

30. Dezember 2024

1. Quartal 2025 – Änderungen auf einen Blick

Für das 1. Quartal 2025 ergeben sich nachfolgende Änderungen:

I. Abrechnung

1. Orientierungspunkt看wert für das Jahr 2025

Der auf Bundesebene festgelegte Orientierungswert für das Jahr 2025 liegt bei 12,3934 Cent. In Sachsen-Anhalt wird der bundesweite Orientierungswert auch für die Bewertung der regionalen Euro-Gebührenordnung verwendet.

2. EBM Änderungen

a) Neue Leistungen für die Behandlung von Long COVID

Für die Versorgung von Patienten mit Verdacht auf oder einer festgestellten Erkrankung mit Long COVID und Erkrankungen, die eine ähnliche Ursache oder Krankheitsausprägung aufweisen, wird zum 01.01.2025 ein neuer Abschnitt 37.8 mit insgesamt fünf neuen Leistungen in den EBM aufgenommen. Bei der Erbringung und Abrechnung dieser GOP ist die durch den Gemeinsamen Bundesausschuss getroffene Long-COVID-Richtlinie maßgeblich.

Die GOP 37800 bis 37802 können nur von Haus- und Kinderärzten berechnet werden. Ärzte des fachärztlichen Versorgungsbereichs können Koordinationsaufgaben nur wahrnehmen, wenn für den Patienten bereits vor der Verdachtsdiagnose einer Erkrankung nach § 2 LongCOV-RL aufgrund einer vorbestehenden Erkrankung im Zeitraum der letzten vier Quartale unter Einschluss des aktuellen Quartals mindestens ein Arzt-Patienten-Kontakt gemäß 4.3.1 der Allgemeinen Bestimmungen pro Quartal in mindestens drei Quartalen in derselben Praxis stattgefunden hat.

GOP 37800	Basis-Assessment (gemäß § 5 Abs. 1 Nr. 1 LongCOV-RL) durch den koordinierenden Arzt gemäß erster Bestimmung zum Abschnitt 37.8 EBM
GOP 37801	Zuschlag zur GOP 37800
GOP 37802	Zuschlag zur Versicherten- oder Grundpauschale für den koordinierenden Vertragsarzt (gemäß § 4 und § 5 LongCOV-RL)
GOP 37804	Fallbesprechung im Zusammenhang mit der Versorgung von Patienten (gemäß § 2 LongCOV-RL)
GOP 37806	Pauschale für die Versorgung von Patienten (gemäß § 2 LongCOV-RL) durch einen oder mehrere an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende(n) Arzt/Ärzte (nach § 3 Abs. 4 LongCOV-RL)

Die Vergütung der Leistungen dieses Abschnitts 37.8 erfolgen zunächst extrabudgetär.

b) Vergütung elektronischer Arztbriefe ab 2025

Die Abrechnung der eArztbriefe über die GOP 86900 und 86901 wird vorerst weitergeführt. Es ist jedoch unklar, ab wann das Gesundheits-Digitalagentur-Gesetz in Kraft tritt, welches eine Fortführung der Finanzierung der eArztbriefe nicht mehr vorsieht.

Bei einer Änderung werden Sie durch uns informiert, bis dahin können die Leistungen weiterhin zur Abrechnung gebracht werden.

c) GOP 01648 für ePA-Erstbefüllung wird verlängert

Die ePA-Erstbefüllung nach GOP 01648 war bis zum 14.02.2025 befristet und wird vorerst bis zum 30.12.2025 verlängert. Die Erstbefüllung kann somit weiterhin in 2025 zur Abrechnung gebracht werden.

Die Vergütung erfolgt weiterhin extrabudgetär.

Eine 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 dann noch vorliegen, wenn der Versicherte selbst bereits eigene Inhalte in die ePA eingestellt hat.

Wichtig ist, dass auch die neue „ePA für Alle“ nach einem offiziellen Roll-Out in seiner Version 3.0 nicht dazu berechtigt, erneut eine Befüllung abzurechnen, sofern dies bereits für eine Vorversion erfolgt ist bzw. eine Befüllung ersichtlich über das PVS schon angezeigt wird.

