

AAC
Magazin



NEUES ZU ABRECHNUNG UND HONORAR AUF EINEN BLICK

AUSGABE 28 – Q1 2026

VORWORT.....	3
--------------	---

IN EIGENER SACHE

GVSG-CHECK NR. 2.....	4
-----------------------	---

PLANUNG LEICHT GEMACHT	5
------------------------------	---

PRAXISWISSEN REGRESSPRÄVENTION	7
--------------------------------------	---

NEUES AUS DER GESUNDHEITSPOLITIK	9
----------------------------------------	---

ABRECHNUNG UND HONORAR.....	13
-----------------------------	----

REGIONALE KV-REGELUNGEN	22
-------------------------------	----

REGIONALE HZV-REGELUNGEN	31
--------------------------------	----

IMPRESSUM	39
-----------------	----

WILLKOMMEN

KUNDENMAGAZIN DER AAC PRAXISBERATUNG AG

Sehr geehrte Frau Doktor,
sehr geehrter Herr Doktor,

wir wünschen Ihnen und Ihren Familien ein gesundes und erfolgreiches neues Jahr. Alle Beobachter im politischen Berlin sind sich einig – nach dem eher ruhigen Jahr 2025 wird 2026 ein Jahr mit vielen Gesetzen, die Einfluss auf die Praxen haben – Notfallreform, Primärarztsystem etc.

Das erste Sparpaket von Frau Warken hat die parlamentarischen Hürden genommen. Die Meinung darüber ist geteilt. Für die Krankenkassen ist dies ein Tropfen auf den heißen Stein und maximal eine Verzögerung des Beitragsanstiegs. Das Ministerium verkündet, dass damit die Beiträge 2026 stabil gehalten würden. Es klingt nach Pfeifen im Wald. Nach dem Sparpaket ist vor dem Sparpaket. Es bleibt abzuwarten, welche Beiträge der ambulante Sektor zu leisten hat.

Für die Hausärzte steht 2026 die Umsetzung der Versorgungspauschale als letzter Teil des Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetzes (GVSG) an. Um die Auswirkungen für Ihre Praxis zu simulieren, haben wir zur Unterstützung den **GVSG-Check Nr. 2** in Vorbereitung. Wir zeigen Ihnen, wie Sie von dieser quartalsübergreifenden neuen Pauschale optimal profitieren.

Nähere Informationen sowie die Möglichkeit zur Anmeldung finden Sie auf Seite 4.

In diesem Zusammenhang möchten wir Ihnen auch unsere beiden **Webinare** zum Thema ans Herz legen. Wir informieren Sie über **aktuelle Prüfungsthemen**. Auch durch die Entbudgetierung der Hausärzte erwarten viele Experten einen deutlichen Anstieg der Prüfkativitäten von KVn und Prüfungsausschüssen. Wir zeigen Ihnen zusammen mit dem Medizinrechtler Lars Wiedemann wie Sie Ihre Praxis sicher im Sinne einer **Regressprävention** aufstellen können.

Ihr Berater steht Ihnen bei Fragen gerne zur Verfügung.
Feedback in jeder Form ist ebenfalls immer willkommen!

Eine gute Lektüre und eine sichere Abrechnung wünschen Ihnen

Dr. Georg Lübben

Dr. Tino Lippmann

Markus Kottmann

Holger Söffge

IN EIGENER SACHE GVSG-CHECK NR. 2



Mit der **Versorgungspauschale** folgt nach der Vorhaltepauschale die zweite im GVSG vorgesehene Pauschale. Auch diese orientiert sich am Prinzip der Kostenneutralität.

Die Versorgungspauschale ist als quartalübergreifende Pauschale für chronisch kranke Patienten ohne intensive Betreuungsnotwendigkeit unter einer kontinuierlichen medikamentösen Therapie konzipiert.

Mit dem **GVSG-Check Nr. 2** können wir die Auswirkungen anhand der Daten Ihrer eigenen Praxis und bereits 2 Quartale vor der Zustellung des Honorarbescheids aufzeigen:

- Welche Patienten kommen für die neue Versorgungspauschale infrage?
- Welche Patienten können nach wie vor über die Chronikerpauschalen versorgt werden?
- Wie kann die Versorgungspauschale am besten gesteuert werden?
- Gibt es Situationen, in denen ich zwischen Versorgungs- und Chronikerpauschale wählen kann?
- Gibt es Konstellationen, in denen die Einschreibung des Patienten in der HzV sinnvoll sein könnte?

So sind Sie und Ihr Team optimal vorbereitet! Ihr Berater wird Ihnen die Ergebnisse vorstellen und mit Ihnen die Auswirkungen für Ihre Praxis besprechen.



Noch nicht angemeldet?

Hier geht's zur Online-Anmeldung für Ihren GVSG-Check Nr. 2:
www.aac-ag.de/service/gvsg-check-nr-2



IN EIGENER SACHE PLANUNG LEICHT GEMACHT

„Pläne sind nichts, Planung ist alles.“ Das ist eines der bekanntesten Zitate des Generals und späteren US-Präsidenten Dwight D. Eisenhower, der als begnadeter Planer und Logistikexperte einen legendären Ruf genoss.

Es ist also wichtig, sich Ziele zu setzen und dann zu planen, wie man sie am besten erreicht. Es kann daher sinnvoll sein, auch in der Leistungsabrechnung mit Zielen zu arbeiten. Am Ende des Quartals wird man über den Soll-/Ist-Abgleich schauen, ob man das Ziel geschafft hat. Das erreichte „Ist“ wird dann zur Orientierung in das Folgequartal übertragen und der Planungszyklus beginnt erneut.

Planung von Vorsorgen

Beispiel für die Planungstabelle mit einzelnen Vorsorge- und Früherkennungsleistungen:

Die **Planungstabelle** kann dabei flexibel für weitere Leistungen wie z. B. DMP-Leistungen und Vorsorgen sowie andere, extrabudgetär und besonders geführte Leistungen genutzt werden.

PLANUNGSTABELLE VORSORGEZIFFERN											
Stichtag		30.09.2025					12.11.2025				
Quartal		Q3/25					Q4/25				
		Anzahl				Wert €	Anzahl				Wert €
Ziffer	Bezeichnung	IST Vorquartal	Soll	IST neu	Differenz	Differenz Soll vs. IST neu	IST Vorquartal	Soll	IST neu	Differenz	Differenz Soll vs. IST neu
01731	Krebsfrüherkennungs- Untersuchung beim Mann	15	15	9	-6	-107.08	9	9	1	-8	-142.77
01732	Gesundheitsuntersuchung bei Erwachsenen ab vollendetem 18. Lebensjahr	37	37	33	-4	-161.61	33	33	22	-11	-444.43
01734	Screening auf Hepatitis-B- und/oder auf Hepatitis-C-Virusinfektion	14	14	26	12	60.98	26	26	8	-18	-91.46
01737	Ausgabe und Weiterleitung eines Stuhlprobenentnahmesystems	2	2	4	2	14.13	4	4	1	-3	-21.19
01740	Beratung zur Früherkennung des kolorektalen Karzinoms	50	50	25	-25	-359.41	25	25	7	-18	-258.77
01745	Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs	21	21	4	-17	-533.04	4	4	2	-2	-62.71
01746	Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 01732 für die Früherkennungsuntersuchung auf	1	1	0	-1	0.00	0	0	1	1	25.90

IN EIGENER SACHE PLANUNG LEICHT GEMACHT

Neue Vorhaltepauschale

Die neue Vorhaltepauschale wird über Zuschläge für maximal 10 Kriterien gesteuert. Um sicherzustellen, dass die Praxis auch den maximalen Zuschlag in Höhe von 2,48 € pro Fall bekommt, sind mindestens 8 Kriterien in jedem Quartal zu erfüllen. Wenn man jetzt für die einzelnen Leistungen Ziele definiert, ist das Monitoring der Zielerreichung einfach. Für Kunden, die zum Controlling der Abrechnung den AAC-Praxisnavigator nutzen, sollte die Aussteuerung der Ziele so spielend möglich sein.

