

Abrechnung

Rundschreiben der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland

Anlage zu Ausgabe 1/2026

Inhalt

1.	ICD-10-GM und OPS 2026: Wesentliche Änderungen im Überblick	2
2.	AOP-Vertrag an aktuellen OPS und EBM angepasst	3
3.	Erweiterter Anspruch auf Biomarkertests beim Mammakarzinom: EBM-Anpassungen nicht erforderlich	3
4.	Bundespolicisten mit eGK (VKNR 74860) können ab Januar das eRezept nutzen	4
5.	Anwendung des Ersatzverfahrens bei Kindern und Jugendlichen ab dem 01.01.2026	5
6.	Hybrid-DRG: Präanästhesiologische Untersuchungen, prä- und postoperative Leistungen – Übergangsregelung verlängert	5
7.	Bewertungsausschuss erhöht Zuschlag für Meldungen an Implantateregister bei Hüft- und Kniegelenkseingriffen	6
8.	Nachweis einer Hepatitis B- oder C-Virusinfektion in der Gesundheitsuntersuchung ab dem 01. Januar 2026	7
9.	Änderungen im Notfalldienst ab dem 01.01.2026	7
10.	Höhe der Hybrid-DRG steht jetzt endgültig fest	8

1. ICD-10-GM und OPS 2026: Wesentliche Änderungen im Überblick

Seit dem 1. Januar 2026 sind die aktualisierten Versionen der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision – German Modification (ICD-10-GM) und des Operationen- und Prozedurenschlüssels (OPS) in Kraft.

Die wesentlichen Änderungen gegenüber den Versionen 2025 hat die KBV jeweils in einer Präsentation für Sie zusammengefasst. Die Dokumente sind auch auf der KBV-Internetseite abrufbar:

- ICD-10-GM 2026:
www.kbv.de/praxis/abrechnung/kodieren
- OPS 2026:
www.kbv.de/praxis/abrechnung/ambulantes-operieren/anhang-2



ICD-10-GM 2026

Nach einstimmiger Beratung im Kuratorium für Fragen der Kodiersysteme im Gesundheitswesen und Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit wird die routinemäßige Weiterentwicklung der ICD-10-GM ab 2026 auf einen **dreijährigen Turnus umgestellt**.

OPS 2026 mit Anhang 2 zum EBM

Die Bereitstellung der aktualisierten Dateien erfolgte mit der Gebührenordnungsstammdatei am 3. November 2025. Zusätzlich stehen Ihnen die Daten zum neuen Anhang 2 des EBM auf der Internetseite der KBV zur Verfügung:

www.kbv.de/praxis/abrechnung/ambulantes-operieren/anhang-2



Hinweis bezüglich der Seitenlokalisierung

Wir hatten Sie im November über eine Änderung bezüglich der Seitenlokalisierung informiert und möchten heute noch einmal auf den Sachverhalt eingehen. Das BfArM hat zum 1. Januar 2026 die bisherige Seitenlokalisierung „B“ für beidseitig aus dem OPS gestrichen. Der Bewertungsausschuss ist den Vorgaben im OPS gefolgt und hat stattdessen das Kennzeichen „P“ für Eingriffe an paarigen Organen oder Körperteilen eingeführt, um zukünftig weiterhin die Gebührenordnungspositionen, die für Operationen an paarigen Organen spezifisch kalkuliert wurden, ansteuern zu können. Entsprechend ist die Angabe zur Seitenlokalisierung an einzelnen Codes im Anhang 2 in der Rubrik „Seite“ geändert worden. Die Zusatzkennzeichen „R“ für rechts und „L“ für links bleiben bestehen.

2. AOP-Vertrag an aktuellen OPS und EBM angepasst

Bei den Verhandlungen zum ambulanten Operieren nach Paragraf 115b SGB V haben sich KBV, Deutsche Krankenhausgesellschaft und GKV-Spitzenverband auf einige wenige Neuerungen geeinigt. Insbesondere handelt es sich um Anpassungen des AOP-Vertrages und seiner Anlagen an die Version des Operationen- und Prozedurenschlüssels für 2026 und den aktuellen EBM, die zum 1. Januar erfolgen.

