

KVBIINFOS

03|26
04

ABRECHNUNG

- 22 Die nächsten
Zahlungstermine
- 22 Abrechnungsabgabe
für das Quartal 1/2026
- 26 EBM-Änderungen
zum 1. Januar 2026
- 27 Digitale Gesundheits-
anwendungen (DiGA) –
Verlaufskontrolle „Kranus
Mictera“ ab 1. April 2026
- 28 Zuzahlung Heilmittel
ab 1. April 2026
- 28 Kontrolle nach Schwanger-
schaftsabbruch (GOP 01912)
- 29 Onkologie-Vereinbarung
(OnkV)

VERORDNUNGEN

- 30 Arzneimittel-Richtlinie –
Ergänzungen
 - 30 Häusliche Krankenpflege
 - 31 Rehasport und Funktions-
training
 - 31 Digitale Gesundheits-
anwendungen (DiGA)
- ### IT IN DER PRAXIS
- 32 NIS-2 Richtlinie – neue
Vorgaben für Cybersicherheit

ALLGEMEINES

- 33 Barrierefreiheit in Arzt- und
Psychotherapiepraxen
- 33 Zi-Kodierhilfe:
Aktualisierung online

SEMINARE

- 34 KVB-Seminare 2026
- 35 Seminarangebot:
„Kooperationen – Auswahl
und Umsetzung“

Die nächsten Zahlungstermine

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 Notarztdienst wegen individueller Berechnung zirka fünf Tage später

Abrechnungsabgabe für das Quartal 1/2026

Abrechnungsabgabe

Wann?	Einreichung bis spätestens Freitag, den 10. April 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 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 notarzdoku@kvb.de
Leitender Notarzt (LNA)	Die Abrechnung von Leistungen als Leitender Notarzt in Bayern erfolgt über den Online-Dienst „<i>Abrechnungserklärung Leitende Notärzte</i>“. 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/notarzdienst
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. 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 819. und 821. 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.

Implantateregister – Höherbewertung für Meldungen der Endoprothetik

Beschluss aus der 821. Sitzung des Bewertungsausschusses (schriftliche Beschlussfassung)

Der Zuschlag zu den implantatbezogenen Eingriffen an Hüft- und Kniegelenken nach der GOP 01966 steigt zum 1. Januar 2026 von 78 Punkten (9,94 Euro) auf 127 Punkte (16,18 Euro), um den finanziellen Aufwand für die Praxissoftware und den personellen Aufwand im Zusammenhang mit der softwaregestützten Datenübermittlung zu vergüten. Ab der siebten Leistung im Quartal beträgt die Bewertung dann noch 47 Punkte (5,99 Euro).

Hintergrund der Anpassung ist, dass dem Bewertungsausschuss zwischenzeitlich Informationen zu Softwarekosten bekannt sind und diese nun in der Bewertungsanpassung berücksichtigt wurden. Unverändert bleibt die Höhe der Kostenpauschale 40162 (6,24 Euro) für die Meldegebühr, die zusätzlich zur GOP 01966 abgerechnet werden kann.

Weitergehende Informationen zum IRD finden Sie auf der Internetseite des Bundesgesundheitsministeriums unter:

<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/implantateregister-deutschland/meldung-der-gesundheitseinrichtungen.html>.

Biomarkertests beim Mammakarzinom – keine EBM-Anpassungen erforderlich

In der letzten Ausgabe der KVB INFOS 1-2/2026 informierten wir Sie über die geänderten Anspruchsvoraussetzungen für den Einsatz biomarkerbasierter Test (Oncotype DX®, EndoPredict®, MammaPrint® und Prosigna®) beim primären Mammakarzinom. Der Bewertungsausschuss hat nun entschieden, dass die Änderungen des Gemeinsamen Bundesausschusses keine Anpassungen im EBM erfordern und weiterhin die Gebührenordnungspositionen 08347, 13507, 19402 sowie 19503 bis 19506 unter Berücksichtigung der geänderten Anspruchsvoraussetzungen abgerechnet werden können.

EBM – Detailänderungen

Beschluss aus der 819. Sitzung des Bewertungsausschusses, Teile A und B (schriftliche Beschlussfassung)

GOP 17214 per Videokontakt berechnungsfähig

Der Zuschlag zur nuklearmedizinischen Konsiliarpauschale für die Beratung der Eltern bei Neugeborenen, Säuglingen, Kleinkindern und Kindern (GOP 17214) kann in Behandlungsfällen mit ausschließlichem Arzt-Patienten-Kontakt in einer Videosprechstunde berechnet werden. In diesen Fällen erfolgt ein Abschlag in Höhe von 20 Prozent auf die Bewertung des Zuschlags.

Bitte denken Sie daran, die Pseudo-GOP 88220 in die Abrechnung (KVDT-Feldkennung 5001 „GNR“) einzutragen, wenn Sie einen Patienten im Quartal ausschließlich im Rahmen der Videosprechstunde behandelt haben (das heißt kein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt im Quartal).

K-Kennzeichnung für Besuche bei probatorischen Sitzungen im Krankenhaus entfällt

Finden probatorische Sitzungen im Krankenhaus statt, können zusätzlich die Besuche nach den GOPen 01410 (Besuch) und 01413 (Besuch eines weiteren Kranken) abgerechnet werden. Seit dem 1. Januar 2026 werden die Leistungen in diesen Fällen innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütet, sodass die Kennzeichnungspflicht mit dem Buchstabenzusatz „K“ zur Vergütungssteuerung nicht mehr erforderlich ist und entfällt.

GOP 01647 – ePA-Unterstützungsleistungen

Die Zusatzpauschale für weitere Befüllung der ePA (GOP 01647) kann auch abgerechnet werden, wenn ein Patient im Quartal ausschließlich auf Überweisung behandelt und hierfür die Konsultationspauschale nach GOP 01436 abgerechnet wird (statt der Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale).

GOP 01722 für Kinder- und Jugendchirurgen berechnungsfähig

Auch Fachärzte für Kinder- und Jugendchirurgie können jetzt die Sonographie der Säuglingshöften bei der U3 nach der GOP 01722 abrechnen. Der EBM wurde an die (Muster-) Weiterbildungsordnung (MWBO) 2018 angepasst. Die Abrechnung der Leistung setzt eine

Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) – Verlaufskontrolle „Kranus Mictera“ ab 1. April 2026

zuvor erteilte Genehmigung nach der Ultraschallvereinbarung für den Anwendungsbereich 10.2 – Säuglingshüfte voraus.

Abschnitt 37.8 EBM – Anpassungen im Zusammenhang mit der Long-COVID-Richtlinie

Die Bestimmungen in Abschnitt 37.8 EBM für die spezifische Versorgung gemäß der Long-COVID-Richtlinie wurden an die aktuelle ICD-10-GM für 2026 angepasst. Die neuen ICD-Kodes R53.0 für die Kodierung der chronischen Fatigue mit post-exertioneller Malaise [PEM] und R53.1 für die Kodierung der chronischen Fatigue ohne post-exertionelle Malaise [PEM] werden in den Abschnitt aufgenommen.

Die GOP 37802 (Zuschlag zur Versichertenpauschale oder Grundpauschale für den koordinierenden Vertragsarzt) wurde an die Vorgaben der Long-COVID-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses angepasst, indem die Verordnung von Heilmitteln im Zusammenhang mit einer Indikation gemäß Paragraph 2 der Long-COVID-Richtlinie in den fakultativen Leistungsinhalt überführt wurde.

Kostenpauschale 40461 ist zusätzlich zur GOP 13431 berechnungsfähig

Die Kostenpauschale 40461 bei Verwendung einer Einmal-Probenentnahmezange kann jetzt auch im Zusammenhang mit der GOP 13431 (Zusatzpauschale bilio-pankreatische Therapie) abgerechnet werden.

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

Für die notwendige Verlaufskontrolle und Auswertung der seit 27. Oktober 2025 dauerhaft im Verzeichnis gelisteten DiGA „Kranus Mictera“ wird mit Wirkung zum 1. April 2026 die GOP 01482 in den Abschnitt 1.4 des EBM aufgenommen. Gleichzeitig ist die GOP 86700 für die Vergütung der Verlaufskontrolle und Auswertung einer vorläufigen DiGA ab dem 1. April 2026 für die DiGA „Kranus Mictera“ nicht mehr berechnungsfähig. Die neue DiGA richtet sich an Patientinnen mit Harninkontinenz.

