Mit offiziellen Rundschreiben der KVB,
die auch Bekanntmachungen enthalten

KVB
Kassenärztliche
Vereinigung
Bayerns

KVBINFOS 07|08|25

ABRECHNUNG

66 Die nächsten Zahlungstermine

66 Abrechnungsabgabe für das Quartal 2/2025

70 Hilfsmittel-Verordnung in Videosprechstunde

70 EBM: Zuzahlung für Heilmittel ab 1. Juli 2025

71 Abrechnung von Schweregrad-zuschlägen im Notfall- und Bereitschaftsdienst

71 1-Click-Abrechnung über KV Connect

72 Jugendarbeitsschutzgesetz – Untersuchungsbögen

VERORDNUNGEN

73 Ergänzungen der Arzneimittel-Richtlinie

73 Digitale Gesundheits-anwendungen (DiGA)

74 Heilmittel

74 Hilfsmittelversorgung bei spezifischen Bedarfen

75 RSV, Dengue und Meningokokken B

75 Aktuelles zum Thema Impfen

QUALITÄT

77 Neufassung der Qualitäts-sicherungsvereinbarung (QSV) Zervix-Zytologie

SEMINARE

79 KVB-Seminare 2025

Die nächsten Zahlungstermine

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 Notarztdienst 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?	■ im KVB-Mitgliederportal „Meine KVB“ über Service „Honorar & Abrechnung“ oder ■ den Kommunikationskanal KIM beziehungsweise KV-Connect
Voraussetzungen	■ 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	■ 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 ■ 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

Sammelerklärung	■ 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	■ unterschriebene Sammelerklärung ■ bei Behandlung von Patienten der Besonderen Kostenträger sind verpflichtend Unterlagen in Papierform einzureichen. Siehe „Checkliste Papierunterlagen Besko“. Wichtig: Es sind – auch aus Datenschutzgründen - ausschließlich die dort aufgeführten Unterlagen einzureichen! ■ gegebenenfalls Sachkostenrechnungen
Anschrift für Briefsendungen	Kassenärztliche Vereinigung Bayerns „Quartalsabrechnung“ 93031 Regensburg
Anschrift für Päckchen/ Pakete	Kassenärztliche Vereinigung Bayerns Bezirksstelle Oberpfalz Kirchmeierstraße 26 93051 Regensburg
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“	■ 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?	■ 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	Bei Fragen erreichen Sie uns unter Telefon 0 89 / 5 70 93 – 8 80 88 Fax 0 89 / 5 70 93 – 6 49 25 E-Mail „emDoc“: emDoc@kvb.de „NIDAclient“: notarztdoku@kvb.de
Leitender Notarzt (LNA)	Die Abrechnung von Leistungen als Leitender Notarzt in Bayern erfolgt über den Online-Dienst *„Abrechnungserklärung Leitende Notärzte“*. 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. Darüber hinaus können LNA-Einsätze rund um die Uhr eingereicht werden und die LNA erhalten direkt eine Eingangsbestätigung über das Nachrichtencenter im Portal. 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. ■ Die Frist zur Abrechnung endet mit Ablauf des Folgequartals auf das Leistungsquartal. ■ Ausführliche Informationen finden Sie unter **www.kvb.de/mitglieder/patientenversorgung/notarztdienst**
Termin verpasst für die LNA-Abrechnung?	■ 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?	Bei Fragen erreichen Sie uns unter Telefon 0 89 / 5 70 93 - 8 80 88 Fax 0 89 / 5 70 93 - 6 49 25 E-Mail LNA@kvb.de

Hilfsmittel-Verordnung in Videosprechstunde

Werden Hilfsmittel im Rahmen einer **Videosprechstunde** oder im Ausnahmefall im Rahmen **des telefonischen Kontakts** verordnet (Paragraf 6 Hilfsmittel-Richtlinie), können die Kosten für den postalischen Versand der ärztlichen Verordnung von Hilfsmitteln **ab 1. Juli 2025** mittels Muster 16 an den Patienten über die **Kostenpauschale 40128** (0,96 Euro) abgerechnet werden. Der Leistungsinhalt der Kostenpauschale 40128 wurde entsprechend erweitert.

Dieser Beschluss des Bewertungsausschusses aus seiner 781. Sitzung wurde auf dessen Internetseite unter www.institut-des-bewertungsausschusses.de in der Rubrik Bewertungsausschuss/Beschlüsse veröffentlicht. Er steht unter dem Vorbehalt der Nichtbeanstandung durch das Bundesministerium für Gesundheit.

