

Verordnungs-News

Aktuelle Informationen aus Ihrer KV

Verordnungs-News Nr. 2, 06.03.2024

Arzneimittel

Beyfortus® – seit dem 18. Januar 2024 Kassenleistung

In den [Verordnungsnews Oktober 2023](#) informierten wir bereits über den neuen Wirkstoff Nirsevimab (Beyfortus®) zur Präexposition prophylaxe und die Einleitung eines Verfahrens zur Anpassung der Therapiehinweise ([Anlage IV](#)) des Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA).

Der Therapiehinweis gegen das Respiratorische Synzytial-Virus (RSV) wurde, mit Inkrafttreten am 18. Januar 2024, um Nirsevimab (Beyfortus®) erweitert.

Die Anwendung der Antikörper gegen das RSV ist somit wirtschaftlich bei Kindern mit hohem Risiko für schwere Infektionsverläufe im Alter von ≤ 24 Lebensmonaten bzw. im Falle von Nirsevimab auch ≤ 12 Lebensmonaten, zum Beginn der RSV-Saison,

- die wegen bronchopulmonaler Dysplasie begleitende therapeutische Maßnahmen innerhalb der letzten sechs Monate

vor Beginn der RSV-Saison benötigten. Diese Maßnahmen beinhalteten zusätzlichen Sauerstoff, Steroide, Bronchodilatoren oder Diuretika oder

- mit hämodynamisch relevanten Herzfehlern (zum Beispiel relevante Links-Rechts- und Rechts-Links-Shunt-Vitien und Patienten mit pulmonaler Hypertonie oder pulmonalvenöser Stauung) oder
- mit Trisomie 21.

Darüber hinaus erscheint die Gabe, laut G-BA, unter wirtschaftlichen Aspekten noch vertretbar bei:

- Kindern im Alter von ≤ 6 Monaten bei Beginn der RSV-Saison, die als Frühgeborene bis zur vollendeten 35. Schwangerschaftswoche (SSW) (34 (+6)) geboren wurden.

Bitte beachten Sie: Eine ärztliche Verordnung über die Empfehlungen zur wirtschaftlichen Verordnungsweise hinaus ist ausnahmsweise mit Begründung in der Patient:innenakte möglich, wenn im Einzelfall ein vergleichbares Risiko für einen schweren Infektionsverlauf besteht.

Bisphosphonat-Behandlung – Aktualisierung Anlage I (OTC-Übersicht)

Die Nummern 11 und 12 der [Anlage I](#) der Arzneimittel-Richtlinie wurden wie folgt angepasst:

„bei Bisphosphonat-Behandlung gemäß Angabe in der jeweiligen Fachinformation bei zwingender Notwendigkeit“ wurde ersetzt durch die Wörter „bei Behandlung mit Bisphosphonaten, Parathormonrezeptor(PTH1R)-Agonisten, Denosumab und Romosozumab, wenn gemäß Fachinformation des Hauptarzneimittels die Gabe einer entsprechenden Begleitmedikation vorausgesetzt wird oder der Patient darauf hinzuweisen ist, dass die Anwendung einer entsprechenden Begleitmedikation erforderlich ist“.

Dieser [Beschluss](#) trat am 20. Januar 2024 in Kraft.

Veoz[™] (Fezolinetant) zur Therapie bei Menopause-assoziierten Beschwerden zugelassen

Aufgrund von Anfragen zum neu zugelassenen verschreibungspflichtigen Arzneimittel Veoz[™], finden Sie hier die Eckpunkte zum Arzneimittel und seiner Verordnungsfähigkeit zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung.

Zulassung

Veoz[™] wird angewendet für die Behandlung von moderaten bis schweren vasomotorischen Symptomen (VMS), die mit der Menopause assoziiert sind.

Verordnung zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung

Im Rahmen des Wirtschaftlichkeitsgebotes ist die Versorgung mit nur apothekenpflichtigen Arzneimitteln vor der Verordnung rezeptpflichtiger Arzneimittel führend. Dies bedeutet, dass Patientinnen zunächst die frei verkäuflichen Arzneimittel zur Behandlung von moderaten bis schweren vasomotorischen Symptomen nutzen. Nur wenn mit diesen das Therapieziel nicht erreicht werden kann oder die Nebenwirkungen den Therapieerfolg verhindern, darf eine Verordnung von rezeptpflichtigen Arzneimitteln aus diesem Bereich erfolgen. So die Bestimmungen des §12 Abs. 11 der [Arzneimittel-Richtlinie](#) des Gemeinsamen Bundesausschuss.

