

Abrechnung

Rundschreiben der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland

Anlage zu Ausgabe 8/2025

Inhalt

1. Online-Abrechnung und digitale Sammelerklärung ab dem 4. Quartal 2025 nur noch über das neue Serviceportal KV Saarland MedHub möglich	2
2. Wegfall der Sicherstellungspauschale im Bereitschaftsdienst ab dem 01. Januar 2026	3
3. Aktualisierung Notfalldatensatz: Neue Vergütungssystematik ab 1. Januar 2026	3
4. Ambulantes Operieren: Anhang 2 zum EBM mit OPS-Kodes wird zum 1. Januar aktualisiert	4
5. Anpassung der Dialysesachkostenpauschalen ab dem 1. Januar 2026	5
6. EBM-Anpassung der Präambel der Kinder- und Jugendchirurgie	6
7. Ersatzverfahren ab 01. Januar 2026 auch bei Kindern und Jugendlichen ohne elektronische Gesundheitskarte möglich	7
8. Komplexversorgung Erwachsener: Besuchsleistungen müssen ab 01. Januar 2026 nicht mehr zusätzlich gekennzeichnet werden	7
9. Digitale Gesundheitsanwendungen: Höhere Vergütung und keine Anpassung für neue DiGA im EBM	8
10. Hybrid-DRG für 2026 stehen fest: Das sind die Neuerungen	9
11. Nuvaxovid JN.1 und Comirnaty JN.1	10
12. Onkologie-Vereinbarung: neue Kostenpauschale für die subkutane medikamentöse Tumorthherapie	11
13. Prüffrist für ePA-Vergütung verlängert – Erstbefüllung weiterhin berechnungsfähig	11
14. Portopauschale jetzt auch für Überweisungen und Krankenhauseinweisungen nach Videosprechstunde	12
15. Suchterkrankungen: G-BA passt psychotherapeutische Versorgung an	13
16. Verlängerung der Liposuktion bei Lipödem Stadium III	14
17. Vorhaltepauschale für Hausärzte neu geregelt	14

1. Online-Abrechnung und digitale Sammelerklärung ab dem 4. Quartal 2025 nur noch über das neue Serviceportal KV Saarland MedHub möglich

Seit dem 1. Quartal 2025 steht Ihnen das neue Serviceportal KV Saarland MedHub zur Abrechnungsverarbeitung und Freigabe der über KIM (Kommunikation im Medizinwesen) eingereichten Abrechnungen zur Verfügung.

Mit dem 4. Quartal 2025 ist die Einreichung der Onlineabrechnung, Sammelerklärung, sowie aller abrechnungsrelevanten Daten (EHKS, EDMP, EKOLOSKOPY, EDIALYSE, SQS, Hybrid-DRG) ebenfalls über MedHub möglich.

Sie erreichen das Portal unter <https://medhub.kvsaarland.de>.

Der Zugriff auf das MedHub Portal ist ausschließlich mit der Kombination aus KV Saarland MedHub-Benutzername, persönlicher PIN und angeschlossenem Nitrokey möglich.

Ihre Dokumente, wie z.B. Honorarbescheide etc. finden Sie weiterhin über das alte Portal <https://portal.kvsl.kv-safenet.de>. Verwenden Sie hierfür die alten personenbezogenen Zugangsdaten mit 7stelligem Benutzernamen und dem zugehörigen Passwort.

In den nächsten Wochen werden wir Ihnen auch diese Dokumente in einem neuen Service zur Verfügung stellen. Hierzu werden Sie gesondert informiert.

Ablauf zur Einreichung Ihrer Quartalsabrechnung:

Nach Eingang Ihrer Quartalsabrechnung in MedHub und der anschließenden Markierung als endgültig, erscheint Ihnen im nächsten Schritt ein Fenster zum Einreichen der digitalen Sammelerklärung, welche über eine Zwei-Klick-Bestätigung freigegeben werden muss.

Bitte beachten Sie, dass an die Übermittlung Ihrer endgültigen Quartalsabrechnung die Versendung der digitalen Sammelerklärung geknüpft ist. Somit gilt Ihre Quartalsabrechnung nur nach Ausfüllen und Bestätigung der digitalen Sammelerklärung als endgültig markiert.

Eine Versendung der **Sammelerklärung in Papierform** ist mit dem 4. Quartal 2025 **nicht mehr zulässig**.

Ebenfalls **entfällt** ab dem 4. Quartal 2025 die **Einreichung von Datenträgern, z.B. USB-Sticks** bei der KV Saarland. Nutzen Sie hierfür bitte den manuellen Upload in MedHub.

Sie benötigen für den Upload der oben genannten Dokumente lediglich einen funktionierenden Internetanschluss und die beschriebenen Zugangskomponenten.

Weitere Informationen finden Sie auf unserer Homepage unter

<https://www.kvsaarland.de/kb/serviceportal-medhub>



2. Wegfall der Sicherstellungspauschale im Bereitschaftsdienst ab dem 01. Januar 2026

Bei den Sicherstellungspauschalen besteht die Problematik, dass diese zu sozialversicherungs-
pflichtigen Abgaben führen könnten.

Aufgrund dessen, hat die Vertreterversammlung am 03. Dezember 2025 beschlossen, dass die
Sicherstellungspauschalen im Bereitschaftsdienst unter der Woche und am Wochenende **mit Wir-
kung zum 01.01.2026 entfallen**.

