

# KVBIINFOS

05 | 26  
06

## ABRECHNUNG

- 38 Die nächsten Zahlungstermine
- 38 Abrechnungsabgabe für das Quartal 2/2026
- 42 Honorarverteilungsmaßstab (HVM) ab 1. April 2026
- 43 EBM-Änderungen zum 1. Januar, 1. April und 1. Juli 2026
- 52 Kinder kranker Eltern: Vertragskündigung
- 52 GOP 06362 – Keratokonus ICD-Codierung beachten
- 52 Behandlungstag bei der Abrechnung von in-vitro-diagnostischen Leistungen

## VERORDNUNGEN

- 53 Arzneimittel-Richtlinie – Ergänzungen
- 53 Wirkstoffvereinbarung
- 54 Sprechstundenbedarf – Stand 1. Januar 2026
- 54 Schutzimpfungs-Richtlinie
- 55 Außerklinische Intensivpflege
- 55 DiGA-Verordnung jetzt auch elektronisch möglich

## IT IN DER PRAXIS

- 56 Aktuelle Statistiken über Praxisverwaltungssysteme in Bayern

## SEMINARE

- 57 Akutsituationen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst
- 58 KVB-Seminare 2026
- 59 Seminarangebot: „Kooperationen - Auswahl und Umsetzung“

## Die nächsten Zahlungstermine

**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 2/2026

### Abrechnungsabgabe

Wann?	Einreichung bis spätestens <b>Freitag, den 10. Juli 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 Notarztabrechnungen und Abrechnungen Leitender Notärzte siehe Kapitel „<b>Sonstige Abrechnungen mit separaten Einreichungsterminen</b>“</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 Paragraf 3 „Fristen für die Einreichung der Abrechnung“ sowie Paragraf 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 ab Quartal 1/2026 <b>keine Unterlagen in Papierform mehr einzureichen</b>. 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.</li> <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

## Sonstige Abrechnungen mit separaten Einreichungsterminen

Notarztsätze über „NIDAclient“	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Eine Besonderheit stellt die Einreichung und Abrechnung von Notarztsätzen 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 „Notarztsatzdokumentation (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 notarzdoku@kvb.de</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. April 2026

Die Vertreterversammlung der KVB hat am 13. März 2026 HVM-Änderungen im Bereich der Laborvergütung und der Humangenetik beschlossen. Die Änderungen gelten für den HVM ab 1. April 2026. Über die Änderungen wurden die betroffenen Ärztinnen und Ärzte in zwei Serviceschreiben am 17. März 2026 informiert. Hier noch einmal ein Überblick:

### Labor – GOP 40089 bis 40095 EBM

Ab Quartal 2/2026 haben sich die Honorierung der Kostenpauschalen nach den GOP 40089 bis 40095 EBM geändert, die im Zusammenhang mit Laboratoriumsuntersuchungen als Auftragsleistungen über Muster 10 abgerechnet werden. Diese Leistungen werden aus einem Honorarvolumen vergütet, das sich nach den Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) auf Basis des sogenannten „Grundbetrags Labor“ ergibt. Für die Honorierung der Leistungen in diesem Grundbetrag ist eine bundeseinheitliche Mindestquote von 85 Prozent festgelegt.

Bisher wurden die Kostenpauschalen nach den GOP 40089 bis 40095 EBM in Bayern aus diesem Honorarvolumen zu 100 Prozent, also ohne Quotierung zu den Preisen der **Bayerische Euro-Gebührenordnung (BÉGO)** honoriert. Hier gilt seit 1. April 2026 folgende Änderung:

Sollte das Honorarvolumen für die Vergütung aller im Grundbetrag zusammengefassten Laboratoriumsuntersuchungen und Kostenpauschalen nicht ausreichen und eine Honorarstützung aus den Rückstellungen erforderlich werden, können ab Quartal 2/2026 auch die Kostenpauschalen nach den GOP 40089 bis 40095 EBM bis auf die Mindestquote in Höhe von 85 Prozent abgesenkt werden.

Das bedeutet:

- Ab dem Quartal 2/2026 können sich die Quoten für die GOP 40089 bis 40095 EBM zwischen 100 Prozent und 85 Prozent bewegen – also quartalsweise unterschiedlich ausfallen.
- Die Höhe der Quoten wird wie immer nach Vorliegen aller Ab-

rechnungen ermittelt und kann im Internet abgerufen beziehungsweise Ihren individuellen Honorarunterlagen entnommen werden.

### Humangenetik

Leistungen der Abschnitte 11.4 und 19.4 EBM werden im HVM aus dem Honorarvolumen vergütet, das sich nach den KBV-Vorgaben zum Grundbetrag „genetisches Labor“ ergibt. Zum Quartal 2/2026 haben sich im HVM die Regelungen für die Honorierung der molekulargenetischen Untersuchungen in Abschnitt 11.4 EBM geändert.

### Honorierung der molekulargenetischen Untersuchungen im Grundbetrag „genetisches Labor“ ab 1. April 2026

Neu ist, dass eine Stützung auf die derzeit geltende Mindestquote in Höhe von 85 Prozent nur erfolgt, wenn eine Akkreditierung für molekulargenetische Untersuchungen vorliegt. Liegt keine Akkreditierung vor, gilt die rechnerische Quote. Unter der rechnerischen Quote ist diejenige Quote zu verstehen, die sich aus der Gegenüberstellung des

### Überblick zur Honorierung ab 1. April 2026 im Grundbetrag „genetisches Labor“

Leistung	Quote
Humangenetische Leistungen nach Unterabschnitt 11.4.1 sowie GOP 11501 bis 11506 und 11516 EBM	Mindestquote in Höhe von 85 Prozent
Molekulargenetische Untersuchungen nach den Unterabschnitten 11.4.2, 11.4.3 (mit Ausnahme der GOP 11501 bis 11506 und 11516 EBM) und 11.4.4 – mit Akkreditierung	Mindestquote in Höhe von 85 Prozent
Molekulargenetische Untersuchungen nach den Unterabschnitten 11.4.2, 11.4.3 (mit Ausnahme der GOP 11501 bis 11506 und 11516 EBM) und 11.4.4 – ohne Akkreditierung	Vergütung mit der rechnerischen Quote
Leistungen nach Abschnitt 19.4 EBM	Mindestquote in Höhe von 85 Prozent.

## EBM-Änderungen zum 1. Januar, 1. April und 1. Juli 2026

zur Verfügung stehenden Honorarvolumens zum Anforderungsvolumen ergibt.

### Details zur Akkreditierung für molekulargenetische Leistungen

Molekulargenetische Untersuchungen werden auf die Mindestquote in Höhe von 85 Prozent leistungstagesbezogen ab dem Tag gestützt, ab dem für die (Neben-)Betriebsstätte, unter deren (N)BSNR (bayerische Betriebsstätte) die Abrechnung erfolgt,

- eine aktive Akkreditierung der deutschen Akkreditierungsstelle (DAkKS) gemäß DIN EN ISO 15189 für das Untersuchungsgebiet Molekulare Humangenetik vorliegt sowie
- diese in der Datenbank der akkreditierten Stellen auf der Internetseite der DAkKS veröffentlicht ist.

### Honorierung der weiteren Leistungen im Grundbetrag „genetisches Labor“

Für die weiteren Leistungen in Abschnitt 11.4 EBM und die Leistungen nach Abschnitt 19.4 EBM gibt es keine Änderungen. Hier bleibt es bei der bestehenden Mindestquote in Höhe von 85 Prozent.

Überblick zur Honorierung ab 1. April 2026 im Grundbetrag „genetisches Labor“ siehe Tabelle links.

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

Zum 1. Januar, 1. April und 1. Juli 2026 wurden Änderungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) beschlossen. Über die wichtigsten Änderungen wurden die betroffenen Ärzte und Psychotherapeuten in gesonderten Rundschreiben bereits informiert. Nachfolgend stellen wir Ihnen diese kurz dar.

### EBM – Vergütung psychotherapeutischer Leistungen

*Beschluss aus der 87. Sitzung des Erweiterten Bewertungsausschusses*

Der Erweiterte Bewertungsausschuss (EBA) hat am 11. März 2026 einen Beschluss zur Vergütung von psychotherapeutischen Leistungen gefasst. Die Bewertungen der antrags- und genehmigungspflichtigen Psychotherapie, der psychotherapeutischen Sprechstunde und Akutbehandlung, der gruppenpsychotherapeutischen Grundversorgung sowie der neuropsychologischen Leistungen werden zum 1. April 2026 um 4,5 Prozent abgesenkt. Rückwirkend zum 1. Januar 2026 wurden die Bewertungen der Strukturzuschläge Psychotherapie um 14,25 Prozent angehoben. Im Bewertungsausschuss konnte zuvor keine Einigung erzielt werden, da der GKV-Spitzenverband an seiner Forderung nach einer zehnprozentigen Honorarkürzung festhielt.

### Absenkung der Vergütung psychotherapeutischer Leistungen ab 1. April 2026

Die Angemessenheit der Vergütung psychotherapeutischer Leistungen je Zeiteinheit ist nach den Vorgaben des Gesetzgebers (Paragraf 87 Absatz 2c Satz 8 SGB V) regelmäßig anhand vorliegender Daten vom Bewertungsausschuss zu überprüfen. Anlass für die aktuelle Überprüfung waren die aktuelle Erhebung des Statistischen

Bundesamts zur Kostenstruktur der Praxen im Jahr 2023 und Abrechnungsdaten aus dem Jahr 2024.

Im EBA wurde gegen die Stimmen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung die Höhe der Vergütung für die psychotherapeutischen Leistungen **um 4,5 Prozent abgesenkt**.

Aufgrund der Bewertungsänderungen der vorgenannten Leistungen werden die für die Vergütung der Strukturpauschalen nach den GOPen 35571 bis 35573 geltenden Grenzwerte (erforderliche Mindestpunktzahl und Maximalpunktzahl) angepasst. Die Mindestpunktzahl beträgt ab 1. April 2026 173.957 Punkte und die Maximalpunktzahl beträgt 405.899 Punkte bei vollem Tätigkeitsumfang.

### Rückwirkende Anhebung der Strukturzuschläge Psychotherapie ab 1. Januar 2026

Im Rahmen der Überprüfung zur angemessenen Höhe der Vergütung von psychotherapeutischen Leistungen hat der Erweiterte Bewertungsausschuss ab dem 1. Januar 2026 die Bewertungen der Strukturzuschläge Psychotherapie (GOPen 35571 bis 35573) um 14,25 Prozent erhöht. Grundlage ist die Anpassung des Tarifvertrags für medizinische Fachangestellte. Die Zuschläge dienen der Deckung der (normativen) Personalkosten für eine sozialversicherungspflichtige Halbtagskraft in psychotherapeutischen Praxen (siehe Tabelle nächste Seite).

Gebührenordnungsposition		Bewertung alt	Bewertung neu
35571	Zuschlag Einzeltherapie	159 Punkte/ 19,71 Euro	<b>182 Punkte/ 23,19 Euro</b>
35572	Zuschlag Gruppentherapie	66 Punkte/ 8,18 Euro	<b>75 Punkte/ 9,56 Euro</b>
35573	Zuschlag Sprechstunde/ Akutbehandlung	81 Punkte/ 10,04 Euro	<b>93 Punkte/ 11,85 Euro</b>

**Hinweis:** Sie müssen die Strukturzuschläge nicht selbst in Ihre Abrechnung eintragen. Diese werden **automatisch** durch die KVB zu jeder abgerechneten GOP 30932, 30933, 35151, 35152 und den GOPen der Abschnitte 35.2.1 und 35.2.2. zugesetzt und abhängig von der (Mindest-)Punktzahl der im Quartal abgerechneten Leistungen der antrags- und genehmigungspflichtigen Psychotherapie und/oder neuropsychologischen Therapie – gegebenenfalls quotiert – vergütet.

Der EBA hat darüber hinaus den Bewertungsausschuss aufgefordert, bis 30. September 2026 die Datengrundlage und die Berechnungssystematik, die für die jährliche Überprüfung der Vergütung herangezogen werden, zu überprüfen.

### EBM – Früherkennung von Lungenkrebs

*Beschluss aus der 87. Sitzung des Erweiterten Bewertungsausschusses*

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat die Aufnahme der Früherkennung von Lungenkrebs bei Menschen mit starkem Zigarettenkonsum mittels Niedrigdosis-Computertomographie (NDCT) in den Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung beschlossen und die Krebsfrüherkennungs-Richtlinie (KFE-RL) angepasst.

Hierzu hat der Erweiterte Bewertungsausschuss mit Wirkung zum 1. April 2026 neue Gebührenordnungspositionen in den Abschnitt 1.7.2 „Früherkennung von Krankheiten bei Erwachsenen“ des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) aufgenommen. Die betroffenen Ärzte wurden bereits mittels Rundschreiben über die Änderungen informiert.

Bis das neue Screening überall genutzt werden kann, müssen die Ärztinnen und Ärzte zunächst die benötigte Fortbildung absolvieren sowie die Radiologinnen und Radiologen zudem eine Genehmigung der KV erhalten, um die Niedrigdosis-CT-Aufnahmen anfertigen und begutachten zu können.

### Anspruchsberechtigte Versicherte und Abrechnungsintervall

Gemäß Paragraph 38 der KFE-RL haben aktive und ehemalige starke Raucher alle zwölf Monate Anspruch auf Leistungen im Rahmen der Früherkennung von Lungenkrebs als GKV-Leistung, wenn sie

- zwischen 50 und 75 Jahre alt sind *und*
- mindestens 25 Jahre ohne lange Unterbrechung (nicht länger als zehn Jahre) Zigaretten geraucht haben *und*
- einen Zigarettenkonsum von mindestens 15 Packungsjahren

(Zahl der pro Tag gerauchten Zigarettenpackungen multipliziert mit der Zahl der Raucherjahre) haben.

Bei einem kontrollbedürftigen Befund im Rahmen einer vorausgegangenen Früherkennung auf Lungenkrebs ist eine weitere Untersuchung zur Lungenkrebsfrüherkennung vor Ablauf von zwölf Monaten zulässig (Paragraf 1 Absatz 4 und Paragraf 2 Absatz 2 der Lungenkrebs-Früherkennungs-Verordnung, LuKrFrühErkV).

### Leistungen für die Indikationsstellung und Erstberatung

Die Indikation zur Durchführung einer NDCT zur Lungenkrebsfrüherkennung wird von Fachärzten für Allgemeinmedizin, Fachärzten für Innere und Allgemeinmedizin oder Fachärzten für Innere Medizin gestellt und die Patienten über die Untersuchung informiert. Zudem wird die medizinische Eignung in einem Bericht dokumentiert und die Überweisung des Patienten an einen Facharzt für Radiologie (Erstbefunder) veranlasst.

Zur Umsetzung dieses Prozesses werden für die vorgenannten Fachgruppen die **GOP 01875 (39 Punkte/4,97 Euro)** für die Erstellung des Berichts und die **GOP 01876 (87 Punkte/11,08 Euro)** für die Erstberatung zur Früherkennung gemäß Abschnitt D.III. der KFE-RL in den EBM aufgenommen.

Der Bericht, aus dem sich das Vorliegen des Zigarettenkonsums der versicherten Person sowie das Vorliegen des medizinischen Eignungsprofils des Versicherten und die hierfür relevanten anamnestischen

Daten ergeben, werden der versicherten Person vom Indikationsstellenden Arzt zur Verfügung gestellt (in gedruckter Form oder, soweit rechtlich zulässig, in elektronischer Form, insbesondere über die elektronische Patientenakte). Der Patient legt den Bericht der radiologischen Praxis zusammen mit der Überweisung vor.

Zusammen mit der Überweisung und dem Bericht gibt der Indikationsstellende Arzt auch eine Selbsterklärung gegenüber dem Erstbefunder ab, dass er die in Paragraph 6 Absatz 3 LuKrFrühErkV festgelegten Voraussetzungen erfüllt (das heißt die Teilnahme an einer Fortbildung oder die im Rahmen ihrer Weiterbildung erworbenen Kenntnisse). Damit kann der Strahlenschutzverantwortliche, die in der LuKrFrühErkV vorgegebene Prüfung durchführen.

#### Hinweise

- Die Berechnung der Gebührenordnungspositionen 01875 und 01876 **setzt den Nachweis des Wissenserwerbs gemäß Paragraph 43 Absatz 2 der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie voraus**. Hausärzte und Internisten müssen hierfür eine Fortbildung absolvieren. Die Fortbildung hat das Ziel, den Prozess für die Auswahl und Zuweisung von rauchenden Patienten zur Lungenkrebsfrüherkennung durch eine Einführung in das Screening-Programm und die Vermittlung von Kenntnissen über die Information und Beratung der Patienten sicherzustellen und zu optimieren, vergleiche Nummer 2 der BÄK-Vorgaben zu Fortbildungsmaßnahmen für Lungenkrebsfrüherkennungsuntersuchung mittels Niedrigdosis-

Computertomographie gemäß Paragraph 43 Krebsfrüherkennungs-Richtlinie (KFE-RL), vergleiche [www.bundesaerztekammer.de/themen/aerzte/aus-fort-und-weiterbildung/aerztliche-fortbildung/weiterfortbildungsmassnahmen](http://www.bundesaerztekammer.de/themen/aerzte/aus-fort-und-weiterbildung/aerztliche-fortbildung/weiterfortbildungsmassnahmen). Das Vorliegen dieses Nachweises bestätigt uns der abrechnende Arzt mit seiner Unterschrift auf der Sammelerklärung.

- Die für die Patientenaufklärung im Zuge der Erstberatung notwendige **Versicherteninformation** steht auf der Internetseite des G-BA unter [www.g-ba.de/downloads/17-98-6054/2025-12-18\\_G-BA\\_VI\\_Lungenkrebsfrueherkennung\\_BF.pdf](http://www.g-ba.de/downloads/17-98-6054/2025-12-18_G-BA_VI_Lungenkrebsfrueherkennung_BF.pdf) zum Download zur Verfügung. Sie kann auch kostenfrei über den Kohlhammer-Verlag über den Online-Bestellschein (Online\_Bestellschein\_Bayern\_Kohlhammer\_Verlag) bezogen werden. Sie soll bei der informierten Entscheidung der Versicherten über die Teilnahme an der Lungenkrebs-Früherkennung unterstützen.

#### Leistungen für die Erst- und Zweitbefundung

Die Früherkennung mit einer NDCT dürfen nur Fachärzte für Radiologie durchführen. Für die Teilnahme am neuen Früherkennungsprogramm ist eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung notwendig (siehe hierzu die Ausführungen unter dem Punkt „Genehmigung“). Welche genauen Vorgaben an die Durchführung der Niedrigdosis-CT gestellt werden, sind in der Lungenkrebs-Früherkennungs-Verordnung beschrieben.

#### Erstbefundung

Nach Prüfung der Zulässigkeitsvoraussetzungen und der rechtfertigenden Indikation führt der Erstbefunder die NDCT durch. Zur Abrechnung der NDCT zur Früherkennung von Lungenkrebs wird die **GOP 01871 (746 Punkte/95,04 Euro)** in den EBM aufgenommen. Die Leistung umfasst die Befundung (zuerst **ohne** und im Anschluss **mit** Unterstützung durch eine für Lungenrundherde geeignete computerassistierte Befundungssoftware) sowie die Information des Patienten über das Untersuchungsergebnis und die Dokumentation. Für den Fall, dass aufgrund eines kontrollbedürftigen Befunds schon vor Ablauf der zwölf Monate eine erneute NDCT nötig sein sollte, gibt es die neue **GOP 01872 (586 Punkte/74,66 Euro)**.

#### Zweitbefundung durch weiteren Radiologen

Ist der Befund einer der NDCT kontroll- oder abklärungsbedürftig, veranlasst der erstbefundende Facharzt für Radiologie eine zweite Befundung (ebenfalls zunächst **ohne** und dann **mit** Softwareunterstützung) durch einen weiteren Facharzt für Radiologie (Zweitbefunder). Der Zweitbefunder soll an einer Einrichtung (Krankenhaus) tätig sein, die auf die Untersuchung und Behandlung von Lungenkrebs spezialisiert ist und in der im Bedarfsfall auch die weitere Abklärung erfolgen kann.

Für die Veranlassung der Zweitbefundung ist die **GOP 01878 (94 Punkte/11,98 Euro)** berechnungsfähig. Der Zweitbefunder stellt einen unabhängigen Befund-

bericht und kann hierfür die **GOP 01879 (389 Punkte/49,56 Euro)** abrechnen.

### Gemeinsame Beurteilung Erst- und Zweitbefunder

Für Fälle, in denen eine gesonderte Abstimmung bei unterschiedlichen Befunden zwischen Erst- und Zweitbefunder zur Erstellung einer gemeinsamen Befundbeurteilung erforderlich ist, rechnen beide Ärzte die **GOP 01881 (109 Punkte/13,89 Euro)** für die Teilnahme an einer Konsensuskonferenz ab. Diese kann auch als Videokonferenz durchgeführt werden.

Wenn Erst- und Zweitbefunder gemeinsam einen abklärungsbedürftigen Befund feststellen, bespricht der Erstbefunder das Ergebnis und die weiteren Maßnahmen zur Abklärung des Befunds mit dem Patienten und kann hierfür die **GOP 01880 (82 Punkte/10,45 Euro)** abrechnen. Dies kann im persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt, aber auch telefonisch oder im Rahmen einer Videosprechstunde erfolgen.

Wird die Konsensuskonferenz (GOP 01881) und/oder die Befundbesprechung bei auffälligem Befund mit dem Versicherten (GOP 01880) im Rahmen einer Videosprechstunde durchgeführt, kann hierfür vom initiiierenden Arzt zusätzlich der Technikzuschlag nach GOP 01450 abgerechnet werden.

### Genehmigung für Erst- und Zweitbefunder

Fachärzte für Radiologie, die als Erst- oder Zweitbefunder tätig werden wollen (GOPen 01871, 01872, 01878 bis 01881), benötigen eine Geneh-

mung der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung nach der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie gemäß Paragraf 135 Absatz 2 SGB V (QSV). Die Anpassung der QSV wird zum 1. April 2026 vorgenommen.

Das Antragsformular Lungenkrebsfrüherkennung (<https://dienste.kvb.kv-safenet.de/mp-gen/antrag/LKSC/antragsteller>) finden Sie in „Meine KVB“ oder auf unserer Internetseite.

Folgende fachlichen Anforderungen nach Paragraf 6 Lungenkrebs-Früherkennungs-Verordnung (LuKrFrüh-ErkV) müssen für den Erhalt der Genehmigung **kumulativ** nachgewiesen werden:

- Erbringung von 200 Thorax-CT im Jahr vor der Genehmigungserteilung
- Absolvierung einer von einer Landesärztekammer anerkannten Fortbildung zur Lungenkrebsfrüherkennung gemäß Paragraf 43 Absatz 6 KFE-RL BÄK-Vorgaben zu Fortbildungsmaßnahmen für Lungenkrebsfrüherkennungsuntersuchung mittels Niedrigdosis-Computertomographie: [www.bundesaerztekammer.de/themen/aerzte/aus-fortund-weiterbildung/aerztliche-fortbildung/weitere-fortbildungsmassnahmen](http://www.bundesaerztekammer.de/themen/aerzte/aus-fortund-weiterbildung/aerztliche-fortbildung/weitere-fortbildungsmassnahmen).
- Für den Erstbefunder: Nachweis einer Kooperationsvereinbarung mit einem Zweitbefunder gemäß Paragraf 43 Absatz 3 KFE-RL mit einer Genehmigung nach der QSV
- Für den Zweitbefunder: Tätigkeit an einer Einrichtung, die auf die Untersuchung und Behandlung von Lungenkrebs gemäß Paragraf 43 Absatz 4 KFE-RL

spezialisiert ist, sowie die Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung.

### Vergütung

Die neuen Gebührenordnungspositionen 01871, 01872, 01875, 01876 und 01878 bis 01881 werden als Leistungen des Abschnitts 1.7.2 EBM außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütet.

### Anhang 3

Im Zusammenhang mit der Neuaufnahme der Gebührenordnungspositionen 01871, 01872, 01875, 01876 und 01878 bis 01881 werden die Kalkulations- und Prüfzeiten im Anhang 3 zum EBM angepasst.

### Weitere Informationen

Detaillierte Informationen finden Sie zudem

- in der Lungenkrebs-Früherkennungs-Verordnung (LuKrFrüh-ErkV) unter [www.recht.bund.de/bgbl/1/2024/162/regelungstext.pdf?\\_\\_blob=publicationFile&v=2](http://www.recht.bund.de/bgbl/1/2024/162/regelungstext.pdf?__blob=publicationFile&v=2)
- in der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie (KFE-RL) des G-BA unter [www.g-ba.de/richtlinien/17/](http://www.g-ba.de/richtlinien/17/)
- bei der KBV im PraxisInfoSpezial unter [www.kbv.de/documents/infotothek/publikationen/praxisinfo/praxisinfospezial-lungenkrebs-frueherkennung.pdf](http://www.kbv.de/documents/infotothek/publikationen/praxisinfo/praxisinfospezial-lungenkrebs-frueherkennung.pdf) sowie auf der Themenseite „KBV – Lungenkrebs-Screening“ unter [www.kbv.de/praxis/patientenversorgung/praevention/lungenkrebs-screening](http://www.kbv.de/praxis/patientenversorgung/praevention/lungenkrebs-screening)

### EBM – Detailänderungen

*Beschlüsse aus der 826. und 834. Sitzung des Bewertungsausschusses (schriftliche Beschlussfassungen)*

#### Höhere Bewertung der ambulanten Hochfrequenzablation

Eine Überprüfung der Marktentwicklung sowie der Preise für die Geräteausrüstung und Sachkosten ergab, dass die bisherige Bewertung der GOP 31319 von 2.437 Punkten (310,48 Euro) die Kosten für das für die Hochfrequenz-Ablation benötigte Gerät nicht mehr in ausreichendem Maße widerspiegelt. Die Bewertung der GOP 31319 wurde deshalb **rückwirkend zum 1. Januar 2026** – entsprechend den aktuellen Mietkosten pro Eingriff – auf 2.705 Punkte (344,63 Euro) angehoben. Die für den belegärztlichen Eingriff berechnungsfähige GOP 36319 wurde nicht angepasst, da das Krankenhaus die Gerätekosten über die Belegabteilung-DRG abrechnet.

#### Streichung des Zuschlags nach GOP 01650 für die Einrichtungsbefragung

Der G-BA hatte am 18. Dezember 2025 beschlossen, das Qualitätssicherungsverfahren „Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen (QS WI)“ zu beenden. Alle hiermit verbundenen Qualitätssicherungsmaßnahmen entfallen damit. Vor diesem Hintergrund ist auch der von der KV zugesetzte Zuschlag nach GOP 01650 für die jährliche einrichtungsbezogene QS-Dokumentation (Einrichtungsbefragung) nicht mehr erforderlich und wird **rückwirkend zum 1. Januar 2026 gestrichen**. Nähere Informationen zur Beendigung des QS WI finden Sie unter [www.kvb.de/mitglieder/patientenversorgung/qualitaetssicherung/](http://www.kvb.de/mitglieder/patientenversorgung/qualitaetssicherung/)

sektoruebergreifende-qualitaets-sicherung.

#### LDL-Apheresen – Abrechnungsausschluss

Mit der Aufnahme eines Abrechnungsausschlusses **ab dem 1. April 2026** wird in Bezug auf die Behandlungswoche klargestellt, dass die beiden Leistungen nach den GOPen 13620 und 13622 aufgrund ihrer unterschiedlichen Indikationen nicht gleichzeitig durchgeführt werden können. Die GOP 13622 beinhaltet die ärztliche Betreuung bei LDL-Apherese ausschließlich bei Patienten mit einer isolierten Lp(a)-Erhöhung, während die GOP 13620 alle anderen Indikationen gemäß Nr. 1 Anlage I der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung (MVV-RL) des Gemeinsamen Bundesausschusses umfasst.

#### EBM – Aufnahme Fachpsychotherapeuten für Neuropsychologische Psychotherapie

*Beschluss aus der 829. Sitzung des Bewertungsausschusses (schriftliche Beschlussfassung)*

Mit dem Gesetz zur Reform der Psychotherapeutenausbildung zum 1. September 2020 entstand die neue Berufsgruppe der Fachpsychotherapeutinnen und Fachpsychotherapeuten mit den Gebieten „Psychotherapie für Kinder und Jugendliche“, „Psychotherapie für Erwachsene“ und „Neuropsychologische Psychotherapie“.

Die neue Berufsgruppe wird schrittweise in den Richtlinien des G-BA und im EBM berücksichtigt. Die Aufnahme der Fachpsychotherapeuten für Erwachsene und der Fachpsychotherapeuten für Kinder und Jugendliche in den EBM erfol-

te bereits zum 1. Juli 2024. Zum 1. April 2026 werden nun auch die Fachpsychotherapeuten für Neuropsychologische Psychotherapie im EBM berücksichtigt.

#### EBM – Anpassung für Anwendung von Leqembi®

*Beschluss aus der 832. Sitzung des Bewertungsausschusses (schriftliche Beschlussfassung, Teil A bis D)*

Der Bewertungsausschuss hat mit Wirkung zum 1. April 2026 den Einheitlichen Bewertungsmaßstab im Zusammenhang mit der Anwendung des Arzneimittels mit dem Wirkstoff Lecanemab (Handelsname: Leqembi®) angepasst. Lecanemab ist ein monoklonaler Antikörper zur Behandlung von Erwachsenen mit klinisch diagnostizierter leichter kognitiver Störung und leichter Demenz aufgrund der Alzheimer-Krankheit, bei denen eine Amyloid-Beta-Pathologie nachgewiesen wurde und die Apolipoprotein E ε4 (ApoE ε4)-Nichtträger oder heterozygote ApoE ε4-Träger sind.

Lecanemab wird 14-tägig als intravenöse Infusion über 60 Minuten angewendet. Bei Erstgabe ist eine 2,5-stündige Nachbetreuung erforderlich. Die Fachinformation sieht vor der Gabe die Feststellung der Amyloid-Beta-Pathologie durch Liquordiagnostik und die Testung auf ApoE ε4-Homozygotie vor. Zur Therapiekontrolle sind regelmäßige MRT-Untersuchungen des Gehirns erforderlich.

In die Behandlung der Patienten mit Lecanemab sind mehrere Fachgruppen eingebunden. Was die handelnden Ärzte jeweils bei der Erbringung und Abrechnung ihrer im Zusammenhang mit der Ver-

abreichung des Arzneimittels Leqembi® erbrachten Leistungen beachten müssen, stellen wir nachfolgend fachgruppenbezogen dar:

**Fachärzte für Neurologie, Fachärzte für Nervenheilkunde, Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie**

#### Einleitung und Überwachung der Therapie mit Lecanemab

Die Einleitung und Überwachung der Therapie mit Lecanemab ist allein spezialisierten Fachärzten für Neurologie, Fachärzten für Nervenheilkunde, Fachärzten für Neurologie und Psychiatrie und Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie vorbehalten, die in der Alzheimer-Behandlung erfahren sind und zudem die Möglichkeit haben, eine zeitnahe MRT-Diagnostik zu veranlassen.

Im Zusammenhang mit der Gabe von Lecanemab können daher ausschließlich diese spezialisierten Vertragsärzte die ärztlichen Leistungen für die Infusionen, Nachbetreuung und Lumbalpunktion über die bestehenden Gebührenordnungspositionen im EBM abrechnen:

- GOP 01510 (Zusatzpauschale für Beobachtung und Betreuung, Dauer mehr als zwei Stunden) bei Verabreichung der ersten Dosis,
- GOP 02101 für die Infusionstherapie von jeweils mindestens 60-minütiger Dauer,
- GOP 02342 für die Lumbalpunktion.

#### Vergütung

Für die im Zusammenhang mit der Behandlung mit Lecanemab erbrachten Leistungen nach den GOPen 01510, 02101 und 02342 empfiehlt der Bewertungsausschuss die Vergütung außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung. Die Umsetzung dieser Empfehlung auf Landesebene ist mit den Krankenkassen in Bayern noch zu vereinbaren.

