

AUF DEN PUNKT.

info.service – offizielle Bekanntmachungen

HEFTMITTE



Pflicht und Kür

SEITE 9

Das Dilemma einer KV

SEITE 4

Pflicht und Kür



ws - Zur Website Onlineversion
News Januar 2024

ÄBD Ärztlicher
Berufsdienst
Hessen



26



29

AKTUELLES

- Das Dilemma einer KV 4
- Um das BMG steht es schlimm 6
- Eine kollegiale Information 8

TITELTHEMA

- Pflicht und Kür 9
- Fortbildungsquote seit Jahren spitze 10
- Voll einfach: Fortbildungen der letzten fünf Jahre nachweisen 12
- Fortbildungspflicht leicht gemacht – so geht es! 15
- Fortbildungspflicht und Zuständigkeiten – wer macht was? 18

GUT INFORMIERT

- Krankheitsbild im Detail: Essstörung 22
- Neues „Mein ÄBD“ mit mehr Funktionen 23
- Digitale Umfragen in der Bedarfsprüfung 24
- Moderner, schicker, nutzerorientierter 26
- Was tun beim Verdacht auf sexuelle Gewalt an Kindern? 28

QUALITÄT

- Förderung Weiterbildung – nichts ist stetiger als die Veränderung 29

PRAXISTIPPS

- Wie war das? 30

SERVICE

- Ihr Kontakt zu uns/ Impressum 31



Die Rundschreiben der KVH zu lesen lohnt sich immer!

In den Rundschreiben finden Sie wichtige Infos und Antworten auf aktuelle Fragen.

Der Ankündigungsminister

Sehr geehrte Damen und Herren,
liebe Kolleginnen und Kollegen,

das neue Jahr hat begonnen, wie das alte endete: mit einem Bundesgesundheitsminister, der Dinge ankündigt. Anlass war der sogenannte Krisengipfel, zu dem der Minister Vertreter von KBV und Verbänden Anfang Januar eingeladen hatte. Wahrscheinlich auch deshalb, weil „zwischen den Jahren“ doch aufgefallen war, dass mehr Praxen geschlossen waren als üblich, sich längere Schlangen vor den Bereitschaftsdienstzentralen bildeten und die Menschen einfach merkten: Ohne Praxen geht es nicht!

Also: Der Minister rief, die Funktionäre folgten und herauskam: Ja, was denn eigentlich? Laut Herrn Lauterbach eine „große Reform“, unter anderem mit der Entbudgetierung der hausärztlichen Vergütung.

Während die KBV die zwar „richtigen Schritte“ lobte, mahnte sie zugleich an, dass eine Entbudgetierung sich selbstverständlich nicht nur auf die Hausärztinnen und Hausärzte beschränken dürfe. Aus diesem Grund waren, so war zu hören, die Vertreterinnen und Vertreter des SpiFa, des Spitzenverbands der Fachärzte, bei der Pressekonferenz des Ministers schon nicht mehr dabei. Weil selbiger von einer solchen Entbudgetierung der fachärztlichen Leistungen an jenem 9. Januar nichts wissen wollte.

Für die Hausärztinnen und Hausärzte schien indes durch die Ankündigungen des Ministers eine Tür in eine bessere Zukunft zu öffnen, selbstverständlich abhängig von den Details. So weit, so unterschiedlich. Und so ungewiss. Denn sicher ist bei diesem Minister eigentlich nur eins: Angekündigt wurde in den vergangenen über zwei Jahren viel, passiert ist relativ wenig, zumindest an Gutem.



Und das bedeutet: Entscheidend ist, was hinten rauskommt. Der Minister wird sich – wieder einmal – an seinen Worten messen lassen müssen. Um dann zu beurteilen, ob aus dem Ankündigungsminister vielleicht doch jemand wird, der etwas für die ambulante Versorgung tut. Und das auch macht und nicht nur sagt.

Mit besten kollegialen Grüßen,
Ihre

Frank Dastych

Vorstandsvorsitzender

Armin Beck

stellv. Vorstandsvorsitzender

Das Dilemma einer KV

Im Interview mit Auf den PUNKT. erklären die Vorstandsvorsitzenden der KVH, Frank Dastych und Armin Beck, sowie Geschäftsführer Jörg Hoffmann, warum eine KV die Interessen ihrer Mitglieder nicht immer so vertreten kann, wie diese und sie selbst es gerne möchten.



Frank Dastych stellt heraus, dass eine KV per Gesetz gar keine Interessenvertretung ist

Viele Ärztinnen und Ärzte fragen gerade im Zusammenhang mit den aktuellen Protesten, warum die KVH nicht aktiv zu Streiks aufruft. Oder mehr für die Mitglieder tut. Erfüllt die KVH ihre Aufgabe, die Interessen ihrer Mitglieder zu vertreten, nicht?

Frank Dastych: Doch, das tut sie – allerdings im Rahmen der Möglichkeiten einer Körperschaft des öffentlichen Rechts. Der Begriff Selbstverwaltung ist in diesem Zusammenhang leider irreführend. Wir können nämlich keineswegs tun und lassen, was wir möchten. Unsere Aufgaben sind im SGB V klar definiert und das Vertreten von Mitgliederinteressen gehört nicht dazu.

Jörg Hoffmann: Das stimmt. Das SGB V sieht die Kassenärztlichen Vereinigungen nicht als Interessenvertretungen der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte. Dennoch sehen wir es als unsere Aufgabe

und haben dies auch in unserer Satzung verankert.

Armin Beck: Und genau das leben wir auch. Denn als eine von ganz wenigen KVen sind wir immer wieder bereit, im Interesse unserer Mitglieder an die Grenzen und in Grauzonen hineinzugehen.

Wo genau liegen denn diese Grenzen?

Dastych: Wir haben, wie bereits angedeutet, keine Narrenfreiheit. Das SGB V ist für uns maßgebend. So dürfen wir beispielsweise, selbst wenn wir wollten, überhaupt nicht aktiv zu Streiks aufrufen.

Hoffmann: Das Dilemma ist, dass wir sozusagen Polizei und Gewerkschaft gleichzeitig sind. Einerseits müssen wir die uns qua Gesetz auferlegten administrativen und disziplinarischen Aufgaben erfüllen. Andererseits möchten wir unsere Mitglieder so gut wie möglich unterstützen.

Beck: Sicherlich wären wir auch im Rahmen der aktuellen Protestaktionen gerne noch aktiver. Wie so oft im Leben, sticht jedoch auch hier Ober Unter. Soll heißen: Nicht unsere Satzung, sondern das SGB V legt die Grenzen fest.

Können Sie das an einem Beispiel erklären?

Beck: Schauen Sie: Natürlich möchten wir an der Seite unserer Mitglieder stehen, auch bei Protesten. Wir müssen allerdings, das ist unser gesetzlicher Auftrag, auch die Versorgung sicherstellen. Und darauf achten, dass die Ärztinnen und Ärzte ihren Versorgungsaufträgen gerecht werden. Das passt nicht zusammen.

Dastych: Das verdeutlicht, wie janusköpfig eine KV ist. Letztlich sitzen wir zwischen den Stühlen. Wir wissen zwar, auf welchen Stuhl wir möchten, können uns auf diesem Stuhl aber nicht bequem hinsetzen. Das erklärt auch, warum wir rund um die Proteste so ambivalent agieren und die Erwartungen der Mitglieder nicht immer zu einhundert Prozent erfüllen können.

Was halten Sie denn von der immer wieder aufkommenden Diskussion, den Sicherstellungsauftrag abzugeben?

Hoffmann: Würden wir den Sicherstellungsauftrag abgeben, bekäme ihn eine andere Institution. Zum Beispiel das Hessische Ministerium für Soziales und Integration. Die Selbstverwaltung wäre außen vor und sämtliche Spielräume, die wir bisher im Sinne unserer Mitglieder nutzen können, wären passé.

Dastyh: Die Frage ist ja: Hätten die Ärztinnen und Ärzte in den Praxen dadurch irgendwelche Vorteile? Ich sage: definitiv nicht. Es wäre daher sinnlos, den Sicherstellungsauftrag zurückzugeben. Ohnehin ist es so, dass sämtliche Aufgaben einer KV eng an den Sicherstellungsauftrag geknüpft sind. Ohne Sicherstellungsauftrag gäbe es demnach auch keine KV.

Bisher ist deutlich geworden, dass sich die KVH in einer komplizierten Gemengelage bewegt. Was glauben Sie, wie die Mitglieder die KVH wahrnehmen?

Beck: Vielen Mitgliedern ist dieser Zwiespalt, in dem wir uns befinden, sicherlich nicht bewusst. Daher werden wir nach wie vor durchaus auch kritisch gesehen. Dem gegenüber stehen aber, das erlebe ich in persönlichen Gesprächen immer wieder, sehr viele positive individuelle Erfahrungen.

Hoffmann: Ich bin überzeugt: Wer die Services der KVH und unsere Beratungsangebote nutzt, sieht uns positiver als die Ärztinnen und Ärzte, die lediglich im Rahmen regulatorischer Vorgänge mit uns zu tun haben. Also mit Vorgängen, die wir durch gesetzliche Vorgaben umsetzen müssen und die in den Praxen oftmals für Unverständnis sorgen. Das prägt natürlich.

Dastyh: Ich denke, dass dem Gros der Mitglieder bewusst ist, dass wir im Prinzip die Quadratur des Kreises schaffen müssen. Wir müssen die Regularien einhalten und gleichzeitig den Anforderungen unserer Ärztinnen und Ärzte gerecht werden. In der Konsequenz bedeutet das: Stellen wir uns gegen den Gesetzgeber, gibt es Gegenwind von dort. Enttäuschen wir die Erwartungen der Mitglieder, bekommen wir die Quittung aus dieser Richtung. Grundsätzlich würde ich aber sagen, dass die Praxen wahrnehmen, dass wir kaum einen Konflikt scheuen, um die Interessen unserer Mitglieder zu vertreten.

DIE FRAGEN STELLTE KARL M. ROTH



„Die KVH ist bereit, im Interesse ihrer Mitglieder an die Grenzen zu gehen“, sagt Armin Beck



KVen stecken in einem großen Dilemma – Jörg Hoffmann und die Vorstände erklären, warum

Um das BMG steht es schlimm

Seit zwei Jahren ist Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach im Amt. Die Zwischenbilanz der KVH-Vorstandsvorsitzenden ist ernüchternd. Ihre Enttäuschung konnten und mochten sie in der letzten Vertreterversammlung des vergangenen Jahres nicht verbergen.



Einfach war es für die Vorstände der KVH noch nie mit den Hausherrinnen und -herren im Bundesgesundheitsministerium (BMG). Ob Horst Seehofer mit der Einführung der Bedarfsplanung, Ulla Schmidt oder zuletzt Jens Spahn – sie alle stellten die KVH vor größere Herausforderungen. Was jedoch seit zwei Jahren unter

Karl Lauterbach passiert, stelle – so die KVH-Vorstände Frank Dastych und Armin Beck in der Vertreterversammlung (VV) am 2. Dezember 2023 – alles bisher Dagewesene in den Schatten. „Um das BMG steht es schlimm“, berichtete Dastych ohne Umschweife. So schlimm, dass sich die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) und die Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (ABDA) im Herbst mit einem Brandbrief an Regierungschef Olaf Scholz gewandt haben. In diesem appellierten sie an den Kanzler, den Erhalt der wohnortnahen Versorgung durch Praxen und Apotheken zur Chefsache zu machen, ein historisch einmaliger Vorgang.

VERTRAUEN IN LAUTERBACH IST AUFGEBRAUCHT

Das ohnehin geringe Vertrauen in Lauterbach scheint also aufgebraucht. Zu groß ist die Enttäuschung über dessen Gesundheitspolitik der vergangenen zwei Jahre. Da sorgt schon für Begeisterung, dass der Minister als Reaktion auf den Brandbrief umgehend zu Gesprächen bereit war. In diesen,

so Dastych, habe er gegenüber der KBV-Spitze angekündigt, zeitnah aktiv zu werden. Konkret wolle er sich der Entbürokratisierung, der Digitalisierung, der Entbudgetierung der Hausärzte und der Regresse annehmen. Ein Schritt nach vorne? Weit gefehlt! „Leider zeigen die ersten Gedanken in Sachen Regresse, dass das BMG die Probleme nicht erkannt hat“, dämpfte Dastych die Erwartungen. Sein Vorschlag: „Warum installieren wir nicht eine Bagatellgrenze? Bei 100 oder 150 Euro. Hunderte Verfahren, die bisher zu nichts führen, gäbe es gar nicht. Den Ärztinnen und Ärzten würde erheblicher Aufwand erspart und den Krankenkassen würde eine solche Regelung nicht wehtun.“ An dieser Stelle sei es am BMG, den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten entgegenzukommen. Insbesondere vor dem Hintergrund, dass sich die Krankenkassen seit Jahren einer neuen Prüfvereinbarung verweigern.

TATEN MÜSSEN FOLGEN

Der KVH-Vorstand forderte Lauterbach daher auf: „Die Vertragsärztinnen und -ärzte möchten versorgen. Schaffen Sie Strukturen, damit ambulante Versorgung wieder wirtschaftlich ist. Wir haben den Sicherstellungsauftrag, Ihre Aufgabe ist es, vernünftige und verlässliche Rahmenbedingungen für die Kolleginnen und Kollegen zu schaffen. Auf Ihre leeren Worte müssen Taten folgen.“

Erheblich positiver als auf der Bundesebene sieht Dastych die politische Situation in Hessen. Er habe nach der zurückliegenden Landtagswahl und ersten Signalen der Koalition aus CDU und SPD ein gutes Gefühl. „Ich gehe davon aus, dass in der neuen Landesregierung sowohl Verständnis als auch Wertschätzung für die ambulante Versorgung vorhanden sind.“



Frank Dastych, Vorstandsvorsitzender der KVH, forderte den Bundesgesundheitsminister auf, Worten endlich einmal Taten folgen zu lassen



Hat den ÄBD aus der Verlustzone geführt: Armin Beck, stellv. KVH-Vorstand

Einen immer größeren Teil der Versorgung könnten mittelfristig kommunale MVZ erbringen. „Wir müssen uns mit der Frage beschäftigen, wie wir damit umgehen“, sagte Dastych in Richtung der Vertreterinnen und Vertreter. Seine Meinung: Kommunale MVZ könnten eine Option sein, insbesondere in unterversorgten Regionen. Alternativen seien letztlich Eigeneinrichtungen der KVH. „Vor diesem Hintergrund können, wenn Sie mich fragen, kommunale MVZ durchaus sinnvoll sein“, so Dastych weiter. Die Vertreterversammlung werde sich zeitnah damit auseinandersetzen müssen, denn die zunehmende Unterversorgung sei die wichtigste Herausforderung der kommenden Jahre.

KVH WEGEN BSG-URTEIL GELASSEN

Wie geht die KVH mit dem Urteil des Bundessozialgerichts (BSG) zur Sozialversicherungspflicht eines Zahnarztes im vertragszahnärztlichen Notdienst in Baden-Württemberg um? Diese Frage beantwortete der stellvertretende KVH-Vorstandsvorsitzende Armin Beck: „Anders als andere KVen sehen wir keinen akuten Handlungsbedarf. Wir warten zunächst die Urteilsbegründung ab. Danach schauen wir, ob wir gegebenenfalls reagieren müssen.“ Zum Hintergrund: Unmittelbar nach dem BSG-Urteil entschieden einige KVen, unter anderem Bremen, Schleswig-Holstein und Saarland, unverzüglich keine Poolärztinnen und -ärzte mehr im Bereitschaftsdienst einzusetzen. Rheinland-Pfalz reduzierte umgehend die Bereitschaftsdienstzentralen und öffnet diese nur noch an Wochenenden. „Wir beurteilen die Situation im Ärztlichen Bereitschafts-

dienst in Hessen grundsätzlich anders als die des Zahnarztes in Baden-Württemberg. Dieser hatte, anders als die Ärztinnen und Ärzte in unserem ÄBD, beispielsweise einen fixen Lohn und keine Möglichkeit, Einzelleistungen abzurechnen. Daher sind wir einigermaßen gelassen“, erklärte Beck.

Eine weitere Entscheidung des BSG betrifft ebenfalls den ÄBD. Dieses entschied im Oktober, dass niedergelassene Privatärzte gemäß § 23 Nummer 2 Hessisches Heilberufsgesetz an den Kosten des ÄBD beteiligt und zu Bereitschaftsdiensten eingeteilt werden können. Das BSG hob damit einen vorherigen, anders lautenden Entscheid des Landessozialgerichts (LSG) auf. Die KVH kann demnach zukünftig auch Privatärzte zu Diensten im ÄBD heranziehen. Voraussetzung ist, dass die Landesärztekammer Hessen ihre Berufsordnung und die KVH ihre Bereitschaftsdienstordnung entsprechend anpassen. „Die Landesärztekammer ist jetzt am Zug“, so Beck.

ÄBD MIT ÜBERSCHUSS

Zufrieden zeigte sich Beck mit der wirtschaftlichen Entwicklung des ÄBD. Noch vor Jahresfrist stand ein Defizit von rund 1,5 Millionen Euro zu Buche. Dank wirksamer Nach- und Neujustierungen, beispielsweise beim Fahrdienst, ist für 2023 ein Überschuss von etwa 5,5 Millionen Euro zu erwarten. „Das ist ein gutes Ergebnis, gerade im Vergleich zum Vorjahr. Unsere Maßnahmen haben Wirkung gezeigt. Daher bedanke ich mich bei allen Beteiligten für die gute Zusammenarbeit“, sagte Beck abschließend.

ALEXANDER KOWALSKI

Eine kollegiale Information

- Extra Geld – extra Honorar
- Zugreifen – der Hausarzt-und-Kinderarzt-Vermittlungsfall
- Eine Win-win-Situation für Vertragsärzte und Patienten

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

hier gibt es extra Geld. Wir alle wissen, dass der Honorarverlust durch den Wegfall der „Neupatientenregelung“ bei Haus- und Fachärzten nur schwer kompensiert werden kann. Lediglich mit dem Hausarzt-Kinderarzt-Vermittlungsfall besteht die Möglichkeit, zusätzlich Geld für die Terminvermittlung zu bekommen.

