

AAC Magazin



NEUES ZU ABRECHNUNG UND HONORAR AUF EINEN BLICK
AUSGABE 24 – Q1 2025

HERAUSGEBER
AAC PRAXISBERATUNG AG
Am Treptower Park 75
12435 Berlin

REDAKTION
Dr. med. G. Lübben (V.i.s.d.P.)
Telefon: 030 · 22 44 523 0
E-Mail: info@aac-ag.de

REDAKTIONELLE MITARBEIT
Jacqueline Rositzka
Franziska Mainda
Marion Beck

DRUCK
MG-Print, Herford

LAYOUT
Olaf Brandmeyer, Bünde

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

BILDNACHWEISE
Seite 1, 48 auf Basis © Elena Butusova - stock.adobe.com
Seite 11 © frank peters - stock.adobe.com
Seite 17 © Nopparat - stock.adobe.com
Seite 23 © Delmaine Donson/peopleimages.com - stock.adobe.com
Seite 27 © Frank Coop/peopleimages.com - stock.adobe.com
Seite 34 © tinyakov - stock.adobe.com
Seite 39 © greenbutterfly - stock.adobe.com
Seite 43 © FJM - stock.adobe.com

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

VORWORT..... 3

IN EIGENER SACHE

Gesamtpatientenliste – Arbeitserleichterung
und Zeitersparnis für Ihr Praxisteam 4
HzV – machen Sie sich das Leben leichter!. 6
Fortbildung – Praxiswissen Verordnungen 9

NEUES AUS DER GESUNDHEITSPOLITIK 11

ABRECHNUNG UND HONORAR 12

REGIONALE KV-REGELUNGEN 28

REGIONALE HZV-REGELUNGEN 40

ABRECHNUNGSTIPPS FÜR DIE PRIVATABRECHNUNG ... 44

WILLKOMMEN

KUNDENMAGAZIN DER AAC PRAXISBERATUNG AG

Sehr geehrte Frau Doktor,
sehr geehrter Herr Doktor,

wir wünschen Ihnen, Ihrer Familie und dem gesamten Praxisteam ein frohes, gesundes und erfolgreiches Jahr 2025!

Nach dem Aus der Ampelkoalition am 07. November 2024 zeichnete sich schnell ab, dass keines der zahlreichen laufenden Gesetzesvorhaben noch eine Chance zur Umsetzung bekommt. Damit ist auch die von vielen Hausärzten sehnlichst erwartete Entbudgetierung vom Tisch. 2025 wird voraussichtlich ein Jahr des gesundheitspolitischen Stillstands. Erst 2026 ist mit der Umsetzung von Gesetzen einer neuen Bundesregierung zu rechnen. Die Pause muss aber nicht nur nachteilig sein. Sie können sich auf die optimale Nutzung der vorhandenen Möglichkeiten konzentrieren. Und die ePA kommt auch, wenn auch nicht im ersten Quartal.

Wir berichten in dieser Ausgabe über eine brandneue Auswertung für unsere hausärztlichen Kunden, die **KV-Gesamtpatientenliste**. Mit dieser können für jeden Patienten für umsatzrelevante Leistungen alle Potentiale und Fehler in einem Arbeitsgang bearbeitet werden. Ein Patient muss also nur einmal „angefasst“ werden. Eine Anpassung an die Arbeitsweise der Praxen, die hoffentlich viel Zeit spart und Ihren Mitarbeitern das Leben leichter macht.

Für die HzV dürfen Sie sich über ein **Upgrade der HzV-Analyse, eine komplette Überarbeitung wichtiger Auswertungen**, freuen. Die Highlights stellen wir Ihnen in dieser Ausgabe kurz vor. Eine ausführliche Darstellung und eine Einweisung zur Nutzung der neuen Möglichkeiten erhalten Sie über Ihren Berater.

Wir möchten Sie natürlich auch auf unsere virtuellen Fortbildungen im März zum Thema „**Praxiswissen Verordnungen**“ aufmerksam machen – Anmeldung auf Seite 9. Hier zeigen wir Ihnen, wie Sie sicher Arznei- und Heilmittel verordnen.

Natürlich stehen wir auch in diesem Quartal an Ihrer Seite und unterstützen Sie und Ihr Team bestmöglich durch eine engmaschige Steuerung der Abrechnung. Den Überblick, was sich ansonsten in der Welt der Abrechnung alles ereignet, erhalten Sie wie immer hier!

Ihr Berater steht Ihnen bei Fragen gerne zur Verfügung. Feedback in jeder Form ist ebenfalls immer willkommen!

Eine gute Lektüre und eine sichere Abrechnung wünschen Ihnen

Dr. Georg Lübben

Dr. Tino Lippmann

Markus Kottmann

Holger Söffge

GESAMTPATIENTENLISTE

ARBEITSERLEICHTERUNG UND ZEITERSPARNIS FÜR IHR PRAXISTEAM

Wir versuchen bei der Entwicklung neuer Analysen immer die Arbeitsweise der Praxen im Auge zu behalten und dem allgemeinen Fachkräftemangel Rechnung zu tragen.

Sie kennen und schätzen unsere Patientenlisten, mit denen wir die Arbeit zur Umsetzung von Potentialen, zur Korrektur von Fehlern und mit Hinweisen zur Prüfung auf weiterführende Potentiale in den Folgequartalen unterstützen. Diese Betrachtungsweise stellt die Ziffer in den Mittelpunkt, pro Ziffer sind in der Regel zwei Listen zu bearbeiten. Hat eine Praxis die Verantwortung für einzelne Abrechnungsbereiche auf verschiedene Mitarbeiter aufgeteilt, ist diese Vorgehensweise passend zur Abrechnungsorganisation.

In vielen Praxen ist die Bearbeitung der Abrechnung aber überwiegend in der Hand einer/eines MFA. Hier wird nicht themen-, sondern eher patientenbezogen die Abrechnung bearbeitet. Optimal wäre es, einen Patienten nur einmal „anzufassen“. Wir kommen diesem vielfach geäußerten Wunsch im aktuellen Quartal gerne nach und stellen Ihnen die neue **KV-Gesamtpatientenliste** für die umsatzrelevanten Schwerpunkte der Haus- und Kinderärzte sowie der Orthopäden, Chirurgen, Gynäkologen, Neurologen und Psychiater zur Verfügung. Die leistungsbezogenen Patientenlisten können weiterhin genutzt werden.

Mit der neuen Gesamtpatientenliste können für jeden Patienten alle Potentiale und Fehler der umsatzrelevanten Schwerpunkt-Leistungen in einem Arbeitsgang bearbeitet werden.

GESAMTPATIENTENLISTE HAUSARZT								
			Chroniker 03220	Chroniker 03221	Geriatric 03360	Geriatric 03362	Psychosomatik 35100/35110	Vorsorgen 01732
Patienten IST korrekt abgerechnet			416	210	2	125	108	35
Patienten fehlerhaft abgerechnet			26	6	0	10	14	0
Patienten mögliches Potential			112	24	106	19	130	669
Pat.-Nr.	Name, Vorname	Geb.-Datum	Chroniker 03220	Chroniker 03221	Geriatric 03360	Geriatric 03362	Psychosomatik 35100/35110	Vorsorgen 01732
12345	Abc*, De*	09.1941						
12567	Abd*, Ef*	11.1980						
20000	Abe*, Gh*	01.1994						
20123	Axy*, Za*	09.1977						

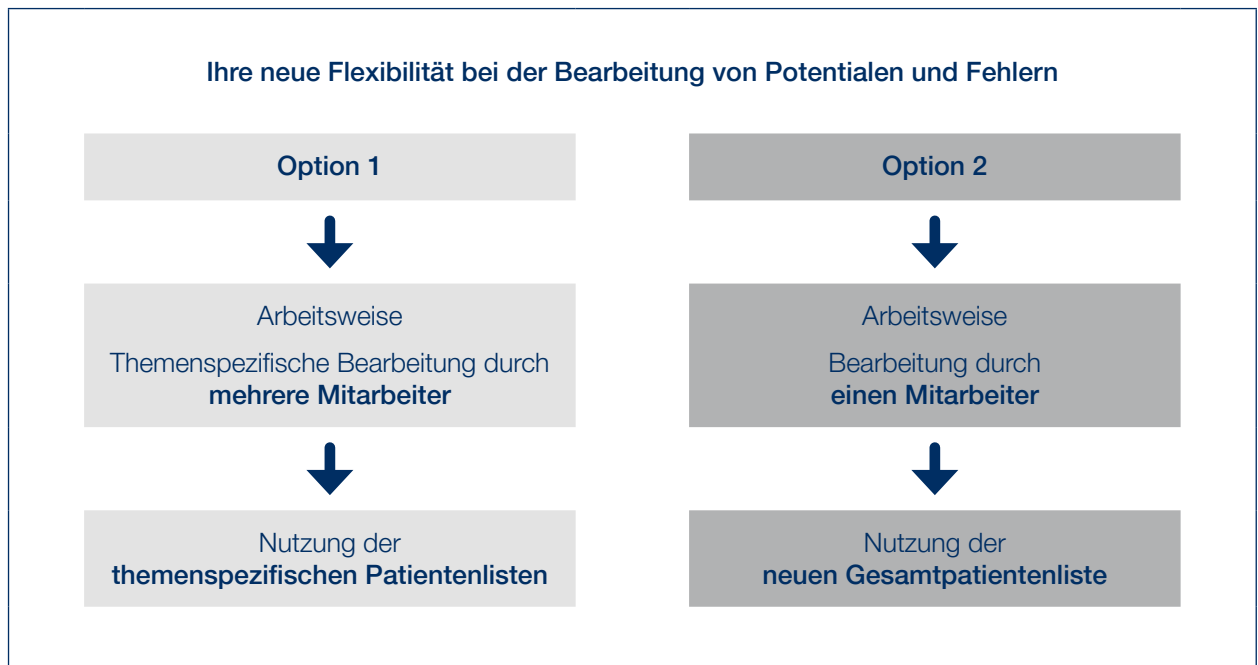
GESAMTPATIENTENLISTE

ARBEITSERLEICHTERUNG UND ZEITERSPARNIS FÜR IHR PRAXISTEAM

Mit den bekannten Farben und Symbolen werden die Patienten pro Leistung als „IST abgerechnet“, als „fehlerhaft abgerechnet“ und als „mögliches Potential“ ausgewiesen. Dabei lohnen sich nicht nur die Potentiale, da einige Fehler nach Korrektur bzw. Prüfung der Diagnose(n) und ggf. Ergänzung oder Spezifizierung ein Potential für die Abrechnung ergeben.

