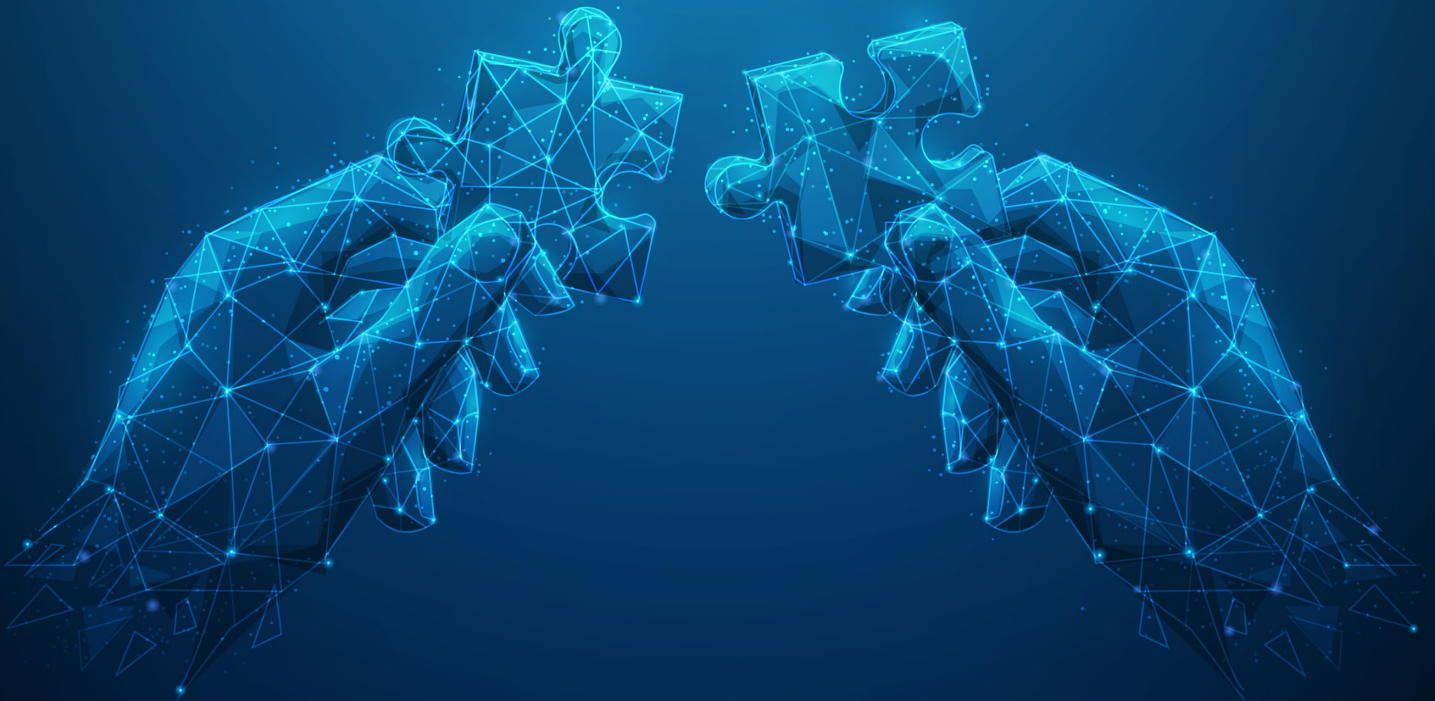


# AAC

*Magazin*



NEUES ZU ABRECHNUNG UND HONORAR AUF EINEN BLICK

AUSGABE 25 – Q2 2025

VORWORT .....	3
IN EIGENER SACHE – FORTBILDUNGEN .....	4
NEUES AUS DER GESUNDHEITSPOLITIK .....	7
ABRECHNUNG UND HONORAR .....	21
REGIONALE KV-REGELUNGEN .....	28
REGIONALE HZV-REGELUNGEN .....	34
IMPRESSUM .....	38

# WILLKOMMEN

## KUNDENMAGAZIN DER AAC PRAXISBERATUNG AG

Sehr geehrte Frau Doktor, sehr geehrter Herr Doktor,

nach dem Aus der Ampelkoalition zeichnete sich ein abrupter Stopp des gesundheitspolitischen Gesetzgebungsverfahrens ab. Viele Gesetzesvorhaben waren ja noch in Arbeit, wanderten aber erst einmal ins Archiv. Im Januar hat sich eine Gruppe Abgeordneter an die Versprechungen von Prof. Lauterbach zur Entbudgetierung der Hausärzte erinnert und eine Mini-Ausgabe des **Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetzes** (GVSG) über die parlamentarischen Hürden gebracht. Damit wird voraussichtlich in Q4 2025 für die Hausärzte eine veritable **EBM- und Honorarreform** Realität. Die Komplexität der Regelungen hat es in sich.

Wir bereiten alles vor und nehmen Sie in bewährter Form an die Hand.

Für die **fachärztliche Versorgung** geht es nach wie vor um die „Rettung“ einer nur noch quotiert vergüteten Budgetüberschreitung. Während bei den grundversorgenden Fachärzten die offene Sprechstunde meist genutzt wird, ist die Umsetzung des Hausarztvermittlungsfalls in der Praxis nach wie vor sehr heterogen. Mit Spannung wird deshalb der Bericht zur Evaluation beider Instrumente durch die Selbstverwaltung im Sommer erwartet. Auf der Basis dieser Ergebnisse – so die gesetzliche Regelung – wird der Gesetzgeber über die Zukunft der offenen Sprechstunde und des Hausarztvermittlungsfalls entscheiden.

Auch nach einer Entbudgetierung der Hausärzte dürfte die HzV eine attraktive Option darstellen. Hausärzte können durch eine strategische Steuerung der Einschreibung geeigneter Patienten und ein zeitschonendes Controlling unserer Leistungslisten nachweislich deutlich ihren Umsatz steigern. Wir zeigen Ihnen gerne die Möglichkeiten unserer komplett überarbeiteten HzV-Analyse.

Wir möchten Sie natürlich auch auf unsere virtuellen Fortbildungen im Mai zum Thema „**Erfolgreich wachsen**“ aufmerksam machen – Anmeldung auf Seite 4/5. Hier zeigen wir Ihnen, wie Sie Möglichkeiten nutzen und rechts- bzw. prüfungssicher wachsen können.

Natürlich stehen wir auch in diesem Quartal an Ihrer Seite und unterstützen Sie und Ihr Team bestmöglich durch eine engmaschige Steuerung der Abrechnung. Den Überblick, was sich ansonsten in der Welt der Abrechnung alles ereignet, erhalten Sie wie immer hier!

Ihr Berater steht Ihnen bei Fragen gerne zur Verfügung. Feedback in jeder Form ist ebenfalls immer willkommen!

Eine gute Lektüre und eine sichere Abrechnung wünschen Ihnen

Dr. Georg Lübben

Dr. Tino Lippmann

Markus Kottmann

Holger Söffge

# FORTBILDUNG

## PRAXISWISSEN WACHSTUMSSTRATEGIEN

Auch in diesem Quartal bieten wir Ihnen wieder zwei virtuelle Fortbildungsveranstaltungen an, auf die wir Sie gern aufmerksam machen möchten.

### Praxiswissen Wachstumsstrategien

➔ Mittwoch, den 7. Mai 2025 um 17:00 Uhr

➔ Freitag, den 23. Mai 2025 um 15:00 Uhr

Der Planungsbezirk ist gesperrt. Es ist kein freier Sitz verfügbar oder ein Kauf ist betriebswirtschaftlich nicht stemmbar. Gleichzeitig sind immer mehr Patienten zu versorgen. Ab einer bestimmten Grenze droht die Absenkung der Vergütung über die Abstaffelung von Leistungen oder die Fallzahlwachsbegrenzung greift. Im schlimmsten Fall meldet sich die KV mit einer Plausibilitätsprüfung und es kann zu empfindlichen Regressen kommen.



Welche **Wachstumsstrategien** sind auf dem Hintergrund dieses Dilemmas möglich und sinnvoll?

Wir geben Ihnen in diesem Webinar Tipps, welche Optionen mit ihren Vor- und Nachteilen möglich sind. Sie erhalten praxisrelevante Hinweise, worauf Sie in welcher Konstellation achten sollten, um Prüfungen zu vermeiden und die Praxis langfristig zukunftssicher aufzustellen.

Mit einer Stunde Fortbildungszeit erhalten Sie einen fundierten Überblick zu den folgenden Themen:

- Sinn und Unsinn des Jobsharings
- Sitz- und Kapazitätsmanagement
- Arbeit mit angestellten Ärzten
- Möglichkeiten des Einsatzes von Assistenten
- Abrechnungsstrategien und Patientensteuerung in großen Praxen
- Fördermöglichkeiten

Ein Handout wird auf Wunsch zur Verfügung gestellt.

# FORTBILDUNG

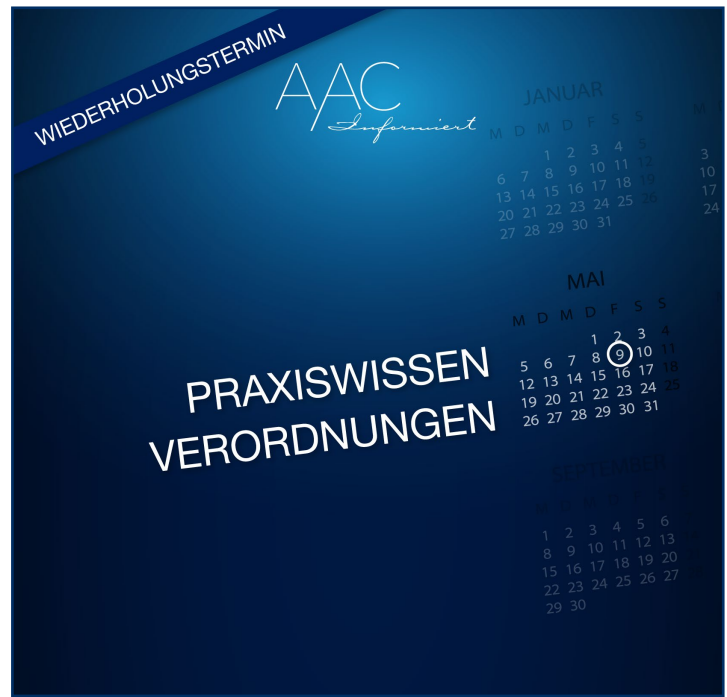
## PRAXISWISSEN VERORDNUNGEN

### Wiederholungstermin Praxiswissen Verordnungen

➔ Freitag, den 09. Mai 2025 um 15:00 Uhr

Die Verordnung von Arznei- und Heilmitteln ist Alltagsgeschäft in den Praxen. Trotzdem bestehen immer wieder Unsicherheiten. Hinzu kommt die Sorge vor Prüfungen und Regressen. Dies führt dazu, dass Verordnungen häufig mit einem „Bauchgrummeln“ ausgestellt werden und dass man bei bestimmten Verordnungen zurückhaltend agiert oder den Patienten an einen anderen Kollegen verweist.

Wir geben Ihnen in diesem Webinar Tipps, wie Sie sicher verordnen können. Sie erhalten praxisrelevante Hinweise, worauf Sie bei der Ausstellung von Verordnungen achten sollten, um Prüfungen zu vermeiden oder im Falle einer Prüfung auch gut argumentieren zu können.



**Die Teilnahme an den Veranstaltungen ist kostenfrei möglich.**

Hier geht's zu den Anmeldungen:

[www.aac-ag.de/fortbildung](http://www.aac-ag.de/fortbildung)







# NEUES AUS DER GESUNDHEITSPOLITIK

## Übersicht der Eckpunkte zum Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz (GVSG)

Das **Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz** (GVSG) ist am 28.02.2025 in Kraft getreten. Damit hat der Gesetzgeber eine EBM- und Honorarreform für **Hausarztpraxen** auf den Weg gebracht. Diese hat für die Patientenversorgung eine erhebliche Relevanz. Wir haben die wichtigsten durch den Gesetzestext bereits bekannten Informationen zu den beiden neuen Pauschalen und zur Entbudgetierung als Übersicht für Sie zusammengestellt.



### Leistungen und Zeitplan



\*frühestmögliche Umsetzung nach Beschluss des Bewertungsausschusses

# NEUES AUS DER GESUNDHEITSPOLITIK



## 1. Vorhaltepauschale (VHP)

Zielsetzung	Förderung der Erbringung <b>hausärztlicher Kernleistungen</b>
Kriterien	<ul style="list-style-type: none"><li>• Haus- und Heimbefuche</li><li>• geriatrische und palliativmedizinische Versorgung</li><li>• Mindestanzahl zu versorgender Patienten pro Arzt und Quartal</li><li>• Pflege der ePA beim überwiegenden Teil der Patienten</li><li>• regelmäßige Aktualisierung des elektronischen Medikationsplans</li><li>• bedarfsgerechte Praxisöffnungszeiten, ggf. Spät- und Samstagssprechstunde</li><li>• ...</li></ul>
Anzahl der Kriterien	noch nicht festgelegt, aber > 10 wahrscheinlich
Höhe der VHP	noch unklar, stufenweise Auszahlung nach Anzahl der erfüllten Kriterien möglich
Kombinationspflicht	mit der neuen VSP → einmaliger Ansatz der VHP für den gleichen Zeitraum
Ersatz für	Vorhaltepauschale, Ziffer 03040
Bewertung	Konstellationen mit möglichen negativen Umsatzeffekten durch die neue VHP: <ul style="list-style-type: none"><li>• kleinere Praxen</li><li>• Praxen mit jüngeren Patienten</li><li>• Praxen ohne und mit unzureichender technischer Ausstattung seitens der TI</li><li>• spezialisierte Praxen, z. B. diabetologische Schwerpunktpraxen, Substitutions- bzw. HIV-Schwerpunktpraxen</li><li>• Facharztpraxen mit angestellten Hausärzten mit einem eingeschränkten hausärztlichen Leistungsspektrum</li></ul>



# NEUES AUS DER GESUNDHEITSPOLITIK



## 2. Versorgungspauschale (VSP)

Zielsetzung	Ergänzung und Erweiterung der Versorgung chronisch kranker Patienten
Kriterien	<b>„Mono-Chroniker“</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>chronisch kranke</b> Patienten ab 18 Jahren</li><li>• kontinuierliche Versorgung mit einem <b>Arzneimittel</b></li><li>• Behandlung <b>einer</b> Erkrankung <b>ohne Notwendigkeit</b> einer <b>intensiven Betreuung</b></li></ul>
Leistung	Vergütung des <b>gesamten Versorgungsbedarfs</b> der chronischen Erkrankung, unabhängig von der Anzahl der Kontakte und Behandlungsanlässe
Vergütungsanspruch	Abrechnung ist je Patient nur durch <u>eine einzige Arztpraxis</u> , die die jeweilige chronische Erkrankung behandelt, zulässig.
Vergütungszeitraum	einmalig für mindestens 2, maximal 4 aufeinanderfolgende Quartale
Höhe der VSP	noch unklar
Kombinationspflicht	mit der neuen VHP → einmaliger Ansatz der VSP für den gleichen Zeitraum
Ersatz für	<ul style="list-style-type: none"><li>• Versichertenpauschale, Ziffer 03000</li><li>• Chronikerpauschalen (CP), Ziffern 03220, 03221</li><li>• Zuschläge zu den genannten Ziffern</li></ul> für 4 (mindestens 2) aufeinanderfolgende Quartale
abrechnungsfähig	Einzelleistungen

# NEUES AUS DER GESUNDHEITSPOLITIK



## 2. Versorgungspauschale (VSP)

Bewertung

In Zukunft gibt es zwei verschiedene, parallele Systeme in drei verschiedenen Konstellationen zur Chronikerversorgung:

1.

VSP  
für 4 Quartale

2.

VSP für 4 Quartale  
oder  
CP pro Quartal

3.

CP  
pro Quartal

→ hochkomplexe, steuerungsintensive Systematik



## 3. Entbudgetierung

Zielsetzung

Steigerung der Attraktivität der hausärztlichen Tätigkeit durch bessere Finanzierung

entbudgetierte Leistungen

- Leistungen der allgemeinen hausärztlichen Versorgung, Kapitel 3 EBM
  - Haus- und Heimbetriebsleistungen, Kapitel 1.4 EBM
- stehen für 90 % des hausärztlichen Umsatzes

Vergütung

### Perspektive Arzt

- Alle Leistungen werden zu festen Euro-Preisen ohne Mengenbegrenzung vergütet.

### Perspektive Fachgruppe

- Übersteigt die abgerechnete Leistungsmenge der Fachgruppe die für den hausärztlichen Bereich zur Verfügung stehende Honorarsumme, sind die Krankenkassen in der **Pflicht zur Nachfinanzierung** des Mehrbedarfs.