Beispiel für die Planungstabelle mit einzelnen für die Vorhaltepauschale relevanten Leistungen:

PLANUNGSTABELLE VORHALTEPAUSCHALE											
Stichtag		30.09.2025					12.11.2025				
Quartal		Q3/25					Q4/25				
Ziffer	Bezeichnung	Anzahl				Wert €	Anzahl				Wert €
		IST Vorquartal	Soll	IST neu	Differenz	Differenz Soll vs. IST neu	IST Vorquartal	Soll	IST neu	Differenz	Differenz Soll vs. IST neu
01410	Besuch	137	137	135	-2	-52.55	135	135	62	-73	-1,918.00
01411	Dringender Besuch I	1	1	0	-1	0.00	0	0	0	0	0.00
01413	Besuch eines weiteren Kranken	196	196	130	-66	-867.04	130	130	96	-34	-446.66
01415	Dringender Besuch eines Patienten in beschützenden Wohnheimen bzw.	19	19	0	-19	0.00	0	0	0	0	0.00
01415	Dringender Besuch eines Patienten in beschützenden Wohnheimen bzw.	0	0	14	14	947.35	14	14	14	0	0.00
01450	Zuschlag Videosprechstunde	3	3	3	0	0.00	3	3	3	0	0.00
03062	Ärztlich angeordnete Hilfeleistungen anderer Personen	3	3	3	0	0.00	3	3	3	0	0.00
03063	Ärztlich angeordnete Hilfeleistungen anderer Personen für einen weiteren Patienten	3	3	3	0	0.00	3	3	3	0	0.00
03241	Computergestützte Auswertung eines kontinuierlich aufgezeichneten Langzeit-EKG	37	37	31	-6	-63.95	31	31	12	-19	-202.51
03360	Hausärztlich-geriatrisches Basisassessment	23	23	142	119	1,666.54	142	142	10	-132	-1,848.60
03362	Hausärztlich-geriatrischer Betreuungskomplex	211	211	206	-5	-107.82	206	206	136	-70	-1,509.52
03370	Palliativmedizinische Ersterhebung des Patientenstatus inkl. Behandlungsplan	2	2	3	1	42.26	3	3	2	-1	-42.26
03371	Zuschlag zu der Versichertenpauschale 03000 für die palliativmedizinische Betreuung des	1	1	0	-1	0.00	0	0	1	1	19.71

Aber bei Ärzten, die regelmäßig ihr Budget nicht „schaffen“, kann es sinnvoll sein auch Budgetleistungen zu planen. Die Einsatzmöglichkeiten sind flexibel auf die Bedürfnisse der einzelnen Praxis anpassbar. Ihr Praxisberater zeigt Ihnen sehr gerne die Handhabung der neuen Planungstabelle.

FORTBILDUNG

PRAXISWISSEN REGRESSPRÄVENTION

Auch in diesem Quartal bieten wir Ihnen wieder virtuelle Fortbildungsveranstaltungen an:

PRAXISWISSEN REGRESSPRÄVENTION

➔ **Freitag**, den **27.02.2026** um 15:00 Uhr

➔ **Mittwoch**, den **04.03.2026** um 17:00 Uhr

Ihre Referenten **Dr. med. Georg Lübben** (Vorstand)

Lars Wiedemann (Rechtsanwalt, Fachanwalt für Medizinrecht)

Prüfungen bzw. die Gefahr von Prüfungen begleiten niedergelassene Ärztinnen und Ärzte durch ihr gesamtes Praxisleben. Es verstärkt sich der Eindruck, dass die Zahl der Prüfungen wieder zunehmen. Bei den Hausärzten dürfte die Entbudgetierung dazu führen, dass die KVn zur Verhinderung von Leistungsausweitungen verstärkt hinsehen und ggf. prüfen werden. Aber auch im fachärztlichen Bereich bzw. bei fachübergreifenden Praxen lauern Gefahren für Prüfungen.

Wenn Sie sich fragen:

- Welche Konstellationen sind typische Aufgreifkriterien für Prüfungen?
- Welche Leistungen werden häufig geprüft?
- Welche Fehler kommen bei der Kodierung immer wieder vor?
- Bei welchen Leistungen haben viele Praxen Schwächen in der Dokumentation – und wie kann man diese abstellen?

Dann sollten Sie diese Stunde Fortbildungszeit investieren.

Holen Sie sich medizinisches und juristisches Praxiswissen zur direkten Umsetzung!

Wir zeigen Ihnen anhand zahlreicher Beispiele aus konkreten Prüfungen, wie KVn und Prüfungsgremien auf Ihre Abrechnung und Dokumentation schauen.



Die Teilnahme an den Veranstaltungen ist kostenfrei möglich.

Ein Handout wird auf Wunsch zur Verfügung gestellt.

Hier geht's zu den Anmeldungen: www.aac-ag.de/fortbildung





NEUES AUS DER GESUNDHEITSPOLITIK

KLEINES SPARPAKET STEHT

Kurz vor der Weihnachtspause hat der Vermittlungsausschuss von Bundestag und Bundesrat grünes Licht für das „kleine“ Sparpaket in Höhe von 2 Mrd. € von Bundesgesundheitsministerin Warken gegeben. Hiervon müssen die Krankenhäuser 1,8 Mrd. € einmalig für 2026 beisteuern. Und 2027 wird sie den Kliniken das Geld über eine Erhöhung der Landesbasisfallwerte wieder zurückzahlen müssen. Damit sollte der Zusatzbeitrag in der GKV bei 2,9 % stabil gehalten werden. Die DAK hat jedoch berechnet, dass der Beitrag eher bei 3,12 % liegen dürfte.

Während die Niedergelassenen in der aktuellen Sparrunde verschont blieben, dürfte der Druck der Krankenkassen mit Blick auf das kommende Jahr deutlich zunehmen.

Frau Warken muss im kommenden Jahr mindestens 18 Milliarden Euro einsparen. Der Pflegeversicherung fehlen 6 Milliarden, der Krankenversicherung 12 Milliarden Euro. Von Kassenseite ist der Forderungskatalog lang. Dazu gehören die Abschaffung oder die permanente Bereinigung der fachärztlichen Zuschläge für TSVG-Fälle, höhere Zuzahlungen für Patienten, die Wiederauferstehung der Praxisgebühr bis zur Aussetzung der Entbudgetierung für Haus- und Kinderärzte. Man darf gespannt sein, welcher Vorschlag das Ohr der Ministerin findet.

Mehr Ärzte – aber kein Plus an Behandlungszeit

Das Zentralinstitut für die vertragsärztliche Versorgung (Zi) hat die Zahlen des Bundesarztregisters analysiert.

Demnach waren knapp 190.000 Ärzte sowie Psychotherapeuten an der ambulanten Versorgung tätig. Das sind 1,1 % mehr als noch 2023. Den größten Zuwachs verzeichnete erneut der psychotherapeutische Versorgungsbereich mit 3,6 %.

Allerdings hat die Beschäftigung in Teilzeit weiter zugenommen, sodass ein Mehr an Niedergelassenen keinesfalls ein Mehr an Arbeits- beziehungsweise Behandlungszeit bedeutet. Dies wird deutlich, wenn man die Zahlen noch einmal in sogenannte Vollzeitäquivalente (VZÄ) umgerechnet.

In VZÄ erhöhte sich die Gesamtzahl der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten lediglich von 139.270 auf 142.812. Dies entspricht einem Plus von nur 2,5 %.

NEUES AUS DER GESUNDHEITSPOLITIK

zi

Grafik des Monats Dezember 2025

Anzahl Ärzte/Psychotherapeuten und Anteile der Vollzeitäquivalente nach Versorgungsbereichen (2014-2024)

Links: absolute Anzahl nach Personen und Vollzeitäquivalenten, rechts: Anteile der Vollzeitäquivalente



Datenbasis: Bundesarztregister, Statistische Informationen aus dem Bundesarztregister zur vertragsärztlichen Versorgung (Tabellenband 2014, 2024)

Der Zuwachs spielte sich insbesondere in der psychotherapeutischen Versorgung ab, während die Zahlen des haus- und fachärztlichen Bereichs nahezu unverändert blieben.

Der Zuwachs an Köpfen wird durch die weiter stark wachsende Teilzeitbeschäftigung komplett „aufgefressen“. Dies bedeutet in der Konsequenz, dass eine alternde und kränker werdende Bevölkerung durch eine nahezu unveränderte Kapazität an haus- und fachärztlicher Behandlungskapazität versorgt werden muss. Da diese Behandlungskapazität auch noch regional ungleich verteilt ist, sind Engpässe im Sinne einer drohenden bzw. faktisch eingetretenen Unterversorgung die logische Konsequenz.

NEUES

AUS DER GESUNDHEITSPOLITIK

Ersatzverfahren ist ab Januar auch bei Kindern und Jugendlichen ohne eGK möglich

Ab dem 1. Januar 2026 werden die Möglichkeiten für das Ersatzverfahren erweitert. Dieses ist auch bei Kindern und Jugendlichen bis 18 Jahren möglich. Praxen können das Ersatzverfahren auch dann durchführen, wenn ein Versicherter das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat und die eGK nicht vorlegen oder eine elektronische Ersatzbescheinigung nicht übermitteln kann.

