Mit offiziellen Rundschreiben der KVB,
die auch Bekanntmachungen enthalten

KVB
Kassenärztliche
Vereinigung
Bayerns

KVBINFOS

11 | 12 | 26

ABRECHNUNG

98 Die nächsten Zahlungstermine

98 Abrechnungsabgabe für das Quartal 4/2026

102 Vermeiden Sie Nachtragsfälle!

102 EBM-Änderungen zum 1. Oktober 2026

103 EBM-Änderungen zum 1. Januar 2027

105 G-BA: Neugeborenen-Hörscreening verbessert

VERORDNUNGEN

106 Arzneimittel-Richtlinie

106 Arzneimittel für Kinder

106 Mehrfachverordnungen per eRezept

107 Sprechstundenbedarf – Stand 1. August 2026

107 Verordnungsmengen prüfen

107 Switching

108 Verordnung von Stimulantien

108 Ernährung verordnen

108 Dermatologische Rezepturen

IT IN DER PRAXIS

109 Aktuelle Statistiken über Praxisverwaltungssysteme in Bayern

ALLGEMEINES

110 Überweisungen: Gültig über das Quartal hinaus

SEMINARE

111 KVB-Seminare 2026

Die nächsten Zahlungstermine

10. November 2026
Abschlagszahlung Oktober 2026

10. Dezember 2026
Abschlagszahlung November 2026

11. Januar 2027
Abschlagszahlung Dezember 2026*

29. Januar 2027
Restzahlung 3/2026

10. Februar 2027
Abschlagszahlung Januar 2027

10. März 2027
Abschlagszahlung Februar 2027

12. April 2027
Abschlagszahlung März 2027

30. April 2027
Restzahlung 4/2026

10. Mai 2027
Abschlagszahlung April 2027

10. Juni 2027
Abschlagszahlung Mai 2027

12. Juli 2027
Abschlagszahlung Juni 2027

30. Juli 2027
Restzahlung 1/2027

10. August 2027
Abschlagszahlung Juli 2027

10. September 2027
Abschlagszahlung August 2027

11 Oktober 2027
Abschlagszahlung September 2027

29. Oktober 2027
Restzahlung 2/2027

** Abschlagszahlungen im Notarztdienst wegen individueller Berechnung zirka fünf Tage später*

Abrechnungsabgabe für das Quartal 4/2026

Abrechnungsabgabe

Wann?	Einreichung bis spätestens **Montag, den 11. Januar 2027**
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 Notarztabrechnungen und Abrechnungen Leitender Notärzte siehe Kapitel **„Sonstige Abrechnungen mit separaten Einreichungsterminen“**
Wichtig	Eine mögliche Verlängerung der Abgabefrist bezieht sich nur auf die Abrechnung nicht bereits verjährter Fälle und nicht auf die elektronische Dokumentation der Qualitätssicherungs- und Zusatzvereinbarungen der KVB. Bitte beachten Sie hierzu auch Paragraf 3 „Fristen für die Einreichung der Abrechnung“ sowie Paragraf 5 „Abschlags- und Restzahlungen, Verrechnung und Einbehalte“ der Abrechnungsbestimmungen der KVB.
Empfangsbestätigung	Über den Eingang Ihrer Abrechnungsunterlagen können Sie eine Empfangsbestätigung unter der Faxnummer 09 41 / 39 63 - 6 87 80 anfordern.

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

Korrekturen und/oder Ergänzungen nach Übermittlung der Abrechnung

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

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

Sammelerklärung

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

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

Zusätzliche Abrechnungsunterlagen auf dem Postweg

Zusätzliche Unterlagen	■ unterschriebene Sammelerklärung ■ Bei Behandlung von Patienten der Besonderen Kostenträger sind ab Quartal 1/2026 **keine Unterlagen in Papierform mehr einzureichen**. Bitte bewahren Sie die Behandlungsscheine/Überweisungen gemäß geltenden Vorgaben bei Ihnen in der Praxis auf. Im Fall einer Prüfung würden wir die Unterlagen bei Ihnen anfragen. ■ 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

Sonstige Abrechnungen mit separaten Einreichungsterminen

Notarzteinsätze über „NIDAclient“	■ 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. ■ Die Frist endet mit Ablauf des Folgequartals auf das Leistungsquartal. ■ Die Webanwendung startet im KVB-Mitgliederportal „Meine KVB“ unter Service „Honorar & Abrechnung“ mit dem Suchbegriff „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 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

WICHTIG: Vermeiden Sie Nachtragsfälle!