Hierbei empfehlen wir die Dokumentation in der Patientinnenakte.

Neue bundesweite Praxisbesonderheiten

Bei Einhaltung der, zwischen GKV-Spitzenverband und dem jeweiligen pharmazeutischen Unternehmen vereinbarten Bedingungen, werden die Verordnungskosten für

- [Scemblix®](#) (Wirkstoff: Asciminib),
- [Paxlovid®](#) (Wirkstoff: Nirmatrelvir/ Ritonavir)
- [Amvuttra®](#) (Wirkstoff: Vutrisiran)

im Rahmen einer Durchschnittswertprüfung von den Verordnungskosten der Praxis abgezogen.

Auf der [Internetseite der KV Berlin](#) sind die bestehenden bundesweiten Praxisbesonderheiten aufgeführt.

Metalyse® als Alternative zu Actilyse® (Lieferengpass) zugelassen

Im Zusammenhang mit dem Lieferengpass von Actilyse®, der voraussichtlich noch bis Ende 2024 anhalten wird, hat das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) über die Erteilung der Zulassung für die Indikation akuter ischämischer Schlaganfall für das Arzneimittel Metalyse® 5000 U (25 mg) informiert.

Ein [Informationsschreiben](#) ist auf der Internetseite des BfArM hinterlegt.

Verlängerung der Verordnungsfähigkeit von Medizinprodukten (Anlage V AM-RL)

Die nach der Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL) zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) verordnungsfähigen

Medizinprodukte, inklusive der medizinisch notwendigen Fälle, sowie der jeweiligen zeitlichen Befristung für die Erstattung, sind in der [Anlage V](#) der AM-RL aufgeführt.

Die Bestimmungen der Anlage V AM-RL gelten auch für versicherte Kinder bis zum vollendeten 12. Lebensjahr und versicherte Jugendliche mit Entwicklungsstörungen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr.

Für folgende Medizinprodukte der Anlage V AM-RL wurde die Befristung der Verordnungsfähigkeit verlängert:

- MucoClear® 6 %, neu befristet bis zum 31. Dezember 2028
- TP SalineFlush™, neu befristet bis zum 31. Dezember 2028
- InstillaGel® Lubri, neu befristet bis zum 31. Dezember 2028
- HYLO®-Gel, neu befristet bis zum 31. Dezember 2028.

Impfstoffe

STIKO-Empfehlung Meningokokken B – Impfung zu Kassenlasten noch nicht möglich

Am 18. Januar 2024 erfolgte die [Empfehlung der Ständigen Impfkommision](#) (STIKO) bezüglich der Standardimpfung von Säuglingen und Kleinkindern im Alter von unter 5 Jahren gegen Meningokokken der Serogruppe B.

Der G-BA hat spätestens zwei Monate nach Veröffentlichung der STIKO-Empfehlung eine Entscheidung zur Aufnahme in die [Schutzimpfungs-Richtlinie](#) (SI-RL) zu treffen. Die Frist von zwei Monaten beginnt mit Veröffentlichung der wissenschaftlichen Begründung der STIKO im Epidemiologischen Bulletin und läuft somit Mitte März 2024 ab.

Die Aufnahme in die Schutzimpfungs-Richtlinie (SI-RL) begründet die Leistungspflicht der Impfung in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV).

Mit besonderer Begründung kann der G-BA hierbei von einer Empfehlung der STIKO abweichen.

Ein Bezug des Impfstoffes über den Sprechstundenbedarf und die Verimpfung von Säuglingen und Kleinkindern unter 5 Jahren zu Kassenlasten ist derzeit noch nicht möglich.

Nachtrag 4. Juni 2024

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat am 7. März 2024 die Aufnahme der Impfung von Säuglingen und Kleinkindern im Alter von unter 5 Jahren gegen Meningokokken der Serogruppe B in die Schutzimpfungs-Richtlinie (SI-RL) beschlossen. Der [Beschluss](#) ist am 30. Mai 2024 in Kraft getreten.

Die Aufnahme in die Schutzimpfungs-Richtlinie (SI-RL) begründet grundsätzlich die Leistungspflicht für die Impfung in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), jedoch muss dazu das entsprechende Honorar für die Impfleistung zwischen dem GKV-Spitzenverband und der Kassenärztlichen Vereinigung vereinbart werden. Da bisher keine Einigung zum ärztlichen Impfhonorar getroffen werden konnte, ist ein Bezug des Impfstoffs über den Sprechstundenbedarf und die Verimpfung zu Lasten der GKV nicht möglich.

