

Abrechnung in der Hausarztpraxis

Magdeburg, den 19.09.2025

Anna-Christin Perseke
Assistentin
Abteilung Abrechnung

Themen

Basiswissen der vertragsärztlichen Abrechnung

Pflegeheimbetreuung Kapitel 37.2

Geriatrische Versorgung im Hausärztlichen Versorgungsbereich

Digitalisierung in den Praxen

Labor und Laborpfade

Entbudgetierung der Hausärzte ab 4/2025

Vorhaltepauschale ab 1/2026

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 nicht qualifikationsgeb. diagn. und therapeutische Leistungen
III Arztgruppenspezifische Gebührenordnungspositionen	III.a Hausärztlicher Versorgungsbereich III.b Fachärztlicher Versorgungsbereich Anästhesie, Gynäkologie, Chirurgie etc.
IV Arztgruppenübergreifende bei spezifischen Voraussetzungen berechnungsfähige Gebührenordnungspositionen	Spezielle Versorgungsbereiche Ambulante Operationen Laboratoriumsmedizin MRT/CT etc.
V Kostenpauschale	Porto, leistungsbezogene Kostenpauschalen
VI Anhänge 1 - 5	nicht berechnungsfähige Leistungen 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

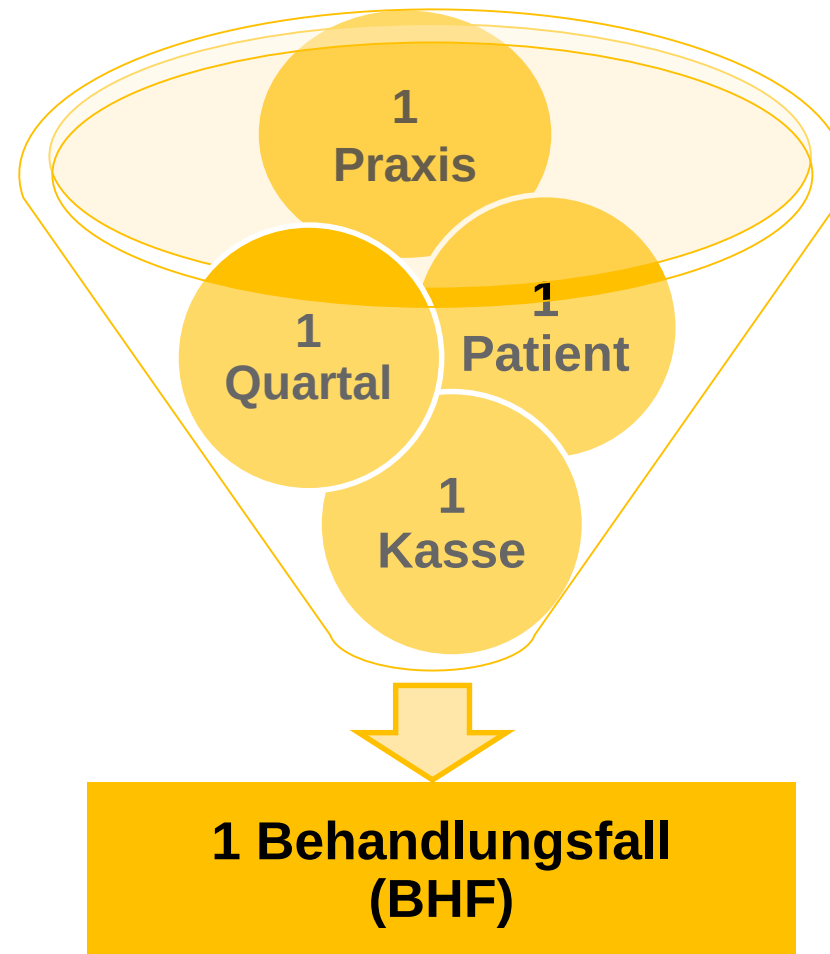
Orientierungswert:	2023	2024	2025	2026
	11,4915 ct	11,9339 ct	12,3934 ct	12,7404 ct
Beispiel:				
GOP 03230 (128 P.)	14,71 €	15,28 €	15,86 €	16,31 €

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)

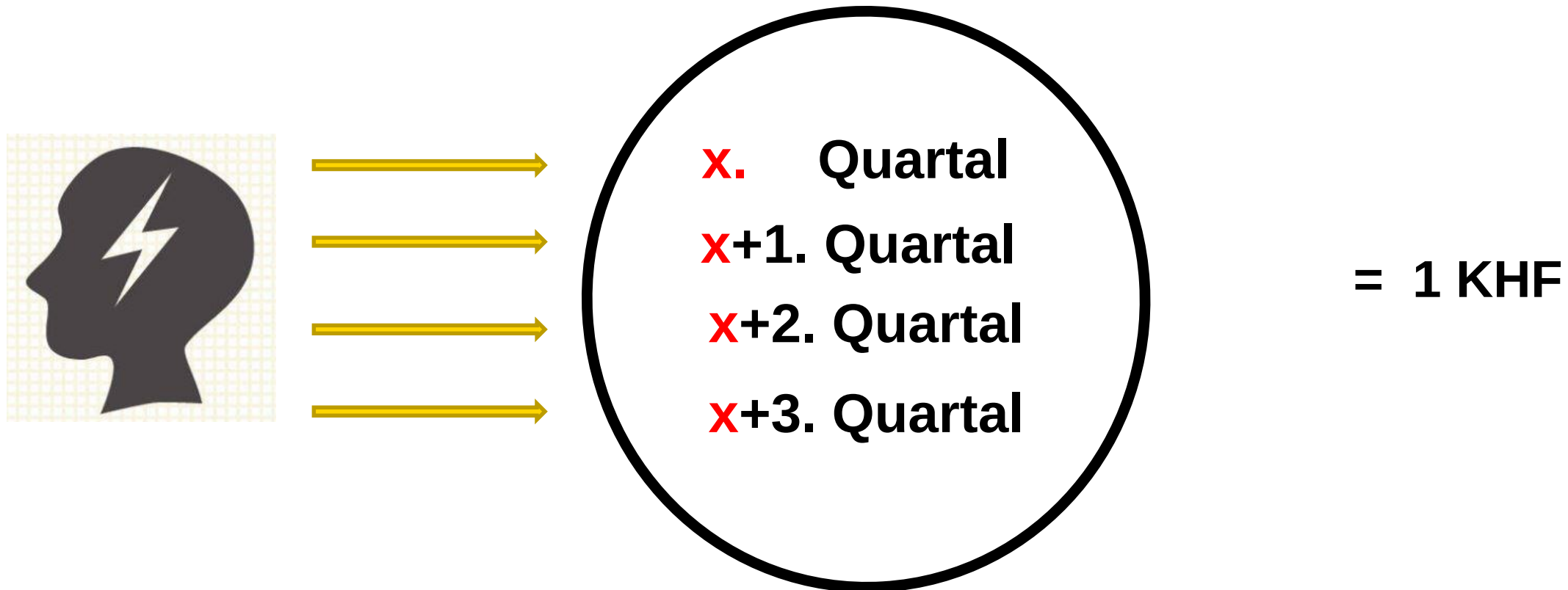
Bitte Allgemeine Bestimmungen vor
Abrechnung über EBM durchlesen.

Behandlungsfall (BHF)

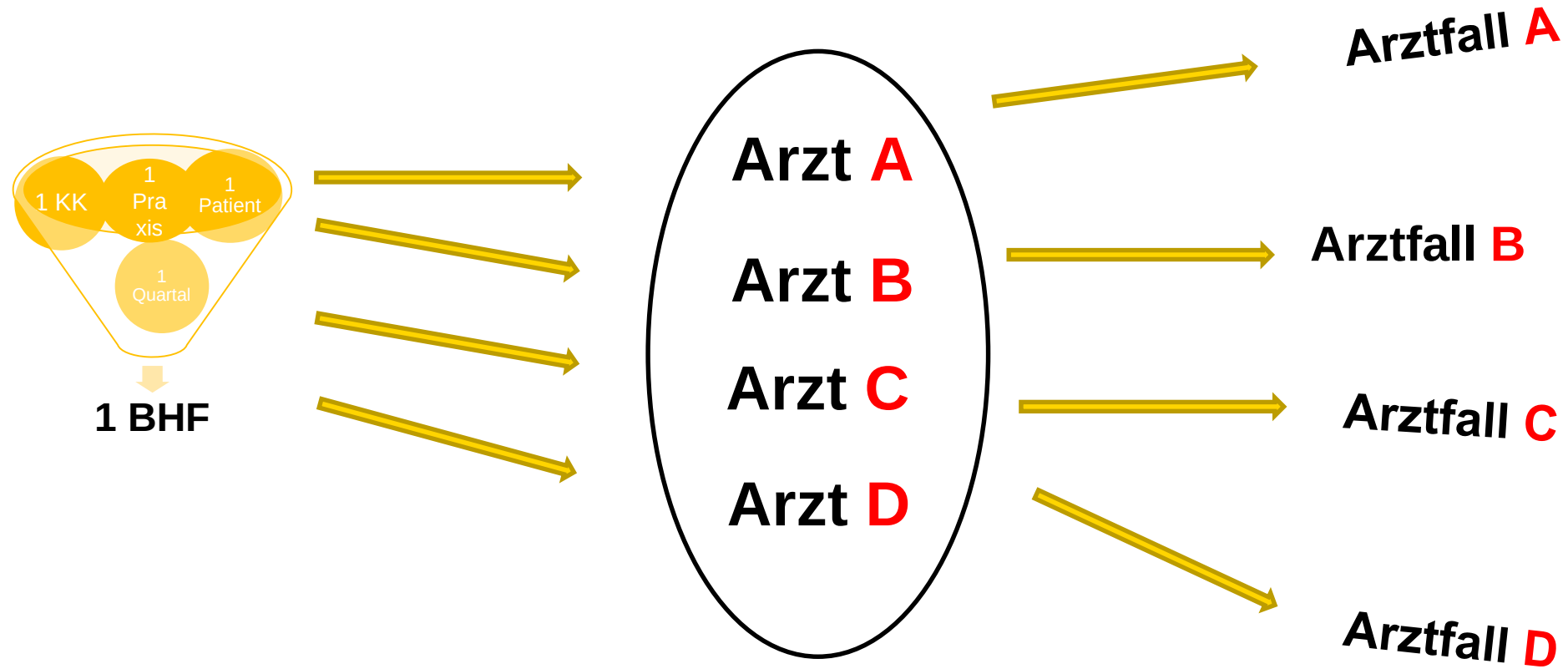


Krankheitsfall (KHF)

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

Arztfall A

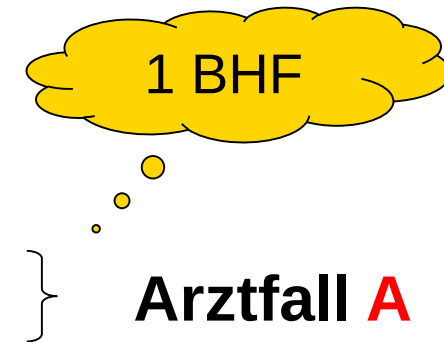
03.02.

03003 (LANR Arzt 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

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

*zzgl. ggf. Wegepauschalen

GOP	Legende
90201	< 2 km Radius
90202	> 2 km – 5 km Radius
90203	> 5 km – 10 km Radius
90210	> 10 km Radius (je angefangene 5 km) Zuschlag zu 90203
ggf. 90212	Nachtzuschlag zu 90201, 90202, 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
4/2024	E11.90G Z00.0G Z25.1	06.11.2024	03003, 03040, 03060, 03061, 32001, 03220H, 03222, 03230, 99823, 32880, 32881, 32066, 32094, 32022, 01732, 01734 (Arzt A)
	R10.4	21.11.2024 04.12.2024 13.12.2024	03221H, 33042 (Arzt B) 01435 (Arzt B) 89112, 03230 (Arzt A)

Pflegeheimbetreuung – Kapitel 37.2

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 GOP 37120	GOP 37100 GOP 37102	GOP 37113 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 R26.8G; R29.6G	22.07.2025 15.08.2025	03000, 03040, 37105 , 03220, 01410, WP 03221, 01413, 37113
4/2025	I10.90G; E11.90G R26.8G; R29.6G	21.10.2025 04.11.2025	03000, 03040, 37105 , 03220, 01413, 37113 01413, 37113 , 03221

weitere hausärztliche Leistungen

- GOP 01100 / 01101 unvorhergesehene Inanspruchnahme
- GOP 01102 Samstagssprechstunde (07:00 bis 19:00 Uhr)
- Besuche:
 - GOP 01410 Vereinbarter Besuch, wegen der Erkrankung ausgeführt
 - GOP 01413 Mitbesuch
 - GOP 01411 / 01412 dringender Besuch (Uhrzeiten/Wochentage beachten), direkt nach Bestellung ausgeführt
 - GOP 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
 - z. B. Check up – GOP 01732, erweiterter Check up – GOP 99022 (KV-eigene Lstg), Krebsfrüherkennung Mann – GOP 01731, Screening auf Bauchaortenaneurysma GOP 01747 und 01748, GOP 01734 Screening auf Hep. B und/oder C, GOP 01745 oder 01746 Hautkrebsscreening (genehmigungspflichtig)

weitere hausärztliche Leistungen

- Gesprächsleistung – GOP 03230
- Palliativmedizinische Versorgung (GOP 03370 – 03373, Kap. 37.3)
- GOP 03062 / 03063 Besuch / Mitbesuch durch Verah
- GOP 03330 Spirometrie
- Langzeit RR 03324 (genehmigungsfrei), Langzeit-EKG 03322 (Anlegen) und 03241 (Auswertung) (beide genehmigungspflichtig)
- Belastungs-EKG – 03321
- Telemonitoring Herzinsuffizienz (03325, 03326)

weitere hausärztliche Leistungen

- Kleinchirurgie:
 - GOP 02300 bis 02302 kleinchirurgische Eingriffe/primäre Wundversorgung
 - GOP 02310 sekundär heilende Wunden / Decubitalulcus
 - GOP 02312 chronisch venöser Ulcus cruris
 - GOP 02313 Kompressionstherapie bei chron. venöser Insuffizienz etc.

- GOP 31010 bis 31013 prä-OP bei ambulanter oder belegärztlicher OP oder Zahn-OP
- 31600 Post-OP nach ambulanter OP entsprechend OPS nach Anhang 2 zum EBM

- Sonographien – Kap. 33
 - z. B. Oberbauch - GOP 33042, Schilddrüse – GOP 33012

- Psychosomatik – GOP 35100, 35110

- Kostenpauschalen Kapitel 40.4 EBM
 - z.B. 40110 (Briefporto), 40111 (Faxporto), 40130 (Versand eAU an Krankenkasse)

Geriatrische Versorgung im Hausärztlichen Versorgungsbereich

Voraussetzungen der hausärztlich geriatrischen Versorgung (03360, 03362)

**Patient mit höherem Lebensalter (ab 70. Geburtstag)
und!**

Mindestens 1 Syndrom

und/oder

Vorliegen eines Pflegegrades

- multifaktoriell bedingte Mobilitätsstörung mit Fallneigung und Altersschwindel
- Komplexe Beeinträchtigung kognitiv, emotional oder verhaltensbezogen
- Frailty-Syndrom
(Kombination von unbeabsichtigten Gewichtsverlust, körperliche und/oder geistige Erschöpfung, muskuläre Schwäche, verringerte Ganggeschwindigkeit und verminderte körperliche Aktivität)
- Dysphagie
- Inkontinenz(en)
- Therapierefraktäres chronisches Schmerzsyndrom

oder

Voraussetzungen der hausärztlich geriatrischen Versorgung (03360, 03362)

**Patient vor dem 70. Geburtstag
und!**

**Vorliegen einer der folgenden
Diagnosen**

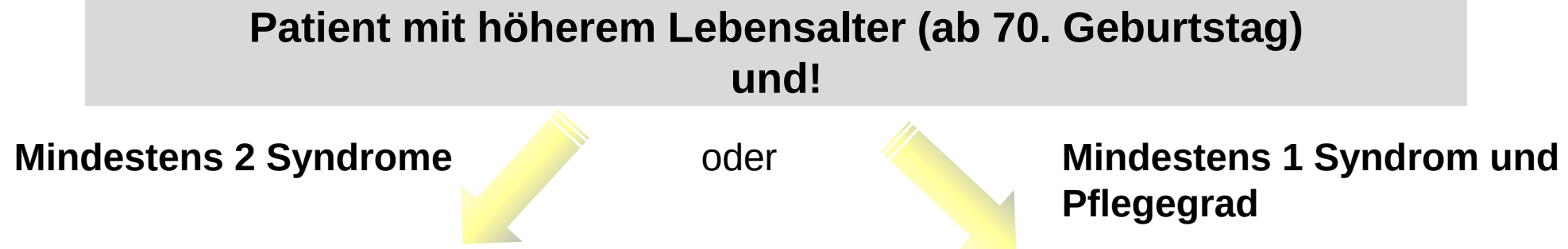
- F00 – F02 dementielle Erkrankungen
- G30 Alzheimer-Erkrankung
- G20.1 Primäres Parkinson-Syndrom mit mäßiger bis schwerer Beeinträchtigung und
- G20.2 Primäres Parkinson-Syndrom mit schwerster Beeinträchtigung

Leistungen der hausärztlich geriatrischen Versorgung (03360, 03362)

Keine gesonderte Qualifikation notwendig! Kein Screening!

03360 Hausärztlich-geriatrisches Basisassessment	03362 Hausärztlich-geriatrischer Betreuungskomplex
- 1x im BHF, höchstens 2x im KHF - Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (APK) - Erhebung motorischer, emotioneller und kognitiver Funktionseinschränkungen - Beurteilung der Selbstversorgungsfähigkeiten und der Mobilität und Sturzgefahr	- 1x im BHF - Persönlicher APK - Neben der VP nur berechnungsfähig bei mind. einem weiteren persönlichen APK - setzt das Vorliegen der Ergebnisse eines geriatrischen Basisassessments entsprechend den Inhalten der GOP 03360 voraus (darf nicht älter sein als 4 Quartale!)

Leistungen der **spezialisierten** geriatrischen Diagnostik (30980, 30988)



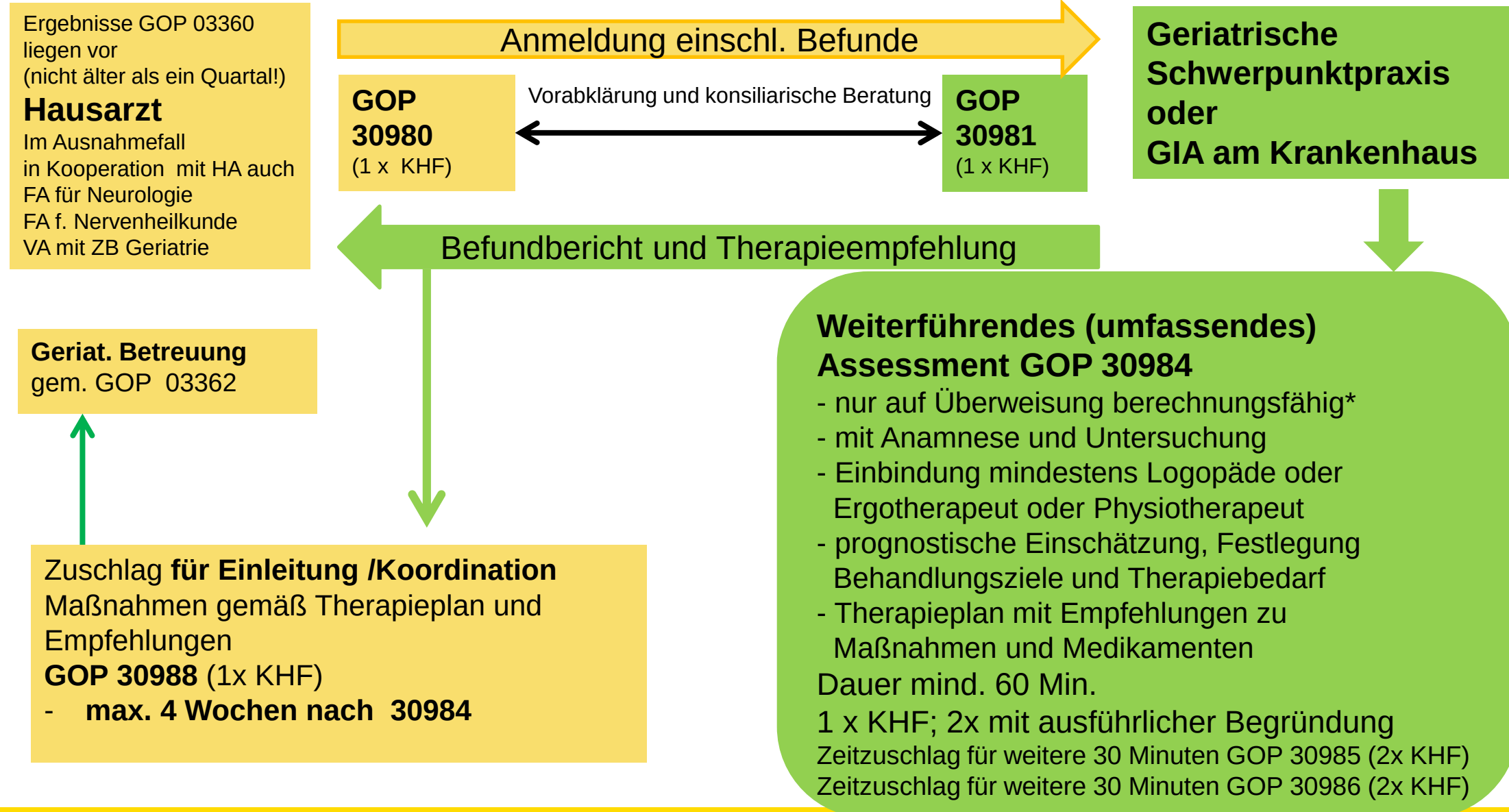
- multifaktoriell bedingte Mobilitätsstörung mit Fallneigung und Altersschwindel
- Komplexe Beeinträchtigung kognitiv, emotional oder verhaltensbezogen
- Frailty-Syndrom
(Kombination von unbeabsichtigten Gewichtsverlust, körperliche und/oder geistige Erschöpfung, muskuläre Schwäche, verringerte Ganggeschwindigkeit und verminderte körperliche Aktivität)
- Dysphagie
- Inkontinenz(en)
- Therapierefraktäres chronisches Schmerzsyndrom

Leistungen der spezialisierten geriatrischen Diagnostik

Der spezialisierte Geriater oder die GIA bieten für die Patienten ein subsidiäres spezialisiertes Diagnostikangebot in der vertragsärztlichen Versorgung.

- Patientenorientierte Vorabklärung und Konsil mit Hausarzt
- umfassendes Assessmentverfahren in mind. 5 Bereichen
- Empfehlungen zur psychosozialen Versorgung und Selbsthilfe
- Empfehlung zur medikamentösen Therapie
- Empfehlungen zum Einsatz von Heil- und Hilfsmittel
- Empfehlungen zur weiteren Diagnostik und Therapie

Zusammenarbeit Hausarzt und geriatrische Schwerpunktpraxis / GIA



Beispiel zur Abrechnung der Geriatrie

Abrechnung: Pat. **72 Jahre** bei seinem Hausarzt nach weiterführenden Assessment

Quartal	Diagnose	Behandlungstag	Leistung
3/2024	I10.90G; E11.90G; R26.8G; R29.6G, R32	03.07.2024	03004, 03040, 03220, 03360
4/2024	-	-	-
1/2025	I10.90G; E11.90G R26.8G; R29.6G, R32	31.01.2025 07.03.2025	03004, 03040, 03220, 03360 03221, 03362
2/2025	I10.90G; E11.90G R26.8G; R29.6G, R32	02.04.2025 11.06.2025	03004, 03040, 03220 03221, 03362
3/2025	I10.90G; E11.90G R26.8G; R29.6G, R32	22.07.2025 05.08.2025	03004, 03040, 03220, 30980 03362, 30988 , 03221

Digitalisierung in den Praxen

Digitalisierung in der Praxis

Digitalisierung und TI in der Praxis

**Elektronischer
Medikationsplan
(eMP)**

**Versicherten-
stammdaten-
management
(VSDM)**

**Elektronische
Patientenakte
(ePA)**

**Notfalldaten-
management
(NFDm)**

**Elektronische
Arbeitsunfähig-
keitsbe-
scheinigung
(eAU)**

**Digitale
Gesundheits-
anwendungen
(DiGA)**

**Elektronisches
Rezept
(eRezept)**

**Elektronischer
Arztbrief
(eArztbrief)**

ePA in der Praxis - bundesweiter Rollout der ePA

- Bundesweite freiwillige Phase endet am 30.09.2025
- Softwarehersteller statten Praxen mit Softwaremodulen aus
- Freiwillige (Test-)phase:
 - Hintergrund ab 01.10.2025 für alle verpflichtend
 - Patienten werden ggf. von Kassen bereits über Verfügbarkeit der ePA informiert
- Vorteile des Testens bis Oktober:
 - Verbesserungsmöglichkeiten der Technik identifizieren
 - Integration in den Praxisalltag erproben
- Starterpaket der KBV für Praxen auf Homepage der KVSA abrufbar unter folgendem Pfad:
Start > Praxis > IT in der Praxis > Ti-Anwendungen > ePA



ePA in der Praxis - KBV-Richtlinien

- Richtlinie gemäß § 75 Abs. 7 SGB V zur Anwendung des Grundsatzes der Verhältnismäßigkeit
 - durch den Gesetzgeber war als Sanktion ein Abrechnungsausschluss fixiert
 - RL gültig 01.04.2025 bis 31.12.2025
 - RL regelt, dass Abrechnungsausschluss während der Einführungsphase bis 31.12.2025 ausgeschlossen ist
 - Hintergrund: Praxen dürfen nicht durch den Gesetzgeber sanktioniert werden, wenn Softwarehäuser die notwendigen ePA-Module für die PVS nicht rechtzeitig bereitstellen
- Richtlinie gemäß § 75 Abs. 7 SGB V zur Übermittlung und Speicherung von Daten in die ePA bei Kindern und Jugendlichen
 - Unterlassen der Übermittlung und Speicherung in die ePA bei Kindern und Jugendlichen unterhalb der Vollendung des 15. Lebensjahres verstößt nicht gegen vertragsärztliche Pflichten, wenn:
 - Therapeutische Gründe, sowie Anhaltspunkte für die Gefährdung des Wohles eines Kindes oder Jugendlichen vorliegen (Behandlungsdokumentation erforderlich)
 - gültig ab 01.04.2025

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)

ePA - Abrechnung der 01648 für die Erstbefüllung

- **Rechtsgrundlagen:**
 - SGB V und ePA-Erstbefüllungsvereinbarung
- SGB V § 341 Abs. 2 Nr. 1 – 5, 10 – 13
 - Medizinische Informationen (z.B. Daten zu Befunden, Diagnosen, eMP, eArztbriefe etc.)
 - Daten zur Vorsorge oder Früherkennung
(z.B. Zahn-Bonusheft, Untersuchungsheft für Kinder, Mutterpass, Impfungen)
 - Daten zur pflegerischen Versorgung
 - eAU und Verordnungen
 - Teilnahme an strukturierten Behandlungsprogrammen z.B. bei chronisch kranken Patienten

ePA – Themenseite der KVSA



Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt

ÜBER UNS | KARRIERE | PRESSE | KONTAKT

PRAXIS WEITERBILDUNG STUDIUM PATIENTEN

Wie können wir Ihnen weiterhelfen?



Alles Wichtige zur "ePA für alle"

Die bundesweit freiwillige Testphase der "ePA für alle" läuft seit 29. April 2025, verpflichtend soll die elektronische Patientenakte ab 1. Oktober 2025 eingeführt werden. Hier finden Sie alles Wichtige für die Praxen auf einen Blick sowie Aushänge zum ePA-Start und Informationspflichten sowie ein Infoblatt und eine Patienteninfo zum Auslegen.



www.kvsa.de

ARZT- UND PSYCHOTHERAPEUTENSUCHE

Finden Sie in wenigen Schritten die passende Praxis in Ihrer Nähe.



ePA – Themenseite der KVSA

Sie sind hier: Start > Praxis > IT in der Praxis > TI-Anwendungen > **ePA**

Elektronische Patientenakte (ePA)

Die "ePA für alle" ab Oktober verpflichtend

Praxen können aktuell die "ePA für alle" freiwillig nutzen. Verpflichtend soll sie laut dem Bundesgesundheitsministerium ab 1. Oktober 2025 eingeführt werden.

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.

Wichtiges auf einen Blick

Informationspflichten in den Praxen



Ansprechpartner
IT Service

☎ 0391 627-7000

📠 0391 627-87-7000

✉ it-service@kvsa.de

 KBV

**Unsere Praxis steht
demnächst für Sie bereit**

📄 Aushang zum ePA-Start

 KBV

**Diese Daten stellt unsere
Praxis ein**

📄 Aushang zu Informationspflichten

Labor und Laborpfade

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 Start > Praxis > Abrechnung/Honorar > Wichtige Abrechnungsinformationen*

Auszug der Befreiungskennziffern mit Erläuterung

Untersuchungsindikation	Kennnummer	Ausgenommene GOP
Nebenstehende GOP bleiben grundsätzlich bei der Ermittlung des arztpraxisspezifischen Fallwertes unberücksichtigt		32125 (präoperative Labordiagnostik) 32779 (SARV-CoV-2) 32816 (Nukleinsäurenachweis des beta-Coronavirus SARS-CoV-2) 32880 (Urinuntersuchung) 32881 (Nüchternplasmaglukose) 32882 (Lipidprofil) 32865 (Genotypisierung zur Bestimmung des CYP2D6-Metabolisierungsstatus vor Gabe von Inhibitoren der Glukozerebrosid-Synthase bei Morbus Gaucher Typ 1) 32866 (Genotypisierung zur Bestimmung des CYP2C9-Metabolisierungsstatus vor der Gabe von Siponimod bei sekundär progredienter Multipler Sklerose) 32867 (Genotypisierung zur Bestimmung des Dihydropyrimidin-Dehydrogenase (DPD)-Metabolisierungsstatus vor systemischer Therapie mit 5-Fluorouracil oder dessen Vorstufen) 32869 (Genotypisierung zur Bestimmung des CYP2C19-Metabolisierungsstatus vor der Gabe von Mavacamten bei symptomatischer hypertropher obstruktiver Kardiomyopathie (NYHA-Klasse II-III))
Diagnostik zur Bestimmung der notwendigen Dauer, Dosierung und Art eines ggf. erforderlichen Antibiotikums vor Einleitung einer Antibiotikatherapie oder bei persistierender Symptomatik vor erneuter Verordnung	32004	32151 (Kulturelle bakteriologische und/oder mykologische Untersuchung) 32459 (Procalcitonin) 32720 (Urinuntersuchung) 32721 (Sputum-, Bronchialsekretuntersuchung) 32722 (Stuhluntersuchung I) 32723 (Stuhluntersuchung II) 32724 (Blutkultur, aerob oder anaerob) 32725 (Untersuchung von Liquor, Punktat, Biopsie, Bronchiallavage, Exzidat) 32726 (Untersuchung eines Abstrichs, Exsudats, Sekrets I) 32727 (Untersuchung eines Abstrichs, Exsudats, Sekrets II) 32750 (Differenzierung gezüchteter Bakterien mittels Antiseren) 32759 (Differenzierung von in Reinkultur gezüchteten Bakterien mittels MALDI-TOF-Massenspektrometrie) 32760 (Bakterienkultur-Differenzierung, bis zu 3 Reaktionen) 32761 (Bakterienkultur-Differenzierung, mind. 4 Reaktionen) 32762 (Bakterienkultur-Differenzierung, mind. 10 Reaktionen) 32763 (Differenzierung von strikten Anaerobiern) 32772 (Empfindlichkeitsprüfungen gramnegativer Bakterien nach EUCAST oder CLSI)

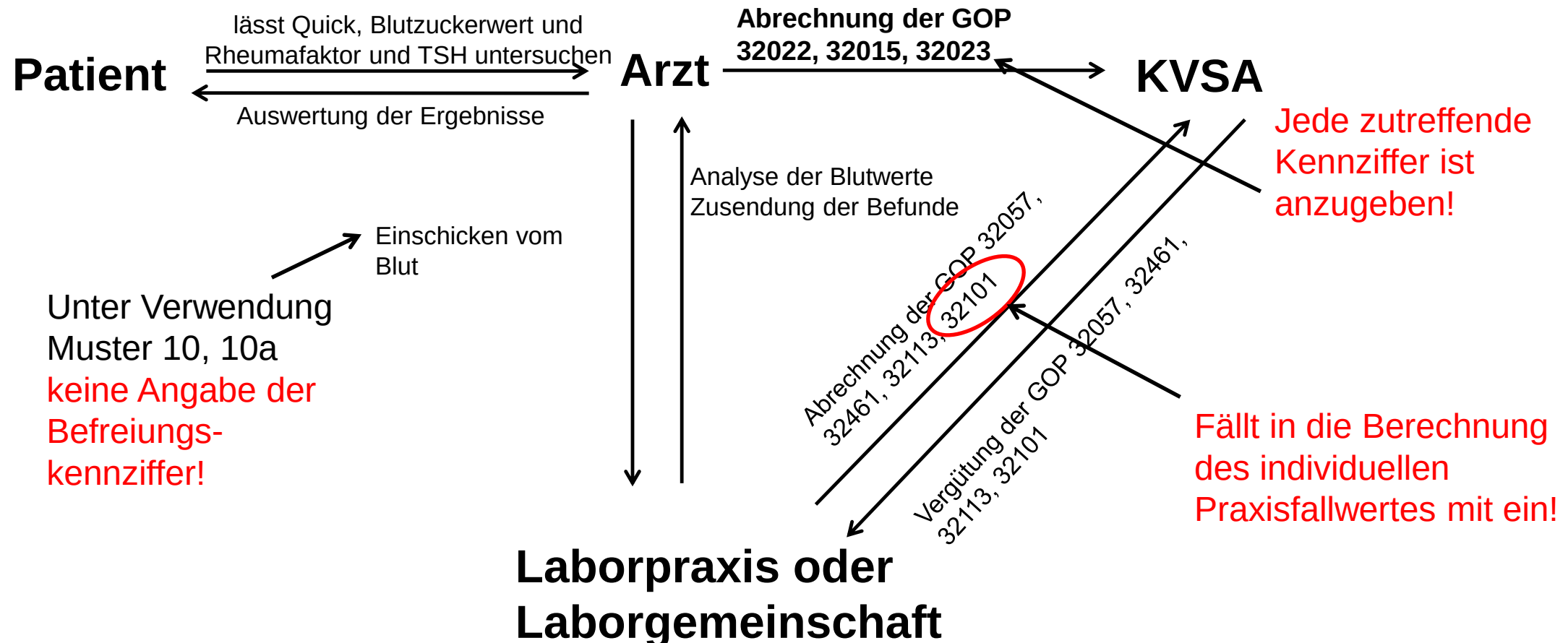


Laborparameter, die ohne Kennziffer den Bonus nicht belasten

Für jede Indikation die passende Kennziffer in der Abrechnung angeben.

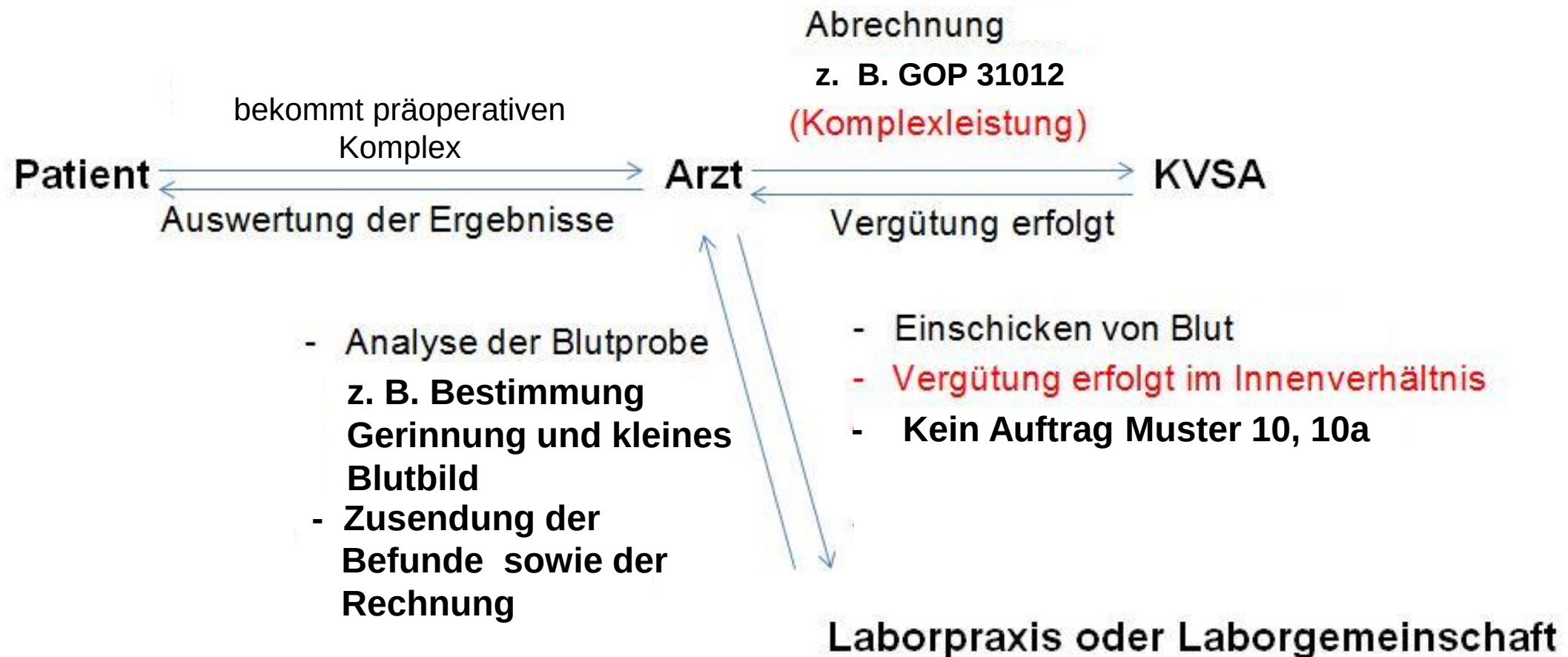
Beispiel für Laborabrechnung

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



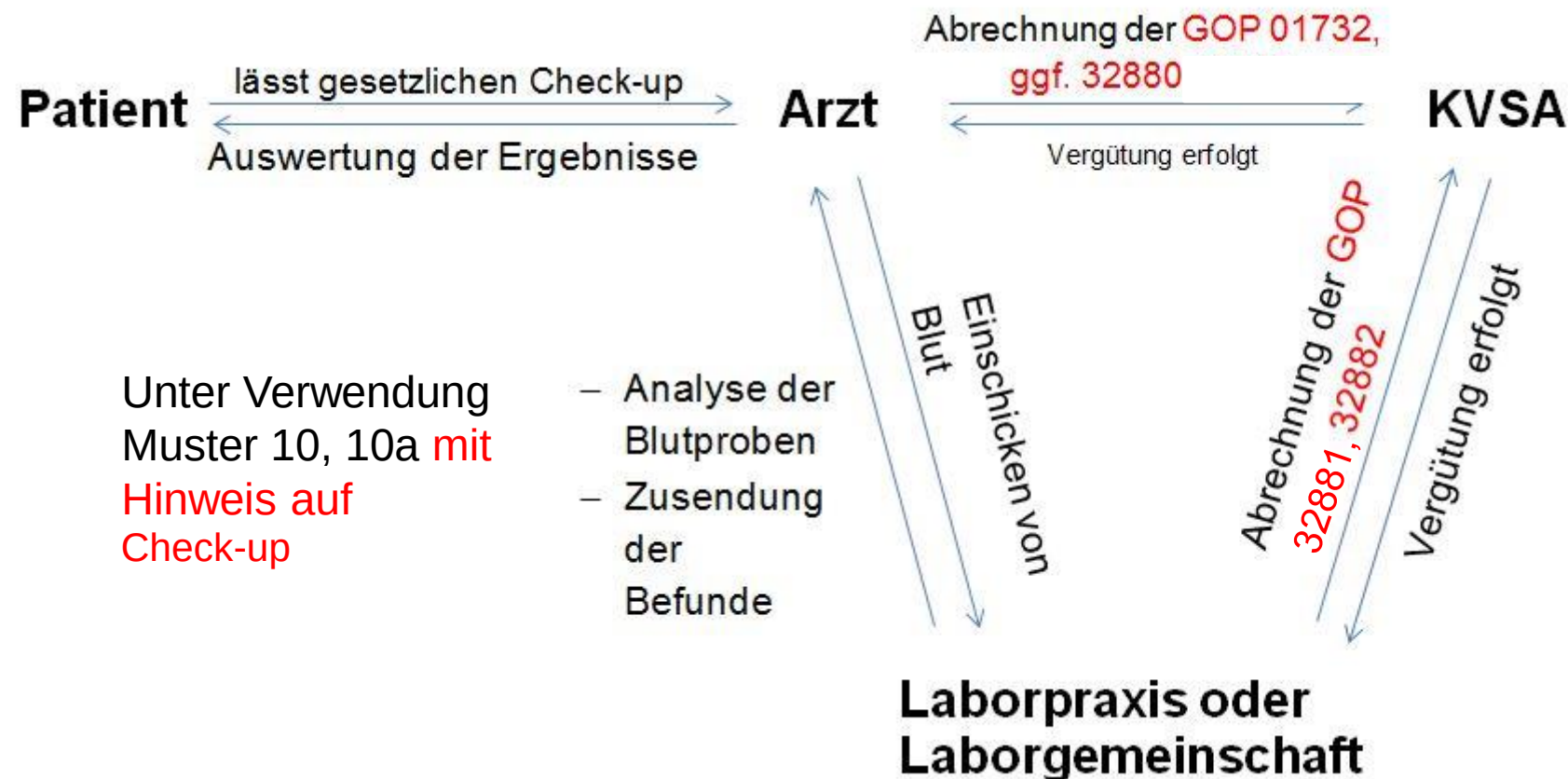
Beispiele für Laborabrechnung in Verbindung mit Komplexleistungen

- Für Komplexleistungen, bei denen Labor enthalten ist



Beispiele für Laborabrechnungen in Verbindung mit Vorsorge

■ Gesetzlicher Check-up GOP 01732

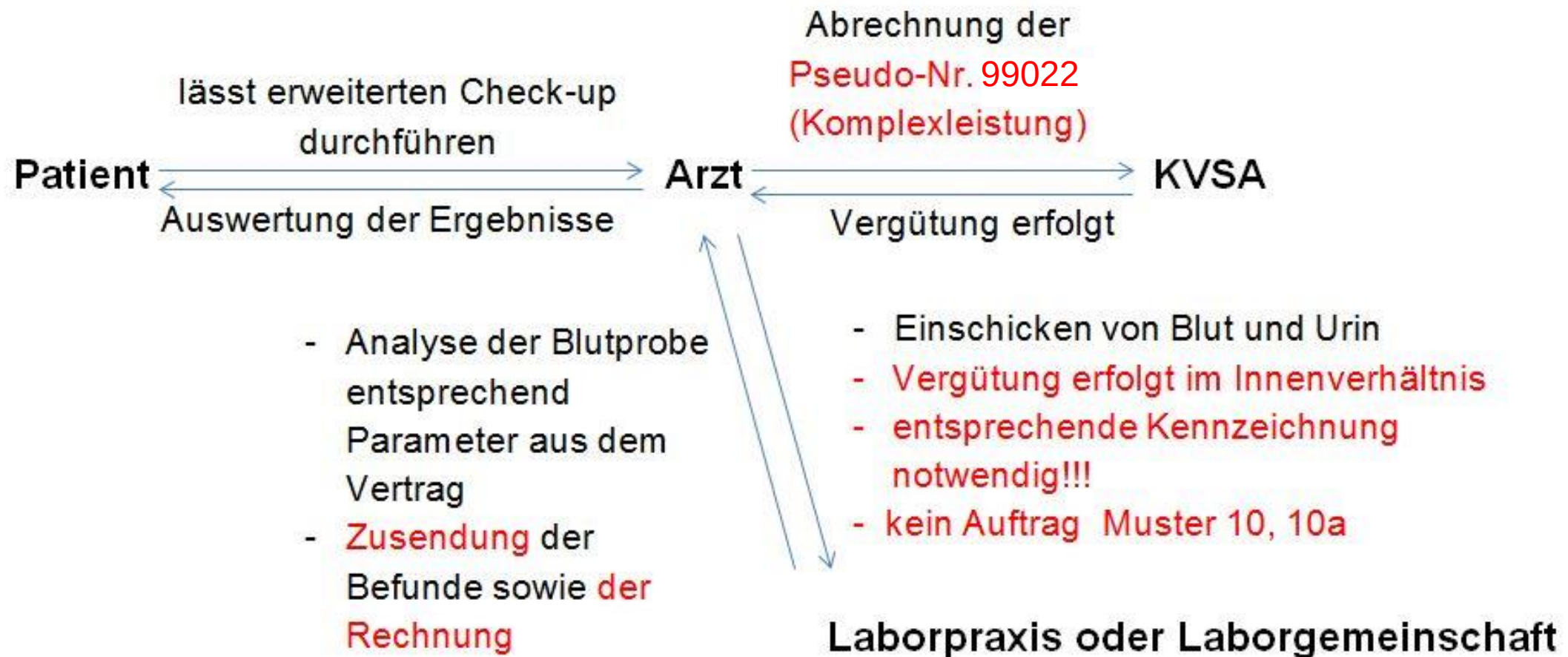


ODER

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!

Hintergrund zu den Laborpfaden

- Laboruntersuchungen sind ein wichtiger Baustein für Diagnosestellung und Therapiebegleitung
- adäquate laboratoriumsmedizinische Untersuchung soll ausgewählt werden
- Unterstützung beim ressourcenschonenden Umgang mit Labordiagnostik

➡ Service der KBV für Praxen mit Empfehlung für die stufenweise und effiziente Anwendung von Laboruntersuchungen zur Erstdiagnose und Verlaufskontrolle von Erkrankungen

Laborpfade dienen der Orientierung und als Entscheidungshilfe für eine Stufendiagnostik, stellen aber keine verpflichtenden Standards dar

➡ **ZIEL:** Vermeidung von Unter- bzw. Überdiagnostik

Laborpfade

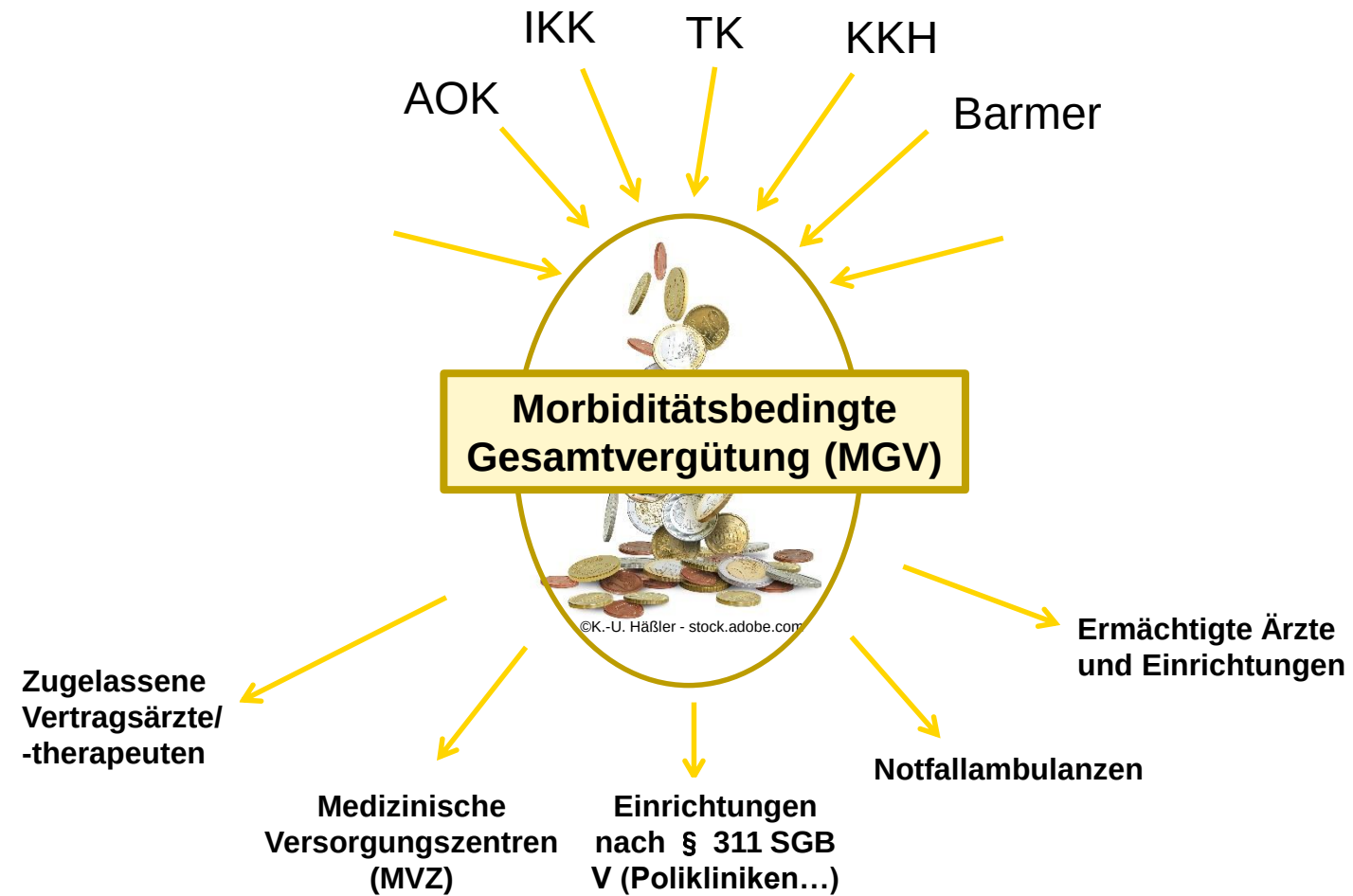
- zu den Themen:
 - Anämie
 - Eisenmangel
 - Thrombophilie
 - Erkrankungen des ableitenden Harnsystems
 - glomeruläre Filtrationsrate
 - rheumatoide Arthritis
 - Blut- und Gerinnungserkrankungen:
 - isolierte Quick-Wertminderung
 - isolierte PPT-Verlängerung
 - Thrombozytose
 - **NEU** Monoklonale Gammopathie
 - Erkrankungen der Schilddrüse:
 - Hyperthyreose
 - Hypothyreose



©jd-photodesign - stock.adobe.com

Entbudgetierung der Hausärzte ab 4/2025

Verteilung des Geldes



**Morbiditätsbedingte
Gesamtvergütung
(MGV)**

**Grundbetrag
Bereitschaftsdienst
und Notfall**

**Grundbetrag
Labor**

**Hausärztlicher
Versorgungsbereich**

**Fachärztlicher
Versorgungsbereich**

**Grundbetrag
Hausarzt**

Sonstige VWA
(z.B. eigen-
erbrachtes Labor)

MGV-Plus
(Kap. 03 + HB,
Kap. 04 außer
04004,04005)

RLV/QZV
(z.B.
Sonographie,
Psychosomatik)

**Grundbetrag
Humangenetik**

**Grundbetrag
Fachärzte**

**Grundbetrag
PFG**

u.a. Präventionen

u.a.
Impf-
ungen

u.a. TSVG

**Extrabudgetäre
Gesamtvergütung
(eGV)**

©K.-U. Häfner - stock.adobe.com

Vorhaltepauschale ab 1. Januar 2026

Struktur-/Vorhaltepauschale GOP 03040

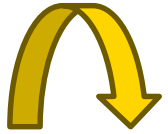
- **GOP 03040 (Struktur-/Vorhaltepauschale) bleibt bestehen**
 - Zuschlag zur Versichertenpauschale
 - einmal im BHF
 - **Wird von der KV automatisch zugesetzt**, wenn die Hausarztpraxis keine fachärztlichen Leistungen bei dem Patienten durchgeführt und abgerechnet hat
 - Bewertung der GOP 03040 (138 Punkte) ist abhängig von der Praxisgröße:
 - Praxen mit mehr als 1.200 BHF je Hausarzt im Quartal ➡ Aufschlag von 9 Punkten
 - Praxen bei weniger als 400 BHF je Hausarzt im Quartal ➡ Abschlag von 13 Punkten

Details der Struktur-/Vorhaltepauschale ab 2026

- **GOP 03040 (Struktur-/Vorhaltepauschale) bleibt bestehen**

NEU!!!

- Absenkung der Bewertung von 138 Punkte auf 128 Punkte (Differenz 10 Punkte)



- **GOP 03041:**

Zuschlag von 10 Punkten zur GOP 03040, wenn Praxis **zwei bis sieben von zehn vorgegebenen Kriterien** erfüllt (128 Punkte plus 10 Punkte)

- **GOP 03042:**

Zuschlag von 30 Punkten zur GOP 03040, wenn Praxis **mindestens acht von zehn Kriterien** erfüllt (128 Punkte plus 30 Punkte)

- 40% Abschlag* auf die Vorhaltepauschale für die Hausarztpraxen, die weniger als zehn Schutzimpfungen im Quartal durchführen (Grund: Impfungen gehören zur hausärztlichen Grundversorgung)
*Ausnahme: Diabetologische SP-Praxen, HIV-SP-Praxen und Substitutionspraxen

Zehn Kriterien zur Vorhaltepauschale

Kriterium	Anforderungen für die Erfüllung des Kriteriums
Haus- und Pflegeheimbesuche (GOP 01410, 01411, 01412, 01413, 01415, 01721, 03062, 03063, 38100 und/oder 38105)	mind. 5%
Geriatrische/Palliativmedizinische Versorgung (GOP der EBM Abschnitte 3.2.4, 3.2.5, 37.3, 30980 und/oder 30984)	mind. 12%
Kooperation Pflegeheim (GOP des EBM-Abschnittes 37.2)	mind. 1%
Schutzimpfungen (gem. Anlage 1 der Schutzimpfungsrichtlinie des G-BA)	mind. 7% im 1.,2., und 3. Quartal mind. 25% im 4. Quartal
Kleinchirurgie/Wunderversorgung/postoperative Behandlung (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 Spirografie GOP 03241, 03321, 03322, 03324 und/oder 03330)	mind. 3%
Videosprechstunde (GOP 01450)	mind. 1%
Zusammenarbeit	gilt als erfüllt bei einer fachgleichen BAG von Hausärzten oder der Teilnahme an Qualitätszirkeln
Sprechstunden/Praxisöffnungszeiten	Angebot von mind. 14-täglich stattfindenden Sprechstunden am (mind. 60 Min. am Stück) • Mittwoch nach 14 Uhr und/oder • Freitag nach 15 Uhr und/oder • an mind. einem Werktag nach 19 Uhr und/oder vor 8 Uhr

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 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
- ➔ **Die Anzahl der durchgeführten Besuche (sowohl vom Arzt als auch vom Praxispersonal) werden gezählt, nicht die besuchten Patienten (z.B. 10 Besuche bei 5 Patienten)**

Beispiel zur Struktur-/Vorhaltepauschale GOP 03040 ab 2026

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

➔ **Die Anzahl der durchgeführten Untersuchungen (z.B. auch nur spirografische Untersuchungen) werden gezählt, nicht die Anzahl der Patienten mit diesen Leistungen**

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 mind. 7% der gesamten Behandlungsfälle der Praxis entsprechen
 - Durchgeführte und abgerechnete Impfungen im 4. Quartal muss in Summe mind. 25% der gesamten Behandlungsfälle der Praxis entsprechen
 - Z.B. 1.000 BHF, 25% von 1.000 = 250 Impfungen (egal welche, egal wie oft) müssen durchgeführt und abgerechnet werden, damit Kriterium erfüllt ist

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

Zusammenfassung der Vorhaltepauschale ab 2026

- **GOP 03040: Vorhaltepauschale ohne Zuschlag (128 Punkte; 16,31 €)**
 - Wird gezahlt, wenn die Praxis kein oder nur ein Kriterium erfüllt
- **GOP 03041: Vorhaltepauschale plus Zuschlag (128 Punkte plus 10 Punkte; 17,58 €)**
 - Wird gezahlt, wenn die Praxis mind. zwei bis max. sieben Kriterien erfüllt
- **GOP 03042: Vorhaltepauschale plus Zuschlag (128 Punkte plus 30 Punkte; 203,13 €)**
 - Wird gezahlt, wenn die Praxis acht oder mehr Kriterien erfüllt

Entweder 03041 oder 03042

➡ Die Vergütung erfolgt ohne Budget in voller Höhe!

➡ Wird von der KVSA automatisch zugesetzt!

Beratungsangebot der KVSA

Beratungsangebot der KVSA



©Trueffelpix - stock.adobe.com

Niederlassungsberatung

Workshopreihe Niederlassung

Starterberatung
(Abrechnung, Verordnung, IT etc.)

Weiterführende Themen
(z.B. Honorarberatung)

www.kvsa.de > Start > Praxis > Praxiseinstieg > Beratung & Unterstützung

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Abteilung Abrechnung

Telefon: 0391 - 627 8000

E-Mail: abrechnung@kvsa.de

Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt

Körperschaft des öffentlichen Rechts

Doctor-Eisenbart-Ring 2

39120 Magdeburg



©REDPIXEL - stock.adobe.com