

# KVBBINFOS 01|24 02|24

## ABRECHNUNG

- 2 Die nächsten Zahlungstermine
- 2 Abrechnungsabgabe für das Quartal 4/2023
- 6 Honorarverteilungsmaßstab (HVM) ab 1. Januar 2024
- 8 EBM-Änderungen zum 1. Januar 2024
- 11 EBM-Änderungen zum 1. April 2024
- 12 TSVG: Notwendige Angaben bei Abrechnung von Terminvermittlungsfällen
- 13 Telefonische Krankschreibung ab 7. Dezember 2023

## VERORDNUNG

- 13 Ergänzungen der Arzneimittel-Richtlinie
- 13 FAQs zu Hilfsmitteln
- 13 Neue Produktgruppe 30 „Hilfsmittel zum Glukosemanagement“
- 14 Wirtschaftliche Verordnung von Abirateron
- 14 Off-Label-Use
- 14 Digitale Gesundheitsanwendungen
- 14 Genehmigung Rehasport/ Funktionstraining

## QUALITÄT

- 15 Computertomographie: Patienteninfo angepasst

## SEMINARE

- 15 Seminarangebot 2024

## HINWEIS ZU KVB-SEMINAREN

Unser Seminarangebot für 2024 ist online! Die Termine finden Sie unter [www.kvb.de/mitglieder/praxisfuehrung/fortbildungsangebot](http://www.kvb.de/mitglieder/praxisfuehrung/fortbildungsangebot).

Auf unserer Internetseite können Sie sich auch gleich online anmelden. Wir freuen uns auf Ihre Teilnahme.

## Die nächsten Zahlungstermine

<b>11. Januar 2024</b> Abschlagszahlung Dezember 2023
<b>31. Januar 2024</b> Restzahlung 3/2023
<b>12. Februar 2024</b> Abschlagszahlung Januar 2024
<b>11. März 2024</b> Abschlagszahlung Februar 2024
<b>10. April 2024</b> Abschlagszahlung März 2024
<b>30. April 2024</b> Restzahlung 4/2023
<b>10. Mai 2024</b> Abschlagszahlung April 2024
<b>10. Juni 2024</b> Abschlagszahlung Mai 2024
<b>10. Juli 2024</b> Abschlagszahlung Juni 2024
<b>31. Juli 2024</b> Restzahlung 1/2024
<b>12. August 2024</b> Abschlagszahlung Juli 2024
<b>10. September 2024</b> Abschlagszahlung August 2024
<b>10. Oktober 2024</b> Abschlagszahlung September 2024
<b>31. Oktober 2024</b> Restzahlung 2/2024
<b>11. November 2024</b> Abschlagszahlung Oktober 2024
<b>10. Dezember 2024</b> Abschlagszahlung November 2024

*Notarzdienst wegen individueller Berechnung  
zirka fünf Tage später*

## Abrechnungsabgabe für das Quartal 4/2023

### Abrechnungsabgabe

Wann?	Einreichung bis spätestens <b>Mittwoch, den 10. Januar 2024</b>
Wie?	online
Wo?	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ im KVB-Mitgliederportal „Meine KVB“ über Service „Honorar &amp; Abrechnung“ oder</li> <li>■ über den Kommunikationskanal KV-Connect</li> </ul>
Voraussetzungen	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Die Abrechnung muss vollständig und korrekt sein.</li> <li>■ Persönliche Leistungserbringung qualifikationsgebundener Leistungen insbesondere bei angestellten Ärztinnen und Ärzten, in Berufsausübungsgemeinschaften und Medizinischen Versorgungszentren.</li> <li>■ Sammelerklärung</li> </ul>
Verspätete Abgabe	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Sollten Sie einmal den Abgabetermin für Ihre Quartalsabrechnung (<b>bis spätestens zum zehnten Kalendertag des ersten Monats nach Abschluss des Abrechnungsquartals</b>) nicht einhalten können, besteht die Möglichkeit, eine Fristverlängerung online über das KVB-Mitgliederportal „Meine KVB“ unter Service „Honorar &amp; Abrechnung“ mit dem Suchbegriff „Fristverlängerung der Quartalsabrechnung“ zu beantragen. Hierbei erhalten Sie eine vom System generierte Eingangsbestätigung/Genehmigung. <b>Wichtig:</b> Eine Fristverlängerung ist aus prozesstechnischen Gründen <b>nur für längstens 14 Tage</b> möglich. Für Abrechnungen, die nach dem 24. Kalendertag des ersten Monats nach Abschluss des Abrechnungsquartals eingehen, können wir weder eine Verarbeitung noch die nächsten Abschlagszahlungen garantieren.</li> <li>■ Liegt ein außergewöhnlicher, begründeter <b>Ausnahmefall</b> (zum Beispiel Krankheit, Tod) vor, der eine Verlängerung der Abgabefrist außerhalb des regulären Bearbeitungsprozesses notwendig macht (also Abgabe nach dem 24. Kalendertag des ersten Monats nach Abschluss des Abrechnungsquartals), so können Sie die Fristverlängerung unter der E-Mail-Adresse <b>Terminverlaengerung@kvb.de</b> beantragen. Liegt ein <b>Ausnahmefall</b> vor, erhalten Sie von uns einen neuen Abgabetermin.</li> <li>■ <b>Hinweis:</b> Terminverlängerungen für Notarztabrechnungen und Abrechnungen Leitender Notärzte siehe Kapitel „<b>Sonstige Abrechnungen mit separaten Einreichungsterminen</b>“</li> </ul>
Wichtig	Eine mögliche Verlängerung der Abgabefrist bezieht sich nur auf die Abrechnung nicht bereits verjährter Fälle und nicht auf die elektronische Dokumentation der Qualitätssicherungs- und Zusatzvereinbarungen der KVB.
Empfangsbestätigung	Über den Eingang Ihrer Abrechnungsunterlagen können Sie eine Empfangsbestätigung unter der Faxnummer 09 41 / 39 63 - 6 87 80 anfordern.

