



Finanzierungsverhandlungen: Vergütung steigt 2024 um 190 Millionen Euro

Die Mittel für die ambulante Versorgung und die Vergütung der Vertragsärztinnen/Vertragsärzte sowie Vertragspsychotherapeutinnen/-psychotherapeuten in Nordrhein steigen im kommenden Jahr um rund 190 Millionen Euro. Darauf haben sich die KV Nordrhein und die gesetzlichen Krankenkassen/-verbände im Rheinland geeinigt. Mit der Vereinbarung setzen die Verhandlungspartner die bundesweiten Vorgaben für 2024 um und verständigten sich ergänzend auf die Fortführung regionaler Sonderregelungen.

Unter Berücksichtigung der bereits auf Bundesebene vereinbarten Beschlüsse zum Orientierungspunktwert und der Veränderungsrate bei Morbidität und demografischer Entwicklung steigt die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (MGV) in Nordrhein 2024 um insgesamt gut 128 Millionen Euro. Um zusätzlich etwa 62 Millionen Euro wächst die Vergütung für die sogenannten Einzelleistungen inklusive der Fortführung bisheriger Sondervereinbarungen und Zuschläge – hierzu zählt etwa die Förderung der Schlafdiagnostik.

Verlängerung extrabudgetärer Vergütungselemente

Neben der Umsetzung der Bundesvorgaben konnten sich KVNO und die Krankenkassen/-verbände in den Verhandlungen auch auf die Fortführung weiterer nordrheinspezifischer Vereinbarungen einigen – dazu gehören beispielsweise die bis Ende 2024 verlängerte extrabudgetäre Finanzierung der Leistungen der Polysomnographie und Polygraphie. Ebenso setzen die nordrheinischen Krankenkassen auch im nächsten Jahr die seit 2020 bestehende Förderung des ambulanten Notdienstes in Nordrhein fort. Die Förderung erhöht sich 2024 noch einmal deutlich um fünf auf insgesamt sieben Millionen Euro und umfasst nun die gesamten Notdienst-Strukturen im Landesteil über die bisherige finanzielle Unterstützung für den Auf- und Ausbau der Portalpraxen hinaus.

„Mit Blick auf die Bundesvorgaben waren unsere regionalen Verhandlungsspielräume allgemein begrenzt. Wir haben mit unseren Verhandlungspartnern einen konstruktiven und sachlichen Dialog erlebt und am Ende eine gemeinsame Lösung gefunden. Unbedingt erforderlich ist eine tragfähige Finanzierung unserer Notdienst-Strukturen. Ich bin froh, dass wir hier als ersten gemeinsamen Schritt mit den Krankenkassen eine Erhöhung des Finanzierungsvolumens vereinbaren konnten. Die Finanzierung des ambulanten Notdienstes muss aber generell im Bund auf eine neue Basis gestellt werden, insbesondere müssen diese Vereinbarungen schiedsamtsfähig sein“, so Dr. med. Frank Bergmann, Vorstandsvorsitzender der KV Nordrhein.

Außerdem konnten sich KVNO und Krankenkassen/-verbände auf eine Fortführung der Pflegeheimversorgung im Rheinland verständigen, wofür weitere vier Millionen Euro zur Verfügung stehen.



Ambulantes Operieren: AOP-Katalog ergänzt und Schweregradsystematik weiterentwickelt

Der GKV-Spitzenverband, die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) und die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) haben sich auf weitere Anpassungen des AOP-Vertrags nach § 115b SGB V geeinigt. Zum 1. Januar 2024 wird der AOP-Katalog um 171 Operationen und Eingriffe ergänzt, die bisher überwiegend stationär durchgeführt werden. Die Vergütung der Nachbeobachtung wurde für weitere Eingriffe geregelt. Darüber hinaus wird die Schweregradsystematik weiterentwickelt: Ab Januar können Klinik- und Vertragsärztinnen und -ärzte einen Zuschlag für die Versorgung von Frakturen abrechnen.

„Insgesamt bleiben die Ergebnisse allerdings erneut deutlich hinter dem Bedarf einer, echten‘ Ambulanti-sierung zurück, so die Bewertung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV). Der Gesetzgeber hatte KBV, DKG und GKV-Spitzenverband 2019 beauftragt, das ambulante Operieren nach Paragraph 115b SGB V weiterzuentwickeln und höhere Anreize zu setzen, damit mehr Operationen am Krankenhaus ambulant erfolgen. In der ersten Stufe der Weiterentwicklung des ambulanten Operierens nach § 115b SGB V wurde der AOP-Katalog um 208 Operationen und Eingriffe zum 1. Januar 2023 ergänzt.

