

KVBIINFOS

03|22

ABRECHNUNG

- 14 Die nächsten Zahlungstermine
- 14 Abrechnungsabgabe für das Quartal 1/2022
- 17 EBM-Änderungen zum 1. Januar 2022 und 1. März 2022
- 20 EBM – Telemonitoring bei Herzinsuffizienz ab 1. Januar 2022
- 22 EBM – Neue Zusatzpauschalen für Medikamentengabe ab 1. April 2022
- 24 G-BA beschließt neue ASV-Indikationen

VERORDNUNG

- 25 Ergänzungen der Arzneimittel-Richtlinie
- 26 Heilmittel-FAQ
- 26 Häusliche Krankenpflege – Vorlagefrist geändert
- 27 Nachweis der Masernimmunität
- 27 Schutzimpfungs-Richtlinie
- 27 Verschreibung von Lenalidomid
- 28 Lieferengpass Substitol®

QUALITÄT

- 28 QS-Vereinbarung PET, PET/CT
- 29 Information für Betreiber von Computertomographen/ interventionellen Röntgeneinrichtungen
- 30 Brachytherapie bei lokal begrenztem Prostatakrebs

ALLGEMEINES

- 30 Vertrag „Hallo Baby“
- 31 Aktualisierter Mutterpass bei Kohlhammer beziehbar
- 31 Einführung des elektronischen Mutterpasses

HINWEIS ZU KVB-SEMINAREN

Die aktuellen Seminartermine für das Jahr 2022 finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Service/Fortbildung* unter Terminsuche. Für das Seminarangebot, das laufend erweitert wird, können Sie sich dort sofort online anmelden. Wir freuen uns auf Ihre Teilnahme.

Die nächsten Zahlungstermine

10. März 2022

Abschlagszahlung Februar 2022

11. April 2022

Abschlagszahlung März 2022

29. April 2022

Restzahlung 4/2021

10. Mai 2022

Abschlagszahlung April 2022

10. Juni 2022

Abschlagszahlung Mai 2022

11. Juli 2022

Abschlagszahlung Juni 2022

29. Juli 2022

Restzahlung 1/2022

10. August 2022

Abschlagszahlung Juli 2022

12. September 2022

Abschlagszahlung August 2022

10. Oktober 2022

Abschlagszahlung September 2022

31. Oktober 2022

Restzahlung 2/2022

10. November 2022

Abschlagszahlung Oktober 2022

12. Dezember 2022

Abschlagszahlung November 2022

* Abschlagszahlungen im Notarzdienst wegen individueller Berechnung zirka fünf Tage später

Abrechnungsabgabe für das Quartal 1/2022

Abrechnungsabgabe

Wann?	Einreichung bis spätestens Montag, den 11. April 2022
Wie?	online
Wo?	<ul style="list-style-type: none"> ■ im KVB-Mitgliederportal „Meine KVB“ über Service „Honorar & Abrechnung“ oder ■ über den Kommunikationskanal KV-Connect
Voraussetzungen	<ul style="list-style-type: none"> ■ Die Abrechnung muss vollständig und korrekt sein. ■ Persönliche Leistungserbringung qualifikationsgebundener Leistungen insbesondere bei angestellten Ärztinnen und Ärzten, in Berufsausübungsgemeinschaften und Medizinischen Versorgungszentren. ■ Sammelerklärung
Termin verpasst?	<ul style="list-style-type: none"> ■ Sollten Sie einmal den Termin nicht einhalten können, besteht die Möglichkeit, eine Fristverlängerung online über das KVB-Mitgliederportal „Meine KVB“ unter Service „Honorar & Abrechnung“ mit dem Suchbegriff „Fristverlängerung der Quartalsabrechnung“ zu beantragen. Hierbei erhalten Sie eine vom System generierte Eingangsbestätigung/Genehmigung. ■ Auch weiterhin möglich: Unter der E-Mail-Adresse Terminverlaengerung@kvb.de können Sie eine Verlängerung der Abgabefrist mit Begründung beantragen.
Wichtig	Eine mögliche Verlängerung der Abgabefrist bezieht sich nur auf die Abrechnung nicht bereits verjährter Fälle und nicht auf die elektronische Dokumentation der Qualitätssicherungs- und Zusatzvereinbarungen der KVB.
Empfangsbestätigung	Über den Eingang Ihrer Abrechnungsunterlagen können Sie eine Empfangsbestätigung unter der Faxnummer 09 41 / 39 63 - 6 87 80 anfordern.

Nähere Informationen zur Online-Abrechnung finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Online-Angebote/Online-Abrechnung*. Gerne können Sie uns Ihre Abrechnung und Unterlagen auch schon früher zusenden.

Wir empfehlen vor Übermittlung Ihrer Abrechnung die Durchsicht der in Ihrer Praxissoftware durch das KBV-Prüfmodul erzeugten GNR-Statistik (also der Aufstellung/Übersicht aller abgerechneten Gebührennummern/Leistungspositionen) und gegebenenfalls der Fallstatistik. Dadurch verschaffen Sie sich einen schnellen Überblick und haben noch die Möglichkeit, eventuell erforderliche Korrekturen oder Ergänzungen vor der Übermittlung der Abrechnung vorzunehmen.

Korrekturen und/oder Ergänzungen nach Übermittlung der Abrechnung

Korrekturen notwendig?	Bitte senden Sie uns Ihre Korrekturwünsche umgehend zu.
Frist für Korrekturen	Sofern uns Ihr Korrekturwunsch innerhalb eines Monats nach dem offiziellen Abrechnungsabgabetermin erreicht, können wir die Änderungen noch aktuell in Ihrer Abrechnung berücksichtigen.
Frist verpasst?	Nach den Abrechnungsbestimmungen kann ausnahmsweise innerhalb eines Monats nach Erhalt des Honorarbescheids und der Richtigstellungsmitteilung eine Berichtigung/ Ergänzung der Abrechnung noch beantragt werden, sofern <ul style="list-style-type: none"> ■ die eingereichte Abrechnung objektiv erkennbar unzutreffend ist und ■ die Nichtvergütung der betroffenen Leistungen einen Honorarverlust zur Folge hätte, der einen unverhältnismäßigen Eingriff in den Vergütungsanspruch des Vertragsarztes darstellen würde.
Anschrift	Kassenärztliche Vereinigung Bayerns „Abrechnungskorrekturen“ Vogelsgarten 6 90402 Nürnberg

Die Gesamtversion der Abrechnungsbestimmungen finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Service/Rechtsquellen/Buchstabe „A“*.

Sammelerklärung

Sammel- erklärung	<ul style="list-style-type: none"> ■ Im Mitgliederportal „Meine KVB“ unter Service „Honorar & Abrechnung“ wird ein personalisiertes Formular der Sammelerklärung zum Download zur Verfügung gestellt, das Sie bitte ausdrucken, unterschreiben und auf dem Postweg an die KVB senden. ■ Das Herunterladen ist auch als eigenständiger Vorgang möglich (unabhängig davon, ob gleichzeitig eine Datei eingereicht werden soll oder nicht). ■ Die Einreichung der Sammelerklärung an die KVB in Papierform ist aufgrund der erforderlichen Originalunterschrift(en) weiterhin notwendig.
Wichtig	Die Abgabe der Sammelerklärung mit Garantiefunktion ist Voraussetzung für die Entstehung des Honoraranspruchs des einzelnen Vertragsarztes (BSG, Urteil vom 17. September 1997, 6 RKA 86/95 Rn 19f.). Fehlt die ordnungsgemäße Sammelerklärung , darf die KVB die „abgerechneten“ Leistungen nicht vergüten, da kein Honoraranspruch entstanden ist.

Ein aktuelles Exemplar der Sammelerklärung (dann jedoch ohne Personalisierung) können Sie auch weiterhin unter www.kvb.de in der Rubrik *Service/Formulare und Anträge/Buchstabe „S“* herunterladen.

Zusätzliche Abrechnungsunterlagen auf dem Postweg

Zusätzliche Unterlagen	<ul style="list-style-type: none"> ■ unterschriebene Sammelerklärung ■ zum Beispiel Scheine der Bayerischen Bereitschaftspolizei etc. siehe Merkblatt „Abrechnung Besondere Kostenträger“ ■ gegebenenfalls Sachkostenrechnungen inklusive Deckblatt Rechnungseinreichung Sachkosten
Anschrift für Briefsendungen	Kassenärztliche Vereinigung Bayerns „Quartalsabrechnung“ 93031 Regensburg
Anschrift für Päckchen/ Pakete	Kassenärztliche Vereinigung Bayerns Yorckstraße 15 93049 Regensburg
Wichtig	Bitte vergessen Sie nicht, den Arztstempel einschließlich der Betriebsstättennummer auf den eingereichten Unterlagen sowie dem Briefumschlag anzubringen.
Fragen zur Einreichung der Abrechnung	Bei Fragen erreichen Sie uns unter Telefon 0 89 / 5 70 93 – 4 00 10

Zur besseren Übersicht über die einzureichenden Scheine steht Ihnen das Merkblatt „Abrechnung Besondere Kostenträger“ unter www.kvb.de in der Rubrik *Abrechnung/Erstellung-Abgabe-Korrektur/Besondere Kostenträger* zur Verfügung. Es ist erforderlich bei der Einreichung von Sachkostenrechnungen ein entsprechendes Deckblatt mit beizufügen. Dieses steht Ihnen unter www.kvb.de in der Rubrik *Abrechnung/Vergütungsverträge/Buchstabe „S“/Sachkostenerstattung* - im Kästchen „Formulare“ zur Verfügung.

