

31. März 2025

2. Quartal 2025 – Änderungen auf einen Blick

Für das 2. Quartal 2025 ergeben sich nachfolgende Änderungen:

1. Änderung der Satzung der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt

Die Satzung der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt wurde durch Beschluss vom 27. November 2024 geändert. Die Änderungen beziehen sich allein auf die Anlage „Bereitschaftsdienstbereiche“ und sind von der Aufsicht mit dem 17. März 2025 genehmigt worden.

Die Anlage ist neu gefasst worden und hat dabei zwei Änderungen erfahren. Zunächst wurden wegen der besseren Lesbarkeit die nicht mehr relevanten, nur bis 2019 geltenden, Bereitschaftsdienststrukturen nicht mehr aufgeführt. Weiterhin sind die Dienstgebiete Eisleben und Hettstedt mit Wirkung ab 1. April 2025 zusammengelegt worden. Letzteres ist in den bekannten Dienstplänen der beteiligten Vertragsärzte bereits berücksichtigt worden und bedarf keiner weiteren Maßnahme seitens der betroffenen Vertragsärzte.

Die geänderte Anlage finden Sie auf der Homepage der KVSA gem. § 16 Abs. 1 Satz 2 der Satzung im Pfad www.kvsa.de >> Über uns >> Recht >> Satzung 2022.

2. Nationale Demenzstrategie

Aufgrund der im Juli 2020 durch die Bundesregierung beschlossenen Nationalen Demenzstrategie (NDS) wird der EBM zum 01.04.2025 angepasst.

Neu in den Abschnitt 1.4 EBM aufgenommen wird die GOP 01443, welche für eine Videofallkonferenz zwischen einem Vertragsarzt, der einen Patienten mitbehandelt, und den an der Versorgung des Patienten in der Häuslichkeit oder einer Pflegeeinrichtung oder einer beschützenden Einrichtung beteiligten Pflegefachkräften bzw. Pflegekräften bis zu dreimal im Krankheitsfall abgerechnet werden kann. Es muss innerhalb der letzten drei Quartale unter Einschluss des aktuellen Quartals ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt in derselben Arztpraxis stattgefunden haben.

Die GOP 01443 wurde in die Leistungslegende der GOP 01450 für die Förderung der Videosprechstunde aufgenommen. Voraussetzung ist somit der Nachweis der Genehmigung für die Videosprechstunde.

3. Neue Feldkennung 4112 elektronische Ersatzbescheinigung

Durch das Digital-Gesetz gibt es seit Oktober 2024 eine neue Regelung im Bundesmantelvertrag, wodurch **spätestens bis zum 1. Juli 2025** eine Möglichkeit zur Nutzung von elektronischen Ersatzbescheinigungen in den Arztpraxen sowie durch die Krankenkassen, ermöglicht werden muss. Vorher kann die Nutzung auf freiwilliger Basis erfolgen.

Ablauf:

- Beim ersten Arzt-Patienten-Kontakt liegt keine eGK vor.
- Patienten haben künftig die Möglichkeit, ihren Versichertenstatus über eine elektronische Ersatzbescheinigung nachzuweisen.

Varianten:

- Patient hat die Möglichkeit, über eine von der Krankenkasse angebotene App den Nachweis anzufordern, welche zur Inanspruchnahme von vertragsärztlichen Leistungen berechtigt
 - Arztpraxis muss dem Versicherten ihre KIM-Adresse zur Verfügung stellen, zum Beispiel mittels QR-Code – Patient kann über die App scannen und der entsprechende Nachweis wird der Arztpraxis direkt übermittelt
- Freiwillige Alternative für die Arztpraxis: im Auftrag des Patienten die elektronische Ersatzbescheinigung über das PVS anzufordern, wenn das PVS diese Funktion anbietet.

Abrechnung:

- Wenn keine eGK vorliegt, Sie jedoch eine elektronische Ersatzbescheinigung haben, geben Sie dies in Ihrem PVS in der Feldkennung 4112 (eEB vorhanden) zur Abrechnung unbedingt an.

Ersatzbescheinigungen bewahren Sie bitte in der Arztpraxis mindestens 3 Jahre auf.

4. Anpassungen zur Darmkrebsvorsorge

Ab dem 1. April 2025 können Frauen künftig, ebenso wie Männer, ab dem Alter von 50 Jahren eine Früherkennungskoloskopie oder alternativ alle zwei Jahre den immunologischen Test auf okkultes Blut im Stuhl (iFOBT) in Anspruch nehmen.