NEU: GOP 01482 – Zusatzpauschale für die Verlaufskontrolle und die Auswertung der digitalen Gesundheitsanwendung (DiGA) Kranus Mictera gemäß dem Verzeichnis für digitale Gesundheitsanwendungen gemäß Paragraph 139e SGB V,

EBM-Bewertung: 64 Punkte
Preis BÄGO: 8,15 Euro

- Einmal im Krankheitsfall berechnungsfähig.
- Ausschließlich bei weiblichen Versicherten ab Vollendung des 18. Lebensjahres berechnungsfähig.
- Abrechenbar von Hausärzten, Gynäkologen, Fachärzten für Innere Medizin ohne Schwerpunkt und Fachärzten für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Nephrologie und/oder Vertragsärzten, die über eine Genehmigung zur Durchführung von Blutreinigungsverfahren gemäß Paragraph 135 Absatz 2 SGB V verfügen, Fachärzten für Neurologie, Fachärzten für Nervenheilkunde, Fachärzten für Neurologie und Psychiatrie, Fachärzten für Neurochirurgie und Urologen.

Anhang 3 EBM

Im Zusammenhang mit der Neuaufnahme der GOP 01482 werden die Kalkulations- und Prüfzeiten im Anhang 3 zum EBM angepasst. Die GOP 01482 wird der fachärztlichen Grundversorgung zugerechnet und führt nicht zum Ausschluss der Berechnungsfähigkeit der Pauschale für die fachärztliche Grundversorgung (PFG).

Vergütung

Für die neue GOP 01482 empfiehlt der Bewertungsausschuss die Vergütung außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung. Die Umsetzung dieser Empfehlung auf Landesebene ist mit den Krankenkassen in Bayern noch zu vereinbaren.

Der Beschluss des Bewertungsausschusses aus seiner 825. Sitzung wurde auf der Internetseite des Instituts des Bewertungsausschusses unter 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

Zuzahlung Heilmittel ab 1. April 2026

Ab 1. April 2026 ändern sich die Zuzahlungsbeträge bei der Abgabe von Heilmitteln für die Gebührenordnungspositionen 30400, 30402, 30410, 30411, 30420 und 30421. Die Änderungen erfolgen aufgrund von Preiserhöhungen des zwischen Krankenkassen und Heilmittelerbringern vereinbarten Heilmittelkatalogs.

Unverändert bleibt der Eintrag mit dem Buchstaben „A“ (zum Beispiel 30410A) bei Patienten, die von der Zuzahlung befreit sind. Die Zuzahlungsbeträge werden automatisch in Ihrer Abrechnung zum Abzug gebracht. Der Abzug wird in der Honorarzusammenstellung mit dem Buchstaben „Z“ (zum Beispiel 30400Z) ausgewiesen.

GOP	Leistungslegende	Zuzahlungsbetrag*
30400	Massagetherapie	2,16 Euro
30402	Unterwasserdruckstrahlmassage	3,38 Euro
30410	Atemgymnastik (Einzelbehandlung)	2,96 Euro
30411	Atemgymnastik (Gruppenbehandlung)	1,33 Euro
30420	Krankengymnastik (Einzelbehandlung)	2,96 Euro
30421	Krankengymnastik (Gruppenbehandlung)	1,33 Euro

*Laut Paragraph 32 Absatz 2 SGB V haben Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, zu den Kosten der Heilmittel eine Zuzahlung an die abgebende Stelle zu leisten. Dies gilt auch, wenn Massagen, Bäder und Krankengymnastik als Bestandteil der ärztlichen Behandlung abgegeben werden. Die Höhe der Zuzahlung errechnet sich nach den Preisen, die zwischen den Krankenkassen und den Heilmittelerbringern vereinbart sind.

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

Kontrolle nach Schwangerschaftsabbruch (GOP 01912)

Die Kontrolluntersuchung nach Abortio gemäß Gebührenordnungsposition 01912 (183 Punkte, Preis B€GO 23,31 Euro) ist nur nach einem Schwangerschaftsabbruch mit medizinischer oder kriminologischer Indikation und im Zeitraum zwischen dem siebten bis 21. Tag nach dem Abbruch berechnungsfähig.

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

Onkologie-Vereinbarung (OnkV)

- Bitte achten Sie bei der **Abrechnung der Kostenpauschalen 86510 und 86512** darauf, die Diagnose der Tumorerkrankung unter Angabe des **endständigen Kodes gemäß ICD-10-GM** zu dokumentieren. Ohne die Angabe der entsprechenden Diagnose kann weder die Abrechnung der Kostenpauschalen 86510 beziehungsweise 86512 noch die Abrechnung der entsprechenden Zuschläge nach den Ziffern 86514, 86516, 86518, 86520 und 86522 anerkannt werden.
- Bitte achten Sie auch darauf, bei **gesicherten Diagnosen** stets das **Sicherheitskennzeichen „G“** anzugeben.

Die Abrechnung der **Kostenpauschale 86510** setzt die Dokumentation mindestens einer der folgenden Tumorerkrankungen nach Paragraph 1 Absatz 2 Buchstabe d und e der OnkV voraus:

- **Neubildung des lymphatischen, blutbildenden Gewebes und schwere Erkrankungen der Blutbildung** (ICD-10-GM: C81.- bis C96.-, D45, D46.0, D46.1, D46.2, D46.4, D46.5, D46.6, D46.7, D46.9, D47.0, D47.1, D47.2, D47.3, D47.4, D47.5, D47.7; nur Formen der Anämie mit kritischer, behandlungsbedürftiger (Pan-) Zytopenie und schwerwiegender Störung der Hämatopoese (D59.5, D61.-); nur Idiopathische thrombozytopenische Purpura und sonstige Thrombozytopenien bei chronischem Verlauf mit kritisch erniedrigten Thrombozytenwerten (D69.3, D69.4-); nur Störungen der Granulozytopoese nur bei chronischem Verlauf und dem Risiko einer vital be-

drohlichen Symptomatik (D70.-, D71, D72.-))

- **Haemophagozytäre Lymphohistiozytose** (ICD-10-GM: D76.1)

Die Abrechnung der **Kostenpauschale 86512** setzt die Dokumentation mindestens einer der folgenden Tumorerkrankungen nach Paragraph 1 Absatz 2 Buchstabe a bis c der OnkV voraus:

- **alle malignen soliden Tumore** (ICD-10-GM: C00 bis C80.-, C97!)
- **intrakranielle beziehungsweise ZNS-Neubildungen** (sowohl gutartige als auch mit unsicherem oder unbekanntem Verhalten; ICD-10-GM: D32.-, D33.-, D42.- und D43.-)
- **bestimmte Tumore bei Kindern und Jugendlichen** (ICD-10-GM: nur familiäre adenomatöse Polyposis (FAP) und **erbliches nicht-polypöses kolorektales Karzinom** (HNPCC) D12.6, D30.0, M72.40 bis 72.48)

Die Zuschläge nach den Ziffern **86514, 86516, 86518, 86520 und 86522** sind nur abrechnungsfähig, wenn im gleichen Behandlungsfall auch eine korrekt kodierte Kostenpauschale 86510 oder 86512 abgerechnet und anerkannt wurde.

Tumore, die nach Operation vollständig reseziert sind und keiner weiteren tumorspezifischen Therapie und Behandlung bedürfen, sind von der Abrechnung über die OnkV ausgeschlossen.

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

Arzneimittel-Richtlinie – Ergänzungen

Anlage XII: Nutzenbewertung

Sie finden die Anlage XII: Nutzenbewertung für das vierte Quartal 2025 unter www.g-ba.de/bewertungsverfahren/nutzenbewertung/.

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

Häusliche Krankenpflege

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat die Richtlinie über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege angepasst. Die Änderungen dienen der rechtlichen Klarstellung und aktualisieren das Leistungsverzeichnis.