3. Aktualisierung Notfalldatensatz: Neue Vergütungssystematik ab 1. Januar 2026

Für den Notfalldatensatz gibt es seit 1. Januar 2018 im EBM mehrere Zuschläge zur Versicherten,
Grund- und Konsiliarpauschale: GOP 01640 (Zuschlag für die Anlage eines Notfalldatensatzes),
GOP 01641 (Zuschlag Notfalldatensatz) und GOP 01642 (Löschen eines Notfalldatensatzes). Mit
der Aufnahme dieser GOP in den EBM wurde der Auftrag aus dem E-Health-Gesetz umgesetzt, der
eine Vergütungsregelung für die Erstellung und Aktualisierung von Notfalldatensätzen vorsieht.

Da sich der Notfalldatensatz in der Versorgung nicht wie erwartet verbreitet hat, hat der GKV-Spit-
zenverband die Änderung der Vergütungssystematik für die Aktualisierung von Notfalldaten-sät-
zen (GOP 01641) angestrebt. Nach längeren Verhandlungen haben sich die KBV und der GKV-Spit-
zenverband nun auf eine Lösung verständigt.

Der Beschluss sieht zum 1. Januar 2026 Folgendes vor:

- Die GOP 01641 (4 Punkte), die die KV in jedem Behandlungsfall automatisiert zusetzt, entfällt.
- Anstelle dieser GOP wird die **GOP 01643**, die **einmal im Krankheitsfall** berechnungsfähig ist, in
den EBM aufgenommen.
- Die GOP 01643 ist nur berechnungsfähig, wenn im Krankheitsfall ein Notfalldatensatz aktuali-
siert wird. Sie ist mit **39 Punkten bewertet**.
- Voraussetzung für die Berechnung der GOP 01643 ist der Nachweis der Praxis über den An-
schluss der Vertragsarztpraxis an die Telematikinfrastruktur sowie die Kenntnis der zuständi-
gen Kassenärztlichen Vereinigung über das Vorliegen der technischen Voraussetzungen zur
Nutzung des Notfalldatenmanagements.
- Die Vergütung der GOP 01643 erfolgt zunächst für zwei Jahre befristet außerhalb der morbidi-
tätsbedingten Gesamtvergütung.

**Weitere Informationen finden Sie im Beschluss oder auf der Homepage der KBV unter folgenden
Links:**

www.kbv.de/infothek/rechtsquellen/beschluesse

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



4. Ambulantes Operieren: Anhang 2 zum EBM mit OPS-Kodes wird zum 1. Januar aktualisiert

Das Verzeichnis der operativen Prozeduren im Anhang 2 zum EBM wird zu Jahresbeginn an die aktuelle Version des Operationen- und Prozedurenschlüssels angepasst. Unter anderem ändert sich die Seitenangabe bei Eingriffen an paarigen Organen beziehungsweise Körperteilen. Daneben werden auch neue Kodes aufgenommen. Der aktualisierte Anhang 2 gilt ab 1. Januar.

Kennzeichnung von Seitenlokalisationen

Bei beidseitigen Eingriffen an paarigen Organen beziehungsweise Körperteilen müssen Ärztinnen und Ärzte künftig den OPS-Code zweimal angeben – einmal mit dem Zusatzkennzeichen „R“ für rechts und einmal mit dem Zusatzkennzeichen „L“ für links. Die betroffenen Eingriffe sind im Anhang 2 zum EBM in der Rubrik „Seite“ wie gehabt mit einem „J“ und künftig neu mit einem „P“ für paarig gekennzeichnet (bisher: „B“ für beidseitig). Bisher reichte die Angabe eines mit „B“ gekennzeichneten Kodes aus.

Die Anpassung wurde erforderlich, da das BfArM die Seitenlokalisation „B“ aus dem OPS streicht. Durch die Einführung des Kennzeichens „P“ für ausgewählte Eingriffe ist sichergestellt, dass Vertragsärztinnen und Vertragsärzte bei diesen beidseitigen Eingriffen an paarigen Organen weiterhin die höher bewertete Gebührenordnungsposition abrechnen können.

Operationen an den Augenmuskeln

Bei den kombinierten Operationen an den Augenmuskeln geben Ärztinnen und Ärzte die Seitenlokalisation künftig nicht mehr an. Im OPS 2026 wurde die entsprechende Kennzeichnung entfernt. Hintergrund ist die Vorgabe, dass alle Augenmuskeln zusammengezählt werden und entsprechend der Anzahl der operierten Muskeln der spezifische OPS-Code verschlüsselt wird – unabhängig davon, ob ein Auge oder beide Augen operiert werden.

Die entsprechenden Kodes sind deshalb im Anhang 2 zum EBM in der Rubrik „Seite“ mit einem „N“ für „Nein, keine Seitenangabe erforderlich“ gekennzeichnet (bisher: „J“ für „Ja, Seitenangabe erforderlich“). Sie können künftig nicht mehr als Simultaneingriffe abgerechnet werden.

Weitere Operationen aufgenommen

Der Anhang 2 wurde bei der jährlichen Anpassung an den OPS 2026 auch um neue OPS-Kodes erweitert. Dies betrifft die Bereiche Glaukomchirurgie, Herzschrittmacher / Defibrillatoren, Darmresektionen, Zwerchfellhernien und Re-Ostheosynthesen.

Alle neuen OPS-Kodes im Anhang 2 sind in einer Liste zum Beschluss des Bewertungsausschusses detailliert aufgeführt.

Zur jährlichen Aktualisierung des Anhang 2 gehört auch, dass ungültig gewordene Kodes gestrichen und redaktionelle Änderungen an OPS-Bezeichnungen vorgenommen werden. Diese sind ebenfalls in Listen zusammengefasst.

Darüber hinaus wurde eine Klarstellung zu Operationen zur Exzision von erkranktem Bandscheibengewebe aufgenommen: Sie sind unabhängig vom Vorliegen einer Genehmigung nach der Qualitätssicherungsvereinbarung für arthroskopische Operationen berechnungsfähig.

