

# KVBIINFOS

09 | 25  
10 |

## ABRECHNUNG

- 82 Die nächsten Zahlungstermine
- 82 Abrechnungsabgabe für das Quartal 3/2025
- 86 HVM ab 1. April beziehungsweise ab 1. Oktober 2025
- 88 EBM-Änderungen zum 1. Juli 2025
- 90 EBM-Änderungen zum 1. Oktober 2025
- 90 Kostenpauschalen In-vitro-Diagnostik
- 91 Fallbesprechung Jugendamt GOP 01682
- 91 G-BA: Aggressives Non-Hodgkin-Lymphom – Einsatzbereiche PET/CT
- 92 Videosprechstunden: Obergrenzen
- 92 Kataraktvereinbarungen: Beendigung

## VERORDNUNGEN

- 92 Ergänzungen der Arzneimittel-Richtlinie
- 94 FAQ zur Verordnung von Impfstoffen
- 94 Außerklinische Intensivpflege – Potenzialerhebung
- 94 Rehasport und Funktionstraining
- 95 Verordnungsbefugnisse Psychotherapeuten

## QUALITÄT

- 95 Einführung der Computertomographie-Koronarangiographie (CCTA) zum 1. Juli 2025

## SEMINARE

- 97 KVB-Seminare 2025
- 98 Arbeitsrecht – Basics für vertragsärztlich und -psychotherapeutisch Tätige
- 99 Meine KVB – Das Mitgliederportal effizient nutzen

## Die nächsten Zahlungstermine

### 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 3/2025

### Abrechnungsabgabe

Wann?	Einreichung bis spätestens Freitag, den 10. Oktober 2025
Wie?	online
Wo?	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ im KVB-Mitgliederportal „Meine KVB“ über Service „Honorar &amp; Abrechnung“ oder</li> <li>■ den Kommunikationskanal KIM beziehungsweise KV-Connect</li> </ul>
Voraussetzungen	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Die Abrechnung muss vollständig und korrekt sein.</li> <li>■ Persönliche Leistungserbringung qualifikationsgebundener Leistungen insbesondere bei angestellten Ärztinnen und Ärzten, in Berufsausübungsgemeinschaften und Medizinischen Versorgungszentren.</li> <li>■ Sammelerklärung</li> </ul>
Verspätete Abgabe	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Sollten Sie einmal in einem begründeten Ausnahmefall den Abgabetermin für Ihre Quartalsabrechnung (bis spätestens zum zehnten Kalendertag des ersten Monats nach Abschluss des Abrechnungsquartals) nicht einhalten können, besteht die Möglichkeit, online eine Fristverlängerung für 14 Tage über das KVB-Mitgliederportal „Meine KVB“ unter Service „Honorar &amp; Abrechnung“ mit dem Suchbegriff „Fristverlängerung der Quartalsabrechnung“ zu beantragen. Hierbei erhalten Sie eine vom System generierte Eingangsbestätigung/Genehmigung. <b>Wichtig:</b> Für Abrechnungen, die nach dem 24. Kalendertag des ersten Monats nach Abschluss des Abrechnungsquartals eingehen, können wir weder eine Verarbeitung noch die nächste(n) Abschlags-/Restzahlung(en) im/mit dem aktuellen Quartal garantieren.</li> <li>■ <b>Hinweis:</b> Terminverlängerungen für Notarzttabrechnungen und Abrechnungen Leitender Notärzte siehe Kapitel „Sonstige Abrechnungen mit separaten Einreichungsterminen“</li> </ul>
Wichtig	<p>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.</p> <p>Bitte beachten Sie hierzu auch Paragraf 3 „Fristen für die Einreichung der Abrechnung“ sowie Paragraf 5 „Abschlags- und Restzahlungen, Verrechnung und Einbehalte der Abrechnungsbestimmungen der KVB“.</p>
Empfangsbestätigung	Über den Eingang Ihrer Abrechnungsunterlagen können Sie eine Empfangsbestätigung unter der Faxnummer 09 41 / 39 63 - 6 87 80 anfordern.

Nähere Informationen zur Online-Abrechnung finden Sie unter [www.kvb.de/mitglieder/abrechnung/abrechnungsprozess/#c1476](http://www.kvb.de/mitglieder/abrechnung/abrechnungsprozess/#c1476) unter *Online-Abgabe der Abrechnung*. Gerne können Sie uns Ihre Abrechnung und Unterlagen auch schon früher zusenden. Wir empfehlen vor Übermittlung Ihrer Abrechnung die Durchsicht der in Ihrer Praxissoftware durch das KBV-Prüfmodul erzeugten GNR-Statistik (also der Aufstellung/Übersicht aller abgerechneten Gebührennummern/Leistungspositionen) und gegebenenfalls der Fallstatistik. Dadurch verschaffen Sie sich einen schnellen Überblick und haben noch die Möglichkeit, eventuell erforderliche Korrekturen oder Ergänzungen vor der Übermittlung der Abrechnung vorzunehmen.

### Korrekturen und/oder Ergänzungen nach Übermittlung der Abrechnung

Korrekturen notwendig?	Bitte senden Sie uns Ihre Korrekturwünsche 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"> <li>■ die eingereichte Abrechnung objektiv erkennbar unzutreffend ist und</li> <li>■ die Nichtvergütung der betroffenen Leistungen einen Honorarverlust zur Folge hätte, der einen unverhältnismäßigen Eingriff in den Vergütungsanspruch des Vertragsarztes darstellen würde.</li> </ul>
Anschrift	Kassenärztliche Vereinigung Bayerns „Abrechnungskorrekturen“ Vogelsgarten 6 90402 Nürnberg

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

### Sammelerklärung

Sammel- erklärung	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Im Mitgliederportal „Meine KVB“ unter Service „Honorar &amp; Abrechnung“ wird ein personalisiertes Formular der Sammelerklärung zum Download zur Verfügung gestellt, das Sie bitte ausdrucken, unterschreiben und auf dem Postweg an die KVB senden.</li> <li>■ Das Herunterladen ist auch als eigenständiger Vorgang möglich (unabhängig davon, ob gleichzeitig eine Datei eingereicht werden soll oder nicht).</li> <li>■ Die Einreichung der Sammelerklärung an die KVB in Papierform ist aufgrund der erforderlichen Originalunterschrift(en) weiterhin notwendig.</li> </ul>
Wichtig	Die Abgabe der Sammelerklärung mit Garantiefunktion ist Voraussetzung für die Entstehung des Honoraranspruchs des einzelnen Vertragsarztes (BSG, Urteil vom 17. September 1997, 6 RKA 86/95 Rn 19f.). 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](http://www.kvb.de/mitglieder/praxisfuehrung/service/formularservice) unter *Buchstabe „S“* herunterladen oder Sie scrollen auf der Startseite einfach ganz nach unten zum Punkt „Anträge und Formulare“.

### Zusätzliche Abrechnungsunterlagen auf dem Postweg

Zusätzliche Unterlagen	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ unterschriebene Sammelerklärung</li> <li>■ bei Behandlung von Patienten der Besonderen Kostenträger sind verpflichtend Unterlagen in Papierform einzureichen. Siehe „Checkliste Papierunterlagen Besko“.</li> <li>Wichtig: Es sind – auch aus Datenschutzgründen – ausschließlich die dort aufgeführten Unterlagen einzureichen!</li> <li>■ gegebenenfalls Sachkostenrechnungen</li> </ul>
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](http://www.kvb.de/mitglieder/abrechnung/abrechnungsprozess/#c1475) unter „*Besondere Kostenträger*“ zur Verfügung.

