KVNO Praxisinformation

18. MÄRZ 2026 Nr. 384

In dieser KVNO-Praxisinformation lesen Sie:

Einigung bei Versorgungspauschale für Chroniker
Ab 1. Juli 2026 gibt es eine neue hausärztliche Versorgungspauschale. Sie soll die Praxen bei der Versorgung von chronisch kranken Patienten entlasten und umfasst die Behandlung für ein halbes Jahr.

Herpes-Zoster-Impfung ab 18 Jahren
Seit 13. Februar zahlen die Krankenkassen in Nordrhein die Indikationsimpfung gegen Gürtelrose für alle erwachsenen gesetzlich Versicherten.

Vergütung für Alzheimer-Therapie geregelt
KBV und GKV-Spitzenverband haben vereinbart, welche Fachgruppen Leistungen zur Indikationsstellung und Therapie mit dem neuen Arzneimittel Leqembi (Lecanemab) abrechnen beziehungsweise veranlassen dürfen.

E-Verordnung von DiGA startet freiwillig
Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) können jetzt auch elektronisch verordnet werden – zunächst auf freiwilliger Basis und sofern das Praxisverwaltungssystem dies unterstützt.

Versorgung von Patienten aus dem Ausland
Osterzeit ist Reisezeit: Was gilt bei der Behandlung von Bürgerinnen und Bürgern aus dem EU-Ausland und was bei Patienten aus anderen Ländern?

#gemeinsamstark – Präventionsangebot für psychisch belastete Kinder und Jugendliche
Die niederschwelligen Gruppenangebote gehen weiter. Infos zu Zielgruppen und Teilnahmebedingungen.

Einladung: Tag der gebietsfachärztlichen Weiterbildung
Seien Sie dabei beim Kick-off des ersten gebietsfachärztlichen Kompetenzzentrums Weiterbildung der KV Nordrhein – am 22. April 2026 in Düsseldorf.

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

KVNO Praxisinformation
18. MÄRZ 2026 Nr. 384

Einigung bei Versorgungspauschale für Chroniker

Die neue hausärztliche Versorgungspauschale für chronisch kranke Patienten kommt zum 1. Juli 2026. Nach mehrmonatigen Beratungen haben sich KBV und GKV-Spitzenverband im Bewertungsausschuss auf die Details geeinigt. Die Pauschale ist für Patienten vorgesehen, die an nur einer chronischen Erkrankung ohne intensiven Betreuungsaufwand leiden und zur Therapie nur ein verschreibungspflichtiges Medikament einnehmen. Sie umfasst die Behandlung für ein halbes Jahr, sodass betroffene Patienten nicht jedes Quartal nur für eine Verordnung die Praxis aufsuchen müssen.

Pauschale gilt nur für ausgewählte Erkrankungen

Die Versorgungspauschale (GOP 03100) wird statt der Versichertenpauschale und der Chronikerpauschale bei Patienten gezahlt, die nur an einer dieser Erkrankungen leiden:

- Schilddrüsenerkrankung (Hypothyreose oder Autoimmunthyreoiditis) oder
- Fettstoffwechselstörung (Störung des Lipoproteinstoffwechsels oder sonstige Lipidämie) oder
- essenzielle (primäre) Hypertonie ohne hypertensive Krise oder
- ideopathische Gicht

Die konkreten ICD-Diagnosen hat der Bewertungsausschuss im EBM festgelegt (neue erste Bestimmung zum Abschnitt 3.2.1.1).

Weitere Voraussetzungen sind:

- Die Patienten benötigen zur Behandlung dieser Erkrankung nur ein Arzneimittel.
- Die Patienten haben keine weiteren chronischen Erkrankungen.
- Die Patienten sind zwischen 18 und 75 Jahre alt.

Die Versorgungspauschale enthält denselben Leistungsinhalt wie die Versichertenpauschale (GOP 03000), die Chronikerpauschale (GOP 03220/03221) und den Zuschlag für den Medikationsplan (GOP 03222) und umfasst die Behandlung für zwei Quartale. Sie wird somit auch dann gezahlt, wenn der Patient nur in einem Quartal die Praxis aufsucht. Die Chronikerpauschale ist im Quartal, in dem die Versorgungspauschale abgerechnet wird, sowie im darauffolgenden Quartal nicht berechnungsfähig.

Die neue Pauschale ist im laufenden Quartal nur durch eine Arztpraxis abrechnungsfähig und darf auch im Folgequartal durch keine andere Praxis abgerechnet werden. Im Vertretungsfall darf eine andere Praxis allerdings beim Arzt-Patienten-Kontakt die Versichertenpauschale abrechnen.