Der entsprechende Beschluss wurde am 21.03.25 veröffentlicht und tritt am 01.04.2025 in Kraft.

Somit wurde für Frauen das Anspruchsalter der Früherkennungskoloskopie auf 50 Jahre herabgesenkt und das Intervall des Stuhltests wurde auf 2 Jahre angepasst. Vorher konnten Frauen und Männer zwischen 50 und 54 Jahren den Stuhltest jährlich in Anspruch nehmen und danach alle 2 Jahre.

Die Beratung zur Früherkennung des kolorektalen Karzinoms nach GOP 01740 bleibt unverändert und ist sowohl für Frauen und Männer ab 50 Jahren **einmalig** berechnungsfähig.

5. Stichtagsregelung Muster 52

Bitte denken Sie daran, dass ab dem 1. April 2025 die neue Version des Muster 52 (Bericht für die Krankenkasse bei Fortbestehen der Arbeitsunfähigkeit) gilt und somit die alten Formulare ab dem 01.04.2025 nicht mehr verwendet werden dürfen und vernichtet werden müssen.

Ausführliche Informationen finden Sie in der PRO 3/2025 sowie auf unserer Homepage unter: www.kvsa.de > Praxis > Abrechnung/Honorar > Wichtige Abrechnungsinformationen > Aktuelle Informationen rund um die Formularbestellung

6. Anpassung Kostenpauschale 40128

Mit Beschluss vom 19.09.2024 hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) die Krankentransport-Richtlinie (KT-RL) angepasst und eine Regelung geschaffen, wonach eine Krankentransportbeförderung auch per Videosprechstunde oder nach telefonischem Kontakt verordnet werden kann.

Die Abrechnung der Kosten für den postalischen Versand der ärztlichen Verordnung für eine Krankenförderung (Muster 4) an den Patienten bzw. die Bezugsperson erfolgt über die Kostenpauschale 40128, welche zum 01.04.2025 entsprechend erweitert wird.

7. Anpassung der Vorgaben zur Videosprechstunde

Der Bewertungsausschuss hat beschlossen, die Regularien zur Videosprechstunde schrittweise anzupassen.

Somit fällt rückwirkend zum 01.01.2025 die Leistungsbegrenzung komplett weg.

Die Begrenzung der Behandlungsfälle wird zum 01.04.2025 angepasst.

- **Bekannte Patienten:** Für Patienten, die der Praxis bekannt sind (es hat in mindestens einem der drei Vorquartale ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt stattgefunden) wird die Begrenzung von 30 auf 50 Prozent aller Behandlungsfälle einer Praxis angehoben.
- **Unbekannte Patienten:** Für Patienten, die der Praxis nicht bekannt sind (es hat in einem der drei Vorquartale kein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt stattgefunden oder die Person war noch nie in der Praxis), bleibt die Obergrenze zwar bei 30 Prozent, jedoch ändert sich die Anteilsberechnung. Zukünftig wird der Anteil der Behandlungsfälle mit unbekanntem Patienten im Videokontakt bezogen auf die Behandlungsfälle mit unbekanntem Patienten im persönlichen und Videokontakt berechnet und nicht mehr bezogen auf alle Behandlungsfälle einer Praxis.

Für beide Patientengruppen wird die Regelung nicht mehr personenbezogen je Vertragsarzt angewendet, sondern bezogen auf die Praxis (Betriebsstättennummer).

Für die strukturierte Versorgung von bekannten Patienten per Video wird ab dem 1. April 2025 ein Zuschlag nach der GOP 01452 in den Abschnitt 1.4 EBM aufgenommen. Er ist mit 30 Punkten (3,72 €) bewertet und wird für das Vorhalten einer strukturierten Anschlussversorgung gemäß §10 der Anlage 31c zum BMV-Ä gewährt.

Die KVSA setzt den Zuschlag einmal je Behandlungsfall zu, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind:

- Fall mit einem bekannten Patienten
- mindestens ein Arzt-Patienten-Kontakt in Videosprechstunde
- kein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt im aktuellen Quartal.

Die Vergütung des Zuschlags erfolgt innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV).

Ebenfalls ab 01.04.2025 können Nuklearmediziner ebenfalls Videosprechstunden durchführen und in diesem Zusammenhang die GOP 01450 sowie 01444 abrechnen.

Bei einem Behandlungsfall ausschließlich in Videosprechstunde erfolgt ein Abschlag von 20 Prozent auf die Konsiliarpauschale nach GOP 17210.

Die GOP 03008/04008 für die Hausarztvermittlung können ab 01.04.2025 in Videosprechstunde abgerechnet werden.

8. Sachkosten für Vakuumversiegelungstherapie

Der Bewertungsausschuss hat beschlossen, die Bewertung der Kostenpauschalen für Sachkosten bei der Vakuumversiegelungstherapie (GOP 02314) zum 1. April 2025 anzupassen.

GOP	Bewertung in Euro	
	bisher	neu ab 01.04.25
40901 (Wundfläche bis einschl. 20 cm ²)	65,49 €	91,14 €
40902 (Wundfläche größer als 20 cm ²)	71,39 €	94,27 €

9. Vergütung Psychotherapie

Gemäß § 87 Abs. 2c Satz 8 SGB V haben die Bewertungen für psychotherapeutische Leistungen eine angemessene Höhe der Vergütung je Zeiteinheit zu gewährleisten. Nach Überprüfung beschließt der Erweiterte Bewertungsausschuss für den Zeitraum ab dem 1. April 2025 wie folgt:

Die Bewertung der GOP 30932, 30933, 35151, 35152, 35173 bis 35179 sowie der Abschnitte 35.2.1, 35.2.2 und 35.2.3.2 EBM bleiben unverändert.

Es erfolgt eine Änderung der Bewertung der GOP 35571, 35572 und 35573 EBM:

GOP	Bewertung in Punkten/Euro	
	bisher	neu ab 01.04.25
35571 (Zuschlag Einzeltherapie)	186 / 23,05 €	159 / 19,71 €
35572 (Zuschlag Gruppentherapie)	77 / 9,54 €	66 / 8,18 €
35573 (Zuschlag Sprechstunde/Akutbehandlung)	95 / 11,77 €	81 / 10,04 €

10. Digitale Gesundheitsanwendungen

Zum 1. April 2025 wird die DiGA „elona therapy Depression“ zur Behandlung von Patienten in ambulanter Psychotherapie mit Depression, Angst-/Panikstörungen und Hypochondrische Störungen in den Abschnitt 1.4 EBM aufgenommen.

Die neue GOP 01479 beinhaltet die Verlaufskontrolle und Auswertung der DiGA.

Außerdem wird die DiGA „companion shoulder“ in die Leistung der GOP 86700 aufgenommen.

11. Ambulante Komplexversorgung schwer psychisch kranker Kinder und Jugendlicher (KJ-KSVPsych-RL) – Aufnahme Abschnitt 37.6 EBM

Die Vergütung von Leistungen für die ambulante Komplexversorgung schwer psychisch kranker Kinder und Jugendlicher ab dem 1. April 2025 steht fest. Hierzu wird ein neuer Abschnitt 37.6 in den EBM aufgenommen.

Somit kann nach der ambulanten Komplexversorgung für Erwachsene mit insbesondere schweren psychischen Erkrankungen nun auch das Programm für Kinder und Jugendliche starten. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat die Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Kinder und Jugendliche mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf (KJ-KSVPsych-RL) im März 2024 beschlossen, am 9. Juli 2024 ist sie in Kraft getreten.

Es werden elf neue GOP in einem neuen Abschnitt 37.6 EBM aufgenommen, die (mit Ausnahme der GOP 37650) ausschließlich Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten abrechnen können, die nach der KJ-KSVPsych-RL zur Teilnahme an der Komplexversorgung berechtigt sind (Erklärung der Teilnahme gegenüber der KVSA notwendig):

Die neuen Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 37.6 EBM sind:

37600 (29,25 €)	Eingangssprechstunde je vollendete 15 Min., max. 6-mal im KHF
37610 (28,63 €)	Differentialdiagnostische Abklärung je vollendete 15 Min., max. 6-mal im KHF
37620 (55,52 €*)	Erstellen eines Gesamtbehandlungsplans 1-mal im KHF
* 77,71 €	bei einem Team mit mind. fünf Teilnehmern
37625 (55,77 €**)	Zusatzpauschale für Leistungen des Bezugsarztes oder Bezugspsychotherapeuten 1-mal im KHF
** 78,08 €	bei einem Team mit mind. fünf Teilnehmern
37626 (28,75 €)	Zuschlag zur GOP 37625 für Leistungen im Rahmen der Transition 1-mal, mit medizinischer Begründung 2-mal im KHF
37630 (71,51 €***)	Koordination der Versorgung durch eine nichtärztliche Person 1-mal im BHF
*** 100,14 €	bei einem Team mit mind. fünf Teilnehmern
37635 (20,57 €)	Aufsuchen eines Patienten im häuslichen Umfeld durch eine nichtärztliche Person je Sitzung, max. 5-mal im BHF
37650 (15,86 €)	Fallbesprechung je vollendete 10 Minuten, max. 8-mal im BHF
37651 (15,86 €)	Zuschlag zur GOP 37650 bei einer Teilnahme eines oder mehrerer nichtärztlicher oder nichtpsychotherapeutischer Teilnehmer je vollendete 10 Minuten, max. 8-mal im BHF
37655 (15,86 €)	SGB-übergreifende Hilfekonferenz je vollendete 10 Minuten, max. 8-mal im KHF
37656 (15,86 €)	Zuschlag zur GOP 37655 bei einer Teilnahme eines oder mehrerer nichtärztlicher oder nichtpsychotherapeutischer Teilnehmer je vollendete 10 Minuten, max. 8-mal im KHF

Die Vergütung der Leistungen des Abschnitts 37.6 EBM erfolgen zunächst extrabudgetär.

Im Zusammenhang mit den Leistungen des neuen Abschnitts 37.6 ist die GOP 22220 bzw. 23220 höchstens 25-mal im Behandlungsfall, davon bis zu 5-mal auch mit relevanten Bezugspersonen ohne Anwesenheit des Patienten, berechnungsfähig. Die 16. bis 25. GOP 22220 bzw. 23220 wird zunächst extrabudgetär vergütet.

12. Genehmigung Psychotherapie bei Kassenwechsel

Wir möchten darauf hinweisen, dass mehrere Krankenkassen dazu neigen, Berichtigungsanträge zu psychotherapeutischen Leistungen bei Kassenwechsel zu stellen, wenn trotz Genehmigung einer Psychotherapie durch die bisherige Krankenkasse gegenüber der neuen Krankenkasse keine erneute Antragstellung erfolgt.

Um diese Berichtigungsanträge zu vermeiden, unterstützen Sie Ihre Patienten vor Fortsetzung der Therapie bei erfolgtem Kassenwechsel. Seitens der KVSA werden die Berichtigungsanträge der Krankenkassen zwar abgelehnt, aber entsprechende Widersprüche bzw. Klagen gegen die Ablehnung sind nicht ausgeschlossen.

13. Zweitmeinungsverfahren

▪ Eingriffe an der Wirbelsäule

Der ergänzte Bewertungsausschuss hat die Abrechnungsbestimmung für die Aufklärung und Beratung im Zusammenhang mit dem ärztlichen Zweitmeinungsverfahren für Eingriffe an der Wirbelsäule in den Allgemeinen Bestimmungen unter 4.3.9.1 angepasst. Somit kann ab 1. April 2025 die GOP 01645 für Eingriffe an der Wirbelsäule je Abschnitt der Wirbelsäule und je Indikationsstellung berechnet werden. Die Indikation ist über den ICD-10-Kode anzugeben, um die Eingriffe voneinander abgrenzen zu können.

▪ Eingriffe bei lokal begrenztem und nicht metastasiertem Prostatakarzinom

Ebenfalls zum 1. April 2025 neu aufgenommen in die Abschnitte 25.1 (Strahlentherapie) und 26.1 (Urologie) EBM wird das Zweitmeinungsverfahren für Eingriffe bei lokal begrenztem und nicht metastasiertem Prostatakarzinom.

Die Leistung kann ab dem 01.04.2025 für den Erstmeiner über die GOP 01645L abgerechnet werden und der Zweitmeiner kennzeichnet die Leistungen im Rahmen der Zweitmeinung mit der 88200L.

Der Zweitmeiner benötigt eine entsprechende Genehmigung durch die KVSA.

▪ Kathetergestützte elektrophysiologische Herzuntersuchungen und Ablationen am Herzen

Das Zweitmeinungsverfahren „kathetergestützte elektrophysiologische Herzuntersuchungen (GOP 01645G, Kennung 88200G) wird ab dem Quartal 2/2025 in die MGV überführt. Damit werden die in diesem Rahmen erbrachten Leistungen innerhalb des RLV vergütet.