### Sonstige Abrechnungen mit separaten Einreichungsterminen

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

Frist verpasst?	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Für eine Fristverlängerung für die Abrechnung von Notarzteinsätzen wenden Sie sich bitte vor Ablauf der Frist schriftlich an die entsprechende E-Mail-Adresse (siehe unten).</li> </ul>
Fragen?/Infos	<p>Bei Fragen erreichen Sie uns unter</p> <p>Telefon 0 89 / 5 70 93 – 8 80 88</p> <p>Fax 0 89 / 5 70 93 – 6 49 25</p> <p>E-Mail „emDoc“: emDoc@kvb.de          „NIDAclient“: notarztdoku@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 &amp; Abrechnung – Abrechnungserklärung Leitende Notärzte“ zu finden. Das Mitgliederportal „Meine KVB“ ist direkt über die KVB-Startseite <a href="http://www.kvb.de">www.kvb.de</a> - <b>Meine KVB</b> erreichbar.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Die Frist zur Abrechnung endet mit Ablauf des Folgequartals auf das Leistungsquartal.</li> <li>■ Ausführliche Informationen finden Sie unter <a href="http://www.kvb.de/mitglieder/patientenversorgung/notarzdienst">www.kvb.de/mitglieder/patientenversorgung/notarzdienst</a></li> </ul>
Termin verpasst für die LNA-Abrechnung?	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Für eine Fristverlängerung für die Abrechnung von LNA-Einsätzen wenden Sie sich bitte vor Ablauf der Frist schriftlich an <a href="mailto:LNA@kvb.de">LNA@kvb.de</a></li> </ul>
Fragen/Infos zur LNA-Abrechnung?	<p>Bei Fragen erreichen Sie uns unter</p> <p>Telefon 0 89 / 5 70 93 – 8 80 88</p> <p>Fax 0 89 / 5 70 93 – 6 49 25</p> <p>E-Mail <a href="mailto:LNA@kvb.de">LNA@kvb.de</a></p>

## HVM ab 1. April beziehungsweise ab 1. Oktober 2025

Die Vertreterversammlung (VV) der KVB hat am 25. Juni 2025 einige Änderungen des Honorarverteilungsmaßstabs (HVM) beschlossen, die ab 1. April 2025 beziehungsweise ab 1. Oktober 2025 gelten. Die Änderungen sind in erster Linie für haus- und kinderärztliche Praxen relevant. Die entsprechenden Praxen wurden bereits am 26. Juni 2025 mit einem Serviceschreiben informiert. Im Folgenden eine Zusammenfassung der wichtigsten Informationen und praxisrelevanten Änderungen.

### Neue Leistungszuschläge ab Quartal 2/2025

Ab Quartal 2/2025 wurden für Hausärzte sowie für Kinder- und Jugendärzte Leistungszuschläge im HVM eingeführt. Die Leistungszuschläge gelten für die Leistungsbereiche Geriatrie, Palliativmedizin, Heimbetreuung, Team, U3, U4 und J1 sowie Sozialpädiatrie und liegen je

nach Leistungsbereich zwischen drei und 15 Euro. Eine detaillierte Aufstellung der Leistungszuschläge mit den jeweils zugeordneten Gebührenordnungspositionen und Hinweisen zur Bewertung finden Sie in Tabelle 1.

- Die Leistungszuschläge werden für einen Kontakt vergütet, in dem eine oder mehrere Gebührenordnungspositionen aus den genannten Leistungsbereichen von einem in Teil III, Kapitel 3, Präambel 3.1 Nr. 1 oder Kapitel 4, Präambel 4.1 Nr. 1 des EBM genannten Arzt abgerechnet werden. Je Leistungsbereich und Kontakt wird höchstens ein Leistungszuschlag gewährt.
- Leistungszuschläge aus verschiedenen Leistungsbereichen schließen sich gegenseitig nicht aus.
- Die Leistungszuschläge für „Heimbetreuung“ und „Team“

sind jeweils höchstens fünfmal im Behandlungsfall möglich.

- **Wichtig:** Die Leistungszuschläge werden automatisch durch die KVB zugesetzt. Für Sie entsteht kein Mehraufwand in der Abrechnung.

### Hausärztliche Vergütung im HVM ab Quartal 4/2025

Entbudgetierung Hausärzte  
Mit dem Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz (GVSG) hat der Gesetzgeber vorgegeben, dass Leistungen des Kapitels 3 EBM und damit im Zusammenhang stehende Besuche ab dem 1. Oktober 2025 aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) zu den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnungen zu vergüten sind (Entbudgetierung). Zudem hat der erweiterte Bewertungsausschuss Vorgaben zur Festsetzung und Fortschreibung der auf diese Leistun-

### Leistungszuschläge für Hausärzte sowie Kinder- und Jugendärzte ab Quartal 2/2025

Zuschlag	Zugeordnete GOP	Bewertung*	GOP (wird zugesetzt)
Geriatrie	03360, 03362, 30980, 30988	3 Euro	97010A
Palliativmedizin	03370, 03371, 03372, 03373, 04370, 04371, 04372, 04373, 37300, 37302, 37305, 37306, 37314, 37317, 37318, 37320	5 Euro	97010B
Heimbetreuung	01415, 01442, 37100, 37102, 37105, 37120	5 Euro	97010C
Team	03062, 03063, 38100, 38105, 38200, 38205	5 Euro	97010D
U3	01713	15 Euro	97010E
U4	01714	10 Euro	97010F
J1	01720	10 Euro	97010G
Sozialpädiatrie	04355, 04356	5 Euro	97010H

\*Die Höhe der einzelnen Zuschläge kann je nach Abrechnungsergebnis im Quartal gegebenenfalls auch abgesenkt werden.  
Tabelle 1

gen entfallenden MGV (Hausarzt-MGV) getroffen. Mit Wirkung zum 1. Oktober 2025 waren diese Vorgaben im HVM formal umzusetzen.

Nachdem in Bayern die hausärztlichen Leistungen schon über mehrere Jahre ohne Budgetierung ausbezahlt werden konnten, wird die Entbudgetierung faktisch keine Auswirkungen auf die Vergütung haben. Zukünftig werden hausärztliche Praxen aber weniger Honorarunterlagen erhalten, denn ab Quartal 4/2025 entfallen für Hausärzte alle Regelungen zur Obergrenze aus Regelleistungsvolumen (RLV) und qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen (QZV).

**Hinweis:** In fachübergreifenden Berufsausübungsgemeinschaften (BAG) mit haus- und fachärztlichen Teilnehmern sowie medizinischen

Versorgungszentren (MVZ) kann sich der Wegfall der hausärztlichen Obergrenze und die damit verbundene Verrechnungsmöglichkeit nicht ausgeschöpfter RLV/QZV in Einzelfällen auf das Honorarergebnis auswirken. Da die Obergrenze ab Quartal 4/2025 nur noch für die fachärztlichen Teilnehmer einer Praxis ermittelt wird, wird dies Auswirkungen auf die RLV-Fallzählung, den BAG-Zuschlag und die Höhe beziehungsweise Verrechenbarkeit von Über- und Unterschreitungen innerhalb der Obergrenze haben. Wie sich die geänderte Ermittlung der Obergrenze im Detail auswirkt, lässt sich im Vorfeld allerdings nicht konkret beziffern und hängt vom jeweiligen Einzelfall ab. Zwar kann es je nach Praxiskonstellation beispielsweise zu einem Rückgang im BAG-Zuschlag kommen. Dem stünde aber nun eine auf die Fachärzte

beschränkte RLV-Fallzählung gegenüber, die in der Regel günstiger ist als in der Vergangenheit.

