

Aktuelles für den Praxisalltag

Seminartag für Ärzte in Weiterbildung Allgemeinmedizin - 12.12.2025

Dr. Jörg Böhme
Vorsitzender des Vorstandes

Änderungen des EBM zum 01.01.2026

Richtgrößen, Budget und Zielwerte

Verbandmittel und sonstige Produkte zur Wundbehandlung

Digitalisierung

Änderungen des EBM zum 01.01.2026

Vorhaltepauschale ab 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
- **Zuschlag zur GOP 03040** möglich bei Erfüllung zusätzlicher Kriterien
 - **GOP 03041** bei Erfüllung von mindestens 2 und weniger als 8 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
 - Beispiel: Schutzimpfungen 4. Quartal – mind. 25 % - bei 1.000 Fällen im Quartal mindestens 250 Impfungen
- Die KV setzt die Pauschale sowie den Zuschlag maximal 1-mal im Behandlungsfall automatisch hinzu
- Die Vergütung erfolgt zu 100 % des EBM-Wertes

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 %

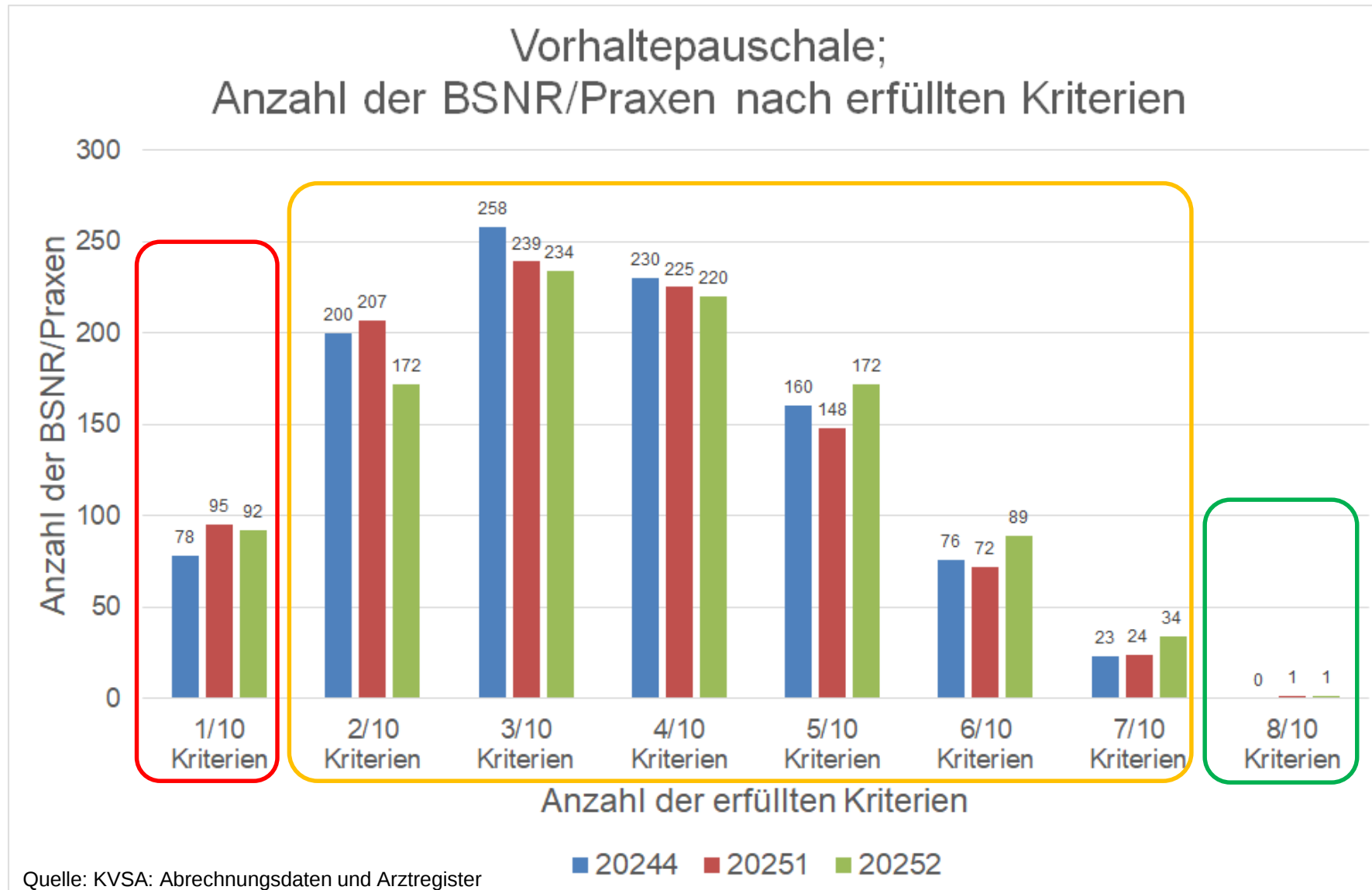
Zehn Kriterien zur Vorhaltepauschale

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	fachgleiche BAG und/oder regelmäßige 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

Vorhaltepauschale ab 1. Januar 2026

- Rundschreiben an alle Hausarztpraxen
 - Mit allen wesentlichen Informationen zur Vorhaltepauschale und
 - Auflistung der Erfüllung der Kriterien 1 – 8 mit prozentualen Anteilen anhand der Abrechnungen der Quartale 4/24 – 2/25
- **Der Beschluss des Bewertungsausschusses zur Vorhaltepauschale ist zu finden auf unserer Homepage:**
www.kvsa.de > Praxis > Abrechnung/Honorar > EBM > 2026 > 1. Quartal 2026

Vorhaltepauschale; Erfüllung der Kriterien



Versorgungspauschale – noch nicht beschlossen

- Bisher kein Beschluss vom Bewertungsausschuss vorliegend, Beschlussentwürfe werden weiterhin auf Bundesebene diskutiert – bisher keine Einigung über Ausgestaltung der Leistung