Für Patienten, bei denen sich der Betreuungsbedarf intensiviert und die daher im Folgequartal nach der Abrechnung der Versorgungspauschale die Praxis erneut aufsuchen, dürfen Hausärzte einen Zuschlag (GOP 03110) berechnen. Möglich ist dies bei maximal acht Prozent der Behandlungsfälle, für die der Hausarzt im Vorquartal die Versorgungspauschale abgerechnet hat.

Höhe der Versorgungspauschale

Die halbjährlich gezahlte Versorgungspauschale ist entsprechend höher bewertet als die Versichertenpauschale, die Chronikerpauschale und der Zuschlag zusammen. Sie beträgt für 18- bis 54-jährige Patienten 356 Punkte (45,36 Euro), für 55- bis 75-jährige Patienten 403 Punkte (51,34 Euro).

Für Patienten, bei denen der Hausarzt eine Versorgungspauschale berechnet, bekommt er auch eine Vorhaltepauschale als Halbjahrespauschale. Sie ist mit 179 Punkten bewertet (neue GOP 03043); der Zuschlag bei mindestens zwei und weniger als acht erfüllten Kriterien (neue GOP 03044) mit 14 Punkten, bei mindestens acht erfüllten Kriterien (neue GOP 03045) mit 42 Punkten. Vorhaltepauschale und Zuschlag werden wie bei allen anderen Fällen von der Kassenärztlichen Vereinigung zugesetzt.

Bei allen anderen chronisch erkrankten Patienten, die nicht die Voraussetzungen für die Versorgungspauschale erfüllen, ändert sich nichts. So rechnen Ärzte bei Personen, die zum Beispiel an einer Schilddrüsenunterfunktion und an einem Diabetes leiden, weiterhin die Versichertenpauschale ab. Zusätzlich erhalten sie einen Chronikerzuschlag, sofern die Voraussetzungen dafür erfüllt sind.

Ausführliche Informationen zur Abrechnung der neuen Versorgungspauschale hat die KBV auf ihrer Internetseite zusammengefasst. *\KBV*

KBV: Neue Versorgungspauschale

Herpes-Zoster-Impfung ab 18 Jahren

Die von der Ständigen Impfkommission empfohlene Indikationsimpfung gegen Herpes Zoster (Gürtelrose) ist seit 13. Februar 2026 für alle gesetzlich Versicherten ab 18 Jahren zulasten der Krankenkassen in Nordrhein abrechnungsfähig. Zuvor galt die Impfempfehlung für Risikopatienten ab 50 Jahren sowie für alle Personen ab 60 Jahren.

Für den vollen Schutz werden zwei Dosen empfohlen. Geben Sie bei der Abrechnung für die erste Dosis die SNR 89129A an und für die zweite Dosis die SNR 89129B.

Die Impfung wird mit 9,21 Euro vergütet.

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

KVNO Praxisinformation
18. MÄRZ 2026 Nr. 384

Vergütung für Alzheimer-Therapie geregelt

Für die Therapie von Alzheimer-Patienten mit dem neuen Arzneimittel Leqembi steht jetzt die Vergütung fest. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und der GKV-Spitzenverband haben vereinbart, welche Leistungen ab 1. April über den EBM abrechenbar sind.

Festgelegt wurde auch, welche Fachgruppen die Leistungen zur Indikationsstellung und Therapie abrechnen beziehungsweise veranlassen dürfen: Fachärztinnen und Fachärzte für Neurologie, Nervenheilkunde, Neurologie und Psychiatrie sowie für Psychiatrie und Psychotherapie. Sie müssen in der Behandlung der Alzheimer-Krankheit erfahren sein und Möglichkeiten zur zeitnahen Durchführung einer MRT-Diagnostik haben.

Um diese Leistungen geht es

Laut Fachinformation sind im Zusammenhang mit Indikationsstellung und Therapie mehrere ärztliche Leistungen erforderlich. Die Gabe des Medikaments Leqembi (Wirkstoff Lecanemab) erfolgt 14-tägig als intravenöse Infusion über jeweils 60 Minuten. Bei der erstmaligen Infusion ist eine zweieinhalbstündige Nachbetreuung der Patientin oder des Patienten vorgeschrieben. Zur Therapiekontrolle sind regelmäßige MRT-Untersuchungen des Gehirns vorgesehen. Für alle diese Leistungen gibt es im EBM bereits Gebührenordnungspositionen (GOP), die Ärztinnen und Ärzte ab 1. April nun auch bei der Gabe des neuen Alzheimer-Medikaments abrechnen können.

Die Fachinformation sieht vor der erstmaligen Anwendung von Lecanemab außerdem eine Bestimmung des ApoE ε4-Trägerstatus vor. Für die Bestimmung des ApoE-Genotyps bei gesicherter früher Alzheimer-Erkrankung mit nachgewiesener Amyloid-Beta-Pathologie wurde jetzt die neue GOP 11602 (422 Punkte / 53,76 Euro) in den EBM aufgenommen.

Für bestimmte Leistungen im Zusammenhang mit der Verabreichung von Lecanemab erhalten Ärztinnen und Ärzte eine extrabudgetäre Vergütung.

Kein Zusatznutzen

Aufgrund der vom Hersteller vorgelegten Studiendaten konnte für Lecanemab kein Zusatznutzen bei früher Alzheimer-Krankheit im Vergleich zum bisherigen Therapiestandard nachgewiesen werden. Diese Einschätzung hat aber keine Auswirkungen auf die Verordnungsfähigkeit von Lecanemab.

Mehr Infos gibt es bei der Kassenärztlichen Bundesvereinigung:

KBV - Vergütung für neues Alzheimer-Medikament Leqembi geregelt

KVNO Praxisinformation
18. MÄRZ 2026 Nr. 384

E-Verordnung von DiGA startet freiwillig

Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) können jetzt auch elektronisch verordnet werden – zunächst auf freiwilliger Basis und sofern das Praxisverwaltungssystem dies unterstützt. Ein verpflichtendes Datum, ab dem DiGA nur noch elektronisch verordnet werden dürfen, gibt es noch nicht.

Entsprechend können Arzt- und Psychotherapiepraxen bis auf Weiteres auch das gewohnte Verordnungsformular (Muster 16) verwenden.

So verordnen Sie digital

Wenn Sie als Arzt oder Psychotherapeut eine digitale Gesundheitsanwendung elektronisch verordnen möchten, geben Sie in Ihrem PVS die gleichen Daten an wie bei der Verordnung auf Papier. Das sind beispielsweise die Bezeichnung und Pharmazentralnummer der DiGA.

Haben Sie alle Daten angegeben, überträgt das PVS diese an den eRezept-Fachdienst der gematik. Für die Übertragung erhält die Praxis eine Bestätigung oder die Übertragung wird automatisch im PVS dokumentiert.

App zum Einlösen des Rezepts notwendig

Um die elektronische Verordnung direkt einlösen zu können, benötigen Patienten die eRezept-App der gematik oder die eRezept-App ihrer Krankenkasse. Anderenfalls sollte die Praxis dem Patienten einen Patientenausdruck aushändigen. Damit kann er sich an seine Krankenkasse wenden, um den Freischaltcode für die verordnete DiGA zu erhalten.

Alles Wichtige zur elektronischen Verordnung von digitalen Gesundheitsanwendungen hat die KBV in einer **PraxisInfo** zusammengefasst.

Versorgung von Patienten aus dem Ausland

In wenigen Tagen beginnt mit den Osterferien die erste große Reisezeit in Europa. Auch Deutschland wird von unseren Nachbarn gerne als Urlaubsziel angesteuert. Für die Praxen bedeutet dies, dass sie häufiger auch von Patienten aus dem Ausland aufgesucht werden können.

Was gilt bei der Behandlung von Bürgerinnen und Bürgern aus dem EU-Ausland und was bei Patienten aus anderen Ländern?

Für Patientinnen und Patienten, die im Ausland krankenversichert sind und während ihres Aufenthalts in Deutschland erkranken, also eine ungeplante Behandlung beanspruchen, bestehen je nach Herkunftsland unterschiedliche Abrechnungsmodalitäten.

Unterschieden wird dabei grundsätzlich zwischen:

- Personen mit einer Europäischen Krankenversichertenkarte (EHIC) oder Global Health Insurance Card (GHIC) aus EU-Mitgliedsländern sowie Island, Liechtenstein, Norwegen, Schweiz, Großbritannien und Nordirland. Möglich ist auch die Vorlage einer Provisorischen Ersatzbescheinigung (PEB).
- Personen mit einem Nationalen Anspruchsnachweis aus Staaten mit bilateralem Abkommen: Bosnien und Herzegowina, Nordmazedonien, Montenegro, Serbien, Tunesien, Türkei.
- Personen, die keinen oder nicht den richtigen Anspruchsnachweis vorlegen (Vergütung nach der Gebührenordnung für Ärzte).

Bei geplanten Behandlungen müssen die Patientinnen und Patienten im Vorfeld eine Genehmigung des zuständigen Kostenträgers einholen und per „Nationalen Anspruchsnachweis“ vor der Behandlung nachweisen.

Hinweis zur EHIC und GHIC

Die Europäische Krankenversichertenkarte (EHIC) oder Global Health Insurance Card (GHIC) muss physisch als Karte vorgelegt werden, damit Sachleistungen im Rahmen der EG-Verordnungen Nr. 883/04 und Nr. 987/09 in Anspruch genommen werden dürfen.

