2	Verden	25.Nov	30 Euro
DMP KHK	Verden	25.Nov	30 Euro
Ausbildung zur/m Datenschutzbeauftragten in der Arztpraxis	WebSeminar	27.Nov	260 Euro
eRezept Rollout - Infoveranstaltung	Hildesheim	29.Nov	kostenlos
Verordnungsweise in der täglichen Praxis	Hannover	29.Nov	kostenlos
Zusammenarbeit neu ange- dacht - Meine Kooperati- onsmöglichkeiten heute	Osnabrück	29.Nov	kostenlos
Hygiene für Fortgeschrittene	WebSeminar	29.Nov	69 Euro



KVN

Kassenärztliche Vereinigung
Niedersachsen

Informationen für die Praxis

KVN-Rundschreiben

August 2023

Inhaltsverzeichnis

1. Abrechnung	3
1.1. EBM-Änderung: Beschluss des Bewertungsausschusses zur serologischen Diagnostik der Toxoplasma-Infektion	3
2. Verordnungen	3
2.1. Sprechstundenbedarf - medizinische Gase, neuer Vertrag mit Nippon Gases	3
2.2. Jardiance® (Empagliflozin) in weiterer Teilindikation als Praxisbesonderheit anerkannt	3
2.3. Änderung der Arzneimittel-Richtlinie - Verordnungsfähigkeit von Cannabisarzneimitteln	4
2.4. Wirtschaftliche Verordnung genehmigungspflichtiger Cannabisarzneimittel	5
2.5. Rote-Hand-Brief zu neuer Zusammensetzung von L-Thyroxin Aristo® (Levothyroxin-Natrium) - Information und Kontrolle von Patienten	7
2.6. Änderung Arzneimittel-Richtlinie Anlage VII (Austauschbarkeit von Arzneimitteln)	8
2.7. Verlängerung der Haltbarkeit von Paxlovid® Filmtabletten	8
2.8. Lieferengpass Salbutamol - Gestattung zum Inverkehrbringen von Sultanol® in französischer Aufmachung	9
2.9. Änderung der Anlage V (verordnungsfähige Medizinprodukte) der Arzneimittel-Richtlinie - Verlängerung der Befristung	10
2.10. Gemeinsame Arbeitsgruppe Arzneimittel - neues Info- Schreiben	10
2.11. Lieferengpässe - ALBVVG definiert Austauschregeln für Arzneimittel	11
2.12. Mehrfachverordnungen im Zusammenhang mit Langzeitbevorratung	12
2.13. Sprechstundenbedarf - Import von Cyclopentolat Augentropfen bis Januar 2024 zulässig	14
2.14. Mpox-Impfungen	14

2.15. Streichung von Medizinprodukten aus der Anlage V (Übersicht der verordnungsfähigen Medizinprodukte).....	14
2.16. Arzneimittelquoten-Frühinformation 2023.....	15
2.17. Verordnung von Krankenhausbehandlung - Genehmigungsvorbehalt der Kasse ist nichts Neues	15
3. Allgemeine Hinweise.....	16
3.1. Zeitpunkt des Screenings auf Hepatitis B während der Schwangerschaft wird vorgezogen	16
3.2. Aufnahme einer Stuhlfarbkarte in das Untersuchungsheft für Kinder	16
3.3. Impfungen von Berufsfachschülerinnen und -schülern sind abgedeckt durch die Impfvereinbarungen mit der AOK Niedersachsen.....	16
3.4. Hitze kann tödlich sein - kostenfreie Informationsmaterialien für Arztpraxen.....	17
3.5. Umfrage der MHH zum Screening auf Hepatitis-B- und -C-Virusinfektionen.....	17
4. Veranstaltungen im September und Oktober 2023	18
5. Anlagenverzeichnis.....	20
5.1. Sammelerklärung	20

1. Abrechnung

1.1. EBM-Änderung: Beschluss des Bewertungsausschusses zur serologischen Diagnostik der Toxoplasma-Infektion

Zum 1. Oktober 2023 werden zwei neue Gebührenordnungspositionen (GOP) für die serologische Diagnostik der Toxoplasma-Infektion in den Abschnitt 32.3.7 EBM aufgenommen. Hintergrund ist die Angleichung der serologischen Diagnostik der Toxoplasmose im EBM an den Stand von Wissenschaft und Technik.

Die GOP 32572 vergütet den qualitativen Suchtest und/oder die quantitative Bestimmung von Toxoplasma- Antikörpern als Pauschale und ersetzt die bisherigen serologischen Einzelleistungen nach den GOP 32569 bis 32571. Die Bestimmung der Avidität von Toxoplasma-IgG-Antikörpern als weiterführender Abklärungstest wird als Zuschlag nach der GOP 32573 vergütet und ersetzt die GOP 32640.

Hinweis zur Veröffentlichung

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

2. Verordnungen

2.1. Sprechstundenbedarf - medizinische Gase, neuer Vertrag mit Nippon Gases

Die GKV-Landesverbände für Niedersachsen haben uns darüber informiert, dass mit der Firma NIPPON GASES DEUTSCHLAND GmbH rückwirkend zum 1. April 2023 eine Vereinbarung über die Lieferung von medizinischen Gasen im Rahmen des niedersächsischen Sprechstundenbedarfs abgeschlossen werden konnte. Somit steht Ihnen ein weiterer Anbieter für die Versorgung mit medizinischen Gasen zur Verfügung.

Weiterer Anbieter

2.2. Jardiance® (Empagliflozin) in weiterer Teilindikation als Praxisbesonderheit anerkannt

Jardiance® (Wirkstoff: Empagliflozin) wird ab dem 1. Juli 2023 in einem weiteren Anwendungsgebiet und ab dem ersten Behandlungsfall als Praxisbesonderheit anerkannt:

- Behandlung von Erwachsenen mit einer symptomatischen, chronischen Herzinsuffizienz mit erhaltener Ejektionsfraktion HFpEF (LVEF > 50%) und mit geringgradig eingeschränkter Ejektionsfraktion HFmrEF (LVEF > 40 bis 49%)“ - unabhängig vom Vorliegen eines Diabetes mellitus.

Anwendungsgebiet

Weitere Anwendungsgebiete oder Patientengruppen sind hiervon nicht umfasst.

Die Vorgaben der Fachinformation sind zu berücksichtigen.

Die Praxisbesonderheit gilt, solange Boehringer Ingelheim oder etwaige Rechtsnachfolger Jardiance® in Deutschland vertreiben.

Die bereits geltenden Praxisbesonderheiten bestehen weiterhin:

- Erwachsenen mit Typ-2-Diabetes und manifester kardiovaskulärer Erkrankung bleibt weiter bestehen (vgl. KVN Rundbrief März 2017)
- Behandlung von Erwachsenen mit symptomatischer, chronischer Herzinsuffizienz mit reduzierter Ejektionsfraktion - unabhängig vom Vorliegen eines Diabetes mellitus (vgl. KVN Rundbrief Januar 2023)

Praxisbesonderheiten

Weitere Informationen bezüglich der Anerkennung als Praxisbesonderheit finden Sie [hier](#)

2.3. Änderung der Arzneimittel-Richtlinie - Verordnungsfähigkeit von Cannabisarzneimitteln

Mit Wirkung zum 30. Juni 2023 hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) Regelungen für die ärztliche Verordnung von medizinischem Cannabis neu gefasst:

Alle Ärztinnen und Ärzte sind verordnungsbefugt, es gibt keinen Facharztvorbehalt für die Verordnung von medizinischem Cannabis. Es besteht weiterhin ein Genehmigungsvorbehalt.

Verordnungsbefugnis

Genehmigung durch die Krankenkasse erforderlich:

- bei Erstverordnung von Cannabis,
- bei grundlegendem Therapiewechsel von Cannabisblüten auf einen -extrakt und umgekehrt,
- bei Einsatz von Fertigarzneimitteln, die Cannabis-Extrakte, Dronabinol oder Nabilon enthalten, außerhalb der Zulassung.

Genehmigung erforderlich

Bei Beginn einer Cannabistherapie während einer stationären Behandlung und im Rahmen der Allgemeinen Ambulanten Palliativversorgung (AAPV) besteht eine verkürzte Prüffrist der Krankenkassen von drei Tagen.

Keine Genehmigung durch die Krankenkasse nötig:

- bei Cannabis-Verordnungen im Rahmen der Spezialisierten Ambulanten Palliativversorgung (SAPV),
- bei der Verordnung von Fertigarzneimitteln, die Cannabis-Extrakte, Dronabinol oder Nabilon enthalten, bei Einsatz innerhalb ihrer Zulassung,

Keine Genehmigung nötig

- bei Folgeverordnungen, Dosisanpassungen oder dem Wechsel zu anderen getrockneten Blüten oder zu anderen Extrakten in standardisierter Form,
- bei Weiterverordnung durch einen anderen als den erstverordnenden Arzt.

Sämtliche vor Inkrafttreten der neuen Regelungen des G-BA erteilte Genehmigungen für eine Therapie mit Cannabis bleiben bestehen.

Voraussetzungen

Versicherte mit einer schwerwiegenden Erkrankung haben Anspruch auf Versorgung mit Cannabis in Form von getrockneten Blüten oder Extrakten in standardisierter Qualität und auf Versorgung mit Arzneimitteln mit den Wirkstoffen Dronabinol oder Nabilon (Cannabisarzneimittel), wenn

- eine allgemein anerkannte, dem medizinischen Standard entsprechende Leistung nicht zur Verfügung steht oder im Einzelfall nach der begründeten Einschätzung des Arztes unter Abwägung der zu erwartenden Nebenwirkungen und unter Berücksichtigung des Krankheitszustandes des Patienten nicht angewendet werden kann oder
- eine nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf oder auf schwerwiegende Symptome besteht.

Eine Erkrankung gilt als schwerwiegend, wenn sie lebensbedrohlich ist oder wenn sie aufgrund der Schwere der durch sie verursachten Gesundheitsstörung die Lebensqualität nachhaltig beeinträchtigt.

Vor einer Verordnung von Cannabis in Form von getrockneten Blüten oder Extrakten ist zu prüfen, ob andere cannabishaltige Arzneimittel zur Verfügung stehen, die zur Behandlung geeignet sind. Die Verordnung von Cannabis in Form von getrockneten Blüten ist zu begründen.

Zur wirtschaftlichen Verordnungsweise informieren wir ausführlicher unter Punkt 2.4.

Den vollständigen Beschluss zur Änderung der Arzneimittel-Richtlinie finden Sie [hier](#)

Eine FAQ-Seite vom G-BA zum Beschluss finden Sie [hier](#)

2.4. Wirtschaftliche Verordnung genehmigungspflichtiger Cannabisarzneimittel

Bei Cannabis in Form von getrockneten Blüten, Extrakten oder Dronabinol handelt es sich um Arzneimittel ohne arzneimittelrechtliche Zulassung für ein bestimmtes Anwendungsgebiet. Die Möglichkeit der Verordnung hat daher einen Ausnahmecharakter, der gegenüber den Krankenkassen besondere Anforderungen an die Begründung der gewählten Therapie für die Leistungsgewährung rechtfertigt. Folgende

Voraussetzungen

Begründung

Aspekte sind für eine wirtschaftliche Verordnungsweise zu berücksichtigen:

Genehmigung

- Für den Antrag zur Kostenübernahme für eine Therapie mit Cannabis nach §31 Abs. 6 SGB V ist kein Rezept vorab auszustellen. Der Arzt konkretisiert die beabsichtigte Verordnung bezüglich des Cannabisarzneimittels lediglich dahingehend, ob Cannabis in Form von getrockneten Blüten oder Extrakten oder von Arzneimitteln mit den Wirkstoffen Dronabinol oder Nabilon verordnet werden soll.
- Der Antrag auf Kostenübernahme erfolgt durch den Versicherten. Die Erteilung der Genehmigung ist abzuwarten, bevor eine Verordnung getätigt wird.
- Mit einer Genehmigung erklärt die genehmigende Krankenkasse die Bereitschaft zur Kostenübernahme. Durch eine Genehmigung besteht jedoch keine Praxisbesonderheit, die Kosten werden vollumfänglich auf das Arzneimittelvolumen des verordnenden Arztes angerechnet.

Kein Rezept

Keine
Praxisbesonderheit

Wirtschaftlichkeit

Der Grundsatz der Wirtschaftlichkeit gilt auch für Cannabisarzneimittel.

- Bevor Ärzte Blüten oder Extrakte verordnen, ist patientenindividuell zu prüfen, ob zur Behandlung geeignete Fertigarzneimittel verfügbar sind oder Therapiealternativen bestehen.
- Krankenkassen sind nach aktueller Rechtsprechung berechtigt, trotz Erfüllung der Anspruchsvoraussetzungen die Genehmigung der vom Vertragsarzt beabsichtigten Verordnung zu verweigern und auf eine voraussichtlich gleich geeignete wirtschaftlichere Darreichungsform zu verweisen. Bei voraussichtlich gleicher Geeignetheit von Cannabisblüten, Cannabisextrakten und Arzneimitteln mit den Wirkstoffen Dronabinol oder Nabilon besteht zunächst nur ein Anspruch auf Versorgung mit dem kostengünstigsten Mittel.
- Die Verordnung von Cannabis in Form von getrockneten Blüten ist zu begründen.

Begründung

Der Antrag auf Kostenübernahme wird durch eine begründete ärztliche Einschätzung ergänzt:

- Dokumentation des Krankheitszustandes mit bestehenden Funktions- und Fähigkeitseinschränkungen aufgrund eigener Untersuchung des Patienten und ggf. Hinzuziehung von Befunden anderer behandelnder Ärzte,
- Darstellung der mit Cannabis zu behandelnden Erkrankung(en), ihrer Symptome und des angestrebten Behandlungsziels,
- Bereits angewendete Standardbehandlungen, deren Erfolg im Hinblick auf das Behandlungsziel und dabei aufgetretene Nebenwirkungen,

- Noch verfügbare Standardtherapien, deren zu erwartender Erfolg im Hinblick auf das Behandlungsziel und die zu erwartenden Nebenwirkungen,
- Abwägung der Nebenwirkungen einer Standardtherapie mit dem beschriebenen Krankheitszustand und den möglichen schädlichen Auswirkungen einer Therapie mit Cannabis. In die Abwägung einfließen dürfen dabei nur Nebenwirkungen, die das Ausmaß einer behandlungsbedürftigen Erkrankung erreichen.
- Vor einer Verordnung von Cannabisblüten sind ggf. das Nichterreichen des angestrebten Behandlungsziel mit der vorausgehenden wirtschaftlicheren Cannabis-Therapie trotz ordnungsgemäßer Anwendung bzw. deren Unverträglichkeit nachzuweisen.

Dokumentation

In den ersten drei Monaten ist der Erfolg der Therapie engmaschiger als im weiteren Verlauf zu dokumentieren. Hintergrund ist, dass schwerwiegende Nebenwirkungen oder auch ein ausbleibender Behandlungserfolg bisher vor allem in den ersten drei Monaten zu einem Therapieabbruch führten.

Preisberechnung

Preise für Rezepturarztneimittel sind in der sogenannten Hilfstaxe geregelt. Diese legt zwischen dem Deutschen Apothekerverband und dem GKV-Spitzenverband einheitliche Preise fest. In Anlage 10 ist die Preisbildung für Leistungen nach §31 Absatz 6 SGB V (Cannabis in Form von getrockneten Blüten, Extrakten oder Dronabinol) abgebildet.

Ergänzende Informationen zur Therapie mit cannabishaltigen Arzneimitteln finden Sie beim **BfArM** und bei der **KBV**.

2.5. Rote-Hand-Brief zu neuer Zusammensetzung von L-Thyroxin Aristo® (Levothyroxin-Natrium) - Information und Kontrolle von Patienten

Ab August 2023 sind L-Thyroxin Aristo® Tabletten mit einer neuen Zusammensetzung erhältlich, mit der eine bessere Stabilität des Wirkstoffs erzielt wird. Der Hilfsstoff Maisstärke wurde ergänzt. Auch das Packungsdesign wurde überarbeitet. Der Wirkstoff, der Wirkstoffgehalt und die Art der Einnahme sind unverändert.

- Bei Wechsel zu den Tabletten mit der neuen Zusammensetzung wird eine engmaschige Kontrolle empfohlen, da aufgrund des engen therapeutischen Fensters von L-Thyroxin Veränderungen der Schilddrüsenstoffwechsellage auftreten können.
- Anhand von klinischen und labordiagnostischen Untersuchungen (Bestimmung TSH-Wert 6-8 Wochen nach der Umstellung) kann sichergestellt werden, dass die individuelle Tagesdosis angemessen ist und erforderlichenfalls die Dosierung angepasst werden.

Engmaschige Kontrolle

- Weiterhin ist sicherzustellen, dass die Patientinnen und Patienten ausreichend informiert sind.

Informationsmaterial für Patienten finden Sie [hier](#)

Im **Rote-Hand-Brief** finden Sie neben weiteren Informationen auch Abbildungen der neuen Arzneimittelverpackungen in einem direkten Vergleich zum ursprünglichen Erscheinungsbild.

Hintergrund

L-Thyroxin ist indiziert zur Behandlung der Hypothyreose und von Erkrankungen, bei denen die Sekretion von Thyreoidea-stimulierendem Hormon unterdrückt werden soll. Bei entsprechend disponierten Personen können Unterschiede in der Aufnahme des Wirkstoffs bestehen.

2.6. Änderung Arzneimittel-Richtlinie Anlage VII (Austauschbarkeit von Arzneimitteln)

In Tabelle 1 der Anlage VII Teil A zum Abschnitt M der AM-RL wird mit Wirkung zum 15. August 2023 entsprechend der alphabetischen Reihenfolge folgende Zeile eingefügt:

Wirkstoff	Wirkstoffbasen im Verhältnis	Austauschbare Darreichungsformen
Cyanocobalamin		Filmtabletten überzogene Tabletten

Hintergrund

Der Gemeinsame Bundesausschuss gibt in der Arzneimittel-Richtlinie Anlage VII Hinweise zur Austauschbarkeit von Darreichungsformen unter Berücksichtigung ihrer therapeutischen Vergleichbarkeit. Apotheken sind zur Abgabe eines preisgünstigen Arzneimittels verpflichtet, wenn der verordnende Arzt ein Arzneimittel nur unter seiner Wirkstoffbezeichnung verordnet hat oder die Ersetzung des Arzneimittels durch ein wirkstoffgleiches Arzneimittel nicht ausgeschlossen ist. In den Fällen der Ersetzung (aut idem) haben die Apotheken ein Arzneimittel abzugeben, das mit dem verordneten in Wirkstärke und Packungsgröße identisch sowie für ein gleiches Anwendungsgebiet zugelassen ist und ferner die gleiche oder eine austauschbare Darreichungsform besitzt.

Aut idem

2.7. Verlängerung der Haltbarkeit von Paxlovid® Filmtabletten

Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) teilt mit, dass die Haltbarkeitsdauer von Paxlovid® Filmtabletten erneut verlängert wurde von 18 auf 24 Monate. Die Verlängerung gilt auch rückwirkend für alle auf dem Markt befindlichen Paxlovid® Chargen.

Eine tabellarische Auflistung der Chargen und Änderung der Verfallsdaten finden Sie unter dem folgenden [Link](#)

Packungen die das Verfallsdatum erreicht haben, können dezentral in den Apotheken entsorgt werden - Rücksendungen an den pharmazeutischen Großhandel sind nicht vorgesehen.

Hinweis

Eine Bevorratung mit fünf Therapieeinheiten Paxlovid® je Hausarztpraxis ist bis zum 31. Dezember 2023 möglich. Aufgrund einer Regelungslücke ist bislang nicht geregelt, wie die entsprechende Verordnung ausgestellt werden soll (vgl. KVN-Rundbrief Mai 2023).

2.8. Lieferengpass Salbutamol - Gestattung zum Inverkehrbringen von Sultanol® in französischer Aufmachung

Als Reaktion auf die kritische Versorgungssituation mit Fertigarzneimitteln mit dem Wirkstoff Salbutamol hat das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) das vorübergehende Inverkehrbringen von Sultanol® Dosieraerosol (Wirkstoff: Salbutamol) in französischer Aufmachung gestattet. Die Gestattung ist bis zum 31. Oktober 2023 befristet.

Die französisch gekennzeichnete Ware trägt den Handelsnamen Ventoline®. Sie entspricht in der Zusammensetzung und Qualität Sultanol und ist ab dem 1. August 2023 verfügbar.

Zur Sicherstellung der wirtschaftlichen Ordnungsweise beachten Sie bitte:

- Die Verordnung lautet regulär über das deutsche Präparat.
- Die Dokumentation der Nichtverfügbarkeit und ein Austausch gegen „gestattete Ware“ erfolgt in der Apotheke.

Die deutsche Packungsbeilage und Fachinformation finden Sie [hier](#)

Ein Informationsschreiben des Herstellers zum Lieferengpass Sultanol® Dosieraerosol finden Sie [hier](#)

Hintergrund

Durch die temporären Lieferengpässe des Arzneimittels Sultanol® Dosieraerosol aufgrund einer deutlich gestiegenen Nachfrage wird die Versorgung mit dem versorgungsrelevanten Wirkstoff Salbutamol als Dossier-Aerosol derzeit in Deutschland als nicht ausreichend gewährleistet eingeschätzt.

Für wirkstoffgleiche sowie therapeutische Alternativen liegen zum Teil ebenfalls Lieferengpassmeldungen vor. Sie stehen nicht in ausreichender, den Bedarf deckender Menge zur Verfügung. Die Ware in französischer Aufmachung wird hinsichtlich Zusammensetzung und Qualität als identisch zu Sultanol Dossier-Aerosol bewertet.

Sicherstellung

Sultanol Dosier-Aerosol ist für folgende Behandlung indiziert:
Zur Verhütung und Behandlung von Atemwegserkrankungen mit Verengung der Atemwege durch Krämpfe der Bronchialmuskulatur (obstruktive Atemwegserkrankungen), wie z. B. Asthma bronchiale, chronische Bronchitis und Blählung (Lungenemphysem).

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

Zum 11. Juli 2023 wurden bei den Medizinprodukten „Freka Drainjet® Purisole SM verdünnt“ und „Freka Drainjet® NaCl 0,09%“ die Befristungen der Verordnungsfähigkeit nach Anlage V der Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL) verlängert:

Produktbezeichnung	Medizinische notwendige Fälle	Befristung der Verordnungsfähigkeit
Freka Drainjet® NaCl 0,9 %	Zur internen und externen Anwendung wie postoperative Blasenspülung bei allen urologischen Eingriffen, Spülungen im Magen-Darmtrakt und von Fisteln und Drainagen. Auch zur Wundbehandlung und zum Befeuchten von Tüchern und Verbänden.	26. Mai 2024
Freka Drainjet® Purisole SM verdünnt	Intra- und postoperative Blasenspülung bei urologischen Eingriffen.	26. Mai 2024

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

2.10. Gemeinsame Arbeitsgruppe Arzneimittel - neues Info-Schreiben

Eine Aufgabe der gemeinsamen Arbeitsgruppe aus KVN und den Verbänden der gesetzlichen Krankenkassen in Niedersachsen ist die Information der Vertragsärzte über pharmakologische und wirtschaftliche Aspekte zu ausgewählten Arzneimitteln. Der Titel einer neuen Veröffentlichung lautet „Hypnotika und Sedativa bei Schlafstörungen“. In diesem Schreiben werden Verordnungsfähigkeit, Risiken und Handlungsempfehlungen thematisiert.

Sie finden das Schreiben [hier](#)

Weitere Informationen zu einer Reihe von verordnungsrelevanten Themen finden Sie [hier](#)

Hypnotika und Sedativa
bei Schlafstörungen

2.11. Lieferengpässe - ALBVVG definiert Austauschregeln für Arzneimittel

Das Gesetz zur Bekämpfung von Lieferengpässen bei patentfreien Arzneimitteln und zur Verbesserung der Versorgung mit Kinderarzneimitteln, sprich: das Arzneimittel-Lieferengpassbekämpfungs- und Versorgungsverbesserungsgesetz (ALBVVG) ist am 27. Juli 2023 in Kraft getreten.

Das Gesetz ermöglicht zur Kompensation von Lieferengpässen u. a. dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) eine vereinfachte Gestattung des Inverkehrbringens von Arzneimitteln mit fremdsprachiger Umverpackung bzw. Packungsbeilage.

Für die Abgabe von Arzneimitteln verstetigt das ALBVVG einige bereits durch die „Corona-Sonderregeln“ etablierte Erleichterungen für Apotheken.

Diese Austauschregeln gelten ab dem 1. August 2023:

Bei Nichtverfügbarkeit eines verordneten Arzneimittels können Apotheken ohne Rücksprache mit dem verordnenden Arzt im Hinblick auf

- Packungsgröße,
- Packungszahl,
- Wirkstärke oder
- durch die Entnahme von Teilmengen

gegen ein verfügbares wirkstoffgleiches Arzneimittel austauschen, solange nicht mehr als die verordnete Menge an Wirkstoff abgegeben wird und sofern keine pharmazeutischen Bedenken bestehen.

Wirkstoffgleiches
Arzneimittel

Apotheken können regelhaft die Nichtverfügbarkeit eines Arzneimittels durch den Aufdruck eines Sonderkennzeichens auf der Verordnung kenntlich machen, so dass der Umstand „Austausch aufgrund von Nichtverfügbarkeit“ anhand der Sonder-PZN von den Krankenkassen nachvollzogen werden kann.

Daher besteht in den allermeisten Fällen durch diese Regelung für Apotheken keine Notwendigkeit, beim Arzt Ersatzverordnungen anzufordern. Neuverordnungen wirkstoffgleicher Präparate könnten ggf. ungewollt zu unwirtschaftlichen Verordnungen führen, da das Sonderkennzeichen entfiel.

Wir empfehlen daher, solche Anfragen ggf. genau zu prüfen, da mögliche Auswirkungen auf die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit derzeit noch ungeklärt sind.

Ausgenommen vom Austausch sind Arzneimittel, die zwingend namentlich zu verordnen sind:

Präparate der Substitutionsausschlussliste, Therapieallergene oder biosimilare Arzneimittel erfordern im Fall der Nichtverfügbarkeit die

ärztliche Rücksprache und es wäre dementsprechend ein neues Rezept auszustellen.

- Im Einzelfall kann es - insbesondere bei hochpreisigen Arzneimitteln - sinnvoll sein, die Therapieentscheidung für ein anderes Präparat zu dokumentieren, wenn ein Lieferengpass ursächlich ist.

Das ist neu:

Kein Aut-simile-Austausch mehr

Es entfällt die Möglichkeit für Apotheken, in Absprache mit dem Arzt ohne neues Rezept in ein pharmakologisch-therapeutisch vergleichbares Arzneimittel mit abweichendem Wirkstoff zu tauschen. Wird aufgrund eines Lieferengpasses ein Wirkstofftausch nötig, ist eine Neuverordnung vorgeschrieben.

- Auch in diesen Fällen kann ein Hinweis auf die Nichtverfügbarkeit in der Patientendokumentation sinnvoll sein.

Neue Zuzahlungsregelungen beim Stückeln erst ab 1. Februar 2024

Aktuell gibt es gelegentlich Irritationen, wenn Patienten wegen der mehrfach anfallenden gesetzlichen Zuzahlung die mögliche Kompensation mit mehreren kleineren Packungen ablehnen und mit nur einer Packung mit geringerer Reichweite als verordnet versorgt werden.

Mit dem ALBVVG soll auch sichergestellt werden, dass die Zuzahlung nur einmal zu leisten ist und sich der Höhe nach auf die Packungsgröße bezieht, die der verordneten Menge entspricht. Allerdings wird die Umsetzung aufgrund technischer Anpassungen erst zum Februar 2024 erfolgen.

2.12. Mehrfachverordnungen im Zusammenhang mit Langzeitbevorratung

Uns erreichen in letzter Zeit Fragen zur wirtschaftlichen Verordnungsweise bei Mehrfachverordnungen hinsichtlich patientenseitig gewünschter Langzeitbevorratung. Zur Beantwortung ist hier zunächst eine Begriffsdifferenzierung nötig. Der Begriff „Mehrfachverordnung“ ist durch die Einführung der Mehrfachverordnung als eRezept mit Wiederholungsfunktion mittlerweile doppeldeutig:

1. Seit April 2023 können elektronische Mehrfachverordnungen mit der Möglichkeit einer wiederholten Abgabe ausgestellt werden. Der Begriff Mehrfachverordnung ist hier im Sinne von §31 Abs. 1b SGB V zu verstehen und wird umgangssprachlich auch als Wiederholungsrezept bezeichnet. (vgl. KVN-Rundschreiben Mai 2023)
Die Einlösefristen der sich wiederholenden Abgaben von maximal 365 Tagen nach Ausstellung können vom verordnenden Arzt frei konfiguriert werden. Es gelten

entsprechend kurze Fristen für BTM-Rezepte, Retinoid- und T-Rezepte.

2. Von einer Mehrfachverordnung im Sinne des Rahmenvertrages über die Arzneimittelversorgung nach §129 Absatz 2 SGB V spricht man, wenn ein Arzt von einem Arzneimittel mehrere Packungen einer Größe auf einem Rezept verschreibt, Beispielsweise „2 x N3 Medikament xy 100 TAB <dj>“. Die Menge ist therapeutisch begründet sowie in der Regel zum Verbrauch innerhalb von drei Monaten bestimmt. Die Verordnung hat eine Gültigkeit von 28 Tagen, (ausgenommen BTM-Rezepte, Retinoid- und T-Rezepte). Die Begründung sollte in der Patientenakte dokumentiert werden, um im Falle eines Prüfantrages argumentieren zu können.

Mehrere Packungen einer Größe auf einem Rezept

Für beide Formen der Mehrfachverordnung gilt: Sie können als unwirtschaftlich angesehen werden, wenn sie der Bevorratung dienen und sich der Patient im Anwendungszeitraum außerhalb von Deutschland aufhält.

Für beide Formen gilt:

Gemäß §16 Abs. 1 SGB V *„ruht der Anspruch auf Leistungen, solange Versicherte sich im Ausland aufhalten, und zwar auch dann, wenn sie dort während eines vorübergehenden Aufenthalts erkranken [...]“*

Wie lange ein Auslandsaufenthalt sein darf, um noch ein Kassenrezept ausstellen zu dürfen, ist nicht eindeutig festgelegt. Verordnungen über einen Bedarf für drei Monate sind im Praxisalltag üblich, so dass wir einen Quartalsbedarf als Orientierungszeitrahmen annehmen, zumal ein Arzt in der Regel nicht überprüfen kann, wo sich Patienten in der Zeit zwischen den Rezeptausstellungen aufhalten.

Orientierungsrahmen

In Fällen, in denen Patienten für einen längeren Zeitraum im Ausland leben und der Auslandsaufenthalt nicht den Charakter einer Reise oder eines Urlaubes hat, sind Arzneimittel nicht zulasten der GKV verordnungsfähig.

- Rezeptwünsche zur Bevorratung für Langzeitauslandsaufenthalte sind daher abzulehnen und ggf. wäre eine private Verordnung auszustellen.
- Dementsprechend sind bei Ausstellung von elektronischen Mehrfachverordnungen der Start der Gültigkeit und die Einlösefrist je eRezept-Token zu berücksichtigen.

Welche Leistungsansprüche Versicherte bei akuten Erkrankungen im jeweiligen Land haben, sollten diese unabhängig von der geplanten Aufenthaltsdauer rechtzeitig vor Reiseantritt bei ihrer Krankenkasse erfragen.

2.13. Sprechstundenbedarf - Import von Cyclopentolat Augentropfen bis Januar 2024 zulässig

Aufgrund des aktuell bestehenden Lieferengpasses bzw. der festgestellten Nicht-Lieferfähigkeit des Arzneimittels Cyclopentolat Augentropfen wurde mit den Landesverbänden der Krankenkassen vereinbart, dass nach Rückfrage der Apotheken bei den Großhändlern, ein Import, befristet bis Januar 2024 zulässig ist.

2.14. Mpox-Impfungen

Inzwischen wurde die MPox/Affenpocken-Impfung (als Indikationsimpfung und bei beruflicher Indikation) auch in die Schutzimpfungs-Richtlinie aufgenommen.

Im Rahmen der vom GBA in der Schutzimpfungs-Richtlinie umgesetzten Indikationen haben GKV-Versicherte Anspruch auf eine Schutzimpfung, so dass für diese Fälle die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung gegeben ist. Bisher haben die gesetzlichen Krankenkassen in Niedersachsen allerdings keine vertraglichen Regelungen hierzu mit der KV abgeschlossen, so dass derzeit weder die Kostenübernahme für Bestellungen des Mpox/Affenpocken-Impfstoffes geregelt, noch die Impfleistung regulär über die KV abrechenbar ist. Soll eine Impfung mit einem zugelassenen Impfstoff erfolgen, müssen Privatrezepte ausgestellt werden, die Abrechnung für die Kosten des Impfstoffes und die ärztliche Leistung muss über eine Privatliquidation erfolgen. Patientinnen und Patienten haben auf Grundlage der Schutzimpfungsrichtlinie Anspruch auf Impfstoff und die ärztliche Leistung gegenüber der Krankenversicherung. Entsprechende Patientinnen und Patienten können ihren Anspruch auf Kostenerstattung bei ihrer jeweiligen Kasse stellen.

Ein zugelassener Affenpockenimpfstoff (Imvanex®) soll ab dem 1. August 2023 für den pharmazeutischen Großhandel und Apotheken bestellbar sein.

Zusätzlicher Hinweis: In Bezug auf die Empfehlung der STIKO zur postexpositionellen Impfung gegen Affenpocken erfolgte keine Umsetzung in der Schutzimpfungs-Richtlinie.

2.15. Streichung von Medizinprodukten aus der Anlage V (Übersicht der verordnungsfähigen Medizinprodukte)

Mit Wirkung zum 2. August 2023 hat der G-BA das unten genannte Medizinprodukt - zur Anwendung als Operationshilfe bei ophthalmischen Eingriffen am vorderen Augenabschnitt - in Anlage V der Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL) gestrichen.

Damit ist das folgende Medizinprodukt nicht länger zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordnungsfähig:

Nicht länger
verordnungsfähig

- Pe-Ha-Luron® 1.0 %

Grund für den Beschluss ist, dass die CE-Zertifikate ausgesetzt wurden und damit die Verkehrsfähigkeit als grundsätzliche Voraussetzung für eine Aufnahme in Anlage V der Arzneimittel-Richtlinie nicht mehr erfüllt ist.

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

2.16. Arzneimittelquoten-Frühinformation 2023

Aufgrund technisch notwendiger Umstellungen verzögerte sich die Bereitstellung der Arzneimittelquoten-Frühinformation 2023 (AMFI) um gut drei Monate. Inzwischen stehen die Auswertung Januar 2023 und seit dem 7. August 2023 auch die Auswertung Januar-Februar 2023 im ePostfach zum Abruf bereit. In den kommenden Wochen sollen dann die Berichte für die weiteren Monate folgen, so dass wir voraussichtlich Ende September mit der Auswertung Januar-Juni 2023 alle fehlenden Berichte nachgeholt haben werden und wieder in den normalen monatlichen Turnus übergehen können.

Angestellte Ärzte können ihre AMFIs über die Bezirksstellen erhalten.

Ende September

2.17. Verordnung von Krankenhausbehandlung - Genehmigungsvorbehalt der Kasse ist nichts Neues

Derzeit häufen sich Beschwerden aus Praxen über zusätzliche Bürokratie bei der Verordnung von Krankenhausbehandlung. Hintergrund ist, dass eine eigentlich nur redaktionelle Änderung in den Vordruckerläuterungen des Bundesmantelvertrages in einigen Praxisverwaltungssystemen zu Hinweisen bei der Verordnung von Krankenhausbehandlung bezüglich des Genehmigungsvorbehalts der Krankenkasse führt.

Inhaltlich war der Genehmigungsvorbehalt schon in der bisherigen Formulierung abgebildet: „Der Vertragsarzt oder der Vertragspsychotherapeut füllt Muster 2a vollständig aus, händigt es dem Versicherten aus und weist darauf hin, dass dieses Muster vor Aufsuchen des Krankenhauses der Krankenkasse vorzulegen ist bzw. der Versicherte sich mit der Krankenkasse zur Abstimmung hinsichtlich der Genehmigung in Verbindung setzen (s. Rückseite des Musters 2a) soll. In Notfällen entfällt die Genehmigungspflicht.“ Auch der Verordnungsvordruck Muster 2 A ist diesbezüglich nicht geändert worden.

Nach wie vor reicht der Hinweis gegenüber dem Patienten zur Beachtung der Rückseite des Verordnungsvordruckes oder folgende Sprachregelung: „Denken Sie bitte daran, bezüglich der Genehmigung der Krankenhausbehandlung Kontakt mit Ihrer Krankenkasse aufzunehmen.“

3. Allgemeine Hinweise

3.1. Zeitpunkt des Screenings auf Hepatitis B während der Schwangerschaft wird vorgezogen

Das Screening auf Hepatitis B wird ab sofort bereits zu Beginn einer Schwangerschaft durchgeführt. Der Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), das Screening auf Hepatitis B vom dritten ins erste Trimenon vorzuziehen, ist am 30. Juni 2023 in Kraft getreten.

Mit diesem Beschluss schließt sich der G-BA der S3-Leitlinie „Hepatitis-B-Virusinfektion - Prophylaxe, Diagnostik und Therapie“ an, die das Screening so früh wie möglich empfiehlt, um mit der antiviralen Therapie - falls erforderlich - schon im zweiten Trimenon beginnen zu können.

Mutterpass wird angepasst - Aktuelle Version bleibt gültig

Im Mutterpass wird bei der nächsten Druckauflage auf den Seiten 8 und 24 jeweils die Angabe der Schwangerschaftswoche (32.-40. SSW) hinter den Wörtern „Untersuchung auf Hepatitis B“ gestrichen. Die bisherigen Mutterpässe behalten jedoch weiterhin ihre Gültigkeit.

Bis zur Auslieferung der neuen Mutterpässe werden die Vertragsärztinnen und -ärzte sowie Hebammen gebeten, die Streichung händisch vorzunehmen.

3.2. Aufnahme einer Stuhlfarbkarte in das Untersuchungsheft für Kinder

Zur Versorgungsverbesserung von Kindern mit einer Gallengangatresie (GGA) wird dem Untersuchungsheft für Kinder (Gelbes Heft) eine Stuhlfarbkarte beigelegt und den Eltern empfohlen, damit die Stuhlfarbe ihres Kindes zu beobachten, um potentielle Lebererkrankungen schnell zu erkennen und zu therapieren.

Der Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zur Änderung der Richtlinie über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern (Kinder-Richtlinie), ist am 13. Juli 2023 in Kraft getreten.

Die derzeit im Umlauf befindlichen „Gelben Hefte“ können aufgebraucht werden. Die um die Stuhlfarbkarte ergänzten neuen „Gelben Hefte“ werden voraussichtlich ab dem 3. Quartale 2023 bestellbar sein.

3.3. Impfungen von Berufsfachschülerinnen und -schülern sind abgedeckt durch die Impfvereinbarungen mit der AOK Niedersachsen

Da es immer wieder Unsicherheiten gibt, ob Impfungen von Berufsfachschülerinnen und -schülern unter berufsbedingte Impfungen fallen, möchten wir Ihnen folgende Hinweise geben:

Um einen Schulplatz zu erhalten haben Berufsfachschülerinnen und -schüler ihren Impfstatus nachzuweisen. Fehlende Impfungen führen zum Verlust des Schulplatzes, da im Rahmen der schulischen Ausbildung vorgesehene Praktika nicht angetreten werden können. Der Besuch einer Berufsfachschule ist zwar nicht der klassische Weg einer Ausbildung, wird im Abschluss aber diesem gleichgesetzt. Insofern können die erforderlichen Impfungen (insbesondere Hepatitis A und B, Masern oder Varizellen) über die Impfvereinbarung mit der AOK Niedersachsen abgerechnet werden.

Beispielsweise kann die Einzelimpfung gegen Hepatitis A über die GOP 89105V/89105W und der Impfstoff über SSB abgerechnet werden (AOK-Impfvereinbarung). Die Kombinationsimpfung Hepatitis A/B kann über die GOP 89202V/W abgerechnet und der Impfstoff auf den Namen des Patienten verordnet werden (Vereinbarung über die Durchführung beruflich bedingter Schutzimpfungen).

Bei den übrigen Krankenkassen sind die Impfungen von Berufsfachschülerinnen und -schülern nicht Gegenstand der Impfvereinbarungen und somit Privatleistung.

3.4. Hitze kann tödlich sein - kostenfreie Informationsmaterialien für Arztpraxen

Das Bundesgesundheitsministerium (BMG) hat aktuell eine Kampagne für den Hitzeschutz gestartet. Durch die Folgen des Klimawandels ist das Auftreten von Hitzewellen immer wahrscheinlicher geworden. Diese beeinflussen unsere Gesundheit, unser Wohlbefinden und die Leistungsfähigkeit unserer Gesellschaft. Aktuelle Studien kommen zu dem Ergebnis, dass es im Jahr 2022 allein in Europa mehr als 60.000 hitzebezogene Todesfälle gab - über 8.000 davon in Deutschland.

Das BMG hat als Teil des Hitzeschutzplans ein Plakat erstellt, das konkrete Tipps für Hitzetage bietet. Es enthält unter anderem einen Verweis (QR-Code) zum Hitze-Warnsystem des Deutschen Wetterdienstes. Das Plakat kann zur Information der Patientinnen und Patienten in den Praxen - auch in größeren Mengen - **im Internet bestellt werden.**

3.5. Umfrage der MHH zum Screening auf Hepatitis-B- und -C-Virusinfektionen

Seit dem 22. Juni bereits läuft eine niedersachsenweite Hausarztbefragung zum Projekt GesuHep. Ziel von GesuHep ist es, die Umsetzung des neu eingeführten Screenings auf HBV- und HCV-Infektionen als Teil der allgemeinen Gesundheitsuntersuchung in hausärztlichen Praxen exemplarisch für das Flächenland Niedersachsen zu analysieren und empirisch basierte Empfehlungen für eine Weiterentwicklung der praktischen Umsetzung des Screenings zu formulieren. Es geht darum, welche Erfahrungen aus Sicht von Hausärztinnen und Hausärzten bisher bei der Umsetzung des Screenings auf HBV- und HCV-Infektion im

Rahmen der allgemeinen Gesundheitsuntersuchung in hausärztlichen Praxen in Niedersachsen gemacht wurden.

Die Resonanz auf die Umfrage war, wohl bedingt durch die Sommerferien, bislang eher verhalten. Wir möchten an dieser Stelle noch einmal an das laufende Projekt erinnern und alle Hausärzte um ihre Teilnahme bitten. Die Umfrage finden Sie [hier](#)

Die Deadline zur Teilnahme ist verlängert und eine Teilnahme noch bis zum 25. August 2023 möglich.

4. Veranstaltungen im September und Oktober 2023

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

Name	Ort	Datum	Gebühr p. P.
Sachkundelehrgang „Endoskopie“	Hannover	04.Sep	585 Euro
Arzneimittelverordnungen	WebSeminar	06.Sep	kostenlos
Die elektronische Patientenakte	WebSeminar	06.Sep	kostenlos
Heilmittelverordnung - Sicher durch den Verordnungs-Dschungel	Hannover	06.Sep	kostenlos
Moderne Wundversorgung	WebSeminar	06.Sep	kostenlos
Datenschutz in der Arztpraxis	WebSeminar	12.Sep	69 Euro
IGeLn leicht gemacht	WebSeminar	13.Sep	69 Euro
Impfen	WebSeminar	13.Sep	kostenlos
Existenzgründerseminar Modul 2 „Meine eigene Praxis - So gelingt Ihr Start“	WebSeminar	13.Sep	kostenlos
PraxismanagerIn Refresherkurs (3-tägig)	Oldenburg	13.Sep	315 Euro
Sicher durch den Heilmittel-Verordnungs-Dschungel	WebSeminar	18.Sep	kostenlos
Personalführung für PraxismitarbeiterIn	WebSeminar	19.Sep	69 Euro

Arzneimittelverordnungen in Theorie und Praxis	Braunschweig	20.Sep	kostenlos
Praxisbegehungen durch das Gesundheitsamt	Hannover	20.Sep	kostenlos
Das Mitgliederportal der KVN und das Internet	Lüneburg	20.Sep	kostenlos
Die elektronische AU	WebSeminar	20.Sep	kostenlos
Hygiene in der Arztpraxis	Hannover	21.Sep	154 Euro
DMP - Asthma und COPD	Verden	23.Sep	30 Euro
Arzneimittel-Verordnung	WebSeminar	27.Sep	kostenlos
Umgang mit der Videosprechstunde	WebSeminar	27.Sep	69 Euro
Zusammenarbeit neu angedacht - Meine Kooperationsmöglichkeiten heute	Braunschweig	27.Sep	kostenlos
Impfen	WebSeminar	27.Sep	kostenlos
Gruppentherapie leicht gemacht - Erneut/Erstmalig in der Praxis anbieten	Oldenburg	27.Sep	99 Euro
Sprechstundenbedarf	WebSeminar	28.Sep	kostenlos
Der kleine Knigge - Souverän in den Berufsalltag	Hannover	29.Sep	138 Euro
Zusammenarbeit neu angedacht - Meine Kooperationsmöglichkeiten heute	WebSeminar	04.Okt	kostenlos
Management für PraxisinhaberIn - Der Praxischef als Unternehmer	Hannover	06.Okt	145 Euro
Der Knigge - Wirkung immer und überall	Hannover	07.Okt	138 Euro
QEP®-Einführungsseminar	WebSeminar	07.Okt	127 Euro
Meine eigene Praxis - Impulse für Ihren Start	WebSeminar	11.Okt	kostenlos
Sprechstundenbedarf	WebSeminar	11.Okt	kostenlos
Moderne Wundversorgung	Osnabrück	11.Okt	kostenlos
Fragen rund um die ambulante Weiterbildung/ Praxisseminar	Hannover	11.Okt	kostenlos

Fit am Empfang - So heißen Sie Ihre Patienten willkommen	WebSeminar	11.Okt	69 Euro
Existenzgründerseminar Modul 2 „Meine eigene Praxis - So gelingt Ihr Start“	Hannover	18.Okt	kostenlos
Meine Zukunft planen - Impulse für Ihre Praxisabgabe	WebSeminar	18.Okt	kostenlos

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/unsere(m) Vertreter, Angestellten oder Assistenten oder auf meine/unsere Anordnung und unter meiner/unsere(r) 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^{2,3}:

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^{2,3} erkläre(n) ich/wir Folgendes:

Anzahl beschäftigter Vertreter:

LANR oder Name(n) des (der) Vertreter(s)^{2,3}

An folgenden Tagen ist zur Erbringung der vertragsärztlichen Leistungen in meiner/unsere(r) Praxis ein Vertreter tätig geworden:

1. Quartalsmonat⁴

2. Quartalsmonat⁴

3. Quartalsmonat⁴

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^{2,3} erkläre(n) ich/wir Folgendes:

Anzahl beschäftigte Angestellte:

LANR oder Name(n) des (der) Angestellten^{2,3}:



KVN

Kassenärztliche Vereinigung
Niedersachsen

Informationen für die Praxis

KVN-Rundschreiben

Juli 2023

Inhaltsverzeichnis

1.	Abrechnung	3
1.1.	Beschlüsse des Bewertungsausschusses: Kryokonservierung Ovarialgewebe und Aderlass durch Gastroenterologen	3
1.2.	Mikrobiologische Diagnostik im EBM: Änderungen aufgrund der Arzneimittel Livtency® und Roctavian®	5
1.3.	Stereotaktische Radiochirurgie: Kostenerstattung bei Vestibularisschwannomen möglich	6
1.4.	Weitere digitale Gesundheitsanwendung dauerhaft ins DiGA-Verzeichnis aufgenommen - keine zusätzliche Vergütung	6
1.5.	Digitale Gesundheitsanwendungen „zanadio“ und „somnio“: Anpassungen im EBM.....	7
1.6.	Neue Regelungen zur Vergütung kinder- und jugendärztlicher Leistungen	8
1.7.	Budgetierung auch der bislang nicht budgetierten Fachgruppen ab 2/2023	8
2.	Verordnungen	9
2.1.	Tavneos® (Avacopan) als Praxisbesonderheit anerkannt	9
2.2.	Praxisbesonderheit Darzalex® (Daratumumab) Änderungen der Befristungen	9
2.3.	Lieferengpass Quensyl® 200mg.....	11
2.4.	Adakveo® (Crizanlizumab): Widerruf der EU-Zulassung	12
2.5.	Streichung von Medizinprodukten aus der Anlage V (Übersicht der verordnungsfähigen Medizinprodukte).....	12
2.6.	Erweiterung der Anlage VI (Off-Label-Use) der Arzneimittel- Richtlinie - Paclitaxel, Docetaxel oder Irinotecan als Monotherapie.....	13
2.7.	Sprechstundenbedarf - Import von Aspirin i.V. bis zum 31. Dezember 2023 zulässig.....	14
2.8.	eRezept - Ärzte können Wiederholungsrezepte ausstellen	14

2.9.	COVID-19-Impfung - Angebote zu Vorreservierungen	15
3.	Allgemeine Hinweise	16
3.1.	Neue TI-Finanzierung	16
3.2.	Elektronisches Rezept (eRezept)	18
3.3.	In eigener Sache: KVN stellt monatliches Rundschreiben ab August auf elektronischen Versand um	19
3.4.	HzV-Selektiv-/Vollversorgungsvertrag der Techniker Krankenkasse - hier: Klageverfahren mit der TK hinsichtlich nichtvertragskonformer Inanspruchnahmen; Berufungsverfahren vor dem Landessozialgericht anhängig	19
3.5.	Gesetzliche Unfallversicherung: Erhöhung der Gebühren der Psychotherapeuten	20
3.6.	Besonderen Versorgung zur Behandlung von Gestationsdiabetes und sonstige Diabetesformen durch Diabetologische Schwerpunktpraxen (GDM-DM3-Vertrag): BKK Herkules und BKK Miele ab 1. August 2023 neu dabei	20
3.7.	Beratungshotline Long-/Post-Covid der Landesregierung und der AOKN ab 1. August 2023	21
4.	Veranstaltungen im August und September 2023	22
5.	Anlagenverzeichnis	24
5.1.	Ansprechpartner Finanzierung	24
5.2.	TI-Pauschalen im Überblick	24

1. Abrechnung

1.1. Beschlüsse des Bewertungsausschusses: Kryokonservierung Ovarialgewebe und Aderlass durch Gastroenterologen

Der Bewertungsausschuss (BA) hat Beschlüsse zur Anpassung des EBM gefasst, über die wir Sie informieren. Sie betreffen die Vergütung der Kryokonservierung von Ovarialgewebe vor keimzellschädigender Therapie sowie die Abrechnung der Aderlasstherapie durch Gastroenterologen.

