

KVBINFOS

09|26
10

ABRECHNUNG

- 78 Die nächsten Zahlungstermine
- 78 Abrechnungsabgabe für das Quartal 3/2026
- 82 EBM-Änderungen zum 1. Juli 2026
- 88 EBM-Änderungen zum 1. Oktober 2026
- 88 Absenkung Psychotherapie-Vergütung gestoppt
- 89 Untersuchungsaufträge von Vertragszahnärzten
- 89 EBM - befristete Zuschläge für Kinder und Jugendliche bei ambulanten Operationen

VERORDNUNGEN

- 90 GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz – Änderungen im Verordnungsbereich
- 91 Ausnahme vom Zuweisungsverbot
- 91 Krankenförderung infektiöser Patienten
- 92 Impfung gegen Chikungunya
- 92 Betäubungsmittel im ÄBD verordnen
- 92 Austauschbarkeit von Arzneimitteln

IT IN DER PRAXIS

- 93 „KI in Praxen“:
Online-Fortbildungen über KI-Campus
- 94 Erweiterung der gesetzlichen Vorgaben zur KI-Nutzung seit August 2026

SEMINARE

- 95 KVB-Seminare 2026

Die nächsten Zahlungstermine

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 3/2026

Abrechnungsabgabe

Wann?	Einreichung bis spätestens Montag, den 12. Oktober 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 Notarzt abrechnungen und Abrechnungen Leitender Notärzte siehe Kapitel „Sonstige Abrechnungen mit separaten Einreichungsterminen“
Wichtig	Eine mögliche Verlängerung der Abgabefrist bezieht sich nur auf die Abrechnung nicht bereits verjährter Fälle und nicht auf die elektronische Dokumentation der Qualitätssicherungs- und Zusatzvereinbarungen der KVB. Bitte beachten Sie hierzu auch Paragraf 3 „Fristen für die Einreichung der Abrechnung“ sowie Paragraf 5 „Abschlags- und Restzahlungen, Verrechnung und Einbehalte“ der Abrechnungsbestimmungen der KVB.
Empfangsbestätigung	Über den Eingang Ihrer Abrechnungsunterlagen können Sie eine Empfangsbestätigung unter der Faxnummer 09 41 / 39 63 - 6 87 80 anfordern.

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

Korrekturen und/oder Ergänzungen nach Übermittlung der Abrechnung

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

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

Sammelerklärung

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. Juli 2026

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

Die Beschlüsse des Bewertungsausschusses (BA) aus seiner 837., 839., 840., 841. und 844. Sitzung und des Erweiterten Bewertungsausschusses aus seiner 86. 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.

Liposuktion bei Lipödem auch im Stadium I und II

Beschluss aus der 837. Sitzung des Bewertungsausschusses

Mit Wirkung zum 9. Oktober 2025 hatte der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) seine Richtlinie „Methoden vertragsärztliche Versorgung“ angepasst und für gesetzlich Versicherte, die an einem Lipödem leiden, einen unbefristeten Leistungsanspruch auf operative Fettabsaugung geschaffen – und zwar unabhängig vom Stadium der chronischen Erkrankung. Bisher konnte die Liposuktionsbehandlung ausschließlich bei einem diagnostizierten Lipödem im Stadium III als Kassenleistung durchgeführt und abgerechnet werden.

Zur Berechnungsmöglichkeit aller drei Stadien nach dem EBM hat der Bewertungsausschuss nun mit Wirkung zum 1. Juli 2026 die Abrechnung der Liposuktion neu geregelt.

Neue GOP für die Liposuktion

■ an Unterschenkel, Oberarm und Ellenbogen, Unterarm:

Für die Liposuktion beim Lipödem in Stadien I, II oder III an Unterschenkel (OPS-Kode 5-911.1f), Oberarm und Ellenbogen (OPS-Kode 5-911.17) und Unterarm (OPS-Kode 5-911.18) wird für den ambulanten beziehungsweise belegärztlichen Eingriff die neue **GOP 31095** (4.750 Punkte, 605,17 Euro) beziehungsweise **GOP 36095** (2.979 Punkte/379,54 Euro) in den EBM aufgenommen (Eingriff der Kategorie AA5 entsprechend Anhang 2 zum EBM).

■ an Oberschenkel und Knie:

Die Liposuktion beim Lipödem in Stadien I, II oder III an Oberschenkel und Knie (OPS-Kode 5-911.1e) kann künftig ambulant nach der bereits bestehenden **GOP 31096** (6.037 Punkte/769,14 Euro) und belegärztlich nach der bereits bestehenden **GOP 36096** (3.822 Punkte/486,94 Euro) abgerechnet werden (Eingriff der Kategorie AA6 entsprechend Anhang 2 zum EBM). Eine Abrechnung dieser Lokalisation über die GOP 31097/36097 ist ab dem 1. Juli 2026 nicht mehr möglich. Die GOPen 31097 und 36097 werden aus dem EBM gestrichen.

Die OPS-Kodes, die zugeordneten (neuen) OP-Leistungen sowie die weiteren im Zusammenhang mit der Operation berechnungsfähigen Leistungen (wie zum Beispiel Überwachungskomplexe, postoperative Behandlungskomplexe, Kostenpauschalen etc.) entnehmen Sie bitte der Anlage zu unserem Rundschreiben vom 30. Juni 2026.

Zuschlagsberechnung bei ausgedehnten Eingriffen

Zur Abrechnung von Simultaneingriffen können – wie bisher – der Zuschlag nach **GOP 31098** (612 Punkte/77,97 Euro) zur ambulanten Liposuktion nach GOP 31095 beziehungsweise GOP 31096 sowie der Zuschlag nach **GOP 36098** (377 Punkte/48,03 Euro) zur belegärztlichen Liposuktion nach GOP 36095 beziehungsweise GOP 36096 abgerechnet werden.

NEU: Der Zuschlag nach GOP 31098/36098 ist im Zusammenhang mit einer Liposuktion nach GOP 31096/36096 dann berechnungsfähig, wenn es sich um einen ausgedehnten Haupt- beziehungsweise Simultaneingriff handelt, bei dem die Schnitt-Naht-Zeit von 120 Minuten überschritten wird. In diesen Fällen kann für jede weitere vollendete 15 Minuten Schnitt-Naht-Zeit (beginnend ab Überschreitung der 120 Minuten analog der Regelung bei Kategorie-7-Eingriffen) der Zuschlag nach GOP 31098/36098 abgerechnet werden. Die Abrechnung des Zuschlags nach GOP 31098/36098 erfordert in diesen Fällen die Angabe der medizinischen Begründung in Feldkennung 5009 – freies Begründungsfeld.

