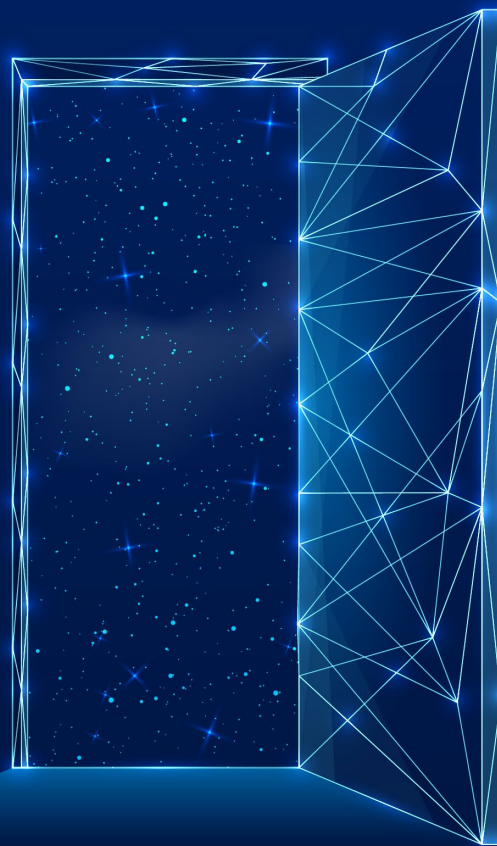


QAC
Magazin



NEUES ZU ABRECHNUNG UND HONORAR AUF EINEN BLICK

AUSGABE 29 – Q2 2026

VORWORT.....	3
IN EIGENER SACHE	
AAC-Empfehlungsprogramm für Kunden	4
GVSG-Check Nr. 2.....	5
Kooperation mit der HÄVG	6
Praxiswissen Versorgungspauschale	7
Update Praxiswissen Gesundheitspolitik	8
NEUES AUS DER GESUNDHEITSPOLITIK	10
ABRECHNUNG UND HONORAR.....	13
REGIONALE KV-REGELUNGEN	24
REGIONALE HZV-REGELUNGEN	34
DIE WELT DER HZV	46
IMPRESSUM	54

WILLKOMMEN

KUNDENMAGAZIN DER AAC PRAXISBERATUNG GMBH

Sehr geehrte Frau Doktor,
sehr geehrter Herr Doktor,

das zweite Quartal hat gesundheitspolitisch einiges zu bieten. Ende März hat die GKV-Finanzkommission die von Frau Warken geforderte Streichliste mit einem Volumen von rund 25 Mrd. Euro vorgelegt. Bis zur Sommerpause muss daraus ein vom Kabinett verabschiedeter Gesetzentwurf werden. Es wird spannend, welche Beiträge dem ambulanten Sektor zur Sanierung der maroden GKV-Finzen zugemutet werden.

Für Hausärzte hat das Warten ein Ende. Nach langwierigen Verhandlungen und deutlich verspätet hat der Bewertungsausschuss die Versorgungspauschale als letzten Teil des Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetzes (GVSG) beschlossen. Die neue Pauschale zum Chroniker-Management tritt zum 1. Juli 2026 in Kraft, gilt für zwei Quartale und ist hochkomplex. Jetzt müssen zwei Systeme zur Versorgung von Chronikern parallel gesteuert werden.

Egal, Sie sind mit unserem **GVSG-Check Nr. 2** auf jeden Fall exzellent vorbereitet. Wir zeigen Ihnen, wie Sie die neue Pauschale effizient und aufwandsarm in Ihrer Praxis umsetzen. Weitere Informationen sowie die Möglichkeit zur Anmeldung finden Sie auf Seite 4. Wir laden Sie gerne auch für eine Sonderausgabe unseres **AAC-Webinars** mit allem Wissenswerten rund um die **Versorgungspauschale** ein.

Im Laufe des Quartals folgen dann zwei **Webinare** zu aktuellen Themen im Rahmen eines **gesundheitspolitischen Updates**. Alles, was für die ambulante Versorgung wichtig wird, gibt's bei uns in einer Stunde Fortbildungszeit gut verständlich und „frei Haus“ aufbereitet. Die Informationen zu allen Veranstaltungen finden Sie auf den Seiten 7–8.

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 AAC-EMPFEHLUNGSPROGRAMM FÜR KUNDEN



Ihre Empfehlungen zahlen sich aus!

Zufriedene Kunden sind der größte Schatz eines Unternehmens. Studien belegen – wer wirklich zufrieden ist, empfiehlt die Dienstleistung bzw. das Produkt gerne einem Freund oder guten Bekannten weiter. Einer persönlichen Empfehlung vertrauen Menschen deutlich häufiger als guten Bewertungen eines Produkts auf den einschlägigen Portalen. Wir gewinnen die Mehrzahl unserer Kunden durch **Empfehlungen** von Dritten. Dazu zählen unsere Kooperationspartner wie z. B. Banken, Finanzdienstleister, Hersteller von Medizingeräten, Steuerberater und Privatärztliche Verrechnungsstellen. Aber für uns besonders wertvoll sind die Empfehlungen von **zufriedenen Kunden**. Diesen einmaligen Vertrauensbeweis wollen wir Zukunft mit einem besonderen Dankeschön belohnen.

So funktioniert's

Sie empfehlen unsere Beratung einem Freund oder guten Bekannten, der sich über eine optimierte Abrechnung freuen kann und erhalten für diese erfolgreiche Empfehlung* **eine Prämie von 500 Euro!**



Nutzen Sie am besten gleich einfach den nebenstehenden QR-Code oder den Link www.aac-pb.de/kontakt/500 und melden sich und die empfohlene Praxis an.
Herzlichen Dank!



*Bitte beachten Sie die Prämienbedingungen. Diese finden Sie bei der Online-Anmeldung.

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?
- Wie kann ich insgesamt mein Chroniker-Management optimal aufstellen?
- 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-pb.de/service/gvsg-check-nr-2



IN EIGENER SACHE KOOPERATION MIT DER HÄVG



Kooperation mit der HÄVG Hausärztlichen Vertragsgemeinschaft AG

Beide Unternehmen kooperieren seit Q4 2025 und bündeln ihre Aktivitäten, Hausarztpraxen, die an der HZV teilnehmen, zu beraten. Die Zusammenarbeit wurde zunächst für die Regionen Nordrhein und Hessen gestartet. Hier berät AAC Hausarztpraxen, die Interesse haben, insbesondere die Zahl eingeschriebener HZV-Patienten deutlich zu steigern.

Wir freuen uns, dass die HÄVG ab dieser Ausgabe unsere Leser am Schluss des Magazins mit eigenen Beiträgen und interessanten und wissenswerten Informationen aus der Welt der HZV versorgen wird.

In dieser Ausgabe finden Sie auf der Seite 46 einen lesenswerten Übersichtsartikel mit den Eckpunkten zur Versorgung von Patienten in der HZV.



Update GVSG

Sie haben unser AAC-Webinar am 16. April 2026 mit allem Wissenswerten zur neuen Versorgungspauschale verpasst?

Kein Problem – voraussichtlich ab Ende April finden Sie unter nebenstehendem Link die Live-Aufzeichnung der Veranstaltung. Hören Sie gerne rein!

Ein Handout stellen wir Ihnen auf Anfrage ebenfalls über info@aac-pb.de sehr gerne bereit.

Aufzeichnung
baldverfügbar
unter:



www.aac-pb.de/fortbildung/bibliothek

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

Termine	Dienstag, den 09.06.2026 , 19:00 bis 20:00 Uhr Donnerstag, den 18.06.2026 , 19:00 bis 20:00 Uhr	Online- Buchung unter:	
Ihr Referent	Dr. med. Georg Lübben, Unternehmensleitung		
Kosten	Die Teilnahme an der Veranstaltung ist kostenfrei .	www.aac-pb.de/fortbildung	

Mit dieser neuen Veranstaltungsreihe wollen wir haus- und fachärztliche Kunden in loser Folge zu aktuellen gesundheitspolitischen Themen mit Relevanz für die ambulante Versorgung informieren.

Dabei geht es um folgende Fragen:

- Welche Themen sind in der Diskussion?
- Welche Fakten sollten Sie kennen?
- Was kommt ggf. auf niedergelassene Ärztinnen und Ärzte zu?

Wir spannen den thematischen Bogen bewusst breit und informieren Sie u. a. über Themen wie:

- Eckpunkte eines Primärversorgungssystems – wie soll in Zukunft Versorgung gesteuert werden?
- GKV-Finanzreformgesetz – was bedeutet dies konkret für die ambulante Versorgung?
- Neue Kompetenzen für Apotheken – Konkurrenz für Hausarztpraxen?
- ePA – aktueller Zeitplan und neue Funktionen für 2026
- Update neue GOÄ – Eckpunkte und Bedeutung für die Praxis

Die Themen werden immer kurz vor der Veranstaltung ausgewählt, um eine größtmögliche Aktualität zu gewährleisten.

Wer mitreden will, muss Bescheid wissen. Wenn dies für Sie zutrifft, sind Sie hier richtig!

Ein Handout wird auf Wunsch zur Verfügung gestellt.



NEUES AUS DER GESUNDHEITSPOLITIK

Elektronische Verordnung von digitalen Gesundheitsanwendungen ist jetzt möglich

Seit einiger Zeit können Medikamente auf elektronischem Weg verordnet werden. Dies ist jetzt auch für die digitalen Gesundheitsanwendungen, DiGA, möglich.

Eine gesetzliche Vorgabe ist, dass digitale Gesundheitsanwendungen von Arzt- und Psychotherapiepraxen in Zukunft nur noch elektronisch verordnet werden. Ein verpflichtendes Datum gibt es jedoch noch nicht.

Praxen verordnen die digitalen Gesundheitsanwendungen entweder weiterhin über das gewohnte Verordnungsformular für digitale Gesundheitsanwendungen, Muster 16, oder sie verordnen diese elektronisch, sofern ihr Praxisverwaltungssystem dies unterstützt. Voraussetzung dafür ist ein von der KBV zertifiziertes Verordnungsmodul für digitale Gesundheitsanwendungen im Praxisverwaltungssystem.

Bei beiden Verordnungswegen werden die gleichen Daten angegeben. Das sind beispielsweise die Bezeichnung und die Pharmazentralnummer der digitalen Gesundheitsanwendung.

Sind alle Daten eingegeben, überträgt das Praxisverwaltungssystem diese an den eRezept-Fachdienst der gematik. Für die Übertragung erhält die Praxis eine Bestätigung oder die Übertragung wird automatisch im Praxisverwaltungssystem dokumentiert.

Zum Einlösen der elektronischen Verordnung benötigen Patienten eine eRezept-App. Dazu nutzen sie entweder die eRezept-App der gematik oder die von ihrer Krankenkasse. Falls dies nicht möglich ist, bekommt der Patient einen Patientenausdruck. Damit kann sich der Patient an seine Krankenkasse wenden, um den Freischaltcode zu erhalten.

Quelle: www.kbv.de/praxis/tools-und-services/praxisnachrichten/2026/03-12/digitale-gesundheitsanwendungen-elektronische-verordnung-startet-freiwillig

Vergütung psychotherapeutischer Leistungen wurde gesenkt

Der Erweiterte Bewertungsausschuss hat die Kostenstrukturerhebung des Statistischen Bundesamtes bei Arzt- und Zahnarztpraxen sowie Praxen von psychologischen Psychotherapeuten für das Jahr 2023 als Grundlage genommen, um eine Überprüfung der Angemessenheit der Leistungsbewertungen vorzunehmen. Dazu wurden die Abrechnungsdaten ins Verhältnis zu den Kosten gesetzt.