Die EBM-Änderungen treten zum 1. Juli und zum 1. Oktober 2023 in Kraft.

Kryokonservierung von Ovarialgewebe

Zum Hintergrund: Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hatte 2022 beschlossen, dass zusätzlich zu Ei- und Samenzellen sowie männlichem Keimzellgewebe künftig unter bestimmten Anspruchsvoraussetzungen auch Ovarialgewebe entnommen und kryokonserviert werden kann. Hierzu wurde die Richtlinie zur Kryokonservierung von Ei- oder Samenzellen oder Keimzellgewebe sowie entsprechende medizinische Maßnahmen wegen keimzellschädigender Therapie (Kryo-RL) angepasst und ist am 15. November 2022 in Kraft getreten.

Die KBV und der GKV-Spitzenverband haben sich jetzt auf die Abrechnung und Vergütung der entsprechenden Leistungen geeinigt. Die Änderungen des EBM erfolgen zum 1. Juli 2023.

Änderungen in Abschnitt 8.6

Der Abschnitt 8.6 EBM (Kryokonservierung von Ei- oder Samenzellen oder Keimzellgewebe sowie entsprechende medizinische Maßnahmen wegen keimzellschädigender Therapie) wird um folgende Gebührenordnungspositionen (GOP) ergänzt:

- GOP 08622 (128 Punkte, je vollendete 10 Minuten): Reproduktionsmedizinische Beratung und Aufklärung im Zusammenhang mit der Kryokonservierung von Ovarialgewebe. Sie kann dreimal im Krankheitsfall und mit Begründung der medizinischen Notwendigkeit bis zu viermal im Krankheitsfall berechnet werden.

Hinweis: Die GOP 08622 ist sowohl vor der Entnahme von Ovarialgewebe als auch vor dem Auftauen des Ovarialgewebes berechnungsfähig. Hintergrund ist, dass das Ovarialgewebe zwecks Wiederherstellung der Empfängnisfähigkeit aufgetaut wird und nicht - wie bei Ei-, Samenzellen und Hodengewebe - zur Herbeiführung einer Schwangerschaft gemäß den Richtlinien über künstliche Befruchtung des G-BA. Die autologe Replantation des Ovarialgewebes ist nicht Gegenstand der Kryo-RL. Da das Auftauen des Gewebes und die Replantation im unmittelbaren zeitlichen Zusammenhang stehen, muss eine entsprechende Beratung und Aufklärung vor dem Auftauen erfolgen. Dies sieht

GOP

auch die Richtlinie der Bundesärztekammer zur Entnahme und Übertragung von menschlichen Keimzellen oder Keimzellgewebe im Rahmen der assistierten Reproduktion vor.

- GOP 08642 (1.210 Punkte): Aufbereiten und Untersuchung von Ovarialgewebe nach Entnahme zur Kryokonservierung.
- GOP 08643 (1.234 Punkte): Aufbereiten und Einfrieren von Ovarialgewebe.
- GOP 08649 (876 Punkte): Auftauen und Aufbereiten von Ovarialgewebe zwecks Wiederherstellung der Empfängnisfähigkeit. Die Abrechnung der GOP setzt die Durchführung einer Beratung nach der GOP 08622 im selben Krankheitsfall voraus.

GOPs

In Folge der Aufnahme der GOP 08622 wird die Leistungslegende der GOP 08621 angepasst und auf die reproduktionsmedizinische Beratung und Aufklärung zur Kryokonservierung von Ei- oder Samenzellen oder von Hodengewebe begrenzt.

Weiterhin erfolgen aufgrund der Änderung der Kryo-RL notwendige redaktionelle Anpassungen. Zudem wird bei allen GOP für Gespräche im Abschnitt 8.6 eine neue Anmerkung zur Kennzeichnungspflicht für die Durchführung im Rahmen einer Videosprechstunde aufgenommen.

Die Finanzierung der neu aufgenommenen Leistungen des Abschnitts 8.6 erfolgt gemäß Beschluss des BA außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung und damit extrabudgetär.

Aderlass: Öffnung der GOP 13505 für Gastroenterologen

Die Aderlasstherapie ist Bestandteil der Versicherten- und Grundpauschale und wurde im Rahmen der EBM-Weiterentwicklung zum 1. April 2020 nur für Fachärzte für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie als Einzelleistung mit der GOP 13505 berechnungsfähig.

Aufgrund der Relevanz der Durchführung des Aderlasses im Rahmen der Behandlung von Patienten mit Hämochromatose (ICD-10-GM: E83.1) durch Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin und Gastroenterologie wird die Berechnung der GOP 13505 ab 1. Oktober 2023 für diese Fachgruppe geöffnet. Hierzu erfolgt die Änderung der ersten Anmerkung zur GOP 13505 und die Aufnahme einer zweiten Bestimmung zum Abschnitt 13.3.4 (Hämat-/Onkologische GOP). In diesem Zusammenhang wird die Grundpauschale nach der GOP 13392 um einen Punkt auf 176 Punkte abgesenkt.

Hinweis zur Veröffentlichung

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

1.2. Mikrobiologische Diagnostik im EBM: Änderungen aufgrund der Arzneimittel Livtency® und Roctavian®

Der Bewertungsausschuss (BA) hat beschlossen, dass zum 1. Juli 2023 drei neue Gebührenordnungspositionen (GOP) für die mikrobiologische Diagnostik in den Abschnitt 32.3 EBM aufgenommen werden. Hintergrund sind Prüfungen der Fachinformationen der Arzneimittel Livtency® und Roctavian® im Rahmen der frühen Nutzenbewertung des G-BA.

Neue GOP 32674 (Roctavian®)

Das Arzneimittel Roctavian® kann zur Behandlung von schwerer Hämophilie A (kongenitalem Faktor-VIII-Mangel) bei erwachsenen Patienten ohne Faktor-VIII-Inhibitoren in der Vorgeschichte und ohne nachweisbare Antikörper gegen Adeno-assoziiertes Virus Serotyp 5 (AAV5) angewendet werden. Unterschiedliche Serotypen des Adeno-assoziierten Virus (AAV) werden als viraler Vektor für gentherapeutisch wirksame Arzneimittel verwendet. Die neue GOP 32674 wird deshalb generisch gefasst. Sie ist berechnungsfähig für die Untersuchung auf Antikörper gegen AAV, wenn diese Untersuchung im Rahmen der Indikationsstellung einer gezielten medikamentösen Behandlung laut Fachinformation obligat ist (wie im Falle von Roctavian®).

Neue GOP 32818 und 32820 (Livtency®)

Das Arzneimittel Livtency® wird zur Behandlung einer therapierefraktären Cytomegalievirus (CMV)-Infektion und/oder -Erkrankung bei Erwachsenen, die sich einer hämatopoetischen Stammzelltransplantation oder einer Transplantation solider Organe unterzogen haben, angewendet. Für die Bestimmung der CMV-DNA-Konzentration wird die GOP 32818 in den EBM aufgenommen; für die genotypische CMV-Resistenztestung ist die neue GOP 32820 berechnungsfähig. Zu beachten ist, dass die beiden GOP ausschließlich für organtransplantierte und immunsupprimierte Personen neu in den EBM aufgenommen werden.

Die weitergehende Überprüfung ergab die Notwendigkeit, in diese Anpassung auch bereits im Markt befindliche Arzneimittel zur antiviralen Therapie von CMV-Infektionen einzubeziehen.

Regelungen zur Vergütung

Die Vergütung der Bestimmung der CMV-DNA-Konzentration nach der GOP 32818 erfolgt innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen.

Die Vergütung der Leistungen nach den GOP 32674 und 32820 erfolgt zunächst außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen.

Hinweis zur Veröffentlichung

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

Anwendungsgebiet

1.3. Stereotaktische Radiochirurgie: Kostenerstattung bei Vestibularisschwannomen möglich

In Bezug auf die Aufnahme von Gebührenordnungspositionen in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) im Zusammenhang mit der stereotaktischen Radiochirurgie (SRS) zur Behandlung von interventionsbedürftigen Vestibularisschwannomen und Hirnmetastasen konnte bisher mit dem GKV-Spitzenverband keine Einigung erzielt werden. Da die Umsetzungsfrist von sechs Monaten (nach §87 SGB V Absatz 5b) für die Indikation „Vestibularisschwannome“ bereits abgelaufen ist, greift diesbezüglich die gesetzliche Regelung zur Kostenerstattung (§13 Abs. 3 SGB V). Dies bedeutet, dass Versicherte diese Leistung im Wege der Kostenerstattung erhalten können. Die Möglichkeit zur Kostenerstattung besteht seit dem 26. Mai 2023.

Bisher keine Einigung

Hintergrund: Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA)

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat Anpassungen in der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung (MVV-RL) für die Aufnahme der stereotaktischen Radiochirurgie zur Behandlung von interventionsbedürftigen Vestibularisschwannomen sowie zur Behandlung von Hirnmetastasen beschlossen und als neue Nummern 40. beziehungsweise 41. in die Anlage I „Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden“ aufgenommen.

Kostenerstattung und weiteres Vorgehen:

Der Kostenerstattungsanspruch gilt solange, bis der Bewertungsausschuss entsprechende Gebührenordnungspositionen im EBM vereinbart hat. Sobald ein Beschluss gefasst wird, werden wir Sie informieren.

1.4. Weitere digitale Gesundheitsanwendung dauerhaft ins DiGA-Verzeichnis aufgenommen - keine zusätzliche Vergütung

Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) hat im April 2023 mit „Mindable: Panikstörung und Agoraphobie“ eine weitere digitale Gesundheitsanwendung (DiGA) dauerhaft in das sogenannte DiGA-Verzeichnis aufgenommen. Da das BfArM keine erforderlichen ärztlichen Tätigkeiten bestimmt hat, haben KBV und GKV-Spitzenverband als Träger des Bewertungsausschusses entschieden, dass für diese DiGA keine gesonderten Leistungen in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) aufgenommen werden.

Details zur Entscheidung des Bewertungsausschusses und Hintergrund

Nach den gesetzlichen Vorgaben ist der EBM innerhalb von drei Monaten nach der 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 darauf verständigt, dass für die Versorgung mit der DiGA „Mindable: Panikstörung und Agoraphobie“ keine weiteren Vergütungsregelungen in den EBM aufzunehmen sind.

Denn vergleichbar mit anderen DiGA - beispielsweise „velibra“, „Selfa-yps Online-Kurs Generalisierte Angststörung“ und zuletzt „Kranus E-dera“ - hat das BfArM auch im aktuellen Fall keine erforderlichen ärztlichen Tätigkeiten bestimmt.

Die Versorgung mit der DiGA „Mindable: Panikstörung und Agoraphobie“ ist Bestandteil des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung und Bestandteil der berechnungsfähigen Gebührenordnungspositionen des EBM. Es besteht kein Anspruch auf Kostenerstattung (gemäß §87 Abs. 5c Satz 4 SGB V).

1.5. Digitale Gesundheitsanwendungen „zanadio“ und „somnio“: Anpassungen im EBM

Zum 1. Juli 2023 werden die Abrechnungs- und Vergütungsbestimmungen im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) für die digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGA) „zanadio“ bei Adipositas und „somnio“ bei Schlafstörungen angepasst.

Hintergrund der aktuellen Entscheidungen

Mit dem Digitale-Versorgung-Gesetz wurden DiGA als neuer Leistungsbereich in die vertragsärztliche Versorgung eingeführt. Relevant für die Gestaltung der Gebührenordnungspositionen im EBM sind die Festlegungen des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM). Für die DiGA „zanadio“ bei Adipositas hatte das BfArM Änderungen vorgenommen, die nun vom BA im EBM umgesetzt wurden, auch kann eine weitere Fachgruppe die Verlaufskontrolle abrechnen. Zusätzlich wurden klarstellende Änderungen zu den Verlaufskontrollen der DiGA „zanadio“ und „somnio“ umgesetzt.

Digitale-Versorgung-
Gesetz

„zanadio“: Einschränkung entfällt und Abrechnung durch weitere Fachgruppe

Bei der GOP 01473 für die Verlaufskontrolle und Auswertung der DiGA „zanadio“ wird zum 1. Juli die Einschränkung auf Patientinnen gestrichen.

Außerdem wird die Nummer 11 der Präambel 13.1 EBM dahingehend angepasst, dass auch Fachärzte für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Angiologie die Verlaufskontrolle und Auswertung der DiGA „zanadio“ berechnen können.

„zanadio“ und „somnio“: Verlaufskontrolle und Auswertung sind Teil der fachärztlichen Grundversorgung

Zusätzlich wird die GOP 01471 (Verlaufskontrolle und Auswertung der DiGA somnio) jeweils in die erste Anmerkung der GOP 13543 und 13644 sowie die GOP 01473 jeweils in die erste Anmerkung der GOP 13294, 13344, 13394 und 13543 aufgenommen, um klarzustellen, dass die genannten Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung der Schwerpunkinternisten auch bei Ansatz der GOP 01471 bzw. GOP 01473 berechnungsfähig sind.

Hinweis zur Veröffentlichung

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

1.6. Neue Regelungen zur Vergütung kinder- und jugendärztlicher Leistungen

Im Hinblick auf die mit Wirkung zum 1. April 2023 erfolgte gesetzliche Förderung kinderärztlicher Leistungen des Kapitels 4 EBM wurde der Honorarverteilungsmaßstab (HVM) der KVN dementsprechend angepasst, dass die Arztgruppe der Kinderärzte ab dem 2. Quartal 2023 nicht mehr unter die Budgetierung der Regelleistungsvolumina (RLV) fällt.

Nahezu alle Leistungen des Kapitels 4 EBM werden somit ab dem 2. Quartal 2023 in voller Höhe mit den Preisen der Euro-Gebührenordnung vergütet, unabhängig vom Alter der Patienten. Eine Ausnahme bilden nur die Versichertenpauschalen für Patienten über 18 (GOP 04003 bis 04005). Außerdem werden auch bestimmte kinder- und jugendpsychiatrische Untersuchungen (EBM-Abschnitt 14.2 sowie die GOP 14220, 14222, 14240, 14313 und 14314) komplett extrabudgetär honoriert. Die bereits von den Krankenkassen als extrabudgetäre Leistungen finanzierten Bereichen (wie Prävention, DMP oder AOP) und die gemäß HVM definierten Vorab-Leistungen (wie Bereitschaftsdienst oder Besuche) werden selbstverständlich weiterhin extrabudgetär vergütet.

Ausnahme

Für die Vergütung der restlichen bisher in das Regelleistungsvolumen bzw. die qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen (QZV) fallenden Leistungen der Kinderärzte wird ab dem 2. Quartal 2023 ein separater Honorartopf auf Basis der entsprechenden Vergütungen im Vorjahresquartal gebildet, aus dem diese Leistungen vergütet werden. Hierdurch bleibt eine etwaige Mengensteigerung in diesem Bereich in der Verantwortung aller Kinder- und Jugendmediziner. Der Topf wird zukünftig um die Veränderungsrate der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) sowie um die Orientierungswertsteigerung angepasst.

1.7. Budgetierung auch der bislang nicht budgetierten Fachgruppen ab 2/2023

Im Rahmen des KVN-Rundschreibens April 2023 hatten wir Sie u. a. über die von der Vertreterversammlung beschlossene HVM-Änderung bzgl. der Budgetierung auch der bislang nicht budgetierten Fachgruppen mit Wirkung zum 1. April 2023 informiert. Von dieser aus Gleichbehandlungsgesichtspunkten gebotenen Änderung sind alle Ärzte aus Fachgruppen betroffen, die nicht unter die RLV-/QZV-Systematik fallen. Diese erhalten ab dem 2. Quartal 2023 ihre Leistungen, die für die RLV-Arztgruppen ins RLV bzw. in die QZV fallen würden, mit der durchschnittlichen RLV/QZV-Vergütungsquote des jeweiligen Versorgungsbereichs bewertet.

Auf Initiative einiger Berufsverbände betroffener Fachgruppen hat die Vertreterversammlung in ihrer Klausurtagung am 23./24. Juni 2023 mit Geltung für die Quartale 2/2023 bis 1/2024 eine Verlustbegrenzung beschlossen. Demnach wird der maximale Honorarverlust im Vergleich zum Vorjahresquartal infolge der o. g. Budgetierungsregelung über alle Leistungen je betroffener Fachgruppe auf maximal neun Prozent begrenzt.

2. Verordnungen

2.1. Tavneos® (Avacopan) als Praxisbesonderheit anerkannt

Tavneos® (Wirkstoff: Avacopan) wird nach einer Vereinbarung zwischen dem GKV-Spitzenverband und dem pharmazeutischen Unternehmer Fresenius Nephrologica ab dem ersten Behandlungsfall als Praxisbesonderheit anerkannt. Die Praxisbesonderheit gilt ab dem 1. Mai 2023 und ausschließlich für die Anwendung:

- in Kombination mit einem Rituximab- oder Cyclophosphamid-Dosierungsschema indiziert zur Behandlung erwachsener Patienten mit schwerer aktiver Granulomatose mit Polyangiitis (GPA) oder mikroskopischer Polyangiitis (MPA).

Die Anerkennung als Praxisbesonderheit besteht, solange Tavneos® von Fresenius Nephrologica in Deutschland vertrieben wird.

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

Die Vorgaben der Fachinformation sind zu berücksichtigen. Die Einleitung und Überwachung der Behandlung mit Avacopan sollte durch in der Therapie mit GPA oder MPA erfahrene Ärztinnen und Ärzte erfolgen.

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/22025pb20230501.pdf

2.2. Praxisbesonderheit Darzalex® (Daratumumab) Änderungen der Befristungen

Nach einer Vereinbarung zwischen dem GKV-Spitzenverband und der Janssen-Cilag GmbH wird Darzalex® (Wirkstoff: Daratumumab) als Kombinationstherapie ab dem ersten Behandlungsfall als Praxisbesonderheit anerkannt, ausschließlich in den Anwendungsgebieten mit einem Zusatznutzen laut G-BA Beschlüssen, solange Janssen-Cilag GmbH Darzalex® in Deutschland vertreibt.

Anwendung

Bezugnehmend auf den KVN-Rundbrief vom 09/22 lautet die aktualisierte Befristung für die Geltung der Praxisbesonderheit wie folgt:

Darzalex® ist indiziert in Kombination mit Lenalidomid und Dexamethason oder Bortezomib und Dexamethason für die Behandlung erwachsener Patienten mit multiplem Myelom, die bereits mindestens eine Therapie erhalten haben.

- Befristung wurde aufgehoben

Darzalex® ist indiziert in Kombination mit Bortezomib, Melphalan und Prednison für die Behandlung erwachsener Patienten mit neu diagnostiziertem multiplem Myelom, die für eine autologe Stammzelltransplantation nicht geeignet sind.

- Befristung verlängert bis zum 1. Dezember 2023

Darzalex® ist indiziert in Kombination mit Bortezomib, Thalidomid und Dexamethason für die Behandlung erwachsener Patienten mit neu diagnostiziertem multiplem Myelom, die für eine autologe Stammzelltransplantation geeignet sind.

- ohne Befristung

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:

- Befristung bis zum 1. März 2025 bleibt bestehen.

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.

- ohne Befristung

Darzalex® ist indiziert in Kombination mit Lenalidomid und Dexamethason oder mit Bortezomib, Melphalan und Prednison für die Behandlung erwachsener Patienten mit neu diagnostiziertem multiplem Myelom, die für eine autologe Stammzelltransplantation nicht geeignet sind.

- ohne Befristung

Von dieser Praxisbesonderheit ist die Anwendung von Darzalex® als Monotherapie für die Behandlung erwachsener Patienten mit rezidiviertem und refraktärem multiplem Myelom, die bereits mit einem

Bis zum 1. Dezember
2023

Bis 1. März 2025

Als Monotherapie

Proteasom-Inhibitor und einem Immunmodulator behandelt wurden, und die während der letzten Therapie eine Krankheitsprogression zeigten ausdrücklich nicht erfasst. (siehe KVN-Rundschreiben vom April 2017).

Ausdrücklich nicht erfasst

Die Vorgaben der Fachinformation sind zu berücksichtigen.

Einleitung und Überwachung der Behandlung mit Daratumumab müssen durch in der Therapie von Patienten mit multiplem 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://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/arzneimittel/amnog_praxisbesonderheiten/16030pb20191001.pdf

2.3. Lieferengpass Quensyl® 200mg

Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) informiert über einen Lieferengpass von Quensyl® 200mg Filmtabletten (Wirkstoff: Hydroxychloroquinsulfat), der voraussichtlich bis zum vierten Quartal 2023 andauern wird. Der Hersteller gibt technische Probleme bei der Wirkstoffproduktion und eine erhöhte Nachfrage als Ursache an. Es bestehen keine Qualitätsprobleme, so dass Patienten mit dem auf dem Markt erhältlichen Quensyl® - soweit verfügbar - weiter behandelt werden können. Quensyl® ist als wichtiges Arzneimittel für systemischen Lupus erythematoses anerkannt und wird für alle Patient*Innen mit systemischem Lupus erythematoses empfohlen.

Daher sollte die Behandlung von Patienten mit systemischem Lupus erythematoses priorisiert werden.

Wenn Quensyl® nicht verfügbar ist, werden folgende Behandlungsalternativen empfohlen:

- Als Alternative stehen in Deutschland Generika mit dem gleichen Wirkstoff zur Verfügung. Die Liefersituation sollte separat geprüft werden.
- Zur Behandlung von rheumatoider Arthritis, sowie Malariaphylaxe und -therapie aller vier humanpathogener Malariaerreger außer chloroquinresistenten Plasmodienstämmen sollten die verfügbaren Alternativen verwendet werden.
- In der Pädiatrie sollten Alternativen zur Behandlung der juvenilen idiopathischen Arthritis in Betracht gezogen werden.

Behandlungsalternativen

Ergänzende Informationen erhalten Sie hier:

https://www.bfarm.de/SharedDocs/Arzneimittelzulassung/Lieferengpaesse/DE/2023/info_quensyl_20230517.pdf?__blob=publicationFile

2.4. Adakveo® (Crizanlizumab): Widerruf der EU-Zulassung

Aufgrund einer Neubewertung des Nutzen-Risiko-Verhältnis durch den Ausschuss für Humanarzneimittel (CHMP) der EMA wurde beim Orphan Drug Adakveo® (Wirkstoff: Crizanlizumab) die EU-Zulassung ab sofort widerrufen, das bedeutet:

- Patienten, die gegenwärtig mit Adakveo® behandelt werden, sind von den verordnenden Ärzten zu informieren. Eine alternative Behandlungsoption ist zu besprechen.
- Neue Patienten sind nicht mit Adakveo® zu behandeln.

Hintergrund:

Im Oktober 2020 wurde der monoklonalen Antikörper Adakveo® in der Europäischen Union zur Prävention wiederkehrender vasookklusiver Krisen (VOCs) bei Patienten ab 16 Jahren mit Sichelzellerkrankung unter „Besonderen Bedingungen“ zugelassen. Die bedingte Zulassung ist an eine Studie geknüpft gewesen, deren Ergebnisse zum Widerruf der Zulassung geführt haben.

Alle wesentlichen Informationen vom PEI zum Widerruf der EU-Zulassung sowie den Rote-Hand-Brief finden Sie unter den folgenden Links:

- <https://www.pei.de/DE/newsroom/hp-meldungen/2023/230530-chmp-empfehlung-widerruf-zulassung-adakveo.html>
- https://www.pei.de/SharedDocs/Downloads/DE/newsroom/veroeffentlichungen-arzneimittel/rhb/23-06-15-rhb-adakveo-crizanlizumab.pdf?__blob=publicationFile&v=3

2.5. Streichung von Medizinprodukten aus der Anlage V (Übersicht der verordnungsfähigen Medizinprodukte)

Mit Wirkung zum 16. Juni 2023 bzw. 20. Juni 2023 wurden folgende Medizinprodukte aufgrund des Wegfalls der gültigen Zertifizierung aus der Anlage V gestrichen und sind somit nicht länger zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordnungsfähig:

- OPTYLURON NHS 1,0%
- HSO®
- HSO® Plus

Vergleichbare Produkte zur Anwendung als Operationshilfe in der Ophthalmochirurgie sind weiterhin in der Anlage V der Arzneimittel-Richtlinie gelistet. Die Streichung führt nicht zu einer Einschränkung des Versichertenanspruches.

Gestrichen

Mit Wirkung zum 21. Juni 2023 wurden folgende Medizinprodukte aufgrund des Wegfalls der gültigen Zertifizierung aus der Anlage V gestrichen und sind somit nicht länger zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordnungsfähig:

- Microvisc® plus
- myVISC Hyal 1.0

Vergleichbare Produkte zur Anwendung als Operationshilfe in der Ophthalmochirurgie sind weiterhin in der Anlage V der Arzneimittel-Richtlinie gelistet. Die Streichung führt nicht zu einer Einschränkung des Versichertenanspruches.

Die vollständige Liste der Anlage V finden Sie über den folgenden Link:
https://www.g-ba.de/downloads/83-691-804/AM-RL-V_2023-06-21.pdf

2.6. Erweiterung der Anlage VI (Off-Label-Use) der Arzneimittel-Richtlinie - Paclitaxel, Docetaxel oder Irinotecan als Monotherapie

Mit Wirkung zum 24. Juni 2023 werden die Wirkstoffe Paclitaxel, Docetaxel oder Irinotecan als Monotherapie sowohl gegen Magenkarzinom als auch gegen Ösophaguskarzinom (Adenokarzinom) mit Progress nach einer Platin- und Fluoropyrimidin-haltigen Chemotherapie in dem Teil A der Anlage VI unter der Ziffer XXXVI aufgenommen. Unter dieser Ziffer werden alle Hinweise zur Anwendung aufgeführt.

Das Behandlungsziel ist palliativ und betrifft die Verbesserung des Gesamtüberlebens. Im Rahmen dieser Regelung ist der erlaubte Off-Label-Use zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordnungsfähig.

Folgende pharmazeutische Unternehmer haben eine Anerkennung des bestimmungsgemäßen Gebrauchs abgegeben (Haftung), sodass eine Verordnung für die vorgenannten Off-Label-Indikationen verordnungsfähig ist:

Paclitaxel-haltige Arzneimittel	Docetaxel-haltige Arzneimittel	Irinotecan-haltige Arzneimittel
AqVida GmbH, Bendalis GmbH, Bhardwaj GmbH, Ever Pharma GmbH, Fresenius Kabi Deutschland GmbH, Hexal AG, Hikma Farmacêutica (Portugal) S.A. / Hikma Pharma GmbH, medac Gesellschaft für klinische Spezialpräparate m.b.H., MEDI-	AqVida GmbH, axicorp Pharma GmbH, Bendalis GmbH, Bhardwaj GmbH, Ever Pharma GmbH, Hexal AG, Hikma Farmacêutica (Portugal) S.A. / Hikma Pharma GmbH, kohlpharma GmbH, MEDICOPHARM AG, onkovic GmbH, Orifarm GmbH, Pharma Gerke Arzneimittelvertriebs	AqVida GmbH, Bendalis GmbH, Bhardwaj GmbH, Ever Pharma GmbH, Fresenius Kabi Deutschland GmbH, Hikma Farmacêutica (Portugal) S.A. / Hikma Pharma GmbH, medac Gesellschaft für klinische Spezialpräparate m.b.H., onkovic GmbH, STADAPHARM GmbH, Sun Pharmaceuticals Germany GmbH

Pharmazeutische
Unternehmer

COPHARM AG, onkologis GmbH, STADAPHARM GmbH, Teva GmbH	GmbH, Pharma Resources GmbH, ratiopharm GmbH, Sanofi-Aventis Deutschland GmbH / Sanofi Mature IP, STADAPHARM GmbH, Teva GmbH, Zentiva Pharma GmbH	
--	---	--

Nicht verordnungsfähig sind in diesem Zusammenhang die Paclitaxel-haltigen und/oder Docetaxel-haltigen und/oder Irinotecan-haltigen Arzneimittel anderer pharmazeutischer Unternehmer, weil diese keine entsprechende Erklärung abgegeben haben.

Nicht verordnungsfähig

Alle Hinweise zur Anwendung von Paclitaxel, Docetaxel oder Irinotecan als Monotherapie finden Sie im Beschluss unter dem folgenden Link: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-5917/2023-03-16_2023-04-13_AM-RL-VI_Paclitaxel-Docetaxel-Irinotecan_konsolidiert_BAnz.pdf

2.7. Sprechstundenbedarf - Import von Aspirin i.V. bis zum 31. Dezember 2023 zulässig

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

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

2.8. eRezept - Ärzte können Wiederholungsrezepte ausstellen

Seit April 2023 ist es möglich, elektronische Wiederholungsrezepte bzw. sogenannte Mehrfachverordnungen mit variabler Gültigkeit auszustellen.

Mehrfachverordnungen

- Die Nutzung dieser Verordnungsform liegt dabei im Ermessen des Arztes, Versicherte haben darauf keinen gesetzlichen Anspruch.
- Wiederholungsrezepte sind nur als eRezepte möglich.

Ermessen des Arztes

Bei kontinuierlich benötigten Medikamenten können eRezepte ausgestellt werden, die eine Erstabgabe und bis zu drei wiederholte Abgaben eines Arzneimittels ohne weitere Verschreibungen ermöglichen. Die Gültigkeit einer solchen Wiederholungsverordnung

beträgt maximal 365 Tage, wobei der Arzt auch ein früheres Ende der Einlösefrist und eine geringere Anzahl an Abgaben bestimmen kann.

- Für jede Abgabe innerhalb der Wiederholungsserie wird ein eigener eRezept-Token erstellt, sodass eine Mehrfachverordnung insgesamt vier eRezept-Token beinhalten kann.
- Patienten können bei Bedarf jeden Serienteil einer Wiederholungsverordnung in einer anderen Apotheke einlösen.
- Die Wiederholungsrezepte sind nur innerhalb der Einlösefrist gültig, wobei die Einlösefrist für jeden Abgabe-Token in der Serie individuell vom Arzt konfiguriert werden kann.

Empfehlung: Ausstellung dokumentieren

Derartige Mehrfachverordnungen können Auswirkungen auf prüfungsrelevante Verordnungskosten in nachfolgenden Quartalen haben, in denen Verordnungskosten ggf. kein Behandlungsfall gegenübersteht. Aufgrund der freien Konfigurierbarkeit und der variablen Einlösefristen - die nicht zwangsläufig in mehreren Quartalen liegen müssen - wird es nicht möglich sein, über einen allgemeingültigen Mechanismus diese Effekte in den praxisindividuellen Informationen zur Ausgabenentwicklung (z. B. One Pager mit farbigem Smiley) zu berücksichtigen.

Wir empfehlen daher, solche Mehrfachverordnungen zu dokumentieren, um im Falle einer Wirtschaftlichkeitsprüfung entsprechend argumentieren zu können.

Sobald wir weitere Informationen zu diesem Thema haben, werden wir Sie darüber informieren.

2.9. COVID-19-Impfung - Angebote zu Vorreservierungen

In Niedersachsen ist gemäß Sprechstundenbedarfsvereinbarung klar definiert, dass Bestellungen von COVID-19-Impfstoffen mindestens bis 31. Dezember 2023 ausschließlich zentral über den Kostenträger BAS laufen.

Bei Mengenangaben in einer (ggf. unverbindlichen) Vorreservierung ist zu bedenken, dass im Gegensatz zu den zentral beschafften und zur Verfügung gestellten Impfstoffen bei einer Beschaffung außerhalb des BAS zusätzliche Kosten für die Krankenkassen entstehen. Hier kann ein Regressrisiko nicht sicher ausgeschlossen werden. Bis zur abschließenden Klärung der Beschaffungswege ab dem 1. Januar 2024 sind COVID-19-Impfstoffe nur mit dem Kostenträger BAS zu bestellen.

Bis 31. Dezember
ausschließlich zentral

3. Allgemeine Hinweise

3.1. Neue TI-Finanzierung

Die neue Finanzierungsvereinbarung für die Telematikinfrastruktur (TI) ist vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) veröffentlicht worden und gilt ab dem 1. Juli 2023 ohne Übergangsfristen. Da es noch viele offene Fragen zum Verfahren gibt, bitten wir Sie um Verständnis, falls wir Ihre Rückfragen aktuell nicht so zeitnah und umfassend wie gewohnt beantworten können. Gegen die von uns kritisierten Punkte der Vereinbarung werden wir in Abstimmung mit unserer Bundesebene vorgehen. Dennoch arbeiten wir mit Hochdruck an einer Umstellung unserer Systeme, um Ihnen eine Finanzierung ohne zeitliche Unterbrechung zur Verfügung stellen zu können. Im Folgenden informieren wir Sie über die bereits feststehenden Veränderungen.

Gilt ab dem 1. Juli 2023

Wechsel von „alter“ zu „neuer“ TI-Finanzierung:

Sämtliche Ansprüche, die vor dem 30. Juni 2023 entstanden sind, werden noch nach der bis dahin gültigen TI-Finanzierungsvereinbarung berechnet und im bisherigen Zahlungsrhythmus vergütet. Das gilt insbesondere auch für Konnektoren, deren Zertifikat vor Ende 2023 abläuft. Der Anspruch auf die Konnektorpauschale entsteht sechs Monate vor Ablauf der Zertifizierung. Das heißt: Bei Konnektoren, deren Zertifikat vor dem 30. Dezember 2023 abläuft, entsteht der Anspruch auf die Tauschpauschale noch vor dem 30. Juni 2023. Sie wird daher noch nach der bisher geltenden TI-Finanzierungsvereinbarung erstattet. Bei Konnektoren, deren Zertifikat ab dem 1. Januar 2024 abläuft, fällt die Tauschpauschale unter die Regelungen der neuen TI-Vereinbarung.

Wir bitten Sie eingehend zu prüfen, ob Sie noch offene Ansprüche in Bezug auf die TI-Finanzierung aus den vergangenen Quartalen haben, und diese ggf. zeitnah geltend zu machen. Das betrifft z. B. den bereits erfolgten Austausch defekter Komponenten, den Sie auf Antrag erstattet bekommen. Bei Rückfragen stehen Ihnen unsere Ansprechpartner in den Bezirksstellen gern zur Verfügung (Anlage 5.1).

Eckpunkte der neuen TI-Finanzierungsvereinbarung

Die neue Finanzierungsvereinbarung stellt eine Vereinfachung gegenüber dem bisherigen Verfahren dar. Dadurch können die Gegebenheiten an den jeweiligen Praxisstandorten aber nicht mehr so individuell abgebildet werden wie bisher. Die Grundlage für die Festlegung der monatlichen Erstattungspauschalen bilden die vom BMG vorgegebenen Erstausrüstungs- und Betriebskosten für die TI (hochgerechnet auf eine Laufzeit von 60 Monaten), die Praxisgröße sowie die Ausstattung mit den erforderlichen TI-Anwendungen und Komponenten. Entscheidend für die Bestimmung der Praxisgröße ist das kumulierte Vollzeitäquivalent am letzten Tag des jeweiligen Quartals.

Die Vereinbarung sieht vor, dass die Vertragsarztpraxen vor Zahlung der ersten TI-Pauschale einmalig einen Nachweis über die funktionsfähige Ausstattung mit den erforderlichen Komponenten und Anwendungen gegenüber der KV erbringen müssen. In welcher Form das geschehen soll, wird derzeit noch von uns geprüft. Wir bemühen uns, eine mitgliederfreundliche und zugleich rechtssichere Lösung für Sie zu finden.

Voraussetzung für den Erhalt der kompletten TI-Pauschale ist die folgende Ausstattung (jeweils aktuelle Version):

Anwendungen:

1. Notfalldatenmanagement (NFDM)/elektronischer Medikationsplan (eMP)
2. elektronische Patientenakte (ePA)
3. Kommunikation im Medizinwesen (KIM)
4. elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (eAU)
5. elektronischer Arztbrief (eArztbrief)
6. ab dem 1. Januar 2024: elektronische Verordnungen (eRezept)

Komponenten und Dienste:

1. Konnektor inklusive gSMC-K und VPN-Zugangsdienst, ggf. in Rechenzentrum gehostet, sofern dort zugelassene Komponenten und Dienste zum Einsatz kommen, oder TIGateway in Verbindung mit Nutzung eines Rechenzentrum-Konnektors
2. eHealth-Kartenterminal(s) inklusive gSMC-KT
3. HBA Smartcard oder eID für Ärzte mit gematik-Zulassung
4. SMC-B Smartcard oder SM-B oder eID für Vertragsarztpraxen mit gematik-Zulassung

Ausnahmen von dieser Auflistung sind nur für Facharztgruppen vorgesehen, die im Regelfall über keinen Patientenkontakt verfügen. Das Fehlen eines einzelnen Ausstattungsbestandteils führt zu einer Kürzung der TI-Pauschale um 50 Prozent. Ab zwei fehlenden Bestandteilen wird gar keine Pauschale mehr gezahlt. Vor diesem Hintergrund bitten wir Sie sorgfältig zu prüfen, welche Anwendungen Sie bereits vorhalten, und ggf. fehlende Anwendungen zeitnah zu beschaffen, um eine Kürzung oder gar Streichung der TI-Pauschale zu vermeiden. Darüber hinaus beachten Sie bitte, dass die bisher optionale Anwendung KIM nun als Pflichtanwendung gilt.

Auch eine bereits finanzierte Erstausrüstung oder ein Konnektortausch innerhalb der letzten 2,5 Jahre führen zu einer Reduktion der Pauschale für 30 Monate. In der in der Anlage befindlichen Tabelle stellen wir Ihnen die neuen Pauschalen im Überblick dar (Anlage 5.2).

Anlage 5.1: Ansprechpartner TI-Finanzierung

Anlage 5.2: TI-Pauschalen im Überblick

Kürzung um
50 Prozent/Streichung

3.2. Elektronisches Rezept (eRezept)

Nachdem der Start für das eRezept mehrmals verschoben wurde, wird ab dem 1. Januar 2024 die Nutzung verpflichtend werden. Das eRezept soll zunächst für Verordnungen von apothekenpflichtigen inklusive verschreibungspflichtigen Arzneimitteln zu Lasten der GKV eingesetzt werden und ist somit die digitale Form der bisher papiergebundenen ärztlichen Verordnung (Muster 16).

Ab 1. Januar 2024
verpflichtend

Um ein eRezept auszustellen, ist eine Verbindung zur Telematikinfrastruktur notwendig. Ist dies nicht möglich - beispielsweise bei Hausbesuchen oder technischen Störungen - sehen die gesetzlichen und bundesmantelvertraglichen Regelungen vor, dass das Papierrezept (Muster 16) als Ersatzverfahren zum Einsatz kommt.

Bitte beachten

Aktuell sind die technischen Voraussetzungen noch nicht bei allen am Prozess Beteiligten gegeben. Damit die Umstellung gelingen kann, empfehlen wir Ihnen, sich frühzeitig mit dem eRezept vertraut zu machen, dies in der Praxis zu implementieren und zu testen. Auch im Hinblick auf Sanktionen bei einer Nichtumsetzung nach dem 1. Januar 2024 beachten Sie bitte:

Vertragsarztpraxen müssen die technischen Voraussetzungen für das eRezept (eRezept Modul) erfüllen, ansonsten drohen Honorarkürzungen von einem Prozent.

Honorarkürzungen von
einem Prozent

Damit die Ausstellung gelingt, muss Ihr PVS folgende technische Voraussetzungen für die Umsetzung des eRezeptes erfüllen:

Voraussetzungen

- Anbindung an die Telematikinfrastruktur
- Konnektor mit der Version PTV 4+ inklusive der Funktion der Komfortsignatur
- PVS Modul eRezept
- eHBA für die elektronische Signatur
- Passender Drucker für den Ausdruck des Tokens (Laser- oder Tintenstrahldrucker mit einer Auflösung von min. 300dpi)

Ihre Patienten können das eRezept auf verschiedenen Wegen einlösen:

1. Der Versicherte kann über die eRezept-App das Rezept an die Apotheke übertragen
2. Die Praxis druckt den QR-Code-Token (Papierversion) aus und der Patient löst es in der Apotheke ein
3. Ab dem 1. Juli 2023 besteht für Patienten die Möglichkeit, das eRezept mittels der eGK in der Apotheke einzulösen. Patienten müssen lediglich die eGK in der Apotheke zur Identifikation vorlegen.

Ab 1. Juli 2023

Die KVN wird in in den kommenden Wochen ausführlich zu diesem Thema berichten und Sie zeitnah informieren.

Sie finden bereits jetzt Seminare zum Thema eRezept unter:

<https://www.kvn.de/seminar/>

Bei weiteren Fragen zum Thema eRezept können Sie sich gerne an ehealth@kvn.de wenden.

3.3. In eigener Sache: KVN stellt monatliches Rundschreiben ab August auf elektronischen Versand um

Es ist aus den niedersächsischen Vertragsarztpraxen nicht wegzudenken: Das monatliche Rundschreiben zu aktuellen Regelungen in der Praxisführung. Doch die Tage des Postversands sind gezählt: Ab August 2023 wird die KVN das Rundschreiben nur noch per E-Mail an die von Ihnen kürzlich gemeldeten E-Mail-Adressen (KVN-ID) versenden.

Angesichts der aktuellen Forderung nach Ressourcenschonung, aber auch nach einer möglichst verzögerungsfreien Übermittlung von Informationen erscheint die zeitraubende Vervielfältigung der Rundschreiben mit mehreren hunderttausend Blatt Papier und deren Postversand nicht mehr zeitgemäß. Mit anderen Worten: Die KVN kann mit den Informationen aktueller sein, da die Produktion für den Postversand wegfällt. Außerdem können die Praxen das KVN-Rundschreiben über den internen E-Mail-Verteiler an Praxismitarbeiterinnen und Praxismitarbeiter einfach weiterleiten. Über die Suchfunktion können relevante Texte schneller gefunden werden. Auch die interne Archivierung - falls gewünscht - wird erleichtert. Viele Vorteile, die die digitale Welt bietet.

In den vergangenen Monaten hat die KVN einen E-Mail-Verteiler ihrer Mitglieder aufgebaut, der fast alle Adressaten des Rundschreibens erfasst. Sie werden ab Mitte 2023 monatlich eine E-Mail mit einer Inhaltsübersicht des Rundschreibens und einem Downloadlink erhalten. Wer bislang keine gültige E-Mail-Adresse bei der KVN hinterlegt hat, kann dann auf der Website der KVN unter <https://www.kvn.de/Mitglieder/Rundschreiben.html> das jeweils aktuelle Rundschreiben aufrufen, um auf dem Laufenden zu bleiben. Dort befindet sich auch das Download-Archiv.

3.4. HzV-Selektiv-/Vollversorgungsvertrag der Techniker Krankenkasse - hier: Klageverfahren mit der TK hinsichtlich nichtvertragskonformer Inanspruchnahmen; Berufungsverfahren vor dem Landessozialgericht anhängig

Mit dem Rundschreiben 69/2021 wurde auf den Rechtsstreit zwischen der KVN und der Techniker Krankenkasse hingewiesen, in welchem strittig ist, ob die im Kollektivvertrag erfolgte Abrechnung von HzV-Leistungen durch HzV-Betreu-Ärzte (Ärzte, die einen Versicherten in den TK-HzV-Vertrag einschreiben und dort betreuen) über die KVN als nichtvertragskonforme Inanspruchnahmen von den Krankenkassen vergütet werden oder ob eine Berichtigung der Honorarabrechnung der Ärzte durch die KVN vorzunehmen wäre. Bislang nimmt die KVN keine Berichtigungen vor. Es wurde ferner darauf hingewiesen, dass die

Aktuellere
Informationen

Abrechnungen für die Teilnehmer am oben genannten Vertrag, ab dem 1. Quartal 2017 bis zum rechtskräftigen Abschluss des Klageverfahrens zwischen der Techniker Krankenkasse und der KVN in dem sozialgerichtlichen Verfahren (Az.: S 71 KA 72/19) vorsorglich unter dem Vorbehalt der Honorarrückforderung gestellt werden.

Nunmehr wird mitgeteilt, dass das Sozialgericht Hannover mit Urteil vom 14. September 2022 unter o. g. Aktenzeichen die Zahlungsklage der KVN abgewiesen hat. Hiergegen ist die Berufung unter dem Az.: L 3 KA 35/22 anhängig, so dass ein rechtskräftiger Abschluss des Klageverfahrens weiterhin nicht besteht. Aus diesem Grund wird erneut darauf hingewiesen, dass Ihre Honorarabrechnungen weiterhin bis zum rechtskräftigen Abschluss des Klageverfahrens zwischen der Techniker Krankenkasse und der KVN in dem sozialgerichtlichen Verfahren (Az.: L 3 KA 35/22) vorsorglich unter dem Vorbehalt der Rückforderung stehen und eine Honorarrückforderung auch noch nach Ablauf der 4- bzw. 2-jährigen Ausschlussfrist umgesetzt werden kann.

Urteil vom
14. September 2022

3.5. Gesetzliche Unfallversicherung: Erhöhung der Gebühren der Psychotherapeuten

Konkret werden die Gebühren der Nummern P 23 bis P 41 des Gebührenverzeichnisses Psychotherapeutenverfahren der gesetzlichen Unfallversicherungsträger (Anlage 2 zum Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger) zum 1. Juli 2023 um fünf Prozent erhöht. Den Beschluss finden Sie hier

https://www.kvn.de/Mitglieder/Praxisf%C3%BChrung/Publikationen/Rundschreiben/KVN+Rundschreiben+Juli+2023/Gesetzliche+Unfallversicherung_+Erh%C3%B6hung+der+Geb%C3%BChren+der+Psychotherapeuten-p-26213.html

Das aktuelle Gebührenverzeichnis ist einsehbar bei der KBV:
www.kbv.de/html/uv.php

Die zeitgleiche Erhöhung der Gebühren der Ärztinnen und Ärzte bei der Betreuung von Unfallverletzten für die gesetzliche Unfallversicherung führt auch zu Anpassungen der Nummern P 1 bis P 22 des Gebührenverzeichnisses für Leistungen im Rahmen des Psychotherapeutenverfahrens.

3.6. Besonderen Versorgung zur Behandlung von Gestationsdiabetes und sonstige Diabetesformen durch Diabetologische Schwerpunktpraxen (GDM-DM3-Vertrag): BKK Herkules und BKK Miele ab 1. August 2023 neu dabei

Die BKK Herkules und die BKK Miele sind dem GDM-DM3-Vertrag beigetreten.

AOK Bremen / Bremerhaven	BKK Pfalz
AOK Niedersachsen	BKK Public
SVLFG als Landwirtschaftliche Krankenkasse	BKK Salzgitter
IKK BIG direkt gesund	BKK Technoform
IKK classic	BKK VBU
IKK gesund plus	BKK Verbund Plus
KNAPPSCHAFT	BKK Werra-Meissner
BARMER	BKK Wirtschaft und Finanzen
HEK - Hanseatische Krankenkasse	BKK ZF & Partner
Techniker Krankenkasse	Continental BKK
Audi BKK	Mercedes-Benz 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 Herkules	Vivida BKK
BKK Linde	WMF Betriebskrankenkasse
BKK Miele	

Teilnehmende
Krankenkassen ab
1. August 2023

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

3.7. Beratungshotline Long-/Post-Covid der Landesregierung und der AOKN ab 1. August 2023

Die Landesregierung/das Niedersächsische Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Gleichstellung bietet in Kooperation mit der AOK Niedersachsen ab dem 1. August 2023 eine Beratungshotline Long-/Post-Covid an.

Wer kann das Angebot nutzen?

Das Angebot richtet sich an alle Bürgerinnen und Bürger, die Beratungsbedarf zu Long-/Post-Covid oder Post-Vac haben. Das können die Betroffenen selbst sein oder auch deren Angehörige, Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber. Das Angebot ist unabhängig von ihrer Krankenversicherung.

Was bietet die Beratungshotline?

Die Beratungshotline ist eine landesweit zentrale Anlaufstelle, um Informationen über das Erkrankungsbild zu geben, eine Beratung anzubieten und Ansprechpartner zu vermitteln. Betroffene und Interessierte erhalten Unterstützung, um einen Weg in das Versorgungssystem zu finden, um allgemeine Informationen zum Erkrankungsbild zu bekommen, um relevante Adressen und Kontakte zu erfahren und um konkrete Antworten auf individuelle Fragen zu erhalten.

Die speziell geschulten Beraterinnen und Berater nehmen jedes Anliegen ernst, hören zu, bieten Unterstützung an und zeigen Perspektiven auf.

Was kann die Beratungshotline nicht?

Die Beraterinnen und Berater sind keine Ärzte, so dass eine medizinische Beratung und Diagnosestellung ausgeschlossen ist. Daher ersetzt die Beratungshotline keinesfalls einen ärztlichen Kontakt. Es ist keine Terminvermittlung zu Haus- und Fachärzten möglich, da hierfür die Terminservicestelle zuständig ist (Telefon 116 117). Bei konkreten sozialversicherungsrechtlichen Fragen hinsichtlich Krankengeldanspruch, Rehabilitations- und Rentenantragsstellung wird empfohlen, die eigene Krankenkasse zu kontaktieren.

Wann ist die Beratungshotline erreichbar?

Die Beratungshotline startet am 1. August 2023 und wird montags bis freitags von 10 bis 14 Uhr unter 0511 120-2900 erreichbar sein.

4. Veranstaltungen im August und September 2023

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

Name	Ort	Datum	Gebühr p. P.
Zusammenarbeit neu angedacht - Meine Kooperationsmöglichkeiten heute	WebSeminar	09.Aug	kostenlos
Meine eigene Praxis - Impulse für Ihren Start	WebSeminar	16.Aug	kostenlos
Verordnen von Arzneimitteln	WebSeminar	23.Aug	kostenlos
Heilmittelverordnung in Theorie und Praxis	Hannover	23.Aug	kostenlos
Terminplanung vermeidet Wartezeiten und Hektik	Aurich	23.Aug	90 Euro
Medizinprodukte-Aufbereitung - Workshop Teil 1	Hannover	23.Aug	125 Euro
Qualitätsmanagementbeauftragte/r (umfasst drei Termine, jeweils Freitags)	WebSeminar	25.Aug	220 Euro
Personalführung für PraxisinhaberIn	WebSeminar	26.Aug	69 Euro
Zusammenarbeit neu angedacht - Meine Kooperationsmöglichkeiten heute	Stade	30.Aug	kostenlos

Sprechstundenbedarf	WebSeminar	30.Aug	kostenlos
Zusammenarbeit neu ange- dacht - Meine Kooperati- onsmöglichkeiten heute	Hannover	30.Aug	kostenlos
Sachkundelehrgang „Endoskopie“	Hannover	04.Sep	585 Euro
Arzneimittelverordnungen	WebSeminar	06.Sep	kostenlos
Die elektronische Patientenakte	WebSeminar	06.Sep	kostenlos
Heilmittelverordnung - Sicher durch den Verordnungs-Dschungel	Hannover	06.Sep	kostenlos
Moderne Wundversorgung	WebSeminar	06.Sep	kostenlos
Management für komplexe Praxisstrukturen (2-tägig)	Hannover	08.Sep	210 Euro
Datenschutz in der Arztpraxis	WebSeminar	12.Sep	69 Euro
IGeLn leicht gemacht	WebSeminar	13.Sep	69 Euro
Impfen	WebSeminar	13.Sep	kostenlos
Das elektronische Rezept	WebSeminar	13.Sep	kostenlos
Existenzgründerseminar Modul 2 „Meine eigene Praxis - So gelingt Ihr Start“	WebSeminar	13.Sep	kostenlos
PraxismanagerIn Refresherkurs (3-tägig)	Oldenburg	13.Sep	315 Euro
Sicher durch den Heilmittel-Verordnungs- Dschungel	WebSeminar	18.Sep	kostenlos
Personalführung für PraxismitarbeiterIn	WebSeminar	19.Sep	69 Euro
Arzneimittelverordnungen in Theorie und Praxis	Braunschweig	20.Sep	kostenlos
Praxisbegehungen durch das Gesundheitsamt	Hannover	20.Sep	kostenlos
Das Mitgliederportal der KVN und das Internet	Lüneburg	20.Sep	kostenlos
Die elektronische AU	WebSeminar	20.Sep	kostenlos
Hygiene in der Arztpraxis	Hannover	21.Sep	154 Euro

DMP - Asthma und COPD	Verden	23.Sep	30 Euro
Arzneimittel-Verordnung	WebSeminar	27.Sep	kostenlos
Umgang mit der Videosprechstunde	WebSeminar	27.Sep	69 Euro
Zusammenarbeit neu ange-dacht - Meine Kooperati-onsmöglichkeiten heute	Braunschweig	27.Sep	kostenlos
Impfen	WebSeminar	27.Sep	kostenlos
Gruppentherapie leicht ge-macht - Erneut/Erstmalig in der Praxis anbieten	Oldenburg	27.Sep	99 Euro
Sprechstundenbedarf	WebSeminar	28.Sep	kostenlos
Der kleine Knigge - Souve-rän in den Berufsalltag	Hannover	29.Sep	138 Euro

5. Anlagenverzeichnis

5.1. Ansprechpartner TI-Finanzierung

5.2. TI-Pauschalen im Überblick

Bezirksstelle Aurich

Tanja Dittner
Telefon: 04941 6008-139
E-Mail: tanja.dittner@kvn.de

Verena Ihben
Telefon: 04941 6008-147
E-Mail: verena.ihben@kvn.de

Merle Kumetat
Telefon: 04941 6008-127
E-Mail: merle.kumetat@kvn.de

Bezirksstelle Braunschweig

Stephanie Grebel
Telefon: 0531 2414-267
E-Mail: stephanie.grebel@kvn.de

Bezirksstelle Göttingen

Sonja Nußbaum
Telefon: 0551 70709-121
E-Mail: sonja.nussbaum@kvn.de

Bezirksstelle Hannover

Frau Katharina Wagner
Telefon: 0511 380-4464
E-Mail: katharina.wagner@kvn.de

Herr Maik Kownatzki
Telefon: 0511 380-4353
E-Mail: maik.kownatzki@kvn.de

Frau Nadine Tindel
Telefon: 0511 380-4486
E-Mail: nadine.tindel@kvn.de

Frau Christina Schüller
Telefon: 0511 380-4465
E-Mail: christina.schueller@kvn.de

Bezirksstelle Hildesheim

Stefanie Gnilka-Schulz
Telefon: 05121 1601-150
E-Mail: stefanie.gnilka-schulz@kvn.de

Bezirksstelle Lüneburg

Petra Hansen
Telefon: 04131 676-226
E-Mail: petra.hansen@kvn.de

Bezirksstelle Oldenburg

Eike Kramarz
Telefon: 0441 21006-150
E-Mail: eike.kramarz@kvn.de

Bezirksstelle Osnabrück

Jutta Oberwörder
Telefon: 0541 9498-117
E-Mail: jutta.oberwoerder@kvn.de

Judith Tiemeier
Telefon: 0541 9498-222
E-Mail: judith.tiemeier@kvn.de

Bezirksstelle Stade

Tabea Struve
Telefon: 04141 4000-210
E-Mail: tabea.struve@kvn.de

Markus Meyer
Telefon: 04141 4000-220
E-Mail: markus.meyer@kvn.de

Bezirksstelle Verden

Stefan Grefe
Telefon: 04231 975-145
E-Mail: stefan.grefe@kvn.de

Lena Kaeselau
Telefon: 04231 975-147
E-Mail: lena.kaeselau@kvn.de

Martin Petersen
Telefon: 04231 975-141
E-Mail: martin.petersen@kvn.de

Bezirksstelle Wilhelmshaven

Anke Hoffmann
Telefon: 04421 9386-137
E-Mail: anke.hoffmann@kvn.de

Praxisgröße

Voraussetzungen für Praxen

- TI-Pauschale 1: Regelfall**
- Praxis ist an die TI angebunden
 - Erstaussstattung erfolgte vor dem 01.01.2021 oder nach dem 30.06.2023
 - Konnektor wurde noch nicht getauscht oder Tausch erfolgte bereits vor dem 01.01.2021
 - alle erforderlichen Anwendungen vorhanden

- TI-Pauschale 2: bei kürzlich erfolgter Erstaussattung**
- Erstaussattung nach dem 31.12.2020 und vor dem 01.07.2023 erfolgt
 - alle erforderlichen Anwendungen vorhanden
 - reduzierte Pauschale gilt für 30 Monate nach Erstaussattung – ab dem 31. Monat Wechsel zur TI-Pauschale 1

- TI-Pauschale 3: bei kürzlich erfolgtem Konnektortausch**
- Konnektortausch erfolgte nach dem 31.12.2020 und vor dem 30.06.2023
 - alle erforderlichen Anwendungen vorhanden
 - reduzierte Pauschale gilt für 30 Monate nach Konnektortausch – ab dem 31. Monat Wechsel zur TI-Pauschale 1

<= 3 Ärzte

237,78 Euro/Monat
(118,89 Euro*)

131,67 Euro/Monat
(65,84 Euro*)

199,45 Euro/Monat
(99,73 Euro*)

> 3 bis <= 6 Ärzte

282,78 Euro/Monat
(141,39 Euro*)

143,29 Euro/Monat
(71,65 Euro*)

242,78 Euro/Monat
(121,39 Euro*)

> 6 Ärzte

323,90 Euro/Monat
(161,95 Euro*)

151,04 Euro/Monat
(75,52 Euro*)

282,23 Euro/Monat
(141,12 Euro*)

* Reduzierung um 50%, wenn eine Anwendung fehlt

- Praxisgröße = Anzahl der Ärzte gemäß kumuliertem Vollzeitäquivalent am letzten Tag des Quartals je Standort
- Bei einer fehlenden Anwendung wird die Pauschale um 50 % gekürzt
- Bei zwei fehlenden Anwendungen erhält die Praxis keine TI-Pauschale
- Die Pauschalen werden jährlich entsprechend der Veränderung des Punktwertes nach § 87 Abs. 2e SGB V angepasst

Fallbeispiele zur Verdeutlichung:

- **Beispiel 1:**

Die Praxis ist seit dem 1. Quartal 2019 an die TI angebunden. Die Erstaussattung wurde gemäß der bis zum 30.06.2023 gültigen Finanzierungsvereinbarung finanziert. Alle erforderlichen Anwendungen sind vorhanden. Das Konnektorablaufdatum ist der 01.03.2024. Die Praxis erhält die TI-Pauschale 1.

- **Beispiel 2:**

Die Praxis ist seit dem 1. Quartal 2019 an die TI angebunden. Die Erstaussattung wurde gemäß der bis zum 30.06.2023 gültigen Finanzierungsvereinbarung finanziert. Das Konnektorablaufdatum ist der 01.12.2023. Damit wurde der Anspruch auf die Konnektortauschpauschale am 31.05.2023 ausgelöst und die Praxis erhält im Oktober 2023 die 2.300€ Konnektortauschpauschale gemäß der alten Finanzierungsvereinbarung. Anschließend erhält die Praxis 30 Monate lang die TI-Pauschale 3, und ab dem 31. Monat die Pauschale 1.

- **Beispiel 3:**

Die Praxis wird zum 03.07.2023 erstmalig an die TI angebunden. Ihre Praxisverwaltungssoftware unterstützt noch kein NFDM (Notfalldatenmanagement). Sie erhält die TI-Pauschale 1 mit einem Abzug von 50%, da eine der erforderlichen Anwendungen fehlt. Zum 01.10.2023 liefert der Hersteller ein Update aus, mit dem nun auch NFDM unterstützt wird. Ab dem folgenden Quartal erhält die Praxis die TI-Pauschale 1 ohne Abzug.

- **Beispiel 4:**

Die Praxis wurde zum 01.03.2023 erstmalig an die TI angebunden. Die Erstaussattung hat die Praxis gemäß der bis zum 30.06.2023 gültigen Finanzierungsvereinbarung im Juli 2023 finanziert bekommen. Anschließend erhält die Praxis 30 Monate lang die TI-Pauschale 2, und ab dem 31. Monat die Pauschale 1.



KVN

Kassenärztliche Vereinigung
Niedersachsen

Informationen für die Praxis

KVN-Rundschreiben

Juni 2023

Inhaltsverzeichnis

1.	Abrechnung	3
1.1.	Abgabetermin Quartalsabrechnung 2/2023	3
1.2.	Beschlüsse des Bewertungsausschusses: Krankenhausbegleitungs-Richtlinie, Versand AU- Bescheinigung und weitere EBM-Änderungen	4
1.3.	Mitteilung der fachgruppendurchschnittlichen Obergrenze für Kontrastmittel für das Quartal 3/2023 .	6
1.4.	Amtliche Mitteilung der KVN zum HVM Teil B Nr. 16.1 und 16.2 für das 3. Quartal 2023 - Fachgruppendurchschnittswerte für Laborindividualbudgets	6
1.5.	Nachweis Wartung Audiometer	7
1.6.	Amtliche Mitteilung der KVN zum HVM für das 3. Quartal 2023 für alle dem RLV unterliegenden Arztgruppen des haus- und fachärztlichen Versorgungsbereichs	7
1.7.	Amtliche Mitteilung zum HVM für das 3. Quartal 2023 zur Begrenzung des genetischen Labors	7
2.	Verordnungen	8
2.1.	Änderung der Anlage III (Verordnungseinschränkungen und -ausschlüsse) der Arzneimittel-Richtlinie	8
2.2.	Erweiterte Austauschregeln für Apotheken verlängert	8
2.3.	Änderung der Anlage V (verordnungsfähige Medizinprodukte) der Arzneimittel-Richtlinie - Verlängerung der Befristung	9
2.4.	Emerade® Rückruf auf Patientenebene	10
2.5.	Insuman® Rapid/Basal/Comb dauerhafte Einstellung der Produktion	11
3.	Allgemeine Hinweise	12
3.1.	In eigener Sache: KVN stellt monatliches Rundschreiben ab August auf elektronischen Versand um	12
3.2.	Heilmittelvereinbarung für das Jahr 2023	12

3.3.	Klarstellung in der Mutterschafts-Richtlinie (Mu-RL) - Hebammenleistungen sind ohne ärztliche Delegation möglich.....	12
3.4.	Entzug der DMP-Zulassung für „Das strukturierte Hypertonie-Behandlungs- und Schulungsprogramm (HBSP)“	13
3.5.	Besondere Versorgung der Betriebskrankenkassen zur Vermeidung von Frühgeburten und infektionsbedingten Geburtskomplikationen „Hallo Baby!“: Verlängerung befristeter Leistungen und Aktualisierung der Patienteninformation ab Juli 2023	13
3.6.	Gesetzliche Unfallversicherung: Honorarsteigerung ab Juli	13
3.7.	Besondere Versorgung der Behandlung von Gestationsdiabetes und sonstiger Diabetesformen durch Diabetologische Schwerpunktpraxen (GDM-DM3-Vertrag): WMF Betriebskrankenkasse ab 1. Juli 2023 neu dabei.....	14
4.	Veranstaltungen im Juli und August 2023.....	15
5.	Anlagenverzeichnis.....	16
5.1.	Amtliche Mitteilung zum HVM Teil B Nr. 16.1 und 16.2	16

1. Abrechnung

1.1. Abgabetermin Quartalsabrechnung 2/2023

Der Abgabetermin für die Abrechnung des 2. Quartals 2023 ist der 10. Kalendertag des nachfolgenden Quartals und somit der 10. Juli 2023.

10. Juli 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 kann auch im KVN-Portal unter Abrechnung/Abrechnungscener/Informationen zur Quartalsabrechnung/Downloads ausgedruckt werden.
- die abzugebenden Behandlungsausweise (sortiert nach der Liste: KBV-Prüfmodul Abgabe Behandlungsausweise) einzureichen.

Sammelerklärung

Ausnahme: die Ersatzverfahrenscheine über den Kostenträger 38825 (Bundesamt für soziale Sicherung/BAS) sind mit den Quartalsabrechnungen nicht einzureichen.

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).

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. Beschlüsse des Bewertungsausschusses:

Krankenhausbegleitungs- Richtlinie, Versand AU-Bescheinigung und weitere EBM-Änderungen

Der Bewertungsausschuss (BA) hat Beschlüsse zur Anpassung des EBM gefasst, über die wir Sie informieren möchten. Sie betreffen das Ausstellen einer 2-Jahresbescheinigung, dass die Mitaufnahme einer Begleitperson bei einer Krankenhausbehandlung medizinisch notwendig ist. Darüber hinaus sind weitere Leistungen im Zusammenhang mit einer ambulanten Operation im 3-Tages-Zeitraum berechnungsfähig. Außerdem wurden eine Porto-Regelung für den Versand einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (AU-Bescheinigung) nach telefonischer Anamnese und Feststellung der Pflicht zur Absonderung sowie eine Klarstellung bezüglich der Energiekosten für die Dialysebehandlung beschlossen. Näheres stellen wir Ihnen nachfolgend vor.

Krankenhausbegleitung: Vergütung einer 2-Jahresbescheinigung

Der Anspruch auf Krankengeld für Bezugspersonen aus dem engsten persönlichen Umfeld von Menschen mit Behinderung bei deren Begleitung zu einem stationären Krankenhausaufenthalt wird künftig in einer eigenen Richtlinie geregelt, die der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) beschlossen hat. Die Änderungen des EBM erfolgen zum 1. Juli 2023. Details und Hintergrund stellen wir Ihnen nachfolgend vor.

Die KHB-RL bestimmt Kriterien zur Abgrenzung des Personenkreises, der eine Begleitung während einer stationären Krankenhausbehandlung aus medizinischen Gründen benötigt. Das Vorliegen dieser Kriterien ist eine der Voraussetzungen für den Anspruch auf Krankengeld der mitaufgenommenen Begleitperson. Die Richtlinie bestimmt außerdem Näheres zur Feststellung und Bescheinigung des Vorliegens der Kriterien.

Keine gesonderte Vergütung für Angabe auf Krankenseinweisung (Muster 2)

Bei planbaren stationären Aufenthalten soll die medizinische Notwendigkeit der Mitaufnahme einer Begleitperson unter Angabe mindestens eines medizinischen Kriteriums im Rahmen der Krankenseinweisung durch den Vertragsarzt festgestellt und auf dem Muster 2 „Verordnung von Krankenhausbehandlung“ bescheinigt werden (§3 Abs. 1 der KHB-RL). Feststellung und Bescheinigung sind in diesem Fall Bestandteil der fachgruppenspezifischen Versicherten- und Grundpauschalen.

Vergütung der formlosen 2-Jahresbescheinigung

Unabhängig von einer Krankenseinweisung kann für bis zu zwei Jahre befristet die medizinische Notwendigkeit der Mitaufnahme einer Begleitperson formlos durch den Vertragsarzt bescheinigt werden (§3 Abs. 2 der KHB-RL). Bedingung ist, dass diese nach medizinischer Einschätzung voraussichtlich mindestens für den genannten Zeitraum bei dem Patienten vorliegen wird.

Begleitperson

Für die Feststellung der medizinischen Notwendigkeit sowie das Ausstellen dieser Bescheinigung wird zum 1. Juli 2023 die Gebührenordnungsposition (GOP) 01615 in den Abschnitt 1.6 des EBM aufgenommen. Sie ist mit 30 Punkten bewertet und kann einmal im Krankheitsfall von den meisten Fachgruppen, mit Ausnahme der konsiliarisch tätigen Arztgruppen, berechnet werden.

Zusätzlich wird die Kostenpauschale 40142, die bei Abfassung bestimmter Bescheinigungen in freier Form berechnet werden kann, um die neue GOP ergänzt. Durch die Aufnahme einer ersten Anmerkung wird klargestellt, dass die Kostenpauschale 40142 im Zusammenhang mit der GOP 01615 insgesamt nur für eine Seite berechnet werden kann.

Da es sich bei der GOP 01615 um eine neue Leistung handelt, wird diese zunächst für die nächsten zwei Jahre außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen finanziert.

3-Tages-Zeitraum beginnend mit dem Operationstag: Änderung von zwei Präambeln

In den Präambeln 31.2.1 Nummer 8 und 36.2.1 Nummer 4 sind die GOP aufgeführt, die in einem Zeitraum von drei Tagen - beginnend mit dem Operationstag - in der Praxis (des Operateurs) neben der ambulanten beziehungsweise belegärztlichen Operation berechnet werden können.

Der BA hat diese beiden Präambeln nun rückwirkend zum 1. April 2023 um weitere GOP ergänzt (644. Sitzung). Unter anderem wurden weitestgehend alle fachgruppenspezifischen Zusatzpauschalen für die Behandlung aufgrund einer TSS-Terminvermittlung und/oder Vermittlung durch den Hausarzt aufgenommen.

Mit dem gleichen Beschluss erfolgt in den beiden Präambeln außerdem eine Änderung des Wortlautes „Versicherten- und Grundpauschalen“ in „Versicherten-, Grund- und Konsiliarpauschalen“. Damit wird klargestellt, dass Konsiliarpauschalen in dem 3-Tages-Zeitraum berechnet werden können.

Versandkosten bei AU-Bescheinigung nach telefonischer Anamnese und Absonderungspflicht

Vertragsärztinnen und Vertragsärzte können nach telefonischer Anamnese eine Arbeitsunfähigkeit feststellen und bescheinigen, wenn Patientinnen und Patienten einer öffentlich-rechtlichen Pflicht zur Absonderung unterliegen oder eine öffentlich-rechtliche Empfehlung zur Absonderung besteht. Eine entsprechende Anpassung der AU-Richtlinie hatte der G-BA am 15. Dezember 2022 beschlossen. Da in diesen Fällen ein postalischer Versand der AU-Bescheinigung an den Patienten erfolgt, hat der BA zum 1. April 2023 die Kostenpauschale 40128 um diesen neuen Sachverhalt ergänzt. Zuvor galt die Regelung nur bei AU-Feststellung in Videosprechstunden.

Energiekosten für die Dialysebehandlung: Änderung des Abschnitts 40.14

In EBM-Abschnitt 40.14 sind die leistungsbezogenen Kostenpauschalen

für Sach- und Dienstleistungen bei Behandlung mit renalen Ersatzverfahren und extrakorporalen Blutreinigungsverfahren abgebildet. Über die Kostenpauschalen werden auch die Energiekosten für die Dialysebehandlung vergütet. In der Bestimmung Nummer 4 ist daher geregelt, dass im Falle der Hämodialyse als Heimdialyse dem Patienten von der Dialysepraxis die dialysebedingten Strom-, Wasser- und Entsorgungskosten zu erstatten sind. Der BA stellt nun zum 1. Juli 2023 klar, dass dem Patienten die Stromkosten auch im Falle der kontinuierlichen cyclergestützten Peritonealdialyse als Heimdialyse zu erstatten sind.

Veröffentlichung der Beschlüsse

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

1.3. Mitteilung der fachgruppendurchschnittlichen Obergrenze für Kontrastmittel für das Quartal 3/2023

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 3. Quartal 2023 für Ärzte, die im Basisquartal 3/2022 (noch) keine Kontrastmittel über die o. g. Vereinbarung abgerechnet haben, folgende fachgruppendurchschnittlichen Obergrenzen:

- Institute, Krankenhäuser 3.098,89 Euro
- Fachärzte für Nuklearmedizin 21.460,60 Euro
- Fachärzte für Diagnostische Radiologie 65.769,99 Euro
- Fachärzte für Urologie 2.099,19 Euro

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

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

Obergrenzen

1.4. Amtliche Mitteilung der KVN zum HVM Teil B Nr. 16.1 und 16.2 für das 3. Quartal 2023 - Fachgruppendurchschnittswerte für Laborindividualbudgets

Die für das 3. Quartal 2023 geltenden Fachgruppendurchschnittswerte für Laborindividualbudgets entnehmen Sie bitte der Anlage 5.1 zu diesem Rundschreiben. Zusätzlich sind diese Daten auch bereits seit dem 25. Mai 2023 über das KVN-Portal abrufbar.

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

1.5. Nachweis Wartung Audiometer

Im März-Rundschreiben haben wir Sie über die Einreichung einer formlosen Erklärung über die durchgeführte Wartung des Audiometers informiert.

Bitte beachten Sie, dass die Erklärung über die durchgeführte Wartung jedes Quartal abgegeben werden muss. Die Einreichung des aktuellen Wartungsprotokolls ist nicht erforderlich.

Die Erklärung geben Sie über eine Abfrage bei der Einreichung der Online-Abrechnung ab.

Sollte Ihnen diese Abfrage nicht angezeigt werden, obwohl in Ihrer Abrechnungsdatei audiometrische Leistungen vorhanden sind, reichen Sie bitte eine formlose Erklärung in Papierform zu Ihrer Quartalsabrechnung ein. Bei fehlender Erklärung können die audiometrischen Leistungen in Ihrer Quartalsabrechnung nicht berücksichtigt werden.

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

Formlose Erklärung

1.6. Amtliche Mitteilung der KVN zum HVM für das 3. Quartal 2023 für alle dem RLV unterliegenden Arztgruppen des haus- und fachärztlichen Versorgungsbereichs

Die für 3/2023 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

1.7. Amtliche Mitteilung zum HVM für das 3. Quartal 2023 zur Begrenzung des genetischen Labors

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

Für das 3. Quartal 2023 kommt demnach für Leistungen der Abschnitte 11.4 und 19.4 EBM, falls diese kassenseitig nicht extrabudgetär vergütet werden, eine Auszahlungsquote von 77,42 Prozent zum Ansatz.

2. Verordnungen

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

Mit Wirkung zum 12. Mai 2023 wird in der Anlage III der Arzneimittel-Richtlinie der Unterpunkt cc) bei Nr. 12 e) aufgenommen:

Arzneimittel und sonstige Produkte	Rechtliche Grundlagen und Hinweise
12. Antidiarrhoika, e) ausgenommen Motilitätshemmer cc) zur Vermeidung von arzneimittel-induzierten Diarrhöen, wenn gemäß Fachinformation des Hauptarzneimittels die Gabe einer entsprechenden Begleitmedikation vorausgesetzt wird oder der Patient darauf hinzuweisen ist, dass die Anwendung einer entsprechenden Begleitmedikation erforderlich ist.	Verordnungseinschränkung verschreibungspflichtiger Arzneimittel nach dieser Richtlinie. Bei nicht verschreibungspflichtigen Arzneimitteln ist von den genannten Ausnahmen abgesehen, eine Verordnung auch für Kinder bis zum vollendeten 12. Lebensjahr und für Jugendliche mit Entwicklungsstörungen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr unwirtschaftlich.

Beinhaltet die Fachinformation Angaben zu einer Begleittherapie mit Motilitätshemmern, so sind auch nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel als Begleitmedikation zur Vermeidung von arzneimittel-induzierten Diarrhöen verordnungsfähig.

Begleittherapie mit Motilitätshemmern

Den vollständigen Beschluss des G-BA finden Sie unter diesem Link:
https://www.g-ba.de/downloads/39-261-5883/2023-02-16_AM-RL-III_Nr12_BAnz.pdf

2.2. Erweiterte Austauschregeln für Apotheken verlängert

Mit Wirkung zum 16. Mai 2023 sind die erweiterten Austauschmöglichkeiten bis einschließlich 31. Juli 2023 verlängert worden. Wenn das auf Grundlage der ärztlichen Verordnung abzugebende Arzneimittel nicht vorrätig oder nicht lieferbar ist, dürfen Apotheken zur Kompensation von Lieferengpässen austauschen:

Erweiterte Aut-idem-Regelung

Apotheken dürfen bei Nichtverfügbarkeit ohne Rücksprache mit dem verordnenden Arzt gegen ein wirkstoffgleiches Präparat tauschen und im Hinblick auf Wirkstärke, Packungsgröße und Packungsanzahl abweichen, sofern die verordnete Gesamtmenge nicht überschritten wird und sofern keine pharmazeutischen Bedenken bestehen.

Ohne Rücksprache

Aut-simile-Regelung

Sollte keine aut-idem-konforme Abgabe möglich sein, kommt die

Abgabe eines pharmakologisch-therapeutisch vergleichbaren Arzneimittels nach Rücksprache mit dem Arzt in Betracht. Hier ist die Rücksprache mit dem Arzt auf der Verordnung durch die Apotheke zu dokumentieren.

Nach Rücksprache

Hinweis:

Der Gesetzgeber will mit der Verlängerung der in der Pandemie eingeführten erweiterten Substitutionsmöglichkeit für nicht vorrätige bzw. nicht lieferbare Arzneimittel den Zeitraum überbrücken, bis das geplante Gesetz zur Bekämpfung von Lieferengpässen bei patentfreien Arzneimitteln und zur Verbesserung der Versorgung mit Kinderarzneimitteln (ALBVVG) verabschiedet wird, das ebenfalls Substitutionsmöglichkeiten in Apotheken vorsieht.

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

Zum 3. Mai 2023 wurde bei den folgenden Medizinprodukten die Befristung der Verordnungsfähigkeit nach Anlage V der Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL) verlängert:

Produktbezeichnung	Medizinisch notwendige Fälle	Befristung der Verordnungsfähigkeit
roleca macrogol	Für Patienten ab dem vollendeten 12. Lebensjahr zur Behandlung der Obstipation nur in Zusammenhang mit Tumorleiden, Megacolon (mit Ausnahme des toxischen Megacolon), Divertikulose, Divertikulitis, Mukoviszidose, neurogener Darmlähmung, bei phosphatbindender Medikation bei chronischer Niereninsuffizienz, Opiat- sowie Opioidtherapie und in der Terminalphase; Für Jugendliche mit Entwicklungsstörungen im Alter von 12 Jahren bis zum vollendeten 18. Lebensjahr zur Behandlung der Obstipation.	31. Dezember 2027
Macrogol dura®	Für Patienten ab dem vollendeten 12. Lebensjahr zur Behandlung der Obstipation nur in Zusammenhang mit Tumorleiden, Megacolon (mit Ausnahme des toxischen Megacolon), Divertikulose, Divertikulitis, Mukoviszidose, neurogener Darmlähmung, bei phosphatbindender Medikation bei chronischer Niereninsuffizienz, Opiat- sowie Opioidtherapie und in der Terminalphase. Für Jugendliche mit Entwicklungsstörungen im Alter von 12 Jahren bis zum vollendeten 18. Lebensjahr zur Behandlung der Obstipation.	31. Dezember 2027

Die vollständige Anlage V finden Sie auf der Internetseite des G-BA unter: https://www.g-ba.de/downloads/83-691-793/AM-RL-V_2023-05-03.pdf

2.4. Emerade® Rückruf auf Patientenebene

Alle Patienten, denen in den letzten 24 Monaten ein Emerade® Fertipen verordnet wurde und/oder die im Besitz von Emerade Fertipens sind, sollten kontaktiert und aufgefordert werden, ihre(n) Emerade Fertipen(s) in einer Apotheke zurückzugeben.

Patienten kontaktieren

Die Rückgabe der Emerade Fertipens soll erst nach Erhalt eines alternativen Adrenalin-Autoinjektors erfolgen.

Es ist eine Ersatzverordnung auszustellen und als solche zu kennzeichnen (vgl. auch KVN Rundschreiben Juni 2020).

Ersatzverordnung

- Die erneute Verordnung eines Arzneimittels oder eines vergleichbaren Arzneimittels ist auf einem separaten Rezept vorzunehmen.
- Das Rezept wird von der Verordnungssoftware mit folgendem Aufdruck versehen: „Ersatzverordnung gemäß §31 Absatz 3 Satz 7 SGB V“
- Zusätzlich erfolgt eine automatische Kennzeichnung über das Statusfeld im Personalienfeld.
- Muss ein Arzneimittel auf Grund eines Rückrufes oder einer von der zuständigen Behörde bekannt gemachten Einschränkung der Verwendbarkeit erneut verordnet werden, so ist diese erneute Verordnung zu Lasten der GKV für den Patienten zuzahlungsfrei.
- Darüber hinaus gilt diese entsprechend gekennzeichnete Ersatzverordnung im Fall einer Wirtschaftlichkeitsprüfung als Praxisbesonderheit.

Zuzahlungsfrei

Praxisbesonderheit

Aufgrund der Marktsituation steht ein alternativer Adrenalin-Autoinjektor möglicherweise nicht sofort zur Verfügung.

Hintergrund

In einer Studie zu Emerade® 300/500 Mikrogramm Injektionslösung in einem Fertipen konnten einige Fertipens nicht aktiviert werden oder sie lösten vorzeitig aus. Die benötigte Adrenalin-Dosis wird in diesen Fällen nicht abgegeben. Alle Emerade® Fertipens werden daher chargenübergreifend auf Distributions- und Patientenebene zurückgerufen.

Chargenübergreifend

Emerade® 300/500 Mikrogramm Injektionslösung in einem Fertipen ist zugelassen zur Notfallbehandlung von schweren akuten allergischen Reaktionen. Die Wahrscheinlichkeit für eine Nichtaktivierung oder vorzeitige Aktivierung ist höher, wenn ein Pen heruntergefallen ist. Der Fehler ist nicht spezifisch für eine bestimmte Charge oder Stärke des Produkts.

Ergänzende Informationen entnehmen Sie gerne dem Rote-Hand-Brief:
https://www.dcgma.org/index.php?option=com_acymailing&ctrl=url&subid=44847&urlid=2529&mailid=1448&Itemid=435

2.5. Insuman[®] Rapid/Basal/Comb dauerhafte Einstellung der Produktion

Der Hersteller Sanofi-Aventis GmbH stellt die Produktion der Humaninsuline Insuman[®] Rapid, Insuman[®] Basal und Insuman[®] Comb 25 dauerhaft ein.

Es sollen keine neuen Patienten mit einem der drei Insuman[®]-Formen (Basal, Rapid, Comb25) behandelt werden und bestehende Patienten müssen auf geeignete Alternativen unter genauer Überwachung des Blutzuckers umgestellt werden.

Patienten können in der Regel ohne Dosisanpassung auf ein alternatives rekombinantes Humaninsulinpräparat umgestellt werden:

- Für Insuman[®] Rapid sind andere reguläre Insuline eine geeignete Behandlungsalternative.
- Für Insuman[®] Basal sind andere NPH-Insuline als Behandlungsalternativen geeignet.

Wenn andere rekombinante Humaninsulinpräparate nicht verfügbar oder nicht geeignet sind, müssen Patienten möglicherweise auf ein Insulinanalogon umgestellt werden. Häufigere Blutglukosekontrollen mit gegebenenfalls erforderlicher Dosisanpassung können nötig werden.

- Für Insuman[®] Comb 25 ist eine Substitution durch alternative vorgemischte Insulinanaloga möglich. Hier steht jedoch kein unmittelbar vergleichbares Präparat zur Verfügung, so dass die Umstellung mit einer Überwachung durch medizinisches Fachpersonal und häufigeren Blutglukosekontrollen mit gegebenenfalls notwendiger Dosisanpassung verbunden sein kann.

Weitere Informationen zum Produktionsende sowie Hinweise zur Umstellung auf Insulinanaloga erhalten Sie hier:
https://www.bfarm.de/SharedDocs/Arzneimittelzulassung/Lieferengpaese/DE/2023/info_insulin_human_20230525.pdf?__blob=publicationFile

Hinweis

Insuman[®] Infusat als Durchstechflasche wird weiterhin zur Verfügung stehen. Aufgrund fehlender Alternativen für Diaport Patienten sollte keine Kompensation mit Insuman[®] Infusat für Nichtpumpenträger erfolgen, zumal aktuell eine Einschränkung der Lieferfähigkeit besteht.

Humaninsulinpräparat

3. Allgemeine Hinweise

3.1. In eigener Sache: KVN stellt monatliches Rundschreiben ab August auf elektronischen Versand um

Es ist aus den niedersächsischen Vertragsarztpraxen nicht wegzudenken: Das monatliche Rundschreiben zu aktuellen Regelungen in der Praxisführung. Doch die Tage des Postversands sind gezählt: Ab August 2023 wird die KVN das Rundschreiben nur noch per E-Mail an die von Ihnen kürzlich gemeldeten E-Mail-Adressen (KVN-ID) versenden.

Angesichts der aktuellen Forderung nach Ressourcenschonung, aber auch nach einer möglichst verzögerungsfreien Übermittlung von Informationen erscheint die zeitraubende Vervielfältigung der Rundschreiben mit mehreren hunderttausend Blatt Papier und deren Postversand nicht mehr zeitgemäß. Mit anderen Worten: Die KVN kann mit den Informationen aktueller sein, da die Produktion für den Postversand wegfällt. Außerdem können die Praxen das KVN-Rundschreiben über den internen E-Mail-Verteiler an Praxismitarbeiterinnen und Praxismitarbeiter einfach weiterleiten. Über die Suchfunktion können relevante Texte schneller gefunden werden. Auch die interne Archivierung - falls gewünscht - wird erleichtert. Viele Vorteile, die die digitale Welt bietet.

In den vergangenen Monaten hat die KVN einen E-Mail-Verteiler ihrer Mitglieder aufgebaut, der fast alle Adressaten des Rundschreibens erfasst. Sie werden ab Mitte 2023 monatlich eine E-Mail mit einer Inhaltsübersicht des Rundschreibens und einem Downloadlink erhalten. Wer bislang keine gültige E-Mail-Adresse bei der KVN hinterlegt hat, kann dann auf der Website der KVN unter <https://www.kvn.de/Mitglieder/Rundschreiben.html> das jeweils aktuelle Rundschreiben aufrufen, um auf dem Laufenden zu bleiben. Dort befindet sich auch das Download-Archiv.

Aktuellere
Informationen

3.2. Heilmittelvereinbarung für das Jahr 2023

Wir informieren darüber, dass die Heilmittelvereinbarung für das Jahr 2023 nunmehr von allen Vertragspartnern unterschrieben vorliegt.

Diese Vereinbarung finden Sie im Internet unter <https://www.kvn.de/Amtliche+Bekanntmachungen.html>

3.3. Klarstellung in der Mutterschafts-Richtlinie (Mu-RL) - Hebammenleistungen sind ohne ärztliche Delegation möglich

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat klargestellt, dass die Mutterschafts-Richtlinie (Mu-RL) ausschließlich die ärztlichen Leistungen in der Schwangerenvorsorge und für Frauen im Wochenbett regeln - nicht jedoch den Betreuungsumfang durch Hebammen.

Die in den Richtlinien enthaltene Aufzählung von Leistungen, die von den Ärztinnen und Ärzten an Hebammen delegiert werden können, wurde gestrichen. Mit der Streichung wird dem Missverständnis entgegengewirkt, dass diese Leistungen nur nach einer ärztlichen Delegation Teil der Hebammenhilfe sein können.

3.4. Entzug der DMP-Zulassung für „Das strukturierte Hypertonie-Behandlungs- und Schulungsprogramm (HBSP)“

Das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) hat der HBSP-Schulung die DMP-Zulassung entzogen, da es nicht mehr die Anforderungen an die aktuelle DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL) erfüllt.

Das HBSP-Schulungsprogramm wird zum 30. September 2023 aus den DMP-Verträgen Diabetes mellitus Typ 1, Diabetes mellitus Typ 2 und Koronare Herzkrankheit (KHK) gestrichen. Eine Abrechnung der GOP 99514, 99514K und 99514 Z ist dann ab dem 1. Oktober 2023 nicht mehr möglich.

Wir empfehlen Ihnen schon jetzt, das HBSP-Schulungsprogramm nicht mehr im Rahmen der DMP Diabetes mellitus Typ 1, Diabetes mellitus Typ 2 und KHK anzubieten.

Abrechnung ab 1. Oktober 2023 nicht mehr möglich

3.5. Besondere Versorgung der Betriebskrankenkassen zur Vermeidung von Frühgeburten und infektionsbedingten Geburtskomplikationen „Hallo Baby!“: Verlängerung befristeter Leistungen und Aktualisierung der Patienteninformation ab Juli 2023

Die Leistung „Ärztliches Beratungsgespräch im letzten Drittel der Schwangerschaft zum Geburtsmodus (Förderung der natürlichen Geburt)“ soll prioritär im Rahmen einer Videosprechstunde oder alternativ bei einem persönlichen Arzt-Patientenkontakt durchgeführt werden. Dabei können die Gebührenordnungspositionen 81318 (Videosprechstunde) und 81319 (Persönlicher Arzt-Patientenkontakt) über den 30. Juni 2023 hinaus bis zum 31. Dezember 2024 erbracht und extrabudgetär mit jeweils 25 Euro abgerechnet werden.

Ferner wurde die Anlage 3 „Patienteninformation“ redaktionell angepasst.

Weitere Informationen finden Sie im KVN-Portal: Verträge/Eingabe des Suchbegriffs „Hallo Baby“.

3.6. Gesetzliche Unfallversicherung: Honorarsteigerung ab Juli

Basierend auf der Grundlohnsumentenentwicklung erhöhen sich die Gebühren, jeweils zum 1. Juli, über die nächsten fünf Jahre, wie folgt:

- Gebührenerhöhung zum 1. Juli 2023 um 5 Prozent
- Gebührenerhöhung zum 1. Juli 2024, 1. Juli 2025, 1. Juli 2026 und zum 1. Juli 2027 jeweils um die Grundlohnsummen-Veränderungsrate (begrenzt auf maximal 5 Prozent)

Dieses gilt für Leistungen, die bei einem Wege- oder Arbeitsunfall nach der UV-GOÄ berechnungsfähig sind, davon ausgenommen sind PCR-Tests nach den Nrn. 4780, 4782, 4783 und 4785 der UV-GOÄ.

Anpassung Leistungslegenden: Die Leistung der Nummer 35 für die Beurteilung und Bewertung von Schnittbildern und/oder Röntgenbildern durch den Durchgangsarzt soll künftig - nicht nur bei einem Wechsel des Durchgangsarztes - sondern auch bei einem Arztwechsel abrechenbar sein. Die Leistungslegende der Nr. 193 stellt künftig klar, dass die Übersendung von Krankenunterlagen an den UV-Träger nur auf dessen ausdrückliche Aufforderung erfolgen und abgerechnet werden kann. Ergänzend dazu ist im Teil B. VI. „Besondere Regelungen“ die Nr. 4 der Allgemeinen Bestimmungen wie folgt gefasst: „Für die Übersendung von Krankengeschichten oder Auszügen (Fotokopien) daraus - auf Anforderung des UV-Trägers - wird ungeachtet des Umfanges ein Pauschsatz in Höhe der Nr. 193 UV-GOÄ, zuzüglich Porto, vergütet. Sie müssen vom absendenden Arzt durchgesehen und ihre Richtigkeit muss von diesem bescheinigt werden.“

Veröffentlichung: Die Beschlüsse der Ständigen Gebührenkommission finden Sie unter https://www.kvn.de/internet_media/Gesetzliche+Unfallversicherung_+Honorarsteigerung+ab+Juli.pdf oder entnehmen Sie der Bekanntmachung, die das Deutsche Ärzteblatt veröffentlicht. Die Änderungen treten am 1. Juli 2023 in Kraft. Weitere Gebührenerhöhungen werden zum jeweiligen Jahresbeginn veröffentlicht.

Die aktuelle UV-GOÄ wird auch auf der Internetseite der KBV bereitgestellt: www.kbv.de/html/uv.php

3.7. Besondere Versorgung der Behandlung von Gestationsdiabetes und sonstiger Diabetesformen durch Diabetologische Schwerpunktpraxen (GDM-DM3-Vertrag): WMF Betriebskrankenkasse ab 1. Juli 2023 neu dabei

Die WMF Betriebskrankenkasse tritt dem GDM-DM3-Vertrag bei.

Teilnehmende Krankenkassen (Stand: 1. Juli 2023):

AOK Bremen / Bremerhaven	BKK Public
AOK Niedersachsen	BKK Salzgitter
SVLFG als Landwirtschaftliche Krankenkasse	BKK Technoform
IKK BIG direkt gesund	BKK VBU
IKK classic	BKK Verbund Plus
IKK gesund plus	BKK Werra-Meissner
KNAPPSCHAFT	BKK Wirtschaft und Finanzen
BARMER	BKK ZF & Partner
HEK - Hanseatische Krankenkasse	Continentrale BKK
Techniker Krankenkasse	Mercedes-Benz BKK
Audi BKK	Energie BKK
BAHN-BKK	Heimat BKK
BKK B. Braun Aesculap	Mobil Krankenkasse
BKK 24	Novitas BKK
BKK Diakonie	pronova BKK
BKK DürkoppAdler	R + V BKK
BKK EWE	Salus BKK
BKK Exklusiv	SKD BKK
BKK Firmus	TUI BKK
BKK Freudenberg	Viactiv Krankenkasse
BKK Gildemeister Seidensticker	Vivida BKK
BKK Linde	WMF Betriebskrankenkasse
BKK Pfalz	

Teilnehmende
Krankenkassen

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

4. Veranstaltungen im Juli und August 2023

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

Name	Ort	Datum	Gebühr p. P.
QEP®-Einführungsseminar	WebSeminar	01.Jul	127 Euro
Raus aus der Stressfalle für PraxisinhaberIn	Hannover	01.Jul	175 Euro
Existenzgründerseminar Modul 2 „Meine eigene Praxis - So gelingt Ihr Start“	Verden	05.Jul	kostenlos
Meine Zukunft planen - Impulse für Ihre Praxisabgabe	WebSeminar	12.Jul	kostenlos
Die elektronische AU	WebSeminar	26.Jul	kostenlos

Zusammenarbeit neu ange- dacht - Meine Kooperati- onsmöglichkeiten heute	WebSeminar	09.Aug	kostenlos
Verordnen von Arzneimitteln	WebSeminar	23.Aug	kostenlos
Heilmittelverordnung in Theorie und Praxis	Hannover	23.Aug	kostenlos
Terminplanung vermeidet Wartezeiten und Hektik	Aurich	23.Aug	90 Euro
Meine eigene Praxis - Impulse für Ihren Start	WebSeminar	23.Aug	kostenlos
Medizinprodukte-Aufberei- tung - Workshop Teil 1	Hannover	23.Aug	125 Euro
Qualitätsmanagementbe- auftragte/r (umfasst drei Termine, jeweils Freitags)	WebSeminar	25.Aug	220 Euro
Personalführung für PraxisinhaberIn	WebSeminar	26.Aug	69 Euro
Zusammenarbeit neu ange- dacht - Meine Kooperati- onsmöglichkeiten heute	Stade	30.Aug	kostenlos
Sprechstundenbedarf	WebSeminar	30.Aug	kostenlos
Zusammenarbeit neu ange- dacht - Meine Kooperati- onsmöglichkeiten heute	Hannover	30.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 2023

in Umsetzung des Honorarverteilungsmaßstabes (HVM) gemäß § 87b Abs. 1 SGB V der KVN vom 18. März 2023

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

Fachgruppe	durchschnittliches Individualbudget
FA Laboratoriumsmedizin	371.132,73 €
FA Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie	256.060,42 €

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 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	14,84 €
FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe	15.068,22 €
FA Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	40.529,71 €
FA Haut- und Geschlechtskrankheiten	1.734,44 €
FA Innere Medizin und (SP) Nephrologie	969,01 €
FA Innere Medizin und (SP) Kardiologie	6.206,81 €
FA Kinder- und Jugendmedizin (hausärztlich)	13.526,57 €
FA Innere Medizin und (SP) Pneumologie	7.144,60 €
FA Innere Medizin und (SP) Gastroenterologie	7.287,59 €
FA Pathologie	6.128,75 €
FA Radiologie FA Strahlentherapie	4.633,16 €
FA Urologie	7.031,50 €
FA Nuklearmedizin	37.205,71 €
FA Humangenetik FA Transfusionsmedizin FA Biochemie	57.206,59 €
FA Allgemeinmedizin, Praktischer Arzt, FA Innere Medizin (hausärztlich)	28.608,00 €
FA Allgemeinmedizin, Praktischer Arzt (fachärztlich)	28.608,00 €
FA Innere Medizin (fachärztlich)	100.226,74 €
FA Innere Medizin und (SP) Endokrinologie	300.536,17 €
FA Innere Medizin und (SP) Hämatologie und Onkologie	15.852,51 €
FA Innere Medizin und (SP) Rheumatologie	69.860,96 €

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 2023 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 2023

Inhaltsverzeichnis

1.	Abrechnung	3
1.1.	Medikamentenangabe zu der Kostenpauschale 86516 erforderlich	3
2.	Verordnungen.....	3
2.1.	Wechsel des Kostenträgers bei der Verordnung von Paxlovid®	3
2.2.	Korrekte Impfstoffauswahl bei Pneumokokkenimpfung wichtig	4
2.3.	Ergänzung der Anlage II Arzneimittel-Richtlinie: Setmelanotid	4
2.4.	Änderung der Anlage V (verordnungsfähige Medizinprodukte) der Arzneimittel-Richtlinie - Verlängerung der Befristung	5
2.5.	Lieferengpass Sabril® - Informationen zur aktuellen Versorgungslage	5
2.6.	Aktualisierung der Arzneimittel-Richtlinie - VIIa: Biologika und Biosimilars	6
2.7.	Heilmittel-Verordnungen in der Videosprechstunde und nach telefonischem Kontakt möglich	7
2.8.	Ins DiGA-Verzeichnis des BfArM dauerhaft aufgenommene Digitale Gesundheitsanwendungen ...	8
2.9.	Bekanntmachung eines Versorgungsmangels für antibiotikahaltige Säfte	9
3.	Allgemeine Hinweise	10
3.1.	In eigener Sache: KVN stellt monatliches Rundschreiben ab August auf elektronischen Versand um	10
3.2.	Gripeschutzimpfung ab 60 Jahren ab 1. April 2023 ausschließlich mit Hochdosis-Impfstoff	10
3.3.	Außerklinische Intensivpflege	11
3.4.	Hausarztzentrierte Versorgung AOK Niedersachsen: Diabetesvorsorge	11
3.5.	Einladung zur KVN-Web-session 4.0.....	12

4. Veranstaltungen im Juni und Juli 2023.....	13
5. Anlagenverzeichnis.....	14
5.1. Sammelerklärung	14

1. Abrechnung

1.1. Medikamentenangabe zu der Kostenpauschale 86516 erforderlich

(Zuschlag zu den Kostenpauschalen 86510 und 86512 für die Tumorthherapie gem. Onkologie-Vereinbarung)

Bitte beachten Sie, dass die Kostenpauschale 86516

- nur bei Verabreichung von mind. einem intravasal applizierten Tumorthapeutikum der ATC-Klasse L, hierunter fallen auch intravasal applizierte Tumorthapeutika im Rahmen von Arzneimittel-Härtefallprogrammen („Compassionate Use“), welche ggf. noch keinen ATC-Code tragen und
- nur unter Angabe des verwendeten Medikaments

berechnungsfähig ist.

Der Eintrag für die Angabe des Medikaments erfolgt in Ihrer Praxissoftware in den KVDT-Feldern 5002 oder 5009.

Bitte geben Sie keine praxisspezifischen Abkürzungen, Bezeichnungen von Therapien sowie Behandlungs-Schemata an.

Bei fehlender/fehlerhafter Medikamentenangabe kann die abgerechnete Leistung in Ihrer Quartalsabrechnung nicht berücksichtigt werden.

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

Kostenpauschale
86516

Angabe des
Medikaments

2. Verordnungen

2.1. Wechsel des Kostenträgers bei der Verordnung von Paxlovid®

Durch das Auslaufen der Corona Sonderregeln ändert sich der Abrechnungsweg von Paxlovid®. Bei patientenindividueller Verordnung von Paxlovid® ist ab dem 8. April 2023 als Kostenträger nicht mehr das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) sondern die jeweilige Krankenkasse der versicherten Person anzugeben.

Hinweis: Direktabgabe kann nicht mehr abgerechnet werden

Es entfällt durch die Umstellung auf die patientenindividuelle Abrechnung ab dem 8. April 2023 auch die Regelung, dass Hausärzte für den Aufwand im Zusammenhang mit Bevorratung und Abgabe des Medikaments eine Vergütung von 15 Euro je abgegebener Packung erhalten. Zwar besteht prinzipiell die Möglichkeit der Bevorratung von bis zu fünf Packungen noch bis zum 31. Dezember 2023 fort, allerdings ohne die Möglichkeit, die Abgabe abzurechnen.

Jeweilige Kranken-
kasse

2.2. Korrekte Impfstoffauswahl bei Pneumokokkenimpfung wichtig

Nach der Schutzimpfungs-Richtlinie sind bei der Impfung gegen Pneumokokken je nach Alter und Indikation unterschiedliche Impfstoffe vorgesehen. Nur diese können über den SSB bezogen werden. Für Säuglinge sind mehrere Konjugatimpfstoffe (Synflorix, Prevenar-13 und Vaxneuvance) zugelassen, für die Standardimpfung für über 60-Jährige schreibt die Richtlinie einen 23-valenten Polysaccharid-Impfstoff (Pneumovax 23) vor. Für die Indikations- und beruflich bedingten Impfungen sind Impfungen gemäß Richtlinie mit 13valentem Konjugat- und/oder 23valentem Polysaccharidimpfstoff, zum Teil in Kombinationen, vorgesehen.

Seit einigen Monaten ist der 20valente Konjugatimpfstoff Apexnar in Deutschland verfügbar und für die Pneumokokkenimpfung für über 18-Jährige zugelassen. Dieser Impfstoff wurde allerdings noch nicht in die STIKO-Empfehlungen und die Schutzimpfungs-Richtlinie aufgenommen. Eine Verordnung über den Sprechstundenbedarf ist daher aktuell nicht möglich.

Nicht möglich

2.3. Ergänzung der Anlage II Arzneimittel-Richtlinie: Setmelanotid

Mit Wirkung zum 20. April 2023 wurde die Anlage II (Lifestyle Arzneimittel) der Arzneimittel - Richtlinie wie folgt geändert und ergänzt:

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

Hinweis:

Im KVN-Rundbrief vom November 2022 informierten wir darüber, dass das Anwendungsgebiet von „Imcivree“ zur Behandlung von Fettleibigkeit und Bekämpfung von Hunger im Zusammenhang mit genetisch bestätigtem Bardet-Biedl-Syndrom (BBS) erweitert worden ist. Da im bisherigen Beschluss das Wort „genetisch“ fehlte, wurde der Beschlusstext um diesen Zusatz ergänzt.

Auch wurde die Schreibweise des Wirkstoffnamens an die deutsche Schreibweise Setmelanotid angepasst.

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

Zum 13. April 2023 wurde bei dem folgenden Medizinprodukt die Befristung der Verordnungsfähigkeit nach Anlage V der Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL) verlängert:

Produktbezeichnung	Medizinisch notwendige Fälle	Befristung der Verordnungsfähigkeit
Macrogol AbZ	Für Patienten ab dem vollendeten 12. Lebensjahr zur Behandlung der Obstipation nur in Zusammenhang mit Tumorleiden, Megacolon (mit Ausnahme des toxischen Megacolons), Divertikulose, Divertikulitis, Mukoviszidose, neurogener Darmlähmung, bei phosphatbindender Medikation bei chronischer Niereninsuffizienz, Opiat- sowie Opioidtherapie und in der Terminalphase. Für Jugendliche mit Entwicklungsstörungen im Alter von zwölf Jahren bis zum vollendeten 18. Lebensjahr zur Behandlung der Obstipation.	01. März 2024
Nebusal® 7 %	Zur symptomatischen Inhalationsbehandlung der Mukoviszidose für Patienten ≥ 6 Jahre.	01. März 2024

Befristung verlängert

Die vollständige Anlage V finden Sie auf der Internetseite des G-BA unter: https://www.g-ba.de/downloads/83-691-788/AM-RL-V_2023-04-13.pdf

2.5. Lieferengpass Sabril® - Informationen zur aktuellen Versorgungslage

Im November 2022 informierten wir Sie im KVN- Rundbrief über den Lieferengpass von Sabril® (Vigabatrin). Der Engpass wird voraussichtlich bis zum Ende des 4. Quartals 2023 andauern.

Bis voraussichtlich
Ende 4. Quartal 2023

Erwarteter Lieferabriss (Filmtabletten)

Ab Anfang April 2023 erwartet Sanofi einen mehrwöchigen Lieferabriss bei den Sabril® 500 mg Filmtabletten. Auch ist im Anschluss an diesen davon auszugehen, dass eine starke Kontingentierung der Filmtabletten notwendig wird. Es soll keine Kompensation mit Sabril® Beuteln erfolgen, da die Sicherstellung und Verfügbarkeit für Patienten mit infantilen Spasmen (West-Syndrom) priorisiert werden muss.

Keine Kompensation

Des Weiteren gelten die Handlungsempfehlungen aus dem KVN-Rundbrief vom November 2022. Diese legen wir Ihnen in gekürzter Form dar:

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.

Behandlungsbeginn

Fortsetzung der Therapie bei aktuell mit Sabril® behandelten 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 abhängig vom klinischen Verlauf an einen Neurologen überwiesen werden.

Fortsetzung der Therapie

Der Engpass ist nicht auf Qualitätsmängel zurückzuführen, sondern aufgrund einer Lieferverzögerung des Wirkstoffes Vigabatrin.

Das aktualisierte Informationsschreiben zu dem Lieferengpass Sabril® finden Sie auf der BfArM-Seite unter:

https://www.bfarm.de/SharedDocs/Arzneimittelzulassung/Lieferengpaese/DE/2023/info_sabril_20230404.pdf?__blob=publicationFile

Sobald uns weiterführende Informationen oder weitere Handlungshilfen vorliegen, werden wir Sie darüber informieren.

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

Mit Wirkung zum 26. April 2023 wird die Anlage VIIa „Biologika und Biosimilars“ der Arzneimittel-Richtlinie um ein weiteres Biosimilar ergänzt.

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

Wirkstoff	Original-/Referenzarzneimittel	im Wesentlichen gleiche biotechnologisch hergestellte biologische Arzneimittel, Zulassung nach Artikel 10 Absatz 4 der Richtlinie 2001/83/EG (Biosimilars)
Teriparatid (es liegen auch generische Zulassungen vor)	Forsteo	Kauliv , Livogiva, Movymia, Sondelbay, Terrosa

Die Anlage VIIa der Arzneimittel-Richtlinie ist abrufbar unter:
https://www.g-ba.de/downloads/83-691-792/AM-RL-VIIa-Biosimilars_2023-04-26.pdf

Anlage abrufbar unter:

2.7. Heilmittel-Verordnungen in der Videosprechstunde und nach telefonischem Kontakt möglich

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat die Heilmittel-Richtlinie angepasst: Folgeverordnungen für Heilmittel können ab sofort auch im Rahmen einer Videosprechstunde oder ausnahmsweise auch nach telefonischem Kontakt ausgestellt werden.

Voraussetzungen für die Verordnung in der Videosprechstunde:

- Der Arzt/Psychotherapeut kennt die verordnungsrelevante Diagnose und/oder die Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit des Patienten.
- Es sind nur Folgeverordnungen per Videosprechstunde erlaubt. Für die erstmalige Verordnung muss der Patient die Praxis aufsuchen und persönlich durch den Arzt untersucht werden.
- Die Erkrankung des Patienten schließt eine Folgeverordnung in der Videosprechstunde nicht aus.

Wichtige Hinweise:

- Kann der Arzt/Psychotherapeut in der Videosprechstunde nicht sicher beurteilen, ob die Verordnungsvoraussetzungen für eine Heilmittelverordnung gegeben sind, sollte der Patient in die Praxis einbestellt werden.
- Der Patient ist vor Beginn der Videosprechstunde auf die eingeschränkte Möglichkeit der Befunderhebung zum Zwecke einer Heilmittelverordnung hinzuweisen.
- Praxen sind nicht verpflichtet Videosprechstunden anzubieten. Außerdem besteht für Patienten auch kein Anspruch auf die Verordnung in der Videosprechstunde.

Telefonische Heilmittel-Folgeverordnung als Ausnahme

Ärzte und Psychotherapeuten dürfen in Ausnahmefällen eine Folgeverordnung für ein Heilmittel auch nach telefonischer Konsultation ausstellen. Dies ist jedoch nur möglich, wenn der Patient wegen seiner aktuellen Beschwerden bereits in der Praxis oder in der Videosprechstunde war.

2.8. 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
Invirto - Die Therapie gegen Angst	<ul style="list-style-type: none"> • F40.00 Agoraphobie: Ohne Angabe einer Panikstörung • F40.01 Agoraphobie: Mit Panikstörung • F40.1 Soziale Phobien • F41.0 Panikstörung [episodisch paroxysmale Angst]
Kaia Rückenschmerzen - Rückentraining für Zuhause	<ul style="list-style-type: none"> • M54 Rückenschmerzen
Kranus Edera	<ul style="list-style-type: none"> • N48.4 Impotenz organischen Ursprungs
Mindable: Panikstörung und Agoraphobie	<ul style="list-style-type: none"> • F40.0 Agoraphobie • F41.0 Panikstörung [episodisch paroxysmale Angst]

Dauerhaft aufgenommen

Die Verordnung der DiGAs erfolgt auf Muster 16. Bitte beachten Sie, dass die Gebührenordnungsposition (GOP) 01470 für die Erstverordnung einer DiGA seit dem 1. Januar 2023 nicht mehr berechnungsfähig ist.

Bitte beachten

Zudem wurde folgende DiGA aus dem DiGA-Verzeichnis gestrichen und ist damit nicht mehr zu Lasten der GKV verordnungsfähig:

Name der Anwendung	Indikation
Cankado PRO-React Onco	<ul style="list-style-type: none"> • C50 Bösartige Neubildungen der Brustdrüse [Mamma]

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

Allgemeine Informationen zum Thema „digitale Gesundheitsanwendungen“ finden Sie im Internet unter <https://www.kvn.de/Mitglieder/Verordnungen/DiGA.html>

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

2.9. Bekanntmachung eines Versorgungsmangels für antibiotikahaltige Säfte

Am 25. April 2023 erfolgte vom Bundesministerium für Gesundheit eine Bekanntgabe zum Versorgungsmangel für antibiotikahaltige Säfte, weil für diese Arzneimittel oftmals keine alternative und gleichwertige Arzneimitteltherapie zur Verfügung steht.

Durch die Feststellung und Bekanntmachung des Versorgungsmangels wird es den zuständigen Behörden der Länder ermöglicht, im Einzelfall ein befristetes Abweichen von den Vorgaben des Arzneimittelgesetzes zu gestatten.

Die Apothekerkammer Niedersachsen als zuständige Behörde hat am 4. Mai 2023 eine Allgemeinverfügung für niedersächsische Apotheken veröffentlicht, wodurch Apotheken in Niedersachsen das Inverkehrbringen von in Deutschland nicht zugelassenen antibiotikahaltigen Säften für Kinder erlauben. Die Gestattung gilt ab 4. Mai 2023 bis der vom BMG festgestellte Versorgungsmangel nicht mehr besteht oder widerrufen würde. Dies ist nur unter der Voraussetzung möglich, dass Antibiotikasäfte im Ausland vorrätig und bestellbar sind.

Eine Übersicht zu Informationen zu Lieferengpässen, finden Sie auf unserer Homepage https://www.kvn.de/Startseite/Arzneimittel_+Lieferengp%C3%A4sse-p-16456.html

Hintergrund

Die Versorgungslage mit Antibiotika, insbesondere zur Anwendung bei Kindern, bleibt weiterhin angespannt. Diese betreffen insbesondere sogenannte Breitspektrum-Antibiotika, die bei einer Vielzahl bakterieller Infektionen zum Einsatz kommen aber auch Penicillin V. Durch die erhöhten Scharlacherkrankungszahlen bleibt die Versorgungslage mit Antibiotika weiterhin angespannt.

Übersicht

3. Allgemeine Hinweise

3.1. In eigener Sache: KVN stellt monatliches Rundschreiben ab August auf elektronischen Versand um

Es ist aus den niedersächsischen Vertragsarztpraxen nicht wegzudenken: Das monatliche Rundschreiben zu aktuellen Regelungen in der Praxisführung. Doch die Tage des Postversands sind gezählt: Ab August 2023 wird die KVN das Rundschreiben nur noch per E-Mail an die von Ihnen kürzlich gemeldeten E-Mail-Adressen (KVN-ID) versenden.

Angesichts der aktuellen Forderung nach Ressourcenschonung, aber auch nach einer möglichst verzögerungsfreien Übermittlung von Informationen erscheint die zeitraubende Vervielfältigung der Rundschreiben mit mehreren hunderttausend Blatt Papier und deren Postversand nicht mehr zeitgemäß. Mit anderen Worten: Die KVN kann mit den Informationen aktueller sein, da die Produktion für den Postversand wegfällt. Außerdem können die Praxen das KVN-Rundschreiben über den internen E-Mail-Verteiler an Praxismitarbeiterinnen und Praxismitarbeiter einfach weiterleiten. Über die Suchfunktion können relevante Texte schneller gefunden werden. Auch die interne Archivierung - falls gewünscht - wird erleichtert. Viele Vorteile, die die digitale Welt bietet.

In den vergangenen Monaten hat die KVN einen E-Mail-Verteiler ihrer Mitglieder aufgebaut, der fast alle Adressaten des Rundschreibens erfasst. Sie werden ab Mitte 2023 monatlich eine E-Mail mit einer Inhaltsübersicht des Rundschreibens und einem Downloadlink erhalten. Wer bislang keine gültige E-Mail-Adresse bei der KVN hinterlegt hat, kann dann auf der Website der KVN unter <https://www.kvn.de/Mitglieder/Rundschreiben.html> das jeweils aktuelle Rundschreiben aufrufen, um auf dem Laufenden zu bleiben. Dort befindet sich auch das Download-Archiv.

3.2. Gripeschutzimpfung ab 60 Jahren ab 1. April 2023 ausschließlich mit Hochdosis-Impfstoff

Gesetzlich Krankenversicherte ab dem Alter von 60 Jahren können nur noch mit einem Hochdosis-Influenzaimpfstoff geimpft werden. Nur im Falle eines Lieferengpasses des empfohlenen Hochdosis-Grippeimpfstoffes darf auch der herkömmliche inaktivierte, quadrivalente Influenzaimpfstoff verabreicht werden.

Bislang konnten aufgrund der „Verordnung zum Anspruch auf Schutzimpfung gegen Influenza und Masern“ gesetzlich Krankenversicherte ab dem Alter von 60 Jahren - entgegen den Vorgaben der Schutzimpfungsrichtlinie (SI-RL) - auch mit einem herkömmlichen Impfstoff geimpft werden. Diese Regelung trat am 31. März 2023 außer Kraft. Versicherte dieser Altersgruppe, können somit nicht mehr zwischen dem hochdosierten und dem herkömmlichen Influenzaimpfstoff wählen.

Aktuellere
Informationen

3.3. Außerklinische Intensivpflege

Im Zusammenhang der Neuerungen zur Außerklinischen Intensivpflege mit Einführung der Intensivpflege-Richtlinie ab 1. Januar 2023 des Gemeinsamen Bundesausschusses, möchten wir nochmal darauf hinweisen, dass zwar für eine nahtlose Patientenversorgung die außerklinische Intensivpflege bis zum 30. Oktober 2023 weiterhin auf Formular 12 für die häusliche Krankenpflege verordnet werden darf, jedoch zu berücksichtigen ist, dass danach bei einer Verordnung eine Erhebung des Entwöhnungspotenzials vorliegen und ein Behandlungsplan erstellt werden muss. Dies ist unbedingt für eine weitere Behandlung zu beachten.

Ferner ist rechtzeitig eine entsprechende Genehmigung für die Verordnung aus dem hausärztlichen Versorgungsbereich heraus zu beantragen, damit eine weitere Behandlung erfolgen kann.

Die Anträge für Potenzialerhebung und Verordnung können unter [www.kvn.de/Mitglieder/Anträge/genuehmigungspflichtige Leistungen/](http://www.kvn.de/Mitglieder/Anträge/genuehmigungspflichtige_Leistungen/) Außerklinische Intensivpflege abgerufen werden.

Bei Unsicherheiten, ob die entsprechende Qualifikation für Verordnung, insbesondere wenn zuvor bereits betreffende Patientinnen und Patienten behandelt wurden, oder Potenzialerhebung gegeben sind, lassen sie sich unbedingt durch die KVN beraten.

Ansprechpartner/in

Frau Sonja Roßmann
Fachbereich Qualitätssicherung
Vertragsärztliche Versorgung
Berliner Allee 22
30175 Hannover
Telefon: 0511 380-3327
Telefax: +49 511 380-4618
E-Mail: Sonja.Rossmann@kvn.de
www.kvn.de

3.4. Hausarztzentrierte Versorgung AOK Niedersachsen: Diabetesvorsorge

Um frühzeitig typische Begleiterkrankungen bei Diabetes mellitus zu erkennen und damit das Auftreten von schwerwiegenden Krankheitsstadien zu verhindern oder zumindest deutlich zu verzögern, sollen Diabetiker regelmäßig Vorsorgeuntersuchungen erhalten.

Diese Vorsorgeuntersuchungen sind nebeneinander durchführbar und unabhängig von der Teilnahme am DMP Diabetes mellitus:

- Störungen der Blasenfunktion (LUTS)
- Angiopathie (Gefäßschädigungen)
- Nierenschädigung (Nephropathie)
- Diabetesleber

Kontakt

Vorsorgeunter-
suchungen

Bestätigt sich ein Verdacht nicht, ist die Untersuchung im nächsten Krankheitsfall wiederholbar. Bestätigt sich ein Verdacht, ist die Betreuung des Patienten 2x im Krankheitsfall vorgesehen.

Die vertraglichen Regelungen hierzu finden Sie im KVN-Portal: Verträge > Suchbegriff „Hausarzt“ > „Hausarztvertrag AOK Niedersachsen“ auswählen.

3.5. Einladung zur KVN-Websession 4.0

Die Mitglieder der KVN hatten im Vorfeld der Veranstaltung digital über das Thema für die nächste KVN-Websession abgestimmt. Die Mehrheit hat sich für das Thema „Telematikinfrastruktur - Wie geht es weiter?“ entschieden. Aufgrund der kurzfristigen Dynamik, die aus der neuen Digitalisierungsstrategie für das Gesundheitswesen entstanden ist, mussten wir unsere für den April geplante Websession verschieben.

Nun können wir Ihnen mitteilen, dass am Mittwoch, dem 24. Mai 2023 ab 18 Uhr, die 4. KVN-Websession stattfindet. Diese wird über einen YouTube-Kanal abrufbar sein. Sie können unter folgenden Link beitreten:

<https://media-va.de/kvn>

Link zur Teilnahme

Nach der Begrüßung durch die Vorständin, Frau Nicole Löhr, werden Experten aus dem Bereich E-Health in das Thema einführen. Wir freuen uns, dass wir folgende Personen für unsere Veranstaltung gewinnen konnten:

- Frau Dr. Kristina Spöhrer (Sprecherin der Bundes-AG Digitalisierung des Hausärzteverbandes)
- Herrn Sebastian Zilch (Unterabteilungsleiter für Gematik, E-Health und Telematikinfrastruktur im BMG)
- Herrn Heiko Gerber (Strategischer Produktmanager bei der gematik GmbH)

Während und nach der KVN-Websession können Sie per E-Mail Ihre Fragen an fragen-websession@kvn.de stellen, die von den Referenten und KVN-Experten beantwortet werden.

4. Veranstaltungen im Juni und Juli 2023

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

Name	Ort	Datum	Gebühr p. P.
Meine Zukunft planen - Impulse für Ihre Praxisabgabe	Hannover	07.Jun	kostenlos
Meine Zukunft planen - Impulse für Ihre Praxisabgabe	Lüneburg	07.Jun	kostenlos
Meine Zukunft planen - Impulse für Ihre Praxisabgabe	Aurich	07.Jun	kostenlos
Sachkundelehrgang gemäß §8 Abs. 4 der Medizinproduktebetreiberverordnung	Oldenburg	12.Jun	585 Euro
Impfen	WebSeminar	14.Jun	kostenlos
Existenzgründerseminar Modul 2 „Meine eigene Praxis - So gelingt Ihr Start“	WebSeminar	14.Jun	kostenlos
Hygiene in der Arztpraxis	Hannover	15.Jun	154 Euro
Arbeitsschutz in der Arztpraxis	WebSeminar	17.Jun	69 Euro
Homepagegestaltung in der Arztpraxis - Fit für den Internetauftritt	WebSeminar	21.Jun	69 Euro
Zusammenarbeit neu ange-dacht - Meine Kooperationsmöglichkeiten heute	WebSeminar	21.Jun	kostenlos
Moderne Wundversorgung	WebSeminar	21.Jun	kostenlos
Aktuelles aus dem Bereich Abrechnung und Verordnung	Braunschweig	28.Jun	kostenlos
Arzneimittelverordnungen	WebSeminar	28.Jun	kostenlos
Teams erfolgreich führen und entwickeln	Hannover	28.Jun	145 Euro
Medizinprodukte-Aufbereitung - Workshop Teil 2	Hannover	28.Jun	125 Euro
Gefährdungsbeurteilung für die Arztpraxis	WebSeminar	28.Jun	69 Euro
Die elektronische AU	WebSeminar	28.Jun	kostenlos

Das elektronische Rezept	WebSeminar	28.Jun	kostenlos
Mitarbeiter finden und binden - Fluktuation senken	Hannover	30.Jun	135 Euro
QEP®-Einführungsseminar	WebSeminar	01.Jul	127 Euro
Raus aus der Stressfalle für PraxisinhaberIn	Hannover	01.Jul	175 Euro
Existenzgründerseminar Modul 2 „Meine eigene Praxis - So gelingt Ihr Start“	Verden	05.Jul	kostenlos
Meine Zukunft planen - Impulse für Ihre Praxisabgabe	WebSeminar	12.Jul	kostenlos
Die elektronische AU	WebSeminar	26.Jul	kostenlos

5. Anlagenverzeichnis

5.1. Sammelerklärung



Informationen für die Praxis

KVN-Rundschreiben

April 2023

Inhaltsverzeichnis

1. Abrechnung	4
1.1. Beschluss des Bewertungsausschusses zur Absenkung der Bewertung des SARS-CoV-2-Tests und Klarstellung bei der GOP 32851 (Atemwegserreger)....	4
1.2. HVM-Neufassung zum 1. April 2023 (teilweise mit abweichender Wirkung ab 4/22, 1/23 bzw. 3/23)	4
1.3. Aufnahme der Hochfrequenzablation des Endometriums ab 1. April 2023 als neue Leistung im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM)	5
1.4. Besondere Versorgung über den ambulanten Einsatz von Smart-Ereignis-Rekordern zur Erfassung von Herzrhythmusstörungen: Krankenkasse BIG direkt gesund (IKK) ab 1. April 2023 neu dabei.....	6
1.5. Kündigung des Vertrages mit der BKK 24 - Bonussystem für gesundheitsbewusstes Verhalten....	7
1.6. Vergütung für weitere digitale Gesundheitsanwendungen im EBM zum 1. April 2023 geregelt.....	7
1.7. Kostenträger Region Hannover: Clearingstelle Gesundheitsversorgung gibt Krankenscheine an Bedürftige aus	8
1.8. Finanzhilfen für Praxen mit sehr hohen Energiekosten beschlossen - Psychotherapie-Vergütung wird angepasst.....	9
2. Verordnungen	13
2.1. Sprechstundenbedarf - Entfristung bei den Antidiabetika	13
2.2. Sprechstundenbedarf - Import von Aspirin i.V. bis zum 30. April 2023 zulässig	13
2.3. Änderung Arzneimittel-Richtlinie Anlage VII (Austauschbarkeit von Arzneimitteln) - Neuaufnahme.....	13
2.4. Möglicher Versorgungsmangel (Lieferengpass) bei Insuman® Infusat	14

2.5.	Folgeverordnungen der häuslichen Krankenpflege sowie Verordnungen zur medizinischen Rehabilitation können jetzt auch per Videosprechstunde verordnet werden	15
2.6.	Heilmittel-Richtlinie - Klarstellungen und redaktionelle Änderungen in Kraft getreten	15
2.7.	Eingeschränkte Verfügbarkeit der Insumane® Comb, Rapid und Basal (Humaninsuline).....	17
2.8.	Trodelvy® (Sacituzumab Govitecan) als bundesweite Praxisbesonderheit anerkannt.....	18
2.9.	Änderung der Anlage V (verordnungsfähige Medizinprodukte) der Arzneimittel-Richtlinie: Natriumchlorid-Lösung 6% zur Inhalation.....	19
2.10.	Änderung der Anlage V (verordnungsfähige Medizinprodukte) der Arzneimittel-Richtlinie - Verlängerung der Befristung	19
2.11.	Quinlock® (Ripretinib) als bundesweite Praxisbesonderheit anerkannt.....	20
2.12.	Lieferengpass GLP-1 Agonisten - Maßnahmen zur Sicherstellung der Versorgung von Diabetespatienten	20
2.13.	Änderungen der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung	21
2.14.	Auslaufen der Corona Sonderregeln - Update Arzneimittelverordnung.....	22
3.	Allgemeine Hinweise	22
3.1.	In eigener Sache: KVN stellt monatliches Rundschreiben ab August auf elektronischen Versand um	23
3.2.	Corona-Impfung wird ab 8. April 2023 zur Regelleistung	24
3.3.	Feststellung der Arbeitsunfähigkeit per Telefon ab dem 1. April 2023 nur noch im Falle einer Absonderung möglich	25
3.4.	Früherkennungsuntersuchungen U10/U11 und J2 mit der Knappschaft: Änderungen gültig ab 1. April 2023	25
3.5.	Hausarztvertrag mit der KKH - Neue Regelungen ab 1. April 2023	25
3.6.	WebSeminare der Bezirksstelle Verden.....	26
3.7.	Fortbildungskurs Kurative Mammographie nach der Mammographie-Vereinbarung	26
3.8.	Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen für heilfürsorgeberechtigte Beamtinnen und Beamte der Polizei Niedersachsen sind weiterhin als Papier-AU auszustellen	26

3.9.	Online-Umfrage „Thema Klimawandel in der Therapie“	27
3.10.	Umfrage zur psychotherapeutischen Behandlung von PTBS-Patient*innen	27
4.	Veranstaltungen im Mai und Juni 2023	28
5.	Anlagenverzeichnis	29
5.1.	Kurative Mammographie	29

1. Abrechnung

1.1. Beschluss des Bewertungsausschusses zur Absenkung der Bewertung des SARS-CoV-2-Tests und Klarstellung bei der GOP 32851 (Atemwegserreger)

Die Vergütung des Nukleinsäurenachweises des beta-Coronavirus SARS-CoV-2 nach der Gebührenordnungsposition (GOP) 32816 wird ab April abgesenkt, erfolgt aber weiterhin extrabudgetär. Außerdem hat der Bewertungsausschuss (BA) rückwirkend ab Januar eine redaktionelle Klarstellung beim Erregernachweis nach der GOP 32851 beschlossen.

GOP 32816: Neue Bewertung zum 1. April 2023

Mit dem Ende der besonderen Rahmenbedingungen wird die Bewertung der GOP 32816 für den Nukleinsäurenachweis des beta-Coronavirus-SARS-CoV-2 auf die im EBM im Grundsatz geltende Bewertung von 19,90 Euro (bisher 27,30 Euro) für einen direkten Erregernachweis mittels Nukleinsäureamplifikationstechnik abgesenkt. Die Befundmitteilung innerhalb von 24 Stunden nach Materialeinsendung entfällt als Abrechnungsvoraussetzung.

19,90 Euro

GOP 32851: Leistungsinhalt rückwirkend zum 1. Januar 2023 klar gestellt

Der aktuelle Beschluss des BA umfasst außerdem eine Änderung bei der GOP 32851 (Nukleinsäurenachweis von Erregern akuter respiratorischer Infektionen) in Abschnitt 32.3.12 EBM. Mit dem Austausch des „und“ durch ein Komma in der Aufzählung der viralen Erreger „Enteroviren und Coronaviren“ wird klargestellt, dass die Abrechnungsbestimmung „je Erreger“ jeweils getrennt auf die Untersuchung von Enteroviren und von Coronaviren anzuwenden ist.

Hinweis zur Veröffentlichung

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

1.2. HVM-Neufassung zum 1. April 2023 (teilweise mit abweichender Wirkung ab 4/22, 1/23 bzw. 3/23)

Die Vertreterversammlung hat in ihrer Sitzung am 18. März 2023 eine Neufassung des HVM beschlossen. Auf zwei der darin enthaltenden inhaltlichen Änderungen möchten wir unabhängig von der Veröffentlichung im Niedersächsischen Ärzteblatt und im Internet auch auf diesem Wege hinweisen:

Budgetierung auch der bislang nicht budgetierten Arztgruppen

Leistungen, die in anderen Arztgruppen den RLV/QZV-Budgets unterliegen, werden ab 2/2023 auch für alle andere Arztgruppen, die hier bis-

lang nicht budgetiert wurden, nur noch mit der aktuellen durchschnittlichen RLV/QZV-Vergütungsquote des jeweiligen Versorgungsbereiches vergütet.

Diese Quote lag in den letzten vier Quartalen im hausärztlichen Versorgungsbereich bei ca. 93 Prozent und im fachärztlichen Versorgungsbereich bei ca. 81 Prozent.

Von dieser aus Gleichbehandlungsgesichtspunkten gebotenen Änderung sind die Ärzte betroffen, deren bisheriger Honorarbescheid die Anlage 2 (RLV- und QZV) nicht beinhaltet.

Die KVN-Bezirksstellen beraten Sie gerne.

Begrenzung des genetischen Labors

Da der von den Kassen für das genetische Labor gezahlte Honoraranteil (Grundbetrag „genetisches Labor“) für eine unbegrenzte Auszahlung des Leitungsbedarfs nicht ausreicht, werden die entsprechenden Leistungen ab 2/2023 arztseitig mit einer Quote ausbezahlt, die sich aus dem Verhältnis der Leistungsanforderungen im Vorjahresquartal zum Grundbetrag im Vorjahresquartal ergibt (maximal 100 Prozent). Für 2/2023 kommt demnach eine Auszahlungsquote von 78,23 Prozent zum Ansatz.

1.3. Aufnahme der Hochfrequenzablation des Endometriums ab

1. April 2023 als neue Leistung im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM)

Der Bewertungsausschuss hat beschlossen, dass die Hochfrequenzablation des Endometriums mittels Netzelektrode bei Menorrhagie als neues Operationsverfahren in den EBM aufgenommen wird.

Details zum Beschluss

Zum 1. April 2023 wird für dieses Operationsverfahren der OPS-Kode 5-681.53 (Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus: Endometriumablation: Hochfrequenzablation) in den Anhang 2 des EBM aufgenommen.

Die Abrechnung des Eingriffs erfolgt über die folgende neue Gebührenordnungsposition (GOP) für ambulante Operationen (Kapitel 31 EBM) beziehungsweise belegärztliche Operationen (Kapitel 36 EBM):

- GOP 31319 (2437 Punkte): Endoskopischer gynäkologischer Eingriff der Kategorie TT2 und
- GOP 36319 (1143 Punkte): Endoskopischer gynäkologischer Eingriff der Kategorie TT2.

Neue GOP

Die Hochfrequenzablation des Endometriums mittels Netzelektrode wird nach Einschätzung des Bewertungsausschusses im Regelfall in Kombination mit einer Hysteroskopie durchgeführt, kann jedoch auch ohne hysteroskopische Kontrolle erfolgen. In diesem Fall sind die entsprechenden GOP 31319, 31503, 31697, 31698, 31822, 36319, 36503 und 36822 jeweils mit dem Suffix „A“ in der Abrechnung zu kennzeichnen.

Sofern die Hochfrequenzablation des Endometriums mittels Netzelektrode ohne Hysteroskopie durchgeführt wird, werden aufgrund der kürzeren Eingriffszeit und des geringeren Umfangs der OP-Ausstattung folgende Abschläge auf die Bewertung der OP-Leistungen sowie der zugehörigen Leistungen für die Anästhesie und/oder Narkose, die postoperative Überwachung und die postoperative Behandlung vorgenommen:

KAPITEL 31 EBM		KAPITEL 36 EBM	
GOP	Abschlag in Punkten	GOP	Abschlag in Punkten
31319	1027	36319	710
31503	245	36503	29
31697	163	36822	232
31698	164		
31822	349		

Abschläge

Zur Abbildung der im Zusammenhang mit der Hochfrequenzablation des Endometriums anfallenden Sachkosten wurde eine neue Kostenpauschale, die GOP 40685 (1020 Euro) in den Abschnitt 40.11 EBM aufgenommen.

Hinweis zur Veröffentlichung

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

1.4. Besondere Versorgung über den ambulanten Einsatz von Smart-Ereignis-Rekordern zur Erfassung von Herzrhythmusstörungen: Krankenkasse BIG direkt gesund (IKK) ab 1. April 2023 neu dabei

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

Teilnehmende Ärzte (Fachärzte für Innere Medizin und Kardiologie mit einer Genehmigung zur Dopplerechokardiographie) nutzen die 14-Tage-Untersuchungskits (kabellos, klein und wasserdicht) der MSH Medical Europe GmbH im Rahmen der Diagnostik.

Extrabudgetäre Vergütung/Sachkosten:

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

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

1.5. Kündigung des Vertrages mit der BKK 24 - Bonussystem für gesundheitsbewusstes Verhalten

Die BKK 24 mit Sitz in Obernkirchen hat den o. a. Vertrag zum 30. Juni 2023 gekündigt. Damit ist eine Leistungsabrechnung über die GOP 99862 für diese Krankenkasse nur noch bis zum 30. Juni 2023 möglich.

GOP 99862

1.6. Vergütung für weitere digitale Gesundheitsanwendungen im EBM zum 1. April 2023 geregelt

KBV und GKV-Spitzenverband haben im Bewertungsausschuss (BA) beziehungsweise als Partner des Bundesmantelvertrags-Ärzte (BMV-Ärzte) die notwendigen Entscheidungen für die digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGA) „Invirto“, „elona therapy Depression“ und „Kaia Rückenschmerzen“ getroffen. Über die ab April geltenden neuen Regelungen möchten wir Sie nachfolgend informieren, zunächst aber kurz auf den Hintergrund eingehen.

Hintergrund der aktuellen Entscheidungen

Mit dem Digitale-Versorgung-Gesetz wurden DiGA als neuer Leistungsbereich in die vertragsärztliche Versorgung eingeführt. Bei der Festlegung der Vergütung der vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) bestimmten ärztlichen Leistungen im Zusammenhang mit einer DiGA ist zu unterscheiden, ob die DiGA dauerhaft oder vorläufig zur Erprobung in das DiGA-Verzeichnis (gemäß §139e Absatz 3 SGB V) aufgenommen wurde. Für ärztliche Leistungen dauerhaft aufgenommener DiGA ist der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) anzupassen (vgl. §87 Abs. 5c Satz 1 SGB V). Die Vergütung der ärztlichen Leistungen im Zusammenhang mit vorläufig aufgenommenen DiGA vereinbaren die Partner des BMV-Ärzte (vgl. §87 Abs. 5c Satz 2 SGB V).

- „Invirto“: Diese DiGA wurde im Dezember 2020 vorläufig zur Erprobung in das DiGA-Verzeichnis aufgenommen. Nach mehrfacher Verlängerung des Erprobungszeitraums wurde diese DiGA im Dezember 2022 dauerhaft in das DiGA-Verzeichnis aufgenommen. Mit Bezug auf vorgelegte Studienergebnisse hat das BfArM mit der dauerhaften Aufnahme dieser DiGA den Anwendungsbereich auf Patienten in der Altersgruppe von 18 bis 65 Jahren eingeschränkt.
- „elona therapy Depression“: Diese DiGA wurde im Dezember 2022 vorläufig zur Erprobung in das DiGA-Verzeichnis aufgenommen. Für diese DiGA hat das BfArM erforderliche ärztliche Tätigkeiten bestimmt.
- „Kaia Rückenschmerzen“: Diese DiGA wurde im Februar 2023 dauerhaft in das DiGA-Verzeichnis aufgenommen. Für diese

DiGA hat das BfArM keine erforderlichen ärztlichen Leistungen bestimmt.

EBM: Anpassung für die DiGA „Invirto“

Bezüglich der DiGA „Invirto“ wird der EBM mit Wirkung zum 1. April angepasst. Damit wird die Gebührenordnungsposition (GOP) 01474 für die notwendigen Verlaufskontrollen und Auswertungen in Bezug auf die DiGA „Invirto“ in Abschnitt 1.4 des EBM aufgenommen.

BMV-Ärzte: Anpassung der Anlage 34 für die DiGA „Invirto“ und „elona therapy Depression“

Im Bundesmantelvertrag wurde die DiGA „Invirto“ aus der Liste der DiGA, für die die Leistung 86700 berechnungsfähig ist, entfernt. Gleichzeitig wurde die DiGA „elona therapy Depression“ dieser Liste hinzugefügt.

BA: Entscheidung zur DiGA „Kaia Rückenschmerzen“

Da das BfArM keine erforderlichen ärztlichen Tätigkeiten für die DiGA „Kaia Rückenschmerzen“ bestimmt hat, wurde in den Gremien des BA entschieden, dass für diese DiGA keine gesonderten Leistungen in den EBM aufgenommen werden. Die Versorgung mit dieser DiGA ist somit Bestandteil des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung und die in diesem Zusammenhang auszuführenden ärztlichen Tätigkeiten sind Bestandteil der berechnungsfähigen GOP des EBM. Es besteht kein Anspruch auf Kostenerstattung (gemäß §87 Abs. 5c Satz 4 SGB V). Vergleichbare Entscheidungen wurden bereits für die DiGA „velibra“ oder „deprexis“ und zuletzt für die DiGA „Selfapys Online-Kurs Generalisierte Angststörung“ getroffen.

Hinweis zur Veröffentlichung

Der Beschluss wird auf der Internetseite des Instituts des BA (<http://institut-ba.de/ba/beschluesse.html>) und im Deutschen Ärzteblatt veröffentlicht.

1.7. Kostenträger Region Hannover: Clearingstelle

Gesundheitsversorgung gibt Krankenscheine an Bedürftige aus

Für Menschen aus der Region Hannover, die bislang keinen gesicherten Zugang zur medizinischen Versorgung haben, stellt die Clearingstelle Gesundheitsversorgung künftig Krankenscheine aus:

 <p>Clearingstelle Gesundheits- versorgung</p> <p>Caritasverband Hannover (CV) Diakonisches Werk Hannover (DW) Große Packhofstraße 27/28 30159 Hannover info@clearing-gesundheit-hannover.de Telefon 0511 – 21 33 91 66</p>	<p>Quartal</p> <p>KVN</p>	<p>Aktenzeichen:</p> <p>Leistung aus dem Gesundheitsfonds in Anlehnung an § 4 AsylbLG (Asylbewerberleistungsgesetz)</p> <p>(Gültig nur in Niedersachsen)</p>
<p align="center">Krankenschein für ärztliche Behandlung Kostenträger „Region Hannover VKNR 09808“</p>		

Auszug Krankenschein

Diese Abbildung zeigt einen Auszug, der vollständige Krankenschein enthält Angaben zum Leistungsumfang, zur behandelnden Person, der Ausgabestelle sowie dem Gültigkeitsquartal.

Die vertraglichen Regelungen finden Sie im KVN-Portal unter „Verträge“, Suchbegriff „Region Hannover“

1.8. Finanzhilfen für Praxen mit sehr hohen Energiekosten beschlossen - Psychotherapie-Vergütung wird angepasst

Praxen mit extrem hohem Energieverbrauch erhalten zusätzliche Finanzhilfen. Außerdem wird die Vergütung der psychotherapeutischen Leistungen rückwirkend zum 1. Juli 2022 angepasst. Das sind zwei der Beschlüsse, über die wir Sie heute informieren möchten. Weitere betreffen beispielsweise den Zuschlag für die Terminvermittlung, den nun auch Teilnehmer von Selektivverträgen abrechnen können. Die Beschlüsse wurden vom Bewertungsausschuss (BA, 640. Sitzung) beziehungsweise Erweiterten BA (EBA, 80. Sitzung) am 29. März 2023 gefasst.

Rückwirkend zum
1. Juli 2022

Die wichtigsten Punkte:

- Energiekosten: Zusätzliche Finanzhilfen für Praxen mit extrem hohem Energieverbrauch
- Psychotherapeutische Leistungen: Höhe der Vergütung wird rückwirkend angepasst (EBA-Beschluss)
- Beschlüsse zum EBM:
 - Terminvermittlung durch Hausärzte: Zuschlag auch bei hausarztzentrierter Versorgung
 - Schwere Hämophilie: Infusionstherapie mit Roctavian® in den EBM aufgenommen
 - Radiosynoviorthese: Pauschalen für Sachkosten werden rückwirkend erhöht
 - Kontinuierliche interstitielle Glukosemessung: Abrechnungsbestimmungen angepasst

Energiekosten: Zusätzliche Finanzhilfen für Praxen mit extrem hohem Energieverbrauch

Die gestiegenen Stromkosten stellen Fachgruppen mit energieintensiven Leistungen vor besondere Herausforderungen, da in diesen Bereichen wenig Einsparpotenzial besteht. Aus diesem Grund werden zusätzliche Finanzhilfen bereitgestellt.

Konkret hat der BA mit Wirkung vom 1. Januar 2023 bis 31. Dezember 2023 einen Beschluss zur Aufnahme eines neuen Anhang 7 EBM zur befristeten Abrechnung der zusätzlichen Stromkosten für die Leistungsbereiche Hochvolttherapie (Abschnitt 25.3.2), Computertomographie (Abschnitt 34.3), Magnet-Resonanz-Tomographie (Abschnitt 34.4) und für die Kostenpauschalen für Sach- und Dienstleistungen bei Behandlung mit renalen Ersatzverfahren und extrakorporalen Blutreinigungsverfahren (Abschnitt 40.14) gefasst.

Praxen können ihre zusätzlichen Stromkosten mithilfe einer Selbstauskunft gegenüber der KVN geltend machen. Der Beschluss legt dabei die Anspruchsberechtigung sowie das Verfahren fest, nach dem die durch die gesetzlichen Krankenkassen zu tragenden zusätzlichen Stromkosten gegenüber der KVN abgerechnet werden. Die Abrechnung erfolgt dabei gemäß Nummer 4 Absatz 1 des neuen Anhang 7 „nach Maßgabe der Kassenärztlichen Vereinigung durch Zusetzung der Pseudo-Gebührenordnungsposition 88600 des EBM“. Diese werden wir für Praxen, die einen entsprechenden Antrag stellen, automatisch hinzusetzen, so dass Sie diese in der Abrechnung nicht anschreiben müssen. Wie und in welcher Form diese Selbstauskunft zu erfolgen hat, werden wir Ihnen noch gesondert mitteilen.

Nicht anschreiben

Psychotherapeutische Leistungen: Höhe der Vergütung wird rückwirkend angepasst

Nachdem im BA eine Einigung über die Höhe der Nachvergütung für ärztliche und Psychologische Psychotherapeuten nicht möglich war, hat der EBA die Anpassungen beschlossen. Danach steigt die Vergütung der einzelnen Leistungen rückwirkend zum 1. Juli 2022 durchschnittlich um knapp 2,1 Prozent. Dies gilt für die antrags- und genehmigungspflichtige Psychotherapie, für neuropsychologische Leistungen, für die psychotherapeutische Sprechstunde und Akutbehandlung, die Gebührenordnungspositionen (GOP) für die gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung und die Eingangssprechstunde.

Auch die Strukturzuschläge zur Deckung von Personalkosten in psychotherapeutischen Praxen werden angepasst. Die Bewertung der Einzeltherapie- und Gruppentherapiezuschläge sinkt auf Basis der vorliegenden Daten zu den Betriebsausgaben und des Branchentarifvertrages um etwa 4,8 Prozent. Die Zuschläge zur Kurzzeittherapie steigen um etwa 1,1 Prozent.

Bei der Absenkung der Zuschläge ist zu beachten, dass eine isolierte Betrachtung einzelner Veränderungsdaten nicht zielführend ist. Durch das Zusammenspiel von Leistungs- und Zuschlagsbewertungen wird der Beschluss dem vom Bundessozialgericht definierten Begriff der angemessenen Höhe der Vergütung gerecht.

Als Resultat der verschiedenen Bewertungsänderungen steigt die durchschnittliche Vergütung für psychotherapeutische Patienten um ca. 1,7 Prozent.

Näheres zu den Bewertungs- und Bemessungsgrundlagen der Leistungen und Zuschläge werden die entscheidungserheblichen Gründe zum Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses enthalten, die nun noch final formuliert werden müssen.

BA-Beschlüsse zum EBM

Terminvermittlung durch Hausärzte: Zuschlag auch bei hausarztzentrierter Versorgung

Auch Hausärzte sowie Kinder- und Jugendärzte, die an einem Selektivvertrag (nach §73b SGB V) oder an einem Vertrag zur knappschaftsärztlichen Versorgung teilnehmen, können die GOP 03008 beziehungsweise 04008 für die Terminvermittlung abrechnen. Voraussetzung hierfür ist, dass die Leistung nach der GOP 03008/04008 nicht Gegenstand des Selektivvertrags ist.

Der BA hat hierfür rückwirkend zum 1. Januar 2023 eine ergänzende Regelung zu den GOP 03008 und 04008, die Hausärzte sowie Kinder- und Jugendärzte als Zuschlag zur Versichertenpauschale für die Vermittlung eines aus medizinischen Gründen dringend erforderlichen Behandlungstermins bei einem Facharzt berechnen können, beschlossen. Mit einer jeweils neuen siebten Anmerkung zur GOP 03008 und 04008 wird ermöglicht, dass die GOP 03008 beziehungsweise 04008 in selektivvertraglichen Fällen auch ohne die Grundleistung (Versichertenpauschale) berechnet werden kann, wenn die jeweilige GOP nicht Gegenstand des Selektivvertrags ist und der Fall mit der neuen kodierten Zusatznummer 88196 gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung nachgewiesen wird.

Rückwirkend zum
1. Januar 2023

Schwere Hämophilie: Infusionstherapie mit Roctavian® in den EBM aufgenommen

Zur Anwendung des Medikamentes Roctavian® werden die vier GOP 30320 bis 30323 zum 1. April 2023 in den neuen EBM-Abschnitt 30.3.3 „Anwendung von Arzneimitteln für neuartige Therapien“ aufgenommen. Bevor sie abgerechnet werden können, muss der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) noch Anforderungen zur Qualitätssicherung festlegen.

Das gentherapeutische Arzneimittel Valoctocogen Roxaparvovec (Handelsname: Roctavian®) wird angewendet bei der Behandlung von schwerer Hämophilie A (kongenitalem Faktor-VIII-Mangel) bei erwachsenen Patienten ohne Faktor-VIII-Inhibitoren und ohne nachweisbare Antikörper gegen Adeno-assoziiertes Virus Serotyp 5 (AAV5). Es handelt sich um ein Arzneimittel für neuartige Therapien (nach §4 Absatz 9 des Arzneimittelgesetzes), sogenannte Advanced Therapy Medicinal Products (ATMP). Mit Roctavian® steht erstmals ein ATMP zur Verfügung, dessen Anwendung im vertragsärztlichen Bereich, wenn auch in hochspezialisierten Einrichtungen (Hämophiliezentren), erfolgen wird.

Die neuen GOP für die Anwendung von Roctavian® vergüten ausschließlich die intravasale Infusionstherapie mit Roctavian® sowie die unmittelbar im Anschluss an die Verabreichung folgende Beobachtung- und Betreuung. Sie werden nach Infusions- und Überwachungsdauer differenziert. Roctavian® ist derzeit nur zur einmaligen Anwendung zugelassen, sodass eine mehrmalige Abrechnungsmöglichkeit für einen Patienten nicht vorgesehen ist. Die Leistungen nach den GOP 30320 bis 30323 werden außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen finanziert.

ATMP-Qualitätssicherungs-Richtlinie des G-BA

Die GOP sind erst nach Inkrafttreten der Anlage 4 der ATMP-Qualitätssicherungs-Richtlinie zur Durchführung von Gentherapien bei Hämophilie (ATMP-QS-RL) des G-BA berechnungsfähig. Darin werden die Details zu den Voraussetzungen geregelt, die Ärztinnen und Ärzte für eine Genehmigung durch die KVN benötigen. Das Inkrafttreten der Anlage 4 ATMP-QS-RL wird zum 1. Juli 2023 angestrebt.

Vorgesehen ist, dass Fachärzte für Innere Medizin mit Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie, Fachärzte für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie mit Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie und Fachärzte für Transfusionsmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie zur Durchführung und Berechnung der Infusionstherapie mit Roctavian® berechtigt sein werden.

Radiosynoviorthese: Pauschalen für Sachkosten werden rückwirkend erhöht

Die Pauschalen für die Sachkosten bei einer Radiosynoviorthese (GOP 17371 und 17373) werden rückwirkend zum 1. Januar 2023 um jeweils 30 Prozent erhöht. Dies betrifft die GOP 40556 (Yttrium-90-Colloid), GOP 40558 (Rhenium-186-Colloid) und GOP 40560 (Erbium-169-Colloid).

Hintergrund sind mehrfache Preiserhöhungen für die Radionuklide in den vergangenen Jahren. Die Verhandlungen mit dem GKV-Spitzenverband hierzu dauerten bereits seit Anfang des Jahres 2022 an und konnten nun durch eine pauschale Erhöhung der Bewertungen der Kostenpauschalen vorerst abgeschlossen werden. Die Finanzierung des Mehrbedarfs erfolgt durch eine entsprechende Erhöhung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen.

Kontinuierliche interstitielle Glukosemessung: Abrechnungsbestimmungen angepasst

Zum 1. Juli 2023 wird bei den GOP 03355, 04590 und 13360 für die Anleitung von Patienten zur Selbstanwendung eines Real-Time-Messgerätes zur kontinuierlichen interstitiellen Glukosemessung (rtCGM) der Abrechnungszeitraum konkretisiert. Außerdem wird die Abrechnungshäufigkeit von bisher zehnmal auf siebenmal im Krankheitsfall reduziert.

Dazu wird die jeweils erste Anmerkung zu den drei GOP geändert und es wird jeweils eine zweite Anmerkung aufgenommen. Die neuen Anmerkungen dienen der Klarstellung, dass die GOP 03355, 04590 und 13360 in höchstens zwei aufeinanderfolgenden Quartalen und nur in Zusammenhang mit der ersten Verordnung eines rtCGM-Systems oder dem Umstieg auf ein anderes System berechnungsfähig sind. In den entscheidungserheblichen Gründen zum Beschluss wurde ergänzend klargestellt, dass die erste Verordnung eines rtCGM-Systems auch schon in dem Quartal vor Beginn der Schulung und somit die Abrechnung der GOP 03355, 04590 und 13360 erfolgen kann.

Klarstellung

Hinweise zur Veröffentlichung

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

2. Verordnungen**2.1. Sprechstundenbedarf - Entfristung bei den Antidiabetika**

Die in der Anlage 1 der Sprechstundenbedarfsvereinbarung aufgeführte Befristung für die Verordnung von Insulin-Patronen/Fertigpens in kleiner Menge bis zum 31. März 2023 wird ab dem 1. April 2023 aufgehoben.

Zusammen mit den Krankenkassen weisen wir zur Klarstellung darauf hin, dass die Verordnung von Insulinanaloga nicht möglich ist. Es können nur Normalinsuline verordnet werden. Bitte nutzen Sie auch künftig diese Verordnungsmöglichkeit mit Augenmaß. Die textliche Anpassung in der Anlage 1 der Sprechstundenbedarfsvereinbarung wird erst in der Neufassung zum 1. Juli 2023 erfolgen.

2.2. Sprechstundenbedarf - Import von Aspirin i.V. bis zum 30. April 2023 zulässig

Aufgrund des aktuell bestehenden Lieferengpasses bzw. der festgestellten Nicht-Lieferfähigkeit des Arzneimittels Aspirin i.V. wurde mit den Landesverbänden der Krankenkassen vereinbart, dass nach Rückfrage der Apotheken bei den Großhändlern, ein Import, befristet bis zum 30. April 2023 möglich ist, sofern eine orale Gabe nicht praktikabel ist.

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

2.3. Änderung Arzneimittel-Richtlinie Anlage VII (Austauschbarkeit von Arzneimitteln) - Neuaufnahme

In Tabelle 1 in Teil A der Anlage VII zum Abschnitt M der Arzneimittel-Richtlinie wird mit Wirkung zum 15. April 2023 folgende Zeile angefügt:

Wirkstoff	Wirkstoffbasen im Verhältnis	Austauschbare Darreichungsformen
Dienogest + Estradiol		Filmtabletten Tabletten überzogene Tabletten

Eingefügte Zeile

Der Gemeinsame Bundesausschuss gibt in der Arzneimittel-Richtlinie Hinweise zur Austauschbarkeit von Darreichungsformen unter Berücksichtigung ihrer therapeutischen Vergleichbarkeit. Apotheken sind zur Abgabe eines preisgünstigen Arzneimittels verpflichtet, wenn der verordnende Arzt ein Arzneimittel nur unter seiner Wirkstoffbezeichnung verordnet hat oder die Ersetzung des Arzneimittels durch ein wirkstoffgleiches Arzneimittel nicht ausgeschlossen hat. In den Fällen der Ersetzung (aut idem) haben die Apotheken ein Arzneimittel abzugeben, das mit dem verordneten in Wirkstärke und Packungsgröße identisch sowie für ein gleiches Anwendungsgebiet zugelassen ist und ferner die gleiche oder eine austauschbare Darreichungsform besitzt.

Hintergrund

Aut idem

2.4. Möglicher Versorgungsmangel (Lieferengpass) bei Insuman® Infusat

Insuman® Infusat 100 I. E./ml Injektionslösung in einer Durchstechflasche ist seit dem 23. Februar 2023 auf der BfArM- Seite „Veröffentlichte Lieferengpassmeldungen“ gelistet.

Seit 23. Februar 2023

Dieser Lieferengpass wird voraussichtlich über einen längeren Zeitraum anhalten, derzeit laut der Firma bis zum Juni 2025.

Bis Juni 2025

Insuman® Infusat wird (vorwiegend) zur Nutzung von DiaPort Pumpen vertrieben.

Für diese Pumpen besteht keine Alternative zur Nutzung von Insuman® Infusat, wodurch es an dieser Stelle zu einem Versorgungsmangel für Diaport PatientInnen kommen kann, wenn das Produkt nicht mehr verfügbar ist.

Daher sollten nur Patienten mit einer intraperitonealen Pumpe mit Insuman® Infusat behandelt werden. Besteht die Möglichkeit einer Therapieumstellung ist abzuwägen, ob eine Umstellung auf eine geeignete Therapiealternative durchführbar ist. Dadurch kann eine mögliche Unterbrechung der Insulinbehandlung umgangen werden.

Grund für den Lieferengpass:

Im Dezember 2022 erfolgte die Vertriebeinstellung von Insuman® Infusat-Patronen, da ein Teil der Primärverpackung der Patrone aus technischen Gründen von den Zulieferern nicht mehr produziert worden ist. Alternativen zu diesem Teil der Patrone entsprachen nicht den Anforderungen an das Produkt und dessen Funktion.

Auf unserer KVN-Webseite finden Sie unter dem folgenden Link die Rundschreiben zu den bisherigen Lieferengpässen:
https://www.kvn.de/Arzneimittel_+Lieferengpass%C3%A4sse-p-16456.html

Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) bietet eine Übersicht zu aktuellen Lieferengpässen für Humanarzneimittel (ohne Impfstoffe) in Deutschland an. Unter dem folgenden Link gelangen Sie direkt auf Veröffentlichte Lieferengpassmeldungen:
<https://anwendungen.pharmnet-bund.de/lieferengpassmeldungen/faces/public/meldungen.xhtml>

2.5. Folgeverordnungen der häuslichen Krankenpflege sowie Verordnungen zur medizinischen Rehabilitation können jetzt auch per Videosprechstunde verordnet werden

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in der Häuslichen-Krankenpflege-Richtlinie (HKP-Richtlinie) und in der Rehabilitations-Richtlinie (Reha-RL) konkretisiert, unter welchen Voraussetzungen eine Verordnung per Videosprechstunde möglich ist. Die Beschlüsse sind am 11. März bzw. 22. März 2023 in Kraft getreten. Für die Verordnung häuslicher Krankenpflege per Videosprechstunde gelten insbesondere folgende Grundsätze:

- Die jeweiligen medizinischen Verordnungsvoraussetzungen, etwa die verordnungsrelevante Diagnose, müssen bereits durch eine unmittelbare persönliche Untersuchung festgestellt worden sein.
- Ob die medizinischen Voraussetzungen für einen Leistungsanspruch zum Zeitpunkt der Verordnung (weiterhin) bestehen, muss per Videosprechstunde sicher beurteilt werden können. Bestehen Zweifel, ist nochmals eine unmittelbare körperliche Untersuchung notwendig.
- Die Erstverordnung von häuslicher Krankenpflege per Videosprechstunde ist generell nicht möglich. Diese Einschränkung gilt nicht bei der Verordnung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, da diese ohnehin einmalig erfolgt.
- Folgeverordnungen für häusliche Krankenpflege können ausnahmsweise auch nach telefonischem Kontakt ausgestellt werden, wenn der aktuelle Gesundheitszustand bereits in unmittelbar persönlicher Behandlung oder per Videosprechstunde erhoben wurde und keine weiteren verordnungsrelevanten Informationen zu ermitteln sind. Bei einer medizinischen Rehabilitation besteht die Möglichkeit der Verordnung nach telefonischem Kontakt nicht.
- Versicherte sind im Vorfeld der Videosprechstunde über die eingeschränkten Möglichkeiten der Befunderhebung zum Zweck der Verordnung im Rahmen der Videosprechstunde aufzuklären.
- Es besteht keine Verpflichtung zur Teilnahme an einer Videosprechstunde. Die Teilnahme ist für alle Teilnehmer freiwillig.

Grundsätze

Die aktuelle HKP-RL ist auf der Internetseite des G-BA unter <https://www.g-ba.de/richtlinien/11/> abrufbar.

2.6. Heilmittel-Richtlinie - Klarstellungen und redaktionelle Änderungen in Kraft getreten

Im November vergangenen Jahres hatte der G-BA einige redaktionelle Änderungen sowie Klarstellungen der Heilmittel-Richtlinie beschlossen, die nun zum 21. Januar 2023 in Kraft getreten sind. Folgend möchten wir Sie hierzu informieren.

Klarstellungen der Heilmittel-Richtlinie:

§7 Verordnungsfall, orientierende Behandlungsmenge, Höchstmenge je Verordnung

Abweichung von Höchstmenge je Verordnung

Bei Versicherten mit einem langfristigen Heilmittelbedarf sowie Diagnosen, die einen besonderen Verordnungsbedarf (BVB) begründen, können notwendige Heilmittel, je Verordnung, für eine Behandlungsdauer von zwölf Wochen verordnet werden. Die im Heilmittelkatalog angegebene Höchstmenge je Verordnung und orientierende Behandlungsmenge sind hierbei nicht bindend.

Neuer Absatz (7): Stellt Regelungen für besondere Verordnungsbedarfe klar

Die Diagnoseliste der besonderen Verordnungsbedarfe nach §106b Absatz 2 Satz 4 SGB V enthält eine Spalte mit Hinweisen/Spezifikationen. Dort ist u. a. der Zeitraum abgebildet, wie lange nach einem Akutereignis (z. B. längstens ein Jahr nach Akutereignis) eine Diagnose als besonderer Verordnungsbedarf gilt. Weiter finden sich auch Angaben zu Mindest- oder Höchstalter und medizinischen Spezifikationen, die für die Anerkennung eines BVB relevant sind.

Bei den besonderen Verordnungsbedarfen sind die Hinweise zu Akutereignis oder medizinische Spezifikationen für die Ausstellung einer Heilmittelverordnung für einen Zeitraum von zwölf Wochen nicht bindend. Eine Ausnahme stellen hier ICD-10-Codes dar, für die ein Mindest-/Höchstalter vereinbart ist. In diesem Fall ist eine Verordnung für einen Zeitraum von zwölf Wochen nur möglich, wenn sich der Patient, bei Ausstellung der Verordnung, in der angegebenen Altersspanne befindet. Bei Patienten die sich nicht in der vereinbarten Altersspanne befinden, gelten die im Heilmittelkatalog angegebenen Höchstmengen je Verordnung.

Zeitraum von zwölf Wochen

Hinweis zur Wirtschaftlichkeitsprüfung

Dass bei Diagnosen der BVB-Liste für die Ausstellung einer Verordnung für zwölf Wochen, die Hinweise/Spezifikationen, ausgenommen der Alterskriterien, nicht beachtet werden müssen, bedeutet nicht, dass die Verordnung auch im Prüfgeschehen als besonderer Verordnungsbedarf anerkannt wird. Für die Anerkennung als Praxisbesonderheit (BVB) sind alle Hinweise/Spezifikationen zu berücksichtigen.

§12 Auswahl der Heilmittel

Ergänzungen Absatz (6): Grundsätzliche Begrenzung bei Massagetherapien und standardisierte Heilmittelkombinationen

Sofern im Heilmittelkatalog nichts Abweichendes bestimmt ist, bleiben Massagetherapien und standardisierte Heilmittelkombinationen auf zwölf Einheiten im Verordnungsfall begrenzt. Diese Begrenzung gilt auch in den Fällen, in denen eine Verordnungsmöglichkeit von zwölf Wochen besteht, also im Bereich von langfristigen Heilmittelbedarf und besonderem Verordnungsbedarf.

Redaktionelle Änderungen der Heilmittel-Richtlinie

Im zweiten Teil der Heilmittel-Richtlinie (Heilmittelkatalog) werden, bei der Spalte Diagnosegruppe CS - Chronifiziertes Schmerzsyndrom, die Wörter „Chronisches regionales Schmerzsyndrom“ durch die Wörter „Komplexes regionales Schmerzsyndrom“ ersetzt.

Des Weiteren wird im Abschnitt II Maßnahmen der Podologischen Therapie Nummer 2 Nagelkorrekturspangen bei Unguis Incarnatus Diagnosegruppe UI2, in der Spalte Leitsymptomatik der Buchstabe „b“ durch „a“ getauscht. Ein wichtiger Hinweis hierzu ist (Vertrag nach §125 SGB V Podologie - Anlage 3), dass Verordnungen mit fehlender oder falscher Leitsymptomatik ohne Änderungen zur Leistungserbringung und Abrechnung gültig sind. Demnach müssen ausgestellte Verordnungen nicht korrigiert werden.

2.7. Eingeschränkte Verfügbarkeit der Insumane® Comb, Rapid und Basal (Humaninsuline)

Das Unternehmen Sanofi Aventis Deutschland meldet, nach derzeitiger Prognose, dass die Humaninsuline der Reihe Insumane® Comb, Rapid und Basal bis einschließlich Oktober 2023 nicht vollumfänglich verfügbar sein werden. Zur besseren Lesbarkeit erstellen wir Ihnen eine Tabelle mit allen wichtigen Informationen:

Bis Oktober 2023 nicht vollumfänglich verfügbar

PZN	AM-Bezeichnung	Lieferengpass-Beginn	Lieferengpass-Ende
08922897	Insuman Comb 25 100 I.E./ml Injektionssuspension in Patrone - OP(10x3ml)	23.12.2022	31.10.2023
01493571, 01495328	Insuman Comb 25 100 I.E./ml SoloStar Injektionssuspension in Fertigpen - OP(5x3ml)	23.12.2022	31.10.2023
08922845, 08922851	Insuman Basal 100 I.E./ml Injektionssuspension in Patrone - OP(5x3ml)	23.12.2022	31.10.2023
01484052, 01484069	Insuman Basal 100 I.E./ml SoloStar Injektionssuspension in Fertigpen - OP(5x3ml)	23.12.2022	31.10.2023
01474384, 01483785	Insuman Rapid 100 I.E./ml SoloStar Injektionslösung in Fertigpen - OP(5x3ml)	23.12.2022	31.10.2023
08923000, 08923023	Insuman Rapid 100 I.E./ml Injektionslösung in Patrone - OP(5x3ml)	23.12.2022	31.10.2023

Alle Angaben wurden aus der Seite vom BfArM - Veröffentlichte Lieferengpässe - entnommen. Stand 15. März 2022

Zum aktuellen Zeitpunkt sollte bei Neupatienten keine Neueinstellung mit einem der oben genannten Produkte erfolgen.

Der Hersteller Sanofi empfiehlt bei Patienten, die bereits mit einem der drei Insuman[®]-Formen behandelt werden, auf geeignete Alternativen umzustellen, wenn dies möglich ist.

Auf der BfArM-Seite finden Sie unter dem folgenden Link ein Informationsschreiben der Firma Sanofi. Hier werden auch alternative Behandlungsempfehlungen angegeben: https://www.bfarm.de/SharedDocs/Arzneimittelzulassung/Lieferengpaesse/DE/2023/info_insulin_20230222.pdf?__blob=publicationFile

2.8. Trodelvy[®] (Sacituzumab Govitecan) als bundesweite Praxisbesonderheit anerkannt

Trodelvy[®] (Wirkstoff: Sacituzumab Govitecan) wird nach einer Vereinbarung zwischen dem GKV-Spitzenverband und dem pharmazeutischen Unternehmer Gilead Sciences GmbH in folgendem Anwendungsgebiet mit einem Zusatznutzen laut G-BA-Beschluss vom 19. Mai 2022 ab dem ersten Behandlungsfall als Praxisbesonderheit ab dem 1. April 2023 anerkannt:

- Trodelvy[®] ist als Monotherapie zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit nicht resezierbarem oder metastasiertem triple-negativem Mammakarzinom (metastatic Triple Negative Breast Cancer, mTNBC) indiziert, die zuvor zwei oder mehr systemische Therapien erhalten haben, darunter mindestens eine gegen die fortgeschrittene Erkrankung.

Weitere Anwendungsgebiete oder Patientengruppen von Trodelvy[®] sind hiervon nicht umfasst.

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

Die Verabreichung muss in einer Umgebung stattfinden, in der eine vollständige Ausrüstung zur Reanimation sofort verfügbar ist. Besondere Warnhinweise und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung in der Fachinformation sind vollumfänglich zu berücksichtigen.

Die Anerkennung als Praxisbesonderheit besteht, solange Gilead Trodelvy[®] 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/21133pb20230401.pdf

Anwendungsgebiet

2.9. Änderung der Anlage V (verordnungsfähige Medizinprodukte) der Arzneimittel-Richtlinie: Natriumchlorid-Lösung 6% zur Inhalation

Mit Bekanntmachung des G-BA-Beschlusses vom 28. März 2023 wird in der Anlage V der Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL) die Tabelle wie folgt geändert:

1. Die Zeile „Natriumchlorid-Lösung 6 % zur Inhalation“ wird gestrichen.
2. In Anlage V wird entsprechend der alphabetischen Reihenfolge folgende Zeile eingefügt:

Produktbezeichnung	Medizinisch notwendige Fälle	Befristung der Verordnungsfähigkeit
MUCOfree® 6 % zur Inhalation	Zur symptomatischen Inhalationsbehandlung der Mukoviszidose für Patienten ab dem vollendeten 6. Lebensjahr.	26. Mai 2024

Geänderte Tabelle

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

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

Zum 21. Februar 2023 wurde bei dem folgenden Medizinprodukt die Befristung der Verordnungsfähigkeit nach Anlage V der Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL) verlängert:

Produktbezeichnung	Medizinisch notwendige Fälle	Befristung der Verordnungsfähigkeit
TauroSept®	Für parenteral ernährte Patientinnen und Patienten ab dem 18. Lebensjahr als Katheter-Block-Lösung zur Instillation von venösen Gefäßkathetern zur Vorbeugung von Blutstrominfektionen. Dies gilt nicht bei Patientinnen und Patienten mit malignen Grunderkrankungen oder mit bereits vorhandenem Katheter und katheter-assoziierten Blutstrominfektionen (CRBSI - catheter-related bloodstream infection) in der Vorgeschichte.	26. Mai 2024

Befristung verlängert

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

2.11. **Quinlock® (Ripretinib) als bundesweite Praxisbesonderheit anerkannt**

Quinlock® (Wirkstoff: Ripretinib) wird nach einer Vereinbarung zwischen dem GKV-Spitzenverband und dem pharmazeutischen Unternehmer Deciphera Pharmaceuticals B.V. in folgendem Anwendungsgebiet mit einem Zusatznutzen laut G-BA-Beschluss vom 16. Juni 2022 ab dem ersten Behandlungsfall als Praxisbesonderheit ab dem 1. Januar 2023 anerkannt:

- Quinlock® wird angewendet zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit fortgeschrittenen gastrointestinalen Stromatumoren (GIST), die zuvor eine Behandlung mit drei oder mehr Kinase-Hemmern, einschließlich Imatinib, erhalten haben.

Anwendungsgebiet

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

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

Die Vorgaben der Fachinformation sind zu berücksichtigen.

Die Einleitung und Überwachung der Behandlung mit Ripretinib soll nur durch in der Therapie von Patientinnen und Patienten mit gastrointestinalen Stromatumoren (GIST) erfahrene Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie sowie Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin und Gastroenterologie und weitere an der Onkologie-Vereinbarung teilnehmende Ärztinnen und Ärzte anderer Fachgruppen erfolgen.

Die Anerkennung als Praxisbesonderheit besteht, solange Deciphera Quinlock® 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/22002pb20230101.pdf

2.12. **Lieferengpass GLP-1 Agonisten - Maßnahmen zur Sicherstellung der Versorgung von Diabetespatienten**

Der Beirat des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) hat am 5. April 2023 Empfehlungen ausgesprochen, um die Patientenversorgung von Typ 2 Diabetikern bedarfsgerecht zu stärken und hat den Einsatz der Präparate Ozempic® (Wirkstoff Semaglutid) und Trulicity® (Wirkstoff Dulaglutid) auf die zugelassene Indikation beschränkt:

Zugelassene Indikation

- Verordnungen außerhalb der zugelassenen Indikation zu Lasten der GKV sind grundsätzlich unzulässig.

Unzulässig

- Die verordnete Menge soll den Bedarf für drei Monate nicht übersteigen
- Die Abgabe unter Vorlage des Arztausweises soll nicht erfolgen.
- Verordnung auf Nicht-GKV-Rezepten soll ab sofort nur noch unter Angabe einer zugelassenen Indikation erfolgen. Fehlt die Indikation auf dem Rezept, sind Apotheken zur ärztlichen Rücksprache angehalten, um die zulassungskonforme Anwendung zu bestätigen

Bedarf für drei Monate

Die Arzneimittel werden aktuell nur kontingentiert ausgeliefert, um einen Lieferabbruch zu vermeiden.

Hintergrund

Seit einiger Zeit wird ein stetiger Anstieg des Verbrauchs beobachtet, der u. a. durch den Off Label Einsatz in der Behandlung der Adipositas hervorgerufen wird. Die Produkte sind in Deutschland nur zugelassen zur Mono- bzw. Kombinationstherapie bei Diabetes mellitus Typ 2. Außerhalb der zugelassenen Indikation soll ein Einsatz nur im Rahmen von klinischen Studien erfolgen.

Anstieg des Verbrauchs

Die komplette Empfehlung des Beirats finden Sie unter:

https://www.bfarm.de/SharedDocs/Downloads/DE/Arzneimittel/Zulassung/amInformationen/Lieferengpaesse/semaglutid_dulaglutid_empfehlung_beirat.pdf?__blob=publicationFile

Sobald wir zu dieser Thematik weitere Informationen haben, werden wir Sie umgehend informieren.

2.13. Änderungen der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung

Zum 8. April 2023 werden folgende Änderungen in der Betäubungsmittelverordnung (BtMVV) umgesetzt:

Zum 8. April 2023

Vereinfachte Weitergabe von BtM-Rezepten entfällt

BtM-Rezepte dürfen wie vorpandemisch nur im Vertretungsfall auf einen anderen Arzt übertragen werden. Für angestellte Ärzte bedeutet das, dass sie möglicherweise erstmalig eigene Betäubungsmittelvordrucke bei der Bundesopiumstelle beziehen müssen. Das Anforderungsformular finden Sie auch über folgenden Link: https://www.bfarm.de/Shared-Docs/Formulare/DE/Bundesopiumstelle/BtM/Erst-Anforderung-Rezepte_pdf.pdf;jsessionid=0684E6687D9A456A05C0D581E645EBCA.int_ranet661?__blob=publicationFile

Nur im Vertretungsfall

Wegfall des Höchstmengen „A“

Verordnungen, die die Verordnungshöchstmenge des jeweiligen Betäubungsmittels innerhalb 30 Tage überschreiten, müssen nicht mehr mit einem „A“ für Ausnahme der Höchstmengenregulierung gekennzeichnet werden.

Mehr Flexibilität bei der Take-Home-Substitutionstherapie

- SZ-Verordnungen entfallen: Substitutionsmittel zum unmittelbaren Verbrauch zur eigenverantwortlichen Einnahme, können zukünftig nach ärztlichem Ermessen bzw. den in §5 Absatz 8 BtMVV genannten Ausnahmen für bis zu sieben aufeinanderfolgende Tage verschrieben werden. Der substituierende Arzt kennzeichnet zukünftig sämtliche Verschreibungen zur eigenverantwortlichen Einnahme mit „ST“.
- Die Beschränkung auf höchstens eine Verschreibung pro Kalenderwoche bei Überbrückung im Sichtbezug entfällt.
- Für Take-Home-Verordnungen ist nun innerhalb von 30 Tagen mindestens eine persönliche Konsultation des Arztes notwendig, zwischenzeitlich können Verordnungen beispielsweise auch nach telemedizinischer Konsultation ausgestellt werden.

Bis zu Sieben
aufeinanderfolgende
Tage

Für die Substitutionstherapie gilt nun wieder:

- Ein suchtmmedizinisch nicht qualifizierter Arzt darf nicht mehr als zehn Patienten gleichzeitig mit Substitutionsmitteln versorgen.
- Es dürfen keine Notfall-Verschreibungen ausgestellt werden.

Hintergrund

Es handelt sich um Änderungen, die sich über Artikel 1 vom 15. März 2023, Verordnung zur Änderung der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung und der Tierärztegebührenordnung (BtMVVuGOTÄndV) ergeben oder durch das Auslaufen der SARS-CoV-2-Arzneimittelverschreibungsverordnung (SARS-CoV-2-AMVV) begründet sind. Mit der SARS-CoV-2-AMVV waren befristet verschiedene Lockerungen der BtMVV verbunden, vgl. KVN Rundschreiben Mai 2020.

2.14. Auslaufen der Corona Sonderregeln - Update Arzneimittelverordnung

Bis zur amtlichen Veröffentlichung ihrer Verlängerung sind die erleichterten Abgaberegeln für Apotheken nicht mehr bzw. noch nicht wieder in Kraft. Der Umgang mit dieser Regelungslücke ist zu Redaktionsschluss am 12. April 2023 noch unklar.

Übergangsweise werden bei Nichtverfügbarkeit von verordneten Arzneimitteln ggf. wieder vermehrt Rücksprachen zwischen Apotheke und Arzt notwendig. Zur wirtschaftlichen Ordnungsweise empfehlen wir, vor einer Neuausstellung von Rezepten abzuwägen, ob die Abgabesituation in der Apotheke tatsächlich eine Neuverordnung erfordert. Vgl. auch KVN-Rundschreiben aus Januar 2023, Punkt 2.3.

Die erleichterten Abgaberegeln zur Kompensation von Lieferengpässen beinhalten:

Erweiterte Aut-idem-Regelung

Bei Nichtverfügbarkeit dürfen Apotheken ohne Rücksprache mit dem verordnenden Arzt im Hinblick auf Wirkstärke, Packungsgröße und Packungsanzahl abweichen, solange nicht mehr als die verordnete Menge an Wirkstoff abgegeben, ein wirkstoffgleiches Präparat gewählt wird und sofern keine pharmazeutischen Bedenken bestehen.

Ohne Rücksprache

Aut-simile-Regelung

Sollte keine aut-idem-konforme Abgabe möglich sein, kommt die Abgabe eines pharmakologisch-therapeutisch vergleichbaren Arzneimittels nach Rücksprache mit dem Arzt in Betracht. Hier ist die Rücksprache mit dem Arzt auf der Verordnung durch die Apotheke zu dokumentieren.

Nach Rücksprache

Für Verordnungen im Rahmen des Entlassmanagements gelten ab 8. April 2023 wieder die ursprünglichen Vorgaben:

Entlassmanagement

- Soweit unmittelbar nach der Entlassung erforderlich, können Ärzte in Krankenhäusern und stationären Reha-Einrichtungen für einen Zeitraum von bis zu sieben Tagen Arzneimittel, Heilmittel, Hilfsmittel, Häusliche Krankenpflege, Soziotherapie, spezialisierte ambulante Palliativversorgung und Krankentransport verordnen sowie die Arbeitsunfähigkeit bescheinigen. Bei Arzneimitteln ist die Verordnung eingeschränkt auf das kleinste Packungsgrößenkennzeichen gemäß Packungsgrößenverordnung.

Kleinste
Packungsgrößen-
kennzeichen

Sobald sich in dieser Thematik Änderungen durch neue gesetzliche Regelungen ergeben, werden wir Sie hierzu informieren.

3. Allgemeine Hinweise

3.1. In eigener Sache: KVN stellt monatliches Rundschreiben ab August auf elektronischen Versand um

Es ist aus den niedersächsischen Vertragsarztpraxen nicht wegzudenken: Das monatliche Rundschreiben zu aktuellen Regelungen in der Praxisführung. Doch die Tage des Postversands sind gezählt: Ab August 2023 wird die KVN das Rundschreiben nur noch per E-Mail an die von Ihnen kürzlich gemeldeten E-Mail-Adressen (KVN-ID) versenden.

Angesichts der aktuellen Forderung nach Ressourcenschonung, aber auch nach einer möglichst verzögerungsfreien Übermittlung von Informationen erscheint die zeitraubende Vervielfältigung der Rundschreiben mit mehreren hunderttausend Blatt Papier und deren Postversand nicht mehr zeitgemäß. Mit anderen Worten: Die KVN kann mit den Informationen aktueller sein, da die Produktion für den Postversand wegfällt. Außerdem können die Praxen das KVN-Rundschreiben über den internen E-Mail-Verteiler an Praxismitarbeiterinnen und Praxismitarbeiter einfach weiterleiten. Über die Suchfunktion können relevante Texte schneller

gefunden werden. Auch die interne Archivierung - falls gewünscht - wird erleichtert. Viele Vorteile, die die digitale Welt bietet.

In den vergangenen Monaten hat die KVN einen E-Mail-Verteiler ihrer Mitglieder aufgebaut, der fast alle Adressaten des Rundschreibens erfasst. Sie werden ab Mitte 2023 monatlich eine E-Mail mit einer Inhaltsübersicht des Rundschreibens und einem Downloadlink erhalten. Wer bislang keine gültige E-Mail-Adresse bei der KVN hinterlegt hat, kann dann auf der Website der KVN unter <https://www.kvn.de/Mitglieder/Rundschreiben.html> das jeweils aktuelle Rundschreiben aufrufen, um auf dem Laufenden zu bleiben. Dort befindet sich auch das Download-Archiv.

3.2. Corona-Impfung wird ab 8. April 2023 zur Regelleistung

Mit dem Außerkrafttreten der Coronavirus-Impfverordnung zum 7. April wird die Corona-Impfung ab 8. April 2023 zur Regelleistung. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat die Schutzimpfungs-RL (SI-RL) an die aktuellen Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (StIKO) zur Corona-Impfung angepasst. Ab dem 8. April 2023 richtet sich somit der Leistungsanspruch der GKV-Versicherten nach der SI-RL.

Wie ist die Corona-Impfung ab 8. April 2023 abzurechnen?

Eine Einigung mit den gesetzlichen Krankenkassen in Niedersachsen über eine Vergütung der Corona-Impfung ist nunmehr kurzfristig abgestimmt worden. Mit Wirkung ab 8. April 2023 wird die Corona Impfung mit einem Endbetrag von 15 Euro vergütet. Die Details werden mit den Krankenkassen kurzfristig noch ausgehandelt und schriftlich fixiert. Wir werden Sie dann entsprechend informieren. Ergänzend kann schon jetzt mitgeteilt werden, dass auch die Gripeschutzimpfung künftig mit einem Betrag von 9,70 Euro vergütet wird.

15 Euro

Ab dem 8. April 2023 kann die Corona-Impfung in Niedersachsen daher weiterhin mit der KVN abgerechnet werden. Eine Privatliquidation gegenüber gesetzlich versicherten Patienten ist daher nicht zulässig.

Wie ist der Impfstoff zu bestellen?

An dem Bezugsweg des Impfstoffs ändert sich bis Ende 2023 nichts. Der Impfstoff wird weiterhin zentral vom Bund beschafft, auch das wöchentliche Bestellverfahren bleibt bestehen.

- Neu ist allerdings, dass ab 8. April 2023 das Impfzubehör nicht mehr mitgeliefert wird.

Neu

Wie ist die Impfung zu dokumentieren?

Nach unserem jetzigen Kenntnisstand sind auch weiterhin sämtliche bisher gemeldeten Daten der jeweiligen Impfung zu dokumentieren. Allerdings soll anstelle der täglichen Dokumentation eine wöchentliche Übermittlung erfolgen.

Über die weiteren Entwicklungen werden wir Sie zeitnah informieren.

3.3. Feststellung der Arbeitsunfähigkeit per Telefon ab dem 1. April 2023 nur noch im Falle einer Absonderung möglich

Die bisherigen Corona-Sonderregelungen zur telefonischen Arbeitsunfähigkeit bei leichten Atemwegsinfekten und zur telefonischen „Ärztlichen Bescheinigung für den Bezug von Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes“ (Muster 21) laufen zum 31. März 2023 aus.

Ab 1. April 2023 besteht die Möglichkeit der telefonischen Arbeitsunfähigkeit nur noch für Patientinnen und Patienten, die einer öffentlich-rechtlichen Pflicht zur Absonderung unterliegen bzw. für die eine öffentlich-rechtliche Empfehlung zur Absonderung besteht, z. B. bei einer Corona- oder Affenpocken-Infektion.

Sowohl die Erstbescheinigung als auch die Folgebescheinigungen können für bis zu sieben Kalendertage ausgestellt werden, längstens jedoch bis zum Ablauf des Zeitraums der öffentlich-rechtlichen Pflicht oder Empfehlung zur Absonderung.

3.4. Früherkennungsuntersuchungen U10/U11 und J2 mit der Knappschaft: Änderungen gültig ab 1. April 2023

Die Vergütung für Früherkennungsuntersuchungen erhöht sich ab 1. April 2023 auf jeweils 57 Euro:

- GOP 81102 Beratung, Aufklärung, Durchführung und Dokumentation der U 10
- GOP 81120 Beratung, Aufklärung, Durchführung und Dokumentation der U 11
- GOP 81121 Beratung, Aufklärung, Durchführung und Dokumentation der J 2

Allerdings steigt zeitgleich die Sachkostenpauschale für Dokumentationsunterlagen von bisher 0,9 auf 1,7 Prozent, diese ist von der KVN einzubehalten und direkt an die bvkj.Service GmbH abzuführen. Infolgedessen beträgt der Auszahlungsbetrag jeweils 56,03 Euro.

Die ebenfalls angepassten Teilnahmeformulare zur Aushändigung an Versicherte finden Sie im KVN-Portal unter „Verträge“/Eingabe des Suchbegriffs „Früherkennung“.

3.5. Hausarztvertrag mit der KKH - Neue Regelungen ab 1. April 2023

Wir informieren darüber, dass im Rahmen von weiteren Vertragsverhandlungen erreicht werden konnte, dass nunmehr alle gegenseitigen Verpflichtungen aus der früheren Übergangsvereinbarung zum HZV-Vertrag erledigt sind.

Jeweils 57 Euro

Die im Zeitraum von Juli 2021 bis März 2022 einbehaltenen Rückstellungen werden mit der Abrechnung für das 2. Quartal 2023 zurückgezahlt. Dazu wird an alle die KKH HZV-Leistungen abrechnenden HZV - Ärzte einmalig ein anteiliger Zuschlag ausgezahlt.

Der genaue Betrag ergibt sich erst nach Abschluss der Abrechnung für das 2. Quartal 2023 und wird im entsprechenden Honorarbescheid ausgewiesen. Sie müssen dazu nichts weiter tun.

Im Weiteren wurden die Einschreibeformulare und die Datenschutzerklärung redaktionell angepasst. Diese Formulare stehen in Kürze aktualisiert in der HZV Anwendung im KVN-Portal zur Verfügung.

3.6. WebSeminare der Bezirksstelle Verden

Auf Grund einer technischen Störung im Bereich des Seminarangebots, sind eventuelle Anmeldungen für die geplanten WebSeminare der Bezirksstelle Verden, die bis 17. März 2023 erfolgt sind, nicht angekommen.

Hiervon betroffen sind die Seminare Impfen am 26. April , Sprechstundenbedarf am 22. September und Arzneimittelverordnung am 27. November 2023.

Mittlerweile ist die Störung behoben, sodass wir Sie bitten, sich erneut für die oben genannten Veranstaltungen anzumelden.

3.7. Fortbildungskurs Kurative Mammographie nach der Mammographie-Vereinbarung

Die RADSERV GmbH bietet einen Fortbildungskurs Kurative Mammographie gem. §8 der Mammographie-Vereinbarung (Vorbereitung auf die Fallsammlungsbeurteilung) an. Die Fortbildung findet in zwei Teilen statt. Der theoretische Teil wird im Rahmen eines Selbststudiums von Vorträgen vermittelt. Die Vorträge werden den Teilnehmern auf einer Lernplattform zur Verfügung gestellt. Der praktische Teil findet am Donnerstag, dem 31. August 2023, im Referenzzentrum Mammographie Nord in Oldenburg statt.

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

Anlage 5.1: Kurative Mammographie

3.8. Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen für heilfürsorgeberechtigte Beamtinnen und Beamte der Polizei Niedersachsen sind weiterhin als Papier-AU auszustellen

Die Gesetze/Regelungen für GKV-versicherte Personen zur elektronischen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (eAU) gelten nicht für heilfürsorgeberechtigte Beamtinnen und Beamte der Polizei Niedersachsen.

31. August 2023

Gelten nicht für...

Diese Nicht-GKV-Versicherten müssen weiterhin die AU-Bescheinigungen rechtzeitig in Papierform bei ihren Dienststellen einreichen. Eine andere Verfahrensweise analog der GKV ist auch auf absehbare Zeit nicht vorgesehen.

3.9. Online-Umfrage „Thema Klimawandel in der Therapie“

Mit dieser bundesweiten Umfrage möchten wir herausfinden, ob PatientInnen mit klimawandelbezogenen Gedanken oder Gefühlen in Ihrer therapeutischen Arbeit vorkommen und welche Meinung Sie zum Umgang mit klimawandelbezogener Gedanken und Gefühle im therapeutischen Setting haben. Konkrete Erfahrungen mit PatientInnen mit klimawandelbezogenen Gedanken und Gefühlen sind keine Voraussetzung für die Teilnahme an der Befragung.

Die Umfrage ist vollkommen anonym (IP-Adresse, Standortdaten und Kontaktinformationen werden nicht erfasst) und dauert, je nach konkreten Erfahrungen, 10 oder 15 Minuten. Die Umfrage wird von Mag. Katharina Trost (M.Sc.), Dr. Hannah Comteße und Dr. Verena Ertl, KU Eichstätt-Ingolstadt, durchgeführt. Wir freuen uns über Ihre Teilnahme.

10 bis 15 Minuten

Über folgenden Link können Sie an der Umfrage teilnehmen:

https://kuei.fra1.qualtrics.com/jfe/form/SV_5pTfPjekfTj7ybl

3.10. Umfrage zur psychotherapeutischen Behandlung von PTBS-PatientInnen

Wir möchten Sie auf eine bundesweite Umfrage des Lehrstuhls für Klinische und Biologische Psychologie der Universität Eichstätt-Ingolstadt zu Erfahrungen in der Behandlung von Patientinnen und Patienten mit posttraumatischer Symptomatik hinweisen.

Ziel der Befragung ist es zu erfassen, inwiefern Psychotherapeuten (in Ausbildung) und therapeutisch tätige Psychologen und Mediziner bereit sind, Patienten mit posttraumatischer Symptomatik zu behandeln. Die Ergebnisse der Befragung dienen dazu einzuschätzen, welche Schwierigkeiten Therapeuten in ihrer Arbeit mit traumatisierten Patienten wahrnehmen und welche Faktoren die Zusammenarbeit beeinflussen.

Die anonyme Teilnahme dauert ca. 15 Minuten. Über folgenden Link gelangen Sie zur Umfrage:

https://kuei.fra1.qualtrics.com/jfe/form/SV_cMHHD1j1rIB9xk2

4. Veranstaltungen im Mai und Juni 2023

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

Name	Ort	Datum	Gebühr p. P.
Sprechstundenbedarf für MFA	WebSeminar	03.Mai	kostenlos
Datenschutz in der Arztpraxis	WebSeminar	09.Mai	69 Euro
Honorarbescheid lesen und verstehen	Hannover	10.Mai	kostenlos
Aktualisierung der Kenntnisse zur Aufbereitung von Medizinprodukten	Hannover	10.Mai	145 Euro
Kurze Wartezeiten - Gutes Terminsystem	WebSeminar	10.Mai	69 Euro
Heilmittelverordnung - Sicher durch den Verordnungs-Dschungel	Lüneburg	10.Mai	kostenlos
Die elektronische Patientenakte	WebSeminar	10.Mai	kostenlos
Meine Zukunft planen - Impulse für Ihre Praxisabgabe	WebSeminar	10.Mai	kostenlos
Umgang mit schwierigen Patienten - So gelingt es!	WebSeminar	10. Mai	50 Euro
QEP®-Intensivkurs (2-tägig)	WebSeminar	12.Mai	130 Euro
Qualitätsmanagement-Aktuell - Gezielte Weiterentwicklung	WebSeminar	24.Mai	69 Euro
Gesundheit von PraxismitarbeiterIn erhalten und schützen	Hannover	24.Mai	kostenlos
Existenzgründerseminar Modul 1 „Meine eigene Praxis - Impulse für Ihren Start“	Hildesheim	24.Mai	kostenlos
Neue PraxismitarbeiterIn professionell einarbeiten	WebSeminar	27.Mai	69 Euro
Meine Zukunft planen - Impulse für Ihre Praxisabgabe	Hannover	07.Jun	kostenlos
Meine Zukunft planen - Impulse für Ihre Praxisabgabe	Lüneburg	07.Jun	kostenlos
Meine Zukunft planen - Impulse für Ihre Praxisabgabe	Aurich	07.Jun	kostenlos

Sachkundelehrgang gemäß §8 Abs. 4 der Medizinproduktebetreiberverordnung	Oldenburg	12.Jun	585 Euro
Impfen	WebSeminar	14.Jun	kostenlos
Existenzgründerseminar Modul 2 „Meine eigene Praxis - So gelingt Ihr Start“	WebSeminar	14.Jun	kostenlos
Hygiene in der Arztpraxis	Hannover	15.Jun	154 Euro
Arbeitsschutz in der Arztpraxis	WebSeminar	17.Jun	69 Euro
Homepagegestaltung in der Arztpraxis - Fit für den Internetauftritt	WebSeminar	21.Jun	69 Euro
Zusammenarbeit neu angedacht - Meine Kooperationsmöglichkeiten heute	WebSeminar	21.Jun	kostenlos
Moderne Wundversorgung	WebSeminar	21.Jun	kostenlos
Aktuelles aus dem Bereich Abrechnung und Verordnung	Braunschweig	28.Jun	kostenlos
Arzneimittelverordnungen	WebSeminar	28.Jun	kostenlos
Teams erfolgreich führen und entwickeln	Hannover	28.Jun	145 Euro
Medizinprodukte-Aufbereitung - Workshop Teil 2	Hannover	28.Jun	125 Euro
Gefährdungsbeurteilung für die Arztpraxis	WebSeminar	28.Jun	69 Euro
Mitarbeiter finden und binden - Fluktuation senken	Hannover	30.Jun	135 Euro

5. Anlagenverzeichnis

5.1. Kurative Mammographie

Fortbildungskurs kurative Mammographie

Sehr geehrte Damen und Herren,

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

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

Wir freuen uns auf eine konstruktive, diskussionsfreudige Arbeitsatmosphäre.



Dr. med. Gerold Hecht

Die folgenden Vorträge werden Ihnen ab ab 17.08.2023 online zur Verfügung gestellt:

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

**Präsenztage vor Ort in Oldenburg
Donnerstag, 31.08.2023**

Registrierung ab 09.45h

10:00	Begrüßung / Einführung prakt. Übungen/Fragen	Hecht
10:15	Prakt. Übungen in der Befundung Fallsammlung 1/Besprechung d. Fälle	Hecht/Hecht
11:45	Prakt. Übungen in der Befundung Fallsammlung 2/Besprechung d. Fälle	Hecht

12:45 Mittagspause

13:15	Prakt. Übungen in der Befundung Fallsammlung 3/Besprechung d. Fälle	Hecht/Hecht
--------------	---	-------------

14:45 Kaffeepause

15:00	Prakt. Übungen in der Befundung Fallsammlung 4/Besprechung d. Fälle	Hecht/Hecht
16:30	Abschlussbesprechung/ Zertifikatsausgabe	Hecht

17:00 Ende des Kurstages

Evaluation online nach Kursende!

Programmänderungen vorbehalten.

Referenten:

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

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

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

Dr. med. Britta Mathys
Fachärztin für diagnostische Radiologie in der SE Nds. Mitte

Veranstalter:

Dr. med. Gerold Hecht

Veranstaltungsort:

Referenzentrum Mammographie Nord
Heiligengeiststraße 28, 1. OG
26121 Oldenburg

Anmeldung und Organisation:

Kea Ahrens

Tel.: 04941 / 60 510-27

E-Mail: fortbildung@radserv.de

Die Teilnehmerzahl ist begrenzt.

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

Teilnahmegebühr:

€ 500,- inkl. MwSt

Die Kursgebühr ist innerhalb von 14 Tagen nach der Anmeldung zu entrichten. Eine Rückerstattung ist nur bis 10 Tage vor Kursbeginn abzüglich einer Bearbeitungsgebühr in Höhe von € 25,- möglich. Bei späterer Absage oder Nichterscheinen wird die Kursgebühr in voller Höhe fällig. Der Veranstalter behält sich die Absage des Kurses bei Nichtzustandekommen bis 14 Tage vor Veranstaltungsbeginn vor.

Organisation:

RADSERV GmbH
Dienstleistungen für radiologische Praxen

Fortbildungskurs

Kurative Mammographie
nach

Mammographie-Vereinbarung § 8

Oldenburg

Präsenztage:
31.08.2023

Im Auftrag der



KVN

Kassenärztliche Vereinigung
Niedersachsen



KVN

Kassenärztliche Vereinigung
Niedersachsen

Informationen für die Praxis

KVN-Rundschreiben

März 2023

Inhaltsverzeichnis

1. Abrechnung	3
1.1. Abgabetermin Quartalsabrechnung 1/2023	3
1.2. Heilmittel - Ab dem 1. April 2023 gelten neue Zuzahlungsbeträge für die Physikalische Therapie als ärztliche Leistung	4
1.3. Mitteilung der fachgruppendurchschnittlichen Obergrenze für Kontrastmittel für das Quartal 2/2023	5
1.4. Amtliche Mitteilung der KVN zum HVM Teil B Nr. 16.1 und 16.2 für das 2. Quartal 2023 - Fachgruppendurchschnittswerte für Laborindividualbudgets	5
1.5. Amtliche Mitteilung der KVN zum HVM für das 2. Quartal 2023 für alle dem RLV unterliegenden Arztgruppen des haus- und fachärztlichen Versorgungsbereichs	5
1.6. Mehrkostenregelung Sonderlinsen bei intraocularen Eingriffen: Klarstellung im EBM	5
1.7. Zuschläge bei Hausarztvermittlungsfällen (Suffix „B“ vs. Suffix „C“)	7
1.8. Nachweis Wartung Audiometer	7
2. Verordnungen	8
2.1. Forxiga® (Dapagliflozin) in Teilindikation als Praxisbesonderheit anerkannt	8
2.2. Angabe der LANR auf dem Kassenrezept - ein Update	8
2.3. Änderung der Anlage V (verordnungsfähige Medizinprodukte) der Arzneimittel-Richtlinie - Verlängerung der Befristung	10
2.4. Aktualisierung der Arzneimittel-Richtlinie - VIIa: Biologika und Biosimilars	11
2.5. Cibinqo® (Abrocitinib) als Praxisbesonderheit anerkannt	12
2.6. Beendigung des Inverkehrbringens des zentral beschafften Arzneimittels Lagevrio® (Wirkstoff Molnupiravir)	12

2.7.	Änderung der Anlage III (Verordnungseinschränkungen und -ausschlüsse) der Arzneimittel-Richtlinie.....	13
3.	Allgemeine Hinweise.....	14
3.1.	In eigener Sache: KVN stellt monatliches Rundschreiben ab August ausschließlich auf elektronischen Versand um	14
3.2.	Disease-Management-Programm (DMP) COPD aktualisiert	14
3.3.	eAU: Arbeitgeberausdruck.....	15
3.4.	Versorgungspfade und Angebotssteckbriefe zur Unterstützung der Kinder- und Jugendpsychiatrischen/psychotherapeutischen Versorgung	16
3.5.	Die 4. KVN-Websession wird verschoben	16
3.6.	Kampagne in Hausarztpraxen informiert über spezielle Beratungs- und Lernangebote für Patientinnen und Patienten ohne Lese- und Schreibkompetenz	17
3.7.	Vordrucke OEGD und 10C für Coronatests entfallen ab 1. März 2023	17
3.8.	Save the Date: Sommerfest der KVN-Bezirksstelle Aurich am 13. September 2023	18
4.	Veranstaltungen im April und Mai 2023	18
5.	Anlagenverzeichnis.....	20
5.1.	Amtliche Mitteilung zum HVM Teil B Nr. 16.1 und 16.2.....	20

1. Abrechnung

1.1. Abgabetermin Quartalsabrechnung 1/2023

Der Abgabetermin für die Abrechnung des 1. Quartals 2023 ist der 11. Kalendertag des nachfolgenden Quartals und somit der 11. April 2023.

11. April 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 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: 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

Behandlungsausweise

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. Heilmittel - Ab dem 1. April 2023 gelten neue Zuzahlungsbeträge für die Physikalische Therapie als ärztliche Leistung

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

Werden die Heilmittelbehandlungen (z. B. Massagetherapie, Krankengymnastik, etc.) in der Arztpraxis durchgeführt, muss die Praxis den entsprechenden Zuzahlungsbetrag vom Patienten einziehen. Entbunden von der Zuzahlungspflicht sind Patienten, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben oder Patienten denen eine Befreiungsbescheinigung von der Krankenkasse vorliegt.

Die Zuzahlungsbeträge ändern sich zum 1. April 2023.

Übersicht der geänderten Zuzahlungsbeträge

Im Folgenden finden Sie eine Übersicht der Heilmittel, die als ärztliche Leistungen aus dem EBM-Kapitel 30.4 Physikalische Therapie durchgeführt und abgerechnet werden können. Daneben sind die ab 1. April 2023 vom Patienten zu entrichtenden Zuzahlungsbeträge pro Behandlung aufgelistet.

GOP	Heilmittel	Zuzahlungsbetrag pro ärztl. Behandlung, gültig ab 1. April 2023
30400	Massagetherapie	1,91 Euro
30402	Unterwasserdruckstrahlmassage	2,97 Euro
30410	Atemgymnastik (Einzelbehandlung)	2,61 Euro
30411	Atemgymnastik (Gruppenbehandlung)	1,17 Euro
30420	Krankengymnastik (Einzelbehandlung)	2,61 Euro
30421	Krankengymnastik (Gruppenbehandlung)	1,17 Euro

Übersicht

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

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

1.3. Mitteilung der fachgruppendurchschnittlichen Obergrenze für Kontrastmittel für das Quartal 2/2023

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 2. Quartal 2023 für Ärzte, die im Basisquartal 2/2022 (noch) keine Kontrastmittel über die o. g. Vereinbarung abgerechnet haben, folgende fachgruppendurchschnittlichen Obergrenzen:

- Institute, Krankenhäuser 2.645,47 Euro
- Fachärzte für Nuklearmedizin 34.861,01 Euro
- Fachärzte für Diagnostische Radiologie 69.537,70 Euro
- Fachärzte für Urologie 3.102,58 Euro

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

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

Obergrenzen

1.4. Amtliche Mitteilung der KVN zum HVM Teil B Nr. 16.1 und 16.2 für das 2. Quartal 2023 - Fachgruppendurchschnittswerte für Laborindividualbudgets

Die für das 2. Quartal 2023 geltenden Fachgruppendurchschnittswerte für Laborindividualbudgets entnehmen Sie bitte der Anlage 5.1 zu diesem Rundschreiben. Zusätzlich sind diese Daten auch bereits seit dem 24. Februar 2023 über das KVN-Portal abrufbar.

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

1.5. Amtliche Mitteilung der KVN zum HVM für das 2. Quartal 2023 für alle dem RLV unterliegenden Arztgruppen des haus- und fachärztlichen Versorgungsbereichs

Die für 2/2023 geltenden RLV-/QZV-Mindestfallwerte sowie die Fallzahlgrenzen für die Fallwertminderung und die Fallzahlzuwachsbegrenzungsregelung (FZZB) finden Sie als „Download“ unter https://www.kvn.de/Mitglieder/Abrechnung_+Honorar+und+Vertrag/Honorarverteilung.html

1.6. Mehrkostenregelung Sonderlinsen bei intraocularen Eingriffen: Klarstellung im EBM

Die Gebührenordnungspositionen im EBM für bestimmte intraoculare Eingriffe sind auch dann berechnungsfähig, wenn Versicherte entsprechend ihrer gesetzlichen Wahlmöglichkeit statt einer Standardlinse eine

Sonderlinse wählen und die damit zusammenhängenden Mehrkosten für ärztliche Leistungen und Sachmittel selbst tragen. Der Bewertungsausschuss hat hinsichtlich der gesetzlichen Mehrkostenregelung, die bereits seit 2012 besteht, eine klarstellende Regelung zum 1. April 2023 in den EBM aufgenommen. Details und Hintergrund stellen wir Ihnen nachfolgend vor.

Mehrkostenregelung bei Sonderlinsen

Die Mehrkostenregelung bei Sonderlinsen geht auf das GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) von 2012 zurück (§33 Absatz 9 SGB V). Damit wurde festgelegt, dass die Krankenkassen nicht nur die Kosten bei der Versorgung mit einer Standardlinse, sondern auch die Kosten bei der Versorgung mit einer Sonderform der Intraokularlinse übernehmen, wenn Versicherte eine entsprechende Sonderlinse außerhalb der Regelversorgung wählen. Die Versicherten tragen nur noch den Differenzbetrag zwischen monofokaler Standard- und Sonderlinse sowie die Kosten des Mehraufwandes für sämtliche ärztliche Leistungen, die durch die Sonderlinse bedingt sind und nicht zum Umfang der Regelversorgung gehören.

Intraokularlinse

Details zum Beschluss

Der Bewertungsausschuss hat nun beschlossen, dass zum 1. April eine neue Nummer 18 in die Präambel 2.1 zum Anhang 2 EBM aufgenommen wird. Demnach sind bei intraocularen Eingriffen, deren Kategorie mit einem „A“ gekennzeichnet ist und für die keine medizinische Indikation für die Implantation einer Sonderform der Intraocularlinse vorliegt, auch dann die Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 31.2 oder 36.2 EBM berechnungsfähig, wenn die Implantation über das Maß des Notwendigen hinausgeht, weil Patienten eine Sonderform der Intraocularlinse wählen.

In diesen Fällen entfallen die Verpflichtungen zur medizinischen Begründung und zur Genehmigung durch die Krankenkasse, die nach Nummer 17 der Präambel 2.1 zum Anhang 2 EBM vorgesehen sind.

Die Eingriffe werden von den Ärzten mit einem „I“ gekennzeichnet. Mehrkosten für ärztliche Leistungen und Sachmittel in Zusammenhang mit diesen Eingriffen sind durch den Versicherten selbst zu tragen.

Ablauf der Abrechnung in der Praxis

Mit dieser Klarstellung ist die folgende in der Praxis etablierte Verfahrensweise zur Abrechnung des Eingriffs untermauert. Nach den uns vorliegenden Informationen erhalten die Patienten vor der Operation einen Kostenvoranschlag nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) über sämtliche ärztliche Leistungen und nach Durchführung der Leistungen eine entsprechende Rechnung, in der alle Privatleistungen (präoperativ, operativ und postoperativ) einzeln aufgeführt werden. Von dem Gesamtbetrag der GOÄ-Leistungen werden die Beträge der GKV-Leistungen abgezogen (z. B. die Beträge der GOP 31351; 31719; 06333 und die vereinbarte Sachkostenpauschale). Der Rechnungsbetrag, den der Patient selbst tragen muss, weist damit lediglich die Mehrkosten aus, die

den GKV-Anteil übersteigen. Gleichzeitig werden über die EBM-Abrechnung die GOP abgerechnet, deren Euro-Beträge von der Patientenrechnung abgezogen wurden.

Hinweis zur Veröffentlichung

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

1.7. Zuschläge bei Hausarztvermittlungsfällen (Suffix „B“ vs. Suffix „C“)

Bis zum 22. Februar 2023 erfolgte bei Hausarztvermittlungsfällen eine minutengenaue Berechnung der für die Zuschläge relevanten Zeitintervalle, dies führte teilweise zu einer falschen Suffixangabe.

Ab dem 23. Februar 2023 erfolgt eine tageweise Berechnung, so dass dieser Fehler nun behoben ist.

Sofern Sie in dem Zeitraum bis zum 22. Februar 2023 Hausarztvermittlungsfälle angenommen und abgerechnet haben, erzeugen Sie sich bitte im eTerminservice (KVN-Portal/Online-Dienste/eTerminservice/Terminübersicht/Buchungsexport) einen Buchungsexport, vergleichen Sie die dort angegebenen Suffixe mit denen in Ihrem Praxisverwaltungssystem und korrigieren Sie diese ggf. für die Abrechnung.

1.8. Nachweis Wartung Audiometer

Seit dem Abrechnungsquartal 4/2022 muss der Quartalsabrechnung für die Abrechnung von audiometrischen Untersuchungen jeweils eine formlose Erklärung über die durchgeführte Wartung beigefügt werden. Anderenfalls müssen die entsprechenden Leistungen in der Quartalsabrechnung sachlich-rechnerisch berichtigt werden.

Um Ihnen diese Bestätigung bürokratiearm zu ermöglichen, haben wir für die Fachgruppen HNO, Phoniatrie und Pädaudiologie sowie hausärztliche Kinder- und Jugendmedizin in den Prozess der Einreichung der Online-Abrechnung ab dem Abrechnungsquartal 1/2023 eine Abfrage eingefügt mit der Sie bestätigen, dass die Wartung durchgeführt wurde bzw. ein aktuelles Wartungsprotokoll vorliegt. Die Einreichung des Wartungsprotokolls ist nicht erforderlich.

Hausärztlich tätige Ärzte (GOP aus Kapitel 3 EBM), die audiometrische Untersuchungen durchführen, reichen die formlose Erklärung in Papierform mit Ihrer Quartalsabrechnung ein.

Hintergrund: Bei Verwendung eines von der PTB bzw. eines entsprechend der EU-Richtlinie 93/42/EWG zugelassenen Audiometers ist mindestens einmal jährlich eine messtechnische Kontrolle gem. §14 der Verordnung über das Errichten, Betreiben und Anwenden von Medizinprodukten (MPBetreibV) durch einen zugelassenen Wartungsdienst entsprechend der MPBetreibV durchzuführen.

Abfrage eingefügt

Hausärztliche tätige
Ärzte

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

2. Verordnungen

2.1. Forxiga® (Dapagliflozin) in Teilindikation als Praxisbesonderheit anerkannt

Verordnungen von Forxiga® (Wirkstoff: Dapagliflozin) sind ab dem 13. Januar 2023 von der Prüfungsstelle ausschließlich im Anwendungsgebiet chronische Niereninsuffizienz ab dem ersten Behandlungsfall als Praxisbesonderheit anzuerkennen, und nur solange AstraZeneca Forxiga® in Deutschland vertreibt.

Das Anwendungsgebiet mit Zusatznutzen lautet:

- Forxiga® ist bei erwachsenen Patienten indiziert zur Behandlung der chronischen Niereninsuffizienz.

Weitere Anwendungsgebiete oder Patientengruppen von Forxiga® insbesondere Diabetes und Herzinsuffizienz sind hiervon nicht umfasst.

Die Vorgaben der Fachinformation sind zu berücksichtigen.

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

Weitere Informationen zu dieser Praxisbesonderheit finden Sie auf der Seite des GKV-Spitzenverbandes unter folgendem Link:
https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/arzneimittel/amnog_praxisbesonderheiten/13016pb20230113.pdf

2.2. Angabe der LANR auf dem Kassenrezept - ein Update

Wir möchten die aktuellen Regeln zur Angabe einer LANR bei Verordnungen in besonderen Praxissituationen im Überblick aufzeigen. Das betrifft insbesondere den Umgang mit Unterschriften auf Kassenrezepten durch angestellte Ärzte und genehmigte Assistenten bei Vertragsärzten und in Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) sowie Ärzte, die im Rahmen einer persönlichen Vertretung verordnen.

Eine Verschreibung muss grundsätzlich Vorname, Name und Berufsbezeichnung der tatsächlich verschreibenden ärztlichen Person enthalten.

Anwendungsgebiet

Verschreibenden
Person

Bei Verwendung der Rezeptvordrucke durch ärztliche Mitarbeiter bestehen Besonderheiten für die Verwendung der LANR:

- **Angestellte Ärzte**

Hat ein Vertragsarzt einen vom Zulassungsausschuss genehmigten Arzt nach Maßgabe des §95 Abs. 9 SGB V i. V. m. §32b Zulassungsverordnung Ärzte angestellt, benutzt der angestellte Arzt die Rezeptvordrucke der Praxis bzw. des MVZ. Sind Namen und Berufsbezeichnung des angestellten verordnenden Arztes im Vertragsarztstempel nicht enthalten, werden diese Angaben entweder leserlich handschriftlich oder mit einem Zusatzstempel ergänzt.

Der Verordnende achtet auf die Verwendung seiner eigenen LANR im Personalienfeld des Rezeptformulars und unterschreibt persönlich.

Eigene LANR

Daneben gibt es verschiedene Möglichkeiten, Assistenten und ärztliche Vertreter in der Praxis zu beschäftigen. Die Handhabung der LANR Angabe soll im Folgenden erläutert werden.

- **Entlastungsassistenten, Sicherstellungsassistenten**

Genehmigte Entlastungs- und Sicherstellungsassistenten benutzen wie die angestellten Ärzte Rezeptformulare und Vertragsarztstempel der Praxis. Vorname und Name des Assistenten und die Facharztbezeichnung sind bei jeder Verordnung handschriftlich bzw. mit einem Zusatzstempel zu ergänzen. Der Verordnende unterschreibt persönlich, aber unter Verwendung der LANR des anstellenden Arztes.

LANR des anstellenden Arztes

- **Genehmigte Assistenten in Weiterbildung bei Vertragsärzten und im MVZ**

Assistenten in Weiterbildung sind berechtigt, Rezepte auszustellen, solange die ordnungsgemäße Überwachung und Anleitung durch einen Vertragsarzt gewährleistet ist. Genehmigte Assistenten benutzen ebenfalls die Rezeptvordrucke der Praxis bzw. des MVZ. Sie verwenden die LANR und den Vertragsarztstempel des Weiterbilders, ergänzen Vorname, Name und die Berufsbezeichnung „Arzt“ handschriftlich oder ggf. durch einen Zusatzstempel und unterschreiben persönlich.

LANR des Weiterbilders

- **Persönliche Vertretung**

Lässt sich ein Vertragsarzt in seiner Praxis vertreten, so gilt weiterhin das Prinzip der persönlichen Leistungserbringung, d. h., der Vertretene bleibt verantwortlich. Der Verordnende (= der Vertreter) ergänzt seine Angaben zu Vorname, Name, Facharztbezeichnung auf den Rezeptvordrucken der Praxis und unterschreibt persönlich, jedoch unter Verwendung der LANR des vertretenen Arztes. So werden die Daten der vertretenden ausstellenden Person sowie des vertretenen Arztes und dessen Praxis übermittelt.

LANR des vertretenden Arztes

- **Besonderheiten bei Angaben auf dem Betäubungsmittelrezept (BtM-Rezept) im Feld „Vertragsarztstempel/Arztunterschrift“**

BtM-Rezepte sind personenbezogen und jeder Arzt darf nur seine eigenen BtM-Rezepte verwenden, die unter anderem gem. §9 Abs. 1 Nr. 7 Betäubungsmittel-Verschreibungs-Verordnung (BtMVV) den Name des verschreibenden Arztes, Berufsbezeichnung und Anschrift einschließlich Telefonnummer enthalten müssen. Jedes BtM-Rezept muss die eigenhändige, vollständige Unterschrift des Arztes (Vor- und Nachname) enthalten.

- Im Rahmen einer Praxisvertretung (z. B. Urlaub, Krankheit), erfolgt die Verordnung auf einem BtM-Verordnungsblatt des Praxisinhabers. Der Vertreter unterschreibt mit der LANR des vertretenen Arztes in Anwendung des §9 Abs. 1 Nr. 9 BtMVV mit dem zusätzlichen Vermerk „i.V.“.
- Entlastungs- und Sicherstellungsassistenten fordern bei der Bundesopiumstelle eigene BtM-Vordrucke an und unterschreiben auf diesen trotz der Personenbezogenheit im Rahmen ihrer Anstellung mit der LANR des anstellenden Arztes und mit dem zusätzlichen Vermerk „i.V.“
- Auf der Grundlage des §6 Abs. 3 der SARS-CoV-2-Arzneimittelversorgungsverordnung dürfen zur Sicherstellung der Versorgung mit Betäubungsmitteln Betäubungsmittelrezepte vorübergehend (bis zum Außerkrafttreten dieser Verordnung) auch außerhalb von Vertretungsfällen übertragen und von anderen Ärzten verwendet werden. Es gilt auch hier: wenn nicht im Praxisstempel genannt (und unterstrichen), sind Vorname, Name, Facharztbezeichnung zu ergänzen und die Unterschrift erfolgt mit dem zusätzlichen Vermerk „i.V.“.

Telefonnummer und vollständige Unterschrift

LANR des vertretenen Arztes

LANR des anstellenden Arztes

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

Zum 29. Januar 2023 und 7. Februar 2023 wurden bei den folgenden Medizinprodukten die Befristungen der Verordnungsfähigkeiten nach Anlage V der Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL) verlängert:

Produktbezeichnung	Medizinisch notwendige Fälle	Befristung der Verordnungsfähigkeit
BD PosiFlush™ SP	Ausschließlich zum Spülen von in-situ Gefäßzugangssystemen. Darf nicht in einem sterilen Umfeld verwendet werden.	20. Dezember 2027

BD PosiFlush™ XS	Ausschließlich zum Spülen von in-situ Gefäßzugangssystemen. Bei Verwendung aseptischer Technik in einem sterilen Feld verwendbar.	20. Dezember 2027
IsoFree®	Als isotone Trägerlösung bei der Verwendung von Inhalaten in Verneblern oder Aerosolgeräten. Dies gilt nur für die Fälle, in denen der Zusatz einer isotonen Trägerlösung in der Fachinformation des arzneistoffhaltigen Inhalats zwingend vorgesehen ist.	26. Mai 2024
Kochsalz 0,9% Inhalat Pädia®	Als Trägerlösung bei der Verwendung von Inhalaten in Verneblern oder Aerosolgeräten. Dies gilt nur für die Fälle, in denen der Zusatz einer Trägerlösung in der Fachinformation des arzneistoffhaltigen Inhalats zwingend vorgesehen ist.	26. Mai 2024
Natriumchlorid-Lösung 6 % zur Inhalation	Zur symptomatischen Inhalationsbehandlung der Mukoviszidose für Patienten ab dem vollendeten 6. Lebensjahr.	26. Mai 2024

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 diesem Link: https://www.g-ba.de/downloads/83-691-782/AM-RL-V_2023-02-07.pdf

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

Mit Wirkung zum 17. Februar 2023 wird die Anlage VIIa „Biologika und Biosimilars“ der Arzneimittel-Richtlinie um ein weiteres Biosimilar ergänzt.

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

Wirkstoff	Original-/Referenzarzneimittel	im Wesentlichen gleiche biotechnologisch hergestellte biologische Arzneimittel, Zulassung nach Artikel 10 Absatz 4 der Richtlinie 2001/83/EG (Biosimilars)
Ranibizumab	Lucentis	Byooviz, Ranivisio, Ximluci

Ergänzung

Die Anlage VIIa der Arzneimittel-Richtlinie ist abrufbar unter:
<https://www.g-ba.de/richtlinien/anlage/290/>

2.5. Cibinqo® (Abrocitinib) als Praxisbesonderheit anerkannt

Cibinqo® (Wirkstoff: Abrocitinib) wird ab dem 15. Juli 2022 nach einer Vereinbarung zwischen dem GKV-Spitzenverband und dem pharmazeutischen Unternehmer Pfizer Pharma ab dem ersten Behandlungsfall als Praxisbesonderheit ausschließlich im Anwendungsgebiet mit einem Zusatznutzen laut G-BA-Beschluss vom 7. Juli 2022 anerkannt:

- zur Behandlung von mittelschwerer bis schwerer atopischer Dermatitis bei Erwachsenen, die für eine systemische Therapie infrage kommen.

Bei Patienten, bei denen nach 24 Behandlungswochen kein therapeutischer Nutzen nachgewiesen werden kann, ist eine Beendigung der Behandlung in Betracht zu ziehen.

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

Die Vorgaben der Fachinformation sind zu berücksichtigen. Die Behandlung sollte von einem Facharzt eingeleitet und überwacht werden, der über Erfahrung in der Diagnose und Behandlung von atopischer Dermatitis verfügt.

Weitere Anwendungsgebiete oder Patientengruppen sind nicht von der Praxisbesonderheit umfasst. Die Anerkennung als Praxisbesonderheit besteht, solange Pfizer Pharma Cibinqo® in Deutschland vertreibt.

Detaillierte 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/22005pb20220715.pdf

2.6. Beendigung des Inverkehrbringens des zentral beschafften Arzneimittels Lagevrio® (Wirkstoff Molnupiravir)

Aufgrund der Ablehnung der Zulassung darf Lagevrio® ab dem 24. Februar 2023 nicht mehr ärztlich verordnet und abgegeben werden.

Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) hatte seit Anfang 2022 das zentral beschaffte Arzneimittel Lagevrio® auf Grundlage der medizinischer Bedarf Versorgungssicherstellungsverordnung (MedBVS) ohne Zulassung in Verkehr gebracht.

Der Entscheidung war eine Bewertung des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) zum erwartbaren positiven Nutzen-Risiko-Verhältnis vorausgegangen.

Anwendungsgebiet

Nicht mehr
verordnen/abgeben

Am 24. Februar 2023 informierte nun der Ausschuss für Humanarzneimittel bei der Europäischen Arzneimittel-Agentur (EMA) (CHMP) darüber, den Zulassungsantrag von Lagevrio® abzulehnen. Damit entfällt die Grundlage für das Inverkehrbringen und die weitere Abgabe des Arzneimittels wird eingestellt. Bereits an den Großhandel und Apotheken ausgelieferte Ware darf nicht weiter abgegeben werden.

Nähere Informationen finden Sie hier:

- <https://www.bfarm.de/DE/Arzneimittel/Arzneimittelinformationen/lagevrio-ablehnung-zulassung.html;jsessionid=366A78DAE66E37AD455086E40CD5B1B4.intranet672>
- <https://www.ema.europa.eu/en/medicines/human/summaries-opinion/lagevrio>

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

Mit Wirkung zum 28. Februar 2023 wird die Anlage III der Arzneimittel-Richtlinie wie folgt in den Nummern 35 a (Evolocumab), 35 b (Alirocumab) und 35 c (Inclisiran) abgeändert. Die Änderungen betreffen den ersten Satz in den jeweiligen Nummern:

Dieser Wirkstoff ist nicht verordnungsfähig, solange er mit Mehrkosten im Vergleich zu einer Therapie mit anderen Lipidsenkern (Statine, Anionenaustauscher, Cholesterinresorptionshemmer, ACL-Hemmer) verbunden ist.

Der Grund für die Einfügung der Angabe „ACL-Hemmer“: Seit November 2020 ist der Lipidsenker Bempedoinsäure auf dem deutschen Markt verfügbar. Bei Bempedoinsäure handelt es sich um ein Prodrug, dessen aktive Form die Adenosintriphosphat-Citrat-Lyase (ACL), ein Enzym der Cholesterinbiosynthese, hemmt und darüber die Cholesterinbildung reduziert. Bempedoinsäure ist der erste in Deutschland verfügbare ACL-Hemmer.

Hinweis

In Anlage III Nummer 35a bis 35c der Arzneimittel-Richtlinie ist die wirtschaftliche Verordnung der Wirkstoffe Evolocumab, Alirocumab und Inclisiran geregelt. Entsprechend dieser Regelungen sind diese Wirkstoffe, abgesehen von den aufgeführten Ausnahmen, nicht verordnungsfähig, solange sie jeweils mit Mehrkosten im Vergleich zu einer Therapie mit anderen Lipidsenkern verbunden sind.

Den vollständigen Beschluss des G-BA finden Sie unter diesem Link: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-5774/2022-12-15_AM-RL-III_Nr35a-c-Bempedoinsaeure.pdf

ACL-Hemmer

Nicht verordnungsfähig,
solange ...

3. Allgemeine Hinweise

3.1. In eigener Sache: KVN stellt monatliches Rundschreiben ab August ausschließlich auf elektronischen Versand um

Es ist aus den niedersächsischen Vertragsarztpraxen nicht wegzudenken: Das monatliche Rundschreiben zu aktuellen Regelungen in der Praxisführung. Doch die Tage des Postversands sind gezählt: Ab August 2023 wird die KVN das Rundschreiben nur noch per E-Mail an die von Ihnen kürzlich gemeldeten E-Mail-Adressen (KVN-ID) versenden.

Angesichts der aktuellen Forderung nach Ressourcenschonung, aber auch nach einer möglichst verzögerungsfreien Übermittlung von Informationen erscheint die zeitraubende Vervielfältigung der Rundschreiben mit mehreren hunderttausend Blatt Papier und deren Postversand nicht mehr zeitgemäß. Mit anderen Worten: Die KVN kann mit den Informationen aktueller sein, da die Produktion für den Postversand wegfällt. Außerdem können die Praxen das KVN-Rundschreiben über den internen E-Mail-Verteiler an Praxismitarbeiterinnen und Praxismitarbeiter einfach weiterleiten. Über die Suchfunktion können relevante Texte schneller gefunden werden. Auch die interne Archivierung - falls gewünscht - wird erleichtert. Viele Vorteile, die die digitale Welt bietet.

In den vergangenen Monaten hat die KVN einen E-Mail-Verteiler ihrer Mitglieder aufgebaut, der fast alle Adressaten des Rundschreibens erfasst. Sie werden ab Mitte 2023 monatlich eine E-Mail mit einer Inhaltsübersicht des Rundschreibens und einem Downloadlink erhalten. Wer bislang keine gültige E-Mail-Adresse bei der KVN hinterlegt hat, kann dann auf der Website der KVN unter <https://www.kvn.de/Mitglieder/Rundschreiben.html> das jeweils aktuelle Rundschreiben aufrufen, um auf dem Laufenden zu bleiben. Dort befindet sich auch das Download-Archiv.

3.2. Disease-Management-Programm (DMP) COPD aktualisiert

Das DMP COPD wurde überarbeitet und an den neuesten Stand des medizinischen Wissens angepasst. Insbesondere die Hinweise zur medikamentösen Therapie wurden an aktuelle Leitlinienempfehlungen angeglichen.

Die wesentlichen Änderungen stellen wir Ihnen nachfolgend vor:

- Die Definition der COPD wurde wegen neuerer Erkenntnisse zur Entstehung der COPD geändert. Danach kann eine COPD auch ohne eine vorangegangene chronische Bronchitis auftreten. Diese Änderung erweitert den Teilnehmerkreis zukünftig.
- Eine gleichzeitige Einschreibung in das DMP Asthma und das DMP COPD ist nicht möglich, so dass eine Abwägung, welche der beiden Diagnosen als vorrangig einzustufen ist, obligat ist.

Aktuellere
Informationen

Definition der COPD

Gleichzeitige
Einschreibung

Zur besseren Abgrenzung der Krankheitsbilder wurden Unterscheidungsmerkmale erstellt und in das DMP COPD aufgenommen.

- Zu den wesentlichen Änderungen zählt eine noch stärkere Überwachung und Steuerung der Arzneimitteltherapie. Insbesondere die Indikation für inhalative Corticosteroide ist regelmäßig zu überprüfen.
- Bei Notwendigkeit einer Langzeit-Sauerstofftherapie ist diese mindestens 15 Stunden pro Tag durchzuführen.
- Bei operativen Therapieoptionen soll bei einem schweren Lungemphysem auch eine Lungenvolumenreduktion und als letzte Möglichkeit eine Lungentransplantation erwogen werden.

Arzneimitteltherapie

Die Änderungen werden zum 1. April 2023 in Kraft treten. Die KVN und die gesetzlichen Krankenkassen in Niedersachsen haben dann ein Jahr Zeit, den DMP-Vertrag an die Neuerungen anzupassen.

Über die Vertragsanpassung werden wir Sie zu gegebener Zeit informieren.

3.3. eAU: Arbeitgeberausdruck

Seit dem 1. Januar 2023 ist vorgesehen, dass Arbeitgeber die Arbeitsunfähigkeitsdaten ihrer gesetzlich versicherten Beschäftigten elektronisch bei den Krankenkassen abrufen. Arbeitnehmer müssen sich dann bei ihrem Arbeitgeber zwar noch telefonisch oder per E-Mail „krankmelden“, aber es entfällt die Pflicht des Arbeitnehmers, seine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung in Papierform bei seinem Arbeitgeber einzureichen.

Arztpraxen müssen also Patienten nicht mehr in jedem Fall eine ausgedruckte Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung für den Arbeitgeber aushändigen. Es gilt aber zu beachten, dass Patienten Papierausdrucke für den Arbeitgeber weiterhin verlangen können. Hintergrund ist eine Regelung im Entgeltfortzahlungsgesetz, die der Gesetzgeber mit Blick auf denkbare technischen Störungen geschaffen hat.

Da möglicherweise auch noch nicht alle Arbeitgeber auf das neue Verfahren umgestellt haben und um nachträgliche Anfragen der Patienten nach einer Papierbescheinigung zu vermeiden, können Praxen sich späteren Aufwand ersparen, indem vorerst auch weiterhin die AU-Bescheinigung für den Arbeitgeber ausgedruckt wird.

Zudem ist in einigen Fällen noch kein digitaler Empfang der Arbeitgeberdaten möglich. Dies betrifft insbesondere die Agenturen für Arbeit und die Jobcenter. Auch hier ist die AU-Bescheinigung für den Arbeitgeber weiterhin auszudrucken und zu unterschreiben.

Falls gewünscht, können Patientinnen und Patienten weiterhin für sich selbst als Information einen Papierausdruck erhalten. Dieser Ausdruck muss nicht unterschrieben werden.

Auch die Praxen selbst erhalten als Arbeitgeber keine papiergebundene Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung ihrer Mitarbeitenden mehr, sondern müssen das digitale Verfahren nutzen. Informationen hierzu werden unter anderem auf der Internetseite der Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände bereitgestellt. Der direkte Abruf der Daten bei den Krankenkassen über KIM ist leider nicht möglich. Praxen, die die Arbeitsunfähigkeit ihrer Beschäftigten selbst bescheinigt haben, können auch auf den digitalen Abruf der Daten verzichten.

Weitere Informationen zum aktuellen Verfahren sind auf der eAU-Themenseite der KBV (<https://www.kbv.de/html/e-au.php>) verfügbar. Dort stehen eine Praxisinformation mit wichtigen Hinweisen zum Umgang mit der eAU und eine Patienteninformation zum Herunterladen und Ausdrucken bereit.

3.4. Versorgungspfade und Angebotssteckbriefe zur Unterstützung der Kinder- und Jugendpsychiatrischen/-psychotherapeutischen Versorgung

In einem Projekt der Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen Bremen e. V. (LVG & AFS Nds. HB e.V.) wurden gemeinsam mit Expert*innen vier Versorgungspfade und eine Vielzahl an Angebotssteckbriefen erstellt zur Unterstützung der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Auffälligkeiten. Diese kostenlosen Arbeitshilfen können unter Berücksichtigung regionaler Besonderheiten in ganz Niedersachsen eingesetzt werden. Sie unterstützen Fachpersonen aus der Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie, Kinder- und Jugendhilfe und weitere kommunalen Akteur*innen dabei, mehr Klarheit, Transparenz und ein besser aufeinander abgestimmtes Angebot für Kinder und Jugendliche mit psychischen Auffälligkeiten zu schaffen.

Kostenlose
Arbeitshilfen

Die Materialien sind abrufbar über die Webseite der Landesstelle Psychiatriekoordination Niedersachsen unter <https://www.psychiatriekoordination-nds.de/versorgungspfade-kjpp> bzw. <https://www.psychiatriekoordination-nds.de/angebotssteckbriefe-kjpp>.

Das Projekt wird gefördert vom Niedersächsischen Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Gleichstellung. Bei Fragen zu den Arbeitshilfen können Sie sich an anna-lena.mazhari@gesundheit-nds.de oder an iris.letttau@gesundheit-nds.de wenden.

3.5. Die 4. KVN-Web-session wird verschoben

In den vergangenen Tagen haben Sie über das Thema der 4. KVN-Web-session im KVN-Portal abgestimmt. Die meisten Stimmen hat das Thema „Telematikinfrastruktur - Wie geht es weiter?“ erhalten.

Leider müssen wir den ursprünglich geplanten Termin (21. März) der KVN-Web-session verschieben. Warum?

Bundesgesundheitsminister Lauterbach hat eine Neubewertung der Digitalisierungsstrategie angekündigt. Dies wird sicherlich Auswirkungen auch auf die TI-Roadmap haben. Hier benötigt die KVN - und natürlich auch Sie - schnell Klarheit. Bevor das Bundesgesundheitsministerium (BMG) ihre neue TI-Strategie nicht öffentlich gemacht hat, macht eine KVN-Web-session zu dem Thema keinen Sinn. Wir werden Sie zeitnah darüber informieren, wann wir die KVN-Web-session nachholen.

Neubewertung der
Digitalisierungsstrategie

3.6. Kampagne in Hausarztpraxen informiert über spezielle Beratungs- und Lernangebote für Patientinnen und Patienten ohne Lese- und Schreibkompetenz

Mehr als 6,2 Millionen Erwachsene in Deutschland können nicht ausreichend lesen und schreiben. Das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) sensibilisiert daher in einer deutschlandweiten Kampagne über das Ausmaß geringer Lese- und Schreibkompetenz und informiert in Hausarztpraxen über Hilfsangebote. Gering literalisierte Erwachsene gehen häufiger zum Arzt als der Bevölkerungsdurchschnitt. Sie sehen Arzttermine als besonders verbindlich an. Hausarztpraxen können für die Kampagne Plakate, Flyer und Postkarten mit Informationen zu Hilfs- und Lernangeboten anfordern und in den Praxen auslegen. Ärztinnen und Ärzte werden in einem begleitenden Brief informiert, wie sie Erwachsene mit Lese- und Schreibschwierigkeiten erkennen, ansprechen und ermutigen können sich über Hilfen zu informieren.

Arztpraxen können das Material bestellen per
Mail: partner@mein-schluessel-zur-welt.de
Telefon: 030 818777-170
Fax: 030 818777-125 oder
Online: www.mein-schlüssel-zur-welt.de (klicken Sie auf „Helfen / Informationen für Ärztinnen und Ärzte“)

3.7. Vordrucke OEGD und 10C für Coronatests entfallen ab 1. März 2023

Ab dem 1. März 2023 entfällt der Anspruch auf präventive Coronatests. Betroffen von dieser Regelung sind nicht nur Bürgertests, sondern auch Testungen von Personal in Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen, vor Aufnahme in eine Gesundheitseinrichtung oder vor einer ambulanten Operation. Auch der Anspruch auf Test- und Genesenenzertifikate entfällt.

Mit dem Wegfall der Tests nach der Coronavirus-Testverordnung entfallen die Formulare OEGD und 10C zur Veranlassung von Coronatests im Labor. Noch vorrätige Exemplare dürfen nicht mehr verwendet werden. Für die Beauftragung eines PCR-Labortests auf Sars-CoV-2 bei symptomatischen Patienten ist ab dem 1. März 2023 das Formular 10 zu nutzen.

3.8. Save the Date: Sommerfest der KVN-Bezirksstelle Aurich am 13. September 2023

Wir laden Sie herzlich zum diesjährigen Sommerfest der KVN-Bezirksstelle Aurich am Mittwoch, 13. September 2023, 15 Uhr, ein.

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

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

Gerne können Sie sich schon jetzt formlos per E-Mail anmelden unter jutta.erdmann@kvn.de

4. Veranstaltungen im April und Mai 2023

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

Name	Ort	Datum	Gebühr p. P.
Hausarzt- und Terminservice-Vermittlungsfall - Aktuelle Regelungen und Auswirkungen auf Ihre Praxiseinnahmen	WebSeminar	12.April	kostenlos
Fit for work - Überzeugend im Auftritt	Hannover	12.Apr	140 Euro
Warum bin ich, wie ich bin? Seminar zur Persönlichkeitsentwicklung	Hannover	14.Apr	145 Euro
Niedersächsisches Praxisforum live 2023	Hannover	15.Apr	kostenlos
PraxismanagerIn Refresherkurs (3-tägig)	Hannover	19.Apr	315 Euro
Verordnungsweise in der täglichen Praxis	Hannover	19.Apr	kostenlos
Stress lass nach	Aurich	19.Apr	90 Euro
Verordnen von Arzneimitteln	WebSeminar	19.Apr	kostenlos
Aggressionen und Gewalt in Arztpraxen	Aurich	22.Apr	130 Euro

Sachkundelehrgang gemäß §8 Abs. 4 der Medizinproduktebetreiberverordnung	Hannover	24.Apr	585 Euro
Raus aus der Stressfalle für PraxismitarbeiterIn	Hannover	25.Apr	175 Euro
Kommunikation und Interaktion	Hannover	26.Apr	138 Euro
Impfen	WebSeminar	26.Apr	kostenlos
Sprechstundenbedarf	WebSeminar	26.Apr	kostenlos
Praxis Check-up	WebSeminar	26.Apr	69 Euro
Meine eigene Praxis - Impulse für den Start	WebSeminar	26.Apr	kostenlos
Existenzgründerseminar Modul 1 „Meine eigene Praxis - Impulse für Ihren Start“	Verden	29.Apr	kostenlos
Qualitätsmanagement ganz einfach	WebSeminar	29.Apr	69 Euro
Praxisbegehungen durch das Gewerbeaufsichtsamt	WebSeminar	29.Apr	30 Euro
Sprechstundenbedarf für MFA	WebSeminar	03.Mai	kostenlos
Qualitätsmanagement für Psychotherapeuten	Hannover	06.Mai	155 Euro
Datenschutz in der Arztpraxis	WebSeminar	09.Mai	69 Euro
Honorarbescheid lesen und verstehen	Hannover	10.Mai	kostenlos
Aktualisierung der Kenntnisse zur Aufbereitung von Medizinprodukten	Hannover	10.Mai	145 Euro
Kurze Wartezeiten - Gutes Terminsystem	WebSeminar	10.Mai	69 Euro
Heilmittelverordnung - Sicher durch den Verordnungs-Dschungel	Lüneburg	10.Mai	kostenlos
Die elektronische Patientenakte	WebSeminar	10.Mai	kostenlos
Meine Zukunft planen - Impulse für Ihre Praxisabgabe	WebSeminar	10.Mai	kostenlos
Hygiene in der Arztpraxis	WebSeminar	11.Mai	69 Euro
QEP®-Intensivkurs (2-tägig)	WebSeminar	12.Mai	130 Euro

Qualitätsmanagement-Aktuell - Gezielte Weiterentwicklung	WebSeminar	24.Mai	69 Euro
Gesundheit von PraxismitarbeiterIn erhalten und schützen	Hannover	24.Mai	kostenlos
Existenzgründerseminar Modul 1 „Meine eigene Praxis - Impulse für Ihren Start“	Hildesheim	24.Mai	kostenlos
Qualitätsmanagementbeauftragte/r (umfasst drei Termine, jeweils Freitags)	WebSeminar	26.Mai	220 Euro
Neue PraxismitarbeiterIn professionell einarbeiten	WebSeminar	27.Mai	69 Euro

5. Anlagenverzeichnis

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

Amtliche Mitteilung der KVN zum HVM für das 2. Quartal 2023

in Umsetzung des Honorarverteilungsmaßstabes (HVM) gemäß § 87b Abs. 1 SGB V der KVN vom 12. Dezember 2022

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

Fachgruppe	durchschnittliches Individualbudget
FA Laboratoriumsmedizin	353.032,39 €
FA Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie	271.261,34 €

Die aufgeführten Fachgruppendurchschnittswerte gelten für Ärzte der o.g. Fachgruppen, die im Basiszeitraum 2/2017 noch keine 16 Quartale tätig waren. Sie erhalten ein Individualbudget in Höhe der Leistungsanforderungen für Leistungen gemäß Teil B Nr. 16.1 Satz 1 HVM, maximal jedoch in Höhe der o.g. Fachgruppendurchschnittswerte, es sei denn das sich aus dem Basiszeitraum tatsächlich ergebende Individualbudget liegt über diesem Wert.

Für Ärzte, die im 2. Quartal 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	10,95 €
FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe	13.726,82 €
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	5.679,33 €
FA Urologie	6.609,87 €
FA Nuklearmedizin	36.387,32 €
FA Humangenetik	125.334,20 €
FA Transfusionsmedizin	125.334,20 €
FA Biochemie	125.334,20 €
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 2/2017 noch keine 16 Quartale im Speziallabor tätig waren. Sie erhalten ein Individualbudget in Höhe der Leistungsanforderungen für Leistungen gemäß Teil B Nr. 16.2 Satz 1 HVM, maximal jedoch in Höhe der o.g. Fachgruppendurchschnittswerte, es sei denn das sich aus dem Basiszeitraum tatsächlich ergebende Individualbudget liegt über diesem Wert.

Für Ärzte, die im 2. Quartal 2023 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

Februar 2023

Inhaltsverzeichnis

1.	Abrechnung	3
1.1.	Zusätzliche Vergütung der Behandlung von Kindern mit Atemwegserkrankungen im 4. Quartal 2022 und im 1. Quartal 2023	3
1.2.	Angabe der KVDT-Felder 5020 und 5021 zu der GOP 01731 EBM nicht mehr erforderlich	4
2.	Verordnungen	4
2.1.	KEYTRUDA® (Pembrolizumab) in weiteren Teilindikationen als Praxisbesonderheit anerkannt	4
2.2.	Verordnungsfähigkeit von Geräten zur kontinuierlichen interstitiellen Glucosemessung	7
2.3.	Jardiance® (Empagliflozin) in weiterer Teilindikation als Praxisbesonderheit anerkannt	7
2.4.	Praxisbesonderheit Aimovig® (Erenumab) an erneuerte frühe Nutzenbewertung angepasst	8
2.5.	Anlage I (OTC-Übersicht) der Arzneimittel-Richtlinie, Aktualisierung	9
3.	Allgemeine Hinweise	10
3.1.	In eigener Sache: KVN stellt monatliches Rundschreiben ab August ausschließlich auf elektronischen Versand um	10
3.2.	Umsetzung der STIKO-Empfehlung zur Gelbfieber-Auffrischungsimpfung bei beruflicher Indikation und vor Reisen in Endemiegebiete	10
3.3.	4. KVN-Web-Session am 21 März 2023 - Jetzt das Thema wählen	11
3.4.	Verordnung psychiatrische häusliche Krankenpflege, hier: Erweiterte Verordnungskompetenz für Fachärztinnen und Fachärzte mit Zusatz-Weiterbildung Psychotherapie	11
3.5.	Krankenfahrten zur ambulanten Behandlung umfassen auch Fahrten zu Gesundheits- und Krebsfrüherkennungs-untersuchungen nach §§25, 25a und 26 SGB V	11
3.6.	Professionelle Selbsthilfearbeit der hkk, KVN und dem Selbsthilfe-Büro Niedersachsen wird fortgeführt	12

3.7.	Versorgung „Gesund schwanger“: Teilnahme der BKK Linde endete am 31. Dezember 2022.....	13
3.8.	Regelungen zum Hausarzt- und Terminservicevermittlungsfall	14
3.9.	Änderung/Ergänzung der Arzneimittelvereinbarung für das Jahr 2022.....	14
4.	Veranstaltungen im März und April 2023.....	15
5.	Anlagenverzeichnis.....	17
5.1.	Sammelerklärung	17

1. Abrechnung

1.1. Zusätzliche Vergütung der Behandlung von Kindern mit Atemwegserkrankungen im 4. Quartal 2022 und im 1. Quartal 2023

Angesichts der angespannten Lage in vielen Arztpraxen infolge der extrem hohen Zahl von Atemwegsinfektionen insbesondere bei Kindern haben die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und GKV-Spitzenverband eine kurzfristige finanzielle Unterstützung vereinbart. Die behandelnden Ärzte erhalten danach im vierten Quartal 2022 und im ersten Quartal 2023 für Kinder bis zum vollendeten 12. Lebensjahr mit Atemwegsinfektionen einen Zuschlag zur Versicherten- und Grundpauschale. Über die entsprechenden Beschlüsse des Bewertungsausschusses möchten wir Sie im Folgenden informieren.

Übersicht der beschlossenen Maßnahmen

Als kurzfristige Maßnahme hat nunmehr der Bewertungsausschuss eine entsprechende Verbesserung der Vergütung der Behandlungen von Kindern mit Atemwegserkrankungen beschlossen:

- Ärztinnen und Ärzte erhalten für die Behandlung von Kindern mit Atemwegserkrankungen im vierten Quartal 2022 und im ersten Quartal 2023 einen Zuschlag von rund 7,50 Euro zur Versicherten- beziehungsweise Grundpauschale. Die Vergütung dieses Zuschlags erfolgt innerhalb der Morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV).
- Der Zuschlag wird an Kinder- und Jugendärzte, Allgemeinmediziner, hausärztliche Internisten, HNO-Ärzte, Fachärzte für Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen sowie Pneumologen gezahlt.

Verbesserung der Vergütung

Beschluss zur Aufnahme eines Zuschlags für Kindern mit Atemwegserkrankungen

Für den Zuschlag wird befristet vom 1. Oktober 2022 bis zum 31. März 2023 eine neue Gebührenordnungsposition (GOP) 01110 in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) aufgenommen. Die GOP ist mit 65 Punkten bewertet. Damit wird der Mehraufwand für die besondere Inanspruchnahme von Vertragsärztinnen und Vertragsärzten durch das verstärkte Auftreten verschiedener akuter Atemwegserkrankungen bei Kindern bis zum vollendeten 12. Lebensjahr in diesen beiden Quartalen vergütet.

Die GOP 01110 wird durch die KVN einmal im Behandlungsfall zuge-setzt - als Zuschlag zur altersklassenspezifischen hausärztlichen Versichertenpauschale (GOP 03000, 03030, 04000 und 04030) oder zur Grundpauschale des Kapitels 9 (Hals-Nasen-Ohrenheilkunde), des Kapitels 20 (GOP der Fachärzte für Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen) und des Abschnittes 13.3.7 (Pneumologische GOP). Voraussetzung ist, dass das Kind wegen einer Atemwegserkrankung mit einer

gesicherten Diagnose in der Praxis behandelt wurde und dies in der Abrechnung für das Quartal 4/2022 bereits angegeben ist bzw. für 1/2023 codiert wird. Folgende Diagnosen gemäß ICD-10-GM sind relevant:

- J00-J06 Akute Infektionen der oberen Atemwege
- J09-J18 Grippe und Pneumonie
- J20-J22 Sonstige akute Infektionen der unteren Atemwege (außer J18.2 Hypostatische Pneumonie, nicht näher bezeichnet)

Relevante Diagnosen

Hinweis zur Veröffentlichung

Der Beschluss wird auf der Internetseite des Instituts des Bewertungsausschusses (<https://institut-ba.de/ba/beschluesse.html>) und im Deutschen Ärzteblatt veröffentlicht.

1.2. Angabe der KVDT-Felder 5020 und 5021 zu der GOP 01731 EBM nicht mehr erforderlich

Bei der Abrechnung der GOP 01731 (Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen beim Mann) sind die Angaben der Wiederholungsuntersuchung und das Jahr der letzten Untersuchung in den KVDT-Feldern 5020 bzw. 5021 nicht mehr erforderlich.

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

2. Verordnungen

2.1. KEYTRUDA® (Pembrolizumab) in weiteren Teilindikationen als Praxisbesonderheit anerkannt

KEYTRUDA® (Wirkstoff: Pembrolizumab) wird nach einer Vereinbarung zwischen dem GKV-Spitzenverband und dem pharmazeutischen Unternehmer MSD Sharp & Dohme GmbH in weiteren Teilindikationen bzw. Patientengruppen mit Zusatznutzen als Praxisbesonderheit anerkannt:

1. Kolorektalkarzinom mit MSI-H oder dMMR 1L
Hodgkin Lymphom
2. Ösophaguskarzinom
Triple-negatives Mammakarzinom 1L
3. Endometriumkarzinom in der Kombinationstherapie mit Levatinib

Teilindikationen

Nachfolgend erläutern wir Ihnen die o. g. Teilindikationen zu dieser Praxisbesonderheit:

1. Kolorektalkarzinom mit MSI-H oder dMMR1L, Hodgkin-Lymphom

Beginn der Praxisbesonderheit ab dem 15. Februar 2022, lt. G-BA-Beschluss vom 16. September 2021

- KEYTRUDA® ist als Monotherapie zur Erstlinienbehandlung des metastasierenden Kolorektalkarzinoms bei Tumoren mit hochfrequenter Mikrosatelliten-Instabilität (MSI-H) oder mit einer Mismatch-Reparatur-Defizienz (dMMR) bei Erwachsenen angezeigt.

Kolorektalkarzinoms

In diesem Anwendungsgebiet sah der G-BA einen Anhaltspunkt für einen geringen Zusatznutzen gegenüber FOLFOX oder FOLFIRI ± Cetuximab oder Bevacizumab.

Geringer Zusatznutzen

- KEYTRUDA® ist als Monotherapie zur Behandlung des rezidivierenden oder refraktären klassischen Hodgkin-Lymphoms bei Kindern und Jugendlichen ab drei Jahren und Erwachsenen nach Versagen einer autologen Stammzelltransplantation (auto-SZT) oder nach mindestens zwei vorangegangenen Therapien, wenn eine auto-SZT nicht in Frage kommt, angezeigt.

Hodgkin-Lymphoms

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

Beträchtlicher Zusatznutzen

2. Ösophaguskarzinom und Triple-negatives Mammakarzinom 1L

Beginn der Praxisbesonderheit ab dem 1. November 2022, lt. G-BA-Beschluss vom 5. Mai 2022

- KEYTRUDA® ist in Kombination mit einer Platin- und Fluoropyrimidin-basierten Chemotherapie zur Erstlinienbehandlung des lokal fortgeschrittenen nicht resezierbaren oder metastasierenden Ösophaguskarzinoms oder des HER2-negativen Adenokarzinoms des gastroösophagealen Übergangs bei Erwachsenen mit PD-L1-exprimierenden Tumoren (CPS \geq 10) angezeigt.

Ösophaguskarzinoms

In diesem Anwendungsgebiet sah der G-BA einen Anhaltspunkt für einen beträchtlichen Zusatznutzen in Kombination mit Cisplatin und 5-Fluorouracil gegenüber Cisplatin in Kombination mit 5-Fluorouracil.

Beträchtlicher Zusatznutzen

- KEYTRUDA® ist in Kombination mit Chemotherapie zur Behandlung des lokal rezidivierenden nicht resezierbaren oder metastasierenden triple-negativen Mammakarzinoms mit PD-L1-exprimierenden Tumoren (Combined Positive Score [CPS] \geq 10) bei Erwachsenen, die keine vorherige Chemotherapie zur Behandlung der metastasierenden Erkrankung erhalten haben, angezeigt.

Mammakarzinom

In diesem Anwendungsgebiet sah der G-BA einen Anhaltspunkt für einen beträchtlichen Zusatznutzen in Kombination mit nab-Paclitaxel oder Paclitaxel gegenüber nab-Paclitaxel oder Paclitaxel.

Beträchtlicher Zusatznutzen

3. Endometriumkarzinom in der Kombinationstherapie mit Lenvatinib

Beginn der Praxisbesonderheit ab dem 1. November 2022, lt. G-BA-Beschluss vom 7. Juli 2022

- KEYTRUDA® ist in Kombination mit Lenvatinib zur Behandlung des fortgeschrittenen oder rezidivierenden Endometriumkarzinoms bei Erwachsenen mit einem Fortschreiten der Erkrankung während oder nach vorheriger Platin-basierter Therapie in jedem Krankheitsstadium, wenn eine kurative chirurgische Behandlung oder Bestrahlung nicht in Frage kommt, angezeigt.

Endometriumkarzinom

In diesem Anwendungsgebiet sah der G-BA einen Anhaltspunkt für einen beträchtlichen Zusatznutzen in Kombination mit Lenvatinib gegenüber Therapie nach ärztlicher Maßgabe (Doxorubicin oder Paclitaxel).

Beträchtlicher Zusatznutzen

Hinweise:

Die Vorgaben der Fachinformation sind zu berücksichtigen. Andere Anwendungsgebiete und Anwendungsgebietserweiterungen sind ausdrücklich nicht von dieser Praxisbesonderheit umfasst. Dies gilt insbesondere für Patientengruppen ohne belegten Zusatznutzen.

Nicht umfasst

Bei der Anwendung von Pembrolizumab außerhalb des bestimmungsgemäßen Gebrauchs ("Off Label Use") sowie ein abweichendes Dosierungsschema, gilt die Anerkennung als Praxisbesonderheit nicht.

Die bestehenden Praxisbesonderheiten in den Anwendungsgebieten gelten weiterhin fort:

- nicht-kleinzelligen Lungenkarzinoms in Erst- (NSCLC 1L) oder Zweitlinientherapie (NSCLC 2L) (siehe KVN-Rundschreiben Mai 2018)
- Urothelkarzinoms 2L (siehe KVN-Rundschreiben September 2018)
- Melanoms adjuvant, des nicht-plattenepithelialen NSCLC 1L, des plattenepithelialen NSCLC 1L (siehe KVN-Rundschreiben Juni 2020)
- Nierenzellkarzinom 1L und des Kopf-Hals-Tumors 1L (siehe KVN-Rundschreiben Dezember 2020)

Auch bestehen weiterhin die Hinweise zur Einleitung und Überwachung der Behandlung mit Pembrolizumab. Gemäß den Vorgaben der EMA hinsichtlich zusätzlicher Maßnahmen zur Risikominimierung ist seitens des pharmazeutischen Unternehmers Schulungsmaterial sowie ein Patientenausweis zur Verfügung zu stellen. Der Patient ist aufgefordert, den Patientenausweis immer bei sich zu tragen.

Vor Beginn einer Behandlung mit Pembrolizumab sollte regelhaft der PD-L1-Status der Tumoren vorliegen. Bei der Bestimmung des PD-L1-Status des Tumors sollte eine entsprechend validierte und robuste Methode verwendet werden, um falsch-negative oder falsch-positive Bestimmungen zu minimieren.

Anerkennung als Praxisbesonderheit besteht, solange MSD Sharp & Dohme Keytruda® in Deutschland vertreibt. Weitere Informationen zur Praxisbesonderheit finden Sie auf der Seite des GKV-Spitzenverbandes unter dem folgenden Link: https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/arzneimittel/verhandlungen_nach_amnog/ebv_130b/wirkstoff_405954.jsp

2.2. Verordnungsfähigkeit von Geräten zur kontinuierlichen interstitiellen Glucosemessung

Seit einigen Jahren sind Geräte zur Messung des Gewebezuckers erhältlich. Uns erreichten in letzter Zeit vermehrt Anfragen zur Verordnungsfähigkeit. Eine Auflistung aller verordnungsfähigen Messgeräte ist im GKV-Hilfsmittelverzeichnis unter „Real-Time-Messgeräte“ zu finden (Hilfsmittelpositionsnummer 21.43.01).

Eine Verordnung zu Lasten der GKV ist bei intensivierter Insulintherapie im Rahmen eines Diabetes mellitus möglich, insbesondere dann, wenn die zwischen Arzt und Versicherten festgelegten individuellen Therapieziele zur Stoffwechseleinstellung auch bei Beachtung der jeweiligen Lebenssituation des Versicherten nicht erreicht werden können.

Der Patient wendet sich mit dem Rezept (Muster 16) zwecks Genehmigung an seine Krankenkasse, die Auswahl des Gerätes erfolgt je nach Liefervertrag, dieses wird in der Regel direkt vom Hersteller zur Verfügung gestellt. Modernere Systeme bieten auch die Auslesung des Sensors mittels App auf dem Smartphone an.

In Einzelfällen ist auch die namentliche Verordnung eines bestimmten Gerätes möglich. Hier ist jedoch die Begründung sorgfältig in der Patientenakte zu dokumentieren.

Weitere Informationen finden Sie im Hilfsmittelverzeichnis unter: <https://hilfsmittel.gkv-spitzenverband.de/home/verzeichnis/0594647b-515e-4a30-a7d9-a5166d3977ba>

2.3. Jardiance® (Empagliflozin) in weiterer Teilindikation als Praxisbesonderheit anerkannt

Jardiance® (Wirkstoff: Empagliflozin) wird ab dem 1. Januar 2023 in einem weiteren Anwendungsgebiet und ab dem ersten Behandlungsfall als Praxisbesonderheit anerkannt:

- Behandlung von Erwachsenen mit symptomatischer, chronischer Herzinsuffizienz mit reduzierter Ejektionsfraktion - unabhängig vom Vorliegen eines Diabetes mellitus.

Weitere Anwendungsgebiete oder Patientengruppen sind hiervon nicht umfasst.

Die Vorgaben der Fachinformation sind zu berücksichtigen.

Unabhängig Diabetes mellitus

Die Praxisbesonderheit gilt, solange Boehringer Ingelheim oder etwaige Rechtsnachfolger Jardiance® in Deutschland vertreiben.

Die seit 1. Januar 2017 gültige Anerkennung als Praxisbesonderheit bei Erwachsenen mit Typ-2-Diabetes und manifester kardiovaskulärer Erkrankung bleibt weiter bestehen (vgl. KVN-Rundbrief 25/2017).

Weitere Informationen bezüglich der Anerkennung als Praxisbesonderheit finden Sie unter: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/arzneimittel/amnog_praxisbesonderheiten/14034pb20170301.pdf

2.4. Praxisbesonderheit Aimovig® (Erenumab) an erneuerte frühe Nutzenbewertung angepasst

Die seit 15. Dezember 2019 gültige Anerkennung als Praxisbesonderheit für Aimovig® (Wirkstoff Erenumab), vgl. KVN-Rundbrief 10/2020, wird durch die Folgende ersetzt:

Verordnungen von Aimovig® (Wirkstoff: Erenumab) sind ab dem 1. April 2022 nach §130b Abs. 2 SGB V von der Prüfungsstelle in der aufgeführten Patientengruppe mit einem Zusatznutzen laut G-BA-Beschluss vom 2. Mai 2019 sowie vom 21. Oktober 2021 ab dem ersten Behandlungsfall als Praxisbesonderheiten anzuerkennen, solange Novartis Aimovig in Deutschland vertreibt und ausschließlich für:

- Erwachsene mit mindestens vier Migränetagen pro Monat, bei denen die Therapie mit mindestens einer Migräneprophylaxe (Metoprolol, Propranolol, Flunarizin, Topiramat, Amitriptylin oder Clostridium botulinum Toxin Typ A) erfolglos war oder diese nicht vertragen wurde.
- Erwachsene mit mindestens vier Migränetagen pro Monat, die für keinen der genannten Wirkstoffe zur Migräneprophylaxe geeignet sind. Die Nichteignung ist zu dokumentieren.

Alle anderen Patienten sind ausdrücklich nicht von der Praxisbesonderheit umfasst.

Die Vorgaben der Fachinformation sind zu berücksichtigen. Die Einleitung und Überwachung der Behandlung mit Erenumab soll durch in der Diagnose und Therapie von Patientinnen und Patienten mit Migräne erfahrene Ärzte erfolgen.

In klinischen Studien konnte gezeigt werden, dass bei der Mehrheit der Patienten, die auf die Therapie angesprochen haben, ein klinischer Nutzen innerhalb von drei Monaten auftrat. Das Ansprechen des Patienten ist vom Arzt zu dokumentieren. Bei Patienten, die nach drei Monaten Behandlung noch kein Ansprechen gezeigt haben, ist die Folgeverordnung nicht mehr von der Praxisbesonderheit umfasst.

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

Ausschließlich für

Nach drei Monaten kein Ansprechen

Die Ärzte sind hiermit nicht von den einzuhaltenden Vorgaben aus §12 SGB V und §9 der Arzneimittelrichtlinie entbunden.

Hintergrund:

Auf Grundlage neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse war eine Neubewertung für die Patientengruppe „Erwachsene mit mindestens 4 Migränetagen pro Monat, für die eine konventionelle Migräneprophylaxe in Frage kommt“, durch den G-BA erfolgt.

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/18083pb20181101.pdf

2.5. Anlage I (OTC-Übersicht) der Arzneimittel-Richtlinie, Aktualisierung

Mit Wirkung zum 31. Januar 2023 wurde die Anlage I der Arzneimittel-Richtlinie aktualisiert. Die jeweiligen Änderungen in den aufgeführten Nummern wurden zur besseren Lesbarkeit kursiv hinterlegt:

17. Eisen-(II)-Verbindungen *als Monopräparate* nur zur Behandlung von gesicherter Eisenmangelanämie.

18. Flohsamen und Flohsamenschalen nur zur unterstützenden Quellmittel-Behandlung bei Morbus Crohn, *Zustand nach ausgedehnter Darmresektion, insbesondere Kurzdarmsyndrom* und HIV assoziierter Diarrhoen.

22. Harnstoffhaltige Dermatika *als Monopräparate* mit einem Harnstoffgehalt von mindestens 5 % nur bei gesicherter Diagnose bei Ichthyosen, wenn keine therapeutischen Alternativen für den jeweiligen Patienten indiziert sind.

31. ~~Metixenhydrochlorid nur zur Behandlung des Parkinson-Syndroms.~~

34. Nystatin, *oral*, nur zur Behandlung von Mykosen bei immunsupprimierten Patienten.

36. Pankreasenzyme, *ausgenommen in fixer Kombination mit anderen Wirkstoffen*, nur zur Behandlung chronischer, exokriner Pankreasinsuffizienz oder Mukoviszidose sowie zur Behandlung der funktionellen Pankreasinsuffizienz nach Gastrektomie bei Vorliegen einer Steatorrhoe.

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 finden Sie unter dem folgenden Link: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-5726/2022-11-17_AM-RL-I-OTC_Aktualisierung_BAnz.pdf

Änderungen

3. Allgemeine Hinweise

3.1. In eigener Sache: KVN stellt monatliches Rundschreiben ab August ausschließlich auf elektronischen Versand um

Es ist aus den niedersächsischen Vertragsarztpraxen nicht wegzudenken: Das monatliche Rundschreiben zu aktuellen Regelungen in der Praxisführung. Doch die Tage des Postversands sind gezählt: Ab August 2023 wird die KVN das Rundschreiben nur noch per E-Mail an die von Ihnen kürzlich gemeldeten E-Mail-Adressen (KVN-ID) versenden.

Angesichts der aktuellen Forderung nach Ressourcenschonung, aber auch nach einer möglichst verzögerungsfreien Übermittlung von Informationen erscheint die zeitraubende Vervielfältigung der Rundschreiben mit mehreren hunderttausend Blatt Papier und deren Postversand nicht mehr zeitgemäß. Mit anderen Worten: Die KVN kann mit den Informationen aktueller sein, da die Produktion für den Postversand wegfällt. Außerdem können die Praxen das KVN-Rundschreiben über den internen E-Mail-Verteiler an Praxismitarbeiterinnen und Praxismitarbeiter einfach weiterleiten. Über die Suchfunktion können relevante Texte schneller gefunden werden. Auch die interne Archivierung - falls gewünscht - wird erleichtert. Viele Vorteile, die die digitale Welt bietet.

In den vergangenen Monaten hat die KVN einen E-Mail-Verteiler ihrer Mitglieder aufgebaut, der fast alle Adressaten des Rundschreibens erfasst. Sie werden ab Mitte 2023 monatlich eine E-Mail mit einer Inhaltsübersicht des Rundschreibens und einem Downloadlink erhalten. Wer bislang keine gültige E-Mail-Adresse bei der KVN hinterlegt hat, kann dann auf der Website der KVN unter <https://www.kvn.de/Mitglieder/Rundschreiben.html> das jeweils aktuelle Rundschreiben aufrufen, um auf dem Laufenden zu bleiben. Dort befindet sich auch das Download-Archiv.

3.2. Umsetzung der STIKO-Empfehlung zur Gelbfieber-Auffrischungsimpfung bei beruflicher Indikation und vor Reisen in Endemiegebiete

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat die Empfehlungen der STIKO zur Gelbfieber-Auffrischungsimpfung in die Schutzimpfungs-Richtlinie (SI-RL) aufgenommen.

Bei beruflicher Indikation und vor der Reise in ein Gelbfieber-Endemiegebiet sollte mindestens zehn Tage vor erneuter beziehungsweise bei fortgesetzter potenzieller Exposition, eine zweite Impfstoffdosis verabreicht werden, sofern zehn oder mehr Jahre seit der Erstimpfung vergangen sind. Danach sind keine weiteren Auffrischungsimpfungen notwendig.

Ausnahmen und Besonderheiten für Schwangere, Personen mit Immundefizienz und Kindern hat die STIKO im Epidemiologischen Bulletin Nr. 32 vom 11. August 2022 veröffentlicht.

Aktuellere
Informationen

Die Änderung der SI-RL ist am 7. Dezember 2022 in Kraft getreten.

Die Gelbfieber-Auffrischungsimpfung bei beruflicher Indikation ist mit der GOP 89131X ausschließlich für AOK-Patienten abrechnungsfähig. Die Gelbfieber-Auffrischungsimpfung anlässlich eines privaten Auslandsaufenthaltes ist nur gegenüber der BARMER, der Knappschaft und den Betriebskrankenkassen abrechnungsfähig. Ansonsten ist die Gelbfieber-Auffrischungsimpfung den Patienten privat in Rechnung zu stellen.

3.3. 4. KVN-Web-Session am 21 März 2023 - Jetzt das Thema wählen

Die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen (KVN) veranstaltet am 21. März 2023, um 19 Uhr die 4. KVN-Web-Session. Sie haben ab dem 15. Februar 2023 die Möglichkeit im KVN-Portal über das Thema abzustimmen. Folgende Themen stehen zur Abstimmung:

- Telematikinfrastruktur - Wie geht es 2023 weiter?
- Praxisverwaltungssysteme 3.0 - Abrechnung- und Prozessoptimierung der Zukunft
- DIGAs - Wie effizient sind Apps auf Rezept wirklich?

Themen zur
Abstimmung

IT-Experten vermitteln in der KVN-Web-Session Wissen zu den Themen, schildern Vor- und Nachteile der digitalen Anwendung und diskutieren mit Ihnen die Probleme. Ihre Fragen werden live im Chat beantwortet. Wir möchten mit der KVN-Web-Session auf Ihre Erfahrungen, Probleme und den erlebten „digitalen“ Alltag in Ihren Praxen eingehen. Die Veranstaltung dauert maximal 90 Minuten und wird auf dem Youtube-Kanal der KVN übertragen. Stimmen Sie jetzt ab!

3.4. Verordnung psychiatrische häusliche Krankenpflege, hier: Erweiterte Verordnungskompetenz für Fachärztinnen und Fachärzte mit Zusatz-Weiterbildung Psychotherapie

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat die bisher eingeschränkte Verordnungsbefugnis von Fachärztinnen und Fachärzten mit der Zusatz-Weiterbildung Psychotherapie bei Leistungen zur psychiatrischen häuslichen Krankenpflege aufgehoben.

Fachärztinnen und Fachärzte mit dieser Zusatz-Weiterbildung erhalten damit ab sofort das gleiche Verordnungsrecht wie zum Beispiel Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten sowie niedergelassene Ärztinnen und Ärzte der Fachbereiche Neurologie, Nervenheilkunde oder Psychiatrie.

3.5. Krankenfahrten zur ambulanten Behandlung umfassen auch Fahrten zu Gesundheits- und Krebsfrüherkennungs- untersuchungen nach §§25, 25a und 26 SGB V

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat klargestellt, dass der Begriff der ambulanten Behandlung auch Fahrten zu Gesundheits- und

Krebsfrüherkennungsuntersuchungen umfasst und sich damit nicht beschränkt auf Leistungen der Krankenbehandlung.

Die Verordnung kann auch ausgestellt werden, wenn der Termin bei einem organisierten Krebsfrüherkennungsprogramm von einer Einladungsstelle angeboten und vereinbart worden ist.

Die Krankenfahrt zu einer Gesundheits- oder Krebsfrüherkennungsuntersuchung kann für Versicherte verordnet werden, die einen Schwerbehindertenausweis mit dem Merkzeichen "aG", "Bl" oder "H" oder einen Einstufungsbescheid gemäß SGB XI in den Pflegegrad 3, 4 oder 5 bei der Verordnung vorlegen und bei Einstufung in den Pflegegrad 3 wegen dauerhafter Beeinträchtigung ihrer Mobilität einer Beförderung bedürfen. Die Verordnungsvoraussetzungen sind auch bei Versicherten erfüllt, die bis zum 31. Dezember 2016 in die Pflegestufe 2 eingestuft waren und seit 1. Januar 2017 mindestens in den Pflegegrad 3 eingestuft sind.

Verordnungs-
voraussetzungen

3.6. Professionelle Selbsthilfearbeit der hkk, KVN und dem Selbsthilfe-Büro Niedersachsen wird fortgeführt

Seit Anfang des Jahres können Arztpraxen in Niedersachsen PatientInnen mit dem Selbsthilfepaket „Gemeinsam statt einsam“ umfassend über die professionelle Selbsthilfearbeit informieren. Dieses Thema ist weiterhin akuter denn je. Doch 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.

Nachdem bereits 150 Arztpraxen in Niedersachsen unser Paket erhielten, können diese weiterhin unter [hkk.de/selbsthilfepaket](https://www.hkk.de/selbsthilfepaket) kostenlos über das Anmeldeformular angefordert werden. Das Servicepaket besteht aus einem Prospektständer gefüllt mit Broschüren, und einem Merkblatt, auf dem PatientInnen weitere Informationen im digitalen Format anhand eines QR-Codes erhalten.

Der Versand der Pakete erfolgt kostenfrei an Ihre Praxis. Bei Bedarf kann das Merkblatt auch digital auf Ihrer Internetseite verlinkt werden.

Bitte geben Sie hierzu einen Hinweis im Bemerkungsfeld beim Anmeldeformular und eine offizielle, gültige E-Mail-Adresse an.

Wir bedanken uns bei den 150 Arztpraxen, die bereits über das Thema Selbsthilfe in Niedersachsen informieren und freuen uns über jede weitere Praxis, die diesen Schritt ebenfalls geht.

3.7. Versorgung „Gesund schwanger“: Teilnahme der BKK Linde endete am 31. Dezember 2022

Die BKK Linde (VKNR: 45411) hat ihre Vertragsteilnahme zum 31. Dezember 2022 gekündigt. Infolgedessen sind die Gebührenordnungspositionen 81300 - 81303 für Versicherte dieser Kasse ab 1. Quartal 2023 nicht mehr abrechenbar.

An dem Vertrag nehmen folgende Krankenkassen teil:

BKK	VKNR
BAHN-BKK	40401
Bertelsmann BKK	19557
BKK B. Braun Aesculap	42401
BKK Deutsche Bank AG	24413
BKK Diakonie	19402
BKK firmus	03412
BKK Melitta plus	19540
BKK Voralb	61493
DIE BERGISCHE KRANKENKASSE	37436
Mercedes-Benz Betriebskrankenkasse	61491
Salus BKK	40410
Südzucker BKK	52405
VIACTIV Krankenkasse	18405

Teilnehmende
Krankenkassen

Weitere Informationen finden Sie im KVN-Portal:
Rubrik Verträge/Eingabe des Suchbegriffs „schwanger“.

3.8. Regelungen zum Hausarzt- und Terminservicevermittlungsfall

Mit dem GKV-Finanzstabilisierungsgesetz (GKV-FinStG) hat der Gesetzgeber weitreichende vergütungs- und abrechnungsrelevante Änderungen zum 1. Januar 2023 beschlossen, die der Erweiterte Bewertungsausschuss am 14. Dezember 2022 weiter konkretisiert hat.

Die Zuschläge für Praxen zur Terminvermittlung wurden zum 1. Januar 2023 erhöht. Außerdem erhalten Haus- sowie Kinder- und Jugendärzte eine höhere Pauschale, wenn sie für ihre Patienten zeitnah einen Termin beim Facharzt oder Psychotherapeuten vermitteln.

Der Gesetzgeber hatte im Jahr 2019 verschiedene Maßnahmen ergriffen, damit gesetzlich Versicherte schneller einen Termin beim Arzt oder Psychotherapeuten bekommen. Dazu zählen neben der Terminvermittlung durch die Terminservicestellen (TSS) der Kassenärztlichen Vereinigungen oder den Hausarzt die offene Sprechstunde und die Neupatientenregelung. Letztere wurde zum 1. Januar 2023 abgeschafft.

Die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen (KVN) hat die wichtigsten Informationen im Internetauftritt zusammengefasst. Die Informationen finden Sie hier: https://www.kvn.de/Mitglieder/Abrechnung_+Honorar+und+Vertrag/Terminvermittlung.html

Maßnahmen

3.9. Änderung/Ergänzung der Arzneimittelvereinbarung für das Jahr 2022

Wir informieren darüber, dass die Arzneimittelvereinbarung des vergangenen Kalenderjahres (AMV 2022) um einen Absatz ergänzt wurde. Inhaltlich wurde nur die Frist zur KV-seitigen Meldung der für die Berechnung des Arzneimittelvolumens relevanten Betriebsstättennummern an die Verbände der Krankenkassen verkürzt.

Diese Änderung hat keine Auswirkungen auf die weiteren Inhalte und Ziele der o. a. Vereinbarung.

Die Änderungsvereinbarung wird im Internet unter Amtliche Bekanntmachungen eingestellt.

4. Veranstaltungen im März und April 2023

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

Name	Ort	Datum	Gebühr p. P.
Existenzgründerseminar Modul 2 "Meine eigene Praxis - So gelingt der Start"	Braunschweig	01.Mär	kostenlos
Impfen	WebSeminar	01.Mär	kostenlos
Honorarbescheid lesen und verstehen	Braunschweig	08.Mär	kostenlos
Die elektronische Patientenakte	WebSeminar	08.Mär	kostenlos
Qualitätsmanagement-Aktuell - Die Qualitätsmanagement-Richtlinie	WebSeminar	08.Mär	69 Euro
Existenzgründerseminar Modul II „Meine eigene Praxis - So gelingt der Start“	Oldenburg	08.Mär	kostenlos
ICD10 - Richtig kodieren	Hannover	08.Mär	kostenlos
IT-Sicherheit für Einsteiger	WebSeminar	08.Mär	69 Euro
Praxisbegehungen durch das Gewerbeaufsichtsamt	Hannover	08.Mär	kostenlos
Moderne Wundversorgung	WebSeminar	08.Mär	kostenlos
Datenschutz für Fortgeschrittene	WebSeminar	08.Mär	69 Euro
Ausbildung zur/m Datenschutzbeauftragte/n in der Arztpraxis (4-tägig)	WebSeminar	14.Mär	260 Euro
Moderne Wundversorgung	WebSeminar	15.Mär	kostenlos
Der Honorarbescheid - Ein Buch mit 7 Siegeln?	Osnabrück	15.Mär	kostenlos
Impfen	WebSeminar	15.Mär	kostenlos
Zusammenarbeit neu ange-dacht - Meine Kooperationsmöglichkeiten heute	WebSeminar	15.Mär	kostenlos
Sprechstundenbedarf	WebSeminar	16.Mär	kostenlos

Psychosomatische Grundversorgung 2023	Rosdorf	18.Mär	700 Euro
Personalführung für PraxismitarbeiterIn	WebSeminar	21.Mär	69 Euro
Praxisorganisation und Praxisführung	WebSeminar	22.Mär	69 Euro
Teamführung und Konfliktprävention	WebSeminar	22.Mär	50 Euro
Medizinprodukte-Aufbereitung Workshop Teil 1	Hannover	22.Mär	125 Euro
Meine Zukunft planen - Impulse für Ihre Praxisabgabe	WebSeminar	22.Mär	kostenlos
Heilmittelverordnung in Theorie und Praxis	WebSeminar	22.Mär	kostenlos
Fit for work - Überzeugend im Auftritt	Hannover	12.Apr	140 Euro
Warum bin ich, wie ich bin? Seminar zur Persönlichkeitsentwicklung	Hannover	14.Apr	145 Euro
Niedersächsisches Praxisforum live 2023	Hannover	15.Apr	kostenlos
PraxismanagerIn Refresherkurs (3-tägig)	Hannover	19.Apr	315 Euro
Verordnungsweise in der täglichen Praxis	Hannover	19.Apr	kostenlos
Stress lass nach	Aurich	19.Apr	90 Euro
Verordnen von Arzneimitteln	WebSeminar	19.Apr	kostenlos
Schwierige Gesprächssituationen erfolgreich meistern	Hannover	22.Apr	145 Euro
Aggressionen und Gewalt in Arztpraxen	Aurich	22.Apr	130 Euro
Sachkundelehrgang gemäß §8 Abs. 4 der Medizinproduktebetriebsverordnung	Hannover	24.Apr	585 Euro
Raus aus der Stressfalle für PraxismitarbeiterIn	Hannover	25.Apr	175 Euro
Kommunikation und Interaktion	Hannover	26.Apr	138 Euro
Impfen	WebSeminar	26.Apr	kostenlos
Sprechstundenbedarf	WebSeminar	26.Apr	kostenlos
Praxis Check-up	WebSeminar	26.Apr	69 Euro

Meine eigene Praxis - Impulse für den Start	WebSeminar	26.Apr	kostenlos
Existenzgründerseminar Modul 1 „Meine eigene Pra- xis - Impulse für Ihren Start“	Verden	29.Apr	kostenlos
Qualitätsmanagement ganz einfach	WebSeminar	29.Apr	69 Euro
Praxisbegehungen durch das Gewerbeaufsichtsamt	WebSeminar	29.Apr	30 Euro

5. Anlagenverzeichnis

5.1. Sammelerklärung



Informationen für die Praxis

KVN-Rundschreiben

Januar 2023

Inhaltsverzeichnis

1. Abrechnung	3
1.1. Vergütung für weitere digitale Gesundheitsanwendung "zanadio" beschlossen.....	3
1.2. Neue Abrechnungssystematik für COVID-19- Impfungen ab dem 1. Januar 2023 obsolet.....	3
1.3. Überschreitung der Toleranzzeiten bei Kinderfrüherkennungsuntersuchungen ab U6 vorübergehend wieder möglich	4
1.4. Bewertungsausschuss (BA) fasst unter anderem Beschlüsse zu COVID-19-Präexpositionsprophylaxe, Telemonitoring und Videosprechstunde	4
1.5. Bewertungsausschuss (BA) bzw. Erweiterter Bewertungsausschuss (EBA) fasst zum 1. Januar 2023 Beschlüsse zur Terminvermittlung und zur Weiterentwicklung ambulantes Operieren	6
1.6. Weitere Beschlüsse des Bewertungsausschusses (BA) zu EBM-Änderungen zum 1. Januar 2023 bzw. 1. April 2023	11
2. Verordnungen	15
2.1. Diagnoselisten für Heilmittel werden zum 1. Januar 2023 angepasst.....	15
2.2. Ins DiGA-Verzeichnis des BfArM dauerhaft aufgenommene Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGAs)	16
2.3. Lieferengpässe - Nichtverfügbarkeit von Packungsgrößen - wirtschaftliche Verordnungsweise	18
2.4. Lieferengpässe Fiebersäfte - Update	19
2.5. Lieferengpässe: Verband der Ersatzkassen - Sicherstellung der Arzneimittelversorgung	20
2.6. Lieferengpass Digitoxin - vollständiger Marktrückzug Digimerck® und Engpass einer Alternative	21
2.7. Lieferengpässe pädiatrische Darreichungsformen - Maßnahmen des BfArM - Update	21

3.	Allgemeine Hinweise	22
3.1.	Die BIG direkt gesund tritt dem GDM-DM3-Vertrag bei	22
3.2.	BKK - Besondere Versorgung „Hallo Baby!“: Neue Leistung ab 1. Januar 2023	23
3.3.	Neue Praxisinformation zur Verordnung von Rehabilitationssport und Funktionstraining	24
3.4.	Aufruf zur Teilnahme: Zi-Energiekosten-Monitoring..	24
3.5.	Zweitmeinungsverfahren - Cholezystektomie (Entfernung der Gallenblase).....	24
3.6.	Anpassung der Onkologie-Vereinbarung zum 1. Januar 2023 - Berechnungsfähigkeit der Kostenpauschale 86516 im Rahmen von Arzneimittel Härtefallprogrammen	25
3.7.	Übergangsregelung bei der Verordnung von außerklinischen Intensivpflege verlängert bis zum 30. Oktober 2023.....	26
3.8.	Organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme (oKFE) Darmkrebs und Zervixkarzinom	26
3.9.	Gesetzliche Unfallversicherung: Beschlüsse der Ständigen Gebührenkommission zur Änderung der UV-GOÄ treten am 1. Januar 2023 in Kraft	28
3.10.	Bosch BKK: Besondere akutpsychotherapeutische Versorgung erweitert ab Januar 2023	29
3.11.	Veröffentlichungen der Ausschreibungen zu Vertragsarzt-/ Vertragspsychotherapeutenstellen im Januar 2023.....	29
4.	Veranstaltungen im Februar und März 2023.....	29
5.	Anlagenverzeichnis.....	32
5.1.	Faxbestellung	32

1. Abrechnung

1.1. Vergütung für weitere digitale Gesundheitsanwendung „zanadio“ beschlossen

Der Bewertungsausschuss hat für die digitale Gesundheitsanwendung (DiGA) „zanadio“ die Abrechnung und Vergütung über den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) geregelt. Hintergrund ist, dass das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) diese nach der Erprobungsphase nun dauerhaft in das DiGA-Verzeichnis (gemäß §139e SGB V) aufgenommen hat. Außerdem wurde beschlossen, dass auch die Fachgruppe Physikalische und Rehabilitative Medizin die Verlaufskontrolle für die DiGA „Vivira“ berechnen kann sowie dass die bis zum Jahresende befristete Gebührenordnungsposition (GOP) 01470 zur Erstverordnung von DiGA wie geplant ausläuft. Über die neuen Regelungen, die ab Januar 2023 gelten, möchten wir Sie nachfolgend informieren.

Die DiGA „zanadio“ wurde im Oktober 2020 vorläufig zur Erprobung in das DiGA-Verzeichnis aufgenommen. Nach mehrfacher Verlängerung des Erprobungszeitraums wurde diese DiGA im August 2022 dauerhaft in das DiGA-Verzeichnis aufgenommen.

Anpassung des EBM zum 1. Januar 2023

Folgende Gebührenordnungsposition wird neu in den EBM aufgenommen:

- GOP 01473 (64 Punkte, einmal im Behandlungsfall): Zusatzpauschale für die Verlaufskontrolle und die Auswertung der digitalen Gesundheitsanwendung (DiGA) zanadio gemäß dem Verzeichnis für digitale Gesundheitsanwendungen gemäß §139e SGB V. Die GOP ist nicht in zwei aufeinanderfolgenden Quartalen und höchstens zweimal im Krankheitsfall berechnungsfähig.

Neu aufgenommen

Hinweise zur Veröffentlichung

Der Beschluss wird auf der Internetseite des Instituts des Bewertungsausschusses (<http://institut-ba.de/ba/beschluesse.html>) und im Deutschen Ärzteblatt veröffentlicht.

1.2. Neue Abrechnungssystematik für COVID-19-Impfungen ab dem 1. Januar 2023 obsolet

Die ursprüngliche Information zur neuen Abrechnungssystematik für COVID-19-Impfungen zum 1. Januar 2023 ist obsolet. Das KVDT-Feld 5014 wird gar nicht zur Verfügung gestellt und die Angabe fällt daher weg. Aus Gründen des Bürokratieabbaus haben sich die Partner auf Bundesebene kurzfristig darauf geeinigt, auf die Angabe zu verzichten.

1.3. Überschreitung der Toleranzzeiten bei Kinderfrüherkennungsuntersuchungen ab U6 vorübergehend wieder möglich

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat die Aussetzung der Untersuchungszeiträume bei der U6, U7, U7a, U8 sowie U9 ab der U6 befristet bis 31. März 2023 beschlossen. Dadurch können diese Untersuchungen auch bei einer Überschreitung der für sie jeweils festgelegten Untersuchungszeiträume und Toleranzzeiten in Anspruch genommen werden, und zwar bis zum Ablauf von drei Monaten nach dem 31. März 2023, somit bis zum 30. Juni 2023.

Die befristete erneute Aussetzung der Untersuchungszeiträume soll die Eindämmung des Infektionsgeschehens der oberen Atemwege bei Kindern unterstützen und Praxen zumindest kurzfristig entlasten.

1.4. Bewertungsausschuss (BA) fasst unter anderem Beschlüsse zu COVID-19-Präexpositionsprophylaxe, Telemonitoring und Videosprechstunde

Der BA hat mehrere Beschlüsse zur COVID-19-Präexpositionsprophylaxe, Telemonitoring bei Herzinsuffizienz sowie den Authentifizierungszuschlag bei der Videosprechstunde gefasst. Näheres stellen wir Ihnen nachfolgend vor.

Änderung der SARS-CoV-2-Arzneimittelversorgungsverordnung zum 1. Januar 2023

Der BA hat die Aufnahme einer COVID-19-Präexpositionsprophylaxe (COVID-19-PrEP) mit dem monoklonalen Antikörper (MAK) Evusheld® (Wirkstoffe: Tixagevimab und Cilgavimab) in den EBM beschlossen. Hintergrund ist die dritte Verordnung zur Änderung der SARS-CoV-2-Arzneimittelversorgungsverordnung, die aktuell bis zum 7. April 2023 befristet ist. Sie schafft mit dem neu aufgenommenen Paragraphen 1a den Anspruch für Versicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung auf Versorgung mit verschreibungspflichtigen Arzneimitteln mit MAK zur präventiven Anwendung zum Schutz vor COVID-19.

Voraussetzung hierfür ist, dass bei den Versicherten entweder aus medizinischen Gründen kein oder kein ausreichender Immunschutz gegen COVID-19 durch eine Impfung erzielt werden kann oder bei ihnen Impfungen gegen SARS-CoV-2 aufgrund einer Kontraindikation nicht durchgeführt werden können und sie Risikofaktoren für einen schweren Verlauf einer Erkrankung an COVID-19 haben.

Neuer EBM-Abschnitt 1.7.9 und Aufnahme der GOP 01940

Zur Vergütung der COVID-19-PrEP wird der neue EBM-Abschnitt 1.7.9 geschaffen, in den die Gebührenordnungsposition (GOP) 01940 aufgenommen wird. Sie umfasst obligat neben der Prüfung der Indikation für eine COVID-19-PrEP die Aufklärung und Beratung des Patienten. Die Abbildung der intramuskulären Injektionen mit den Wirkstoffen Tixagevimab und Cilgavimab erfolgt fakultativ, falls bei dem Versicherten nach

Neuer EBM-Abschnitt

erfolgter Beratung keine COVID-19-PrEP, z. B. auf Patientenwunsch, durchgeführt wird.

Die GOP 01940 ist mit 163 Punkten bewertet und von Allgemeinmedizinern, Kinder- und Jugendmedizinern sowie Internisten bis zu zweimal im Krankheitsfall berechnungsfähig, sofern die COVID-19-PrEP mindestens einmal verabreicht wurde. Die Vergütung erfolgt aufgrund des erwarteten geringen Leistungsvolumens innerhalb der MGV.

Telemonitoring bei Herzinsuffizienz

Der Abrechnungsausschluss beim Telemonitoring bei Herzinsuffizienz mittels kardialen Aggregat (GOP 13584) zu den Funktionsanalysen, die in der Praxis durchgeführt werden (GOP 04411, 04413, 04415, 13571, 13573 und 13575) im Behandlungsfall wird aufgehoben.

Für die Funktionsanalysen eines Defibrillators/Kardioverters (GOP 13573 bzw. 04413) und implantierten Systems zur kardialen Resynchronisationstherapie (GOP 13575 bzw. 04415) ist künftig eine Abrechnung neben der GOP 13584 grundsätzlich einmal im Krankheitsfall möglich. Zum Zweck der Umprogrammierung oder bei nicht vorhersehbarer Inanspruchnahme ist die jeweilige Leistung weitere zweimal im Krankheitsfall berechnungsfähig. Mit dieser Änderung werden Konstellationen in der Versorgung berücksichtigt, in denen manuelle Messungen im Rahmen der Funktionskontrolle sowie Umprogrammierungen und persönliche Kontrollen des implantierten Aggregats erforderlich sind.

Darüber hinaus werden die Zuschläge für das intensivierete Telemonitoring (GOP 13585 und 13587) angepasst. Die Tage 24. Dezember und 31. Dezember werden analog zu vergleichbaren Leistungen im EBM künftig als besondere Werktage berücksichtigt.

Verlängerung des Authentifizierungszuschlags Videosprechstunde

Für den Praxisaufwand zur Authentifizierung von Patienten im Rahmen einer Videosprechstunde, die bislang noch nie oder seit Längerem nicht persönlich in der Praxis vorstellig waren, können Arztpraxen den Authentifizierungszuschlag nach der GOP 01444 (10 Punkte) ansetzen. Dieser Zuschlag ist bis zum 31. Dezember 2022 befristet im EBM. Perspektivisch soll eine technische Authentifizierungslösung für die Videosprechstunde auf Basis von digitalen Versichertenidentitäten flächendeckend bereitstehen. Da diese digitalen Versichertenidentitäten den Versicherten derzeit noch nicht zur Verfügung stehen, ist der Authentifizierungszuschlag um ein weiteres Jahr bis zum 31. Dezember 2023 verlängert worden. Ab dem 1. Januar 2024 sollen digitale Identitäten den Versicherten in gleicher Weise wie die elektronische Gesundheitskarte als Versicherungsnachweis dienen.

EBM-Detailänderungen

Außerdem hat der BA zum 1. Januar 2023 einzelne Detailänderungen im EBM beschlossen.

Aufhebung des PFG-Ausschlusses für den Strukturzuschlag zur Gruppentherapie

Für den sogenannten Strukturzuschlag zur Gruppentherapie (GOP 35572) wird die Kennzeichnung im Anhang 3 zum Ausschluss der Pauschale zur Förderung der fachärztlichen Grundversorgung (PFG) gestrichen. Diese Anpassung erfolgt, da die zum 1. Oktober 2021 neu in den EBM aufgenommenen GOP 35173 bis 35179 (Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung) Bestandteil der fachärztlichen Grundversorgung und gleichzeitig gemäß der Legende der GOP 35572 zuschlagsberechtigt sind.

Sofern die GOP 35572 als Zuschlag zu anderen in der Leistungslegende genannten Leistungen, die nicht zur fachärztlichen Grundversorgung zählen, zugesetzt wird, führen diese Leistungen zum Ausschluss der jeweiligen PFG im Behandlungsfall.

Neue medikamentöse Behandlung bei Morbus Pompe
Die Behandlung mit einer weiteren Enzyersatztherapie bei Morbus Pompe, Avalglucosidase alfa, wird ab dem 1. Januar 2023 vergütet. Hierzu erfolgt die Aufnahme der Beobachtung und Betreuung eines Kranken unter parenteraler intravasaler Gabe von Avalglucosidase alfa bei Morbus Pompe in den obligaten Leistungsinhalt der GOP 01510 bis 01512 in den Abschnitt 1.5 des EBM. Da die Infusion gemäß aktuell gültiger Fachinformation bis zu sieben Stunden betragen kann, ist auch die GOP 01512 berechnungsfähig. Für die Behandlung mit dem Wirkstoff Alglucosidase alfa sind nur die GOP 01510 und 01511 berechnungsfähig. Die Vergütung erfolgt innerhalb der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung.

Morbus Pompe

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

1.5. Bewertungsausschuss (BA) bzw. Erweiterter Bewertungsausschuss (EBA) fasst zum 1. Januar 2023 Beschlüsse zur Terminvermittlung und zur Weiterentwicklung ambulantes Operieren

Terminvermittlung

Zur Umsetzung des GKV-Finanzstabilisierungsgesetzes (GKV-FinStG) wurden zwei Beschlüsse gefasst - jeweils im EBA, da im BA keine Einigung erzielt werden konnte. Knackpunkt war die Frist, in der der Hausarzt den Termin beim Facharzt oder Psychotherapeuten vermitteln muss.

Der erste Beschluss betrifft die Anpassungen im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) zum 1. Januar 2023, insbesondere die Neubewertung des TSS-Akutfalls und des Hausarztvermittlungsfalls sowie die Abbildung der Zuschläge der Fachärzte nach Hausarztvermittlung. Der zweite Beschluss betrifft die Anpassung des Umfangs der extrabudgetären Vergütung in den TSVG-Konstellationen, unter anderem zur offenen Sprechstunde.

Die wichtigsten EBM-Änderungen zum 1. Januar im Überblick

TSS-Terminfall:

Die Zeiträume für die Berechnung der Zuschläge für Haus- und Fachärzte für die Behandlung eines Versicherten nach Terminvermittlung durch die TSS ändern sich entsprechend der gesetzlichen Vorgaben (§87 Abs. 2b Satz 3 Nr. 2 bis 4 und 2c Satz 3 Nr. 2 bis 4 SGB V):

- Erhält der Patient in den nächsten vier Tagen einen Termin, bekommt der behandelnde Arzt oder Psychotherapeut einen Zuschlag von 100 Prozent zur Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale. Findet der Termin spätestens am 14. Tag statt, beträgt der Zuschlag 80 Prozent; spätestens am 35. Tag 40 Prozent.
- Der Tag nach der Terminvermittlung durch die TSS gilt jeweils als erster Zähltag.
- Die Bewertung der Zusatzpauschale nach der Gebührenordnungsposition (GOP) 01710, die für die Durchführung von Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern des Abschnitts 1.7.1 (ausgenommen Laborleistungen und GOP 01720) aufgrund einer Terminvermittlung berechnungsfähig ist, wird in ihrer Höhe angepasst.

TSS-Akutfall:

- Die Höhe des Zuschlags beträgt 200 Prozent und entspricht damit der maximal möglichen gesetzlichen Vorgabe (§87 Abs. 2b Satz 3 Nr. 1 und 2c Satz 3 Nr. 1 SGB V).

Hausarztvermittlungsfall:

- Die Bewertung der GOP 03008 und 04008, die Hausärzte und Kinder- und Jugendmediziner für die Vermittlung eines Behandlungstermins bei einem Facharzt oder Psychotherapeuten (einschließlich Kinder- und Jugendärzte mit Schwerpunkt oder Zusatzweiterbildung) abrechnen können, wird erhöht und beträgt nun 15 Euro statt bisher 10 Euro (131 statt 93 Punkte). Die 15 %-Grenze der Plausibilität der Abrechnung der 03008 / 04008 bleibt vorerst bestehen und wird ggf. später neu verhandelt.
- Die Frist für die Vermittlung eines aus medizinischen Gründen dringend erforderlichen Behandlungstermins, die bisher im §17a Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) geregelt war, wird nun im EBM geregelt und durch den EBA folgende zweistufige Frist beschlossen:
 - Stufe 1: Bis spätestens vier Kalendertage nach Feststellung der Behandlungsnotwendigkeit gilt eine zeitliche Dringlichkeit und die GOP 03008/04008 ist bei Erfüllung der obligaten Leistungsinhalte (Terminvermittlung und Überweisung) berechnungsfähig.
 - Stufe 2: Liegt der vermittelte Termin für die Behandlung des Versicherten auf dem 5. bis spätestens 35. Kalendertag nach Feststellung der Behandlungsnotwendigkeit

Zweistufige Frist

durch den Hausarzt, kann die GOP 03008/04008 nur berechnet werden, wenn eine Terminvermittlung durch die TSS oder eine eigenständige Terminvereinbarung durch den Patienten (oder eine Bezugsperson) aufgrund der medizinischen Besonderheit des Einzelfalls nicht angemessen oder nicht zumutbar ist.

- Die Berechnung der GOP 03008/04008 ab dem 24. Kalendertag nach Feststellung der Behandlungsnotwendigkeit setzt die Angabe einer medizinischen Begründung in der Abrechnung voraus.
- Der Tag nach der Feststellung der Behandlungsnotwendigkeit gilt jeweils als erster Zähltag.
- Wie bisher gilt: Der Facharzt, bei dem der Hausarzt einen Termin vereinbart, darf nicht in derselben Berufsausübungsgemeinschaft oder demselben MVZ tätig sein wie der Hausarzt.
- Der Facharzt oder Psychotherapeut, der den Termin bereitstellt, erhält alle Untersuchungen und Behandlungen in dem Quartal bei einem Versicherten (Arztgruppenfall) in voller Höhe vergütet. Zusätzlich wird wie beim TSS-Fall ein Zuschlag in Höhe von 100, 80 oder 40 Prozent gezahlt. Die bisherigen arztgruppenspezifischen Zuschläge in den Kapiteln 4 bis 27 (mit Ausnahme von Kapitel 12 und 19) und in den Abschnitten 1.3 und 30.7 werden jeweils um den Verweis auf die neue Allgemeine Bestimmung 4.3.10.3 ergänzt und somit für an der fachärztlichen Versorgung teilnehmende Vertragsärzte für die Behandlung eines Versicherten aufgrund einer Terminvermittlung durch den Hausarzt berechnungsfähig.

Behandlungsnotwendigkeit

Beschluss zur extrabudgetären Vergütung

Der Beschluss zur extrabudgetären Vergütung regelt die ab dem 1. Januar 2023 geltenden Konkretisierungen neu. Dort ist die Erweiterung der extrabudgetären Vergütung von Untersuchungen und Behandlungen eines Facharztes oder Psychotherapeuten in Terminen, die von einem Hausarzt vermittelt wurden, entsprechend der im EBA gefundenen Regelung zum Hausarztvermittlungs-Fall formuliert. Des Weiteren wird die Definition der umfassten Leistungen, die Konkretisierung zur Vermittlung durch die TSS und die Begrenzung der extrabudgetär zu vergütenden offenen Sprechstunden inhaltlich unverändert weitergeführt. Hingegen laufen die Regelungen zur TSVG-Konstellation Neupatienten gemäß §87a Abs. 3 Satz 5 Nr. 5 SGB V zum 31. Dezember 2022 aus.

Abrechnung ab 1. Januar 2023

Zur Abrechnung der Zuschläge gibt es für jede Arztgruppe nur eine Gebührenordnungsposition (GOP) - egal, ob der Termin durch eine TSS oder einen Hausarzt vermittelt wurde. Die GOP wird wie bisher mit dem Buchstaben A, B, C oder D gekennzeichnet, je nachdem, welcher Zuschlag gewährt wird. Zusätzlich wird der Abrechnungsschein unter „Vermittlungsart“ als „TSS-Terminfall“, „TSS-Akutfall“ oder „HA-Vermittlungsfall“ gekennzeichnet.

Hausärzte, die einen Termin beim Facharzt oder Psychotherapeuten vermittelt haben, rechnen den 15-Euro-Zuschlag wie bisher mit der GOP

03008 / 04008 ab. Zusätzlich geben sie die Betriebsstättennummer der Praxis an, bei der sie den Termin vereinbart haben.

Informationsangebot

Weitere Details, unter anderem auch Fallbeispiele zur Abrechnung, werden kurzfristig auf der Internetseite der KBV unter www.kbv.de/html/terminvermittlung.php zur Verfügung gestellt.

Beschluss zur Weiterentwicklung des ambulanten Operierens

Zur Förderung des ambulanten Operierens haben KBV und GKV-Spitzenverband im Bewertungsausschuss ein erstes Maßnahmenpaket beschlossen. Es beinhaltet neben einer höheren Vergütung für ausgewählte Operationen auch eine Reihe von stationären Eingriffen, die Vertragsärzte ab Januar ambulant durchführen können. Eine erste Möglichkeit zur verlängerten Nachbeobachtung ist ebenfalls vorgesehen. Außerdem wurde die Kalkulation sämtlicher ambulanter und belegärztlicher Leistungen im EBM überprüft und die Bewertung angepasst.

EBM-Weiterentwicklung: Ambulante und belegärztliche Leistungen neu bewertet

Der Bewertungsausschuss hat alle Leistungen des ambulanten und belegärztlichen Operierens neu kalkuliert und zum 1. Januar angepasst. Sie betrifft die EBM-Abschnitte 31.2 und 36.2 sowie die GOP 01854, 01855, 01904 bis 01906 für Sterilisationen und Schwangerschaftsabbrüche.

Die Anpassung der Bewertungen erfolgt - wie bei der Beschlussfassung der EBM-Reform vor zehn Jahren festgelegt - punktsummen- und ausgabenneutral. Infolge der neuen Kostenkalkulation werden insbesondere Eingriffe der oberen Kategorien besser vergütet. Kleinere Operationen werden wegen der Punktsummenneutralität leicht abgewertet. Die Auf- und Abwertung von Leistungen betrifft alle operativen Fächer.

Weitere Fördermaßnahmen

KBV und GKV-Spitzenverband haben sich auf weitere Maßnahmen zur Förderung des ambulanten Operierens geeinigt, die teilweise schon 2023 umgesetzt werden sollen:

- Kostenausgleich für hohen Hygieneaufwand
- Neukalkulation von Leistungen ambulanter Operationszentren

60 Millionen Euro: Bessere Vergütung von Arthroscopien und Hernien-Eingriffen

Der Bewertungsausschuss hat OPS-Kodes benannt, die über einen Zuschlag eine erhöhte Vergütung erhalten. Die Krankenkassen stellen dazu im kommenden Jahr 60 Millionen Euro zusätzlich bereit. Mittels dieser Regelung setzt der BA einen Anreiz zur Förderung der notwendigen und gesetzlich geforderten Ambulantisierung im Bereich ambulant erbringbarer operativer Eingriffe. Es werden Zuschläge zu rund 500 OPS-Kodes im EBM-Anhang 2 finanziert, sodass die Vergütung der geförderten Operationen zwischen 16 Prozent für kleinere und 42 Prozent für aufwändigere Eingriffe steigt. Die Höhe richtet sich somit nach dem operierten Organsystem sowie Art und Schwere des Eingriffs.

Weitere
Fördermaßnahmen

Zur Abrechnung der Zuschläge wird ein neuer Unterabschnitt 31.2.20 mit sieben GOP in den EBM aufgenommen:

- Zuschlag I: GOP 31451 (223 Punkte)
- Zuschlag II: GOP 31452 (263 Punkte)
- Zuschlag III: GOP 31453 (360 Punkte)
- Zuschlag IV: GOP 31454 (810 Punkte)
- Zuschlag V: GOP 31455 (961 Punkte)
- Zuschlag VI: GOP 31456 (1.323 Punkte)
- Zuschlag VII: GOP 31457 (1.923 Punkte)

Im Anhang 2 werden die entsprechenden Zuschläge zu den jeweiligen OPS-Kodes in einer gesonderten Spalte ausgewiesen.

Längere postoperative Nachbeobachtung

Eine weitere Maßnahme betrifft die postoperative Nachbetreuung, die nach und nach erweitert werden soll. Es wurde in einem ersten Schritt vereinbart, dass ab Januar für bestimmte Patienten oder ab der OP-Dauer gemäß Zeitkategorie 5 bei Eingriffen nach EBM-Kapitel 31.2 (Ausnahme: bestimmte Augenoperationen) eine längere Nachbeobachtung von bis zu 16 Stunden möglich ist.

Hierzu wird der neue Abschnitt 31.3.3. mit der GOP 31530 in den EBM aufgenommen. Die GOP 31530 ist als Zeitzuschlag für ausgewählte Patientengruppen und für geeignete Operationen je 30 Minuten in Verlängerung einer postoperativen Überwachung berechnungsfähig. Sie wird extrabudgetär vergütet und ist mit 77 Punkten je halbe Stunde bewertet; ab der fünften halben Stunde mit 68 Punkten.