Sonstige Abrechnungen mit separaten Einreichungsterminen

Corona-Impfungen in Impfzentren (nicht in der eigenen Praxis)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Die Abrechnung von Corona-Impfungen, die Sie in Impfzentren durchführen, erfolgt ausschließlich mit einer Online-Anwendung über das KVB-Mitgliederportal „Meine KVB“ unter Service „Honorar & Abrechnung“ mit dem Suchbegriff „Corona-Impfabrechnung“. ■ Bitte beachten Sie, dass diese Abrechnungen monatlich bis zum 15. des auf die Tätigkeit folgenden Monats erfolgen müssen!
Infos zu Corona-Impfungen in Impfzentren	Ausführliche Informationen finden Sie in unserer „Anleitung zur Corona-Impfabrechnung über „Meine KVB““ oder unter www.kvb.de/coronavirus .
Notarzteinsätze über emDoc	<ul style="list-style-type: none"> ■ Eine Besonderheit stellt die Einreichung und Abrechnung von Notarzteinsätzen über emDoc dar. Mit emDoc können Sie Ihre Fälle laufend zur Abrechnung einreichen. Alle bis zum jeweiligen Abrechnungslauf eingereichten Fälle werden berücksichtigt. ■ Die Anwendung startet im KVB-Mitgliederportal „Meine KVB“ unter Service „Honorar & Abrechnung“ mit dem Suchbegriff „Notarzt-Abrechnung anlegen“. ■ Anders als bei der sonst erforderlichen Einreichung der handschriftlich unterzeichneten Sammelerklärung bestätigen Sie in emDoc auf elektronischem Weg, dass Sie die Leistungen persönlich den Bestimmungen entsprechend erbracht haben.
Fragen/Infos zu emDoc?	Bei Fragen erreichen Sie uns unter Telefon 0 89 / 5 70 93 – 8 80 88 Fax 0 89 / 5 70 93 – 6 49 25 E-Mail emDoc@kvb.de

EBM-Änderungen zum 1. Januar 2022 und 1. März 2022

Der Bewertungsausschuss (578. und 580. Sitzung) und der Erweiterte Bewertungsausschuss (76. und 78. Sitzung) haben zum 1. Januar und 1. März 2022 Änderungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) beschlossen. Die Beschlüsse des Bewertungsausschusses wurden unter www.institut-des-bewertungsausschusses.de in der Rubrik Bewertungsausschuss/Beschlüsse veröffentlicht. Sie stehen unter dem Vorbehalt der Nichtbeanstandung durch das Bundesministerium für Gesundheit.

Bewertungen der IVOM-Leistungen bleiben auch in 2022 unverändert
Beschluss aus der 578. Sitzung des Bewertungsausschusses

Die höheren Bewertungen der Gebührenordnungspositionen 06334, 06335, 31371 bis 31373 und 36371 bis 36373 für die intravitreale Medikamentengabe (IVOM) sowie die Anpassungen der Prüfzeiten in Anhang 3 des EBM werden für den Zeitraum vom 1. Januar 2022 bis zum 31. Dezember 2022 fortgeführt (siehe Tabelle).

Der Bewertungsausschuss hatte mit Einführung der intravitrealen Medikamenteneingabe im Jahre 2014 vereinbart, dass das Institut des Bewertungsausschusses die Bewertungen alle zwei Jahre überprüft. Bei der aktuellen Überprüfung wurde festgestellt, dass durch die Zunahme von beidseitigen Eingriffen die Analyse zukünftig getrennt für einseitige und beidseitige Eingriffe vorzunehmen ist. Aus diesem Grund werden die Bewertungen für ein weiteres Jahr verlängert und das Institut des Bewertungsausschusses mit einer Auswertung der Punktzahlvolumen je intravitrealer Medikamenteneingabe

GOP	Kurztext	Bewertung EBM/B€GO ab 1. Januar 2022
06334	Zusatzpauschale für die Betreuung nach Durchführung einer IVOM am rechten Auge nach den GOPen 31371, 31373, 36371 oder 36373	129 Punkte/ 14,53 Euro
06335	Zusatzpauschale für die Betreuung nach Durchführung einer IVOM am linke Auge nach den GOPen 31372, 31373, 36372 oder 36373	129 Punkte/ 14,53 Euro
31371	Intraocularer Eingriff der Kategorie Z1: Intravitreale Medikamenteneingabe am rechten Auge	1.683 Punkte/ 189,61 Euro
31372	Intraocularer Eingriff der Kategorie Z1: Intravitreale Medikamenteneingabe am linken Auge	1.683 Punkte/ 189,61 Euro
31373	Intraocularer Eingriff der Kategorie Z9: Intravitreale Medikamenteneingabe an beiden Augen	2.216 Punkte/ 249,66 Euro
36371	Intraocularer Eingriff der Kategorie Z1: Intravitreale Medikamenteneingabe am rechten Auge	807 Punkte/ 90,92 Euro
36372	Intraocularer Eingriff der Kategorie Z1: Intravitreale Medikamenteneingabe am linken Auge	807 Punkte/ 90,92 Euro
36373	Intraocularer Eingriff der Kategorie Z9: Intravitreale Medikamenteneingabe an beiden Augen	1.065 Punkte/ 119,99 Euro

inklusive Begleitleistungen getrennt für einseitige und beidseitige Eingriffe beauftragt.

Änderung der Kontroll-AABR (GOP 01706)

Beschluss aus der 578. Sitzung des Bewertungsausschusses

Zum 1. Januar 2022 erfolgte eine Anpassung der zeitlichen Vorgaben bei der Kontrolle der automatisierten Hirnstammaudiometrie (AABR) nach der GOP 01706 an die Kinder-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA).

Nach der Kinder-Richtlinie des G-BA hat sich der Arzt, der bei einem Neugeborenen oder Säugling die

Früherkennungsuntersuchungen U3, U4 und U5 durchführt, zu vergewissern, dass das Neugeborenen-Hörscreening dokumentiert wurde. Ist dies nicht der Fall, so hat er die Untersuchung zu veranlassen sowie deren Durchführung und das Ergebnis zu dokumentieren.

Die bisherige Regelung im EBM sah eine Durchführung und Abrechnung mit der U2 und in Ausnahmefällen mit der U3 vor. Durch Streichung dieser zeitlichen Vorgaben im obligaten Leistungsinhalt und in der ersten Anmerkung der GOP 01706 ist es nun möglich, die Kontroll-AABR abzurechnen, auch wenn diese erst im Rahmen der U4 oder U5 veranlasst und durchgeführt wird.

Abrechnungshäufigkeit der Behandlung von Naevi flammei und/oder Hämangiomen

Beschluss aus der 580. Sitzung des Bewertungsausschusses (schriftliche Beschlussfassung)

Bisher konnten die Gebührenordnungspositionen (GOPen) 10320, 10322 und 10324 für die Behandlung von Naevi flammei und/oder Hämangiomen bei einer erneuten Behandlungsbedürftigkeit desselben Hautareals zu einem späteren Zeitpunkt (zum Beispiel bei auftretenden Rezidiven) – auch bei Anwendung eines anderen Laserverfahrens – nicht erneut abgerechnet werden. Eine Mehrfachberechnung der GOPen war nur möglich, wenn nicht dasselbe Hautareal behandelt wurde.

Der Bewertungsausschuss hat mit Wirkung zum 1. Januar 2022 die zweite Anmerkung zu den genannten Gebührenordnungspositionen im EBM angepasst. Er stellt damit klar, dass

- jede einzelne der GOPen 10320, 10322 und 10324 unabhängig von der Zahl der Sitzungen jeweils einmal je Quadratzentimeter Gesamtläche des behandelnden Areals berechnungsfähig ist. Somit ist es künftig zulässig, in einem Quartal zum Beispiel eine Behandlung nach GOP 10320 (Einsatz des gepulsten Farbstofflasers zur Behandlung des Naevus flammeus) und im Folgequartal bei derselben Hautfläche eine Behandlung nach GOP 10324 EBM (Einsatz eines sonstigen Lasers) durchzuführen und abzurechnen.
- im Falle des Auftretens von Rezidiven bei Naevi flammei so-

wie der erneuten Behandlungsbedürftigkeit bei Hämangiomen jede der GOPen 10320, 10322 und 10324 erneut jeweils einmal je Quadratzentimeter für das bereits behandelte Hautareal berechnungsfähig ist. Die Notwendigkeit der erneuten Behandlung muss medizinisch begründet werden (Begründung in Feldkennung 5009).

Die bestehenden Regelungen zur Abstufung der Vergütung ab einer abgerechneten Gesamtpunktzahl für die GOPen 10320, 10322 und 10324 im Quartal sowie die Berechnungsausschlüsse der GOPen 10320 und 10324 im gleichen Behandlungsfall bleiben von der Änderung unberührt.

ePA: Ab 1. Januar 2022 neue GOP für sektorenübergreifende Erstbefüllung im EBM

Beschluss aus der 578. Sitzung des Bewertungsausschusses

Seit dem 1. Januar 2022 ist die erstmalige Befüllung der elektronischen Patientenakte (ePA) über die neue GOP 01648 des EBM abzurechnen. Sie ersetzt die bislang gültige Pseudo-GOP 88270 nach der ePA-Erstbefüllungsvereinbarung, die damit zum 1. Januar 2022 entfällt.

NEU: GOP 01648 – Sektorenübergreifende Erstbefüllung einer elektronischen Patientenakte

EBM-Bewertung 89 Punkte
Preis B€GO 10,03 Euro

Obligater Leistungsinhalt

- Speicherung von Daten gemäß der ePA-Erstbefüllungsvereinbarung nach Paragraph 346 Absatz 6 SGB V in der elektronischen Patientenakte,
- Prüfung, ob erhebliche therapeutische Gründe oder sonstige

erhebliche Rechte Dritter einer Übermittlung in die elektronische Patientenakte entgegenstehen,

- Prüfung und gegebenenfalls Ergänzung der zu den Dokumenten gehörenden Metadaten.

Fakultativer Leistungsinhalt

- Einholung der Zugriffsberechtigung vom Patienten zur Datenverarbeitung in dessen elektronischer Patientenakte,
- Erfassung und/oder Verarbeitung und/oder Speicherung von (weiteren) Daten nach Paragraph 341 Absatz 2 Nummern 1 bis 5 und 10 bis 13 SGB V aus dem aktuellen Behandlungskontext für eine einrichtungs-, fach- und sektorenübergreifende Dokumentation über den Patienten der elektronischen Patientenakte im selben Behandlungsfall.

Für die GOP 01648 gilt:

- Kann nur einmal pro Versicherten berechnet werden. Wurden bereits Einträge in der ePA vorgenommen, ist die GOP 01648 nicht berechnungsfähig.

Eine sektorenübergreifende Erstbefüllung liegt vor, wenn noch keine Inhalte von einem Vertragsarzt, einem im Krankenhaus tätigen Arzt oder Psychotherapeuten oder einem Zahnarzt in die ePA des Versicherten eingestellt worden sind. Eine Erstbefüllung kann auch vorliegen, wenn der Versicherte selbst bereits eigene Inhalte in die ePA eingestellt hat. Um eine Doppelabrechnung durch mehrere Ärzte zu vermeiden, empfehlen wir daher, sich vor der Erstbefüllung der ePA möglichst beim Versicherten zu erkundigen, ob bereits Einträge vorgenommen wurden.

- Im Behandlungsfall nicht neben der „Zusatzpauschale ePA-Unterstützungsleistung“ nach GOP 01647 berechnungsfähig.
- Die Beratung des Patienten zur Nutzung der ePA ist weiterhin nicht Aufgabe der Vertragsärzte und -psychotherapeuten.
- Die Gültigkeit der GOP 01648 ist zunächst befristet bis zum 31. Dezember 2022, da der Aufwand für die Befüllung der ePA noch nicht endgültig eingeschätzt werden konnte. Bis spätestens zum 30. September 2022 wird der Bewertungsausschuss über ihre Verlängerung und eine gegebenenfalls erforderliche Bewertungsanpassung beschließen. Die GOP 01648 enthält zudem einen Anteil zur Förderung der ePA.

Technische Voraussetzungen

Weiterhin gilt, dass die notwendigen technischen Voraussetzungen für die Nutzung der ePA erfüllt sein müssen. Näheres hierzu finden Sie auf unserer KVB-Themenseite unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/IT in der Praxis/Telematikinfrastruktur/Elektronische Patientenakte*.

Vergütung

Die Vergütung der GOP 01648 erfolgt außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung.

Neue Beratungsleistungen zur Organ- und Gewebespende ab 1. März 2022

Beschluss aus der 76. Sitzung des Erweiterten Bewertungsausschusses

Um die Bereitschaft zur Organ- und Gewebespende zu stärken, sollen ab 1. März 2022 Hausärzte sowie Kinder- und Jugendmediziner nach dem Transplantationsgesetz (TPG) ihre Patientinnen und Patienten regel-

mäßig darauf hinweisen, dass diese mit Vollendung des 16. Lebensjahres eine Erklärung zur Organ- und Gewebespende abgeben, ändern und widerrufen und mit Vollendung des 14. Lebensjahres einer Organ- und Gewebespende widersprechen können. Bei Bedarf soll alle zwei Jahre eine ergebnisoffene Beratung über die Organ- und Gewebespende erfolgen.

Diese Beratung umfasst nach dem ab 1. März 2022 gültigen Paragraf 2 Absatz 1a TPG insbesondere

- die Möglichkeiten, die Voraussetzungen sowie den für kranke Menschen möglichen Nutzen der Organ- und Gewebespende,
- die Möglichkeit, freiwillig eine Erklärung im Organspenderegister abzugeben,
- die Bedeutung einer abgegebenen Organspendeerklärung,
- den Hinweis, dass es keine Verpflichtung zur Abgabe einer Erklärung und deren Dokumentation besteht.

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) hat Informationsmaterialien für Ärzte und Patienten entwickelt und wird diese voraussichtlich Anfang Februar den Praxen als Starterpaket mit Hinweis auf die kostenfreie Bestellmöglichkeit weiterer Unterlagen zur Verfügung stellen. Das Paket enthält laut Information der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) zunächst Material zur Aufklärung von zehn Patientinnen und Patienten sowie hundert Organspendeaussagen. Ein Manual für das Arzt-Patienten-Gespräch zur Organ- und Gewebespende sowie weitere Aufklärungsmaterialien können zusätzlich kostenfrei bei der BZgA bestellt werden.

Zur Abbildung der Beratungsleistung wird mit Wirkung zum 1. März 2022 die neue Gebührenordnungsposition 01480 in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab aufgenommen

NEU: GOP 01480 – Beratung über Organ- und Gewebespende gemäß Paragraf 2 Absatz 1a TPG

EBM-Bewertung	65 Punkte
Preis B€GO	7,32 Euro

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt erforderlich.
- Bei Versicherten ab dem vollendeten 14. Lebensjahr alle zwei Kalenderjahre berechnungsfähig.
- Voraussetzung für die Berechnung der GOP 01480 ist bei Nebeneinanderberechnung von diagnostischen beziehungsweise therapeutischen Gebührenordnungspositionen und der GOP 01480 eine mindestens fünf Minuten längere Arzt-Patienten-Kontaktzeit als in den entsprechenden Gebührenordnungspositionen angegeben.
- Berechnungsfähig von Hausärzten und Kinder- und Jugendmedizinern.

Anhang 3 EBM

Im Zusammenhang mit der Neuaufnahme der GOP 01480 werden die Kalkulations- und Prüfzeiten im Anhang 3 zum EBM angepasst.

Vergütung

Die Vergütung der GOP 01480 erfolgt außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
Telefon 0 89 / 5 70 93 - 4 00 10

EBM – Telemonitoring bei Herzinsuffizienz ab 1. Januar 2022

Ab 1. Januar 2022 kann das Telemonitoring bei Herzinsuffizienz bei Patienten mit bestimmten Indikationen über Gebührenordnungspositionen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) abgerechnet werden. Nachdem der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) die Telemedizinische Betreuung von Patienten mit einer fortgeschrittenen Herzinsuffizienz als neue Nr. 37 „Telemonitoring bei Herzinsuffizienz“ in die Anlage I „Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden“ der Richtlinie Methoden vertragsärztlichen Versorgung (MVB-RL) aufgenommen hat, hat der Erweiterte Bewertungsausschuss am 15. Dezember 2021 die Aufnahme von neuen Gebührenordnungspositionen in den EBM beschlossen.

Beim Telemonitoring bei Herzinsuffizienz handelt es sich um ein datengestütztes, zeitnahes Management in Zusammenarbeit zwischen einem primär behandelnden Arzt (PBA) und einem ärztlichen telemedizinischen Zentrum (TMZ). Die Methode beinhaltet das Telemonitoring mittels implantierter kardialer Aggregate (zum Beispiel Defibrillatoren und Schrittmacher) zur Erhebung von medizinischen Daten sowie Daten zur Gerätefunktion beziehungsweise das Telemonitoring mittels externer Geräte (zum Beispiel Waage, EKG-Gerät, Blutdruckmessgerät) zur Erhebung von Gewicht, Blutdruck, elektrische Herzaktion und Informationen zum allgemeinen Gesundheitszustand.

Anspruchsberechtigte Patienten

Das Telemonitoring bei Herzinsuffizienz darf zulasten der Gesetzlichen Krankenversicherung nur bei Patienten erbracht werden, bei de-

nen vor Beginn des Telemonitorings kumulativ folgende Bedingungen durch den PBA festgestellt wurden:

- Es liegt eine Herzinsuffizienz nach NYHA-II- oder NYHA-III-Stadium mit einer Ejektionsfraktion < 40 Prozent vor.
- Der Patient ist Träger eines implantierten kardialen Aggregats (ICD, CRT-P, CRT-D) oder ist im zurückliegenden Jahr wegen kardialer Dekompensation stationär behandelt worden.
- Die Herzinsuffizienz wird leitliniengerecht behandelt.
- Es sind keine Faktoren erkennbar, die die Gewährleistung einer Übertragung der Monitoringdaten verhindern oder gefährden oder die das Selbstmanagement des Patienten behindern würden.