In einer Modellrechnung wurden die Erträge unterschiedlicher Fachgruppen, mit denen der Psychotherapeuten verglichen. Dabei kam ein Plus von 9,97 % zugunsten der psychologischen Psychotherapeuten heraus.

NEUES AUS DER GESUNDHEITSPOLITIK

Aus dieser Rechnung wurde eine Absenkung von 4,5 % seit dem 01. April 2026 beschlossen. Diese gilt für die Ziffern 30932, 30933, 35151, 35152, 35173 bis 35179 und die Ziffern des Abschnitts 35.2 des EBM. Gleichzeitig wurde die Bewertung des Strukturzuschlages, die Ziffern 35571, 35572 und 35573, um ca. 14 % angehoben. Die KBV hat dagegen Klage eingereicht.

Quelle: institut-ba.de/ba/babeschluesse/2026-03-11_eba87.pdf

Höhere Zuzahlungsbeträge für Heilmittel

Für Heilmittel gilt die gesetzliche Zuzahlung von 10 % der Kosten durch den Patienten. Im Zuge der gestiegenen Preise für Heilmittel hatte der GKV-Spitzenverband im Dezember neue Heilmittelpreise und Zuzahlungsbeträge veröffentlicht. Diese gelten seit Januar 2026. In Arztpraxen selbst gelten sie erst seit dem 01. April 2026. Grund dafür ist die benötigte Zeit für die technische Realisierung innerhalb der Praxissoftware.

In der Regel verordnen Ärzte Heilmittel und der Patient bezahlt z. B. die Massagetherapie in der Physiotherapiepraxis. Rechnet eine Praxis die Heilmittel über den EBM ab, ziehen die Praxen den gesetzlichen Zuzahlungsbetrag von den Patienten ein.

Übersicht Zuzahlungsbetrag je ärztlicher Behandlung ab 01. April 2026:

Ziffer	Beschreibung	Wert bisher	Wert
30400	Massagetherapie	2,11 €	2,16 €
30402	Unterwasserdruckstrahlmassage	3,29 €	3,38 €
30410	Atemgymnastik (Einzelbehandlung)	2,89 €	2,96 €
30411	Atemgymnastik (Gruppenbehandlung)	1,29 €	1,33 €
30420	Krankengymnastik (Einzelbehandlung)	2,89 €	2,96 €
30421	Krankengymnastik (Gruppenbehandlung)	1,29 €	1,33 €

Quelle: www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/ambulante_leistungen/heilmittel/vertraege_125abs1/physiotherapie/20251201_Physiotherapie_Vertrag_125_Anlage_2_barrierefrei.pdf



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.

Hausärzte

Die Versorgungspauschale

Mit der Versorgungspauschale, die zum 01. Juli 2026 in Kraft tritt, wird die letzte Stufe des Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetzes (GVSG) verwirklicht. Patienten, bei denen ausschließlich eine chronische Erkrankung besteht und die mit einem einzigen erkrankungsspezifischen Medikament versorgt werden, sollen nicht mehr jedes Quartal in die Praxis kommen müssen. Mit dieser quartalsübergreifenden Pauschale wird das Ziel verfolgt die Hausarztpraxen zu entlasten. Dadurch sollen die Praxen mehr Termine anbieten können – auch für Neupatienten.

Die Versorgungspauschale, Ziffer 03100, enthält denselben Leistungsinhalt wie die Versichertenpauschale, Ziffer 03000, die Chronikerpauschale, Ziffer 03220 und den Zuschlag für den Medikationsplan, Ziffer 03222. Sie gilt für zwei aufeinanderfolgende Quartale.

Ärzte müssen die Versorgungspauschale bei Patienten abrechnen, die die Voraussetzungen für diese Pauschale erfüllen. Die Abrechnung der Versicherten- sowie der Chronikerpauschale durch dieselbe Vertragsarztpraxis ist in diesen Fällen nicht gestattet.

Sie gilt für Patienten mit ausschließlich einer chronischen Diagnose aus der untenstehenden Liste. Diese Patienten dürfen nur ein erkrankungsspezifisches Medikament einnehmen und müssen im Alter von 18 – 74 Jahren sein. Zusätzlich ist bei ihnen die Chroniker-Definition des G-BA (4-3-2-Regel) erfüllt.

Die nachfolgende Diagnoseliste enthält gesicherte Behandlungsdiagnosen und ist abschließend.

ICD-10-Code	Diagnose
E03.0	angeborene Hypothyreose mit diffuser Struma
E03.1	angeborene Hypothyreose ohne Struma
E03.4	Atrophie der Schilddrüse (erworben)
E03.8	sonstige näher bezeichnete Hypothyreose

ABRECHNUNG UND HONORAR

ICD-10-Code	Diagnose
E03.9	Hypothyreose, nicht näher bezeichnet
E06.3	Autoimmunthyreoiditis
E78.0	reine Hypercholesterinämie
E78.2	gemischte Hyperlipidämie
E78.4	sonstige Hyperlipidämie
E78.5	Hyperlipidämie, nicht näher bezeichnet
E78.6	Lipoproteinmangel
E78.8-	sonstige Störungen des Lipoproteinstoffwechsels
E78.9	Störung des Lipoproteinstoffwechsels, nicht näher bezeichnet
I10.00	benigne essentielle Hypertonie: ohne Angabe einer hypertensiven Krise
I10.90	essentielle Hypertonie, nicht näher bezeichnet: ohne Angabe einer hypertensiven Krise
M10.0-	idiopathische Gicht

Für die Versorgungspauschale rechnen Praxen die Ziffer 03100 ab. Diese gilt für zwei aufeinanderfolgende Quartale. Besteht bei einem Patienten ein intensiver Betreuungsbedarf und es findet im Folgequartal ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt statt, rechnet die Praxis die Ziffer 03110 als Zuschlag ab. Dabei gilt jedoch eine Obergrenze. Der Zuschlag kann bei maximal 8 % der Behandlungsfälle, für die im Vorquartal die Versorgungspauschale angesetzt wurde, abgerechnet werden.

Bei Patienten mit einer Versorgungspauschale wird die Vorhaltepauschale ebenfalls für zwei Quartale hinzugesetzt. Dabei gelten die bekannten Regeln der Vorhaltepauschale.

ABRECHNUNG UND HONORAR

Neue Ziffern zur Vorhaltepauschale

Vorhaltepauschale zur 03100

- Ziffer 03043: 22,81 Euro
- Zuschläge zur Vorhaltepauschale 03043:
 - Ziffer 03044 bei Erfüllung von mindestens 2 bis 7 Kriterien: 1,78 Euro
 - Ziffer 03045 bei Erfüllung von mindestens 8 Kriterien: 5,35 Euro

Vorhaltepauschale zur 03110

- Ziffer 03046 im Folgequartal der Berechnung der Ziffer 03043: 9,81 Euro
- Zuschläge zur Vorhaltepauschale 03046:
 - Ziffer 03047 im Folgequartal der Berechnung der Ziffer 03044: 0,76 Euro
 - Ziffer 03048 im Folgequartal der Berechnung der Ziffer 03045: 2,29 Euro

Als Kontaktregel ist zu merken: die Versorgungspauschale wird erneut berechnet, wenn zwischen dem Quartal der letzten Berechnung und dem Quartal der erneuten Ansetzung nicht mehr als drei Quartale ohne persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt liegen.

Quelle: institut-ba.de/ba/babeschluesse/2026-03-11_ba828_2.pdf

Hausärzte,
Internisten,
Radiologen

Lungenkrebs-Screening startet

Die Früherkennung auf Lungenkrebs mittels Niedrigdosis-Computertomographie, Low-Dose-CT, kurz LDCT, ist zum 01. April 2026 gestartet.

Das Lungenkrebs-Screening sieht vor, dass der Allgemeinmediziner, Arbeitsmediziner bzw. Internist die Indikation zur Durchführung einer Niedrigdosis-Computertomographie stellt und den Patienten über die Untersuchung informiert und ihn aufklärt. Dazu kann er dem Patienten die Patienteninformation des G-BA aushändigen: www.g-ba.de/downloads/17-98-6054/2025-12-18_G-BA_VI_Lungenkrebsfrueherkennung_BF.pdf



ABRECHNUNG UND HONORAR

Der Allgemeinmediziner, Arbeitsmediziner oder Internist dokumentiert die medizinische Eignung des Patienten in einem Bericht und überweist ihn an einen Radiologen. Bei diesen Unterlagen legt dieser auch die Selbst-erklärung bei, dass er ein approbierter Allgemeinmediziner, Arbeitsmediziner oder Internist ist und im Rahmen der Facharztweiterbildung oder in einer Fortbildung Wissen zur Lungenkrebsfrüherkennung erlangt hat. Für diese Fortbildung ist eine Unterrichtseinheit von 45 Minuten laut Bundesärztekammer ausreichend.



Kurse dafür sind auch online möglich. Nachfolgend sind exemplarisch zwei Anbieter aufgeführt:

www.aaef-rlp.de/fortbildungsangebot/kurse/strahlenschutzkurse/lungenkrebs-frueherkennung-fortbildung/



ccm-campus.de/fortbildung-lungenkrebsfrueherkennung/

Anforderungen an den Bericht

Laut § 2 Absatz 1 Nummer 3 der Lungenkrebs-Früherkennungs-Verordnung, LuKrFrühErkV, muss der Bericht des Allgemeinmediziners, Arbeitsmediziners oder Internisten zum Eignungsprofil des Patienten folgende Informationen enthalten:

- das Alter des Patienten und
- die Informationen zum Raucherstatus
 - Nikotinabusus über mindestens 25 Jahre und
 - 15 Packungsjahre und
 - Nikotinkarenz von weniger als 10 Jahren dazwischen.

Der Radiologe führt die Niedrigdosis-Computertomographie durch und erstellt den Befund. Bei einem unklaren Befund kann auch ein weiterer Radiologe als Zweitbefunder eine Rolle spielen.

Durch diese „Arbeitsverteilung“ kann sowohl der Allgemeinmediziner, Arbeitsmediziner bzw. Internist als auch der Radiologen für die jeweils erbrachten Leistungen Ziffern abrechnen.

Allgemeinmediziner, Arbeitsmediziner und Internisten müssen gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung nachweisen, dass sie bei der Weiterbildung zum Facharzt oder durch die oben erwähnte Fortbildung Wissen zur Lungenkrebs-Früherkennung erworben haben.

Radiologen, die als Erst- oder Zweitbefunder tätig werden wollen, müssen an einer speziellen Fortbildung teilnehmen und benötigen eine Genehmigung ihrer Kassenärztlichen Vereinigung nach der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie (nach § 135 Abs. 2 SGB V).

ABRECHNUNG UND HONORAR

Teilnahmeberechtigt sind aktive und ehemalige starke Raucher im Alter zwischen 50 und 75 Jahren. Diese Patienten müssen mindestens seit 25 Jahre rauchen bzw. geraucht haben und mindestens 15 „Packungsjahre“ aufweisen. Es ist auch möglich, dass der Zigarettenkonsum vor weniger als zehn Jahre beendet wurde.

Für die Berechnung der Packungsjahre gibt es zwei Formeln. Zum einen kann man mit der Anzahl der gerauchten Schachteln oder der gerauchten Zigaretten pro Tag rechnen. Bei ersterem nimmt man an, dass in einer Packung 20 Zigaretten sind.