Grundlage ist die Anpassung der Vereinbarung zum Inhalt und zur Anwendung der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) in der Anlage 4a Bundesmantelvertrag-Ärzte.

Die Nichtbefüllung der elektronischen Patientenakte ist jetzt gesetzlich geregelt.

Kinder und Jugendliche und Menschen mit psychischen Erkrankungen sollen in bestimmten Fällen bei der Befüllung der elektronischen Patientenakte (ePA) einen besonderen Schutz erhalten können. Die Regelung ist Bestandteil des Gesetzes zur Befugnisserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege, welches zum 1. Januar 2026 in Kraft getreten ist.

Die Verpflichtung zur Befüllung der ePA bei Kindern und Jugendlichen bis zur Vollendung des 15. Lebensjahres entfällt, wenn gewichtige Anhaltspunkte für eine Gefährdung des Kindeswohls vorliegen.

Weiterhin hat der Gesetzgeber formuliert, dass die ePA nicht befüllt werden muss, wenn „erhebliche therapeutische Gründe vorliegen oder schutzwürdige Rechte Dritter berührt sind“. Der besondere Schutz des Patienten ist vor allem bei psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlungen in Betracht zu ziehen, wenn zu erwarten sei, dass eine Kenntnis über die Behandlungsinformationen dem Patienten z. B. in Form einer Selbstverletzungs- oder Suizidgefahr, Negativauswirkungen auf die Erkrankung oder eine Gefährdung der Compliance erheblich schaden könnte. Es ist erforderlich, dass der Gebrauch dieser Regelung im konkreten Einzelfall zu entscheiden und zu dokumentieren ist.

Zugriff auf Abrechnungsdaten nur noch für Patienten

Die Krankenkassen sind gesetzlich verpflichtet, die Abrechnungsdaten sowie die kodierten Behandlungsdiagnosen von Ärzten und Psychotherapeuten, aber auch von Zahnärzten, Krankenhäusern und anderen Einrichtungen, in denen der Patient behandelt wurde, automatisch in die ePA zu stellen.

Aktuell sind sie für alle sichtbar, die Zugriff auf die Akte haben. Patienten, die das nicht wollen, müssen entweder dem Einstellen der Abrechnungsdaten aktiv widersprechen oder diese per ePA-App verbergen. Ab Januar 2026 sind die Abrechnungsdaten und Behandlungsdiagnosen in der ePA nur noch für den Patienten selbst einsehbar.



ABRECHNUNG UND HONORAR

HINWEIS

Die Nennung von Fachgruppen setzt voraus, dass diese spezifisch im entsprechenden Beschlusstext genannt werden oder für welche die Leistung überwiegend relevant ist. Ansonsten gelten die Informationen für alle Fachgruppen.

Keine extrabudgetäre Vergütung für einige EBM-Leistungen

Einige EBM-Leistungen sind zuletzt erheblich seltener erbracht worden. Deshalb hat der Bewertungsausschuss bei seiner jährlichen Routineüberprüfung empfohlen, sie in die Morbiditätsorientierte Gesamtvergütung (MGV) zu überführen. Als Entscheidungskriterium dient die stabile oder rückläufige Mengenentwicklung der Leistungen.

Über die Umsetzung seiner Empfehlung entscheiden regional die Kassenärztlichen Vereinigungen. Für Haus- und Kinderärzte bleibt die extrabudgetäre Vergütung jedoch erhalten. Hier wird die MGV entsprechend angepasst.

Die folgenden Leistungen sollen ab Januar 2026 als Budgetleistungen, d. h. mengenabhängig, honoriert werden.

- 03355, 04590 und 13360 für die Anleitung des Umgangs mit einem Real-Time-Messgerät zur kontinuierlichen interstitiellen Glukosemessung
- 30133 und 30134 für die initiale bzw. fortgesetzte orale Hyposensibilisierungsbehandlung mit dem Erdnusspulver-Präparat Palforzia®
- 01410K und 01413K (Hausbesuche im Zusammenhang mit probatorischen Sitzungen im Krankenhaus)
- 32779 und 32816 für den Nachweis von Virus-Antigenen bzw. den Nukleinsäure Nachweis auf SARS-CoV-2
- 32674 zum qualitativen Nachweis und/oder zur quantitativen Bestimmung von Antikörpern gegen Adeno-assoziierte Viren, wenn diese laut Fachinformation zur Indikationsstellung einer medikamentösen Behandlung – etwa bei bestimmten Gentherapien – erforderlich ist
- 01833 zur Prüfung der Varicellen-Immunitätslage im Kontext der Empfängnisregelung
- 32865 zur Abrechnung einer Genotypisierung auf den CYP2D6-Metabolisierungsstatus vor einer Substratreduktionstherapie bei Morbus Gaucher mit Inhibitoren der Glukozerebrosid-Synthase

ABRECHNUNG UND HONORAR

Neues OPS-Verzeichnis 2026 veröffentlicht

Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) hat die endgültige Fassung der OPS Version 2026 (Operationen- und Prozedurenschlüssel) veröffentlicht.

Laut des BfArM wurden 156 Vorschläge berücksichtigt. Die wichtigste fachgruppenübergreifende inhaltliche Änderung in der Version 2026:

- Das Seitigkeitskennzeichen „B“ für beidseitig wurde gestrichen. Bei beidseitiger Durchführung eines Eingriffs ist zukünftig jeweils ein Code für die linke und die rechte Seite anzugeben.

Quelle: www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/News/OPS_Version_2026_BfArM_veroeffentlicht_endgueltige_Fassung.html

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 Januar 2026.

Zur Kodierung ambulanter und belegärztlicher Operationen wird jährlich der Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) aktualisiert. Danach passt der Bewertungsausschuss den Anhang 2 zum EBM an. Er enthält alle Operationen, die Vertragsärztinnen und Vertragsärzte ambulant beziehungsweise belegärztlich durchführen und über den EBM abrechnen dürfen (Kapitel 31.2 und 36.2).

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

Den Beschluss des Bewertungsausschusses sowie weiterführende Informationen finden Sie auf der Themenseite der KBV:

www.kbv.de/praxis/tools-und-services/praxisnachrichten/2025/11-20/ambulantes-operieren-anhang-2-zum-ebm-mit-ops-kodes-wird-zum-1-januar-aktualisiert



ABRECHNUNG UND HONORAR

Neue Ziffer 01643 zur Aktualisierung des Notfalldatensatzes

Ab Januar 2026 können Ärzte für die Aktualisierung eines Notfalldatensatzes die neue Ziffer 01643 abrechnen. Diese ersetzt die aktuell noch gültige, inhaltlich vergleichbare GOP 01641.

Die alte Ziffer wurde als Zuschlag zu den Versicherten-, Grund- und Konsiliarpauschalen definiert. Die neue Ziffer wurde als eigenständige Leistung angelegt, die bei einem persönlichen Arzt-Patientenkontakt einmal im Krankheitsfall ansetzbar ist.

Leistungsinhalt der Ziffer 01643

- Aktualisierung medizinisch relevanter Informationen im Notfalldatensatz auf der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) einschließlich des Auslesens des gespeicherten Notfalldatensatzes und der Übertragung des aktualisierten Notfalldatensatzes auf die eGK des Patienten und/oder
- erstmalige Anlage eines Notfalldatensatzes mit ausschließlichen Eintragungen von Kommunikationsdaten (Versichertendaten, Angaben zu behandelnden Ärzten, Eintragungen zu im Notfall zu kontaktierenden Personen) und Übertragung auf die eGK des Patienten und/oder
- Übertragung des in der Vertragsarztpraxis bestehenden Notfalldatensatzes, z. B. bei einem Austausch oder Verlust der eGK des Patienten

Wie alle neuen EBM-Leistungen wird auch die Ziffer 01643 zunächst zwei Jahre lang voll finanziert.

Gynäkologen

Ärztliche Bescheinigung einer Fehlgeburt ab sofort auf dem geänderten Formular 9

Die ärztliche Bescheinigung einer Fehlgeburt erfolgt ab Januar 2026 auf dem geänderten Formular 9. Dieses wird bislang nur bei Frühgeburten oder einer Behinderung des Kindes verwendet.