Ein Patient muss also nur einmal im Praxisverwaltungssystem aufgerufen werden. Mit dieser Anpassung an die Arbeitsweise vieler Praxen, hoffen wir auf eine **substantielle Zeitersparnis** kombiniert mit einer wirksamen **Arbeitserleichterung**. Wir freuen uns auf Ihr Feedback!

Damit haben Sie zwei Optionen für Ihre Abrechnungskontrolle.



Bisher: Mehrumsatz, aber auch (zu)viel Mehrarbeit

Viele Praxen haben sich mit der HzV bereits ein zweites wirtschaftliches Standbein aufgebaut, mit dem im Vergleich zum KV-System in der Regel 20 % bis 30 % höhere Umsätze erwirtschaftet werden können. In der HzV werden bundesweit nach Auskunft des Hausärztinnen- und Hausärzteverbandes bereits ca. 10 Millionen Patienten betreut. Diese Zahl verdeutlicht eindrucksvoll die Versorgungsrelevanz der Verträge.

Auf der anderen Seite stehen immer noch die meisten Praxen „an der Seitenlinie“ und schauen zu. Denn eine zusätzliche Quartalsabrechnung bei bis zu sieben und mehr Verträgen zu stemmen, schreckt viele Praxen ab. Zudem hat auch die HzV bedingt durch die Vielfalt der individuell gestalteten Verträge eine Komplexität erreicht, die eine erhebliche Zahl an Praxisinhabern abwinken lässt. „Das schaffen wir nicht.“ ist die meistgehörte Antwort.

Egal, ob Sie bereits an der HzV teilnehmen und auf der Suche sind, den Aufwand für die Abrechnung zu reduzieren oder noch zögern, wir haben Lösungen für Hausärzte in den KV-Regionen Bayern, Baden-Württemberg, Hessen, Nordrhein und Westfalen-Lippe.

Bei uns: HzV ist leicht

Wir haben unsere HzV-Analyse komplett überarbeitet. Sie hat ein Upgrade in die Businessklasse der Effizienz erhalten. Wir können so noch besser auf Ihre Bedürfnisse sowie die häufig knappen Personalressourcen in den Praxen eingehen. Damit machen wir es Ihnen und Ihrem Team leicht, die Herausforderungen der HzV-Abrechnung erfolgreich zu bewältigen.

Ihr Nutzen im Einzelnen:

Den Überblick behalten

- Wir zeigen Ihnen die Umsätze in den HzV-Verträgen und in der KV. So sehen Sie auf einen Blick mit **maximaler Transparenz**, wo Sie stehen.

Entwicklungsperspektiven erkennen und nutzen

- Wir zeigen Ihnen je Vertrag die HzV-Umsätze Ihrer Praxis vs. HzV-Fachgruppe als Korridor des oberen und des untersten Scheinwerts. Damit sehen Sie, wo Sie im Vergleich zu anderen Ärzten liegen und können mit uns konkret und vertragsspezifisch die nächsten Schritte für **weitere Mehrumsätze** planen.

Kein Geld verschenken

- Wir zeigen Ihnen anhand der **Umsatzschwerpunkte** das **Gesamtpotential** aller steuerbaren Leistungen. Es zeigt sich, dass die Praxen trotz maximaler Anstrengung im Durchschnitt einen hohen vierstelligen Betrag „liegen lassen“. Wenn die Potentiale bzw. Fehler erfolgreich abgearbeitet wurden, sehen Sie den Erfolg schwarz auf weiß in Euro auf dem nächsten Abrechnungsnachweis.

KAP. 5.1.1 ZUSAMMENFASSUNG POTENTIAL							
AOK							
Gesprächszeit	Psychosomatik	Chroniker	Multimorbidität	Geriatric	Arriba	Früherkennung Begleiterkrank.	Gesamt
★		★		★			17.796,00 €
288	0	288	0	132	0	0	708 Patienten

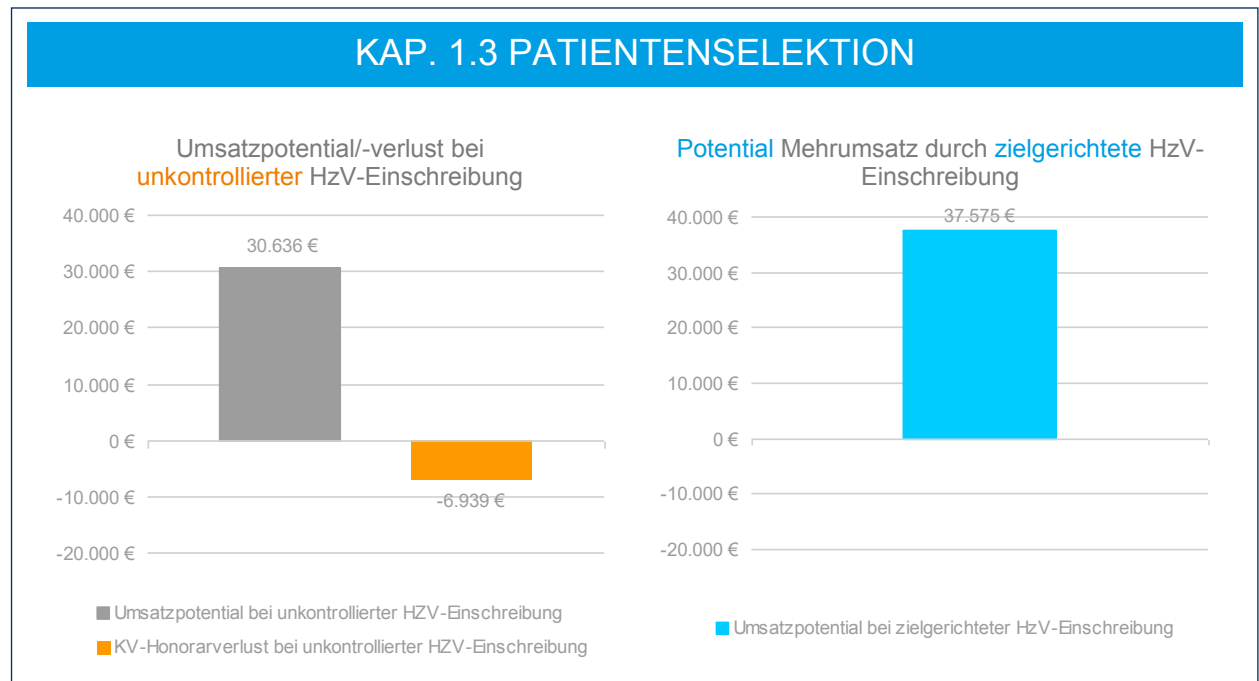
Gesamt							
Gesprächszeit	Psychosomatik	Chroniker	Multimorbidität	Geriatric	Arriba	Früherkennung Begleiterkrank.	Gesamt
397	0	627	34	238	3	210	1509 Patienten
8.734,00 €	0,00 €	17.221,00 €	340,00 €	3.400,00 €	90,00 €	3.150,00 €	32.935,00 €

Flexibilität plus Zeiteffizienz sind Trumpf

- Sie können wählen, ob Sie die **Patientenlisten** pro **Umsatzschwerpunkt** im Team verteilen möchten oder ob eine MFA zum Quartalsende eine **Gesamtpatientenliste** bearbeitet, so dass ein Patient zeitsparend nur einmal aufgerufen und bearbeitet werden muss.
- Wir haben zudem die **Abrechnungsregeln** pro Schwerpunkt auf jeder Patientenliste ergänzt, so dass Ihr Team jederzeit weiß, wie das Potential definiert ist und so auch die Fehlerlisten noch **effizienter** korrigieren kann.

Gezielt Patienten einschreiben und maximal profitieren

- Wir sind besonders stolz auf unsere überarbeitete **Patientenselektion** für die „**strategische Einschreibung**“ der Patienten, mit denen Sie **sicher** einen **Mehrumsatz** im entsprechenden HzV-Vertrag erzielen können. Auf der anderen Seite weisen wir als „Nebenwirkung“ einer ungesteuerten Einschreibung den Kollateralschaden in Form von Umsatzverlusten im KV-System aus. Dieser Effekt ist kaum einer Praxis bewusst, ist aber eine häufige Ursache der Enttäuschung, wenn man mit viel Aufwand Patienten einschreibt und in Summe nicht die Mehrumsätze erwirtschaftet, die man sich zuvor ausgerechnet hat. Wir nehmen Sie gerne an die Hand und zeigen Ihnen, welche Strategie für Ihre Praxis am besten zum Ziel führt. So profitieren Sie maximal.



Bestandskunden erklären wir natürlich Schritt für Schritt, wie Sie unser HzV-Upgrade optimal nutzen. Wenn wir Ihr Interesse an unserer HzV-Analyse geweckt haben, sprechen Sie uns an. Wir zeigen Ihnen sehr gerne unser neues HzV-Upgrade. Ihre persönliche **Premium-Version**.

FORTBILDUNG

PRAXISWISSEN VERORDNUNGEN

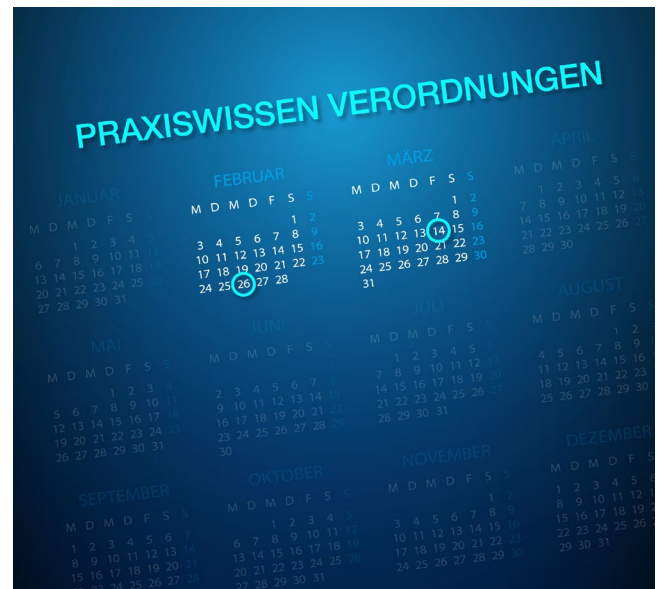
Auch in diesem Quartal bieten wir Ihnen wieder zwei virtuelle Fortbildungsveranstaltungen an, auf die wir Sie gern aufmerksam machen möchten.

Praxiswissen Verordnungen

- ➔ Mittwoch, den 26. Februar 2025 um 17:00 Uhr
- ➔ Freitag, den 14. März 2025 um 15:00 Uhr

Die Verordnung von Arznei- und Heilmitteln ist Alltagsgeschäft in den Praxen. Trotzdem bestehen immer wieder Unsicherheiten. Hinzu kommt die Sorge vor Prüfungen und Regressen. Dies führt dazu, dass Verordnungen häufig mit einem „Bauchgrummeln“ ausgestellt werden und dass man bei bestimmten Verordnungen zurückhaltend agiert oder den Patienten an einen anderen Kollegen verweist.

Wir geben Ihnen in diesem Webinar Tipps, wie Sie sicher verordnen können. Sie erhalten praxisrelevante Hinweise, worauf Sie bei der Ausstellung von Verordnungen achten sollten, um Prüfungen zu vermeiden oder im Falle einer Prüfung auch gut argumentieren zu können.



Wenn Sie teilnehmen möchten,
hier geht's zu den Anmeldungen:
www.aac-ag.de/fortbildung



NEUES AUS DER GESUNDHEITSPOLITIK

Update elektronische Patientenakte, Roll-out startet, aber ohne Sanktionen

Ab dem 15. Januar 2025 wird die elektronische Patientenakte (ePA) wie geplant in einer vierwöchigen Pilotphase in Franken, Hamburg und NRW in Testpraxen im Alltagsbetrieb erprobt. Verläuft diese Phase positiv, soll die „ePA für alle“ bundesweit ausgerollt werden, so der ursprüngliche Plan.

Zuletzt hat das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) informiert, dass die verpflichtende Bereitstellung des ePA-Moduls durch die Hersteller der Praxisverwaltungssysteme (PVS) sowie der Krankenhausinformationssysteme (KIS) sich um mindestens einen Monat verschiebt. Der Roll-out in der Breite wird erst gestartet, wenn der Testbetrieb reibungslos läuft. Wichtig ist auch, dass erst einmal eine ePA mit reduzierten Funktionen wie der elektronischen Medikationsliste zur Verfügung steht. Weitere Funktionalitäten werden schrittweise ergänzt.

Das Ministerium hat auch klargestellt, dass die gesetzlich vorgesehenen Sanktionen vorerst ausgesetzt werden. Ursprünglich sollten alle Praxen am 15. Januar 2025 über ein aktuelles ePA-Modul für PVS verfügen. Anderenfalls wäre ihnen das Honorar um ein Prozent gekürzt und die TI-Pauschale abgesenkt worden.



ABRECHNUNG UND HONORAR

HINWEIS

Die Nennung von Fachgruppen setzt voraus, dass diese spezifisch im entsprechenden Beschlusstext genannt werden oder für welche die Leistung überwiegend relevant ist. Ansonsten gelten die Informationen für alle Fachgruppen.

Hausärzte,
Neurologen,
Pneumologen

Versorgung von Patienten mit Long-COVID – neue EBM-Leistungen

Für die im Mai 2024 in Kraft getretene G-BA-Richtlinie zur strukturierten Versorgung von Patienten mit Verdacht auf Long-COVID (Long-COVID-Richtlinie) wurden nun vom Bewertungsausschuss die konkreten abrechnungsfähigen Leistungen beschlossen.

Dazu wurde ein neues Kapitel 37.8 in den EBM aufgenommen. Dieses besteht aus fünf neuen Leistungen, vier in erster Linie für Hausärzte, die die Versorgung als koordinierende Ärzte steuern und eine für den fachärztlichen Bereich. Die Leistungen kommen für Patienten in Betracht, bei denen ein Verdacht auf oder eine bestätigte Long-COVID-Erkrankung vorliegt. Dazu nennt die G-BA-Richtlinie die folgenden qualifizierenden Diagnosen:

ICD	Diagnose
U09.9!	Post-COVID-Zustand nicht näher bezeichnet
U10.9-	Multisystemisches Entzündungssyndrom in Verbindung mit COVID-19, nicht näher bezeichnet
U12.9!	unerwünschte Nebenwirkungen bei der Anwendung von COVID-19-Impfstoffen, nicht näher bezeichnet
G90.80	Posturales orthostatisches Tachykardie-Syndrom (PoTS)
G93.3	Chronisches Fatigue-Syndrom inkl.: Chronisches Fatigue-Syndrom bei Immundysfunktion, Myalgische Enzephalomyelitis, Postvirales (chronisches) Müdigkeitssyndrom
I95.1	Orthostatische Hypotonie inkl. Orthostatische Dysregulation

Es ist wichtig, sich mit den in Frage kommenden ICD-Kodes vertraut zu machen, da diese in der Praxis eher nicht geläufig sind.

Wichtiger Hinweis

Eine Long-COVID Erkrankung ist nicht über einen entsprechenden ICD-Code zu verschlüsseln. Hier muss aber die Indikation in der Patientenakte dokumentiert werden.

ABRECHNUNG UND HONORAR

Hausärztlicher Versorgungsbereich

Die Leistungen der Ziffern 37800 bis 37802 können von Hausärzten oder Fachärzten, bei denen die betroffenen Patienten bereits in den letzten vier Quartalen aufgrund einer anderen Vorerkrankung in Behandlung waren, erbracht und abgerechnet werden. Die Ziffer 37804 steht allen ärztlichen Fachdisziplinen zur Verfügung.

Ziffer	Beschreibung	Wert
37800	Basis-Assessment gemäß § 5 Abs. 1 Nr. 1 LongCOV-RL durch den koordinierenden Vertragsarzt bei Patienten mit einer Indikation gemäß § 2 LongCOV-RL • einmal im Krankheitsfall	20,33 €
37801	Zuschlag zur 37800 • je Sitzung, max. zweimal im Krankheitsfall • nur bei Patienten mit zusätzlicher gesicherter schwerer Funktionseinschränkung unter Angabe des ICD-Kodes (U50.4-, U50.5- oder U51.2-) • Die Funktionseinschränkung ist mittels standardisierter Testverfahren oder einem Punktwert ≤ 30 auf der Bell-Skala und/oder einer durchgehenden Arbeitsunfähigkeit von mindestens 4 Wochen für eine der o. g. Indikationen gemäß § 2 Abs. 1 oder 2 LongCOV-RL	15,86 €
37802	Zuschlag zur Versicherten- oder Grundpauschale für den koordinierenden Vertragsarzt • einmal im Behandlungsfall	17,47 €
37804	Fallbesprechung im Zusammenhang mit der Versorgung von Patienten gemäß § 2 LongCOV-RL • höchstens fünfmal im Krankheitsfall	10,66 €

ABRECHNUNG UND HONORAR

Hausärzte,
Neurologen,
Pneumologen

Versorgung von Patienten mit Long-COVID – neue EBM-Leistungen (Fortsetzung)

Fachärztlicher Versorgungsbereich

Ziffer	Beschreibung	Wert
37806	Pauschale für die Versorgung von Patienten gemäß § 2 LongCOV-RL durch einen oder mehrere, an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende(n) Arzt/Ärzte nach § 3 Abs. 4 LongCOV-RL • einmal im Behandlungsfall • Nur von Kardiologen, Pneumologen und Neurologen bei Erfüllung der Kriterien der LongCOV-RL und Anzeige gegenüber der KV berechnungsfähig	27,14 €

Diese Leistung ist der spezialisierten ambulanten fachärztlichen Versorgung vorbehalten. Hier werden die Patienten in der Regel durch Hochschulambulanzen psychotherapeutisch versorgt, neurophysiologisch diagnostiziert oder akutstationär sowie in klinischen Studien betreut.

Wichtig

Alle Leistungen dieses Kapitels werden bis zum 31.12.2027 extrabudgetär vergütet.

ePA-Erstbefüllung bis 31.12.2025 verlängert

Da sich der bundesweite Roll-out der ePA für alle vermutlich verzögern wird, hat der Bewertungsausschuss entschieden, dass die Ziffer 01648 für die Erstbefüllung der ePA bis zum 31.12.2025 verlängert wird. Damit können Praxen die Erstbefüllung der ePA vornehmen bzw. das erste Dokument in die ePA einstellen und erhalten dafür 11,03 € extrabudgetäres Honorar.

Werden im weiteren Behandlungsverlauf erneut Dokumente in die ePA eingestellt wird die Ziffer 01647 mit 1,86 € berechnet, sofern ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt oder eine Videosprechstunde erfolgt ist. Ohne persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt wird die Ziffer 01431 in Höhe von 37 Cent genutzt.

ABRECHNUNG UND HONORAR

Kinderärzte

Konkretisierung zur RSV-Prophylaxe

Rückwirkend zum 01. Oktober 2024 wurde eine Ergänzung zur Abrechnung der RSV-Prophylaxe und Beratung ohne nachfolgende RSV-Prophylaxe aufgenommen.

Bisher schloss sich die Abrechnung dieser beiden Leistungen innerhalb von vier Quartalen aus, da die Beratung (Ziffer 01943) in der Gabe der RSV-Prophylaxe (Ziffer 01941) enthalten ist. Es kann aber vorkommen, dass sich die Eltern in einem Quartal beraten lassen und die Prophylaxe dann erst in einem Folgequartal erfolgt.

Nun können Ärzte beide Leistungen abrechnen. Erfolgt die Prophylaxe zeitlich nach der Beratung, wird die Bewertung der Ziffer 01941 von der KV automatisch um 32 Punkte reduziert.

Wichtig

Die Praxis rechnet für die Prophylaxe die bundeseinheitliche Ziffer 01941A selbst ab, wenn die Beratung nach Ziffer 01943 in einem Vorquartal stattfand und abgerechnet wurde.

Eine Nebeneinanderberechnung der beiden Ziffern am gleichen Tag ist weiterhin ausgeschlossen. Eine Berechnung der Beratung nach erfolgter Prophylaxe ist ebenfalls nicht möglich.

ABRECHNUNG UND HONORAR

Radiologen,
Kardiologen

CT-Koronarangiographie bei chronischer koronarer Herzerkrankung

Im Januar 2024 hatte der Gemeinsame Bundesausschuss die CT-Koronarangiographie als Kassenleistung in den Leistungskatalog aufgenommen. Nun liegen auch die dafür abrechnungsfähigen EBM-Ziffern im neuen Kapitel 34.3.7 vor.

Die Abklärung durch eine CT-Koronarangiographie soll erfolgen, wenn die Vortestwahrscheinlichkeit für das Vorliegen einer chronischen koronaren Herzkrankheit (KHK) zwischen 15 und 50 % liegt. Für die Durchführung muss eine Überweisung des behandelnden Kardiologen vorliegen, auf welcher die Vortestwahrscheinlichkeit inkl. Methode und der weiteren Diagnostik angegeben werden muss.

Ziffer	Beschreibung	Wert
34370	CT-Koronarangiographie	159,26 €
34371	Interdisziplinäre Fallkonferenz nach erfolgter CT-Koronarangiographie	15,86 €

Die Abrechnung der 34370 erfolgt durch Radiologen mit entsprechender Genehmigung. Die Fallkonferenz kann sowohl von Radiologen als auch dem behandelnden Kardiologen abgerechnet werden, wenn dieser teilnimmt.

Die Leistungen werden extrabudgetär vergütet.



ABRECHNUNG UND HONORAR

Allergologen

Höhere Vergütung für Sachkosten: Allergologie und Riboflavin

Für die allergologische Diagnostik und/oder zum Ausschluss einer Spättyp-Allergie nach Ziffer 30110 kann die Sachkostenpauschale 40350 abgerechnet werden. Für diese erhöht sich die Vergütung zum 01. Januar 2025 um 5,44 €.

Ziffer	Beschreibung	Wert
40350	Kostenpauschale für die Sachkosten im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistung entsprechend der Ziffer 30110	21,58 €
30110	Allergologisch-diagnostischer Komplex zur Diagnostik und/oder zum Ausschluss einer (Kontakt-) Allergie vom Spättyp (Typ IV)	31,97 €

Augenärzte

Höhere Vergütung für Sachkosten: Allergologie und Riboflavin

Auch Augenärzte dürfen sich über die Erhöhung der Sachkostenpauschale für Riboflavin bei Hornhautvernetzung freuen. Aufgrund der erhöhten Preise steigt hier die Kostenpauschale 40681 zum 01. Januar 2025 auf 117,81 €.

Ziffer	Beschreibung	Wert
40681	Kostenpauschale für Riboflavin im Zusammenhang mit der Erbringung einer Leistung entsprechend der Ziffer 31364	117,81 €
31364	Eingriff der Kategorie YY4: Hornhautvernetzung mit Riboflavin	362,63 €

ABRECHNUNG UND HONORAR

Kontrolluntersuchung nach Schwangerschaftsabbruch

Der Zeitraum für die Kontrolluntersuchung in der Ziffer 01912 ist auf den 14. bis 21. Tag aufgrund einer geänderten Fachinformation angepasst worden. Bisher musste die Kontrolluntersuchung zwischen dem 7. und 14. Tag nach Schwangerschaftsabbruch erfolgen.

Gastroentero-
logen

Zusatzpauschale Beobachtung und Betreuung bei Gabe von Velsipity®

Für die Beobachtung und Betreuung nach der oralen Gabe eines spezifischen Arzneimittels können die Ziffern 01543 bis 01545 je nach Dauer der Nachbeobachtung abgerechnet werden. Zum Januar wurde auch der Wirkstoff Etrasimod (Velsipity®) aufgenommen.

Velsipity® kommt bei der Behandlung von mittelschwerer bis schwerer aktiver Colitis ulcerosa zur Anwendung. Es darf Patienten ab 16 Jahren verabreicht werden, wenn diese auf eine konventionelle Therapie oder ein Biologikum nicht ausreichend ansprechen oder diese nicht vertragen. Bei Patienten mit bestimmten kardialen Vorerkrankungen ist laut Fachinformation eine mehrstündige Nachbeobachtung nach der Gabe des Arzneimittels erforderlich.

Wichtig

Bei der Abrechnung der Ziffern 01543 bis 01545 ist die Angabe des verabreichten Präparats, die Begründung der erforderlichen Überwachung, z. B. kardiale Vorerkrankung und die Überwachungsdauer anzugeben.

Die Vergütung der Ziffern erfolgt bis 31.12.2026 weiterhin extrabudgetär.

Ziffer	Beschreibung	Wert
01543	Zusatzpauschale für die Beobachtung und Betreuung eines Kranken unmittelbar nach der Gabe eines Arzneimittels • Dauer mehr als 2 Stunden	38,54 €
01544	• Dauer mehr als 4 Stunden	68,16 €
01545	• Dauer mehr als 6 Stunden	109,68 €

ABRECHNUNG UND HONORAR

Operateure

Klarstellung zur Abrechnung Förderzuschläge Ambulantisierung

Mit einem Beschluss hat der Bewertungsausschuss klargestellt, dass auch bei Simultaneingriffen nur ein Zuschlag aus dem Kapitel 31.2.20 zur Förderung der Ambulantisierung abgerechnet werden darf. Dabei ist immer der am höchsten bewertete Zuschlag zur Abrechnung zu bringen.

Operateure

Hauttransplantationen - Höhere Vergütung für Ambulante Operationen

Es werden mehr als hundert Operationen im Bereich der Hauttransplantationen ab Januar 2025 höher vergütet. Dies ist möglich geworden, da diese Eingriffe höheren Zeitkategorien zugeordnet wurden, z. B. A4 statt wie bisher A3. Damit sind dann auch die höher bewerteten EBM-Ziffern abrechnungsfähig.

Der Anhang 2 des EBM ist entsprechend angepasst worden. In diesem kann nachgeschlagen werden, bei welchem OPS-Schlüssel welche EBM-Leistungen zur Abrechnung kommen.

Operateure

Anpassungen Ambulante Operationen – verlängerte Nachbeobachtung und Schmerzmanagement

Neben einigen wenigen Ergänzungen des AOP-Katalogs gibt es Anpassungen im Bereich der verlängerten Nachbeobachtung. Für weitere gynäkologische und urologische Eingriffe, wie z. B. die transurethrale Steinbehandlung mit Entfernung eines Steins oder ureterorenoskopische oder laparoskopische Eingriffe an den Tubae uterinae, ist ab Januar eine verlängerte Nachbeobachtung von bis zu 24 Stunden möglich.

Im Rahmen der Nachbeobachtung wurde auch eine weitere Ziffer für das Schmerzmanagement eingeführt. Diese kann als Zuschlag zur 31530 für bestimmte Prozeduren von den Operateuren oder den Anästhesisten halbstündlich bis zu einer Dauer von 24 Stunden abgerechnet werden.

Ziffer	Beschreibung	Wert
31540	erweitertes Schmerzmanagement über einen Plexus-, Spinal- oder Periduralkatheter während der Nachbeobachtung	4,09 €

Quelle: www.kbv.de/html/1150_73298.php

ABRECHNUNG UND HONORAR

Operateure

Neue Hybrid-DRG

Bereits seit März 2024 steht der Hybrid-DRG-Katalog für das Jahr 2025. Es sind ca. 90 zusätzliche OPS-Kodes für Hybrid-DRGs zwischen KBV, GKV-Spitzenverband und DKG vereinbart worden. Unter anderem sind folgende Operationen und Prozeduren hinzugekommen:

- Endoskopische Eingriffe an der Galle, Leber und Pankreas
- Proktologische Eingriffe an Analfisteln
- Eingriffe an Hoden und Nebenhoden
- Brusterhaltende Eingriffe der Mammachirurgie
- Osteosynthetische Versorgung von Klavikulafrakturen
- Erweiterung der Leistungen aus dem Bereich der Hernienchirurgie
- Operationen am Sinus pilonidalis

Damit enthält der neue Leistungskatalog 575 OPS-Kodes, die in 22 Hybrid-DRGs münden. Die Sachkosten sind weiterhin Teil der Fallpauschalen und nicht separat abrechnungsfähig.

Die Vergütungshöhe der Hybrid-DRGs ist zum 01.01.2025 ebenfalls angepasst worden. Die Steigerungsraten liegen zwischen 1,8 und 15,6 %.

Die postoperative Behandlung wird von den Vertragsärzten wie bisher eingriffsbezogen über den EBM abgerechnet. Krankenhäuser dürfen die postoperative Behandlung für selbst durchgeführte Eingriffe nun auch übernehmen und dann eine um 30 € höhere Hybrid-DRG abrechnen.

Präoperative Untersuchungen und postoperative Behandlungskomplexe dürfen auch weiterhin neben Hybrid-DRG abgerechnet werden. Die bis Jahresende befristete Regelung ist bis zum 31.12.2025 verlängert worden.

Wichtig

- Gibt es für einen Eingriff eine Hybrid-DRG, muss diese abgerechnet werden. Es gibt keine Wahlmöglichkeit zwischen EBM-Abrechnung und Hybrid-DRG.
- Bei allen postoperativen Behandlungen im Zusammenhang mit einer Hybrid-DRG ist zukünftig immer die 88110 anzugeben.

Weitere Informationen und den Leistungskatalog sowie die Vergütungsregelungen finden Sie auf der Homepage der KBV: www.kbv.de/html/1150_73298.php

ABRECHNUNG UND HONORAR

Onkologie-Vereinbarung – Klarstellung zur Kostenpauschale 86520

Für die Abrechnung der Kostenpauschale 86520 wurde klargestellt, dass sie für endokrine Therapien im Stadium mit Fernmetastasen gemäß der TNM-Klassifikation M1 abgerechnet werden kann. Dementsprechend wurde die Formulierung „metastasiertes Stadium“ in „Stadium mit Fernmetastasen“ geändert. Bei der bisherigen Formulierung war das Stadium nicht immer klar zu unterscheiden von dem mit regionären Lymphknotenmetastasen (TNM-Stadium N+). Ein Lymphknotenbefall, der über den regionären Befall hinausgeht, ist von der neuen Formulierung erfasst.

Ebenso werden jetzt auch Androgenrezeptor-Signalweg-Inhibitoren (ARPI) und selektive CYP17A1-Inhibitoren explizit aufgeführt, da die 86520 auch die orale Behandlung mit diesen neuen Medikamenten umfasst.

Subkutane Injektion von Trastuzumab – 01510 bis 01512 nicht mehr berechnungsfähig

Die Ziffern 01510 bis 01512 für die Betreuung nach subkutaner Injektion von Trastuzumab sind ab Januar 2025 nicht mehr berechnungsfähig. Für die Abrechnung dieser Pauschalen ist eine Beobachtung und Betreuung nach Injektion von mindestens zwei Stunden Voraussetzung. Gemäß aktueller Fachinformation ist bei Gabe von Trastuzumab aber nur eine Nachbeobachtungszeit von 30 Minuten nach der ersten Injektion und 15 Minuten nach Folgeinjektionen notwendig. Daher ist die Injektion und die Nachbeobachtung für Trastuzumab mit der jeweiligen fachärztlichen Grundpauschale abgegolten.

Neurologen,
Neurochirur-
gen, Nerven-
heilkundler

EBM-Position für die intrathekale Tofersen-Injektion

Der Bewertungsausschuss hat rückwirkend zum 1. Januar eine Abrechnungsposition zur Anwendung des ALS-Wirkstoffs Tofersen (Qalsody® von Biogen beschlossen. Das Medikament steht seit dem 1. Juli 2024 als erstes Antisense-Oligonukleotid zur Therapie der amyotrophen Lateralsklerose zur Verfügung.

Fachärzte für Neurologie, Nervenheilkunde und Neurochirurgie dürfen die Zusatzpauschale 02345 für die Gabe des Medikaments mittels Lumbalpunktion, Injektion und anschließender Nachbetreuung maximal fünfmal im Behandlungsfall ansetzen. Sie wird mit 75,48 € extrabudgetär vergütet.



ABRECHNUNG UND HONORAR

Kinder- und
Jugend-
psychiater

Höhere Vergütung der Sozialpsychiatrie

Zum 1. Januar 2025 hat sich die Vergütung der sozialpsychiatrischen Behandlung gemäß der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung erhöht. Die Anpassung entspricht der Steigerungsrate des Orientierungspunktwertes.

Ziffer	Beschreibung	Wert
88895	Kostenpauschale sozialpsychiatrische Behandlung für 1. bis 350. Fall je ab dem 351. Fall je	213,00 € 159,75 €

Verordnung außerklinischer Intensivpflege ohne vorherige Potentialerhebung bis 30.06.2025 verlängert

Die Erstverordnung der außerklinischen Intensivpflege nach Ziffer 37710 setzt das Vorliegen einer Erhebung im Rahmen des Entlassmanagements oder eine Potentialerhebung zur Entwöhnung des Patienten voraus. Seit Einführung der Leistungen zur außerklinischen Intensivpflege ist diese Voraussetzung ausgesetzt, so dass eine Erstverordnung auch ohne vorherige Potentialerhebung möglich ist. Diese Regelung wurde nun noch einmal bis 30.06.2025 verlängert.

Förderung von Heimdialysen

Um die wohnortnahe Versorgung und die bessere Teilnahme am Arbeitsleben von Dialysepatienten sicherzustellen, haben KBV und GKV-Spitzenverband ein zusätzliches Finanzvolumen von 65 Millionen Euro beschlossen. Insbesondere werden Peritonealdialysen bei Erwachsenen ab Januar 2025 gefördert.

Dazu wurden drei neue Kostenpauschalen (40845 bis 40847) eingeführt, die für die ersten 52 Wochen der Heimdialysebehandlung gezahlt werden.

Ebenfalls gibt es neue Zuschläge für die kontinuierliche zyklische Peritonealdialyse (40841 und 40842) sowie die Heimdialyse (40843 und 40844).

Neu ist auch ein Zuschlag für Nachtdialysen (40840). Dieser wird bis zu drei Mal in der Woche vergütet.

ABRECHNUNG UND HONORAR

Neue Leistungen UV-GOÄ

Zum 1. Januar 2025 gibt es in der gesetzlichen Unfallversicherung einige neue Leistungen. Diese betreffen insbesondere das Ausstellen von ärztlichen Bescheinigungen und Verordnungen.

Neu hinzugekommen ist auch die Wundbehandlung mit der Vakuumversiegelungstherapie. Diese kann berechnet werden, wenn bei wund- oder patientenspezifischen Risikofaktoren unter einer Standardwundbehandlung keine ausreichende Heilung zu erwarten ist.

Ziffer UV-GOÄ	Beschreibung	Wert
143	• Bescheinigung zum Bezug des Kinderpflege-Verletztengeldes bzw. zum Nachweis der unfallbedingten Erkrankung eines Kindes • Bescheinigungen für Kleider- und Wäschemehrverschleiß • Bestätigungen für Fahrtkostenabrechnungen • Verordnung für Krankentransport • Verordnung von häuslicher Krankenpflege (§ 19 Vertrag Ärzte/UV-Träger) • Verordnung von Krankengymnastik/Physiotherapie (F 2400) und Ergotherapie (F 2402) • Verordnung von Rehasport und Funktionstraining (F 2406) • Verordnung von Hilfsmitteln (einschließlich orthopädischer Schuhe und Einlagen mit Vordruck F 2404) • Hinzuziehung/Überweisung (F 2902) • Verordnung von digitalen Gesundheitsanwendungen	3,53 €
180	Befüllung der elektronischen Patienten- oder Gesundheitsakte	5,00 €
2018	Vakuumversiegelung	97,86 €
2019	Erstanlage einer Vakuumversiegelung – als selbstständige Leistung	42,15 €
2020	Wechsel einer Vakuumversiegelung – als selbstständige Leistung	28,85 €

Quelle: www.kbv.de/html/1150_73218.php

ABRECHNUNG UND HONORAR

Radiologen

Zweitmeinung vor planbaren Aortenaneurysma-Operationen

Radiologen dürfen künftig bei einer besonderen Expertise in endovaskulären Verfahren vor planbaren Aortenaneurysma-Operationen als Zweitmeinende tätig werden. Der G-BA hat eine entsprechende Ergänzung der Zweitmeinungs-Richtlinie beschlossen. Bisher war dies auf die Fachgruppen Gefäßchirurgie, Herzchirurgie, Innere Medizin/Angiologie sowie der Inneren Medizin/Kardiologie begrenzt. Radiologen können eine Abrechnungsgenehmigung zur Teilnahme am Zweitmeinungsverfahren beantragen, sobald der Beschluss in Kraft tritt.

Höhere Vergütung für DiGA

Die Vergütung für digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) nach den Ziffern 01471 bis 01478 wurde aufgrund der Anpassung des Orientierungspunktwertes (OPW) zum 1. Januar 2025 angehoben. Diese Anhebung gilt auch für die Bewertung der Pauschale 86700 für vorläufig zugelassene DiGA. Diese steigt von 7,64 € auf 7,93 €.

Laborreform 2025

Die Laborreform zum 01.01.2025 ist die Umsetzung des letzten Teils des Beschlusses des Bewertungsausschusses zur EBM-Reform aus dem Jahr 2012. Wie bei den übrigen EBM-Reformen für die Hausärzte (2012) und die Fachärzte (2020) wurden die Laborleistungen und das Kapitel 12 des EBM kostenneutral umstrukturiert. Dies hat zu folgenden Änderungen geführt:

- Anpassung der Grundpauschalen des Kapitels 12
- Neubewertung der Laborleistungen im Kapitel 32 sowie von Präventionsleistungen aus Kapitel 1.7 und der diagnostischen Pathologie aus Kapitel 19.3
- Einführung neuer Kostenpauschalen für Entnahme-Material, Transport und ein digitales Order-/Entry-System

Für die Laborleistungen veranlassenden Haus- und Fachärzte ändert sich nichts. Die Systematik des Wirtschaftlichkeitsbonus Labor bleibt unverändert.

Fachärzte, die Eigenlaborleistungen aus den Kapiteln 32.2 und 32.3 erbringen, sehen sich z. T. mit Einkommensverlusten konfrontiert. Dazu tragen die Abwertungen von Leistungen des Speziallabors, die Absenkung der Garantiequote Labor von 89 auf 85 Prozent sowie weitere honorarbegrenzende Regelungen in den Honorarverteilungsmaßstäben der KVen bei.



REGIONALE KV-REGELUNGEN

AB 01. JANUAR 2025

Baden-
Württemberg

Abrechnung Hybrid-DRG

Die KV steht als Partner für die Abrechnung von Hybrid-DRG zur Verfügung. Weitere Informationen über die Optionen finden Sie hier:

<https://www.kvbawue.de/kvbw/aktuelles/news-artikel/abrechnung-hybrid-drg-ab-2025>

Honorarverteilung 2025

- Gesamtplus in Höhe von 6,5 % für die MGV
- Fortführung der bisherigen Förderungen in gleicher Höhe
- Zusätzliche Förderung von Besuchen, die im Zusammenhang mit der außerklinischen Intensivpflege erfolgen
- Erhöhung der Wegegebühren und Leistungen der Onkologievereinbarung um jeweils 3,85 %

Quelle: <https://www.kvbawue.de/praxis/aktuelles/nachrichten-zum-praxisalltag/news-artikel/gesamtplus-von-65-prozent-fuer-die-ambulante-versorgung>

Berlin

Anpassung Selektivverträge Hautkrebs-Screening

Die Verträge zum Hautkrebs-Screening mit der TK, der Knappschaft, der Barmer, der IKK Brandenburg und Berlin, der BIG direkt gesund und der HEK wurden zum 01.10.2024 bzw. 01.01.2025 angepasst.

Vertrag	Ziffer neu	anspruchsberechtigte Versicherte	Teilnahmeerklärung	Änderung zum
TK	99400	ab vollendetem 15. Lebensjahr		01.01.2025
Knappschaft	99400		ja	01.10.2024
Barmer	99400			01.10.2024
IKK	99400		ja	01.01.2025
BIG direkt	99400			01.01.2025
HEK		ab vollendetem 15. Lebensjahr		01.01.2025

REGIONALE KV-REGELUNGEN

AB 01. JANUAR 2025

Berlin

Abrechnung Hybrid-DRG

Die KV steht als Partner für die Abrechnung von Hybrid-DRG zur Verfügung. Weitere Informationen über die Optionen finden Sie hier:

<https://www.kvberlin.de/fuer-praxen/alles-fuer-den-praxisalltag/besondere-versorgungsformen/hybrid-drg>

Brandenburg

Aktualisierung DMP Asthma

Bereits zum 01.10.2024 wurde das DMP Asthma aufgrund geänderter DMP-Anforderungen aktualisiert. Neben Vergütungsanpassungen wurde auch das MASA-Programm als Schulung in den Vertrag aufgenommen.

Leistungsanpassungen/-ergänzungen		
Ziffer	Beschreibung	Wert
96630	Qualitätsmanagement in der Asthmaschulung von Kindern und Jugendlichen	29,50 €
96634	ASEV-Asthmaschulung für Eltern von Vorschulkindern, Asthma-Kleinkindschulung	29,50 €
96631	Ambulante Fürther Asthmaschulung (NASA)	30,00 €
96635	Modulares ambulantes Schulungsprogramm (MASA)	30,00 €
96019	Zuschlag mit Abschluss des jeweiligen Schulungsprogramms	10,00 €

Quelle: www.kvbb.de/praxis/aktuelles/news-detail/meldung-vertrag-dmp-asthma-bronchiale

REGIONALE KV-REGELUNGEN

AB 01. JANUAR 2025

Brandenburg

Aktualisierung DMP Brustkrebs

Auch das DMP Brustkrebs ist hinsichtlich der medizinischen Anforderungen und der Vergütung aktualisiert worden. Die Vergütungssteigerung betrifft insbesondere die Gesprächs- und Beratungsleistungen

Leistungsanpassungen/-ergänzungen		
Ziffer	Beschreibung	Wert
96415	Ausführliche symptomorientierte Beratung im Rahmen der Nachsorge	23,00 €
96416	Patientengespräch zur weiterführenden Therapieplanung vor dem therapeutischen Eingriff	31,00 €
96417	Patientengespräch zur weiterführenden Planung der adjuvanten Therapie nach dem therapeutischen Eingriff	31,00 €
96420	Pauschale für die Weitergabe der Befunddaten bei Arztwechsel an den neu gewählten koordinierenden Vertragsarzt	5,60 €

Quelle: www.kvbb.de/praxis/aktuelles/news-detail/meldung-vertrag-dmp-brustkrebs

Hamburg

Kündigung Hepatitis-C-Vertrag mit der AOK Rheinland/Hamburg zum 31.12.2024

Quelle: journal.kvhh.net/12-2024/aok-rheinland-hamburg-kündigt-hepatitis-c-vertrag

Beendigung der Vereinbarung mit der AOK Nordwest zu U10, U11 und J2 zum 31.12.2024

Damit sind ab Januar die Ziffern 99055B, 99055C und 99055D nicht mehr berechnungsfähig. Im Einzelfall können die Versicherten die Leistungen im Wege der Kostenerstattung in Anspruch nehmen.

Quelle: telegramm.kvhh.net/nr-19-18-dezember-2024/aok-nw-vereinbarung-u10-u11-j2-endet-zum-31-12-2024

REGIONALE KV-REGELUNGEN

AB 01. JANUAR 2025

Hamburg

Vertrag DMP Osteoporose

Vertragsstart / Gültigkeit ab	01.11.2024 01.01.2025 – Beginn Einschreibung Patienten
Vertragsinhalt	• indikationsabhängige, systematische Koordination zwischen den an der Behandlung beteiligten Leistungserbringern • Gewährleistung einer nach dem aktuellen Stand der medizinischen Versorgung entsprechende Versorgung von chronisch kranken Versicherten mit Osteoporose
teilnahmeberechtigte Versicherte	• Patientinnen ab dem vollendeten 50. Lebensjahr und • Patienten ab dem vollendeten 60. Lebensjahr • sowie Versicherte mit unbestimmtem oder diversem Geschlecht ab dem vollendeten 50. Lebensjahr • mit gesicherter Diagnose einer medikamentös behandlungsbedürftigen Osteoporose
teilnahmeberechtigte Ärzte	• Hausärzte • Orthopäden
Sonstiges	Abrechnungsgenehmigung erforderlich

REGIONALE KV-REGELUNGEN

AB 01. JANUAR 2025

Hamburg

Vertrag DMP Osteoporose (Fortsetzung)

Leistungen		
Ziffer	Beschreibung	Wert
99560	Einschreibung/Erstdokumentation	25,00 €
99561	Zuschlag zur erstmaligen Einschreibung	5,00 €
99562	Folgedokumentation	15,00 €
99563	Betreuungspauschale koordinierender Arzt	11,00 €
99564	Sturzanamnese inkl. Sturz-Assessment	6,50 €
99565	Mitbehandlungspauschale Facharzt	25,00 €
99566	Patientenprogramm Osteoporose der Orthopädischen Gesellschaft Osteologie	22,50 €
99567	Sachkosten Schulung	12,90 €

Quelle: www.kvhh.net/de/praxis/recht-vertraege/amtliche-bekanntmachungen.html

REGIONALE KV-REGELUNGEN

AB 01. JANUAR 2025

Niedersachsen

Beitritt der Energie-BKK zum Vertrag „Mädchensprechstunde M1“ zum 01.01.2025

Beendigung der Vereinbarung mit der AOK zu U10, U11 und J12 zum 31.12.2024

Damit sind ab Januar die Ziffern 99216, 99217 und 99220 nicht mehr berechnungsfähig.

Erhöhung der Vergütung im Vertrag Pro Niere mit der BARMER

Die Leistungen des Vertrages erhöhen sich jeweils um 5 €.

Leistungsanpassungen/-ergänzungen		
Ziffer	Beschreibung	Wert
99271	Basischeck Hausarzt	25,00 €
99272	Basischeck Facharzt	25,00 €
99273	Nephrologische Erstuntersuchung	63,00 €
99274	Nephrologische Kontrolluntersuchung Stadium 3	58,00 €
99275	Nephrologische Kontrolluntersuchung Stadium 4	58,00 €
99276	Nephrologische Kontrolluntersuchung Stadium 5	58,00 €

Beendigung der Vereinbarungen über ergänzende Hautkrebsvorsorgeuntersuchungen mit TK, BARMER und Knappschaft zum 31.12.2024

Damit sind ab Januar die Ziffern 99210 und 01745K nicht mehr berechnungsfähig.

Quelle: Rundschreiben KVN Dezember 2024



REGIONALE KV-REGELUNGEN

AB 01. JANUAR 2025

Nordrhein

Honorarverteilung 2025

- Die ausgesetzte Fallzahlzuwachsbegrenzung tritt für den **fachärztlichen Bereich** wieder in Kraft. Neben der Steigerung der RLV-Fallzahl in einer Arztgruppe um mehr als 5 % muss auch die durchschnittliche RLV-Fallzahl des einzelnen Arztes um mindestens 5 % angestiegen sein.
- Anpassungen im Bereich Labor aufgrund der EBM-Laborreform
- Überführung von Leistungen in die MGV: Kapselendoskopie (Ziffer 13425, 13426), Balneophototherapie (Ziffer 10350)

Quelle: www.kvno.de/aktuelles/aktuelles-detail/nachricht/hvm-aenderungen-zum-1-quartal-2025

Beendigung des Amblyopie-Vertrags mit der Knappschaft zum 31.12.2024

Quelle: www.kvno.de/aktuelles/aktuelles-detail/nachricht/knappschaft-beendet-amblyopievertrag-zum-31-dezember-2024

Saarland

Anpassungen Hautkrebsvorsorge-Vertrag mit der HEK zum 01.01.2025

Leistungsanpassungen/-ergänzungen		
Ziffer	Beschreibung	Wert
98200	HKS alle zwei Jahre für Versicherte ab 15 Jahren (bisher ab 18 Jahren; 28,00 €)	31,36 €
98205	entfällt	

Quelle: KVS Aktuell 08/2024

REGIONALE KV-REGELUNGEN

AB 01. JANUAR 2025

Schleswig-
Holstein

CheckUp+-Vertrag mit der AOK Nordwest – Neues Modul „Chronischer Schmerz“

Seit Oktober 2024 kann das Modul „Chronischer Schmerz“ genutzt werden. Dieses bietet die Möglichkeit, Patienten mit anhaltenden Schmerzen nach einem hausärztlichen Basisassessment zu beraten und über die individuellen Therapieoptionen aufzuklären.

Insgesamt gibt es sieben Module in diesem Vertrag:

- Demenz
- symptomatische Arthrose des Hüft- und Kniegelenks
- Eisenmangel bei einer Herzinsuffizienz
- respiratorische Insuffizienz bei COPD
- periphere arterielle Verschlusskrankheit (pAVK)
- COPD bei bestehendem Asthma bronchiale

Bis auf das Modul „Arthrose“ gilt der Vertrag analog für Versicherte der KKH.

Quelle: www.kvsh.de/checkup

Kündigung Tonsillotomievertrag mit der Bahn BKK zum 31.12.2024

Kündigung KISS-Vertrag „Infektionsscreening in der Schwangerschaft“ mit der BIG direkt gesund

Die Leistung nach der Ziffer 81103 kann ab Januar nicht mehr berechnet werden. Zum Ausgleich tritt die BIG direkt gesund dem Vertrag „Hallo Baby“ zum 01. Januar 2025 bei.

Quelle: nordlicht.kvsh.de/article/222a4b13-63f5-4686-a20c-4cf08850f95c

REGIONALE KV-REGELUNGEN

AB 01. JANUAR 2025

Thüringen

Anpassungen DMP-Brustkrebs

Im DMP-Brustkrebs wurden zum 01.10.2024 die Vergütungen erhöht und neue Abrechnungsleistungen aufgenommen. Die Einschreibepauschale wird dabei künftig in zwei Leistungen aufgegliedert.

Leistungsanpassungen/-ergänzungen		
Ziffer	Beschreibung	Wert
99600A	DMP-Beratungs- und Einschreibepauschale	15,00 €
99600B	Intensivberatung bei Diagnosestellung	10,00 €
99601	DMP-Intensivberatung I – vor der stationären Aufnahme	32,50 €
99602	DMP-Intensivberatung II – nach der stationären Aufnahme	32,50 €
99603	DMP-Begleitberatung I ohne Folgedokumentation	15,00 €
99604	DMP-Begleitberatung II einschließlich Folgedokumentation	17,50 €

Quelle: www.kvwl.de/mitglieder/rechtsquellen-vertraege/dmp-brustkrebs

REGIONALE KV-REGELUNGEN

AB 01. JANUAR 2025

Westfalen-
Lippe

DMP-Brustkrebs

Im DMP-Brustkrebs wurden die Vergütungen zum 01.10.2024 erhöht.

Leistungsanpassungen/-ergänzungen		
Ziffer	Beschreibung	Wert
90221	Einschreibung	25,00 €
90222	Gespräch nach histologischer Sicherung der Diagnose vor stationärem Aufenthalt	35,00 €
90223	Gespräch nach stationärer Behandlung	35,00 €
90224	Begleitgespräch ohne Folgedokumentation	17,50 €
90225	Begleitgespräch einschließlich Folgedokumentation (ab Januar 2025)	22,50 €

Quelle: www.kvwl.de/mitglieder/rechtsquellen-vertraege/dmp-brustkrebs



REGIONALE HZV-REGELUNGEN

AB 01. JANUAR 2025

Für die bessere Lesbarkeit im Bereich der HzV-Anpassungen verwenden wir folgende Icons:


 neue Leistungen


 Erhöhung der Vergütung


 entfallene Einzelleistungen

Hessen

Vertrag spectrumK

Anpassung der Präventionsleistungen analog des neuen EBM Orientierungspunktwertes ab dem 01.01.2025.

Leistung		Alt	Neu
	01731 (Krebsfrüherkennung Mann)	17,18 €	17,85 €
	01732 (Gesundheitsuntersuchung)	38,90 €	40,40 €
	01740 (Beratung kolorektales Karzinom)	13,84 €	14,38 €
	01745 (HKS)	30,19 €	31,36 €
	01746 (Zuschlag HKS zur 01732)	24,94 €	25,90 €
	01707 (Neugeborenen-Screening)	21,95 €	22,80 €
	01711-01719 (U1-U9)	47,97 €	49,82 €
	01720 (J1)	42,48 €	44,12 €
	01723 (U7a)	47,97 €	49,82 €

REGIONALE HZV-REGELUNGEN

AB 01. JANUAR 2025

Nordrhein

Vertrag spectrumK

Anpassung der Präventionsleistungen analog des neuen EBM Orientierungspunktwertes ab dem 01.01.2025.

Leistung		Alt	Neu
	01731 (Krebsfrüherkennung Mann)	17,18 €	17,85 €
	01732 (Gesundheitsuntersuchung)	38,90 €	40,40 €
	01740 (Beratung kolorektales Karzinom)	13,84 €	14,38 €
	01745 (HKS)	30,19 €	31,36 €
	01746 (Zuschlag HKS zur 01732)	24,94 €	25,90 €
	01707 (Neugeborenen-Screening)	21,95 €	22,80 €
	01711-01719 (U1-U9)	47,97 €	49,82 €
	01720 (J1)	42,48 €	44,12 €
	01723 (U7a)	47,97 €	49,82 €

REGIONALE HZV-REGELUNGEN

AB 01. JANUAR 2025

Westfalen-
Lippe

Vertrag AOK

Anpassung der Präventionsleistungen analog des neuen EBM Orientierungspunktwertes ab dem 01.01.2025.

Leistung		Alt	Neu
	01731 (Krebsfrüherkennung Mann)	17,18 €	17,85 €
	01732 (Gesundheitsuntersuchung)	38,90 €	40,40 €
	01745 (HKS)	30,19 €	31,36 €
	01746 (Zuschlag HKS zur 01732)	24,94 €	25,90 €

Westfalen-
Lippe

Vertrag spectrumK

Anpassung der Präventionsleistungen analog des neuen EBM Orientierungspunktwertes ab dem 01.01.2025.

Leistung		Alt	Neu
	01731 (Krebsfrüherkennung Mann)	17,18 €	17,85 €
	01732 (Gesundheitsuntersuchung)	38,90 €	40,40 €
	01740 (Beratung kolorektales Karzinom)	13,84 €	14,38 €
	01745 (HKS)	30,19 €	31,36 €
	01746 (Zuschlag HKS zur 01732)	24,94 €	25,90 €
	01707 (Neugeborenen-Screening)	21,95 €	22,80 €
	01711-01719 (U1-U9)	47,97 €	49,82 €
	01720 (J1)	42,48 €	44,12 €
	01723 (U7a)	47,97 €	49,82 €



ABRECHNUNGSTIPPS FÜR DIE PRIVATABRECHNUNG

An dieser Stelle geben wir Ihnen gern wieder zwei Abrechnungstipps für die Privatabrechnung von unserem Kooperationspartner, der

PVS Südwest | C8,9 | 68159 Mannheim | Telefon 06 21 · 16 4-0 | E-Mail info@pvs-suedwest.de

PVS-TIPP 1

Erstattung von Sofortdiagnostik

Die privaten Krankenversicherungen fördern den Einsatz von patientennaher Sofortdiagnostik (Point-of-Care-Diagnostik) in den Praxen. Das bedeutet, dass den Versicherten die Kosten für die Nutzung von Schnelltests verschiedener Hersteller erstattet werden.

Darunter fallen Testsysteme für Schnelltests auf SARS-CoV2-Infektionen, Influenza A&B, das RS-Virus sowie sexuell übertragbare Krankheiten sowie Atemwegserkrankungen und molekulardiagnostische Tests der folgenden Hersteller:

- „Vivalytic“ von Bosch Healthcare Solutions
- nal von minden
- „ID NOW“ von Abbott
- „GeneXpert“ von Cepheid

Vergessen Sie daher nicht, die Kosten für diese Tests auf der Rechnung des Patienten zu vermerken.

Quelle: www.pkv.de/verband/presse/pressemitteilungen/pkv-foerdert-schnellere-infektions-diagnostik-in-der-arztpraxis/

ABRECHNUNGSTIPPS FÜR DIE PRIVATABRECHNUNG

PVS-TIPP 2

GOÄ-Ziffer 5: Symptombezogene Untersuchung – Informationen zur Abrechnung

Die GOÄ-Ziffer 5 ist eine der häufigsten abgerechneten Ziffern im Praxisalltag. Sie ist bei **symptombezogenen Untersuchungen** von unterschiedlichen *einzelnen* Organsystemen anzuwenden und greift somit auch bei Erkrankungen, deren aktueller Zustand mit sogenannten einfachen Hilfsmitteln bewertet werden kann. Gerade deshalb führt die Abrechnung der GOÄ-Ziffer 5 aber auch immer wieder zu Fragen und Problemen, die wir in diesem Beitrag klären. Dabei informieren wir Sie nicht nur über die grundlegenden Abrechnungsmodalitäten der Ziffer, sondern klären des Weiteren, welche Zuschläge zusätzlich abgerechnet werden können, wann eine Mehrfachabrechnung der Ziffer möglich ist und welche Ausschlüsse gelten.

Grundlegende Informationen zur Abrechnung

Die GOÄ-Ziffer 5 bezeichnet laut Gebührenordnung die Leistungserbringung einer „symptombezogenen Untersuchung“. Die Grundbezeichnung selbst enthält keine weiteren ausführenden Informationen darüber, was unter diesem Begriff zu verstehen ist – doch gibt es gerade deshalb einiges zu beachten.

Wann darf die GOÄ-Ziffer 5 abgerechnet werden?

Für Ihre alltägliche Abrechnungspraxis ist bei einer Bewertung der Modalitäten natürlich genauer zu bestimmen, was überhaupt unter eine „symptombezogene Untersuchung“ im Sinne der GOÄ-Ziffer 5 fällt.

Zunächst erst einmal die allgemeine Definition: Symptombezogene Untersuchungen im Sinne der GOÄ-Ziffer 5 sind alle vom Arzt durchgeführten körperlichen Untersuchungen mit einfachen Hilfsmitteln (Stethoskop, Reflexhammer, Bandmaß). Allgemeine Untersuchungsmethoden, die somit über die GOÄ-Ziffer 5 abgerechnet werden können, sind jegliche Arten von Inspektion, Palpation, Perkussion oder Reflexprüfung einzelner Organe oder Körperregionen. Darunter fallen konkret die Inspektion eines Insektenstichs oder auch das Abklopfen der Lunge.

Als Arzt sollten Sie allerdings immer beachten, dass eine von Ihnen durchgeführte Messung der Körperzustände nicht automatisch auch den Leistungsumfang der GOÄ-Ziffer 5 erfüllt. Erst darüber klar hinausgehende Untersuchungen, wie die zuvor erwähnten Beispiele, entsprechen den Voraussetzungen. Dabei kann aber eine Messung der Körperzustände mit der GOÄ-Ziffer 2 abgerechnet werden, sofern diese durch eine Arzthelferin/einen Arzthelfer erbracht wurde und kein direkter Arzt-Patienten-Kontakt stattgefunden hat. Weiterhin gelten Ausschlusskriterien zu anderen Ziffern, über die Untersuchungen spezieller Organsysteme abgerechnet werden, insbesondere die GOÄ-Ziffern 6, 7 und 8.

ABRECHNUNGSTIPPS FÜR DIE PRIVATABRECHNUNG

Welche Zuschläge können abgerechnet werden?

Bei der Abrechnung der GOÄ-Ziffer 5 dürfen Sie zusätzlich die Zuschläge A bis D sowie den Zuschlag K1 abrechnen, alle mit dem 1,0-fachen Satz. Dies sind im Detail die folgenden Zuschläge – beachten Sie allerdings immer ihre jeweiligen Ausschlusskriterien:

- **Zuschlag A:** Leistungen, die außerhalb der Sprechstunde erbracht wurden (nicht neben den Zuschlägen B, C und D anzusetzen)
- **Zuschlag B:** Leistungen, die zwischen 20 und 22 Uhr oder 6 und 8 Uhr außerhalb der Sprechstunde erbracht wurden.
- **Zuschlag C:** Leistungen, die zwischen 22 und 6 Uhr erbracht wurden (nicht neben dem Zuschlag B anzusetzen).
- **Zuschlag D:** Leistungen, die an Samstagen, Sonn- oder Feiertagen erbracht wurden
- **Zuschlag K1:** gilt bei Kindern bis zum vollendeten vierten Lebensjahr zusätzlich zu Untersuchungen nach den GOÄ-Ziffern 5, 6, 7 oder 8

Wann ist eine Mehrfachabrechnung der GOÄ-Ziffer 5 möglich?

Sie können die GOÄ-Ziffer 5 mehrmals am Tag abrechnen, wenn Sie mehrere Untersuchungen für den vorliegenden Krankheitsfall für medizinisch notwendig halten. Allerdings muss dann auch ein Protokoll über die Uhrzeiten der jeweiligen Untersuchungen unter Angabe einer Begründung geführt werden. Sie sollten die Uhrzeit auch auf der Rechnung jeweils angeben.

Informationen und Tipps zum Steigerungssatz der GOÄ-Ziffer 5

Des Weiteren ist noch zu klären, ob und wie die GOÄ-Ziffer 5 bei der Abrechnung gesteigert werden kann. Es gilt grundsätzlich: Die GOÄ-Ziffer 5 kann mit einer entsprechenden Begründung bis zum Höchstsatz (3,5-fach) gesteigert werden. Die Begründung muss dafür nachvollziehbar erläutern, dass ein erheblicher Mehraufwand bei der Untersuchung entstanden ist. Das können besondere Umstände bei der Leistungserbringung, ein erhöhter Zeitaufwand sein oder in der differenzierten Erkrankung selbst begründet sein.

Die Sätze der GOÄ-Ziffer 5 für die Steigerung lauten wie folgt:

1,0 = 4,66 €

1,8 = 10,72 €

2,5 = 16,32 €

ABRECHNUNGSTIPPS FÜR DIE PRIVATABRECHNUNG

Wichtige Fragen zur GOÄ-Ziffer 5 im Überblick

Kann die GOÄ-Ziffer 5 mehrfach pro Tag abgerechnet werden?

Ja, allerdings mit Einschränkungen. Sie können die Ziffer mehr als einmal am Tag abrechnen, wenn Sie es patientenbezogen für notwendig halten. Führen Sie dann ein Protokoll über die Uhrzeiten der jeweiligen Untersuchungen unter Angabe einer Begründung und geben Sie die Uhrzeiten auf der Rechnung an.

Kann die GOÄ-Ziffer 5 für mehrere Untersuchungen von Erkrankungen an unterschiedlichen Organsystemen angewendet werden?

Voneinander unabhängige Erkrankungen dürfen nicht über mehrfache Abrechnung der GOÄ-Ziffer 5 abgegolten werden. Prüfen Sie in solchen Fällen, ob die GOÄ-Ziffern 6 oder 7, je nach untersuchter Region, abgerechnet werden können. Auch eine Bewertung des Ganzkörperstatus nach GOÄ-Ziffer 8 könnte vorliegen. Falls dem nicht so ist, empfiehlt es sich, statt einer mehrfachen Abrechnung die GOÄ-Ziffer 5 mit einer Begründung des Mehraufwands einmalig bis zum 3,5-fachen Satz zu steigern.

Ist eine Blutdruckmessung über die Ziffer GOÄ-Ziffer 5 abzurechnen?

Nein. Sobald neben dem Abhören (Auskultation) und dem Abklopfen (Perkussion) von Herz und Lunge eine Blutdruckmessung Teil der Untersuchung wird, greift die GOÄ-Ziffer 7, die sich wie die Ziffern 5, 6 und 8 auf körperliche Untersuchungen bezieht. Das Blutdruck-Messgerät fällt nicht unter die „einfachen Hilfsmittel“, die zu einer symptombezogenen Untersuchung nach GOÄ-Ziffer 5 genutzt werden können. Sie muss deshalb wiederum auch zwingend durchgeführt werden, wenn bei einer Untersuchung des Herz-Lungen-Trakts die GOÄ-Ziffer 7 abgerechnet werden soll.

Kann ich die GOÄ-Ziffern 1 und 5 gemeinsam abrechnen?

Ja. Zwar dürfen beide Ziffern pro Behandlungsfall nur einmal neben den Ziffern 200 ff abgerechnet werden, jedoch bedeutet dies nicht, dass man sie nicht gemeinsam im Rahmen eines Behandlungsfalls mehrfach abrechnen darf, soweit nicht Leistungen nach den Ziffern 200 ff erbracht werden.

Oder haben Sie eine spezielle Abrechnungsfrage?

Liegt Ihnen eine Versicherungsmonierung vor? Schildern Sie uns Ihr Anliegen. Unsere GOÄ-ExpertInnen beantworten exklusiv für AAC Kunden kostenlos Ihre Anfrage.

Bei Fragen wenden Sie sich bitte gerne an Ihre regionale PVS.
Die Privatärztlichen Verrechnungsstellen



AAC AG

PRAXISBERATUNG



AAC PRAXISBERATUNG AG Am Treptower Park 75 12435 Berlin

Telefon 030 · 22 44 523 0 Fax 030 · 22 44 523 33 E-Mail info@aac-ag.de

AAC-AG.DE