Für diese spezifische Regelung bei der Liposuktion wurde die Nummer 4 der Präambel 2.1 zum Anhang 2 EBM eigens um die GOPen 31096 und 36096 (Eingriff der Kategorie AA6) erweitert. Detaillierte Informationen zur Abrechnung von Simultaneingriffen finden Sie unter www.kvb.de/fileadmin/kvb/Mitglieder/Service/Merkblaetter/Abrechnung/KVB-Merkblatt-Simultaneingriffe.pdf

Weitere neue Abrechnungsvoraussetzungen zur Qualitätssicherung

- Die Berechnung der GOP 31095/36095 und der GOP 31096/36096 setzt eine Überweisung mit Bestätigung des Vorliegens der in Paragraf 4 Absatz 2 und 3 der Qualitätssicherungs-Richtlinie zur Liposuktion bei Lipödem (QS-RL Liposuktion) genannten Diagnosekriterien und Indikationsvoraussetzungen voraus.
- Die Diagnose- und Indikationsprüfung sowie die Überweisung zur Liposuktion dürfen nur durch hierfür qualifizierte Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Angiologie, für Physikalische und Rehabilitative Medizin, für Haut- und Geschlechtskrankheiten oder durch Fachärzte mit Zusatzweiterbildung Phlebologie erfolgen, die nicht den späteren chirurgischen Eingriff durchführen (vergleiche Paragraf 4 Absatz 1 Satz 2 in Verbindung mit Paragraf 5 Absatz 2 Satz 1 QS-RL Liposuktion).
- Die abschließende Indikationsstellung zur Liposuktion und der Eingriff selbst kann (nach vorliegender Überweisung) von hierfür qualifizierten Fachärzten für Chirurgie, insbesondere Ärzten für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie, sowie von Fachärzten für Haut- und Geschlechtskrankheiten vorgenommen werden.
- Bei Berechnung der GOP 31095/36095 und der GOP 31096/36096 ist der aktuelle BMI der Patientin und bei BMI ≥ 32 kg/m² zusätzlich die Waist-to-height-ratio vom Operateur zu dokumentieren.

Die einzelnen Diagnose- und Indikationsvoraussetzungen sowie die verschiedenen Vorgaben zu den quali-

tativen Anforderungen an die OP-Methode, Planung und Durchführung sowie der Versorgung von Patientinnen, bei denen die Liposuktion zur Behandlung des Lipödems zur Anwendung kommt, hat der G-BA in Paragraf 4 und Paragraf 5 der QS-RL Liposuktion festgelegt. Diese finden Sie unter <https://www.g-ba.de/richtlinien/112/>.

Anhang 3

Im Zusammenhang mit der Neuaufnahme der GOPen 31095 und 36095 werden die Kalkulations- und Prüfzeiten im Anhang 3 zum EBM angepasst. Die GOPen 31095 und 36095 werden als Ausschlussleistungen zu den Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung (PFG) mit „*“ ausgewiesen.

Vergütung

Die neuen Gebührenordnungspositionen 31095 und 36095 werden außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung bezahlt.

Genehmigung

Der Operateur selbst benötigt eine Genehmigung nach der QS-RL Liposuktion in Verbindung mit der Richtlinie „Methoden vertragsärztliche Versorgung“. Eine Genehmigung können folgende Facharztgruppen erhalten: Fachärzte für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie, andere Fachärzte des Gebiets Chirurgie sowie Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten, die Erfahrung in der Durchführung der Liposuktion nach Paragraf 5 Absatz 3 QS-RL Liposuktion nachweisen können. In fachlicher Hinsicht ist ein Erfahrungsnachweis vorgesehen (selbstständige Durchführung der Liposuktion bei Lipödem in 50 oder mehr Fällen vor dem 9. Oktober 2025, alternativ: Durch-

führung der Liposuktion bei Lipödem in 20 oder mehr Fällen innerhalb von zwei Jahren vor Antragstellung unter Anleitung eines erfahrenen Anwenders), vergleiche Paragraf 5 Absatz 3 QS-RL Liposuktion.

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

Für die Erbringung und Abrechnung ambulanter OP-Leistungen ist eine Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von ambulanten Operationen (QSV ambulantes Operieren) beziehungsweise für belegärztliche OP-Leistungen ist eine Anerkennung als Belegarzt notwendig.

Donanemab

Beschluss aus der 837. Sitzung des Bewertungsausschusses

Der Bewertungsausschuss hat mit Wirkung zum 1. Juli 2026 den EBM im Zusammenhang mit der Anwendung des Arzneimittels mit dem Wirkstoff Donanemab (Handelsname: Kisunla®) angepasst.

Donanemab 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 $\epsilon 4$ (ApoE $\epsilon 4$)-Nichtträger oder heterozygote ApoE $\epsilon 4$ -Träger sind. Donanemab wird alle vier

Wochen als intravenöse Infusion über mindestens 30 Minuten angewendet, die Patienten sind nach der Infusion für mindestens 30 Minuten zu beobachten. Die Dauer der Therapie ist auf maximal 18 Monate beschränkt. 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 Donanemab sind mehrere Fachgruppen eingebunden. Die betroffenen Fachgruppen wurden mittels Rundschreiben vom 30. Juni 2026 informiert. Dieses finden Sie in Ihrem Nachrichtencenter in „Meine KVB“.

Einleitung und Überwachung der Therapie mit Donanemab

Die Einleitung und Überwachung der Therapie mit Donanemab 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.

Für die intravasale Infusion mit Donanemab und anschließender Nachbeobachtung wird eine neue Gebührenordnungsposition in den Abschnitt 2.1 EBM aufgenommen:

NEU: GOP 02103 – Infusionstherapie mit Donanemab

EBM-Bewertung	147 Punkte
Preis B€GO	18,73 Euro

Für die GOP 02103 empfiehlt der Bewertungsausschuss die Vergütung außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung. Die Umsetzung dieser Empfehlung auf Landesebene ist mit den Krankenkassen in Bayern noch zu vereinbaren.

