

# Abrechnung in der Hausarztpraxis

Magdeburg, den 18.03.2026

Eleonore Güntner  
Abteilungsleiterin  
Abteilung Abrechnung

## Themen

Basiswissen der vertragsärztlichen Abrechnung

Pflegeheimbetreuung

Palliativmedizinische Betreuung

Geriatrische Betreuung

Digitalisierung in den Praxen

Labor, Laborpfade und LaborKompakt

Vorhaltepauschale

Übersicht der grundlegenden Leistungen einer Hausarztpraxis

Beratungsangebot der KVSA

# **Basiswissen der vertragsärztlichen Abrechnung**

# Aufbau des EBM

|                                                                                                           |                                                                                                                               |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| I Allgemeine Bestimmungen                                                                                 | Erbringung der Leistungen, Kennzeichnungspflicht, Altersgruppen, Definitionen etc.                                            |
| II Arztgruppenübergreifende allgemeine Gebührenordnungspositionen                                         | Allgemeine Leistungen<br>nicht qualifikationsgeb. diagn. und therapeutische Leistungen                                        |
| III Arztgruppenspezifische Gebührenordnungspositionen                                                     | III.a Hausärztlicher Versorgungsbereich<br>III.b Fachärztlicher Versorgungsbereich<br>Anästhesie, Gynäkologie, Chirurgie etc. |
| IV Arztgruppenübergreifende bei spezifischen Voraussetzungen berechnungsfähige Gebührenordnungspositionen | Spezielle Versorgungsbereiche<br>Ambulante Operationen<br>Laboratoriumsmedizin<br>MRT/CT etc.                                 |
| V Kostenpauschale                                                                                         | Porto, leistungsbezogene Kostenpauschalen                                                                                     |
| VI Anhänge 1 - 5                                                                                          | nicht berechnungsfähige Leistungen<br>Operationen- und Prozedurenschlüssel zu den Leistungen der Kapitel 31 & 36              |
| VII ambulante spezialfachärztl. Versorgung (ASV)                                                          | bei Tuberkulose, onkologischen Erkrankungen etc.                                                                              |

## Bewertung der Leistungen im EBM

Verbindliche  
bundeseinheitliche  
Festlegung der  
Leistungsinhalte,  
Abrechnungsausschlüsse  
und Bewertung in  
Punkten, für Sachkosten  
in Euro



**EBM** = regionale Eurogebührenordnung bewertet in  
Euro mit dem landes-spezifischen Punktwert

- Kann identisch mit dem Orientierungswert sein
- Kann landesspezifisch abweichend vom Orientierungswert sein, wenn regionale Besonderheiten bei der Kosten- und Versorgungsstruktur bestehen
- Kann z. B. bei besonders förderfähigen Leistungen mit Zuschlägen versehen werden

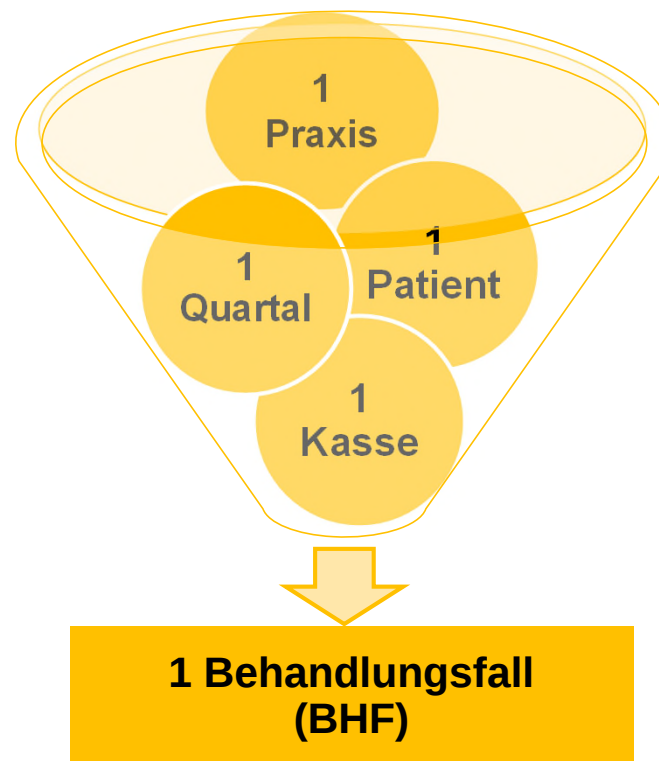
|                           |                   |                   |                   |                   |
|---------------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|
| <b>Orientierungswert:</b> | <b>2023</b>       | <b>2024</b>       | <b>2025</b>       | <b>2026</b>       |
|                           | <b>11,4915 ct</b> | <b>11,9339 ct</b> | <b>12,3934 ct</b> | <b>12,7404 ct</b> |
| <b>Beispiel:</b>          |                   |                   |                   |                   |
| <b>GOP 03230 (128 P.)</b> | <b>14,71 €</b>    | <b>15,28 €</b>    | <b>15,86 €</b>    | <b>16,31 €</b>    |

## Allgemeine Bestimmungen

- EBM ist nicht analogfähig
- Kennzeichnungspflicht (LANR/BSNR)
- Qualifikationsvoraussetzungen beachten
- Leistungsinhalte:
  - Obligat immer erbringen (auf Wortverbindungen achten)
  - Fakultativ vorhalten, im Einzelfall zu erbringen
- Persönliche Leistungserbringung
- Berichtspflicht
- Begriffsdefinitionen für Abrechnungsbestimmungen
- Kosten (enthalten, nicht enthalten)

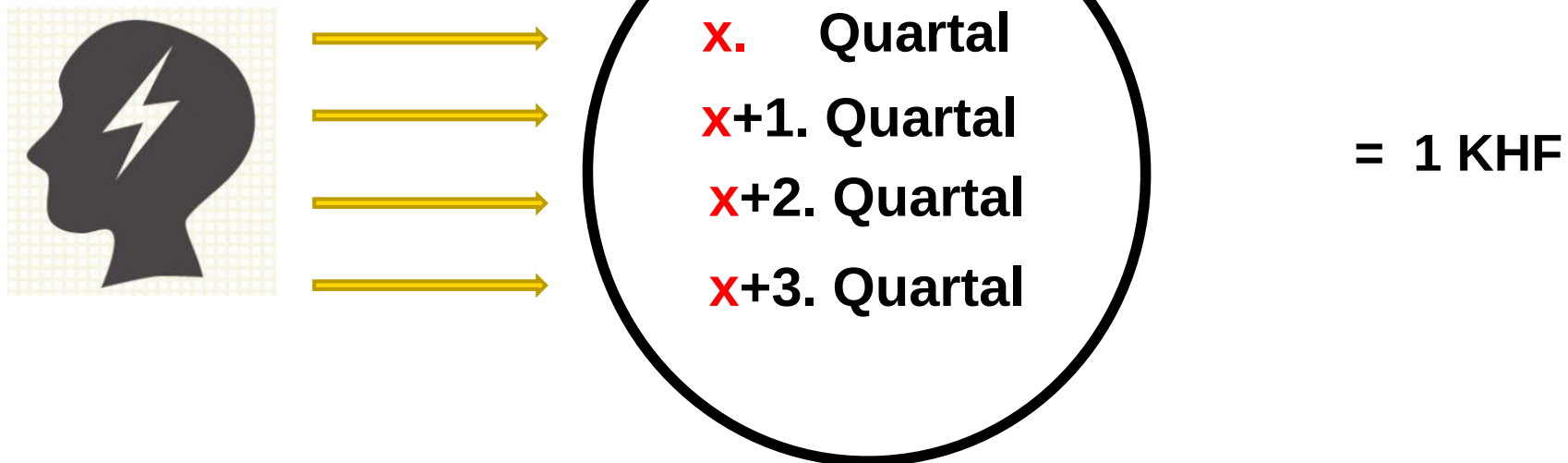
Bitte Allgemeine Bestimmungen vor  
Abrechnung über EBM durchlesen.

