

# KVBIINFOS

03 | 25  
04 | 25

## ABRECHNUNG

- 22 Die nächsten Zahlungstermine
- 22 Abrechnungsabgabe für das Quartal 1/2024
- 26 EBM-Änderungen zum 1. Januar 2025
- 31 EBM-Änderungen zum 1. April 2025
- 32 GKV-Leistung: Fraktursonographie bei Kindern
- 33 GOP-Kennzeichnung bei Empfängnisregelung
- 33 Sachkostenabrechnung: Änderungen zum 1. April 2025
- 34 Kataraktoperationen mittels Femtosekundenlaser
- 34 Verträge nach Paragraph 140a SGB V – Teilnahme

## VERORDNUNGEN

- 35 Arzneimittel-Richtlinie: Ergänzungen
- 35 Krankenförderung per Videosprechstunde verordnen
- 36 Digitale Gesundheitsanwendungen
- 36 Langfristiger Heilmittelbedarf – Diagnoseliste

## IT IN DER PRAXIS

- 37 eDMP – aktuelle Informationen zu KIM und KV-Connect

## ALLGEMEINES

- 38 Zwei neue ASV-Indikationen beschlossen
- 39 Zi-Kodierhilfe: Aktualisierung online

## SEMINARE

- 39 KVB-Seminare 2025

## Die nächsten Zahlungstermine

10. April 2025

Abschlagszahlung März 2025

30. April 2025

Restzahlung 4/2024

12. Mai 2025

Abschlagszahlung April 2025

10. Juni 2025

Abschlagszahlung Mai 2025

10. Juli 2025

Abschlagszahlung Juni 2025

31. Juli 2025

Restzahlung 1/2025

11. August 2025

Abschlagszahlung Juli 2025

10. September 2025

Abschlagszahlung August 2025

10. Oktober 2025

Abschlagszahlung September 2025

31. Oktober 2025

Restzahlung 2/2025

*\* Abschlagszahlungen im Notarzdienst wegen  
individueller Berechnung zirka fünf Tage später*

## Abrechnungsabgabe für das Quartal 1/2024

### Abrechnungsabgabe

Wann?	Einreichung bis spätestens <b>Donnerstag, den 10. April 2025</b>
Wie?	online
Wo?	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ im KVB-Mitgliederportal „Meine KVB“ über Service „Honorar &amp; Abrechnung“ oder</li> <li>■ den Kommunikationskanal KIM beziehungsweise KV-Connect</li> </ul>
Voraussetzungen	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Die Abrechnung muss vollständig und korrekt sein.</li> <li>■ Persönliche Leistungserbringung qualifikationsgebundener Leistungen insbesondere bei angestellten Ärztinnen und Ärzten, in Berufsausübungsgemeinschaften und Medizinischen Versorgungszentren.</li> <li>■ Sammelerklärung</li> </ul>
Verspätete Abgabe	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Sollten Sie einmal den Abgabetermin für Ihre Quartalsabrechnung (<b>bis spätestens zum zehnten Kalendertag des ersten Monats nach Abschluss des Abrechnungsquartals</b>) nicht einhalten können, besteht die Möglichkeit, eine Fristverlängerung online über das KVB-Mitgliederportal „Meine KVB“ unter Service „Honorar &amp; Abrechnung“ mit dem Suchbegriff „Fristverlängerung der Quartalsabrechnung“ zu beantragen. Hierbei erhalten Sie eine vom System generierte Eingangsbestätigung/Genehmigung. <b>Wichtig:</b> Eine Fristverlängerung ist aus prozesstechnischen Gründen <b>nur für längstens 14 Tage</b> möglich. Für Abrechnungen, die nach dem 24. Kalendertag des ersten Monats nach Abschluss des Abrechnungsquartals eingehen, können wir weder eine Verarbeitung noch die nächsten Abschlagszahlungen garantieren.</li> <li>■ Liegt ein außergewöhnlicher, begründeter <b>Ausnahmefall</b> (zum Beispiel Krankheit, Tod) vor, der eine Verlängerung der Abgabefrist außerhalb des regulären Bearbeitungsprozesses notwendig macht (also Abgabe nach dem 24. Kalendertag des ersten Monats nach Abschluss des Abrechnungsquartals), so können Sie die Fristverlängerung unter der E-Mail-Adresse <b>Terminverlaengerung@kvb.de</b> beantragen. Liegt ein <b>Ausnahmefall</b> vor, erhalten Sie von uns einen neuen Abgabetermin.</li> <li>■ <b>Hinweis:</b> Terminverlängerungen für Notarztabrechnungen und Abrechnungen Leitender Notärzte siehe Kapitel „<b>Sonstige Abrechnungen mit separaten Einreichungsterminen</b>“</li> </ul>
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/mitglieder/abrechnung/abrechnungsprozess/#c1476](http://www.kvb.de/mitglieder/abrechnung/abrechnungsprozess/#c1476) unter *Online-Abgabe der 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 <b>umgehend</b> zu.
Frist für Korrekturen	Sofern uns Ihr Korrekturwunsch <b>innerhalb eines Monats nach dem offiziellen Abrechnungsabgabetermin</b> erreicht, können wir die Änderungen noch aktuell in Ihrer Abrechnung berücksichtigen.
Frist verpasst?	Nach den Abrechnungsbestimmungen kann <b>ausnahmsweise innerhalb eines Monats nach Erhalt des Honorarbescheids</b> und der Richtigstellungsmitteilung eine Berichtigung/ Ergänzung der Abrechnung noch beantragt werden, sofern <ul style="list-style-type: none"> <li>■ die eingereichte Abrechnung objektiv erkennbar unzutreffend ist und</li> <li>■ die Nichtvergütung der betroffenen Leistungen einen Honorarverlust zur Folge hätte, der einen unverhältnismäßigen Eingriff in den Vergütungsanspruch des Vertragsarztes darstellen würde.</li> </ul>
Anschrift	Kassenärztliche Vereinigung Bayerns „Abrechnungskorrekturen“ Vogelsgarten 6 90402 Nürnberg

Die Gesamtversion der Abrechnungsbestimmungen finden Sie unter [www.kvb.de/mitglieder/praxisfuehrung/service/rechtsquellen](http://www.kvb.de/mitglieder/praxisfuehrung/service/rechtsquellen) unter *Buchstabe „A“*.

### Sammelerklärung

Sammel- erklärung	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Im Mitgliederportal „Meine KVB“ unter Service „Honorar &amp; 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.</li> <li>■ Das Herunterladen ist auch als eigenständiger Vorgang möglich (unabhängig davon, ob gleichzeitig eine Datei eingereicht werden soll oder nicht).</li> <li>■ Die Einreichung der Sammelerklärung an die KVB in Papierform ist aufgrund der erforderlichen Originalunterschrift(en) weiterhin notwendig.</li> </ul>
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.). <b>Fehlt</b> die ordnungsgemäße <b>Sammelerklärung</b> , darf die KVB die „abgerechneten“ Leistungen nicht vergüten, da <b>kein Honoraranspruch</b> entstanden ist.

Ein aktuelles Exemplar der Sammelerklärung (dann jedoch ohne Personalisierung) können Sie auch weiterhin unter [www.kvb.de/mitglieder/praxisfuehrung/service/formularservice](http://www.kvb.de/mitglieder/praxisfuehrung/service/formularservice) unter *Buchstabe „S“* herunterladen oder Sie scrollen auf der Startseite einfach ganz nach unten zum Punkt „Anträge und Formulare“.