Die Ergebnisse im Überblick

Erweiterung des AOP-Katalogs

Der AOP-Katalog, der alle Operationen und sonstigen Eingriffe enthält, die die Krankenhäuser ambulant vornehmen und nach EBM abrechnen können, wird zum 1. Januar 2024 um 171 Eingriffe erweitert. Das entspricht rund 300.000 vollstationären Fällen pro Jahr. Viele dieser Untersuchungen und Behandlungen können jetzt schon von Vertragsärztinnen und -ärzten durchgeführt werden. Für Vertrags- und Belegärztinnen/-ärzte sind 31 der 171 OPS-Kodes neu. Besonders relevant dabei sind die Prostatabiopsien mit Steuerung durch bildgebende Verfahren.

Prostatabiopsien

Zu den neu in den Abschnitt 1 des AOP-Katalogs und in den Anhang 2 des EBM aufgenommenen Eingriffen zählen zwei urologische Leistungen der perkutanen beziehungsweise transrektalen Prostatastanzbiopsie mit Steuerung durch bildgebende Verfahren. Vertrags- und Belegärztinnen/-ärzte können diese Untersuchung ab Januar unabhängig von der Zahl der zu entnehmenden Gewebeproben durchführen. Krankenhäuser können die Untersuchung hingegen nur ambulant vornehmen, wenn nicht mehr als 20 Proben entnommen werden sollen. Für alle Eingriffe gilt: Die Vergütung für den Eingriff, die Anästhesie, die postoperative Überwachung und Behandlung erfolgt extrabudgetär.

Stentimplantationen in Herzkranzgefäße ab Januar extrabudgetär

Zu den neuen Eingriffen nach Abschnitt 2 des AOP-Kataloges gehören therapeutische Herzkatheterunter-



suchungen. Vertragsärztinnen und -ärzte können diese Stentimplantationen in den Koronargefäßen bereits jetzt schon ambulant durchführen und nach EBM abrechnen. Neu ist, dass die postoperative Nachbeobachtung nicht mindestens zwölf Stunden betragen muss, um eine Vergütung zu erhalten. Bei einer kürzeren Überwachungszeit von mindestens sechs Stunden können Ärztinnen und Ärzte ab Januar die Gebührenordnungsposition (GOP) 01522 (1307 Punkte/155,98 Euro) abrechnen.

Der Bewertungsausschuss hat ferner empfohlen, dass alle Koronarangiographien (GOP 34291 und 34292) und die Nachbeobachtung bei einer Stentimplantation (GOP 01521 und 01522) extrabudgetär und damit in voller Höhe vergütet werden.

Neuer Schweregradzuschlag für Frakturen

Die zu Jahresbeginn eingeführte Differenzierung nach Schweregraden wird um die Versorgung von Frakturen ausgeweitet. Vertrags- und Klinikärztinnen und -ärzte erhalten ab Januar einen Zuschlag von 20 Prozent auf die operative Leistung. Damit sollen höhere Aufwände vergütet werden, die durch die fehlende Planbarkeit der Eingriffe entstehen, zum Beispiel durch das Vorhalten von Personal und Räumen.

Die Zuschlagshöhe in Euro richtet sich nach der Bewertung der jeweiligen operativen Leistung (Zuschlag = 20 Prozent des Preises). Die Abrechnung erfolgt über Pseudo-Gebührenordnungspositionen. In einem neuen Anhang 3 zum AOP-Vertrag werden dazu alle OPS-Kodes mit der jeweiligen Zuschlagshöhe und der dazugehörigen Pseudo-GOP aufgelistet.

Bereits seit 1. Januar 2023 erhalten Ärztinnen und Ärzte für Rezidivoperationen einen Schweregradzuschlag. Dieser bleibt bestehen. Als nächstes sollen patientenbezogene Zuschläge eingeführt werden.

Kardioversion neu im EBM

Für Vertragsärztinnen und -ärzte gibt es eine weitere Neuerung: Sie können ab Januar die externe elektrische Kardioversion nach EBM abrechnen. Auch Krankenhäuser sollen im Laufe des nächsten Jahres die Möglichkeit erhalten, den Eingriff ambulant vorzunehmen. Dazu werden zum 1. Januar zwei neue GOP in den EBM aufgenommen. Die Vergütung soll extrabudgetär erfolgen.

