

Aktuelles für die Praxistätigkeit

Ärzte in Weiterbildung Allgemeinmedizin
19. September 2025

Dr. Jörg Böhme
Vorsitzender des Vorstandes

Vergütung

- Entbudgetierung hausärztlicher Leistungen**
- Vergütungsverhandlungen 2026**

Entbudgetierung hausärztlicher Leistungen ab 4/2025

- **Gesetzliche Grundlage: § 87a Absatz 3c SGB V**
 - Ab 1. Oktober 2025 werden alle Leistungen des allgemeinen hausärztlichen Versorgungsbereichs (Kap. 3 EBM) sowie den hausärztlich durchgeführten Hausbesuchen (GOP 01410 bis 01415) außerhalb RLV/QZV vergütet
- **Hausärztliche MGV - entbudgetiert - ca. 95 Mio. €, entspricht 93 %**
 - Leistungen des Kapitels 3 EBM und von Hausärzten durchgeführte Hausbesuche (GOP 01410 bis 01415) werden mit dem Orientierungswert vergütet (=100%)
 - Reicht HA-MGV nicht aus, um Kapitel 3 und Hausbesuche mit 100% zu vergüten, erfolgt zusätzliche Zahlung durch die Krankenkassen
- **Hausärztliche Rest-MGV-Leistungen – budgetiert - ca. 7 Mio. €, entspricht 7%**
 - Alle Leistungen außerhalb Kapitel 3 und Hausbesuche verbleiben in der budgetierten Vergütung, z.B. Sonografie, Schmerztherapie, Akupunktur, Psychosomatik, ...
 - Vergütung dieser Leistungen erfolgt aus dem zur Verfügung stehenden Restvolumen
 - Quotierung der Leistung muss erfolgen:
 - Quote: 26 % bis 89%
 - Fehlbetrag für 100%-Quote: zwischen 5,2 Mio. Euro und 840.000 Euro pro Quartal

Vergütung 2026

- Beschluss des Bewertungsausschusses von Empfehlungen zu Veränderungsraten des Leistungsbedarfs in der MGV vom 26. August 2025
 - Morbidität in Sachsen-Anhalt: -0,3536 %
 - Demografie in Sachsen-Anhalt: -0,1243 %
 - Faktor für die Weiterentwicklung des zwischen der GKV und der KVSA vereinbarten Behandlungsbedarfs in der Morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV)
- Beschluss des Bewertungsausschusses eines bundeseinheitlicher Punktwerts als Orientierungswert (OW) gemäß § 87 Abs. 2 SGB V vom 17. September 2025
 - Verhandlungsergebnis der Selbstverwaltung
 - Steigerung des OW für 2026 um 2,8 % auf 12,7404 Cent
 - $OW * \text{Punktmenge der EBM-Leistung} = \text{Preis der EBM-Leistung}$

Apothekenreform

Apothekenreform (Stand 17.09.2025)

- Erweiterung der Austauschmöglichkeiten von Arzneimitteln
 - Freigabe der Öffnungszeiten
 - Ausbau der „pharmazeutischen Dienstleistungen“ (pDL)
 - „Entlastung“ der Ärzte
 - Diagnostische Tests z.B. in der Früherkennung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen
 - Erweiterung der Impfmöglichkeiten auf alle Impfungen mit sogenannten „Totimpfstoffen“
 - Verordnung pDL durch Ärzte möglich
 - Dokumentation der pDL in der ePA bzw. Information des behandelnden Arztes
 - Abgabe verschreibungspflichtiger Arzneimittel ohne ärztliche Verordnung bei dringendem Bedarf, bekannter Langzeitmedikation oder unkomplizierten Erkrankungen
- ➔ Morbiditätsverdichtung in der Arztpraxis und höheres Haftungsrisiko der Apotheke



Gesundheitsministerin
Nina Ingrid Warken
© BMG/Jan Pauls

ePA für alle
– verpflichtender Start zum 1. Oktober 2025

ePA – verpflichtender Start am 1. Oktober 2025

- Starterpaket für Praxen
 - www.kbv.de >> Praxis >> Digitalisierung >> Anwendungen >> Elektronische Patientenakte
 - www.kvsa.de >> Praxis >> IT in der Praxis >> TI-Anwendungen >> ePA
- Übersicht zum Auslieferungsstand des ePA-PVS-Moduls veröffentlicht
 - Erhebung des bvitg und Umfrage der KBV
 - Übersicht wird fortlaufend aktualisiert
- gematik-Infopaket für Praxen zum Download oder zum Bestellen



☰ AUF DIESER SEITE	
↓	Wissenswertes zur ePA
↓	Abrechnung und Vergütung
↓	Technische Ausstattung
↓	Fortbildung
↓	Starterpaket für Praxen
↓	Weitere Infos

„ePA für alle“ – Start am 1. Oktober 2025

- Nutzung der ePA durch Praxis automatisch durch „Stecken“ der elektronischen Gesundheitskarte (keine zusätzliche Einwilligung des Patienten erforderlich)
 - Ggf. Freischalten in der PVS erforderlich
 - ePA für alle GKV-Versicherten (bis auf aktive Widersprüche gegenüber der Krankenkasse) unabhängig von der Nutzung der ePA-App durch den Patienten
- Informationen der Patienten zur ePA im Behandlungskontext erfolgt durch bundesweit, einheitlichen Aushang (Muster der KBV zum Download über die [KVSA-Homepage](#))
 - Krankenkassen haben eine umfangreiche Informationspflicht zur ePA gegenüber den Versicherten
 - Individuelle Informationsbedarfe werden wie bisher im vertraulichen Vertragsarzt/ Psychotherapeuten-Gespräch geklärt, z.B.
 - Erkrankungen mit Risiko diskriminierender, stigmatisierender, sexuell übertragbarer Krankheiten, psychische Erkrankungen und Schwangerschaftsabbrüche (Hinweis auf Widerspruchsrecht; Widerspruch wird in der Behandlungsdokumentation vermerkt)
 - Ergebnisse von genetischen Untersuchungen; Einwilligung zwingend (wie auch bisher) in schriftlicher oder elektronischer Form für die Behandlungsdokumentation

„ePA für alle“ - Befüllungspflichten

- Was müssen Praxen in die ePA einstellen?
 - Befundberichte aus selbst durchgeführten invasiven oder chirurgischen sowie nichtinvasiven oder konservativen diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen,
 - Befunddaten aus bildgebender Diagnostik,
 - Laborbefunde und
 - eArztbriefe.
- Auf was haben Patienten ergänzend Anspruch?
 - Auf Wunsch des Patienten muss Praxis weitere Daten einstellen, die für die Behandlung relevant sind, z.B:
 - Daten aus DMP,
 - Daten zu Erklärungen zur Organ- und Gewebespende,
 - eAU-Bescheinigungen (Patienten-Kopie),
 - Kopien der Behandlungsdokumentation des Arztes oder Psychotherapeuten

„ePA für alle“ – Start am 1. Oktober 2025

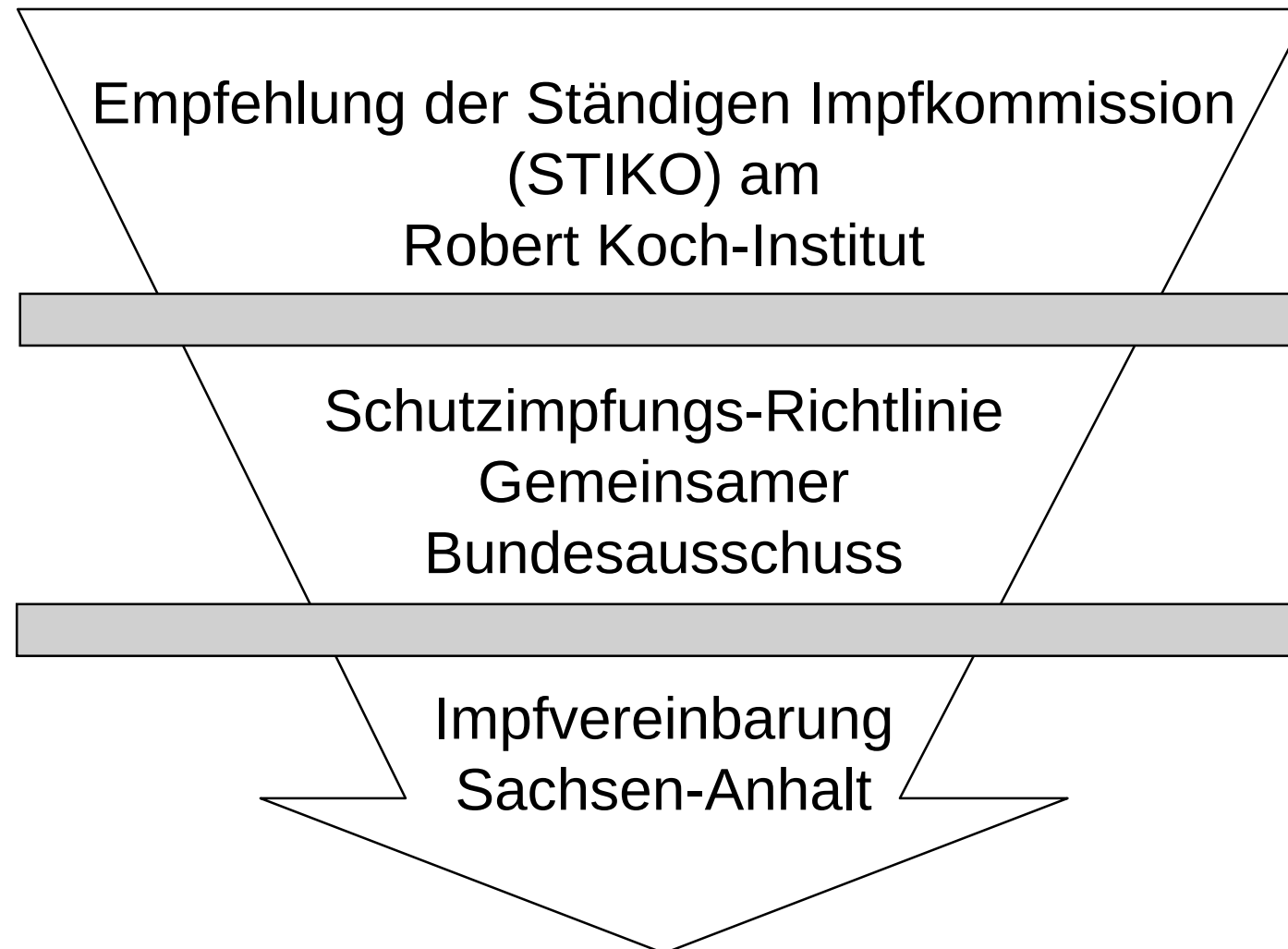
- Widersprüche des Patienten gegen einzelne Befüllungen der ePA sind immer zu beachten und in der Behandlungsdokumentation zu vermerken (Unterschied; Widerspruch gegen die ePA insgesamt erfolgt gegenüber der jeweiligen Krankenkasse)
- Löschen auf Wunsch des Patienten wird nur als letztes Mittel empfohlen; Verweis auf eigenes, verantwortliches Handeln (verbergen/löschen) des jeweiligen Patienten über die ePA-App oder mit Hilfe der zuständigen Krankenkasse
- Keine Pflicht, papiergebundene Befundberichte etc. für den Patienten in die ePA einzustellen; Zuständigkeit der Krankenkassen (innerhalb von 24 Monaten, zweimal zehn Dokumente)
- Umfangreiche Informationen zu „ePA für Alle“ auf der KVSA Internetseite unter:
„Praxis -> IT in der Praxis -> TI-Anwendungen -> ePA“ sowie monatlich über entsprechende PRO-Artikel

Impfen zulasten der GKV – was man wissen muss

1. Wie wird eine STIKO-Empfehlung GKV-Leistung?
2. Was ist GKV-Leistung?
3. Verordnung von Impfstoffen für Impfungen zulasten der GKV
4. Abrechnung von Impfleistungen zulasten der GKV
5. Informationen auf der KVSA-Homepage

Wie wird eine STIKO-Empfehlung GKV-Leistung?

Wie wird eine STIKO-Empfehlung GKV-Leistung?



Was ist GKV-Leistung?

- Die Schutzimpfungs-Richtlinie regelt die Pflichtleistungen* der GKV:
 - Grundimmunisierungen, Standard-, Nachhol- und Auffrischungsimpfungen (Anlage 1)
 - Indikationsimpfungen (Anlage 1)
 - Berufliche Indikationsimpfungen, auch bei beruflich bedingtem Auslandsaufenthalt (Anlage 1)
 - Serologische Testungen gemäß Anlage 1 zur Schutzimpfungs-Richtlinie (Hinweise aktuell in den Zeilen: COVID-19, Hepatitis A, Hepatitis B, Varizellen, Herpes Zoster, Tollwut sowie bei Patienten mit Immundefizienz bei medizinischer Notwendigkeit)
 - Leistungsanspruch bei Versorgungsengpässen von Impfstoffen (Anlage 3)

* § 11 und 11a der Schutzimpfungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses

Ausnahmenregelungen in Sachsen-Anhalt

■ **Influenza**

- Per Runderlass aus dem Jahr 2005 wurde durch das zuständige Ministerium entschieden, dass in Sachsen-Anhalt **Personen aller Altersgruppen** die Gripeschutzimpfung erhalten können

■ **Tollwut**

- nach kurativer Impfung im Verletzungsfall kann in Sachsen-Anhalt die Impfserie vervollständigt werden

■ **Poliomyelitis**

- Impfung bei **privaten Reisen** in Regionen mit Infektionsrisiko durch Wild-Poliovirusstämme (WPV) oder durch einen mutierten Impfvirusstamm auch zulasten der GKV
 - Zum Schutz der öffentlichen Gesundheit besteht ein besonderes Interesse daran, der Einschleppung dieser Krankheit in die Bundesrepublik Deutschland vorzubeugen.*

* § 11 Abs. 3 der Schutzimpfungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses

Verordnung von Impfstoffen zulasten der GKV

Verordnung von Impfstoffen zulasten der GKV

- Impfstoffe für **präventive Schutzimpfungen** gemäß Schutzimpfungs-Richtlinie:
 - Verordnung wie Sprechstundenbedarf (SSB)
 - für alle gesetzlichen Krankenkassen über die Rezeptprüfstelle Duderstadt (RPD)
 - Anders als Sprechstundenbedarf können Impfstoffe jederzeit verordnet werden
- **Fordern Sie wirtschaftliche Mengen an!**
 - Großpackungen → bei Bedarf
 - einzelne Impfstoffdosen → bei selten in der Praxis durchgeführten Impfungen oder Lieferschwierigkeiten
 - unnötige Vorratshaltung vermeiden
- Hinweise zur Lagerung beachten!
- Kühlkette sicherstellen und dokumentieren!

Ausnahmen: Verordnung von Impfstoffen zulasten der GKV

- Nasaler attenuierter Influenza- Lebendimpfstoff (LAIV):
 - Verordnung auf Namen des Patienten zulasten der GKV, wenn im medizinisch begründeten Einzelfall eine Impfung mit inaktivierten Influenza-Impfstoffen (IIV) nicht durchgeführt werden kann (z. B. bei Spritzenphobie, Gerinnungsstörungen)
- Mpox
 - Verordnung auf Namen des Patienten zulasten der GKV
- Haemophilus Influenzae Typ b (Hib)-Impfstoff:
 - Bezug des Monoimpfstoffes ist zurzeit nur als Einzelimport gemäß § 73 Abs. 3 Arzneimittelgesetz aus dem Ausland möglich
 - Verordnung des Einzelimportes erfolgt auf Namen des Patienten zulasten der jeweiligen Krankenkasse, zurzeit nicht als Sprechstundenbedarf

Ausnahmen: Verordnung von Impfstoffen zulasten der GKV

- **COVID-19-Impfstoffe:**
 - Verordnung zulasten des Bundesamtes für Soziale Sicherung (außer Spikevax® von Moderna)
- **Tollwutimpfstoff im Verletzungsfall:**
 - Verordnung der 1. Impfdosis: auf Namen des Patienten
 - Verordnung aller weiteren Impfdosen zur Vervollständigung der Grundimmunisierung nach einem Verletzungsfall: Sprechstundenbedarf
- Antivirale monoklonale Antikörper zur passiven Immunisierung gegen das **Respiratorische Synzytial-Virus (RSV)** für Patienten im Alter bis 12 bzw. 24 Monate
 - Verordnung auf Namen des Patienten zulasten der GKV
 - Für Kinder, die von Oktober bis März geboren sind, wird die Verabreichung kurz nach der Geburt empfohlen. Für im April bis September Geborene sollte die Prophylaxe vor Beginn der nächsten RSV-Saison (Oktober/November) erfolgen.

Abrechnung von Impfleistungen zulasten der GKV

Vergütung der Einfach- und Kombinationsimpfungen 2025

- Präventive Impfungen gemäß Schutzimpfungs-Richtlinie nach Impfvereinbarung Sachsen-Anhalt ab 01.01.2025 (gültig ab 1.7.2025)
 - Applikation eines Mehrfachimpfstoffes gilt als eine Leistung
 - Dokumentation und Abrechnung gemäß [Anlage](#) zur Impfvereinbarung
- Kurative Impfungen im Verletzungs- oder Kontaktfall sind mit der Grund- bzw. Versichertenpauschale abgegolten
- KVSA.de → Praxis → Verträge → Impfen

Impfleistung	Vergütung
Einfachimpfung (außer COVID-19-Impfung, Influenza-Impfung, MenB-Impfung)	8,73 €
Zweifachimpfung	10,79 €
Dreifachimpfung	12,43 €
Vierfachimpfung	14,05 €
Fünffachimpfung	15,74 €
Sechsfachimpfung	23,42 €



Umfang der Impfleistung gemäß Impfvereinbarung

- **Aufklärung**
 - z.B. über Nutzen, Nebenwirkungen und mögliche Komplikationen der Impfung → ärztliche Leistung
 - Der genaue Umfang der erforderlichen Aufklärung hängt immer von den konkreten Umständen des Einzelfalls ab.
- **Verabreichung der Impfung**
 - Delegierbare Leistung
- **Dokumentation* der erfolgten Impfung**
 - Impfausweis bzw. Impfbescheinigung → ärztliche Leistung

* entsprechend der Vorgaben des § 22 Infektionsschutzgesetz (IfSG)

Abrechnung von Impfleistungen zulasten der GKV

89106A	89106B	
89107A	89107B	89107R
89107V	89107W	89107X
89108A	89108B	89108R
89131Y		

Auszug Anlage Impfvereinbarung Sachsen-Anhalt, Stand 1. Juli 2025, modifiziert

Übersicht der Suffixe:

A oder V: erste Dosis eines Impfzyklus bzw. **unvollständige** Impfsérie

B oder W: **letzte** Dosis eines Impfzyklus

R oder X: Auffrischungs-impfung

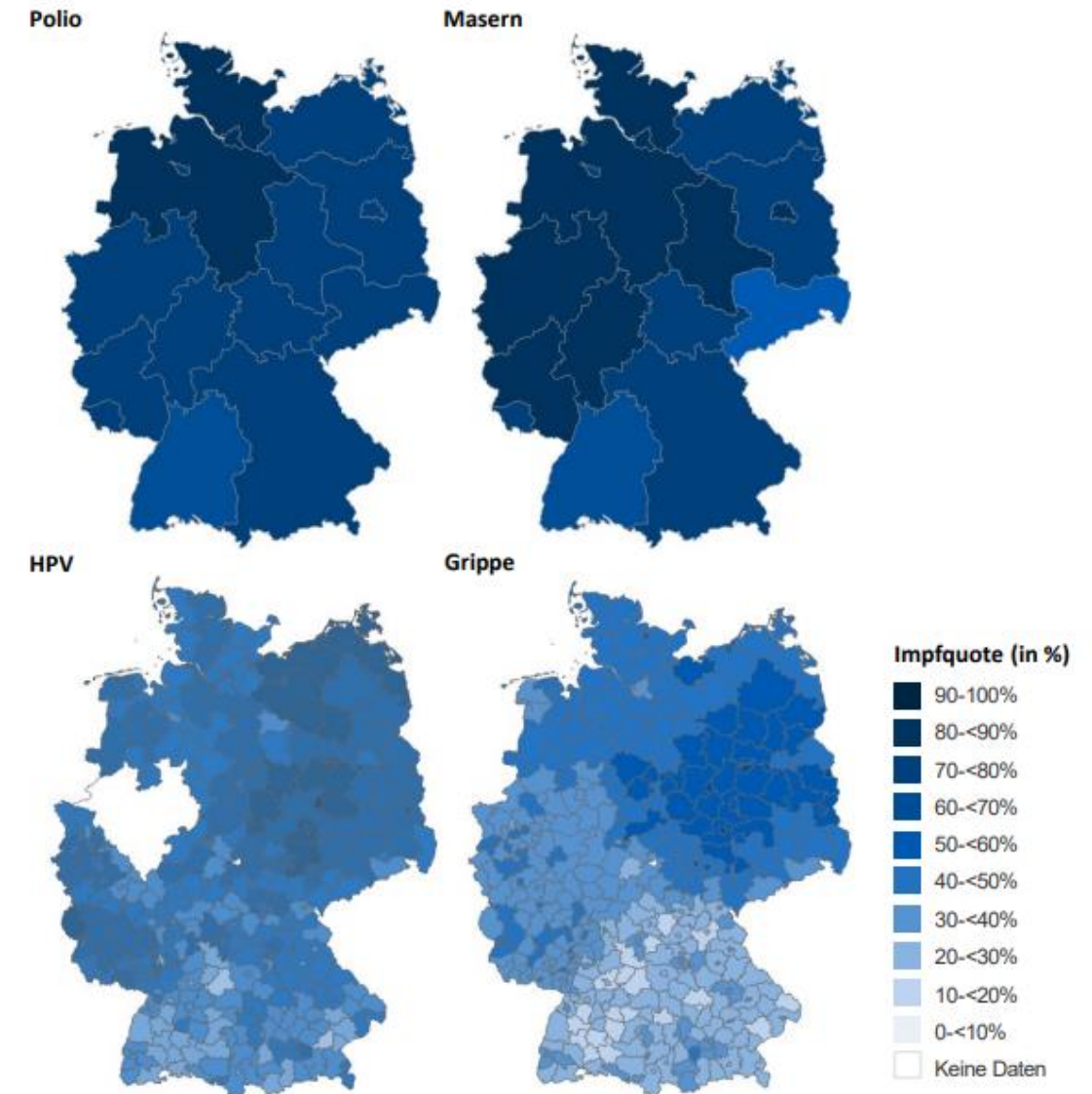
Y: Einzelimpfung ohne Impfzyklus

Ausnahmen bei Abrechnung von Impfleistungen zulasten der GKV

- Tetanusimpfung im Verletzungsfall
 - Wird die Impfung im Verletzungsfall (kurativ) als Kombinationsimpfung (Diphtherie, Pertussis, bei entsprechender Indikation auch Poliomyelitis) gegeben, kann diese Impfleistung als präventive Impfung mit der Dokumentationsnummer des Kombinationsimpfstoffes abgerechnet werden.
- Tollwutimpfung im Verletzungsfall
 - Die Verabreichung der ersten Impfdosis ist als kurative Impfung mit der Grund- bzw. Versichertenpauschale abgegolten, ab der zweiten Impfdosis erfolgt die Abrechnung der Impfleistung gemäß der Anlage zur sachsen-anhaltischen Impfvereinbarung zulasten der GKV.

Regionale Unterschiede bei Impfquoten

- Hohe Impfquoten in Sachsen-Anhalt
- WHO-Empfehlungen zu Impfquoten werden nicht erreicht
- Überprüfung des Impfstatus der Patienten und Mitarbeitenden in der Praxisorganisation fest verankern
 - Impfserien häufig später als empfohlen oder nicht abgeschlossen
 - Impfungen von Schwangeren gegen Grippe (Influenza) und Keuchhusten (Pertussis)
 - Impfung immobiler Patienten
 - Impfung von Patienten mit Migrationshintergrund



Quelle: https://www.rki.de/DE/Themen/Infektionskrankheiten/Impfen/Impfquoten/KV-Impfsurveillance/Impfquoten_2024_Begleitfolien.pdf 16.09.2025

Informationen auf der KVSA-Homepage

Aktuelle Meldungen	+
Gripeschutzimpfung	
Pneumokokken-Impfungen	
Standardimpfung gegen Meningokokken	
RSV-Impfung und RSV-Prophylaxe	
COVID-19-Impfstoffe und Dokumentationsnummern	
Berechtigung zum Impfen	
Verordnung von Impfstoffen	
Abrechnung von Impfleistungen	

www.kvsa.de → Praxis →
Verordnungsmanagement → Impfen



FAQ - Impfungen, Schnellzugriffe



Impfvereinbarung Sachsen-Anhalt



Schutzimpfungs-Richtlinie

STIKO-
Empfehlungen



FSME-Risikogebiete in Deutschland



Meldepflicht - Informationen zum DEMIS-Portal

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Dr. Jörg Böhme
Vorsitzender des Vorstandes

Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt

Körperschaft des öffentlichen Rechts

Doctor-Eisenbart-Ring 2

39120 Magdeburg



<https://www.kvsa.de/praxiseinstieg.html>