So wird der AOP-Katalog (Anlage 1 des AOP-Vertrages) um die **transurethrale Injektion bei Ostiuminsuffizienz (OPS-Kode 5-569.62) erweitert**. Der Eingriff kann damit ab Januar auch von Krankenhäusern ambulant durchgeführt werden, im Anhang 2 des EBM ist er bereits enthalten. Darüber hinaus wurde der Katalog auf die neue Version des Operationen- und Prozedurenschlüssels (OPS) 2026 übergeleitet und an den aktuellen EBM angepasst.

Die Regelung zu den mit einem „*“ gekennzeichneten EBM-Positionen wurde bis zum 30. Juni 2026 verlängert. Die Leistungen können somit weiterhin bei Durchführung der jeweiligen Prozedur abgerechnet werden, auch wenn der Leistungsinhalt der Gebührenordnungsposition nicht oder nicht vollständig erfüllt ist.

Bei den Kontextfaktoren (Anlage 2 des AOP-Vertrages) erfolgen Anpassungen bei Eingriffen an den Augenmuskeln. Diese Änderungen sind aufgrund des vollständigen Wegfalls der Angabe der Seitenlokalisation an OPS-Kodes für kombinierte Operationen an den Augenmuskeln (OPS 5-10k ff.) notwendig. Dadurch können Krankenhaus- und Belegärzte bestimmte beidseitige ophthalmochirurgische Eingriffe sowie Eingriffe in Zusammenhang mit bestimmten Begleiterkrankungen weiterhin stationär durchführen. Die Befristung wurde erneut um ein Jahr verlängert.

Frakturzuschläge und Schweregradsystematik

Die Bewertung der Frakturzuschläge (Anlage 3 des AOP-Vertrages) wird aufgrund der Anhebung des Orientierungswertes für 2026 (+2,8 Prozent) entsprechend erhöht. Mit den Zuschlägen sollen höhere Aufwände vergütet werden, die durch die Nichtplanbarkeit der Eingriffe entstehen, zum Beispiel durch das Vorhalten von Personal und Räumen.

Die Vertragspartner verständigten sich außerdem darauf, die Schweregradsystematik im kommenden Jahr weiterzuentwickeln. Sie wurde zum 1. Januar 2023 eingeführt. Ärzte erhalten seitdem für Rezidivoperationen einen Zuschlag, seit Anfang 2024 auch für die Versorgung von Frakturen.

3. Erweiterter Anspruch auf Biomarkertests beim Mammakarzinom: EBM-Anpassungen nicht erforderlich

Der Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) vom 17. Juli 2025, den Anspruch auf biomarkerbasierte Tests beim primären Mammakarzinom auf weitere Patientinnen auszuweiten, erfordert keine Anpassungen des EBM.

Der G-BA hat im Juli den Anspruch auf biomarkerbasierte Genexpressionstests beim primären

Mammakarzinom erweitert und zugleich präzisiert: Der Oncotype DX®-Test ist nun auch für Frauen mit hormonrezeptorpositivem, HER2-negativem, nicht metastasiertem Brustkrebs und bis zu drei befallenen Lymphknoten (N1-Gruppe) erstattungsfähig – vorausgesetzt, die Patientin ist postmenopausal oder es ist eine Ovarialsuppression eingeleitet oder geplant.

Zugleich hat der G-BA die Tests bei prämenopausalen Patientinnen eingeschränkt: Die Durchführung der Tests ist nur zulässig, wenn eine Ovarialsuppression geplant oder bereits eingeleitet wurde. Dabei gilt: Bei nodalnegativen prämenopausalen Patientinnen können weiterhin alle vier zugelassenen Tests (EndoPredict®, MammaPrint®, Oncotype DX Breast Recurrence Score®, Prosigna®) eingesetzt werden. Bei 1bis 3 befallenen Lymphknoten (N1) darf ausschließlich der Oncotype DX®-Test durchgeführt und abgerechnet werden – vorausgesetzt, dass eine Ovarialsuppression erfolgt oder geplant ist. Ohne Ovarialsuppression sind biomarkerbasierte Tests bei prämenopausalen Patientinnen gemäß der neuen Nummer 56 der Anlage II der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung (MVV-RL) nicht mehr vertragsärztlich abrechnungsfähig.