- **Gesetzliche Grundlage:**
Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz
§ 87 Abs. 2b Satz 6 SGB V:
„... beschließt der Bewertungsausschuss bis zum 31. August 2025 im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen Regelungen über eine **Versorgungspauschale**, die bei der Behandlung eines **Versicherten, der das 18. Lebensjahr vollendet hat**, wegen einer **chronischen Erkrankung**, die einer **kontinuierlichen Versorgung mit einem bestimmten Arzneimittel** bedarf und **keinen intensiven Betreuungsbedarf** begründet, abzurechnen ist. Die Regelungen über die Versorgungspauschale haben vorzusehen, dass sie **je Versicherten unabhängig von der Anzahl und Art der Kontakte** des Versicherten mit der jeweiligen Arztpraxis **innerhalb eines bestimmten Zeitraums nur einmal durch eine einzige**, die jeweilige Erkrankung behandelnde **Arztpraxis abzurechnen ist**. Der in Satz 8 genannte Zeitraum soll vier aufeinanderfolgende Kalenderquartale umfassen; er hat **mindestens zwei aufeinanderfolgende Kalenderquartale** zu umfassen. Die Regelungen über die Versorgungspauschale sind so auszugestalten, dass sie **weder zu Mehrausgaben noch zu Minderausgaben** der gesetzlichen Krankenversicherung führen.“

Richtgrößen, Budget und Zielwerte

Richtgrößen, Budget, Zielwerte

■ Richtgrößen:

- werden arztgruppenspezifisch jährlich zwischen KVSA und GKV neu vereinbart
 - für Arznei- und Verbandmittel (inkl. Sprechstundenbedarf) und Heilmittel für zwei Altersgruppen (bis 64 und ab 65 Jahre)
- Arzneimittel-Richtgrößen für Hausärzte **2025** pro Quartal:
 - 108,47 € bis 64 Jahre
 - 376,39 € ab 65 Jahre
- Heilmittel-Richtgrößen für Hausärzte **2025** pro Quartal:
 - 44,42 € für beide Altersgruppen

In Verhandlung!

Richtgrößen, Budget, Zielwerte

- **Richtgrößenvolumen („Budget“):**
 - für das zu errechnende „Budget“ werden in jedem Quartal die Richtgrößen mit der kurativen Behandlungsfallzahl der jeweiligen Altersgruppe multipliziert, beide Altersgruppen und dann alle vier Quartale addiert
 - die Prüfung bei Überschreitung der Richtgrößenvolumina („Budget“) wird für den Zeitraum eines Jahres durchgeführt
 - die Kosten für Impfstoffe gehen nicht in das Budget ein

Richtgrößen, Budget, Zielwerte

- Zielwerte für Hausärzte zur Befreiung von der Richtgrößenprüfung 2025

Erfüllt ein Hausarzt
mindestens
6 von den 9 Zielwerten,
ist er im Ergebnis
für das Jahr 2025
von der Richtgrößenprüfung¹
befreit:

Arzneimittelgruppe	Anteil	Zielwert
generikafähiger Markt und patentgeschützte Präparate	generikafähiger Markt	mindestens 94,36%
Orale Antikoagulantien	DOAK (Dabigatran, Apixaban, Rivaroxaban, Edoxaban)	höchstens 89,53%
Wirkstoffe auf das RAA-System inkl. Kombinationen	generikafähiger Markt	mindestens 98,00%
Antidiabetika (exkl. Insuline)	generikafähiger Markt	mindestens 71,80%
Lipidsenker (exkl. PCSK9-Inhibitoren)	Simvastatin, Pravastatin, Atorvastatin und Rosuvastatin	mindestens 89,07%
Niedermolekulare Heparine	Enoxaparin	mindestens 76,95%
Antibiotika zur systemischen Anwendung	Fluorchinolone	höchstens 1,65%
Fertigarzneimittel (Ziel gemäß Abs. 21)	Antibiotika zur systemischen Anwendung	höchstens 1,41%
Cannabis-Arzneimittel gem. § 31 Abs. 6 SGB V	Blüten	höchstens 0,50%
DOAK (Dabigatran, Apixaban, Rivaroxaban, Edoxaban)	wirtschaftliche DOAKs (z. Zt. Apixaban, Edoxaban)	Ziel ausgesetzt

¹ statistischen Prüfung der Wirtschaftlichkeit nach § 106b SGB V i. V. m. der Prüfvereinbarung von Arzneimittelverordnungen, Quelle: Arzneimittelvereinbarung Sachsen-Anhalt

Richtgrößen, Budget, Zielwerte

■ **Praxisbesonderheiten**

- Anerkennung der Verordnungskosten für Arzneimittel, die über dem Durchschnitt der vergleichbaren Fachgruppe liegen
- Regelungen in den Anlagen zur Prüfvereinbarung:
 - Anlage 5 (Wirkstoffliste)
 - Anlage 6 (Indikationsliste)
- Anerkennung bundesweiter Praxisbesonderheiten für Arzneimittel durch die Prüfungsstelle gemäß § 130b SGB V, wenn der Arzt die jeweiligen Verordnungsanforderungen eingehalten hat
- Vollständige Anerkennung von Kosten für Mittel des langfristigen Heilmittelbedarfs und des besonderen Verordnungsbedarfs

Verbandmittel und sonstige Produkte zur Wundbehandlung

Verbandmittel und sonstige Produkte zur Wundbehandlung

- Verbandmittel
 - Verbandmittel bedecken, saugen auf, stabilisieren, immobilisieren, komprimieren oder fixieren, der G-BA listet diese Verbandmittel in Teil 1 der Anlage Va zur Arzneimittel-Richtlinie auf
 - Verbandmittel können weitere ergänzende Eigenschaften haben: feuchthaltend, antiadhäsiv, geruchsbindend, Wundexsudat bindend/antimikrobiell, reinigend, der G-BA listet diese Verbandmittel in Teil 2 der Anlage Va zur Arzneimittel-Richtlinie auf

Verbandmittel und sonstige Produkte zur Wundbehandlung

- Sonstige Produkte zur Wundbehandlung
 - können durch eine pharmakologische, immunologische oder metabolische Wirkweise die Heilung einer Wunde aktiv beeinflussen, der G-BA listet diese Mittel in Teil 3 der Anlage Va zur Arzneimittel-Richtlinie auf
 - sie sind im Rahmen einer Übergangsregelung zulasten der GKV verordnungsfähig, wenn sie bereits vor dem 2. Dezember 2020 GKV-Leistung waren und
 - werden nach Ablauf der Übergangsregelung nur dann zulasten der GKV verordnungsfähig sein, wenn sie in der Anlage V zur Arzneimittel-Richtlinie des G-BA aufgenommen worden sind

Übergangsregelung für sonstige Produkte zur Wundbehandlung

- Aktuelle Situation:
 - Die gesetzliche Übergangsregelung ist am 1. Dezember 2025 ausgelaufen. Die geplante Verlängerung bis Ende 2026 ist bislang nicht erfolgt. Grund ist eine Verzögerung bei der Gesetzgebung.
 - Bisher haben nur die Ersatzkassen erklärt, für den Zeitraum der Regelungslücke entsprechende Verordnungen zu akzeptieren.
 - Die Verlängerung soll aber rückwirkend zum 2. Dezember 2025 mit dem Gesetz zur Befugniserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege (PEEP) erfolgen.

Digitalisierung

IT-Sicherheitsrichtlinie der KBV nach § 390 SGB V

- Ersetzt die bisherige Richtlinie nach § 75b SGB V
- Neue Regelungen sind zum 1. Oktober 2025 in Kraft getreten
- In der Richtlinie **neu** oder *teilweise* neu geregelt
 - Personal – **neue Regelungen**
 - Sensibilisierung und Schulung zur Informationssicherheit – **neue Regelungen**
 - Cloudanwendungen – **neue Regelungen**
 - Gehosteter Konnektor – **neue Regelungen**
 - TI-Gateway – **neue Regelungen**
 - Netzwerksicherheit
 - E-Mail-Client und -Server
 - Patch- und Änderungsmanagement
 - Endgeräte
- Struktur der Richtlinie unverändert – Anforderungen je nach Praxisgröße und Umfang der Datenverarbeitung

RICHTLINIE NACH § 390 SGB V ÜBER DIE ANFORDERUNGEN ZUR GEWÄHRLEISTUNG DER IT-SICHERHEIT

A. ANFORDERUNGEN ZUR GEWÄHRLEISTUNG DER IT-SICHERHEIT

I. PRÄAMBEL

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat nach § 390 Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) den Auftrag, Anforderungen zur Gewährleistung der IT-Sicherheit in der vertragsärztlichen Versorgung und –psychotherapeutischen Versorgung zu regeln. Sie hat damit den Auftrag, den Stand der Technik der technisch-organisatorischen Maßnahmen im Sinne des Artikel 32 Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) zu standardisieren. Die hier getroffene Richtlinie erfüllt diesen Auftrag und dient damit dem Zweck, die Handhabung der Vorgaben der Datenschutz-Grundverordnung im Zusammenhang mit der elektronischen Datenverarbeitung für die vertragsärztliche und –psychotherapeutische Praxis zu vereinheitlichen und zu erleichtern.

Die Richtlinie adressiert die Schutzziele Vertraulichkeit, Integrität und Verfügbarkeit der IT-Systeme in der vertragsärztlichen und –psychotherapeutischen Praxis. Die Richtlinie legt technische und organisatorische Anforderungen fest und beschreibt das Mindestmaß der zu ergreifenden Maßnahmen, um die Anforderungen der IT-Sicherheit zu gewährleisten. Mit der Umsetzung der Anforderungen werden die Risiken der IT-Sicherheit minimiert. Bei der Umsetzung können Risiken auch an Dritte, wie IT-Dienstleister oder Versicherungen, übertragen oder durch den Verantwortlichen akzeptiert werden.

II. GELTUNGSBEREICH

1. Diese Richtlinie legt die in einer vertragsärztlichen bzw. vertragspsychotherapeutischen Praxis erforderlichen Anforderungen an die IT-Sicherheit fest.
2. Der/die Praxisinhaber ist/sind verantwortlich für die IT-Sicherheit der Praxis und für die Einhaltung der Anforderungen dieser Richtlinie. Dies umfasst insbesondere auch, die erforderlichen Festlegungen und Regelungen gemäß dieser Richtlinie vorzugeben. Der/die Praxisinhaber kann/können die Umsetzung der einzelnen Anforderungen delegieren.

III. PRAXISGRÖSSEN UND ANFORDERUNGSKATEGORIEN

Die umzusetzenden Anforderungen richten sich nach der Größe der Arztpraxis. Dabei gilt Folgendes:

KBV-Informationsoffensive zur IT-Sicherheit in Praxen

- Monatliche Serie in den KBV-PraxisNachrichten mit Tipps und Hinweisen
 - u.a. Umgang mit Spam bei E-Mails, sichere Passwörter, Virenschutz, Software-Updates
- Serviceheft „IT-Sicherheit“ für kompakten Einstieg:
inkl. Material für Praxispersonal
- Zwei Onlineschulungen für MFA im KBV-Fortbildungsportal:
Basiswissen und Phishing
- Demnächst Angebot Fortbildung zur IT-Sicherheit für Ärzte und
Psychotherapeuten mit CME-Punkten
- Hub (Online-Plattform) zur IT-Sicherheit
 - u.a. mit Musterdokumenten, Auflistungen zu Anforderungen an die
IT-Sicherheit, FAQs
 - <https://hub.kbv.de/> > IT in der Versorgung > IT-Sicherheit in der Praxis



Ausblick TI 2.0

- gematik plant grundlegende technische Veränderungen durch Weiterentwicklung der TI zur TI 2.0
- Kernpunkte der TI 2.0 sind:
 - Abschaffung der Konnektoren
 - Umstellung auf eine **internetbasierte** Infrastruktur (TI-Gateway)
 - Einführung von "digitalen Identitäten" für Ärzte/Praxen und Patienten
- Vorteil: Zugang zur TI wird ortsunabhängig/mobil auch über Handy oder Laptop mit Internetzugang möglich sein, kein Konnektor mehr in der Praxis



TI-Gateway

Praxen schließen Vertrag mit einem TI-Gateway-Anbieter.

Anbieter betreiben zentrale Highspeed-Konnektoren (HSK), die eine Verbindung zur TI herstellen.

Praxen verbinden sich per Software-Client oder VPN-Router auf die HSK.

Neues Verschlüsselungsverfahren – Komponententausch

- gematik und Bundesnetzagentur haben sich auf folgende Übergangslösung geeinigt:
 - Elektronische Heilberufsausweise (**eHBA**) und Praxisausweise (**SMC-B**) mit RSA-Verschlüsselung können noch **bis zum 30. Juni 2026** genutzt werden
 - Karten für eHealth-Kartenterminals (**gSMC-KT**) mit RSA-Verschlüsselung können noch **bis zum 31. Dezember 2026** genutzt werden

Umstellung der Konnektoren bis zum Jahresende dennoch zwingend erforderlich!

- Unbenommen von der Übergangslösung bei den Chipkarten müssen rein **RSA-basierte Konnektoren schnellstmöglich ausgetauscht** werden
- Umstellung ist zwingend zum Jahresende notwendig - Verlängerung dieser Zertifikate ist aufgrund eines festen Ablaufdatums in den Konnektoren technisch ausgeschlossen
- IT-Dienstleister oder PVS-Anbieter kann überprüfen, ob alle Komponenten der Praxis zur Nutzung des neuen ECC-Verschlüsselungsverfahrens fähig sind

Kommunikationsdienst KIM: Update dringend erforderlich

- KIM-Version 1.0 wird ab dem 1. Januar 2026 nicht mehr unterstützt (Hintergrund: RSA-ECC-Umstellung)
- Alle KIM-Anbieter haben das Update für Version 1.5 bereits bereitgestellt
- Update muss durch Praxen installiert werden
- Software-Hersteller oder IT-Dienstleister ist erster Ansprechpartner bei Fragen oder Problemen mit dem Update
- Neue Funktion: Dateien können mit einer Größe von bis zu 500 MB anstatt 25 MB verschickt werden



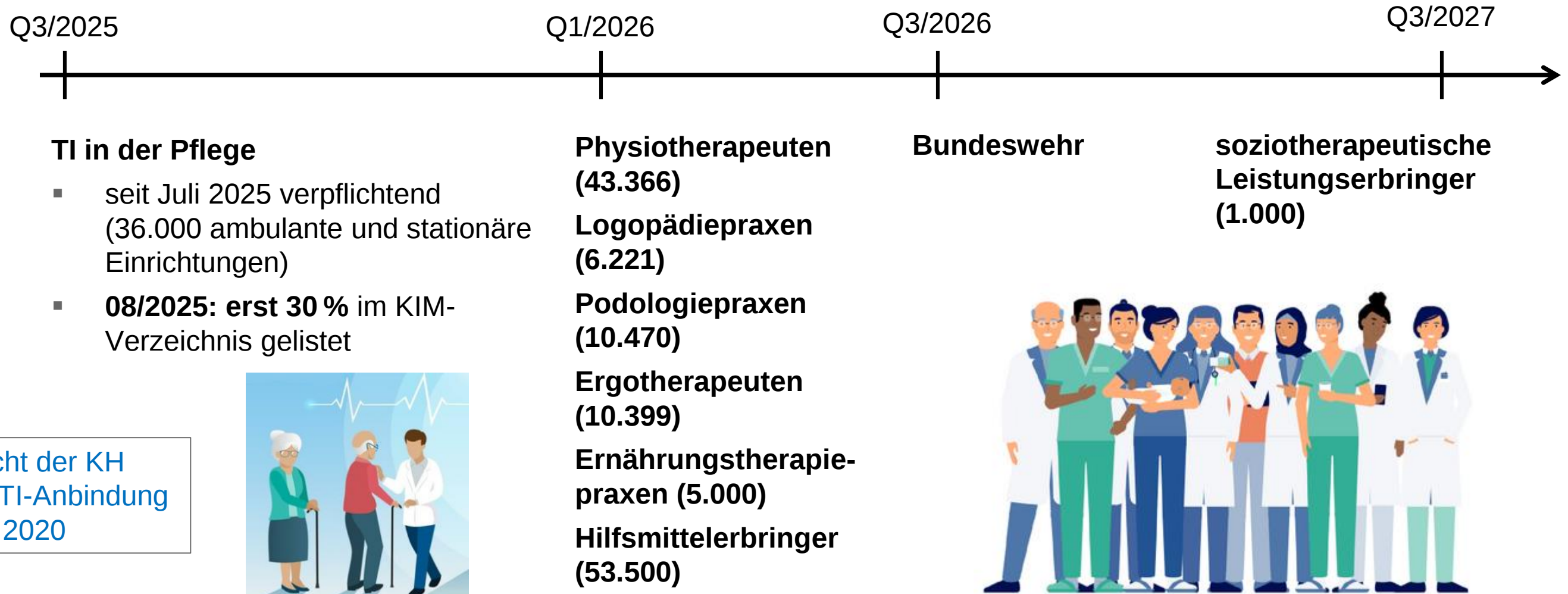
KBV-PraxisBarometer Digitalisierung (September 2025, 1.700 Praxen)

Zusammenfassung

- Digitale Anwendungen: Zufriedenheit steigt
 - Anwendungen wie z.B. eAB, eAU, eRezept sind im Praxisalltag integriert
 - Umsetzung im PVS wurde von vielen Herstellern verbessert
- ePA im PVS: relevante Funktionen müssen noch verbessert werden
 - Zufriedenheit hängt stark von PVS-Umsetzung ab
 - KBV fordert: Interoperabilität muss ausgebaut werden
 - PVS-Wechsel müssen kostenschonender/einfacher möglich werden
- TI-Störungen: Häufigkeit gleichbleibend
 - Viele Praxen täglich oder wöchentlich betroffen
 - TI braucht mehr Stabilität und Verantwortlichkeit



Roadmap TI : Anbindung weiterer Nutzergruppen



Pflicht der KH
zur TI-Anbindung
seit 2020



Roadmap TI : eRezept - Ausblick



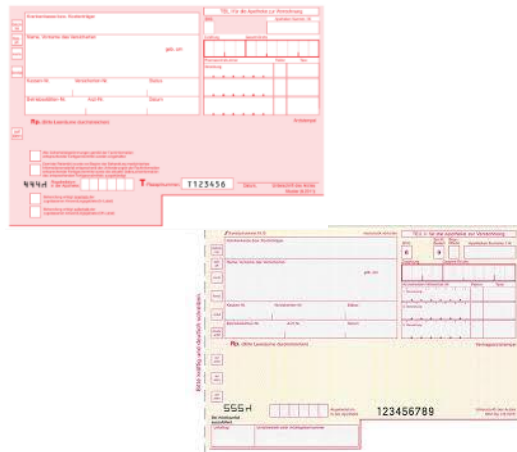
Q4/2026

Q3/2027

Q4/2027

eRezept 26.4.1 / 26.4.2

- T-Rezepte und BTM-Rezepte



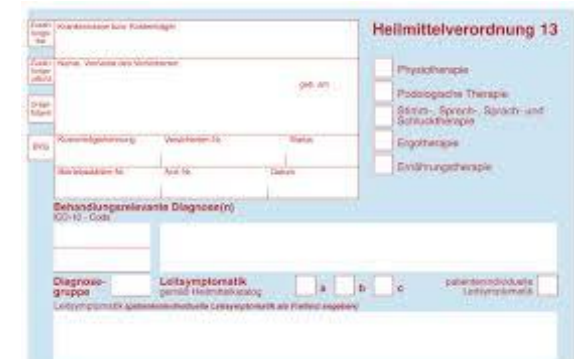
eRezept 27.3

- Häusl. Krankenpflege (Formular 12)



eRezept 27.4

- Heilmittel
- (Hilfsmittel nachfolgend)



Erzeugung eines TSS-Codes über die PVS

- Verpflichtung der Softwarehersteller für neue Funktion seit 1. Oktober 2025
- Vermittlungscode direkt aus der Praxisverwaltungssystem (PVS) anfordern und auf die Überweisung (Muster 6) oder die Individuelle Patienteninformation zur ambulanten psychotherapeutischen Sprechstunde (PTV 11) drucken
- Daten, die für die Terminvermittlung benötigt werden, direkt aus dem PVS an den 116117 eTerminservice übermitteln – wenn der Patient einwilligt
 - Name, Geburtsdatum und Anschrift des Patienten, gewünschte Fachrichtung und der Grund der Überweisung liegen der TSS schnell und digital vor
 - Vermeidung doppelter Eingaben und erheblich verbesserte Datenqualität im Buchungsprozess
 - Auch der Arzt, der den Termin bereitstellt, erhält digital die Informationen
- Ggf. Softwareupdate notwendig
- Ausdruck des Vermittlungscodes über die Webanwendung „116117 Terminservice für Praxen“ weiterhin möglich



Digitale Kommunikation mit dem MD - Pilotprojekt

- Kommunikation mit dem Medizinischen Dienst per KIM: Antwortbrief sowie angeforderte Dokumente werden als eArztbrief per KIM übermittelt
- Prozess der Übermittlung von Unterlagen für Praxen damit einfacher und schneller
- Nutzung ist freiwillig, postalisch weiterhin möglich
- Erster Test mit 4 Pilotpraxen erfolgreich
- Start in der Landeshauptstadt Magdeburg und im LK Jerichower Land
- Sukzessive Erweiterung in Sachsen-Anhalt für alle Praxen
- KVSA informiert, sobald die Funktion für Praxen in weiteren Landkreisen bereitsteht



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