#### Kennzeichnung für die extrabudgetäre Vergütung erforderlich

Um diejenigen Leistungen nach den GOPen 01510, 02101 und 02342 extrabudgetär vergüten zu können, die im Zusammenhang mit der Behandlung mit Lecanemab durchgeführt werden, ist es notwendig, diese Leistungen in der Abrechnung zu kennzeichnen.

#### Hinweis

Bitte tragen Sie die **GOPen 01510, 02101 und 02342 mit dem Buchstabenzusatz „A“** (zum Beispiel GOP 01510A) in Ihre Abrechnung (KVDT-Feldkennung 5001 „GNR“) ein, wenn Sie diese Leistungen im Zusammenhang mit der Behandlung mit Lecanemab erbringen.

#### Sonstige erforderliche Diagnostik

Die erforderliche Diagnostik der Amyloid-Beta-Pathologie (neue GOPen 32407 bis 32409, siehe Seite 49) beziehungsweise die Testung auf ApoE ε4-Homozygotie (neue GOP 11602, siehe rechts) vor Therapiebeginn sowie die MRT-Untersuchung des Gehirns (GOP 34410) zur Therapiekontrolle können bei zur Erbringung dieser Untersuchungen qualifizierten und zur Abrechnung berechtigten Vertragsärzten beauftragt werden.

#### Überweisungsvorbehalt zur Gendiagnostik und zum Kontroll-MRT des Gehirns

Dabei ist zu beachten, dass aufgrund der Komplexität der Versorgung der Patienten mit dem Arzneimittel Leqembi® die Beauftragung zur Gendiagnostik und zum Kontroll-MRT des Gehirns in diesen Fällen ausschließlich **spezialisierten Fachärzten für Neurologie, Fachärzten für Nervenheilkunde, den Fachärzten für Neurologie und Psychiatrie und den Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie** vorbehalten bleibt.

*Wenn Sie im Rahmen der Behandlung mit Lecanemab die oben genannten ergänzenden Untersuchungen veranlassen, geben Sie bitte auf dem jeweiligen Auftragschein zur Labor-beziehungswise Gendiagnostik (Muster 10) oder Überweisungsschein zum MRT (Muster 6) an, dass es sich um Untersuchungsleistungen im Zusammenhang mit der Gabe des Arzneimittels Leqembi® handelt. Der auftragsausführende Kollege kann so die entsprechende Leistung zur extrabudgetären Vergütung kennzeichnen.*

#### Humangenetiker und Laborärzte

##### Neue Leistungen zur Labor- und Gendiagnostik

Für die Bestimmung des ApoE-Genotyps vor der Gabe von Lecanemab bei gesicherter früher Alzheimer-Krankheit mit nachgewiesener Amyloid-Beta-Pathologie wird die neue GOP 11602 in den EBM aufgenommen:

**NEU: GOP 11602 – Bestimmung des ApoE-Genotyps vor der Gabe von Lecanemab bei gesicherter früher Alzheimer-Krankheit mit**

**nachgewiesener Amyloid-Beta-Pathologie gemäß der Zusammenfassung der Merkmale des Arzneimittels (Fachinformation)**

Obligater Leistungsinhalt:  
Bestimmung des ApoE ε4-Trägerstatus

EBM-Bewertung: 422 Punkte  
Preis B€GO: 53,76 Euro

- Die GOP 11602 ist einmal im Krankheitsfall berechnungsfähig.
- Das zur Behandlung geplante und/oder eingesetzte **Arzneimittel ist in der Abrechnung anzugeben (Freier Begründungstext – Feldkennung 5009)**.
- Die GOP 11602 kann nur durch Fachärzte für Neurologie, Fachärzte für Nervenheilkunde, Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie oder Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie veranlasst werden.

Die Untersuchungen auf β-Amyloide und Tau-Proteine im Liquor, die bisher über die „Ähnliche Untersuchung“ nach GOP 32405 berechnungsfähig waren, werden im Zuge der Untersuchung im Zusammenhang mit der Gabe von Lecanemab in spezifische GOPen überführt:

- NEU:**  
**GOP 32406 – β-Amyloid 1-40 im Liquor**  
**GOP 32407 – β-Amyloid 1-42 im Liquor**  
**GOP 32408 – Gesamt-Tau im Liquor**  
**GOP 32409 – Phospho-Tau im Liquor**

Preis B€GO: 18,86 Euro

- Für die **Diagnostik der Amyloid-Pathologie zur Indikations-**

**stellung einer Therapie mit Lecanemab** gemäß der jeweils aktuell gültigen Fachinformation sind **ausschließlich die GOPen 32407 bis 32409, jeweils nur einmal im Krankheitsfall** berechnungsfähig.

- Werden diese Untersuchungen außerhalb der Indikationsstellung zur Gabe von Lecanemab durchgeführt, können die neuen GOPen 32406 bis 32409 jeweils je Untersuchung berechnet werden.

**Vergütung**

Für die neue GOP 11602 sowie für die im Zusammenhang mit der Behandlung mit Lecanemab erbrachten Laborleistungen nach den GOPen 32407, 32408, 32409 empfiehlt der Bewertungsausschuss die Vergütung außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung. Die Umsetzung dieser Empfehlung auf Landesebene ist mit den Krankenkassen in Bayern noch zu vereinbaren. Die Vergütung der Leistung nach GOP 32406 erfolgt dagegen innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung.

**Kennzeichnung für die extrabudgetäre Vergütung erforderlich**

Um diejenigen Leistungen nach den GOPen 32407 bis 32409 extrabudgetär vergüten zu können, die für die Diagnostik vor Beginn der Behandlung mit Lecanemab durchgeführt werden, ist es notwendig, diese Leistungen in der Abrechnung zu kennzeichnen.

**Hinweis**

Bitte tragen Sie die **GOPen 32407, 32408 und 32409 mit dem Buchstabenzusatz „A“** (zum Beispiel GOP 32407A) in Ihre Abrechnung (KVDT-Feldkennung 5001 „GNR“)

ein, wenn Sie diese Leistungen im Zusammenhang mit der Behandlung mit Lecanemab erbringen.

**Vertragsärzte, die MRT-Untersuchungen des Gehirns (GOP 34410) vornehmen**

Im Rahmen der Behandlung von Alzheimer-Patienten mit Lecanemab sind zur Therapiekontrolle regelmäßige MRT-Untersuchungen des Gehirns erforderlich.

Die Beauftragung zur MRT-Untersuchung zur Therapiekontrolle bleibt in diesen Fällen ausschließlich den behandelnden, spezialisierten Fachärzten für Neurologie, Fachärzten für Nervenheilkunde, Fachärzten für Neurologie und Psychiatrie und Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie vorbehalten, die in der Behandlung von Alzheimer erfahren sind und die Möglichkeit haben, eine zeitnahe MRT-Diagnostik zu veranlassen.

**Vergütung**

Für die im Zusammenhang mit der Behandlung mit Lecanemab erbrachte MRT-Untersuchung nach GOP 34410 empfiehlt der Bewertungsausschuss die Vergütung außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung. Die Umsetzung dieser Empfehlung auf Landesebene ist mit den Krankenkassen in Bayern noch zu vereinbaren.

**Kennzeichnung für die extrabudgetäre Vergütung erforderlich**

Um die MRT-Untersuchung nach GOP 34410 extrabudgetär vergüten zu können, die bei Patienten mit einer Überweisung zur Therapiekontrolle im Zusammenhang mit der Behandlung mit Lecanemab durchgeführt werden, ist es not-

wendig, diese Leistungen in der Abrechnung zu kennzeichnen.

#### Hinweis

Bitte tragen Sie die **GOP 34410 mit dem Buchstabenzusatz „A“** (GOP 34410A) in Ihre Abrechnung (KVDT-Feldkennung 5001 „GNR“) ein, wenn Sie diese Leistungen im Zusammenhang mit der Behandlung mit Lecanemab erbringen.

#### Anhang 3

Die neuen Leistungen nach den GOPen 11602, 32406 bis 32409 werden als Gebührenordnungsposition des Abschnitts 11.4 beziehungsweise 32.3 EBM nicht der fachärztlichen Grundversorgung zugerechnet und führen zum Ausschluss der Berechnungsfähigkeit der Pauschale für die fachärztliche Grundversorgung (PFG).

#### Zusatznutzen von Lecanemab nicht belegt

Das Arzneimittel Leqembi® mit dem Wirkstoff Lecanemab ist seit 1. September 2025 zur Behandlung leichter kognitiver Beeinträchtigungen oder beginnender Demenz aufgrund der Alzheimer-Krankheit zugelassen. Es ist der erste in der Europäischen Union zugelassene monoklonale Antikörper, der direkt auf die Proteinablagerungen – die sogenannten Amyloid-beta-Ablagerungen – im Gehirn abzielt und damit das Fortschreiten der Alzheimer-Erkrankung verlangsamen kann.

Der G-BA hat im Rahmen der frühen Nutzenbewertung festgestellt, dass die vom Hersteller vorgelegten Studiendaten keinen Zusatznutzen von Lecanemab bei früher Alzheimer-Krankheit im Vergleich zum bisherigen Therapiestandard belegen. Diese Einschätzung ist nur für Preis-

verhandlungen zwischen dem GKV-Spitzenverband und dem Hersteller relevant. Sie hat keine Auswirkungen auf die Verordnungsfähigkeit von Lecanemab.

Nähere Informationen zur Verordnungsfähigkeit von Lecanemab finden Sie unter [www.kvb.de/Mitglieder/Verordnungen](http://www.kvb.de/Mitglieder/Verordnungen).

#### EBM – Anpassung für Anwendung von Itovebi®

*Beschluss aus der 832. Sitzung des Bewertungsausschusses (schriftliche Beschlussfassung, Teil E)*

Der BA passt mit Wirkung zum 1. April 2026 den EBM im Zusammenhang mit der Anwendung des Arzneimittels mit dem Wirkstoff Inavolisib (Handelsname: Itovebi®) an. Das Medikament wird zur Behandlung eines lokal fortgeschrittenen oder metastasierten Mammakarzinoms mit nachgewiesener/n aktivierender/n PIK3CA-Mutation(en) bei Erwachsenen eingesetzt.

Vor der Anwendung von Inavolisib sind neben den Exonen 7, 9 und 20 (bestehende GOP 19467) zusätzlich auch die Exone 1, 2 und 4 des PIK3CA-Gens im Hinblick auf aktivierende PIK3CA-Mutationen zu analysieren. Die GOP 19467 wird für die Anwendung von Inavolisib für die infrage kommende Patientengruppe in der Leistungslegende entsprechend angepasst und zusätzlich wird ein neuer Zuschlag in den Abschnitt 19.4.4 EBM aufgenommen.

**NEU: GOP 19468 – Zuschlag zur GOP 19467 für die Mutationssuche auf aktivierende PIK3CA-Mutationen in den Exonen 1, 2 und 4, wenn die Bestimmung des Mutations-**

#### status in diesen Exonen in einer Fachinformation obligat ist

EBM-Bewertung: 2.034 Punkte  
Preis B€GO: 259,14 Euro

- Zweimal im Krankheitsfall (aktuelles und nachfolgende drei Quartale) berechnungsfähig.
- Die Berechnung der GOP 19468 setzt die Anwendung eines validierten Verfahrens voraus, für das Nachweisgrenzen von  $\leq 0,5$  % Variantenallelfrequenz für die zu bestimmenden Mutationen belegt werden können.
- Die GOP 19468 ist nicht für das Therapiemonitoring berechnungsfähig.
- Das Untersuchungsverfahren muss Maßnahmen zur Erkennung falsch positiver Mutationsnachweise vorsehen.

Der gemeinsame Höchstwert für die Untersuchungen nach den GOPen 19463, 19466, 19467 und 19468 beträgt 15.768 Punkte im Krankheitsfall.

#### Vergütung

Die Vergütung der GOP 19468 erfolgt außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung.

#### Anhang 3

Die GOP 19468 wird als GOP des Abschnitts 19.4.4 nicht der fachärztlichen Grundversorgung zugerechnet und führt zum Ausschluss der Berechnungsfähigkeit der Pauschale für die fachärztliche Grundversorgung.

### **Labor – Neugeborenen-Screening: Aufnahme weitere Ziel-erkrankungen**

*Beschluss aus der 833. Sitzung des Bewertungsausschusses (schriftliche Beschlussfassung)*

In den KVB INFOS, Ausgabe 11-12/2025, informierten wir Sie über die Aufnahme des Screenings auf Vitamin-B12-Mangel sowie auf die sehr seltenen angeborenen Stoffwechselerkrankungen Homocystinurie, Propionazidämie und Methylmalonazidurie in die Richtlinie über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern (Kinder-Richtlinie) des Gemeinsamen Bundesausschusses. Ab dem 15. Mai 2026 sind diese Untersuchungen Teil des erweiterten Neugeborenen-Screenings.

Zur Vergütung der Untersuchungen auf die weiteren Zielerkrankungen wird die Laboruntersuchung für das erweiterte Neugeborenen-Screening nach GOP 01724 mit Wirkung zum 1. April 2026 um 43 Punkte auf 365 Punkte (46,50 Euro) erhöht.

Die Berechnung der Gebührenordnungspositionen 01724 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung gemäß der Paragraf 23 beziehungsweise 38 der Kinder-Richtlinie (Laboruntersuchungen im Rahmen des erweiterten Neugeborenen Screenings) voraus.

### **Labor – Anpassung GOP 32670 an Wissenschaft und Technik**

*Beschluss aus der 833. Sitzung des Bewertungsausschusses (schriftliche Beschlussfassung)*

Zum 1. April 2026 wird die GOP 32670 für die quantitative Bestimmung einer in-vitro-Freisetzung von Interferon-gamma nach exvivo-

Stimulation mit Antigenen des Mycobacterium tuberculosis Complex an den Stand von Wissenschaft und Technik angepasst.

Für die Untersuchung zum Ausschluss einer latenten oder aktiven Tuberkulose nach der GOP 32670 kann als Alternative zur Bestimmung der Freisetzung von Interferon-gamma mittels IGRA-Tests (zum Beispiel QuantiFERON) die Freisetzung von IP-10 (Interferon-gamma-induziertes Protein 10) quantitativ bestimmt werden. Insbesondere bei Kindern oder immungeschwächten Patienten zeigt die Bestimmung der Freisetzung von IP-10 eine höhere Sensitivität. Hierfür wird die Leistungslegende der GOP 32670 ergänzt.

### **Labor – Aufnahme eines Abrechnungsausschlusses infolge der Labor-Weiterentwicklung**

*Beschluss aus der 833. Sitzung des Bewertungsausschusses (schriftliche Beschlussfassung)*

Zwischen der Labor-Grundpauschale für nicht Nicht-Laborärzte (GOP 01437) und dem Zuschlag für Gynäkologen zum Chlamydien-Screening (GOP 01698) wird ab dem 1. April 2026 ein Abrechnungsausschluss im Behandlungsfall aufgenommen. Dies ist eine erforderliche Folgeanpassung durch den zum 1. Januar 2025 in Kraft getretenen Beschluss zur Labor-Weiterentwicklung. Beide Gebührenordnungspositionen 01437 und 01698 werden automatisch durch die KVB zugefügt.

### **Labor – Anpassung der Bewertung des nicht invasiven Pränataltest (NIPT) auf Trisomien**

*Beschluss aus der 833. Sitzung des Bewertungsausschusses (schriftliche Beschlussfassung)*

Für die pränatale Untersuchung fetaler DNA aus mütterlichem Blut auf eine Trisomie 13, 18 oder 21 nach der GOP 01870 wird die Bewertung an die aktuellen Testkosten angepasst. Ab dem 1. Juli 2026 wird die Bewertung von 1.642 Punkten (Preis B€GO 209,20 Euro) auf 1.326 Punkte (Preis B€GO 168,94 Euro) abgesenkt.

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

## Kinder kranker Eltern: Vertragskündigung

Die DAK-Gesundheit hat den Vertrag „Kinder kranker Eltern“ zum 30. Juni 2026 gekündigt. Die Leistungen nach den Abrechnungsnummern 97006A (Erstberatung) und 97006B (Folgeberatungen) können daher für Versicherte der DAK-Gesundheit ab dem 1. Juli 2026 nicht mehr erbracht und vergütet werden.

Für Versicherte der AOK Bayern sowie der Siemens BKK und der BMW BKK können die Leistungen weiterhin erbracht und abgerechnet werden.

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

## GOP 06362 – Keratokonus ICD-Codierung beachten

GOP 06362 vergütet gemäß obligatem Leistungsinhalt die Messung der Hornhautdicke des Auges mittels Hornhauttomographie bei progredientem Keratokonus.

Bitte achten Sie darauf, das Vorliegen eines progredienten Keratokonus im Rahmen der Abrechnung mit dem gesicherten ICD H18.6 zu dokumentieren.

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

## Behandlungstag bei der Abrechnung von in-vitro-diagnostischen Leistungen

Der EBM sieht in seinen Allgemeinen Bestimmungen in Punkt 2.1 grundsätzlich vor, dass eine Leistung dann abrechnungsfähig ist, wenn ihr Leistungsinhalt (vollständig) erfüllt ist.

Eine Ausnahme sieht der EBM in Punkt 3.8.5 der Allgemeinen Bestimmungen für die Abrechnung von in-vitro-diagnostischen Leistungen vor: *„Für in-vitro-diagnostische Leistungen gilt das Datum des Tages der Probenentnahme als Behandlungstag.“*

Beachten Sie bei der Abrechnung solcher Leistungen, dass Sie – unabhängig von der tatsächlichen Erbringung der in-vitro-diagnostischen Untersuchung – als Leistungsdatum (Behandlungstag) den Tag der Probenentnahme durch den Einsender verwenden. Dieses Datum finden Sie auf dem entsprechenden Auftragsformular (zum Beispiel Muster 10, Muster 39).

Besondere Relevanz hat die korrekte Angabe des Behandlungstags bei der Abrechnung von Leistungen, die einer Häufigkeitsbeschränkung innerhalb bestimmter Zeiträume unterliegen und der Tag der Probenentnahme und der Tag der tatsächlichen Untersuchung über den Jahreswechsel erfolgen.

Beispielhaft seien dazu Untersuchungen zur Früherkennung des Zervixkarzinoms nach der Richtlinie für organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme (oKFE-RL) genannt, die bis zum Alter von 34 Jahren einmal im Kalenderjahr und ab dem Alter von 35 Jahren nur in jedem dritten Jahr erfolgen dürfen.

Erfolgte die Probenentnahme durch den Einsender am Ende eines Jahres und wird vom Labor aber der Tag der Untersuchung zu Beginn des Folgejahres als Behandlungstag verwendet, kann das zu Prüfanträgen der Krankenkassen für die nächste Untersuchung führen, wenn diese dann bereits wieder am Ende des übernächsten Jahres abgerechnet wird.

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

## Arzneimittel-Richtlinie – Ergänzungen

### Anlage III: Verordnungseinschränkungen und -ausschlüsse

**Lecanemab, neue Nummer 10a:**  
Mit der Ergänzung von Anlage III Nummer 10a Arzneimittel-Richtlinie wird Lecanemab von der Verordnungseinschränkung für Antidemensiva gemäß Anlage III Nummer 10 ausgenommen.

Aufgrund hoher Anforderungen an Diagnostik und Therapiekontrolle sowie schwerer Nebenwirkungen gelten folgende Vorgaben:

- **Fachgruppen-Einschränkung:** Einleitung und Überwachung der Therapie ausschließlich durch Fachärztinnen/-ärzte für Neurologie oder Psychiatrie und Psychotherapie.
- **Voraussetzungen:** Nachweisliche Behandlungserfahrung in der Alzheimer-Behandlung sowie Zugang zu zeitnaher MRT-Diagnostik.
- **Indikation:** Behandlung erwachsener Patientinnen und Patienten mit klinisch diagnostizierter leichter kognitiver Störung (mild cognitive impairment, MCI) und leichter Demenz aufgrund der Alzheimer-Krankheit (zusammengenommen frühe Alzheimer-Krankheit) mit bestätigter Amyloid-Pathologie, die Apolipoprotein E ɛ4 (ApoE ɛ4)-Nichtträger oder heterozygote ApoE ɛ4-Träger sind.
- **Fachinformation:** Die medizinischen Details, alle Warnhinweise und Vorsichtsmaßnahmen – insbesondere zum Risiko von Hirnschwellungen oder Blutungen (ARIA) beachten.

Detaillierte Informationen finden Sie in unserem „Verordnung Aktuell“

zum Thema „Lecanemab – Verordnungseinschränkungen und -ausschlüsse“

### Anlage VI: Off-Label-Use

In Teil A – Arzneimittel, die unter Beachtung der dazu gegebenen Hinweise in nicht zugelassenen Anwendungsgebieten (Off-Label-Use) verordnungsfähig sind, wird folgende Ziffer „XLII. Sorafenib als Erhaltungstherapie nach allogener Stammzelltransplantation zur Behandlung von Erwachsenen mit akuter myeloischer Leukämie (AML) und einer FLT3-ITD-Mutation“ eingefügt.

### Anlage V: Medizinprodukte

- **BSS PLUS™ (Alcon), BSS™ STERILE SPÜLLÖSUNG (Alcon) und ProVisc™ – Befristung der Verordnungsfähigkeit bis 23. Juni 2027**
- **DuoVisc™ und VISCOAT™ – Befristung der Verordnungsfähigkeit bis 23. Juni 2030**

### Anlage XII: Nutzenbewertung

Sie finden die Nutzenbewertung zum Quartal 1/2026 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

## Wirkstoffvereinbarung

### Arbeitslisten

Mit der Wirkstoffvereinbarung gilt es, für die mit den Krankenkassen vereinbarten Wirkstoffziele einen Mindestanteil an Generika beziehungsweise einen bestimmten Anteil an Leitsubstanzen auf Basis der Defined Daily Dose (DDD) zu erreichen. Rabattvertragspräparate gelten dabei als besonders wirtschaftlich. Bei den einzelnen Wirkstoffzielen finden Sie die aktuellen Arbeitslisten, aus denen Originalpräparate, Generika- und Leitsubstanzkennung sowie rabattierte Arzneimittel erkennbar werden, sofern Ihnen Ihre Arzneimittelsoftware die notwendigen Informationen nicht bereits liefert.

### Zielausarbeitungen

Zu jedem der Wirkstoffziele liefern wir Ihnen detaillierte Erläuterungen sowie Tipps zur Umsetzung der Zielerreichung.

Ausführliche Informationen zu den Wirkstoffzielen und die vertraglichen Regelungen finden Sie unter [www.kvb.de/verordnungen/arzneimittel/wirkstoffvereinbarung/](http://www.kvb.de/verordnungen/arzneimittel/wirkstoffvereinbarung/).

Zur Unterstützung bieten wir qualifizierte Pharmakotherapieberatungen an. Vereinbaren Sie Ihren Termin online oder gerne direkt im Mitgliederportal „Meine KVB“.

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

## Sprechstundenbedarf – Stand 1. Januar 2026

Der Impfstoff **Meningokokken ACWY** wurde in die Anlage Impfstoffe aufgenommen.

In die Produktgruppe „Otologika/Ohrenmittel“ wurde der Wirkstoff **Clotrimazol** – als verordnungsfähig – aufgenommen.

Weitere Details finden Sie in unserem „Verordnung aktuell“ zum Thema „Sprechstundenbedarfs Vereinbarung - Änderungen und Ergänzungen“.

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

## Schutzimpfungs-Richtlinie

### Meningokokken

- **Neue Standardimpfung für Jugendliche:** Für Kinder und Jugendliche im Alter von zwölf bis 14 Jahren wird die Impfung mit einem quadrivalenten Meningokokken-Konjugatimpfstoff (ACWY) als Standardimpfung – unabhängig vom Impfstatus – empfohlen. Nachholimpfungen sind bis zum Alter von 24 Jahren (das heißt bis einen Tag vor dem 25. Geburtstag) vorgesehen.
- **Wegfall der bisherigen Empfehlung für Kleinkinder:** Die bisherige Standardimpfung gegen Meningokokken der Serogruppe C für Kleinkinder im Alter von zwölf Monaten wird nicht mehr empfohlen.
- **Unverändert bleibt die Empfehlung für die Grundimmunisierung gegen Meningokokken der Serogruppe B.** Danach sollen Säuglinge frühzeitig im Alter von zwei, vier und zwölf Monaten gegen Meningokokken der Serogruppe B geimpft werden.
- **Bezug über Ihren Sprechstundenbedarf.**

Weitere Details entnehmen Sie bitte unserem „Verordnung Aktuell“ zum Thema „Impfung gegen Meningokokken ACWY“.

