

# KVBINFOS

01|26  
02

## ABRECHNUNG

- 2 Die nächsten Zahlungstermine
- 2 Abrechnungsabgabe für das Quartal 4/2025
- 6 Honorarverteilungsmaßstab (HVM) ab 1. Januar 2026 – Information nach der Vertreterversammlung am 21. November 2025
- 7 Bayerische Euro-Gebührenordnung (BEGO) 2026
- 8 EBM-Änderungen zum 1. Januar 2026
- 11 Biomarker-Tests bei Brustkrebs
- 12 Überweisung/Einweisung in Videosprechstunde
- 12 Liposuktion beim Lipödem jetzt Kassenleistung
- 13 Psychotherapie-Richtlinie: Anpassung zu Suchterkrankungen
- 14 Komplexversorgung: Besuchsleistungen

## VERORDNUNGEN

- 14 Ergänzungen der Arzneimittel-Richtlinie
- 14 Schutzimpfungs-Richtlinie
- 15 Meningokokken-Impfung
- 15 Sprechstundenbedarf
- 16 Rivaroxaban-Generika
- 16 Entresto® – ein Update

## QUALITÄT

- 17 Die neue MPBetreibV – Hilfestellung für Arztpraxen

## ALLGEMEINES

- 18 LGL-Leitfaden zu oraler Antibiotikatherapie

## SEMINARE

- 18 KVB-Seminare 2025
- 19 Neues Seminarangebot: „Kooperationen – Auswahl und Umsetzung“

## Die nächsten Zahlungstermine

### 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

### 10. November 2026

Abschlagszahlung Oktober 2026

### 10. Dezember 2026

Abschlagszahlung November 2026

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

## Abrechnungsabgabe für das Quartal 4/2025

### Abrechnungsabgabe

Wann?	Einreichung bis spätestens <b>Montag, den 12. Januar 2026</b>
Wie?	online
Wo?	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ im KVB-Mitgliederportal „Meine KVB“ über Service „Honorar &amp; Abrechnung“ oder</li> <li>■ den Kommunikationskanal KIM</li> </ul>
Voraussetzungen	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Die Abrechnung muss vollständig und korrekt sein.</li> <li>■ Persönliche Leistungserbringung qualifikationsgebundener Leistungen insbesondere bei angestellten Ärztinnen und Ärzten, in Berufsausübungsgemeinschaften und Medizinischen Versorgungszentren.</li> <li>■ Sammelerklärung</li> </ul>
Verspätete Abgabe	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Sollten Sie einmal in einem begründeten Ausnahmefall den Abgabetermin für Ihre Quartalsabrechnung (<b>bis spätestens zum zehnten Kalendertag des ersten Monats nach Abschluss des Abrechnungsquartals</b>) nicht einhalten können, besteht die Möglichkeit, online eine Fristverlängerung für <b>14 Tage</b> über das KVB-Mitgliederportal „Meine KVB“ unter Service „Honorar &amp; Abrechnung“ mit dem Suchbegriff „Fristverlängerung der Quartalsabrechnung“ zu beantragen. Hierbei erhalten Sie eine vom System generierte Eingangsbestätigung/Genehmigung. <b>Wichtig:</b> Für Abrechnungen, die nach dem 24. Kalendertag des ersten Monats nach Abschluss des Abrechnungsquartals eingehen, können wir weder eine Verarbeitung noch die nächste(n) Abschlags-/Restzahlung(en) im/mit dem aktuellen Quartal garantieren.</li> <li>■ <b>Hinweis:</b> Terminverlängerungen für Notarzttabrechnungen und Abrechnungen Leitender Notärzte siehe Kapitel „Sonstige Abrechnungen mit separaten Einreichungsterminen“</li> </ul>
Wichtig	<p>Eine mögliche Verlängerung der Abgabefrist bezieht sich nur auf die Abrechnung nicht bereits verjährter Fälle und nicht auf die elektronische Dokumentation der Qualitätssicherungs- und Zusatzvereinbarungen der KVB.</p> <p>Bitte beachten Sie hierzu auch Paragraph 3 „Fristen für die Einreichung der Abrechnung“ sowie Paragraph 5 „Abschlags- und Restzahlungen, Verrechnung und Einbehalte“ der Abrechnungsbestimmungen der KVB.</p>
Empfangsbestätigung	Über den Eingang Ihrer Abrechnungsunterlagen können Sie eine Empfangsbestätigung unter der Faxnummer 09 41 / 39 63 - 6 87 80 anfordern.

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

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

Korrekturen notwendig?	Bitte senden Sie uns Ihre Korrekturwünsche <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</li> </ul>
Anschrift für Briefsendungen	Kassenärztliche Vereinigung Bayerns „Quartalsabrechnung“ 93031 Regensburg
Anschrift für Päckchen/ Pakete	Kassenärztliche Vereinigung Bayerns Bezirksstelle Oberpfalz Kirchmeierstraße 26 93051 Regensburg
Wichtig	Bitte vergessen Sie nicht, den Arztstempel einschließlich der Betriebsstättennummer auf den eingereichten Unterlagen sowie dem Briefumschlag anzubringen.
Fragen zur Einreichung der Abrechnung?	Bei Fragen erreichen Sie uns unter Telefon 0 89 / 5 70 93 – 4 00 10

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

**Sonstige Abrechnungen mit separaten Einreichungsterminen**

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

Frist verpasst?	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Für eine Fristverlängerung für die Abrechnung von Notarzteinsätzen wenden Sie sich bitte vor Ablauf der Frist schriftlich an die entsprechende E-Mail-Adresse (siehe unten).</li> </ul>
Fragen?/Infos	<p>Bei Fragen erreichen Sie uns unter</p> <p>Telefon 0 89 / 5 70 93 – 8 80 88</p> <p>Fax 0 89 / 5 70 93 – 6 49 25</p> <p>E-Mail <a href="mailto:notarzdoku@kvb.de">notarzdoku@kvb.de</a></p>
Leitender Notarzt (LNA)	<p>Die Abrechnung von Leistungen als Leitender Notarzt in Bayern erfolgt über den Online-Dienst „<i>Abrechnungserklärung Leitende Notärzte</i>“.</p> <p>Diese Web-Anwendung ermöglicht den LNA, LNA-Einsätze benutzerfreundlich, schnell und papierlos einzureichen. Somit entfällt sowohl das Herunterladen und der Ausdruck eines Formulars als auch der postalische Versand. In der Web-Anwendung sind auch weiterhin nur die bisherigen LNA-Einsatzdaten zu dokumentieren.</p> <p>Darüber hinaus können LNA-Einsätze rund um die Uhr eingereicht werden und die LNA erhalten direkt eine Eingangsbestätigung über das Nachrichtencenter im Portal.</p> <p>Der Online-Dienst ist auf der KVB-Website „<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>
Termin verpasst für die LNA-Abrechnung?	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Für eine Fristverlängerung für die Abrechnung von LNA-Einsätzen wenden Sie sich bitte vor Ablauf der Frist schriftlich an <a href="mailto:LNA@kvb.de">LNA@kvb.de</a></li> </ul>
Fragen/Infos zur LNA-Abrechnung?	<p>Bei Fragen erreichen Sie uns unter</p> <p>Telefon 0 89 / 5 70 93 – 8 80 88</p> <p>Fax 0 89 / 5 70 93 – 6 49 25</p> <p>E-Mail <a href="mailto:LNA@kvb.de">LNA@kvb.de</a></p>

## Honorarverteilungsmaßstab (HVM) ab 1. Januar 2026 – Information nach der Vertreterversammlung am 21. November 2025

Die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns hat am 21. November 2025 einige HVM-Änderungen beschlossen, die ab 1. Januar 2026 gelten. Hier die wichtigsten Informationen und praxisrelevanten Änderungen.

### Hausärzte sowie Kinder- und Jugendärzte

Es bleibt bei den zum 1. Oktober 2025 im HVM erfolgten Änderungen im HVM (formale Umsetzung der Entbudgetierung, geändertes Kriterium im Sicherstellungszuschlag (Hausbesuche statt Belastungs-EKG) sowie Einführung von Leistungszuschlägen). Sie finden eine Zusammenfassung zu diesen Themen in den KVB INFOS, Ausgabe 9-10/2025.

### Fachärzte

- **Kalkulatorische Fallwerte 2026**  
Im Rahmen der Neufassung des HVM wurde der Aufsatzzeitraum für die Berechnung der Fallwerte vom Jahr 2022 auf das Jahr 2024 aktualisiert. Berücksichtigt wurden dabei auch zwischenzeitlich erfolgte EBM-Anpassungen. Unverändert gilt im jeweiligen Abrechnungsquartal für die RLV-Fallwerte 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 2026 sind im Internet 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 2022 auf 2024 aktualisiert. Die Durchschnittsfallzahlen für das Jahr 2026 sind unter [www.kvb.de/mitglieder/abrechnung/honorar](http://www.kvb.de/mitglieder/abrechnung/honorar), dort im Bereich „Honorarsystematik und Begriffe/Durchschnittsfallzahlen“ abrufbar.

### Änderungen mit Bezug zur Obergrenze (RLV/QZV)

- **HNO-Ärzte/Phoniatler**  
Die neu in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (MGV) überführten GOP 30133 und 30134 EBM (orale Hyposensibilisierungsbehandlung Palforzia) wurden dem QZV „Hyposensibilisierung“ zugeordnet.
- **MKG-Chirurgen**  
Nachdem die Fachgruppe fast ausschließlich EGV-Leistungen und überwiegend über die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns abrechnet, wurde die bestehende RLV-Fachgruppe aufgelöst. Die wenigen noch in der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung verbleibenden Leistungen werden ab 1. Januar 2026 zu den Preisen der BÉGO vergütet.
- **Zuordnung der GOP 01437 und 01698 EBM**  
GOP 01437 EBM (Grundpauschale für Vertragsärzte, die zur Versorgung gemäß Kapitel 3 bis 11 oder 13 bis 27 zugelassen sind, für Labor-Auftragsleistungen) sowie GOP 01698 EBM (Zuschlag zu den Leistungen nach den GOP 01840 und 01915 für Vertragsärzte, die zur Versorgung gemäß Kapitel 8 zugelassen sind) wurden formal den freien Leistungen im jeweiligen Fachgruppentopf zugeordnet und sind damit von der RLV-Fallzählung ausgeschlossen.

### ■ Obergrenzen-Aufschlag für CT-Leistungen in onkologischen Fällen

Für onkologische Fälle mit einer Diagnose C00 bis C97 ICD-10-GM, bei denen im Leistungsfall mehr als eine CT-Untersuchung nach GOP 34310, 34311, 34320, 34321, 34322, 34330, 34340, 34341, 34342, 34350, 34351 EBM abgerechnet wurde, erfolgt einmalig im Leistungsfall ein Aufschlag in Höhe von 50.- Euro auf die Obergrenze. Die Höhe kann im Bedarfsfall (zum Beispiel bei unerwartet hoher Dynamik) abgesenkt werden. Der Aufschlag wird von der KVB automatisch zugesetzt.

### ■ Aussetzung der RLV-Fallzahlzuwachsbegrenzung

Die Regelung zur RLV-Fallzahlzuwachsbegrenzung wird für das Jahr 2026 vorläufig ausgesetzt und dies anschließend evaluiert. Die Auslastung der Praxen in Bayern dürfte zwischenzeitlich so hoch sein, dass größere Zuwächse bei den RLV-Fallzahlen nicht zu erwarten sind. Die Aussetzung reduziert Verwaltungsaufwand in den Praxen und der KVB, da auf Nachweise und gegebenenfalls Antragsverfahren verzichtet werden kann. Die Fallzahlzuwachsbegrenzung im QZV MRT bleibt bestehen.

### ■ Neue Regelung für Praxisnetze

Nachdem für Hausärzte sowie Kinder- und Jugendärzte die Regelungen zur Obergrenze aus RLV und QZV nicht mehr gelten, wird die bestehende Regelung für Praxisnetze durch eine neue Regelung abgelöst. Zum 1. Januar 2026 wird der bisherige arztbezogene „Netzaufschlag“ auf die Obergrenze durch eine „Netzpauschale“ ersetzt. Die neue

## Bayerische Euro-Gebührenordnung (B€GO) 2026

Netzpauschale wird nicht mehr je Arzt, sondern als Pauschalbetrag an das jeweilige Netz ausbezahlt. Die Höhe richtet sich nach der Anerkennungsstufe des Netzes. Durch diese neue Förderung der Netzstrukturen soll die patientenorientierte vertragsärztliche Versorgung verbessert werden.

### ■ Weitere Informationen

- Eine Übersicht zur Zuordnung der Leistungen finden Sie in der „Fachgruppenübersicht QZV und Leistungen außerhalb RLV und QZV des HVM“, abrufbar unter [www.kvb.de/mitglieder/abrechnung/honorar](http://www.kvb.de/mitglieder/abrechnung/honorar).
- Aktuelle Informationen zum HVM finden Sie unter [www.kvb.de/mitglieder/abrechnung/honorar](http://www.kvb.de/mitglieder/abrechnung/honorar)
- Den HVM-Text finden Sie unter [www.kvb.de/mitglieder/praxisfuehrung/service/rechtsquellen](http://www.kvb.de/mitglieder/praxisfuehrung/service/rechtsquellen), unter *Buchstabe „H“ / Honorarverteilungsmaßstab*.
- Die aktuellen Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) zur Honorarverteilung sind auf der Internetseite der KBV unter [www.kbv.de/documents/infothek/rechtsquellen/weitere-vertraege/kbv-vorgaben-honorarverteilung/kbv-vorgaben-honorarverteilung.pdf](http://www.kbv.de/documents/infothek/rechtsquellen/weitere-vertraege/kbv-vorgaben-honorarverteilung/kbv-vorgaben-honorarverteilung.pdf) abrufbar. Alternativ: [www.kvb.de/mitglieder/abrechnung/honorar](http://www.kvb.de/mitglieder/abrechnung/honorar) unter „Honorarverteilung“/„Honorarsystematik und Begriffe“/„KBV-Vorgaben zur Honorarverteilung“.

Die vertragsärztlichen Leistungen werden nach der regionalen bayerischen Euro-Gebührenordnung (B€GO) vergütet. Grundlage der B€GO ist der vom Bewertungsausschuss beschlossene Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM), in dem der Inhalt der ärztlichen Leistungen und ihr wertmäßiges, in Punkten ausgedrücktes Verhältnis zueinander festgelegt sind. Aus dem EBM für ärztliche Leistungen und dem regionalen Punktwert ergibt sich die Bayerische Gebührenordnung mit Europeisen.

Der bayerische Punktwert im Jahr 2026 wird voraussichtlich dem auf Bundesebene festgelegten Orientierungswert in Höhe von 12,7404 Cent entsprechen. Die Europeise der Bayerischen Euro-Gebührenordnung werden mit diesem Preis berechnet. Die Veröffentlichung der Bayerischen Euro-Gebührenordnung steht unter dem Vorbehalt der abschließenden vertraglichen Vereinbarung des bayerischen Punktwerts zwischen der KVB und den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen

### Veröffentlichung der B€GO im Internet

Die neue Bayerische Euro-Gebührenordnung stellen wir Ihnen ausschließlich auf der Internetseite der KVB unter [www.kvb.de/mitglieder/abrechnung](http://www.kvb.de/mitglieder/abrechnung) bereit. Sofern Sie keinen Internetzugang besitzen oder Ihnen technische Probleme den Zugriff auf die von uns im Internet bereitgestellten Informationen verwehren, können Sie die Bayerische Euro-Gebührenordnung auch auf CD per E-Mail unter [info@kvb.de](mailto:info@kvb.de) oder telefonisch kostenlos bei uns anfordern.

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

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 812., 814. und 817. 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 noch unter dem Vorbehalt der Nichtbeanstandung durch das Bundesministerium für Gesundheit.

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

*Beschluss aus der 814. Sitzung des Bewertungsausschusses (schriftliche Beschlussfassung)*

Der Anhang 2 zum EBM wird turnusgemäß mit Wirkung zum 1. Januar 2026 an die Version 2026 des Operationen- und Prozedurenschlüssels (OPS) angepasst. Es wurden neue OPS-Kodes in den Anhang 2 aufgenommen, ungültige OPS-Kodes gestrichen sowie redaktionelle Änderungen an den Bezeichnungen von OPS-Kodes vorgenommen.

### Neuerungen bei beidseitigen Eingriffen an paarigen Organen/ Körperteilen

Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte hat in der offiziellen OPS-Version 2026 das Zusatzkennzeichen „B“ für beidseitig gestrichen. Hierdurch ergeben sich Änderungen bei der Ausweisung dieser Eingriffe im Anhang 2 des EBM und für die Angabe der Seitenlokalisationen bei der Abrechnung dieser Operationen.

Bestimmte beidseitige Operationen an paarigen Organen beziehungsweise Körperteilen in einer Sitzung wurden im EBM spezifisch kalkuliert und sind einer höher bewerteten Gebührenordnungsposition zugeordnet. Diese Zuordnung im EBM bleibt auch weiterhin bestehen, zukünftig erkennen Sie diese Eingriffe im Anhang 2 EBM in der Rubrik „Seite“ jedoch nicht mehr an der Angabe „B“ für beidseitig, sondern an der Ausweisung im Anhang 2 mit „P“ für paarig.

**Beispiel: Auszug aus Anhang 2 EBM – 2.23 Operationen an der Mamma (siehe untenstehende Tabelle)**

### Achtung bei der Abrechnung dieser Eingriffe:

Diese „P“-Kennzeichnung der beidseitigen Eingriffe ist – anders als bisher die Seitenlokalisation mit „B“ – nicht bei der Abrechnung anzugeben. Vielmehr muss, um die höhere Gebührenordnungsposition bei einem beidseitigen Eingriff abrechnen zu können, ab dem 1. Januar 2026 zur GOP der betreffende OPS-Kode für beide Seiten und somit insgesamt zweimal angegeben werden, das heißt der OPS-Kode einmal mit der Seitenlokalisation „R“ und der gleiche OPS-Kode ein weiteres Mal mit der Seitenlokalisation „L“.

Beispiel: Beidseitiger Eingriff in einer Sitzung

- GOP 31114 (ambulant) oder GOP 36114 (belegärztlich)
- Feldkennung 5035 „OP-Schlüssel“: 5-889.40
- Feldkennung 5041 „Seitenlokalisation“: R
- Feldkennung 5035 „OP-Schlüssel“: 5-889.40
- Feldkennung 5041 „Seitenlokalisation“: L

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung ambulant/belegärztlich
5-889.40	P	Andere Operationen an der Mamma: Wechsel einer Mammaprothese: ohne gewebeverstärkendes Material	B4	31114/36114
5-889.40	L	Andere Operationen an der Mamma: Wechsel einer Mammaprothese: ohne gewebeverstärkendes Material	B2	31112/36112
5-889.40	R	Andere Operationen an der Mamma: Wechsel einer Mammaprothese: ohne gewebeverstärkendes Material	B2	31112/36112



**Diese Änderung betrifft Operationen aus Anhang 2 EBM aus den Abschnitten:**

- 2.6 Operationen an endokrinen Drüsen
- 2.7 Operationen an den Augen
- 2.8 Operationen an den Ohren
- 2.9 Operationen an Nase und Nasennebenhöhlen
- 2.10 Operationen an Mundhöhle und Gesicht
- 2.12 Operationen an Lunge und Bronchus
- 2.15 Operationen am hämatopoetischen und Lymphgefäßsystem
- 2.17 Operationen an den Harnorganen
- 2.18 Operationen an den männlichen Genitalorganen
- 2.19 Operationen an den weiblichen Genitalorganen
- 2.23 Operationen an der Mamma

**Operationen an den Augenmuskeln**

Im OPS 2026 entfällt ab 1. Januar 2026 bei kombinierten Operationen an den Augenmuskeln die Angabe der Seitenlokalisation. Diese ist folglich bei der Abrechnung der Eingriffe nicht mehr anzugeben. Hintergrund ist die Vorgabe, dass alle Augenmuskeln zusammengezählt werden und entsprechend der Anzahl der operierten Muskeln der spezifische OPS-Code verschlüsselt wird – unabhängig davon, ob ein Auge oder beide Augen operiert werden. Es entfällt damit die Möglichkeit, die Eingriffe mit den Codes 5-10k.0, 5-10k.1, 5-10k.2, 5-10k.3, 5-10k.4,

5-10k.5, 5-10k.6, 5-10k.7, 5-10k.8 und 5-10k.9 als Simultaneingriffe abzurechnen.

**Beispiel (siehe Tabelle unten): Es werden insgesamt vier gerade Augenmuskeln operiert** (zweimal gerade links und zweimal gerade rechts)

**Abrechnung der Operation an beiden Augen:**

- GOP 31323 (ambulant) oder 36323 (belegärztlich)
- Feldkennung 5035 „OP-Schlüssel“: 5-10k.1

Im Beschluss wurde eine Protokollnotiz aufgenommen, dass der Bewertungsausschuss bis zum 30. Juni 2026 die mit der OPS-Version 2026 vorgenommenen Änderungen für die OPS-Kodes zu kombinierten Operationen an den Augenmuskeln im Anhang 2 EBM überprüft.

**Neue operative Eingriffe**

Ab 1. Januar 2026 gibt es neue OPS-Kodes

- für die Trabekulotomie ab interno durch einen Mikrokatheter (5-133.82),
- für die Implantation, den Wechsel, die Entfernung und die Korrektur eines Defibrillators mit substernaler Elektrode (5-377.j0, 5-378.ok, 5-378.4k, 5-378.8k, 5-378.c[p-t]),
- für die Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese durch eine winkelstabile Platte mit einem integrierten

Band unterteilt nach der Lokalisation (5-78a.q[0-2,5-c, g-h, k-n, q-w, z]), sowie

- für die periazetabuläre Osteotomie (5-829.02),
- durch Unterteilung der Codes für die partielle Dickdarmresektion nach der Art des Zugangs und die partielle Dickdarmresektion mit temporärem Blindverschluss beider Schenkel (5-455.[0-2,4-d][8-g]),
- durch die Überarbeitung und Umstrukturierung des Codebereichs für den Verschluss einer Hernia diaphragmatica, mit Einführung einer Subklassifikationsliste für die Art des Zugangs und die Reposition eines Thoraxmagens (5-538.[0-3][0-c], 5-538.4[6-c], 5-538.[5-8][0-c], 5-538.9[6-c]).

**Operative Eingriffe an Knochen und Gelenken**

Die Regelung, dass bestimmte OPS-Kodes nur zur Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese berechnungsfähig sind, sofern ein operativer Verfahrenswechsel durch aufgetretene Komplikationen stattgefunden hat, wurde um weitere OPS-Kodes in den Präambeln 31.2.4 Nummer 3 und 36.2.4 Nummer 2 EBM ergänzt.

**Arthroskopien**

Operationen zur Exzision von erkranktem Bandscheibengewebe entsprechend den OPS-Kodes 5-831.01, 5-831.03, 5-831.21, 5-831.23, 5-831.31, 5-831.33,

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung ambulant/belegärztlich
5-10k.1		kombinierte Operationen an den Augenmuskeln: Operation an mindestens drei geraden Augenmuskeln	U3	31323/36323

5-831.91 und 5-831.93 sind unabhängig von dem Vorliegen einer Genehmigung nach der Arthroskopie-Vereinbarung gemäß Paragraf 135 Absatz 2 SGB V berechnungsfähig. Dies wurde mit Aufnahme einer neuen sechsten Bestimmung im Abschnitt 31.2.5 EBM klargestellt.

Die Übersichten über die neu aufgenommenen, geänderten und gestrichenen OPS-Kodes finden Sie auf der Internetseite des Instituts des Bewertungsausschusses unter <https://institut-ba.de> in der Rubrik Bewertungsausschuss/Beschlüsse bei dem Beschluss aus der 814. Sitzung.

#### **Höherbewertung Dialyse – Kostenpauschalen für nichtärztliche Dialyseleistungen**

*Beschluss aus der 812. Sitzung des Bewertungsausschusses (schriftliche Beschlussfassung)*

Ab dem 1. Januar 2026 werden die Bewertungen der Kostenpauschalen 40815 bis 40819, 40823 bis 40838 und 40840 bis 40847 des Abschnitts 40.14 EBM (Leistungsbezogene Kostenpauschalen für Sach- und Dienstleistungen bei Behandlung mit renalen Ersatzverfahren und extrakorporalen Blutreinigungsverfahren) erhöht.

Mit dem GKV-Spitzenverband konnte ein Verfahren zur dauerhaften Weiterentwicklung der Pauschalen analog zur jährlichen Veränderungsrate des Orientierungswerts vereinbart werden. Die jetzige Anpassung der Bewertung erfolgt erstmalig analog zum Orientierungswert, der zum 1. Januar 2026 um 2,8 Prozent stieg und seitdem 12,7404 Cent beträgt.

Die Veränderungsrate des Orientierungswerts wird jedoch bei einigen Pauschalen nicht in voller Höhe angewendet. So werden die Kostenpauschalen für Dialysen bei Erwachsenen (GOPen 40823 bis 40828)

und die Zuschläge für die intermittierende Peritonealdialyse (GOPen 40837 und 40838) nur mit einem Wert in Höhe von 75 Prozent der Veränderungsrate (2026: 2,1 Prozent) fortgeschrieben.

Dialyse – Kostenpauschale	Bewertung bis 31. Dezember 2025 in Euro	Bewertung ab 1. Januar 2026 in Euro
40815	689,73	709,04
40816	913,04	938,60
40817	130,47	134,12
40818	724,27	744,55
40819	136,96	140,79
40823	Preisstufe 1: 530,80	Preisstufe 1: 541,95
	Preisstufe 2: 505,94	Preisstufe 2: 516,56
	Preisstufe 3: 454,28	Preisstufe 3: 463,82
	Preisstufe 4: 440,56	Preisstufe 4: 449,81
40824	Preisstufe 1: 176,93	Preisstufe 1: 180,65
	Preisstufe 2: 168,65	Preisstufe 2: 172,19
	Preisstufe 3: 151,43	Preisstufe 3: 154,61
	Preisstufe 4: 146,85	Preisstufe 4: 149,93
40825	551,42	563,00
40826	78,77	80,42
40827	183,81	187,67
40828	190,60	194,60
40829	10,91	11,22
40830	3,64	3,74
40831	21,83	22,44
40832	7,28	7,48
40833	32,73	33,65
40834	10,91	11,22
40835	98,19	100,94
40836	32,73	33,65
40837	327,31	334,18
40838	109,10	111,39
40840	26,50	27,24
40841	41,35	42,51
40842	5,91	6,08
40843	91,90	94,47
40844	30,63	31,49
40845	96,50	99,20
40846	13,79	14,18
40847	32,17	33,07

## Biomarker-Tests bei Brustkrebs

### Erstbefüllung ePA – Verlängerung bis 30. Juni 2026

*Beschluss aus der 817. Sitzung des Bewertungsausschusses (schriftliche Beschlussfassung)*

Der Bewertungsausschuss hat die Befristung der GOP 01648 (ab 2026, 89 Punkte, 11,34 Euro) für die sektorenübergreifende Erstbefüllung einer elektronischen Patientenakte (ePA) nochmals bis zum 30. Juni 2026 verlängert, da die Beratungen über eine andere Vergütungsstruktur noch andauern. Damit können Praxen die Leistung weiterhin abrechnen, wenn zum Zeitpunkt der Befüllung noch kein Arzt, Psychotherapeut, Krankenhaus oder Zahnarzt ein Dokument in die ePA eingestellt hat.

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

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

Bei Frauen im frühen Brustkrebsstadium, bei denen eine Entscheidung über eine Chemotherapie anhand klinisch-pathologischer Merkmale nicht eindeutig möglich ist, werden Genexpressionstests zur Therapiesteuerung eingesetzt. Bisher sind vier biomarkerbasierte Tests – Oncotype DX®, EndoPredict®, MammaPrint® und Prosigna® – zugelassen, für deren Anwendung die gesetzlichen Krankenkassen die Kosten übernehmen, vorausgesetzt, es handelt sich um Patientinnen mit einem primären Hormonrezeptorpositiven, HER2/neu-negativen, nodalnegativen und nicht metastasierten Mammakarzinom.

### Biomarker-Test Oncotype DX® auch bei Brustkrebs mit befallenen Lymphknoten

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat nun beschlossen, dass der biomarkerbasierte Test Oncotype DX® zur Unterstützung der Entscheidung für oder gegen eine Chemotherapie bei Brustkrebs im frühen Stadium künftig auch bei einem Befall von 1 bis 3 Lymphknoten zulasten der gesetzlichen Krankenkassen eingesetzt werden darf.

Es darf bei diesen Patientinnen allein der Oncotype DX® angewendet werden, da der patientenrelevante Nutzen für diese Indikation ausschließlich durch eine Studie belegt wurde, die den Genexpressionstest Oncotype DX® untersucht hatte (RxPONDER-Studie). Die anderen drei Tests (EndoPredict®, MammaPrint®, Prosigna®) sind bei Patientinnen mit Lymphknotenbefall nicht zulasten der gesetzlichen Krankenkassen erstattungsfähig.

### Erstattungsfähigkeit der Tests: Besonderheiten für prämenopausale Frauen

Der G-BA hat außerdem festgelegt, dass für prämenopausale Frauen die vier oben genannten Tests künftig nur noch dann zulässig sind, wenn eine Ovarialsuppression, zum Beispiel medikamentöse Unterdrückung der Eierstockfunktion, geplant oder bereits eingeleitet wurde. Bei allen anderen prämenopausalen Patientinnen dürfen die vier Tests künftig nicht mehr zulasten der gesetzlichen Krankenkassen ambulant durchgeführt werden.

Der Beschluss vom 17. Juli 2025 trat am 11. Oktober 2025 in Kraft.

### Anpassung des EBM

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 zu gegebener Zeit informieren.

Sie finden den Beschluss des G-BA, die Anlage I „Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden“ und Anlage II „Methoden, die nicht als vertragsärztliche Leistungen zu Lasten der Krankenkassen erbracht werden dürfen“, die Richtlinie „Methoden vertragsärztliche Versorgung“ (MVV-RL) sowie das Patientinnenmerkblatt auf dessen Internetseite unter <https://www.g-ba.de>.

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

## Überweisung/Einweisung in Videosprechstunde

Nach den Anforderungen an die Versorgungsqualität von telemedizinischen Leistungen hat der Vertragsarzt für eine strukturierte Anschlussversorgung sicherzustellen, dass eine Überweisung beziehungsweise Einweisung dem Patienten in der Regel am selben Tag zur Verfügung steht oder diese taggleich an den Patienten versendet wird, falls sich aus der Videosprechstunde heraus der Bedarf einer Mit- und/oder Weiterbehandlung durch eine andere vertragsärztliche Fachgruppe beziehungsweise ein Krankenhaus ergibt.

Werden eine Überweisung zur Mit- und/oder Weiterbehandlung (Muster 6) oder eine Einweisung in ein Krankenhaus (Muster 2) im Rahmen einer Videosprechstunde ausgestellt, können die Kosten für den postalischen Versand an den Patienten ab dem 1. Oktober 2025 über die Kostenpauschale 40128 (0,96 Euro) abgerechnet werden. Der Leistungsinhalt der Kostenpauschale 40128 wurde entsprechend erweitert.

Der Beschluss des Bewertungsausschusses aus seiner 813. 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.

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

## Liposuktion beim Lipödem jetzt Kassenleistung

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat die Liposuktion bei Lipödem nun dauerhaft in seine Richtlinie „Methoden vertragsärztliche Versorgung“ aufgenommen. Demnach haben gesetzlich Versicherte, die an einem Lipödem leiden, künftig einen unbefristeten Leistungsanspruch auf operative Fettabsaugung – und zwar unabhängig vom Stadium der chronischen Erkrankung. Der Beschluss trat am 9. Oktober 2025 in Kraft.

Aktuell besteht ein Leistungsanspruch gegenüber den gesetzlichen Krankenkassen auf Liposuktionsbehandlung ausschließlich bei einem diagnostizierten Lipödem im Stadium III.

### Operateure benötigen eine Genehmigung

Der Eingriff darf nur unter bestimmten Voraussetzungen durchgeführt werden. In der Qualitätssicherungs-Richtlinie Liposuktion bei Lipödem (QS-RL Liposuktion) sind die Einzelheiten zu den Anforderungen geregelt, unter anderen zur Diagnose- und Indikationsstellung sowie zur fachlichen Qualifikation der beteiligten Ärzte.

Die Indikationsstellung zur Liposuktion durch den operierenden Arzt erfolgt nach Überweisung auf Grundlage der in der QS-RL Liposuktion genannten Diagnosekriterien und Indikationsvoraussetzungen, die zuvor durch einen anderen Arzt mit folgender Qualifikation festgestellt wurden: Facharzt für Innere Medizin und Angiologie, für Physikalische und Rehabilitative Medizin oder für Haut- und Geschlechtskrankheiten oder Facharzt mit Zusatzweiterbildung Phlebologie.

Der Operateur selbst benötigt eine Genehmigung nach der QS-RL Liposuktion in Verbindung mit der Richtlinie „Methoden vertragsärztliche Versorgung“. Eine Genehmigung können folgende Facharztgruppen erhalten: Fachärzte für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie, andere Fachärzte des Gebietes Chirurgie sowie Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten, die Erfahrung in der Durchführung der Liposuktion nach Paragraph 5 Absatz 3 QS-RL Liposuktion nachweisen können.

Ärzte, denen bereits eine Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung der Liposuktion bei Lipödem im Stadium III erteilt wurde, wurden schriftlich über die Neuerungen der QS-RL Liposuktion informiert. Zudem wurde ein vereinfachter Antrag zur Anpassung ihrer Genehmigung für alle Stadien des Lipödems zur Verfügung gestellt.

Die Qualitätssicherungs-Richtlinie Liposuktion bei Lipödem finden Sie auf der Internetseite des Gemeinsamen Bundesausschusses.

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

Bevor die Liposuktion – insbesondere auch im Stadium I und II – als Kassenleistung erbracht und abgerechnet werden kann, muss der EBM entsprechend angepasst werden. Hierfür hat der Bewertungsausschuss bis zu sechs Monate nach Inkrafttreten der Richtlinie Zeit.

Wir raten demnach dazu, sich rechtzeitig über die Voraussetzungen zur Liposuktion beim Lipödem zu informieren.

## Psychotherapie-Richtlinie: Anpassung zu Suchterkrankungen

mieren, damit zum Zeitpunkt des Inkrafttretens des Beschlusses des Bewertungsausschusses der Sachleistungsanspruch der gesetzlich versicherten Patientin realisiert werden kann.

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

Sie finden den Beschluss des G-BA sowie die Richtlinie „Methoden vertragsärztliche Versorgung“ (MVV-RL) auf dessen Internetseite unter <https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien>.

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

Mit einer Anpassung der Psychotherapie-Richtlinie haben Patientinnen und Patienten mit Suchterkrankung zukünftig erweiterte Behandlungsmöglichkeiten in der ambulanten Psychotherapie. Der Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) trat am 11. November 2025 in Kraft. Es wurden folgende Änderungen beschlossen:

### Psychotherapie künftig bei Suchterkrankungen mit sämtlichen psychotropen Substanzen:

Künftig darf die ambulante Psychotherapie bei Suchterkrankungen mit sämtlichen psychotropen Substanzen (legal und illegal) zulasten der gesetzlichen Krankenkassen durchgeführt werden. Neben Alkohol, Medikamenten und illegalen Drogen zählen hierzu auch Cannabis, neue psychoaktive Substanzen oder psychotrope pflanzliche Stoffe.

Bei Suchterkrankungen mit Nikotin, Tabak oder Koffein hingegen regelt der Beschluss explizit, dass weiterhin kein Versorgungsanspruch mit ambulanter Psychotherapie besteht.

### Anpassungen bezüglich Abstinenz der Patienten und somatische Behandlung:

■ Bislang durfte nach der Psychotherapie-Richtlinie mit einer Psychotherapie zwar schon bei nicht abstinenten Personen begonnen werden, eine Weiterbehandlung ab der zehnten Behandlungsstunde war aber nur bei Abstinenz zulässig. Künftig kann bei einer durch psychotrope Substanzen wie Alkohol oder Medikamente (zum Beispiel Benzodiazepin) verursachten Abhängigkeitserkrankung die ambulante Psychotherapie bis zu zwölf Behandlungsstunden in

der Kurzzeittherapie umfassen, um eine Suchtmittelfreiheit beziehungsweise Abstinenz zu erreichen.

- Weitere zwölf Stunden Kurzzeittherapie sind möglich, wenn die Suchtmittelfreiheit bis zu diesem Zeitpunkt zwar nicht erreicht, dieses Therapieziel aber weiter realistisch ist und konkrete therapeutische Schritte zum Erreichen dieses Ziels vereinbart wurden.
- Eine Weiterbehandlung nach der 24. Behandlungsstunde ist nur bei Abstinenz zulässig. Die Abstinenz ist durch ärztliche Bescheinigung im Rahmen des Gutachterverfahrens nachzuweisen.
- Die Voraussetzung, dass gleichzeitig oder vor der Psychotherapie eine somatische ärztliche Behandlung der Suchterkrankung erfolgen muss, bleibt unverändert.

Sie finden den Beschluss des G-BA sowie die Psychotherapie-Richtlinie auf dessen Internetseite unter <https://www.g-ba.de/richtlinien/>.

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

## Komplexversorgung: Besuchsleistungen

Ab dem 1. Januar 2026 entfällt für Ärzte und Psychotherapeuten die Kennzeichnung mit dem Buchstaben-zusatz „L“, wenn sie Besuchsleistungen nach den Gebührenordnungspositionen 01410 bis 01413 und 01415 abrechnen, die bei erwachsenen Patientinnen und Patienten in der ambulanten psychiatrischen und psychotherapeutischen Komplexversorgung stattgefunden haben. Nach Prüfung durch den Bewertungsausschuss besteht kein weiterer finanzieller Anpassungsbedarf, so dass künftig auf die bundeseinheitliche Kennzeichnung verzichtet werden kann.

### Unverändert gilt die Kennzeichnungspflicht für Besuchsleistungen bei Komplexversorgung von Kindern und Jugendlichen

Werden im Zusammenhang mit der Komplexversorgung für Kinder und Jugendliche gemäß den Leistungen des Abschnitts 37.6 Besuche nach den GÖPen 01410 bis 01413 und 01415 durchgeführt, sind diese weiterhin mit dem Buchstaben-zusatz „L“ zu kennzeichnen (01410L bis 01413L, 01415L). Hier ist die Prüfung eines etwaigen finanziellen Regelungsbedarfs noch nicht abgeschlossen.

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

## Ergänzungen der Arzneimittel-Richtlinie

### Anlage III: Verordnungsein-schränkungen und -ausschlüsse

**Otologika:** Mit der erstmaligen Zulassung des Wirkstoffs Clotrimazol zur Behandlung von Patientinnen und Patienten mit pilzbedingter Gehörgangsentzündung (Otomykose) hat sich die Anlage III geändert. Für diese Erkrankung kann eine Behandlung mit Ohrentropfen (Otologika) sinnvoll sein. Daher wurde die Regelung in Nummer 38 der Anlage III erweitert:

Clotrimazol ist nun als Ausnahme für die Behandlung der pilzbedingten Otitis externa verordnungsfähig.

### Anlage Va: Verbandmittel Neue Einstufung von Sucrose-Octasulfathaltigen Produkten

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) ordnet Produkte mit Sucrose-Octasulfat künftig den „sonstigen Produkten zur Wundbehandlung“ gemäß Paragraf 54 AM-RL zu. Hintergrund ist die mögliche pharmakologische Wirkung des Wirkstoffs, die eine Einordnung als reines Verbandmittel ausschließt. In Anlage Va Teil 3 wird die Produktgruppe „Sucrose-Octasulfathaltige Produkte“ ergänzt, sofern direkter Wundkontakt oder Abgabe des Wirkstoffs in die Wunde möglich ist.

### Anlage XII: Nutzenbewertung

Informationen zum dritten Quartal 2025 des G-BA finden Sie unter [www.g-ba.de/bewertungsverfahren/nutzenbewertung/](http://www.g-ba.de/bewertungsverfahren/nutzenbewertung/).

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

## Schutzimpfungs-Richtlinie

### Chikungunya-Impfungen

Die STIKO empfiehlt seit Juli 2025 erstmals eine einmalige Impfung gegen Chikungunya. Diese wurde in die Schutzimpfungs-Richtlinie aufgenommen. Angeraten ist die Impfung als:

- Berufsbedingte Impfung für Personen mit Tätigkeiten an Chikungunya-Viren (zum Beispiel in Laboren)
- Reiseimpfung für Personen ab 12 Jahren mit Reisen in Ausbruchs- oder Endemiegebiete, besonders bei erhöhtem Risiko (Alter  $\geq 60$  Jahre oder schwere Grunderkrankung)

Reiseimpfungen sind nur im Rahmen des Artikel 11 Absatz 3 SI-RL bei beruflichen Auslandsaufenthalten zulasten der Gesetzlichen Krankenversicherung verordnungsfähig.

Wegen schwerer Nebenwirkungen ist der Lebendimpfstoff Ixchiqu<sup>®</sup> ab 65 Jahren kontraindiziert. Ab 60 Jahren soll nur der Totimpfstoff Vimkungya<sup>®</sup> verwendet werden.

### Influenza-Impfungen

Die STIKO hat die aktuelle Situation mit der weltweit starken Ausbreitung von hochpathogenen H5Nx-Viren unter Geflügel, Wasservögeln und anderen Wildvögeln sowie den vermehrten Nachweisen von H5Nx in diversen Säugetierklassen zum Anlass genommen, ihre Influenza-Indikationsimpfempfehlung anzupassen.

Zusätzlich sollen nun Personen, die im privaten Umfeld oder arbeitsbedingt häufigen, regelmäßigen und direkten Kontakt zu beispielsweise Schweinen, Geflügel sowie Wildvögeln oder Robben haben, eine jährliche Impfung im Herbst/Winter



## Meningokokken-Impfung

mit einem inaktivierten Influenza-Impfstoff erhalten.

Diese STIKO-Empfehlung wurde in die Schutzimpfungs-Richtlinie aufgenommen.

### Mpox-Impfungen

Die Schutzimpfungs-Richtlinie wird an die neuen STIKO-Empfehlungen zur Mpox-Indikationsimpfung angepasst (postexpositionelle Impfung bleibt ausgeschlossen).

Wesentliche Änderungen:

- Erweiterung der Zulassung des Impfstoffs auf Personen ab zwölf Jahren,
- Neufassung der Indikationsgruppe: statt „Männer, die Sex mit Männern haben“ nun allgemein „Personen mit erhöhtem Expositionsrisiko“ – mit Zusatz „zum Beispiel bei häufig wechselnden Sexualpartnern“, um alle Risikogruppen einzuschließen,
- keine Altersangabe in der Richtlinie, da die Fachinformation maßgeblich bleibt,
- beruflich indizierte Impfung für Personen mit Tätigkeiten an Mpox-Viren gemäß Biostoffverordnung präzisiert.

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

Die STIKO hat am 30. Oktober eine aktuelle Empfehlung für eine Standardimpfung aller Kinder beziehungsweise Jugendlichen zwischen 12 und 14 Jahren (Nachholimpfungen bis < 25 Jahren) mit einem quadrivalenten Meningokokken-Impfstoff (Men ACWY) gegen die Serotypen A,C,W und Y (Men ACWY) ausgesprochen. Bis zum Inkrafttreten der Umsetzung dieser STIKO-Empfehlung in der Schutzimpfungs-Richtlinie ist diese Impfung noch keine Kassenleistung. Deshalb ist die Verordnung des Meningokokken ACWY-Impfstoffs noch nicht möglich (weder patientenbezogen noch über Sprechstundenbedarf). Analog kann die Impfleistung erst mit Inkrafttreten abgerechnet werden.

Für Kleinkinder ab zwölf Monaten entfällt die monovalente MenC-Impfung.

Eine allgemeine Empfehlung für die Men ACWY-Impfung für Kleinkinder gibt es aufgrund der Evidenzlage nicht. Die KVB empfiehlt, gegebenenfalls bereits über Sprechstundenbedarf bezogenen monovalenten MenC-Impfstoff erstmal im Kühlschrank aufzubewahren.

Die STIKO hat am 4. November in ihren „häufig gestellten Fragen und Antworten“ darauf hingewiesen, dass diese neue Empfehlung „jedoch nicht bedeute, dass die STIKO von einer MenC-Impfung in diesem Alter abrät. Eine fehlende STIKO-Empfehlung heißt nicht, dass die Impfung im individuellen Fall nicht trotzdem auch sinnvoll und begründet sein kann. Dies sollte in einem Gespräch mit dem Arzt besprochen werden. Bevor die Änderung der MenC-Impfempfehlung vom G-BA rechtsgültig beschlossen wird und es somit zur Änderung der Schutz-

*impfungs-Richtlinie kommt, haben Kinder weiterhin einen Rechtsanspruch auf die MenC-Impfung.“*

Inwiefern sich die nun fehlende Empfehlung für die Meningokokken C-Impfung bei eventuellen Impfschäden in Bayern haftungsrechtlich auswirkt (vergleiche Paragraf 20 Absatz 3 IfSG), wird derzeit geprüft.

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

### Sprechstundenbedarf

In der „Anlage Impfstoffe“ wurden zusätzlich folgende Impfstoffe aufgenommen:

- Meningokokken B
- RSV (Cave: gilt nicht für Nirsevimab und Palivizumab)

In die „Anlage Sprechstundenbedarf“ wurde in die Produktgruppe Adrenalin bei Notfällen das Präparat Eurneffy als nicht verordnungsfähig aufgenommen.

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



## Rivaroxaban-Generika

Seit Kurzem sind zahlreiche Generika mit dem Wirkstoff Rivaroxaban in den Wirkstärken 10 mg, 15 mg und 20 mg auf dem deutschen Arzneimittelmarkt verfügbar. Vor diesem Hintergrund informieren wir in einer Ausgabe unseres „Verordnung Aktuell“ über die neue Marktsituation, um Sie bei der wirtschaftlichen Verordnung zu unterstützen.

Grundsätzlich gilt, dass eine Verschreibung ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein muss. Es empfiehlt sich daher, jetzt nicht mehr nur bei Rivaroxaban in der Wirkstärke 2,5 mg, sondern auch in den Wirkstärken zu 10 mg, 15 mg und 20 mg als preisgünstigeres Generikum möglichst mit Rabattvertrag zu verordnen. Das Originalpräparat Xarelto® hat derzeit keine Rabattverträge (Stand Lauer Taxe: 1. November 2025).

Vermeiden Sie bei Ihren Rivaroxaban-Verordnungen bitte nach Möglichkeit das Setzen eines aut-idem-Kreuzes, damit der Austausch mit einem preisgünstigeren Rabattarzneimittel in der Apotheke möglich ist.

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

## Entresto® – ein Update

Bei Entresto® handelt es sich um ein Arzneimittel mit den Wirkstoffen Sacubitril und Valsartan, das bei erwachsenen Personen zur Behandlung einer symptomatischen, chronischen Herzinsuffizienz mit reduzierter Ejektionsfraktion zugelassen ist. Bereits bei Markteintritt im Jahr 2016 haben wir über diesen Angiotensin-Rezeptor-Neprilysin-Inhibitor (ARNI) informiert.

Aufgrund des Anstiegs der bayerischen Verordnungen von 2016 auf 2024 um 1.300 Prozent bei jedoch deutlich höheren Tagestherapiekosten im Vergleich zu alternativen Wirkstoffen liefern wir nun ein Update zu diesem Arzneimittel.

Lesen Sie hierzu „Arzneimittel im Blickpunkt“ auf unserer Internetseite unter [www.kvb.de/mitglieder/verordnungen/arzneimittel/Buchstabe „E“](http://www.kvb.de/mitglieder/verordnungen/arzneimittel/Buchstabe„E“).

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

## Die neue MPBetreibV – Hilfestellung für Arztpraxen

Seit Inkrafttreten der „Verordnung über das Betreiben und Benutzen von Medizinprodukten“ (Medizinprodukte-Betreiberverordnung – MPBetreibV) im Jahr 1998 gelten für bestimmte Medizinprodukte konkrete Anforderungen wie Einweisungs-, Dokumentations- und Prüfpflichten. Im Februar 2025 wurde die MPBetreibV neugefasst und um weitere Vorgaben ergänzt.

Neben der allgemeinen Pflicht zur Umsetzung dieser Anforderungen verweisen im vertragsärztlichen Bereich einzelne Qualitätssicherungs-Vereinbarungen unter anderem auf die Beachtung der MPBetreibV. Daraus folgt: Für die Erteilung und Aufrechterhaltung von Genehmigungen zur Ausführung und Abrechnung bestimmter Leistungen müssen diese Vorgaben beachtet und dokumentiert werden.

Als Hilfestellung zur Umsetzung dieser Vorgaben hat das „Kompetenzzentrum Hygiene und Medizinprodukte“ der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung die geforderten Dokumentations- und Prüfpflichten nach MPBetreibV in zwei Übersichten zusammengefasst und auf seiner Internetseite [www.hygiene-medinprodukte.de](http://www.hygiene-medinprodukte.de) unter „Aktuelles“ zur Verfügung gestellt. Ebenso finden Sie diese Übersichten unter [www.kvb.de/mitglieder/praxis-fuehrung/pflichten/hygiene-infektionspraevention](http://www.kvb.de/mitglieder/praxis-fuehrung/pflichten/hygiene-infektionspraevention) im Abschnitt „Informationsmaterial“:

- „Dokumentation nach MPBetreibV“ inklusive vier Mustervorlagen:

- Muster – Einweisung in aktive nicht implantierbare Produkte einschließlich Software

- Muster – Bestandsverzeichnis
- Muster – Dokumentation über Implantate der Anlage 3
- Muster – Medizinproduktebuch
- „Prüfungen nach MPBetreibV“

Durch die Neufassung der MPBetreibV entspricht die vom „Kompetenzzentrum Hygiene und Medizinprodukte“ im Jahr 2023 herausgegebene Broschüre „Hygiene in der Arztpraxis. Ein Leitfaden“ an manchen Stellen nicht mehr dem aktuellen Stand, insbesondere das Kapitel 4 (Medizinprodukte) hat sich deutlich geändert.

Bis zur Aktualisierung der gesamten Broschüre sind die wesentlichen Änderungen in einem „Einlegeblatt“ aufgeführt, das der aktuellen Version des Hygiene-Leitfadens sowohl auf der Internetseite des Kompetenzzentrums als auch unter [www.kvb.de](http://www.kvb.de) vorangestellt ist.

Die Mustervorlagen als bearbeitbare Versionen sowie weitere Informationen rund um die Hygiene und den Umgang mit Medizinprodukten in der Arztpraxis erhalten Sie auf Anforderung per E-Mail an [qualitaetsmanagement@kvb.de](mailto:qualitaetsmanagement@kvb.de) sowie auf der oben genannten Seite zur Hygiene und Infektionsprävention unter [www.kvb.de](http://www.kvb.de).

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

## LGL-Leitfaden zu oraler Antibiotikatherapie

Das Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL) hat seinen Leitfaden „Infektionsdiagnostik und orale Antibiotikatherapie bei Erwachsenen“ für den ambulanten Bereich im September 2025 komplett überarbeitet.

Bereits der 2019 aufgelegte Leitfaden war ein großer Erfolg. Nun hat das LGL in Zusammenarbeit mit bayerischen Expertinnen und Experten den Leitfaden an aktualisierte Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften angepasst und zusätzlich um fünf Kapitel erweitert:

- Ambulante parenterale Antiinfektiva-Therapie
- Penicillin-Allergie
- Sepsis: Multiresistente Erreger im ambulanten Bereich
- BARDa
- Außerdem wurden die Themen COVID-19 und Influenza aufgenommen.

Die zweite Auflage des Leitfadens soll Ihnen auch zukünftig in aktualisierter Form als Orientierung für die tägliche Praxis dienen, um die Entwicklung und Verbreitung von Antibiotika-Resistenzen weiter einzudämmen. Wir möchten Ihnen die Lektüre daher wärmstens ans Herz legen.

Sie finden die aktualisierte Fassung als PDF mit Suchfunktion bei uns im Internet zum kostenlosen Download unter [www.kvb.de/fileadmin/kvb/Mitglieder/Verordnungen/Arzneimittel/LGL-Leitfaden-Infektionsdiagnostik-orale-Antibiotikatherapie.pdf](http://www.kvb.de/fileadmin/kvb/Mitglieder/Verordnungen/Arzneimittel/LGL-Leitfaden-Infektionsdiagnostik-orale-Antibiotikatherapie.pdf).

## 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

Die ersten Seminartermine 2026 sind bereits unter [www.kvb.de](http://www.kvb.de) eingestellt. In den nächsten Wochen werden wir unser Programm mit weiteren spannenden Themen erweitern.

Sie finden es unter [www.kvb.de/mitglieder/praxis-fuehrung/fortbildungsangebot](http://www.kvb.de/mitglieder/praxis-fuehrung/fortbildungsangebot) unter Terminsuche.

Hier können Sie sich für die Seminare unkompliziert online anmelden. Eine schnelle Anmeldung lohnt sich, denn die Teilnehmerzahl ist begrenzt.

Wir freuen uns auf Ihre Teilnahme.

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

## Neues Seminarangebot: „Kooperationen - Auswahl und Umsetzung“

### Zielgruppe

- Vertragsärztinnen und -ärzte
- Vertragspsychotherapeutinnen und -therapeuten

### Ihr Mehrwert

Kooperationen bieten viele Vorteile und mit Synergien lässt sich eine Praxis oft noch erfolgreicher führen. Sie sind aber häufig auch mit zeitlichem und finanziellem Aufwand verbunden.

In diesem Seminar zeigen wir, welche Arten von Kooperationen sich für unterschiedliche strategische Ziele eignen. Neben der Ausgestaltung verschiedener Kooperationsformen stehen auch deren Auswirkungen auf Abrechnung, IT-Anforderungen und Datenschutz aus vertragsarzt-rechtlicher Sicht auf der Agenda. Betriebswirtschaftliche Effekte beleuchten wir ebenso.

### Inhalt

- Strategische Ziele festlegen
- Vertragsärztliche Gestaltungsmöglichkeiten
- Betriebswirtschaftliche Aspekte

### Referenten

- KVB-Mitarbeiterinnen und -mitarbeiter

### Fortbildungspunkte

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

### Teilnahmegebühr

kostenfrei

### Seminardaten

22. April 2026	15.00 bis 18.15 Uhr	Online-Seminar
14. Juli 2026	10.00 bis 13.15 Uhr	Online-Seminar
7. Oktober 2026	15.00 bis 18.15 Uhr	Online-Seminar

