

KVBIINFOS

05 | 25
06 | 25

ABRECHNUNG

- 42 Die nächsten Zahlungstermine
- 42 Abrechnungsabgabe für das Quartal 2/2025
- 46 EBM-Änderungen zum 1. April 2025
- 48 EBM-Änderungen zum 1. Juli 2025
- 50 Videosprechstunde – Begrenzungen/Zuschlag
- 51 G-BA: Änderungen zum 1. April 2025

VERORDNUNGEN

- 52 Arzneimittel-Richtlinie: Ergänzungen
- 53 Kardiovaskulärer Rehasport – Herzgruppen und Herzinsuffizienzgruppen
- 53 (Notfall-)Kontrazeptiva verordnen
- 54 Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA)

IT IN DER PRAXIS

- 54 Abschaltung KV-Connect
- 55 Aktuelle Statistiken über Praxisverwaltungssysteme in Bayern

QUALITÄT

- 56 Zweitmeinungsverfahren – Änderung und Erweiterung
- 58 Sektorenübergreifende Qualitätssicherung
- 58 KVB-Portal „Koloskopie Krebsfrüherkennung“

ALLGEMEINES

- 60 Anträge der Krankenkassen

SEMINARE

- 63 KVB-Seminare 2025
- 63 Seminarangebot: „Krisenvorsorge – Tipps für Niedergelassene“

Die nächsten Zahlungstermine

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

10. November 2025

Abschlagszahlung Oktober 2025

10. Dezember 2025

Abschlagszahlung November 2025

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

Abrechnungsabgabe für das Quartal 2/2025

Abrechnungsabgabe

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

Die Gesamtversion der Abrechnungsbestimmungen finden Sie unter www.kvb.de/mitglieder/praxisfuehrung/service/rechtsquellen unter *Buchstabe „A“*.

Sammelerklärung

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

Ein aktuelles Exemplar der Sammelerklärung (dann jedoch ohne Personalisierung) können Sie auch weiterhin unter www.kvb.de/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"> ■ unterschriebene Sammelerklärung ■ bei Behandlung von Patienten der Besonderen Kostenträger sind verpflichtend Unterlagen in Papierform einzureichen. Siehe „Checkliste Papierunterlagen Besko“. <p>Wichtig: Es sind – auch aus Datenschutzgründen – ausschließlich die dort aufgeführten Unterlagen einzureichen!</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ gegebenenfalls Sachkostenrechnungen |
| 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 unter „*Besondere Kostenträger*“ zur Verfügung.

Sonstige Abrechnungen mit separaten Einreichungsterminen

| | |
|--|--|
| Notarzteinsätze über „emDoc“ oder „NIDAclient“ | <ul style="list-style-type: none"> ■ 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. ■ Die Frist endet mit Ablauf des Folgequartals auf das Leistungsquartal. ■ Die Webanwendungen starten im KVB-Mitgliederportal „Meine KVB“ unter Service „Honorar & Abrechnung“ mit dem Suchbegriff „Notarzt-Abrechnung anlegen (emDoc)“ oder „Notarzteinsatzdokumentation (NIDAclient)“. ■ 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. |
|--|--|

| | |
|---|---|
| Frist verpasst? | <ul style="list-style-type: none"> ■ 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). |
| 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 „Meine KVB“ unter der Kategorie „Honorar & Abrechnung – Abrechnungserklärung Leitende Notärzte“ zu finden. Das Mitgliederportal „Meine KVB“ ist direkt über die KVB-Startseite www.kvb.de - Meine KVB erreichbar.</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Die Frist zur Abrechnung endet mit Ablauf des Folgequartals auf das Leistungsquartal. ■ Ausführliche Informationen finden Sie unter www.kvb.de/mitglieder/patientenversorgung/notarzdienst |
| Termin verpasst für die LNA-Abrechnung? | <ul style="list-style-type: none"> ■ Für eine Fristverlängerung für die Abrechnung von LNA-Einsätzen wenden Sie sich bitte vor Ablauf der Frist schriftlich an LNA@kvb.de |
| 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 LNA@kvb.de</p> |

EBM-Änderungen zum 1. April 2025

Zum 1. April 2025 wurden Änderungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) beschlossen.

Nachfolgend stellen wir Ihnen diese kurz dar. Die Beschlüsse des Bewertungsausschusses aus seiner 774. Sitzung (Teil C), 776. und 777. Sitzung und des ergänzten Bewertungsausschusses aus seiner 109. und 111. Sitzung wurden auf der Internetseite des Instituts des Bewertungsausschusses unter www.institut-des-bewertungsausschusses.de in der Rubrik Bewertungsausschuss/Beschlüsse veröffentlicht. Sie stehen unter dem Vorbehalt der Nichtbeanstandung durch das Bundesministerium für Gesundheit.

Schmerztherapie – Anpassung Arzt-Patienten-Kontaktzeit GOP 30708

(Beschluss aus der 774. Sitzung des Bewertungsausschusses, schriftliche Beschlussfassung)

Die notwendige Arzt-Patienten-Kontaktzeit bei Nebeneinanderberechnung der Beratung und Erörterung und/oder Abklärung im Rahmen der Schmerztherapie nach der GOP 30708 und der Zusatzpauschale Schmerztherapie nach GOP 30702 wird von mindestens 70 auf mindestens 55 Minuten abgesenkt.

Zugleich wird festgelegt, dass bei Nebeneinanderberechnung von diagnostischen beziehungsweise therapeutischen Gebührenordnungspositionen und der GOP 30708 eine mindestens zehn Minuten längere Arzt-Patienten-Kontaktzeit als in den entsprechenden Gebührenordnungspositionen angegeben, Voraussetzung zur Berechnung der GOP 30708 ist.

Aufklärung und Beratung zur Zweitmeinung vor Eingriffen an der Wirbelsäule (GOP 01645F): Änderung der Abrechnungsbestimmung

(Beschluss aus der 109. Sitzung des ergänzten Bewertungsausschusses, schriftliche Beschlussfassung)

Ab dem 1. April 2025 können Ärztinnen und Ärzte bei Eingriffen an der Wirbelsäule nach der Richtlinie zum Zweitmeinungsverfahren für die Aufklärung und Beratung im Zusammenhang mit dem Zweitmeinungsverfahren die GOP 01645F je in der Richtlinie aufgeführter Operation bei jedem der drei Wirbelsäulenabschnitte (Hals-, Brust-, Lendenwirbelsäule) und je Indikationsstellung berechnen. Voraussetzung ist die Angabe der Lokalisation und Indikation über den jeweils spezifischen ICD-10-Code in der Abrechnung. Die Präambel 4.3.9.1 EBM wurde um die neue Abrechnungsbestimmung ergänzt.

Ambulante psychiatrische und psychotherapeutische Komplexversorgung für Kinder und Jugendliche (KJ-KSVPsych-RL)

(Beschluss aus der 111. Sitzung des ergänzten Bewertungsausschusses, schriftliche Beschlussfassung)

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hatte im März 2024 ein neues Versorgungskonzept mit einer berufsgruppenübergreifenden und koordinierten Versorgung für schwer psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche mit komplexem psychiatrischem und psychotherapeutischem Behandlungsbedarf in einer neuen Richtlinie beschlossen. Die neue KJ-KSVPsych-RL trat am 9. Juli 2024 in Kraft.

Ziel ist eine berufsgruppen- und sektorenübergreifende Versorgung, die eine aufeinander abgestimmte und vernetzte wohnortnahe Betreuung gewährleisten soll. Kern des Konzepts sind „Zentrale Teams“, die aus mindestens einem psychotherapeutischen und einem ärztlichen Mitglied sowie einer nicht-ärztlichen Koordinationperson bestehen. Bei Bedarf können Akteure und Leistungserbringer aus weiteren Hilfs- und Unterstützungsangeboten (Jugendhilfe, Schulen oder Reha-Einrichtungen etc.) eingebunden werden *(siehe dazu auch unseren Artikel in KVB FORUM dieser Ausgabe auf Seite 18)*.

Für die Vergütung der zusätzlichen Aufwände der Behandlung im Rahmen der ambulanten psychiatrischen und psychotherapeutischen Komplexversorgung für schwer psychisch kranke Kinder und Jugendliche wurde zum 1. April 2025 ein neuer Abschnitt 37.6 mit elf neuen GOPen in den EBM aufgenommen:

- **Eingangsuntersuchung und Differentialdiagnostik**
 - **GOP 37600** – Eingangssprechstunde (236 Punkte, 29,25 Euro)
 - **GOP 37610** – Differenzialdiagnostische Abklärung (231 Punkte, 28,63 Euro)
- **Behandlungsplan und Leistungen des Bezugsarztes/Bezugspsychotherapeuten**
 - **GOP 37620** – Erstellen eines Gesamtbehandlungsplans (448 Punkte, 55,52 Euro)
 - **GOP 37625** – Zusatzpauschale für Leistungen des Bezugsarztes/Bezugspsychotherapeuten (450 Punkte, 55,77 Euro)

- **GOP 37626** – Zuschlag im Zusammenhang mit der GOP 37625 für Leistungen im Rahmen der Transition (232 Punkte, 28,75 Euro)
- **Leistungen der Koordination (nichtärztliche Personen)**
 - **GOP 37630** – Koordination der Versorgung durch nichtärztliche Personen (577 Punkte, 71,51 Euro)
 - **GOP 37635** – Aufsuchen eines Patienten im häuslichen Umfeld durch eine nichtärztliche Person (166 Punkte, 20,57 Euro)
- **Fallbesprechungen für teilnehmende Hausärzte, Kinder- und Jugendmediziner, Fachärzte und ärztliche und psychologische Psychotherapeuten**
 - **GOP 37650** – Patientenorientierte Fallbesprechung (128 Punkte, 15,86 Euro)
 - **GOP 37651** – Zuschlag zu GOP 37650 bei Teilnahme eines oder mehrerer nichtärztlicher/nichtpsychotherapeutischer Teilnehmer, die nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen (128 Punkte, 15,86 Euro)
- **SGB-übergreifende Hilfeforenzen**
 - **GOP 37655** – Teilnahme an einer SGB-übergreifenden Hilfeforenz (128 Punkte, 15,86 Euro)
 - **GOP 37656** – Zuschlag zu GOP 37655 bei Teilnahme eines oder mehrerer nichtärztlicher/nichtpsychotherapeutischer Teilnehmer, die nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen (128 Punkte, 15,86 Euro)

Weitere Informationen zu den Voraussetzungen, zur Abrechnung und eine GOP-Übersicht finden Sie auf unserer Themenseite unter www.kvb.de/mitglieder/patientenversorgung/psychiatrische-komplexversorgung. Die KJ-KSV-Psych-RL des G-BA finden Sie unter www.g-ba.de in der Rubrik Richtlinien.

Erhöhung Kostenpauschalen für Vakuumversiegelung bei Wunden
(Beschluss aus der 776. Sitzung des Bewertungsausschusses, schriftliche Beschlussfassung)

Der Bewertungsausschuss hat aufgrund der aktuellen Marktpreisentwicklung für die Verbrauchsmaterialien bei der Vakuumversiegelungstherapie zum sekundären Wundverschluss (GOP 02314) die Bewertung der Kostenpauschalen 40901 (bei einer Wundfläche bis einschließlich 20 Quadratzentimeter) und die 40902 (bei einer Wundfläche größer als 20 Quadratzentimeter) zum 1. April 2025 erhöht (siehe untenstehende Tabelle).

Digitale Gesundheitsanwendungen – „elona therapy Depression“ und „My7steps App“
(Beschluss aus der 777. Sitzung des Bewertungsausschusses, schriftliche Beschlussfassung)

Für die notwendige Verlaufskontrolle und Auswertung der seit Dezember 2024 dauerhaft im Verzeichnis gelisteten Digitalen Gesundheitsanwendung (DiGA) „elona therapy

Depression“ wird mit Wirkung zum 1. April 2025 die GOP 01479 in den EBM aufgenommen. Gleichzeitig ist die GOP 86700 für die Vergütung der Verlaufskontrolle und Auswertung einer vorläufigen DiGA ab dem 1. April 2025 für die DiGA „elona therapy Depression“ nicht mehr berechnungsfähig. Die neue DiGA richtet sich an Patientinnen und Patienten, die sich wegen Depressionen, Angst-/Panikstörungen oder hypochondrischer Störungen in ambulanter psychotherapeutischer Behandlung befinden.

NEU: GOP 01479

Zusatzpauschale für die Verlaufskontrolle und die Auswertung der DiGA „elona therapy Depression“ gemäß DiGA-Verzeichnis, Paragraph 139e SGB V

EBM-Bewertung: 64 Punkte
 Preis BÉGO: 7,93 Euro

- Einmal im Behandlungsfall, höchstens zweimal im Krankheitsfall, berechnungsfähig.
- Ausschließlich bei Patientinnen und Patienten ab Beginn des 19. bis zum vollendeten 66. Lebensjahres berechnungsfähig.
- Berechnungsfähig von allen Vertragsärzten/Vertragspsychotherapeuten (ausgenommen: Humangenetiker, Laborärzte, Pathologen, Radiologen und Strahlentherapeuten), die über eine Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Verhaltenstherapie gemäß der Psychotherapie-Vereinbarung verfügen.

| Kostenpauschale des EBM | bei einer Wundfläche | Bewertung bis 31. März 2025 | Bewertung ab 1. April 2025 |
|-------------------------|-------------------------------|-----------------------------|----------------------------|
| 40901 | bis 20 cm ² | 65,49 Euro | 91,14 Euro |
| 40902 | größer als 20 cm ² | 71,39 Euro | 94,27 Euro |

Den Antrag auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Psychotherapie im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung durch Ärzte und Psychologische Psychotherapeuten finden Sie unter www.kvb.de/mitglieder/praxisfuehrung/service/formularservice unter *Buchstabe „P“/Psychotherapie*.

- Die Leistung nach GOP 01479 kann auch im Rahmen von Videosprechstunden durchgeführt und abgerechnet werden.

Bitte tragen Sie alle GOPen 01479, die im Rahmen einer Videosprechstunde durchgeführt werden, mit dem Buchstabenzusatz „V“ (GOP 01479V) in Ihre Abrechnung ein (KVDT-Feldkennung 5001 „GNR“).

Denken Sie auch an den Eintrag der Pseudo-GOP 88220 in Ihrer Abrechnung (KVDT-Feldkennung 5001 „GNR“), wenn Sie einen Patienten im Quartal ausschließlich im Rahmen der Videosprechstunde behandelt haben (das heißt, kein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt im Quartal).

Nähere Informationen zur Videosprechstunde (notwendige apparative Ausstattung, Anforderungen in Bezug auf den Videodienstanbieter sowie Anforderungen an die Teilnehmer und an den Vertragsarzt) finden Sie unter www.kvb.de/mitglieder/praxisfuehrung/it-online-services-ti/videosprechstunde.

Weitere in Betracht kommende ärztliche Leistungen im Zusammenhang mit der DiGA „elona therapy Depression“ (ausgenommen:

Verlaufskontrolle und Auswertung) sind als Bestandteil des EBM ausschließlich über die Gebührenordnungspositionen des EBM berechnungsfähig.

Für die Versorgung mit der DiGA „My7steps App“ (seit Februar 2025 dauerhaft im DiGA-Verzeichnis gelistet) hat das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) **keine erforderlichen ärztlichen Tätigkeiten** bestimmt, so dass hierfür keine Anpassungen im EBM vorzunehmen waren. Damit ist die Versorgung mit dieser Web-Anwendung Bestandteil des Leistungskatalogs der Gesetzlichen Krankenversicherung. Es besteht kein Anspruch auf Kostenerstattung gemäß Paragraph 87 Absatz 5c Satz 4 SGB V.

Anhang 3 EBM

Im Zusammenhang mit der Neuaufnahme der GOP 01479 werden die Kalkulations- und Prüfzeiten im Anhang 3 zum EBM angepasst. Die GOP 01479 wird nicht der fachärztlichen Grundversorgung zugerechnet und führt zum Ausschluss der Berechnungsfähigkeit der Pauschale für die fachärztliche Grundversorgung (PFG).

Vergütung

Für die neu in den EBM aufgenommene GOP 01479 empfiehlt der Bewertungsausschuss die Vergütung außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung. Die Umsetzung dieser Empfehlung auf Landesebene ist mit den Krankenkassen in Bayern noch zu vereinbaren.

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

EBM-Änderungen zum 1. Juli 2025

Zum 1. Juli 2025 wurden Änderungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) beschlossen. Nachfolgend stellen wir Ihnen diese kurz dar. Die Beschlüsse des Bewertungsausschusses aus seiner 738. und 773. Sitzung wurden auf der Internetseite des Instituts des Bewertungsausschusses unter www.institut-des-bewertungsausschusses.de in der Rubrik Bewertungsausschuss/Beschlüsse) veröffentlicht. Der Beschluss aus der 773. Sitzung steht noch unter dem Vorbehalt der Nichtbeanstandung durch das Bundesministerium für Gesundheit.

