

AUF DEN
PUNKT.

info.service –
offizielle Bekanntmachungen

SEITE 26



Abrechnung – korrektes Honorar für Ihre Leistung

SEITE 8

Ärztliches Back-up
in Dispozentralen

SEITE 7



So bekommen Sie Ihre Leistung korrekt vergütet



■ AKTUELLES

- Alles besser mit Lauterbach? 4
- Ärztliches Back-up in Dispozentralen 7

■ TITELTHEMA

- Abrechnung – korrektes Honorar für Ihre Leistung 8
- Abrechnungsinformationen sind ein Segen 9
- Chronikerpauschalen makellos abrechnen 13
- Durchblick im Dickicht der Corona-Vorgaben 16
- Vorsorge braucht dringend Aufwind 23
- TSVG-Fälle richtig kennzeichnen und abrechnen 32
- Wie wird aus Leistung Honorar? 38
- Es ist lukrativ, richtig zu kodieren 39
- Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol 40

■ QUALITÄT

- Lange Wartezeiten vermeiden 42

■ PRAXISTIPPS

- Mehr Sicherheit bei der Medikation von Kindern 46
- Online-Terminvereinbarung in der Arztpraxis – Fluch oder Segen? 48
- Wie war das? Fragen aus der Praxis 50

■ SERVICE

- Ihr Kontakt zu uns/Impressum 51



IHRE MEINUNG

AufdenPUNKT. startet in einem frischen Layout in das Jahr 2022! Wir hoffen, es gefällt Ihnen! Schreiben Sie uns! Wir freuen uns auf Ihre Nachricht.
aufdenpunkt@kvhessen.de

Abrechnung – läuft!

Liebe Kolleginnen und Kollegen,
sehr geehrte Damen und Herren,

es könnte so einfach sein – und vielleicht auch so schön: Sie reichen Ihre Quartalsabrechnung ein, die KV zahlt die im EBM festgelegten Vergütungen aus, fertig! Doch so ist es leider nicht, denn Budgetierungen und die vielen sonstigen Vorgaben machen die Quartalsabrechnung noch immer zu einer hochkomplexen Angelegenheit – sowohl individuell für die Praxen als auch für die KV, deren Kernprozess nun einmal die Abrechnung der von Ihnen geleisteten ärztlichen und psychotherapeutischen Tätigkeit ist. Trotz aller Komplexität haben wir in den letzten Jahren erhebliche Fortschritte gemacht, was die Services rund um die Abrechnung angeht: Das reicht von den Abrechnungsinfos, die wir ganz bewusst in unserer Titelstrecke als „Segen für die Praxen“ bezeichnet haben, bis zu allen notwendigen Informationen rund um die Abrechnung von Chronikerpauschalen. Natürlich kommen wir in diesen Zeiten – viele von Ihnen spüren dies jeden Tag im Moment schmerzlich – auch nicht um das Thema Corona herum. Und auch das TSVG hat einen massiven Impact auf Abrechnung und Honorarentwicklung. Weil dies neben der Versorgung und deren Nebenaspekten ein zentrales Thema ist, haben wir es für das erste AufdenPUNKT. des Jahres 2022 zum Titelthema gemacht. Wir sind sicher, damit auf großes Interesse bei Ihnen zu stoßen.

Darüber hinaus bleibt eine Vorhersage zu den gesundheitspolitischen Zielen unserer neuen Regierung im Moment schwierig. Im Regierungsprogramm findet sich zur ambulanten Versorgung nicht allzu viel, wir werden uns aber trotzdem in der zweiten AdP-Ausgabe im April so eingehend wie möglich mit dem beschäftigen, was mutmaßlich in



den nächsten Jahren auf uns zukommt. Was uns Corona in diesem Jahr bringt? Unsere Glaskugeln versagen leider so wie die aller Virologen und sonstiger Experten. Ob wir für Ende Februar, wenn Sie diese Zeilen lesen, nun also den langsamen Übergang in eine endemische Situation erwarten können oder wir unter der Omikronwelle zusammenbrechen – uns bleibt leider nichts anderes, als die Entwicklung abzuwarten.

Mit kollegialen Grüßen, Ihre

Frank Dastych

Vorstandsvorsitzender

Dr. Eckhard Starke

stv. Vorstandsvorsitzender



Alles besser mit Lauterbach?

Nach der erratischen Gesundheitspolitik unter Jens Spahn fordert die Vertreterversammlung (VV) von der Ampelkoalition einen Neustart. Die ambulante Versorgung soll dabei stärker eingebunden und wertgeschätzt werden.

Die Vertreterinnen und Vertreter der KVH blickten in ihrer letzten Versammlung des Jahres auf das zweite Jahr der Corona-Pandemie zurück und wagten einen Ausblick in die gesundheitspolitische Zukunft. Dabei bescheinigte der Vorstandsvorsitzende der KVH, Frank Dastych, dem ehemaligen Gesundheitsminister Spahn eine „desaströse Corona-Politik inklusive

einer absolut unfähigen Kommunikation – insbesondere rund um die Impfstoffe“. Das dürfe unter Neu-Gesundheitsminister Karl Lauterbach so nicht weitergehen. In einer mit großer Mehrheit verabschiedeten Resolution plädierten die Vertreterinnen und Vertreter daher für einen zukunftsweisenden und nachhaltigen Neustart der Gesundheitspolitik



Kann er die gesundheitspolitischen Erwartungen der KVH erfüllen? Mediziner und Spahn-Nachfolger Karl Lauterbach.

Die Versorgung von 80 bis 90 Prozent der Corona-Patientinnen und -Patienten spräche hier Bände. „Hoffen wir einmal, dass Herr Lauterbach die in ihn gesetzten Erwartungen und Hoffnungen erfüllen kann. Dass während der Koalitionsverhandlungen nicht ein einziges Mal mit den Verantwortlichen im Gesundheitswesen gesprochen wurde, ist in diesem Zusammenhang zumindest einmal irritierend“, ließ der KVH-Chef allerdings Zweifel durchblicken.

HÖCHSTE ZEIT FÜR EINEN CORONA-BONUS

Diese dürften wohl auch darin begründet liegen, dass die Praxen und ihre Mitarbeitenden während der Pandemie bisher kaum wertgeschätzt wurden. So haben medizinische Fachangestellte in den Praxen bis heute – im Gegensatz zu ihren Kolleginnen und Kollegen in den Krankenhäusern – keinen Corona-Bonus erhalten. Für die Vertreterinnen und Vertreter ein Ding der Unmöglichkeit. Sie forderten daher die neue Bundesregierung dazu auf, endlich auch für medizinische Fachberufe in den Praxen der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte steuer- und sozialabgabenfrei Sonderzahlungen aus öffentlichen Mitteln zu gewähren. In der Resolution heißt es: „In der aktuellen Corona-Pandemie haben die medizinischen Fachberufe im Gesundheitswesen einen wesentlichen Anteil zu der Bewältigung der Pandemie beigetragen. [...] Diese unschätzbare Arbeit wurde bisher weder von der Politik noch von den Medien ausreichend gewürdigt. [...] Diesem Missstand ist dringend abzuhelpfen!“

sowie für mehr Rückendeckung und politische Verlässlichkeit in Richtung der ambulanten Versorgung. Dazu, so Dastych, gehöre auch, die Niedergelassenen stärker in die politischen Gremien einzubinden. Diese hätten schließlich während der Pandemie einmal mehr bewiesen, dass sie das entscheidende Fundament der medizinischen Versorgung sind.



ZUSÄTZLICHE QUALITÄTSSICHERUNG IN DER PSYCHOTHERAPIE

Für Bedenken unter den Vertreterinnen und Vertretern sorgten Überlegungen des Gesetzgebers zu einer vermeintlichen und zusätzlichen Qualitätssicherung in der Psychotherapie. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) ist beauftragt, ein einrichtungsübergreifendes Qualitätssicherungsverfahren für ambulante Psychotherapie zu entwickeln. Die Niedergelassenen befürchten indes die Entwicklung eines bürokratischen Ungetüms inklusive eines erheblichen Mehraufwands für die Behandelnden zulasten der Behandlungszeit. Zwar bekenne man sich ausdrücklich zur Qualitätsförderung und -sicherung, bei diesem Vorhaben sei der Nutzen für die Patientinnen und Patienten aber mehr als fraglich. Die Vertreterinnen und Vertreter stellten daher klare Bedingungen an das neue Instrument: Der Dokumentationsaufwand muss sich mit Blick auf die Patientenversorgung auf ein vernünftiges Maß beschränken. Eine erweiterte Dokumentation darf nur dort verlangt werden, wo sie nachweislich einer Qualitätsverbesserung dient. Die Zahl der Qualitäts-

indikatoren ist möglichst gering zu halten. Das Instrument muss vor seiner Einführung seinen Nutzen durch eine sorgfältige Evaluation belegen und die Qualität der Behandlung fördern. Darüber hinaus lehnte die Vertreterversammlung ein öffentliches Ranking der Psychotherapiepraxen kategorisch ab und forderte die Politik auf, diese Bedenken und Bedingungen zu berücksichtigen und entsprechend auf die Entwicklung des Qualitätssicherungsinstruments einzuwirken.

HMSI FÖRdert MEDIBUS 2.0

Gute Nachrichten gab es zum Medibus. Das Projekt, so gab Dr. Eckhard Starke, stellvertretender KVH-Vorstandsvorsitzender, bekannt, wird als Medibus 2.0 fortgesetzt und ab 2022 vom Hessischen Ministerium für Soziales und Integration finanziell gefördert. „Damit ist die Versorgung in dieser unterversorgten Region in Nordhessen zunächst einmal für drei weitere Jahre sichergestellt. Das ist ein wichtiger Schritt nach vorne, für die KVH und vor allem für die Patientinnen und Patienten“, so Dr. Starke.

Er warf zudem einen Blick auf die Situation in der Dispositionszentrale der 116117. Die Hotline wird während der Pandemie vermehrt in Anspruch genommen und die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter arbeiten seit Monaten an der Belastungsgrenze. Oft sind sie wüsten Beschimpfungen durch unzufriedene Anrufende ausgesetzt. „Jeder kennt inzwischen die 116117. Für viele ist sie DIE Corona-Nummer, auch weil sie zumeist die einzige ist, die überhaupt noch erreichbar ist.“ Leider sei das die Kehrseite der guten Erreichbarkeit, denn viele Anrufe sind bei der 116117 gar nicht richtig und die Disponentinnen und Disponenten können die eigentlichen Aufgaben der Hotline nicht mehr bewerkstelligen. Das sei ein Problem und müsse ebenfalls politisch gelöst werden, so der stellvertretende KVH-Chef.

ALEXANDER KOWALSKI



Vertreterinnen und Vertreter fordern umgehend Corona-Sonderzahlungen für Praxispersonal

Ärztliches Back-up in den Dispozentralen

Als abwechslungsreich, koordinierend und schnell beschreibt Marc de Groot den Beratungsdienst.

Am 11. Dezember 2021 hat die Vertreterversammlung der KVH eine Änderung der Bereitschaftsdienstordnung (BDO) beschlossen. Ein Großteil der Änderung betrifft den an den Dispositionszentralen betriebenen Beratungsdienst. Der ärztliche Koordinator der Beratungsärzte an der Dispositionszentrale Süd in Frankfurt, Marc de Groot, hat dazu vier Fragen für AufdenPUNKT beantwortet:

Was erhoffen Sie sich von der Aufnahme des Beratungsdienstes in die BDO?

Marc de Groot: Ich hoffe, dass der klare, sichere Rahmen für diese wichtige Funktion an der Schnittstelle zwischen Patientinnen und Patienten und den ÄBD-Zentralen zu einer Erhöhung der Bekanntheit und Attraktivität dieses Dienstes beiträgt.

Wie sehen Sie die Rolle des Beratungsdienstes im Ärztlichen Bereitschaftsdienst?

Die Beratungsärztin oder der Beratungsarzt kann schnell und kurzfristig Hilfe leisten. Bei abschließenden Beratungen unterstützt sie bzw. er dabei, Ressourcen des ÄBD zu schonen und den Patientinnen und Patienten unnötige Wege zu ersparen. In kritischen Situationen minimiert sie oder er die Gefährdung der Patientinnen und Patienten durch schnelles Einbinden des Rettungsdienstes.

Was sagen Sie Kolleginnen und Kollegen, die sich für den Beratungsdienst interessieren? Was erwartet sie?

Ich sage ihnen, dass es eine tolle Aufgabe ist, bei der es immer zu neuen Konstellationen kommt, in denen man Patientinnen und Patienten schnell und gut Hilfe leisten kann. Außerdem stelle ich heraus, dass die vertrauensvolle Zusammenarbeit mit den Kolleginnen und Kollegen in den Dispositionszentralen die Arbeit enorm erleichtert.



Marc de Groot ist seit vielen Jahren als Beratungsarzt tätig. Er praktiziert in Friedberg in der Wetterau.

Was sollten interessierte Kolleginnen und Kollegen für den Beratungsdienst mitbringen?

Hilfreich sind auf jeden Fall vielfältige Erfahrungen im Bereich der ärztlichen Tätigkeit. Dazu zählen die Niederlassung, die Klinik, die ÄBD-Ambulanz, der Fahrdienst oder der Rettungsdienst.

DIE FRAGEN STELLTE LENA VON RANDOW.

Abrechnung – korrektes Honorar für Ihre Leistung



Mit diesem Heft wollen wir Ihnen einmal alle grundlegenden Informationen zur Abrechnung vermitteln. Betrachten Sie daher die folgenden Seiten als eine Art „Abrechnungs-Handbuch“ in einer ganz aktuellen Auflage. Wir haben Ihnen sorgfältig die unterschiedlichsten Themen aufbereitet, damit sich sowohl Neu-Niedergelassene wie auch langjährig Niedergelassene angesprochen fühlen und Neues entdecken können.

Die Quartalsabrechnung ist komplex und erfordert Ihre ständige, hohe Aufmerksamkeit rund um alle aktuellen Abrechnungsbestimmungen. Sie wissen,

dass Sie hier immer am Ball bleiben müssen, damit alles geschmeidig läuft mit der Auszahlung Ihres Honorars. So gut es geht, möchten wir Sie dabei unterstützen und bieten Ihnen daher den Service der Abrechnungsinformationen an, die Sie im KV-SafeNet* finden. Diese Abrechnungsinformation sind aus unserer Sicht ein hervorragendes Tool, das Ihnen wertvolle Hinweise und Tipps zu Ihrer Abrechnung gibt. Was es dabei zu beachten gilt, lesen Sie ab Seite 9.

Haben Sie Fragen zu den Abrechnungsbestimmungen, dann treten Sie dazu in Kontakt mit uns. Telefonisch oder per Mail oder auch über eine Fortbildung. Die KVH bietet Ihnen insgesamt 13 verschiedene Fortbildungen zum Thema Abrechnung und Verordnungen an. Informationen dazu finden Sie in unserem Fortbildungsprogramm 2022 (siehe nebenstehenden Kasten). Mit wenigen Klicks können Sie sich auch gleich für das passende Angebot anmelden.



KVH WISSEN

Mehr zum Thema finden Sie in unserem Fortbildungsprogramm 2022.

www.kvhessen.de/termine-fortbildung/

PETRA BENDRICH

Warum Abrechnungsinformationen ein Segen sind

Die Abrechnungsinformationen (vormals „Arzt-Info-Brief“) geben Ihnen die Möglichkeit, der KVH im Nachgang zur Übermittlung Ihrer Quartalsabrechnung Änderungen und Korrekturen mitzuteilen. Das ist ein wahrer Segen für Sie.

Die Abrechnungsinformationen – kurz Abrechnungsinformation – gibt es schon seit 15 Jahren. Die KVH meldet Ihnen darin Auffälligkeiten in der Abrechnung. Wer die gemeldeten Auffälligkeiten in der Quartalsabrechnung prüft und behebt, erspart sich späteren Ärger, wie Fehler im Honorarbescheid, Honorarverluste oder auch eventuelle spätere Regresse.

ZUM ZEITLICHEN ABLAUF

Sie reichen Ihre Quartalsabrechnung bis zum Zehnten des Folgemonats nach Quartalsende ein. Nach Eingang nimmt die Abteilung Abrechnung der KVH erste sachlich-rechnerische Prüfungen Ihrer Abrechnung vor. Grundlage der Prüfungen sind Abrechnungsbestimmungen im EBM, im BMV-Ä, aber auch



ZEITSTRAHL ZUR ABRECHNUNGSINFO

Bereich:
Mitglied

Abrechnungsdatei/ Echtabrechnung hoch- laden im KV-SafeNet*

- Bis zum 10. des Folgemonats nach Quartalsende

Abrechnungsinformation

- Hochgeladen durch KV Hessen im KV-SafeNet* mit Info **per E-Mail** an Mitglied (**13 Tage Zeit** für Rückmeldung)
- Versand **per Post** an Mitglied (**zehn Tage Zeit** für Rückmeldung)

Rückmeldung

- Durch das Mitglied derzeit per Post/perspektivisch per KIM an die KV Hessen

Bereich:
KV Hessen

KV-interne Verarbeitung

- Erste sachlich-rechnerische Prüfung der Abrechnungen
- Abrechnungsinformation erzeugen

KV-intern: Korrekturen in die Abrechnungen übernehmen

- Änderungswünsche vom Mitglied überführt die KV Hessen in die Abrechnungsdatei
- Diese wird dann zur Vergütung weitergegeben

Reichen Sie Ihre Quartalsabrechnung über KV-SafeNet* ein, verlängert sich Ihre Frist für die Rückmeldung von zehn auf 13 Tage.

verschiedene hessenspezifische Sonderverträge. Auffälligkeiten in der Abrechnung und hilfreiche Hinweise erhalten Sie dann über die Abrechnungsinformation. Nun haben Sie zehn Kalendertage nach Ablauf des dritten Tages nach postalischem Versand Zeit, um Ihre Änderungswünsche der KVH zurückzumelden.

Parallel zur Postsendung stellen wir Ihre Abrechnungsinformation im KV-SafeNet*-Portal der KVH ein und informieren Sie hierüber per E-Mail. Haben Sie uns Ihre E-Mail-Adresse mitgeteilt, haben Sie somit einen Zeitgewinn gegenüber der postalischen Zustellung.

Wenn die Abteilung Abrechnung Ihre Korrekturwünsche per Post erhält, pflegt sie sie in die Abrechnung ein und veranlasst die Weiterverarbeitung für das Honorar. Bitte übernehmen Sie die Änderungen auch in Ihrer PVS in der Praxis. Nur so passt die Abrechnung, die bei der KVH zur Vergütung kommt, auch mit den Daten Ihrer Praxis überein.

ABRECHNUNGSMITTEL VERSTEHEN

Da Brieftexte in der Abrechnungsinformation über das Regelwerk der KVH generiert werden und es sich hier teils um generelle Ausgaben handelt, sind diese nicht einfach zu verstehen. Hier eine Übersicht mit Hinweisen zum besseren Verständnis:

Begriff/Hinweis aus der Abrechnungsinformation	Bedeutung
Hinweis/Information	Wenn vor dem Text in der Abrechnungsinformation „Hinweis“ oder „Information“ steht, erfolgen keine Änderungen. Die Leistungen werden, wie von Ihnen abgerechnet, vergütet.
abgesetzt	Wenn Sie hier nicht tätig werden, wird die entsprechende Leistung abgesetzt und nicht vergütet.
zugewiesen	Sie erhalten hierbei Leistungen (wie zum Beispiel Zuschläge) automatisiert von der KVH zugewiesen. Der Text dient zu Ihrer Information und Prüfung. Wenn alles passt, müssen Sie hier nichts weiter tun.
abgesetzt + zugewiesen	Die von Ihnen abgerechnete Leistung wurde von der KVH korrigiert (falsch abgerechnete Leistung abgesetzt und richtige Leistung zugewiesen).
Regelnummer am Ende des Brieftextes	Nutzen Sie bitte diese Regelnummer, wenn Sie uns bei Fragen anrufen. So wissen wir gleich, um welchen Sachverhalt es geht.
zurückgestellte Fälle	Diese finden Sie immer am Ende der Abrechnungsinformation. Wenn Sie hier nicht tätig werden, werden diese Fälle nicht zur Vergütung weitergegeben – also bitte immer genau prüfen und Änderungen melden.
Anzeige BSNR/LANR-Kombinationen am Ende der Abrechnungsinformation	Hier können Sie prüfen, ob alle BSNR/LANR-Kombinationen Ihrer Praxis eingereicht wurden.
Anzeige Behandlungsfälle am Ende der Abrechnungsinformation	Hier können Sie prüfen, ob alle Behandlungsfälle eingereicht wurden. Zurückgestellte Fälle werden nicht mitgezählt. Aktuell werden die Fälle der Coronavirus-Testverordnung (TestV) und Coronavirus-Impfverordnung (ImpfV) mitgezählt.

Abkürzungen, die in der Abrechnungsinfo genutzt werden, sowie verschiedene Scheinuntergruppen (SUG) finden Sie immer gleich zu Beginn in der Legende auf der zweiten Seite der Abrechnungsinfo.

Legende:		
BHT = Behandlungstag L = lebenslange Arztnummer B = Betriebsstättennummer I/T = Zusatzinformationen		
* = steht an einer GOP für sonstige, durch Suffix gekennzeichnete Leistung.		
Beispiel: Videosprechstunde, Behandlung mit einer Bezugsperson.		
SUG = Scheinuntergruppe		
00 = Amb.Behandlung	26 = Stat. Mitbehandlung nach amb. Grundsätzen	30 = Belegarztschein
20 = Selbstaussstellung	27 = Laborauftrag	31 = Belegärztliche Mitbehandlung
21 = Zielauftrag	28 = Anforderungsschein für Laboruntersuchungen bei Laborgemeinschaften	41 = Ärztl. Bereitschaftsdienst
23 = Konsiliaruntersuchung		42 = Urlaub-/Krankheitsvertretung
24 = Mit-/Weiterbehandlung		43 = Notfall

RÜCKMELDEN LEICHT GEMACHT

Sobald wir Ihre Rückmeldung erhalten, überführen wir Ihre Änderungswünsche in die Abrechnungsdatei, die dann zur Vergütung weitergegeben wird. Sie helfen uns und sich, indem Sie Folgendes beachten:

- Korrekturwünsche bitte in **gut leserlicher Schrift** angeben.
- Nutzen Sie die Leerspalte rechts für Ihre Eintragungen.
- Um Ihre Korrekturwünsche einzutragen, nutzen Sie am besten einen gewöhnlichen Kugelschreiber, **bitte keinen Bleistift oder Rotstift nutzen**. In der Abteilung Abrechnung scannen wir Ihre Rückmeldung vor dem Bearbeiten ein. Rot ist dann beispielsweise nicht mehr erkennbar.
- Aufgrund des Einscannens bitte auch **nicht über den Rand oder auf die Rückseite** der Abrechnungsinfo schreiben.
- Nutzen Sie bitte die letzte Seite der Abrechnungsinfo für Ihre Korrekturwünsche. Wenn der Platz nicht reicht, kopieren Sie die Seite. Durch den Vordruck mit dem Barcode auf dieser Seite können wir diese Seite immer Ihrer Abrechnung zuordnen (deshalb bitte keine weiteren leeren Blätter hinzufügen).

Wenn Sie keine Änderungswünsche haben, müssen Sie nichts tun: Eine Rückmeldung ist dann nicht erforderlich.

FRISTVERLÄNGERUNGEN UND WIDERSPRÜCHE

Bei der Rückmeldung zur Abrechnungsinfo können keine Fristverlängerungen gewährt werden. Nur wenn Ihre Rückmeldung innerhalb von zehn Kalendertagen erfolgt, können wir die Bearbeitung garantieren. Möchten Sie beispielsweise aufgrund von Praxisurlaub Ihre Abrechnungsinfo zu einem späteren Zeitpunkt erhalten, teilen Sie dies bitte vorab der Abteilung Abrechnung mit. Gerne per E-Mail und geben Sie im Betreff der E-Mail Ihre BSNR an. Die E-Mail senden Sie an **ebm-hotline@kvhessen.de**. Wir kontaktieren Sie dann und stimmen mit Ihnen den genauen Zeitraum ab.

Mit der Abrechnungsinfo erhalten Sie die Möglichkeit, im Vorfeld zur Vergütung zu reagieren und Auffälligkeiten zu beheben. Die Abrechnungsinfo dient lediglich der Information und weist im Gegensatz zu den Honorarunterlagen keinen Bescheid-Charakter auf.

Beachten Sie daher, dass die Abrechnungsinfo zwar die Grundlage für Ihren Honorarbescheid ist, Sie jedoch hiergegen keinen Widerspruch einlegen können. Wenn Sie Widerspruch einlegen möchten, dann bitte unbedingt erst, wenn Sie den Honorarbescheid erhalten haben. Dort werden die wesentlichen Änderungen noch einmal dargestellt.



AUSBlick ABRECHNUNGSINFO – DAS KOMMT

Wir entwickeln die Abrechnungsinfo kontinuierlich weiter und verbessern die verschiedenen Ausgaben und Möglichkeiten, Korrekturen vorzunehmen. Lesen Sie, welche Neuerungen gerade Einzug halten und was noch Neues rund um die Abrechnungsinfo kommt:

- Damit der Austausch von Daten erleichtert und die Einbindung in das PVS vereinfacht wird, haben Sie neu bei bestimmten Sachverhalten die Möglichkeit, eine Datei mit Patientendaten und den Abrechnungsdaten zu nutzen. Das betrifft derzeit zum Beispiel fehlende Chargennummer an Corona-Impfungen. Hier laden betroffene Praxen bei „Abrechnungsinfo zusätzliche Up-/Downloads“ im KV-SafeNet*-Portal eine entsprechende Datei herunter. Sie tragen dann die fehlenden Chargennummern in die Datei ein und laden diese wieder hoch.
- Die Rückmeldung mit den gewünschten Anpassungen können Sie perspektivisch schneller und einfacher als eNachricht oder eArztbrief über KIM senden. Die KV-KIM-Adresse finden Praxen dann oben rechts bei den Ansprechpartnern auf ihrer Abrechnungsinfo.

So finden Sie die Abrechnungsinfo im KV-SafeNet*:

1. Portal anwählen und einloggen
2. Links im Menüsystem Button „Abrechnungsinfo“ anklicken
3. Abrechnungsinfo als PDF öffnen und lesen oder drucken

WEITERE INFOS ZUR ABRECHNUNG

Lesen Sie im Detail, was es bei der Abrechnung zu beachten gibt oder was Sie noch in Papierform im Rahmen der Abrechnung abgeben sollten, unter www.kvhessen.de/abrechnung-ebm/quartalsabrechnung/

EMMA LUNDGREN

INFOBOX

Sie haben Fragen oder benötigen Unterstützung?

Die Abteilung Abrechnung hilft Ihnen bei allen Fragen zur Abrechnung gerne weiter. Lassen Sie sich einfach über die Infoline mit der EBM-Hotline verbinden. Wir stehen Ihnen Montag bis Freitag von 7.00 Uhr bis 17.00 Uhr telefonisch zur Verfügung unter **069 24741-7777**.

Sie können uns gerne Ihre Frage auch per E-Mail an ebm-hotline@kvhessen.de unter Angabe Ihrer BSNR und des bearbeitenden Teams im Betreff senden (nach DSGVO bitte ohne Patientendaten).

Chronikerpauschalen makellos abrechnen

Bei der Abrechnung der Chronikerpauschalen müssen bestimmte Vorgehensweisen eingehalten werden. Lesen Sie in diesem Beitrag, welche Vorgaben im EBM gelten.

Für die Behandlung und Betreuung einer Patientin oder eines Patienten mit mindestens einer lebensverändernden chronischen Erkrankung rechnen Sie als Ärztinnen und Ärzte im hausärztlichen Bereich den Zuschlag 03220 zur Versichertenpauschale nach GOP 03000 ab. Im kinderärztlichen Bereich setzen Sie den Zuschlag 04220 zur Versichertenpauschale nach GOP 04000 an. Bei einer intensiveren Behand-

lung und Betreuung können Sie zusätzlich die GOP 03221 als Zuschlag zur GOP 03220 und die GOP 04221 als Zuschlag zur GOP 04220 abrechnen. Darüber hinaus erhalten Sie automatisch von der KVH die Zuschläge nach GOP 03222 beziehungsweise GOP 04222 für die Behandlung chronisch kranker Versicherter zugesetzt.

HIER EINE ÜBERSICHT DER LEISTUNGEN:

GOP	Kurzbeschreibung	Bewertung
03220/04220	Zuschlag zu der Versichertenpauschale (...)	14,65 Euro* (130 Punkte)
03221/04221	Zuschlag zur GOP 03220 bzw. 04220 für die intensive Behandlung und Betreuung einer Patientin oder eines Patienten (...)	4,51 Euro* (40 Punkte)
03222/04222	Zuschlag zu der GOP 03220 bzw. 04220 (automatisch von der KVH zugesetzt)	1,13 Euro* (10 Punkte)

*gemäß bundeseinheitlichem Orientierungspunktwert 2022 (11,2662 ct)

ABRECHNUNGSVORAUSSETZUNGEN

BEACHTEN

Um die Chronikerpauschalen abzurechnen, müssen nach den Präambeln zu Abschnitt 4.2.2 beziehungsweise 3.2.2 des EBM zwei Voraussetzungen erfüllt sein:

1. das Vorliegen mindestens einer lang andauernden, lebensverändernden Erkrankung,
2. die Notwendigkeit einer kontinuierlichen ärztlichen Behandlung und Betreuung.

Eine kontinuierliche ärztliche Behandlung liegt vor, wenn im Zeitraum der letzten vier Quartale (4) wegen der- oder denselben gesicherten chronischen

Erkrankung/en jeweils mindestens ein Arzt-Patienten-Kontakt pro Quartal in mindestens drei Quartalen (3) in derselben Praxis stattgefunden hat. Hierbei müssen in mindestens zwei Quartalen (2) persönliche Arzt-Patienten-Kontakte stattgefunden haben (4-3-2-Regel), wobei davon ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt auch als Arzt-Patienten-Kontakt im Rahmen einer Videosprechstunde gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä erfolgen kann.

Bei Neugeborenen und Säuglingen ist zur Abrechnung der Pauschalen keine kontinuierliche ärztliche Behandlung erforderlich.



SONDERREGELUNG BERÜCKSICHTIGEN

Die Zuschläge nach GOP 03221 und 04221 können nur bei mindestens zwei persönlichen Arzt-Patienten-Kontakten im Quartal berechnet werden. Da die Erfüllung dieser Abrechnungsvoraussetzungen für Ärztinnen und Ärzte aufgrund der Corona-Pandemie oft nicht möglich ist, wurde der obligate Leistungsinhalt angepasst.

Sie können die GOP 03221 und 04221 daher berechnen, wenn im Quartal entweder mindestens zwei persönliche Arzt-Patienten-Kontakte oder ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt und ein Arzt-Patienten-Kontakt im Rahmen einer Videosprechstunde gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä stattgefunden haben. Gleiches gilt auch, wenn ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt und ein telefonischer Arzt-Patienten-Kontakt erfolgt sind. Diese Sonderregelung ist bis zum 31. März 2022 verlängert worden.

CHRONIKERPAUSCHALE MIT „H“ KENNZEICHNEN

Bei einem Haus- oder Kinder- und Jugendarztwechsel kennzeichnen Sie als übernehmende Ärztin oder als übernehmender Arzt die Chronikerpauschale mit einem „H“, um die kontinuierliche ärztliche Behandlung zu dokumentieren (GOP 03220H oder 04220H und GOP 03221H oder 04221H). Kennzeichnen Sie die Pauschalen so lange mit einem „H“, bis Sie die jeweils erforderlichen Arzt-Patienten-Kontakte innerhalb von vier Quartalen erreicht haben.

BESONDERE KONSTELLATIONEN BEACHTEN

Liegen abweichende Konstellationen vor, begründen Sie diese bei der Abrechnung der Chronikerpauschalen.

Hat die oder der Versicherte eine Namensänderung vorgenommen, unabhängig, ob Vor- oder Nachname, so ist keine Prüfung der dauerhaften ärztlichen Behandlung durchführbar. In diesen Fällen teilen Sie uns dies im freien Begründungstext mit dem Hinweis „Namenswechsel“ mit.