PBA und Patient prüfen gemeinsam drei Monate sowie erneut zwölf Monate nach Beginn des Telemonitorings sowie bei wesentlichen Änderungen der Behandlungssituation, ob die Voraussetzungen für eine Weiterführung des Telemonitorings gegeben sind. Hierbei soll auch das TMZ gemäß Paragraf 3 Absatz 2 Satz 1 und 2 MVB-RL einbezogen werden.

Neue GOPen für den primär behandelnden Arzt (PBA)

Für den PBA werden jeweils zwei neue Gebührenordnungspositionen in die fachgruppenspezifischen Abschnitte

- 3.2.3 (Berechnungsfähig von Hausärzten),
- 4.2.3 (Berechnungsfähig von Kinder- und Jugendärzten)
- 13.3.5 (Berechnungsfähig von Internisten mit Schwerpunkt Kardiologie, Nephrologie und

Pneumologie, Lungenärzten, Internisten ohne Schwerpunkt und Vertragsärzte mit der Genehmigung zur Durchführung von Blutreinigungsverfahren)

EBM aufgenommen. Diese können von den entsprechenden Fachgruppen abgerechnet werden, sofern diese **die Patienten im Rahmen des Telemonitoring Herz-insuffizienz als PBA behandeln**. Mit den neuen Gebührenordnungspositionen werden zum einen die Indikationsstellung inklusive der Aufklärung und Beratung zur Teilnahme am Telemonitoring bei Herzinsuffizienz vergütet und zum anderen die Betreuung eines Patienten im Rahmen des Telemonitoring, der Austausch zwischen PBA und TMZ, die Indikationsprüfung sowie der Kontakt zwischen PBA und Patient gegebenenfalls mit Therapieanpassung.

NEU: Indikationsstellung zur Überwachung eines Patienten im Rahmen des Telemonitoring bei Herzinsuffizienz

- GOP 03325 (Hausärzte)
- GOP 04325 (Kinderärzte)
- GOP 13578 (Internisten, fachärztlich)

EBM-Bewertung	65 Punkte
Preis B€GO	7,32 €

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt erforderlich.
- Je vollendete fünf Minuten, höchstens dreimal im Krankheitsfall berechnungsfähig.
- Die GOPen 03325, 04325 und 13575 sind im Behandlungsfall nicht nebeneinander berechnungsfähig.

NEU: Zusatzpauschale für die Betreuung eines Patienten im

Rahmen des Telemonitoring bei Herzinsuffizienz

- GOP 03326 (Hausärzte)
- GOP 04326 (Kinderärzte)
- GOP 13579 (Internisten, fachärztlich)

EBM-Bewertung 128 Punkte
Preis B€GO 14,42 €

- Die Kommunikation mit dem verantwortlichen TMZ ist obligat.
- Einmal im Behandlungsfall berechnungsfähig.
- Die GOPen 03326, 04326 und 13579 sind im Behandlungsfall nicht nebeneinander berechnungsfähig.

Neue GOPen für das Telemedizinische Zentrum (TMZ)

Für die Vergütung der Leistungen des TMZ werden fünf neue Gebührenordnungspositionen sowie eine neue Kostenpauschale in den EBM aufgenommen. Diese sind von Fachärzten für Innere Medizin mit Schwerpunkt Kardiologie berechnungsfähig (siehe Tabelle).

Weitere Informationen zu den neuen Gebührenordnungspositionen, den Abrechnungsbestimmungen und gegebenenfalls notwendige Qualifikationen beziehungsweise Abrechnungsvoraussetzungen finden Sie in unserem Serviceschreiben plus Anlage vom 20. Januar 2022 unter www.kvb.de in der Rubrik *Service/Mitglieder-Informationen/Service-schreiben/2022*.

Genehmigung für TMZ-Leistungen notwendig

Die Berechnung der Gebührenordnungspositionen 13583 bis 13587

GOP	Kurztext	Bewertung
13583	Anleitung und Aufklärung durch ein TMZ zum Telemonitoring bei Herzinsuffizienz	95 Punkte/ 10,70 Euro
13584	Telemonitoring bei Herzinsuffizienz mittels kardialem Aggregat durch ein TMZ	1.100 Punkte/ 123,93 Euro
13585	Zuschlag zur GOP 13584 für das intensiverte Telemonitoring bei Herzinsuffizienz mittels kardialem Aggregat durch ein TMZ	235 Punkte/ 26,48 Euro
13586	Telemonitoring bei Herzinsuffizienz mittels externer Messgeräte durch ein TMZ	2.100 Punkte/ 236,59 Euro
13587	Zuschlag zur GOP 13586 für das intensiverte Telemonitoring bei Herzinsuffizienz mittels externer Messgeräte durch ein TMZ	235 Punkte/ 26,48 Euro
40910	Kostenpauschale für die erforderliche Geräteausstattung des Patienten im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistung(en) nach der/den GOP(en) 13586 und/oder 13587	68,00 Euro

und 40910 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Qualitätssicherungsvereinbarung (QSV) Telemonitoring bei Herzinsuffizienz gemäß Paragraf 135 Absatz 2 SGB V voraus. **Da die bundesweite QSV Telemonitoring bei Herzinsuffizienz noch nicht in Kraft getreten ist, können die Leistungen vorläufig ohne eine entsprechende Genehmigung – unter Beachtung der Vorgaben der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung (MVV-RL) Anlage I Nummer 37 – abgerechnet werden.** Sobald die QSV Telemonitoring bei Herzinsuffizienz in Kraft tritt, ist für die (weitere) Abrechnung die Genehmigung erforderlich. Wir werden Sie dann umgehend über die Genehmigungsvoraussetzungen informieren und ein Antragsformular zur Verfügung stellen. Bitte beachten Sie, dass in der QSV andere, gegebenenfalls auch höhere Anforderungen als in der MVV-RL festgelegt sein können.

Zusätzlich ist für die Abrechnung eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der QSV zur Rhythmusimplantat-Kontrolle gemäß Paragraf 135 Absat. 2 SGB V erforderlich.

Besonderheiten bei der Durchführung des Telemonitoring bei Herzinsuffizienz

Das Telemonitoring basiert auf einer engen Zusammenarbeit zwischen PBA und TMZ. Die Voraussetzungen für das Telemonitoring und seine Durchführung, insbesondere für welche Prozesse und Qualitätssicherungsmaßnahmen im Einzelnen das TMZ und/oder der PBA verantwortlich ist, entnehmen Sie bitte der MVV-RL und der Qualitätssicherungsvereinbarung Telemonitoring bei Herzinsuffizienz. Die MVV-RL finden Sie auf der Internetseite des G-BA unter www.g-ba.de in der Rubrik Richtlinien.

EBM – Neue Zusatzpauschalen für Medikamentengabe ab 1. April 2022

Anhang 3 EBM

Im Zusammenhang mit der Neuaufnahme der GOPen 03325, 03326, 04325, 04326, 13578, 13579 und 13583 bis 13587 werden die Kalkulations- und Prüfzeiten im Anhang 3 zum EBM angepasst. Die GOPen 13583 bis 13587 EBM werden als Ausschlussleistungen zu den Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung (PFG) mit „*“ ausgewiesen.

Vergütung

Die Vergütung der neu in den EBM aufgenommenen GOPen 03325, 03326, 04325, 04326, 13578, 13579, 13583 bis 13587 und 40910 erfolgt außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung.

Der Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses aus seiner 76. Sitzung ist auf der Internetseite des Instituts des Bewertungsausschusses unter www.institut-des-bewertungsausschusses.de in der Rubrik Bewertungsausschuss/Beschlüsse veröffentlicht. Er steht unter dem Vorbehalt der Nichtbeanstandung durch das Bundesministerium für Gesundheit.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
Telefon 0 89 / 5 70 93 – 4 00 10

Die Vergütung der Beobachtung und Betreuung von Patienten bei Gabe bestimmter Medikamente wird zum 1. April 2022 im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) neu geregelt. Es werden neue Zusatzpauschalen für die Medikamentengabe in den EBM aufgenommen, die die bisherigen Gebührenordnungspositionen 01514 (Velmanase alfa oder Sebelipase alfa), 01516 (Fingolimod) und 01517 (Siponimod) ersetzen.

Die neuen Zusatzpauschalen für die Beobachtung und Betreuung eines Patienten unter parenteraler intravasaler Behandlung mit Sebelipase alfa und/oder Velmanase alfa, sind je nach Dauer der Leistung unterschiedlich hoch bewertet.