Wirtschaftlichkeitsbonus: Anpassung der begrenzenden Fallwerte

(Beschluss aus der 773. Sitzung des Bewertungsausschusses, schriftliche Beschlussfassung)

Zur Finanzierung der Laborreform zum 1. Januar 2025 wurden die Bewertungen der technischen Leistungen der in-vitro-Diagnostik abgewertet. Diese Bewertungsanpassungen mindern die Kosten der eigen erbrachten und veranlassten Laboruntersuchungen der Abschnitte 32.2 und 32.3 EBM und führen zu niedrigeren arztpraxis-spezifischen Fallwerten (= durchschnittliche Laborkosten je Fall und Praxis). Korrespondierend hierzu werden daher mit Wirkung zum 1. Juli 2025 die arztgruppenspezifischen unteren und oberen begrenzenden Fallwerte (= durchschnittliche Laborkosten je Fall und Arztgruppe) abgesenkt, sodass die Rahmenbedingungen für die Berechnung der Höhe des Wirtschaftlichkeitsbonus unter der Reform unverändert bleiben.

Abstimmung über notwendige Veranlassung von Laborleistungen

Es gibt daher auch bei der Absenkung der begrenzenden Fallwerte keinen Grund, Ihr Veranlassungsverhalten zu verändern, wenn dieses bisher schon auf die Veranlassung nur des notwendigen Labors aus-

gerichtet war. Der Arzt entscheidet, welche bestimmten Laborwerte er für seine Diagnostik und/oder seine Behandlung tatsächlich benötigt und hat diese Untersuchungen zu verantworten und damit auch zu erbringen oder zu veranlassen. Eine differentialdiagnostische Abklärung innerhalb eines Fachgebiets hat auch in

diesem Fachgebiet zu erfolgen. Bitte stimmen Sie sich im Sinne des kollegialen Miteinanders bei Unklarheiten beziehungsweise Unstimmigkeiten über die notwendige Veranlassung von Laborleistungen, insbesondere bei Patienten, die aufgrund ihrer Erkrankung durch mehrere Praxen versorgt werden, weiterhin kollegial ab.

Übersicht über die neuen fachgruppenspezifischen Fallwerte

| Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale | | Begrenzende Fallwerte in Euro | |
|---|--|-------------------------------|-----------------|
| Kapitel/Abschnitt | Arztgruppe | unterer Fallwert | oberer Fallwert |
| 3 | Allgemeinmedizin, hausärztliche Internisten und praktische Ärzte | 1,60 / 1,42 | 3,80 / 3,37 |
| 4 | Kinder- und Jugendmedizin | 0,90 / 0,83 | 2,40 / 2,21 |
| 7 | Chirurgie | 0,00 | 0,40 / 0,37 |
| 8 | Gynäkologen, Fachärzte ohne SP Endokrinologie und Reproduktionsmedizin | 1,00 / 0,95 | 2,60 / 2,47 |
| 8 | Gynäkologie, SP Endokrinologie und Reproduktionsmedizin: nur für Ärzte, die die GOPen 08520, 08531, 08541, 08542, 08550, 08551, 08552, 08560 und 08561 berechnen | 3,90 / 3,71 | 60,80 / 57,88 |
| 9 | Hals-Nasen-Ohrenheilkunde | 0,10 | 0,80 / 0,77 |
| 10 | Dermatologie | 0,50 / 0,47 | 2,30 / 2,18 |
| 11 | Humangenetik | 0,00 | 2,80 / 2,57 |
| 13.2 | Innere Medizin, fachärztliche Internisten ohne SP | 1,20 / 1,08 | 4,60 / 4,15 |
| 13.3.1 | Innere Medizin, SP Angiologie | 0,20 / 0,18 | 2,00 / 1,78 |
| 13.3.2 | Innere Medizin, SP Endokrinologie | 12,60 / 11,39 | 71,70 / 64,79 |
| 13.3.3 | Innere Medizin, SP Gastroenterologie | 1,60 / 1,44 | 6,30 / 5,68 |
| 13.3.4 | Innere Medizin, SP Hämatologie/Onkologie | 10,90 / 9,88 | 30,50 / 27,65 |
| 13.3.5 | Innere Medizin, SP Kardiologie | 0,30 / 0,24 | 1,50 / 1,22 |
| 13.3.6 | Innere Medizin, SP Nephrologie | 22,20 / 19,25 | 55,90 / 48,48 |
| 13.3.7 | Innere Medizin, SP Pneumologie | 0,80 / 0,72 | 5,20 / 4,68 |
| 13.3.8 | Innere Medizin, SP Rheumatologie | 8,40 / 7,58 | 35,30 / 31,86 |
| 16 | Neurologie, Neurochirurgie | 0,00 | 0,90 / 0,80 |
| 17 | Nuklearmedizin | 0,10 / 0,09 | 17,90 / 16,60 |
| 18 | Orthopädie, Fachärzte ohne SP Rheumatologie | 0,00 | 0,40 / 0,35 |
| 18 | Orthopädie, SP Rheumatologie: nur für Ärzte, die die GOP 18700 berechnen | 0,20 / 0,18 | 1,40 / 1,23 |
| 20 | Phoniatrie, Pädaudiologie | 0,00 | 0,40 / 0,38 |
| 21 | Psychiatrie | 0,00 | 0,30 / 0,27 |
| 26 | Urologie | 2,40 / 2,27 | 7,10 / 6,73 |
| 27 | Physikalische und Rehabilitative Medizin | 0,00 | 0,30 / 0,27 |
| 30.7 | Schmerztherapie | 0,00 | 0,40 / 0,35 |

Weitere (redaktionelle) EBM-Änderungen im Laborbereich
(Beschluss aus der 773. Sitzung des Bewertungsausschusses, schriftliche Beschlussfassung)

Die zum 1. Januar 2025 neu in den EBM aufgenommenen Kostenpauschalen 40091 bis 40095 sind im Behandlungsfall und die (neuen) Labor-Grundpauschalen nach den GOPen 01437, 01700, 01701, 12222 bis 12224 im Arztfall gegen die Versicherten-, Grund- und Konsiliarpauschalen der einzelnen EBM-Kapitel ausgeschlossen. Mit Wirkung zum 1. Juli 2025 hat der Bewertungsausschuss im EBM klargestellt, dass diese Ausschlüsse auch gegen die Grundpauschalen für ermächtigte Ärzte, Institute und Krankenhäuser nach den GOP 01320 und 01321 gelten.

Human- und Tumorgenetik: Gensymbol nach HGNC löst OMIM-Kode ab

(Beschluss aus der 738. Sitzung des Bewertungsausschusses, schriftliche Beschlussfassung)

Bei Durchführung der human- und tumorgenetischen Untersuchungen nach den GOPen 11511 bis 11513, 11516 bis 11518, 11521 und 11522, 19421 und 19424, 19451 bis 19453 und 19456 waren bisher OMIM-Kodes zur näheren Begründung in der Abrechnung anzugeben.

Die Kodierung dieser Gebührenordnungspositionen erfolgt ab 1. Juli 2025 durch Gensymbole, für die das HUGO Human Gene Nomenclature Committee (HGNC) unter Creative Commons Zero (CC0) Lizenzen zur Verfügung stellt. Das bedeutet, dass bei Abrechnung der oben genannten human- oder tumor-

genetischen Untersuchungen künftig keine OMIM-Kodes mehr angegeben werden dürfen, sondern diese Leistungen **ab dem 1. Juli 2025 in der Abrechnung mit HGNC-Symbolen zu kodieren** sind.

Bei der Berechnung der **GOP 11233** entfällt künftig das Erfordernis der Angabe eines Gensymbols nach HGNC. Die Angabe der Art der Erkrankung ist dagegen wie bisher in der Abrechnung erforderlich.

Im EBM werden die Abrechnungsbestimmungen im Abschnitt 11.4 Nummer 8 beziehungsweise Abschnitt 19.4 Nummer 3 sowie die Anmerkung zur GOP 11233 den Änderungen entsprechend angepasst.

Zum Hintergrund: OMIM® ist lizenziert durch die amerikanische Johns-Hopkins-Universität, die zuletzt die Vertragsbedingungen erheblich geändert hatte. Der zwischen der Johns-Hopkins-Universität und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) geschlossene Lizenzvertrag wurde seitens der KBV daher nicht verlängert. Die künftig eingesetzten Kodes des HGNC mit Sitz in England hingegen stehen frei zur Verfügung.

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

Videosprechstunde – Begrenzungen/Zuschlag

Zur Flexibilisierung der Videosprechstunde, die der Gesetzgeber in seinem Digital-Gesetz vom 26. März 2024 vorgegeben hatte, hat der Bewertungsausschuss in seiner 778. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) jetzt die nachfolgenden Maßnahmen beschlossen. Der Beschluss steht noch unter dem Vorbehalt der Nichtbeanstandung durch das Bundesministerium für Gesundheit.

Über die Änderungen im Detail wurden Betroffene bereits in einem gesonderten Rundschreiben informiert. Alle Informationen rund um die Videosprechstunden, wie die notwendigen Voraussetzungen, die Vergütungs- und Begrenzungsregelungen und Hinweise zur notwendigen Kennzeichnung der Videoleistungen, finden sie unter www.kvb.de/mitglieder/praxis-fuehrung/it-online-services-ti/videosprechstunde.

Rückwirkend zum 1. Januar 2025

Die bisherige Begrenzung der in Videosprechstunde abgerechneten Gebührenordnungspositionen (GOP-bezogene Begrenzung) wird ersatzlos gestrichen.

Ab dem 1. April 2025

■ Neuregelung der Fallbezogenen Begrenzung

Die Begrenzung der Behandlungsfälle, die in einem Quartal im Videokontakt ohne persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt stattfinden können, wird zukünftig für bekannte und unbekannte Patienten neu geregelt:

- **Bekannte Patienten** (= alle Patienten, bei denen in mindestens einem der drei Vorquartale ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt stattgefunden

den hat): Die Begrenzung wird von 30 auf **50 Prozent aller Behandlungsfälle** einer Praxis angehoben.

- **Unbekannte Patienten** (= alle Patienten, bei denen in keinem der drei Vorquartale ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt stattgefunden hat): Die Begrenzung bleibt bei **30 Prozent**, jedoch **bezogen auf die Behandlungsfälle mit unbekanntem Patienten** (nicht mehr wie bisher bezogen auf alle Behandlungsfälle einer Praxis).

Die Begrenzung der Behandlungsfälle erfolgt ab dem 1. April 2025 nicht mehr personenbezogen (LANR), sondern **praxisbezogen** (BSNR). Neben den Behandlungsfällen mit ausschließlichen Leistungen im Rahmen des organisierten Not(-fall)dienstes werden **neu auch Behandlungsfälle, bei denen die Patienten als TSS-Aktfälle vermittelt wurden**, bei der Ermittlung der Grenze **nicht berücksichtigt**.

- **Neuer Zuschlag für die strukturierte Versorgung von bekannten Patienten in Video**
Mit der **GOP 01452** (30 Punkte/3,72 Euro) wird ein neuer Zuschlag zur Grund-, Versicherten- oder Konsiliarpauschale für die strukturierte Anschlussversorgung von bekannten Patienten per Video gemäß Paragraf 10 der Anlage 31c zum BMV-Ä in den EBM aufgenommen. Dieser Zuschlag wird im Quartal **von der KVB automatisch einmal im Behandlungsfall zugesetzt**, wenn es sich um einen bekannten Patienten handelt und der Patient

im Abrechnungsquartal mindestens einen Kontakt im Rahmen der Videosprechstunde, aber keinen persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt im Quartal hatte.

- **Öffnung der Videosprechstunden auch für Nuklearmediziner**
Nuklearmediziner können künftig auch Videosprechstunden durchführen und in diesem Zusammenhang den Technikzuschlag (GOP 01450) und den Authentifizierungszuschlag (GOP 01444) abrechnen. In Behandlungsfällen mit ausschließlichen Videokontakten (Kennzeichnung mit GOP 88220) ist die nuklearmedizinische Konsiliarpauschale nach der GOP 17210 mit einem Abschlag von 20 Prozent berechnungsfähig.

- **Terminvermittlung zum Facharzt nach Videokontakt möglich**
Wenn Hausärzte oder Kinder- und Jugendmediziner Patienten im Rahmen einer Videosprechstunde einen Termin beim Facharzt vermitteln, können sie hierfür den Zuschlag für den Hausarzt-Vermittlungsfall mit Buchstabenzusatz „V“ (GOP 03008V beziehungsweise 04008V) abrechnen. Dies wird durch Aufnahme entsprechender Anmerkungen zu den Gebührenordnungspositionen klargestellt.

Ab dem 1. Juli 2025

Zur Anpassung an die aktuellen Marktpreise wird der **Höchstwert für den Technikzuschlag** nach GOP 01450 von bisher 1.899 Punkte auf **700 Punkte je Vertragsarzt und Quartal abgesenkt**.

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

G-BA: Änderungen zum 1. April 2025

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat mit Wirkung zum 1. April 2025 die Inhalte für das Darmkrebs-screening nach der Richtlinie für organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme angepasst.

Neuer Anspruch für Frauen ab 50 Jahren auf eine Früherkennungskoloskopie

Frauen haben künftig bereits ab 50 Jahren (statt bisher 55 Jahren) Anspruch auf eine erste Früherkennungskoloskopie.

Neue Intervallvorgaben beim Stuhltest (iFOBT)

Überdies hat der G-BA die Intervallvorgaben für die immunologischen Tests (iFOBT) auf nicht sichtbares Blut im Stuhl vereinheitlicht. Frauen und Männer, die im Früherkennungsprogramm keine Darmspiegelung wahrnehmen möchten, können ab 50 Jahren zukünftig alternativ alle **zwei Jahre einen iFOB-Test** machen. Bislang konnte dieser Test im Alter von 50 bis 54 Jahren jährlich beantragt werden, ab dem Alter von 55 Jahren im Zwei-Jahres-Abstand.

Demnach können sich künftig alle Versicherte ab 50 Jahren zwischen einem Test auf okkultes Blut im Stuhl, der alle zwei Jahre durchgeführt wird, und maximal zwei Früherkennungsdarmspiegelungen (Koloskopien) im Abstand von zehn Jahren entscheiden.

Weitere Informationen zur Darmkrebsfrüherkennung (iFOBT) sind unter www.kvb.de/mitglieder/patientenversorgung/qualitaetssicherung/praevention eingestellt. Hier finden Sie später auch die angepassten Versicherteninformationen.

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

Arzneimittel-Richtlinie: Ergänzungen

Anlage V, Medizinprodukte

Vor dem Hintergrund der Konkretisierung der medizinisch notwendigen Fälle hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) beschlossen, die folgende Medizinprodukte in die Anlage V der Arzneimittel-Richtlinie aufzunehmen (siehe Tabelle).

| Produktbezeichnung | medizinisch notwendige Fälle | Befristung der Verordnungsfähigkeit |
|-----------------------|---|-------------------------------------|
| HydroTouch | Zur Anwendung bei Patienten mit Katheterisierung | 31. Dezember 2028 |
| Onligol Macrogol 4000 | <ul style="list-style-type: none"> ■ Für Kinder im Alter von zwei Jahren bis elf Jahren zur Behandlung der Obstipation. ■ Für Patientinnen und Patienten ab dem vollendeten zwölften Lebensjahr bis 16 Jahre nur in Zusammenhang mit Tumorleiden, Megacolon (mit Ausnahme des toxischen Megacolons), Divertikulose, Divertikulitis, Mukoviszidose, neurogener Darmlähmung, bei phosphatbindender Medikation bei chronischer Niereninsuffizienz, Opiat- sowie Opioidtherapie und in der Terminalphase. ■ Für Jugendliche mit Entwicklungsstörungen im Alter von zwölf bis 16 Jahren zur Behandlung der Obstipation. | 31. Dezember 2028 |

Anlage VI, Off-Label-Use

Der G-BA hat die folgenden Ergänzungen aufgenommen:

- Bisphosphonate bei Patientinnen mit Hormonrezeptor (HR)-positivem, postmenopausalem Mammakarzinom – Zustimmung eines pharmazeutischen Unternehmers
- Eplerenon bei primärem Hyperaldosteronismus (PA), wenn eine Therapie mit Spironolacton nicht oder nicht mehr infrage kommt – Aufnahme in Teil A
- Rituximab bei autoimmunhämolytischer Anämie (AIHA) sowie bei mikroangiopathischer hämolytischer Anämie (MAHA) – Aufnahme in Teil A
- Rituximab beim Mantelzell-Lymphom – Zustimmung eines pharmazeutischen Unternehmers

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

Kardiovaskulärer Rehasport – Herzgruppen und Herzinsuffizienzgruppen

Zu einer umfassenden und am langfristigen Erfolg orientierten medizinischen Versorgung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen tragen auch die kardiologische Rehabilitation und Sekundärprävention wesentlich bei.

Hierbei gilt es, bei betroffenen Patientinnen und Patienten die Teilnahme an Herzgruppen, insbesondere an den neueren speziellen Herzinsuffizienzgruppen, anzuregen.

Im Rahmen eines ganzheitlichen Konzepts ist das Ziel der Herzgruppen, durch Bewegungs- und Sporttherapie Übungs- und Trainingsmethoden zu vermitteln, ein krankheitsgerechtes und gesundheitsförderndes Verhalten zu mehrten, Krankheitsbewältigung zu erreichen sowie Selbstwertgefühl und Eigenverantwortlichkeit aufzubauen.

Herzgruppen schulen ein eigenverantwortliches Handeln in einem krankheitsgerechten und gesundheitsfördernden Lebensstil.

Für die Verordnung ist das Muster 56 rechtsverbindlich zu verwenden, beziehbar über den Kohlhammerverlag unter www.kbv.de/media/sp/Muster56_2023.pdf.

Nähere und weitere detaillierte Informationen zu den Herz- (insuffizienz)gruppen für alle Beteiligten finden Sie unter www.herzgruppen-lag-bayern.de.

Eine Zusammenfassung zu Rehasport und Funktionstraining lesen Sie in unserem „Verordnung Aktuell“ zum Thema „Rehabilitationssport

und Funktionstraining verordnen“ unter www.kvb.de/Mitglieder/Verordnungen/VO-aktuell/2024-DS/KVB-VA-240605-SOP-Reha-Sport-und-Funktionstraining.pdf

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

(Notfall-)Kontrazeptiva verordnen

Der Anspruch auf Notfallkontrazeptiva, der bislang bis zur Vollendung des 22. Lebensjahres bestand, wurde erweitert und gilt jetzt für Patientinnen ohne Altersbeschränkung, sofern Hinweise auf sexualisierte Gewalt vorliegen.

Das „Verordnung Aktuell“ zum Thema „(Notfall-)Kontrazeptiva verordnen“ wurde entsprechend überarbeitet.

www.kvb.de/Mitglieder/Verordnungen/VO-aktuell/2025-DS/KVB-VA-250317-WIS-Verordnung-von-Notfall-Kontrazeptiva.pdf

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

Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA)

Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) hat die digitale Gesundheitsanwendungen

- „HelloBetter Schlafen“ und
- „Smoke Free – Rauchen aufhören“

dauerhaft in das DiGA-Verzeichnis aufgenommen.

Da das BfArM keine erforderlichen ärztlichen Tätigkeiten für die beiden DiGA bestimmt hat, haben die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und der GKV-Spitzenverband entschieden, für diese keine gesonderten Leistungen in den EBM aufzunehmen. Die Versorgung mit den 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

Abschaltung KV-Connect

Der Kommunikationsdienst KV-Connect wird zum 20. Oktober 2025 eingestellt. Mit KIM (Kommunikation im Medizinwesen) besteht mittlerweile ein neuer Kommunikationsstandard, der einen zusätzlichen Dienst wie KV-Connect unnötig macht. Aus diesem Grund wird der Kommunikationsdienst KV-Connect, der seit über zehn Jahren von der kv.digital GmbH im Auftrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) zur Verfügung gestellt wird, am 20. Oktober 2025 endgültig abgeschaltet. Das heißt, dass die Umstellung der Anwendungen auf KIM in den Praxisverwaltungssystemen (PVS) bis spätestens Ende des dritten Quartals 2025 abgeschlossen sein muss.

Damit der Versand unterschiedlicher Anwendungen ohne Medienbruch weiterhin direkt aus Ihrem PVS möglich bleibt, ist es unerlässlich, die Anwendungen vor der Abschaltung von KV-Connect auf KIM umzustellen. Bitte setzen Sie sich zum aktuellen Umstellungsstand entsprechend zeitnah mit Ihrem Softwarehaus in Verbindung.

Aktuelle Statistiken über Praxisverwaltungssysteme in Bayern

Nachfolgend stellen wir unsere regelmäßigen Statistiken über die Praxisverwaltungssysteme (PVS) mit den höchsten Installationszahlen im Zuständigkeitsbereich der KVB sowie über den größten Zuwachs der Installationszahlen der letzten zwölf Monate zur Verfügung.

Eine Installation bezieht sich immer auf eine Betriebsstätte, das heißt: „x“ Installationen in der Statistik bedeutet, dass „x“ Betriebsstätten mit dem jeweils genannten System beziehungsweise dem System/den Systemen des genannten Anbieters im bezogenen Quartal abgerechnet haben.

Im Quartal 4/2023 wurden insgesamt 18.644 Installationen vermerkt. Im Quartal 4/2024 waren es 18.512. Zum Jahresende 2024 waren insgesamt 102 Systeme im Zuständigkeitsbereich der KVB im Einsatz.

| Die TOP 10 der Praxisverwaltungssysteme im Bereich der KVB | | | | | |
|--|--------------------|------------------------------|----------------|-------------|---|
| Rang | PVS/KIS | Anbieter | Installationen | Marktanteil | Veränderung von Abrechnungsquartal 4/2023 zu 4/2024 |
| 1 | PsyPrax | Psyprax GmbH | 3.897 | 21,05% | -40 |
| 2 | x.isynet/x.vianova | medatixx GmbH & Co. KG | 1.955 | 10,56% | -107 |
| 3 | medatixx/psyx | medatixx GmbH & Co. KG | 1.359 | 7,34% | +226 |
| 4 | CGM MEDISTAR | CompuGroup Medical | 1.067 | 5,76% | -65 |
| 5 | TURBOMED | CompuGroup Medical | 926 | 5,00% | -103 |
| 6 | Epikur | Epikur Software & IT-Service | 848 | 4,58% | +77 |
| 7 | Albis on Windows | CompuGroup Medical | 633 | 3,42% | -45 |
| 8 | x.concept | medatixx GmbH & Co. KG | 603 | 3,26% | -51 |
| 9 | T2Med | T2med GmbH & Co. KG | 602 | 3,25% | +108 |
| 10 | CGM M1 PRO | CompuGroup Medical | 592 | 3,20% | -85 |

| Praxisverwaltungssysteme mit dem größten absoluten Kundenzuwachs | | | | |
|--|----------------|---------------------------------|---|--------------------------------------|
| Rang | PVS/KIS | Anbieter | Differenz der Installationen 4/2023 zu 4/2024 | Installationen gesamt (Stand 4/2024) |
| 1 | medatixx/psyx | medatixx GmbH & Co. KG | +226 | 1.359 |
| 2 | T2Med | T2med GmbH & Co. KG | +108 | 602 |
| 3 | tomedo | zollsoft GmbH | +95 | 538 |
| 4 | Epikur | Epikur Software & IT-Service | +77 | 848 |
| 5 | inSuite | Doc Cirrus GmbH | +44 | 172 |
| 6 | Medical Office | Indamed GmbH | +24 | 368 |
| 7 | Smarty | New Media Company GmbH & Co. KG | +21 | 389 |
| 8 | PegaMed | PEGA Elektronik-Vertriebs GmbH | +15 | 363 |
| 9 | SAP ACM | SAP SE | +11 | 70 |
| 10 | Elefant | HASOMED GmbH | +6 | 437 |

Zweitmeinungsverfahren – Änderung und Erweiterung

Die bundesweite Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zum Zweitmeinungsverfahren (Zm-RL) wurde beim Zweitmeinungsverfahren „Eingriffe an Aortenaneurysmen“ geändert sowie um ein neues Zweitmeinungsverfahren „Eingriffe bei lokal begrenztem und nicht metastasiertem Prostatakarzinom“ erweitert.

Seit 11. März 2025 kann beim Zweitmeinungsverfahren „Eingriffe an Aortenaneurysmen“ – neben Gefäßchirurgen, Herzchirurgen, Angiologen und Kardiologen – auch folgende Fachgruppe eine Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung der Zweitmeinung beantragen: **Radiologen mit Expertise in endovaskulären Verfahren** (interventionelle Radiologie), die mit der Durchführung von mindestens 100 endovaskulären Interventionen und mindestens 20 einschlägigen theoretischen Fortbildungseinheiten im Umfang von je 45 Minuten nachzuweisen ist.

Weitere Informationen zur Genehmigung und Abrechnung im Zweitmeinungsverfahren „Eingriffe an Aortenaneurysmen“ finden Sie in den KVB INFOS, Ausgabe 7-8/2024, Seite 69 (online unter www.kvb.de/mitglieder/praxisfuehrung/service/kvb-infos).

Seit 1. April 2025 haben gesetzlich Versicherte bei einer Indikationsstellung zur

- Prostatektomie,
- perkutanen Strahlentherapie oder
- interstitiellen Brachytherapie

zur Behandlung des **lokal begrenzten nicht metastasiertem Prostatakarzinoms** einen Anspruch auf Ein-

holung einer unabhängigen, neutralen ärztlichen Zweitmeinung.

Die wichtigsten Informationen zu diesem Zweitmeinungsverfahren

Patientenaufklärung über den Zweitmeinungsanspruch

Der indikationsstellende Arzt, der den Eingriff konkret empfiehlt, hat den Patienten über sein Recht, eine Zweitmeinung einzuholen, aufzuklären. Dazu hat er dem Patienten insbesondere das Patienteninformationsblatt des G-BA zum Zweitmeinungsverfahren bei geplanten Eingriffen auszuhändigen, Kopien von Befundunterlagen mitzugeben und über geeignete Zweitmeiner zu informieren. Die Aufklärung hat in der Regel mindestens zehn Tage vor dem geplanten Eingriff zu erfolgen.

Hierfür kann der indikationsstellende Arzt einmal im Krankheitsfall die GOP 01645 EBM abrechnen, die derzeit mit 75 Punkten (9,30 Euro) bewertet ist. Die im Zusammenhang mit dem Zweitmeinungsverfahren „Eingriffe bei lokal begrenztem und nicht metastasiertem Prostatakarzinom“ berechnungsfähige GOP 01645 ist ab dem 1. April 2025 mit dem Buchstaben „L“ (GOP 01645L) in der Abrechnung zu kennzeichnen.

Die Leistung kann von Ärztinnen und Ärzten der Fachgruppen abgerechnet werden, die die Indikation für den entsprechenden Eingriff stellen. Soweit erforderlich wird sie daher in die Präambel des jeweiligen Fachkapitels im EBM aufgenommen – abhängig von den Eingriffen, für die der G-BA das Zweitmeinungsverfahren vorsieht.

Der Bewertungsausschuss hat die Neuaufnahme der GOP 01645 in

die Präambeln der Kapitel 25.1 Nummer 2 (Strahlentherapeuten) und 26.1 Nummer 2 (Urologen) EBM mit Wirkung zum 1. April 2025 beschlossen.

Das für die Patientenaufklärung notwendige Informationsblatt steht auf der Internetseite des G-BA unter www.g-ba.de/downloads/17-98-4765/2019-10-28_G-BA_Patientenmerkblatt_Zweitmeinungsverfahren_bf.pdf zum Download bereit. Es kann auch über den Kohlhammer-Verlag bezogen werden.

Genehmigungsvorbehalt für Zweitmeiner

Die Durchführung und Abrechnung der Zweitmeinung setzt eine zuvor erteilte Genehmigung der KVB voraus. Dazu sind vom Zweitmeiner für das Verfahren „Eingriffe bei lokal begrenztem und nicht metastasiertem Prostatakarzinom“ folgende fachliche Voraussetzungen kumulativ nachzuweisen:

- Berechtigung zum Führen einer der folgenden Facharztbezeichnungen: Urologie oder Strahlentherapie
- Mindestens fünfjährige ganz-tägige Tätigkeit im entsprechenden Fachgebiet/Schwerpunkt
- Aktueller Nachweis zur Erfüllung der gesetzlichen Fortbildungspflicht
- Erteilte Weiterbildungsbefugnis der Landesärztekammer oder akademische Lehrbefugnis an einer Hochschule

Ärzte mit einer Ermächtigung für spezielle Leistungen (Ausnahme: Vollermächtigung) und nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte müssen zusätzlich zur Abrechnungsgenehmigung eine Ermächtigung für die Zweitmeinung

beim Zulassungsausschuss beantragen.

Durchführung der Zweitmeinung

Der Zweitmeiner soll den Patienten in Bezug auf den empfohlenen Eingriff und mögliche Therapie- oder Handlungsalternativen so informieren und beraten, dass eine informierte Entscheidung in Bezug auf die Notwendigkeit der Durchführung des empfohlenen Eingriffs ermöglicht wird. Die Abgabe der Zweitmeinung hat zwischen dem Zweitmeiner und dem Patienten mündlich zu erfolgen. Vorbefunde, die der Patient zur Verfügung stellt, sind in die Beratung einzubeziehen. Die Zweitmeinung gilt als abgegeben, wenn die Indikation bestätigt oder nicht bestätigt wurde. Auf Wunsch des Patienten wird das Ergebnis der Zweitmeinung dem indikationsstellenden Arzt mitgeteilt und/oder das Ergebnis in einem Bericht zusammenfassend dargestellt und dem Patienten ausgehändigt. Die Zweitmeinung kann nicht bei einem Arzt oder einer Einrichtung eingeholt werden, durch den oder durch die der Eingriff durchgeführt werden soll (Gebot der Unabhängigkeit).

Für die Abgabe der ärztlichen Zweitmeinung können nach Abschnitt 4.3.9.2 EBM die jeweiligen arztgruppenspezifischen Grundpauschalen einmal im Behandlungsfall abgerechnet werden. Sind für die Beurteilung ergänzende Untersuchungen notwendig, können Sie als Zweitmeiner diese selbst durchführen oder veranlassen. Die Notwendigkeit muss medizinisch begründet werden (Begründung in Feldkennung 5009 - „freier Begründungstext“).

Notwendige Kennzeichnung durch den Zweitmeiner

Der Abrechnungsschein, auf dem die Leistungen des Zweitmeinungsverfahrens „Eingriffe bei lokal begrenztem und nicht metastasiertem Prostatakarzinom“ berechnet werden (jeweilige arztgruppenspezifische Grundpauschale und gegebenenfalls ergänzende Untersuchungen), ist mit der Kennzeichnungs-Nummer 88200L (Feldkennung 5001 - „GNR“) zu markieren.

Sollten bei dem Versicherten im selben Quartal noch andere Untersuchungsleistungen, die nicht mit der ärztlichen Zweitmeinung in Zusammenhang stehen, erbracht werden, so sind diese auf einem separaten Abrechnungsschein (ohne Angabe der Kennzeichnungsnummer) abzurechnen.

Nähere Informationen über die richtige Kennzeichnung der Leistungen im Zweitmeinungsverfahren finden Sie unter www.kvb.de/mitglieder/patientenversorgung/qualitaetssicherung/zweitmeinung.

Veröffentlichung der Zweitmeiner

Informationen zu geeigneten Zweitmeineren werden nach erteilter Genehmigung in der Arztsuche der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) unter <https://arzt-suche.116117.de> veröffentlicht. Dazu kann unter „Wen/Was“ das Stichwort „Facharzt“ und der Standort (mit Auswahl des km-Umkreises) eingegeben werden. Im zweiten Schritt kann dann unter „Weitere Suchkriterien“ / „Leistungen“ zur Überschrift „Zweitmeinungen“

gescrollt und das gewünschte Zweitmeinungsverfahren angeklickt werden. Es wird dann eine Liste derjenigen Ärzte angezeigt, die Inhaber der entsprechenden Genehmigung sind.

Fundstellen

Die Antragsformulare für die Genehmigung und Ermächtigung sowie aktuelle Informationen zum Zweitmeinungsverfahren finden Sie unter www.kvb.de/Mitglieder/Praxisfuehrung/Service im Bereich *Anträge, Formulare und Vordrucke*, unter Buchstabe „Z“/Zweitmeinungsverfahren.

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

Sektorenübergreifende Qualitätssicherung

Die LAG Bayern GbR ist für die Umsetzung der Richtlinie zur daten-gestützten einrichtungsübergreifen- den Qualitätssicherung (DeQS-Richt- linie) in Bayern zuständig. Als neu- trale, unabhängige Geschäftsstelle führt sie diese Verfahren für bayeri- sche Kliniken sowie gemeinsam mit der KVB für teilnehmende nieder- gelassene Ärztinnen und Ärzte durch.

Die DeQS-Richtlinie (www.g-ba.de/richtlinien/105/) legt derzeit drei sektorenübergreifende Qualitäts- sicherungsverfahren (sQS) fest, die sowohl die stationäre als auch die vertragsärztliche Versorgung be- treffen:

- perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie (QS PCI),
- Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen (QS WI) und
- Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen einschließlich Pankreastransplan- tationen, Modul Dialyse (QS NET- DIAL).

Was sind die Aufgaben der LAG Bayern?

Zu den gesetzlichen Aufgaben der LAG Bayern gehört es, rechne- rische Auffälligkeiten zu bewerten und, falls erforderlich, entspre- chende qualitätssichernde und -verbessernde Maßnahmen um- zusetzen. Dabei wird sie von Fach- kommissionen unterstützt, die mit Expertinnen und Experten aus den jeweiligen Fachbereichen besetzt sind.

Die LAG Bayern berät betroffene Ärztinnen, Ärzte sowie Kliniken und informiert die Öffentlichkeit über die Ergebnisse dieser Verfahren.

Was ändert sich für Teilnehmende der sektorenübergreifenden Qua- litätssicherungsverfahren?

Zur Sicherung der medizinischen Versorgungsqualität erfolgen in den sQS-Verfahren QS PCI, QS WI, und QS NET-DIAL bei rechnerischen Auffälligkeiten jährliche Stellung- nahmeverfahren gemäß DeQS- Richtlinie. Diese wurden bislang von uns im Auftrag der LAG eingeleitet.

Ab dem Jahr 2025 wird die LAG Bayern die Stellungnahmeverfahren mit den Teilnehmenden direkt über ein Online-Portal durchführen.

Über die konkreten Abläufe informie- ren die LAG Bayern und KVB zeit- nah. Unter <https://lag-by.de/> wird darüber hinaus ein Informations- portal eingerichtet.

Ansprechpartner

Bei Fragen zur sQS, insbesondere bei Fragen zum Stellungnahme- verfahren und zur Durchführung qualitätssichernder/-fördernder Maßnahmen im Rahmen der oben genannten sQS-Verfahren, steht Ihnen auch die LAG Bayern gerne zur Verfügung.

Ihre Ansprechpartner für die einzelnen sQS-Verfahren finden Sie unter <https://lag-by.de/lag-bayern/team/>.
Telefon: 0 89 / 21 15 90 – 0
E-Mail: geschaeftsstelle@lag-by.de
Website: <https://lag-by.de/>

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

KVB-Portal „Koloskopie Krebsfrüherkennung“

Die KVB-Dokumentationsplatt- form für Koloskopien nach der Richtlinie für organisierte Krebsfrüh- erkennungs-Programme (oKFE-RL), die über das Mitgliederportal „Meine KVB“ im Bereich Service/Qualität unter „Dokumentation Koloskopie Krebsfrüherkennung“ erreichbar ist, wird zum Ende der Einreichungs- frist für das Erfassungsjahr 2025 **am 15. März 2026** eingestellt, da sie das Ende ihrer technischen Lebens- zeit erreicht hat. Dies gilt für:

- die präventive Koloskopie gemäß oKFE-RL (Gebührenordnungs- positionen 01741 und 01741M) sowie
- für die Abklärungskoloskopie nach positivem iFOB-Test gemäß oKFE-RL (Gebührenordnungs- positionen 13421A, 13421M, 13421J und 13421K).

Die Dokumentationsplattform endet ohne ein Nachfolgeangebot durch die KVB.

Als Alternative zu unserer Dokumen- tationsplattform gibt es kommer- zielle Angebote für das Dokumen- tationsmodul zur Früherkennungs- koloskopie (Modul DKK) – entweder innerhalb der Praxissoftware oder zur Ergänzung derjenigen, die die automatisierte Übernahme von Patientendaten aus dem jeweiligen Praxissystem unterstützen.

Die in „Dokumentation Koloskopie Krebsfrüherkennung“ erstellten elektronischen Dokumentationen können bis zum 15. März 2026 im Portal ausgedruckt beziehungswei- se abgespeichert werden. Nähere Details zu diesem Service folgen in Kürze auf der Startseite von „Meine KVB“ und per Rundschreiben. Nutzen Sie bitte die momentan

noch ausreichend zur Verfügung stehende Zeit, um zum Zeitpunkt der Umstellung für das Erfassungsjahr 2026 nahtlos weiterdokumentieren zu können, da die elektronische Dokumentation Grundlage für die Honorierung Ihrer Leistungen ist.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
Telefon 0 89 / 5 70 93 – 4 00 40

Anträge der Krankenkassen

Anträge und Prüfmitteilungen der Krankenkassen auf sachlich-rechnerische Richtigstellung der Abrechnung verursachen unerfreuliche Arbeit in den Praxen. Auch für die Verwaltung ist die Bewältigung der Antragsflut eine große Herausforderung. Ein wichtiges Ziel der KVB ist es, den Aufwand für die Praxen zu minimieren, sie vor unnötigen Regressen zu schützen und dabei das Servicelevel hochzuhalten.

Bisherige Entwicklungen

Die Abrechnungsvorschriften und Vorgaben nehmen an Komplexität zu und gleichzeitig kommen die Kassen ihren gesetzlich vorgeschriebenen Prüfaufgaben nach. Vor diesem Hintergrund steigt die Anzahl der eingehenden Krankenkassenanträge und Prüfmitteilungen seit Jahren kontinuierlich an. In den Jahren 2023 und 2024 erreichte die KVB eine regelrechte Antragsflut. Die Anzahl der bearbeiteten Datensätze stieg im Jahr 2024 auf über 1,4 Millionen an (siehe Grafik).

Dabei gilt natürlich, dass nicht jede Beanstandung berechtigt ist. Wir gehen in Verhandlungen mit den Krankenkassen und weisen unberechtigte Beanstandungen strikt zurück. Oftmals nehmen Krankenkassen daraufhin ihre Anträge zurück, noch bevor wir sie an unsere Mitglieder weitergeleitet haben.

In vielen Fällen können die Praxen aber auch durch Stellungnahmen wichtige – bisher fehlende – Angaben nachliefern. So konnten wir in den vergangenen Jahren bei durchschnittlich **mehr als 55 Prozent** der Be-

anstandungen eine inhaltliche Klärung im Sinne unserer Mitglieder herbeiführen.

Das leistet die KVB für ihre Mitglieder

- Ständige Optimierung der Bearbeitung
- Verhandlungen mit den Krankenkassen
- Anhörung unserer Mitglieder (jetzt online beantworten unter „Meine KVB“ – Kostenträger, Kategorie Honorar und Abrechnung)
- Entbürokratisierung und Digitalisierung
- Weiterentwicklung der Rechtsgrundlagen/Richtlinie (wir kämpfen für eine Anhebung der Geringfügigkeitsgrenze)

Rechtliche Grundlagen und Rahmenbedingungen

- **Prüfmitteilungen** (Paragraf 106d Absatz 3 SGB V, Paragraf 18 der Abrechnungsprüfungs-Richtlinie): Die Prüfung obliegt vollständig den Krankenkassen. Auch wenn die KVB nicht mit dem Prüfergebnis der Kasse einverstanden ist, muss sie dieses per Bescheid umsetzen und die Leistung berichtigen! Dies hat das Bundessozialgericht (BSG) so vorgegeben. Darunter fällt die Feststellung der Leistungspflicht zum Versicherungsstatus, Zuständigkeit des Leistungsträgers, Falschabrechnung von Früherkennungsleistungen, Leistungen ohne Genehmigung der Krankenkasse (zum Beispiel Psychotherapie, ambulante Leistungserbringung während stationärem Aufenthalt).

■ Prüfanträge

(Paragraf 106d Absatz 4 SGB V, Paragraf 19 Abrechnungsprüfungs-Richtlinie): Die Prüfung aller weiteren Sachverhalte erfolgt auf Antrag der Krankenkasse durch die KVen und muss innerhalb von sechs Monaten erfolgen, da die Kassen ansonsten den beantragten Betrag auf die zu zahlende Gesamtvergütung anrechnen kann.

■ Geringfügigkeit

Der beanstandete Betrag muss mehr als 30 Euro betragen je BSNR, Quartal, Kasse und Datenübermittlung.

■ Antragsfrist

Bis zum Ablauf von zwei Jahren nach Erlass des Honorarbescheids sind Korrekturen möglich (die Verjährungsfrist entsprechend des TSVG gilt seit dem Quartal 4/2018).

Aktuelle TOP-Antragsgründe der Krankenkassen

■ DMP-Leistungen ohne

Teilnahme/Einschreibung

Nutzen Sie vor Abrechnung einer teilnahmepflichtigen DMP-GOP die Webanwendung „DMP-Patientenabfrage“ im Mitgliederportal „Meine KVB“ und prüfen Sie mit dem neuen Service, ob Ihr Patient in ein DMP eingeschrieben ist – insbesondere als Facharzt der zweiten Versorgungsebene.

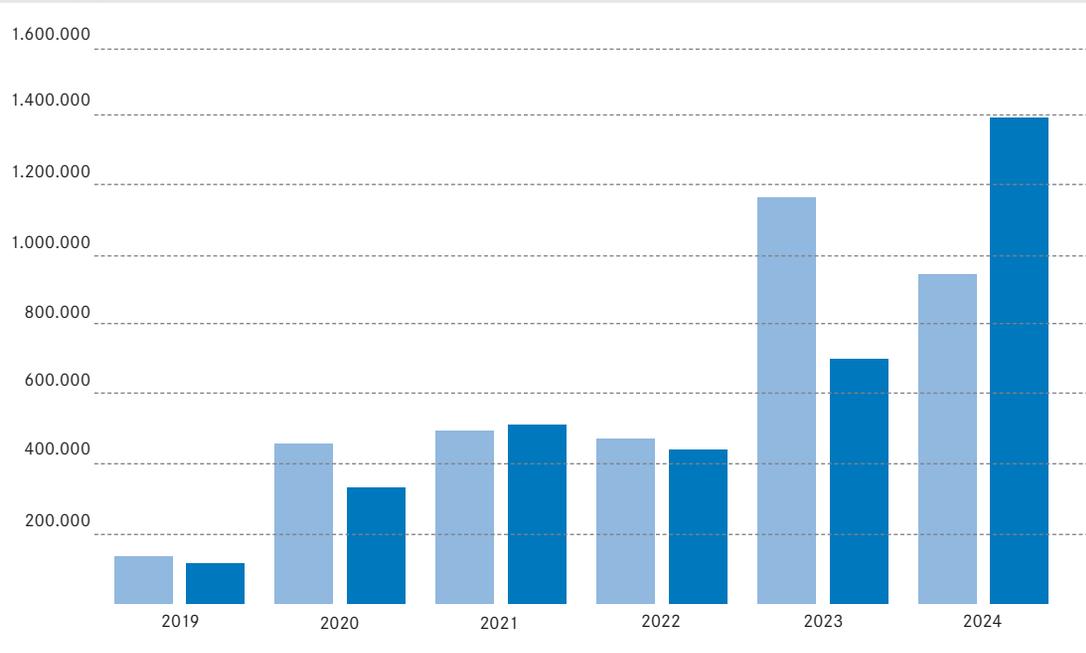
■ keine Mitgliedschaft/Zuständigkeit bei der beanstandenden Krankenkasse

Bestehen Sie auf die Vorlage der elektronischen Gesundheitskarte (eGK), wenn der Patient in die Praxis kommt – auch bei Über-

Eingegangene und bearbeitete Datensätze

(Quartal, BSNR, LANR, Kasse, Patient, Antragsgrund/Sachverhalt, GOP, Behandlungstag)

■ eingegangene Datensätze ■ bearbeitete Datensätze



Quelle: KVB

weisungen. Lesen Sie immer vor der ersten und vor jeder weiteren Behandlung die Karte ein und führen Sie das Versichertenstammdatenmanagement durch.

- **Leistungen ohne Genehmigung der Krankenkasse** (*Psychotherapie, Neuropsychiatrie*) Achten Sie vor Abrechnung der jeweiligen GOP auf die rechtzeitige Einholung einer Genehmigung bei der Krankenkasse. Beachten Sie, dass bei einem Kassenwechsel vom Patienten die Kostenübernahme der neu zuständigen Kasse beantragt werden muss.

- **Doppelabrechnung von Leistungen bei demselben Patienten in unterschiedlichen Praxen** (*Bauchtaorten-Screening, Mutterschaftsvorsorge, U-Untersuchungen, Präventionsleistungen, postoperative Überwachung*) Lassen Sie sich vom Versicherten möglichst schriftlich bestätigen, dass er die Leistung noch nicht anderweitig erhalten hat, beziehungsweise stimmen Sie sich im Vorfeld mit dem Zweitbehandler ab. Die Dokumentation der Anspruchsvoraussetzungen ist Bestandteil der vollständigen Leistungserbringung.

- **Ambulante/belegärztliche Behandlung während vollstationärem Aufenthalt** Fragen Sie vor einer Behandlung, ob der Patient aus dem Krankenhaus kommt oder sich in diesem gerade zur Behandlung befindet.
- **keine passende Diagnose/OPs-Code, ICD/Indikation** Achten Sie auf aussagekräftige ICD-Codierungen und die Angabe zur Diagnosesicherheit, zum Beispiel G = gesicherte Diagnose

■ GOP-Anzahlbegrenzung

(im Krankheitsfall, im Behandlungsfall, aus sonstigen Gründen begrenzt)

Begrenzungsregelungen im EBM oder andere Bestimmungen dürfen nicht überschritten werden, zum Beispiel: DMP-Schulungen – Anzahlbegrenzung gemäß DMP-Verträgen, Gesundheitsuntersuchungen gemäß der GU-Richtlinie, Früherkennungsuntersuchungen, Akupunktur

Erreichbarkeit

Die KVB ist nicht nur bemüht, den Aufwand für die Praxen gering zu halten, sondern ist auch telefonisch für Sie von Montag bis Donnerstag von 9.00 bis 15.30 Uhr unter 09 11/ 9 46 67 – 4 09 00 oder per E-Mail an kt.honorarpruefung@kvb.de erreichbar.

Weitere Informationen zu speziellen Sachverhalten bei Kassenanträgen finden Sie unter

www.kvb.de/mitglieder/abrechnung/abrechnungspruefung/ueberpruefungshinweise.

Wie geht es weiter?

Auch künftig werden neue Prüffelder wie die Erstbefüllung der elektronischen Patientenakte und Hybrid-DRG auf uns zukommen – wir unterstützen Sie. Die Abrechnungsprüfungsrichtlinien wurden gekündigt und wir kämpfen für eine Erhöhung der Geringfügigkeitsgrenzen sowie die Einführung einer Aufwandsgebühr für die Krankenkassen bei ungerechtfertigten Korrekturbegehren.

Unser nächstes Online-Seminar für Sie findet am 1. Juli 2025 statt

Das Thema lautet:

„Anträge der Krankenkassen vermeiden – Info und Tipps“

Anmeldung unter www.kvb.de/mitglieder/praxisfuehrung/fortbildungsangebot unter „Terminsuche“.

KVB-Seminare 2025

Sie wollen Ihr Wissen erweitern oder auffrischen? Dazu haben wir für Sie und Ihre Praxismitarbeiterinnen und -mitarbeiter 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 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

Seminarangebot:

„Krisenvorsorge – Tipps für Niedergelassene“

Zielgruppe

- Vertragsärztinnen/-ärzte
- angestellte Ärztinnen/Ärzte
- Psychotherapeutinnen/-therapeuten
- angestellte Psychotherapeutinnen/-therapeuten

Inhalt

Ist Ihre Praxis auf alle persönlichen Risikofälle vorbereitet? In Ausnahmesituationen wie Krankheit, Unfall oder Tod ist es wichtig, die nächsten Schritte zu kennen. In diesem Seminar erhalten Sie unverzichtbare Informationen und essenzielle Hinweise, wie Sie selbst und Ihre Angehörigen im Fall der Fälle die Praxis weiterführen oder an einen Nachfolger übergeben können.

Themenschwerpunkte

- Regelungen bei Krankheit, Unfall, Pflege
- Regelungen im Todesfall
- notwendige Vollmachten
- wichtige Versicherungen für den Notfall
- Tipps zur Vorbereitung auf den Notfall
- Beratungsangebot der KVB

Referenten

- KVB-Mitarbeiterinnen und -mitarbeiter
- externer Referent

Fortbildungspunkte

- BLÄK für Ärztinnen und Ärzte: 4 Punkte
- PTK-Bayern für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten: 4 Punkte

Teilnahmegebühr

50,- Euro

Online-Seminaraten

| | | |
|-------------------|---------------------|--------|
| 9. Juli 2025 | 15.00 bis 18.15 Uhr | Online |
| 7. Oktober 2025 | 10.00 bis 13.15 Uhr | Online |
| 10. Dezember 2025 | 15.00 bis 18.15 Uhr | Online |