**Änderung beim hausärztlichen Sicherstellungszuschlag**  
Die grundsätzliche Systematik des Sicherstellungszuschlags wird fortgeführt. Allerdings wird der Leistungsbereich „Belastungs-EKG“ ab Quartal 4/2025 durch den Leistungsbereich „Hausbesuche (GOP 01410, 01411, 01412 EBM)“ ersetzt.

**Vergütungsbestandteile für Hausärzte und für Kinder- und Jugendärzte im HVM ab Quartal 4/2025**  
Eine Zusammenstellung der HVM-Vergütungsbestandteile ab Quartal 4/2025 im HVM ist in Tabelle 2 zusammengefasst.

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

**Vergütungsbestandteile für Hausärzte sowie für Kinder- und Jugendärzte im HVM ab Quartal 4/2025**

Leistung	Vergütung
Leistungen des Kapitels 3 EBM und von Hausärzten durchgeführte Hausbesuche (GOP 01410 bis 01413 sowie 01415 EBM)	Vergütung zu den Preisen der Bayerischen Euro-Gebührenordnung (B€GO)
Leistungen des Kapitels 4 EBM	Vergütung zu den Preisen der Bayerischen Euro-Gebührenordnung (B€GO)
Sicherstellungszuschlag Hausärzte	je nachdem, ob Leistungen aus allen vier oder nur aus drei Leistungsbereichen abgerechnet werden: fünf Euro beziehungsweise drei Euro zusätzlich zur Versichertenpauschale (GOP 03000 EBM)*
Übrige haus- und kinderärztliche Leistungen (zum Beispiel Kostenpauschalen, Sonographien, selbst-erbrachte Laborleistungen)	grundsätzlich Vergütung zu den Preisen der B€GO Sollte das zur Verfügung stehende Honorarvolumen nicht ausreichen, ist die Möglichkeit einer Quotierung vorgesehen. In der Vergangenheit konnten aber auch diese Leistungen immer unbudgetiert ausbezahlt werden.
Leistungszuschläge	je nach Leistungsbereich zwischen drei Euro und 15 Euro (siehe Tabelle 1)*

\*Die Höhe der einzelnen Zuschläge kann je nach Abrechnungsergebnis im Quartal gegebenenfalls auch abgesenkt werden. Daneben werden weiterhin die bekannten Leistungen wie Prävention, Impfungen und DMP etc. außerhalb der MGV als Einzelleistungen vergütet.  
Tabelle 2

## EBM-Änderungen zum 1. Juli 2025

Zum 1. Juli 2025 wurden Änderungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) beschlossen. Nachfolgend stellen wir Ihnen diese kurz dar.

Die Beschlüsse des Bewertungsausschusses aus seiner 784., 786. und 787. Sitzung sowie des ergänzten Bewertungsausschusses aus seiner 114. Sitzung wurden auf der Internetseite des Instituts des Bewertungsausschusses unter [www.institut-des-bewertungsausschusses.de](http://www.institut-des-bewertungsausschusses.de) in der Rubrik Ergänzter Bewertungsausschuss/Beschlüsse veröffentlicht. Die Beschlüsse stehen noch unter dem Vorbehalt der Nichtbeanstandung durch das Bundesministerium für Gesundheit.

### Komplexversorgung Kinder und Jugendliche: Klarstellung zur Transition

*Beschluss aus der 114. Sitzung des erg. Bewertungsausschusses (schriftliche Beschlussfassung)*

Die Gebührenordnungsposition 37626 für Leistungen im Rahmen der Transition ist als Zuschlag zur GOP 37625 (Zusatzpauschale Bezugsarzt oder Bezugspsychotherapeut) auch nur durch den Bezugsarzt oder Bezugspsychotherapeuten berechnungsfähig. Dies wurde durch die Aufnahme der GOP in die zweite Bestimmung zum Abschnitt 37.6 klargestellt.

Weitere Informationen zu Abrechnung, Voraussetzung und Genehmigung bei der Komplexversorgung von Kindern und Jugendlichen finden Sie auf unserer Themenseite „Ambulante psychiatrische und psychotherapeutische Komplexversorgung“

unter [www.kvb.de/mitglieder/patientenversorgung/psychiatrische-komplexversorgung](http://www.kvb.de/mitglieder/patientenversorgung/psychiatrische-komplexversorgung)

### Zweitmeinung für Eingriffe an Aortenaneurysmen

*Beschluss aus der 114. Sitzung des erg. Bewertungsausschusses (schriftliche Beschlussfassung)*

Nachdem der Gemeinsame Bundesausschuss in der Richtlinie zum Zweitmeinungsverfahren die Fachgruppe der Radiologen für Eingriffe an Aortenaneurysmen aufgenommen hat, wurde die GOP 01645 in der Präambel 24.1 EBM (radiologische Gebührenordnungspositionen) ergänzt. Somit kann die Aufklärung und Beratung sowie Zusammenstellung der Patientenunterlagen für das Zweitmeinungsverfahren bei Eingriffen an Aortenaneurysmen eingriffsspezifisch mit der GOP 01645K auch durch den Facharzt für Radiologie durchgeführt und abgerechnet werden.

Weitere Informationen zu allen derzeit möglichen Zweitmeinungsverfahren mit den jeweiligen Voraussetzungen und Informationen zur Abrechnung finden Sie unter [www.kvb.de/mitglieder/patientenversorgung/qualitaetssicherung/zweitmeinung](http://www.kvb.de/mitglieder/patientenversorgung/qualitaetssicherung/zweitmeinung)

### Telemonitoring: Neue Kostenpauschale für Transmitterkosten

*Beschluss aus der 784. Sitzung des Bewertungsausschusses (schriftliche Beschlussfassung)*

Wegen der Schwierigkeiten bei der bisherigen Kostenerstattung externer Übertragungsgeräte (Transmitter), die im Rahmen des Telemonitorings von Patienten mit Herzinsuffizienz und der telemedizi-

nischen Funktionsanalyse zum Einsatz kommen, durch die zuständige Krankenkasse des Patienten hat der Bewertungsausschuss die Kostenerstattung mit Wirkung zum 1. Juli 2025 neu geregelt.

Ab dem 1. Juli 2025 erfolgt die Versorgung von Patienten im Rahmen des Telemonitorings bei Herzinsuffizienz und telemedizinischer Funktionsanalyse, welche nicht bereits mit einem Transmitter ausgestattet sind, direkt durch den primär behandelnden Arzt beziehungsweise das zuständige Telemedizinische Zentrum (TMZ). Für die anfallenden Gerätekosten und sämtliche Funktions-, Service- und Betriebskosten im Zusammenhang mit der Nutzung des Transmitters (zum Beispiel Infrastrukturkosten, Austausch bei Defekt), wird die neue Kostenpauschale 40909 in den EBM aufgenommen:

**Neu: GOP 40909** – Kostenpauschale für einen erforderlichen Transmitter im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistung(en) nach der/den Gebührenordnungsposition(en) 04414, 04416, 13574, 13576 oder 13584,  
EBM-Bewertung: 396,67 Euro

- Einmal im Krankheitsfall berechnungsfähig, höchstens dreimal je Patient.
- Sofern beim Wechsel des kardialen Aggregats (zum Beispiel Ende der Batterielaufzeit) ein neuer Transmitter erforderlich wird, kann die GOP 40909 je Patient erneut einmal im Krankheitsfall, bis zu insgesamt dreimal, abgerechnet werden. Wir empfehlen bei wiederholter Abrechnung der GOP 40909 im Krankheitsfall einen entspre-

chenden Vermerk in das Begründungsfeld (Feldkennung 5009) zur GOP einzutragen.