Weitere für die Therapie erforderliche diagnostische und begleitende Leistungen

- GOP 02342A: Lumbalpunktion (582 Punkte/74,15 Euro)

Nachfolgende Leistungen sind ausschließlich vom behandelnden Facharzt für Neurologie, Facharzt für Nervenheilkunde, Facharzt für Neurologie und Psychiatrie oder Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie zu veranlassen (Überweisungsvorbehalt):

- GOP 34410A: MRT des Neurocraniums vor Therapiebeginn sowie für die erforderlichen Verlaufskontrollen (1.053 Punkte/134,16 Euro)
- GOP 11602: Bestimmung des Apolipoprotein-E (ApoE)-Genotyps (Bewertung: 422 Punkte/53,76 Euro)
- GOP 32407A: β-Amyloid 1-42 im Liquor (18,86 Euro)
- GOP 32408A: Gesamt-Tau im Liquor (18,86 Euro)
- GOP 32409A: Phospho-Tau im Liquor (18,86 Euro)

Auch für die Therapie erforderlichen diagnostischen und begleitenden Leistungen empfiehlt der Bewertungsausschuss die Vergütung außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung. Die Umsetzung dieser Empfehlung auf Landesebene ist mit den Krankenkassen in Bayern noch zu vereinbaren. Hierzu sind die oben genannten GOPen (mit Aus-

nahme der GOPen 02103 und 11602) mit dem Buchstaben „A“ zu kennzeichnen.

SGB-übergreifende Hilfekonzferenz im Rahmen Komplexversorgung Erwachsene

Beschluss aus der 86. Sitzung des Erweiterten Bewertungsausschusses

Um die Vernetzung mit anderen sozialgesetzlichen Leistungsbereichen wie Reha-Einrichtungen oder Wohngruppen zu fördern, erhalten Ärzte und Psychotherapeuten eine Vergütung für ihre Teilnahme an leistungsbereichsübergreifenden Hilfekonzferenzen im Rahmen der Komplexversorgung von Erwachsenen mit schweren psychischen Erkrankungen.

Kurzfristig zum 1. Juli 2026 hat der ergänzte Bewertungsausschuss zwei neue Gebührenordnungspositionen in den Abschnitt 37.5 EBM aufgenommen, nachdem die Teilnahmemöglichkeit von Netzwerkmitgliedern an den SGB-übergreifenden Hilfekonzferenzen im Dezember 2025 vom G-BA in der KSV-Psych-Richtlinie ergänzt wurde.

NEU: GOP 37555 – Teilnahme an einer SGB-übergreifenden Hilfekonzferenz gemäß Paragraf 8 Absatz 3 Satz 5 der KSVPsych-RL

EBM-Bewertung	128 Punkte
Preis B€GO	16,31 Euro

NEU: GOP 37556 – Zuschlag zu der GOP 37555 bei Teilnahme eines oder mehrerer nicht-ärztlicher beziehungsweise nichtpsychotherapeutischer Teilnehmer, die nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen und nach der KSVPsych-RL an der Behandlung beteiligt sind,

EBM-Bewertung	128 Punkte
Preis B€GO	16,31 Euro

Vergütung

Die neuen GOPen 37555 und 37556 werden außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütet.

Neue DiGA „Axia“ – Verlaufskontrolle und Auswertung ab 1. Juli 2026

Beschluss aus der 840. Sitzung des Bewertungsausschusses (schriftliche Beschlussfassung)

Für die notwendige Verlaufskontrolle und Auswertung der seit 4. Februar 2026 dauerhaft im Verzeichnis gelisteten DiGA „Axia“ wird mit Wirkung zum 1. Juli 2026 die GOP 01483 (64 Punkte/8,15 Euro) in den Abschnitt 1.4 EBM und für Schmerztherapeuten die GOP 30782 (64 Punkte/8,15 Euro) in den Abschnitt 30.7.1 EBM aufgenommen. Die neue DiGA richtet sich an Patientinnen und Patienten mit axialer Spondyloarthritis (axSpA).

Weitere Informationen zu den DiGAs finden Sie unter www.kvb.de/mitglieder/praxisfuehrung/it-online-services-ti/digitale-gesundheitsanwendungen

Jejunostomie- und Gastrostomiekatheter – neue Leistungen

Beschluss aus der 841. Sitzung des Bewertungsausschusses (schriftliche Beschlussfassung)

Zum 1. Juli 2026 hat der Bewertungsausschuss Änderungen des Kapitels 4 und des Kapitels 13 EBM in Bezug auf den Wechsel und die Entfernung eines Jejunostomiebeziehungsweise Gastrostomiekatheters beschlossen.

Kapitel 13 EBM: Die Neuerungen für Chirurgen und Gastroenterologen auf einen Blick

Für den Wechsel und die Entfernung eines Jejunostomiekatheters werden die neuen GOPen 13413 und 13414 in den EBM aufgenommen. Sofern der jeweilige Eingriff im Rahmen des AOP-Vertrags durchgeführt wird, ersetzt die GOP 13413 beziehungsweise die GOP 13414 ab 1. Juli 2026 die bisherige mit einem Stern (*) zugewiesene EBM-GOP 13412* beziehungsweise GOP 13400* bei den in der Anlage 1 Abschnitt 2 aufgeführten OPS-Kodes 8-124.0 und 8-124.1.

Neu: GOP 13413 – Wechsel eines Jejunostomiekatheters

EBM-Bewertung	1.197 Punkte
Preis B€GO	152,50 Euro

Neu: GOP 13414 – Entfernen eines Jejunostomiekatheters

EBM-Bewertung	878 Punkte
Preis B€GO	111,86 Euro

In Verbindung mit der Durchführung der Leistungen nach den GOPen 13413 und 13414 kann die Kostenpauschale 40462 (20,80 Euro) bei Verwendung eines Clips inklusive Einmal-Endo-/Hämo-Clipapplikator abgerechnet werden.

Für die Entfernung eines Gastrostomiekatheters wird die neue GOP 13416 in den EBM aufgenommen. Sofern dieser Eingriff im Rahmen des AOP-Vertrags durchgeführt wird, ersetzt die GOP 13416 ab dem 1. Juli 2026 die bisherige mit einem Stern (*) zugewiesene EBM-GOP 13400* bei dem in der Anlage 1 Abschnitt 2 aufgeführten OPS-Kode 8-123.1.

Neu: GOP 13416 – Entfernen eines Gastrostomiekatheters

EBM-Bewertung	51 Punkte
Preis B€GO	6,50 Euro

Die neuen Leistungen sind von Chirurgen und Fachärzten für Innere Medizin mit Schwerpunkt Gastroenterologie berechnungsfähig.

Anpassung der bestehenden GOP 13412

Ferner werden die Leistungsinhalte der GOP 13412 (1.197 Punkte/152,50 Euro) um den Wechsel eines Gastrostomiekatheters und das Einführen einer jejunalen Sonde ergänzt.