Beginnend mit der PRO 11 informieren wir fortlaufend zur ePA. Auch über unsere Homepage finden Sie unter www.kvsa.de > Praxis > IT in der Praxis > TI-Anwendungen > [ePA](#) diese Grundlagen, wie wichtige Informationsmaterialien zum jeweils aktuellen Stand.

d) Abrechnung von Sachkosten

Bei der Abrechnung von Sachkosten über die Pseudo-GOP 90009 wird eine neue Feldkennung aufgenommen, die durch die Praxis zu befüllen ist. In der neuen Feldkennung 5076 muss die Rechnungsnummer eingetragen werden.

e) Anpassung Anhang 2 zum EBM

Der Bewertungsausschuss (BA) hat den Anhang 2 des EBM an die künftig geltende Version des Operationen- und Prozedurenschlüssels (OPS) angepasst. Die Anpassung tritt zum 1. Januar in Kraft. Mit Beschluss wurde die Präambel 2.1 zum Anhang 2 des EBM überarbeitet. Der nicht mehr endständige OPS-Kode für die Tonsillotomie wurde dabei gemäß geltender Version des OPS ausdifferenziert abgebildet. Zudem wurden zahlreiche neue OPS-Kodes in den Anhang 2 aufgenommen, ungültige Codes gestrichen sowie redaktionelle Änderungen an OPS-Bezeichnungen vorgenommen. Die Änderungen dienen der jährlichen Anpassung an die aktuelle Version des OPS und sind unabhängig von den Beratungen zur Weiterentwicklung des ambulanten Operierens.

Des Weiteren hat der Bewertungsausschuss den Bereich der Hauttransplantationen im Anhang 2 zum EBM überarbeitet und angeglichen. Es wurden zahlreiche Eingriffe aufgewertet und künftig besser vergütet.

Die Codebereiche freie Hauttransplantationen und freie Hauttransplantationen bei Verbrennungen und Verätzungen (5-902.2 ff., 5-902.6 ff., 5-902.r ff. sowie 5-925.2 ff. und 5-925.f ff. bis 5-925.r ff.) werden in der Kategorisierung der Operationszeit systematisiert und um fehlende Lokalisationen für den Anhang 2 ergänzt.

Außerdem wurden 109 OPS-Kodes in der OP-Zeitkategorie und Vergütungshöhe aufgewertet.

Es werden ebenfalls vier OPS-Kodes zur Behandlung an weiteren Körperregionen zusätzlich in den Anhang 2 aufgenommen (5-925.24, 5-925.2a, 5-925.2c und 5-925.2m).

Die Zuschläge gemäß Abschnitt 31.2.20 „Förderung der Ambulantisierung“ wurden mit Wirkung zum 01. Januar 2023 in den EBM aufgenommen. Mit dem aktuellen Beschluss wird über die Nr. 2 und Nr. 14 der Präambel 2.1 zum Anhang 2 zum EBM klargestellt, dass sie bei Durchführung eines Eingriffs unter einer Diagnose und/oder einem gemeinsamen operativen Zugangsweg nur einmal berechnungsfähig sind und bei Durchführung eines Simultaneingriffes höchstens dreimal.

f) Änderungen im Bereich Labor, Pathologie, Histologie, Zytologie, Human- und Molekulargenetik

Zu den Änderungen der Laborgrundpauschalen sowie der Neustrukturierung der Transportkostenpauschalen haben betroffene Praxen bereits einen gesonderten Infoletter am 17.12.2024 erhalten. Darüber hinaus gibt es folgende weitere Änderungen:

Neufassung der Allgemeinen Bestimmung 7.1 hinsichtlich In-Vitro-Diagnostischen Untersuchungen.

Soweit in den GOP nichts anderes bestimmt ist, enthalten diese die Kosten für Laborgeräte, Reagenzien, allgemeiner und spezieller Laborbedarf sowie allgemeine Praxis Kosten zur Durchführung der In-vitro-Diagnostik-

Änderung der Bewertung diverser In-Vitro-Diagnostischer Leistungen der Abschnitte 1.7, 11.4, 19.3, 19.4, 32.2 und 32.3

In der Aufzählung der notwendigen Voraussetzungen die das System zur elektronischen Auftragserteilung erfüllen muss ist zur Kostenpauschale nach GOP 40092 noch die Möglichkeit zur Angabe der voraussichtlichen GOP und Kosten getrennt nach Abschnitt 11.4, 32.2 und 32.3 zu ergänzen.

