

aac *Magazin*



NEUES ZU ABRECHNUNG UND HONORAR AUF EINEN BLICK

AUSGABE 30 – Q3 2026

VORWORT	3
---------------	---

IN EIGENER SACHE

Neue Chroniker-Systematik macht zusätzliche Potentiale sichtbar	4
---	---

Erleichterung im Praxisalltag - Klarnamen für Beratungskunden	6
---	---

Was bedeutet das GKV-Spargesetz für meine Praxis?	7
---	---

NEUES AUS DER GESUNDHEITSPOLITIK	8
--	---

ABRECHNUNG UND HONORAR	10
------------------------------	----

REGIONALE KV-REGELUNGEN	16
-------------------------------	----

REGIONALE HZV-REGELUNGEN	20
--------------------------------	----

DIE WELT DER HZV	37
------------------------	----

IMPRESSUM	42
-----------------	----

WILLKOMMEN

KUNDENMAGAZIN DER AAC PRAXISBERATUNG GMBH

Sehr geehrte Frau Doktor,
sehr geehrter Herr Doktor,

erfolgreich abrechnen in gesundheitspolitisch turbulenten Zeiten – das könnte für uns DAS Motto der nächsten Zeit werden. Der Bundestag hat das **GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz** (GKV-BStabG) beschlossen. Die KVB titelt in Ihrem Mitgliedermagazin „Rotstift im Gesundheitswesen – die Bundesregierung schockt Praxen mit Spargesetz“.

Für die niedergelassenen Ärzte ist das also klar ein „GKV-Umsatzkürzungsgesetz“. Alle Fachgruppen sind betroffen, wenn auch mit durchaus unterschiedlichen Folgen. Die halbwegs gute Nachricht dabei – die Kürzungsbeschlüsse werden erst im Januar 2027 in Kraft treten, so dass noch genug Zeit bleibt, die Auswirkungen für die eigene Praxis zu bewerten. Wir werden Sie ab September tatkräftig unterstützen, die Lücke möglichst klein zu halten bzw. zu schließen, siehe Beitrag Seite 8.

Flankiert wird diese Beratung von zwei **Webinaren** konkret zu diesem Thema. Sie bekommen bei uns in einer Stunde Fortbildungszeit alle Beschlüsse praxisrelevant, gut verständlich und „frei Haus“ aufbereitet. Die Anmeldung zu allen Veranstaltungen finden Sie auf der Seite 7.

Hausärzte müssen sich ab dem 1. Juli mit der neuen **Versorgungspauschale** auseinandersetzen. Wir zeigen Ihnen, wie Sie die neue Pauschale effizient und aufwandsarm in Ihrer Praxis umsetzen. Zusätzlich machen wir Sie auch auf häufig nicht genutzte Potentiale für das sog. erweiterte Chroniker-Management aufmerksam. Wir machen diese für Sie sichtbar und damit abrechenbar.

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

IN EIGENER SACHE

Neue Chroniker-Systematik macht zusätzliche Potentiale sichtbar

Für Hausärzte

Chronisch kranke Patienten sind quantitativ und honorarmäßig die bedeutendste Patientengruppe in jeder Hausarztpraxis. Die Einführung der Versorgungspauschale in Q3 2026 für Mono-Chroniker ohne intensiven Betreuungsbedarf haben wir zum Anlass genommen, die bekannte Systematik der Betrachtung chronisch kranker Patienten im Sinne eines umfassenden Chroniker-Managements zu erweitern. Eine Übersicht über die neuen Begrifflichkeiten, ihre Definition und die Bedeutung gibt die nachstehende Tabelle.

Die AAC-Chroniker-Systematik

Bezeichnung	Definition	Bedeutung
Regelmäßige Chroniker	Fokus aktuelles Quartal: • Potential aktuell • Potential nach Korrektur • Prüfpotential	Abrechnung 03220 in vielen Fällen möglich
Unregelmäßige Chroniker	Fokus Vorquartale häufig unregelmäßig , d. h. nur 2–3 Q./Jahr, in der Praxis: • Potential nach Wiedereinbestellung und ggf. Korrektur	Abrechnung 03220 in vielen Fällen möglich
Potential für Versorgungspauschale	Patienten mit • qualifizierender Diagnose, • passendem Alter und • erfüllten Kontaktregeln	Abrechnung 03100 oder einer alternativen Abrechnungsoption
Chroniker-Potential für HZV	Einschreibung von Patienten mit • Potential für die 03100, wenn KV- < HZV-Scheinwert	Erhöhung des Umsatzes pro Fall
Sporadische Chroniker	Fokus Vorquartale , häufig nur sporadisch , d. h. nur 1–2 Q./Jahr, in der Praxis: • Potential nach Wiedereinbestellung und ggf. Korrektur	Abrechnung 03220 möglich

IN EIGENER SACHE

Diese Terminologie kennen Sie bereits aus der Beratung zum GVSG-Check Nr. 2.*

Durch diese genauere Systematik machen wir Potentiale für die Abrechnung von Chronikern deutlich und erweitern den Fokus noch einmal beträchtlich. Insbesondere Chroniker, die die Regeln fast erfüllen, sind von hoher Umsatzrelevanz. Diese Patienten können mit etwas Planung und wenig Aufwand in die Systematik der Abrechnungslogik der 03220 überführt werden. Hier schlummert also ein echtes Umsatzpotential. Wir zeigen Ihnen, wie Sie dieses realisieren können.



* Sie kennen den Check noch nicht?

Hier geht's zur Online-Anmeldung:

www.aac-pb.de/service/gvsg-check-nr-2



IN EIGENER SACHE

Erleichterung im Praxisalltag - Klarnamen für Beratungskunden

Wir freuen uns, dass Sie ab sofort die Patientenlisten mit Klarnamen und kompletten Geburtsdaten Ihrer Patienten noch komfortabler bearbeiten können. Gerade, wenn das PVS die Übertragung der internen Patientennummer in die Abrechnungsdatei nicht unterstützt, hat die Bearbeitung der Patientenlisten Zeit gekostet. Ab sofort ist die Bearbeitung also zeitsparender und einfacher möglich.

Kein USB-Stick mehr zur Dateisuche erforderlich

Auch die Dateisuche mittels USB-Stick gehört der Vergangenheit an. Denn zur Dateisuche sowie zum Versand der gefundenen Abrechnungsdatei/en an Ihren Berater haben wir zwei Programme entwickelt, die Ihnen das Leben einfacher machen sollen. Zu beiden Programmen gibt es eine eigene, bebilderte Schritt-für-Schritt-Anleitung. Sie erhalten von uns einen Passwort-gesicherten Link zum Download Ihrer Auswertungen von unserem Server „Navidata“. Genau die gleiche Vorgehensweise mit dem Link und Passwort nutzen Sie jetzt zum Übermitteln der CON-Dateien an Ihren Berater. Somit landen Ihre Dateien auch in Ihrem Kundenordner.



Diese Programme heißen **CON-Suche** und **CON-Versand**.

Mit dem Programm CON-Suche haben Sie die Möglichkeit die Datei auf Ihrem Computer zu suchen und direkt an Ihren Berater zu versenden. Wenn Sie wissen, wo die CON-Datei auf Ihrem Rechner liegt, können Sie mit dem Programm CON-Versand diese direkt an Ihren Berater senden.

Ihr Vorteile auf einen Blick

Ab sofort können Sie

- Ihre Potential- und Fehlerlisten durch die Verwendung der Klarnamen Ihrer Patienten komfortabel und zeitsparend bearbeiten.
- ohne USB-Stick Ihre Abrechnungsdatei/en suchen.
- diese direkt in Ihren Kundenordner zur Auswertung durch den Berater hochladen.

Alles Nähere wird Ihr Berater mit Ihnen besprechen.

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

Termine	Donnerstag, den 17.09.2026 , 19:00 bis 20:00 Uhr Dienstag, den 22.09.2026 , 19:00 bis 20:00 Uhr	Online- Buchung unter: 
Ihr Referent	Dr. med. Georg Lübben, Geschäftsführung	
Kosten	Die Teilnahme an der Veranstaltung ist kostenfrei .	www.aac-pb.de/fortbildung

Das GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz (GKV-BStabG) wurde vom Deutschen Bundestag beschlossen. Insgesamt werden durch das Gesetz der vertragsärztlichen Vergütung 5 % des Volumens entzogen. Die wesentlichen, für die ambulante Versorgung maßgeblichen Regelungen, treten zum Januar 2027 in Kraft. Es bleibt also genug Zeit, sich auf die anstehenden Veränderungen einzustellen.

In dieser Fortbildung wollen wir Ihnen zunächst einen fundierten Überblick über die neuen gesetzlichen Maßnahmen geben. Danach werden wir die Auswirkungen auf die Fachgruppen und Praxen bewerten und einordnen.

Dabei geht es um folgende Fragen:

- Wie sind die einzelnen Fachgruppen betroffen?
- Welche Auswirkungen sind bereits für 2027 konkret zu berechnen?
- Was bedeutet der Wegfall der **TSVG-Umsätze** für die Facharztpraxen?
- Lohnt sich die Teilnahme an der **HZV** in Zukunft noch?
- Was könnte der „Deckel“ bei der **extrabudgetären Vergütung** für die Praxen bedeuten?
- Welche Maßnahmen stehen zur Stabilisierung der Umsätze zur Verfügung?
- Warum steht „**Sicherheit**“ für die Praxen jetzt mehr denn je im Fokus?

Viele sind verunsichert. Wir erklären Ihnen die Fakten, damit Sie gut informiert und besonnen Ihre Praxis erfolgreich weiterführen können. Das Webinar dient auch als Grundlage für unsere individuelle Beratung zur konkreten **Umsatzstabilisierung** Ihrer Praxis.

Das Webinar ist für **Haus-** und **Fachärzte** geeignet.

Ein Handout wird auf Wunsch zur Verfügung gestellt.

NEUES AUS DER GESUNDHEITSPOLITIK

GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz – wir sind für Sie da und finden Lösungen

Der Bundestag hat das GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz (GKV-BStabG) beschlossen. Jetzt sind die Fakten klar. Das im nächsten Jahr in der GKV drohende Defizit von 18,8 Mrd. € wird durch Einsparungen – überwiegend im Bereich der Leistungserbringer – geschlossen werden.

2027 sollen insgesamt 2,7 Mrd. €, davon 2,41 Mrd. € durch direkte Honorarkürzungen, in der ambulanten Versorgung eingespart werden. Die Summe wird dann in den nächsten Jahren kontinuierlich bis auf 5 Mrd. € aufwachsen. Neben Leistungskürzungen werden alle Bestandteile des ärztlichen Honorars an die Lohn- und Einkommenszuwächse der Versicherten und damit an die Entwicklung der Einnahmen der gesetzlichen Krankenversicherung gekoppelt.

Die für den vertragsärztlichen Bereich relevanten Sparmaßnahmen treten zum Januar 2027 in Kraft.

Wir sind für Sie da

und

- verfolgen den Gesetzgebungsprozess sowie die Umsetzung durch den Bewertungsausschuss.
- monitoren die Beschlüsse der Gremien der Selbstverwaltung auf KV- und Fachgruppenebene durch die Regelungen zur Honorarverteilung genau.
- bewerten diese Änderungen und erklären Ihnen diese Schritt für Schritt.
- prüfen praxisindividuell die möglichen Honorarverluste und entwickeln gemeinsam mit Ihnen Strategien zur Begrenzung und Gegensteuerung.
- begleiten und navigieren Sie durch diese herausfordernden Zeiten.

Wir planen ab September die Terminierung eines „Umsatzstabilisierungs-Beratungstermins“ für unsere Kunden.

NEUES

AUS DER GESUNDHEITSPOLITIK

Teilsieg für Psychotherapeuten

Im letzten Kundenmagazin hatten wir über die Absenkung der Vergütung für psychotherapeutische Leistungen zum 1. April 2026 berichtet.

Gegen diesen Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses hatte die Kassenärztliche Bundesvereinigung, KBV, geklagt, da sie die zugrunde liegende Vergleichsrechnung für ungerechtfertigt hielt. Zudem beantragte die KBV Eilrechtsschutz – mit Erfolg: Das Landessozialgericht Berlin-Brandenburg, Aktenzeichen: L 7 KA 11/26 KL ER, hat die Kürzungen vorerst auf Eis gelegt.

Die Richter folgten der Argumentation der KBV und stuften die Berechnungen ebenfalls als nicht plausibel ein. Der Stopp gilt nun so lange, bis im Hauptverfahren eine endgültige Entscheidung fällt.

Quelle: www.kbv.de/praxis/tools-und-services/praxisnachrichten/2026/07-09-extra/erster-erfolg-fuer-kbv-klage-lsg-stoppt-honorarabsenkung-fuer-psychotherapeuten



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.

verschiedene FG

Liposuktion bei Lipödem Stadium I und II über EBM abrechenbar

Seit dem 01. Juli kann die Liposuktion auch bei Lipödem im Stadium I und II erfolgen und über den EBM abgerechnet werden. Dafür wurde die Ziffer 31095 für die Liposuktion bei Lipödem an Unterschenkel, Unterarm, Oberarm und Ellenbogen neu aufgenommen. Die Ziffer 31096 für den Eingriff an Oberschenkel und Knie bleibt bestehen und die Ziffer 31097 entfällt.

Die Diagnose und Prüfung der Indikationsvoraussetzungen zur Liposuktion erfolgen durch Fachärzte der folgenden Fachgruppen:

- Innere Medizin und Angiologie,
- Physikalische und Rehabilitative Medizin,
- Haut- und Geschlechtskrankheiten oder
- Ärzte mit Zusatzweiterbildung Phlebologie.

Als Voraussetzung gilt unter anderem eine über sechs Monate durchgeführte konservative Therapie ohne ausreichende Beschwerdelinderung.

Die Liposuktion erfolgt durch:

- Fachärzte für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie,
- andere Fachärzte des Gebiets Chirurgie,
- Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten.
- Andere Fachärzte, die bereits vor dem 09. Oktober 2026 die Methode gemäß dieser Richtlinie erbringen durften, sind hierzu weiterhin berechtigt.

Sind die Voraussetzungen erfüllt, erfolgt die Überweisung an einen der oben genannten Fachärzte, der eine Genehmigung der KV für die Liposuktion besitzt.