Ab dem 1. Januar 2027 entfallen aufgrund des GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetzes nicht nur die Vergütungszuschläge im EBM für TSVG-Fälle, ePA, Hygiene, Organspendeberatung und für Kurzzeittherapien in der Psychotherapie. Auch bislang extrabudgetär vergütete ärztliche und psychotherapeutische Leistungen werden bis auf wenige Ausnahmen in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung überführt und unterliegen damit einer Mengenbegrenzung.

Bitte beachten Sie, dass ganz oder teilweise aus dem oder den Vorquartal(en) eingereichte Abrechnungen (sogenannte Nachtragsfälle) nach den im Einreichungsquartal geltenden Regelungen vergütet werden. Vermeiden Sie daher Honorarverluste für die von Ihnen noch im Jahr 2026 durchgeführten Leistungen, indem Sie diese spätestens mit Ihrer Abrechnung für das Quartal 4/2026 einreichen.

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

EBM-Änderungen zum 1. Oktober 2026

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

Die Beschlüsse des Bewertungsausschusses (BA) aus seiner 851., 852., 854., 855 und 856. Sitzung und des Erweiterten Bewertungsausschusses aus seiner 87. 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.

Psychotherapie – Anpassung EBM an Richtlinie und Vereinbarung

Beschluss aus der 851. Sitzung des Bewertungsausschusses (schriftliche Beschlussfassung)

Die EBM-Regelungen bei den Komplexleistungen der Gruppentherapie nach Abschnitt 35.2.2 EBM wurden zum 1. Oktober 2026 an die geänderte Psychotherapie-Vereinbarung angepasst. Die Sitzungen (je vollendete 100 Minuten) der Gruppentherapie sind weiterhin zweimal am Behandlungstag berechnungsfähig, sie müssen aber nicht mehr in voneinander getrennten Sitzungen durchgeführt werden.

Neustrukturierung der Humangenetik

Beschluss aus der 87. Sitzung des Erweiterten Bewertungsausschusses

Die Neustrukturierung der Humangenetik im EBM tritt am 1. Oktober 2026 in Kraft. Das Serviceschreiben vom 14. September 2026 mit diesbezüglichen Informationen und Abrechnungshinweisen finden Sie unter **www.kvb.de/mitglieder/abrechnung** auf der Einstiegsseite des Themenbereichs „Abrechnung“.

Abrechnung von Kaltschlingen bei Resektionen

Beschluss aus der 852. Sitzung des Bewertungsausschusses (schriftliche Beschlussfassung)

Ab dem 1. Oktober 2026 kann die Kostenpauschale 40460 auch für die Verwendung einer Einmal-Kaltschlinge bei Resektionen im Rahmen von Ösophago-Gastroduodenoskopien, Koloskopien und Rektoskopien über den EBM abgerechnet werden. Bisher war die Kostenpauschale nur für Einmal-Heißschlingen (bisher „Hochfrequenzdiathermieschlingen“) berechnungsfähig. Damit erfolgte eine Anpassung der Kostenpauschale an die aktuellen Leitlinienempfehlungen.

Da die Kaltschlinge vor allem für die Polypektomie von Polypen ≤ 5 mm empfohlen wird, kann die Kostenpauschale 40460 **neu** auch zu den GOPen 01741, 13421 und 13422 abgerechnet werden. Gleichzeitig wird mit der Ergänzung der fakultativen Leistungsinhalte der Koloskopien nach den GOPen 01741 und 13421 klargestellt, dass die Polypektomie(n) von Polypen mit einer Größe ≤ 5 mm Bestandteil dieser GOPen sind.