Wurde die oder der Versicherte bisher im Rahmen des HZV-Vertrages behandelt und abgerechnet, wurde keine kontinuierliche Behandlung gegenüber der KVH nachgewiesen. Ist die oder der Versicherte nun nicht mehr im HZV-Vertrag eingeschrieben, können Sie die GOP 03220/03221 beziehungsweise GOP 04220/04221 mit der Begründung „HZV“ in Ihrer Abrechnung angeben und über die KVH abrechnen.

Ähnlich verhält sich dies auch, wenn Ihre Patientin oder Ihr Patient zuvor über eine private Krankenversicherung behandelt und abgerechnet wurde. Ist diese Patientin oder dieser Patient nun gesetzlich versichert und Sie rechnen über die KVH ab, dann geben Sie uns die Begründung „Privat“ an.

Die Begründung „Kassenwechsel“ müssen Sie bei der oder dem Versicherten an der GOP angeben, wenn jemand ab diesem Quartal die Krankenkasse gewechselt hat. Dies handhaben Sie so bis zur Vollständigkeit der Kontinuität der drei Kontakte innerhalb der vier Quartale.

**BESONDERE KONSTELLATIONEN FÜR CHRONIKERPAUSCHALEN – GOP 03220/03221
BZW. GOP 04220/04221 – KENNZEICHNEN**

Konstellation	Sachverhalt	Was ist zu tun?
Patientin/Patient wechselt Praxis	Die/der Versicherte ist wegen einer oder mehreren chronischen Erkrankungen in Behandlung und hat die Praxis gewechselt.	Kennzeichnen Sie die GOP mit dem Suffix „H“ .
Namenswechsel	Die/der Versicherte hat in den letzten vier Quartalen den Namen geändert.	Geben Sie im freien Begründungsfeld (Feldkennung 5009) „Namenswechsel“ an.
Vorher HZV	Die/der Versicherte nimmt nicht mehr am HZV-Vertrag teil.	Geben Sie im freien Begründungsfeld (Feldkennung 5009) „HZV“ an.
Vorher privat versichert	Die/der Versicherte war vorher privat versichert und ist jetzt GKV-versichert.	Geben Sie im freien Begründungsfeld (Feldkennung 5009) „Privat“ an.
Kassenwechsel	Die/der Versicherte hat die Krankenkasse gewechselt.	Geben Sie im freien Begründungsfeld (Feldkennung 5009) „Kassenwechsel“ an.
BSNR-Wechsel	Die Praxis hat die BSNR gewechselt und versorgt die Versicherten weiter.	Geben Sie im freien Begründungsfeld (Feldkennung 5009) „BSNR-Wechsel“ an.

Anders verhält es sich, wenn Sie als Ärztin oder Arzt eine neue Betriebsstättennummer erhalten haben. Ihre Versicherten sind weiterhin bei Ihnen in kontinuierlicher Behandlung. Doch durch die BSNR-Änderung ist der Abgleich zur bisherigen BSNR nicht

mehr möglich. In solchen Fällen geben Sie bis zur Erreichung der ausreichenden Kontakte die Begründung „BSNR-Wechsel“ bei allen Versicherten an.

MELANIE OCHS,
CHRISTINE SCHNEIDER

Durchblick im Dickicht der Corona-Vorgaben

Aus Ihrem Praxisalltag kennen Sie die Fragen zu Corona-Testungen, den Impfungen, den Nöten und Ängsten Ihrer Patientinnen und Patienten. Am Ende mündet es, wie alle Leistungen, die Sie erbringen, in der Abrechnung und der Honorierung Ihrer Leistungen.

Die Pandemie ist aus dem beruflichen und privaten Leben nicht wegzudenken. Die Gretchenfrage dazu in Ihrer Praxis dürfte sein, wann Sie Leistungen nach dem EBM und wann nach den Verordnungen abrechnen können. Leider hat der Gesetzgeber viele mehr oder minder nachvollziehbare Entscheidungen getroffen. So mussten sich die Teams der Vertragsarztpraxen wie auch die Teams der KVH im Abrechnungskontext in verschiedenen Welten zurechtfinden – in der bekannten Welt des EBM und auch in der Welt der Coronavirus-Testverordnung (TestV) oder der Coronavirus-Impfverordnung (ImpfV).

NACH EBM ABRECHNEN

Kommen GKV-Versicherte mit Symptomen in Ihre Praxis, die auf eine Corona-Infektion hinweisen, rechnen Sie die Behandlungen und Untersuchungen nach den Leistungen aus dem EBM ab. Diese Punkte gilt es dabei zu beachten:

- Bei symptomatischen Versicherten ist die PCR-Bestimmung nach wie vor der Goldstandard – aus diesem Grund gibt es derzeit im EBM nur die Veranlassung zum PCR-Test. Daher kann leider kein PoC-Antigen-Schnelltest zu Lasten der GKV abgerechnet werden.
- Wenn Sie einen PCR-Test bei symptomatischen Versicherten veranlassen, nutzen Sie für den Laborauftrag das Muster 10C.
- Wenn Sie Versicherte mit Verdacht auf oder mit einer bestätigten Corona-Erkrankung behandeln, kennzeichnen Sie die Tage, an denen eine solche Behandlung erfolgt, mit der Pseudo-GOP 88240.
- Seit Beginn der Corona-Pandemie wurden viele ICD-Codes, die im Zuge der Behandlung von Corona-Erkrankten angewendet werden können, geschaffen. Eine Übersicht mit den ICD-Codes zu Corona und korrespondierenden Codes finden Sie unter www.kvhessen.de/abrechnung-ebm/icd-corona/



1,84 MIO.

An vorderster Front gegen Corona: Bis zum 2. Quartal 2021 wurden 1,84 Mio. Corona-Verdachtsfälle von hessischen Vertragsärztinnen und -ärzten behandelt.

Wenn ein PCR-Test positiv ist und Sie eine Mutationssuche beauftragen möchten, nutzen Sie hierfür das Muster OEGD. Das Labor rechnet die Mutationssuche dann nach TestV ab.

NACH TESTV ABRECHNEN

Zur flächendeckenden Pandemiebekämpfung hat der Gesetzgeber in der TestV die Grundlage des Anspruchs und der Vergütung der Testungen auf das Coronavirus für asymptomatische Personen verankert. Bei Ihnen in der Praxis sind das beispielsweise Ihr Personal, Versicherte vor ambulanten Operationen oder Kontaktpersonen.

Als Ärztinnen und Ärzte haben Sie auch die Möglichkeit, auf Grundlage der TestV Bürgertests ohne Beauftragung durch das Gesundheitsamt in Ihrer Praxis durchzuführen. Wenn Sie Bürgertests anbieten wollen, beachten Sie unbedingt, dass Sie hierfür eine Anbindung an die Corona-Warn-App benötigen und die Testkapazität, die durchgeführten Tests und die positiven Tests an das Gesundheitsamt melden müssen. Leider ist hier die Meldelandschaft sehr heterogen. Wir empfehlen Ihnen daher, vor Start der Bürgertests das zuständige Gesundheitsamt zu kontaktieren.

Bürgertests sind in der TestV unter § 4a definiert. Zwischen 11. Oktober 2021 und 12. November 2021 wurden die Bürgertests unter § 4a abgelöst von Testungen für besondere Personengruppen (z. B. impfunfähige Personen). Die Leistungen (GOP 88310 und 88312) nach § 4a, unabhängig, ob Bürgertest oder sonstiger Testgrund, kennzeichnen Sie in Ihrer Abrechnung mit dem Suffix „B“.

Wenn ein Schnelltest positiv ist, veranlassen Sie den PCR-Test als Bestätigungsdiagnostik auf Mus-

ter OEGD und rechnen den erneuten Abstrich nach TestV ab. Das bedeutet, Sie rechnen für den PoC-Schnelltest die Abstrichentnahme (außer bei Ihrem Personal, hier dürfen Sie nur Sachkosten abrechnen) und die Sachkosten ab. Bei positivem Testergebnis rechnen Sie die Abstrichentnahme für die Bestätigungsdiagnostik erneut ab. Das Labor rechnet den PCR-Test und bei Bedarf die Mutationssuche ebenfalls nach TestV ab.

Sie rechnen die Leistungen nach TestV wie gewohnt über Ihre Quartalsabrechnung ab (mit Ausnahme der Labore). Die abgerechneten Leistungen der TestV rechnet die KVH nicht wie aus dem EBM-Kontext gewohnt gegenüber den bekannten Kostenträgern, sondern gegenüber dem Bundesamt für soziale Sicherung (BAS) ab. Es handelt sich dabei um eine gänzlich vom eigentlichen Abrechnungsprozess unabhängige Rechnungslegung mit eigenen Abrechnungsfristen und Zahlzeitpunkten.

Seit 10. Januar 2022 können Sie als Vertragsärztinnen und Vertragsärzte auch die sogenannten PoC-NAT-Schnelltests über die TestV abrechnen. PoC-NAT-Schnelltests sind in der Anwendung nicht auf ein Labor angewiesen und stellen eine kurzfristige und zuverlässige Diagnostik einer COVID-19-Erkrankung sicher. Sie werden von Leistungserbringern vor Ort erbracht. Das bedeutet: Sofern Sie sich ein solches Gerät für die Praxis anschaffen, können Sie diese Leistungen auch erbringen und abrechnen. Wichtig ist zu unterscheiden, dass es sich hierbei um schnell auswertende, lokal betriebene Systeme handelt, die nicht mit den klassischen Labor-PCR-Geräten zu verwechseln sind, die nach wie vor ausschließlich im medizinischen Laborbereich zur Anwendung kommen und bei denen die entsprechenden labortechnischen Leistungen auch



nur seitens des durchführenden Labors abgerechnet werden können.

NACH IMPFV ABRECHNEN

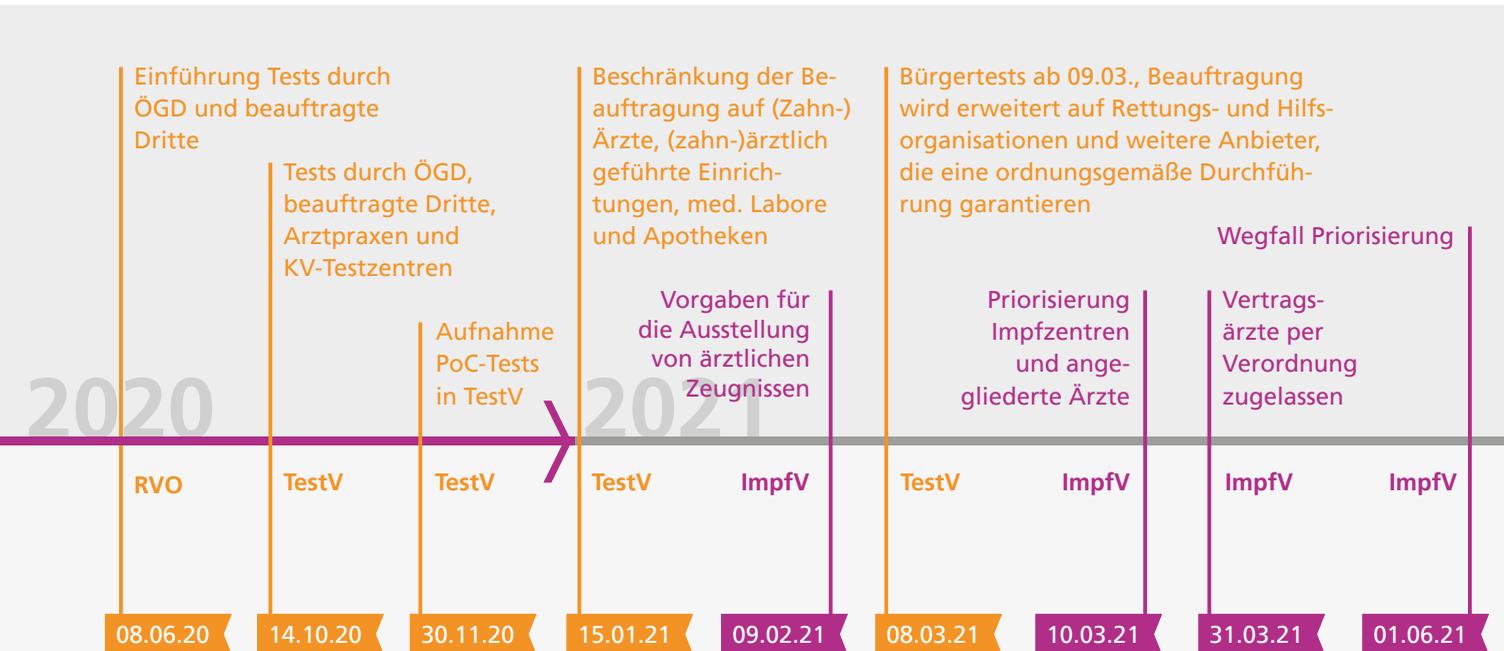
Neben der TestV als Grundlage des Anspruchs auf Testungen von asymptomatischen Personen wurde mit der ImpfV der Rechtsrahmen geschaffen, um die Coronavirus-Impfleistungen abrechnen zu können. Beachten Sie bitte bei der Impfung diese Punkte:

- Sie können auch außerhalb Ihres Praxissitzes impfen. Hierbei beachten Sie bitte, dass die Grundlagen für die Abrechnung von Besuchen in der ImpfV klar definiert sind.
- Hausbesuche und Mitbesuche können Sie bei immobilen Personen über die ImpfV abrechnen. Auch bei einem Hausbesuch können Impfung und Krankenbehandlung (Abrechnung über den EBM) zusammenfallen. Sie rechnen dann jedoch nicht zwei Hausbesuche ab. Wenn Sie die Leistung schon nach dem EBM abrechnen (Hausbesuch und Wegepauschale), ist ein Aufsuchen der Person für die Impfung nach der

ImpfV nicht mehr notwendig und Sie rechnen den Besuch nicht noch mal über die ImpfV ab. Wenn Sie eine Abrechnung nach der Corona-ImpfV wählen, entfällt die Abrechnung des Hausbesuchs über den EBM.

- Als Vertragsärztinnen und Vertragsärzte rechnen Sie Ihre Impfleistungen immer über die Quartalsabrechnung ab. Wenn Sie in betriebsärztlicher Tätigkeit impfen, kennzeichnen Sie den Abrechnungstag mit der Pseudo-GOP 88360.
- Sie erfassen einen kleinen Teil der Daten für die Impfsurveillance täglich über das KV-SafeNet*, den Großteil entnehmen wir Ihrer Quartalsabrechnung und übermitteln diese an das RKI. Somit kommen Sie der Verpflichtung der Meldung dieser Daten nach.
- Geben Sie unbedingt bei der Abrechnung der Impfleistungen die Chargennummer der verimpften Charge im Feld mit der Feldkennung 5010 „Chargennummer“ an. Sollten Sie dies vergessen, teilen wir Ihnen in der Abrechnungsinform mit, dass die Chargennummern bei abgerechneten Impfleis-

IN ZEITEN EINER PANDEMIE IST NICHTS SO BESTÄNDIG WIE DER WANDEL



tungen noch fehlen. Bis zu 15 fehlende Chargennummern können Sie uns in der Rückmeldung mitteilen, mehr als 15 fehlende Chargennummern weisen wir Ihnen im KV-SafeNet* in Form einer Datei (im Dateiformat csv) aus. Durch die Möglichkeit, diese Datei herunterzuladen, die fehlenden Chargennummern dort einzutragen und dann die fertig ausgefüllte Datei im KV-SafeNet* wieder hochzuladen, haben wir für Sie eine einfache Möglichkeit geschaffen, die fehlenden Chargennummern unabhängig von der Rückmeldung und ganz bequem am Rechner zu übermitteln. Dies ist in diesem Fall so möglich, da die Abrechnung im Kontext der Impfv und der TestV unabhängig von der Abrechnung der Leistungen gegenüber den Kassen läuft und hierfür andere Lieferfristen gelten.

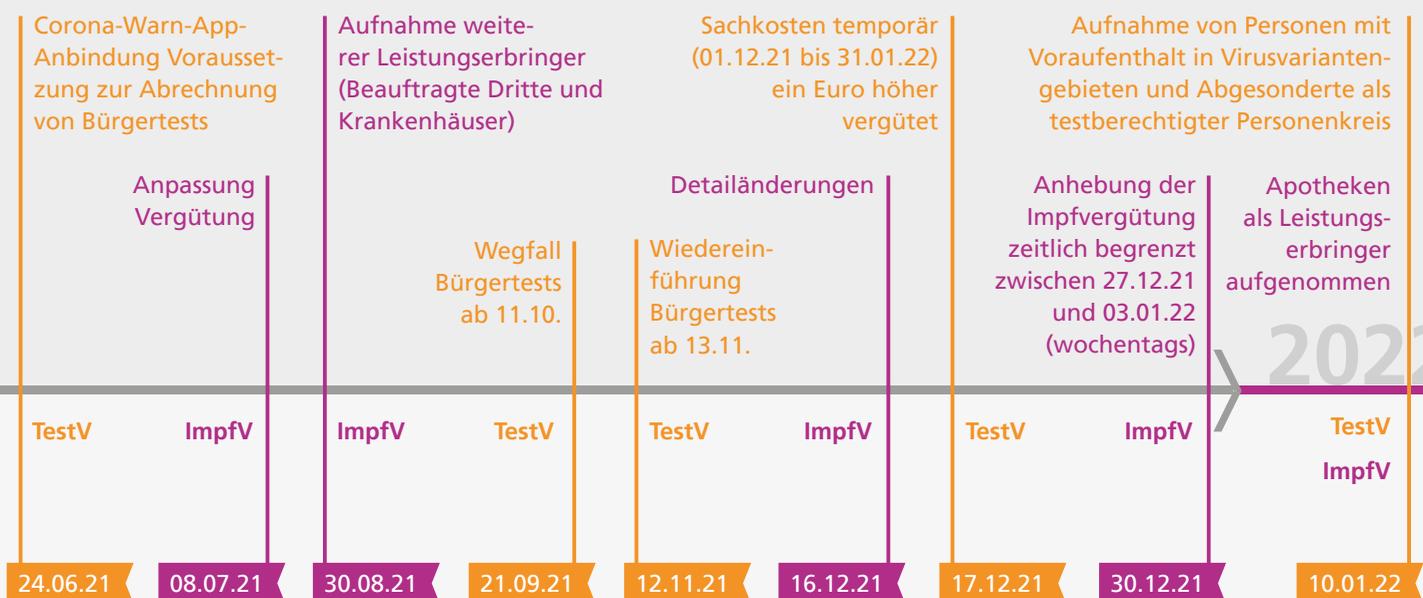
- Ein großes Problem zu Beginn der Impfkampagne stellte die Abrechnung einer Impfberatung ohne anschließende Impfung dar. Sofern diese abgerechnet wurde, die Person sich jedoch erst im Folgequartal entschieden hat,

sich doch impfen zu lassen (wenn zunächst die Skepsis überwog, dann jedoch die Entscheidung pro Impfung gefällt wurde), so war die Abrechnung der Impfung in der Impfv ausgeschlossen, da die Impfberatung Teil der Impfung ist. Das haben wir technisch als Service für Sie gelöst, indem wir aufgrund der Abrechnungsdaten die beiden Leistungen verrechnen und bei der Rechnungsstellung gegenüber dem BAS berücksichtigen. Somit können Sie die Impfberatung und im Folgequartal eine Impfung abrechnen, ohne selbstständig eine Korrektur vorzunehmen. In diesem Fall bekommen Sie die Differenz zwischen Impfung und Impfberatung ausgezahlt.

Wann Sie genau nach welchen Vorgaben abrechnen können, entnehmen Sie der jeweils gültigen Fassung der TestV/Impfv. Das ist gerade dann wichtig, wenn Sie noch Leistungen aus der Vergangenheit nach TestV und Impfv nachreichen möchten. Da es immer wieder (auch in sehr kurzen Abständen) zu Änderungen an beiden Verordnungen kam und



Wie Praxen zum Beispiel Tests abrechnen können, hat sich in den letzten zwei Jahren mehrfach geändert.



Stand:19.01.2022

bestimmt weiterhin noch kommen wird, haben wir die jeweils markantesten Änderungen im Zuge der Anpassungen im praktischen Zeitstrahl aufgeführt.

MONOKLONALE ANTIKÖRPERTHERAPIE

Zu Beginn der Pandemie lag der Fokus konsequenterweise auf der Behandlung eines neuartigen Krankheitsbildes. Im Laufe der Zeit werden in solchen Fällen grundsätzlich immer Erfahrungen gesammelt, die zunächst in die Behandlungsstrategien einfließen und oftmals dann auch in präventive Maßnahmen münden. Ein Beispiel hierfür ist die monoklonale Antikörpertherapie. Die Therapie mit monoklonalen Antikörpern bei Coronavirus-SARS-CoV-2-infizierten Patientinnen und Patienten konnten Sie bereits seit Anfang 2021 abrechnen. Seit November 2021 können Sie monoklonale Antikörper neu auch zur Infektionsprophylaxe von COVID-19 anwenden und abrechnen. Die Monoklonale-Antikörper-Verordnung (MAKV) ist entsprechend ergänzt worden. Es wird davon ausgegangen, dass es dadurch zu erheblich mehr Behandlungen mit monoklonalen Antikörpern kommen wird.

Alles zu den neuen Leistungen mit der monoklonalen Antikörpertherapie lesen Sie in dem Beitrag im [info.service](#) auf Seite 2.

STEUERNUMMER BEI TESTV 2022 ANGEBEN

Inzwischen wurde durch den Gesetzgeber die Meldung der Steuer- oder der Steueridentifikationsnummer der Leistungserbringer, die Leistungen auf Grundlage der TestV abgerechnet haben, von den KVen an die Finanzbehörden verpflichtend in der TestV verankert. Das bedeutet, dass nicht nur die entsprechenden Angaben der Nichtmitglieder der KVH von uns an die Finanzämter gemeldet werden müssen, sondern auch Ihre, die der KVH-Mitglieder.

Aus diesem Grund werden wir diese Daten zeitnah erheben. Darüber und über den Mitteilungsprozess informieren wir Sie gesondert.

ÜBER DIE HOMEPAGE NACH TESTV/IMPfV ABRECHNEN

Mit der TestV und der Impfv hat der Gesetzgeber auch Nichtmitgliedern der KVH die Möglichkeit eröffnet, Leistungen auf dieser Grundlage zu erbringen. Die KVen wurden verpflichtet, die Abrechnung dieser Leistungen zu tätigen. Aus diesem Grund musste die KVH (für inzwischen über 5.500 abrechnende Einheiten – Teststellen und Impfende) eine Abrechnungsmöglichkeit schaffen. Hierfür waren aufwendige Programmierarbeiten notwendig, da die bekannten Abrechnungswege für Mitglieder dazu nicht nutzbar waren.

Es wurde auf der KVH-Homepage ein Login-Bereich geschaffen, in den sich die Leistungserbringer mittels selbst zu erstellender Accounts im Zuge der Registrierung zur Abrechnung der TestV/Impfv-Leistungen einwählen und ihre Abrechnungsdaten erfassen und abrechnen können. Die Einwahl erfolgt analog zu Ihrer Einwahl im geschützten Mitgliederbereich.

Nun steht diese Möglichkeit der Abrechnung nicht ausschließlich Nichtmitgliedern zur Verfügung. Einzelne Vertragsärztinnen und -ärzte, die beispielsweise sehr viele Bürgertests durchführen, nutzen diese Möglichkeit der Abrechnung auch, da sie für sie die bessere Alternative zur Abrechnung der Leistungen der TestV mittels Quartalsabrechnung darstellt, da die Abrechnung auf diesem Weg monatlich erfolgt und vergütet wird. Unabhängig, ob Mitglied oder Nichtmitglied, müssen sich alle Leistungserbringer, die lieber die Abrechnung über die Homepage und monatlich tätigen, auf der Webseite der KVH hierfür registrieren.

200.000 BEHANDLUNGSFÄLLE

Vor und ohne Corona vermutlich nur schwer vorstellbar: Seit 2020 gab es knapp 200.000 Behandlungsfälle mit einer Videosprechstunde.



Bequemer ist und bleibt allerdings die Abrechnung der TestV-Leistungen als Vertragsärztin oder Vertragsarzt mittels Quartalsabrechnung. Wichtig in diesem Zusammenhang ist, dass die Impfv den Vertragsärztinnen und Vertragsärzten diese Möglichkeit nicht einräumt. Die Impfleistungen müssen zwingend mit der Quartalsabrechnung abgerechnet werden. Hintergrund ist die bereits beschriebene verpflichtende Datenlieferung im Zuge der Impfsurveillance.

EXKURS: LEISTUNGSERBRINGUNG DURCH NICHTMITGLIEDER

Zu Beginn der Pandemie war das Augenmerk konsequenterweise ausschließlich auf symptomatische Personen gerichtet. Demnach erfolgte die Abrechnung auch logischerweise auf Grundlage der EBM-Bestimmungen zur Abrechnung kurativer Leistungen. Die Rechnungsstellung der abgerechneten Leistungen erfolgte auch in der allseits bekannten Art und Weise gegenüber der jeweiligen gesetzlichen Krankenversicherung der Personen. Dies fand unter Einhaltung aller bekannten gesetzlichen Vorgaben statt, inklusive der Prüfung der abgerechneten Leistungen, die sicher bei jedem von Ihnen in der Vergangenheit schon zu Frust oder Lust geführt haben.

Zum 8. Juni 2020 trat die erste Verordnung in Kraft, die weitere Leistungserbringer, die nicht aus dem vertragsärztlichen Bereich kommen, dazu berechtigt hat, auf Grundlage dieser Verordnung asymptomatische Personen auf das Coronavirus zu testen. Somit wurde hier zum ersten Mal anderen Leistungserbringern die Möglichkeit gegeben, durch den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) beauftragt zu werden. Zu diesem Zeitpunkt waren die vertragsärztlichen Leistungserbringer noch nicht zur Leistungserbringung befähigt, sondern lediglich im Zuge einer solchen Beauftragung. Es folgten bis heute etliche Anpassungen an der, zunächst Rechtsverordnung, im Laufe der Zeit TestV genannten Verordnung und in diesem Zuge unter anderem die Aufnahme der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte als berechnete Leistungserbringer.

Nachdem im Laufe der Pandemie die Impfstoffe zur Verfügung standen, trat am 9. Februar 2021 die entsprechende Verordnung zur Ausstellung von ärztlichen Zeugnissen, die den zu Impfenen die Einordnung in die jeweilige Priorisierungsgruppe bescheinigte, in Kraft. Aus dieser Verordnung entwickelte sich dann die bekannte Impfv, die sich ebenfalls seither immer wieder geändert hat.



52,9 MIO. EURO

52,9 Mio. € pandemiebedingte Corona-Schutzschirmzahlungen an 3.440 Praxen in 2020 – die KVH ist auch in Krisenzeiten ein starker Partner für ihre Mitglieder.

Aufgrund des unterschiedlichen Normierungsrahmens ergaben und ergeben sich viele Abgrenzungen bei ähnlichem Sachverhalt, so zum Beispiel Beauftragung vs. Zulassung, TestV vs. QS-Vorgaben, Voraussetzungsprüfung durch ÖGD vs. inhaltliche Voraussetzungsprüfung und Genehmigung durch KV. Somit hat der Gesetzgeber im Rahmen der Pandemie deutlich gemacht, dass er unabhängig von etablierten Selbstverwaltungsnormen im Notfall andere Wege zur Sicherung des gesundheitlichen Versorgungsauftrages beschreitet. Ob die Begrifflichkeit „Notfall“ zukünftig, und sei es eher partiell, durch die Begrifflichkeit „regelmäßig“ abgelöst wird,

bleibt abzuwarten. Ein Beispiel dafür ist, dass im Zuge der flächendeckenden Pandemiebekämpfung weitere Leistungserbringer medizinische Leistungen erbringen können, welche per Gesetz ihre Leistungen über die KVen abrechnen müssen.

SONDERREGELUNGEN CORONA UND WEITERE INFOS ZUR ABRECHNUNG

Aufgrund von Corona sind Sonderregelungen hinsichtlich verschiedener Abrechnungsthemen beschlossen und immer wieder verlängert worden. Sie können beispielsweise Videosprechstunden ohne Mengenbegrenzungen abrechnen, die Chronikerpauschalen unterliegen Sonderregelungen und Sie können weitere Leistungen für Telefonsprechstunden abrechnen.

Die KVH hat alle wichtigen Informationen zur Abrechnung der Sonderregelungen Corona unter www.kvhessen.de/abrechnung-ebm/corona-sonderregeln aufbereitet.

Damit Sie immer die aktuellsten Infos und Abrechnungsvorgaben im Blick haben, empfehlen wir Ihnen auch die Themenseiten auf unserer Homepage. Hier finden Sie aktuelle Übersichten für die Leistungen zur TestV und ImpfV unter www.kvhessen.de/abrechnung-ebm/#c3065
CHRISTOPH KRILL,
EMMA LUNDGREN



KONTAKT

Sie haben Fragen zu den Leistungen rund um Corona oder benötigen Unterstützung bei der Abrechnung nach TestV oder ImpfV?

Wir helfen Ihnen gerne weiter! Rufen Sie uns an. Wir sind für Sie werktags telefonisch zwischen 7 und 17 Uhr erreichbar.

069 24741-7777

ebm-hotline@kvhessen.de

www.kvhessen.de/abrechnung-ebm/

Vorsorge braucht dringend Aufwind

Trotz Pandemie ist es der KVH wichtig, dass das Thema Prävention nicht vernachlässigt wird. Es sollte wieder ein hohes Vorsorgenniveau erreicht werden, um Patientinnen und Patienten besser zu schützen.

Aus Perspektive der Datenerfassung und Datenanalyse hat Corona eine weitere Lanze gebrochen. Das verhältnismäßig gut vorhersehbare Verhalten der Bevölkerung in Bezug auf die ärztliche Inanspruchnahme droht mit Ausbruch der Pandemie erstmalig zu einer Art Blackbox zu werden. Zwar gibt es immer wieder Einflussfaktoren, wie ausgeprägte Grippewellen, besonders eisige Winter mit vielen Frakturen oder Hitzewellen, in denen beispielsweise Patientinnen und Patienten mit Herzkreislaufproblemen überdurchschnittlich oft in die Praxis strömen, die Diskrepanz zwischen erwarteter und eintretender Inanspruchnahme bewegt sich aber stets in einem zu erwartenden Rahmen. Mit Corona und den daraus resultierenden Aktionen und Reaktionen der Politik und Gesellschaft ist das plötzlich anders. Eine valide Vorhersehbarkeit künftiger Leistungsanspruchnahmen ist auf noch nicht absehbare Zeit deutlich komplexer und damit auch schwieriger geworden. Bereits beschlossene und eingeführte Änderungen, wie beispielsweise die EBM-Reform, sind nur mit sehr viel Mehraufwand bewertbar und Honorarverschiebungen, die sonst vielschichtige Gründe hatten, lassen sich aktuell gern mal mit fehlenden Patientinnen und Patienten begründen.

Mit diesem Artikel möchten wir Ihnen einen Einblick in unsere Daten geben und aufzeigen, welche Herausforderungen und Aufgaben zukünftig auf Sie zukommen könnten. Dabei möchten wir Ihnen



- aktuelle Patienten- und Fallzahlen näherbringen,
- die Folgen der Corona-Maßnahmen in Bezug auf ambulantes Operieren und den klassischen Arzt-Patienten-Kontakt aufzeigen und
- die Datenlage zu brisanten Themen wie Prävention, psychischen Erkrankungen von Kindern und zu Suchterkrankungen vorstellen.

Diese und weitere Themen werden für ausgewählte Facharztgruppen beleuchtet und Ansätze vorgestellt, wie Sie dieses Wissen für sich nutzen und davon profitieren können.



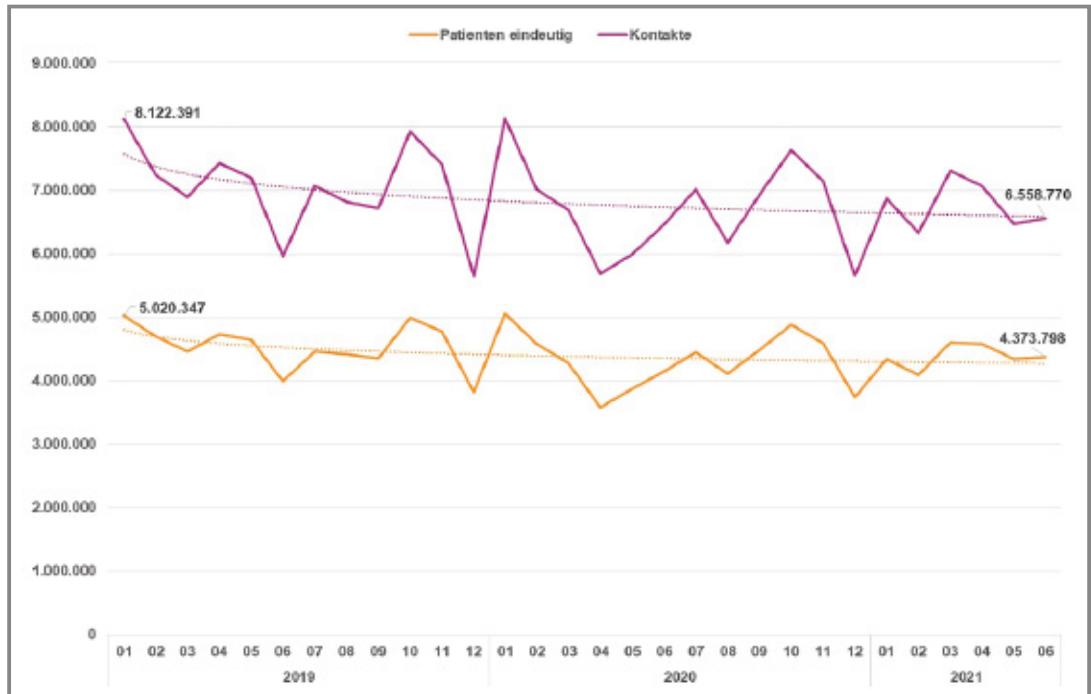
VORSORGE-/PRÄVENTIONSLEISTUNGEN

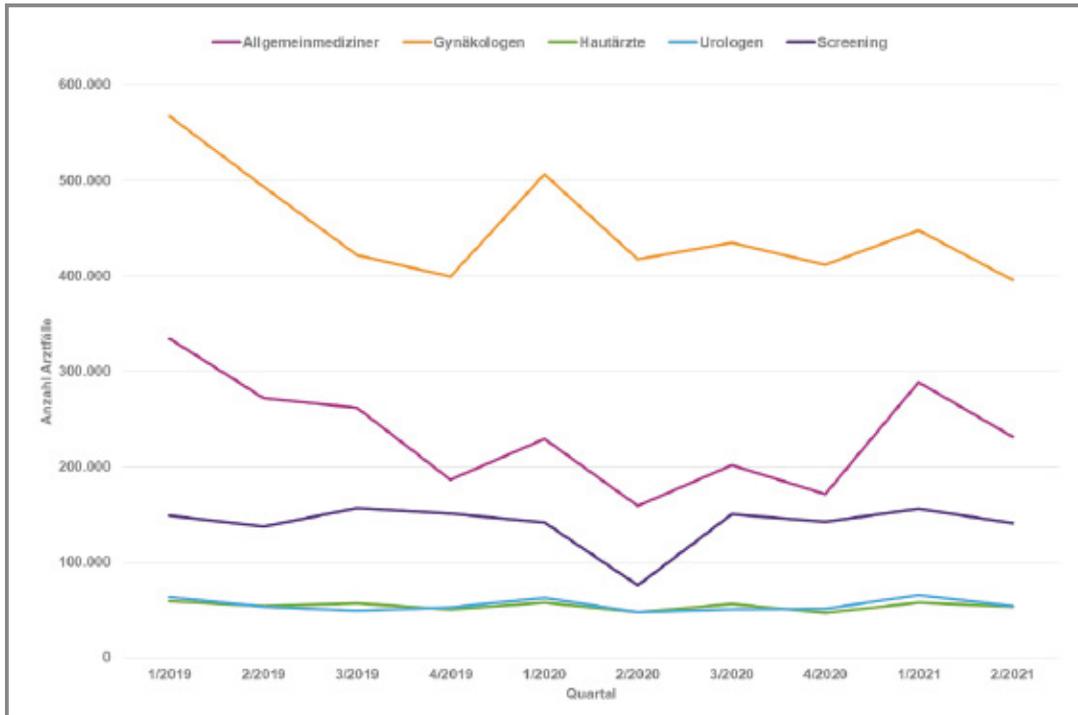
Wir beginnen diesen Exkurs in die Datenwelt mit einer Darstellung der Arztfallzahlen aus den Kapiteln 1.7.2 und 1.7.3. Umgangssprachlich handelt es sich bei diesen Kapiteln um die klassischen Vorsorge- oder auch Präventionsleistungen bei erwachsenen Patientinnen und Patienten einschließlich der Krebsvorsorge bei Frauen. Im Betrachtungszeitraum vom 1. Quartal 2019 bis zum 2. Quartal 2021 sehen wir nahezu fachgruppenübergreifend einen Rückgang der Arztfallzahlen. Mit einer Entwicklung von -27,9 Prozent beim Vergleich der Fallzahlen von 2019 zu 2020 und -14,2 Prozent bei Betrachtung der ersten beiden Quartale 2021 und 2019 sind die Allgemeinärztinnen und -ärzte die großen Verlierer bei den Vorsorgeleistungen. Die Gynäkologinnen und Gynäkologen konnten 2020 durch ein starkes erstes Quartal den Rückgang im Jahresmittel auf -5,9 Prozent begrenzen. Im 1. Halbjahr 2021 konnten jedoch nur 4/5 der Fallzahlen aus 2019 erreicht werden, womit die Gynäkologie die Fachgruppe mit

den größten Verlusten bei den Vorsorgeleistungen in diesem Betrachtungszeitraum ist. Für das 2. Halbjahr 2021 ist ein leichter Anstieg der Patientenzahlen und damit auch der Fallzahlen zu erwarten. Mit den Einschränkungen der vierten Welle ab 4/2021 erwarten wir bis Ende 1/2022 jedoch keine nennenswerten Verbesserungen.

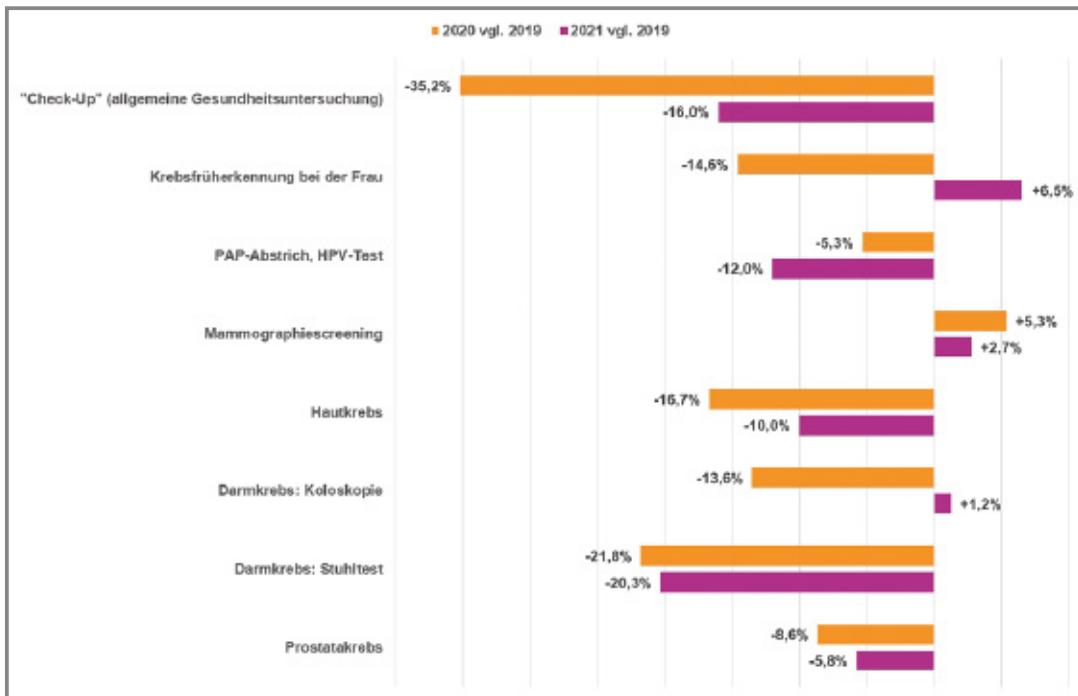
Ein Rückgang bei den Vorsorgeleistungen ist dabei aus zweierlei Blickwinkeln ärgerlich: Zum einen wird schlicht und ergreifend die früh- oder rechtzeitige Diagnose kritischer Krankheiten erschwert, was als messbarer Verlust von Gesundheit in der hessischen Bevölkerung angesehen werden kann. Zum anderen werden die Vorsorgeleistungen extrabudgetär (eGV) vergütet, wodurch Ihnen als Ärzteschaft bares Geld verloren geht. In Ihrem und im Interesse aller Patientinnen und Patienten sollten Sie aktiv dazu beitragen, die Fallzahlen bei den Präventionsleistungen zukünftig mindestens wieder auf das Vorpandemieniveau anzuheben.

Zeitreihe der Patienten- und Kontakthäufigkeiten im Zeitraum Januar 2019 bis Juni 2021





Zeitreihe der Inanspruchnahme von Präventions- und Vorsorgeleistungen nach EBM-Kapitel 1.7.2 und 1.7.3 in den jeweiligen Arztgruppen im Zeitraum Januar 2019 bis Juni 2021



Veränderung der Inanspruchnahme von Präventions- und Vorsorgeuntersuchungen im Jahresvergleich



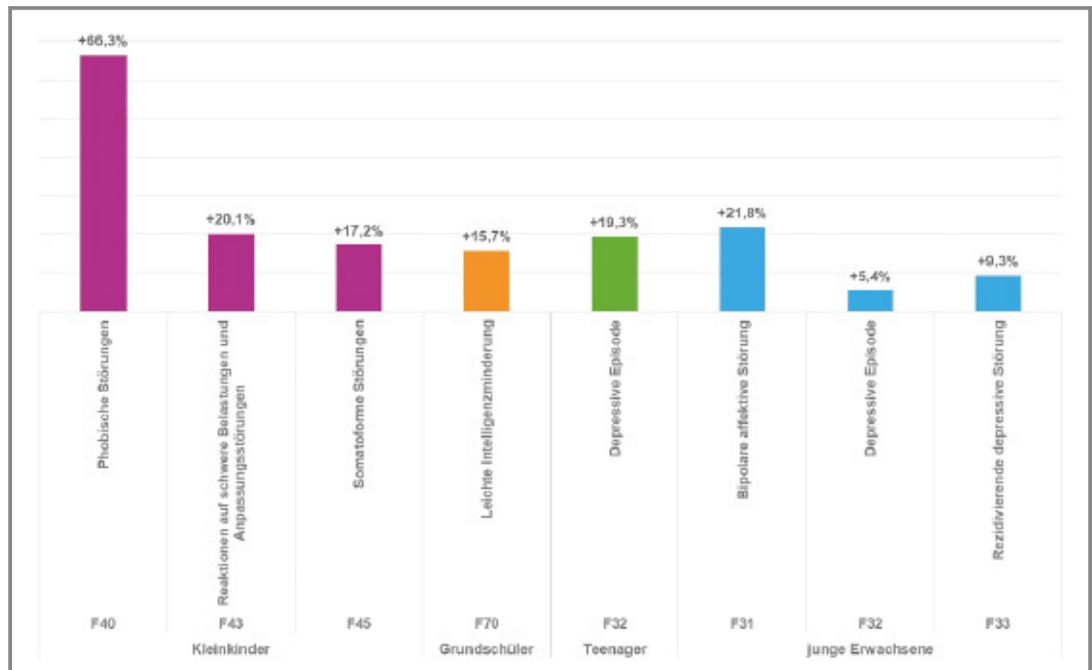
PSYCHISCHE GESUNDHEIT VON KINDERN UND JUGENDLICHEN, SUBSTANZMITTELMISBRAUCH

Mit Blick auf die Regelversorgung wurde zuletzt immer wieder die psychische Gesundheit in den Mittelpunkt gerückt. Dass psychische Belastungen bei Kindern und Jugendlichen aufgrund pandemiebedingter Schulschließungen und Kontaktbeschränkungen schwerwiegende Post-Corona-Themen sind, dürfte spätestens seit dem gemeinsamen Projekt von KVH und Minister Kai Klose bekannt sein (siehe AdP 6/21, Seite 4). Die Datenlage gibt für ausgewählte Diagnosen bereits deutliche Zuwächse her. Dargestellt sind die Diagnosen mit dem prozentual höchsten Zuwachs an Patientenhäufigkeiten, die in 2021 bei mehr als 300 verschiedenen Patientinnen und Patienten erfasst wurden. Dabei ist auch hier 2019 als letztes Jahr ohne Corona die Vergleichsbasis. Die Einteilung in die Altersgruppen erfolgt in die der Kleinkinder (0–5 Jahre), Grundschüler (6–11 Jahre), Teenager (12–17 Jahre) und jungen

Erwachsenen (18–24). Bedingt durch verhältnismäßig lange Zeitspannen zwischen Akzeptanz bei psychisch erkrankten Personen und der ersten Konsultation einer Psychotherapeutin oder eines Psychotherapeuten werden höhere Patientenhäufigkeiten erst deutlich zeitverzögert in den Abrechnungsdaten erwartet.

Ein bereits jetzt sehr präsent und anhand der Patientenzahl weitreichenderes Thema ist der Substanzmittelmissbrauch in Hessen. Mit rund 138.000 hessischen Patientinnen und Patienten in 2021 und einem Patientenzuwachs von zuletzt 9,6 Prozent im Vergleich zu 2019 ist der Substanzmittelmissbrauch in der Altersgruppe der 33- bis 55-Jährigen besonders ausgeprägt. Bereits im Jahr 2020 konsultierten über 5.000 Patientinnen und Patienten mehr als in 2019 eine hessische Ärztin oder einen hessischen

Veränderung der Patientenhäufigkeiten bei Kindern und Jugendlichen für ausgewählte psychische Erkrankungen 1. Halbjahr 2021 gegenüber 1. Halbjahr 2019



SUBSTANZMITTELMISBRAUCH

Mit rund 138.000 hessischen Patientinnen und Patienten in 2021 ist der Substanzmittelmissbrauch bei den 33- bis 55-Jährigen besonders ausgeprägt.

■ ABRECHNUNG

Monoklonale-Antikörper-Verordnung geändert

- 2 Coronavirus: Monoklonale Antikörper auch zur Infektionsprophylaxe

EBM aktuell

- 3 Rückwirkende EBM-Änderung zum 1. Oktober 2021
4 EBM-Änderungen seit 1. Januar 2022
8 EBM-Änderungen ab 1. März 2022

Sicherstellungszuschläge

- 9 Sicherstellungszuschlag – Anreiz in bestimmten Gebieten

■ HONORARVERTEILUNG

Änderung des Honorarverteilungsmaßstabes (HVM)

- 10 Änderung des Honorarverteilungsmaßstabes (HVM) gem. § 87b Abs. 1 S. 2 SGB V der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen

■ QUALITÄT

Disease-Management-Programme

- 26 Höhere Vergütung für Versicherte der AOK Hessen

Bundesausschuss

- 27 Zweitmeinungsanspruch bei Wirbelsäuleneingriffen

■ RECHT

- 28 Änderung der Wahlordnung der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen

■ SONSTIGES

Änderung der Bereitschaftsdienstordnung (BDO)

- 30 Neuregelung und Professionalisierung des Beratungsdienstes sowie Erhöhung des Aufwendersatzes bei verschuldetem Nichtantritt von Diensten

Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e. V. (DGUV)

- 35 Zulassung zum Durchgangsarztverfahren

MONOKLONALE-ANTIKÖRPER-VERORDNUNG GEÄNDERT

Coronavirus: Monoklonale Antikörper auch zur Infektionsprophylaxe

Rückwirkend zum 15.11.2021 können Sie als Ärztinnen und Ärzte monoklonale Antikörper neu auch zur Infektionsprophylaxe von COVID-19 anwenden und über die GOP 88401 bis 88403 abrechnen. Die Monoklonale-Antikörper-Verordnung (MAKV) ist entsprechend ergänzt worden.

Die Therapie mit monoklonalen Antikörpern bei Coronavirus-SARS-CoV-2-infizierten Patientinnen und Patienten können Sie bereits seit dem 01.01.2021 über die GOP 88400 abrechnen.

INFEKTIONSPROPHYLAXE ABRECHNEN

Für die prophylaktische Gabe von monoklonalen Antikörpern bei nicht mit dem Coronavirus infizierten Patientinnen und Patienten können Sie für jede Anwendung die neue GOP 88401 abrechnen.

Falls ein Besuch der Patientin oder des Patienten in der eigenen Häuslichkeit oder in beschützenden Wohnheimen, Einrichtungen oder Pflege- oder Altenheimen mit Pflegepersonal erforderlich ist, rechnen Sie dafür neu die GOP 88402 zusätzlich zur GOP 88401 ab.

Fallen bei einem Hausbesuch die prophylaktische Gabe von monoklonalen Antikörpern und die Krankenbehandlung (Abrechnung über den EBM)

zusammen, können Sie jedoch nicht zwei Hausbesuche abrechnen. Wenn Sie die Leistung schon nach dem EBM abrechnen (Hausbesuch und Wegepauschale), ist ein Aufsuchen des Patienten für die prophylaktische Gabe von monoklonalen Antikörpern nach der MAKV nicht mehr notwendig und Sie rechnen den Besuch nicht noch mal über die MAKV ab. Wenn Sie dagegen eine Abrechnung nach der MAKV wählen, entfällt die Abrechnung des Hausbesuchs über den EBM.

Neu können Sie für die Lagerung und Abgabe der monoklonalen Antikörper von der Krankenhausapotheke die GOP 88403 zusätzlich zu den GOP 88400 bis 88402 abrechnen. Die GOP ist 40 Euro wert. Die Vergütung zahlen Sie als Ärztinnen und Ärzte an den Träger des Krankenhauses, dessen Krankenhausapotheke die monoklonalen Antikörper abgegeben hat.

Weitere Informationen zu monoklonalen Antikörpern finden Sie unter www.kvhessen.de/abrechnung-ebm/neu-im-ebm/november-2021/coronavirus-monoklonale-antikoerper/

TD

Leistungen Monoklonale-Antikörper-Verordnung		
GOP	Kurzbeschreibung	Bewertung
88400	Therapie mit monoklonalen Antikörpern bei Coronavirus-SARS-CoV-2-infizierten Patientinnen und Patienten (§ 2 Abs. 2 Nr. 1 MAKV)	450 Euro
88401	Prophylaxe mit monoklonalen Antikörpern bei nicht Coronavirus-SARS-CoV-2-infizierten Patienten mit einem erhöhten Risiko eines schweren Verlaufs (§ 2 Abs. 2 Nr. 2 MAKV)	150 Euro
88402	Zuschlag für einen Besuch im Zusammenhang mit der GOP 88401 (§ 2 Abs. 2 Nr. 2 MAKV)	60 Euro
88403	Lagerung und Abgabe von monoklonalen Antikörpern von der Krankenhausapotheke an Ärztinnen und Ärzte (§ 4 Abs. 2 MAKV)	40 Euro

EBM AKTUELL

Rückwirkende EBM-Änderung zum 1. Oktober 2021

Die weiteren EBM-Änderungen zum 01.10.2021 sind bereits in der vorherigen Ausgabe Nr. 6/Dezember 2021 veröffentlicht.

RIBOFLAVIN: BEWERTUNG DER KOSTEN- PAUSCHALE ANGEHOBEN

Rückwirkend zum 01.10.2021 wurde die Bewertung der Kostenpauschale 40681 für Riboflavin durch einen Beschluss des Bewertungsausschusses (BA) angehoben. Die Bewertung wurde an den neuen durchschnittlichen Marktpreis für Riboflavin angepasst.

Sie als Augenärztinnen und Augenärzte erhalten neu 92,53 Euro, wenn Sie die Kostenpauschale 40681 abrechnen. Davor betrug die Vergütung 86,00 Euro.

Die Kostenpauschale 40681 bezieht sich auf die GOP 31364. Hierbei handelt es sich um eine Horn-

hautvernetzung mittels Einsatzes von Riboflavin und UV-A-Bestrahlung bei Keratokonus gemäß Anlage I Nr. 27 der Richtlinie „Methoden vertragsärztliche Versorgung“.

Die GOP 31364 und die Kostenpauschale 40681 wurden am 01.04.2019 in den EBM aufgenommen. Bei der GOP 31364 handelt es sich um eine Leistung des ambulanten Operierens gemäß Abschnitt 31.2 des EBM. Für die Abrechnung dieser Leistung und somit auch für die zugehörige Kostenpauschale benötigen Sie eine Genehmigung der KVH nach der Qualitätssicherungsvereinbarung (QSV) ambulantes Operieren.

Alle Informationen zur Genehmigung für das ambulante Operieren finden Sie unter **www.kvhessen.de/genehmigung/ambulantes-operieren/**

EBM-Änderungen seit 1. Januar 2022

ELEKTRONISCHE PATIENTENAKTE (EPA): ERSTBEFÜLLUNG ABRECHNEN

Sie als Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten können seit dem 01.01.2022 für die Erstbefüllung der elektronischen Patientenakte (ePA) die neue GOP 01648 des EBM abrechnen.

Die neue GOP 01648 ersetzt zum 01.01.2022 die Pseudo-GOP 88270, über die Sie bis zum 31.12.2021 die Erstbefüllung der ePA abrechnen konnten.

Die GOP 01648 können Sie abrechnen, wenn Sie als als Erste/-r z. B. Befunde oder Arztbriefe auf Wunsch der Patientinnen und Patienten in der ePA speichern. Dabei prüfen Sie, ob erhebliche therapeutische Gründe oder sonstige erhebliche Rechte Dritter einer Übermittlung in die ePA entgegenstehen. Zusätzlich prüfen und gegebenenfalls ergänzen Sie die zu den Dokumenten gehörenden Metadaten.

Die neue GOP 01648 für die Erstbefüllung können Sie sektorenübergreifend je Patientin oder Patient nur einmal abrechnen und im Behandlungsfall nicht neben der GOP 01647 (Zusatzpauschale ePA-Unterstützungsleistung). Die GOP 01648 ist 10,03 Euro (89 Punkte) wert; bundeseinheitlicher Punktwert 2022 ist 11,2662 Cent.

Alle Informationen zur Erstbefüllung der ePA finden Sie unter www.kvhessen.de/abrechnung-ebm/epa-abrechnen/

KONTROLL-AABR AUCH NACH U3 DURCHFÜHREN

Die Durchführung des Hörscreenings nach GOP 01706 (Kontroll-AABR) können Sie als Ärztinnen und Ärzte seit dem 01.01.2022 auch über den Zeitraum der Früherkennungsuntersuchung U3 durchführen und abrechnen, wenn Ihnen eine auffällige Erstuntersuchung vorliegt.

Aufgrund der unterschiedlichen zeitlichen Vorgaben in der Kinder-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) und im EBM hat der Bewertungsausschuss (BA) den obligaten Leistungsinhalt angepasst und die erste Anmerkung gestrichen.

Durch die Streichung können Sie die Kontroll-AABR ohne zeitliche Beschränkung durchführen.

Sie vergewissern sich, wenn Sie bei einem Neugeborenen oder Säugling die Früherkennungsuntersuchungen U3, U4 und U5 durchführen, dass das Neugeborenen-Hörscreening dokumentiert wurde. Ist dies nicht der Fall, so müssen Sie die Untersuchung nach GOP 01706 veranlassen sowie deren Durchführung und das Ergebnis dokumentieren.

Gemäß der Kinder-Richtlinie des G-BA können folgende Fachgruppen das Neugeborenen-Hörscreening durchführen:

- Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin,
- Fachärztinnen und Fachärzte für Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde und
- Fachärztinnen und Fachärzte für Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen

HYGIENEKOSTEN: PRAXEN ERHALTEN ZUSCHLAG AUTOMATISCH

Seit dem 01.01.2022 erhalten Sie als Ärztinnen und Ärzte bei persönlichem Patientenkontakt neu Hygienezuschläge. Dies hat der Erweiterte Bewertungsausschuss (eBA) beschlossen. Die Zuschläge setzt die KVH automatisch zu. Sie sind jeweils 0,23 Euro (2 Punkte) wert; bundeseinheitlicher Punktwert 2022 ist 11,2662 Cent. Die Zuschläge sind für alle Fachgruppen gleich hoch, da sich die allgemeinen Hygienekosten je Behandlungsfall nur unwesentlich unterscheiden.

Sie erhalten die Zuschläge zu Ihren Versicherten-, Grund- und Konsiliarpauschalen mit persönlichem Arzt-Patienten-Kontakt einmal im Behandlungsfall. Fälle, die ausschließlich per Video stattfinden, sind hiervon ausgenommen.

Diese GOP setzt Ihnen die KVH neu als Hygienezuschläge zu: 03020, 04020, 05215, 06215, 07215, 08215, 09215, 10215, 11215, 12215, 13215, 13295, 13345, 13395, 13495, 13546, 13595, 13645, 13695, 14215, 15215, 16214, 17215, 18215, 19215, 20215, 21222, 22215, 23215, 24215, 25215, 26215, 27215 und 30703.

Über die Hygienekosten bei speziellen Leistungen wie ambulante Operationen, Dialysen oder Endoskopien soll noch separat verhandelt werden.

ZUSCHLÄGE FÜR TRANSPORTKOSTEN ERNEUT VERLÄNGERT

Als Fachärztinnen und Fachärzte für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie, Transfusionsmedizin und ermächtigte Fachwissenschaftlerinnen und als Fachwissenschaftler der Medizin erhalten Sie die Zuschläge für Transportkosten nach den GOP 01699 und 12230 bis zum Ende des Jahres 2022. Der Bewertungsausschuss hat die zuvor bis Jahresende 2021 geltende Regelung nun bis zum Ende des Jahres 2022 verlängert. Die Zuschläge setzt die KVH automatisch zu. Die GOP 01699 und 12230 stellen Zuschläge auf die Grund- und Konsiliarpauschalen dar und bleiben bis zur Neuregelung der Transportpauschale nach GOP 40100 bestehen. Sie waren im Zusammenhang mit den neuen Portopauschalen zum 01.07.2020 eingeführt worden und galten ursprünglich nur für ein Jahr.

LABOR-ÄNDERUNGEN

Zum 01.01.2022 gab es mehrere Änderungen im Laborbereich. Sie können den Nachweis im Urin auf Chlamydia trachomatis nach den GOP 01816, 01840 und 01915 neu im Krankheitsfall nebeneinander abrechnen. Damit wird der EBM an die Richtlinien des G-BA zu Mutterschaftsvorsorge, Empfängnisregelung oder Schwangerschaftsabbruch angepasst.

Um die GOP 01816, 01840 und 01915 abzurechnen, benötigen Sie eine Genehmigung der KVH nach der QSV Speziallabor. Die Genehmigung für die GOP 01816, 01840 und 01915 können Sie als Fachärztinnen und Fachärzte für Laboratoriumsmedizin, für Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie, für Transfusionsmedizin oder für Frauenheilkunde und Geburtshilfe erhalten.

Klargestellt: Sie als Hausärztinnen und Hausärzte sowie Kinderärztinnen und Kinderärzte können die Untersuchung auf Chlamydien nach den GOP 01816, 01840 und 01915 nicht abrechnen. Die GOP werden aus den Präambeln 3.1 und 4.1 im EBM gestrichen.

Als Humangenetikerinnen und Humangenetiker können Sie neu die Mehrfertigung (z. B. Kopie) eines Briefes oder Berichtes nach der GOP 01602 für die GOP 11230 (Wissenschaftlich begründete humangenetische Beurteilung) und 11233 (Ausführliche humangenetische Beurteilung) nicht mehr abrechnen. Diese Leistung ist gemäß Präambel 11.1 Nummer 9 in den GOP des Kapitels 11 EBM enthalten. Die GOP 11230 und 11233 werden daher aus der Leistungslegende der GOP 01602 gestrichen.

Sie können neu für eine Vorbehandlung mit Dithiothreitol (DTT) zur Vermeidung von Interferenzen bei Blutkompatibilitätstests durch Isatuximab (Sarclisa®) die GOP 32557 aus Abschnitt 32.3.6 (Blutgruppen-serologische Untersuchungen) im EBM abrechnen. Bisher war dies nur für Daratumumab (Darzalex®) möglich.

Um die GOP 32557 abzurechnen, benötigen Sie eine Genehmigung der KVH nach der QSV Speziallabor. Die Genehmigung für die GOP 32557 können Sie als Fachärztinnen und Fachärzte für Laboratoriumsmedizin oder Transfusionsmedizin erhalten. Alle Informationen zur Genehmigung finden Sie unter www.kvhessen.de/genuehmigung/labormedizin/

NAEVI FLAMMEI UND HÄMANGIOME: ERNEUTE THERAPIE ABRECHNEN

Sie als Ärztinnen und Ärzte können seit 01.01.2022 die Laserbehandlungen einer Naevi flammei bei Rezidiven sowie bei erneutem Auftreten von Hämangiomen über den EBM abrechnen.

Klargestellt durch den BA: Sie können grundsätzlich die Laserbehandlungen von Naevi flammei und Hämangiomen unabhängig von der Zahl der Sitzungen jeweils nur einmal je cm² Gesamtfläche des behandelten Areals abrechnen.

Als Ausnahme gelten die Behandlungen von Naevi flammei bei Rezidiven sowie bei erneutem Auftreten von Hämangiomen.

Die GOP zur Behandlung von Naevi flammei (GOP 10320) und von Hämangiomen (GOP 10322) mittels gepulstem Farbstofflaser wie auch die Therapie mittels Laser (GOP 10324) können Sie somit bei wiederholter Behandlung desselben Areals abrechnen. Sie müssen dazu eine ausführliche Begründung

der medizinischen Notwendigkeit im freien Begründungsfeld (Feldkennung 5009) angeben.

Hintergrund der Änderung waren Unklarheiten im Vorfeld in Bezug auf die wiederholte Berechnungsfähigkeit der GOP.

Hierzu wurde die zweite Anmerkung der Leistungen im EBM angepasst.

Leistungen zur Behandlung von Naevi flammei und Hämangiomen überblicken		
GOP	Kurzbeschreibung	Bewertung
10320	Behandlung von Naevi flammei – Therapie mittels gepulstem Farbstofflaser – Metrische und fotografische Dokumentation vor Beginn und nach Abschluss der Therapie Fakultativ: Behandlung in mehreren Sitzungen	20,96 Euro* (186 Punkte)
10322	Behandlung von Hämangiomen – Therapie mittels gepulstem Farbstofflaser – Metrische und fotografische Dokumentation vor Beginn und nach Abschluss der Therapie Fakultativ: Behandlung in mehreren Sitzungen	17,13 Euro* (152 Punkte)
10324	Behandlung von Naevi flammei und/oder Hämangiomen – Therapie mittels Laser – Metrische und fotografische Dokumentation vor Beginn und nach Abschluss der Therapie Fakultativ: Behandlung in mehreren Sitzungen	16,79 Euro* (149 Punkte)

* nach bundeseinheitlichem Orientierungspunktwert 2022 (11,2662 ct)

OPERATIONEN- UND PROZEDURENSCHLÜSSEL (OPS): NEUE VERSION

Zum 01.01.2022 wurde der Anhang 2 des EBM an den OPS Version 2022 angepasst. Dazu wurden neue OPS-Codes aufgenommen, andere gestrichen und an bestehenden Anpassungen vorgenommen.

Neu sind OPS-Codes für

- Implantation eines Katheterverweilsystems in den Bauchraum zur Peritonealdialyse (5-549.20)
- Implantation eines Katheterverweilsystems in den Bauchraum zur Aszitesdrainage (5-549.21)
- operative Behandlung von Hämorrhoiden 3. Grades (5-493.01, 5-493.02)
- Rekonstruktion des Ureters (5-568.d0)
- partielle Harnblasenresektion (5-575.00, 5-575.01, 5-575.02)
- Zystektomie beim Mann bzw. bei der Frau nach Umstieg von laparoskopisch auf offene chirurgische Operation (5-576.02, 5-576.12)

- Ersatz der Harnblase laparoskopisch (5-577.01) und offen chirurgisch (5-577.02)
- operative Blutstillung laparoskopisch (5-579.41) und offen chirurgisch (5-579.45)
- Inzision und Exzision von retroperitonealem Gewebe (5-590.05, 5-590.25, 5-590.45)
- Exzision und Destruktion von Prostatagewebe nach Umstieg von laparoskopisch auf offene chirurgische Operation (5-603.12)
- chirurgische Bandplastik mit allogener Sehne im Bereich des vorderen bzw. des hinteren Kreuzbandes (5-803.b, 5-803.c)
- Fusion des distalen Tibiofibulargelenkes (5-809.5)

Gestrichen wurde der OPS-Code für

- Implantation eines Katheterverweilsystems in den Bauchraum (5-549.2)

Bei dem OPS-Code 1-665 für die diagnostische Ureterorenoskopie geben Sie als Ärztinnen und Ärzte seit 01.01.2022 die Seitenlokalisation in Ihrer Abrechnung an. Diese Änderung wurde im Rahmen der Aktualisierung des OPS für 2022 durch das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) aufgenommen.

Führen Sie als Ärztinnen und Ärzte Operationen nach den OPS-Codes 5-536.4e, 5-536.4f, 5-536.4g, 5-536.4h (Versorgung von Narbenhernien) durch, müssen Sie die horizontale Defektbreite der Narbenhernie von 10 cm oder mehr nicht mehr mittels CT oder MRT dokumentieren. Die im Jahr 2021 aufgenommene Bestimmung Nr. 21 in der Präambel 2.1 zum Anhang 2 des EBM wurde gestrichen.

Alle Informationen zur Genehmigung für das ambulante Operieren finden Sie unter

**[www.kvhessen.de/
genehmigung/ambulantes-operieren/](http://www.kvhessen.de/genehmigung/ambulantes-operieren/)**

CORONAVIRUS: ÄNDERUNGEN AM EBM

Die KVH hat alle wichtigen Informationen zur Abrechnung rund um Sonderregelungen Corona leicht verständlich aufbereitet unter **[www.kvhessen.de/
abrechnung-ebm/corona-sonderregeln](http://www.kvhessen.de/abrechnung-ebm/corona-sonderregeln)**

Sie als Ärztinnen und Ärzte kennzeichnen weiterhin bis 30.06.2022 alle Tage, an denen Sie Patientinnen und Patienten wegen des klinischen Verdachts auf eine Infektion oder wegen einer nachgewiesenen Infektion mit dem Coronavirus (SARS-CoV-2) behandeln, mit der GOP 88240.

Klargestellt: Leistungen, die Sie im Rahmen des Long COVID erbringen, kennzeichnen Sie nicht mit der GOP 88240.

Alle Leistungen an den gekennzeichneten Tagen werden Ihnen in voller Höhe vergütet. Hierzu gehören auch die in diesem Quartal abgerechneten Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschalen, auch wenn Sie diese nicht an den gekennzeichneten Tagen abgerechnet haben. Dasselbe gilt für die Zusatzpauschale für Pneumologie (GOP 04530 und 13650) und die Zusatzpauschale fachinternistische Behandlung (GOP 13250).

DETAILÄNDERUNGEN 1/2022

Seit dem 01.01.2022 gibt es im EBM Detailänderungen:

- Die GOP 19502 für die Durchführung des biomarkerbasierten Tests Oncotype DX Breast Recurrence Score® in den USA sowie die dazugehörige GOP 19501 (Aufarbeitung einer Gewebeprobe) wurden zum 01.01.2022 gestrichen.

Hintergrund der Änderung am EBM ist die zum 31.12.2021 auslaufende Übergangsregelung im § 25 Absatz 2 Nummer 3 Bundesmantelvertrag Ärzte (BMV-Ä) zur Durchführung des biomarkerbasierten Tests in den USA. Seit dem 01.10.2021 können Sie als Ärztinnen und Ärzte alternativ die Durchführung des biomarkerbasierten Tests Oncotype DX® in Deutschland abrechnen. Hierfür wurde die GOP 19506 in den Abschnitt 19.4.5 (Biomarkerbasierte Testverfahren) im EBM aufgenommen.

- Sie als Fachärztinnen und Fachärzte für Anästhesiologie, Neurologie oder Neurochirurgie können die Aufklärung und Beratung als Erstermeiner im Rahmen des Zweitmeinungsverfahrens nach der GOP 01645 (nicht genehmigungspflichtig) neu abrechnen. Die GOP wurde hierzu zum 01.01.2022 in die Präambeln der Kapitel 5 und 16 aufgenommen. Als indikationsstellende Ärztin bzw. als indikationsstellender Arzt können Sie dann für die Aufklärung und Beratung bei geplanten Eingriffen an der Wirbelsäule die GOP 01645 mit dem Suffix „F“ einmal im Krankheitsfall ansetzen. Hierzu händigen Sie der Patientin bzw. dem Patienten das Merkblatt des G-BA aus.

Weitere Informationen finden Sie im Beitrag zur Zweitmeinung auf Seite 27 sowie unter

**[www.kvhessen.de/abrechnung-ebm/
zweitmeinungsverfahren-abrechnen/](http://www.kvhessen.de/abrechnung-ebm/zweitmeinungsverfahren-abrechnen/)**

EBM-Änderungen ab 1. März 2022

ORGAN- UND GEWEBESPENDEN: BERATUNG ABRECHNEN

Haus- oder kinderärztlich tätige Ärztinnen und Ärzte können ab dem 01.03.2022 die Beratung über Organ- und Gewebespenden durchführen und abrechnen. Die GOP 01480 wird hierfür in den Abschnitt 1.4 des EBM aufgenommen.

Die Leistung können Sie ansetzen, wenn Ihnen die Berechtigung vorliegt, aus Kapitel 3 und/oder 4 abzurechnen.

Setzen Sie die neue Leistung neben diagnostischen oder therapeutischen GOP an, ist eine mindestens fünf Minuten längere Arzt-Patienten-Kontaktzeit als in den entsprechenden GOP angegeben Voraussetzung für die Berechnung der GOP 01480.

Die neue Beratungsleistung nach GOP 01480 können Sie alle zwei Kalenderjahre bei Patientinnen und Patienten ab dem vollendeten 14. Lebensjahr durchführen und abrechnen.

Sie sollten Ihre Patientinnen und Patienten regelmäßig darauf hinweisen, dass sie mit Vollendung des 14. Lebensjahres einer Organ- und Gewebespende widersprechen können und mit Vollendung des 16. Lebensjahres zusätzlich eine Erklärung zur Organ- und Gewebespende abgeben und ändern können (nach § 2 Absatz 1a TPG). Bei Bedarf sollen Sie diese Patientinnen und Patienten über die Organ- und Gewebespende beraten.

Die Beratung beinhaltet gemäß § 2 Absatz 1a des Transplantationsgesetzes unter anderem die Voraussetzungen und Möglichkeiten der Organspende wie auch die Information, eine Erklärung im Organspenderegister abgeben zu können. Darüber hinaus ist es auch erforderlich, über die Bedeutung einer abgegebenen Organspendeerklärung zu informieren.

Sie beraten ergebnisoffen und weisen ausdrücklich darauf hin, dass keine Verpflichtung zur Abgabe einer Erklärung besteht.

Anfang Februar erhielten Sie durch die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) zur Unterstützung Materialien zur Verfügung gestellt. Diese beinhalten sowohl ein Beratungsmanual als auch Informationsbroschüren und -flyer für Patientinnen und Patienten sowie Organspendeausweise.

EBM-FR

PRAXISTIPP

Zu allen EBM-Änderungen finden Sie aktuelle und weiterführende Informationen unter

www.kvhessen.de/abrechnung-ebm/aenderungen-am-ebm/

Reinschauen lohnt sich!

SICHERSTELLUNGSZUSCHLÄGE

Sicherstellungszuschlag – Anreiz in bestimmten Gebieten

Der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen in Hessen hat in seiner Sitzung am 18.11.2021 erstmals die Rahmenbedingungen für die Gewährung von Sicherstellungszuschlägen definiert.

Mitglieder der KVH, die in Gebieten mit eingetretener und drohender Unterversorgung sowie mit einem zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf nach § 100 Absatz 1 oder Absatz 3 SGB V überdurchschnittlich viel leisten, erhalten mit der Abrechnung ab dem vierten Quartal 2021 besondere Zuschläge. Dies aus folgendem Grund: Sie tragen maßgeblich zur Sicherstellung der ambulanten Versorgung in diesen Regionen bei.

WER ERHÄLT DIE ZUSCHLÄGE?

Die Rahmenbedingungen für die Gewährung von Sicherstellungszuschlägen sind in der Sicherstellungszuschlags-Richtlinie definiert.

Zuschlagsberechtigt sind Vertragsärzte, Berufsausübungsgemeinschaften und MVZ inkl. deren angestellte Ärzte, die über das gesamte Quartal tätig waren und ein überdurchschnittliches Abrechnungsvolumen aufweisen. Der Zuschlag be-

trägt 5,00 € je Fall über dem Fachgruppenschnitt (> 100 %) des entsprechenden Quartals und wird im Nachgang zur Restzahlung der Honorarabrechnung automatisch durch die KVH ermittelt und vergütet. Mitglieder müssen keinen Antrag stellen.

Alle Informationen zum Thema Sicherstellungszuschläge finden Sie unter www.kvhessen.de/foerderung/sicherstellungszuschlag/

PF

INFOBOX

Die Richtlinie des Landesausschusses ist zum 1. Oktober 2021 in Kraft getreten und gilt zunächst für die Dauer von zwei Jahren bis zum 30. September 2023. Maßgeblich für die Auszahlung der Zuschläge ist der Beschluss des Landesausschusses über die Gebiete, der für den Zeitraum des betrachteten Quartals Gültigkeit findet. Sofern ein neuer Beschluss im laufenden Quartal gefasst wurde, ist dieser ab dem Folgequartal zu berücksichtigen.

ÄNDERUNG DES HONORARVERTEILUNGSMASSTABES (HVM)

Änderung des Honorarverteilungsmaßstabes (HVM) gem. § 87b Abs. 1 S.2 SGB V der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen

Gültig ab dem 1. Oktober 2021

Die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen hat in ihrer Sitzung am 11.12.2021 Änderungen des Honorarverteilungsmaßstabes beschlossen, die hiermit veröffentlicht werden. Der HVM der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen gem. § 87b Abs. 1 S. 2 SGB V wird mit Wirkung ab 01.10.2021 wie folgt geändert:

I.

Die Anlage 2 QZV Zuordnung wird geändert und lautet wie folgt:

Anlage 2 QZV Zuordnung

Arztgruppe 1 vollzugelassene Hausärzte		
Qualifikationsgebundene Zusatzvolumen		GOP'n
2	Allergologie	30100, 30110, 30111, 30120, 30121, 30122, 30123
3	Behandlung des diabetischen Fußes	02311, 30214
4	Behandlung von Hämorrhoiden	30610, 30611
5	Chirotherapie	30200, 30201
8	Hyposensibilisierungsbehandlung	30130, 30131
9	Kardiorespiratorische Polygraphie	30900
10	Kleinchirurgie	02300, 02301, 02302, 02310
13	Phlebologie	30500, 30501
14	Physikalische Therapie	30400, 30400A, 30401, 30401A, 30402, 30402A, 30410, 30410A, 30411, 30411A, 30420, 30420A, 30421, 30421A, 30431
15	Proktologie	03331, 03332, 30600, 30601, 30601E
19	Schmerztherapeutische spezielle Versorgung	30700 inkl. Suffixe H, R, S, V, W, 30702, 30704, 30706, 30708
20	Schmerztherapeutische spezielle Behandlung	30710, 30712, 30720, 30721, 30722, 30723, 30724, 30730, 30731, 30740, 30750, 30751, 30760

21	Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33042, 33042A, 33043, 33043A, 33043V, 33044, 33044V, 33050, 33050K, 33052, 33090, 33090V, 33091, 33092, 33080, 33080L, 33081
31	Sonographie III	33060, 33061, 33062
74	Geriatric	03360, 03362
76	Palliativmedizinische Versorgung	03370, 03371, 03372, 03373, 03374
Freie Leistungen		GOP'n
1	Akupunktur	30790, 30791
7	Ergometrie	03321
11	Langzeit-Blutdruckmessung	03324
12	Langzeit-EKG	03241, 03322
16	Psychosomatische Grundversorgung	35100, 35110, 35110V, 35111, 35111V, 35113, 35113V, 35120
17	Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35141V, 35142, 35142V, 35150 inkl. Suffixe B, L, S, U, W, 35163 – 35168 inkl. Suffixe A, B, H, T, V, W, Z, 35169 inkl. Suffixe B, H, Z
24	Spirometrie	03330

Arztgruppe 2 vollzugelassene Kinderärzte

Qualifikationsgebundene Zusatzvolumen		GOP'n
75	Sozialpädiatrie	04355, 04355V
2	Allergologie	30100, 30110, 30111, 30120, 30121, 30122, 30123
7	Ergometrie	04321
8	Hyposensibilisierungsbehandlung	30130, 30131
12	Langzeit-EKG	04241, 04322
14	Physikalische Therapie	30400, 30400A, 30401, 30401A, 30402, 30402A, 30410, 30410A, 30411, 30411A, 30420, 30420A, 30421, 30421A, 30431
21	Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33042, 33042A, 33043, 33043A, 33043V, 33044, 33044V, 33050, 33050K, 33052, 33090, 33090V, 33091, 33092, 33080, 33080L, 33081
23	Sonographie II	33020, 33021, 33022, 33023, 33030, 33031, 33040
24	Spirometrie	04330
Freie Leistungen		GOP'n
1	Akupunktur	30790, 30791
16	Psychosomatische Grundversorgung	35100, 35110, 35110V, 35111, 35111V, 35113, 35113V, 35120

17	Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35141V, 35142, 35142V, 35150 inkl. Suffixe B, L, S, U, W, 35163 – 35168 inkl. Suffixe A, B, H, T, V, W, Z, 35169 inkl. Suffixe B, H, Z
Arztgruppe 3 vollzugelassene Anästhesisten		
Qualifikationsgebundene Zusatzvolumen		GOP'n
1	Akupunktur	30790, 30791
16	Psychosomatische Grundversorgung	35100, 35110, 35110V, 35111, 35111V, 35113, 35113V, 35120
17	Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35141V, 35142, 35142V, 35150 inkl. Suffixe B, L, S, U, W, 35163 – 35168 inkl. Suffixe A, B, H, T, V, W, Z, 35169 inkl. Suffixe B, H, Z
19	Schmerztherapeutische spezielle Versorgung	30700 inkl. Suffixe H, R, S, V, W, 30702, 30704, 30706, 30708
20	Schmerztherapeutische spezielle Behandlung	30710, 30712, 30720, 30721, 30722, 30723, 30724, 30730, 30731, 30740, 30750, 30751, 30760
Freie Leistungen		GOP'n
33	Narkosen bei zahnärztlicher Behandlung	05330, 05331, 05340, 05341, 05350
Arztgruppe 5 vollzugelassene Augenärzte		
Qualifikationsgebundene Zusatzvolumen		GOP'n
16	Psychosomatische Grundversorgung	35100, 35110, 35110V, 35111, 35111V, 35113, 35113V, 35120
21	Sonographie I	33000, 33001, 33002, 33011
36	Elektroophthalmologie	06312
37	Fluoreszenzangiographie	06331
38	Kontaktlinsenanpassung	06340, 06341, 06342, 06343
Freie Leistungen		GOP'n
72	Zuschlag für die Behandlung durch einen konservativ tätigen Augenarzt	06225, 06225V
Arztgruppe 6 vollzugelassene Chirurgen		
Qualifikationsgebundene Zusatzvolumen		GOP'n
13	Phlebologie	30500, 30501
21	Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33042, 33042A, 33043, 33043A, 33043V, 33044, 33044V, 33050, 33050K, 33052, 33090, 33090V, 33091, 33092, 33080, 33080L, 33081

31	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076
41	Teilradiologie	34210, 34211, 34212, 34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34236, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503
42	Ulcus cruris, CVI	02312, 02313
15	Proktologie	30600, 30601, 30601E

Freie Leistungen
GOP'n

1	Akupunktur	30790, 30791
4	Behandlung von Hämorrhoiden	30610, 30611

Arztgruppe 7 vollzugelassene Gynäkologen
Qualifikationsgebundene Zusatzvolumen
GOP'n

31	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076
44	Inkontinenzbehandlung	08310, 08311, 08311E, 08311U
45	Kurative Mammographie	34270, 34271, 34272, 34273
47	Reproduktionsmedizin	08230
48	Zytologie / Histologie	19310, 19312, 19318, 19319

Freie Leistungen
GOP'n

17	Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35141V, 35142, 35142V, 35150 inkl. Suffixe B, L, S, U, W, 35163 – 35168 inkl. Suffixe A, B, H, T, V, W, Z, 35169 inkl. Suffixe B, H, Z
65	Sonstige Hilfen	01820, 01821, 01822, 01823, 01824, 01825, 01826, 01827, 01828, 01829, 01830, 01831, 01832, 01840, 01850, 01851, 01852, 01853, 01854, 01855, 01856, 01857, 01900, 01901, 01902, 01903, 01904, 01905, 01906, 01910, 01911, 01912, 01913
70	Stanzbiopsie	08320
71	Mamma-Sonographie	33041

Arztgruppe 8 vollzugelassene HNO-Ärzte
Qualifikationsgebundene Zusatzvolumen
GOP'n

2	Allergologie	30100, 30110, 30111, 30120, 30121, 30122, 30123
---	--------------	---

5	Chirotherapie	30200, 30201
8	Hyposensibilisierungsbehandlung	30130, 30131
9	Kardiorespiratorische Polygraphie	30900
16	Psychosomatische Grundversorgung	35100, 35110, 35110V, 35111, 35111V, 35113, 35113V, 35120
20	Schmerztherapeutische spezielle Behandlung	30710, 30712, 30720, 30721, 30722, 30723, 30724, 30730, 30731, 30740, 30750, 30751, 30760
21	Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33042, 33042A, 33043, 33043A, 33043V, 33044, 33044V, 33050, 33050K, 33052, 33090, 33090V, 33091, 33092, 33080, 33080L, 33081
27	Gastroenterologie I	09317, 09317E
40	Bronchoskopie	09315, 09315E, 09316
41	Teilradiologie	34210, 34211, 34212, 34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34236, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503
50	Otoakustische Emissionen	09324, 09327
51	Phoniatrie, Pädaudiologie	09330, 09331, 09333, 09335, 09336
Freie Leistungen		GOP'n
17	Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35141V, 35142, 35142V, 35150 inkl. Suffixe B, L, S, U, W, 35163 – 35168 inkl. Suffixe A, B, H, T, V, W, Z, 35169 inkl. Suffixe B, H, Z
73	Neue Leistungen Kap. 9 u. 20	09329, 09343, 09364, 09365, 09372, 09373, 09374, 09375, 20338, 20339, 20340, 20343, 20364, 20365, 20372, 20373, 20374, 20375, 20377, 20378
Arztgruppe 9 vollzugelassene Ärzte für Phoniatrie / Pädaudiologie		
Qualifikationsgebundene Zusatzvolumen		GOP'n
2	Allergologie	30100, 30110, 30111, 30120, 30121, 30122, 30123
8	Hyposensibilisierungsbehandlung	30130, 30131
21	Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33042, 33042A, 33043, 33043A, 33043V, 33044, 33044V, 33050, 33050K, 33052, 33090, 33090V, 33091, 33092, 33080, 33080L, 33081
50	Otoakustische Emissionen	20324, 20327

51	Phoniatrie, Pädaudiologie	20330, 20331, 20332, 20333, 20335, 20336
Freie Leistungen		GOP'n
17	Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35141V, 35142, 35142V, 35150 inkl. Suffixe B, L, S, U, W, 35163 – 35168 inkl. Suffixe A, B, H, T, V, W, Z, 35169 inkl. Suffixe B, H, Z
73	Neue Leistungen Kap. 9 u. 20	09329, 09343, 09364, 09365, 09372, 09373, 09374, 09375, 20338, 20339, 20340, 20343, 20364, 20365, 20372, 20373, 20374, 20375, 20377, 20378

Arztgruppe 10 vollzugelassene Hautärzte

Qualifikationsgebundene Zusatzvolumen		GOP'n
2	Allergologie	30100, 30110, 30111, 30120, 30121, 30122, 30123
4	Behandlung von Hämorrhoiden	30610, 30611
8	Hyposensibilisierungsbehandlung	30130, 30131
13	Phlebologie	30500, 30501
14	Physikalische Therapie	30400, 30400A, 30401, 30401A, 30402, 30402A, 30410, 30410A, 30411, 30411A, 30420, 30420A, 30421, 30421A, 30431
15	Proktologie	30600, 30601, 30601E
16	Psychosomatische Grundversorgung	35100, 35110, 35110V, 35111, 35111V, 35113, 35113V, 35120
31	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076
42	Ulcus cruris, CVI	02312, 02313
48	Zytologie / Histologie	19310, 19312, 19315, 19318, 19319, 19320
53	Dermatologische Lasertherapie	10320, 10322, 10324
Freie Leistungen		GOP'n
17	Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35141V, 35142, 35142V, 35150 inkl. Suffixe B, L, S, U, W, 35163 – 35168 inkl. Suffixe A, B, H, T, V, W, Z, 35169 inkl. Suffixe B, H, Z

Arztgruppe 11 vollzugelassene Internisten mit SP Gastroenterologie

Qualifikationsgebundene Zusatzvolumen		GOP'n
4	Behandlung von Hämorrhoiden	30610, 30611
15	Proktologie	13257, 30600, 30601, 30601E
23	Sonographie II	33020, 33021, 33022, 33023, 33030, 33031, 33040

31	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076
34	Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	01510, 01510T, 01511, 01511T, 01512, 01512T
41	Teilradiologie	34210, 34211, 34212, 34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34236, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503
54	Kontrolle Herzschrittmacher	13571, 13573, 13574, 13575, 13576, 13577 inkl. Suffixe I, J und K

Arztgruppe 12 vollzugelassene Internisten mit SP Kardiologie (nicht invasiv)

Qualifikationsgebundene Zusatzvolumen	GOP'n	
9	Kardiorespiratorische Polygraphie	30900
21	Sonographie I	33000, 33001, 33002, 33010, 33011, 33012, 33042, 33042A, 33043, 33043A, 33043V, 33044, 33044V, 33050, 33050K, 33052, 33090, 33090V, 33091, 33092, 33080, 33080L, 33081
31	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076
41	Teilradiologie	34210, 34211, 34212, 34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34236, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503

Arztgruppe 13 vollzugelassene Internisten mit SP Lungen- und Bronchialheilkunde

Qualifikationsgebundene Zusatzvolumen	GOP'n	
40	Bronchoskopie	13662, 13662E, 13662I, 13662J, 13663, 13663I, 13664, 13664I, 13670, 13670I
41	Teilradiologie	34210, 34211, 34212, 34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34236, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503

52	Polysomnographie	30901
----	------------------	-------

Arztgruppe 14 vollzugelassene Internisten mit SP Angiologie

Qualifikationsgebundene Zusatzvolumen		GOP'n
12	Langzeit-EKG	13252, 13253
13	Phlebologie	30500, 30501
14	Physikalische Therapie	30400, 30400A, 30401, 30401A, 30402, 30402A, 30410, 30410A, 30411, 30411A, 30420, 30420A, 30421, 30421A, 30431
21	Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33042, 33042A, 33043, 33043A, 33043V, 33044, 33044V, 33050, 33050K, 33052, 33090, 33090V, 33091, 33092, 33080, 33080L, 33081
23	Sonographie II	33020, 33021, 33022, 33023, 33030, 33031, 33040
31	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076
42	Ulcus cruris, CVI	02312, 02313

Freie Leistungen

Freie Leistungen		GOP'n
1	Akupunktur	30790, 30791
17	Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35141V, 35142, 35142V, 35150 inkl. Suffixe B, L, S, U, W, 35163 – 35168 inkl. Suffixe A, B, H, T, V, W, Z, 35169 inkl. Suffixe B, H, Z

Arztgruppe 15 vollzugelassene Internisten mit SP Endokrinologie

Qualifikationsgebundene Zusatzvolumen		GOP'n
3	Behandlung des diabetischen Fußes	02311, 30214
31	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076
57	Osteodensitometrie	34600

Arztgruppe 16 vollzugelassene Internisten mit SP Nephrologie

Qualifikationsgebundene Zusatzvolumen		GOP'n
12	Langzeit-EKG	13252, 13253
27	Gastroenterologie I	13400, 13400E, 13400I, 13400J, 13401, 13401E, 13401I, 13401J, 13402, 13402E, 13402I, 13402J, 13410, 13410I, 13411, 13411I, 13412, 13412I
54	Kontrolle Herzschrittmacher	13571, 13573, 13574, 13575, 13576, 13577 inkl. Suffixe I, J und K

Arztgruppe 19 vollzugelassene Internisten mit SP Hämatologie/Onkologie

Qualifikationsgebundene Zusatzvolumen	GOP'n
16 Psychosomatische Grundversorgung	35100, 35110, 35110V, 35111, 35111V, 35113, 35113V, 35120

Freie Leistungen	GOP'n
34 Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	01510, 01510T, 01511, 01511T, 01512, 01512T
66 Transfusionen	02110, 02111

Arztgruppe 20 vollzugelassene Internisten mit SP Rheumatologie

Qualifikationsgebundene Zusatzvolumen	GOP'n
16 Psychosomatische Grundversorgung	35100, 35110, 35110V, 35111, 35111V, 35113, 35113V, 35120

21 Sonographie I	33000, 33001, 33002, 33010, 33011, 33012, 33042, 33042A, 33043, 33043A, 33043V, 33044, 33044V, 33050, 33050K, 33052, 33090, 33090V, 33091, 33092, 33080, 33080L, 33081
------------------	--

41 Teilradiologie	34210, 34211, 34212, 34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34236, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503
-------------------	---

57 Osteodensitometrie	34600
67 Infusionen < 1 h	02100, 02100T
68 Gelenkpunktionen	02341

Freie Leistungen	GOP'n
1 Akupunktur	30790, 30791
34 Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	01510, 01510T, 01511, 01511T, 01512, 01512T

Arztgruppe 21 vollzugelassene Internisten mit SP Kardiologie invasiv

Qualifikationsgebundene Zusatzvolumen	GOP'n
9 Kardiorespiratorische Polygraphie	30900
21 Sonographie I	33000, 33001, 33002, 33010, 33011, 33012, 33042, 33042A, 33043, 33043A, 33043V, 33044, 33044V, 33050, 33050K, 33052, 33090, 33090V, 33091, 33092, 33080, 33080L, 33081

31	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076
41	Teilradiologie	34210, 34211, 34212, 34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34236, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503

Arztgruppe 22 vollzugelassene Nuklearmediziner

Qualifikationsgebundene Zusatzvolumen	GOP'n	
21	Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33042, 33042A, 33043, 33043A, 33043V, 33044, 33044V, 33050, 33050K, 33052, 33090, 33090V, 33091, 33092, 33080, 33080L, 33081
41	Teilradiologie	34210, 34211, 34212, 34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34236, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503
60	MRT	34410, 34411, 34420, 34421, 34422, 34430, 34431, 34440, 34441, 34442, 34450, 34451, 34452, 34460
61	MRT-Angiographie	34470, 34475, 34480, 34485, 34486, 34489, 34490, 34492

Freie Leistungen

Freie Leistungen	GOP'n	
64	Nuklearmedizin	17330, 17331, 17371, 17372, 17373

Arztgruppe 24 vollzugelassene Nervenärzte, Neurologen, Psychiater

Qualifikationsgebundene Zusatzvolumen	GOP'n	
5	Chirotherapie	30200, 30201
9	Kardiorespiratorische Polygraphie	30900
16	Psychosomatische Grundversorgung	35100, 35110, 35110V, 35111, 35111V, 35113, 35113V, 35120
19	Schmerztherapeutische spezielle Versorgung	30700 inkl. Suffixe H, R, S, V, W, 30702, 30704, 30706, 30708
20	Schmerztherapeutische spezielle Behandlung	30710, 30712, 30720, 30721, 30722, 30723, 30724, 30730, 30731, 30740, 30750, 30751, 30760

31	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076
34	Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	01510, 01510T, 01511, 01511T, 01512, 01512T
58	Betreuung neurologisch Kranker	16230, 16231
59	Betreuung psychiatrisch Kranker	21230, 21231
Freie Leistungen		GOP'n
1	Akupunktur	30790, 30791
17	Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35141V, 35142, 35142V, 35150* inkl. Suffixe B, L, S, U, W, 35163 – 35168 inkl. Suffixe A, B, H, T, V, W, Z, 35169 inkl. Suffixe B, H, Z

* Diese Leistungen werden nur bei den Neurologen (Arzt VFG VTG 57-68) im QZV vergütet, ansonsten eGV.