Erleiden Frauen ab der 13. Schwangerschaftswoche eine Fehlgeburt, haben sie seit dem 01.06.2025 Anspruch auf Mutterschaftsgeld. Zum Nachweis der Fehlgeburt gegenüber den Krankenkassen und auch gegenüber den Arbeitgebern zur Durchsetzung des Beschäftigungsverbotes hatten die KBV und der GKV-Spitzenverband eine Übergangsbescheinigung vereinbart. Diese wird zum 1. Januar durch das Formular 9 abgelöst, das entsprechend angepasst wurde. Es heißt nun „Bescheinigung einer Fehlgeburt, Frühgeburt oder Behinderung des Kindes“. Das alte Formular kann nicht mehr verwendet werden.

ABRECHNUNG UND HONORAR

verschiedene
FG

Onkologie-Vereinbarung 2026 – subkutane Tumorthherapie jetzt abrechenbar

Onkologisch tätige Ärzte können die neue Pauschale 86522 einmal im Behandlungsfall bei der Verabreichung von mindestens einem subkutan applizierten Tumortherapeutikum der ATC-Klasse L01-Antineoplastische Mittel einmal im Behandlungsfall abrechnen. Ausgenommen sind Medikamente der ATC-Klassen L01CH-Homöopathische und anthroposophische Mittel und L01CP-Pflanzliche Mittel. Hintergrund der Aufnahme der neuen Kostenpauschale ist die ständig steigende Zahl von tumorspezifischen Medikamenten, die für eine subkutane Gabe zugelassen sind.

Die Kostenpauschale 86522 für die subkutane medikamentöse Tumorthherapie wird, wie auch die Kostenpauschalen für die intravasale (86516) beziehungsweise orale (86520) medikamentöse Tumorthherapie, als Zuschlag berechnet zur Kostenpauschale 86510 für die Behandlung florider Hämoblastosen oder zur Kostenpauschale 86512 für die Behandlung solider Tumore.

Die neue Kostenpauschale wird in Höhe von 70 % der Kostenpauschale 86516 für die intravasale medikamentöse Tumorthherapie vergütet. Den konkreten Betrag für die neue Kostenpauschale 86522 wird zwischen den KVn und den regionalen Krankenkassenverbänden verhandelt.

Neurologen,
Psychiater,
Psychotherapeuten,
Ärzte für Psychosomatische
Medizin und Psychotherapie

Komplexversorgung: Mehr Flexibilität, weniger Bürokratie

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat die ambulante Komplexversorgung für Erwachsene mit schweren psychischen Erkrankungen vereinfacht. Für Ärzte und Psychotherapeuten wird die Teilnahme wesentlich vereinfacht. Damit soll 3 Jahre nach dem Start das Angebot endlich in die Breite der Versorgung gebracht werden.

Die Änderungen im Überblick

Flexiblere Netzverbünde

- Die Mindestzahl der Mitglieder wurde von zehn auf sechs gesenkt.
- Die Funktion des Bezugsarztes bzw. Bezugspsychotherapeuten kann nun auch ohne vollen Versorgungsauftrag und in Anstellung ausgeübt werden. Voraussetzung: Mindestens ein ärztliches Mitglied muss über einen vollen Versorgungsauftrag und ein psychotherapeutisches Mitglied über einen mindestens halben Versorgungsauftrag verfügen.

ABRECHNUNG UND HONORAR

Ausnahme von der verpflichtenden Kooperation mit Krankenhäusern

- Ist regional keine Zusammenarbeit mit einem Krankenhaus möglich, kann ein Netzverbund trotzdem eine für 2 Jahre befristete Genehmigung der KV erhalten.

Antragstellung vereinfacht

- Eine schriftliche Erklärung aller Teilnehmenden und Kooperationspartner reicht aus.
- Formale Netzverbundverträge sind ab sofort nicht mehr zwingend.

MVZ/BAG als eigener Netzverbund möglich

- Die Teilnahme von Ärzten und Psychotherapeuten ist auch möglich, wenn sie alle in einer Einrichtung arbeiten. Ein MVZ oder eine BAG mit ausreichender Teamstärke kann einen eigenen Netzverbund bilden.

Bezugspsychotherapeuten

- Psychologische Psychotherapeuten können die Bezugsfunktion auch bei Patienten mit engmaschiger psychopharmakologischer Behandlung übernehmen oder wenn diese kontinuierlich von einem Facharzt behandelt oder überwacht werden müssen.
- Voraussetzung: Ein Facharzt aus dem Netzverbund muss regelmäßig in die Behandlung einbezogen werden.

Fallbesprechungen/Hilfekonferenzen

Netzverbundmitglieder können künftig an Hilfekonferenzen anderer Leistungsbereiche teilnehmen, z. B. Wohngruppenbetreuung, Reha. Auf Wunsch der Patienten können weitere Unterstützer zu Fallbesprechungen eingeladen werden, z. B. Eingliederungshilfe, sozialpsychiatrischer Dienst.



Die KBV hat ihre ausführliche Informationsbroschüre zur Komplexversorgung aktualisiert:

www.kbv.de/documents/infothek/publikationen/praxisinfo/praxisinfospezial-komplexversorgung-erwachsene.pdf

Die 01648 geht erneut in die Verlängerung

Die Erstbefüllung der elektronischen Patientenakte bleibt bis zum 30.06.2026 abrechnungsfähig. Ebenso bleiben die Ziffern 01647 und 01431 berechnungsfähig. Die Vergütung erfolgt weiterhin extrabudgetär.

ABRECHNUNG UND HONORAR

Aktualisierung der digitalen Kodierunterstützung

Die Kodierunterstützung in der Software der Praxisverwaltungssysteme wird ab Januar 2026 um weitere Hinweise ergänzt.

- So erhalten Praxen unter anderem Kodier-Hinweise, wenn sie gesicherte Diagnosen angeben, die üblicherweise stationär behandelt werden, und diese als Dauerdiagnosen kennzeichnen – zum Beispiel einen septischen Schock (R57.2) oder Wirbelsäulenfrakturen (S12.-).
- Neu im Zusammenhang mit Dauerdiagnosen wurden Hinweise für Diagnosen aus dem Bereich Schwangerschaft und Geburt (O60.- bis O62.-, O64.- bis O66.-, O70.-) sowie für Komplikationen nach Infusionen, Transfusionen und Injektionen (T80.-) aufgenommen.
- Darüber hinaus unterstützt das System ab dem 1. Januar auch bei der vollständigen Kodierung der Alzheimer-Krankheit im Kreuz-Stern-System (G30.-†/F00.-*).

Eine hohe Kodierqualität ist für die Vergütung der Leistungen sowie die Verordnung von Arznei- und Heilmitteln relevant. Mit der elektronischen Patientenakte (ePA) hat sie weiter an Bedeutung gewonnen. Denn die Krankenkassen sind verpflichtet, die bei ihnen vorliegenden Abrechnungsdaten inklusive der ICD-10-GM-Kodes in die ePA ihrer Versicherten einzustellen, sofern diese nicht widersprochen haben.

Weiterführende Informationen finden Sie auf der Themenseite der KBV zum Kodieren:
www.kbv.de/praxis/abrechnung/kodieren



Nephrologen,
Kindernephro-
logen

Kostenpauschalen für nichtärztliche Dialyseleistungen werden angehoben

Die leistungsbezogenen Kostenpauschalen für Sach- und Dienstleistungen für nichtärztliche Dialyseleistungen werden ab Januar 2026 höher vergütet. Die Anhebung erfolgt erstmalig nach der jährlichen Anpassung in Höhe des Orientierungswerts – allerdings nicht für alle Pauschalen in voller Höhe.

Zu 100 % angepasst werden die Pauschalen für Kinderdialysen, Zuschläge für Infektionsdialysen und Alter sowie die zum 1. Januar 2026 neu aufgenommenen Zuschläge für Heimdialysen, Nachtdialysen und die kontinuierliche zyklische Peritonealdialyse. Die Vergütung wird analog zum Orientierungswert für 2026 um 2,8 % angehoben.

Eine Anpassung zu 75 % entsprechend einem Plus von 2,1 % erfolgt bei den Pauschalen für Hämodialysen und Peritonealdialysen bei Erwachsenen sowie bei den Zuschlägen für intermittierende Peritonealdialysen.

ABRECHNUNG UND HONORAR

Dermatologen,
Chirurgen

Liposuktion bei schwerem Lipödem weiterhin berechnungsfähig

Operateure können bei Patientinnen mit Lipödem im Stadium III ab Januar 2026 weiterhin eine Liposuktion über die Ziffern 31096 und 31097 sowie die Kostenpauschale 40165 abrechnen.

Die Verlängerung gilt bis zum 30. Juni 2026. Dieser Beschluss gilt für die Übergangszeit bis der Bewertungsausschuss den EBM angepasst hat. Dies ist notwendig, da die Liposuktion künftig unabhängig vom Schweregrad Kassenleistung ist. Die entsprechende Richtlinie des G-BA trat Anfang Oktober in Kraft. Danach hat der Bewertungsausschuss sechs Monate Zeit, den EBM anzupassen.

verschiedene
FG

G-BA nimmt zwei neue Indikationen in die ASV auf

Der G-BA hat heute die Aufnahme von zwei weiteren seltenen Erkrankungen in die Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV-RL) beschlossen. Ab jetzt können Patienten, mit einem Kurzdarmsyndrom oder mit angeborenen Skelettsystemfehlbildungen vom interdisziplinären Behandlungsangebot der ASV profitieren. ASV-Teams können mit Inkrafttreten der Beschlüsse den zuständigen erweiterten Landesausschüssen ihre Teilnahme an der ASV anzeigen.

verschiedene
FG

Prä- und postoperative Leistungen weiterhin neben Hybrid-DRG berechnungsfähig

Ärzte können bei ambulanten Operationen über eine Hybrid-DRG weiterhin bestimmte prä- und postoperative Leistungen des EBM abrechnen. Der Bewertungsausschuss hat eine bestehende Übergangsfrist erneut um ein weiteres Jahr bis zum 31. Dezember 2026 verlängert.

Damit kann die Ziffer 05311 zur präanästhesiologischen Untersuchung bei Eingriffen, die über eine Hybrid-DRG abgerechnet werden, auch weiter angesetzt werden. Dies ist unverändert dann 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.

Auch präoperative Leistungen nach den Ziffern 31010 bis 31013 durch den Haus- oder Kinderarzt und postoperative Leistungen im haus- bzw. fachärztlichen Versorgungsbereich, die nicht von der Hybrid-DRG umfasst sind, können weiter über den EBM abgerechnet werden. In beiden Fällen müssen die Praxen die Leistungen zusätzlich mit der Ziffer 88110 kennzeichnen.

ABRECHNUNG UND HONORAR

Kinder- und
Jugend-
psychiater

Sozialpsychiatrische Kostenpauschale wird erhöht

Die sozialpsychiatrische Behandlung von Kindern und Jugendlichen wird ab dem kommenden Jahr im Rahmen des neuen Verfahrens der automatischen Anpassung bis 2027 erneut höher vergütet. Die Pauschale 88895 wird in der Bewertung analog zum Orientierungswert zum 1. Januar 2026 um 2,8 % angehoben.

Hybrid-DRG für 2026 – Leistungen und Vergütung stehen fest

Für die spezielle sektorengleiche Vergütung von ambulanten Operationen steht jetzt sowohl der Leistungskatalog als auch mit Inkrafttreten des Gesetzes zur Befugniserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege zum Januar 2026 auch die Höhe der Vergütung der sektorengleichen Fallpauschalen fest.

Insgesamt stehen jetzt 69 Hybrid-DRG, die Vertrags- und Klinikärzte abrechnen können, zur Verfügung. Neu dazugekommen sind Hybrid-DRG für die Appendektomie, die Cholezystektomie sowie für minimalinvasive Eingriffe an den Koronararterien und peripheren Gefäßen. Bei den Eingriffen an den Knochen wurden Hybrid-DRG für Frakturosteosynthesen ergänzt.

Neu ist auch, dass 2026 erstmals Eingriffe mit einer zweitägigen stationären Liegedauer berücksichtigt wurden. Damit können Leistungen über 904 OPS-Kodes abgerechnet werden. 2025 waren es noch 583 OPS-Kodes. Dabei wurden auch bei bestehenden Hybrid-DRG neue OPS-Kodes hinzugenommen. Dies betrifft unter anderem Hernienoperationen, arthroskopische Eingriffe und Arthrodesen.

In diesem Jahr wurde eine stärkere Differenzierung der Hybrid-DRG nach Schweregraden umgesetzt. Dadurch werden auch bestehende Hybrid-DRG weiter unterteilt, wodurch eine differenziertere Vergütung abgebildet wird.

Unverändert ist die Situation hingegen bei den Sachkosten. Sie sind weiterhin in den Fallpauschalen enthalten und nicht separat abrechnungsfähig, ein Punkt für der immer noch andauernden Verhandlungen zwischen den Beteiligten.

Die KBV hat auf zwei Service-Dokumente zum Leistungskatalog und zur Vergütung der Hybrid-DRG für 2026 zur Verfügung gestellt:



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



Welche Patienten kommen für die neue Versorgungspauschale infrage?
Wir zeigen sie Ihnen!

GVSG-CHECK NR. 2

Denn wir möchten nicht, dass Sie im Trüben fischen.

AAC
Analyse

Weitere Informationen hier im Heft auf Seite 4.

REGIONALE KV-REGELUNGEN

AB 01. JANUAR 2026

Brandenburg

Vorhaltepauschale – Kennzeichnung Kriterien Qualitätszirkel und erweiterte Sprechstunde

Seit diesem Quartal greift die neue Regelung zur Vorhaltepauschale. Die KV Brandenburg hat dazu Informationen zu den Kriterien Qualitätszirkel und erweiterte Sprechstunde veröffentlicht.

Als „regelmäßig“ gilt die Teilnahme an mindestens zwei Qualitätszirkeln (gemäß Nr. 4 der Qualitätssicherungs-Richtlinien der KBV) im Jahr. Die Bestätigung zur Teilnahme an Qualitätszirkeln erfolgt mit einer gesonderten Eigenerklärung im Mitgliederportal, quartalsweise mit der Abgabe der Quartalsabrechnung in der entsprechenden Frist. Nicht fristgemäß eingegangene Eigenerklärungen finden keine Berücksichtigung.

Ein weiteres Kriterium ist die erweiterte Sprechstundenzeit im zweiwöchentlichen Rhythmus. Hierzu zählen die Sprechzeiten für alle BSNR einer Praxis mit einer Mindestdauer von 60 Minuten. Eine telefonische Sprechzeit reicht nicht aus. Alle durch die Praxis in der Arztsuche angegebenen Sprechzeiten werden für das jeweilige Quartal ausgewertet und berücksichtigt. Ein zweiwöchentlicher Wechsel kann hierbei nicht angegeben werden und daher muss wöchentlich eine neue Eingabe erfolgen.

Quelle: www.kvbb.de/praxis/aktuelles/news-detail/meldung-umsetzung-und-hochrechnung-der-hausaerztlichen-vorhaltepauschale-gop-03040-ebm

Bremen

Vorhaltepauschale – Kennzeichnung Kriterien Qualitätszirkel und erweiterte Sprechstunde

Seit diesem Quartal greift die neue Regelung zur Vorhaltepauschale. Ein Kriterium heißt Zusammenarbeit bzw. Teilnahme an Qualitätszirkeln. Dieses Kriterium ist in einer BAG gegeben. Ärzte in Einzelpraxen müssen die regelmäßige Teilnahme an Qualitätszirkeln mit der Ziffer 99349 kennzeichnen und müssen keinen weiteren Nachweis in der Abrechnung einreichen.

Ein weiteres Kriterium ist die erweiterte Sprechstundenzeit im zweiwöchentlichen Rhythmus. Erfüllt die Praxis die vorgegebenen Sprechstundenzeit, erfolgt die Kennzeichnung durch die Ziffer 99350.

Hierbei ist wichtig zu beachten, dass das Kriterium nur erfüllt ist, wenn die Dauer einer Sprechstunde in den genannten Zeitfenstern mindestens 60 Minuten umfasst. Die Meldung des Sprechstundenangebotes sollte auch an die zuständige Kassenärztliche Vereinigung nach den Vorgaben gemäß § 17 Absatz 1 Satz 6 BMV-Ä erfolgen. Die Kennzeichnung bleibt dennoch erforderlich.

REGIONALE KV-REGELUNGEN

AB 01. JANUAR 2026

Für die Kriterien Zusammenarbeit/Qualitätszirkel bzw. Sprechstunden/Praxisöffnungszeiten kann der Nachweis über die Angabe je Quartal auf einen Fall erbracht werden.

Quelle:

www.kvhb.de/praxen/nachrichten/detail/neue-vorhaltepauschale-ab-januar-das-sind-die-kriterien-und-so-laeuft-die-abrechnung

DMP-Schulungen können auch im Videoformat durchgeführt und abgerechnet werden

Im Sinne eines erleichterten Zugangs und dem Ausbau der Digitalisierung können jetzt auch viele DMP-Schulungen im Videoformat durchgeführt werden. Den vertrauten Abrechnungsziffern muss dabei lediglich ein „Suffix“ (V oder W) angefügt werden. Die Abrechnung ist möglich, wenn eine Genehmigung der KV Bremen für Videosprechstunden vorliegt.

Die Vergütung der Videoschulungen entspricht der Vergütung der Präsenzs Schulungen. Dadurch müssen Sie sich nicht mit neuen Ziffern vertraut machen, sondern lediglich mit den Suffixen. Dazu ein Beispiel aus dem DMP-Diabetes mellitus Typ 2 mit den möglichen Varianten:

„MEDIAS 2“-Schulung (8 Unterrichtseinheiten):

- Präsenz-Schulung: GOP 99912 und als Video-Schulung: GOP 99912V
- Präsenz-Nachschulung: GOP 99912N und als Video-Nachschulung 99912W
- Schulung mit Qualitätspauschale: es gilt sowohl in Präsenz als auch im Videoformat die GOP 99912Q

Videoschulungen sind möglich bei den DMPs Diabetes mellitus Typ 1 und 2, KHK und Asthma bronchiale nach der durch das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) veröffentlichten Übersicht.

Für Schulungen, die sowohl im Videoformat als auch im Präsenzformat durchgeführt werden dürfen, muss mindestens ein Präsenzangebot für die jeweiligen Schulungsindikationen von dem schulenden Leistungserbringer vorgehalten werden.

Quellen:

www.kvhb.de/praxen/nachrichten/detail/dmp-schulungen-koennen-auch-im-videoformat-durchgefuehrt-und-abgerechnet-werden

www.bundesamtsozialesicherung.de/fileadmin/redaktion/DMP/DMP1/20250904_Anhang_1_Patienten-Schulungsprogramme-DMP.pdf

REGIONALE KV-REGELUNGEN

AB 01. JANUAR 2026

Hamburg

DMP-Patientenschulungen seit 01.10.2025 im Videoformat möglich

Seit dem 01.10.2025 können DMP-Patientenschulungen auch im Videoformat erbracht werden. Für die Abrechnung einer Schulung im Videoformat muss neben der bekannten Ziffer für die Unterrichtseinheit zusätzlich die Ziffer 99499 (Kennnummer für Videoschulungen) angegeben werden. Die DMP-Schulungsvergütungen bleiben unverändert. Für Schulungen, die sowohl im Videoformat als auch im Präsenzformat durchgeführt werden dürfen, muss mindestens ein Präsenzangebot für die jeweiligen Schulungsindikationen vorgehalten werden.

Die nachfolgend benannten Schulungsprogramme können als Videoschulung erbracht werden:

Ziffer	Beschreibung	Wert
97006	DM Typ 1: Behandlungs- und Schulungsprogramm für intensivierte Insulintherapie	25,00 €
97014	DM Typ 1: Behandlungs- und Schulungsprogramm für Patienten mit Hypertonie	20,00 €
97023	DM Typ 1: LINDA-Diabetesselbstmanagementschulung	20,00 €
99194	DM Typ 2: Schulungsprogramm für Typ-2-Diabetiker, die nicht Insulin spritzen	20,00 €
99195	DM Typ 2: Schulungsprogramm für Typ-2-Diabetiker, die Insulin spritzen	25,00 €
99196	DM Typ 2: Behandlungs- und Schulungsprogramm für intensivierte Insulintherapie	25,00 €
99197	DM Typ 2: Schulungsprogramm für Typ-2-Diabetiker, die Normalinsulin spritzen	25,00 €
99198	DM Typ 2: MEDIAS 2	25,00 €
99199	DM Typ 2: Behandlungs- und Schulungsprogramm für Patienten mit Hypertonie	20,00 €
99129A	DM Typ 2: LINDA-Diabetesselbstmanagementschulung	20,00 €
99206	DM Typ 2: MEDIAS 2 BOT+SIT+CT	25,00 €
99431	Asthma bronchiale: AGAS	20,00 €
99439	Asthma bronchiale: ASEV	20,00 €

Quelle: www.kvvh.net/de/praxis/aktuelle-meldungen/dmp-patientenschulungen-ab-01-10-2025-im-videoformat-moeglich.html

REGIONALE KV-REGELUNGEN

AB 01. JANUAR 2026

Mecklenburg-
Vorpommern

DMP-Schulungen können auch im Videoformat durchgeführt und abgerechnet werden

Patientenschulungen in Disease-Management-Programmen (DMP) für Diabetes mellitus Typ 1 und 2, KHK und Asthma bronchiale, können auch im Videoformat erbracht werden.

Die Strukturvoraussetzungen für Ärzte, für nicht-ärztliches Personal sowie die Ausstattung der Praxis betreffend, wurden dahingehend ergänzt, dass gegebenenfalls zusätzlich erforderliche Kompetenzen bzw. Qualitätsanforderungen in gewohnter Form gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung nachzuweisen sind.

Zur korrekten Abrechnung der Patientenschulung ist neben der Schulungsziffer zusätzlich die Ziffer 88220 für die Videoschulungen zu setzen.

Folgende Leistungen können als Videoschulung erbracht und abgerechnet werden:

Ziffer	Beschreibung	Wert
99710	DM Typ 1: Behandlungs- und Schulungsprogramm für intensivierte Insulintherapie bzw. DTP	23,50 €
99721D	DM Typ 1: Behandlungs-/Schulungsprogramm für Patienten mit Hypertonie	22,50 €
99733	DM Typ 1: INPUT	28,50 €
99310	DM Typ 2: Behandlungs- und Schulungsprogramm für Typ 2 Diabetes ohne Insulin	23,50 €
99311	DM Typ 2: MEDIAS 2	23,50 €
99312	DM Typ 2: Schulungsprogramm für Typ 2 Diabetiker, die Insulin spritzen	25,50 €
99313	DM Typ 2: Schulungsprogramm für Typ 2 Diabetiker, die Normalinsulin spritzen	25,50 €
99321	DM Typ 2: Behandlungs-/Schulungsprogramm für Patienten mit Hypertonie	24,50 €
99327	DM Typ 2: Behandlungs- und Schulungsprogramm für intensivierte Insulintherapie bzw. DTP	28,50 €
99333	DM Typ 2: INPUT	28,50 €
99408	KHK: MEDIAS 2	22,50 €

REGIONALE KV-REGELUNGEN

AB 01. JANUAR 2026

Ziffer	Beschreibung	Wert
99412	KHK: Hypertonie	22,50 €
99415	KHK: Nachschulung Hypertonie	22,50 €
99460	KHK: Kardio-Fit	22,50 €
99461	KHK: Nachschulung Kardio-Fit	22,50 €
99512	Asthma bronchiale: Qualitätsmanagement in der Asthmaschulung von Kindern und Jugendlichen	24,50 €
99513	Asthma bronchiale: Nachschulung Qualitätsmanagement in der Asthmaschulung von Kindern und Jugendlichen	22,00 €
99514	Asthma bronchiale: ASEV	24,50 €
99521	Asthma bronchiale: Nachschulung ASEV	22,00 €
99439	Asthma bronchiale: ASEV	20,00 €

Quelle: www.kvmv.de/export/sites/default/.galleries/downloadgalerie_kvmv/presse/publikationen_pdfs/journal_pdfs/2025/Journal_November_2025.pdf

Nordrhein

DMP-Schulungen können auch im Videoformat durchgeführt und abgerechnet werden

Um den Zugang zu Patientenschulungen zu erleichtern und die Digitalisierung weiter voranzutreiben, können viele DMP-Patientenschulungen ab sofort auch im Videoformat durchgeführt werden. Zu den bekannten Abrechnungsziffern der Schulungen wird die Ziffer „99100V“ zur Kennzeichnung der Videoschulung ergänzt. Die Vergütung für Videoschulungen entspricht der für Präsenzsulungen.

Die Praxis benötigt eine Genehmigung für Videosprechstunden sowie für die jeweilige Patientenschulung. Diese Genehmigung kann elektronisch über das KVNO-Portal beantragt werden. Für Schulungen, die sowohl im Video- als auch im Präsenzformat angeboten werden dürfen, muss mindestens ein Präsenzangebot für die jeweilige Indikation in der Praxis vorgehalten werden.

REGIONALE KV-REGELUNGEN

AB 01. JANUAR 2026

Für Videoschulungen gelten die technischen Anforderungen der Videosprechstunde gemäß Bundesmantelvertrag-Ärzte – mit einer Ausnahme: Die Begrenzung der Teilnehmerzahl richtet sich nach den Vorgaben des jeweiligen Schulungscurriculums.

Die Qualitätsanforderungen und Inhalte der Schulungen bleiben verbindlich.

