INFOLETTER

SACHSEN ANHALT

19. Dezember 2025

1. Quartal 2026 – Änderungen auf einen Blick

Für das 1. Quartal 2026 ergeben sich nachfolgende Änderungen:

1. Vergütung vertragsärztlicher Leistungen für das Jahr 2026

Es konnte keine Einigung über die Vergütung der vertragsärztlichen Leistung für das Jahr 2026 mit den Krankenkassen auf Landesebene erzielt werden, so dass das Schiedsamt die Höhe der Vergütung festlegen muss. Wesentlicher Dissens besteht bei der Fortführung der förderungswürdigen Leistungen. Die Krankenkassen stellen die bisher vereinbarten Punktwertzuschläge (z.B. für Versicherten- und Grundpauschale, Allergologie, Polysomnographie und Leistungen im organisierten Bereitschaftsdienst) in Abrede.

Wir informieren Sie über das Ergebnis des Schiedsverfahrens.

2. Ambulantes Operieren: Anpassung des Anhangs 2 zum EBM

Der Anhang 2 zum EBM wird zum 01.01.2026 an die neue OPS-Version angepasst.

Kennzeichnung von Seitenlokalisationen
Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte streicht zum 01.01.2026 die bisherige Seitenlokalisation „B“ für beidseitig aus dem OPS.
Der Bewertungsausschuss führt daraufhin die neue Seitenlokalisation „P“ ein für Eingriffe an paarigen Organen oder Körperteilen. Demnach wurde die Angabe zur Seitenlokalisation an einzelnen Kodes im Anhang 2 in der Rubrik „Seite“ geändert. Die Zusatzkennzeichnen „R“ für rechts und „L“ für links bleiben bestehen. Die Angabe der Kodes erfolgt künftig folgendermaßen:

- **Eingriff an einer Seite eines paarigen Organs/Körperteils**: Angabe des OPS-Kodes mit dem Zusatzkennzeichnen „R“ oder „L“
- **Eingriff an beiden Seiten eines paarigen Organs/Körperteils**: die OPS-Kodes werden zweimal angegeben – einmal mit dem Zusatzkennzeichen „R“ und einmal mit dem Zusatzkennzeichen „L“ (Wenn Sie testen, ob Ihr PVS die Angabe mit dem Zusatzkennzeichen „P“ in die beiden einzelnen OPS-Kodes je Seite aufteilt und es sollte nicht funktionieren, dann nehmen Sie bitte Kontakt zu Ihrem PVS-Hersteller auf und versuchen das Problem zu beheben. Das PVS müsste die einfache Eingabe mit „P“ in die beiden Kodes teilen, es kann sonst bei der Abgabe der Abrechnung zu einem Fehler kommen.)

Bitte setzen Sie auch **eigenständig die Zuschläge zu Eingriffen des Abschnitts 31.2 EBM gemäß den GOP 31451 bis 31457** an. Achten Sie bei der Wahl des Zuschlags auf den richtigen OPS-Kode in der Leistungsbeschreibung.

Operationen an den Augenmuskeln
Die Angabe der Seitenlokalisation an einzelnen Kodes für die kombinierten Operationen an den Augenmuskeln [5-10k.(0-2), (4-9)] im Anhang 2 EBM wurde nach den Vorgaben des OPS 2026 von „J“ für Ja auf „N“ für Nein geändert.
Es werden nun alle Augenmuskeln zusammengezählt und müssen entsprechend der Anzahl der operierten Muskeln nach dem spezifischen OPS-Kode verschlüsselt werden. Dies gilt ebenso für Eingriffe an beiden Augen.

Bei der Abrechnung kann somit ab 2026 für Eingriffe an den Augenmuskeln kein Simultaneingriff mehr berechnet werden.

Aufnahme weiterer OPS-Kodes
Der Anhang 2 wurde um neue OPS-Kodes erweitert, und zwar in den Bereichen Glaukomchirurgie, Herzschrittmacher/Defibrillatoren, Darmresektionen, Zwerchfellhernien und Re-Ostheosynthesen.
Ungültige Kodes wurden gestrichen und redaktionelle Änderungen an den OPS-Bezeichnungen vorgenommen.

Weitere Anpassungen
Operationen zur Exzision von erkranktem Bandscheibengewebe sind unabhängig vom Vorliegen der Qualitätssicherungsvereinbarung für arthroskopische Operationen berechnungsfähig. Es wurde eine klarstellende Regelung aufgenommen.
Durch die Aufnahme weiterer Zeilen in den Anhang 2 wird die Möglichkeit zum Verschluss einer Hernia diaphragmatica mit alloplastischem Material, mit und ohne Rezidiv, um den operativen Zugangsweg „Thorakoskopisch“ ergänzt.

3. Hybrid-DRG: Verlängerung Übergangsregelung zu prä- und postoperativen Leistungen sowie präanästhesiologische Untersuchungen

Auch im Jahr 2026 können weiterhin präoperative Leistungen nach Abschnitt 31.1.2 EBM und postoperative Leistungen nach Abschnitt 31.4.2 und 31.4.3 abgerechnet werden, wenn der Eingriff im Rahmen von § 115 f SGB V (Hybrid-DRG) erfolgt. Die postoperativen Leistungen sind unter der Angabe der GOP 88110 abzurechnen.
Ebenfalls weiterhin berechnungsfähig im Zusammenhang mit Eingriffen nach Hybrid-DRG ist die GOP 05311 zur präanästhesiologischen Untersuchung., wenn der Eingriff gar nicht oder erst mindestens vier Wochen nach der präanästhesiologischen Untersuchung durchgeführt werden kann.

Entnehmen Sie alle wesentlichen Informationen unserer Themenseite:
www.kvsa.de >> Praxis >> Abrechnung / Honorar >> Hybrid-DRG

4. Elektronische Patientenakte: Aufnahme der GOP 01436 als Grundleistung zur 01647

Im Rahmen der weiteren Befüllung der elektronischen Patientenakte nach der GOP 01647 wurde diese Ziffer erweitert um die Grundleistung nach GOP 01436 (Konsultationspauschale). Das bedeutet, dass künftig auch im Rahmen von Zielaufträgen die GOP 01647 zur weiteren Befüllung abgerechnet werden kann.

5. Notfalldatensatz: Streichung der GOP 01641, Aufnahme GOP 01643

Ab dem 01.01.2026 ändert sich die Systematik der Vergütung des Notfalldatensatzes im EBM. Die GOP 01641, welche in jedem Behandlungsfall automatisch durch die KV zugesetzt wurde, entfällt. Es wird anstelle dieser GOP eine neue GOP 01643 für die Aktualisierung des Notfalldatensatzes geben, die durch die Praxis abgerechnet werden kann und einmal im Krankheitsfall berechnungsfähig ist. Voraussetzung für die Berechnung der GOP 01643 ist der Nachweis der Praxis über den Anschluss der Vertragsarztpraxis an die Telematikinfrastruktur sowie die Kenntnis der KV über das Vorliegen der technischen Voraussetzung. Hierfür ist eine Selbsterklärung im KVSAonline-Portal abzugeben, dass die Praxis über die Fachanwendung Notfalldatenmanagement und elektronischer Medikationsplan verfügt. Haben Sie diese Erklärung in der Vergangenheit für Ihre

Betriebsstätte(n) bereits abgegeben, müssen Sie nicht erneut erklären. Die Vergütung der GOP 01643 ist vorerst extrabudgetär. Neben der neuen GOP gibt es die bestehenden GOP für die Anlage eines Notfalldatensatzes (01640) und das Löschen eines Notfalldatensatzes (01642). Ab 2026 sind demnach alle Leistungen zum Notfalldatensatz durch die Praxis anzusetzen.

6. Onkologie-Vereinbarung: Neue Kostenpauschale 86522

Zum 01. Januar 2026 wird die Kostenpauschale 86522 für die subkutan applizierte medikamentöse Tumortherapie als Zuschlag zu den Kostenpauschalen 86510 oder 86512 neu in den Anhang 2 Teil A zur Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 BMV-Ä) aufgenommen. Die Kostenpauschale ist nur unter Angabe des/der verwendeten Medikaments/Medikamente in der Feldkennung 5009 berechnungsfähig. Die neue Kostenpauschale beinhaltet Abrechnungsausschlüsse im Behandlungsfall hinsichtlich der Zusatzpauschale Onkologie aus den Fachkapiteln wie auch mit Leistungen der Onkologie-Vereinbarung.

Für die Berechnung der Pauschalen wird eine Genehmigung der KVSA als Onkologisch verantwortlicher Arzt benötigt. Informationen zur Genehmigung erhalten Sie auf unserer Homepage unter:
www.kvsa.de >> Praxis >> Genehmigungen >> onkologisch verantwortlicher Arzt

7. Portopauschale: GOP 40128 wurde angepasst

Rückwirkend zum 01.10.2025 wird der postalische Versand einer Überweisung zur weiterführenden vertragsärztlichen Behandlung (Muster 6) sowie zur Einweisung in ein Krankenhaus (Muster 2) jeweils nach einer Videosprechstunde in die Kostenpauschale 40128 aufgenommen.
Die Kostenpauschale ist weiterhin mit 0,96 Euro bewertet.

