Das Servicemagazin für unsere Mitglieder Nr. 1 / Februar 2023

AUF DEN PUNKT.

info.service – offizielle Bekanntmachungen

HEFTMITTE

Vertreterversammlung startet neu

SEITE 6

Digitale Innovationen im Praxistest

SEITE 4

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG HESSEN

INHALT

Vertreterversammlung startet neu

AKTUELLES

Digitale Innovationen im Praxistest 4

Notvertretungsrecht für Ehegatten 5

TITELTHEMA

Vertreterversammlung startet neu 6

Die Wahl in Bildern 6

KVH stellt Weichen für die Zukunft 8

Mit Respekt und Tatkraft 12

„Unsere Proteste werden sich am Ende auszahlen“ 15

Ausschüsse bei der KV Hessen 18

Wir sind die Neuen! 25

GUT INFORMIERT

Ärztliche Diagnostik bei der Verordnung von Logopädie 29

Leistungen bei Patientinnen und Patienten der HzV kennzeichnen 32

„Papa, du bist doch nicht schwanger“ 34

Neue PraxisInfo „Reha-Sport“ erschienen 35

QUALITÄT

Fördergelder für Weiterbildung erhöht 36

Qualitätsmanagement genießt hohen Stellenwert 38

Förderung für Studierende verlängert! 40

Serie: Krankheitsbild im Detail Adipositas 41

PRAXISTIPPS

Wie war das? 42

SERVICE

Ihr Kontakt zu uns/ Impressum 43

Die Rundschreiben der KVH zu lesen lohnt sich immer!
In den Rundschreiben finden Sie wichtige Infos und Antworten auf aktuelle Fragen.

Aufbruch ins Ungewisse

Liebe Kolleginnen und Kollegen, sehr geehrte Damen und Herren,

wohl selten hat eine Legislatur in derart bewegten Zeiten begonnen. Wo man hinschaut, herrscht Krise! Und die Gesundheitsversorgung und mit ihr die ambulante Versorgung ist Teil der Krise. Die Inflation, die eklatant gestiegenen Kosten für die Praxisführung – wir merken täglich, wie sehr sich dies auch in unseren Alltag hineinschleicht. Und natürlich sind auch die psychischen Krisensymptome enorm, sowohl bei uns, unseren Mitarbeitenden als auch bei den Patientinnen und Patienten. Das alles wirkt sich aus, hat einen starken Einfluss auf die Praxen und die Atmosphäre dort. Auch die Post-Pandemie-Effekte sind enorm. Fast scheint es, als hätten unsere Immunsysteme und die unserer Patientinnen und Patienten verlernt, mit Infektionen umzugehen. Die Influenza, das RS-Virus, Scharlach – sie alle schlagen derzeit mit Macht zu und treffen auf eine ausgelaugte Ärzteschaft und müdes Praxispersonal. Das ist alles andere als trivial und wer wüsste das besser als Sie, die Sie täglich Ihre Frau beziehungsweise Ihren Mann stehen müssen. Dafür möchten wir Ihnen am Anfang des Jahres und am Anfang dieser Legislatur nicht nur danken, sondern unseren höchsten Respekt zollen.

Aus unserer Sicht ist es im Moment kaum sinnvoll, Sie an dieser Stelle mit hehren Vorhaben für die kommenden sechs Jahre zu belasten. Wir versprechen Ihnen, dass wir den Kurs der letzten Jahre fortsetzen und die KV weiter Stück für Stück zu einer Organisation machen wollen, die Ihnen in den Praxen nützlich ist. Die ambulante Versorgung befindet sich im Moment in einer wichtigen Auseinandersetzung. Wir ersparen Ihnen und uns angesichts des unerträglichen Krieges in der Ukraine jegliche Form unangebrachter Kriegsmetaphern. Trotzdem ist es gut, dass sich die Niedergelassenen der notwendigen Auseinandersetzung stellen und der Politik und den Krankenkassen die Stirn bieten. Wir werden dafür einen langen Atem brauchen. Doch die Chancen, unsere Ziele zu erreichen, sind gut.

Mit besten kollegialen Grüßen,
Ihre

Frank Dastych
Vorstandsvorsitzender

Armin Beck
stv. Vorstandsvorsitzender

Digitale Innovationen im Praxistest

Die Ergebnisse des Digitalisierungsprojektes „KBV-Zukunftspraxis“ sind veröffentlicht. Nutzen und Mehrwert stehen im Fokus. Dies setzt in den Praxen moderne Telefonanlagen voraus und bei den Projekten eine Integrationsmöglichkeit in das PVS.

Praxistaugliche, ausgereifte und passgenaue Lösungen – darauf kommt es an, wenn Digitalisierung in Arztpraxen funktionieren soll. Welche Faktoren wichtig sind und wo Schwierigkeiten bei der Einführung digitaler Innovationen liegen, haben Tests in 150 „KBV-Zukunftspraxen“ gezeigt.

Im Projekt „KBV-Zukunftspraxis“ wurden neue digitale Anwendungen wie ein interaktiver Telefonassistent, ein cloudbasiertes Praxisverwaltungssystem (PVS) oder eine mobile Datenbrille zur Fernassistenz für die ambulante Versorgung im Praxisalltag getestet. Dazu fand ein Ideenwettbewerb statt, an dem sich mehr als 60 Unternehmen beteiligt hatten. Die Anwendungen von zehn Gewinnern wurden schließlich zwischen 2019 und 2022 in jeweils einjährigen Testphasen erprobt.

SCHNELLER MEHRWERT, GERINGER AUFWAND

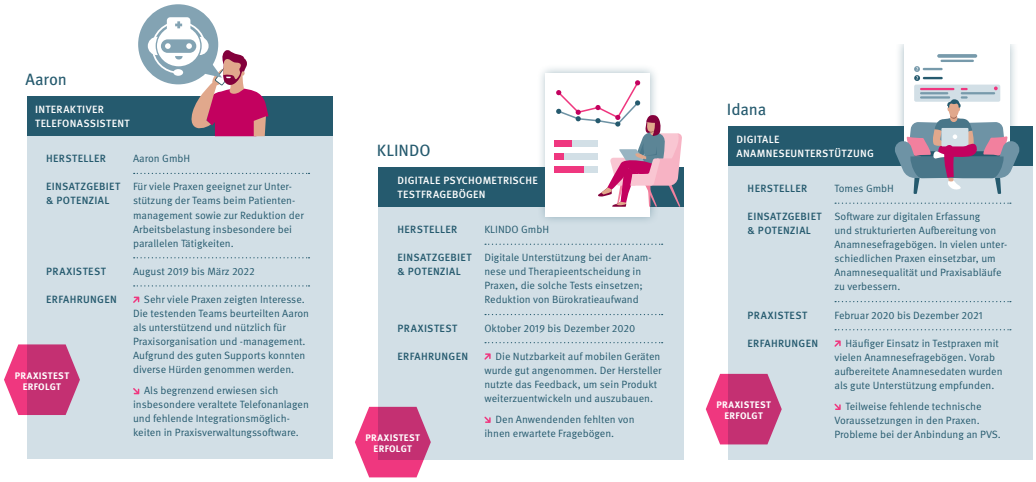
Die Praxistests zeigten, dass digitale Anwendungen ihr Potenzial im Praxisbetrieb voll entfalten, wenn sie schnell erkennbaren Mehrwert schaffen, lösungsorientiert und in der Praxis gut integrierbar sind. Vertragsärztliche Praxen nutzen bereits heute verschiedene Anwendungen, unter anderem die Videosprechstunde. Im Rahmen der KBV-Zukunftspraxis wurden neue Produkte als nützlich für die Praxisorganisation bewertet. Als hinderlich erwiesen sich neben veralteten Telefonanlagen fehlende Integrationsmöglichkeiten in das PVS.

FÜNF ANWENDUNGEN VON 150 PRAXEN EVALUIERT

Bei zehn getesteten Anwendungen wurden Produktreife, Patientenbezogenheit und Mehrwert im Praxisalltag zunächst als praxistauglich eingestuft. Fünf Anwendungen konnten schließlich in Praxistests von 150 Praxen evaluiert werden.

Wissenschaftlich begleitet wurde das Projekt durch das Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft der Berliner Charité. In einer qualitativen Analyse bewerteten die ausgewählten Testpraxen ihre individuellen Anwendungserfahrungen in drei Phasen: vor dem Beginn des Tests, nach drei Monaten und nach zwölf Monaten. Die Ergebnisse hat die KBV in einem ausführlichen Projektbericht und in einer Zusammenfassung veröffentlicht unter **kvh.link/p23021**.

KBV



Drei ausgewählte Anwendungen. Die Zusammenfassung ist abrufbar unter kvh.link/p23022

Notvertretungsrecht für Ehegatten

Seit Januar 2023 regelt das Ehegatten-Notvertretungsrecht, wie Eheleute Entscheidungen für ihre Ehepartner treffen können, die dazu selbst nicht in der Lage sind aufgrund eines Unfalls oder einer Erkrankung.

Bislang konnte ein volljähriger, nicht entscheidungsfähiger Ehegatte (im Folgenden: Patient) auch in Gesundheitsfragen nur mit gültiger Vollmacht oder Betreuung rechtlich vertreten werden. Dies galt immer, auch zum Beispiel bei einem plötzlichen Koma. Ohne Vollmacht hatten Ehegatten keinerlei Recht, medizinische Auskunft zu erhalten oder Entscheidungen zu fällen. Ohne Vollmacht musste stets „unverzüglich", das hieß regelmäßig spätestens am nächsten Werktag, eine gesetzliche Betreuung eingerichtet werden. Bis dahin galt für die Behandlung das Leben des entscheidungsunfähigen Patienten unbedingt zu erhalten.

Prof. Carsten Schütz und Dr. Thomas Sitte

Seit dem 1. Januar 2023 ermöglicht der neue **§ 1358 BGB** die „Gegenseitige Vertretung von Ehegatten in Angelegenheiten der Gesundheitssorge" oder einfacher: ein Notvertretungsrecht für Ehegatten und eingetragene Lebenspartner, wenn es nicht schon einen (anderen) Bevollmächtigten oder Betreuer gibt.

Ab dem Ereignis (etwa Unfall, Schlaganfall) kann eine solche Notvertretung für maximal sechs Monate geltend gemacht werden. Der testierende Arzt muss den Eintritt des Ereignisses dem vertretenden Ehegatten schriftlich dokumentieren und sich von diesem bestätigen lassen, dass

1. das Notvertretungsrecht bisher wegen des aktuell vorliegenden Gesundheitszustandes des Patienten noch nicht ausgeübt wurde,
2. die Ehegatten nicht getrennt leben,
3. der Patient weder eine solche Notvertretung ablehnt noch eine andere Person mit der Vertretung in Gesundheitsangelegenheiten bevollmächtigt hat und
4. auch kein gesetzlicher Betreuer für die Gesundheitsfürsorge vom Amtsgericht bestellt ist.

Zur Ehegattennotvertretung gibt es Mustervorlagen zum Ausfüllen unter **kvh.link/p23023**

Mit der Bestätigung kann der Ehegatte Auskunft von den Ärzten erhalten und Einwilligungen und Entscheidungen im Namen des Patienten treffen.

Zugleich wurde Ärzten ein Einsichtsrecht in das Zentrale Vorsorgeregister der Bundesnotarkammer (ZVR) für den Fall ermöglicht, dass die Einsichtnahme für die Entscheidung über eine dringend medizinische Behandlung erforderlich ist. Durch die Einsicht wird in Erfahrung gebracht, ob dort eine Vollmacht oder Verfügung registriert wurde, aber nicht der Inhalt derselbigen.

Es ist auch weiterhin dringend ratsam, in gesunden Tagen eine Vollmacht zu verfassen. Passende Vorlagen erhalten Sie kostenlos bei der PalliativStiftung. **kvh.link/p23024**

PROF. DR. IUR. UTR. CARSTEN SCHÜTZ,
DR. MED. THOMAS SITTE

Aktualisierter Nachdruck mit freundlicher Genehmigung von **kvh.link/p23025**, Seite 13

Vertreterversammlung startet neu

Geschafft: Die KV-Wahl ist abgeschlossen. Zur Wahl der Vorsitzenden der KV Hessen haben wir Ihnen eine Bilderstrecke und einen Bericht (Seite 8) zusammengestellt, gefolgt von einem Interview mit den beiden Vorsitzenden der Vertreterversammlung, Dr. Klaus-Wolfgang Richter und Michael Thomas Knoll (Seite 15). In dem Interview sprechen sie über die Herausforderungen und über ihre wichtigsten Aufgaben in der neuen Legislatur. Zudem befragte Auf den PUNKT. auch den neuen hausärztlichen Vorstand der KV Hessen, Armin Beck (Seite 12). Beck ist bestens bekannt in Hessen. Er führt den hessischen Hausärzteverband und war sechs Jahre VV-Vizechef. Für die Zukunft hat er klare Vorstellungen. Klare Vorstellung zu ihren Themen, die jede und jeder Einzelne in die VV einbringen möchte, haben aber selbstverständlich auch die 19 neuen VV-Mitglieder. Welche Themen das sind, lesen Sie ab Seite 25.

PETRA BENDRICH

Die Wahl in Bildern

Rednerliste der VV am 30.11.2022

Wiedergewählt: Frank Dastych bleibt Vorstandsvorsitzender der KVH

KVH stellt Weichen für die Zukunft

Die neue konstituierte, in den kommenden Jahren von Dr. Klaus-Wolfgang Richter und Michael Thomas Knoll angeführte Vertreterversammlung (VV) wählt Frank Dastych und Armin Beck in den Vorstand. Dr. Eckhard Starke verabschiedet sich. Auch Sozialminister Kai Klose geht auf Abschiedstournee.

Nur einen Tag vor der letzten Sitzung der „alten" Vertreterversammlung der KVH ließ Kai Klose, Hessischer Minister für Soziales und Integration, die Katze aus dem Sack: Er wird im kommenden Jahr nicht mehr kandidieren. Seinen Besuch der VV sagte der Grünen-Minister deshalb aber nicht ab. Ganz im Gegenteil: Der Termin sollte der Startschuss für seine letzten rund 14 Monate im Amt sein, eine Zeit, in der er „noch richtig viel reißen" möchte. Auch gemeinsam mit der KVH, die er als „sichere Bank und verlässlichen Partner der Landesregierung" bezeichnete. Während der Coronapandemie sei eine vertrauensvolle Zusammenarbeit entstanden. Dafür wolle er sich ausdrücklich bedanken. Sowohl bei der KVH wie auch bei den vielen Ärztinnen und Ärzten und den Praxismitarbeitenden, die „entscheidend dazu beigetragen haben, dass die medizinische Versorgung der Bürgerinnen und Bürger in der Pandemie stets gewährleistet war".

KAI KLOSE IST VON KARL LAUTERBACH ENTTÄUSCHT

Die zurückliegenden Jahre hätten gezeigt: „Wir brauchen eine flächendeckende und bürgernahe Versorgung. Diese zu erhalten beziehungsweise auszubauen, ist eine große Herausforderung. Die vertragsärztliche Tätigkeit muss wieder attraktiver werden, daran müssen wir arbeiten", sagte Klose. Wenig Unterstützung sei aus Berlin zu erwarten. So lege der Bundesgesundheitsminister keinen Wert auf eine gute Zusammenarbeit mit den Bundesländern. „Und dass, obwohl der Austausch zwi-

schen Berlin und den Ländern elementar ist. Karl Lauterbach hat unsere Erwartungen bisher bitter enttäuscht", kritisierte Klose seinen Kollegen ungewöhnlich scharf.

Persönliche Worte richtete der Minister abschließend an den scheidenden stellvertretenden KVH-Vorstandsvorsitzenden Dr. Eckhard Starke. Für Dr. Starke war es die letzte VV seiner Amtszeit: „Vielen Dank für die exzellente Zusammenarbeit, Sie haben sich sehr um die ambulante Versorgung verdient gemacht und mich mit Ihrem großen Erfahrungsschatz sehr bereichert. Genießen Sie Ihren neuen Lebensabschnitt."

DASTYCH WILL ANGEBOT DES MINISTERS ANNEHMEN

Weiter im Amt des Vorstandsvorsitzenden bleibt indes Frank Dastych. Er wird in den kommenden Jahren gemeinsam mit Armin Beck, der als stellvertretender Vorstandsvorsitzender auf Dr. Starke folgt, die Fäden in der Europa-Allee ziehen. Beide wurden am 30. November 2022 im Rahmen der konstituierenden Sitzung der neu gewählten Vertreterversammlung ohne Gegenstimmen im Amt bestätigt beziehungsweise ins Amt gewählt. Dastych stimmte die Vertreterinnen und Vertreter darauf ein, das Angebot des Ministers anzunehmen und dessen verbleibende Zeit im Sinne der Niedergelassenen zu gestalten. Er lobte Klose für die zurückliegenden Jahre: „Wir wissen Herrn Klose und die gute Zusammenarbeit mit seinem Ministerium sehr zu schätzen." Dass dies nicht selbstverständlich ist, zeige niemand mehr als Karl Lauterbach. Es sei inzwischen mehr als offensichtlich, dass er von ambulanter Versorgung „gar nichts verstehe" und gar eine „Bedrohung für das System" sei. Respekt gebühre ihm dennoch: Schließlich sei es Lauterbach gelungen, die Pandemie – anders als im Rest der Welt – in Deutschland am Leben zu erhalten. „Glücklicherweise", so Dastych, „sind wir in Hessen zusammen mit drei weiteren Bundesländern unseren eigenen Weg gegangen – und das erfolgreich."

KVH GEHT GEGEN PHARMAZEUTISCHE DIENSTLEISTUNGEN VOR

Der KVH-Chef kritisierte zudem, im BMG würden Gesetze produziert, die die ambulante Versorgung nicht brauche. Ganz aktuell die Streichung der Neupatientenregelung. Diese würde die Praxen bundesweit rund 500 bis 600 Millionen Euro kosten. Ein Dorn im Auge sind der KVH auch die Pharmazeutischen Dienstleistungen durch die Apotheken. Vor allem die Tatsache, dass gleiche Leistungen wie beispielsweise die Grippeschutzimpfung in den Apotheken besser vergütet werden als in den Praxen, sei „ein Affront sondergleichen". „Derzeit ist zwar etwas Ruhe eingekehrt, wir werden aber nicht lockerlassen und entschieden gegen die Pharmazeutischen Dienstleistungen vorgehen", versprach Dastych.

GEMEINSAME SELBSTVERWALTUNG IN DER KRISE

Für brandgefährlich hält er die Situation in der gemeinsamen Selbstverwaltung. Die zurückliegenden Honorarverhandlungen nannte er „Scheinverhandlungen". In diesem Zusammenhang erneuerte er seine Kritik am Vorgehen des GKV-Spitzenverbands und der Berliner Gesundheitspolitik: „Die finanziellen Einbußen für die Praxen sind teils gravierend, auch wegen der steigenden Kosten. So kann man nicht miteinander umgehen. Insbesondere dann nicht, wenn das Gros der Praxen inhabergeführt ist. Mit allen unternehmerischen Risiken, die dazugehören." Er berichtete zudem, dass Hessen den beschlossenen Haushaltsplan der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) abgelehnt

→

VIEL TRUBEL UM VIEL!

Etwas mehr als 1,3 Millionen Neupatientenfälle wurden von den hessischen Ärzten und Ärztinnen pro Quartal im vergangenen Jahr durchschnittlich behandelt.

Michael Thomas Knoll, Frank Dastych, Armin Beck und Dr. Klaus-Wolfgang Richter (v.l.) bilden das neue Führungsquartett

habe. Hintergrund sei ein „abgekartetes Spiel" hinter den Kulissen der KBV-Vertreterversammlung. Demnach seien drei Landes-KVen, darunter Hessen, bei der dem Haushaltsplan zugrunde liegenden Finanzierungsvereinbarung „gnadenlos über den Tisch gezogen" worden. „Die Beteiligten werden sich erklären müssen. Den Haushaltsplan lassen wir selbstverständlich prüfen", kündigte Dastych an.

Ein Lob gab es für die hessischen Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und -therapeuten. Die Protesttage gegen die aktuelle Gesundheitspolitik des Bundes seien gut gewesen und hätten Wirkung gezeigt. „Jetzt", so Dastych, „gilt es weiterzumachen, bis die Damen und Herren in Berlin kapieren, dass sie mit den Niedergelassenen nicht machen können, was sie möchten." Die Patientinnen und Patienten hätten, das werde immer deutlicher, mehrheitlich Verständnis für die Aktionen.

EIN LETZTES MAL ...

Ein letztes Mal an das Mikrofon trat abschließend Dr. Starke. Er eröffnete seine Rede mit einem Dankeschön an Frank Dastych und die Mitglieder der VV: „Ich gehe mit einem lachenden und einem weinenden Auge. Es war mir eine Ehre und ein Vergnügen,

INFOBOX

Ausgeschiedene VV-Mitglieder:

Dr. Achim Battmann
Prof. Dr. Alexandra Henneberg
Dipl.-Psych. Ilka Heunemann
Dr. Albrecht Köhl
Dr. Carola Koch
Dr. Peter Schwalbach
Dr. Dieter Ladwig
Helga Planz
Dr. Albrecht Köhler
Dr. Silvia Mieke
Dr. Norbert Schmidt
Dr. Siegfried Möller
Dr. Müller-Brodmann
Dr. Inge Reckel-Botzem
Dr. Wolfgang Tacke
Dr. Egbert Reichwein
Michael Andor
Dr. Michael Gehrke

Neue VV-Mitglieder:

Julia Doßmann
Dr. Simon Fachinger
Peter Franz
Dr. Gerhard Stefan Grenz
Kai Hoheisel
Petra Hummel
Dr. Alexander Jakob
Dr. Thomas Meyer
Dr. Elke Neuwohner
Doris Salmen
Ariadne Sartorius
Dr. Anne-Rose Schardt
Johannes Schmidt
Mathias Schuch
Susanne Sommer
Dr. Andreas Stumpf
Dr. Johann Trutz
Dr. Christoph Weber
Dr. Philipp Weisser

NEUER VORSTAND, NEUE CHANCEN!

Mehr als 2.100 Tage Legislaturperiode, mehr als 2.100 Chancen voller Vorstandspower durch Frank Dastych und Armin Beck – in diesem Zeitraum der Legislaturperiode von 2023 bis 2028 werden die Vorstände für ihre Mitglieder der KVH tätig zu sein.

mit Ihnen zusammenzuarbeiten. Sehr geschätzt habe ich, dass wir – obwohl wir als Fach- und Hausärzte zwei verschiedene Lager waren und sind – nahezu immer im Sinne aller Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und -therapeuten gedacht haben. Das ist eine große Stärke, die wir vielen anderen KVen voraushaben. Bleiben Sie dabei!" Junge Kolleginnen und Kollegen forderte Dr. Starke auf, berufspolitisch aktiv zu werden: „Gestalten Sie mit, es lohnt sich." Er selbst habe als Vorstandsmitglied der KVH vieles von dem, was er sich vorgenommen habe, umsetzen können. Sehr erfolgreich sei unter anderem das Projekt Medibus verlaufen: „Die fahrende Arztpraxis in Nordhessen zu etablieren, war ein schwieriges Unterfangen. Jetzt ist der Medibus aus der Region nicht mehr wegzudenken. Sowohl die Politik wie auch die Patientinnen und Patienten schätzen ihn, mehr als 1.000 Scheine pro Quartal sprechen eine deutliche Sprache." Auch das SaN-Projekt zur sektorenübergreifenden ambulanten Notfallversorgung sei auf einem guten Weg. Die Regresse habe man reduzieren können. „Ein Problemkind", so Dr. Starke, „bleibt der Ärztliche Bereitschaftsdienst. Dort warten Herausforderungen." Die Vertreterinnen und Vertreter verabschiedeten Dr. Starke mit stehenden Ovationen, für sein langjähriges Engagement erhielt er die Ehrennadel der KVH.

SO HAT DIE VV GEWÄHLT

Um diese wird sich in der nächsten Legislatur das Vorstandsduo Dastych und Beck kümmern. Unterstützt werden sie von den Vorsitzenden der VV, Dr. Klaus-Wolfgang Richter, der von der neu konstituierten VV im Amt bestätigt wurde, sowie von Michael Thomas Knoll, der den Posten von Armin Beck übernimmt. Beide wurden einstimmig gewählt. Darüber hinaus wählten die Vertreterinnen und Vertreter einen neuen Hauptausschuss. Zu diesem gehören in den kommenden Jahren: Christian Sommerbrodt und Dr. Jürgen Burdenski für die Hausärzte, Dr. Detlef Oldenburg und Dr. Karin Schmitt-Hessemer für die Fachärzte sowie Robert Schmidtner für die Psychotherapeuten.

ALEXANDER KOWALSKI

Sozialminister Kai Klose wird 2024 nicht wieder kandidieren

Dr. Eckhard Starke verabschiedet sich nach sechs Jahren als stellvertretender Vorstandsvorsitzender mit der Ehrennadel der KVH

Der Hofheimer Allgemeinmediziner Armin Beck ist stellvertretender Vorsitzender des Vorstandes der KVH. Er folgt in diesem Amt auf Dr. Eckhard Starke, der nicht mehr kandidiert hatte. Beck war bislang stellvertretender Vorsitzender der Vertreterversammlung.

Mit Respekt und Tatkraft

Mit Armin Beck zieht ein neuer Vorstand in die KV ein. Obwohl neu im Amt, ist der Hofheimer Allgemeinarzt alles andere als ein Novize. Seit acht Jahren führt er den hessischen Hausärzteverband und war sechs Jahre VV-Vizechef. Für die Zukunft hat er klare Vorstellungen.

Wer sich mit Armin Beck über seine neue Aufgabe unterhält, dem begegnet eine interessante Mischung. Eine Mischung aus Respekt vor der neuen Tätigkeit, Lust aufs Gestalten und viel Drang nach vorne. Da ist einer, der sich auf und über das Amt freut, es aber auch ausfüllen und mit den ihm wichtigen Inhalten ausgestalten will. „Die Chance, als Chef wahrgenommen zu werden, muss man sich erarbeiten", sagt er mit voller Überzeugung und zählt die für diese These wichtigen Stationen in seinem Leben auf: „Das hat in der Praxis in vergleichsweise kleinem Rahmen begonnen, dann wurde ich erster Vorsitzender des hessischen Hausärzteverbands. Zusammen mit meinen Vorstandskolleginnen und -kollegen haben wir den Verband deutlich nach vorn gebracht." Doch trotz allen Respekts vor der Größe der Aufgabe lässt er keinen Zweifel daran, ihr gewachsen zu sein. Kein Wunder, denn schließlich ist er durch seine Tätigkeit in Hausärzteverband (regional wie bundesweit), KBV und G-BA bestens vernetzt und mit vielen Themen des neuen Amtes bereits sehr gut vertraut.

„WIR MÜSSEN DEN SPASS AN DEN DIENSTEN IM ÄBD WIEDERFINDEN"

Als zentrales Anliegen, zumindest für den Beginn der Legislatur, benennt Beck den Ärztlichen Bereitschaftsdienst. Dieser sei die aktuell „größte Baustelle", die er auch sofort angehen wolle: Besetzungs- und Personalprobleme, ein gewisses Gefälle zwischen Stadt und Land – das klingt stark nach Aspekten, denen sich auch die Reform des ÄBD vor rund zehn Jahren gewidmet hatte. Kein Wunder also, dass Beck davon spricht, „dass nach der Reform vor der Reform" sei. „Die damalige Reform war richtig, doch nun geht es um die notwendige Balance zwischen zentraler Vorgabe, die wir brauchen, und Gestaltungsfreiheit, die wir ebenfalls brauchen. Niemand möchte Obfrau oder Obmann sein, wenn es keine Gestaltungsfreiheit gibt, das müssen wir besser als bisher austarieren." Natürlich hat er dabei auch die Qualität der Behandlung im Blick, die nicht durchgängig auf dem notwendigen Niveau sei. Doch das hat aus seiner Sicht einen wichtigen Grund, den oft auch fehlenden Spaß an der Arbeit: „Es ist klar, dass Dienste im ÄBD neben der normalen Praxistätigkeit anstrengend sind. Trotzdem weiß ich das, wenn ich sage, dass das auch Spaß machen kann und sollte. Als langjähriger Obmann weiß ich, wovon ich rede. Diesen Spaß möchte ich gerne wiederfinden beziehungsweise in den Kolleginnen und Kollegen wecken."

SELBSTAUSBEUTUNG? „HABE ICH NICHT SO ERLEBT"

Klar sind Becks Vorstellungen auch, wenn er die ambulante Versorgungssituation und die naheliegendsten Herausforderungen beschreibt. Er spricht von einer „knackigen" Aufgabe, auch in Zukunft eine möglichst flächendeckende ärztliche Versorgung in Hessen zu gewährleisten. Hier seien es die berühmten Rahmenbedingungen, die stimmen müssten. Allerdings werde der Beruf als Niedergelassener – vielleicht auch von der eigenen Zunft – oft zu negativ dargestellt. „Die Arbeit macht doch wirklich trotz Problemen viel Spaß und ich habe es immer als toll empfunden, Dinge selbst entscheiden zu können. Das geht eben vorrangig in der eigenen Praxis und natürlich muss man auch viel arbeiten – aber welcher Selbstständiger muss das nicht? Das oft gepflegte Vorurteil der Selbstausbeutung trifft auf mich nicht zu – denn ich habe in all den Jahren gelernt, ein wichtiges Wort zu nutzen, nämlich das Wort ‚Nein'. Das Wort braucht es gegenüber den Patientinnen und Patienten, aber natürlich auch in der Verbandsarbeit." Zwar sei die Anstellung in den letzten Jahren immer populärer geworden und sicherlich auch die „Variante der jungen Familie". Als Auslaufmodell sieht er die Praxis in eigener Hand aber trotzdem nicht und räumt der Gemeinschaftspraxis oder anderen Kooperationsformen in der Zukunft einen noch größeren Stellenwert ein.

„GEMATIK UND PRAXISTAUGLICHKEIT – DAS GEHT NICHT ZUSAMMEN"

Angepiekst beim Thema „Digitalisierung" kommt der neue KV-Vorstand richtig in Fahrt. Er spricht von „Geburtsfehlern" in der Struktur der gematik und davon, dass diese „völlig falsche Ansätze fahre". Das Hauptproblem sieht er darin, dass in den Entscheidungsgremien keine Praktiker vertreten seien und Prozesse nicht von vorn bis hinten durchdacht würden. Und nennt eine Formel, mit der Digitalisierung möglicherweise die vielen Vorbehalte im deutschen Gesundheitswesen überwinden könnte: „Sie muss einfach sein und funktionieren. Und sie darf eben nicht – wie im Moment – durch zahlreiche Systeme, die nicht aufeinander abgestimmt sind, schon von Anfang an im Keim erstickt werden. In Deutschland machen wir Digitalisierung so kompliziert, dass niemand Lust darauf, geschweige denn einen Nutzen davon hat."

SAN-PROJEKT LÄUFT WEITER

Fortführen will Beck das viel beachtete SaN-Projekt, das von seinem Vorgänger Dr. Eckhard Starke, initiiert wurde. Das SaN-Projekt zur sektorenübergreifenden ambulanten Notfallversorgung sei eine super Idee mit einigen Baustellen, die er nun angehen wolle. So müsse die Schnittstelle zum Rettungsdienst verbessert und digital strukturiert werden und nach drei Pilot-Landkreisen, primär aus dem ländlichen Hessen, sei es nun höchste Zeit, auch großstädtische Strukturen zu integrieren. Außerdem müsse IVENA, das ursprünglich für die Ressourcenplanung im stationären Bereich entwickelt wurde, noch besser auf den ambulanten Bereich angepasst werden. Hier fehle noch die nötige Trennschärfe, um Diagnosen und entsprechende Behandlungskapazitäten

digital miteinander zu verbinden: „Doch das SaN-Projekt ist sehr gut, sehr innovativ, und natürlich führen wir es fort. Es wird nur langsam Zeit, dass die Krankenkassen an dieser Stelle endlich auch finanzielle Verantwortung übernehmen. Wenn wir, wie geplant, rund 40 Prozent der Akut- oder Notfälle in den ambulanten Strukturen behandeln können, wird dies massive Einsparungen bringen, an denen wir als die Verursacher dieser Einsparungen beteiligt werden müssen."

EHV AUF KURS

Keine Sorge bereitet dem neuen Vorstand derzeit die Erweiterte Honorarverteilung (EHV) in Hessen. Die EHV stehe im Moment deutlich besser da, als es noch vor zehn Jahren im Rahmen von Best-Case-Berechnungen durch externe Finanzmathematiker prognostiziert worden sei. „Die Inaktiven profitieren derzeit von einem Punktwert in einer Höhe, wie es ihn nie vorher gab. Die EHV wird im Jahr 2023 deshalb mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit auf stabilem Kurs bleiben."

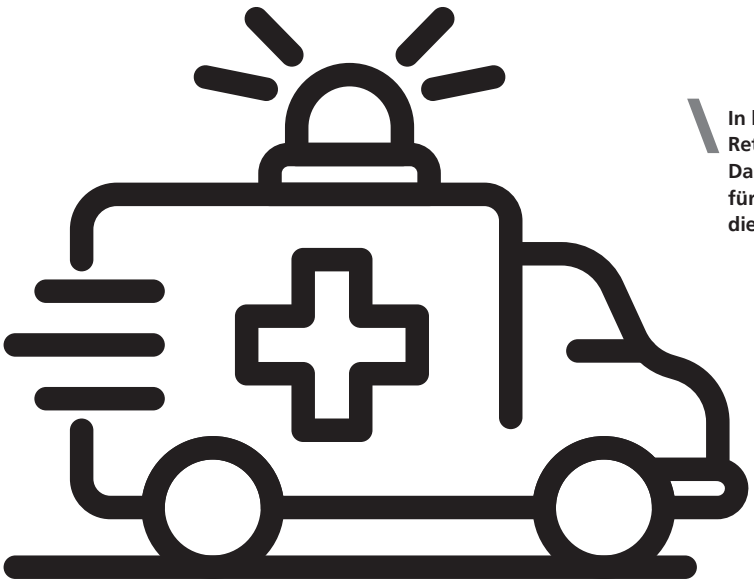
HOFFNUNG AUF EINE GUTE NACHFOLGE

Echtes Bedauern spricht aus Beck, wenn es um das angekündigte Ausscheiden von Gesundheitsminister Kai Klose nach der nächsten Wahl geht. Klose habe sich zum Glücksfall entwickelt, genauso wie die ambulante Versorgung in der Pandemie Klose und die hessische Politik nicht im Regen habe stehen lassen. „Herr Klose hat unsere Arbeit wertgeschätzt, hat dafür gesorgt, dass wir und unsere Praxisteams früh geimpft wurden. Und wir haben uns revanchiert, indem wir die Zahl der versprochenen Impfungen in den Praxen nicht nur geliefert, sondern teilweise pulverisiert haben. Ich hoffe sehr, dass wir mit Kloses Nachfolgerin bzw. Nachfolger genauso gut zusammenarbeiten werden."

ES GEHT NUR ZUSAMMEN

Einen echten Appell gibt es zum Schluss des Gesprächs. Beck macht klar, dass es sowohl in der Selbstverwaltung als auch im täglichen ärztlichen und psychotherapeutischen Miteinander nur zusammen gehe. „Ich hatte noch nie Verständnis für die unter uns, die den anderen ihr Honorar missgönnt haben. Das ist kleingeistig und sollte nicht unsere Umgangsform sein. Was für die Praxis gilt, gilt auch für mein Verständnis von ärztlicher Selbstverwaltung. Ohne meine fachärztlichen Kollegen bin ich aufgeschmissen. Und die ohne uns Hausärzte. Und wir ohne Psychotherapeuten. Wir brauchen uns. Und es geht nur zusammen."

KARL M. ROTH



In bestimmten Fällen fährt ein Rettungswagen jetzt auch Praxen an. Das SaN-Projekt hat Vorbildcharakter für ganz Deutschland – da sind sich die Projektpartner einig.

„Unsere Proteste werden sich am Ende auszahlen“

Mit der neuen Legislatur nimmt an der Spitze der Vertreterversammlung ein neues Duo seine Arbeit auf. Auf den PUNKT. sprach mit Dr. Klaus-Wolfgang Richter und Michael Thomas Knoll über Wünsche, Herausforderungen und die wichtigsten Aufgaben.

Michael Thomas Knoll ist Hausarzt in Lich

Der Orthopäde Dr. Klaus-Wolfgang Richter praktiziert in Kelkheim

Noch nie war die Wahlbeteiligung bei einer VV-Wahl so niedrig wie in diesem Jahr. Haben Sie eine Idee, warum die Leute wahlmüde sind? Hat das Konsequenzen für Ihre Arbeit als Chefs der VV?

Richter: Die Wahlbeteiligung war tatsächlich nicht toll, was sicher auch der Grund für die Stimmenverluste der fachärztlichen Liste ist. Wir haben einfach sehr viele angestellte Ärztinnen und Ärzte, die nicht gewählt haben, genauso wie viele Jüngere, die sich nicht beteiligt haben. Das zeigen die Wahlanalysen klar. Wir müssen uns hier die Frage stellen, wie wir diese Kolleginnen und Kollegen in Zukunft motivieren können, zu wählen. Mit einer Gesamtwahlbeteiligung von nur noch 49,75 Prozent geht die Entwicklung in die falsche Richtung. Andererseits gibt es auch Listen, die ihr Potenzial besser ausgeschöpft haben, wie zum Beispiel die Kinderärzte.

Knoll: Wir hatten bei der Wahl vor sechs Jahren ein ähnliches Problem und haben nun versucht, unseren Wahlkampf zu professionalisieren. Das hat teilweise funktioniert. Ich fürchte, dass die schlechte Wahlbeteiligung aber eher an der Wahrnehmung draußen liegt, dass man am System als Ganzem nichts ändern kann.

Richter: Der typische Wähler ist männlich, er ist älter und Inhaber einer Einzelpraxis.

Bedeutet aber: Wenn Sie den Trend nicht stoppen, werden Sie immer weniger Wahlbeteiligung haben?

Richter: Im Vergleich zu anderen Bundesländern sieht es ja hier in Hessen etwas weniger schlecht aus, aber natürlich sind wir enttäuscht. Ich glaube aber nicht, dass die niedrige Wahlbeteiligung bedeutet, dass die Basis mit der KV oder der Arbeit hier unzufrieden ist. Die sind eigentlich mithilfe der KV ganz gut durch die Pandemie gekommen, die Begleitung durch die Vorstände war fantastisch, wir wurden mit allem versorgt, was wir brauchten. Durch das TSVG, die Neupatientenregelung, hat sich auch das Thema Honorar einigermaßen positiv entwickelt – das spüren aber die angestellten Ärztinnen und Ärzte gar nicht.

→

Knoll: Wir werden uns das noch einmal genau anschauen und darauf achten müssen, dass wir unsere Arbeit noch besser und direkter darstellen.

Jetzt ist ja traditionell die Zusammenarbeit zwischen Haus- und Fachärzten in Hessen sehr gut und das ist auch ein hohes Gut. Man könnte provokativ aber fragen: Fehlt es mittlerweile vielleicht an der Streitkultur?

Richter (lacht): Ach, lassen Sie uns doch einfach mal über den ÄBD reden. Da wird schon einiges passieren, wenn wir darüber diskutieren. Vieles läuft stabil, auch die EHV, der einzige Zankapfel ist aber die Ausrichtung des ÄBD. Soll er optimal werden, oder soll er preiswert sein?

Und wie sehen die Fachärzte das?

Richter: Der Vorwurf, der im Wahlkampf in einem Podcast zu hören war, dass wir Fachärzte den Bereitschaftsdienst abschaffen wollten, ist definitiv nicht zutreffend. Wir brauchen ihn genauso wie die Hausärzte. Trotzdem sind die Kosten in den vergangenen Jahren immer weiter gestiegen und diesen Anstieg müssen wir bremsen. Das sehen die Hausärzte genauso, denn an den Kosten sind sie ja auch beteiligt. Sonst ist das Verhältnis wirklich sehr gut und wir kennen uns ja auch schon viele Jahre …

Knoll: Sicher läuft vieles gut, aber wir müssen uns schon auch noch streiten können. Beispielsweise das Thema der fehlenden Termine bei Fachärzten ist eins, das wir von der Basis immer wieder hören. Ganz aktuell gab es bei Akutbeschwerden ein Terminangebot im März, früher war es so, dass man beim Kollegen anrief und am nächsten Tag einen Termin hatte ...

Richter: … am selben Tag. Aus meiner Sicht läuft das noch immer, ob über die Fachangestellten oder über HaFa. Wir haben uns in unserer Praxis einmal angeschaut, welche Praxen diejenigen sind, von denen wir viele Überweisungen bekommen. Die haben eine besondere Nummer, über die sie uns in dringenden Fällen gut erreichen können. Dann funktioniert das auch.

Für Sie, Herr Knoll, hat mit dem 1. Januar etwas Neues begonnen. Was haben Sie sich vorgenommen?

Knoll: Das möchte ich im Moment nicht in die Öffentlichkeit bringen, solange wir das nicht intern besprochen haben. Insgesamt wollen wir versuchen, die Vertreter mitzunehmen und auch den Streit, wo er nötig ist, zu fördern. Wir als Hausärzte werden für einzelne Themen Spezialisten benennen. Ich werde auch in andere Ausschüsse reingucken. Auch müssen wir technisch besser werden, um die digitalen Möglichkeiten besser nutzen zu können für unsere Arbeit.

Könnte für Sie als „alter Hase" im Amt die kommende Legislatur die schwierigste sein angesichts der politischen Großwetterlage, Herr Dr. Richter?

Richter: Einfach war es ja eigentlich nie. Spahn mit seinen Gesetzen, Lauterbach, der ihm jetzt nachzueifern versucht, ich bin gespannt, wie es weitergeht. Wir müssen befürchten, dass die ambulante Versorgung in Zukunft weiter an Wertschätzung verlieren wird, und uns mit aller Macht dagegenstemmen. Auch unsere Protesttage sind in diesem Zusammenhang wichtig und werden etwas bringen, wir werden sie sogar ausweiten müssen. Wir sollten uns jetzt nicht auf dem Asphalt festkleben, aber es geht halt der Politik immer nur um die Krankenhäuser und die zunehmende Verzahnung von ambulant und stationär macht mir, zumindest in der angedachten Form, Sorgen. Ob es hier auf eine Konzentration fachärztlicher Kompetenz in Kliniken hinauslaufen wird oder ob man wirklich sagt, wir brauchen die ambulante fachärztliche Versorgung weiterhin? Das Problem haben die Hausärzte in dieser Form nicht …

Knoll: Aber wertgeschätzt werden wir ebenfalls nicht …

Richter: Das stimmt. Die Politik wird uns weiter auf Trab halten und wir werden uns im Namen unserer Kolleginnen und Kollegen wehren müssen. Und das ist sicher auch etwas, was wir gegenüber dem Sozialminister deutlich machen müssen. Das haben wir schon in der Pandemie nicht immer gespürt und in der aktuellen Krise gibt es – sogar für die total kostenintensiven Fächer in Sachen Energie – keinerlei Unterstützung. Das ist extrem bedauerlich.

Knoll: Wobei wir sicherlich differenzieren müssen zwischen unserem Gesundheitsminister und der Politik.

Richter: Richtig, ich spreche ja deshalb auch von „der Politik".

Müsste sich nicht – und da schaue ich nach Berlin beziehungsweise Richtung KBV – die ambulante Versorgung stärker als Ideengeber positionieren?

Richter: Uns fehlt da tatsächlich etwas …

Ich habe das Gefühl, dass bei zentralen Zukunftsfragen wie Digitalisierung, der Rolle der ambulanten Versorgung, zu wenig Konzepte vorhanden sind und eingebracht werden in die Diskussion. Wir sind doch oft nur dagegen …

Richter: Das ist in der Tat ein Problem. Wir werden von der Politik auch darauf reduziert, Dinge abzunicken, werden zu wenig beteiligt und gelten ohnehin nur als die, die mehr Geld haben wollen, obwohl sie so viel verdienen. Und die Digitalisierung mit der gematik ist natürlich ein ganz eigenes Thema. Im Prinzip müsste man die Digitalisierung komplett neu aufbauen lassen. Die TI 2.0 müsste schon längst bereitstehen, das kann doch nicht so schwer sein. Wieso kriegen die das nicht auf die Reihe? Der Konnektorenaustausch ärgert mich so maßlos, da werden Millionen zum Fenster herausgeschmissen. Und dass wir permanent mit Datenschutzproblemen ausgebremst werden, wenn man meint, endlich eine Lösung zu haben. Das ist hier in Deutschland ja offenbar schick …

Wie sehen Sie das Thema Konzepte, Herr Knoll? Sie kommen jetzt sicher auf das Primärarztsystem zu sprechen …

Knoll (lacht): Wir haben damals die erste HzV-Vereinbarung auf den Weg gebracht und mussten feststellen, dass es doch nicht der schlanke Bierdeckel war, den wir uns eigentlich vorgestellt hatten. Klar gibt es immer Gedankenspiele und Überlegungen hinsichtlich einer stärkeren Steuerung. Das „vorselektierte Patientengut" ist hier das Stichwort, ein furchtbarer Begriff. Mit dem kann man sicher besser arbeiten und ich glaube auch, dass die Fachärzte nichts dagegen hätten. Aber man hört eben immer wieder in diversen Gremien, in denen sich die Krankenkassen zu Wort melden, dass der Patient nicht geleitet werden soll, sondern dort, wo er auftaucht, behandelt werden soll. Auch die Politik wird das am Ende nicht wollen, auch wenn das eigentlich allen Seiten nützen würde.

Wenn Sie drei Wünsche frei hätten, was in den nächsten sechs Jahren in der ambulanten Versorgung passieren sollte, welche wären das?

Richter: Als Erstes wünsche ich mir gesetzgeberische Konstanz, Gesetze, die Bestand haben. Der zweite Wunsch ist, dass wir in Phasen, in denen auch wir massiv unter der aktuellen Krise leiden, unterstützt werden. Wir sind auch kleine Unternehmer. Wir können die Preise nicht weitergeben an die Patienten.

Knoll: Ich wünsche mir eine noch bessere Vernetzung von Haus- und Fachärzten und natürlich auch der Psychotherapeuten. Das kann besser werden und muss es auch. Der Netzgedanke sollte uns da treiben.

Richter: Eine neue GOÄ ist überfällig. Und wenn ich mir noch etwas wünschen darf: Die Rückkehr zur Einzelleistungsvergütung. Das wäre doch traumhaft.

Knoll: Da sind wir ein bisschen auseinander. Da hat die HzV sicherlich bei uns etwas verändert.

Richter: Wir wünschen den neuen Vorständen eine gute Hand für die Zukunft.

Knoll: Da stimme ich zu, ohne dass wir unsere Kontrollaufgaben vernachlässigen werden.

DIE FRAGEN STELLTE KARL M. ROTH

Ausschüsse bei der KV Hessen

In der letzten Ausgabe von Auf den PUNKT. haben wir ausführlich über die Wahl zur Vertreterversammlung berichtet. Eine der ersten Aufgaben der neuen Vertreterversammlung ist die Wahl der verschiedenen Ausschüsse, die die Vertreterversammlung in ihrer Arbeit unterstützen. Wir möchten Ihnen nun die Ausschüsse und deren Aufgaben vorstellen.

HAUPTAUSSCHUSS

Der Hauptausschuss wurde bereits in der konstituierenden Sitzung der Vertreterversammlung am 30. November 2022 gewählt. Der Hauptausschuss hält ständigen Kontakt zum Vorstand der KV Hessen und unterstützt die Vertreterversammlung bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben. Zwischen den Sitzungen der Vertreterversammlung, regelmäßig fünf Sitzungen jährlich, stellt der Hauptausschuss die Kontinuität der Aufgabenwahrnehmung sicher.

Der Hauptausschuss hat sieben Mitglieder. Geborene Mitglieder nach der Satzung sind der Vorsitzende der Vertreterversammlung, Dr. Klaus-Wolfgang Richter, und der stellvertretende Vorsitzende der Vertreterversammlung, Michael Thomas Knoll. Diese führen zugleich den Vorsitz im Hauptausschuss. Zusätzlich wählt die Vertreterversammlung die weiteren fünf Mitglieder aus ihrer Mitte. Die zwei Fachärztinnen oder Fachärzte, zwei

Hausärztinnen oder Hausärzte und das psychotherapeutische Mitglied, die den Hauptausschuss komplettieren, müssen Mitglieder der Vertreterversammlung sein.

Für die gerade gestartete Legislaturperiode 2023 bis 2028 besteht der Hauptausschuss aus folgenden Mitgliedern, für die jeweils auch Stellvertreter gewählt wurden.

Mitglied	Stellvertretung
Dr. med. Klaus-Wolfgang Richter – Vorsitzender	
Michael Thomas Knoll – Stellvertretender Vorsitzender	
Dr. med. Detlef Oldenburg	Jan Henniger
Dr. med. Karin Schmitt-Hessemer	Dr. med. Stefan Specht
Christian Sommerbrodt	Jutta Willert-Jacob
Dr. med. Jürgen Burdenski	Dr. med. Burkhard Voigt
Dipl.-Psych. Robert Schmidtner	Dipl.-Psych. Gabriele Peter

*

BERATENDE FACHAUSSCHÜSSE

Neben dem Hauptausschuss wählt die Vertreterversammlung verschiedene Beratende Fachausschüsse. Die Beratenden Fachausschüsse wirken an der Entscheidungsfindung der Vertreterversammlung mit und beraten sowohl den Vorstand als auch die Vertreterversammlung.

Gesetzlich vorgesehen sind die Beratenden Fachausschüsse der Hausärzte und der Fachärzte sowie der Beratende Fachausschuss Psychotherapie und der Beratende Fachausschuss Angestellte Ärzte. Zusätzlich existiert bei der KV Hessen der Beratende Fachausschuss für Fragen der Erweiterten Honorarverteilung.

BERATENDER FACHAUSSCHUSS HAUSÄRZTE

Der Beratende Fachausschuss für die hausärztliche Versorgung hat seine gesetzliche Grundlage in § 79c Satz 1 Nr. 1 SGB V. Die Zusammensetzung und die Aufgabenbeschreibung ergeben sich aus § 11c der Satzung der KV Hessen.

Der Beratende Fachausschuss für die hausärztliche Versorgung (BFA Hausärzte) wird vor Entscheidungen der Vertreterversammlung oder des Vorstands zu Fragen, die die hausärztliche Versorgung betreffen, an der Meinungsbildung beteiligt. Er hat Gelegenheit, zu solchen Fragen Stellung zu nehmen. Vertreterversammlung und Vorstand beziehen die Stellungnahmen in ihre Entscheidungen ein.

Der BFA Hausärzte hat zwölf Mitglieder, die der hausärztlichen Versorgung angehören müssen. Nicht erforderlich ist, dass die Ausschussmitglieder gleichzeitig Mitglieder der Vertreterversammlung sind. In ihrer ersten regulären Sitzung der neuen Legislaturperiode am 25. Januar 2023 haben die hausärztlichen Mitglieder der Vertreterversammlung die folgenden zwölf Mitglieder des BFA Hausärzte und jeweils zwei Stellvertreter gewählt:

Mitglied	1. Stellvertretung	2. Stellvertretung *
Dr. med. Uwe Popert	Dr. med. Christian Münch	Dr. med. Sabine Frohnes
Dr. med. Burkhard Voigt	Dr. med. Martin Gunkel	Dr. med. Andreas Stumpf
Petra Hummel	Dr. Johann Trutz	Christian Sommerbrodt
Monika Buchalik	Bernhard Wagner	Jochen Müller
Dr. med. Christian Lüdicke	Dr. med. Christian Haffner	Jutta Willert-Jacob
Dr. med. Alexander Jakob	Dr. med. Stephan Remy	Michael Schneider
Christiane Hoppe	Dr. med, Jürgen Burdenski	Dr. med. Ralf Günther
Roland Schneider	Dr. med. Simon Fachinger	Peter Franz
Dr. med. Sabine Olischläger	Dr. med. Axel Figge	Dr. med. Iris Günther
Dr. med. Dieter Ladwig	Dr. med. Elke Neuwohner	Susanne Sommer
Dr. med. Carola Koch	Thomas Menke	Dr. med. Stefan Grenz
Dr. med. Christoph Claus	Dr. med. Tobias Gehrke	Susanne Schachtrupp

BERATENDER FACHAUSSCHUSS FACHÄRZTE

Der Beratende Fachausschuss für die fachärztliche Versorgung (BFA Fachärzte) ist das Gegenstück zum BFA Hausärzte und hat seine Grundlage in § 79c Satz 1 Nr. 2 SGB V. Er wird beteiligt bei Fragen zur fachärztlichen Versorgung. Auch der BFA Fachärzte besteht aus zwölf Mitgliedern, die an der fachärztlichen Versorgung teilnehmen müssen. Der BFA Fachärzte wird von den Mitgliedern der Vertreterversammlung, die der fachärztlichen Versorgungsebene angehören, gewählt und setzt sich nach der Wahl am 25. Januar 2023 wie folgt zusammen:

Mitglied	1. Stellvertretung	2. Stellvertretung *
Dr. med. Stefan Specht	Dr. med. Werner Wolf	N. N.
Dr. med. Andreas Hild	Carsten Dehler	Dr. med. Joachim Kleinert
Dr. med. Peter Schwalbach	Dr. med. Carmen-Maria Welte	N. N.
Dr. med. Cornelius Berzas	Dr. med. Lutz-Hendrik Holle	Dr. med. Karin Schmitt-Hessemer
Dr. med. Matthias Herbst	Dr. med. Thomas Meyer	N. N.
Dr. med. Christoph Weber	Dr. med. Silvia Steinebach	N. N.
Dr. med. Ingo Drehmer	Johannes Schmidt	N. N.
Dr. med. Phillipp Weisser	Dr. med. Lothar Born	Dr. med. Detlef Oldenburg
Dr. med. Klaus-Jürgen Doubek	Dr. med. Fatma Nassir	Dr. med. Anne-Rose Schardt
Dr. med. In-Hee Shin	Dr. med. Dipl. humanbiol. Christian von Mallinckrodt	N. N.
Dr. med. Wilfried Thiel	Dr. med. Wiegand Müller-Brodmann	Jan Henniger
Dr. med. Fabian Härtling	PD Dr. med. Achim Battmann	Dr. med. Christian Dierkes

BERATENDER FACHAUSSCHUSS PSYCHOTHERAPIE

Der BFA Psychotherapie hat seine Grundlage in § 79b SGB V. Der Bundesgesetzgeber hat den Kassenärztlichen Vereinigungen hier bereits die Besetzung des Ausschusses vorgegeben. Er besteht aus fünf Psychologischen Psychotherapeutinnen oder -therapeuten und einer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin beziehungsweise einem Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sowie ärztlichen Mitgliedern in gleicher Zahl. § 11a der Satzung der KV Hessen ergänzt diese Vorgaben dahingehend, dass die ärztlichen Mitglieder psychotherapeutisch tätige Ärztinnen und Ärzte sein sollen.