Alle Zweitmeinungsverfahren sowie Informationen zur Zweitmeinung finden Sie auf unserer Homepage unter:

www.kvsa.de >> Praxis >> Abrechnung/Honorar >> Wichtige Abrechnungsinformationen >> Zweitmeinung

14. Impfungen bei Polizei und Feuerwehr

Bitte beachten Sie, dass Impfungen bei Beamten der Polizei und der Berufsfeuerwehr in aller Regel vom Polizeiärztlichen Dienst durchgeführt werden. Sollte es dem Polizeiärztlichen Dienst nicht möglich sein eine Impfung durchzuführen, so wird dem Patienten eine Überweisung zur Durchführung von Impfleistungen durch den Polizeiärztlichen Dienst ausgestellt. Diese Regelung bezieht sich auf jegliche Impfleistungen.

Impfleistungen ohne entsprechende Überweisung müssen sachlich-rechnerisch berichtigt werden.

15. Meldepflicht bei Infektionen: RKI schaltet DEMIS-Portal für Praxen frei

Ärzte sind nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG) verpflichtet, meldepflichtige Krankheiten innerhalb von 24 Stunden den Gesundheitsämtern mitzuteilen. Darin eingeschlossen sind auch Verdachts- und Todesfälle. Die Meldung muss elektronisch erfolgen.

Dafür hat das Robert Koch-Institut (RKI) sein Portal DEMIS (Deutsches elektronisches Melde- und Informationssystem für den Infektionsschutz) jetzt auch für Arztpraxen freigeschaltet, es kann ab sofort genutzt werden, wie das Institut mitteilt. Laut RKI seien alle Gesundheitsämter angeschlossen. Das Portal würde auch durch zahlreiche Labore zur Meldung von nachgewiesenen Krankheitserregern genutzt.

Das RKI hat speziell für Praxen ein Infopaket für die Nutzung des Systems zusammengestellt. Darin enthalten sind Informationen zur gesetzlichen Meldepflicht, zur Anmeldung im DEMIS-Meldeportal, zum korrekten Absetzen einer Meldung und zu Kontaktmöglichkeiten bei Fragen.

Das Meldeportal steht in der Telematikinfrastruktur sowie im Internet zur Verfügung. Zur Anmeldung am Meldeportal können der gematik Authenticator in Verbindung mit der SMC-B oder die BundID genutzt werden.

Die Meldung kann alternativ direkt über die Praxissoftware durchgeführt werden. Voraussetzung dafür ist die Umsetzung der DEMIS-Schnittstelle durch den Softwarehersteller.

Das Meldeportal sowie alle Informationen des RKI können unter www.kvsa.de/praxis/organisation/demis-portal.html aufgerufen werden.

16. COVID-19-Impfstoff Nuvaxovid JN.1 nur 30. April 2025 haltbar

Der an die Variante JN.1 angepasste, proteinbasierte Impfstoff COVID-19-Impfstoff Nuvaxovid des Herstellers Novavax wird am 30. April 2025 das Ende seiner Haltbarkeitsdauer erreichen.

Das Zentrum für Pandemie-Impfstoffe und -Therapeutika (ZEPAI) teilte mit, dass eine Verwendung der verfügbaren Chargen dieses Impfstoffs über den 30. April 2025 hinaus nicht möglich sei und dieser Impfstoff ab dem 1. Mai 2025 in Deutschland nicht mehr zur Verfügung stehe.

Sofern verfügbare Chargen dieses Impfstoffs über den 30. April 2025 hinaus noch in Arztpraxen lagern, müssen diese fachgerecht entsorgt werden.

Aktuelle Informationen zu Impfungen gegen COVID-19 können auch über die Homepage der KVSA unter www.kvsa.de >> Praxis >> Verordnungsmanagement >> Impfen abgerufen werden.

Für Rückfragen stehen Ihnen folgende Mitarbeiter/innen zur Verfügung:

Abrechnung:

- Servicenummer Tel. 0391/627-8000 abrechnung@kvsa.de

Verordnungsmanagement:

- Heike Drückler Tel. 0391/627-7438 verordnung@kvsa.de
- Laura Bieneck Tel. 0391/627-6437
- Susanne Wroza Tel. 0391/627-7437

Ihre Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt.