AUF DEN PUNKT.

Das Servicemagazin für unsere Mitglieder Nr. 2 / April 2021

Warum sich Mitarbeit in den Gremien lohnt

Seite 12

Digitale Kommunikation im Gesundheitswesen

Seite 36

info.service

Offizielle Bekanntmachungen

Seite 22

KV H KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG HESSEN

INHALT

STANDPUNKT
Blamabel 3

AKTUELLES
KVH testet im Vorbeifahren 4
Coronapolitik – leider keine Erfolgsgeschichte 6
Pest und Cholera – was machen wir heute anders? 10

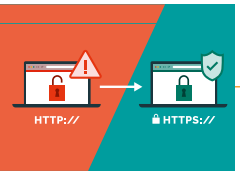
TITELTHEMA
Primi inter Pares in den KV-Gremien 12
„Mich entspannt die Berufspolitik“ 14
„Das ist für mich bereichernd“ 16
„Ich sehe die Berufspolitik ein bisschen als Hobby“ 18
„Die Selbstverwaltung ist die beste Ordnungsform“ 19
Es ist die Qualität, die zählt 20
Stimmen aus der Praxis 24
„Nichtstun führt zu nichts“ 26
Junge Stimmen: was sie erwarten 30

GUT INFORMIERT
Akupunktur richtig abrechnen 32
Digitale Kommunikation im Gesundheitswesen 36
Alles an einem Ort 40
Vorsicht: keine Abrechnungsdateien ohne vorherige Überprüfung einreichen 40

QUALITÄT
QM strukturiert und gemeinsam weiterentwickeln 41

PRAXISTIPPS
Wie war das? Fragen aus der Praxis 42

SERVICE
Ihr Kontakt zu uns/Impressum 43



Blamabel

Liebe Kolleginnen und Kollegen,
sehr geehrte Damen und Herren,

sicher, es ist nicht alles schlecht: Wir haben den Winter überstanden, der Frühling hat begonnen und die warmen Monate des Jahres liegen vor uns. Und sonst? Läuft es auch ganz gut, wenn wir nicht über Corona sprechen. Wenn wir es aber tun – und es führt auch an dieser Stelle kein Weg daran vorbei –, dann stellen wir fest, dass eigentlich gar nichts richtig läuft. Ein Fachminister, der kostenlose Tests für alle verspricht, die es nicht gibt. Eine Kanzlerin, die nicht erklären kann, warum ausgerechnet ein Impfstoff, der in Mainz entwickelt wurde, in Deutschland Mangelware ist. Ein Kanzleramtsminister, der noch immer eine App anpreist, deren Praxis(un)tauglichkeit mittlerweile bewiesen sein dürfte. Und schließlich, als Sahnehäubchen quasi, der Kanzlerin Ankündigung, die Minister Spahn und Scheuer mit der Umsetzung der eilig zusammengezimmerten Teststrategie inklusive kostenloser Bürgertests zu beauftragen. Scheuer und Spahn – bei diesen Namen kommen uns viele Assoziationen, wahrscheinlich nicht unbedingt solche erfolgreicher Politik. Während bei Jens Spahn in den vergangenen Wochen das Gap zwischen vollmundigen Ankündigungen und dem kleinlauten Kassieren ebendieser immer größer wurde, steht Andreas Scheuer primär für ein Milliardengrab beim Thema Autobahnmaut und ein bemerkenswert schlechtes politisches Gedächtnis. Beide sind damit, zumindest in den Augen der Kanzlerin, geradezu prädestiniert, beim Testen nun endlich die Fahrt aufzunehmen, die unser Land braucht.

Ob sich gute Politik dadurch auszeichnet, unbedingt und immer genau das Gegenteil dessen zu tun, was man eigentlich tun sollte, ist eine ausgezeichnete Frage. Manchmal kommt es uns so vor. Beispiele gefällig? Diejenigen zu impfen, die in der ambulanten Versorgung Tag für Tag ihre Frau beziehungsweise ihren Mann stehen und ein besonderes Expositionsrisiko haben? Wo kämen wir denn da hin? Impfungen denjenigen anzuvertrauen, für die es Alltagsgeschäft ist und die sich wie sonst niemand damit auskennen? Wirklich nicht! Auch hier liegt auf der Hand, wie richtige Entscheidungen und gute Politik aussähen. Diese Offensichtlichkeit lässt uns einigermaßen fassungslos zurück. Nicht fassungslos genug, um nicht doch kontinuierlich für die richtige Politik in Wiesbaden zu trommeln und die richtigen Entscheidungen einzufordern. Schließlich am Ende mit Erfolg, denn bei den Impfungen hat schließlich doch die Vernunft gesiegt – sowohl was unsere Impfungen als auch was die Impfungen in den Praxen angeht. Dass dies möglich war, darüber haben wir uns gefreut. Dass es überhaupt nötig war, hinterlässt ein ziemlich zwiespältiges Gefühl.

Weniger ambivalent ist unsere Meinung zum Thema Schutzschirm. Dass der Gesetzgeber an dieser Stelle kneift und die Niedergelassenen für ihre Honorarverluste selbst aufkommen lässt, ist ein wirklicher Skandal. Das darf nicht so bleiben! So gesehen ist doch ziemlich viel schlecht in diesem Corona-Frühling in Deutschland.

Mit kollegialen Grüßen, Ihre

Frank Dastych
Vorstandsvorsitzender

Dr. Eckhard Starke
stv. Vorstandsvorsitzender

KVH testet im Vorbeifahren

Die Impfungen gegen SARS-CoV-2 laufen schleppend, noch immer sind die vulnerablen Gruppen nicht vollständig geimpft. Und das, obwohl Coronaausbrüche in Alten- und Pflegeheimen zu hohen Inzidenzen und Todeszahlen beitragen. Umso wichtiger sind und bleiben die Testungen. Die KVH und das Hessische Ministerium für Soziales und Integration (HMSI) haben daher ein mobiles Coronatestcenter konzipiert, das Gesundheitsminister Kai Klose und die Vorstände der KVH, Frank Dastych und Dr. Eckhard Starke, in Wiesbaden vorgestellt haben.

Sorgte bei den hessischen Medien für Interesse: die Vorstellung des neuen mobilen Testcenters.

Im Kampf gegen das Coronavirus und lokale Ausbruchsgeschehen in Alten- und Pflegeeinrichtungen setzen die KVH und das Sozialministerium seit Anfang Februar auf ein mobiles Testcenter. Das Testmobil ist in ganz Hessen unterwegs und in der Regel innerhalb von 24 Stunden am Einsatzort. Betroffene Heime können das zum rollenden Testcenter umfunktionierte und im KV-Design gestaltete Wohnmobil über die regionalen Gesundheitsämter und das Ministerium anfordern. Ausgestattet mit modernster Labortechnik sind in dem Fahrzeug Schnelltests mit besonders hoher Sensitivität und eine Auswertung innerhalb sehr kurzer Zeit möglich. Die bis zu dreiköpfige „Besatzung" kann sowohl PoC- wie auch PCR-Schnelltests durchführen und auswerten. Dazu sind das ichroma COVID-19 Ag-System, mit dem auch Antikörpertests möglich sind, und das Bosch Vivalytic System zur Auswertung von PCR-Schnelltests mit an Bord. Nur bei Massenausbrüchen müssen PCR-Tests noch in einem externen Labor untersucht werden.

Gemeinsam gegen Corona: Gesundheitsminister Kai Klose (l.) und Dr. Eckhard Starke.

SCHNELLER ÜBERBLICK ÜBER DAS INFEKTIONSGESCHEHEN

„Mit dem Testmobil", so die KVH-Vorstände, „erreichen wir zwei Ziele: Die Alten- und Pflegeheime haben, wenn das Testmobil das Gelände wieder verlässt, im Normalfall einen exakten Überblick über den Infektionsstatus von Bewohnern und Pflegepersonal." Das sei wichtig, weil anhand eines solchen Überblicks unmittelbar Maßnahmen wie räumliche Trennungen vorgenommen werden könnten, ohne dass wertvolle Zeit verstreicht. „Gleichzeitig bleiben die Einrichtungen in der Regel arbeitsfähig und die Bewohnerinnen und Bewohner können maximal geschützt werden", unterstrichen Dastych und Dr. Starke. Im Übrigen könne das Testmobil nicht nur in Alten- und Pflegeheimen, sondern auch bei einem Coronaausbruch in einer Kindertagesstätte oder Schule zum Testen des Personals eingesetzt werden.

GESUNDHEITSMINISTER LOBT HANDLUNGSSCHNELLIGKEIT DER KV

Hessens Gesundheitsminister Kai Klose zeigte sich trotz eiskalter Temperaturen bei der Vorstellung des Testmobils erfreut darüber, dass in Hessen nun ein mobiles Testcenter zur Verfügung steht. Gegenüber Medienvertretern sagte er: „Unser Testmobil ist eine flexible und kreative Ergänzung unserer bestehenden vielfältigen Maßnahmen. Das Beispiel zeigt einmal mehr die hohe Einsatzbereitschaft der KVH und die bewährte und gefestigte Zusammenarbeit zwischen hessischem Gesundheitsministerium und der KVH seit Beginn und beim Kampf gegen die Pandemie. Und: Wir entwickeln weiter, was wir tun." Abschließend bedankte er sich ausdrücklich bei allen am Projekt beteiligten KVH-Mitarbeitern für die schnelle Umsetzung des mobilen Testkonzepts. Er hoffe allerdings, dass das Testmobil möglichst wenig oder bestenfalls überhaupt nicht zum Einsatz kommen muss. ■

Alexander Kowalski

3 Einsätze in Kitas

Das Testmobil hatte vom 8. bis 12. März mehrere Einsätze: am Montag in einer Kita in Hofgeismar, am Dienstag in einer Kita in Kelsterbach und am Mittwoch in einer Kita in Kassel. Für Kinder gibt es Extratests. Hierbei reicht ein einfacher Wangenabstrich. Dies ist deutlich angenehmer als die herkömmlichen Tests.

Coronapolitik – leider keine Erfolgsgeschichte

„Was man ernst meint, sagt man am besten im Spaß“, wusste schon Wilhelm Busch. Diesen Ausspruch nahm sich Frank Dastych, Vorstandsvorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen (KVH), in der Vertreterversammlung (VV) im März ganz offensichtlich zu Herzen. Seine Kritik an der Coronapolitik auf Bundes- und Landesebene war jedenfalls an Ironie kaum zu überbieten.

Und doch machte er deutlich: Was in Berlin und Wiesbaden passiert, ist ein Potpourri aus Unzulänglichkeiten und grenzt bisweilen an Dilettantismus: angefangen bei Gratistests für alle, die nicht in ausreichender Menge zur Verfügung stehen, über ein Öffnungskonzept, das niemand versteht, bis hin zu einer Schnelltest-Taskforce unter der Leitung von Gesundheitsminister Jens Spahn und seinem Kollegen aus dem Verkehrsressort, Andreas Scheuer, die ihr Können bereits an anderer Stelle nicht unter Beweis gestellt haben, und last, but not least einem, so Dastych, „hessischen Impfdesaster“.

HESSEN BEIM IMPFEN STABIL SCHLECHT

Doch der Reihe nach: Überhaupt nicht einverstanden zeigte sich Dastych mit der hessischen Impfkampagne. Gerade einmal 60 Prozent der gelieferten Impfdosen seien verimpft worden. Die Verantwortlichen um den hessischen Innenminister Peter Beuth kritisierte er insbesondere für ihr „dilettantisches Terminmanagement“. Diese hatten kurzerhand die 116117 zur Hotline für die Vergabe der Impftermine gemacht. „Ein großer Fehler“, so Dastych. Es sei vorhersehbar gewesen, dass die zusätzlichen Anrufe

Safety first – Schnelltests bei Vorstand und Co. sorgten in der Europa-Allee für Sicherheit.

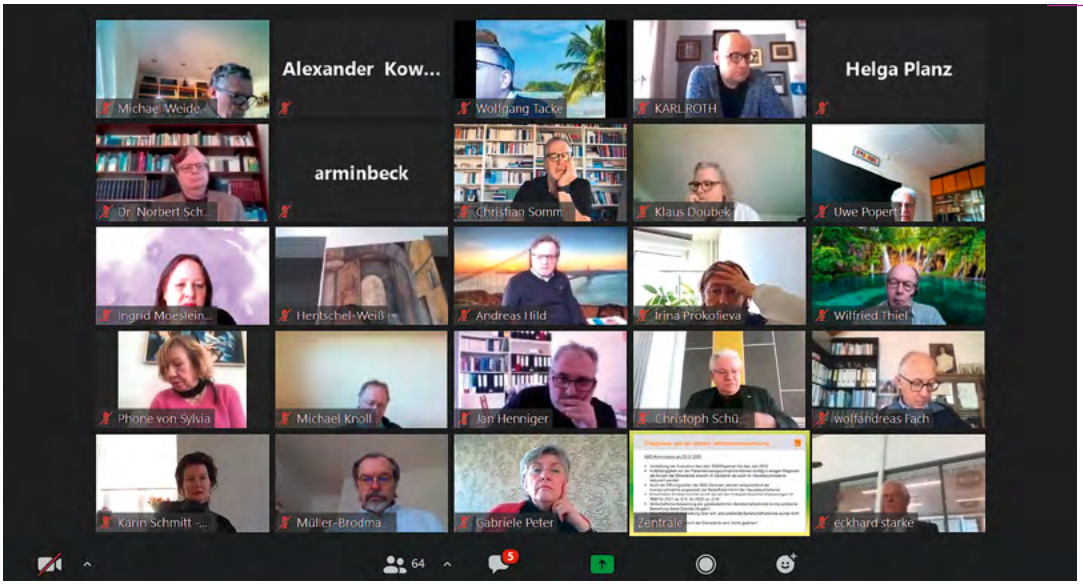
die Hotline überlasten. Viele Impfberechtigte seien überhaupt nicht durchgekommen, um einen Termin zur Impfung zu vereinbaren. „Genau davor haben wir gewarnt, leider hat Wiesbaden nicht auf uns gehört." Die Konsequenz sei, dass Hessen beim Impfen stark hinterherhinke.

Immerhin, so der KVH-Chef, habe das Innenministerium auf Bitten und Drängen der KVH endlich zugestimmt, sowohl die niedergelassenen Ärzte wie auch das Praxispersonal „außer der Reihe" zu impfen. Die Impfungen erfolgten schließlich an zwei aufeinanderfolgenden Wochenenden im Februar und März. „Ein wichtiger Schritt", sagte Dastych und wies darauf hin, dass gerade Hausärzte aufgrund der hohen Patientenzahl ein erhöhtes Infektionsrisiko hätten. Entsprechend zufrieden sei er darüber, dass das Impfangebot gut angenommen worden sei. Nun gehe es darum, auch den Psychotherapeuten möglichst bald ein Impfangebot zu machen. Der hessische Gesundheitsminister Kai Klose habe bereits zugesagt, sich darum zu kümmern. „Wir bleiben am Ball. Darauf können Sie sich verlassen", versprach Dastych in Richtung der Psychotherapeuten. Im Vorfeld der VV hatte es von einigen Psychotherapeuten Proteste gegen den Vorstand gegeben, weil diese bei der Impfung nicht berücksichtigt wurden. In einer Stellungnahme distanzierten sich die psychotherapeutischen Mitglieder der VV ausdrücklich von dieser Kritik und dankten den Vorstandsvorsitzenden für ihren Einsatz und die erfolgreichen Verhandlungen in Wiesbaden.

HERDENIMMUNITÄT NUR DURCH IMPFEN IN DEN PRAXEN MÖGLICH

Im nächsten Schritt, forderte Dastych, müsse nun endlich das Impfen in den Arztpraxen beginnen. Andernfalls würde es schwierig, in den nächsten Monate eine Herdenimmunität zu erreichen. Das Angebot der Niedergelassenen stehe, es sei jetzt an der Politik, dieses anzunehmen, um die hessische Impfkampagne in Schwung zu bringen.

Wenig begeistert zeigte sich der Vorstandsvorsitzende zudem von der politischen Performance rund um die Gratisschnelltests für alle. Nicht nur, dass zum



Corona sei Dank konnten die Vertreter auch dieses Mal nur digital mit dabei sein.

Start am 8. März weder Strukturen noch genügend PoC-Testkits zur Verfügung gestanden hätten, auch habe sich Jens Spahn wieder einmal keine Gedanken darüber gemacht, wie die Arztpraxen die zusätzliche Belastung personell stemmen sollten. „Nur gut, dass der Öffentliche Gesundheitsdienst laut Testverordnung ‚weitere geeignete, qualifizierte und zuverlässige Dritte' mit der Durchführung der Tests beauftragen kann. Vielleicht können wir uns dann bald beim Bäcker testen lassen. Dann müssen wir nur entscheiden, ob wir das Testergebnis am Stück oder geschnitten möchten", konnte sich Dastych ein wenig Sarkasmus nicht verkneifen. Zudem stünde in den Sternen, ob und wann genügend Tests vorhanden

STELLUNGNAHME DER PSYCHOTHERAPEUTISCHEN MITGLIEDER DER VV

Im Februar 2021 erreichte der Vorstand der KV Hessen, dass die niedergelassene Ärzteschaft in Hessen bevorzugt gegen SARS-CoV-2 geimpft werden kann. In einem Rundschreiben an alle Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen gab der Vorstand der KV Hessen dieses erfreuliche Verhandlungsergebnis bekannt und wies unter großem Bedauern darauf hin, dass vorläufig wegen der Impfstoffknappheit die Mitglieder älter als 65 Jahre und die Psychologischen Psychotherapeuten noch nicht geimpft werden könnten. Von beiden zuständigen Ministerien der Landesregierung habe man aber die Zusicherung, dass bald auch für diese Gruppen eine Lösung gefunden und dann die gesamte ambulante Versorgung im Zuständigkeitsbereich der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen geimpft sein werde.

Als der Vorstand der KV Hessen dieses Verhandlungsergebnis bekannt gegeben hatte und ausdrücklich die vorläufige Zurückstellung der älteren Mitglieder, der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten bedauert hatte, kam es gleichwohl von einigen Mitgliedern aus den letztgenannten Gruppen zu empörten Reaktionen und Protesten gegenüber dem Vorstand und dem Hessischen Sozialminister. Zahlreiche dieser Protestschreiben enthielten völlig abwegige Unterstellungen und schwerwiegende Beschimpfungen, die in Form und Inhalt indiskutabel waren und beleidigende Formen angenommen hatten.

Demgegenüber erklärt die Gruppe der psychotherapeutischen Mitglieder der Vertreterversammlung der KV Hessen, dass sie den Verhandlungserfolg ihres Vorstandes ausdrücklich und dankbar begrüßt. Sie weist darauf hin, dass keine Gruppe in der Impfaktion diskriminiert wurde, sondern dass wegen der Knappheit des Impfstoffs Prioritäten notwendig waren. Unerträglich ist es deshalb, wenn aus diesem sachlich begründeten Umstand von einigen Mitgliedern der KV Hessen willkürliche und unbegründete Vorwürfe gegenüber dem Vorstand und dem Hessischen Sozialminister abgeleitet werden, die in Form und Inhalt ehrverletzend sind und paranoiden Einstellungen entsprechen.

Die Vertreter aller psychotherapeutisch tätigen KV-Mitglieder distanzieren sich ausdrücklich von solchen Äußerungen und bedauern es sehr, dass sich einzelne Mitglieder aus den Gruppen der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten zu völlig abwegigen und haltlosen Verdächtigungen gegenüber dem eigenen KV-Vorstand und gegenüber dem Hessischen Sozialminister verleiten ließen. Die Gruppe der psychotherapeutischen Mitglieder der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen weist jegliche Schmähkritik gegenüber dem Vorstand zurück und spricht dem Vorstand ausdrücklich ihren Dank aus für die mit der hessischen Landesregierung vereinbarte Vereinbarung zur vorgezogenen Impfung der niedergelassenen Ärzteschaft in Hessen.

Ilka Heunemann (Psychologische Psychotherapeutin)
Gabriele Peter (Psychologische Psychotherapeutin)
Helga Planz (Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin)
Michael Ruh (Psychologischer Psychotherapeut)
Robert Schmidtner (Psychologischer Psychotherapeut)
Ingrid Moeslein-Teising (ärztliche Psychotherapeutin)
Dr. Albrecht Köhl (ärztlicher Psychotherapeut)

seien. Bei der Taskforce zur Testlogistik um Spahn und Scheuer sei ein „Himmelfahrtskommando" jedenfalls nicht auszuschließen. Noch dazu sei auch die Kommunikation wieder einmal nicht optimal gewesen. Dazu Dastych: „Wir haben durch eine Pressekonferenz mit Ministerpräsident Volker Bouffier und Kai Klose davon erfahren, dass wir vier Tage später – darunter ein Wochenende – in unseren Covid-Koordinierungscentern Schnelltests durchführen sollen. Das nenne ich eine optimale Vorbereitung."

Für Verärgerung und Entsetzen in der VV sorgte der neue Schutzschirm für die ambulante Versorgung. „Dieser Schutzschirm spottet jeder Beschreibung und ist vollkommen inakzeptabel", machte Dastych seinem Ärger Luft. „Dass wir Niedergelassene die Verluste für wichtige Versorgungsleistungen wie ambulantes Operieren und Vorsorgeleistungen aus Rückstellungen, die wir an anderer Stelle benötigen, selbst tragen sollen, beschleunigt die existenzielle Bedrohung der ambulanten Versorgung. Wer so entscheidet, macht klar, dass er die ambulanten Strukturen gar nicht schützen will", so der Vorstandsvorsitzende. Dr. Eckhard Starke, stellvertretender Vorstandsvorsitzender der KVH, pflichtete ihm bei: „Dass die Kostenträger in diesem Zusammenhang immer wieder auf Nachholeffekte verweisen, ist gelinde gesagt eine Frechheit. Solche Effekte wird es weder bei den Haus- noch bei den Fachärzten geben. Das wissen auch die Kostenträger." Bereits im Vorfeld der VV hatte die KVH die Verantwortlichen öffentlich scharf kritisiert.

MEDIBUS FÄHRT WEITER

Bei allem Coronaärger gab es allerdings auch gute Nachrichten. So berichtete Dr. Starke über die positive Entwicklung in der Causa Medibus. Der Fortbestand der mobilen Arztpraxis, die seit 2018 schlecht versorgte Gemeinden in Osthessen anfährt, war aufgrund ungeklärter Finanzierungsfragen lange Zeit offen gewesen. Jetzt ist klar: Der Medibus fährt weiter. Damit ist die Versorgung in der Region zunächst einmal sichergestellt. Neu ist, dass der Bus an eine örtliche Hausarztpraxis angegliedert ist. Die Finanzierung trägt zu 80 Prozent das Land Hessen. Die KVH zieht sich indes aus der Verantwortung zurück. „Für uns als KVH war es wichtig, dass der Medibus weiterhin bestehen bleibt. Mit der Neuorganisation sind wir sehr zufrieden", erklärte Dr. Starke.

Mehr als 800 Patienten an 5 Standorten – der Medibus ist eine starke Alternative im ländlichen Raum!

Der KVH-Vize informierte die Vertreter zudem über eine anstehende Verkürzung der Öffnungszeiten im Ärztlichen Bereitschaftsdienst (ÄBD). Ausgehend von internen Analysen werde die KVH die Öffnungszeiten dahingehend verändern, dass die Zentralen zu bisher kaum frequentierten Zeiten künftig nicht mehr geöffnet sind. Die 24-Stunden-Bereitschaft bleibe davon unberührt, so Dr. Starke. Selbstverständlich ließe sich der ÄBD weiterhin nicht wirtschaftlich betreiben, jedoch würden durch die neuen Öffnungszeiten Kosten eingespart.

Nach neun Jahren VV ist Schluss: Dafür gibt es die goldene Ehrennadel für Dr. Christoph Schüürmann (r.).

GOLDENE EHRENNADEL FÜR DR. CHRISTOPH SCHÜÜRMANN

Den emotionalen Höhepunkt der VV setzte die Verabschiedung von Dr. Christoph Schüürmann. Es war seine letzte VV. Für seine Verdienste um die ärztliche Selbstverwaltung erhielt er aus den Händen des VV-Vorsitzenden, Dr. Klaus-Wolfgang Richter, die goldene Ehrennadel der KVH. Dr. Schüürmann war seit 2011 Mitglied der VV, war jahrelang Mitglied im Strukturausschuss „Ambulantes Operieren" und in der laufenden Legislatur gewähltes Mitglied der KBV-Vertreterversammlung. Er kehrt nun für seinen verdienten Ruhestand in seine niedersächsische Heimat zurück. ■

Alexander Kowalski

Ein Beitrag von Dr. Eckhard Starke, Vorstand der KV Hessen

Pest und Cholera – was machen wir heute anders?

Seuchen, Epidemien und Pandemien haben die Menschen bis heute begleitet. Was lernen wir daraus, und was wiederholt sich? Eine nicht vollständige Betrachtung mitten in einer Herausforderung.

Als die Pest und später die Cholera in Europa ihre Spuren hinterließen, suchten die Menschen wie heute nach Schuldigen und wilde Verschwörungstheorien verbreiteten sich schnell. Bei der Pest zeigte man rasch auf die Juden, die Cholera schien sogar ein Instrument der Reichen zu sein, um sich der Armen zu entledigen. Tatsächlich wütete in Hamburg die Erkrankung in St. Pauli schlimmer als in Altona. Und tatsächlich gibt es Menschen, die heute denken, es seien wieder die Erfolgreichen, die etwas im Schilde führen und sogar mit der Impfung und anderen digitalen Instrumenten etwas übertragen möchten zur besseren Kontrolle und weiteren Gewinnmaximierung.

Zu Beginn des Jahres 2020 schaute man aus Europa etwas ungläubig auf China, wo Menschen wohnen, die sogar Tiere verspeisen, die hierzulande kaum jemand gern anfassen möchte. Und wie schon zu Zeiten der Pest hatten wir die Schuldigen schnell gefunden auf den Wochenmärkten, die so ganz anders aussehen als unsere. Erst als die schockierenden Bilder aus Italien in unseren Wohnzimmern Einzug hielten, ahnten wir, dass eine Pandemie keine Einreiseerlaubnis benötigt.

Der Schock führte zu einer kollektiven Angst, die Verantwortlichen aus Politik und der Wissenschaft stritten sich um die richtigen Sicherheitsmaßnahmen und übertrafen sich gegenseitig mit guten und schlechten Vorschlägen.

Völlig überraschend wurde im April das Wetter besser und völlig überraschend änderte sich das Ansteckungsrisiko von allein. Die Angst relativierte sich, wir fuhren in den Urlaub und machten das, was man in den Ferien so liebt: in den Tag leben, feiern und mit alten und neuen Urlaubsbekanntschaften das Leben genießen. Völlig überraschend ging die Sommerzeit zu Ende und ungewöhnlicherweise wurde es im Herbst wieder nass und kälter und das Virus vom Frühjahr zeigte sich auf einmal schlimmer als je zuvor.

Und wieder gab es Verdrängungen und Schuldzuweisungen, wieder gab es Verlierer und Gewinner. Und mehr noch als vorher zeigen sich politisch Verantwortliche härter und kritischer als andere, auch rückt der Wahlkampf näher und damit der Wunsch nach besonderen Positionen innerhalb der Gesellschaft. Wer hat später schon immer Recht gehabt, wer hätte es besser gemacht, wer schlechter?

Und wie schon vor Jahrhunderten gibt es auch in unserer Gesellschaft Gewinner und Verlierer. Denken wir an die Kinder, die Nähe und behutsame Führung benötigen, an die Älteren, die nichts sehnlicher brauchen als Nähe und Berührung, weil sie sich eh schon nicht mehr der Gesellschaft zugehörig fühlen und in architektonisch modern eingerichteten Aufbewahrungsstätten am Rande der Stadt leben.

Und denken wir an die, die anfällig geworden sind in ihrem Schmerz darüber, von einem Tag zum anderen vor den Trümmern ihrer Lebensplanung zu stehen: die Betreiber von Gaststätten und kleinen Geschäften ebenso wie diejenigen, die mit Leidenschaft in der Luftfahrt gearbeitet haben und jetzt nicht mehr benötigt werden. Denken wir an diejenigen, die allein-

erziehend in einer Dreizimmerwohnung jetzt beim Homeoffice gleichzeitig die Kinder beim E-Learning unterstützen müssen. Sie werden hellhöriger in ihrem täglichen Schmerz, wenn Kritiker ihre Theorien verbreiten. Aber sie werden auch als Querdenker beschimpft, vielleicht auch von denen, die regelmäßig ihr Gehalt auf dem Konto sehen, im Eigenheim wohnen mit Garten und einem Arbeitszimmer für jeden Familienangehörigen.

Während in früheren Zeiten die Kommunikation eher nach dem Spiel „stille Post" ablief, gibt es heute viele Möglichkeiten, weltweit Informationen zeitnah auszutauschen. Es ist relativ neu, jeden Tag zu erfahren, in welcher Region und in welchem Land wie viele Menschen infiziert und wie viele „im Zusammenhang mit Covid-19" gestorben sind. Aber die absoluten Zahlen werden schlicht nebeneinandergestellt, als ob nicht bei über 30.000 Gestorbenen an und in Zusammenhang mit Covid-19 auch jedes Jahr 30.000 Menschen im Zusammenhang mit multiresistenten Keimen sterben oder allein im Jahr 2020 innerhalb eines halben Jahres 20.000 Menschen im Zusammenhang mit der Hitzewelle. Jeder Tote ist ein bedauernswertes Schicksal, aber in Deutschland stirbt jedes Jahr beinahe eine Million.

Und damit sind wir bei der Kommunikation in die Gesellschaft. Unterschiedliche Wissenschaftler diskutieren öffentlich über ihre Erkenntnisse, die sich natürlicherweise im Laufe der Zeit verändern, Berater und Politiker geben ihre Meinung zum Besten, positive Entwicklungen werden gleichzeitig mit der Warnung verknüpft, es könnte bald wieder schlechter werden. Referenzanwendungen und Berechnungsfaktoren werden derart oft geändert, dass der nicht wissenschaftlich tätige Mensch irgendwann aufgibt und keine Angabe mehr in einen Zusammenhang mit vorherigem Zahlenmaterial stellen kann. Dabei haben wir inzwischen Kommunikationswissenschaftler, die ihre Dienste regelmäßig anbieten. Die Krisenkommunikation ist eine eigenständige Wissenschaft geworden – aber in einer Krise kümmert sich keiner darum.

In einer bewundernswert schnellen Zeit wurden inzwischen Impfstoffe entwickelt. Schon vorher beschäftigten sich der Ethikrat und andere hochgelehrte Herrschaften mit einer Triage vor Aufnahme auf die Intensivstation. Als ob es nicht eine individuelle Therapieoption für jeden einzelnen Menschen gäbe, unabhängig davon, wie reich oder alt er oder sie ist. Aber individuelle Entscheidungen müssen auch von einzelnen Personen getroffen und verteidigt werden. Das ist leider unmodern geworden, man tut das, was übergeordnete Räte und Ausschüsse in absoluter Rechtssicherheit anordnen, nicht das, was für den einzelnen Menschen in seiner einzigartigen Situation geboten ist.

Und dann sind wir bei der Systemrelevanz. Für mich persönlich ist die Großmutter, die ihre Enkel schützend im Arm hält und ihnen spannende Geschichten vorliest, genauso systemrelevant wie der Polizist, der darauf achtet, dass die Großmutter dabei alle Hygieneregeln einhält. Und kann man jetzt denjenigen Schuld an der schleppend anlaufenden Impfaktion geben, die vor einem halben Jahr nicht einmal wussten, welcher Impfstoff sich durchsetzen würde?

Kurz: Wird es nicht langsam Zeit, nicht danach zu suchen, wer woran Schuld hat, sondern aufzulisten, was wir beim nächsten Mal besser machen?

Es wird Zeit, darüber zu sprechen, wie wir in Zukunft mit den Menschen in unserer Gesellschaft verständlicher reden, wie wir ihnen einerseits eine Perspektive geben können, eine derart schwere Phase zu ertragen, andererseits ihnen das, was wirklich wichtig ist, so erklären, dass sie es verstehen können.

Noch immer haben wir nicht genügend getan, um der Situation in den Pflegeheimen und der ambulanten Betreuung gerecht zu werden. Es wird Zeit, darüber nachzudenken, welche Aufgaben der Öffentliche Gesundheitsdienst übernehmen kann und wie viel er uns wert ist. Allein mit viel Geld die Möglichkeiten zu schaffen, Menschen einzustellen, reicht nicht, wenn ich nicht gleichzeitig definiere, welche Aufgaben eine solche Einrichtung zukünftig haben soll. Und müssen wir uns nicht auch Gedanken darüber machen, welche Vorteile eine ambulante ärztliche Versorgung in dieser Krise im Vergleich zu anderen Ländern hatte? Wir entwickeln gerade eine Staatsmedizin, die unter Covid-Bedingungen in vielen anderen Ländern der Welt versagt hat!

Es wird Zeit, einen zukünftigen Krisenplan zu entwickeln. Ich wünsche mir, dass auch die mit am Tisch sitzen, die heute die aktuelle Krise ohne Rücksicht auf ihre Gesundheit abarbeiten. ■

Dr. Eckhard Starke
Vorstand der KV Hessen

Primi inter Pares in den KV-Gremien

Es ist der große Vorteil der Selbstverwaltung, dass sie geführt werden kann von Experten, die aus praktischer Erfahrung genau wissen, wovon sie sprechen. Das macht sie stark und führt im Idealfall zu einer hohen Akzeptanz bei den Beteiligten. In der Realität ist aber leider vieles anders. Immer größer ist der Einfluss des Staates; die Lippenbekenntnisse, Anhänger der Selbstverwaltung zu sein, werden durch wiederholte und immer tiefere Eingriffe in selbige konterkariert. Dem gilt es mit einer handlungsstarken Selbstverwaltung entgegenzuwirken. Die massive Einflussnahme, der sich die Selbstverwaltung ständig ausgesetzt sieht, ist den zahlreichen Mitgliedern der verschiedenen KV-Gremien sehr bewusst. Sich dem entschlossen entgegenzustellen, motiviert sie, sich berufspolitisch zu engagieren. In den folgenden Artikeln kommen daher vier Mitglieder der Vertreterversammlung und die beiden Vorsitzenden zu Wort. Alle sind langjährig niedergelassen und bestens mit dem System vertraut. Aus erster Hand schildern sie ihre Eindrücke der höchst abwechslungsreichen Gremienarbeit – immer verbunden mit der Hoffnung, dafür auch Begeisterung bei jungen Kolleginnen und Kollegen zu wecken. Der Nachwuchs fehlt und ohne ihn können die KV-Gremien nicht dauerhaft schlagkräftig bleiben. Daher berichten wir auch über die spannenden Aufgaben der zahlreichen QS-Kommissionen. Und Politikwissenschaftler Prof. Roland Czada erklärt ganz prägnant, warum die Selbstverwaltung die beste Ordnungsform ist. Zudem haben wir vom Bündnis Junge Ärzte ein Statement erhalten, welche Wünsche und Anregungen sie an die Vertreter der ambulanten Versorgung richten. Aufhänger dafür war ihr Positionspapier zu Nachhaltigkeit im Gesundheitswesen und globalem Gesundheitsschutz. Und wenn Sie nach der Lektüre der Titelstrecke einen persönlichen Kontakt zu einem der VV-Mitglieder haben möchten, dann schreiben Sie uns an aufdenpunkt@kvhessen.de. Wir leiten Ihr Anliegen gern weiter. ■

Petra Bendrich

„Mich entspannt die Berufspolitik“

Christian Sommerbrodt, Hausarzt aus Wiesbaden, erzählt im Interview, warum ihn die Arbeit in der ärztlichen Selbstverwaltung interessiert und warum ihn die Berufspolitik sogar entspannt.

Wie sind Sie auf die Idee gekommen, sich in der Selbstverwaltung zu engagieren?

Christian Sommerbrodt: Das war ein Prozess. Der Anstoß dafür war tatsächlich der Wunsch, die Weiterbildung für Allgemeinmediziner voranzutreiben. Darüber bin ich mit der DEGAM und dem Hausärzteverband in Kontakt gekommen. Und der Hausärzteverband hat sich sehr um das Thema der Weiterbildung gekümmert. Dadurch bin ich näher an die politische Arbeit des Hausärzteverbands gerückt und bin von dort dann in die Delegiertenversammlungen und zu anderen Veranstaltungen eingeladen worden. In der Weiterbildung war ich in einer Praxis, in der ich auf meine Fragen oft die Antwort bekam: „Das ist so, frag nicht!“ Das fand ich unbefriedigend und deshalb habe ich mich in die Themen reingefressen, auch zum Beispiel, wenn es um Verordnungen ging. Während meiner Weiterbildung kam es zur EBM-Reform 2007 zu vielen Fragen und ich hatte ein Excel-Tool gebastelt, mit dem man einen Quartalsablauf in einer Hausarztpraxis simulieren konnte, eher um es selbst zu verstehen. Und dieses Abrechnungstool wurde dann ein zentraler Bestandteil meiner Weiterbildungen, die ich damals, für andere Ärzte in Weiterbildung zu halten angefangen habe. Dadurch wurde mein Interesse geweckt, mich auch mehr in Richtung KV zu engagieren. Und vor fünf Jahren bin ich in den Vorstand des Landesverbands gekommen und wurde in die KV-Vertreterversammlung gewählt.

Gibt es etwas, auf das Sie stolz sind in der Arbeit in der VV?

Sommerbrodt: Die KV steht in einer zentraleren Stellung im Gesundheitssystem und man kommt mit unglaublich vielen Fragestellungen in Kontakt. Da ist ein permanenter Einsatz notwendig. Die Digitalisierung des Gesundheitssystems, die Weiterentwicklung des EBM, die politischen Einflüsse aus dem Land und dem Bund, die Umsetzung neuer Anforderungen, die permanenten negativen Einflüsse der Krankenkassen: Das sind alles viele kleine Schritte, bei denen man immer am Ball bleiben muss. Und man beschäftigt sich nicht nur mit den Veränderungen in der Hausarztpraxis. Ich habe in dieser Legislatur auch die gemeinsame Arbeit mit den Fachärzten schätzen gelernt. Wie ich von denjenigen, die länger dabei sind als ich, gehört habe, war das nicht immer so. Viele unserer Ideen werden von den Fachärzten unterstützt und umgekehrt.

Was würden Sie jemandem raten, der mit dem Gedanken spielt, sich in der Selbstverwaltung zu engagieren?

Sommerbrodt: Das Wichtigste ist Geduld. Man kann wirklich einiges erreichen, aber es dauert alles seine Zeit und um gute Ideen muss man auch kämpfen können. Aber als Erstes können wir wählen und dadurch Einfluss nehmen. Sicherlich kann man trotzdem nicht alles ändern oder beeinflussen. Mir wird zu wenig transportiert, worauf wir Einfluss haben und worauf nicht.

Welche Bereiche sind das denn?

Sommerbrodt: Zum Beispiel, wenn wir jetzt ganz aktuell über unsere Bemühungen reden, die Coronaimpfungen in den niedergelassenen Bereich zu bringen. Früher oder später wird die Impfung in der normalen Niederlassung landen. Der Kampf besteht aber darin, diesen Prozess zu beschleunigen, dass man auf die Ministerien einwirkt, dass man Ideen entwickelt, die sich umsetzen lassen, dass man sich reinarbeitet und dann eben auch denjenigen, die zu entscheiden haben, gute Gründe für die richtigen Entscheidungen liefert. Ganz aktuell hat mich der Vorstand der KV gebeten, mir Gedanken zu machen, wie wir das Thema in die Hausarztpraxis bekommen können. Und da ich im Impfzentrum arbeite und die Abläufe kenne, konnte ich sehr detailliert

beschreiben, was wir brauchen, um die Impfungen in der Praxis umzusetzen.

Ein anderes Beispiel ist die Bezahlung der Ärzte in Weiterbildung. In meiner Weiterbildungszeit hat man 2.000 Euro bekommen, die Hälfte von dem, was man an der Klinik bekam. Wir konnten durch die Zusammenarbeit mit einigen Partnern (HESA, JADE, DEGAM, Hausärzteverband) erreichen, innerhalb von drei Jahren die Weiterbildungstarife im niedergelassenen Bereich auf die Tarife des Marburger Bunds anzuheben. Man kann also schon etwas bewegen, wenn man Druck aufbaut, wenn man dranbleibt. Aber es geht halt nicht unbedingt schnell. Deshalb kann ich denjenigen, die mit einem Engagement liebäugeln, raten: Habt Geduld! Man kann nicht, weil einem etwas nicht gefällt, aufschlagen, auf den Tisch hauen und erwarten, dass sich alles sofort ändert. Das sind Prozesse und man muss bereit sein, diese Prozesse mitzutragen. Aber das kann man lernen und das kann man am besten im Berufsverband tun. Der Hausärzteverband ist regional organisiert, mit Bezirken, mit lokalen Treffen, da kann man hingehen und mitarbeiten. In die Delegiertenversammlung des Hausärzteverbandes wird man von seinem Bezirk gewählt. Da waren bei mir also zuerst Bezirkswahlen, in denen ich vom Bezirk Wiesbaden zum Landesdelegierten im Hausärzteverband gewählt worden bin. Dann gings als Wiesbadener auf die DV und vor fünf Jahren bin ich in den Vorstand des Landesverbands und dann später auch als Vertreter in die VV gewählt worden.

Wie sieht es denn mit dem Thema Zeitaufwand aus?

Sommerbrodt: Das ist schwierig. Wenn man es gern macht und viel positiven Input hat, dann fehlt einem diese Zeit nicht im negativen Sinn. Wenn man denn rechnen möchte: Die meisten hessischen Bezirke treffen sich zehnmal im Jahr, meist im Rahmen eines Qualitätszirkels. Die Delegiertenversammlung des Hausärzteverbandes trifft sich dreimal im Jahr, macht zusammen 13 Termine im Jahr. Wenn es dann noch weiter Richtung KV oder Ärztekammer geht, tickt das Zeitkonto natürlich höher. Man nimmt das aber nicht wahr, wenn es auch ein bisschen ein Hobby ist. Natürlich könnte ich auf der Couch sitzen und ein Buch lesen, statt über Gesetzestexten zu brüten und zu überlegen, was das für die Arbeit der Hausärztinnen und Hausärzte bedeutet. Tatsächlich entspannt mich das aber. Das belastet mich nicht.

Christian Sommerbrodt wurde 2016 in die VV gewählt.

Und die Termine zum Beispiel an den Wochenenden?

Sommerbrodt: Natürlich ist nicht alles gleich spannend, aber das ist normal. In jedem Lebensbezug oder Freizeitvergnügen gibt es neben Tollem auch Dinge, die nun mal dazugehören. Auch der Einsatz an dem ein oder anderen Wochenende. Doch die Sitzungen und Abstimmungen in der Vertreterversammlung sind wichtig, und die einzelnen Stimmen haben ein großes Gewicht, weil die VV mit 50 Mitgliedern relativ klein ist. Es macht einen Unterschied, ob ich einer von 10.000 niedergelassenen Ärzten oder ob ich einer von 50 bin. Das hält die Spannung schon aufrecht. Und selbst, wenn wir mit unserer Arbeit nicht immer nur Gutes bewirken können, ist das Abwehren von noch Schlimmerem in meinen Augen manchmal auch ein Erfolg. Das ist schon eine große Verantwortung und Langeweile kommt deshalb nicht auf. ■

Die Fragen stellte
Karl M. Roth

„Das ist für mich bereichernd“

Was motiviert eine Fachärztin für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie/Psychoanalytikerin aus dem ländlichen Bad Hersfeld, sich in ihrer Freizeit ehrenamtlich in der VV und in anderen Gremien zu engagieren? Auf den PUNKT. sprach darüber mit Ingrid Moeslein-Teising.

Über ihre Tätigkeit im Berufsverband DGPT (Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie) kam Ingrid Moeslein-Teising vor über zehn Jahren erstmals als Stellvertreterin eines VV-Mitglieds in Kontakt mit der Vertreterversammlung (VV) der KVH. Sie hat dann rasch gemerkt, dass die VV ein wichtiges Entscheidungsgremium ist, und sich für die Liste Sprechende Medizin als Kandidatin aufstellen lassen. Gewähltes VV-Mitglied ist sie nun schon in der zweiten Legislatur. Sie sagt: „Die Liste Sprechende Medizin tritt ein für Ärzte, die in der Arzt/Psychotherapeut-Patient-Beziehung und im ärztlichen/psychotherapeutischen Gespräch einen wesentlichen gesundheitspolitisch zu schützenden Kern ärztlicher und psychotherapeutischer Kunst und Tätigkeit sehen.“ Sie ist stolz darauf, dass sie in der VV, der sie seit zehn Jahren angehört, maßgeblich mitwirken konnte, dass sich die Psychotherapeuten als eine respektierte Kraft in der VV weiter etablieren konnten. „Wir haben einen guten Stand und alle wissen, dass wir mit den anderen Fachgruppen konstruktiv und gut zusammenarbeiten. Unser Honorar ist zwar niedriger als das anderer Fachgruppen, aber von der Haltung und der Zusammenarbeit her sehen wir uns als Gleiche unter Gleichen. Das läuft alles sehr kollegial ab. Das wissen wir zu schätzen, denn das ist nicht in allen KVen selbstverständlich und gewährleistet“, sagt sie. Sie setzt sich ein für eine starke Selbstverwaltung und gegen die Auslagerung von Entscheidungsprozessen aus den Organen der KV in wirtschaftlich ausgerichtete Parallelorganisationen. Sie ist überzeugt, dass sich eine stark regional vertretene Kassenärztliche Vereinigung immer gut behaupten kann gegen die Versuche der Politik, sie in den ökonomischen Verteilungskämpfen zwischen den einzelnen Arztgruppen zu zerschlagen!

Parallel zur VV engagiert sich Moeslein-Teising auch in zahlreichen anderen Gremien und Vereinigungen. Sie schätzt an ihrem berufspolitischen und teils auch wissenschaftlichen Engagement den Kontakt zu kompetenten Kolleginnen und Kollegen, die wie sie etwas gestalten und entwickeln wollen. Sie ist von der Ordnungsform der Selbstverwaltung hundertprozentig überzeugt. Es bringen sich dort Fachleute ein, die eben aufgrund ihrer Fachexpertise richtige Entscheidungen treffen können, die verstehen, wovon sie sprechen, und die nicht nur einen „Trockenkurs“ hinter sich haben. Zudem sieht sie in ihrem ehrenamtlichen Engagement eine Bereicherung für ihre Praxistätigkeit, da sie in unterschiedlichen Rollen ganz unterschiedliche Aufgaben ausfüllen kann. „Das macht das Spektrum meines Berufes sehr breit. Das ist für mich bereichernd“, sagt sie. Dass sich nicht mehr Frauen in den Gremien engagieren, bedauert sie. Sie hofft, dass sich zukünftig mehr Frauen in der VV engagieren werden und meint schmunzelnd: „In unserer Fachgruppe sind wir da vorbildlich!“ Sie ist überzeugt: „Wenn man einmal anfängt, wird es immer interessanter und wirkmächtiger.“ Inzwischen hat Moeslein-Teising nur noch einen halben Versorgungauftrag. Die andere Hälfte der Zeit widmet sie sich neben Fort- und Weiterbildungsaufgaben voll und ganz der Berufspolitik. Als ehemalige langjährige Vorsitzende der Ärztlichen Kreisvereinigung Bad Hersfeld setzt sie sich auch für die Versorgung im ländlichen Raum, besonders in Nord- und Osthessen, ein. Es ist ihr ein Anliegen, in ihrem ländlichen Umfeld gegen Unterversorgung zu kämpfen, auch gegen die unterschätzte psychiatrische Unterversorgung.

Vor Corona stand sie Videosprechstunden eher ablehnend gegenüber. Corona hat sie aber eines Besseren belehrt. Schon frühzeitig bot sie ihren Patienten auch Videosprechstunden an. „Als Vertreterin der Sprechenden Medizin bin ich froh, dieses Tool – trotz aller damit verbundenen Nachteile – nutzen und den Kontakt zu den PatientInnen damit aufrechterhalten

zu können. So macht mir auch während der Pandemie das Behandeln weiter große Freude." Aber sie warnt auch: „Mit Sorge betrachte ich die zunehmende Ökonomisierung des Gesundheitswesens, das doch der Daseinsfürsorge gilt und nicht der Profitmaximierung! Natürlich muss sparsam und ressourcenschonend gehandelt werden. Aber: Der Mensch ist keine Ware! Gerade in der Coronapandemie ist unserer Gesellschaft da einiges auf die Füße gefallen. Es wäre zu wünschen, dass hieraus Lehren für die Zukunft der Versorgung gezogen werden." ■

Petra Bendrich

Interviewpartnerin

Ingrid Moeslein-Teising aus Bad Hersfeld

Mitglied der VV seit 2011

- Fachärztin für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Psychoanalytikerin DPV/IPA/DGPT/Gruppenanalytikerin D3G
- niedergelassen in freier Praxis (hälftiger Vertragsarztsitz)
- verheiratet, 3 erwachsene Töchter (2 Allgemeinärztinnen, 1 Psychologische Psychotherapeutin i. A.) und 6 Enkel

Wissenschaftliche Interessen, Publikationen und Vorträge:
Frau und Psychoanalyse, die Frau im Lebenszyklus.
Psychoanalyse/Psychotherapie in der Versorgungslandschaft.

Wissenschaftliche Funktionen:
Dozentin am Alexander-Mitscherlich-Institut (Psychoanalytisches Institut) Kassel

Europäische Co-Chair von COWAP (Committee on Women and Psychoanalysis) in der IPA (Internationale Psychoanalytische Vereinigung)

Berufspolitische Funktionen (Auswahl):
DGPT (Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie): Stellvertretende Vorsitzende der DGPT (outgoing), Vorsitzende des Landesverbandes Hessen der DGPT (ehem.)

DPV (Deutsche Psychoanalytische Vereinigung): Berufspolitischer Ausschuss (Gaststatus)

Mitglied des Ausschusses „Psychotherapie" der Landesärztekammer Hessen

Div. Funktionen in der KVH: Mitglied der Vertreterversammlung, des Regionalbeirates Kassel, des Berufungsausschusses, des Versorgungsebenenausschusses, des EHV-Beirates; Ärztliche Vorsitzende des Beratenden Fachausschusses Psychotherapie, QZ-Moderatorin

Funktionen in der KBV: Stellvertretendes Mitglied im Beratenden Fachausschuss Psychotherapie der KBV

STÄKO (Ständige Konferenz der ärztlichen psychotherapeutischen Verbände) für BÄP/Berufsverband der ärztlichen Psychoanalytikerinnen und Psychoanalytiker in der DGPT (Stellvertreterposition)

Unterausschuss Psychotherapie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) (Stellvertreterposition)

Mitgliedschaften (Auswahl):
DPV (Deutsche Psychoanalytische Vereinigung), DGPT (Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie e.V.), DGPM (Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie), D3G (Deutsche Gesellschaft Gruppenanalyse)

LAISPS Los Angeles Institute and Society for Psychoanalytic Studies

Weitere Funktionen:
Ehrenamtliche Richterin am Hessischen Heilberufegericht

„Ich sehe die Berufspolitik ein bisschen als Hobby“

Dr. Karin Schmitt-Hessemer ist seit 20 Jahren VV-Mitglied, für Ilka Heunemann ist es die erste Legislatur. Wir haben beide zu ihrem Einstieg in die Gremienarbeit und zu ihrer Motivation befragt.

Die Augenärztin Dr. Karin Schmitt-Hessemer ist seit 2001 Mitglied der Vertreterversammlung.

Wie kamen Sie auf die Idee, sich in der VV zu engagieren?

Dr. Karin Schmitt-Hessemer: Da ging es mir wie wohl vielen KV-Mitgliedern: Ein Kollege, der der VV schon länger angehörte, rief mich im Vorfeld der Wahlen an und schlug mir vor, mich zu engagieren. Nach einer gewissen Bedenkzeit habe ich dem zugestimmt und es bis heute nicht bereut.

Ilka Heunemann: Auch ich wurde von einem Kollegen angesprochen, ob ich mich nicht bei den Wahlen der KV Hessen als Kandidatin aufstellen lassen wolle. Als langjährig Aktive im Vorstand der Deutschen PsychotherapeutenVereinigung habe ich natürlich sofort Ja gesagt. Ich finde es wichtig, dass bei einer Berufsgruppe mit über 70 Prozent Frauenanteil auch Frauen in den Gremien vertreten sind. Und ich freue mich natürlich, mich auch durch dieses Amt noch mehr für die Interessen der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichen Psychotherapeuten in Hessen einsetzen zu können.

Ilka Heunemann praktiziert als Psychologische Psychotherapeutin in Bad Schwalbach.

Was sind Ihre größten Erfolge im Zusammenhang mit Ihrem Engagement in der VV?

Heunemann: Mein Wunsch war es, sich gemeinsam mit den psychotherapeutischen Kolleginnen und Kollegen in der VV für die Belange von Psychotherapeuten einzusetzen. Ein sehr wichtiger Schritt in dieser Legislatur war es sicher, dass wir wieder ermöglicht bekamen, dass ein Psychotherapiebeauftragter vom Vorstand benannt wurde. Dadurch können wir unsere Anliegen und Belange einfacher beim Vorstand platzieren und die Psychotherapie wird insgesamt noch besser in der KV Hessen repräsentiert.

Schmitt-Hessemer: Meine Lieblingstätigkeit war und ist der Zulassungsausschuss, dem ich seit einigen Jahren angehöre. Leider leidet die Effizienz der Zusammenarbeit derzeit etwas unter den coronabedingten Auflagen und Videokonferenzen, die unumgänglich sind. Ich bin aber sicher, dass diesbezüglich bald bessere Zeiten auf uns zukommen. Über die Ausschusstätigkeit hinaus ist es mir immer eine Freude, Kolleginnen und Kollegen eine Frage beantworten oder helfen zu können. Diese direkten Kontakte unter Ärzten und Psychotherapeuten finde ich sehr wichtig.

Was würden Sie dem berufspolitisch interessierten Nachwuchs empfehlen?

Schmitt-Hessemer: Dem Nachwuchs würde ich unbedingt raten, sich berufspolitisch zu engagieren. Dies trägt erheblich dazu bei, die eigene Tätigkeit und die Hintergründe besser zu verstehen. Ich kann auch versprechen, dass es meistens Spaß macht.

Heunemann: Dem Interesse unbedingt nachzugehen und mit einem Berufs- oder Fachverband, der in der KV Hessen aktiv ist, Kontakt aufzunehmen. Es ist sicher am Anfang hilfreich, ein Netzwerk zu haben und sich gemeinsam mit erfahrenen Kolleginnen und Kollegen engagieren zu können – noch mal mehr, wenn man, wie wir Psychotherapeuten, immer anzahlmäßig in der Minderheit in der VV bleiben wird.

Wie viel Zeit wenden Sie für Ihre Tätigkeit auf?
Heunemann: Ich habe aufgehört, mich mit der Zeit, die ich für Berufspolitik einsetze, auseinanderzusetzen. Ich sehe es ein bisschen auch als ein Hobby, da fragt man sich ja auch nicht, wie viele Stunden man am Abend oder Wochenende noch dafür aufgewendet hat.

Schmitt-Hessemer: Das ist schwer zu beantworten. Da gibt es große Schwankungen. In meinem Fall sind es sicher in jeder Woche einige Stunden. Das sollte aber niemanden abschrecken, denn ich gehöre ja einigen Ausschüssen an, die recht zeitintensiv sind. Mit geringerem zeitlichen Aufwand ist auf jeden Fall auch eine effektive KV-Arbeit möglich. ■

Die Fragen stellte
Petra Bendrich

„Die Selbstverwaltung ist die beste Ordnungsform“

Zu den Vorteilen des deutschen Gesundheitssystems

Professor Roland Czada ist Politikwissenschaftler und beschäftigt sich unter anderem mit Staatstheorie und Verwaltungsforschung. In einem Klartext-Interview aus dem Jahr 2020 spricht er über die „Intelligenz der Demokratie“, die Vorteile des deutschen Gesundheitssystems und Europas Handeln in der Krise. Aus diesem Interview hat Auf den PUNKT. zwei Fragen und Antworten übernommen.

Ein Baustein der medizinischen Versorgung in Deutschland ist die Selbstverwaltung. Welchen Nutzen bringt diese Ärzten und Patienten?
Prof. Roland Cazada: Die Medizin sieht ihre Aufgabe darin, Kranke zu heilen und ihnen ein lebenswertes Dasein zu ermöglichen. Die Ärzteschaft war immer Fürsprecher der Patienten, während Krankenkassen und Regierungen über die Ausgaben des Gesundheitssystems zu wachen haben. Die daraus entstehende Konfliktlinie tritt in der Selbstverwaltung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) klar zutage. Sie dient dem friedlichen Interessenausgleich ebenso wie einer evidenzbasierten Qualitätssicherung. Es ist keine perfekte, aber im internationalen Vergleich meines Erachtens die beste Ordnungsform. In Selbstverwaltung erlassene Therapienormen werden im Kreis sachverständiger Leistungsträger beschlossen und nach deren professionellen Qualitätskriterien umgesetzt. Wer wollte stattdessen nach Vorgaben politischer Parteifunktionäre oder gemäß der Fülle seines Geldbeutels medizinisch behandelt werden? Das in relativer Autonomie vom Staat funktionierende Solidarsystem erweist sich gerade aus Patientensicht weltweit als vorbildlich.

Politische und insbesondere auch Gesundheitssysteme leben von der Akzeptanz ihrer Teilhaber. Hat sich die Corona-Krise auf die Legitimität des deutschen Ansatzes ausgewirkt beziehungsweise wird sie dies in Zukunft tun?
Prof. Roland Cazada: Akzeptanz beruht überwiegend auf Leistung und Zweckerfüllung. Das gilt für das Gesundheitssystem mehr als für andere Politikfelder. Ein Autobahnstau oder eine Zugverspätung sind lästig. Staus und Verspätungen im Gesundheitssystem tangieren das Recht und den Wunsch auf Leben. Ich bin sicher, dass die Pandemie den Stellenwert von Gesundheitsdiensten und deren Ordnungsform verstärkt ins Bewusstsein gerückt hat. Die vergleichende Gesundheitssystemforschung hat schon jetzt darauf reagiert und eine Neubewertung von Erfolgsparametern erkennen lassen. Der leichte Zugang zu ambulanten Versorgungsleistungen in der Fläche genießt dabei höchste Wertschätzung.

Nachgedruckt mit freundlicher Genehmigung der KBV aus „Klartext 3/2020“, Seite 15. ■

Es ist die Qualität, die zählt

Hohe Standards sind dank der fachärztlichen Kommissionen gesichert.

So ist es in lockdownfreien Zeiten: Mit prall gefüllten Taschen und Trolleys trifft an einem Mittwochnachmittag neben anderen Qualitätssicherungskommissionen die Qualitätssicherungskommission (QS-Kommission) Koloskopie in der KVH ein. Berge von Behandlungsdokumentationen müssen besprochen und beurteilt werden. Im Nebenraum tagt die QS-Kommission Sonographie – ein ganz anderes Bild: Auf der Liege liegt live eine Probandin aus einem Team der Qualitätssicherung; mithilfe des KV-eigenen Ultraschallgeräts zeigt ein Arzt im Rahmen seines Kolloquiums, dass er schallen kann und dies nach bestandenem Kolloquium auch QS-seitig darf.

QUALITÄTSSICHERUNGSKOMMISSIONEN – FACHÄRZTLICHE EXPERTISE PUR

In Hessen fiel der Startschuss für die Qualitätsprüfung bereits in den 60er-Jahren. Einige Ärzte, die schon radiologisch tätig waren, begannen, im Auftrag der KVH im Rahmen von Fachgesprächen die Qualitätsprüfung für die genehmigungspflichtigen Leistungen in der vertragsärztlichen Versorgung durchzuführen. Gestartet wurde mit zwei Fachprüfern, die vom Vorstand der KVH benannt wurden. In den 80ern folgte als nächstes großes Prüfgebiet die Sonographie. Zwischen 1980 und 1985 entwickelten sich hieraus die ersten QS-Kommissionen.

Inzwischen engagieren sich in 24 QS-Kommissionen mehr als 200 Kommissionsmitglieder im Sinne der Gewährleistung einer qualitativ hochwertigen Versorgung. Anhand bundesweiter gesetzlicher Vorgaben finden sich diese Kommissionen in allen 17 Kassenärztlichen Vereinigungen wieder – ein großer Antritt zur Sicherung der Qualität in der ambulanten Versorgung. Fachärzte der jeweiligen Disziplinen werden für ihre Arbeit in den Kommissionen

vom Vorstand der KVH sorgfältig ausgewählt und benannt. Die Besetzung der QS-Kommissionen ist also grundsätzlich Chefsache.

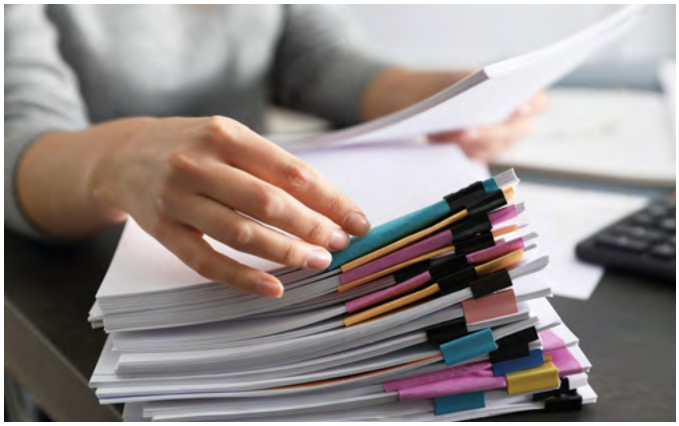
In den Fachbereichen, für die der Gesetzgeber bislang keine fachärztliche Expertise in Form von QS-Kommissionen vorgesehen hat, stehen der KVH Qualitätssicherungsbeauftragte mit Rat und Tat zur Seite. Natürlich sind auch diese vom Vorstand berufen.

QUALITÄTSPRÜFUNGEN ZUR AUFRECHTERHALTUNG UND ZUM ERLANGEN VON GENEHMIGUNGEN

Der Gesetzgeber gibt eindeutige Regeln vor, wie und was im Rahmen der Aufrechterhaltung der Genehmigung von den Teams der Qualitätssicherung und den QS-Kommissionen zu prüfen ist. Unter anderem werden per Zufallsprinzip Stichproben abrechnender Ärzte nach einem definierten Prozentsatz gezogen und vom ausgewählten Arzt wird eine vorbestimmte Menge an Patientenfällen angefordert.

Auch die einzureichenden Unterlagen sind gesetzlich festgeschrieben. Dabei handelt es sich beispielsweise um Bilddokumente, Arztbriefe, Operationsberichte, Glasträger, Dokumentationsbögen und andere Unterlagen, die Indikationsstellungen, Behandlungs- oder Krankheitsverläufe abbilden und damit Prüfungsgrundlage sind. Mehr als 11.000 Patientenfälle gehen im Jahr über die Tische und Bildschirme unserer Kommissionsmitglieder.

Viele Genehmigungen können direkt erteilt werden, wenn alle Voraussetzungen erfüllt sind und die notwendigen Unterlagen den Teams der Qualitätssicherung vorliegen. Einige Qualitätssicherungsvereinbarungen oder andere rechtliche Regularien sehen aber neben der Vorlage der geforderten Dokumente zusätzlich eine Vorabprüfung in Form eines Kolloquiums vor. Dann kommt zwingend die QS-Kommission ins Spiel. Bei der KVH wird in mehr als 100 Kolloquien jährlich durch die jeweiligen QS-Kommissionen die fachärztliche Kompetenz der Ärzte, die eine Genehmigung beantragt haben, überprüft. Aufgrund von Fragen und Antworten im Fachgespräch oder durch tatsächliches, aktives Demonstrieren der Untersuchung beurteilt die QS-Kommission die Qualität des Fachwissens – und wenn alles passt, ist das Kolloquium bestanden und die Genehmigung wird erteilt.



OHNE VERWALTUNG – KEINE KOMMISSIONSARBEIT

Die Mitarbeiter in den Teams der Qualitätssicherung arbeiten eng und vertrauensvoll mit „ihren" Kommissionsmitgliedern zusammen. Ohne das Engagement von mehr als 30 Verwaltungsmitarbeitern, die Stichproben ziehen, Unterlagen anfordern, Bescheide schreiben, Genehmigungen erteilen und hier und da nachsteuern, könnten die fachärztlichen Kommissionen ihren Auftrag nicht erfüllen. Die Verwaltung stellt die gesetzliche Aufgabenstellung sicher. Sie prüft die Notwendigkeit von Kommissionssitzungen,

lädt dazu ein, organisiert die Sitzung und protokolliert diese, damit jederzeit Rechtssicherheit gewährleistet ist. Alles, was die Verwaltung kann und rechtlich darf, wird dort auch in die Hand genommen und erledigt. Aber überall, wo fachärztliche Expertise gefragt ist, wenden sich die Teams der Qualitätssicherung vertrauensvoll an ihre Kommissionen.

Die Beurteilungen der Behandlungsfälle finden dann im Rahmen von ca.150 Sitzungen pro Jahr statt, in denen mit mindestens sechs Arztaugen jeder Fall begutachtet und ein gemeinsames Ergebnis erzielt wird. So ist Fairness immer gesichert.

KOMMISSIONSSITZUNGEN IN ZEITEN VON CORONA

Vor-Ort-Sitzungen sind aufgrund der aktuellen Situation derzeit leider nur sehr eingeschränkt möglich. Die Qualitätssicherungsarbeit ist aber wichtig und muss weitergehen; es galt und gilt also, neue Wege zu finden. Ob virtuell, an alternativen Orten oder über die datenschutzgesicherte Cloud: Die Kommissionsarbeit findet auch 2020 und 2021 statt und ist dadurch auch moderner und zeitgemäßer geworden – und das klappt sehr gut, zumindest wo es möglich ist. Manche Prüfungen, wie zum Beispiel die Beurteilung bildgebender Verfahren, für die sehr hochauflösende Bildschirme und eine aufwendige Technik nötig sind, können zurzeit nur eingeschränkt durchgeführt werden.

QUALITÄTSBERICHT DER KBV

Übergeordnet werden auf Bundesebene seit 2003 einmal im Jahr vollumfänglich die Daten der Qualitätssicherung aller Kassenärztlichen Vereinigungen erhoben. Hieraus entsteht jährlich der KBV-Qualitätsbericht mit mehr als 150 Seiten. Der Bericht stellt neben anderen Themen in großen Teilen eine umfassende Zusammenstellung der Ergebnisse aus den QS-Prüfungen für alle Leistungsbereiche dar. Jede

KV kann hier für sich einsehen, wie sie in Bezug auf die Anzahl und Ergebnisse der Prüfungen im Bundesschnitt liegt; Sinn, Zweck und Bedeutung der Qualitätssicherung und der Kommissionsarbeit werden hier eindrücklich dokumentiert.

Das Herzstück der Sicherung der Qualität in der ambulanten Versorgung im Rahmen des gesetzlichen Auftrags ist die Arbeit der QS-Kommissionen und der QS-Beauftragten. Die KVH bedankt sich für die hervorragende Kompetenz, das große Engagement und die vertrauensvolle Zusammenarbeit.

QUALITÄTSGESICHERTE LEISTUNGEN IN DER AMBULANTEN VERSORGUNG

Für eine Sicherung der Qualität ärztlich erbrachter Leistungen gelten bundesweit einheitliche Maßstäbe. Die Qualitätssicherung der KVH unterstützt ihre Mitglieder dabei, ihre Patienten nach aktuellen fachlichen Standards und neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen zu behandeln. Viele Untersuchungen

Nr. 2 – April 2021

KASSENÄRZTLICHE
VEREINIGUNG
HESSEN

info.service

Offizielle Bekanntmachungen der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen

Abrechnung

EBM aktuell
2 EBM-Änderungen seit 1. Januar 2021

Honorarverteilung

Honorarverteilungsmaßstab (HVM)
3 Änderung des Honorarverteilungsmaßstabs (HVM)

Qualität

Beratung Fortbildungsverpflichtung
18 Mit unseren Beratungen können Sie punkten

Qualitätssicherung / Abrechnung
18 Ärztliche Zweitmeinung neu bei geplantem Kniegelenkersatz

EBM aktuell

EBM-Änderungen seit 1. Januar 2021

Die weiteren EBM-Änderungen zum 01.01.2021 sind bereits in der vorherigen Ausgabe Nr. 1/Februar 2021 veröffentlicht.

Infobox

Praxistipp:

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

www.kvhessen.de/ebm-aenderungen

Reinschauen lohnt sich!

Strahlentherapie

Wenn Sie als Strahlentherapeut die GOP 25330 (Moulagen- oder Flabtherapie) erbringen und abrechnen, erhalten Sie dafür seit dem 01.01.2021 neu 1374 Punkte (vorher 1347 Punkte). Die GOP ist nun 152,85 Euro wert; der bundeseinheitliche Punktwert 2021 beläuft sich auf 11,1244 Cent. Der Bewertungsausschuss hat die Punktzahl der GOP 25330 rückwirkend mit Beschluss aus der 548. Sitzung auf 1374 Punkte korrigiert.

EBM-FR

Honorarverteilungsmaßstab (HVM)

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

Gültig ab dem 1. Januar/1.April 2021

Die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen hat in ihrer Sitzung am 06.03.2021 Änderungen des Honorarverteilungsmaßstabes beschlossen. Diese Änderungen werden hiermit veröffentlicht.

Der Honorarverteilungsmaßstab (HVM) der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen gem. § 87b Abs. 1 S. 2 SGB V wird mit Wirkung ab 01.01.2021 bzw. 01.04.2021 wie folgt geändert:

A) Ab 01.01.2021:

I) Im Inhaltsverzeichnis wird Ziffer 4 geändert und lautet wie folgt:

„4. Bereinigung aufgrund Entbudgetierung der Leistungen nach dem Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG)

4.1 TSVG-Konstellationen und Bereinigungszeiträume
4.2 TSVG Bereinigung ab dem 2. Bereinigungsjahr“

II) Das Anlagenverzeichnis wird angepasst und lautet wie folgt:

„Anlagen
Anlage 1 Arztgruppen
Anlage 2 QZV Zuordnung
Anlage 3 Nicht besetzt
Anlage 4 Katalog förderungswürdiger Leistungen ab 1/2021
Anlage 5 MGV-Veränderungen
Anlage 6 Hausärztliche Strukturpauschale“

III) Abschnitt I wird geändert und lautet wie folgt:

„Abschnitt I
Extrabudgetäre Gesamtvergütung (eGV)

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

In den Quartalen 1 bis 4 des Jahres 2021 stehen für die Vergütung der Zuschläge für die Behandlung HIV-Infizierter (GOP 99099) zusätzlich außerhalb der MGV 100.000,- € nach Abschnitt II des Honorarvertrages für das Jahr 2021 zur Verfügung. Der Betrag wird gleichmäßig auf die Quartale 1 bis 4 des Jahres 2021 (25.000,- € je Quartal) aufgeteilt. Die förderungswürdige Leistung sowie der entsprechende Zuschlag ist in der Anlage 4 aufgeführt.

Sollte der für die Quartale 1 bis 4 des Jahres 2021 zur Verfügung stehende Betrag in Höhe von 25.000,- € nicht ausreichen um den Zuschlag zu der abgerechneten Leistung in voller Höhe zu vergüten, erfolgt je Quartal eine einheitliche Quotierung des Zuschlags.

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

Weiterhin ausgenommen von den Zuschlägen zu den in der Anlage 4 genannten förderungswürdigen Leistungen sind Leistungen, welche aus dem Grundbetrag „Bereitschaftsdienst/Notfall“ vergütet werden, die Leistungen bei Sonstigen Kostenträgern und die Leistungen, welche durch Laborgemeinschaften und Krankenhäuser/Institute abgerechnet werden oder über die KVH im Auftrag abgewickelt werden.“

IV) Abschnitt II Teil A Nr. 1 wird ergänzt und lautet wie folgt:

„1. Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung

Auf der Basis des § 87b SGB V und insbesondere der Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung nach § 87b Abs. 4 SGB V in der jeweils gültigen Fassung wird das folgende Verfahren zur Verteilung des Ausgabenvolumens nach § 87 d Abs. 4 Satz 2 SGB V sowie zur Berechnung und Anpassung der Regelleistungsvolumen und qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen nach § 87b Abs. 4 Satz 1 SGB V festgelegt.

Ausgangsgröße der Honorarverteilung ist die jeweils für das Abrechnungsquartal von den Krankenkassen mit befreiender Wirkung zu entrichtende morbiditätsbedingte Gesamtvergütung nach § 87a Abs. 3 Satz 1 SGB V.

Die zuvor genannte morbiditätsbedingte Gesamtvergütung nach § 87a Abs. 3 Satz 1 SGB V wird um die Finanzmittel für Strahlentherapie nach Beschluss des BA in seiner 513. Sitzung vom 1. Quartal 2021 bis zum 4. Quartal 2022 verringert. Die Finanzmittel inklusive FKZ-Zahlungen werden im Sinne eines Honorartopfes in Abschnitt II Teil B Nr. 4.3.1 Buchstabe j) bereitgestellt. Die Höhe der Finanzmittel wird durch den kassenseitigen Eindeckelungsbetrag/Aufsatzwert bestimmt.

Des Weiteren wird die zuvor genannte morbiditätsbedingte Gesamtvergütung nach § 87a Abs. 3 Satz 1 SGB V um die aktuelle Leistungsanforderung mit der Kennzeichnung GOP 88240 (Coronavirus) aus Rückstellungen anteilig nach Abschnitt II Teil B Nr. 3.2 Buchstabe a) und 4.2 Buchstabe a) erhöht und in Abschnitt II Teil A Nr. 3.1.3 den Grundbeträgen zugeführt."

V) Abschnitt II Teil A Nr. 3 wird geändert und lautet wie folgt:

3. Grundbeträge

Zur Festlegung und Anpassung des Vergütungsvolumens für die hausärztliche und fachärztliche Versorgung ist nach KBV-Vorgaben die Bildung verschiedener Grundbeträge je Versicherten vorgesehen, sofern die entsprechenden Leistungen nach den regionalen Gesamtverträgen innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung nach Abschnitt II Teil A 1. zu vergüten sind.

Folgende Grundbeträge sind nach KBV-Vorgaben zu bilden:

- Bereitschaftsdienst und Notfall (GB BD/Notfall)
- Labor (GB LAB)
- Hausärztliche Versorgungsebene (GB HÄ)
- Fachärztliche Versorgungsebene (GB FÄ)
- Pauschale für fachärztliche Grundversorgung (GB PFG)
- Leistungen des genetischen Labors (GB gen.LAB)

Die Basis für den jeweiligen Ausgangswert ist das im Vorjahresquartal gebildete Vergütungsvolumen je Grundbetrag zuzüglich der durchgeführten Bereinigungen für Verträge zur Hausarztzentrierten Versorgung (HzV) und Kostenerstattungsfälle (§§ 13 Abs. 2, 53 Abs. 4 SGB V) abzüglich der arztseitigen Bereinigungen zum Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) nach Abschnitt II Teil C Nr. 4.2, dividiert durch die Versichertenzahl im Vorjahr.

Die im Vorjahresquartal zur Anwendung gekommenen Ein- und Ausdeckelungen der MGV nach Abschnitt II Teil A 1. sowie Verschiebungen von Leistungen in andere Grundbeträge sind bereits bei der Bildung der Ausgangswerte berücksichtigt.

VI) In Abschnitt II Teil A Nr. 3.2 Angleichung an die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung wird der letzte Satz ersatzlos gestrichen.

VII) Abschnitt II Teil B Nr. 2.2.2 Vergütung der veranlassten Laborleistungen der Abschnitte 32.2 und 32.3 EBM wird um einen weiteren Satz wie folgt ergänzt:

„Leistungen mit der Kennzeichnung GOP 88240 (Coronavirus) werden mit 100 % vergütet."

VIII) In Abschnitt II Teil B Nr. 3.3.1 Vorwegleistungen Satz 1 werden die Worte „unter Berücksichtigung der TSVG-Bereinigung des Abschnitts II Teil C Nr. 4.4.2.1" gestrichen.

IX) Abschnitt II Teil B Nr. 3.3.1 Vorwegleistungen wird nach dem Buchstaben g) um einen weiteren Buchstaben h) wie folgt ergänzt:

„h) Verteilungsvolumen zur Vergütung von Leistungen mit der Kennzeichnung GOP 88240. Basis bildet die aktuelle Leistungsanforderung, die dem Grundbetrag HA für diese Leistungen nach Abschnitt II Teil A Nr. 3.1.3 zugeführt wurde."

X) Abschnitt II Teil B Nr. 3.3.3 RLV/QZV und freie Leistungen wird am Ende des 2. Absatzes um einen weiteren Satz wie folgt ergänzt:

„Dem ermittelten arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumen ist die relevante TSVG Bereinigung je Arztgruppe nach Abschnitt II Teil C Nr. 4.2 hinzuzufügen."

XI) Abschnitt II Teil B Nr. 3.9.1 Leistungen RLV/QZV wird geändert und lautet wie folgt:

Die Leistungsanforderung für die Bereiche RLV/QZV wird dem Arzt bis zu seinem arztindividuellen, um die TSVG-Bereinigung des Abschnitts II Teil C Nr. 4.2 angepassten RLV bzw. QZV zu 100 % vergütet.

Die arztindividuellen RLV und QZV werden bei Überschreitung miteinander verrechnet.

Sofern ein Arzt innerhalb einer BAG sein RLV/QZV Volumen nicht ausschöpft, kann das noch zur Verfügung stehende Volumen von in der Praxis beteiligten Vertragsärzten genutzt werden, um eine mögliche RLV/QZV Überschreitung praxisbezogen zu verringern oder auszugleichen.

XII) Abschnitt II Teil B Nr. 3.9.3 Vorwegleistungen wird um einen weiteren Absatz wie folgt ergänzt:

„Zu h) aus Abschnitt II Teil B 3.3.1:

Die Leistungsanforderung wird zu 100 % vergütet."

XIII) In Abschnitt II Teil B Nr. 4.3.1 Vorwegleistungen Satz 1 werden die Worte „unter Berücksichtigung der TSVG-Bereinigung des Abschnitts II Teil C Nr. 4.4.2.1" gestrichen.

XIV) Abschnitt II Teil B Nr. 4.3.1 Vorwegleistungen wird nach dem Buchstaben i) um einen weiteren Buchstaben j) und einen weiteren Buchstaben k) wie folgt ergänzt:

„j) Verteilungsvolumen zur Vergütung getrennt für strahlentherapeutische Leistungen des Kapitels 25 EBM (ohne die Gebührenordnungspositionen 25228 bis 25230) und für den zu erwartenden FKZ-Saldo. Basis bilden die in Abschnitt II Teil A Nr. 1 bereitgestellten Finanzmittel.

k) Verteilungsvolumen zur Vergütung von Leistungen mit der Kennzeichnung GOP 88240. Basis bildet die aktuelle Leistungsanforderung, die dem Grundbetrag FA für diese Leistungen nach Abschnitt II Teil A Nr. 3.1.3 zugeführt wurde."

XV) Abschnitt II Teil B Nr. 4.3.3 wird geändert und lautet wie folgt:

„4.3.3 RLV/QZV und freie Leistungen

Nach Abzug der Verteilungsvolumen für Vorwegleistungen ausgenommen Abschnitt II Teil B Nr. 4.3.1 Buchstabe j) (eigener Honorartopf) und für RLV/QZV überschreitende Leistungen bildet das verbleibende Volumen das Budget für die Regelleistungsvolumen, qualifikationsgebundene Zusatzvolumina und freie Leistungen.

Für die Aufteilung je Arztgruppe bilden die korrespondierenden Quartale 2/2018 – 1/2019 die Basis. Hierbei wird die Leistungsanforderung der genannten Quartale mit dem EBM 2020 transkodiert. Des Weiteren wird die aktuelle Zuordnung zum Vergütungsbereich RLV/QZV/frL (sofern diese Leistungen der MGV unterliegen und nicht in anderen Grundbeträgen bereits berücksichtigt sind) herangezogen.

Die Leistungsanforderung je Arztgruppe ins Verhältnis zur gesamten Leistungsanforderung der Versorgungsebene gesetzt, ergibt den prozentualen Anteil je Arztgruppe. Dieser wird mit dem Verteilungsvolumen multipliziert und ergibt das arztgruppenspezifische Verteilungsvolumen RLV/QZV und freie Leistungen je Arztgruppe nach Anlage 1. Dem ermittelten arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumen ist die relevante TSVG Bereinigung je Arztgruppe nach Abschnitt II Teil C Nr. 4.2 hinzuzufügen.

Das arztgruppenspezifische Verteilungsvolumen wird jeweils auf nachfolgende arztgruppenspezifische Vergütungsbereiche aufgeteilt:

a) Vergütungsbereich für die Vergütung ärztlicher Leistungen innerhalb der Regelleistungsvolumen.

b) Vergütungsbereich für die Vergütung ärztlicher Leistungen innerhalb der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen.

c) Vergütungsbereich für freie Leistungen.

Basis für die Aufteilung bilden auch hier die korrespondierenden Quartale 2/2018 – 1/2019. Hierbei wird die transkodierte Leistungsanforderung (EBM 2020) des korrespondierenden Quartals der Vergütungsbereiche RLV/QZV und frL je Arztgruppe herangezogen. Die Aufteilung in die einzelnen Vergütungsbereiche erfolgt je Arztgruppe nach dem sich ergebenden prozentualen Anteil RLV, QZV oder frL nach Anlage 2. an der zuvor ermittelten gesamten Leistungsanforderung RLV/QZV und frL je Arztgruppe.

Dem nach Buchstabe a) gültigen Vergütungsbereich wird bei einer möglichen Unterschreitung nach Abschnitt II Teil B 4.9.2 das unterschrittene Verteilungsvolumen des Vorjahresquartals als zusätzliches Verteilungsvolumen zur Verfügung gestellt."

XVI) Abschnitt II Teil B Nr. 4.9.1 Leistungen RLV/QZV wird geändert und lautet wie folgt:

„Die Leistungsanforderung für die Bereiche RLV/QZV wird dem Arzt bis zu seinem arztindividuellen, um die TSVG-Bereinigung des Abschnitts II Teil C Nr. 4.2 angepassten, RLV bzw. QZV zu 100% vergütet.

Die arztindividuellen RLV und QZV werden bei Überschreitung miteinander verrechnet.

Sofern ein Arzt innerhalb einer BAG sein RLV/QZV Volumen nicht ausschöpft, kann das noch zur Verfügung stehende Volumen von in der Praxis beteiligten Vertragsärzten genutzt werden, um eine mögliche RLV/QZV Überschreitung praxisbezogen zu verringern oder auszugleichen."

XVII) Abschnitt II Teil B Nr. 4.9.3 wird geändert/ergänzt und lautet wie folgt:

„4.9.3 Vorwegleistungen

Die in Abschnitt II Teil B 4.3.1 unter a) bis k) genannten Leistungen und Leistungsbereiche werden nach folgender Systematik vergütet:

Zu a) aus Abschnitt II Teil B 4.3.1:
Die Leistungsanforderung wird zu 100% vergütet. Der Saldo zu der nach Abschnitt II Teil B 4.3.1 gebildeten Rückstellung wird mit dem Verteilungsvolumen für RLV/QZV überschreitende Leistungen nach Abschnitt II Teil B 4.9.4 verrechnet.

Zu b) bis e) aus Abschnitt II Teil B 4.3.1:
Die Leistungsanforderung wird bei einer Überschreitung der in Abschnitt II Teil B 4.3.1 gebildeten Rückstellung quotiert vergütet. Unterschreitet diese Quote 60% wird diese zu Lasten der in Abschnitt II

Teil B 4.2 Buchstaben a) gebildeten Rückstellung gestützt. Unterschreitet die Leistungsanforderung die in Abschnitt II Teil B 4.3.1 gebildete Rückstellung, wird mit der Unterschreitung das Verteilungsvolumen für RLV/QZV überschreitende Leistungen nach Abschnitt II Teil B 4.9.4 aufgefüllt.

Zu f) und k) aus Abschnitt II Teil B 4.3.1:
Die Leistungsanforderung wird zu 100% vergütet.

Zu g) aus Abschnitt II Teil B 4.3.1:
Die Leistungsanforderung nach Anwendung der Steuerungsmaßnahme nach Abschnitt II Teil B 4.12 wird mit einer Auszahlungsquote in Höhe von 89% vergütet. Der Saldo zu der nach Abschnitt II Teil B 4.3.1 gebildeten Rückstellung wird mit dem Verteilungsvolumen für RLV/QZV überschreitende Leistungen nach Abschnitt II Teil B 4.9.4 verrechnet.

Zu h) aus Abschnitt II Teil B 4.3.1:
Die förderungswürdigen Leistungen und die entsprechenden Zuschläge sind in der Anlage 4 aufgeführt. Die hieraus resultierende Leistungsanforderung wird bei einer Überschreitung der in Abschnitt II Teil B 4.3.1 gebildeten Rückstellung quotiert vergütet. Unterschreitet die Leistungsanforderung die in Abschnitt II Teil B 4.3.1 gebildete Rückstellung, entscheidet der Vorstand über die Verwendung der übrigen Finanzmittel.

Zu i) aus Abschnitt II Teil B 4.3.1:
Die nach Abschnitt II Teil B 4.3.1 gebildete Rückstellung wird durch die Häufigkeit der GOP 99070 dividiert. Hieraus resultiert der Wert für die GOP 99070. Die GOP 99070 wird auf die Grundpauschale der Fachgruppen für Anästhesiologie, Augenheilkunde, Chirurgie, Gynäkologie, HNO, Phoniatrie und Pädaudiologie, Hautarzt, Innere Medizin mit SP Gastroenterologie, Innere Medizin FA ohne SP, Innere Medizin mit SP Kardiologie, Innere Medizin mit SP Pneumologie, Innere Medizin mit SP Angiologie, Innere Medizin mit SP Endokrinologie, Innere Medizin mit SP Nephrologie, Innere Medizin mit SP Hämatologie/Onkologie, Innere Medizin mit SP Rheumatologie, Nervenheilkunde, Neurologie, Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Orthopädie, Physikalische und Rehabilitative Medizin, Urologie, Psychotherapie, Psychosomatik und Psychotherapie, in den Behandlungsfällen, bei welchen nur Leistungen der fachärztlichen Grundversorgung nach Anhang 3 EBM und/oder regionaler Vereinbarungen erbracht werden, zugesetzt.

Zu j) aus Abschnitt II Teil B 4.3.1:
Die Leistungsanforderung wird bei einer Überschreitung der in Abschnitt II Teil B 4.3.1 gebildeten Rückstellung quotiert vergütet. Unterschreitet diese Quote 60% wird diese zu Lasten der in Abschnitt II Teil B Nr. 4.9.4 gebildeten Rückstellung gestützt. Unterschreitet die Leistungsanforderung die in Abschnitt II Teil B 4.3.1 gebildete Rückstellung, wird mit der Unterschreitung das Verteilungsvolumen für RLV/QZV überschreitende Leistungen nach Abschnitt II Teil B 4.9.4 aufgefüllt.

Über die Verwendung der Differenz zwischen dem gesteigerten FKZ-Saldo des Vorjahresquartals und dem tatsächlichen FKZ-Saldo des aktuellen Quartals entscheidet jeweils der Vorstand der KVH."

XVIII) Abschnitt II Teil B Nr. 5.2 Über-/Unterschreitungen wird ergänzt und lautet wie folgt:

„Sofern dieser Grundbetrag im Abrechnungsquartal überschritten wird, erfolgt eine einheitliche Quotierung der Vergütung dieser Leistungsbereiche, ausgenommen sind Leistungen mit der Kennzeichnung GOP 88240 (Coronavirus), die zu 100% vergütet werden. Unterschreitet diese Quote 60% wird diese zu Lasten der in Abschnitt II Teil B 4.2 Buchstabe a) gebildeten Rückstellung gestützt. Liegt eine Unterschreitung vor, wird diese dem fachärztlichen Grundbetrag nach Abschnitt II Teil B 4.9.4 Abs. 2 zugeführt."

XIX) Abschnitt II Teil B Nr. 6.3 Über-/Unterschreitungen wird ergänzt und lautet wie folgt:

„Sofern dieser Grundbetrag im Abrechnungsquartal überschritten wird, erfolgt eine für den jeweiligen Versorgungsbereich einheitliche Quotierung der Vergütung dieser Leistungsbereiche, ausgenommen sind Leistungen mit der Kennzeichnung GOP 88240 (Coronavirus), die zu 100% vergütet werden. Soweit eine Quotierung der Leistungen die Quote von 60% unterschreitet, erfolgt eine Stützung auf diese Quote von 60% zu Lasten der nach Abschnitt II Teil B 4.2 Buchstaben a) gebildeten Rückstellung."

XX) Abschnitt II Teil C Nr. 2.1 Ermittlung des unbereinigten RLV-Fallwertes je Arztgruppe wird geändert und lautet wie folgt:

„Es wird jeweils für das aktuelle Quartal das unbereinigte RLV-Vergütungsvolumen einer Arztgruppe durch die RLV-relevante Behandlungsfallzahl (BHF) aller Ärzte dieser RLV-Gruppe aus dem aktuellen Quartal zuzüglich aller HzV-Fälle dividiert.

unbereinigter RLV-Fallwert (FW1) =

unbereinigtes RLV akt.Quartal
(RLV-relevante BHF akt.Quartal zzgl. aller gemeldeten Bereinigungsfälle)"

XXI) Abschnitt II Teil C Nr. 2.2 Ermittlung des bereinigten RLV-Fallwertes je Arztgruppe wird geändert und lautet wie folgt:

„Für die Bestimmung des bereinigten RLV-Fallwertes (FW2) kann der in Abschnitt II Teil B Nr. 3.4.1 und 4.4.1 bereits berechnete RLV-Fallwert herangezogen werden."

XXII) Abschnitt II Teil C Nr. 4.1 TSVG-Konstellationen und Bereinigungszeiträume wird geändert und lautet wie folgt:

„4.1 TSVG-Konstellationen und Bereinigungszeiträume

Die Bereinigung des 1. Jahres erfolgte für die TSVG-Konstellationen

a) TSS-Terminfall ab 11. Mai 2019 – 10. Mai 2020
b) Hausarzt-Vermittlungsfall beim Facharzt ab 11. Mai 2019 – 10. Mai 2020
c) Neupatient in den Quartalen ab 01. September 2019 – 31. August 2020
d) Offene Sprechstunde ab 01. September 2019 – 31. August 2020
e) TSS-Akutfall ab 01. Januar 2020 – 31. Dezember 2020"

XXIII) Abschnitt II Teil C Nrn. 4.2 Zu bereinigende Leistungen bis einschließlich 4.4.2.2 Bereinigung von RLV/QZV und freie Leistungen werden ersatzlos gestrichen.

XXIV) Abschnitt II Teil C Nr. 4.4.3 alt wird in Nr. 4.2 neu geändert und lautet wie folgt:

„4.2 TSVG Bereinigung ab dem 2. Bereinigungsjahr

Ab dem 2. Jahr nach Inkrafttreten der jeweiligen TSVG-Konstellation nach Abschnitt II Teil C Nr. 4.1 werden die arztseitigen Bereinigungssummen des ersten Jahres auf der jeweiligen Versorgungsebene sowohl arztgruppen- als auch TSVG-konstellationsbezogen zunächst zusammengefasst und anteilig auf die TSVG durchführenden und abrechnenden Ärzte je Arztgruppe umgelegt. Bei Arztgruppen mit Bereinigungssummen des ersten Jahres und keinem TSVG durchführenden und abrechnenden Arzt im aktuellen Quartal, wird die Bereinigungssumme aus dem arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumen nach Abschnitt II Teil B Nr. 3.3.3 oder 4.3.3 entnommen. Hierbei werden ausschließlich nur die im ersten Jahr ermittelten Bereinigungssummen verteilt. Die übrigen (nicht RLV/QZV/freie Leistungen nach Abschnitt II Teil B Nr. 3.3.3 und 4.3.3) ermittelten bereinigungsrelevanten Finanzmittel aus dem ersten Jahr sind bereits im jeweiligen Grundbetrag nach Abschnitt II Teil B Nr. 1, 2, 5 und 6 oder in der jeweiligen Vorwegleistung nach Abschnitt II Teil B Nr. 3.3.1 und 4.3.1 berücksichtigt und sind dort festgehalten."

XXV) Anlage 4 Katalog förderungswürdiger Leistungen lautet wie folgt

„Anlage 4 Katalog förderungswürdiger Leistungen ab 1/2021

GOP*	Kurzbezeichnung	Wert EBM (2018)	Wert Zuschlag	Steige-rung	Bemerkun-gen
01410	Besuch	22,59 €	2,53 €	11,20%	nur für Versi-cherte > 60 Jahre
01411	Dringender Besuch I	49,97 €	5,60 €	11,20%	nur für Versi-cherte > 60 Jahre
01413	Besuch eines weiteren Kranken	11,29 €	1,26 €	11,20%	nur für Versi-cherte > 60 Jahre
01415	Dringender Besuch Patient im Pflegeheim	58,17 €	6,52 €	11,20%	nur für Versi-cherte > 60 Jahre
01510	Praxisklinische Betreuung 2h	53,48 €	5,99 €	11,20%	
01511	Praxisklinische Betreuung 4h	101,75 €	11,40 €	11,20%	
01512	Praxisklinische Betreuung 6h	149,59 €	16,76 €	11,20%	
02110	Erste Transfusion	22,59 €	2,53 €	11,20%	
02311	Behandlung Diabetischer Fuß	14,92 €	1,67 €	11,20%	
02312	Behandlungskomplex chron.venöse Ulcera c	5,86 €	0,66 €	11,20%	
02313	Kompressionstherapie chron.venöse Insuff	6,07 €	0,68 €	11,20%	
02322	Wechsel/Entfern.suprapub.Harnblasen-kath.	5,43 €	0,61 €	11,20%	nur in Verbin-dung mit Be-such
02323	Legen/Wechsel transurethraler Dauerkath.	7,35 €	0,82 €	11,20%	nur in Verbin-dung mit Be-such
03360	Hausärztlich-geriatrisches Basisassessme	13,00 €	2,29 €	17,61%	
03362	Hausärztlich-geriatrischer Betreuungskom	16,94 €	2,60 €	15,36%	
04221	intensiver Chronikerzuschlag z. GOP04000	4,26 €	0,48 €	11,20%	
06333	Binokulare Unters.d. Augenhintergrundes	5,43 €	0,61 €	11,20%	
13253	Computergest. Auswertung Langzeit-EKG	9,80 €	1,10 €	11,20%	
13254	Langzeit-Blutdruckmessung	8,31 €	0,93 €	11,20%	
13255	Spirographische Untersuchung	6,39 €	0,72 €	11,20%	
13300	Angiologisch-diagnostischer Komplex	65,42 €	7,33 €	11,20%	
13400	Ösophago-Gastroduodenaler Komplex	88,96 €	9,96 €	11,20%	
13571	Funktionsanalyse Herzschrittmacher	20,14 €	2,26 €	11,20%	
13573	Funktionsanalyse Defibrillator/Kardiover	37,29 €	4,18 €	11,20%	
13575	Funktionsanalyse CRT	45,92 €	5,14 €	11,20%	
13611	Ärztliche Betreuung b. Peritonealdialyse	7,88 €	0,88 €	11,20%	
14220	Gespräch,Beratung,Erörterung, Abklärung	14,49 €	1,62 €	11,20%	
14240	Psychiatrische Betreuung	21,10 €	2,36 €	11,20%	
14313	Kontinuierl.Mitbetr i. häusl./famil. Umg	39,95 €	4,47 €	11,20%	
14314	Kontinuierliche Mitbetreuung in Heimen	22,27 €	2,49 €	11,20%	

20314	Videostroboskopie	16,19 €	1,81 €	11,20%	
20338	Hörgerätevers. Säugling,Kleinkind o.Kind	138,08 €	15,47 €	11,20%	
30111	Allergologiediagnostik II	48,80 €	5,47 €	11,20%	
30120	Rhinomanometrischer Provokationstest	6,93 €	0,78 €	11,20%	
30130	Hyposensibilisierungsbehandlung	10,02 €	1,12 €	11,20%	
30131	Zuschlag zu der GOP 30130	7,56 €	0,85 €	11,20%	
33023	Zuschlag TEE	40,17 €	4,50 €	11,20%	
33030	Echokardiographie mit physikalischer Stu	78,74 €	8,82 €	11,20%	
33031	Echokardiographie mit pharmakainduzierte	88,96 €	9,96 €	11,20%	
33070	Duplex-Sonographie der extrakraniellen G	43,68 €	4,89 €	11,20%	
33072	Duplex-Sonographie der extremitätenvers-	27,70 €	3,10 €	11,20%	
33073	Duplex-Sonographie abdomineller, retrope	27,70 €	3,10 €	11,20%	
34256	Urethrozystographie oder Refluxzystogram	61,58 €	6,90 €	11,20%	
34257	Retrograde Pyelographie	94,18 €	10,55 €	11,20%	
34503	Bildwandlergestützte Interv. Wirbelsäule	73,30 €	8,21 €	11,20%	
09330	Gründliche Untersuchung der Stimme	21,63 €	2,42 €	11,20%	
09331	Untersuchung des Sprechens/der Sprache	31,11 €	3,48 €	11,20%	
09332	Aphasie, Dysarthrie und/oder Dysphagie	34,52 €	3,87 €	11,20%	
14210	Grundpauschale bis 5. Lebensjahr	26,53 €	2,65 €	10,00%	
14211	Grundpauschale 6.- 21. Lebensjahr	27,17 €	2,72 €	10,00%	
16310	EEG	26,74 €	2,99 €	11,20%	
16321	Neurophysiologische Untersuchung	28,02 €	3,14 €	11,20%	
99099	Zuschlag für Behandlung HIV-Infizierter		51,17 €		Wert der GOP 30920

* Kommen die in der Anlage genannten GOP auch mit Suffixen vor und unterliegen diese ebenfalls der mGV, dann lösen diese analog zur Blank GOP ebenfalls den Zuschlag in gleicher Höhe aus, unabhängig von der Bewertung der GOP mit Suffix."

XXVI) Die Anlage 5 MGV-Veränderungen wird geändert und lautet wie aus dem Anhang 1 ersichtlich.

XXVII) Die Anlage 7 Ausgleich COVID-19 bedingter finanzieller Belastungen wird ersatzlos gestrichen.

B) Ab 01.04.2021

I) In der Anlage 5 MGV-Veränderungen werden die Inhalte der lfd. Nrn. 8) und 9) geändert und lauten wie folgt:

8)	ab 2/2021	**Mehrbedarf:** Aufnahme der flexiblen Urethro(zy-sto)skopie (GOP 26310 und 26313 EBM)	Nach Beschluss des BA in der 455. Sitzung am 11.12.2019 werden die GOP 26310 und 26313 EBM um den Mehrbedarf aufgrund der EBM Bewertungsanpassung erhöht. Der im Vorjahresquartal ermittelte Mehrbedarf gesteigert nach Abschnitt II Teil A 3.1.1 wird nach prozentualen Anteilen der arztseitigen Leistungsanforderung im Vorjahresquartal der jeweiligen Vorwegleistung in Abschnitt II Teil B Nr. 4.3.1 und dem QZV in Abschnitt II Teil B Nr. 4.6 unter Berücksichtigung der Arztgruppen in Anlage 2 zugeführt.	• Abschnitt II Teil B Nr. 4.3.1 Buchstabe c) • Abschnitt II Teil B Nr. 4.6
9)	ab 2/2021	**Mehrbedarf:** Anreiz zur Durchführung der Untersuchung auf Chlamydien (GOP 01700, 01701, 01840 und 40100)	Nach Beschluss des BA in der 455. Sitzung am 11.12.2019 werden die GOP 01700, 01701, 01840 und 40100 EBM um den Mehrbedarf aufgrund der EBM Bewertungsanpassung erhöht. Der im Vorjahresquartal ermittelte Mehrbedarf gesteigert nach Abschnitt II Teil A 3.1.1 wird nach prozentualen Anteilen der arztseitigen Leistungsanforderung im Vorjahresquartal der jeweiligen Vorwegleistung in Abschnitt II Teil B Nr. 3.3.1 und 4.3.1 und dem RLV in Abschnitt II Teil B Nr. 3.3.3 und 4.3.3 unter Berücksichtigung der Arztgruppen in Anlage 2 zugeführt.	• Abschnitt II Teil B Nr. 3.3.1 Buchstabe a) • Abschnitt II Teil B Nr. 4.3.1 Buchstaben a) und c) • Abschnitt II Teil B Nr. 3.3.3 • Abschnitt II Teil B 4.3.3

II) In die Anlage 5 MGV-Veränderungen wird nach der lfd. Nr. 16 alt eine weitere Nr. 17 neu wie folgt aufgenommen:

17)	2/2021–1/2022	**Eindeckelung:** GOP 32480 und 32557 EBM (Labor)	Nach Beschluss des BA in der 433. Sitzung werden die GOP 32480 und 32557 EBM ab dem 1. April 2021 in die mGV überführt. Der kassenseitig ermittelte Eindeckelungsbetrag/Aufsatzwert wird im Teil A 3.1.3 im GB Labor berücksichtigt.	• Abschnitt II Teil A 3.1.3

Anhang 1 (ab 01.01.2021)

Anlage 5 MGV-Veränderungen

Lfd. Nr.	Quartal	Thema	Bemerkung	Verweis HVM
1)	ab 1/2020	**Mehrbedarf:** Erhöhung der Versichertenpauschalen (VP) für die Verordnung häuslicher Krankenpflege (GOP 03005, 04005 EBM)	Nach Beschluss des BA in der 430. Sitzung am 12.12.2018 werden die GOP 03005 EBM und 04005 EBM um den Mehrbedarf aufgrund der EBM Bewertungsanpassung erhöht. Der im Vorjahresquartal ermittelte Mehrbedarf gesteigert nach Abschnitt II Teil A 3.1.1 wird dem RLV in Abschnitt II Teil B Nr. 3.3.3 bzw. der jeweiligen Vorwegleistung in Abschnitt II Teil B Nr. 4.3.1 zugeführt.	• Abschnitt II Teil B Nr. 3.3.3 Buchstabe a) • Abschnitt II Teil B Nr. 4.3.1 Buchstabe c) • Abschnitt II Teil B Nr. 4.3.1 Buchstabe e)
2)	ab 1/2020	**Mehrbedarf:** Bewertungserhöhung der GOP 34600 EBM (Osteodensitometrie)	Nach Beschluss des BA in der 430. Sitzung am 12.12.2018 wird die GOP 34600 EBM um den Mehrbedarf aufgrund der EBM Bewertungsanpassung erhöht. Der im Vorjahresquartal ermittelte Mehrbedarf gesteigert nach Abschnitt II Teil A 3.1.1 wird dem RLV in Abschnitt II Teil B Nr. 4.3.3 bzw. den QZV in Abschnitt II Teil B Nr. 4.6 unter Berücksichtigung der Arztgruppen in Anlage 2 zugeführt.	• Abschnitt II Teil B Nr. 4.3.3 Buchstabe a) • Abschnitt II Teil B Nr. 4.3.3 Buchstabe b) • Abschnitt II Teil B Nr. 4.6
3)	ab 2/2020	**Mehrbedarf:** Erhöhung der Grundpauschale (GP) für die Behandlungsmethode zur Hornhautvernetzung bei Augenärzten (GOP 06211 EBM)	Nach Beschluss des BA in der 435. Sitzung am 29.03.2019 wird die GOP 06211 EBM um den Mehrbedarf aufgrund der EBM Bewertungsanpassung erhöht. Der im Vorjahresquartal ermittelte Mehrbedarf gesteigert nach Abschnitt II Teil A 3.1.1 wird der Arztgruppe Augenärzte nach Anlage 1 dem RLV in Abschnitt II Teil B Nr. 4.3.3 Buchstabe a) zugeführt.	• Abschnitt II Teil B Nr. 4.3.3

Lfd. Nr.	Quartal	Thema	Bemerkung	Verweis HVM
4)	ab 4/2020	**Eindeckelung:** Palliativmedizinische Versorgung (GOP 03370–03374 EBM) Palliativmedizinische Versorgung (GOP 04370–04374 EBM)	Der im Vorjahresquartal ermittelte Eindeckelungsbetrag/Aufsatzwert für Leistungen der Palliativ-medizinischen Versorgung des Abschnitts 3.2.5 (GOP 03370–03374 EBM) gesteigert nach Abschnitt II Teil A 3.1.1 wird im QZV in Abschnitt II Teil B Nr. 3.6 unter Berücksichtigung der Arztgruppen in Anlage 2 zugeführt. Der im Vorjahresquartal ermittelte Eindeckelungsbetrag/Aufsatzwert für Leistungen der Palliativ-medizinischen Versorgung des Abschnitts 4.2.5 (GOP 04370–04374 EBM) gesteigert nach Abschnitt II Teil A 3.1.1 wird dem Vergütungsbereich RLV der Kinderärzte in Abschnitt II Teil B Nr. 3.3.3 zugeführt.	• Abschnitt II Teil B Nr. 3.6 • Abschnitt II Teil B Nr. 3.3.3
5)	ab 1/2021	**Mehrbedarf:** Programm zur Früherkennung von Zervixkarzinomen (GOP 01700 und 01701)	Nach Beschluss des BA in der 455. Sitzung am 11.12.2019 werden die GOP 01700 und 01701 EBM um den Mehrbedarf aufgrund der EBM Bewertungsanpassung erhöht. Der im Vorjahresquartal ermittelte Mehrbedarf gesteigert nach Abschnitt II Teil A 3.1.1 wird nach prozentualen Anteilen der arztseitigen Leistungsanforderung im Vorjahresquartal der jeweiligen Vorwegleistung in Abschnitt II Teil B Nr. 4.3.1 sowie dem RLV in Abschnitt II Teil B Nr. 3.3.3 (HA) und 4.3.3 (FA) unter Berücksichtigung der Arztgruppen in Anlage 2 zugeführt.	• Abschnitt II Teil B Nr. 3.3.3 • Abschnitt II Teil B Nr. 4.3.1 Buchstabe c) • Abschnitt II Teil B Nr. 4.3.3
6)	ab 1/2021	**Minderbedarf/ Einsparungen:** Programm zur Früherkennung von Zervixkarzinomen (GOP 19320–19322 und 19331)	Nach Beschluss des BA in der 455. Sitzung am 11.12.2019 werden die GOP 19320–19322 und 19331 EBM um die Einsparung aufgrund der EBM Bewertungsanpassung vermindert. Die im Vorjahresquartal ermittelte Einsparung gesteigert nach Abschnitt II Teil A 3.1.1 wird nach prozentualen Anteilen der arztseitigen Leistungsanforderung im Vorjahresquartal der jeweiligen Vorwegleistung in Abschnitt II Teil B Nr. 4.3.1, dem RLV in Abschnitt II Teil B Nr. 4.3.3 bzw. dem QZV in Abschnitt II Teil B Nr. 4.6 unter Berücksichtigung der Arztgruppen in Anlage 2 entnommen.	• Abschnitt II Teil B Nr. 4.3.1 Buchstaben c) und d) • Abschnitt II Teil B Nr. 4.3.3 • Abschnitt II Teil B Nr. 4.6

Lfd. Nr.	Quartal	Thema	Bemerkung	Verweis HVM
7)	3/2020–2/2021	**Eindeckelung:** AOP-Begleitleistungen	Durch die Einführung eines AOP Nicht-Begleitleistungskataloges im Honorarvertrag 2020 wird die MGV um die Leistungen in diesem Katalog erhöht. Der ermittelte kassenseitige Eindeckelungsbetrag wird nach prozentualen Anteilen der arztseitigen Leistungsanforderung im Vorjahresquartal dem jeweiligen Grundbetrag im entsprechenden Bereich (Vorwegleistung, RLV, QZV oder freie Leistung) unter Berücksichtigung der Arztgruppen in Anlage 2 zugeführt.	• Abschnitt II Teil A Nr. 3.1.3 (allgemeine Beschreibung) • Abschnitt II Teil B Nr. 1–6
8)	2/2020–1/2021	**Mehrbedarf:** Aufnahme der flexiblen Urethro(zysto)-skopie (GOP 26310 und 26313 EBM)	Nach Beschluss des BA in der 455. Sitzung am 11.12.2019 werden die GOP 26310 und 26313 EBM um den Mehrbedarf aufgrund der EBM Bewertungsanpassung erhöht. Der ermittelte kassenseitige Mehrbedarf wird nach prozentualen Anteilen der arztseitigen Leistungsanforderung im Vorjahresquartal der jeweiligen Vorwegleistung in Abschnitt II Teil B Nr. 4.3.1 und dem QZV in Abschnitt II Teil B Nr. 4.6 unter Berücksichtigung der Arztgruppen in Anlage 2 zugeführt.	• Abschnitt II Teil B Nr. 4.3.1 Buchstabe c) • Abschnitt II Teil B Nr. 4.6
9)	2/2020–1/2021	**Mehrbedarf:** Anreiz zur Durchführung der Untersuchung auf Chlamydien (GOP 01700, 01701, 01840 und 40100)	Nach Beschluss des BA in der 455. Sitzung am 11.12.2019 werden die GOP 01700, 01701, 01840 und 40100 EBM um den Mehrbedarf aufgrund der EBM Bewertungsanpassung erhöht. Der ermittelte kassenseitige Mehrbedarf wird nach prozentualen Anteilen der arztseitigen Leistungsanforderung im Vorjahresquartal der jeweiligen Vorwegleistung in Abschnitt II Teil B Nr. 3.3.1 und 4.3.1 und dem RLV in Abschnitt II Teil B Nr. 3.3.3 und 4.3.3 unter Berücksichtigung der Arztgruppen in Anlage 2 zugeführt.	• Abschnitt II Teil B Nr. 3.3.1 Buchstabe a) • Abschnitt II Teil B Nr. 4.3.1 Buchstaben a) und c) • Abschnitt II Teil B Nr. 3.3.3 • Abschnitt II Teil B Nr. 4.3.3

Lfd. Nr.	Quartal	Thema	Bemerkung	Verweis HVM
10)	3/2020–2/2021	**Neue GOP:** 12230 Zuschlag zu Laborpauschalen	Nach Beschluss des BA in der 481. Sitzung wurde ein Zuschlag zur GOP 12210 und 12220 beschlossen. Die GOP 12230 ist im Behandlungsfall nicht neben den GOP 40100, 40110 und 40111 berechnungsfähig. Der Mehrbedarf durch den Zuschlag wird in der Vorwegleistung Abschnitt II Teil B Nr. 4.3.1 Buchstabe g) vergütet und führt zu Einsparungen in der Vorwegleistung Abschnitt II Teil B Nr. 4.3.1 Buchstabe a). Der Mehrbedarf (Vergütung GOP 12230 aktuelles Quartal) wird der Rückstellung der Vorwegleistung Abschnitt II Teil B Nr. 4.3.1 Buchstabe a) entnommen und der Rückstellung der Vorwegleistung Abschnitt II Teil B Nr. 4.3.1 Buchstabe g) zugeführt.	• Abschnitt II Teil B Nr. 4.3.1 Buchstabe g) • Abschnitt II Teil B Nr. 4.3.1 Buchstabe a)
11)	3/2020–2/2021	**Absenkung mGV:** Anpassung mGV aufgrund nachgelagerter Überprüfung der mGV Erhöhung aus der 54. Sitzung BA aus dem Jahr 2018 zu den GOP 32151, 32720 bis 32727, 32750, 32759 bis 32763, 32772 und 32773.	Nach Beschluss des BA in der 504. Sitzung wird die mGV zu einem basiswirksamen Anteil und einem nicht basiswirksamen Anteil vermindert. Die kassenseitig ermittelte Verminderung wird im Teil A 3.1.3 im GB Labor berücksichtigt.	• Abschnitt II Teil A 3.1.3
12)	3/2020–2/2021	**Neue GOP:** 04417, 13577 Zuschläge für die Abbildung der Kosten für Programmier- und Auslesegeräte kardialer Implantate	Nach Beschluss des BA in der 506. Sitzung wurden neue Zuschläge zu den GOP 04411, 04413 und 04415 sowie den GOP 13571, 13573 und 13575 beschlossen. Der ermittelte kassenseitige Mehrbedarf wird nach prozentualen Anteilen der arztseitigen Leistungsanforderung der neuen GOP im aktuellen Quartal der jeweiligen Vorwegleistung in Abschnitt II Teil B Nr. 3.3.1, Abschnitt II Teil B Nr. 4.3.1 sowie dem RLV in Abschnitt II Teil B Nr. 3.3.3 (HA) und 4.3.3 (FA) unter Berücksichtigung der Arztgruppen in Anlage 2 zugeführt.	• Abschnitt II Teil B Nr. 3.3.3 • Abschnitt II Teil B Nr. 4.3.3 • Abschnitt II Teil B Nr. 3.3.1 • Abschnitt II Teil B Nr. 4.3.1

Lfd. Nr.	Quartal	Thema	Bemerkung	Verweis HVM
13 a)	3/2020–2/2021	**Neue GOP:** 40460–40462 Kostenpauschalen	Nach Beschluss des BA in der 507. und 509. Sitzung wurden neue GOP 40460–40462 beschlossen. Die ermittelte kassenseitige mGV-Erhöhung wird nach aktueller Leistungsanforderung der neuen GOP der Vorwegleistungen nach Abschnitt II Teil B Nr. 3.3. 1 a) und Abschnitt II Teil B Nr. 4.3 1 a) zugeführt.	• Abschnitt II Teil B Nr. 3.3.1 a) • Abschnitt II Teil B Nr. 4.3.1 a)
13 b)	3/2020–2/2021	**Wertabsenkung GOP EBM:** GOP 04511, 08311, 08334, 09315, 09317, 13260, 13400, 13401, 13402, 13662, 26310, 26311, 30601 (Ausnahme GOP 08311T, 26310T, 26311T	Die jeweils ermittelte kassenseitige mGV-Absenkung für die im Beschluss des BA in der 509. Sitzung genannten drei GOP-Bereiche wird nach prozentualen Anteilen der arztseitigen Leistungsanforderung für diese drei getrennten GOP-Bereiche im Vorjahresquartal dem jeweiligen Grundbetrag im entsprechenden Bereich (Vorwegleistung, RLV, QZV oder freie Leistung) unter Berücksichtigung der Arztgruppen in Anlage 2 separat entnommen.	• Abschnitt II Teil B Nr. 1-6
14)	4/2020–3/2021	**Mehrbedarf:** Erhöhung der Grundpauschalen 13691 und 13692	Nach Beschluss des BA in der 511. Sitzung werden die GOP 13691 und 13692 inklusive Suffixen um den Mehrbedarf aufgrund der EBM Bewertungsanpassung erhöht. Der ermittelte kassenseitige Mehrbedarf wird unter Berücksichtigung der prozentualen Anteile der arztseitigen Leistungsanforderung des Vorjahresquartals den Arztgruppen in Anlage 2 in Abschnitt II Teil B Nr. 4.3.3 Buchstabe a) zugeführt.	• Abschnitt II Teil B Nr. 4.3.3
15)	1/2021–4/2025	**Mehrbedarf:** Für die Vergütung der Leistungen des Kapitels 11.4 EBM	Nach Beschluss des BA in der 547. Sitzung wurde eine basiswirksame Anhebung der mGV um 45 Millionen Euro ab dem Quartal 1/2021 beschlossen. In den folgenden 5 Jahren wird die mGV jährlich basiswirksam um den hälftigen Leistungsbedarfszuwachs angehoben. Dieser ist für die Vergütung des Kapitels 11.4. EBM bestimmt. Die kassenseitig ermittelte Erhöhung wird im Teil A 3.1.3 und Abschnitt II Teil B Nr. 6 im GB „Genetisches Labor“ berücksichtigt.	• Abschnitt II Teil A Nr. 3.1.3 • Abschnitt II Teil B Nr. 6

Lfd. Nr.	Quartal	Thema	Bemerkung	Verweis HVM
16)	3/2020–2/2023	**Minderbedarf/ Einsparungen:** Neufassung des Abschnitts 40.4 EBM (e-Arztbriefe)	Nach Beschluss des BA in der 480. Sitzung werden die GOP 40120 bis 40126 und die GOP 40144 zum 30.06.2020 auf Basis des ermittelten Bereinigungsvolumens des Jahres 2018 gestrichen. (Labormediziner, Humangenetiker, Pathologen und Fachwissenschaftler der Medizin werden nicht berücksichtigt.) Die ermittelte kassenseitige Einsparung wird nach Teil A 3.1.3 im GB HA und GB FA berücksichtigt und im Abschnitt II Teil B Nr. 3.3.1 a) und Abschnitt II Teil B Nr. 4.3.1 a) entnommen.	• Abschnitt II Teil A 3.1.3 • Abschnitt II Teil B Nr. 3.3.1 a) • Abschnitt II Teil B Nr. 4.3.1 a)

Die Änderungen treten zum 01.01.2021/01.04.2021 in Kraft.

Der Vorsitzende der Vertreterversammlung
der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen

gez. Dr. med. Klaus-Wolfgang Richter

Beratung Fortbildungsverpflichtung

Mit unseren Beratungen können Sie punkten

Aufgrund der Fortbildungsverpflichtung nach § 95d SGB V in fünf Jahren 250 Fortbildungspunkte zu sammeln und damit die Fortbildungsverpflichtung zu erfüllen – das ist eine klare Sache, zumindest im ersten Moment. Wenn es dann aber um Fragestellungen geht, wie beispielsweise zum Ruhenlassen eines Fortbildungszeitraums aufgrund von Schwangerschaft und Elternzeit oder aber krankheitsbedingter Auszeit, wird es schon kniffliger. Und steht bei Nichterreichung der erforderlichen Punktzahl eine Honorarkürzung im Raum, wird es richtig kniffelig.

Eine fundierte Beratung erfolgt hier telefonisch oder schriftlich durch die Mitarbeiter der Verwaltung, die das Thema fachlich betreuen. Darüber hinaus stehen Ihnen, für den Fall, dass es mit der Punkteerreichung eng wird, die ärztlichen Vorstandsbeauftragten Monika Buchalik und Dr. Siegfried Moeller in einem persönlichen Gespräch beratend zur Seite.

Es sind also nicht allein „die großen Gremien", in denen sich Ärzte mit Rat und Tat für Ärzte engagieren. Und natürlich gibt es auch ein Beratungsäquivalent für den Kreis der ambulant tätigen Psychotherapeuten mit dem Vorstandsbeauftragten Psychotherapie Michael Ruh.

Das Angebot, zu den Möglichkeiten der Fortbildung beraten zu werden, erhalten Sie unaufgefordert schriftlich von Ihrer KV Hessen, sofern diese Option für Ihre Situation zielführend scheint. Denn unser Ziel ist, dass Sie „punkten". Selbstverständlich liegt es dann allein bei Ihnen, ob Sie von dem Beratungsangebot Gebrauch machen möchten.

Alle Informationen zur Fortbildungsverpflichtung finden Sie unter
www.kvhessen.de/termine-fortbildung/fortbildungsverpflichtung

Ru, SAL

Infobox

Hinweis

Kommen Sie rechtzeitig auf uns zu, wir vermitteln auch in Zeiten von Corona telefonische Beratungen!

Sie möchten sich informieren oder haben konkrete Fragen zu Ihrem Fortbildungspunktestatus? Ihre Ansprechpartner erreichen Sie unter
T. 069 24741-7556 oder
E. fortbildung-info@kvhessen.de

Qualitätssicherung / Abrechnung

Ärztliche Zweitmeinung neu bei geplantem Kniegelenkersatz

Der Anspruch von Patienten auf eine qualifizierte ärztliche Zweitmeinung gilt seit dem 12.01.2021 auch bei dem geplanten Einsetzen einer Knie-Endoprothese. Bei dieser Operation wird das natürliche Kniegelenk ganz oder teilweise durch eine Prothese aus Metall und Kunststoff ersetzt.

Indikationsstellender Arzt

Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie, Orthopädie, Chirurgie mit Schwerpunkt Unfallchirurgie oder für Physikalische und Rehabilitative Medizin, die bei einem Patienten den Einsatz einer Knie-Endoprothese planen, müssen den Patienten neu über seinen Rechtsanspruch auf eine zweite ärztliche Meinung informieren.

Dafür rechnen Sie die GOP 01645 ab. Sie kennzeichnen die GOP 01645 mit dem Suffix „E" (01645E) bei dem geplanten Einsetzen einer Knie-Endoprothese. Die GOP 01645 beinhaltet die Aufklärung, Beratung und Zusammenstellung aller erforderlichen Unter-

lagen für den Patienten, wenn eine Knie-Endoprothese bevorsteht. Sie als indikationsstellender Arzt händigen dem Patienten zudem das Merkblatt des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) aus. Beachten Sie bitte, dass die Aufklärung zur Zweitmeinung mindestens zehn Tage vor dem geplanten Eingriff erfolgen soll.

Zweitmeinungsgebende Fachärzte

Im Zweitmeinungsverfahren prüfen Sie als unabhängiger Facharzt, ob die empfohlene Operation medizinisch notwendig ist, und beraten den Patienten zu möglichen Behandlungsalternativen.

Den Weg dafür hat der G-BA am 15.10.2020 durch die Aufnahme des neuen Eingriffs in das Zweitmeinungsverfahren eröffnet. Teil des Beschlusses ist auch eine Vorgabe, welche Facharztgruppen infrage kommen, eine qualifizierte Zweitmeinung abzugeben. **Seit Inkrafttreten des Beschlusses am 12.01.2021** können Sie als Arzt bei der KVH eine Genehmigung als unabhängiger Zweitmeiner beantragen und die Leistung zulasten der gesetzlichen Krankenkassen anbieten.

Als Arzt folgender Fachrichtungen können Sie beantragen, Zweitmeinungsleistungen zu einer geplanten Knie-Endoprothese abzurechnen:

- Orthopädie und Unfallchirurgie
- Orthopädie
- Chirurgie mit Schwerpunkt Unfallchirurgie
- Physikalische und Rehabilitative Medizin

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

Wenn Sie als zweitmeinungsgebender Arzt tätig werden, können Sie Ihre Grundpauschale bei dem ersten Arzt-Patienten-Kontakt abrechnen. Als Zweitmeiner sichten Sie zudem die vorliegenden Befunde des indikationsstellenden Arztes und führen ein Anamnesegespräch durch. Sie können weitere ärztliche Untersuchungen erbringen, sofern sie zur Befunderhebung und Überprüfung der Indikationsstellung erforderlich sind. Die medizinische Notwendigkeit der Untersuchungen geben Sie im freien Begründungsfeld (Feldkennung 5009) an.

Sie kennzeichnen Ihre Grundpauschale sowie alle notwendigen Leistungen, die Sie im Zusammenhang mit dem Zweitmeinungsverfahren durchführen und abrechnen, im freien Begründungsfeld (Feldkennung 5009). Bei einer bevorstehenden Implantation einer Knie-Endoprothese tragen Sie die Kennzeichnung 88200E ein.

Die KVH hat alle wichtigen Informationen zur Abrechnung rund um das Zweitmeinungsverfahren für Sie auf der Homepage der KVH leicht verständlich aufbereitet: **www.kvhessen.de/abrechnung-ebm/zweitmeinungsverfahren-abrechnen/**

Details zum neuen Verfahren

Das neue Zweitmeinungsverfahren greift, wenn Patienten die Implantation einer Total- oder Teilendoprothese des Kniegelenks empfohlen wird. Der Anspruch besteht auch, wenn es sich um eine Revisionsoperation, also einen Folge-, Wechsel- oder Korrektureingriff an der Knie-Endoprothese handelt. Ziel des Angebots ist es, Patienten bei der Entscheidung für oder gegen eine solche Operation zu unterstützen und medizinisch nicht gebotene Eingriffe am Kniegelenk zu vermeiden.

Rc, EBM-FR

Für Ihre Fragen zum Verfahren steht Ihnen das Team Qualitätssicherung Team 2 gerne zur Verfügung.
T. 069 24741-6687
F. 069-24741-68687
E. zweitmeinungsverfahren@kvhessen.de

Bei Fragen zur Abrechnung hilft die EBM-Hotline gerne weiter:
T. 069 24741-7777
E. ebm-hotline@kvhessen.de

KASSENÄRZTLICHE
VEREINIGUNG
HESSEN

Sie finden uns im Internet unter:

www.kvhessen.de/aufdenpunkt

Qualitätssicherung der KVH nach dem SGB V	Qualitätssicherungs-Kommissionen
• Es gibt nahezu 60 Leistungsbereiche mit einer erforderlichen QS-Genehmigung. • 24 Qualitätssicherungs-Kommissionen mit mehr als 200 Kommissionsmitgliedern sind bei der KVH zur Erfüllung des Prüfauftrags angesiedelt, vor allem im Rahmen der Prozessqualität. • Mehr als 11.000 Patientenfälle werden in über 150 Sitzungen per anno beurteilt.	Akupunktur Apherese Arthroskopie CT/MRT Diagnostische Radiologie Dialyse Histopathologie HKS HIV/AIDS Interventionelle Radiologie Intravitreale Medikamenteneingabe Invasive Kardiologie Koloskopie Mammographie Nuklearmedizin Onkologie PET, PET/ CT Rhythmusimplantat-Kontrolle (RIK) Schlafapnoe Schmerztherapie Sonographie Spezial-Labor Substitution Vakuumbiopsie der Brust Zervix-Zytologie

und Behandlungen unterliegen zudem zusätzlichen Qualitätsanforderungen. So müssen niedergelassene Ärzte regelmäßig ihre Qualifikation nachweisen. Neben dem fachlichen Wissen werden auch die Geräte und die Hygiene in ihren Praxen kontrolliert. ■

Christiane Baader,
Daniel Rascop, Sandra Aune Lutz

FRAGEN?

Die Teams 1 und 2 der Qualitätssicherung helfen Ihnen gern weiter. Die Ansprechpartner und ihre Kontaktdaten finden Sie auf unserer Homepage.

H. **www.kvhessen.de/genehmigung/**

Stimmen aus der Praxis

Das sagen die Vorsitzenden der Qualitätssicherungs-Kommissionen (Auswahl):

„Ich engagiere mich für die Qualitätssicherung, weil …“

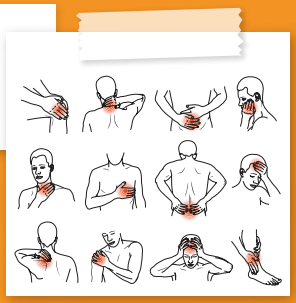
„… dadurch Standards in der Therapiedokumentation etabliert werden und somit die Vergleichbarkeit zwischen den verschiedenen Fachrichtungen, die Akupunktur durchführen, ermöglicht wird. Die standardisierte Dokumentation erleichtert die Durchführung von Studien bezüglich der Effektivität der Akupunktur bei vorgegebenen Indikationen.“ **Akupunktur**

„… die Erhebung professionell abgefasster und vergleichbarer Befunde das Rückgrat jedes Screening-Programms ist.“ **Histopathologie HKS**

„… sie beweist, dass die Selbstverwaltung es ernst meint, die notwendige Expertise zusammenzubringen und den erforderlichen kritischen Blick auf die eigene medizinische Leistung zu richten.“ **Mammographie**

„… wir auf der einen Seite die Qualitätssicherungsvereinbarungen zwischen der KBV und den GKV zu erfüllen haben und so Hilfestellungen geben können, zum Wohle der Kolleginnen und Kollegen. Denn wir, die wir täglich in der Praxis am Patienten arbeiten, kennen die Probleme, die in der täglichen Arbeit entstehen können.“ **Rhythmusimplantat-Kontrolle**

„… erfahrungsgemäß gerade für die Schmerztherapie eine hohe Qualität sichergestellt werden muss, die regelmäßig geprüft wird. Dazu ist eine langjährige Erfahrung erforderlich.“ **Schmerztherapie**



„… für mich hinter jedem Laborwert auch ein Mensch steht, dem nur mit vertrauensvoller Labordiagnostik geholfen ist. Dazu dienen unsere Instrumente des Qualitätsmanagements.“ **Spezial-Labor**

„… ich durch die kollegiale Unterstützung unserer Mitglieder die Zytologie in Hessen fördern möchte.“ **Zervix-Zytologie**

„Qualitätssicherung lohnt sich für unsere Mitglieder, weil …“

„… die Vertragsärzte ihre in überwiegender Mehrzahl sehr gute und qualitativ hochwertige Tätigkeit am Patienten gegenüber den Kostenträgern, aber auch Patienten dokumentieren können. Zudem gibt es gute praxisnahe Empfehlungen der Prüfkommissionen zur Vermeidung von Fehlern.“ **Arthroskopie**

„… die optimale Qualität der Untersuchungen die Grundlage für eine korrekte Diagnose ist. Je höher die Qualität unserer Untersuchungen und unserer Diagnosen ist, desto höher sind das Vertrauen und die Akzeptanz unserer Patienten für unsere Arbeit und Institutionen.“ **CT/MRT**

„… sie helfen, den täglichen Behandlungsprozess zu optimieren.“ **Dialyse**

„… diese Maßnahme hilft, Problemfelder rasch zu identifizieren und anzugehen sowie rechtssicher die erbrachte Qualität auch nach außen hin zu dokumentieren und zu zertifizieren.“ **Koloskopie**

„… dadurch die hohe ständige Weiterbildung unserer Kollegen und die leitliniengerechte Behandlung unserer Patienten dokumentiert wird.“ **Onkologie**

„… sie sich darauf verlassen können, dass ihre Patienten in Diagnostik- und Therapiesegmenten, die sie nicht selbst vorhalten können oder wollen, nach dem aktuellen Wissensstand versorgt werden.“ **Schlafapnoe**

„… wir als Ärzte den Anspruch haben, Ultraschalluntersuchungen als wesentlichen Beitrag zu unserem ärztlichem Handeln auf höchstem Niveau durchzuführen. Insofern sind wir verpflichtet, unsere Leistungen nach dem aktuellen Stand wissenschaftlicher Erkenntnisse anzubieten.“ **Sonographie**

„… aufgrund der Komplexität der Arbeit mit Substituierten hierdurch ein hohes Maß an Sicherheit in der Arbeit erreicht werden kann. Der Erfahrungsaustausch mit den Kolleginnen und Kollegen stellt hier einen wichtigen Pfeiler dar, da die praktischen Erfahrungen in gemeinsamen Supervisionen thematisiert und damit immer wieder ein Abgleich über die Arbeitsprozesse stattfinden kann.“ **Substitution**

„… sie durch unsere eigenen praktischen Erfahrungen mit der Methode über die kontinuierlichen Überprüfungen die Gewissheit haben können, ihre Patientinnen auf kontrolliert hohem Qualitätsniveau versorgen zu können.“ **Vakuumbiopsie der Brust**

Die Zitate sammelten
Daniel Rascop, Sandra Aune Lutz,
Christiane Baader, Christiane Nyhuis

„Nichtstun führt zu nichts“

Eineinhalb Jahre vor der nächsten Wahl der Vertreterversammlung (VV) blicken die VV-Vorsitzenden, Dr. Klaus-Wolfgang Richter und Armin Beck, nach vorn und beleuchten, warum manche Berufsverbände ernste Nachwuchssorgen haben und was das für die Zusammensetzung der VV bedeutet.

Armin Beck (l.) ist seit 2011 in der VV.

Wir könnten es uns ja einfach machen und provokativ fragen: Warum gibt es so wenig Junge, warum gibt es so wenig Frauen in der Vertreterversammlung?

Dr. Klaus-Wolfgang Richter: Das liegt daran, dass es in den Berufsverbänden nicht viel anders aussieht und die sind der normale Weg, um in die Berufspolitik einzusteigen.

Wann und warum haben Sie angefangen, sich in der Berufspolitik zu engagieren?

Richter: Das ist eine längere Geschichte. Eigentlich bin ich erst im Berufsverband aktiv geworden, nachdem ich gewählt war. Damals war der Weg noch anders. Ich bin im Jahr 2000 auf einer gemischten Liste in die Abgeordnetenversammlung gewählt worden, wo mich Gerd Zimmermann (ehemaliger hausärztlicher Vorstand, Anmerkung der Redaktion) gefragt hatte, ob ich mitmachen wolle. Nachdem ab 2005 die Strukturen professionalisiert wurden, hat es sich gezeigt, dass es besser ist, wenn man sich über die Berufsverbände engagiert. Und dann bin ich aktiv in den Verband und wurde irgendwann stellvertretender Landesvorsitzender.

Waren Sie denn zu der Zeit, als Sie erstmals gefragt wurden, in irgendeiner Art an Berufspolitik interessiert oder haben über ein Engagement in der KV nachgedacht?

Richter: Ich war seit 1996 Prüfarzt, weil man auf der Suche danach auf mich zugekommen war. Damals war ich sieben Jahre niedergelassen. Das war mein erster Kontakt mit der KV, bis dato ein Laden, in dem man die Abrechnung abgab und ansonsten

hoffte, nichts davon zu hören, denn es konnte ja eigentlich nur unangenehm sein (lacht). Danach war ich vier Jahre im Frankfurter Bezirksfinanzausschuss und habe gemerkt, dass mir das Spaß macht. Mein Vater war lange Zeit Abgeordneter, da wurde die Saat für berufspolitisches Interesse gelegt.

Und bei Ihnen, Herr Beck?

Armin Beck: Ich bin 1998 in den Berufsverband (Hausärzteverband, Anmerkung der Redaktion) eingestiegen, 2006 im Bezirk Taunus als Delegierter gewählt worden, irgendwann Bezirksvorsitzender und Landesvorsitzender geworden und seit 2011 bin ich in der VV.

Warum haben Sie angefangen, sich zu engagieren? Es gibt ja Leute, denen liegt das im Blut.

Beck: Für mich war es eben zuerst Berufspolitik im Verband, die KV kam erst später.

Aber selbst die Arbeit im Verband muss man ja machen wollen …

Beck: Stimmt!

Und warum?

Beck: Zum ersten Mal habe ich mich aus der Motivation wählen lassen, dass man mehr Möglichkeiten hat, wenn man besser informiert ist. War also zuerst sogar mit einem gewissen Eigennutz verbunden in den ersten drei, vier Jahren. Und danach entwickelte sich ein gewisser Spaß daraus, das Ganze aktiver und nicht nur passiv zu betreiben.

Kenner behaupten, die Zusammensetzung der VV bilde das Interesse an Berufspolitik ab. Dass dort kaum junge Ärzte säßen, liege am Desinteresse der Jungen an Berufspolitik. Geht diese Gleichung für Sie auf?

Richter: Ich nehme tatsächlich ein gewisses Desinteresse bei den jüngeren Kollegen wahr. Die machen ihre Arbeit, sind aber berufspolitisch kaum engagiert.

Seit über 20 Jahren engagiert sich Dr. Klaus-Wolfgang Richter in der VV.

Wenn ich mir die virtuelle Januartagung 2021 in unserem Berufsverband anschaue, dann waren das knapp hundert Männer und wenige Frauen. Und das, obwohl es deutlich mehr Orthopädinnen gibt …

Beck: Bei den Hausärzten ist das anders. Wir haben an der Stelle deutlich mehr Frauen dabei, auch junge. Dies liegt aber auch daran, dass wir das im Landes- und Bundesverband bewusst fördern. Die beiden Landesvorsitzenden in Rheinland-Pfalz und Hamburg sind beispielsweise beide um die 40. Da bewegt sich schon etwas, obwohl das Gesamtbild nach wie vor viele ältere Herren zeigt. Im Bundesvorstand gibt es auch mittlerweile drei Frauen.

„Zum ersten Mal habe ich mich aus der Motivation wählen lassen, dass man mehr Möglichkeiten hat, wenn man besser informiert ist. War also zuerst sogar mit einem gewissen Eigennutz verbunden in den ersten drei, vier Jahren. Und danach entwickelte sich ein gewisser Spaß daraus, das Ganze aktiver und nicht nur passiv zu betreiben."

Armin Beck

Wie schätzen Sie das ein: Mancher sagt, dass es in der ärztlichen Berufspolitik eben nicht so sei wie in manchen kommunalen Gremien, in denen man recht schnell mitarbeiten könne? Für die Berufspolitik brauche es deutlich mehr Erfahrung.

Beck: So ganz stimmt das nicht. Meine Frau ist Stadtverordnete, das macht man auch nicht mal eben so nebenher. Das fordert hohes Engagement. Letztlich halte ich das nicht für schlecht, wenn es eine gewisse „Blutauffrischung" gibt. In einem System wie der KV wird man sowieso schnell mit den Grenzen des Handelns vertraut gemacht und kann sich das fehlende Wissen natürlich auch über die Jahre aneignen. Man muss ja nicht von Anfang an die Welt retten.

„Die Kernfrage ist, wie wir jüngere Kolleginnen und Kollegen dazu bewegen können, sich in Berufsverbänden, ihren Netzwerken oder Interessensverbänden zu engagieren."
Dr. Klaus-Wolfgang Richter

Richter: Wir haben natürlich mit Blick auf die Altersstruktur in der VV Handlungsbedarf und je länger die Legislatur dauert, desto „schlimmer" wird das letztlich. Aber das hängt auch mit der Struktur in der VV und den beiden großen Listen zusammen. Bei uns Fachärzten sind auf der Liste überwiegend Mitglieder der Berufsverbände zu finden. Und bei den Hausärzten ist es letztlich der Hausärzteverband, der diese Liste dominiert. Hinzu kommen noch die kleineren Listen (EHV/Netze, Anmerkung der Redaktion), wo es auch keine ganz Jungen sind. Die Kernfrage ist, wie wir jüngere Kolleginnen und Kollegen dazu bewegen können, sich in Berufsverbänden, ihren Netzwerken oder Interessensverbänden zu engagieren.

Das führt zu der Frage, warum man es tun sollte, warum es sinnvoll ist.

Beck: Die Antwort ist ganz einfach: Es wird über dich bestimmt oder du bestimmst. So einfach ist die Antwort. Und das gilt natürlich auch für die Jungen. Mir geht es nicht darum, manchen Auswüchsen, die man in Genderfragen mittlerweile auch beobachten kann, das Wort zu reden. Ich glaube aber, dass, wenn ich mich als junge Ärztin/junger Arzt gerade niedergelassen hätte, mit Mitte, Ende 30, ich vielleicht meine Altersgruppe nicht abgebildet sähe …

Beck: Aber das ist eigentlich auch unrealistisch, dass man sich in diesem Alter und dieser Phase des Berufslebens dafür interessiert, denn man hat total viel damit zu tun, den eigenen Laden zum Laufen zu bringen, Abrechnungen zu lernen, Dinge zu verstehen, die einem niemand beibringt und die man auch im Studium nicht vermittelt bekommt. Um sich in dieser ohnehin schwierigen Phase zusätzlich noch berufspolitisch einzubringen, braucht es unheimlich viel Enthusiasmus. Denn über allem steht: Wie läuft meine Praxis, wie bekomme ich es mit den Angestellten hin, wie läuft es mit den Kollegen? Hinzu kommt die Familie. Ressourcen für die Berufspolitik hat man da eigentlich kaum.

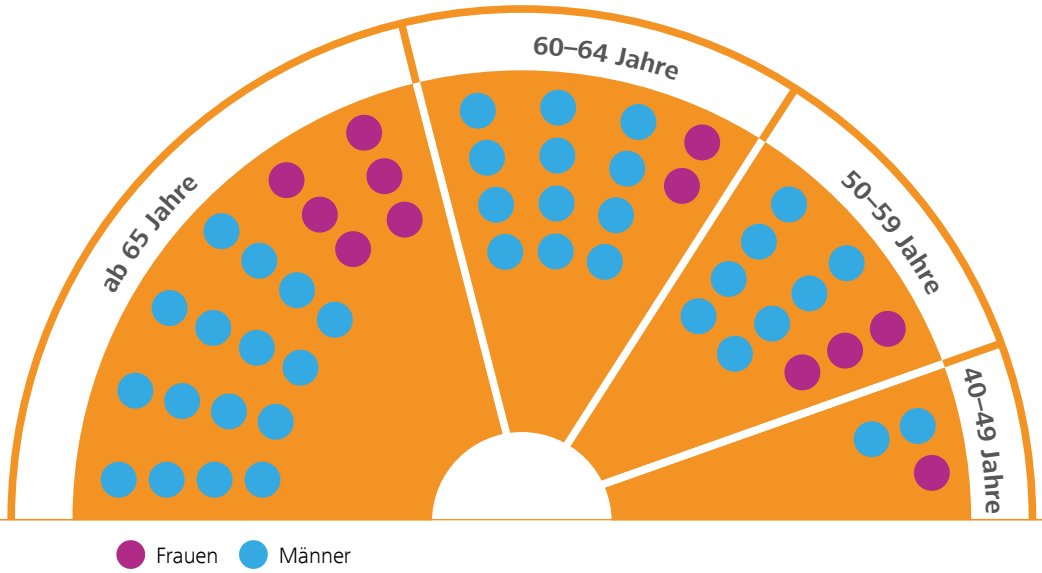
Richter: Ein Grund könnte auch darin liegen, dass es früher mehr Basisarbeit gab, kleinere Zirkel, ärztliche Stammtische, bei denen man sich traf. Lokale Treffen auf der Ebene der Berufsverbände. Das ist leider ziemlich zum Erliegen gekommen und das liegt nicht nur an der Pandemie. Hier wird das Interesse an Berufspolitik geweckt – oder, wie leider im Moment, vielfach nicht mehr geweckt.

Beck: Wir haben es geschafft, Stammtische und Qualitätszirkel in die Fläche zu bringen und auch zu standardisieren. Es bleibt noch viel zu tun, aber wir sind zuversichtlich, hier noch viel mehr zu erreichen. Wir haben wahrscheinlich den Vorteil des großen Verbands. Wir haben fast 2.500 Mitglieder in Hessen. Wenn ich abends zu Diskussionen in meinem Bezirk einlade, kommen 20, bei brisanten Themen 30.

„Wir haben fast 2.500 Mitglieder in Hessen. Wenn ich abends zu Diskussionen in meinem Bezirk einlade, kommen 20, bei brisanten Themen 30."
Armin Beck

Richter: Und in solchen Foren sieht man: Da ist jemand, der sich interessiert, der nach Zusammenhängen fragt und sie versteht. Den kann man dann auch ansprechen, sich intensiver im Berufsverband einzubringen. Diese Basis, aus der man rekrutieren kann, die vermisse ich teilweise in meinem Berufsverband.

Die Mitglieder der Vertreterversammlung der KV Hessen nach Altersgruppen und Geschlecht



Gibt es denn Wege aus diesem Nachwuchsproblem?

Richter: Von unten mangelt es am Willen, sich zu engagieren. Deshalb läuft es im Moment eher von oben nach unten, dass der Landesvorsitzende jemanden benennen muss, den er für geeignet hält, die Interessen in der VV möglichst gut zu vertreten. Es wird nicht so sein, dass jemand „von unten" kommt, uns anspricht und sagt: Ich möchte gerne in die VV. Das ist in all den Jahren noch nie passiert.

Also müssten die Berufsverbände doch Werbung machen für die Berufspolitik und die Vorteile herausstellen?

Richter: Das stimmt. Aber die Denke der jüngeren Kollegen scheint mir anders zu sein, denn die wünschen sich neben der Praxis eben keine zusätzliche Belastung. Die wollen ihre 40-Stunden-Woche, dann ist Schluss, danach kommt die Familie. Das setzt natürlich ein erhebliches zeitliches Engagement voraus, man muss viel lesen, man muss up to date bleiben, nur das bringt Erfahrung.

Aber dieser Anspruch ist natürlich extrem hoch. Sie sind beide in Ihren Praxen etabliert, teilweise in Anstellung, das läuft einfach so, aber wie sollen die Jungen das überhaupt schaffen? Wann sollen die das denn machen?

Richter: Nur in der Freizeit. Und da ist die Frage, was mir wichtig ist. Hobbys, Familie oder Berufspolitik. Und da kann man schon wahrnehmen, dass das Interesse an den anderen Themen größer ist.

Können Sie sich vorstellen, dass es auch an dieser Stelle Eingriffe der Politik gibt, in Richtung Frauen- oder Altersquote?

Beck: So ganz simpel ist das ja nicht. Dazu gibt es auch entsprechende Urteile, dass man solche Wahlen nicht über Quoten regeln kann. Das kann möglicherweise bei den Hauptamtlern gehen, bei den Ehrenamtlern nicht.

Etwas Optimistisches zum Schluss?

Richter: Mein Appell lautet: Engagiert euch in den Berufsverbänden!

„Mein Appell lautet: Engagiert euch in den Berufsverbänden!"

Dr. Klaus-Wolfgang Richter

Beck: Und es bringt tatsächlich etwas. Nichtstun führt zu nichts, es ist sinnvoll, es zu tun. Auch wenn es viel Zeit kostet, aber es ist die einzig reelle Chance, Einfluss zu nehmen. Wer sich in der VV engagiert, kann Einfluss nehmen auf seinen Berufsalltag. Schon Erich Kästner wusste: „Es gibt nichts Gutes, außer: Man tut es." ■

Die Fragen stellte Karl M. Roth

Junge Stimmen: was sie erwarten

Das Bündnis Junge Ärzte hat ein Positionspapier zu Nachhaltigkeit im Gesundheitswesen und globalem Gesundheitsschutz veröffentlicht.

Das Bündnis Junge Ärzte fordert in seinem Positionspapier vom 9. Februar 2021 alle Akteure im Gesundheitswesen und in der Politik auf, unverzüglich und mit konkreten und sinnvollen Maßnahmen an der Umsetzung von Klimazielen mitzuwirken, Nachhaltigkeit zu erreichen und für die Sicherung globaler Gesundheit einzutreten – vor allem im Gesundheitswesen.

Dieses Positionspapier war für Auf den PUNKT. Anlass, Kontakt zum Bündnis Junge Ärzte aufzunehmen und konkret nachzufragen, was sich das Bündnis von einer KV erhofft. Lesen Sie hier zwei Fragen und Antworten:

Wie könnte eine KV, wie die KV Hessen, Sie bei Ihren Forderungen nach mehr Nachhaltigkeit im Gesundheitswesen unterstützen?
Wir sehen insbesondere eine Unterstützung seitens der KV im ambulanten Bereich, bei der die KV Hinweise und Unterstützung zur Implementierung von Nachhaltigkeit in Praxen geben kann. Etwa auf Fragen, wie man eine Klimasprechstunde implementiert, wie viel eine klimagerechte Umgestaltung der eigenen Praxis kosten würde, ob es ggf. refinanziert wird durch andere Energieeinsparungen und auch an wen sich interessierte Praxen wenden können. Als Beispiel hat die AG Hausärztliche Internisten der DGIM ein PDF mit Tipps für eine nachhaltige Praxis veröffentlicht (**www.dgim.de/ueber-uns/hausaerztliche-internisten/**).

Welche Erwartungen haben Sie konkret z. B. an die Vertreterversammlung der KV Hessen?
Eine weitere Idee wäre es, dass man bei größerem Interesse eine eigene Gruppe in der KV zum Thema Klimawandel und Nachhaltigkeit einrichten könnte, die sich intensiver in das Thema einarbeiten könnte.

Zudem gibt es viele verschiedene Gruppierungen und Zusammenschlüsse von ÄrztInnen zum Thema Klimaschutz und Nachhaltigkeit im Gesundheitswesen, wie etwa die Initiative KLUG oder „Health for Future". Eine Idee könnte sein, gemeinsam mit der KV das Netzwerk und die Kooperation zwischen den verschiedenen Initiativen zu intensivieren, um das Thema weiter voranzutreiben.

Konkrete Erwartungen an Kassenärztliche Vereinigungen hat das Bündnis Junge Ärzte nicht direkt. Die Jungen Ärzte würden sich aber freuen, wenn die Themen Klimawandel und Nachhaltigkeit im Gesundheitswesen auch von KVen aufgegriffen würden.

Das Bündnis Junge Ärzte schlägt folgende Maßnahmen vor:

- Übernahme der Vorbildfunktion auch als Repräsentant des Gesundheitswesens im Bereich Nachhaltigkeit und globaler Gesundheitsschutz
- Einforderung klimaneutraler Finanzanlagen und Investitionen (zum Beispiel durch die Ärzteversorgung)

Das Bündnis Junge Ärzte schließt sich dem Leitspruch des Lancet Countdown 2020 an: „No continent, country or community is immune from the health impacts of climate change"[1] (Kein Kontinent, kein Land und keine Gemeinde ist vor den gesundheitlichen Auswirkungen des Klimawandels gefeit).

- Stärkung der interdisziplinären und intersektoralen Zusammenarbeit für den Klima- und Gesundheitsschutz zur Nutzung von Synergieeffekten
- Vermeidung unnötiger Arztbesuche und Untersuchungen
- Förderung, Auf- und Umbau klimaneutraler, nachhaltiger Krankenhäuser („green hospitals") durch z. B. Nutzung von Solar- und Hydrovoltaiktechnologie, Plastikvermeidung und Abfallmanagement
- Umsetzung und Unterstützung von Ernährungsempfehlungen und Maßnahmen, die für eine gesunde und nachhaltige Ernährungsweise werben (zum Beispiel Implementierung von Ernährungsleitlinien, Qualitätsstandards und Ernährungsbildung in der schulischen Ausbildung; Verringerung des Anteils industrieller Tierprodukte und energieteurer Lebensmittel auch in Klinik- oder praxiseigenen Kantinen)
- Stärkung und Bevorzugung des aktiven, nicht motorisierten Transportes und Förderung der körperlichen Bewegung auf allen Ebenen
- Förderung des transformativen Wandels auf lokaler Ebene (zum Beispiel Beteiligung bei der Stadtplanung und Erstellung von Hitze- und Klimaschutzplänen)
- Stärkung der These, dass sich Gesundheit, Nachhaltigkeit und Wirtschaftlichkeit gegenseitig verstärken
- Unterstützung konkreter Klimaschutzmaßnahmen in lokalen Gesundheitseinrichtungen (zum Beispiel Teilnahme am KLIK-Projekt – Klimamanager für Kliniken zur Einsparung von Emissionen und unnützen Energiekosten) ■

Die Fragen stellte
Petra Bendrich

FRAGEN?

Kontakt: Max Tischler, Mira Faßbach, Clara Matthiessen, Sophie Schneitler und Sebastian Wendt für das Bündnis Junge Ärzte

Bündnis Junge Ärzte;
c/o Berufsverband Deutscher Dermatologen e.V.,
Robert-Koch-Platz 7, 10115 Berlin

E. **info@buendnisjungeaerzte.org**

Weitere Informationen unter:
www.buendnisjungeaerzte.org

[1] Watts N, Amann M, Arnell N, et al.: The 2020 report of The Lancet Countdown on health and climate change: responding to converging crises. Lancet. 2020 Dec 2: S0140-6736(20)32290-X. doi: 10.1016/S0140-6736(20)32290-X. Epub ahead of print.

Akupunktur richtig abrechnen

Bei der Akupunkturbehandlung gelten für Ärzte verschiedene Vorgaben – zum einen aus dem EBM, aus der Richtlinie ‚Methoden Vertragsärztliche Versorgung Akupunktur' und auch aus der ‚Qualitätssicherungsvereinbarung zur Akupunktur (QV-A)'.

Bei der Akupunktur werden Nadeln in definierte Punkte auf der Körperoberfläche eingestochen, um Beschwerden zu heilen oder zu bessern. Zulasten der gesetzlichen Krankenkassen können Sie die Akupunktur ausschließlich für die Indikationen „chronische Schmerzen der Lendenwirbelsäule" und „chronische Schmerzen in mindestens einem Kniegelenk durch Gonarthrose" durchführen und abrechnen.

EBM-LEISTUNGEN AKUPUNKTUR

Für die Akupunktur rechnen Sie Gebührenordnungspositionen (GOP) aus dem Unterabschnitt 30.7.3 „Körperakupunktur gemäß den Qualitätssicherungsvereinbarungen nach § 135 Abs. 2 SGB V" EBM ab.

Leistungen Akupunktur überblicken

GOP	Kurzbezeichnung	Bewertung
30790	Eingangsdiagnostik und Abschlussuntersuchung zur Behandlung mittels Körperakupunktur *Einmal im Krankheitsfall*	57,40 Euro* (516 Punkte)
30791	Durchführung einer Körperakupunktur *Je dokumentierter Indikation bis zu zehnmal, mit besonderer Begründung bis zu 15-mal im Krankheitsfall*	18,47 Euro* (166 Punkte)

* Gemäß bundeseinheitlichem Orientierungspunktwert 2021 (11,1244 ct).

Die GOP 30790 rechnen Sie am Ende der Akupunkturbehandlung ab, da sie auch die Abschlussuntersuchung beinhaltet (erst dann ist der Leistungsinhalt vollständig erbracht). Sie können die GOP in Verbindung mit der letzten Akupunkturbehandlung oder danach ansetzen.

Gut zu wissen: Wenn ein Patient noch geplante Akupunkturbehandlungen nicht mehr wahrnimmt oder auch die Behandlung nach kurzer Zeit abbricht, die Behandlung also beendet ist, können Sie die GOP 30790 trotzdem abrechnen. Dokumentieren Sie in diesen Fällen den Abbruch und wenn möglich den Grund dafür (sofern Ihnen dieser bekannt ist). In diesen Fällen reicht die Dokumentation des Behandlungsabbruchs aus, um die GOP 30790 abzurechnen.

Beachten Sie bitte, dass Sie zusätzlich zur Eingangsdiagnostik und zur Erstellung eines Therapieplans mindestens noch eine Akupunkturbehandlung durchführen müssen, um die GOP 30790 abzurechnen. Die Kosten für die verwendeten Nadeln bei der Akupunktur sind in der GOP 30791 enthalten. Sie können die Nadeln also nicht gesondert abrechnen. Die Anzahl der zu verwendenden Nadeln ist in der QV-A vorgeschrieben. Für die Lendenwirbelsäule verwenden Sie 14 bis 20 Nadeln, für die Kniegelenke sieben bis 15 Nadeln je behandeltem Knie.

Bei GKV-Patienten kann Akupunktur nur abgerechnet werden bei „chronischen Schmerzen der Lendenwirbelsäule“ oder „chronischen Schmerzen in mindestens einem Kniegelenk durch Gonarthrose“.

BEHANDLUNGSHÄUFIGKEIT UND BEHANDLUNGSDAUER

Die GOP 30791 können Sie je Indikation – Lendenwirbelsäule und Kniegelenk – mit bis zu 10 Sitzungen innerhalb von maximal 6 Wochen und in begründeten Ausnahmefällen bis zu 15 Sitzungen von jeweils mindestens 30 Minuten Dauer innerhalb von maximal 12 Wochen durchführen und abrechnen. Wichtig: Zum obligaten (also zwingend zu erfüllenden) Leistungsinhalt der GOP 30791 gehört, dass die Nadeln eine Verweildauer von mindestens 20 Minuten haben.

Aufgrund der Formulierung zur Durchführung einer Akupunktur können in begründeten Ausnahmefällen bis zu 15 Akupunkturbehandlungen innerhalb von 12 Wochen durchgeführt werden, das bedeutet, dass sich auch bis zu 10 Sitzungen in Ausnahmefällen auf einen Zeitraum von 12 Wochen erstrecken können. Ein gesonderter Antrag für die bis zu 15-malige Durchführung der Akupunktur je Indikation im Krankheitsfall ist nicht erforderlich. Eine nachvollziehbare Begründung für die Verlängerung vermerken Sie bitte im freien Begründungsfeld (Feldkennung 5009) bei Ihrer Abrechnung.

Ein begründeter Ausnahmefall könnte beispielsweise vorliegen, wenn der Patient vereinbarte Behandlungstermine wegen eines unvorhergesehenen Krankenhausaufenthaltes nicht wahrnehmen kann. In solchen begründeten Ausnahmefällen können Sie von der festgelegten Behandlungsdauer bei zwingendem Bedarf abweichen – organisatorische Gründe wie Urlaube reichen als Begründung nicht aus. Die Begründung dokumentieren Sie bitte in der Patientenakte und im Dokumentationsbogen. Beachten Sie bitte, dass der Zeitraum von maximal 12 Wochen einzuhalten ist.

DIAGNOSEN UNBEDINGT IN DER ABRECHNUNG ANGEBEN

Da die Akupunktur nur bei den Indikationen chronische Schmerzen der Lendenwirbelsäule und/oder chronische Schmerzen in mindestens einem Kniegelenk durch Gonarthrose abgerechnet werden kann, achten Sie bitte unbedingt darauf, die zutreffende Diagnose als ICD-Kodierung in der Abrechnung anzugeben.

Es werden nur gesicherte Diagnoseeinträge anerkannt, also mit der Diagnosesicherheit „G“. Eine Verdachts- oder Ausschlussdiagnose reicht für eine Akupunkturbehandlung nicht aus.

Eine übersichtliche Liste der möglichen ICD-Kodierungen für die Akupunkturbehandlung haben wir für Sie auf der Homepage der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen (KVH) bereitgestellt unter
www.kvhessen.de/akupunktur

ABRECHNUNGSHÄUFIGKEIT JE DIAGNOSE

Die GOP 30791 können Sie bis zu zehnmal, mit besonderer Begründung bis zu 15-mal im Krankheitsfall abrechnen. Führen Sie bei beiden Kniegelenken bei einem Patienten eine Akupunkturbehandlung durch, kann die GOP 30791 nicht häufiger zum Ansatz kommen. Akupunktieren Sie jedoch sowohl die Lendenwirbelsäule als auch ein oder beide Kniegelenke, kann die GOP 30791 mit Begründung bis zu 30-mal (bis zu 15-mal bei der Lendenwirbelsäule, bis zu 15-mal beim Knie) abgerechnet werden. Dies ergibt sich aus der Formulierung „je dokumentierter Indikation" in der Leistungslegende der GOP 30791 im EBM. Der Begriff „Indikation" umfasst sowohl chronische Schmerzen der LWS als auch chronische Schmerzen eines oder beider Kniegelenke.

Wichtig: Die GOP 30790 können Sie in diesen Fällen trotzdem nur einmal abrechnen.

Akupunkturbehandlung abrechnen und dabei den Krankheitsfall (KHF) beachten

Monate	Quartal	KHF Knie 1.	KHF Knie 2.	KHF LWS	behandelt	abrechnen	ICD als Diagnose
Januar **Februar** **März**	1/2021	Beginn KHF 30791 Knie 1.			3 mal 30791 Knie 8 mal 30791 Knie	Wie behandelt	z. B. M17.1 Sonstige primäre Gonarthrose, einseitig
April Mai Juni	2/2021				4 mal 30791 Knie		
Juli August September	3/2021		Erneute Behandlung frühestens 12 Monate nach Abschluss einer Akupunkturbehandlung (Sperrzeit Knie von Mai 2021 bis April 2022)				
Oktober November Dezember	4/2021	Ende KHF 30791 Knie 1.		Beginn KHF 30791 LWS	7 mal 30791 LWS	Wie behandelt	z. B. M54.4 Lumboischialgie
Januar Februar März	1/2022				8 mal 30791 LWS		
April **Mai** Juni	2/2022		Beginn KHF 30791 Knie 2.		4 mal 30791 Knie 6 mal 30791 Knie	Wie behandelt	
Juli August September	3/2022			Ende KHF 30791 LWS			
Oktober November Dezember	4/2022						
Januar Februar März	1/2023		Ende KHF 30791 Knie 2.				

Ein Krankheitsfall (KHF) umfasst das aktuelle sowie die nachfolgenden drei Kalendervierteljahre, die der Berechnung der krankheitsfallbezogenen Leistungsposition folgen. Die jeweils andere Indikation löst bei der Akupunktur einen neuen KHF aus.

SCHMERZINTERVALL ZWINGEND BEACHTEN

Die GOP 30790 (Eingangsdiagnostik und Abschlussuntersuchung, Körperakupunktur) und 30791 (Durchführung einer Körperakupunktur) dürfen Sie nur dann bei einem Patienten zulasten der gesetzlichen Krankenkasse abrechnen, wenn zuvor ein mindestens sechsmonatiges Schmerzintervall vorliegt.

Das Bundessozialgericht hat am 13. Februar 2019 (Az.: B 6 KA 56/17R) bestätigt, dass die Vorgaben der QV-A erfüllt sein müssen. Dazu gehört gemäß

§ 5 Abs. 1 Nr. 2 QV-A die Überprüfung, ob vor der Akupunktur ein mindestens sechsmonatiges, ärztlich dokumentiertes Schmerzintervall vorliegt. Dies muss ärztlich dokumentiert sein und dem Arzt vorliegen, Angaben des Patienten allein reichen dazu nicht aus. Es genügt auch nicht, wenn sich aus vorhandenen ärztlichen Dokumentationen ergibt, dass solche Schmerzzustände irgendwann in der Vergangenheit vorgelegen haben. Das bedeutet: Das Schmerzintervall muss nachweislich unmittelbar vor Beginn der Behandlung mindestens sechs Monate bestanden haben und noch aktuell andauern.

Mehr als

500.000

– so viele Akupunkturbehandlungen werden jährlich durch unsere niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte erbracht.

Wir empfehlen Ihnen deshalb, wenn Sie die Akupunktur durchführen möchten und das sechsmonatige Schmerzintervall bei dem Patienten nicht selbst dokumentieren können, sich für die Dokumentation des geforderten Schmerzintervalls auf Ihnen schriftlich vorliegende Befunde oder vorliegende Arztbriefe des Vorbehandelnden zu stützen. Sie können so die erhobene Anamnese, die Befunde und die bereits vorgenommenen therapeutischen Maßnahmen des Vorbehandelnden zur Beurteilung des geforderten Schmerzintervalls nachvollziehen.

OHNE SECHSMONATIGES SCHMERZINTERVALL ODER BEI ANDEREN INDIKATIONEN ABRECHNEN

Akupunkturleistungen, die nicht unter die Bestimmungen im EBM beziehungsweise der Richtlinie Akupunktur fallen, bei denen also die Indikationen nicht vorliegen oder der Patient eine Behandlung vor Ende des sechsmonatigen Schmerzintervalls fordert, können Sie ausschließlich als Privatleistung liquidieren.

Beachten Sie dabei unbedingt, dass eine private Abrechnung dieser Akupunkturleistungen nur im Rahmen von § 18 Abs. 8 Nr. 3 BMV-Ä möglich ist. Beraten Sie Ihren Patienten und weisen Sie darauf hin, dass die Akupunkturbehandlung in diesen Fällen nicht Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung ist. Der Patient muss also die anfallenden Kosten selbst tragen und eine Kostenerstattung seitens der gesetzlichen Krankenkassen ist ebenfalls nicht vorgesehen. Hinweis: Holen Sie sich vom Patienten vor Durchführung der Akupunktur eine schriftliche Zustimmung ein.

DOKUMENTATIONSPFLICHT AKUPUNKTUR

Gemäß § 5 Abs. 1 Nrn. 3–5 der QS-Vereinbarung ist bei der Akupunkturbehandlung die Erstellung beziehungsweise Überprüfung eines inhaltlich und zeitlich gestaffelten Therapieplans unter Einbeziehung der Akupunktur im Rahmen eines schmerztherapeutischen Gesamtkonzepts sowie eine Eingangs- und Verlaufsdokumentation erforderlich.

GENEHMIGUNGSPFLICHT AKUPUNKTUR

Wenn Sie Akupunktur als Leistung für gesetzlich Versicherte anbieten und abrechnen möchten, muss die KVH dies zunächst genehmigen. Mitglieder der KVH stellen dazu einen Antrag bei der KVH und weisen die geforderten Voraussetzungen nach. Bitte beachten Sie, dass Genehmigungen nicht rückwirkend erteilt werden können.

Alle Informationen und Anträge zur Genehmigung nach der QV-A, zu wichtigen Fortbildungen und Vordrucke zur Dokumentation finden Sie unter **www.kvhessen.de/genehmigung/akupunktur**

Emma Lundgren

SIE HABEN FRAGEN ODER BENÖTIGEN UNTERSTÜTZUNG?

Sie haben Fragen, um Akupunktur richtig abzurechnen? Sie brauchen Unterstützung bei der Prüfung der gemeldeten Auffälligkeiten in der Abrechnungsinfo?

Wir helfen Ihnen gern weiter! Rufen Sie uns an oder mailen Sie uns Ihre Fragen.
Wir sind montags bis freitags von 7 bis 17 Uhr für Sie erreichbar.

T. 069 24741-7777
E. ebm-hotline@kvhessen.de

Digitale Kommunikation im Gesundheitswesen

Die „schöne neue digitale Welt“ eröffnet uns viele Möglichkeiten, schneller und unkomplizierter miteinander zu kommunizieren. Doch welche Websites sind wirklich sicher und welche Tücken haben Messenger-Dienste wie WhatsApp und Co.? Dies und mehr lesen Sie in diesem Fachbeitrag von Dr. Christine Trutt-Ibing.

Würden Sie Ihre Bankverbindung oder Ihre Zugangsdaten zu einem Online-Shop auf eine Postkarte schreiben und per Post verschicken? Wahrscheinlich nicht, denn schließlich handelt es sich um vertrauliche Daten, die nicht von jedem gelesen werden sollen. Sie würden solche Daten wohl eher in einem verschlossenen Briefumschlag verschicken.

SSL-SICHERHEITSZERTIFIKATE

Und im Internet? Hier hat die Funktion des Briefumschlages ein sogenanntes SSL-Verschlüsselungs-Zertifikat auf dem Webserver. In der Adressleiste des Browsers steht dann „https“ statt „http“ und die Browser zeigen in der Regel auch das Symbol eines kleinen Schlosses in der Adressleiste an. Websitebetreiber, die Formulare (zum Beispiel Kontaktformulare oder Formulare zum Einloggen oder Anmelden et cetera) auf ihren Websites anbieten, sind gesetzlich verpflichtet, die eingegebenen Daten ihrer Besucher beim Transport über das Internet zu schützen.

Viele Arztpraxen verfügen über eine Praxishomepage mit einem Kontaktformular oder Formularen zur Bestellung von Rezepten und Überweisungen. Auch hier muss die Website über ein solches Sicherheitszertifikat verfügen. Wer als Betreiber einer Praxiswebsite solche Formulare nicht verwendet, braucht nicht zwingend ein solches Zertifikat. Jedoch gehört es im Internet inzwischen zum guten Ton, solche Zertifikate zu verwenden. Viele Browser geben sogar eine Warnmeldung aus, wenn auf einer Website kein SSL-Zertifikat vorhanden ist, und klassifizieren diese als „nicht sicher“. Und das macht natürlich keinen guten Eindruck. Einfache Sicherheitszertifikate sind nicht teuer. Manche Provider bieten sie in ihren Webhosting-Paketen sogar kostenlos an. Sie müssen dann nur aktiviert werden. Leider gaukeln solche SSL-Zertifikate eine falsche Sicherheit vor, da sie implizieren, dass von einer Website keine Gefahr ausgeht. Das ist jedoch nicht der Fall. Auch auf einer vermeintlich sicheren Seite kann Schadcode lauern.

SICHERER AUSTAUSCH/KOMMUNIKATION MIT KOLLEGEN

E-Mail

E-Mail ist (noch) die am weitesten verbreitete digitale Kommunikationsform. Fast jeder Bundesbürger hat eine E-Mail-Adresse. Doch leider ist die Kommunikation per E-Mail nicht sicher genug ist, um vertrauliche Informationen auszutauschen!

Nun gibt es auch bei E-Mails die Möglichkeit, diese sozusagen in Geheimschrift zu verfassen, die nur vom Empfänger gelesen werden kann. Man spricht im Fachjargon von einer Ende-zu-Ende-Verschlüsselung. Diese ist für Laien relativ kompliziert einzurichten und deshalb wird sie kaum genutzt.

Aber für die Praxen ist eine Lösung in Sicht. Sie heißt KIM.

KIM (Kommunikation im Medizinwesen)

Bei KIM handelt sich um einen E-Mail-Dienst, der nur innerhalb der sich im Aufbau befindenden Telematik-Infrastruktur zum Einsatz kommt. Über KIM können zukünftig alle Nachrichten, Befunde und Arztbriefe sicher verschickt werden. Dabei wird der E-Mail-Dienst

direkt an das Praxis- oder Klinikverwaltungssystem angebunden. So können eingehende Befunde gleich in der digitalen Akte eines Patienten gespeichert werden. Und auch die elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (eAU) soll zukünftig über KIM an die Krankenkassen verschickt werden.

Die Telematik-Infrastruktur **verbindet nur Akteure des Gesundheitswesens**, also Ärzte, Krankenhäuser, Apotheken und Krankenkassen, später vielleicht noch Physiotherapeuten, Hebammen, Logopäden etc. Fraglich ist jedoch, ob letztere Berufsgruppen den finanziellen und technischen Aufwand überhaupt stemmen können. Ein Austausch von Dokumenten mit Patienten ist über KIM nicht möglich. Hier wird jedoch die elektronische Patientenakte (ePA) neue Möglichkeiten schaffen.

Infobox

Die KV Hessen hat ihren Mitgliedern Anfang Februar eine ausführliche Broschüre mit Informationen zu KIM zugesandt. Die aktuelle Fassung der Broschüre finden Sie unter
www.kvhessen.de/publikationen/kim-dienst

Messenger-Apps

Seit dem Siegeszug der Smartphones erfreuen sich Messenger-Apps einer immer größeren Beliebtheit. Im Ranking der Messenger-Apps steht WhatsApp unangefochten an der Spitze. Der zum Facebook-Konzern gehörende Messenger-Dienst findet sich auf fast jedem Privathandy. Was liegt da näher, als ihn auch im beruflichen Umfeld zu nutzen und mal eben schnell mit einem Kollegen Befunde auszutauschen oder eine berufliche Meinung einzuholen?

Inzwischen hat sich herumgesprochen, dass WhatsApp im beruflichen Umfeld ein No-Go ist, da WhatsApp Nutzerdaten an den Mutterkonzern Facebook weitergibt. Das ist datenschutzrechtlich natürlich höchst bedenklich. Googeln Sie mal „WhatsApp und Datenschutz“ oder „WhatsApp im Gesundheitswesen“.

Doch was sind die Alternativen? Und wie weit sind diese verbreitet?

Signal

Signal ist ein kostenloser Messenger, der seinen Programmcode öffentlich zugänglich macht. Er wirbt damit, dass er sicher ist und die Privatsphäre optimal schützt. Angeblich wurde er sogar von Whistleblower und Datenschutzaktivist Edward Snowden genutzt. Signal wird von einer gemeinnützigen Stiftung mit Sitz im Silicon Valley in Kalifornien betrieben. Die Server stehen ebenfalls in den USA, und genau darin liegt leider das Problem. Damit lässt sich Signal im beruflichen Umfeld nicht DSGVO-konform nutzen. Im privaten Bereich ist Signal jedoch eine hervorragende Alternative zu WhatsApp. Und seit WhatsApp vor Kurzem Änderungen seiner Datenschutzrichtlinie angekündigt hat, haben sich etliche Menschen Signal heruntergeladen und damit auch zu einer höheren Verbreitung dieses Messengers beigetragen.

Threema

Das von einer Schweizer Firma betriebene Threema ist auf Datenschutz und Datenvermeidung ausgelegt und erfordert für die Nutzung weder eine Telefonnummer noch sonstige personenbezogene Angaben. Was seine Verbreitung ausbremst, ist die Tatsache, dass es nicht umsonst ist. Es kostet einmalig knapp vier Euro und kann dann (zumindest theoretisch) lebenslang genutzt werden. Für Firmen hat Threema die Variante Threema Work im Angebot. Obwohl nicht in der EU ansässig (die Schweiz ist der EU nicht beigetreten), hat sich der Messenger die Einhaltung der DSGVO auf die Fahne geschrieben. Dann könnte man ihn doch auch im beruflichen Umfeld ohne Weiteres nutzen, werden Sie jetzt denken. Und die Antwort ist: Jein.

Die Konferenz der unabhängigen Datenschutzaufsichtsbehörden des Bundes und der Länder hat am 7. November 2019 ein Whitepaper veröffentlicht, das technische Datenschutzanforderungen an Messenger-Dienste im Krankenhausbereich definiert. Darin wird unter anderem gefordert, dass eine Messenger-App über eine separate Authentifizierung, zum Beispiel per PIN, verfügen muss. Sie muss weiterhin die Möglichkeit haben, Daten auf dem Smartphone verschlüsselt abzulegen. Beides kann Threema, allerdings muss es in den Einstellungen des Messengers extra eingestellt werden. Das wissen jedoch die wenigsten Nutzer. Das Whitepaper ist abrufbar unter
www.datenschutzkonferenz-online.de/media/oh/20191106_whitepaper_messenger_krankenhaus_dsk.pdf

Die Funktion eines „sicheren Briefumschlages" ist an der SSL-Verschlüsselung erkennbar. Das sieht man auf einen Blick an den fünf Buchstaben „https" und dem Symbol eines kleinen Schlosses.

SPEZIELLE MESSENGER-APPS FÜR DEN GESUNDHEITSBEREICH

Siilo (https://www.siilo.com/de)
Siilo ist ein kostenfreier, sicherer Messenger für medizinische Teams, der nach eigenen Aussagen strikt DSGVO-konform ist und die technischen Datenschutzanforderungen des Whitepapers erfüllt. Betrieben wird er von einer niederländischen Firma in Amsterdam. Die Datenschutzmaßnahmen umfassen unter anderem eine Ende-zu-Ende-Verschlüsselung, eine automatische Löschung von Nachrichten nach 30 Tagen, den Schutz durch PIN-Code/Touch oder Face-ID, die Verifizierung aller Nutzeridentitäten und einiges mehr. Darüber hinaus stellt Siilo zahlreiche Tools bereit, die dabei helfen, Patientendaten zu anonymisieren und zu schützen. Wenn Siilo kostenlos ist, womit verdient die Siilo Holding B.V. denn dann ihr Geld, werden Sie sich womöglich fragen. Siilo bietet für Institutionen wie Krankenhäuser oder Medizinische Fachgesellschaften Lösungen an, die über die reine Messenger-Funktion hinausgehen. Siilo hat Dr. Christine Trutt-Ibing selbst schon auf ihrem Smartphone installiert und getestet. Der Messenger erscheint ihr recht ausgereift zu sein und auf der Website von Siilo finden sich ausführliche Informationen.

Weitere Messenger für das Gesundheitswesen:
- AMP.chat (**https://amp.chat**)
- CONSIL!UM (**https://www.consilium-med.de**)
- WEDOO (**https://wedoo-care.com**)

Der beste medizinische Messenger nützt jedoch nichts, wenn er nicht verbreitet ist!

Tipp: Sprechen Sie sich mit Ärztenetzen, Kliniken vor Ort und anderen Einrichtungen aus dem Gesundheitswesen ab und führen Sie gemeinsam einen Messenger ein. Leider richten sich diese Messenger-Apps wieder nur an Health Professionals. Eine Kommunikation mit Patienten ist nicht vorgesehen.

LÖSUNGEN FÜR DIE SICHERE KOMMUNIKATION MIT PATIENTEN

Wie bereits erwähnt, wird hier die elektronische Patientenakte (ePA) neue Möglichkeiten schaffen.
- **Online-Sprechzimmer (https://www.meinarztdirekt.de)**

Der Allgemeinmediziner Dr. med. Michael Gurr stellt mit seinem Start-up-Unternehmen eine Online-Plattform zur Verfügung, über die sich Arzt und Patient sicher schriftlich austauschen können. Der Arzt kann einen Patienten, der bei ihm bereits in Behandlung ist, in sein Online-Sprechzimmer einladen.

VIDEOKONFERENZEN

Durch die Corona-Krise mussten und müssen noch viele Präsenzveranstaltungen ausfallen. Das betrifft Fortbildungsveranstaltungen genauso wie Fallkonferenzen oder Balint-Gruppen. Als Konsequenz werden diese Treffen nun häufig als Videokonferenz durchgeführt.

Mit Zoom, Microsoft Teams, Cisco Webex Meetings, GoToMeeting und anderen Videokonferenzsystemen haben inzwischen viele Ärzte und Psychotherapeuten im privaten oder beruflichen Umfeld Bekanntschaft gemacht. Doch worauf ist gerade im beruflichen Umfeld zu achten?

Hierzu müssen zunächst verschiedene Anwendungsfälle betrachtet werden.

1. Videokonferenzen im Rahmen von Fortbildungsveranstaltungen (sog. Webinare)
2. Videokonferenzen mit Kollegen (Stichwort: Fallbesprechungen, Balintgruppen)
3. Videokonferenzen mit Kollegen, die mit den Krankenkassen abgerechnet werden können (Fallbesprechungen, Telekonsile)

Je nach Anwendungsfall sind die Anforderungen an den Datenschutz unterschiedlich. Und sicherlich ist jedem klar, dass das Sicherheitsniveau höher sein muss, wenn Patientendaten ins Spiel kommen.

Das Problem bei den anfangs genannten Diensten besteht darin, dass es sich um amerikanische Firmen handelt, die ihre Server in aller Regel in den USA betreiben und die nicht der europäischen Datenschutz-

grundverordnung (DSGVO) unterworfen sind. Bei Fortbildungsveranstaltungen ohne Vorstellung von Kasuistiken stellt das kein allzu großes Problem dar. Bei Fallbesprechungen und dem Austausch von Patientenbefunden (Röntgenbilder, Laborwerte etc.) sieht das jedoch anders aus. Hier ist es relevant, ob Daten ins Nicht-EU-Ausland abfließen können.

Bei Videokonferenzen, die mit den Krankenkassen abgerechnet werden sollen (Fallbesprechungen, Telekonsile), ist die Sache wiederum klar: Hier können nur Systeme zum Einsatz kommen, die von der KBV zertifiziert sind (**www.kbv.de/html/videosprechstunde.php**). Bei den Videosprechstundentools sind je nach Anbieter und Tarif auch Konferenzen mit mehreren, allerdings nicht allzu vielen Teilnehmern möglich.

Doch wie sieht es beim Anwendungsfall 2, den Videokonferenzen im Rahmen von Fallbesprechungen und Balintgruppen, aus? Hier kann auf die amerikanischen Anbieter nur zurückgegriffen werden, wenn Patientendaten ausschließlich anonymisiert kommuniziert und verwendet werden. Und wahrscheinlich runzeln die Datenschützer auch hier die Stirn.

Eine interessante Alternative ist womöglich TeamViewer Meeting. Die Firma TeamViewer ist bisher vor allem für ihre Fernwartungssoftware bekannt, die in vielen Praxen installiert ist, damit IT-Dienstleister bei Problemen schnell helfen können. Das Unternehmen mit Sitz in Deutschland bietet jedoch mit TeamViewer Meeting auch eine Videokonferenz-Lösung an, die nach ISO 9001 zertifiziert und DSGVO-konform ist. TeamViewer Meeting arbeitet mit Ende-zu-Ende-Verschlüsselung, Zwei-Faktor-Authentifizierung und Meeting-Passwörtern. Und für bis zu 5 Teilnehmer ist die Software kostenlos.
https://www.teamviewer.com/de/meeting/

Egal für welche Lösung(en) Sie sich entscheiden, bitte denken Sie daran, mit dem Anbieter des Videokonferenzsystems einen Auftragsverarbeitungsvertrag gemäß DSGVO abzuschließen.

ALLGEMEINE SICHERHEITSHINWEISE FÜR VIDEOKONFERENZEN

- Mikrofon und Kamera am Rechner nur bei Bedarf aktivieren
- Nach der Videokonferenz sollten beide wieder deaktiviert werden (am besten USB-Kabel abziehen)
- Falls das USB-Kabel nicht abgezogen werden kann, Webcam immer abdecken, wenn nicht in Gebrauch

Dr. Christine Trutt-Ibing

Dr. med. Christine Trutt-Ibing

Dr. med. Christine Trutt-Ibing ist Ärztin und Internetexpertin. Mit ihrer Firma CTI Internetlösungen für Ärzte erstellt und betreut sie seit 2009 Praxiswebsites für Ärzte. Sie berät Arztpraxen außerdem zu den Themen digitale Onlinetools.

Dr. Trutt-Ibing ist auch Referentin im Rahmen des Fortbildungsprogramms der KV Hessen. Die Termine für 2021 sind:

- Social Media – Chancen und Risiken neuer Medien am Mittwoch, 10. November 2021, 15.00–18.00 Uhr in der KV in Frankfurt
- Umgang mit Bewertungsportalen am Freitag, 07. Mai 2021, als Onlinefortbildung und Mittwoch, 22. September 2021, in Espenau, jeweils 15.00–18.00 Uhr

Anmelden können Sie sich unter **www.kvhessen.de/fortbildungsprogramm**

Alles an einem Ort

Informationen des Arztregisters

Ab sofort gibt es auf **www.kvhessen.de** eine neue Seite des Teams Arztregister. Alle wichtigen Informationen für Ärzte und Therapeuten, die ein Arzt oder Therapeut bei Aufnahme beziehungsweise Veränderung der vertragsärztlichen Tätigkeit benötigt, sind hier zusammengefasst. Über den Suchbegriff „Wegweiser" ist die Seite schnell und einfach aufzurufen. Alle relevanten Formulare stehen zudem im Downloadbereich bereit. ■

Petra Bendrich

KONTAKT

Arztregister & Psychotherapeutenregister

T. 069 24741-7200
F. 069 24741-68846
E. arztregister@kvhessen.de
H. www.kvhessen.de/praxismanagement/praxisstart/

Infobox

++ Vorsicht: keine Abrechnungsdateien ohne vorherige Überprüfung einreichen ++

Von Videodienstanbietern erstellte Abrechnungsdateien immer kontrollieren

Aus gegebenem Anlass möchten wir Ihnen den folgenden Hinweis geben: Bei der Abrechnungsbearbeitung ist der Fall aufgetreten, dass ein Mitglied eine durch einen zertifizierten Videodienstanbieter erstellte, separate Abrechnungsdatei betreffend die über diesen Anbieter erbrachten Videosprechstunden bei der KVH eingereicht hat. Und nun der Fauxpas: Es war nicht seine eigene Abrechnungsdatei, sondern die eines nicht in Hessen tätigen Vertragsarztes (leicht erkennbar an der fremden BSNR und LANR). Somit wurde gegen vertragsärztliche Pflichten – die Pflicht zur peinlich genauen Abrechnung – durch das Einreichen von nicht von ihm erbrachten Leistungen zur Abrechnung durch die KVH verstoßen. Das Mitglied hätte die vom Videodienstanbieter erstellte Abrechnungsdatei auf mögliche Fehler kontrollieren müssen, denn der Leistungserbringer ist für die Richtigkeit der Abrechnung persönlich verantwortlich. Daher: Wer „blind" und ungeprüft eine Abrechnungsdatei von einem Videodienstanbieter einreicht, ist trotzdem dafür verantwortlich, wenn diese Datei fehlerhaft ist. Disziplinarrechtliche Maßnahmen könnten in diesem Fall durchaus ergriffen werden.

Klaus Pantry

QM strukturiert und gemeinsam weiterentwickeln

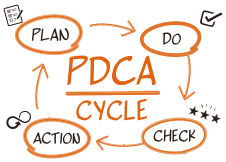
Normalerweise stellen wir Ihnen an dieser Stelle wertvolle Tipps für Ihren Praxisalltag zur Verfügung. Heute geben wir Ihnen stattdessen einen Einblick in den Weiterentwicklungsprozess unserer Abteilung „Qualitätsförderung“, von dem Sie bald profitieren dürfen.

Erinnern Sie sich an den Begriff PDCA-Zyklus? Nein? Kein Problem: Der PDCA-Zyklus bildet mit seinen vier Phasen die Grundlage des kontinuierlichen Verbesserungsprozesses in allen Bereichen. In diesen Phasen werden die Planung (**P**lan), Umsetzung (**D**o), Überprüfung (**C**heck) und Verbesserung (**A**ct) durchlaufen. Und diesen Zyklus empfehlen wir nicht nur Ihnen, sondern wir wenden ihn auch für unsere eigene Abteilung an.

In der Phase Check überprüfen wir, die Abteilung Qualitätsförderung, in regelmäßigen Abständen unsere internen Prozesse und Angebote, sodass wir Verbesserungspotenziale für uns aufdecken können. Ein hilfreiches QM-Instrument, ähnlich wie die Patientenbefragungen, sind in diesem Falle die Evaluationsbögen nach unseren Veranstaltungen.

Viele von Ihnen haben sicher bereits Veranstaltungen der KVH besucht. Wie haben Sie den Buchungsprozess bisher erlebt? Richtig, dieser kann und sollte verbessert werden. Wir haben dieses Verbesserungspotenzial erkannt und eine Möglichkeit gefunden, spürbare Optimierungen zu erreichen.

Doch was sind die konkreten Verbesserungspotenziale? Beim Qualitätsmanagement ist es ratsam, ein breiteres Verbesserungspotenzial in kleineren Paketen zu identifizieren, denn so können Sie sicher sein, dass Sie das gesamte Potenzial ausschöpfen können.



Das Potenzial: Ein Paket, das wir identifiziert haben, ist die mangelnde Transparenz über den Buchungserfolg für unsere Mitglieder durch die zeitverzögerte Rückmeldung aufgrund der manuellen Bearbeitung der Teilnahmeanfragen.

An dieser Stelle findet nun der Wechsel in die Planungsphase (Plan) statt. Ein oder mehrere Ziele werden definiert und Lösungen zur Zielerreichung erarbeitet.

Das Ziel: die Reduzierung des manuellen Arbeitsaufwandes – für alle Seiten (Teilnehmer und Mitarbeiter) – und das Ermöglichen einer frühzeitigen Terminplanung für Sie, unsere Mitglieder.

Die Lösung: eine Software, die es Ihnen ermöglicht, bereits Sekunden nach der Veranstaltung zu sehen, ob Sie verbindlich an der Veranstaltung teilnehmen können.

Wir werden Ihnen bald Details zu unserem neuen „Veranstaltungsmanagementportal“ vorstellen. Sie sehen, wir sind auf Ihr Feedback angewiesen. Sollten Sie weitere Verbesserungspotenziale sehen, freuen wir uns über Ihre Rückmeldung.

Janna Rambow

KONTAKT

Das Team der Koordinierungsstelle erreichen Sie unter:

T. 069 24741-7551
F. 069 24741-68841
E. qm-info@kvhessen.de

Weitere Informationen unter:
www.kvhessen.de/qm

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 KV Hessen: 069 24741-7777 (Montag bis Freitag von 7 bis 17 Uhr).

Wann kann die Pauschale für Fachärztliche Grundversorgung (PFG) von der Praxis abgerechnet werden?

Den Zuschlag zu den entsprechenden Grundpauschalen erhalten bestimmte Fachgruppen einmal im Quartal für jeden Behandlungsfall, bei dem sie ausschließlich konservativ tätig sind und keine spezialisierten Leistungen (Ausschlussleistungen) durchführen. Die GOP wird automatisch von der KV Hessen zugesetzt. Die GOP, die zum Ausschluss der PFG führen, sind im Anhang 3 zum EBM mit einem Sternchen (*) gekennzeichnet. Gleicher Sachverhalt gilt für GOP der Abschnitte 11.4 (Humangenetik: In-vitro-Diagnostik konstitutioneller Veränderungen), 19.4 (Pathologie: In-vitro-Diagnostik tumorgenetischer Veränderungen) und 32.3 (Speziallabor) EBM.

Welche Patienten zählen zu der besonderen Personengruppe, für die keine E-Dokumentation (eDoku) im Rahmen der Richtlinie für organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme (oKFE) einzureichen ist?

Alle Patienten ohne eGK-Versichertennummer. Sie befinden sich in keinem regulären Versichertenverhältnis mit einer gesetzlichen Krankenkasse (zum Beispiel Polizisten, Angehörige der Bundeswehr, Mitglieder der Postbeamtenkrankenkasse A, Mitglieder der Freien Arzt- und Medizinkasse).

Wie erfolgt die Dokumentation der Untersuchungen im Rahmen der oKFE bei dieser besonderen Personengruppe?

Wird bei solch einem Patienten eine Vorsorgeuntersuchung erbracht und die entsprechende GOP angesetzt, dann ist dies nach der oKFE-Richtlinie zu dokumentieren. Die Dokumentation verbleibt in der Praxis und muss nicht an die KV übermittelt werden.

Kann ich meine Honorarunterlagen auch online einsehen?

Ja, Sie können Ihre Honorarunterlagen auch online im KV-SafeNet* Portal einsehen, wenn Sie den Dienst „Download Honorarunterlagen“ freigeschaltet haben. Sollte dies nicht der Fall sein, können Sie die Funktion nach erfolgreicher Anmeldung im KV-SafeNet Portal* über den Reiter „Zugang verwalten“ beantragen.

Ist die Bestellung im Webshop der KV Hessen kostenfrei?

Ja, die Bestellung persönlicher Schutzausrüstung (PSA) ist für Mitglieder der KV Hessen über den eigens eingerichteten Webshop kostenfrei.

HABEN SIE WEITERE FRAGEN?

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

T. 069 24741-7777
E. info.line@kvhessen.de

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

Ihr Kontakt zu uns

info.line	T.	069 24741-7777
	F.	069 24741-68826
	E.	info.line@kvhessen.de
Montag bis Freitag:	7.00 bis 17.00 Uhr	

BERATUNG VOR ORT

BeratungsCenter Frankfurt:	T.	069 24741-7600
	F.	069 24741-68829
	E.	beratung-frankfurt@kvhessen.de
BeratungsCenter Darmstadt:	T.	06151 158-500
	F.	06151 158-488
	E.	beratung-darmstadt@kvhessen.de
BeratungsCenter Wiesbaden:	T.	0611 7100-220
	F.	0611 7100-284
	E.	beratung-wiesbaden@kvhessen.de
BeratungsCenter Gießen:	T.	0641 4009-314
	F.	0641 4009-219
	E.	beratung-giessen@kvhessen.de
BeratungsCenter Kassel:	T.	0561 7008-250
	F.	0561 7008-4222
	E.	beratung-kassel@kvhessen.de

ABRECHNUNGSVORBEREITUNG

AV-Help	E.	av-help@kvhessen.de

ONLINEPORTAL

Internetdienste/SafeNet*	E.	internetdienste@kvhessen.de
Technischer Support	E.	onlineservices@kvhessen.de

ARZNEI-, HEIL- UND HILFSMITTELBERATUNG

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

KOORDINIERUNGSSTELLE

Koordinierungsstelle	T.	069 24741-7227
Weiterbildung Allgemeinmedizin	F.	069 24741-68845
	E.	koordinierungsstelle@kvhessen.de

QUALITÄTS- UND VERANSTALTUNGSMANAGEMENT

Qualitätsmanagement	T.	069 24741-7551
	F.	069 24741-68841
	E.	qm-info@kvhessen.de
Veranstaltungsmanagement	T.	069 24741-7550
	F.	069 24741-68842
	E.	veranstaltung@kvhessen.de

Herausgeber (V. i. S. d. P.)
Kassenärztliche Vereinigung Hessen, vertreten durch den Vorstand

Redaktion
Karl Matthias Roth und Petra Bendrich

Kontakt zur Redaktion
Kassenärztliche Vereinigung Hessen
Redaktion Auf den PUNKT.
Europa-Allee 90, 60486 Frankfurt am Main
T. 069 24741-6988
F. 069 24741-68988
E. aufdenpunkt@kvhessen.de

Hinweis
Zur besseren Lesbarkeit verwendet Auf den PUNKT. vorwiegend die männliche Schreibform. Selbstverständlich gelten alle Aussagen im gleichen Umfang für weibliche Personen.

Grafik
Katja Friehe (Media Cologne Kommunikationsmedien GmbH)
Judith Scherer (KV Hessen)

Druck
Media Cologne Kommunikationsmedien GmbH

Bildnachweis
Alexander Kowalski: S.7; Carolina Ramirez: S. 3, 10, 15, 18;
Judith Scherer: S. 4, 5, 26– 28; Michael Steinbring: S. 6, 7, 9;
Privat: S. 5 u., 17, 39

Adobe Stock: Titel, S. 12 Ingo Bartussek; S. 19: artinspiring; S. 20: Pixel-Shot; S. 21: New Africa; S. 22 (links): kebox; S. 30: milaart17; S. 31: elenabsl; S. 33: Bordin; S. 38: elenabsl; S. 41: tiquitaca

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
Auf den PUNKT. erhalten alle hessischen Vertragsärzte und -psychotherapeuten im Rahmen ihrer Mitgliedschaft.
Der Bezugspreis ist mit der Verwaltungskostenumlage abgegolten.

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

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

AUF DEN
PUNKT.

erscheint wieder
Mitte Juni

KASSENÄRZTLICHE
VEREINIGUNG
HESSEN

Sie finden uns im Internet unter:

www.kvhessen.de/aufdenpunkt