ABRECHNUNG UND HONORAR

Leistungsübersicht für die Liposuktion			
Ziffern Kapitel 31 / Kapitel 36	Beschreibung	Bewertung Kapitel 31	Bewertung Kapitel 36
31095 / 36095	Liposuktion bei Lipödem an Unterschenkel, Oberarm und Ellenbogen sowie Unterarm Eingriff Kategorie AA5 OPS-Kodes gemäß Anhang 2: 5-911.1f, 5-911.17 und 5-911.18	605,17 €	379,54 €
31096 / 36096	Liposuktion bei Lipödem an Oberschenkel und Knie Eingriff Kategorie AA6 OPS-Kodes gemäß Anhang 2: 5-911.1e	769,14 €	486,94 €
31098 / 36098	Zuschlag zu den Ziffern 31095 und 31096 bei Simultaneingriffen sowie zur Ziffer 31096 bei Überschreitung der Schnitt-Naht-Zeit von 120 Minuten	77,97 €	48,03 €
31035	Zuschlag für zusätzlichen Hygieneaufwand zu den Ziffern 31095 und 31096	18,09 €	
40165	Kostenpauschale bei Durchführung der Liposuktion bei Lipödem entsprechend den Ziffern 31095 und 31096 für die beim Eingriff eingesetzten Absaugkanülen	72,00 €	

Quellen:

institut-ba.de/ba/babeschluesse/2026-06-09_ba837_2.pdf

www.g-ba.de/downloads/62-492-4081/QS-Ma%C3%9Fnahmen_Liposuktion-Lipoedem_2026-01-22_iK-2026-03-21.pdf

ABRECHNUNG UND HONORAR

Erstbefüllung der ePA verlängert

Der Bewertungsausschuss hat den Beschluss gefasst, die Erstbefüllung der elektronischen Patientenakte, ePA, über die Ziffer 01648 letztmalig bis zum 31. Dezember 2026 zu verlängern. Spätestens dann wird die Pauschale nach dem geplanten GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz nicht mehr abrechnungsfähig sein, der Mehraufwand also nicht mehr extra vergütet. Sollte das Gesetz früher in Kraft treten, würde die Leistung auch vorher entfallen. Aktuell wird davon ausgegangen, dass die Aufhebung erst zum 1. Januar 2027 in Kraft tritt.

Bis dahin können alle Vertragsärzte unverändert die Ziffer 01648 für die Erstbefüllung der ePA ansetzen. Diese wird mit 11,34 € vergütet. Die anderen beiden Ziffern für Erfassung und Speicherung von Dokumenten nach der Erstbefüllung mit und ohne Patienten-Kontakt über die Ziffern 01647 bzw. 01431 stehen ebenfalls unverändert zur Verfügung.

Quelle: institut-ba.de/ba/babeschluesse/2026-06-30_ba844.pdf

Operativ tätige
Fachgruppen

Übergangslösung für Hybrid-DRG bei Kindern

Mit dem Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz, KHVG, wurden Menschen mit Behinderung und Patienten, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, aus dem Leistungskatalog der Hybrid-DRG ausgeschlossen. Am 15. April trat das Krankenhausreformenpassungsgesetz, KHAG, in Kraft. Dort wurde der Ausschluss von Kindern und Jugendlichen wieder aufgehoben. Zum 1. Januar 2027 erfolgt eine Anpassung des Leistungskatalogs der Hybrid-DRG, der jetzt auch wieder Eingriffe bei Menschen mit Behinderung sowie bei Kindern und Jugendlichen vorsieht.

Als Übergangslösung können Operateure bis zum 31. Dezember 2026 die Ziffern 31950 bis 31999 als Zuschlag für ambulante Operationen des Hybrid-DRG-Leistungskatalogs abrechnen. Somit profitieren auch Kinder und Jugendliche von der ambulanten Versorgung. Die entsprechenden Leistungen sind in den unten aufgeführten Beschlüssen aufgelistet. Der zweite Beschluss wurde um urologische und gynäkologische Simultaneingriffe erweitert.

Quellen:

institut-ba.de/ba/babeschluesse/2026-06-10_ba838.pdf

institut-ba.de/ba/babeschluesse/2026-06-30_ba842.pdf

ABRECHNUNG UND HONORAR

Hausärzte,
Internisten
mit und ohne
Schwerpunkt,
Urologen,
Chirurgen,
Radiologen

Abrechnung der Ziffern 01747 und 01748

Die Beratung mit der Ziffer 01747 und der Ultraschall mit der Ziffer 01748 zum Bauchaortenaneurysma-Screening können Männer ab 65 Jahre einmalig in Anspruch nehmen. Schon lange ist strittig, ob diese Ziffern auch abgerechnet werden können, wenn der Versicherte diese Leistung bereits bei einem anderen Arzt in Anspruch genommen hat, der jetzt durchführende Arzt davon aber keine Kenntnis hat. Dies hat aktuell dazu geführt, dass die Bereitschaft von Ärzten, diese Leistung zu erbringen, abgenommen hat, da ein unkalkulierbares Risiko besteht, dass die Leistung(en) im Nachgang ersatzlos gestrichen werden.

Das Bundessozialgericht hat am 01. April 2026 klargestellt, dass die Abrechnungsfähigkeit der Ziffern 01747 und 01748 auf ein einmaliges, unwiederholbares Ereignis beschränkt sind. Das Gericht hat die Krankenkassen verpflichtet, dass diese eine Informationspflicht über die Inanspruchnahme von Früherkennungsmaßnahmen ihren Versicherten gegenüber haben. Es bleibt abzuwarten, wie diese umgesetzt wird und ob diese in der Praxis funktioniert.

Quelle: www.bsg.bund.de/SharedDocs/Verhandlungen/DE/2026/2026_04_01_B_06_KA_01_25_R.html

Kinder- und
Jugend-
mediziner

Gesundheitsuntersuchung beim Kinderarzt

Im 4. Quartal 2025 wurde die Gruppe der Heranwachsenden neu in den EBM aufgenommen. Deshalb wurde jetzt der EBM angepasst. Kinder- und Jugendmediziner können ab sofort die Gesundheitsuntersuchung über die Ziffer 01732 bei Patienten im Alter zwischen 18-20 Jahren durchführen und abrechnen.

Die Regelung, dass die Gesundheitsuntersuchung einmalig im Alter zwischen 18-34 Jahren in Anspruch genommen werden darf, bleibt bestehen.

Quelle: institut-ba.de/ba/babeschluesse/2026-06-30_ba839.pdf

ABRECHNUNG UND HONORAR

verschiedene
FG

Neue DiGA Axia

Seit dem 01. Juli 2026 wurde die Verlaufskontrolle und Auswertung der DiGA Axia neu in den EBM aufgenommen. Diese DiGA richtet sich an Patienten mit axialer Spondyloarthritis, inklusive Morbus Bechterew.

Die Leistung kann durch:

- Hausärzte,
- Internisten ohne Schwerpunkt,
- Rheumatologen,
- Orthopäden sowie
- Fachärzte für Physikalische und Rehabilitative Medizin und
- Kinder- und Jugendärzte bei Patienten im Alter von 18 bis 20 Jahren

mit der Ziffer 01483 abgerechnet werden. Schmerztherapeuten rechnen die Ziffer 30782 ab. Beide Ziffern werden mit 8,15 € vergütet und können einmal je Quartal und höchstens zweimal im Jahr abgerechnet werden. Für zunächst zwei Jahre erfolgt die Vergütung extrabudgetär.

Quelle: www.kbv.de/documents/infoteh/rechtsquellen/bewertungsausschuss/ebm/2026/ba-840-diga.pdf



REGIONALE KV-REGELUNGEN

AB 01. JULI 2026

Brandenburg

Weiterentwicklung der Prüfungsprozesse auf sachlich-rechnerische Richtigkeit

Die Prüfung der Quartalsabrechnung auf sachlich-rechnerische Richtigkeit nach § 106d SGB V stellt sicher, dass die abgerechneten Leistungen einer Praxis korrekt sind. Ergeben sich bei dieser Prüfung Fragen oder ist es sinnvoll einen Hinweis an die Praxis zu geben, erhielten diese eine Anfrage zur sachlich-rechnerischen Richtigkeit. Diese Anfrage wird „Arztfax“ genannt. Praxen hatten damit die Möglichkeit der Stellungnahme.

Die Prozesse der Prüfung auf sachlich-rechnerischer Richtigkeit wurden überprüft und weiterentwickelt. Das Arztfax erfolgt jetzt überwiegend bei Fällen, in denen nach einer definierten Regelwerksprüfung ein höherer Korrekturbetrag als 200 € im Raum steht und ergänzende Angaben der Praxis die Streichung verhindern können. Korrekturen, die geringfügige Beträge betreffen, werden direkt sachlich-rechnerisch richtiggestellt. Eine Stellungnahme vor Korrektur ist in diesen Fällen nicht vorgesehen.

Quelle: www.kvbb.de/praxis/aktuelles/news-detail/meldung-kvbb-baut-buerokratie-ab

Mecklenburg-Vorpommern

Übermittlung eDMP-Dokumentation

Bis zum 30. September 2026 ist die Übermittlung der eDMP-Dokumentationsdatei über das KVMV-Portal möglich. Ab dem 01. Oktober 2026 steht diese Möglichkeit nicht mehr zur Verfügung. Die Übermittlung kann dann ausschließlich über folgende Wege erfolgen:

- Übermittlung via KIM an DMP-Datenstelle@davaso.kim.telematik
- Erfassung im Portal der Datenannahmestelle nach Registrierung oder
- Versand eines Datenträgers, z. B. CD/DVD direkt an die Datenstelle per Post.

Quelle:

www.kvmv.de/export/sites/default/.galleries/downloadgalerie_kvmv/presse/publikationen_pdfs/journal_pdfs/2026/Journal_Mai_2026.pdf

REGIONALE KV-REGELUNGEN

AB 01. JULI 2026

Nordrhein

Berücksichtigung von Physician Assistants bei der Plausibilitätsprüfung

Wenn in einer Praxis ein Physician Assistant angestellt und bei der KV gemeldet ist, wird dieser seit dem 01. Juli in der Plausibilitätsprüfung berücksichtigt. Die Meldung des Physician Assistant erfolgt mittels Formulars auf der KV-Website.

Bei einer Vollzeitanstellung ergibt sich ein Aufschlag von 0,5 auf die Prüfzeit der Praxis. Bei einer Teilzeitanstellung erfolgt der Aufschlag anteilig.

Quelle: www.kvno.de/aktuelles/aktuelles-detail/nachricht/angestellte-pas-werden-ab-juli-in-der-plausibilitaetspruefung-beruecksichtigt

Rheinland-Pfalz

Echtzeit-Vorprüfung der Abrechnungsdatei

Seit dem 01. Juli 2026 wird der Versand der Korrekturbriefe durch die Echtzeit-Vorprüfung der Quartalsabrechnung ersetzt. Die sachlich-rechnerische Korrektur ist mit der Quartalsabrechnung 2/2026 Teil des Honorarbescheids.

Ab August bis zur endgültigen Abgabe der Abrechnungsdatei des 3. Quartals kann diese jederzeit hochgeladen und automatisiert geprüft werden. Als Ergebnis der Überprüfung wird ein Protokoll mit Korrekturhinweisen erstellt. Die Praxis kann diese Korrekturen vornehmen, bevor die finale Abrechnungsdatei an die KV übermittelt wird.

Quelle: www.kv-rlp.de/nachricht/echtzeit-vorpruefung-statt-korrekturbrief-das-aendert-sich-ab-juli

REGIONALE KV-REGELUNGEN

AB 01. JULI 2026

Schleswig-
Holstein

Änderungen der Abrechnung der Wegepauschalen

Seit dem 01. Juli gibt es eine Änderung bei der Abrechnung der Wegepauschalen. Wegepauschalen können für die folgenden Ziffern abgerechnet werden:

- 01410 – 01412,
- 01414,
- 01415,
- 01721 und
- 05230.

Die Berechnung der Wegepauschalen erfolgt immer vom Praxissitz aus. Dabei gilt die kürzeste Wegstrecke und der Rückweg ist inbegriffen. Die Wegegeldlisten sind weggefallen.

Praxen setzen für die Wegepauschalen die nachfolgenden Ziffern entsprechend der Wegstrecke an.

Ziffer	Entfernung	Wert
90101	bis 2 km	3,00 €
90102	2 bis 5 km	6,00 €
90103	5 bis 15 km	11,00 €
90104	mehr als 15 km	25,00 €

Falls die Praxis keine Wegepauschalen ansetzt, erfolgt dies durch die KV. Dabei wird jedoch die kleinste Wegepauschalen mittels der Ziffer 90101 angesetzt. Die Wegepauschalen gelten für die Versorgung von Patienten außerhalb des ärztlichen Bereitschaftsdienstes.

Quelle: www.kvsh.de/praxis/praxisfuehrung/newsletter/wegepauschalen



REGIONALE HZV-REGELUNGEN

AB 01. JULI 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

Erhöhung der Vergütung der P2.

Leistung		Alt	Neu
	P2 Behandlungspauschale	40,00 €	43,00 €

Vertrag BKK GWQ

Neue Leistungen zum 01. Juli 2026:

- Kinder- und Jugendvorsorgeuntersuchungen
- PSA-Screening

Leistung		Alt	Neu
	Kinder- und Jugendvorsorge (U1 – U11, J1, J2)	-	50,00 €
	1739 PSA-Screening	-	20,00 €

REGIONALE HZV-REGELUNGEN

AB 01. JULI 2026

Bayern

Vertrag Bahn BKK, BKK Bayern, EK, SVLFG und TK

Die Ziffer 1490 wird nun automatisch als Zuschlag vergütet (bei Erfüllung der Voraussetzungen).

Vertrag BKK Bayern, Bosch BKK, EK, IKK, SVLFG und TK

Aufnahme der Meningokokken Impfung 89140 (A, C, W, Y) in den Ziffernkranz.

Hessen

Vertrag Bahn BKK, EK, LKK, TK

Die Ziffer 1490 wird nun automatisch als Zuschlag vergütet (bei Erfüllung der Voraussetzungen).

Vertrag BKK GWQ, spectrumK, TK

Aufnahme der Meningokokken Impfung 89140 (A, C, W, Y) in den Ziffernkranz.

Vertrag BKK GWQ

- Änderungen des bisherigen Innovationszuschlages durch Einzelzuschläge
- Präventionsleistungen 01731, 01732, 01732B, 01740, 01745, 01746, 01747, 01748 und 1739 werden nun je Leistung mit 20,00 € vergütet (bisher gab es max. 20,00 € pro Quartal)
- Wegfall der Vergütungsobergrenze von 76,00 €
- Wegfall der P4 (Multimorbidität) und des telemedizinischen Versorgungsmoduls
- Förderung von akademischen nichtärztlichen Heilberufen
- Neuaufnahme von Kindervorsorgen
- Wegfall von Einzel-Leistungen
- Aufnahme der 01647 / 01648 in den Ziffernkranz

REGIONALE HZV-REGELUNGEN

AB 01. JULI 2026

Hessen

Vertrag BKK GWQ (Fortsetzung)

Leistung	Alt	Neu
		
	-	2,00 € / Jahr
	-	2,00 € / Jahr
	-	2,00 € / Jahr
	-	2,00 € / Jahr
	-	4,00 € / Jahr
	-	4,00 € / Jahr
	-	50,00 €
	-	30,00 €
	-	75,00 € pro Woche
	-	5,00 €
	-	7,50 €
	-	10,00 €
	-	20,00 €

REGIONALE HZV-REGELUNGEN

AB 01. JULI 2026

Leistung		Alt	Neu
	P1 HZV-Versorgungsstrukturpauschale	66,00 €	72,00 €
	P2 Behandlungspauschale	42,00 €	48,00 €
	P3 Chronikerpauschale	20,00 €	23,00 €
	Palliativzuschlag	100,00 €	120,00 €
	01737 iFOBT	6,00 €	8,00 €
	32460 CRP-Schnelltest	7,00 €	10,50 €
	P4 (Multimorbidität) in P3 überführt	10,00 €	-
	01100 Unvorhergesehene Inanspruchnahme I	25,00 €	-
	01101 Unvorhergesehene Inanspruchnahme II	40,00 €	-
	01611 Verordnung von medizinischer Rehabilitation	38,00 €	-
	03321 Belastungs-Elektrokardiographie (Belastungs-EKG)	26,00 €	-
	00038 Einsatz von arriba (Depression)	15,00 €	-
	00039 Nachsorgekontrolle bei positivem Befund (Depression)	30,00 €	-
	0060 Hausbesuch durch VERAH mit telemedizinischer Weiterbildung	20,00 €	-
	0061 Telemedizinische Betreuung durch den HAUSARZT	15,00 €	-
	0062 Sturzrisikoanalyse	13,00 €	-
	0063 Gesundheitsfragebogen Depression	10,00 €	-
	0064 Wundanalyse	13,00 €	-



REGIONALE HZV-REGELUNGEN

AB 01. JULI 2026

Nordrhein

Vertrag AOK, Bahn BKK, EK, LKK, TK

Die Ziffer 1490 wird nun automatisch als Zuschlag vergütet (bei Erfüllung der Voraussetzungen).

Vertrag BKK GWQ, spectrumK, TK

Aufnahme der Meningokokken Impfung 89140 (A, C, W, Y) in den Ziffernkranz.

Vertrag BKK GWQ

- Änderungen des bisherigen Innovationszuschlages durch Einzelzuschläge
- Präventionsleistungen 01731, 01732, 01732B, 01740, 01745, 01746, 01747, 01748 und 1739 werden nun je Leistung mit 20,00 € vergütet (bisher gab es max. 20,00 € pro Quartal)
- Wegfall der Vergütungsobergrenze von 76,00 €
- Wegfall der P4 (Multimorbidität) und des telemedizinischen Versorgungsmoduls
- Förderung von akademischen nichtärztlichen Heilberufen
- Neuaufnahme von Kindervorsorgen
- Wegfall von Einzel-Leistungen
- Aufnahme der 01647 / 01648 in den Ziffernkranz

REGIONALE HZV-REGELUNGEN

AB 01. JULI 2026

Nordrhein

Leistung	Alt	Neu
 Online-Terminbuchung (Zuschlag auf P1)	-	2,00 € / Jahr
Videosprechstunde (Zuschlag auf P1)	-	2,00 € / Jahr
Impfmanagement (Zuschlag auf P1)	-	2,00 € / Jahr
arriba (Zuschlag auf P1)	-	2,00 € / Jahr
AMTS Arzneimitteltherapiesicherheit (Zuschlag auf P1)	-	4,00 € / Jahr
Siegel nachhaltige Praxis (aQua Institut) (Zuschlag auf P1)	-	4,00 € / Jahr
Kinder- und Jugendvorsorge (U1 – U11, J1, J2)	-	50,00 €
1400 Besuchskomplex (01410, 01411, 01412, 01413, 01414, 01415)	-	30,00 €
3730 Rufbereitschaft am Lebensende (für max. 5 Wochen)	-	75,00 € pro Woche
Zuschlag für akademische nichtärztliche Heilberufe (Zuschlag auf P1, 0,5 VKZ (Vollzeitkraft))	-	5,00 €
Zuschlag für akademische nichtärztliche Heilberufe (Zuschlag auf P1, 0,75 VKZ (Vollzeitkraft))	-	7,50 €
Zuschlag für akademische nichtärztliche Heilberufe (Zuschlag auf P1, 1 VKZ (Vollzeitkraft))	-	10,00 €
1739 PSA-Screening	-	20,00 €

REGIONALE HZV-REGELUNGEN

AB 01. JULI 2026

Leistung		Alt	Neu
	P1 HZV-Versorgungsstrukturpauschale	66,00 €	72,00 €
	P2 Behandlungspauschale	42,00 €	48,00 €
	P3 Chronikerpauschale	20,00 €	23,00 €
	Palliativzuschlag	100,00 €	120,00 €
	01737 iFOBT	6,00 €	8,00 €
	32460 CRP-Schnelltest	7,00 €	10,50 €
	P4 (Multimorbidität) in P3 überführt	10,00 €	-
	01100 Unvorhergesehene Inanspruchnahme I	25,00 €	-
	01101 Unvorhergesehene Inanspruchnahme II	40,00 €	-
	01611 Verordnung von medizinischer Rehabilitation	38,00 €	-
	03321 Belastungs-Elektrokardiographie (Belastungs-EKG)	26,00 €	-
	00038 Einsatz von arriba (Depression)	15,00 €	-
	00039 Nachsorgekontrolle bei positivem Befund (Depression)	30,00 €	-
	0060 Hausbesuch durch VERAH mit telemedizinischer Weiterbildung	20,00 €	-
	0061 Telemedizinische Betreuung durch den HAUSARZT	15,00 €	-
	0062 Sturzrisikoanalyse	13,00 €	-
	0063 Gesundheitsfragebogen Depression	10,00 €	-
	0064 Wundanalyse	13,00 €	-

REGIONALE HZV-REGELUNGEN

AB 01. JULI 2026

Nordrhein

Vertrag Knappschafft

- Erhöhung der Vergütungsobergrenze von 68,00 € auf 76,00 €
- Aufnahme der 01647 / 32033 in den Ziffernkranz
- Förderung von akademischen nichtärztlichen Heilberufen
- Einführung einer Struktur- und Qualitätspauschale und Besuchskomplex
- Erhöhung der Vergütung von Vorsorgen
- Wegfall von Einzel-Leistungen

Leistung	Alt	Neu
		
	-	20,00 € pro Jahr
	-	40,00 €
	-	5,00 €
	-	7,50 €
	40,00 – 50,00 €	40,00 €
	37,00 €	27,00 €
	16,50 €	18,35 €
	36,00 €	41,53 €
	28,00 €	32,23 €

REGIONALE HZV-REGELUNGEN

AB 01. JULI 2026

Leistung		Alt	Neu
	01100 Unvorhergesehene Inanspruchnahme I	25,00 €	-
	01101 Unvorhergesehene Inanspruchnahme II	40,00 €	-
	0010 „verlängerte Sprechzeit“	22,00 €	-
	2305 Überleitungsmanagement (telefonisch)	30,00 €	-
	2304 Überleitungsmanagement (persönlich)	80,00 €	-
	Wegegeld	5,00 € – 15,00 €	-
	2005 Postoperative hausärztliche Betreuung	30,00 €	-
	Kinder- und Jugendvorsorgeuntersuchungen (U1-U11, J1)	40,00 €	-

Westfalen-
Lippe

Vertrag AOK, Bahn BKK, EK, LKK, TK

Die Ziffer 1490 wird nun automatisch als Zuschlag vergütet (bei Erfüllung der Voraussetzungen).

Vertrag BKK GWQ, spectrumK, TK

Aufnahme der Meningokokken Impfung 89140 (A, C, W, Y) in den Ziffernkranz.

REGIONALE HZV-REGELUNGEN

AB 01. JULI 2026

Westfalen-
Lippe

Vertrag AOK Nordwest

Erhöhung der Vergütung von Vorsorgen.

Leistung		Alt	Neu
	01731 (Krebsfrüherkennung Mann)	17,85 €	18,35 €
	01732 / 01732B (Gesundheitsuntersuchung)	40,40 €	41,53 €
	01745 (Hautkrebsscreening)	31,36 €	32,23 €
	01746 (Hautkrebsscreening + Gesundheitsuntersuchung)	25,90 €	26,63 €

Vertrag BKK GWQ

- Änderungen des bisherigen Innovationszuschlages durch Einzelzuschläge
- Präventionsleistungen 01731, 01732, 01732B, 01740, 01745, 01746, 01747, 01748 und 1739 werden nun je Leistung mit 20,00 € vergütet (bisher gab es max. 20,00 € pro Quartal)
- Wegfall der Vergütungsobergrenze von 76,00 €
- Wegfall der P4 (Multimorbidität) und des telemedizinischen Versorgungsmoduls
- Förderung von akademischen nichtärztlichen Heilberufen
- Neuaufnahme von Kindervorsorgen
- Wegfall von Einzel-Leistungen
- Aufnahme der 01647 / 01648 in den Ziffernkranz

REGIONALE HZV-REGELUNGEN

AB 01. JULI 2026

Leistung		Alt	Neu
	Online-Terminbuchung (Zuschlag auf P1)	-	2,00 € / Jahr
	Videosprechstunde (Zuschlag auf P1)	-	2,00 € / Jahr
	Impfmanagement (Zuschlag auf P1)	-	2,00 € / Jahr
	arriba (Zuschlag auf P1)	-	2,00 € / Jahr
	AMTS Arzneimitteltherapiesicherheit (Zuschlag auf P1)	-	4,00 € / Jahr
	Siegel nachhaltige Praxis (aQua Institut) (Zuschlag auf P1)	-	4,00 € / Jahr
	Kinder- und Jugendvorsorge (U1 – U11, J1, J2)	-	50,00 €
	1400 Besuchskomplex (01410, 01411, 01412, 01413, 01414, 01415)	-	30,00 €
	3730 Rufbereitschaft am Lebensende (für max. 5 Wochen)	-	75,00 € pro Woche
	Zuschlag für akademische nichtärztliche Heilberufe (Zuschlag auf P1, 0,5 VKZ (Vollzeitkraft))	-	5,00 €
	Zuschlag für akademische nichtärztliche Heilberufe (Zuschlag auf P1, 0,75 VKZ (Vollzeitkraft))	-	7,50 €
	Zuschlag für akademische nichtärztliche Heilberufe (Zuschlag auf P1, 1 VKZ (Vollzeitkraft))	-	10,00 €
	1739 PSA-Screening	-	20,00 €

REGIONALE HZV-REGELUNGEN

AB 01. JULI 2026

Westfalen-
Lippe

Leistung	Alt	Neu
	P1 HZV-Versorgungsstrukturpauschale	66,00 € 72,00 €
	P2 Behandlungspauschale	42,00 € 48,00 €
	P3 Chronikerpauschale	20,00 € 23,00 €
	Palliativzuschlag	100,00 € 120,00 €
	01737 iFOBT	6,00 € 8,00 €
	32460 CRP-Schnelltest	7,00 € 10,50 €
	P4 (Multimorbidität) in P3 überführt	10,00 € -
	01100 Unvorhergesehene Inanspruchnahme I	25,00 € -
	01101 Unvorhergesehene Inanspruchnahme II	40,00 € -
	01611 Verordnung von medizinischer Rehabilitation	38,00 € -
	03321 Belastungs-Elektrokardiographie (Belastungs-EKG)	26,00 € -
	00038 Einsatz von arriba (Depression)	15,00 € -
	00039 Nachsorgekontrolle bei positivem Befund (Depression)	30,00 € -
	0060 Hausbesuch durch VERAH mit telemedizinischer Weiterbildung	20,00 € -
	0061 Telemedizinische Betreuung durch den HAUSARZT	15,00 € -
	0062 Sturzrisikoanalyse	13,00 € -
	0063 Gesundheitsfragebogen Depression	10,00 € -
	0064 Wundanalyse	13,00 € -

REGIONALE HZV-REGELUNGEN

AB 01. JULI 2026

Vertrag Knappschafft

- Erhöhung der Vergütungsobergrenze von 68,00 € auf 76,00 €
- Aufnahme der 01647 / 32033 in den Ziffernkranz
- Förderung von akademischen nichtärztlichen Heilberufen
- Einführung einer Struktur- und Qualitätspauschale und Besuchskomplex
- Erhöhung der Vergütung von Vorsorgen
- Wegfall von Einzel-Leistungen

Leistung	Alt	Neu
		
	-	20,00 € pro Jahr
	-	40,00 €
	-	5,00 €
	-	7,50 €
		
	40,00 – 50,00 €	40,00 €
	40,00 €	27,00 €
	16,50 €	18,35 €
	36,00 €	41,53 €
	28,00 €	32,23 €

REGIONALE HZV-REGELUNGEN

AB 01. JULI 2026

Westfalen-
Lippe

Leistung		Alt	Neu
	01100 Unvorhergesehene Inanspruchnahme I	25,00 €	-
	01101 Unvorhergesehene Inanspruchnahme II	40,00 €	-
	0010 „verlängerte Sprechzeit“	22,00 €	-
	2305 Überleitungsmanagement (telefonisch)	30,00 €	-
	2304 Überleitungsmanagement (persönlich)	80,00 €	-
	Wegegeld	5,00 € – 15,00 €	-
	2005 Postoperative hausärztliche Betreuung	30,00 €	-
	Kinder- und Jugendvorsorgeuntersuchungen (U1-U11, J1)	40,00 €	-

REGIONALE HZV-REGELUNGEN

AB 01. JULI 2026

Westfalen-
Lippe,
Nordrhein,
Hessen,
Bayern

Vertrag TK

Die TK hat ihre HZV-Verträge in 14 KVn zum Jahresende gekündigt. Baden-Württemberg, Mecklenburg-Vorpommern und Sachsen-Anhalt sind nicht betroffen.

Hintergrund ist eine wissenschaftliche Evaluation der HZV-Verträge, die keine Vorteile der im HZV-Vertrag versorgten Patienten im Vergleich zur Regelversorgung nachweisen konnte. Für die HZV-Versorgung muss die TK aber Mehrkosten von 160 Millionen € pro Jahr aufwenden. Jetzt sollen neue Verträge mit einer verbesserten Patientensteuerung, so die TK, verhandelt werden.

Wie geht es jetzt weiter?

Das ist gesetzlich im SGB V geregelt. Die gute Nachricht: alles geht bis zum Abschluss eines neuen Vertrags seinen gewohnten Gang. Der bisherige Vertrag gilt also weiterhin:

- Die Patienten können weiter versorgt werden.
- Alle abgerechneten Leistungen werden vertragsgemäß vergütet.

Können sich TK und HÄVG nicht auf einen neuen Vertrag einigen, muss das Schiedsamt entscheiden. Die Kontinuität der Patientenversorgung, der ärztlichen Versorgung bzw. Vergütung der Leistungen sind also garantiert.



DIE WELT DER HZV

GASTBEITRAG DER HÄVG

Belegt, bewährt, beständig: Die HZV als Anker im System

Die hausarztzentrierte Versorgung (HZV) ist längst mehr als ein gesundheitspolitisches Ordnungskonzept. Seit 17 Jahren funktioniert sie im zunehmend verdichteten Praxisalltag – ermöglicht Koordination, strukturiert Prozesse und reduziert unnötige Parallelstrukturen.

Die Evaluation der Goethe-Universität Frankfurt und des Universitätsklinikums Heidelberg zeigt: Es bestehen nicht nur statistische Vorteile gegenüber der Regelversorgung, sondern die HZV bietet einen konkreten Nutzen für hausärztliche Praxen, ihre Teams und ihre Patientinnen und Patienten.

Hausärztliche Versorgung steht heute unter einem doppelten Druck: Die Morbidität der Patientinnen und Patienten nimmt zu, zugleich wachsen Dokumentationsanforderungen, Abstimmungsbedarfe mit Facharztpraxen, Kliniken, Pflege und Therapie sowie die Erwartungen an Erreichbarkeit und Verlässlichkeit. Gerade multimorbide und ältere Menschen bewegen sich häufig zwischen mehreren Sektoren, Verordnungen und Ansprechpersonen. Ohne ein steuerndes Primärarztsystem drohen Informationsverluste, Doppeluntersuchungen und eine Versorgung, die eher reagiert als plant. Hinzu kommen neue Arbeitszeitmodelle und der demografische Wandel, die auch vor der Hausärzteschaft keinen Halt machen. Auch wenn letztlich die entsprechenden Weiterbildungszahlen steigen, zeigt sich – das System steht unter Druck.

Anteil an der Entwicklung hat auch die Versorgungsstruktur, weiß Dr. Alberto Arbex: „Ich führe meine Praxis seit fünf Jahren und mache seit drei Jahren HZV. Zeitweise war ich vom KV-System durchaus ernüchtert – die Abläufe erschienen mir dort oft wenig übersichtlich. Ich hatte sogar schon überlegt, meinen Sitz wieder abzugeben, weil es nur noch darum ging Zahlen, Daten und Vorgaben hinterherzulaufen. Die HZV war da wirklich ein Anker im System für mich.“

Die Notwendigkeit, die Medizin wieder stärker in den Fokus zu rücken und Ärztinnen und Ärzte insbesondere in Sachen Bürokratie zu entlasten, betont auch Uwe Schwenk, Director Gesundheit bei der Bertelsmann Stiftung: „Wichtig wird sein, wie viel Zeit dem Hausarzt und der Hausärztin effektiv für die Arbeit am Patienten zur Verfügung steht. Hier gilt es, bislang ungenutzte Potenziale zu heben.“

DIE WELT DER HZV

GASTBEITRAG DER HÄVG

HZV: Der Anker im System

Genau an dieser Stelle setzt die HZV an. Sie versteht die Hausärztin bzw. den Hausarzt als erste koordinierende Anlaufstelle mit Zeit und Fokus für medizinisch notwendige Behandlungen. „Die Studie der Bertelsmann Stiftung belegt eindrucksvoll, dass Delegationskonzepte ein zentraler Hebel sind, um die hausärztliche Versorgung in Zukunft sicherzustellen. Nur, wenn wir die Arbeitslast innerhalb der Praxen auf mehr Schultern verteilen, können wir die Versorgung unserer alternden Bevölkerung auch in Zukunft in gewohnter Qualität sicherstellen“, ergänzen die Bundesvorsitzenden des Hausärztinnen- und Hausärzteverbands, Prof. Dr. Nicola Buhlinger-Göpfarth und Dr. Markus Blumenthal-Beier.

Praktisch bedeutet das: Beschwerden werden im hausärztlichen Kontext eingeordnet, Dringlichkeiten priorisiert, Überweisungen zielgerichtet ausgelöst und Rückmeldungen aus anderen Versorgungsbereichen wieder zusammengeführt. Die aktuelle Evaluation der Goethe-Universität Frankfurt und des Universitätsklinikums Heidelberg untermauert genau diesen Effekt mit Zahlen: So gab es im HZV-System unter anderem 1,36 Millionen weniger unkoordinierte Facharztbesuche ohne Überweisung, 24.653 verhinderte Krankenhausaufnahmen und 89.306 weniger Krankenhaustage bei älteren Versicherten. Für die Praxis selbst wird so letztlich ein strukturiertes Arbeiten mit besserer Übersicht über Diagnostik, Medikation und Folgeprozesse geschaffen.

Für Praxisteam ist diese koordinierende Rolle keineswegs eine abstrakte Systemfunktion, sondern alltägliche Organisationsarbeit. „Mittlerweile habe ich das Gefühl, dass wir endlich wieder die Kontrolle über Termine, Patienten und die Praxisabläufe haben – nicht zuletzt, weil ich die HZV-Teilnahmen von 50 auf 1.200 Patienten steigern konnte. Das hat uns geholfen, den unnötigen Andrang und die Terminflut deutlich zu reduzieren. In der Sprechstunde behandle ich jetzt nur noch medizinisch notwendige Anliegen und bin nicht mehr zum Rezeptausstellen da oder sehe Patienten, die lediglich ihrer quartalsmäßigen Anwesenheitspflicht nachkommen wollen“, fasst Arbex zusammen.

Koordination und Planbarkeit: Die HZV liefert

Klar ist mit der HZV auch: Medizinische Fachangestellte können Kontrolltermine, Recall-Prozesse, Impfungen oder Chronikerprogramme gezielter vorbereiten, wenn bekannt ist, dass die Praxis die zentrale Lotsenfunktion übernimmt. Statt unverbundener Einzelkontakte entsteht ein versorgungslogischer Zusammenhang: Wer ist wegen Diabetes in Kontrolle? Wer braucht die nächste Nierenfunktionsprüfung? Bei wem sollte der geriatrische Assessmentsschritt eingeplant werden? Diese Struktur senkt Reibungsverluste und erhöht die Verlässlichkeit gegenüber den Patientinnen und Patienten.

DIE WELT DER HZV

GASTBEITRAG DER HÄVG

„Die HZV hilft uns, eine besser steuerbare Rundumkontrolle zu gewährleisten – und das sowohl generationsübergreifend als auch bei Chronikern oder bei geriatrischen Patienten. Insbesondere unsere Medizinischen Fachangestellten sind da auch von der HZV angetan, dass sie nicht mehr ad hoc Kontrolltermine einschieben müssen, sondern vorarbeiten und planen können. Das erleichtert den Alltag in der Praxis massiv“, so Arbex.

Umstellung auf HZV-Praxis: Den Mehrwert immer vor Augen

Kommt es nun wie im Koalitionsvertrag vorgesehen und wie politisch einhellig konsentiert zu einem irgendwie gearteten Primärarztssystem mit hausärztlicher Steuerungsfunktion, würde die höhere Zahl hausärztlicher Kontakte auf den ersten Blick wie eine zusätzliche Belastung wirken. Hier können Hausärztinnen und Hausärzte jedoch aufatmen. Zum einen wird die HZV als sicherer Bestandteil zukunftsfähig bestehen bleiben und ihre konsistente, etablierte Struktur Hilfestellung geben.

Zum anderen ist im Versorgungsalltag häufig das Gegenteil der Fall: mehr frühzeitige Einordnung, mehr Steuerung, weniger Eskalation. Wenn Beschwerden, Kontrollbedarfe und Medikationsfragen früher im hausärztlichen Setting aufgefangen werden, lassen sich unnötige oder doppelte fachärztliche Inanspruchnahmen eher vermeiden. Der Mehrwert liegt damit nicht in einer bloßen Kontaktsteigerung, sondern in einer besseren Sortierung der Versorgung. „Ich mache mir da keine Gedanken, dass uns eine solche Funktion überfordern würde. Im Gegenteil, ich habe in den letzten drei Jahren die Zahl meiner HZV-Patientinnen und -Patienten von 50 auf über 1.200 gesteigert und spare täglich kostbare Zeit. Sicher haben wir auch eine Lernkurve bis zur automatisierten Routine von sechs bis acht Monaten benötigt, aber das war zu keinem Zeitpunkt eine nicht machbare Belastung – zumal zu jedem Moment ersichtlich war, wie viel Erleichterung daraus folgen wird“, weiß Arbex die Umstellung auf eine de facto Primärpraxis zu berichten.

Für die Praxisorganisation heißt das: Entscheidungen werden an einer Stelle gebündelt, anstatt erst nach verstreuten Facharztkontakten mühsam rekonstruiert werden zu müssen. Ein typisches Beispiel aus dem Alltag: eine Patientin mit Schwindel, Schlafstörungen und Polypharmazie. In einem unkoordinierten System folgen darauf nicht selten parallele Vorstellungen in HNO-, Neurologie- und Orthopädiepraxen. In einer hausärztlich gesteuerten Versorgung kann zunächst eine strukturierte hausärztliche Abklärung mit Medikamentenreview, orthostatischer Diagnostik und zielgerichteter Überweisung erfolgen. Das spart Wege, Wartezeiten und diagnostische Mehrfachschleifen.

DIE WELT DER HZV

GASTBEITRAG DER HÄVG

Prävention: Das HZV-Aushängeschild

Hinzu kommt der in der HZV angelegte strukturierende Effekt für die Versorgung älterer und multimorbider Menschen – was angesichts des demografischen Wandels ein entscheidender Faktor sein kann. Gerade Add-ons wie das geriatrische Modul samt eLearning-Part entfalten ihren Nutzen, indem sie auf die Lebensumstände von Patientinnen und Patienten eingehen, Telefon- und Videofallkonferenzen stärker einbinden und Hausbesuche auch für Hausärztinnen und Hausärzte noch besser honorieren. Hier geben sich somit Bedarf, Effizienz und Modernisierung die Hand – was laut Schwenk zudem Grundvoraussetzung sein muss: „Um die hausärztliche Versorgung zu sichern, müssen die notwendigen Digitalisierungsmaßnahmen gelingen, unnötige Arztbesuche reduziert sowie neue Formen der fachübergreifenden Zusammenarbeit etabliert werden.“

Dass die Hausärztinnen und Hausärzte auch hier bereits mehrere Eisen im Feuer haben, bestätigen die Vorsitzenden des Hausärztinnen- und Hausärzteverbands Baden-Württemberg, Dr. Susanne Bublitz und Prof. Dr. Nicola Buhlinger-Göpfarth: „Wir machen in der HZV mit dem Konzept HÄPPI die Hausarztpraxen leistungsfähiger. HÄPPI setzt auf Digitalisierung und auf die Versorgung im Team, in dem Hausärztinnen und Hausärzte neben MFA und VERAH auch von akademisierten nichtärztlichen Gesundheitsberufen wie Primary Care Manager (PCM) oder Physician Assistants (PA) unterstützt werden. Damit bieten wir in der HZV ganz praktische Antworten und Lösungen für eine zukunftsfähige leistungsstarke Primärarztversorgung.“

Auch mit Blick auf Qualitätssignale, insbesondere in Sachen Prävention, liefert die Evaluation greifbare Argumente. Mehr Influenza-Impfungen, weniger potenziell ungeeignete Medikation im Alter und deutlich weniger schwerwiegende Komplikationen bei Menschen mit Diabetes sprechen dafür, dass strukturierte hausärztliche Begleitung medizinisch relevant ist. Diese Effekte sind gerade deshalb so wichtig, weil sie nicht im Bereich abstrakter Prozessindikatoren verbleiben, sondern konkrete Morbiditätsrisiken adressieren. Die Fakten dazu: 5.746 verhinderte Herzinfarkte, 24.436 zusätzliche Influenza-Impfungen bei älteren Versicherten, rund 16.900 vermiedene Rettungsdiensteinsätze sowie deutlich bessere Verläufe bei Diabetes, KHK, COPD und im höheren Lebensalter.

Belegt und bewährt: Ein System für die Zukunft

Dass die HZV auch auf der übergeordneten Verwaltungsebene Einsparungen erzielt und Effizienz steigert, mag angesichts von GKV-Spargesetz und Bundeshaushalt ein weiteres fiskalpolitisches Argument sein, die Worte eines etablierten Primärversorgungssystems wahr zu machen. Fest steht: Wo hausärztliche Koordination funktioniert, werden Ressourcen nicht beliebig ausgeweitet, sondern gezielter eingesetzt. Doppeluntersuchungen, unspezifische Überweisungskaskaden und vermeidbare Komplikationen belasten nicht nur einzelne Praxen, sondern das Gesamtsystem. Die HZV stärkt insofern nicht einfach einen Berufsstand, sondern eine Funktionslogik, die Versorgung effizienter und gleichzeitig patientennäher organisiert.

DIE WELT DER HZV

GASTBEITRAG DER HÄVG

Klar ist auch aus wissenschaftlicher Perspektive: Die Evaluation ist insbesondere deswegen relevant, weil sie die HZV nicht nur normativ, sondern wissenschaftlich untersucht. Die vorliegenden Daten zeigen über mehrere Jahre stabile Vorteile gegenüber der Regelversorgung. Als langfristig belastbare Evaluation schafft sie die Grundlage, Versorgungseffekte, Qualitätsverbesserungen und Systemnutzen nachvollziehbar einzuordnen und weiterzuentwickeln.

Und wie nun ärztlichen Zweiflern in der Praxis begegnen: „Den Kolleginnen und Kollegen, die aus Bequemlichkeit in der KV verbleiben, kann ich nur analog zu Platons Höhlengleichnis sagen: Die Schatten, die wir in Struktur, medizinischer Versorgung und Patientensteuerung sehen, müssen nicht unsere Praxis-Wirklichkeit bleiben. Es gibt mit der HZV eine Wahrheit, die man erst erkennt, wenn man an ihr teilnimmt“, so Arbex.

Von Richard Hill

Links zu den Studien

neueversorgung.de

www.bertelsmann-stiftung.de/de/themen/aktuelle-meldungen/2025/juni/engpaesse-in-hausarztpraxen-verschaerfen-sich-doch-sie-waeren-vermeidbar

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

Marion Beck
Julia Busse

DRUCK

MG-Print, Herford

LAYOUT

Olaf Brandmeyer, Bünde

MAGAZIN ALS PDF

www.aac-pb.de/magazin

BILDNACHWEISE

Seite 1, 40 auf Basis © Elena Butusova - stock.adobe.com
Seite 5 © Leonardo - stock.adobe.com
Seite 9 © Antony Weerut - stock.adobe.com
Seite 15 © BillionPhotos.com - stock.adobe.com
Seite 19 © ida - stock.adobe.com
Seite 24 © Medy - stock.adobe.com
Seite 36 © Anton - stock.adobe.com

© 2026 AAC Praxisberatung GmbH

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

486-20260713



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

