

KVBIINFOS

11 | 25
12

ABRECHNUNG

- 102 Die nächsten Zahlungstermine
- 102 Abrechnungsabgabe für das Quartal 4/2025
- 106 EBM-Änderungen zum 1. Oktober 2025
- 110 EBM-Änderungen zum 1. Januar 2026
- 111 Erweitertes Neugeborenen-Screening
- 111 G-BA: Mukoviszidose-Screening bei Neugeborenen
- 112 G-BA: Lungenkrebs-Früherkennung bei starken Rauchern wird GKV-Leistung
- 113 G-BA zur Karotis-Revaskularisation
- 114 Medikamentöse Schwangerschaftsabbrüche
- 114 Teamgespräch öfter abrechenbar

IT IN DER PRAXIS

- 115 Aktuelle Statistiken über Praxisverwaltungssysteme in Bayern

QUALITÄT

- 116 Abschaltung KVB-Portal „Koloskopie Krebsfrüherkennung“

PSYCHOTHERAPIE

- 117 Ambulante Behandlung parallel durch PIA und niedergelassene Psychotherapeuten

ALLGEMEINES

- 118 Neuer Vertrag zur vertraulichen Spurensicherung

SEMINARE

- 119 KVB-Seminare 2025

Die nächsten Zahlungstermine

10. November 2025

Abschlagszahlung Oktober 2025

10. Dezember 2025

Abschlagszahlung November 2025

12. Januar 2026

Abschlagszahlung Dezember 2025*

30. Januar 2026

Restzahlung 3/2025

10. Februar 2026

Abschlagszahlung Januar 2026

10. März 2026

Abschlagszahlung Februar 2026

10. April 2026

Abschlagszahlung März 2026

30. April 2026

Restzahlung 4/2025

11. Mai 2026

Abschlagszahlung April 2026

10. Juni 2026

Abschlagszahlung Mai 2026

10. Juli 2026

Abschlagszahlung Juni 2026

31. Juli 2026

Restzahlung 1/2026

10. August 2026

Abschlagszahlung Juli 2026

10. September 2026

Abschlagszahlung August 2026

12. Oktober 2026

Abschlagszahlung September 2026

30. Oktober 2026

Restzahlung 2/2026

* Abschlagszahlungen im Notarzdienst wegen individueller Berechnung zirka fünf Tage später

Abrechnungsabgabe für das Quartal 4/2025

Abrechnungsabgabe

Wann?	Einreichung bis spätestens Montag, den 12. Januar 2026
Wie?	online
Wo?	■ im KVB-Mitgliederportal „Meine KVB“ über Service „Honorar & Abrechnung“ oder ■ den Kommunikationskanal KIM
Voraussetzungen	■ Die Abrechnung muss vollständig und korrekt sein. ■ Persönliche Leistungserbringung qualifikationsgebundener Leistungen insbesondere bei angestellten Ärztinnen und Ärzten, in Berufsausübungsgemeinschaften und Medizinischen Versorgungszentren. ■ Sammelerklärung
Verspätete Abgabe	■ Sollten Sie einmal 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 & Abrechnung“ mit dem Suchbegriff „Fristverlängerung der Quartalsabrechnung“ zu beantragen. Hierbei erhalten Sie eine vom System generierte Eingangsbestätigung/Genehmigung. Wichtig: 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. ■ Hinweis: Terminverlängerungen für Notarzttabrechnungen und Abrechnungen Leitender Notärzte siehe Kapitel „Sonstige Abrechnungen mit separaten Einreichungsterminen“
Wichtig	Eine mögliche Verlängerung der Abgabefrist bezieht sich nur auf die Abrechnung nicht bereits verjährter Fälle und nicht auf die elektronische Dokumentation der Qualitätssicherungs- und Zusatzvereinbarungen der KVB. Bitte beachten Sie hierzu auch Paragraph 3 „Fristen für die Einreichung der Abrechnung“ sowie Paragraph 5 „Abschlags- und Restzahlungen, Verrechnung und Einbehalte der Abrechnungsbestimmungen der KVB“.
Empfangsbestätigung	Über den Eingang Ihrer Abrechnungsunterlagen können Sie eine Empfangsbestätigung unter der Faxnummer 09 41 / 39 63 - 6 87 80 anfordern.

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

Korrekturen und/oder Ergänzungen nach Übermittlung der Abrechnung

Korrekturen notwendig?	Bitte senden Sie uns Ihre Korrekturwünsche umgehend zu.
Frist für Korrekturen	Sofern uns Ihr Korrekturwunsch innerhalb eines Monats nach dem offiziellen Abrechnungsabgabetermin erreicht, können wir die Änderungen noch aktuell in Ihrer Abrechnung berücksichtigen.
Frist verpasst?	Nach den Abrechnungsbestimmungen kann ausnahmsweise innerhalb eines Monats nach Erhalt des Honorarbescheids und der Richtigstellungsmitteilung eine Berichtigung/ Ergänzung der Abrechnung noch beantragt werden, sofern ■ die eingereichte Abrechnung objektiv erkennbar unzutreffend ist und ■ die Nichtvergütung der betroffenen Leistungen einen Honorarverlust zur Folge hätte, der einen unverhältnismäßigen Eingriff in den Vergütungsanspruch des Vertragsarztes darstellen würde.
Anschrift	Kassenärztliche Vereinigung Bayerns „Abrechnungskorrekturen“ Vogelsgarten 6 90402 Nürnberg

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

Sammelerklärung

Sammel- erklärung	■ Im Mitgliederportal „Meine KVB“ unter Service „Honorar & Abrechnung“ wird ein personalisiertes Formular der Sammelerklärung zum Download zur Verfügung gestellt, das Sie bitte ausdrucken, unterschreiben und auf dem Postweg an die KVB senden. ■ Das Herunterladen ist auch als eigenständiger Vorgang möglich (unabhängig davon, ob gleichzeitig eine Datei eingereicht werden soll oder nicht). ■ Die Einreichung der Sammelerklärung an die KVB in Papierform ist aufgrund der erforderlichen Originalunterschrift(en) weiterhin notwendig.
Wichtig	Die Abgabe der Sammelerklärung mit Garantiefunktion ist Voraussetzung für die Entstehung des Honoraranspruchs des einzelnen Vertragsarztes (BSG, Urteil vom 17. September 1997, 6 RKA 86/95 Rn 19f.). Fehlt die ordnungsgemäße Sammelerklärung , darf die KVB die „abgerechneten“ Leistungen nicht vergüten, da kein Honoraranspruch entstanden ist.

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

Zusätzliche Abrechnungsunterlagen auf dem Postweg

Zusätzliche Unterlagen	■ unterschriebene Sammelerklärung ■ bei Behandlung von Patienten der Besonderen Kostenträger sind verpflichtend Unterlagen in Papierform einzureichen. Siehe „Checkliste Papierunterlagen Besko“. Wichtig: Es sind – auch aus Datenschutzgründen – ausschließlich die dort aufgeführten Unterlagen einzureichen! ■ gegebenenfalls Sachkostenrechnungen
Anschrift für Briefsendungen	Kassenärztliche Vereinigung Bayerns „Quartalsabrechnung“ 93031 Regensburg
Anschrift für Päckchen/Pakete	Kassenärztliche Vereinigung Bayerns Bezirksstelle Oberpfalz Kirchmeierstraße 26 93051 Regensburg
Wichtig	Bitte vergessen Sie nicht, den Arztstempel einschließlich der Betriebsstättennummer auf den eingereichten Unterlagen sowie dem Briefumschlag anzubringen.
Fragen zur Einreichung der Abrechnung?	Bei Fragen erreichen Sie uns unter Telefon 0 89 / 5 70 93 – 4 00 10

Zur besseren Übersicht über die einzureichenden Scheine steht Ihnen die „Checkliste Papierunterlagen Besko“ sowie das Merkblatt „Abrechnung Besondere Kostenträger“ mit detaillierteren Informationen unter www.kvb.de/mitglieder/abrechnung/abrechnungsprozess/#c1475 unter „Besondere Kostenträger“ zur Verfügung.

Sonstige Abrechnungen mit separaten Einreichungsterminen

Notarzteinsätze über „emDoc“ oder „NIDAclient“	■ Eine Besonderheit stellt die Einreichung und Abrechnung von Notarzteinsätzen über „emDoc“ oder den „NIDAclient“ dar. Mit den Webanwendungen können Sie Ihre Fälle laufend zur Abrechnung einreichen. Alle bis zum jeweiligen Abrechnungslauf eingereichten Fälle werden berücksichtigt. ■ Die Frist endet mit Ablauf des Folgequartals auf das Leistungsquartal. ■ Die Webanwendungen starten im KVB-Mitgliederportal „Meine KVB“ unter Service „Honorar & Abrechnung“ mit dem Suchbegriff „Notarzt-Abrechnung anlegen (emDoc)“ oder „Notarzteinsatzdokumentation (NIDAclient)“. ■ Anders als bei der sonst erforderlichen Einreichung der handschriftlich unterzeichneten Sammelerklärung bestätigen Sie in der jeweiligen Webanwendung auf elektronischem Weg, dass Sie die Leistungen persönlich den Bestimmungen entsprechend erbracht haben.
--	--

Frist verpasst?	■ Für eine Fristverlängerung für die Abrechnung von Notarzteinsätzen wenden Sie sich bitte vor Ablauf der Frist schriftlich an die entsprechende E-Mail-Adresse (siehe unten).
Fragen?/Infos	Bei Fragen erreichen Sie uns unter Telefon 0 89 / 5 70 93 – 8 80 88 Fax 0 89 / 5 70 93 – 6 49 25 E-Mail „emDoc“: emDoc@kvb.de „NIDAclient“: notarztdoku@kvb.de
Leitender Notarzt (LNA)	Die Abrechnung von Leistungen als Leitender Notarzt in Bayern erfolgt über den Online-Dienst „Abrechnungserklärung Leitende Notärzte“. Diese Web-Anwendung ermöglicht den LNA, LNA-Einsätze benutzerfreundlich, schnell und papierlos einzureichen. Somit entfällt sowohl das Herunterladen und der Ausdruck eines Formulars als auch der postalische Versand. In der Web-Anwendung sind auch weiterhin nur die bisherigen LNA-Einsatzdaten zu dokumentieren. Darüber hinaus können LNA-Einsätze rund um die Uhr eingereicht werden und die LNA erhalten direkt eine Eingangsbestätigung über das Nachrichtencenter im Portal. Der Online-Dienst ist auf der KVB-Website „Meine KVB“ unter der Kategorie „Honorar & Abrechnung – Abrechnungserklärung Leitende Notärzte“ zu finden. Das Mitgliederportal „Meine KVB“ ist direkt über die KVB-Startseite www.kvb.de - Meine KVB erreichbar. ■ Die Frist zur Abrechnung endet mit Ablauf des Folgequartals auf das Leistungsquartal. ■ Ausführliche Informationen finden Sie unter www.kvb.de/mitglieder/patientenversorgung/notarztdienst
Termin verpasst für die LNA-Abrechnung?	■ Für eine Fristverlängerung für die Abrechnung von LNA-Einsätzen wenden Sie sich bitte vor Ablauf der Frist schriftlich an LNA@kvb.de
Fragen/Infos zur LNA-Abrechnung?	Bei Fragen erreichen Sie uns unter Telefon 0 89 / 5 70 93 – 8 80 88 Fax 0 89 / 5 70 93 – 6 49 25 E-Mail LNA@kvb.de

EBM-Änderungen zum 1. Oktober 2025

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

Die Beschlüsse des Bewertungsausschusses (BA) aus seiner 791., 798., 799., 801., 802. und 807. Sitzung wurden auf der Internetseite des Instituts des Bewertungsausschusses unter www.institut-des-bewertungsausschusses.de in der Rubrik Bewertungsausschuss/Beschlüsse veröffentlicht. Sie stehen noch unter dem Vorbehalt der Nichtbeanstandung durch das Bundesministerium für Gesundheit.

Anpassung mikrobiologische Paneldiagnostik

Beschluss aus der 791. Sitzung des Bewertungsausschusses (schriftliche Beschlussfassung)

Im Rahmen der Weiterentwicklung der mikrobiologischen Diagnostik (mit Wirkung zum 1. Juli 2022) hatte der Bewertungsausschuss mit den Gebührenordnungspositionen 32851 bis 32853 eine indikationsspezifische Erregerdiagnostik mittels einer nukleinsäurebasierten Paneldiagnostik in den EBM aufgenommen. Die Wirtschaftlichkeit der Untersuchung von mehreren Erregern wird durch eine Abstufung ab der zweiten Leistung und Höchstwertregelungen berücksichtigt. Letztere werden mit Wirkung zum 1. Oktober 2025 nochmals angepasst und abgesenkt, da insbesondere in der mikrobiologischen Paneldiagnostik der für die Weiterentwicklung kalkulierte Leistungsmehrbedarf von bis zu 20 Millionen Euro pro Jahr nicht eingehalten werden konnte.

Folgende Bewertungen gelten ab dem 1. Oktober 2025:

- Ab der zweiten Leistung am Behandlungstag werden die GOPen 32851 bis 32853 mit 6,65 Euro (alt: 7,23 Euro) je Erreger bewertet.
- Neuer Höchstwert
 - für die Untersuchung nach GOP 32851 von 58,30 Euro (alt: 83,40 Euro), entspricht der Untersuchung von sieben Erregern,
 - für die Untersuchungen nach GOP 32852 und 32800 (gemeinsamer Höchstwert) von 38,26 Euro (alt: 38,40 Euro), entspricht der Untersuchung von vier Erregern,
 - für die Untersuchung nach GOP 32853 von 45,00 Euro (alt: 83,40 Euro), entspricht der Untersuchung von fünf Erregern.

Die Anpassung der Höchstwerte der GOP 32851 und 32853 entsprechend der jeweiligen Anzahl der zu untersuchenden Erregern erfolgte auf Basis der aktuellen Leitlinien zur Diagnostik von akuten Atemwegs- und gastrointestinalen Infektionen.

Darüber hinaus wurde die zweite Anmerkung zur GOP 32706 für die Untersuchung auf *Helicobacter pylori* an den aktuellen Stand von Wissenschaft und Technik angepasst und die grundsätzliche Berechnungsfähigkeit auf „vor einer geplanten Dauermedikation mit niedrig dosiertem ASS oder mit nicht steroidalen Antirheumatika (NSAR) und erhöhtem Risiko für eine Ulcus-Erkrankung“ ausgeweitet.

Fraktursonografie bei Kindern

Beschluss aus der 798. Sitzung des Bewertungsausschusses (schriftliche Beschlussfassung)

In den KVB INFOS, Ausgabe 3-4/2025, informierten wir über die Aufnahme der Fraktursonografie bei Kindern bis zum vollendeten zwölften Lebensjahr mit Verdacht auf eine Armfraktur (Fraktur eines langen Röhrenknochens der oberen Extremitäten) in die Richtlinie „Methoden vertragsärztliche Versorgung“ (MVV-RL) des Gemeinsamen Bundesausschusses. Der Bewertungsausschuss hat mit Wirkung zum 1. Oktober 2025 die Aufnahme einer neuer Gebührenordnungsposition in den EBM.

Neu: GOP 33053 – Fraktursonografie bei Neugeborenen, Säuglingen, Kleinkindern und Kindern bis zum vollendeten zwölften Lebensjahr mit Verdacht auf Fraktur eines langen Röhrenknochens der oberen Extremitäten gemäß Nr. 43 der Anlage I „Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden“ der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses:

EBM-Bewertung: 103 Punkte
Preis B€GO: 12,77 Euro

- Einmal im Behandlungsfall berechnungsfähig.
- Nicht berechnungsfähig für eine sonographische Stellungskontrolle nach einer konservativ behandelten Fraktur.
- Nur berechnungsfähig von Fachärztinnen und Fachärzten der Fachgebiete Allgemeinmedizin, Innere und Allgemeinmedizin, Radiologie, Kinder- und Jugend-

medizin, Orthopädie sowie der Chirurgie.

■ **Abrechnungsausschlüsse:**

■ **Sitzung:** Nicht neben den Notfallpauschalen I und II (GOPen 01205 und 01207) und nicht neben den Sonographien der Gelenke und weiterer Organe oder Organteile (GOPen 33050 und 33081) berechnungsfähig.

■ **Behandlungstag:**

a) Die Fraktursonografie ist nicht nach der Durchführung einer Röntgenaufnahme der Extremitäten oder deren Teile (GOP 34233) berechnungsfähig.

Sofern die Leistungen nach den GOPen 33053 und 34233 am selben Behandlungstag durchgeführt werden, **sind die jeweiligen Uhrzeiten (Feldkennung 5006 – „Um-Uhrzeit“) anzugeben.**

b) Nicht neben den postoperativen Behandlungskomplexen nach den GOPen 31630 bis 31637, 31682 bis 31689 und 31695 bis 31702 berechnungsfähig.

■ **Behandlungsfall:** Nicht neben der ESWL nach der GOP 26330 berechnungsfähig.

Genehmigung

Zur Berechnung der GOP 33053 ist künftig eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung für die Fraktursonografie nach der bundesweiten Ultraschall-Vereinbarung (USV) erforderlich. Dafür muss die USV zunächst um konkrete fachliche und apparative Voraussetzungen für diese Genehmigung angepasst werden.

In der **Übergangszeit** – bis zur entsprechenden Anpassung der USV – können Ärztinnen und Ärzte der oben genannten Fachgruppen die GOP 33053 abrechnen, wenn sie

■ über eine Sonographie-Genehmigung für ein B-Modus-/Duplex-Verfahren und ein Ultraschallgerät mit einem hochfrequenten Linearschallkopf sowie

■ über Kenntnisse und Erfahrungen in der Durchführung und Befundung der Sonographie von langen Röhrenknochen der oberen Extremitäten verfügen (gegebenenfalls durch Teilnahme an einer sechsstündigen strukturierten Fortbildung, vergleiche Paragraf 3 Absatz 2 der Anlage I Nr. 43 MVV-RL, abzurufen unter <https://www.g-ba.de/beschluesse/6873/>).

Während der Übergangszeit muss in Bayern **kein Antrag** auf Genehmigung zur Abrechnung der Fraktursonographie gestellt werden.

Die Dokumentation des ärztlichen Untersuchungsergebnisses einer Fraktursonographie eines langen Röhrenknochens der oberen Extremität muss mindestens Angaben zu Untersuchungsregion, -ebenen und -ergebnis enthalten (vergleiche Paragraf 3 Absatz 4 der Anlage I Nr. 43 MVV-RL).

Mit **Inkrafttreten der Anpassung der USV** ist die Abrechnung der GOP 33053 nur noch nach Erteilung einer Genehmigung für die Fraktursonographie möglich. Diese ist bei der KVB zu beantragen. Im Rahmen der **Antragstellung** sind dann die in der USV festgelegten fachlichen und apparativen Voraussetzungen

nachzuweisen. Wir werden Sie zu gegebener Zeit über die Anpassung der USV und die Möglichkeit zur Antragstellung informieren.

Vergütung

Für die neue GOP 33053 empfiehlt der Bewertungsausschuss die Vergütung außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung. Die Umsetzung dieser Empfehlung auf Landesebene ist mit den Krankenkassen in Bayern noch zu vereinbaren.

PET/CT bei aggressiven Non-Hodgkin-Lymphomen

Beschluss aus der 799. Sitzung des Bewertungsausschusses (schriftliche Beschlussfassung)

In den KVB INFOS, Ausgabe 9-10/2025, informierten wir kürzlich über die Ausweitung der Einsatzbereiche des PET/CT beziehungsweise des PET bei aggressiven Non-Hodgkin-Lymphomen in der Richtlinie „Methoden vertragsärztliche Versorgung“ (MVV-RL) des Gemeinsamen Bundesausschusses.

Der Bewertungsausschuss hat den EBM dahingehend angepasst, dass **ab dem 1. Oktober 2025**

■ das **PET/CT bei aggressiven Non-Hodgkin-Lymphomen** nach den Gebührenordnungspositionen 34704 bis 34707 nicht nur zum Behandlungsbeginn (Initial-Staging), sondern **bei sämtlichen Untersuchungen zur Bestimmung des Stadiums in der vertragsärztlichen Versorgung angewendet** werden kann und damit zweimal im Behandlungsfall berechnungsfähig ist, ■ die **PET beziehungsweise PET/CT** zukünftig eingesetzt werden

kann, wenn bei unklaren Ergebnissen der bildgebenden Standarddiagnostik hinsichtlich der bevorzugt zu biopsierenden Läsion der Verdacht besteht, dass ein **follikuläres Lymphom in ein aggressives Non-Hodgkin-Lymphom transformiert**.

In der **Routine-Nachsorge** von Patienten ohne begründeten Verdacht auf ein Rezidiv besteht **weiterhin kein Anspruch** auf eine Untersuchung mittels PET/CT.

Die Sachkosten bei Verwendung des Radionuklids F-18-Fluorodesoxyglukose können unverändert über die Kostenpauschale 40584 des EBM berechnet werden und es gelten die bereits bestehenden Abrechnungsbestimmungen und -abschlüsse zu den Leistungen des Abschnitts 34.7 EBM.

Die Qualitätssicherungsvereinbarung PET, PET/CT muss noch entsprechend angepasst werden. Sofern dabei keine Änderungen der Genehmigungsvoraussetzungen erfolgen, kann das erweiterte Leistungsspektrum mit den bestehenden Genehmigungen für PET, PET/CT abgerechnet werden. Falls sich die Genehmigungsvoraussetzungen ändern, werden wir die betroffenen Ärzte zeitnah informieren.

Weitergehende Informationen zum PET und PET/CT finden Sie unter www.kvb.de/mitglieder/patientenversorgung/qualitaetssicherung/radiologische-verfahren.

Fluoreszenzangiographie – Bewertungsanpassungen und neue Kostenpauschale

Beschluss aus der 807. Sitzung des Bewertungsausschusses (schriftliche Beschlussfassung)

Der Bewertungsausschuss hat mit Wirkung zum 1. Oktober 2025 Anpassungen bei der Fluoreszenzangiographie vorgenommen und eine neue Kostenpauschale 40682 in den EBM aufgenommen.

Bei der fluoreszenzangiographischen Untersuchung am Augenhintergrund (GOP 06331) und im Rahmen der Photodynamischen Therapie mit Verteporfin (GOP 06332) werden die fluoreszierenden Teststoffe Fluorescein-Natrium oder Indozyanin grün intravenös injiziert, um die Blutgefäße des Augenhintergrunds sichtbar zu machen. Die Sachkosten für beide Teststoffe sind bisher in den Gebührenordnungspositionen enthalten, wobei der Teststoff Indozyanin grün im Vergleich zu Fluorescein-Natrium wesentlich kostenintensiver in der Anwendung ist und auch seltener eingesetzt wird.

Die Kosten für den Teststoff Indozyanin grün werden nun aus den GOPen 06331 und 06332 ausgegliedert und in einer eigenen Kostenpauschale in Abschnitt 40.11 EBM abgebildet.

Neu: GOP 40682 – Kostenpauschale für den Teststoff Indozyanin grün bei Durchführung einer Fluoreszenzangiographischen Untersuchung im Zusammenhang mit der Leistung entsprechend den GOPen 06331 oder 06332

EBM-Bewertung: 72,31 Euro

- Die Abrechnung setzt die Angabe einer **medizinischen Begründung der Notwendigkeit** der Verwendung von Indozyanin grün (Feldkennung 5009 – freies Begründungsfeld) voraus.
- Die Kostenpauschale ist **je Praxis nur bis zu einer Anzahl in Höhe von fünf Prozent der Gesamtanzahl der abgerechneten GOP 06331 und 06332** im Quartal berechnungsfähig.

Aufgrund der gestiegenen Preise für den in den GOPen 06331 und 06332 weiterhin enthaltenen Teststoff Fluorescein-Natrium werden deren Bewertungen angepasst (siehe Tabelle unten).

Vergütung

Für die neue GOP 40682 empfiehlt der Bewertungsausschuss die Vergütung außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung. Die Umsetzung dieser Empfehlung auf Landesebene ist mit den Krankenkassen in Bayern noch zu vereinbaren.

GOP	Bewertung ALT	Bewertung NEU
06331	439 Punkte/54,41 Euro	504 Punkte/62,46 Euro
06332	2.231 Punkte/276,50 Euro	2.296 Punkte/284,55 Euro

Digitale Gesundheitsanwendungen – Verlaufskontrolle „ProHerz“

Beschluss aus der 802. Sitzung des Bewertungsausschusses (schriftliche Beschlussfassung)

Für die notwendige Verlaufskontrolle und Auswertung der seit 14. Mai 2025 dauerhaft im Verzeichnis gelisteten DiGA „ProHerz“ wird mit Wirkung zum 1. Oktober 2025 die GOP 01481 in den EBM aufgenommen. Gleichzeitig ist die GOP 86700 für die Vergütung der Verlaufskontrolle und Auswertung einer vorläufigen DiGA ab dem 1. Oktober 2025 für die DiGA „ProHerz“ nicht mehr berechnungsfähig. Die neue DiGA richtet sich an Patientinnen und Patienten mit Herzinsuffizienz, mit der diese unter anderem ihre Vitalwerte dokumentieren können.

NEU: GOP 01481 – Zusatzpauschale für die Verlaufskontrolle und die Auswertung der DiGA „ProHerz“ gemäß dem Verzeichnis für digitale Gesundheitsanwendungen gemäß Paragraph 139e SGB V

EBM-Bewertung: 64 Punkte
Preis B€GO: 7,93 Euro

- Einmal im Behandlungsfall, höchstens zweimal im Krankheitsfall, berechnungsfähig.
- Ausschließlich bei Patientinnen und Patienten ab Vollendung des 18. Lebensjahres berechnungsfähig.
- Berechnungsfähig von Hausärzten, Kinder- und Jugendmedizinern und Internisten ohne Schwerpunkt sowie mit den Schwerpunkten Kardiologie, Nephrologie, Pneumologie und von Lungenärzten. Ebenfalls berechnungsfähig von Vertragsärzten mit der Genehmigung zur

Durchführung von Blutreinigungsverfahren, die berechtigt sind, Patienten im Rahmen des Telemonitoring Herzinsuffizienz als primär behandelnder Arzt (PBA) zu behandeln und die GOPen 03325, 04325 oder 13578 berechnen können.

- Im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen des Telemonitoring bei Herzinsuffizienz (GOPen 03325, 03326, 04325, 04326, 13578, 13579 und 13583 bis 13587) berechnungsfähig.

Anhang 3 EBM

Im Zusammenhang mit der Neuaufnahme der GOP 01481 werden die Kalkulations- und Prüfzeiten im Anhang 3 zum EBM angepasst. Die GOP 01481 wird der fachärztlichen Grundversorgung zugerechnet und führt nicht zum Ausschluss der Berechnungsfähigkeit der Pauschale für die fachärztliche Grundversorgung (PFG).

Vergütung

Die Vergütung der neu in den EBM aufgenommenen GOP 01481 erfolgt außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung.

FeNO-Messung vor Dupilumab-Therapie

Beschluss aus der 801. Sitzung des Bewertungsausschusses (schriftliche Beschlussfassung)

Zum 1. April 2020 wurden für die FeNO-Messung (Messung von fraktioniertem exhalierendem Stickstoffmonoxid) zur Indikationsstellung einer Therapie mit dem Arzneimittel Dupilumab die GOPen 04538 und 13678 neu in den EBM aufgenommen.

Der monoklonale Antikörper Dupi-

lumab (Dupixent®) wird als Add-on-Erhaltungstherapie bei schwerem Asthma mit Typ-2-Inflammation angewendet. Die Anwendung erfolgt, wenn die Erkrankung bei Erwachsenen und Jugendlichen ab zwölf Jahren trotz hochdosierter inhalativer Kortikosteroide und einem weiteren zur Erhaltungstherapie gegebenen Arzneimittel unzureichend kontrolliert ist. Bei Kindern ab sechs Jahren erfolgt die Anwendung, wenn das schwere Asthma mit Typ-2-Inflammation trotz mittel- bis hochdosierter inhalativer Corticosteroide (ICS) plus einem weiteren zur Erhaltungstherapie angewendeten Arzneimittel unzureichend kontrolliert ist.

Die Leistungen nach den GOPen 04538 und 13678 sind ausschließlich für die Indikationsstellung vor Beginn einer Therapie mit Dupilumab berechnungsfähig. Eine FeNO-Messung zur Überprüfung bei bereits gestellter Indikation zur Dupilumab-Therapie oder zur Verlaufskontrolle während einer laufenden Therapie mit Dupilumab ist hingegen nicht mit den GOPen 04538 oder 13678 berechnungsfähig. Dies wird im EBM durch die Anpassung der ersten Anmerkung bei beiden GOPen klar gestellt.

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

EBM-Änderungen zum 1. Januar 2026

Zum 1. Januar 2026 wurden Änderungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) beschlossen. Nachfolgend stellen wir Ihnen diese kurz dar.

Die Beschlüsse des Bewertungsausschusses (BA) aus seiner 792., 795. und 800. Sitzung wurden auf der Internetseite des Instituts des Bewertungsausschusses unter www.institut-des-bewertungsausschusses.de in der Rubrik Bewertungsausschuss/Beschlüsse veröffentlicht. Sie stehen noch unter dem Vorbehalt der Nichtbeanstandung durch das Bundesministerium für Gesundheit.

Neuregelung der Vorhaltepauschale für Hausärzte

Beschluss aus der 792. Sitzung des Bewertungsausschusses

Aufgrund gesetzlicher Vorgaben haben KBV und GKV im Bewertungsausschuss die Vorhaltepauschale für Hausarztpraxen zum 1. Januar 2026 neu geregelt. Hierdurch soll die hausärztliche Grundversorgung stärker gefördert werden, allerdings unter der gesetzlichen Vorgabe der Ausgabenneutralität. Die betroffenen Hausärztinnen und Hausärzte wurden mit Serviceschreiben vom 29. September 2025 informiert.

Das Serviceschreiben und weitere Informationen zur Neuregelung der Vorhaltepauschale finden Sie unter www.kvb.de/mitglieder/abrechnung.

Notfalldatensatz:

Neue Vergütungssystematik

Beschluss aus der 792. Sitzung des Bewertungsausschusses

Die Vergütung der Aufwände zum Notfalldatensatz wird zum 1. Januar

2026 neu geregelt. Die Zuschläge für die Anlage (GOP 01640) und Löschung (GOP 01642) eines Notfalldatensatzes bleiben weiterhin bestehen und können wie bisher abgerechnet werden. Der bisherige von der KVB zugefügte Zuschlag zu den Versicherten-, Grund- und Konsiliarpauschalen nach der GOP 01641 wird zum 31. Dezember 2025 beendet. Stattdessen wird für die Aktualisierung eines Notfalldatensatzes mit Wirkung zum 1. Januar 2026 eine neue GOP in den EBM aufgenommen.

Neu: GOP 01643 – Aktualisierung eines Notfalldatensatzes gemäß Anlage 4a zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä)

EBM-Bewertung: 39 Punkte
Preis BÊGO: 4,97 Euro

- Einmal im Krankheitsfall (= aktuelles und folgende drei Quartale) berechnungsfähig.
- Ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt ist notwendig, weshalb die GOP 01643 vom Arzt selbst anzusetzen ist.
- Nicht berechnungsfähig für Praxen, die noch nicht an der Telematikinfrastruktur angeschlossen sind und bei denen die Voraussetzungen zur Nutzung der Anwendung gemäß Paragraf 334 Absatz 1 Satz 2 Nummer 5 SGB V in Verbindung mit Anlage 4a zum BMV-Ä nicht vorliegen.
- Im Behandlungsfall nicht neben der Anlage (GOP 01640) und Löschung (GOP 01642) eines Notfalldatensatzes berechnungsfähig.

Weitere Informationen zum Notfalldatenmanagement und den weiteren Anwendungen in der Telemati-

kinfrastruktur finden Sie unter www.kvb.de/mitglieder/praxis-fuehrung/it-online-services-ti.

Vergütung

Für die neu in den EBM aufgenommene GOP 01643 empfiehlt der Bewertungsausschuss die Vergütung außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung. Die Umsetzung dieser Empfehlung auf Landesebene ist mit den Krankenkassen in Bayern noch zu vereinbaren.

Videosprechstunde – Verlängerung Authentifizierungszuschlag (GOP 01444)

Beschluss aus der 800. Sitzung des Bewertungsausschusses (schriftliche Beschlussfassung)

Der befristete Zuschlag nach der GOP 01444 für die Authentifizierung eines unbekannten Patienten im Rahmen der Behandlung in Videosprechstunden wurde bis zum 31. Dezember 2026 verlängert.

Hepatitis Screening – Nachweis Virusinfektion (GOP 01865) verlängert

Beschluss aus der 795. Sitzung des Bewertungsausschusses (schriftliche Beschlussfassung)

Der zum 1. Oktober 2021 befristet in den EBM aufgenommene Nachweis von HBs-Antigen und/oder HCV-Antikörpern (GOP 01865) im Rahmen des Hepatitis-Screenings wird bis zum 31. Dezember 2028 verlängert.

Bei Einführung des Hepatitis-Screenings in die Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinie ging der Bewertungsausschuss davon aus, dass der überwiegende Anteil der Anspruchsberechtigten diese Leistung

Erweitertes Neugeborenen-Screening

in den ersten Jahren nach Einführung in Anspruch nehmen würde. Diese Annahme hat sich nicht bestätigt, weshalb der Nachweis zur Virusinfektion (GOP 01865) verlängert wurde.

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

Das Screening auf Vitamin-B12-Mangel sowie auf die sehr seltenen angeborenen Stoffwechselerkrankungen Homocystinurie, Propionazidämie und Methylmalonazidurie werden künftig Bestandteil der Früherkennungsuntersuchungen bei Neugeborenen. Unbehandelt gefährden diese Erkrankungen die körperliche und geistige Entwicklung des Kindes.

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat am 15. Mai 2025 das Erweiterte Neugeborenen-Screening ergänzt. Der Beschluss zu den Änderungen der Richtlinie über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern (Kinder-Richtlinie) ist am 13. August 2025 in Kraft getreten.

Abrechnung erst nach Aufnahme der Leistungen in den EBM möglich

Die Screenings auf die neuen Ziel-erkrankungen können erst dann als Kassenleistung erbracht und abgerechnet werden, wenn entsprechende Leistungen in den EBM aufgenommen wurden beziehungsweise der EBM angepasst wurde.

Die Änderungen der Kinder-Richtlinie sind ab dem 15. Mai 2026 anzuwenden, da die Screening-Labore Zeit für die erforderliche apparative Ausstattung benötigen.

Sobald die Aufnahme der neuen Untersuchungen in den EBM beschlossen wurden, werden wir Sie informieren.

Sie finden die Kinder-Richtlinie sowie den Beschluss unter www.g-ba.de in der Rubrik Richtlinien.