Dies führt dazu, dass auch nach dem Inkrafttreten des Beschlusses, für den Impfstoff ein Privatrezept zu erstellen und die Kosten für das Impfhonorar über die GOÄ per Privatrechnung abzurechnen sind. Das Rezept mit der Apothekenquittung und die Rechnung über die Impfleistung können zur Erstattung bei der Krankenkasse eingereicht werden.

Sofern eine Honorarvereinbarung getroffen wurde, informieren wir Sie.

Erstattungsfähigkeit Tollwut Impfstoff Verorab®

Bisher erfolgte die Impfung gegen Tollwut mit Rabipur® und Tollwut-Impfstoff (HDC) inaktiviert.

Seit Anfang 2024 ist der neue inaktive Impfstoff Verorab® auf dem Markt und löst den vorherigen Impfstoff Tollwut-Impfstoff (HDC) inaktiviert ab.

Die STIKO-Empfehlung sowie die [Schutzimpfungs-Richtlinie](#) weisen im Rahmen der beruflichen Indikation und Reiseindikation keine Beschränkung für einen bestimmten Impfstoff auf. Die Impfung soll lediglich mit einem Tollwut-Impfstoff erfolgen.

Demnach kann Verorab® über den Sprechstundenbedarf angefordert, verimpft und abgerechnet werden. Die Anforderung von Impfstoffen im Rahmen des GKV-Leistungsumfanges erfolgt ausschließlich (auch im Einzelfall) als Sprechstundenbedarf.

Bitte beachten Sie bei der Anforderung von Sprechstundenbedarf stets das Wirtschaftlichkeitsgebot.

Aufnahme der Impfung gegen Denguefieber nach G-BA Beschluss steht bevor

Am 18. Januar 2024 beschloss der Gemeinsame Bundesausschuss, aufgrund der [Empfehlung der Ständigen Impfkommission](#) (STIKO), die Aufnahme der Impfung gegen Denguefieber in die [Schutzimpfungs-Richtlinie](#) (SI-RL).

Diese wird nur für Personen

- ab dem 4. Lebensjahr,
- mit bereits durchgemachter nachgewiesener Denguefieberinfektion
- nur mit beruflichem Kontext im Umgang mit Denguefiebertviren gelten
- oder bei Reisen in ein Dengu-Endemiegebiet im beruflichen

Kontext oder zum Schutz der öffentlichen Gesundheit (§11 Abs. 3 SI-RL)

gelten.

Der einzig in Deutschland zugelassene und verfügbare tetravalente Lebendimpfstoff Qdenga® wird dabei in einem Abstand von drei Monaten verimpft. Der Mindestabstand zwischen Infektion und Impfung soll dabei mindestens sechs Monate betragen.

Der G-BA hat spätestens zwei Monate nach Veröffentlichung der STIKO-Empfehlung eine Entscheidung zur Aufnahme in die Schutzimpfungs-Richtlinie (SI-RL) zu treffen. Die Frist von zwei Monaten beginnt mit Veröffentlichung der wissenschaftlichen Begründung der STIKO im Epidemiologischen Bulletin und läuft somit Mitte März 2024 ab.

Die Aufnahme in die Schutzimpfungs-Richtlinie (SI-RL) begründet die Leistungspflicht der Impfung in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV).

Mit besonderer Begründung kann der G-BA hierbei von einer Empfehlung der STIKO abweichen.

[Der Beschluss](#) wurde im Bundesanzeiger veröffentlicht und tritt am 14.03.2024 in Kraft.

Pneumokokkenimpfstoff Apexxnar® nun in der Versorgung

Mit Wirkung des [Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschuss](#) vom 13. Januar 2024 trat die Änderung der Schutzimpfungs-Richtlinie (SI-RL) zur „STIKO-Empfehlung Pneumokokken-Impfung“ in Kraft.

Demnach soll die Standardimpfung für

- Personen ab 60 Jahren

die Indikationsimpfung für

- Personen ab 18 Jahren mit Risikofaktoren für schwere Pneumokokken-Erkrankungen
- Personen ab 18 Jahren mit beruflicher Indikation (Tätigkeiten wie Schweißen und Trennen von Metallen mit einer Belastung durch Metallrauch)

mit dem 20-valenten Konjugatimpfstoff (PCV20) Apexnar® erfolgen.

Für die oben genannten Personen ist eine Impfung mit PPSV23 nicht mehr möglich. Der Impfstoff muss fachgerecht entsorgt werden.

Ausnahme: Sie haben Kinder ab 2 Jahren bis unter 18 Jahren, die für eine Indikationsimpfung in Frage kommen in Ihrer Praxis (siehe weiter unten).

Personen, die bereits mit dem 23-valenten Polysaccharidimpfstoff (PPSV23) -Pneumovax23® geimpft wurden, sollen in einem Mindestabstand von 6 Jahren nach der PPSV23- Impfung eine Impfung mit PCV20 erhalten. Zur Notwendigkeit von Wiederholungsimpfungen nach der Impfung mit PCV20 liegen noch keine Daten vor. Bei einer ausgeprägten Immundefizienz kann bereits im Mindestabstand von 1 Jahr nach der PPSV23-Impfung eine Impfung mit PCV20 (Apexnar) erfolgen.

Haben Patient:innen zuvor Prevenar 13® erhalten, gilt dieses Schema nach Zulassung des Impfstoffes:

Erwachsenen ab 18 Jahren und ältere Personen:

Diese erhalten eine Einzeldosis des 13-valenten Impfstoffs. Die Notwendigkeit einer Wiederholungsimpfung mit einer nachfolgenden Dosis des 13-valenten Impfstoffs wurde nicht nachgewiesen.

Näheres zur Umsetzung regelt die [Schutzimpfungs-Richtlinie](#) in den Anlagen.

Die entsprechenden Abrechnungsziffern 89119 (Standardimpfung) bzw. 89120 (Indikationsimpfung) behalten weiterhin ihre Gültigkeit.

Bitte beachten Sie: Die Indikationsimpfung von Kindern ab 2 Jahren und Personen unter 18 Jahren kann weiterhin mit PPSV23 erfolgen.

Die Nummer 89120 ist sowohl für die Impfung mit PCV20 als auch im Rahmen der sequentiellen Impfung mit PCV13 oder PCV15 und PPSV23 zu verwenden.

Nach Abschluss der sequentiellen Impfung ist die Nummer 89120 R für die Wiederholungsimpfung mit PPSV23 zu verwenden.

Impfungen	erste Dosen eines Impfzyklus, bzw. unvollständige Impfserie	letzte Dosis eines Impfzyklus nach Fachinformation oder abgeschlossene Impfung	Auffrischungsimpfung
Pneumokokken Konjugatimpfstoff (Standardimpfung) • Säuglinge und Kinder bis 24 Monate	89118 A	89118 B	-
Pneumokokken (Standardimpfung) • Personen über 60 Jahre	89119	-	-
Pneumokokken • Indikationsimpfung 2 bis < 18 Jahren	89120 ⁴	-	89120 R ⁵
Pneumokokken • Indikationsimpfung ≥ 18 Jahren (die in der Vergangenheit keine Impfung mit PPSV23 erhalten haben)	89120	-	-
Pneumokokken • Indikationsimpfung ≥ 18 Jahren (die in der Vergangenheit eine Impfung mit PPSV23 erhalten haben)	89120	-	-
Pneumokokken (berufliche bzw. Reiseindikation nach § 11 Abs. 3 SI-RL)	89120 V	-	-

⁴ Die Nummer 89120 ist sowohl für die Impfung mit PCV20 als auch im Rahmen der sequentiellen Impfung mit PCV13 oder PCV15 und PPSV23 zu verwenden.

⁵ Nach Abschluss der sequentiellen Impfung ist die Nummer 89120 R für die Wiederholungsimpfung mit PPSV23 zu verwenden.

Sonstiges

Aussetzung des Genehmigungsverfahrens bei Reha- und Funktionssport-Verordnungen der AOK NO seit 1. Juli 2023

An dieser Stelle möchten wir darauf hinweisen, dass die Aussetzung des Genehmigungsverfahrens für Reha- und Funktionssportverordnungen, wie bereits in den [Verordnungs-News Juli 2023](#) informiert, für AOK Nordost Versicherte weiterhin gilt.

Verordnung von Krankenfahrten bei tagesstationärer Behandlung durch Krankenhäuser

Am 18. Januar 2024 wurde vom [Gemeinsamen Bundesausschuss](#) (G-BA) beschlossen, dass Krankenhäuser ebenfalls Krankenfahrten bei tagesstationärer Behandlung verordnen dürfen. Zuvor waren Verordnungen für Krankenfahrten nur im Entlassmanagement möglich.

Die Neuregelung in § 8a der [Krankentransport-Richtlinie](#) (KT-RL) des G-BA erlaubt es Krankenhäusern, Krankenfahrten für Patient:innen zu verordnen, die im Rahmen der tagesstationären Behandlung zwischen dem Krankenhaus und dem Übernachtungsort stattfinden. Die Behandlung erfordert einen täglichen Krankenhausaufenthalt von mindestens sechs Stunden, während der hauptsächlich ärztliche oder pflegerische Leistungen erbracht werden.

Eine Fahrtkostenübernahme bei tagesstationärer Behandlung ist nur für Versicherte möglich, die die Voraussetzungen für die Verordnung von Krankenfahrten zur ambulanten Behandlung nach § 8 Absatz 3

KT-RL erfüllen.

Bei der Verordnung müssen Patient:innen

- einen Schwerbehindertenausweis mit dem Merkzeichen „aG“, „Bl“ oder „H“
- oder einen Einstufungsbescheid (gemäß SGB XI) in den Pflegegrad 3, 4 oder 5 vorlegen
- und bei Einstufung in den Pflegegrad 3 wegen dauerhafter Beeinträchtigung ihrer Mobilität einer Beförderung bedürfen.

Eine Genehmigung der Krankenkasse ist dafür nicht erforderlich.

Der Beschluss trat am 29.03. in Kraft.

Blitzumfrage zur Zusammenarbeit mit Wundmanager:innen

Das Thema Wundbehandlung stellt im Praxisalltag eine Besonderheit dar, da dabei auch die Tätigkeit von Wundmanager:innen zum Einsatz kommt.

In der Behandlung der betroffenen Patient:innen können die Wundmanager:innen die behandelnden Ärzt:innen unterstützen und mit Ihrer Dokumentation zur fachgerechten Versorgung beitragen.

Dabei entstehen auch Dokumentationen für den Bedarf an Verbandstoffen und anderen Artikeln zur Wundversorgung, die die Ärzt:innen bei Ihrer Verordnung unterstützen können. Die Wahl der angemessenen und wirtschaftlichen Verordnung entsprechender Artikel liegt allein in der Verantwortung der behandelnden Ärzt:innen. Dabei spielt die Auswahl von Artikeln im Rahmen Wirtschaftlichkeitsgebot eine entscheidende Rolle sowie die Vermeidung der Verordnung von Artikeln mit Firmenbezeichnungen.

Da die KV Berlin in der letzten Zeit Anfragen zum Umgang mit Empfehlungen und daraus resultierenden fachgerechten Verordnungen von Ärzt:innen erreichten, möchten wir gern ein

ganzheitliches Bild zum momentanen Stand im Bereich der Wundversorgung in Berlin erhalten.

Dazu haben wir anliegend eine kleine anonymisierte Umfrage hinterlegt und bitten Sie um Ihre rege Teilnahme.

Aus den Ergebnissen können unsererseits Erkenntnisse für den Berliner Raum gezogen werden, welche in Maßnahmen zur Verbesserung in der Wundversorgung münden können.

Für Ihre Teilnahme danken wir Ihnen vorab. Eine Auswertung der Ergebnisse sowie die weitere Behandlung dieses Themas stellen wir über die Verordnungs-News sicher.

[An der Umfrage teilnehmen](#)

Kindkrankschreibung nun auch per Telefon

Die **ärztliche Bescheinigung für ein erkranktes Kind (Muster 21)** ist nun ebenfalls **nach telefonischer Anamnese** möglich. Darauf haben sich die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der GKV-Spitzenverband in einer [Vereinbarung](#) geeinigt. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat die telefonische Krankschreibung für Kinder vorerst bis zum 30. Juni 2024 befristet.

Das Ausstellen des Formulars 21 nach telefonischer Anamnese ist möglich,

- wenn das zu behandelnde Kind bekannt ist. Bekannt heißt, dass das Kind aufgrund früherer Behandlung persönlich in der Praxis oder per Hausbesuch bekannt ist.
- wenn keine Videosprechstunde möglich ist. Zum Beispiel, wenn die Arztpraxis keine Videosprechstunde anbietet oder Eltern und Kind eine Videosprechstunde aus technischen oder persönlichen Gründen nicht wahrnehmen können.
- wenn es sich um Erkrankungen handelt, die keine schwere Symptomatik vorweisen.

Die Ausstellung des Musters 21 ist für bis zu fünf Kalendertage möglich.

Weitere Bescheinigungen per Telefon sind nur zulässig, wenn das erkrankte Kind zuvor in der Praxis oder per Hausbesuch untersucht wurde.

Die Authentifizierung des Kindes beziehungsweise eines Elternteils erfolgt

- über Abgleich mit Daten der Versichertenkarte oder
- über die Abfrage von Patient:innendaten, zum Beispiel dem Geburtsdatum des Kindes oder Wohnanschrift.

Die Eltern des erkrankten Kindes haben **keinen Anspruch** auf eine telefonische Bescheinigung der Erkrankung. Die Entscheidung darüber treffen die Ärzt:innen. Ist keine hinreichend sichere Beurteilung der Erkrankung nach telefonischer Anamnese möglich, ist auf eine persönliche Untersuchung in der Praxis zu verweisen.

eGK und Porto bei Versand

- Einlesen der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) nicht erforderlich
- Kind im Quartal mit eGK in Praxis behandelt → Versichertendaten liegen vor
- anderenfalls Übernahme der Versichertendaten für die Abrechnung im Ersatzverfahren
- Versand der Bescheinigung an Elternteil → Porto über Kostenpauschale 40129 EBM
- Kostenpauschale 40129 (Versand des Formulars 21 nach Videokontakt) wurde dafür erweitert
- Kostenpauschale 86 Cent

Katheterwechsel in stationären Pflegeeinrichtungen

Der Wechsel transurethraler Dauerkatheter gehört in vollstationären Pflegeeinrichtungen zum Leistungsumfang der medizinischen Behandlungspflege und ist deshalb von der vollstationären

Pflegeeinrichtung zu erbringen. Die dafür notwendigen Hilfsmittel sind durch die behandelnden Ärzt:innen patient:innenindividuell zu verordnen.

Nur in medizinisch notwendigen Fällen ist der Wechsel durch die behandelnden Ärzt:innen erforderlich, in Notfällen auch im Krankenhaus.

Laut Information der AOK Nordost werden Bewohner:innen vollstationärer Pflegeeinrichtungen zum Wechsel transurethraler Dauerkatheter mittels Krankentransport bzw. Krankenförderung zu Arztpraxen bzw. Krankenhäusern transportiert. Stattdessen könnte der Wechsel transurethraler Dauerkatheter durch das in der vollstationären Pflegeeinrichtung tätige examinierte Pflegefachpersonal im Rahmen der Delegation und gemäß den vertraglichen Regelungen sichergestellt werden.

Die AOK Nordost hat die vollstationären Pflegeeinrichtungen kontaktiert, über die beschriebene rechtliche Regelung informiert und für den Wechsel transurethraler Dauerkatheter durch das in den Einrichtungen tätige Pflegefachpersonal geworben.

Seminarreihe „Verordnungsinformationen für neue Ärzt:innen“ im Mai/ Juni 2024

Für Ärztinnen und Ärzte, deren Teilnahmebeginn an der vertragsärztlichen Versorgung noch nicht allzu lange zurückliegt oder kurz bevorsteht, bietet die Verordnungsberatung der KV Berlin eine Informationsreihe zu den vielfältigen und teils komplexen Regelungen rund um die Themen:

- Sprechstundenbedarf und die neue eSSB-Plattform
- Arzneimittelverordnungen
- Heilmittelverordnungen
- Wirtschaftlichkeitsprüfung im Einzelfall und Durchschnittswertprüfung
- Hilfsmittel, DiGA und sonstige Leistungen

an.

Die Informationsveranstaltungen finden online über „Zoom“ statt. Fortbildungspunkte werden nicht vergeben. Die Veranstaltung ist für unsere Mitglieder **kostenfrei**.

Bitte nutzen Sie zur Anmeldung die folgenden **Links**:

Termine:

- 21.05.2024 18.00-19.30 Uhr Sprechstundenbedarf und die neue eSSB-Plattform
- 23.05.2024 18.00-19.30 Uhr [Arzneimittelverordnungen](#)
- 27.05.2024 18.00-19.30 Uhr [Heilmittelverordnungen](#)
- 29.05.2024 16.00-17.30 Uhr [Wirtschaftlichkeitsprüfung im Einzelfall und Durchschnittswertprüfung](#)
- 04.06.2024 18.00-19.30 Uhr [Hilfsmittel, DiGA und sonstige Leistungen](#)

Es wird ausreichend Zeit für Ihre Fragen eingeplant.



BERLIN

Kassenärztliche
Vereinigung Berlin
Masurenallee 6A
14057 Berlin

[030 / 31 003-0](tel:030310030)

[030 / 31 003-380](tel:03031003380)

[Kontakt](#)