Die Dauer der postoperativen Überwachung richtet sich nach dem Aufwand der Operation. Aktuell sind je nach Kategorie 30 Minuten bis acht Stunden im EBM vorgesehen (GOP 31501 bis 31507). Künftig ist für bestimmte Patienten oder Operationen ab der Zeitkategorie 5 eine doppelt so lange Nachbeobachtung möglich, zum Beispiel eine Stunde statt 30 Minuten, sechs Stunden statt drei Stunden. Voraussetzung für eine Verlängerung ist jeweils, dass die postoperative Überwachungszeit überschritten wird. Die entsprechenden Zeiten werden im EBM-Abschnitt 31.3.2 ausgewiesen.

Patientengruppe

Die Verlängerung der postoperativen Überwachung durch eine niedrigschwellige Beobachtung ist zunächst nur bei Kindern bis zwölf Jahren und Menschen ab 70 mit geriatrischen Versorgungsbedarf und Frailty-Syndrom oder Menschen mit bestimmten Vorerkrankungen wie Demenz oder Parkinson möglich. Bei den Eingriffen ab einer eineinhalbstündigen Operationszeit (Zeitkategorie 5) kann die verlängerte Nachbeobachtung unabhängig von den Kriterien mit medizinischer Begründung erfolgen. Voraussetzung für eine Verlängerung ist jeweils, dass die postoperative Überwachungszeit von 0,5 bis 8 Stunden (postoperative Überwachungskomplexe in Abschnitt 31.3.2 EBM) überschritten wird. Eine Ausweitung auf weitere Personen ist geplant. Ebenso soll eine noch umfassendere postoperative Nachbetreuung ermöglicht werden.

Neuer Unterabschnitt

Patientengruppe

Größeres Leistungsspektrum: Neue Kodes im Anhang 2

Das Spektrum an Operationen, die Vertragsärzte durchführen können, wird vergrößert: 196 OPS-Verfahren werden zum 1. Januar neu in den Anhang 2 aufgenommen - allesamt Eingriffe, die bislang ausschließlich stationär möglich sind. Hierbei handelt es sich insbesondere um ergänzende Eingriffe in den Bereichen der Operationen am Nervensystem, an den Augen, am Herzen, am Verdauungstrakt, an den weiblichen Geschlechtsorganen, an anderen Knochen sowie arthroskopischen Gelenkoperationen und Operationen an der Hand.

Zudem wurde im Zusammenhang mit der Aufnahme von proktologischen Eingriffen gemäß OPS-Kode 5-490.1 eine zusätzliche Bestimmung in die Präambeln der Kapitel 31.2.6 und 36.2.6 zur Begründung der Berechnungsfähigkeit aufgenommen.

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

1.6. Weitere Beschlüsse des Bewertungsausschusses (BA) zu EBM-Änderungen zum 1. Januar 2023 bzw. 1. April 2023

Außer den Beschlüssen zur Terminvermittlung durch die Terminservicestellen (TSS) und den Hausarzt sowie zur Förderung des ambulanten Operierens informieren wir Sie nunmehr über die weiteren Beschlüsse, die der BA und der Erweiterte BA (EBA) gefasst haben. Außerdem gehen wir auf eine Thematik ein, bei der kein Beschluss erfolgte.

- Aufnahme der matrixassoziierten autologen Chondrozytenimplantation (M-ACI) in den EBM
- Prüfauftrag zur EBM-Weiterentwicklung
- Höhere Bewertung nichtärztlicher Dialyseleistungen
- Infektionsdialyse: Zuschlag auch bei COVID-19-Infektion
- Aufnahme des Nukleinsäurenachweises von Orthopoxvirus in den EBM und Detailänderungen des EBM
- Weiterhin rund zehn Euro für Erstbefüllung der elektronischen Patientenakte

Themen ohne Beschlussfassung:

- Ankündigung von Anpassungen bezüglich der Vergütung psychotherapeutischer Leistungen

Aufnahme der matrixassoziierten autologen Chondrozytenimplantation (M-ACI) in den EBM

Bei der matrixassoziierten autologen Chondrozytenimplantation (M-ACI) handelt es sich um ein zweistufiges Operationsverfahren zur Behandlung von symptomatischen Knorpeldefekten des Kniegelenks, wenn der Defekt einen Schweregrad 3 oder 4 hat.

Zum 1. Januar 2023 werden für dieses Operationsverfahren vier neue OPS-Codes in den Anhang 2 des EBM aufgenommen:

Näheres zu den Beschlüssen

- der Code 5-801.ah (offen chirurgische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Entnahme eines Knorpeltransplantates: Kniegelenk) mit der OP-Kategorie D3,
- der Code 5-812.8h (arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Entnahme eines Knorpeltransplantates: Kniegelenk) mit der OP-Kategorie E3,
- der Code 5-801.kh (Offen chirurgische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Autogene matrix-induzierte Chondrozytentransplantation: Kniegelenk) mit der Kategorie D5
- sowie der Code 5-812.hh (Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Autogene matrix-induzierte Chondrozytentransplantation: Kniegelenk) mit der Kategorie E5.

Vier neue OPS-Codes

Die Sachkosten im Zusammenhang mit der Durchführung der M-ACI sind entsprechend Nummer 7.3 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM gesondert berechnungsfähig. Soweit aufgrund besonderer Umstände beide Leistungen bei einem Patienten nicht vollständig durchgeführt werden können (wie etwa bei einer Infektion des Patienten) werden die entstandenen Sachkosten ebenfalls nach Nummer 7.3 erstattet.

Zum Hintergrund: Mit Beschluss vom 17. Februar 2022 hat der Gemeinsame Bundesausschuss die Richtlinie zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der vertragsärztlichen Versorgung (Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung), Anlage I „Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden“ um eine Nummer 38 „matrixassoziierte autologe Chondrozytenimplantation (M-ACI)“ ergänzt.

Prüfauftrag zu psychiatrischen und neurologischen Kontrolluntersuchungen

Der BA hat die Streichung der psychiatrischen Kontrolluntersuchung (GOP 16223) im Abschnitt 16.2 und der neurologischen Kontrolluntersuchung (GOP 21235) im Abschnitt 21.2 zum 1. April 2023 beschlossen. Beide GOP wurden im Rahmen der Weiterentwicklung des EBM mit Wirkung zum 1. April 2020 in den EBM aufgenommen. Gemäß der Protokollnotizen 6 und 7 zu Beschlussteil E des 455. Beschlusses des BA am 11. Dezember 2019 erfolgte die Aufnahme auf zwei Jahre befristet. Zudem wurden eine Überprüfung der abgerechneten Leistungsmenge (Häufigkeit) und eine anschließende Überführung in die Grundpauschalen der Kapitel 16 und 21 vereinbart.

Zur Umsetzung des Prüfauftrages wurde die abgerechnete Leistungsmenge der GOP 16223 und GOP 21235 innerhalb von zwei Jahren untersucht. Als Ergebnis erfolgt eine Anpassung der Bewertungen der neurologischen Grundpauschalen nach den GOP 16210 bis 16212 und der Grundpauschalen für Fachärzte für Nervenheilkunde und Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie nach den GOP 21214 und 21215. Bei den psychiatrischen Grundpauschalen nach den GOP 21210 bis 21213 erfolgt aufgrund der geringen abgerechneten Leistungsmenge keine Anpassung der Bewertungen.

Neben den Bewertungsanpassungen werden die Leistungsinhalte der GOP 16223 in den fakultativen Leistungsinhalt des Katalogs der neurologischen Grundpauschalen nach den GOP 16210 bis 16212 und die

Leistungsinhalte der GOP 21235 in den fakultativen Leistungsinhalt des Katalogs der psychiatrischen Grundpauschalen nach den GOP 21210 bis 21212 überführt. Die Leistungsinhalte der GOP 16223 und 21235 werden zudem gleichermaßen in den fakultativen Leistungsinhalt der Grundpauschalen für Fachärzte für Nervenheilkunde und Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie nach den GOP 21213 bis 21215 überführt.

Höhere Bewertung nichtärztlicher Dialyseleistungen

Die Sachkostenpauschalen für nichtärztliche Dialyseleistungen werden ab Januar um zwei Prozent erhöht. Konkret handelt es sich um die Gebührenordnungspositionen 40815 bis 40819 und 40823 bis 40838 des EBM-Abschnitts 40.14.

Die KBV hat eine Dynamisierung der Dialysekostenpauschalen des Abschnitts 40.14 EBM (Leistungsbezogene Kostenpauschalen für Sach- und Dienstleistungen bei Behandlung mit renalen Ersatzverfahren und extrakorporalen Blutreinigungsverfahren) - insbesondere vor dem Hintergrund der stark steigenden Personalkosten - durch regelhafte Anwendung der Steigerung des Orientierungswertes in die Beratungen mit dem GKV-Spitzenverband eingebracht. Eine Einigung auf ein festes Verfahren war nicht möglich, als erster Schritt werden mit dem nun gefassten Beschluss die Bewertungen der oben genannten Kostenpauschalen um zwei Prozent zum 1. Januar 2023 erhöht.

Hintergrund und Erläuterungen

Infektionsdialyse: Zuschlag bei COVID-19-Infektion

Dialyseärzte können für COVID-19-Patienten einen Infektionszuschlag abrechnen. Das hat der Bewertungsausschuss nun klargestellt. Bisher erhalten Ärzte bei Vorliegen bestimmter Infektionen für den höheren Aufwand, zum Beispiel bei Isolierung des Patienten, einen Zuschlag zu den Kostenpauschalen für die Infektionsdialyse und bei COVID-19 war dies nur durch eine Corona-Sonderregelung übergangsweise möglich. Die Abrechnung erfolgt je nach Kostenpauschale über die Gebührenordnungsposition 40835 (90 Euro) oder 40836 (30 Euro).

Aufnahme des Nukleinsäurenachweises von Orthopoxvirus in den EBM und Detailänderungen des EBM

Der BA nimmt den Nukleinsäurenachweis von Orthopoxviren als GOP 32810 mit Wirkung zum 1. Januar 2023 in den Abschnitt 32.3.12 EBM auf (Beschlussteil A). Die Untersuchung war als Pseudo-GOP 88740 ab dem 1. Juni 2022 und zuletzt bis zum 31. Dezember 2022 befristet berechnungsfähig.

Eine Erkrankung durch und ein Erregernachweis von Orthopoxviren sind namentlich meldepflichtig. Die GOP 32810 wird deshalb in die Kennnummer 32006 aufgenommen und die Kosten werden nicht auf das Laborbudget angerechnet.

Außerdem hat der BA redaktionelle Anpassungen und notwendige Korrekturen im EBM für bestimmte Laboratoriumsuntersuchungen vorgenommen.

Weiterhin rund zehn Euro für Erstbefüllung der elektronischen Patientenakte

Die Erstbefüllung der elektronischen Patientenakte (ePA) wird auch in 2023 mit rund zehn Euro vergütet. Die GOP 01648 wird entsprechend um ein weiteres Jahr mit der Bewertung von 89 Punkten im EBM weitergeführt.

Ärzte und Psychotherapeuten, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, haben neben Vertragszahnärzten und in Krankenhäusern tätigen Ärzten und Psychotherapeuten die Versicherten auf deren Verlangen bei der erstmaligen Befüllung der elektronischen Patientenakte (ePA) im aktuellen Behandlungskontext zu unterstützen. Vertragsärztlich durchgeführte Erstbefüllungen der ePA werden seit dem 1. Januar 2022 mit der GOP 01648 vergütet (89 Punkte), die bis zum 31. Dezember 2022 befristet in den EBM aufgenommen worden ist. Aufgrund der geringen Verbreitung der ePA bei den Versicherten und fehlenden Erkenntnissen zum tatsächlichen Aufwand in den Praxen für die ePA-Erstbefüllung hat die KBV eine Weiterführung der GOP mit der bisherigen Bewertung um ein Jahr in die Beratungen mit dem GKV-Spitzenverband eingebracht. Der GKV-Spitzenverband hatte hingegen eine Reduzierung der Bewertung von 89 auf 30 Punkte ab dem 1. Januar 2023 vorgeschlagen.

Da keine Einigung zustande kam, ist der EBA angerufen worden. Dieser konnte sich der KBV-Argumentation anschließen, sodass der Beschlusssentwurf der KBV angenommen worden ist.

Themen ohne Beschlussfassung

Zu der folgenden Thematik konnte keine Einigung erzielt werden:

Ankündigung von Anpassungen bezüglich der Vergütung psychotherapeutischer Leistungen

In den Arbeitsgruppen des BA werden derzeit Beratungen zur Überprüfung und Anpassung der Bewertung der antragspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen geführt. Aufgrund des späten Vorliegens der hierzu notwendigen Daten sieht die KBV die Notwendigkeit, bereits jetzt anzukündigen, dass der BA eine rückwirkende Anpassung beschließen wird.

Der GKV-Spitzenverband hat eine Beschlussfassung zum gegenwärtigen Zeitpunkt abgelehnt und darauf verwiesen, dass die Entscheidung über eine rückwirkende Anpassung erst zum Zeitpunkt der Beschlussfassung zur Anpassung der Bewertungen erfolgen solle. Der von der KBV hierzu angerufene EBA hat signalisiert, dass er im Ergebnis der Beratungen die Position der Kassenseite teilt. Ein Beschluss hierzu ist nicht ergangen, die KBV wird die rückwirkenden Anpassungen im Zusammenhang mit der für das 1. Quartal 2023 zu erwartenden Beschlussfassung zur Bewertung erneut einfordern.

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

Hintergrund und
Erläuterungen

2. Verordnungen

2.1. Diagnoselisten für Heilmittel werden zum 1. Januar 2023 angepasst

Die Diagnoseliste für den langfristigen Heilmittelbedarf, sowie die Liste der besonderen Verordnungsbedarfe wird mit Wirkung zum 1. Januar um mehrere Indikationen ergänzt.

Langfristiger Heilmittelbedarf

In die Diagnoseliste zum langfristigen Heilmittelbedarf (Anlage 2 der Richtlinie) werden zwölf neue Indikationen aus den Bereichen schwerer neuromuskulärer Erkrankungen, mehrfach und beidseitigem Extremitätenverlust sowie weiteren Chromosomenanomalien aufgenommen. Außerdem werden auch beidseitige oder mehrfache Amputationen (Z89.3, Z89.7 und Z89.8) in die Liste zum langfristigen Heilmittelbedarf überführt. Bisher standen diese auf der Diagnoseliste der besonderen Verordnungsbedarfe.

Neue Diagnosen langfristiger Heilmittelbedarf:

Polyneuropathien und sonstige Krankheiten des peripheren Nervensystems:

- G60.0 Hereditäre sensomotorische Neuropathie
- G60.8 Sonstige hereditäre und idiopathische Neuropathien

Krankheiten im Bereich der neuromuskulären Synapse und des Muskels:

- G70.2 Angeborene oder entwicklungsbedingte Myasthenie

Polyneuropathien und sonstige Krankheiten des peripheren Nervensystems

- G71.1 Myotone Syndrome
- G71.2 Angeborene Myopathien
- G71.3 Mitochondriale Myopathie, anderenorts nicht klassifiziert
- G73.6* Myopathie bei Stoffwechselkrankheiten

Verlust von oberen und unteren Extremitäten:

- Z89.3 Beidseitiger (teilweiser) Verlust der oberen Extremitäten
- Z89.7 Beidseitiger (teilweiser) Verlust der unteren Extremitäten
- Z89.8 Verlust von oberen und unteren Extremitäten [jede Höhe]

Chromosomenanomalien:

- Q93.3 Deletion des kurzen Armes des Chromosoms 4 (Wolf-Hirschhorn-Syndrom)
- Q93.5 Sonstige Deletion eines Chromosomenteils (Angelman-Syndrom)

Langfristiger
Heilmittelbedarf

Verordnungen aus dieser Diagnoseliste fallen nicht in das Verordnungsbudget. Ein entsprechender Antrag auf Genehmigung bei der Krankenkasse ist bei gelisteten Diagnosen nicht mehr erforderlich.

Besondere Verordnungsbedarfe

Im Falle von Extremitätenverlusten ist nunmehr die postoperative Versorgung (Z98.8) nicht mehr obligate Zusatzbedingung, um als besonderer Verordnungsbedarf anerkannt zu werden.

Neue Diagnosen besondere Verordnungsbedarfe:

Extremitätenverlust:

- Z89.1 Einseitiger Verlust der Hand und des Handgelenkes
- Z89.2 Einseitiger Verlust der oberen Extremität (oberhalb des Handgelenkes)
- Z89.5 Einseitiger Verlust der unteren Extremität unterhalb oder bis zum Knie
- Z89.6 Einseitiger Verlust der unteren Extremität (oberhalb des Knies)

Erkrankungen im Zusammenhang mit Außerklinischer Intensivpflege:

- Z99.0 Abhängigkeit (langzeitig) vom Aspirator i.V.m. Z43.0 Versorgung eines Tracheostomas
- Z99.1 Abhängigkeit (langzeitig) vom Respirator

Die Frist zur Entlastung bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung wird von sechs auf zwölf Monate erweitert.

Die Stammdaten für die Verordnungssoftware werden entsprechend angepasst, um die Abbildung in den Praxisverwaltungssystemen zum 1. Januar 2023 sicherzustellen. Die zusammenfassende Diagnoseliste der KBV wird entsprechend zum Inkrafttreten der Änderung ergänzt.

Die vollständige Liste ist ab Januar 2023 auch auf unserer Internetseite unter: [https://www.kvn.de/Mitglieder/Verordnungen/Heilmittel/Langfristdiagnosen+_+Besondere+Verordnungsbedarfe-p-1012.html/Download:Langfristiger Heilmittelbedarf/Besonderer Verordnungsbedarf: Diagnoseliste](https://www.kvn.de/Mitglieder/Verordnungen/Heilmittel/Langfristdiagnosen+_+Besondere+Verordnungsbedarfe-p-1012.html/Download:Langfristiger+Heilmittelbedarf/Besonderer+Verordnungsbedarf:Diagnoseliste) zu finden.

2.2. Ins 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 Gesundheitsanwendung wurde zuletzt dauerhaft in das DiGA-Verzeichnis des BfArM aufgenommen:

Besondere
Verordnungsbedarfe

Name der Anwendung	Indikation
Selfapys Online-Kurs bei Generalisierter Angststörung	<ul style="list-style-type: none"> F41.1 Generalisierte Angststörung

Dauerhaft aufgenommen

Da die Studienergebnisse zum Nachweis des positiven Versorgungseffektes bisher nur für weibliche Patientinnen aussagekräftig genug sind, kann die Anwendung derzeit nur für Frauen verordnet werden. Sobald genügend Daten zu männlichen Patienten vorliegen entscheidet das BfArM über eine dauerhafte Aufnahme für beide Geschlechter.

Die Verordnung der DiGAs erfolgt auf Muster 16. Bitte beachten Sie, dass die Gebührenordnungsposition (GOP) 01470 für die Erstverordnung einer DiGA ab dem 1. Januar 2023 nicht mehr berechnungsfähig ist.

Bitte beachten

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

Name der Anwendung	Indikation
ESYSTA App & Portal - Digitales Diabetesmanagement	<ul style="list-style-type: none"> E10 Diabetes mellitus, Typ 1 E11 Diabetes mellitus, Typ 2
Rehappy	<ul style="list-style-type: none"> G45 Zerebrale transitorische Ischämie und verwandte Syndrome I60 Subarachnoidalblutung I61 Intrazerebrale Blutung I62 Sonstige nichttraumatische intrakranielle Blutung I63 Hirninfarkt I64 Schlaganfall, nicht als Blutung oder Infarkt bezeichnet I67 Sonstige zerebrovaskuläre Krankheiten I69 Folgen einer zerebrovaskulären Krankheit
Selfapys Online-Kurs bei Panikstörung	<ul style="list-style-type: none"> F40.01 Agoraphobie: Mit Panikstörung F41.0 Panikstörung [episodisch paroxysmale Angst]

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

Allgemeine Informationen zum Thema „digitale Gesundheitsanwendungen“ finden Sie im Internet unter <https://www.kvn.de/Mitglieder/Verordnungen/DiGA.html>

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

2.3. Lieferengpässe - Nichtverfügbarkeit von Packungsgrößen - wirtschaftliche Verordnungsweise

Bedingt durch anhaltende Lieferengpässe erhalten wir vermehrt Rückfragen zur wirtschaftlichen Verordnungsweise im Zusammenhang mit Änderungswünschen von Apotheken bei Nichtverfügbarkeit von Packungsgrößen. In diesem Zusammenhang möchten wir auf die weiterhin gültigen Regelungen der SARS-CoV-2-Arzneimittelversorgungsverordnung (SARS-CoV-2-AMVersVO) hinweisen, die Erleichterungen für die Verordnung und Abgabe von Arzneimitteln vorsieht. Die Gültigkeit der SARS-CoV-2-AMVersVO gilt aktuell bis zum 7. April 2023.

In vielen Fällen ist keine Neuverordnung nötig. Die Regelungen dieser Verordnung beabsichtigen, unnötige Arztkontakte, Arbeitsaufwand und Wege zu vermeiden, indem Apotheken mehr Flexibilität bei der Abgabe von verordneten Arzneimitteln erhalten haben, wie beispielsweise:

- **Erweiterte Aut-idem-Regelung**

Abweichungen von Wirkstärke, Packungsgröße und Packungsanzahl sind der Apotheke im Rahmen der SARS-CoV-2-AMVersVO ohne ärztliche Rücksprache möglich, solange nicht mehr als die verordnete Menge an Wirkstoff abgegeben wird und ein wirkstoffgleiches Präparat gewählt wird.

Soweit die Patientensicherheit nicht gefährdet ist, kann die Apotheke relativ flexibel mit Variation von Packungsgrößen und Wirkstärken auf Lieferengpässe reagieren, ohne dass ein neues Rezept nötig würde. Bestehen allerdings Bedenken hinsichtlich patientenseitiger Handhabungsschwierigkeiten wegen eines durch den Austausch vorübergehend abgeänderten Dosierregimes, kann es in Einzelfällen sinnvoll sein, in Absprache zwischen Arzt und Apotheke eine praktikable Lösung zu finden, die möglicherweise eine Neuverordnung einschließt. Eine Verpflichtung dazu besteht für die Praxen jedoch nicht.

- **Aut-simile-Regelung**

Wenn keine aut-idem-konforme Abgabe möglich ist, kommt die Abgabe eines pharmakologisch-therapeutisch vergleichbaren Arzneimittels nach Rücksprache mit dem Arzt in Betracht. Hier ist die Rücksprache mit dem Arzt auf der Verordnung durch die Apotheke zu dokumentieren, auch in diesem Fall ist keine neue Verordnung durch den Arzt vorgesehen.

Wir empfehlen daher, vor einer Neuausstellung von Rezepten abzuwägen, ob die Abgabesituation in der Apotheke tatsächlich eine Neuverordnung erfordert. Gründe, die patientenseitig für eine dezidierte unwirtschaftliche Verordnung vom Vielfachen kleinerer Packungen sprechen, sollten in der Praxissoftware sorgfältig dokumentiert werden.

Hinweis

Durch die Abgabe kleinerer Stückzahlen als verordnet ergeben sich möglicherweise Änderungen in der Reichweite, von der die Arztpraxis ohne Informationsaustausch mit der Apotheke keine Kenntnis erlangt.

Änderungswünsche von Apotheken

Keine Neuverordnung nötig

Ohne Rücksprache

Wirkstoffgleiches Präparat

Ohne neues Rezept

Pharmakologisch-therapeutisch vergleichbar

Reichweite

Die Patienten sollten darauf hingewiesen werden, dass bei Abgabe der verordneten Stückzahl in Form von Stückelung mit mehreren Packungen kleinerer Normgröße regelhaft ein Mehrfaches der gesetzlichen Zuzahlung anfällt.

Zuzahlung

Sobald sich in dieser Thematik kurzfristig Änderungen durch neue gesetzliche Regelungen ergeben, werden wir Sie hierzu informieren.

2.4. Lieferengpässe Fiebersäfte - Update

Was in den letzten Jahren schleichend begonnen hatte, hat sich insbesondere im Bereich der Kinderarzneimittel zu einer katastrophalen Versorgungssituation entwickelt, die mittlerweile große mediale Aufmerksamkeit erfährt. Im stark regulierten Arzneimittelmarkt sind pragmatische Lösungen kompliziert. Bei fehlenden Fiebersäften in Form von Fertigarzneimitteln besteht die Möglichkeit der Abgabe einer Einzelrezeptur. Wie bereits im KVN-Rundbrief vom 5. August 2022 beschrieben, kann laut Abstimmung zwischen dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM), dem GKV-Spitzenverband, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und der Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (ABDA) als Kompensationsmaßnahme auf die Fertigung von individuellen Rezepturarzneimitteln auf ärztliche Verschreibung hin in Apotheken zurückgegriffen werden:

Einzelrezeptur

- Es wird empfohlen, im Zeitraum der eingeschränkten Verfügbarkeit bei der Verordnung eines Paracetamol- oder Ibuprofen-haltigen Fiebersaftes dafür 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 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.
- Der GKV-Spitzenverband empfiehlt seinen Mitgliedern, die deutlich höheren Kosten der Rezepturen zu erstatten und bei Wirtschaftlichkeitsprüfungen gesondert zu berücksichtigen. Ob dies wie empfohlen umgesetzt werden wird, können wir nach heutigem Stand nicht voraussagen.
- Bei Kindern, die in der Lage sind, Tabletten zu schlucken, empfiehlt das BfArM, bevorzugt auf eine feste orale Darreichungsform zurückzugreifen.

Separates Rezept

Umsetzung fraglich

Hinweis: Apotheken dürfen einen verordneten Saft nicht gegen Tabletten austauschen, wodurch ein neues Rezept notwendig wird.

Nicht austauschen

Die Empfehlungen des BfArM beziehen sich auf die Darreichungsform Saft. Wenn mangels geeigneter Rezeptursubstanzen die Anfertigung

von Säften nicht durchführbar ist und das Kind keine Tabletten schlucken kann, kommt möglicherweise als Kompensation die Verordnung von Suppositorien in Frage. Nach Stand 21. Dezember 2022 würde ein neues Rezept nötig sowie ggf. die dezidierte Verordnung von Zäpfchen als Rezeptur.

Die aktuellen Empfehlung des BfArM zum Thema Lieferengpässe Paracetamol und Ibuprofen finden Sie unter folgendem Link:

https://www.bfarm.de/DE/Arzneimittel/Arzneimittelinformationen/Lieferengpaesse/mitteilung_fiebersaeft_kinder.html;jsessionid=60B9382EB7F1DD75AFD7157FF6C345FE.intranet231

Sobald sich in dieser Thematik kurzfristig Änderungen durch neue gesetzliche Regelungen ergeben, werden wir Sie hierzu informieren.

2.5. Lieferengpässe: Verband der Ersatzkassen - Sicherstellung der Arzneimittelversorgung

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) informiert darüber, dass der Verband der Ersatzkassen (vdek) bei Verordnungen für Versicherte der Ersatzkassen (TK, Barmer, DAK, KKH, hkk und HEK) bis einschließlich 25. Januar 2023 bundesweit auf eine Wirtschaftlichkeitsprüfung verzichtet wird:

- bezogen auf Arzneimittel für Kinder, die auf der Liste der versorgungskritischen Wirkstoffe des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) stehen,
- sowie für Fiebersäfte mit den Wirkstoffen Paracetamol und Ibuprofen
- und Azithromycin und Cefuroxim für Erwachsene.

Verordnungen für Versicherte der o. g. Krankenkassen sollten daher bis zu 25. Januar 2023 als Wirkstoff-Verordnung in folgender Form ausgestellt werden:

- Wirkstoff
- Darreichungsform
- Dosierung pro Tag
- Zeitliche Reichweite z. B. „für 7 Tage“

Zusätzlich werden die Ersatzkassen hergestellte Rezepturen akzeptieren, wenn Arzneimittel für Kinder von Lieferengpässen betroffen sind, auch wenn die ärztliche Verordnung im Wortlaut ein Fertigarzneimittel bezeichnet.

Apotheken können dann die entsprechenden Arzneimittel in der ganzen Bandbreite unter Berücksichtigung der pharmazeutischen Voraussetzungen an die Patienten abgeben.

Wirtschaftlichkeitsprüfung

Wirkstoff-Verordnung

Hergestellte Rezepturen

Die Liste der versorgungskritischen Wirkstoffe finden Sie unter diesem Link: https://www.bfarm.de/SharedDocs/Downloads/DE/Arzneimittel/Zulassung/amInformationen/Lieferengpaesse/Liste_versorgungskritischer_wirkstoffe.pdf;jsessionid=0C6F3E29E2045950378182E411E63E87.intranet241?__blob=publicationFile

Liste

2.6. Lieferengpass Digitoxin - vollständiger Marktrückzug Digimerck® und Engpass einer Alternative

Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) informiert darüber, dass der Hersteller Merck Healthcare Germany GmbH kurzfristig angekündigt hat, den Vertrieb von Digimerck® (Wirkstoff: Digitoxin) zum 1. Januar 2023 in allen Wirkstärken und Darreichungsformen vorzeitig einzustellen. Aufgrund der daraus resultierenden erhöhten Nachfrage besteht mittlerweile auch für die am Markt verbleibende Alternative Digitoxin AWD® (TEVA GmbH) in der Dosierung 0,07 mg ein Lieferengpass, der mindestens bis in das 1. Quartal 2023 andauern wird.

Es wird darauf hingewiesen, dass als Alternative zu Digitoxin bei bestehender Indikation Präparate aus der pharmakotherapeutischen Gruppe der Digitalisglykoside mit den Wirkstoffen beta-Acetyldigoxin, Metildigoxin und primär Digoxin von anderen Herstellern erhältlich seien.

Sicherheitsmaßnahmen bei Umstellung:

Bei einer patientenindividuellen Umstellung der Therapie auf Digoxin sollte neben der geringen therapeutischen Breite die lange Halbwertszeit von Digitoxin mit rund sieben Tagen sowie die überwiegend renale Elimination von Digoxin und damit einhergehend Gefahr der Überdosierung beachtet werden. Als Maßnahmen werden häufigere Spiegelkontrollen und insbesondere die Anpassung der Dosis bei Niereninsuffizienz empfohlen.

Eine Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie mit **Handlungsempfehlungen zur Dosisanpassung** finden Sie hier: https://leitlinien.dgk.org/files/2022_stellungnahme_lieferengpass_digitoxin.pdf

Handlungsempfehlung
zur Dosisanpassung

Die Information des BfArM finden Sie hier: https://www.bfarm.de/SharedDocs/Arzneimittelzulassung/Lieferengpaesse/DE/2022/info_digitoxin_20221129.pdf?__blob=publicationFileE

2.7. Lieferengpässe pädiatrische Darreichungsformen - Maßnahmen des BfArM - Update

Als Reaktion auf zunehmende Lieferengpässe insbesondere betreffend Darreichungsformen in der Pädiatrie hat das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) mehrere Gestattungen zu Ausnahmen vom Arzneimittelgesetz ausgesprochen, die befristet das Inverkehrbringen von Ware in fremdsprachiger Aufmachung ermöglichen. Vgl. auch KVN-Rundschreiben Oktober und November 2022.

Die Verordnung erfolgt regulär über ein deutsches Fertigarzneimittel oder eine Wirkstoffverordnung. Der Bezug erfolgt über den Weg des Einzelimports über die Apotheke; den Produkten ist jeweils eine Gebrauchsanweisung in deutscher Sprache beigelegt. Die aktuellen Gestattungen betreffen:

- Eudorlin® (**Wirkstoff: Ibuprofen**) 20mg/ml und 40mg/ml Suspension in ukrainischer Aufmachung, befristet bis zum 31. März 2023
- Paracetawal® (**Wirkstoff: Paracetamol**) 125mg und 250mg Suppositorien in englischer und französischer Aufmachung befristet bis zum 31. März 2023
- Lenoxin® Liquidum (**Wirkstoff: Digoxin**) 0,05mg/ml Lösung, befristet bis zum 31. Dezember 2023
- Eusaprim® K und Eusaprim® E (**Wirkstoff: Cotrimoxazol**) 200mg +40mg/5ml und 400mg+80mg/5ml Suspension, befristet bis zum 31. März 2024

Detaillierte Informationen, aktuelle Meldungen und Gebrauchsanweisungen in deutscher Sprache zum Download finden Sie auf den Seiten des BfArM unter: https://www.bfarm.de/DE/Arzneimittel/Arzneimittelinformationen/Lieferengpaesse/Massnahmen-des-BfArM/_artikel.html

Unter: Maßnahmen des BfArM auf Basis des §4 Abs. 1 MedBVSF finden Sie weitere Informationen zu den o.g. Präparaten

Hinweis:

Auch über die Homepage der KVN gelangen Sie unter der Rubrik „Lieferengpässe“ über einen Link direkt auf die aktuellen Seiten des BfArM /Maßnahmen des BfArM/Mehr erfahren/Maßnahmen des BfArM auf Basis des §4 Abs. 1 MedBVSF

Deutsches
Fertigarzneimittel oder
Wirkstoffverordnung

3. Allgemeine Hinweise

3.1. Die BIG direkt gesund tritt dem GDM-DM3-Vertrag bei

Besondere Versorgung zur Behandlung von Gestationsdiabetes und sonstige Diabetesformen durch Diabetologische Schwerpunktpraxen (GDM-DM3-Vertrag): Krankenkasse BIG direkt gesund (IKK) ab 1. Januar 2023 neu dabei.

Teilnehmende Krankenkassen (Stand: 1. Januar 2023):

AOK Bremen / Bremerhaven	BKK Pfalz
AOK Niedersachsen	BKK Public
SVLFG als Landwirtschaftliche Krankenkasse	BKK Salzgitter
IKK BIG direkt gesund	BKK Technoform
IKK classic	BKK VBU
IKK gesund plus	BKK Verbund Plus
KNAPPSCHAFT	BKK Werra-Meissner
BARMER	BKK Wirtschaft und Finanzen
HEK - Hanseatische Krankenkasse	BKK ZF & Partner
Techniker Krankenkasse	Continental 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

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

3.2. BKK - Besondere Versorgung „Hallo Baby!“: Neue Leistung ab 1. Januar 2023

Ab Januar 2023 ergänzt ein Beratungsgespräch zur Möglichkeit der Inanspruchnahme einer Früherkennungsuntersuchung „U0“ beim Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin (GOP 81320) das Versorgungsangebot.

Teilnehmende Frauenärzte erhalten für den Hinweis und die Aushändigung der Information über das Versorgungsangebot eine extrabudgetäre Vergütung von 10 Euro. Die „Patienteninformation zur Früherkennungsuntersuchung U0“ kann im KVN-Portal heruntergeladen und in der Praxis ausgedruckt oder per Fax-Formular (siehe Anlage) beim Versanddienstleister bestellt werden.

Die Vertragsunterlagen inklusive U0-Informationsflyer und Bestellfax finden Sie im KVN-Portal unter „Verträge“/Suchbegriff „Hallo Baby“

Anlage 5.1: Faxbestellung

Faxbestellung

3.3. Neue Praxisinformation zur Verordnung von Rehabilitationssport und Funktionstraining

Ab 1. Januar 2023 gibt es einige Neuerungen bei der Verordnung von Rehabilitationssport und Funktionstraining. Auch das Vordruckmuster 56 wurde angepasst. Im November-Rundschreiben finden Sie hierzu umfassende Erläuterungen.

Eine Praxisinformation fasst die konkreten Änderungen nochmals zusammen. Sie finden Sie auf der Homepage der KVN unter www.kvn.de/Mitglieder/Verordnungen/Sonstige+Verordnungen.html

3.4. Aufruf zur Teilnahme: Zi-Energiekosten-Monitoring

Eine beispiellose Energiekrise und explodierende Kosten, insbesondere für Strom und Gas, stellen Bürgerinnen und Bürger seit Monaten vor besondere Herausforderungen. Die Auswirkungen der Energiekrise auf die vertragsärztliche und -psychotherapeutische Versorgung wurden - im Gegensatz zum stationären Bereich - bislang weder in der öffentlichen Wahrnehmung noch auf politischer Ebene hinreichend beachtet.

Daher startet das Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung (ZI) ein Energiekosten-Monitoring. Ziel des Monitorings ist es, Transparenz zu finanziellen Mehrbelastungen in Praxen und Einrichtungen zu erreichen.

Das ZI hat ein Monitoring gewählt, weil eine Erhebung in drei Wellen vorgesehen ist: Die erste Welle der Erhebung ist am 15. Dezember 2022 gestartet. Eine zweite Welle folgt am 28. Februar und eine dritte Welle startet am 31. Mai 2023.

Für eine fundierte Darstellung der Belastungen benötigt das ZI eine breite Beteiligung aus allen Fachgruppen und allen Kassenärztlichen Vereinigungen.

Daher ruft die KVN Sie auf: Bitte beteiligen Sie sich an dem Energiekosten-Monitoring!

Die Praxen werden zur Teilnahme per E-Mail oder Briefpost vom ZI eingeladen. In den Informationen enthalten Zugangsdaten zu den Online-Fragebögen.

3.5. Zweitmeinungsverfahren - Cholezystektomie (Entfernung der Gallenblase)

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat am 20. Oktober 2022 die Ergänzung der Zweitmeinungs-Richtlinie (Zm-RL) um das Eingriffsthema „Cholezystektomie“ beschlossen. Dieser Beschluss tritt am 1. Januar 2023 in Kraft.

Gegenstand dieses Zweitmeinungsverfahrens „Cholezystektomie“ ist die Indikationsstellung zur Entfernung der Gallenblase (Cholezystektomie).

Auswirkungen der Energiekrise

Ziel des Monitorings

Bitte um Beteiligung

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

- Innere Medizin und Gastroenterologie
- Allgemein Chirurgie
- Viszeralchirurgie
- Kinder- und Jugendchirurgie
- Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Gastroenterologie

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 (Mitglieder/Anträge/Genehmigungspflichtige Leistungen/Zweitmeinungsverfahren) zur Verfügung. Bitte beachten Sie hierbei die zwei unterschiedlichen Antragsformen für zugelassene und nicht-zugelassene Ärzte.

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

Mit Aufnahme dieses Verfahrens wurde das Spektrum des Zweitmeinungsverfahrens auf nunmehr 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, Cholezystektomie) erweitert.

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

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

3.6. Anpassung der Onkologie-Vereinbarung zum 1. Januar 2023 - Berechnungsfähigkeit der Kostenpauschale 86516 im Rahmen von Arzneimittel Härtefallprogrammen

Für die Berechnung der Kostenpauschale 86516 „intravasale medikamentöse Tumorthherapie“ ist die Gabe von mindestens einem intravasal verabreichten Tumorthapeutikum der ATC-Klasse L notwendig. Die KBV und der GKV-Spitzenverband haben klargestellt, dass hierunter

auch intravasal applizierte Tumortherapeutika im Rahmen von Arzneimittel-Härtefallprogrammen („Compassionate Use“) fallen, welche gegebenenfalls auch noch keinen ATC-Code tragen.

Über Arzneimittel-Härtefallprogramme können nicht zugelassene oder nicht genehmigte Arzneimittel, welche grundsätzlich der Pflicht zur Zulassung oder Genehmigung unterliegen, aus humanen Erwägungen zur Verfügung gestellt werden. Dies betrifft die Behandlung von Erkrankungen, die zu schweren Behinderungen führen würden oder als lebensbedrohend gelten und die mit einem zugelassenen oder genehmigten Arzneimittel nicht zufriedenstellend behandelt werden können. Die Kosten für die Medikamente werden vom Hersteller getragen. Die Arzneimittel-Härtefallprogramme werden von den Herstellern bei den jeweils zuständigen Bundes-Oberbehörden angezeigt.

3.7. Übergangsregelung bei der Verordnung von außerklinischen Intensivpflege verlängert bis zum 30. Oktober 2023

Verordnungen zur außerklinischen Intensivpflege sind bis zum 30. Oktober 2023 weiterhin nach der Häuslichen Krankenpflege-Richtlinie (HKP-Richtlinie) möglich.

Die bisherige Übergangsregelung sah vor, dass Leistungen der außerklinischen Intensivpflege ab Januar 2023 ausschließlich nach der neuen Richtlinie für die außerklinische Intensivpflege (AKI-Richtlinie) hätten ausgestellt werden dürfen. Verordnungen nach den Regelungen der HKP-Richtlinie wären demnach nur noch bis zum 31. Dezember 2022 möglich. (vgl. KVN-Rundschreiben April 2022).

Die nun geänderte Übergangsregelung sieht vor, dass Ärztinnen und Ärzte ab Januar zwar nach den Regelungen der neuen AKI-Richtlinie verordnen sollen, jedoch Verordnungen nach den Regelungen der HKP-Richtlinie auch nach dem 31. Dezember 2022 weiterhin möglich sind.

Bestehen bleibt die Befristung der Übergangsregelung auf den 31. Oktober 2023. Danach verlieren Verordnungen außerklinischer Intensivpflege nach den Regelungen der HKP-Richtlinie spätestens ab 31. Oktober 2023 ihre Gültigkeit und es dürfen nur noch Verordnungen nach den Regelungen der neuen AKI-Richtlinie ausgestellt werden.

3.8. 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 (15.02. / 15.05. / 15.08. / 15.11.) an die KVN zu übertragen.

Sechs Wochen nach
Quartalsende

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 Krebsfrüherkennungs-programme (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 in den Früherkennungsprogrammen

Grundsätzlich gilt, es muss nur für die Leistung (GOP) eine Dokumentation angelegt werden, die auch abgerechnet wird.

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 13421A EBM	Abklärungskoloskopie nach positivem Stuhltest	Gastroenterologen, Fachinternisten ohne Schwerpunkt und Chirurgen (FÄ für Chirurgie oder Visceralchirurgie) mit Abrechnungsgenehmigung

oKFE Darmkrebs

Hinweis: Die Abklärungskoloskopie nach positivem Stuhltest ist nach der GOP 13421A abzurechnen und ist damit grundsätzlich eine präventive Maßnahme. Somit ist sie von allen Ärzten mit einer Abrechnungsgenehmigung zur präventiven Koloskopie abrechnungsfähig.

Dokumentation oKFE Zervixkarzinom - Was und wer

GOP 01760 EBM	Krebsfrüherkennung	nicht dokumentationspflichtig
GOP 01761 / 01764 EBM	Primärscreening, Abklärungsdiagnostik	Gynäkologen, abrechnungsbeauftragte Hausärzte

oKFE Zervixkarzinom

GOP 01762 / 01766 EBM	Zytologische Untersuchung	Gynäkologen und Pathologen mit Abrechnungsgenehmigung
GOP 01763 / 01767 EBM	HPV-Test	Labormediziner, Gynäkologen und Pathologen mit Abrechnungsgenehmigung
GOP 01765 EBM	Abklärungskolposkopie	Gynäkologen mit Abrechnungsgenehmigung

Hinweis: Das bedeutet, z. B. Gynäkologen, die selbst keine zytologischen Untersuchungen und HPV-Tests zur Abrechnung bringen, bauen keine Dokumentationsbögen für die Zytologie oder den HPV-Test erfassen. Ebenso verhält es sich mit der Abklärungskolposkopie.

3.9. Gesetzliche Unfallversicherung: Beschlüsse der Ständigen Gebührenkommission zur Änderung der UV-GOÄ treten am 1. Januar 2023 in Kraft

Aufgewertet: Für die Betreuung von Unfallverletzten erhöhen sich insbesondere die Gebühren für den D-Arzt-Bericht (F 1000) und Zuschlagspositionen für das ambulante Operieren:

Aufgewertet

- Nr. 132 (D-Bericht) › 20,00 Euro
- Nr. 442 › 35,83 Euro
- Nr. 442a › 19,47 Euro
- Nr. 443 › 67,20 Euro
- Nr. 444 › 116,47 Euro
- Nr. 445 › 197,10 Euro

Neu: Telemedizinische Beratungsleistungen (Besondere Heilbehandlung)

Neu

- Nr. 10 › 8,00 Euro
- Nr. 10a › 16,00 Euro

Neu: Zuschläge für sonographische Untersuchungen (bei Frakturkontrolle bis zum 18. Geburtstag)

- Nr. 411 und Nr. 411a › 35,00 Euro

Weiteres

Im Bereich Berufskrankheiten erfolgten bei den Therapien von Hauterkrankungen Änderungen in den Leistungslegenden zu den Nummern 196 und 379 UV-GOÄ. Zudem erhöhte sich die Vergütung um 14 Prozent bei den Nummern 380 UV-GOÄ bis 382 UV-GOÄ „Impfungen und Testungen“.

Umfangreiche Änderungen in den Leistungslegenden und zwei neue Abrechnungsmöglichkeiten betreffen die Gebührennummern 570 bis 573 UV-GOÄ. Ab sofort sind auch die photodynamische Tageslichttherapie sowie die technisch simulierte photodynamische Tageslichttherapie

pie Bestandteil der UV-GOÄ. Die Nummer 740a wurde um weitere vergleichbare leitliniengerechte Therapien (chemochirurgische Therapien aktinischer Keratosen) erweitert.

Veröffentlichung

Einzelheiten zu den Beschlüssen sind der Bekanntmachung im Deutschen Ärzteblatt zu entnehmen. Die aktuelle UV-GOÄ steht auf der Internetseite der KBV bereit: <https://www.kbv.de/html/uv.php>

3.10. Bosch BKK: Besondere akupsychotherapeutische Versorgung erweitert ab Januar 2023

Diese Versorgung ergänzt gesetzliche Leistungen (im Sinne der Richtlinien-therapie) und soll Versicherten den Zugang zur Psychotherapie erleichtern. Psychotherapeuten wird der besondere Betreuungsaufwand mittels (EBM-)Honorarzuschlägen vergütet. Vorausgesetzt, Psychotherapeut und Patient haben zuvor ihre Teilnahme am Sondervertrag schriftlich erklärt.

Die abrechenbaren GOP (Zuschläge) entnehmen Sie bitte der aktuellen Vertrags-/Lesefassung im KVN-Portal: Rubrik „Verträge“ Suchbegriff „Bosch BKK“ - Zudem informiert die Bosch BKK teilnehmende Vertrags-therapeuten auf direktem Wege.

3.11. Veröffentlichungen der Ausschreibungen zu Vertragsarzt-/Vertragspsychotherapeutenstellen im Januar 2023

Für den Monat Januar 2023 wird die Veröffentlichung aller Ausschreibungen ausschließlich auf der Homepage der KVN stattfinden.

Ab dem 15. Januar 2023 finden Sie alle Ausschreibungen für den Monat Januar 2023 unter <https://www.kvn.de/%C3%9Cber+uns/Amtliche+Bekanntmachungen/Ausschreibungen.html>

4. Veranstaltungen im Februar und März 2023

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

Name	Ort	Datum	Gebühr p. P.
Existenzgründerseminar Modul I „Meine eigene Praxis - Impulse für den Start“	Göttingen	01.Feb	kostenlos
QEP®-Einführungsseminar	WebSeminar	04.Feb	127 Euro

A

Datenschutz in der Arztpraxis	WebSeminar	07.Feb	69 Euro
Existenzgründerseminar Modul I „Meine eigene Praxis - Impulse für den Start“	Oldenburg	08.Feb	kostenlos
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
Qualitätszirkel Moderatorengrundausbildung (2-tägig)	Hannover	10.Feb	335 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
Verordnen ohne Regressgefahr	Oldenburg	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-Aktuell - Der QEP-Zielkatalog	WebSeminar	22.Feb	69 Euro
Meine eigene Praxis - Impulse für den Start	WebSeminar	22.Feb	kostenlos
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
Existenzgründerseminar Modul 2 "Meine eigene Praxis - So gelingt der Start"	Braunschweig	01.Mär	kostenlos
Impfen	WebSeminar	01.Mär	kostenlos

Das Telefon - Die Visitenkarte der Arztpraxis	WebSeminar	01.Mär	69 Euro
Honorarbescheid lesen und verstehen	Braunschweig	08.Mär	kostenlos
Fit am Empfang - So heißen Sie Ihre Patienten willkommen	WebSeminar	08.Mär	69 Euro
Qualitätsmanagement-Aktuell - Die Qualitätsmanagement-Richtlinie	WebSeminar	08.Mär	69 Euro
Existenzgründerseminar Modul II „Meine eigene Praxis - So gelingt der Start“	Oldenburg	08.Mär	kostenlos
ICD10 - Richtig kodieren	Hannover	08.Mär	kostenlos
IT-Sicherheit für Einsteiger	WebSeminar	08.Mär	kostenlos
Praxisbegehungen durch das Gewerbeaufsichtsamt	Hannover	08.Mär	kostenlos
Moderne Wundversorgung	WebSeminar	08.Mär	kostenlos
Datenschutz für Fortgeschrittene	WebSeminar	08.Mär	69 Euro
Ausbildung zur/m Datenschutzbeauftragte/n in der Arztpraxis (4-tägig)	WebSeminar	14.Mär	260 Euro
Moderne Wundversorgung	WebSeminar	15.Mär	kostenlos
Der Honorarbescheid - Ein Buch mit 7 Siegeln?	Osnabrück	15.Mär	kostenlos
Impfen	WebSeminar	15.Mär	kostenlos
Sprechstundenbedarf	WebSeminar	16.Mär	kostenlos
Arbeitsschutz in der Arztpraxis	WebSeminar	18.Mär	69 Euro
Psychosomatische Grundversorgung 2023	Rosdorf	18.Mär	700 Euro
Personalführung für PraxismitarbeiterIn	WebSeminar	21.Mär	69 Euro
Praxisorganisation und Praxisführung	WebSeminar	22.Mär	69 Euro
Medizinprodukte-Aufbereitung Workshop Teil 1	Hannover	22.Mär	125 Euro
Heilmittelverordnung in Theorie und Praxis	WebSeminar	22.Mär	kostenlos

5. Anlagenverzeichnis

5.1. Faxbestellung



Faxbestellung

Helmsauer Curamed GmbH

Servicecenter

Dürrenhofstr. 4

90402 Nürnberg

FAX:0911/9292430

[HCMB Kompetenzzentrum Selektivvertraege@helmsauer-gruppe.de](mailto:HCMB_Kompetenzzentrum_Selektivvertraege@helmsauer-gruppe.de)

Anzahl	Höchstmenge bei Nachbestellungen	Artikel
	20	Elterninformation zur Schwangerenberatung U0 (neu ab 01.01.2023)

Absenderangaben der Gynäkologischen Praxis:

Praxis: _____

Ansprechpartner: _____

Anschrift: _____

PLZ: _____ Ort _____

Telefon: _____ Fax _____

e-Mail: _____

Datum: _____ Unterschrift _____