EBM-Änderungen zum 1. Januar 2027

Zum 1. Januar 2027 wurden Änderungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) beschlossen. Nachfolgend stellen wir Ihnen diese kurz dar.

Die Beschlüsse des Bewertungsausschusses (BA) aus seiner 848. Sitzung und des Erweiterten Bewertungsausschusses aus seiner 88. 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.

Lungenkrebsscreening: Erstberatung und Berichterstellung für alle Hausärzte

Beschluss aus der 854. Sitzung des Bewertungsausschusses (schriftliche Beschlussfassung)

Neben Fachärzten für Allgemeinmedizin, Fachärzten für Innere und Allgemeinmedizin und Fachärzten für Innere Medizin können ab dem 1. Oktober 2026 auch Praktische Ärzte und Ärzte ohne Gebietsbezeichnung die Erstberatung (GOP 01876) sowie die Berichterstellung (GOP 01875) im Zusammenhang mit der Lungenkrebs-Früherkennung durchführen und abrechnen. Der Bewertungsausschuss hat die Praktischen Ärzte und Ärzte ohne Gebietsbezeichnung in die vierte Bestimmung zum Abschnitt 1.7.2 EBM aufgenommen.

RSV-Prophylaxe: Übergangsregelung für Abschlag verlängert

Beschluss aus der 855. Sitzung des Bewertungsausschusses (schriftliche Beschlussfassung)

Die Abschlagsregelung bei der RSV-Prophylaxe wurde bis zum 31. März 2027 verlängert. Wurde für die RSV-Prophylaxe zunächst eine Beratung ohne Injektion (GOP 01943 – beendet zum 15. September 2026) durchgeführt und die Injektion erfolgt zu einem späteren Zeitpunkt, wird ein Abschlag auf die später abgerechnete GOP 01941 in Höhe von 32 Punkten vorgenommen. Somit entspricht die Vergütung bei einer späteren Injektion der Vergütung bei sofortiger Injektion.

Cannabisverordnung: GOP 01626 wird angepasst

Beschluss aus der 856. Sitzung des Bewertungsausschusses (schriftliche Beschlussfassung)

Seit dem 30. Juli 2026 können getrocknete Cannabisblüten nicht mehr zulasten der Gesetzlichen Krankenversicherung verordnet werden. Aus diesem Grund wird mit Wirkung zum 1. Oktober 2026 der Leistungsinhalt der GOP 01626 (Ärztliche Stellungnahme für die Krankenkasse bei der Beantragung einer Genehmigung zur Verordnung von Cannabis) angepasst und zudem die Abrechnungsmöglichkeit auf maximal dreimal statt bislang viermal pro Krankheitsfall begrenzt. Die Vergütung bleibt unverändert bei 143 Punkten (18,22 Euro).

Weitere Informationen zur Verordnung von Cannabis finden Sie unter **www.kvb.de/mitglieder/verordnungen/arzneimittel.**

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

ePA-Leistungen enden zum 31. Dezember 2026

Beschluss aus der 88. Sitzung des Erweiterten Bewertungsausschusses

Die ePA-Erstbefüllung kann noch bis zum 31. Dezember 2026 über die Gebührenordnungsposition (GOP) 01648 EBM **abgerechnet werden**. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) hat im Erweiterten Bewertungsausschuss in seiner 88. Sitzung am 25. August 2026 eine letztmalige Verlängerung der ePA-Erstbefüllung bis zum Jahresende erreicht. Die GOP 01648 kann somit für alle in den Quartalen 3 und 4/2026 erfolgten Erstbefüllungen noch abgerechnet werden.

Ab dem 1. Januar 2027 gibt es für die ärztlichen Tätigkeiten im Zusammenhang mit der ePA keine separate Vergütung im EBM mehr. Auch die GOP 01647 (Zusatzpauschale ePA-Unterstützungsleistung) und die GOP 01431 (Zusatzpauschale ePA-Unterstützungsleistung zu den GOP 01430, 01435 und 01820)

werden zum 1. Januar 2027 aus dem EBM gestrichen und können ab diesem Zeitpunkt nicht mehr abgerechnet werden.

Die Pflicht des Vertragsarztes zur Durchführung der entsprechenden Tätigkeiten in den rechtlich vorgegebenen Fällen bleibt hiervon jedoch unberührt. Die Aufwände sind mit der Versicherten-/Grund- oder Konsiliarpauschale abgegolten.

EBM-Anpassungen infolge des GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz

Beschluss aus der 88. Sitzung des Erweiterten Bewertungsausschusses und 848. Sitzung des Bewertungsausschusses

Der Bewertungsausschuss und der Erweiterte Bewertungsausschuss haben in Folge des GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetzes Anpassungen im EBM zum 1. Januar 2027 beschlossen:

Streichung der Zuschläge für TSS-Fälle und Hausarztvermittlungsfälle bei Fachärzten mit den Buchstabenkennzeichnungen A, B, C, D:

- Anästhesiologie – GOP 05228
- Augenheilkunde – GOP 06228
- Chirurgie – GOP 07228
- Gynäkologie – GOP 08228
- Hals-Nasen-Ohrenheilkunde – GOP 09228
- Dermatologie – GOP 10228
- Humangenetik – GOP 11228
- Fachärzte für Innere Medizin (fachärztliche Versorgung)
  - ohne Schwerpunkt (SP) – GOP 13228
  - SP Angiologie – GOP 13298
  - SP Endokrinologie – GOP 13348
  - SP Gastroenterologie – GOP 13398
  - SP Hämatologie/Onkologie – GOP 13498
  - SP Kardiologie – GOP 13548
  - SP Nephrologie – GOP 13598
  - SP Pneumologie – GOP 13648
  - SP Rheumatologie – GOP 13698
- Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie – GOP 14218
- Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie – GOP 15228
- Neurologie – GOP 16228
- Nuklearmedizin – GOP 17228
- Orthopädie – GOP 18228
- Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen – GOP 20228
- Psychiatrie und Psychotherapie – GOP 21236
- Nervenheilkunde und Neurologie und Psychiatrie – GOP 21237
- Psychosomatische Medizin und Psychotherapie – GOP 22228
- ärztliche und psychologische Psychotherapie – GOP 23228
- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie – GOP 23229
- Radiologie – GOP 24228
- Strahlentherapie:
  - bei gutartiger Erkrankung – GOP 25228
  - bei bösartiger Erkrankung – GOP 25229
  - nach strahlentherapeutischer Behandlung – GOP 25230
- Urologie – GOP 26228
- Physikalische und Rehabilitative Medizin – GOP 27228
- Schmerztherapie – GOP 30705
- Ermächtigte Ärzte, Institute und Krankenhäuser
  - Zuschlag zur Grundpauschale I (GOP 01320) – GOP 01322
  - Zuschlag zur Grundpauschale II (GOP 01321) – GOP 01323
- TSS-Vermittlung ausschließlich zu Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern – GOP 01710 mit den Buchstabenkennzeichnungen B, C, D

Streichung der Zuschläge für TSS-Fälle bei Hausärzten sowie Kinder- und Jugendmedizinern:

- GOPen 03010/04010 mit den Buchstabenkennzeichnungen A, B, C, D
- TSS-Vermittlung ausschließlich zu Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern – GOP 01710 mit den Buchstabenkennzeichnungen B, C, D

Streichung der Pauschale für die Vermittlung eines Facharzttermins durch einen Hausarzt oder Kinder- und Jugendmediziner

- GOPen 03008/04008

Streichung der Vergütung für die Beratung zur Organ- und Gewebespende durch einen Hausarzt oder Kinder- und Jugendmediziner

- GOP 01480

Streichung der Zuschläge Kurzzeittherapie in der Psychotherapie (Abschnitt 35.2.3.2 EBM)

- GOPen 35591, 35593 bis 35599

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

G-BA: Neugeborenen-Hörscreening verbessert

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat das Neugeborenen-Hörscreening in der Kinder-Richtlinie aktualisiert. Der Beschluss trat zum 20. August 2026 in Kraft. Der Screening-Algorithmus, die Anzahl der Testversuche und der zeitliche Abstand zwischen der Erst- und Kontrolluntersuchung wurden an die aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisse angepasst.

