



KVN

Kassenärztliche Vereinigung
Niedersachsen

Informationen für die Praxis

KVN-Rundschreiben

Mai 2024

Inhaltsverzeichnis

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

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

1. Abrechnung

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

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

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

Neue Kostenpauschalen:

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

Anpassung des laborärztlichen Honorars

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

Leistungsbedarfsneutrale Gegenfinanzierung

- Anpassungen im EBM zur leistungsbedarfsneutralen Finanzierung der Änderungen

Verlängerung der Übergangsregelung für nicht-elektronische Kommunikation

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

Die Änderungen im Detail

Neue Kostenpauschalen

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

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

Änderungen im Detail

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

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

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

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

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

Übersicht der neuen Kostenpauschalen

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

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

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

Leistungslegenden/
Anmerkungen

Anpassung des laborärztlichen Honorars

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

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

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

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

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

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

Anpassungen für nicht in Kapitel 12 genannte Ärzte

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

Ausschließlich
berechnungsfähig für:

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

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

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

Übersicht der neuen und angepassten GOP

Leistungsbedarfsneutrale Gegenfinanzierung

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

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

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

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

Hinweise zur Veröffentlichung

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

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

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

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

Keine Anpassung im EBM erforderlich

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

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

Betrifft GOP in:

2. Verordnungen

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

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

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

Befristung verlängert

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

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

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

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

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

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

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

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

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

15. Mai 2024

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

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

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

2.5. Infanrix® Lieferengpass - Handlungshinweis der STIKO

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

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

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

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

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

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

Voraussichtlich bis
Ende August 2024

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Fachgerecht entsorgen

3. Allgemeine Hinweise

3.1. Website „Terminvermittlung“ neugestaltet

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

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

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

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

Aufwandspauschale

3.3. Aktionswoche zur HPV-Impfung in Niedersachsen

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

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

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

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

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

Motto

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

Weiterführende Informationen auch [hier](#)

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

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

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

Stichtagsregelung

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

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

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

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

Hintergrund

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

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

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

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

Eigenständige
Entscheidung

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

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

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

Änderungen am Vordruckmuster 12

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

Grundsätzlich sind drei Fälle zu unterscheiden

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

Drei Fälle

Stichtagsregelung

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

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

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

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

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

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

Änderungen

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

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

3.8. Neues Versorgungsangebot für Long-/Post-COVID

Patientengruppe

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

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

Voraussetzungen

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

Ablauf

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

Anmeldebogen

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

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

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

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

MHH:

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

Mail: fatigue@mh-hannover.de

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

UMG:

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

Mail: longcovid@med.uni-goettingen.de

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

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

Kontaktmöglichkeiten

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

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

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

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

Extrabudgetäre Vergütung/Sachkosten:

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

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

4. Veranstaltungen im Juni 2024

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

Mittwoch, 5. Juni 2024

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

Donnerstag, 6. Juni 2024

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

Freitag, 7. Juni 2024

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

Montag, 10. Juni 2024

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

Mittwoch 12. Juni 2024

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

Donnerstag, 13. Juni 2024

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

Samstag, 15. Juni 2024

- QEP®-Starterseminar (WebSeminar)

Mittwoch, 19. Juni 2024

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

Donnerstag, 20. Juni 2024

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

Donnerstag, 27. Juni 2024

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

5. Anlagenverzeichnis

5.1. Sammelerklärung