Die Möglichkeit zum Verschluss einer Hernia diaphragmatica mit alloplastischem Material, mit und ohne Rezidiv, wurde um den operativen Zugangsweg „Thorakoskopisch“ ergänzt.

Weitere Informationen finden Sie im Beschluss oder auf der Homepage der KBV unter folgenden Links:

www.kbv.de/infothek/rechtsquellen/beschluesse



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



5. Anpassung der Dialysesachkostenpauschalen ab dem 1. Januar 2026

Der Bewertungsausschuss hat festgelegt, dass die Kostenpauschalen für nichtärztliche Dialyseleistungen (Dialysekostenpauschalen) künftig jährlich analog zum Orientierungswert (OW) angepasst werden, allerdings nicht bei allen Pauschalen in voller Höhe.

Der BA setzt damit früher getroffene Vorgaben um (siehe unter Nr. 3 des BA-Beschlusses der 693. Sitzung am 6. Dezember 2023; vgl. KV-InfoAktuell 293/2023). Mit dem Ziel der Sicherstellung und Aufrechterhaltung einer flächendeckenden wohnortnahen Versorgung werden die Bewertungen der Kostenpauschalen des Abschnitts 40.14 (Leistungsbezogene Kostenpauschalen für Sach- und Dienstleistungen bei Behandlung mit renalen Ersatzverfahren und extrakorporalen Blutreinigungsverfahren) im EBM weiterentwickelt.

Die KBV setzt sich seit Jahren dafür ein, dass die Kostenpauschalen für nichtärztliche Dialyseleistungen in gleicher Höhe steigen wie die jährliche Veränderungsrate beim OW gemäß § 87 Absatz 2e SGB V. Nun gibt es ein Verfahren für die dauerhafte Weiterentwicklung der Pauschalen.

Die jährliche Veränderungsrate des OW wird dabei ab dem 1. Januar 2026 auch für die Anpassung der Bewertung der Kostenpauschalen des Abschnitts 40.14 angewendet. Die Kostenpauschalen werden jeweils einer von zwei Kategorien zugeordnet, nach denen die Bewertungen fortgeschrieben werden. Dies erfolgt mit der vollen Veränderungsrate für

- Kostenpauschalen für Dialysen bei Kindern (GOP 40815 bis 40819)
- Alterszuschläge (GOP 40829 bis 40834)
- Zuschläge für Infektionsdialysen (GOP 40835 und 40836)
- Zuschlag für Nachtdialysen (GOP 40840)
- Zuschläge für kontinuierliche zyklische Peritonealdialysen (CCPD) (GOP 40841 und 40842)
- Zuschläge für Heimhämodialysen (GOP 40843 und 40844)

- Zuschläge zur Förderung von Heimdialysen (GOP 40845 bis 40847)

und mit einem Wert in Höhe von 75 Prozent der Veränderungsrate des OW für:

- Kostenpauschalen für Hämo- und Peritonealdialysen bei Erwachsenen (GOP 40823 bis 40828)
- Zuschläge für intermittierende Peritonealdialysen (GOP 40837 und 40838).

Weitere Informationen finden Sie im Beschluss oder auf der Homepage der KBV unter folgenden Links:

www.kbv.de/infothek/rechtsquellen/beschluesse



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

6. EBM-Anpassung der Präambel der Kinder- und Jugendchirurgie

Der Bewertungsausschuss (BA) hat zum 1. Januar 2026 verschiedene Anpassungen im EBM beschlossen (819. Sitzung, schriftliche Beschlussfassung).

Es werden mehrere EBM-Anpassungen beziehungsweise Klarstellungen vorgenommen, unter anderem die Aufnahme der Gebührenordnungsposition (GOP) 01722 (Sonographie der Säuglingshöften bei U3) für Fachärzte für Kinder- und Jugendchirurgie in die Nr. 3 der Präambel 7.1 EBM.

Eine detaillierte Darstellung mit allen Änderungen und Hintergründen finden Sie im beigefügten Beschluss und den entscheidungserheblichen Gründen.

Weitere Informationen finden Sie im Beschluss oder auf der Homepage der KBV unter folgenden Links:

www.kbv.de/infothek/rechtsquellen/beschluesse



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

7. Ersatzverfahren ab 01. Januar 2026 auch bei Kindern und Jugendlichen ohne elektronische Gesundheitskarte möglich

Zu Jahresbeginn wird die Vereinbarung zum Inhalt und zur Anwendung der elektronischen Gesundheitskarte angepasst (Anlage 4a Bundesmantelvertrag-Ärzte). Damit werden die Möglichkeiten, das Ersatzverfahren durchzuführen, erweitert.

Im Anhang 1 der Anlage 4a BMV-Ä wird Nummer 2.8 wie folgt angepasst:

„Kann ein Versicherter, der das 18. Lebensjahr nicht vollendet hat, die elektronische Gesundheitskarte nicht vorlegen und kann eine elektronische Ersatzbescheinigung nach Nr. 2.9 nicht übermittelt werden, wird das Ersatzverfahren nach Nummer 2.5 durchgeführt und die Nummer 1.3 findet keine Anwendung. Die Unterschrift nach Nummer 2.6 entfällt, wenn der Versicherte die Behandlung ohne Begleitung eines Vertreters in Anspruch nimmt.“

Weitere Informationen finden Sie auf der Homepage der KBV:

www.kbv.de/infotehek/rechtsquellen/bundesmantelvertrag



8. Komplexversorgung Erwachsener: Besuchsleistungen müssen ab 01. Januar 2026 nicht mehr zusätzlich gekennzeichnet werden

Ab Januar **entfällt** für Ärzte und Psychotherapeuten die zusätzliche **Kennzeichnungspflicht**, wenn sie **Besuchsleistungen** abrechnen, die bei **erwachsenen Patienten in der Komplexversorgung** stattgefunden haben. Nach Prüfung der Leistungsentwicklung durch den Bewertungsausschuss (BA) hat der ergänzte Bewertungsausschuss (ergBA) beschlossen, die 2022 eingeführte Zusatzkennzeichnung zum 1. Januar 2026 abzuschaffen. Damit gilt die Kennzeichnungspflicht von Besuchsleistungen vorerst nur noch bei der Komplexversorgung von Kindern und Jugendlichen.