NEU: Zusatzpauschalen für die Beobachtung und Betreuung eines Kranken unter parenteraler intravasaler Behandlung mit Sebelipase alfa und/oder Velmanase alfa

■ GOP 01540 - Dauer mehr als 2 Stunden	EBM-Bewertung	386 Punkte
	Preis B€GO	43,49 €
■ GOP 01541 - Dauer mehr als 4 Stunden	EBM-Bewertung	625 Punkte
	Preis B€GO	70,41 €
■ GOP 01542 - Dauer mehr als 6 Stunden	EBM-Bewertung	961 Punkte
	Preis B€GO	108,27 €

Weitere Zusatzpauschalen gibt es für die Beobachtung und Betreuung eines Patienten nach der oralen Gabe von Fingolimod oder Siponimod, sowie erstmals auch für die Wirkstoffe Ponesimod (Medikament Ponvory®) und Ozanimod (Medikament Zeposia®).

NEU: Zusatzpauschale für die Beobachtung und Betreuung eines Kranken unmittelbar nach der oralen Gabe von Fingolimod oder Ozanimod oder Ponesimod oder Siponimod

■ GOP 01543 - Dauer mehr als 2 Stunden	EBM-Bewertung	311 Punkte
	Preis B€GO	35,04 €
■ GOP 01544 - Dauer mehr als 4 Stunden	EBM-Bewertung	550 Punkte
	Preis B€GO	61,96 €
■ GOP 01545 - Dauer mehr als 6 Stunden	EBM-Bewertung	885 Punkte
	Preis B€GO	99,71 €

Für alle neuen GOPen gilt:

- Die Berechnung setzt die Angabe des Präparats, der Begründung der erforderlichen Überwachung gemäß der jeweils aktuell gültigen Fachinformation (zum Beispiel Dosierung, Dosisanpassung, Erstgabe, Körpergewicht) und der Überwachungsdauer voraus (**freier Begründungstext – Feldkennung 5009**).
- Es bestehen sitzungsbezogene Abrechnungsausschlüsse zu folgenden Leistungen:
 - Zusatzpauschalen für die Medikamentengabe (GOP 01540 bis 01545) nebeneinander
 - Betreuungspauschalen des Abschnitts 1.5 (GOPen 01510 bis 01512, 01520, 01521, 01530, 01531)
 - Betreuungspauschalen im Rahmen von Sterilisation und Schwangerschaftsabbrüchen (GOPen 01857, 01910 und 01911)
 - Infusionen (GOPen 02100 bis 02102)

- Nephrologische Betreuungspauschalen (GOPen 04564 bis 04566, 04572, 04573, 13610 bis 13612 und 13620 bis 13622)
- Beratung und Erörterung und/oder Abklärung im Rahmen der Schmerztherapie (GOP 30708)
- Blutgasanalyse (GOP 32247)
- Bildwandlergestützte beziehungsweise CT-gesteuerte Intervention(en) (GOPen 34503 bis 34505)
- Anästhesien aus Abschnitt 31.5.3 (GOPen 31820 bis 31841)
- Anästhesiologische Gebührenordnungspositionen des Kapitels 5 (GOPen 05210 bis 05372)

Die neuen GOPen sind **berechnungsfähig von:**

- Fachärzten für Innere Medizin (fachärztliche Versorgung),
- Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin, die die Voraussetzung zur Abrechnung von GOPen der schwerpunktorientierten Kinder- und Jugendmedizin (Abschnitt 4.4) oder von pädiatrischen GOPen mit Zusatzweiterbildung (Abschnitt 4.5) erfüllen,
- Fachärzten für Neurologie, Fachärzten für Nervenheilkunde sowie Fachärzten für Neurologie und Psychiatrie.

Die GOP 02102 kann ab 1. April 2022 auch bei einer Infusionstherapie (ohne anschließende Beobachtung) mit Velmanase alfa abgerechnet werden. Bislang war dies nur bei der Gabe von Sebelipase alfa möglich.

Geändert: GOP 02102 – Infusionstherapie mit Sebelipase alfa **oder Velmanase alfa**

Obligater Leistungsinhalt:

- **Intravasale** Infusionstherapie mit Sebelipase alfa oder **Velmanase alfa**
- Dauer mindestens 60 Minuten

EBM-Bewertung: 165 Punkte
Preis B€GO: 18,59 Euro

- Es gelten die bisherigen sitzungsbezogenen Abrechnungsausschlüsse der GOP 02102 zu den in der Anmerkung zur GOP definierten EBM-Leistungen (zum Beispiel Betreuungspauschalen des Abschnitts 1.5, Anästhesien aus Abschnitt 31.5.3 etc.). Neu aufgenommen wurde der sitzungsbezogene Ausschluss zu den Zusatzpauschalen für die Medikamentengabe nach den GOPen 01540 bis 01545.

Vergütung

Die Vergütung der GOPen 01540 bis 01545 erfolgt außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung.

Anhang 3 EBM

Im Zusammenhang mit der Neuaufnahme der GOPen 01540 bis 01545 werden die Kalkulations- und Prüfzeiten im Anhang 3 zum EBM angepasst. Die GOPen 01540 bis 01545 EBM werden als Ausschlussleistungen zu den Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung (PFG) mit „*“ ausgewiesen.

Der Beschluss des Bewertungsausschusses aus seiner 572. Sitzung vom 17. November 2021 wurde unter www.institut-des-bewertungsausschusses.de in der Rubrik Be-

wertungsausschuss/Beschlüsse veröffentlicht. Er steht unter dem Vorbehalt der Nichtbeanstandung durch das Bundesministerium für Gesundheit.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
Telefon 0 89 / 5 70 93 – 4 00 10

G-BA beschließt neue ASV-Indikationen

Am 16. Dezember 2021 hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) die Anlage 1.1a onkologische Erkrankungen, Tumorgruppe 7: „Tumoren des Gehirns und der peripheren Nerven“ sowie die Anlage 1.1c „Chronisch entzündliche Darmerkrankungen“ beschlossen. Die Beschlüsse werden am Tag nach ihrer Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft treten.

Interdisziplinäre Teams können ab Inkrafttreten der Beschlüsse bei Interesse ihre Teilnahme im Rahmen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) beim erweiterten Landesausschuss (eLA) anzeigen.

Welche **Fachrichtungen** zur Teamgründung nötig sind und **welche Patientengruppen** die Anlagen umfassen, lesen Sie in dieser Ausgabe von KVB FORUM auf Seite 27 sowie auf der Internetseite des G-BA:

Tumoren des Gehirns und der peripheren Nerven:
<https://www.g-ba.de/beschluesse/5207/>

Chronisch entzündliche Darmerkrankungen:
<https://www.g-ba.de/beschluesse/5208/>

Behandlungsumfang

Die abrechenbaren Gebührenordnungspositionen sind in der Anlage, respektive im Appendix, aufgeführt. Darunter befinden sich auch acht Leistungen (Tumoren des Gehirns und der peripheren Nerven) beziehungsweise fünf Leistungen (CED), die bislang nicht Bestandteil des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) sind (Abschnitt 2).

Mindestmengen „Tumoren des Gehirns und der peripheren Nerven“

Zur Teilnahme muss das Kernteam mindestens 50 Patienten mit gesicherter Diagnose in den jeweils zurückliegenden vier Quartalen nachweisen. Zusätzlich muss ein Hämato-Onkologe durchschnittlich 120 Patienten mit soliden oder hämatologischen Neoplasien pro Quartal behandeln. Alternativ kann auch ein anderer Arzt des Kernteams eine durchschnittliche Zahl von 80 Patienten mit soliden Neoplasien pro Quartal als Nachweis erbringen. Details zu den Mindestmengen und zu allen anderen Voraussetzungen finden Sie im Beschluss zur Anlage 1.1 Buchstabe a – Tumorgruppe 7: Tumoren des Gehirns und der peripheren Nerven unter https://www.g-ba.de/downloads/39-261-5207/2021-12-16_ASV-RL_Ergaenzung_Tumoren-Gehirn_periphere%20Nerven.pdf.

Mindestmengen „Chronisch entzündliche Darmerkrankungen“

Zur Teilnahme muss das Kernteam mindestens 100 Patienten mit gesicherter Diagnose in den jeweils zurückliegenden vier Quartalen der genannten Indikationsgruppen nachweisen. Details zu den Mindestmengen und zu allen anderen Voraussetzungen finden Sie im Beschluss zur Anlage 1.1 Buchstabe c – Chronisch entzündliche Darmerkrankungen unter https://www.g-ba.de/downloads/39-261-5208/2021-12-16_ASV-RL_Ergaenzung-CED.pdf.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
 Telefon 0 89 / 5 70 93 – 4 08 50
 Fax 0 89 / 5 70 93 – 4 08 51
 E-Mail ASV-Abrechnung@kvb.de

Ergänzungen der Arzneimittel-Richtlinie

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat Ergänzungen der Arzneimittel-Richtlinie beschlossen, die zwischenzeitlich in Kraft getreten sind.