Arztgruppe 28 vollzugelassene Kinder- und Jugendpsychiater

Qualifikationsgebundene Zusatzvolumen		GOP'n
16	Psychosomatische Grundversorgung,	35100, 35110, 35110V, 35111, 35111V, 35113, 35113V, 35120
30	Neurophysiologische Übungsbehandlung	30300, 30300A, 30301, 30301A
Freie Leistungen		GOP'n
17	Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35141V, 35142, 35142V

Arztgruppe 29 vollzugelassene Orthopäden

Qualifikationsgebundene Zusatzvolumen		GOP'n
5	Chirotherapie	30200, 30201
17	Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35141V, 35142, 35142V, 35150 inkl. Suffixe B, L, S, U, W, 35163 – 35168 inkl. Suffixe A, B, H, T, V, W, Z, 35169 inkl. Suffixe B, H, Z
19	Schmerztherapeutische spezielle Versorgung	30700 inkl. Suffixe H, R, S, V, W, 30702, 30704, 30706, 30708
20	Schmerztherapeutische spezielle Behandlung	30710, 30712, 30720, 30721, 30722, 30723, 30724, 30730, 30731, 30740, 30750, 30751, 30760

41	Teilradiologie	34210, 34211, 34212, 34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34236, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503
----	----------------	---

Freie Leistungen		GOP'n
1	Akupunktur	30790, 30791

Arztgruppe 30 vollzugelassene Ärzte für physikalische und rehabilitative Medizin

Qualifikationsgebundene Zusatzvolumen		GOP'n
5	Chirotherapie	30200, 30201
14	Physikalische Therapie	30400, 30400A, 30401, 30401A, 30402, 30402A, 30410, 30410A, 30411, 30411A, 30420, 30420A, 30421, 30421A, 30431
16	Psychosomatische Grundversorgung	35100, 35110, 35110V, 35111, 35111V, 35113, 35113V, 35120
19	Schmerztherapeutische spezielle Versorgung	30700 inkl. Suffixe H, R, S, V, W, 30702, 30704, 30706, 30708
20	Schmerztherapeutische spezielle Behandlung	30710, 30712, 30720, 30721, 30722, 30723, 30724, 30730, 30731, 30740, 30750, 30751, 30760
21	Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33042, 33042A, 33043, 33043A, 33043V, 33044, 33044V, 33050, 33050K, 33052, 33090, 33090V, 33091, 33092, 33080, 33080L, 33081
41	Teilradiologie	34210, 34211, 34212, 34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34236, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503
Freie Leistungen		GOP'n
1	Akupunktur	30790, 30791
17	Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35141V, 35142, 35142V, 35150 inkl. Suffixe B, L, S, U, W, 35163 – 35168 inkl. Suffixe A, B, H, T, V, W, Z, 35169 inkl. Suffixe B, H, Z

Arztgruppe 31 vollzugelassene Radiologen		
Qualifikationsgebundene Zusatzvolumen		GOP'n
21	Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33042, 33042A, 33043, 33043A, 33043V, 33044, 33044V, 33050, 33050K, 33052, 33090, 33090V, 33091, 33092, 33080, 33080L, 33081
31	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076
41	Teilradiologie	34210, 34211, 34212, 34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34236, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503
45	Kurative Mammographie	34270, 34271, 34272, 34273
55	Interventionelle Radiologie	01530, 01531, 34283, 34284, 34285, 34286, 34287
57	Osteodensitometrie	34600
60	MRT	34410, 34411, 34420, 34421, 34422, 34430, 34431, 34440, 34441, 34442, 34450, 34451, 34452, 34460
61	MRT-Angiographie	34470, 34475, 34480, 34485, 34486, 34489, 34490, 34492
62	CT	34310, 34311, 34312, 34320, 34321, 34322, 34330, 34340, 34341, 34342, 34343, 34344, 34345, 34350, 34351, 34360, 34504, 34505
64	Nuklearmedizin	17310, 17311, 17320, 17321, 17330, 17331, 17332, 17333, 17340, 17341, 17350, 17351, 17360, 17361, 17362, 17363, 17371, 17372, 17373
Arztgruppe 35 vollzugelassene Urologen		
Qualifikationsgebundene Zusatzvolumen		GOP'n
4	Behandlung von Hämorrhoiden	30610, 30611
15	Proktologie	30600, 30601, 30601E
16	Psychosomatische Grundversorgung	35100, 35110, 35110V, 35111, 35111V, 35113, 35113V, 35120
21	Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33042, 33042A, 33043, 33043A, 33043V, 33044, 33044V, 33050, 33050K, 33052, 33090, 33090V, 33091, 33092, 33080, 33080L, 33081

31	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076
44	Inkontinenzbehandlung	26310, 26310E, 26310U, 26311, 26311E, 26311U, 26313, 26340
63	Stoßwellenlithotripsie (ESWL)	26330
Freie Leistungen		GOP'n
17	Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35141V, 35142, 35142V, 35150 inkl. Suffixe B, L, S, U, W, 35163 – 35168 inkl. Suffixe A, B, H, T, V, W, Z, 35169 inkl. Suffixe B, H, Z
41	Teilradiologie	34210, 34211, 34212, 34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34236, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503

Arztgruppe 38 vollzugelassene fachärztlich tätige Internisten ohne Schwerpunkt

Qualifikationsgebundene Zusatzvolumen		GOP'n
3	Behandlung des diabetischen Fußes	02311, 30214
4	Behandlung von Hämorrhoiden	30610, 30611
9	Kardiorespiratorische Polygraphie	30900
10	Kleinchirurgie	02300, 02301, 02302, 02310
12	Langzeit-EKG	13252, 13253
13	Phlebologie	30500, 30501
15	Proktologie	13257, 30600, 30601, 30601E
16	Psychosomatische Grundversorgung	35100, 35110, 35110V, 35111, 35111V, 35113, 35113V, 35120
21	Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33042, 33042A, 33043, 33043A, 33043V, 33044, 33044V, 33050, 33050K, 33052, 33090, 33090V, 33091, 33092, 33080, 33080L, 33081
23	Sonographie II	33020, 33021, 33022, 33023, 33030, 33031, 33040
31	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076
34	Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	01510, 01510T, 01511, 01511T, 01512, 01512T

41	Teilradiologie	34210, 34211, 34212, 34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34236, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503
54	Kontrolle Herzschrittmacher	13571, 13573, 13574, 13575, 13576, 13577 inkl. Suffixe I, J und K
Freie Leistungen		GOP'n
1	Akupunktur	30790, 30791
17	Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35141V, 35142, 35142V, 35150 inkl. Suffixe B, L, S, U, W, 35163 – 35168 inkl. Suffixe A, B, H, T, V, W, Z, 35169 inkl. Suffixe B, H, Z

II.

In Abschnitt II Teil B Nr. 3.5.1, letzter Satz wird der Begriff „RLV-Gruppe“ durch den Begriff „Arztgruppe“ ersetzt.

III.

In Abschnitt II Teil B Nr. 3.6.1, Satz 1 wird der Begriff „Fachgruppe“ durch den Begriff „Arztgruppe“ ersetzt.

IV.

In Abschnitt II Teil B Nr. 4.5.1, letzter Satz wird der Begriff „RLV-Gruppe“ durch den Begriff „Arztgruppe“ ersetzt.

V.

Abschnitt II Teil B Nr. 4.6.1 wird geändert und lautet wie folgt:

„4.6.1 QZV-relevante Fallzahl und Fallwert

Sobald im aktuellen Quartal eine Leistung in einem Arztfall abgerechnet wird, die dem Vergütungsbereich QZV einer Arztgruppe unterliegt, werden die aktuellen RLV-relevanten Fälle der Ärzte in dieser Arztgruppe, welche das jeweilige QZV abrechnen, aufsummiert und bilden die Gesamtfallzahl je QZV der Arztgruppe.

Aus der Division des in Abschnitt II Teil B 4.6 bestimmten QZV-Verteilungsvolumens und der in Absatz 1 bestimmten Gesamtfallzahl resultieren die QZV-Fallwerte je Arztgruppe.

Der Fallwert je QZV beträgt mindestens 0,01 €.“

VI.

In Abschnitt II Teil B Nr. 4.9.3 wird in Satz 3 des Absatzes unter der Überschrift „Zu i) aus Abschnitt II Teil B 4.3.1“ der Begriff „Fachgruppen“ durch den Begriff „Arztgruppen“ ersetzt.

VII.

In Abschnitt II Teil C Nr. 2.1 Satz 1 wird der Begriff „RLV-Gruppe“ durch den Begriff „Arztgruppe“ ersetzt.

VIII.

Abschnitt II Teil A Nr. 3.1.3 wird geändert und lautet wie folgt:

„3.1.3 Bereinigung (Ein-Ausdeckelung; HZV; Kostenerstatter; ASV; Leistungsbereichsverschiebung; Entbudgetierung TSVG)

In den Vergütungsvolumina der jeweiligen Grundbeträge sind im aktuellen Abrechnungsquartal die notwendigen Bereinigungen sowie Änderungen in der Abgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zu berücksichtigen. Die Umsetzung erfolgt anteilig aus bzw. in den jeweiligen Grundbetrag in der Höhe der nach dem honorarvertraglich vereinbarten bzw. vom Bewertungsausschuss vorgegebenen Verfahren der Bereinigung bzw. Ein- oder Ausdeckelung bestimmten Beträge.“

Die Änderungen treten zum 01.10.2021 in Kraft.

Der Vorsitzende der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen

gez. Dr. med. Klaus-Wolfgang Richter



DISEASE-MANAGEMENT-PROGRAMME

Höhere Vergütung für Versicherte der AOK Hessen

Zusammen mit der AOK Hessen will die KVH die Disease-Management-Programme (DMP) Asthma bronchiale (Asthma), Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD), Koronare Herzkrankheit (KHK), Diabetes mellitus Typ 1 (DM1) sowie Diabetes mellitus Typ 2 (DM2) weiter fördern.

Aus diesem Grund hat sich **seit dem 01.10.2021** die Vergütung für die ärztliche Betreuung in den oben genannten DMP **für Versicherte der AOK Hessen** – für die Einschreibung in das zweite bzw. dritte DMP – **um jeweils 5 Euro erhöht**.

In der Abrechnung werden für die Erst- und Folgedokumentationen im zweiten bzw. dritten DMP die Gebührenordnungspositionen (GOP) mit einem entsprechenden Suffix angesetzt. In dem Fall, dass die GOP ohne Suffix in der Abrechnung angesetzt wird, wird das entsprechende Suffix automatisch durch die KVH zugesetzt. Somit erhalten Ärztinnen und Ärzte in jedem Fall die höhere Vergütung.

Die Einschreibung von Versicherten ist in maximal drei DMP-Verträge gleichzeitig möglich: **Asthma** oder **COPD/KHK/DM1** oder **DM2**.

EINFÜHRUNG EINER KONTINUITÄTSPAUSCHALE

Neben der Förderung der DMP-Programme soll auch die kontinuierliche Einschreibung der Versicherten gefördert werden.

Dies wird durch die Einführung der Kontinuitätspauschale der AOK Hessen unterstützt.

Hierfür erhalten Ärztinnen und Ärzte, die Versicherte der AOK Hessen im Zeitraum 1. Januar 2021 bis 30. September 2024 mindestens drei Jahre (12 Quartale) dauerhaft in ein DMP eingeschrieben haben, eine Bonusvergütung (Kontinuitätspauschale) in Höhe von 30 Euro pro Versicherten der AOK Hessen.

Die Vergütung der Kontinuitätspauschale kann für jedes DMP, in dem der Versicherte im Vertragszeitraum kontinuierlich über drei Jahre betreut wird, zum Tragen kommen.

Die KVH vergütet die Kontinuitätspauschale nach Beendigung der Einschreibephase (ab dem 4. Quartal 2024) automatisch.

Bei einer unmittelbaren Weiterbehandlung wird die Pauschale auch bei einem Arztwechsel anteilmäßig für jedes betreute Quartal mit je 2,50 Euro ausbezahlt.

Alle neu eingeführten GOP sind in den Hessenspezifischen Gebührenordnungspositionen aufgelistet.

LÖ

HABEN SIE WEITERE FRAGEN?

Bei Fragen zum DMP helfen wir Ihnen gerne weiter.

069 24741-7580 (Telefon)

069 24741-68805 (Telefax)

mitgliederservice.sondervertraege@kvhessen.de

BUNDESAUSSCHUSS

Zweitmeinungsanspruch bei Wirbelsäuleneingriffen

Patientinnen und Patienten, die vor bestimmten planbaren operativen Eingriffen an der Wirbelsäule stehen, haben künftig Anspruch auf eine ärztliche Zweitmeinung. Sie als unabhängige und besonders qualifizierte Fachärztinnen und Fachärzte prüfen im Zweitmeinungsverfahren, ob die empfohlene Operation medizinisch notwendig ist, und beraten die Versicherten zu möglichen Therapiealternativen. Da jede Operation auch Risiken birgt, soll mit einer ärztlichen Zweitmeinung vermieden werden, dass sich Patientinnen und Patienten einem medizinisch nicht notwendigen Eingriff unterziehen. Mit dem seit 19.11.2021 in Kraft getretenen Beschluss ergänzte der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) seine Richtlinie zum Zweitmeinungsverfahren (Zm-RL) um einen sechsten planbaren Eingriff.

PLANBARE OPERATIONEN AN DER WIRBELSÄULE

Zu den planbaren Operationen an der Wirbelsäule, für die das Zweitmeinungsverfahren greift, zählen die Osteosynthese und Spondylodese, Dekompression, Facettenoperationen, Verfahren zum Einbringen von Material in einen Wirbelkörper (mit oder ohne vorherige Wirbelkörperaufrichtung), Exzision sowie die Bandscheiben-Endoprothese.

ALS ERSTMEINER ABRECHNEN

Sie als Erstmeiner müssen Patientinnen und Patienten, bei denen ein Eingriff an der Wirbelsäule geplant ist, über ihren Rechtsanspruch auf eine zweite ärztliche Meinung informieren. Dafür rechnen Sie die GOP 01645 ab. Fachärztinnen und Fachärzte für Anästhesiologie, Neurologie oder Neurochirurgie können die Leistung seit dem 01.01.2022 abrechnen. Für diese Fachgruppen wurde der EBM nachträglich geändert.

Erstmeiner kennzeichnen die GOP 01645 mit dem Suffix „F“ (01645F) bei einem geplanten Eingriff an der Wirbelsäule. Die GOP 01645 beinhaltet die Aufklärung, Beratung und Zusammenstellung aller erforderlichen Unterlagen für die Patientin und den

Patienten, wenn eine Operation an der Wirbelsäule bevorsteht. Sie als indikationsstellende/r Ärztin oder Arzt händigen den Patientinnen und Patienten zudem das Merkblatt des G-BA aus. Beachten Sie bitte, dass die Aufklärung zur Zweitmeinung mindestens zehn Tage vor dem geplanten Eingriff erfolgen soll.

ZWEITMEINUNGSGEBENDE FACHÄRZTINNEN UND FACHÄRZTE

Die Genehmigung, Zweitmeinungsleistungen zu Wirbelsäuleneingriffen abzurechnen, können Fachärztinnen und Fachärzte folgender Fachrichtungen bei der KVH beantragen:

Orthopädie und Unfallchirurgie, Orthopädie, Chirurgie mit der Schwerpunktbezeichnung Unfallchirurgie, Neurochirurgie, Physikalische und Rehabilitative Medizin, Neurologie, Allgemeinmedizin, Innere Medizin oder Anästhesiologie, jeweils mit der Zusatzbezeichnung „Spezielle Schmerztherapie“.

Ambulant oder stationär tätige Ärztinnen und Ärzte können bei der KVH eine Genehmigung als Zweitmeiner beantragen und die Leistung zulasten der gesetzlichen Krankenkassen anbieten.

ALS ZWEITMEINER ABRECHNEN

Als Zweitmeiner müssen Sie bestimmte fachliche Voraussetzungen gemäß dem Allgemeinen Teil der Richtlinie zum Zweitmeinungsverfahren erfüllen. Dazu gehört vor allem der Nachweis einer geeigneten Weiterbildungsermächtigung. Zudem müssen Sie erklären, dass keine Interessenskonflikte vorliegen, die einer unabhängigen Erbringung der Zweitmeinung entgegenstehen.

Als Zweitmeiner rechnen Sie Ihre Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschalen beim ersten Arzt-Patienten-Kontakt ab. Die Zweitmeinung umfasst die Durchsicht vorliegender Befunde der/des indikationsstellenden Ärztin oder Arztes und ein Anamnesegespräch. Hinzu kommen Untersuchungen, sofern sie zur Befunderhebung und Überprüfung

der Indikationsstellung erforderlich sind. Als Zweitmeiner kennzeichnen Sie bei Wirbelsäuleneingriffen alle im Zusammenhang mit dem Zweitmeinungsverfahren durchgeführten und abgerechneten GOP im freien Begründungsfeld (Feldkennung 5009) mit der 88200F.

Die KVH hat alle wichtigen Informationen zur Abrechnung rund um das Zweitmeinungsverfahren leicht verständlich aufbereitet unter

www.kvhessen.de/abrechnung-ebm/zweitmeinungsverfahren-abrechnen/

Ein rechtlicher Zweitmeinungsanspruch besteht bereits bei nachfolgenden Eingriffen:

- Amputation beim diabetischen Fußsyndrom
- Tonsillektomie, Tonsillotomie
- Hysterektomie
- Schulterarthroskopie
- Implantation einer Knieendoprothese

NY, RC, MO, CS

HABEN SIE WEITERE FRAGEN?

Für Ihre Fragen steht Ihnen das Team Qualitätssicherung Team 2 gerne zur Verfügung.

069 24741-6687 (Telefon)

069 24741-68687 (Telefax)

zweitmeinungsverfahren@kvhessen.de

Änderung der Wahlordnung der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen

Die Vertreterversammlung (VV) der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen hat in ihrer Sitzung am 11. Dezember 2021 einen Beschluss zur Änderung der Wahlordnung der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen gefasst. Die Änderung der Wahlordnung in der vom Hessischen Ministerium für Soziales und Integration am 14. Januar 2022 genehmigten Fassung wird hiermit veröffentlicht. Die Änderung tritt am Tag nach der Veröffentlichung in Kraft.

Mit den Änderungen werden unter anderem die Angaben im Wählerverzeichnis, auf den Wahlvorschlägen und den Bewerber- und Unterstützerklärungen vereinheitlicht. Zudem erfolgen die für die Wahl erforderlichen Veröffentlichungen nunmehr per Rundschreiben und nicht mehr im Hessischen Ärzteblatt.

Neu ist auch eine Begrenzung der Anzahl der Kandidaten auf einem Wahlvorschlag. Jede Liste darf nun entweder maximal 30 Kandidaten oder das Dreifache an Kandidaten haben, wie Sitze in der VV besetzt werden können. Da die Vertreterversammlung 45 ärztliche und fünf psychotherapeutischen Mitglieder hat, bedeutet dies: Wahlvorschläge aus dem ärztlichen Bereich dürfen maximal 135 Kandidaten aufführen, Wahlvorschläge der psychotherapeutische Mitglieder bis zu 30 Kandidaten.

Eine Lesefassung der Satzung, in der alle Änderungen eingepflegt sind, finden Sie unter

www.kvhessen.de/recht-vertrag/alphabet/V

§ 5

In § 5 wird das Datum „31.05.“ durch das Datum „30.04.“ ersetzt.

§ 6 Abs. 4

§ 6 Abs. 4 wird wie folgt gefasst: „Der Landesausschuss bleibt bis zum Ablauf der Wahlanfechtungsfrist und im Falle der Wahlanfechtung bis zum Abschluss des Anfechtungsverfahrens und zur Veröffentlichung eines geänderten Wahlergebnisses nach § 26 im Amt.“

§ 9 Satz 1

In § 9 Satz 1 werden die Worte „im ‚Hessischen Ärzteblatt‘“ durch die Worte „durch Rundschreiben“ ersetzt.

§ 10 Abs. 2, § 14 Abs. 2 und § 14 Abs. 5 Satz 2, § 16 Abs. 2 Satz 2

In § 10 Abs. 2 werden hinter dem Wort „Anschrift“ die Worte „(Straße, Postleitzahl, Ort)“ eingefügt.

In § 14 Abs. 2 werden die Worte „Vor- und Zunamen sowie mit Praxis und Anschrift“ durch die Worte „Zu- und Vornamen, Praxissitz und Anschrift (Straße, Postleitzahl, Ort)“ ersetzt.

In § 14 Abs. 5 Satz 2 werden die Worte „Praxisort und Anschrift“ durch die Worte „Vor- und Zuname, Praxissitz und Anschrift (Straße, Postleitzahl, Ort)“ ersetzt.

In § 16 Abs. 2 Satz 2 werden die Worte „Familiennamen, Rufnamen und Praxis“ durch die Worte „Zu- und Vornamen, Praxissitz und Anschrift (Straße, Postleitzahl, Ort)“ ersetzt.

§ 14 Abs. 3

§ 14 Abs. 3 wird um den folgenden Satz 3 ergänzt: „Jeder Listenwahlvorschlag darf bis zu 30 Bewerber oder maximal die dreifache Zahl der zu wählenden Vertreter der Gruppe enthalten.“

§ 14 Abs. 4

§ 14 Abs. 4 wird um den folgenden Satz 3 ergänzt: „Die Bewerbererklärung muss den Vor- und Zunamen, Praxissitz und Anschrift sowie die Fachrichtung des Bewerbers enthalten.“

§ 21 Abs. 1, 2 und 3

In § 21 Abs. 1 wird die Zahl „10“ durch die Zahl „21“ ersetzt.

In § 21 Abs. 2 lit. a) wird das Wort „angenommen“ durch das Wort „abgelehnt“ ersetzt.

In § 21 Abs. 3 wird hinter der Angabe „Abs. 2“ die Angabe „a) oder“ eingefügt.

§ 22

In § 22 werden die Worte „im ‚Hessischen Ärzteblatt‘“ durch die Worte „durch Rundschreiben“ ersetzt.

§ 27

In § 27 wird die Zahl „10“ durch die Zahl „16“ ersetzt.

§ 30

In § 30 werden die Zahlen „2011-2016“ durch die Zahlen „2023-2028“ ersetzt.

ÄNDERUNG DER BEREITSCHAFTSDIENSTORDNUNG (BDO)

Neuregelung und Professionalisierung des Beratungsarztdienstes sowie Erhöhung des Aufwendersatzes bei verschuldetem Nichtantritt von Diensten

Die BDO enthielt bisher keine gesonderten Regelungen zu dem besonderen Versorgungsangebot der Beratungsärzte an den beiden ÄBD-Dispositionszentralen, die von der Abteilung Patientenservice, die für die 116117 zuständig ist, betrieben werden. Der Beratungsarztdienst wurde in der neuen BDO nun fest verankert. Neben der Aufnahme einer Vielzahl von Regelungen für den einst pilothaft gestarteten Beratungsarztdienst in die BDO – der auch während und insbesondere durch die Corona-Pandemie an Bedeutung gewann – geht mit den Änderungen auch eine Professionalisierung und Neuausrichtung dieses Versorgungsangebotes einher.

Zudem wurde aufgrund des gestiegenen Verwaltungsaufwands bei der Bearbeitung von Verfahren wegen unentschuldigter Nichtantritten von ÄBD-Diensten eine Erhöhung des Aufwendersatzes von bisher 500,- € auf 1.000,- € von der Vertreterversammlung in ihrer Sitzung vom 11.12.2021 beschlossen.

Über die Beschlussfassung zur Änderung der BDO wurden Sie bereits mit dem Rundschreiben vom 17.12.2021 informiert.

Die Voraussetzungen für die Teilnahme am Beratungsarztdienst, dessen konkrete Aufgaben und vieles mehr können Sie der nachfolgenden Veröffentlichung der BDO-Änderungen entnehmen.

Die vollständige Lesefassung der BDO ist auch online unter www.kvhessen.de/recht-vertrag/alphabet/AE/ zu finden.

BESCHLUSS DER VERTRETERVERSAMMLUNG ZUR ÄNDERUNG DER BEREITSCHAFTSDIENSTORDNUNG DER KASSEN-ÄRZTLICHEN VEREINIGUNG HESSEN VOM 11.12.2021

Die Bereitschaftsdienstordnung der KVH vom 01.10.2013, geändert durch die Beschlüsse der Vertreterversammlung vom 14.12.2013, 17.05.2014, 11.10.2014, 13.12.2014, 10.10.2015, 12.12.2015, 02.07.2016, 03.12.2016, 11.03.2017, 02.12.2017 und 27.10.2018, 30.03.2019 und 11.12.2021 wird wie folgt geändert:

Präambel

Satz 3 wird wie folgt ergänzt:

„Die Durchführung des Ärztlichen Bereitschaftsdienstes und die Aufsicht über diesen obliegt der KVH nach Maßgabe ihrer Satzung, dieser Bereitschaftsdienstordnung (BDO) sowie des Hessischen Heilberufsgesetzes.“

§ 1 Grundsätze

In Absatz 3 wird die Formulierung „der Berufsordnung für Ärztinnen und Ärzte“ in „der Berufsordnung für die Ärztinnen und Ärzte“ ergänzt.

§ 2 Struktur des Ärztlichen Bereitschaftsdienstes

In Absatz 3 Satz 2 wird „telefonischen Arzt-Patientenkontakt“ in „telemedizinischen Arzt-Patientenkontakt“ geändert.

Absatz 3 Satz 5 wird neu eingefügt:

LVR

„Zu den Aufgaben der Mitarbeiter der ÄBD-Dispositionszentralen gehört des Weiteren eine erste Dokumentation der Patientenangaben sowie die Prüfung der Eignung des Hilfersuchens für eine Videosprechstunde.“

Der bisherige Absatz 4 wird zu Absatz 5. Der bisherige Absatz 5 wird zu Absatz 6.

Ein neuer Absatz 4 wird mit folgendem Wortlaut aufgenommen:

„Die KVH richtet einen Beratungsdienst (BAD) ein, um eine telemedizinische Beratung und Behandlung im Rahmen des Ärztlichen Bereitschaftsdienstes zu gewährleisten, der an den zwei ÄBD-Dispositionszentralen zu den in § 6 Abs. 4 BDO genannten Zeiten ausgeübt wird. Der BAD ist eine Organisationsform und damit Teil des Ärztlichen Bereitschaftsdienstes. Zur Sicherung einer ausreichenden telemedizinischen Versorgung im ÄBD oder außerhalb der Dienstzeiten des BAD können die Mitarbeiter der ÄBD-Dispositionszentralen telemedizinische Beratungen und Behandlungen auch den ÄBD-Ärzten, die ihren Dienst in einer ÄBD-Zentrale oder im HBD ausüben, zuweisen. Näheres regelt der Vorstand der KVH.“

§ 3 Teilnahme am Ärztlichen Bereitschaftsdienst

In Absatz 4 wird nach „Entsprechende Anforderungen gelten für die teilnehmenden Ärzte des Gebietes der Augenheilkunde für deren Fachgebiet.“ folgender Satz ergänzt:

„Aus der Erteilung einer Mitwirkungserlaubnis lässt sich für einen Nichtvertragsarzt kein Anspruch auf dauerhafte Teilnahme am Ärztlichen Bereitschaftsdienst ableiten.“

In Absatz 5 Satz 1 wird die Bezugnahme auf § 2 BDO nach dem Wort „nach“ wie folgt angepasst:

„§ 2 Absatz 4“ wird geändert in „§ 2 Abs. 5“.

In Absatz 6 Satz 2 werden die Bezugnahmen auf § 3 BDO nach dem Wort „nach“ wie folgt angepasst:

„§ 3 Abs. 1 und 2“ wird geändert in „§ 3 Abs. 1 bis 3“.

Der bisherige Absatz 7 wird zu Absatz 8. Der bisherige Absatz 8 wird zu Absatz 9.

Der neue Absatz 7 wird mit folgendem Wortlaut aufgenommen:

„Zur Teilnahme am ÄBD nach § 3 Abs. 1 und 3 BDO verpflichtete Ärzte sowie nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte nach § 3 Abs. 4 BDO können sich für die Teilnahme am BAD in einer ÄBD-Dispositionszentrale bewerben und eine Mitwirkungserlaubnis für den Beratungsdienst erhalten.“

Zusätzliche Voraussetzungen für eine Teilnahme als Beratungsarzt (BA) neben dem Bestehen eines entsprechenden Mitwirkungsbedarfs sind:

- der Nachweis einer vorangegangenen Tätigkeit im Ärztlichen Bereitschaftsdienst von mind. 200 Stunden oder einer vergleichbaren Tätigkeit
- einer vorherigen Einweisung in die von der KVH genutzte Technik, die Systeme und Abläufe in den ÄBD-Dispositionszentralen
- eine Aufnahmeempfehlung durch den ärztlichen Koordinator der Beratungsärzte

Mit der Aufnahme in den Pool der BA einer ÄBD-Dispositionszentrale durch die KVH werden die für den BAD geltenden Regelungen für den BA verbindlich und seine Mitwirkung erstarkt zu einer freiwillig eingegangenen (zusätzlichen) Teilnahmeverpflichtung. Es besteht kein Anspruch auf Erteilung einer Mitwirkungserlaubnis für den BAD und Aufnahme in den Pool der BA einer ÄBD-Dispositionszentrale. Näheres regelt der Vorstand der KVH.“

§ 4 Pflichten des Bereitschaftsdienstarztes

In Absatz 1 Satz 1 wird nach dem Wort „Hausbesuchsdienst“ die Ergänzung „, BAD“ eingefügt.

In Absatz 3 werden die Sätze 1 und 2 wie folgt neu gefasst:

„Während der Dienstzeiten der ÄBD-Zentrale/ BAD ist der ÄBD-Arzt/ BA entsprechend seiner Dienstverpflichtung vor Ort präsent. Er darf in dieser Zeit nur aus einem wichtigen Grund oder wenn das Organisationsprinzip der KVH oder eine abweichende Regelung der KVH dies vorsieht, die ÄBD-Zentrale/ ÄBD-Dispositionszentrale verlassen.“

In Absatz 3 wird ein neuer Satz 5 nach Satz 4 eingefügt:

„Neben der Tätigkeit im ÄBD sind zeitgleich keine sonstigen, die Ausübung des Bereitschaftsdienstes potenziell beeinträchtigenden Tätigkeiten gestattet.“

In Absatz 4 Satz 1 wird nach dem Wort „ÄBD“ ergänzend „/ BAD“ eingefügt. In Satz 2 wird nach dem Wort „ÄBD“ ergänzend „/ BAD“ sowie nach dem Wort „Obmann“ ergänzend „/ ärztliche Koordinator“ und nach „Mitarbeiter des ÄBD“ „/ der ÄBD-Dispositionszentrale“ eingefügt. In Satz 3 wird nach dem Wort „Obmann“ ergänzend „/ ärztliche Koordinator“ sowie in Satz 4 nach „ÄBD“ „/ BAD“ eingefügt.

Absatz 5 Satz 1 wird wie folgt neu gefasst:

„Bei verschuldetem Nichtantritt des Dienstes und wenn ein Vertreter nicht bestellt wird, sind die mit dem Aktivieren des überregionalen Hintergrundbereitschaftsdienstes oder der Vertretersuche verbundenen Aufwendungen sowie der aus dem Nichtantritt resultierende Verwaltungsaufwand als pauschalierter Aufwendersatz in Höhe von 1.000,- € pro Dienst auszugleichen.“

In Absatz 6 wird ein Satz 4 nach Satz 3 ergänzt:

„Der BA ist für alle von den Mitarbeitern der ÄBD-Dispositionszentrale aufgenommenen und ihm zugewiesenen telemedizinischen Beratungen und Behandlungen zuständig.“

In Absatz 7 Satz 1 wird nach „ÄBD-Arzt“ ergänzend „/ BA“ sowie nach „ÄBD-Obmann“ ergänzend „/ ärztlichen Koordinator“ eingefügt.

In Absatz 7 werden die neuen Sätze 3 und 4 nach Satz 2 wie folgt eingefügt:

„Zweifel an der persönlichen Qualifikation können insbesondere begründete Beschwerden wegen unangemessenen Verhaltens gegenüber Patienten, Hilfesuchenden oder Mitarbeitern der KVH oder Verstößen gegen Bestimmungen und Anweisungen, die dem geordneten Ablauf des ÄBD dienen, begründen. Zweifel an der fachlichen Qualifikation eines Arztes sind insbesondere dann begründet, wenn er den typischen Situationen des Bereitschaftsdienstes nicht wenigstens mit Sofortmaßnahmen bis zur weiteren Versorgung des Patienten durch stationäre Krankenhausbehandlung oder

reguläre vertragsärztliche Behandlung mit praxisbezogener Sachkunde gerecht zu werden vermag.“

In Absatz 10 wird ein neuer Satz 4 eingefügt. Der bisherige Satz 4 wird zu Satz 5. Der neue Satz 4 lautet:

„Das Ersetzen des zum BAD eingeteilten BA gehört ebenfalls nicht zu den Aufgaben des Arztes im üHGD.“

§ 5 Aufgaben der ÄBD-Gemeinschaft

In Absatz 4 Buchstabe b. wird die Bezugnahme auf § 6 BDO nach dem Wort „nach“ wie folgt angepasst:

„§ 6 Abs. 3 BDO“ wird geändert in „§ 7 Abs. 3 BDO“.

In Absatz 7 Satz 2 wird die Bezugnahme auf § 3 BDO nach dem Wort „gemäß“ wie folgt angepasst:

„§ 3 Abs.1 und Abs. 3 BDO“ wird geändert in „§ 3 Abs. 1 bis Abs. 3 BDO“.

§ 6 Aufgaben der Beratungsärzte und ihrer ärztlichen Koordinatoren

Nach § 5 BDO wird ein neuer § 6 eingefügt. Der bisherige § 6 wird zu § 7. Der bisherige § 7 wird zu § 8. Der bisherige § 8 wird zu § 9. Der bisherige § 9 wird zu § 10.

Ein neuer § 6 wird mit dem folgenden Wortlaut aufgenommen:

„§ 6 Aufgaben der Beratungsärzte und ihrer ärztlichen Koordinatoren

1) Beratungsärzte sind alle am BAD teilnehmenden Ärzte, die an einer der beiden ÄBD-Dispositionszentralen ihre Dienste ausüben. Sie führen im Rahmen ihrer Dienste telemedizinische Beratungen und Behandlungen durch, die von den Mitarbeitenden der ÄBD-Dispositionszentrale aufgenommen und dem BA zugewiesen wurden. Das gilt unabhängig davon, welche ÄBD-Dispositionszentrale dem Arzt das Beratungsgesuch zugewiesen hat. Die von den Mitarbeitern der ÄBD-Dispositionszentrale zugewiesenen Beratungsgesuche sind von dem diensthabenden BA zu übernehmen und die notwendigen ärztlichen Maßnahmen durchzuführen bzw. zu veranlassen. Sofern die Mitarbeiter der ÄBD-Dispositi-

onszentrale eine Eignung des Hilfeersuchens für eine Videosprechstunde angenommen und diese vereinbart haben, ist durch den BA eine Videosprechstunde durchzuführen.

Die Beratung umfasst auch eine adäquate Dokumentation der (veranlassten) Behandlungsleistungen und des Gesprächsinhaltes in der Einsatzleitsoftware bzw. im PVS sowie die Aufklärung des Patienten über die Besonderheiten der ausschließlichen Beratung und Behandlung über Kommunikationsmedien im Sinne des § 7 Abs. 4 der Berufsordnung für die Ärztinnen und Ärzte in Hessen. Im Rahmen einer Videobehandlung ist der Beratungsarzt für die Erfüllung der Pflichten nach den Anlagen 4b und 31b des BMV-Ä sowie der Anforderungen des EBM verantwortlich.

Sofern der zum BAD in einer ÄBD-Dispositionszentrale eingeteilte Arzt auch zusätzlich Beratungsgesuche aus dem Zuständigkeitsbereich der anderen ÄBD-Dispositionszentrale wahrnimmt, entsteht dennoch nur einmal der Anspruch auf eine Pauschalvergütung nach § 8 BDO. Die Verpflichtung zur Abrechnung der von ihm erbrachten Behandlungsleistungen nach § 8 Abs. 3 BDO und die Berücksichtigung des EBM-Honorars bei Ermittlung der Höhe des Honoraranspruchs bleiben von der Regelung in Satz 8 unberührt.

Zu den Aufgaben eines Beratungsarztes gehört auch die Deeskalation in Konfliktfällen insbesondere bei einer Überlastung des HBD. Im Übrigen gelten die allgemeinen Regelungen der BDO für BA entsprechend, soweit nichts Abweichendes geregelt ist. Für die Teilnahme und Abrechnung wird dem BA eine Betriebsstättennummer zugeteilt.

Näheres regelt der Vorstand der KVH.

- 2) Abweichend von § 4 Abs. 8 und 9 BDO sind Vertretungen und Dienstübernahmen im Rahmen des BAD nur durch einen anderen BA aus dem Pool der Beratungsärzte einer ÄBD-Dispositionszentrale gem. § 3 Abs. 7 BDO möglich.
- 3) Der Ausstieg eines BA aus dem BAD einer ÄBD-Dispositionszentrale ist grundsätzlich erst nach Ablauf des aktuellen Dienstplans möglich. Die Möglichkeit eines BA eine Befreiung nach § 3 Abs. 8 BDO zu beantragen bleibt davon unbe-

rührt. Wird einem Befreiungsantrag nach § 3 Abs. 8 Satz 2 Buchstabe b. BDO wegen der Vollendung des 65. Lebensjahres entsprochen und ist der Dienstplan für den Zeitraum des Eintritts des Befreiungsgrundes in der Person des Antragsstellers bzw. zum Zeitpunkt der Antragsstellung bereits erstellt, wird der Beratungsarzt aus Sicherstellungsgründen erst nach Verrichtung seines letzten planmäßigen Dienstes im BAD von der Teilnahmepflicht befreit.

- 4) Die vom BAD abzudeckenden Dienstzeiten sind:
 - a. Montag, Dienstag und Donnerstag: jeweils 19:00 Uhr bis 0:00 Uhr
 - b. Mittwoch und Freitag: jeweils 14:00 Uhr bis 0:00 Uhr
 - c. Samstag und Sonntag: jeweils 7:00 Uhr bis 0:00 Uhr
 - d. Feiertage, 24. Dezember, 31. Dezember: 7:00 Uhr bis 0:00 Uhr
 - e. „Brückentage“, soweit diese vom Vorstand beschlossen werden

Bei verändertem Inanspruchnahmeverhalten oder besonderen Bedarfssituationen kann der Vorstand der KVH Ausnahmeregelungen unter besonderer Würdigung der Wirtschaftlichkeit beschließen. Die Anträge sind vorab im Hauptausschuss zu beraten. Ausnahmeregelungen sind zu befristen. Über die betreffenden Beschlüsse sind der Hauptausschuss und die Vertreterversammlung zeitnah zu informieren.

- 5) Zur Umsetzung der Aufgaben des BAD ernennt der Vorstand ärztliche Koordinatoren der Beratungsärzte, mindestens jedoch einen. Für die Aufgabenwahrnehmung erhält der ärztliche Koordinator eine Aufwandsentschädigung, deren Höhe und Verteilung vom Vorstand der KVH festzulegen ist. Die Tätigkeit als ärztlicher Koordinator endet mit der Abberufung durch den Vorstand der KVH.
- 6) Der ärztliche Koordinator der Beratungsärzte ist zentraler ärztlicher Ansprechpartner für die KVH und die Belange des BAD und vermittelt in Konfliktsituationen. Dem ärztlichen Koordinator obliegen folgende Aufgaben:

- a. Organisation des BAD und der Einarbeitung neu in den Pool einer ÄBD-Dispositionszentrale aufgenommener Beratungsärzte sowie ausreichende Besetzung der Dienste mit qualifizierten Ärzten aus dem Pool der BA
- b. Erteilung einer Aufnahme- bzw. Ablehnungsempfehlung im Rahmen des Bewerbungsprozesses zur Aufnahme eines Arztes in den Pool der BA für die Teilnahme am BAD gem. § 3 Abs. 7 BDO. Die Empfehlung ist zumindest stichpunktartig schriftlich zu begründen und der KVH auf Verlangen näher zu erläutern.
- c. Zusammenarbeit mit den Mitarbeitern der ÄBD-Dispositionszentralen und den übrigen Mitarbeitern der KVH
- d. Unterrichtung der KVH über im BAD auftretende Schwierigkeiten und Unregelmäßigkeiten sowie Abgabe diesbezüglicher schriftlicher Stellungnahmen.

Die KVH kann ergänzende Rahmenvorgaben machen, insbesondere im „Aufgabenprofil der ärztlichen Koordinatoren der Beratungsärzte“.

§ 7 Aufgaben der KVH

In Absatz 2 Satz 1 wird nach dem Wort „ÄBD-Obmann“ ergänzend „/ ärztlichen Koordinator“ eingefügt.

In Absatz 3 wird die Bezugnahme auf § 8 BDO nach dem Wort „gemäß“ wie folgt angepasst:

„§ 8 Abs. 4 BDO“ wird geändert in „§ 9 Abs. 4 BDO“.

In Absatz 4 wird nach dem Wort „Privatarztes“ ergänzend „oder eines BA“ eingefügt. Die Bezugnahme nach dem Wort „gemäß“ wird wie folgt angepasst:

„§ 3 Abs. 5 BDO“ wird geändert in „§ 3 Abs. 8 BDO“.

Die Überschrift des § 8 wird von „Vergütung der ÄBD-Ärzte“ in „Vergütung der Dienste im ÄBD“ geändert.

§ 8 Vergütung der Dienste im ÄBD

In Absatz 1 Satz 1 wird nach dem Wort „ÄBD“ ergänzend „/ BAD“ sowie nach dem Verweis „nach

§ 5 Abs. 2 BDO“ ergänzend „sowie nach § 6 Abs. 4 BDO“ eingefügt.

In Absatz 1 Buchstabe b. wird die Bezugnahme nach dem Wort „nach“ wie folgt geändert:

„§ 8 Abs. 1 BDO“ wird geändert in „§ 9 Abs. 1 BDO“.

Nach den Worten „jeden HBD“ wird ergänzend „sowie den BAD“ und nach „in § 5 Abs 2 BDO“ wird „bzw. § 6 Abs. 4 BDO“ eingefügt.

In Absatz 2 Satz 1 wird die Bezugnahme auf § 2 BDO nach dem Wort „nach“ wie folgt angepasst:

„§ 2 Abs. 4 BDO“ wird geändert in „§ 2 Abs. 5 BDO“.

In Absatz 3 Satz 1 wird nach dem Wort „ÄBD-Arzt“ ergänzend „/ BA“ eingefügt. Ein neuer Satz 2 wird mit folgender Formulierung eingefügt:

„Der ÄBD-Arzt/ BA ist bei abrechnungsrelevanten Arzt-Patientenkontakten dazu verpflichtet, die Anspruchsberechtigung des Patienten zu prüfen.“

In Absatz 5 wird nach dem Wort „ÄBD-Arzt“ ergänzend „/ BA“ eingefügt.

In Absatz 6 Satz 1 wird nach dem Wort „ÄBD-Arzt“ ergänzend „/ BA“ eingefügt.

In Absatz 7 Satz 1 wird die Bezugnahme auf § 2 BDO nach dem Wort „gem.“ wie folgt angepasst:

„§ 2 Abs. 5 BDO“ wird geändert in „§ 2 Abs. 6 BDO“.

In Absatz 7 Satz 2 wird die Bezugnahme auf § 7 BDO nach dem Wort „gem.“ wie folgt angepasst:

„§ 7 Abs. 1 BDO“ wird geändert in „§ 8 Abs. 1 BDO“.

§ 9 Finanzierung des ÄBD

In Absatz 1 Satz 1 wird die Bezugnahme auf § 7 BDO nach dem Wort „nach“ wie folgt geändert:

„§ 7 Abs. 3 BDO“ wird geändert in „§ 8 Abs. 3 BDO“.

In Absatz 1 Satz 2 wird nach dem Wort „ÄBD“ ergänzend „/ BAD“ eingefügt und die Bezugnahme auf § 7 BDO nach dem Wort „gemäß“ wie folgt geändert:

„§ 7 Abs. 1 Buchstabe a. BDO“ wird geändert in „§ 8 Abs. 1 Buchstabe a. BDO“.

In Absatz 3 werden nach Satz 6 die neuen Sätze 7 und 8 eingefügt. Der bisherige Satz 7 wird zum neuen Satz 9. Der bisherige Satz 8 wird zum neuen Satz 10 sowie der bisherige Satz 9 zum neuen Satz 11. Die neuen Sätze 7 und 8 lauten:

„Anträge können jeweils bis zum Ende des Beitragsjahres schriftlich bei der KVH gestellt werden. Maßgeblich ist der Zeitpunkt des Antrags bei der KVH.“

In Absatz 4 Satz 1 wird die Bezugnahme auf § 7 BDO nach dem Wort „gemäß“ wie folgt geändert:

„§ 7 BDO“ wird geändert in „§ 8 BDO“.

In Absatz 4 Satz 3 wird die Bezugnahme auf § 6 BDO nach den Worten „regeln die“ wie folgt geändert und die Abkürzung „BDO“ eingefügt:

„§§ 5 und 6“ wird geändert in „§§ 5 und 7 BDO“.

Absatz 5 wird wie folgt neu gefasst:

„Der Vorstand hat die Pflicht, mittels geeigneter Kennzahlen den ÄBD auf wirtschaftliche Erbringung der ÄBD-Leistungen alle zwei Jahre zu überprüfen

wie z.B. Zuschnitte und Größe der ÄBD-Bezirke, Öffnungszeiten der ÄBD-Zentralen, Inanspruchnahme und Aufwand des BAD, Fahrdienstkosten, Entschädigung für den Obmann/ ärztlichen Koordinator und Personalkosten und der Vertreterversammlung darüber Bericht zu erstatten, insbesondere bezüglich des sich ergebenden Zuschussbedarfes nach § 9 Abs. 2 und 3 BDO.“

Anlage der BDO

In der Überschrift wird die Bezugnahme auf § 7 BDO wie folgt geändert:

„Anhang zu § 7 der BDO“ wird geändert in „Anhang zu § 8 der BDO“.

Diese Änderungen der Bereitschaftsdienstordnung wurden von der Vertreterversammlung der KV Hessen mit der erforderlichen Mehrheit der gewählten Mitglieder am 11.12.2021 beschlossen und treten am Tag nach der Veröffentlichung in Kraft.

Der Vorsitzende der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen

gez. Dr. Klaus-Wolfgang Richter

DEUTSCHE GESETZLICHE UNFALLVERSICHERUNG E. V. (DGUV)

Zulassung zum Durchgangsarztverfahren

Herr Sami Arbase ist seit dem 01.01.2022 als niedergelassener Orthopäde und Unfallchirurg am Standort 34123 Kassel, Forstbachweg 63, am Durchgangsarztverfahren beteiligt.

Dr. med. Klaus Peter Deusch ist seit dem 01.01.2022 als niedergelassener Chirurg in 65185 Wiesbaden, Friedrichstr. 29, am Durchgangsarztverfahren beteiligt.

Dr. med. Ramin Farhoumand ist ab sofort als niedergelassener Orthopäde und Unfallchirurg am

Standort MVZ OCWI GmbH, Leibnizstraße 21 in 65191 Wiesbaden am Durchgangsarztverfahren beteiligt.

Dr. med. Mohamed Masmoudi, Bahnhofstr. 14, 64560 Riedstadt, gibt seine durchgangsärztliche Tätigkeit zum 31.12.2021 auf.

Dr. med. Werner Weißenborn, Kassel, gibt seine durchgangsärztliche Tätigkeit zum 31.12.2021 auf.

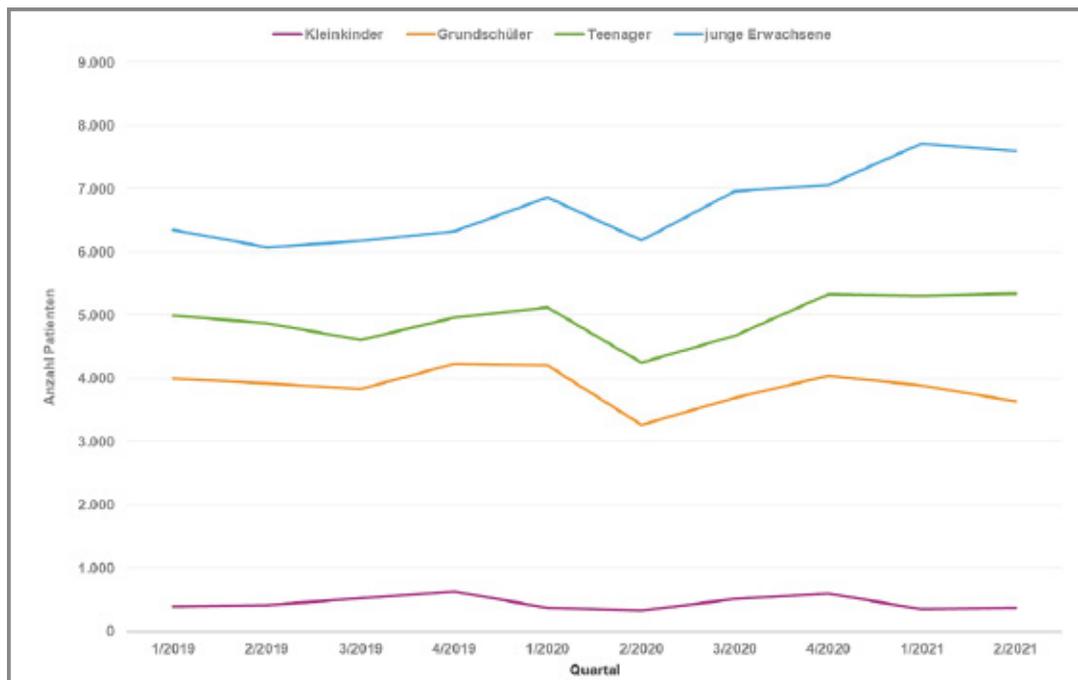
DGUV



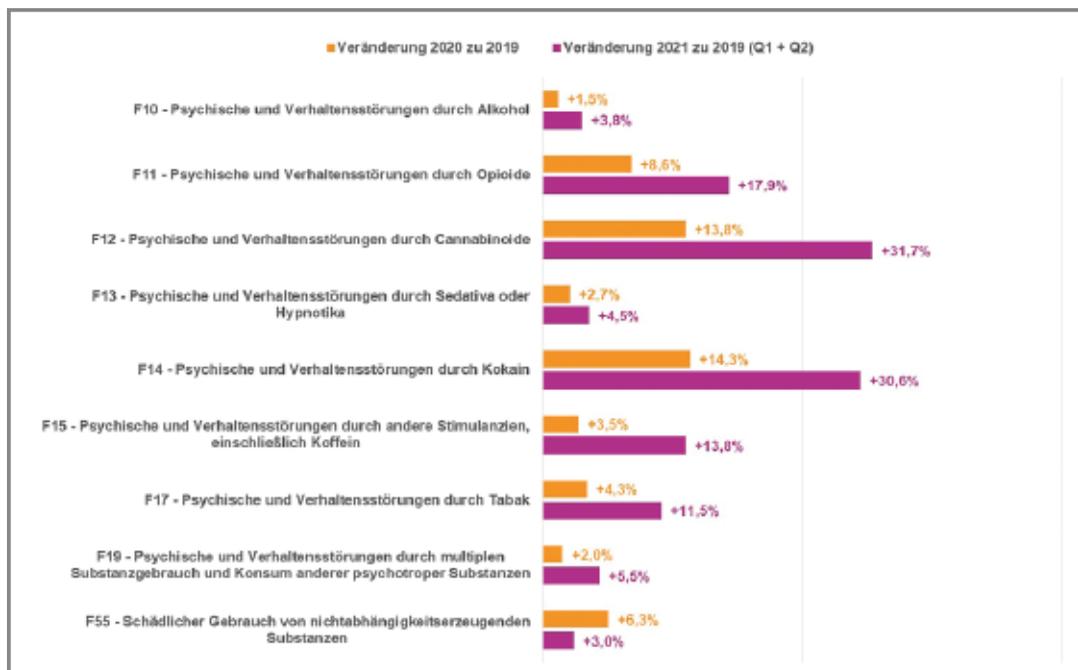
KASSENÄRZTLICHE
VEREINIGUNG
HESSEN

Sie finden uns im Internet unter:

www.kvhessen.de/aufdenpunkt



Zeitreihe zur Inanspruchnahme psychotherapeutischer Beratung durch Kinder und Jugendliche im Zeitraum Januar 2019 bis Juni 2021



Veränderung der Patientenhäufigkeiten bei Substanzmittelmissbrauch in der Altersgruppe der 33- bis 55-Jährigen im Jahresvergleich

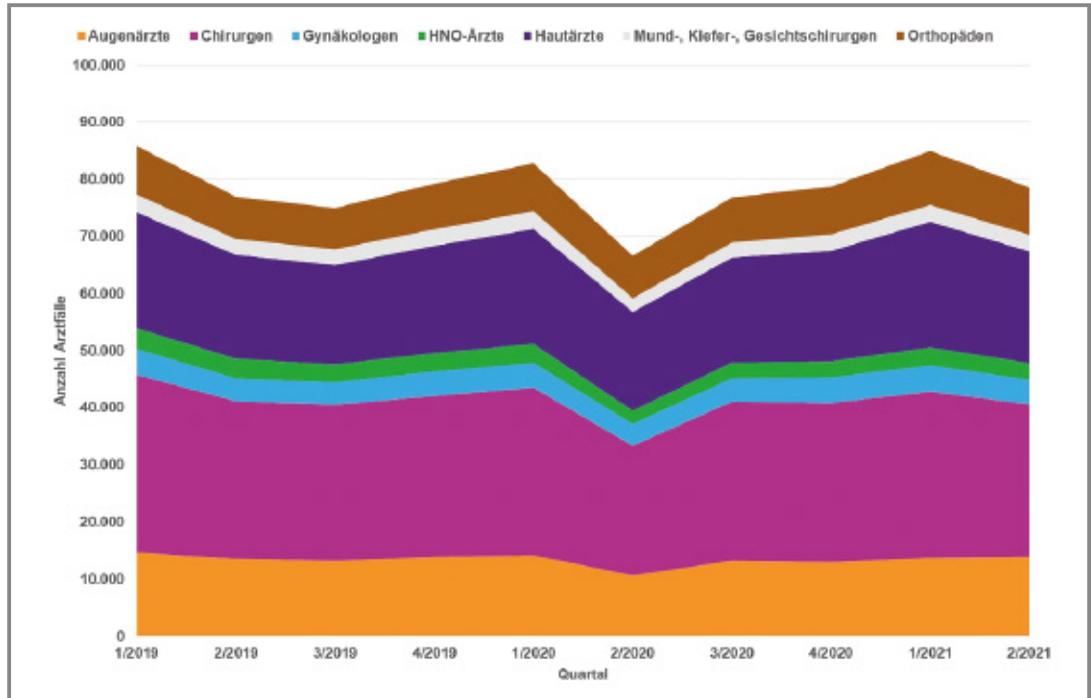
Arzt zu diesen Themen. In der Darstellung sehen Sie die ICD-Dreisteller der Diagnosegruppe F10-F19: Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen zuzüglich der ICD F55: Schädlicher Gebrauch von nichtabhängigkeitserzeugenden Substanzen. Die Diagnosen F16 und F18 wurden

aufgrund der geringen Patientenhäufigkeit (Anzahl der Patienten < 33) in der Grafik nicht berücksichtigt. Für die Folgequartale in 2021 sowie 2022 wird sich der Trend fortsetzen, die prozentualen Zuwächse werden jedoch geringer ausfallen.



AMBULANTES OPERIEREN

Zeitreihe der Arztfälle mit Leistungen des ambulanten Operierens (EBM-Kapitel 31.2) im Zeitraum Januar 2019 bis Juni 2021



Veränderung der Fallzahlen beim ambulanten Operieren (EBM-Kapitel 31.2) im Jahresvergleich

Im Bereich ambulantes Operieren (EBM-Kapitel 31.2) wurden bereits im 1. Halbjahr 2021 wieder die Fallzahlen erreicht, die unmittelbar vor Corona Bestand hatten. Bei genauerer Betrachtung der Vergangenheitswerte fällt neben dem fachgruppenübergreifenden Rückgang in 2/2020, der sich als Delle darstellt, die Veränderung bei der Gewichtung der jeweiligen Fachgruppenanteile ins Auge. Die „Delle“ resultierte aus der im Artikel 5 der Fünften

Verordnung zur Anpassung der Verordnungen zur Bekämpfung des Corona-Virus beschlossene Maßnahme, ab dem 20. März 2020 bis zum 4. Juni 2020 alle elektiven ambulanten Operationen auszusetzen. Eine Erholung von dieser Maßnahme dauerte drei Quartale, wobei das ambulante Operieren zu keinem Zeitpunkt auf das vorgeschriebene Mindestmaß heruntergefahren wurde.

Die Veränderung der Fallzahlen der jeweiligen Fachgruppen wird im nebenstehenden Balkendiagramm sehr deutlich. In 2/2021 werden die Fallzahlen aus 2/2019 fachgruppenübergreifend wieder erreicht, jedoch haben Augenärztinnen und Augenärzte, Chirurginnen und Chirurgen und HNO-Ärztinnen und -Ärzte zum Teil erhebliche Einbrüche in den Fallzahlen zu verzeichnen. Die gynäkologischen, hautärztlichen und orthopädischen Mitglieder konnten 2021 im Vergleich zu 2019 deutlich zulegen und selbst bei größten Einschränkungen in 2020 ohne größere Fallzahlrückgänge ambulante Operationen durchführen. Perspektivisch erwarten wir wieder höhere Fallzahlen bei den Augenärztinnen und Augenärzten sowie den Chirurginnen und Chirurgen und eine Verbesserung der Situation bei den HNO-Ärztinnen und -Ärzten.

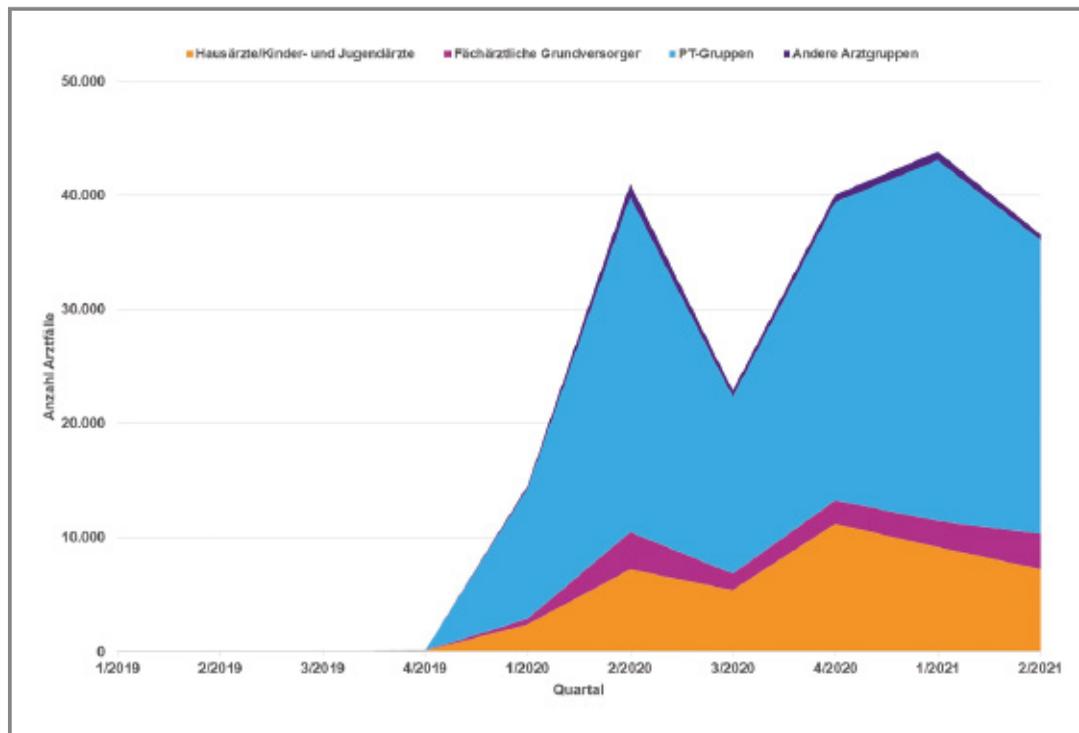


VIDEOSPRECHSTUNDE

Wenn der Pandemie aus Sicherstellungsaspekten etwas Gutes zugeschrieben werden kann, dann ist es sicher der Akzeptanzgewinn der Videosprechstunde aufseiten der Ärztinnen und Ärzte wie auch auf der Seite der Patientinnen und Patienten. In der Theorie als fachgruppenunabhängiges Mittel gegen volle Wartezimmer und gegen den Ärztemangel auf dünn besiedelten Landflächen beschrieben, ergriffen viele Ärztinnen und Ärzte die Möglichkeit, ihre Leistungen erstmalig per Videosprechstunde anzubieten und abzurechnen. Dass hierbei nicht alle Fachgruppen in gleichem Maße partizipieren können, liegt in der Natur der Sache. Beispielsweise haben Hausärztinnen und Hausärzte seit 4/2019 bei rund 40.000 Fällen Leistungen im Rahmen der Videosprechstunde erbracht. Im selben Zeitraum war es bei Radiologinnen und Radiologen sowie Internistinnen und Internisten mit Schwerpunkt für Onkologie oder Endokrinologie kein einziger Fall. Betrachten Sie die Videosprechstunde als ein zusätzliches Instrument, welches jederzeit genutzt werden kann, wenn Sie es für sinnvoll und hilfreich erachten. Es soll den persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt von Angesicht zu Angesicht nicht vollständig ablö-

sen, kann aber dabei helfen, knappe Kapazitäten optimal zu nutzen und gefährdete oder immobile Patientinnen und Patienten zu schützen und auf diesem Weg etwaig ausbleibende Behandlungen überhaupt erst zu ermöglichen.

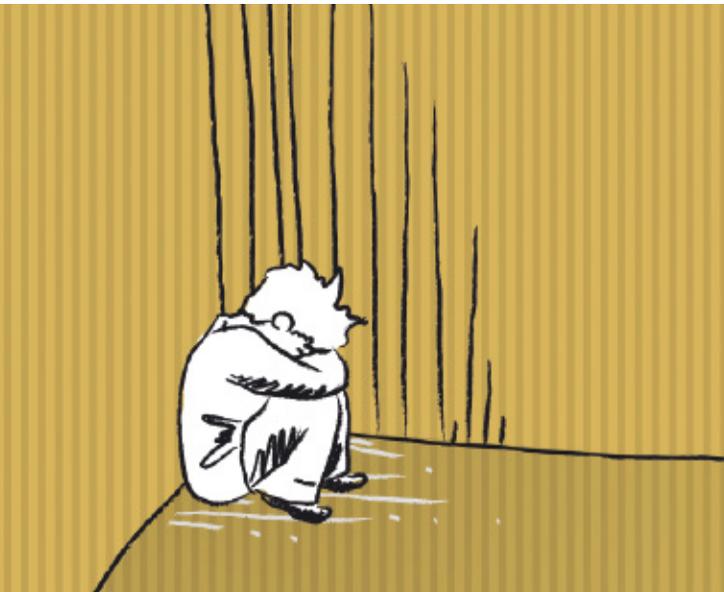
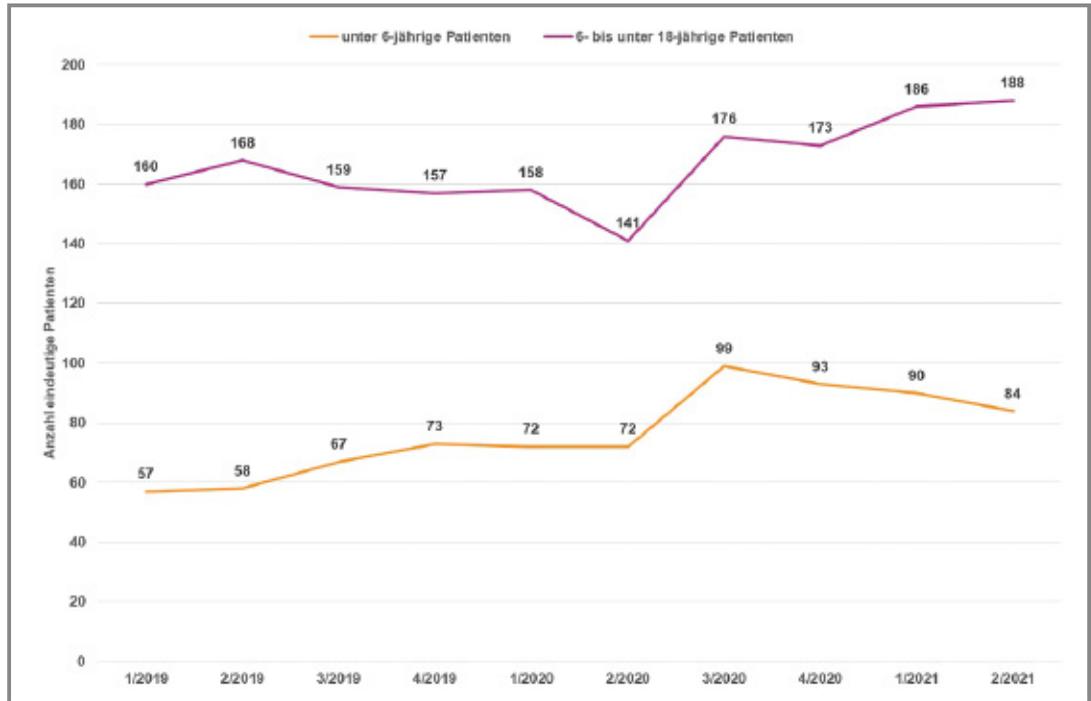
Auffällig, wenn auch wenig überraschend, ist die abnehmende Akzeptanz der Videosprechstunde bei Betrachtung der Altersstrukturen. Dies lässt sich sowohl bei den Patientinnen und Patienten wie auch bei Ärztinnen, Ärzten, Therapeutinnen und Therapeuten feststellen. Bei den Patientinnen und Patienten ist die Akzeptanz in der Altersgruppe der 30- bis 40-Jährigen am höchsten und sinkt fortlaufend mit steigendem Alter. Deckungsgleich verhält es sich bei unseren Mitgliedern, die mit zunehmendem Alter zum Teil signifikant weniger Leistungen im Rahmen einer Videosprechstunde abrechnen als ihre jüngeren Kolleginnen und Kollegen. Dieser Trend wird sich auch künftig fortsetzen und nicht signifikant ändern, eine breitere Akzeptanz in allen Altersgruppen erachtet die KVH als erstrebenswert und würde dies als überaus positiv bewerten.