Trotz der geänderten Anspruchsvoraussetzungen für die biomarkerbasierten Tests beim primären Mammakarzinom ergibt sich für den Bewertungsausschuss kein Anpassungsbedarf an den bestehenden Gebührenordnungspositionen (GOP) der Kapitel 8, 13 und 19 des EBM.

Diese können seit Inkrafttreten des G-BA-Beschlusses am 11. Oktober 2025 unter Berücksichtigung der geänderten Anspruchsvoraussetzungen abgerechnet werden:

- GOP 08347: Erörterung der Besonderheiten des biomarkerbasierten Tests bei Patientinnen mit primärem Mammakarzinom
- GOP 13507: Erörterung der Besonderheiten des biomarkerbasierten Tests bei Patientinnen mit primärem Mammakarzinom
- GOP 19402: Zuschlag für eine wissenschaftliche ärztliche Beurteilung komplexer krankheitsrelevanter tumorgenetischer Analysen im individuellen Kontext
- GOP 19503: Biomarkerbasierter Test unter Anwendung der Vorgehensweise des EndoPredict® gemäß Nr. 30 Anlage I der MVV-RL beim Mammakarzinom
- GOP 19504: Biomarkerbasierter Test unter Anwendung der Vorgehensweise des MammaPrint® gemäß Nr. 30 Anlage I der MVV-RL beim Mammakarzinom
- GOP 19505: Biomarkerbasierter Test unter Anwendung der Vorgehensweise des Prosigna® gemäß Nr. 30 Anlage I der MVV-RL beim Mammakarzinom
- GOP 19506: Biomarkerbasierter Test unter Anwendung der Vorgehensweise des Oncotype DX Breast Recurrence Score® gemäß Nr. 30 Anlage I der MVV-RL beim Mammakarzinom

4. Bundespolizisten mit eGK (VKNR 74860) können ab Januar das eRezept nutzen

Mit Ausgabe KVS-Aktuell 2/2025 haben wir Sie bereits über die sukzessive Einführung der elektronischen Gesundheitskarte ab dem 2. Quartal 2025 bei dem Sonstigen Kostenträger Bundespolizei Heilfürsorge informiert.

Die meisten Bundespolizisten verfügen nun über eine elektronische Gesundheitskarte und ab 1. Januar 2026 können Ärztinnen und Ärzte auch Medikamente elektronisch verschreiben.

Für das Ausstellen der elektronischen Rezepte gelten dieselben Regelungen wie bei Kassenpatienten. Für Versicherte, die noch die alte Heilfürsorgekarte vorlegen, kann kein eRezept ausgestellt werden.

Schrittweise Einführung der TI-Anwendungen

Weitere Anwendungen der Telematikinfrastruktur (TI) für Angehörige der Bundespolizei sollen folgen. Da die Heilfürsorge elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen noch nicht empfangen kann, sollten Ärzte Bundespolizisten vorerst weiterhin einen Ausdruck mitgeben. In Vorbereitung ist zudem die elektronische Patientenakte, die voraussichtlich im Laufe des Jahres 2026 auch für Bundespolizisten kommen soll.

Wir informieren Sie sobald weitere TI-Anwendungen für Angehörige der Bundespolizei eingeführt sind.

Ansprechpartner:

Kerstin Beilmann/ Anja Reinert/ Nicole Jung

✉ honorar@kvsaarland.de

5. Anwendung des Ersatzverfahrens bei Kindern und Jugendlichen ab dem 01.01.2026

In unserer Dezember Ausgabe des KVS-Aktuell haben wir Sie bereits über die Anpassung der Anlage 4a Bundesmantelvertrag-Ärzte zur Anwendung des Ersatzverfahrens bei Kindern und Jugendlichen ohne elektronische Gesundheitskarte (eGK) informiert.

Ab dem 01. Januar 2026 kann in diesen Fällen in der Abrechnung folgender Begründungstext in KVDT (FK 5009) eingetragen werden:

„Jugendlicher ohne eGK“

Weitere Informationen entnehmen Sie unserer Homepage:

<https://www.kvsaarland.de/kb/ihre-quartalsabrechnung-bei-der-kv-saarland>



6. Hybrid-DRG: Präanästhesiologische Untersuchungen, prä- und postoperative Leistungen – Übergangsregelung verlängert

Der Bewertungsausschuss (BA) verlängert im Zusammenhang mit den Hybrid-DRG die Übergangsregelungen im EBM für die präanästhesiologische Untersuchung sowie für die prä- und postoperativen Leistungen erneut um ein Jahr bis zum 31. Dezember 2026 (820. Sitzung, schriftliche Beschlussfassung).

Damit kann die Gebührenordnungsposition (GOP) 05311 zur präanästhesiologischen Untersuchung vor einem Eingriff nach Paragraph 115f SGB V weiter abgerechnet werden.

Dies ist möglich, wenn der Eingriff gar nicht oder erst mindestens vier Wochen nach der präanästhesiologischen Untersuchung durchgeführt werden kann, weil der Patient zum Zeitpunkt der Untersuchung nicht narkosefähig war.

Ärzte müssen in diesem Fall zusätzlich zur GOP 05311 die GOP 88110 angeben.

Auch präoperative Leistungen (EBM-Abschnitt 31.1.2), die außerhalb der OP-Einrichtung erfolgen, und postoperative Leistungen (EBM-Abschnitte 31.4.2 und 31.4.3), die nicht von der Hybrid-DRG umfasst sind, können weiter nach EBM abgerechnet werden.

Weitere Informationen finden Sie unter:

www.kbv.de/984706

<https://institut-ba.de/ba/beschluesse.html>



7. Bewertungsausschuss erhöht Zuschlag für Meldungen an Implantateregister bei Hüft- und Kniegelenkeingriffen

Der Bewertungsausschuss (BA) erhöht zum 1. Januar die Vergütung für Meldungen an das Implantateregister bei Eingriffen an Hüft- und Kniegelenken nach der Gebührenordnungsposition (GOP) 01966 (821. Sitzung, schriftliche Beschlussfassung).

Die Bewertung der GOP 01965 für Meldungen bei Brustimplantaten bleibt dagegen zunächst unverändert, da das Implantateregister Deutschland seine Meldeanwendung noch bis zum 31. Dezember 2026 kostenlos bereitstellt.

Die GOP 01966 ist ein Zuschlag zu implantatbezogenen Eingriffen an Hüft- und Kniegelenken (Abschnitt 31.2.4 oder 36.2.4 des EBM). Vergütet wird mit ihr die Erfassung, Speicherung und Übermittlung von Daten bei Endoprothesen an Hüft- und Kniegelenken an die Register- und Vertrauensstelle sowie die Patienteninformation. Die Bewertung steigt zum 1. Januar 2026 von 78 Punkte (9,94 Euro) auf 127 Punkte (16,18 Euro).

Die Anpassung berücksichtigt den finanziellen Aufwand für die Praxissoftware und den personellen Aufwand im Zusammenhang mit der softwaregestützten Datenübermittlung. Ab der 7. Leistung im Quartal beträgt die Bewertung der GOP 01966 nur noch 47 Punkte, da nach Kenntnis des BA ab dieser Grenze keine zusätzlichen Softwarekosten entstehen. Bis einschließlich der 6. Leistung im Quartal sind damit insgesamt rund 60 Euro je Quartal für die Softwarekosten vergütet.

Weitere Informationen finden Sie unter:



www.kbv.de/984706

<https://institut-ba.de/ba/beschluesse.html>



8. Nachweis einer Hepatitis B- oder C-Virusinfektion in der Gesundheitsuntersuchung ab dem 01. Januar 2026

Versicherte ab 35 Jahren haben nach der Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses einmalig den Anspruch, sich auf die Viruserkrankungen Hepatitis B und/oder Hepatitis C im Rahmen des sogenannten Check-ups (Gesundheitsuntersuchung) testen zu lassen. Ziel ist es, durch das Screening unentdeckte, weil zunächst symptomlos oder schleichend verlaufende Infektionen zu erkennen und frühzeitig zu behandeln, um teils gravierende Spätfolgen zu verhindern.