# NEUES AUS DER GESUNDHEITSPOLITIK



## 3. Entbudgetierung

nicht entbudgetierte Leistungen	<ul style="list-style-type: none"><li>• alle anderen Leistungen des hausärztlichen Versorgungsspektrums wie z. B. Psychosomatik, Ultraschall, Akupunktur</li><li>• Diese können wie bisher quotiert vergütet werden.</li></ul>
Abrechnungsregeln des EBM	Alle Regeln bleiben unverändert in Kraft, z. B. Gesprächsbudget bei Ziffer 03230.
Wirtschaftlichkeit und Plausibilität	Alle Regeln zur Beurteilung der Leistungserbringung bleiben unverändert in Kraft, z. B.: <ul style="list-style-type: none"><li>• § 106, § 106a SGB V – Wirtschaftlichkeit</li><li>• § 106d SGB V – Plausibilität</li><li>• Richtlinien zur Abrechnungsprüfung von KBV und GKV-SV</li><li>• Kriterien aufgrund der ständigen Rechtsprechung des Bundessozialgerichts</li><li>• Prüfvereinbarungen der jeweiligen KVn</li></ul>
Chancen	<b>Aufhebung des Budgetdeckels</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• unterschiedliche Honorarzuwächse bei Budgetüberschreitung je nach Höhe der Restwertvergütung/Auszahlungsquote MGV</li></ul> <b>Leistungssteigerung</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• unabhängig von der jeweiligen KV weitere Honorarzuwächse durch Nachfinanzierungspflicht der Kassen</li></ul>
Risiken	ohne konsequente <b>Steuerung &amp; Leistungsmanagement</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Renaissance der Wirtschaftlichkeitsprüfung</li><li>• Gefahr von Abrechnungs- bzw. Plausibilitätsprüfungen</li></ul>

# NEUES AUS DER GESUNDHEITSPOLITIK



## Fazit

Die Umsetzung des GVSG in Hausarztpraxen erfordert eine sorgfältige Planung der Strategie:

### Vorhaltepauschale

Definition durch das Leistungsspektrum der Praxis



#### Strategie

Kompensation gegebenenfalls resultierende Umsatzverluste

### Versorgungspauschale

deutliche Komplexitätssteigerung durch zwei parallel existierende Chroniker-Systeme



#### Strategie

zur Umsetzung und Steuerung

### Entbudgetierung

bei Budgetüberschreitung & Restwertvergütung  
→ Honorarzuwächse



#### Strategie

für eine konsequente Steuerung & ein stringentes Leistungsmanagement

Wir bieten unseren Kunden für die **erfolgreiche Umsetzung** spezifische Analysen und Beratungsleistungen wie gewohnt im laufenden Quartal an. Alle anderen müssen den Honorarbescheid abwarten.

So haben Sie die Sicherheit, zwei Quartale früher als alle anderen auf die neue Situation adäquat reagieren zu können!





# NEUES AUS DER GESUNDHEITSPOLITIK

## Ab 01. März 2025 – Neuregelung zur Durchführung von Videosprechstunden

Mit einer neuen Anlage 31c zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) regelt die Selbstverwaltung wichtige Aspekte zur Qualitätssicherung von Videosprechstunden neu. Damit wird ein gesetzlicher Auftrag aus dem Jahr 2024 in Kraft getretenen Digitalgesetz umgesetzt. Die Anlage gilt ab dem 1. März 2025.

Hintergrund der neuen Vereinbarung im Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä), Anlage 31c, ist, dass GKV-Spitzenverband und KBV gesetzliche Vorgaben aus dem Gesetz zur Beschleunigung der Digitalisierung des Gesundheitswesens umsetzen mussten.

Eine Verpflichtung zur Durchführung von Videosprechstunden gibt es nicht. Allerdings heißt es in der neuen BMV-Ä-Anlage, Vertragsärzte „sollen grundsätzlich im Rahmen des medizinisch Sinnvollen Videosprechstunden anbieten“. Es bleibt abzuwarten, ob der Bewertungsausschuss bei der Definition der neuen hausärztlichen Vorhaltepauschale dieses Kriterium als hausärztliche Kernleistung aufgreift.

### Die Regelungen im Einzelnen

- Nach einer telemedizinischen Versorgung muss immer gewährleistet sein, dass eine Anschlussversorgung in einer Praxis über das Angebot eines zeitnahen Präsenztermins stattfinden kann.
- Wenn über das elektronische Buchungsportal der Praxis unbekannte Patienten zur Behandlung per Videosprechstunden vermittelt werden sollen, ist vor Durchführung der Videosprechstunden ein Ersteinschätzungsverfahren zu durchlaufen. Auf Basis dieses Verfahrens wird die medizinische Dringlichkeit eingeschätzt und eine Entscheidung zur erforderlichen Behandlung getroffen. Diese Regelung tritt zum 01. September 2025 in Kraft.
- Videosprechstunden müssen künftig „vorrangig“ an Patienten vergeben werden, „die ihren Wohnort oder ihren gewöhnlichen Aufenthaltsort in der räumlichen Nähe zum Praxissitz haben“, um eine adäquate Anschlussversorgung zu gewährleisten. Anlage 28 BMV-Ä zur Arbeit der TSS definiert zumutbare Entfernung in Abhängigkeit von der Fachrichtung mit einer Dauer von 30 bis 60 Minuten, um die Praxis zu erreichen.
- Eine Videosprechstunde für Kassenpatienten ist bei einem Aufenthalt des Arztes außerhalb der Bundesrepublik Deutschland nicht zulässig.
- Bei erforderlicher Anschlussbehandlung durch eine andere Fachgruppe oder eine Klinik müssen Überweisung bzw. Einweisung, Rezepte bzw. Folgerezepte dem Patienten am gleichen Tag zur Verfügung stehen oder taggleich versendet werden.
- Vermittlungsportale für Videosprechstunden müssen Termine für Videosprechstunden ausschließlich nach medizinischen Kriterien (nicht z. B. anhand der Kostenträgerschaft oder nach Leistungswünschen) priorisieren. Das heißt, dass Videosprechstunden rein nur für Privatversicherte für Vertragsärzte ausgeschlossen sind.

# NEUES AUS DER GESUNDHEITSPOLITIK

- Ein Terminangebot für Videosprechstunden, um ausschließlich eine bestimmte Leistung anzubieten, z. B. die Ausstellung einer Arbeitsunfähigkeit, ist unzulässig.

## Keine Anrechnung auf die Mindestsprechstundenzeiten

Ein Wermutstropfen und irgendwo auch nicht nachvollziehbar ist sicherlich, dass Videosprechstunden nicht auf die Mindestsprechstundenzeit der Vertragsärzte angerechnet werden.

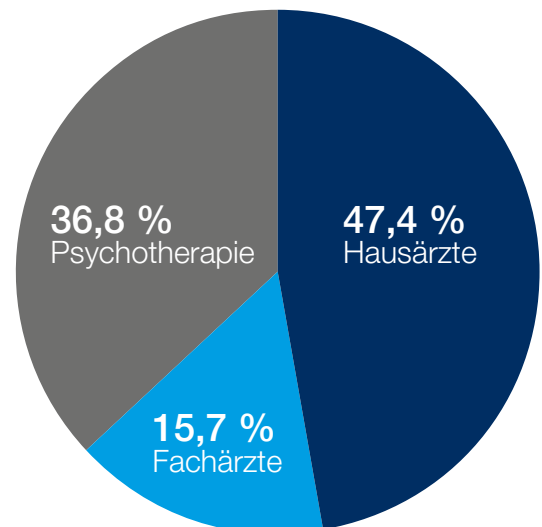
Das gilt sowohl für Videosprechstunden, die außerhalb des Praxissitzes stattfinden als auch solche, die zwar am Praxissitz, aber außerhalb der regulären Praxisöffnungszeiten erfolgen.

## Videosprechstunden sind wieder auf dem Vormarsch

Während der Corona-Pandemie waren Videosprechstunden ein breit eingesetzter Kommunikationskanal, um Patienten zu versorgen und Kontakte bzw. Infektionen zu vermeiden. Nach dem Abflauen der Pandemie sanken die Zahlen rasch wieder. Dieses Bild hat sich jetzt umgekehrt. Videosprechstunden etablieren sich in der Versorgung, insbesondere im hausärztlichen Bereich.

Im ersten Halbjahr 2024 wurden im ambulanten Bereich laut aktuellem Zi-Trendreport 1,3 Millionen Videosprechstunden durchgeführt. Dies sind 24 % mehr als im Vorjahreszeitraum.

47,4 % der insgesamt 1,3 Millionen Videosprechstunden entfielen dabei auf den hausärztlichen, 15,7 % auf den fachärztlichen und 36,8 % auf den psychotherapeutischen Versorgungsbereich.



Quelle: [www.zi.de/fileadmin/Downloads/Service/Medien/MI/MI\\_Trendreport\\_2025-01-28.pdf](http://www.zi.de/fileadmin/Downloads/Service/Medien/MI/MI_Trendreport_2025-01-28.pdf)

# NEUES AUS DER GESUNDHEITSPOLITIK

## Kein Roll-out mit verpflichtender Nutzung der elektronischen Patientenakte

Jetzt steht der Fahrplan für den Roll-out der elektronischen Patientenakte (ePA). Die eigentliche Neuigkeit ist dabei - es gibt keinen Fahrplan für den Roll-out. Die Erfahrungen der 300 Tester – Arztpraxen, Apotheken, Krankenhäuser – hat gezeigt, dass es für einen flächendeckenden Start mit verpflichtender Nutzung der ePA noch zu früh ist. Man wolle die ePA jetzt außerhalb der ursprünglichen Testregionen NRW, Franken und Hamburg testen, so der Minister. Einen definierten Zeitplan gibt es auch (noch) nicht. Ebenso werden im Moment keine Sanktionen bei Nichtnutzung der ePA verhängt. Die Formulierung zeigt – vom Tisch sind diese nicht. KBV, BÄK und zahlreiche KVn hatten vor einem flächendeckenden Start eindringlich gewarnt und zeigten sich jetzt erleichtert. Man wird in den nächsten Wochen und Monaten sehen, wie das schrittweise Hochfahren der ePA Nutzung funktioniert.

## Muster 52 – zum 1. April 2025 sind deutlich weniger Angaben erforderlich

Das Muster 52, der Bericht für die Krankenkassen bei Fortbestehen der Arbeitsunfähigkeit (AU), wie das Formular offiziell heißt, wird zum 1. April 2025 schlanker. Mit diesem Formular können Krankenkassen Angaben zur Fortdauer einer AU erfragen, bevor eine Stellungnahme durch den Medizinischen Dienst eingeholt wird. Anfang 2024 trat die vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) geänderte Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie (AU-RL) in Kraft. In dieser ist auch die jetzt reduzierte Datenerhebung durch die Krankenkassen geregelt worden. Dies wird jetzt durch das geänderte Muster 52 umgesetzt.

Die Krankenkassen können in Zukunft nur noch die folgenden Daten bei den behandelnden Ärzten erfragen:

- die Diagnosen, die die Arbeitsunfähigkeit auslösen,
- Art und Umfang der Berufstätigkeit, alternativ der verfügbare zeitliche Umfang für eine mögliche Arbeitsvermittlung,
- veranlasste diagnostische, therapeutische und rehabilitative Maßnahmen

### Wichtig

Für das neue Vordruckmuster 52 gilt eine Stichtagsregelung. Ab dem 1. April 2025 ist nur noch das neue Muster 52 zu verwenden, alte Formulare dürfen nicht weiterverwendet/aufgebraucht werden. Die Hersteller werden das angepasste Formular auch in den Praxisverwaltungssystemen hinterlegen.

Quelle: [www.g-ba.de/downloads/62-492-3374/AU-RL\\_2023-12-07\\_iK-2024-02-21.pdf](http://www.g-ba.de/downloads/62-492-3374/AU-RL_2023-12-07_iK-2024-02-21.pdf)

# NEUES AUS DER GESUNDHEITSPOLITIK

## Fehlgeburt ab 13. Woche – jetzt Anspruch auf Mutterschutz statt Krankschreibung

Derzeit steht Frauen, die ihr Kind vor der 24. Schwangerschaftswoche verlieren, kein gesetzlicher Mutterschutz zu.

Der Bundestag hat eine entsprechende Gesetzesänderung fraktionsübergreifend am 31. Januar 2025 während einer Nachtsitzung – quasi auf den letzten Drücker – entschieden.

Frauen, die eine Fehlgeburt ab der 13. Schwangerschaftswoche haben, erhalten künftig einen Anspruch auf Mutterschutz. Betroffene sollen damit künftig nicht länger auf eine Krankschreibung angewiesen sein. Die Regelung soll ab 1. Juni 2025 gelten.

Der Anspruch wird in Form von gestaffelten Mutterschutzfristen gestaltet:

- ab der 13. Schwangerschaftswoche zwei Wochen,
- ab der 17. Schwangerschaftswoche sechs Wochen und
- ab der 20. Schwangerschaftswoche acht Wochen Mutterschutz.

Fachpolitikerinnen aller Parteien werteten den Beschluss als Meilenstein für die Betroffenen.

## Früherkennungsprogramm Kolonkarzinom: Koloskopie für Frauen künftig schon ab dem 50. Lebensjahr

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat beschlossen, dass Männer und Frauen nun im Mindestabstand von zehn Jahren einheitlich Anspruch auf zwei Screening-Koloskopien haben. Dazu erhalten sie im Alter von 50, 55, 60 und 65 eine Einladung zur Früherkennung auf Darmkrebs von ihrer Krankenkasse. Entsprechend den Richtlinien für organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme sollen Ärzte außerdem die Versicherten möglichst frühzeitig nach Vollendung des 50. Lebensjahres einmalig über das Gesamtprogramm zur Früherkennung des kolorektalen Karzinoms informieren. Zur Abrechnung steht die bekannte Ziffer 01740 (14,38 €) u. a. für Hausärzte, Internisten, Urologen und Gynäkologen zur Verfügung.

Neu sind außerdem die Intervallvorgaben für die Durchführung eines immunologischen Tests (iFOBT) auf nicht sichtbares Blut im Stuhl. Wer (zunächst) keine Darmspiegelung wahrnehmen möchte, kann ab 50 Jahren zukünftig alternativ alle zwei Jahre einen iFOBT-Test machen. Bislang kann dieser Test im Alter von 50 bis 54 Jahren jährlich erfolgen, ab dem Alter von 55 Jahren jeweils im Abstand von 2 Jahren.

Die folgende Tabelle fasst alle bei gesetzlich Versicherten über den EBM erbringbaren Krebsvorsorgeuntersuchungen zusammen:

# NEUES AUS DER GESUNDHEITSPOLITIK

Alter	Geschlecht	Leistungsbeschreibung	Häufigkeit	Ziffer	Wert
20	w	Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen bei der Frau	jährlich	<b>01760</b>	<b>19,71 €</b>
		Untersuchung zur Früherkennung des Zervixkarzinoms		<b>01761</b>	<b>26,65 €</b>
	Im gleichen Kalenderjahr sind die Ziffern 01760 und 01761 nicht nebeneinander berechnungsfähig.				
35	w	Untersuchung zur Früherkennung des Zervixkarzinoms	alle 3 Jahre	<b>01762</b>	<b>19,71 €</b>
		zzgl. HPV-Test		<b>01763</b>	<b>20,82 €</b>
	m/w	Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs	alle 2 Jahre	<b>01745</b>	<b>31,36 €</b>
45	m	Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen beim Mann	jährlich	<b>01731</b>	<b>17,85 €</b>
50–70	w	Mammographie-Screening	alle 2 Jahre	<b>01750</b>	<b>65,56 €</b>
50	m/w	Ausgabe und Weiterleitung eines Stuhlprobenentnahmesystems	NEU alle 2 Jahre	<b>01737</b>	<b>7,06 €</b>
		Automatisierte quantitative immunologische Bestimmung von occultem Blut im Stuhl (iFOBT)		<b>01738</b>	<b>7,81 €</b>
		Beratung zur Früherkennung des kolorektalen Karzinoms	einmalig	<b>01740</b>	<b>14,38 €</b>
	NEU m/w	Koloskopischer Komplex	zweimal im Abstand von 10 Jahren	<b>01741</b>	<b>218,74 €</b>



# NEUES AUS DER GESUNDHEITSPOLITIK

Der Beschluss des G-BA ist zum 1. April 2025 in Kraft getreten.

Die Versicherteninformationen des G-BA zur Darmkrebsfrüherkennung werden derzeit an die Neuerungen angepasst. Die KBV wird in Kürze in ihrer Mediathek eine Infokarte mit dem geänderten Früherkennungsangebot bereitstellen. Praxen können diese kostenfrei bestellen und ihre Patientinnen und Patienten auf die Neuerungen aufmerksam machen.

Quelle: EBM, Beschluss des G-BA vom 16.01.2025

## Robert Koch-Institut – Meldeportal DEMIS jetzt auch für Arztpraxen nutzbar

Das Robert Koch-Institut (RKI) hat sein Portal DEMIS jetzt auch für Arztpraxen für die elektronische Meldung von Infektionskrankheiten freigeschaltet. Das Portal wurde während der Corona-Pandemie gestartet. Labore und Gesundheitsämter nutzen DEMIS für die Meldung von Infektionskrankheiten. Ab sofort sollen auch Arztpraxen diesen Meldeweg nutzen.

Das RKI stellt den Arztpraxen ein Infopaket für die Nutzung des Systems bereit. Darin enthalten sind Informationen zur gesetzlichen Meldepflicht, zur Anmeldung im DEMIS-Meldeportal, zur korrekten Meldung und zur Unterstützung bei Fragen.

### Infopaket

- Erreichbar ist der Support per E-Mail [demis-support@rki.de](mailto:demis-support@rki.de) oder über die Hotline: 0800 - 000 3041 (Montag bis Freitag 9 bis 17 Uhr).
- Infopaket des RKI: [wiki.gematik.de/pages/viewpage.action?pagelId=630203893](https://wiki.gematik.de/pages/viewpage.action?pagelId=630203893)
- Kurzinformation für Arztpraxen mit den wichtigsten Informationen zum DEMIS-Meldeportal: [wiki.gematik.de/pages/viewpage.action?pagelId=630203893&preview=/630203893/633478939/DEMIS-Meldeportal\\_6er-Kurzanleitung.pdf](https://wiki.gematik.de/pages/viewpage.action?pagelId=630203893&preview=/630203893/633478939/DEMIS-Meldeportal_6er-Kurzanleitung.pdf)
- Kurzinformation für Arztpraxen zur Anmeldung im DEMIS Meldeportal über die Telematikinfrastruktur mittels SMB-C und gematik-Authenticator: [https://wiki.gematik.de/display/DSKB/Authentisierung+mittels+SMC-B?pre-view=/577955555/633485795/2025-02-11\\_Informationen-zum-gematikAuthenticator.pdf](https://wiki.gematik.de/display/DSKB/Authentisierung+mittels+SMC-B?pre-view=/577955555/633485795/2025-02-11_Informationen-zum-gematikAuthenticator.pdf)



# ABRECHNUNG UND HONORAR

## HINWEIS

Die Nennung von Fachgruppen setzt voraus, dass diese spezifisch im entsprechenden Beschlusstext genannt werden oder für welche die Leistung überwiegend relevant ist. Ansonsten gelten die Informationen für alle Fachgruppen.

## Neue Obergrenzen für die Durchführung von Videosprechstunden

Zum 1. April 2025 hat der Bewertungsausschuss die lang erwarteten Änderungen für die Abrechnung der Videosprechstunde beschlossen. Diese wurden notwendig, da der Gesetzgeber im Digitalgesetz festgelegt hatte, dass der „30 %-Deckel“ der ausschließlich im Rahmen einer Videosprechstunde pro Quartal behandelten Patienten an eine geänderte Versorgungspraxis anzupassen sei.

Die Abschlagshöhe je Fachgruppe auf die Versicherten- bzw. Grundpauschale bei ausschließlichem Videokontakt gestalten sich wie folgt:

Abschlag von 20 %	Abschlag von 25 %	Abschlag von 30 %
Hausärzte	Gynäkologie	Anästhesie
Kinder- und Jugendmedizin	Chirurgie	Augenheilkunde
Kinder- und Jugendpsychiatrie	Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	HNO
Neurologie	Humangenetik	Phoniatrie
Neurochirurgie	Dermatologie	
Psychiatrie / Psychotherapie	Orthopädie	
Schmerztherapie	Urologie	
Strahlentherapie (Ziffer 25214)	Physikalische und Rehabilitative Medizin	
Nuklearmedizin	Innere Medizin	
ermächtigte Ärzte		

# ABRECHNUNG UND HONORAR

Der Bewertungsausschuss hat jetzt zwei Kontingente mit Obergrenzen für die Anzahl der Patienten, die ausschließlich per Videosprechstunde behandelt werden können, festgelegt.

Neu für beide Patientengruppen ist, dass die Obergrenze für die Behandlungsfälle nicht mehr personenbezogen je Arzt, sondern je Praxis (BSNR-Bezug) angewendet wird. Somit können einzelne Ärzte die Obergrenzen überschreiten. Entscheidend ist, dass die gesamte Praxis nicht mehr Videokontakte abrechnet als vorgegeben ist.

## Unbekannte Patienten

**30 %** aller unbekanntten Patienten einer Praxis können per Videosprechstunde behandelt werden.

Als unbekanntte Patienten gelten:

- Neupatienten
- Bestandspatienten, die in den letzten drei Quartalen nicht in der Praxis behandelt wurden (Definition wie bisher)

## Bekannte Patienten

**50 %** aller bekannten Patienten einer Praxis können per Videosprechstunde behandelt werden.

- Als „bekannt“ gilt ein Patient, wenn er in einem der drei Vorquartale mindestens einmal persönlich in der Praxis behandelt wurde.

Patienten, die im Notdienst bzw. als TSS-Akutfälle behandelt werden, sind bei der Fallzählung nicht zu berücksichtigen. Fälle, bei denen der Kontakt per Video und in der Praxis erfolgt, werden ebenfalls nicht mitgezählt.

### Beispiel

Eine Praxis versorgt 1.000 Patienten (BHF), davon 800 bekannte und 200 unbekanntte Patienten. Sie kann in dem Quartal bis zu 500 bekannte Patienten (50 % der 1.000 BHF) und bis zu 60 unbekanntte Patienten (30 % der 200 BHF) **ausschließlich in der Videosprechstunde** versorgen.

Der Bewertungsausschuss hat in seinem Beschluss zudem geregelt, dass der **Hausarztvermittlungsfall** und damit die Leistung nach den Ziffern 03008/04008 auch per Videosprechstunde erbracht und abgerechnet werden kann.

Für bekannte Patienten setzt die KV die neue Zuschlagsziffer 01452 im Wert von 3,72 € im Quartal der Abrechnung der Videosprechstunde einmal im Behandlungsfall zu.

# ABRECHNUNG UND HONORAR

## Wichtig

Da sich die Obergrenze für die unbekannt Patienten für die ausschließliche Versorgung in der Videosprechstunde jetzt nicht mehr auf die Gesamtpatientenzahl der Praxis, sondern nur noch auf die Gesamtzahl der unbekannt Patienten bezieht, handelt es sich um eine deutliche Einschränkung der Möglichkeit für diese Patientengruppe.

Quelle: [www.kbv.de/media/sp/EBM\\_2025-04-01\\_BA\\_778\\_BeeG\\_Teil\\_B\\_C\\_Videosprechstunde\\_Begrenzungsregelung.pdf](http://www.kbv.de/media/sp/EBM_2025-04-01_BA_778_BeeG_Teil_B_C_Videosprechstunde_Begrenzungsregelung.pdf)

u. a.  
Orthopäden,  
Chirurgen,  
Neurologen,  
Neurochirurgen,  
Ärzte für  
physikalische  
und rehabilitative  
Medizin,  
Ärzte mit Zusatz-  
bezeichnung  
„spezielle  
Schmerz-  
therapie“

## Eingriffe an der Wirbelsäule

Bei Eingriffen an der Wirbelsäule können indikationsstellende Ärzte künftig die Ziffer 01645L je Operation in Kombination mit jedem Abschnitt der Wirbelsäule und je Indikationsstellung berechnen. Der „Zweitmeiner“ muss eine indikationsspezifische Kennzeichnung aller im Zweitmeinungsverfahren durchgeführten und abgerechneten Leistungen als Freitext im Feld freier Begründungstext (KVDT-Feldkennung 5009) mit Kode 88200L vornehmen.

Voraussetzung ist dabei die genaue Angabe von Lokalisation und Indikation für den Eingriff über den jeweils spezifischen ICD-10-Kode zur Unterscheidbarkeit der jeweiligen Zweitmeinungsverfahren.

Strahlen-  
therapeuten,  
Urologen

## Nicht metastasiertes Prostatakarzinom

Ambulant oder stationär tätige Ärzte der Fachrichtungen Urologie oder Strahlentherapie sind zweitmeinungsberechtigt. Konkret geht es bei der Beratung im Rahmen des Zweitmeinungsverfahrens darum, ob eine Behandlung mittels Prostatektomie, perkutaner Strahlentherapie oder interstitieller Brachytherapie indiziert ist.