15 Euro extrabudgetär erhalten Haus- und Kinderärzte für eine Terminvermittlung innerhalb von fünf Tagen (Überweisungsdatum zählt mit) zum Facharzt.

Diese Hausarzt-Facharzt-Terminvermittlung (HAFA) (wichtig ist, die folgenden GOPs anzugeben: 03008 Hausarzt und 04008 Kinderarzt und in Klammern die BSNR der Kollegin/ des Kollegen in Ihrer PVS zu ergänzen, an die/den die Überweisung erfolgt, und auf dem Überweisungsschein Hausarzt-Kinderarzt-HAFA-Vermittlungsfall zu vermerken) kann nach objektiven Kriterien getroffen werden. Sie kann aber auch sehr wohl zum Beispiel in dem subjektiven Leidensdruck des Patienten bestehen, dem wir als zuwendungsorientierte Kolleginnen und Kollegen von jeher schon Rechnung tragen.

Aber auch Fachärzte profitieren von der schnellen Terminvergabe. Sie bekommen die Behandlung zu 100 Prozent außerhalb jeglicher Budgetierung vergütet.

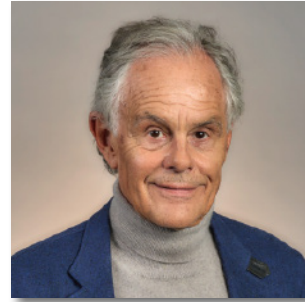
Es gibt vielfältige Möglichkeiten der Terminvereinbarung: Reden Sie am besten mit Ihren Kolleginnen und Kollegen, wie der Verwaltungsaufwand so gering wie möglich gehalten werden kann. Hier können Fachärzte den Hausärzten die Möglichkeit einer schnellen Kontaktaufnahme anbieten, zum Beispiel über den Austausch von Notfallnummern oder Anfragen per KIM.

Weitere Informationen stellt Ihnen die KV Hessen unter [kvh.link/p24013](https://www.kvh.hessen.de/link/p24013) zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen
Ihre

Dr. Detlef Oldenburg, Sprecher der
Facharztliste in der VV der KVH

Christian Sommerbrodt,
Vorsitzender Hausärzteverband Hessen



Dr. Detlef
Oldenburg



Christian
Sommerbrodt



Pflicht und Kür

Ja, Fortbilden ist Pflicht und ja, Sie müssen alle fünf Jahre 250 Punkte nachweisen. Doch keine Sorge! Es gibt zwei sehr gute Nachrichten. Die erste: Die Mitglieder der KVH sind spitze beim Erreichen der Punktezahl. Seit Einführung der Fortbildungsverpflichtung gab es kaum Honorarkürzungen oder gar Zulassungsentziehungen (siehe Seite 10). Die zweite gute Nachricht: Ihnen kann nichts „durch die Lappen“ gehen. Die KVH informiert Sie rechtzeitig mit einem persönlichen Brief, wann Ihr Zeitraum endet und Ihre 250 Punkte vollständig sein müssen, und bietet Ihnen extra dafür passende Beratungen an (siehe Seite 15).

Sie wollen wissen, wie Sie am besten und schnellsten an Punkte kommen? Oder wie sich der Zeitraum für Sie berechnet? Was bei Änderungen der Tätigkeit oder Unterbrechungen passiert? Und für was die Kammern und die KVH jeweils zuständig sind? Dann lesen Sie einfach diese Titelseite. Wir haben Ihnen alles Wichtige rund um die Fortbildungspflicht zusammengestellt, informieren Sie über Corona-bedingte Änderungen und geben Ihnen hilfreiche Tipps.

CORNELIA KUR

Fortbildungsquote seit Jahren spitze

Fast alle hessischen KV-Mitglieder erfüllen seit Jahren ihre Fortbildungsverpflichtung. Wie genau die Zahlen aussehen, wie viele Zulassungen bislang tatsächlich entzogen werden mussten und was genau im Gesetz verlangt wird, lesen Sie hier.



Seit 2004 ist die Pflicht zur Fortbildung gesetzlich vorgeschrieben

Wie sieht es aus nach 20 Jahren Fortbildungsverpflichtung? Die KVH sagt: sehr gut! Seit der ersten Überprüfung der Nachweispflicht zum 30. Juni 2009 und 14 Prüffahre später wurden wegen fehlender Fortbildung lediglich

- in neun Fällen die Zulassung entzogen,
- in drei Fällen die Anstellung widerrufen und
- eine Ermächtigung zurückgenommen.

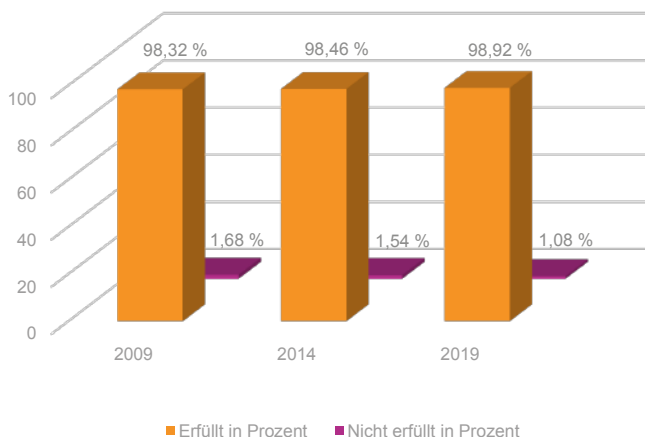
Somit sind in den zurückliegenden 20 Jahren – wenn auch nicht immer ohne Honorarkürzung – nahezu alle Mitglieder der KVH ihrer Fortbildungsverpflichtung nachgekommen, einige davon nun schon mehrmals. Im Jahresdurchschnitt lag die Quote der geführten Nachweise vor und nach Corona immer bei etwa 98 Prozent, die Summe der wegen fehlender Fortbildung einzubehaltenden Honorare blieb damit immer gering. Während der Corona-Pandemie in den Jahren 2020 und 2021 sind alle Honorarkürzungen ausgesetzt worden.

RECHTLICHES ZUR FORTBILDUNGSPFLICHT

Seit 1992 gilt, dass nur noch weitergebildete Ärztinnen und Ärzte zur Versorgung der Versicherten zugelassen sind. Diese regelhafte Voraussetzung des Facharztstandards hat der Gesetzgeber damals eingeführt, weil die fachärztliche Weiterbildung die erforderliche Basisqualifikation für die qualitätsgesicherte Versorgung der Versicherten vermittelt. Dies galt und gilt für den **Zugang**. Doch Medizin entwickelt sich weiter.

Die Pflicht zur **Fortbildung** war zunächst ausschließlich Gegenstand des Berufsrechts und weder in der RVO noch im SGB V verankert. Dies änderte sich 2004. Mit Wirkung zum 1. Januar 2004 wurde durch das Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GMG, Artikel 1 Nr. 76) der § 95d in das SGB V eingefügt. Er geht zurück auf einen fraktionsübergreifenden Gesetzentwurf und wurde unverändert übernommen.

Fünffjahreszeiträume – erste Prüfung
30.06.2009 ff.



In der Gesetzesbegründung für die Einführung des § 95d heißt es: „Das Krankenversicherungsrecht enthielt jedoch bisher keine Regelung die absichert, dass der Vertragsarzt das Fachwissen, das er zu Beginn seiner Berufstätigkeit mitbringt, im Laufe seiner vertragsärztlichen Tätigkeit aktualisiert, indem er seine fachlichen Kenntnisse an die Fortschritte der Medizin anpasst.“ (Bundestag-Drucksache 15/1525, Zu Nummer 76)

SECHS ABSÄTZE MIT KLAREN VORGABEN

Wie ernst es dem Gesetzgeber hiermit ist, zeigen die sechs Absätze des § 95d SGB V:

1. Personenkreis und Zertifizierung

Absatz 1 enthält die grundlegende Fortbildungspflicht, die gemäß § 72 Absatz 2 SGB V auch für Zahnärztinnen und Zahnärzte, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie medizinische Versorgungszentren gilt, soweit diese an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, also zugelassen sind. Zum Inhalt der Fortbildung enthält Absatz 1 den Hinweis, dass diese frei von wirtschaftlichen Interessen sein müssen und ausschließlich fachliche Themen behandeln dürfen. Sichergestellt wird dies durch ein Zertifizierungsverfahren. NUR zertifizierte Fortbildungen taugen als Nachweis.

2. Zuständigkeit der Kammern

So regelt es **Absatz 2**, der darüber hinaus bestimmt, dass die Kammern hier zuständig sind. 250 Punkte sind zu erreichen, nachzulesen in den Fortbildungsordnungen der entsprechenden Kammern.

3. Zeitraum und Honorarkürzung

Absatz 3 bestimmt die wirklich erheblichen Folgen, falls der Nachweis nicht erbracht wird: Der Nachweis muss in einem Fünfjahreszeitraum erbracht werden. Und zwar gegenüber der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung. Dies sowie Möglichkeiten, diesen Zeitraum zu unterbrechen, regelt Absatz 3. Hierin wird auch bestimmt, was passiert, wenn der Nachweis in diesem Zeitraum nicht erbracht wird. Ab Ende des Nachweiszeitraums kann zwei Jahre lang nachgeholt werden, was zum Erreichen der 250 Punkte fehlt. Der Ernsthaftigkeit der Fortbil-

dungspflicht trägt der Gesetzgeber dadurch Rechnung, dass bereits zu Beginn der zwei Jahre das vertragsärztliche Honorar (und nur das) um für ein Jahr zehn Prozent und das zweite Jahr um 25 Prozent gekürzt wird.

In der Gesetzesbegründung heißt es hierzu: „Die pauschalen Honorarkürzungen sind zum einen ein Abschlag für die schlechtere Qualität der ärztlichen Leistungen, zum anderen haben sie eine ähnliche Funktion wie ein Disziplinarverfahren und sollen den Vertragsarzt nachdrücklich zur Einhaltung seiner Fortbildungsverpflichtung anhalten.“ (Bundestag-Drucksache aaO)

Mit Ende des Quartals, in dem die geforderten Fortbildungspunkte erreicht werden, endet die Kürzung. Klappt das innerhalb der zwei Jahre nicht, soll die Kassenärztliche Vereinigung einen Antrag auf Zulassungsentzug stellen. „Die Verpflichtung zur Antragsstellung wird für den Regelfall vorgeschrieben, weil die Nichterfüllung der Fortbildungspflicht in aller Regel eine gröbliche Verletzung vertragsärztlicher Pflichten darstellen wird. Ein Vertragsarzt, der fünf Jahre seiner Fortbildungsverpflichtung nicht oder nur unzureichend nachkommt und sich auch durch empfindliche Honorarkürzungen nicht beeindrucken lässt, verweigert sich hartnäckig der Fortbildungsverpflichtung und verletzt seine vertragsärztlichen Pflichten gröblich.“ (Bundestag-Drucksache aaO).

4. und 5. Erweiterung des Personenkreises

Die **Absätze 4 und 5** bestimmen, dass die Regelungen auch für ermächtigte und angestellte Ärztinnen und Ärzte gelten. Im Fall der angestellten Ärztin beziehungsweise des angestellten Arztes haftet das anstellende KV-Mitglied.

6. Zuständigkeiten

Schlussendlich bestimmt **Absatz 6** die Zuständigkeiten für die Einzelheiten in Sachen Umfang der im Fünfjahreszeitraum notwendigen Fortbildung und des Verfahrens. Die Regelungen sind für die Kassenärztlichen Vereinigungen verbindlich. Sie sind nachzulesen unter **kvh.link/p24014**.

SASCHA CIBIS

Voll einfach: Fortbildungen der letzten fünf Jahre nachweisen

Sie kennen Ihren Stichtag nicht, der relevant ist für Ihre Fortbildungsnachweise?
Sie haben den Überblick verloren? Kein Problem, die KVH hilft Ihnen.

Um von der Fortbildungspflicht nicht überrascht zu werden, schreibt die KVH alle Mitglieder, deren Fortbildungszeitraum in den nächsten fünf Monaten endet, individuell an und teilt den aktuellen Fortbildungsstand, den Ablauf der regulären Frist und gegebenenfalls eine Corona-bedingte Verlängerung mit. Die Corona-bedingte Verlängerung beträgt maximal ein Jahr, kann aber je nach Zeitpunkt der Niederlassung oder Anstellung davon abweichen. Denn nur die von der Pandemie beeinträchtigten Nachweiszeiträume können verlängert werden.

Der Wechsel des KV-Bereichs oder ein Ruhen der Zulassung beeinflusst den Fortbildungszeitraum ebenfalls: Das Ruhen der Zulassung unterbricht den Fünfjahreszeitraum und verlängert den Fortbildungszeitraum automatisch. Bei einem Wechsel des KV-Bereichs wird der Fortbildungszeitraum entsprechend fortgeführt. Der Fortbildungszeitraum startet nicht nach Verzicht und Wiederaufnahme der Tätigkeit immer neu; auch bei einem Wechsel der Fachrichtung läuft die bisherige Frist weiter.

Die Fortbildungspunkte des jeweiligen Zeitraums fragt die KVH elektronisch bei der Landesärztekammer Hessen (LÄKH) und der Psychotherapeutenkammer Hessen (PTKH) ab. Die Datenabfrage wird für alle Mitglieder, die der Fortbildungsverpflichtung noch nicht nachgekommen sind, dreiwöchentlich wiederholt. Alle, die bis zum Ablauf des regulären Fünfjahreszeitraums (ohne Corona-bedingte Verlängerung) bereits die erforderlichen 250 Punkte auf dem Konto der Kammer gesammelt haben, können die Verlängerung auch ablehnen, indem sie dies der KVH einfach formlos (mit Unterschrift) per Post oder Fax mitteilen und mit dem Sammeln der Punkte für den nachfolgenden Zeitraum starten.

Alle anderen haben bis zum verlängerten Stichtag Zeit, den Fortbildungsnachweis zu führen. Wenn die 250 Punkte dann erreicht sind, teilt die KVH das ebenfalls mit.

Hat die KVH Ihnen mitgeteilt, dass die Daten nicht von einer der hessischen Kammern (PTKH oder LÄKH) übermittelt worden sind, nehmen Sie bitte direkt Kontakt mit der zuständigen Kammer auf und lassen sich über den erforderlichen Zeitraum einen Punktekontoauszug erstellen beziehungsweise klären Sie bitte dort Ihre Mitgliedschaft. Sind Sie Hauptmitglied einer außerhessischen Kammer, wird die Ausstellung eines Zertifikats über den entsprechenden Zeitraum notwendig. Dieses Zertifikat muss dann bei der KVH eingereicht werden. Auch hier unterstützt die KVH Sie gern bei der Nachweisführung. Schreiben Sie uns an **fortbildung-info@kvhessen.de**. Wir setzen uns dann mit Ihnen in Verbindung.

Sind die Punkte auf dem Konto der Landesärztkammer oder der Therapeutenkammer Hessen gutgeschrieben, erledigt sich die Nachweisführung gegenüber der KVH durch den dreiwöchentlichen Datenaustausch von selbst.

WER WIRD WANN ANGESCHRIEBEN?

Im laufenden Fünfjahreszeitraum werden Sie rechtzeitig über den Ablauf der Frist informiert und noch einmal daran erinnert. Aktuell hat die KVH alle Mitglieder mit regulären und Corona-bedingt verlängerten Fristabläufen zum 31. Dezember 2023 und zum 31. März 2024 über den aktuellen Fortbildungsstand und die Verlängerung informiert beziehungsweise an den Ablauf und die gegebenenfalls

drohende Sanktionierung erinnert. Bei angestellten Mitgliedern wird darüber hinaus auch der Arbeitgeber über den Fristablauf informiert oder an den Ablauf des Corona-bedingt verlängerten Stichtags erinnert. Warum? Erfüllt der Arbeitnehmer – also das angestellte Mitglied – seine Nachweispflicht nicht, wird dem Arbeitgeber der entsprechende Honoraranteil gekürzt.

Ist der Stichtag abgelaufen und die Fortbildungspflicht nicht erfüllt, werden die Betroffenen über die drohende Honorarkürzung des aktuellen Quartals informiert. Die Information wird quartalsweise fortgesetzt, bis die erforderliche Punktzahl erreicht ist und die Kürzung mit Ablauf dieses Quartals endet. Bei weiter fehlendem Nachweis wird über darüber hinausgehende Sanktionierungen informiert und der betroffene Personenkreis erhält individuelle Beratungsangebote.

Die KVH hat Ihren Fortbildungszeitraum (FBZ) anhand der vertragsärztlichen beziehungsweise der vertragstherapeutischen Tätigkeit festgestellt und ruft die Punkte für den aktuellen FBZ etwa drei Monate vor Ablauf des Stichtages elektronisch bei der Ärzte- oder Psychotherapeutenkammer Hessen ab und informiert Sie schriftlich über den Ablauf der Frist und den Stand der Fortbildung.

FÜR WEN ENDET DER NACHWEISZEITRAUM AM 30.06.2024? WIE IST DER PUNKTESTAND?

Für alle, die zum 30. Juni 2004 bereits Mitglied der KVH waren und 2009 erstmals einen Nachweis über die Fortbildung geführt haben, endet der reguläre Fortbildungszeitraum am 30. Juni 2024. Aufgrund der Corona-Pandemie ist diesmal (nicht gleich) alles anders, allerdings können die betroffenen Mitglieder gelassen auf den bevorstehenden Stichtag blicken.

Bereits 1.792 Fortbildungspflichtige haben die erforderlichen 250 Punkte schon erreicht und werden individuell darüber informiert. Alle anderen haben dann noch bis zum 30. Juni 2025 Zeit, die fehlenden Punkte zu erwerben oder nachzuweisen. Natürlich informiert die KVH nach jeder neuen Datenübermittlung der Kammern ihre Mitglieder, sollten die 250 Punkte inzwischen erreicht sein. Mit einer Erinnerung im ersten Quartal 2025 können auch alle rechnen, die dann noch das Punktekonto bis zum 30. Juni 2025 mit den fehlenden Fortbildungen auffüllen können.

Checkliste:

- Punktekonto kontrollieren
- Startdatum Fortbildungszeitraum beachten
- Fehlende Teilnahmebescheinigungen einreichen
- Hospitationen in Praxen und Kliniken können angerechnet werden
- Fehlende Punkte kurzfristig online erwerben
- Sicherstellen, dass 250 Punkte auf dem Konto der Kammer gelistet sind

SICH BERATEN LASSEN, SANKTIONEN VERMEIDEN

Droht der Nachweis nicht rechtzeitig erbracht werden zu können, fordern Sie Unterstützung bei der KVH an. Die Ansprechpersonen der Fortbildungsverpflichtung helfen bei der Nachweisführung und beraten zu den Möglichkeiten der Fortbildung telefonisch oder in Frankfurt persönlich.

Kontakt zur Fortbildungsverpflichtung:

T. 069 24741-7556
F. 069 24741-68836
E. fortbildung-info@kvhessen.de

Die kollegiale Beratung übernehmen die Vorstandsbeauftragten Monika Buchalik, Dr. Siegfried Möller und Michael Ruh. Monika Buchalik unterstützt ihre Kolleginnen und Kollegen bereits seit Einführung der Fortbildungspflicht im Jahr 2004 und ist für die hausärztliche Versorgung dabei, Dr. Siegfried Möller ist für die fachärztlichen und Michael Ruh für die psychotherapeutischen Mitglieder zuständig.

ANTJE RUPPEL



Unsere Punktefeuerwehr steht an Ihrer Seite – die Vorstandsbeauftragten helfen, wo der Gesetzgeber Forderungen stellt, die die KVH umsetzen muss

MONIKA BUCHALIK (HAUSÄRZTIN)

In der kollegialen Beratung stellen wir immer wieder fest,
„..., dass die Fortbildungsmöglichkeiten nicht vollumfänglich bekannt
sind, zum Beispiel fachgebietsunabhängige Hospitationsmöglichkeiten.“



DR. SIEGFRIED MÖLLER (HAUTARZT)

In der kollegialen Beratung stellen wir immer wieder fest,
„..., dass durch einfach umzusetzende Hinweise den Kolleginnen und
Kollegen geholfen werden kann, die gefühlt unüberwindliche Punktehürde
zeitnah zu schaffen und Honorareinbußen zu vermeiden.“

MICHAEL RUH (PSYCHOLOGISCHER
PSYCHOTHERAPEUT)

In der kollegialen Beratung stellen wir immer
wieder fest,
„..., dass insbesondere die Möglichkeiten der
Online-Fortbildung nicht bekannt sind.“



Fazit: In einem persönlichen Gespräch
lässt sich vieles einfacher regeln, auf die
individuellen Probleme besser eingehen
und passgenaue Tipps geben. Es hilft,
Honorarkürzungen zu beenden und eine
Entzugsdrohung abzuwenden.

INFOBOX

Das kollegiale Beratungsgespräch

- Ein Jahr nach Ablauf der Frist und vier Quartalen zehnpromzentiger Honorarkürzung erhalten alle, die den Fortbildungsnachweis noch nicht geführt haben, die Einladung zu einem kollegialen Beratungsgespräch. Denn bei nichtgeführtem Nachweis ist die KVH gezwungen, das Honorar ab dem fünften Quartal um 25 Prozent zu kürzen.
- Nehmen Sie den Beratungstermin wahr! Lassen Sie sich von Ihren Beauftragten des Vorstands beraten. Nur so kann die KVH mit Ihnen nach Lösungsmöglichkeiten suchen, denn nach Ablauf eines weiteren Jahres droht der Verlust der Zulassung!
- Das Beratungsangebot richtet sich auch an den Arbeitgeber des säumigen Angestellten. Auch hier wird bei fehlendem Nachweis ab dem fünften Quartal der Honoraranteil um 25 Prozent gekürzt und es droht die Rücknahme der Anstellung, sollte der Nachweis auch nach Ablauf von zwei Jahren nicht vollständig vorliegen.

Fortbildungspflicht leicht gemacht – so geht es!

250 Punkte in fünf Jahren, das ist kein Hexenwerk. Wir zeigen, wie Sie ganz leicht Punkte sammeln und worauf Sie achten müssen.

Fortbildungsangebote finden sich auf den Veranstaltungskalendern der Kammern, der Berufsverbände und Akademien, der berufsbezogenen Verlage und natürlich bei der KVH. Viele davon werden auch online durchgeführt, denn gerade die Corona-Pandemie hat gezeigt, dass es nicht immer die Präsenzveranstaltung sein muss. Webinare, Kongresse und Qualitätszirkel (QZ), die ganz oder in Teilen online laufen, oder auch Verlage, die ihr Onlineangebot ausgebaut haben, verbessern die Auswahl. Auf Anfrage übermittelt die KVH Ihnen eine Liste mit Links zu den Onlineangeboten (Mail an fortbildung-info@kvhessen.de).

WAS BRINGT WIE VIELE PUNKTE?

Bei der Auswahl der Fortbildung ist darauf zu achten, dass diese von einer Kammer zertifiziert wurde, also eine Veranstaltungsnummer hat. Ist das mal nicht der Fall, sollte beim Veranstalter nachgefragt werden, ob eine Zertifizierung beantragt wurde. Bei der Teilnahme an Supervisionen muss die Leiterin beziehungsweise der Leiter akkreditiert sein, damit die Fortbildungspunkte zählen. Ebenso bei der Intervention: Für die Akkreditierung melden Sie die Gruppe bei Ihrer Psychotherapeutenkammer an, es sind mindestens drei, maximal acht Teilnehmer erforderlich.



Die Fortbildungen für genehmigungspflichtige Leistungen werden auch dem Punktekonto gutgeschrieben

Aber auch ohne vorherige Zertifizierung kann gepunktet werden, zum Beispiel durch eine Hospitation. Die kann pro Tag bis zu zwölf Punkte bringen. Pro 45 Minuten gibt es einen Punkt. Bei einer ganztägigen Hospitation müssen mindestens 30 Minuten Pause eingerechnet werden. Ärztliche Mitglieder finden das Formular „Hospitationsbestätigung“ unter kvh.link/p24015 auf der Homepage der Landesärztekammer Hessen (LÄKH); es kann nachträglich ohne vorhergehende Zertifizierung eingereicht werden. Datum und Uhrzeit eintragen, Thema eintragen und Themenbereich ankreuzen und vom Hospitationsgeber unterschreiben lassen; Barcode nicht vergessen. Psychotherapeutische Mitglieder erfragen das Prozedere bitte bei ihrer Kammer.

Auch im Ausland besuchte Fortbildungen oder Kongresse können nachträglich bei den Kammern zur Gutschrift eingereicht werden, wenn sie den jeweiligen Fortbildungsordnungen entsprechen.

Welche Fortbildung wie bepunktet ist, kann in den Fortbildungsordnungen der Kammern nachgelesen werden. Zu finden sind diese auf der Homepage der Ärztekammer (kvh.link/p24016) und der Psychotherapeutenkammer (kvh.link/p24017).



WO UNTERSTÜTZT DIE KVH BEIM PUNKTEERWERB?

Mitglieder können punkten, wenn sie an einem QZ teilnehmen. Die KVH hat extra dafür unter **[kvh.link/p24018](https://www.kvh.hessen.de/kvh.link/p24018)** eine QZ-Suche. Außerdem bietet die KVH ihren Mitgliedern eigene Fortbildungsveranstaltungen an. Im Programm finden sich über 300 Termine zu den vielfältigsten Themengebieten. Nutzen Sie die Möglichkeiten. Auch kurzfristig sind oft noch Plätze frei, um die noch fehlenden Fortbildungspunkte aufzufüllen, gerade auch mit unseren Angeboten zur Online-Fortbildung. Seit gut zwei Jahrzehnten unterstützt die KVH so ihre Mitglieder bei der Fort- und Weiterbildung und der Qualitätszirkelarbeit.

NACHWEISE FÜR GENEHMIGUNGS-PFLICHTIGE LEISTUNGEN UND DMP

Natürlich zählen alle Fortbildungen, die zu Erhalt und Aufrechterhaltung einer genehmigungspflichtigen Leistung oder DMP besucht werden, auch für die Fortbildungsverpflichtung. In Verbindung mit dem Selbststudium (zehn Punkte) und des jährlichen Besuchs einer Fachtagung oder eines Kongresses zum Beispiel Ihres Berufsverbands sind leicht 50 Punkte im Jahr angesammelt, ohne dass zusätzlich kostenpflichtige Fortbildungen besucht werden müssen. Der regelmäßige Besuch eines QZ oder die Teilnahme an Intervention und Supervision, ein kollegialer Austausch an der Klinik oder bei Fallkonferenzen, das alles sind Fortbildungen, die ganz selbstverständlich zu Ihrem Arbeitsleben dazugehören und in Summe in fünf Jahren die erforderlichen 250 Punkte sicher überschreiten.

INFOBOX

Ein „Häkchen“ vom Fortbildungsangebot entfernt

Auf der Homepage der KVH können die Mitglieder in ihrem Benutzerkonto (**[kvh.link/p24019](https://www.kvh.hessen.de/kvh.link/p24019)**) den Onlinedienst „Veranstaltungsportal“ bestätigen und direkt über den Link zum Veranstaltungsportal gelangen.

Nach dem Login auf **[kvh.link/p24020](https://www.kvh.hessen.de/kvh.link/p24020)** können mit den gleichen Logindaten direkt die individuell passenden Veranstaltungen gebucht werden.

Sie erhalten automatisiert Erinnerungen, Infos zur gebuchten Veranstaltung und im Nachgang werden die Unterlagen oder die Teilnahmebescheinigung zur Verfügung gestellt. Die Punktemeldung an die Ärztekammer erfolgt durch die KVH, die psychotherapeutischen Mitglieder reichen die Teilnahmebescheinigungen direkt bei der Psychotherapeutenkammer ein.

Wie punkte ich mit Qualitätszirkeln?

Wer auf der Suche nach einem Qualitätszirkel (QZ) ist, kann einen passenden QZ unter **[kvh.link/p24021](https://www.kvh.hessen.de/kvh.link/p24021)** finden. Für jede Sitzungsteilnahme (mindestens 90 Minuten Länge) bei durch die KVH anerkannten QZs erhalten die Mitglieder vier Fortbildungspunkte. Die Moderierenden melden die Teilnehmenden an die LÄKH; bei psychotherapeutischen QZs wird den Teilnehmenden eine Bescheinigung ausgestellt.

Bei Fragen rund um die QZ-Arbeit oder die Fort- und Weiterbildungen steht Ihnen das Team Qualitäts- und Veranstaltungsmanagement gerne zur Verfügung.

Veranstaltungsmanagement: veranstaltung@kvhessen.de, T. 069 24741-7550

Qualitätszirkel: qualitaetszirkel@kvhessen.de, T. 069 24741-7552

■ ABRECHNUNG

EBM aktuell

- 2 EBM-Änderungen seit 1. Oktober 2023
- 4 EBM-Änderungen seit 1. Januar 2024

■ HONORAR

Honorarverteilungsmaßstab

- 20 Änderung des Honorarverteilungsmaßstabs, gültig ab 1. Januar 2023
- 21 Änderung des Honorarverteilungsmaßstabs, gültig ab 1. Juli 2023
- 23 Änderung des Honorarverteilungsmaßstabs, gültig ab 1. Januar 2024

■ QUALITÄT

Genehmigungspflichtige Leistungen

- 24 Außerklinische Intensivpflege

■ SONSTIGES

Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e.V. (DGUV)

- 26 Zulassung zum Durchgangsarztverfahren

EBM AKTUELL

EBM-Änderungen seit 1. Oktober 2023

Die weiteren EBM-Änderungen zum 01.10.2023 sind bereits in den vorherigen Ausgaben Nr. 5/2023 und Nr. 6/2023 veröffentlicht.

TELEFONISCHE KRANKSCHREIBUNG: PORTO FÜR AU ABRECHNEN

Rückwirkend zum 07.12.2023 können Ärztinnen und Ärzte neu die GOP 40128 auch für den postalischen Versand der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (AU) abrechnen, wenn sie eine AU per Telefon für Patientinnen und Patienten ausstellen.

Die GOP 40128 rechnen sie ab, wenn sie die AU nach telefonischer Anamnese gemäß § 4 Absatz 5a der Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie (AU-RL) feststellen und die mittels Stylesheet erzeugte AU an die Patientin oder den Patienten per Post versenden. Die GOP 40128 ist 86 Cent wert.

Die Bescheinigung einer AU nach telefonischer Anamnese stellen Ärztinnen und Ärzte nur für bekannte Patientinnen und Patienten aus, die aufgrund früherer Behandlung in der Praxis oder per Hausbesuch persönlich bekannt sind. Für die telefonische Authentifizierung können sie beispielsweise die Patientendaten abfragen und mit den Daten der Krankenversichertenkarte abgleichen.

Eine weitere Voraussetzung ist, dass es sich um Erkrankungen handelt, die keine schwere Symptomatik aufweisen, und die Abklärung nicht per Videosprechstunde möglich ist. Eine erstmalige

Krankschreibung nach telefonischer Anamnese können sie für bis zu fünf Kalendertage ausstellen. Eine Folgebescheinigung nach telefonischer Anamnese dürfen Ärztinnen und Ärzte ausstellen, wenn sie die Patientin bzw. den Patienten zuvor persönlich in der Praxis oder per Hausbesuch untersucht und eine Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Krankheit festgestellt haben.

Ärztinnen und Ärzte, die eine telefonische AU-Bescheinigung ausstellen, müssen die elektronische Gesundheitskarte (eGK) der Patientinnen und Patienten nicht einlesen. War die Patientin bzw. der Patient in dem Quartal bereits mit ihrer bzw. seiner eGK in der Praxis, liegen die Versichertendaten vor. Anderenfalls übernehmen Ärztinnen und Ärzte die Versichertendaten für die Abrechnung im Ersatzverfahren aus der Patientenakte.

Es besteht kein Anspruch auf eine telefonische Krankschreibung. Die Entscheidung, ob es medizinisch vertretbar ist, jemanden telefonisch krankzuschreiben, trifft in jedem Fall die Ärztin oder der Arzt. Sofern eine hinreichend sichere Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit im Rahmen einer telefonischen Konsultation nicht möglich ist, können Ärztinnen und Ärzte von einer Feststellung der Arbeitsunfähigkeit im Rahmen einer telefonischen Konsultation absehen und auf die Erforderlichkeit einer unmittelbar persönlichen Untersuchung verweisen.

**TELEFONISCHE AU EINES KINDES:
PORTO ABRECHNEN**

Rückwirkend zum 18.12.2023 können Ärztinnen und Ärzte neu die GOP 40129 auch für den postalischen Versand einer ärztlichen Bescheinigung für den Bezug von Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes (Muster 21) abrechnen, wenn sie die entsprechende Bescheinigung nach telefonischer Anamnese bei Kindern ausstellen.

Nachdem der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) die telefonische Krankschreibung dauerhaft eingeführt hat, haben die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und der GKV-Spitzenverband vereinbart, diese Regelung rückwirkend zum 18.12.2023 auf die Bescheinigung der Erkrankung eines Kindes zu übertragen – vorerst befristet bis zum 30.06.2024.

Ärztinnen und Ärzte rechnen die Kostenpauschale 40129 für Portokosten ab, bis ein verbindliches elektronisches Muster zur Verfügung steht und sie die Bescheinigung auf elektronischem Weg an die Patientin oder den Patienten versenden dürfen. Die GOP 40129 ist 86 Cent wert.

Wenn sie mit der Patientin oder dem Patienten nur über das Telefon Kontakt haben, rechnen sie die GOP 01435 (Bereitschaftspauschale) ab. Wenn sie die Patientin oder den Patienten in dem Quartal mindestens einmal in der Praxis getroffen oder per Videosprechstunde versorgt haben, rechnen sie die Versicherten-, Grund- und/oder Konsiliarpauschale ab.

Die Bescheinigung nach telefonischem Kontakt gemäß Muster 21 stellen Ärztinnen und Ärzte nur für bekannte Kinder aus, die aufgrund früherer Behandlung in der Praxis oder per Hausbesuch persönlich bekannt sind. Für die telefonische

Authentifizierung können sie beispielsweise die Patientendaten abfragen und mit den Daten der Krankenversichertenkarte abgleichen.

Eine weitere Voraussetzung ist, dass es sich um Erkrankungen handelt, die keine schwere Symptomatik aufweisen, und die Abklärung nicht per Videosprechstunde möglich ist. Die erstmalige ärztliche Bescheinigung für den Bezug von Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes (Muster 21) kann für bis zu fünf Kalendertage ausgestellt werden. Eine Folgebescheinigung nach telefonischer Anamnese dürfen Ärztinnen und Ärzte nur ausstellen, wenn sie das erkrankte Kind zuvor in der Praxis oder per Hausbesuch untersucht haben und eine Erkrankung wegen derselben Krankheit feststellen.

Ärztinnen und Ärzte, die eine telefonische Bescheinigung gemäß Muster 21 ausstellen, müssen die eGK der Patientinnen und Patienten nicht einlesen. Wurde das erkrankte Kind in dem Quartal bereits mit der eigenen eGK in der Praxis behandelt, liegen die Versichertendaten vor. Anderenfalls übernehmen Ärztinnen und Ärzte die Versichertendaten für die Abrechnung im Ersatzverfahren aus der Patientenakte.

Die Eltern des erkrankten Kindes haben keinen Anspruch auf eine telefonische Bescheinigung der Erkrankung. Die Entscheidung, ob es medizinisch vertretbar ist, jemanden telefonisch krankzuschreiben, trifft in jedem Fall die Ärztin oder der Arzt. Sofern eine hinreichend sichere Beurteilung des Gesundheitszustands im Rahmen einer telefonischen Konsultation nicht möglich ist, können Ärztinnen und Ärzte von einer Feststellung im Rahmen einer telefonischen Konsultation absehen und auf die Erforderlichkeit einer unmittelbar persönlichen Untersuchung verweisen.

EBM-Änderungen seit 1. Januar 2024

VERORDNUNGEN PER VIDEOSPRECHSTUNDE ABRECHNEN

Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten können neu seit dem 01.01.2024 in der Videosprechstunde erbrachte Leistungen, die im Zusammenhang mit der Verordnung von medizinischer Rehabilitation sowie Folgeverordnungen für häusliche Krankenpflege und Heilmittel stehen, über den EBM abrechnen. Damit einhergehend erfolgte eine Anpassung an der Kostenpauschale 40128 für die postalische Zusendung der Verordnung.

Praxen können neu nachfolgende GOP auch in Behandlungsfällen abrechnen, in denen kein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt, jedoch ein Kontakt in einer Videosprechstunde stattgefunden hat:

- GOP 01420 für die Überprüfung der Notwendigkeit und Koordination der häuslichen Krankenpflege
- GOP 01424 für die Folgeverordnung von Behandlungsmaßnahmen zur psychiatrischen häuslichen Krankenpflege
- GOP 01611 für die Verordnung von medizinischer Rehabilitation

Um die GOP 01420, 01424 und 01611 im Rahmen der Videosprechstunde abzurechnen, kennzeichnen sie die GOP in der Abrechnung mit dem Suffix „V“.

Für die Abrechnung der Videosprechstunde benötigen sie zudem einen zertifizierten Videodienstanbieter. Diesen melden sie der KVH über das Formular „zertifizierten Videodienstanbieter melden“. Weitere Informationen finden Sie unter **[kvh.link/p24001](https://www.kvh.at/link/p24001)**

Die mittelbar persönliche Konsultation mittels Videosprechstunde ist dann für sie möglich, wenn dies aus ärztlicher oder psychotherapeutischer Sicht unter Beachtung der berufsrechtlichen Vorgaben vertretbar ist. Weitere Voraussetzungen zur Verordnung per Video regeln die Häusliche Krankenpflege-Richtlinie und die Rehabilitations-Richtlinie.

Klargestellt: Die GOP 01613 können sie bei der Beantragung einer geriatrischen Rehabilitation als Zuschlag zur GOP 01611 abrechnen, sofern sie mindestens zwei Funktionstests gemäß der Rehabilitations-Richtlinie des G-BA durchgeführt haben. Zu der GOP 01613 wurde die Anmerkung aufgenommen, dass die Berechnung in der Regel einen persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt erfordert.

Von den in Anlage 2 der Rehabilitations-Richtlinie aufgeführten Funktionstests können sie beispielhaft die Funktionstests zum Schädigungsbereich „Mentale Funktionen“ oder das Erstellen der visuellen Schmerzskala in Einzelfällen im Rahmen einer Videosprechstunde durchführen.

Erfolgen die Funktionstests im Rahmen einer Videosprechstunde, kennzeichnen sie die GOP 01613 mit dem Suffix „V“ (01613V).

Zusätzlich können sie neu die Kostenpauschale für die postalische Versendung nach der GOP 40128 abrechnen, wenn sie in der Videosprechstunde eine Verordnung auf Muster 12, 13 oder 61 ausstellen und der Patientin oder dem Patient zusenden.

NACHBEOBACHTUNG NACH INVASIVER KARDIOLOGIE ABRECHNEN

Seit dem 01.01.2024 können Ärztinnen und Ärzte neu die mehr als sechsstündige Beobachtung und Betreuung einer erkrankten Person im unmittelbaren Anschluss an eine therapeutische Herzkatheteruntersuchung nach der GOP 01522 abrechnen. Die neue Leistung wird in den Abschnitt 1.5 des EBM aufgenommen.

Ärztinnen und Ärzte rechnen die neue GOP 01522 ab, wenn die perkutantransluminale Gefäßintervention ausschließlich an einer Koronararterie erfolgt. Die neue GOP 01522 ist 155,98 Euro (1.307 Punkte) wert; bundeseinheitlicher Orientierungspunktwert 2024 ist 11,9339 Cent.

Folgende Fachgruppen können die GOP 01522 abrechnen:

- Fachärztinnen und Fachärzte für Chirurgie
- Fachärztinnen und Fachärzte für Kinderchirurgie
- Fachärztinnen und Fachärzte für Plastische und Ästhetische Chirurgie

- Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin
- Fachärztinnen und Fachärzte für Diagnostische Radiologie

Neue Leistungen überblicken			
GOP	Kurzbeschreibung	Häufigkeit	Bewertung
01522	Zusatzpauschale für Beobachtung und Betreuung eines Kranken, entsprechend den Inhalten der Vereinbarung zur invasiven Kardiologie gemäß § 135 Abs. 2 SGB V zur Ausführung und Abrechnung invasiver kardiologischer Leistungen Obligater Leistungsinhalt – Im unmittelbaren Anschluss an eine therapeutische Herzkatheteruntersuchung entsprechend der Gebührenordnungsposition 34292 – Dauer mehr als 6 Stunden	einmal im Behandlungsfall	155,98 Euro* (1.307 Punkte)

*gemäß bundeseinheitlichem Orientierungspunktwert 2024 (11,9339 ct)

Erfolgt die Beobachtung und Betreuung von Patientinnen und Patienten im unmittelbaren Anschluss an eine therapeutische Herzkatheteruntersuchung und sind mehr als 12 Stunden Überwachungszeit erforderlich, rechnen sie die GOP 01521 ab.

EXTERNE ELEKTRISCHE KARDIOVERSION ABRECHNEN

Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder-Kardiologie sowie Fachärztinnen und Fachärzte mit dem Schwerpunkt Kardiologie können seit dem 01.01.2024 die externe elektrische Kardioversion einschließlich Sachkosten nach den neuen GOP 04421 und 13552 des EBM abrechnen. Sie wurden in die Unterabschnitte 4.4.1 (GOP der Kinder-Kardiologie) und 13.3.5 (Kardiologische GOP) des EBM aufgenommen.

Die neuen GOP 04421 und 13552 sind jeweils 223,76 Euro (1.875 Punkte) wert; bundeseinheitlicher Orientierungspunktwert 2024 ist 11,9339 Cent.

Die im Zusammenhang mit der externen elektrischen Kardioversion durchgeführte Analgesie und/oder Sedierung kann entweder von der/dem die Kardioversion vornehmenden Ärztin oder Arzt durch-

geführt werden oder von einer Fachärztin bzw. Facharzt für Anästhesiologie. Letztere rechnen im Rahmen der externen elektrischen Kardioversion die GOP 05310 für die Präanästhesiologische Untersuchung und die GOP 05341 für die Analgesie ab.

Die Leistungen nach GOP 05310 und 05341 kennzeichnen sie in der Abrechnung mit dem Suffix „E“ und sie erhalten diese zunächst extrabudgetär vergütet.

Entgegen der Leistungsbeschreibung ist die GOP 05341 im Zusammenhang mit der Durchführung der Kardioversion gemäß den Leistungen nach den GOP 04421 und 13552 auch vor Aufnahme der entsprechenden Kodes aus dem Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) für die externe elektrische Kardioversion in den Abschnitt 2 des AOP-Katalogs nach § 115b SGB V berechnungsfähig.

Führen Ärztinnen und Ärzte im Zusammenhang mit den neuen Leistungen der Kardioversion nach den GOP 04221 und 13552 eine Duplex-Echokardiographie (Farbduplex) durch, so können sie die entsprechende Leistung nach der GOP 33022 sowie bei transösophagealer Durchführung den Zuschlag nach GOP 33023 abrechnen.

Die Leistungen nach GOP 33022 und 33023 kennzeichnen sie in der Abrechnung mit dem Suffix „E“ und sie erhalten diese zunächst extrabudgetär vergütet.

Die im Zusammenhang mit der Kardioversion durchgeführte Beobachtung und Betreuung können Ärztinnen und Ärzte nach den GOP 01501

(Beobachtung und Betreuung einer Patientin oder eines Patienten im unmittelbaren Anschluss an eine Leistung gemäß Anhang 8) und GOP 01503 (Zuschlag zu der GOP 01501 bei Fortsetzung der Beobachtung und Betreuung und/oder Zusatzpauschale für die weitere Beobachtung und Betreuung gemäß Anhang 8) des Abschnitts 1.5 EBM abrechnen.

Neue Leistungen überblicken			
GOP	Kurzbeschreibung	Häufigkeit	Bewertung
04421	Externe elektrische Kardioversion, einschließlich Sachkosten Obligater Leistungsinhalt – Patientenaufklärung in angemessenem Zeitabstand vor dem Eingriff – Externe elektrische Kardioversion – Kontinuierliches EKG-Monitoring – 12-Kanal-EKG(s) – Mindestens ein weiterer Arzt-Patienten-Kontakt innerhalb von 5 Tagen nach Kardioversion	höchstens dreimal im Behandlungsfall	223,76 Euro* (1.875 Punkte)
13552	Externe elektrische Kardioversion, einschließlich Sachkosten Obligater Leistungsinhalt – Aufklärungsgespräch in angemessenem Zeitabstand vor dem Eingriff – Externe elektrische Kardioversion – Kontinuierliches EKG-Monitoring – 12-Kanal-EKG(s) – Mindestens ein weiterer Arzt-Patienten-Kontakt innerhalb von 5 Tagen nach Kardioversion	höchstens dreimal im Behandlungsfall	223,76 Euro* (1.875 Punkte)

*gemäß bundeseinheitlichem Orientierungspunktwert 2024 (11,9339 ct)

DIGA „SOMNIO“ UND „VIVIRA“ ABRECHNEN

Seit dem 01.01.2024 können Schmerztherapeutinnen und Schmerztherapeuten die neuen GOP 30780 und GOP 30781 für die Digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGA) „somnio“ und „Vivira“ abrechnen. Zudem können Fachärztinnen und Fachärzte für Physikalische und

Rehabilitative Medizin die DiGA „somnio“ nach der GOP 01471 abrechnen.

„Vivira“ dient der Behandlung von Rückenschmerzen bei nicht spezifischen Kreuzschmerzen oder Arthrose der Wirbelsäule (Osteochondrose). Die Web-Anwendung „somnio“ dient der Behandlung von Ein- und Durchschlafstörungen.

Neue Leistungen überblicken			
GOP	Kurzbeschreibung	Häufigkeit	Bewertung
30780	Zusatzpauschale für die Verlaufskontrolle und die Auswertung der DiGA somnio gemäß dem Verzeichnis für digitale Gesundheitsanwendungen gemäß § 139e SGB V	einmal im Behandlungsfall	7,64 Euro* (64 Punkte)
30781	Zusatzpauschale für die Verlaufskontrolle und die Auswertung der DiGA Vivira gemäß dem Verzeichnis für digitale Gesundheitsanwendungen gemäß § 139e SGB V	einmal im Behandlungsfall, höchstens zweimal im Krankheitsfall	7,64 Euro* (64 Punkte)

*gemäß bundeseinheitlichem Orientierungspunktwert 2024 (11,9339 ct)

Die GOP 30780 können Schmerztherapeutinnen und Schmerztherapeuten im Behandlungsfall nicht neben der GOP 01471 (Verlaufskontrolle DiGA „somnio“) abrechnen. Die GOP 30781 können sie im Behandlungsfall nicht neben der GOP 01472 (Verlaufskontrolle DiGA „Vivira“) abrechnen.

Sie können die GOP 30780 auch dann abrechnen, wenn sie die Leistung im Rahmen einer Videosprechstunde erbringen. Dann kennzeichnen sie in der Abrechnung die GOP 30780 mit dem Suffix „V“ (30780V).

Für die Abrechnung der Videosprechstunde benötigen sie zudem einen zertifizierten Videodienstanbieter. Diesen melden sie der KVH über das Formular „zertifizierten Videodienstanbieter melden“. Alle Informationen zur Videosprechstunde finden Sie unter **[kvh.link/p24001](#)**

Die GOP 30780 und 30781 können alle Ärztinnen und Ärzte abrechnen, die eine Genehmigung der KVH nach der Qualitätssicherungsvereinbarung

Schmerztherapie besitzen. Alle Informationen zur Genehmigung finden Sie unter **[kvh.link/p24002](#)**

Seit dem 01.01.2024 können Fachärztinnen und Fachärzte für Physikalische und Rehabilitative Medizin die GOP 01471 für die Verlaufskontrolle und Auswertung der DiGA „somnio“ aus dem Abschnitt 1.4 im EBM abrechnen. Die GOP 01471 wurde in die Präambel 27.1 Nr. 4 aufgenommen.

Sie können die GOP 01471 auch dann abrechnen, wenn sie die Leistungen im Rahmen einer Videosprechstunde erbringen. Dann kennzeichnen sie in der Abrechnung die GOP 01471 mit dem Suffix „V“ (01471V).

Für die Abrechnung der Videosprechstunde benötigen sie zudem einen zertifizierten Videodienstanbieter. Diesen melden sie der KVH über das Formular „zertifizierten Videodienstanbieter melden“. Alle Informationen zur Videosprechstunde finden Sie unter **[kvh.link/p24001](#)**

SONOGRAPHIE:**PRÄVENTIV NEBEN KURATIV ABRECHNEN**

Seit dem 01.01.2024 können Ärztinnen und Ärzte unter bestimmten Voraussetzungen präventive Sonographien der Mutterschaftsvorsorge neben kurativen Sonographien erbringen und abrechnen. Dafür wurden die Abrechnungsausschlüsse der GOP 01770 bis 01775 (Mutterschaftsvorsorge) zu den GOP des Kapitels 33 (kurative Sonographie) im EBM geändert.

Ärztinnen und Ärzte können neu neben der GOP 01770 (Betreuung einer Schwangeren) und GOP 01771 (Sono im 2. Trimenon) die GOP 33043 (Sono Uro-Genital-Organe) und 33044 (Sono weiblicher Genitalorgane) jeweils einmal im Behandlungsfall und mit Begründung abrechnen, sofern sie die Sonographie nicht am Embryo oder Fötus durchführen. Als Begründung geben sie den ICD-10-Kode mit der Diagnosesicherheit an.

Die GOP 01770 und 01771 können sie neu am Behandlungstag nicht neben den GOP 33043 und 33044 ansetzen.

Die GOP 01772 (weiterführende Sono I) können sie neu neben der GOP 33042 (Sono des Abdomens), 33043, 33044 und 33081 jeweils einmal im Behandlungsfall und mit Begründung abrechnen. Als Begründung geben sie den ICD-10-Kode mit der Diagnosesicherheit an.

Die GOP 01773 (weiterführende Sono II) können sie neu neben der GOP 33042 im Behandlungsfall mit Begründung abrechnen. Als Begründung geben sie

den ICD-10-Kode mit der Diagnosesicherheit an. Die GOP 01773 können sie neu auch neben der GOP 33043, 33044 und 33081 jeweils einmal im Behandlungsfall und mit Begründung abrechnen. Als Begründung geben sie den ICD-10-Kode mit der Diagnosesicherheit an.

Die GOP 01772 und 01773 können sie neu am Behandlungstag nicht neben den GOP 33042 bis 33044 und 33081 ansetzen.

Neu können sie im Behandlungsfall neben den GOP 01774 (Sono des fetalen kardiovaskulären Systems) und 01775 (Sono des fetomaternalen Gefäßsystems) die GOP 33021, 33022, 33043, 33060, 33061, 33063, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075 abrechnen, sofern sie die Sono nicht am Fötus durchführen.

Die GOP 01773 können sie neu in der Sitzung neben der GOP 33040 (Sono der Thoraxorgane) ansetzen. Die GOP 01772 können sie neu im Behandlungsfall neben der GOP 33040 abrechnen.

Neben den GOP 01772 und 01773 können sie neu im Behandlungsfall die GOP 33050 (Sono von Gelenken) abrechnen.

Um Sonographie-Leistungen abzurechnen, benötigen Ärztinnen und Ärzte eine Genehmigung der KVH nach der Ultraschall-Vereinbarung. Alle Informationen zur Genehmigung finden Sie unter **[kvh.link/p24003](https://www.kvh.at/link/p24003)**

OPS: VERSION 2024 ANGEPASST

Zum 01.01.2024 wurde der Anhang 2 des EBM an den Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) Version 2024 angepasst. Dazu wurden neue OPS-Kodes aufgenommen, OPS-Kodes gestrichen sowie redaktionelle Anpassungen an bestehenden OPS-Kodes vorgenommen. Alle OPS-Kodes 2024 finden Sie unter **[kvh.link/p24004](#)**

Rechnen Ärztinnen und Ärzte die GOP zu den gefäßchirurgischen OPS-Kodes 5-385.7[8-b], 5-385.8[8-b], 5-385.9[8-d], 5-385.d[4-b] und 5-385.k[0-b] ab, setzt dies die langstreckige Ausführung des jeweiligen operativen Verfahrens an allen in der Bezeichnung des OPS-Kodes benannten Gefäßen voraus. Hierfür wurde die Nr. 23 in die Präambel 2.1 im Anhang 2 im EBM aufgenommen.

Rechnen Ärztinnen und Ärzte gynäkologische Eingriffe gemäß den OPS-Kodes 1-570.1 und 1-571.0 ab, beinhaltet dies die Durchführung einer Laparoskopie in derselben Sitzung. Hierfür wurde eine dritte Bestimmung zum Unterabschnitt 31.2.12 (Definierte operative Eingriffe der Gynäkologie) im EBM aufgenommen.

Mit dem vorliegenden Beschluss erfolgte auch die Aufnahme weiterer OPS-Kodes in den Anhang 2 zum EBM, um die ambulante Versorgung im Rahmen der Weiterentwicklung des ambulanten Operierens zu erweitern. Hierbei handelt es sich insbesondere um Biopsien u. a. an der Prostata und an Gelenken, Inzisionen im Bereich der Augen und der männlichen Geschlechtsorgane und die Revision von venösen Katheterverweilsystemen.

Zu den Änderungen im OPS 2024 zählen zudem die Aufnahme neuer Kodes für die Destruktion von Nervengewebe (OPS 5-04.c[0-9]) sowie neuer Kodes aus den Bereichen Freie Hauttransplantation für den permanenten Hautersatz mit alloplastischem oder xenogenem Material (OPS 5-902.n[0-g], 5-902.p[0-g], 5-902.q[0-g], 5-902.r[0-g]) und Freie Hauttransplantation und Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen, für den permanenten Hautersatz mit alloplastischem oder xenogenem Material (OPS 5-925.n[0-m], 5-925.p[0-m], 5-925.q[0-m], 5-925.r[0-m]). Des Weiteren erfolgte die Aufnahme neuer OPS-Kodes für gefäßchirurgische Eingriffe aufgrund von Anpassungen in der OPS-Systematik mit einer differenzierten Lokalisationsangabe bei den Varizeneingriffen (OPS 5-385).

Gestrichen wurden Kodes der Varizenchirurgie mit veralteter Lokalisationsangabe und die Exzision von (erkranktem) Knochen- und Gelenkgewebe am Wirbelbogen.

Neben den neuen OPS-Kodes der Version 2024 gibt es redaktionelle Änderungen von einzelnen Bezeichnungen im Vergleich zur Version 2023.

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. Alle Informationen zur Genehmigung finden Sie unter **[kvh.link/p24005](#)**

EBM-DETAILÄNDERUNG 1/2024

Seit dem 01.01.2024 gibt es im EBM weitere Detailänderungen.

■ **Authentifizierung Videosprechstunde:**

Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten können die Authentifizierung von unbekannten Patientinnen und Patienten im Rahmen der Videosprechstunde nach der GOP 01444 aus dem Abschnitt 1.4 des EBM weiterhin abrechnen. Die Leistung wurde bis zum 31.12.2025 verlängert.

■ **HIV-Präexpositionsprophylaxe:**

Anmerkung geändert

Führen Ärztinnen und Ärzte die Kontrolle im Rahmen einer HIV-Präexpositionsprophylaxe (PrEP) durch, rechnen sie die GOP 01922 aus dem Unterabschnitt 1.7.8 EBM ab. Neu seit dem 01.01.2024 rechnen sie die GOP 01922 nur noch einmal im Behandlungsfall ab. Bisher war die Leistung bis zu dreimal je fünf Minuten berechnungsfähig. Im Zuge dessen wurde die Bewertung der Leistung entsprechend erhöht.

Neue Bewertung überblicken			
GOP	Kurzbeschreibung	Bewertung bis 31.12.2023	Bewertung seit 01.01.2024
01922	Kontrolle im Rahmen einer HIV-Präexpositionsprophylaxe (PrEP) gemäß Anlage 33 des BMV-Ä Obligater Leistungsinhalt – Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt – Überprüfung der Indikation zur PrEP einschließlich Kontraindikationen – Überprüfung des HIV-Status – Kontrolle und/oder Behandlung ggf. aufgetretener therapiebedingter Neben- und Wechselwirkungen einmal im Behandlungsfall	9,42 Euro* (82 Punkte)	19,45 Euro** (163 Punkte)

*gemäß bundeseinheitlichem Orientierungspunktwert 2023 (11,4915 ct)

**gemäß bundeseinheitlichem Orientierungspunktwert 2024 (11,9339 ct)

Um die GOP 01922 abzurechnen, benötigen Sie eine Genehmigung der KVH nach der Vereinbarung über die HIV-Präexpositionsprophylaxe zur Prävention einer HIV-Infektion gemäß § 20j SGB V.

Alle Informationen zur Genehmigung finden Sie unter **[kvh.link/p24006](https://www.kvh.at/link/p24006)**

■ Elektronische Patientenakte (ePA):

Erstbefüllung verlängert

Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten können die GOP 01648 für die Erstbefüllung der ePA weiterhin abrechnen. Die GOP wurde bis zum 14.01.2025 verlängert. Der Bewertungsausschuss wird spätestens zum 30.09.2024 prüfen, ob eine Anpassung der Leistung, insbesondere hinsichtlich der Bewertung, mit Wirkung zum 15.01.2025 erforderlich ist.

■ Labor: Zuschläge für Transportkosten verlängert

Fachärztinnen und Fachärzte für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie, Transfusionsmedizin und ermächtigte Fachwissenschaftlerinnen und Fachwissenschaftler der Medizin erhalten die Zuschläge nach den GOP 01699 und 12230 bis zum 30.09.2024. Dies hat der Bewertungsausschuss beschlossen. Die Zuschläge setzt die KVH automatisch zu. Die GOP 01699 und 12230 stellen Zuschläge auf die Grund- und Konsiliarpauschalen dar und bleiben bis zur Neuregelung der Transportpauschale nach GOP 40100 bestehen. Sie waren im Zusammenhang mit den neuen Portopauschalen zum 01.07.2020 eingeführt worden und galten ursprünglich nur für ein Jahr.

■ Infusionsgabe: Enzyersatztherapie

„Elfabrio“ abrechnen

Seit dem 01.01.2024 können Ärztinnen und Ärzte die Beobachtung und Betreuung von Patientinnen und Patienten unter parenteraler intravasaler Behandlung nach den GOP 01540 bis 01542 neu bei einer weiteren Enzyersatztherapie mit Pegunigalsidase alfa (Elfabrio®) abrechnen.

■ Morbus Pompe: Beobachtung und Betreuung bei weiterer Enzyersatztherapie

Ärztinnen und Ärzte können die Beobachtung und Betreuung von Patientinnen und Patienten mit der Erkrankung Morbus Pompe bei einer weiteren Enzyersatztherapie nach den GOP 01510 bis 01512 abrechnen. Mit Cipaglucosidase alfa (Pombiliti®) steht ein weiterer Wirkstoff zur Verfügung. Aufgrund dieser Erweiterung wurden die bisherigen Wirkstoffe im zweiten Spiegelstrich gestrichen und durch den übergreifenden Terminus „einer Enzyersatztherapie bei Morbus Pompe gemäß der jeweils aktuell gültigen Fachinformation“, der alle zugelassenen Wirkstoffe umfasst, ersetzt.

**AMBULANTES OPERIEREN:
FÖRDERZUSCHLÄGE ERWEITERT**

Ärztinnen und Ärzte können seit dem 01.01.2024 die Förderzuschläge nach den GOP 31451 bis 31453 bzw. 31456 aus dem Unterabschnitt 31.2.20 des EBM bei weiteren ambulanten Operationen abrechnen.

Hierzu wurden die Leistungslegenden der GOP um OPS-Kodes ergänzt und die GOP im Anhang 2 EBM bei den zugeordneten OPS-Kodes aus den laufenden Nummern 1 bis 4 in die Spalte „Zuschlag Förderung“ aufgenommen.

Die OPS-Kodes sollten zum 01.01.2024 auch in den AOP-Katalog zum ambulanten Operieren nach § 115b Abs. 1 SGB V aufgenommen werden. Mit den Förderzuschlägen soll ein finanzieller Anreiz geschaffen werden, diese Eingriffe öfter ambulant durchzuführen.

Ärztinnen und Ärzte rechnen den entsprechenden Zuschlag I, II, III und VI (GOP 31451 bis 31453 bzw. 31456) neben der OP-Leistung nach Abschnitt 31.2 ab. Den OPS-Code geben sie in der Feldkennung 5035 (OP-Schlüssel) und 5041 (Seitenlokalisierung OPS) wie gewohnt bei dem Haupteingriff an.

Geänderte 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 Neu mit OPS-Kodes: 5-902.f5, 5-902.f6, 5-902.f7, 5-902.f8, 5-902.fa, 5-902.fb, 5-902.fc, 5-902.fd, 5-902.fe, 5-902.ff, 5-902.fg, 5-902.h5, 5-902.h6, 5-902.h7, 5-902.h8, 5-902.ha, 5-902.hb, 5-902.hc, 5-902.hd, 5-902.he, 5-902.hf und 5-902.hg	26,61 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 Neu mit OPS-Kodes: 5-810.3r, 5-902.f0, 5-902.f4, 5-902.f9, 5-902.h0, 5-902.h4 und 5-902.h9	31,39 Euro* (263 Punkte)

Geänderte Zuschläge überblicken		
GOP	Kurzbeschreibung	Bewertung
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 Neu mit OPS-Kodes: 5-399.6, 5-493.5, 5-493.70, 5-493.71, 5-810.96, 5-810.98, 5-810.99, 5-811.26, 5-811.28, 5-811.29, 5-811.2r, 5-812.06, 5-812.08, 5-812.09, 5-819.08, 5-819.09, 5-819.0q, 5-819.1h, 5-819.1k und 5-819.1s	42,96 Euro* (360 Punkte)

Geänderte Zuschläge überblicken		
GOP	Kurzbeschreibung	Bewertung
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 Neu mit OPS-Kodes: 5-811.36, 5-811.38, 5-811.39 und 5-812.39	157,89 Euro* (1.323 Punkte)

*gemäß bundeseinheitlichem Orientierungspunktwert 2024 (11,9339 ct.)

Ärztinnen und Ärzte benötigen für die Erbringung und Abrechnung von ambulanten Operationen eine Genehmigung der KVH nach der Qualitätssi-

cherungsvereinbarung Ambulantes Operieren nach § 135 Abs. 2 SGB V. Alle Informationen zur Genehmigung finden Sie unter **[kvh.link/p24005](https://www.kvh.at/link/p24005)**

DIALYSEBEHANDLUNG: BEWERTUNG DER KOSTENPAUSCHALEN ERHÖHT

Ärztinnen und Ärzte erhalten für die Behandlung mit renalen Ersatzverfahren und extrakorporalen Blutreinigungsverfahren seit dem 01.01.2024 eine höhere Vergütung. Das hat der Bewertungsausschuss in seiner 693. Sitzung beschlossen.

Für die Berechnung der Kostenpauschalen (GOP 40815 bis 40819 und 40823 bis 40828) benötigen Ärztinnen und Ärzte eine Genehmigung der KVV gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung für Blutreinigungsverfahren nach § 135 Abs. 2 SGB V. Alle Informationen zur Genehmigung finden Sie unter [kvvh.link/p24007](https://www.kvvh.at/link/p24007)

Demnach erfolgte eine Bewertungserhöhung der GOP 40815 bis 40819 und 40823 bis 40838 im EBM um 3,85 Prozent.

Neue Bewertungen überblicken			
GOP	Kurzbeschreibung	Bewertung bis 31.12.2023	Bewertung seit 01.01.2024
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	639,54 Euro	664,16 Euro
40816	Kostenpauschale für Sachkosten bei Durchführung von Peritonealdialysen bei Patienten bis zum vollendeten 18. Lebensjahr mit einer dialysepflichtigen Nierenerkrankung	846,60 Euro	879,19 Euro
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 Peritonealdialysetage in der Behandlungswoche umfassen	120,97 Euro	125,63 Euro

Neue Bewertungen überblicken			
GOP	Kurzbeschreibung	Bewertung bis 31.12.2023	Bewertung seit 01.01.2024
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	671,57 Euro	697,42 Euro
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	126,99 Euro	131,88 Euro
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: 495,52 Euro Preisstufe 2: 475,63 Euro Preisstufe 3: 425,85 Euro Preisstufe 4: 405,96 Euro	Preisstufe 1: 514,59 Euro Preisstufe 2: 493,94 Euro Preisstufe 3: 442,25 Euro Preisstufe 4: 421,59 Euro
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: 165,14 Euro Preisstufe 2: 158,51 Euro Preisstufe 3: 141,98 Euro Preisstufe 4: 135,35 Euro	Preisstufe 1: 171,50 Euro Preisstufe 2: 164,61 Euro Preisstufe 3: 147,45 Euro Preisstufe 4: 140,57 Euro

Neue Bewertungen überblicken			
GOP	Kurzbeschreibung	Bewertung bis 31.12.2023	Bewertung seit 01.01.2024
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	515,51 Euro	535,36 Euro
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 Peritonealdialysetage in der Behandlungswoche umfassen	73,64 Euro	76,48 Euro
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	171,87 Euro	178,49 Euro
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	178,19 Euro	185,05 Euro
40829	Zuschlag zu der Kostenpauschale nach den Nrn. 40823 oder 40825 bei Versicherten ab dem vollendeten 59. Lebensjahr bis zum vollendeten 69. Lebensjahr	10,20 Euro	10,59 Euro

Neue Bewertungen überblicken			
GOP	Kurzbeschreibung	Bewertung bis 31.12.2023	Bewertung seit 01.01.2024
40830	Zuschlag zu der Kostenpauschale nach den Nrn. 40824, 40826 und 40827 bei Versicherten ab dem vollendeten 59. Lebensjahr bis zum vollendeten 69. Lebensjahr	3,37 Euro	3,50 Euro
40831	Zuschlag zu der Kostenpauschale nach den Nrn. 40823 oder 40825 bei Versicherten ab dem vollendeten 69. Lebensjahr bis zum vollendeten 79. Lebensjahr	20,40 Euro	21,19 Euro
40832	Zuschlag zu der Kostenpauschale nach den Nrn. 40824, 40826 und 40827 bei Versicherten ab dem vollendeten 69. Lebensjahr bis zum vollendeten 79. Lebensjahr	6,83 Euro	7,10 Euro
40833	Zuschlag zu der Kostenpauschale nach den Nrn. 40823 oder 40825 bei Versicherten ab dem vollendeten 79. Lebensjahr	30,60 Euro	31,78 Euro
40834	Zuschlag zu der Kostenpauschale nach den Nrn. 40824, 40826 und 40827 bei Versicherten ab dem vollendeten 79. Lebensjahr	10,20 Euro	10,59 Euro
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	91,80 Euro	95,33 Euro

Neue Bewertungen überblicken			
GOP	Kurzbeschreibung	Bewertung bis 31.12.2023	Bewertung seit 01.01.2024
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	30,60 Euro	31,78 Euro
40837	Zuschlag zu der Kostenpauschale nach der Nr. 40816 oder 40825 für die intermittierende Peritonealdialyse (IPD)	306,00 Euro	317,78 Euro
40838	Zuschlag zu der Kostenpauschale nach der Nr. 40817, 40819, 40827 oder 40828 für die intermittierende Peritonealdialyse (IPD)	102,00 Euro	105,93 Euro

Der Bewertungsausschuss beschloss zusätzlich, die Weiterentwicklung des Orientierungswertes gemäß § 87 Absatz 2e SGB V für das Jahr 2025 mit Wirkung zum 01.01.2025 auch auf die Kostenpauschalen des Abschnitts 40.14 EBM mit folgender Maßgabe anzuwenden. Ziel dessen ist die Sicherstellung und Aufrechterhaltung der wohnortnahen Versorgung zu gewährleisten sowie den erforderlichen Anpassungsbedarf an der Struktur, Systematik und Bewertung der Kostenpauschalen des Abschnitts 40.14 EBM im Hinblick auf die Wirtschaftlichkeit

der Dialyseversorgung umzusetzen. Die bedarfsgerechte Versorgung chronisch niereninsuffizienter Patientinnen und Patienten schließt die Förderung der Heimdialyse und ggf. der Nachtdialyse ein.

Mit Wirkung ab dem 01.01.2026 wird der Bewertungsausschuss ein Verfahren für die dauerhafte Überprüfung und Weiterentwicklung der Kostenpauschalen des Abschnitts 40.14 EBM beschließen.

EBM-FR

PRAXISTIPP

Zu allen EBM-Änderungen finden Sie aktuelle und weiterführende Informationen unter kvh.link/p24008

Reinschauen lohnt sich!

HONORARVERTEILUNGSMASSTAB

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

Gültig ab dem 1. Januar 2023

Die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen hat in ihrer Sitzung am 02.12.2023 Änderungen des Honorarverteilungsmaßstabes beschlossen. Diese Änderungen werden hiermit veröffentlicht. Der Honorarverteilungsmaßstab (HVM) der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen gem. § 87b Abs. 1 S. 2 SGB V wird mit Wirkung ab 01.01.2023 wie folgt geändert:

■ **I. Das Inhaltsverzeichnis wird wie folgt geändert:**

Im Punkt Anlagen wird die Bezeichnung der Anlage 4 geändert (aktualisierte Jahreszahl) und lautet wie folgt:

„Anlage 4 Katalog förderungswürdiger Leistungen ab 1/2023“

■ **II. Der Abschnitt I wird wie folgt geändert:**

Die Jahreszahlen werden von 2022 in 2023 geändert. Der Abschnitt I lautet somit wie folgt:

„Die im jeweils für den Abrechnungszeitraum maßgeblichen Honorarvertrag unter der entsprechenden Ziffer vereinbarten Einzelleistungen werden außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütet.“

In den Quartalen 1 bis 4 des Jahres 2023 stehen für die Vergütung der Zuschläge für die Behandlung HIV-Infizierter (GOP 99099) zusätzlich außerhalb der mGV 100.000,- € nach Abschnitt II des Honorarvertrages für das Jahr 2023 zur Verfügung. Der Betrag wird gleichmäßig auf die Quartale 1 bis 4 des Jahres 2023 (25.000,- € je Quartal) aufgeteilt. Die förderungswürdige

Leistung sowie der entsprechende Zuschlag ist in der Anlage 4 aufgeführt.

Sollte der für die Quartale 1 bis 4 des Jahres 2023 zur Verfügung stehende Betrag in Höhe von 25.000,- € nicht ausreichen, um den Zuschlag zu der abgerechneten Leistung in voller Höhe zu vergüten, erfolgt je Quartal eine einheitliche Quotierung des Zuschlags.

Eine Förderung des Zuschlages erfolgt ausschließlich für die in der Anlage 4 genannte Leistung, sofern diese innerhalb der mGV vergütet wird.“

■ **III. Die Anlage 4 wird wie folgt geändert:**

1. Der Name der Anlage wird geändert (aktualisierte Jahreszahl) und lautet wie folgt:

„Anlage 4 Katalog förderungswürdiger Leistungen ab 1/2023“

2. Die GOP 99099 (Zuschlag für Behandlung HIV-Infizierter) wird geändert und lautet wie folgt:

„99099 Zuschlag für Behandlung HIV-Infizierter 52,86 €
Wert der GOP analog Honorarvertrag 2023“

Die Änderungen treten zum 01.01.2023 in Kraft.

Der Vorsitzende der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen

gez. Dr. med. Klaus-Wolfgang Richter

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

Gültig ab dem 1. Juli 2023

Die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen hat in ihrer Sitzung am 02.12.2023 Änderungen des Honorarverteilungsmaßstabes beschlossen. Diese Änderungen werden hiermit veröffentlicht.

Der Honorarverteilungsmaßstab (HVM) der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen gem. § 87b Abs. 1 S. 2 SGB V wird mit Wirkung ab 01.07.2023 wie folgt geändert:

■ **I. Der Abschnitt II Teil B Nr. 4.9.3 „Vorwegleistungen“ wird wie folgt ergänzt:**

Unter dem Punkt „Zu b), c), e) aus Abschnitt II

Teil B 4.3.1“ wird am Ende folgender Absatz neu aufgenommen:

„Für Buchstabe c) gilt zusätzlich, dass alle Leistungen im Rahmen der außerklinischen Intensivpflege, die der mGV unterliegen (Arzt-VFG-VTG 82-00 und 82-01), aus diesem Verteilungsvolumen nach gleicher Systematik vergütet werden.“

■ **II. Die Anlage 1 wird wie folgt ergänzt:**

Innerhalb der fachärztlichen Versorgungsebene werden folgende Arztgruppen neu aufgenommen:

Arztgruppe	Arzt VFG-VTG	Bezeichnung	FG Code	Unterliegt dem RLV
63	82-00	Privatarzt Außerklinische Intensivpflege		Nein
63	82-01	Krankenhäuser Außerklinische Intensivpflege		Nein

■ **III. Die Anlage 5 wird wie folgt geändert:**

1. Die laufende Nummer 14 (Mindestbedarf/Einsparungen – Neufassung des Abschnitts 40.4, eArztbriefe) wird gestrichen.

2. Die laufende Nummer 17 wird geändert und lautet wie folgt:

Lfd. Nr.	Quartal	Thema	Bemerkung	Verweis HVM
17)	ab 3/2023	<u>Erhöhung der mGV:</u> Für die Finanzierung der Weiterentwicklung Mikrobiologie	Nach Beschluss des BA in der 596. Sitzung wird die mGV Erhöhung zur Weiterentwicklung Mikrobiologie mit folgenden GOP 32050, 32670, 32680, 32681, 32683, 32701, 32702, 32704, 32705, 32721, 32723, 32785 bis 32790, 32800 bis 32809, 32815, 32817, 32831, 32833, 32839, 32842 bis 32847 und 32851 bis 32853 EBM ab dem 1. Juli 2022 finanziert. Der im Vorjahresquartal ermittelte Erhöhungsbetrag wird im GB HA und FA in der Vorwegleistung (eigenerbrachtes Labor) als zusätzliche Rückstellung hinzugefügt.	Abschnitt II Teil B Nr. 3.3.1 Buchstabe e) Abschnitt II Teil B Nr. 4.3.1 Buchstabe g)

3. Nach der Nummer 26 wird folgende Nummer 27 neu eingefügt:

Lfd. Nr.	Quartal	Thema	Bemerkung	Verweis HVM
27)	3/2023 – 2/2024	Eindeckelung: Humangenetische Leistungen Kap. 19.4.2 EBM sowie 19412, 19422 und 19427	Nach Beschluss des BA in der 448. Sitzung wird das Kapitel 19.4.2 EBM ab dem 1. Juli 2023 in die mGV überführt. Der kassenseitig ermittelte Eindeckelungsbetrag wird im Teil A 3.1.3 im GB Genetisches Labor berücksichtigt.	Abschnitt II Teil A Nr. 3.1.3 Abschnitt II Teil B Nr. 6

Die Änderungen treten zum 01.07.2023 in Kraft.

Der Vorsitzende der Vertreterversammlung
der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen

gez. Dr. med. Klaus-Wolfgang Richter

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

Gültig ab dem 1. Januar 2024

Die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen hat in ihrer Sitzung am 02.12.2023 Änderungen des Honorarverteilungsmaßstabes beschlossen. Diese Änderungen werden hiermit veröffentlicht. Der Honorarverteilungsmaßstab (HVM) der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen gem.

§ 87b Abs. 1 S. 2 SGB V wird mit Wirkung ab 01.01.2024 wie folgt geändert:

■ **Die Anlage 1 wird wie folgt geändert:**

1. Innerhalb der hausärztlichen Versorgungsebene werden folgende Arztgruppen gestrichen:

Arztgruppe	Arzt VFG-VTG	Bezeichnung	FG Code	Unterliegt dem RLV
1	33-10	vollzugelassene Hausärzte (hausärztlich tätige Internisten)	(01),03	Ja
64	85-0	ermächtigte Hausärzte (Pro Familia etc.)	01, (02)	Nein

2. Innerhalb der fachärztlichen Versorgungsebene werden folgende Arztgruppen gestrichen:

Arztgruppe	Arzt VFG-VTG	Bezeichnung	FG Code	Unterliegt dem RLV
7	21-11	vollzugelassene Gynäkologen mit WB Endokrinologie/Reproduktionsmedizin	16	Ja
14	33-14	vollzugel. Internisten mit SP Angiologie	24, 28	Ja
61	81-35	Krankenhäuser TSS	0	Nein
61	81-80	Krankenhäuser/Institute (100 %) / ärztlich geleitete Einrichtungen	0	Nein
61	90-0	Kuratorium Dialyse	0	Nein
62	85-10	ermächtigte Ärzte für Methadonsubstitution	0	Nein
63	34-14	ermächtigte Internisten mit SP Angiologie	24, 28	Nein

Die Änderungen treten zum 01.01.2024 in Kraft.

Der Vorsitzende der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen

gez. Dr. med. Klaus-Wolfgang Richter

GENEHMIGUNGSPFLICHTIGE LEISTUNGEN

Außerklinische Intensivpflege

Die ständige Anwesenheit einer geeigneten Pflegekraft wird bei Menschen benötigt, bei denen es jederzeit zu lebensbedrohlichen Situationen kommen kann, da sie beispielsweise künstlich beatmet werden müssen oder eine Trachealkanüle haben. Die Versorgung dieser Personen ist in der Außerklinischen Intensivpflege-Richtlinie (AKI-RL) geregelt, von der zum 15.09.2023 eine Neufassung in Kraft getreten ist. Um eine Genehmigung für die Potenzialerhebung und/oder Verordnung zu erhalten, sind besondere Qualifikationsnachweise erforderlich. Nachfolgend werden die Neuerungen zusammengefasst.

FACHÄRZTINNEN UND FACHÄRZTE

Die **Verordnung** außerklinischer Intensivpflege kann neben den in § 9 AKI-RL genannten Fachärztinnen und Fachärzten, die ohne Genehmigung verordnen dürfen, zusätzlich zu den Hausärztinnen und Hausärzten von folgenden Ärztinnen und Ärzten beantragt und nach Genehmigungserteilung erbracht werden:

- Fachärztinnen oder Fachärzte, die nicht in § 8 oder § 9 AKI-RL benannt sind, mit Nachweisen über Kompetenzen im Umgang mit beatmeten oder trachealkanülierten Patientinnen und Patienten.

Die **Potenzialerhebung** bei Kindern, Jugendlichen und jungen Volljährigen kann zusätzlich zu den Fachärztinnen und Fachärzten, die die Anforderungen für die Potenzialerhebung bei Erwachsenen erfüllen, von folgenden Fachärztinnen und Fachärzten beantragt und nach Genehmigungserteilung erbracht werden:

- Fachärztinnen und Fachärzte mit der Zusatzbezeichnung Kinder- und Jugend-Pneumologie ohne weitere Nachweise
- Fachärztinnen und Fachärzte für Anästhesiologie mit Nachweis über eine mindestens sechsmonatige einschlägige Tätigkeit auf einer spezialisierten Beatmungsentwöhnungs-Einheit
- Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit Nachweis über eine mindestens zwölfmonatige einschlägige Tätigkeit auf einer spezialisierten Beatmungsentwöhnungs-Einheit
- Alle weiteren Fachärztinnen und Fachärzte mit Nachweis über eine mindestens 18-monatige einschlägige Tätigkeit auf einer spezialisierten Beatmungsentwöhnungs-Einheit

Als Nachweis gilt eine mehrmonatige einschlägige Berufserfahrung auf einer für die Patientengruppe spezialisierten stationären Einheit, Hochschulambulanz oder in einem sozialpädiatrischen Zentrum. Bei jungen Volljährigen kann darüber hinaus die Berufserfahrung auch aus einem medizinischen Behandlungszentrum nach § 119c SGB V nachgewiesen werden.

PRÄZISIERUNG DER BEATMUNGSENTWÖHNUNGSEINHEITEN

Die Einheiten, in denen die einschlägigen Erfahrungen erworben werden können, um die Potenzialerhebung erbringen zu dürfen, werden mit dem aktuellen Beschluss in § 8 Abs. 3 AKI-RL näher spezifiziert.

ÜBERGANGSREGELUNG

Bis zum 31.12.2024 hat der G-BA eine Übergangsregelung getroffen. Die bisherige Verpflichtung zur Potenzialerhebung wird durch eine Soll-Regelung ersetzt. Demnach muss die Erhebung, soweit möglich, durchgeführt werden, es kann jedoch ausnahmsweise von einer Potenzialerhebung abgesehen werden, wenn keine qualifizierten Personen zur Potenzialerhebung rechtzeitig vor der Verordnung zur Verfügung stehen. Die Dokumentation muss auf Muster 62 Teil B unter „weitere Erläuterungen“ erfolgen. Die befristete Soll-Regelung bewirkt lediglich eine Streckung des Zeitrahmens zur Durchführung der Potenzialerhebung, nicht jedoch eine Aussetzung der Potenzialerhebung.

Die KVH informiert ihre Mitglieder über alle wichtigen Informationen auf der Homepage:

- zum Genehmigungsverfahren zur Ausführung und Abrechnung **[kvh.link/p24009](https://www.kvh.de/link/p24009)**
- zur Abrechnung **[kvh.link/p24010](https://www.kvh.de/link/p24010)**
- zur Formularversorgung **[kvh.link/p24011](https://www.kvh.de/link/p24011)**
- zu den Verordnungen **[kvh.link/p24012](https://www.kvh.de/link/p24012)**

SJ

DEUTSCHE GESETZLICHE UNFALLVERSICHERUNG E. V. (DGUV)

Zulassung zum Durchgangsarztverfahren

Dr. med. Ralf Kraus, Klinikum Bad Hersfeld, gibt seine durchgangsärztliche Tätigkeit zum 31.12.2023 auf.

Dr. med. Dr. med. Patric Behr ist ab 01.01.2024 als niedergelassener Arzt für Orthopädie und Unfallchirurgie am Standort Orthopädisch Chirurgische Praxis in Darmstadt am Durchgangsarztverfahren beteiligt.

Dr. med. Björn Erben ist ab 01.01.2024 als niedergelassener Arzt für Chirurgie am Standort Orthopädisch Chirurgische Praxis in Darmstadt am Durchgangsarztverfahren beteiligt.

Stefanie Hensel ist ab dem 01.01.2024 als niedergelassene Fachärztin für Orthopädie und Unfallchirurgie am Standort Langendernbacher Straße 69 in Dornburg-Frickhofen am Durchgangsarztverfahren beteiligt.

Dr. med. Christoph Rau ist ab 01.01.2024 als niedergelassener Arzt für Orthopädie und Unfallchirurgie am Standort Orthopädisch Chirurgische Praxis in Darmstadt am Durchgangsarztverfahren beteiligt.

Anja Lange ist ab sofort als niedergelassene Fachärztin für Orthopädie und Unfallchirurgie am Standort Medizinisches Versorgungszentrum Osthessen GmbH in Fulda am Durchgangsarztverfahren beteiligt.

Muhanned S. KH. Bendala ist ab sofort als niedergelassener Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie am Standort Medizinisches Versorgungszentrum Osthessen GmbH in Fulda am Durchgangsarztverfahren beteiligt.

Dr. med. Markus Bösch ist ab sofort als niedergelassener Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie am Standort Medizinisches Versorgungszentrum Osthessen GmbH in Fulda am Durchgangsarztverfahren beteiligt.

doctor-medic Romulus Cighir ist ab sofort als niedergelassener Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie am Standort Medizinisches Versorgungszentrum Osthessen GmbH in Fulda am Durchgangsarztverfahren beteiligt.

Dr. med. Patrick Kornherr ist ab sofort als Sektionsleiter Unfallchirurgie am Standort Helios Klinik in Idstein am Durchgangsarztverfahren beteiligt.

Dr. med. Dominik Malcherczyk ist ab sofort als niedergelassener Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie am Standort Medizinisches Versorgungszentrum Osthessen GmbH in Fulda am Durchgangsarztverfahren beteiligt.

DGUV

Online statt „per Brieftaube“

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

Die Änderungen Ihrer Kommunikationsdaten können Sie selbst veranlassen über die Arztsuche.

www.arztsuche.hessen.de

Suche | Ärztlicher Bereitschaftsdienst | ASV-Team | SARS-CoV-2/Boosterimpfung | **Login**

ARZT- UND PSYCHOTHERAPEUTENSUCHE HESSEN
Finden Sie die passende Praxis in Hessen. Sie können Ihre Suchkriterien individuell verfeinern.

Suchbegriff:
Name des Arztes, Fachgebiet, Schwerpunkt, Zusatzbezeichnung oder Genehmigung eingeben Filterung zurücksetzen

Art des Arztes:
☐ Hausarzt ☐ Facharzt ☐ Psychotherapeut ☒ Alle/egal

Fachrichtung / Schwerpunkt: Bitte wählen Fachrichtung / Schwerpunkt (Psychotherapie): Bitte wählen

1

Klicken Sie auf Login

ANMELDUNG
Bitte melden Sie sich an, um Änderungen an Ihren Daten vorzunehmen.

User ID (LANR) * Passwort *

Anmelden

Hinweis: Die mit * gekennzeichneten Felder sind Pflichtangaben.

2

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

Alle Änderungen, die gespeichert werden, sind erst am nächsten Tag in der Arztsuche sichtbar.

BSNR:
LANR:
Name:
Anschrift:

Kontaktstatus Sprechstunde / offene Sprechstunde / Hausbesuche Barrierefreiheit Fremdsprachen

Kontaktstatus
Bitte beachten Sie, am Ende der Erfassung über Alle Änderungen speichern den Vorgang abzuschließen.

+ Neue Kontaktdaten hinzufügen

Typ	Adresse	Kommunikation	Hauptkontakt	Öffentlich
E-Mail	Praxis		☒	☒

3

Mitglieder mit nur einer BSNR können sofort ihre Daten ändern.

Anschrift:

Anschrift der Betriebsstätte +

- Zweigpraxis: ...
- Zweigpraxis: ...
- Zweigpraxis: ...
- Zweigpraxis: ...
- Zweigpraxis: ...
- Zweigpraxis: ...

Barrierefreiheit Fremdsprachen

Bitte beachten Sie, am Ende der Erfassung über Alle Änderungen speichern den Vorgang abzuschließen.

4

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

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

Alles zählt – aus über 70 Genehmigungen drei Beispiele:

Nehmen Sie an der Onkologie-Vereinbarung, der Hörgeräteversorgung oder der Akupunktur-Vereinbarung teil?

- Dann erwirtschaften Sie über 50 Punkte jährlich durch den Besuch von Fortbildungen zur Aufrechterhaltung der Genehmigung nach der Onkologie-Vereinbarung.
- Mit der Teilnahme an der Hörgeräteversorgung (Jugendliche und Erwachsene) punkten Sie mit je sieben Punkten in zwei Jahren.
- Und mit der Akupunktur können sich zum Beispiel durch vier Fallkonferenzen auch 20 Punkte im Jahr auf dem Konto ansammeln.

Auch ohne Nachweise zur Genehmigungspflicht geht es flott:

Bei vier Punkten pro QZ-Teilnahme sind mit acht Besuchen im Jahr schon 32 Punkte auf dem Konto. Zusammen mit dem Selbststudium (zehn Punkte) und einem Tag Hospitation (bis zu zwölf Punkte) ist das Jahressoll erfüllt, und das ganz kostenfrei.

WENN MAL KEINE ZERTIFIZIERUNG VORLAG

In begründeten Ausnahmen kann die KVH Punkte für nicht von einer Kammer zertifizierte Fortbildungen im Einzelfall anerkennen. Voraussetzung hierfür ist, dass sie inhaltlich der Fortbildungsordnung der jeweiligen Kammer entsprechen und nur aus formalen Gründen (nachträgliche Zertifizierung, temporär fehlende Akkreditierung oder Ähnliches) abgelehnt wurde. Sollten also zum Beispiel zur Aufrechterhaltung einer Genehmigung oder Teilnahme an DMP Fortbildungen besucht worden sein, die keine Zertifizierung einer Kammer aufweisen, nehmen Sie Kontakt zu uns auf. In den meisten Fällen können wir weiterhelfen! Siehe auch [kvh.link/p24022](https://www.kvh.de/link/p24022)

ANTJE RUPPEL



Fortbildungspflicht und Zuständigkeiten – wer macht was?

Kammer oder KV, Punktekontoauszug oder Zertifikat: Wer weiß da noch, wohin alles gehört und wer für wen oder was zuständig ist?

Die Zuständigkeiten sind zwar nicht immer klar ersichtlich, doch klar geregelt: Alle nach § 95d SGB V zur Fortbildung Verpflichtete sind per se auch Mitglied mindestens einer Kammer und gehören zu einem fortbildungsprüfenden KV-Bereich. Den zu prüfenden Personenkreis und Fortbildungszeitraum definiert die KV.

DIE KAMMERN ZERTIFIZIEREN UND FÜHREN PUNKTEKONTEN

Die Kammern zertifizieren Fortbildungen und führen die Punktekonto ihrer Mitglieder. Grundlage ist jeweils die Fortbildungsordnung der zuständigen Kammer, der Psychotherapeutenkammer, der Landesärzte- oder Landeszahnärztekammer, die die Vorgaben der jeweiligen Bundeskammer umsetzen beziehungsweise abbilden. In diesen Ordnungen wird geregelt, welche Fortbildung mit wie vielen Punkten zertifiziert ist und in welcher Kategorie wie viele Fortbildungspunkte angerechnet werden können. Beim Besuch einer Fortbildung sollte daher darauf geachtet werden, dass die Veranstaltung entsprechend zertifiziert ist, sprich die Punktzahl für die Teilnahme ausgewiesen ist.

Mitglieder der Ärztekammer kleben ihren Barcode auf die Teilnehmerliste der besuchten Fortbildung und die Punkte werden automatisch auf dem jeweiligen Punktekonto gutgeschrieben.

Barcode vergessen oder nimmt der Veranstalter nicht am Barcodesystem teil? Kein Problem. Die zertifizierten Teilnahmebescheinigungen können bei der Landesärztekammer Hessen (LÄKH) im Mitglie-

derportal (kvh.link/p24023) hochgeladen werden oder als Mail (info@laekh.de) mit PDF-Anhang eingereicht werden. Per Fax oder in Papierform (Kopie) auf dem Postweg kommen die Punkte natürlich auch zur Gutschrift.

Es empfiehlt sich, immer das Punktekonto zu kontrollieren, ob auch alle besuchten Fortbildungen gutgeschrieben sind; Einblick erhalten Sie ebenfalls über das Mitgliederportal. Hier können Sie sich auch die für den maßgeblichen Fortbildungszeitraum erworbene Gesamtpunktzahl anzeigen lassen. Beginn-Datum beachten: Immer den durch die KVH mitgeteilten Beginn des Fortbildungszeitraums eingeben. Alles zur ärztlichen Fortbildung und Zertifizierung finden Sie bei der LÄKH online unter kvh.link/p24024

Bei Mitgliedern der Psychotherapeutenkammer Hessen (PTKH) oder Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgen (MKG), die auch Mitglieder der Zahnärztekammer sind, sieht das anders aus. Beide Kammern nehmen nicht am Barcodesystem teil, zumindest in Hessen nicht, mit der Folge, dass keine automatische Gutschrift der Punkte erfolgt. Daher ist es für die Teilnehmenden erforderlich, sich eine Teilnahmebescheinigung durch den Veranstalter ausstellen zu lassen. MKG verfahren wie oben beschrieben und reichen die Bescheinigung bei der LÄKH ein, die für sie ebenfalls ein Punktekonto führt. Das Einreichen einer Selbsterklärung mit einer Aufstellung der besuchten Fortbildungen wie bei der Zahnärztekammer ist hier nicht ausreichend. Achtung: Um den vollständigen Nachweis gegenüber der Kassenzahnärztlichen Vereinigung zu führen, sind 125 Punkte ausreichend. MKG, die auch vertragsärztlich tätig sind, müssen der KVH 250 Punkte nachweisen.

Mitglieder der PTKH reichen eine Aufstellung der besuchten Fortbildungen zusammen mit den Teilnahmebescheinigungen (Kopie) per Post oder Mail mit PDF-Anhang bei ihrer Kammer zur Gutschrift ein. Nicht vergessen: Die zehn Punkte für das Selbststudium pro Jahr müssen extra aufgeführt und angefordert werden. Auch bei der PTKH ist das Hochladen von Bescheinigungen im Mitgliederbereich ([kvh.link/p24025](https://www.kvh.hessen.de/kvh.link/p24025)) möglich; hier haben Sie zudem Einblick in Ihr Punktekonto. Psychotherapeutische Mitglieder sollten nicht bis kurz vor Ablauf der Frist mit dem Einreichen der Unterlagen warten. Denn sollten einzelne Fortbildungen nicht anerkannt werden, ist es oftmals zu spät, um die dann fehlenden Punkte noch kurzfristig nachzuholen.

Landesärztekammer Hessen
Hanauer Landstraße 152
60314 Frankfurt am Main
T. 069 97672-0
info@laekh.de
[kvh.link/p24016](https://www.kvh.hessen.de/kvh.link/p24016)

Psychotherapeutenkammer Hessen
Frankfurter Straße 8
65189 Wiesbaden
fortbildung@ptk-hessen.de
[kvh.link/p24017](https://www.kvh.hessen.de/kvh.link/p24017)

ELTERNZEIT UND CO: WO UND WIE EINE FRISTVERLÄNGERUNG BEANTRAGEN?

Eine Verlängerung der Fortbildungsfrist ist grundsätzlich bei der KVH zu beantragen. Wird die Tätigkeit länger als drei Monate am Stück unterbrochen, ohne dass die Zulassung zum Ruhen gebracht wird, zum Beispiel weil in dieser Zeit eine Sicherstellungsassistenz oder eine Vertretung die Versorgung sicherstellen soll, kann die Fortbildungsfrist um den Zeitraum der Unterbrechung auf Antrag verlängert werden. Liegt ein Beschluss über das Ruhen der Zulassung vor, verlängert sich der Zeitraum automatisch. Angestellte Mitglieder, für die keine Vertretung über den Zulassungsausschuss der KVH für

den Zeitraum der Unterbrechung genehmigt wird, müssen ebenfalls eine Fristverlängerung beantragen. Das Antragsformular finden Sie auf der Homepage der KVH unter [kvh.link/p24022](https://www.kvh.hessen.de/kvh.link/p24022); die jeweils beizufügenden Unterlagen sind aufgeführt. Liegen gesundheitliche Gründe vor, können dies zum Beispiel Kopien von Befundberichten, Attesten oder Entlassberichten sein. Bei einer Elternzeit können Kopien der Geburtsurkunde und Elterngeldbescheide eingereicht werden. Im Fall einer Anstellung reicht oft schon die Bestätigung des Arbeitgebers, dass während der Zeit der beantragten Unterbrechung keine Tätigkeit ausgeübt wurde.

Die Antragstellung muss zwingend vor Ablauf der Fortbildungsfrist erfolgen! Eine nachträgliche Verlängerung des abgelaufenen Fortbildungszeitraums kann nicht erfolgen.

WER IST NACHWEISPFLICHTIG GEGENÜBER DER KV?

Alle an der vertragsärztlichen oder vertragstherapeutischen Versorgung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte und Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten müssen einen Fortbildungsnachweis gegenüber der KVH führen. Hierzu zählen auch alle, die im ambulanten Bereich eine persönliche Ermächtigung in der Klinik ausüben. Vom Personenkreis des § 95d SGB V nicht umfasst sind Sicherstellungsassistenten und Vertreter von zugelassenen Vertragsärzten oder von zugelassenen Vertragspsychotherapeuten. Auch ausschließlich im ärztlichen Bereitschaftsdienst tätige Ärztinnen und Ärzte sind gegenüber der KVH nicht nachweispflichtig.

WECHSEL VON ZULASSUNG IN ANSTELLUNG ODER DES KV- ODER KAMMERBEREICHS

Unabhängig von Form, Umfang oder Ort der vertragsärztlichen oder -therapeutischen Tätigkeit – die Frist gemäß § 95d SGB V läuft weiter. Das heißt, auch wenn Mitglieder auf ihre Zulassung verzichten und als Angestellte die Tätigkeit fortsetzen, läuft der bisherige Fortbildungszeitraum und auch die gegebenenfalls bereits erfolgte Sanktionierung wegen fehlenden Nachweises weiter.



GESETZGEBER

legt Rahmenbedingungen im § 95d SGB V fest

KBV/BÄK/BPtK

verhandeln Regelungen und legen Umfang und Inhalt der Fortbildung fest

LANDESKAMMERN

PSYCHOTHERAPEUTEN-, ÄRZTE- UND ZAHNÄRZTEKAMMER

führen die Punktekonto der Mitglieder
und zertifizieren Fortbildungen

FORTBILDUNGS- ORDNUNG

regelt den Zertifikats-
umfang und wer für
was wie viele Punkte
erhält

KVH

legt den Fortbildungszeitraum fest,
berät ihre Mitglieder und
prüft deren Fortbildungspflicht



NACHWEISPFLICHTIGE MITGLIEDER

Wer was macht: KVH legt den Zeitraum fest und überprüft die Fortbildungspflicht; Kammern führen das Punktekonto, stellen Zertifikate aus und vergeben Punkte für gemeldete Veranstaltungen

Wechseln Sie die KV- und damit auch die Kammerzugehörigkeit, sollten Sie dafür sorgen, dass auch die Fortbildungspunkte an die andere Kammer übermittelt werden. Nicht alle Landeskammern übermitteln automatisch bei einem Kammerwechsel die bereits gutgeschriebenen Punkte. Es ist daher ratsam, sich einen Kontoauszug zu erstellen, der als Nachweis bei der KV eingereicht werden kann. Sobald die KVH Kenntnis von dem Wechsel aus einem anderen KV-Bereich hat, wird sie den Fortbildungszeitraum mit den außerhessischen Zulassungs- und Anstellungszeiten neu berechnen und das Mitglied darüber informieren.

Damit ist klar geregelt: Die KV legt den Fortbildungszeitraum fest und erhält den Nachweis über die Fortbildungspflicht.

WICHTIGE SONDERFÄLLE

Aber wie kann der Nachweis geführt werden, wenn man in Hessen tätig, aber kein Mitglied einer hessischen Kammer ist? Mit einem Punktekontoauszug der außerhessischen Kammer. Bitte unbedingt darauf achten, dass der ausgewählte Zeitraum stimmt. Denn Achtung: Der Zertifikatszeitraum ist nicht automatisch gleich dem Fortbildungszeitraum nach § 95d SGB V!

Der Zertifikatszeitraum wird in der Fortbildungsordnung der Kammer geregelt, die Fortbildungsordnung und das Kammerzertifikat sind für alle Kammermitglieder gültig. Für die Ausstellung sind in fünf Jahren 250 Punkte zu sammeln; der Zertifikatszeitraum ist auswählbar. Auch kann oft ein Zertifikat vor Ablauf eines Fünfjahreszeitraums generiert werden, wenn die erforderlichen 250 Punkte früher erreicht sind.

Der Nachweiszeitraum gemäß § 95d SGB V gilt nur für die im niedergelassenen Bereich zugelassenen, angestellten und ermächtigten Mitglieder einer Kassenärztlichen Vereinigung und startet mit der Aufnahme der vertragsärztlichen oder vertragstherapeutischen Tätigkeit und endet nach fünf Jahren, er kann nicht verkürzt werden. Hier sind die 250 Punkte eine Mindestanforderung und es wird in den zurückliegenden Fünfjahreszeitraum geblickt. Eine Übertragung von überzähligen Punkten in den Folgezeitraum ist nicht möglich.

ANTJE RUPPEL

Die Fortbildungsverpflichtung hilft Ihnen gerne weiter.

T. 069 24741-7556

F. 069 24741-68836

E. fortbildung-info@kvhessen.de

H. kvh.link/p24022

INFOBOX

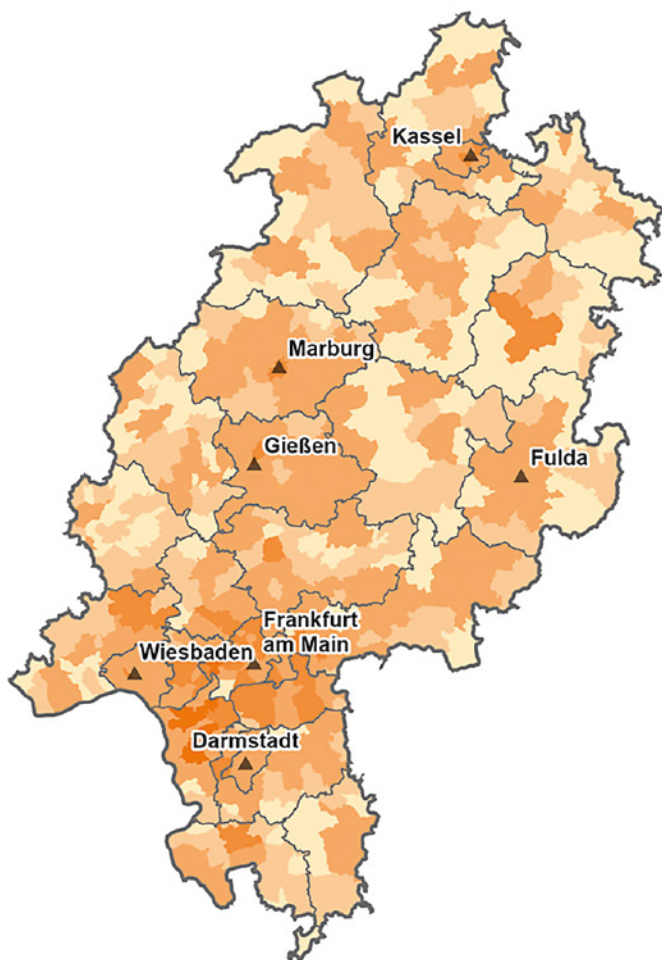
Zertifikat versus Punktekontoauszug: Wann brauche ich was?

Idealerweise in Hessen weder noch: Die Daten werden automatisch von den Kammern übermittelt, unsere Mitglieder müssen lediglich dafür sorgen, dass jede besuchte Fortbildung auch auf dem Punktekonto gutgeschrieben wird.

SERIE: KRANKHEITSBILD IM DETAIL

Esstörung

Im Jahr 2022 wurde in Hessen bei **etwa 35.000 Patientinnen und Patienten** eine Esstörung (ICD F50 G/V/Z) diagnostiziert, davon sind **81,6 % weiblich**.



Patientenzahlen von Esstörungen (F50.- G/V/Z)

- unter 25 Patientinnen und Patienten
- 25 bis unter 50 Patientinnen und Patienten
- 50 bis unter 150 Patientinnen und Patienten
- 150 bis unter 300 der Patientinnen und Patienten
- 300 bis unter 445 der Patientinnen und Patienten



Esstörung (ICD F50 G/V/Z) je Altersgruppe

- 17 %** < 18 Jahre
- 34 %** 18 – 34 Jahre
- 29 %** 35 – 54 Jahre
- 20 %** > 54 Jahre

Digest aus dem Pschyrembel

Oberbegriff für Störungen des Essverhaltens wie Anorexia nervosa oder Binge-Eating-Störung. Zugrundeliegend sind in vielen Fällen Störungen des Selbstbildes und der Körperwahrnehmung sowie ein gestörtes Selbstwertgefühl. Esstörungen können zu schweren Gesundheitsschäden führen, behandelt werden sie psychotherapeutisch und, bei gesundheitsbedrohlichem Untergewicht, intensiv-internistisch (eventuell mit Zwangsernährung).

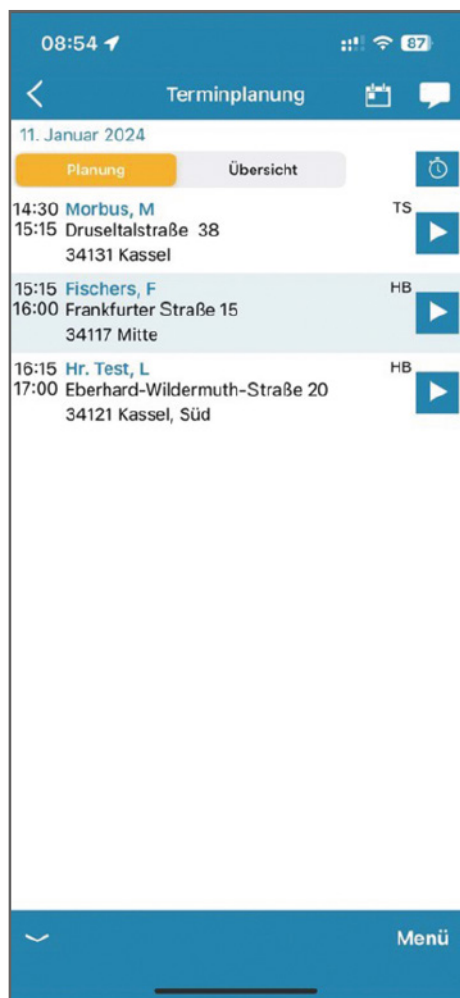
Neues „Mein ÄBD“ mit mehr Funktionen

Die KVH entwickelt zurzeit ein neues, zeitgemäßes Dienstplanungsprogramm für „Mein ÄBD“. Im Zuge dessen werden auch die Hausbesuchs-App modernisiert und das Einsatzleitsystem der Dispositionszentralen erneuert.

Das neue „Mein ÄBD“ wird einfacher zu bedienen sein und mehr Funktionen bekommen. Zum Beispiel können die Obleute zukünftig die Dienstpläne vor Veröffentlichung planen und alle Ärztinnen und Ärzte können ihre Abwesenheiten ÄBD-übergreifend eintragen.

Im ersten Schritt kommt die neue App, die Umstellung des Dienstplanportals erfolgt dann im zweiten Halbjahr 2024. Alles, was Sie als ÄBD-Ärztinnen und -Ärzte dazu wissen müssen, erfahren Sie rechtzeitig über Ihre Obleute. Unser Ziel ist es, den Aufwand für Sie so gering wie möglich zu halten. Das Portal „Mein ÄBD“ hat nach über zehn Jahren in der aktuellen Version ausgedient.

ANINA REINHARD



Hinter „Meine Terminplanung“ verbergen sich alle noch anstehenden Hausbesuche, unter „Mein Dienstplan“ finden Ärztinnen und Ärzte zukünftig ihre geplanten Dienste.

In der „Terminplanung“ sind alle Patienten aufgelistet, die anzufahren sind. Aus der App kann eine Routenplanung oder ein Anruf zur Patientin oder zum Patienten erfolgen. Alle benötigten Informationen, wie Erkrankung oder Medikation, sind bereits pro Person hinterlegt. Die Patientendaten hier sind fiktiv.

Digitale Umfragen in der Bedarfsprüfung

Bei Anträgen auf Erteilung eines Sonderbedarfs oder einer Institutsermächtigung befragt das Team Bedarfsprüfung Niedergelassene, um deren Einschätzung zur Versorgungssituation zu erfahren. Ab dem 1. April 2024 erfolgen diese Umfragen über das Online-Umfragetool Netigate.

Bei der Erteilung von Sonderbedarfszulassungen und in besonderen Fällen ebenso bei Institutsermächtigungen obliegt der KVH die umfassende Prüfung der Versorgungssituation. Ergänzend zu einer Analyse der Versorgungsdaten werden auch die Interessen und Einschätzungen der im entsprechenden Planungsbereich bereits niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte oder Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten berücksichtigt. Um diese zu ermitteln, wird durch das Team Bedarfsprüfung je Antrag auf Erteilung eines Sonderbedarfs oder einer Institutsermächtigung eine Umfrage unter den Niedergelassenen durchgeführt, inwieweit die jeweilige Sonderbedarfszulassung beziehungsweise Institutsermächtigung aus Sicht der Niedergelassenen notwendig ist. Unter Berücksichtigung der Umfrageergebnisse sowie der Versorgungsanalyse gibt die KVH eine Entscheidungsempfehlung gegenüber dem Zulassungsausschuss ab.

Bislang wurden diese Umfragen postalisch an die Niedergelassenen versendet. Die Antworten wurden anschließend von den befragten Ärztinnen und Ärzten oder Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten per Fax, E-Mail oder Post an das Team Bedarfsprüfung gesendet, die sie dann manuell auswertete.

Wie läuft eine Online-Umfrage über Netigate konkret ab? Die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte oder Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten erhalten einen Link über ihre bei der KVH hinterlegte E-Mail-Adresse, der zu der digitalen Netigate-Umfrage führt. Diejenigen Niedergelassenen, die

noch keine E-Mail-Adresse bei der KVH hinterlegt haben, werden um Eingabe ihrer E-Mail-Adresse in der Arzt- und Psychotherapeutensuche der KVH gebeten. Liegt keine E-Mail-Adresse vor, werden die entsprechenden Mitglieder per Post angeschrieben. Diese Briefe enthalten den Zugangslink zur Netigate-Umfrage. Damit sollen weiterhin alle Niedergelassenen die Möglichkeit haben, an den Umfragen teilzunehmen.

Die Online-Umfrage spart Papier, Zeit und Kosten für den Versand und erleichtert massiv die Auswertung der Ergebnisse. Auch für die Mitglieder ergibt sich eine deutliche Zeitersparnis, da die Antwortbögen mit einem einzigen Klick an die KVH übermittelt werden.

ROBIN SANN

Ab dem 1. April 2024 werden die Umfragen der KVH digitalisiert. Der Versand der Umfragen erfolgt sodann über das Umfragetool Netigate, eine DSGVO-konforme Umfrage-Software.

TIPP

Sie fragen sich, wie Sie der KVH Ihre E-Mail-Adresse mitteilen können? Lesen Sie dazu die Kurzanleitung auf Seite 27 im info.service. Das geht mit wenigen Klicks über www.arztsuchehessen.de und Sie helfen, Papier und Porto zu sparen.

Einsatzbereiche unserer Feedback-Tools



Umfrage-Tool für Unternehmen

Professionelle Umfragen

Erstellen und verteilen Sie individuell anpassbare Umfragen – sicher und DSGVO-konform, zugeschnitten auf die Bedürfnisse von Unternehmen.

Umfragen mit Netigate



Kundenbefragungen & Marktforschung

Kunden-Feedback

Erhalten Sie Einblicke von Ihren Kunden und Kundinnen aus erster Hand. Verbessern Sie Ihre Customer Journey basierend auf Feedback.

Netigate CX-Lösungen



Mitarbeiterbefragungen

Mitarbeiter-Feedback

Messen Sie Zufriedenheit und Engagement Ihrer Mitarbeitenden für datengestützte Maßnahmen und Verbesserungen – für eine moderne, vielfältige Arbeitskultur!

Netigate EX-Lösungen

Netigate Consulting

Erfahrene Umfrage-Experten an Ihrer Seite



Mit dem DSGVO-konformen Netigate-Umfragetool kann die KVH ihre Mitglieder professionell befragen

HABEN SIE FRAGEN?

Für Ihre Fragen steht Ihnen das Team Bedarfsprüfung gerne zur Verfügung.

069 24741-7444

bedarfspruefung@kvhessen.de



Moderner, schicker, nutzerorientierter

Die vier Newsletter der KVH wurden an aktuelle Anforderungen angepasst. Jetzt sind sie wieder up to date.

Haben Sie einen Newsletter der KVH abonniert, beispielsweise den für Ärztinnen und Ärzte oder Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten? Dann haben Sie es sicher schon festgestellt: Er sieht jetzt anders aus. Der Grund dafür sind aktuelle Anforderungen, zum Beispiel durch starke Nutzung auf Smartphones oder anderen mobilen Geräten. Auch gilt es, verstärkt crossmedial zu denken: Schnittstellen zu Social-Media-Kanälen spielen eine wichtige Rolle. Die Nutzererwartungen haben sich dadurch ebenfalls deutlich verändert.

Die KVH hat ihre Newsletter daher mit einem neuen Design versehen. Es gibt verschiedene neue Elemente und unterschiedliche Text- und Bildformate.

Schwerpunkthemen rücken so optisch mehr in den Fokus und auch die Bedienbarkeit ist deutlich einfacher durch auffälliger Buttons. Seien Sie gespannt auf das neue Layout. Insgesamt wirken die Newsletter der KVH damit moderner und frischer.

Gefallen Ihnen die neuen Newsletter, haben Sie Anregungen oder Kritik? Schreiben Sie uns an aufdenpunkt@kvhessen.de.

ANJA KLATYK

Sie möchten nichts mehr verpassen?
Abonnieren Sie die Newsletter der KVH unter
kvh.link/p24026

- 1 Mehr Elemente, verschiedene KVH-Designfarben
- 2 Variable Bilder, flexible Bildgrößen
- 3 Platz für Zitate
- 4 Schwerpunkthemen besser im Fokus
- 5 Auffällige, gut bedienbare Buttons
- 6 Variable farbige und graue Elemente
- 7 Verschiedene Bildpositionen
- 8 Textelemente ohne Buttons



News Januar 2024



Praxen voll, alle krank: Wie war der Start ins neue Jahr?

1

Guten Tag Anja Klatyk,

ein frohes neues Jahr! Unser erster Newsletter 2024 kommt in brandneuem Design, aber wie immer mit den wichtigsten News zum Jahresanfang.

Gesundheitspolitik

2



Protest an den Brückentagen

Der Protest der Arztpraxen gegen die derzeitige Politik des Bundesgesundheitsministers Karl Lauterbach geht weiter. Verschiedene Berufsverbände hatten Praxisschließungen an den Brückentagen zwischen Weihnachten und Neujahr aufgerufen. Die Kassenärztliche Vereinigung Hessen (KVH) unterstützt die Forderungen der Praxen.

Mehr erfahren

3

Praxenschließungen

„Wir unterstützen die Proteste und Praxisschließungen ausdrücklich. Herr Lauterbach spielt schon viel zu lange auf Zeit. Auf die vielen, vielen Ankündigungen müssen nun endlich einmal Taten folgen.“

- Frank Desych und Armin Beck, Vorstandsvorsitzende der KVH -

Abrechnung



Neue DiGA abrechnen

Ab dem 1. Januar 2024 können Schmerztherapeutinnen und -therapeuten die Digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGA) „somnio“ und „Vivira“ nach den neuen GOP 30780 und 30781 abrechnen. Die KVH informiert Sie ausführlich auf ihrer Website über alles, was Sie dazu wissen müssen.

Richtig abrechnen



4

Terminvermittlung abrechnen

Für die Abrechnung bei Terminvermittlungen durch die Terminservicestelle (TSS) und bei der Hausarztvermittlung gibt eine neue Themenseite mit kompakten Informationen. Außerdem: Die Termine für das Online-Seminar zur Terminvermittlung für 2024 stehen fest.

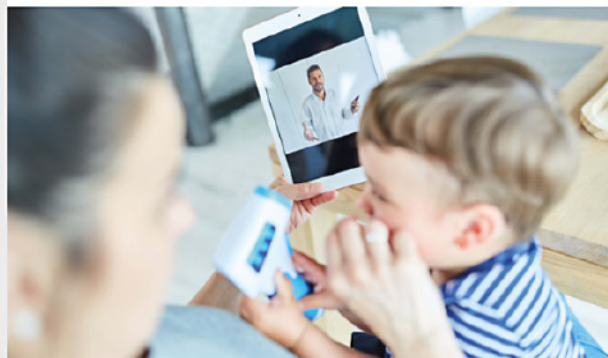
Jetzt anmelden

5

Sie möchten tagesaktuelle Infos?

Zur Website

News Januar 2024



Video-Sprechstunde im Kinder-ÄBD: Wie lief es?

Guten Tag Anja Klatyk,

ein frohes neues Jahr! Der Start in 2024 hat mit einer großen Herausforderung für den ÄBD begonnen: dem Praxenstreik. Wir informieren Sie, was es Neues gibt.



Anrufe im ÄBD

Sie haben tolle Arbeit geleistet! Auch 2023 waren Sie im ÄBD bei der Versorgung der Patientinnen und Patienten an praxisfreien Tagen besonders gefragt. Doch wie viele Anrufe und Vermittlungen waren es wirklich? Wir verraten es in unserer Jahresstatistik.

Statistik ansehen

6



Umfrage zur Kampagne

Unsere hessische ÄBD-Kampagne zur Bewerbung der bundesweiten Servicenummer 116117 hat für viel Aufmerksamkeit gesorgt. Wie hat sie Ihnen gefallen? Sollten wir eine Neuauflage starten?

Zur Umfrage

Brückentage 2024

Die Dienstpläne zu den Brückentagen für das 2. Halbjahr 2024 stehen online in MeinÄBD bereit. Sichern Sie sich Ihre Wunschdienste! Sie können sich ab sofort dafür eintragen.



7

Urlaub geplant?

Danken Sie rechtzeitig daran, Ihre Vertretung zu regeln und diese den Patientinnen und Patienten auf Ihrem Anrufbeantworter mitzuteilen.

Immer gut informiert sein

Rezepte im ÄBD ausstellen

Auch im ÄBD müssen Sie jetzt das eRezept verwenden. Ihre Obleute informieren Sie, was zu tun ist, wenn die Technik mal streikt.

8

Zur ÄBD-Website

Folgen Sie uns auf



Was tun beim Verdacht auf sexuelle Gewalt an Kindern?

Mit dem Appell „Schieb deine Verantwortung nicht weg!“ ist eine Praxis-Kampagne zum Thema sexuelle Gewalt gegen Kinder und Jugendliche gestartet.

Im Fokus der Kampagne der Missbrauchsbeauftragten des Bundes Kerstin Claus und des Bundesfamilienministeriums steht der Aufruf an alle Erwachsenen, Verantwortung zu übernehmen. Niedergelassene können die Aktion unterstützen und kostenfrei Plakate und weitere Informationsmaterialien für das Wartezimmer bestellen.

Mit der bundesweiten Aufklärungskampagne soll das Thema sexuelle Gewalt gegen Kinder und Jugendliche sichtbar gemacht werden. Alle Erwachsenen sind aufgerufen, ihrer Verantwortung nachzukommen und Kinder besser zu schützen, weil diese sich nicht allein schützen können. Mit aktivierenden Aussagen wie „Ich sehe hin – kann sexuelle Gewalt beenden“, „Ich höre dir zu – kann sexuelle Gewalt beenden“ oder „Ich frage nach – kann sexuelle Gewalt beenden“ appelliert die Kampagne, Verantwortung nicht wegzuschieben und selbst aktiv zu werden gegen sexuelle Gewalt.

PLAKATE UND INFOMATERIALIEN FÜR DIE PRAXIS

Die neuen Motive sind deutschlandweit auf Plakaten, in Anzeigen und Spots in den Medien sowie auf Social Media zu sehen. Niedergelassene, die die Kampagne unterstützen möchten, können Plakate und Infoflyer sowie verschiedene Infohefte kostenfrei über die Kampagnenseite zur Auslage im Wartezimmer bestellen, beispielsweise zu den Themen „Was tun, um Kinder vor sexueller Gewalt zu schützen?“ oder „Was kann ich tun bei Vermutung oder Verdacht?“.

Die Kampagne ist auf mehrere Jahre angelegt. Auch der Nationale Rat gegen sexuelle Gewalt an Kindern und Jugendlichen ist ein wichtiger Partner, der die Aktion und die bundesweiten und lokalen Maßnahmen unterstützt. Die KBV engagiert sich seit Jahren im Kampf gegen sexuelle Gewalt an Kindern und Jugendlichen und ist im Nationalen Rat in der Arbeitsgruppe Forschung und Wissenschaft vertreten.

KBV

Plakate, Flyer, Postkarten, Grafiken für Social Media und weitere Materialien zur Kampagne gibt es kostenfrei unter kvh.link/p24027





Förderprogramm

Förderung Weiterbildung – nichts ist stetiger als die Veränderung

Die Vertreterversammlung der KVH hat Änderungen im Bereich der Förderrichtlinien Allgemeinmedizin und weiterer fachärztlicher Weiterbildungen beschlossen. Dadurch kann eine längere Weiterbildung in einer allgemeinmedizinischen Praxis gefördert werden.

Die Förderkriterien für die Weiterbildung wurden an drei Stellen angepasst. Gleich zwei Änderungen ergeben sich für die Förderung in der Weiterbildung Allgemeinmedizin. Bislang war die maximale Förderdauer in der Weiterbildung im Gebiet Allgemeinmedizin innerhalb einer Praxis auf 30 Monate begrenzt. Diese Reglementierung wurde aufgehoben. Praxen können nun auch über die 30 Monate hinaus gefördert weiterbilden. Mit Beschluss der Vertreterversammlung vom 7. Oktober 2023 trat diese Änderung in Kraft.

Des Weiteren wurde der Punkt 2c) der Förderrichtlinie Allgemeinmedizin so angepasst, dass die Weiterbildung für den Abschnitt unmittelbare Patientenversorgung im Bereich „Innere Medizin“ jetzt nur noch von hausärztlich tätigen Internisten gefördert weitergebildet werden kann. Alle weiteren bisher gültigen Fördervoraussetzungen bleiben bestehen.

WEITERBILDUNG ZUM FACHARZT „INNERE MEDIZIN UND RHEUMATOLOGIE“

Gute Nachrichten gibt es aus dem Gebiet der Förderung der weiteren fachärztlichen Weiterbildungen. Laut entsprechender Förderrichtlinie ist grundsätzlich nur die erste fachärztliche Weiterbildung förderfähig, mit Ausnahme der Weiterbildungen Neurologie und Psychiatrie. Eine weitere Ausnahme gibt es jetzt im Rahmen der Weiterbildung „Innere

Medizin und Rheumatologie“. So können nun auch Ärztinnen und Ärzte, die bereits den Facharzt für „Innere Medizin“ abgeschlossen haben, für die Weiterbildung „Innere Medizin und Rheumatologie“ gefördert werden. Dies wurde in der Vertreterversammlung im Juli 2023 beschlossen und in der Förderrichtlinie weiterer fachärztlicher Weiterbildungen im Punkt 2n) angepasst.

ANNA URRIGSHARDT

INFOBOX

Bei Fragen zur Förderung und Genehmigung der Weiterbildung wenden Sie sich gerne an die zuständigen Kolleginnen und Kollegen:

Fachgebiet Allgemeinmedizin:
Koordinierungsstelle Weiterbildung Allgemeinmedizin
T. 069 24741-7227
koordinierungsstelle@kvhessen.de

Weitere Fachgebiete:
Ärztliches Kompetenzzentrum Hessen
T. 069 24741-7191
aerzte-fuer-hessen@kvhessen.de

Die notwendigen Antragsformulare und Richtlinien finden Sie unter:
[kvh.link/p24028](https://www.kvh.link/p24028)
[kvh.link/p24029](https://www.kvh.link/p24029)

Fragen?

Antworten!

Wie war das?

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).

Welche Fachgruppen können die Beratung zur Organ- und Gewebespende (GOP 01480) abrechnen?

Haus- oder kinderärztlich tätige Ärztinnen und Ärzte können die GOP 01480 für die Beratung über Organ- und Gewebespenden abrechnen. Es muss anhand des EBM die Berechtigung vorliegen, aus Kapitel 3 (hausärztliches Kapitel) und/oder 4 (kinderärztliches Kapitel) EBM abzurechnen.

Wie häufig kann die Beratung zur Organ- und Gewebespende erfolgen und abgerechnet werden?

Die Beratungsleistung (GOP 01480) können Sie alle zwei Kalenderjahre bei Patientinnen und Patienten ab dem vollendeten 14. Lebensjahr durchführen und abrechnen. Weitere Infos finden Sie unter [kvh.link/p24030](https://www.kvh.link/p24030)

Kann ich Patientinnen oder Patienten per Telefon krankschreiben?

Ja, das geht. Die Bescheinigung einer AU nach telefonischer Anamnese können Ärztinnen und Ärzte nur für Patientinnen und Patienten ausstellen, die aufgrund früherer Behandlung in der Praxis oder per Hausbesuch persönlich bekannt sind und die keine schwere Symptomatik aufweisen. Für die telefonische Authentifizierung können Sie beispielsweise die Patientendaten abfragen und mit den Daten der Krankenversichertenkarte abgleichen.

Hierzu können Sie rückwirkend zum 7. Dezember 2023 für den postalischen Versand der AU an Patientinnen oder Patienten die Gebührenordnungsposition 40128 ansetzen. Wenn Sie mit den Patienten in diesem Quartal nur über das Telefon Kontakt haben, rechnen Sie die GOP 01435 (Bereitschaftspauschale) ab. Wenn Sie die Patientin oder den Patienten in dem Quartal mindestens einmal in der Praxis oder per Videosprechstunde (zusätzlich GOP 01450 – Technikzuschlag – möglich) versorgt haben, rechnen Sie die Versicherten-, Grund- und/oder Konsiliarpauschale ab.

HABEN SIE WEITERE FRAGEN?

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

069 24741-7777

info.line@kvhessen.de

Tipp: Nicht auflegen, wenn man in der Warteschleife hängt. Die Anrufe werden der Reihe nach angenommen.

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: 069 24741-7171
069 24741-78171 (Fax)
beratung-wiesbaden@kvhessen.de

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

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

ABRECHNUNGSVORBEREITUNG

AV-Help av-help@kvhessen.de

ONLINEPORTAL

Internetdienste/SafeNet* internetdienste@kvhessen.de

Technischer Support onlineservices@kvhessen.de

ARZNEI-, HEIL- UND HILFSMITTELBERATUNG

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

KOORDINIERUNGSSTELLE

Koordinierungsstelle 069 24741-7227
Weiterbildung Allgemeinmedizin koordinierungsstelle@kvhessen.de
www.allgemeinmedizininhessen.de

ÄRZTLICHES KOMPETENZZENTRUM HESSEN

069 24741-7191
aerzte-fuer-hessen@kvhessen.de
www.aerzte-fuer-hessen.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

Thorsten kleineHolthaus: S. 3; Carolina Ramirez: S. 14 unten;
Judith Scherer: S. 4, 5; Alexander Kowalski: S. 7; Tom Wolf: S. 8, 14
(oben, Mitte); Screenshot KVH: S. 2 Mitte, S. 23; Screenshot
Netigate: S. 25; Screenshot www.nicht-wegschieben.de: S. 28

Adobe Stock: Titel: Thomas Reimer; S. 2 oben: tadamichi;
S. 6: hanohiki; S. 10: cx; S. 14: Jürgen Fälschle; S. 15: SimpLine;
S. 17: fovito; S. 26: Krakenimages.com; S. 29: Zerbor

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
im April



KASSENÄRZTLICHE
VEREINIGUNG
HESSEN

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