

AAC *Magazin*



NEUES ZU ABRECHNUNG UND HONORAR AUF EINEN BLICK

AUSGABE 27 – Q4 2025

VORWORT.....	3
IN EIGENER SACHE	
GVSG-CHECK NR. 1.....	4
FORTBILDUNG GVSG	7
NEUES AUS DER GESUNDHEITSPOLITIK	9
ABRECHNUNG UND HONORAR.....	13
REGIONALE KV-REGELUNGEN	24
REGIONALE HZV-REGELUNGEN	38
IMPRESSUM	42

WILLKOMMEN

KUNDENMAGAZIN DER AAC PRAXISBERATUNG AG

Sehr geehrte Frau Doktor,
sehr geehrter Herr Doktor,

die Krankenkassen schlagen immer lauter Alarm. Viele haben nicht einmal die eigentlich verpflichtend vorgeschriebenen Finanzmittel auf der hohen Kante. Das ist in erster Linie der Plünderung der Reserven durch die vorherige Bundesregierung geschuldet. Der Druck ist enorm.

Auf diesem Hintergrund ist für Hausärzte das vierte Quartal ein Besonderes. Der erste Teil des Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetzes (GVSG) wird umgesetzt. Sie bekommen ab jetzt die meisten Leistungen voll vergütet. Im nächsten Jahr tritt dann die neue Vorhaltepauschale gefolgt von der ebenfalls neuen Versorgungspauschale in Kraft. Wir haben zur Unterstützung den sog. GVSG-Check programmiert. Hier simulieren wir die Auswirkungen von Entbudgetierung und Vorhaltepauschale und zeigen Ihnen, wie Sie Ihre chronisch kranken Patienten in Gruppen einteilen können, um sich für die Versorgungspauschale im nächsten Jahr optimal aufzustellen.

Die Resonanz auf unser Angebot ist enorm, das hat uns sehr gefreut!

Nähere Informationen sowie der Möglichkeit zur Anmeldung 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 Entbudgetierung und die Vorhaltepauschale funktionieren und zeigen Ihnen anhand vieler Beispiele wie Sie von beiden Neuregelungen umsatzmäßig optimal 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

IN EIGENER SACHE GVSG-CHECK NR. 1

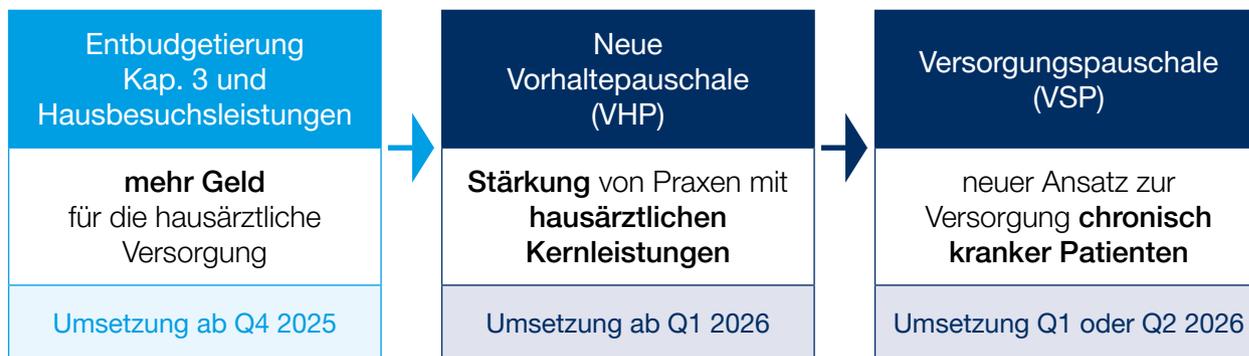


Einführung

Aktuell zeichnet sich für die drei Komponenten des Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetzes (GVSG)

- die **Entbudgetierung** der hausärztlichen Leistungen sowie der Hausbesuche
- die komplett neu definierte und an Kriterien gekoppelte **Vorhaltepauschale**
- die Neuordnung der Versorgung chronisch kranker Patienten durch die **Versorgungspauschale**

für die Hausarztpraxen der folgende Zeitplan ab:



Die Neuregelungen im Überblick

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. verbleiben im Budget. Wie stark diese Leistungen künftig budgetiert werden, wird im Laufe von Q4 2025 bekannt.

IN EIGENER SACHE GVSG-CHECK NR. 1

2.

VORHALTEPAUSCHALE

Die neue **Vorhaltepauschale** wird von der Vergütung leicht abgesenkt. Es wurden zwei Zuschläge definiert, die an die Erfüllung bestimmter Kriterien gekoppelt sind. Werden mindestens zwei Kriterien erfüllt, kann die Absenkung ausgeglichen und damit ein identisches Vergütungsniveau wie bisher erreicht werden. Werden mindestens **8 Kriterien** erfüllt, kann bei der Versorgung von 1.000 Patienten/Quartal ein Mehrumsatz von **2.479 €** erwirtschaftet werden.

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.

Wir geben Ihnen aber schon einmal einen Überblick zu den in Frage kommenden Patienten.



2026 haben Sie nach der Entscheidung des Bewertungsausschusses die Möglichkeit, die Auswirkungen der **Versorgungspauschale** anhand der Daten Ihrer eigenen Praxis durch den **GVSG-Check Nr. 2** kennenzulernen.

IN EIGENER SACHE GVSG-CHECK NR. 1



Noch nicht angemeldet?

Hier geht's zur Online-Anmeldung für Ihren GVSG-Check Nr. 1:

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



FORTBILDUNG

GVSG – VON DER THEORIE ZUR PRAXIS

Auch in diesem Quartal bieten wir Ihnen wieder zwei virtuelle Fortbildungsveranstaltungen an:

GVSG – VON DER THEORIE ZUR PRAXIS ➔ Mittwoch, den **19.11.2025** um 17:00 Uhr
➔ Freitag, den **28.11.2025** um 15:00 Uhr

Mit der Entbudgetierung der Leistungen des Hausarztkapitels sowie der Hausbesuchsleistungen ist der erste Teil des Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetzes (GVSG) in Kraft getreten. Die Kriterien für die Zuschläge zur neuen Vorhaltepauschale sind bekannt. Der Beschluss mit den Details für die neue Versorgungspauschale wird erwartet.

Im letzten Quartal haben wir Ihnen die Regelungen – soweit bekannt – erklärt. In diesem Quartal möchten wir Sie anhand von Beispielen in der Umsetzung in Ihrem Praxisalltag unterstützen.

Mit einer Stunde Fortbildungszeit „tanken“ Sie fundiertes Wissen für eine erfolgreiche Umsetzung in der Praxis:

- Welche Praxen profitieren von der **Entbudgetierung**?
- Restpotentiale sicher abrechnen – ansonsten verschenken Sie Umsatz!
- Welche Leistungen bleiben budgetiert und welche Konsequenz hat dies für Ihr Honorar?
- Was muss ich tun, damit ich möglichst viele Kriterien für die neue Vorhaltepauschale erfülle?
- Welcher Mehrumsatz wäre mit 8 erfüllten Kriterien möglich?
- Die wichtigsten Fragen und Antworten zur neuen Vorhaltepauschale werden thematisiert.
- Für die neue **Versorgungspauschale** kommen die sogenannten „Monochroniker“ in Frage. Wie viele Patienten betreue ich in meiner Praxis?
- Wer wird davon medikamentös therapiert?
- Welche dieser Patienten kämen alternativ für die Einschreibung in die HzV in Frage?

Hinweis: Wenn der Bewertungsausschuss bereits die Details zur neuen Jahrespauschale, der Versorgungspauschale, beschlossen hat, werden wir natürlich ausführlich über diese in der Fortbildung berichten.



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

Elektronische Patientenakte nimmt Fahrt auf

Seit dem 01. Oktober greift die verpflichtende Nutzung der elektronischen Patientenakte (ePA). Die Zahlen der gematik zeigen, dass der Zugriff auf die ePA zunimmt. So ist auf Medikationslisten der Patientinnen und Patienten in der Woche bis zum 28. September fast 13,5 Millionen Mal zugegriffen worden. Und auch die Zahl der Up- und Downloads von Dokumenten in der ePA nimmt kontinuierlich zu.

Laut Angaben der gematik sind aktuell 61.579 Praxen technisch „ePA-ready“, Tendenz steigend. Insgesamt sind mehr als 90 % der Praxen und Apotheken in Deutschland technisch ausgestattet, um mit der ePA arbeiten zu können.

Mehr als 80 % der PVS-Hersteller haben die notwendigen Module bereitgestellt und somit die technischen Voraussetzungen für die Nutzung der ePA geschaffen. Im Rahmen des Updates für Q4 2025 sollen die letzten fehlenden ePA-Module ausgeliefert werden. Diese Praxen starten dann allerdings ohne Erfahrungen sammeln zu können gleich im Routinebetrieb.

Die Krankenhäuser hinken hinsichtlich der Nutzungszahlen noch weit hinterher. Die Zahlen stagnieren. Nach Angaben der Deutschen Krankenhausgesellschaft sind dies lediglich 9 %. Eine flächendeckende Nutzung der ePA im stationären Bereich wird allerdings entscheidend für das Nutzenerlebnis in der ambulanten Versorgung sein.

Die KBV kritisiert zudem, dass die ePA-Nutzung für die Praxen verpflichtend ist und ab 2026 bei Nichtnutzung Sanktionen drohen, während die Krankenhäuser von Sanktionen verschont bleiben.

Die ePA füllen sich – wenn auch langsam

Bis Ende September wurden fast 2,5 Millionen Dokumente in die ePA hochgeladen und nahezu 1,2 Millionen Dokumente heruntergeladen. Die Richtung stimmt. Die absoluten Zahlen müssen jedoch im Verhältnis zur Gesamtzahl der über 70 Millionen angelegten Patientenakten betrachtet werden. Hier ist auf jeden Fall Luft nach oben.

Aus Sicht der KBV ist die mangelnde Betriebsstabilität der Telematikinfrastruktur (TI) ein Problem. Die KBV hält eine mindestens 99-prozentige Verfügbarkeit der TI für absolut unabdingbar, um störungsfrei mit der ePA zu arbeiten. Auf das Jahr hochgerechnet summieren sich die Störungen zu einer Gesamtausfallzeit von 2 Wochen in der die ePA nicht zur Nutzung zur Verfügung steht.

Anpassungsraten für Morbidität und Demografie für 2026 beschlossen

Demnach sinkt die Demografierate im Bundesdurchschnitt um 0,18 %, die diagnosebezogene Veränderungsrate der Morbidität um 0,74 %. Beide Werte waren bereits in den vergangenen Jahren in einzelnen KV-Regionen immer wieder rückläufig.

NEUES AUS DER GESUNDHEITSPOLITIK

Hiervon waren insbesondere die Stadtstaaten durch den höheren Zuzug jüngerer und damit gesünderer Bevölkerung betroffen. Für 2026 liegen sie laut KBV erstmals in allen KV-Bereichen im Minusbereich. Ein Grund sei die durch Zuwanderung und eine leicht gestiegene Geburtenrate etwas jünger gewordene Bevölkerung in Deutschland.

Hinsichtlich der Morbidität wirkte sich der Rückgang, insbesondere von Infekten der oberen Atemwege, negativ auf die Raten aus.

Laut KBV gab es 2023 rund 8 % weniger Atemwegsinfektionen verglichen mit dem Vorjahr. 2022 wurde ein überproportionaler Anstieg von fast 35 % vor allem infolge der RSV-Welle verzeichnet.

Auch sein der Anteil der Versicherten, die keine Praxis aufsuchen, seit der Corona-Pandemie gestiegen. 2023 stieg er gegenüber dem Vorjahr um 12 %.

Kassenärztliche Vereinigung	Prozent		
	Morbidität	Demografie	Mittelwert
Schleswig-Holstein	-0,4480	-0,1581	-0,30305
Hamburg	-1,2089	-0,3919	-0,8004
Bremen	-1,4278	-0,469	-1,4278
Niedersachsen	-0,8417	-0,1786	-0,51015
Westfalen-Lippe	-0,4619	-0,1854	-0,32365
Nordrhein	-0,2585	-0,1892	-0,22385
Hessen	-0,7621	-0,2164	-0,48925
Rheinland-Pfalz	0,4291	-0,1290	0,4291
Baden-Württemberg	-0,8580	-0,1293	-0,1293
Bayern	-0,8862	-0,1096	-0,4979
Berlin	-1,0530	-0,3326	-0,3326
Saarland	-0,6774	-0,2723	-0,47485
Mecklenburg-Vorpommern	-0,9491	-0,0531	-0,5011
Brandenburg	-1,0980	-0,2780	-0,688
Sachsen-Anhalt	-0,2536	-0,1243	-0,18895
Thüringen	-1,0378	-0,1635	-0,60065
Sachsen	-0,9243	-0,2887	-0,6065

Quelle: Beschluss des Bewertungsausschuss, August 2025

NEUES AUS DER GESUNDHEITSPOLITIK

Bedeutung



Es ist gesetzlich vorgesehen, dass bei der jährlichen Anpassung des Orientierungswerts für das Folgejahr die Veränderungen von Morbidität und Demografie zu berücksichtigen sind. Die Entwicklung dieser beiden Parameter beeinflusst also zusammen mit anderen Faktoren die Höhe des Orientierungswerts.

institut-ba.de/ba/babeschluesse/2025-08-26_ba794.pdf

Orientierungswert 2026 steigt um 2,8 %

Der Orientierungswert zur Kalkulation ärztlicher und psychotherapeutischer Leistungen steigt im kommenden Jahr um 2,8 % und liegt dann bei 12,7404 Cent. Damit stehen insgesamt 52 Milliarden Euro für die ambulante Versorgung zur Verfügung. Die Tarifverträge der Medizinischen Fachangestellten wurden seit der Festlegung des Orientierungswerts 2025 dieses Jahr erstmals auf Basis der aktuellen Abschlüsse in den Honorarverhandlungen berücksichtigt, um Arztpraxen in der angespannten Personalsituation zeitnah zu entlasten.



KBV und GKV-Spitzenverband kommentierten den Kompromiss, dass dieser ohne Schiedsspruch möglich geworden sei. Das Ergebnis berücksichtige sowohl die stark angespannte Finanzsituation der Krankenkassen als auch die Ausgaben der Arztpraxen.

www.kbv.de/praxis/tools-und-services/praxisnachrichten/2025/09-17-extra/einigung-bei-den-finanzierungsverhandlungen

G-BA lockert Vorgaben für die Psychotherapie bei Abhängigkeitserkrankungen

Der G-BA hat die Regelungen zur Suchtmittelfreiheit als Voraussetzung für eine ambulante Psychotherapie angepasst: Bei einer durch psychotrope Substanzen wie Alkohol oder Medikamente verursachten Abhängigkeitserkrankung kann eine Psychotherapie künftig bis zu 12 anstatt von 10 Behandlungsstunden umfassen, um eine Suchtmittelfreiheit bzw. Abstinenz zu erreichen. Bisher waren maximal 10 Behandlungsstunden möglich. Weitere 12 Behandlungsstunden sind möglich, wenn die Suchtmittelfreiheit bis zu diesem Zeitpunkt zwar nicht erreicht, dieses Therapieziel aber weiter realistisch ist und konkrete therapeutische Schritte zum Erreichen dieses Ziels vereinbart wurden. Die Psychotherapie-Richtlinie wurde entsprechend angepasst und tritt voraussichtlich Mitte Oktober in Kraft.



www.g-ba.de/presse/pressemitteilungen-meldungen/1282/



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.

verschiedene FG

Bei Eingriffen zur Karotis-Revaskularisation ist ab Oktober die Zweitmeinung möglich

Ab dem 1. Oktober 2025 wird die Zweitmeinung vor Operation einer Karotis-Stenose im EBM abgebildet.

Zur Zweitmeinung für den Eingriff sind folgende Fachrichtungen berechtigt:

- Neurologen
- Angiologen
- Kardiologen
- Gefäßchirurgen
- Radiologen mit Expertise in der interventionellen Radiologie
- Radiologen mit Schwerpunkt Neuroradiologie
- Neurochirurgen

Abrechnung und Kennzeichnung

Die mit der Zweitmeinung einhergehenden Leistungen sowie deren Abrechnung ist für alle Zweitmeinungsverfahren einheitlich wie folgt durchzuführen:

Die mit der Indikationsstellung verbundene Aufklärung, Beratung sowie die Zusammenstellung aller Unterlagen wird über die Ziffer 01645M abgerechnet und aktuell mit 9,30 € vergütet.

Der Arzt, der die Zweitmeinung abgibt, rechnet seine jeweilige Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale ab. Sind für seine Beurteilung ergänzende Untersuchungen notwendig, kann er diese ebenfalls durchführen, muss sie aber medizinisch begründen. Die abgerechneten Leistungen sind als Freitext im Feld freier Begründungstext (KVDT-Feldkennung 5009) mit dem Kode 88200M zu kennzeichnen.

Die Vergütung für Leistungen des jeweils neu in die Richtlinie aufgenommenen Verfahrens ist zunächst extra-budgetär.

ABRECHNUNG UND HONORAR

Erneute Verlängerung der Ziffer 01444 für unbekannte Patienten in der Videosprechstunde

Praxen rechnen die Ziffer 01444, bewertet mit 1,24 €, für den Zuschlag zur Authentifizierung unbekannter Patienten neben der Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale ab. Sie ist einmal im Behandlungsfall berechnungsfähig. Die Abrechnungsmöglichkeit der Ziffer 01444 wird jetzt abermals, jetzt bereits zum vierten Mal, bis Ende 2026 verlängert. Die Ziffer 01444 war zunächst nur als Übergangslösung geplant, bis es eine technische Möglichkeit gibt, unbekannte Patienten über die sog. digitalen Versichertenidentitäten zu authentifizieren.

Kinderärzte

Altersgruppe der Heranwachsenden wird künftig im EBM berücksichtigt

Der Bewertungsausschuss hat im EBM die Abrechnung von Untersuchungen und Behandlungen bei 18- bis 20-jährigen Patienten durch Kinder- und Jugendmediziner geregelt. Ab 1. Oktober wird die Gruppe der Heranwachsenden im Kapitel der Kinder- und Jugendmedizin und den Allgemeinen Bestimmungen explizit erwähnt.

Kinder- und Jugendmediziner dürfen nach der (Muster-) Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer neben Säuglingen, Kleinkindern, Kindern und Jugendlichen auch Heranwachsende behandeln. Allerdings wird die Gruppe der Heranwachsenden bislang weder im EBM-Kapitel 4 (Kinder- und Jugendmedizin) noch an anderer Stelle im EBM genannt.

Mit seinem Beschluss hat der Bewertungsausschuss diese Altersgruppe nun im EBM definiert und verschiedene Ziffern konkretisiert. Die Anpassungen betreffen auch die Allgemeinen Bestimmungen, in denen die genaue Definition der Altersgruppe bisher fehlte.

Außerdem wird in die Präambel zum EBM-Kapitel 4 eine Nummer 15 aufgenommen, die klarstellt, dass die Ziffern dieses Kapitels für Versicherte bis zum vollendeten 21. Lebensjahr berechnungsfähig sind.

Hintergrund der Änderungen

Die Altersgruppe der Heranwachsenden wird in der (Muster-) Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer im Fachgebiet Kinder- und Jugendmedizin genannt und umfasst Personen ab Beginn des 19. Lebensjahres bis zum vollendeten 21. Lebensjahr. Die Alterseinteilung wird in Deutschland durch das Jugendgerichtsgesetz festgelegt.

ABRECHNUNG UND HONORAR

Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit und ohne Schwerpunkt können demnach Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche und Heranwachsende behandeln.

Maßgeblich für die Zuordnung zu einer Altersklasse bzw. einem Zeitraum ist das Alter der Patientin/des Patienten bei der ersten Inanspruchnahme bzw. am Tag der ersten Leistungsabrechnung im Kalendervierteljahr.

Hausärzte,
Kardiologen

Aktualisierung DMP KHK

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat das DMP KHK aktualisiert. Damit wurde das Programm für die strukturierte Versorgung von 1,9 Millionen Patienten mit Koronarer Herzerkrankung (KHK) an die aktuellen Empfehlungen der wissenschaftlichen Fachgesellschaften angepasst.

Welche Bestandteile des DMP wurden konkret aktualisiert?

- **Diagnosekriterien:**

Die gesicherte Diagnose einer chronischen KHK kann auch mittels Computertomographie-Koronarangiographie (CCTA) erfolgen. Diese wurde im Januar 2025 mit abrechenbaren Leistungen in den EBM neu aufgenommen. Gemäß den Leitlinien der DGK sowie der Nationalen Versorgungsleitlinie soll sie bevorzugt für die Patienten genutzt werden, bei denen nach der Voruntersuchung nur eine mäßige Vortest-Wahrscheinlichkeit für eine KHK vorliegt.

- **Individuelle Therapieplanung:**

Sofern selbständige sportliche Aktivitäten noch nicht oder nicht mehr möglich sind, sollen den Patienten die Teilnahme an einer Herzsportgruppe oder einer rehabilitativen Herzinsuffizienzgruppe empfohlen werden. Die am DMP teilnehmenden Ärzte bekommen gezieltere Hinweise, in welchen Erkrankungssituationen die Rehabilitationssportgruppe indiziert ist.

- **Therapeutische Maßnahmen:**

Die Empfehlungen zum Einsatz von Statinen wurden an aktuelle Leitlinien, insbesondere an die Nationale Versorgungsleitlinie KHK, angepasst. Ebenso die Hinweise, in welchen Situationen eine elektive Koronarangiographie erwogen werden sollte, dem medizinischen Kenntnisstand entsprechend angepasst.

Wichtig

Bei den zu **dokumentierenden Parametern** für die Beurteilung der Qualitätsziele und -indikatoren ergibt sich für die Praxis **keine Änderung**.

ABRECHNUNG UND HONORAR

Diabetologen

Aktualisierung DMP Diabetes mellitus Typ 1

Der G-BA hat das Disease-Management-Programm Diabetes mellitus Typ 1 überarbeitet und inhaltlich aktualisiert.

- Die Anforderungen wurden dahingehend ergänzt, dass Daten aus einem Real-Time-Messgerät zur kontinuierlichen interstitiellen Glukosemessung (rtCGM) zur Therapiesteuerung berücksichtigt werden können.
- Ebenfalls ergänzt wurden weitere präventive Maßnahmen beim diabetischen Fußsyndrom, wie beispielsweise die regelmäßige Inspektion der Schuhe auf Fremdkörper sowie das fußdruckentlastende Verhalten im Alltag.
- Die Empfehlungen der medikamentösen Therapie bei arterieller Hypertonie und zur Statintherapie wurden an aktuelle Leitlinienempfehlungen angepasst.
- Aufgrund des Zusammenhangs zwischen der Glukoseeinstellung und Paradontitis soll auf die regelmäßigen jährlichen zahnärztlichen Kontrollen hingewiesen werden.
- Ebenfalls sollte zur regelmäßigen körperlichen Aktivität motiviert werden.
- Angestrebt wird zudem, erkrankte Jugendliche geplant und strukturiert in die Erwachsenenmedizin überzuleiten.
- Der Dokumentationsparameter „diabetesbezogene stationäre Einweisung“ konnte gestrichen werden.

Danach müssen innerhalb eines Jahres die DMP-Verträge angepasst werden, sodass das aktualisierte DMP mit neuen Dokumentationsvorgaben voraussichtlich zum 1. Oktober 2026 in den Praxen umgesetzt wird.

Wie geht es jetzt für beide DMP weiter?

- Die aktualisierte DMP-Anforderungen-Richtlinie ist zum 1. Oktober 2025 in Kraft getreten.
- Danach müssen binnen eines Jahres die lokalen DMP-Versorgungsverträge durch die KVen und Krankenkassen aktualisiert werden. Es bleibt abzuwarten, ob sich aus den neuen Anforderungen ggf. auch neue bzw. aktualisierte Leistungsziffern ergeben.

ABRECHNUNG UND HONORAR

Radiologen

PET/CT für sämtliche Staging-Untersuchungen bei aggressiven Non-Hodgkin-Lymphomen

Eine Positronenemissionstomographie ist bei aggressiven Non-Hodgkin-Lymphomen ab Oktober nicht mehr nur zu Beginn der Behandlung möglich. Ärzte können die Untersuchung dann auch zur Beurteilung der Therapie und zur Erkennung von Rezidiven zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung durchführen und abrechnen.

Die Abrechnung der Leistung erfolgt ab Q4 2025 über die Ziffern 34704 bis 34707 und ist bis zu zweimal im Behandlungsfall möglich. Die Abrechnung der Sachkosten erfolgt unverändert über die Kostenpauschale 40584.

Hausärzte,
Kinderärzte,
Radiologen,
Chirurgen

Fraktursonografie bei Kindern

Bei Kindern bis zum vollendeten 12. Lebensjahr mit Verdacht auf eine Fraktur des Ober- oder Unterarms können Ärzte ab Oktober eine Fraktursonografie durchführen und die Leistung über die Ziffer 33053 im Wert von 12,77 € abrechnen. Wie alle neuen Leistungen im EBM wird auch die Fraktursonografie zunächst extrabudgetär vergütet. Für die Abrechnung ist eine Genehmigung der KV notwendig.

Hepatitis-Früherkennung – Virus-Screening bleibt weiterhin abrechnungsfähig

Im Rahmen der Gesundheitsuntersuchung kann das Screening auf Hepatitis-B und -C einmalig ab dem 35. Lebensjahr für drei weitere Jahre abgerechnet werden. Dies bedeutet, die Befristung der Ziffer 01865 wurde bis Ende 2028 verlängert. Bisher wurde die Leistung bei der Mehrzahl der anspruchsberechtigten Versicherten noch nicht abgerechnet.

Beim Screening auf eine Hepatitis-B-Infektion erfolgt der Nachweis der HB-Antigene. Bei positivem Befund folgt anschließend eine Untersuchung auf HBV-DNA aus derselben Blutprobe.

Das Screening auf eine Hepatitis-C Infektion erfolgt durch den Nachweis auf HCV-Antikörper. Bei positivem Ergebnis schließt sich die Untersuchung auf HCV-RNA aus derselben Blutprobe an.

ABRECHNUNG UND HONORAR

Kardiologen,
Kinderkardiolo-
gen

DiGA ProHerz mit neuer Zusatzpauschale 01481 im EBM

Die Ziffer 01481 ist eine Zusatzpauschale, die für die Verlaufskontrolle und Auswertung der digitalen Gesundheitsanwendung DiGA ProHerz ab dem 01.10.2025 abrechnet werden kann. Sie ist ausschließlich durch Ärzte ansetzbar, die die zur Indikationsstellung eines Telemonitorings bei Herzinsuffizienz berechtigt sind (GOP 03325 oder 04325 oder 13578).



Die DiGA wird eingesetzt bei Patienten mit einer Herzinsuffizienz.

Nähere Informationen zum indikationsgerechten Einsatz finden Sie im DiGA-Verzeichnis des BfArM: diga.bfarm.de/de/verzeichnis/01823/fachkreise

Abrechnungsausschlüsse im Behandlungsfall

Die Leistung wird mit 7,93 € vergütet. Sie darf im Krankheitsfall maximal zweimal abgerechnet werden und hat keine Prüfzeit.

Da die DiGA für das Telemonitoring der Herzinsuffizienz selbst eingesetzt wird, sind neben der 01481 im Behandlungsfall die Leistungen des Telemonitorings mit den Ziffern 03325, 03326, 04325, 04326, 13578, 13579 und 13583 bis 13587 ausgeschlossen.

Pneumologen,
Kinderpneu-
mologen

FeNO-Messung nur zur Indikationsstellung einer Dupilumab-Therapie

Zum 01.10.2025 tritt eine Klarstellung bzw. Neudefinition der Abrechnungsbedingungen der Ziffern 04538 und 13678 für die Messung des fraktionierten exhalierten Stickstoffmonoxids (FeNO) in Kraft.

Mit dem Beschluss des Bewertungsausschusses wird klargestellt, dass eine FeNO-Messung nur zur Indikationsstellung einer Therapie mit Dupilumab durchgeführt und abgerechnet werden darf. Bei bereits gestellter Indikation oder zur Verlaufskontrolle während einer Therapie mit diesem Medikament ist die Leistung nicht berechnungsfähig.



ABRECHNUNG UND HONORAR

Budget für humangenetische Untersuchungen wird aufgestockt

Für die Finanzierung der humangenetischen Diagnostik wird ein Budget für das laufende Jahr in Höhe von 20,2 Millionen € in der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung bereit gestellt. Dies hat der Bewertungsausschuss beschlossen. Der Leistungsbedarf an humangenetischer Diagnostik steigt kontinuierlich an. Deshalb wird der Bereich der Humangenetik in der MGV jährlich überprüft und angepasst.

Erstbefüllung ePA weiterhin über Ziffer 01648 abrechnungsfähig

Die Erstbefüllung der elektronischen Patientenakte (ePA) über die Ziffer 01648 geht in die erneute Verlängerung und wird vorerst noch bis Ende des Jahres mit den bekannten 11,03 € vergütet. KBV und GKV-Spitzenverband wollen bis dahin entscheiden, wie die Nutzung der ePA ab Januar 2026 vergütet wird. Das gilt auch für die Pauschalen für die weitere Befüllung einer Akte.

Niedrigere Anforderungen für medikamentöse Schwangerschaftsabbrüche

Die strukturellen Vorgaben für Praxen, die Schwangerschaftsabbrüche durchführen, wurden angepasst. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hatte die zugrundeliegende Richtlinie zur Empfängnisregelung und zum Schwangerschaftsabbruch im Juli geändert. Der Beschluss ist nun in Kraft getreten.

Die Anforderungen an die Ausstattung orientieren sich jetzt primär danach, ob eine Praxis Abbrüche ausschließlich medikamentös oder auch operativ durchführt.

Reduzierte Anforderungen bei ausschließlich medikamentösen Abbrüchen

Neu ist, dass Einrichtungen, die ausschließlich medikamentöse Schwangerschaftsabbrüche vornehmen, nun keine spezifischen strukturellen Anforderungen mehr erfüllen müssen, wie sie für operative Eingriffe gelten.

Quelle: www.g-ba.de/service/fachnews/206/

ABRECHNUNG UND HONORAR

Augenärzte

Höhere Vergütung für Fluoreszenzangiographie und neue Kostenpauschale für Teststoff

Ab 1. Oktober wurde die Bewertung der Fluoreszenzangiographie um rund 8 € erhöht. Außerdem wird für den Teststoff Indozyaningrün eine eigene Kostenpauschale in den EBM aufgenommen.

Grund für die höhere Vergütung sind die gestiegenen Preise für den fluoreszierenden Teststoff Fluorescein-Natrium, der intravenös injiziert wird. Die Sachkosten für den Teststoff sind in der Gebührenordnungsposition Ziffer 06331 enthalten, die Augenärzte für die Untersuchung abrechnen. Aufgrund der gestiegenen Preise wird deren Bewertung auf 504 Punkte (62,46 Euro) angehoben, was rund acht Euro mehr bedeutet.

Da die Fluoreszenzangiographie auch im Rahmen der Photodynamischen Therapie (PDT) durchzuführen ist, wird auch die Ziffer 06332 für die PDT ab Oktober höher bewertet. Sie steigt ebenfalls um den gleichen Betrag auf jetzt 284,55 €.

Kostenpauschale für Teststoff Indozyaningrün

Für den bisher schon deutlich teureren Teststoff Indozyaningrün gibt es ab Oktober eine eigene Kostenpauschale im EBM, auch dieser war bisher in den Ziffern 06331 und 06332 enthalten. Dieser Teststoff kommt nur bei bestimmten Indikationen zur Anwendung.

Die hierfür neue Kostenpauschale 40682 ist mit 72,31 € bewertet. Die Abrechnung setzt eine medizinische Begründung für die Verwendung von Indozyaningrün voraus. Die Obergrenze von 5 % der Fälle mit durchgeführter Fluoreszenzangiographien ist zu beachten.

Kassen stellen zusätzliche Finanzmittel bereit

Die Krankenkassen stellen zur Finanzierung der Bewertungserhöhung der Ziffern 06331 und 06332 zusätzliche Gelder bereit, die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung wird entsprechend erhöht. Die neue Kostenpauschale 40682 wird wie üblich befristet extrabudgetär vergütet.

ABRECHNUNG UND HONORAR

Gastroentero-
logen,
Laborärzte

Erweiterte Indikation für die Testung auf *Helicobacter pylori*

Der Test auf *Helicobacter-pylori*-Antigen im Stuhl über die Ziffer 32706 durfte bislang unter anderem nur „zur Erfolgskontrolle nach Eradikationstherapie einer *Helicobacter-pylori*-Infektion (frühestens vier Wochen nach Ende der Therapie)“ erfolgen.

Mit der erweiterten Leistungslegende kann der Test jetzt auch vor einer geplanten Dauermedikation mit niedrig dosiertem ASS oder mit nicht steroidalen Antirheumatika und erhöhtem Risiko für eine Ulcus-Erkrankung erfolgen und abgerechnet werden.

HIV-Schwer-
punktpraxen

HIV-Präexpositionsprophylaxe wird weiterhin extrabudgetär vergütet

Leistungen zur medikamentösen HIV-Präexpositionsprophylaxe (PrEP) können seit 2019 über den EBM erbracht und abgerechnet werden. Sie werden extrabudgetär vergütet.

Die extrabudgetäre Vergütung der Ziffern 01920 bis 01922 und 01930 bis 01936 sowie die Laborziffer 32850 (Nukleinsäurenachweis von HIV-RNA) wird jetzt bis Dezember 2027 verlängert. Der Bewertungsausschuss verlängert die Vergütung außerhalb der MGV einer (neuen) Leistung immer dann, wenn die Auswertung der Abrechnungsdaten nahelegen, dass sich die Leistung in der Fläche noch nicht durchgesetzt hat.

Nach Angaben des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung (Zi) praktizierten im ersten vollen Jahr nach Einführung der Kassenerstattung rund 26.000 Personen den medikamentösen Infektionsschutz; 2023 stieg die Zahl bereits auf 51.600.

Quelle: www.zi.de/fileadmin/Downloads/Service/Gutachten/HIV_Ergebnisbericht_final.pdf



Entbudgetierung, Vorhalte- und Versorgungspauschale ...
es geht um viel Geld!

GVSG-CHECK NR. 1

Denn wir möchten nicht, dass Sie im Trüben fischen!

AAC
Analyse

Weitere Informationen hier im Heft ab Seite 4.

REGIONALE KV-REGELUNGEN

AB 01. OKTOBER 2025

Bayern

DMP Osteoporose

Das DMP Osteoporose ist jetzt auch in Bayern möglich. Seit dem 01.10.2025 können Patienten von teilnahmeberechtigten Ärzten (s. Tabelle unten) eingeschrieben werden.

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

Vertragsstart / Gültigkeit ab	01.10.2025	
Vertragsinhalt	DMP Osteoporose	
teilnahmeberechtigte Versicherte	gesicherte Osteoporose-Diagnose	
teilnahmeberechtigte Ärzte	<p>Hausärzte, Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie und Fachärzte für Orthopädie, mit Nachweis einer besonderen osteologischen Qualifikation:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fachärzte für Innere Medizin • für Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie • für Innere Medizin und Rheumatologie • für Frauenheilkunde und Geburtshilfe • für Physikalische und Rehabilitative Medizin 	
Leistungen hausärztliche Versorgung		
Ziffer	Beschreibung	Wert
durch KV hinzugesetzt	Einschreibung/Erstdokumentation Information, Beratung zum DMP und Einschreibung der Versicherten, Erstellung der Erstdokumentation sowie Versand der entsprechenden Unterlagen	25,00 €
	Folgedokumentation Erstellung und Versand der Folgedokumentation der entsprechenden Unterlagen, Ausdruck für Patient	15,00 €

REGIONALE KV-REGELUNGEN

AB 01. OKTOBER 2025

Ziffer	Beschreibung	Wert
durch KV hinzugesetzt	Zuschlag zur Ersteinschreibung auf ein Jahr ab Teilnahme des Arztes befristet <ul style="list-style-type: none"> • generell befristet bis 30.09.2027 	5,00 €
	Kontinuitätspauschale für die kontinuierliche Betreuung des eingeschriebenen Patienten (maximal jedes zweite Quartal, zweimal im Krankheitsfall)	2,50 €
92724	Patientenschulung Osteoporose der Orthopädischen Gesellschaft Osteologie <ul style="list-style-type: none"> • maximal 5 Unterrichtseinheiten à 60 Minuten • 6–10 Teilnehmer 	22,50 €
92724E	Patientenschulung Osteoporose der Orthopädischen Gesellschaft Osteologie als Einzelschulung	45,00 €
92724S	Schulungsmaterial einmalig je Schulungsteilnehmer	12,90 €
99055	Absolvierung aller Unterrichtseinheiten einer Gruppen- oder Einzelschulung <ul style="list-style-type: none"> • Ziffer bei der Abrechnung der letzten Schulungseinheit im gleichen Arzt-Patienten-Kontakt 	25,00 €
92721	Betreuung und Sturzanamnese koordinierender Arzt <ul style="list-style-type: none"> • maximal zweimal im Krankheitsfall, jedoch nicht im selben Quartal abrechnungsfähig 	32,00 €

REGIONALE KV-REGELUNGEN

AB 01. OKTOBER 2025

Leistungen fachärztliche Versorgung		
Ziffer	Beschreibung	Wert
durch KV hinzugesetzt	Einschreibung/Erstdokumentation als koordinierender Arzt Information, Beratung zum DMP und Einschreibung der Versicherten, Erstellung der Erstdokumentation sowie Versand der entsprechenden Unterlagen	25,00 €
	Folgedokumentation als koordinierender Arzt Erstellung und Versand der Folgedokumentation der entsprechenden Unterlagen, Ausdruck für Patient	15,00 €
	Zuschlag zur erstmaligen Einschreibung als koordinierender Arzt <ul style="list-style-type: none"> • auf ein Jahr ab Teilnahme des Arztes befristet • längstens zwei Jahre ab Wirkbetrieb 	5,00 €
	Kontinuitätspauschale für die kontinuierliche Betreuung des eingeschriebenen Patienten als koordinierender Arzt (maximal jedes zweite Quartal, zweimal im Krankheitsfall)	2,50 €
92723E	Fachärztliche Eingangsuntersuchung ausschließlich als Facharzt / kooperierender Arzt <ul style="list-style-type: none"> • einmal im Lebensfall • Überweisung des koordinierenden Arztes 	30,00 €
92723F	Fachärztliche Folgeuntersuchung ausschließlich als Facharzt / kooperierender Arzt <ul style="list-style-type: none"> • maximal zweimal im Krankheitsfall, jedoch nicht im selben Quartal • maximal einmal im Krankheitsfall, wenn im Krankheitsfall bereits eine Eingangsuntersuchung vorliegt • Überweisung des koordinierenden Arztes 	25,00 €
92722E	Fachärztliche Eingangsuntersuchung als koordinierender Arzt <ul style="list-style-type: none"> • einmal im Lebensfall 	15,00 €

REGIONALE KV-REGELUNGEN

AB 01. OKTOBER 2025

Ziffer	Beschreibung	Wert
92722F	Fachärztliche Folgeuntersuchung als koordinierender Arzt <ul style="list-style-type: none"> • maximal zweimal im Krankheitsfall, jedoch nicht im selben Quartal • maximal einmal im Krankheitsfall, wenn in diesem Krankheitsfall bereits eine Eingangsuntersuchung vorliegt 	12,50 €
92721	Betreuung und Sturzanamnese koordinierender Arzt <ul style="list-style-type: none"> • maximal zweimal im Krankheitsfall, jedoch nicht im selben Quartal 	32,00 €
92724	Patientenschulung Osteoporose der Orthopädischen Gesellschaft Osteologie <ul style="list-style-type: none"> • maximal 5 Unterrichtseinheiten à 60 Minuten • 6–10 Teilnehmer 	22,50 €
92724E	Patientenschulung Osteoporose der Orthopädischen Gesellschaft Osteologie als Einzelschulung	45,00 €
92724S	Schulungsmaterial einmalig je Schulungsteilnehmer	12,90 €
99055	Absolvierung aller Unterrichtseinheiten einer Gruppen- oder Einzelschulung <ul style="list-style-type: none"> • Ziffer bei der Abrechnung der letzten Schulungseinheit im gleichen Arzt-Patienten-Kontakt 	25,00 €

Quelle: www.kvb.de/mitglieder/patientenversorgung/dmp

REGIONALE KV-REGELUNGEN

AB 01. OKTOBER 2025

Brandenburg

Zusätzliche Förderung für dringende TSS-Terminfälle

Ab dem dritten Quartal 2025 fördert die KV den TSS-Terminfall mit einem Zuschlag von 10 € pro Behandlungsfall. Dieser Zuschlag erweitert die bisherige Förderung.

Aufgrund der enormen Terminnachfrage und den vergleichbar geringen Versorgungsangeboten wird für Internisten mit Schwerpunkt Rheumatologie bzw. Gastroenterologie und Dermatologen der Zuschlag auf 30 € je Patient erhöht.

Um diese Möglichkeit in Anspruch zu nehmen und die Fördermittel bedarfsgerecht ausschöpfen zu können, sollten die Arztpraxen freie Termine zeitnah melden bzw. im 116117-Terminservice einstellen.

Seitens der Arztpraxen ist nichts weiter zu beachten. Die Zuschläge werden in der Abrechnung von der KV Brandenburg zu den TSS-Terminfällen zugesetzt.

Die Maßnahme wird aus Strukturfondsmitteln finanziert und ist vorerst auf vier Quartale bzw. bis zum Aufbrauchen der gewidmeten Mittel von knapp 300.000 € begrenzt.

Der TSS-Akutfall ist von der zusätzlichen Förderung ausgenommen, da hier in der Regel ausreichend Termine zur Verfügung stehen.

Quelle: www.kvbb.de/suche/news/meldung-zusaetzliche-foerderung-fuer-dringende-tss-terminfaelle

Mecklenburg-Vorpommern

DMP Diabetes mellitus Typ 1 und 2 – Neue Patientenschulung „INPUT“

Seit dem 1. Juli 2025 können insulinpflichtige Diabetiker mit Insulinpumpe im Rahmen des DMP Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2 eine neue Schulung absolvieren. „INPUT – So pumpt das Leben“ ist ein strukturiertes Patienten-Schulungs- und Behandlungsprogramm.

Eine Unterrichtseinheit (UE) pro Patient wird mit 28,50 Euro vergütet. Die Vergütung der Schulung orientiert sich an bestehenden Diabetes-Schulungen. Die INPUT-Schulung umfasst 12 UE in Gruppen bis zu acht Patienten und dient als Ergänzung zu einem Basis-Schulungsprogramm für insulinpflichtige Diabetes mellitus-Patienten mit Insulinpumpe.

Die Schulung kann auch im Videoformat durchgeführt werden, hierfür ist neben der Schulungs-GOP die GOP 88220 (Videosprechstunde) zu setzen. Zur Erteilung der Abrechnungsgenehmigung müssen Ärzte den Nachweis über die erfolgreiche Absolvierung einer DMP-Schulung „Train the Trainer“ bei der KV einreichen.

Quelle: www.kvmv.de/export/sites/default/galleries/downloadgalerie_kvmv/presse/publikationen_pdfs/journal_pdfs/2025/Journal_September_2025.pdf

Pflegeheimförderung – neue telemedizinische Leistungsziffern

Im Jahr 2019 haben die KV Nordrhein und die örtlichen Krankenkassen für die Pflegeheimversorgung gemäß Paragraf 119b SGB V eine besondere Förderung vereinbart. Zur Erhöhung der Kontaktfrequenz wurden in diesem Jahr neue Zuschläge für telemedizinische Visiten eingeführt. Die Anpassung berücksichtigt den technischen Fortschritt und zielt darauf ab, die Versorgungsqualität weiter zu verbessern.

Im Kontext telemedizinischer Visiten – als Videokonferenz zwischen dem koordinierenden oder kooperierenden Arzt, den Heimbewohnern und dem Pflegepersonal – kommt der Vitaldatenübertragung eine besondere Rolle zu. Beispiele sind:

- Blutdruck
- Blutzucker
- Sauerstoffsättigung
- Abhören Herz/Lunge
- Körpertemperatur
- EKG

Um die neuen Leistungsziffern abzurechnen, muss zwingend mindestens eine der genannten Vitaldatenerhebungen im Arzt-Patienten-Kontakt erfolgen. Bei telemedizinischer Visite sind die entsprechenden Informationen im Dokumentationsbogen und in der Patientenakte nachzutragen. Voraussetzung ist, dass die Technik zur Übertragung der Vitaldaten sowohl im Pflegeheim als auch in der Arztpraxis vorhanden ist. Bei telemedizinischen Visiten gilt zudem, dass zuvor mindestens ein persönlicher Kontakt gemäß Kapitel 37.2 stattgefunden haben muss.

Zuschläge auch bei Akutfällen

Die Inhalte der telemedizinischen regelmäßigen Visite der koordinierenden und kooperierenden Ärzte können auch im Akutfall erfolgen – und zwar bis zu dreimal im selben Behandlungsfall. Wesentliche Kriterien sind, dass der betreffende Arzt im Behandlungsfall zunächst eine regelmäßige Visite persönlich durchgeführt hat, der Kontakt nicht beabsichtigt war und er den vorgesehenen Arbeitsablauf unterbricht.

Bei der akuten außerplanmäßigen telemedizinischen Visite muss das Pflegeheim den Kontakt anfordern. Die Leistung ist zeitnah zu erbringen und sowohl vom Arzt als auch vom Pflegeheim nachweislich zu dokumentieren. Grundsätzlich müssen auch hier die technischen Voraussetzungen gegeben sein.

REGIONALE KV-REGELUNGEN

AB 01. OKTOBER 2025

Überblick: Neue telemedizinische Leistungsziffern

Leistungsergänzungen		
Ziffer	Beschreibung	Wert
92600T	Telemedizinische gemeinsame Visite (nicht neben der 92600)	8,50 € / Arzt
92601T	Regelmäßige telemedizinische Visite des koordinieren Arztes (92601T, 92601 und 92601N können in Summe maximal dreimal im Behandlungsfall abgerechnet werden, jedoch nicht nebeneinander in demselben Arzt-Patienten-Kontakt)	8,50 €
92601A	Akute (außerplanmäßige) telemedizinische Visite des koordinierenden Arztes <ul style="list-style-type: none"> • muss durch das Pflegeheim angefordert worden sein • ist zeitnah zu erbringen • Anforderung der Leistung und deren Durchführung ist vom leistungserbringenden Arzt und vom Pflegeheim zu dokumentieren (nicht in demselben Arzt-Patienten-Kontakt zur 92601, 92601N und 92601T, jedoch in demselben Behandlungsfall)	30,00 €
92602T	Regelmäßige telemedizinische Visite des kooperierenden Facharztes (92602T, 92602 und 92602N können in Summe maximal zweimal im Behandlungsfall abgerechnet werden, jedoch nicht nebeneinander in demselben Arzt-Patienten-Kontakt)	8,50 €
92602A	Akute (außerplanmäßige) telemedizinische Visite des kooperierenden Facharztes <ul style="list-style-type: none"> • muss durch das Pflegeheim angefordert worden sein • ist zeitnah zu erbringen • Anforderung der Leistung und deren Durchführung ist vom leistungserbringenden Arzt und vom Pflegeheim nachweislich zu dokumentieren (nicht in demselben Arzt-Patienten-Kontakt zur 92602, 92602N und 92602T, jedoch in demselben Behandlungsfall)	30,00 €

Wichtig

Die Symbolnummern 92600T, 92601T, 92602T, 92601A und 92602A werden als Zuschlag zusätzlich zu den von Ihnen im Rahmen der Videosprechstunden abrechnungsfähigen EBM-Ziffern abgerechnet! Bitte beachten Sie außerdem dringend das Merkblatt der KV Nordrhein, in dem sämtliche Voraussetzungen zur Abrechnung enthalten sind.

Quelle: www.kvno.de/aktuelles/aktuelles-detail/nachricht/pflegeheimfoerderung-neue-telemedizinische-leistungsziffern

Nordrhein

DMP-Verträge Diabetes Typ 1 und Typ 2: Vergütungen von Patientenschulungen zum 01. Juli 2025 angehoben

Die KV Nordrhein hat mit den Krankenkassen zum 01. Juli 2025 eine stufenweise Erhöhung von insgesamt 1,50 – 2,50 € pro Unterrichtseinheit und Patient bis 2027 für die Vergütung der Patientenschulungen in den DMP Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2 vereinbart.

Zur Abrechnung müssen schulende Ärzte über eine Abrechnungsgenehmigung der KV Nordrhein verfügen.

Voraussetzung ist der Nachweis über die durchgeführte Trainerfortbildung zur jeweiligen Schulung. Interessierte Hausärzte, diabetologische Schwerpunktpraxen (DSP) sowie bei Typ-1-Diabetes qualifizierte Pädiater können den Antrag online über die KV Nordrhein stellen.

Darüber hinaus wurden einige Leistungen der zweiten Versorgungsebene angepasst – diese betreffen DSP und bei Typ-1-Diabetes qualifizierte Pädiater. Neben neuen Leistungen bei der Versorgung mit AID-Systemen haben sich unter anderem auch Änderungen bei den Symbolnummern zur Versorgung von diabetischen Fußläsionen sowie bei Leistungen zur Betreuung während der Schwangerschaft ergeben.

Um die diabetische Fußversorgung zu stärken, können sich von der AG Diabetischer Fuß der DDG zertifizierte DSP künftig bei der KV Nordrhein als Fußambulanz für zusätzliche Leistungen erfassen lassen. Diese beinhalten die präventive Untersuchung von Hochrisikofüßen, die Eingangsbetreuung und Abheilungsdokumentation eines ab dem 01. Juli 2025 neu aufgetretenen Wundfalls des diabetischen Fußsyndroms (Rezidivs) je Bein sowie eine anschließende jährliche Nachkontrolle.

Quellen:

www.kvno.de/aktuelles/aktuelles-detail/nachricht/verguetungen-von-patientenschulungen-zum-1-juli-2025-angehoben
www.ddg.info/behandlung/zertifizierung/fussbehandlungseinrichtungen

REGIONALE KV-REGELUNGEN

AB 01. OKTOBER 2025

Rheinland-
Pfalz

DMP Osteoporose

Das DMP Osteoporose ist jetzt auch in Rheinland-Pfalz möglich. Seit dem 01.10.2025 können Patienten von berechtigten Ärzten eingeschrieben werden.

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

Vertragsstart / Gültigkeit ab	01.10.2025	
Vertragsinhalt	DMP Osteoporose	
teilnahmeberechtigte Versicherte	gesicherte Osteoporose-Diagnose	
teilnahmeberechtigte Ärzte	<p>Hausärzte, Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie und Fachärzte für Orthopädie, mit Qualifikation „Osteologe DVO“ oder einer vergleichbaren Zusatzweiterbildung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fachärzte für Innere Medizin • für Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie • für Innere Medizin und Rheumatologie • für Frauenheilkunde und Geburtshilfe • für Physikalische und Rehabilitative Medizin 	
Leistungen		
Ziffer	Beschreibung	Wert
90200	<p>Einschreibung/Erstdokumentation</p> <p>Information, Beratung zum DMP und Einschreibung der Versicherten, Erstellung der Erstdokumentation sowie Versand der entsprechenden Unterlagen</p>	20,00 €
90201	<p>Folgedokumentation (einmal im Behandlungsfall)</p> <p>Erstellung und Versand der Folgedokumentation der entsprechenden Unterlagen</p>	20,00 €

REGIONALE KV-REGELUNGEN

AB 01. OKTOBER 2025

Ziffer	Beschreibung	Wert
90202	Zuschlag zur erstmaligen Einschreibung <ul style="list-style-type: none">• Zuschlag zur 90200• einmalig je Patient und Praxis• wird von der KV zugesetzt und ist befristet bis 30.09.2026	5,00 €
90203	Betreuungspauschale koordinierender Arzt (einmalig im Behandlungsfall, höchstens zweimal im Krankheitsfall, im Behandlungsfall nicht neben 90204 und 03360) <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• 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:<ul style="list-style-type: none">• ggf. Überweisung in den fachärztlichen Versorgungssektor• Überprüfung der Notwendigkeit einer Parodontitis-Behandlung• falls erforderlich: regelmäßige schmerztherapeutische Betreuung• Folgeabschätzung bei Sturzneigung:<ul style="list-style-type: none">• Beratung zur Reduktion des Sturzrisikos• Empfehlung von Maßnahmen zur Förderung des Gleichgewichts und der Reaktionsfähigkeit sowie zur Reduktion der Angst vor Stürzen und vor weiteren Mobilitätseinschränkungen• Motivation zu körperlichem Training zur Förderung der Muskelkraft und Koordination	30,00 €

REGIONALE KV-REGELUNGEN

AB 01. OKTOBER 2025

Ziffer	Beschreibung	Wert
90204	<p>Pauschale für die fachärztliche Behandlung (einmalig im Behandlungsfall, höchstens zweimal im Krankheitsfall, im Behandlungsfall nicht neben 90203)</p> <ul style="list-style-type: none">• Weiterführung versichertenindividuelles Gespräch zum Krankheitsbild Osteoporose:<ul style="list-style-type: none">• von Frakturen und klinischen Hinweisen auf Frakturen• von Komorbiditäten und deren Einfluss auf Therapie und mögliche Nebenwirkungen / Interaktionen (bei postmenopausalen Frauen: Frage nach einer Hormonersatztherapie)• weitere 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• fachärztliche Überprüfung der Medikation unter Berücksichtigung weiterer eingenommener Medikamente (Kontraindikation, Adhärenz, Einhaltung der empfohlenen Einnahmemodalitäten, Nebenwirkungen)• 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	25,00 €
90205	<p>Schulung Osteoporose der Orthopädischen Gesellschaft für Osteologie</p> <ul style="list-style-type: none">• maximal 5 Unterrichtseinheiten je 60 Minuten• maximal 12 Patienten	25,00 €
90206	<p>Nachschulung Osteoporose der Orthopädischen Gesellschaft für Osteologie</p> <ul style="list-style-type: none">• frühestens nach einem Jahr nach der Erstschulung• eine Unterrichtseinheit von 60 Minuten	25,00 €
90207	<p>Schulungsmaterial (einmalig je Schulungsteilnehmer)</p>	12,90 €

Quelle: www.kv-rlp.de/nachricht/bessere-behandlung-von-osteoporose-neues-disease-management-programm

REGIONALE KV-REGELUNGEN

AB 01. OKTOBER 2025

Westfalen-
Lippe

DMP Rheumatoide Arthritis

In Westfalen-Lippe gibt es jetzt das DMP Rheumatoide Arthritis für Hausärzte, Fachärzte für Innere Medizin und Rheumatologie, Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatzweiterbildung Orthopädische Rheumatologie.

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

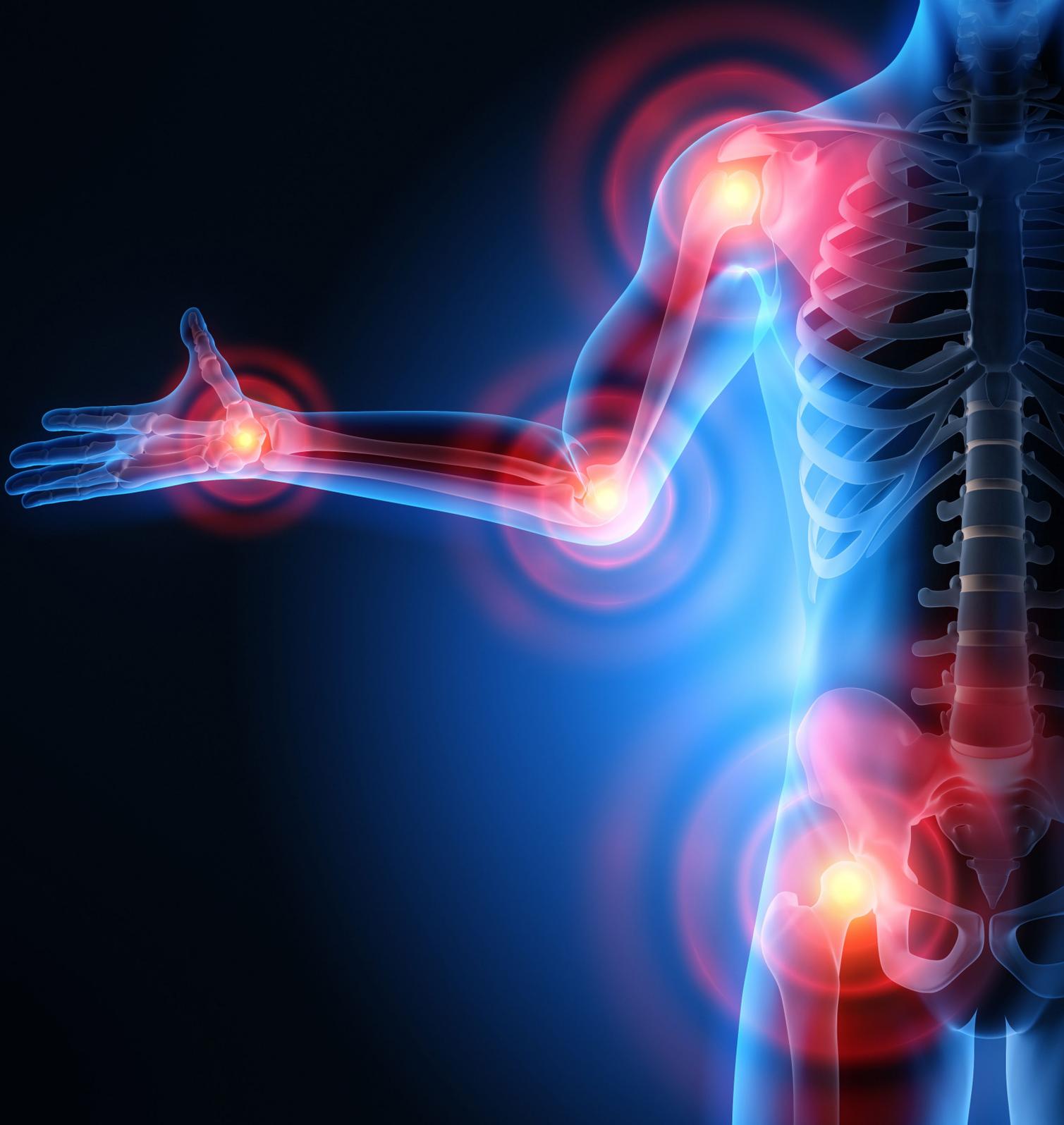
Vertragsstart / Gültigkeit ab	01.10.2025	
Vertragsinhalt	DMP Rheumatoide Arthritis	
teilnahmeberechtigte Versicherte	gesicherte Rheumatoide Arthritis und gesicherte Synovitis (mindestens eines Prädilektionsgelenks (Handgelenke, Fingergrund- und Finger-mittelgelenke (außer Daumensattelgelenk) und Zehengrundgelenke (außer Großzehengrundgelenk)), wenn keine andere Ursache der Synovitis vorliegt und mindestens 6 Punkte nach den ACR/EULAR-Klassifikationskriterien erreicht werden	
teilnahmeberechtigte Ärzte	Hausärzte, Fachärzte für Innere Medizin und Rheumatologie, Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatzweiterbildung Orthopädische Rheumatologie	
Leistungen		
Ziffer	Beschreibung	Wert
90310	Ersteinschreibung und Erstdokumentation	10,00 €
90312E	Einschreibung und Erstdokumentation bei Mehrfacheinschreibung	10,00 €
90311	Folgedokumentation	10,00 €
90312F	Folgedokumentation bei Mehrfacheinschreibung	10,00 €
90320	Betreuungspauschale koordinierender Arzt (einmal im Behandlungsfall)	11,00 €

REGIONALE KV-REGELUNGEN

AB 01. OKTOBER 2025

Ziffer	Beschreibung	Wert
durch KV hinzuge- setzt	Qualitätsmanagement zur Haltearbeit – Dokumentationsfrequenz 3 Monate	10,00 €
	Qualitätsmanagement zur Haltearbeit – Dokumentationsfrequenz 6 Monate	20,00 €
90321	Ersteinstellungspauschale Facharzt als kooperierender Arzt - Erstvorstellung (Therapieanpassung, einmalig je Patient und nicht neben der 90324)	35,00 €
90322	Ersteinstellungspauschale Facharzt als kooperierender Arzt - Zweitkontakt (Therapieoptimierung, sofern nach 12 Wochen noch kein adäquates Therapieansprechen erreicht wurde. Einmalig je Patient nach erfolgtem Erstkontakt, jedoch nicht im selben Quartal und nicht neben der 90324)	28,00 €
90323	Ersteinstellungspauschale Facharzt als kooperierender Arzt - Drittkontakt (Therapieoptimierung, sofern nach 24 Wochen keine Remission der rheumatoiden Arthritis erreicht wurde. Einmalig je Patient nach erfolgtem Erstkontakt, jedoch nicht im selben Quartal und nicht neben der 90324)	28,00 €
90324	Mitbehandlungspauschale Facharzt (maximal zweimal pro Krankheitsfall)	25,00 €
90330E/N/W	Strukturierte Patienteninformation Rheumatoide Arthritis - StruPIRA (3 Unterrichtseinheiten à 90 Minuten, maximal 12 Patienten) E = Einzelschulung, N = Nachschulung, W = Wiederholungsschulung	31,00 €
90331	Schulungsmaterial StruPIRA	10,00 €
90332E/N/W	Basisschulung Rheumatoide Arthritis (4 Unterrichtseinheiten à 50-75 Minuten, 5-15 Patienten) E = Einzelschulung, N = Nachschulung, W = Wiederholungsschulung	22,50 €
90333	Schulungsmaterial	10,00 €

Quelle: www.kwv.de/fileadmin/user_upload/pdf/Mitglieder/Rechtsquellen_und_Vertraege/DMP/DMP_Rheumatoide_Arthritits/Praxisinformation_DMP_RA.pdf



REGIONALE HZV-REGELUNGEN

AB 01. OKTOBER 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

HÄPPI – Hausärztliches Primärversorgungszentrum – Patientenversorgung Interprofessionell

Bei dieser neuen Versorgung soll der Patient nicht immer neue Anlaufstellen haben, sondern die Verantwortung wird in einer HÄPPI-Praxis gebündelt. Sie zeichnet sich durch die kontinuierliche, kooperative und versorgungssteuernde hausärztliche Koordination aus. Der Hausarzt übernimmt hierbei die zentrale Rolle.

Ein HÄPPI-Team besteht aus einem Hausarzt und einer Person mit einem nicht-ärztlichen akademisierten Gesundheitsberuf (z. B. PCM, PA).

Die Versorgung soll effizienter, vernetzter und bedarfsgerechter gestaltet werden, um somit die Qualität und die Zufriedenheit bei Patienten und Praxen zu steigern. Durch die Vernetzung sollen Über-, Unter- und Fehlversorgung geschützt werden.

Der Patient wird zudem mit der Patient-Reported-Outcomes (PRO) in die Behandlung eingebunden und trägt somit zum Therapieerfolg bei.

Voraussetzungen sind u. a. die Implementierung von Patientenbefragungen mittels Patient-Reported Outcomes, der Einsatz digitaler Tools (Online-Terminkalender, Videosprechstunde, Messenger-Software, AMTS-Software und Recallsystem), die Kooperation mit Pflegeheimen und Fachärzten, die an den AOK-Facharztvertrag teilnehmen, Qualifikation Sonographie und kleine Chirurgie, eine Weiterbildungsbefugnis im Gebiet Allgemeinmedizin, verlässliche Erreichbarkeit, Angebot einer HÄPPI-Sprechstunde.

Beendigung der VKA-Therapie zum 01.10.2025.

REGIONALE HZV-REGELUNGEN

AB 01. OKTOBER 2025

Leistung	Alt	Neu	
	Zuschlag HÄPPI Basispauschale (auf jede P1)	-	20,00 €
	Zuschlag HÄPPI-Transformation (auf jede P1) für die ersten vier Start quartale	-	10,00 €
	Zuschlag nichtärztlich akademisierte Gesundheitsberufe im HÄPPI 0,5 VKZ (Vollzeitkraft)	-	5,00 €
	Zuschlag nichtärztlich akademisierte Gesundheitsberufe im HÄPPI 0,75 VKZ (Vollzeitkraft)	-	7,50 €
	Zuschlag nichtärztlich akademisierte Gesundheitsberufe im HÄPPI 1,0 VKZ (Vollzeitkraft)	-	10,00 €
	Zuschlag nichtärztlich akademisierte Gesundheitsberufe im HÄPPI ab 1,5 VKZ (Vollzeitkraft)	-	15,00 €
	Zuschlag auf die Vertreterpauschale für die Betreuung von HZV-Versicherten in Pflegeeinrichtungen (Zuschlag Chroniker)	25,00 €	30,00 €
	Versorgungszuschlag bei Beendigung von HAUSÄRZTEN (Zuschlag Chroniker)	25,00 €	30,00 €
	Aufnahmepauschale bei Schließung der Betreuarztpraxis ohne Praxisnachfolge (Zuschlag Chroniker)	25,00 €	30,00 €
	Pauschale zur Einstellung auf dauerhafte Vitamin K-Antagonisten-Therapie (VKA-Therapie)	120,00 €	-
	Aufwandspauschale bei dauerhafter Vitamin K-Antagonisten-Therapie (VKA-Therapie)	15,00 €	-

REGIONALE HZV-REGELUNGEN

AB 01. OKTOBER 2025

Bayern

Vertrag EK und BKK

Aufnahme der Meningokokken B Impfung in den Ziffernkranz. Somit wird die 89116A, 89116B und 89116Z ab dem 4. Quartal 2025 über die HzV dokumentiert.

Vertrag Bahn BKK und TK

Aufnahme der Hepatitis A und B Auffrischimpfung in den Ziffernkranz. Somit wird die 89202R ab dem 4. Quartal 2025 über die HzV dokumentiert.

Hessen

Vertrag TK, Bahn BKK

Aufnahme der Hepatitis A und B Auffrischimpfung in den Ziffernkranz. Somit wird die 89202R ab dem 4. Quartal 2025 über die HzV dokumentiert.

Nordrhein

Vertrag TK, Bahn BKK

Aufnahme der Hepatitis A und B Auffrischimpfung in den Ziffernkranz. Somit wird die 89202R ab dem 4. Quartal 2025 über die HzV dokumentiert.

Westfalen-
Lippe

Vertrag TK, Bahn BKK

Aufnahme der Hepatitis A und B Auffrischimpfung in den Ziffernkranz. Somit wird die 89202R ab dem 4. Quartal 2025 über die HzV dokumentiert.

Vertrag AOK NordWest, Knappschaft, IKK, LKK und EK

Aufnahme der Meningokokken B Impfung in den Ziffernkranz. Somit wird die 89116A und 89116B ab dem 4. 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

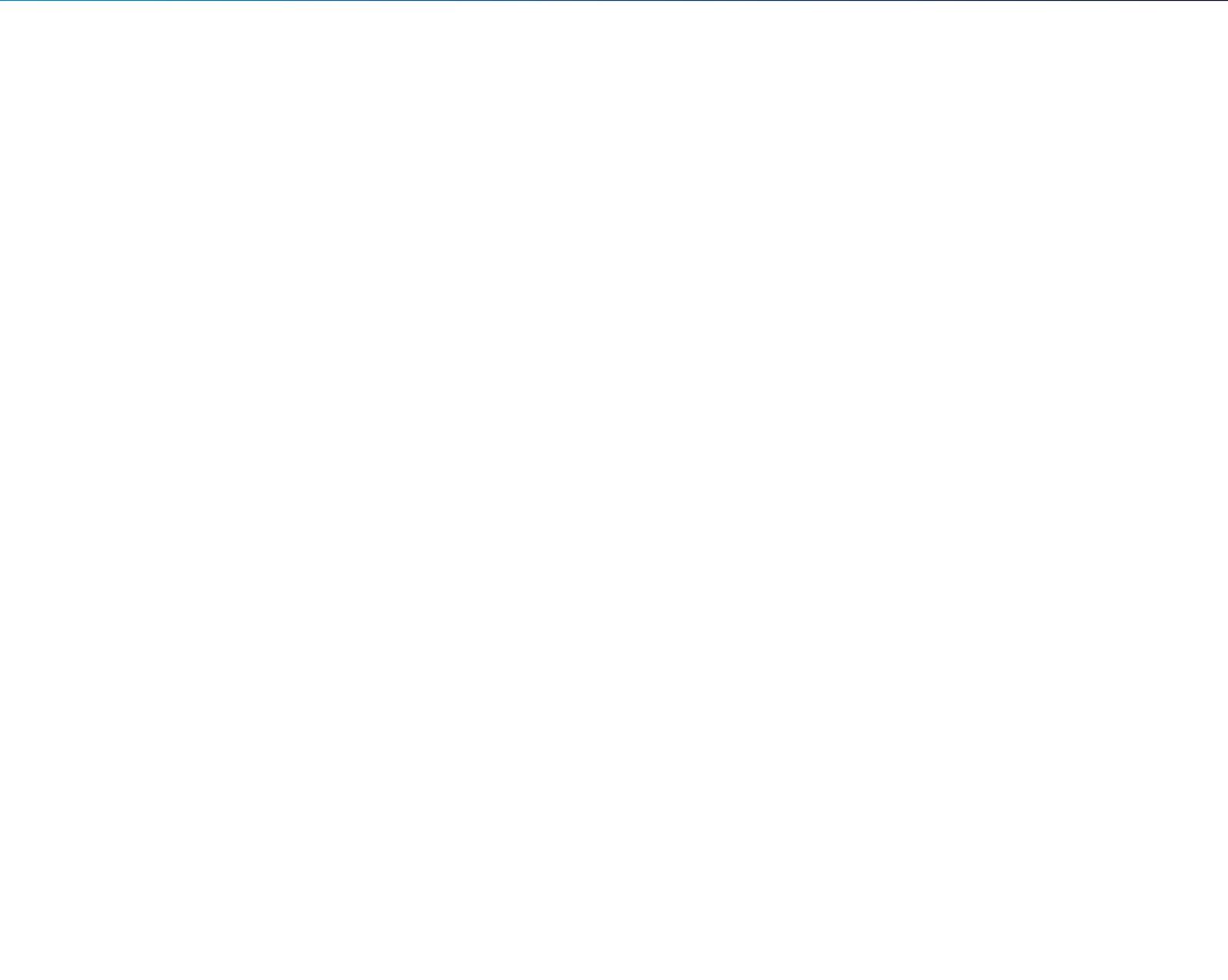
LAYOUT
Olaf Brandmeyer, Bünde

MAGAZIN ALS PDF
www.aac-ag.de/magazin

BILDNACHWEISE
Seite 1 auf Basis © Elena Butusova - stock.adobe.com
Seite 6 © irpr0 - stock.adobe.com
Seite 8 © PhotoGranary - stock.adobe.com
Seite 12 © Halfpoint - stock.adobe.com
Seite 19 © laddawan - stock.adobe.com
Seite 23 © BORIS HOLZKNECHT - stock.adobe.com
Seite 37 © peterschreiber.media - stock.adobe.com
Seite 41 © MP Studio - stock.adobe.com
Seite 44 auf Basis © Elena Butusova - stock.adobe.com

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

424-20251010



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