Nach Beantragung der entsprechenden Abrechnungsgenehmigung können diese die Zweitmeinung über die Ziffer 01645F abrechnen. Der Zweitmeiner kennzeichnet seine Leistungen mit dem Kode 88200F.

## Hinweis

Über die Website des ärztlichen Bereitschaftsdienstes [www.116117.de/zweitmeinung](http://www.116117.de/zweitmeinung) können Patienten anschließend zweitmeinungsberechtigte Fachärztinnen und Fachärzte in ihrer Region finden.



# ABRECHNUNG UND HONORAR

## Zweitmeinungsverfahren – Bewertungsausschuss Konkretisierungen

Der Beschluss des ergänzten Bewertungsausschusses (ergBA) zu den Abrechnungsbestimmungen für das Zweitmeinungsverfahren vor Eingriffen an der Wirbelsäule und vor Eingriffen bei lokal begrenztem und nicht metastasiertem Prostatakarzinom tritt zum 1. April 2025 in Kraft.

## Neue Leistung zu patientenorientierter Videofallbesprechung mit Pflegefachkräften

Ab April 2025 gibt es im EBM zur Behandlung von Menschen mit Demenz eine neue Leistung für eine patientenorientierte Videofallbesprechung mit Pflege(fach)kräften.

Sie kann für eine Videofallkonferenz zwischen einem Vertragsarzt, der einen Patienten mitbehandelt, und den an der Versorgung des Patienten beteiligten Pflegefachkräften bzw. Pflegekräften bis zu dreimal im Krankheitsfall abgerechnet werden, wenn im Zeitraum der letzten drei Quartale unter Einschluss des aktuellen Quartals ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt in derselben Arztpraxis stattgefunden hat.

Die neue Leistung nach Ziffer 01443 ergänzt die bereits bestehende Leistung der Ziffer 01442 für Videofallkonferenzen der mit an der Versorgung des Patienten beteiligten Pflege(fach)kräfte. Die Ziffer 01442 kann jedoch nur von Vertragsärzten, die die Koordination von diagnostischen und/oder therapeutischen und/oder rehabilitativen Maßnahmen und/oder der pflegerischen Versorgung für den Patienten durchführen, abgerechnet werden. Außerdem wird sie seit diesem Jahr im Budget vergütet.

Die Ziffer 01443 ist demgegenüber von allen mitbehandelnden Vertragsärzten berechnungsfähig, und zwar bei allen chronisch pflegebedürftigen Patienten, unabhängig von der Art der Erkrankung.

Ziffer	Beschreibung	Wert
<b>01443</b>	Videofallkonferenz mit Pflegefachkräften für Patienten mit Demenz <ul style="list-style-type: none"><li>• dreimal im KHF berechnungsfähig</li><li>• keine Prüfzeit</li><li>• Voraussetzung ist mindestens ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt innerhalb der letzten drei Quartale einschließlich des aktuellen Quartals</li><li>• extrabudgetäre Vergütung</li></ul>	<b>10,26 €</b>

# ABRECHNUNG UND HONORAR

Kinder-  
und Jugend-  
psychiater,  
Neurologen,  
Psychiater,  
Psycho-  
therapeuten

## Neue Leistungen –

### Komplexversorgung für schwer psychisch kranke Kinder kann starten

Zum 01. April 2025 können schwer psychisch kranke Kinder und Jugendliche im Rahmen der Komplexversorgung behandelt werden. Die KBV, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und der GKV-Spitzenverband haben sich jetzt im ergänzten Bewertungsausschuss auf die Vergütung geeinigt und den EBM um eine Reihe neuer Leistungen ergänzt.

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hatte das Versorgungsprogramm für Kinder und Jugendliche bereits 2024 beschlossen und die Details in einer Richtlinie (KJ-KSVPsych-Richtlinie) festgelegt. Das Programm verfolgt das Ziel, Betroffenen mit schweren psychischen Erkrankungen zu unterstützen, ein selbstständiges und stabiles Leben zu führen. Dazu werden sie von einem multiprofessionellen Team engmaschig betreut. Für Erwachsene besteht ein solches Angebot bereits seit Oktober 2022.

Mit dem Beschluss des ergänzten Bewertungsausschusses wurde der EBM um die Leistungen erweitert, die für die Versorgung der schwer psychisch kranken Kinder und Jugendlichen nach der G-BA-Richtlinie erforderlich sind.

### Wichtig

Die Anforderungen an die teilnehmenden Ärzte für die Komplexversorgung sind erheblich. Für die Abrechnung der meisten Leistungen ist eine Genehmigung der KV erforderlich. Die KBV hat das gesamte Regelwerk zur Teilnahme, zum Leistungsspektrum und zur Vergütung in einem Sonderheft „Praxis Info Spezial“ zusammengestellt.

Quelle: [www.kbv.de/media/sp/PraxisInfoSpezial\\_Komplexversorgung\\_Kinder\\_Jugendliche.pdf](http://www.kbv.de/media/sp/PraxisInfoSpezial_Komplexversorgung_Kinder_Jugendliche.pdf)

## Beamte der Bundespolizei erhalten die eGK

Bis zum 1. April sollen die ca. 45.000 Beamten der Bundespolizei eine elektronische Gesundheitskarte (eGK) erhalten. Die behandelnden Ärzte können bei ihren Patienten der Kategorie „sonstige Kostenträger“ so Funktionen der Telematikinfrastruktur (TI) schrittweise nutzen. Am Anfang steht dabei nur das Versichertenstammdatenmanagement, das Notfalldatenmanagement sowie der elektronische Medikationsplan zur Verfügung. Weitere TI-Anwendungen wie z. B. das eRezept werden folgen.

# ABRECHNUNG UND HONORAR

verschiedene  
FG\*

## Erhöhung der Kostenpauschalen für die Vakuumversiegelungstherapie von Wunden

Die Kostenpauschalen für die Verbrauchsmaterialien zur Vakuumversiegelungstherapie von Wunden wurden zum 1. April 2025 erhöht, da die Preise der Verbrauchsmaterialien stark gestiegen sind. Die Leistung wird über die Ziffer 02314 abgerechnet und wird bei Patienten angewendet, bei denen aufgrund wund- oder patientenspezifischer Risikofaktoren unter einer Standardwundbehandlung keine ausreichende Heilung zu erwarten ist.

Ziffer	Beschreibung	Wert bisher	Wert
40901	bei einer Wundfläche bis einschließlich 20 Quadratzentimeter	65,49 €	<b>91,14 €</b>
40902	bei einer Wundfläche größer als 20 Quadratzentimeter	71,39 €	<b>94,27 €</b>

\* Abrechnungsberechtigte FG sind nach intendiertem primären (z. B. Chirurgen) oder sekundärem Wundverschluss (z. B. Hausärzte) unterschiedlich.

Psycho-  
therapeuten,  
Psychiater

## Absenkung der Strukturzuschläge in der Psychotherapie

Während die Bewertung psychotherapeutischer Leistungen im EBM in diesem Jahr weitgehend unverändert bleiben, wird die Bewertung der Strukturzuschläge um ca. 14 % abgesenkt.

## Neue Ziffern für Digitale Gesundheitsanwendungen

Zum 1. April wird für die DiGA „**companion shoulder**“ für Patienten mit Schulterbeschwerden vom Bewertungsausschuss festgelegt, dass die Verlaufskontrolle und Auswertung der App über die Pauschale 86700 (7,93 €) für vorläufig im DiGA-Verzeichnis gelistete Anwendungen abgerechnet werden kann.

Psycho-  
therapeuten,  
Psychiater

Ebenso zum 1. April 2025 wird eine neue Ziffer zur Verlaufskontrolle und Auswertung der digitalen Gesundheitsanwendung (DiGA) „**elona therapy Depression**“ in den EBM aufgenommen. Sie kann einmal im Behandlungsfall und maximal zweimal im Krankheitsfall berechnet werden. Sie wird wie alle DiGA-Ziffern auch mit 7,93 € vergütet.

Die Ziffer 01479 darf ausschließlich bei Patienten ab Beginn des 19. bis zum 66. Lebensjahr von Ärzten bzw. Psychotherapeuten mit der Genehmigung zur Verhaltenstherapie angesetzt werden. Die Leistung ist auch im Rahmen einer Videosprechstunde abrechenbar.



# REGIONALE KV-REGELUNGEN

AB 01. JANUAR 2025

Hamburg

## Seit dem 12.02.2025 entfällt das Kostenerstattungsverfahren für die Meningokokken B Impfung.

Die Krankenkassen und die KV haben sich auf ein Honorar für die Meningokokken B Impfung für Säuglinge und Kleinkinder geeinigt (12 € pro Impfung).