Den gesamten Beschluss des Bewertungsausschusses finden Sie unter:
www.kvsa.de > Start > Praxis > Abrechnung / Honorar > EBM > 2025 > 1. Quartal 2025

g) Erweitertes Neugeborenen-Screening nach Kinder-Richtlinie

Zum 01.01.2025 wird der Abschnitt 1.7.1 im EBM angepasst. Es geht um das Erweiterte Neugeborenen-Screening nach der Kinder-Richtlinie des G-BA.

Die Kinder-Richtlinie wurde am 13.07.2024 dahingehend angepasst und zum Januar 2025 werden neue Leistungen in den EBM aufgenommen.

Die Änderungen in der Richtlinie umfassen eine Abklärungsdiagnostik für die Früherkennung der Zielerkrankung Adrenogenitales Syndrom, die Verantwortlichkeiten im Neugeborenen-Screening (Zentren für Neugeborenen-Screening haben umfassende Informations- und Nachverfolgungspflichten und die Befundübermittlung erfolgt direkt an die Eltern durch die Zentren), die zeitlichen Vorgaben zum Probenversand (innerhalb von 24 Stunden nach Probenannahme) sowie die Befundübermittlung (72 Stunden nach Probenannahme).

Der Beschluss umfasst drei Teile, welche jeweils Änderungen im EBM zum 01.01.2025 beinhalten.

Die **bestehende GOP 01724** wird um geänderte Verantwortlichkeiten als Trackingverfahren sowie Abklärungsdiagnostik für Adrenogenitales Syndrom erweitert und die Bewertung angepasst.

Ergibt sich aus dem Screening heraus ein positiver Befund, so ist das Screening-Labor verpflichtet den Befund direkt an die Eltern zu übermitteln, sowie die Abklärungsdiagnostik und Überleitung des Neugeborenen in eine spezialisierte Einrichtung zu begleiten bzw. nachzuverfolgen. Hierfür wird ein **neuer Zuschlag nach der GOP 01728** zu den GOP 01724 bis 01727 (Laboruntersuchungen gemäß Abschnitt C Kapitel I und II der Kinder-Richtlinie) in den EBM aufgenommen.

Ebenfalls neu im EBM ist eine Kostenpauschale nach GOP 40102 als Zuschlag zur Kostenpauschale 40110 für einen Versand an das Screening-Labor. Sie vergütet veranlassenden Ärzten die Kosten für das Einschreiben, welches eine Befundübermittlung 72 Stunden nach Probenabnahme ermöglichen soll. Die Anmerkungen zu den GOP 01707 und 01709 werden präzisiert.

Der Anhang 3 wird entsprechend der zusätzlichen Aufwände angepasst.

Die Vergütung der GOP 01724, 01728 sowie der Kostenpauschale 40102 erfolgt außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung.

h) Anpassungen der Leistungen nach den GOP 01510 bis 01512 sowie 01912

Zum 01.01.2025 wird die Beobachtung und Betreuung nach subkutaner Injektion von Trastuzumab (Handelsname: Herceptin®) nicht mehr über die GOP 01510 bis 01512 (Zusatzpauschalen für Beobachtung und Betreuung) berechnungsfähig sein und aus dem Leistungsinhalt gestrichen, da diese eine Dauer von mindestens zwei Stunden voraussetzen.

Gemäß der aktuell gültigen Fachinformation erfordert die Anwendung von Trastuzumab kürzere Nachbeobachtungszeiten von 30 Minuten nach der ersten Injektion und 15 Minuten nach Folgeinjektionen in Bezug auf Anzeichen und Symptome anwendungsbedingter Reaktionen. Künftig ist die Beobachtung und Betreuung nach subkutaner Injektion von Trastuzumab über die fachgruppenspezifische Grundpauschale abgegolten.