Verantwortung der Pflegekräfte: „Übertragen“ statt „Delegieren“

Der G-BA stellt klar, dass die Verantwortung für die Durchführung verordneter Maßnahmen der Behandlungspflege bei den (Fach-) Pflegekräften liegt. Um die bestehende Rechtslage präziser abzubilden, wurde der Begriff „delegieren“ konsequent durch „übertragen“ ersetzt. Zudem wurden nicht mehr benötigte Übergangsregelungen zur außerklinischen Intensivpflege sowie die COVID-19-Sonderregelungen gestrichen.

Wichtige Neuerungen im Leistungsverzeichnis

- **Neu: (POCT-)INR-Messung (Nr. 32):** Zur Anpassung der Antikoagulationstherapie mit Vitamin-K-Antagonisten können Pflegekräfte nun den INR-Wert mittels verordnetem Koagulometer ermitteln und bewerten. Die Richtlinie regelt hierzu Details zu Voraussetzungen, Dauer und Häufigkeit.
- **Parenterale Ernährung (Nr. 16):** Es wurde verdeutlicht, dass sowohl die alleinige Flüssigkeitssubstitution als auch die alleinige parenterale Ernährung (gegebenenfalls inklusive Vitaminen/Spurenelementen) als Leistungen der häuslichen Krankenpflege verordnungsfähig sind.

- **Einreibungen (Nr. 26.2):** Bei dermatologischen Erkrankungen ist entscheidend, dass ein akut behandlungsbedürftiger Zustand vorliegt – es muss sich dabei nicht zwingend um eine rein akut auftretende Erkrankung handeln.

- **Streichung Bronchialtoilette (Nr. 6):** Da das „Absaugen“ bereits als Leistungsgruppe definiert ist, entfällt die gesonderte Nennung der Bronchialtoilette. Wichtig: Eine bronchoskopische Lavage bleibt aufgrund des Risikoprofils eine rein ärztliche Leistung.

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

Rehasport und Funktions- training

Genehmigungsverzicht

Immer mehr Krankenkassen verzichten auf die Genehmigung der Verordnung für Rehabilitationssport und Funktionstraining. Die Patientinnen beziehungsweise Patienten werden darüber auf Nachfrage oder direkt von ihrer Krankenkasse informiert.

Die Genehmigung der Krankenkasse ist vor Beginn des Rehabilitationssports beziehungsweise des Funktionstrainings (auch bei Folgeverordnungen) durch die Patientin, den Patienten einzuholen.

Auch wenn einzelne Krankenkassen keine Genehmigung mehr verlangen, ist in diesen Fällen eine wirtschaftliche Verordnungsweise sicherzustellen.

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

Digitale Gesundheits- anwendungen (DiGA)

Aufgrund von Rückmeldungen aus der Praxis wurde die bestehende Ausgabe von „Verordnung Aktuell“ zum Thema „Digitalen Gesundheitsanwendungen“ um einen Hinweis zur wirtschaftlichen Verordnungsweise ergänzt.

Die Verordnung Digitaler Gesundheitsanwendungen liegt in der ärztlichen Verantwortung und ist individuell zu entscheiden. Medizinische Notwendigkeit, Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit sind sorgfältig zu prüfen. Eine Verordnung ist nur gerechtfertigt, wenn sie dem Versorgungsbedarf entspricht und gegenüber günstigeren Alternativen eine gleichwertige oder bessere Versorgung bietet.

Insbesondere vorgefertigte Verordnungstexte und Kurzatteste der Hersteller dürfen nicht ungeprüft oder ohne individuelle Anpassung verwendet werden, da dies der ärztlichen Beurteilungspflicht sowie der wirtschaftlichen Verordnungsspflicht widerspricht.

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

NIS-2 Richtlinie – neue Vorgaben für Cybersicherheit

Wie für viele Unternehmen in Deutschland gelten auch für besonders große und umsatzstarke Praxen und Medizinische Versorgungszentren (MVZ) seit Anfang Dezember 2025 neue gesetzliche Vorgaben für den Schutz vor Angriffen auf das eigene Netzwerk und die Informationssicherheit. Wichtige Informationen zu den neuen Vorgaben finden sich unter www.kvb.de/mitglieder/praxisfuehrung/it-online-services-ti/cybersicherheit.