Die Vertreterversammlung der KV Hessen hat ebenfalls am 25. Januar 2023 den BFA Psychotherapie in der folgenden Besetzung gewählt:

Mitglied	1. Stellvertretung	2. Stellvertretung
Psychologische Psychotherapeutinnen/-therapeuten		
Dipl.-Psych. Ilka Heunemann	Dipl.-Psych. Helge Sickmann	Dr. phil. nat. Dipl.-Psych. Maria Weigel
Dipl.-Psych. Sebastian Rühl	Dipl.-Psych. Stephanie Hild-Steimecke	Dr. phil. Dipl.-Psych. Wiebke Broicher
Dipl.-Soz. Dip.-Päd. Tanja Müller	Dipl.-Päd. Stuart Massey Skatulla	Dipl.-Päd. Marc Wedjelek
Dipl.-Psych. Gabriele Peter	psiholog,prepodavatel'psihologii/Lomonosov-Universität Moskau Katrin Müller	Dipl.-Psych. Christiane-Susanne Landsiedel-Anders
Dipl.-Soz. Päd. Ariadne Sartorius	Dipl.-Päd. Hilal Virit	Dipl.-Päd. Helga Planz
Dipl.-Psych. Tilo Silwedel	Dipl.-Psych. Marilena Stangier	Dipl.-Psych. Dirk Kammerer
Ärztliche Psychotherapeutinnen/-therapeuten		
Dr. med. Irina Prokofieva	Achim Wanner	Dr. med. Ismayil Tokmak
Ingrid Moeslein-Teising	Dr. med. Friederike Engelmohr	Inna Nos-Gesenhues
Doris Salmen	Dr. med. Barbara Jaeger	Pierre Frevert
Dr. med. Ulrike Spengler	N. N.	N. N.
Martin Finger	Judith Riester	N. N.
Dr. med. Thomas Manthey	Maximilian Werner	N. N.

*

Ebenso wie die BFAs Hausärzte und Fachärzte wird der BFA Psychotherapie in die Entscheidungsfindung von Vertreterversammlung und Vorstand mit einbezogen und wird zu Themen angehört, die die psychotherapeutische Versorgung betreffen.

BERATENDER FACHAUSSCHUSS ANGESTELLTE ÄRZTINNEN UND ÄRZTE

Der Beratende Fachausschuss Angestellte Ärztinnen und Ärzte (BFA Angestellte Ärzte) ist ein vergleichsweise junger Ausschuss bei den Kassenärztlichen Vereinigungen. Er wurde 2015 in § 79c Satz 1 Nr. 3 SGB V aufgenommen. Damit soll der steigenden Teilnahme angestellter Ärzte an der vertragsärztlichen Versorgung Rechnung getragen und die Belange der angestellten Ärzte stärker in die Arbeit der Kassenärztlichen Vereinigung einbezogen werden.

Nach § 11e der Satzung der KV Hessen besteht der BFA Angestellte Ärzte aus zehn Mitgliedern, von denen fünf dem hausärztlichen und fünf dem fachärztlichen Versorgungsbereich angehören müssen. Von diesen Ärztinnen und Ärzten muss jeweils eine Ärztin beziehungsweise ein Arzt in einem Medizinischen Versorgungszentrum und eine Ärztin beziehungsweise ein Arzt in einer Vertragsarztpraxis angestellt sein.

Der BFA Angestellte Ärzte wird, wie die bereits dargestellten anderen Beratenden Fachausschüsse, bei der Entscheidungsfindung zu Fragen, die die Belange der angestellten Ärztinnen und Ärzte betreffen, beteiligt und hat Gelegenheit zur Stellungnahme.

Die Vertreterversammlung hat als Mitglieder und Stellvertreter für den BFA Angestellte Ärzte gewählt:

Mitglied	1. Stellvertretung	2. Stellvertretung
Hausärztliche Mitglieder		
Dr. med. Franz-Josef Larsch	Dr. med. Andreas Rosenhagen	N. N.
Nadine Spatz	Dr. med. Anette Spyra	N. N.
Dr. med. Bettina Mensing	Dr. med. Juliane Albrecht	N. N.
Dr. med. Julia Doßmann	N. N.	N. N.
N. N.	N. N.	N. N.
Fachärztliche Mitglieder		
Dr. med. Heike Raestrup	N. N.	N. N.
Kai Hoheisel	N. N.	N. N.
Dr. med. Stefan Dannigkeit	N. N.	N. N.
Dr. med. Magdalena Lange	N. N.	N. N.
Dr. med. Oliver Krumm	MUDr. Sven Diesler	N. N.

*

BERATENDER FACHAUSSCHUSS ERWEITERTE HONORARVERTEILUNG

Der BFA EHV ist eine hessische Besonderheit, da nur die KV Hessen mit der Erweiterten Honorarverteilung über eine eigene Altersversorgung für ihre ärztlichen Mitglieder verfügt. Geregelt ist der BFA EHV in § 11b der Satzung. Er besteht aus insgesamt vier Mitgliedern, von denen zwei dem hausärztlichen und zwei dem fachärztlichen Versorgungsbereich angehören müssen. Mindestens drei Mitglieder müssen Mitglieder der Vertreterversammlung sein, das letzte Mitglied muss Mitglied der KV sein.

Der BFA EHV berät den Vorstand zu wesentlichen Fragen der Erweiterten Honorarverteilung. Dazu gehören auch Fragen der Anwendung und Umsetzung der Erweiterten Honorarverteilung.

In der Sitzung am 25. Januar 2023 hat die Vertreterversammlung den BFA EHV wie folgt besetzt:

info.service

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG HESSEN

NR. 1 / FEBRUAR 2023

Offizielle Bekanntmachungen der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen

ABRECHNUNG

Ärztliche Zweitmeinung einholen

2 Entfernung der Gallenblase (Cholezystektomie)

Bundesmantelvertrag – Ärzte

4 Coronavirus: AU-Bescheinigung per Telefon verlängert

Kinder-Richtlinie

4 U-Untersuchungen: Zeiträume wegen Infektionen ausgesetzt

EBM aktuell

5 EBM-Änderungen seit 1. Dezember 2022

9 EBM-Änderungen seit 1. Januar 2023

SONSTIGES

Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e. V. (DGUV)

35 Zulassung zum Durchgangsarztverfahren

35 Abrechnung nach EBM für Polizeibeamte des Landes Brandenburg

ÄRZTLICHE ZWEITMEINUNG EINHOLEN

Entfernung der Gallenblase (Cholezystektomie)

Patientinnen und Patienten, denen die Entfernung der Gallenblase (Cholezystektomie) empfohlen wird, haben seit dem 01.01.2023 Anspruch auf eine ärztliche Zweitmeinung.

Mit dem Beschluss erweitert der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) seine Richtlinie zum Zweitmeinungsverfahren (Zm-RL) um einen neunten planbaren Eingriff. Ambulant oder stationär tätige Ärztinnen und Ärzte können ab dem Inkrafttreten auf Wunsch einer Patientin oder eines Patienten als Zweitmeiner prüfen, ob der empfohlene Eingriff auch aus ihrer Sicht medizinisch wirklich notwendig ist. Zudem beraten sie die Versicherten zu möglichen Behandlungsalternativen.

Bei der Entfernung der Gallenblase handelt es sich laut G-BA überwiegend um einen planbaren Eingriff, der nicht umgehend vorgenommen werden muss. Die Entfernung der Gallenblase kann beispielsweise notwendig sein, wenn Entzündungen oder Gallensteine Beschwerden verursachen. Aufgrund der meist minimalinvasiven Operation im Rahmen einer Bauchspiegelung (Laparoskopie) ist die Gefahr von Komplikationen wie Blutungen und Infektionen eher mäßig. Dennoch kann es unter bestimmten Voraussetzungen Behandlungsalternativen geben – beispielsweise das medikamentöse Auflösen der Gallensteine. Patientinnen und Patienten mit Gallensteinen, die keine Beschwerden haben, sollten eher nicht operiert werden.

ALS ERSTMEINER ABRECHNEN

Als Erstmeiner müssen Ärztinnen und Ärzte ihre Patientinnen und Patienten, bei denen die Entfernung der Gallenblase geplant ist, über ihren Rechtsanspruch auf eine zweite ärztliche Meinung informieren.

Bei dieser Indikation können Fachärztinnen oder Fachärzte für Innere Medizin und Gastroenterologie, Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzweiterbildung Kinder- und Jugend-Gastroenterologie, Allgemeinchirurgie, Kinder- und Jugendchirurgie sowie Viszeralchirurgie Erstmeiner sein.

Abrechnungsberechtigte Fachgruppen rechnen seit dem 01.01.2023 die GOP 01645 mit dem Suffix I (01645I) bei einer geplanten Entfernung der Gallenblase ab. Die GOP 01645I beinhaltet die Aufklärung, Beratung und Zusammenstellung aller erforderlichen Unterlagen für die Patientinnen oder Patienten. Indikationsstellende Ärztinnen oder Ärzte händigen den Patientinnen und Patienten zudem das Merkblatt des G-BA aus.

Ärztinnen und Ärzte beachten bitte, dass die Aufklärung zur Zweitmeinung mindestens zehn Tage vor dem geplanten Eingriff erfolgen soll.

ZWEITMEINUNGSGEBENDE FACHÄRZTINNEN UND FACHÄRZTE

Möchten Ärztinnen und Ärzte für die Entfernung der Gallenblase eine Genehmigung als sogenannte Zweitmeiner erhalten, müssen sie in einer der folgenden Facharztrichtungen qualifiziert sein:

- Innere Medizin und Gastroenterologie
- Allgemeinchirurgie
- Viszeralchirurgie
- Kinder- und Jugendchirurgie oder
- Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzweiterbildung Kinder- und Jugend-Gastroenterologie

Die Genehmigung, Zweitmeinungsleistungen abzurechnen, können Sie bei Ihrer KV Hessen beantragen.

Zudem gelten die generellen Anforderungen des G-BA, die zweitmeinungsgebende Ärztinnen und Ärzte hinsichtlich ihrer Qualifikation und Unabhängigkeit erfüllen müssen.

ALS ZWEITMEINER ABRECHNEN

Zweitmeiner müssen bestimmte fachliche Voraussetzungen gemäß dem Allgemeinen Teil der Zm-RL 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. Zweitmeiner rechnen ihre Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale 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. Zweitmeiner kennzeichnen vor der Gallenblasenentfernung alle im Zusammenhang mit dem Zweitmeinungsverfahren durchgeführten und abgerechneten GOP im freien Begründungstext (Feldkennung 5009) mit der 88200I.

Die KVH hat alle wichtigen Informationen zur Abrechnung rund um das Zweitmeinungsverfahren für Sie leicht verständlich aufbereitet unter **kvh.link/p23001**.

HINTERGRUND – ZWEITMEINUNGSVERFAHREN BEI GEPLANTEN OPERATIONEN

Gesetzlich Versicherte haben bei planbaren Operationen gemäß § 27b SGB V einen Rechtsanspruch auf eine unabhängige ärztliche Zweitmeinung. Der G-BA legt in der Zm-RL den genauen Leistungsumfang eines Zweitmeinungsverfahrens fest. Zudem wählt er aus, für welche Eingriffe dieser Anspruch besteht. Ein rechtlicher Zweitmeinungsanspruch besteht aktuell bei den folgenden planbaren Eingriffen:

- Tonsillektomie, Tonsillotomie
- Gebärmutterentfernung (Hysterektomie)
- Schulterarthroskopie
- Implantation einer Knieendoprothese
- Amputation bei diabetischem Fußsyndrom
- Eingriff an der Wirbelsäule
- Kathetergestützte elektrophysiologische Herzuntersuchungen oder Ablationen am Herzen
- Implantation eines Herzschrittmachers oder eines Defibrillators
- Entfernung der Gallenblase (Cholezystektomie)

Für Ihre Fragen zur Genehmigung steht Ihnen das Team Qualitätssicherung Team 2 gerne zur Verfügung.
069 24741-6687
069 24741-68687 (Fax)
zweitmeinungsverfahren@kvhessen.de

CS

BUNDESMANTELVERTRAG – ÄRZTE

Coronavirus: AU-Bescheinigung per Telefon verlängert

Seit dem 04.08.2022 können Ärztinnen und Ärzte wieder Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen (AU) nach telefonischer Anamnese bei leichten Erkrankungen der oberen Atemwege ausstellen. Die Sonderregelung wurde bis zum 31.03.2023 verlängert. Bisher war sie bis zum 30.11.2022 gültig. Für den postalischen Versand der AU-Bescheinigung können sie weiterhin die GOP 88122 (hessenspezifische GOP) abrechnen.

TD

KINDER-RICHTLINIE

U-Untersuchungen: Zeiträume wegen Infektionen ausgesetzt

Rückwirkend zum 15.12.2022 können Ärztinnen und Ärzte die Kinder-Früherkennungsuntersuchungen U6, U7, U7a, U8 und U9 auch dann durchführen und abrechnen, wenn die vorgegebenen Untersuchungszeiträume und Toleranzzeiten überschritten sind. Die Sonderregelung gilt befristet bis zum 30.06.2023 (bis drei Monate nach dem 31.03.2023).

Der G-BA möchte mit der Regelung das Infektionsgeschehen der oberen Atemwege bei Kindern eindämmen und Praxen entlasten. Die regulären Zeiträume für die Kinder-Früherkennungsuntersuchungen sind in der Kinder-Richtlinie geregelt und entsprechend im EBM festgelegt.

Die Sonderregelung mit der Überschreitung der Untersuchungszeiträume und Toleranzzeiten gilt auch für die Vorsorgeuntersuchungen U10, U11 und J2 bei AOK-Versicherten bis zum 30.06.2023.

CS

EBM AKTUELL

EBM-Änderungen seit 1. Dezember 2022

Die weiteren EBM-Änderungen betreffend das Quartal 4/2022 sind bereits in den vorherigen Ausgaben Nr. 5/2022 und Nr. 6/2022 veröffentlicht.

AUSSERKLINISCHE INTENSIVPFLEGE: POTENZIALERHEBUNG ABRECHNEN

Seit dem 01.12.2022 können Ärztinnen und Ärzte neue Leistungen für die Potenzialerhebung in der außerklinischen Intensivpflege (AKI) abrechnen. Die neuen GOP 37700, 37701, 37704, 37705 und 37714 wurden in einen neuen Abschnitt 37.7 im EBM aufgenommen.

Seit dem 01.01.2023 können sie dann die neuen Leistungen für die Verordnung und für patientenorientierte Fallkonferenzen der AKI nach den GOP 37710, 37711 und 37720 abrechnen. Den Beitrag zu diesen Leistungen finden Sie weiter hinten bei den EBM-Änderungen seit 01.01.2023 ab der Seite 24.

Der Bewertungsausschuss (BA) setzt damit die Leistungen der Richtlinie über die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege (AKI-RL) im EBM um. Bei der AKI geht es insbesondere um Patientinnen und Patienten, die zu Hause, in speziellen Wohngemeinschaften oder im Pflegeheim künstlich beatmet werden oder tracheotomiert sind. Sie benötigen teilweise rund um die Uhr eine Intensivpflege. Ziel ist es, die medizinische Versorgung der Betroffenen zu verbessern und das Potenzial zur Reduzierung der Beatmungszeit bis hin zur vollständigen Beatmungsentwöhnung beziehungsweise zur Entfernung der Trachealkanüle besser auszuschöpfen sowie die Therapie zu optimieren.

Folgende Fachrichtungen können die GOP 37700, 37701, 37704 und 37705 mit einer Genehmigung abrechnen:

- Hausärztliche Versorgung
- Kinder- und Jugendmedizin
- Anästhesie
- Chirurgie
- Innere Medizin
- Neurologie
- Nervenheilkunde
- Neurologie und Psychiatrie
- Neurochirurgie
- Physikalische und Rehabilitative Medizin

Die GOP 37700, 37701, 37704 und 37705 können potenzialerhebende Ärztinnen und Ärzte nur abrechnen, wenn sie eine Genehmigung der KVH nach § 8 Abs. 2 AKI-RL besitzen.

Alles zur Genehmigung finden Sie unter **kvh.link/p23002**

Leistungen der Potenzialerhebung überblicken			
GOP	**Kurzbeschreibung**	**Häufigkeit**	**Bewertung**
37700	Erhebung gemäß § 5 der AKI-RL unter Verwendung des Vordrucks nach Muster 62 Teil A Obligater Leistungsinhalt: – Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt und/oder – Arzt-Patienten-Kontakt im Rahmen einer Videosprechstunde gemäß § 5 Abs. 3 der AKI-RL sowie Anlage 31b zum BMV-Ä, – Prüfung des Beatmungsentwöhnungs- bzw. Dekanülierungspotenzials, – Dauer mindestens 20 Minuten	einmal im Behandlungsfall, zweimal im Krankheitsfall, mit Begründung dreimal im Krankheitsfall	29,53 Euro* (257 Punkte)
37701	Zuschlag zur GOP 37700 für die Durchführung der Erhebung im Rahmen eines Besuchs nach der GOP 01410 oder 01413 Obligater Leistungsinhalt: – Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt	je weitere vollendete 10 Minuten, höchstens dreimal im Behandlungsfall	14,71 Euro* (128 Punkte)
37704	Zuschlag zur GOP 37700 für die Durchführung der Schluckendoskopie Obligater Leistungsinhalt: – Patientenaufklärung zur Untersuchung in angemessenem Zeitabstand vor dem Eingriff, – Information zum Ablauf der vorbereitenden Maßnahmen vor dem Eingriff	–	33,79 Euro* (294 Punkte)
37705	Zuschlag zur GOP 37700 für die Bestimmung des Säurebasenhaushalts und Blutgasanalyse Obligater Leistungsinhalt: – Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt, – Bestimmung des Säurebasenhaushalts und des Gasdrucks im Blut (Blutgasanalyse) – in Ruhe und/oder – unter definierter und reproduzierbarer Belastung und/oder – unter Sauerstoffinsufflation	–	9,65 Euro* (84 Punkte)

Leistungen der Potenzialerhebung überblicken			
GOP	**Kurzbeschreibung**	**Häufigkeit**	**Bewertung**
37714	Pauschale für die konsiliarische Erörterung und Beurteilung medizinischer Fragestellungen durch einen konsiliarisch tätigen Arzt – im Rahmen der Potenzial- bzw. Befunderhebung gemäß § 8 Abs. 1 Satz 2 der AKI-RL und/oder – zur Prüfung der Therapieoptimierung gemäß § 8 Abs. 1 Satz 3 der AKI-RL	einmal im Behandlungsfall	12,18 Euro* (106 Punkte)

* nach bundeseinheitlichem Orientierungspunktwert 2023 (11,4915 ct)

Die neue GOP 37700 rechnen Ärztinnen und Ärzte mit entsprechender Genehmigung für die Potenzialerhebung („Erhebung") nach § 5 der AKI-RL unter Verwendung des Vordrucks nach Muster 62 Teil A ab.

Sie können, sobald ihnen die Genehmigung der KVH nach § 8 Abs. 2 AKI-RL vorliegt, das neue Muster 62 Teil A über die KVH beziehen.

Die GOP 37700 können sie höchstens zweimal im Krankheitsfall ansetzen. Rechnen sie die GOP 37700 dreimal im Krankheitsfall ab, geben sie eine ausführliche Begründung der medizinischen Notwendigkeit im freien Begründungstext (Feldkennung 5009) an.

Die GOP 37700 können sie auch im Rahmen einer Videosprechstunde gemäß Anlage 31b zum Bundesmantelvertrag – Ärzte (BMV-Ä) durchführen.

Dann kennzeichnen sie die GOP mit dem Suffix „V" (GOP 37700V). Für die Abrechnung benötigen sie zudem einen zertifizierten Videodienstanbieter. Diesen melden sie der KVH ganz einfach über das Formular „zertifizierten Videodienstanbieter melden".

Alle wichtigen Infos zur Videosprechstunde finden Sie unter **kvh.link/p23003**

Erbringen sie im Quartal höchstens drei Erhebungen nach der GOP 37700, unterliegt die GOP 37700 nicht der Obergrenze von Einzelleistungen bei Videosprechstunden von 30 Prozent je Mitglied und je Quartal. Die Regelung gilt vorerst bis zum 31.03.2025.

Führen sie die Erhebung nach der GOP 37700V im Rahmen einer Videosprechstunde durch, können sie zusätzlich den Technikzuschlag nach der GOP 01450 abrechnen.

Führen sie die Erhebung bei einem persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt im Rahmen eines Besuches nach den GOP 01410 bzw. 01413 durch, können sie die neue GOP 37701 als Zuschlag zur GOP 37700 abrechnen. Falls sie die GOP 37701 abrechnen, halten sie eine mindestens zehn Minuten längere Arzt-Patienten-Kontaktzeit als bei der GOP 37700 ein.

Bestandteil der Erhebung soll die Überprüfung der Schluckfunktion mit geeigneten Verfahren sein, die gemäß der AKI-RL beispielsweise durch eine fiberoptische endoskopische Evaluation des Schluckens (FEES) erfolgen kann. Für diese Schluckendoskopie können sie die GOP 37704 als Zuschlag zur GOP 37700 ansetzen.

Zusätzlich können sie die GOP 37705 für die ggf. im Rahmen der Erhebung indizierte Bestimmung des Säurebasenhaushalts und des Gasdrucks im Blut (Blutgasanalyse) als Zuschlag zur GOP 37700 abrechnen.

Sofern sie im Zusammenhang mit der Potenzialerhebung eine Bronchoskopie nach den GOP 09315 bzw. 13662 durchführen, kennzeichnen sie die GOP 09315 oder 13662 mit dem Suffix A (GOP 09315A bzw. 13662A).

Für Fälle, in denen im Rahmen der Potenzialerhebung bzw. zur Prüfung der Therapieoptimierung eine konsiliarische Erörterung und Beurteilung medizinischer Fragestellungen notwendig ist (vgl. § 8 Abs. 1 Satz 2 und/oder Satz 3 AKI-RL), können potenzialerhebende Ärztinnen und Ärzte einen konsiliarisch Tätigen beauftragen. Als konsiliarisch tätige Ärztin oder tätiger Arzt sowie Psychotherapeutin oder Psychotherapeut können sie die GOP 37714 abrechnen, sofern sie im Arztfall keine Versicherten-, Grund- und/oder Konsiliarpauschale ansetzen.

Die GOP 37714 können folgende Fachrichtungen abrechnen:

- Ärztinnen und Ärzte, die eine Genehmigung der KVH nach § 8 Abs. 2 AKI-RL (Potenzialerhebung) besitzen
- Hausärztinnen und Hausärzte, die eine Genehmigung der KVH nach § 9 Abs. 1 S. 4 AKI-RL (Verordnung AKI) besitzen
- Kinder- und Jugendmedizin
- Anästhesie
- Chirurgie
- Innere Medizin ohne Schwerpunkt, die fachärztlich tätig sind
- Innere Medizin und Pneumologie
- Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde
- Kinder- und Jugendpsychiatrie bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
- Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie
- Neurologie
- Nervenheilkunde
- Neurologie und Psychiatrie
- Neurochirurgie
- Orthopädie
- Orthopädie und Unfallchirurgie
- Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen (Phoniatrie und Pädaudiologie)
- Psychiatrie und Psychotherapie
- Ärztliche und psychologische Psychotherapie
- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie
- Physikalische und Rehabilitative Medizin
- Ärztinnen und Ärzte mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin

EBM-Änderungen seit 1. Januar 2023

Die weiteren EBM-Änderungen zum 01.01.2023 sind bereits in der vorherigen Ausgabe Nr. 6/2022 veröffentlicht.

GKV-FINANZSTABILISIERUNGSGESETZ – TSVG ANGEPASST

Hausärztinnen und Hausärzte sowie Kinderärztinnen und Kinderärzte rechnen die GOP 03008 bzw. die GOP 04008 ab, wenn sie ihren Versicherten einen Behandlungstermin bei einer Fachärztin oder einem Facharzt vereinbaren. Sie rechnen den Zuschlag neben der Versichertenpauschale 03000 bzw. 04000 im Behandlungsfall ab.

Die Vergütung der GOP 03008/04008 wird ab dem 01.01.2023 auf 15 Euro angehoben (131 Punkte); bundeseinheitlicher Punktwert 2023 ist 11,4915 Cent.

Diese Fristen gelten bei der Vermittlung (der Tag nach der Feststellung der Behandlungsnotwendigkeit gilt als erster Zähltag):

- Die GOP 03008 bzw. 04008 rechnen sie ab, wenn die Behandlung aufgrund der Vermittlung spätestens am 4. Kalendertag beginnt.
- Liegt der vermittelte Termin für die Behandlung des Versicherten auf dem 5. bis spätestens 35. Kalendertag, können sie die GOP 03008/04008 nur abrechnen, wenn eine Terminvermittlung durch die Terminservicestelle (TSS) oder eine eigenständige Terminvereinbarung durch den Versicherten (oder eine Bezugsperson) aufgrund der medizinischen Besonderheit des Einzelfalls nicht angemessen oder nicht zumutbar ist. Ab dem 24. Kalendertag nach Feststellung der Behandlungsnotwendigkeit ist die Angabe einer medizinischen Begründung in der Abrechnung notwendig. Diese geben sie im freien Begründungstext (Feldkennung 5009) der GOP 03008/04008 an.

Behandeln Fachärztinnen bzw. Fachärzte oder Psychotherapeutinnen bzw. Psychotherapeuten die Versicherten aufgrund einer Terminvermittlung durch die Hausarztpraxis (Hausarztvermittlungsfall), so rechnen sie einen Zuschlag neben der jeweiligen Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale ab.

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

- ab dem gleichen bis zum 4. Kalendertag nach der Feststellung 100 Prozent der jeweiligen altersklassenspezifischen Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale – Kennzeichnung mit Suffix B bzw. Suffix F (reine Videosprechstunde)
- vom 5. bis zum 14. Kalendertag nach der Feststellung 80 Prozent der jeweiligen altersklassenspezifischen Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale – Kennzeichnung mit Suffix C bzw. Suffix G (reine Videosprechstunde)
- vom 15. bis zum 35. Kalendertag nach der Feststellung 40 Prozent der jeweiligen altersklassenspezifischen Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale – Kennzeichnung mit Suffix D bzw. Suffix H (reine Videosprechstunde)

Behandeln Ärztinnen bzw. Ärzte oder Psychotherapeutinnen bzw. Psychotherapeuten ihre Versicherten aufgrund einer Terminvermittlung durch die TSS, rechnen sie seit dem 01.01.2023 einen Zuschlag neben der jeweiligen Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale ab. Die Höhe des Zuschlags ist abhängig von der Anzahl der Kalendertage nach der Terminvermittlung durch die TSS und dem Tag der Behandlung:

- Termin spätestens am 4. Tag: 100 Prozent – Kennzeichnung des Zuschlags mit Suffix B bzw. F (reine Videosprechstunde)
- Termin spätestens am 14. Tag: 80 Prozent – Kennzeichnung des Zuschlags mit Suffix C bzw. G (reine Videosprechstunde)
- Termin spätestens am 35. Tag: 40 Prozent – Kennzeichnung des Zuschlags mit Suffix D bzw. H (reine Videosprechstunde)

Die Zuschläge erhalten sie, wenn der Termin bei der TSS telefonisch (116117) oder online gebucht wurde – durch die Versicherten oder Dritte. Versicherte benötigen eine Überweisung mit einem Dringlichkeitscode (ausgenommen sind Hausärztinnen und Hausärzte, Augenärztinnen und Augenärzte, Gynäkologinnen und Gynäkologen sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten).

Führen Ärztinnen bzw. Ärzte eine Früherkennungsuntersuchung bei Kindern aus dem Abschnitt 1.7.1 (ausgenommen Laborleistungen und GOP 01720) aufgrund einer Terminvermittlung durch, rechnen sie die GOP 01710 ab. Die Vergütungshöhe der GOP 01710 ist abhängig von der Anzahl der Kalendertage bis zum Tag der Behandlung. Ärztinnen und Ärzte geben bei der GOP 01710 entsprechend des Zeitintervalls das Suffix an:

- Termin spätestens am 4. Tag – GOP 01710B
- Termin spätestens am 14. Tag – GOP 01710C
- Termin spätestens am 35. Tag – GOP 01710D

Ein TSS-Akutfall liegt dann vor, wenn auf Grundlage eines bundesweit einheitlich standardisierten Ersteinschätzungsverfahrens eine unmittelbare ärztliche Versorgung erfolgt. Die Kontaktaufnahme erfolgt durch die Versicherten an die TSS. Behandeln Ärztinnen bzw. Ärzte oder Psychotherapeutinnen bzw. Psychotherapeuten diese Versicherten aufgrund eines Akutfalls spätestens am Kalendertag nach der Kontaktaufnahme der Versicherten bei der TSS und der Einschätzung als TSS-Akutfall, so rechnen sie einen Zuschlag neben der jeweiligen Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale ab und erhalten einen 200-prozentigen Aufschlag. Den Zuschlag geben sie mit dem Suffix A bei Behandlung in der Praxis und das Suffix E bei reiner Videosprechstunde an.