8. Weitere Beschlüsse

Alle weiteren Änderungen im EBM entnehmen Sie bitte unserer Homepage unter dem Pfad:
www.kvsa.de >> Praxis >> Abrechnung / Honorar >> EBM >> 2026 >> 1. Quartal 2026

Ebenfalls neu ab dem 1. Quartal 2026 ist die Vorhaltepauschale für Hausärzte, welche die Strukturpauschale ersetzt. Über die Neuerungen haben wir alle Hausarztpraxen bereits am 18.11.2025 in Form eines Infoletters informiert.

Bitte beachten Sie auch die Änderungen der ICD-10-GM für 2026, welche Sie auf den Seiten des bfarm zu finden ist unter:
www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Services/Downloads/_node.html

Wichtige weitere Hinweise:

1. Hausarztzentrierte Versorgung: HZV-Vertrag KNAPPSCHAFT

Der HZV-Vertrag zwischen der KBV und der Knappschaft wurde angepasst. Ab **01.01.2026** sind neue HZV-Teilnahme- und Datenschutzerklärung für die Einschreibung der Versicherten der Knappschaft ins Hausarztprogramm zu verwenden. Diese können auf

unserer Internetseite unter www.kvsa.de/praxis/vertraege/hausarztzentrierte-versorgung heruntergeladen und müssen direkt an die Knappschaft geschickt werden.

Die alten HZV-Teilnahme- und Datenschutzerklärungen verlieren ab dem **01.01.2026** ihre Gültigkeit. Weiterhin ist die Abrechnungsziffer **81110 zwingend durch die Praxen** beim persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt (auch bei der Neueinschreibung) im Quartal anzusetzen.

2. Impfvergütung: Steigerung im Jahr 2026

Die Vergütung der Impfleistungen wurde für das Jahr 2026 um 2,8 % gesteigert.
Demnach werden die Impfungen wie folgt vergütet:

- Einfachimpfung 8,95 €
- Influenza-Schutzimpfung 10,26 €
- Zweifachimpfung 11,07 €
- Dreifachimpfung 12,75 €
- Vierfachimpfung 14,41 €
- Fünffachimpfung 16,14 €
- Sechsfachimpfung 24,02 €

Hinsichtlich der Einfachimpfungen gibt es für die folgenden Impfungen abweichende Vergütungshöhen, auf Grund von Zuschlagsregelungen:

Impfleistung	Vergütung	Zuschlag	Gesamtpreis
COVID-19-Impfung (außer Spikevax und Nuvaxovid)	10,26 €	1,28 € für Dokumentation 2,56 € für Praxismanagement-mehraufwand	14,10 €
COVID-19-Impfung (mit Spikevax oder Nuvaxovid)	10,26 €	1,28 € für Dokumentation	11,54 €
Meningokokken B-Standardimpfung (1./2. Impfung)	8,95 €	3,35 €	12,30 €
Meningokokken B-Standardimpfung (3. Impfung)	8,95 €	1,30 €	10,25 €
Mpox-Impfung	8,95 €	1,30 € für Praxismanagement-mehraufwand	10,25 €

Die jeweils gültige Impfvereinbarung sowie Anlage zur Impfvereinbarung mit den Abrechnungsziffern und Preisen finden Sie auf unserer Homepage unter:
www.kvsa.de >> Praxis >> Verträge >> Impfen

3. Corona-Impfungen

Die Abrechnung der Impfleistungen erfolgt auch weiterhin mit den jeweiligen Impfstoff- und Varianten-bezogenen GOP. Diese werden jedoch in der Schutzimpfungs-Richtlinie und entsprechend in der Anlage der Impfvereinbarung nicht unmittelbar mit der Verfügbarkeit der angepassten Impfstoffe abgebildet.
Darum stellen wir Ihnen unter www.kvsa.de >> Praxis >> Verordnungsmanagement >> Impfen >> COVID-19-Impfstoffe und Dokumentationsnummern die jeweils aktuellen GOP zur Verfügung.

Stand Dezember 2025	erste Dosen eines Impfzyklus bzw. unvollständige Impfserie	letzte Dosis eines Impfzyklus nach Fachinformation oder abgeschlossene Impfung	Auffrischungsimpfung
Comirnaty LP.8.1	88349A	88349B	88349R**
Comirnaty LP.8.1 (berufliche Indikation)*	88349V	88349W	88349X
Comirnaty KP.2	88348A	88348B	88348R**
Comirnaty KP.2 (berufliche Indikation)*	88348V	88348W	88348X
Nuvaxovid JN.1	88346A	88346B	88346R**
Nuvaxovid JN.1 (berufliche Indikation)*	88346V	88346W	88346X
Comirnaty JN.1	88345A	88345B	88345R**
Comirnaty JN.1(berufliche Indikation)*	88345V	88345W	88345X
Spikevax LP.8.1[3]	88353A	88353B	88353R**
Spikevax LP.8.1 (berufliche Indikation)*,[3]	88353V	88353W	88353X
Spikevax JN.1[3]	88347A	88347B	88347R**
Spikevax JN.1 (berufliche Indikation)*,[3]	88347V	88347W	88347X

* auch bei beruflich- oder ausbildungsbedingtem Auslandsaufenthalt
** keine routinemäßige Auffrischung

4. Bescheinigung einer Fehlgeburt: Stichtagsregelung Muster 9

Frauen, die ab der 13. Schwangerschaftswoche eine Fehlgeburt erleiden, haben seit dem 01.06.2025 Anspruch auf Mutterschaftsgeld.
Zur ärztlichen Bescheinigung der Fehlgeburt wird ab dem 01.01.2026 das Muster 9 (Bescheinigung einer Frühgeburt oder einer Behinderung des Kindes) angepasst.
Bis Ende 2025 kann im Rahmen einer Übergangsbescheinigung der Anspruch auf Mutterschaftsgeld wirksam gemacht werden. Die KBV hat eine solche Übergangsbescheinigung auf der Website der KBV zum Download zur Verfügung gestellt. Diese Bescheinigung kann dann beim Arbeitgeber abgegeben werden, um für einen gewissen Zeitraum ein Beschäftigungsverbot zu erhalten.

5. Gelbes Heft: Erfassung Zahnärztliche Früherkennung ab 2026

Ab 2026 werden auch zahnärztliche Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern im Gelben Heft dokumentiert.
Es sollen die bereits gedruckten Gelben Hefte in der bisher geltenden Version aufgebraucht werden. Es werden ab sofort für die Dokumentation der zahnärztlichen Früherkennungsuntersuchung Einlegeblätter vom Gemeinsamen Bundesausschuss über das Online-Bestellsystem unter https://druckerzeugnisse.g-ba.de/ zur Verfügung gestellt.

Die neue Version des Gelben Heftes kann ab Mitte Februar durch Vertragsärzte beim Paul-Albrechts-Verlag (PAV) bestellt werden.

6. KSVPsych-RL: Vereinfachung bei Komplexversorgung Erwachsener

Um die Umsetzung der ambulanten Komplexversorgung für Erwachsene mit schweren psychischen Erkrankungen zu erleichtern treten nun strukturelle Änderungen und organisatorisch-administrative Vereinfachungen bei der Gründung von berufsgruppenübergreifenden Netzverbünden in Kraft.
Folgende Änderungen der KSVPsych-RL wurden beschlossen:

- Vorgabe zur Mindestgröße des Netzverbundes wird reduziert (nur noch sechs Fachärzte oder Psychotherapeuten statt bisher zehn)
- MVZ oder örtliche BAG können einen Verbund bilden, wenn sie die Anforderungen der Richtlinie erfüllen
- Kooperation mit Krankenhäusern wird gelockert, indem nicht mehr zwingend ein Pflichtversorgungskrankenhaus gefunden werden muss, sondern auch nahegelegene in der Betreuung von schwer psychisch Kranken erfahrenen Kliniken gewählt werden können oder wenn kein geeignetes Krankenhaus gefunden wird kann im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und Ersatzkassen ein Netzverbund ohne Kooperation mit einem Krankenhaus gegründet werden befristet für zwei Jahre
- Schriftliche Kooperationsverträge nicht mehr zwingend erforderlich
- Vorgabe des vollen Versorgungsauftrages als Voraussetzung für die Übernahme der Funktion des Bezugsarztes bzw. Bezugspsychotherapeuten wird aufgehoben
- Auch bei Erkrankten, die eine psychopharmakologische Behandlung mit häufigen Anpassungen benötigen oder eine kontinuierliche Behandlung/Überwachung durch geeignete Fachärzte brauchen, können Psychotherapeuten nun auch Bezugspsychotherapeut werden, wenn geeignete Fachärzte regelmäßig in die Behandlung eingebunden werden.
- Auf Wunsch des Patienten werden seine Behandelnden oder Helfenden aus anderen Hilfesystemen außerhalb des SGB V zu regelmäßigen Fallbesprechungen eingeladen und es können die Netzverbundmitglieder an leistungsbereichsübergreifenden Hilfekonferenzen teilnehmen.

Für Rückfragen stehen Ihnen folgende Mitarbeiter/innen zur Verfügung:

Abrechnung:

- Servicenummer Tel. 0391/627-8000 abrechnung@kvsa.de

Vertragsabteilung:

- Heike Fürstenau Tel. 0391/627-6249 Heike.Fuerstenau@kvsa.de

WIR WÜNSCHEN IHNEN FROHE WEIHNACHTEN UND EINEN GUTEN START INS NEUE JAHR.

Ihre Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt.