

AAC

Magazin



NEUES ZU ABRECHNUNG UND HONORAR AUF EINEN BLICK

AUSGABE 26 – Q3 2025

VORWORT.....	3
IN EIGENER SACHE	
GVSG-CHECK.....	4
FORTBILDUNGEN	8
NEUES AUS DER GESUNDHEITSPOLITIK	10
ABRECHNUNG UND HONORAR.....	17
REGIONALE KV-REGELUNGEN	28
REGIONALE HZV-REGELUNGEN	40
ABRECHNUNGSTIPPS FÜR DIE PRIVATABRECHNUNG.....	47
IMPRESSUM	50

WILLKOMMEN

KUNDENMAGAZIN DER AAC PRAXISBERATUNG AG

Sehr geehrte Frau Doktor,
sehr geehrter Herr Doktor,

die neue Bundesregierung ist im Amt. Nina Warken hat das Amt von Karl Lauterbach als Bundesgesundheitsministerin übernommen. Die Neustarterin in der Gesundheitspolitik sieht sich mit einem riesigen Berg an Problemen konfrontiert. Der Handlungsdruck ist gewaltig – der dringende Finanzbedarf der Krankenkassen, Notfall- und Krankenhausreform sowie die bessere Steuerung der Patienten im Gesundheitssystem durch ein Primärärztsystem.

Für den ambulanten Bereich dürften von der Reformagenda in diesem Jahr keine Auswirkungen spürbar werden. Hier stehen in Q4 noch aus der Amtszeit der alten Bundesregierung für alle Ärzte die verbindliche Einführung der ePA, sowie im hausärztlichen Bereich der erste Teil der Umsetzung des Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetzes (GVSG) mit der Entbudgetierung der hausärztlichen Leistungen sowie der neuen Vorhaltepauschale zur Umsetzung an. Der zweite Teil mit der Einführung der neuen Versorgungspauschale folgt dann 2026.

Wir wollen unsere hausärztlichen Kunden optimal bei der Umsetzung der Neuregelungen unterstützen und haben einen sog. **GVSG-Check** in Vorbereitung. Nähere Informationen finden Sie auf Seite 4.

In diesem Zusammenhang möchten wir Ihnen auch unsere beiden **Webinare** zum Thema ans Herz legen. Wir erklären Ihnen hier genau wie die neuen Pauschalen funktionieren und wie Sie umsatzmäßig optimal und ohne Prüftrisiken von der Entbudgetierung profitieren.

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

GVSG-CHECK

UMSETZUNG IN DER PRAXIS



Einführung

Jetzt wird es langsam ernst. Ab Q4 2025 wird der erste Teil des Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetzes (GVSG) für die Hausarztpraxen Realität. In einem der patientenstärksten Quartale des Jahres stehen

- die **Entbudgetierung** der hausärztlichen Leistungen sowie der Hausbesuche
- die komplett neu definierte und an Kriterien gekoppelte **Vorhaltepauschale**

zur Umsetzung an. Ebenso wird in Q4 2025 die Umsetzung der ePA für alle Ärzte und Psychotherapeuten verpflichtend.

2026 folgt dann der zweite Teil der Umsetzung

- mit der Neuordnung der Versorgung der Chroniker durch die **Versorgungspauschale**.



Relevanz der Bedeutung einer guten Vorbereitung

- Das Gesetz regelt durch die beiden Pauschalen einen Bereich, der bis zu **40 % des Honorars** einer Hausarztpraxis ausmacht. Es geht also um viel Geld.
- Die Ausgestaltung der beiden neuen Pauschalen ist hochkomplex.
- Die Selektion der geeigneten Patientenprofile für die neue Versorgungspauschale ist mit den Bordmitteln des Praxisverwaltungsprogramms kaum zu leisten.

Wie immer im Leben gilt – eine **gute Vorbereitung** ist die halbe Miete für eine **erfolgreiche Umsetzung**.



Sind Sie „GVSG-ready“?

Deshalb haben wir den **GVSG-Check** konzipiert. Wir zeigen Ihnen, wie Sie und Ihr Praxisteam das GVSG erfolgreich meistern.



Wenn Sie bei mindestens einem Thema **Unterstützungsbedarf** haben, melden Sie sich am besten gleich an. Wir zeigen Ihnen dann Schritt für Schritt wie die erfolgreiche Umsetzung gelingen kann.

www.aac-ag.de/service/gvsg-check

GVSG-CHECK

UMSETZUNG IN DER PRAXIS

1.

ENTBUDGETIERUNG

Die Leistungen des **hausärztlichen Kapitels** des EBM sowie die **Hausbesuche** werden bundesweit ab Q4 2025 voll vergütet. In der Mehrzahl der KV-Bereiche werden aktuell budgetüberschreitende Leistungen nur quotiert, d. h. anteilig vergütet. Gerade leistungsstarke Praxen werden in diesen KVn von der Entbudgetierung profitieren.

Eine Reihe von Leistungen, u. a. Ultraschall, Psychosomatik, Allergologie, schmerztherapeutische Leistungen etc. verbleibt im Budget (s. Seite 17–18). Wie stark diese Leistungen künftig budgetiert werden, bleibt offen.

Sie fragen sich vielleicht:

- Ich bin mir nicht sicher, wie hoch in meiner Praxis der Umsatzanteil derjenigen Leistungen ist, die auch in Zukunft ins Budget fallen, also nur quotiert vergütet werden.
- Ich würde gerne wissen, ob ich dann durch die wahrscheinliche Absenkung der Vergütung dieser Leistungen **Umsatzverluste** erleide.
- Im Falle von Mindereinnahmen durch eine stärkere Budgetierung dieser Leistungen habe ich noch kein klares Konzept, wie ich den **Honorarausfall** dauerhaft **kompensieren** kann.
- Falls ich in Zukunft mehr Leistungen erbringe, würde ich gerne noch genauer wissen, auf welche Punkte ich dann achten muss, um mich keinem erhöhten Risiko von **Prüfungen** auszusetzen.

2.

VORHALTEPAUSCHALE

Die neue **Vorhaltepauschale** soll an bestimmte Leistungen gekoppelt werden, die hausärztliche Kernleistungen darstellen. Dazu sollen u. a. die geriatrischen und palliativmedizinischen Leistungen, Hausbesuche, eine Mindestzahl zu versorgender Patienten, Impfungen, die Pflege der ePA/des eMedikationsplans sowie „geeignete Praxisöffnungszeiten“ zählen. Die Vergütung soll in drei verschiedenen Stufen erfolgen.

Sie überlegen sich:

- Ich kann das **Stufenmodell**, die einzelnen **Komponenten** und ihre jeweiligen **Definitionen** der neuen Vorhaltepauschale und die Bedeutung für meine Praxis noch nicht sicher einschätzen.
- Ich kann den **finanziellen Effekt** der neuen Vorhaltepauschale im Vergleich zur bisherigen Ziffer 03040 in meiner Praxiskonstellation auf den Praxisumsatz kaum abschätzen.
- Im Falle von **Mindereinnahmen** durch die neue Vorhaltepauschale habe ich noch kein klares **Konzept**, wie ich den **Honorarausfall** dauerhaft **kompensieren** kann.

GVSG-CHECK

UMSETZUNG IN DER PRAXIS

3.

VERSORGUNGSPAUSCHALE

Die neue **Versorgungspauschale** wird für zwei, maximal vier Quartale angesetzt und ersetzt die Versichertenpauschale sowie die Chronikerpauschale(n). Sie ist also eine Ergänzung bzw. Erweiterung der bisherigen Chronikerversorgung. Die Versorgungspauschale kommt nur für eine exakt definierte **Subgruppe** an Patienten in Frage:

- chronisch kranke Patienten ab 18 Jahren
- kontinuierliche Versorgung mit einem Arzneimittel
- Behandlung einer Erkrankung ohne Notwendigkeit einer intensiven Betreuung

Mit der neuen Pauschale sind alle Leistungen zur Versorgung der Erkrankung unabhängig von der Anzahl der Kontakte abgegolten.

Auch wenn es zur Einführung der Versorgungspauschale noch ca. 2 Quartale dauert, erfordert dieser Teil die intensivste Vorbereitung. Viele würden wahrscheinlich den folgenden Aussagen zustimmen:

Patientenselektion

- Ich habe zur **Kontakthäufigkeit** in Verbindung mit der Anzahl der **qualifizierenden Diagnosen** meiner **chronisch kranken Patienten** keinen fundierten Überblick. Ich könnte daher nur unter Aufwand auswerten, welcher meiner Patienten in den letzten vier Quartalen ein-, zwei, drei oder vier Quartale stratifiziert nach der Anzahl der Diagnosen in der Praxis betreut wurde.

Patientenselektion Mono-Chroniker

Ich habe keinen Überblick, welche Patienten nur **eine chronische Behandlungsdiagnose** haben und

- **regelmäßig**, d. h. jedes Quartal oder fast jedes Quartal, in der Praxis in Behandlung waren, d. h. es sind Patienten mit hoher Betreuungsintensität
 - Chronikerpauschale(n) abgerechnet oder abrechnungsfähig
- nur **unregelmäßig** gekommen sind
 - Patienten mit niedriger Betreuungsintensität,
 - Chronikerpauschale bisher nicht abrechnungsfähig, in Zukunft aber die Versorgungspauschale abrechenbar

GVSG-CHECK

UMSETZUNG IN DER PRAXIS



Anmeldung zu GVSG-Check

Hier geht's zur Online-Anmeldung für Ihren GVSG-Check:

www.aac-ag.de/service/gvsg-check

Holen Sie sich die Antworten, damit Sie ab Q4 2025 gut vorbereitet und „GVSG-ready“ starten können!



FORTBILDUNG

PRAXISWISSEN GVSG

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

PRAXISWISSEN GVSG

- ➔ Freitag, den 19.09.2025 um 15:00 Uhr
- ➔ Freitag, den 10.10.2025 um 15:00 Uhr

Hier geht es um die neue **Vorhaltepauschale**, die quartalsübergreifende **Versorgungspauschale** und die **Entbudgetierung** der hausärztlichen Leistungen. Allein der Beschluss des Bewertungsausschusses zur Entbudgetierung umfasst mehr als 30 Seiten. Wir Deutschen können anscheinend nur kompliziert ...

Egal. Wir „übersetzen“ Ihnen die Beschlüsse, die ab Q4 2025 greifen. Schritt für Schritt. In verständlichem deutsch, ohne Paragraphen.



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

- Welche Leistungen/Faktoren sind für die neue **Vorhaltepauschale** ausschlaggebend?
- Welche Praxen sind gefährdet, Umsatzeinbußen zu erleiden – und wie kann man gegensteuern?
- Welche Patienten kommen für die neue **Versorgungspauschale** infrage?
- Wie identifiziere ich diese Patienten?
- Bei welchen Patienten fahre ich mit der bisherigen Chronikerpauschale besser?
- Wie wird sich durch die neue Pauschale das Chroniker-Management verändern?
- Wie muss ich meine Praxis aufstellen, damit ich von der **Entbudgetierung** optimal profitiere?
- Gibt es Prüfungsrisiken und wie beuge ich diesen am besten vor?



Die Teilnahme an den Veranstaltungen ist kostenfrei möglich.

Ein Handout wird auf Wunsch zur Verfügung gestellt.

Hier geht's zu den Anmeldungen: www.aac-ag.de/fortbildung





NEUES AUS DER GESUNDHEITSPOLITIK

Klares Votum für neue GOÄ

Die neue Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) ist verabschiedet. Die Delegierten des 129. Deutschen Ärztetags stellten sich mit deutlicher Mehrheit (212 Ja-Stimmen bei 19 Nein-Stimmen) hinter den Entwurf von der Bundesärztekammer (BÄK), dem Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV-Verband) und der Beihilfe. Die BÄK hatte im Vorfeld einen umfangreichen Beitrag im Deutschen Ärzteblatt zu der Zielsetzung, Hintergründen und den Fragen zur neuen GOÄ publiziert und um Zustimmung geworben:



www.aerzteblatt.de/archiv/pdf/d020d6eb-eadb-4e73-8de4-d4b4cf84c6c6

Damit kommen die über zehnjährigen Arbeiten der BÄK für eine neue GOÄ zu einem vorläufigen Abschluss. Jetzt ist das Ministerium am Zug, den parlamentarischen Prozess, der letztendlich in einen Beschluss des Deutschen Bundestages münden muss, anzustoßen. Das Bundesgesundheitsministerium (BMG) wird deshalb nun in die notwendige Abstimmung mit dem Bundesinnenministerium sowie mit den Finanzministern der 16 Bundesländer gehen. Deren Positionierung zur neuen GOÄ ist noch offen.

BMG bestätigt – die Garantie für Facharzttermine kommt

Bundesgesundheitsministerin Nina Warken (CDU) plant, die im Koalitionsvertrag vereinbarte Termingarantie für fachärztliche Behandlungen Realität werden zu lassen. Diese soll im Rahmen des ebenfalls geplanten Primärarztsystems umgesetzt werden.

Eine wesentliche Zielsetzung des Primärarztsystems ist, lange Wartezeiten für Versicherte auf fachärztliche Termine zu reduzieren. Vorgesehen sind in diesem Rahmen explizit eine Termingarantie und ein „passgenauerer Zugang“ zu Fachärzten je nach medizinischer Notwendigkeit und Dringlichkeit.

Bei der Ausgestaltung des Primärarztsystems sieht das BMG jedoch noch einige Hürden. Steuerung ist aufwändig und verlangt Kapazitäten. Auf dem Hintergrund der steigenden Inanspruchnahme und der absehbar weiter sinkenden Zahl der Hausarztpraxen wird es ohne flankierende Maßnahmen zu Problemen bei der Umsetzung kommen.

Laut Einschätzung des BMG muss eine deutliche Entlastung durch Bürokratieabbau erfolgen. Auch die Steuerung von Patienten über die 116 117 muss weiter ausgebaut und Telemedizin verstärkt genutzt werden.

NEUES AUS DER GESUNDHEITSPOLITIK

Primärarztssystem – ganz dicke Bretter

Das BMG plant, das Primärarztssystem gemeinsam mit der Ärzteschaft zu entwickeln. Dabei gehe Sorgfalt vor Schnelligkeit. Damit dämpft die Ministerin bereits die Erwartungen einer schnellen Einführung eines Primärarzt-systems. Ihr dürfte bewusst geworden sein, welche dicken Bretter hier zu bohren sind bzw. Interessengruppen mitreden werden. Grundsätzlich sind mit der Einführung eines Primärarzt-systems auch alle gesetzlich versicherten Bürger mit betroffen. Und das sind viele Wähler, die zwar über ggf. lange Wartezeiten auf einen Facharzttermin schimpfen, aber ansonsten in Befragungen wenig Bereitschaft zeigten, sich hinsichtlich der freien Arztwahl einschränken zu lassen.

Auf der Liste der anstehenden Gesetzesvorhaben des BMG taucht das Primärarztssystem an letzter Stelle und ohne Datum auf. Dies bedeutet, dass in diesem und auch im nächsten Jahr in der ambulanten Versorgung bei diesem Thema alles beim Alten bleibt.

Bundesjustizministerium soll Regelungen für Terminausfallpauschalen auf den Prüfstand stellen

Wenn Terminvereinbarungen unentschuldigt nicht wahrgenommen werden, ist das für Ärzte und Therapeuten ein Ärgernis und manch eine Praxis denkt über Gebühren nach. Die Justizministerkonferenz der Länder hat nun das Bundesministerium für Justiz und Verbraucherschutz (BMJV) beauftragt, den bestehenden Rechtsrahmen für Terminausfallpauschalen zu prüfen.

Es soll geprüft werden, ob und gegebenenfalls in welchem Umfang Änderungen und Ergänzungen der gesetzlichen Regelungen nötig seien, um Rechtssicherheit sowohl für „Verwendende entsprechender Klauseln als auch für Verbraucherinnen und Verbraucher sicherzustellen“, heißt es in einem Beschluss der Justizministerkonferenz mit dem Titel „Gesetzliche Regelung zu No-Show-Klauseln/Terminausfallpauschalen“.

Hinweis

Die Prüfung ist sinnvoll und überfällig, da das Thema „no shows“ im Zusammenhang mit der Einführung eines Primärarzt-systems und einer Garantie für Facharzttermine gesehen werden muss. Viele Praxen kämpfen mit „no shows“ und auch eine Überprüfung der KV Bremen der über die Terminservicestellen vermittelten Termine ergab, dass etwa jeder fünfte bis vierte Termin nicht wahrgenommen wurde. Ein verantwortungsvoller Umgang mit dem knappen Gut „Arzttermine“ sieht anders aus.



www.justiz.nrw.de/sites/default/files/2025-06/TOP I.27 - No-Show Klauseln Terminausfallpauschalen.pdf

NEUES AUS DER GESUNDHEITSPOLITIK

HINWEISE ZUR ERSTBEFÜLLUNG DER ePA

Voraussetzung für die Erstbefüllung ist, dass die elektronische Patientenakte (ePA) noch kein Dokument enthält, das ein anderer Arzt, Zahnarzt oder Psychotherapeut in einer Praxis oder im Krankenhaus eingestellt hat. Lädt die Praxis in diesem Fall nun einen Arztbrief oder Befundbericht aus der aktuellen Behandlung in die ePA, kann sie die Ziffer 01648 im Wert von 11,03 € für die Erstbefüllung der Akte abrechnen. Der Bewertungsausschuss hat die Prüffrist für die bestehenden ePA-Leistungen um ein Quartal bis Ende September verschoben. Mögliche Anpassungen können daher mit Wirkung zum 1. Oktober 2025 beschlossen werden.

Die ePA-Erstbefüllung erfordert, dass die Daten explizit von der Praxis in die ePA hochgeladen werden. Das Ausstellen eines eRezepts und das anschließende automatische Hochladen der Verordnungsdaten in die elektronische Medikationsliste (eML) der ePA gilt daher nicht als ePA-Erstbefüllung.

Finden Praxen in der ePA der Patientin oder des Patienten entsprechend nur die eML sowie die Abrechnungsdaten und weitere Dokumente der Krankenkasse oder vom Versicherten selbst hochgeladene Dokumente, gilt die ePA im Sinne der Erstbefüllung noch nicht als befüllt.

Mutterschutz nach Fehlgeburt erfordert eine ärztliche Bescheinigung

Frauen steht ab sofort nach einer Fehlgeburt ab der 13. Schwangerschaftswoche Mutterschutz zu. Eine entsprechende Gesetzesänderung ist zum 1. Juni in Kraft getreten (s. Beitrag Magazin Ausgabe Q2 2025). Für den Mutterschutz bei einer Fehlgeburt ab der 13. Schwangerschaftswoche ist eine ärztliche Bescheinigung erforderlich. Das dazu erforderliche Formular gilt übergangsweise bis zum 31.12.2025 und kann auf der Homepage der KBV heruntergeladen werden:



www.kbv.de/media/sp/Bescheinigung_Fehlgeburt.pdf

NEUES AUS DER GESUNDHEITSPOLITIK

Klarstellung – Überweisungen sind quartalsübergreifend gültig

In vielen Praxen spielen sich jedes Quartal die gleichen Szenen ab:

Der Patient erhält eine Überweisung. Die Behandlung in der annehmenden Praxis zieht sich aber bis ins Folgequartal. Häufig wird dann für das Folgequartal „zur Sicherheit“ eine erneute Überweisung vom Patienten gebracht oder von der versorgenden Praxis eingefordert.

Die KBV hat nun noch einmal klargestellt, wie der Umgang mit Überweisungen geregelt ist. Ziel ist es, Missverständnisse zu vermeiden, Bürokratie zu reduzieren und die Versorgung effizient zu gestalten.

Quartalsübergreifende Gültigkeit

Es ist keine neue Überweisung für die Behandlung im Folgequartal/in Folgequartalen auszustellen:

- Liegt der Behandlungsbeginn erst im Folgequartal nach Ausstellung der Überweisung, benötigt der Patient keine neue Überweisung.
- Beginnt die Behandlung im Ausstellungsquartal der Überweisung, wird aber erst im Folgequartal abgeschlossen, behält die Überweisung ihre Gültigkeit.
- Dies trifft auch dann zu, sollte die Behandlung bis ins übernächste Quartal oder länger andauern. Die Überweisung ist für den gesamten vom Überweiser definierten Behandlungsauftrag mit der erforderlichen Behandlungsdauer gültig.



www.kbv.de/media/sp/Praxisinformation_Ueberweisungen.pdf

NEUES AUS DER GESUNDHEITSPOLITIK

Muster für Einwilligungserklärung genetischer Untersuchungen steht bereit

Der Gesetzgeber hat vor der Speicherung von Ergebnissen genetischer Untersuchungen in der elektronischen Patientenakte (ePA) eine explizite schriftliche oder elektronische Zustimmung zur Voraussetzung gemacht. Andernfalls darf keine Speicherung erfolgen. Die KBV hat jetzt für solche Fälle eine entsprechende Einwilligungserklärung zur Verfügung gestellt. Diese wird in der Patientendokumentation abgelegt.

Weitere Informationspflichten

Ergebnisse genetischer Untersuchungen oder Analysen gehören zu den Daten, die Praxen einstellen müssen, sofern der Patient nicht widerspricht. Das Besondere hierbei ist, dass der Patient explizit einwilligen muss. Andernfalls darf die Praxis das Ergebnis nicht einstellen.

Bei Befunden, die ein Risiko von Diskriminierung oder Stigmatisierung bei Bekanntwerden beinhalten – insbesondere bei sexuell übertragbaren Infektionen, psychischen Erkrankungen und Schwangerschaftsabbrüchen gelten ebenfalls besondere Informationspflichten.

In diesen Fällen werden Patienten auf ihr Widerspruchsrecht hingewiesen. Dies kann mündlich oder per Aushang erfolgen. Eine schriftliche oder digitale Einwilligung ist nicht erforderlich.

In allen anderen Fällen sind Ärzte und Psychotherapeuten nur verpflichtet, ihre Patienten darüber zu informieren, welche Daten sie im Rahmen ihrer gesetzlichen Verpflichtung in die ePA einstellen, zum Beispiel Arztbriefe und Befundberichte. Dies kann ebenfalls mündlich oder per Aushang erfolgen. Widerspricht ein Patient der Speicherung, wird dies in der Behandlungsdokumentation dokumentiert.

www.kbv.de/media/sp/ePA_Einwilligungserklaerung_genetische_Untersuchungen_Muster.docx



Außerklinische Intensivpflege – Neuregelung der Potentialerhebung

In Deutschland leben ca. 20.000 Patienten, die im Rahmen der außerklinischen Intensivpflege (AKI) betreut werden. Seit 2023 wird durch eine ärztliche Erhebung das Potential zur Entwöhnung von einer Beatmung oder für eine Dekanülierung erhoben. Der G-BA hat jetzt festgelegt, wie die Potentialerhebung ab Q3 2025 nach dem Auslaufen der Übergangsregelungen erfolgen soll.

NEUES AUS DER GESUNDHEITSPOLITIK

Regelung für Bestandsfälle

Ab 1. Juli gilt für GKV-Bestandspatienten, dass bei ihnen eine Potentialerhebung vor jeder ärztlichen Verordnung nicht verpflichtend erforderlich durchzuführen ist. Eine Potentialerhebung kann aber z. B. anlassbezogen werden, wenn es klinische Hinweise auf ein Entwöhnungs- bzw. Dekanülierungspotential gibt. Die Ziffer 37710 – Verordnung außerklinischer Intensivpflege unter Verwendung des Vordrucks nach Muster 62 Teile B und C gemäß § 6 der AKI-RL – kann abgerechnet werden.

Durch die regelmäßige Begutachtung der Patienten durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen können sich auch Hinweise auf ein Potential zur Beatmungsentwöhnung oder Dekanülierung oder zur Therapieoptimierung ergeben. In diesem Fall wird die Krankenkasse den verordnenden Arzt darüber informieren, damit die notwendigen Maßnahmen eingeleitet werden können.

Regelungen für Neupatienten

Bei allen GKV-Neupatienten, die ab dem 1. Juli 2025 neu in der außerklinischen Intensivpflege versorgt werden, müssen die verordnenden Ärzte vor jeder Verordnung prüfen, ob das Entwöhnungspotential zu erheben oder zu veranlassen ist.

Bei Aussicht auf Entwöhnung/Dekanülierung und Abrechnung der Ziffer 37710

- regelmäßige Durchführung der Potentialerhebung alle 6 Monate, nicht älter als drei Monate bei einer Verordnung

Entwöhnung/Dekanülierung dauerhaft nicht möglich

- regelmäßige Durchführung der Potentialerhebung alle 12 Monate, nicht älter als sechs Monate bei einer Verordnung

Keine Aussicht auf eine Verbesserung

- Verzicht auf weitere Potentialerhebung, wenn über zwei Jahre bei mindestens zwei persönlich durchgeführten Potentialerhebungen keine Aussicht auf eine klinische Verbesserung besteht.

Hinweis

- Für die Suche qualifizierter Ärzte kann die Arztsuche der KBV genutzt werden.
- Die KBV hält zudem umfangreiches thematisch gut aufbereitetes Informationsmaterial bereit.



www.g-ba.de/richtlinien/123/



www.kbv.de/html/1150_75050



www.kbv.de/html/1150_75278

ERNEUTE ÄNDERUNG

VIDEOSPRECHSTUNDE

jetzt einheitliche Obergrenze für bekannte und unbekannte Patienten

Nach einer Intervention aus dem BMG – vorgetragen als Bitte – wird die Obergrenze für unbekannte Patienten rückwirkend zum 1. April 2025 deutlich angehoben. Für die Behandlung unbekannter und bekannter Patienten ausschließlich per Videosprechstunde gelten jetzt **identische Obergrenzen** von **50 %**. Es ist somit egal, ob die Patienten in der Praxis bekannt oder unbekannt sind.

Damit ist auch der Bezugsrahmen für die Kalkulation der Gesamtmenge unbekannter Patienten aufgehoben. Nach der erst unlängst eingeführten Regelung durften nur 30 % der unbekannt Patienten einer Praxis ohne Praxisbesuch in diesem Quartal über eine Videosprechstunde behandelt werden. Jetzt gilt einheitlich, dass sich die Obergrenze für beide Patientengruppen auf die Behandlungsfälle der Praxis bezieht.

Die neue Zuschlagsziffer 01452 gilt weiterhin ausschließlich für bekannte Patienten.

**Hinweis**

Die Neuregelung ist pragmatisch und flexibel. Sie bietet mehr Möglichkeiten für die Versorgung unbekannter Patienten mittels Videosprechstunde. Außerdem ist mit der Vereinheitlichung die Kontrolle für die Einhaltung der Regeln für Praxen und KVn einfacher.

Quelle: www.kbv.de/praxis/tools-und-services/praxisnachrichten/2025/07-17/einheitliche-obergrenze-fuer-alle-mehr-videosprechstunden-jetzt-auch-fuer-unbekannte-patienten-moeglich

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.

Hausärzte

Entbudgetierung beschlossen

Das Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz (GVSG) hat die Grundlage für die Entbudgetierung der hausärztlichen Leistungen geschaffen. Ab dem 1. Oktober 2025 werden Leistungen in der allgemeinen hausärztlichen Versorgung vollständig vergütet. Laut dem Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses betrifft das sämtliche Leistungen des EBM-Kapitels 3 sowie Hausbesuche des Kapitels 1.4 mit den Ziffern 01410 bis 01413 und 01415.

Der Gesetzgeber hat bestimmt, dass für die entbudgetierten Leistungen ein neuer Honorartopf, die sogenannte Hausarzt-MGV, gebildet wird. Für die Hausarzt-MGV werden die folgenden Leistungen des Hausarztkapitels nicht berücksichtigt, da sie bereits jetzt voll vergütet werden:

- 03008 - Hausarztvermittlungsfall
- 03011 bis 03015 - Terminvermittlungszuschläge
- 03222 - Medikationsplan
- 03325, 03326 - Telemedizinmonitoring
- 03355 - Echtzeitglukosemessung

Sollten die Hausärzte mehr Leistungen abrechnen und die Geldmenge nicht ausreichen, müssen die Krankenkassen nachfinanzieren.

ABRECHNUNG UND HONORAR

Nach wie vor im Budget verbleiben die folgenden Leistungen bzw. Leistungsbereiche:

- 01100 bis 01102 - Inanspruchnahme zu „Unzeiten“ bzw. im Rahmen einer Samstagssprechstunde
- 01430 - Verwaltungskomplex
- 01435 - Haus-/Fachärztliche Bereitschaftspauschale
- 01600 ff. (ohne Nr. 01613) - Berichte, Stellungnahmen
- 02300 ff. - Kleinchirurgie
- 30200 und 30201 - Manuelle Medizin
- 35100 und 35110 - psychosomatische Grundversorgung
- EBM-Abschnitt 30.7 (Schmerztherapie) - insbesondere Akupunktur
- EBM-Kapitel 33 (Sonografie) - insbesondere Schilddrüsen und Abdomen
- EBM-Kapitel 40 - Kostenpauschalen

Wie stark diese Leistungen künftig budgetiert werden, bleibt offen. Laut ersten Berechnungen der KV Berlin entfallen auf die genannten Leistungen nur ca. 4,5 % des hausärztlichen Honorars.

Berechnung der Hausarzt-MGV

Mittlerweile steht immerhin ein Fahrplan fest, wie die Hausarzt-MGV für die Quartale 4/2025 bis 4/2026 berechnet werden soll. Die KVn sollen die Abrechnungsdaten aus dem Jahr 2023 an das Institut des Bewertungsausschusses zur Prüfung liefern. Dieser gibt danach die Daten frei. Sie bilden die Basis für die regional zu verhandelnde Hausarzt-MGV. Kommt bis zum 12. September 2025 keine Einigung zustande, muss das Schiedsamt entscheiden. Erst danach haben die Hausärzte Gewissheit, wieviel Geld im Topf für die Vergütung der nicht entbudgetierten Leistungen bleibt.

Finanzierung der Sicherstellungsmaßnahmen künftig nur durch Hausärzte?

Offen bleibt jedoch, wie die Finanzierung der Sicherstellungsmaßnahmen künftig geregelt werden soll. Unter diese Maßnahmen fallen u. a. die Förderung von Aus- und Weiterbildung, Investitionskosten bei Neuniederlassung. Über diesen Topf werden auch die Terminservicestellen finanziert.

Das GVSG enthält hier eine Regelungslücke. Der Erweiterte Bewertungsausschuss folgte in seinem Beschluss den Krankenkassen. Damit sollen die Hausärzte die gesetzlich vorgeschriebenen Sicherstellungsmaßnahmen über einen Honorarabzug finanzieren. Die KBV befürchtet deshalb Honorarkürzungen und fordert eine schnelle gesetzliche Klarstellung.

ABRECHNUNG UND HONORAR

Kinderärzte

Hausbesuche von Kinderärzten werden voll vergütet

Ebenfalls zum 1. Oktober 2025 werden Hausbesuche mit den Ziffern 01410 bis 01413 und 01415 voll vergütet. Diese Klarstellung erfolgte im GVSG, da man die Hausbesuchsleistungen dieser Fachgruppe bei der Entbudgetierung in Q2 2023 nicht berücksichtigt hatte. Damit sind die entbudgetierten Leistungsbereiche für Haus- und Kinderärzte jetzt identisch.

Quelle: institut-ba.de/ba/babeschluesse/2025-05-20_eba85.pdf

Anpassung Technikzuschlag

Zum 1. Juli 2025 tritt eine Änderung beim Technikzuschlag, Ziffer 01450, 4.96 / 40 Punkte, je Arzt-Patienten-Kontakt im Rahmen einer Videosprechstunde oder Videofallkonferenz oder Videokonsilium in Kraft. Das Punktzahlvolumen, bis zu dem er dann abgerechnet werden kann, wird von 1.899 auf 700 Punkte abgesenkt.

Damit wird der Zuschlag zukünftig bereits bei 18 Videosprechstunden im Quartal erreicht. Als Begründung für die Absenkung nennt die KBV die gesunkenen Preise von Videodienstleistern.

Schmerz-
therapeuten

Anpassung des schmerztherapeutischen Gesprächs

Der Bewertungsausschuss hat die Beratung und Erörterung und/oder Abklärung im Rahmen der Schmerztherapie nach Ziffer 30708 hinsichtlich ihrer Arzt-Patienten-Kontaktzeit angepasst. Bei der Nebeneinanderberechnung der Gebührenordnungsposition 30708 neben der 30702 ist eine Arzt-Patienten-Kontaktzeit von mindestens 55 statt 70 Minuten Voraussetzung für die Berechnung der Ziffer 30708.

Zudem wird die Ziffer durch eine weitere Anmerkung ergänzt und damit formal an andere GOP im EBM angeglichen:

Bei der Nebeneinanderberechnung diagnostischer bzw. therapeutischer Gebührenordnungspositionen und der Ziffer 30708 ist eine mindestens 10 Minuten längere Arzt-Patienten-Kontaktzeit als in der Leistungslegende angegeben Voraussetzung für die Berechnung der Ziffer 30708.

ABRECHNUNG UND HONORAR

Anpassung der Fallwerte für den Wirtschaftlichkeitsbonus Labor

Zum 1. Januar 2025 trat der letzte Teil der Facharzt-EBM-Reform der laborärztlichen Leistungen in Kraft. Die Bewertungen der Leistungen insbesondere des Speziallabors nach Kapitel 32.3 wurde im Durchschnitt um 8 % reduziert. Jetzt wurden konsekutiv die begrenzenden Fallwerte zur Berechnung des Wirtschaftlichkeitsbonus Labor für alle Arztgruppen parallel abgesenkt. Der Beschluss des Bewertungsausschuss tritt zum 1. Juli 2025 in Kraft. Mit diesem soll erreicht werden, dass die Höhe des Wirtschaftlichkeitsbonus, den Ärzte bei wirtschaftlicher Veranlassung und Erbringung von Laborleistungen maximal erhalten können, unverändert bleibt.

Die angepassten begrenzenden Fallwerte für ausgewählte Fachgruppen sind nachfolgend dargestellt:

Fachgruppe	unterer Fallwert		oberer Fallwert	
	alt	neu	alt	neu
Allgemeinmedizin, hausärztliche Internisten, praktische Ärzte	1,60 €	1,42 €	3,80 €	3,37 €
Kinder- und Jugendmedizin	0,90 €	0,83 €	2,40 €	2,21 €
Gynäkologie	1,00 €	0,95 €	2,60 €	2,47 €
Gynäkologie, SP Endokrinologie und Reproduktionsmedizin	3,90 €	3,71 €	60,80 €	57,88 €
Internisten ohne SP	1,20 €	1,08 €	4,60 €	4,15 €
Internisten SP Endokrinologie	12,60 €	11,39 €	71,70 €	64,79 €
Internisten SP Gastroenterologie	1,60 €	1,44 €	6,30 €	5,68 €
Internisten SP Hämatologie und Onkologie	10,90 €	9,88 €	30,50 €	27,65 €
Internisten SP Kardiologie	0,30 €	0,24 €	1,50 €	1,22 €
Internisten SP Nephrologie	20,20 €	19,25 €	55,90 €	48,48 €
Internisten SP Pneumologie	0,80 €	0,72 €	5,20 €	4,68 €
Internisten SP Rheumatologie	8,40 €	7,58 €	35,30 €	31,86 €
Urologie	2,40 €	2,27 €	7,10 €	6,73 €

Quelle: www.kbv.de/media/sp/EBM_2025-07-01_BA_773_BeeG_Anpassung_WiBO_Labor.pdf

ABRECHNUNG UND HONORAR

Wichtig

Anders als in vielen ärztlichen Medien berichtet wurde, erhalten Ärzte jetzt keinen geringeren Wirtschaftlichkeitsbonus für ihre erbrachten bzw. veranlassten Laborleistungen. Die Reduktion betrifft die untere und obere Schranke, so dass bei gleichem „Verbrauch“ an Laborleistungen ein unveränderter Wirtschaftlichkeitsbonus resultiert.

Nephrologen

Kostenpauschalen für nichtärztliche Dialyseleistungen werden künftig jährlich angepasst

Die Dialysekostenpauschalen werden künftig jährlich analog zum Orientierungswert angepasst, allerdings nicht alle Pauschalen in gleicher Höhe. Anders als bei anderen Kostenpauschalen des Kapitels 40 des EBM ist eine regelhafte Anpassung notwendig, da die nichtärztlichen Dialyseleistungen sämtliche Sach- und Dienstleistungen für die Dialyse beinhalten. Dazu gehören neben der pflegerischen Betreuung der Patienten unter anderem auch die Bereitstellung der Behandlungseinrichtungen und der Geräte inklusive Reparatur und Wartung sowie die anfallenden Material- und Verbrauchskosten.

Allerdings bestand der GKV-Spitzenverband auf eine differenzierte Anpassungssystematik.

Im Bewertungsausschuss wurde jetzt der folgende Kompromiss für die jährliche Anpassung gefunden:

Anpassung zu 100 %

- Pauschalen für Kinderdialysen, Zuschläge für Infektionsdialysen und Alter sowie die zum 1. Januar 2025 neu aufgenommenen Zuschläge für Heimdialysen, Nachtdialysen und die kontinuierliche zyklische Peritonealdialyse (CCPD)

Anpassung zu 75 %

- Pauschalen für Hämodialysen und Peritonealdialysen bei Erwachsenen sowie bei den Zuschlägen für intermittierende Peritonealdialysen

ABRECHNUNG UND HONORAR

Aktualisierungen der ASV-Richtlinie

Der G-BA hat die Anlagen der Richtlinie über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV) aufgrund von Hinweisen aus der Versorgungspraxis angepasst. Der Beschluss ist zum 26. Juni 2025 in Kraft getreten.

verschiedene
Fachgruppen

Kernspintomographie mit einheitlichen Qualitätsanforderungen

Der G-BA hat die Qualifikationsanforderungen für Leistungen der Kernspintomographie vereinheitlicht. Die Nachweispflichten für den vertragsärztlichen Bereich gelten jetzt auch in der ASV.

Zusätzliche Anforderungen gelten für die Kernspintomographie der Mamma:

- Erfüllung der Voraussetzungen zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Röntgenmammographie (Ziffer 34270) und der Sonografie der Brustdrüse (Ziffer 33041) und
- jeweils selbstständige oder unter Anleitung erfolgte Durchführung und Befundung kernspintomographischer Untersuchungen der Mamma bei mindestens 200 Patientinnen mit mindestens 50 % histologisch gesicherten Befunden.

Dermatologen

ASV Kopf- oder Halstumoren Dermatologen

Dermatologen können künftig in der ASV Kopf- oder Halstumoren bei Tumoren der Haut Teil des Kernteams werden. Die Fachgruppe konnte bislang ausschließlich hinzugezogen werden.

Quelle: <https://www.g-ba.de/beschluesse/7234/>



ABRECHNUNG UND HONORAR

Augenärzte

ASV - Optische Kohärenztherapie bei Augentumoren

Ab Q3 2025 können Augenärzte bei Patienten mit Augentumoren im Rahmen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) eine optische Kohärenztherapie (OCT) als EBM-Leistung abrechnen. Die bislang verwendete Pseudoziffer entfällt. Die Abrechnung erfolgt in Zukunft über die Ziffer 50200 und die Zuschlagsziffer 50201 und wird wie alle ASV-Leistungen extrabudgetär vergütet.

Die OCT kann bisher in der vertragsärztlichen Versorgung nur bei einer neovaskulären altersbedingten Makuladegeneration oder einem Makulaödem infolge einer diabetischen Retinopathie über den EBM abgerechnet werden.

Ziffer	Beschreibung	Wert
50200	OCT am hinteren oder am vorderen Augenabschnitt bis zu viermal im Kalendervierteljahr	50,07 €
50201	Zuschlag zur 50200 - OCT des hinteren und vorderen Augenabschnittes in einer Sitzung	39,66 €

ABRECHNUNG UND HONORAR

Kardiologen,
Kinderkardiolo-
gen

Neue EBM-Leistung: Transmitter für Telemonitoring und telemedizinische Funktionsanalyse

Ab Juli können über die neue Kostenpauschale 40909 die Transmitter-Kosten abgerechnet werden. Die Geräte kommen beim Telemonitoring bei Herzinsuffizienz und der telemedizinischen Funktionsanalyse zum Einsatz. Durch die Abrechnung über den EBM wird die Kostenerstattung für Ärzte und telemedizinische Zentren vereinfacht.

Die Kostenerstattung der Transmitter durch die Krankenkassen führte immer wieder zu Problemen, insbesondere wenn die Ausstattung mit einem Transmitter erst nach Implantation des Aggregats erfolgte. In Zukunft sollen Ärzte sowie die telemedizinischen Zentren selbst Versorgungsverträge mit den Medizinprodukte-Herstellern abschließen. Auf dieser Basis statten sie ihre Patienten, die noch keinen Transmitter haben, mit einem entsprechenden Gerät aus und rechnen hierfür die neue Kostenpauschale ab.

Neue Kostenpauschale 40909

Die neue Kostenpauschale 40909 für einen erforderlichen Transmitter ist mit 396,67 € bewertet und wird extra-budgetär vergütet.

Sie kann im Zusammenhang mit der Durchführung der folgenden Leistungen der Abschnitte 4.4.1, Leistungen der Kinder-Kardiologie und 13.3.5, kardiologische Leistungen, des EBM abgerechnet werden:

- 04414 / 13574 (Telemedizinische Funktionsanalyse eines implantierten Kardioverters bzw. Defibrillators),
- 04416 / 13576 (Telemedizinische Funktionsanalyse eines implantierten Systems zur kardialen Resynchronisationstherapie (CRT-P, CRT-D)) und
- 13584 (Telemonitoring bei Herzinsuffizienz mittels kardialem Aggregat).

ABRECHNUNG UND HONORAR

verschiedene
Fachgruppen

Ab Juli neue Zuzahlungsbeträge für Heilmittel in der Arztpraxis

Arztpraxen, die Krankengymnastik, Massagetherapie und andere Heilmittel selbst durchführen und nach EBM abrechnen, müssen von ihren Patienten auch die gesetzlichen Zuzahlungsbeträge einziehen. Diese Beträge werden zum 1. Juli angehoben. Die KBV stellt als Service eine Übersicht bereit.

Grund für die Anhebung sind die höheren Preise für Heilmittel, die der GKV-Spitzenverband und die Heilmittelverbände vereinbart haben. Auf deren Basis wird die Zuzahlung von zehn Prozent der Kosten für gesetzlich Krankenversicherte berechnet. Führen Ärzte die Heilmittelbehandlung selbst durch, sind sie dazu verpflichtet den gesetzlichen Zuzahlungsbetrag von den Patienten einzuziehen.

Leistung aus EBM-Kapitel 30.4 – Physikalische Therapie und Zuzahlungsbetrag durch Versicherte		
Beschreibung	gesetzlicher Zuzahlungsbetrag pro ärztlicher Behandlung	
	seit 2. Quartal 2024	ab 3. Quartal 2025
Massagetherapie	2,03 €	2,11 €
Unterwasserdruckstrahlmassage	3,17 €	3,29 €
Atemgymnastik (Einzelbehandlung)	2,78 €	2,89 €
Atemgymnastik (Gruppenbehandlung)	1,24 €	1,29 €
Krankengymnastik (Einzelbehandlung)	2,78 €	2,89 €
Krankengymnastik (Gruppenbehandlung)	1,24 €	1,29 €

Hinweis

Liegt eine Zuzahlungsbefreiung vor, ist die entsprechende Ziffer in der Abrechnung durch die Praxis mit dem Zusatz „A“ zu kennzeichnen. Erfolgt diese Kennzeichnung nicht, zieht die KV in der Regel den entsprechenden Zuzahlungsbetrag gemäß aktueller Tabelle automatisch ab und kennzeichnet den Abzug durch die entsprechende Ziffer mit dem Zusatz „Z“.

Quelle: Anlage 2 zur Vereinbarung im Bereich Physiotherapie nach § 125 SGB V
www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/ambulante_leistungen/heilmittel/125_physio/125_physiotherapie.jsp



REGIONALE KV-REGELUNGEN

AB 01. JULI 2025

Berlin

DMP Osteoporose ab 01. Juli 2025

Es gibt in Berlin eine neue Vereinbarung zum DMP-Osteoporose für Hausärzte und Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie und Fachärzte für Orthopädie.

Zielsetzung des Vertrages ist eine indikationsabhängige und systematische Koordination der Versorgung von chronisch kranken Versicherten mit Osteoporose.

Seit dem 01. Juli 2025 können Versicherte über die Anlage 6 eingeschrieben werden.

Vertragsstart / Gültigkeit ab	01.07.2025	
Vertragsinhalt	DMP-Osteoporose	
teilnahmeberechtigte Versicherte	gesicherte Osteoporose-Diagnose	
teilnahmeberechtigte Ärzte	Hausärzte, Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie und Fachärzte für Orthopädie	
Leistungen		
Ziffer	Beschreibung	Wert
99480	Einschreibung/Erstdokumentation (je Patient; im Behandlungsfall nicht neben 99481) Information, Beratung zum DMP und Einschreibung der Versicherten, Erstellung der Erstdokumentation sowie Versand der entsprechenden Unterlagen	25,00 €
	Zuschlag zur Ersteinschreibung (99480) befristet bis 30.06.2026 (wird von der KV Berlin automatisch zugesetzt; 1 x / Patient)	5,00 €
99481	Folgedokumentation (je Patient; im Behandlungsfall nicht neben der 99480) Erstellung und Versand der Folgedokumentation der entsprechenden Unterlagen	15,00 €

REGIONALE KV-REGELUNGEN

AB 01. JULI 2025

Ziffer	Beschreibung	Wert
99482	<p>Betreuungspauschale (1 x / Behandlungsfall; nicht neben 99484)</p> <ul style="list-style-type: none">• zur Abklärung:<ul style="list-style-type: none">• von Komorbiditäten und deren Einfluss auf Therapie und mögliche Nebenwirkungen / Interaktionen (bei postmenopausalen Frauen: Frage nach Hormonersatztherapie),• weiterer Medikamente, die das Frakturrisiko erhöhen,• einer ausreichenden Kalzium- und Vitamin-D-Zufuhr über eine Anamnese,• der Therapien auf ihre Wirksamkeit,• des Grads der Erreichung vereinbarter Ziele und von Schmerzen,• Sturzprophylaxe• Motivation und Aufklärung des Patienten, insbesondere<ul style="list-style-type: none">• aktivierende Maßnahmen und deren Verstetigung,• Lebensstilmodifikation,• richtige Medikamenteneinnahme,• ggf. Absprache mit anderen Leistungserbringern zur Anpassung individueller Therapie,• ggf. Überweisung in den fachärztlichen Versorgungssektor	12,00 €
99483	<p>Sturzanamnese und Folgeabschätzung (2 x / Krankheitsfall)</p> <p>Ausführliche Sturzanamnese, Abklärung von Gleichgewichtsstörungen und Ermittlung des Sturzrisikos ggf. Durchführung verschiedener Tests:</p> <ul style="list-style-type: none">• Handkraftmessung• Tandemstand• Chair Rising Test <p>Folgeabschätzung bei Sturzneigung:</p> <ul style="list-style-type: none">• Beratung zur Reduktion des Sturzrisikos (z. B. Vermeidung von Untergewicht)• Empfehlung von Maßnahmen zur Förderung des Gleichgewichts und der Reaktionsfähigkeit sowie zur Reduktion der Angst vor Stürzen und weiteren Mobilitätseinschränkungen• Motivation zu körperlichem Training zur Förderung der Muskelkraft	6,50 € ab 01.07.26 7,00 €

REGIONALE KV-REGELUNGEN

AB 01. JULI 2025

Ziffer	Beschreibung	Wert
99484	Mitbehandlungspauschale für Fachärzte (2 x / Krankheitsfall; nicht neben 99482) Mitbehandlung von Patienten, die gemäß Anlage 19 Nummer 1.6.2 der DMP-A-RL zur Vermeidung der Progression unter Therapie sowie ggf. Untersuchung zur Abklärung einer sekundären Erkrankungsursache der Osteoporose vom koordinierenden Arzt gemäß § 3 überwiesen werden, sowie die Erstellung eines differenzier-ten Befundberichts an den überweisenden koordinierenden Arzt.	25,00 €
99486	Patientenschulung Osteoporose der Orthopädischen Gesellschaft für Osteologie (Vorläufige Zulassung unter Vorbehalt eines positiven Evaluationsergebnisses entsprechend § 4 Abs. 3 DMP-A-RL) <ul style="list-style-type: none">• 5 Unterrichtseinheiten (UE) à 60 Minuten• in Gruppen bis zu 8 Patienten	21,00 €
99487	Schulungsmaterial <ul style="list-style-type: none">• einmalig je Schulungsteilnehmer	12,90 €
99485	Zuschlag für vollständig absolvierte Schulung <ul style="list-style-type: none">• ist einmalig abrechnungsfähig mit der 5. UE, sofern Versicherter alle UE absolviert hat	10,00 €

Quelle: www.kvberlin.de/fuer-praxen/alles-fuer-den-praxisalltag/vertrage-und-recht/vertraege/dmp-osteoporose

Brandenburg

RSV und Mpox: Vergütung steht

In Brandenburg wurden die Impfungen gegen Respiratorische Synzytial-Viren (RSV) und Mpox neu in die Impfvereinbarung aufgenommen. Die RSV-Impfung wurde mit Wirkung zum 27.09.2024 aufgenommen (Dokumentationsnummern 89137 bzw. 89138) und die Impfung gegen Mpox (Dokumentationsnummern 89135A/B bzw. 89135V/W) zum 01.01.2025. Für beide Impfungen konnte für das Jahr 2025 eine Vergütung von jeweils 10,79 € vereinbart werden.