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

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

Korrekturen notwendig?	Bitte senden Sie uns Ihre Korrekturwünsche <b>umgehend</b> zu.
Frist für Korrekturen	Sofern uns Ihr Korrekturwunsch <b>innerhalb eines Monats nach dem offiziellen Abrechnungsabgabetermin</b> erreicht, können wir die Änderungen noch aktuell in Ihrer Abrechnung berücksichtigen.
Frist verpasst?	Nach den Abrechnungsbestimmungen kann <b>ausnahmsweise innerhalb eines Monats nach Erhalt des Honorarbescheids</b> und der Richtigstellungsmitteilung eine Berichtigung/Ergänzung der Abrechnung noch beantragt werden, sofern <ul style="list-style-type: none"> <li>■ die eingereichte Abrechnung objektiv erkennbar unzutreffend ist und</li> <li>■ die Nichtvergütung der betroffenen Leistungen einen Honorarverlust zur Folge hätte, der einen unverhältnismäßigen Eingriff in den Vergütungsanspruch des Vertragsarztes darstellen würde.</li> </ul>
Anschrift	Kassenärztliche Vereinigung Bayerns „Abrechnungskorrekturen“ Vogelsgarten 6 90402 Nürnberg

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

### Sammelerklärung

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

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

### Zusätzliche Abrechnungsunterlagen auf dem Postweg

Zusätzliche Unterlagen	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ unterschriebene Sammelerklärung</li> <li>■ bei Behandlung von Patienten der Besonderen Kostenträger sind verpflichtend Unterlagen in Papierform einzureichen. Siehe „Checkliste Papierunterlagen Besko“.</li> </ul> <p>Wichtig: Es sind – auch aus Datenschutzgründen – ausschließlich die dort aufgeführten Unterlagen einzureichen!</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ gegebenenfalls Sachkostenrechnungen inklusive Deckblatt Rechnungseinreichung Sachkosten</li> </ul>
Anschrift für Briefsendungen	Kassenärztliche Vereinigung Bayerns „Quartalsabrechnung“ 93031 Regensburg
Anschrift für Päckchen/Pakete	Kassenärztliche Vereinigung Bayerns Bezirksstelle Oberpfalz Pommernstraße 17 + 19 Süd 93073 Neutraubling
Wichtig	Bitte vergessen Sie nicht, den Arztstempel einschließlich der Betriebsstättennummer auf den eingereichten Unterlagen sowie dem Briefumschlag anzubringen.
Fragen zur Einreichung der Abrechnung?	Bei Fragen erreichen Sie uns unter Telefon 0 89 / 5 70 93 – 4 00 10

Zur besseren Übersicht über die einzureichenden Scheine steht Ihnen die „Checkliste Papierunterlagen Besko“ sowie das Merkblatt „Abrechnung Besondere Kostenträger“ mit detaillierteren Informationen unter [www.kvb.de/mitglieder/abrechnung/abrechnungsprozess/#c1475](http://www.kvb.de/mitglieder/abrechnung/abrechnungsprozess/#c1475) unter „*Besondere Kostenträger*“ zur Verfügung. Es ist erforderlich, bei der Einreichung von Sachkostenrechnungen ein entsprechendes Deckblatt mit beizufügen. Dieses steht Ihnen unter [www.kvb.de/mitglieder/abrechnung/verguetungsvertraege/sachkostenerstattung](http://www.kvb.de/mitglieder/abrechnung/verguetungsvertraege/sachkostenerstattung) unter „*Praxismaterial zum Download*“ zur Verfügung.

### Sonstige Abrechnungen mit separaten Einreichungsterminen

Notarzteinsätze über emDoc	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Eine Besonderheit stellt die Einreichung und Abrechnung von Notarzteinsätzen über emDoc dar. Mit emDoc 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 Anwendung startet im KVB-Mitgliederportal „Meine KVB“ unter Service „Honorar &amp; Abrechnung“ mit dem Suchbegriff „Notarzt-Abrechnung anlegen“.</li> <li>■ Anders als bei der sonst erforderlichen Einreichung der handschriftlich unterzeichneten Sammelerklärung bestätigen Sie in emDoc auf elektronischem Weg, dass Sie die Leistungen persönlich den Bestimmungen entsprechend erbracht haben.</li> </ul>
----------------------------	--

<p>Termin verpasst für die emDoc-Abrechnung?</p>	<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 <a href="mailto:emDoc@kvb.de">emDoc@kvb.de</a>.</li> </ul>
<p>Fragen/Infos zu emDoc?</p>	<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:emDoc@kvb.de">emDoc@kvb.de</a></p>
<p>Leitender Notarzt (LNA)</p>	<p>Die Abrechnung von Leistungen als Leitender Notarzt in Bayern erfolgt über den Online-Dienst „<i>Abrechnungserklärung Leitende Notärzte</i>“.</p> <p>Diese Web-Anwendung ermöglicht den LNA, LNA-Einsätze benutzerfreundlich, schnell und papierlos einzureichen. Somit entfällt sowohl das Herunterladen und der Ausdruck eines Formulars als auch der postalische Versand. In der Web-Anwendung sind auch weiterhin nur die bisherigen LNA-Einsatzdaten zu dokumentieren.</p> <p>Darüber hinaus können LNA-Einsätze rund um die Uhr eingereicht werden und die LNA erhalten direkt eine Eingangsbestätigung über das Nachrichtencenter im Portal.</p> <p>Der Online-Dienst ist auf der KVB-Website „<b>Meine KVB</b>“ unter der Kategorie „<b>Honorar &amp; Abrechnung - Abrechnungserklärung Leitende Notärzte</b>“ zu finden.</p> <p>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>
<p>Termin verpasst für die LNA-Abrechnung?</p>	<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>
<p>Fragen/Infos zur LNA-Abrechnung?</p>	<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>

## Honorarverteilungsmaßstab (HVM) ab 1. Januar 2024

### Information nach der Vertreterversammlung am 25. November 2023

Die Vertreterversammlung der KVB hat am 25. November 2023 einen neuen HVM beschlossen, der ab 1. Januar 2024 gilt. Die bekannte HVM-Systematik aus festen Fachgruppentöpfen, Leistungstöpfen und einer Obergrenze aus RLV und QZV wird dabei beibehalten. Fortgeführt wird auch die Systematik mit vor Jahresbeginn mitgeteilten kalkulatorischen Jahresfallwerten und den individuellen aktuellen Fallzahlen als grundsätzliche Basis für die Berechnung der Obergrenze. Hier ein Überblick über die praxisrelevanten Änderungen.