Methode der Kontrolluntersuchung

Das Neugeborenen-Hörscreening umfasst wahlweise die Messung otoakustischer Emissionen (transitorisch evozierte otoakustische Emissionen, TEOAE) oder die Hirnstammaudiometrie (AABR) einschließlich der gegebenenfalls erforderlichen Kontrolluntersuchung bei einem auffälligen Befund in der Erstuntersuchung. Die Kontrolluntersuchung war ausschließlich mit AABR durchzuführen. Die Richtlinie sieht nun vor, dass für Erst- und Kontrolluntersuchung dasselbe Messverfahren anzuwenden ist.

Das heißt, bei einem auffälligen Testergebnis in der Erstuntersuchung mit TEOAE wird die Kontrolluntersuchung ebenfalls mit TEOAE vorgenommen. Dies erleichtert bei auffälligen Befunden in vielen Fällen das Management des Neugeborenen-Hörscreenings für Eltern und Einrichtungen, ohne die Befundqualität negativ zu beeinflussen.

Anzahl der Testversuche und Zeitabstand zwischen der Erst- und Kontrolluntersuchung

Das Neugeborenen-Hörscreening erfolgt für beide Ohren und soll bis zum dritten Lebenstag durchgeführt werden. Pro Ohr dürfen neu in der Erstuntersuchung maximal drei Testversuche durchgeführt werden. Bei auffälligem Testergebnis der Erstuntersuchung soll frühestens fünf Stunden nach der Erstuntersuchung und spätestens bis zur U2 eine Kontrolluntersuchung mit ebenfalls maximal drei Testversuchen pro Ohr durchgeführt werden.

Darüber hinaus konkretisierte der G-BA auch die Definition eines auffälligen Befundes und präzisierte in der Richtlinie, dass ein auffälliger Befund eine einseitige oder beidseitige Hörschwelle von 35 dB oder höher ist.

Abrechnung erst nach Aufnahme einer Leistung in den EBM möglich

Die neue Kontroll-TEOAE kann erst dann als Kassenleistung erbracht und abgerechnet werden, wenn der Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) entsprechend angepasst wurde. Hierfür hat der Bewertungsausschuss bis zu sechs Monate nach Inkrafttreten der Richtlinie Zeit.

Sobald die Aufnahme der neuen Leistung sowie etwaige Folgeanpassungen in den EBM beschlossen wurden, werden wir Sie hierüber informieren.

Sie finden den Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses sowie die Kinder-Richtlinie 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

Arzneimittel-Richtlinie

Anlage III: Verordnungseinschränkungen und -ausschlüsse

Donanemab: Vor dem Hintergrund der kürzlich erfolgten Zulassung von Donanemab – einen monoklonalen Antikörper zur Behandlung der Alzheimer-Krankheit, der in seinen therapeutischen Eigenschaften mit Lecanemab vergleichbar ist – wird die Anlage III der Arzneimittel-Richtlinie um Donanemab ergänzt (Nummer 10a).

Alirocumab, Evolocumab, Inclisiran: Laut G-BA hat sich ein Klarstellungsbedarf hinsichtlich der Ambulanzen für Lipidstoffwechselstörungen ergeben.

Bei der Erstfassung der Regelungen 35 a bis c in der Anlage III der Arzneimittel-Richtlinie ist der G-BA davon ausgegangen, dass die Regelungen zur Einleitung und Überwachung der Therapie allein Ambulanzen für Lipidstoffwechselstörungen der Krankenhäuser umfassen. Rückmeldungen aus der Versorgung deuteten darauf hin, dass die bisherigen Formulierungen angesichts des Entstehens von „Lipidzentren“ oder „Lipidambulanzen“ in der ambulanten Versorgung missverständlich sein könnten.

Mehr Informationen finden Sie im entsprechenden „Verordnung Aktuell“.

Anlage XII: Nutzenbewertung 3. Quartal 2026 unter **www.g-ba.de/bewertungsverfahren/nutzenbewertung/**

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

Arzneimittel für Kinder

Nach dem GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz sind auch für Kinder und Jugendliche **Homöopathika und Anthroposophika** nicht mehr zulasten der GKV verordnungsfähig. Unser „Verordnung Aktuell“ zum Thema „Arzneimittel für Kinder“ wurde deshalb überarbeitet.

Die Kostenübernahme als Satzungsleistung (per Privatverordnung) der Krankenkassen bleibt nur noch bis 31. Dezember 2026 möglich. Ab 1. Januar 2027 wird auch das nicht mehr zulässig sein.

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

Mehrfachverordnungen per eRezept

Für chronisch kranke Patientinnen und Patienten, die dauerhaft auf Arzneimittel angewiesen sind, können Sie eine sogenannte Mehrfachverordnung als eRezept ausstellen. Dadurch werden mehrere aufeinanderfolgende Arzneimittelabgaben mit nur einer Verordnung ermöglicht.

Mit der Einführung der hausärztlichen Versorgungspauschale (GOP 03100) zum 1. Juli 2026 werden bestimmte chronisch kranke Patientinnen und Patienten künftig nicht mehr zwingend einmal pro Quartal, sondern in der Regel nur noch einmal pro Halbjahr in der Praxis vorstellig. Um die kontinuierliche Arzneimittelversorgung dieser Patientengruppe sicherzustellen, steht Ihnen die Mehrfachverordnung per eRezept zur Verfügung.

Weitere Details lesen Sie im „Verordnung Aktuell“ zum Thema „Mehrfachverordnungen per eRezept“.

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

Sprechstundenbedarf – Stand 1. August 2026

Ein aktuelles Urteil des Bundesverwaltungsgerichts (Az.: BVerwG 3 C 2.24) hat Auswirkungen auf die Sprechstundenbedarfs-Vereinbarung: **Rezepturen sind nicht mehr über den Sprechstundenbedarf bezugsfähig**.

Änderungen in der Anlage **„Sprechstundenbedarf“** betreffen:

- Ätz-/Schäl-/Warzenmittel
- Homöopathika/Antroposophika
- Laxantien/Abführmittel
- Sklerosierungsmittel
- Toleranz-Test, Atem-Test

Ergänzung in der Anlage **„Impfstoffe“** der Sprechstundenbedarfs-Vereinbarung betreffen:

- COVID 19 (ab 3. September 2026 nur Kinderimpfstoff (bis einschließlich elf Jahre); gilt nicht für Erwachsenenimpfstoff ab zwölf Jahre)

Die einzelnen „Verordnung Aktuell“ finden Sie unter **www.kvb.de/mitglieder/verordnungen#c9425**.

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

Verordnungsmengen prüfen

Eine wirtschaftliche Arzneimittelverordnung umfasst nicht nur die Auswahl eines preisgünstigen Präparats, sondern auch die Verordnung einer angemessenen Menge. Tipps zur Vermeidung von Rückforderungen durch Krankenkassen finden Sie in unserem „Verordnung Aktuell“ zum Thema „Tipps zum Schutz vor Rückforderungen wegen hoher Verordnungsmengen“.

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

Switching

Gemäß Arzneimittel-Richtlinie „soll die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel zulasten des Versicherten verordnen, wenn sie zur Behandlung einer Erkrankung medizinisch notwendig, zweckmäßig und ausreichend sind. In diesen Fällen kann die Verordnung eines verschreibungspflichtigen Arzneimittels unwirtschaftlich sein.“

In einer Übersicht in unserem „Verordnung Aktuell“ zum Thema „Arzneimittel-Richtlinie – Switching“ zeigen wir Ihnen Wirkstoffe und Wirkstoffklassen, für die sowohl apothekenpflichtige als auch verschreibungspflichtige Medikamente existieren und welche Kriterien für eine wirtschaftliche Arzneimittelauswahl maßgeblich sind.

Es ist unserer Ansicht nach sinnvoll, in der Patientenakte gegebenenfalls die Notwendigkeit eines rezeptpflichtigen Präparats gut zu begründen beziehungsweise gründlich zu dokumentieren, dass der Therapieversuch mit apothekenpflichtigen Arzneimitteln nicht erfolgreich war, um für den Fall eines Prüfantrags gewappnet zu sein.