## Behandlungsfall (BHF)

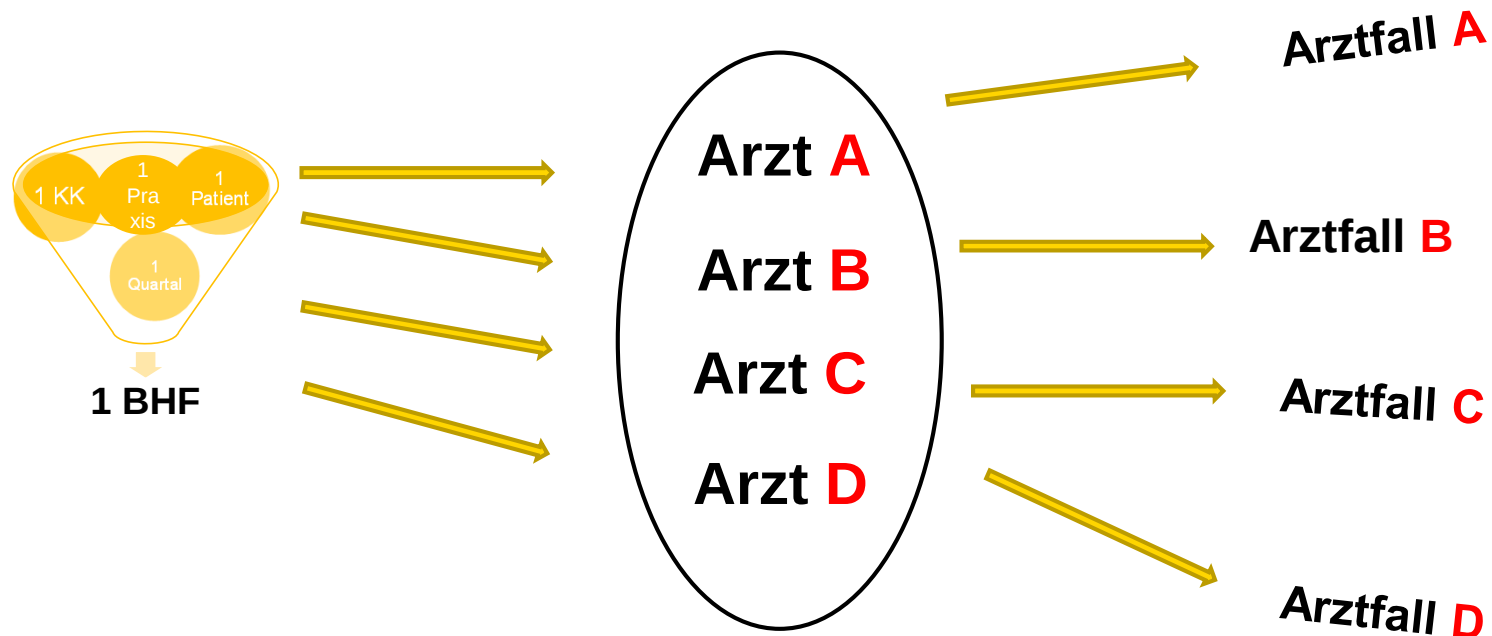


## Krankheitsfall (KHF)

Leistung nur **x**-mal innerhalb von **4** Quartalen abrechenbar



## Arztfall (AF)



**Arztfall = unabhängig vom Tätigkeitsort**

## Arztfall (AF) vs. Behandlungsfall (BHF)

### GOP 01430

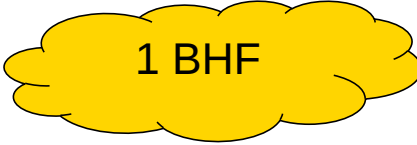
- Ausstellung von Wiederholungsrezepten ohne persönlichen APK und/oder
- Ausstellung von Überweisungsscheinen ohne persönlichen APK und/oder
- Übermittlung von Befunden oder ärztlichen Anordnungen an den Patienten im Auftrag des Arztes durch das Praxispersonal
- Im **gleichen AF** nicht mit VP/GP/KP, da die GOP dann Bestandteil der VP/GP/KP ist und somit berichtigt wird
- Nur alleine am Tag berechnungsfähig

### GOP 01435

- Telefonische Beratung des Patienten durch den Arzt bei Kontaktaufnahme durch den Patienten und/oder
- Anderer mittelbarer Arzt-Patienten-Kontakt
  - **1-mal im BHF**; bei Pat. bis vollend.12. Lj. 2-mal im BHF
  - Im **gleichen AF nicht** mit VP/GP/KP
  - Nur alleine am Tag berechnungsfähig
  - Nicht im Notfalldienst

## Abrechnungsbeispiel

Pat. (35 Jahre) ruft in Praxis zur Beratung an – telefonisch  
Arzt A hat Sprechstunde

1 BHF

03.01. ~~01435 (LANR Arzt A)~~

Pat. kommt in Praxis wegen Sodbrennen - A-P-K;  
Arzt A hat Sprechstunde

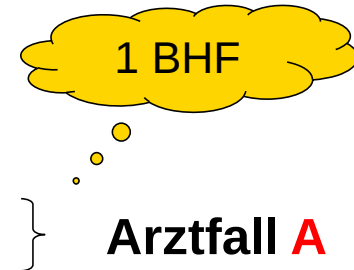
03.02. 03003 (LANR Arzt A)

  
Arztfall A

## Abrechnungsbeispiel

Pat. (35 Jahre) ruft in Praxis zur Beratung an – telefonisch  
**Arzt A** hat Sprechstunde

03.01. 01435 (LANR Arzt **A**)



Pat. (35 Jahre) kommt in Praxis zur Beratung - Sodbrennen A-P-K;  
**Arzt B** hat Sprechstunde

03.02. 03003 (LANR Arzt **B**)



## Weitere Fall- u. Ausschlussdefinitionen

- Je Sitzung
  - alle im Rahmen einer Inanspruchnahme erbrachten Leistungen
- Behandlungstag
  - Datum der Behandlung (egal wie viele Kontakte am Tag)
- Arzt-Patienten-Kontakt
  - setzt den Kontakt mit Arzt (A-P-K) voraus (z. B. auch telefonisch möglich)
- Persönlicher A-P-K
  - direkter Kontakt zwischen Arzt und Patient an einem Ort
- Mittelbarer Kontakt
  - z. B. Videosprechstunde

## Organisierter Bereitschaftsdienst

| <b>Erstkontakt</b>                                               | <b>Fahrdienst</b>                           | <b>Sitzdienst</b> |
|------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|-------------------|
| Mo – Fr<br>von Dienstbeginn – 19:00 Uhr                          | 01210 + 01418<br>zzgl. ggf. Wegepauschalen* | 01210             |
| Mo – Fr<br>19:00 Uhr – 07:00 Uhr                                 | 01212 + 01418<br>zzgl. ggf. Wegepauschalen* | 01212 a)          |
| Sa, So, Feiertag, 24.12.,<br>31.12.                              | 01212 + 01418<br>zzgl. ggf. Wegepauschalen* | 01212             |
| <b>Folge- oder<br/>telefonischer Arzt-<br/>Patienten-Kontakt</b> | <b>Fahrdienst</b>                           | <b>Sitzdienst</b> |
| Mo – Fr<br>07:00 Uhr – 19:00 Uhr                                 | 01214 + 01418<br>zzgl. ggf. Wegepauschalen* | 01214             |
| Mo – Fr<br>19:00 – 22:00 Uhr                                     | 01216 + 01418<br>zzgl. ggf. Wegepauschalen* | 01216             |
| Mo – Fr<br>22:00 Uhr – 07:00 Uhr                                 | 01218 + 01418<br>zzgl. ggf. Wegepauschalen* | 01218             |
| Sa, So, Feiertag, 24.12.,<br>31.12<br>07:00 Uhr – 19:00 Uhr      | 01216 + 01418<br>zzgl. ggf. Wegepauschalen* | 01216             |
| Sa, So, Feiertag, 24.12.,<br>31.12<br>19:00 Uhr – 07:00 Uhr      | 01218 + 01418<br>zzgl. ggf. Wegepauschalen* | 01218             |

\*zzgl. ggf. Wegepauschalen

| <b>GOP</b> | <b>Legende</b>                                                  |
|------------|-----------------------------------------------------------------|
| 90201      | < 2 km Radius                                                   |
| 90202      | > 2 km – 5 km Radius                                            |
| 90203      | > 5 km – 10 km Radius                                           |
| 90210      | > 10 km Radius (je angefangene 5 km)<br>Zuschlag zu 90203       |
| ggf. 90212 | Nachtzuschlag zu 90201, 90202,<br>90203 → 19:00 Uhr – 07:00 Uhr |

- Uhrzeitangabe (FK 5006) hinter Notfallpauschalen 01210 bis 01218
- Bei Telefonkontakten kein Besuch und keine Wegepauschale berechnungsfähig
- Soweit medizinisch vertretbar in Videosprechstunde möglich
- Behebung der akuten Situation und nicht in Spalte GP im Anhang 1 EBM mit x gekennzeichnete Leistungen

## Zuschläge im organisierten Bereitschaftsdienst

### **GOP 01223**

Zuschlag zur GOP 01210 kann nur bei Erfüllung mind. einer der nachfolgenden gesicherten Diagnosen berechnet werden:

- Frakturen im Bereich der Extremitäten proximal des Metacarpus und Metatarsus
- Schädel-Hirn-Trauma mit Bewusstlosigkeit von weniger als 30 Minuten (S06.0 und S06.70)
- Akute tiefe Beinvenenthrombose
- Hypertensive Krise
- Angina pectoris (ausgenommen: ICD I20.9)
- Pneumonie
- Akute Divertikulitis
- in Fällen, in denen auf Grund der Art, Schwere und Komplexität der Diagnose eine besonders aufwändige Versorgung im Rahmen der Notfallversorgung notwendig ist – ausführliche medizinische Begründung

## Zuschläge im organisierten Bereitschaftsdienst

### **GOP 01224**

Zuschlag zur GOP 01212 siehe GOP 01223

### **GOP 01226**

Zuschlag zur GOP 01212 nur berechnungsfähig bei:

- Neugeborenen, Säuglingen und Kleinkindern oder
- Patienten mit krankheitsbedingt erheblich komplexer Beeinträchtigung kognitiver, emotionaler und verhaltensbezogener Art (ausgenommen Beeinträchtigung kognitiver, emotionaler und verhaltensbezogener Art infolge psychotroper Substanzen) und/oder
- Patienten ab 69 Jahre mit geriatrischem Versorgungsbedarf und Frailty-Syndrom und/oder
- Patienten mit einer der folgenden Erkrankungen:
  - F00-F02 dementielle Erkrankungen
  - G30 Alzheimer-Erkrankung
  - G20.1 Primäres Parkinson-Syndrom mit mäßiger bis schwerer Beeinträchtigung und
  - G20.2 Primäres Parkinson-Syndrom mit schwerster Beeinträchtigung

## Hausärztlicher Versorgungsbereich – Kapitel 3 EBM

- Präambel Kapitel 3 EBM beachten
- Versichertenpauschale GOP 03000
  - 1. kurativer Arzt-Patienten-Kontakt im Behandlungsfall (nur 1 x im BHF und AF)
  - unterliegt einer Altersstaffelung und beinhaltet bereits zahlreiche Leistungen (Anhang 1 EBM)

| Spaltenbezeichnung |                                                                                                                                                                                                                            | VP                                                                   | GP                                                       | SG                                      |
|--------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|-----------------------------------------|
|                    | Legende                                                                                                                                                                                                                    | Leistung ist in der Versichertenpauschale Kapitel 3 bzw. 4 enthalten | Leistung ist möglicher Bestandteil der Grundpauschale(n) | Leistung ist in sonstigen GOP enthalten |
|                    | Abnahme eines mindestens unter Einschluß eines großen Gelenkes oder des Rumpfes angelegten zirkulären, individuell modellierten Verbandes aus unelastischen, nicht weiter verwendbaren erstarrten Materialien (z. B. Gips) | x                                                                    | x                                                        | x                                       |
|                    | Absaugung körpereigener Flüssigkeiten                                                                                                                                                                                      | x                                                                    | x                                                        | x                                       |
|                    | Abschabung der Hornhaut des Auges                                                                                                                                                                                          |                                                                      | x                                                        |                                         |
|                    | Abtragung ausgedehnter Nekrosen im Hand- oder Fußbereich                                                                                                                                                                   | x                                                                    | x                                                        |                                         |
|                    | Aderlass                                                                                                                                                                                                                   | x                                                                    | x                                                        | x                                       |

## Chronikerpauschale I (GOP 03220)

- **GOP 03220**
  - Zuschlag zur Versichertenpauschale (VP) nach GOP 03000/04000
  - Pers. Arzt-Patienten-Kontakt
  - Vorliegen mind. einer lang andauernden, lebensverändernden chronischen Erkrankung
  - Notwendigkeit kontinuierliche ärztl. Behandlung/Betreuung wegen derselben chronischen Erkrankung (4-3-2-1- Regelung)
    - Zeitraum der letzten 4 aufeinanderfolgenden Quartale (inkl. Abrechnungsquartal)
    - In 3 Quartalen mind. ein APK
    - Davon mind. 2 persönliche APK (1 x per Video möglich)
- **Hausarztwechsel oder neue Praxis – Kennzeichnung mit „H“ notwendig**
  - Kennzeichnungsdauer: aktuelles Quartal + 2 bzw. 3 folgende Quartale (bis kontinuierliche Behandlung erfüllt ist)
  - GOP 03220H/04220H

## Chronikerpauschale II (GOP 03221)

- **GOP 03221**
  - Zuschlag zur GOP 03220
  - Mindestens zwei persönliche Arzt-Patienten-Kontakte
  - Auch hier bei Hausarztwechsel oder neue Praxis Kennzeichnung mit H
  
- **Beispiel: Pat. nach Hausarztwechsel, chronisch krank in BAG mit 2 Ärzten**

| Quartal | Diagnosen                  | Behandlungstage | Leistungen                                                                                                               |
|---------|----------------------------|-----------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 4/2025  | E11.90G<br>Z00.0G<br>Z25.1 | 06.11.2025      | 03003, 03040, 03060, 03061, 32001, 03220H, 03222, 03230, 99823, 32880, 32881, 32066, 32094, 32022, 01732, 01734 (Arzt A) |
|         | R10.4                      | 21.11.2025      | 03221H, 33042 (Arzt A)                                                                                                   |
|         |                            | 04.12.2025      | 01435 (Arzt B)                                                                                                           |
|         |                            | 12.12.2025      | 89112, 03230 (Arzt A)                                                                                                    |

# Pflegeheimbetreuung

## Pflegeheimbetreuung – Kapitel 37.2

- Grundlagen
  - Anlage 27 Bundesmantelvertrag
  - Kapitel 37.2 EBM für Kooperations- und Koordinationsleistungen in stationären Pflegeheimen
  
- Ziele:
  - Stärkung der medizinischen Versorgung in stationären Pflegeheimen
  - Zusätzlicher Aufwand von Haus- und Fachärzten für eine regelmäßige Abstimmung und Koordinierung der Versorgung soll honoriert werden



©contrastwerkstatt - stock.adobe.com

## Pflegeheimbetreuung – Kapitel 37.2

### Voraussetzungen:

- Kooperationsvertrag mit einem stationären Pflegeheim
- Abrechnungsgenehmigung seitens der KV

GOP 37100 bis 37120 gelten für fast alle Fachrichtungen

**Ausnahme:** z. B. Psychologische Psychotherapeuten, FÄ für KJP, FÄ für Humangenetik und Ärzte, die nur auf Überweisung tätig sein dürfen (z. B. Labor, Radiologie, Nuklearmedizin)

Vergütung erfolgt **außerhalb der RLV und QZV!**

| Koordinierender Arzt |                        | Kooperierender Arzt    |                        |
|----------------------|------------------------|------------------------|------------------------|
| GOP 37105            | GOP 37113<br>GOP 37120 | GOP 37100<br>GOP 37102 | GOP 37113<br>GOP 37120 |

## Pflegeheimbetreuung – Kapitel 37.2

- **GOP 37100**
  - Betreuungsleistung als Zuschlag zur Versicherten- oder Grundpauschale
    - Bei Kooperation mit anderen Ärzten und Pflegekräften
- **GOP 37102**
  - Betreuungsleistung als Zuschlag zu Besuchsleistungen
    - Bei Kooperation mit anderen Ärzten und Pflegekräften
- **GOP 37105**
  - Zuschlag zur Versichertenpauschale für koordinierenden Arzt bei Kooperation mit weiteren Ärzten
- **GOP 37113**
  - Zuschlag zum Mitbesuch 01413
- **GOP 37120**
  - Fallkonferenz mit beteiligten notwendigen Ärzten und/oder weiterer komplementärer Berufe sowie Pflegekräften
    - Max. 3 x im Krankheitsfall
    - Auch telefonisch oder per Video möglich

## Pflegeheimbetreuung – Kapitel 37.2

- Abrechnung:
  - Pat. 72 Jahre bei seinem Hausarzt – Vertrag und Abrechnungsgenehmigung liegen vor
  - HA = koordinierender Arzt
  - Schriftliche Vereinbarung liegt vor, dass dieser Arzt der Koordinator ist

| Quartal | Diagnose                           | Behandlungstag               | Leistung                                                                                  |
|---------|------------------------------------|------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|
| 3/2025  | I10.90G; E11.90G<br>R26.8G; R29.6G | 22.07.2025<br><br>15.08.2025 | 03000, 03040, <b>37105</b> ,<br>03220, 01410, WP<br>03221, 01413, <b>37113</b>            |
| 4/2025  | I10.90G; E11.90G<br>R26.8G; R29.6G | 21.10.2025<br><br>04.11.2025 | 03000, 03040, <b>37105</b> ,<br>03220, 01413, <b>37113</b><br>01413, <b>37113</b> , 03221 |

# Palliativmedizinische Betreuung

# Palliativmedizinische Versorgung

## MÖGLICHKEITEN DER AMBULANTEN PALLIATIVVERSORGUNG

Palliativversorgung soll die Lebensqualität und Selbstbestimmung so weit wie möglich erhalten, fördern und verbessern sowie ein würdiges Leben zu Hause, im Heim oder Hospiz ermöglichen. In diesem Kapitel werden Möglichkeiten der ambulanten Palliativversorgung für Erwachsene vorgestellt. Für Kinder und Jugendliche gelten zum Teil eigene Regelungen.

### SPEZIALISIERTE AMBULANTE PALLIATIVVERSORGUNG – SAPV

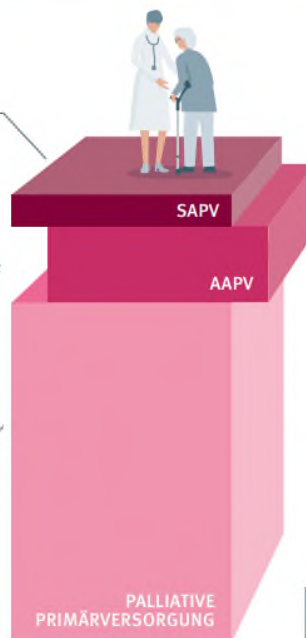
- ist eine multiprofessionelle Palliativversorgung durch ein spezialisiertes Team
- kann durch jeden Arzt verordnet werden
- zur Durchführung verfügen Vertragsärzte über eine Weiterbildung in Palliativmedizin und führen die Zusatzbezeichnung Palliativmedizin
- Paragraphen 37b und 132d SGB V

Seite 11

### PALLIATIVE PRIMÄRVERSORGUNG

- gehört ambulant und stationär genau wie die kurative Behandlung zu den ärztlichen Aufgaben
- Paragraph 27 SGB V

Seite 7



### ALLGEMEINE AMBULANTE PALLIATIVVERSORGUNG – AAPV

- ist eine besonders qualifizierte und koordinierte Form der ambulanten Palliativversorgung
- für einige Leistungen ist grundsätzlich der Abschluss der 40 Stunden Kurs-Weiterbildung nach dem (Muster-) Kursbuch Palliativmedizin der Bundesärztekammer notwendig
- Paragraph 87 SGB V und Anlage 30 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte „Vereinbarung zur besonders qualifizierten und koordinierten palliativmedizinischen Versorgung“

Seiten 8 bis 10

Hinweise zur Onkologie-Vereinbarung und zur ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung

## PALLIATIVE PRIMÄRVERSORGUNG

- gehört ambulant und stationär genau wie die kurative Behandlung zu den ärztlichen Aufgaben
- Paragraph 27 SGB V

## ALLGEMEINE AMBULANTE PALLIATIVVERSORGUNG – AAPV

- ist eine besonders qualifizierte und koordinierte Form der ambulanten Palliativversorgung
- für einige Leistungen ist grundsätzlich der Abschluss der 40 Stunden Kurs-Weiterbildung nach dem (Muster-) Kursbuch Palliativmedizin der Bundesärztekammer notwendig
- Paragraph 87 SGB V und Anlage 30 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte „Vereinbarung zur besonders qualifizierten und koordinierten palliativmedizinischen Versorgung“

## SPEZIALISIERTE AMBULANTE PALLIATIVVERSORGUNG – SAPV

- ist eine multiprofessionelle Palliativversorgung durch ein spezialisiertes Team
- kann durch jeden Arzt verordnet werden
- zur Durchführung verfügen Vertragsärzte über eine Weiterbildung in Palliativmedizin und führen die Zusatzbezeichnung Palliativmedizin
- Paragraphen 37b und 132d SGB V

## Palliativmedizinische Versorgung - Kapitel 3

### 3.2.5 Palliativmedizinische Versorgung

1. Die Gebührenordnungspositionen **03370** bis **03373** sind für die Behandlung von schwerstkranken und sterbenden Patienten in jedem Alter berechnungsfähig, die an einer nicht heilbaren, fortschreitenden und so weit fortgeschrittenen Erkrankung leiden, dass dadurch nach fachlicher Einschätzung des behandelnden Arztes die Lebenserwartung auf Tage, Wochen oder Monate gesunken ist. Eine Erkrankung ist nicht heilbar, wenn nach dem allgemein anerkannten Stand der Medizin Behandlungsmaßnahmen nicht zur Beseitigung dieser Erkrankung führen können. Sie ist fortschreitend, wenn ihrem Verlauf trotz medizinischer Maßnahmen nach dem allgemein anerkannten Stand der Medizin nicht nachhaltig entgegengewirkt werden kann. Der behandelnde Arzt ist verpflichtet, in jedem Einzelfall zu überprüfen, ob eine angemessene ambulante Versorgung in der Häuslichkeit (darunter fallen auch Pflege- und Hospizeinrichtungen) möglich ist.
2. Der grundsätzliche Anspruch eines Patienten auf eine spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) im Sinne des § 37b SGB V wird durch das Erbringen der nachfolgenden Gebührenordnungspositionen nicht berührt.
3. Die Gebührenordnungspositionen **03371**, **03372** und **03373** sind nicht bei Patienten berechnungsfähig, die eine Vollversorgung nach § 5 Abs. 2 der Richtlinie zur Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (SAPV) des Gemeinsamen Bundesausschusses erhalten.
4. Die Gebührenordnungspositionen **03370** bis **03373** sind nicht berechnungsfähig, wenn der behandelnde Vertragsarzt äquivalente Leistungen bei dem Patienten im Rahmen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung gemäß § 37b SGB V i. V. m. § 132d Abs. 1 SGB V erbringt.

## Palliativmedizinische Versorgung - Kapitel 37.3

- besonders qualifizierte und koordinierte palliativmedizinische Versorgung
- für die Behandlung von Patienten gemäß § 2 der Anlage 30 zum BMV-Ä berechnungsfähig
- umfasst Versorgung in der Häuslichkeit, Pflege-, Hospizeinrichtungen, beschützte Wohnheime bzw. Einrichtungen (Haus- und Fachärzte)
- nicht berechnungsfähig, wenn Patient zeitgleich Leistungen im Rahmen der SAPV erhält

Vergütung erfolgt **außerhalb der RLV und QZV!**

### **37.1** Präambel

3. Die Gebührenordnungspositionen **37300**, **37302**, **37317** und **37318** können nur von Vertragsärzten berechnet werden, die über eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung verfügen. Die Genehmigung wird erteilt, wenn die Voraussetzungen gemäß Anlage 30 zum BMV-Ä erfüllt sind.
4. Die Gebührenordnungspositionen **37305**, **37306** und **37320** sind von allen Vertragsärzten berechnungsfähig, die an der Versorgung eines Patienten gemäß der Nr. 1 zum Abschnitt **37.3** beteiligt sind.
5. Die Gebührenordnungsposition **37314** ist nur von Vertragsärzten mit der Zusatzbezeichnung Palliativmedizin berechnungsfähig.

## Palliativmedizinische Versorgung – Kapitel 3 oder 37.3

### Kapitel 3

- GOP 03370** → Palliativmedizinische Ersterhebung, 1 x im KHF
- GOP 03371** → Zuschlag zur VP für palliativmed. Versorgung in der Praxis  
Zuschlag zur VP für palliativmed. Koordination  
Zuschlag zur 37302 für Telefon- u. Rufbereitschaft, 1 x KHF  
Tel. Beratung mind. 5 Min. außerhalb der Sprechzeiten
- GOP 03372** → Zuschlag zur 01410 o. 01413, je 15 Minuten
- GOP 03373** → Zuschlag zur 01411, 01412, 01415 (dringende Besuche)  
Fallkonferenz, 5 x im KHF  
konsiliarische Erörterung mit Arzt + Zusatzbez. „Palliativmed.“

### Kapitel 37.3

- ← **GOP 37300\***
- ← **GOP 37302\***
- ← **GOP 37317\***
- ← **GOP 37318\***
- ← **GOP 37305**
- ← **GOP 37306**
- ← **GOP 37320**
- ← **GOP 37314\*\***

\*Genehmigung erforderlich

\*\*Zusatzbezeichnung Palliativmedizin erforderlich

# Geriatrische Betreuung

## Präambel zum Kapitel 3.2.4 – hausärztliche geriatrische Versorgung

1. Die Gebührenordnungspositionen **03360** und **03362** sind nur bei Patienten berechnungsfähig, die aufgrund ihrer Krankheitsverläufe einen geriatrischen Versorgungsbedarf aufweisen und folgende Kriterien erfüllen:

- Höheres Lebensalter (ab vollendetem 70. Lebensjahr)

und

- Geriatrietypische Morbidität (Patienten, bei denen mindestens ein nachfolgendes geriatrisches Syndrom dokumentiert ist) und/oder Vorliegen eines Pflegegrades
  - Multifaktoriell bedingte Mobilitätsstörung einschließlich Fallneigung und Altersschwindel,
  - Komplexe Beeinträchtigung kognitiver, emotionaler oder verhaltensbezogener Art,
  - Frailty-Syndrom (Kombinationen von unbeabsichtigtem Gewichtsverlust, körperlicher und/oder geistiger Erschöpfung, muskulärer Schwäche, verringerter Ganggeschwindigkeit und verminderter körperlicher Aktivität),
  - Dysphagie,
  - Inkontinenz(en),
  - Therapierefraktäres chronisches Schmerzsyndrom

## Präambel zum Kapitel 3.2.4 – hausärztliche geriatrische Versorgung

oder

- Vorliegen einer der folgenden Erkrankungen: F00-F02 dementielle Erkrankungen, G30 Alzheimer-Erkrankung, G20.1 Primäres Parkinson-Syndrom mit mäßiger bis schwerer Beeinträchtigung und G20.2 Primäres Parkinson-Syndrom mit schwerster Beeinträchtigung auch bei Patienten, die das 70. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

| <b>03360</b><br>Hausärztlich-geriatrisches Basisassessment                                                                                                                                                                                                                    | <b>03362</b><br>Hausärztlich-geriatrischer Betreuungskomplex                                                                                                                                                                                                                                    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>– Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (APK)</li> <li>– Erhebung motorischer, emotioneller und kognitiver Funktionseinschränkungen</li> <li>– Beurteilung der Selbstversorgungsfähigkeiten und der Mobilität und Sturzgefahr</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>– Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt</li> <li>– Einleitung und/oder Koordination der Behandlung, ggf. Durchführung therapeutischer Maßnahmen zur Behandlung von geriatrischen Syndromen</li> <li>– Erstellung/Aktualisierung Medikationsplan</li> </ul> |
| <p>1 x im Behandlungsfall<br/>Höchstens 2 x im Krankheitsfall</p>                                                                                                                                                                                                             | <p>1 x im Behandlungsfall<br/>Ergebnisse Basisassessment sind Voraussetzung und dürfen nicht älter als vier Quartalen sein</p>                                                                                                                                                                  |

## Präambel zum Kapitel 30.13 – spezialisierte geriatrische Versorgung

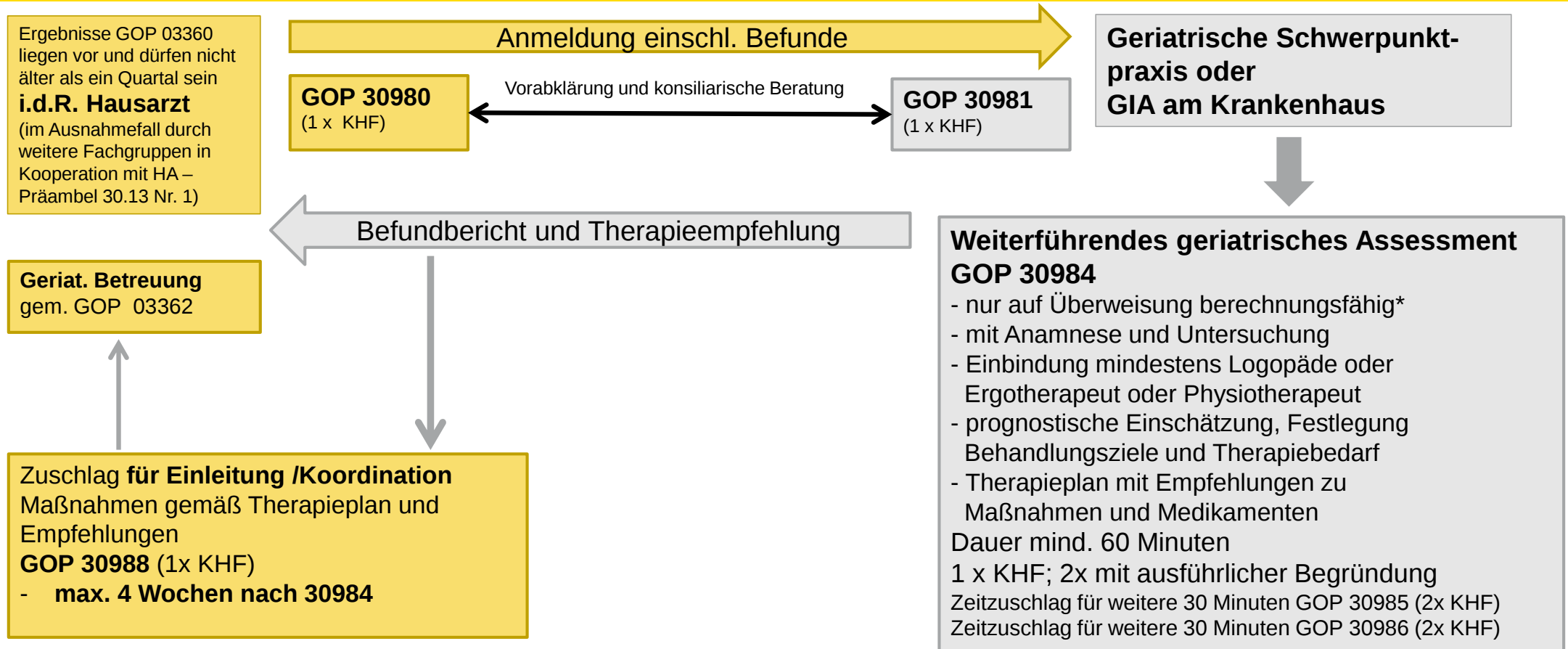
Die Gebührenordnungspositionen dieses Abschnitts sind ausschließlich bei Patienten berechnungsfähig, die aufgrund der Art, Schwere und Komplexität ihrer Krankheitsverläufe einen besonders aufwändigen geriatrischen Versorgungsbedarf aufweisen und folgende Kriterien erfüllen:

- Höheres Lebensalter (ab Beginn des 71. Lebensjahres)

und

- Vorliegen von mindestens zwei der nachfolgenden geriatrischen Syndrome oder mindestens ein nachfolgendes geriatrisches Syndrom und ein Pflegegrad gemäß § 15 SGB XI:
  - Multifaktoriell bedingte Mobilitätsstörung einschließlich Fallneigung und Altersschwindel,
  - Komplexe Beeinträchtigung kognitiver, emotionaler oder verhaltensbezogener Art,
  - Frailty-Syndrom (Kombinationen von unbeabsichtigtem Gewichtsverlust, körperlicher und/oder geistiger Erschöpfung, muskulärer Schwäche, verringerter Ganggeschwindigkeit und verminderter körperlicher Aktivität),
  - Dysphagie,
  - Inkontinenz(en),
  - Therapierefraktäres chronisches Schmerzsyndrom.

## Zusammenarbeit Hausarzt und geriatrische Schwerpunktpraxis / GIA



# Digitalisierung in den Praxen

## Diese Daten kommen in die ePA

### Durch Praxis, gesetzlich geregelt

- Befundberichte
- Befunddaten aus bildgebender Diagnostik
- Laborbefunde
- eArztbriefe
- Geplant:
  - Elektronischer Medikationsplan
  - Daten zur Prüfung der Arzneimittelsicherheit (Allergien, Körperl. Zustand)

### Durch Praxis, auf Patientenwunsch

- Elektronische Verarbeitung der „Wunsch-Daten“ des Patienten setzt Einwilligung voraus
- Technisch noch nicht zum Beginn möglich
- Geplant:
  - Daten aus DMP
  - Kopie eAU-Bescheinigungen
  - Organ- und Gewebespende
  - Vorsorgevollmachten, Patientenverfügungen
  - Elektr. Abschrift der Behandlungsdokumentationen

### Weitere Daten

- KK, KH, Zahnärzte sind auch verpflichtet Daten einzupflegen
- eML (Elektronische Medikationsliste) automatisch vom e-Rezept-Server
- Abrechnungsdaten automatisch durch die KK (inklusive Diagnosecodes)
- Patientendaten (Gesundheits- und Fitnessdaten aus Wearables, DiGAs)

## ePA - Abrechnung nach EBM

### ■ **Abrechnung:**

- **GOP 01648** – Zusatzpauschale ePA-Erstbefüllung (sektorenübergreifend, nur 1 x je Versicherten berechnungsfähig)
- **GOP 01647** – Zusatzpauschale ePA-Unterstützungsleistung zur Erfassung/Verarbeitung/Speicherung medizinischer Daten aus aktuellem Behandlungskontext (1x im BHF, Zusatzpauschale zu VP)
- **GOP 01431** – Zusatzpauschale zu GOP 01430, 01435 und 01820 für Versorgungsszenarien mit ärztlichen Tätigkeiten im Zusammenhang mit der ePA, wenn kein pers. A-P-K vorliegt (höchstens 4x im Arztfall, nicht neben VP)

**Neu seit 1.1.2026** **GOP 01436** Grundleistung zur GOP 01647 – auch im Rahmen von Zielaufträgen berechnungsfähig

## ePA – Themenseite der KVSA

### Elektronische Patientenakte (ePA)

#### Die "ePA für alle" seit Oktober verpflichtend

Die elektronische Patientenakte ist seit 1. Oktober 2025 verpflichtend. Die bundesweit freiwillige Testphase der "ePA für alle" lief seit 29. April 2025.

Die Nutzung der ePA bleibt **für den Patienten freiwillig**. Ein Widerspruch insbesondere zu einzelnen gesetzlichen Befüllungen in der Praxis ist jederzeit möglich. Sollte ein genereller Widerspruch mitgeteilt werden, verweist der Vertragsarzt oder Psychotherapeut an die jeweilige Krankenkasse. Widersprüche sind in der Behandlungsdokumentation zu vermerken. Die ePA ist eine rein patientengeführte Akte und **ersetzt keinesfalls die Behandlungsdokumentation** der Arztpraxis und **ändert nichts an der innenärztlichen Kommunikation**.

#### Wichtiges auf einen Blick

|                                     |   |
|-------------------------------------|---|
| Informationspflichten in den Praxen | ▼ |
| Daten, die die Praxen einstellen    | ▼ |
| Umgang mit Widersprüchen            | ▼ |



***www.kvsa.de > Praxis > IT in der Praxis > TI-Anwendungen > ePA***

#### Ansprechpartner

##### IT Service

☎ 0391 627-7000

📠 0391 627-87-7000

✉ it-service@kvsa.de

#### Unsere Praxis steht für Sie bereit

Aushang zum ePA-Start ➔

#### Unsere Praxis steht demnächst für Sie bereit

Aushang zum ePA-Start ➔

## Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) - Medizinprodukte niedriger Risikoklassen

- Ziel: Krankheiten erkennen, überwachen, behandeln oder lindern
- Abrechnung:
 

|                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ DiGA „somnio“</li> <li>▪ DiGA „Vivira“</li> <li>▪ DiGA „zanadio“</li> <li>▪ DiGA „Oviva direkt“</li> <li>▪ DiGA „Mawendo“</li> <li>▪ DiGA „companion patella“</li> <li>▪ DiGA „Kranus Lutera“</li> <li>▪ DiGA „Kranus Mictera“</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Verlaufskontrolle und Auswertung</li> <li>Verlaufskontrolle und Auswertung</li> <li>Verlaufskontrolle und Auswertung</li> <li>Verlaufskontrolle und Auswertung</li> <li>Auswahl und/oder Individualisierung von Inhalten</li> <li>Verlaufskontrolle und Auswertung</li> <li>Verlaufskontrolle und Auswertung</li> <li>Verlaufskontrolle und Auswertung</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>GOP 01471</li> <li>GOP 01472</li> <li>GOP 01473</li> <li>GOP 01475</li> <li>GOP 01476</li> <li>GOP 01477</li> <li>GOP 01478</li> <li>GOP 01482</li> </ul> |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

# Labor, Laborpfade und LaborKompakt

## Wirtschaftlichkeitsbonus - Labor

- **Berechnung des Wirtschaftlichkeitsbonus (GOP 32001)**
  - Festlegung eines oberen und unteren Grenzwertes je Fachgruppe im EBM (Präambel Kap. 32.1)
  - Berechnung der praxisspezifischen Laborkosten pro Behandlungsfall des jeweiligen Quartals
    - eigen erbrachte Laborleistungen
    - bezogene und veranlasste Laborleistungen (Muster 10+10A)
  - Laborbudget-Befreiungsziffern wirken nicht auf alle Laborleistungen des Behandlungsfalles, sondern nur auf spezifische Laborleistungen
  - Bewertung des Bonus anhand der Einordnung des praxisindividuellen Fallwertes
- Übersicht über Befreiungskennziffern mit Erläuterung unter:
  - *[www.kvsa.de](http://www.kvsa.de) Start > Praxis > Abrechnung/Honorar > Wichtige Abrechnungsinformationen*

## Auszug der Befreiungskennziffern mit Erläuterung

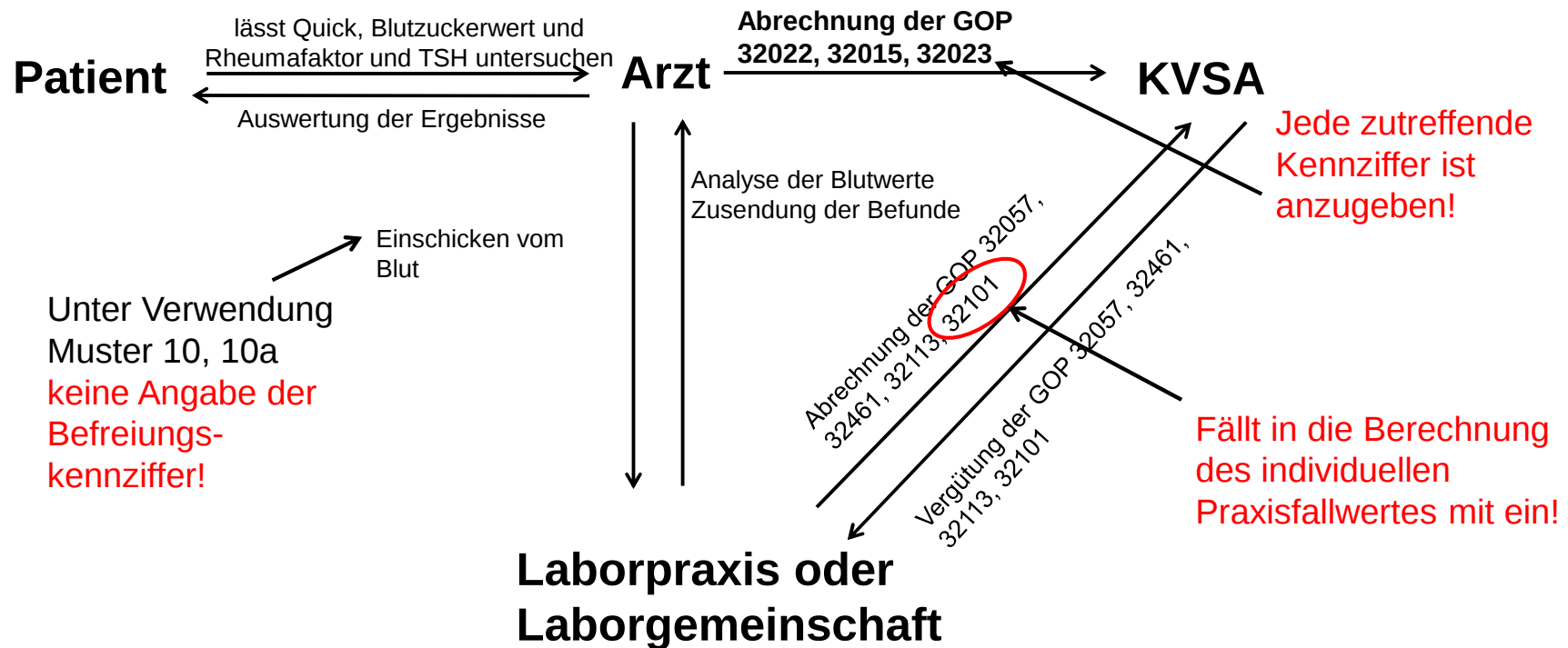
| Untersuchungsindikation                                                                                                                   | Kennnummer   | Ausgenommene GOP                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nebenstehende GOP bleiben grundsätzlich bei der Ermittlung des arztpraxispezifischen Fallwertes unberücksichtigt                          |              | <b>32125</b> (präoperative Labordiagnostik)<br><b>32779</b> (SARV-CoV-2)<br><b>32816</b> (Nukleinsäurenachweis des beta-Coronavirus SARS-CoV-2)<br><b>32880</b> (Urinuntersuchung)<br><b>32881</b> (Nüchternplasmaglukose)<br><b>32882</b> (Lipidprofil)<br><b>32865</b> (Genotypisierung zur Bestimmung des CYP2D6-Metabolisierungsstatus vor Gabe von Inhibitoren der Glukozerebrosid-Synthase bei Morbus Gaucher Typ 1)<br><b>32866</b> (Genotypisierung zur Bestimmung des CYP2C9-Metabolisierungsstatus vor der Gabe von Siponimod bei sekundär progredienter Multipler Sklerose)<br><b>32867</b> (Genotypisierung zur Bestimmung des Dihydropyrimidin-Dehydrogenase (DPD)-Metabolisierungsstatus vor systemischer Therapie mit 5-Fluorouracil oder dessen Vorstufen)<br><b>32869</b> (Genotypisierung zur Bestimmung des CYP2C19-Metabolisierungsstatus vor der Gabe von Mavacamten bei symptomatischer hypertropher obstruktiver Kardiomyopathie (NYHA-Klasse II-III)) |
| Manifester Diabetes mellitus                                                                                                              | <b>32022</b> | <b>32025</b> (Glucose)<br><b>32057</b> (Glucose)<br><b>32066</b> (Kreatinin (Jaffé-Methode))<br><b>32094</b> (Quantitative Bestimmung von HbA1c)<br><b>32135</b> (Urin-Mikroalbumin)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| Rheumatoide Arthritis (PCP) einschl. Sonderformen und Kollagenosen unter immunsuppressiver oder immunmodulierender Langzeit-Basistherapie | <b>32023</b> | <b>32042</b> (BSG)<br><b>32066</b> (Kreatinin (Jaffé-Methode))<br><b>32068</b> (Alkalische Phosphatase)<br><b>32070</b> (GPT)<br><b>32071</b> (Gamma-GT)<br><b>32081</b> (Kalium)<br><b>32120</b> (Mechanisieretes Blutbild, Retikulozytenzählung)<br><b>32461</b> (Rheumafaktor)<br><b>32489</b> (Antikörper gegen zyklisch citrulliniertes Peptid)<br><b>32490</b> (ANA-Suchtest)<br><b>32491</b> (Doppelstrang-DNS Antikörper)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |

Laborparameter, die ohne Kennziffer den Bonus nicht belasten

Für jede Indikation die passende Kennziffer in der Abrechnung angeben.

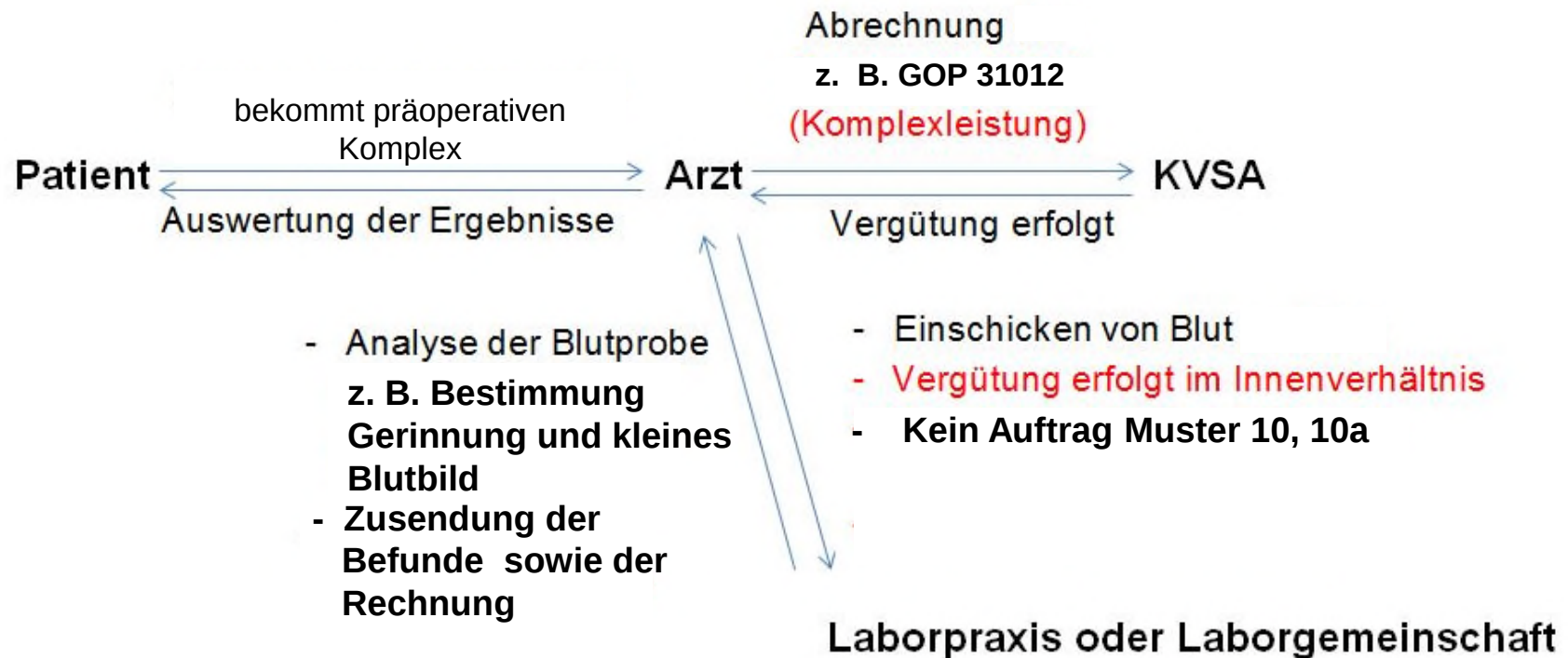
## Beispiel für Laborabrechnung

- Patient mit manifestem Diabetes mellitus, oraler Antikoagulantientherapie sowie Rheumatoide Arthritis und Schilddrüsenerkrankung



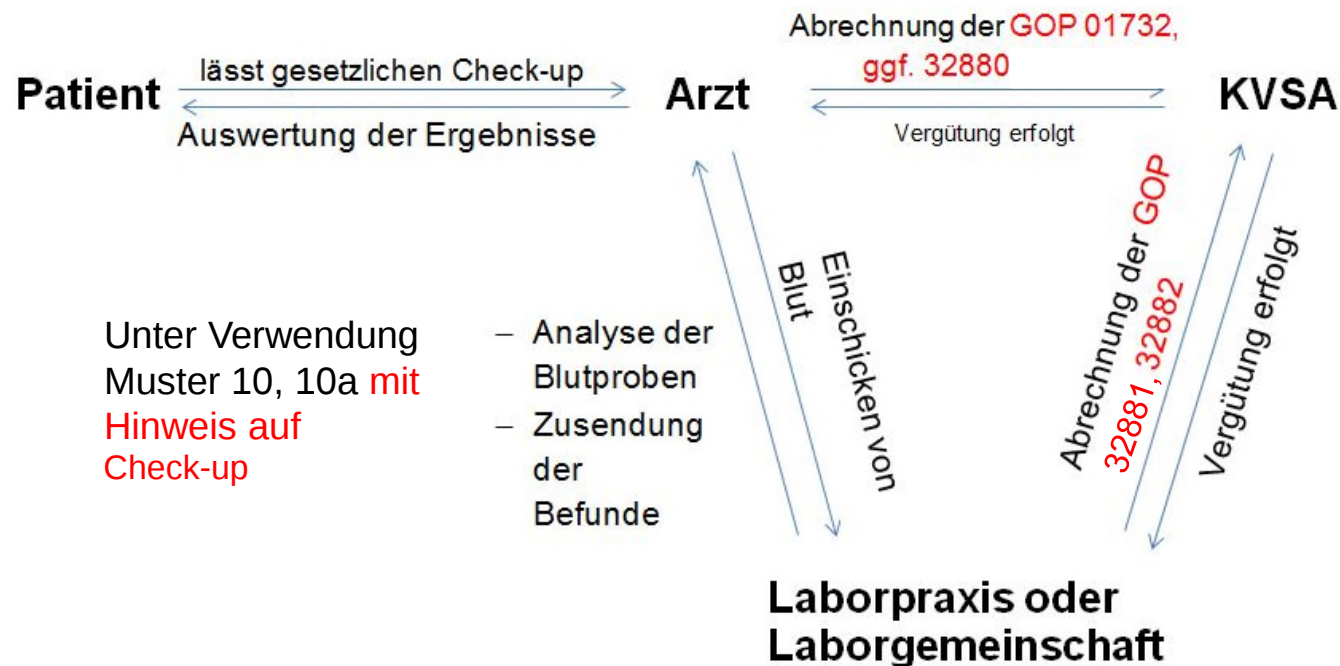
## Beispiele für Laborabrechnung in Verbindung mit Komplexleistungen

- Für Komplexleistungen, bei denen Labor enthalten ist



## Beispiele für Laborabrechnungen in Verbindung mit Vorsorge

### ■ Gesetzlicher Check-up GOP 01732

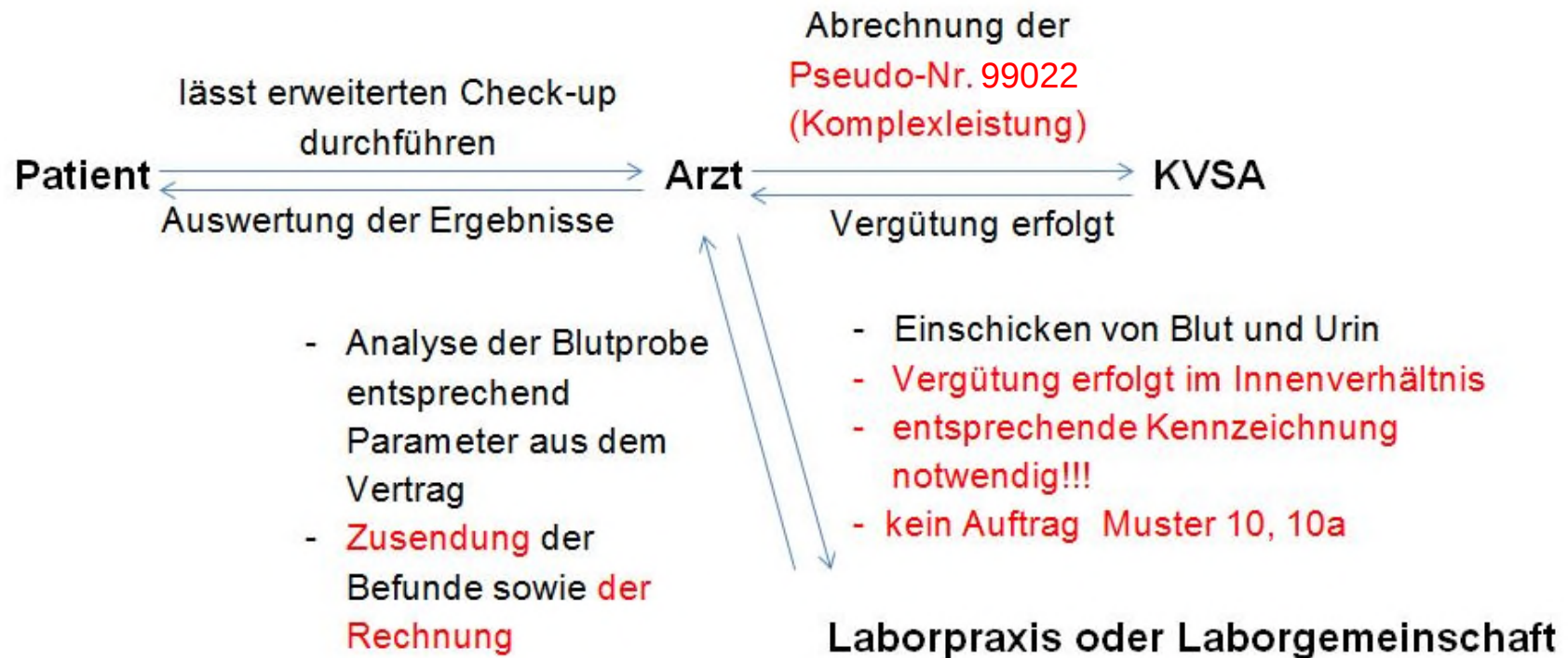


**ODER**

Keine Befreiungskennziffer erforderlich, da 32880 bis 32882 außerhalb der Berechnung des Wirtschaftlichkeitsbonus!

## Beispiele für Laborabrechnungen in Verbindung mit Vorsorge

### ■ Erweiterter Check-up Pseudo-Nr. 99022



Keine Befreiungskennziffer erforderlich, da keine Belastung des Wirtschaftlichkeitsbonus!

## Laborpfade

- **unter anderem Informationen zu den Themen:**

- Anämie
- Eisenmangel
- Thrombophilie
- rheumatoide Arthritis
- Blut- und Gerinnungserkrankungen
- Erkrankungen der Schilddrüse



©jd-photodesign - stock.adobe.com

[www.kvsa.de](http://www.kvsa.de) > Praxis > Abrechnung / Honorar > Labordiagnostik

## LaborKompakt – neuer Service für Praxen

- Neue Publikation für Praxen
  - schneller und praxisbezogener Überblick zu diversen Themen aus dem Bereich Labordiagnostik
  - mehrere Ausgaben pro Jahr vorgesehen mit einem spezifischen Themenschwerpunkt
  - neues Format „LaborKompakt“ steht auf der KBV-Themenseite zur Labordiagnostik zur Verfügung
  
- 1. Ausgabe: Praktische Tipps zur Präanalytik
  - grundlegende Hinweise zur Blutprobengewinnung, Vor- und Nachbereitung und zu Lagerung und Transport in Form einer übersichtlichen Checkliste

**[www.kvsa.de](http://www.kvsa.de) > Praxis > Abrechnung / Honorar > Labordiagnostik**

# Vorhaltepauschale

## Vorhaltepauschale seit 1. Januar 2026

- **GOP 03040** (Zusatzpauschale für die Vorhaltung, der zur Erfüllung von Aufgaben der hausärztlichen Grundversorgung notwendigen Strukturen – Vorhaltepauschale, vorher Strukturpauschale)
  - Absenkung der Bewertung von 138 Punkte auf 128 Punkte (Differenz 10 Punkte)
  - Möglicher Abschlag in Höhe von 40% bei Praxen, wenn weniger als 10 Schutzimpfungen im Quartal in hausärztlichen Behandlungsfällen
    - Ausnahme sind Diabetologische Schwerpunktpraxen, HIV-Schwerpunktpraxen und Substitutionspraxen (mindestens 20 % der Fälle müssen schwerpunktspezifische Leistungen enthalten)
- **Zuschlag zur GOP 03040** möglich bei Erfüllung zusätzlicher Kriterien
  - **GOP 03041** bei Erfüllung von mindestens 2 und maximal 7 Kriterien 10 Punkte
  - **GOP 03042** bei Erfüllung von mindestens 8 Kriterien 30 Punkte
  - Berechnung der erforderlichen Anzahl an Leistungen Kriterien 1 - 8: die Anzahl der erforderlichen Leistungen entspricht der prozentualen Vorgabe für hausärztliche Behandlungsfälle, erbringen kann dann die gesamte Praxis, auch andere AGR innerhalb der Praxis
    - Beispiel: Schutzimpfungen 4. Quartal – mind. 25 % - bei 1000 Fällen im Quartal mindestens 250 Impfungen
- Die KV setzt die Pauschale sowie den Zuschlag maximal 1-mal im Behandlungsfall automatisch hinzu
- Die Vergütung erfolgt extrabudgetär

## Zehn Kriterien zur Vorhaltepauschale

| Kriterium                                                                                                                            | Anforderungen für die Erfüllung des Kriteriums                  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| <b>Haus- und Pflegeheimbesuche</b><br>(GOP 01410, 01411, 01412, 01413, 01415, 01721, 03062, 03063, 38100 und/oder 38105)             | mind. 5 %                                                       |
| <b>Geriatrische/Palliativmedizinische Versorgung</b> (GOP der EBM Abschnitte 3.2.4, 3.2.5, 37.3, 30980 und/oder 30984)               | mind. 12 %                                                      |
| <b>Kooperation Pflegeheim</b><br>(GOP des EBM-Abschnittes 37.2)                                                                      | mind. 1 %                                                       |
| <b>Schutzimpfungen</b><br>(gem. Anlage 1 der Schutzimpfungsrichtlinie des G-BA)                                                      | mind. 7 % im 1., 2., und 3. Quartal<br>mind. 25 % im 4. Quartal |
| <b>Kleinchirurgie/Wunderversorgung/postoperative Behandlung</b> (GOP 02300, 02301, 02302, 02310, 02311, 02312, 02313 und/oder 31600) | mind. 3 %                                                       |

## Zehn Kriterien zur Vorhaltepauschale

| Kriterium                                                                                                                                                                  | Anforderungen für die Erfüllung des Kriteriums                                                                                                                                                                                                                                            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Ultraschalldiagnostik Abdomen und/oder Schilddrüse (GOP 33012 und/oder 33042)                                                                                              | mind. 2 %                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| Hausärztliche Basisdiagnostik (Langzeitblutdruckmessung und/oder Langzeit-EKG und/oder Belastungs-EKG und/oder Spirographie GOP 03241, 03321, 03322, 03324 und/oder 03330) | mind. 3 %                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| Videosprechstunde (GOP 01450)                                                                                                                                              | mind. 1 %                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| Zusammenarbeit                                                                                                                                                             | fachgleiche BAG und/oder regelmäßige Teilnahme an Qualitätszirkeln                                                                                                                                                                                                                        |
| Sprechstunden/Praxisöffnungszeiten                                                                                                                                         | Angebot von mind. 14-täglich stattfindenden Sprechstunden am ( <b>mind. 60 Min. am Stück</b> ) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mittwoch nach 15 Uhr und/oder</li> <li>• Freitag nach 15 Uhr und/oder</li> <li>• an mind. einem Werktag nach 19 Uhr und/oder vor 8 Uhr</li> </ul> |

## Beispiel zur Struktur-/Vorhaltepauschale GOP 03040 ab 2026

- **Bsp. Haus- und Pflegeheimbesuche – Kriterium mind. 5 %**
  - Durchgeführte und abgerechnete Leistungen muss in Summe mind. 5 % der gesamten hausärztlichen Behandlungsfälle der Praxis entsprechen
  - z.B. 1.000 BHF, 5 % von 1.000 = 50 Haus- und/oder Pflegeheimbesuche müssen durchgeführt und abgerechnet werden, damit Kriterium erfüllt ist
  
- **Bsp. Hausärztliche Basisdiagnostik – Kriterium mind. 3 %**
  - Durchgeführte und abgerechnete Leistungen (z.B. Langzeit-EKG) muss in Summe mind. 3 % der gesamten hausärztlichen Behandlungsfälle der Praxis entsprechen
  - z.B. 1.000 BHF, 3 % von 1.000 = 30 Langzeit-EKGs und/oder Spirographien etc. müssen durchgeführt und abgerechnet werden, damit Kriterium erfüllt ist

## Beispiel zur Struktur-/Vorhaltepauschale GOP 03040 ab 2026

- **Bsp. Schutzimpfungen – Kriterium 1., 2., 3. Quartal mind. 7 %, im 4. Q. mind. 25 %**
  - Durchgeführte und abgerechnete Impfungen in den ersten 3 Quartalen muss in Summe mindestens 7 % der gesamten hausärztlichen Behandlungsfälle der Praxis entsprechen
  - Durchgeführte und abgerechnete Impfungen im 4. Quartal muss in Summe mindestens 25 % der gesamten hausärztlichen Behandlungsfälle der Praxis entsprechen
  - z.B. 1.000 BHF, 25 % von 1.000 = 250 Impfungen müssen durchgeführt und abgerechnet werden



**Die Anzahl der durchgeführten Impfungen (z.B. auch Mehrfachimpfungen möglich) werden gezählt, nicht die Anzahl der geimpften Patienten.**

# Übersicht der grundlegenden Leistungen einer Hausarztpraxis

## Übersicht der grundlegenden Leistungen einer Hausarztpraxis

- **Besuche:**
  - 01410 Vereinbarter Besuch, wegen der Erkrankung ausgeführt
  - 01413 Mitbesuch
  - 01411 / 01412 dringender Besuch (Uhrzeiten/Wochentage beachten), direkt nach Bestellung ausgeführt
  - 01415 dringender Besuch in beschützenden Wohnheimen / Altenheimen mit Pflegepersonal, noch am Tag der Erkrankung ausgeführt
- **GOP 01480 Beratung zur Organspende (alle 2 Kalenderjahre, ab 14 Jahren)**
- **Früherkennungsuntersuchungen:**
  - 01731 Krebsfrüherkennung beim Mann (ab 45 Jahre 1x jährlich)
  - 01732 Check Up (zw. 18 und 35 Jahre 1x möglich ohne Urinuntersuchung und Blutentnahme nur mit Risikoprofil, ab 35 Jahren alle 3 Jahre möglich) – zusätzlich 32880 (Urinuntersuchung), 32881 (Nüchternplasmaglukose), 32882 (Lipidprofil) möglich
  - 99022 Erweiterter Check Up (nur bestimmte Kassen)
  - 01734 Screening auf Hep. B und/oder C (ab 35 Jahre einmalig möglich)
  - 01740 Beratung über Früherkennung kolorektales Karzinom (ab 50 Jahre einmalig möglich)
  - 01745/01746 Hautkrebsscreening (genehmigungspflichtig) (ab 35 Jahre alle 2 Jahre, in Kombi mit Check Up alle 3 Jahre)
  - 01747/01748 Beratung und Durchführung Bauchaortenaneurysmascreening (Männer ab 65 einmalig möglich)

## Übersicht der grundlegenden Leistungen einer Hausarztpraxis

- **Kleinchirurgie:**
  - 02300 bis 02302 kleinchirurgische Eingriffe/primäre Wundversorgung
  - 02310 sekundär heilende Wunden / Decubitalulcus
  - 02311 Behandlung diabetischer Fuß (Genehmigung erforderlich)
  - 02312 chronisch venöser Ulcus cruris
  - 02313 Kompressionstherapie bei chron. venöser Insuffizienz etc.
- 03230 Problemorientiertes ärztliches Gespräch (mindestens 10 Minuten Dauer)
- 03062/03063 Besuch / Mitbesuch durch Verah (Verah bei KV melden)
- Geriatrie und Palliativmedizinische Leistungen
- **Besondere Leistungen:**
  - 03321 Belastungs-EKG
  - 03322 Langzeit-EKG und 03241 Auswertung Langzeit-EKG (genehmigungspflichtig)
  - 03324 Langzeit-Blutdruckmessung
  - 03330 Spirometrie

## Übersicht der grundlegenden Leistungen einer Hausarztpraxis

- 31010 bis 31013 präoperative Behandlung bei ambulanter oder belegärztlicher OP bzw. Zahn-OP
- 31600 postoperative Behandlung nach ambulanter OP (ÜW vom Operateur notwendig)
- Kapitel 33 EBM – Sonographien (genehmigungspflichtig)
  - z. B. 33042 – Oberbauch, GOP 33012 – Schilddrüse
- 35100/35110 Psychosomatische Grundversorgung (genehmigungspflichtig, auf Mindestzeit achten)
- Besondere Leistungen der kooperativen Pflegeheimbetreuung (Kapitel 37.2) – Pflegeheimverträge je Pflegeheim an die KV senden für eine entsprechende Genehmigung
- Kapitel 40.4 EBM – Kostenpauschalen
  - z.B. 40110 (Briefporto), 40111 (Faxporto), 40130 (Versand eAU an Krankenkasse) etc.
- eArztbriefe
  - 86900 Versand eArztbrief
  - 86901 Empfang eArztbrief
- Disease-Management-Programme (DMP) – genehmigungspflichtig
- Hausarztzentrierte Versorgung (HZV) – Hausarztbüro bietet Schulungen an, genehmigungspflichtig

## Beratungsangebot der KVSA

## Beratungsangebot der KVSA



Niederlassungsberatung

Workshopreihe Niederlassung

Starterberatung  
(Abrechnung, Verordnung, IT etc.)

Weiterführende Themen  
(z.B. Honorarberatung)

**[www.kvsa.de](http://www.kvsa.de) > Start > Praxis > Praxiseinstieg > Beratung & Unterstützung**

# Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Abteilung Abrechnung

Telefon: 0391 - 627 8000

E-Mail: [abrechnung@kvsa.de](mailto:abrechnung@kvsa.de)

**Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt**

Körperschaft des öffentlichen Rechts

Doctor-Eisenbart-Ring 2

39120 Magdeburg



©REDPIXEL - stock.adobe.com