Zur Abrechnung einer Kardioversion bei Erwachsenen wird die GOP 13552 (1875 Punkte/223,76 Euro) in den EBM aufgenommen. Kinder- und Jugendärztinnen/-ärzte mit Schwerpunkt Kinder-Kardiologie rechnen die Kardioversion bei Kindern mit der GOP 04421 (1875 Punkte/223,76 Euro) ab.

Nachbeobachtung nach Prozeduren außerhalb Kapitel 31

Die Möglichkeit der gesonderten Abrechnung einer Nachbeobachtung sowie einer Nachbeobachtung und Betreuung soll künftig auch für andere Prozeduren außerhalb Kapitel 31 EBM bestehen. Dafür werden ein neuer Anhang 8 zum EBM und vier neue GOP in den EBM aufgenommen.

Ab Januar können zunächst für die Entlastungspunktion unter Gewinnung von mindestens 250 ml Ascites-Flüssigkeit (GOP 02341) die GOP 01500 (101 Punkte/12,05 Euro) und 01502 (70 Punkte/8,35 Euro je 30 Mi-



nuten) für die Nachbeobachtung berechnet werden. Für die Nachbeobachtung und Betreuung nach einer Kardioversion sind die GOP 01501 (141 Punkte/16,83 Euro) und 01503 (107 Punkte/12,77 Euro je 30 Minuten) berechnungsfähig. Die Höchstbetreuungszeit nach einer Entlastungspunktion oder einer Kardioversion beträgt vier Stunden.

Förderzuschläge für weitere Eingriffe

Die KBV und der GKV-Spitzenverband haben sich zudem darauf geeinigt, dass die zu Jahresbeginn eingeführten Förderzuschläge für ausgewählte ambulante Operationen auf weitere Verfahren ausgeweitet werden. Dabei handelt es sich um OPS-Kodes, die zum 1. Januar in den AOP-Katalog aufgenommen werden.

Beschluss zu den Hygienekosten folgt

KBV und GKV-Spitzenverband haben vereinbart, dass ambulant Operierende ab 1. Januar Zuschläge für den höheren Hygieneaufwand erhalten sollen. Der Beschluss dazu soll Anfang 2024 gefasst werden und rückwirkend gelten.

[Alle Maßnahmen ab 1. Januar im Überblick](#)



[AOP-Vertrag inklusive Anlagen](#)



Hybrid-DRG-Verordnung tritt zum 1. Januar in Kraft

Die seit Monaten erwartete Hybrid-DRG-Verordnung tritt zum 1. Januar in Kraft. Das Bundesgesundheitsministerium (BMG) hatte die Selbstverwaltung wenige Tage vor Weihnachten vorab informiert und mitgeteilt, dass aus rechtlichen Gründen die bisher geplanten Regelungen zur Abrechnung nicht mehr in der Verordnung enthalten sind. Es liege jetzt „in der Verantwortung der Selbstverwaltung, Verfahren zu finden und die Hybrid-DRG damit in der Praxis gangbar zu machen.“ Das betrifft insbesondere auch die Zuordnung von Behandlungsfällen zu Hybrid-DRG. „Hier bedarf es pragmatischer Lösungen“, heißt es vom BMG.

KBV-Chef Gassen: „Frust und Ärger vorprogrammiert“

Der Vorstandsvorsitzende der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), Dr. med. Andreas Gassen, reagierte verärgert über die kurzfristige Vorlage der Verordnung: „Per vorweihnachtlichem Brief informiert das Ministerium über die Hybrid-DRG-Verordnung, wie sie ab 1. Januar 2024 gelten soll.“ Es sei zu diesem späten Zeitpunkt schier unmöglich, jetzt noch Abrechnungsbestimmungen zu vereinbaren, die ab Januar gelten sollen.

Zusätzlich soll auch die Frist für eine erste Überprüfung und gegebenenfalls Anpassung der Regelung durch den GKV-Spitzenverband, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die KBV um ein Jahr auf den 31. März



2024 vorverlegt wurde. „Zu diesem Zeitpunkt ist die Verordnung erst seit drei Monaten in Kraft. Diese Zeitspanne ist viel zu kurz“, monierte Gassen.

Die Verordnung zu einer speziellen sektorengleichen Vergütung (Hybrid-DRG-V) enthält einen Katalog mit ersten Leistungen, die ab Januar nach den neuen Hybrid-DRG bezahlt werden sollen. Auch die Höhe und Art der Vergütung ist darin festgelegt. Vertragsärztinnen/-ärzte und Krankenhäuser erhalten dann für die ausgewählten Leistungen dieselbe Vergütung. Dabei ist es egal, ob der Eingriff ambulant oder stationär durchgeführt wird.

Aktuell noch einige Punkte offen

Inhalt der Hybrid-DRG ist dabei, dass mit der Vergütung alle Leistungen innerhalb der OP-Einrichtung sowie zusätzlich etwaige Laborwerte sowie unmittelbare postoperative Röntgenleistungen abgegolten sind. Nicht enthalten sind die Nachsorgeleistungen sowie der Sprechstundenbedarf.

Offen ist noch, wie aus den verschiedenen Parametern (z. B. OPS-Kode, Hauptdiagnose, Verweildauer, Klinischer Komplexitätsgrad) die korrekt Hybrid-DRG ermittelt werden soll. Hierfür arbeiten wir derzeit einer notwendigen Grouper-Software, die von uns bereit gestellt werden soll.

Zu guter Letzt bedarf es noch einer technischen Vorgabe für die Übertragung der Abrechnungsdaten für die Vertragsärztinnen und Vertragsärzte. Dazu laufen derzeit noch die Verhandlungen auf Bundesebene. Sobald die Ergebnisse vorliegen, kann die Abrechnung über die KV Nordrhein erfolgen.

Weitere Details zur Verordnung und zur Umsetzung genau dieser, werden derzeit auf Bundesebene diskutiert. Wir werden Sie hierzu im neuen Jahr informieren.

[Verordnung über eine spezielle sektorengleiche Vergütung \(Hybrid-DRG-Verordnung\)](#)



Regionale Impfvereinbarung: Zuschlag bei COVID-19-Impfung verlängert und Vergütungen für alle Impfungen angehoben

Im Zuge der Verhandlungen für eine Vergütung der COVID-19-Impfungen im Frühjahr 2023 hatte sich die KVNO mit den Krankenkassen darauf verständigt, dass neben der Grundvergütung i. H. v. 10 Euro für die COVID-19-Impfung auch ein Zuschlag in Höhe von 5 Euro vergütet wird, so dass sich eine Gesamtvergütung von 15 Euro für die Zeit ab 2. Mai 2023 ergibt. Dieser Zuschlag i. H. v. 5 Euro war zunächst befristet bis zum 31. Dezember 2023.



Aufgrund der weiterhin bestehenden Mehraufwände, insbesondere aufgrund der bestehenden Mehrdosenbehältnisse sowie der Dokumentationsverpflichtungen, konnte die KVNO sich mit den Krankenkassen auf eine Verlängerung des Zuschlags bis zum 30. Juni 2024 verständigen. Im 2. Quartal 2024 wird geprüft, inwiefern sich Änderungen bei den Mehraufwänden ergeben haben. Dies bedeutet, dass die COVID-19-Impfung zunächst bis zum 30. Juni 2024 mit 15 Euro vergütet und extrabudgetär finanziert wird. Die übrigen Regelungen gelten unverändert fort.

Darüber hinaus sieht die regionale Impfvereinbarung außerdem die jährliche Steigerung der Impfleistungen um die Steigerung des Orientierungswertes vor. Dadurch werden die Vergütungen für die Impfleistungen jedes Jahr angehoben und die Kostensteigerungen, zumindest teilweise, abgebildet. Für das Jahr 2024 bedeutet dies, dass die Impfleistungen um + 3,85 % angehoben werden. Beispiel: Die Influenza-Impfung wird also ab 1. Januar 2024 mit 10,39 Euro vergütet (vormals 10,00 Euro).

Impfleistung	Vergütung bis 31.12.2023	Vergütung ab 01.01.2024
Einfach-Impfung	8,31 €	8,63 €
Influenza-Impfung	10,00 € (seit 01.04)	10,39 €
HPV-Impfung	9,26 €	9,62 €
Zwei-/Dreifach-Impfung	10,68 €	11,09 €
Vierfach-Impfung	12,36 €	12,84 €
Fünffach-Impfung	14,60 €	15,16 €
Sechsfach-Impfung	21,91 €	22,75 €
Vergütungsaufschlag	3,19 €	3,31 €
COVID-Impfung	15,00 €	15,00 €

Hinweis: Die Vergütungssteigerung betrifft auch die Durchführung der Satzungsimpfung MMR für Erwachsene, die vor 1971 geboren wurden, nach der SNR 89301Z sowie die Influenza-Impfung als Satzungsleistung nach der SNR 89112T.

G-BA beschließt neue Richtlinie zur Versorgung von Post-COVID

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat am 21. Dezember 2023 die neue Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung von Post-COVID beschlossen. Die neue Post-COVID-Richtlinie (LongCov-RL) sieht eine gestufte ambulante Versorgung für Patientinnen und Patienten mit Post-COVID entsprechend der aktuellen Leitlinien-Empfehlungen im Rahmen der etablierten Versorgungsstrukturen vor:



- Erste Ansprechperson und auch Koordinatorin/Koordinator ist in der Regel die Hausärztin/der Hausarzt beziehungsweise die/der Kinder- und Jugendärztin/-arzt.
- Fachärztinnen und -ärzte übernehmen bedarfsgerecht die weitere Diagnostik und Therapie und können unter bestimmten Voraussetzungen Koordinationsaufgaben wahrnehmen.
- Die spezialisierte Versorgung findet auf Überweisung in interdisziplinären Ambulanzen statt.

Sowohl für Hausärztinnen und Hausärzte als auch Fachärztinnen und Fachärzte sind keine spezifischen Fortbildungs- oder Kooperationserfordernisse definiert.

Steuerung durch Stärkung von Koordination und Kooperation

Wesentliche Elemente zur Steuerung der Patientinnen und Patienten sind die zentrale Koordination und ein Behandlungsplan. Zusätzlich wird der gegenseitige Austausch durch Fallbesprechungen gefördert.

Entsprechend dem gesetzgeberischen Auftrag erstreckt sich der Anwendungsbereich der Richtlinie auch auf Patientinnen und Patienten mit Long-COVID und Erkrankungen, die eine ähnliche Ursache oder Krankheitsausprägung aufweisen. Dies umfasst insbesondere postinfektiöse Erkrankungen, das Post-Vac-Syndrom und auch Myalgische Enzephalomyelitis/Chronisches Fatigue-Syndrom (ME/CSF).

Hinweise zum Inkrafttreten und zum weiteren Vorgehen

Bitte beachten Sie, dass der Beschluss zunächst vom Bundesgesundheitsministerium geprüft wird. Bei Nichtbeanstandung tritt er voraussichtlich im ersten Quartal in Kraft. Es schließen sich dann die Beratungen im Bewertungsausschuss zur Überprüfung des EBM an. Über das Inkrafttreten werden wir gesondert informieren.

Bundestagspetition: Quorum deutlich erfüllt

Der Petitionsausschuss des Deutschen Bundestags muss sich mit den Forderungen der Vertrags- und Psychotherapeuten-schaft auseinandersetzen. Die durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) eingebrachte Petition „Verbesserung der Rahmenbedingungen für die ambulante Versorgung“ endete zum Stichtag 20. Dezember mit einem Quorum von 70.961 Unterschriften – 27.540 davon wurden online abgegeben und 43.421 auf Unterschriftenlisten in den Praxen. Allerdings wird sich diese Zahl noch erhöhen, da die zahlreichen Unterschriftenlisten noch nicht alle erfasst wurden. Erforderlich waren mindestens 50.000 gültige Unterschriften.

Mit der Petition wird gefordert, die Rahmenbedingungen für die ambulante Versorgung zu verbessern. „Derzeit steht die Sicherstellung dieser Gesundheitsversorgung in Deutschland auf dem Spiel. Die wohnortnahe, flächendeckende und qualitativ hochwertige ambulante Versorgung rund um die Uhr war ein Wert, der unser Land ausgezeichnet hat und den die Bürgerinnen und Bürger schätzten. Jetzt aber stehen die Praxen vor dem Kollaps, sie arbeiten bis zum Anschlag und ihre Kräfte gehen zur Neige“, heißt es im Petitionstext.



Ein deutliches Signal

„Ich freue mich, dass das Quorum für die Petition so deutlich erfüllt worden ist. Danke an alle, die dazu beigetragen haben – durch ihre eigene Unterschrift, aber auch durch die Information der Patientinnen und Patienten und das Auslegen von Unterschriftenlisten in den Praxen. Das ist ein Signal, das die Politik nicht ignorieren kann. Und was mich noch mehr freut: Wir haben die Unterstützung vieler Patientinnen und Patienten, die wie wir in Sorge um die Zukunft der ambulanten Versorgung sind“, so Dr. med. Frank Bergmann, Vorstandsvorsitzender der KV Nordrhein.

So geht es nun weiter: Die Petentin, also die KBV, wird in den Petitionsausschuss eingeladen, um das Anliegen in öffentlicher Sitzung und i. d. R. im Beisein von Regierungsvertreterinnen oder -vertretern vorzutragen. Ergibt die Beratung im Petitionsausschuss, dass die Petition insgesamt oder teilweise begründet ist, fasst der Deutsche Bundestag auf Empfehlung des Petitionsausschusses einen entsprechenden Beschluss, der der Petentin und der Bundesregierung übermittelt und auch veröffentlicht wird. Die Bundesregierung ist wegen des Grundsatzes der Gewaltenteilung nicht verpflichtet, dem Beschluss des Deutschen Bundestages zu folgen. In diesem Fall muss sie jedoch ihre abweichende Haltung gegenüber dem Petitionsausschuss begründen.

Gematik: TI-Störungsmeldungen per WhatsApp

In Ergänzung zu ihrem Fachportal und Social-Media-Kanal auf X/Twitter informiert die gematik ab sofort auch auf WhatsApp zu TI-Störungen und Entwarnungen. Nutzer des Messenger Dienstes sind so noch schneller über eventuelle Einschränkungen der Telematikinfrastruktur (TI) informiert.

Der Kanal ist bereits aktiv, allerdings derzeit noch nicht über die Kanalsuchfunktion bei WhatsApp sichtbar. Bis dahin kann der gematik-Kanal über den Direktlink (siehe unten) oder diesen QR-Code abonniert werden:



TI-Störungsmeldungen der gematik können Sie über folgende Kanäle empfangen:

Fachportal der gematik: <https://fachportal.gematik.de/ti-status/stoerungen>

Social Handle X/Twitter: [@gematik1](https://twitter.com/gematik1)

Neu: WhatsApp-Kanal „gematik“: <https://whatsapp.com/channel/0029VaHGwpr1NCrNzki0HA01>



Info-Booklet zum E-Rezept

Ab 1. Januar 2024 sind Arztpraxen verpflichtet, verschreibungspflichtige Arzneimittel digital als E-Rezept auszustellen. Was gilt es dabei zu beachten? Welche Voraussetzungen müssen Praxen erfüllen, um elektronische Verordnungen ausfüllen zu können? Was kann ab Januar digital verordnet werden – was erst einmal noch nicht? Und vor allem: Wie gelingt die Umsetzung der mit dem E-Rezept verbundenen Abläufe in der Praxis? Antworten auf diese Fragen liefert Ihnen unser kleines Booklet „Das E-Rezept praxisnah erklärt“. Auf 16 Seiten erhalten Sie Informationen, Hilfestellungen und Tipps – alles übersichtlich und knapp zusammengefasst. Hier geht es zum Download:



Booklet: Das E-Rezept – praxisnah erklärt



E-Rezept-Starterpaket der KBV

Die KBV hat zum Start des E-Rezepts zusätzlich ein Starterpaket für Praxen geschnürt. Neu ist unter anderem ein Infoblatt, das bei Problemen mit dem E-Rezept helfen soll. Außerdem gibt es die Patienteninformation zum Start des E-Rezepts jetzt in fünf Fremdsprachen.

E-Rezept-Starterpaket



Hier können Sie sich für den Mail-Empfang unserer Praxisinformationen anmelden:

<https://www.kvno.de/pi-anmeldung>

Sollten Sie diese Praxisinformation per Fax erhalten haben:

Sie finden alle Inhalte auf <https://www.kvno.de/praxisinformation> mit anklickbaren Links.

Die KVNO im Netz:

<https://www.kvno.de>

<https://www.facebook.com/kassenarztliche.nordrhein>

<https://www.facebook.com/medizinischefachangestelltevernetz>

https://twitter.com/kvno_aktuell

<https://www.youtube.com/c/KVNOndrheinVideo>

https://www.instagram.com/arzt_sein_in_nordrhein/

<https://www.instagram.com/kvnordrhein/>