**Generell gilt:**

- Die Kostenpauschale 40909 kann nicht bei Patienten abrechnet werden, die bereits mit einem Transmitter ausgestattet sind. Der behandelnde Arzt ist verpflichtet, sich diesbezüglich zu erkundigen. Wir empfehlen eine entsprechende Dokumentation in der Praxis-/Patientenakte, um im Falle eines Kassenantrags den eigenen Vergütungsanspruch belegen zu können.
- Bei notwendigem Austausch des Transmitters (zum Beispiel bei Defekt) ohne Wechsel des implantierten Aggregats ist die Kostenpauschale nicht erneut berechnungsfähig. Ferner ist kein zusätzlicher Erstattungsanspruch des Herstellers möglich.
- Auch beim vorzeitigen Aggregatsaustausch im Rahmen einer anerkannten Garantie/Regressleistung ist die Kostenpauschale 40909 nicht erneut berechnungsfähig und kein zusätzlicher Erstattungsanspruch des Herstellers möglich.
- Ein über die Kostenpauschale 40909 hinausgehender Kostenersatzanspruch des Herstellers oder des Vertragsarztes gegenüber der Krankenkasse oder dem Versicherten ist ausgeschlossen.

**Vergütung**

Für die neue GOP 40909 empfiehlt der Bewertungsausschuss die Vergütung außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung. Die Umsetzung dieser Empfehlung auf

Landesebene ist mit den Krankenkassen in Bayern noch zu vereinbaren.

**ePA-Leistungen – Überprüfung der Vergütung und Leistungsstruktur verlängert**

*Beschluss aus der 786. Sitzung des Bewertungsausschusses (schriftliche Beschlussfassung)*

Die Frist für die Überprüfung auf notwendige Anpassungen bei der Bewertung und Leistungsstruktur der Gebührenordnungspositionen im Zusammenhang mit der elektronischen Patientenakte (GOPen 01648, 01647 und 01431) wurde bis zum 30. September 2025 verlängert. Sofern im Ergebnis Anpassungen erforderlich sind, wird der Bewertungsausschuss hierüber mit Wirkung zum 1. Oktober 2025 entscheiden.

Informationen rund um die ePA mit ihren technischen Voraussetzungen finden Sie unter [www.kvb.de/mitglieder/praxisfuehrung/it-online-services-ti/elektronische-patientenakte](http://www.kvb.de/mitglieder/praxisfuehrung/it-online-services-ti/elektronische-patientenakte).

**Kostenpauschalen In-vitro-Diagnostik: Ergänzung GOP 01870**

*Beschluss aus der 787. Sitzung des Bewertungsausschusses (schriftliche Beschlussfassung)*

Im Rahmen der EBM-Weiterentwicklung Labor wurden für die In-vitro-Diagnostik zum 1. Januar 2025 neue Kostenpauschalen im Kapitel 40 für das Entnahmematerial, die digitale Auftragserteilung und -nachverfolgung sowie den Transport in den EBM aufgenommen.

Der Bewertungsausschuss hat rückwirkend zum 1. Juli 2025 die pränatale Untersuchung fetaler DNA aus

mütterlichem Blut auf eine Trisomie 13, 18 oder 21 nach der GOP 01870 in den Ziffernkränzen der Kostenpauschalen 40090 (Entnahmematerial), 40092 (digitale Auftragserteilung und -nachverfolgung) und 40094 (Transport) ergänzt. Damit können diese Kostenpauschalen auch bei Durchführung und Abrechnung der GOP 01870 berechnet werden. Die Abrechnungsvoraussetzungen für die Kostenpauschalen gelten unverändert fort.

Weitergehende Informationen zur Weiterentwicklung Labor 2025 finden Sie unter [www.kvb.de/mitglieder/abrechnung](http://www.kvb.de/mitglieder/abrechnung).

**Dermato-pathologische Zusatzweiterbildung – Aktualisierung Präambel 10.1 Nr. 5 EBM**

*Beschluss aus der 787. Sitzung des Bewertungsausschusses (schriftliche Beschlussfassung)*

Die erforderliche Qualifikation, die Dermatologen zur Abrechnung von dermato-pathologischen GOPen 19310, 19312 und 19320 berechtigt, wird sprachlich an die aktuell gültige (Muster-)Weiterbildungsordnung angepasst.

Dermatologen, die die Zusatz-Weiterbildung „Dermatohistologie“ führen oder einen Nachweis über eine zweijährige dermatohistologische Weiterbildung eingereicht haben, können die GOPen 19310, 19312 und 19320 weiterhin erbringen und abrechnen. Der EBM schließt auch vorher erworbene Bezeichnungen mit ein (Allgemeine Bestimmungen 1.9 EBM).

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

## EBM-Änderungen zum 1. Oktober 2025

Zum 1. Oktober 2025 wurden Änderungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) beschlossen. Nachfolgend stellen wir Ihnen diese kurz dar.

Der Beschluss des Bewertungsausschusses aus seiner 785. Sitzung wurde auf der Internetseite des Instituts des Bewertungsausschusses unter [www.institut-des-bewertungsausschusses.de](http://www.institut-des-bewertungsausschusses.de) in der Rubrik Ergänzter Bewertungsausschuss/Beschlüsse veröffentlicht. Der Beschluss steht noch unter dem Vorbehalt der Nichtbeanstandung durch das Bundesministerium für Gesundheit.

### Aufnahme der Altersgruppe der Heranwachsenden in den EBM

*Beschluss aus der 785. Sitzung des Bewertungsausschusses (schriftliche Beschlussfassung)*

Gemäß der (Muster-)Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer dürfen Fachärztinnen und -ärzte für Kinder- und Jugendmedizin Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche und Heranwachsende behandeln. Ein Heranwachsender ist laut Paragraf 1 Absatz 2 Jugendgerichtsgesetz jede Person, die das 18. Lebensjahr, aber das 21. Lebensjahr noch nicht vollendet hat.

Folgende Anpassungen werden zum 1. Oktober 2025 im EBM vorgenommen:

- In die Allgemeinen Bestimmungen 4.3.5 EBM wird die Definition für die Altersgruppe der Heranwachsenden nach Jugendgerichtsgesetz aufgenommen.
- In der Präambel zum EBM-Kapitel 4 (Versorgungsbereich der Kinder- und Jugendmedizin) wird klargestellt, dass die Gebühren-

ordnungspositionen dieses Kapitels für Versicherte bis zum vollendeten 21. Lebensjahr berechnungsfähig sind.

- Die Leistungslegenden und/oder Leistungsinhalte verschiedener GOPen des EBM-Kapitels 4 werden bezüglich der Altersgruppe angepasst.

Die Ausnahmeregelung zur Weiterbehandlung erwachsener Patienten durch Kinder- und Jugendärzte im Einzelfall gilt weiterhin.

