KVNO Praxisinformation

6. JANUAR 2026 Nr. 378

In dieser KVNO-Praxisinformation lesen Sie:

Neuer Vertrag: besondere Versorgung von Versicherten mit chronisch-viraler Hepatitis (Hepatitis B, C und D)

Teilnahmeberechtigt sind Versicherte der AOK Rheinland/Hamburg.

Hybrid-DRG: bestimmte prä- und postoperative Leistungen weiterhin berechnungsfähig

Die bestehende Übergangsfrist wurde erneut um ein Jahr bis zum 31. Dezember 2026 verlängert.

AOP-Vertrag an aktuellen OPS und EBM angepasst

Unter anderem wird der AOP-Katalog um die transurethrale Injektion bei Ostiuminsuffizienz erweitert.

Meldung ans Implantateregister: Mehr Geld bei Endoprothesen an Hüft- und Kniegelenken

Für das Melden von implantatbezogenen operativen Eingriffen an Hüft- und Kniegelenken erhalten Ärztinnen und Ärzte ab 1. Januar eine höhere Vergütung.

QS-Verfahren Wundinfektionen wird eingestellt – Verfahren Nierenersatztherapie ausgesetzt

Für operativ tätige Vertragsärztinnen und -ärzte entfällt auch die Dokumentation für 2025. Das QS-Verfahren Nierenersatztherapie ist für 2026 und 2027 ausgesetzt.

Neue STIKO-Empfehlungen in die Schutzimpfungs-Richtlinie aufgenommen

Die Empfehlungen betreffen die Menningokokken- und die Herpes-Zoster-Impfung.

Gerinnungskontrolle als Teil der häuslichen Krankenpflege verordnungsfähig

Weitere Anpassungen gibt es bei der digitalen Enddarmausräumung und der Bronchiallavage/-toilette.

Bundespolizisten können ab Januar das eRezept nutzen

Voraussetzung ist, dass sie über die elektronische Gesundheitskarte (eGK) verfügen.

Neue Vorgaben für Cybersicherheit in Deutschland – große Praxen können betroffen sein

Grund ist das in Kraft getretene Gesetz zur Umsetzung der europäischen NIS-2-Richtlinie für mehr Netzwerk- und Informationssicherheit.

Sie finden alle Artikel dieser KVNO-Praxisinformation einzeln auch auf der KVNO-Homepage unter **https://www.kvno.de/praxisinformation.**

KVNO Praxisinformation
6. JANUAR 2026 Nr. 378

Neuer Vertrag: besondere Versorgung von Versicherten mit chronisch-viraler Hepatitis (Hepatitis B, C und D)

In Abstimmung mit dem Berufsverband Niedergelassener Gastroenterologen Deutschlands e. V. (bng), der Deutschen Arbeitsgemeinschaft ambulant tätiger Ärztinnen und Ärzte für Infektionskrankheiten und HIV-Medizin e. V (dagnä), der AOK Rheinland/Hamburg hat die KV Nordrhein einen neuen Vertrag zur besonderen Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Hepatitis B, C und D geschlossen.

Der Vertrag verfolgt drei zentrale Ziele: Erstens sollen Krankheits- und Folgekosten durch die gezielte Förderung von Prävention reduziert werden. Zweitens wird die Hepatitis-assoziierte Krankheitslast durch frühzeitige Diagnostik und eine leitliniengerechte Therapie gesenkt. Drittens trägt ein strukturiertes Follow-up dazu bei, die Transmissionsrate von Hepatitis zu verringern und damit die Versorgung langfristig zu verbessern.

Wesentliche Neuerungen im Vergleich mit dem vorherigen Hepatitis C-Strukturvertrag

Das inhaltliche Spektrum wird von Hepatitis C auf Hepatitis B und D sowie auf assoziierte Folgeerkrankungen erweitert. Zudem ist eine Vergütung für den FibroScan vorgesehen, der zuvor ausschließlich als individuelle Gesundheitsleistung (IGeL) abgerechnet werden konnte. Ergänzend kommt ein Zuschuss zur Ernährungsberatung für Patientinnen und Patienten hinzu.