Die GOP für die Zuschläge – eine GOP je Arztgruppe – bleiben unverändert. Durch die Änderungen erhalten Ärztinnen und Ärzte höhere Zuschläge und die Zeitintervalle werden neu gefasst. Eine Übersicht finden Sie unter **kvh.link/p23004**

Suffix	Kurzbeschreibung
A	Zuschlag in Höhe von 200 % für TSS-Akutfall
B	Zuschlag in Höhe von 100 % für TSS-Terminfall und/oder Hausarztvermittlungsfall vom gleichen bis 4. Kalendertag
C	Zuschlag in Höhe von 80 % für TSS-Terminfall und/oder Hausarztvermittlungsfall vom 5. bis 14. Kalendertag
D	Zuschlag in Höhe von 40 % für TSS-Terminfall und/oder Hausarztvermittlungsfall vom 15. bis 35. Kalendertag
E	Zuschlag in Höhe von 200 % für TSS-Akutfall bei reiner **Videosprechstunde**
F	Zuschlag in Höhe von 100 % für TSS-Terminfall und/oder Hausarztvermittlungsfall vom gleichen bis 4. Kalendertag bei reiner **Videosprechstunde**
G	Zuschlag in Höhe von 80 % für TSS-Terminfall und/oder Hausarztvermittlungsfall vom 5. bis 14. Kalendertag bei reiner **Videosprechstunde**
H	Zuschlag in Höhe von 40 % für TSS-Terminfall und/oder Hausarztvermittlungsfall vom 15. bis 35. Kalendertag bei reiner **Videosprechstunde**

DIGA-ERSTVERORDNUNG GEÄNDERT

Seit dem 01.01.2023 können Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten die Erstverordnung einer Digitalen Gesundheitsanwendung (DiGA) über die GOP 01470 bzw. Kinderärztinnen und Kinderärzte über die Pauschale 86701 (für Kinder und Jugendliche) nicht mehr abrechnen.

Für die Erstverordnung und Folgeverordnung einer DiGA rechnen sie zukünftig die Versicherten- oder Grundpauschale ab.

Wichtig: Die Personengruppen, die sie mittels der jeweiligen DiGA versorgen können, sind in den Nutzungsbestimmungen der DiGA angegeben.

DIGA „VIVIRA“: WEITERE FACHGRUPPE DARF ABRECHNEN

Seit dem 01.01.2023 können Fachärztinnen und Fachärzte für Physikalische und Rehabilitative Medizin die GOP 01472 für die Verlaufskontrolle und Auswertung der DiGA „Vivira“ aus dem Abschnitt 1.4 im EBM abrechnen. Die GOP 01472 wurde dazu in die Präambel 27.1 Nr. 4 aufgenommen.

„Vivira“ dient der Behandlung von Rückenschmerzen bei nichtspezifischen Kreuzschmerzen oder Arthrose der Wirbelsäule (Osteochondrose).

DIGA „ZANADIO“ ABRECHNEN

Seit dem 01.01.2023 können Ärztinnen und Ärzte die neue GOP 01473 für die Verlaufskontrolle und Auswertung der dauerhaft im DiGA-Verzeichnis nach § 139e SGB V aufgenommenen DiGA „zanadio“ abrechnen. Die neue GOP 01473 wurde in den Abschnitt 1.4 im EBM aufgenommen.

Bisher konnten sie die Verlaufskontrolle für die DiGA „zanadio“ über die Pauschale 86700 aus der Anlage 34 zum BMV-Ä abrechnen. Seit dem 01.01.2023 können sie die Verlaufskontrolle für die DiGA „zanadio“ nur noch über die neue GOP 01473 abrechnen. „zanadio“ wurde aus der Leistungsbeschreibung der Pauschale 86700 gestrichen, um eine doppelte Berechnungsfähigkeit dieser Leistung auszuschließen.

Die neue GOP 01473 können sie ausschließlich bei weiblichen Adipositas-Patientinnen abrechnen. „zanadio“ hilft Patientinnen, durch eine Veränderung ihrer Gewohnheiten in den Bereichen Bewegung, Ernährung sowie weiterer Verhaltensweisen, langfristig ihr Gewicht zu reduzieren.

Aufgrund der nicht ausreichenden Datenlage kann keine statistisch signifikante Aussage zur Wirksamkeit der DiGA „zanadio“ bei männlichen Patienten getroffen werden.

Folgende Fachgruppen können die neue GOP 01473 abrechnen:

- Hausärztinnen und Hausärzte
- Internistinnen und Internisten ohne Schwerpunkt
- Internistinnen und Internisten mit dem Schwerpunkt Endokrinologie
- Internistinnen und Internisten mit dem Schwerpunkt Gastroenterologie
- Internistinnen und Internisten mit dem Schwerpunkt Kardiologie

Die neue GOP 01473 ist 7,35 Euro (64 Punkte) wert; bundeseinheitlicher Orientierungspunktwert 2023 ist 11,4915 Cent. Sie können die GOP 01473 einmal im Behandlungsfall und höchstens zweimal im Krankheitsfall abrechnen. Sie können die GOP 01473 nicht in zwei aufeinanderfolgenden Quartalen ansetzen.

ZUSCHLÄGE FÜR TRANSPORTKOSTEN ERNEUT VERLÄNGERT

Fachärztinnen und Fachärzte für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie, Transfusionsmedizin und ermächtigte Fachwissenschaftlerinnen und Fachwissenschaftler der Medizin erhalten Zuschläge für Transportkosten nach den GOP 01699 und 12230 bis zum Ende des Jahres 2023. Der BA hat die zuvor bis Jahresende 2022 geltende Regelung nun bis zum 31.12.2023 verlängert.

Die Zuschläge setzt die KVH automatisch zu.

Aktuell wird die Auswirkung des Konzeptes zur zukünftigen Abbildung der Transportkosten im EBM geprüft, dessen Beratung in den Gremien des BA zusätzliche Zeit erfordert.

MONOKLONALE ANTIKÖRPER: COVID-19-PRÄEXPOSITIONSPROPHYLAXE ABRECHNEN

Seit dem 01.01.2023 können Ärztinnen und Ärzte die neue GOP 01940 für die Beratung und Injektion zur COVID-19-Präexpositionsprophylaxe (COVID-19-PrEP) mit monoklonalen Antikörpern (MAK) gemäß § 1a SARS-CoV-2-Arzneimittelversorgungsverordnung abrechnen. Hierfür wurde die neue GOP 01940 in einen neuen Unterabschnitt 1.7.9 des EBM aufgenommen. Die GOP 01940 wird vorerst bis zum 07.04.2023 befristet.

Ärztinnen und Ärzte können die GOP 01940 nur für monoklonale Antikörper ansetzen, die über die üblichen Vertriebswege (pharmazeutischer Großhandel und Apotheken) in Verkehr gebracht werden. Derzeit können sie die GOP 01940 nur für den monoklonalen Antikörper Evusheld® (Wirkstoffe: Tixagevimab und Cilgavimab) abrechnen. Zukünftig sollen weitere Leistungen im Zusammenhang mit monoklonalen Antikörpern über den EBM abrechenbar werden.

Die Präparate, die über den Bund über sogenannte Stern- oder Satellitenapotheken zur Verfügung gestellt werden, rechnen sie ausschließlich über die GOP 88400 bis 88403 der Monoklonale-Antikörper-Verordnung (MAKV) ab.

Die GOP 01940 können folgende Fachgruppen abrechnen:

- Hausärztinnen und Hausärzte
- Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin
- Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin mit und ohne Schwerpunkt

Wichtig: Ärztinnen und Ärzte können die GOP 01940 gemäß § 1a SARS-CoV-2-Arzneimittelversorgungsverordnung nur bei Patientinnen und Patienten abrechnen, bei denen

- aus medizinischen Gründen kein oder kein ausreichender Immunschutz gegen COVID-19 durch eine Impfung erzielt werden kann oder
- bei denen Impfungen gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 aufgrund einer Kontraindikation nicht durchgeführt werden können und sie Risikofaktoren für einen schweren Verlauf einer Erkrankung an COVID-19 haben.

Bei Ansatz der GOP 01940 können sie im aktuellen Quartal und im Folgequartal die GOP 88401 und 88402 nach der MAKV nicht abrechnen.

Die GOP 01940 setzen Ärztinnen und Ärzte an, wenn sie die Indikation für eine COVID-19-PrEP prüfen und die Patientin oder den Patienten aufklären und beraten. Zudem ist für die GOP eine Dauer von mindestens zehn Minuten vorgesehen. Die Abbildung der intramuskulären Injektionen ist fakultativer Leistungsinhalt. Sie können die GOP 01940 also auch abrechnen, wenn bei der Versicherten oder dem Versicherten nach erfolgter Beratung keine COVID-19-PrEP, z. B. auf Patientenwunsch, durchgeführt wird.

Die neue GOP 01940 können Ärztinnen und Ärzte höchstens zweimal im Krankheitsfall abrechnen. Die zweimalige Berechnung im Krankheitsfall der GOP setzt jedoch eine Gabe der COVID-19-PrEP voraus. Am Behandlungstag können sie die GOP 01940 nicht neben den Versicherten- und Grundpauschalen ansetzen. Die GOP 01940 ist 18,73 Euro (163 Punkte) wert; bundeseinheitlicher Punktwert 2023 ist 11,4915 Cent.

HUMANGENETIK: ZUSÄTZLICHE INDIKATIONSSTELLUNG FÜR LYNPARZA

Seit dem 01.01.2023 rechnen Ärztinnen und Ärzte die GOP 11601 aus dem EBM bei der Untersuchung auf eine BRCA1/2-Mutation in der Keimbahn vor Gabe des Arzneimittels Lynparza (Wirkstoff: Olaparib) auch für die Indikationen des frühen Mammakarzinoms mit hohem Rezidivrisiko ab.

Aufgrund der Erweiterung der Indikationen wurden die bisher enthaltenen Verweise auf die zulässigen Indikationen gestrichen und stattdessen die Leistungslegende der GOP 11601 generisch gefasst. Sie können somit die GOP 11601 abrechnen, wenn der Nachweis bzw. Ausschluss von Mutationen in den Genen BRCA1 und BRCA2 laut Fachinformation zur Indikationsstellung einer gezielten medikamentösen Behandlung erforderlich ist. In diesem Zusammenhang wird ebenso die Leistungslegende der GOP 19456 (Nachweis oder Ausschluss von Mutationen in den Genen BRCA1 und BRCA2 im Tumormaterial) generisch gefasst und angeglichen.

Sie geben bei der Abrechnung der GOP 11601 das zur Behandlung geplante und/oder eingesetzte Arzneimittel im freien Begründungstext (Feldkennung 5009) an. Bei der Abrechnung der GOP 19456 geben sie die Art der Erkrankung gemäß der Kodierung nach ICD-10-GM (Feldkennung 6001), die Angabe der Art der Untersuchung (Gennummer, Genname nach OMIM) in den Feldkennungen 5070, 5071 und 5072 sowie bei Bedarf den Multiplikator (Feldkennung 5005) an.

TELEMONITORING BEI HERZINSUFFIZIENZ GEÄNDERT

Für das Telemonitoring bei Herzinsuffizienz wurden seit dem 01.01.2023 Abrechnungsausschlüsse bei der GOP 13584 (Telemonitoring bei Herzinsuffizienz mittels kardialem Aggregat) geändert und die Zuschläge nach den GOP 13585 und 13587 (Zuschläge zur GOP 13584 bzw. 13586) für das intensivierte Telemonitoring angepasst.

Fachärztinnen und Fachärzte für Kardiologie in einem Telemedizinischen Zentrum (TMZ) können neu die GOP 13585 und 13587 (Zuschläge zur GOP 13584 bzw. 13586) für das intensivierte Telemonitoring auch am 24. und 31.12. abrechnen. Das gilt erstmalig für den 24. und 31.12.2023. Bisher konnten sie die GOP nur an Samstagen, Sonntagen und gesetzlichen Feiertagen ansetzen.

Zudem können sie neu die GOP 13584 (Telemonitoring bei Herzinsuffizienz mittels kardialem Aggregat) neben den Funktionsanalysen (GOP 04411, 04413, 04415, 13571, 13573 und 13575) im Behandlungsfall abrechnen. Dadurch können Fachärztinnen und Fachärzte im TMZ, die gleichzeitig für die Patientinnen und Patienten auch die Aufgaben der primär behandelnden Ärztin oder des primär behandelnden Arztes (PBA) wahrnehmen, die Leistungen im gleichen Behandlungsfall ansetzen.

Neu können sie im selben Behandlungsfall neben den GOP 13573 bzw. 04413 (Funktionsanalyse eines Defibrillators/Kardioverters) und die GOP 13575 bzw. 04415 (Funktionsanalyse eines implantierten Systems zur kardialen Resynchronisationstherapie) die GOP 13584 für das Telemonitoring einmal im Krankheitsfall abrechnen.

Für eine Umprogrammierung oder bei nicht vorhersehbarer Inanspruchnahme (GOP 01100, 01101) können sie die GOP 13573, 04413, 13575 und 04415 weitere zwei Mal im Krankheitsfall neben der GOP 13584 ansetzen.

Mit dieser Änderung werden Konstellationen in der Versorgung berücksichtigt, in denen manuelle Messungen im Rahmen der Funktionskontrolle sowie Umprogrammierungen und persönliche Kontrollen des implantierten Aggregats erforderlich sind.

Um die GOP 13583 bis 13587 und 40910 abzurechnen, benötigen Fachärztinnen und Fachärzte für Kardiologie eine Genehmigung der KVH nach der Qualitätssicherungsvereinbarung (QSV) zur Rhythmusimplantat-Kontrolle. Zusätzlich benötigen sie eine Genehmigung der KVH nach der QSV Telemonitoring bei Herzinsuffizienz. Alle Informationen zur Genehmigung finden Sie auf unserer Homepage: **kvh.link/p23005**

Um die GOP 04411, 04413, 04415, 13571, 13573 und 13575 abzurechnen, benötigen Fachärztinnen und Fachärzte für Kardiologie und Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder-Kardiologie eine Genehmigung der KVH nach der QSV zur Rhythmusimplantat-Kontrolle. Alle Informationen zur Genehmigung finden Sie unter **kvh.link/p23006**

ZERVIX-ZYTOLOGIE GEÄNDERT: KURATIVE LEISTUNGEN ABRECHNEN

Seit dem 01.01.2023 können Ärztinnen und Ärzte neu kurative immunzytologische Untersuchungen der Zervix abrechnen. Dafür wurde die neue GOP 19327 sowohl für zytologische als auch neu für immunzytologische Untersuchungen der Zervix in den EBM aufgenommen. Zudem rechnen sie den kurativen HPV-Nachweis zukünftig über die neue GOP 19328 ab. Die bisherigen GOP 19318 (kurative Zytologie) und 32819 (HPV-Nachweis) wurden gestrichen.

Gynäkologinnen und Gynäkologen können die neue GOP 08315 für die zytologische Untersuchung zur Diagnostik der hormonellen Funktion abrechnen. Die bisherige GOP 19331 für diese Untersuchung (zytologische Untersuchung) wurde gestrichen. Zudem können sie die GOP 19310 (histologische oder zytologische Untersuchung) und 19312 (Zuschlag zu GOP 19310, 19315, 19318 und 19319) nicht mehr abrechnen. Sie wurden aus der Präambel 8.1 Nr. 3 gestrichen.

Neue Leistungen der Zytologie überblicken			
GOP	**Kurzbeschreibung**	**Häufigkeit**	**Bewertung**
08315	Zytologische Untersuchung eines oder mehrerer speziell gefärbter Abstriche zur Diagnostik der hormonellen Funktion	–	3,10 Euro* (27 Punkte)
19327	Zytologische Untersuchung eines oder mehrerer Abstriche(s) von der Portio-Oberfläche und/oder aus dem Zervixkanal	einmal am Behandlungstag	20,68 Euro* (180 Punkte)
19328	DNA- und/oder mRNA-Nachweis ausschließlich von High-Risk-HPV-Typen sowie Genotypisierung auf HPV-Typ 16 und HPV-Typ 18	einmal im Behandlungsfall	21,60 Euro* (188 Punkte)

* nach bundeseinheitlichem Orientierungspunktwert 2023 (11,4915 ct)

Mit der Anpassung werden die Leistungen der kurativen Zervix-Zytologie in Kapitel 19 EBM zusammengeführt und an die Inhalte der Zusatz-Weiterbildung Gynäkologische Exfoliativ-Zytologie der Musterweiterbildungsordnung 2018 angepasst.

Die neue GOP 08315 können Gynäkologinnen und Gynäkologen für die zytologische Untersuchung eines oder mehrerer speziell gefärbter Abstriche zur Diagnostik der hormonellen Funktion abrechnen. Die bisherige GOP 19331 wurde gestrichen.

Die neue GOP 08315 können Gynäkologinnen und Gynäkologen ansetzen, wenn sie die zytologische Untersuchung in ihrer eigenen Praxis durchführen. Ein besonderer Schwerpunkt oder eine Zusatzqualifikation sind nicht erforderlich.

Die neue GOP 19327 rechnen Ärztinnen und Ärzte für die kurative zytologische und für immunzytochemische Untersuchungen der Zervix ab. Die kurative gynäkologische Exfoliativ-Zytologie bzw. die immunzytochemischen Untersuchungen sind fakultativer Leistungsinhalt. Die bisherige GOP 19318 (kurative Zytologie) wurde gestrichen.

Die präventive Zytologie können sie wie bisher im Rahmen der gynäkologischen Krebsfrüherkennung abrechnen.

Um die GOP 19327 abzurechnen, benötigen Ärztinnen und Ärzte eine Genehmigung der KVH nach der QSV Zervix-Zytologie. Die Genehmigung für die GOP 19327 können Ärztinnen und Ärzte für Gynäkologie oder Pathologie erhalten. Besitzen sie bereits die Genehmigung, können sie die neue GOP 19327 automatisch abrechnen und brauchen keinen neuen Antrag zu stellen. Alle Informationen zur Genehmigung finden Sie auf unserer Homepage: **kvh.link/p23007**

Die neue GOP 19328 können Ärztinnen und Ärzte für den kurativen HPV-Nachweis mittels Nukleinsäureamplifikationsverfahren abrechnen. Die bisherige GOP 32819 wurde gestrichen.

Den präventiven HPV-Nachweis können sie wie bisher im Rahmen der gynäkologischen Krebsfrüherkennung abrechnen.

Um die GOP 19328 abzurechnen, benötigen Ärztinnen und Ärzte eine Genehmigung der KVH nach der QSV Speziallabor. Die Genehmigung für die GOP 19328 können Ärztinnen und Ärzte für Gynäkologie, Pathologie, Neuropathologie, Laboratoriumsmedizin oder Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie erhalten. Besitzen sie bereits die Genehmigung, können sie die GOP 19328 automatisch abrechnen und brauchen keinen neuen Antrag stellen. Alle Informationen zur Genehmigung finden Sie unter **kvh.link/p23008**

OPS: VERSION 2023 ANGEPASST

Zum 01.01.2023 wurde der Anhang 2 des EBM an den Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) Version 2023 angepasst. Dazu wurden neue OPS-Kodes aufgenommen und redaktionelle Anpassungen an bestehenden OPS-Kodes vorgenommen.

Neu sind die OPS-Kodes:

- für das Anlegen eines anderen Shuntes und Bypasses an Blutgefäßen: A. poplitea: Popliteopopliteal (5-393.63)
- für die offen chirurgische Refixation (Reinsertion) und Naht am Kapselbandapparat des Kniegelenkes: Knöcherne Refixation (Reinsertion) des medialen Kapselbandapparates (5-802.a)
- für die offen chirurgische Refixation (Reinsertion) und Naht am Kapselbandapparat des Kniegelenkes: Knöcherne Refixation (Reinsertion) des lateralen Kapselbandapparates (5-802.b)

Neben den neuen OPS-Kodes der Version 2023 gibt es redaktionelle Änderungen von einzelnen Bezeichnungen im Vergleich zur Version 2022.

Bei der offen chirurgischen Refixation nach den OPS 5-802.0 bis 5-802.9 wurde beispielsweise die Bezeichnung um den Begriff „Reinsertion" ergänzt.

Bei der Senkung des Augeninnendruckes durch filtrierende Operationen (OPS 5-131.00, 5-131.01, 5-131.7) wurde die Operationstechnik konkretisiert durch den Zusatz „ab externo". Bei der Senkung des Augeninnendruckes durch Verbesserung der Kammerwasserzirkulation (OPS 5-133.80, 5-133.81) wurde zusätzlich die Formulierung „Intraokulare Trabekulotomie" abgeändert in „Trabekulotomie ab interno".

Darüber hinaus können Ärztinnen und Ärzte neu für einzelne neurochirurgische ambulante Eingriffe nach GOP 31253 bis 31256 und belegärztliche Eingriffe nach GOP 36253 bis 36256 postoperative Überwachungskomplexe abrechnen. Hierzu wurden die entsprechenden OPS-Kodes im Anhang 2 zum EBM um die Überwachungsleistungen ergänzt. Hintergrund ist die Weiterentwicklung der ambulanten Behandlungsmöglichkeiten. Aufgrund der Änderungen im Anhang 2 kam es auch zu Folgeanpassungen bei den Anmerkungen zu den entsprechenden operativen GOP in den Unterabschnitten 31.2.10 bzw. 36.2.10 EBM sowie bei den Leistungslegenden der postoperativen Überwachungskomplexe in den Unterabschnitten 31.3.2 bzw. 36.3.2 EBM.

Geänderte OPS mit Überwachung überblicken

OPS 2023	Seite	Bezeichnung OPS 2023	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung
5-039.32	N	Andere Operationen an Rückenmark und Rückenmarkstrukturen: Implantation oder Wechsel einer Neurostimulationselektrode zur Rückenmarkstimulation: Implantation einer temporären Elektrode zur epiduralen Teststimulation	P5	31/36255	31/36505
5-039.33	N	Andere Operationen an Rückenmark und Rückenmarkstrukturen: Implantation oder Wechsel einer Neurostimulationselektrode zur Rückenmarkstimulation: Implantation mehrerer temporärer Elektroden zur epiduralen Teststimulation	P6	31/36256	31/36506

Geänderte OPS mit Überwachung überblicken					
OPS 2023	**Seite**	**Bezeichnung OPS 2023**	**Kategorie**	**OP-Leistung**	**Überwachung**
5-039.34	N	Implantation oder Wechsel einer Neurostimulationselektrode zur Rückenmarkstimulation: Implantation oder Wechsel einer permanenten Elektrode zur epiduralen Dauerstimulation, perkutan	P5	31/36255	31/36505
5-039.35	N	Andere Operationen an Rückenmark und Rückenmarkstrukturen: Implantation oder Wechsel einer Neurostimulationselektrode zur Rückenmarkstimulation: Implantation oder Wechsel mehrerer permanenter Elektroden zur epiduralen Dauerstimulation, perkutan	P6	31/36256	31/36506
5-039.36	N	Implantation oder Wechsel einer Neurostimulationselektrode zur Rückenmarkstimulation: Implantation oder Wechsel einer permanenten Elektrode (Plattenelektrode) zur epiduralen Dauerstimulation, offen chirurgisch	P5	31/36255	31/36505
5-039.37	N	Implantation oder Wechsel einer Neurostimulationselektrode zur Rückenmarkstimulation: Implantation oder Wechsel mehrerer permanenter Elektroden (Plattenelektroden) zur epiduralen Dauerstimulation, offen chirurgisch	P6	31/36256	31/36506
5-039.39	N	Implantation oder Wechsel einer Neurostimulationselektrode zur Rückenmarkstimulation: Implantation oder Wechsel einer permanenten Elektrode zur epiduralen Stimulation mit einem extrakorporalen Neurostimulator, perkutan	P5	31/36255	31/36505
5-039.8	N	Andere Operationen an Rückenmark und Rückenmarkstrukturen: Implantation oder Wechsel einer subduralen Elektrode zur Vorderwurzelstimulation	P5	31/36255	31/36505

Geänderte OPS mit Überwachung überblicken					
OPS 2023	**Seite**	**Bezeichnung OPS 2023**	**Kategorie**	**OP-Leistung**	**Überwachung**
5-039.a7	N	Andere Operationen an Rückenmark und Rückenmarkstrukturen: Entfernung von Elektroden: mehrere subdurale Elektroden	P3	31/36253	31/36504
5-039.c7	N	Andere Operationen an Rückenmark und Rückenmarkstrukturen: Revision von Elektroden: Spinalganglion, mehrere Elektroden	P3	31/36253	31/36504
5-039.d	N	Andere Operationen an Rückenmark und Rückenmarkstrukturen: Entfernung von Neurostimulatoren zur epiduralen Rückenmarkstimulation oder zur Vorderwurzelstimulation	P4	31/36254	31/36504
5-039.e0	N	Implantation oder Wechsel eines Neurostimulators zur epiduralen Rückenmarkstimulation mit Implantation oder Wechsel einer Neurostimulationselektrode: Einkanalstimulator, vollimplantierbar, nicht wiederaufladbar	P5	31/36255	31/36505
5-039.e1	N	Implantation oder Wechsel eines Neurostimulators zur epiduralen Rückenmarkstimulation mit Implantation oder Wechsel einer Neurostimulationselektrode: Mehrkanalstimulator, vollimplantierbar, nicht wiederaufladbar	P6	31/36256	31/36506
5-039.e2	N	Implantation oder Wechsel eines Neurostimulators zur epiduralen Rückenmarkstimulation mit Implantation oder Wechsel einer Neurostimulationselektrode: Mehrkanalstimulator, vollimplantierbar, mit wiederaufladbarem Akkumulator	P6	31/36256	31/36506

Geänderte OPS mit Überwachung überblicken					
OPS 2023	**Seite**	**Bezeichnung OPS 2023**	**Kategorie**	**OP-Leistung**	**Überwachung**
5-039.e3	N	Implantation oder Wechsel eines Neurostimulators zur epiduralen Rückenmarkstimulation mit Implantation oder Wechsel einer Neurostimulationselektrode: Mehrkanalstimulator, vollimplantierbar, mit elektromagnetischer Energieübertragung, Mikrowellen	P6	31/36256	31/36506
5-039.g	N	Andere Operationen an Rückenmark und Rückenmarkstrukturen: Implantation oder Wechsel eines Neurostimulators zur Vorderwurzelstimulation mit Implantation oder Wechsel einer subduralen Elektrode	P4	31/36254	31/36504
5-039.j1	N	Andere Operationen an Rückenmark und Rückenmarkstrukturen: Implantation oder Wechsel von Neurostimulationselektroden zur Stimulation von Spinalganglien: mehrere Elektroden zur Ganglienstimulation	P3	31/36253	31/36504

Ärztinnen und Ärzte können ambulante Operationen nur dann abrechnen, wenn sie bestimmte Qualifikationsvoraussetzungen erfüllen. Sie müssen einen Antrag bei der KVH stellen, die diesen genehmigen muss. Weitere Informationen zur Genehmigung erhalten Sie unter **kvh.link/p23009**.

MATRIXASSOZIIERTE AUTOLOGE CHONDROZYTENIMPLANTATION (M-ACI)

Seit dem 01.01.2023 können Ärztinnen und Ärzte als neues Operationsverfahren bei Patientinnen und Patienten mit symptomatischen Knorpelschäden am Kniegelenk die Matrixassoziierte autologe Chondrozytenimplantation (M-ACI) abrechnen. Hierfür wurden die vier neuen OPS-Kodes 5-801.ah, 5-801.kh, 5-812.8h und 5-812.hh in den Anhang 2 des EBM aufgenommen.