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

Verordnung von Stimulantien

Nachdem der Bewertungsausschuss eine Anpassung des EBM beschlossen und die Altersgruppe der Heranwachsenden (19 bis einschließlich 21 Jahre) neu aufgenommen hat, war eine Anpassung der Nummer 44 der Anlage III der Arzneimittel-Richtlinie notwendig geworden. Im Einklang mit dieser EBM-Änderung wurde in Nummer 44 die Verordnungsmöglichkeit von Stimulantien für diese Altersgruppe bei Patientinnen und Patienten mit ADS/ADHS durch Fachärztinnen und -ärzte für Kinder- und Jugendmedizin sowie für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie erweitert.

Zusätzlich wurde die fortgesetzte Behandlung ehemaliger Kinder und Jugendlicher in therapeutisch begründeten Fällen angepasst und auf Fachärztinnen und -ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie beschränkt. Zudem erfolgte eine Aktualisierung des Verweises auf die Psychotherapie-Vereinbarung.

Das „Verordnung Aktuell“ zum Thema „Verordnung von Stimulantien“ wurde entsprechend angepasst.

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

Ernährung verordnen

Sowohl für die **Verordnung von enteraler Ernährung** als auch die **Verordnung für parenteraler Ernährung** finden Sie auf unserer Internetseite ein aktuelles „Verordnung Aktuell“. Dort stellen wir Ihnen übersichtlich Verordnungsvoraussetzungen sowie Wirtschaftlichkeitsaspekte aber auch Formalitäten, die für eine korrekte Verordnung notwendig sind, vor.

Bei der **enteralen Ernährung** werden Nährstoffe als Trink- oder Sondennahrung über den Magen-Darm-Trakt zugeführt. Dies geschieht mithilfe einer Sonde durch den Mund, die Nase oder die Bauchdecke.

Die **parenterale Ernährung** ist eine spezielle Form der künstlichen Ernährung, bei der Nährstoffe direkt über das Blut – also unter Umgehung des Magen-Darm-Trakts – mittels Infusion zugeführt werden. Dieser Fall tritt in der Praxis eher selten auf, kann jedoch bei bestimmten Patientinnen und Patienten notwendig werden.

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

Dermatologische Rezepturen

Aus Gründen der Wirtschaftlichkeit sollte grundsätzlich geprüft werden, ob ein geeignetes Fertigarzneimittel als Alternative zur Rezeptur zur Verfügung steht.

Besonders zu beachten sind folgende Punkte

- Rezepturen für Jugendliche ab zwölf Jahren und Erwachsene müssen entweder einen verschreibungspflichtigen Bestandteil enthalten oder einer Ausnahmeregelung nach Anlage I der Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL) entsprechen.
- Dermatika, die auch der Reinigung, Pflege oder Färbung von Haut, Haaren, Nägeln, Zähnen oder der Mundhöhle dienen – einschließlich medizinischer Haut- und Haarwaschmittel, medizinischer Haarwässer sowie kosmetischer Mittel – sind nicht verordnungsfähig (Nr. 23 Anlage III AM-RL).
- Rezepturgrundlagen müssen entweder apothekenpflichtig sein oder eine nachgewiesene Arzneimittelqualität aufweisen.
- Wirkstofffreie Dermatika als Fertigarzneimittel können bei medizinischer Indikation für Kinder bis zum vollendeten zwölften Lebensjahr sowie für Jugendliche mit Entwicklungsstörungen nur dann verordnet werden, wenn sie apothekenpflichtig sind.

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

Aktuelle Statistiken über Praxisverwaltungssysteme in Bayern

Nachfolgend finden Sie unsere neusten Statistiken zu den Praxisverwaltungssystemen (PVS) mit den höchsten Installationszahlen im Zuständigkeitsbereich der KVB sowie zu den Systemen, die in den vergangenen zwölf Monaten den stärksten Installationszuwachs erzielt haben.

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 mit dem System/den Systemen des genannten Anbieters im bezogenen Quartal abgerechnet haben.

Im Quartal 2/2025 konnten wir insgesamt 18.480 Installationen verzeichnen, im Quartal 2/2026 waren es 18.440. Zur Jahresmitte 2026 waren in Bayern insgesamt 99 Systeme im Einsatz.

Die TOP 10 der Praxisverwaltungssysteme im Bereich der KVB

Rang	PVS/KIS	Anbieter	Installationen	Marktanteil	Veränderung Q2/25 zu Q2/26
1	psyprax	psyprax GmbH	3.751	20,34 %	- 117
2	medatixx / psyx	medatixx GmbH & Co. KG	1.734	9,40 %	+234
3	x.isynet/x.vianova	medatixx GmbH & Co. KG	1.727	9,37 %	-148
4	CGM MEDISTAR®	CompuGroup Medical	977	5,30 %	-52
5	EPIKUR	Epikur Software GmbH & Co. KG	892	4,84 %	+17
6	TURBOMED	CompuGroup Medical	778	4,22 %	-90
7	T2Med	T2med GmbH & Co. KG	754	4,09 %	+124
8	tomedo	zollsoft GmbH	750	4,07 %	+147
9	Albis on Windows	CompuGroup Medical	543	2,94 %	-55
10	x.concept	medatixx GmbH & Co. KG	499	2,71 %	-69

Praxisverwaltungssysteme mit dem größten absoluten Kundenzuwachs

Rang	PVS/KIS	Anbieter	Differenz der Installationen 2/2025 zu 2/2026	Installationen gesamt (Stand 2/2026)
1	medatixx/psyx	medatixx GmbH & Co. KG	+234	1.734
2	tomedo	zollsoft GmbH	+147	750
3	T2Med	T2med GmbH & Co. KG	+124	754
4	RED Medical	RED Medical Systems GmbH	+80	166
5	Smarty	New Media Company GmbH & Co. KG	+43	442
6	Medical Office	INDAMED GmbH	+39	416
7	Elefant	HASOMED GmbH	+29	482
8	M-KIS	Meierhofer AG	+27	27
9	EPIKUR	Epikur Software GmbH & Co. KG	+17	892
10	PegaMed	PEGA Elektronik-Vertriebs GmbH	+17	382

Überweisungen: Gültig über das Quartal hinaus

Immer wieder kommt es vor, dass Praxen von ihren Patientinnen und Patienten für ein neues Quartal einen neuen Überweisungsschein anfordern, obwohl bereits eine Überweisung aus dem Vorquartal vorliegt. Ist das wirklich erforderlich? Die Antwort lautet: **Nein. Überweisungen sind grundsätzlich quartalsübergreifend gültig**.

Darauf weist die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) in einer PraxisInfo hin. So ist beispielsweise keine neue Überweisung erforderlich, wenn eine Hausärztin oder ein Hausarzt die Überweisung in einem Quartal ausstellt, die Behandlung beim Facharzt jedoch erst im Folgequartal beginnt.

Gleiches gilt, wenn die Behandlung bereits im Quartal der Ausstellung aufgenommen wurde und über ein oder mehrere weitere Quartale andauert. Die Überweisung behält ihre Gültigkeit für die gesamte Dauer der Behandlung, soweit diese vom ursprünglichen Behandlungsauftrag umfasst ist.

Mit der Klarstellung möchte die KBV unnötigen Verwaltungsaufwand vermeiden. Denn die irrtümliche Anforderung einer neuen Überweisung führt nicht nur zu zusätzlicher Bürokratie in den Praxen, sondern auch zu vermeidbaren Wegen und Rückfragen der Patientinnen und Patienten.

Weitere Informationen enthält die KBV-PraxisInfo unter **„Überweisungen: Hinweise zur Gültigkeit“**.

KVB-Seminare 2026

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 2026 finden Sie unter **www.kvb.de/mitglieder/praxisfuehrung/fortbildungsangebot** unter „Terminsuche“.

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

Die **Seminartermine für das Jahr 2027** werden voraussichtlich zwischen Mitte und Ende November auf unserer Website veröffentlicht.

Wir freuen uns auf Ihre Teilnahme.

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

KVB
Kassenärztliche
Vereinigung
Bayerns