Quellen: www.kvbb.de/suche/news/meldung-default-4f8ee84e67074770cd3b59fb76df379e
www.kvbb.de/fileadmin/user_upload/downloads/Abrechnung/Symbolnummernverzeichnis_Kennzeichnung_Arzt_2025.pdf

REGIONALE KV-REGELUNGEN

AB 01. JULI 2025

Mecklenburg-
Vorpommern

DMP: Video-Patienten-Schulungen möglich

Seit 1. April 2025 können Patientenschulungen der Disease-Management-Programme (DMP), die bereits vom Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) als videofähig gelistet sind, auch im Videoformat erbracht und abgerechnet werden, wenn die entsprechenden Voraussetzungen in der Praxis gegeben sind. Zu den Schulungen zählen MEDIAS BASIS, Kardio-Fit und die Asthma Schulungen AGAS und ASEV. Zur Kennzeichnung der Abrechnung der Patientenschulung im Videoformat ist neben der jeweiligen Schulungs-Ziffer zusätzlich die 88220 (Videosprechstunde) zu setzen. Wie bei allen Leistungen im DMP erfolgt die Vergütung extrabudgetär.

DMP-Verträge	Schulung	Ziffer
Diabetes mellitus Typ 2	mehr Diabetes Selbst-Management für Typ 2, MEDIAS BASIS (früher MEDIAS 2)	99311
KHK	mehr Diabetes Selbst-Management für Typ 2, MEDIAS BASIS (früher MEDIAS 2)	99408
KHK	Kardio-Fit	99460
KHK	Kardio-Fit Nachschulung	99461
Asthma bronchiale	Qualitätsmanagement in der Asthmaschulung von Kindern und Jugendlichen (AG Asthmaschulung im Kindes- und Jugendalter e. V.) AGAS	99512
Asthma bronchiale	Qualitätsmanagement in der Asthmaschulung von Kindern und Jugendlichen (AG Asthmaschulung im Kindes- und Jugendalter e. V.) AGAS Nachschulung	99513
Asthma bronchiale	Asthmaschulung für Eltern von Vorschulkindern, Asthma-Kleinkinderschulung, ASEV	99514
Asthma bronchiale	Asthmaschulung für Eltern von Vorschulkindern, Asthma-Kleinkinderschulung, ASEV Nachschulung	99521

Quelle: www.kvmv.de/export/sites/default/.galleries/downloadgalerie_kvmv/presse/publikationen_pdfs/journal_pdfs/2025/Journal_April_2025.pdf

REGIONALE KV-REGELUNGEN

AB 01. JULI 2025

Nordrhein

DMP-Diabetes: neue Schulungen INPUT und Spectrum

Für intensiv insulinpflichtige Diabetiker wurde für den Umgang mit der Insulinpumpe die INPUT-Schulung und für den Umgang mit dem CGM (Countinuous Glucose Monitoring) die Spectrum-Schulung eingeführt. Letztere ist bisher nur für Erwachsene zugelassen. Jedoch wird eine Erweiterung für Kinder und Jugendliche erwartet. Beide Schulungen können durch Ärzte mit Genehmigung des Betriebs einer diabetologischen Schwerpunktpraxis (DSP) abgerechnet werden. Die INPUT-Schulung natürlich auch zusätzlich von diabetologisch qualifizierten Pädiatern. Praxen können die neuen Patientenschulungen abrechnen, wenn sie über eine entsprechende Abrechnungsgenehmigung der KV verfügen.

Leistungen / Patientenschulungen	Vergütung je UE	Ziffer DM2	Ziffer DM1	berechtigte Ärzte
INPUT – selbstbestimmtes Leben mit Diabetes und Insulinpumpe, 12 Unterrichtseinheiten (UE) in Gruppen bis 8 Patienten	25,00 € + 15,00 € Zuschlag durch KV bei 12 UE	98036	98136	DSP / diab. Pädiater
INPUT – Schulungsmaterial zur 98036 / 98136, einmalig	17,90 €	98037	98137	
Spectrum – Schulungsprogramm zur kontinuierlichen Glukosemessung (CGM) für Erwachsene ab 18 Jahren, 6 Unterrichtseinheiten in Gruppen bis zu 5 Patienten	26,25 €	98038	98138	DSP

Quelle: www.kvno.de/aktuelles/aktuelles-detail/nachricht/dmp-diabetes-neue-schulungen-input-und-spectrum

REGIONALE KV-REGELUNGEN

AB 01. JULI 2025

Saarland

DMP Osteoporose

Es gibt im Saarland eine neue Vereinbarung zum DMP-Osteoporose für Hausärzte und Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie und Fachärzte für Orthopädie.

Zielsetzung des Vertrages ist eine indikationsabhängige und systematische Koordination der Versorgung von chronisch kranken Versicherten mit Osteoporose.

Ab dem 01. Oktober 2025 können Versicherte über die indikationsübergreifende Teilnahmeerklärung eingeschrieben werden. Ärzte können seit dem 01. Juli 2025 ihre Teilnahme an dem Vertrag erklären.

Vertragsstart / Gültigkeit ab	01.10.2025	
Vertragsinhalt	DMP-Osteoporose	
teilnahmeberechtigte Versicherte	gesicherte Osteoporose-Diagnose	
teilnahmeberechtigte Ärzte	Hausärzte, Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie und Fachärzte für Orthopädie	
Leistungen		
Ziffer	Beschreibung	Wert
95500	Einschreibung / Erstdokumentation	25,00 €
95501	Folgedokumentation	16,00 €
95502	Einschreibung / Erstdokumentation bei Mehrfacheinschreibung für multimorbide Versicherte, die bei demselben koordinierenden Arzt bereits in ein anderes DMP eingeschrieben sind	20,00 €
95503	Folgedokumentation bei Mehrfacheinschreibung für multimorbide Versicherte, die bei demselben koordinierenden Arzt bereits in ein anderes DMP eingeschrieben sind	12,00 €

REGIONALE KV-REGELUNGEN

AB 01. JULI 2025

Ziffer	Beschreibung	Wert
95504	Zuschlag zur erstmaligen Einschreibung Zuschlag zur 95500 oder 95502; einmalig je Versicherten und Praxis; wird von der KV automatisch zugesetzt (befristet bis 30.09.2026)	5,00 €
95505	Sturzanamnese durch den koordinierenden Arzt (max. 2 x im Krankheitsfall, jedoch nicht im selben Quartal und nicht neben der 03360 abrechnungsfähig)	8,00 €
95510	Pauschale zur Mit- oder Weiterbehandlung eines vom koordinierenden Vertragsarzt überwiesenen Osteoporose-Patienten durch den Facharzt für Orthopädie oder Orthopädie und Unfallchirurgie (2 x im Krankheitsfall abrechnungsfähig)	25,00 €
95515	Patientenprogramm Osteoporose der Orthopädischen Gesellschaft Osteologie 5 Unterrichtseinheiten (UE) mit 60 Minuten, in Gruppen von 6 bis 10 Patienten	25,00 € je UE/ Patient
95516	Nachschulung Osteoporose der Orthopädischen Gesellschaft Osteologie 1 UE (frühestens 1 Jahr nach der Erstschulung; 1 x im Erlebnisfall)	25,00 € je UE/ Patient
95520	Qualitätspauschale nach vollständiger Absolvierung der Schulung nach Absolvierung der 5 UE (95515) jeweils nur einmalig je Versicherten ansetzbar	15,00 €
95521	Schulungsmaterial Osteoporose	12,90 €

Quelle: www.kvsaarland.de/vertrag/dmp-vertrag-osteoporose-gkv

REGIONALE KV-REGELUNGEN

AB 01. JULI 2025

Sachsen

Anpassungen der DMP-Verträge

Seit dem 01. April 2025 ist die Erstellung der Schulungsnachweise bei der Durchführung von Schulungen im Rahmen der DMP nicht mehr erforderlich. Ausgenommen ist das DMP Brustkrebs. Damit ist die Unterschrift des Patienten für die erhaltene Schulung nicht mehr notwendig und eine Dokumentation über erfolgte Schulungen in der Patientenakte ist ausreichend.

Darüber hinaus sind folgende Schulungen seit dem 01. April 2025 auch als **Videosprechstunde** möglich: MEDIAS 2, MEDIAS 2 BSC und AGAS. Wenn diese Schulungen im Videoformat durchgeführt werden, ist zwingend die **Kennzeichnungsziffer 99300V** zu jeder abgerechneten Schulungsziffer anzugeben. Wird die Schulung in Präsenz durchgeführt, ist keine gesonderte Kennzeichnung erforderlich. Zu beachten ist, dass die **Nachschulungsanträge** ab sofort direkt bei der zuständigen Krankenkasse zu stellen sind. Die Adressen der Krankenkassen sind auf der Homepage der KV beim jeweiligen Vertrag zu finden. Die genehmigten Nachschulungsanträge verbleiben in der Patientenakte und müssen nur auf Anforderung bei der KV eingereicht werden.

Schulung	Erstschulung	genehmigte Nachschulung
MEDIAS 2 (mehr Diabetes Selbst-Management für Typ 2)	99315B	99316B
MEDIAS 2 BSC (BOT + SIT + CT)	99315M	99316M
Asthmaschulung von Kindern und Jugendlichen der AG Asthmaschulung im Kindes- und Jugendalter (AGAS) e. V.		
Kinder- / Jugendschulung	99355K	99356K
ASEV – Kleinkindschulung	99355I	99356I

Quelle: www.kvsachsen.de/fuer-praxen/aktuelle-informationen/praxis-news/anpassungen-der-dmp-vertraege-ab-dem-1-april-2025

REGIONALE KV-REGELUNGEN

AB 01. JULI 2025

DMP Osteoporose

Das DMP-Osteoporose startet in Sachsen und der Vertrag OsteoporosePLUS Sachsen der AOK PLUS verliert zum 30. September 2025 seine Gültigkeit. Ärzte können seit dem 01. Juli ihre Teilnahme erklären. Die Einschreibung der Patienten ist ab dem **01. Oktober 2025** möglich und erfolgt über die Anlage 6.

Vertragsstart / Gültigkeit ab	01.10.2025	
Vertragsinhalt	DMP-Osteoporose	
teilnahmeberechtigte Versicherte	gesicherte Osteoporose-Diagnose	
teilnahmeberechtigte Ärzte	Hausärzte, Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie und Fachärzte für Orthopädie	
Leistungen		
Ziffer	Beschreibung	Wert
99370A	Einschreibung/Erstdokumentation Information, Beratung sowie Versand der entsprechenden Unterlagen durch den koordinierenden Arzt nach § 3 sowie ggf. Eintragung in den Patientenpass	25,00 €
99370B	Folgedokumentation kontinuierliche Betreuung und Koordination des Versicherten durch den koordinierenden Arzt nach § 3 sowie ggf. Eintragung in den Patientenpass	15,00 €
99370C	Sturzanamnese zur Risikoermittlung durch den koordinierenden Arzt	7,00 €
99370M	Mitbehandlungspauschale bei überwiesenen Patienten	15,00 €
99370H	Osteologische Akutbehandlung bei selbstkoordinierten Patienten	15,00 €
99370I	Osteologische Akutbehandlung bei überwiesenen Patienten	25,00 €

REGIONALE KV-REGELUNGEN

AB 01. JULI 2025

Ziffer	Beschreibung	Wert
99375O	Patientenschulung Osteoporose <ul style="list-style-type: none">• je Unterrichtseinheit (UE) und Versicherten• 1 UE = 60 Minuten	22,50 €
99376O	Nachschulung Osteoporose	22,50 €
99375S	Schulungsmaterial zur 99375O je Versicherten	12,90 €

Quellen: www.kvsachsen.de/fuer-praxen/vertraege-a-z/dmp-osteoporose-01072025-im-unterschriftenverfahren
www.kvsachsen.de/fuer-praxen/aktuelle-informationen/praxis-news/beendigung-des-vertrages-osteoporoseplus-sachsen-infolge-des-inkrafttretens-des-dmp-osteoporose

REGIONALE KV-REGELUNGEN

AB 01. JULI 2025

Sachsen-
Anhalt

DMP-Patientenschulungen auch im Videoformat möglich

Seit dem 01. Juli 2025 können folgende DMP-Schulungen auch in der Videosprechstunde erfolgen: MEDIAS 2, Kardio-Fit, AGAS und ASEV. Erfolgen diese Schulungen innerhalb der Videosprechstunde muss die Abrechnung der Schulung mit der 96000 gekennzeichnet werden. Für Schulungen, die sowohl im Präsenzformat und im Videoformat erbracht werden können, muss mindestens ein Präsentangebot für die jeweiligen Schulungsindikationen in der Praxis vorgehalten werden. Die Vergütung der Schulungen ist in beiden Fällen gleich.

Die Möglichkeit der Abrechnung des „Zuschlag Videosprechstunde“ (01450) ist im Einzelfall zulässig, wenn am gleichen Tag ein Videokontakt aufgrund einer medizinischen Indikation und im zeitlichen Abstand von mindestens einer Stunde eine Patientenschulung stattfindet. In diesem Einzelfall ist die Uhrzeit je Inanspruchnahme der Abrechnung anzugeben. Hinsichtlich der technischen Anforderungen gelten die allgemeinen Voraussetzungen für die Durchführung einer Videosprechstunde gemäß Anlage 31b zum Bundesmantelvertrag-Ärzte. Ausgenommen davon ist die Begrenzung der Anzahl der Teilnehmenden an der Videoschulung. Hier sind die strukturellen Vorgaben im Curriculum der Schulungen zu beachten.

DMP-Verträge	Schulung	Ziffer
Diabetes mellitus Typ 2	MEDIAS 2	99820E
KHK	Kardio-Fit	99860F
Asthma bronchiale	AGAS	96320Q
Asthma bronchiale	ASEV	96330D und 96330E (für die 13. Unterrichtseinheit)

Quelle: www.kvsa.de/fileadmin/user_upload/PDF/Praxis/wichtige_Abrechnungsinformationen/Quartalsinfoletter/2025_06_27_Infoletter_AEnderungen_3_2025.pdf



REGIONALE HZV-REGELUNGEN

AB 01. JULI 2025

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



neue Leistungen



Erhöhung der Vergütung



entfallene Einzelleistungen

Baden-
Württemberg

Vertrag AOK

Rückwirkend zum 01.04.2025 wurden einige Pauschalen erhöht.

Leistung	Alt	Neu
 P1 – kontaktunabhängige Pauschale mit Teilnahme am Facharztprogramm	100,00 €	105,00 €
P1 – kontaktunabhängige Pauschale ohne Teilnahme am Facharztprogramm	87,00 €	92,00 €
P3 – Zuschlag für die Behandlung chronisch kranker Patienten	25,00 €	30,00 €
P5 – Pflegeheimpauschale	25,00 €	50,00 €
P7a – Palliativmedizinischer Besuch (Vertreterarzt)	15,00 €	25,00 €
Zuschlag auf die Vertreterpauschale für die palliativmedizinische Versorgung in der Häuslichkeit, Pflegeheim oder in palliativmedizinischen Einrichtungen (Hospiz)	20,00 €	45,00 €

REGIONALE HZV-REGELUNGEN

AB 01. JULI 2025

Vertrag IKK classic

Ab dem 01.07.2025 wird die P2 erhöht.

Leistung	Alt	Neu
 P2 – Behandlungspauschale	43,00 €	48,00 €

Vertrag KBS

Erhöhung der P1, P2, Vertreter-, Zielauftrag- und Präventionszuschlag, VERAH-Zuschlag zum 01.07.2025.

Leistung	Alt	Neu	
	P1 – kontaktunabhängige Pauschale	65,00 €	70,00 €
	P2 – Behandlungspauschale	40,00 €	44,00 €
	P3 – Zuschlag für die Behandlung chronisch kranker Patienten	25,00 €	27,00 €
	0004 – Vertreterpauschale	17,50 €	40,00 €
	0005 – Zielauftragspauschale	17,50 €	20,00 €
	Präventionszuschlag	4,00 €	15,00 €
	VERAH-Zuschlag	5,00 €	8,00 €




REGIONALE HZV-REGELUNGEN

AB 01. JULI 2025

Vertrag TK

Erhöhung der P2 und des VERAH-Zuschlags zum 01.07.2025, Streichung der ePA-Erstbefüllung und ePA-Ak, neue Leistung: Zuschlag für nichtärztliche akademisierte Gesundheitsberufe.

Digitale Anwendungen (Zuschlag Z5): ab dem 01.07.2025 muss für jedes Qualitätsmerkmal der jeweilige Anbieter (Provider) bzw. die KIM-Adresse gemeldet werden.

Leistung	Alt	Neu	
	Zuschlag für nichtärztliche akademisierte Gesundheitsberufe auf P1		
	für eine volle Stelle	-	10,00 €
	für eine 0,75 Stelle	-	7,50 €
	für eine 0,5 Stelle	-	5,00 €
	neue Merkmale für digitale Anwendungen Z5		
	AMTS-Modul	-	2,00 €
	Vorsorge-Planer	-	2,00 €
	P2 – Behandlungspauschale	44,00 €	46,50 €
	VERAH-Zuschlag	8,00 €	10,00 €
	ePA-Erstbefüllung	35,00 €	-
	ePA-Aktualisierung	7,00 €	-
	Merkmal für digitale Anwendungen Z5 Streichung TI-Paket	2,00 €	-


REGIONALE HZV-REGELUNGEN

AB 01. JULI 2025

Bayern

Vertrag BKK Bayern

Neues Versorgungsmodul „Telekonsil“ ab dem 01.07.2025. Das Modul ist für Patienten mit Diabetes mellitus mit Verdacht auf ein Diabetisches Fußsyndrom und Versicherte mit unklaren Hautveränderungen / -reaktionen. Die Ärzte müssen auf www.hausarztkonsil.de die Teilnahme an diesem Modul erklären, ebenso müssen die Patienten eine Teilnahmeerklärung unterschreiben. Ärzte geben auf der zertifizierten Plattform die Patientendaten ein, können ggf. Bilder der betroffenen Stelle hochladen und entsprechende Fachärzte um die Befundung bitten (die Fachärzte sind ebenfalls auf der Plattform registriert). Innerhalb von 3 Werktagen erhält der Hausarzt den Befund.


Leistung	Alt	Neu
 Telekonsil Diagnose-/ Therapieunterstützung, Diabetisches Fußsyndrom, 1 x pro Fall	-	45,00 €
Telekonsil (diab. Fuß) Verlaufskontrolle/Therapieverlauf, 1 x pro Quartal, für max. 3 Quartale	-	18,00 €
Telekonsil (diab. Fuß) nicht abschließend telekonsiliarisch zu begutachtender Fall, 1 x pro Fall	-	13,50 €
Telekonsil (Haut) Diagnose-/ Therapieunterstützung, unklarer Hautbefund, 1 x pro Fall	-	25,20 €
Telekonsil (Haut) Verlaufskontrolle, einmalig je durchgeführtem Konsil	-	18,00 €
Telekonsil (Haut) nicht abschließend telekonsiliarisch zu begutachtender Fall, 1 x pro Fall	-	13,50 €

REGIONALE HZV-REGELUNGEN

AB 01. JULI 2025

Vertrag IKK classic


Erhöhung der P1, P2 und Vertreterpauschale zum 01.07.2025.

Leistung		Alt	Neu
	P1 – Strukturpauschale	24,00 €	28,00 €
	P2 – Behandlungspauschale	42,00 €	44,00 €
	0004 – Vertreterpauschale	42,00 €	44,00 €

Hessen

Vertrag IKK classic

Erhöhung der P1, P2 und Vertreterpauschale zum 01.07.2025.

Leistung		Alt	Neu
	P1 – Strukturpauschale	24,00 €	28,00 €
	P2 – Behandlungspauschale	42,00 €	44,00 €
	0004 – Vertreterpauschale	42,00 €	44,00 €

Vertrag IKK classic, EK, LKK

Aufnahme der RSV-Impfung in den Ziffernkranz. Somit wird die 89137 und 89138 ab dem 3. Quartal 2025 über die HzV dokumentiert.

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


Vertrag AOK

Aufnahme der RSV-Impfung und Denguefieber-Impfung in den Ziffernkranz. Somit wird die 89137, 89138 und 89136 V/W ab dem 3. Quartal 2025 über die HzV dokumentiert.

Nordrhein

Vertrag IKK classic

Erhöhung der P1, P2 und Vertreterpauschale zum 01.07.2025.

Leistung	Alt	Neu
	P1 – Strukturpauschale	24,00 € 28,00 €
	P2 – Behandlungspauschale	42,00 € 44,00 €
	0004 – Vertreterpauschale	42,00 € 44,00 €


Vertrag IKK classic, EK, AOK und LKK

Aufnahme der RSV-Impfung in den Ziffernkranz. Somit wird die 89137 und 89138 ab dem 3. Quartal 2025 über die HZV dokumentiert.

Westfalen-
Lippe

Vertrag IKK classic

Erhöhung der P1, P2 und Vertreterpauschale zum 01.07.2025.

Leistung	Alt	Neu
	P1 – Strukturpauschale	24,00 € 28,00 €
	P2 – Behandlungspauschale	42,00 € 44,00 €
	0004 – Vertreterpauschale	42,00 € 44,00 €



ABRECHNUNGSTIPPS FÜR DIE PRIVATABRECHNUNG

An dieser Stelle geben wir Ihnen gerne einen ausführlichen Abrechnungstipp für die Privatabrechnung von unserem Kooperationspartner, der

PVS Südwest | C8,9 | 68159 Mannheim | Telefon 06 21 · 16 4-0 | E-Mail info@pvs-suedwest.de

Gastroskopie und Koloskopie in einer Sitzung – richtig abrechnen

Wenn bei einer Darmkrebsvorsorge zusätzlich nach gegebener Indikation eine ÖGD (Ösophago-Gastro-Duodenoskopie) erforderlich ist, können beide Leistungen - ÖGD und Koloskopie - in einer Sitzung erbracht werden. Dadurch werden den Patienten mehrere Arztbesuche, Narkosen und auch Kosten erspart. Das bedeutet nicht, dass Ärzte auch auf Honorar verzichten müssen.

Wir zeigen Ihnen, wie Sie Zeit und Kosten sparen und dennoch das beste monetäre Ergebnis erzielen.

Der Abrechnung der beiden Gebührennummern

685 Duodeno-/Jejunoskopie – gegebenenfalls einschließlich einer vorausgegangenen Ösophago-/Gastro-/ Bulboskopie, Probeexzision und/oder Probepunktion

und

687 Hohe Koloskopie bis zum Coecum – gegebenenfalls einschließlich Probeexzision und/oder Probepunktion

nebeneinander steht nichts im Weg.

Es besteht weder eine Leistungsüberschneidung, noch gibt es gebührenrechtliche Ausschlüsse.

Anders sieht es allerdings aus bei den fakultativen Leistungen. Hier kann nicht jede Leistung doppelt abgerechnet werden.

Zu beachten ist, dass die Kurznarkose sowie die Überwachung mit Pulsoxymetrie nur einmal berechnet werden können, wobei für beide Leistungen geprüft werden sollte, ob der Gebührenrahmen ausgeschöpft werden kann:

452 Intravenöse Narkose (mehrmalige Verabreichung des Narkotikums)

im Gegensatz zu 451 bei einmaliger Verabreichung des Narkotikums

602 Oxymetrische Untersuchung(en) (Bestimmung der prozentualen Sauerstoffsättigung im Blut)

Die Leistung nach 602 ist im Plural gehalten, daher nur einmal auch bei mehreren Messungen berechnungsfähig.

ABRECHNUNGSTIPPS FÜR DIE PRIVATABRECHNUNG

Gestalten sich die Messungen aufwendig, z. B. wegen Sauerstoffabfall und notwendiger Sauerstoffgaben, kann die Leistung bis zum max. 2,5-fachen Satz gesteigert werden.

Werden neben dem Narkotikum weitere Medikamente in den liegenden Venenkatheter eingebracht, können diese mit Nennung des Medikaments mit Ziffer **261 Einbringung von Arzneimitteln in einen parenteralen Katheter** berechnet werden (z. B. Antiemetikum und/ oder Hypertonikum). Eine mehrfache Abrechnung der Nr. 261 kann mit zeitlich getrennten Gaben unter Angabe der jeweiligen Medikamente berechnet werden.

Sollte aufgrund eines Volumenmangels eine Infusion notwendig sein, stehen dafür die Ziffern

271 Infusion, intravenös, bis zu 30 Minuten Dauer

oder

272 Infusion, intravenös, bis zu 30 Minuten Dauer

zur Verfügung.

Eine Mehrfachabrechnung (max. zweimal) der Ziffern 272 oder 271 setzt verschiedene Venenpunktionen voraus.

Weitere abrechenbare Leistungen:

- **Zuschlag für Narrow Band Imaging (NBI)** und/oder Blue Light Imaging (BLI)/Light Color Imaging (LCI) und/ oder ähnliche Bildgebungsverfahren, je Sitzung [analog Nr. 634 GOÄ](#)
- **Videoendoskopie-Zuschlag bei Verwendung eines flexiblen digitalen Videoendoskops anstelle eines Glasfaser-Endoskops**, ggf. einschließlich digitaler Bildweiterverarbeitung (z. B. Vergrößerung) und Aufzeichnung, je Sitzung [analog Nr. 5298 GOÄ](#)
- **Entfernung eines oder mehrerer Polypen oder Schlingenbiopsie mittels Hochfrequenzelektroschlinge** – gegebenenfalls einschließlich Probeexzision und/oder Probepunktion nach [Nr. 695 GOÄ](#)
 - jeweils einmal zu 685 und 687 bei Polypektomie(n)
 - die Möglichkeit der Mehrfachberechnung bei mehreren Schlingenbiopsien mit Hochfrequenzschlinge ist umstritten und nicht abschließend geklärt
 - zzgl. [amb. OP-Zuschlag 442](#) (nur einmal möglich, auch wenn Ziffer 695 zweimal berechnet wird, da Einschränkung einmal je Behandlungstag)
- **Licht- oder Laserkoagulation(en) zur Beseitigung von Stenosen oder zur Blutstillung bei endoskopischen Eingriffen**, je Sitzung [nach Nr. 706 GOÄ](#)
- **Gabe von Kontrastmittel zur Chromoendoskopie** – [Nr. 370 GOÄ](#)

ABRECHNUNGSTIPPS FÜR DIE PRIVATABRECHNUNG

Nicht berechnungsfähig, da keine selbständigen Leistungen, sind:

- Unterspritzungen zur Resektion von Polypen
- Probeexzisionen (Ausnahme Schlingenbiopsie mit Hochfrequenzschlinge)
- Rachenanästhesie neben i. v. Kurznarkose (s. allgemeine Bestimmungen Kapitel D), es sei denn sie dient zur postoperativen Schmerztherapie
- O2-Gabe über Nasensonde (Kosten gem. §10 berechenbar)
- CO2-Insufflation (Kosten gem. §10 berechenbar)
- Blutstillung mit Elektrokauterisation oder Hämostyptika

Oder haben Sie eine spezielle Abrechnungsfrage?

Liegt Ihnen eine Versicherungsmonierung vor? Schildern Sie uns Ihr Anliegen. Unsere GOÄ-ExpertInnen beantworten exklusiv für AAC Kunden kostenlos Ihre Anfrage.

Bei Fragen wenden Sie sich bitte gerne an Ihre regionale PVS.
Die Privatärztlichen Verrechnungsstellen



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

BILDNACHWEISE
Seite 1 auf Basis © Yellow duck - stock.adobe.com
Seite 7 © pongsakorn_jun26 - stock.adobe.com
Seite 9 © IBEX.Media - stock.adobe.com
Seite 16 © laddawan - stock.adobe.com
Seite 23 © phonlamaiphoto - stock.adobe.com
Seite 27 © Lucky Ai - stock.adobe.com
Seite 39 © Vilaysack - stock.adobe.com
Seite 46 © tunedin- stock.adobe.com
Seite 52 auf Basis © Elena Butusova - stock.adobe.com

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

418-20250714



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

AAC-AG.DE