Die M-ACI kann sowohl belegärztlich stationär als auch ambulant durchgeführt werden. Sie stellt ein zweistufiges operatives Verfahren dar, bei dem die dem Kniegelenk entnommenen Knorpelzellen in einem Labor kultiviert und an eine Trägermatrix gekoppelt werden und anschließend in den Defekt im Kniegelenk reimplantiert werden. Die Entnahme und Reimplantation der Knorpelzellen erfolgt bei einer Gelenkspiegelung (Arthroskopie) oder einer kleinen operativen Eröffnung des Kniegelenks (Mini-Arthrotomie).

Für die ambulante Erbringung müssen sie prüfen, ob der Gesundheitszustand der Patientin oder des Patienten, die Schwere des Eingriffs und etwaige Begleitoperationen eine ambulante Operation erlauben.

Die neuen Eingriffe können folgende Fachrichtungen abrechnen:

- Orthopädie und Unfallchirurgie
- Orthopädie
- Chirurgie mit Schwerpunkt Unfallchirurgie

Neue OPS-Kodes zu M-ACI überblicken									
OPS 2023	**Seite**	**Bezeichnung OPS 2023**	**Kategorie**	**OP-Leistung**	**Überwachung**	**Nachbehandlung Überweis.**	**Nachbehandlung Operation**	**Narkose**	**Zuschlag Förderung**
5-801.ah	J	Offen chirurgische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Entnahme eines Knorpeltransplantates: Kniegelenk	D3	31/36133	31/36504	31616	31617	31/36823	–
5-801.kh	J	Offen chirurgische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Autogene matrixinduzierte Chondrozytentransplantation: Kniegelenk	D5	31/36135	31/36505	31618	31619	31/36825	–
5-812.8h	J	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Entnahme eines Knorpeltransplantates: Kniegelenk	E3	31/36143	31/36504	31616	31617	31/36823	–
5-812.hh	J	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Autogene matrixinduzierte Chondrozytentransplantation: Kniegelenk	E5	31/36145	31/36505	31618	31619	31/36825	–

Die berechtigten Fachgruppen können die GOP zu den OPS-Kodes 5-801.ah, 5-801.kh, 5-812.8h und 5-812.hh nur bei Patientinnen und Patienten mit einem Gelenkknorpeldefekt des Kniegelenks des Schweregrads III oder IV gemäß der Klassifikation der International Cartilage Repair Society gemäß § 2 der Nr. 38 der Anlage I „Anerkannte Untersuchungs- und Behandlungsmethoden" der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung (MVV-RL) berechnen.

Die GOP zu den OPS-Kodes 5-801.ah und 5-812.8h sind nur dann berechnungsfähig, wenn die Entnahme des Knorpelgewebes in einer Einrichtung gemäß § 20b Absatz 1 des Gesetzes über den Verkehr mit Arzneimitteln (AMG) und unter Einhaltung der Vorschriften des Transplantationsgesetzes erfolgt.

Die Durchführung der M-ACI setzt zudem voraus, dass das für die Durchführung verantwortliche ärztliche Personal eine vom Hersteller vorgegebene Schulung in der Anwendung des jeweiligen Arzneimittels für neuartige Therapien gemäß § 3 Absatz 1 MVV-RL erhalten hat.

Die den OPS-Kodes 5-801.ah, 5-801.kh, 5-812.8h und 5-812.hh zugeordneten OP-Leistungen des Abschnitts 31.2 EBM beinhalten keine Sachkosten im Zusammenhang mit der Durchführung der M-ACI. Ärztinnen und Ärzte rechnen die entstehenden Sachkosten entsprechend Nr. 7.3 der Allgemeinen Bestimmungen gesondert ab.

Soweit aufgrund besonderer Umstände beide Leistungen bei einer Patientin oder einem Patienten nicht vollständig durchgeführt werden können (beispielsweise bei einer Infektion), werden die anfallenden Sachkosten ebenfalls nach den Allgemeinen Bestimmungen des EBM erstattet.

Ärztinnen und Ärzte benötigen für die Erbringung und Abrechnung von ambulanten Operationen eine Genehmigung der KVH nach der QSV ambulantes Operieren nach § 135 Abs. 2 SGB V. Alle Informationen zur Genehmigung finden Sie auf unserer Homepage: **kvh.link/p23010**

Für die Erbringung und Abrechnung der GOP 31143 und 31145 benötigen Ärztinnen und Ärzte zusätzlich die Genehmigung der KVH nach der QSV Arthroskopie gemäß § 135 Abs. 2 SGB V. Alle Informationen zur Genehmigung finden Sie auf unserer Homepage: **kvh.link/p23011**

Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, die belegärztlich in einem Krankenhaus arbeiten möchten, stellen bei der KVH einen Antrag als Belegärztin bzw. Belegarzt. Alle Informationen zur Genehmigung finden Sie unter **kvh.link/p23012**

WEITERENTWICKLUNG AMBULANTISIERUNG

Für Ärztinnen und Ärzte ändern sich seit dem 01.01.2023 verschiedene Bewertungen der GOP aus den Abschnitten 31.2 (Ambulante Operationen) und 36.2 (Belegärztliche Operationen) sowie bei den GOP 01854 (Sterilisation des Mannes), 01855 (Sterilisation der Frau), 01904 bis 01906 (Schwangerschaftsabbruch). Eine Übersicht der Bewertungsanpassungen erhalten Sie auf der Homepage der KVH: **kvh.link/p23013**

Im Rahmen der Weiterentwicklung des ambulanten Operierens rechnen Ärztinnen und Ärzte seit dem 01.01.2023 die neuen Zuschläge nach GOP 31451 bis 31457 zu einem Eingriff des Abschnitts 31.2 ab, wenn sie einen der in der Leistungslegende genannten OPS-Kodes erbringen und abrechnen. Die GOP wurden in den neuen Unterabschnitt 31.2.20 des EBM aufgenommen. Die Zuschläge dienen der Förderung von ausgewählten ambulanten Operationen, da hier nach wie vor zu viele Eingriffe stationär erfolgen.

Ärztinnen und Ärzte rechnen den entsprechenden Zuschlag I bis VII (GOP 31451 bis 31457) neben der OP-Leistung nach Abschnitt 31.2 ab. Den OPS-Kode geben sie in der Feldkennung 5035 (OP-Schlüssel) und 5041 (Seitenlokalisation OPS) wie gewohnt bei dem Haupteingriff an.

Zuschläge überblicken		
GOP	**Kurzbeschreibung**	**Bewertung**
31451	Zuschlag I zu einem Eingriff des Abschnitts 31.2 bei Durchführung einer der nachfolgend genannten OPS-Kodes: 5-844.02, 5-844.03, 5-844.05, 5-844.06, 5-844.12, 5-844.13, 5-844.15, 5-844.16, 5-844.23, 5-844.25, 5-844.32, 5-844.33, 5-844.35, 5-844.36, 5-844.42, 5-844.43, 5-844.45, 5-844.46, 5-844.52, 5-844.53, 5-844.55, 5-844.56, 5-844.62, 5-844.63, 5-844.65, 5-844.66, 5-844.70, 5-844.72, 5-844.73, 5-844.74, 5-844.76, 5-902.05, 5-902.06, 5-902.07, 5-902.08, 5-902.09, 5-902.0a, 5-902.0b, 5-902.0c, 5-902.0d, 5-902.0e, 5-902.0f, 5-902.0g, 5-902.15, 5-902.16, 5-902.17, 5-902.18, 5-902.19, 5-902.1a, 5-902.1b, 5-902.1c, 5-902.1d, 5-902.1e, 5-902.1f, 5-902.1g, 5-902.25, 5-902.26, 5-902.27, 5-902.28, 5-902.29, 5-902.2a, 5-902.2b, 5-902.2c, 5-902.2d, 5-902.2e, 5-902.2f, 5-902.2g	25,63 Euro* 223 Punkte
31452	Zuschlag II zu einem Eingriff des Abschnitts 31.2 bei Durchführung einer der nachfolgend genannten OPS-Kodes: 5-057.3, 5-057.4, 5-057.9, 5-214.0, 5-214.5, 5-399.7, 5-399.d, 5-788.0a, 5-788.0b, 5-811.0h, 5-811.1h, 5-819.0h, 5-844.75, 5-902.00, 5-902.04, 5-902.10, 5-902.14, 5-902.20, 5-902.24, 5-902.34, 5-902.40, 5-902.44, 5-902.45, 5-902.46, 5-902.47, 5-902.48, 5-902.4a, 5-902.4b, 5-902.4c, 5-902.4d, 5-902.4e, 5-902.4f, 5-902.50, 5-902.54, 5-902.55, 5-902.56, 5-902.57, 5-902.58, 5-902.5a, 5-902.5b, 5-902.5c, 5-902.5d, 5-902.5e, 5-902.5f	30,22 Euro* 263 Punkte
31453	Zuschlag III zu einem Eingriff des Abschnitts 31.2 bei Durchführung einer der nachfolgend genannten OPS-Kodes: 5-057.0, 5-057.2, 5-214.6, 5-214.70, 5-214.72, 5-399.5, 5-399.b0, 5-399.b1, 5-399.b2, 5-399.c, 5-493.20, 5-493.21, 5-493.22, 5-493.60, 5-493.61, 5-493.62, 5-534.01, 5-534.02, 5-534.03, 5-534.1, 5-534.34, 5-535.0, 5-535.34, 5-536.0, 5-624.5, 5-631.0, 5-631.1, 5-631.2, 5-810.00, 5-810.01, 5-810.04, 5-810.05, 5-810.06, 5-810.07, 5-810.08, 5-810.09, 5-810.0h, 5-810.0k, 5-810.0t, 5-810.41, 5-810.70, 5-810.7h, 5-810.97, 5-810.9k, 5-811.07, 5-811.20, 5-811.21, 5-811.24, 5-811.25, 5-811.27, 5-811.2g, 5-811.2h, 5-811.2k, 5-811.2m, 5-811.2s, 5-811.2t, 5-811.40, 5-811.41, 5-811.44, 5-811.45, 5-811.46, 5-811.48, 5-811.49, 5-811.4g, 5-811.4h, 5-811.4k, 5-811.4m, 5-811.4s, 5-811.4t, 5-812.00, 5-812.01, 5-812.04, 5-812.05, 5-812.07, 5-812.0g, 5-812.0h, 5-812.0k, 5-812.0m, 5-812.0s, 5-812.0t, 5-812.5, 5-812.e0, 5-812.e1, 5-812.e4, 5-812.e5, 5-812.e7, 5-812.eg, 5-812.eh, 5-812.ek, 5-812.es, 5-812.et, 5-812.f5, 5-812.fn, 5-812.k1, 5-812.k4, 5-812.k5, 5-812.k6, 5-812.k8, 5-812.k9, 5-812.kk, 5-812.km, 5-812.kn, 5-812.ks, 5-812.kt, 5-814.7, 5-819.00, 5-819.01, 5-819.04, 5-819.05, 5-819.07, 5-819.0g, 5-819.0k, 5-819.0m, 5-819.0s, 5-819.0t, 5-844.00, 5-844.01, 5-844.04, 5-844.10, 5-844.14, 5-844.20, 5-844.30, 5-844.31, 5-844.34, 5-844.40, 5-844.41, 5-844.54, 5-844.57, 5-844.60, 5-844.61, 5-844.64, 5-844.71, 5-844.77, 5-847.05, 5-847.15, 5-847.25, 5-847.36, 5-847.45, 5-847.65, 5-902.49, 5-902.4g, 5-902.59, 5-902.5g, 5-902.60, 5-902.64, 5-902.65, 5-902.66, 5-902.67, 5-902.68, 5-902.69, 5-902.6a, 5-902.6b, 5-902.6c, 5-902.6d, 5-902.6e, 5-902.6f, 5-902.6g	41,37 Euro* 360 Punkte

Zuschläge überblicken		
GOP	**Kurzbeschreibung**	**Bewertung**
31454	Zuschlag IV zu einem Eingriff des Abschnitts 31.2 bei Durchführung einer der nachfolgend genannten OPS-Kodes: 5-530.00, 5-530.01, 5-530.03, 5-530.33, 5-531.0, 5-531.1, 5-531.33, 5-534.35, 5-536.10, 5-788.00, 5-788.06, 5-788.07, 5-788.0c, 5-788.40, 5-788.41, 5-788.42, 5-788.52, 5-788.53, 5-788.56, 5-788.57, 5-788.58, 5-788.5c, 5-788.5d, 5-788.60, 5-788.61, 5-788.66, 5-788.67, 5-844.11, 5-847.03, 5-847.13, 5-847.23, 5-847.33, 5-847.43, 5-847.63	93,08 Euro* 810 Punkte
31455	Zuschlag V zu einem Eingriff des Abschnitts 31.2 bei Durchführung einer der nachfolgend genannten OPS-Kodes: 5-214.4, 5-214.71, 5-530.02, 5-530.1, 5-530.31, 5-530.32, 5-530.34, 5-530.90, 5-530.91, 5-531.31, 5-531.32, 5-531.34, 5-534.33, 5-535.1, 5-535.33, 5-535.35, 5-788.08, 5-788.09, 5-788.0d, 5-788.0e, 5-788.43, 5-788.51, 5-788.54, 5-788.59, 5-788.5e, 5-788.5f, 5-788.5g, 5-788.62, 5-788.65, 5-788.68, 5-788.70, 5-788.71, 5-788.72, 5-788.73, 5-810.1h, 5-810.2q, 5-810.4h, 5-810.4m, 5-810.7g, 5-810.90, 5-810.91, 5-810.94, 5-810.95, 5-810.9g, 5-810.9h, 5-810.9s, 5-810.9t, 5-811.3k, 5-812.6, 5-812.f0, 5-812.f1, 5-812.f4, 5-812.f7, 5-812.fh, 5-812.fk, 5-812.fm, 5-812.fs, 5-812.ft, 5-812.k0, 5-812.kh, 5-813.9, 5-819.10, 5-819.20, 5-819.2h, 5-897.0, 5-897.10, 5-897.11, 5-897.12	110,43 Euro* 961 Punkte
31456	Zuschlag VI zu einem Eingriff des Abschnitts 31.2 bei Durchführung einer der nachfolgend genannten OPS-Kodes: 5-214.3, 5-530.73, 5-530.74, 5-624.4, 5-788.44, 5-788.5h, 5-788.63, 5-788.64, 5-788.69, 5-810.40, 5-810.44, 5-810.45, 5-810.47, 5-810.4k, 5-810.4s, 5-810.4t, 5-810.51, 5-810.5h, 5-811.30, 5-811.31, 5-811.34, 5-811.35, 5-811.37, 5-811.3h, 5-811.3s, 5-811.3t, 5-812.34, 5-812.37, 5-812.3h, 5-812.3k, 5-812.3m, 5-812.7, 5-812.97, 5-812.b, 5-812.fg, 5-812.kg, 5-813.d, 5-847.00, 5-847.02, 5-847.10, 5-847.12, 5-847.20, 5-847.22, 5-847.24, 5-847.30, 5-847.32, 5-847.34, 5-847.37, 5-847.40, 5-847.42, 5-847.44, 5-847.50, 5-847.52, 5-847.54, 5-847.60, 5-847.62, 5-847.67, 5-847.72	152,03 Euro* 1.323 Punkte
31457	Zuschlag VII zu einem Eingriff des Abschnitts 31.2 bei Durchführung einer der nachfolgend genannten OPS-Kodes: 5-810.20, 5-810.24, 5-810.25, 5-810.27, 5-810.2g, 5-810.2h, 5-810.2k, 5-810.2m, 5-810.2s, 5-810.2t, 5-810.30, 5-810.34, 5-810.37, 5-810.3h, 5-810.3k, 5-810.3m, 5-810.3s, 5-810.3t, 5-810.4g, 5-810.50, 5-810.54, 5-810.57, 5-810.5g, 5-810.5s, 5-810.5t, 5-810.60, 5-810.6h, 5-811.3g, 5-812.30, 5-812.3g, 5-812.9h, 5-812.9k, 5-812.n0, 5-812.n1, 5-812.n2, 5-813.0, 5-813.1, 5-813.2, 5-813.3, 5-813.4, 5-813.6, 5-813.7, 5-813.a, 5-813.b, 5-813.c, 5-813.e, 5-813.f, 5-813.j, 5-813.k, 5-814.0, 5-814.1, 5-814.2, 5-814.3, 5-814.4, 5-814.5, 5-814.60, 5-814.61, 5-814.62, 5-814.8, 5-814.9, 5-814.b, 5-819.4, 5-847.01, 5-847.11, 5-847.21, 5-847.31, 5-847.41, 5-847.51	220,98 Euro* 1.923 Punkte

* nach bundeseinheitlichem Orientierungspunktwert 2023 (11,4915 ct)

Erbringen Ärztinnen und Ärzte eine postoperative Überwachung nach den GOP 31501 bis 31507 des Unterabschnittes 31.3.2 EBM, rechnen sie bei einer Überschreitung der angegebenen Überwachungszeit die GOP 31530 bei ausgewählten Versicherten ab. Die GOP 31530 können sie je vollendete 30 Minuten zur Verlängerung der postoperativen Überwachung abrechnen. Die GOP 31501 bis 31507 und die verlängerte Nachbeobachtungszeit nach GOP 31530 dürfen in Summe nicht das Doppelte der jeweiligen postoperativen Überwachungszeit übersteigen.

Als Berechnungsgrundlage für die Nachbeobachtung gelten folgende Zeiten:
- GOP 31501: 0,5 Stunden
- GOP 31502: 1 Stunde
- GOP 31503: 2 Stunden
- GOP 31504: 3 Stunden
- GOP 31505: 4 Stunden
- GOP 31506: 6 Stunden
- GOP 31507: 8 Stunden

Die GOP 31530 ist nur im Anschluss an die GOP 31501 bis 31507 berechnungsfähig bei:
- Neugeborenen, Säuglingen und Kleinkindern, Kindern bis zum vollendeten 12. Lebensjahr
- Patientinnen und Patienten ab dem 70. Lebensjahr mit geriatrischem Versorgungsbedarf und Frailty-Syndrom
- Patientinnen und Patienten mit einer der folgenden Erkrankungen: dementielle Erkrankungen (F00-F02), Alzheimer-Erkrankung (G30), Primäres Parkinson-Syndrom mit mäßiger bis schwerer Beeinträchtigung (G20.1) und Primäres Parkinson-Syndrom mit schwerster Beeinträchtigung (G20.2)
- operativen Eingriffen der OP-Kategorie 5 bis 7 gemäß Anhang 2 zum EBM

Rechnen sie die GOP 31530 bei operativen Eingriffen der Kategorien 5 bis 7 ab und es liegt keine patientenbezogene Abrechnungsvoraussetzung (Aufzählungspunkte 1 bis 3) vor, ist dies in der Abrechnung medizinisch zu begründen. Die Begründung geben sie im freien Begründungstext (Feldkennung 5009) an.

Die GOP 31530 ist 8,85 Euro wert (77 Punkte); bundeseinheitlicher Punktwert 2023 ist 11,4915 Cent. Ab der fünften Leistung wird die GOP 31530 mit 68 Punkten (7,81 Euro) vergütet.

Seit dem 01.01.2023 können Ärztinnen und Ärzte zusätzlich Operationen durchführen, die bislang ausschließlich stationär möglich waren. Insgesamt 196 OPS-Verfahren wurden neu in den Anhang 2 des EBM aufgenommen. Dazu gehören Operationen unter anderem aus den Bereichen Neurostimulatoren und Rhythmuschirurgie sowie arthroskopische Eingriffe. Sie können alle OPS-Verfahren im Detail in der Anlage zum Beschlussteil D des Beschlusses nachlesen.

Ärztinnen und Ärzte können den proktologischen Eingriff nach den GOP 31172 bzw. 36172 mit dem OPS-Kode 5-490.1 nur noch bei Vorliegen eines periproktitischen Abszesses (ICD-10-GM K61.-) durchführen und abrechnen. Hierfür wurde eine neue zweite Bestimmung in den Unterabschnitt 31.2.6 (Definierte operative visceralchirurgische Eingriffe) und eine neue zweite Bestimmung in den Unterabschnitt 36.2.6 (Definierte operative visceralchirurgische Eingriffe) im EBM aufgenommen.

Ärztinnen und Ärzte benötigen für die Erbringung und Abrechnung von ambulanten Operationen eine Genehmigung der KVH nach der QSV ambulantes Operieren nach § 135 Abs. 2 SGB V. Alle Informationen zur Genehmigung finden Sie unter **kvh.link/p23014**

Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, die belegärztlich in einem Krankenhaus arbeiten möchten, stellen bei der KVH einen Antrag als Belegärztin bzw. Belegarzt. Alle Informationen zur Genehmigung finden Sie unter **kvh.link/p23015**

AFFENPOCKEN: GOP 32810 ABRECHNEN

Seit dem 01.01.2023 rechnen Fachärztinnen und Fachärzte für Labor die neue GOP 32810 für den nukleinsäurebasierten Nachweis auf Affenpocken (Orthopoxviren) ab. Die GOP 32810 wurde in den Unterabschnitt 32.3.12 im EBM aufgenommen.

Die zum 01.06.2022 eingeführte Pseudo-GOP 88740 für den Nachweis auf Affenpocken wurde zum 31.12.2022 gestrichen.

Ärztinnen und Ärzte entnehmen bei Patientinnen und Patienten mit Verdacht auf eine Affenpocken-Infektion die Probe aus einer Haut- oder Schleimhautläsion und beauftragen die Laboruntersuchung auf Affenpocken. Die Veranlassung nehmen sie auf dem Muster 10 (Labor-Anforderungsschein) vor. Ärztinnen und Ärzte, die die Laboruntersuchung veranlassen, rechnen ihre Versicherten- bzw. Grundpauschale ab.

Veranlassen sie die Laboruntersuchung nach der GOP 32810, geben sie die Kennnummer 32006 in der Abrechnung mit an. Das Laborbudget wird dann nicht belastet. Die Erkrankung durch Affenpocken und der Erregernachweis von Affenpocken sind namentlich meldepflichtig.

Fachärztinnen und Fachärzte für Laboratoriumsmedizin oder für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie rechnen die neue GOP 32810 für den Nukleinsäurenachweis auf Affenpocken ab. Die Befundmitteilung an die veranlassende Praxis erfolgt innerhalb von 24 Stunden nach Materialeingang im Labor.

Die GOP 32810 ist mit 19,90 Euro bewertet und sie können sie bis zu dreimal im Behandlungsfall abrechnen.

Um den Labortest auf Affenpocken (GOP 32810) abzurechnen, benötigen Fachärztinnen und Fachärzte für Laboratoriumsmedizin oder für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie eine Genehmigung der KVH nach der QSV Spezial-Labor.

Fachärztinnen und Fachärzte für Laboratoriumsmedizin oder für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie, die bereits eine Genehmigung Spezial-Labor für den Unterabschnitt 32.3.12 besitzen, können die GOP 32810 automatisch abrechnen und brauchen keinen neuen Antrag zu stellen. Alle Informationen zur Genehmigung finden Sie unter **kvh.link/p23016**

AUSSERKLINISCHE INTENSIVPFLEGE: VERORDNUNG ABRECHNEN

Seit dem 01.01.2023 können Ärztinnen und Ärzte neue Leistungen für die Verordnung und für patientenorientierte Fallkonferenzen in der außerklinischen Intensivpflege (AKI) abrechnen. Die neuen GOP 37710, 37711 und 37720 wurden in den Abschnitt 37.7 im EBM aufgenommen.

Hausärztinnen und Hausärzte können die GOP 37710 und 37711 nur abrechnen, wenn sie eine Genehmigung der KVH nach § 9 Abs. 1 S. 4 AKI-RL (Verordnung AKI) besitzen. Alles zur Genehmigung finden Sie unter **kvh.link/p23017**

Leistungen für AKI-Verordnung überblicken			
GOP	**Kurzbeschreibung**	**Häufigkeit**	**Bewertung**
37710	Verordnung außerklinischer Intensivpflege unter Verwendung des Vordrucks nach Muster 62 Teil B und C gemäß § 6 der AKI-RL Obligater Leistungsinhalt: – Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt, – Erörterung und Feststellung der individuellen Therapieziele durch den verordnenden Vertragsarzt mit der oder dem Versicherten, – Dauer mindestens 10 Minuten	höchstens dreimal im Krankheitsfall	19,19 Euro* (167 Punkte)
37711	Zuschlag zur Versichertenpauschale oder Grundpauschale für den die außerklinische Intensivpflege koordinierenden Vertragsarzt gemäß § 12 Abs. 1 der AKI-RL Obligater Leistungsinhalt: – Koordination der medizinischen Behandlung, – Überprüfung und ggf. Anpassung von Maßnahmen der außerklinischen Intensivpflege als Ergebnis der regelmäßigen Untersuchungen (§ 7 Abs. 2 Satz 5)	einmal im Behandlungsfall	31,60 Euro* (275 Punkte)
37720	Fallkonferenz gemäß § 12 Abs. 2 der AKI-RL Obligater Leistungsinhalt: – Patientenorientierte Fallbesprechung unter Beteiligung der notwendigen ärztlichen Fachdisziplinen und/oder weiterer komplementärer Berufe sowie mit Pflegekräften bzw. Angehörigen, die an der medizinischen Behandlungspflege des Patienten beteiligt sind	höchstens achtmal im Krankheitsfall	9,88 Euro* (86 Punkte)

* nach bundeseinheitlichem Orientierungspunktwert 2023 (11,4915 ct)

Bereits seit dem 01.12.2022 können Ärztinnen und Ärzte Leistungen für die Potenzialerhebung in der AKI nach den GOP 37700, 37701, 37704, 37705 und 37714 im Abschnitt 37.7 abrechnen. Den Beitrag zu diesen Leistungen finden Sie weiter vorne bei den EBM-Änderungen seit 01.12.2022 ab der Seite 5.

Die GOP 37710 rechnen sie für die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege gemäß der AKI-RL unter Verwendung des Vordrucks nach Muster 62 Teile B und C ab. Sie umfasst die Erörterung und Feststellung der Therapieziele mit der Patientin oder dem Patienten.

Mitglieder können die neuen Muster 62 Teil B und Teil C über die KVH beziehen.

Die Berechnung der GOP 37710 setzt bei Patientinnen und Patienten gemäß § 5 Abs. 1 Satz 1 der AKI-RL das Vorliegen einer Erhebung nach der GOP 37700 oder im Rahmen des Entlassmanagements voraus, sofern die Voraussetzungen nach § 5 Abs. 6 der AKI-RL nicht erfüllt sind. Die Durchführung der Erhebung darf nicht länger zurückliegen, als in § 5 Abs. 4 und 5 der AKI-RL geregelt.

Die GOP 37711 können Sie nur abrechnen, wenn Sie im Zeitraum der letzten zwei Quartale unter Einschluss des aktuellen Quartals für die Verordnung der AKI die GOP 37710 angesetzt haben.

Die GOP 37711 können Sie als Zuschlag zur Versicherten- oder Grundpauschale abrechnen, wenn Sie als Ärztin oder Arzt die AKI koordinieren. Die verordnende Ärztin oder der verordnende Arzt trägt gemäß § 12 Abs. 1 der AKI-RL die Verantwortung für die Koordination der medizinischen Behandlung einschließlich der rechtzeitigen Einleitung des Verfahrens zur Potenzialerhebung nach § 5 AKI-RL.

Rechnen Sie die GOP 37711 im Behandlungsfall neben der GOP 01420 (Überprüfung der Notwendigkeit und Koordination der verordneten häuslichen Krankenpflege gemäß der Richtlinie des G-BA) ab, geben Sie eine medizinische Begründung im freien Begründungstext (Feldkennung 5009) an.