Konkret geht es um die Kennzeichnung der Besuchsleistungen im Zusammenhang mit der berufsgruppenübergreifenden, koordinierten und strukturierten Versorgung insbesondere schwer psychisch kranker Versicherter mit komplexem psychiatrischem oder psychotherapeutischem Behandlungsbedarf (KSVPsych-RL des Gemeinsamen Bundesausschusses).

Vorgesehen hatte er in diesem Zusammenhang auch eine Kennzeichnung der durchgeführten Besuchsleistungen nach den Gebührenordnungspositionen (GOP) 01410 (Besuch), 01411 (Dringender Besuch I), 01412 (Dringender Besuch II), 01413 (Besuch eines weiteren Kranken) und 01415 (Dringender Besuch eines Patienten in beschützenden Wohnheimen bzw. Einrichtungen bzw. Pflege- oder Altenheimen mit Pflegepersonal).

Bestehen bleibt zunächst noch die Kennzeichnung im Zusammenhang mit den Leistungen des Abschnitts 37.6 EBM im Zusammenhang mit der ambulanten Komplexversorgung schwer psychisch kranker Kinder und Jugendlicher (KJ-KSVPsych-RL des Gemeinsamen Bundesausschusses).

Dieses Kapitel und die entsprechende zusätzliche Kennzeichnungs-pflicht wurden erst zum 1. April 2025 neu in den EBM aufgenommen.

Weitere Informationen finden Sie im Beschluss oder auf der Homepage der KBV unter folgenden Links:

www.kbv.de/infothek/rechtsquellen/beschluesse



<https://institut-ba.de/ergaenzterbewertungsausschuss/ergaenzbeschluesse.html>



9. Digitale Gesundheitsanwendungen: Höhere Vergütung und keine Anpassung für neue DiGA im EBM

Ärztliche Tätigkeiten bei digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGA), die das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) vorläufig in das DiGA-Verzeichnis aufgenommen hat, werden ab 1. Januar etwas höher vergütet. Der Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) wird entsprechend angepasst. Ferner hat das BfArM im September eine weitere DiGA dauerhaft in das DiGA-Verzeichnis aufgenommen.

Die KBV und der GKV-Spitzenverband haben sich darauf verständigt, zum **1. Januar 2026** die **Bewertung der Pauschale 86700 von 7,93 Euro auf 8,15 Euro** anzuheben. Damit werden die ärztlichen Tätigkeiten für vorläufig aufgenommene DiGA weiterhin genauso bewertet, wie die für dauerhaft aufgenommene DiGA, die im EBM geregelt sind.

Die Zusatzpauschalen im EBM für dauerhaft im DiGA-Verzeichnis aufgenommene Anwendungen erhöhen sich zum 1. Januar aufgrund der Anpassung des Orientierungswertes (vgl. KV-InfoAktuell 218/2025).

Derzeit kann die Pauschale 86700 für die ärztlichen Tätigkeiten im Zusammenhang mit der DiGA companion shoulder berechnet werden. Keine Anpassung im EBM für die DiGA „Untire“ erforderlich.

Das BfArM hat im September 2025 eine weitere DiGA dauerhaft in das DiGA-Verzeichnis aufgenommen: „Untire“ für Brustkrebspatientinnen und -patienten, bei denen zusätzlich eine krebsbedingte Fatigue (Erschöpfung) vorliegt. Diese DiGA war vorher zur Erprobung vorläufig im DiGA-Verzeichnis gelistet. Nach dem erforderlichen positiven Nutznachweis wurde sie nun dauerhaft aufgenommen.

Da das BfArM für „Untire“ keine erforderlichen ärztlichen Tätigkeiten bestimmt hat, haben sich KBV und GKV-Spitzenverband als Trägerorganisationen des Bewertungsausschusses darauf verständigt, für diese DiGA keine gesonderten Leistungen in den EBM aufzunehmen.

Nach den gesetzlichen Vorgaben ist der EBM innerhalb von drei Monaten nach einer dauerhaften Aufnahme ins DiGA-Verzeichnis nur anzupassen, soweit ärztliche Leistungen für die Versorgung mit der jeweiligen Anwendung erforderlich sind (§ 87 Abs. 5c SGB V). Die Versorgung mit der neuen DiGA ist Bestandteil des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenkassen und der berechnungsfähigen Gebührenordnungspositionen des EBM. Es besteht kein Anspruch auf Kostenerstattung (§ 87 Abs. 5c Satz 4 SGB V).

Weitere Informationen finden Sie im Beschluss oder auf der Homepage der KBV unter folgenden Links:

www.kbv.de/infothek/rechtsquellen/beschluesse



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



10. Hybrid-DRG für 2026 stehen fest: Das sind die Neuerungen

Der ergänzte erweiterte Bewertungsausschuss hat in seiner Sitzung am 11. November festgelegt, welche Eingriffe im kommenden Jahr mit einer Hybrid-DRG vergütet werden und wie hoch die Fallpauschalen sind.

Insgesamt wird es im kommenden Jahr 69 Hybrid-DRG geben. Der neue Leistungskatalog umfasst 904 OPS-Kodes.

Hinzugekommen sind Hybrid-DRG für:

- die Appendektomie
- die Cholezystektomie
- minimalinvasive Eingriffe an den Koronararterien und peripheren Gefäßen

Bei den Eingriffen an den Knochen wurden Hybrid-DRG für Frakturosteosynthesen ergänzt.

Leistungen für Kinder und Menschen mit Behinderungen wurden aufgrund neuer gesetzlicher Vorgaben durch das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz vom 5. Dezember 2024 aus den Hybrid-DRG gestrichen.

Die vorgelegten Regelungen für 2026 lösen die Hybrid-DRG-Vergütungsvereinbarung 2025 und ihre Anlagen ab, die bis zum 31. Dezember 2025 gelten. Da sich die Vertragspartner KBV, Deutsche Krankenhausgesellschaft und GKV-Spitzenverband in diesem Jahr nicht einigen konnten, wurden die Regelungen gemäß den gesetzlichen Vorgaben durch den ergänzten erweiterten Bewertungsausschuss beschlossen. Alle Details stehen in den entsprechenden Beschlüssen und Anlagen.

Die KBV stellt für Ärztinnen und Ärzte eine Übersicht des Leistungskatalogs sowie eine Übersicht der Hybrid-DRG mit der entsprechenden Vergütung als Excel-Tabellen bereit.

Nähere Informationen dazu finden Sie auf der Homepage der KBV unter folgendem Link:

<https://www.kbv.de/praxis/tools-und-services/praxisnachrichten/2025/11-13/hybrid-drg-fuer-2026-stehen-fest-das-sind-die-neuerungen>



11. Nuvaxovid JN.1 und Comirnaty JN.1

Nuvaxovid JN.1 ab Mitte November als Fertigspritze verfügbar

Arztpraxen können den proteinbasierten COVID-19-Impfstoff Nuvaxovid in der Variantenanpassung JN.1 demnächst wieder bestellen. Neu ist, dass der Impfstoff jetzt als Fertigspritze bereitsteht. Die erste Auslieferung an Praxen soll nach Angaben des Zentrums für Pandemie-Impfstoffe und -Therapeutika am Paul-Ehrlich-Institut am 17. November erfolgen.

Da die Impfung als Fertigspritze bereitsteht, erfolgt die Vergütung der Impfung in Höhe von 10,39 Euro **ohne** den Zuschlag 2,50 Euro für den Mehraufwand bei Mehrdosenbehältnissen.

Nähere Infos dazu finden Sie auf der Homepage der KBV unter:

<https://www.kbv.de/praxis/tools-und-services/praxisnachrichten/2025/10-30/nuvaxovid-jn-1-ab-mitte-november-als-fertigspritze-verfuegbar>



Comirnaty JN.1 ab Dezember nicht mehr verwenden

Alle ausgelieferten Chargen des an die Omikron-Variante JN.1 angepassten COVID-19-Impfstoffes Comirnaty erreichen spätestens am 30. November ihr Verfallsdatum. Arztpraxen dürfen diesen Impfstoff danach nicht mehr verwenden, wie das Zentrum für Pandemie-Impfstoffe und -Therapeutika am Paul-Ehrlich-Institut mitteilte.

Nähere Infos dazu finden Sie auf der Homepage der KBV unter:

<https://www.kbv.de/praxis/tools-und-services/praxisnachrichten/2025/10-30/comirnaty-jn-1-ab-dezember-nicht-mehr-verwenden>



Diese und auch weitere Informationen zu den Impfleistungen finden Sie auch auf unserer Homepage unter dem folgenden Link:

<https://www.kvsaarland.de/vertrag/impfvereinbarungen>



12. Onkologie-Vereinbarung: neue Kostenpauschale für die subkutane medikamentöse Tumorthherapie

Aufgrund der stetig steigenden Anzahl von tumorspezifischen Medikamenten, die für eine subkutane Applikation zugelassen sind, haben die KBV und der GKV-Spitzenverband beschlossen, zum **1. Januar 2026** eine neue **Kostenpauschale 86522** für die subkutan applizierte medikamentöse Tumorthherapie in die Onkologie-Vereinbarung aufzunehmen.

Ihr Gebührenwert beträgt 70 Prozent des Gebührenwertes der Kostenpauschale 86516 für die intravasale medikamentöse Tumorthherapie.

Die neue Kostenpauschale 86522 für die subkutane medikamentöse Tumorthherapie wird zeitnah in der regionalen Umsetzungsvereinbarung zur Onkologie-Vereinbarung zwischen der KVS und den Landesverbänden der Krankenkassen und Ersatzkassen im Saarland aufgenommen.

Die neue Kostenpauschale ist ein Zuschlag zu den Kostenpauschalen 86510 und 86512. Sie ist einmal im Behandlungsfall bei Verabreichung von mindestens einem subkutan applizierten Tumorthérapeutikum der ATC-Klasse L01-Antineoplastische Mittel berechnungsfähig. Ausgenommen sind hierbei Medikamente der ATC-Klassen L01CH-Homöopathische und anthroposophische Mittel und L01CP-Pflanzliche Mittel.

Durch die Aufnahme der neuen Kostenpauschale ergeben sich weitere Folgeanpassungen in der Onkologie-Vereinbarung, die Bestandteil der Änderungsvereinbarung sind.

Des Weiteren werden die Fristen im Paragraph 6 Absatz 7 und Anhang 1 Satz 3 (EDV-Dokumentation) um zwei Jahre bis zum 1. Januar 2028 verlängert.

Weitere Informationen entnehmen Sie bitte in der Onkologie-Vereinbarung unter:

[Onkologie-Vereinbarung](#) (PDF)



13. Prüffrist für ePA-Vergütung verlängert – Erstbefüllung weiterhin berechnungsfähig

Der Bewertungsausschuss (BA) hat die Prüffrist für die Vergütung der Erstbefüllung der elektronischen Patientenakte (ePA) sowie der weiteren ePA-Leistungen bis 1. Juli 2026 verlängert.

Die Gebührenordnungsposition (GOP) 01648 für die ePA-Erstbefüllung wird bis 30. Juni 2026 weitergeführt und bleibt mit 89 Punkten (ab 1. Januar 2026: 11,34 Euro) und Finanzierung außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung unverändert. Falls sich ein Anpassungsbedarf im EBM ergibt, wird der BA zum 1. Juli 2026 einen Beschluss fassen.

Weitere Informationen finden Sie im Beschluss oder auf der Homepage der KBV unter folgenden Links:

www.kbv.de/infothek/rechtsquellen/beschluesse



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



14. Portopauschale jetzt auch für Überweisungen und Krankenhauseinweisungen nach Videosprechstunde

Beim Ausstellen einer Überweisung oder Krankenhauseinweisung in der Videosprechstunde können Ärzte jetzt auch die Portopauschale 40128 abrechnen. Dies ist **rückwirkend seit 1. Oktober** möglich.

Die Kostenpauschale **40128** ist mit **96 Cent** bewertet. Sie kann bisher schon für den postalischen Versand von AU-Bescheinigungen und diverse Verordnungen, zum Beispiel von Hilfs- und Heilmitteln, abgerechnet werden – immer vorausgesetzt, die Ausstellung erfolgt in einer Videosprechstunde oder in Ausnahmefällen auch nach telefonischem Kontakt.

Falls eine Mit- oder Weiterbehandlung durch einen anderen Facharzt oder ein Krankenhaus erforderlich ist, muss der Vertragsarzt sicherstellen, dass dem Patienten in der Regel noch am selben Tag eine Überweisung oder eine Krankenhauseinweisung ausgehändigt oder ihm zugesandt wird.

Abrechnungsfähig bei:

- Versand AU-Bescheinigung, die in einer Videosprechstunde, per Telefon oder nach Hausbesuchen ausgestellt wurde, an den Patienten („Durchschlag“ für den Versicherten)
- Versand Verordnungen, z. B. von Hilfs- und Heilmitteln, die in einer Videosprechstunde oder in Ausnahmefällen auch in einem Telefonat ausgestellt wurden, an den Patienten

Neu seit 1. Oktober 2025:

- Versand von Überweisungen, die in einer Videosprechstunde ausgestellt wurden
- Versand von Krankenhauseinweisungen, die in einer Videosprechstunde ausgestellt wurden

Weitere Informationen finden Sie im Beschluss oder auf der Homepage der KBV unter folgenden Links:

www.kbv.de/infothek/rechtsquellen/beschluesse



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

15. Suchterkrankungen: G-BA passt psychotherapeutische Versorgung an

Für Patienten mit Suchterkrankungen stehen künftig erweiterte Behandlungsmöglichkeiten mit ambulanter Psychotherapie im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung zur Verfügung. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat die Psychotherapie-Richtlinie entsprechend angepasst.

Psychotherapie künftig bei Suchterkrankungen mit sämtlichen psychotropen Substanzen

Der G-BA hat klargestellt, dass ambulante Psychotherapie künftig bei Suchterkrankungen mit sämtlichen psychotropen Substanzen (legal und illegal) zulasten der gesetzlichen Krankenkassen durchgeführt werden darf. Neben Alkohol, Medikamenten und illegalen Drogen zählen hierzu auch Cannabis, neue psychoaktive Substanzen oder psychotrope pflanzliche Stoffe.

Zudem regelt der Beschluss explizit, dass bei Suchterkrankungen mit Nikotin, Tabak oder Koffein weiterhin kein Versorgungsanspruch mit ambulanter Psychotherapie besteht. Der Anspruch bezog sich bislang nur auf Suchterkrankungen mit Alkohol, Medikamenten und illegalen Drogen.

Anpassungen auch bezüglich Abstinenz der Patienten und somatische Behandlung

Die Regelungen zur Abstinenz hat der G-BA mit dem Beschluss erweitert. Konkret bedeutet dies, dass künftig im Rahmen der Kurzzeittherapie (bis zur 24. Behandlungsstunde) ambulante Psychotherapie bei noch nicht abstinenten Suchterkrankten durchgeführt werden darf. Eine Weiterbehandlung nach der 24. Behandlungsstunde ist nur bei Abstinenz zulässig. Die Abstinenz ist durch ärztliche Bescheinigung im Rahmen des Gutachterverfahrens nachzuweisen. Die Anpassungen der Regelungen zur Abstinenz erfolgten unter Einbeziehung der einschlägigen S3-Leitlinien.

Bislang stand in der Psychotherapie-Richtlinie, dass die suchterkrankte Person zu Behandlungsbeginn abstinent sein muss. Abweichend davon durfte mit der Psychotherapie zwar auch bisher schon bei nicht abstinenten Personen begonnen werden. Eine Weiterbehandlung ab der 10. Behandlungsstunde war aber auch bisher nur bei Abstinenz zulässig.

Als weitere Besonderheit ist in der Psychotherapie-Richtlinie festgelegt, dass gleichzeitig oder vor der Psychotherapie eine somatische ärztliche Behandlung der Suchterkrankung erfolgen muss. Diese Regelung bleibt im Ergebnis der Beratungen des G-BA unverändert.

Anpassungen aufgrund des Cannabisgesetzes

Mit Inkrafttreten des Cannabisgesetzes im Jahr 2024 ist der Konsum von Cannabis in Deutschland für Erwachsene legal. Eine Anpassung der Substanzbezeichnungen für die Suchterkrankungen in der Psychotherapie-Richtlinie war infolgedessen erforderlich, weil sich der Anspruch in der Psychotherapie-Richtlinie bisher neben illegalen Drogen ausschließlich auf Alkohol und Medikamente bezog. Der G-BA hat dies zusammen mit einem Positionspapier der Bundespsychotherapeutenkam-

mer zum Anlass genommen, auch die weiteren Regelungen zur psychotherapeutischen Versorgung bei Suchterkrankungen (im Hinblick auf Abstinenz und begleitende somatische ärztliche Behandlung) auf den Prüfstand zu stellen.

Weitere Informationen finden Sie im Beschluss oder auf der Homepage der KBV unter folgenden Links:

www.kbv.de/infothek/rechtsquellen/beschluesse



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



16. Verlängerung der Liposuktion bei Lipödem Stadium III

Der Bewertungsausschuss (BA) hat beschlossen, dass die Liposuktion bei Patientinnen mit Lipödem im Stadium III **bis zum 30. Juni 2026** weiterhin zulasten der gesetzlichen Krankenkassen durchgeführt werden darf (818. Sitzung, schriftliche Beschlussfassung). Bislang galt die befristete Regelung bis zum 31. Dezember 2025.

Hintergrund ist ein Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zur Aufnahme der operativen Fettabsaugung bei Lipödem – unabhängig vom Stadium der chronischen Erkrankung – in die Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung.

Währenddessen können durch die jetzt beschlossene Verlängerung die Leistungen für Patientinnen mit Lipödem im Stadium III weiter abgerechnet werden. Die Finanzierung der Kostenpauschale 40165 für die beim Eingriff eingesetzten Absaugkanülen gilt außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen unverändert weiter.

Weitere Informationen finden Sie im Beschluss oder auf der Homepage der KBV unter folgenden Links:

www.kbv.de/infothek/rechtsquellen/beschluesse



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



17. Vorhaltepauschale für Hausärzte neu geregelt

Die aufgrund gesetzlicher Vorgaben neu geregelte Vorhaltepauschale für Hausarztpraxen wird zum **1. Januar 2026** eingeführt. Mit ihr soll die hausärztliche Grundversorgung stärker gefördert werden.

Mit der neu geregelten **Vorhaltepauschale (GOP 03040)** und dem Zuschlag, der nach der Anzahl erfüllter Kriterien und der Bewertungshöhe gestaffelt ist, werden finanzielle Anreize gesetzt, die die hausärztliche Grundversorgung stärken sollen. Gleichzeitig sollte mit dem Beschluss das Volumen der Honorarumverteilung infolge der gesetzlich vorgegebenen Ausgabenneutralität klein gehalten werden. Dies wird einerseits dadurch erreicht, dass die neu geregelte Vorhaltepauschale durch einen Großteil (92,8 Prozent) des bisherigen Leistungsbedarfs der GOP 03040 finanziert wird.

Zusätzlich wurde festgelegt, dass die Bewertung der neu geregelten Vorhaltepauschale (128 Punkte) zusammen mit dem Zuschlag I (GOP 03041 / 10 Punkte) der Bewertung der bisherigen GOP 03040 (138 Punkte) entspricht. Etwa 87 Prozent der Praxen erfüllen nach den Berechnungen der KBV bei Beibehaltung derzeitigen Abrechnungsverhaltens mindestens zwei Kriterien und erhalten damit einen der beiden Zuschläge.

Details der Vorhaltepauschale ab 2026

Die Grundsystematik der Gebührenordnungsposition (GOP) 03040, also der jetzigen Vorhaltepauschale, die seit 2013 als Zusatzpauschale zu den Versichertenpauschalen für die Wahrnehmung des hausärztlichen Versorgungsauftrages gezahlt wird, bleibt bestehen. Hausärztinnen und Hausärzte erhalten sie weiterhin einmal im Behandlungsfall, wenn sie in dem Quartal keine fachärztlichen Leistungen bei dem Patienten durchgeführt und abgerechnet haben.

Die Bewertung der GOP 03040 wird zum 1. Januar allerdings abgesenkt – von 138 auf 128 Punkte. Dafür gibt es einen Zuschlag von 10 Punkten, wenn die Praxis mindestens zwei von zehn Kriterien erfüllt, zum Beispiel Haus- und Pflegeheimbesuche sowie Ultraschalluntersuchungen durchführt. Werden mindestens acht Kriterien erreicht, erhält die Praxis anstelle der 10 Punkte einen Zuschlag von 30 Punkten.

Vorhaltepauschale: GOP 03040

Die bisherige Grundsystematik wird im Wesentlichen beibehalten. Das bedeutet:

- die GOP wird als Zuschlag zur Versichertenpauschale einmal im Behandlungsfall, 128 Punkte (bisher: 138 Punkte) von der KV zugesetzt, wenn der Hausarzt keine fachärztlichen Leistungen bei dem Patienten im Quartal durchführt (z. B. Richtlinien-Psychotherapie (EBM-Kapitel 35, mit Ausnahme der psychosomatischen Grundversorgung (GOP 35100, 35110)) oder Schlafstörungsdiagnostik (EBM-Abschnitt 30.9))
- abhängig von der Größe der Praxis erfolgt ein Bewertungsauf- oder –abschlag
 - bei weniger als 400 Behandlungsfällen je Vollzeit tätigem Hausarzt: Abschlag von 13 Punkten
 - bei mehr als 1.200 Behandlungsfällen je Vollzeit tätigem Hausarzt: Aufschlag von 9 Punkten aufgrund der angepassten Bewertung der GOP 03040

Neue Abschlagsregelung: Neu ist zudem eine Abschlagsregelung auf die GOP 03040 für Hausarztpraxen, die **weniger als 10 Schutzimpfungen** gemäß der Anlage 1 der Schutzimpfungsrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) im Quartal durchführen. Diese Praxen erhalten einen Abschlag auf die GOP 03040 von 40 Prozent.