Teilnahmevoraussetzungen

Teilnehmen können in Nordrhein zugelassene, angestellte oder ermächtigte Ärztinnen und Ärzte folgender Arztgruppen:

- Fachärztin/Facharzt für Innere Medizin oder
- Fachärztin/Facharzt für Innere Medizin und Gastroenterologie oder
- Fachärztin/Facharzt für Innere Medizin mit Schwerpunkt Gastroenterologie oder
- Teilnahme an der QS-Vereinbarung HIV/Aids oder
- Zusatzbezeichnung „Infektiologie" (LÄK oder DGI) oder
- Fachärztin/Facharzt für Innere Medizin und Infektiologie oder
- Zusatzbezeichnung „Suchtmedizinische Grundversorgung" (BÄK)

Weitere Voraussetzungen

- Betreuung von mehr als 25 Hepatitis-Patientinnen und Patienten pro Kalenderjahr in den vergangenen zwei Jahren
- Nachweis der selbständigen Therapie bei mindestens zehn Patientinnen und Patienten pro Kalenderjahr
- Nachweis von 20 CME-Punkten im Bereich Infektiologie/Hepatologie innerhalb der letzten zwei Jahre

Apparative Anforderungen

- Ultraschall-System für Abdomensonographie (oder Kooperation)
- Elastographie (FibroScan/ARFI) einschließlich Dokumentation (oder Kooperation)
- Aszites-Punktionen und Ösophagogastroduodenoskopien (oder Kooperation)

Fortbildungspflicht und teilnehmende Versicherte

Teilnehmende Ärztinnen und Ärzte sind verpflichtet, jährlich zehn CME-Fortbildungspunkte im Bereich Hepatitis nachzuweisen.

Am Vertrag können Versicherte der AOK Rheinland/Hamburg teilnehmen, die an einer chronischen Virushepatitis B, C oder D oder an damit assoziierten Folgeerkrankungen (kompensierte/dekompensierte Leberzirrhose, hepatozelluläres Karzinom) erkrankt sind.

Vergütung

Leistung	Symbolnummer	Vergütung
Betreuungspauschale für Patientinnen und Patienten mit chronischer Hepatitis (B, C, D) inkl. Nachsorge bei fort. Fibrose	91700	50,00 EUR
FibroScan/ARFI (gem. Leitlinie bei Erstvorstellung und einmal pro Behandlungsjahr)	91701	45,00 EUR
Zweitmeinungsverfahren einschließlich Gutachtenerstellung (einmal je Krankheitsfall)	91702	35,00 EUR

Die im Vertrag vereinbarten Leistungen werden extrabudgetär neben der Regelversorgung vergütet.

Wenn Sie an einer Teilnahme an dem Vertrag interessiert sind, stellen Sie Ihren Antrag bitte vorrangig elektronisch über das Digitale Antragsmanagement unter **https://www.kvnoportal.de/antraege/**.

Hybrid-DRG: bestimmte prä- und postoperative Leistungen weiterhin berechnungsfähig

Für ambulante Operationen können Vertragsärztinnen und -ärzte weiterhin bestimmte prä- und postoperative Leistungen des EBM neben einer Hybrid-DRG abrechnen. Der Bewertungsausschuss hat die bestehende Übergangsfrist erneut um ein Jahr bis zum 31. Dezember 2026 verlängert.

Damit kann die Gebührenordnungsposition (GOP) 05311 zur präanästhesiologischen Untersuchung vor einem Eingriff nach Paragraf 115f SGB V weiter abgerechnet werden. Wie bisher gilt: Dies ist möglich, wenn der Ein-

griff entweder gar nicht oder erst mindestens vier Wochen nach der präanästhesiologischen Untersuchung durchgeführt werden kann, weil der Patient zum Zeitpunkt der Untersuchung nicht narkosefähig war.

Auch präoperative Leistungen (EBM-Abschnitt 31.1.2), die außerhalb der OP-Einrichtung erfolgen, und postoperative Leistungen (EBM-Abschnitte 31.4.2 und 31.4.3), die nicht von der Hybrid-DRG umfasst sind, können weiter nach EBM abgerechnet werden. In beiden Fällen müssen Ärztinnen und Ärzte ihre Abrechnung zusätzlich mit der GOP 88110 kennzeichnen.

Die Übergangsregelungen waren erstmalig zum 1. Januar beziehungsweise 1. Juli 2024 im Zusammenhang mit der Einführung der speziellen sektorengleichen Vergütung, den sogenannten Hybrid-DRG, aufgenommen und seitdem mehrfach verlängert worden. Mit ihnen sollten bestehende Regelungslücken bis zur Aufnahme entsprechender Leistungen in den EBM überbrückt werden. Die Beratungen hierzu dauern an. */KBV*

AOP-Vertrag an aktuellen OPS und EBM angepasst

Bei den Verhandlungen zum ambulanten Operieren nach Paragraf 115b SGB V haben sich KBV, Deutsche Krankenhausgesellschaft und GKV-Spitzenverband zum 1. Januar 2026 auf einige wenige Neuerungen geeinigt.

So wird der AOP-Katalog (Anlage 1 des AOP-Vertrages) um die transurethrale Injektion bei Ostiuminsuffizienz (OPS-Kode 5-569.62) erweitert. Der Eingriff kann damit ab Januar auch von Krankenhäusern ambulant durchgeführt werden, im Anhang 2 des EBM ist er bereits enthalten. Darüber hinaus wurde der Katalog auf die neue Version des Operationen- und Prozedurenschlüssels (OPS) 2026 übergeleitet und an den aktuellen EBM angepasst.

Verlängerung bei bestimmten EBM-Positionen

Die Regelung zu den mit einem „*“ gekennzeichneten EBM-Positionen wurde bis zum 30. Juni 2026 verlängert. Die Leistungen können somit weiterhin bei Durchführung der jeweiligen Prozedur abgerechnet werden, auch wenn der Leistungsinhalt der Gebührenordnungsposition nicht oder nicht vollständig erfüllt ist.

Kontextfaktoren

Bei den Kontextfaktoren (Anlage 2 des AOP-Vertrages) erfolgen Anpassungen bei Eingriffen an den Augenmuskeln. Diese Änderungen sind aufgrund des vollständigen Wegfalls der Angabe der Seitenlokalisation an OPS-Kodes für kombinierte Operationen an den Augenmuskeln (OPS 5-10k ff.) notwendig (vgl. **KVNO-Praxisinformation vom 27. November 2025**). Dadurch können Krankenhaus- und Belegärzte bestimmte beidseitige ophthalmochirurgische Eingriffe sowie Eingriffe in Zusammenhang mit bestimmten Begleiterkrankungen weiterhin stationär durchführen. Die Befristung wurde erneut um ein Jahr verlängert.

Frakturzuschläge und Schweregradsystematik

Die Bewertung der Frakturzuschläge (Anlage 3 des AOP-Vertrages) wird entsprechend der Anhebung des Orientierungswertes für 2026 (+2,8 Prozent) erhöht. Mit den Zuschlägen sollen höhere Aufwände vergütet werden, die durch die Nichtplanbarkeit der Eingriffe entstehen, zum Beispiel durch das Vorhalten von Personal und Räumen.

Die Vertragspartner verständigten sich außerdem darauf, die Schweregradsystematik im kommenden Jahr weiterzuentwickeln. Sie wurde zum 1. Januar 2023 eingeführt. Ärztinnen und Ärzte erhalten seitdem für Rezidivoperationen einen Zuschlag, seit Anfang 2024 auch für die Versorgung von Frakturen.*\KBV*

Meldung ans Implantateregister: Mehr Geld bei Endoprothesen an Hüft- und Kniegelenken

Für das Melden von implantatbezogenen operativen Eingriffen an Hüft- und Kniegelenken erhalten Ärztinnen und Ärzte ab 1. Januar eine höhere Vergütung. Mit der Erhöhung werden finanzielle und personelle Aufwände für die Praxissoftware, die für die gesetzlich verpflichtende Datenübermittlung erforderlich ist, stärker berücksichtigt.