### Kalkulatorische Fallwerte 2024

Pandemiebedingt wurden die kalkulatorischen Fallwerte in den Jahren 2021, 2022 und 2023 jeweils unter Berücksichtigung des Orientierungswerts fortgeschrieben. Für das Jahr 2024 wurden diese nun wieder rechnerisch ermittelt. Im Rahmen der Neufassung des HVM wurde dabei auch der Aufsatzzeitraum für die Berechnung vom Jahr 2016 auf das Jahr 2022 aktualisiert. Berücksichtigt wurden dabei auch zwischenzeitlich erfolgte EBM-Anpassungen. Unverändert gilt im jeweiligen Abrechnungsquartal für die RLV-Fallwerte aber weiterhin eine Mindestquote in Höhe von 95 Prozent, für die QZV-Fallwerte in Höhe von 85 Prozent.

Die kalkulatorischen RLV/QZV-Fallwerte für das Jahr 2024 sind unter [www.kvb.de/mitglieder/abrechnung/honorar/fallwerte-und-quoten](http://www.kvb.de/mitglieder/abrechnung/honorar/fallwerte-und-quoten), dort unter „Kalkulatorische RLV/QZV-Fallwerte“ abrufbar.

### Durchschnittsfallzahlen

Auch das Bezugsjahr für die Ermittlung der RLV- und QZV-MRT-Durchschnittsfallzahlen wurde von 2016 auf 2022 aktualisiert.

Die Durchschnittsfallzahlen für das Jahr 2024 sind im Internet unter [www.kvb.de/mitglieder/abrechnung/honorar](http://www.kvb.de/mitglieder/abrechnung/honorar), dort unter „Honorarsystematik und Begriffe/ Durchschnittsfallzahlen“ abrufbar.

### Obergrenzen-Aufschlag für die Nutzung der Terminservicestelle (TSS) in Höhe von 15 Euro

Um die Terminvergabe über die Terminservicestelle und den 116117 Terminservice zu fördern, wird ab 1. Januar 2024 ein Aufschlag auf die Obergrenze (RLV/QZV) in Höhe von 15 Euro je TSS-Vermittlungsfall gewährt. Der TSS-Aufschlag in Höhe von 15 Euro wird für alle Patienten zugesetzt, die nach Meldung freier Termine und erfolgter Vermittlung über die TSS (über den 116117 Terminservice, die 116117-App oder telefonisch über 116117) in der Praxis behandelt werden. Um den Aufschlag zu erhalten, muss die Praxis die vermittelten Patienten mit der Kennzeichnungs-GOP 99873T und Vermittlungs-/Kontaktart „TSS-Terminfall“ kennzeichnen. Der Aufschlag, multipliziert mit der entsprechend gekennzeichneten Anzahl der behandelten TSS-Fälle, erhöht die Obergrenze. Die Erhöhung steht für die Behandlung von Patienten zur Verfügung, die im Rahmen der RLV- und QZV-Systematik abgerechnet werden.

### RLV-Fallzählung

Der Katalog der Leistungen, die ohne Grundpauschale keinen RLV-Fall auslösen, wurde um die GOP

01435 EBM (Haus-/Fachärztliche Bereitschaftspauschale) und die GOP 01436 EBM (Konsultationspauschale) ergänzt. Die beiden Leistungen selbst werden in diesen Fällen dann zu den Preisen der Bayerischen Euro-Gebührenordnung (B€GO) vergütet.

### Fachgruppenspezifische Anpassungen in den QZV

Bei den QZV der einzelnen Fachgruppen gab es Anpassungsbedarf, insbesondere bei solchen QZV, in denen nur sehr wenige Leistungen erbracht wurden. Hier erfolgte fachgruppenspezifisch eine Neuordnung der betroffenen Leistungen (beispielsweise zu einem anderen QZV, zu den Topf-in-Topf-Leistungen, zu den freien Leistungen oder aber zum RLV).

Eine aktualisierte Übersicht je RLV-Fachgruppe finden Sie in der „Ergänzungsbroschüre QZV und Leistungen außerhalb RLV und QZV ab 1. Januar 2024“, abrufbar unter [www.kvb.de/mitglieder/abrechnung/honorar](http://www.kvb.de/mitglieder/abrechnung/honorar), dort unter „Honorarverteilung/Honorarsystematik und Begriffe/Honorarbroschüren der KVB“.

### Änderungen in fachärztlichen Leistungstöpfen

- a) Im Leistungstopf „Kardiorespiratorische Polysomnographie (GOP 30901 EBM)“ wurden die Mindestquoten angepasst:
  - Für den ersten Ansatz der GOP beim Patienten erhöht sich die Mindestquote von 65 auf 75 Prozent.
  - Für den zweiten Ansatz der GOP beim Patienten erhöht sich die Mindestquote von 50 auf 60 Prozent.

- Für den dritten Ansatz der GOP beim Patienten verbleibt es bei der Mindestquote in Höhe von zehn Prozent.

- b) Im Leistungstopf für die augenärztliche Strukturpauschale (GOP 06225 EBM) wird die Mindestquote von 65 auf 70 Prozent erhöht.

### Erhöhung des Netzaufschlags

Jeder Arzt, der Teilnehmer eines von der KVB anerkannten Praxisnetzes ist, erhält je Quartal einen Netzaufschlag in Form einer Erhöhung auf die Obergrenze aus RLV und QZV. Ist der Arzt nicht mit vollem Teilnahmeumfang tätig, verringert sich der Netzaufschlag entsprechend. Ab 1. Januar 2024 wird der Netzaufschlag von 125 auf 200 Euro je Arzt erhöht. Der Netzaufschlag wird weiterhin von der KV automatisch zuzesetzt.

### UPD-Gesetz

Der Gesetzgeber hat im UPD-Gesetz (Gesetz zur Errichtung einer Stiftung Unabhängige Patientenberatung Deutschland) auch honorarwirksame Regelungen für Vertragsärzte beschlossen. Diese wurden im HVM ab 1. Januar 2024 nun umgesetzt:

#### *Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin*

Die für die Fachgruppe für Kinder- und Jugendmedizin bisher bestehenden RLV und QZV wurden aufgelöst. Stattdessen wurde für die Leistungen des Kapitels 4 EBM (ohne GOP 04003 – 04005 EBM) ein Honorarfonds entsprechend der Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und den Vorgaben des Bewertungsausschusses gebildet.

Aus diesem Honorarfonds werden die Leistungen zu den Preisen der B€GO vergütet. Reicht das Geld in diesem Honorarfonds dafür nicht aus, besteht eine Nachschusspflicht der Krankenkassen. Auch die restlichen Leistungen der Kinder- und Jugendärzte werden aus dem hausärztlichen Versorgungsbereich zu den Preisen der B€GO vergütet.

#### *Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sowie Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie*

Der Gesetzgeber hat festgelegt, dass ein großer Teil der Leistungen des Kapitels 14 EBM außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (EGV) zu den Preisen der B€GO zu vergüten ist. Daher werden die bestehenden RLV und QZV aufgelöst und für die restlichen Leistungen, die nicht in die EGV überführt wurden, ein Leistungsfonds mit einer Quotierungsuntergrenze in Höhe von 85 Prozent gebildet. Die Fachgruppe wurde hierzu in einem eigenen Serviceschreiben informiert.

### Weitere Informationen

#### *Honorar- und Ergänzungsbroschüre*

- Allgemeine Informationen zum HVM unter [www.kvb.de/mitglieder/abrechnung/honorar](http://www.kvb.de/mitglieder/abrechnung/honorar).
- In der Rubrik „*Honorarverteilung/Honorarsystematik und Begriffe/Honorarbroschüren der KVB*“ finden sich die Online-Fassungen der Honorarbroschüre „*Erläuterungen zum Honorarverteilungsmaßstab der KVB*“ sowie der „*Ergänzungsbroschüre QZV und Leistungen außerhalb RLV und QZV*“.

#### *HVM-Lesefassung und Vorgaben der KBV*

- HVM-Text: unter [www.kvb.de/mitglieder/praxisfuehrung/service/rechtsquellen](http://www.kvb.de/mitglieder/praxisfuehrung/service/rechtsquellen), dort unter Buchstabe „*H*“/Honorarverteilungsmaßstab
- Bei der Gestaltung des HVM sind die „Vorgaben der KBV gemäß Paragraph 87b Absatz 4 SGB V zur Honorarverteilung“ (KBV-Vorgaben) zu beachten. Die KBV-Vorgaben sind unter [www.kvb.de](http://www.kvb.de) in der Rubrik *Service/Rechtsquellen/weitere Rechtsquellen* abrufbar.
- Alternativ: Link auf die Website der KBV unter [www.kvb.de/mitglieder/abrechnung/honorar](http://www.kvb.de/mitglieder/abrechnung/honorar) unter „*Honorarverteilung/Honorarsystematik und Begriffe/KBV-Vorgaben zur Honorarverteilung*“

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

## EBM-Änderungen zum 1. Januar 2024

Der Bewertungsausschuss hat zum 1. Januar 2024 Änderungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) beschlossen. Nachfolgend stellen wir Ihnen diese in Kürze dar.

Die Beschlüsse des Bewertungsausschusses aus seiner 686., 688., 689., 691. und 694. Sitzung wurden auf der Internetseite des Instituts des Bewertungsausschusses unter [www.institut-des-bewertungsausschusses.de](http://www.institut-des-bewertungsausschusses.de) in der Rubrik Bewertungsausschuss/Beschlüsse veröffentlicht. Sie stehen unter dem Vorbehalt der Nichtbeanstandung durch das Bundesministerium für Gesundheit.

### MuVO: Ausschlüsse zur kurativen Ultraschalldiagnostik in der Schwangerschaft

*Beschluss aus der 686 Sitzung des Bewertungsausschusses (schriftliche Beschlussfassung)*

Der Bewertungsausschuss hat die weiteren behandlungsfallbezogenen Abrechnungsausschlüsse von Ultraschallleistungen im Rahmen der Mutterschaftsvorsorge nach den GOPen 01770 bis 01773 zu kurativen Ultraschalluntersuchungen des Kapitels 33 EBM überprüft und die Abrechnungsausschlüsse und Anmerkungen der GOPen wie folgt angepasst:

- Ab dem 1. Januar 2024 können die kurativen Sonographien nach den GOPen 33042 bis 33044 und 33081 unter Angabe einer Begründung **im Behandlungsfall neben den GOPen 01770 bis 01773 einmal berechnet werden, wenn die Untersuchungen aus kurativem Grund erfolgen und nicht am Embryo oder Fötus durchgeführt werden.**

- Als Begründung für die Nebeneinanderberechnung ist der **ICD-10-Code mit Angabe des Zusatzkennzeichens für die Diagnosesicherheit** (Feldkennungen 6001/6003) anzugeben.

*Wir empfehlen, bei der Abrechnung der GOPen 01770 bis 01775 neben Leistungen des Kapitels 33 EBM den Vermerk im Begründungsfeld (Feldkennung 5009) zur GOP einzutragen, dass die kurative Untersuchung an der Mutter durchgeführt wurde.*

- Die bisher geltenden behandlungsfall- und sitzungsbezogenen Ausschlüsse werden durch **Ausschlüsse am Behandlungstag ersetzt.**
- Zusätzlich wird der Berechnungsausschluss der Thoraxsonographie nach GOP 33040 und der sonographischen Untersuchung von Gelenken und/oder umschriebenen Strukturen des Bewegungsapparats nach GOP 33050 zu den weiterführenden Sonographien im Rahmen der Mutterschaftsvorsorge (GOPen 01772 und 01773) gestrichen. Die GOPen 33040 und 33050 gelten für Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe als fachfremd und dürfen daher durch sie nicht erbracht und abgerechnet werden.

### Anhang 2 EBM – Neuaufnahme, Änderung und Löschung von OPS-Codes

*Beschluss aus der 688. Sitzung des Bewertungsausschusses (schriftliche Beschlussfassung)*

Der Anhang 2 zum EBM wird mit Wirkung zum 1. Januar 2024 an die Version 2024 des Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) angepasst. In den Anhang 2 zum EBM wurden neue OPS-Codes auf-

genommen, Änderungen an OPS-Codes vorgenommen und OPS-Codes gestrichen.

### Gefäßchirurgische Eingriffe – Entfernung und Verschluss von Varizen

Für die neu aufgenommenen OPS-Codes zur Entfernung und Verschluss von Varizen (OPS-Codes 5-385.7[8-b], 5-385.8[8-b], 5-385.9[8-d], 5-385.d[4-b] und 5-385.k[0-b]) wird mit Aufnahme einer dreiundzwanzigsten Bestimmung in der Präambel 2.1 zum Anhang 2 EBM die langstreckige Ausführung des jeweiligen operativen Verfahrens als Anforderung festgelegt.

### Gynäkologische Eingriffe – Biopsien am Uterus

Die neu aufgenommenen Biopsien am Uterus mit den OPS-Codes 1-570.1 und 1-571.0 beinhalten die Durchführung einer Laparoskopie in derselben Sitzung. Dies wurde mit der Aufnahme einer dritten Bestimmung in die Präambel 31.2.12 EBM festgelegt.

### Neue OPS-Codes im Rahmen der EBM-Weiterentwicklung

Zusätzlich zu den durch die Anpassung an die Version 2024 des OPS aufgenommenen OPS-Codes werden im Rahmen der EBM-Weiterentwicklung des ambulanten Operierens weitere 33 Verfahren in den Anhang 2 EBM aufgenommen. Hierbei handelt es sich insbesondere um Biopsien unter anderem an der Prostata und an Gelenken, Inzisionen im Bereich der Augen und männlichen Geschlechtsorgane sowie die Revision von venösen Katheterverweilsystemen.



Die Übersichten über die neu aufgenommenen, geänderten und gestrichenen OPS-Codes finden Sie auf der Internetseite des Instituts des Bewertungsausschusses unter <https://institut-ba.de> in der Rubrik Bewertungsausschuss/Beschlüsse beim Beschluss aus der 688. Sitzung.

### **AKI: Höchstwert für Portopauschalen 40110/40111 für ausschließlich zur Potenzialerhebung teilnehmender Ärzte und Krankenhäuser**

*Beschluss aus der 689. Sitzung des Bewertungsausschusses (schriftliche Beschlussfassung)*

Die Kostenpauschalen nach den GOPen 40110 (Transport eines Briefes und/oder schriftlicher Unterlagen) und 40111 (Übermittlung eines Telefaxes) unterliegen einem gemeinsamen Höchstwert je Arzt. Für die GOPen 40110 und 40111 wird hierzu ein Volumen je Arzt gebildet, aus dem alle gemäß der GOPen 40110 und 40111 abgerechneten Kostenpauschalen im Quartal zu vergüten sind.

Ärzte und Krankenhäuser, die im Rahmen der außerklinische Intensivpflege gemäß Paragraf 5 Absatz 2 Satz 2 der AKI-RL ausschließlich zum Zweck der Potenzialerhebung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, können für die in der Grundpauschale nach GOP 37706 EBM (Kapitel 37.7 EBM) enthaltenen Briefe und Berichte die Kostenpauschalen 40110 und 40111 für den Versand beziehungsweise Transport abrechnen. Ab dem 1. Januar 2024 gilt für die berechnungsfähigen Kostenpauschalen 40110 und 40111 ein gemeinsamer Höchstwert in Höhe von 6,02 Euro im Quartal.

### **Digitale Gesundheitsanwendungen – „somnio“ und „Vivira“**

*Beschluss aus der 691. Sitzung des Bewertungsausschusses (schriftliche Beschlussfassung)*

#### **GOP 01471: Verlaufskontrolle und Auswertung der DiGA „somnio“ auch für Reha-Mediziner berechnungsfähig**

Ab dem 1. Januar 2024 können Fachärztinnen und Fachärzte für Physikalische und Rehabilitative Medizin für die Verlaufskontrolle und Auswertung der DiGA „somnio“ die GOP 01471 (beziehungsweise die GOP 01471V bei Durchführung per Video) abrechnen. Die Präambel 27.1 Nr. 4 EBM wurde hierfür entsprechend angepasst.

#### **Neue GOPen für Schmerztherapeuten für die Verlaufskontrolle und Auswertung der DiGAs „somnio“ und „Vivira“**

Mit Wirkung zum 1. Januar 2024 werden zwei neue Gebührenordnungspositionen für die Verlaufskontrolle und Auswertung der DiGA „somnio“ sowie für die Verlaufskontrolle und Auswertung der DiGA „Vivira“ in den Abschnitt 30.7.1 EBM aufgenommen. Jetzt können auch Ärzte mit einer Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung gemäß Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten die Leistungen abrechnen.

**NEU: GOP 30780 – Zusatzpauschale für die Verlaufskontrolle und die Auswertung der Digitalen Gesundheitsanwendung „somnio“ gemäß Verzeichnis für Digitale Gesundheitsanwendungen gemäß Paragraf 139e SGB V**  
 EBM-Bewertung: 64 Punkte  
 Preis B€GO: 7,64 Euro

- Einmal im Behandlungsfall berechnungsfähig.
- Im Behandlungsfall nicht neben der GOP 01471 (GOP 01471V) für die Verlaufskontrolle und Auswertung der DiGA „somnio“ berechnungsfähig.
- Die Leistung nach GOP 30780 kann auch im Rahmen von Videosprechstunden durchgeführt und abgerechnet werden.
  - Bitte tragen Sie alle GOPen 30780, die im Rahmen einer Videosprechstunde durchgeführt werden, mit dem Buchstabenzusatz „V“ (GOP 30780V) in Ihre Abrechnung ein (KVDT-Feldkennung 5001 „GNR“).
  - Denken Sie auch an den Eintrag der Pseudo-GOP 88220 in Ihrer Abrechnung (KVDT-Feldkennung 5001 „GNR“), wenn Sie einen Patienten im Quartal ausschließlich im Rahmen der Videosprechstunde behandelt haben (das heißt kein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt im Quartal).
  - Nähere Informationen zur Videosprechstunde (notwendige apparative Ausstattung, Anforderungen in Bezug auf den Videodienstanbieter sowie Anforderungen an die Teilnehmer und an den Vertragsarzt) finden Sie unter [www.kvb.de/mitglieder/praxisfuehrung/it-online-services-ti/video-sprechstunde](http://www.kvb.de/mitglieder/praxisfuehrung/it-online-services-ti/video-sprechstunde)

NEU: GOP 30781 –  
Zusatzpauschale für die Verlaufskontrolle und die Auswertung der Digitalen Gesundheitsanwendung „Vivira“ gemäß Verzeichnis für Digitale Gesundheitsanwendungen gemäß Paragraf 139e SGB V

EBM-Bewertung:	64 Punkte
Preis B€GO:	7,64 Euro

- Einmal im Behandlungsfall, aber höchstens zweimal im Krankheitsfall berechnungsfähig.
- Im Behandlungsfall nicht neben der GOP 01472 für die Verlaufskontrolle und Auswertung der DiGA „Vivira“ berechnungsfähig.

Weitere in Betracht kommende ärztliche Leistungen im Zusammenhang mit den DiGA „somnio“ und „Vivira“ (ausgenommen: Verlaufskontrolle und Auswertung) sind als Bestandteil des EBM ausschließlich über die Gebührenordnungspositionen des EBM berechnungsfähig.

### Anhang 3 EBM

Im Zusammenhang mit der Neuaufnahme der GOPen 30780 und 30781 werden die Kalkulations- und Prüfzeiten im Anhang 3 zum EBM angepasst. Die Leistungen werden der fachärztlichen Grundversorgung zugeordnet.

### Vergütung

Für die GOPen 30780 und 30781 empfiehlt der Bewertungsausschuss die Vergütung außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung. Die Umsetzung dieser Empfehlung auf Landesebene ist mit den Krankenkassen in Bayern noch zu vereinbaren.

### Verordnungen im Rahmen von Videosprechstunde

*Beschluss aus der 694. Sitzung des Bewertungsausschusses (schriftliche Beschlussfassung)*

Vertragsärztinnen und -ärzte können nach den Richtlinien-Änderungen im Frühjahr 2023 Verordnungen von Leistungen der medizinischen Rehabilitation (Muster 61), Folgeverordnungen der häuslichen Krankenpflege (Muster 12) sowie Folgeverordnungen von Heilmitteln (Muster 13) auch bei einem Kontakt im Rahmen einer Videosprechstunde vornehmen.

Ab dem 1. Januar 2024 können daher die nachfolgenden GOPen auch dann berechnet werden, wenn im Behandlungsfall kein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt, sondern ein Kontakt im Rahmen einer Videosprechstunde stattgefunden hat:

- GOP 01420 – Prüfung der Notwendigkeit und Koordination der häuslichen Krankenpflege
- GOP 01424 – Folgeverordnung von Behandlungsmaßnahmen zur psychiatrischen häuslichen Krankenpflege
- GOP 01611 – Verordnung von medizinischer Rehabilitation

Für den Zuschlag bei Beantragung einer geriatrischen Rehabilitation nach GOP 01613 wird klargestellt, dass diese im Regelfall einen persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt erfordert. Jedoch können von den in Anlage 2 der Rehabilitations-Richtlinie aufgeführten Funktions-

tests beispielhaft die Funktionstests zum Schädigungsbereich „Mentale Funktionen“ oder das Erstellen der visuellen Schmerzskala in Einzelfällen im Rahmen einer Videosprechstunde durchgeführt werden.

- Bitte tragen Sie bei den GOPen 01420, 01424, 01611 oder 01613, die im Rahmen einer Videosprechstunde durchgeführt werden, den Buchstabenzusatz „V“ (GOP 01611V) in Ihre Abrechnung ein (KVDT-Feldkennung 5001 „GNR“).
- Denken Sie auch an den Eintrag der Pseudo-GOP 88220 in Ihrer Abrechnung (KVDT-Feldkennung 5001 „GNR“), wenn Sie einen Patienten im Quartal ausschließlich im Rahmen der Videosprechstunde behandelt haben (das heißt kein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt im Quartal).
- Nähere Informationen zur Videosprechstunde (notwendige apparative Ausstattung, Anforderungen in Bezug auf den Videodienstleister sowie Anforderungen an die Teilnehmer und an den Vertragsarzt) finden Sie unter [www.kvb.de/mitglieder/praxisfuehrung/it-online-services-ti/videosprechstunde](http://www.kvb.de/mitglieder/praxisfuehrung/it-online-services-ti/videosprechstunde).

Für die Verordnung von Leistungen ohne persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt wird die bestehende Kostenpauschale 40128 für die postalische Versendung an den Patienten um die entsprechenden Verordnungen ergänzt.

## EBM-Änderungen zum 1. April 2024

### Transplantationsvorbereitende immunogenetische Untersuchungen – Anpassung ICD-10-Codes

Im Rahmen der ICD-10-GM-Aktualisierung zur Jahresversion 2024 werden für die transplantationsvorbereitenden immunogenetischen Untersuchungen nach Abschnitt 32.3.15.1 EBM der ICD-Code D59.1- sonstige autoimmunhämolytische Anämien zum 1. Januar 2024 neu aufgenommen und der ICD-Code C59.1 zum 31. Dezember 2023 beendet.

Die GOPen des Abschnitts 32.3.15.1 setzen gemäß Präambel 32.3.15.1 Nr. 3 EBM die endständige Angabe eines der folgenden Codes gemäß ICD-10-GM voraus, der die Indikation dokumentiert: U55.-, Z00.5, Z52.-, Z75.6- oder Z75.7-. Für Empfänger einer Knochenmarkspende ist der entsprechende Code aus C00 - D90 ICD-10-GM endständig anzugeben.

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

Der Bewertungsausschuss hat zum 1. April 2024 Änderungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) beschlossen. Nachfolgend stellen wir Ihnen diese in Kürze dar.

Der Beschluss des Bewertungsausschusses aus seiner 694. Sitzung wurde auf der Internetseite des Instituts des Bewertungsausschusses unter [www.institut-des-bewertungsausschusses.de](http://www.institut-des-bewertungsausschusses.de) in der Rubrik Bewertungsausschuss/Beschlüsse veröffentlicht. Er steht unter dem Vorbehalt der Nichtbeanstandung durch das Bundesministerium für Gesundheit.

### Kostenpauschalen für die postalische Versendung

*Beschluss aus der 694. Sitzung des Bewertungsausschusses*

Zur Vereinfachung der Abrechnung des Postversands von Bescheinigungen werden die bisherigen Kostenpauschalen 40129 und 40131 zum 1. April 2024 in eine gemeinsame Kostenpauschale überführt.

### Geändert: 40128 – Kostenpauschale für die postalische Versendung

- einer mittels Stylesheet erzeugten papiergebundenen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung gemäß Paragraf 4 Absatz 4.1.2 Anlage 2b BMV-Ä an den Patienten
    - bei Patientenkontakt im Rahmen einer Videosprechstunde gemäß Paragraf 4 Absatz 5 der Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie des G-BA
- und/oder

- bei telefonischem Patientenkontakt im Falle einer öffentlich-rechtlichen Pflicht oder bei Bestehen einer öffentlich-rechtlichen Empfehlung zur Absonderung gemäß Para-

graf 4 Absatz 6 der Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie des G-BA

und/oder

- im Zusammenhang mit der Durchführung einer Besuchsleistung entsprechend den GOPen 01410, 01411, 01412, 01413, 01415 und 01418
- und/oder
- einer ärztlichen Bescheinigung für den Bezug von Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes (Muster 21) an den Patienten beziehungsweise die Bezugsperson bei Patientenkontakt im Rahmen einer Videosprechstunde
- und/oder

- einer Verordnung von Leistungen der medizinischen Rehabilitation (Muster 61) im Rahmen einer Videosprechstunde gemäß Paragraf 1 Absatz 1b der Rehabilitations-Richtlinie des G-BA

und/oder

- einer Folgeverordnung der häuslichen Krankenpflege (Muster 12) im Rahmen einer Videosprechstunde oder nach telefonischem Kontakt gemäß Paragraf 3 Absatz 1a der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie des G-BA

und/oder

- einer Folgeverordnung von Heilmitteln (Muster 13) im Rahmen einer Videosprechstunde oder nach telefonischem Kontakt gemäß Paragraf 3 Absatz 3a der Heilmittel-Richtlinie des G-BA
- Preis BÉGO: 0,86 Euro

Die Kostenpauschale 40128 ist nur berechnungsfähig, bis ein verbindliches elektronisches Muster für die jeweilige Verordnung oder Bescheinigung zur Verfügung steht und diese auf elektronischem Weg an den Patienten versendet werden darf.

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

## TSVG: Notwendige Angaben bei Abrechnung von Terminvermittlungsfällen

Die Behandlung von Patienten, bei denen erforderliche Behandlungstermine durch Hausärzte oder Kinder- und Jugendärzte oder über die Terminservicestelle (TSS) vermittelt wurden, löst unter bestimmten Voraussetzungen eine extrabudgetäre Vergütung aus und gibt die Möglichkeit zur Abrechnung arztgruppenspezifischer und zeitgestaffelter Zuschläge auf die Versicherten-, Grund- beziehungsweise Konsiliarpauschale.

Ist ein Arzt-Patienten-Kontakt aufgrund einer solchen TSVG-Terminvermittlung zustande gekommen, sind in der Abrechnung **folgende Angaben\* zwingend erforderlich**:

### 1. Behandlung aufgrund Vermittlung durch Terminservicestelle:

**Akutfall** (= Behandlung spätestens am Kalendertag nach Terminvermittlung durch TSS)

Bezeichnung	KVDT-Feld	notwendige Eintragungen
Vermittlungs-/Kontaktart	4103	2 = TSS-Akutfall
Tag der Terminvermittlung	4115	Datum, an dem die Terminvermittlung durch die TSS erfolgte. Diese Erstkontaktdaten können Sie in der Webanwendung 116117 Terminservice unter „MEINE KVB“ einsehen.
Kennzeichnungs-GOP (Pseudo-GOP)	5001	99873A

*\*Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) hat die Praxisverwaltungssysteme (PVS) dazu angewiesen, Ihnen anhand Ihrer Eingaben in die KVDT-Feldkennungen die zutreffenden zeitgestaffelten Zuschläge zur arztgruppenspezifischen VP, GP oder KP vorzuschlagen, sodass Sie diese in Ihre Abrechnung übernehmen können.*

**TSS-Terminfall** (= von TSS außerhalb von Akutfällen vermittelte Fälle)

Bezeichnung	KVDT-Feld	notwendige Eintragungen
Vermittlungs-/Kontaktart	4103	1 = TSS-Terminfall
Tag der Terminvermittlung	4115	Datum, an dem die Terminvermittlung durch die TSS erfolgte. Diese Erstkontaktdaten können Sie in der Webanwendung 116117 Terminservice unter „MEINE KVB“ einsehen.
Kennzeichnungs-GOP (Pseudo-GOP)	5001	99873T

### 2. Behandlung aufgrund Hausarztvermittlung (= Vermittlung von Hausarzt beziehungsweise Kinder- und Jugendarzt an Facharzt, fachärztlichen Kinder- und Jugendarzt oder Psychotherapeuten Hinweis: Nicht zulässig bei Vermittlung innerhalb der eigenen BAG oder des eigenen MVZ).

Bezeichnung	KVDT-Feld	notwendige Eintragungen
Vermittlungs-/Kontaktart	4103	3 = HA-Vermittlungsfall
Tag der Terminvermittlung	4115	Datum, an dem die Terminvermittlung durch den Hausarzt beziehungsweise den hausärztlich tätigen Kinder- und Jugendarzt erfolgte.
Kennzeichnungs-GOP (Pseudo-GOP)	5001	99873H
Ausstellungsdatum	4102	Übernahme des Datums, an dem die Überweisung des Haus- oder Kinder- und Jugendarztes ausgestellt wurde.

## Ergänzungen der Arzneimittel-Richtlinie

Ausführliche Informationen zum TSVG finden Sie in Form einer Broschüre, von Abrechnungsschemata sowie Übersichten zur Kennzeichnung auf unserer Themenseite zum TSVG unter [www.kvb.de/mitglieder/abrechnung/honorar/tsvg-konstellationen-ab-2023](http://www.kvb.de/mitglieder/abrechnung/honorar/tsvg-konstellationen-ab-2023)

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

## Telefonische Krankschreibung ab 7. Dezember 2023

Seit dem 7. Dezember 2023 können Ärztinnen und Ärzte dauerhaft für bekannte Patientinnen und Patienten mit leichten Erkrankungen Erstbescheinigungen über eine Arbeitsunfähigkeit für bis zu fünf Kalendertage auch nach telefonischer Anamnese ausstellen, sofern die Arbeitsunfähigkeit in einer Videosprechstunde nicht festgestellt werden kann. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat eine entsprechende Änderung der Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie beschlossen. Für den Versand der AU-Bescheinigung an Patientinnen und Patienten können Vertragsärzte das Porto über die Kostenpauschale 40128 des EBM abrechnen.

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

**Anlage I, OTC-Übersicht**  
**Änderung (fett markiert) in Nummer 18 – Flohsamen**  
„Flohsamen und Flohsamenschalen nur zur unterstützenden Quellmittel-Behandlung bei chronisch entzündlichen Darmerkrankungen, Zustand nach ausgedehnter Darmresektion, insbesondere Kurzdarmsyndrom und HIV assoziierten Diarrhoen.“

Hintergründe lesen Sie in unserem „Verordnung Aktuell“ unter [www.kvb.de/mitglieder/verordnungen#c9425](http://www.kvb.de/mitglieder/verordnungen#c9425)

**Anlage III, Verordnungseinschränkungen und -ausschlüsse**  
In Nummer 32 wurde ein Ausnahmetatbestand für Daridorexant aufgenommen. Für diese Patientinnen und Patienten kann entsprechend der Zulassung eine länger als vier Wochen dauernde Behandlung mit Daridorexant in Betracht kommen.

Weitere Details lesen Sie in unserem „Verordnung Aktuell“ unter [www.kvb.de/mitglieder/verordnungen#c9425](http://www.kvb.de/mitglieder/verordnungen#c9425)

**Anlage V, Medizinprodukte**  
NutriLock – Befristung der Verordnungsfähigkeit 19. Juli 2027

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

## FAQs zu Hilfsmitteln

Zu saugende Inkontinenzhilfen gibt es eine neue Formulierung im Hilfsmittel-Verzeichnis zur Indikation und Leistungspflicht der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV).

Aus diesem Grund haben wir unsere FAQ-Übersicht aktualisiert. Sie finden diese wieder online unter [www.kvb.de/mitglieder/verordnungen#c9425](http://www.kvb.de/mitglieder/verordnungen#c9425).

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

## Neue Produktgruppe 30 „Hilfsmittel zum Glukosemanagement“

Hilfsmittel zum Glukosemanagement, zum Beispiel Blutzuckermessgeräte, wurden aus der Produktgruppe 21 herausgenommen und in eine eigene Produktgruppe überführt.

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

## Wirtschaftliche Verordnung von Abirateron

Seit dem 15. September 2022 können Sie den Wirkstoff Abirateron kostengünstig als Generikum mit zusätzlich breiter Rabattvertragsabdeckung verordnen. Da sehr unterschiedliche Packungsgrößen und Wirkstärken auf dem Markt verfügbar sind, ist ein aut-idem-Austausch in der Apotheke jedoch nicht immer erlaubt.

Deshalb empfehlen wir, ein bestimmtes Produkt mit definierter Wirkstärke sowie Packungsgröße beziehungsweise Stückzahl zu verordnen, für das die Krankenkasse zum Zeitpunkt der Verordnung einen Rabattvertrag in Ihrer Verordnungssoftware ausweist.

In unserem „Verordnung Aktuell“ unter [www.kvb.de/mitglieder/verordnungen#c9425](http://www.kvb.de/mitglieder/verordnungen#c9425) lesen Sie weitere Details.

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

## Off-Label-Use

Die Verordnung eines Arzneimittels außerhalb des Zulassungsgebiets (Off-Label-Use) zulasten der gesetzlichen Krankenkassen ist grundsätzlich unzulässig und kommt nur ausnahmsweise in Betracht.

In unserem „Verordnung Aktuell“ unter [www.kvb.de/mitglieder/verordnungen#c9425](http://www.kvb.de/mitglieder/verordnungen#c9425) informieren wir über Voraussetzungen, Kostenübernahme und Haftung im Zusammenhang mit einer Off-Label-Use-Verordnung.

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

## Digitale Gesundheitsanwendungen

Für zwei digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) – bei Adipositas und bei Kniescheibenerkrankungen – wurden zum 1. Oktober 2023 neue Gebührenordnungspositionen (GOP) in den EBM aufgenommen. Es handelt sich zum einen um die App „Oviva Direkt für Adipositas“ und zum anderen um die Webanwendung „Mawendo“.

Die Erstverordnung DiGA ist seit 1. Januar 2023 Bestandteil der Versicherten- und Grundpauschalen sowie sonstiger GOPen des EBM, sofern diese im DiGA-Verzeichnis gelistet sind. Die neuen GOPen sind Zusatzpauschalen, um die erforderlichen ärztlichen Leistungen im Zusammenhang mit einer dauerhaften DiGA zu vergüten.

Unser „Verordnung Aktuell“ unter [www.kvb.de/mitglieder/verordnungen#c9425](http://www.kvb.de/mitglieder/verordnungen#c9425) haben wir für Sie entsprechend aktualisiert.

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

## Genehmigung Rehasport/ Funktionstraining

Die AOK Bayern **verzichtet** ab 1. Januar 2024 (vorerst befristet bis 31. Dezember 2025) im Bereich Rehasport und Funktionstraining auf die Genehmigung von Muster-56-Vordrucken. Dies gilt für alle Erst- und Folgeverordnungen, bei denen die erste Leistung ab dem 1. Januar 2024 erbracht wird.

Bis dahin genehmigte Verordnungen laufen unverändert weiter. Die Verbände der Leistungserbringer wurden durch die AOK Bayern bereits informiert, eine Information an die anerkannten Rehasport-/ Funktionstrainingsgruppen erfolgt noch.

Die ärztliche Verordnung (Muster 56) muss damit vor Antritt der Maßnahme nicht mehr bei der AOK Bayern vorgelegt werden. 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.

Eine Ausfüllhilfe für das Muster 56 finden Sie in unserem „Verordnung Aktuell“ unter [www.kvb.de/mitglieder/verordnungen#c9425](http://www.kvb.de/mitglieder/verordnungen#c9425)

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

## Computertomographie: Patienteninfo angepasst

Die Patienteninformation über Art und Umfang der Datenverarbeitung im Rahmen der Qualitätsbeurteilungs-Richtlinien Radiologie und Kernspintomographie wurde um sämtliche Vorgaben zur Computertomographie bereinigt. Hintergrund ist der Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) vom 12. Mai 2023, die Verpflichtung zur Durchführung von Stichprobenprüfungen im Leistungsbereich Computertomographie gemäß der Qualitätsbeurteilungs-Richtlinie Radiologie dauerhaft aufzuheben.

Die angepasste Patienteninformation wird zeitnah auf der Internetseite des G-BA unter [www.g-ba.de](http://www.g-ba.de) veröffentlicht. Weiterhin enthalten sind Informationen zu Art und Umfang der Datenverarbeitung im Rahmen von Stichprobenprüfungen in den Leistungsbereichen konventionelles Röntgen und Kernspintomographie.

Bei Fragen erreichen Sie unsere Expertin Isabelle Pawletko unter  
Telefon 0 89 / 5 70 93 – 23 47  
E-Mail [Isabelle.Pawletko@kvb.de](mailto:Isabelle.Pawletko@kvb.de)

## Seminarangebot 2024

Das neue Seminarangebot der KVB für das Jahr 2024 ist online!

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 entweder in Präsenz oder online.

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

Die Seminartermine finden Sie unter [www.kvb.de/mitglieder/praxisfuehrung/fortbildungsangebot](http://www.kvb.de/mitglieder/praxisfuehrung/fortbildungsangebot) unter *Terminsuche*.

Eine schnelle Anmeldung lohnt sich, denn die Teilnehmerzahl bei den Seminaren ist begrenzt.

Wir freuen uns auf Ihre Teilnahme.

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