Verschiedene Träger einzelner Staaten stellen den bei ihnen versicherten Personen (zusätzlich) eine digitale Version der EHIC zur Verfügung. Eine Abbildung der EHIC oder GHIC, zum Beispiel auf dem Smartphone, berechtigt gegenwärtig aber nicht zur Inanspruchnahme von Sachleistungen im Rahmen der EG-Verordnungen.

Checkliste und Formularmuster

Die KBV hat alles Wesentliche zum Thema in einer Handreichung zusammengestellt – inklusive Checklisten und Beispielen. Abgebildet sind ferner die verschiedenen Nachweise sowie die Patientenerklärung. So können Praxisteams schnell erkennen, welches Dokument benötigt wird.

PDF **PraxisInfoSpezial: Im Ausland Krankenversicherte - Hinweise für Arztpraxen zur Versorgung, Datenerfassung und Abrechnung mit Checkliste und Ansichtsbeispielen (Stand: 27.08.2024)**

KVNO Praxisinformation
18. MÄRZ 2026 Nr. 384

#gemeinsamstark – Präventionsangebot für psychisch belastete Kinder und Jugendliche

Die vergangenen Jahre haben Kinder und Jugendliche in besonderem Maße gefordert. Bei vielen hat das zu erheblichen psychischen Belastungen geführt. Um jungen Menschen in der angespannten Versorgungslage niederschwellig zu helfen, führt die KV Nordrhein mit finanzieller Unterstützung des NRW-Gesundheitsministeriums die in der Corona-Pandemie gestarteten psychologischen Gruppenangebote unter dem Namen #gemeinsamstark fort.

Das Projekt im Überblick

Zielgruppe: Psychisch belastete, aber nicht manifest erkrankte Kinder und Jugendliche von sechs bis 18 Jahren, gesetzlich und privat versichert

Laufzeit: 01.11.2025 bis 31.12.2026

Format: Altershomogene Gruppen mit drei bis acht Teilnehmerinnen und Teilnehmern, bis zu zehn Sitzungen pro Gruppe

Vergütung: Extrabudgetär und zusätzlich zum Regelleistungsvolumen

Wer kann teilnehmen?

Teilnahmeberechtigt sind niedergelassene, ermächtigte und privat tätige Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendpsychiaterinnen und -psychiater.

In die Gruppen vermitteln können Kinderärzte, Hausärzte und auch Lehrkräfte. Zudem können sich Eltern und Erziehungsberechtigte über die Hotline 116117 informieren.

Alles Wissenswerte für die Teilnahme an dem Versorgungsangebot sowie zu Abrechnung und Vergütung haben wir auf **KVNO.de/gemeinsamstark** für Sie zusammengestellt. Ihre Fragen beantworten wir gerne unter **gemeinsamstark@kvno.de**.

Legen Sie gerne auch unseren Patientenflyer in Ihrem Wartezimmer aus: **Flyer #gemeinsamstark**

Einladung: Tag der gebietsfachärztlichen Weiterbildung

Bereits seit vielen Jahren engagiert sich die KV Nordrhein im allgemeinmedizinischen Kompetenzzentrum Weiterbildung (KWNO). **Am 22. April 2026** steht die Qualität der fachärztlichen Weiterbildung im Mittelpunkt – beim **Tag der gebietsfachärztlichen Weiterbildung von 15.00 bis 19.00 Uhr im Haus der Ärzteschaft in Düsseldorf**.

In einem wissenschaftlich geleiteten Pilotprojekt entwickelt die KV Nordrhein mit dem gebietsfachärztlichen Kompetenzzentrum erstmals eine tragfähige Struktur, die gezielt auf die Bedürfnisse von Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung sowie ihre Weiterbilderinnen und Weiterbilder eingeht. Standards und Evaluation sichern Qualität und Transparenz. Strukturierte Weiterbildungspfade motivieren Fachkräfte, und die Vernetzung mit Kammer und Berufsverbänden schafft belastbare Grundlagen.

Wir stellen das Pilotprojekt vor und diskutieren mit Entscheidungsträgerinnen und Entscheidungsträgern auf Landes- und Bundesebene über aktuelle Entwicklungen und Perspektiven.

Jetzt anmelden

Sie sind weiterbildende Fachärztin oder weiterbildender Facharzt oder befinden sich in der fachärztlichen Weiterbildung? Dann melden Sie sich jetzt an und gestalten Sie die Zukunft der ambulanten Weiterbildung aktiv mit. Die Teilnahme ist kostenfrei.

Anmeldung: Tag der gebietsfachärztlichen Weiterbildung

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