9. Änderungen im Notfalldienst ab dem 01.01.2026

Zum 01.01.2026 wurden Fallzahl- und Zuschlagsstaffelungen im Notfalldienst für alle Fachgruppen gleichermaßen festgelegt.

Die jeweils im Bereitschaftsdienst erbrachten Leistungen werden wie bisher nach EBM-Vorgaben auf der Scheinart 41 (Notfallschein) abgerechnet und in voller Höhe vergütet.

Die Zuschläge werden je Dienst je Arztfall durch die KV Saarland zugesetzt.

Da die Zuschläge Arztfall bezogen sind, ist es für die Vergütung der Zuschläge erforderlich, dass mindestens ein Patient den Dienst aufgesucht haben muss. Sollte kein Patient den Dienst aufgesucht haben, erfolgt keine Zusetzung der Zuschlagsziffer und es kommt zu keiner Vergütung im entsprechenden Dienst.

Somit ist ab dem Quartal 1/2026 die Anlage des Pseudopatienten („Notfall Reiner“) NICHT mehr möglich, wenn KEIN Patient den Notfalldienst aufgesucht hat.

In BD-Online wurde hierüber bereits informiert. Die entsprechenden Merkblätter sind ebenfalls in BD-Online zu finden.

Weitere Informationen entnehmen Sie unserer Homepage:

<https://www.kvsaarland.de/kb/notfalldienst-ab-01-01-2026>



<https://www.kvsaarland.de/kb/hvm-2026>

<https://www.kvsaarland.de/kb/regionale-gebuehrenordnung>



10. Höhe der Hybrid-DRG steht jetzt endgültig fest

Mit Inkrafttreten des Gesetzes zur Befugniserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege zum Jahresbeginn steht nun auch die Höhe der sektorengleichen Fallpauschalen für 2026 endgültig fest.

Der ergänzte erweiterte Bewertungsausschuss hatte im November 2025 zunächst zwei Varianten der Hybrid-DRG-Vergütung berechnet und beschlossen. Der Grund: Neben anderen Faktoren fließt auch der Veränderungswert der Krankenhausvergütung in die Berechnung der Hybrid-DRG ein. Dessen Höhe hing an dem entsprechenden Gesetz, das erst kurz vor Weihnachten abschließend vom Bundesrat verabschiedet werden konnte.

Die KBV stellt als Service für Praxen eine aktualisierte Excel-Tabelle mit der gültigen Vergütung der Hybrid-DRG 2026 sowie eine Übersicht des Leistungskatalogs bereit.

Spezielle sektorengleiche Vergütung

Mit der speziellen sektorengleichen Vergütung nach Paragraph 115f SGB V soll das ambulante Operieren in Deutschland vorangebracht werden. Dabei geht es vor allem um Eingriffe, die im internationalen Vergleich noch zu oft stationär erfolgen, obwohl sie ambulant durchgeführt werden könnten.

Weitere Informationen entnehmen Sie der KBV-Homepage:

<https://www.kbv.de/praxis/tools-und-services/praxisnachrichten/2026/01-08/hoehe-der-hybrid-drg-steht-jetzt-endgueltig-fest>



Herausgeber: Kassenärztliche Vereinigung Saarland - Europaallee 7-9 - 66113 Saarbrücken - Körperschaft des öffentlichen Rechts
- Tel 0681 99 83 70 – Fax: 0681 99 83 71 40 - Mail info@kvsaarland.de - Web www.kvsaarland.de

Verantwortlich: Vorstand - Redaktion: Öffentlichkeitsarbeit

- Zuständige Aufsichtsbehörde: Ministerium für Arbeit, Soziales, Frauen und Gesundheit

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in diesem Dokument auf eine geschlechtsneutrale Differenzierung (z.B. Ärztinnen/ Ärzte) verzichtet. Entsprechende Begriffe gelten im Sinne der Gleichbehandlung grundsätzlich für alle Geschlechter. Die verkürzte Sprachform hat nur redaktionelle Gründe und beinhaltet keine Wertung. Wenn aus Gründen der Lesbarkeit nur die Gruppe der Ärzte genannt wird, ist hiermit selbstverständlich auch die Gruppe der Psychologischen Psychotherapeuten gemeint.