Von der Abschlagsregelung ausgenommen sind diabetologische Schwerpunktpraxen, HIV-Schwerpunktpraxen und Substitutionspraxen, in denen Hausärzte bei mehr als 20 Prozent der Patienten spezialisierte diabetologische Behandlungen, spezialisierte Behandlungen von an HIV-/AIDS-erkrankten Patienten gemäß Abschnitt 30.10 oder substituionsgestützte Behandlungen Opioidabhängiger gemäß Abschnitt 1.8 des EBM durchführen. Da der EBM im Kapitel 3 keine spezifischen GOP für spezialisierte diabetologische Behandlungen enthält, sind hierbei Leistungen der regionalen Vereinbarungen (z. B. DMP) zu berücksichtigen. Hausärzte in diesen Praxen erhalten den 10-Punkte-Zuschlag zur Vorhaltepauschale ohne die Erfüllung einer Mindestanzahl von Kriterien. Für den höheren Zuschlag von 30 Punkten müssen sie wie alle anderen Hausärzte mindestens acht Kriterien erfüllen.

Zuschlag zur Vorhaltepauschale: GOP 03041 und 03042

Ergänzend zur Vorhaltepauschale wird ein gestaffelter Zuschlag eingeführt, für dessen Berechnung die Erfüllung einer Mindestanzahl von Kriterien im aktuellen Quartal in Behandlungsfällen gemäß Nr. 10 der Präambel 3.1 erforderlich ist.

GOP 03041 bei Erfüllung von mindestens 2 und weniger als 8 Kriterien: 10 Punkte

GOP 03042 bei Erfüllung von mindestens 8 Kriterien: 30 Punkte

Entbudgetierte Vergütung

Vorhaltepauschale und Zuschlag werden durch die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt. Beide Leistungen werden in voller Höhe gezahlt. Hintergrund ist die Entbudgetierung der hausärztlichen Leistungen des EBM zum 1. Oktober.

Auf einen Blick: Die Vorhaltepauschale ab 2026

Vorhaltepauschale ohne Zuschlag (128 Punkte)

- wird gezahlt, wenn die Praxis kein oder nur ein Kriterium erfüllt

Vorhaltepauschale plus Zuschlag I (128 Punkte plus 10 Punkte)

- wird gezahlt, wenn die Praxis mindestens zwei bis maximal sieben Kriterien erfüllt

Vorhaltepauschale plus Zuschlag II (128 Punkte plus 30 Punkte)

- wird gezahlt, wenn die Praxis acht oder mehr Kriterien erfüllt

Die Vergütung erfolgt ohne Budget in voller Höhe.

Das sind die zehn Kriterien:

Kriterium	Anforderungen für die Erfüllung des Kriteriums
Haus- und Pflegeheimbesuche (GOP 01410, 01411, 01412, 01413, 01415, 01721, 03062, 03063, 38100 und / oder 38105)	mind. 5 Prozent*
Geriatrische / palliativmedizinische Versorgung (GOP der EBM-Abschnitte 3.2.4, 3.2.5 und 37.3, 30980 und / oder 30984)	mind. 12 Prozent*
Kooperation Pflegeheim (GOP des EBM-Abschnittes 37.2)	mind. 1 Prozent*
Schutzimpfungen gemäß Anlage 1 der Schutzimpfungsrichtlinie des G-BA	mind. 7 Prozent im 1., 2. und 3. Quartal* mind. 25 Prozent im 4. Quartal*
Kleinchirurgie / Wundversorgung / postoperative Behandlung (GOP 02300, 02301, 02302, 02310, 02311, 02312, 02313 und / oder 31600)	mind. 3 Prozent*
Ultraschalldiagnostik Abdomen und / oder Schilddrüse (GOP 33012 und / oder 33042)	mind. 2 Prozent*
hausärztliche Basisdiagnostik Langzeitblutdruckmessung und / oder Langzeit-EKG und / oder Belastungs-EKG und / oder Spirographie (GOP 03241, 03321, 03322, 03324 und / oder 03330)	mind. 3 Prozent*
Videosprechstunde (GOP 01450)	mind. 1 Prozent*
Zusammenarbeit	Das Kriterium gilt als erfüllt bei einer fachgleichen Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) von Hausärzten oder der Teilnahme an Qualitätszirkel
Sprechstunden / Praxisöffnungszeiten	Angebot von mindestens 14-tägig stattfindenden Sprechstunden am Mittwoch nach 15 Uhr und / oder Freitag nach 15 Uhr und / oder an mindestens einem Werktag · nach 19 Uhr und / oder · vor 8 Uhr

*Die Summe der Leistungen im Verhältnis zu allen hausärztlichen Behandlungsfällen, z. B. mind. 50 Besuchsleistungen bei 1.000 Fällen (5 Prozent)

Erläuterungen zu den zehn Kriterien

Ob eines der ersten acht Kriterien als erfüllt gilt, hängt davon ab, wie hoch der prozentuale Anteil der geforderten Leistungen an den Behandlungsfällen einer Praxis ist. Dabei wird jede abgerechnete Leistung gezählt; beim Kriterium Schutzimpfungen zum Beispiel jede Impfung, auch wenn ein Patient an einem Tag zwei Impfungen erhält.

Weitere Informationen finden Sie im Beschluss oder auf der Homepage der KBV unter folgenden Links:

www.kbv.de/infothek/rechtsquellen/beschluesse



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



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.