Weitere Details zu den neuen Gebührenordnungspositionen finden die betroffenen Fachgruppen in unserem Serviceschreiben vom 8. Juli 2026 im Nachrichtencenter unter „Meine KVB“.

Kennzeichnung der Leistung nach GOP 13400 (Zusatzpauschale Ösophago-Gastroduodenoskopie) im Zusammenhang mit der Entfernung eines Gastrostomiekatheters
Für die im Zusammenhang mit der Entfernung eines Gastrostomiekatheters nach GOP 13416 gegebenenfalls durchgeführte Leistung nach GOP 13400 (Zusatzpauschale Ösophago-Gastroduodenoskopie) empfiehlt der Bewertungsausschuss eine Vergütung außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung. Die Umsetzung dieser Empfehlung ist auf Landesebene noch mit den Krankenkassen zu vereinbaren.

Um Ihnen diejenige Leistungen nach GOP 13400 extrabudgetär vergüten zu können, die Sie im Zusammenhang mit der Entfernung eines Gastrostomiekatheters nach GOP 13416 durchführen, ist es notwen-

dig, dass Sie diese Leistung kennzeichnen.

Bitte tragen Sie die **GOP 13400 mit dem Buchstabenzusatz „A“** (GOP 13400A) in Ihre Abrechnung ein (KVDT-Feldkennung 5001 „GNR“), wenn Sie diese Leistung im Zusammenhang mit der Entfernung eines Gastrostomiekatheters nach GOP 13416 erbringen.

Kapitel 4 EBM: Die Neuerungen für Kinder-Gastroenterologen auf einen Blick

Seit dem 1. Juli 2026 können Kinder-Gastroenterologen den Wechsel und die Entfernung eines Jejunostomiekatheters beziehungsweise die Entfernung eines Gastrostomiekatheters in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung über die neuen Gebührenordnungspositionen 04517, 04519 und 04524 abrechnen.

Neu: GOP 04517 – Wechsel eines Jejunostomiekatheters

EBM-Bewertung	1.197 Punkte
Preis B€GO	152,50 Euro

Neu: GOP 04519 – Entfernen eines Jejunostomiekatheters

EBM-Bewertung	878 Punkte
Preis B€GO	111,86 Euro

In Verbindung mit der Durchführung der Leistungen nach den GOPen 04517 und 04519 kann die Kostenpauschale 40462 (20,80 Euro) bei Verwendung eines Clips inklusive Einmal-Endo-/Hämo-Clipapplikator abgerechnet werden.

Neu: GOP 04524 – Entfernen eines Gastrostomiekatheters

EBM-Bewertung	51 Punkte
Preis B€GO	6,50 Euro

Für eine mögliche Berechnung des Wechsels eines Gastrostomiekatheters werden die Leistungslegende und der obligate Leistungsinhalt der bestehenden GOP 04513 (1.197 Punkte/152,50 Euro) entsprechend erweitert.

Weitere Details zu den neuen Gebührenordnungspositionen, insbesondere die Abrechnungsausschlüsse, entnehmen Sie bitte dem Beschluss.

Kennzeichnung der Leistung nach GOP 04511 (Zusatzpauschale Ösophago-Gastroduodenoskopie) im Zusammenhang mit der Entfernung eines Gastrostomiekatheters

Für die im Zusammenhang mit der Entfernung eines Gastrostomiekatheters nach GOP 04524 gegebenenfalls durchgeführte Leistung nach GOP 04511 (Zusatzpauschale Ösophago-Gastroduodenoskopie) empfiehlt der Bewertungsausschuss eine Vergütung außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung. Die Umsetzung dieser Empfehlung ist auf Landesebene noch mit den Krankenkassen zu vereinbaren.

Um diejenige Leistungen nach GOP 04511 extrabudgetär vergüten zu können, die im Zusammenhang mit der Entfernung eines Gastrostomiekatheters nach GOP 04524 durchgeführt werden, ist es notwendig, dass Sie diese Leistung kennzeichnen.

Bitte tragen Sie die **GOP 04511 mit dem Buchstabenzusatz „A“** (GOP 04511A) in Ihre Abrechnung ein (KVDT-Feldkennung 5001 „GNR“), wenn Sie diese Leistungen im Zusammenhang mit der Entfernung eines Gastrostomiekatheters nach GOP 04524 erbringen.

Vergütung

Für die neu in den EBM aufgenommenen GOPen 04517, 04519, 04524, 13413, 13414 und 13416 empfiehlt der Bewertungsausschuss die Vergütung außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung. Die Umsetzung dieser Empfehlung auf Landesebene ist mit den Krankenkassen in Bayern ebenfalls noch zu vereinbaren.

Anhang 3 EBM

Im Zusammenhang mit der Neuaufnahme der GOPen 04517, 04519, 04524, 13413, 13414 und 13416 werden die Kalkulations- und Prüfzeiten im Anhang 3 zum EBM angepasst. Die GOPen 13413, 13414 und 13416 werden als Ausschlussleistungen zu den Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung (PFG) mit „*“ ausgewiesen.

EBM Detail-Änderungen

Beschluss aus der 839. Sitzung des Bewertungsausschusses (schriftliche Beschlussfassung)

Zuschlag für die postoperative Nachbeobachtung bei Eingriffen zur Behandlung von Verschlüssen diaphragmaler Hernien

Die GOP 31530 kann ab dem 1. Januar 2025 für die verlängerte Nachbeobachtung bei speziell definierten operativen Eingriffen des Anhang 2 EBM bis zu einem Gesamthöchstwert von 8, 16 oder 24 Stunden abgerechnet werden (siehe Rundschreiben vom 24. Januar 2025: www.kvb.de/mitglieder/praxisfuehrung/service/serviceschreiben).

In der Version 2026 des OPS wurde der Kodebereich für den Verschluss einer Hernia diaphragmatica (5-538 ff.) überarbeitet und umstrukturiert. Die Bestimmungen für die postoperative Nachbeobachtung im EBM wurden an diese Änderungen angepasst, indem anstelle der entfallenen OPS-Kodes 5-538.a und 5-538.b für den Verschluss diaphragmaler Hernien mit Wirkung zum 1. Juli 2026 die ausdifferenzierten OPS-Kodes 5-538.01, 5-538.07, 5-538.11, 5-538.17, 5-538.51, 5-538.57, 5-538.61, 5-538.67 aufgenommen wurden. Damit ist bei diesen Eingriffen die Durchführung einer verlängerten Nachbeobachtung bis zu 24 Stunden weiterhin möglich.