Der Zuschlag, den Ärztinnen und Ärzte seit Jahresbeginn für die Erfassung, Speicherung und Übermittlung der Daten an das Implantateregister Deutschland (IRD) erhalten, steigt von aktuell 78 Punkten (9,94 Euro) auf dann 127 Punkte (16,18 Euro). Ab der siebten Leistung im Quartal sinkt die Bewertung auf 47 Punkte (5,99 Euro).

Die Abrechnung des Zuschlags erfolgt weiterhin über die Gebührenordnungsposition (GOP) 01966. Unverändert ist mit 6,24 Euro die Kostenpauschale 40162 für die Meldegebühr, die Ärzte zusätzlich zur GOP 01966 abrechnen. *\KBV*

Implantateregister Deutschland →

QS-Verfahren Wundinfektionen wird eingestellt – Verfahren Nierenersatztherapie ausgesetzt

Das sektorenübergreifende Qualitätssicherungsverfahren zur Vermeidung von Wundinfektionen nach chirurgischen Eingriffen wird 2026 nicht fortgeführt. Zudem wird beim Verfahren Nierenersatztherapie das Modul Dialyse für die Jahre 2026 und 2027 ausgesetzt.

Aufgrund von Umsetzungsproblemen war die Erprobungsphase des 2017 gestarteten Verfahrens „Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen" (QS WI) bisher bereits dreimal verlängert worden. Zuletzt konnte das Institut für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) keine nachvollziehbaren Empfehlungen zur Weiterentwicklung des Verfahrens vorlegen.

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat daher angesichts der guten Ergebnisse bei den Wundinfektionsraten und des schlechten Aufwand-Nutzen-Verhältnisses des QS-Verfahrens beschlossen, die Erprobung zu beenden und das QS-Verfahren 2026 nicht weiter fortzuführen. Das QS-Verfahren hat gezeigt, dass im vertragsärztlichen Bereich die Wundinfektionsraten sehr niedrig sind und unter einem Promille liegen.

Laufende QS-Maßnahmen werden eingestellt – Dokumentation für 2025 entfällt

Beim QS-Verfahren Wundinfektion wurden alle laufenden QS-Maßnahmen zum Jahresende 2025 eingestellt. Damit entfällt auch für die operativ tätigen Vertragsärztinnen und -ärzte die Dokumentation für 2025, die sie Anfang 2026 hätten einreichen müssen. Sie erhalten letztmalig Rückmeldeberichte zu den postoperativen Wundinfektionen für das Erfassungsjahr 2024.

QS-Verfahren Nierenersatztherapie 2026 und 2027 ausgesetzt

Weiterhin hat der G-BA beschlossen, das Modul Dialyse des QS-Verfahrens Nierenersatztherapie für die Erfassungsjahre 2026 und 2027 auszusetzen. In diesem Zeitraum pausieren sowohl die fallbezogene Dokumentation durch Nephrologinnen und Nephrologen als auch die Sozialdatenlieferung der Krankenkassen. */KBV*

Neue STIKO-Empfehlungen in die Schutzimpfungs-Richtlinie aufgenommen

Die neue Empfehlung der Ständigen Impfkommission (STIKO) zur Impfung im Jugendalter gegen Meningokokken A, C, W und Y wird in die Schutzimpfungs-Richtlinie aufgenommen. Außerdem hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) die Umsetzung der angepassten Impfempfehlung gegen Herpes Zoster beschlossen.

Menningokokken-Impfung

Die Ständige Impfkommission (STIKO) empfiehlt seit Oktober 2025 als Standardimpfung die Impfung mit einer Dosis eines quadrivalenten Konjugatimpfstoffs gegen Meningokokken der Serogruppen A, C, W und Y (MenACWY) für alle Kinder und Jugendlichen im Alter von zwölf bis 14 Jahren. Nachholimpfungen sollen bis zum 25. Geburtstag erfolgen. Ziel ist es, den individuellen Schutz zu verbessern und die Verbreitung von Meningokokken-Erregern in der Bevölkerung nachhaltig zu verringern. Bislang werden in Deutschland vor allem monovalente Impfstoffe gegen die Serogruppen B und C eingesetzt.

Impfung gegen Meningokokken C im Kleinkindalter entfällt

Die bisherige Standardimpfung gegen Meningokokken C im Kleinkindalter wird nicht mehr empfohlen und wird daher auch in der Schutzimpfungs-Richtlinie gestrichen. Bei der Impfung gegen Meningokokken B ändert sich nichts.

Herpes-Zoster-Impfung

Zur Indikationsimpfung gegen Herpes Zoster (Gürtelrose) hatte die STIKO ihre Empfehlung im November angepasst. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat im Dezember beschlossen, die erweiterte Impfempfehlung für Personen ab 18 Jahren mit erhöhtem Erkrankungsrisiko in die Schutzimpfungs-Richtlinie aufzunehmen. Zuvor galt die Impfempfehlung gegen Gürtelrose für Risikopatienten ab 50 Jahren sowie für alle Personen ab 60 Jahren.

Impfungen erst nach Veröffentlichung im Bundesanzeiger Kassenleistung

Die Beschlüsse des G-BA zur Änderung der Schutzimpfungs-Richtlinie werden dem Bundesgesundheitsministerium zur Prüfung vorgelegt und treten nach Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft. Erst dann sind sie Regelleistung in der gesetzlichen Krankenversicherung. Die Bestellung des Impfstoffes und Abrechnung der Impfung richtet sich jeweils nach der regional geltenden Impfvereinbarung.

Höhere Impfvergütung ab Januar

Zum 1. Januar 2026 sind die Vergütungen der Schutzimpfungen in Nordrhein analog zur Anhebung des Orientierungswertes gestiegen, also um 2,8 Prozent. Eine aktuelle Vergütungsübersicht zu allen Schutzimpfungen in Nordrhein erhalten Sie hier:

PDF Vertrag über die Durchführung und Abrechnung von Schutzimpfungen (Anlage 2 zur Änderungs-/Ergänzungsvereinbarung)

Gerinnungskontrolle als Teil der häuslichen Krankenpflege verordnungsfähig

Die Gerinnungskontrolle bei Patientinnen und Patienten mit blutverdünnenden Medikamenten gehört jetzt zum Leistungsumfang der häuslichen Krankenpflege. Sie ist bis zu einmal wöchentlich verordnungsfähig. Voraussetzung ist, dass die (POCT-) INR-Selbstmessung in der Häuslichkeit erforderlich ist und die Patienten sie nicht mehr selbst durchführen können.

Mit einer ärztlichen Verordnung dürfen Pflegekräfte den Gerinnungswert des Bluts ermitteln und bewerten. Dafür sollen sie auf den „International Normalized Ratio" (INR) zurückgreifen, einem Wert für die Gerinnungs-

dauer des Bluts. Für die Untersuchung nutzen sie das Blutgerinnungsmessgerät (Koagulometer), auf das die Patienten gemäß Hilfsmittelverzeichnis Anspruch haben.

Weitere Detailänderungen in der häuslichen Krankenpflege

Die Verordnungsfrequenz für eine digitale Enddarmausräumung wurde erhöht. Sie ist statt „bis zu 2 x wöchentlich" jetzt „bis zu 1 x täglich" möglich (Nummer 14 im Verzeichnis der verordnungsfähigen Leistungen). Damit sollen die besonderen Anforderungen von Personen mit neurogenen Darmfunktionsstörungen besser berücksichtigt werden.

Außerdem wurde die „Bronchiallavage/-toilette" aus der Leistungsnummer 6 „Absaugen" gestrichen. Grund dafür ist, dass die Bronchiallavage eine ärztliche Leistung ist und die Bronchialtoilette durch eine Pflegefachkraft bereits von der Maßnahme „Absaugen" umfasst ist.

Klarstellungen im Leistungsverzeichnis

Bei der Leistungsnummer 16 „Infusionen i. v." erfolgte die Klarstellung, dass Flüssigkeitssubstitution (z. B. Glukoselösungen oder isotonische Kochsalzlösungen) sowie parenterale Ernährung in konkreten Situationen verordnungsfähig sind und durch einen Pflegedienst erbracht werden können. Zudem wurde klargestellt, dass auch Vitamine und Spurenelemente als Bestandteil der parenteralen Ernährung durch die Pflegefachkraft verabreicht werden können.

Eine weitere Klarstellung gab es bei der Leistungsnummer 26.2 „Verabreichen von ärztlich verordneten Medikamenten". Dort wurde im Hinblick auf Einreibungen der Haut mit ärztlich verordneten Medikamenten klarer formuliert, dass es auf den akut behandlungsbedürftigen Zustand der dermatologischen Erkrankung ankommt und nicht darauf, dass es sich um eine ausschließlich akut auftretende Erkrankung handeln muss.

Weitere Informationen gibt es bei der KBV:

Neue Leistung der häuslichen Krankenpflege →

Bundespolizisten können ab Januar das eRezept nutzen

Ärztinnen und Ärzte können ab 1. Januar auch Bundespolizisten Medikamente elektronisch verschreiben. Für das Ausstellen der elektronischen Rezepte gelten dieselben Regelungen wie bei Kassenpatienten.

Die meisten Bundespolizisten verfügen seit dem Frühjahr über eine elektronische Gesundheitskarte (eGK). Diese ist Voraussetzung für die Verordnung von verschreibungspflichtigen Arzneimitteln per eRezept. Für Versicherte, die noch die alte Heilfürsorgekarte vorlegen, kann kein eRezept ausgestellt werden.

Sonstige Kostenträger

Die Heilfürsorge der Bundespolizei ist der erste sonstige Kostenträger, der ab Januar das eRezept für seine Versicherten ermöglicht. Ab diesem Zeitpunkt unterstützt der eRezept-Fachdienst der gematik die Verwendung von eRezepten für sonstige Kostenträger, wenn der Kostenträger für seine Versicherte die eGK ausgegeben hat. Unter der Bezeichnung „sonstige Kostenträger" sind Institutionen zusammengefasst, die außerhalb der gesetzlichen Krankenkassen für bestimmte Gruppen von Personen die Kosten für medizinische Leistungen übernehmen.

Elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (eAU)

Da die Heilfürsorge eAUs noch nicht empfangen kann, sollten Ärztinnen und Ärzte Bundespolizisten vorerst weiterhin einen Ausdruck mitgeben. Die ePA soll voraussichtlich im Laufe des Jahres 2026 auch für Bundespolizisten kommen.

Neue Vorgaben für Cybersicherheit in Deutschland – große Praxen können betroffen sein

Für einige Praxen gelten seit Dezember 2025 strengere Vorgaben zur Stärkung der Cybersicherheit – also für den Schutz vor Angriffen auf das eigene Netzwerk und die Informationssicherheit. Grund ist das in Kraft getretene Gesetz zur Umsetzung der europäischen NIS-2-Richtlinie für mehr Netzwerk- und Informationssicherheit. Der Bundesverband Medizinische Versorgungszentren schätzt, dass insgesamt etwa 1.000 Praxen und MVZ betroffen sein könnten.

Tätig werden müssen nur Praxen und MVZ, die mindestens 50 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter beschäftigen oder einen Umsatz von mindestens 10 Millionen Euro im Jahr erwirtschaften. Hier ist vorgegeben, dass sie in einem ersten Schritt die NIS-2-Betroffenheitsprüfung durchführen. Ergibt die Prüfung, dass sie betroffen sind, schließen sich weitere Schritte an. Dazu gehört beispielsweise die Pflicht, sich bei einem Online-Portal des Bundesamts für Sicherheit in der Informationstechnik (BSI) zu registrieren, erhebliche Sicherheitsvorfälle dem BSI zu melden und Risikomanagementmaßnahmen umzusetzen.

Die KBV hat in einer PraxisInfo alles Wesentliche zusammengefasst:

PDF Neue Vorgaben für Cybersicherheit: Hinweise für betroffene Praxen und MVZ

Die KVNO im Netz:
https://www.facebook.com/medizinischefachangestelltevernetzt
https://www.youtube.com/@kvnordrhein
https://www.instagram.com/arzt_sein_in_nordrhein/
https://www.instagram.com/kvnordrhein/