### Zusätzliche Abrechnungsunterlagen auf dem Postweg

Zusätzliche Unterlagen	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ unterschriebene Sammelerklärung</li> <li>■ bei Behandlung von Patienten der Besonderen Kostenträger sind verpflichtend Unterlagen in Papierform einzureichen. Siehe „Checkliste Papierunterlagen Besko“.</li> </ul> <p>Wichtig: Es sind – auch aus Datenschutzgründen – ausschließlich die dort aufgeführten Unterlagen einzureichen!</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ gegebenenfalls Sachkostenrechnungen</li> </ul>
Anschrift für Briefsendungen	Kassenärztliche Vereinigung Bayerns „Quartalsabrechnung“ 93031 Regensburg
Anschrift für Päckchen/Pakete	Kassenärztliche Vereinigung Bayerns Bezirksstelle Oberpfalz Pommernstraße 17 + 19 Süd 93073 Neutraubling
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 die „Checkliste Papierunterlagen Besko“ sowie das Merkblatt „Abrechnung Besondere Kostenträger“ mit detaillierteren Informationen unter [www.kvb.de/mitglieder/abrechnung/abrechnungsprozess/#c1475](http://www.kvb.de/mitglieder/abrechnung/abrechnungsprozess/#c1475) unter „*Besondere Kostenträger*“ zur Verfügung.

### Sonstige Abrechnungen mit separaten Einreichungsterminen

Notarzteinsätze über „emDoc“ oder „NIDAclient“	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Eine Besonderheit stellt die Einreichung und Abrechnung von Notarzteinsätzen über „emDoc“ oder den „NIDAclient“ dar. Mit den Webanwendungen können Sie Ihre Fälle laufend zur Abrechnung einreichen. Alle bis zum jeweiligen Abrechnungslauf eingereichten Fälle werden berücksichtigt.</li> <li>■ Die Frist endet mit Ablauf des Folgequartals auf das Leistungsquartal.</li> <li>■ Die Webanwendungen starten im KVB-Mitgliederportal „Meine KVB“ unter Service „Honorar &amp; Abrechnung“ mit dem Suchbegriff „Notarzt-Abrechnung anlegen (emDoc)“ oder „Notarzteinsatzdokumentation (NIDAclient)“.</li> <li>■ Anders als bei der sonst erforderlichen Einreichung der handschriftlich unterzeichneten Sammelerklärung bestätigen Sie in der jeweiligen Webanwendung auf elektronischem Weg, dass Sie die Leistungen persönlich den Bestimmungen entsprechend erbracht haben.</li> </ul>
--	--

Frist verpasst?	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Für eine Fristverlängerung für die Abrechnung von Notarzteinsätzen wenden Sie sich bitte vor Ablauf der Frist schriftlich an die entsprechende E-Mail-Adresse (siehe unten).</li> </ul>
Fragen?/Infos	<p>Bei Fragen erreichen Sie uns unter</p> <p>Telefon 0 89 / 5 70 93 – 8 80 88</p> <p>Fax 0 89 / 5 70 93 – 6 49 25</p> <p>E-Mail „emDoc“: emDoc@kvb.de          „NIDAclient“: notarzdoku@kvb.de</p>
Leitender Notarzt (LNA)	<p>Die Abrechnung von Leistungen als Leitender Notarzt in Bayern erfolgt über den Online-Dienst „<i>Abrechnungserklärung Leitende Notärzte</i>“.</p> <p>Diese Web-Anwendung ermöglicht den LNA, LNA-Einsätze benutzerfreundlich, schnell und papierlos einzureichen. Somit entfällt sowohl das Herunterladen und der Ausdruck eines Formulars als auch der postalische Versand. In der Web-Anwendung sind auch weiterhin nur die bisherigen LNA-Einsatzdaten zu dokumentieren.</p> <p>Darüber hinaus können LNA-Einsätze rund um die Uhr eingereicht werden und die LNA erhalten direkt eine Eingangsbestätigung über das Nachrichtencenter im Portal.</p> <p>Der Online-Dienst ist auf der KVB-Website „<b>Meine KVB</b>“ unter der Kategorie „<b>Honorar &amp; Abrechnung – Abrechnungserklärung Leitende Notärzte</b>“ zu finden.          Das Mitgliederportal „Meine KVB“ ist direkt über die KVB-Startseite <a href="http://www.kvb.de">www.kvb.de</a> - <b>Meine KVB</b> erreichbar.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Die Frist zur Abrechnung endet mit Ablauf des Folgequartals auf das Leistungsquartal.</li> <li>■ Ausführliche Informationen finden Sie unter <a href="http://www.kvb.de/mitglieder/patientenversorgung/notarzdienst">www.kvb.de/mitglieder/patientenversorgung/notarzdienst</a></li> </ul>
Termin verpasst für die LNA-Abrechnung?	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Für eine Fristverlängerung für die Abrechnung von LNA-Einsätzen wenden Sie sich bitte vor Ablauf der Frist schriftlich an <a href="mailto:LNA@kvb.de">LNA@kvb.de</a></li> </ul>
Fragen/Infos zur LNA-Abrechnung?	<p>Bei Fragen erreichen Sie uns unter</p> <p>Telefon 0 89 / 5 70 93 – 8 80 88</p> <p>Fax 0 89 / 5 70 93 – 6 49 25</p> <p>E-Mail <a href="mailto:LNA@kvb.de">LNA@kvb.de</a></p>

## EBM-Änderungen zum 1. Januar 2025

Der Bewertungsausschuss hat in seiner 753., 756., 758., 761. bis 765., 768. und 769. Sitzung sowie der Erweiterte Bewertungsausschuss in seiner 83. Sitzung Änderungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) zum 1. Januar 2025 beschlossen. Über die wichtigsten Änderungen wurden die betroffenen Ärztinnen und Ärzte in gesonderten Rundschreiben bereits informiert. Nachfolgend stellen wir Ihnen die Neuerungen nochmals in Kürze dar.

Die Beschlüsse wurden auf der Internetseite des Instituts des Bewertungsausschusses unter [www.institut-des-bewertungsausschusses.de](http://www.institut-des-bewertungsausschusses.de) in der Rubrik Bewertungsausschuss/ Beschlüsse veröffentlicht. Sie stehen unter dem Vorbehalt der Nichtbeanstandung durch das Bundesministerium für Gesundheit.

### Computertomographie-Koronarangiographie (CCTA)

*Beschluss aus der 83. Sitzung des Erweiterten Bewertungsausschusses*

In den KVB INFOS, Ausgabe 7-8/2024, informierten wir über die Aufnahme der Computertomographie-Koronarangiographie (CCTA) bei gesetzlich versicherten Patientinnen und Patienten mit Verdacht auf eine chronische koronare Herzkrankheit in die Richtlinie „Methoden vertragsärztliche Versorgung“ (MVV-RL) des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA). Mit Wirkung zum 1. Januar 2025 wurden die zwei nachfolgenden GOPen zur Vergütung der CCTA in den EBM aufgenommen:

- **GOP 34370 – CT-Koronarangiographie** gemäß der Nummer 42 der Anlage I der MVV-RL (1.285 Punkte/159,26 Euro)

- **GOP 34371 – Interdisziplinäre Fallkonferenz** nach erfolgter CT-Koronarangiographie nach GOP 34370 (128 Punkte/15,86 Euro)

Weitere Informationen zu Voraussetzungen, Abrechnung und Genehmigung finden Sie in unserem Serviceschreiben vom 19. Dezember 2024 unter [www.kvb.de/mitglieder/praxisfuehrung/service/service-schreiben](http://www.kvb.de/mitglieder/praxisfuehrung/service/service-schreiben).

### Weiterentwicklung Dialysekostenpauschalen – Abschnitt 40.14 EBM

*Beschluss aus der 753. und 769. Sitzung des Bewertungsausschusses*

Mit Wirkung zum 1. Januar 2025 wurden die Dialysekostenpauschalen des Abschnitts 40.14 EBM angepasst. Ziel der Änderungen ist insbesondere, die Dialysebehandlung zu Hause (Heimdialyse) und die Nachtdialyse zu fördern sowie durch Höherbewertung der nicht-ärztlichen Dialyseleistungen die gestiegenen Kosten für die Dialyseversorgung zu kompensieren.