Frist zur Meldung: 6. März 2026

Ist eine Einrichtung betroffen, ist sie unter anderem verpflichtet, sich bis 6. März 2026 beim Online-Portal des BSI zu registrieren, generell Risikomanagementmaßnahmen umzusetzen und in einem Ernstfall erhebliche Sicherheitsvorfälle zu melden.

Hintergrund

Mit dem novellierten Gesetz zur Stärkung der Sicherheit in der Informationstechnik des Bundes (BSI-Gesetz), das am 6. Dezember 2025 in Kraft getreten ist, hat Deutschland die europäische NIS-2 Richtlinie für mehr Netzwerk- und Informationssicherheit aus dem Jahr 2022 in nationales Recht umgesetzt. NIS-2 steht für die zweite Richtlinie zur Netzwerk- und Informationssicherheit („Network and Information Security Directive 2“).

Schwellenwert: 50 Mitarbeitende oder zehn Millionen Euro Umsatz im Jahr

Tätig werden müssen alle Praxen und MVZ, die mindestens 50 Mitarbeitende beschäftigen oder einen Umsatz von mindestens zehn Millionen Euro im Jahr erwirtschaften. Eventuell betroffenen Einrichtungen empfiehlt die KVB, die NIS-2-Betroffenheitsprüfung beim Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik (BSI) durchzuführen.

Barrierefreiheit in Arzt- und Psychotherapiepraxen

Menschen mit Behinderung sollen möglichst niederschwellig und bedarfsgerecht an der medizinischen Versorgung teilhaben können. Dies setzt voraus, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen online Informationen zur Barrierefreiheit von Arzt- und Psychotherapiepraxen bereitstellen.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) hat gemeinsam mit dem Deutschen Behindertenrat und der Bundesfachstelle Barrierefreiheit einen Kriterienkatalog entwickelt, um eine bundesweit einheitliche Darstellung dieser verpflichtenden Informationen zu ermöglichen.

Der Kriterienkatalog erfasst die Barrierefreiheit in Praxen für folgende Beeinträchtigungen:

- Sehbeeinträchtigung
- Blindheit
- Mobilitätseinschränkungen
- Kognitive Beeinträchtigungen
- Schwerhörigkeit
- Gehörlosigkeit
- Taubblindheit/
Hör-Sehbeeinträchtigung

Neue Webanwendung: Fragebogen einfach online ausfüllen

Die Webanwendung der KBV unterstützt Ärzte und Psychotherapeuten bei den umfangreichen Angaben zur Barrierefreiheit. Ein interaktiver Online-Fragebogen führt schnell und übersichtlich durch die verschiedenen Aspekte der Barrierefreiheit innerhalb und außerhalb der Praxis.

Der Fragebogen steht wie gewohnt im Mitgliederportal **Meine KVB** im Bereich „Praxisorganisation“ bereit (Voraussetzung: SNK-Zugang über die Telematikinfrastruktur).

Die so erhobenen Praxisdaten werden automatisch in das Bundesarztregister übernommen und ab Frühjahr 2026 in der Arzt- und Psychotherapeutensuche der KBV unter <https://arztsuche.116117.de/> veröffentlicht.

Zi-Kodierhilfe: Aktualisierung online

Die Zi-Kodierhilfe ist nach jährlichem ICD-10-GM-Update mit aktualisiertem Datenbestand für das Jahr 2026 jetzt online unter www.kodierhilfe.de sowie als App verfügbar.

Mit der Suchfunktion der Kodierhilfe finden Sie schnell und effizient den richtigen ICD-Kode mit jeweils individuellen Hilfen und Hinweisen auf zusätzliche oder alternative Kodiermöglichkeiten.

Fachgruppenspezifische Kodierübersichten (Zi-Thesauren) sowie themenspezifische Kodiermanuale stehen ergänzend bereit.

Weitere Informationen finden Sie unter: www.zi.de/kodierung.

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.

Wir freuen uns auf Ihre Teilnahme.

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

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 erfahren Sie, 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 vertragsarztrechtlicher 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

Seminarzeiten

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