Weitere Informationen zu Hilfsmittelverordnungen in Videosprechstunden finden Sie auch in unserem „Verordnung Aktuell“ vom 16. Mai 2025 unter **https://www.kvb.de/mitglieder/verordnungen#c9425**.

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

EBM: Zuzahlung für Heilmittel ab 1. Juli 2025

Ab 1. Juli 2025 ändern sich die Zuzahlungsbeträge bei der Abgabe von Heilmitteln für die Gebührenordnungspositionen 30400, 30402, 30410, 30411, 30420 und 30421. Die Änderungen erfolgen aufgrund von Preiserhöhungen des zwischen Krankenkassen und Heilmittelerbringern vereinbarten Heilmittelkatalogs.

Nachfolgend die ab 1. Juli 2025 gültigen Beträge für die Heilmittel-Zuzahlungen:

GOP	Leistungslegende	Zuzahlungsbetrag*
30400	Massagetherapie	2,11 Euro
30402	Unterwasserdruckstrahlmassage	3,29 Euro
30410	Atemgymnastik (Einzelbehandlung)	2,89 Euro
30411	Atemgymnastik (Gruppenbehandlung)	1,29 Euro
30420	Krankengymnastik (Einzelbehandlung)	2,89 Euro
30421	Krankengymnastik (Gruppenbehandlung)	1,29 Euro

*Laut Paragraf 32 Absatz 2 SGB V haben Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, zu den Kosten der Heilmittel eine Zuzahlung an die abgebende Stelle zu leisten. Dies gilt auch, wenn Massagen, Bäder und Krankengymnastik als Bestandteil der ärztlichen Behandlung abgegeben werden. Die Höhe der Zuzahlung errechnet sich nach den Preisen, die zwischen den Krankenkassen und den Heilmittelerbringern vereinbart sind.

Unverändert bleibt der Eintrag mit dem Buchstaben „A“ (zum Beispiel 30410A) bei Patientinnen und Patienten, die von der Zuzahlung befreit sind. Die Zuzahlungsbeträge werden automatisch in Ihrer Abrechnung zum Abzug gebracht. Der Abzug wird in der Honorarzusammenstellung mit dem Buchstaben „Z“ (zum Beispiel 30400Z) ausgewiesen.

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

Abrechnung von Schweregradzuschlägen im Notfall- und Bereitschaftsdienst

Die Abrechnung der Schweregradzuschläge für Patienten mit erhöhtem Behandlungsaufwand im Notfall- und Bereitschaftsdienst ist entsprechend der Vorgaben des EBM nur möglich, wenn nachfolgende Voraussetzungen erfüllt sind. Bitte beachten Sie, dass Sie die notwendigen ICD-Codierungen sowie Begründungen mit Ihrer Quartalsabrechnung übermitteln, um nachgelagerte Honorarverluste zu vermeiden.

GOP 01223 – Zuschlag zur Notfallpauschale GOP 01210 (Montag bis Freitag 7.00 bis 19.00 Uhr) und **GOP 01224 – Zuschlag zur Notfallpauschale GOP 01212** (Montag bis Freitag 19.00 bis 7.00 Uhr (Folgetag) und Samstag, Sonntag, gesetzliche Feiertage und am 24. Dezember und 31. Dezember ganztätig)

Die Gebührenordnungspositionen 01223 und 01224 sind nur berechnungsfähig bei Vorliegen fest definierter schwerwiegender Behandlungsdiagnosen. Voraussetzung ist die Angabe mindestens einer gesicherten Behandlungsdiagnose (ICD mit Zusatzkennzeichen für Diagnosesicherheit):

- Frakturen im Bereich der Extremitäten proximal des Metacarpus und Metatarsus
- Schädel-Hirn-Trauma mit Bewusstlosigkeit von weniger als 30 Minuten (S06.0 und S06.70)
- Akute tiefe Beinvenenthrombose
- Hypertensive Krise
- Angina pectoris (ausgenommen: ICD I20.9)
- Pneumonie
- Akute Divertikulitis

In Ausnahmefällen können die Gebührenordnungspositionen bei Angabe einer ausführlichen schriftlichen medizinischen Begründung auch für andere schwere und komplexe Behandlungsdiagnosen abgerechnet werden (Feldkennung 5009).

GOP 01226 – Zuschlag zur Notfallpauschale GOP 01212 (Montag bis Freitag 19.00 bis 7.00 Uhr (Folgetag) und Samstag, Sonntag, gesetzliche Feiertage und am 24. Dezember und 31. Dezember ganztätig)

Die GOP 01226 ist nur berechnungsfähig bei:

- Neugeborenen, Säuglingen und Kleinkindern (also bis zum vollendeten dritten Lebensjahr) oder
- Patienten mit krankheitsbedingt erheblich komplexer Beeinträchtigung kognitiver, emotionaler und verhaltensbezogener Art (ausgenommen Beeinträchtigung kognitiver, emotionaler und verhaltensbezogener Art infolge psychotroper Substanzen) und/oder
- Patienten ab dem vollendeten 70. Lebensjahr mit geriatrischem Versorgungsbedarf und Frailty-Syndrom (Kombination von unbeabsichtigtem Gewichtsverlust, körperlicher und/oder geistiger Erschöpfung, muskulärer Schwäche, verringerter Ganggeschwindigkeit und verminderter körperlicher Aktivität) und/oder
- Patienten mit einer der folgenden Erkrankungen: F00-F02 dementielle Erkrankungen, G30 Alzheimer-Erkrankung, G20.1 Primäres Parkinson-Syndrom mit mäßiger bis schwerer Beeinträchtigung und G20.2 Primäres Parkinson-Syndrom mit schwerster Beeinträchtigung.

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

1-Click-Abrechnung über KV Connect

Im Hinblick auf die bevorstehende Abschaltung von KV-Connect zum 20. Oktober 2025, kann die 1-Click-Abrechnung über den Kommunikationsdienst KV-Connect letztmalig für das 2. Quartal 2025 erfolgen. Zukünftig ist die 1-Click-Abrechnung nur noch über KIM möglich. Bei Unklarheiten zum aktuellen Umstellungsstand in Ihrem Praxisverwaltungssystem (PVS) setzen Sie sich bitte mit Ihrem Softwarehaus in Verbindung.

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

Jugendarbeitsschutzgesetz – Untersuchungsbögen

Die neuen Untersuchungsbögen für die Erst- beziehungsweise Nachuntersuchung inklusive der Mitteilungen an den Personensorgeberechtigten und Arbeitgeber nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz (JArbSchG) wurden für Ärztinnen und Ärzte im Rahmen der Entbürokratisierung von zehn Seiten auf drei Seiten gekürzt.

Die neuen Formulare stehen Ihnen ab sofort auf dem Broschürenbestellportal der Bayerischen Staatsregierung unter https://www.bestellen.bayern.de in der Rubrik Familie, Arbeit und Soziales/Arbeitsschutz sowie zusätzlich auf der Internetseite der Bayerischen Gewerbeaufsicht unter https://www.gewerbeaufsicht.bayern.de in der Rubrik Familie, Arbeitsschutz/Sozialer Arbeitsschutz/Kinder- und Jugendarbeitsschutz zum Herunterladen zur Verfügung.

Die Formulare sind barrierefrei gestaltet, digitalisiert und mit Feldverknüpfungen versehen, damit das Ausfüllen am Bildschirm möglichst einfach erfolgen kann. Zudem besteht die Möglichkeit, die Formulare mit einer digitalen ID zu signieren.

Die Verlinkungen zu den einzelnen digitalen Formularen finden Sie auch auf unserer Internetseite **www.kvb.de** unter der Rubrik *Mitglieder/Praxisführung/Service/Anträge, Formulare und Vordrucke* unter *„J“ wie Jugendarbeitsschutz*.

Bitte beachten Sie: Die neuen Untersuchungsbögen sind ab sofort zu verwenden. Es besteht keine Übergangsfrist!

Neben den neuen, gekürzten Untersuchungsbögen gibt es auch neue, gekürzte „Erhebungsbögen“ zur gesundheitlichen Vorgeschichte von Jugendlichen. Diese neuen, gekürzten Erhebungsbögen umfassen jeweils nur noch eine anstatt bisher zwei Seiten.

Sollten die Schulen noch nicht vollständig auf die Ausgabe der neuen, gekürzten Erhebungsbögen an die Schülerinnen und Schüler umgestellt haben, kann die Jugendarbeitsschutzuntersuchung auch bei Vorlage eines alten, zweiseitigen Erhebungsbogens durchgeführt werden. Es besteht keine gesetzliche Pflicht, der Ärztin oder dem Arzt zur Untersuchung den Erhebungsbogen vorzulegen, da die Vorlage nur als Sollvorschrift ausgestaltet ist. Ärzte können eine Untersuchung daher im Einzelfall auch ohne Erhebungsbogen durchführen, zum Beispiel wenn ein Jugendlicher den Erhebungsbogen vergessen hat und Auskunft zu seiner gesundheitlichen Vorgeschichte geben kann.

Die neuen Erhebungsbögen stehen den Personensorgeberechtigten und Jugendlichen ebenfalls auf dem Broschürenbestellportal der Staatsregierung zum Herunterladen zur Verfügung:

- Erhebungsbogen für die Erstuntersuchung: **www.bestellen.bayern.de/shoplink/10010913.htm**
- Erhebungsbogen für die Nachuntersuchung: **www.bestellen.bayern.de/shoplink/10010914.htm**

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

Ergänzungen der Arzneimittel-Richtlinie

Anlage I, OTC-Übersicht

Pankreasenzyme: Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat die Regelung auf Grundlage der vorhandenen Evidenz geprüft und festgestellt, dass alleinig porzine Enzyme den Therapiestandard zur Behandlung der in Anlage I genannten schwerwiegenden Erkrankungen darstellen. Fungale Enzyme tun dies nicht. Präparate mit fungalen Enzymen haben weniger günstige biochemische Eigenschaften als aus Pankreas gewonnene Enzyme und sind deshalb klinisch nur begrenzt einsetzbar. Nationale und internationale Leitlinien empfehlen zur Enzymsubstitution bei exokriner Pankreasinsuffizienz einheitlich aus Pankreas gewonnene Enzyme. Es finden sich keine Empfehlungen für den Einsatz von fungalen Verdauungsenzymen bei Jugendlichen und Erwachsenen.

Aus diesem Grund wurde in Nummer 36 das Wort „Pankreasenzyme“ ersetzt durch „aus dem Pankreas gewonnene Enzyme“.

Anlage III, Verordnungseinschränkungen und -ausschlüsse

Gallenwegstherapeutika und Cholagoga: Bei einem Großteil dieser Arzneimittel handelt es sich um Arzneimittel zur Behandlung von Verdauungsbeschwerden (dyspeptischen Beschwerden), besonders bei funktionellen Störungen des ableitenden Gallensystems. Sie unterliegen überwiegend nicht der Verschreibungspflicht und sind für Erwachsene somit grundsätzlich nicht zulasten der Gesetzlichen Krankenversicherung verordnungsfähig. Da jedoch auch verschreibungspflichtige Arzneimittel in diesem Anwendungsgebiet verfügbar sind, sind diese durch die Regelung in Anlage III Nummer 27 ebenfalls von der Verordnung auszuschließen (Gleichbehandlung).

Durch die Anpassung in Anlage III Nummer 27 zur Arzneimittel-Richtlinie bleibt klargestellt, dass die Verordnung eines verschreibungspflichtigen Arzneimittels zur Behandlung der funktionellen Dyspepsie in der Regel unwirtschaftlich ist (Paragraf 12 Absatz 11 Satz 2 Arzneimittel-Richtlinie).

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

Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA)

Für die DiGA **„elona therapy Depression“** wurde mit Wirkung zum 1. April 2025 die Gebührenordnungsposition (GOP) 01479 für die notwendige Verlaufskontrolle und Auswertung in Abschnitt 1.4 des EBM aufgenommen.

Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) hat die digitale Gesundheitsanwendung **„My7steps App“** zur Reduzierung psychischer Beschwerden dauerhaft in das DiGA-Verzeichnis aufgenommen. Da das BfArM keine erforderlichen ärztlichen Tätigkeiten für diese 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.

Zum Thema Digitale Gesundheitsanwendungen finden **Ärztinnen/Ärzte** und **Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten** in unserem „Verordnung aktuell“ unter **https://www.kvb.de/mitglieder/verordnungen/sonstige-verordnungen** unter dem Punkt „Digitale Gesundheitsanwendungen“ weitere Details.

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

Heilmittel

Langfristiger Heilmittelbedarf – Diagnoseliste ergänzt

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat beschlossen, in die Diagnoseliste den ICD-10-Code G72.3 Periodische Lähmung aufzunehmen. Der Beschluss tritt zum 1. Juli 2025 in Kraft.