Weitere Informationen zu den Voraussetzungen und Abrechnungshinweise finden die betroffenen Fachgruppen in unserem Service-schreiben vom 1. Juli 2026 im Nachrichtencenter von „Meine KVB“.

Öffnung Gesundheitsuntersuchung für Kinder- und Jugendmediziner

Gemäß der (Muster-)Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer dürfen Fachärztinnen/Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche und Heranwachsende behandeln. Ein Heranwachsender ist laut Paragraf 1 Absatz 2 Jugendgerichtsgesetz jede Person, die das 18. Lebensjahr, aber das 21. Lebensjahr noch nicht vollendet hat. Über die diesbezügliche Anpassung des EBM haben wir sie in den KVB INFOS, Ausgabe 9/10-2025, informiert.

Mit Wirkung zum 1. Juli 2026 hat der Bewertungsausschuss die Berechnung der GOP 01732 (Gesundheitsuntersuchung bei Erwachsenen ab dem vollendeten 18. Lebensjahr, 326 Punkte/41,53 Euro) für Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin geöffnet. Damit können Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin bei Versicherten ab dem vollendeten 18. Lebensjahr bis zum vollendeten 21. Lebensjahr die Gesundheitsuntersuchung nach GOP 01732 erbringen und abrechnen.

Detaillierte Informationen, unter anderem zum Leistungsumfang und Anspruchsberechtigung, hat der G-BA in der Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinie, zu finden unter <https://www.g-ba.de/richtlinien/10/>, festgelegt.

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

EBM-Änderungen zum 1. Oktober 2026

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

Die Beschlüsse des Bewertungsausschusses (BA) aus seiner 845. Sitzung und des Erweiterten Bewertungsausschusses aus seiner 87. Sitzung wurden auf der Internetseite des Instituts des Bewertungsausschusses unter www.institut-des-bewertungsausschusses.de in der Rubrik *Bewertungsausschuss/Beschlüsse* veröffentlicht. Sie stehen noch unter dem Vorbehalt der Nichtbeanstandung durch das Bundesministerium für Gesundheit.

Anpassung des EBM bei Gabe des Arzneimittels Inluriyo®

Beschluss aus der 845. Sitzung des Bewertungsausschusses (schriftliche Beschlussfassung)

Inluriyo® ist ein Arzneimittel zur Behandlung von erwachsenen Frauen und Männern mit ER-positivem, HER2-negativem, lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem Brustkrebs mit einer aktivierenden ESR1-Mutation, deren Erkrankung nach vorheriger endokriner Therapielinie progredient ist. Vor der Anwendung des Arzneimittels Inluriyo® muss laut Fachinformation eine Testung auf aktivierende ESR1-Mutationen im ESR1-Gen erfolgen.

Die gezielte Bestimmung der wichtigsten aktivierenden ESR1-Mutationen wird im EBM über die bereits bestehende GOP 19466 (2.100 Punkte/267,55 Euro) abgebildet. Die Leistung wurde im Juli 2024 für die Diagnostik vor Gabe des Arzneimittels Orserdu® in den EBM aufgenommen. Mit Wirkung zum 1. Oktober

2026 wird die Leistungslegende der GOP 19466 an das für die Behandlung mit Inluriyo® infrage kommende Patientenkollektiv angepasst.

Neustrukturierung der Humangenetik

Beschluss aus der 87. Sitzung des Erweiterten Bewertungsausschusses

Der Erweiterte Bewertungsausschuss hat gegen die Stimmen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zum 1. Oktober 2026 ein umfassendes Sparpaket zur Begrenzung der Ausgaben für humangenetische Untersuchungen beschlossen.

Es sieht unter anderem eine Absenkung der Bewertung humangenetischer Leistungen sowie die Einführung zusätzlicher Mengenschaffelungen auf Praxisebene vor.

Weitere Informationen finden Sie unter www.kvb.de auf der Einstiegsseite des Themenbereichs „Abrechnung“ im Mitgliederkanal der KVB-Website. Die betroffenen Ärztinnen und Ärzte werden hierzu ein gesondertes Serviceschreiben erhalten.

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

Absenkung Psychotherapie-Vergütung gestoppt

Das Landessozialgericht Berlin-Brandenburg hat am 9. Juli 2026 auf Antrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) im Eilverfahren die Absenkung der Vergütung ambulanter psychotherapeutischer Leistungen um 4,5 Prozent zum 1. April 2026 im Wege des einstweiligen Rechtsschutzes vorläufig gestoppt. Nun bleibt die Gerichtsentscheidung in der Hauptsache abzuwarten. Bis dahin hat die Klage der KBV gegen den Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses zur Absenkung der Psychotherapie-Vergütung aufschiebende Wirkung, das heißt die Umsetzung des Beschlusses wird zunächst bis zum Abschluss des Hauptsacheverfahrens ausgesetzt. Wann das Gericht über die Klage in der Hauptsache entscheiden wird, ist noch offen.

Dies bedeutet:

- Es kommt (vorerst) nicht zu einer Absenkung der Psychotherapie-Vergütung. Die KVB wird daher im Honorarbescheid für das Quartal 2/2026 die Vergütung der psychotherapeutischen Leistungen zunächst nicht absenken.
- Sämtliche Honorarbescheide, die für den Zeitraum vom 1. April 2026 bis zum rechtskräftigen Abschluss des Hauptsacheverfahrens ergehen, werden jedoch unter den Vorbehalt der Honorarrückforderung gestellt werden.

Weitere Informationen finden Sie in den KBV-Praxisnachrichten vom 9. Juli 2026 unter www.kbv.de/praxis/tools-und-services/praxisnachrichten.

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

Untersuchungsaufträge von Vertragszahnärzten

Erhält ein Vertragsarzt einen Untersuchungsauftrag von einem Vertragszahnarzt, zum Beispiel zur histologischen Untersuchung, muss der Vertragsarzt gemäß Paragraf 24 Absatz 11 BMV-Ä die ärztlichen Leistungen auf einem selbst ausgestellten Überweisungsschein (Scheinuntergruppe 20) abrechnen. Der Name des Überweisungsausstellers oder die Betriebsstättennummer (sofern bekannt) ist in der Feldkennung 4219 (Überweisung von anderen Ärzten) anzugeben.

Bitte achten Sie daher darauf, die von Ihnen erbrachten Leistungen ordnungsgemäß abzurechnen, damit Ihnen keine finanziellen Nachteile entstehen.

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

EBM - befristete Zuschläge für Kinder und Jugendliche bei ambulanten Operationen

Bis zu einer Anpassung der Vergütungssystematik über Hybrid-DRG-Fallpauschalen zum Jahr 2027 werden ambulant durchgeführte Eingriffe bei Kindern und Jugendlichen im EBM besser vergütet.

Für den Zeitraum vom 16. April bis zum 31. Dezember 2026 wurden 50 neue Zuschläge nach den GÖP 31950 bis 31999 in den neuen Abschnitt 31.8 EBM aufgenommen, um übergangsweise die Vergütung der Eingriffe an die Vergütung über Hybrid-DRG-Fallpauschalen anzugleichen.

Hintergrund der Übergangsregelung

Der Gesetzgeber hatte zunächst Leistungen für vulnerable Gruppen wie Menschen mit Behinderung sowie Patientinnen und Patienten, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, von den Hybrid-DRG ausgeschlossen. Dieser Ausschluss wurde am 15. April 2026 jedoch vom Gesetzgeber wieder aufgehoben. Eine unterjährige Anpassung der Vergütungssystematik über Hybrid-DRG-Fallpauschalen war nicht möglich, sodass eine Übergangslösung bis Ende Dezember 2026 erforderlich war. Die Leistungen werden regulär bei der Weiterentwicklung der Hybrid-DRG für 2027 berücksichtigt und kalkuliert.

Für Menschen mit Behinderung werden die Hybrid-DRG zum Jahr 2027 angepasst. Eine Übergangsregelung war hier leider nicht möglich, da der Gesetzgeber hier – anders als beim Alter – keine eindeutigen Vorgaben für eine Umsetzung (zum Beispiel eine Liste mit ICD-Kodes oder Angabe der Pflegegradeinteilungen) macht.

Neue befristete Zuschläge zu ambulanten Operationen einschließlich Anästhesie

Die neuen Zuschläge werden dem Operateur (= operierende Praxis) bei Patientinnen und Patienten bis zum vollendeten 18. Lebensjahr zu solchen ambulanten Operationen gemäß EBM-Abschnitt 31.2 gewährt, für die Leistungen des Hybrid-Kataloges 2026 gemäß den genannten OPS-Kodes durchgeführt werden.

Die neuen Zuschläge müssen Sie nicht selbst in Ihre Abrechnung eintragen. Die zutreffenden Gebührenordnungspositionen werden bei Vorliegen der Voraussetzungen von uns **automatisch** einmal zu jeder abgerechneten und anerkannten zuschlagsberechtigten Operationsleistung (Haupteingriff) **zugesetzt**.

Die aktuelle Übersicht der Zuschläge nach den GÖP 31950 bis 31999 und die dazugehörigen Rundschreiben mit den Abrechnungshinweisen finden Sie auch unter www.kvb.de/mitglieder/abrechnung.

Der Beschluss des Bewertungsausschusses aus seiner 838. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) wurde auf der Internetseite des Instituts des BA unter <https://institut-ba.de/ba/beschluesse.html> unter dem Vorbehalt der Nichtbeanstandung durch das Bundesministerium für Gesundheit veröffentlicht.

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

GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz – Änderungen im Verordnungsbereich

Bestimmte Neuregelungen des GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetzes (GKV-BStabG) gelten bereits seit dem 30. Juli 2026:

Homöopathika und Anthroposophika

Mit dem GKV-BStabG werden homöopathische und anthroposophische Arzneimittel aus dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen gestrichen. Das bedeutet:

- Solche Arzneimittel sind für alle Patientinnen und Patienten (auch für Kinder) nicht mehr verordnungsfähig.
- Die Ausnahmeregelung nach der Anlage 1 der Arzneimittel-Richtlinie entfällt: Mistelpräparate sind in der Palliativtherapie von malignen Tumoren nicht mehr verordnungsfähig.
- Eine Verordnung über den Sprechstundenbedarf ist unzulässig.

Im Rahmen von Satzungsleistungen können diese Arzneimittel nur noch auf Privatrezept verordnet werden. Ab 1. Januar 2027 ist eine Erstattung im Rahmen von Satzungsleistungen nicht mehr vorgesehen.

Cannabis

Cannabisblüten sind seit dem 30. Juli 2026 nicht mehr zulasten der GKV verordnungsfähig und dürfen nicht mehr von den Krankenkassen erstattet werden, auch nicht für Bestandspatienten. Patientinnen und Patienten unter bestehender Cannabisblütentherapie müssen, auch im Falle einer bereits erteilten Genehmigung der Krankenkasse für eine Blütenversorgung, auf eine andere Art von Cannabisarzneimitteln umgestellt werden. Bitte beachten Sie hierbei eine eventuell daraus re-

sultierende erneute Genehmigungspflicht.

NEU- seit 30. Juli 2026: Zu Beginn einer Therapie mit Cannabisarzneimitteln muss die Behandlung in der vertragsärztlichen Versorgung künftig für sechs Monate mit einem zugelassenen cannabishaltigen Fertig-arzneimittel begonnen werden, bevor ein anderes Cannabisarzneimittel, zum Beispiel eine Dronabinol-Rezeptur oder ein zubereitetes Cannabisextrakt verordnet werden darf. Diese Regelung betrifft lediglich Neueinstellungen ab dem 30. Juli 2026. Personen, die bereits davor eine Therapie mit Cannabisarzneimitteln erhalten haben, müssen nicht auf ein Fertig-arzneimittel umgestellt werden, unabhängig davon, welches Cannabisarzneimittel verwendet wurde, wie lange die Dauer der Therapie war und ob in der Vergangenheit bereits ein Fertig-arzneimittel zur Anwendung kam oder nicht. Als zugelassenes cannabishaltiges Fertig-arzneimittel in diesem Sinne stehen derzeit Sativex® (THC/CBD) und Canemes® (Nabilon) zur Verfügung. Eine Therapie mit Epidyolex® (nur CBD) wird von dieser gesetzlichen Regelung nicht erfasst, da nach AM-RL ein Mindestgehalt von 0,2% THC gefordert wird.

Zuzahlung

Die neuen Zuzahlungsregelungen gelten ab dem 1. Januar 2027:

- **Arzneimittel, Hilfsmittel:**
Die Zuzahlung bei Arzneimittelverordnungen bleibt bei zehn Prozent, der Mindestbetrag wird jedoch auf 7,50 Euro, der Höchstbetrag auf 15 Euro angehoben.
- **Bei Abgabe von mehreren Packungen (oder Abgabe von Teilmengen) wegen Nichtverfüg-**

barkeit ist nur eine einmalige Zuzahlung entsprechend der verordneten Packung zu leisten.

- **Heilmittel, häusliche Krankenpflege:**
Hier fallen zehn Prozent der Kosten sowie 15 Euro je Verordnung an.
- **Hilfsmittel zum Verbrauch:**
Die monatliche Zuzahlungsobergrenze wird von 10 Euro auf 15 Euro angehoben.

Anpassung der Verbandmitteldefinition

Als Verbandmittel gelten künftig auch Produkte mit antimikrobiellen Eigenschaften, sie sind weiter verordnungsfähig. Verbandmittel, die ausschließlich proteasemodulierende Eigenschaften aufweisen, gelten nicht mehr als Verbandmittel und sind ab dem 1. Januar 2027 nicht mehr verordnungsfähig. Um die Kostenentwicklung zu dämpfen, wird ein Preismoratorium (Preisstand 1. Januar 2026) eingeführt. Eine Anpassung der Preise ist gemäß amtlicher Inflationsrate möglich.

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

Ausnahme vom Zuweisungsverbot

Die Arzneimittelversorgung von Bewohnerinnen und Bewohnern in Pflegeheimen wurde vereinfacht: Sie können Verordnungen sowie Zugangsdaten zur Einlösung von eRezepten jetzt direkt an die heimversorgende Apotheke übermitteln.

Mit dem Anfang Juli 2026 in Kraft getretenen Apothekenversorgungs-Weiterentwicklungsgesetz (ApoVWG) wurde eine zeitlich befristete Ausnahme vom Zuweisungsverbot geschaffen. Danach dürfen Sie Rezepte für Arzneimittel und apothekenpflichtige Medizinprodukte an eine Apotheke weiterleiten, die einen Heimversorgungsvertrag mit dem Pflegeheim geschlossen hat.

Die Regelung gilt bis Ende 2028. Ab Januar 2029 sollen Pflegeheime an den eRezept-Fachdienst angebunden sein und damit selbst auf eRezepte zugreifen können.

Neue Möglichkeit für die Arzneimittelversorgung

Bislang stellen Sie ein eRezept aus und drucken den Patientenausdruck, der anschließend in der Apotheke eingelöst wird. Alternativ kann das eRezept mit der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) eingelöst werden. Beide Wege bleiben weiterhin möglich.

Zusätzlich können Sie nun den eRezept-Token direkt per KIM an die heimversorgende Apotheke übermitteln. Die Apotheke ruft das eRezept über den eRezept-Fachdienst ab und versorgt das Pflegeheim mit den verordneten Arzneimitteln.

Apothekenpflichtige Medizinprodukte können derzeit ausschließlich auf Muster 16 und nicht elektronisch verordnet werden.

Voraussetzungen für die Direktübermittlung

Eine direkte Übermittlung an die heimversorgende Apotheke ist möglich, wenn:

- Pflegeheim und Apotheke einen Heimversorgungsvertrag nach Paragraph 12a Apothekengesetz geschlossen haben,
- zwischen Ihrer Praxis und der Apotheke eine entsprechende Absprache besteht.

Sind diese Voraussetzungen erfüllt, dürfen Sie Arzneimittelverordnungen gesammelt und unmittelbar an die heimversorgende Apotheke übermitteln.

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

Krankenförderung infektiöser Patienten

Vor einer Krankenförderung von Patientinnen und Patienten, bei denen die Diagnose gesichert ist oder der begründete Verdacht besteht, dass sie an einer kontagiösen Infektionskrankheit mit besonders gefährlichen Erregern leiden oder die Träger multiresistenter Keime sind, besteht eine Meldepflicht gegenüber dem Transportunternehmen (nach Paragraph 40 Absatz 3 BayRDG).

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

Impfung gegen Chikungunya

Nachdem der attenuierte Lebendimpfstoff Ixchiq® nun schon für Personen ab dem Alter von zwölf Jahren zugelassen ist, haben wir auch unser „Verordnung Aktuell“ zu dem Thema überarbeitet.

Aufgrund der aktuellen Sicherheitsbedenken bei schweren unerwünschten Ereignissen wird der Lebendimpfstoff Ixchiq® für Personen ab 65 Jahren nach wie vor nicht mehr empfohlen. Die STIKO empfiehlt stattdessen für alle Personen ab 60 Jahren den alternativen Totimpfstoff Vimkunya®.

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

Betäubungsmittel im ÄBD verordnen

Im ärztlichen Bereitschaftsdienst (ÄBD) können Betäubungsmittel (BtM) verordnet werden, sofern die akuten Beschwerden der Patientin beziehungsweise des Patienten eine sofortige Behandlung erfordern und diese nicht bis zu den regulären Praxisöffnungszeiten warten kann.

Grundsätze

- **Wirtschaftlichkeitsgebot:**
Die Verordnung muss medizinisch notwendig, zweckmäßig und ausreichend sein.
- **Individuelle Bedarfseinschätzung:**
Die Dosierung und Packungsgröße richten sich nach der Dringlichkeit und der Dosierung des verschriebenen Medikaments.

In unserem „Verordnung Aktuell“ zum Thema „Betäubungsmittel im Bereitschaftsdienst verordnen“ lesen Sie weitere Details.

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

Austauschbarkeit von Arzneimitteln

Apotheken sind dazu verpflichtet, bei der Abgabe von verordneten Medikamenten ein preisgünstiges Alternativpräparat abzugeben, sofern die Ärztin oder der Arzt dies nicht ausdrücklich ausgeschlossen hat.

In unserem „Verordnung Aktuell“ zum Thema „Austauschbarkeit von Arzneimitteln (aut-idem)“ erklären wir:

- wann Substitution möglich ist,
- welche Voraussetzungen gelten,
- was es mit der Substitutionsausschlussliste auf sich hat,
- wann nicht substituiert werden darf,
- welche Besonderheit bei Biologika und Biosimilar und Importarzneimitteln gelten,
- wann ein neues Rezept ausgestellt werden muss,
- und welche Möglichkeiten bei Lieferengpässen bestehen.

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

„KI in Praxen“: Online-Fortbildungen über KI-Campus

Kontinuierliches Lernen ist integraler Bestandteil der ärztlichen und psychotherapeutischen Tätigkeit, um am Puls der Zeit zu bleiben. Umso relevanter ist dies im Feld der Künstlichen Intelligenz (KI), denn diese Schlüsseltechnologien spielen auch in der Medizin eine immer wichtigere Rolle. Über das Webangebot „KI-Campus“ können sich Mitglieder der KVB umfänglich und tiefgehend mit dem Thema KI auseinandersetzen und zeit- und ortsunabhängig an qualitativ hochwertigen Fortbildungen teilnehmen, die unter anderem durch die Landesärztekammer Baden-Württemberg (LÄK BW) zertifiziert sind. Für den Erhalt von CME-Punkten ist es notwendige Voraussetzung, sich für den jeweiligen Kurs bei der LÄK BW zu registrieren.

Folgende Kurse mit CME-Punkten sind aktuell verfügbar:

- Dr. med. KI – Grundlagen für Ärztinnen und Ärzte
Dauer: 24 Stunden,
9 CME-Punkte
<https://www.aerztekammer-bw.de/online-fortbildungen-mit-dem-fokus-auf-kuenstliche-intelligenz-kurs-i-157ee4e-0504adef7g>

- Dr. med. KI – Anwendungen für Ärztinnen und Ärzte
Dauer: 21 Stunden,
12 CME-Punkte
<https://www.aerztekammer-bw.de/online-fortbildungen-mit-dem-fokus-auf-kuenstliche-intelligenz-kurs-ii-26f1ff942a20e232>
- Dr. med. KI – Ethik und Daten für Ärztinnen und Ärzte
Dauer: 12 Stunden,
8 CME-Punkte
<https://www.aerztekammer-bw.de/online-fortbildungen-mit-dem-fokus-auf-kuenstliche-intelligenz-kurs-iii-14943557541c0a71>
- Dr. med. KI – Ethik und Regulierung für Ärztinnen und Ärzte
Dauer: 12 Stunden,
10 CME-Punkte
<https://www.aerztekammer-bw.de/online-fortbildungen-mit-dem-fokus-auf-kuenstliche-intelligenz-kurs-iv-13e5664503c113ed>

Weitere Angebote zu Online-Kursen mit Inhalten rund um KI in der Medizin finden Sie unter <https://ki-campus.org/> mit den Filtern „KI in der Medizin“ und „Fortbildungen Medizin“.

Erweiterung der gesetzlichen Vorgaben zur KI-Nutzung seit August 2026

Laut dem Europäischen Artificial Intelligence Act (EU AI Act) gelten seit 2. August 2026 für den Einsatz oder die Bereitstellung von Künstlicher Intelligenz (KI) zusätzliche Pflichten, die auch für ärztliche und psychotherapeutische Praxen relevant sein können.

Der „große“ KI-Stichtag im August 2026 fiel deutlich leiser aus als angekündigt, da die erweiterten Regeln für Hochrisiko-KI, unter die auch Medizinprodukte mit KI-Unterstützung fallen, auf Dezember 2027 beziehungsweise August 2028 verschoben wurden.

Folgende Vorgaben wurden zum 2. August 2026 eingeführt:

1. Transparenzpflichten

Bei KI-Systemen, die direkt mit Menschen interagieren, muss erkennbar sein, dass es sich um KI handelt. Nutzer dürfen nicht über die künstliche Natur des Systems getäuscht werden.

2. Kennzeichnung von KI-generierten Inhalten

KI-generierte oder -manipulierte Inhalte (zum Beispiel Bilder, Videos, Audiodateien, Texte, Deepfakes) müssen gekennzeichnet werden. Soweit technisch möglich, sind maschinenlesbare Kennzeichnungen vorzusehen.

3. Informationspflichten bei bestimmten KI-Anwendungen

Wer Emotionserkennung oder biometrische Kategorisierung einsetzt, muss betroffene Personen darüber informieren.

4. Sanktionen

Verstöße können mit erheblichen Bußgeldern geahndet werden.

Praxen, die KI-Unterstützung einsetzen, sollten jetzt schon folgende Maßnahmen umsetzen beziehungsweise einführen:

- Den Bestand an verwendeten KI-Tools aufnehmen, dokumentieren und nach Risikoklassen einstufen: Für die Behandlung dürfen nur KI-Systeme eingesetzt werden, die über ein CE-Zeichen verfügen.
- Transparenzpflichten umsetzen und Kennzeichnungspflichten für KI-generierte Inhalte etablieren: Konkret sollten Praxen auf die Nutzung von KI-Tools in der Datenschutzerklärung hinweisen, die jeder Patient unterschreiben muss. Darüber hinaus kann ein Hinweis auf der Internetseite der Praxis sinnvoll sein, beispielsweise bei der Nutzung eines Chatbots zur Terminvereinbarung. Idealerweise unterstützt der Anbieter des jeweiligen KI-Tools Praxen mit einem Muster für die Information der Patienten.
- Interne KI-Richtlinie mit Rollen, Prozessen und Freigaben definieren sowie sicherstellen, dass Menschen die KI-Ergebnisse überprüfen und bei Bedarf eingreifen können.
- Schulungen zur KI-Kompetenz („AI Literacy“) für alle Mitarbeitenden durchführen, die KI in der Praxis nutzen: Dies ist auch für alle Praxen relevant, die einfach einzusetzende KI-Systeme wie beispielsweise ChatGPT, Microsoft Copilot oder ähnliche im Praxisbetrieb nutzen. Welcher Inhalt für die Schulungen relevant ist und wie umfassend die zu vermittelnden Kenntnisse sein sollten, ist jeweils von dem konkreten Einsatz der KI und der Aufgabe der jeweiligen Person abhängig.

Kostenfreie Online-Kurse mit Inhalten rund um KI in der Medizin finden Sie unter <https://ki-campus.org/> mit den Filtern „KI in der Medizin“ und „Fortbildungen Medizin“. Schulungen zu produktspezifischen Inhalten erfragen Sie bitte direkt beim Anbieter.

- KI nur für den Zweck einsetzen, für den sie jeweils vorgesehen ist und Datenschutzvorgaben erfüllen: Wenn Sozialdaten über ein KI-System zweckgemäß verarbeitet werden, sollte die Praxis unbedingt einen Auftragsverarbeitungsvertrag mit dem Anbieter abschließen. Darüber hinaus sollte geklärt werden, inwieweit für den jeweiligen KI-Einsatz eine Datenschutzfolgenabschätzung erfolgen muss. Bei zweckfremder Nutzung, also dem Einsatz von „Schatten-KI“ wie beispielsweise ChatGPT, Microsoft Copilot oder ähnlichen als Textverarbeitungs-KI, dürfen keine personenbezogenen Daten eingegeben werden.

Weiterführende Informationen zu KI in Praxen finden Sie unter www.kvb.de/mitglieder/praxisfuehrung/it-online-services-ti/ki-in-praxen.

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

