

AUF DEN PUNKT.

info.service – offizielle Bekanntmachungen

■ HEFTMITTE

Aktuelles zu den DMP

■ SEITE 34

Neue ArztAbrechnung – digital und transparent

■ SEITE 12

Neue ArztAbrechnung – digital und transparent



Die Rundschreiben der KVH zu lesen lohnt sich immer!

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



AKTUELLES

- „Karl Lauterbach ins Dschungelcamp“ 4
- Gesundheitspolitik am Wendepunkt 8
- Im Wartezimmer:
Die Patientenstruktur im Jahr 2023 bei Augenärztinnen und Augenärzten 11

TITELTHEMA

- Neue ArztAbrechnung – digital und transparent 12
- Neue ArztAbrechnung ist produktiv 13
- Honorarunterlagen komplett überarbeitet 16
- Honorarunterlagen anzeigen und herunterladen 17
- Elektronische Quartals-erklärung für alle 18
- Hybrid-DRG: ab 2025 über neue Webanwendung oder KV-SafeNet* komfortabler abrechnen 20
- Hybrid-DRG: Erweiterten Katalog und neue Regelungen beachten 24
- Kostenpauschalen und Anpassungen im laborärztlichen Honorar 26

GUT INFORMIERT

- Krankheitsbild im Detail: Chronisch obstruktive Lungenerkrankung 27
- Versorgung stärken und Impulse setzen 28
- Eine facettenreiche und spannende Arbeit 30
- Neue Namen für BeratungsCenter 32
- Fördersumme für Weiterbildung erhöht 33
- Zi-Kodierhilfe und Fachgruppenthesen 33
- Aktuelles zu den Disease-Management-Programmen 34

VERANSTALTUNGEN

- #FokusVersorgung 38
- Noch wenige freie Plätze 39

PRAXISTIPPS

- Wie war das? 42

SERVICE

- Ihr Kontakt zu uns/ Impressum 43

Save the Date
14. Mai 2025
Landkreis Bergstraße

Save the Date
5. März 2025
Schlüchtern und Umgebung

38

Gemeinsam Versorgung stärken: Sie sind Hausärztin, Hausarzt, Kinderärztin, Kinderarzt, Ärztin oder Arzt in Weiterbildung in der Region rund um Schlüchtern

Darauf können Sie sich

- kurze Impulse zu Fachthemen und spannende Diskussionen

(K)eine Wahlempfehlung

Sehr geehrte Damen und Herren,
liebe Kolleginnen und Kollegen,

kurz nachdem diese Ausgabe von AufdenPUNKT erscheint, sind wir als Bürgerinnen und Bürger aufgefordert, einen neuen Bundestag zu wählen. Durch das Ampel-Aus besteht nun die Möglichkeit, der Politik in Deutschland eine neue Richtung zu geben. So weit, so gut, so demokratisch. Doch blickt man auf das Tableau der Wahlmöglichkeiten in Deutschland im Februar 2025, dann kann es einen schon schütteln – und das gilt sowohl für das Personalangebot als auch für die inhaltlichen Programme.

Dass sich Deutschland in einer veritablen Krise befindet, kann niemand ernsthaft bezweifeln. Kein Wachstum, gar Rezession, keine Antworten auf Zukunftsfragen. Leider lässt sich dieser Befund eins zu eins auf die Gesundheitspolitik übertragen. Keine Antwort auf Zukunftsfragen, keine Idee, nichts. Das zeigt sich bei der Krankenhausreform, in der Notfall- und Akutbehandlung. Und dabei muss man es wohl als Segen betrachten, dass der aktuelle Amtsinhaber mit der Führung eines so großen Ministeriums heillos überfordert war, sodass er deshalb nicht noch mehr Schaden anrichten konnte. Denn was bleibt von demjenigen, der sich als großer Corona-Erklärer in den Talkshows einen Namen machte, sodass selbst Olaf Scholz nicht mehr an ihm vorbeikam?

Nüchtern betrachtet bleibt sehr, sehr wenig. Ein aus medizinischer und gesellschaftlicher Sicht höchst umstrittenes Cannabis-Gesetz. Und ein sogenanntes Krankenhausstärkungsgesetz, das vor allem Großkliniken und die dahinterstehenden Konzerne stärkt, aber auf die drängende Frage der Reform der Kliniklandschaft keinerlei brauchbare Antworten gibt.



Was braucht es also in Zukunft an Skills und Kompetenz im Bundesgesundheitsministerium? Es braucht Expertise, die aus der Praxis kommt und die Versorgung nicht nur wissenschaftlich betrachtet, denn dieser Versuch ist krachend gescheitert. Insofern erhalten Sie an dieser Stelle wie in der Vergangenheit auch keine konkrete und auf eine Partei bezogene Wahlempfehlung Ihrer KV. Klar ist aber auch: Wir können uns eine vergleichbare Legislatur wie die vergangene mit erratischen und ideologiegetriggerten Entscheidungen nicht mehr leisten. Denn das würde unser Gesundheitswesen nicht aushalten.

Mit kollegialen Grüßen,
Ihre

Frank Dastych

Vorstandsvorsitzender

Armin Beck

stellv. Vorstandsvorsitzender

„Karl Lauterbach ins Dschungelcamp“

Wenige Tage vor der Bundestagswahl ziehen die Vorstandsvorsitzenden der KVH, Frank Dastych und Armin Beck, eine verheerende Bilanz der Amtszeit von Karl Lauterbach. Und benennen die Themenfelder, auf die es in der nächsten Legislatur besonders ankommt.

aufgezeichnet von Karl M. Roth

BILANZ

Die Bilanz der Ampeljahre aus ambulanter Sicht fällt katastrophal aus. Die einzige Ausnahme: die Kinderärzte, dank der Entbudgetierung. Nun kommen auf den letzten Drücker noch die Hausärzte dazu, mit fraglich positiven Auswirkungen für Hessen. Was bleibt denn sonst? Ein „KH-Verstärkungsgesetz“, das vor allem KH-Konzerne und Großkliniken bevorzugt, ein Cannabis-Gesetz, das aus medizinischer Sicht mehr als fragwürdig ist. Der Wegfall der Neupatientenregelung, der ja wider besseres Wissen geschehen ist, nachdem Herr Lauterbach seinerzeit dieselbe noch bejubelt hat. Am Ende kann man nicht anders, als Herrn Lauterbach eine ausgeprägte Abneigung der ambulanten Versorgung gegenüber zu attestieren, und es ist gut, dass er hoffentlich bald etwas anderes macht. Das kann durchaus auch das Dschungelcamp sein. Niemand hat eine so miserable Bilanz als Bundesgesundheitsminister wie Karl Lauterbach. Wir sind dankbar, dass die Ampel endete und aus den anderen Gesetzesvorhaben nichts geworden ist.

Das Ampel-Aus ist ein Segen für die Gesundheitspolitik, ein Neuanfang ab März möglich, alle Erkenntnisse dazu liegen auf dem Tisch.

KRANKENHAUSREFORM

Es gibt viele objektive Daten, die zeigen, wie groß die Notwendigkeit für eine echte Krankenhausreform ist. So viele Behandlungen funktionieren in kleinen Häusern nicht, ob Schlaganfall, Herzinfarkt, Notfallversorgung, weil sie in diesen kleinen Häusern nicht abgebildet werden können. Die OP-Qualitäten stimmen nicht, die Personalprobleme sind katastrophal, niemand aus der Lokalpolitik geht in das eigene Lokalkrankenhaus, um sich dort behandeln zu lassen. Die Politik muss den Menschen eine Brücke bauen, wie sie aus ihrer Krankenhausobsession herauskommen. Der weitere Weg in eine Klinik mit einer entsprechenden Spezialisierung ist das, was Leben rettet. Das müssen die Menschen begreifen, und das muss die Politik den Menschen erklären. Wir müssen uns endlich ehrlich machen. Und es stimmt eben nicht, dass die räumliche Nähe wichtiger ist als die Qualifikation. Sind wir mal ganz ehrlich: Wer in den 20 Minuten, die vielleicht ein Krankenwagen länger braucht, um in einen Maximalversorger zu fahren, verstirbt, der wäre auch in der Notaufnahme eines kleinen Krankenhauses verstorben, so bitter diese Wahrheit ist.



NOTFALLVERSORGUNG

Die Diskussion um die Notfallversorgung muss auf Null gestellt werden. Die aktuelle Diskussion ist durch Interessensgruppen derart vergiftet, dass gar nicht mehr klar ist, um was es eigentlich geht. Man muss endlich eine Lösung schaffen für die Menschen, die in die Notfallaufnahmen der KH rennen, obwohl sie bei ihrem Hausarzt oder in der Bereitschaftsdienstzentrale behandelt werden sollten. Wir brauchen eine sehr fundierte Steuerung auf medizinischer Grundlage. Dazu kann es keine zwei Meinungen geben, wir haben viel zu viele Patienten, die Parallelstrukturen ohne jegliche Steuerung und Konsequenzen in Anspruch nehmen.

Es kann nicht sein, dass in der Bereitschaftsdienstzentrale keine Arbeit zu tun ist, während die nahe gelegene Notaufnahme aus allen Nähten platzt – und das mit Menschen, die dort nichts zu suchen haben.

PATIENTENSTEUERUNG

Es braucht dringend den Einsatz digitaler Steuerungselemente, weil nur dann klar ist, was schon an Behandlung gelaufen ist. In Deutschland kann jeder Patient Leistungen so oft in Anspruch nehmen, wie er will. Die Patienten müssen akzeptieren, dass das nicht geht, und die Politik muss es ihnen sagen. Dieser Kreislauf muss unterbrochen werden, wir haben dafür nicht die notwendigen Ressourcen, wir können es uns schlicht nicht mehr leisten. Akutfälle, Infarkte, sollen natürlich in eine Klinik, denn sie gehören dort hin. Aber die Verstopfung oder ähnliche Bagatellen müssen dort nicht hin.

Wir brauchen eine kluge Steuerung, die kann tatsächlich analog Österreich digital vor ambulant vor stationär aussehen. Und in Dänemark funktioniert es ja auch schon außerhalb der Sprechstundenzeiten. Jeder, der anruft, wird ersteingeschätzt, bekommt eine Zugangsmöglichkeit, einen Code oder Ähnliches oder ein Ticket in der ePA. Und dann heißt es: Ab in den Bereitschaftsdienst oder woanders hin. Das kann auch heißen: Ab in die Apotheke. Ein Kind, das schon einen Tag Fieber hat, kann mit einer Flasche Paracetamolsaft auskommen, wenn das Fieber nicht zu hoch ist und keine Grunderkrankungen vorliegen. Das ist durchaus zumutbar. Geht man ohne Ticket in zum Beispiel eine Notaufnahme, dann kann man das zwar tun, sitzt dort aber sechs, sieben oder acht Stunden, weil keine medizinische Behandlungsnotwendigkeit besteht.

DIGITALISIERUNG

Für eine solche Art der Steuerung fehlt uns in Deutschland die digitale Plattform. Erwartungshaltung an eine ePA ist: Sie muss die Möglichkeit geben, Patientensteuerung zu machen. Die ePA, wie sie gerade eingeführt wird, kann das nicht. In Estland, zum Beispiel, geht das und es gibt diese ganzen Einschränkungen aufgrund vermeintlicher Patientenrechte nicht. Es gibt genügend Beispiele für gute und brauchbare Digitalisierung, wie epic oder XRoad zum Beispiel. Es ist wirklich irre, was dieses System kann und wie sehr wir in Deutschland hinterherhinken, weil wir das Rad immer selbst und neu erfinden wollen. Und weil manche Politiker derart amateurhaft vorgehen, dass es wirklich kracht. Die Anwendung ist sektorenübergreifend, auch die KH arbeiten damit, und darin wurden schon vor zehn Jahren eigene KI-Routinen entwickelt.

Das estnische System funktioniert, das dänische funktioniert. Und wir führen unter großem Brimborium eine ePA ein, die im Prinzip nichts kann. Wo kein Notfalldatensatz drin ist, wo Krankenhäuser nichts einstellen müssen. Was soll eine Anwendung, in die noch nicht mal ein Maximalversorger Daten einstellen muss? Da fragt man sich doch: Wer macht's denn dann? Patienten werden im deutschen Gesundheitswesen zu Tode datengeschützt. Wann sollen Ärztinnen und Ärzte, die die Praxen voll haben, anfangen, in einer Akte herumzuwühlen, in der man keine Chance hat, vernünftig zu suchen? Da schaut doch niemand unter den beschriebenen Bedingungen rein. Dafür hat man keine Zeit und es bringt wahrscheinlich auch nichts.

116117 UND 112 ZUSAMMENLEGEN

Wir brauchen eine echte Zusammenschaltung der 116117 und der 112 und ohne, dass wir das finanzieren müssen. Eine echte digitale Zusammenschaltung. Das geht nur per Gesetz und Vorgabe mit Fristsetzung, denn ansonsten landen wir beim St.-Nimmerleins-Tag. Im Bereich der 112 müssen die Rettungsdienste den Hut aufbekommen und nicht mehr die Feuerwehr. Nicht jeder ärztliche Leiter Rettungsdienst darf vor Ort seine eigene Struktur vorgeben dürfen. Wechselt man in Hessen mit einem Rettungswagen den Notdienstbereich, dann geht das im Prinzip nicht, weil die beiden Leitstellen nicht miteinander kommunizieren können. In der Gesundheitspolitik muss die absolut unterste Entscheidungsebene die Landesebene sein. Darunter, auf der Ebene der Gebietskörperschaften oder der Kommunen, darf es keine Befugnisse mehr geben.

FREIBERUFLICHKEIT/HONORAR

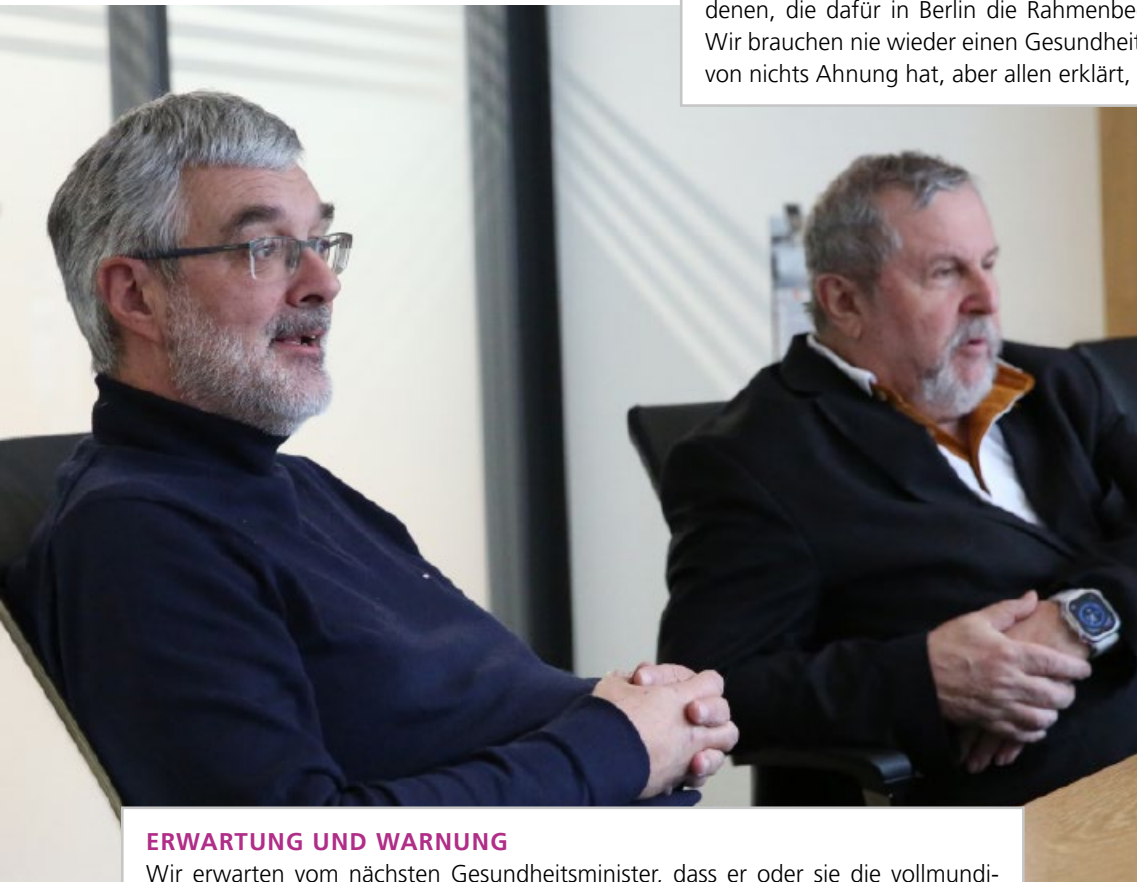
Beim Honorar besteht das Riesenproblem in einer fast schon pathologisch ideologisierten Gesundheitspolitik. Offensichtlich ist dabei verloren gegangen, dass 60–70 Prozent der Praxen nach wie vor inhabergeführt sind. Das sind also Unternehmen, wo Ärzte bereit sind, ihr persönliches, individuelles, wirtschaftliches Risiko mit der Praxis zu verknüpfen. Dass man für diese Strukturen, wenn man sie stabilisieren möchte, wenn man weiter junge Ärztinnen und Ärzte in die Selbstständigkeit bringen will, die dafür notwendigen Rahmenbedingungen schaffen muss, liegt auf der Hand. Wir hören immer wieder das Geschrei der Lokalpolitik, welche Ärztinnen und Ärzte es alle nicht gibt. Wir müssen uns ehrlich machen: Versorgung funktioniert nur dann, wenn diejenigen, die dieses Risiko auf sich nehmen, auch gut leben können. Und solche Menschen braucht es natürlich auch dazu, um andere Ärztinnen und Ärzte anzustellen. Eine selbstständige vertragsärztliche Tätigkeit muss im Endergebnis deutlich attraktiver sein als eine Anstellung. Viele wollen erstmal in die Anstellung, aber ohne jemanden, der sie anstellt, funktioniert es nicht. Und natürlich stellt man niemanden an, wenn man dabei Geld drauflegen muss. Also auch die Anstellung einer Ärztin oder eines Arztes stellt ein unternehmerisches Risiko dar. Und das wird nirgends, nicht im EBM oder sonst wo, abgebildet und funktioniert deshalb auch nicht mehr. So funktioniert auch das KV-System nicht mehr und dieser Widerspruch wird immer offensichtlicher. Wenn man sich die Entwicklung des SGB V in den letzten 20 Jahren anschaut, dann ist das SGB V vor ungefähr zehn Jahren stehen geblieben. Denn das SGB V war immer ein Gesetz, das darauf beruht, dass die KVen ihren Sicherstellungsauftrag mit freiberuflich selbstständigen Ärztinnen und Ärzten erfüllen. Und das ist eben nicht mehr der Fall. Formal gesehen passen angestellte Ärztinnen und Ärzte da gar nicht hinein. Wenn wir hier einen Honorarverteilungsmaßstab machen in der Vertreterversammlung, dann wirkt der zwar auf die Praxen, aber im Binnenverhältnis ist es immer noch der individuelle Arbeitsvertrag, der für den angestellten Arzt entscheidend ist und eben nicht mehr der HVM einer KV. Und da kommen wir zunehmend in einen Widerspruch: Eigentlich müsste unser HVM für angestellte Ärztinnen und Ärzte das Gehalt finanzieren, die Kosten in den Praxen abdecken und zusätzlich noch das unternehmerische Risiko ausgleichen. Was will man denn machen, wenn ein angestellter Arzt krank ist oder kündigt und man länger keinen Nachfolger findet? Was macht man dann? Die KV bezahlt in einem solchen Fall keinen Cent, trotzdem laufen die Kosten für die Räumlichkeiten, das Setting, das Personal weiter, von zusätzlichen Verpflichtungen aus dem Arbeitsvertrag ganz zu schweigen.

Wir müssen die Trendumkehr hinbekommen. Dadurch bekommen wir auch die ganze Diskussion um die Krankenhaus-MVZs, Investoren-MVZs sukzessive in den Griff, wenn diese Strukturen sich nicht mehr lohnen, wenn die freiberuflich selbstständige Tätigkeit deutlich attraktiver ist als die Anstellung, wenn das Risiko überschaubar ist und das Ganze nachhaltig ist, dann brauchen wir nicht mehr über Änderungen im Zulassungsrecht nachzudenken.

Wir brauchen keine Schaumschläger und keine Berliner Gesundheitsblase mehr, wir brauchen keine Blender, sondern Menschen, die konkret mit uns zusammen die Probleme in der ambulanten Versorgung identifizieren, diskutieren und gemeinsam lösen.

DIALOG

Wir brauchen endlich wieder einen funktionsfähigen Dialog zwischen denjenigen, die wissen, wie Versorgung gestaltet wird, die Versorgung leben, die Versorgung jeden Tag anbieten, und denen, die dafür in Berlin die Rahmenbedingungen definieren. Wir brauchen nie wieder einen Gesundheitsminister, der de facto von nichts Ahnung hat, aber allen erklärt, wie die Welt läuft.



ERWARTUNG UND WARNUNG

Wir erwarten vom nächsten Gesundheitsminister, dass er oder sie die vollmundigen Versprechen seines Vorgängers zur Entbürokratisierung endlich aufnimmt und umsetzt. Bei der Wahlentscheidung sollten wir auch nicht vergessen, was auf der Zielgeraden des GVSG noch passiert ist: Obwohl die parlamentarische Mehrheit dafür weg war, wurde von den rot-grünen Gesundheitspolitikern mit Verve die Bereinigung des Hausarzt-Facharzt-Vermittlungsfalls bei den Fachärzten gefordert. Das muss man als unverhohlene Drohung ansehen, was bei einer roten oder grünen Beteiligung an der Gesundheitspolitik für die Fachärzte zu erwarten ist. Offenbar versucht man die Gelder, die man den Kliniken hinterherwirft, auf Kosten der Fachärzte zu refinanzieren.

Frank Dastych mahnt:
Zustand der Gesundheits-
politik ist katastrophal

Gesundheitspolitik am Wendepunkt

In der Vertreterversammlung am 14. Dezember 2024 präsentierten die Vorstandsvorsitzenden Frank Dastych und Armin Beck eine schonungslose Analyse der aktuellen gesundheitspolitischen Lage und formulierten klare Forderungen an die Politik. Angesichts des politischen Stillstands nach dem Ende der Ampelkoalition sei eine umfassende Trendwende im deutschen Gesundheitssystem dringender denn je.

„Der Zustand der deutschen Gesundheitspolitik ist katastrophal“, leitete Dastych ein. Mit dem Ende der Koalition biete sich jedoch die Chance, nach vorne zu blicken. Daher sei es nun wichtig, zentrale Forderungen zu erarbeiten und zu stellen, die sich bereits in den Wahlprogrammen zur Bundestagswahl 2025 wiederfinden und in der folgenden Legislatur von den Parteien angegangen werden müssten. Im Mittelpunkt stünden dabei Themen wie die Sicherung der Finanzierung der ambulanten Versorgung, eine konsequente Ambulantisierung oder auch die Entlastung der Ärzteschaft von übermäßiger Bürokratie.

KHVVG UND SEKTORENÜBERGREIFENDE VERSORGUNGSZENTREN

Beck widmete sich unter anderem den Auswirkungen des zum 1. Januar 2025 in Kraft getretenen Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes (KHVVVG) und den darin vorgesehenen sektorenübergreifenden Versorgungszentren (SüV). Er hob hervor, welche Folgen beispielsweise der § 116a SGBV für die Haus- und Fachärzte habe. So könnten SüV in geöffneten Planungsbereichen beantragen, dass hausärztliche Versorgungsaufträge als Ermächtigungen ausgesprochen werden – ohne zeitliche Befristung und ohne Möglichkeit des Wi-

derrufs, selbst bei einer späteren Überversorgung durch Niederlassungen. „Das Ergebnis wäre eine Parallelstruktur, die untragbar und durch die neue Bundesregierung zwingend aufzuheben ist“, betonte Beck. Auch bei den Fachärzten sei die Regelung nicht nachzuvollziehen. Hier ruhten die Anträge der SüV zunächst neun Monate und wären nichtig, wenn sich innerhalb dieser Zeitspanne ein Facharzt vor Ort niederlasse. Passiere dies nicht, könne das SüV die Praxis gründen – allerdings mit der Auflage, diese wieder auflösen zu müssen, sollte sich doch ein Facharzt niederlassen. „Eine völlig verrückte und absurde Regelung“, so Beck.