Dann lautet die Formel für die Berechnung mittels der Anzahl der Packungen folgendermaßen:

Anzahl Packungsjahre = (pro Tag gerauchte Zigarettenpackungen) × (Anzahl Raucherjahre)

Die Formel der Berechnung anhand der Anzahl der gerauchten Zigaretten lautet:

Anzahl Packungsjahre = (pro Tag gerauchte Zigaretten/20) × (Anzahl Raucherjahre)

Wird bei dem Patienten kein Hinweis auf Lungenkrebs festgestellt, dann kann nach Ablauf von 12 Monaten das Screening wiederholt werden.

Eine gute Informationsübersicht bietet auch das FAQ des Deutschen Ärzteblattes:

www.aerzteblatt.de/news/die-wichtigsten-antworten-zum-start-des-lungenkrebsscreenings-ad658e68-9d81-4a73-b117-d59614dac226



Übersicht der Ziffer für das Lungenkrebs-Screening:

Ziffer	Beschreibung	Wert
Facharzt für Allgemeinmedizin und Innere Medizin		
01875	<p>Erstellung eines Berichts und Ausstellen der Überweisung zur Niedrigdosis-Computertomographie gemäß Abschnitt D. III. der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie</p> <ul style="list-style-type: none">• Erstellung und Aushändigung des Berichts zur Eignung für das Lungenkrebs-Screening• Aushändigen der Selbsterklärung über die Erfüllung der Voraussetzungen<ul style="list-style-type: none">• Facharztbezeichnung• erfolgte Teilnahme an der Fortbildung• Überweisung zu einer Niedrigdosis-Computertomographie• 1 x / Krankheitsfall	4,97 €

ABRECHNUNG UND HONORAR

Ziffer	Beschreibung	Wert
01876	<p>Erstberatung zur Teilnahme an der Früherkennung von Lungenkrebs gemäß Abschnitt D. III. der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie</p> <ul style="list-style-type: none"> • einmalige Erstberatung der Versicherten zur Früherkennung von Lungenkrebs gemäß § 40 der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie • Ausgabe Versicherteninformation gemäß § 40 der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie • je vollendete fünf Minuten • höchstens dreimal in einer Sitzung berechnungsfähig • ausschließlich zur Erstberatung zur Früherkennung von Lungenkrebs gemäß Abschnitt D. III. der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie berechnungsfähig • nur einmalig je Versicherten berechnungsfähig 	11,08 €
Facharzt für Radiologie (Erst- und Zweitbefunder)		
01871	<p>Niedrigdosis-Computertomographie zur Früherkennung von Lungenkrebs gemäß Abschnitt D. III. der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prüfung der Zulässigkeitsvoraussetzungen • Prüfung Vorbefunde/Voruntersuchungen und ggf. deren Einbeziehung • Aufklärung • Niedrigdosis-Computertomographie nach § 41 der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie • Befundung und Befundübermittlung nach § 42 Krebsfrüherkennungs-Richtlinie • Dokumentation nach § 44 Krebsfrüherkennungs-Richtlinie • 1 x / Krankheitsfall • im Behandlungsfall nicht neben der Ziffer 01872 	95,04 €
01872	<p>Niedrigdosis-Computertomographie zur Befundkontrolle im Rahmen der Früherkennung von Lungenkrebs gemäß Abschnitt D. III. der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie bei innerhalb von 12 Monaten vorausgegangenem kontrollbedürftigen Befund</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prüfung der Zulässigkeitsvoraussetzungen • Prüfung Vorbefunde / Voruntersuchungen und ggf. deren Einbeziehung • Aufklärung • Niedrigdosis-Computertomographie nach § 41 der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie • Befundung und Befundübermittlung nach § 42 Krebsfrüherkennungs-Richtlinie • Dokumentation nach § 44 Krebsfrüherkennungs-Richtlinie • 1 x / Behandlungsfall • höchstens 2 x / Krankheitsfall • im Behandlungsfall nicht neben der Ziffer 01871 	74,66 €

ABRECHNUNG UND HONORAR

Ziffer	Beschreibung	Wert
01878	<p>Veranlassung der konsiliarischen Zweitbefundung der Niedrigdosis-Computertomographie zur Früherkennung von Lungenkrebs gemäß Abschnitt D. III. der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie</p> <ul style="list-style-type: none"> • Veranlassung der Zweitbefundung und abschließende gemeinsame Beurteilung nach § 42 Krebsfrüherkennungs-Richtlinie • Datenübermittlung zur Zweitbefundung • Übermittlung der Computertomographie-Aufnahmen • höchstens 3 x / Krankheitsfall • im Zusammenhang mit der Ziffer 01871 nur 1 x / Krankheitsfall berechnungsfähig • im Zusammenhang mit der Ziffer 01872 höchstens 2 x / Krankheitsfall berechnungsfähig • ist nur im Zeitraum von 14 Tagen nach Durchführung der Leistung nach den Ziffern 01871 oder 01872 berechnungsfähig 	11,98 €
01879	<p>Konsiliarische Zweitbefundung der Niedrigdosis-Computertomographie zur Früherkennung von Lungenkrebs gemäß Abschnitt D. III. der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie</p> <ul style="list-style-type: none"> • Befundung nach § 42 Krebsfrüherkennungs-Richtlinie • Befundübermittlung an Erstbefunder und abschließende gemeinsame Beurteilung nach § 42 Krebsfrüherkennungs-Richtlinie • je Konsiliarauftrag 	49,56 €
01880	<p>Beratung des Versicherten bei abklärungsbedürftigem Befund im Rahmen der Früherkennung von Lungenkrebs gemäß Abschnitt D. III. der Krebsfrüherkennung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Beratung des Versicherten über weitergehende Maßnahmen im Zusammenhang mit einem abklärungsbedürftigen Befund • Information des Versicherten zu auf die Untersuchung und Behandlung von Lungenkrebs spezialisierten Einrichtungen für die erforderlichen Abklärungsmaßnahmen • Übermittlung von Bilddokumentation und Befundberichten an den Versicherten • 1 x / Behandlungsfall • auch bei telefonischer Beratung oder im Rahmen der Videosprechstunde berechnungsfähig • ist nur im Zeitraum von 14 Tagen nach Durchführung der Leistung nach den Ziffern 01871 oder 01872 berechnungsfähig 	10,45 €
01881	<p>Teilnahme an einer Konsensuskonferenz im Rahmen der Früherkennung von Lungenkrebs gemäß Abschnitt D. III. der Früherkennungs-Richtlinie</p> <ul style="list-style-type: none"> • auch im Rahmen der Videofallbesprechung berechnungsfähig 	13,89 €

Quelle: www.kbv.de/documents/infoteh/rechtsquellen/bewertungsausschuss/ebm/2026/eba-87-lungenkrebs-screening.pdf

ABRECHNUNG UND HONORAR

Neurologen,
Nerven-
heilkundler,
Psychiater

Vergütung für das neue Alzheimer-Medikament Leqembi® steht fest

Seit dem 01. April 2026 können Fachärzte für Neurologie, für Nervenheilkunde, für Neurologie und Psychiatrie sowie für Psychiatrie und Psychotherapie die intravenöse Gabe von Leqembi® (Wirkstoff Lecanemab) abrechnen. Die Möglichkeit zur Abrechnung der Gabe von Leqembi® ist auf die eingangs genannten Fachgruppen beschränkt, da diese in der Behandlung der Alzheimer-Krankheit erfahren sind und die Möglichkeiten zur zeitnahen Durchführung einer MRT-Diagnostik haben. Damit wurde ein entsprechender Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) umgesetzt.

Vor der ersten Gabe von Leqembi® erfolgt die Bestimmung des ApoE ε4-Trägerstatus.

Die Gabe von Leqembi® erfolgt alle 14 Tage als intravenöse Infusion über jeweils 60 Minuten. Bei der erstmaligen Infusion ist eine Nachbetreuung des Patienten von 2,5 Stunden vorgeschrieben. Zur Therapiekontrolle sind regelmäßige MRT-Untersuchungen des Gehirns vorgesehen.

Für bestimmte Leistungen im Zusammenhang mit der Verabreichung von Leqembi® erhalten Ärzte eine extra-budgetäre Vergütung. Sie müssen dazu die Ziffer mit der vorgegebenen Kennzeichnung A abrechnen, zum Beispiel für die Infusion die Ziffer 02101A anstelle der ungekennzeichneten Ziffer 02101. Für andere Leistungen wurden neue Ziffern aufgenommen.

Ziffer	Beschreibung	Wert
02342A	Lumbalpunktion	74,15 €
01510A	Beobachtung und Betreuung des Patienten – mindestens 2 Stunden	56,44 €
02101A	Infusion – mindestens 60 Minuten	21,02 €
34410A	MRT-Untersuchung des Neurocraniums	134,16 €
11602	Bestimmung des Apolipoprotein E-Genotyps vor der Gabe von Lecanemab bei gesicherter früher Alzheimer-Erkrankung mit nachgewiesener Amyloid-Beta-Pathologie	53,76 €
32407A	Bestimmung von β-Amyloid 1-42 im Liquor	18,86 €
32408A	Bestimmung von Gesamt-Tau im Liquor	18,86 €
32409A	Bestimmung von Phospho-Tau im Liquor	18,86 €

Quelle: www.kbv.de/praxis/tools-und-services/praxisnachrichten/2026/03-05/verguetung-fuer-neues-alzheimer-medikament-leqembi-geregelt

ABRECHNUNG UND HONORAR

verschiedene
FG

Neue digitale Gesundheitsanwendung

Kranus Mictera

Seit dem 01. April 2026 gibt es die neue digitale Gesundheitsanwendung, DiGA, Kranus Mictera. Sie ist eine digitale Gesundheitsanwendung zur Behandlung von Harninkontinenz bei Frauen. Ziel der Therapie ist es, Frauen mit Belastungs-, Drang- und Mischinkontinenz dabei zu unterstützen, ihre Symptome zu lindern, die Lebensqualität zu verbessern und eigenständig aktiv zu werden. Primäres Ziel ist die Reduktion von Inkontinenzepisoden und die Abnahme eines störenden Harndrangs.

Für diese digitale Gesundheitsanwendung wurde die Ziffer 01482 in den EBM aufgenommen. Diese ist ausschließlich bei weiblichen Versicherten ab 18 Jahren berechnungsfähig.

Die Ziffer 01482 können Hausärzte, Internisten ohne Schwerpunkt, Gynäkologen, Nephrologen, Urologen, Neurologen, Nervenheilkundler, Neurologen und Psychiater, Neurochirurgen und von Vertragsärzten, die über eine Genehmigung zur Durchführung von Blutreinigungsverfahren gemäß § 135 Abs. 2 SGB V verfügen, abrechnen.

Oviva Direkt Bluthochdruck und INKA

In die Liste der DiGAs bei denen die Ziffer 86700 abgerechnet werden kann, sind seit dem 01. April 2026 die DiGAs Oviva Direkt Bluthochdruck und INKA enthalten. Die Ziffer 86700 können Ärzte und Psychotherapeuten für die Verlaufskontrolle und Auswertung von DiGAs abrechnen, die vorläufig im BfArM-Verzeichnis gelistet sind und für die das BfArM ärztliche und / oder psychotherapeutische Tätigkeiten definiert hat. Die Ziffer ist pro DiGA einmal im Behandlungsfall berechnungsfähig. Im Krankheitsfall ist je DiGA höchstens zweimal berechnungsfähig. Die Ziffer kann für den Erprobungszeitraum der jeweiligen DiGA berechnet werden und wird extrabudgetär vergütet.