Die GOP 37710 und 37711 können folgende Fachrichtungen abrechnen:

- Ärztinnen und Ärzte, die eine Genehmigung der KVH nach § 8 Abs. 2 AKI-RL (Potenzialerhebung) besitzen
- Hausärztinnen und Hausärzte, die eine Genehmigung der KVH nach § 9 Abs. 1 S. 4 AKI-RL (Verordnung AKI) besitzen
- Kinder- und Jugendmedizin
- Anästhesie
- Innere Medizin und Pneumologie
- Neurologie
- Ärztinnen und Ärzte mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin
- Ärztinnen und Ärzte gemäß § 9 Abs. 2 Satz 1 der AKI-RL, die auf die außerklinische Intensivpflege auslösende Erkrankung spezialisiert sind (ausschließlich bei Patientinnen und Patienten, die weder beatmungspflichtig noch trachealkanüliert sind)
- Ärztinnen und Ärzte gemäß § 9 Abs. 2 Satz 2 der AKI-RL, die nicht auf die die außerklinische Intensivpflege auslösende Erkrankung spezialisiert sind, bei Verordnung im Rahmen eines ggf. telemedizinischen Konsils mit einer auf die Erkrankung spezialisierten Ärztin oder einem auf die Erkrankung spezialisierten Arzt (ausschließlich bei Patientinnen und Patienten, die weder beatmungspflichtig noch trachealkanüliert sind)

Die GOP 37720 setzen Ärztinnen und Ärzte oder Psychotherapeutinnen oder Psychotherapeuten für die in § 12 Abs. 2 der AKI-RL beschriebene Zusammenarbeit mit an der Versorgung teilnehmenden notwendigen ärztlichen Fachdisziplinen und/oder weiteren komplementären Berufen sowie mit Pflegekräften bzw. Angehörigen im Rahmen einer Fallkonferenz an.

Die GOP 37720 können sie sowohl telefonisch als auch per Video durchführen. Führen sie die Fallbesprechung nach der GOP 37720 im Rahmen einer Videosprechstunde durch, können sie zusätzlich den Technikzuschlag nach der GOP 01450 abrechnen. Nur die Ärztin und der Arzt oder Psychotherapeutin oder Psychotherapeut, die/der die Videofallkonferenz initiiert, erhält den Technikzuschlag (GOP 01450).

Für die Abrechnung benötigen sie zudem einen zertifizierten Videodienstanbieter. Diesen melden sie der KVH ganz einfach über das Formular „zertifizierten Videodienstanbieter melden".

Alle wichtigen Infos zur Videosprechstunde finden Sie unter **kvh.link/p23018**

Die GOP 37720 können folgende Fachrichtungen abrechnen:

- Ärztinnen und Ärzte, die eine Genehmigung der KVH nach § 8 Abs. 2 AKI-RL (Potenzialerhebung) besitzen
- Hausärztliche Versorgung
- Kinder- und Jugendmedizin
- Anästhesie
- Chirurgie
- Innere Medizin
- Innere Medizin und Pneumologie
- Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde
- Kinder- und Jugendpsychiatrie bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
- Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie
- Neurologie
- Nervenheilkunde
- Neurologie und Psychiatrie
- Neurochirurgie
- Orthopädie
- Orthopädie und Unfallchirurgie
- Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen (Phoniater und Pädaudiologen)
- Psychiatrie und Psychotherapie
- Ärztliche und psychologische Psychotherapie
- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie
- Physikalische und Rehabilitative Medizin

Die bereits zum 01.12.2022 eingeführte GOP 37714 (Pauschale für die konsiliarische Erörterung und Beurteilung medizinischer Fragestellungen) können ab 01.01.2023 konsiliarisch tätige Ärztinnen oder Ärzte sowie Psychotherapeutinnen oder Psychotherapeuten auch abrechnen, wenn sie die konsiliarische Erörterung im Rahmen der Verordnung von AKI erbringen. Bis 31.12.2022 war dies nur im Rahmen der Potenzialerhebung bzw. zur Prüfung der Therapieoptimierung möglich.

GOP 37714 geändert

GOP	Kurzbeschreibung	Häufigkeit	Bewertung
37714	Pauschale für die konsiliarische Erörterung und Beurteilung medizinischer Fragestellungen durch einen konsiliarisch tätigen Arzt – im Rahmen der Potenzial- bzw. Befunderhebung gemäß § 8 Abs. 1 Satz 2 der AKI-RL und/oder – zur Prüfung der Therapieoptimierung gemäß § 8 Abs. 1 Satz 3 der AKI-RL, **und/oder** **– im Rahmen der Verordnung gemäß § 9 Abs. 1 Satz 7 der AKI-RL** **und/oder** **– im Rahmen der Verordnung gemäß § 9 Abs. 2 Satz 2 der AKI-RL**	einmal im Behandlungsfall	12,18 Euro* (106 Punkte)

* nach bundeseinheitlichem Orientierungspunktwert 2023 (11,4915 ct)

Ärztinnen und Ärzte sollen ab 01.01.2023 nach den Regelungen der neuen Außerklinischen Intensivpflege-Richtlinie (AKI-RL) verordnen, jedoch sind Verordnungen nach den Regelungen der Häuslichen Krankenpflege-Richtlinie (HKP-RL) auf Muster 12 auch nach dem 31.12.2022 weiterhin möglich. Damit sollen absehbare Engpässe in der Versorgung der gesetzlich Versicherten vermieden werden. In diesem Fall können sie die neuen EBM-Leistungen aus Abschnitt 37.7 aber nicht abrechnen. Die Abrechnung ist erst möglich, wenn die Verordnung auch nach der neuen AKI-RL erfolgt. Die Übergangsregelung ist gesetzlich auf den 31.10.2023 befristet (§ 37 Abs. 2 Satz 3 SGB V). Spätestens ab 31.10.2023 verlieren Verordnungen außerklinischer Intensivpflege nach den Regelungen der HKP-RL ihre Gültigkeit und es dürfen nur noch Verordnungen nach den Regelungen der neuen AKI-RL ausgestellt werden.

INFEKTIONSDIALYSEN: ABRECHNUNG ERWEITERT

Ärztinnen und Ärzte können seit dem 01.01.2023 die Kostenpauschalen nach den GOP 40835 und 40836 des Abschnitts 40.14 (Kostenpauschalen bei renalen Ersatzverfahren und extrakorporalen Blutreinigungsverfahren) auch bei Patientinnen und Patienten abrechnen, bei denen eine Infektion mit COVID-19 vorliegt und/oder die zur Absonderung verpflichtet sind.

- GOP 40835: Zuschlag zu den Sachkostenpauschalen 40816, 40823 oder 40825 für die Infektionsdialyse
- GOP 40836: Zuschlag zu den Sachkostenpauschalen 40815, 40817, 40818, 40819, 40824, 40826 bis 40828 für die Infektionsdialyse

Mit der Änderung der GOP 40835 und 40836 wird den gesetzlichen Anforderungen an den Infektionsschutz Rechnung getragen. Ärztinnen und Ärzte konnten bisher die GOP im Rahmen der Corona-Sonderregelungen bei Patientinnen und Patienten in Quarantäne und bei Kontaktpersonen der Kategorie I des Robert Koch-Institutes (RKI) abrechnen.

Momentan ist in Hessen keine generelle Pflicht zur Absonderung bei Patientinnen und Patienten mit positivem Testergebnis auf eine Infektion mit SARS-CoV-2 vorgesehen.

Für die Berechnung der Kostenpauschalen GOP 40815 bis 40819 und 40823 bis 40828 benötigen Ärztinnen und Ärzte eine Genehmigung der KVH gemäß der QSV für Blutreinigungsverfahren nach § 135 Abs. 2 SGB V. Alle wichtigen Infos zur Genehmigung finden Sie auf unserer Homepage: **kvh.link/p23019**

DIALYSEBEHANDLUNG: BEWERTUNG DER KOSTENPAUSCHALEN ERHÖHT

Ärztinnen und Ärzte erhalten für die Behandlung mit renalen Ersatzverfahren und extrakorporalen Blutreinigungsverfahren seit dem 01.01.2023 eine höhere Vergütung. Demnach erfolgt eine Bewertungserhöhung der GOP 40815 bis 40819 und 40823 bis 40838 im EBM um zwei Prozent.

Für die Berechnung der Kostenpauschalen (GOP 40815 bis 40819 und 40823 bis 40828) benötigen Ärztinnen und Ärzte eine Genehmigung der KVH gemäß der QSV für Blutreinigungsverfahren nach § 135 Abs. 2 SGB V. Alle wichtigen Infos zur Genehmigung finden Sie unter **kvh.link/p23019**

Neue Bewertungen überblicken			
GOP	**Kurzbeschreibung**	**Bewertung bis 31.12.2022**	**Bewertung ab 01.01.2023**
40815	Kostenpauschale für Sachkosten bei Durchführung von **Hämodialysen einschl. Sonderverfahren** (z. B. Hämofiltration, Hämodiafiltration) **bei Patienten bis zum vollendeten 18. Lebensjahr** mit einer dialysepflichtigen Nierenerkrankung bei Dialysen am Wohnort	627,00 €	639,54 €
40816	Kostenpauschale für Sachkosten bei Durchführung von **Peritonealdialysen bei Patienten bis zum vollendeten 18. Lebensjahr** mit einer dialysepflichtigen Nierenerkrankung	830,00 €	846,60 €
40817	Kostenpauschale für Sachkosten bei Durchführung von **Peritonealdialysen bei Patienten bis zum vollendeten 18. Lebensjahr** mit einer dialysepflichtigen Nierenerkrankung bei Dialysen am Wohnort, die nicht mindestens 4 von 7 Peritonealdialysetagen in der Behandlungswoche umfassen	118,60 €	120,97 €
40818	Kostenpauschale für Sachkosten bei Durchführung von **Hämodialysen** einschl. Sonderverfahren (z. B. Hämofiltration, Hämodiafiltration) **bei Patienten bis zum vollendeten 18. Lebensjahr** mit einer dialysepflichtigen Nierenerkrankung bei einer Feriendialyse während des Ferienaufenthalts am Ferienort, bei Dialyse wegen beruflich bedingter oder sonstiger Abwesenheit vom Wohnort	658,40 €	671,57 €
40819	Kostenpauschale für Sachkosten bei Durchführung von **Peritonealdialysen bei Patienten bis zum vollendeten 18. Lebensjahr** mit einer dialysepflichtigen Nierenerkrankung bei einer Feriendialyse während des Ferienaufenthalts am Ferienort, bei Dialyse wegen beruflich bedingter oder sonstiger Abwesenheit vom Wohnort	124,50 €	126,99 €

Neue Bewertungen überblicken			
GOP	**Kurzbeschreibung**	**Bewertung bis 31.12.2022**	**Bewertung ab 01.01.2023**
40823	Kostenpauschale für Sachkosten bei Durchführung von Hämodialysen als **Zentrums- bzw. Praxisdialyse oder zentralisierte Heimdialyse** einschl. Sonderverfahren (z. B. Hämofiltration, Hämodiafiltration) **bei Versicherten ab dem vollendeten 18. Lebensjahr** mit einer dialysepflichtigen Nierenerkrankung	Preisstufe 1: 485,80 € Preisstufe 2: 466,30 € Preisstufe 3: 417,50 € Preisstufe 4: 398,00 €	Preisstufe 1: 495,52 € Preisstufe 2: 475,63 € Preisstufe 3: 425,85 € Preisstufe 4: 405,96 €
40824	Kostenpauschale für Sachkosten bei Durchführung von Hämodialysen als **Zentrums- bzw. Praxisdialyse oder zentralisierte Heimdialyse** einschl. Sonderverfahren (z. B. Hämofiltration, Hämodiafiltration) **bei Versicherten ab dem vollendeten 18. Lebensjahr** mit einer dialysepflichtigen Nierenerkrankung bei Dialysen am Wohnort, die nicht mindestens dreimal in der Behandlungswoche durchgeführt werden können	Preisstufe 1: 161,90 € Preisstufe 2: 155,40 € Preisstufe 3: 139,20 € Preisstufe 4: 132,70 €	Preisstufe 1: 165,14 € Preisstufe 2: 158,51 € Preisstufe 3: 141,98 € Preisstufe 4: 135,35 €
40825	Kostenpauschale für Sachkosten bei Durchführung von **Peritonealdialysen** (z. B. CAPD, CCPD, IPD) oder Heimhämodialysen **bei Versicherten ab dem vollendeten 18. Lebensjahr** mit einer dialysepflichtigen Nierenerkrankung	505,40 €	515,51 €
40826	Kostenpauschale für Sachkosten bei Durchführung von **Peritonealdialysen** als CAPD bzw. CCPD **bei Versicherten ab dem vollendeten 18. Lebensjahr** mit einer dialysepflichtigen Nierenerkrankung bei Dialysen am Wohnort, die nicht mindestens 4 von 7 Peritonealdialysetagen in der Behandlungswoche umfassen	72,20 €	73,64 €

Neue Bewertungen überblicken			
GOP	**Kurzbeschreibung**	**Bewertung bis 31.12.2022**	**Bewertung ab 01.01.2023**
40827	Kostenpauschale für Sachkosten bei Durchführung von **intermittierenden Peritonealdialysen** (IPD) oder Heimhämodialysen **bei Versicherten ab dem vollendeten 18. Lebensjahr** mit einer dialysepflichtigen Nierenerkrankung bei Dialysen am Wohnort, die nicht mindestens dreimal in der Behandlungswoche durchgeführt werden können	168,50 €	171,87 €
40828	Kostenpauschale für Sachkosten bei Durchführung von Hämo- oder Peritonealdialysen als **Zentrums- bzw. Praxisdialyse, Heimdialyse oder zentralisierte Heimdialyse**, einschl. Sonderverfahren (z. B. Hämofiltration, Hämodiafiltration), **bei Versicherten ab dem vollendeten 18. Lebensjahr** mit einer dialysepflichtigen Nierenerkrankung, bei einer Feriendialyse während des Ferienaufenthalts am Ferienort, bei Dialyse wegen beruflich oder sonstiger Abwesenheit vom Wohnort	174,70 €	178,19 €
40829	**Zuschlag** zu der Kostenpauschale nach den Nrn. 40823 oder 40825 **bei Versicherten ab dem vollendeten 59. Lebensjahr bis zum vollendeten 69. Lebensjahr**	10,00 €	10,20 €
40830	**Zuschlag** zu der Kostenpauschale nach den Nrn. 40824, 40826 und 40827 **bei Versicherten ab dem vollendeten 59. Lebensjahr bis zum vollendeten 69. Lebensjahr**	3,30 €	3,37 €
40831	**Zuschlag** zu der Kostenpauschale nach den Nrn. 40823 oder 40825 **bei Versicherten ab dem vollendeten 69. Lebensjahr bis zum vollendeten 79. Lebensjahr**	20,00 €	20,40 €

Neue Bewertungen überblicken			
GOP	**Kurzbeschreibung**	**Bewertung bis 31.12.2022**	**Bewertung ab 01.01.2023**
40832	**Zuschlag** zu der Kostenpauschale nach den Nrn. 40824, 40826 und 40827 **bei Versicherten ab dem vollendeten 69. Lebensjahr bis zum vollendeten 79. Lebensjahr**	6,70 €	6,83 €
40833	**Zuschlag** zu der Kostenpauschale nach den Nrn. 40823 oder 40825 **bei Versicherten ab dem vollendeten 79. Lebensjahr**	30,00 €	30,60 €
40834	**Zuschlag** zu der Kostenpauschale nach den Nrn. 40824, 40826 und 40827 **bei Versicherten ab dem vollendeten 79. Lebensjahr**	10,00 €	10,20 €
40835	**Zuschlag** zu der Kostenpauschale nach den Nrn. 40816, 40823 oder 40825 für die **Infektionsdialyse** – bei Patienten mit Infektionserkrankungen mit Problemkeimen gemäß der mit der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim Robert Koch-Institut (KRINKO) abgestimmten Hygieneleitlinie als Ergänzung zum Dialysestandard und/oder – bei Vorliegen einer Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 und/oder – bei Patienten, die gemäß § 4 Coronavirus-Einreiseverordnung zur Absonderung verpflichtet sind	90,00 €	91,80 €

Neue Bewertungen überblicken			
GOP	**Kurzbeschreibung**	**Bewertung bis 31.12.2022**	**Bewertung ab 01.01.2023**
40836	**Zuschlag** zu der Kostenpauschale nach den Nrn. 40815, 40817, 40818, 40819, 40824, 40826 bis 40828 für die **Infektionsdialyse** – bei Patienten mit Infektionserkrankungen mit Problemkeimen gemäß der mit der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim Robert Koch-Institut (KRINKO) abgestimmten Hygieneleitlinie als Ergänzung zum Dialysestandard und/oder – bei Vorliegen einer Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 und/oder – bei Patienten, die gemäß § 4 Coronavirus-Einreiseverordnung zur Absonderung verpflichtet sind	30,00 €	30,60 €
40837	**Zuschlag** zu der Kostenpauschale nach der Nr. 40816 oder 40825 für die **intermittierende Peritonealdialyse (IPD)**	300,00 €	306,00 €
40838	**Zuschlag** zu der Kostenpauschale nach der Nr. 40817, 40819, 40827 oder 40828 für die **intermittierende Peritonealdialyse (IPD)**	100,00 €	102,00 €

EBM-DETAILÄNDERUNG 1/2023

Seit dem 01.01.2023 gibt es im EBM weitere Detailänderungen. Die weiteren EBM-Detailänderungen zum 01.01.2023 sind bereits in der vorherigen Ausgabe Nr. 6/2022 veröffentlicht.

- **Kryokonservierung:** Gynäkologinnen und Gynäkologen können die GOP 08635 für die Stimulationsbehandlung zur Kryokonservierung von Eizellen abrechnen. Die GOP 08635 können sie einmal im Zyklusfall, mit medizinischer Begründung bis zu dreimal im Zyklusfall ansetzen. Hierfür geben sie wie bisher ab dem zweiten Ansatz der GOP 08635 im Zyklusfall die medizinische Begründung in der Feldkennung 5009 an. Seit dem 01.01.2023 geben sie ab dem zweiten Ansatz der GOP 08635 im Zyklusfall zusätzlich zur Begründung das Suffix S (08635S) an. Die GOP 08635 wird dann mit 218,45 Euro (1.901 Punkte) vergütet; bundeseinheitlicher Punktwert 2023 ist 11,4915 Cent. Bisher wurden auch der zweite und dritte Ansatz der GOP mit 1.991 Punkten bewertet.

- **Mutterschafts-Vorsorge – redaktionelle Anpassungen:** Aufgrund von Anpassungen der Mutterschafts-Richtlinie (Mu-RL) durch den G-BA ändern sich bei verschiedenen GOP die Verweise auf die Richtlinie. Im Abschnitt B erfolgte eine neue Verortung und Anpassung der Regelungen der bisherigen Nummer 4 in einer neuen Nummer 3. Gynäkologinnen und Gynäkologen beachten daher die geänderte Leistungslegende der GOP 01785 (Tokographie vor 28. Schwangerschaftswoche) und GOP 01786 (Externe kardiotokographische Untersuchung) sowie die Änderung im ersten Spiegelstrich des fakultativen Leistungsinhaltes der GOP 01780 (Planung der Geburtsleitung). Im Abschnitt F erfolgte zudem die Verortung der Regelung der bisherigen Nummer 2 jetzt neu in der Nummer 3. Bei der GOP 01815 (Untersuchung und Beratung der Wöchnerin) wurde die Leistungslegende an die neue Regelung angepasst.

- **Authentifizierung Videosprechstunde:** Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten können die Authentifizierung von unbekannten Patientinnen und Patienten im Rahmen der Videosprechstunde nach GOP 01444 aus dem Abschnitt 1.4 EBM weiterhin abrechnen. Die Leistung wird bis zum 31.12.2023 verlängert.

- **Zusatzpauschale Beobachtung und Betreuung:** Seit dem 01.01.2023 können Ärztinnen und Ärzte die Beobachtung und Betreuung von Patientinnen und Patienten unter parenteraler intravasaler Behandlung bei Morbus Pompe nach den GOP 01510 bis 01512 neu bei einer weiteren Enzymersatztherapie mit Avalglucosidase alfa (Medikament: Nexviadyme®) abrechnen. Neben den bereits abrechnungsfähigen Therapiemaßnahmen erfolgte die Aufnahme einer weiteren Behandlung in den EBM. Entgegen der Ersatztherapie mit dem Wirkstoff Alglucosidase alfa ist die Behandlung mit Avalglucosidase alfa aufgrund der längeren Infusionsdauer auch über die GOP 01512 (Beobachtung und Betreuung mit einer Dauer von mehr als sechs Stunden) berechnungsfähig.

- **Elektronische Patientenakte (ePA) – Erstbefüllung verlängert:** Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten können die GOP 01648 für die Erstbefüllung der ePA weiterhin bis zum 31.12.2023 abrechnen. Der BA wird spätestens zum 30.09.2023 prüfen, ob eine Anpassung der Leistung, insbesondere hinsichtlich der Bewertung, mit Wirkung zum 01.01.2024 erforderlich ist.

EBM-FR

PRAXISTIPP

Zu allen EBM-Änderungen finden Sie aktuelle und weiterführende Informationen unter **kvh.link/p23020**

Reinschauen lohnt sich!

DEUTSCHE GESETZLICHE UNFALLVERSICHERUNG E. V. (DGUV)

Zulassung zum Durchgangsarztverfahren

Professor Dr. med. Benjamin Bücking ist seit dem 01.01.2023 als Orthopäde und Unfallchirurg am Standort OCP Kassel, Leipziger Straße 160–164, 34123 Kassel, am Durchgangsarztverfahren beteiligt.

Dr. med. Nicolas Nickisch ist seit dem 01.01.2023 als niedergelassener Orthopäde und Unfallchirurg und Chirurg am Standort Burkhardtstraße 13, 64342 Seeheim-Jugenheim, am Durchgangsarztverfahren beteiligt.

Dr. med. Kornelia Schnecker ist seit dem 01.12.2022 als niedergelassene Fachärztin für Chirurgie und Unfallchirurgie am MVZ Asklepios Schotten, Ludwigstraße 12, 63679 Schotten, am Durchgangsarztverfahren beteiligt.

Nadine Selo ist seit dem 01.01.2023 als niedergelassene Fachärztin für Orthopädie und Unfallchirurgie am Standort Richard-Kirchner-Straße 22, 34537 Bad Wildungen, am Durchgangsarztverfahren beteiligt.

Abrechnung nach EBM für Polizeibeamte des Landes Brandenburg

Die freie Heilfürsorge ist eine beamtenrechtliche Krankenversicherung für Polizeivollzugsbeamte. Die Heilfürsorge ist nicht mit den Vorschriften der Beihilfe oder der privaten Krankenversicherung zu verwechseln. Die Anspruchsberechtigten erhalten im Krankheitsfall die erforderlichen medizinischen Leistungen grundsätzlich als Sachleistung im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung.

Zur Abrechnung der ärztlichen Leistungen ist der behandelnden Ärztin/dem behandelnden Arzt vor Inanspruchnahme der Behandlung die Krankenversichertenkarte der Heilfürsorge des Landes Brandenburg auszuhändigen. In dringend begründeten Einzelfällen kann eine Behandlung auch ohne Krankenversichertenkarte erfolgen. Diese ist der Ärztin/dem Arzt aber unverzüglich nachzureichen.

Heilfürsorgeberechtigte sind keine Privatpatienten und haben daher keinen Anspruch auf privatärztliche Leistungen. Die Abrechnung erfolgt nach dem EBM.

ZENTRALDIENST POLIZEI BRANDENBURG

KASSENÄRZTLICHE
VEREINIGUNG
HESSEN

Sie finden uns im Internet unter:

www.kvhessen.de/aufdenpunkt

Mitglied	Stellvertretung
Peter Franz	Dr. med. Elke Neuwohner
Dr. med. Tobias Gehrke	Dr. med. Alexander Jakob
Dr. med. Lutz-Hendrik Holle	Dr. med. Philipp Weisser
Dr. med. Dipl. humanbiol. Christian von Mallinckrodt	Dr. med. Anne-Rose Schardt

*

Alle dargestellten Beratenden Fachausschüsse wählen jeweils aus ihrer Mitte einen Vorsitzenden und einen stellvertretenden Vorsitzenden, die die Sitzungen leiten. Ihre Amtsdauer entspricht der der Vertreterversammlung, die gewählten Beratenden Fachausschüsse werden damit bis zum 31. Dezember 2028 im Amt sein.

BEIRAT FÜR DIE ERWEITERTE HONORARVERTEILUNG

Zusätzlich zum BFA EHV hat sich inzwischen der erstmals im Jahr 2013 eingerichtete Beirat für die Erweiterte Honorarverteilung (EHV-Beirat) etabliert. Während im BFA EHV nur Mitglieder der KV Hessen und damit aktive Vertragsärztinnen und -ärzte vertreten sind, setzt sich der EHV-Beirat aus aktiven und ehemaligen Vertragsärzten zusammen. In die Diskussionen um die Erweiterte Honorarverteilung fließt somit nicht nur die Sichtweise derjenigen ein, die die EHV finanzieren, sondern auch die Sichtweise derjenigen, die als ehemalige Vertragsärztinnen und -ärzte bereits in den Genuss der EHV kommen und Leistungen beziehen. Der EHV-Beirat hat die Aufgabe, diese manchmal doch unterschiedlichen Interessen in die Diskussion und die Entscheidungsfindung von Vorstand und Vertreterversammlung einzubringen.

Der EHV-Beirat setzt sich aus sechs ärztlichen Mitgliedern und vier ehemaligen Mitgliedern der KV Hessen, die nicht mehr vertragsärztlich tätig sind, zusammen. Zwei der sechs ärztlichen Mitglieder werden von der Vertreterversammlung als Mitglieder des EHV-Beirats gewählt, die vier Mitglieder des BFA EHV sind geborene Mitglieder des EHV-Beirats. Die vier Mitglieder, die die ehemaligen Mitglieder der KV Hessen im Beirat vertreten, werden direkt von den ehemaligen Mitgliedern der KV Hessen gewählt. Die Wahl fand parallel zur Wahl zur Vertreterversammlung statt.

Der EHV-Beirat setzt sich wie folgt zusammen:

	Mitglied	Stellvertretung
Ärztliche Mitglieder	Peter Franz	Dr. med. Elke Neuwohner
	Dr. med. Tobias Gehrke	Dr. med. Alexander Jakob
	Dr. med. Lutz-Hendrik Holle	Dr. med. Philipp Weisser
	Dr. med. Dipl. humanbiol. Christian von Mallinckrodt	Dr. med. Anne-Rose Schardt
	Dr. med. Alexander Jakob	Dr. med. Elke Neuwohner
	Dr. med. Wiegand Müller-Brodmann	Dr. med. Edgar Pinkowski
Vertreter der ehemaligen Mitglieder der KV Hessen	Erich Lickroth	
	Dr. med. Volkmar Grosse	
	Dr. med. Hansjoachim Stürmer	
	Dr. med. Michael Weidenfeld	

*

KBV-VV-MITGLIEDER

Die KV Hessen ist auch in der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) vertreten. Neben dem Vorstandsvorsitzenden Frank Dastych und dem stellvertretenden Vorstandsvorsitzenden Armin Beck wählt die Vertreterversammlung gemäß § 80 Abs. 1a SGB V zwei weitere Mitglieder der KBV-VV. Diese müssen selbst Mitglieder der Vertreterversammlung der KV Hessen sein. In der Legislaturperiode 2023 bis 2028 entsendet die KV Hessen die folgenden Mitglieder in die Vertreterversammlung der KBV:

Mitglied	1. Stellvertretung	2. Stellvertretung
Dr. med. Christoph Claus	Monika Buchalik	Dr. med. Jürgen Burdenski
Dr. med. Klaus-Jürgen Doubek	Jan Henniger	Dr. med. Philipp Weisser

*

ÄBD-AUSSCHUSS

Die Vertreterversammlung hat darüber hinaus die Möglichkeit, durch Beschluss weitere Ausschüsse einzuberufen. In der Sitzung am 25. Januar 2023 hat die Vertreterversammlung die Gründung eines Ausschusses für den Ärztlichen Bereitschaftsdienst (ÄBD-Ausschuss) beschlossen. Der Ausschuss ist paritätisch besetzt mit je vier fachärztlich tätigen und je vier hausärztlich tätigen Mitgliedern inklusive Stellvertretung. Die Mitglieder sind:

Mitglied	Stellvertretung
Dr. med. Christoph Claus	Dr. med. Uwe Popert
Petra Hummel	Dr. Johann Trutz
Dr. med. Tobias Gehrke	Peter Franz
Dr. med. Burkhard Voigt	Dr. med. Martin Gunkel
Dr. med. Detlef Oldenburg	Dr. med. Cornelius Berzas
Jan Henniger	Dr. med. Wilfried Thiel
Dr. med. Werner Wolf	Dr. med. Anne-Rose Schardt
Dr. med. Edgar Pinkowski	Dr. med. Karin Schmitt-Hessemer

*

MICHAELA VETTEN, IMKE TRAKULDIT

* Die Reihenfolge der Namen entspricht der jeweiligen Wahlfolge.