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

## Kostenpauschalen In-vitro-Diagnostik

Im Rahmen der EBM-Weiterentwicklung Labor wurden für die In-vitro-Diagnostik zum 1. Januar 2025 neue Kostenpauschalen im Kapitel 40 für das Entnahmematerial, die digitale Auftragserteilung und -nachverfolgung sowie den Transport in den Abschnitt 40.3 EBM aufgenommen. Bei der Abrechnung dieser fünf neuen Kostenpauschalen ist folgendes zu beachten:

- Die Kostenpauschalen 40089 bis 40095 können für weiterüberwiesene Fälle nicht erneut berechnet werden (Abschnitt 40.3 Nr. 1 EBM). Werden einzelne oder alle Auftragsleistungen zur Durchführung an eine andere Arztpraxis weiterüberwiesen, sind auf dem Überweisungsauftrag die Auftragsleistungen als weiterüberwiesene Auftragsleistungen entsprechend zu kennzeichnen.
- Die digitale Auftragserteilung und -nachverfolgung sowie der Transport nach den Kostenpauschalen 40092 bis 40095 sind innerhalb eines Medizinischen Versorgungszentrums, einer (Teil-)Berufsausübungsgemeinschaft, zwischen Betriebsstätten derselben Arztpraxis, innerhalb einer Apparate- beziehungsweise Laborgemeinschaft oder innerhalb eines Krankenhausgeländes nicht berechnungsfähig (Abschnitt 40.3 Nr. 2 EBM).

Weitergehende Informationen zur Weiterentwicklung Labor 2025 finden Sie unter [www.kvb.de/mitglieder/abrechnung](http://www.kvb.de/mitglieder/abrechnung).

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

## Fallbesprechung Jugendamt GOP 01682

Die GOP 01682 (128 Punkte, 15,86 Euro) ist für eine mit dem Jugendamt geführte Fallbesprechung zur Gefährdungseinschätzung (persönlich, telefonisch oder im Rahmen einer Videofallkonferenz) im Rahmen der mit dem Bayerischen Landkreistag und dem Bayerischen Städtetag geschlossenen Kooperationsvereinbarungen zum Kinder- und Jugendschutz berechnungsfähig.

Bitte beachten Sie, dass die GOP 01682 nach dem EBM nur abrechenbar ist, wenn die Fallbesprechung vom Jugendamt initiiert worden ist.

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

## G-BA: Aggressives Non-Hodgkin-Lymphom – Einsatzbereiche PET/CT

Die Einsatzbereiche des PET/CT beziehungsweise des PET beim aggressiven Non-Hodgkin-Lymphom in der vertragsärztlichen Versorgung sind erweitert worden. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat hierfür am 20. März 2025 die Richtlinie „Methoden vertragsärztliche Versorgung“ entsprechend angepasst. Der Beschluss trat am 4. Juni 2025 in Kraft.

Bei aggressiven Non-Hodgkin-Lymphomen handelt es sich um eine Krebserkrankung des lymphatischen Systems. Die Behandlung ist hochkomplex und richtet sich nach dem jeweiligen Erkrankungsstadium.

Künftig kann das PET/CT bei sämtlichen Untersuchungen zur Bestimmung des Stadiums (Staging-Untersuchungen) bei aggressiven Non-Hodgkin-Lymphomen eingesetzt werden, statt wie bisher nur zum Behandlungsbeginn (Initial-Staging). Das PET kann auch eingesetzt werden, wenn ein Verdacht auf Transformation eines aggressiven Non-Hodgkin-Lymphoms aus einem follikulären Lymphom bei unklaren Ergebnissen der bildgebenden Standarddiagnostik bezüglich der bevorzugt zu biopsierenden Läsion besteht. Ausgenommen hiervon ist der Einsatz der PET in der Routine-Nachsorge von Patientinnen und Patienten ohne begründeten Verdacht auf ein Rezidiv.

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

Die oben genannten Einsatzbereiche können erst dann als Kassenleistung erbracht und abgerechnet werden, wenn entsprechende Leistungen in den Einheitlichen Bewer-

tungsmaßstab (EBM) aufgenommen wurden. Für die Anpassung des EBM hat der Bewertungsausschuss bis zu sechs Monate nach Inkrafttreten der Richtlinie Zeit. Eine Ergänzung der bestehenden Qualitäts-sicherungsvereinbarung gemäß Paragraph 135 Absatz 2 SGB V ist zeitgleich vorgesehen.

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

Sie finden den Beschluss des G-BA sowie die Richtlinie „Methoden vertragsärztliche Versorgung“ (MVV-RL) unter [www.g-ba.de/informationen/richtlinien](http://www.g-ba.de/informationen/richtlinien).

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

## Videosprechstunden: Obergrenzen

Die Begrenzungsregelungen für ausschließliche Videofälle im Quartal wurden vom Bewertungsausschuss auf Bitte des Gesundheitsministeriums rückwirkend zum 1. April 2025 vereinfacht. Es können nun generell bis zu 50 Prozent aller Patienten einer Praxis im Quartal im Rahmen von ausschließlichen Videosprechstunden behandelt werden. Die Differenzierung in bekannte und unbekannte Patienten entfällt. Damit können mehr Videosprechstunden auch mit solchen Patienten durchgeführt werden, die in keinem der drei Vorquartale persönlich oder noch nie in der Praxis waren.

Die weiteren Regelungen zur Durchführung von Videosprechstunden (wie unter anderem die Qualitätsanforderungen und die Kennzeichnung von ausschließlichen Videofällen) gelten unverändert.

Weitere Informationen zur Vergütung von Videosprechstunden mit Details zur Kennzeichnung der GOPen und Begrenzungen im Rahmen der Videosprechstunde finden sie unter [www.kvb.de/mitglieder/praxis-fuehrung/it-online-services-ti/videosprechstunde](http://www.kvb.de/mitglieder/praxis-fuehrung/it-online-services-ti/videosprechstunde)

Der Beschluss des Bewertungsausschusses aus seiner 790. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) wurde auf der Internetseite des Instituts des BA unter <https://institut-ba.de/ba/beschluesse.html> unter dem Vorbehalt der Nichtbeanstandung durch das Bundesministerium für Gesundheit veröffentlicht.

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

## Kataraktvereinbarungen: Beendigung

Die bayerischen Vereinbarungen über die strukturelle und finanzielle Förderung ambulanter Kataraktoperationen, kurz Kataraktvereinbarungen, mit allen Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen enden zum 30. September 2025.

Die Pauschalen der Kataraktvereinbarungen nach den Abrechnungsnummern 97441 bis 97445 sind daher nur noch bis zum 30. September 2025 abrechenbar. Ab dem 1. Oktober 2025 sind sämtliche ärztlichen Leistungen, die im Zusammenhang mit ambulanten Kataraktoperationen erbracht werden, ausschließlich nach den entsprechenden Gebührenordnungspositionen des EBM abzurechnen.

Die Beendigung der Kataraktvereinbarungen hat keine Auswirkungen auf die Abrechnung von Sachkosten im Rahmen von Kataraktoperationen. Die diesbezüglichen Erstattungsregelungen bestehen unverändert fort.

Die an den bayerischen Kataraktvereinbarungen teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte wurden bereits per Serviceschreiben im Mitgliederportal „Meine KVB“ über die Beendigung informiert.

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

## Ergänzungen der Arzneimittel-Richtlinie

### Anlage II: Lifestyle-Arzneimittel

Melatonin Vitabalans wird aufgrund seines zugelassenen Anwendungsgebiets – zur kurzzeitigen Behandlung des Jetlags bei Erwachsenen – als Lifestyle-Arzneimittel eingestuft und damit auch in Anlage II der Arzneimittel-Richtlinie gelistet.

Das neue Anwendungsgebiet – zur Behandlung von Einschlafstörungen (Insomnie) bei Kindern und Jugendlichen zwischen sechs und 17 Jahren mit ADHS, wenn Schlafhygienemaßnahmen unzureichend waren – fällt nicht unter diesen Verordnungsausschluss.

### Anlage IIa

In dem neu geschaffenen Paragraphen 14a sowie der neu geschaffenen Anlage IIa der Arzneimittel-Richtlinie wird klargestellt, dass apothekenpflichtige Fertigarzneimittel mit den Wirkstoffen Nicotin und Vareniclin in evidenzbasierten Programmen zur Tabakentwöhnung verordnet werden können.

### Anlage III: Verordnungseinschränkungen und -ausschlüsse

Vor dem Hintergrund der Änderung der Zulassung melatoninhaltiger Arzneimittel wurde die Anlage III, Nummer 32 – Hypnotika/Hypnogene oder Sedativa – angepasst. Die folgenden verordnungsfähigen Ausnahmeregelungen wurden aktualisiert:

- „für die Behandlung von Schlafstörungen (Insomnie) bei Kindern und Jugendlichen von zwei bis 18 Jahren mit Autismus-Spektrum-Störung und/oder neurogenetischen Störungen mit abweichender diurnaler Melatonin-

Sekretion und/oder nächtlichem Erwachen, wenn Schlafhygienemaßnahmen unzureichend waren.“

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

Die anderen verordnungsfähigen Ausnahmen in Nummer 32 der Anlage III bleiben unverändert.

In unserem „Verordnung Aktuell“ zum Thema „Verordnung von Hypnotika/Hypnogene oder Sedativa“ finden Sie diese Änderung, sowie alle weiteren Ausnahmeregelungen übersichtlich aufgeführt.

**Anlage V: Medizinprodukte**

Für TauroSept® wurde die Befristung der Verordnungsfähigkeit bis 4. Juli 2029 verlängert. Der G-BA

hat erstmals ein sogenanntes „sonstiges Produkt zur Wundbehandlung“ in die Liste der verordnungsfähigen Medizinprodukte aufgenommen (siehe Tabelle).

**Anlage Va: Verbandmittel**

Sonstige Produkte zur Wundbehandlung können nach Prüfung des medizinischen Nutzens durch den G-BA und Aufnahme in die Anlage V der Arzneimittel-Richtlinie verordnungsfähig werden. Während einer Übergangsfrist bis 2. Dezember 2025 bleiben solche Produkte zur Wundbehandlung zulasten der GKV verordnungsfähig. Bitte achten Sie auf eine wirtschaftliche Verordnung.

Neu in Teil 3 - sonstige Produkte zur Wundbehandlung – aufgenommen sind hierbei Honig und Produkte mit dem Bestandteil Honig, soweit nach der Anwendung direkter Wundkontakt des Honigs oder Abgabe von Bestandteilen des Honigs in die Wunde möglich ist. Bei einem direkten Wundkontakt eines honighaltigen Produktes ist davon auszugehen, dass pharmakologisch wirksame Substanzen in die Wunde abgegeben werden und dort in Wechselwirkung mit menschlichen Zellen beziehungsweise den dort vorhandenen Bakterien treten und auf diese Weise immunmodulierend und insbesondere antibakteriell wirken.

Die Aufnahme in Anlage V (verordnungsfähige Medizinprodukte) steht noch aus. Deshalb sind honighaltige Produkte nur noch während der Übergangsfrist (formal) verordnungsfähig. Es können wirtschaftliche Gründe gegen eine Verordnung sprechen.

**Anlage VIIa: Biologika und Biosimilars**

Mit dem G-BA-Beschluss werden die bestehenden Hinweise zur Austauschbarkeit von biologischen Referenzarzneimitteln für die ärztliche Verordnung sowie für die Ersetzung von verordneten biotechnologisch hergestellten Fertigarzneimitteln bei parenteralen Zubereitungen durch Apotheken in Anlage VIIa zur AM-RL aktualisiert.

- zum Wirkstoff „Aflibercept“ wird „Pavblu“ eingefügt
- zum Wirkstoff „Filgrastim“ wird „Grastofil“ gestrichen
- zum Wirkstoff „Pegfilgrastim“ wird „Dyrupeg“ eingefügt
- zum Wirkstoff „Denosumab“ wird „Osvyrti“ und „Jubereq“ eingefügt
- zum Wirkstoff „Ustekinumab“ wird „Qoyvolma“ eingefügt

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

Produkt	medizinisch notwendige Fälle	Befristung Verordnungsfähigkeit
UrgoStart Tül	Zur Wundbehandlung von diabetischen Fußulzera nach Ausschluss einer kritischen Ischämie bei Erwachsenen, deren Wunden nicht infiziert sind und bei denen nach einer mindestens zweiwöchigen Behandlung mit Verbandmitteln nach Paragraph 53 der Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL) ein Heilungsfortschritt ausblieb.	5. Mai 2027

## FAQ zur Verordnung von Impfstoffen

Unsere FAQ zur Verordnung von Impfstoffen haben wir um folgenden Punkt ergänzt:

### Frage:

Darf ich meine Patientinnen und Patienten nach einer Chemotherapie oder Stammzelltransplantation erneut grundimmunisieren?

### Antwort:

Ja! Nach abgeschlossener Chemotherapie/Stammzelltransplantation und entsprechender Wartezeit (Totimpfstoffe mindestens drei Monate, Lebendimpfstoffe länger) ist eine erneute Grundimmunisierung aller Standardimpfungen möglich. Eine Titerbestimmung ist nicht vorgeschrieben.

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

## Außerklinische Intensivpflege – Potenzialerhebung

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat eine neue dauerhafte Ausnahmeregelung von der verpflichtenden Potenzialerhebung beschlossen: Bei Patientinnen und Patienten, die bis einschließlich 30. Juni 2025 Leistungen der außerklinischen Intensivpflege erhalten haben, ist eine Potenzialerhebung nicht zwingend notwendig. Sie erfolgt für diesen Kreis nur noch bei Anzeichen für ein Entwöhnungsbeziehungsweise Dekanülierungspotenzial oder auf Wunsch der Betroffenen. Folgeverordnungen von außerklinischer Intensivpflege sind für diesen Personenkreis künftig bis zu zwölf Monate möglich.

In einem „Verordnung Aktuell“ zu diesem Thema beschreiben wir die neue Ausnahmeregelung für Sie ausführlich und geben Ihnen außerdem einen Überblick über die Richtlinie sowie deren Umsetzung.

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

## Rehasport und Funktionstraining

Die von der Patientin beziehungsweise dem Patienten durch Vorlage der vertragsärztlichen Verordnung beantragten Leistungen bedürfen der Genehmigung durch die Krankenkasse. Die Genehmigung der Krankenkasse ist vor Beginn des Rehabilitationssports beziehungsweise des Funktionstrainings (auch bei Folgeverordnungen) durch die Patienten einzuholen. Mit Hilfe des Musters 56 können Sie zum Antrag der Patientin beziehungsweise des Patienten Stellung nehmen.