Quelle: www.kbv.de/praxis/verordnungen/diga

Gynäkologen

Höhere Vergütung für Hochfrequenzablation des Endometriums

Die Hochfrequenzablation des Endometriums wird besser vergütet. Rückwirkend zum 01. Januar 2026 wird für den ambulanten Eingriff die Ziffer 31319 von 310,48 € auf 344,63 € erhöht, ein Plus von fast 34 €. Eine Überprüfung der Marktentwicklung ergab, dass die Kosten für das benötigte Gerät nicht mehr ausreichend im EBM berücksichtigt wurde. Aus diesem Grund kam es zu der Anpassung.

Die analoge Ziffer 36319 für den belegärztlichen Eingriff wurde nicht angepasst, da in diesem Fall das Krankenhaus die Gerätekosten über die Belegabteilungen-DRG abrechnet.

Quelle: www.kbv.de/documents/infotek/rechtsquellen/bewertungsausschuss/ebm/2026/ba-826-teil-a-hochfrequenzablation-gop-01966.pdf

ABRECHNUNG UND HONORAR

Nephrologen

Klarstellung zur ambulanten LDL-Apherese

Eine neue Veröffentlichung des Bewertungsausschusses stellt klar, dass die beiden Zusatzpauschalen für die ärztliche Betreuung einer ambulanten LDL-Apherese nach der Anlage I der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) nicht gleichzeitig berechnet werden dürfen.

Es handelt sich um die Ziffern 13620 und 13622. Die Ziffer 13622 darf ausschließlich bei einer isolierten Lp(a)-Erhöhung angewendet werden. Die Ziffer 13620 hingegen umfasst die LDL-Apherese bei allen anderen Indikationen entsprechend der eingangs genannten Richtlinie.

Zusätzlich wurde bei beiden Ziffern die Formulierung „je Behandlungswoche“ ergänzt. Die genannten Ziffern sind je Behandlungswoche nicht neben der jeweils anderen berechnungsfähig. Als Behandlungswoche zählt hier „jede Kalenderwoche, in der mindestens eine LDL-Apherese“ nach der genannten Richtlinie durchgeführt wird.

Quelle:

www.kbv.de/documents/infothek/rechtsquellen/bewertungsausschuss/ebm/2026/ba-826-teil-a-hochfrequenzablation-gop-01966.pdf

verschiedene
FG

Long-COVID: 37802 erfordert jetzt Überweisung

Bei der Abrechnung der Ziffer 37802 wird die Überweisung jetzt Pflicht. Bisher gehörte zum obligatorischen Leistungsinhalt die Überweisung an einen Kollegen „und/oder“ die Verordnung von Heilmitteln. Folglich war die Verschreibung von Heilmitteln eine Alternative zur Überweisung.

Die Anpassung ist laut Begründung des Bewertungsausschusses erforderlich, da die Long-COVID-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) davon ausgeht, dass im Rahmen der Koordination die Behandlung des Patienten „pro Quartal durch mindestens einen weiteren Leistungserbringer unterschiedlicher Disziplin (...) erforderlich ist“. Ein weiterer Arzt soll bei dem Patienten tätig werden. Aus diesem Grund werden die Wörter „und/oder“ gestrichen und die Verordnung von Heilmitteln wird in den neu eingearbeiteten fakultativen Leistungsinhalt überführt.

Die Ziffer ist mit 17,96 € bewertet und zur Abrechnung gilt das Basis-Assessment mit der Ziffer 37800 und eine anhaltende Symptomatik als Voraussetzung. Sie kann einmal im Behandlungsfall angesetzt werden.

Quelle: www.aerztezeitung.de/Wirtschaft/Long-COVID-EBM-Koordinationsziffer-37802-erfordert-jetzt-Ueberweisung-461818.html



REGIONALE KV-REGELUNGEN

AB 01. JANUAR 2026

Bayern

Förderung der hausärztlichen Betreuung von Patienten mit onkologischer Erkrankung

Rückwirkend zum 01. Januar 2026 können Hausärzte die Ziffer 97016 als Zuschlag zur Ziffer 32012 abrechnen. Diese Ziffer hat eine Bewertung von 6,80 € und muss von den Praxen abgerechnet werden, da sie nicht von der KV dazugesetzt wird.

Folgende Voraussetzungen müssen für die Abrechnung erfüllt sein:

- hausärztlich tätige Ärzte mit Berechtigung zur Abrechnung der Ziffer 03000
- Abrechnung und Anerkennung der Ziffern 32012 und 03000 im gleichen Behandlungsfall
- Dokumentation mindestens einer der folgenden, gesicherten Diagnosen: C00.- bis C80.- oder C97.-
- Zuschlag maximal einmal im Arzt-Patienten-Kontakt und maximal dreimal im Behandlungsfall
- Abrechnungsausschluss neben den Ziffern der Onkologie-Vereinbarung

Berlin

Neuer Vertrag zur Versorgung bei Gestationsdiabetes

Ende 2024 sind die Verträge zur spezialisierten Versorgung von Schwangeren mit Gestationsdiabetes ausgelaufen. Jetzt wurde ein neuer Versorgungsvertrag geschlossen und dieser trat zum 15. Februar 2026 in Kraft. Dieser richtet sich an schwangere Versicherte mit ärztlich festgestellter Schwangerschaft und bestätigtem Gestationsdiabetes bis zu zwölf Wochen nach der Entbindung.

Der neue Vertrag stellt sicher, dass schwangere Frauen mit Gestationsdiabetes in diabetologischen Schwerpunktpraxen und spezialisierten Zentren betreut werden. Dort findet ein ausführliches Beratungsgespräch zu allen Fragen rund um Gestationsdiabetes statt. Es erfolgt eine individuelle Ernährungsberatung, eine Schulung zur Blutzuckerselbstkontrolle, eine Empfehlung zu Bewegung und gesunder Lebensführung. Bei Bedarf kommt es zu einer Einleitung und Begleitung einer Insulintherapie in enger Abstimmung mit dem Frauenarzt. Natürlich erfolgt nach der Geburt eine Nachsorge – inklusive eines Blutzucker-Belastungstests, um Folgerisiken früh zu erkennen.

Quelle: www.kvberlin.de/die-kv-berlin/pressemitteilungen/detailansicht/pm260226

REGIONALE KV-REGELUNGEN

AB 01. JANUAR 2026

Bremen

Förderprogramm läuft weiter: Kassen und KV Bremen stärken die hausärztlichen Praxen

In ausgewählten Stadtteilen Bremens gibt es einen Zuschlag von bis zu 70 Euro für Vermittlungsfälle der Terminservicestelle. Damit soll nicht nur der Zugang neuer Patienten in hausärztliche Praxen erleichtert, sondern auch die hausärztliche Niederlassung generell gefördert werden. Diese Förderung gilt bis zum 31. Dezember 2026.

Ziel dabei ist es einerseits, die hausärztliche Niederlassung in diesen Stadtteilen zu fördern und andererseits den Zugang von neuen Patienten in eine hausärztliche Praxis in diesen Stadtteilen zu erleichtern. Die Patienten sollen im Anschluss dauerhaft in der Praxis versorgt werden.

Quelle:

www.kvhb.de/praxen/nachrichten/detail/foerderprogramm-laeuft-weiter-kassen-und-kv-bremen-staerken-die-hausaerztlichen-praxen

Hessen

Früherkennung von Begleiterkrankungen

Zum 01. Januar 2026 ist der Vertrag für die frühzeitige Diagnostik und Behandlung von Begleiterkrankungen bei Diabetes mellitus für Versicherte der Techniker Krankenkasse in Kraft getreten. Mit diesem Vertrag soll eine potenzielle Unterversorgung bei der Diagnostik und frühzeitigen Behandlung in folgenden Versorgungsfeldern behoben werden: diabetische Neuropathie, Diabetesleber, Lower Urinary Tract Symptoms, LUTS, die periphere arterielle Verschlusskrankheit, pAVK, und die chronische Nierenerkrankung bei Diabetes mellitus.

Teilnahmeberechtigt sind Versicherte, die sich aufgrund einer Diabeteserkrankung in regelmäßiger Behandlung befinden und bisher keine der oben erwähnten Begleiterkrankungen aufweisen. Zusätzlich dürfen die Versicherten nicht an der hausarztzentrierten Versorgung der Techniker Krankenkasse nach § 73b SGB V teilnehmen.

Alles Nähere zum Vertrag selbst und den Ziffern, die abgerechnet werden können, sind über den Link in der Quelle zu finden.

Quelle: www.kvhessen.de/publikationen/vertrag-begleiterkrankungen-bei-diabetes

REGIONALE KV-REGELUNGEN

AB 01. APRIL 2026

Nordrhein

DMP-KHK: Vergütung von Patientenschulungen angehoben

Im Zuge der Angleichung an das DMP-Diabetes haben sich die KV und die Krankenkassen auch auf eine Erhöhung der Vergütungen der folgenden indikationsübergreifenden Patientenschulungen für das DMP-KHK zum 01. Januar 2026 von 25 Euro auf 29 Euro geeinigt.

Leistungsanpassungen		
Ziffer	Beschreibung	Wert
98016	Schulung Hypertonie ZI, max. 4 Unterrichtseinheiten in Gruppen bis 8 Patienten bei DMP-Diabetes Typ 2	29,00 €
98018	Modulare Bluthochdruckschulung IPM, 4 Unterrichtseinheiten in Gruppen bis 6 Patienten bei DMP-Diabetes Typ 2	29,00 €
98116	Schulung Hypertonie ZI, max. 4 Unterrichtseinheiten in Gruppen bis 8 Patienten bei DMP-Diabetes Typ 1	29,00 €
98118	Modulare Bluthochdruckschulung IPM, 4 Unterrichtseinheiten in Gruppen bis 6 Patienten bei DMP-Diabetes Typ 1	29,00 €
90513	Schulung Hypertonie ZI, max. 4 Unterrichtseinheiten in Gruppen bis 8 Patienten bei DMP-KHK	29,00 €
90517	Modulare Bluthochdruckschulung IPM, 4 Unterrichtseinheiten in Gruppen bis 6 Patienten bei DMP-KHK	29,00 €

Eine Nachschulung ist grundsätzlich frühestens ein Kalenderjahr nach Beendigung der Erst- oder Grundschulung (letzte Unterrichtseinheit) möglich.

Quelle: www.kvno.de/aktuelles/aktuelles-detail/nachricht/dmp-khk-verguetung-von-patientenschulungen-angehoben

REGIONALE KV-REGELUNGEN

AB 01. APRIL 2026

Rheinland-
Pfalz

Neue Kooperationsvereinbarung Kindeswohlgefährdung

Die KV hat zum 01. Januar 2026 mit dem Städtetag und dem Landkreistag Rheinland-Pfalz eine neue Kooperationsvereinbarung zur Kindeswohlgefährdung geschlossen. Ziel ist es, die vertragsärztliche und -psychotherapeutische Versorgung bei möglichen Kindeswohlgefährdungen weiter zu stärken und die Zusammenarbeit mit den Jugendämtern zu verbessern. Grundgedanke dabei ist eine gemeinsame Verantwortung aller Beteiligten für einen wirksamen Kinder- und Jugendschutz.

Nehmen Ärzte bzw. Psychotherapeuten gewichtige Anhaltspunkte für eine Gefährdung des Kindeswohls wahr, sollten sie die Situation mit dem Kind bzw. dem Jugendlichen sowie den Erziehungsberechtigten besprechen und auf die Inanspruchnahme geeigneter Hilfen hinwirken. Kann die Gefährdung nicht abgewendet werden und erscheint ein Tätigwerden des Jugendamts notwendig, dürfen Praxen dieses informieren. Die Betroffenen sollten darüber vorab in Kenntnis gesetzt werden, sofern dadurch der Schutz des Kindes bzw. des Jugendlichen nicht in Frage gestellt wird.

Für die Meldung an das Jugendamt nutzen Praxen das vereinbarte Meldeformular und rechnen einmal pro Behandlungsfall die Ziffer 01681 ab. Das Jugendamt bestätigt im Anschluss den Eingang der Meldung, benennt eine Ansprechperson und gibt zeitnah Rückmeldung, ob eine Gefährdung gesehen wird und ob Maßnahmen eingeleitet wurden. In akuten Situationen soll das Jugendamt nach Möglichkeit persönlich, telefonisch oder elektronisch informiert werden. Natürlich unter Beachtung des Datenschutzes. In diesem Fall reichen Praxen das Meldeformular im Anschluss nach.

Wird auf Initiative des Jugendamts eine Fallbesprechung durchgeführt, kann diese persönlich, telefonisch oder als Videokonferenz stattfinden. Je vollendete 10 Minuten können Praxen die Ziffer 01682 bis zu achtmal pro Krankheitsfall abrechnen. Bei Nutzung eines zertifizierten Videodienstanbieters ist zusätzlich der Zuschlag im Rahmen der Ziffer 01450 EBM abrechenbar.

Quelle: www.kv-rlp.de/nachricht/kinder-und-jugendschutz-was-tun-bei-kindeswohlgefaehrdung

REGIONALE KV-REGELUNGEN

AB 01. APRIL 2026

Sachsen

Vertragsunterlagen Früherkennung von Begleiterkrankungen

Seit dem 01. April 2026 werden die Teilnahmeerklärungen für die beiden Verträge Begleiterkrankungen Hypertonie und Diabetes mellitus per Post an folgende Adresse gesendet:
DAK-Gesundheit Postzentrum, 22778 Hamburg.

Als Alternative kann auch die Übermittlung des PDFs per KIM an folgende Adresse gesendet werden:
dak-kim@dak.kim.telematik.

Das Original der Teilnahmeerklärung wird weiterhin in der Praxis revisionssicher für 10 Jahre aufbewahrt und nach Aufforderung der DAK-G vorgelegt.

Der bisherige Versand per Fax oder E-Mail war nicht datenschutzkonform und wurde daher eingestellt. Die betreffenden Verträge wurden um die neuen Adressen ergänzt und sind seit dem 01. April 2026 zu verwenden.

Quelle: www.kvsachsen.de/fuer-praxen/aktuelle-informationen/praxis-news/3-nachtrag-zu-den-vereinbarungen-gemaess-140a-sgb-v-ueber-die-besondere-versorgung-zur-fruehzeitigen-diagnostik-und-behandlung-von-begleiterkrankungen-der-hypertonie-sowie-diabetes-mellitus-mit-der-dak-g

Schleswig-
Holstein

Neue Kooperationsvereinbarung Kindeswohlgefährdung

Die KV, der Städteverband Schleswig-Holstein und der Schleswig-Holsteinische Landkreistag haben eine Kooperationsvereinbarung zum besseren Schutz von Kindern und Jugendlichen bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung geschlossen.

Ziel ist es, die Zusammenarbeit zwischen Arzt- und Psychotherapiepraxen sowie den Jugendämtern zu verbessern. Die Vereinbarung trat zum 01. Januar 2026 in Kraft.

Es wurde ein Meldeverfahren auf Basis eines standardisierten Meldebogens sowie die Eingangsbestätigung und Rückmeldung der Jugendämter festgelegt. Melden Praxen gewichtige Anhaltspunkte einer möglichen Kindeswohlgefährdung an das Jugendamt mittels des standardisierten Meldebogens, können sie die Ziffer 01681 abrechnen. Kommt es anschließend zu einer Fallbesprechung mit dem Jugendamt, kann zusätzlich die Ziffer 01682 abgerechnet werden.

Quelle: www.kvsh.de/praxis/vertraege/kinder-und-jugendschutz

REGIONALE KV-REGELUNGEN

AB 01. APRIL 2026

Schleswig-
Holstein

Weiterhin Förderung einer substitutionsgestützten Behandlung Opioidabhängiger

Die Förderung des therapeutischen Gesprächs, Ziffer 01952, wird auch 2026 fortgeführt.

Die Förderung erfolgt in zwei Stufen:

Das erste therapeutische Gespräch je Behandlungsfall erhält einen extrabudgetären Zuschlag von 15 Euro, den die KV dazu setzt.

Die Vergütung der Ziffer 01952 ist auf vier Gespräche pro Quartal begrenzt. Bei einem erhöhten Betreuungsaufwand kann im Rahmen der Förderung ein fünftes und sechstes Gespräch abgerechnet werden. Für das fünfte Gespräch rechnet die Praxis die Pseudoziffer 90402D ab. Für das sechste Gespräch setzt die Praxis die Pseudoziffer 90402E an. Beide Ziffern werden extrabudgetär vergütet. Dies erfolgt in Höhe von je 19,62 € und ist somit gleichwertig zur 01952.

Bei der Abrechnung ist auf eine entsprechende Diagnosekodierung zu achten. Diese sollte endstellig erfolgen. Neben F-Diagnosen ist zusätzlich die Z51.83 (Opiatsubstitution) zu kodieren.

Quelle: www.kvsh.de/praxis/praxisfuehrung/newsletter/substitution-2

REGIONALE KV-REGELUNGEN

AB 01. APRIL 2026

Thüringen

DMP-Osteoporose

Seit dem 01. Februar 2026 können Ärzte ihre Teilnahme am DMP-Osteoporose gegenüber der KV erklären. Die DMP-Ziffern selbst können seit dem 01. April 2026 abgerechnet werden.

Zielsetzung des Vertrages ist eine indikationsabhängige und systematische Koordination der Versorgung von chronisch kranken Versicherten mit einer medikamentös behandlungsbedürftigen Osteoporose.

Vertragsstart / Gültigkeit ab	01.04.2026	
Vertragsinhalt	DMP-Osteoporose	
teilnahmeberechtigte Versicherte	gesicherte Osteoporosediagnose	
teilnahmeberechtigte Ärzte	Hausärzte, Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie und Fachärzte für Orthopädie Fachärzte mit Nachweis einer besonderen osteologischen Qualifikation: <ul style="list-style-type: none">• Fachärzte für Innere Medizin, für Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie, für Innere Medizin und Rheumatologie, für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, für Physikalische und Rehabilitative Medizin	
Leistungen		
Ziffer	Beschreibung	Wert
koordinierender Arzt		
99440	DMP-Beratungs- und Einschreibepauschale Information, Beratung zum DMP und Einschreibung der Versicherten, Erstellung der Erstdokumentation sowie Versand der entsprechenden Unterlagen	18,00 €
99441	DMP-Koordinierungspauschale inkl. Folgedokumentation <ul style="list-style-type: none">• kontinuierliche Beratung, Betreuung und Koordination des Versicherten einschließlich Erstellung der Folgedokumentation• Beratung und Initiierung einer erforderlichen Überweisung an einen qualifizierten Facharzt	12,00 €

REGIONALE KV-REGELUNGEN

AB 01. APRIL 2026

Ziffer	Beschreibung	Wert
99442	<p>HA-intensives Patientengespräch (1 x / Behandlungsfall, max. 3 x / Krankheitsfall)</p> <ul style="list-style-type: none">• intensives Patientengespräch:<ul style="list-style-type: none">• zur medikamentösen Therapie• zur Korrektur von Ernährungsdefiziten (ausreichend Kalzium- und Vitamin-D-Zufuhr)• zu Maßnahmen, die die Mobilität bewahren und Stürze vermeiden• zu Lebensstilmodifikation• sowie zur Abklärung von:<ul style="list-style-type: none">• Komorbiditäten und deren Einfluss auf die Therapie und mögliche Nebenwirkungen/Interaktionen (bei postmenopausalen Frauen: Frage nach Hormonersatztherapie)• weiteren Medikamenten, die ggf. das Frakturrisiko erhöhen• Therapien auf ihre Wirksamkeit• dem Grad der Erreichung vereinbarter Ziele• Schmerzen• der richtigen Medikamenteneinnahme• ggf. Absprache mit anderen Leistungserbringern zur Therapieanpassung• ggf. Beratung und Initiierung einer Überweisung an einen qualifizierten Facharzt	10,00 €
99443	<p>Sturzanamnese (1 x / Krankheitsfall)</p> <ul style="list-style-type: none">• Ausführliche Sturzanamnese zur Abklärung von Gleichgewichtsstörungen und Ermittlung des Sturzrisiko, ggf. unter Durchführung verschiedener Test:<ul style="list-style-type: none">• Handkraftmessung• Timed up and go• Tandemstand• Chair Rising Test• Folgeabschätzung bei Sturzneigung:<ul style="list-style-type: none">• Beratung zur Reduktion des Sturzrisikos (z. B. Vermeidung von Untergewicht)• Empfehlung von Maßnahmen zur Förderung des Gleichgewichts und der Reaktionsfähigkeit sowie zur Reduktionsfähigkeit sowie zur Reduktion der Angst vor Stürzen und vor weiteren Mobilitätseinschränkungen• Motivation zu körperlichem Training zur Förderung der Muskelkraft und Koordination (geeignete Trainingsmaßnahmen, z. B. Funktionstraining) sowie Überprüfung der Indikation sturzfördernder Medikamente	7,00 €

REGIONALE KV-REGELUNGEN

AB 01. APRIL 2026

Ziffer	Beschreibung	Wert
qualifizierter Arzt		
99445	<p>DMP-Mitbehandlungspauschale (1 x / Behandlungsfall, max. 2 x / Krankheitsfall)</p> <ul style="list-style-type: none">• auf Überweisung vom koordinierenden Vertragsarzt für ein intensives Patientengespräch und ausführliche Anamnese:<ul style="list-style-type: none">• Vermeidung der Progression der Osteoporose unter Therapie• Untersuchung zur Abklärung einer sekundären Erkrankungsursache der Osteoporose• Therapie bei Verdacht auf akute Wirbelkörperfraktur• Prüfung und Initiierung einer erforderlichen (erneuten) Knochendichtemessung in besonderen Fällen• geriatrische Mitbehandlung bei komplexen Krankheitskonstellationen• Erstellung eines differenzierten Befundberichtes an den koordinierenden Vertragsarzt	18,00 €
99446	<p>Zuschlag „Intensivbehandlung“ (1 x / Behandlungsfall, max. 2 x / Krankheitsfall)</p> <p>Behandlung, Therapie und Medikationsmanagement von an Osteoporose erkrankten Patienten mit chronischen Schmerzzuständen:</p> <p>für Patienten</p> <ul style="list-style-type: none">• mit chronischen thorakolumbalen Schmerzen; mit chronischen Schmerzen, mit Schmerzsyndromen > 6 Monate (gesicherte Diagnose: R52.1 bzw. R52.2) <p>und</p> <ul style="list-style-type: none">• mit Osteoporose mit/ohne pathologische Fraktur sowie Osteoporose bei andernorts klassifizierten Krankheiten (gesicherte Diagnose: M80.-, M81.- sowie M82.-) <p>oder</p> <ul style="list-style-type: none">• mit Osteoporose mit/ohne pathologische Fraktur sowie Osteoporose bei andernorts klassifizierten Krankheiten (gesicherte Diagnose: M80.-, M81.- sowie M82.-) <p>sowie</p> <ul style="list-style-type: none">• mit Kyphose/Skoliose (gesicherte Diagnose: M40.0-, M40.1-, M40.2- sowie M41.2- bis M41.9-)	10,00 €

REGIONALE KV-REGELUNGEN

AB 01. APRIL 2026

Ziffer	Beschreibung	Wert
Patientenschulung		
99447	Patientenschulung Osteoporose (einmalig je eingeschriebenen Versicherten) 5 Module / Unterrichtseinheit (UE) je 60 Min., 8–10 Personen	22,50 € pro UE
99448	Schulungsmaterial (einmalig je eingeschriebenen Versicherten)	12,90 €
99449	Nachsulung (max. 2 Module / UE je eingeschriebenen Versicherten) frühestens nach Ablauf von 36 Monaten nach Ende des letzten Moduls / letzter UE der Patientenschulung	22,50 € pro UE

Quelle: www.kv-thueringen.de/mitglieder/vertraege/vertraege-a-z/d/dmp-vertraege/vertrag-osteoporose#c15415



REGIONALE HZV-REGELUNGEN

AB 01. APRIL 2026

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



neue Leistungen



Erhöhung der Vergütung





entfallene Einzelleistungen

Baden-
Württemberg

Vertrag BKK GWQ

Erhöhung von P1 und P2 rückwirkend zum 01.01.2026. Die P4 (Behandlung multimorbider Patienten) wird in die P3 (Chroniker) überführt. Die Präventionsleistungen werden nun je Leistung mit 20 € vergütet (bisher gab es max. 20,00 € pro Quartal).

Leistung	Alt	Neu
	Online-Terminbuchung (Zuschlag auf P1)	- 2,00 €
	AMTS – Arzneimitteltherapiesicherheit (Zuschlag auf P1)	- 4,00 €
	Arriba (Zuschlag auf P1)	- 2,00 €
	P1 HZV-Versorgungsstrukturpauschale	66,00 € 72,00 €
	0000 P2 Kontaktpauschale	45,00 € 48,00 €
	0003 P3 Chronikerpauschale	21,00 € 28,00 €
	Digitales Impfmanagement (Zuschlag auf P1)	2,00 € 4,00 €
	P4 (Multimorbidität) in P3 überführt	10,00 € -

REGIONALE HZV-REGELUNGEN

AB 01. APRIL 2026

Bayern

Vertrag AOK, BKK, Bahn BKK, EK, TK, Bosch BKK, SVLFG und IKK classic


Die 89129A (erste Dosis) sowie die 89129B (letzte Dosis) eines Impfzyklus der Herpes zoster Impfung können ab dem 01.04.2026 auch ab dem Alter ≥ 18 Jahre abgerechnet werden.

Vertrag AOK

Erweiterungen für delegative Leistungen, rückwirkend zum 01.01.2026. Zu der telemedizinischen Ausstattung gehört: Medizinprodukt zur Messung und Darstellung der (elektrischen) Herzaktion, Übertragungseinheit in Form eines mobilen Endgerätes, Medizinprodukt zur Messung der Sauerstoffsättigung im Blut, Medizinprodukt zur Messung des Blutzuckerwerts, Medizinprodukt zur Messung des Lungenvolumens, Medizinprodukt zur Blutdruckmessung. Die Zuschläge werden automatisch gesetzt. Für die Leistung „AOK-Coaches“ gibt es eine neue Ziffer.

Wichtig

Die P1c wird bei einer Vollzeitkraft max. 1000 x, bei einer Teilzeitkraft A (28 Wochenstunden) max. 500 x und bei einer Teilzeitkraft B (19 Wochenstunden) max. 250 x vergütet.

Leistung	Alt	Neu
 Aufschlag P1c auf P1a für die Beschäftigung Mitarbeitender akademischer nichtärztlicher Gesundheitsberufe (abgeschlossenem PCM-Studium oder vergleichbare Qualifikation), 1 x im Quartal	-	6,00 €
Zuschlag auf Besuch 1417 durch qualifiziertes nichtärztliches Praxispersonal, pro Besuch	-	15,00 €
Aufschlag P1d auf P1b oder P1c für telemedizinische Ausstattung des qualifizierten nichtärztlichen Praxispersonals, 1 x im Quartal	-	2,00 €
Zuschlag auf Besuch 1417 durch qualifiziertes Praxispersonal für telemedizinische Ausstattung	-	10,00 €
AOK-Coaches (Motivation der Patientinnen und Patienten zur Teilnahme an den für die Erkrankungen Bluthochdruck und Diabetes mellitus entwickelten AOK Online-Coaches), Ziffer 9000	-	5,00 €



REGIONALE HZV-REGELUNGEN

AB 01. APRIL 2026

Bayern

Vertrag TK

Erhöhung der P2, die Befüllung der ePA wird zum 31.03.2026 gestrichen. Aufnahme der Mpox Affenpocken-Impfung in den Ziffernkranz. Somit wird die 89135A und 89135B ab dem 2. Quartal 2026 über die HZV dokumentiert.

Leistung		Alt	Neu
	0000 P2 Kontaktpauschale	43,00 €	46,00 €
	1640	35,00 €	-
	1641	7,00 €	-

Vertrag Bahn BKK

Aufnahme der Meningokokken B Impfung und RSV-Impfung in den Ziffernkranz. Somit wird die 89116A, 89116B, 89137 und 89138 ab dem 2. Quartal 2026 über die HZV dokumentiert.

Hessen

Vertrag LKK, IKK classic, BKK GWQ und EK

Aufnahme der Mpox Affenpocken-Impfung in den Ziffernkranz. Somit wird die 89135A und 89135B ab dem 2. Quartal 2026 über die HZV dokumentiert.

Vertrag Bahn BKK

Aufnahme der Meningokokken B Impfung und RSV-Impfung in den Ziffernkranz. Somit wird die 89116A, 89116B, 89137 und 89138 ab dem 2. Quartal 2026 über die HZV dokumentiert.

REGIONALE HZV-REGELUNGEN

AB 01. APRIL 2026



Hessen

Vertrag AOK

Aufnahme der Mpox Affenpocken-Impfung in den Ziffernkranz. Somit wird die 89135A, 89135B, 89135V und 89135W ab dem 2. Quartal 2026 über die HZV dokumentiert.

Vertrag TK

Erhöhung der P2, die Befüllung der ePA wird zum 31.03.2026 gestrichen. Aufnahme der Mpox Affenpocken-Impfung in den Ziffernkranz. Somit wird die 89135A und 89135B ab dem 2. Quartal 2026 über die HZV dokumentiert.

Leistung	Alt	Neu
 0000 P2 Kontaktpauschale	43,00 €	46,00 €
 1640	35,00 €	-
1641	7,00 €	-

Nordrhein

Vertrag LKK, IKK classic, AOK Rheinland/Hamburg, EK, BKK spectrumK, BKK GWQ und Knappschaft

Aufnahme der Mpox Affenpocken-Impfung in den Ziffernkranz. Somit wird die 89135A und 89135B ab dem 2. Quartal 2026 über die HZV dokumentiert.

Vertrag Bahn BKK

Aufnahme der Meningokokken B Impfung und RSV-Impfung in den Ziffernkranz. Somit wird die 89116A, 89116B, 89137 und 89138 ab dem 2. Quartal 2026 über die HZV dokumentiert.



REGIONALE HZV-REGELUNGEN

AB 01. APRIL 2026

Nordrhein

Vertrag EK

Die Vergütungsobergrenze wird auf 76 € erhöht. Bündelung von Einzelleistungen in übersichtliche Pauschalen. Aufnahme des Harnstreifentest in den Ziffernkranz. Somit ist die 32033 mit der Pauschale abgegolten.

Leistung	Alt	Neu		
 P1 Struktur- und Qualitätspauschale (inklusive P2 im 1. Kontaktquartal)	-	68,00 € pro Jahr		
		01732 B Gesundheitsuntersuchung (18. – 35. Lebensjahr)	-	50,00 € einmalig
		1400 Besuchskomplex	-	40,00 €
		Sonographie-Zuschlag (33012 / 33042)	-	2,00 € pro Quartal
		0000 P2 Kontaktpauschale: Wegfall der Altersstaffel	32,00 – 44,00 €	40,00 €
		0003 P3 Chronikerpauschale	25,00 €	20,00 €
		0004 Vertreterpauschale	12,50 €	30,00 €
		0005 Zielauftragspauschale	12,50 €	30,00 €
		01732 Gesundheitsuntersuchung (über 35 Jahren)	27,00 €	50,00 €
		01731 Krebsfrüherkennung Mann	14,19 €	18,00 €

REGIONALE HZV-REGELUNGEN

AB 01. APRIL 2026

Leistung	Alt	Neu	
⊗	1410 Besuch	30,00 €	-
	Heimbesuch	18,00 €	-
	Ungeplanter eiliger Besuch	60,00 €	-
	Wegegeld	5,00 – 15,00 €	-
	33012 Schilddrüsen-Sonografie	1,00 €	-
	33042 abdominale Sonografie	21,00 €	-
	01100 Unvorhergesehene Inanspruchnahme I	25,00 €	-
	01101 Unvorhergesehene Inanspruchnahme II	40,00 €	-
	0010 verlängerte Sprechzeit	22,00 €	-
	Überleitungsmanagement (telefonisch)	30,00 €	-
	Überleitungsmanagement (persönlich)	80,00 €	-
	Postoperative hausärztliche Betreuung	30,00 €	-
	02310 Behandlungskomplex einer/von sekundär heilenden Wunde(n)	20,33 €	-
	02311 Behandlung diabetischer Fuß	13,84 €	-
	02312 Behandlungskomplex eines oder mehrerer chronisch venöser Ulcera cruris	11,04 €	-



REGIONALE HZV-REGELUNGEN

AB 01. APRIL 2026

Nordrhein

Vertrag TK

Erhöhung der P2, die Befüllung der ePA wird zum 31.03.2026 gestrichen. Aufnahme der Mpox Affenpocken-Impfung in den Ziffernkranz. Somit wird die 89135A und 89135B ab dem 2. Quartal 2026 über die HZV dokumentiert.

Leistung		Alt	Neu
	0000 P2 Kontaktpauschale	43,00 €	46,00 €
	1640	35,00 €	-
	1641	7,00 €	-

Westfalen-Lippe

Vertrag LKK, IKK classic, AOK Nordwest, EK, BKK GWQ, BKK spectrum K und Knappschaft

Aufnahme der Mpox Affenpocken-Impfung in den Ziffernkranz. Somit wird die 89135A und 89135B ab dem 2. Quartal 2026 über die HZV dokumentiert.

Vertrag Bahn BKK

Aufnahme der Meningokokken B Impfung und RSV-Impfung in den Ziffernkranz. Somit wird die 89116A, 89116B, 89137 und 89138 ab dem 2. Quartal 2026 über die HZV dokumentiert.


REGIONALE HZV-REGELUNGEN

AB 01. APRIL 2026

Westfalen-
Lippe

Vertrag EK

Die Vergütungsobergrenze wird auf 76 € erhöht. Bündelung von Einzelleistungen in übersichtliche Pauschalen. Aufnahme des Harnstreifentest in den Ziffernkranz. Somit ist die 32033 mit der Pauschale abgegolten.

Leistung	Alt	Neu
 P1 Struktur- und Qualitätspauschale (inklusive P2 im 1. Kontaktquartal)	-	68,00 € pro Jahr
01732 B Gesundheitsuntersuchung (18. – 35. Lebensjahr)	-	50,00 € einmalig
1400 Besuchskomplex	-	40,00 €
Sonographie-Zuschlag (33012 / 33042)	-	2,00 € pro Quartal
 0000 P2 Kontaktpauschale: Wegfall der Altersstaffel	32,00 – 44,00 €	40,00 €
0003 P3 Chronikerpauschale	25,00 €	20,00 €
0004 Vertreterpauschale	12,50 €	30,00 €
0005 Zielauftragspauschale	12,50 €	30,00 €
01732 Gesundheitsuntersuchung (über 35 Jahren)	27,00 €	50,00 €
01731 Krebsfrüherkennung Mann	14,19 €	18,00 €

REGIONALE HZV-REGELUNGEN

AB 01. APRIL 2026

Leistung	Alt	Neu	
⊗	1410 Besuch	30,00 €	-
	Heimbesuch	18,00 €	-
	Ungeplanter eiliger Besuch	60,00 €	-
	Wegegeld	5,00 – 15,00 €	-
	33012 Schilddrüsen-Sonografie	1,00 €	-
	33042 abdominelle Sonografie	21,00 €	-
	01100 Unvorhergesehene Inanspruchnahme I	25,00 €	-
	01101 Unvorhergesehene Inanspruchnahme II	40,00 €	-
	0010 verlängerte Sprechzeit	22,00 €	-
	Überleitungsmanagement (telefonisch)	30,00 €	-
	Überleitungsmanagement (persönlich)	80,00 €	-
	Postoperative hausärztliche Betreuung	30,00 €	-
	02310 Behandlungskomplex einer/von sekundär heilenden Wunde(n)	20,33 €	-
	02311 Behandlung diabetischer Fuß	13,84 €	-
	02312 Behandlungskomplex eines oder mehrerer chronisch venöser Ulcera cruris	11,04 €	-



REGIONALE HZV-REGELUNGEN

AB 01. APRIL 2026

Westfalen-
Lippe

Vertrag TK

Erhöhung der P2, die Befüllung der ePA wird zum 31.03.2026 gestrichen. Aufnahme der Mpox Affenpocken-Impfung in den Ziffernkranz. Somit wird die 89135A und 89135B ab dem 2. Quartal 2026 über die HZV dokumentiert.

Leistung		Alt	Neu
	0000 P2 Kontaktpauschale	43,00 €	46,00 €
	1640	35,00 €	-
	1641	7,00 €	-



DIE WELT DER HZV

GASTBEITRAG DER HÄVG

HZV – Hausarztzentrierte Versorgung:
Bessere Versorgung der Patientinnen und Patienten.
Bessere Rahmenbedingungen für Hausarztpraxen.

Wer in einer Hausarztpraxis arbeitet, kennt die Situation: Patientinnen und Patienten werden über Jahre betreut, das bedeutet häufig lange Medikationslisten, Befunde aus unterschiedlichen Facharztpraxen und nicht selten erfährt die Praxis erst beiläufig von weiteren Behandlungen und Facharztbesuchen. Die Folge: Informationslücken, Doppeluntersuchungen und eine Versorgung, die unnötig komplex wird.

Genau hier setzt die Hausarztzentrierte Versorgung (HZV) an. Sie stärkt die Rolle der Hausarztpraxis als zentrale Anlaufstelle und sorgt für mehr Struktur, Übersicht und Kontinuität in der Patientenversorgung.

1. Was ist die HZV – kurz erklärt

In der HZV entscheiden sich Patientinnen und Patienten freiwillig dafür, ihre Hausarztpraxis als erste Anlaufstelle im Gesundheitssystem zu wählen. Die Hausarztpraxis koordiniert die weitere Versorgung, zum Beispiel über gezielte Überweisungen, Befundanforderungen und abgestimmte Behandlungswege. Im Ergebnis entsteht ein klarer „roter Faden“ durch Diagnostik und Therapie.

Der Gesetzgeber hat bereits vor vielen Jahren erkannt, dass dieses freiwillige Primärärztsystem sinnvoll ist und hat die HZV in § 73b SGB V als Selektivvertragssystem ganz klar gestärkt. Wichtig für die Einordnung: Unter Beachtung der gesetzlichen Vorschriften obliegt den Vertragspartnern, den regionalen Hausärztinnen- und Hausärzteverbänden und den Krankenkassen, die freie inhaltliche Vertragsgestaltung. Somit unterscheiden sich HZV-Verträge verschiedener Krankenkassen und Regionen. Die Hausärztliche Vertragsgemeinschaft AG (HÄVG AG) in Köln unterstützt im Rahmen der HZV-Vollversorgungsverträge die regionalen Hausärztinnen- und Hausärzteverbände bei der Verhandlung, übernimmt die Umsetzung und Abrechnung der Hausarztverträge und betreibt einen großen Teil der technischen Infrastruktur.

HZV kurz und knapp

- Die Hausarztpraxis ist die erste Anlaufstelle für alle medizinischen Fragen.
- Sie koordiniert die Behandlung, bündelt alle relevanten Informationen und behält so den Überblick.
- Die Teilnahme erfolgt über eine aktive und freiwillige Einschreibung der Patientinnen und Patienten.
- Die Abrechnung und Vergütung erfolgt für einen Großteil der hausärztlichen Leistungen über die HZV und nicht mehr über die Regelversorgung der Kassenärztlichen Vereinigungen.

DIE WELT DER HZV

GASTBEITRAG DER HÄVG

2. Warum die HZV gerade jetzt relevant ist

Die Herausforderungen in der ambulanten Versorgung wachsen: eine älter werdende Bevölkerung, mehr chronische Erkrankungen, mehr Schnittstellen – und gleichzeitig begrenzte zeitliche Ressourcen in Praxen und Teams. Mehr Patientinnen und Patienten bedeuten zunächst einmal noch weniger Zeit pro Person. Umso wichtiger sind Versorgungsmodelle, die Struktur schaffen und die Koordination erleichtern.

Die HZV ist dabei kein neues Konzept, sondern ein seit Jahren etabliertes Primärärztsystem, das in vielen Regionen bereits fester Bestandteil der Versorgung ist. Aktuell nehmen rund **11 Millionen Patientinnen und Patienten** an der HZV teil.

Ein gesetzlich verpflichtendes Primärärztsystem, so wie es der Koalitionsvertrag der Bundesregierung vorsieht, ist ein politischer Plan, es existiert aktuell weder gesetzlich noch praktisch. Die HZV hingegen funktioniert seit 18 Jahren erfolgreich, ist erprobt und nahezu flächendeckend etabliert. Es ist zudem ein wissenschaftlich evaluiertes Primärversorgungssystem. Wer heute HZV macht, ist optimal vorbereitet, ganz gleich, wie ein mögliches politisches Modell später ausgestaltet wird.

3. Warum Sie HZV machen sollten

Die HZV hat sich bewährt, knapp **16.000 Hausärztinnen und Hausärzte** bieten diese besondere Form der Versorgung bereits an. Die HZV ist ein System, das von den Hausärztinnen und Hausärzten gestaltet wird. Die HZV-Verträge werden von hausärztlichen Kolleginnen und Kollegen mit den Krankenkassen verhandelt.

Die Vorteile der HZV zeigen sich deutlich – für die Patientinnen und Patienten und auch für die Hausarztpraxis – eine Win-Win-Situation im besten Sinn. Sie fördert Innovationen in den Praxen, verbessert nachweislich die Versorgungsqualität der Patientinnen und Patienten und bietet den Praxen auch wirtschaftlich mehr Stabilität und Planbarkeit.

Viele Patientinnen und Patienten erleben das Hausarztprogramm vor allem als Sicherheit: „Ich weiß, wo ich zuerst hingehere und meine Praxis kennt mich.“ Das kann besonders bei chronischen Erkrankungen und im höheren Alter helfen, aber auch für jüngere Patientinnen und Patienten liegen die Vorteile auf der Hand. Ein fester Ansprechpartner für alle gesundheitlichen Belange und die langfristige Begleitung durch eine vertraute Praxis ist der Kerngedanke der HZV. Das führt zu weniger unnötigen Wegen und Doppeluntersuchungen einhergehend mit einer besser abgestimmten Medikation, Diagnostik und einer lückenloseren Versorgung – um nur ein paar der Vorteile aus Patientensicht zu nennen. Zudem wird in der HZV der Prävention einerseits sowie der geriatrischen Versorgung andererseits ein wichtiger Stellenwert eingeräumt. Die Gesundheitsuntersuchung steht HZV-Patienten beispielsweise in den meisten HZV-Verträgen nach wie vor alle zwei Jahre zu, zusätzlich zu weiteren Früherkennungsuntersuchungen, die sich entschieden von der Regelversorgung

DIE WELT DER HZV

GASTBEITRAG DER HÄVG

abheben. Geriatrische Patienten werden durch Leistungen in einzelnen Verträgen deutlich umfassender betreut, wovon wiederum auch die Hausarztpraxis profitiert.

Für Praxen hingegen steht häufig die Frage im Vordergrund: Lohnt sich der Einstieg organisatorisch – und rechnet er sich? Unsere Antwort: Ja, in jedem Fall! Die konkrete Ausgestaltung hängt vom jeweiligen Vertrag ab. Grundsätzlich setzt die HZV überwiegend auf Pauschalen und Zuschläge statt auf eine sehr kleinteilige Einzelleistungslogik. Trotz deutlich weniger Ziffern liegen die **Fallwerte** in der **HZV 20 bis 30 Prozent** höher als in der Regelversorgung. Auch die Einbeziehung des Praxispersonals ist in der HZV ein wichtiges Gut. Mit der VERAH, der Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis, wurde ein Delegationsmodell für Praxispersonal geschaffen, was entlastet und attraktiv vergütet wird. Zudem sorgt die HZV für bessere Rahmenbedingungen für die Hausarztpraxis, das planbare Honorar durch feste Eurowerte, kalkulierbare Abschlagszahlungen und keine Plausibilitätszeiten sind dabei nur einige der zahlreichen Vorteile. Die HZV ist neben der GKV und der PKV die dritte Säule in der Hausarztpraxis und die einzige, auf die die Hausärztinnen und Hausärzte direkten Einfluss haben.

Zudem wurde die HZV umfassend evaluiert. Sie ist eines der am besten untersuchten Versorgungsmodelle im deutschen Gesundheitswesen. Insbesondere die Evaluationen des AOK-Vertrages in Baden-Württemberg (www.neueversorgung.de) zeigen die verbesserte Koordination der Versorgung, eine effizientere Nutzung medizinischer Leistungen sowie beispielsweise weniger Krankenhausaufenthalte in bestimmten Patientengruppen, um nur einige der Ergebnisse zu nennen. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass ein gut organisiertes Primärarztssystem nicht nur die Qualität der Versorgung verbessert, sondern auch Ressourcen sinnvoller einsetzen kann.

4. So gelingt die Umsetzung in der Praxis

Der Einstieg in die HZV muss kein Großprojekt sein. Die Umsetzung der HZV ist klar strukturiert, aber flexibel genug, um sich an unterschiedliche Praxisabläufe anzupassen. Das bedeutet, dass jede Praxis selbst entscheidet, mit wie vielen HZV-Verträgen und Patienten sie startet. Es braucht für die Umsetzung keine separate Software, lediglich ein sogenanntes **HZV-Modul** muss im eigenen Praxisverwaltungssystem durch den Softwareanbieter freigeschaltet werden. Dieses unterstützt dann bei der Umsetzung der HZV: es identifiziert geeignete Patientinnen und Patienten direkt beim Einlesen der Chipkarte, sorgt dafür, dass mit wenigen Klicks die Einschreibung schlank durchgeführt werden kann und unterstützt sogar bei der korrekten HZV-Abrechnung.

DIE WELT DER HZV

GASTBEITRAG DER HÄVG

Die Umsetzung der HZV in wenigen Schritten

1. Teilnahmeerklärung online ausfüllen (www.hausarzt-service-online.de)
2. HZV-Softwaremodul beim PVS-Anbieter freischalten lassen
3. Patientinnen und Patienten ansprechen und in die HZV einschreiben
4. Aktivieren der bestätigten Patientinnen und Patienten in der Praxissoftware
5. Versorgung, Dokumentation und Abrechnung über die HZV

5. Wie Sie Ihre Patientinnen und Patienten motivieren können

Die Entscheidung zur Teilnahme an der HZV fällt selten allein aufgrund eines Formulars – sie entsteht im Gespräch. Wenn die Praxis von den Vorteilen der HZV überzeugt ist, ist es ein Leichtes, auch ihre Patientinnen und Patienten zu überzeugen. Wie die Patientenansprache gestaltet wird, ist so unterschiedlich, wie es die Hausarztpraxen selbst sind. Manche haben lediglich ein Flipchart hinter der Anmeldung stehen, auf dem steht „Sind Sie schon drin?“, andere entwerfen ein kurzes Anschreiben, welches die Vorteile des Hausarztprogramms erläutert und geben dieses den Patientinnen und Patienten mit ins Wartezimmer, wiederum andere Praxen nutzen die Blutentnahmen im Labor für die gezielte Patientenansprache. Eine Praxis berichtete sogar, dass sie mit der Frage „Wollen Sie uns heiraten?“ sehr erfolgreich und gewitzt ihre Patientinnen und Patienten anspricht. Der Vergleich mit der Ehe ist auch gar nicht so verkehrt – in der HZV gehen schließlich Praxis und Patient eine offizielle Verbindung miteinander ein. Zumindest die Scheidungsrate ist in der HZV deutlich niedriger. Auch wenn bei der Einschreibung, also dem formalen Prozess, die Kriterien ganz klar sind, kann die Ansprache der Patientinnen und Patienten – das Interesse am Hausarztprogramm zu wecken – sehr kreativ in der Praxis umgesetzt werden. Zur HZV gibt es zudem viele Marketingmaterialien wie Poster, Flyer und Argumentationshilfen, die die Praxen gezielt bei der Patientenansprache unterstützen und kostenfrei im HZV-Shop unter www.hzv.de/shop bestellt werden können.

6. Wie die Abrechnung in der HZV erfolgt

Die Vergütung in der HZV ist überwiegend durch Pauschalen und Zuschläge geregelt; zusätzlich gibt es vertragsabhängig mehr oder weniger Leistungen, die als Einzelleistung honoriert werden. Welche EBM-Leistungen Bestandteil eines jeden Vertrags sind, ist im sogenannten HZV-Ziffernkranz je Vertrag dokumentiert. Diese EBM-Leistungen können dann für die HZV-Patientinnen und Patienten nicht mehr gegenüber der KV abgerechnet werden, sondern werden über die HZV vergütet. Auch wenn sich die einzelnen HZV-Verträge unterscheiden und man immer regionale Besonderheiten beachten muss, folgt die Abrechnungslogik in der

DIE WELT DER HZV

GASTBEITRAG DER HÄVG

HZV einem bestimmten Grundprinzip – in der Regel sind dies vier Bausteine. Pauschale 1, 2 und 3 und als vierter Baustein Zuschläge und Einzelleistungen.

Bei fast allen HZV-Verträgen gibt es eine Pauschale ähnlich der Vorhaltepauschale im EBM, jedoch ohne Quoten oder Abstufungen. **Diese Pauschale 1** ist eine Art „Strukturpauschale“ und wird für jeden eingeschriebenen HZV-Patienten vergütet, meist unabhängig davon, ob ein Arzt-Patienten-Kontakt vorliegt. Die Grundidee dabei ist, die Hausarztpraxen dafür zu honorieren, dass diese ihre Struktur und Qualität aufrechterhalten. Und hier gibt es schon den ersten wesentlichen Unterschied – diese Pauschale wird nicht abgerechnet, sie wird automatisch hinzugesetzt. Der erste Baustein in der HZV-Abrechnung wird demnach vergütet, ohne dass eine einzige Ziffer abgerechnet wird.

Die **Pauschale 2 (P2)** mit der einfachen Abrechnungsziffer „0000“ kommt zum Tragen, wenn ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (APK) erfolgt (auch am Telefon oder per Videotelefonie). Diese wird einmal pro Quartal vergütet.

Der dritte Baustein honoriert die Behandlung eines Patienten mit chronischer Erkrankung bei kontinuierlichem Betreuungsaufwand – **Pauschale 3** mit der Abrechnungsziffer 0003. Dabei folgt die Definition nicht der altbekannten 4-3-2-1-Logik in der Regelversorgung, sondern lehnt sich überwiegend an den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) an. Die Leistungsinhalte sind in den einzelnen HZV-Verträgen geregelt.

Mit diesen drei Pauschalen ist der Großteil der Abrechnung bereits vollbracht. Der vierte Baustein macht die HZV-Abrechnung interessant, hinter diesem verbergen sich die bereits erwähnten **Zuschläge** und **Einzelleistungen**. Einzelleistungen, die aus der Regelversorgung in die HZV überführt wurden, werden mit den bekannten EBM-Ziffern über die HZV abgerechnet. Leistungen, die es hingegen nur in der HZV gibt, beispielsweise die erwähnten Früherkennungsuntersuchungen, werden mit spezifischen HZV-Ziffern abgerechnet. Zuschläge sind etwas Besonderes in der HZV – und sehr charmant vergütet. Die Besonderheit aller Zuschläge ist, dass sie nach einmaliger Meldung des jeweiligen Qualifikationsmerkmals automatisch zur Vergütung, nämlich auf eine der Pauschalen (P1, P2 oder P3), zugesetzt werden, auch hier, ohne eine weitere Abrechnungsziffer einzugeben. Beispielsweise der VERAH-Zuschlag: Beschäftigen Sie in der Hausarztpraxis eine VERAH und melden diese an die HÄVG AG, wird automatisch bei jeder „0003“ ein Zuschlag zugesetzt, ohne, dass eine gesonderte Abrechnung oder Zifferneingabe für den VERAH-Zuschlag erfolgen muss. So verhält es sich mit zahlreichen weiteren Zuschlägen wie dem Psychosomatik-Zuschlag oder dem sogenannten Innovationszuschlag für besondere infrastrukturelle Merkmale in der Praxis.

Alle Pauschalen, Zuschläge und Einzelleistungen sind von Vertrag zu Vertrag etwas unterschiedlich honoriert, bewegen sich aber in etwa vergleichbaren Größenordnungen.

DIE WELT DER HZV

GASTBEITRAG DER HÄVG

Für die HZV-Abrechnung ist ein Umdenken erforderlich – es sind deutlich weniger Ziffern, die abgerechnet werden können. Das ist gut und richtig so, denn die Abrechnungslogik in der HZV soll den Fokus stärker auf die Versorgung als auf einzelne Abrechnungsziffern lenken.

Je nach Vertrag und Region unterscheiden sich Details, eine Schulung, zum Beispiel durch das HZV-Team, lohnt sich daher in jedem Fall.

Baustein Honorar	Hinweise
0000	bei jeder Patientin/jedem Patienten (1. APK / Quartal)
+ 0003	bei der Behandlung einer Patientin/eines Patienten mit chronischer Erkrankung bei kontinuierlichem Betreuungsaufwand
+ Einzelleistungen	EBM-Leistungen oder HZV-Leistungen
+ Zuschläge	VERAH, Innovationszuschlag, Psychosomatik, u. a.
+ P1	in vielen Verträgen, automatische Vergütung, keine Ziffer
= Gesamtvergütung	

8. Wie das HZV-Team Sie bei der Umsetzung unterstützt

Der Einstieg in die HZV muss keine Hürde sein. Viele Hausärztinnen und Hausärzte werden Schritt für Schritt begleitet, zum Beispiel durch das HZV-Team der Hausärztinnen- und Hausärzterverbände.

Um Hausarztpraxen den Einstieg in die Hausarztzentrierte Versorgung (HZV) zu erleichtern, gibt es ein aus unterschiedlichen Komponenten bestehendes Unterstützungsangebot. Neben der telefonischen Beratung und den individuellen Praxisschulungen für das gesamte Praxisteam sind vor allem die Online-Fortbildungen (Webinare) sehr beliebt.

Das Ziel ist klar: Die Umsetzung soll in den Praxisalltag passen und nicht umgekehrt.

DIE WELT DER HZV

GASTBEITRAG DER HÄVG

Typische Unterstützungsangebote

- Individuelle und kostenfreie Praxisberatungen und -schulungen, vor Ort oder online (Interesse? Am besten per E-Mail an info@hzvteam.de)
- Überregionale und regionale Webinare (hzv.de/hzv-in-der-praxis/#schulungen)
- Kostenfreie Materialien für die Patientenansprache (hzv.de/shop)
- Telefonische Unterstützung bei Fragen zur HZV durch den Kundenservice der HÄVG AG (Telefon: 02203 5756 1111)

Fazit

Die Hausarztzentrierte Versorgung ist kein theoretisches Konzept, sondern **etablierte** und **gelebte Praxis** in vielen Regionen. Sie bietet Antworten auf zentrale Herausforderungen der ambulanten Versorgung und schafft gleichzeitig Vorteile für Hausarztpraxen, Teams und Patientinnen und Patienten. Am Ende geht es um das, was den Kern hausärztlicher Arbeit ausmacht: eine kontinuierliche, verlässliche und gut koordinierte Versorgung mit einer starken Arzt-Patienten-Bindung.

Das HZV-Team steht Hausärztinnen und Hausärzten, die noch nicht an der HZV teilnehmen, gern für eine Beratung zur Verfügung und begleitet sie Schritt für Schritt bei der Einführung. Auch Praxen, die seit Jahren überzeugt von der HZV sind und diese umsetzen, profitieren von einer kompetenten Beratung durch das HZV-Team, um ihr eigenes Potenzial noch weiter auszuschöpfen.



HERAUSGEBER

AAC Praxisberatung GmbH
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-pb.de

REDAKTIONELLE MITARBEIT

Tamara Nüske
Marion Beck
Julia Busse

DRUCK

MG-Print, Herford

LAYOUT

Olaf Brandmeyer, Bünde

MAGAZIN ALS PDF

www.aac-pb.de/magazin

BILDNACHWEISE

Seite 1, 56 auf Basis © Elena Butusova - stock.adobe.com
Seite 4, 5, 7 Olaf Brandmeyer
Seite 6 © Restyler - stock.adobe.com
Seite 9 © travelview - stock.adobe.com
Seite 12 © Andrey Popov - stock.adobe.com
Seite 23 © ipopba - stock.adobe.com
Seite 34 © Aghavni - stock.adobe.com
Seite 45 © LuxeShutter24/peopleimages.com - stock.adobe.com
Seite 53 © Oostendorp/peopleimages.com - stock.adobe.com

© 2026 AAC Praxisberatung GmbH

Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit schriftlicher Genehmigung des Herausgebers.

450-20260415





AAC Praxisberatung GmbH Am Treptower Park 75 12435 Berlin

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

AAC-PB.DE