Wir sind die Neuen!

Nachgefragt bei den 19 neuen Mitgliedern der Vertreterversammlung: Welches Thema werden Sie in die Vertreterversammlung einbringen?

Dr. med. Julia Doßmann, Fachärztin für Allgemeinmedizin, angestellte Fachärztin in der Praxis Höhler in Löhnberg:

„Ich möchte die Interessen der angestellten Ärztinnen und Ärzte vertreten, da sie einen stetig wachsenden Anteil im ambulanten Sektor ausmachen. Für mich wichtige Themen sind: eine vertragliche Absicherung bezüglich der Altersvorsorge, Flexibilität der Arbeitszeiten, eine Verbesserung der Vereinbarkeit von Familie und Beruf und für mehr Frauen in der Berufspolitik."

Dr. med. Simon Fachinger, Facharzt für Allgemeinmedizin und Arbeitsmedizin, niedergelassen in Brechen:

„Die aktuellen politischen Entwicklungen machen unseren Beruf leider immer uninteressanter für die junge Generation. Aber auch die Politik kann sich nicht vor den Veränderungen der Arbeitswelt verstecken. Meine Motivation zur Mitarbeit in der KV entstand aus dem inneren Interesse, unsere Berufsgruppe wieder in ihrem Selbstvertrauen zu stärken und trotz und/oder dank dieser Veränderungen eine positive Entwicklung für unseren Beruf zu schaffen. Es geht darum, den niedergelassenen Arzt zukunftsfähig zu erhalten."

Peter Franz, Facharzt für Allgemeinmedizin, niedergelassen in Ehringshausen:

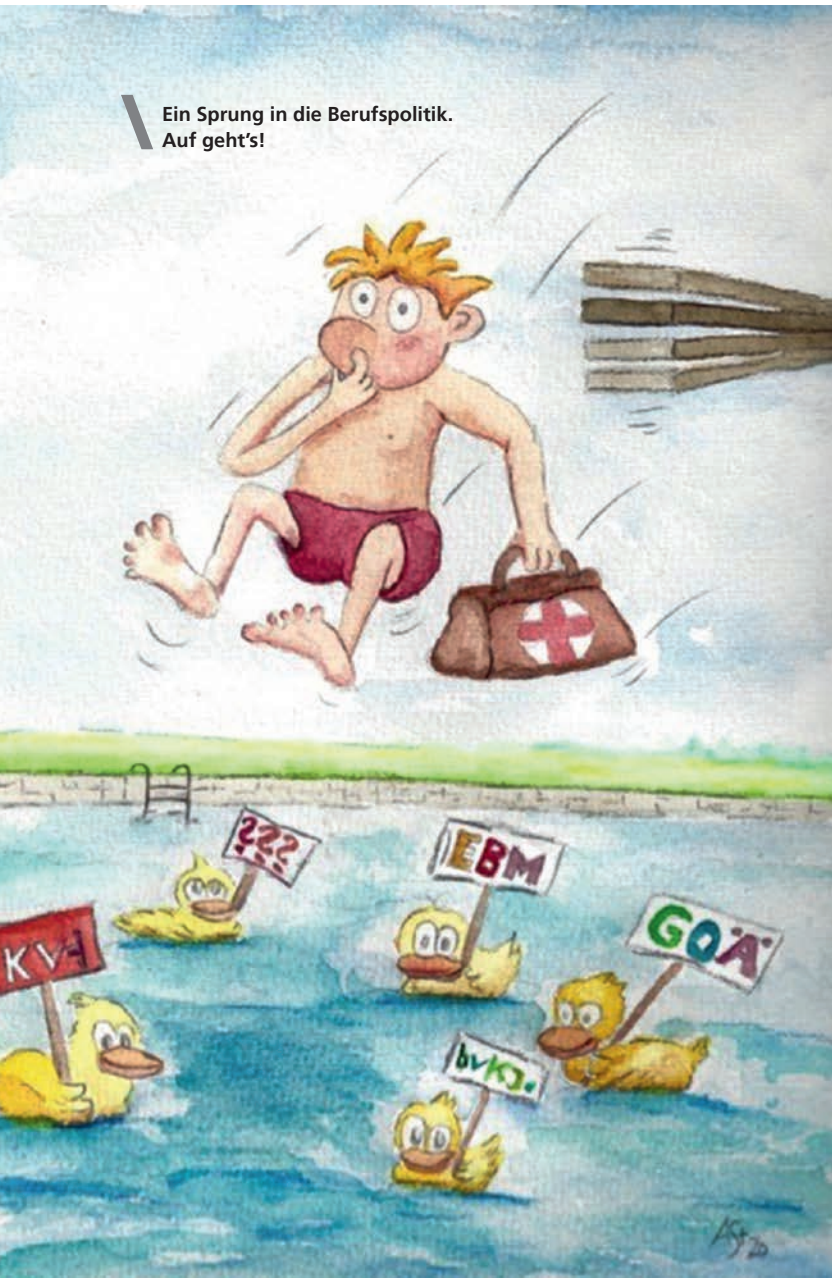
„Meine Themen für die VV sind die bisher problematische Digitalisierung unserer Arbeit mit ausschließlich Nutzen für andere (z. B. Krankenkassen) und ohne Mehrwert für Kolleginnen und Kollegen. Hier werde ich auf ein Vorgehen der KV in unserem Sinne hinarbeiten.

Das zweite große Thema ist der Landarztmangel und die damit einhergehende Überlastung. Wichtig wird hier sein, die Weiterbildung zu fördern und auch bei hausärztlich tätigen Internisten eine geförderte Weiterbildung zu nutzen, dass in den nächsten Jahren möglichst viele Kolleginnen und Kollegen die freien Arztsitze besetzen können."

Dr. med. Stefan Gerhard Grenz, M. san., Internist, Gastroenterologe, Hausarzt, niedergelassen in Königstein:

„Eigentlich alles, was mich bereits in den letzten Jahren ohne VV-Mandat berufspolitisch umtrieb: Vernünftig verordnen zu können, ohne Sorgen vor unnötigen Nachforderungen. Den Einfluss von Industrie und Politik auf unsere Praxen aktiv begrenzen. Da müssen wir vom ‚Man sollte …' zum ‚Ich werde …'.

Irgendwie zum Bürokratieabbau beitragen, irgendwie den TI-Murks begrenzen. Mich für die gleichberechtigte Zusammenarbeit und Förderung aller hausärztlich Tätigen einsetzen. Kurz: Das neue VV-Mandat sowie die Übernahme der Aufgaben von Kollegen LangHeinrich sind mir ein Doppelwumms, mit dem sich was bewegen lässt."



Ein Sprung in die Berufspolitik. Auf geht's!

Kai Hoheisel, Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie, angestellter Facharzt in der Praxis Schmidt & Biró in Höchst im Odenwald:

„Ich bin nach vielen Jahren in der Klinik seit dem 1. Januar 2021 in dieser Praxis tätig. Mit Themen der Berufspolitik beschäftige ich mich als aktives Mitglied des Marburger Bundes schon seit vielen Jahren. Mir ist es wichtig, auch der zunehmenden Anzahl angestellter Kolleginnen und Kollegen im niedergelassenen Bereich als gewählter Vertreter eine Stimme zu geben."

Petra Hummel, Fachärztin für Allgemeinmedizin, niedergelassen in Bad Homburg:

„Auch im städtischen Bereich wird die Arbeit der niedergelassenen Haus- und Fachärztinnen und -ärzte und die Praxisnachfolge immer herausfordernder. Eine Verschiebung von Praxissitzen zu Klinik- und Investoren-MVZ führt zu Mehrbelastung der grundversorgend Tätigen in allen Fachbereichen. Dieser Entwicklung möchte ich entgegenwirken und Perspektiven für uns und für die jüngeren Kolleginnen und Kollegen entwickeln. Hier sind Regresse, ambulante Weiterbildung und Arbeitsbelastung große Themen."

Dr. med. Alexander Jakob, Facharzt für Allgemeinmedizin, niedergelassen in Bad Nauheim:

„Insbesondere die Coronapandemie hat wieder äußerst deutlich gemacht, wie wichtig und unersetzbar die ambulante Versorgungsebene im Gesundheitswesen ist, ohne dass dies politisch in einer wirklichen Wertschätzung öffentlich gewürdigt wurde. Deshalb ist es mein ausdrückliches Ziel, in der Vertreterversammlung meine auch im Hausärzteverband verfolgten Ziele wie Förderung der Freiberuflichkeit und Abschaffung des Regressunwesens zu vertreten, um eine klare Zukunft für uns Niedergelassene zu haben."

Dr. med. Thomas Meyer, Facharzt für Dermatologie und Venerologie, niedergelassen in Kassel:

„Ich bin für eine Verbesserung der Honorierung der fachärztlichen Leistungen. Im budgetären Bereich sollten die Einnahmen aus dem budgetierten Bereich dem unbudgetierten Bereich angeglichen werden, um mehr Sicherheit in die Honorarplanung zu bekommen. Eine deutliche Anhebung der Honorare im Bereich Allergologie ist notwendig, um das Zusatzgebiet zu bewahren. Eine Reduktion der Bürokratie in allen Praxen ist ein besonderes Ziel."

Dr. med. Elke Neuwohner, Fachärztin für Allgemeinmedizin, niedergelassen in Dreihausen/Ebsdorfergrund:

„Ich möchte dazu beitragen, die Vereinbarkeit von Familie und Beruf weiter zu verbessern. Wir müssen Sorge tragen, Menschen auch mit kleineren Kindern Lust auf die selbstständige Arbeit in der eigenen Praxis zu machen. Die Arbeit in der Selbstständigkeit darf nicht zulasten der eigenen Gesundheit gehen. Dafür ist es wichtig, dass unsere Arbeit besser wertgeschätzt wird, Bürokratie reduziert wird und die Digitalisierung so umgesetzt wird, dass sie die Arbeit erleichtert."

Doris Salmen, psychotherapeutisch tätige Ärztin, niedergelassen in Frankfurt:

„Die sprechende Medizin als zentraler Bestandteil allen ärztlichen Verstehens und Handelns steht im Zentrum meines Engagements. Dies gilt sowohl für die Richtlinien-Psychotherapie als auch für die psychosomatische Grundversorgung und das ärztliche Gespräch in allen Fachrichtungen.

Die ärztlichen Bemühungen um eine gelingende Arzt-Patient-Beziehung müssen ausreichend gewürdigt und honoriert werden."

Dipl.-Soz. Päd. Ariadne Sartorius, Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeutin, niedergelassen in Frankfurt:

„Ich möchte mich dafür einsetzen, dass die freie Psychotherapeut*innenwahl erhalten bleibt. Weiterhin muss die Steuerung in der Hand der Behandler*innen verbleiben und darf nicht durch andere politische Akteure übernommen werden.

Als KJP ist mir besonders die Versorgung von Kindern und Jugendlichen ein Anliegen. Es müssen zudem bei der Einführung der ePA für Kinder und Jugendliche der Datenschutz und die Einhaltung von Rechten von Kindern und Jugendlichen gewährleistet sein."

Dr. med Anne-Rose Schardt, Fachärztin für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, niedergelassen in Taunusstein:

„Als Mitglied der Liste der Fachärztinnen und Fachärzte Hessen ist es mir wichtig, dass die Weiterbildungsordnung auch den Bereich von uns Niedergelassenen er-/umfasst. Die Vereinbarkeit von Beruf und Familie ist mir ein großes Anliegen. Wichtiges Thema ist und bleibt die Honorarverteilung. Nachhaltigkeit zu leben, umzusetzen im täglichen Leben – sei es in der Praxis oder berufspolitisch – ist ein großes Ziel."

Johannes Schmidt, Facharzt für Urologie, niedergelassen in Oberursel:

„Ich möchte die fachlichen Kompetenzen erhalten und den Abbau der ärztlichen Leistungen verhindern. Das kann nur durch adäquate Vergütung geschehen. Gleiches Geld für gleiche Leistung, die Budgetierung in der Praxis führt weiter zur Reduktion unserer medizinischen Möglichkeiten, wir brauchen eine faire Regelung zur Vergütung. Die Arztpraxis als kleine wirtschaftliche Einheit kann nur erhalten bleiben, wenn diese Hürden fallen. Ich freue mich auf die nächsten Jahre, denn als junger Arzt in der Niederlassung habe ich Interesse, auch meine Zukunft zu gestalten."

Dipl.-Psychologe Mathias Schuch, Psychologischer Psychotherapeut, Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeut für Verhaltenstherapie, niedergelassen in Offenbach-Stadt:

„Meine Erfahrungen aus der QM-Kommission der KV Hessen und als QEP-Visitor in der KBV Berlin möchte ich innovativ und konstruktiv in die Vertreterversammlung einbringen. Die Förderung der Anstellung von PP/KJP in der ambulanten Weiterbildung sowie eine angemessene Versorgung von Kindern und Jugendlichen, vor allem aus sozialen Problemlagen, sind mir ein großes Anliegen. Die gesetzlichen Möglichkeiten, die im Falle von Unterversorgung vorgesehen sind, sollten dabei unbedingt genutzt werden."

Susanne Sommer, Fachärztin für Allgemeinmedizin und Chirotherapie, niedergelassen in Mücke-Ruppertenrod und Zweigpraxis in Ulrichstein-Bobenhausen:

„Im ländlichen Bereich wird der Landarztmangel immer deutlicher, viele Arztsitze können nicht mehr besetzt werden. Die Tätigkeit des niedergelassenen Arztes muss wieder attraktiver werden. Themen wie Regresse, eine unausgereifte Digitalisierung unserer Praxen, eine weiter ansteigende Arbeitsbelastung, aber auch die Weiterbildung im ambulanten Bereich, Vereinbarkeit von Familie und Beruf sowie die Wertschätzung unserer Tätigkeit sind für mich persönlich ein wichtiges Anliegen."

Dr. med. Andreas Stumpf, Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin, niedergelassen in Kriftel:

„Die Infektwelle in diesem Winter führt uns vor Augen, wie sehr die medizinische Versorgung von Kindern und Jugendlichen gefährdet ist. Das wird angesichts demografischer Entwicklungen und einer schwindenden Bereitschaft zur Selbstaufopferung junger Ärztinnen und Ärzten nicht besser. Ich möchte mitwirken, dass eine selbstbewusste Delegiertenversammlung zukunftsfähige Konzepte einer ambulanten Versorgung in der Niederlassung entwickelt."

Dr. Johann Trutz, Facharzt für Allgemeinmedizin, niedergelassen in Darmstadt:

„Ich engagiere mich für die Sicherstellung der ambulanten hausärztlichen Versorgung unter Anpassung an die aktuellen Rahmenbedingungen unserer Zeit. Daher liegt mir auch die Weiterbildung junger Kolleg:innen am Herzen, damit die hausärztliche Versorgung unserer Patienten auch in Zukunft durch Fachärzte für Allgemeinmedizin geregelt ist."

Dr. med. Christoph Weber, Facharzt für Innere Medizin und Gastroenterologie, niedergelassen in Königstein:

„Als Internist mit Schwerpunkt Gastroenterologie verstehe ich mich als einen Vertreter des großen Faches der Inneren Medizin mit Schnittstellen mit allen Fächern der Medizin. Ich stehe für eine qualitativ hochwertige Medizin ein, deren Rahmenbedingungen gestärkt werden müssen. Die ambulante Medizin stellt die entscheidende Kraft für die Bewältigung der Zukunftsaufgaben dar. Ich werde mich dafür einsetzten, die Möglichkeiten des Ambulanten Operierens (Stichwort: AOP-Katalog) voranzubringen."

Dr. med. Philipp Weisser, Facharzt für Radiologie, niedergelassen in Offenbach am Main:

„Ich freue mich auf die inter- und supradisziplinäre Berufspolitik. Als Radiologe vertrete ich ein Querschnittsfach, das vom Dialog lebt und Fach- und Allgemeinärzte gleichermaßen in der Versorgung unterstützt. Die ‚hessischen Verhältnisse' helfen uns ungemein: Die Ärztevertretung ist – bei allen notwendigen Fachinteressen – im kollegialen Miteinander füreinander vereint, sodass sich Kassen und Politik nicht mehr auf interne Streitigkeiten verlassen können, um uns gegeneinander auszuspielen."

Ärztliche Diagnostik bei der Verordnung von Logopädie

Welche Rolle spielt die ärztliche Diagnostik bei der Verordnung von Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie (SSSST)? Diese Frage stellt sich sowohl vor Beginn als auch während einer Behandlung. Damit diese Entscheidungsfindung künftig besser funktionieren kann, haben wir Informationen für die SSSST gemäß der Heilmittel-Richtlinie (HeilM-RL) zusammengefasst.

Grundlage für die Verordnung eines Heilmittels bildet in der Regel die ausführliche ärztliche Untersuchung. Laut § 6a der HeilM-RL ist die Durchführung diagnostischer Maßnahmen vor Beginn und/oder während einer laufenden Behandlung vorgesehen (jeweils separat für SSSST, podologische Therapie und Ernährungstherapie):

- Vor der erstmaligen Verordnung von Heilmitteln ist eine Eingangsdiagnostik notwendig.
- Bei der Eingangsdiagnostik sind diagnostische Maßnahmen durchzuführen, zu veranlassen oder zeitnah erhobene Fremdbefunde heranzuziehen, um einen exakten Befund zu funktionellen oder strukturellen Schädigungen zu erhalten.
- Sind weitere diagnostische Maßnahmen zu veranlassen oder Fremdbefunde einzuholen, so kann dennoch eine Therapie begonnen beziehungsweise fortgeführt werden.

- Vor weiteren Verordnungen ist zu prüfen, ob eine erneute schädigungsabhängige Erhebung des aktuellen Befundes erforderlich ist. Dabei können auch Fremdbefunde berücksichtigt werden. Weitere Befundergebnisse sollen auf dem Verordnungsvordruck angegeben werden, sofern sie für die Heilmitteltherapie relevant sind.

Eine zielgerichtete ärztliche Diagnostik soll dazu beitragen, das oder die geeigneten Heilmittel auszuwählen. Hierbei bewegt sich die ärztliche Verordnung im Spannungsfeld zwischen einer möglichst schnellen Genesung der Patientinnen und Patienten und der Wirtschaftlichkeit der einzuleitenden Maßnahmen und Behandlungen.

Merke: Nicht immer ist es zwingend notwendig, alle Möglichkeiten der diagnostischen Maßnahmen auszuschöpfen. Die HeilM-RL bietet hierfür eine Hilfestellung an, die den diagnostischen Pfad erleichtern kann. Von einer zielgerichteten diagnostischen Untersuchung profitieren sowohl die Patientinnen und Patienten als auch die Therapeutinnen und Therapeuten, da die Ergebnisse direkt in die Therapie einfließen und schneller mit der geeigneten Therapie begonnen werden kann.

Fallbeispiel 1
Junge Eltern suchen aufgrund einer Sprachentwicklungsverzögerung (F80.8) mit ihrem Kind im Vorschulalter eine Ärztin auf. Die Ärztin führt eine Fremdanamnese über die Eltern und eine körperliche Untersuchung des Kindes durch.

Fallbeispiel 2
Eine Patientin mit der Diagnose Schlaganfall (I64), die bereits seit der Entlassung aus der Reha durch einen Arzt betreut wird, möchte nun im Rahmen ihres Genesungsprozesses eine umfassende therapeutische Begleitung erhalten. Auch hier kann die Versorgung Verordnungen für eine SSSST beinhalten.

Die allgemeinen Ausführungen zur Diagnostik nach § 6a HeilM-RL werden für die SSSST in § 34 HeilM-RL konkretisiert.

So stehen bei dem Vorschulkind (Fallbeispiel 1) folgende Optionen für eine Eingangsdiagnostik zur Verfügung:
- Tonaudiogramm
- Organbefund
- Sprachstatus

Als weiterführende Diagnostik kommen infrage:
- Entwicklungsdiagnostik
- zentrale Hördiagnostik
- neuropädiatrische oder neurologische Untersuchungen
- Sprach- und Sprechanalyse
- Aachener Aphasietest (AAT)

Bei der Schlaganfallpatientin (Fallbeispiel 2) kann davon ausgegangen werden, dass die Eingangsdiagnostik in der Regel schon im stationären Umfeld durchgeführt wurde. Möglichkeiten für die weiterführende Diagnostik bei der Sprachtherapie Erwachsener sind:
- Hirnleistungsdiagnostik
- audiologische Diagnostik
- neurologische Untersuchungen
- Sprachanalyse
- Aachener Aphasietest (AAT)

Die Entscheidung, welche dieser diagnostischen Maßnahmen angewendet wird, obliegt dem Verordnenden und ist immer an die individuelle Symptomatik der Patientin oder des Patienten anzupassen.

Als therapeutische Maßnahme ist im Fall des Vorschulkindes (Fallbeispiel 1) eine Verordnung mit der Diagnosegruppe SP1 (Störungen der Sprache vor Abschluss der Sprachentwicklung) und zehn Einheiten „Sprechtherapie 45 Minuten" je Verordnung zweckmäßig.

Bei der Schlaganfallpatientin (Fallbeispiel 2) fällt die Auswahl auf die Diagnosegruppe SP5 (Aphasien

und Dysphasien) und 20 Einheiten „Sprachtherapie 45 Minuten“ je Verordnung.

Bitte beachten: Die HeilM-RL schreibt bei der Diagnosegruppe SP2 (Störungen der auditiven Wahrnehmung) diagnostische Maßnahmen zwingend vor. Hier sind Heilmittel nur aufgrund einer neuropsychologischen Untersuchung und zentralen Hördiagnostik verordnungsfähig.

Darüber hinaus ist zu beachten, dass physiologische Sprechunflüssigkeiten (= kindliches Stottern, das häufig im Alter von zwei bis fünf Jahren auftritt) keine Indikation für eine Sprechtherapie darstellen (siehe Diagnosegruppe RE1).

FAZIT

Für eine zielgerichtete ärztliche Diagnostik, die gemäß HeilM-RL vor und/oder während einer logopädischen Behandlung durchzuführen ist, existieren zahlreiche, in der HeilM-RL abgebildete Maßnahmen. Die Diagnostik kann im Verordnungsprozess dazu beitragen,

- die eigene Diagnose abzusichern,
- die tatsächliche Notwendigkeit eines Heilmittels zu ermitteln und damit die Entscheidungsfindung für die Verordnung geeigneter Therapiemaßnahmen positiv zu unterstützen,
- die von den Therapeutinnen und Therapeuten zu erbringende Leistung spezifischer festzulegen und
- schnellere Therapieerfolge zu erzielen.

Sie haben Fragen zu dem Thema? Dann informieren Sie sich vorab per Mail unter **verordnungsanfragen@kvhessen.de** oder rufen Sie das Team Arznei-, Heil- und Hilfsmittel an unter **069 24741-7333**.

MEHR SPRACHSTÖRUNGEN BEI KINDERN UND JUGENDLICHEN

Bei fast 105.000 Kindern und Jugendlichen (u18) wurde in 2021 eine umschriebene Entwicklungsstörung des Sprechens und der Sprache (ICD-10-GM F80.-, gesichert) festgestellt. Gegenüber 2019, dem Jahr vor der Pandemie, ist dies hessenweit ein Anstieg um sieben Prozent.

Dieser Beitrag wurde mit freundlicher Genehmigung von Autor, Verlag und Herausgeber des Verordnungsforum 61 der KV Baden-Württemberg und in Abstimmung mit den Landesverbänden der Krankenkassen und des Medizinischen Dienstes Baden-Württemberg übernommen. Er wurde angepasst für die Mitglieder der KVH.

Literatur: G-BA Richtlinie über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Heilmittel-Richtlinie/HeilM-RL), https://www.g-ba.de/richtlinien/12/ (Zugriff am 09.03.2022)

Leistungen bei Patientinnen und Patienten der HzV kennzeichnen

Rechnen an der Hausarztzentrierten Versorgung (HzV) teilnehmende Hausärztinnen und Hausärzte Leistungen außerhalb des HzV-Vertrags bei Patientinnen und Patienten über die Quartalsabrechnung bei der KVH ab, müssen sie dies im Behandlungsschein kennzeichnen. Wie das geht, erfahren Sie hier.

Die gesetzlichen Krankenkassen bieten ihren Versicherten Hausarztprogramme an. Hausärztinnen und Hausärzte sowie Versicherte können an einem solchen HzV-Programm freiwillig teilnehmen. Die Programme haben das Ziel, dass Hausärztinnen und Hausärzte ihre Patientinnen und Patienten besser durch das Gesundheitssystem lotsen, indem sie Behandlungen koordinieren und so die sektorenübergreifende Versorgung verbessern. Vertragspartner sind die Hausärztliche Vertragsgemeinschaft AG (HÄVG), regionale Hausärzteverbände sowie Krankenkassen. Diese sind Ihre Ansprechpartner bei allen Fragen rund um die HzV-Leistungen. Die KVH ist derzeit nicht als Vertragspartnerin involviert.

Der Leistungsumfang in der HzV richtet sich nach dem „EBM-Ziffernkranz" eines jeden HzV-Vertrags und den darin hinterlegten Pauschalen sowie Einzelleistungen. In Hessen rechnen Ärztinnen und Ärzte, die einen HzV-Versicherten behandeln, diese Leistungen direkt mit der Krankenkasse ab.

Erbringen Praxen Leistungen außerhalb dieses Ziffernkranzes, erfolgt die Abrechnung in Hessen über die KVH. Praxen übermitteln ihre HzV-Fälle hierbei mit der Quartalsabrechnung und müssen diese als solche kennzeichnen.

LEISTUNGEN RICHTIG KENNZEICHNEN

Ärztinnen und Ärzte kennzeichnen Fälle mit Leistungen mit einem Arzt-Patienten-Kontakt (APK) bei HzV-Teilnehmenden immer einmal im Behandlungsfall mit der GOP 99980. Die hessenspezifische GOP stellt eine Kennzeichnung für Arzt-Patienten-Kontakte (APK) oder Besuchsleistungen dar. Finden mehrere Kontakte im Rahmen der HzV-Behandlung statt, ist gegenüber der KVH keine weitere Angabe erforderlich. Werden Leistungen erbracht, die nicht durch den Ziffernkranz des HzV-Vertrags abgedeckt sind, rechnen Ärztinnen und Ärzte diese am entsprechenden Behandlungstag ab (zum Beispiel Impfungen).

Die Erfordernis der Kennzeichnung ergibt sich aus der Nr. 11 der Präambel 3.1 des EBM.

Bei der Kennzeichnung beachten Ärztinnen und Ärzte diese Punkte:

- Die eingereichten HzV-Fälle kennzeichnen Praxen mit der hessenspezifischen GOP 99980 (Kennzeichnung für APK oder Besuchsleistungen).
- Bei Fällen im Rahmen von Selektivverträgen mit kollektivvertraglicher Abrechnung oder bei der Veranlassung von Laborleistungen ohne Berechnung von Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale im Fall (für Zuteilung Wirtschaftlichkeitsbonus GOP 32001) kennzeichnen Praxen die Leistungen mit der GOP 88192.
- Bei Selektivverträgen (Voraussetzung für die Abrechnung der GOP 03060, GOP 03062 und GOP 03063 – Leistungen von nichtärztlichen Praxisassistentinnen und-assistenten) kennzeichnen Praxen die Fälle mit der GOP 88194.

Hier ein Beispiel, wenn die Gesundheitsuntersuchung im Ziffernkranz des HzV-Vertrags aufgeführt ist und die Beratung zur Organ- und Gewebespende sowie die Influenza-Impfung nicht enthalten sind.

Ein 60-jähriger HzV-Patient kommt für die Gesundheitsuntersuchung (GOP 01732) in Ihre Praxis. Er hat im Rahmen des HzV-Vertrags alle zwei Jahre Anspruch auf die Untersuchung. Sie rechnen diese direkt mit der Krankenkasse ab. Sie beraten ihn außerhalb des Vertrags über die Organ- und Gewebespende (GOP 01480) und rechnen die Leistung über die KVH ab. Später im Quartal kommt er in Ihre Praxis und wird gegen Influenza (GOP 89111) geimpft.

Behandlungstag:
03.02.2023: GOP 99980, GOP 01480
10.02.2023: GOP 89111

Derselbe Patient kommt im Folgequartal, um sich gegen Herpes Zoster impfen zu lassen (GOP 89128A). Die Impfung ist nicht im Vertrag inbegriffen.

Behandlungstag:
03.04.2023: GOP 88192, GOP 89128A

Eine Übersicht zu den hessenspezifischen GOP finden Sie unter **kvh.link/p23026**

CHRISTINE SCHNEIDER

„Papa, du bist doch nicht schwanger“

Kampagne in Hausarztpraxen informiert über Beratungs- und Lernangebote für Patientinnen und Patienten mit geringer Lesekompetenz.

In Deutschland können 6,2 Millionen deutschsprachige Erwachsene nicht oder nur auf niedrigstem Niveau lesen und schreiben. Sie gelten als gering literalisiert. Studien zeigen zudem, dass gering literalisierte Erwachsene häufiger zum Arzt gehen als der Bevölkerungsdurchschnitt. Sie sehen Arzttermine als besonders verbindlich an. Ärztinnen und Ärzte als Vertrauenspersonen sind deshalb besonders gut geeignet, auch geringe Literalität anzusprechen und Betroffene auf Beratungs- und Lernangebote hinzuweisen.

In der Kampagne zum Weltalphabetisierungstag gibt es bundesweit für Hausarztpraxen Plakate, Flyer und Postkarten mit Informationen zu Hilfs- und Lernangeboten. Ärztinnen und Ärzte werden zudem informiert, wie sie Erwachsene mit Lese- und Schreibschwierigkeiten erkennen, ansprechen und ermutigen können, ihre Lesekompetenz zu verbessern. Die Kampagne ist Teil der Nationalen Dekade für Alphabetisierung und Grundbildung 2016 – 2026 (AlphaDekade).

Gelingt es, Lese- und Schreibkompetenzen gering literalisierter Erwachsener zu verbessern, könnten sie in den Praxen auch Patientenfragebögen besser ausfüllen.

BMBF

INTERESSIERT AN MATERIALIEN FÜR IHR WARTEZIMMER?

Arztpraxen können Plakate, Flyer und Postkarten bestellen über

partner@mein-schluessel-zur-welt.de

030 818777-170

030 818777-125

www.mein-schlüssel-zur-welt.de
(Klicken Sie auf „Helfen/Informationen für Ärztinnen und Ärzte“)

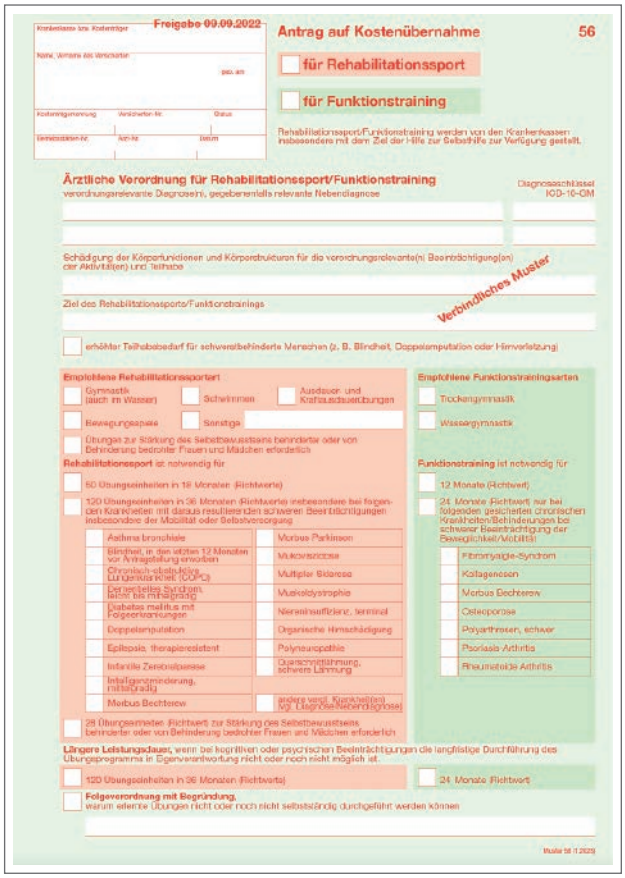
DIAGNOSTIZIERTE LESESCHWÄCHE IN ZAHLEN

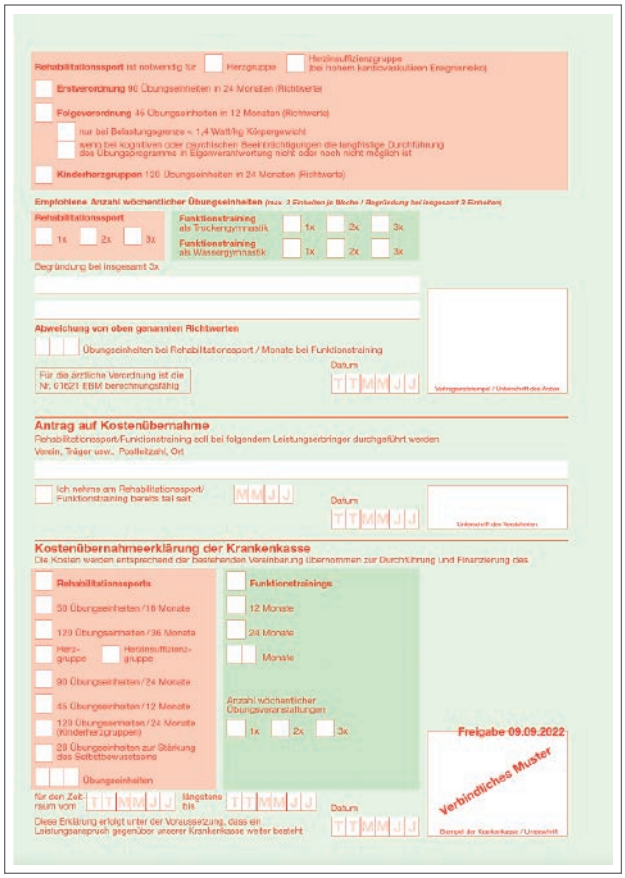
Bei mehr als 9.200 Patientinnen und Patienten wurde 2021 in Hessen eine gesicherte Lese- und Rechtschreibstörung (ICD-10-GM F81.0) diagnostiziert. Knapp über 30 Prozent davon sind über 18 Jahre alt.

Neue PraxisInfo „Reha-Sport“ erschienen

Seit 1. Januar 2023 gelten neue Regelungen für die Verordnung von Reha-Sport. Praxen müssen dann unter anderem auch ein neues Formular 56 verwenden, denn das bisherige verliert seine Gültigkeit. Hintergrund ist die 2022 in Kraft getretene neue Rahmenvereinbarung mit der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR-Rahmenvereinbarung). Die Änderungen betreffen unter anderem die Angabe von Diagnosen auf dem Formular 56 und die Verordnung von Herzsport bei Herzinsuffizienz. Weitere Infos unter **kvh.link/p23027**

KBV





Dies ist das gültige Reha-Sport-Formular 56.

Fördergelder für Weiterbildung erhöht

Seit Januar 2023 erhalten geförderte Weiterbildungspraxen eine höhere Fördersumme für ihre Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung (ÄiW). Dafür wurde die Bundesvereinbarung zur Förderung der Weiterbildung angepasst.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung, der GKV-Spitzenverband und die Deutsche Krankenhausgesellschaft haben eine Änderung der Bundesvereinbarung zur Förderung der Weiterbildung gemäß § 75a SGB V mit Wirkung zum 1. Januar 2023 beschlossen. Die neue Bundesvereinbarung und die hessischen Richtlinien zur Förderung der allgemeinmedizinischen und der weiteren fachärztlichen Weiterbildungen regeln auf dieser gesetzlichen Grundlage die Details der Umsetzung hierzu.

Geändert wurde die Höhe des Förderbetrages von bislang 5.000 € auf 5.400 € pro Monat und Vollzeittätigkeit der ÄiW, die die Weiterbildungspraxen erhalten. Diese 5.400 € sind mindestens als Bruttogehalt in voller Höhe an die ÄiW zu zahlen und im vierten und fünften Jahr der Weiterbildung auf das im Krankenhaus übliche Tarifniveau anzuheben. Grundlage hierfür ist der Tarifvertrag für Ärzte der Vereinigung kommunaler Arbeitgeberverbände (TV-Ärzte/VKA), Entgeltgruppe I der Stufen 1–5, in der jeweils aktuellen Version. Die Weiterbildungspraxen haben darüber hinaus die auf die als Arbeitgeber entfallenden Sozialabgaben zu übernehmen.

ENTGELTTABELLE AB DEM 01.10.2021

Entgelttabelle VKA						
Entgeltgruppe	**Stufe 1**	**Stufe 2**	**Stufe 3**	**Stufe 4**	**Stufe 5**	**Stufe 6**
I	4.852,02	5.127,08	5.323,50	5.663,98	6.069,96	6.236,95
	Mindestens 5.400 € sind als Bruttogehalt zu zahlen.			Mindestens der Tarifbetrag je Stufe ist als Bruttogehalt zu zahlen.		

INFOBOX

Richtlinie zur Förderung der Weiterbildung Allgemeinmedizin:
kvh.link/p23028

Richtlinie zur Förderung weiterer fachärztlicher Weiterbildungen:
kvh.link/p23029

WEITERBILDUNGSPRAXEN MÜSSEN NICHTS WEITER TUN!

Die KV Hessen hat alle betroffenen also die aktiven Weiterbildungspraxen und Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung, über die Erhöhung des Förderbetrags im Januar per Mail oder postalisch informiert. Darüber hinaus wurde über diverse Newsletter und Social-Media-Kanäle der KV Hessen über die Änderung informiert. Die Anpassung des Förderbetrags erfolgte automatisch und wurde bereits mit der Auszahlung Ende Januar umgesetzt.

Diese und alle weiteren Förderbedingungen sowie die Möglichkeiten zur Beantragung einer Förderung können Sie auf unserer Homepage nachlesen und sich dort auch die erforderlichen Anträge und Merkblätter herunterladen. Und selbstverständlich stehen wir Ihnen für alle Fragen rund um die Themen Weiterbildung Allgemeinmedizin und Fachärzte sowie Förderung der Weiterbildung wie gewohnt gerne zur Verfügung.

PATRICK ZUBER

Bei Fragen zu den Fördermöglichkeiten und deren Beantragung wenden Sie sich bitte an das Team Förderung Weiterbildung:
069 24741-7050
foerderung-allgemeinmedizin@kvhessen.de
foerderung.fachaerzte@kvhessen.de
kvh.link/p23030

Bei Fragen zur Weiterbildung Allgemeinmedizin wenden Sie sich bitte an die Koordinierungsstelle Weiterbildung Allgemeinmedizin:
069 24741-7227
koordinierungsstelle@kvhessen.de
kvh.link/p23031

Bei Fragen zur Weiterbildung weiterer Fachärzte wenden Sie sich bitte an das Ärztliches Kompetenzzentrum Hessen:
069 24741-7191
aerzte-fuer-hessen@kvhessen.de
kvh.link/p23032

Qualitätsmanagement genießt hohen Stellenwert

Vertragsärzte und -psychotherapeuten sind verpflichtet, ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement (QM) einzuführen und weiterzuentwickeln. Es geht dabei um eine patientenorientierte Prozessoptimierung und größtmögliche Patientensicherheit. Umso erfreulicher ist es, dass QM bei niedergelassenen Ärzten und Psychotherapeuten eine hohe Priorität besitzt. Erfahren Sie hier, wie die elfte Erhebung dazu ausfällt.

Die QM-Richtlinie sieht vor, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen alle zwei Jahre mittels einer Stichprobe erheben, wie die verschiedenen Instrumente und Methoden des QMs in den Praxen und Medizinischen Versorgungszentren umgesetzt werden. Dafür wurden für das Berichtsjahr 2021 vier Prozent der vertragsärztlichen und vertragspsychotherapeutischen Einrichtungen von den jeweiligen kassenärztlichen Vereinigungen zufällig ausgewählt und in schriftlicher Form über den Umsetzungsstand ihres einrichtungsinternen QMs befragt. Die Ergebnisse der Stichprobenerhebungen in den 17 kassenärztlichen Regionen werden an die KBV übermittelt, welche wiederum an den G-BA berichtet. Die elfte Erhebung zum QM umfasste bundesweit eine Stichprobe von ~3.500 Vertragsärzten und -psychotherapeuten, hiervon sind 301 Einrichtungen aus der KV-Region Hessen. Die Daten wurden im Zeitraum von Januar bis März 2022 erhoben, mit einer Rückmeldequote von bundesweit ~94 Prozent.

Es lässt sich erfreulicherweise feststellen, dass vor allem die komplexen und patientensicherheitsrelevanten Anwendungsbereiche, wie die **Arzneimitteltherapiesicherheit, das Hygienemanagement** oder **Notfallmanagement**, aber auch Methoden bzw. Instrumente wie **Fehlermanagement und Teambesprechungen** Spitzenwerte erreichen. Dies belegt, dass die QM-Instrumente in den Einrichtungen bundesweit umfassend angewendet werden, trotz unterschiedlicher Voraussetzungen und struktureller Bedingungen in den Bundesländern. Leichtes Verbesserungspotenzial besteht in den Bereichen Patientenbefragungen, Erhebung des Ist-Zustands/Selbstbewertungen und dem Schmerzmanagement. Der vollständige Bericht der KBV mit Grafiken zum Umsetzungsstand der einzelnen Instrumente und Methoden sowie Anwendungsbereiche der QM-Richtlinie befindet sich auf der Homepage der KBV unter: **kvh.link/p23033**.

EIN BLICK AUF DIE BUNDESWEITEN STICHPROBENERGEBNISSE

KV HESSEN	Anzahl (n)	angewendet (absolut und %)	
Methoden und Instrumente			
Messen und Bewerten von Qualitätszielen	301	241	80 %
Erhebung des Ist-Zustandes und Selbstbewertung	291	184	63 %
Regelung von Verantwortlichkeiten und Zuständigkeiten	195	169	87 %
Prozess- bzw. Ablaufbeschreibungen	301	270	90 %
Schnittstellenmanagement	301	253	84 %
Checklisten	301	273	91 %
Teambesprechungen	195	193	99 %
Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen	195	169	87 %
Patientenbefragungen	293	173	59 %
Mitarbeiterbefragungen	184	157	85 %
Beschwerdemanagement	301	211	70 %
Patienteninformationen und -aufklärung	293	284	97 %
Risikomanagement	301	221	73 %
Fehlermanagement	301	297	99 %
Anwendungsbereiche			
Notfallmanagement	301	274	91 %
Hygienemanagement	301	300	100 %
Arzneimitteltherapiesicherheit	169	165	98 %
Schmerzmanagement	293	109	37 %
Maßnahmen zur Vermeidung von Stürzen bzw. Sturzfolgen	293	233	80 %
Prävention von und Hilfe bei Missbrauch und Gewalt	276	215	78 %

Tabelle 9: Umsetzungsstand KV Hessen: Instrumente und Methoden sowie Anwendungsbereiche

Abbildung: Umsetzungsstand Methoden und Instrumente des QMs nach KV-Regionen

INFOBOX

Die Stichprobenerhebung zum Umsetzungsstand des einrichtungsinternen QMs 2021 auf einen Blick:

– Darlegung: bundeseinheitlich mit einem standardisierten Erhebungsbogen in allen 17 Kassenärztlichen Vereinigungen

– Stichprobenziehung: vier Prozent zufällig ausgewählte an der vertragsärztlichen und vertragspsychotherapeutischen Versorgung teilnehmende Einrichtungen

– Erhebungszeitraum: Januar bis März 2022 in elektronischer Form über das QM-Webportal der KBV

– Rücklaufquote der Erhebungsbögen: 94 Prozent

QM-SERVICEANGEBOTE DER KV HESSEN

Das gute Ergebnis der Stichprobenerhebung ist auch auf die vielfältigen Services und Unterstützungsangebote der Kassenärztlichen Vereinigungen zurückzuführen. So bietet die KVH neben **Beratungen** zum QM diverse **kostenfreie Veranstaltungen** für ärztliche und psychotherapeutische Einrichtungen an. Die Veranstaltungstermine finden Sie unter **kvh.link/p23034** (Fortbildungsprogramm 2023). Außerdem unterstützt die KVH kostenfrei bei der Durchführung und Auswertung von **Patientenbefragungen**. Ebenso werden interessierte Praxen beim Aufbau und der Pflege des internen QM-Systems QEP – Qualität und Entwicklung in Praxen®, das speziell von den KVen und der KBV für den niedergelassenen Bereich entwickelt wurde, im Rahmen eines Projektes umfassend begleitet. Nach den Ergebnissen der Stichprobenerhebung 2021 nutzen in Hessen mehr als 60 Prozent der befragten Ärzte und Psychotherapeuten erfolgreich das QM-System QEP®.

JAN MARTENS

Gerne steht Ihnen das Team Qualitäts- und Veranstaltungsmanagement der KVH bei Fragen zur Einführung, Umsetzung und Weiterentwicklung des QM kostenfrei zu Verfügung.

Außerdem freuen wir uns über Wünsche, Anregungen und Verbesserungsvorschläge von Ihnen zum QM-Serviceangebot der KVH.

069 24741-7551
069 24741-68841 (Fax)
qm-info@kvhessen.de
kvh.link/p23035

Förderung für Studierende verlängert!

Gute Nachrichten: Die Förderung von Famulaturen in hessischen Praxen und Gesundheitsämtern und auch die Förderung von Abschnitten im Praktischen Jahr (PJ) in Hausarztpraxen wurden um jeweils zwei Jahre verlängert.

595 € pro Monat – diese Summe können Medizinstudierende auch in Zukunft als Förderung erhalten, wenn sie ihre Famulatur oder ihr PJ in Hessen absolvieren.

ERFOLGSMODELL: FÖRDERUNG FAMULATUR

Das Land Hessen hat gemeinsam mit der KV Hessen die Verlängerung der Förderung der Famulatur bis zum 31.12.2024 beschlossen. Demnach ist die Förderung in allen hessischen Praxen, die allgemeinmedizinisch, hausärztlich-internistisch oder -pädiatrisch tätig sind, möglich, sofern die Praxis in einer Stadt bis maximal 25.000 Einwohner liegt. Darüber hinaus können auch Famulaturen in ausgewählten Gesundheitsämtern gefördert werden. Wichtig ist, dass der oder die Studierende an einer deutschen Universität für Medizin eingeschrieben ist und der Antrag vor Aufnahme der Famulatur gestellt wird. Seit 2018 fördern das Land Hessen und die KVH gemeinsam die Famulatur und leisten einen wichtigen Beitrag, um Studierenden erstmalige Erfahrungen im ländlichen hausärztlichen Bereich zu ermöglichen.

ERFOLGSMODELL: FÖRDERUNG PJ

Darüber hinaus fördert die KVH ebenfalls bis zum 31.12.2024 auch weiterhin PJ-Abschnitte in hessischen Praxen, die als akademische Lehrpraxis anerkannt sind. Welche Praxen das sind, finden Sie unter **kvh.link/p23036**. Im Rahmen des PJ-Tertials können die Studierenden, die an einer deutschen Universität immatrikuliert sein müssen, mit 2.380 € für die viermonatige Tätigkeit gefördert werden. Die PJ-Förderung geht inzwischen ins siebte Jahr, wird von Studierenden seit Beginn gerne in Anspruch genommen und bildet eine wichtige finanzielle Unterstützung während des PJ.

HENNING SCHETTULAT

Weitere Informationen finden Sie unter **kvh.link/p23037**.

HABEN SIE FRAGEN?

Das Team Förderung Weiterbildung hilft Ihnen gerne weiter.

069 24741-6695

foerderung.famulatur@kvhessen.de und foerderung.pj@kvhessen.de

SERIE: KRANKHEITSBILD IM DETAIL

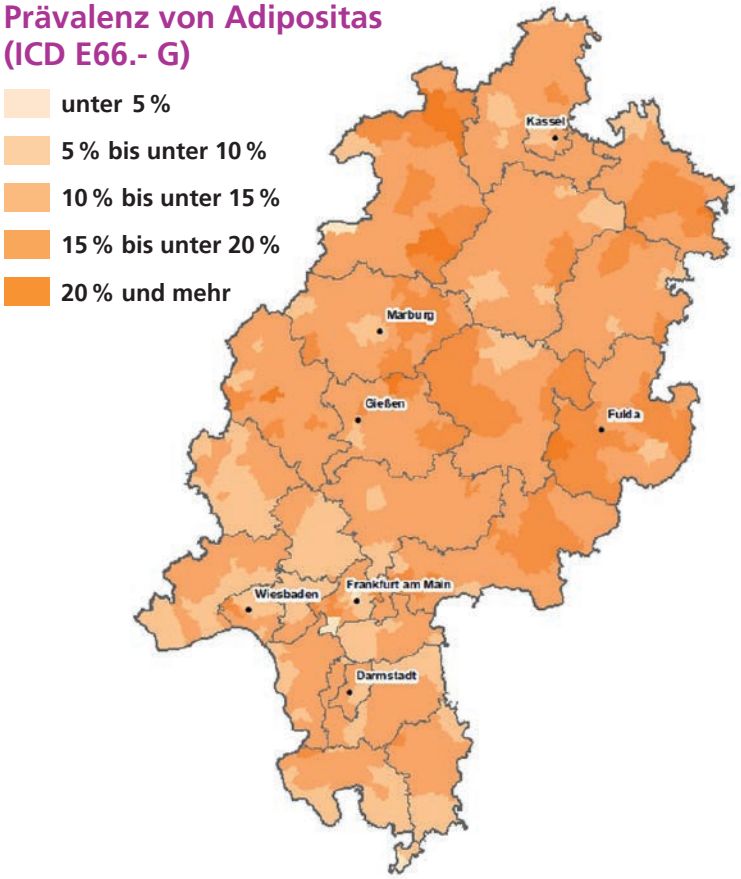
Adipositas

In 2021 wurde in Hessen bei etwas mehr als **590.000 Patientinnen und Patienten** gesichert Adipositas diagnostiziert, dabei sind Kinder und Jugendliche sowie Patientinnen und Patienten über 60 Jahre etwa sexuell paritätisch betroffen, während bei den sogenannten „Midagern“ (20 bis unter 60 Jahre) **etwa 3,5 Prozent mehr Frauen als Männer von Adipositas** betroffen sind.

Diagnosehäufigkeiten E66.- G (Adipositas):

- **35 %** Adipositas Grad I mit einem BMI von 30 bis unter 35 (E66.x0 G)
- **40 %** Adipositas Grad II mit einem BMI von 35 bis unter 40 (E66.x1 G)
- **17 %** Adipositas Grad III mit einem BMI von 40 bis unter 50 (E66.x6 G)
- **3 %** Adipositas Grad III mit einem BMI von 50 bis unter 60 (E66.x7 G)
- **5 %** Adipositas Grad III mit einem BMI von 50 bis unter 60 (E66.x8 G)

Prävalenz von Adipositas (ICD E66.- G)



Digest aus dem Pschyrembel

Der Pschyrembel definiert das Krankheitsbild „Adipositas“ wie folgt: Vermehrung des Körperfetts über das Normalmaß hinaus mit einem BMI ≥ 30 kg/m² bei Erwachsenen. Adipositas gilt als Risikofaktor für metabolische und kardiovaskuläre Komplikationen, insbesondere bei abdominaler Adipositas mit erhöhtem Taillenumfang von ≥ 88 cm (Frauen) beziehungsweise ≥ 102 cm (Männer).

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).

Wie kann ich den Honorarbescheid des Vorquartals erneut erhalten oder einsehen?

Sie können Ihre Honorarunterlagen online im KV-SafeNet*-Portal einsehen, wenn Sie den Dienst „Download Honorarunterlagen“ freigeschaltet haben. Sollte dies nicht der Fall sein, können Sie die Funktion nach erfolgreicher Anmeldung im KV-SafeNet*-Portal über den Reiter „Zugang verwalten“ beantragen. Alternativ können Sie die Honorarunterlagen in schriftlicher Form per Fax oder Post anfordern.

Wie erfahre ich von Auffälligkeiten an abgerechneten Leistungen?

Bei der Testabrechnung erhalten Sie das Ergebnis zu Auffälligkeiten sofort. Bei der Echtabrechnung über die Abrechnungsinfo – bitte lesen Sie die Texte der Abrechnungsinfo genau durch!

Bei Fragen zur Abrechnungsinfo oder zur Testabrechnung buchen Sie gerne einen Termin für die Abrechnungsberatung: Rückrufservice. Link: **kvh.link/p23038**

Ab wann kann eine Testabrechnung erfolgen?

Ab dem 15. des letzten Monats im Quartal. Mitglieder können beliebig oft testen, bevor sie die Echtabrechnung einreichen. Wer seine Abrechnungsdatei als Testabrechnung über das KV-SafeNet*-Portal an die KVH übermittelt, kann sie probeweise mit dem KVH-Regelwerk abgleichen. Mit dem Regelwerk prüft die KVH bei allen eingegangenen Abrechnungen in Hessen, ob sie mit den EBM-Vorgaben sowie hessischen Regelungen und Verträgen konform sind. Die Testabrechnung beinhaltet beispielsweise die Krankheitsfallprüfung und die Prüfung zur Chronikerpauschale. Nach der automatisierten Prüfung der Abrechnungsdatei über das Regelwerk erhalten Praxen im KV-SafeNet*-Portal unverzüglich eine Abrechnungsinfo, mit deren Hilfe sie im PVS die Korrekturen vornehmen, eine neue Testabrechnungsdatei erstellen und diese übermitteln.

Wie lege ich bei Bundeswehrangehörigen den Behandlungsschein für die Abrechnung richtig an?

Legen Sie diesen bitte immer als Überweisungsschein an. Wählen Sie das Feld „Überweisung von anderen Ärzten“ aus und tragen Sie in das Feld „Truppenarzt“ ein.

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

KOORDINIERUNGSSTELLE

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

ÄRZTLICHES KOMPETENZZENTRUM HESSEN

069 24741-7191
aerzte-fuer-hessen@kvhessen.de
www.aerzte-fuer-hessen.de
www.allgemeinmedizininhessen.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, Petra Bendrich und Cornelia Kur

Kontakt zur Redaktion
Kassenärztliche Vereinigung Hessen
Redaktion AufdenPUNKT.
Europa-Allee 90, 60486 Frankfurt am Main
069 24741-6988
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.

Verlag
Wiebel und Partner GmbH, Frankfurt am Main
Judith Scherer (KV Hessen)

Objektleitung:
Karin Oettel, Wiebel und Partner GmbH, Frankfurt am Main

Druck:
AC medienhaus GmbH, Ostring 13, 65205 Wiesbaden

Bildnachweis
BMBF: S. 34; Alexander Kowalski: S. 11; Carolina Ramirez: S.12, 15; Judith Scherer: S. 3, 6, 7, 10; Jörg Schmidt: S. 5; Andreas Stumpf: S. 26

Adobe Stock: Titelbild: sdecoret, S. 14: ylivdesign, S. 18: lembergvector, S. 24: scusi, S. 29: Studio Romantic, S. 36: tech_studio, S. 38: Nuthawut, S. 40: magele-picture

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 Herausgeber 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 -psychotherapeuten 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. Rechtswidrige 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.

AUF DEN
PUNKT.

erscheint wieder
Mitte April

KASSENÄRZTLICHE
VEREINIGUNG
HESSEN

Sie finden uns im Internet unter:

www.kvhessen.de/aufdenpunkt