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

G-BA: Mukoviszidose- Screening bei Neugeborenen

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat den Screening-Algorithmus beim Mukoviszidose-Screening bei Neugeborenen angepasst, damit möglichst viele tatsächlich erkrankte Kinder gefunden werden. Es bleibt bei einer dreistufigen Labortestung:

Stufe 1:

Im Rahmen des Neugeborenen-Screenings wird zunächst auf immunreaktives Trypsin (IRT) getestet. Ein auffälliges Ergebnis liegt hier weiterhin vor, wenn der IRT-Wert $\geq$ dem 99. Perzentil der im durchführenden Labor anzunehmenden Populationswerte liegt.

Neu ist, dass alle Kinder bei einem IRT-Wert $\geq$ dem 99,9. Perzentil erst eine spezifische DNA-Mutationsanalyse erhalten, sofern die Eltern dem vorab zugestimmt haben. Bislang erfolgte in solchen Fällen direkt eine Bestätigungsuntersuchung mit Durchführung eines aufwendigen Schweißtests.

Stufe 2:

Bei allen Proben mit einem IRT-Wert $\geq$ 99,0. Perzentil < 99,9. Perzentil wird wie zuvor als zweite Stufe ein zusätzlicher Test auf Pankreatitis-assoziiertes Protein (PAP-Test) durchgeführt.

Neu ist, dass der Wert aus dem PAP-Test künftig nicht mehr allein als Indikator für eine Auffälligkeit herangezogen wird. Stattdessen bildet das Labor das Produkt aus IRT- und PAP-Wert. Nur wenn hier das Ergebnis über einem labor-spezifischen Cut-off liegt (orientiert am 85. Perzentil), wird es auch weiterhin als auffällig gewertet.

G-BA: Lungenkrebs-Früherkennung bei starken Rauchern wird GKV-Leistung

Stufe 3:

Bei diesen jetzt noch auffälligen Befunden wird wie bisher eine DNA-Mutationsanalyse angeschlossen. Der Screening-Befund ist auffällig, wenn mindestens eine Mutation im CFTR-Gen nachgewiesen wird.

Ist der Screening-Befund auffällig, wird eine Abklärungsdiagnostik anhand eines Schweißtests in einer spezialisierten Einrichtung durchgeführt.

Sechs Monate Umsetzungszeit nach Inkrafttreten

Der G-BA Beschluss ist am 20. September 2025 in Kraft getreten. Die Änderungen sind aber erst nach Ablauf von sechs Monaten ab ihrem Inkrafttreten, also ab dem 20. März 2026 anzuwenden. Bis zu diesem Zeitpunkt gilt die Richtlinie in ihrer bisherigen Fassung. Grund hierfür ist unter anderem, dass die Screening-Labore und spezialisierten Einrichtungen, die die weitere Abklärung auffälliger Befunde übernehmen, ausreichend Vorbereitungszeit zur Umsetzung haben sollen.

Abrechnung erst nach Aufnahme der Leistungen in den EBM möglich

Für eine gegebenenfalls erforderliche Anpassung des EBM hat der Bewertungsausschuss bis zu sechs Monate nach Inkrafttreten der Richtlinienänderung Zeit. Über etwaige Neuerungen werden wir Sie zum gegebenen Zeitpunkt informieren.

Sie finden die Kinder-Richtlinie sowie den Beschluss unter www.g-ba.de in der Rubrik Richtlinien.

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

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat für starke Raucher zwischen 50 und 75 Jahren zur Lungenkrebs-Früherkennung ein Screening mittels Niedrigdosis-Computertomographie (NDCT) am 18. Juni 2025 in die Krebsfrüherkennungs-Richtlinie aufgenommen. Der Beschluss trat am 5. September 2025 in Kraft.

Teilnahmeberechtigter Personenkreis

Am Lungenkrebs-Screening können aktive und ehemalige Raucherinnen und Raucher im Alter zwischen 50 und 75 Jahren teilnehmen. Teilnahmeberechtigt sind Versicherte, die mindestens 25 Jahre geraucht haben – wobei der Zigarettenkonsum noch andauert oder vor weniger als zehn Jahren beendet wurde. Der Umfang muss rechnerisch mindestens 15 Packungsjahre ergeben. Beispielsweise entspricht das Rauchen von 20 Zigaretten pro Tag über ein Jahr lang einem Packungsjahr.

Ablauf des Screenings

Die Auswahl und Information mittels Versicherteninformation über das Lungenkrebs-Screening der Risikopersonen erfolgt durch qualifizierte Hausärzte, Internisten und Arbeitsmediziner. Die Betroffenen werden an einen besonders qualifizierten Radiologen überwiesen.

Die Früherkennung mit einer Niedrigdosis-CT dürfen nur Fachärzte und Fachärztinnen für Radiologie (Erstbefunder) durchführen, die besondere Voraussetzungen erfüllen.

Ist der Befund kontroll- oder abklärungsbedürftig, ist ein Radiologe, der in einem auf Lungenkrebs spezialisierten Zentrum tätig ist, zur Mitbeurteilung der Aufnahmen hin-

zuzuziehen (Zweitbefunder). Erst- und Zweitbefunder müssen dann in einer gemeinsamen Entscheidungsfindung zu einem einheitlichen Ergebnis kommen und eine Empfehlung über weiterführende Maßnahmen zur Kontrolle oder Abklärung abgeben. Um die Überweisung von Erst- zu Zweitbefunder zur Zweitbefundung der LDCT-Untersuchungen zu ermöglichen, sind entsprechende Anpassungen des Bundesmantelvertrags-Ärzte geplant.

Genehmigung

Erst- und Zweitbefunder müssen eine Genehmigung bei der KVB beantragen, wenn sie am Lungenkrebs-Screening in der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen wollen. Für zuweisende Ärzte ist kein Genehmigungsverfahren geplant.

Die endgültigen Genehmigungsveraussetzungen für Erst- und Zweitbefunder werden in der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie nach Paragraph 135 Absatz 2 SGB V festgelegt, die hierzu noch entsprechend angepasst wird.

Voraussichtlich müssen folgende Qualifikationsvoraussetzungen erfüllt werden, vergleiche Paragraph 6 Absatz 1 und 2 der Lungenkrebsfrüherkennungsverordnung (LuKrFrühErkV), abzurufen unter www.gesetze-im-internet.de/lukrfr_herkv/BJNR0A20A0024.html.

Erstbefunder

Eingangsvoraussetzung:

- Fachärztin oder Facharzt für Radiologie,
- 200 Untersuchungen Thorax-Computertomographie im Vorjahr,

G-BA zur Karotis- Revaskularisation

- Eingangs-Fortbildung nach Vorgaben der Bundesärztekammer,
- Kooperationsvereinbarung über die Zusammenarbeit mit einem Zweitbefunder.

Im Verlauf:

- 100 LDCT-Screening-Untersuchungen im ersten Jahr der Tätigkeit als Erstbefunder,
- 200 LDCT-Screening-Untersuchungen ab dem zweiten Jahr,
- bei Unterschreiten der Fallzahlen im Verlauf: Fortbildung zur Nachqualifikation nach den Vorgaben der Bundesärztekammer (einschließlich Fallsammlungs-Prüfung).

Zweitbefunder

Eingangsvoraussetzung:

- Fachärztin oder Facharzt für Radiologie,
- 200 Untersuchungen Thorax-Computertomographie im Vorjahr,
- Eingangs-Fortbildung nach Vorgaben der Bundesärztekammer,
- Tätigkeit an einer auf Lungenkrebs spezialisierten Einrichtung (Krankenhaus, das thorax-chirurgische Mindestmenge des G-BA erfüllt).

Im Verlauf:

- 200 LDCT-Screening-Untersuchungen im ersten Jahr der Tätigkeit,
- 400 LDCT-Screening-Untersuchungen ab dem zweiten Jahr,
- bei Unterschreiten der Fallzahlen im Verlauf: Fortbildung zur Nachqualifikation nach den Vorgaben der Bundesärztekammer (einschließlich Fallsammlungs-Prüfung).

Sobald die endgültigen Genehmigungsvoraussetzungen feststehen, werden wir Sie informieren.

Abrechnung erst nach Aufnahme einer Leistung in den EBM möglich

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

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

Sie finden den Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses sowie die Krebsfrüherkennungs-Richtlinie unter www.g-ba.de/informationen/richtlinien.

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

Seit dem 1. Oktober 2025 können sich gesetzlich Versicherte eine unabhängige zweite Meinung einholen, wenn ihnen ein Eingriff zur Karotis-Revaskularisation bei Karotis-Stenose empfohlen wurde.

Notwendige Kennzeichnung durch den Erstmeiner

Der indikationsstellende Arzt, der den Eingriff konkret empfiehlt, hat den Patienten über sein Recht, eine Zweitmeinung einzuholen, aufzuklären. Die hierfür einmal im Krankheitsfall berechnungsfähige GOP 01645 (75 Punkte, 9,30 Euro) ist mit dem Buchstaben „M“ (GOP 01645M) in der Abrechnung zu kennzeichnen.

Notwendige Kennzeichnung durch den Zweitmeiner

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

Der Abrechnungsschein, auf dem die Leistungen des Zweitmeinungsverfahrens „bei Eingriffen zur Karotis-Revaskularisation bei Karotis-Stenose“ berechnet werden, ist mit der Kennzeichnungs-Nummer 88200M (Feldkennung 5001 – „GNR“) zu kennzeichnen.

Sollten bei der/dem Versicherten in demselben Quartal noch andere Untersuchungsleistungen, die nicht mit der ärztlichen Zweitmeinung in Zusammenhang stehen, erbracht

werden, so sind diese auf einem separaten Abrechnungsschein (ohne Angabe der Kennzeichnungsnummer) abzurechnen.

Genehmigungsvorbehalt für Zweitmeinung

Die Durchführung und Abrechnung der Zweitmeinung setzt eine zuvor erteilte Genehmigung der KVB voraus.

Nähere Informationen über die Genehmigungsvoraussetzungen und Leistungserfüllung im Zweitmeinungsverfahren finden Sie unter www.kvb.de/mitglieder/patientenversorgung/qualitaetssicherung/zweitmeinung.

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

Medikamentöse Schwangerschaftsabbrüche

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat die Richtlinie zur Empfängnisregelung und zum Schwangerschaftsabbruch geändert. Der Beschluss ist am 24. September 2025 in Kraft getreten.

Einrichtungen, die ausschließlich medikamentöse Schwangerschaftsabbrüche vornehmen, müssen nun keine spezifischen strukturellen Anforderungen mehr an die personelle und sächliche Ausstattung erfüllen. Für ambulant durchgeführte operative Schwangerschaftsabbrüche bleiben dagegen die bekannten Anforderungen bestehen. Diese richten sich weiterhin nach den einschlägigen Verträgen und Vereinbarungen, wie der Qualitätssicherungsvereinbarung zum ambulanten Operieren (Paragraf 135 Absatz 2 SGB V) für Vertragsärzte sowie dem AOP-Vertrag (Paragraf 115b Absatz 1 SGB V) für Krankenhäuser.

Für alle Einrichtungen, die Schwangerschaftsabbrüche anbieten, gelten zudem unverändert die gesetzlichen Rahmenbedingungen nach Paragraf 13 Schwangerschaftskonfliktgesetz (SchKG) und Paragraf 24b Absatz 1 Satz 2 SGB V.

Nähere Hintergrundinformationen mit Verweis auf den Beschlusstext und die aktuelle Richtlinie finden Sie in den KBV-Praxisnachrichten vom 25. September 2025.

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

Teamgespräch öfter abrechenbar

Seit dem 1. Oktober 2025 kann das Teamgespräch (Abrechnungsnummer 94994 für Frühförderstellen und Abrechnungsnummer 94998 für Tagesstätten) zwischen dem teilnehmenden Arzt und den Behandelnden der Interdisziplinären Frühförderung/Tagesstätte zum Stand und Fortgang der Behandlung nun maximal fünfmal statt bisher viermal im Krankheitsfall abrechnet werden.

Die Vergütung der Abrechnungsnummer 94994 beziehungsweise 94998 beträgt weiterhin 18,00 Euro je Teamgespräch.

Wir haben die Übersicht zur Vergütung und Abrechnung der ärztlichen Leistungen (Teamgespräch sowie Ausstellung des Erst-, Folge- und Änderungsantrags) entsprechend angepasst.

Sie finden die aktualisierte Übersicht sowie weitere Informationen zum Vertrag unter www.kvb.de/mitglieder/abrechnung/verguetungsvertraege/fruehfoerderung-behinderter-kinder.

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

Aktuelle Statistiken über Praxisverwaltungssysteme in Bayern

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

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

Im Quartal 2/2024 konnten wir insgesamt 18.546 Installationen verzeichnen, im Quartal 2/2025 18.480. Zur Jahresmitte 2025 waren insgesamt 101 Systeme in Bayern im Einsatz.

Die TOP 10 der Praxisverwaltungssysteme im Bereich der KVB

Rang	PVS/KIS	Anbieter	Installationen	Marktanteil	Veränderung von Abrechnungsquartal 2/2024 zu 2/2025
1	PsyPrax	Psyprax GmbH	3.868	20,93%	- 49
2	x.isynet/x.vianova	medatixx GmbH & Co. KG	1.875	10,15%	-121
3	medatixx/psyx	medatixx GmbH & Co. KG	1.500	8,12%	+263
4	CGM MEDISTAR®	CompuGroup Medical	1.029	5,57%	- 71
5	Epikur	Epikur Software & IT-Service	875	4,73%	+ 68
6	TURBOMED	CompuGroup Medical	868	4,70%	- 97
7	T2Med	T2med GmbH & Co. KG	630	3,41%	+ 85
8	tomedo	zollsoft GmbH	603	3,26%	+109
9	Albis on Windows	CompuGroup Medical	598	3,24%	-53
10	CGM M1 PRO	CompuGroup Medical	570	3,08%	-80

Praxisverwaltungssysteme mit dem größten absoluten Kundenzuwachs

Rang	PVS/KIS	Anbieter	Differenz der Installationen 2/2024 zu 2/2025	Installationen gesamt (Stand 2/2025)
1	medatixx/psyx	medatixx GmbH & Co. KG	+263	1.500
2	tomedo	zollsoft GmbH	+109	603
3	T2Med	T2med GmbH & Co. KG	+85	630
4	Epikur	Epikur Software & IT-Service	+68	875
5	RED Medical	RED Medical Systems GmbH	+42	86
6	inSuite	Doc Cirrus GmbH	+26	167
7	Medical Office	Indamed GmbH	+23	377
8	Elefant	HASOMED GmbH	+13	453
9	PegaMed	PEGA Elektronik-Vertriebs GmbH	+11	365
10	Smarty	New Media Company GmbH & Co. KG	+5	399

Abschaltung KVB-Portal „Koloskopie Krebsfrüherkennung“

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

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

Die Dokumentationsplattform endet ohne ein Nachfolgeangebot durch die KVB.

Als Alternative zu unserer Dokumentationsplattform gibt es kommerzielle Angebote für das Dokumentationsmodul zur Früherkennungskoloskopie (Modul DKK) – entweder innerhalb der Praxissoftware oder ergänzende Systeme, die eine automatisierte Übernahme von Patientendaten aus dem jeweiligen Praxis-System unterstützen.

Die in „Dokumentation Koloskopie Krebsfrüherkennung“ erstellten elektronischen Dokumentationen können bis zum 15. März 2026 im Portal ausgedruckt beziehungsweise abgespeichert und in einer Archivdatei heruntergeladen werden.

Nutzen Sie bitte die noch zur Verfügung stehende Zeit, um zum Zeitpunkt der Umstellung für das Erfas-

sungsjahr 2026 nahtlos weiterdokumentieren zu können, da die elektronische Dokumentation Grundlage für die Honorierung Ihrer Leistungen ist.

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

Ambulante Behandlung parallel durch PIA und niedergelassene Psychotherapeuten

Im Zusammenhang mit der Versorgung von psychisch erkrankten Patientinnen und Patienten durch ermächtigte Psychiatrische Institutsambulanzen (PIA) und parallel durch niedergelassene Psychotherapeuten im Bereich der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung in Bayern ergeben sich regelmäßig Rückfragen im Hinblick auf die Zulässigkeit einer gleichzeitigen Behandlung und deren Abrechenbarkeit.

Gemäß Paragraph 118 SGB V erbringen PIA psychiatrisch-psychotherapeutische Leistungen für schwer psychisch erkrankte Menschen, wenn wegen der Art, Schwere oder Dauer der Erkrankung eine Krankenhausbehandlung erforderlich wäre, diese aber durch die Institutsambulanz vermieden oder verkürzt werden kann oder erforderlich ist, um eine Krankenhausbehandlung zu verhindern. Die PIA übernimmt in diesem Rahmen eine komplexe, interdisziplinäre und koordinierte Versorgung einschließlich psychotherapeutischer Interventionen, die sich deutlich vom Behandlungsspektrum eines niedergelassenen Psychotherapeuten unterscheidet. Eine parallele Psychotherapie bei einem niedergelassenen Psychotherapeuten ist daher im Hinblick auf das Wirtschaftlichkeitsgebot der GKV gemäß Paragraph 12 SGB V im Grundsatz unzulässig, wenn für die vorliegende Erkrankung bereits die Zuständigkeit einer PIA gegeben ist beziehungsweise die PIA bereits psychotherapeutisch tätig ist.

Die Möglichkeit einer parallelen Behandlung kann indes aber auch nicht kategorisch ausgeschlossen werden. Sei es, dass verschiedene, voneinander unabhängige Erkrankungen vorliegen und die Zuständigkeit

einer PIA nicht für alle Krankheitsbilder eröffnet ist. Sei es, dass innerhalb eines Behandlungsfalls eine komplementäre Aufteilung der Behandlung durch die Beteiligten erfolgt, etwa wenn die PIA für eine psychiatrische Stabilisierung mit medikamentöser Begleitung zuständig zeichnet, während die psychotherapeutische Praxis eine klar abgrenzbare psychotherapeutische Behandlung übernimmt. Es bedarf in diesen Fällen aber jeweils einer vorherigen konkreten Absprache der Beteiligten unter Einbezug der betroffenen Krankenkasse. Eine Doppel-Erbringung und -Abrechnung gleichgerichteter Leistungen ist in jedem Falle zu vermeiden.

Wenn eine parallele Behandlung erwogen wird, sollten daher unbedingt folgende Schritte eingeleitet werden:

- Absprache zwischen PIA und niedergelassenem Psychotherapeuten.
- Klare Dokumentation der unterschiedlichen Behandlungsmodalitäten.
- Einwilligung und Information des Patienten.
- Rücksprache mit der betroffenen Krankenkasse.

Neuer Vertrag zur vertraulichen Spurensicherung

Das Bayerische Staatsministerium für Gesundheit, Pflege und Prävention (StMGP) hat mit den gesetzlichen Krankenkassen sowie den rechtsmedizinischen Instituten der Universitäten München und Würzburg einen neuen Vertrag zur vertraulichen Spurensicherung in Bayern geschlossen.

Mit Serviceschreiben vom 17. September 2025 haben wir bereits Hausärzte, Kinder- und Jugendärzte, Gynäkologen und Urologen darüber informiert. Darüber hinaus möchten wir gerne für alle KVB-Mitglieder das Wichtigste zu diesem neuen Vertrag zusammenfassen.

Was regelt der Vertrag?

Der Vertrag regelt die Rahmenbedingungen zur Erbringung von Leistungen der vertraulichen Spurensicherung im Falle von sexualisierter Gewalt oder körperlicher Misshandlung, wenn die Strafverfolgungsbehörden noch nicht informiert wurden.

Welche Leistungen umfasst der Vertrag?

Die Spurensicherung beschränkt sich auf die unbedingt erforderlichen Maßnahmen zur Konservierung relevanter Spuren. Die Leistungen werden für den ambulanten Bereich in Form einer Fallpauschale vergütet, wobei die Abrechnung direkt über die gesetzlichen Krankenkassen erfolgt.

Wer kann teilnehmen?

Neben Krankenhäusern können auch Vertragsärztinnen und Vertragsärzte sowie medizinische Versorgungszentren, die spezielle Teilnahmevoraussetzungen erfüllen, an dem Vertrag teilnehmen und die

vertrauliche Spurensicherung durchführen.

Die Antragstellung erfolgt über das jeweils zuständige Institut für Rechtsmedizin, die LMU München oder JMU Würzburg. Die Krankenkassen entscheiden über die Teilnahme. Im Moment läuft das Teilnahmeverfahren.

Das StMGP wird künftig ein Verzeichnis der Teilnehmer auf seiner Internetseite veröffentlichen. Sobald uns hierzu nähere Informationen vorliegen, werden wir Sie informieren.

KVB-Seminare 2025

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

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

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

Unser Seminarangebot für 2025 finden Sie unter www.kvb.de/mitglieder/praxisfuehrung/fortbildungsangebot unter „Terminsuche“.

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

Die Seminartermine für das Jahr 2026 werden voraussichtlich Ende November auf unserer Website veröffentlicht.

Wir freuen uns auf Ihre Teilnahme.

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