Zeitreihe der Arztfälle mit einer Videosprechstunde in den jeweiligen Arztgruppen im Zeitraum Januar 2019 bis Juni 2021



Zeitreihe der Patientenhäufigkeiten mit einer Diagnose T74.- (Missbrauch von Personen) in der Altersgruppe der 0- bis unter 18-Jährigen im Zeitraum Januar 2019 bis Juni 2021



MISSBRAUCH

Sowohl in der GAMS-Studie der Uni Köln wie auch in Rundfunk und Fernsehen findet der Missbrauch von Kindern und Jugendlichen während der Pandemiezeit regelmäßig Erwähnung. Die Zahlen hierzu sind absolut gesehen zwar gering, finden hiermit aufgrund der medialen Aufmerksamkeit und zu erwartenden Dunkelziffer dennoch Erwähnung. In 2/2021 wurden im Vergleich zu 2/2019 bereits 47,4 Prozent mehr „T74 – Missbrauch von Personen“-Diagnosen bei unter 6-jährigen Kindern und 17,5 Prozent mehr Diagnosen bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 6 bis 18 Jahren erfasst. Mit insgesamt 272 verschiedenen minderjährigen Patientinnen und Patienten ist damit beinahe der Höchststand aus 3/2020 erreicht, zu dessen Zeitpunkt 275 verschiedene Minderjährige mit diagnostiziertem Missbrauch in Behandlung waren.

4,8 Prozent WENIGER

Patientenzahlen im Sinkflug – 2020 nahmen im Vergleich zu 2019 4,8 Prozent weniger Patientinnen und Patienten ärztliche Leistungen im ambulanten Sektor in Anspruch.

RESÜMEE UND AUSBLICK

In allen Bereichen hat Corona seine Spuren hinterlassen. Gerne hätten wir an dieser Stelle vorgestellt, wie „das neue Normal“ aussehen wird. Mit einer weiteren Virusvariante und der vierten Welle im Rücken sind valide Ratschläge jedoch alles andere als leicht auf den Weg gebracht. Was wir sagen können: Es gibt Dinge, die Sie und uns weiter begleiten werden, und Dinge, die umgehend angegangen werden müssen. Die Videosprechstunde als Werkzeug und Grundpfeiler einer umfassenderen Telemedizin ist in Ihren Praxen und bei den Patientinnen und Patienten angekommen. Wer kann und es für sich persönlich als sinnvoll erachtet, wird perspektivisch im Rahmen seines Versorgungsauftrages und auch wirtschaftlich davon profitieren können. Wenn die KVH Ihnen einen Vorsatz für das Jahr 2022 mitgeben dürfte, wäre es ein ausgeprägter Fokus auf die Präventionsleistungen. Die Vorsorge ist die Herausforderung für dieses und die kommenden Quartale. Es gilt schnellstmöglich wieder ein hohes Vorsorgeniveau zu erreichen, um damit auch abseits von Corona die Gesundheit der Patientinnen und Patienten im Blick zu behalten. Wir sind überzeugt, dass wir gemeinsam auch diese Folgen und Neben-



wirkungen der Pandemie meistern werden. Die vergangenen Jahre haben eindrucksvoll bewiesen, wie eine qualitativ gute und sichere ambulante Versorgung aussehen kann, und lassen uns zuversichtlich auf die nun bevorstehenden Quartale blicken.

PAUL WIENHOLTZ



TSVG-Fälle richtig kennzeichnen und abrechnen

Damit Versicherte schneller Termine erhalten, wurde 2019 das Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) eingeführt. Erfahren Sie hier, wann welche TSVG-Kontaktart zutrifft und wie sie zu kennzeichnen und abzurechnen ist.

Im TSVG sind zahlreiche Regelungen verankert, die weitreichende Konsequenzen auf Ihren Versorgungs- und unseren Abrechnungsalltag haben. So erhalten Sie nun Informationen zur Kennzeichnung nach TSVG über Ihre Abrechnungsinformation zur Quartalsabrechnung (siehe Seite 9). Diese Informationen sollen Sie unterstützen, inwiefern Sie entweder noch eine Kennzeichnung bei

TSVG-Fällen vornehmen möchten oder, in Fällen mehrerer gleichzeitiger TSVG-Konstellationen, welche Kennzeichnung in Ihrer Abrechnung getätigt werden soll. Die KVH ergänzt zudem fehlende Kennzeichnungen, wenn die entsprechenden Voraussetzungen erfüllt sind, und teilt Ihnen dies ebenfalls über die Abrechnungsinfo und den Honorarbescheid mit.

Wie alle KVen ist die KVH seit Juli 2021 verpflichtet, die Leistungen bei der Abrechnung zu kennzeichnen. Dies ergibt sich aus dem SGB V § 87 a. Insgesamt sollten Sie fünf TSVG-Vermittlungs- und Kontaktarten berücksichtigen.

1. TSS-TERMINFALL

Die TSS (Terminservicestelle) vermittelt Versicherten mit einer dringenden Überweisung innerhalb von maximal 35 Tagen einen Termin bei Fachärztinnen und -ärzten sowie bei Hausärztinnen und -ärzten (ausgenommen sind Laborärztinnen und -ärzte sowie Pathologinnen und Pathologen). Diese erhalten dann einen Zuschlag für einen TSS-Terminfall auf ihre Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale.

Die TSS vermittelt auch Termine zur psychotherapeutischen Sprechstunde sowie zur Akutbehandlung oder probatorischen Sitzung bei Psychotherapeutinnen oder Psychotherapeuten.

Versicherte erhalten hierfür eine Überweisung mit der Dringlichkeit und einem Vermittlungscode zum Beispiel von der Hausärztin oder dem Hausarzt.

Ausnahme: Für folgende Fachgruppen brauchen Versicherte keine Überweisung, aber einen Vermittlungscode:

- Augenärztinnen/Augenärzte,
- Gynäkologinnen/Gynäkologen sowie für
- Kindervorsorge-Leistungen und
- Psychotherapie (Formular PTV11)



KVH WISSEN

Infos zum Thema TSVG finden Sie im KVH-Verordnungsportal.

www.kvhaktuell.de



So wird abgerechnet:

1. Sie geben bei diesen Versicherten die **Vermittlungsart 1** in der Feldkennung 4103 im PVS an.
2. Den **Vermittlungscode** tragen Sie in der Feldkennung 4114 ein (ein Vermittlungscode besteht aus Zahlen und Buchstaben).
3. Rechnen Sie den **TSS-Zuschlag** zur Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale mit Suffix (B, C oder D) gemäß EBM ab.

Die Höhe des Zuschlags ist abhängig von der Anzahl der Kalendertage bis zum Tag der Behandlung:

- Geben Sie das **Suffix B** an, wenn Sie die/den Versicherte/n vom 1. bis 8. Kalendertag behandeln, dann erhalten Sie 50 Prozent Aufschlag auf die entsprechende Pauschale.
- Geben Sie das **Suffix C** an, wenn Sie die/den Versicherte/n vom 9. bis 14. Kalendertag behandeln, dann erhalten Sie 30 Prozent Aufschlag auf die entsprechende Pauschale.
- Geben Sie das **Suffix D** an, wenn Sie die/den Versicherte/n vom 15. bis 35. Kalendertag behandeln, dann erhalten Sie 20 Prozent Aufschlag auf die entsprechende Pauschale.



2. TSS-AKUTFALL

Versicherte mit akuten Gesundheitsproblemen erhalten innerhalb von 24 Stunden einen Arzttermin über die TSS. Hierfür melden Sie Akuttermine an die TSS. Bei TSS-Akutfällen erhalten Sie die Leistungen für diesen Versicherten in dem Arztgruppenfall extrabudgetär vergütet sowie einen Zuschlag zur Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale in Höhe von 50 Prozent.

Von dieser Regelung sind Laborärztinnen und Laborärzte sowie Pathologinnen und Pathologen ausgenommen.

So wird abgerechnet:

1. Sie geben bei diesen Versicherten die **Vermittlungsart 2** in der Feldkennung 4103 im PVS an.
2. Den **Vermittlungscode** tragen Sie in der Feldkennung 4114 ein (ein Vermittlungscode besteht aus Zahlen und Buchstaben).
3. Rechnen Sie den TSS-Zuschlag zur Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale mit **Suffix A** gemäß EBM ab.

3. HAUSARZT-TERMINVERMITTLUNG

Hier muss zwischen dem Zuschlag für den Vermittelnden und der extrabudgetären Vergütung für die weiterbehandelnden Fachärztinnen und Fachärzte unterschieden werden.

Das gilt für Sie als Hausärztin/Hausarzt oder Kinderärztin/Kinderarzt:

Wenn Versicherte mit einer akuten Erkrankung bei Ihnen vorstellig werden und Sie feststellen, dass eine dringende Behandlungsnotwendigkeit bei einer Fachärztin oder einem Facharzt besteht, sind Sie nach dem TSVG verpflichtet, eine Vermittlung vorzunehmen.

Bitte beachten Sie dabei, dass der Termin innerhalb von vier Kalendertagen aufgrund der medizinischen Dringlichkeit erfolgen muss. Die Zählung beginnt ab dem Folgetag, nachdem die/der Versicherte bei Ihnen vorstellig war. Bedenken Sie, dass innerhalb derselben BAG/MVZ keine Überweisung ausgestellt werden kann. In diesem Fall ist keine Hausarztvermittlung im Sinne des TSVG möglich.

An diese Fachgruppen können Sie nicht vermitteln:

- Hausärztinnen und Hausärzte
- Kinderärztinnen und Kinderärzte ohne Schwerpunkt
- Laborärztinnen und Laborärzte
- Pathologinnen und Pathologen

Das gilt für Sie als Fachärztin/Facharzt: Prüfen Sie die Vier-Tages-Frist seit Feststellung der Behandlungsnotwendigkeit durch die Hausärztin oder den Hausarzt. Legen Sie unbedingt im PVS einen Überweisungsschein an.

So wird abgerechnet:

Als Hausärztin/Hausarzt oder Kinderärztin/Kinderarzt:

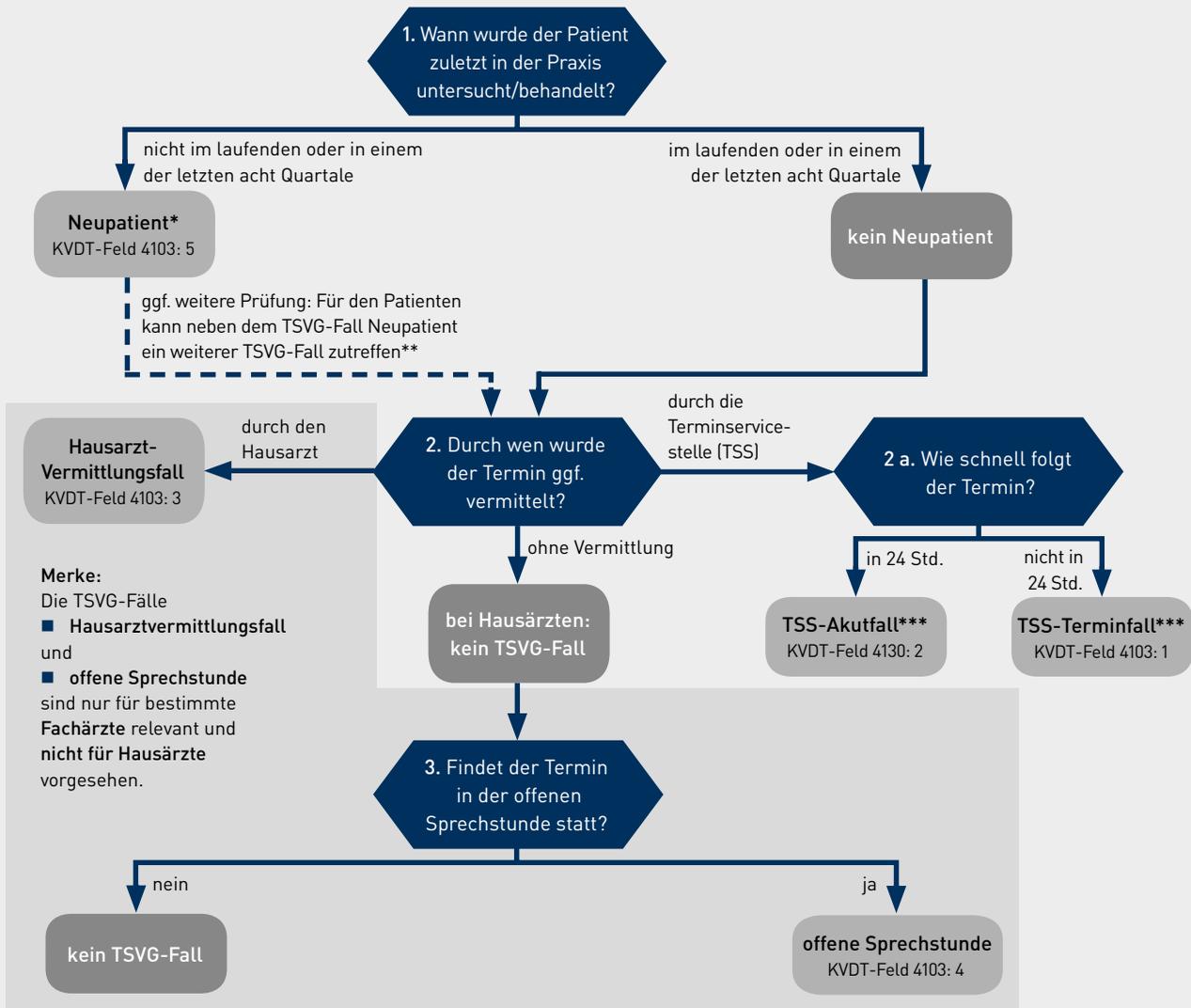
1. Rechnen Sie die GOP 03008 (Hausarztkapitel EBM) oder 04008 (Kinderarztkapitel EBM) ab.
2. Geben Sie die BSNR, an die Sie die/den Versicherte/n vermitteltelten, in die Feldkennung 5008 an.

Als Fachärztin/Facharzt

1. Sie geben bei diesen Versicherten bei dem Überweisungsschein die **Vermittlungsart 3** in der Feldkennung 4103 im PVS an.
2. Beachten Sie, dass die Behandlung innerhalb von vier Tagen erfolgen muss.
3. Rechnen Sie notwendige Leistungen für die Behandlung ab – diese werden extrabudgetär vergütet.



TSVG-Fälle – Schema zur Patientenkennezeichnung



* Kennzeichnung erfolgt ggf. durch die KV.

** Für den Fall, dass neben dem TSVG-Fall „Neupatient“ ein weiterer TSVG-Fall zutreffend sein sollte, bestehen keine Vorgaben hinsichtlich der Auswahl des TSVG-Falls. Im Sinne der optimalen Abrechnung wird empfohlen, die Einstufung als „Neupatient“ ggü. „offene Sprechstunde“ bzw. die Einstufung als „TSS-Fälle“ ggü. „Neupatient“ vorzuziehen.

*** Die TSS-Fälle werden zusätzlich in Abhängigkeit vom Zeitpunkt des vermittelten Termins mit dem Buchstaben A, B, C oder D gekennzeichnet.

Grafik: IWW Institut



4. OFFENE SPRECHSTUNDE

Bei vollem Versorgungsauftrag melden Sie (je Ärztin/je Arzt) fünf offene Sprechstunden je Kalenderwoche (bei nicht vollem Versorgungsauftrag erfolgt eine anteilige Meldung). Die offene Sprechstunde bieten Sie ohne vorherige Terminvereinbarung an. Fachärztinnen und Fachärzte dieser Fachgruppen melden offene Sprechstunden:

- Augenheilkunde
- Chirurgie
- Gynäkologie
- Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde
- Dermatologie
- Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
- Neurologie
- Orthopädie
- Psychiatrie
- Urologie

Kommen Versicherte zusätzlich in die reguläre Sprechstunde, legen Sie bitte unbedingt einen weiteren „Schein“ im PVS ohne Vermittlungskontaktart an (ein Klammerfall entsteht). Alle Leistungen im Arztgruppenfall erhalten Sie extrabudgetär vergütet. Da die extrabudgetäre Vergütung auf fünf offene Sprechstunden je Kalenderwoche begrenzt ist, wurde ein Höchstwert vereinbart. Es werden pro Quartal maximal 17,5 Prozent der Arztgruppenfälle der jeweiligen Arztgruppe einer Arztpraxis extrabudgetär vergütet.

So wird abgerechnet:

1. Sie geben bei diesen Versicherten die **Vermittlungsart 4** in der Feldkennung 4103 im PVS an.
2. Weitere Angaben sind nicht erforderlich (wie zum Beispiel die Uhrzeit der Behandlung in der offenen Sprechstunde). Ebenso rechnen Sie keine Extra-GOP für die offene Sprechstunde ab.

INFOBOX

Sie haben Fragen oder benötigen Unterstützung?

Sie haben Fragen zum TSVG oder Sie brauchen Unterstützung bei der Prüfung der gemeldeten TSVG-Fälle in der Abrechnungsinformationsdatei?

Wir helfen Ihnen gerne weiter! Rufen Sie uns an. Wir sind für Sie werktags telefonisch erreichbar zwischen 7 und 17 Uhr.

069 24741-7777

ebm-hotline@kvhessen.de

www.kvhessen.de/abrechnung-ebm/

5. NEUPATIENTINNEN UND NEUPATIENTEN

Um Neupatientinnen und Neupatienten handelt es sich, wenn Versicherte weder im aktuellen noch in den acht vorangegangenen Quartalen in der jeweiligen Praxis waren. Entscheidend ist bei der Definition Neupatientin bzw. Neupatient der Arztgruppenfall (nicht die Praxis oder das MVZ). So kann ein und die-/derselbe Versicherte bei der HNO-Ärztin bzw. dem HNO-Arzt des MVZ als „neu“ gelten, bei der Hausärztin bzw. dem Hausarzt des MVZ aber nicht, weil dieser dort regelmäßig bei der- bzw. demselben oder einer/einem anderen Hausärztin/Hausarzt des MVZ in Behandlung ist.

Alle Leistungen im Arztgruppenfall erhalten Sie extrabudgetär vergütet, begrenzt auf die ersten beiden Arztgruppen, die den Patienten in diesem Kontakt behandeln, in einer Praxis.

Fachärztinnen und Fachärzte dieser Fachgruppen erhalten dann bei der Neupatienten-Regelung eine extrabudgetäre Vergütung:

- Allgemein-, Kinder- und Jugendmedizin
- Augenheilkunde
- Chirurgie
- Gynäkologie
- Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde und Phoniatrie
- Dermatologie
- Innere Medizin

- Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
- Neurologie
- Orthopädie
- Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
- Psychiatrie
- Psychotherapie
- Urologie
- Physikalische und Rehabilitative Medizin
- Anästhesie mit Zusatzbezeichnung Schmerztherapie (Leistungen 30.7 EBM)

Ausnahmen: Neue Praxen und Gesellschafterwechsel können für die extrabudgetäre Vergütung erst nach acht vollen Quartalen nach Praxisgründung oder -übernahme ihrer Zulassung Neupatientinnen und Neupatienten kennzeichnen.

So wird abgerechnet:

1. Sie geben bei diesen Versicherten die **Vermittlungsart 5** in der Feldkennung 4103 im PVS an.
2. Für Neupatientinnen und Neupatienten rechnen Sie keine gesonderte Leistung/GOP ab.

ENTSCHEIDUNGSBAUM NUTZEN

Mit dem Entscheidungsbaum (siehe Grafik Seite 35) sehen Sie auf einen Blick, wann Sie welche Fälle kennzeichnen können oder auch müssen sowie welcher TSVG-Fall zutrifft.

EMMA LUNDGREN

19 Prozent WENIGER

Wenn Corona auf TSVG trifft: 19 Prozent weniger Terminvermittlungen im Quartal 2/2020.

Am stärksten betroffen ist der TSS-Terminfall.

Wie wird aus Leistung Honorar?

Wie das Honorar verteilt wird, können Ärzte und Psychotherapeuten an den Honoraranalysen ablesen. Die KVH erstellt sie regelmäßig und erläutert darin die Entwicklung der Gesamtvergütung sowie der einzelnen Fachgruppenhonorare.

Regelmäßig wird in den Honoraranalysen die aktuelle Entwicklung der Gesamtvergütung bereitgestellt. Dort ist aufgeführt, wie die Leistungen der einzelnen Fachgruppe im Vergleich zu anderen Arztgruppen stehen und sich entwickeln. Nachzulesen sind sie unter www.kvhessen.de/honorar/

Die Verteilung der Gesamtvergütung wird im Honorarverteilungsmaßstab (HVM) geregelt. Entsprechende Vorgaben werden durch Beschlüsse des Bewer-

tungsausschusses, der KBV und der regionalen Gremien getroffen. Die Zuordnung der abrechenbaren Leistungen zur morbiditätsbedingten oder extrabudgetären Gesamtvergütung regelt der regional mit den Krankenkassen vereinbarte Honorarvertrag.

EXTRABUDGETÄRE VERGÜTUNGEN

Die Leistungen der extrabudgetären Vergütung (eGV) sind in den letzten Jahren um mehr als 14 Prozent gestiegen und machen aktuell 39 Prozent an der Gesamtvergütung der hessischen Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten aus.

Einen sehr großen Anteil daran trägt das Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG). Ziele des Gesetzes waren unter anderem schnellere Arzttermine für Patientinnen und Patienten sowie verbesserte Leistungen der Krankenkassen und der Versorgung. Für die Vergütung in der ambulanten Versorgung spielen hierbei die Regelungen zum Hausarztvermittlungsfall, zu den Neupatientinnen und Neupatienten, zur offenen Sprechstunde sowie den Terminvermittlungen durch die Terminservicestellen (TSS-Terminfall und TSS-Akutfall) die wesentlichste Rolle. Die TSVG-Leistungen lagen im Abrechnungsquartal 2/2021 bei über 67 Millionen Euro. Weitere eGV-Leistungen sind ambulante Operationen, belegärztliche Leistungen, Leistungen der Richtlinien-Psychotherapie nach EBM-Kapitel 35, Prävention oder Schutzimpfungen.

Mit Beginn der Pandemie wurden alle Leistungen, die im Zusammenhang mit Corona erbracht wurden, ebenfalls extrabudgetär vergütet. Dadurch konnten die niedergelassenen Vertragsärztinnen und Vertragsärzte sowie die niedergelassenen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten nochmal ein deutliches Plus generieren.

OLIVER GEYER





Es ist lukrativ, richtig zu kodieren

Nur über ein korrektes und vollständiges Kodieren kann eine steigende Morbidität zu höheren Budgets führen.

Die Morbidität der Versicherten spielt finanziell für den Finanzausgleich unter den Krankenkassen, den sogenannten Morbi-RSA, eine Rolle. Die Morbidität ist ebenso wichtig für das Finanzvolumen der vertragsärztlichen Versorgung. Die Höhe der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (mGV) ist neben der Versichertenzahl im KV-Bezirk unter anderem auch von zwei durch das Institut des Bewertungsausschusses (InBA) ermittelten Faktoren abhängig:

1. der demografischen und
2. der diagnosebezogenen Veränderungsrate.

Während Erstere sich aus Veränderungen der Alters- und Geschlechtsstruktur der Versicherten (Demografie) ergibt, hängt Letztere im Wesentlichen von den durch die Vertragsärztinnen und -ärzte gestellten und kodierten Diagnosen (Morbidität) ab. Beide Veränderungsrate kommen in Hessen aktuell häufig zur Anwendung.

Doch welchen finanziellen Einfluss hat die diagnosebezogene Veränderungsrate? Für das Jahr 2022 hat das InBA für Hessen eine negative Rate von $-0,1498$ Prozent ermittelt. Klingt zwar wenig, doch gemessen an der Gesamthöhe der mGV für hessische Ver-

sicherte entspricht dies einem Minus von mehr als 1 Million Euro im Jahr.

Nur eine hohe und exakte Qualität bei der Kodierung ermöglicht es, die Morbidität der Versicherten verlässlich und zielgenau darzustellen. Bei steigender Morbidität können von den KVen höhere Honorare in den Verhandlungen mit den Krankenkassen durchgesetzt werden, sodass korrektes und detailliertes Kodieren bares Geld wert sein kann.

Nützliche Tipps zum Kodieren finden Sie unter www.kvhessen.de/abrechnung-ebm/icd-kodieren/ oder auch in ADP 6/2021 auf Seite 38.

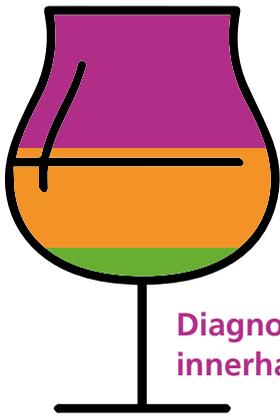
PHILIPP GOTTSTEIN

1,5 Mio. Kodierungen

Volkskrankheit Nr. 1 – mit 1,5 Mio. Kodierungen war die nicht näher bezeichnete essentielle Hypertonie (I10.90) die mit Abstand am häufigsten kodierte gesicherte Diagnose im 2. Quartal 2021.

Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol

Im Jahr 2020 litten **267.686 Patientinnen und Patienten** in Hessen an einer psychischen und an einer Verhaltensstörung durch Alkohol (ICD-10-GM: F10.- G), darunter etwa **30 Prozent Frauen** sowie **0,8 Prozent Kinder** und junge Erwachsene unter 22 Jahren.

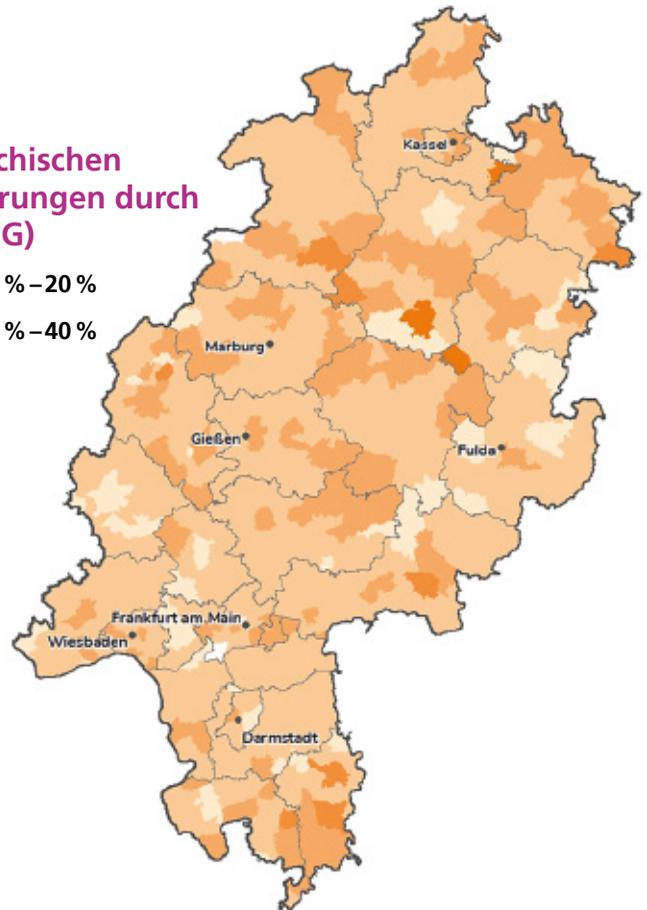


Diagnosehäufigkeiten innerhalb F10.- G

- 51%** Abhängigkeitssyndrom (F10.2)
 - 38%** Akute Alkoholintoxikation (Rausch) und schädlicher Gebrauch von Alkohol (F10.0/F10.1)
 - 11%** Entzugssyndrom (mit und ohne Delir)
- sowie weitere psychotische Störungen durch Alkoholgebrauch (F10.3 – F10.9)

Prävalenz von Psychischen und Verhaltensstörungen durch Alkohol (ICD F10.- G)

- 0 % – 2,5 %
- 2,5 % – 5 %
- 5 % – 10 %
- 10 % – 20 %
- 20 % – 40 %



Digest aus dem Pschyrembel

Die **Alkoholiker-Typologie** nach Elvin Morton Jellinek klassifiziert zur Beurteilung des Abhängigkeitsrisikos bei erhöhtem Alkoholkonsum **fünf Klassen**; dabei sind Mischformen möglich: **Alphatrinker** (Konflikttrinker), **Betatyp** (Gelegenheitstrinker), **Gammatyp** (süchtiger Trinker), **Deltatyp** (Spiegeltrinker), **Epsilontyp** (Quartalstrinker)

Online statt „per Brieftaube“

E-Mails sind schnell, einfach zu versenden und zu empfangen. Versandkosten fallen auch nicht an. Daher ersetzen E-Mails den klassischen Geschäftsbrief. Auch bei Ihnen? Oder erhalten Sie Rundschreiben der KVH noch per Post oder Fax? Dann sollten Sie das ändern, damit Sie immer aktuell über wichtige Themen zu Ihrem Praxisalltag informiert werden.

Die Änderungen Ihrer Kommunikationsdaten können Sie selbst veranlassen über die Arztsuche. Wussten Sie schon? Die Arztsuche erstrahlt seit Februar in einem neuen Look und einem vereinfachten Login.

www.arztsuche.hessen.de

The screenshot shows the top navigation bar with 'KV' logo and links for 'Suche', 'Ärztlicher Berufsrechtsdienst', 'AGV-Team', and 'SARS-CoV-2/Boosterimpfung'. Below is the 'ARZT- UND PSYCHOTHERAPEUTENSUCHE HESSEN' header. The main form includes a search input field, a 'Übersicht zurücksetzen' button, radio buttons for 'Alle / egal', 'Hausarzt', and 'Facharzt', and dropdown menus for 'Fachrichtung / Schwerpunkt'.

1

Klicken Sie auf Login

The screenshot shows the 'ANMELDUNG' (Login) section. It features two input fields: 'User-ID (LANR)' and 'Passwort'. A red oval highlights these fields. Below the fields is a 'Anmelden' button and a note: 'Hinweis: Die mit * gekennzeichneten Felder sind Pflichtangaben.'

2

Melden Sie sich mit Ihrer LANR und Ihrem Passwort an (Zugangsdaten identisch zum Safenet*-Zugang)

The screenshot shows a user profile page with fields for 'BSNR', 'LANR', 'Name', and 'Anschrift'. Below is a 'Kontaktstellen' section with a table. A red oval highlights the 'Kontaktstellen' section.

Typ	Adresse	Kommunikation	Hauptkontakt	Öffentlich
E-Mail	Praxis		✓	✓

3

Mitglieder mit nur einer BSNR können sofort ihre Daten ändern.

The screenshot shows the 'Kontaktstellen' table from the previous screenshot. A red oval highlights the table. A dropdown menu is open over the table, showing a list of 'Zweigpraxis' entries with checkboxes for 'Kommunikation', 'Hauptkontakt', and 'Öffentlich'. A red oval also highlights the dropdown menu.

4

Mitglieder mit mehreren BSNRn können über ein Drop-down zwischen ihren BSNRn wechseln und die Daten ändern.

Hinweis: Für die E-Mail-Verteiler werden automatisch die hinterlegten Kontaktdaten der Praxis verwendet, in der Sie als Mitglied niedergelassen sind.

Lange Wartezeiten vermeiden



Viele Praxen tun sich schwer mit dem Termin- und Wartezeitenmanagement. Was war zuerst da: die Fülle an Terminen oder die Wartezeiten?