REGRESSE: BÜROKRATIE OHNE MEHRWERT

Interessante Daten zeigte die Entwicklung der Regresse seit 2017. So berichtete Beck, dass die hohe Zahl der Kassenanträge nicht im Verhältnis zur Zahl der Regresse stünde. Jeder dieser Anträge müsse von der KVH innerhalb von sechs Monaten bearbeitet werden, was immense Ressourcen binde. Er unterstrich die Unsinnigkeit dieser Verfahren mit Zahlen der KV Nordrhein: Dort beliefen sich die Einnahmen aus Regressen in 2023 auf 1,4 Millionen Euro, während die Kosten der Prüfungen 1,9 Millionen Euro betragen.

„Wir müssen hier gegensteuern“, erklärte Beck und kündigte an, in den Berliner Arbeitskreisen über Strafzahlungen für Krankenkassen zu diskutieren, die übermäßig viele Prüfanträge stellen. Gleichzeitig verwies er auf die laufenden Verhandlungen zu einer neuen Prüfvereinbarung. Forderungen der Krankenkassen, wie die Absenkung der Schwelle bei der Durchschnittswertprüfung von 45 auf 30 Prozent oberhalb der Norm, wies Beck entschieden zurück: „Das würde die Zahl der Prüfanträge nur weiter erhöhen – und das wollen wir natürlich auf keinen Fall.“

AMBULANTISIERUNG UND FINANZIERUNG

Ein zentrales Problem bleibt die unzureichende Finanzierung des Gesundheitssystems. Dastych verwies auf die steigenden Krankenkassenbeiträge und die enormen Kosten im stationären Bereich. „Wir sprechen von 100 Milliarden Euro für 20 Millionen Behandlungsfälle in den Krankenhäusern, von denen 20 bis 25 Prozent schon heute ambulant durchgeführt werden könnten“, kritisierte er. Es sei



Armin Beck übt scharfe Kritik an Regelungen im KHVVG

höchste Zeit, dass das Prinzip „ambulant vor stationär“ endlich in den Köpfen der Gesundheitspolitik verankert werde.

Dastych betonte, dass sektorenübergreifende Versorgung nicht gleichbedeutend mit einer Querfinanzierung der Krankenhäuser zulasten der Praxen sein dürfe. „Die Politik muss endlich klare Rahmenbedingungen schaffen, um den ambulanten Sektor zu stärken und faire Wettbewerbsbedingungen zu gewährleisten.“

KRITIK AN LAUTERBACH UND FORDERUNGEN AN DIE POLITIK

Scharfe Kritik äußerten die KVH-Vorsitzenden auch an der Arbeit des scheidenden Bundesgesundheitsministers Karl Lauterbach. Wie der KBV-Vorstandsvorsitzende Dr. Andreas Gassen, stellte auch Dastych kein gutes Zeugnis aus. „Lauterbach hat nahezu jede Stellschraube in die falsche Richtung gedreht“, sagte er. Die nicht umgesetzten Reformvorhaben würden aufgrund der politischen Diskontinuität – weitestgehend zum Glück – nicht mehr verabschiedet. Damit herrsche faktisch Stillstand in der Gesundheitspolitik.



Die KBV formulierte gemeinsam mit den KVen der Länder daher klare Anforderungen an die kommende Bundesregierung: „Selbstverwaltung als tragende Säule, verlässliche gesundheitspolitische Rahmenbedingungen, angemessene Finanzierung, praxisnahe Digitalisierung und eine bessere Steuerung des Versorgungssystems“, fasste Dastych die zentralen Punkte zusammen.

Klar ist: Ein „weiter so“ ist keine Option. Die gesundheitspolitischen Weichen müssen neu gestellt werden, um die Zukunft der ambulanten Versorgung zu sichern. „Die Politik muss auf die Expertise der Ärzteschaft hören und gemeinsam mit uns Lösungen entwickeln“, lautete der eindringliche Appell des KVH-Vorsitzenden. Mit den bevorstehenden Wahlen im Februar liege die Verantwortung nun bei den Parteien, die Weichen für ein zukunftsfähiges Gesundheitssystem zu stellen.

In diesem Zusammenhang sprach Dastych den Umgang mit dem Hausarzt-Facharzt-Vermittlungsfall an. Dieses Instrument war eingeführt worden, um eine schnelle und gezielte Patientensteuerung zu ermöglichen. Doch die geplante Bereinigung durch SPD und Grüne hätte die extrabudgetäre Vergütung der Vermittlungsfälle gefährdet. „Nachdem die Neupatientenregelung 2022 abgeschafft wurde, hat Karl Lauterbach die Unantastbarkeit des

Hausarzt-Facharzt-Vermittlungsfalls betont – koste es, was es wolle“, erinnerte Dastych. „Umso alarmierender war der jüngste Änderungsantrag, der glücklicherweise abgelehnt wurde.“ Mit Blick auf die anstehende Wahl sei dieser jedoch als Drohung der Parteien im Hinterkopf zu behalten.

ERFOLGE UND PERSPEKTIVEN

Ein positives Fazit zog Beck zur Veranstaltungsreihe #FokusVersorgung. Die letzte Veranstaltung in Korbach sei hervorragend besucht und von allen Beteiligten sehr gut angenommen worden. Für das kommende Jahr seien bereits fünf weitere Termine geplant.

Ebenfalls erfolgreich laufe die Videosprechstunde der Kinderärzte im ÄBD, die zwischen Weihnachten und Neujahr erneut angeboten wurde. „Das Angebot hat sich etabliert und wir haben nun mit der Marke ‚Kinder-VIDEOÄRZTIN/Kinder-VIDEOARZT‘ einen weiteren Schritt zur Steigerung der Bekanntheit gemacht“, berichtete Beck. Aufmerksamkeitsstarke Plakate seien im Dezember an alle kinderärztlichen Praxen verschickt worden. Zudem werde die Videosprechstunde bei der Veranstaltung „Ausgezeichnete Gesundheit“ des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung präsentiert.

ALEXANDER KOWALSKI



Dastych appelliert an die Politik, auf die Expertise der Ärzteschaft zu hören



Für die Vertreterinnen und Vertreter gab es aktuelle Informationen zur politischen Lage in Berlin

SERIE: IM WARTEZIMMER

Die Patientenstruktur im Jahr 2023 bei hessischen ...



Augenärztinnen und Augenärzten

1,17 Mio.

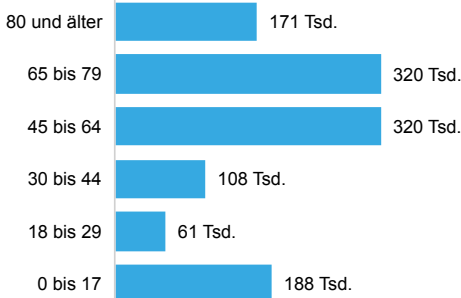
behandelte Patientinnen und Patienten in 2023

53,6 Jahre

Durchschnittsalter

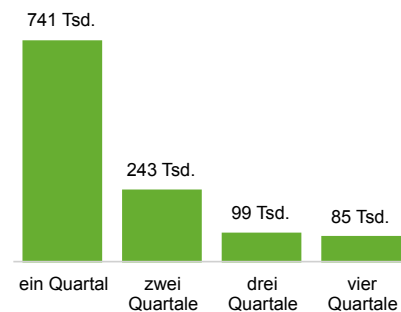
Altersverteilung

Patientenzahl nach 6 Altersgruppen



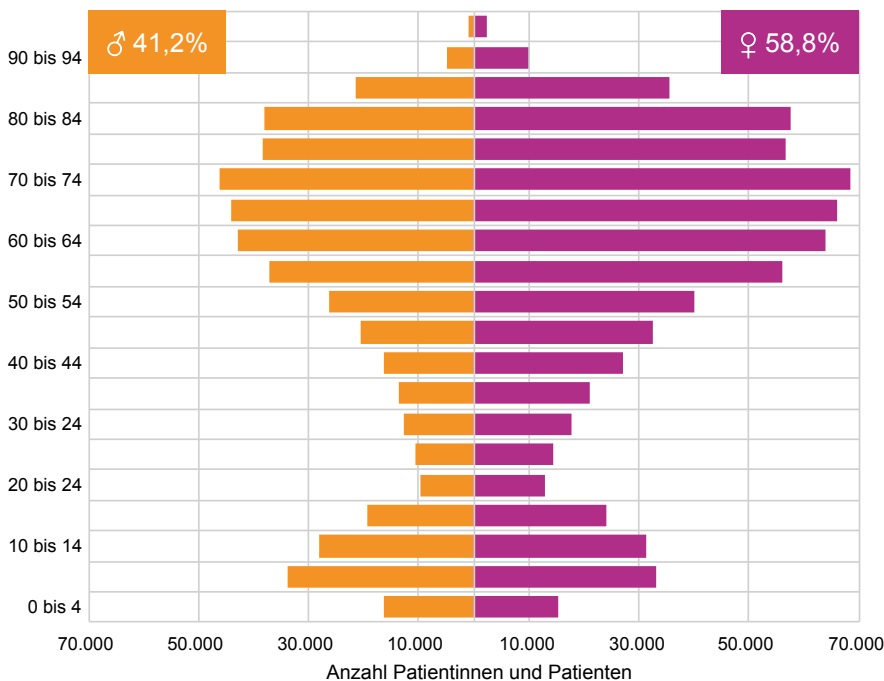
Inanspruchnahme der Arztgruppe

Wie viele Personen waren in wie vielen Quartalen bei der Arztgruppe in Behandlung? (Patientenzahl)



Alterspyramide

Patientenstruktur nach Altersgruppe (5-Jahres-Schritte) und Geschlecht
männlich / weiblich





Neue ArztAbrechnung – digital und transparent

Mit der ersten Ausgabe AufdenPUNKT. 2025 geben wir Ihnen einen Überblick über die Neuerungen bei der Abrechnung und dem Honorar.

Ein echtes Highlight ist, dass wir die Abrechnung des 3. Quartals 2024 mit neuer Software, neuem Prozess und neuen Honorarunterlagen durchgeführt haben. Endlich ist es uns möglich, die neunstellige LANR zu verarbeiten. Davon profitieren Mitglieder mit einer Doppelzulassung (siehe Seite 13 f.). Im Zuge der Projekte rund um die „Neue ArztAbrechnung“ wurden auch die Honorarunterlagen überarbeitet. Sie sind nun verständlicher, moderner, und digitaler (siehe Seite 16).

Ab sofort bieten wir Ihnen an, uns eine elektronische Quartalerklärung (eQE) einzureichen – dies halten wir für zeitgemäß. Wie die eQE funktioniert, erfahren Sie auf Seite 18 f. Zudem ist es jetzt möglich, Hybrid-DRG über eine neue Webanwendung oder KV-SafeNet* komfortabler und in kürzeren Abständen abzurechnen (siehe Seite 20 f.). Auch dies erleichtert Ihnen gewiss das Alltagsgeschäft. Und da bei den Hybrid-DRG die bisherige Verordnung des

BMG durch eine neue Hybrid-DRG-Vergütungsvereinbarung abgelöst wurde, haben wir Ihnen dazu die Eckpunkte auf Seite 24 zusammengefasst.

Laborärztinnen und Laborärzte werden von neuen Kostenpauschalen im EBM profitieren, die eine transparentere Vergütung der Aufwände der Laborarztpraxen ermöglichen. Lesen Sie ab Seite 26, wie Sie die Kosten für den Transport, das Entnahmematerial und die elektronische Auftragserteilung abrechnen können.

Haben Sie Fragen zur Abrechnung, dann kontaktieren Sie uns. Telefonisch, per Mail oder auch über eine Fortbildung. Die KVH bietet Ihnen 20 verschiedene Fortbildungen zum Thema Abrechnung und Verordnungen an. Informationen dazu finden Sie im Fortbildungsprogramm 2025 unter [kvh.link/p25028](https://www.kvh.de/link/p25028). Mit wenigen Klicks können Sie sich gleich für ein Seminar anmelden.

PETRA BENDRICH

Neue ArztAbrechnung ist produktiv

Seit fünf Jahren beschäftigen sich Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der KVH zusätzlich zu ihrem Tagesgeschäft mit der Umstellung des Abrechnungsprozesses und der Implementierung der neuen Software kv.net2. Nun ist es so weit: Die Abrechnung des 3. Quartals 2024 wurde mit neuer Software, neuem Prozess und neuen Honorarunterlagen durchgeführt.

WO SIND WIR GESTARTET?

Ausgangspunkt des Projekts war die Tatsache, dass die alte Abrechnung die seit 1. Juli 2008 gültige neunstellige Lebenslange Arztnummer (LANR) nicht verarbeiten konnte.

Exkurs:

LANR

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Die ersten sechs Stellen der LANR identifizieren lebenslang eindeutig die Ärztin oder den Arzt. Die siebte Stelle ist die sogenannte Prüfziffer. Die achte und neunte Stelle der LANR stehen für den Fachgruppenschlüssel, der nach Versorgungsbereichen, Fachgebieten und Schwerpunkten unterscheidet. Ärztinnen und Ärzte können mehrere neunstellige LANR haben, wenn sie mehrere Zulassungen besitzen. Die ersten sieben Ziffern der LANR bleiben allerdings unveränderlich für die Person.

Somit konnte die alte Abrechnung zwar jede Ärztin und jeden Arzt eindeutig identifizieren, aber bei Mehrfachzulassungen oder mehreren Tätigkeiten das Fachgebiet nicht eindeutig zuordnen. Deshalb wurde in diesen Fällen manuell nach Abrechnungsschwerpunkt eine Arztgruppe zugeordnet, was zu nachträglichem Korrekturbedarf führen konnte. Denn diese Zuordnung ist maßgeblich für den Arztgruppen-Fallwert für das Regelleistungsvolumen (RLV) und die qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen (QZV), der der Berechnung der arztindividuellen Budgets zugrunde liegt.

Exkurs in den Honorarverteilungsmaßstab (HVM):

„Aus der Division des ... bestimmten RLV-Verteilungsvolumen und der Summe der ... ermittelten RLV-Fälle des aktuellen Quartals je Arztgruppe resultiert der RLV-Fallwert je Arztgruppe.“

„Aus der Multiplikation des ... ermittelten Fallwertes und der individuellen RLV-relevanten Fallzahl des aktuellen Quartals ergibt sich das arztbezogene RLV.“



ABRECHNUNG MIT MEHRFACHZULASSUNG IN ZAHLEN

Im Jahr 2023 haben knapp 400 Ärztinnen und Ärzte Leistungen mit mehr als einer 9-stelligen LANR gekennzeichnet. Zum Vergleich: 2023 haben über 15.000 Ärztinnen, Ärzte, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten Leistungen abgerechnet.

WAS ÄNDERT SICH?

Mit der neuen Abrechnung wird die neunstellige LANR verarbeitet, das heißt Kennzeichnungen der Ärztin oder des Arztes mit ihrer oder seiner LANR werden entsprechend der achten und neunten Stelle der LANR und der nun eindeutigen Arztgruppenzuordnung für jede Tätigkeit berücksichtigt. Die Arztgruppenzuordnung konnte durch den Zugriff auf die achte und neunte Stelle der LANR bis auf zwei Ausnahmen automatisiert werden. Ausnahme bleiben die Schmerztherapeuten laut Schmerztherapievereinbarung und die Trennung der Kardiologinnen und Kardiologen nach invasiver beziehungsweise nicht invasiver Tätigkeit. Die Zuordnung in diese Arztgruppen wird weiterhin manuell geprüft.

Bei Mehrfachzulassungen oder mehreren Tätigkeiten bedeutet der Zugriff auf die neunstellige LANR, dass die Ärztin oder der Arzt auch mehrere Budgets für das Regelleistungsvolumen und/oder die qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen sowie für jede Tätigkeit ein gesondertes Honorar erhält.

Die Verwendung der neunstelligen LANR führt bei Mehrfachzulassungen oder mehreren Tätigkeiten beziehungsweise der Auflösung dieser in die einzelnen Arztgruppen unter anderem zu

- mehreren arztindividuellen Budgets für das Regelleistungsvolumen und/oder die qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen,
- gesondertem Honorar und Honorarunterlagen für jede Tätigkeit,
- Veränderungen bei den RLV- und QZV-Fallwerten und Fallzahlen der Arztgruppen,
- Veränderungen bei rechnerischen Quoten,
- Veränderungen bei der Verschiebung von Leistungen in andere Vergütungsbereiche. Ein Beispiel dafür sind Gebührenordnungspositionen (GOP), die bisher in das QZV gesteuert wurden, neu aber aufgrund einer ausschließlich psychotherapeutischen Tätigkeit den „Restlichen Leistungen PT“ und damit einer anderen Quotierung zugeordnet sind,
- Veränderungen bei den Ergebnissen der Maßnahmen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) wie Abstufungen, Höchstwerte, Budgetierungen.



SERIE: KVH von A bis Z
A wie...

... Angestellte Ärztinnen und Ärzte

In 2023 haben in Hessen mehr als 4.400 angestellte Ärztinnen und Ärzte Leistungen im ambulanten Sektor erbracht. Dies ist eine Steigerung von mehr als 40 Prozent gegenüber 2019.



Da nun die neunstelligen LANR verarbeitet werden kann, können Mitglieder mit einer Mehrfachzulassung einfacher abrechnen



Mehrfachzulassungen

GOP QZV EBM LANR PRÜFZIFFER RLV QUOTE NEUNSTELLIG

Eine weitere Neuerung ist die GOP-bezogene Honorarverteilung. Bisher wurden einzelne Gebührenordnungspositionen (GOP laut EBM oder hessen-spezifisch) in Leistungsgruppen zusammengefasst, wenn sie in die gleiche Vergütung (beispielsweise Ambulantes Operieren) gesteuert wurden. Neu wird das Honorar je GOP berechnet. Dies hat den Vorteil, dass in der Frequenzstatistik neben dem Wert der GOP laut EBM oder Vertrag auch der Wert nach der Honorarverteilung dargestellt werden kann. Damit wird für jede einzelne Leistung deutlich, ob sie zu 100 Prozent oder quotiert vergütet wird.

Mit dem neuen Programm zur Pflege der Gebührenordnungsstammdaten kommt eine weitere Neuerung zum Tragen. Damit kann einer GOP je Kostenträger oder Vertrag ein anderer, gegebenenfalls vom EBM abweichender Wert vergeben werden. Das

bedeutet zum Beispiel für die Abrechnung der Post-beamtinnen und -beamten, dass der erhöhte Wert für diesen Kostenträger bei der jeweiligen GOP berücksichtigt und dann zu 100 Prozent vergütet wird. Bisher war in diesem Fall eine weitere Quotenberechnung (Quote > 100 Prozent) notwendig.

Insgesamt wird die neue Abrechnung zu veränderten Ergebnissen führen, die der Abrechnung mit neunstelligen LANR entsprechen. Damit sind diese genauer und für die Mitglieder der KVH besser nachvollziehbar.

Haben Sie Fragen rund um Ihre Abrechnung? Dann stehen Ihnen die info.line der KVH oder Ihre Beraterinnen und Berater gerne zur Verfügung!

HEIKE WERNICKE

Honorarunterlagen komplett überarbeitet

Im Zuge des Projekts „Neue ArztAbrechnung“ wurden auch die in die Jahre gekommenen Honorarunterlagen überarbeitet: verständlicher, moderner, digitaler.

WICHTIG: Ab dem 3. Quartal 2024 erhalten Sie nur noch die steuerlich relevanten Unterlagen (Kontoauszug und Honorar- beziehungsweise Abrechnungsbescheid) sowie das Anschreiben in Papier per Post zugestellt. Alle restlichen Unterlagen können Sie sich eigenständig im Downloadbereich des KV-SafeNet*-Portals der KVH anschauen und bei Bedarf ausdrucken. Eine Anleitung zum Download finden Sie am Ende dieses Artikels.

1. Honorar- beziehungsweise Abrechnungsbescheid

Alle Abzüge und Kürzungen mit Ausnahme der Umlage für die Erweiterte Honorarverteilung (EHV) werden auf diesem steuerrelevanten Bescheid dargestellt, das heißt, im ausgewiesenen Honorar der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV, Primär- und Ersatzkassen) ist die EHV-Umlage bereits abgezogen.

→ Diesen steuerrelevanten Bescheid erhalten Sie weiterhin in Papier per Post!

2. Honorarübersicht

Dieser neue Nachweis stellt die Honorare in den Vergütungsbereichen der letzten fünf Abrechnungsquartale nebeneinander in einer kleinen Zeitreihe sowie die Entwicklung im Vergleich des aktuellen zum Vorjahresquartal dar.

3. Honorarzusammenstellung

Dieser Nachweis hieß bisher Arztrechnung. Da es sich aber um keine Rechnung im klassischen Sinne handelt, wurde der Nachweis umbenannt. Dargestellt sind die Leistungsbedarfsanforderung, die Auszahlungsquote und das Honorar je Vergütungsbereich. Dabei wird grundsätzlich zwischen Vergütungsbereichen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (mGV) und der extrabudgetären Gesamtvergütung (eGV) getrennt.

4. Frequenzstatistik

Die Frequenzstatistik wurde deutlich verschlankt. Die bisherigen Abkürzungen (zum Beispiel „Lkat 31“) wurden durch sprechende Bezeichnungen („Ambulantes Operieren“) ersetzt, sodass die Frequenzstatistik verständlicher ist. Die Informationen zur Wirtschaftlichkeitsprüfung sind weggefallen, auch BSNR-bezogene Prüfgruppen gibt es nicht mehr. Stattdessen wird die Anzahl der abrechnenden Ärztinnen und Ärzte beziehungsweise Psychotherapeutinnen und -therapeuten nach Zulassungsumfang und je Arztgruppe (eindeutige Zuordnung einer jeden Tätigkeit) dargestellt.

5. Regelleistungsvolumen und qualifikationsgebundene Zusatzvolumen

Durch die Berücksichtigung der neunstelligen LANR bekommen Mitglieder der KVH mit zwei Zulassungen nun auch zwei RLV- und QZV-Budgets.

6. EBM-Maßnahmen

Alle EBM-Maßnahmen, die zu einer Veränderung des Wertes einer GOP führen können (Budgetierungen, Abstufungen, Höchstwerte), sind in zwei Dokumenten dargestellt: einerseits die allgemeinen EBM-Maßnahmen und andererseits die Laborberechnungen. Dabei werden immer zuerst die praxisbezogenen und dann die arztbezogenen Maßnahmen abgebildet.

Bei den Laborgrundpauschalen werden nur noch beteiligte Ärztinnen und Ärzte berücksichtigt (zuvor: alle Ärztinnen und Ärzte mit ihrem Zulassungsumfang in der BSNR).

Weitere Nachweise sind zum Beispiel diejenigen zur Berechnung der EHV-Umlage, der Dienstsaldierung im Ärztlichen Bereitschaftsdienst (ÄBD) und der Berechnung des ÄBD-Beitrags. Ebenso finden Sie im Download von KV-SafeNet* weiterhin Ihre Abrechnungsinformation.

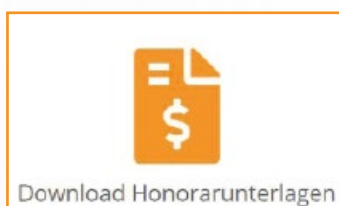
Haben Sie Fragen rund um Ihre Abrechnung? Dann stehen Ihnen die info.line der KVH oder Ihre Beraterinnen und Berater gerne zur Verfügung!

HEIKE WERNICKE

Honorarunterlagen anzeigen und herunterladen

Sie finden den Download Ihrer Honorarunterlagen ausschließlich im KV-SafeNet*-Portal der KVH. kvh.link/p25029

Unter dem Menüpunkt „Download Honorarunterlagen“ direkt über das Startseiten-Icon oder unter der Menüleiste „Abrechnung & Honorar“ erhalten Sie Ihre Unterlagen im PDF-Format.



Bitte beachten Sie, dass bei Institutionen (Krankenhäuser, MVZ oder Laborgemeinschaften) der Zugriff nur über den Zugang der Geschäftsführung (siebenstellige Benutzer-ID, die nach der Registrie-

rung per Post mitgeteilt wurde; Beispiel: M000000) möglich ist.

HEIKE WERNICKE
TANJA DAUTH

Elektronische Quartalsklärung für alle

Dank der Digitalisierung der KVH wird die Quartalsklärung in Papierform durch eine digitale Lösung ersetzt.

Ab dem 1. Abrechnungsquartal 2025 steht die elektronische Quartalsklärung (eQE) allen Mitgliedern der KVH zur Verfügung. Mit der Quartalsklärung bestätigen Mitglieder, dass die mit der Quartalsabrechnung eingereichten Leistungen ordnungsgemäß erbracht wurden. Bisher erfolgte die Abgabe der Quartalsklärung in Papierform.


DIGITAL UND EINFACH

Geplant ist, dass Praxen dann von überall via Smartphone, Tablet oder Computer schnell auf die eQE zugreifen, sie bearbeiten und unkompliziert elektronisch abgeben können. Auf der Homepage der KVH erfahren Praxen, wie sie Schritt für Schritt bei der Abgabe der eQE vorgehen: kvh.link/p25030

Vorgesehen ist, dass Sie die eQE über das SafeNet*-Portal und den mitgliedergeschützten Bereich der Homepage der KVH abgeben können.

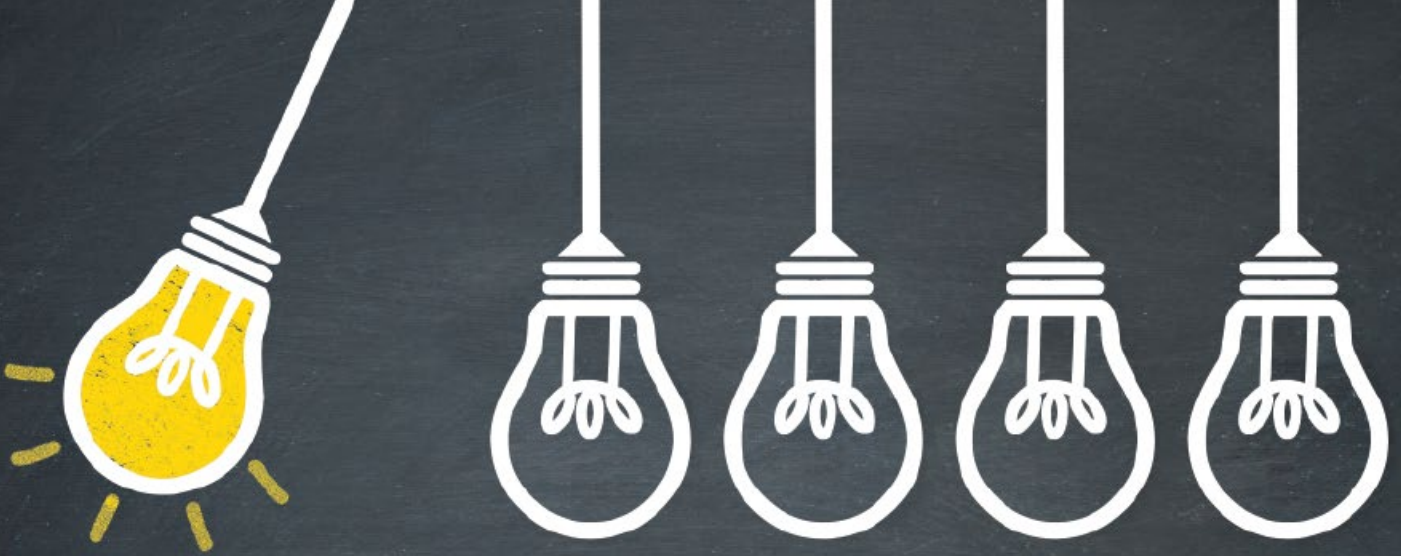
ALLES GRIFFBEREIT FÜR DIE EQE

Damit alles für das 1. Abrechnungsquartal 2025 reibungslos funktioniert, können Praxen sich schon jetzt auf die eQE vorbereiten:

1. Zugangsdaten für die Online-Dienste der KVH bereithalten
 - Sie sind bereits registriert: Prüfen Sie Ihre Zugangsdaten und fordern Sie ggf. ein neues Passwort an
 - Sie haben noch keine Zugangsdaten: Registrieren Sie sich unter kvh.link/p25031 und erhalten Sie Ihre Anmeldedaten per Post
2. Mit Ihren Zugangsdaten erhalten Sie automatisch Zugriff auf die eQE im SafeNet*-Portal und im mitgliedergeschützten Bereich der Homepage der KVH.
3. Den jeweils erforderlichen Zugang entnehmen Sie aus der nebenstehenden Tabelle: 

EIN GROSSER STAPEL PAPIER WENIGER

Durchschnittlich rund 45.000 Quartalsklärungen erreichen die KVH pro Jahr. Würde man diese Dokumente stapeln, ergäbe dies einen Papierturm von knapp neun Metern Höhe, der etwa 150 Aktenordner füllen würde.



QUARTERLY REPORT

Zugang überblicken	
Praxisart	Nutzertyp (Benutzer-ID)
Einzelpraxis, Berufsausübungsgemeinschaft, Ärztlicher Bereitschaftsdienst, Arzt am Krankenhaus, Mammographie-Screening, hessische Filiale	Zugang mit der lebenslangen Arztnummer (7-stellige LANR)
Medizinisches Versorgungszentrum	Zugang des ärztlichen Leiters mit der lebenslangen Arztnummer (7-stellige LANR)
Krankenhaus, Behörde oder Einrichtung, Laborgemeinschaft, AMBO	Zugang des ärztlichen Leiters bzw. leitenden Arztes mit der Institution (7-stellige Benutzer-ID, die Sie nach der Registrierung per Post erhalten haben; Beispiel: E000000)

THOMAS DERKS

Sie haben Fragen?

Für technische Fragen zur Einreichung steht Ihnen die technische Hotline unter internetdienste@kvhessen.de oder telefonisch unter **069 24741-7776** zur Verfügung.

Sie haben Fragen zur Abrechnung und möchten, dass die KVH Sie zurückruft? Buchen Sie ganz einfach einen Rückruftermin unter kvh.link/p25032

Hybrid-DRG: ab 2025 über neue Webanwendung oder KV-SafeNet* komfortabler abrechnen

Bis zum Abrechnungsquartal 4/2024 war es nur möglich, die Abrechnung von Hybrid-DRG einmal pro Quartal über die Quartalsabrechnung vorzunehmen. Diese Option entfällt jetzt, weil die Übergangsregelung ausgelaufen ist.

Seit 1. Januar 2025 haben Ärztinnen und Ärzte die Möglichkeit, ihre Hybrid-DRG über zwei neue Abrechnungswege einzureichen und das auch in kürzeren Abständen: mittels eines neuen Formats über KV-SafeNet* und KIM oder eine neue Webanwendung.

ZWEI ABRECHNUNGSWEGE MÖGLICH

Aufgrund des Wegfalls der Quartalsabrechnung bei Hybrid-DRG können Sie ab 2025 wählen, über welchen der zwei Wege Sie die Hybrid-DRG-Abrechnung mit der KVH vornehmen möchten. Sie haben auch die Möglichkeit, beide Wege zu nutzen.

1. Webanwendung (ohne zusätzliche Kosten nutzbar)

Über unsere neue Webanwendung geben Sie Ihre Patientendaten, den ICD-Kode und den OPS-Kode ein. Sie haben die Möglichkeit, das Kartenlesegerät an die Webanwendung anzubinden. Dies erleichtert die Abrechnung erheblich, da Praxen die Patientendaten nicht manuell erfassen müssen. Der integrierte DRG-Grouper, ein Softwaretool für die Gruppierung der Hybrid-DRG, ermittelt für Sie das Ergebnis.

Wenn es sich um eine Hybrid-DRG handelt, können Sie Ihre entsprechenden Abrechnungsdaten

unkompliziert und schnell über die Webanwendung an die KVH übermitteln. Die KVH sendet die abgerechneten Fälle dann direkt an die Krankenkassen zur Rechnungsstellung. In der Webanwendung finden Sie im Anschluss ein „Ampelsystem“, in dem Sie jederzeit den Stand Ihrer Abrechnungsfälle einsehen können.

2. KV-SafeNet*-Portal und KIM

Alternativ reichen Sie eine Abrechnungsdatei mit Ihren Hybrid-DRG-Fällen über das KV-SafeNet*-Portal oder KIM ein. Dafür benötigen Sie ein entsprechendes Modul in Ihrem Praxisverwaltungssystem (PVS). Hier steht Ihnen der DRG-Grouper der KVH wie bisher zur Verfügung, um die Hybrid-DRG zu ermitteln.

Vorteile der neuen Wege

Bei beiden Optionen können Sie uns die Abrechnungsdaten in einem von Ihnen gewählten Intervall übermitteln. Sie können auch gerne beide Optionen bei Bedarf nutzen. Die KVH übermittelt die abgerechneten Fälle direkt an die Krankenkassen. Die Auszahlung erfolgt unabhängig von Ihrer gewohnten Honorarvergütung. Bei der Abrechnung der Hybrid-DRG-Fälle haben Sie mit 1,95 Prozent zuzüglich der Umsatzsteuer einen niedrigeren Verwaltungskostensatz als bei der regulären Quartalsabrechnung.

WEBANWENDUNG FÜR DIE ABRECHNUNG VON HYBRID-DRG-FÄLLEN AB 2025 NUTZEN

Um ihre Hybrid-DRG-Abrechnung über die Webanwendung zu übermitteln, benötigen Praxen eine Freischaltung durch die KVH.

Für die Freischaltung der Webanwendung wenden sich Praxen (falls noch nicht erfolgt) telefonisch unter **069 24741-7507** oder per E-Mail an **sondervertraege@kvhessen.de** an das Team ESA/ Sonderverträge der Abteilung Abrechnung. Hier teilen sie folgende Daten mit:

- Ihr Anliegen (Freischaltung für die Webanwendung)
- Ihre Betriebsstättennummer (BSNR)
- Ihre Kontaktdaten (E-Mail-Adresse und Telefonnummer)

Sobald die KVH alle Daten vorliegen hat, erfolgt die Freischaltung. Sie erhalten anschließend weitere Informationen dazu.

Nach erfolgter Freischaltung für die Webanwendung loggen Sie sich wie gewohnt im mitglieder-geschützten Bereich der Homepage ein und werden dort direkt zur Webanwendung weitergeleitet. Hier erfolgt aus Datenschutzgründen eine weitere Anmeldung mittels Zwei-Faktor-Authentifizierung über eine App.

Für Sie besteht zudem die Möglichkeit, das Kartenlesegerät der Praxis zur Erfassung der Patientendaten in der Webanwendung H-DRG zu nutzen (optional). Der integrierte DRG-Grupper ermittelt dann für Sie das Ergebnis.

Bei Fragen oder dem Wunsch nach einer Anleitung zur Registrierung oder zur Anbindung des Kartenlesegeräts steht die Abteilung Abrechnung (Kontakt-daten siehe Seite 19) gerne zur Verfügung.

Anmeldung bei der Webanwendung H-DRG

Gehen Sie auf die Homepage der KVH auf die Seiten Hybrid-DRG-Abrechnung: **kvh.link/p25033** und klicken dort auf den Button „Zur Webanwendung (Hybrid-DRG)“. Schon werden Sie zum Log-in der Webanwendung weitergeleitet.

Nach erfolgter Anmeldung und Authentifizierung öffnet sich für Sie eine Ansicht mit den über Ihre BSNR eingereichten Fällen. Hier können Sie jederzeit den Status der Fälle (Offen; in Rechnung gestellt; Auszahlung erfolgt; Storniert) einsehen. Bitte beachten Sie, dass die Fälle im Status „Offen“ noch nicht an die KV Hessen übermittelt wurden (siehe Abbildung 1).



Abrechnung Hybrid-DRG

Dr. Test Arzt KV Hessen
LANR: 99999999
BSNR: 99999999
Neuenburger Str. 4
79379 Müllheim

1038,17 €

Offen in Rechnung gestellt Auszahlung erfolgt Storniert

Fallnummer	Datum Einreichung	Nachname	Vorname	Geburtsdatum	Versichertennummer	Leistungsdatum	Betrag (in Euro)	Anästhesist	Übermittlung an Kasse
538		dfgrvd	Testdfsf						
502		Riess	Test	17.12.2024		17.12.2024	9,00		
503									
504									
505			XX						
507									
508									
509									
510		Frau	Musterfrau	16.12.1958	B123456788				
511		Test	Cesar Faul	12.12.2011	P360852147	22.10.2024	9,00		
512		Mustermann	Mini Max	12.12.2011	H123456788	22.06.2024	9,00		

1 Fall anlegen

Abbildung 1

Hybrid-DRG-Fälle erfassen und übermitteln

Klicken Sie auf das mit der 1 markierte Feld unten links.



Nun öffnet sich unten ein weiteres Fenster, in dem Sie für die Ermittlung der Hybrid-DRG die Patientendaten (wie Namen und Geburtsdatum), ICD/OPS-Kode und Leistungsdatum erfassen können. Alternativ besteht auch die Möglichkeit, die Daten komfortabel vom Kartenlesegerät zu übermitteln (siehe Abbildung 2).

Sind die Daten vollständig und korrekt erfasst und die Hybrid-DRG ermittelt (Feld 5), erscheint in der rechten unteren Ecke ein Feld „Hybrid-DRG-Fall übermitteln“ zur Übermittlung der Abrechnung.

SAFENET*-PORTAL FÜR HYBRID-DRG FÜR DIE ABRECHNUNG VON HYBRID-DRG-FÄLLEN AB 2025 NUTZEN

Alternativ oder in Ergänzung zur Webanwendung können Praxen für die Abrechnung von Hybrid-DRG auch das KV-SafeNet*-Portal oder KIM nutzen. Für das Hochladen der Hybrid-DRG-Abrechnungsdatei in das KV-SafeNet* und für die Übermittlung über KIM braucht es ein gesondertes Modul in Ihrem PVS.

Abbildung 2

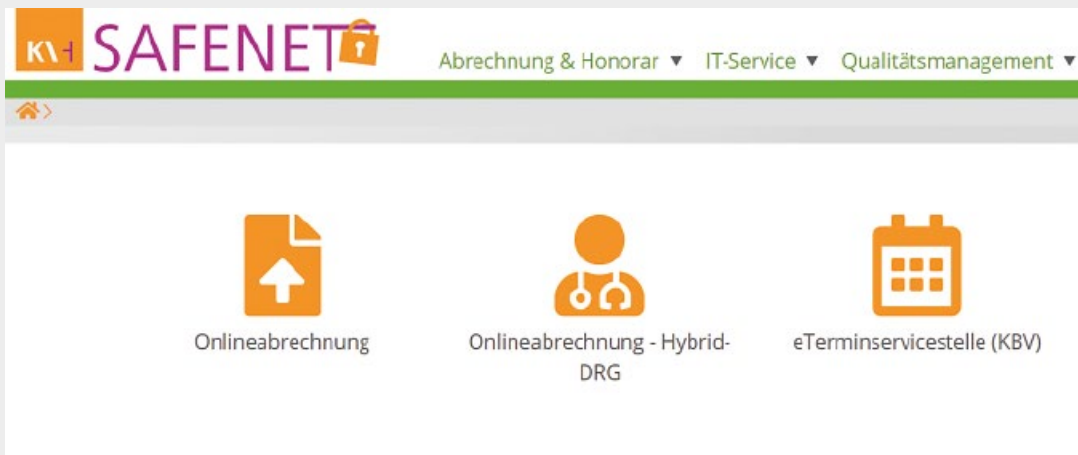


Abbildung 3

■ ABRECHNUNG

Bundemantelvertrag-Ärzte

2 Onkologie-Vereinbarung geändert

EBM aktuell

3 EBM-Änderungen seit 1. Januar 2025

■ QUALITÄT

Qualitätssicherung

24 Warum ist die Histologie für den zytologischen Befund so wichtig?

■ SONSTIGES

Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e.V. (DGUV)

26 Zulassung zum Durchgangsarztverfahren

BUNDESMANTELVETRAG-ÄRZTE

Onkologie-Vereinbarung geändert

ORALE TUMORTHERAPIE KLARGESTELLT

Die Onkologie-Vereinbarung wurde zum 01.01.2025 angepasst. Die auf Bundesebene aktualisierte Vereinbarung wird als Anlage 7 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) veröffentlicht.

Klargestellt wurde, dass Ärztinnen und Ärzte die Kostenpauschale 86520 bei „endokrinen Therapien im metastasierten Stadium“ abrechnen können, wobei das Stadium mit Fernmetastasen gemäß der TNM-Klassifikation M1 (Vorhandensein von Fernmetastasen) gemeint ist.

Bei der bisherigen Formulierung war das Stadium nicht klar zu unterscheiden von dem mit regionären Lymphknotenmetastasen (TNM-Stadium N+), in dem häufig eine adjuvante Therapie mit ausschließlich hormonell bzw. antihormonell wirksamen Medikamenten durchgeführt wird.

Lymphknotenbefall, der über den regionären Befall hinausgeht, wird gemäß der TNM-Klassifikation als M1 eingeordnet und ist von der neuen Formulierung „Stadium mit Fernmetastasen“ erfasst.

Zum anderen betrifft die Änderung die Androgenrezeptor-Signalweg-Inhibitoren (ARPI) und selektive CYP17A1-Inhibitoren. Das sind neue Medikamente im Sinne der ersten Abrechnungsanmerkung und wurden nun konkret aufgeführt. Hiermit wird klargestellt, dass sie die Kostenpauschale 86520 abrechnen können, auch wenn sie der ATC-Klasse L02 zugeordnet sind wie die ARPI und selektive CYP17A1-Inhibitoren. Aktuell sind somit die vier Wirkstoffe Abirateron, Apalutamid, Darolutamid und Enzalutamid berücksichtigt.

Bei der Abrechnung der Kostenpauschale 86520 geben sie das verwendete Medikament oder die verwendeten Medikamente im freien Begründungsfeld (Feldkennung 5009) an.

Unverändert gilt: Ausschließlich endokrine Therapien können Ärztinnen und Ärzte nicht über die Kostenpauschale 86520 abrechnen, sofern sie im Rahmen

einer kurativen (adjuvanten) Therapie erfolgen.

Ärztinnen und Ärzte beachten beim zweiten Satz im § 4 Absatz 3 der Vereinbarung eine analoge Anpassung wie bereits bei der ersten Abrechnungsanmerkung der Kostenpauschale 86520. Er definiert die medikamentöse Tumorthherapie im Sinne der Kostenpauschalen 86514, 86516 und 86520.

Bei der Abrechnung der Kostenpauschalen 86514, 86516 und 86520 geben sie das verwendete Medikament oder die verwendeten Medikamente im freien Begründungsfeld (Feldkennung 5009) an.

Darüber hinaus gab es auch Anpassungen bei der EDV-Dokumentation. Die Fristen zum EDV-technischen Zugriff auf Patientendaten in onkologischen Kooperationsgemeinschaften in § 6 Absatz 7 der Onkologie-Vereinbarung und zur Einführung einer EDV-Dokumentation in Anhang 1 Satz 3 werden jeweils um ein weiteres Jahr bis zum 01.01.2026 verlängert.

Um die Kostenpauschalen aus der Onkologie-Vereinbarung abzurechnen, benötigen Ärztinnen und Ärzte eine Genehmigung zur Teilnahme an der Onkologie-Vereinbarung der KVH. Weitere Informationen zur Genehmigung finden Sie unter [kvh.link/p25010](https://www.kvh.de/link/p25010)

DIGITALE GESUNDHEITSANWENDUNGEN: HÖHERE VERGÜTUNG UND WEITERE FACHGRUPPE FÜR VORLÄUFIGE DIGA

Zum 01.01.2025 wurde die Pauschale für Leistungen im Zusammenhang mit der Anwendung einer digitalen Gesundheitsanwendung (DiGA) (GOP 86700) von 7,64 € auf 7,93 € angehoben. Das entspricht der aktuellen Bewertung der GOP für ärztliche Tätigkeiten bei dauerhaft aufgenommenen DiGA, deren Vergütung im EBM geregelt ist. Neu können zudem ab dem 01.01.2025 Fachpsychotherapeutinnen und Fachpsychotherapeuten für Erwachsene die Verlaufskontrolle für die vorläufige DiGA 86700 abrechnen.

EBM AKTUELL

EBM-Änderungen seit 1. Januar 2025

VELSIPITY: BEOBACHTUNG UND BETREUUNG ABRECHNEN

Seit dem 01.01.2025 können Ärztinnen und Ärzte die Beobachtung und Betreuung von Patientinnen und Patienten unmittelbar nach der Gabe eines Arzneimittels nach der GOP 01543 bis 01545 neu für das Arzneimittel Etrasimod (Handelsname: Velsipity®) abrechnen. Davor konnten sie die GOP 01543 bis 01545 ausschließlich bei der Gabe von Fingolimod (Gilenya®), Ozanimod (Zeposia®), Ponesimod (Ponvory®) oder Siponimod (Mayzent®) durchführen und abrechnen.

Ärztinnen und Ärzte geben bei der Abrechnung der GOP 01543 bis 01545 zwingend das Präparat, die Begründung der erforderlichen Überwachung gemäß der jeweiligen Fachinformation (zum Beispiel Dosierung, Erstgabe oder Körpergewicht) und die Überwachungsdauer (zum Beispiel bei Vorliegen bestimmter kardialer Vorerkrankungen, die Überwachung und verlängerte Überwachungsdauer begründen) im Feld „freier Begründungstext“ (Feldkennung 5009) an.

Rechnet die Ärztin bzw. der Arzt die GOP 01545 bei einer Beobachtung und Betreuung nach der Medikamentengabe zum Beispiel mit Velsipity ab, sieht die Angabe im Feld „freier Begründungstext“ (Feldkennung 5009) so aus: Velsipity, Dosiserhöhung, 6,20 Stunden, kardiale Vorerkrankung.

Folgende Fachgruppen können die GOP 01543 bis 01545 abrechnen:

- Kinder- und Jugendmedizin mit Voraussetzung der Berechnungsfähigkeit der Abschnitte 4.4 (im Schwerpunkt tätig) und 4.5 (mit Zusatzweiterbildung)
- Innere Medizin
- Neurologie
- Nervenheilkunde
- Neurologie und Psychiatrie
- Neurochirurgie

Velsipity ist ein orales Therapeutikum zur Behandlung von mittelschwerer bis schwerer aktiver Colitis ulcerosa. Es findet Anwendung bei Patientinnen und Patienten über 16 Jahren, die auf herkömmliche Therapien oder Biologika nicht ansprechen oder diese nicht vertragen. Gemäß Fachinformation wird bei Patientinnen und Patienten mit bestimmten kardialen Vorerkrankungen eine Überwachung der ersten Dosis empfohlen.

MAMMOGRAPHIE-SCREENING: BEWERTUNGEN ANGEPAST

Seit dem 01.01.2025 ist die Bewertung des Mammographie-Screenings (Unterabschnitt 1.7.3.1) im EBM angepasst, während das Finanzvolumen laut Mitteilung der KBV unverändert bleibt.

Der bislang in die Bewertung eingerechnete Overhead-Aufschlag, welcher Anteile für die KV und die Kooperationsgemeinschaft beinhaltete, fließt nicht mehr in die Bewertung ein, sondern wird separat von den Krankenkassen bereitgestellt. Infolgedessen erfolgt eine Senkung der Bewertungen der GOP 01750 bis 01759 des Unterabschnitts 1.7.3.1 des EBM.

Zudem wurde die Bewertung der Fallkonferenz im Mammographie-Screening (GOP 01758) finanzneutral an die Bewertung vergleichbarer Fallkonferenzen im EBM angepasst.

Ärztinnen und Ärzte benötigen für die Abrechnung von Leistungen des Mammographie-Screenings eine Genehmigung (mit Ausnahme der GOP 01758 für Frauen- und Hausärztinnen/-ärzte) der KVH. Alle Informationen zur Genehmigung finden Sie unter [kvh.link/p25011](https://www.kvh.ch/link/p25011)

Leistung überblicken			
GOP	Kurzbeschreibung	Bewertung bis 31.12.2024	Bewertung ab 01.01.2025
01750	Röntgenuntersuchung	66,83 Euro* (560 Punkte)	65,56 Euro* (529 Punkte)
01751	Aufklärungsgespräch	10,98 Euro* (92 Punkte)	10,78 Euro* (87 Punkte)
01752	Beurteilung von Mammographieaufnahmen	4,89 Euro* (41 Punkte)	4,83 Euro* (39 Punkte)
01753	Abklärungsdiagnostik I	107,52 Euro* (901 Punkte)	104,97 Euro* (847 Punkte)
01754	Abklärungsdiagnostik II einschl. ultraschallgest. Biopsie	75,54 Euro* (633 Punkte)	73,49 Euro* (593 Punkte)
01755	Stanzbiopsie unter Röntgenkontrolle	134,73 Euro* (1.129 Punkte)	132,11 Euro* (1.066 Punkte)
01756	Histopathologische Untersuchung	11,58 Euro* (97 Punkte)	11,03 Euro* (89 Punkte)
01757	Zuschlag zu der Nr. 01756 für Aufarbeitung	12,65 Euro* (106 Punkte)	12,27 Euro* (99 Punkte)
01758	Teilnahme an einer multidisziplinären Fallkonferenz	10,26 Euro* (86 Punkte)	10,66 Euro* (86 Punkte)
01759	Vakuumbiopsie der Mamma im Zusammenhang mit der Erbringung der GOP 01753 oder 01755	34,61 Euro* (290 Punkte)	33,96 Euro* (274 Punkte)

* gemäß bundeseinheitlichem Orientierungspunktwert 2025 (12,3934 ct.)

OPS VERSION 2025: ANHANG 2 IM EBM ANGEPAST

Zum 01.01.2025 wurde der Anhang 2 des EBM an den Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) Version 2025 angepasst. Dazu wurden neue OPS-Kodes aufgenommen, OPS-Kodes gestrichen sowie redaktionelle Anpassungen an bestehenden OPS-Kodes vorgenommen. Alle OPS-Kodes 2025 finden Sie unter [kvh.link/p25012](https://www.kvh.link/p25012)

Ärztinnen und Ärzte können u. a. folgende neue Kodes abrechnen: Für die Senkung des Augeninnendruckes durch filtrierende Operationen mittels Lasersklerostomie (5-131.50), die partielle Tonsillektomie mit Adenotomie (5-282.[10-11]), die offen chirurgische Arthrodese an Zehengelenken

(5-808.[b9-bh]), Resektionsarthroplastiken an Gelenken des Fußes (5-829.[70-72], 5-829.[80-84]), die Exzision von erkranktem Bandscheibengewebe (5-831.[00-04], 5-831.[20-24], 5-831.[30-34], 5-831.[90-94]) sowie für plastische Rekonstruktionen an Bändern der Hand mit allogenen Material (5-841.[b0-b7], 5-841.[c0-c7], 5-841.[d0-d7]), mit alloplastischem Material (5-841.[e0-e7], 5-841.[f0-f7], 5-841.[g0-g7]) oder xenogenem Material (5-841.[h0-h7], 5-841.[j0-j7], 5-841.[k0-k7]).

Ärztinnen und Ärzte können die Tonsillotomie neu über die OPS-Kodes 5-282.10 oder 5-282.11 abrechnen. Die Nr. 21 der Präambel 2.1 zum Anhang 2 des EBM wurde überarbeitet. Der nicht mehr endständige OPS-Kode (5-282.1) für die Tonsillotomie

wurde dabei gemäß geltender Version des OPS 2025 ausdifferenziert abgebildet.

Für die Senkung des Augeninnendruckes können Ärztinnen und Ärzte zwei neue OPS-Kodes abrechnen. Das ist einmal der OPS-Kode 5-131.62 für die Senkung des Augeninnendruckes durch filtrierende Operationen. Zum anderen ist es der Kode 5-133.a0 für die Senkung des Augeninnendruckes durch Verbesserung der Kammerwasserzirkulation.

Zudem erfolgte eine redaktionelle Änderung der ersten Bestimmung zum Unterabschnitt 31.2.6 (Definierte operative visceralchirurgische Eingriffe) EBM. Für den ab 2017 nichtendständigen OPS-Kode 5-069.4 in der ersten Bestimmung des Abschnitts 31.2.6 EBM wurde die entsprechende Ausdifferenzierung mit den OPS-Kodes 5-069.40 (Nicht kontinuierlich [IONM]) und 5-069.41 (Kontinuierlich [CIONM]) umgesetzt.

Der Bewertungsausschuss hat im Anhang 2 Schreibweisen vereinheitlicht. Es wird nun stets „Kode“ und „kodiert“ verwendet und nicht auch „Code“ und „codiert“.

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/p25013](https://www.kvh.de/link/p25013)

Für die Abrechnung von Arthroskopien benötigen sie zusätzlich die Genehmigung der KVH zur Ausführung arthroskopischer Leistungen. Alle Informationen zur Genehmigung finden Sie unter [kvh.link/p25014](https://www.kvh.de/link/p25014)

OPS VERSION 2025: HAUTTRANSPLANTATIONEN HÖHER VERGÜTET

Seit dem 01.01.2025 wurden für Hauttransplantationen in Anhang 2 des EBM zahlreiche Zeitkategorien angepasst und damit künftig besser vergütet. Zudem wurden weitere OPS-Kodes aufgenommen. Alle OPS-Kodes 2025 finden Sie unter [kvh.link/p25015](https://www.kvh.de/link/p25015)

Insgesamt wurden 109 OPS-Kodes in der OP-Zeitkategorie und damit hinsichtlich ihrer Vergütungshöhe aufgewertet. Die OPS-Kodes für freie Hauttransplantation und freie Hauttransplantationen bei Verbrennungen und Verätzungen 5-902.2 ff., 5-902.6 ff., 5-902.f ff. bis 5-902.r ff. sowie 5-925.2 ff. und 5-925.f ff. bis 5-925.r ff. wurden in ihren Zeitkategorien aufgewertet und um die fehlenden Lokalisationen ergänzt.

Ärztinnen und Ärzte beachten die geänderten Zeitkategorien, da sich dadurch auch die für den Eingriff abzurechnenden GOP ändern.

Beispiel: Aufgewertet wurde u. a. der Kode 5-902.60 für die freie Hauttransplantation an der Lippe von der Kategorie A3 auf die Kategorie A4. Ärztinnen und Ärzte können somit die höher bewertete GOP 31104 abrechnen. Bisher rechneten sie bei diesem Kode die GOP 31103 ab, die der Kategorie 3 zugeordnet und niedriger bewertet ist.

Im Gegenzug wurden vier OPS-Kodes mit niedrigeren OP-Zeitkategorien versehen.

Ärztinnen und Ärzte können neu für die freie Hauttransplantation und Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen die neuen vier OPS-Kodes 5-925.24, 5-925.2a, 5-925.2c und 5-925.2m abrechnen.

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/p25016](https://www.kvh.de/link/p25016)

COMPUTERTOMOGRAPHIE-KORONAR-ANGIOGRAPHIE ABRECHNEN

Ärztinnen und Ärzte können neu seit dem 01.01.2025 die GOP 34370 für die Computertomographie-Koronarangiographie (CCTA), bei Verdacht auf eine chronische koronare Herzkrankheit (cKHK), abrechnen, wenn sie eine Genehmigung auf Grundlage der Richtlinie des G-BA zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der vertragsärztlichen Ver-

sorgung (Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung, kurz MVV-RL) Anlage I, Nummer 42, beantragen und erhalten.

Für die interdisziplinäre Fallkonferenz nach erfolgter CT-Koronarangiographie gemäß der GOP 34370 wurde die GOP 34371 in den EBM aufgenommen.

Die CCTA ist ein nicht invasives morphologisches Bildgebungsverfahren zum direkten Nachweis von Stenosen, das auf einer computertomographischen, kontrastverstärkten Darstellung der Koronararterien unter EKG-getriggter Bildakquisition beruht.

Die beiden neuen GOP wurden in den neuen Unterabschnitt 34.3.7 (CCTA gemäß der Nr. 42 der Anlage I der MVV-RL) des EBM aufgenommen.

Die beiden neuen GOP können sie nur bei Vorliegen einer Indikation gemäß § 2 der Nr. 42 der Anlage I „Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden“ der MVV-RL abrechnen:

- bei Patientinnen und Patienten, bei denen nach Bestimmung einer Vortestwahrscheinlichkeit (VTW) von mindestens 15 % weiterhin der Verdacht auf eine cKHK besteht

oder

- wenn die Durchführung der CCTA im Zusammenhang mit einem bereits geplanten operativen Eingriff am Herzen unabhängig von der Feststellung oder Behandlung einer cKHK zum Ausschluss cKHK medizinisch notwendig ist.

Liegt die VTW für das Vorliegen einer cKHK zwischen 15 % und 50 %, soll die Abklärung durch

eine CCTA erfolgen (gemäß § 3 Abs. 1 der Nr. 42 der Anlage I „Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden“ der MVV-RL).

Ärztinnen und Ärzte mit einer Genehmigung nach der MVV-RL Anlage I, Nummer 42 können die GOP 34370 für die CCTA bei Vorliegen einer Überweisung mit Dokumentation von Vortestwahrscheinlichkeit (Ergebnis und Art der Ermittlung) sowie von weiteren Befunden im Rahmen der Vordiagnostik, zum Beispiel Laborergebnisse(n), abrechnen.

Bei der Abrechnung der GOP 34370 geben Praxen die Vortestwahrscheinlichkeit im Feld „freier Begründungstext“ (Feldkennung 5009) an.

Die GOP 34371 für die interdisziplinäre Fallkonferenz können sie nach erfolgter CCTA gemäß der GOP 34370 nur bei Teilnahme mindestens einer Fachärztin oder eines Facharztes für Radiologie und einer Fachärztin oder eines Facharztes für Innere Medizin und Kardiologie abrechnen.

Die GOP 34371 können sie auch bei Durchführung der Fallkonferenz als Videofallkonferenz ansetzen und zusätzlich den Technikzuschlag nach GOP 01450 abrechnen, wenn sie die Konferenz initiieren. Erfolgt die Fallkonferenz als Videofallkonferenz, können sie das Suffix „V“ ansetzen (34371V).

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/p25017](#)**

Neue Leistungen für CCTA und Fallkonferenz überblicken			
GOP	Kurzbeschreibung	Häufigkeit	Bewertung
34370	<p>CT-Koronarangiographie gemäß der Nr. 42 der Anlage I der MVV-RL</p> <p>Obligater Leistungsinhalt:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Native computertomographische Darstellung des Herzens mit Bestimmung des Koronarkalks, – CT-Koronarangiographie mit Kontrastmitteleinbringung, – EKG-getriggerte Bildakquisition, – Befunderstellung gemäß § 3 Abs. 4 der Nr. 42 der Anlage I der MVV-RL sowie gemäß der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie nach § 135 Abs. 2 SGB V 	einmal im Krankheitsfall	159,26 Euro* (1.285 Punkte)
34371	<p>Interdisziplinäre Fallkonferenz nach erfolgter CT-Koronarangiographie gemäß der GOP 34370</p> <p>Obligater Leistungsinhalt:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Teilnahme an einer interdisziplinären Fallkonferenz zur Entscheidung zum weiteren Vorgehen bei unklaren oder komplexen Befunden nach erfolgter CT-Koronarangiographie 		15,86 Euro* (128 Punkte)

* gemäß bundeseinheitlichem Orientierungspunktwert 2025 (12,3934 ct.)

Ärztinnen und Ärzte berücksichtigen bei der weiteren Abklärung nach erfolgter CCTA, dass eine invasive Koronarangiographie (ICA) nach GOP 34291 nur veranlasst oder durchgeführt werden soll in den nachfolgenden Fällen (gem. § 3 Abs. 5 und 7 der Nr. 42 der Anlage I „Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden“ der MVV-RL des G-BA):

- bei Verdacht auf Vorliegen einer stenosierenden KHK, deren Symptomatik trotz optimaler konservativer Therapie persistiert und bei der die Entscheidung für eine Revaskularisierung bereits getroffen wurde,
- bei fehlender Auswertbarkeit der CCTA-Ergebnisse aufgrund der vorgefundenen Befundlage (zum Beispiel zu hoher Verkalkungsgrad) und vorliegenden Kontraindikationen für die Durchführung einer funktionellen Diagnostik

- oder bei einer akuten klinischen kardialen Symptomverschlechterung, die auf das Vorliegen eines akuten Koronarsyndroms (AKS) hinweist.

Für die GOP 34291 ist eine Genehmigung nach der Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V zur Ausführung und Abrechnung invasiver kardiologischer Leistungen (Qualitätssicherungsvereinbarung zur invasiven Kardiologie) erforderlich. Weitere Informationen zur Genehmigung finden Sie unter [kvh.link/p25019](https://www.kvh.at/link/p25019)

Die Entscheidung zum weiteren Vorgehen insbesondere bei unklaren oder komplexen Befunden sollte nach Möglichkeit interdisziplinär mindestens unter Einbeziehung radiologischer und kardiologischer Fachexpertise erfolgen.

Die Einführung der CCTA als neue diagnostische Methode dient u.a. dazu, die bisher oft zur Ab-

klärung eines Verdachtes auf KHK eingesetzte ICA durch ein nicht invasives Verfahren zu ersetzen.

Die GOP 34800 für die Einholung einer telekonsiliarischen Befundbeurteilung von Röntgen- und/oder CT-Aufnahmen können Ärztinnen und Ärzte im Zusammenhang mit der GOP 34370 abrechnen. Hier erfolgte die Änderung der Leistungslegende der GOP 34800 im Abschnitt 34.8 EBM.

Die GOP 34821 für die telekonsiliarische Befundbeurteilung von CT-Aufnahmen können sie auch nach der CCTA nach GOP 34370 abrechnen. Hier erfolgte eine Änderung der Leistungslegende der GOP 34821 im Abschnitt 34.8 EBM.

Die GOP 34800 und 34821 können nur von Ärztinnen und Ärzten abgerechnet werden, die zur Abrechnung der GOP berechtigt sind, auf die sich der Auftrag zur telekonsiliarischen Befundbeurteilung von Röntgenaufnahmen oder CT-Aufnahmen bezieht.

Für die GOP 34800 und 34821 ist eine Genehmigung nach der Vereinbarung über die Anforderungen an die technischen Verfahren zur telemedizinischen Erbringung der konsiliarischen Befundbeurteilung von Röntgenaufnahmen in der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 291g Absatz 1 Satz 1 SGB V (Anlage 31a – Vereinbarung Telekonsil) erforderlich. Weitere Informationen zur Genehmigung finden Sie unter [kvh.link/p25020](https://www.kvh.de/link/p25020)

Ärztinnen und Ärzte benötigen eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen auf Grundlage der Richtlinie des G-BA zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der vertragsärztlichen Versorgung, MVV-RL Anlage I, Nummer 42, um die neue GOP 34370 und 34371 durchzuführen und abzurechnen. Weitere Informationen zur Genehmigung finden Sie unter [kvh.link/p25021](https://www.kvh.de/link/p25021)

LONG-COVID: NEUE LEISTUNGEN ABRECHNEN

Ärztinnen und Ärzte können seit dem 01.01.2025 neue GOP für Patientinnen und Patienten mit Verdacht auf Long-COVID und Erkrankungen, die eine ähnliche Ursache oder Krankheitsausprägung aufweisen, aus dem neuen Abschnitt 37.8 (Spezifische

Versorgung gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID und Erkrankungen, die eine ähnliche Ursache oder Krankheitsausprägung aufweisen [Long-COVID-Richtlinie/LongCOV-RL]) im EBM abrechnen.

Neu rechnen koordinierende Vertragsärztinnen und Vertragsärzte das Basis-Assessment zur Abklärung des Verdachts auf das Vorliegen auf Long-COVID nach der GOP 37800 ab.

Die neue GOP 37800 kann einmal im Krankheitsfall abgerechnet werden und ist bei Patientinnen und Patienten mit einer Indikation gemäß § 2 Abs. 2 Nr. 1 LongCOV-RL nur mit Angabe der Indikation berechnungsfähig. Hierunter fallen Patientinnen und Patienten, die infolge einer Infektion postakut eine der Long-COVID-Erkrankung ähnliche Symptomatik aufweisen.

Das Basis-Assessment gemäß § 5 LongCOV-RL beinhaltet die Abklärung des Verdachtes auf das Vorliegen einer Erkrankung gemäß § 2 LongCOV-RL durch eine systematische Erfassung und Bewertung des Gesundheitszustandes der Patientin bzw. des Patienten.

Für schwere Fälle rechnen Ärztinnen und Ärzte den Zuschlag zum Basis-Assessment nach der GOP 37801 ab. Die GOP 37801 können sie nur bei Patientinnen und Patienten gemäß § 2 Abs. 1 und 2 LongCOV-RL abrechnen, die aufgrund der Art, Schwere und Komplexität ihres Krankheitsverlaufs die folgenden Kriterien erfüllen:

- Vorliegen eines hinreichend begründeten Verdachts auf mindestens eine der folgenden Erkrankungen gemäß ICD-10-GM: U09.9! Post-COVID-Zustand nicht näher bezeichnet, U10.9- Multisystemisches Entzündungssyndrom in Verbindung mit COVID-19, nicht näher bezeichnet, U12.9! unerwünschte Nebenwirkungen bei der Anwendung von COVID-19-Impfstoffen, nicht näher bezeichnet, G90.80 Posturales orthostatisches Tachykardie-Syndrom (POTS), G93.3 Chronisches Fatigue-Syndrom inkl.: Chronisches Fatigue-Syndrom bei Immundysfunktion, Myalgische Enzephalomyelitis,

Postvirales (chronisches) Müdigkeitssyndrom,
I95.1 Orthostatische Hypotonie inkl. Ortho-
statische Dysregulation

und

- Vorliegen einer schweren Funktionseinschränkung (Beurteilung mittels standardisierter, wissenschaftlich validierter Testverfahren) mit Angabe der entsprechenden Codes nach ICD-10-GM (U50.4-, U50.5- oder U51.2-) oder dem anhand der Bell-Skala ermittelten Punktwert (≤ 30)

und/oder

- Vorliegen einer Arbeitsunfähigkeit für einen ununterbrochenen Zeitraum von mindestens vier Wochen aufgrund mindestens einer Erkrankung gemäß § 2 Abs. 1 oder 2 LongCOV-RL.

Die neue GOP 37801 können sie einmal je Sitzung, jedoch höchstens zweimal im Krankheitsfall abrechnen.

Den neuen Zuschlag zur Versicherten- oder Grundpauschale nach der GOP 37802 rechnen Ärztinnen und Ärzte für die Koordinierung der medizinischen Versorgung der Patientin bzw. des Patienten ab. Die Koordination umfasst u. a. auch die Erstellung und/oder Aktualisierung und Bereitstellung eines Behandlungsplans gemäß § 4 Abs. 3 i. V. m. § 4 Abs. 2 Nr. 3 LongCOV-RL sowie die Überweisung an mindestens eine weitere Fachrichtung.

Die neue GOP 37802 können sie einmal im Behandlungsfall abrechnen. Die Berechnung der GOP 37802 setzt das Vorliegen der Ergebnisse eines Basis-Assessments entsprechend den Inhalten der GOP 37800 und das fortdauernde Vorliegen der Symptomatik gemäß § 2 Abs. 1 und 2 LongCOV-RL voraus. Ärztinnen und Ärzte rechnen die neue GOP 37804 für die patientenorientierte Fallbesprechung unter Beteiligung der notwendigen ärztlichen Fachdisziplinen und/oder weiterer komplementärer Berufe sowie mit Pflegekräften bzw. Angehörigen, die an der medizinischen Behandlungspflege der Patientin bzw. des Patienten beteiligt sind, ab.

Die GOP 37804 können sie höchstens fünfmal im Krankheitsfall abrechnen. Die Fallbesprechung können sie auch telefonisch oder im Rahmen einer Videofallbesprechung durchführen.

Rechnen sie die GOP 37804 im Rahmen einer Videofallkonferenz ab, kennzeichnen sie die Leistung in der Abrechnung mit dem Suffix „V“ (37804V), und sie können zusätzlich den Technikzuschlag nach GOP 01450 abrechnen. Für die Abrechnung der Videosprechstunde benötigen sie zudem einen zertifizierten Videodienstanbieter. Diesen melden sie der KVH über das Formular „zertifizierten Videodienstanbieter melden“. Die GOP 01450 ist nur vom Vertragsarzt, der die Videofallkonferenz initiiert, berechnungsfähig. Weitere Informationen finden Sie unter [kvh.link/p25022](https://www.kvh.de/link/p25022)

Die GOP 01450 können sie nur abrechnen, wenn Sie den Videodienstanbieter der Praxis nutzen.

Folgende Fachgruppen können die neuen GOP 37800, 37801, 37802 und 37804 abrechnen:

- Hausärztinnen und Hausärzte
- Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin
- Fachärztinnen und Fachärzte für Anästhesiologie
- Fachärztinnen und Fachärzte für Augenheilkunde
- Fachärztinnen und Fachärzte für Chirurgie
- Fachärztinnen und Fachärzte für Kinderchirurgie
- Fachärztinnen und Fachärzte für Plastische und Ästhetische Chirurgie
- Fachärztinnen und Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
- Fachärztinnen und Fachärzte für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
- Fachärztinnen und Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten
- Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin
- Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie
- Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
- Fachärztinnen und Fachärzte für Neurologie
- Fachärztinnen und Fachärzte für Nervenheilkunde

- Fachärztinnen und Fachärzte Neurologie und Psychiatrie
- Fachärztinnen und Fachärzte Neurochirurgie
- Fachärztinnen und Fachärzte für Orthopädie
- Fachärztinnen und Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie
- Fachärztinnen und Fachärzte für Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen (Phoniatler und Pädaudiologen)
- Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie
- Fachärztinnen und Fachärzte für Nervenheilkunde
- Fachärztinnen und Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie
- Fachärztinnen und Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
- Ärztliche und Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten
- Fachpsychotherapeutinnen und Fachpsychotherapeuten für Erwachsene
- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten
- Fachpsychotherapeutinnen und Fachpsychotherapeuten für Kinder und Jugendliche
- Fachärztinnen und Fachärzte für Urologie
- Fachärztinnen und Fachärzte für Physikalische und Rehabilitative Medizin
- ein dem Fachgebiet entsprechendes umfassendes Angebot einer ambulanten, fachärztlichen Versorgung der Fachgebiete Neurologie, Innere Medizin und Kardiologie, Innere Medizin und Pneumologie,
- das Angebot einer psychotherapeutischen Versorgung oder neuropsychologischen Diagnostik,
- die Möglichkeit einer akutstationären Versorgung für relevante Fachgebiete, evtl. in geregelter Kooperation,
- das Vorhalten von telemedizinischen Angeboten und
- Beteiligung an klinischer Forschung zu Erkrankungen gemäß § 2 sowie Information über laufende Studien und Forschungsergebnisse.

Die Erfüllung der Kriterien gemäß § 3 Absatz 4 LongCOV-RL ist gegenüber der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung Hessen (KVH) anzuzeigen. In Hessen bestätigen Ärztinnen und Ärzte die Erfüllung der Kriterien in ihrer Quartalerklärung.

Die GOP 37806 können sie nur berechnen, wenn die Leistung auf Überweisung einer Vertragsärztin bzw. eines Vertragsarztes gemäß erster Bestimmung zum Abschnitt 37.8 EBM erfolgt. In Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinischen Versorgungszentren und Praxen mit angestellten Ärztinnen und Ärzten, in denen die Vorgaben gemäß § 3 Abs. 4 LongCOV-RL erfüllt sind und eine Vertragsärztin oder ein Vertragsarzt gemäß erster Bestimmung zum Abschnitt 37.8 EBM tätig ist, ist die GOP 37806 auch ohne Überweisung berechnungsfähig, sofern sich die Notwendigkeit aufgrund des Basis-Assessments gemäß der GOP 37800 ergibt.

Die Abrechnung der GOP 37806 setzt einen persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt voraus. Insofern der Leistungsbestandteil der Verordnung im Rahmen einer Videosprechstunde erbracht wird, kennzeichnen sie die GOP 37806 in der Abrechnung mit dem Suffix „V“ (37806V), und sie können zusätzlich den Technikzuschlag nach GOP 01450 abrechnen. Für die Abrechnung gelten die Anforderungen gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä entsprechend. Für die Abrechnung der Videosprechstunde benötigen sie zudem einen zertifizierten Videodienstanbieter.

Für die differentialdiagnostische Abklärung können koordinierende Ärztinnen und Ärzte die Patientinnen und Patienten an eine Hochschulambulanz (nach § 117 SGB V) oder eine spezialisierte vertragsärztliche Praxis überweisen. Für die Behandlung der Versicherten rechnen unterstützende Ärztinnen und Ärzte die GOP 37806 ab. Hierzu erfolgte die Aufnahme der GOP 37806 in die Präambeln 13.1 Nr. 7 und 16.1 Nr. 4 EBM.

Die neue GOP 37806 können sie einmal im Behandlungsfall, jedoch höchstens zweimal im Krankheitsfall abrechnen. Die Berechnung der GOP 37806 setzt die Erfüllung der in § 3 Absatz 4 LongCOV-RL genannten Kriterien voraus. Demnach müssen Hochschulambulanzen im Sinne von § 117 SGB V sowie an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer die folgende Kriterien erfüllen:

Neue Leistungen überblicken			
GOP	Kurzbeschreibung	Häufigkeit	Bewertung
37800	Basis-Assessment gemäß § 5 Abs. 1 Nr. 1 Long-COV-RL durch den koordinierenden Vertragsarzt gemäß erster Bestimmung zum Abschnitt 37.8 EBM bei Patienten mit einer Indikation gemäß § 2 LongCOV-RL	einmal im Krankheitsfall	20,33 Euro* (164 Punkte)
37801	Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 37800	je Sitzung	15,86 Euro* (128 Punkte)
37802	Zuschlag zur Versichertenpauschale oder Grundpauschale für den koordinierenden Vertragsarzt gemäß § 4 und § 5 LongCOV-RL	einmal im Behandlungsfall	17,47 Euro* (141 Punkte)
37804	Fallbesprechung im Zusammenhang mit der Versorgung von Patienten gemäß § 2 LongCOV-RL	höchstens fünfmal im Krankheitsfall	10,66 Euro* (86 Punkte)
37806	Pauschale für die Versorgung von Patienten gemäß § 2 LongCOV-RL durch einen oder mehrere an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende(n) Arzt/Ärzte nach § 3 Abs. 4 LongCOV-RL	einmal im Behandlungsfall	27,14 Euro* (219 Punkte)

* gemäß bundeseinheitlichem Orientierungspunktwert 2025 (12,3934 ct.)

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hatte am 21.12.2023 die Richtlinie (RL) über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID und Erkrankungen, die eine ähnliche Ursache oder Krankheitsausprägung aufweisen (LongCOV-RL), beschlossen. Demnach sollen Betroffene bedarfsgerechter behandelt werden. Konkret geht es um Patienten mit Verdacht auf oder mit einer festgestellten Long-COVID- oder Post-COVID-Erkrankung, Patienten, die infolge einer Infektion mit SARS-CoV-2 den Verdacht oder die Diagnose einer Myalgischen Enzephalomyelitis/eines Chronic Fatigue Syndromes (ME/CFS) aufweisen oder die nachfolgend einer Impfung zur Prophylaxe einer COVID-19-Erkrankung Long-COVID-ähnliche Symptome zeigen, sowie Patientinnen und Patienten, die infolge einer Infektion postakut eine der Long-COVID-Erkrankung ähnliche Symptomatik oder eine ME/CFS aufweisen. Die Versorgung dieser Patientinnen und Patienten kann in Abhängigkeit von der Art, Schwere und Komplexität der Erkrankung in den Ebenen der hausärztlichen Versorgung, der fachärztlichen Versorgung und der spezialisierten ambulanten Versorgung erfolgen.

IN-VITRO-DIAGNOSTIK: KOSTENPAUSCHALEN WEITERENTWICKELT

Ärztinnen und Ärzte rechnen seit dem 01.01.2025 neue Kostenpauschalen für in-vitro-diagnostische Leistungen aus dem EBM ab.

Sie erhalten damit den Transport der Proben, die kostenfreie Bereitstellung des Entnahmematerials wie Probengefäße und Abstrichbestecke sowie die Technik zur elektronischen Auftragserteilung spezifisch vergütet. Die bisherige Kostenpauschale 40100 für Versandmaterial, Transport und Ergebnisübermittlung (Labor, Zytologie, Zyto- und Molekulargenetik) wurde gestrichen. Zudem beachten Sie Anpassungen beim laborärztlichen Honorar.

Der EBM-Abschnitt 40.3 wurde neu gefasst und enthält ausschließlich Kostenpauschalen der In-vitro-Diagnostik. Die in diesem Abschnitt bislang aufgeführten Kostenpauschalen 40104 und 40106 für den Versand von Röntgenaufnahmen, Filmfolien und EKG-Datenträgern wurden in den Abschnitt 40.4 verschoben, der entsprechend umbenannt wurde.

Die bisherige Transportkostenpauschale 40100 sowie die als Übergangslösung in den EBM aufgenommenen GOP 01699 und 12230 können sie nicht mehr abrechnen.

Die speziellen Regelungen zu grundsätzlich in den Leistungen enthaltenen Kosten in der Allgemeinen Bestimmung Nr. 7.1 für Laboratoriumsuntersuchungen werden einheitlich auf alle in-vitro-diagnostischen Leistungen des EBM unabhängig von der Gebietszuordnung angewandt.

Für die neuen Kostenpauschalen 40089 bis 40095 im Abschnitt 40.3 können sie wie bisher die Kostenpauschale 40100 für weiterüberwiesene Fälle nicht erneut abrechnen. Die Kostenpauschalen 40092 bis 40095 können sie innerhalb eines Medizinischen Versorgungszentrums, einer (Teil-)Berufsausübungsgemeinschaft, zwischen Betriebsstätten derselben Arztpraxis, innerhalb einer Apparate- bzw. Laborgemeinschaft oder innerhalb eines Krankenhausgeländes nicht abrechnen.

Neu können Ärztinnen und Ärzte die Kosten für das Entnahmematerial (GOP 40089 bis 40091), die elektronische Auftragserteilung im Zusammenhang mit In-vitro-Diagnostik (GOP 40092 und 40093) und den Transport (GOP 40094 und 40095) im EBM über spezielle Pauschalen abrechnen.

Bei überwiesenen Auftragsleistungen der In-vitro-Diagnostik können Ärztinnen und Ärzte die Kostenpauschalen 40089 bis 40095 nur für die Arztpraxis abrechnen, die den Untersuchungsauftrag mit Auftragsleistungen der In-vitro-Diagnostik erstmals erhalten hat.

Werden einzelne oder alle Auftragsleistungen zur Durchführung an eine andere Arztpraxis weiterüberwiesen, kennzeichnet die Praxis, an die weiterüberwiesen wurde, den Überweisungsauftrag als weiterüberwiesene Auftragsleistungen (Eintrag in Feldkennung 4217 „BSNR des Erstveranlassers“). Sie kann die Kostenpauschalen 40089 bis 40095 nicht erneut abrechnen.

Die Kostenpauschale 40089 rechnen Laborgemeinschaften oder Fachärztinnen und Fachärzte ab, die zur Versorgung gemäß Kapitel 12 zugelassen sind. Die Kostenpauschalen 40090, 40092 und 40094 können Ärztinnen und Ärzten abrechnen, die berechtigt sind, die GOP der Kapitel 11 (Humangenetik), 12 (Labor) oder 19 (Pathologie) anzusetzen, oder die über eine Genehmigung zur Abrechnung von GOP des Speziallabors nach der Qualitätssicherungsvereinbarung Spezial-Labor gemäß § 135 Abs. 2 SGB V verfügen. Alle Informationen zur Genehmigung finden Sie unter [kvh.link/p25023](#)

Die neuen GOP 40090, 40092 und 40094 können sie als Kostenpauschalen neben den GOP des Unterabschnitts 1.7.3.1 zur Früherkennung von Brustkrebs durch Mammographie-Screening abrechnen. Praxen kennzeichnen die Kostenpauschalen 40090, 40092 und 40094 dann mit dem Suffix M (40090M, 40092M, 40094M). Bei eigenerbrachten Leistungen der In-vitro-Diagnostik kann die eigenerbringende Ärztin oder der eigenerbringende Arzt die Kostenpauschale 40090 abrechnen, sofern die Entnahmematerialien selbst beschafft werden.

Das System zur digitalen Auftragserteilung und -nachverfolgung nach GOP 40092 muss mindestens über die folgenden Merkmale verfügen:

- Übernahme von Patientendaten,
- digitale Auftragserfassung,
- leistungsspezifische Erfassung abrechnungsbegründender Hinweise gemäß EBM, insbesondere medizinischer Begründung im Einzelfall, Arzneimittelinformation oder ICD-Kodes,
- Ausgabe von Hinweisen zur Präanalytik,
- Erzeugung von Etiketten zur eindeutigen Identifikation,
- Angabe der voraussichtlichen GOP und der voraussichtlichen Kosten, getrennt nach Abschnitten 11.4 (In-vitro-Diagnostik konstitutioneller genetischer Veränderungen), 32.2 (Allgemeinlabor) und 32.3 (Speziallabor) EBM,
- Übermittlung von Statusinformationen zum Auftrag,
- Abruf des Befundergebnisses,
- Konsultationsanforderung.

Die Kostenpauschale 40091 kann nur von Ärztinnen und Ärzten abgerechnet werden, die berechtigt sind, die GOP des Kapitels 12 (Labor) abzurechnen. Die Kostenpauschalen 40093 und 40095 können nur von Ärztinnen und Ärzten abgerechnet werden, die berechtigt sind, die GOP der Kapitel 8 (Gynäkologie), 12 (Labor) oder 19 (Pathologie) abzurechnen. Das System zur digitalen Auftragserteilung und -nachverfolgung nach GOP 40093 muss mindestens über die folgenden Merkmale verfügen:

- Übernahme von Patientenstammdaten,
- digitale Auftragserfassung,
- leistungsspezifische Erfassung abrechnungsbegründender Hinweise gemäß EBM, insbesondere medizinischer Begründung im Einzelfall, Arzneimittelinformation oder ICD-Kodes,
- Ausgabe von Hinweisen zur Präanalytik,

- Erzeugung von Etiketten zur eindeutigen Identifikation,
- Übermittlung von Statusinformationen zum Auftrag,
- Abruf des Befundergebnisses,
- Konsultationsanforderung.

Um bei den Kostenpauschalen 40092 bis 40095 die strukturell deutlich unterschiedlichen Leistungshäufigkeiten zu berücksichtigen, wird bei diesen Kostenpauschalen für die elektronische Auftragserteilung und für den Transport unterschieden in der In-vitro-Diagnostik:

- ohne gynäkologische Zytologie und HPV (Kostenpauschalen 40092 und 40094) und
- der gynäkologischen Zytologie und HPV (Kostenpauschalen 40093 und 40095).

Kostenpauschalen für Entnahmematerial überblicken			
GOP	Kurzbeschreibung	Häufigkeit	Bewertung
40089	Zuschlag zu den GOP 01812 und 01930 und zu den GOP des Abschnitts 32.2 für die Kosten der Beschaffung und Bereitstellung von Entnahmematerial durch Laborärzte oder in Laborgemeinschaften	einmal im Behandlungsfall	0,95 Euro
40090	Zuschlag zu den GOP 01724, 01738, 01743, 01756, 01762, 01763, 01766 bis 01768, 01783, 01793, 01800, 01802 bis 01811, 01816, 01826, 01833, 01840, 01865, 01869, 01915, 01931 bis 01936, 12224 und zu den GOP der Abschnitte 11.4, 19.3, 19.4, 30.12.2 und 32.3 für die Kosten der Beschaffung und ggf. Bereitstellung von Entnahmematerial	einmal im Behandlungsfall	0,95 Euro
40091	Zuschlag zur Kostenpauschale 40090 für die Kosten der Beschaffung und ggf. Bereitstellung von Transportmedien für den direkten Erregernachweis überwiesener Leistungen für GOP nach den Abschnitten 30.12.2, 32.3.8, 32.3.9 und 32.3.10	einmal im Behandlungsfall	1,98 Euro

Kostenpauschale für ein System oder ein Modul zum eAuftrag überblicken			
GOP	Kurzbeschreibung	Häufigkeit	Bewertung
40092	Zuschlag zu den GOP 01738, 01743, 01756, 01768, 01783, 01793, 01800, 01802 bis 01812, 01816, 01833, 01840, 01865, 01869, 01915, 01930 bis 01936, 12224 und zu den GOP der Abschnitte 11.4, 19.3 (ausgenommen der GOP 19327 und 19328), 19.4, 30.12.2, 32.2 und 32.3 für die Bereitstellung eines Systems oder eines Moduls zur digitalen Auftragserteilung und -nachverfolgung	einmal im Behandlungsfall	0,60 Euro
40093	Zuschlag zu den GOP 01762, 01763, 01766, 01767, 01826, 19327 und 19328 für die Bereitstellung eines Systems oder eines Moduls zur digitalen Auftragserteilung und -nachverfolgung	einmal im Behandlungsfall	0,30 Euro

Transportpauschalen überblicken			
GOP	Kurzbeschreibung	Häufigkeit	Bewertung
40094	Zuschlag für Auftragsleistungen nach den GOP 01724, 01738, 01743, 01756, 01768, 01783, 01793, 01800, 01802 bis 01812, 01816, 01833, 01840, 01865, 01869, 01915, 01930 bis 01936, 12224, GOP der Abschnitte 11.4, 19.3 (ausgenommen der GOP 19327 und 19328), 19.4, 30.12.2, 32.2 und 32.3 für die Bereitstellung von Versandmaterial, den Transport von – ggf. auch infektiösem – Untersuchungsmaterial, Übermittlung der Ergebnisse ggf. einschließlich Übermittlung der Kosten der Leistungen der Abschnitte 11.4.1 bis 11.4.4 gemäß Präambel 11.1 Nr. 12 sowie ggf. einschließlich Übermittlung der Kosten der Leistungen der Abschnitte 32.2 und 32.3 gemäß Bestimmung Nr. 15 zum Kapitel 32	einmal im Behandlungsfall	2,80 Euro
40095	Zuschlag für Auftragsleistungen nach den GOP 01762, 01763, 01766, 01767, 01826, 19327 und 19328 für Versandmaterial, Versandgefäße usw. sowie für die Versendung bzw. den Transport von – ggf. auch infektiösem – Untersuchungsmaterial, sowie Übermittlung der Ergebnisse	einmal im Behandlungsfall	1,05 Euro

Mit der Aufnahme der Vergütung von Entnahmematerial durch Kostenpauschalen wurden die Leistungslegenden bzw. Anmerkungen zu den GOP, die explizit das Entnahmematerial aufführen, als Folgeanpassung geändert bzw. gestrichen:

- Leistungslegenden der betroffenen GOP 01738 (Hämoglobin im Stuhl, immunologisch) und 32457 (Quantitative immunologische Bestimmung von occultem Blut im Stuhl [iFOBT])
- Anmerkungen zu den zytologischen Untersuchungen nach GOP 01762, 01766, 01826 und 19327 sowie zu den HPV-Tests nach GOP 01763 und 01767.

LABORÄRZTLICHES HONORAR ANGEPAST

Ärztinnen und Ärzte, die zur Versorgung gemäß EBM-Kapitel 12 (Labor) zugelassen sind, sollen über die laborärztlichen Grundpauschalen bei Vollaustattung den kalkulatorischen Arztlohn erreichen können. Der Hintergrund ist, dass in der letzten EBM-Reform für die Berechnungen der kalkulatorische Arztlohn mit 117.060 Euro pro Jahr (bei 51 Wochenarbeitsstunden und 5 Arbeitstagen/Woche) bestimmt wurde. Diese Festlegung erfolgte nunmehr auch für das laborärztliche Honorar. Sie beachten Anpassungen bei den Grundpauschalen und deren Abstufungsgrenzen zum 01.01.2025. Zur Gegenfinanzierung wurden die Bewertungen der technischen Leistungen zum 01.01.2025 entsprechend gemindert.

Neu können ausschließlich Fachärztinnen und Fachärzte für Laboratoriumsmedizin, für Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie, für Transfusionsmedizin sowie von ermächtigten Fachwissenschaftlerinnen und Fachwissenschaftlern der Medizin die GOP des EBM-Kapitels 12 („Laboratoriumsmedizinische, mikrobiologische, virologische und infektionsepidemiologische sowie transfusionsmedizinische GOP“) abrechnen. Bislang war das EBM-Kapitel 12 für alle Ärztinnen und Ärzte offen, die Auftragsleistungen

des EBM-Kapitels 32 erbringen. Bedingt war dies durch den fünften Spiegelstrich der Präambel 12.1 Nummer 1 in Verbindung mit der Tatsache, dass alle Arztgruppen berechtigt sind, Leistungen des Abschnitts 32.2 abzurechnen. Dieser fünfte Spiegelstrich wurde nun gestrichen.

Neben der Systematik werden die Grundpauschalen für Auftragsleistungen weiterentwickelt. Ärztinnen und Ärzte, die zur Versorgung gemäß EBM-Kapitel 12 (Labor) zugelassen sind, können damit bei Vollaustattung den kalkulatorischen Arztlohn erreichen.

GOP 12224: Die neu aufgenommene GOP 12224 rechnen sie als Kostenpauschale für Behandlungsfälle ab, die komplett an ein anderes Labor weiterüberwiesen werden.

Nachfolgende neue GOP setzt Ihnen die KVH automatisch zu:

- **GOP 01700:** Ärztinnen und Ärzte können der Legende der GOP 01700 die Auftragsleistungen entnehmen, für die diese Grundpauschale durch die KVH zugesetzt wird.
- **GOP 12222 und 12223:** Diese neuen Grundpauschalen für Auftragsleistungen der EBM-Abschnitte 32.2 und 32.3 können Ärztinnen und Ärzte – im Unterschied zur gestrichenen GOP 12220 (Grundpauschale für Fachärztinnen und Fachärzte für Laboratoriumsmedizin u. a.) – nicht nur bei Probeneinsendung, sondern auch für Auftragsleistungen innerhalb einer Arztpraxis erhalten. Damit wird dem zunehmenden Anteil arztgruppenübergreifender gemeinsamer Berufsausübung Rechnung getragen. Die Abstufungsgrenzen wurden zur Begrenzung der Tätigkeit auf den aktuellen Umfang eines vollen Versorgungsauftrags angehoben und fortgeführt.

ANPASSUNGEN FÜR NICHT IN KAPITEL 12 GENANNT E ÄRZTINNEN UND ÄRZTE BEACHTEN

Nachfolgende neue GOP setzt Ihnen die KVH automatisch zu:

- **GOP 01437:** Die arztgruppenübergreifende GOP 12225 (Grundpauschale für Vertragsärztinnen und Vertragsärzte aus nicht in der Nr. 12220 aufgeführten Arztgruppen bei Probeneinsendung) wurde gestrichen. Neu setzt Ihnen die KVH die neu aufgenommene GOP 01437 im Abschnitt 1.4 (Allgemeine GOP) zu.
- **GOP 01701:** In der Legende der GOP 01701 werden nunmehr die Auftragsleistungen, für die Ihnen die Grundpauschale zugesetzt wird, abschließend aufgeführt. Sie kann im Arztfall nicht neben Versicherten-, Grund- und Konsiliarpauschalen stehen.
- **GOP 01698:** Die GOP 01698 setzt die KVH ebenfalls zu und sie ist als Zuschlag zu den Leistungen nach den GOP 01840 und 01915 – im Unterschied zur GOP 01701 – weiterhin neben der Grundpauschale des Kapitels 8 für Frauenärztinnen und Frauenärzte berechnungsfähig.

Neue und angepasste GOP überblicken			
GOP	Kurzbeschreibung	Häufigkeit	Bewertung
01437	Grundpauschale für Vertragsärztinnen und Vertragsärzte, die zur Versorgung gemäß Kapitel 3 bis 11 oder 13 bis 27 zugelassen sind, für Auftragsleistungen nach den GOP 01840 und 01915 und GOP der Abschnitte 32.2 und 32.3	einmal im Behandlungsfall	0,62 Euro* 5 Punkte (ab dem 14.001. Behandlungsfall 1 Punkt)
01698	Zuschlag für Leistungen nach den GOP 01840 und 01915 für Vertragsärztinnen und Vertragsärzte, die zur Versorgung gemäß Kapitel 8 zugelassen sind	einmal im Behandlungsfall	0,62 Euro* 5 Punkte
01700	Grundpauschale für Vertragsärztinnen und Vertragsärzte, die zur Versorgung gemäß Kapitel 12 zugelassen sind, für Auftragsleistungen nach den GOP 01738, 01783, 01800, 01802 bis 01812, 01816, 01833, 01865 bis 01867, 01869, 01930 bis 01936, 30954 und 30956	einmal im Behandlungsfall	2,85 Euro* 23 Punkte (ab dem 1.001. Behandlungsfall 7 Punkte)
01701	Grundpauschale für Vertragsärztinnen und Vertragsärzte, die zur Versorgung gemäß Kapitel 3 bis 11 oder 13 bis 27 zugelassen sind, für Auftragsleistungen nach den GOP 01738, 01783, 01800, 01802 bis 01812, 01816, 01833, 01869, 30954 und 30956	einmal im Behandlungsfall	0,62 Euro* 5 Punkte

Neue und angepasste GOP überblicken			
GOP	Kurzbeschreibung	Häufigkeit	Bewertung
12222	Grundpauschale für Auftragsleistungen nach den GOP des Abschnitts 32.2	einmal im Behandlungsfall	0,50 Euro* 4 Punkte (ab dem 14.001. bis zum 24.000. Behandlungsfall 1 Punkt, ab dem 24.001. Behandlungsfall 0,2 Punkte)
12223	Grundpauschale für Auftragsleistungen nach den GOP 01840 und 01915 sowie den GOP des Abschnitts 32.3	einmal im Behandlungsfall	1,74 Euro* 14 Punkte (ab dem 14.001. bis zum 24.000. Behandlungsfall 7 Punkte, ab dem 24.001. Behandlungsfall 0,2 Punkte)
12224	Untersuchungsauftrag auf Muster 10, der zur Durchführung vollständig an eine andere Arztpraxis weiterüberwiesen wird	einmal im Behandlungsfall	0,12 Euro* 1 Punkt

* gemäß bundeseinheitlichem Orientierungspunktwert 2025 (12,3934 ct.)

Zur leistungsbedarfsneutralen Finanzierung der neuen Kostenpauschalen und der Anpassung des labormedizinischen Honorars wurden die Bewertungen der in-vitro-diagnostischen Leistungen in der Laboratoriumsmedizin, Pathologie und Humangenetik leistungsbedarfsneutral gemindert und in der gynäkologischen Zytologie leistungsbedarfsneutral erhöht. Dies betrifft GOP in:

- Abschnitt 1.7, 11.4, 19.3 und 19.4 EBM
- Abschnitt 32.2 und 32.3 EBM

Für in-vitro-diagnostische Leistungen der gynäkologischen Zytologie erhalten sie neu eine höhere Vergütung. Hintergrund ist der insgesamt geringere Leistungsbedarf der neuen Kostenpauschalen 40093 und 40095 für elektronische Auftragserteilung und Transport gegenüber der gestrichenen Transportkostenpauschale 40100.

Die Bewertung von präventiven in-vitro-diagnostischen Leistungen im Abschnitt 1.7 EBM wird auf Höhe der entsprechenden kurativen Leistungen in Punkten festgelegt. Der dadurch außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) frei werdende Leistungsbedarf wird zur zukünftigen Vergütung der GOP 01700 und 01701 außerhalb der MGV verwendet.

Darüber hinaus gibt es in Unterabschnitt 32.3.12 Anpassungen an den Höchstwerten der molekularbiologischen Untersuchungen nach GOP 32800 und 32852, 32851, 32800 und 32852 sowie 32853.

KOSTENPAUSCHALE FÜR ALLERGOLOGIE UND RIBOFLAVIN: VERGÜTUNG ERHÖHT

Seit dem 01.01.2025 wurde die Kostenpauschale 40350 der Allergiediagnostik I (Kostenpauschale für die Sachkosten im Zusammenhang mit der GOP 30110) sowie die Höhe der Bewertung der Kostenpauschale 40681 (Kostenpauschale für Riboflavin im Zusammenhang mit der GOP 31364) entsprechend der aktuellen Marktpreisentwicklung angepasst. Bei Durchführung des Allergietests nach der GOP 30110 (Allergologisch-diagnostischer Komplex) verwenden Ärztinnen und Ärzte Testsubstanzen und

Testpflaster, um den Allergie-Typ zu bestimmen. Die entstehenden Sachkosten rechnen sie mit der Kostenpauschale 40350 ab. Die Vergütung der Pauschale wird erhöht, um die gestiegenen Kosten weiterhin angemessen zu erstatten. Ärztinnen und Ärzte rechnen im Zusammenhang mit der Hornhautvernetzung bei einem Keratokonus (GOP 31364) die Sachkosten des Medikaments Riboflavin mit der Kostenpauschale 40681 ab. Mit der Erhöhung der Vergütung wird der Preisanstieg des im Medikament enthaltenen Vitamins B12 ausgeglichen.

Leistung überblicken			
GOP	Kurzbeschreibung	Bewertung bis 31.12.2024	Bewertung ab 01.01.2025
40350	Kostenpauschale für die Sachkosten im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistung entsprechend der GOP 30110	16,14 Euro	21,58 Euro
40681	Kostenpauschale für Riboflavin im Zusammenhang mit der Erbringung einer Leistung entsprechend der GOP 31364	92,53 Euro	117,81 Euro

Ärztinnen und Ärzte benötigen für die Erbringung und Abrechnung von ambulanten Operationen eine Genehmigung der KVH nach der Qualitätssicherungsvereinbarung (QSV) ambulantes Operieren nach § 135 Abs. 2 SGB V. Alle Informationen zur Genehmigung finden Sie unter [kvh.link/p25024](https://www.kvh.at/link/p25024)

DIALYSEKOSTENPAUSCHALEN: NEUE ZUSCHLÄGE ABRECHNEN

Zur Sicherstellung der wohnortnahen Versorgung von Dialysepatientinnen und -patienten haben KBV und GKV-Spitzenverband verschiedene Maßnahmen beschlossen. Seit dem 01.01.2025 können Ärztinnen und Ärzte u. a. neue Zuschläge im Rahmen der Heimdialysebehandlung abrechnen. Ebenfalls erfolgten Anpassungen an der Vergütung der GOP 40815 bis 40819 und 40825 bis 40838 im EBM.

Neu rechnen sie seit dem 01.01.2025 für die erstmalige Heimdialysebehandlung die GOP 40845 (Zuschlag zur Kostenpauschale 40825 bei Beginn einer erstmaligen Heimdialysebehandlung [Peritonealdialyse als CAPD oder CCPD oder Heimhämody-

dialyse]), 40846 (Zuschlag zur Kostenpauschale 40826 bei Beginn einer erstmaligen Heimdialysebehandlung [Peritonealdialyse als CAPD oder CCPD]) und 40847 (Zuschlag zur Kostenpauschale 40827 bei Beginn einer erstmaligen Heimdialysebehandlung [Heimhämodialyse]) ab. Die neuen GOP wurden in den Abschnitt 40.14 (Leistungsbezogene Kostenpauschalen für Sach- und Dienstleistungen bei Behandlung mit renalen Ersatzverfahren und extrakorporalen Blutreinigungsverfahren) des EBM aufgenommen.

Die neuen Zuschläge nach den GOP 40845 bis 40847 können sie nur abrechnen, wenn für einen Zeitraum von vier Quartalen vor der erstmaligen Berechnung der Kostenpauschalen nach den GOP 40825 bis 40827 für die Versicherte bzw. den Versicherten in der Arztpraxis keine Kostenpauschalen nach den GOP 40825 bis 40827 abgerechnet wurden. Hierzu erfolgt die Aufnahme einer siebten Bestimmung zum Abschnitt 40.14 EBM. Die neuen Zuschläge können sie nur für einen Zeitraum von insgesamt 52 Wochen ab Beginn einer erstmaligen Heimdialysebehandlung abrechnen.

Ärztinnen und Ärzte können seit dem 01.01.2025 neue Zuschläge für die Durchführung einer kontinuierlichen zyklischen Peritonealdialyse (CCPD) und die Heimhämodialyse abrechnen. Die GOP 40841 (Zuschlag zur Kostenpauschale 40816 oder 40825 für die CCPD), die GOP 40842 (Zuschlag zur Kostenpauschale 40817, 40819 oder 40826 für die CCPD), die GOP 40843 (Zuschlag zur Kostenpauschale 40825 für die Heimhämodialyse) und die GOP 40844 (Zuschlag zur Kostenpauschale 40827 für die Heimhämodialyse) wurden in den Abschnitt 40.14 des EBM aufgenommen.

Die GOP 40842 können sie je durchgeführte Dialyse höchstens dreimal und die GOP 40844 höchstens zweimal in der Kalenderwoche abrechnen.

Ärztinnen und Ärzte können neu seit dem 01.01.2025 die Kostenpauschale nach der GOP 40840 (Zuschlag zur Kostenpauschale 40823 oder 40824 für die Nachtdialyse) abrechnen.

Den neuen Zuschlag können sie je Dialyse bis zu dreimal in der Behandlungswoche abrechnen. Die Berechnung der Kostenpauschale nach der GOP 40840 setzt voraus, dass die Uhrzeit für den Beginn und das Ende der Dialysebehandlung (Uhrzeitangabe in der Feldkennung 5006) angegeben wird.

Die Kostenpauschale 40840 ist berechnungsfähig, wenn die Dialyse zwischen 20:00 Uhr und 7:00 Uhr des Folgetages durchgeführt wird, eine Dialysedauer von mindestens 6 Stunden vorliegt und die Dialyse frühestens um 3:00 Uhr des Folgetages beendet wird.

Mit der Aufnahme eines zweiten Satzes in der zweiten Bestimmung zu Abschnitt 40.14 EBM wird klargestellt, dass interkurrente Dialysen während einer stationären Behandlung im Krankenhaus und Nachtdialysen zwischen 20:00 Uhr und 7:00 Uhr des Folgetages mit einer Dialysedauer von mindestens 6 Stunden und einem Dialyseende frühestens um 3:00 Uhr des Folgetages bei der Bestimmung der Anzahl der Dialysewochen gemäß Nummer 3 nicht berücksichtigt werden.

Die Hämodialyse als interkurrente Dialyse oder Nachtdialyse nach den GOP 40823 und 40824 muss mit einer bundeseinheitlich kodierten Zusatzkennzeichnung dokumentiert werden. Sie kennzeichnen die GOP 40823 und 40824 dann mit dem Suffix „I“ für die Kennzeichnung der Durchführung der Hämodialyse als interkurrente Dialyse oder mit dem Suffix „N“ als Kennzeichnung der Durchführung der Hämodialyse als Nachtdialyse.

Leistungen überblicken			
GOP	Kurzbeschreibung	Häufigkeit	Bewertung
40840	Zuschlag zur Kostenpauschale 40823 oder 40824 für die Nachtdialyse	je durchgeführte Dialyse, höchstens dreimal in der Kalenderwoche	26,50 Euro
40841	Zuschlag zur Kostenpauschale 40816 oder 40825 für die CCPD		41,35 Euro
40842	Zuschlag zur Kostenpauschale 40817, 40819 oder 40826 für die CCPD	je durchgeführte Dialyse, höchstens dreimal in der Kalenderwoche	5,91 Euro
40843	Zuschlag zur Kostenpauschale 40827 für die Heimhämodialyse		91,90 Euro

Leistungen überblicken			
GOP	Kurzbeschreibung	Häufigkeit	Bewertung
40844	Zuschlag zur Kostenpauschale 40827 für die Heimhämodialyse	je durchgeführte Dialyse, höchstens zweimal in der Kalenderwoche	30,63 Euro
40845	Zuschlag zur Kostenpauschale 40825 bei Beginn einer erstmaligen Heimdialysebehandlung (Peritonealdialyse als CAPD oder CCPD oder Heimhämodialyse)		96,50 Euro
40846	Zuschlag zur Kostenpauschale 40826 bei Beginn einer erstmaligen Heimdialysebehandlung (Peritonealdialyse als CAPD oder CCPD)	je durchgeführte Dialyse, höchstens dreimal in der Kalenderwoche	13,79 Euro
40847	Zuschlag zur Kostenpauschale 40827 bei Beginn einer erstmaligen Heimdialysebehandlung (Heimhämodialyse),	je durchgeführte Dialyse, höchstens zweimal in der Kalenderwoche	32,17 Euro

Ab dem 01.01.2025 erhöhen sich die Bewertungen der Dialysekostenpauschalen 40815 bis 40819 (für Kostenpauschalen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr) um 3,85 % und der Dialysekostenpauschalen 40825 bis 40838 (für Kostenpauschalen ab dem vollendeten 18. Lebensjahr) um 3,0 %.

Die Kostenpauschalen 40823 und 40824 (Kostenpauschalen für Zentrumsdialysen für Versicherte ab dem vollendeten 18. Lebensjahr) werden im Durchschnitt auch um 3,0 % erhöht, die Preisstufen werden dabei jedoch asymmetrisch angepasst.

Neue Bewertungen überblicken		
GOP	Bewertung bis 31.12.2024	Bewertung ab 01.01.2025
40815	664,16 Euro	689,73 Euro
40816	879,19 Euro	913,04 Euro
40817	125,63 Euro	130,47 Euro
40818	697,42 Euro	724,27 Euro
40819	131,88 Euro	136,96 Euro
40825	535,36 Euro	551,42 Euro
40826	76,48 Euro	78,77 Euro
40827	178,49 Euro	183,81 Euro
40828	185,05 Euro	190,60 Euro
40829	10,59 Euro	10,91 Euro
40830	3,50 Euro	3,64 Euro
40831	21,19 Euro	21,83 Euro
40832	7,10 Euro	7,28 Euro
40833	31,78 Euro	32,73 Euro
40834	10,59 Euro	10,91 Euro
40835	95,33 Euro	98,19 Euro
40836	31,78 Euro	32,73 Euro
40837	317,78 Euro	327,31 Euro
40838	105,93 Euro	109,10 Euro

In den Leistungslegenden der Kostenpauschalen des Abschnitts 40.14 EBM erfolgten redaktionelle Anpassungen. An den GOP 40829, 40830, 40831, 40832, 40833, 40834, 40835, 40836, 40837 und 40838 wurden die Worte „Zuschlag zu der Kostenpauschale nach den Nrn.“ bzw. „Zuschlag zu der Kostenpauschale nach der Nr.“ in die Worte „Zuschlag zur Kostenpauschale“ angepasst.

In der vierten Bestimmung zu Abschnitt 40.14 EBM Satz 4 erfolgte eine ergänzende Klarstellung, dass Dialysepraxen mit den Patientinnen bzw. Patienten

eine Pauschale zur Erstattung bei Peritonealdialysen vereinbaren können, die neben den Stromkosten auch die Entsorgungskosten umfassen.

Für die Berechnung der neuen Zuschläge (für GOP 40815 bis 40819 und 40823 bis 40828) benötigen Ärztinnen und Ärzte eine Genehmigung der KVH gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung für Blutreinigungsverfahren nach § 135 Abs. 2 SGB V. Weitere Informationen zur Genehmigung finden Sie unter **[kvh.link/p25025](https://www.kvh.at/link/p25025)**

EBM-DETAILÄNDERUNG 1/2025

Seit dem 01.01.2025 gibt es im EBM weitere Detailänderungen.

■ **Beobachtung und Betreuung nach Trastuzumab**

Ärztinnen und Ärzte rechnen die Beobachtung und Betreuung nach subkutaner Injektion von Trastuzumab (Handelsname: Herceptin®) seit dem 01.01.2025 nicht mehr über die GOP 01510 bis 01512 (Zusatzpauschalen für Beobachtung und Betreuung) ab. Die Vergütung erfolgt neu über die fachgruppenspezifische Grundpauschale. Grund ist, dass die GOP 01510 bis 01512 eine Dauer von mindestens zwei Stunden voraussetzen. Die Anwendung von Trastuzumab erfordert laut aktuell gültiger Fachinformation kürzere Nachbeobachtungszeiten. Konkret sind es 30 Minuten nach der ersten Injektion und 15 Minuten nach den Folgeinjektionen. Die bisherigen Nachbeobachtungszeiten betragen 6 Stunden nach der ersten Injektion und 2 Stunden nach den Folgeinjektionen.

■ **Anhang 2 EBM: Klarstellung zu Förderzuschlägen**

Zum 01.01.2025 wurde in der Präambel 2.1 (Nr. 2 und 14) im Anhang 2 des EBM klargestellt, wie häufig die Zuschläge zur Förderung der Ambulantisierung (GOP 31451 bis 31457) aus dem Unterabschnitt 31.2.20 berechnungsfähig sind. Ärztinnen und Ärzte rechnen bei Durchführung eines Eingriffs unter einer Diagnose und/oder einem gemeinsamen operativen Zugangsweg den Zuschlag höchstens einmal ab. Bei Durchführung eines Simultaneingriffes rechnen sie die Zuschläge je Eingriff einmal ab, jedoch in der Gesamtanzahl höchstens dreimal. Sie rechnen jeweils den am höchsten bewerteten Förderzuschlag ab.

■ **Kontrollzeitraum nach Schwangerschaftsabbruch geändert: GOP 01912**

Zum 01.01.2025 wurde der Zeitraum für die Kontrolluntersuchung nach einem Schwangerschaftsabbruch (GOP 01912) angepasst. Laut Fachinformation zu Mifegyne® (Wirkstoff: Mifepriston) führen Ärztinnen und Ärzte die Kontrolluntersuchung neu zwischen dem 7. und 21. Tag nach Abbruch durch. Bisher erfolgte die Untersuchung zwischen dem 7. bis 14. Tag nach dem Abbruch.

■ **Liposuktion bei Lipödem Stadium III weiterhin berechnungsfähig**

Die Liposuktion bei Patientinnen und Patienten mit Lipödem im Stadium III rechnen Ärztinnen und Ärzte weiterhin bis zum 31.12.2025 mit den GOP 31096 bis 31098 bzw. 36096 bis 36098 des EBM ab.

Seit dem 01.01.2020 konnten Ärztinnen und Ärzte in schweren Fällen (Lipödem Stadium III) die Liposuktion (Fettabsaugung) zunächst befristet bis 31.12.2024 abrechnen. Dieser Zeitraum wurde nun verlängert bis zum 31.12.2025.

Ärztinnen und Ärzte können die Liposuktion bei Lipödem Stadium III 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/p25026](#)**

Erfolgt die Liposuktion ambulant, müssen sie zusätzlich einen Antrag bei der KVH auf Genehmigung nach der Qualitätssicherungsvereinbarung ambulantes Operieren stellen. Alle Informationen zur Genehmigung finden Sie unter **[kvh.link/p25024](#)**

Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, die belegärztlich in einem Krankenhaus arbeiten möchten, stellen bei der KVH einen Antrag als Belegärztin bzw. Belegarzt. Alle Informationen zum Antrag finden Sie unter **[kvh.link/p25027](#)**

■ **Erprobungsverfahren: Aufnahme**

eines Anhangs 5 zum EBM

Zum 01.01.2025 erfolgte die Aufnahme eines neuen Anhangs 5 zum EBM „Verzeichnis der im Rahmen von Erprobungsverfahren gemäß §137e SGB V nicht mehr berechnungsfähigen Leistungen“. Der neue Anhang definiert, welche Leistungen im Rahmen des jeweiligen Erprobungsverfahrens innerhalb des Zeitraums zwischen ihrer Aufnahme in den EBM und dem Ende des Erprobungsverfahrens zulasten der gesetzlichen Krankenkassen erbracht und verordnet werden dürfen. Zum neuen Quartal 1/2025 werden die GOP 61090 (Voruntersuchung im Rahmen der Erp-RL-CAM-vordere-Kreuzbandruptur), 61091 (Nachuntersuchung im Rahmen der Erp-RL-CAM-vordere-Kreuzbandruptur) und 61092 (Kostenpauschale für den Sprechstundenbedarf im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistungen aus Unterabschnitt 61.7.2) in den Anhang 5 zum EBM überführt.

Praxen rechnen die von den Studienzentren im Rahmen von Erprobungsverfahren durchgeführten und verordneten Leistungen nach § 137e Abs. 4 SGB V unmittelbar mit den Krankenkassen ab.

■ ePA-Erstbefüllung: Pauschale verlängert

Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten können für die Erstbefüllung der elektronischen Patientenakte (ePA) die GOP 01648 des EBM weiterhin abrechnen. Die Leistung war vorerst bis zum 14.01.2025 befristet und wurde nun bis zum 31.12.2025 verlängert. Durch die Verlängerung können Praxen die Leistung nun auch nach dem Start der „ePA für alle“ abrechnen. Mit dem Start kommen auf die Praxen neue Aufgaben zu. Sie sind u. a. verpflichtet, die ePA mit bestimmten Dokumenten aus der aktuellen Behandlung wie Arztbriefe oder Laborbefunde zu befüllen, sofern die Patientin oder der Patient nicht widerspricht. Der BA will aufgrund der neuen Aufgaben prüfen, ob die bisherigen EBM-Leistungen für die ePA angepasst und die Bewertung der GOP 01648 verändert werden müssen. Sollten Anpassungen notwendig sein, wird der BA einen Beschluss mit Wirkung zum 01.07.2025 fassen.

PRAXISTIPP

Zu allen EBM-Änderungen finden Sie aktuelle und weiterführende Informationen unter [kvh.link/p25005](https://www.kvh.at/link/p25005)

Reinschauen lohnt sich!

QUALITÄTSSICHERUNG

Warum ist die Histologie für den zytologischen Befund so wichtig?

Die Detektionsrate von Präkanzerosen des Gebärmutterhalses hat sich mit Beginn des organisierten Programms zur Früherkennung von Zervixkarzinomen zum 01.01.2020 erheblich verbessert. Daran haben unsere Fachärztinnen/Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe und unsere Fachärztinnen/Fachärzte für Pathologie einen großen Anteil, für den wir uns an dieser Stelle bedanken. Gerade der Start war nicht leicht für alle und teilweise mit hohem Einsatz und Aufwand neben der eigentlichen ärztlichen Tätigkeit verbunden. Seitdem wurde viel erreicht.

WIE KÖNNEN WIR DIE EFFEKTIVITÄT DER ZYTOLOGIE BELEGEN UND WEITER OPTIMIEREN?

Durch die zeitnahe und aussagekräftige Erfassung der Histologie-Ergebnisse der Fachärztinnen/Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe.

Erfassen Sie bitte auf dem Formular für die Krebsfrüherkennung Zervix-Karzinom (Muster 39) im Feld unten links unter „Erläuterungen“ (siehe Screenshot) die Vorbefunde und/oder das Ergebnis der Histologie, wie beispielsweise: „Z.n. Abklärungskolposkopie am 03.06.24 mit Portio PE: CIN1“ oder auch einfach abgekürzt: „Z.n. AKK 03.06.24 CIN1“.

6 **Erläuterungen** *ggf. gyn. Befunde (Vulva, Vagina, Portio); Diagnosen; sonstige Anmerkungen*

Ausfertigung für den untersuchenden Arzt

Die Dokumentation der Ergebnisse ermöglicht es, unseren zytologisch tätigen Ärztinnen und Ärzten im Rahmen der Diagnostik klare und konkrete Empfehlungen für das weitere Vorgehen nach der Abklärungsdiagnostik zu geben. Die Erfassung der Histologie-Ergebnisse ermöglicht die Korrelation zur Zytologie. Nur so kann die Qualität der zytologischen Diagnostik umfassend beurteilt werden. Die Daten sind auch für die Evaluation des Krebsvorsorgeprogrammes in der Zervix-Zytologie relevant.

Zudem werden diese Daten zur Auswertung in Statistiken auf Bundes- und Länderebene dringend benötigt. Beispielhaft hierfür ist die jährliche Erfassung der Jahresstatistik gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung (QSV) in der Zervix-Zytologie durch unsere Zytologinnen/Zytologen, welche bundesweit durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) für weitere Gremien aufbereitet wird. Die Auswertungen auf Bundes- und Länderebene haben gezeigt, dass es hier noch ein erhebliches Potenzial bei der Erfassung dieser wichtigen Daten im KV-Bereich Hessen gibt. Die Erfassung der hessenspezifischen Daten erfolgte in den letzten Jahren nicht vollständig. Das wollen wir mit Ihnen zusammen verbessern.

Wichtig dabei ist, dass die Daten zeitnah und detailliert zur Verfügung gestellt werden. Hierzu erfassen Fachärztinnen/Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe – wie im Bild dargestellt – den Vorbefund auf dem Formular für die Krebsfrüherkennung Zervix-Karzinom (Muster 39). Gerne unterstützen und beraten Sie unsere zytologisch tätigen Ärztinnen und Ärzte dabei. Damit können die Zytologinnen/Zytologen das Histologie-Ergebnis in der Jahresstatik erfassen. Durch die Rückmeldung und Erfassung der Abklärungsergebnisse durch die zytologischen Diagnostiker erfolgt eine direkte Verknüpfung zusammengehöriger Befunde, wodurch im Einzelfall weitere Empfehlungen abhängen. Auch die Datenqualität bei der Evaluation wird dadurch massiv verbessert.

Bitte helfen Sie mit, die Histologie-Ergebnisse möglichst zeitnah zu dokumentieren!

KR

KONTAKT

Mit Ihren Fragen zum Thema wenden Sie sich gerne an das Team Qualitätssicherung Team 1.

T. 069 24741-6673

F. 069 24741-68819

E. qs.fb1.8@kvhessen.de

DEUTSCHE GESETZLICHE UNFALLVERSICHERUNG E. V. (DGUV)

Zulassung zum Durchgangsarztverfahren

Dr. medic Daniel Georg, Bad Orb, gibt seine durchgangsärztliche Tätigkeit zum 31.12.2024 auf.

Dr. med. Maruan Chichakli ist ab sofort als niedergelassener Orthopäde und Unfallchirurg am Standort der Orthopädischen Chirurgischen Praxis Darmstadt in Darmstadt am Durchgangsarztverfahren beteiligt.

Kerstin Wielsch ist ab sofort als niedergelassene Orthopädin und Unfallchirurgin am Standort MVZ OCP Kassel in Kassel am Durchgangsarztverfahren beteiligt.

Dr. med. Tanja Meister ist ab sofort als niedergelassene Ärztin für Orthopädie und Unfallchirurgie am Standort Orthopädie am Rosengarten in Kassel am Durchgangsarztverfahren beteiligt.

Dr. med. Alexander Schöniger ist ab sofort als niedergelassener Arzt für Orthopädie und Unfallchirurgie am Standort Chirurgisches Zentrum Am Bethanien in Frankfurt 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.arztsuchehessen.de

Suche | Ärztlicher Berufschaftsdienst | ASV-Team | SARS-CoV-2/Boosterimpfung

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

Art des Arztes:
 Hausarzt Facharzt Psychotherapeut Alle / egal

Fachrichtung / Schwerpunkt: Bitte wählen

1

Klicken Sie auf Login.

ANMELDUNG
Bitte melden Sie sich an, um Änderungen Ihrer 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: [redacted]
LANR: [redacted]
Name: [redacted]
Anschrift: [redacted]

Kontaktlisten | 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	[redacted]	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

3

Mitglieder mit nur einer BSNR können sofort ihre Daten ändern.

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

Anschrift: [redacted]

Wählen der Betriebsstätte

- Zweigpraxis [redacted] ärzte
- Zweigpraxis [redacted] ärzte
- Zweigpraxis [redacted] ärzte
- Zweigpraxis [redacted] ärzte
- Zweigpraxis [redacted] ärzte
- Zweigpraxis [redacted] ärzte

Freiwilligkeit | Fremdsprachen

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

4

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



KASSENÄRZTLICHE
VEREINIGUNG
HESSEN

Sie finden uns im Internet unter:

www.kvhessen.de/aufdenpunkt

Abrechnungsdatei (.XKM, .CON) übertragen

Datei hochladen

Datei auswählen Keine ausgewählt

Abrechnung übertragen

Abbildung 4

Übermittelte Abrechnungen

Aktualisieren 

Eingangsdatum > ↑↓	Dateiname >	Status >	Rückmeldungen	Empfangsbestätigung
07.01.2025 09:15:49	Z30401111100_01.02.2024_16.00.CON.XKM	In Verarbeitung		
12.12.2024 09:26:31	Z30401111100_03.12.2024_12.00.con	In Verarbeitung		
14.10.2024 09:29:59	Z01401111100_01.02.2024_16.00.CON.XKM	Beendet Fehler		
10.07.2024 10:51:19	Z01401111100_01.02.2024_16.59.CON.XKM	In Verarbeitung		

Abbildung 5

Im KV-SafeNet* steht Praxen der DRG-Grupper der KVH zur Verfügung, um die Hybrid-DRG zu ermitteln. Wie bei der Webanwendung können Abrechnungsdaten auch hier in einem frei gewählten Intervall übermittelt werden. Die Auszahlung erfolgt unabhängig von der gewohnten Honorarvergütung.

So gehen Sie vor:

Um sich in das KV-SafeNet*-Portal einzuloggen, brauchen Sie Ihre siebenstellige LANR und Ihr Passwort. Haben Sie noch keine Log-in-Daten, müssen Sie sich zunächst für das KV-SafeNet*-Portal registrieren: kvh.link/p25031

Sobald Sie angemeldet sind, klicken Sie auf „Onlineabrechnung – Hybrid-DRG“ (siehe Abbildung 3) und auf der darauffolgenden Seite auf „übermitteln“.

Sie gelangen zur Seite, auf der Sie Ihre Abrechnungsdatei zu Hybrid-DRG (.XKM, .CON) auswählen und übertragen können (siehe Abbildung 4).

Den Status der übermittelten Abrechnung können Sie jederzeit auf derselben Seite in einer Tabelle überblicken und Ihre Rückmeldung und Empfangsbestätigung einsehen (siehe Abbildung 5).

Für alle Fragen rund um die zwei neuen Abrechnungswege oder allgemein zur Abrechnung von Hybrid-DRG steht Ihnen das Team ESA/Sonderverträge zur Verfügung. Sie können das Team telefonisch unter der Nummer **069 24741-7507** oder per E-Mail an sondervertraege@kvhessen.de erreichen.

CHRISTINE SCHNEIDER



Hybrid-DRG

Hybrid-DRG: Erweiterten Katalog und neue Regelungen beachten

Zum 1. Januar 2025 ist die neue Hybrid-DRG-Vergütungsvereinbarung in Kraft getreten, die die bisherige Hybrid-DRG-Verordnung des Bundesgesundheitsministeriums (BMG) ablöst.

Die Hybrid-DRG-Vergütungsvereinbarung wurde vom GKV-Spitzenverband, der DKG und der KBV befristet für das Jahr 2025 geschlossen. Ziel der

Vereinbarung ist es, die Ambulantisierung stationär erbrachter Leistungen zu fördern und eine sektorengleiche Vergütung zu gewährleisten.

LEISTUNGSKATALOG ÜBERBLICKEN

Mit der neuen Vereinbarung wird der Leistungskatalog für die spezielle sektorengleiche Vergütung um zehn neue Hybrid-DRG ergänzt, sodass Praxen insgesamt 22 Hybrid-DRG abrechnen können. Der bisherige OPS-Katalog wird ebenfalls erweitert auf insgesamt 575 OPS-Kodes. Neu hinzugekommen sind Hybrid-DRG für

- Eingriffe an Analfisteln
- endoskopische Eingriffe an Galle, Leber und Pankreas
- Eingriffe an Hoden und Nebenhoden und
- Lymphknotenbiopsien

Zudem wurden bestehende Hybrid-DRG für Hernienoperationen, arthroskopische Eingriffe, Arthrodesen und Operationen an den Ovarien erweitert oder angepasst.

Praxen erhalten zusätzlich für alle bestehenden Hybrid-DRG seit Januar 2025 eine höhere Vergütung. Die Steigerungsraten liegen zwischen 1,8 und 15,6 Prozent im Vergleich zum Vorjahr. Diese Erhöhung soll helfen, die finanzielle Lage der beteiligten Einrichtungen zu verbessern und das Modell für sie attraktiver zu machen.

KEIN WAHLRECHT ZWISCHEN HYBRID-DRG UND EBM

Beachten Sie bitte, dass weiterhin keine Wahlmöglichkeit zwischen der Abrechnung nach dem EBM und der Hybrid-DRG-Abrechnung für die betroffenen Leistungen gemäß § 115f SGB V besteht. Ergibt sich somit durch die Nutzung des Groupers eine Hybrid-DRG, können Sie den Eingriff nicht nach EBM abrechnen.

ABRECHNUNG VON AUFWÄNDEN WIE SACHKOSTEN UND SPRECHSTUNDENBEDARF

Sachkosten sowie unter anderem Kosten für prä-anästhesiologische Untersuchungen sind weiterhin in den Fallpauschalen enthalten und können nicht parallel abgerechnet werden. In Bezug auf die Sachkosten wurde jedoch festgelegt, dass eine Lösung für eine angemessene Höhe der Sachkosten erarbeitet werden soll. Den Sprechstundenbedarf für das Jahr 2025 können Praxen weiterhin separat abrechnen. Krankenhäuser erhalten ab 2025 die Möglichkeit, die postoperative Behandlung von Eingriffen, die sie selbst durchgeführt haben, direkt im Krankenhaus fortzuführen. Dafür gibt es eine zusätzliche Vergütung von 30 Euro pro Fall. Diese wird durch eine separate Fallpauschale plus postoperativer Nachbehandlung im Krankenhaus abgebildet.

WAS IST ZU BEACHTEN?

Für das Jahr 2025 gibt es die folgenden Änderungen in der Abrechnung: Die Abrechnung über eine Pseudo-GOP mit der regulären Quartalsabrechnung ist nicht mehr möglich.

Neu kennzeichnen Sie Hybrid-DRG-Fälle nach § 115f SGB V ab dem Jahr 2025 mit der Pseudo-GOP 88115F. Diese neue GOP ermöglicht eine klare Identifizierung der Hybrid-DRG-Fälle.

Für die Abrechnung von Hybrid-DRG über die KVH nutzen Sie die Webanwendung der KVH oder auch das KV-SafeNet*-Portal oder KIM. Für das Hochladen der Hybrid-DRG-Abrechnungsdatei ins KV-SafeNet* ist ein gesondertes Modul im Praxisverwaltungssystem (PVS) notwendig.

Wie Sie die Abrechnung ab 2025 über die neuen Übermittlungswege vornehmen können, lesen Sie auf Seite 16 f.).

CHRISTINE SCHNEIDER

Kostenpauschalen und Anpassungen im laborärztlichen Honorar



Bei der In-vitro-Diagnostik werden nun der Transport der Proben, die kostenfreie Bereitstellung des Entnahmematerials sowie die Technik zur Auftragserteilung spezifisch vergütet.

Zum 1. Januar 2025 traten im Bereich der In-vitro-Diagnostik wesentliche Änderungen in Kraft.

Die Einführung neuer Kostenpauschalen im EBM ermöglicht eine transparentere Vergütung der Aufwände der Laborarztpraxen. Ärztinnen und Ärzte können neu die Kosten für den Transport, das Entnahmematerial und die elektronische Auftragserteilung im EBM über spezifische Pauschalen für die laboratoriumsmedizinische, human- und tumorgenetische

sowie histopathologische In-vitro-Diagnostik sowie für gynäkologisch-zytologische Untersuchungen abrechnen. Um die strukturell unterschiedlichen Leistungshäufigkeiten zu berücksichtigen, wurden bei der Vergütung der elektronischen Auftragserteilung und des Transports die neuen Kostenpauschalen in die In-vitro-Diagnostik ohne gynäkologische Zytologie und ohne HPV einerseits und in die In-vitro-Diagnostik der gynäkologischen Zytologie und HPV andererseits getrennt. Zudem beachten Praxen Anpassungen beim laborärztlichen Honorar.

NEUERUNGEN BEACHTEN

Die neuen Kostenpauschalen ersetzen seit Januar 2025 die bisherige Transportkostenpauschale 40100. Da die Abrechnung der Kostenpauschale 40100 im Behandlungsfall neben den Leistungen des Abschnitts 32.2 EBM ausgeschlossen war, mussten diese Fälle damals über die Portopauschalen abgerechnet werden. Hier hatte der Bewertungsausschuss vor vier Jahren im Zuge der Förderung von eArztbriefen die Portokosten in der vertragsärztlichen Versorgung neu geregelt. Übergangsweise wurden dafür Zuschläge nach den GOP 01699 und 12230 zu den Laborgrundpauschalen eingeführt. Die GOP 01699 und 12230 wurden nun zum 1. Januar 2025 gestrichen. Sie konnten seit Wegfall der Portopauschalen 40120 bis 40126 in Behandlungs-

fällen mit Leistungen des Allgemeinlabors (EBM-Unterabschnitte 32.2.1 bis 32.2.7) abgerechnet werden, bei denen die Abrechnung der GOP 40100 ausgeschlossen ist. Seit dem 1. Januar 2025 können sie auch in diesen Behandlungsfällen eine Transportkostenpauschale abrechnen.

Darüber hinaus gibt es weitere Anpassungen: Ärztinnen und Ärzte, die zur Versorgung gemäß EBM-Kapitel 12 zugelassen sind, sollen über die laborärztlichen Grundpauschalen bei Vollaustlastung den kalkulatorischen Arztlohn erreichen können. Hierfür wurden GOP angepasst und neu in den EBM aufgenommen. Zudem können die GOP des EBM-Kapitels 12 neu ausschließlich von Fachärztinnen und Fachärzten für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie, Transfusionsmedizin sowie von ermächtigten Fachwissenschaftlerinnen und Fachwissenschaftlern der Medizin abgerechnet werden. Ärztinnen und Ärzte, die von der Berechnung der GOP im EBM-Kapitel 12 ausgeschlossen sind, aber Auftragsleistungen des Kapitels 32 EBM durchführen, erhalten die neue GOP 01437.

Insgesamt hat die Reform zum Ziel, zur Verbesserung der Vergütung und zur Entbürokratisierung in der laborärztlichen Versorgung beizutragen, und stellt sicher, dass auch technologische Innovationen wie die elektronische Auftragserstellung angemessen honoriert werden.

Detailliertere Informationen zur Weiterentwicklung der In-vitro-Diagnostik finden Sie im info.service auf der Seite 15 f.

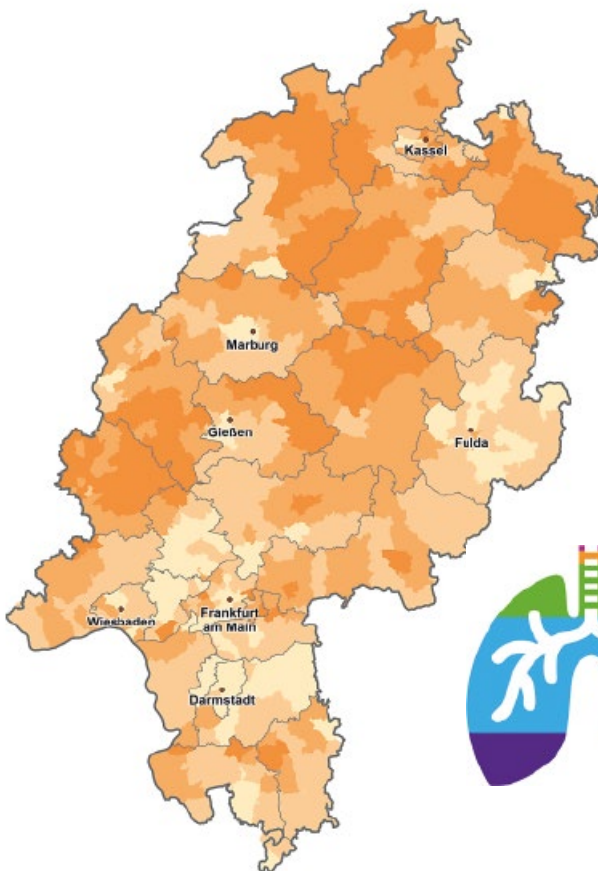
Sie haben Fragen zur Abrechnung und möchten, dass die KVH Sie zurückruft? Buchen Sie ganz einfach einen Rückruftermin unter [kvh.link/p25032](https://www.kvh.de/link/p25032)

CHRISTINE SCHNEIDER

SERIE: KRANKHEITSBILD IM DETAIL

Chronisch obstruktive Lungen- erkrankung (COPD) (ICD J44.- G)

Eine chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD) wurde 2023 bei **etwa 238.000 Patientinnen und Patienten** gesichert diagnostiziert. **68 %** der Betroffenen sind **60 Jahre oder älter**. An COPD sind annähernd gleich viele Frauen und Männer erkrankt.



Prävalenz von COPD (ICD J44.- G) in 2023

- unter 3 % der Bevölkerung
- 3 bis unter 4 % der Bevölkerung
- 4 bis unter 5 % der Bevölkerung
- 5 % oder mehr der Bevölkerung

Aufteilung der Erkrankten nach J44-Indikationen (2023)

- 1,2 %** J44.0 (COPD mit akuter Infektion der unteren Atemwege)
- 5,6 %** J44.1 (COPD mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet)
- 22,0 %** J44.8 (Sonstige näher bezeichnete chronische obstruktive Lungenerkrankung)
- 48,8 %** J44.9 (Chronische obstruktive Lungenerkrankung, nicht näher bezeichnet)
- 22,3 %** mehrere kodierte J44-Indikationen



Digest aus dem Pschyrembel

COPD („chronic obstructive pulmonary disease“) ist eine chronisch entzündliche Erkrankung der Lungen und Atemwege und geht einher mit Husten, Auswurf und Belastungsdyspnoe. Weltweit ist COPD die dritthäufigste Todesursache. Häufige Auslöser der Erkrankung sind Zigarettenrauch, Gase und Stäube, denen man etwa durch Luftverschmutzung ausgesetzt ist.

Armin Beck,
stellvertretender
Vorstandsvorsitzen-
der der KVH, bei
der Begrüßung

Versorgung stärken und Impulse setzen

Erfolgreicher Start in Korbach für die Veranstaltungsreihe #FokusVersorgung: Mehr als 60 Ärztinnen und Ärzte aus dem Landkreis Waldeck-Frankenberg waren dabei.

Unter dem Motto „Gemeinsam Versorgung stärken“ hat die KVH ihre neue, hessenweite Veranstaltungsreihe #FokusVersorgung am 22. November 2024 in Korbach gestartet. Das Ziel ist eine enge regionale Vernetzung der Ärztinnen und Ärzte untereinander sowie mit der KVH. Mehr als 60 haus- und kinderärztliche Mitglieder, Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung (ÄiW) und Niederlassungsinteressierte aus dem Landkreis Waldeck-Frankenberg folgten der Einladung der KVH.

Spannende Vorträge, Workshops und reger Austausch standen auf dem Programm, das die Mitarbeitenden der BeratungsCenter der KVH in Gießen und Kassel organisiert hatten. „Mit den hessenweiten Veranstaltungen möchten wir in der Versorgung kritische Gebiete rechtzeitig in den Blick nehmen,

mit Ihnen ins Gespräch kommen und den Dialog und die Vernetzung zwischen den Generationen ermöglichen“, begrüßte Armin Beck, stellvertretender KVH-Vorstand, die Teilnehmenden.

VERSORGUNG, FÖRDERUNG UND WICHTIGE IMPULSE

Die Veranstaltung startete mit Fakten. „40 Prozent Nachbesetzungsbedarf gibt es in den nächsten Jahren“, so Michael Möllmann, Berater in Gießen, in seiner Präsentation zu den aktuellen Zahlen und Perspektiven zur Versorgungslage im Landkreis Waldeck-Frankenberg. Carolin Reisert, Referentin der KVH für die ärztliche Weiterbildung, erläuterte anschließend die vielfältigen Förder- und Weiterbildungsmöglichkeiten für Nachwuchsärztinnen und -ärzte.



Mit seinem Vortrag setzte Dr. Walter Kromm Impulse



Ayse Sarac, teilnehmende Hausärztin



Ärztinnen und Ärzte in Korbach aktiv beim Workshop

Für Begeisterung unter den Ärztinnen und Ärzten sorgte der inspirierende Impulsvortrag von Dr. Walter Kromm zum Thema „Zukunftsorientierte Praxisführung“.

WORKSHOPS UND ZEIT ZUM NETZWERKEN

Nach einer Pause, die Zeit zum Netzwerken bot, wurde es interaktiv: In Gruppen traten die Ärztinnen und Ärzten beim EBM-Duell in Sachen Abrechnung gegeneinander an. Haydar Kilinc, Berater in Gießen, zeigte auf, an welchen Stellen viele Praxen diese noch ergänzen können.

Anschließend entwickelten die teilnehmenden Mitglieder in der Hausarzt-Facharzt-Network-Schmiede neue Ideen zur Zusammenarbeit. In einer abschließenden Frage-Antwort-Runde mit Beck wurden die

positiven und negativen Aspekte und Entwicklungen erörtert.

„Besonders gut hat mir gefallen, dass wir untereinander Gelegenheit zum Austausch hatten. Der Vortrag von Dr. Kromm war sehr interessant und aufschlussreich. Ich kann diese Veranstaltung in jedem Fall empfehlen“, so das Fazit von Ayse Sarac, Hausärztin aus Frankenberg.

ANJA KLATYK

INFOBOX

Für das Jahr 2025 sind fünf weitere Veranstaltungen von #FokusVersorgung in Hessen geplant. Die nächste findet am 5. März 2025 in Schlüchtern im Main-Kinzig-Kreis statt (siehe Seite 38).

Eine facettenreiche und spannende Arbeit

Wie ist es, in der Suchtmedizin zu arbeiten, wie rechnet man ab und welche Förderung gibt es? Ärztinnen, Ärzte und medizinisches Fachpersonal machten sich auf dem Fachtag Substitution der KVH schlau.

Alte Hasen und neue Gesichter: Auf dem Fachtag „Substitution aktuell“ kamen am 9. November 2024 mehr als 40 Ärztinnen, Ärzte und Medizinische Fachangestellte (MFA) im Haus der KVH in Frankfurt zusammen, um sich über die Arbeit, Abrechnung und Fördermöglichkeiten in der Substitutionsmedizin zu informieren.

„Über 200 substituierende Ärztinnen und Ärzte gibt es derzeit in Hessen, die suchtkranken Menschen helfen. Bis 2026 werden 60 davon aus Altersgründen fehlen“, so Sabine Kühn, in der Qualitätssicherung zuständig für die Substitution und Suchtbeauftragte der KVH. Zusammen mit ihrer Kollegin Daniela Sommer und Jan Martens,

Teamleiter Qualitäts- und Veranstaltungsmanagement, hat sie den Fachtag organisiert. Ein Ziel war es daher auch, dringend benötigte Nachfolgerinnen und Nachfolger für die Substitutionsmedizin zu gewinnen.

KVH FÖRdert EINSTIEG IN SUBSTITUTION

Das Thema Substitution wurde beim Fachtag umfassend beleuchtet. Zum einen ging es um die konkrete Unterstützung von interessierten Ärztinnen und Ärzten seitens der KVH. „Durch die spezielle höhere Vergütung ist es attraktiv, in Hessen substituierende Praxis zu werden“, so Emma Lundgren, Teamleiterin ESA und Referentin zum Thema Abrechnung.

Voller Saal beim Fachtag Substitution: Referent Dr. med. Christian Schmidt-Hestermann



Die KVH bietet Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung sowie niedergelassenen Quereinsteigerinnen und Quereinsteigern in die Substitution verschiedene Fördermöglichkeiten an, beispielsweise bei der Zusatzweiterbildung „Suchtmedizinische Grundversorgung“ oder bei speziellen Investitionen in die Praxisausstattung. Diese stellte Robin Sann, Teamleiter Bedarfsprüfung, vor.

Michael Schmidt, Facharzt für Allgemeinmedizin, und Jan Martens (KVH) informierten die Teilnehmenden, wie die Kooperation in Qualitätszirkeln gelingt.

Über die Fördermöglichkeiten zur Substitutionsmedizin können Sie sich auf der Website der KVH informieren:

kvh.link/p25034

HERAUSFORDERND UND BEFRIEDIGEND

Wie spannend und befriedigend die Arbeit mit substituierten Menschen sein kann, zeigten vor allem die Vorträge der erfahrenen Ärztinnen und Ärzte aus ihrem Praxisalltag. Auf welche rechtlichen Grundlagen kommt es in der Substitutionspraxis an und wo liegen die Fallstricke? Dieses relevante Thema brachte Dr. med. Christian Schmidt-Hestermann, Facharzt für Allgemeinmedizin und ein alter Hase in der Substitutionsmedizin, den Teilnehmenden näher. Dietmar Paul, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, erläuterte die Herausforderungen der Komorbidität substituierten Menschen anschaulich an verschiedenen Beispielen aus seiner Praxis.

Dr. Manfred Mösch und Dr. (UA) Pavel Khaykin betreiben eine auf Substitution und Infektionskrankheiten spezialisierte Praxis direkt im Frankfurter Bahnhofsviertel. Ihnen ist die Arbeit mit Opioidabhängigen eine Herzensangelegenheit; sie verstehen sie vor allem als chronisch kranke Patientinnen und Patienten. Der Fokus ihres Vortrags lag auf der Entwicklung der Substitution von Anfang an bis heute, dem besonderen Frankfurter Weg sowie den Therapiemöglichkeiten mit verschiedenen Substanzen.

Außerdem stellte die Initiative „Junge Suchthilfe“ ihre Arbeit vor, eine Gruppe Medizinstudierender und junger Menschen mit fachärztlichem, psychologischem oder pflegerischem Hintergrund, die seit



Daniela Sommer und Sabine Kühn (v. l.), Qualitätssicherung Substitution und Suchtbeauftragte der KVH



Emma Lundgren (Teamleiterin ESA) erläutert die Abrechnung zur Substitution

2019 in der Suchtmedizin Tätige vernetzen und für ihr Engagement 2024 mit dem Springer Medizin Charity Award ausgezeichnet wurden.

Der Fachtag Substitution zeigte bereits erste Erfolge. „Wir überlegen, mit unserer Praxis in Nordhessen in die Substitution einzusteigen“, sagte ein Teilnehmer. „Ich war einige Jahre draußen und will jetzt wieder in der Suchtmedizin aktiv werden. Die Veranstaltung bringt mich wieder auf den aktuellen Stand“, so eine andere Ärztin.

ANJA KLATYK

Für Interessierte, die mehr über die Substitution wissen möchten, hat die KVH einen Leitfaden auf ihrer Website veröffentlicht.

kvh.link/p25035

Neue Namen für BeratungsCenter

Seit Januar 2025 tragen die BeratungsCenter der KVH neue, regionsbezogene Namen. Mit der Umbenennung wird die regionale Identifikation gestärkt!



Die Standorte heißen:

- **BeratungsCenter Nord-Osthessen**
(ehemals BeratungsCenter Kassel)
- **BeratungsCenter Mittelhessen**
(ehemals BeratungsCenter Gießen)
- **BeratungsCenter Rhein-Main**
(ehemals BeratungsCenter Frankfurt & Wiesbaden)
- **BeratungsCenter Südhessen**
(ehemals BeratungsCenter Darmstadt)

Ziel dieser Umbenennung war es, alle Regionen Hessens namentlich abzubilden. So sollen nicht nur die großen Städte im Fokus sein, sondern auch der ländliche Raum. Für Mitglieder sowie für die Selbstverwaltung hat diese Umstellung keine Auswirkungen. Die Beraterinnen und Berater der KVH sind unter den bekannten persönlichen Kontaktdaten zu erreichen. Einzig die E-Mail-Adressen der BeratungsCenter haben sich geändert (siehe Seite 43).

BIANCA GAWEL

BeratungsCenter Nord-Osthessen:	0561 7008-250 0561 7008-4222 (Fax) beratung-nordosthessen@kvhessen.de
BeratungsCenter Mittelhessen:	0641 4009-314 0641 4009-219 (Fax) beratung-mittelhessen@kvhessen.de
BeratungsCenter Rhein-Main:	069 24741-7600 069 24741-68829 (Fax) beratung-rheinmain@kvhessen.de
BeratungsCenter Südhessen:	06151 158-500 06151 158-488 (Fax) beratung-suedhessen@kvhessen.de

Fördersumme für Weiterbildung erhöht

Seit dem 1. Januar 2025 erhalten geförderte Weiterbildungsstätten 5.800 € monatlich für die Beschäftigung von Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung. Bislang waren es 5.400 € für eine Vollzeitstelle.

Die KBV, der GKV-Spitzenverband und die Deutsche Krankenhausgesellschaft haben eine Änderung der Bundesvereinbarung zur Förderung der Weiterbildung gemäß § 75a SGB V, mit Wirkung zum 1. Januar 2025, beschlossen. Demnach beträgt die monatliche Fördersumme für die ambulante Weiterbildung in Vollzeit nun 5.800 €. Diese Summe wird an die Weiterbildungsstätte ausgezahlt und ist in voller Höhe als Bruttolohn an die Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung (ÄiW) weiterzugeben. Die ÄiW müssen im Rahmen der Weiterbildungsförderung in Anlehnung an die Eingruppierung in

die entsprechende Entgeltgruppe des Tarifvertrags „TV-Ärzte/VKA“ bezahlt werden. Übersteigt die gewährte Fördersumme das Gehalt laut Tarifvertrag, ist mindestens die Fördersumme als Gehalt weiterzugeben.

KEIN TO-DO AUF SEITEN DER PRAXEN

Bereits geförderte Weiterbildungsstätten erhalten seit Januar 2025 automatisch die erhöhte Fördersumme. Alle betroffenen Praxen wurden bereits informiert. Informationen zur Weiterbildung finden Sie unter [kvh.link/p25036](https://www.kvh.de/link/p25036)

MARA KLAHR



AKTUALISIERT: ZI-KODIERHILFE UND FACHGRUPPENTHESAUREN

Die Zi-Kodierhilfe ist nach jährlichem ICD-10-GM-Update mit aktualisiertem Datenbestand für das Jahr 2025 online unter [kvh.link/p25037](https://www.kvh.de/link/p25037) sowie als App verfügbar. Mit der Suchfunktion der Kodierhilfe finden Sie schnell und effizient den richtigen ICD-Code sowie individuelle Hilfen und Hinweise auf zusätzliche oder alternative Kodiermöglichkeiten.

Fachgruppenspezifische Kodierübersichten (Zi-Thesauren) sowie themenspezifische Kodiermanuale stehen ergänzend bereit. Weitere Infos unter [kvh.link/p25038](https://www.kvh.de/link/p25038)

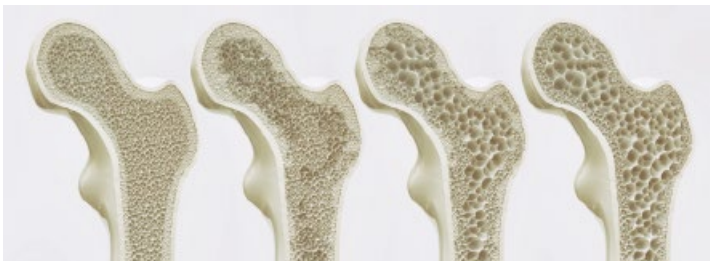
Aktuelles zu den Disease-Management-Programmen

Durch die Einführung einer Neueinschreibungs-pauschale für das Disease-Management-Programm (DMP) Diabetes mellitus Typ 1 (DM1) und das DMP Diabetes mellitus Typ 2 (DM2) zum 1. Januar 2024, dem Abschluss des neuen DMP Osteoporose zum 1. Januar 2025 mit Einschreibung der Versicherten zum 1. April 2025 sowie der Erhöhung der Vergütung für die Mehrfacheinschreibung in allen DMP ebenfalls zum 1. April 2025 kann die Versorgungsqualität der betroffenen Versicherten weiter gesteigert werden.

NEUEINSCHREIBUNGSPAUSCHALE DMP DM1 UND DM2

Da die Einschreibebeträge der Versicherten in Hessen insbesondere im DMP DM1 und im DMP DM2, verglichen mit den anderen Bundesländern, eher unterdurchschnittlich sind, hat sich die KVH mit den Verbänden der Krankenkassen in Hessen und den Ersatzkassen darauf verständigt, die teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte durch die Implementierung der sogenannten „Neueinschreibungs-pauschale“ im Rahmen der Versicherteneinschreibung weiter fördern zu wollen.

Dabei handelt es sich um eine vertraglich vereinbarte, zusätzliche Vergütung, die über die KVH abgerechnet werden kann, wenn die/der Versicherte zuvor noch nie durch die Praxis in das DMP DM1 oder DMP DM2 eingeschrieben worden ist oder bereits durch die koordinierenden Ärztinnen und Ärzte dieser Praxis zwar eingeschrieben wurde, aber innerhalb der letzten zwei Jahre nicht am Programm teilgenommen hat. Die Auszahlungsvoraussetzung gilt als erfüllt, wenn innerhalb der letzten acht Quartale vor Abrechnung der jeweiligen Neueinschreibungs-pauschale von den koordinierenden Ärztinnen und Ärzten für die Versicherten also keine DMP-Dokumentationen für das jeweilige DMP abgerechnet wurde.



Nach Erreichen der maximalen Knochenmasse mit etwa 30 Jahren nimmt die Knochenmasse ab. Bei Frauen nach den Wechseljahren stärker als bei Männern.



Ärztinnen und Ärzte können seit dem ersten Quartal am DMP Osteoporose teilnehmen und ab dem zweiten Quartal Versicherte einschreiben und abrechnen

Die Pauschalen

- werden einmalig mit einem Betrag in Höhe von 4,00 € vergütet
- werden zusätzlich zur Vergütung für eine fristgerechte, vollständige und plausible DMP-Erstdokumentation beziehungsweise einmalig je weiteres DMP (Beratungspauschale bei Mehrfacheinschreibung) gezahlt
- erhalten die GOP 92155 für das DMP DM1 und GOP 92135 für das DMP DM2
- sind von der Praxis bei der Quartalsabrechnung anzusetzen

Die Neueinschreibungspauschalen sind zunächst befristet bis zum 31. Dezember 2025. In diesem Zeitraum prüfen die Vertragspartner, ob die Einführung der Pauschalen zu der gewünschten Erhöhung der Einschreibebeträge in den beiden DMP-Programmen geführt hat.

Sie haben damit die Möglichkeit, die Versorgung Ihrer Versicherten aktiv mitzugestalten. Machen Sie mit und schreiben Sie Ihre Versicherten in das DMP ein.

DMP OSTEOPOROSE

In Hessen startete das neue DMP Osteoporose zum 1. Januar 2025, mit Wirkbetrieb zum 1. April 2025. Dies bedeutet, dass teilnahmeberechtigte Ärztinnen und Ärzte ab dem Quartal 1/2025 an dem DMP teilnehmen und ab dem Quartal 2/2025 interessierte Versicherte einschreiben und abrechnen können. Neben den aus den anderen DMP bereits bekannten Abrechnungspositionen (unter anderem Erst- und Folgedokumentation, Mehrfacheinschreibung, Versicherungsschulung) kann im Rahmen des DMP Osteoporose eine Sturzanamnese (8,00 € – max. zweimal im Krankheitsfall) durchgeführt und abgerechnet werden. →

DREI VON HUNDERT HESSISCHEN GKV-VERSICHERTEN HABEN OSTEOPOROSE

In 2023 wurde bei rund 186.000 hessischen Patientinnen und Patienten mindestens eine gesicherte Osteoporose-Diagnose (ICD-Code M80 bis M82) auf dem Behandlungsschein erfasst. Dabei sind Frauen fast 7-mal häufiger betroffen als Männer.

Ausführlichere Informationen zu dem neuen DMP (zur Einschreibung, den Voraussetzungen, den Vergütungen etc.) haben alle teilnahmeberechtigten Ärztinnen und Ärzte in einem Informationsschreiben im Januar 2025 erhalten. Vertragsunterlagen finden Sie auf der Homepage der KVH (www.kvhessen.de > Für Mitglieder > Recht > Recht, Vertrag, Richtlinie, Satzung > Buchstabe „D“).

VERGÜTUNGSERHÖHUNG FÜR MEHRFACHEINSCHREIBUNG

Bereits seit einigen Jahren können die am DMP teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte für die Koordination der Versicherten in mehr als einem DMP den erhöhten Aufwand abrechnen.

Für die Einschreibung in jedes weitere DMP ist aktuell die „Beratungspauschale bei Mehrfacheinschreibung“ in Höhe von 5,00 € abrechenbar. Für die Erstellung und den Versand der Folgedokumentation ab dem zweiten DMP kann eine Pauschale in Höhe von 2,50 € abgerechnet werden.

Im Rahmen der Vertragsverhandlungen zum DMP Osteoporose hat sich die KVH mit Krankenkassen darauf verständigen können, diesem erheblichen Aufwand mehr Gehör zu verleihen, sodass diese Leistungen ab 1. April 2025 besser vergütet werden:

Leistung	bis 31.03.2025	ab 01.04.2025
Einschreibung/ Erstdokumentation (Mehrfacheinschreibung)	5,00 €	10,00 €
Folgedokumentation (Mehrfacheinschreibung)	2,50 €	7,50 €

Sie fragen sich gerade, welche DMP für die Leistungserbringung der Mehrfacheinschreibung infrage kommen? Werfen Sie einen Blick auf die Homepage der KVH (www.kvhessen.de > Für Mitglieder > Recht > Recht, Vertrag, Richtlinie, Satzung > Buchstabe „D“)

Sie haben darüber hinaus Fragen rund um das Thema DMP und wollen teilnehmen? Wenden Sie sich dazu an das Team Mitgliederservice Sonderverträge der KVH, das Ihnen Ihre Fragen gerne beantwortet.

SEBASTIAN GÖBEL

Ihr Kontakt zum Team Mitgliederservice
Sonderverträge:
T. 069 24741-7580
E. mitgliederservice.sondervertraege@kvhessen.de
H. kvh.link/p25039



BITTE!

Helpen Sie, chronisch kranke
Drogenabhängige zu substituieren,
eine professionelle Herausforderung
und erfüllende Aufgabe.

Wir brauchen Sie,
liebe Kolleginnen und Kollegen.

Bitte substituieren Sie!

Weitere Informationen

finden Sie unter kvh.link/p24049 oder senden Sie
eine Mail an qs.substitution@kvhessen.de



Gemeinsam Versorgung stärken:

Sie sind Hausärztin, Hausarzt, Kinderärztin, Kinderarzt, Ärztin oder Arzt in Weiterbildung in der Region rund um Schlüchtern bzw. im Landkreis Bergstraße oder Sie sind an einer Niederlassung/Anstellung in der jeweiligen Region interessiert? Dann freuen wir uns, Sie bei der neuen Veranstaltungsreihe #FokusVersorgung begrüßen zu dürfen!

Ihre BeratungsCenter Rhein-Main & Südhessen der KVH

BeratungsCenter Rhein-Main
Tel 069 24741-7600

beratung-rheinmain@kvhessen.de

BeratungsCenter Südhessen
Tel 06151 158-500

beratung-suedhessen@kvhessen.de

Darauf können Sie sich freuen:

- kurze Impulse zu Fachthemen, interaktive Workshops und spannende Diskussionsrunden
- wertvolle Gespräche mit Kolleginnen und Kollegen, Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung, Niederlassungsinteressierten und Persönlichkeiten aus der Region
- persönlicher Austausch mit dem Vorstand sowie mit wichtigen Ansprechpersonen der KVH

Die Veranstaltung ist mit
3 Fortbildungspunkten zertifiziert.



Jetzt schon anmelden unter:
<https://www.kvhessen.de/fokusversorgung>

Folgen Sie der
KVH auf Instagram,
Facebook und
LinkedIn.

KASSENÄRZTLICHE
VEREINIGUNG
HESSEN

KVH



Noch wenige freie Plätze

Rasch anmelden unter kvh.link/p25003

EBM BASIS – ÄRZTLICHE PRAXEN

Wie baut sich der EBM auf? Aus welchen Kapiteln kann ich abrechnen? Welche Gebührenordnungspositionen sollte ich kennen?

Wir stellen Ihnen den EBM als Grundlage Ihrer Abrechnung vor. Im Detail werden die allgemeinen Bestimmungen des EBM vorgestellt. Darüber hinaus zeigen wir Ihnen die hessenspezifischen Gebührenordnungspositionen, die eine wichtige Ergänzung zu dem bundesweit gültigen Abrechnungskatalog darstellen können.

Wir möchten darauf hinweisen, dass die einzelnen Fachkapitel den fachgruppenspezifischen Kursen „EBM – Fortgeschrittene“ vorbehalten sind.

Sie erfahren:

- wie der EBM aufgebaut und wie er zu lesen ist
- wie Sie die richtigen Gebührenordnungspositionen finden
- worauf Sie bei der Ansetzung einer Gebührenordnungsposition achten müssen
- welche wichtigen Informationen in der Leistungslegende aufgeführt werden

Hinweise:

Dieser Workshop ist vor allem für Interessierte geeignet, die sich einen Überblick zum EBM verschaffen möchten. Einzelne Gebührenordnungspositionen werden in Grundzügen besprochen. Einzelne Fachkapitel sind den fachgruppenspezifischen Kursen „EBM – Fortgeschrittene“ vorbehalten.

Zielgruppe: Ärztinnen und Ärzte, Praxismitarbeiterinnen und Praxismitarbeiter, Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung

Leitung: Beratung und Abrechnung der KVH

Gebühr: kostenfrei

Fortbildungspunkte: 5

Termin: Mi. 26.03.2025, 15:00 Uhr – 19:00 Uhr, KVH Kassel (Kurs 11014)

Anmeldung unter: kvh.link/p25003

MEDICAL ENGLISH FÜR MITARBEITENDE II – ENGLISH BASIC

Wie kann ich diagnostische oder therapeutische Maßnahmen in englischer Sprache anleiten?

Wir trainieren mit Ihnen den zentralen Wortschatz und die Formulierungen, die Sie in wiederkehrenden Praxissituationen benötigen. In Rollenspielen, angeleiteten Partner- und Gruppenarbeiten und aktiven Anwendungsbeispielen lernen Sie mit Spaß und vielen unterschiedlichen Materialien.

Sie lernen in Englisch

- die Aufnahme von Patientinnen- und Patientendaten
- die Kommunikation bei Terminvereinbarungen (auch telefonisch)

- Wege, Praxisräume und Funktionsbereiche zu erklären
- Rezepte, Überweisungen auszuhändigen und weitere Termine zu vereinbaren
- die Verabschiedung der Patientinnen und Patienten

Zielgruppe: Praxismitarbeiterinnen und Praxismitarbeiter

Referent: Markus Ammon oder

Referentin: Jana Kirchberger

Gebühr: 100,00 €

Termin: Fr. 28.03.2025, 14:00 Uhr – 20:00 Uhr, online (Kurs 11317)

Anmeldung unter: kvh.link/p25003

DIE ABRECHNUNGSINFORMATION IN DER PSYCHOTHERAPIE: LESEN UND VERSTEHEN

Was steht in meiner Abrechnungsinformation? Wann muss ich tätig werden?

Die KVH stellt Ihnen mit der Abrechnungsinformation ein Instrument für evtl. Korrekturen Ihrer Abrechnung zur Verfügung. Sie erhalten die Abrechnungsinformation im Rahmen der Quartalsabrechnung im Anschluss an die Überprüfung Ihrer Abrechnung. Wir möchten Ihnen die Rückmeldung Ihrer Korrekturwünsche erleichtern, da gerade im Bereich der Psychotherapie die Beregelung sehr komplex ist.

In diesem Seminar zeigen wir Ihnen, wie Sie die Abrechnungsinformation richtig lesen. Wir erläutern Ihnen wichtige Ausweisungen in der Abrechnungsinformation und geben Ihnen wichtige Hinweise zu Ihrer Rückmeldung und den Korrekturmöglichkeiten. Darüber hinaus geben wir Tipps zur praktischen Umsetzung im Alltag.

Sie lernen:

- wie Sie die Abrechnungsinformation richtig lesen
- welche Ausweisungen eine Korrektur benötigen
- wie Sie die Rückmeldung effektiv gestalten
- wann Sie die Hotline kontaktieren müssen und wann nicht

Zielgruppe: Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Praxismitarbeiterinnen und Praxismitarbeiter, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Ausbildung

Leitung: Fachreferenten der Abteilung Abrechnung der KVH

Gebühr: kostenfrei

Fortbildungspunkte: 3

Termin: Do. 24.04.2025, 15:00 Uhr – 16:30 Uhr, online (Kurs 11137)

Anmeldung unter: kvh.link/p25003

INFOBOX

Der Termin für die **Sportweltspiele der Medizin und Gesundheit**, international bekannt als Medigames, steht fest. Vom 7. bis 14. Juni 2025 können Sie an der Costa Brava in Lloret de Mar sportlich mit Kolleginnen und Kollegen wettstreiten (siehe www.sportweltspiele.de) oder schreiben Sie an info@sportweltspiele.de.

QM-FACHTAG

14. Mai 2025

Tipps & Tricks

Fragen stellen Vorträge EXPERTEN

QUALITÄTSMANAGEMENT

DISKUSSIONSRUNDEN

Erfahrungen mit QEP® *aktuelle Trends*

GENERATIONEN IM WANDEL NETZWERKEN

Kontakte knüpfen

Ob mit oder ohne Vorwissen ...

Diese Veranstaltung ist für Ärztinnen und Ärzte, Praxismitarbeiterinnen und Praxismitarbeiter, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten.

- Anmelden,
- kostenfrei** teilnehmen,
- viel **Input** bekommen,
- in **Austausch** gehen und
- 5 Fortbildungspunkte** erhalten.

WANN?

Mi. 14.05.2025, 15:00 Uhr – 19:00 Uhr

WO?

Kassenärztliche Vereinigung Hessen
Europa-Allee 90 • 60486 Frankfurt am Main



Anmeldung unter:
<https://veranstaltung.kvhessen.de/member-login>

Die Veranstaltung ist mit
5 Fortbildungspunkten zertifiziert.

KASSENÄRZTLICHE
VEREINIGUNG
HESSEN



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).

Können Praxen nach einer bereits abgerechneten Beratung und Aufklärung zur Prophylaxe gegen Respiratorische Synzytial-Viren (RSV) nach GOP 01943 noch die intramuskuläre Injektion nach GOP 01941 abrechnen?

Ja, ab dem Folgetag können Sie noch die Injektion nach der GOP 01941 abrechnen. In dem Fall erfolgt jedoch ein Abschlag von 32 Punkten auf die GOP 01941.

Ab welchem Zeitpunkt wird die Nutzung der elektronischen Ersatzbescheinigung für Arztpraxen und Krankenkassen verpflichtend?

Arztpraxen und Krankenkassen sind ab dem 1. Juli 2025 verpflichtet, die elektronische Ersatzbescheinigung zu nutzen. Seit dem 1. Oktober 2024 können Praxen sie freiwillig als Versicherungsnachweis nutzen, wenn die eGK in der Praxis nicht eingelesen werden kann.

Was unterscheidet die ePA von der Behandlungsdokumentation des Arztes oder Psychotherapeuten?

Die ePA ist eine versichertengeführte Akte, welche die Anamnese, Befunderhebung und Behandlung des Leistungserbringers unterstützen kann. Sie ersetzt aber nicht die Primärdokumentation des Arztes oder Therapeuten im Praxisverwaltungssystem.

Welche Rolle spielt die ePA künftig in der Patientenversorgung? Wann sollten Ärzte und Therapeuten Einsicht in die ePA nehmen?

Antworten auf diese und weitere Fragen gibt es in der kostenfreien und mit sechs Fortbildungspunkten bewerteten Online-Fortbildung auf dem Fortbildungsportal der KBV. Ein Kurz-Teaser ist unter folgendem Link einsehbar: [kvh.link/p25040](https://www.kvh.link/p25040)

Ab wann kann die Testabrechnung abgegeben werden?

Die Testabrechnung ist für das Quartal 1/2025 ab dem 17. März 2025 für Sie freigeschaltet. Die weiteren Termine der Freischaltung des Regelwerks für die Testabrechnung sind für Sie auf unserer Website unter [kvh.link/p25041](https://www.kvh.link/p25041) wie auch im KV-SafeNet*-Portal hinterlegt: Auf „Abrechnung übertragen“ gehen – hier ist vermerkt, ab wann der Upload für das Abrechnungsquartal losgeht, – ab diesem Datum (Mitte des letzten Quartalsmonats des Abrechnungsquartals) können Sie schon mit dem Testen beginnen.

Wie erhalten Praxen die Pauschalen zur TI-Förderung zur Ausstattung und dem Betrieb der Telematik-Infrastruktur?

Fördervoraussetzungen entnimmt die KVH der Quartalsabrechnung einer Praxis – den sogenannten KVDT-Feldern. Hierfür müssen Praxen darauf achten, dass die Angaben im PVS beziehungsweise im Abrechnungsdatensatz vollständig sind und der Versichertenstammdaten-Abgleich (VSDM) erfolgt ist. Hintergrundinformationen zu nötigen Fördervoraussetzungen und Höhe der TI-Pauschalen finden Sie unter [kvh.link/p25042](https://www.kvh.link/p25042)

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

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 Nord-Osthessen: 0561 7008-250
0561 7008-4222 (Fax)
beratung-nordosthessen@kvhessen.de

BeratungsCenter Mittelhessen: 0641 4009-314
0641 4009-219 (Fax)
beratung-mittelhessen@kvhessen.de

BeratungsCenter Rhein-Main: 069 24741-7600
069 24741-68829 (Fax)
beratung-rheinmain@kvhessen.de

BeratungsCenter Südhessen: 06151 158-500
06151 158-488 (Fax)
beratung-suedhessen@kvhessen.de

ONLINEPORTAL

Internetdienste/SafeNet* internetdienste@kvhessen.de
Technischer Support internetdienste@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; Anja Klatyk: S. 28, 29, 30, 31;
Judith Scherer: S. 4, 7, 38; Tom Wolf: S. 8, 9, 10

Adobe Stock:

Titel: adsniaks; S. 3 und S. 12: MP Studio; S. 15: MQ-Illustrations;
S. 19: magele-picture; S. 24: HNFOTO; S. 26: CoetzeeRising/
peopleimages.com; S. 33: peterschreiber.media; S. 35: profit_image;
S. 39: Vektormine

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.



erscheint wieder
im April



KASSENÄRZTLICHE
VEREINIGUNG
HESSEN

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