Anlage III, Verordnungseinschränkungen und -ausschlüsse

Für Inclisiran (Nummer 35c) gilt seit 18. Januar 2022 die gleiche Verordnungseinschränkung wie für die PCSK9-Inhibitoren Alirocumab und Evolocumab. (vergleiche Verordnung Aktuell vom 18. Januar 2022)

Anlage V, verordnungsfähige

Medizinprodukte

- ALCON BSS – Kochsalz 6 % Inhalat Pädia® – Befristung der Verordnungsfähigkeit bis 8. Oktober 2023
- Macrogol beta Lemmon – Aufnahme
- PädiaSalin® 6 % – Streichung

Anlage VI, Off-Label-Use

- Bortezomib plus Cyclophosphamid plus Dexamethason zur Induktionstherapie des neu diagnostizierten Multiplen Myeloms
- 6-Mercaptopurin zur Immunsuppression in der Therapie der chronisch entzündlichen Darmerkrankungen

Anlage XII, frühe Nutzenbewertung

- Atidarsagen autotemcel – Anwendungsgebiet: Metachromatische Leukodystrophie mit biallelischer Mutation im ARSA-Gen
- Atezolizumab – Anwendungsgebiet: Nicht-kleinzelliges Lungenkarzinom, PD-L1 Expression \geq 50 % auf TC oder \geq 10 % auf IC, EGFR/ALK-negativ, Erstlinie
- Berotralstat – Anwendungsgebiet: hereditäres Angioödem
- Bosutinib – Neubewertung nach Fristablauf – Anwendungsgebiet:

Chronische myeloische Leukämie, Ph+, Erstlinie

- Brentuximab Vedotin – Neubewertung nach Fristablauf – Anwendungsgebiet: Systemisches anaplastisches großzelliges Lymphom; Erstlinie; Kombination mit Cyclophosphamid, Doxorubicin und Prednison
- Cabotegravir – Anwendungsgebiet: HIV-1-Infektion, Kombination mit Rilpivirin
- Cabozantinib – Neubewertung nach Fristablauf – Anwendungsgebiet: Schilddrüsenkarzinom
- Cabozantinib – Anwendungsgebiet: Nierenzellkarzinom, Erstlinienbehandlung, Kombination mit Nivolumab
- Cenobamat – Anwendungsgebiet: Epilepsie, fokale Anfälle, nach mindestens zwei Vortherapie
- Daratumumab – Anwendungsgebiet: Multiples Myelom, Erstlinie, Stammzelltransplantation ungeeignet, Kombination mit Bortezomib, Melphalan und Prednison) – Änderung der Befristung der Geltungsdauer
- Dostarlimab – Anwendungsgebiet: Endometriumkarzinom, nach vorheriger Platinbasierter Therapie
- Elotuzumab – Neubewertung nach Fristablauf – Anwendungsgebiet: Multiples Myelom, mindestens zwei Vortherapien, Kombination mit Pomalidomid und Dexamethason
- Enzalutamid – Anwendungsgebiet: Prostatakarzinom, metastasiert, hormonsensitiv, Kombination mit Androgenentzugstherapie
- Erenumab – Neubewertung aufgrund neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse – Anwendungsgebiet: Migräne-Prophylaxe

- Glecaprevir/Pibrentasvir – Anwendungsgebiet: Chronische Hepatitis C, drei bis < zwölf Jahre
- Isatuximab – Anwendungsgebiet: Multiples Myelom, mindestens zwei Vortherapien, Kombination mit Pomalidomid und Dexamethason
- Ivacaftor – Anwendungsgebiet: Zystische Fibrose, Kombinationsbehandlung mit Ivacaftor/Tezacaftor/Elexacaftor bei Personen ab zwölf Jahren (heterozygot bezüglich F508del- und andere beziehungsweise unbekannt Mutation)
- Ivacaftor – Anwendungsgebiet: Zystische Fibrose, Kombinationsbehandlung mit Ivacaftor/Tezacaftor/Elexacaftor bei Personen ab zwölf Jahren (heterozygot bezüglich F508del- und RF-Mutation)
- Ivacaftor/Tezacaftor/Elexacaftor – Anwendungsgebiet: Zystische Fibrose, Kombinationsbehandlung mit Ivacaftor bei Personen ab zwölf Jahren (heterozygot bezüglich F508del- und andere beziehungsweise unbekannt Mutation)
- Ivacaftor/Tezacaftor/Elexacaftor – Anwendungsgebiet: Zystische Fibrose, Kombinationsbehandlung mit Ivacaftor bei Personen ab zwölf Jahren (heterozygot bezüglich F508del- und RF-Mutation)
- Ivacaftor/Tezacaftor/Elexacaftor – Anwendungsgebiet: Zystische Fibrose, Kombinationsbehandlung mit Ivacaftor bei Personen ab zwölf Jahren (heterozygot bezüglich F508del- und Gating-Mutation (inklusive R117H))
- Lanadelumab – Neubewertung wegen Überschreitung 50-Millionen-Euro-Grenze – Anwendungsgebiet: hereditäres Angioödem, Prophylaxe, \geq zwölf Jahre

Heilmittel-FAQ

- Nivolumab – Anwendungsgebiet: Malignes Pleuramesotheliom, Erstlinie, Kombination mit Ipilimumab
- Nivolumab – Anwendungsgebiet: Nierenzellkarzinom, Erstlinienbehandlung, Kombination mit Cabozantinib
- Obinutuzumab – Neubewertung wegen Überschreitung 50-Millionen-Euro-Grenze – Anwendungsgebiet: Follikuläres Lymphom, Kombination mit Bendamustin, Rituximab-refraktär
- Onasemnogen-Abeparvovec – Neubewertung wegen Überschreitung 50-Millionen-Euro-Grenze – Anwendungsgebiet: Spinale Muskelatrophie
- Osimertinib – Anwendungsgebiet: Nicht-kleinzelliges Lungenkarzinom, EGFR Mutationen, adjuvante Therapie
- Pemigatinib – Anwendungsgebiet: Cholangiokarzinom mit FGFR2-Fusion oder FGFR2-Rearrangement, nach mindestens einer Vortherapie
- Ponesimod – Anwendungsgebiet: Schubförmige Multiple Sklerose
- Rilpivirin – Anwendungsgebiet: HIV-1-Infektion, Kombination mit Cabotegravir
- Risdiplam – Anwendungsgebiet: Spinale Muskelatrophie
- Tagraxofusp – Anwendungsgebiet: Blastische plasmazytoide dendritische Zellneoplasie, Erstlinie
- Venetoclax – Anwendungsgebiet: Akute Myeloische Leukämie, Kombinationstherapie, Erstlinie

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
Telefon 0 89 / 5 70 93 – 4 00 30

Die FAQ zum besonderen Verordnungsbedarf, langfristigen Heilmittelbedarf und zur Physiotherapie wurden um die Beantwortung folgender Fragen ergänzt:

- Eine Physiotherapiepraxis rief bei mir an und verlangte eine Änderung der Verordnung (zum Beispiel Frequenzangabe fehlt). In welchen Fällen muss ich diesem Wunsch wie nachkommen?
- Sind standardisierte Heilmittelkombinationen verordnungsfähig?
- Ist Massagetherapie verordnungsfähig?

Die aktualisierten FAQ finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Verordnungen/Verordnung aktuell*.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
Telefon 0 89 / 5 70 93 – 4 00 30

Häusliche Krankenpflege – Vorlagefrist geändert

Die von Ihren Patientinnen und Patienten durch Vorlage der Verordnung beantragten Leistungen bedürfen der Genehmigung durch die Krankenkasse. Bis zu ihrer Entscheidung über die Genehmigung übernimmt die Krankenkasse die Kosten für die von Ihnen verordneten und vom Pflegedienst erbrachten Leistungen, wenn die Verordnung spätestens am **vierten der Ausstellung folgenden Arbeitstag** der Krankenkasse vorgelegt wird. (Das Nähere regeln die Partner der Rahmenempfehlungen nach Paragraph 132 a Absatz 1 SGB V.) Werden verordnete Maßnahmen nicht oder nicht in vollem Umfang genehmigt, muss Sie die Krankenkasse über die Gründe informieren.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
Telefon 0 89 / 5 70 93 – 4 00 30

Nachweis der Masernimmunität

Frist zum Nachweis der Masernschutzimpfung und Immunität verlängert

Nach dem im März 2020 in Kraft getretenen Masernschutzgesetz müssen Kinder und Beschäftigte in Gemeinschafts- und Gesundheitseinrichtungen einen ausreichenden Impfschutz oder eine Immunität gegen Masern nachweisen. Für bereits länger in diesen Einrichtungen Beschäftigte oder Betreute galt eine Übergangsfrist bis zum 31. Juli 2021, die zunächst um fünf Monate bis zum 31. Dezember 2021 und jetzt – coronabedingt – noch einmal bis 31. Juli 2022 verlängert wurde. Weitere Details zur Masernimpfpflicht lesen Sie in unserem „Verordnung Aktuell“ vom 30. Dezember 2021.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
Telefon 0 89 / 5 70 93 – 4 00 30

Schutzimpfungs-Richtlinie

Die STIKO-Empfehlungen vom August 2021 wurden zum 15. Dezember 2021 in die Schutzimpfungs-Richtlinie (SI-RL) übernommen.

Zum einen wurde die Änderung des Paragraph 11 Absatz 2 umgesetzt. Sie dient der Klarstellung, dass ein Anspruch auf eine Nachholung von Impfungen bis zum 18. Lebensjahr nur in den Fällen besteht, in denen sich aus Anlage 1 nichts anderes ergibt. Hintergrund hierfür ist, dass die STIKO für einzelne Impfungen die Nachholung nur bis zu einem bestimmten Alter vorsieht und dies auch entsprechend in der SI-RL durch Änderungen in Anlage 1 Berücksichtigung finden soll.

Zum anderen ergaben sich durch die Änderung des Paragraph 11 Absatz 2 notwendige Klarstellungen in der Anlage 1 der Si-RL hinsichtlich der Impfung gegen Haemophilus influenzae Typ b (Hib), Pneumokokken und Poliomyelitis.

Details lesen Sie bitte in unserem ausführlichen „Verordnung Aktuell“ vom 15. Dezember 2021.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
Telefon 0 89 / 5 70 93 – 4 00 30

Verschreibung von Lenalidomid

Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) hat dem Bundesgesundheitsministerium mitgeteilt, dass voraussichtlich Mitte Februar 2022 auch Generika mit dem Wirkstoff Lenalidomid verfügbar sind. Im Hinblick auf das Wirtschaftlichkeitsgebot (Paragraph 12 SGB V) sowie auf die Vorschriften nach Paragraph 129 SGB V werden Sie demnach der Apotheke künftig den Austausch des verschriebenen Arzneimittels erlauben können. In diesem Fall wissen Sie jedoch nicht, welches konkrete Fertigarzneimittel abgegeben wird. Somit kann auf dem T-Rezept auch nicht mehr bestätigt werden, dass vor Beginn der medikamentösen Behandlung unter anderem die aktuelle Gebrauchsinformation des entsprechenden Fertigarzneimittels ausgehändigt wurde.

Aufgrund dieser Problematik gibt es eine Änderung des Paragraphen 3a Absatz 2 Satz 1 AMVV. Damit wird sichergestellt, dass Sie – in Übereinstimmung mit den Zulassungsbedingungen – Ihren Patientinnen und Patienten das nach der Zulassung notwendige und für eine sichere Therapie erforderliche Informationsmaterial (Schulungsmaterial plus Patientenkarte) aushändigen müssen, die Aushändigung einer Packungsbeilage ist jedoch zum Zeitpunkt der Verschreibung nicht erforderlich, da im Schulungsmaterial auf die in der Arzneimittelpackung enthaltene Gebrauchsinformation explizit hingewiesen wird.

Das BfArM wird das T-Rezept anpassen. Bis dahin kann auf den dann noch im Umlauf befindlichen T-Rezepten der Satzteil „sowie die aktuelle Gebrauchsinformation des entsprechenden Fertigarzneimittels...“ gestrichen werden.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
Telefon 0 89 / 5 70 93 – 4 00 30

Lieferengpass Substitol®

Dem Genehmigungsverzicht bis zur Wiederverfügbarkeit von Substitol® zur Substitutionsbehandlung Opioid-abhängiger haben sich – neben der AOK Bayern – angeschlossen:

- Mitgliedskassen des Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)
- Mitgliedskassen des BKK Landesverbands
- Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG)

Genehmigungsverzicht bis Ende März 2022:

- IKK classic.

Von der Knappschaft-Bahn-See (KBS) haben wir keine Information vorliegen, deshalb empfehlen wir Ihnen gegebenenfalls dort Rücksprache zu halten.

In unserem „Verordnung Aktuell“ vom 12. Januar 2022 finden Sie weitere Informationen.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
Telefon 0 89 / 5 70 93 – 4 00 30

QS-Vereinbarung PET, PET/CT

Die Partner des Bundesmantelvertrags – Ärzte haben sich erneut auf eine Aktualisierung der Qualitätssicherungsvereinbarung (QS-Vereinbarung) Positronenemissionstomographie/Computertomographie (PET/PET/CT) geeinigt. Die Änderungen sind zum 1. Januar 2022 in Kraft getreten.

Die bisherigen Indikationsbereiche

- Entscheidung über die Bestrahlung von mittels CT dargestellten Resttumoren eines Hodgkin-Lymphoms mit einem Durchmesser von > 2,5 cm nach bereits erfolgter Chemotherapie,
- Entscheidung über die notwendige Anzahl von Chemotherapiezyklen bei Hodgkin-Lymphomen im fortgeschrittenen Stadium nach zwei Zyklen leitliniengerechter Chemotherapie sowie
- Initiales Staging bei Hodgkin-Lymphomen

wurden vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) zu einem neuen Indikationsbereich

- Staging-Untersuchungen beim Hodgkin-Lymphom bei Erwachsenen bei Ersterkrankung und bei rezidivierter Erkrankung (ausgenommen hiervon ist der Einsatz der PET in der Routine-Nachsorge von Patienten ohne begründeten Verdacht auf ein Rezidiv des Hodgkin-Lymphoms)

in der Richtlinie „Methoden vertragsärztliche Versorgung“ zusammengeführt. Damit wurde der bestehende Leistungsanspruch der Patienten auf Untersuchungen aller Stadien mittels PET/CT erweitert. Allerdings besteht in der Routine-Nachsorge ohne einen begründeten Verdacht auf ein Rezidiv des Hodgkin-Lymphoms weiterhin kein

Anspruch auf PET/CT-Untersuchungen zulasten der gesetzlichen Krankenkassen.

Diese Änderungen wurden nun in die QS-Vereinbarung PET, PET/CT übernommen:

- Die Indikationen Nummer 6, 9 und 11 wurden zur neuen Indikation Nummer 6 zusammengefasst.
- Die Nummerierung der nachfolgenden Indikationen ändert sich entsprechend.
- Daneben wurden einige weitere, überwiegend redaktionelle Änderungen konsentiert.
- In die Übergangsregelung nach Paragraph 11 Absatz 2 wurde der Nachweis der werktäglichen Verfügbarkeit mit aufgenommen, der jedoch nach Paragraph 5 Absatz 10 auch bisher schon verpflichtend war.

Bei Fragen erreichen Sie unsere

Expertin Helga Jais unter

Telefon 0 89 / 5 70 93 – 43 71

Fax 0 89 / 5 70 93 – 6 43 71

E-Mail Helga.Jais@kvb.de

Information für Betreiber von Computertomographen/interventionellen Röntgeneinrichtungen

Ergänzend zu den KVB INFOS, Ausgabe 3/2021, informieren wir erneut über folgende wichtige Änderung im Strahlenschutzrecht.

Seit 1. Januar 2019 wird eine Genehmigung für den Betrieb von Röntgeneinrichtungen, bei denen höhere Dosiswerte für den Patienten auftreten – **Computertomographen oder interventionelle Röntgeneinrichtungen** – nur erteilt, wenn ein Nachweis über das **Hinzuziehen eines Medizinphysik-Experten (MPE)** vorgelegt werden kann (vergleiche Paragraf 14 Absatz 1 Nummer 2b Strahlenschutzgesetz (StrlSchG), Paragraf 131 Absatz 2 Nummern 3 und 4 Strahlenschutzverordnung (StrlSchV).

Für Altanlagen dieser Art, die **vor dem 31. Dezember 2018** in Betrieb genommen wurden, gilt **bis zum 31. Dezember 2022** eine Übergangsfrist (vergleiche Paragraf 198 Absatz 1, Nummer 2 sowie Paragraf 200 Absatz 1 Satz 2 StrlSchG). Ab 1. Januar 2023 muss auch für diese Anlagen die Hinzuziehung eines fachkundigen MPE (vertragliche Einbindung) der zuständigen Behörde angezeigt werden.

Der hinzuzuziehende MPE muss über die Fachkunde im Strahlenschutz auf dem Anwendungsgebiet Röntgendiagnostik nach der Richtlinie „Fachkunde und Kenntnisse im Strahlenschutz bei dem Betrieb von Röntgeneinrichtungen in der Medizin oder Zahnmedizin“ vom 22. Dezember 2005 verfügen.

Pro CT-Scanner wird mit einem Bedarf von 0,06 Vollzeitkräften/Jahr (= rund 100 Stunden), pro Angio-Anlage: 0,08 Vollzeitkräfte/Jahr (= rund 140 Stunden) gerechnet.

Der durch die neuen gesetzlichen Regelungen entstandene Mehrbedarf an MPE für die Röntgendiagnostik (zusätzlich zu den MPE für Strahlentherapie und Nuklearmedizin) wird durch den Auslauf der oben genannten Übergangsfrist noch erheblich steigen.

Damit drohende personelle Engpässe vermieden werden, ruft das Bayerische Staatsministerium für Umwelt und Verbraucherschutz (StMUV) alle geeigneten medizinischen Einrichtungen in Bayern dazu auf, **verstärkt MPE auszubilden**. Um dies zu erleichtern, wurden auf Bundesebene für eine Übergangszeit folgende **Sonderregelungen** getroffen:

- Bis zum 31. Dezember 2022 ist die Hinzuziehung von **MPE mit einer vom Röntgenbereich abweichenden Fachkunde** (zum Beispiel Strahlentherapie, Nuklearmedizin) akzeptabel. Solche MPE können in einem **verkürzten Verfahren** die Fachkunde Röntgendiagnostik eigenständig erwerben, das heißt ohne Aufsicht eines Ausbilders.
- Das verkürzte Verfahren verlangt eine **zwölfmonatige Tätigkeit** im Bereich CT und/oder Interventionen sowie den/die jeweiligen speziellen **Strahlenschutzkurse** „CT und DVT“ und/oder „Interventionen und Durchleuchtung“. Der **Basiskurs Röntgendiagnostik** ist **nicht erforderlich**.
- **Bis zum 31. Dezember 2025** kann von der mindestens dreijährigen Tätigkeit als MPE vor einer Tätigkeit als Ausbilder abgesehen werden.