Im gleichen Zuge hat man sich für eine Erhöhung des Impfhonorars für die Sechsfachimpfung um 7 %, d. h. auf 22,06 €, entschieden.

Damit ist ab sofort der Impfstoff Bexero® für die Meningokokken B Impfung als Impfbedarf über die Rezeptprüfstelle Duderstadt zu beziehen und die Impfungen sind mit den Abrechnungsnummern 89116 A oder B über die KV Hamburg abzurechnen.

Die in der Kostenerstattung begonnene Impfserien, sollen bitte im Sachleistungsverfahren beendet werden. Also zum Beispiel: 1. Impfung als Kostenerstattung und 2. oder 3. Impfung dann über KV Hamburg abrechnen und Impfstoff über Duderstadt als Impfbedarf bestellen.

**Hintergrund:** Die Ständige Impfkommission (STIKO) empfiehlt seit Januar 2024 allen Säuglingen ab dem Alter von zwei Monaten eine Standardimpfung gegen Meningokokken der Serogruppe B (MenB). Die Impfung soll bei Kleinkindern bis zum fünften Geburtstag nachgeholt werden. Für Kinder ab fünf Jahren spricht die STIKO derzeit keine Empfehlung zur Standardimpfung aus. Diese Empfehlung ist seit dem 31.05.2024 Teil der Schutzimpfungsrichtlinie, konnte aber bisher nur im Kostenerstattungsverfahren abgerechnet werden.

Alter	Impfschema	Anmerkung
ab 2 Monate (auch Frühgeborene)	2 + 1 Impfungen im Alter von 2, 4 und 12 Monaten	Die Stiko empfiehlt einen frühen Impftermin und dabei die Kombination von bis zu drei Injektionsimpfstoffen: 1. und 2. Impfung 4CMenB (Bexsero®) in Kombination mit der Sechsfach-Impfung mit Infanrix hexa®, Hexyion® oder Vaxelis® (DTaP-IPV-Hib-HepB), der Pneumokokken-Konjugatimpfung (PVC13 – Prevenar 13 oder PCV15 – Vaxneuvance) und der Rotavirus-Schluckimpfung (Rotaris oder RotaTeq); 3. Impfdosis 4CMenB (Bexsero®) in Kombination mit der MenC-Konjugatimpfung (MCV – Menjugate 10 Mikrogramm oder NeisVas-C)
12 bis 23 Monate	2 Impfstoffdosen in einem Mindestabstand von 2 Monaten und eine 3. Impfstoffdosis 12–23 Monate nach der 2. Impfdosis	
ab 24 Monate bis zum 5. Geburtstag	2 Impfungen im Abstand von einem Monat	

Quelle: [www.kvhh.net/de/praxis/aktuelle-meldungen/kein-kostenerstattungsverfahren-mehr-fuer-meningokokken-b-impfung-ab-12-februar.html](http://www.kvhh.net/de/praxis/aktuelle-meldungen/kein-kostenerstattungsverfahren-mehr-fuer-meningokokken-b-impfung-ab-12-februar.html)



# REGIONALE KV-REGELUNGEN

AB 01. APRIL 2025

Hessen

## DMP-Osteoporose

Es gibt eine neue Vereinbarung DMP-Osteoporose für alle Haus- und Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie und alle Fachärztinnen und Fachärzte für Orthopädie.

Rückwirkend seit dem 1. Januar 2025 besteht in Hessen der regionale DMP-Versorgungsvertrag. Zielsetzung des Vertrages ist eine indikationsabhängige und systematische Koordination der Versorgung von chronisch kranken Versicherten mit Osteoporose.

Versicherte können über die Teilnahmeerklärung gemäß der Anlage 7, der indikationsübergreifenden Teilnahmeerklärung des Vertrages, seit dem 01.04.2025 eingeschrieben werden.

Leistungen		
Ziffer	Beschreibung	Wert
92091	<b>Einschreibung/Erstdokumentation für das DMP Osteoporose</b> Information, Beratung und Einschreibung des Versicherten, Erstellung der Erstdokumentation sowie Versand der entsprechenden Unterlagen durch den DMP-Arzt	25,00 €
92092	<b>Folgedokumentation für das DMP Osteoporose</b> Erstellung und Versand der Folgedokumentation durch den DMP-Arzt	15,00 €
92093	<b>Einschreibung/Erstdokumentation (Mehrfacheinschreibung)</b> Beratungspauschale für die Einschreibung des Versicherten je weiteres DMP, Erstellung der Erstdokumentation sowie Versand der entsprechenden Unterlagen durch den DMP-Arzt	10,00 €
92094	<b>Folgedokumentation (Mehrfacheinschreibung)</b> Erstellung und Versand der Folgedokumentation durch den DMP-Arzt je weiteres DMP	7,50 €
92095	<b>Patientenschulung Osteoporose der Orthopädischen Gesellschaft für Osteologie</b> Die Schulung ist auf 5 Module zu je 60 Minuten mit bis zu 8 Patienten ausgelegt.	25,50 €

# REGIONALE KV-REGELUNGEN

AB 01. APRIL 2025

Ziffer	Beschreibung	Wert
92095E 92095N 92095W 92095V	<b>Patientenschulung Osteoporose der Orthopädischen Gesellschaft für Osteologie</b> Einzelschulung, genehmigte Nachschulung (max. 2 UE), Wiederholungsschulung nach Ablauf von 8 Quartalen nach der letzten Einzel-/Gruppenschulung entsprechend Anlage 9. Genehmigte Wiederholungsschulung vor Ablauf von 8 Quartalen nach der letzten Einzel-/Gruppenschulung entsprechend Anlage 9	25,50 €
92095Q	<b>Qualitätspauschale (QP) nach Absolvierung der 5 UE (letzte Schulung)</b> Vergütung der QP nach Absolvierung der erforderlichen 5 UE <ul style="list-style-type: none"> <li>• jeweils nur einmalig ansetzbar</li> </ul>	15,00 €
92096	<b>Schulungsmaterial für die Patientenschulung Osteoporose der Orthopädischen Gesellschaft für Osteologie</b> Abgabe über die KV Hessen	0,00 €
92097	<b>Sturzanamnese</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ausführliche Sturzanamnese, Abklärung von Gleichgewichtsstörungen und Ermittlung des Sturzrisikos ggf. unter Durchführung verschiedener Tests, wie Handkraftmessung, Tandemstand, Chair Rising Test</li> <li>2. Folgeabschätzung der Sturzneigung: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Beratung zur Reduktion des Sturzrisikos (z. B. Vermeidung von Untergewicht)</li> <li>• Empfehlung von Maßnahmen zur Förderung des Gleichgewichts und Reaktionsfähigkeit sowie zur Reduktion der Angst vor Stürzen und vor weiteren Mobilitätseinschränkungen</li> <li>• Motivation zu körperlichem Training zur Förderung der Muskelkraft und Koordination</li> <li>• Überprüfung der Indikation sturzfördernder Medikamente</li> </ul> </li> </ol> Hinweis: Die Sturzanamnese ist nicht neben der EBM-Leistung Hausärztlich-geriatrisches Basisassessment (Ziffer 03360) im Behandlungsfall berechnungsfähig. <ul style="list-style-type: none"> <li>• max. 2 x im Krankheitsfall</li> </ul>	8,00 €

Quelle: [www.kvhessen.de/publikationen/neue-vereinbarung-dmp-osteoporose](http://www.kvhessen.de/publikationen/neue-vereinbarung-dmp-osteoporose)

# REGIONALE KV-REGELUNGEN

AB 01. APRIL 2025

Niedersachsen

## Kennzeichnung DMP Diabetes

Laut der KV Niedersachsen ist es bis auf Weiteres nicht mehr notwendig, dass Hausärzte (DMP-Ärzte) jeden DMP-Behandlungsfall im Rahmen des DMP Diabetes mit der Kennziffer 99098 kennzeichnen. Die Kennzeichnung ist nur erforderlich, wenn Schulungsleistungen erbracht werden.

Für die Ärzte des diabetologisch qualifizierten Versorgungssektors ändert sich nichts, hier bleibt es bei der Kennzeichnung des DMP-Diabetes-Behandlungsfalles mit der Kennziffer 99097 für Behandlungsfälle im Rahmen des DMP Diabetes Typ 1 und der Kennziffer 99098 für Behandlungsfälle im Rahmen des DMP Diabetes Typ 2.

Die KV ist mit den Krankenkassen in Verhandlungen, zukünftig auf die Kennzeichnungspflicht zu verzichten.

Die Krankenkassen haben bereits signalisiert, sich auf eine entsprechende Vereinbarung mit der KV verständigen zu können.

Quelle: [www.kvn.de/Presse/Publikationen/KVNachrichten+M%C3%A4rz+2025/Neu\\_+DMP+Fall\\_Kennzeichnung+99098+durch+Haus%C3%A4rzte+%28DMP\\_%C3%84rzte%29+im+Rahmen+des+DMP+Vertrages+Diabetes+Typ+2-p-42702.html](http://www.kvn.de/Presse/Publikationen/KVNachrichten+M%C3%A4rz+2025/Neu_+DMP+Fall_Kennzeichnung+99098+durch+Haus%C3%A4rzte+%28DMP_%C3%84rzte%29+im+Rahmen+des+DMP+Vertrages+Diabetes+Typ+2-p-42702.html)

Westfalen-  
Lippe

## Diabetesschulung „SPECTRUM“

Das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) hat das Schulungs- und Behandlungsprogramm „SPECTRUM“ zur kontinuierlichen Glukosemessung für erwachsene Patienten mit Typ 1 und Typ 2 Diabetes zugelassen.

Die KV Westfalen-Lippe hat sich daher gemeinsam mit den Krankenkassen darauf geeinigt, das Schulungsprogramm „SPECTRUM“ in die Anlage 18 (Patientenschulungen) des DMP-Diabetes aufzunehmen.

Ab dem 1. Februar 2025 kann „SPECTRUM“ von diabetologischen Schwerpunktpraxen oder diabetologisch besonders qualifizierten Ärzten durchgeführt und abgerechnet werden. Voraussetzung hierfür sind ein Antrag sowie der Nachweis des Schulungszertifikats und die anschließende Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung dieser Schulung durch die KV.

Die Schulung ist nur als Ergänzung zu einem Basis-Schulungsprogramm Typ 1 und Typ 2 Diabetes durchführbar. Die Schulungsleistung ist am Behandlungstag nicht abrechnungsfähig neben den Ziffern 03355 und 13360 des EBM.

# REGIONALE KV-REGELUNGEN

AB 01. APRIL 2025

Patienten mit Typ 1-Diabetes		
Ziffer	Beschreibung	Wert
	<b>SPECTRUM Schulungs- und Behandlungsprogramm zur kontinuierlichen Glukosemessung (CGM) für erwachsene Patienten mit Diabetes Typ 1</b>	
<b>91134</b>	6 UE in Gruppen von zwei bis zu maximal fünf Patienten	<b>29,00 €</b>
<b>91134E</b>	Einzelschulungen	<b>29,00 €</b>
<b>91134N</b>	Nachschulungen	<b>29,00 €</b>
<b>91134W</b>	Wiederholungsschulungen	<b>29,00 €</b>
<b>91135</b>	<b>Patienten-Schulungsmaterial</b>	<b>9,90 €</b>

Patienten mit Typ 2-Diabetes		
Ziffer	Beschreibung	Wert
	<b>SPECTRUM Schulungs- und Behandlungsprogramm zur kontinuierlichen Glukosemessung (CGM) für erwachsene Patienten mit Diabetes Typ 2</b>	
<b>90354</b>	6 UE in Gruppen von zwei bis zu maximal fünf Patienten	<b>29,00 €</b>
<b>90354E</b>	Einzelschulungen	<b>29,00 €</b>
<b>90354N</b>	Nachschulungen	<b>29,00 €</b>
<b>90354W</b>	Wiederholungsschulungen	<b>29,00 €</b>
<b>90355</b>	<b>Patienten-Schulungsmaterial</b>	<b>9,90 €</b>

Quelle: [www.kvwl.de/fileadmin/user\\_upload/pdf/Mitglieder/Service/Mediathek/KVWL\\_kompakt\\_Februar\\_2025\\_RZ\\_\\_\\_praxis\\_intern.pdf](http://www.kvwl.de/fileadmin/user_upload/pdf/Mitglieder/Service/Mediathek/KVWL_kompakt_Februar_2025_RZ___praxis_intern.pdf)



# REGIONALE HZV-REGELUNGEN

AB 01. APRIL 2025

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



neue Leistungen



Erhöhung der Vergütung




entfallene Einzelleistungen

Baden-  
Württemberg

## Vertrag EK

Rückwirkend zum 01.01.2025 wurde die P1, P2 und die Vertreterpauschale erhöht.

Leistung	Alt	Neu
 P1	65,00 €	<b>68,00 €</b>
P2	40,00 €	<b>43,00 €</b>
<b>Vertreterpauschale</b>	17,50 €	<b>24,00 €</b>

## Vertrag BKK VAG

Der Vertrag BKK VAG wurde in **BKK LV Süd** umbenannt.



# REGIONALE HZV-REGELUNGEN

AB 01. APRIL 2025

Baden-  
Württemberg

## Vertrag LKK

Rückwirkend zum 01.01.2025 wurde die P1, P2, Vertreterpauschale, Zielauftrag und der VERAH-Zuschlag erhöht. Zudem wird die Anstellung von nichtärztlichem Praxispersonals mit akademischer Ausbildung vergütet. Der Vertrag wurde in SVLFG umbenannt.

Leistung		Alt	Neu
	<b>P1a</b>	60,00 €	<b>65,00 €</b>
	<b>P1b</b>	70,00 €	<b>75,00 €</b>
	<b>P2a</b>	40,00 €	<b>45,00 €</b>
	<b>P2b</b>	45,00 €	<b>50,00 €</b>
	<b>Vertreterpauschale</b>	40,00 €	<b>45,00 €</b>
	<b>Zielauftrag</b>	17,50 €	<b>20,00 €</b>
	<b>VERAH-Zuschlag</b>	5,00 €	<b>12,00 €</b>
	<b>Zuschlag für nichtärztliche Heilberufe</b>		
	für volle Stelle auf P1	./.	<b>10,00 €</b>
	für 075-Stelle auf P1	./.	<b>7,50 €</b>
	für 0,5-Stelle auf P1	./.	<b>5,00 €</b>

# REGIONALE HZV-REGELUNGEN

AB 01. APRIL 2025

Hessen

## Vertrag spectrumK, BKK GWQ

Aufnahme der RSV-Impfung in den Ziffernkranz. Somit wird die 89137 und 89138 ab dem 2. Quartal 2025 über die HzV dokumentiert.

## Vertrag BKK VAG

Der Vertrag BKK VAG wurde in BKK LV Süd umbenannt.

Nordrhein

## Vertrag spectrumK, BKK GWQ

Aufnahme der RSV-Impfung in den Ziffernkranz. Somit wird die 89137 und 89138 ab dem 2. Quartal 2025 über die HzV dokumentiert.

Westfalen-  
Lippe

## Vertrag spectrumK, BKK GWQ

Aufnahme der RSV-Impfung in den Ziffernkranz. Somit wird die 89137 und 89138 ab dem 2. Quartal 2025 über die HzV dokumentiert.



HERAUSGEBER  
AAC PRAXISBERATUNG AG  
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-ag.de

REDAKTIONELLE MITARBEIT  
Tamara Nüske  
Marion Beck  
Julia Busse

DRUCK  
MG-Print, Herford

LAYOUT  
Olaf Brandmeyer, Bünde

MAGAZIN ALS PDF  
[www.aac-ag.de/magazin](http://www.aac-ag.de/magazin)

BILDNACHWEISE  
Seite 1 auf Basis © Yellow duck - stock.adobe.com  
Seite 6 © spreephoto - stock.adobe.com  
Seite 13 © Gorodenkoff - stock.adobe.com  
Seite 20 © nenetus - stock.adobe.com  
Seite 27 © MIND AND I - stock.adobe.com  
Seite 33 © Dragana Gordic - stock.adobe.com  
Seite 37 © Sea - stock.adobe.com  
Seite 40 auf Basis © Elena Butusova - stock.adobe.com

© 2025 AAC PRAXISBERATUNG AG  
Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit  
schriftlicher Genehmigung des Herausgebers.

411-20250414



# AAC AG

PRAXISBERATUNG



AAC PRAXISBERATUNG AG Am Treptower Park 75 12435 Berlin

Telefon 030 · 22 44 523 0 Fax 030 · 22 44 523 33 E-Mail [info@aac-ag.de](mailto:info@aac-ag.de)

[AAC-AG.DE](http://AAC-AG.DE)