### Genehmigungsverzicht

Die AOK Bayern und die Salus BKK (ab 1. September 2025) verzichten auf die Genehmigung von Muster-56-Vordrucken im Bereich Rehasport und Funktionstraining.

Dies gilt für alle Erst- und Folgeverordnungen. Die Voraussetzung einer Verordnung bleibt die ärztlich zu beurteilende medizinische Notwendigkeit. Die Verbände der Leistungserbringer sowie die anerkannten Rehasport-/Funktionstrainingsgruppen wurden informiert. Die ärztliche Verordnung (Muster 56) muss damit vor Antritt der Maßnahme nicht mehr bei der AOK Bayern beziehungsweise der Salus BKK (ab 1. September 2025) vorgelegt werden. Hier versicherte Patientinnen und Patienten können sich direkt nach Erhalt der Verordnung an eine anerkannte Rehasport-/Funktionstrainingsgruppe wenden und die Maßnahme unter Vorlage des Musters 56 beginnen.

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

## Verordnungsbefugnisse Psychotherapeuten

In verschiedenen Richtlinien der veranlassten Leistungen bestehen spezifische Verordnungsbefugnisse für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten.

Um der Änderung des Psychotherapeutengesetz nachzukommen, wurde die neue Berufsgruppe der Fachpsychotherapeutinnen und Fachpsychotherapeuten für Erwachsene, der Fachpsychotherapeutinnen und Fachpsychotherapeuten für Kinder und Jugendliche sowie der Fachpsychotherapeutinnen und Fachpsychotherapeuten für Neuro-psychologische Psychotherapie zusätzlich zu den Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie den Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten zur Verordnung von Leistungen in Krankentransport-Richtlinie, Häusliche Krankenpflege-Richtlinie, Heilmittel-Richtlinie, Krankenhauseinweisungs-Richtlinie, Rehabilitations-Richtlinie und Soziotherapie-Richtlinie ergänzend aufgenommen.

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

## Einführung der Computertomographie-Koronarangiographie (CCTA) zum 1. Juli 2025

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und der GKV-Spitzenverband haben die Qualitätssicherungsvereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie zum 1. Juli 2025 angepasst und die Voraussetzungen zur Erteilung einer Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung der Computertomographie-Koronarangiographie (CCTA) in der vertragsärztlichen Versorgung festgelegt.

Hintergrund ist der Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) vom 18. Januar 2024, in Kraft getreten am 27. April 2024, mit dem die Aufnahme der CCTA bei Verdacht auf eine chronische koronare Herzkrankheit (cKHK) in die Nr. 42 der Anlage I der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung aufgenommen wurde. Der G-BA hat in seinem Beschluss auch Vorgaben zur Struktur- und Prozessqualität festgelegt und auf die zu beschließende Anpassung der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie hinsichtlich der Voraussetzungen für die Erteilung einer Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung der CCTA hingewiesen.

Im Folgenden sind die wichtigsten Regelungen der angepassten Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie (im Folgenden: Vereinbarung) zur CCTA dargestellt.

### Übergangsregelung

Die Übergangsregelung in Paragraph 20 Absatz 3 der Vereinbarung betrifft Ärztinnen und Ärzte, die vor Inkrafttreten der ab 1. Juli 2025 gültigen Fassung der Vereinbarung über eine Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistun-

gen der CCTA nach dem EBM verfügen (vergleiche Protokollnotiz Nr. 2, Satz 2 zum Beschluss des erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 83. Sitzung vom 11. Dezember 2024 in Verbindung mit Nr. 42 der Anlage I der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung). Diese Ärztinnen und Ärzte erhalten eine Genehmigung nach der angepassten Vereinbarung mit der Auflage, die erfolgreiche Teilnahme am Kolloquium nach Paragraph 7 Absatz 1 Buchstabe b beziehungsweise nach Paragraph 7 Absatz 3 der Vereinbarung oder die gleichwertige Prüfung nach Paragraph 17 Absatz 3 der Vereinbarung innerhalb von sechs Monaten nach Inkrafttreten der Vereinbarung zum 1. Juli 2025 nachzuweisen. Als „gleichwertige Prüfung“ wird ein aktuell gültiges Zertifikat zur Zusatzqualifikation „Kardiovaskuläre Radiologie Q2 (Herz-CT)“ der Deutschen Röntgen-gesellschaft anerkannt.

### Anforderungen zur Erteilung einer CCTA-Genehmigung bei Neuanträgen

#### Fachliche Voraussetzungen

Folgende Anforderungen an die fachliche Befähigung sind für die CCTA-Genehmigung kumulativ nachzuweisen:

- die für den Strahlenschutz erforderliche Fachkunde nach Paragraph 47 Strahlenschutzverordnung, vergleiche Paragraph 4 Nr. 1 der Vereinbarung
- Befundung der CCTA in mindestens 150 Fällen und Durchführung der CCTA in mindestens 50 Fällen, jeweils unter Anleitung eines bereits erfahrenen Anwenders, vergleiche Paragraph 7 Absatz 1 Buchstabe b, Absatz 2 Buchstabe c der Vereinbarung

- Als „erfahren“ gelten dabei Ärztinnen und Ärzte, die selbst die fachlichen Anforderungen für die CCTA nach der Vereinbarung erfüllen (das heißt mindestens 150 CCTA-Befundungen und 50 CCTA-Durchführungen erbracht haben), vergleiche Paragraf 7 Absatz 1 Buchstabe b der Vereinbarung.
- Befundungen und Durchführungen der CCTA, die vor dem Inkrafttreten des G-BA-Beschlusses am 27. April 2024 selbstständig erfolgten, werden anerkannt, vergleiche Paragraf 20 Absatz 2 der Vereinbarung.
- erfolgreiche Teilnahme an einem Kolloquium, vergleiche Paragraf 7 Absatz 1 Buchstabe b, Absatz 3 Satz 1 der Vereinbarung
- Anstelle des Kolloquiums kann auch ein gleichwertiger Prüfungsnachweis nachgewiesen werden, vergleiche Paragraf 7 Absatz 1 Buchstabe b und Paragraf 17 Absatz 3 Satz 2 der Vereinbarung. Als „gleichwertiger Prüfungsnachweis“ in diesem Sinne wird ein aktuell gültiges Zertifikat zur Zusatzqualifikation „Kardiovaskuläre Radiologie Q2 (Herz-CT)“ der Deutschen Röntgengesellschaft anerkannt.

### Apparative und organisatorische Voraussetzungen

Für die CCTA-Genehmigung sind folgende apparative Anforderungen nachzuweisen, vergleiche Paragraf 11 Absatz 4 der Vereinbarung:

- Computertomograph mit mindestens 64 Detektorzeilen
- Kontrastmitteleinbringung
- EKG-getriggerte Bildakquisition

Darüber hinaus sind bei der CCTA folgende organisatorische Anforderungen zu erfüllen, vergleiche Paragraf 13 b der Vereinbarung:

- Die CCTA darf zulasten der Krankenkassen erbracht werden bei Patientinnen und Patienten, bei denen nach Bestimmung einer Vortestwahrscheinlichkeit (VTW) von mindestens 15 Prozent weiterhin der Verdacht auf eine chronische koronare Herzkrankheit (cKHK) besteht oder wenn die Durchführung der CCTA im Zusammenhang mit einem bereits geplanten operativen Eingriff am Herzen unabhängig von der Feststellung oder Behandlung einer cKHK zum Ausschluss cKHK medizinisch notwendig ist.
- Liegt die VTW für das Vorliegen einer cKHK zwischen 15 und 50 Prozent, soll die Abklärung durch eine CCTA erfolgen.
- Es ist während der Untersuchung eine Zielherzfrequenz von  $\leq 60$  Schlägen pro Minute anzustreben.
- Vor der CCTA ist eine native computertomographische Darstellung des Herzens mit Bestimmung des Koronarkalks durchzuführen.
- Nachbeobachtung gemäß den Arzneimittelinformationen des Kontrastmittels beziehungsweise der Medikamente.
- Zur Befundung sind die erstellten Original-Schnittbilder (Quellbilder) heranzuziehen.
- Erstellung von geeigneten Rekonstruktionen zur sicheren Befunddokumentation.
- Die Entscheidung zum weiteren Vorgehen, insbesondere bei unklaren oder komplexen Befunden, sollte nach Möglichkeit interdisziplinär mindestens unter Ein-

beziehung radiologischer und kardiologischer Fachexpertise erfolgen.