Wenn Sie eine/n vor dem 31. Dezember 2018 in Betrieb genomme-

nen Computertomographen oder interventionelle Röntgenanlage betreiben, sollten Sie sich – sofern noch nicht geschehen – umgehend um die Zusammenarbeit mit einem MPE mit der Fachkunde Röntgendiagnostik bemühen. Die Arbeitsgemeinschaft für Physik und Technik hat eine **Liste von erfahrenen Medizinphysik-Experten** veröffentlicht, diese finden Sie hier: www.apr.drg.de in der Rubrik Fachinformationen/Medizinphysik-Experte unter „Medizinphysik-Experte wird für viele Neuanlagen Pflicht“.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
E-Mail qsinfo@kvb.de

Brachytherapie bei lokal begrenztem Prostatakrebs

Im Zuge des Ärztlichen Aufklärungsgesprächs zur interstitiellen Low-Dose-Rate (LDR)-Brachytherapie bei lokal begrenztem Prostatakrebs mit niedrigem Risikoprofil ist regelmäßig die Patienteninformation des Gemeinsamen Bundesausschusses auszuhändigen. Hiervon kann ausnahmsweise dann abgesehen werden, wenn der Patient diese Patienteninformation bereits (zum Beispiel im Rahmen der Diagnosestellung) erhalten hat.

Ab sofort kann diese Patienteninformation über die W. Kohlhammer GmbH – Verlag für Ärzte bezogen werden. Der Bestellschein (Vordruck Nummer 429) ist erhältlich unter: https://www.kohlhammer.de/fileadmin/Portfolio/Formulare/Vordrucke_des_Verlags_fuer_Aerzte/Online-Bestellformulare_fuer_Kassen-_und_KV-Vordrucke/Bayern2.pdf.

Außerdem ist die Patienteninformation als Druckversion abrufbar unter https://www.g-ba.de/downloads/83-691-665/2020-09-17_G-BA_Patienteninformation_Brachytherapie_bf.pdf.

Weitere Informationen zu dieser seit 1. Juli 2021 in die vertragsärztlichen Versorgung integrierten Leistung und der für ihre Erbringung vorab erforderlichen Genehmigung sowie den Genehmigungsvoraussetzungen können Sie den KVB INFOS, Ausgabe 3/2021, Seite 20 bis 21, und Ausgabe 9/2021, Seite 114 bis 116, sowie dem KVB-Rundschreiben vom 8. Juli 2021 entnehmen unter <https://www.kvb.de/service/mitglieder-informationen/kvb-infos/> und <https://www.kvb.de/service/mitglieder-informationen/serviceschreiben/>.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter E-Mail qsinfo@kvb.de

Vertrag „Hallo Baby“

Zum 1. Januar 2022 ist der fünfte Nachtrag zur Vereinbarung „Hallo Baby“ nach Paragraph 140a SGB V in Kraft getreten. Es wurden Anpassungen am Paragraph 5 „Teilnahme von Versicherten“ des Vertrags vorgenommen. Neben weiteren redaktionellen Änderungen wurden zudem einzelne Vertragsanlagen, insbesondere

- Anlage 1 „Teilnehmende Krankenkassen“
- Anlage 3 „Patienteninformation“
- Anlage 4 „Teilnahme- und Einverständniserklärung der Versicherten

entsprechend angepasst.

Teilnahmeberechtigt bleiben:

- Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
 - Voraussetzung zur Erbringung der **Laborleistungen**: O-III Laborgenehmigung (definierte Voraussetzungen gemäß Speziallabor-Genehmigung Paragraph 135 Absatz 2 SGB V)
- Fachärzte für Laboratoriumsmedizin
- Fachärzte für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie

Abrechenbare Leistungen

Bei Feststellung der Schwangerschaft

- Aufklärung und Einschreibung der Versicherten
GOP 81310
- Technische Vorbereitung des Toxoplasmosesuchtests
GOP 81311
- Aufklärung zu den Risiken von Toxoplasmose und Gespräch zum Testergebnis
GOP 81312

Bei negativem Ergebnis: Zweite Testung nach acht bis zehn Wochen

- Aufklärung/Durchführung zweiter Toxoplasmosesuchtest
GOP 81317

13. bis 20. Schwangerschaftswoche

- Durchführung eines Infektionsscreenings im Nativpräparat mit Phasenkontrastmikroskop
GOP 81313

35. bis 37. Schwangerschaftswoche

- Risikoaufklärung und Abstrich zur Durchführung eines Streptokokken B-Tests sowie Vorbereitung zum Labortransport
GOP 81314

Drittes Trimenon der Schwangerschaft

Ärztliches Beratungsgespräch zur Förderung der natürlichen Geburt

- im Rahmen einer Videosprechstunde
GOP 81318
- bei einem persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt
GOP 81319

An dem Programm „Hallo Baby“ können sich alle schwangeren Versicherten, die einer am Vertrag teilnehmenden Krankenkasse (BKken) angehören, einschreiben. Die Einschreibung erfolgt beim teilnehmenden Frauenarzt.

Die aktuell für den „Hallo Baby“-Vertrag in Frage kommenden Krankenkassen können Sie jederzeit auf der Internetseite der KVB einsehen (siehe nächste Seite).

Aktualisierter Mutterpass bei Kohlhammer beziehbar

Wichtig: Sie müssen sich als Arzt einschreiben und auch Ihre Patientinnen eine Teilnahme- und Einverständniserklärung unterzeichnen lassen.

Alle Informationen und Formulare zum Download finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Abrechnung/Vergütungsverträge/Buchstabe „H“/Hallo Baby*.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter

Telefon 0 89 / 5 70 93 – 43 37

Fax 0 89 / 5 70 93 – 6 49 02

E-Mail Zusatzvertraege@kvb.de

Der Mutterpass wurde mit Wirkung zum 17. November 2021 aktualisiert (Anlage 3 zu den Mutterschafts-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) unter <https://www.g-ba.de/richtlinien/anlage/38/>). Dies ist auf einen entsprechenden Beschluss des G-BA vom 19. August 2021 zurückzuführen (vergleiche: <https://www.g-ba.de/beschluesse/4988>). Die aktualisierte Fassung kann seit Kurzem über „W. Kohlhammer GmbH – Verlag für Ärzte“ bezogen werden.

Die inhaltlichen Aktualisierungen des Mutterpasses stehen im Zusammenhang mit der Streichung des regelhaften Screenings auf asymptomatische Bakteriurie und der Einführung der nichtinvasiven Pränataldiagnostik zur Bestimmung des fetalen Rhesusfaktors (NIPT-RhD) sowie der Erweiterung des Beratungsumfanges um die Pertussisimpfung und die Feststellung des insoweit bestehenden Impfstatus infolge der Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 22. März 2019, 20. August 2020 und 19. August 2021 (vergleiche: <https://www.g-ba.de/beschluesse/3740>, <https://www.g-ba.de/beschluesse/4439>, <https://www.g-ba.de/beschluesse/4988>).

Die Pertussisimpfung selbst ist aktuell nicht Gegenstand der Mutterschafts-Richtlinien. Auch ersetzt die Dokumentation im Mutterpass nicht die zusätzlichen Dokumentationsanforderungen nach der Schutzimpfungs-Richtlinie (SI-RL) des Gemeinsamen Bundesausschusses und nach Paragraph 22 Infektionsschutzgesetz.

Die bisherige Fassung des Mutterpasses (Stand: 7. April 2020) behält

auch über den 1. Januar 2022 hinaus seine Gültigkeit. Für Rhesus D negative Schwangere, die einen NIPT-RhD durchführen lassen, empfiehlt sich allerdings die Verwendung des aktualisierten Mutterpasses, der die hierfür erforderliche Dokumentationsmöglichkeit vorsieht.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter

E-Mail qsinfo@kvb.de

Einführung des elektronischen Mutterpasses

Zum 1. Januar 2022 haben sich Anpassungen bei der Dokumentation der Schwangerschaftsvorsorge nach den Mutterschafts-Richtlinien (Mu-RL) des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) ergeben.

Seitdem kann die Dokumentation der Schwangerschaft entweder wie bisher in Papierform im Mutterpass (vergleiche Anlage 3 zur Mu-RL) oder auf Wunsch der Schwangeren digital in der elektronischen Patientenakte (elektronischer Mutterpass) erfolgen (vergleiche <https://www.g-ba.de/beschluesse/5032>).

Um die Vollständigkeit der Dokumentation zu gewährleisten, sollte vermieden werden, innerhalb einer Schwangerschaft zwischen der Dokumentation im Mutterpass und im elektronischen Mutterpass zu wechseln.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter

E-Mail qsinfo@kvb.de