Außerdem erfolgt eine Anpassung des Zeitraums für die Kontrolluntersuchung in der Leistungslegende der GOP 01912 (Kontrolluntersuchung nach einem durchgeführten Schwangerschaftsabbruch nach den GOP 01904, 01905 oder 01906) auf den 14. Tag bis 21. Tag. Die Anpassung ist aufgrund einer Änderung der Fachinformation des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte zu Mifegyne® (Wirkstoff: Mifepriston) erforderlich.

i) Anpassungen im EBM für das Medikament Velsipity®

Der EBM wird zum 01. Januar 2025 für das Arzneimittel Etrasimod (Handelsname Velsipity®) angepasst. Das Arzneimittel dient der oralen Anwendung und Behandlung von mittelschwerer bis schwerer aktiver Colitis ulcerosa bei über 16-jährigen Betroffenen, die auf eine konventionelle Therapie oder ein Biologikum nicht oder nicht ausreichend angesprochen haben oder diese nicht vertragen.

Für Patienten mit bestimmten kardialen Vorerkrankungen wird gemäß Fachinformation eine verlängerte, mehrstündige Überwachung bei Erstgabe empfohlen.

Daher wird zum 01.01.2025 der Wirkstoff Etrasimod im obligaten Leistungsinhalt zum Katalog der GOP 01543 bis 01545 „Zusatzpauschale für die Beobachtung und Betreuung eines Kranken unmittelbar nach der Gabe eines Arzneimittels“ ergänzt.

Des Weiteren wird die bestehende erste Anmerkung angepasst, die besagt, dass die Berechnung der GOP 01543 bis 01545 die Angabe des Präparates, der Begründung der erforderlichen Überwachung gemäß aktuell gültiger Fachinformation und der Überwachungsdauer voraussetzt. Es wird konkretisiert, dass zum Beispiel das Vorliegen bestimmter kardialer Vorerkrankungen die Überwachung und verlängerte Überwachungsdauer begründet.

j) Aufnahme neuer Zuschläge für Heimdialyse

Zum 1. Januar 2025 werden neue Pauschalen/Zuschläge in den EBM aufgenommen. Es werden Zuschläge bei Beginn einer erstmaligen Heimdialysebehandlung für einen Zeitraum von 52 Wochen aufgenommen (GOP 40845 bis 40847). Der Bewertungsausschuss möchte somit den Aufbau der notwendigen Versorgungsstrukturen fördern.

GOP 40840	Zuschlag für Nachtdialyse
GOP 40841 und 40842	Zuschlag für die kontinuierliche zyklische Peritonealdialyse (CCPD)
GOP 40843 und 40844	Zuschlag für die Heimhämodialyse

k) Bewertungsanpassungen im EBM

Ab dem 1. Januar 2025 werden verschiedene Bewertungsanpassungen im EBM sowie den Anlagen zum Bundesmantelvertrag-Ärzte umgesetzt. Zu den Anpassungen zählen die GOP 40350 (Epikutan Test) und 40681 (Riboflavin), die Bewertung der Sozialpsychiatrie nach GOP 88895, die Bewertung der GOP 86700 für vorläufige Digitale Gesundheitsanwendungen, die Bewertung des Mammographie-Screenings sowie die Weiterentwicklung der Dialysesachkostenpauschalen.

Alle Beschlüsse finden Sie auf unserer Homepage unter:
www.kvsa.de > Start > Praxis > Abrechnung / Honorar > EBM > 2025 > [1. Quartal 2025](#)

l) Meldepflicht nach dem Implantatregistergesetz

Im Zusammenhang mit der Meldepflicht des Implantatregistergesetzes wurden neue Feldkennungen aufgenommen, die bei Abrechnung der GOP für die Meldung anzugeben sind. Aktuell betrifft das die GOP 01965 bei Operationen mit Brustimplantaten. Folgende Daten sind anzugeben

- Feldkennung 5050: Melde-ID
- Feldkennung 5051: Hash-String Implantatregister
- Feldkennung 5052: Hash-Wert Implantatregister

Gemäß Implantatregistergesetz besteht die Verpflichtung zur Meldung der implantatbezogenen Maßnahme in einem Zeitraum von 6 Monaten nach der Operation. Wird dieser Verpflichtung nicht oder nicht zeitgerecht nachgekommen, ist die Vergütung der Operation zu mindern.