Ein zentraler Punkt in der Patientenversorgung ist das Termin- und Wartezeitenmanagement. Mit verschiedenen Ansätzen und Lösungsmöglichkeiten möchten wir Ihnen den Einstieg in das Thema erleichtern. Zuerst ist es ratsam, die aktuelle Ist-Situation des Termin- und Wartezeitenmanagements in der Praxis zu erfassen. Hier können Sie im kostenfreien Workshop „Termin- und Wartezeitenmanagement“ mit unseren QM-Beratern in den Austausch gehen. Im Vorfeld dazu wird eine Befragung mit Ihren Patientinnen und Patienten durchgeführt, die sich ausschließlich um das Thema „Termin- und Wartezeiten“ dreht. Ihre persönlichen Ergebnisse

werden dann mit Ihrem QM-Berater in der Veranstaltung (vertraulich) besprochen und können, sofern Sie das möchten, in die Gruppendiskussion mit anderen Praxen integriert werden. Termine für diese Veranstaltung für das Jahr 2022 finden Sie im Fortbildungsprogramm unter www.kvhessen.de/termine-fortbildung/

DIE TERMINPLANUNG

In jeder Praxis sollte eine strukturierte und klar definierte Terminplanung stattfinden. Was bedeutet das genau? Für jede Leistungserbringung oder Standardvorgehensweise sollte ein durchschnitt-



licher Zeitbedarf ermittelt werden. Beispielsweise kann man für ein Erstgespräch 15 Minuten ansetzen, für eine Blutentnahme fünf Minuten und für ein Belastungs-EKG 15 Minuten. Da nicht jede Praxis dasselbe Spektrum bedient, sind die Zeitslots in jeder Praxis unterschiedlich. Zu beachten ist, dass die tatsächliche Belegung der verschiedenen Behandlungszimmer einen höheren Zeitaufwand in Anspruch nimmt als der Zeitbedarf der Leistungen.

Die Vor- und Nachbereitungszeiten, beispielsweise für die Durchführung eines EKGs, sind ebenfalls in der Planung zu berücksichtigen. Dieses Vorgehen der Terminplanung ist oft Bestandteil eines etablierten QM-Systems und kann als Grundlage genutzt werden. Sollten Sie mit der Ermittlung des Zeitbedarfs für die Leistungserbringungen noch ganz am Anfang stehen, empfiehlt es sich, alle Standardbehandlungen mit einer Stoppuhr zu messen.

WARTEZEITEN EINBERECHNEN

Wartezeiten sind natürlich immer abhängig von der Praxisform und der Fachgruppe. Außerdem sind sie schwer beeinflussbar aufgrund eines oft hohen Patientenaufkommens. Zudem ist zu beachten, dass die Wahrnehmung, welche Wartezeiten akzeptiert werden, immer subjektiven Faktoren unterliegt, je nach individueller Situation der Patientin oder des Patienten.

Sie können mit kleinen Schritten und einer koordinierten Terminvereinbarung versuchen, Wartezeiten in der Praxis gering zu halten. Hierzu sollten Sie überlegen, ob Sie eine offene Sprechstunde anbieten möchten oder nur noch via Terminvergabe arbeiten. Es bietet sich auch an, individuelle Zeitslots für Notfall- oder Akutpatienten freizuhalten. So haben Sie immer etwas „Puffer“ im laufenden Praxisbetrieb. Eine weitere Idee könnte sein, dass



Sie, sofern möglich, Ihre Behandlungszeiten am Nachmittag oder am Abend ausweiten oder umlegen. So können Sie auch späte Termine für Berufstätige und Pendler anbieten, um so die Wartezeiten vormittags zu entzerren. Die Abfrage Ihrer Patientenwünsche lässt sich sehr gut in die Patientenbefragung integrieren.

Bitte denken Sie auch daran, freie Termine an die Terminservicestelle zu melden und diese entsprechend freizuhalten. Die Anzahl der Termine ist je nach Fachgruppe unterschiedlich und muss ebenfalls mit eingeplant werden.

TERMINVEREINBARUNG

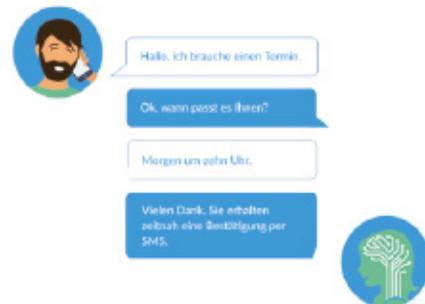
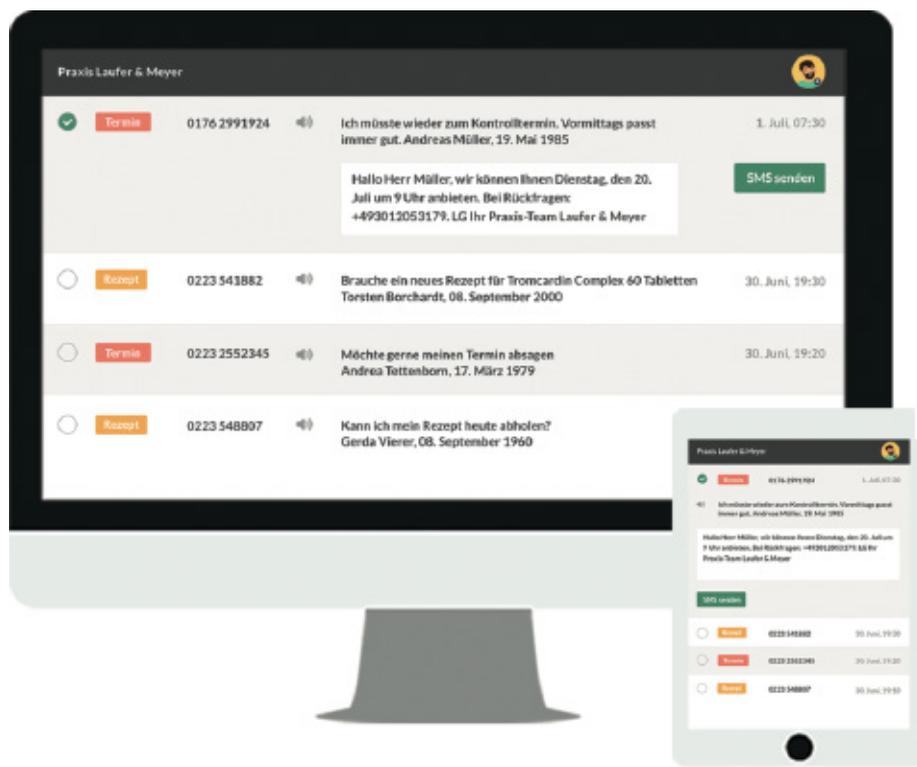
Die telefonische Terminvergabe ist die häufigste Methode der Terminvereinbarung. Ihr Vorteil liegt darin, dass Wunschtermine flexibel und schnell vereinbart werden und zudem einfache, rasche Lösungen im Akutfall erfolgen können. Dem stehen der hohe Koordinationsaufwand, die Unterbrechung der Praxisabläufe am Empfang sowie das meist sehr hohe Telefonaufkommen entgegen. Ein weiterer Nachteil dieser Terminvergabe ist die telefonische Erreichbarkeit, die nur während der Sprechzeiten gewährleistet ist.

Um das Telefonaufkommen zu kanalisieren, kann beispielsweise ein Anrufbeantworter vorgeschaltet werden. Dieser nimmt die Rezept- und Überweisungswünsche auf und der Patient steht somit nicht im direkten Telefonkontakt. Dies ist oft einfach und kostengünstig mit dem Telefonanbieter zu vereinbaren, führt aber häufig zu Nachfragen und bedeutet einen hohen Nachbearbeitungsaufwand.

Deswegen haben viele Praxen mittlerweile eine Online-Terminvergabe eingerichtet. Die Patienten können jederzeit einen Termin über ein Internetportal vereinbaren und erhalten, wenn gewünscht, sogar eine Erinnerung. Das Praxispersonal erhält alle Informationen auf einen Blick, hat, sofern das konkrete Anliegen (und der Zeitbedarf) bekannt ist, keinerlei weitere Arbeitsschritte und gewinnt somit Zeit. Das Portal kann zusätzlich zu der telefonischen Terminvereinbarung genutzt werden und reduziert dadurch das Telefonaufkommen. Um die elektronische Terminvereinbarung nutzen zu können, muss oftmals ein spezielles Servicetool erworben werden. Dann empfiehlt es sich, das Personal zu schulen und sich mit dem Programm vertraut zu machen. Eventuell ist auch in der Praxissoftware ein Tool zur Terminvereinbarung enthalten oder es lässt sich gut integrieren. Sprechen Sie hier mit dem Anbieter Ihrer Praxissoftware.

Ein weiterer denkbarer Lösungsansatz ist das vollständige Outsourcen der Online-Terminvergabe. Sie kann unter Umständen komplett ausgelagert und von einem externen (IT-)Unternehmen betreut werden. Der Vorteil ist hierbei, dass das Praxispersonal keine Schulung benötigt und sich um den Praxisalltag vor Ort und die telefonischen Anfragen kümmern kann. Dies ist jedoch mit höheren Kosten verbunden und macht oft nur Sinn für große Praxen. Egal, für welche individuelle Lösung Sie sich entscheiden, prüfen Sie die Wirkung Ihrer Methode. Man erfährt selbstverständlich im Praxisalltag bereits erste Rückmeldungen. Machen Sie dennoch einige Zeit nach der Umsetzung eine weitere Patientenbefragung, um erneut die aktuelle Ist-Situation zu erfassen und zu prüfen, ob man mit den Veränderungen Erfolg hatte und für sich die optimale Lösung gefunden hat.





Bei Aaron handelt es sich um einen intelligenten Assistenten, der in einem natürlichen Dialog Patientenfragen entgegennimmt
Copyright: Aaron GmbH

DER KLEINE HELFER

In der „KBV-Zukunftspraxis“ wurden verschiedene digitale Unterstützungsmöglichkeiten für den Praxisalltag getestet. Unter anderem der interaktive Anrufbeantworter „Aaron.ai“. Dabei spielt es keine Rolle, ob die Patienten außerhalb der Sprechzeiten anrufen oder das Praxispersonal sich gerade um die Patienten vor Ort kümmert und daher das Telefon nicht bedienen kann. „Aaro.ai“ nimmt alle nötigen Informationen auf und teilt diese dem Praxisteam mit, die sich dann mit den Patienten zeitnah in Verbindung setzen können. Auch Rezeptwünsche können aufgenommen und dann vom Team bearbeitet werden.

Dieser kleine Helfer ist eine von vielen Ideen und könnte schon bald vermehrt in den ambulanten Praxen Einzug halten.

Sollten Sie zu dem Thema Fragen haben, wenden Sie sich an die QM-Berater. Nehmen Sie Kontakt mit uns auf.

KATHRIN KIESSER

SIE HABEN FRAGEN?

Das Team Qualitätsmanagement hilft Ihnen gerne weiter.

069 24741-7551 (Telefon)

069 24741-68713 (Telefax)

qm.info@kvhessen.de



KVH WISSEN

Mehr zum Thema finden Sie im KVH-Verordnungsportal www.kvhaktuell.de und hier:

Fortbildungsprogramm 2022:
www.kvhessen.de/termine-fortbildung/

Terminservicestelle:
www.kvhessen.de/praxismanagement/terminservicestelle-tss/

KBV-Zukunftspraxis:
www.kbv.de/html/zukunftspraxis.php



Mehr Sicherheit bei der Medikation von Kindern

Neue evidenzbasierte Datenbank www.kinderformularium.de unterstützt Ärzte und Apotheker.

Nur ein kleiner Teil der Arzneimittelpräparate in Deutschland ist speziell für Kinder und Jugendliche zugelassen. Oft fehlen Angaben zur genauen Dosierung und zu kindgerechten Darreichungsformen. Dieser Umstand zwingt Ärzte regelmäßig zum sogenannten Off-Label-Use, also zur Verschreibung eines Medikaments ohne die für diesen Zweck explizite Zulassung durch die Arzneimittelbehörden. „Das ist kein Idealzustand – keine Frage. Kein Arzt und kein Apotheker macht so etwas gerne oder leichtfertig“, bestätigt Prof. Dr. Antje Neubert, Apothekerin und Wissenschaftlerin in der Kinder- und Jugendklinik des Universitätsklinikums Erlangen. „Um allen Beteiligten mehr Sicherheit zu bieten, haben wir eine evidenzbasierte Datenbank entwickelt. Darauf können deutschlandweit Ärzte, Apotheker, Therapeuten und Pflegefachkräfte kostenlos zugreifen und nachlesen, welche wissenschaftlichen Erkenntnisse es zur Verordnung der gelisteten Medikamente bei Kindern und Jugendlichen gibt.“ Das Projekt „Kinderformularium.de“ wird von Prof. Neubert gemeinsam mit Prof. Dr. Dr. h. c. Wolfgang Rascher, ehemaliger Direktor der Kinderklinik des Uni-Klinikums Erlangen, geleitet und vom Bundesministerium für Gesundheit gefördert.

„Vereinfacht gesagt, können wir eine Tablette für ein Kind nicht einfach halbieren – die Sache ist komplizierter“, erläutert Prof. Neubert. „Die Gabe eines Medikaments ist von zahlreichen Faktoren abhängig, beispielsweise vom Körpergewicht oder vom Entwicklungsstatus.“ Viele Arzneimittel sind nur für Erwachsene zugelassen, da es keine ausreichende Studienlage für die Verabreichung bei Kindern und Jugendlichen gibt. „Das muss aber nicht bedeuten, dass ein Medikament für Heranwachsende gefährlich ist“, betont Antje Neubert. „Wir können das Nutzen-Risiko-Verhältnis in sehr vielen Fällen mithilfe von wissenschaftlicher Literatur beurteilen.“ Auf dieser Grundlage bewerten Experten die wissenschaftliche Basis für Empfehlungen, ob und in welcher Dosierung das Arzneimittel Kindern und Jugendlichen gegeben werden kann. „Diese aufwendige Abwägung kann natürlich nicht jeder niedergelassene Kinderarzt im Praxisalltag selbst übernehmen“, ergänzt die Naturwissenschaftlerin. „Deswegen haben wir das Kinderformularium.de



Unter www.kinderformularium.de sind die Dosierungsempfehlungen übersichtlich und lesefreundlich abrufbar

entwickelt. Dort erhalten unsere Kollegen mit einem Klick Dosierungsempfehlungen sowie weitere Pädiatrie-spezifische Arzneimittelinformationen. So ist ein sachgerechter und ungefährlicher Off-Label-Use möglich.“ Ziele der Erlanger Experten sind zum einen die bessere und sicherere Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Arzneimitteln. Zum anderen wollen sie die entsprechenden Informationen für Ärzte und Apotheker in Deutschland einfach und kostenfrei zugänglich machen.

INITIATIVE AUS ERLANGEN

Prof. Neubert, die auch die Zentrale für klinische Studien in der Pädiatrie in der Kinderklinik des Uniklinikums Erlangen leitet, und ihr Team arbeiten schon seit vielen Jahren intensiv zur Arzneimitteltherapiesicherheit bei Kindern und Jugendlichen. Mit ihrer Idee wandten sie sich an das Bundesministerium für Gesundheit, das sie im Rahmen des Aktionsplans Arzneimitteltherapiesicherheit förderte. „Wir mussten das Rad glücklicherweise nicht ganz neu

erfinden“, erläutert Prof. Neubert. „Um ein nachhaltiges Arzneimittelinformationssystem für Kinder und Jugendliche zu etablieren und vorhandene Kenntnisse zu nutzen, haben wir einen Lizenzvertrag mit dem niederländischen Kinderformularium geschlossen.“ Das NKFK – Nederlands Kenniscentrum Farmacotherapie bij Kinderen bot sich als Projektpartner an, da sich das Zentrum auf nationaler Ebene bereits etabliert hat und seine Dosierungsempfehlungen größtenteils auf systematischen Recherchen der Primärliteratur, den sogenannten Nutzen-Risiko-Analysen, basieren. „Damit war das niederländische Kinderformularium für uns der ideale Ausgangspunkt, um das Kinderformularium.de zu entwickeln“, sagt Antje Neubert.

AUSFÜHRLICHE UND SORGFÄLTIG GEPRÜFTE INFORMATIONEN

Die bestehenden Inhalte wurden von den Erlanger Experten für Kinderarzneimittel sorgfältig geprüft, durch eigene Recherchen erweitert und auf Deutschland angepasst. Darüber hinaus haben sie Informationen zum Zulassungsstatus, zu kinderspezifischen Nebenwirkungen, zu Kontraindikationen sowie Warnhinweise ergänzt. Anschließend wurde die Datenbank bundesweit im Rahmen einer wissenschaftlichen Studie geprüft. Unter dem Dach des Projekts „KiDSafe“, das durch den Innovationsfonds des G-BA gefördert wird, durften Kollegen in zwölf Kliniken und über 150 Arztpraxen das deutsche Kinderformularium.de exklusiv nutzen und kritisch unter die Lupe nehmen. „Mit Kinderformularium.de ist es uns gelungen, ein umfangreiches Arzneimittelinformationssystem zur evidenzbasierten Anwendung von Medikamenten bei Kindern und Jugendlichen online sowie kostenlos zur Verfügung zu stellen“, freut sich Prof. Neubert. „Es ist gleichzeitig ein wichtiger Schritt in Richtung eines international harmonisierten Werkes.“

UNIVERSITÄTSKLINIKUM ERLANGEN



GASTBEITRAG VON FRIEDRIKE WIEGAND,
GESCHÄFTSFÜHRERIN DER WEISSKONZEPT OG, MARKETINGAGENTUR FÜR ÄRZTE

Online-Terminvereinbarung in der Arztpraxis – Fluch oder Segen?

Welche Vor- und Nachteile gibt es bei einer Online-Terminvereinbarung in der Arztpraxis und welche Tücken lauern bei der Implementierung?



Das Telefon klingelt. Die Medizinische Fachangestellte (MFA) nimmt ab. „Ein Termin zur Muttermalkontrolle?! Wann passt es Ihnen denn, lieber vormittags oder nachmittags?“ Wer kennt das nicht? Es ist der klassische Alltag. Was wäre aber, wenn Sie diese Anrufe reduzieren könnten, Ihre MFA Zeit für die Patientinnen und Patienten vor Ort hätte und sie selbstständig Termine machten? Das alles ist möglich mit einem Online-Terminvergabesystem. Als spezialisierte Agentur für Ärztinnen und Ärzte werden wir das für Sie beleuchten.

ONLINE-TERMINVEREINBARUNG ALS SERVICE FÜR IHRE PATIENTEN

Die Auswahl an Online-Terminvergabesystemen ist immens und einen Vorteil haben alle: Ihre Praxis ist 24/7 erreichbar. Vorbei ist die Zeit, in der Patientinnen und Patienten nur zu Sprechzeiten Termine ausmachen konnten. Heute ist es möglich, von überall aus und zu jeder Zeit Arzttermine zu vereinbaren. Der Bedarf ist da. Denn im stressigen Alltag schaffen es viele nicht, zu den Sprechzeiten in der Praxis anzurufen.

Findet Sie eine potenzielle Patientin oder ein Patient über das Internet abends auf der Couch und ist von Ihrem ersten Eindruck durch die Praxishomepage überzeugt, kann gleich ein Termin vereinbart werden. Denn wenn man sich jetzt erst noch merken muss, dass man bei Ihnen zu Praxisöffnungszeiten anrufen muss, ziehen schnell ein paar Tage ins Land. Wichtig ist dabei, dass Sie die Terminbuchung präsent auf Ihrer Webseite platzieren.

TECHNISCHE TÜCKEN

Im besten Fall greift die Online-Terminvereinbarung direkt auf Ihren Terminkalender zu und kann dort die Lücken ausfüllen. Sie geben dem System be-

stimmte Zeiten oder Zeitblöcke für bestimmte Termine frei, die online gebucht werden können. So die Theorie. In der Praxis sieht es anders aus. Die einen Systeme vertragen sich nicht mit jeder Praxissoftware, bei manchen gibt es Datenschutzvorkehrungen, die die Terminsynchronisation erschweren, und andere wiederum achten nur begrenzt auf den Datenschutz. Auch für Anwender gibt es einige Unterschiede in der Nutzung, zum Beispiel mit oder ohne Registrierung, mit oder ohne App oder mit/ohne SMS-TAN. Daher sollten Sie ein etwaiges System mit Bedacht auswählen und vorab fleißig testen. Sonst ist das Chaos in der Praxis vorprogrammiert.

DIE KEHRSEITE DER ONLINE-TERMINVEREINBARUNG

Die Online-Terminvergabe sorgt für Transparenz. Jeder kann sehen, wie viele freie Termine Sie kurzfristig zur Verfügung haben und wie viel Zeit Sie sich pro Patienten nehmen. Dies bekommen Sie in den Griff, indem Sie nur gewisse Zeiten freigeben – und das lässt sich in der Regel mit dem System gut koordinieren. Nutzen Sie die Terminvereinbarung zu Zeiten, in denen Sie generell eher Leerlauf haben, um Lücken zu füllen.

Bei einigen unserer Kunden haben wir außerdem beobachtet, dass die No-Show-Rate steigt, das heißt, einige Patienten vereinbaren zwar einen Termin, erscheinen jedoch nicht in der Praxis. Man kann dagegen angehen, indem man einen Anbieter wählt, bei dem man bei der Terminvergabe schon nähere Angaben zur Person abfragt. Die Hürde zum Terminvereinbaren ist so etwas höher gesetzt und erhöht die Verbindlichkeit. Die Online-Terminvereinbarung sollte jedoch immer noch nutzerfreundlich und leicht zu bedienen sein.

ERINNERUNGSSERVICE, UM KEINEN TERMIN ZU VERPASSEN

Viele Terminvereinbarungssysteme bieten einen Erinnerungsservice an. Dies ist äußerst praktisch. Ihre Patientin oder Ihr Patient erhält eine SMS, eine E-Mail oder beides in regelmäßigen Abständen zum Termin. Zudem erinnert sie oder ihn das System daran, dass sie oder er den Arzttermin bei Verhinderung ganz einfach online absagen kann. So wird dieses Zeitfenster wieder für andere freigegeben. Die Intervalle lassen sich mit guten Systemen so anpassen, dass sie nicht aufdringlich sind.

ONLINE-TERMINVEREINBARUNG NUTZT NICHTS, WENN SIE NIEMAND FINDET

Die Online-Terminvereinbarung ist eine Investition für Ihre Praxis und ein großer Schritt in Richtung Digitalisierung. Jetzt muss sie bloß auch genutzt werden. Geben Sie Ihren Patientinnen und Patienten ausreichend Zeit, sich an diesen Service zu gewöhnen, und werfen Sie nicht gleich die Flinte ins Korn, wenn er nicht sofort angenommen wird. Menschen sind Gewohnheitstiere und brauchen etwas Zeit, um neue Dinge anzunehmen.

Wichtig ist aber, dass Sie überall darauf hinweisen. Das beginnt bei der Praxishomepage, geht über Online-Einträge, Ihre Social-Media-Kanäle, Ihre Terminkarten bis hin zur Bandansage. Es ist wichtig, dass Sie das Thema Online-Terminbuchung aktiv in Ihre Praxiskommunikation einbinden und Ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter darauf schulen. Nur so kann Sie das System auch entlasten.

NICHT ALLE TERMINE EIGNEN SICH FÜR DIE ONLINE-TERMINVERGABE

Patientinnen und Patienten wissen oft nicht, was sie brauchen, und buchen unter Umständen den verkehrten Termin. Hier ist das persönliche Gespräch sinnvoller. Geben Sie die Terminvergabe fürs Erste nur für Vorsorgeuntersuchungen, Erstbesuche oder Kontrolltermine frei und verweisen Sie für die restlichen Dinge auf Ihre Telefonnummer. Schritt für Schritt können Sie so Ihre Patientinnen und Patienten und Ihre Praxis an die Online-Terminbuchung gewöhnen.

FAZIT

Richtig in den Praxisalltag eingebunden, sind Online-Terminvergabesysteme ein Segen für einen effizienten Praxisalltag. Bitten Sie bei Bedarf Ihre Online-Agentur um Hilfe. Ihre Patientinnen und Patienten freuen sich, wenn sie zu jeder Zeit Termine machen können. Welche Termine das sind, liegt ganz in Ihrer Hand, genauso welches System Sie nutzen. Achten Sie auf die Schnittstelle zu Ihrer Praxissoftware und testen Sie den Anbieter auf Herz und Nieren. Fangen Sie klein an und geben Sie nur bestimmte Zeiten und Arten an Terminen frei. Wenn Sie die Online-Terminvergabe prominent in Ihren Online-Profilen platzieren und sie in Ihre Praxiskommunikation einbinden, steht der Entlastung Ihrer MFA nichts mehr im Wege.

FRIEDRIKE WIEGAND

Wie war das?

Fragen?

Antworten!

In unserer Rubrik „Wie war das?“ beantworten wir häufig gestellte Fragen rund um Ihren Praxisalltag. Bei allen weiteren Fragen ist die info.line Ihr direkter Draht zur KVH: 069 24741-7777 (Montag bis Freitag von 7 bis 17 Uhr).

Können innerhalb eines MVZs Überweisungen erfolgen?

MVZ nehmen, genau wie selbstständig niedergelassene Vertragsärztinnen und Vertragsärzte, regelhaft an der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung der gesetzlichen Krankenkassen teil und sind mit wenigen Abweichungen exakt denselben Regeln der Leistungserbringung unterworfen. Innerhalb einer Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) oder eines MVZ können daher keine Überweisungen ausgestellt werden, wenn die Patientin oder der Patient von mehreren Ärztinnen und Ärzten in einem MVZ gemeinschaftlich behandelt wird.

Können Leistungen, die im Rahmen der TestV und ImpfV erbracht werden, auch über den GKV-Schein abgerechnet werden?

Ja, bei GKV-Versicherten können Sie die entsprechenden Pseudo-GOP auf dem üblichen GKV-Schein erfassen. Die KVH separiert diese Leistungen von den weiteren EBM-Leistungen zur weiteren Bearbeitung. Bei PKV-Versicherten nutzen Sie den Schein mit dem Kostenträger für Reiserückkehrer (KV Hessen – Abstrich Reiserückkehrer, VKNR 40810, IKNR 100040810).

Ist die Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung im Rahmen der Videosprechstunde möglich?

Ja, Ärzte und Psychotherapeuten können die Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung während einer Videosprechstunde erbringen und mit den entsprechenden Suffixen abrechnen. Achtung: Die Anzahl der Gruppenteilnehmer ist bei der Videosprechstunde auf acht Teilnehmende begrenzt! Hier sind die eventuellen Bezugspersonen mitzuzählen [§ 17 PT-Vereinbarung]. Alle relevanten Informationen zur Videosprechstunde finden Sie unter www.kvhessen.de/abrechnung-ebm/videosprechstunde

HABEN SIE WEITERE FRAGEN?

Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter unserer info.line sind montags bis freitags von 7 bis 17 Uhr für Sie erreichbar.

069 24741-7777

info.line@kvhessen.de

IHR KONTAKT ZU UNS

info.line 069 24741-7777
069 24741-68826 (Fax)
info.line@kvhessen.de

Montag bis Freitag: 7.00 bis 17.00 Uhr

BERATUNG VOR ORT

BeratungsCenter Frankfurt: 069 24741-7600
069 24741-68829 (Fax)
beratung-frankfurt@kvhessen.de

BeratungsCenter Darmstadt: 06151 158-500
06151 158-488 (Fax)
beratung-darmstadt@kvhessen.de

BeratungsCenter Wiesbaden: 0611 7100-220
0611 7100-284 (Fax)
beratung-wiesbaden@kvhessen.de

BeratungsCenter Gießen: 0641 4009-314
0641 4009-219 (Fax)
beratung-giessen@kvhessen.de

BeratungsCenter Kassel: 0561 7008-250
0561 7008-4222 (Fax)
beratung-kassel@kvhessen.de

ABRECHNUNGSVORBEREITUNG

AV-Help av-help@kvhessen.de

ONLINEPORTAL

Internetdienste/SafeNet* internetdienste@kvhessen.de

Technischer Support onlineservices@kvhessen.de

ARZNEI-, HEIL- UND HILFSMITTELBERATUNG

Team Arznei-, 069 24741-7333
Heil- und Hilfsmittel verordnungsanfragen@kvhessen.de
Infoportal Verordnungen www.kvhaktuell.de

KOORDINIERUNGSSTELLE

Koordinierungsstelle 069 24741-7227
Weiterbildung Allgemeinmedizin 069 24741-68845 (Fax)
koordinierungsstelle@kvhessen.de

QUALITÄTS- UND VERANSTALTUNGSMANAGEMENT

Qualitätsmanagement 069 24741-7551
069 24741-68841 (Fax)
qm-info@kvhessen.de

Veranstaltungsmanagement 069 24741-7550
069 24741-68842 (Fax)
veranstaltung@kvhessen.de

Herausgeber (V. i. S. d. P.)

Kassenärztliche Vereinigung Hessen, vertreten durch den Vorstand

Redaktion

Karl Matthias Roth und Petra Bendrich

Kontakt zur Redaktion

Kassenärztliche Vereinigung Hessen
Redaktion AufdenPUNKT.
Europa-Allee 90, 60486 Frankfurt am Main
069 24741-6988, 069 24741-68988 (Fax)
aufdenpunkt@kvhessen.de

Hinweis

AufdenPUNKT. verwendet weibliche und männliche Schreibweisen. Sollte zur besseren Lesbarkeit einmal nur die männliche Schreibweise verwendet werden, gelten die Aussagen in gleichem Umfang auch für weibliche Personen.

Grafik

Steffen Klein (wdv Gesellschaft für Medien mbH & Co. OHG)
Judith Scherer (KV Hessen)

Verlag

wdv Gesellschaft für Medien mbH & Co. OHG, Siemensstraße 6,
61352 Bad Homburg. Objektleitung: Karin Oettel; Projekt-
management: Colleen Haas; Bildredaktion: Daniela Hillbricht;
Herstellung: Christian Beck; Vertrieb: Stefan Schumacher;
Druck: AC medienhaus GmbH, Ostring 13, 65205 Wiesbaden.

Bildnachweis

wdv: Titelbild; Carolina Ramirez: S. 3; picture alliance / NurPhoto |
Emmanuele Contini: S. 4/5; Lena von Randow: S. 7; Universitätsklini-
kum Erlangen: S. 47 (Kinderformularium)

Adobe Stock: S. 6: Ben Akiba; S. 8: DKcomposing; S. 16: nito; S. 20:
faber14; S. 23: microone; S. 30: Orkidia; S. 31, S. 33: Zerbor; S. 32:
akf; S. 34: Jenny Sturm; S. 38: JPChret; S. 39: elenabsi; S. 42: Rade
Fotodesign; S. 44: contrastwerkstatt; S. 45, 46: Vector light Studio;
S. 48: momius

Nachdruck

Der Inhalt dieser Zeitschrift ist urheberrechtlich geschützt. Nachdruck
oder Kopie sowie die Vervielfältigung auf Datenträger dürfen, auch
auszugsweise, nur nach schriftlicher Zustimmung durch den Heraus-
geber erfolgen. Eine Weitervermarktung von Inhalten ist untersagt.

Zuschriften

Die Redaktion behält sich die Veröffentlichung und Kürzung von
Zuschriften vor.

Haftungsausschluss

Trotz sorgfältiger Recherche bei der Erstellung dieser Broschüre kann
für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben keine Gewähr
übernommen werden. Haftungsansprüche sind ausgeschlossen.
Mit Autorennamen gekennzeichnete Beiträge spiegeln ebenso wie
Leserbriefe nicht unbedingt die Meinung des Herausgebers oder der
Redaktion wider.

Bezugspreis

AufdenPUNKT. erhalten alle hessischen Vertragsärzte und -psychothe-
rapeuten im Rahmen ihrer Mitgliedschaft.
Der Bezugspreis ist mit der Verwaltungskostenumlage abgegolten.

Haftungsbeschränkung für weiterführende Links

Diese Zeitschrift enthält sog. „weiterführende Links“ (Verweise auf
Webseiten Dritter), auf deren Inhalt wir keinen Einfluss haben und
für die wir deshalb keine Gewähr übernehmen. Für die Inhalte und
Richtigkeit der Informationen ist der jeweilige Informationsanbieter
verantwortlich. Die abgedruckten Links wurden zum Zeitpunkt des
Redaktionsschlusses auf mögliche Rechtsverstöße überprüft. Rechts-
widrige Inhalte waren zum Zeitpunkt des Redaktionsschlusses nicht
erkennbar.

* Bitte beachten Sie, dass KV-SafeNet nicht mit der Firma SafeNet,
Inc., USA, in firmenmäßiger oder vertraglicher Verbindung steht.



erscheint wieder
Mitte April



Sie finden uns im Internet unter:
www.kvhessen.de/aufdenpunkt