Die ab dem 1. Januar 2025 geltenden EBM-Änderungen im Abschnitt 40.14 EBM betreffen:

- Erhöhung der Dialysekostenpauschalen
- Förderung von Nachtdialysen
- Förderungen von interkurrenten Dialysen
- Neue Zuschläge für die kontinuierliche zyklische Peritonealdialyse (CCPD)
- Neue Zuschläge für die Heimhämodialyse
- Förderung von Heimdialysen

Details zu den Änderungen und eine Übersicht zu den GOPen finden Sie in unseren Serviceschreiben vom 19. Dezember 2024 und 6. Februar

2025 unter [www.kvb.de/mitglieder/praxisfuehrung/service/serviceschreiben](http://www.kvb.de/mitglieder/praxisfuehrung/service/serviceschreiben).

### Behandlung von Long COVID – Aufnahme Abschnitt 37.8 EBM

*Beschluss aus der 753. Sitzung des Bewertungsausschusses*

Für die Vergütung der zusätzlichen Aufwände der Behandlung von Betroffenen mit Long COVID und Verdacht auf Long COVID sowie für Patientinnen und Patienten mit dem Post-Vac-Syndrom (Beschwerden nach einer COVID-19-Impfung) oder ME/CSF (Myalgische Enzephalomyelitis/Chronisches Fatigue-Syndrom) wurde ein neuer Abschnitt 37.8 mit den folgenden fünf neuen GOPen in den EBM aufgenommen. Grundlage hierfür ist die Long COVID-Richtlinie des G-BA.

- **Leistungen für koordinierende Vertragsärzte** (in der Regel Hausärzte)

- **GOP 37800** – Basis-Assessment (164 Punkte, 20,33 Euro)
- **GOP 37801** – Zuschlag zum Basis-Assessment (128 Punkte, 15,86 Euro)
- **GOP 37802** – Zuschlag zur Versicherten- oder Grundpauschale (141 Punkte, 17,47 Euro)

- **Fallbesprechung mit weiteren an der Patientenversorgung beteiligten Ärzten/Therapeuten**

- **GOP 37804** – Fallbesprechung die GOP 37804 (86 Punkte, 10,66 Euro)

- **Spezialisierte ambulante Versorgung** (Voraussetzung: Erfüllung aller Kriterien gemäß Paragraph 3 Absatz 4 LongCov-RL)

- **GOP 37806** – Pauschale für die Versorgung von Patienten (219 Punkte, 27,14 Euro)

Weitere Informationen zu den Voraussetzungen, Abrechnung und eine Übersicht zu den GOPen finden Sie in unserem Serviceschreiben vom 19. Dezember 2024 unter [www.kvb.de/mitglieder/praxisfuehrung/service/serviceschreiben](http://www.kvb.de/mitglieder/praxisfuehrung/service/serviceschreiben).

### Verlängerte postoperative Nachbeobachtung und postoperatives Schmerzmanagement

*Beschluss aus der 758. Sitzung des Bewertungsausschusses (schriftliche Beschlussfassung)*

Im Zuge der Förderung der Ambulantisierung wurde ab Januar 2023 bei operativen Eingriffen des Abschnitts 31.2 EBM für bestimmte Patientengruppen, bei bestimmten Erkrankungen und bei Operationen der Kategorie 5 bis 7 eine verlängerte Nachbeobachtung über die Abrechnung eines Zeitzuschlags (GOP 31530) ermöglicht.

Der Bewertungsausschuss hat noch kurzfristig in seiner 758. Sitzung mit Wirkung zum 1. Januar 2025 die Regelungen zur postoperativen Nachbeobachtung im EBM angepasst.

#### Was ist neu?

- Die verlängerte Nachbeobachtung wird unabhängig von der bereits bestehenden Regelung für konkret benannte Prozeduren des Anhangs 2 zum EBM bis zu 24 Stunden ermöglicht.
- Ein neuer Zuschlag nach GOP 31540 im Abschnitt 31.5.3 EBM für ein erweitertes Schmerzmanagement über einen Plexus-, Spinal- oder Periduralkatheter im Rahmen der Nachbeobachtung nach einem Eingriff wird eingeführt.

- Eine Kennzeichnung der Nachbeobachtungen nach den GOPen 31530 und 31540 bei einer Durchführung über Nacht in der Zeit zwischen 22.00 bis 7.00 Uhr ist notwendig.
- Voraussetzungen für personelle, organisatorische und räumliche Ausstattungen, die bei einer postoperativen Beobachtung von mehr als 16 Stunden oder über Nacht erfüllt sein müssen, wurden definiert. Diese finden Sie im Detail im Beschluss des Bewertungsausschusses.

Weitere Informationen zu den Voraussetzungen, zur Abrechnung und eine Übersicht, bei welchen operativen Prozeduren die GOPen 31530 und 31540 zusätzlich berechnungsfähig sind, finden Sie in unserem Serviceschreiben vom 24. Januar 2025 unter [www.kvb.de/mitglieder/praxisfuehrung/service/service-schreiben](http://www.kvb.de/mitglieder/praxisfuehrung/service/service-schreiben).

### Meldung Implantateregister für Hüft- und Knieendoprothesen

*Beschluss aus der 762. Sitzung des Bewertungsausschusses (schriftliche Beschlussfassung)*

Im vergangenen Juli startete das Meldeverfahren für das neue Implantateregister Deutschland (IRD) zunächst für implantatbezogene Maßnahmen mit Brustimplantaten. Ab dem 1. Januar 2025 sind nun auch Gesundheitseinrichtungen, die implantatbezogene Maßnahmen mit Endoprothesen an Hüft- und/oder Kniegelenken durchführen, zur Meldung der Patientendaten an die Vertrauensstelle sowie zur Meldung der implantatbezogenen Falldaten an die Registerstelle verpflichtet. Zur Vergütung der Meldung an das Implantateregister wurde eine neue

GOP in den EBM aufgenommen und die bereits bestehende Kostenpauschale angepasst:

- **GOP 01966** – Zuschlag zu einem Eingriff nach Absatz 31.2.4 oder 36.2.4 für die zugehörige Erfassung, Speicherung und Übermittlung von Daten bezüglich einer implantatbezogenen Maßnahme an die Register- und Vertrauensstelle (78 Punkte/9,67 Euro)
- Für die gemäß Paragraf 2 Implantateregister-Gebührenverordnung (IRegGebV) anfallende Meldebühre kann zusätzlich die **Kostenpauschale 40162** (6,24 Euro) abgerechnet werden.

Weitere Informationen zur Abrechnung und Meldung an das IRD finden Sie in unserem Serviceschreiben vom 30. Dezember 2024 unter [www.kvb.de/mitglieder/praxisfuehrung/service/serviceschreiben](http://www.kvb.de/mitglieder/praxisfuehrung/service/serviceschreiben).

### Erweitertes Neugeborenen-Screening nach Kinder-Richtlinie

*Beschluss aus der 763. Sitzung des Bewertungsausschusses (schriftliche Beschlussfassung)*

Der G-BA hatte im März 2024 für die Zielerkrankung Adrenogenitales Syndrom (AGS) eine Abklärungsdiagnostik im Erweiterten Neugeborenen-Screening gemäß der Kinder-Richtlinie aufgenommen und für eine schnellstmögliche und fachkompetente Abklärung auffälliger Screening-Befunde den Zentren für Neugeborenen-Screening zusätzliche umfassende Informations- und Nachverfolgungspflichten übertragen. Des Weiteren wurden die zeitlichen Vorgaben zum Probenversand und zur Befundübermittlung in der Richtlinie präzisiert. Hierfür wurden mit Wirkung zum 1. Januar 2025

zwei neue GOPen in den Abschnitt 1.7.1 EBM beziehungsweise 40.4 EBM aufgenommen, sowie die Vergütung der Laboruntersuchung für das Erweiterte Neugeborenen-Screening angehoben:

- **GOP 01728** – Zuschlag zu den GOPen 01724 bis 01727 für die **Befundübermittlung einschließlich Beratung** bei auffälligem Befund an die Eltern durch die Screening-Labore (166 Punkte/20,57 Euro).
- **GOP 40102** – Zuschlag zur Kostenpauschale 40110 für die **Versendung von Untersuchungsmaterial** im Zusammenhang mit den GOPen 01707 oder 01709, **wenn dieses per Einschreiben** an das Screening-Labor (2,65 Euro) geschickt wird.
- Anhebung der Bewertung der **GOP 01724** von 297 Punkten auf 322 Punkte (39,91 Euro)

Details finden Sie in unserem Serviceschreiben vom 27. Dezember 2024 und der Klarstellung vom 16. Januar 2025 unter [www.kvb.de/mitglieder/praxisfuehrung/service/serviceschreiben](http://www.kvb.de/mitglieder/praxisfuehrung/service/serviceschreiben).

**Anwendung des Arzneimittels Tofersen bei Behandlung von ALS**  
*Beschluss aus der 764. Sitzung des Bewertungsausschusses (schriftliche Beschlussfassung)*

Zur Behandlung der amyotrophen Lateralsklerose (ALS) mittels des Arzneimittels Tofersen (Handelsname Qalsody®) wurde zum 1. Januar 2025 die folgende neue GOP in den EBM aufgenommen:

- **GOP 02345** – Zusatzpauschale für die intrathekale Injektion von Tofersen mittels Lumbalpunktion (609 Punkte/75,48 Euro)

Weitere Informationen finden Sie in unserem Serviceschreiben vom 2. Januar 2025 unter [www.kvb.de/mitglieder/praxisfuehrung/service/serviceschreiben](http://www.kvb.de/mitglieder/praxisfuehrung/service/serviceschreiben).

### **Erhöhung Kostenpauschalen Porto und Höchstwerte**

*Beschluss aus der 768. Sitzung des Bewertungsausschusses – Teil A (schriftliche Beschlussfassung)*

Mit Wirkung zum 1. Januar 2025 werden die Kostenpauschalen 40110 (Porto), 40128 (Kostenpauschale für die postalische Versendung einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung oder einer Verordnung an den Patienten), 40129 (Kostenpauschale für die postalische Versendung einer Bescheinigung gemäß Muster 21 an den Patienten beziehungsweise die Bezugsperson) und 40130 (Kostenpauschale für die postalische Versendung einer mittels Stylesheet erzeugten papiergebundenen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung an die Krankenkasse) an die zum 1. Januar 2025 durch die Deutsche Post AG vorgenommene Preisänderung für Briefprodukte angepasst und mit 0,96 Euro (bisher: 0,86 Euro) neu bewertet.

Bitte beachten Sie die ab dem 1. Januar 2025 (Q 1/2025) geltenden Höchstwerte für die Kostenpauschalen 40110 (Porto) und 40111 (Fax) (siehe Tabelle auf der nächsten Seite).

### **Weitere EBM-Anpassungen**

*Beschlüsse aus der 761. Sitzung des Bewertungsausschusses (schriftliche Beschlussfassung)*

#### **Anpassung des Zeitraums für Kontrolluntersuchung nach Schwangerschaftsabbruch**

Der für die Kontrolluntersuchung nach einem operativ oder medikamentös durchgeführten Schwangerschaftsabbruch (GOP 01912) festgelegte Zeitraum wurde erneut angepasst und ist nun zwischen dem 7. und 21. Tag nach dem Abbruch möglich.

#### **Verordnung Außerklinische Intensivpflege – Verlängerung Übergangsregelung**

Noch bis Ende Juni 2025 gilt, dass vor der Verordnung von außerklinischer Intensivpflege eine Potenzialerhebung durchgeführt werden soll – nicht muss. Die Übergangsregelung wurde vom G-BA verlängert und eine neue Ausnahmeregelung für Patienten aufgenommen, die vor dem 31. Oktober 2023 bereits AKI-Leistungen bezogen haben. Daraufhin wurde vom Bewertungsausschuss die erste Anmerkung zu GOP 37710 (Verordnung außerklinischer Intensivpflege unter Verwendung des Vordrucks nach Muster 62 Teile B und C gemäß Paragraf 6 der AKI-RL) angepasst.

Nähere Informationen entnehmen Sie bitte unserem Verordnung Aktuell „Außerklinische Intensivpflege-Richtlinie“ vom 8. Januar 2025 zu finden unter [www.kvb.de/mitglieder/verordnungen](http://www.kvb.de/mitglieder/verordnungen).

Kapitel/ Abschnitt	Arztgruppe	Höchstwerte in Euro	
		bis 31.12.2024	ab 1.1.2025
1.3	Ärzte, Institute und Krankenhäuser, die zur Erbringung von Leistungen ermächtigt sind	6,02	6,72
3	Allgemeinmedizin, hausärztlich tätige Internisten und praktische Ärzte	6,88	7,68
4	Kinder- und Jugendmedizin	6,88	7,68
5	Anästhesiologie	5,16	5,76
5 und 30.7	Anästhesiologie mit Schmerztherapie	14,62	16,32
6	Augenheilkunde	7,74	8,64
7	Chirurgie	20,64	23,04
8	Gynäkologie	7,74	8,64
9	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	12,04	13,44
10	Dermatologie	9,46	10,56
11	Humangenetik	17,20	19,20
13.2	Innere Medizin, fachärztlich tätige Internisten ohne SP	36,12	40,32
13.3.1	Innere Medizin, SP Angiologie	43,86	48,96
13.3.2	Innere Medizin, SP Endokrinologie	54,18	60,48
13.3.3	Innere Medizin, SP Gastroenterologie	48,16	53,76
13.3.4	Innere Medizin, SP Hämatologie/Onkologie	50,74	56,64
13.3.5	Innere Medizin, SP Kardiologie	56,76	63,36
13.3.6	Innere Medizin, SP Nephrologie	23,22	25,92
13.3.7	Innere Medizin, SP Pneumologie	67,08	74,88
13.3.8	Innere Medizin, SP Rheumatologie	58,48	65,28
14	Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	3,44	3,84
15	Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie	4,30	4,80
16	Neurologie, Neurochirurgie	27,52	30,72
17	Nuklearmedizin	73,96	82,56
18	Orthopädie	27,52	30,72
19	Pathologie	6,88	7,68
20	Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen	19,78	22,08
21	Psychiatrie	9,46	10,56
21	Nervenheilkunde, Neurologie und Psychiatrie	25,80	28,80
22	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	0,86	0,96
23	Psychotherapie	0,86	0,96
24	Radiologie	81,70	91,02
25	Strahlentherapie	24,08	26,88
26	Urologie	25,80	28,80
27	Physikalische und Rehabilitative Medizin	12,90	14,40
37.7	Ärzte und Krankenhäuser gemäß Paragraf 5 Absatz 2 Satz 2 der AKI-RL	6,02	6,72

### **Ambulante Betreuung und Nachsorge – Abschnitt 1.5 EBM**

*Beschlüsse aus der 756. Sitzung des Bewertungsausschusses (schriftliche Beschlussfassung)*

#### **Beobachtung und Betreuung – GOPen 01500 bis 01503**

Für die Nachbeobachtung und Überwachung für bestimmte Leistungen (zum Beispiel Lumbalpunktion oder Kardioversion) des Abschnitts 2 des AOP-Katalogs wurden mit Wirkung zum 1. Januar 2024 die GOPen 01500 und 01501 sowie die Zuschläge nach den GOPen 01502 und 01503 in den Abschnitt 1.5 EBM aufgenommen (siehe KVB-INFO 3-4/2024).

Der Zuschlag nach der GOP 01503 ist ab dem 1. Januar 2025 auch in Kombination zur BeobachtungsgOP 01500 abrechnungsfähig, wenn der Anhang 8 EBM diese Kombination vorsieht. Im Anhang 8 EBM sind den AOP-Leistungen (zum Beispiel Lumbalpunktion) diejenigen GOPen zugeordnet, die für die Beobachtung/Betreuung (gegebenenfalls zusammen mit Zuschlägen) bis zu einem Gesamthöchstwert berechnet werden können.

Für die Zuschläge nach den GOPen 01502 und 01503 wurden die sitzungsbezogenen Abrechnungsausschlüsse zu den GOPen 01910, 01911, 02101, 02102, 04564 bis 04566, 04572, 04573, 13610 bis 13612, 30320 bis 30323 und 30326 redaktionell angepasst.

#### **Nachbeobachtung nach invasiver Kardiologie – GOP 01522**

Die Beobachtung und Betreuung eines Patienten im Anschluss an eine therapeutische Herzkatheteruntersuchung nach GOP 01522 ist ab dem 1. Januar 2025 auch für

den fachärztlichen Kinderarzt abrechnungsfähig. Es erfolgte eine Aufnahme der GOP 01522 in die Präambel 4.1 Nr. 3 EBM. Zusätzlich wurde die GOP 01522 in die sitzungsbezogenen Abrechnungsausschlüsse zu den postoperativen Überwachungen nach Abschnitt 31.3 (ambulant) und 36.3 (belegärztlich) EBM aufgenommen.

#### **Psychotherapie – Psychotherapeutische Sprechstunde und Probatorik per Video**

*Beschlüsse aus der 765. Sitzung des Bewertungsausschusses*

Nachdem die Psychotherapeutische Sprechstunde und Probatorik in der Psychotherapie-Vereinbarung für die Durchführung per Video geöffnet wurde, hat der Bewertungsausschuss den EBM rückwirkend zum 1. Januar 2025 angepasst.

Ein unmittelbarer persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt zur Eingangsdiagnostik, Indikationsstellung und Aufklärung ist keine zwingende Voraussetzung mehr, bevor Psychotherapien durchgeführt und berechnet werden können. Es wird aber empfohlen, dass insbesondere die erste Sprechstunde und die erste probatorische Sitzung persönlich in der Praxis stattfinden.

Zusätzlich wurden neben der Psychotherapeutischen Sprechstunde (GOP 35151) und Probatorik (GOP 35150, im Gruppensetting GOPen 35163 bis 35168 und bei neuropsychologischer Therapie die GOP 30931) auch die differentialdiagnostische Klärung psychosomatischer Krankheitszustände (GOP 35100), die Hypnose (GOP 35120), das projektive Verfahren (GOP 35602) und das Testverfahren im Rahmen der

neuropsychologischen Therapie (GOP 30930) für eine Durchführung per Video geöffnet.

Weitere Informationen über die Voraussetzungen und eine Übersicht zur Kennzeichnung der Leistungen bei Durchführung von Videosprechstunden finden sie unter [www.kvb.de/mitglieder/praxisfuehrung/it-online-services-ti/videosprechstunde](http://www.kvb.de/mitglieder/praxisfuehrung/it-online-services-ti/videosprechstunde).

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

## EBM-Änderungen zum 1. April 2025

Zum 1. April 2025 wurden Änderungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) beschlossen. Nachfolgend stellen wir Ihnen diese in Kürze dar.

Die Beschlüsse des Bewertungsausschusses aus seiner 768. Sitzung (Teil B) und des Erweiterten Bewertungsausschusses aus seiner 83. und 84. Sitzung wurden auf der Internetseite des Instituts des Bewertungsausschusses unter [www.institut-des-bewertungsausschusses.de](http://www.institut-des-bewertungsausschusses.de) in der Rubrik Bewertungsausschuss/ Beschlüsse veröffentlicht. Sie stehen unter dem Vorbehalt der Nichtbeanstandung durch das Bundesministerium für Gesundheit.

### Videofallkonferenz mit Pflegepersonal

*Beschluss aus der 83. Sitzung des Erweiterten Bewertungsausschusses*

Im Rahmen der Nationalen Demenzstrategie soll die medizinische und pflegerische Versorgung von Demenzpatienten verbessert werden. Deshalb kann künftig jeder Vertragsarzt, der einen chronisch pflegebedürftigen Patienten mitbehandelt, eine patientenorientierte Videofallbesprechung mit Pflegekräften oder Pflegefachkräften durchführen und abrechnen. Bisher war dies nur dem koordinierenden Vertragsarzt möglich. Hierfür wurde ab dem 1. April 2025 eine neue Gebührenordnungsposition in den EBM aufgenommen.

**NEU: GOP 01443 – Videofallkonferenz mit den an der Versorgung des Patienten beteiligten Pflegefachkräften beziehungsweise Pflegekräften**  
 EBM Bewertung: 86 Punkte  
 Preis B€GO: 10,66 Euro

- Dreimal im Krankheitsfall berechnungsfähig.
- Nur berechnungsfähig, wenn im Zeitraum der letzten drei Quartale ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt bei derselben Arztpraxis stattgefunden hat.
- In derselben Sitzung nicht neben den Fallkonferenzen nach den GOPen 01442, 01758, 30210, 30706, 30948, 37120, 37320, 37720, 37804 sowie der Zusatzpauschale für die Beteiligung an der Beratung eines Patienten in Zusammenarbeit mit dem Berater (GOP 37400) berechnungsfähig.

### Technikzuschlag bei Fallkonferenzen/-besprechungen

Für den Technikzuschlag nach GOP 01450 gilt für Fallkonferenzen und Fallbesprechungen je Videofallkonferenz ein Höchstwert von 40 Punkten je Arzt. Der Technikzuschlag kann in diesen Fällen nur vom initiiierenden Arzt einmal je Fallkonferenz abgerechnet werden.

Weitere Informationen über die Voraussetzungen bei Durchführung in Videosprechstunde finden Sie unter [www.kvb.de/mitglieder/praxisfuehrung/it-online-services-tj/videosprechstunde](http://www.kvb.de/mitglieder/praxisfuehrung/it-online-services-tj/videosprechstunde).

### Vergütung

Für die neue GOP 01443 empfiehlt der Erweiterte Bewertungsausschuss die Vergütung außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung. Die Umsetzung dieser Empfehlung

auf Landesebene ist mit den Krankenkassen in Bayern noch zu vereinbaren.

### Kostenpauschale 40128 gilt auch für den Versand einer Verordnung zur Krankenförderung

*Beschluss aus der 768. Sitzung des Bewertungsausschusses – Teil B (schriftliche Beschlussfassung)*

Wird eine Krankenförderungsleistung im Rahmen der Videosprechstunde oder im Ausnahmefall im Rahmen des telefonischen Kontaktes verordnet (Paragraf 2 Krankentransport-Richtlinie), können die Kosten für den postalischen Versand der ärztlichen Verordnung für eine Krankenförderung (Muster 4) an den Patienten beziehungsweise die Bezugsperson ab dem 1. April 2025 über die Kostenpauschale 40128 (0,96 Euro) abgerechnet werden.

### Anpassung Strukturzuschläge Psychotherapie

*Beschluss aus der 84. Sitzung des Erweiterten Bewertungsausschusses*

Im Rahmen der Überprüfung zur angemessenen Höhe der Vergütung von psychotherapeutischen Leistungen hat der Erweiterte Bewertungsausschuss ab dem 1. April 2025 die Bewertungen der Strukturzuschläge Psychotherapie (GOPen 35571 bis 35573) angepasst. Von einer Absenkung der Bewertung der Therapiestunde beziehungs-

Gebührenordnungsposition	Bewertung alt	Bewertung neu
35571 Zuschlag Einzeltherapie	186 Punkte/ 23,05 Euro	159 Punkte/ 19,71 Euro
35572 Zuschlag Gruppentherapie	77 Punkte/ 9,54 Euro	66 Punkte/ 8,18 Euro
35573 Zuschlag Sprechstunde/ Akutbehandlung	95 Punkte/ 11,77 Euro	81 Punkte/ 10,04 Euro

## GKV-Leistung: Fraktursonographie bei Kindern

weise der Kurzzeittherapie-Zuschläge des Abschnitts 35.2.3.2 EBM für das Jahr 2025 hat der EBA hingegen abgesehen. Die Details zur Berechnung hat der EBA in den „Entscheidungserheblichen Gründen“ zu seinem Beschluss aus der 84. Sitzung vom 22. Januar 2025 dargelegt (siehe Tabelle Seite 31).

**Hinweis:** Sie müssen die Strukturzuschläge nicht selbst in Ihre Abrechnung eintragen. Diese werden **automatisch** durch die KVB zu jeder abgerechneten GOP 30932, 30933, 35151, 35152 und den GOPen der Abschnitte 35.2.1 und 35.2.2. zuge setzt und abhängig von der (Mindest-) Punktzahl der im Quartal abgerechneten Leistungen der antrags- und genehmigungspflichtigen Psychotherapie und/oder neuropsychologischen Therapie – gegebenenfalls quotiert – vergütet.

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

Der Verdacht auf eine Armfraktur (Fraktur eines langen Röhrenknochens der oberen Extremitäten) kann künftig bei gesetzlich versicherten Kindern bis zum vollendeten zwölften Lebensjahr ambulant mittels Ultraschalls abgeklärt werden. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat die Fraktursonographie in seine Richtlinie „Methoden vertragsärztliche Versorgung“ aufgenommen. Der Beschluss trat am 21. Januar 2025 in Kraft.

### Anforderungen an die Qualitätssicherung

Für die Ausführung und Abrechnung der Fraktursonographie ist eine Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung nach der Ultraschallvereinbarung erforderlich. Die Vereinbarung muss hinsichtlich der Genehmigungsvoraussetzungen zunächst angepasst werden. Wir werden Sie über die Änderungen und das Verfahren zur Antragstellung rechtzeitig informieren.

### Abrechnung erst nach Aufnahme einer Leistung in den EBM möglich

Die Fraktursonographie kann erst dann als Kassenleistung erbracht und abgerechnet werden, wenn eine entsprechende Leistung in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) aufgenommen wurde. Für die Anpassung des EBM hat der Bewertungsausschuss bis zu sechs Monate nach Inkrafttreten der Richtlinie Zeit.

Sobald die Aufnahme der neuen Leistung in den EBM beschlossen wurde, werden wir Sie hierüber informieren.

Sie finden den Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses sowie die Richtlinie „Methoden vertragsärztliche Versorgung“ (MVV-RL) unter <https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien>.

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

## GOP-Kennzeichnung bei Empfängnisregelung

Ab dem 1. Januar 2025 ist der Zuschlag für die Anwendung eines Kulturverfahrens zur Anzucht von Zellen und Präparation der Zellkerne zu weiteren Analysen nach GOP 11501 mit dem **Buchstabenzusatz „U“ (GOP 11501U)** zu kennzeichnen, wenn die in-vitro-diagnostische Untersuchung im **Rahmen der Empfängnisregelung** erbracht wird.

Zum Hintergrund: Untersuchungen zur Empfängnisregelung sind im EBM im Abschnitt 1.7.5 abgebildet. Der Abschnitt 1.7.5 EBM enthält jedoch selbst keine GOPen für genetische Untersuchungen. Zum aktuellen Zeitpunkt können daher die GOPen 11501, 11502, 11503, 11506 und 11508 des Kapitels 11 EBM mit dem Buchstabenzusatz „U“ (11501U, 11502U, 11503U, 11506U, 11508U) als Leistungen im Rahmen der Empfängnisregelung abgerechnet werden.

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

## Sachkostenabrechnung: Änderungen zum 1. April 2025

Bei der Abrechnung von Sachkosten ab einem Rechnungsbetrag von 80,00 Euro brutto je Artikel ist ab dem zweiten Quartal 2025 die Eintragung der Rechnungsnummer (KVDT-Feldkennung 5076) zwingend erforderlich.

Durch die Angabe der Rechnungsnummer in Ihrer Praxis-EDV wird ein direkter Bezug zwischen der Patientin beziehungsweise dem Patienten und dem verwendeten medizinischen Produkt hergestellt. Damit wird das standardisierte Deckblatt, das bisher zusätzlich mit den Sachkostenrechnungen erstellt und eingereicht werden musste, obsolet.

### Korrekte Befüllung der elektronischen Abrechnungsdatei

Im Feld „Sachkostenbezeichnung“ (Feldkennung 5011) ist ausschließlich die Sachkosten-Bezeichnung (zum Beispiel L001) einzutragen. Den Sachkostenbetrag (in Cent) geben Sie in die Feldbezeichnung „Sachkosten/Materialkosten“ (Feldkennung 5012) ein. Ab einem Rechnungsbetrag von 80,00 Euro brutto je Artikel ist die Rechnungsnummer im Feld „Rechnungsnummer“ (Feldkennung 5076) verpflichtend einzutragen.

Sofern eine medizinische Indikation laut Sachkostenvereinbarung erforderlich ist, ist diese in der Feldkennung „freier Begründungstext“ (Feldkennung 5009) anzugeben.

### Sonstige Abrechnungshinweise

Sachkostenrechnungen im Rahmen der speziellen sektorengleichen Vergütung (Hybrid-DRG) gemäß Paragraf 115f SGB V sind nicht einzureichen. Für Sachkosten, die bei ambulanten Operationen gemäß EBM verwendet wurden, ist eine Einreichung der Rechnungen ab einem Betrag von 80,00 Euro brutto je Artikel weiterhin erforderlich.

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

Feldkennung	Feldbezeichnung
5001	Gebührenordnungsnummer (GNR)
5009	freier Begründungstext
5012	Sachkosten/Materialkosten in Cent
5011	Sachkosten-Bezeichnung
5076	Rechnungsnummer

## Kataraktoperationen mittels Femtosekundenlaser

Bei der ambulanten Kataraktoperation unter Einsatz eines Femtosekundenlasers handelt es sich um eine neue Behandlungsmethode, die ohne eine Empfehlung des Gemeinsamen Bundesausschusses nicht zulasten der gesetzlichen Krankenkassen erbracht werden darf. Dies hat aktuell das Landessozialgericht Berlin-Brandenburg in seinem Urteil vom 13. Januar 2023 (Aktenzeichen: L 1 KR 188/20) bestätigt.

Derartige Kataraktoperationen können daher nicht über die Gebührenordnungspositionen der bayerischen Kataraktvereinbarung oder des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) auf Versichertenkarte abgerechnet werden. Eine Leistungssplittung durch Abrechnung der Operation über Versichertenkarte und eine privatärztliche Mehrkostenvereinbarung für den Einsatz des Femtosekundenlasers ist nicht zulässig.

Die Operation ist privat zu liquidieren. Hierbei gilt, dass eine Privatliquidation nur unter den engen Voraussetzungen des Paragraphen 18 Bundesmantelvertrag-Ärzte möglich ist, das heißt, der Patient muss über den Leistungsumfang der Gesetzlichen Krankenversicherung informiert worden sein. Er muss die Privatliquidation dennoch ausdrücklich wünschen und dies vor Beginn der Behandlung schriftlich erklärt haben.

### Mehrkostenregelung bei Sonderlinsen

Im Rahmen von Kataraktoperationen nach EBM oder der bayerischen Kataraktvereinbarung ist eine Zahlung bei gesetzlich versicherten

Patienten nur vorgesehen, wenn Versicherte eine „Sonderlinse“ (IOL, die gemäß Paragraf 33 Absatz 1 Satz 9 SGB V über das Maß des Notwendigen hinausgehen) außerhalb der Regelversorgung wählen. Die Versicherten tragen in diesen Fällen nur noch den Differenzbetrag zwischen monofokaler Standard- und Sonderlinse sowie die Kosten des Mehraufwands für sämtliche ärztliche Leistungen, die durch die Sonderlinse bedingt sind und nicht zum Umfang der Regelversorgung gehören. Diese „Sonderlinsen“ können mit der Abrechnungsnummer 96200 und einem Pauschalbetrag in Höhe von 140,00 Euro pro Linse über die KVB abgerechnet werden. In der Rechnung an den Patienten ist der GKV-Anteil in Höhe von 140,00 Euro auszuweisen.

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

## Verträge nach Paragraf 140a SGB V – Teilnahme

Im Rahmen von gesetzlich erforderlichen Vertragsumstellungen bei Verträgen nach Paragraf 140a SGB V zum Jahreswechsel war auch die Anpassung der jeweiligen Teilnahmeerklärungen für Versicherte erforderlich. Diese neuen Teilnahmeerklärungen sind ab 1. Januar 2025 verpflichtend zu verwenden. Über die Vertragsumstellungen beziehungsweise die aktualisierten Teilnahmeerklärungen hatten wir mit Service-schreiben im Dezember 2024 und noch einmal im Februar 2025 informiert.

### Betroffen sind folgende Verträge

- Hautkrebsscreening für Versicherte unter 35 Jahren
- Früherkennungsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche U10/ U11 und J2
- BKK-IVOM-Vertrag

**Bitte verwenden Sie unbedingt die ab 1. Januar 2025 gültigen Teilnahmeerklärungen, damit die Versicherten wirksam eingeschrieben sind.**

Wenn Sie eine „alte“ Teilnahmeerklärung verwenden, besteht die Gefahr, dass die Krankenkassen die Vergütung für Ihre Leistungen mit der Begründung zurückfordern, dass die Versicherten nicht wirksam eingeschrieben sind.

Die aktuellen Teilnahmeerklärungen stehen Ihnen zum Download auf der jeweiligen Themenseite unter [www.kvb.de/mitglieder/abrechnung/verguetungsvertraege](http://www.kvb.de/mitglieder/abrechnung/verguetungsvertraege) zur Verfügung.

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

## Arzneimittel-Richtlinie: Ergänzungen

### Anlage III Verordnungseinschränkungen und -ausschlüsse

**Melatonin:** Durch die erstmalige Zulassung des Wirkstoffs Melatonin zur Behandlung von Einschlafstörungen (Insomnie) bei Kindern und Jugendlichen zwischen sechs und 17 Jahren mit ADHS, wenn Schlafhygienemaßnahmen unzureichend waren, waren die Anlage II (Lifestyle-Arzneimittel) und Anlage III der Arzneimittel-Richtlinie, Nummer 32 – Hypnotika/Hypnogene oder Sedativa (schlaferzwingende, schlafanstoßende, schlaffördernde oder beruhigende Mittel) zur Behandlung von Schlafstörungen – zu ergänzen. Ein zusätzlicher Aufzählungspunkt wird in Nummer 32 aufgenommen:

*- für die Behandlung von Schlafstörungen (Insomnie) bei Kindern und Jugendlichen von 6 bis 17 Jahren mit Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitäts-Störung (ADHS), wenn Schlafhygienemaßnahmen unzureichend waren. Die Zweckmäßigkeit einer Weiterbehandlung ist innerhalb der ersten 3 Monate und anschließend in regelmäßigen Abständen zu beurteilen. Vor der Behandlung sollte zudem eine Dosisanpassung oder der Wechsel der begleitenden ADHS-Medikation in Erwägung gezogen werden, wenn die Schlafstörungen während der Behandlung mit Arzneimitteln gegen ADHS begonnen haben oder*

**Alirocumab:** Vor dem Hintergrund der Zulassungserweiterung von Alirocumab für Kinder ab acht Jahren werden, in Analogie zu der Regelung in Nummer 35a zu Evolocumab, in Nummer 35b die Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzweiterbildung Kinder-Endokrinologie und -Diabetologie, Kinder-

Nephrologie oder Schwerpunkt Kinder-Kardiologie ergänzt.

**Lipidsenker:** Die bestehende Regelung zu den Lipidsenkern in Anlage III Nummer 35 wurde aktualisiert und neu gefasst. Zusammenfassend ergaben sich folgende Änderungen:

- Risikoschwelle von 20 auf zehn Prozent abgesenkt
- Diabetes mellitus Typ 1 mit Mikroalbuminurie sowie familiäre Hypercholesterinämie neu aufgenommen
- Therapie mit Lipidsenkern auch unterhalb der Risikoschwelle unter bestimmten Voraussetzungen möglich

### Anlage V Medizinprodukte

Gestrichen werden – und sind damit nicht mehr verordnungsfähig –

- HEALON GV®
- Healon®
- HEALON5®
- MacroGo Klinge plus Elektrolyte
- Macrolog TAD®
- NYDA®

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

## Krankenförderung per Videosprechstunde verordnen

Verordnungen für Krankenförderung können gemäß Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses künftig auch in der Videosprechstunde und in Ausnahmefällen auch nach telefonischem Kontakt ausgestellt werden.

Die medizinischen Verordnungsvoraussetzungen, etwa die verordnungsrelevante Diagnose, müssen bereits durch eine unmittelbare persönliche Untersuchung – das heißt in Präsenz – festgestellt worden sein. Ebenso muss bekannt sein, wer die gesetzlich versicherte Person ist und dass eine Mobilitätseinschränkung besteht.

- Eine Mobilitätseinschränkung besteht bei Schwerbehinderten, deren Ausweis das Merkzeichen „aG“ für außergewöhnliche Gehbehinderung, „Bl“ für Blindheit oder „H“ für Hilflosigkeit enthält und bei Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 4 oder 5 im Pflegebescheid oder bei Pflegegrad 3, wenn eine dauerhafte Mobilitätsbeeinträchtigung vorliegt.

Ob die medizinischen Voraussetzungen für einen Leistungsanspruch zum Zeitpunkt der Verordnung (weiterhin) bestehen, muss per Videosprechstunde sicher beurteilt werden können. Bestehen Zweifel, ist nochmals eine unmittelbare körperliche Untersuchung notwendig.

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

## Digitale Gesundheitsanwendungen

Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) hat die digitale Gesundheitsanwendung zur Therapie von Schlafstörungen „somnovia“ dauerhaft in das DiGA-Verzeichnis aufgenommen.

Da das BfArM keine erforderlichen ärztlichen Tätigkeiten für die DiGA „somnovia“ bestimmt hat, haben Kassenärztliche Bundesvereinigung und GKV-Spitzenverband entschieden, für diese „somnovia“ keine gesonderten Leistungen in den EBM aufzunehmen. Die Versorgung mit der neuen DiGA ist Bestandteil des Leistungskatalogs der GKV und Bestandteil der berechnungsfähigen Gebührenordnungspositionen des EBM.

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

## Langfristiger Heilmittelbedarf – Diagnoseliste

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat beschlossen, zum 1. Januar 2025 in der Diagnoseliste den ICD-10-Kode aus dem Bereich der Muskeldystrophie zu ändern.

Mit den durch die ICD-10-GM Version 2025 eingeführten neuen 5-Steller bei der Schlüsselnummer G71.0 Muskeldystrophie wird die maligne Muskeldystrophie [Typ Duchenne] von den sonstigen Muskeldystrophien abgegrenzt und eine spezifische Kodierung ermöglicht. Demnach ist der in der Anlage 2 der HeilM-RL geführte ICD-10-Kode „G71.0“ entsprechend an die neue Systematik anzupassen. Bei dem neuen ICD-10-Kode „G71.0“ handelt es sich um eine Ausdifferenzierung bereits vorhandener Codeinhalte, womit keine Auswirkungen auf den Umfang der HeilM-RL sowie insbesondere der Anlage 2 verbunden sind.

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

## eDMP – aktuelle Informationen zu KIM und KV-Connect

Seit Ende Januar 2025 ist die DMP-Datenstelle Bayern an den Kommunikationsdienst KIM („Kommunikation im Medizinwesen“) angeschlossen. Ab sofort haben Sie daher die Möglichkeit, Ihre DMP-Dokumentationen bei der DMP-Datenstelle Bayern nun auch über KIM einzureichen.

Aktuell verfügbare Einreichungsmöglichkeiten im eDMP:

- KIM
- KV-Connect  
(nur bis zum 20. Oktober 2025)
- KVB-Mitgliederportal „Meine KVB“ („Abrechnung & Dokumentation hochladen“)

Wie bereits bei KV-Connect erfolgen die Einreichungen über KIM aus Ihrem Praxisverwaltungssystem (PVS) heraus direkt und ohne Medienbruch.

KIM löst in diesem Jahr die Einreichung über KV-Connect ab: KV-Connect wird am 20. Oktober 2025 bundesweit für alle bisherigen Anwendungen abgeschaltet!

Klären Sie daher bitte schon frühzeitig mit Ihrem Softwareanbieter, ob Ihr PVS eDMP über KIM ermöglicht und wie die Umstellung bei Ihnen erfolgen kann.

## Zwei neue ASV-Indikationen beschlossen

Mit Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) in seiner Sitzung vom 19. Dezember 2024 wurde der Grundstein für zwei neue Richtlinien im Rahmen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) gelegt: Die neuesten Anlagen zur ASV-Richtlinie „Allogene Stammzelltransplantation“ sowie „Tumoren des lymphatischen, blutbildenden Gewebes und schwere Erkrankungen der Blutbildung (Lymphome)“ durchlaufen aktuell das Beanstandungsverfahren durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG). Im Falle einer Nichtbeanstandung durch das BMG treten die neuen Anlagen in Kraft.

Ab dann können interessierte Teams ihre Teilnahme an den beiden neuen ASV-Indikationen beim erweiterten Landesausschuss Bayern (eLA Bayern) anzeigen. Welche Fachrichtungen zur Teamgründung nötig sind und welche Patientengruppen die Anlagen umfassen, finden Sie auf der Internetseite des G-BA und in dieser Ausgabe von KVB FORUM auf Seite 15.

### Benötigte Fachgruppen

**Allogene Stammzelltransplantation**  
Die Teamleitung dürfen Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin, Hämatologie und Onkologie übernehmen. Weitere Ärztinnen und Ärzte dieser Fachrichtung bilden gemeinsam mit Fachärztinnen und Fachärzten für Haut- und Geschlechtskrankheiten und Fachärztinnen und Fachärzten für Innere Medizin und Gastroenterologie das Kernteam. Darüber hinaus wird das Team noch um weitere Ärztinnen und Ärzte verschiedener Fachgruppen ergänzt, die im Bedarfsfall hinzuzuziehen sind.

### Tumoren des lymphatischen, blutbildenden Gewebes und schwere Erkrankungen der Blutbildung (Lymphome)

Die Teamleitung dürfen Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie übernehmen. Ärztinnen und Ärzte dieser Fachrichtung bilden zusammen mit Strahlentherapeuten sowie Fachärzten für Innere Medizin mit dem Nachweis der Zusatz-Weiterbildung „Medikamentöse Tumortherapie“, denen bis zum 31. Dezember 2015 eine entsprechende Zulassung und Genehmigung zur Teilnahme an der Onkologievereinbarung seitens der zuständigen Kassenzusammenarbeit erteilt wurde. Darüber hinaus wird das Team noch um weitere Ärztinnen und Ärzte verschiedener Fachgruppen ergänzt, die im Bedarfsfall hinzuzuziehen sind.

### Allogene Stammzelltransplantation

Zur Weiterbehandlung von Patientinnen und Patienten nach allogener Stammzelltransplantation finden Sie eine **Zuordnung der Erkrankungen beziehungsweise ambulanten Weiterbehandlung** anhand der ICD-10-Kodes mit den entsprechenden Anlagen 2n unter <https://www.g-ba.de/beschluesse/7001/> und 1.1a unter <https://www.g-ba.de/beschluesse/6998/>

### Tumoren des lymphatischen, blutbildenden Gewebes und schwere Erkrankungen der Blutbildung (Lymphome)

**Behandlungsumfang:** Die abrechenbaren Gebührenordnungspositionen sind in der Anlage, respektiv im

Appendix, aufgeführt. Darunter befinden sich auch sechs Leistungen zur Behandlung von Lymphomen sowie acht Leistungen innerhalb der allogenen Stammzelltransplantation, die bislang nicht Bestandteil des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) sind (Abschnitt 2).

Bei Fragen erreichen Sie uns unter  
Telefon 0 89 / 570 93 – 4 08 50  
Fax 0 89 / 570 93 – 4 08 51  
E-Mail [ASV-Abrechnung@kvb.de](mailto:ASV-Abrechnung@kvb.de)

## Zi-Kodierhilfe: Aktualisierung online

Die Zi-Kodierhilfe ist nach jährlichem ICD-10-GM-Update mit aktualisiertem Datenbestand für das Jahr 2025 jetzt online unter [www.kodierhilfe.de](http://www.kodierhilfe.de) sowie als App verfügbar.

Mit der Suchfunktion der Kodierhilfe finden Sie schnell und effizient den richtigen ICD-Kode sowie individuelle Hilfen und Hinweise auf zusätzliche oder alternative Kodiermöglichkeiten.

Fachgruppenspezifische Kodierübersichten (Zi-Thesauren) sowie themenspezifische Kodiermanuale stehen ergänzend bereit.

Mehr Infos unter: [www.zi.de/kodierung](http://www.zi.de/kodierung).

## KVB-Seminare 2025

Sie wollen Ihr Wissen erweitern oder auffrischen? Dazu haben wir für Sie und Ihre Praxismitarbeiterinnen und Praxismitarbeiter eine Reihe interessanter und abwechslungsreicher Seminare zusammengestellt.

Nutzen Sie unser breites Angebot zu folgenden Themen – entweder in Präsenz oder online – und sammeln Sie Fortbildungspunkte.

- Fragen rund um die Praxisführung
- Details zur Verordnung
- Spezifika der Abrechnung
- Gründer-Abgeber-Foren
- Wissenswertes im Bereich Digitalisierung
- Aktuelles zu DMP
- weitere Themen wie Akutsituationen, Datenschutz, QM und mehr

Unser Seminarangebot für 2025 finden Sie unter [www.kvb.de/mitglieder/praxisfuehrung/fortbildungsangebot](http://www.kvb.de/mitglieder/praxisfuehrung/fortbildungsangebot) unter „Terminsuche“.

Hier können Sie sich für die Seminartermine einfach online anmelden. Eine schnelle Anmeldung lohnt sich, denn die Teilnehmerzahl bei den Seminaren ist begrenzt.

Wir freuen uns auf Ihre Teilnahme.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter  
E-Mail [Seminarberatung@kvb.de](mailto:Seminarberatung@kvb.de)