m) Anpassung Onkologie Vereinbarung – Kostenpauschale 86520

Im Anhang 2, Teil A zur Onkologie-Vereinbarung wird bei der Kostenpauschale 86520 (Zuschlag für die orale medikamentöse Tumorthherapie) die erste Abrechnungsanmerkung angepasst. Damit wird mit Wirkung zum 1. Januar 2025 klargestellt, dass die bisherige Formulierung „endokrine Therapien im metastasierten Stadium“ das Stadium mit Fernmetastasen gemäß der TNM-Klassifikation M1 (Vorhandensein von Fernmetastasen) meint. Bei der bisherigen Formulierung war das Stadium nicht klar zu unterscheiden von dem mit regionären Lymphknotenmetastasen (TNM-Stadium N+), in dem häufig eine adjuvante Therapie mit ausschließlich hormonell bzw. antihormonell wirksamen Medikamenten durchgeführt wird. Lymphknotenbefall, der über den regionären Befall hinausgeht, wird gemäß der TNM-Klassifikation als M1 eingeordnet und ist von der neuen Formulierung „Stadium mit Fernmetastasen“ erfasst.

Zum anderen betrifft die Änderung die Androgenrezeptor-Signalweg-Inhibitoren (ARPI) und selektive CYP17A1-Inhibitoren. Das sind neue Medikamente im Sinne der ersten Abrechnungsanmerkung und wurden nun konkret aufgeführt. Hiermit wird klargestellt, dass sie zur Abrechnung der Kostenpauschale 86520 berechtigen, auch wenn sie der ATC-Klasse L02 zugeordnet sind. Aktuell sind somit die vier Wirkstoffe Abirateron, Apalutamid, Darolutamid und Enzalutamid berücksichtigt. Weiterhin gilt: Ausschließlich endokrine Therapien sind nicht über die Kostenpauschale 86520 berechnungsfähig, sofern sie im Rahmen einer kurativen (adjuvanten) Therapie erfolgen.

n) Elektronische Ersatzbescheinigung

Durch das Digital-Gesetz gibt es seit Oktober 2024 eine neue Regelung im Bundesmantelvertrag, wodurch **spätestens bis zum 1. Juli 2025** eine Möglichkeit zur Nutzung von elektronischen Ersatzbescheinigungen in den Arztpraxen, sowie durch die Krankenkassen, ermöglicht werden muss. Vorher kann die Nutzung auf freiwilliger Basis erfolgen.

Ablauf:

- beim ersten Arzt-Patienten-Kontakt liegt keine eGK vor
- Patienten haben künftig die Möglichkeit, ihren Versichertenstatus über eine elektronische Ersatzbescheinigung nachzuweisen

Varianten:

- Patient hat die Möglichkeit über eine von der Krankenkasse angebotene App den Nachweis anzufordern, welche zur Inanspruchnahme von vertragsärztlichen Leistungen berechtigt
 - Arztpraxis muss dem Versicherten ihre KIM-Adresse zur Verfügung stellen, zum Beispiel mittels QR-Code - Patient kann über die App scannen und der entsprechende Nachweis wird der Arztpraxis direkt übermittelt.
- Freiwillige Alternative für die Arztpraxis: im Auftrag des Patienten die elektronische Ersatzbescheinigung über das PVS anzufordern, wenn das PVS diese Funktion anbietet.

Ersatzbescheinigungen bewahren Sie bitte in der Arztpraxis mindestens 3 Jahre auf.

o) ICD Änderungen 2025

Zum Jahr 2025 wird die jährliche Anpassung der ICD-Kodes im Rahmen der ICD-10-GM-Aktualisierung zur entsprechenden Jahresversion umgesetzt.

Die Änderung wirkt sich unter anderem auf folgende GOP aus:

- GOP 04433 (inkl. abgeleitete GOP 04433I), 16222, 16230, 16231, 16233: Beendigung des ICD-Kodes G71.0 zum 31. Dezember 2024 und Aufnahme der ICD-Kodes G71.0-, G71.00, G71.08

3. Hybrid-DRG

a) Weitere Informationen zu Hybrid-DRG für 2025

Weitergehende Informationen zu allen aktuellen Regelungen zum Thema Hybrid-DRG ab 2025 senden wir Ihnen im Januar zu. Bisher stehen noch Entscheidungen in Bezug auf die Abrechnung der Leistungen im Rahmen von § 115f SGB V aus.

Ansprechpartner aus dem Bereich der Abrechnung erreichen Sie wie folgt:

- Tel.-Nr.: 0391/627-8000 E-Mail: abrechnung@kvs.a.de

4. Coronavirus-Testverordnung (TestV)

a) Verlängerung der Aufbewahrungsfristen der Auftrags- und Leistungsdokumentation bis zum 31.12.2028

Das Bundesministerium für Gesundheit hat mit Wirkung vom 5. Dezember 2024 die Verlängerung der TestV beschlossen.

Die ehemals in Zeiten der Corona-Pandemie Abrechnenden nach der TestV bleiben damit bis zum 31.12.2028 verpflichtet, alle Unterlagen und Daten zum Nachweis der korrekten Leistungserbringung bei den Corona-Testungen aufzubewahren. Das bedeutet, dass die detaillierte Auftrags- und Leistungsdokumentationen zu den einzelnen Testungen bis zum vorgenannten Termin weiterhin vorgehalten werden muss. Mit der verlängerten Aufbewahrungsfrist geht ebenso einher, dass Abrechnungsprüfungen gemäß § 7a TestV ebenfalls bis Ende 2028 durchgeführt werden können.

Die Abrechnenden tragen damit auch weiterhin bis Ende 2028 im Zusammenhang mit den zu führenden Nachweisen bei diesen Abrechnungsprüfungen die rechtliche Darlegungs- und Beweislast.

Ansprechpartner erreichen Sie wie folgt:

- Tel.-Nr.: 0391/627-6103 /-7103 /-6109 /-7109 E-Mail: abrechnung@kvsa.de

II. Verträge

1. Impfregelungen bleiben für 2025 unverändert

Die Regelungen bzgl. des Bezugsweges, der Abrechnung und der Vergütungshöhen gelten unverändert fort. Aktuell verhandelt die KVSA die Höhe der Vergütung für die Impfungen gegen COVID-19, Meningokokken B, MPox.. Sobald hier Ergebnisse zu verzeichnen sind, informieren wir Sie.

2. Notwendige Einschreibung zur Teilnahme an Selektivverträgen

Durch das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz hat der Gesetzgeber vorgegeben, dass Verträge/Vereinbarungen nach den §§ 73a, 73c und 140a ff. SGB V bis zum 31.12.2024 zu beenden oder zu ersetzen sind. Werden die Altverträge nicht entsprechend angepasst, werden diese gemäß Gesetz beendet und die Leistungen aus diesen Verträgen sind nicht mehr abrechenbar.

Aus diesem Grund werden wir den betroffenen Praxen Unterlagen zur Teilnahme in Form von Teilnahmeerklärungen für die Ärzte und Versicherten zukommen lassen. Außerdem schicken wir Ihnen zur Unterstützung Patientenlisten auf Basis der Abrechnungsdaten, die zur Weiterbehandlung innerhalb des jeweiligen Selektivvertrages eingeschrieben werden müssen.

Ansprechpartner aus dem Bereich der Vertragsabteilung erreichen Sie wie folgt:

- Tel.-Nr.: 0391/627-6250 E-Mail: vertrag@kvsa.de

3. Vertrag zur homöopathischen Versorgung der IKK gesund plus: Beendigung

Die IKK gesund plus beendet diesen Vertrag.

Folgende Abrechnungsziffern sind ab 1. Januar 2025 damit nicht mehr abrechenbar:

- **99001** (Erstanamnese)
- **99001A** (Folgeanamnese)
- **99001B** (Folgeanamnese)
- **99001C** (Folgeanamnese)

Ansprechpartner aus dem Bereich der Vertragsabteilung erreichen Sie wie folgt:

- Tel. (0391) 627 6236 E-Mail: Claudia.Scherbath@kvs.a.de

4. Neue Sprechstundenbedarfsvereinbarung ab 1. Januar 2025

Ab dem 01.01.2025 tritt eine geänderte Sprechstundenbedarfsvereinbarung (SSB-Vereinbarung) einschließlich Anlage für die vertragsärztliche Versorgung in Sachsen-Anhalt in Kraft. Die geänderte SSB-Vereinbarung wird Klarstellungen bzgl. der allgemeinen Regeln zur Verordnung von Sprechstundenbedarf in Sachsen-Anhalt enthalten. In der neuen Anlage zur SSB-Vereinbarung werden mehr als Sprechstundenbedarf verordnungsfähige Mittel enthalten sein als in der derzeit gültigen. Sie benennt auch umfassender und klarer als bisher, was als SSB verordnungsfähig ist und was nicht.

Die Änderungen werden in der PRO 1/2025 umfassend erläutert. Die Veröffentlichung der ab Januar 2025 neu geregelten SSB-Vereinbarung, ihrer Anlage und der Erläuterungen zu den Änderungen erfolgt ab Januar 2025 auf unserer Homepage unter:
www.kvs.a.de > Praxis > Ordnungsmanagement > Sprechstundenbedarf

Ungeachtet der Änderungen behält auch ab Januar 2025 die Regelung ihre Gültigkeit, dass SSB grundsätzlich nur einmal im Kalendervierteljahr, und zwar am Quartalsende, verordnet werden soll. Die Verordnung von Sprechstundenbedarf für das Quartal 4/2024 als Ersatz des im 4. Quartal Verbrauchten erfolgt wie gewohnt nach der derzeit bestehenden SSB-Vereinbarung.

Ansprechpartner für das Thema erreichen Sie wie folgt:

- Tel.-Nr.: 0391/627-6150 E-Mail: Antje.Koepping@kvs.a.de
- Tel.-Nr.: 0391/627-7438 E-Mail: Heike.Druenkler@kvs.a.de

III. Ordnungsmanagement

1. Potenzialerhebung bei Außerklinischer Intensivpflege: Verlängerung der Übergangsfrist

Außerklinische Intensivpflege (AKI) für beatmete oder trachealkanülierte Patienten kann bis zum 30. Juni 2025 weiterhin ausnahmsweise ohne Potenzialerhebung verordnet werden, sofern keine qualifizierten Ärzte für eine Potenzialerhebung zur Verfügung stehen. Der verordnende Arzt soll darauf hinwirken, dass die unterbliebene Potenzialerhebung in naher Zukunft, spätestens jedoch bis zum 30. Juni 2025, erfolgt. Auf dem Formular 62 B wird unter „sonstige Hinweise“ die Begründung der Nichterhebung dokumentiert. An dieser Stelle wird auch angegeben, ob und wenn ja, für welchen Zeitpunkt ein Termin für die Potenzialerhebung vereinbart werden konnte.

Zusätzlich gilt eine weitere Ausnahmeregelung für Patienten, die bereits vor dem 31. Oktober 2023 Verordnungen für Außerklinische Intensivpflege oder ehemalige Leistungen nach Nr. 24 ("Krankenbeobachtung (spezielle)") gemäß Leistungsverzeichnis der „Häusliche Krankenpflege-Richtlinie“ erhalten haben und seitdem Leistungen der Außerklinischen Intensivpflege erhalten:

Für diese Patienten muss bis zum 31. Oktober 2025 mindestens eine Potenzialerhebung durchgeführt werden. Wurde bei ihnen mit nur einer durchgeführten Potenzialerhebung festgestellt, dass dauerhaft keine Aussicht auf eine Dekanülierung oder Entwöhnung besteht, sind weitere Verordnungen auch ohne erneute Potenzialerhebung zulässig. Diese Potenzialerhebung muss auf Grundlage einer unmittelbar persönlichen Untersuchung erfolgt sein.

Weiterführende Informationen unter www.kvsa.de > Praxis > Verordnungsmanagement > [Außerklinische Intensivpflege](#)

2. An Omicron-Variante JN.1 angepasster COVID-19-Impfstoff Nuvaxovid® JN.1 seit Dezember 2024 bestellbar

Der COVID-19-Impfstoff Nuvaxovid® JN.1 wird in Vials mit je einer Impfstoffdosis zur Verfügung gestellt. Das neue Vakzin kann bei Personen ab 12 Jahren angewendet werden. Die aktuelle Produktinformation kann u.a. im [Download-Bereich der Firma Novavax](#) abgerufen werden.

Impfstoffbezug

Der Impfstoffbezug erfolgt wie bei den anderen COVID-19 – Impfstoffen auch wöchentlich zu Lasten des Bundesamts für soziale Sicherung (BAS) über die regionale Apotheke, sowohl für gesetzlich als auch für privat Versicherte.

Dokumentationsnummern

	erste Dosen eines Impfzyklus bzw. unvollständige Impfserie	letzte Dosis eines Impfzyklus nach Fachinformation oder abgeschlossene Impfung	Auffrischungsimpfung
Nuvaxovid® JN.1	88346A	88346B	88346R**
Nuvaxovid® JN.1 (berufliche bzw. Reiseindikation nach § 11 Absatz 3)	88346V	88346W	88346X

** keine routinemäßige Auffrischung

Die neuen o.g. Dokumentationsnummern sind noch nicht in der Schutzimpfungs-Richtlinie und damit auch nicht in der Anlage der sachsen-anhaltischen Impfvereinbarung aufgeführt. Deswegen ungeachtet können sie ab Verfügbarkeit des Impfstoffes für die Abrechnung verwendet werden. Mit der Abrechnung der Impfleistung ist die Chargennummer in der Feldkennung 5010 anzugeben.

Weitere Informationen und eine Übersicht zu allen COVID-19-Impfstoffen: www.kvsa.de >> Praxis >> Verordnungsmanagement >> [Impfen](#) >> „Aktuelle Meldungen“

3. Nachweise von Polioviren im Abwasser – erhöhte Achtsamkeit erforderlich

Seit Anfang November 2024 hat das Nationale Referenzzentrum (NRZ) für Poliomyelitis und Enteroviren in Abwasserproben aus München, Mainz, Köln, Bonn, Düsseldorf, Dresden und Hamburg genetisches Material von Schluckimpfstoff-abgeleiteten Polioviren Typ 2 (cVDPV2) nachgewiesen ([Epid Bull 48/2024 und 49/2024](#)). Klärwerke dieser Städte werden seit Mai 2021 im Rahmen des Forschungsprojekts „[PIA – Polioviren im Abwasser](#)“ auf Polioviren untersucht.

Insgesamt werden im Rahmen des Forschungsprojektes mit Berlin und dem Flughafen München 9 Standorte beprobt. Dass cVDPV2 aktuell auch in diesen oder anderen bisher nicht untersuchten Regionen vorkommen, ist möglich.

Nachweise von Polioviren im Abwasser sind ein Frühwarnsignal: Das Schließen von Impfständen, eine erhöhte Wachsamkeit hinsichtlich Poliomyelitis-typischer Symptome, die unverzügliche Meldepflicht bei Verdacht auf Poliomyelitis und die Nutzung der unentgeltlichen Enterovirusdiagnostik sind jetzt wichtig!

Weitergehende Informationen stellt das Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Gleichstellung zur Verfügung. Das entsprechende Dokument ist über www.kvsa.de -> Praxis -> Verordnungsmanagement - > Impfen -> Aktuelle Meldungen zu finden.

4. Sonstige Produkte zur Wundbehandlung - vdek übernimmt Kosten bis 02.03.2025

Per Infoletter vom 09.12.2024 haben wir darüber informiert, dass die Verordnung sog. sonstiger Produkte zur Wundbehandlung aufgrund des Auslaufens einer Übergangsregelung zum 02.12.2024 zu Regressen führen kann und deshalb vorerst nicht zulasten der GKV erfolgen sollte. Nunmehr teilte der Verband der Ersatzkassen (vdek) mit, dass bis zum 2. März 2025 die Kosten von sonstigen Produkten zur Wundbehandlung im gleichen Umfang wie bisher übernommen werden.

Von anderen gesetzlichen Krankenkassen liegt eine Zusage wie vom vdek zum jetzigen Zeitpunkt nicht vor. Zulasten dieser Krankenkassen sollten die sonstigen Produkte zur Wundbehandlung vorerst nicht mehr verordnet werden. Dazu können gehören:
nicht formstabile Zubereitungen (beispielsweise Hydrogele)
silberhaltige, honighaltige oder polihexanidhaltige Wundauflagen

Sonstige Produkte zur Wundbehandlung (gemäß Teil 3 [Anlage Va AM-RL](#)) sind solche, die durch eine pharmakologische, immunologische oder metabolische Wirkweise die Heilung einer Wunde aktiv beeinflussen können.

Weitere Informationen unter

<https://www.kvsa.de/praxis/verordnungsmanagement/arzneimittel.html>

Ansprechpartner aus dem Bereich des Verordnungsmanagements erreichen Sie wie folgt:

- Tel.-Nr.: 0391 627 - 6437 /-7437 /-7438 E-Mail: verordnung@kvsa.de

Die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt wünscht Ihnen und Ihren Familien ein besinnliches Weihnachtsfest und einen guten Rutsch in das neue Jahr.