KVNO Praxisinformation

1. OKTOBER 2026 Nr. 405

In dieser KVNO-Praxisinformation lesen Sie:

Neuer AAPV-Vertrag in Nordrhein

Ab 1. Oktober 2026 gilt in Nordrhein ein neuer, kassenübergreifender Vertrag zur Allgemeinen Ambulanten Palliativversorgung. Er erweitert die Abrechnungsmöglichkeiten für Haus- und Fachärztinnen und -ärzte und vereinheitlicht die Vergütung.

Orientierungswert 2027 steigt um 2,2 Prozent

KBV und GKV-Spitzenverband haben sich über die Vergütung der ärztlichen und psychotherapeutischen Leistungen im kommenden Jahr geeinigt.

DMP-Dokumentationen fristgerecht einreichen – Änderungen bei KHK und Diabetes mellitus ab Q4 2026

DMP-Praxen sollten die Dokumentationen des 3. Quartals 2026 bis zum 10. Oktober 2026 einreichen, um Honorarverluste zu vermeiden. Ab dem 4. Quartal gelten zudem neue Vorgaben für die DMP-Dokumentation bei KHK und Diabetes mellitus.

RSV-Prophylaxe bei Säuglingen: Beratung nicht mehr einzeln berechnungsfähig

Für die Abrechnung einer Prophylaxe gegen das Respiratorische Synzytial-Virus bei Säuglingen bis zum vollendeten ersten Lebensjahr gibt es nunmehr ausschließlich die Gebührenordnungsposition 01941. Sie umfasst die Beratung und die Injektion.

Cannabisverordnung: EBM zum 1. Oktober angepasst

Bei der Erstverordnung von Cannabis ist die Gebührenordnungsposition (GOP) 01626 ab 1. Oktober nur noch höchstens dreimal im Krankheitsfall berechnungsfähig.

KV Nordrhein auf dem DGPA-Kongress – Ticketrabatt für KVNO-Mitglieder

Beim 3. DGPA-Kongress am 29. und 30. Oktober 2026 in Wuppertal ist die KV Nordrhein mit Stand und Podiumsbeiträgen vertreten. KVNO-Mitglieder erhalten über einen gesonderten Link fünf Prozent Rabatt auf den Ticketpreis.

Häufige Fragen zum GKV-Spargesetz

Zu den Auswirkungen des neuen Beitragssatzstabilisierungsgesetzes erreichen uns derzeit viele Fragen. Ergänzend zu dem ausführlichen **FAQ-Angebot auf kvno.de** stellen wir hier regelmäßig ausgewählte Fragen und Antworten vor.

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

KVNO Praxisinformation
1. OKTOBER 2026 Nr. 405

Neuer AAPV-Vertrag in Nordrhein

Ab dem 1. Oktober 2026 gilt in Nordrhein ein neuer Vertrag zur Allgemeinen Ambulanten Palliativversorgung (AAPV). Er löst die bisherigen, getrennt bestehenden Verträge mit Primär- und Ersatzkassen ab und führt die Versorgung schwerstkranker und sterbender Menschen auf einer einheitlichen, kassenübergreifenden Basis fort. Ziel bleibt es, diese Patientinnen und Patienten ambulant zu begleiten – möglichst in ihrer vertrauten häuslichen Umgebung oder im Pflegeheim.

Vernetzte Versorgung mit Haus- und Fachärzten im Mittelpunkt

Kern des Vertrags ist die regional vernetzte Versorgung: Koordinatorinnen und Koordinatoren steuern das Zusammenspiel der Beteiligten. Haus- und Fachärztinnen und -ärzte übernehmen die primäre Betreuung, qualifizierte Palliativärztinnen und -ärzte (QPÄ) sichern darüber hinaus eine hochwertige Versorgung. Örtliche Palliativ-Pflegedienste werden bei Bedarf eingebunden. Die 24-Stunden-Rufbereitschaft für jede Versorgungsregion bleibt bestehen.

Der neue Vertrag schafft gegenüber dem bisherigen Modell mehr Handlungsspielraum: Haus- und Fachärztinnen und -ärzte können dringende Hausbesuche bei zu Hause versorgten Palliativpatientinnen und -patienten, die noch am selben Tag notwendig sind, nun direkt über den Vertrag abrechnen. Bisher war dies bei Palliativpatientinnen und -patienten nur für dringende Pflegeheimbesuche möglich – über die EBM-Ziffer 01415.

Rufbereitschaft und Vergütung ausgeweitet

Auch bei der Rufbereitschaft bringt der Vertrag mehr Flexibilität. Bislang konnten ausschließlich QPÄ die Rufbereitschaft für eine Versorgungsregion übernehmen. Künftig können das auch Haus- und Fachärztinnen und -ärzte in Regionen mit entsprechendem Bedarf – vorausgesetzt, sie nehmen seit mindestens einem Jahr am Vertrag teil. Sie erhalten dafür dieselbe Vergütung wie QPÄ.

Als freiwillige Zusatzleistung können teilnehmende Ärztinnen und Ärzte ihren schwerstkranken Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörigen eine von der Praxisleitung getrennte Rufnummer anbieten, damit diese in dringenden Fällen sofort erreichbar sind. Diese Leistung wird gesondert vergütet.

Leistungen und Vergütungssätze gelten einheitlich und unabhängig von der Krankenkasse. Die Vergütung passt sich jährlich der Entwicklung des bundesweiten Orientierungswertes an. Die für den Vertrag erforderliche Dokumentation soll künftig digital erfolgen. Bis dahin senden Praxen die Dokumentation per KIM an: **abrechnungsbearbeitung@kvno.kim.telematik**. Der Papierversand an die KV Nordrhein entfällt damit perspektivisch.

Voraussetzungen, Einschreibung und neue Symbolnummern

Der Vertrag richtet sich an Haus- und Fachärztinnen und -ärzte in Nordrhein – auch an solche, die bereits an den bisherigen AAPV-Verträgen teilgenommen haben. Voraussetzung zur Teilnahme ist unter anderem eine 40-stündige Weiterbildung Palliativmedizin. QPÄ benötigen darüber hinaus eine 160-stündige Zusatzweiterbildung Palliativmedizin.

Die Einschreibung der teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte in den Vertrag erfolgt über das digitale Antragsmanagement (DAM) der KV Nordrhein. **Neu ist:** Künftig müssen auch Patientinnen und Patienten in den Vertrag eingeschrieben werden. Die Einschreibung erfolgt mithilfe der Patienteninformation und der Teilnahmeerklärung. Die Patienteninformation bleibt bei der Patientin bzw. beim Patienten, während die unterschriebene Teilnahmeerklärung in der Praxis aufbewahrt werden muss. Mit der Abrechnung der ersten Leistung aus dem Vertrag bestätigt die Ärztin bzw. der Arzt, dass die unterschriebene Teilnahmeerklärung vorliegt.

Bei der Abrechnung zu beachten: Ab dem 1. Oktober 2026 sind die neuen Symbolnummern (SNR) zu verwenden. Wer bei der Abrechnung des vierten Quartals 2026 noch die alten SNR nutzt, erhält dazu eine Mitteilung in der Vorprüfung. Vorquartalsfälle können weiterhin mit den bisherigen SNR abgerechnet werden. Alle erforderlichen Dokumente sowie weitere Informationen stehen auf unserer AAPV-Themenseite **kvno.de/aapv** für Sie bereit.

Orientierungswert 2027 steigt um 2,2 Prozent

KBV und GKV-Spitzenverband haben sich auf eine Anhebung des Orientierungswertes (OW) zum 1. Januar 2027 auf 13,0207 Cent (aktuell: 12,7404 Cent) geeinigt. Der jährlich festgesetzte OW bestimmt maßgeblich die Preise für ärztliche und psychotherapeutische Leistungen. Diese steigen durch die Erhöhung im kommenden Jahr um 2,2 Prozent.

Im Zuge der Finanzierungsverhandlungen wurden außerdem regionale Veränderungsraten der Morbidität und Demografie berechnet und vom Bewertungsausschuss für jeden KV-Bezirk empfohlen. Sie sind Indikatoren dafür, wie sich der Bedarf an medizinischen Leistungen im Folgejahr entwickeln könnte. Die Raten sind neben der OW-Steigerung für die Festlegung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) relevant, über die ab Herbst regional verhandelt wird.

Für Nordrhein empfiehlt der Bewertungsausschuss die Anhebung der Demografierate in 2027 um 0,03 Prozent, die diagnosebezogene Veränderungsrate soll um 0,65 Prozent steigen. Zuletzt waren beide Werte in allen KV-Regionen negativ. Neben einer Verjüngung der Bevölkerung durch Zuwanderung und Geburten in Deutschland wirkte sich auch der Rückgang von Atemwegserkrankungen negativ auf die Raten aus. Dieser Trend hat sich so nicht fortgesetzt.

„Wir sind an die äußerste Grenze des Machbaren gegangen. Das ist wahrlich kein Jubelergebnis, aber die Tatsache, dass wir uns geeinigt haben, zeigt, dass die gemeinsame Selbstverwaltung die letzte rationale

Konstante darstellt. Die Alternative wäre ein Schiedsspruch mit einem nicht vorhersehbaren Ergebnis gewesen“, bewertete der Vorstandsvorsitzende der KBV, Dr. Andreas Gassen, den Ausgang der Finanzierungsverhandlungen.

Änderungen durch das Spargesetz

Mit dem GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz hat sich an den gesetzlichen Vorgaben zur Methodik der Anpassung des Orientierungswertes nichts geändert. Neu ist die Vorgabe, dass die Preise der Leistungen nicht stärker steigen als die durchschnittlichen beitragspflichtigen Einnahmen je Krankenkassenmitglied (Grundlohnrate). Dabei wird die Veränderung der Grundlohnrate für die Jahre 2027, 2028 und 2029 jeweils um einen Prozentpunkt abgesenkt. Für 2027 hat das Bundesministerium für Gesundheit die Obergrenze mit 3,42 Prozent ausgewiesen.

Interessant zu wissen: Auch in der Vergangenheit lag die OW-Anpassung in der Regel unterhalb der Grundlohnrate.

Zur Systematik der Finanzierungsverhandlungen

Anders als bei Tarifverhandlungen von Gewerkschaften und Arbeitgebern ist das Verfahren für die OW-Anpassung gesetzlich vorgegeben. So ist die Entwicklung der relevanten Investitions- und Betriebskosten zu berücksichtigen. Dazu gehören insbesondere der Ertrag des Arztes sowie die Personalkosten und Kosten für Energie, Miete und Investitionen.

Weitere Informationen und Hintergründe zu den Finanzierungsverhandlungen finden Sie hier:

Finanzierung der ambulanten Versorgung

DMP-Dokumentationen fristgerecht einreichen – Änderungen bei KHK und Diabetes mellitus ab Q4 2026

Damit die DMP-Dokumentationen des 3. Quartals 2026 vergütet werden, müssen diese bis zum 10. Oktober 2026 vollständig und plausibel bei der DMP-Datenstelle SPS vorliegen. DMP-Praxen sollten alle noch nicht versandten Dokumentationen frühzeitig und gegebenenfalls als Teillieferungen elektronisch übermitteln – nur für vollständig vorliegende Dokumentationen ist die Vergütung gesichert.

Neben der erforderlichen Einschreibung der Patientinnen und Patienten muss jeder DMP-Abrechnungsfall mindestens eine gesicherte DMP-ICD-10-Diagnose des abgerechneten DMP enthalten. Einen Check der passenden DMP-ICD-10-Diagnose zur abgerechneten DMP-Leistung können Sie vorab über die Vorprüfung im KVNO-Portal durchführen lassen; Fehler wie die Verwendung der falschen SNR oder ICD-10 lassen sich so noch korrigieren.

KVNO Praxisinformation
1. OKTOBER 2026 Nr. 405

Änderungen bei DMP KHK und Diabetes mellitus – PVS-Update zum 4. Quartal

Mit der Aktualisierung der DMP-Verträge KHK und Diabetes mellitus zum 1. Oktober 2026 ergeben sich auch Änderungen bei den Dokumentationsanforderungen. Beim DMP Diabetes mellitus Typ 1 und 2 entfällt das Dokumentationsfeld Nr. 23 „Diabetesbezogene stationäre Einweisung". Im DMP KHK wurde die bisherige Angabeoption „feste Hochdosis-Strategie" bei der Statin-Therapiestrategie (Nr. 9b und 9c) redaktionell geändert in „Strategie der festen Dosis (hoch oder moderat)". Die Prüfvorgaben für die Dokumentationen wurden entsprechend angepasst.

Für die praktische Umsetzung gilt: Konsultationen, die ab dem 4. Quartal 2026 stattfinden, müssen DMP-Praxen mit der aktualisierten Software dokumentieren. Für Patientinnen und Patienten aus dem 3. Quartal ist die bisherige Softwareversion weiterhin zu verwenden.

RSV-Prophylaxe bei Säuglingen: Beratung nicht mehr einzeln berechnungsfähig

Ärztinnen und Ärzte können die reine Beratung zur RSV-Prophylaxe für Säuglinge seit dem 16. September 2026 nicht mehr separat abrechnen. Die Möglichkeit war mit Start der RSV-Prophylaxe vor zwei Jahren eingeführt worden für den Fall, dass sich Eltern zunächst nur beraten lassen wollen, um später zu entscheiden, ob sie die Injektion der monoklonalen Antikörper in Anspruch nehmen.
Die Regelung war für zwei Jahre befristet.

Für die Abrechnung einer Prophylaxe gegen das Respiratorische Synzytial-Virus (RSV) bei Säuglingen bis zum vollendeten ersten Lebensjahr gibt es nunmehr ausschließlich die Gebührenordnungsposition (GOP) 01941 (75 Punkte / 9,56 Euro). Sie umfasst die Beratung und die Injektion. Die GOP 01943 für die reine Beratung zur RSV-Prophylaxe, die der Bewertungsausschuss vor zwei Jahren aufgrund des vermehrten Beratungsbedarfs von Eltern befristet in den EBM aufgenommen hatte, kann seit dem 16. September nicht mehr abgerechnet werden.

Abschlag auf GOP 01941 noch bis 31. März

Auf Beschluss des Bewertungsausschusses gilt die bisherige Abschlagsregelung noch bis zum 31. März 2027. Das heißt: Wenn Ärztinnen und Ärzte vor dem 16. September eine separate Beratung zur RSV-Prophylaxe durchgeführt und abgerechnet haben, dann wird die Bewertung der GOP 01941 von 75 Punkten auf 43 Punkte gekürzt, falls sich Eltern doch noch für eine Prophylaxe entscheiden.

Die Abschlagsregelung war seinerzeit vereinbart worden, damit die Beratung nicht doppelt vergütet wird – einmal als reine Beratung zur RSV-Prophylaxe bei Eltern, die sich später entscheiden wollen, und ein zweites Mal als Teil der Prophylaxe beim Säugling der bereits beratenen Eltern. */KBV*

Vergütung der RSV-Prophylaxe bei Säuglingen (KBV) →

KVNO Praxisinformation
1. OKTOBER 2026 Nr. 405

Cannabisverordnung: EBM zum 1. Oktober angepasst

Nachdem getrocknete Cannabisblüten seit dem 30. Juli nicht mehr zulasten der gesetzlichen Krankenkassen verordnungsfähig sind, hat der Bewertungsausschuss jetzt den EBM angepasst. Dies betrifft die Abrechnung einer ärztlichen Stellungnahme, mit der eine Genehmigung der Cannabisverordnung bei der Krankenkasse beantragt wird.

Bei der Erstverordnung von Cannabis in Form von Extrakten oder als Arzneimittel mit dem Wirkstoff Dronabinol oder Nabilon ist die Gebührenordnungsposition (GOP) 01626 ab 1. Oktober nur noch höchstens dreimal im Krankheitsfall berechnungsfähig. Die Bewertung bleibt unverändert (143 Punkte / 18,22 Euro).

Bislang konnten Ärztinnen und Ärzte die GOP bis zu viermal im Krankheitsfall berechnen. Denn Cannabis war sowohl als Extrakt oder Arzneimittel mit Dronabinol oder Nabilon als auch als getrocknete Blüten verordnungsfähig. Durch das GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz dürfen Cannabisblüten nicht mehr zulasten der Krankenkassen verordnet werden. Deshalb hat der Bewertungsausschuss die Abrechnungshäufigkeit der GOP 01626 angepasst.

Alles was sie zur Cannabisverordnung wissen müssen

Wir haben auf unserer Website hilfreiche Fragen und Antworten zur Cannabisverordnung für Sie zusammengetragen, u. a. zu Wirtschaftlichkeit, Verfügbarkeit von Fertigarzneimitteln, Genehmigungen sowie zur Weiterversorgung bisheriger Cannabis-Patienten.

FAQ zur Cannabisverordnung

KV Nordrhein auf dem DGPA-Kongress – Ticketrabatt für Mitglieder

Am 29. und 30. Oktober 2026 findet in der Stadthalle Wuppertal der 3. Physician Assistant Kongress der Deutschen Gesellschaft für Physician Assistants e. V. (DGPA e. V.) statt. Rund 1.200 Fachkräfte aus Medizin, Versorgungspraxis und Studium werden erwartet. Das zweitägige Programm umfasst Fachvorträge, Symposien, Workshops und einen Poster Walk.

Die KV Nordrhein ist mit einem eigenen Stand vertreten und bringt in Podiumsdiskussionen u. a. Erkenntnisse aus ihrem PA-Modellprojekt ein. Im Mittelpunkt stehen dabei Fragen zur Aufgabenverteilung im Praxisteam und bisherige Erfahrungen mit dem Einsatz von Physician Assistants in der ambulanten Versorgung.

Jetzt anmelden und KVNO-Rabatt nutzen

Die Teilnahmegebühr für zwei Tage beträgt 195,00 Euro (Standard) beziehungsweise 165,00 Euro für DGPA-Mitglieder. Mitglieder der KV Nordrhein erhalten fünf Prozent Rabatt auf den Ticketpreis. Melden Sie sich hierfür über diesen gesonderten Buchungslink an:

Anmeldung mit KVNO-Mitgliederrabatt

Weitere Informationen zum Kongress

Häufige Fragen zum GKV-Spargesetz

Wir haben für Sie auf der Website der KV Nordrhein die wichtigsten Fragen zum GKV-Beitragssatz-stabilisierungsgesetz in einem FAQ zusammengestellt und werden Sie dort fortlaufend über neue Sachstände informieren. Zusätzlich stellen wir hier regelmäßig Antworten auf besonders drängende Fragen vor.

Welche Maßnahmen betreffen Haus- und Kinderärztinnen und -ärzte?

Haus- und Kinderärztinnen und -ärzte sind nicht von allen Maßnahmen des GKV-Beitragssatz-stabilierungsgesetzes betroffen. Wichtig zu wissen: Die Kinderarzt-MGV wird neu festgesetzt und die Hausarzt-MGV entsprechend angepasst.

In die Hausarzt-MGV werden ab dem 1. Quartal 2027 zusätzlich zu den bisherigen Besuchsziffern und den Leistungen des Kapitel 3 auch die Besuche im Rahmen der Pflegeheim- und Palliativversorgung sowie die Besuche von Praxismitarbeitenden übernommen (GOP 37113, 37305, 37306, 38100, 38105, 38200, 38205). Das bedeutet: Auch diese Leistungen werden voll vergütet und die Krankenkassen sind im Falle von Mehrleistungen in der Nachschusspflicht.

Wie steht es um die Früherkennungsuntersuchungen?

Die bisher extrabudgetär vergüteten Früherkennungs- und Gesundheitsuntersuchungen werden ab 2027 budgetiert. Dazu gehören auch Leistungen wie bspw. der Medikationsplan (GOP 03222) und die Anlage eines Notfalldatensatzes (GOP 01641).

Für diese Leistungen zahlen die Krankenkassen dann den entsprechenden Anteil aus dem Jahr 2025. Die Maßnahmen zur Verteilung dieses Honorarteils innerhalb des hausärztlichen Versorgungsbereiches sind aktuell Teil der Beratungen im HVM-Ausschuss der KV Nordrhein.