Die Mindestanforderungen an die ärztliche Dokumentation sind detailliert in Paragraf 13 c der Vereinbarung geregelt. Auf den Inhalt der Vorschrift wird insoweit verwiesen.

In Paragraf 13 d der Vereinbarung ist eine regelmäßige stichprobenartige Überprüfung der ärztlichen Dokumentation zur CCTA vorgesehen. Sie richtet sich auf die Vollständigkeit der Dokumentation und die Nachvollziehbarkeit der Entscheidung zur Indikationsstellung, des Befunds und der Empfehlung zum weiteren Vorgehen, vergleiche Paragraf 13 d Absatz 2 der Vereinbarung. Die Überprüfung erfolgt erstmals ab dem 1. Januar 2026 und ist auf fünf Jahre bis 31. Dezember 2030 befristet, vergleiche Absatz 1 der Protokollnotizen zur CCTA zur Vereinbarung. Dabei werden jährlich bei vier Prozent der Ärztinnen und Ärzte, die CCTA abrechnen, die schriftlichen und bildlichen Dokumentationen von zwölf abgerechneten Fällen angefordert, vergleiche Paragraf 13 d Absatz 1 der Vereinbarung. Die Einzelheiten zur Beurteilung der Dokumentationen, zu den Bestehenskriterien sowie den Konsequenzen bei nicht bestandener Prüfung sind in Paragraf 13 d Absatz 4 bis 8 der Vereinbarung geregelt.

Die ab 1. Juli 2025 gültige Fassung der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie kann unter [www.kbv.de](http://www.kbv.de) in der Rubrik *Praxis/Qualität/Qualitätssicherung/Ambulante Qualitätssicherung/Strahlendiagnostik und -therapie* abgerufen werden.

## KVB-Seminare 2025

Die Anlage I Nr. 42 der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung ist unter [www.g-ba.de](http://www.g-ba.de) in der Rubrik Richtlinien/Methodenbewertung (und dazugehörige Qualitätssicherung)/Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung abrufbar.

Die CCTA wird in den Antrag auf Genehmigung zur Computertomographie integriert. Die entsprechend angepassten Anträge sind in Kürze online unter MEINE KVB, vergleiche <https://dienste.kvb.de/mpgen/antrag/CT/antragsteller>, oder unter [www.kvb.de/mitglieder/praxisfuehrung/service/formularservice](http://www.kvb.de/mitglieder/praxisfuehrung/service/formularservice) unter Buchstabe „C“/Computertomographie verfügbar.

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

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](http://www.kvb.de/mitglieder/praxisfuehrung/fortbildungsangebot) unter „Terminsuche“.

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

Wir freuen uns auf Ihre Teilnahme.

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

## Arbeitsrecht – Basics für vertragsärztlich und -psychotherapeutisch Tätige

### Zielgruppe

- Vertragsärztinnen und -ärzte
- Angestellte Ärztinnen und Ärzte
- Vertragspsychotherapeutinnen und -therapeuten
- Angestellte Psychotherapeutinnen und -therapeuten

### Ihr Mehrwert

Schlagen Sie sich noch durch den „Paragrafen-Dschungel“ des Arbeitsrechts? Mit der eigenen Praxis sind Sie nicht nur in Ihrer ärztlichen beziehungsweise psychotherapeutischen Rolle gefragt. Zusätzlich werden Sie in Ihrer unternehmerischen Funktion als Arbeitgeberin und Arbeitgeber gefordert. Die Vielzahl der gesetzlichen Regelungen machen es dabei sowohl Praxisneugründerinnen und -gründern als auch „alten Hasen“ oft schwer, den Überblick zu behalten.

In diesem Seminar geben wir Ihnen einen profunden Überblick zu arbeitsrechtlichen Themen für Ihre Praxis. Nutzen Sie die Chance und erhalten Sie wertvolle Tipps zum Umgang mit möglichen Fallstricken im Arbeitsrecht.

### Inhalt

- Arbeitsrechtliche Grundlagen für die Beschäftigung von Praxispersonal, Auszubildenden und ärztlichen/psychotherapeutischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern
- Möglichkeiten und Fallstricke der Beendigung eines Arbeitsverhältnisses
- Individualarbeitsrechtliche Fallstricke
- Haftung für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter
- Arbeitsrechtliche Besonderheiten bei der Praxisübernahme
- Möglichkeiten der ärztlichen Mitarbeit in einer Praxis (zum Beispiel Job-Sharing, Anstellung, Assistenz, Vertretung)
- Befreiung von der gesetzlichen Rentenversicherungspflicht bei Ärztinnen und Ärzten
- Fördermöglichkeiten
- 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

### Seminardaten

20. November 2025	16.00 bis 19.30 Uhr	Online-Seminar
-------------------	---------------------	----------------

## Meine KVB – Das Mitgliederportal effizient nutzen

### Zielgruppe

- Vertragsärztinnen und -ärzte
- Angestellte Ärztinnen und Ärzte
- Vertragspsychotherapeutinnen und -therapeuten
- Angestellte Psychotherapeutinnen und -therapeuten
- Nichtärztliches Praxispersonal

### Ihr Mehrwert

Als zentrale Mitglieder-Plattform ist ‚Meine KVB‘ Ihr täglicher Begleiter im Praxisbetrieb. Nutzen Sie die Gelegenheit und erfahren in diesem Seminar, wie Sie die Funktionen und Services in ‚Meine KVB‘ noch einfacher und zielgerichteter in Ihrer Praxis einsetzen können.

Unsere erfahrenen Beraterinnen und Berater führen Sie in Live-Demos durch die Anwendung. Profitieren auch Sie von wertvollen Hinweisen zu Themen wie zum Beispiel „Unterlagen korrekt einreichen“ oder „Genehmigungen online beantragen“.

### Inhalte

- KVB-Benutzerkennung
- Token – „KV-Ident Plus“
- Überblick Mitgliederportal ‚Meine KVB‘
- Nachrichtencenter
- Persönliche Daten
- Praxisorganisation
- KVB-Börse
- Formulare und Anträge
- Fortbildung
- Dokumentation
- Honorar und Abrechnung
- Beratungsangebot der KVB

### Referenten

- KVB-Mitarbeiterinnen und -mitarbeiter

### Fortbildungspunkte

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

### Teilnahmegebühr

kostenfrei

### Seminardaten

30. Oktober 2025

10.00 bis 12.00 Uhr

Online-Seminar