### Herpes zoster

- Die Impfung gegen Herpes zoster ist nun schon ab 18 Jahren für Personen mit erhöhtem Erkrankungsrisiko verordnungsfähig – bisher galt die Verordnungs-fähigkeit erst ab 50 Jahren. Dazu zählen Menschen mit angeborener oder erworbener Immunschwäche sowie schweren chronischen Erkrankungen wie Krebs, HIV oder rheumatoider Arthritis. Für 18- bis 59-Jäh-

rige mit milden, unkomplizierten oder gut kontrollierten chronischen Krankheiten wird keine Impfung empfohlen, da ihr Risiko nicht deutlich erhöht ist.

- Die Standardimpfung bleibt unverändert für alle ab 60 Jahren bestehen, da mit steigendem Alter das Risiko für schwere Verläufe und chronische Nervenschmerzen zunimmt.

Weitere Details entnehmen Sie bitte unserem „Verordnung Aktuell“ zum Thema „Impfung gegen Herpes zoster“.

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

## Außerklinische Intensivpflege

### Videosprechstunde

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat festgelegt, unter welchen Bedingungen Ärztinnen und Ärzte künftig **Leistungen der außerklinischen Intensivpflege** per Videosprechstunde verordnen können.

**Wichtig:** Die Erstverordnung erfordert weiterhin eine persönliche Untersuchung. Folgeverordnungen sind per Videosprechstunde möglich, wenn die Erkrankung und der Pflegebedarf sicher beurteilt werden können und mindestens einmal jährlich eine persönliche Konsultation stattfand.

Mehr Details entnehmen Sie bitte unserem „Verordnung Aktuell“ zum Thema „Verordnung der Außerklinischen Intensivpflege auch per Videosprechstunde möglich“.

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

## DiGA-Verordnung jetzt auch elektronisch möglich

Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten können DiGA (Digitale Gesundheitsanwendungen) entweder wie gewohnt mit dem Formular 16 verordnen oder – wenn das Praxisverwaltungssystem dies unterstützt – elektronisch über ein von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zertifiziertes Verordnungsmodul. Dabei gelten dieselben Voraussetzungen wie bei der Papierverordnung.

**Wichtig:** Nutzen Patientinnen und Patienten keine eRezept-App, sollte die Praxis den Ausdruck der DiGA-Verordnung aushändigen, damit die Verordnung bei der Krankenkasse eingelöst werden kann.

Weitere Details entnehmen Sie bitte unserem „Verordnung Aktuell“ zum Thema „Digitale Gesundheitsanwendungen“.

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

## Aktuelle Statistiken über Praxisverwaltungssysteme in Bayern

Im Folgenden stellen wir unsere regelmäßigen Statistiken über die Praxisverwaltungssysteme (PVS) bereit, die im KVB-Zuständigkeitsbereich die höchsten Installationszahlen aufweisen, sowie zu den Systemen mit dem größten Installationszuwachs der vergangenen zwölf Monate.

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 4/2024 wurden insgesamt 18.512 Installationen erfasst, im Quartal 4/2025 lag die Zahl bei 18.452. Zum Jahresende 2025 befanden sich insgesamt 100 Systeme in Bayern im Einsatz.

### Die TOP 10 der Praxisverwaltungssysteme im Bereich der KVB

Rang	PVS/KIS	Anbieter	Installationen	Marktanteil	Veränderung von Abrechnungsquartal 4/2024 zu 4/2025
1	psyprax	psyprax GmbH	3.813	20,66%	-84
2	x.isynet/x.vianova	medatixx GmbH & Co. KG	1.794	9,72%	-161
3	medatixx/psyx	medatixx GmbH & Co. KG	1.634	8,86%	+275
4	CGM MEDISTAR	CompuGroup Medical	988	5,35%	-79
5	EPIKUR	Epikur Software GmbH & Co. KG	887	4,81%	+39
6	TURBOMED	CompuGroup Medical	819	4,44%	-107
7	T2med	T2med GmbH & Co. KG	701	3,80%	+99
8	tomedo	zollsoft GmbH	673	3,65%	+135
9	Albis on Windows	CompuGroup Medical	566	3,07%	-67
10	x.concept	medatixx GmbH & Co. KG	532	2,88%	-71

### Praxisverwaltungssysteme mit dem größten absoluten Kundenzuwachs

Rang	PVS/KIS	Anbieter	Differenz der Installationen 4/2024 zu 4/2025	Installationen gesamt (Stand 4/2025)
1	medatixx/psyx	medatixx GmbH & Co. KG	+275	1.634
2	tomedo	zollsoft GmbH	+135	673
3	T2med	T2med GmbH & Co. KG	+99	701
4	RED Medical	RED Medical Systems GmbH	+62	111
5	EPIKUR	Epikur Software GmbH & Co. KG	+39	887
6	Medical Office	Indamed GmbH	+37	405
7	Smarty	New Media Company GmbH & Co. KG	+32	421
8	Elefant	HASOMED GmbH	+31	468
9	ORBIS	Dedalus HealthCare GmbH	+18	378
10	PegaMed	PEGA Elektronik-Vertriebs GmbH	+14	377

## Akutsituationen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst

Ein Notfall im Ärztlichen Bereitschaftsdienst ist immer wieder eine Herausforderung. Daher haben wir auch in diesem Jahr ein Fortbildungsangebot geschaffen, das Sie gezielt auf Akutsituationen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst vorbereitet.

Frischen Sie in kürzester Zeit Ihre Kenntnisse über die wichtigsten medizinischen und organisatorischen Komponenten der Akut- und Notfallversorgung auf. Unser Seminarkonzept ist kompakt und an der Praxis orientiert. Sie profitieren von:

- Zielgruppenorientierung
- aktuellen, umsetzbaren Lösungen statt Schubladenkonzepten
- erfahrenen ärztlichen Referentinnen und Referenten
- umfangreichen Zusatzinformationen und Tipps in den Seminaren
- Fortbildungspunkten

Unsere Fortbildungen umfassen folgende Inhalte:

- **„Gewappnet für den Notfall“**  
Wir informieren über den Ärztlichen Bereitschaftsdienst im Allgemeinen. Unsere erfahrenen Referentinnen und Referenten geben wichtige Tipps und Hinweise für die alltägliche Routine beim Hausbesuch und in der Bereitschaftspraxis.
- **„Das Kind als Notfall“**  
Kindernotfälle erfordern im Bereitschaftsdienst spezielle Kenntnisse. Wir vermitteln anschauliches Hintergrundwissen und geben einen Überblick über „typische Kinderkrankheiten“,

damit im Akutfall richtig beurteilt und reagiert werden kann.

- **„Leichenschau“**  
Unsere Experten nehmen Stellung zu Problematiken der Ärztlichen Leichenschau im Bereitschaftsdienst, klären über mögliche Fallstricke auf und informieren über rechtliche Aspekte.
- **„Krankheitsbilder“**  
Unklare Meldebilder sind keine Seltenheit und müssen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst richtig eingeschätzt werden. Unsere Experten besprechen kardio-zirkulatorische Notfälle, Abdominalbeschwerden und Atemnot und geben Hilfestellungen zum Umgang mit psychiatrischen Notfällen.

Nähere Informationen zu den einzelnen Fortbildungsterminen, den Teilnahmebedingungen sowie der Anrechnung der Fortbildungspunkte finden Sie unter [www.kvb.de/mitglieder/praxisfuehrung/fortbildungsangebot](http://www.kvb.de/mitglieder/praxisfuehrung/fortbildungsangebot).

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

## 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](http://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](mailto: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 vertragsrechtlicher 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

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