Weitere Details lesen Sie in unserem ausführlichen „Verordnung Aktuell“ zum Thema „Langfristiger Heilmittelbedarf – Diagnoseliste ergänzt“ unter **www.kvb.de/fileadmin/kvb/Mitglieder/Verordnungen/VO-aktuell/2025-DS/KVB-VA-250513-HMP-LHB-Diagnoseliste-ergaenzt.pdf**

Videosprechstunde

Für die Verordnung von Heilmitteln per **Videosprechstunde** gilt:

- Die jeweiligen medizinischen Verordnungsvoraussetzungen, etwa die verordnungsrelevante Diagnose, müssen bereits durch eine unmittelbare persönliche Untersuchung – das heißt in Präsenz – festgestellt worden sein.
- 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.
- Eine erstmalige Verordnung im Verordnungsfall ist im Rahmen einer unmittelbar persönlichen Behandlung, also in einer Präsenzbehandlung, auszustellen.

Weitere Details lesen Sie in unserem ausführlichen „Verordnung Aktuell“ zum Thema „Videosprechstunde – Heilmittelverordnungen“ unter **https://www.kvb.de/fileadmin/kvb/Mitglieder/Verordnungen/VO-aktuell/2025-DS/KVB-VA-250513-SOP-Videosprechstunde-Heilmittelverordnung.pdf**

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

Hilfsmittelversorgung bei spezifischen Bedarfen

Patientinnen und Patienten mit schweren, komplexen oder mehrfachen Behinderungen und ihren entsprechend spezifischen Bedarfen können auf individuell angepasste oder speziell ausgestattete Hilfsmittel wie Sitzschalen oder Elektrorollstühle angewiesen sein. Das Feststellen des genauen Bedarfs, die ärztliche Verordnung und der Genehmigungsprozess gestalten sich gerade bei dieser Patientengruppe oft anspruchsvoll und zeitintensiv. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat Vorgaben in der Hilfsmittel-Richtlinie geändert, um die Prüf- und Genehmigungsprozesse in komplexen Bedarfssituationen zu straffen und zu vereinfachen.

Weitere Details lesen Sie in unserem ausführlichen „Verordnung Aktuell“ zum Thema „Hilfsmittelversorgung für Menschen mit Behinderungen und spezifischen Bedarfen“ unter **www.kvb.de/fileadmin/kvb/Mitglieder/Verordnungen/VO-aktuell/2025-DS/KVB-VA-250516-HIP-Hilfsmittelversorgung-komplexe-Behinderungen.pdf**

Videosprechstunde

Für die Verordnung von Hilfsmitteln per **Videosprechstunde** gilt:

- Die jeweiligen medizinischen Verordnungsvoraussetzungen, etwa die verordnungsrelevante Diagnose, müssen bereits durch eine unmittelbare persönlich erfolgte Untersuchung – das heißt in Präsenz – festgestellt worden sein.
- 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.

Weitere Details lesen Sie in unserem ausführlichen „Verordnung Aktuell“ zum Thema „Hilfsmittelverordnungen in Videosprechstunden“ unter **www.kvb.de/fileadmin/kvb/Mitglieder/Verordnungen/VO-aktuell/2025-DS/KVB-VA-250516-HIP-Videosprechstunde-Hilfsmittelverordnung.pdf**

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

RSV, Dengue und Meningokokken B

Impfungen gegen die oben genannten Krankheiten sind ab sofort über die KVB abzurechnen. Für die Impfung gegen Dengue gilt dies bei beruflicher Indikation und berufsbedingter Reiseindikation gemäß Paragraf 11 Absatz 3 Schutzimpfungs-Richtlinie (SI-RL).

Der Impfstoff gegen **RSV** und **Meningokokken B** ist über Ihren Sprechstundenbedarf zu beziehen, während der Impfstoff gegen **Dengue** über den Namen Ihrer Patientin/Ihres Patienten (eRezept) verordnet wird.

Weitere Details zu diesen Einzel-Impfstoffen lesen Sie in unseren „Verordnung Aktuell“ zum Thema „Impfstoffe zulasten der GKV verordnen und Regresse vermeiden“. In einer Übersicht aller verordnungsfähiger Impfstoffe informieren wir Sie hier über den korrekten Bezugsweg **https://www.kvb.de/fileadmin/kvb/Mitglieder/Verordnungen/VO-aktuell/2025-DS/KVB-VA-250526-WIS-Regressgefahr-Impfstoffbezug.pdf**

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

Aktuelles zum Thema Impfen

Einigung bei Meningokokken-B-Impfung für Säuglinge

Die Meningokokken-B-Standard Impfung kann in Bayern nun über die KVB abgerechnet werden. Diese Impfung gilt für alle Säuglinge und Kleinkinder ab dem Alter von zwei Monaten. Säuglinge sollen drei Impfstoffdosen im Alter von zwei, vier und zwölf Monaten erhalten. Hinsichtlich der Vergütung konnten wir uns mit den Krankenkassen für die erste und dritte Impfung auf 13,79 Euro und für die zweite Impfung auf 10,79 Euro verständigen. Der Impfstoff ist über den Sprechstundenbedarf (SSB) zu beziehen. Bitte geben Sie in Ihrer Abrechnung folgende GOPen an:

- für die 1. Impfung GOP 89116A
- für die 2. Impfung GOP 89116Z
- für die 3. Impfung GOP 89116B.

Einigung bei RSV-Impfung für Erwachsene

Die Impfung gegen das Respiratorisches Synzytial-Virus (RSV) kann in Bayern nun über die KVB abgerechnet werden. Die Standardimpfung gilt für Personen ab dem Alter von 75 Jahren. Die Indikationsimpfung gilt für Personen ab dem Alter von 60 Jahren mit erhöhter gesundheitlicher Gefährdung für einen schweren Krankheitsverlauf infolge von schweren Ausprägungen einer Grunderkrankung wie beispielsweise chronische Erkrankungen der Atmungsorgane (COPD), chronische Herz-Kreislauf- und Nierenerkrankungen, hämato-onkologischen Erkrankungen, Diabetes mellitus (mit Komplikationen), chronische neurologische oder neuromuskuläre Erkrankung oder eine angeborene oder erworbene Immundefizienz

und Bewohner von Pflegeeinrichtungen im Alter von 60 bis 74 Jahren.

Hinsichtlich der Vergütung konnten wir uns mit den Krankenkassen sowohl für die Standard- als auch für die Indikationsimpfung auf 11,67 Euro einigen. Bitte geben Sie in Ihrer Abrechnung für die Standardimpfung die GOP 89137, für die Indikationsimpfung die GOP 89138 an. Der Impfstoff ist über den Sprechstundenbedarf zu beziehen. Die maternale RSV-Impfung ist von dieser Regelung nicht betroffen, da dafür derzeit keine STIKO-Empfehlung vorliegt.

Einigung bei der Impfung gegen Dengue

Die Impfung gegen eine Dengue-Virus-Infektion bei beruflicher Indikation und beruflicher Reiseindikation gemäß Paragraf 11 Absatz 3 der Schutzimpfungsrichtlinie kann in Bayern nun ebenfalls über die KVB abgerechnet werden. Die Grundimmunisierung für Personen, die anamnetisch eine labordiagnostisch gesicherte Dengue-Virus-Infektion durchgemacht haben, besteht aus zwei Impfstoffdosen, die im Abstand von drei Monaten verabreicht werden.

Wir konnten uns mit den Krankenkassen auf eine Vergütung von jeweils 8,80 Euro einigen. Bitte geben Sie in Ihrer Abrechnung die GOP 89136V für die erste Impfung und die GOP 89136W für die zweite Impfung an. Der Bezug des Impfstoffs erfolgt als Einzelverordnung.

COVID-19-Dokumentationszuschlag ab 1. Juli 2025

Die Chargennummer und die Stellung der Impfung müssen bei der COVID-19-Impfung nach wie vor in der Abrechnung dokumentiert werden. Wir konnten uns daher mit den Krankenkassen einigen, für diese besondere Dokumentation einen Zuschlag in Höhe von 1,20 Euro bis einschließlich 30. Juni 2026 zu vergüten.

Eine Übersicht der gültigen Impfabrechnungsnummern sowie Hinweise zur Wirtschaftlichkeit bei den COVID-19-Impfungen finden Sie unter: **https://www.kvb.de/mitglieder/verordnungen/impfungen**.

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

Neufassung der Qualitätssicherungsvereinbarung (QSV) Zervix-Zytologie

Die bundesweite Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen gemäß Paragraf 135 Absatz 2 SGB V zur zytologischen Untersuchung von Abstrichen der Cervix uteri (QSV Zervix-Zytologie) wurde überarbeitet und trat am 1. April 2025 in Kraft.

Neu sind insbesondere die Aufnahme der Zusatzweiterbildung „Gynäkologische Exfoliativ-Zytologie“ bei der fachlichen Befähigung des zytologieverantwortlichen Arztes sowie die Anerkennung von weiteren Berufsgruppen als nichtärztliche Präparatebefunder.

Übergangsregelung

Ärzte, die vor dem 1. April 2025 eine Genehmigung aufgrund der bisherigen Fassung der QSV Zervix-Zytologie erhalten haben, behalten ihre Genehmigung, sofern sie spätestens bis zum 30. September 2025 die Voraussetzungen nach den Paragrafen 5, 6 der QSV Zervix-Zytologie nachweisen. Die Voraussetzungen nach den Paragrafen 5, 6 der QSV Zervix-Zytologie betreffen die Anforderungen an die Zytologie-Einrichtung und die Präparatebefundung und werden im Folgenden genauer vorgestellt. Ärzte mit Genehmigung wurden bereits in einem Rundschreiben über die Übergangsregelung informiert und zur Bestätigung der Voraussetzungen mittels Eigenerklärung aufgefordert.

Die QSV Zervix-Zytologie mit den wichtigsten Änderungen im Überblick

1. **Fachliche Befähigung der zytologieverantwortlichen Ärzte, vergleiche Paragraf 3 QSV Zervix-Zytologie**
   - 1. Alternative: Berechtigung zum Führen der Gebietsbezeichnung **„Pathologie“**
   - **NEU:** 2. Alternative: Berechtigung zum Führen der Gebietsbezeichnung **„Frauenheilkunde und Geburtshilfe“ mit der Zusatzweiterbildung „Gynäkologische Exfoliativ-Zytologie“**
   - 3. Alternative: Berechtigung zum Führen der Gebietsbezeichnung **„Frauenheilkunde und Geburtshilfe“** (ohne Zusatzweiterbildung) mit Mindestzahlennachweis – **neu** sind hierbei **Nachweise zur Anwendung immunzytochemischer Sonderverfahren:**
     - Nachweis einer mindestens halbjährigen ganztätigen Tätigkeit oder einer vom Umfang her vergleichbaren, maximal zweijährigen berufsbegleitenden Tätigkeit in der zytologischen Diagnostik in einem zytologischen Labor, das immunzytochemische Sonderverfahren anwendet (vergleiche Paragraf 3 Absatz 2 QSV Zervix-Zytologie) mit
     - Nachweis zur persönlichen Beurteilung von mindestens 5.000 Fällen aus der gynäkologischen Exfoliativ-Zytologie sowie 200 zytologischen Untersuchungen unter Anwendung immunzytochemischer Sonderverfahren einschließlich des Abgleichs mit dem morphologischen Befund, in denen – gegebenenfalls unter Einbeziehung einer Lehrsammlung – mindestens 200 Fälle von Zervix-Karzinomen oder deren Vorstadien und davon 20 unter Anwendung immunzytochemischer Sonderverfahren enthalten sein müssen.
2. **Fachliche Befähigung der Präparatebefunder, vergleiche Paragraf 4 QSV Zervix-Zytologie**
   - 1. Alternative: Ausbildung als **„zytologisch tätiger Assistent“ (ZTA)** an Fachschulen für ZTA (Zytologie-Schulen)
   - 2. Alternative: **„Medizinischer Technologe für Laboratoriumsanalytik“ (MTL)** mit einer anschließenden ganztägigen einjährigen praktischen Tätigkeit in einer Laboreinrichtung der Zervix-Zytologie. In dieser Zeit müssen mindestens 3.000 Fälle der gynäkologischen Exfoliativ-Zytologie selbstständig vorgemustert worden sein.
   - **NEU:** 3. Alternative: Aufnahme weiterer Berufsgruppen/Qualifikationen, jeweils mit ganztägiger einjähriger praktischer Tätigkeit in einer Laboreinrichtung der Zervix-Zytologie und 3.000 Fällen der gynäkologischen Exfoliativ-Zytologie selbstständig vorgemusterten Fällen:
     - **Medizinischer Technologe für Veterinärmedizin** mit einer mindestens sechsmonatigen Tätigkeit in der Humanmedizin
     - Abgeschlossene **einschlägige Hochschulausbildung**, die erforderliche Fachkenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten zur Ausübung der genannten Tätigkeiten umfasst.
3. **Anforderungen an die Zytologie-Einrichtung, vergleiche Paragraf 5 QSV Zervix-Zytologie**
   Die Zytologie-Einrichtung muss die Anforderungen nach **Paragraf 9 der Medizinprodukte-betreiberverordnung – MPBetreibV** – erfüllen. Dazu gehören insbesondere:

- Das Vorhalten eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagementsystems.
- Die Verfahren und Analysen zur zytologischen und immunzytochemischen Untersuchung unterliegen einer kontinuierlichen internen Qualitätssicherung.
- Die angebotenen Leistungen werden von dafür nachweislich qualifizierten Personen durchgeführt.

Für die zytologischen und immunzytochemischen Untersuchungen muss ein binokulares Mikroskop mit einer Mindestausstattung mit 10x und 40x Objektiven sowie den entsprechenden 10x oder 12x Okularen im Labor vorhanden sein. Zum Zwecke der internen Fortbildung muss ein Diskussionsmikroskop oder eine vergleichbare Einrichtung im Labor vorhanden sein.

4. **Anforderungen an die Präparatebefundung, vergleiche Paragraf 6 QSV Zervix-Zytologie:**
Die Präparate, die auf jeden Fall vom zytologieverantwortlichen Arzt zu begutachten sind, wurden erweitert. Es handelt sich insgesamt um folgende Präparate – **neu** sind die ersten fünf Gruppen:
   - Auffällige Präparate aus dem Primärscreening gemäß Paragraf 6 oKFE-RL entsprechend den Kriterien der oKFE-RL
   - Auffällige Präparate gemäß der Richtlinie zur Empfängnisregelung und zum Schwangerschaftsabbruch (ESA-RL) (Befunde ab Gruppe II nach Münchner Nomenklatur III)
   - Präparate mit vorliegendem positiven HR-HPV-Nachweis
   - Präparate der Abklärungsdiagnostik gemäß Paragraf 7 oKFE-RL
   - Präparate mit kurativer Fragestellung
   - Präparate mit Gruppe 0 gemäß Münchner Nomenklatur III und Präparate mit eingeschränkter Beurteilbarkeit
   - Erster negativer Abstrich nach auffälligem zytologischen oder histologischen Vorbefund
   - Bei klinisch suspektem Portiobefund

   Alle sonstigen Anforderungen an die Präparatebefundung (zum Beispiel Befundung von nicht mehr als zehn Präparaten durchschnittlich pro Arbeitsstunde sowie Vorgaben zur Aufbewahrung) wurden beibehalten. Die Vorgaben zur Aufbereitung der Präparate (vormals Paragraf 6 Absatz 3 QSV Zervix-Zytologie) wurden gestrichen.

5. **Überprüfung der Präparatequalität und Dokumentation, vergleiche Paragraf 7 Absatz 1 und 7 QSV Zervix-Zytologie:**
Bei der Überprüfung der Präparatequalität durch die KVB wurden Vorgaben in Bezug auf die Überprüfung von Präparaten unter Anwendung immunzytochemischer Sonderverfahren eingeführt.

   NEU: Anforderung von neun Präparaten mit Dokumentation und Befundung sowie zusätzlich von drei Präparaten unter Anwendung immunzytochemischer Sonderverfahren

   Neu ist auch die Möglichkeit zur Anforderung weiterer Nachweise im Rahmen einer erneuten Überprüfung (unter anderem QM-Handbuch, Verfahrensanweisungen) nach einer nichtbestandenen Überprüfung.

Unverändert geblieben sind die Vorgaben zur Präparateprüfung vor Genehmigungserteilung nach Anlage 1 der QSV Zervix-Zytologie sowie die Vorgaben zur Jahresstatistik und Fortbildung von zytologieverantwortlichem Arzt und Präparatebefundern (Paragrafen 8, 9 QSV Zervix-Zytologie).

Das aktuelle Antragsformular finden Sie im Mitgliederportal „Meine KVB“ oder unter **www.kvb.de/mitglieder/patientenversorgung/qualitaetssicherung/sonstige-verfahren** unter dem Punkt *Z/Zervix-Zytologie.*

Die neue QSV Zervix-Zytologie kann unter **https://www.kbv.de/media/sp/Zervix-Zytologie.pdf** abgerufen werden.

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

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 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

KVB
Kassenärztliche
Vereinigung
Bayerns