Ziffer	Beschreibung	Wert
98110	DM Typ 1: Behandlungs- und Schulungsprogramm für intensivierte Insulintherapie	29,00 €
98111	DM Typ 1: PRIMAS	29,00 €
98116	DM Typ 1: Behandlungs- und Schulungsprogramm für Patienten mit Hypertonie	29,00 €
98118	DM Typ 1: Modulare Bluthochdruck-Schulung IPM (Institut für präventive Medizin)	29,00 €
98013	DM Typ 2: Schulungsprogramm für Typ-2-Diabetiker, die nicht Insulin spritzen	29,00 €
98014	DM Typ 2: Schulungsprogramm für Typ-2-Diabetiker, die Insulin spritzen	29,00 €
98019	DM Typ 2: MEDIAS 2	29,00 €
98026	DM Typ 2: MEDIAS 2 BOT+SIT+CT	29,00 €
98028	DM Typ 2: MEDIAS 2 ICT	29,00 €
98029	DM Typ 2: Behandlungs- und Schulungsprogramm für intensivierte Insulintherapie	29,00 €
98016	DM Typ 2: Behandlungs- und Schulungsprogramm für Patienten mit Hypertonie	29,00 €
98018	DM Typ2: Modulare Bluthochdruck-Schulung IPM (Institut für präventive Medizin)	29,00 €
90513	KHK: Hypertonie	25,00 €
90518	KHK: Kardio-Fit	26,00 €
90230	Asthma bronchiale: AGAS	23,50 €
90238	Asthma bronchiale: ASEV	23,50 €

Quelle: www.kvno.de/aktuelles/aktuelles-detail/nachricht/dmp-patientenschulungen-in-nordrhein-jetzt-auch-als-videoschulung-moeglich

REGIONALE KV-REGELUNGEN

AB 01. JANUAR 2026

Sachsen

Vorhaltepauschale – Fragen zu den Kriterien Qualitätszirkel und erweiterte Sprechstunde

Seit diesem Quartal greift die neue Regelung zur Vorhaltepauschale. Ein Kriterium heißt Zusammenarbeit bzw. Teilnahme an Qualitätszirkeln.

Bei der Erfüllung des Kriteriums der Teilnahme an Qualitätszirkeln muss die Teilnahme an mindestens zwei Qualitätszirkeln erfolgen. Sofern die Teilnahme an Qualitätszirkeln nicht an eine Genehmigung gemäß Qualitätssicherungsvereinbarung gebunden ist.

Ein weiteres Kriterium ist die erweiterte Sprechstundenzeit. Für die Erfüllung des Kriteriums sind ausschließlich die bei der KV Sachsen gemeldeten Sprechzeiten maßgeblich. Deswegen sollte hier eine Prüfung der hinterlegten Sprechstunden erfolgen und gegebenenfalls angepasst werden.

Zur Erfüllung des Kriteriums zählt auch die Durchführung der Videosprechstunde aus der Praxis heraus.

Quelle: www.kvsachsen.de/fuer-praxen/aktuelle-informationen/praxis-news/vorhaltepauschale-2026-im-ueberblick

Anpassungen beim DMP-Osteoporose

Um die flächendeckende Versorgung für Patienten mit Osteoporose zu garantieren, hat die KV Sachsen gemeinsam mit den LVSK den 1. Nachtrag zum DMP-Osteoporose entwickelt und dem Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) zur Prüfung vorgelegt. Das BAS hat sich positiv zurückgemeldet, so dass seit 01.10.2025 folgende regionale Ausnahmeregelungen für Sachsen gelten.

Im Rahmen des DMP-Osteoporose wird eine ordentliche Mitgliedschaft im Bund der Osteologen Sachsen e. V. (BOS) als gleichwertiger Nachweis zur Qualifikation „Osteologe DVO“ unter den folgenden Voraussetzungen als vertretbar angesehen:

- Die Ausnahmeregelung gilt ausschließlich für Ärzte, die bereits vor dem 01.10.2025 im Rahmen bestehender selektivvertraglicher Regelungen in Sachsen tätig waren und eine ordentliche BOS-Mitgliedschaft nachweisen.
- Diese Anerkennung erfolgt unter Bestandsschutz für den genannten Personenkreis und dient der Sicherstellung einer ununterbrochenen Versorgungskontinuität.
- Für alle ab dem 1. Oktober 2025 neu in das DMP-Osteoporose eintretenden Ärzte gilt die Regelung nicht. Hier ist der Nachweis der Qualifikation „Osteologe DVO“ zwingend erforderlich.

REGIONALE KV-REGELUNGEN

AB 01. JANUAR 2026

Die Regelung gilt für Fachärzte folgender Facharztgruppen:

- Facharzt für Innere Medizin (fachärztlich tätig)
- Facharzt für Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie
- Facharzt für Innere Medizin und Rheumatologie
- Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Ausgeschlossen sind Fachärzte ohne nachgewiesene Qualifikation „Osteologe DVO“ deren Mitgliedschaft beim BOS ab dem 01.10.2025 beginnt.

Abweichend von den Regelungen der bisherigen DMP, gilt beim DMP-Osteoporose für die Durchführung der Patientenschulung das nichtärztliche Personal nicht zwingend erforderlich ist. Das bedeutet, der teilnehmende Arzt kann, bei entsprechender Genehmigung, die Schulung allein durchführen.

Quelle: www.kvsachsen.de/fuer-praxen/aktuelle-informationen/praxis-news/dmp-osteoporose-1-nachtrag-einbindung-weiterer-arztgruppen

Thüringen

Vorhaltepauschale –

Fragen zu den Kriterien Qualitätszirkel und erweiterte Sprechstunde

Seit diesem Quartal greift die neue Regelung zur Vorhaltepauschale. Ein Kriterium heißt Zusammenarbeit bzw. Teilnahme an Qualitätszirkeln und ein weiteres Kriterium ist die erweiterte Sprechstundenzeit.

Die Teilnahme am Qualitätszirkel sowie die Durchführung der Praxisöffnungszeiten wird zum Zeitpunkt der Abrechnung als Eigenerklärung im Mitgliederportal angegeben.

Quelle: www.kvsh.de/praxis/praxisfuehrung/newsletter/vorhaltepauschale-2026



REGIONALE HZV-REGELUNGEN

AB 01. JANUAR 2026

Für die bessere Lesbarkeit im Bereich der HzV-Anpassungen verwenden wir folgende Icons:



neue Leistungen



Erhöhung der Vergütung





entfallene Einzelleistungen

Baden-
Württemberg

Vertrag AOK

Die P5 kann künftig ohne Mindestpatientenzahl abgerechnet werden. Die bisherige Hürde von mindestens 50 Patienten entfällt.

Leistung	Alt	Neu
 P5 – nun auch für Patienten in Behinderteneinrichtungen	-	50,00 €
 Zuschlag Versorgung in Behinderteneinrichtungen	individueller Zuschlag auf P3	-

Baden-
Württemberg

Vertrag EK

Die P5 kann künftig ohne Mindestpatientenzahl abgerechnet werden. Die bisherige Hürde von mindestens 50 Patienten entfällt.

Leistung	Alt	Neu
 Vertreterpauschale	24,00 €	25,00 €
VERAH-Zuschlag	8,00 €	11,00 €

REGIONALE HZV-REGELUNGEN

AB 01. JANUAR 2026

Bayern

Vertrag EK

Erhöhung von Einzel-Leistungen:

Leistung	Alt	Neu
	Psychosomatik (35100/35110)	23,92 € 24,59 €
	Hausärztliche geriatrische Betreuung (03362)	21,56 € 22,17 €
	Hautkrebsscreening (01745)	31,36 € 32,23 €
	Krebsfrüherkennungsuntersuchung Männer (01731)	17,85 € 18,35 €
	Neugeborenen-Screening (01707)	22,80 € 23,44 €
	Stuhltest im Rahmen der Früherkennungsuntersuchung (01737)	7,06 € 7,26 €
	U1 (01711)	15,62 € 16,05 €
	U2 (01712)	49,70 € 51,09 €
	U3 – U9 (01713-01719)	49,82 € 51,22 €
	J1 (01720)	44,12 € 45,36 €
	Belastungs-EKG (03321)	24,54 € 25,23 €
	Sonografie Schilddrüse (33012)	9,54 € 9,81 €
	Sonografie Abdomen (33042)	17,72 € 18,22 €
	Langzeit-EKG (03322)	5,95 € 6,12 €
	Langzeit-RR (03324)	7,06 € 7,26 €
	CW-Doppler-Sonographie extrakranieller Gefäße (33060)	33,09 € 34,02 €

REGIONALE HZV-REGELUNGEN

AB 01. JANUAR 2026

Leistung		Alt	Neu
	CW-Doppler-Sonographie extremitätenversorgender Gefäße (33061)	11,15 €	11,47 €
	Hyposensibilisierung (30130)	12,64 €	13,00 €
	Chirotherapie an der Wirbelsäule (30201)	8,80 €	9,05 €
	Verordnung medizinischer Rehabilitation (01611)	39,04 €	40,13 €
	Inanspruchnahme zur Unzeit I (01100)	24,29 €	24,97 €
	Inanspruchnahme zur Unzeit II (01101)	38,79 €	39,88 €

Vertrag Bahn BKK und TK

Aufnahme der Meningokokken B Impfung und RSV-Impfung in den Ziffernkranz. Somit wird die 89116A, 89116B, 89137 und 89138 ab dem 1. Quartal 2026 über die HZV dokumentiert.

Hessen

Vertrag IKK classic, AOK, BKK LV Süd, EK und LKK

Aufnahme der Meningokokken B Impfung in den Ziffernkranz. Somit wird die 89116A, 89116B und 89116Z ab dem 1. Quartal 2026 über die HZV dokumentiert.

Vertrag TK

Aufnahme der Meningokokken B Impfung und RSV-Impfung in den Ziffernkranz. Somit wird die 89116A, 89116B, 89137 und 89138 ab dem 1. Quartal 2026 über die HZV dokumentiert.

REGIONALE HZV-REGELUNGEN

AB 01. JANUAR 2026

Hessen

Vertrag spectrumK

Erhöhung von Einzel-Leistungen:

Leistung	Alt	Neu
	Krebsfrüherkennung Mann (01731)	17,58 € 18,35 €
	Gesundheitsuntersuchung (01732)	40,40 € 41,53 €
	01740 (Beratung kolorektales Karzinom)	14,38 € 14,78 €
	Hautkrebsscreening (01745)	31,36 € 32,23 €
	Zuschlag HKS zur 01732 (01746)	25,90 € 26,63 €
	Neugeborenen-Screening (01707)	22,80 € 23,44 €
	U1 – U9 (01711–01719)	49,82 € 51,22 €
	J1 (01720)	44,12 € 45,36 €
	U7a (01723)	49,82 € 51,22 €
	J1 (01720)	44,12 € 45,36 €




Nordrhein

Vertrag AOK

- Die durchschnittliche Vergütung je eingeschriebenem HZV-Versicherten und je Quartal für sämtliche Leistungen wird von 68,00 € auf 76,00 € angehoben.
- Es wird eine kontaktunabhängige Struktur- und Qualitätspauschale je Patient eingeführt, sowie ein neuer Zuschlag für online buchbare Termine.
- Der VERAH-Besuch ist nun auch für chronisch kranke Patienten abrechenbar.
- Im Zuge dessen wurden Einzelleistungen in die Pauschale überführt und sind somit nicht mehr einzeln abrechenbar. Dafür wurde die Vergütung von Einzelleistungen, vor allem Vorsorgeuntersuchungen, erhöht.

REGIONALE HZV-REGELUNGEN

AB 01. JANUAR 2026

Leistung	Alt	Neu
	Struktur- und Qualitätspauschale (SQP) je Patient, kontaktunabhängig	- 5,00 € je Quartal
	VERAH-Besuch nun auch bei Chronikern	- 9,00 €
	neuer Zuschlag für die Bereitstellung	- 2,00 €
	Mitbesuch (01413)	12,00 € 18,00 €
	Krebsfrüherkennung Mann (01731)	17,85 € 18,53 €
	Check-up/Gesundheitsuntersuchung (01732)	40,40 € 41,53 €
	Hautkrebsscreening (01745)	31,36 € 32,23 €
	HKS im Rahmen Check-up/Gesundheitsuntersuchung (01746)	25,90 € 26,63 €
	Verlängerte Sprechzeit (0010)	22,00 € -
	Unvorhergesehene Inanspruchnahme I (01100)	25,00 € -
	Unvorhergesehene Inanspruchnahme II (01101)	40,00 € -
	Wegepauschalen	5 – 15 € -
	Postoperative hausärztliche Betreuung 2005	30,00 € -
	Kindervorsorge U1 – U11; Jugendvorsorge J1	42,00 € -
	Überleitungsmanagement	30 – 80 € -

REGIONALE HZV-REGELUNGEN

AB 01. JANUAR 2026

Nordrhein

Vertrag spectrumK

Erhöhung von Einzel-Leistungen:

Leistung		Alt	Neu
	Krebsfrüherkennung Mann (01731)	17,58 €	18,35 €
	Gesundheitsuntersuchung (01732)	40,40 €	41,53 €
	01740 (Beratung kolorektales Karzinom)	14,38 €	14,78 €
	Hautkrebsscreening (01745)	31,36 €	32,23 €
	Zuschlag HKS zur 01732 (01746)	25,90 €	26,63 €
	Neugeborenen-Screening (01707)	22,80 €	23,44 €
	U1 – U9 (01711–01719)	49,82 €	51,22 €
	J1 (01720)	44,12 €	45,36 €
	U7a (01723)	49,82 €	51,22 €

Vertrag IKK classic, AOK, Knappschaft, EK und LKK

Aufnahme der Meningokokken B Impfung in den Ziffernkranz. Somit wird die 89116A, 89116B und 89116Z ab dem 1. Quartal 2026 über die HZV dokumentiert.

Vertrag TK

Aufnahme der Meningokokken B Impfung und RSV-Impfung in den Ziffernkranz. Somit wird die 89116A, 89116B, 89137 und 89138 ab dem 1. Quartal 2026 über die HZV dokumentiert.

REGIONALE HZV-REGELUNGEN

AB 01. JANUAR 2026

Westfalen-
Lippe

Vertrag spectrumK

Erhöhung von Einzel-Leistungen:

Leistung		Alt	Neu
	Krebsfrüherkennung Mann (01731)	17,58 €	18,35 €
	Gesundheitsuntersuchung (01732)	40,40 €	41,53 €
	Beratung kolorektales Karzinom (01740)	14,38 €	14,78 €
	Hautkrebsscreening (01745)	31,36 €	32,23 €
	Zuschlag HKS zur 01732 (01746)	25,90 €	26,63 €
	Neugeborenen-Screening (01707)	22,80 €	23,44 €
	U1 – U9 (01711–01719)	49,82 €	51,22 €
	J1 (01720)	44,12 €	45,36 €
	U7a (01723)	49,82 €	51,22 €

REGIONALE HZV-REGELUNGEN

AB 01. JANUAR 2026

Westfalen-
Lippe

Vertrag AOK

Erhöhung von Einzel-Leistungen:

Leistung		Alt	Neu
	Krebsfrüherkennung Mann (01731)	17,85 €	18,35 €
	Check-up/Gesundheitsuntersuchung (01732)	40,40 €	41,53 €
	Hautkrebsscreening (01745)	31,36 €	32,23 €
	Zuschlag HKS zur 01732 (01746)	25,90 €	26,63 €

Vertrag TK

Aufnahme der Meningokokken B Impfung und RSV-Impfung in den Ziffernkranz. Somit wird die 89116A, 89116B, 89137 und 89138 ab dem 1. Quartal 2026 über die HzV dokumentiert.

HERAUSGEBER
AAC PRAXISBERATUNG AG
Am Treptower Park 75
12435 Berlin

REDAKTION
Dr. med. G. Lübben (V.i.s.d.P.)
Telefon: 030 · 22 44 523 0
E-Mail: info@aac-ag.de

REDAKTIONELLE MITARBEIT
Tamara Nüske
Marion Beck
Julia Busse

DRUCK
MG-Print, Herford

LAYOUT
Olaf Brandmeyer, Bünde

MAGAZIN ALS PDF
www.aac-ag.de/magazin

BILDNACHWEISE
Seite 1, 44 auf Basis © Elena Butusova - stock.adobe.com
Seite 8 © BerlinPictures - stock.adobe.com
Seite 12 © Garun Studios - stock.adobe.com
Seite 21 © holzkbri - stock.adobe.com
Seite 30 © StockPhotoPro - stock.adobe.com

© 2026 AAC PRAXISBERATUNG AG
Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit
schriftlicher Genehmigung des Herausgebers.

433-20260113

AAC AG

PRAXISBERATUNG



AAC PRAXISBERATUNG AG Am Treptower Park 75 12435 Berlin

Telefon 030 · 22 44 523 0 Fax 030 · 22 44 523 33 E-Mail info@aac-ag.de

AAC-AG.DE

