Das Servicemagazin für unsere Mitglieder Nr. 2 / April 2022

AUF DEN PUNKT.

info.service – offizielle Bekanntmachungen

SEITE 20

Was können Praxen von der Ampel-Regierung erwarten?

SEITE 13

Vertreterversammlung wird neu gewählt

SEITE 12

KV H KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG HESSEN

Was können Praxen von der Ampel-Regierung erwarten?

AKTUELLES

Eine Mappe, zwei Hefte 4
Organspende kann Leben retten 6
Bereitschaftsdienst-Seminar „Fit für jeden Notfall“ 8
Genug gekachelt 10
Vertreterversammlung wird neu gewählt 12

TITELTHEMA

Was können Praxen von der Ampel-Regierung erwarten? 13
Mehr stationäre Fälle bei uns als in Nachbarländern 14
PKV steht vor Herausforderungen 16
Die elektronische Patientenakte im europäischen Vergleich 18
Fortschritt geht nicht rückwärts 22
Hessen, da geht noch was! 23
Melanom und sonstige bösartige Neubildungen der Haut 28

GUT INFORMIERT

„Leichte Sprache“ in der Medizin – ein Wunsch vieler Menschen 30
So läuft die psychotherapeutische Behandlung ab 34

QUALITÄT

Pilotprojekt: Interkulturell-medizinisches Netzwerk 37
Praxis muss erreichbar bleiben 39

PRAXISTIPPS

Verordnungswissen für psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten 41
Wie war das? Fragen aus der Praxis 42

SERVICE

Ihr Kontakt zu uns/Impressum 43

IHRE MEINUNG

Schreiben Sie uns! Wir freuen uns auf Ihre Nachricht.

aufdenpunkt@kvhessen.de

Krieg in Europa

Liebe Kolleginnen und Kollegen, sehr geehrte Damen und Herren,

sollte man hier über den verbrecherischen, russischen Angriffskrieg schreiben? Oder anders gefragt: Kommen wir an diesem Thema vorbei, selbst im Mitgliedermagazin einer Kassenärztlichen Vereinigung? Wir müssen darüber schreiben – zu fassungslos machen uns die Bilder aus einem Land, das gerade zwei Flugstunden von Berlin entfernt liegt. Dieser Krieg zeigt wie jeder Krieg, wie dünn die zivilisatorische Firnis über unseren Gesellschaften tatsächlich ist. Sie ist hauchdünn und im Zweifelsfall zeigen wir Menschen unser archaisches Gesicht, das auf Gewalt und das Recht des Stärkeren setzt, allen zivilisatorischen Errungenschaften zum Trotz. Eben führten wir noch unser normales, in vielen Aspekten sicherlich saturiertes Leben – nur Augenblicke später scheinen alle (sicherheitspolitischen) Gewissheiten der vergangenen Jahrzehnte Makulatur zu sein. Und wie viel schlimmer ergeht es den Menschen im Kriegsgebiet: Tod, Vertreibung, zerrissene Familien, was für unsagbares Leid müssen die Ukrainerinnen und Ukrainer im Moment aushalten und eine Aussicht auf ein Ende dieses Wahnsinns besteht nicht. Nach knapp achtzig Jahren Frieden merken wir, wie gut es uns all diese Jahre gegangen ist, wie privilegiert wir waren und wie trotzdem – quasi auf Knopfdruck – die Reflexe und Ängste des Ost-West-Konflikts wieder lebendig werden. Atomar hochgerüstete Armeen, die sich waffenstarrend gegenüberstehen, in diesem Klima hat die Sozialisation von vielen von uns in den 70er- und 80er-Jahren stattgefunden. Nun ist es also wieder so weit, dass wir Begriffe wie „Atomkrieg" denken und aussprechen müssen – was für ein Albtraum!

Was bedeutet das nun für uns Ärztinnen und Ärzte beziehungsweise Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten? Es bedeutet sicher, dass wir wieder besonders gefragt sind, weil Verletzte und Traumatisierte auch im deutschen Gesundheitswesen zu behandeln sein werden. Gerade in der Traumabehandlung wird dieser Krieg enorme Bedarfe auslösen, die auch unsere Praxen betreffen werden.

Macht es angesichts dieser weltpolitischen Entwicklungen Sinn, sich in die Niederungen der deutschen Gesundheitspolitik zu begeben? Wir denken schon und haben deshalb an unserem Plan festgehalten, in unserer Titelstrecke einen intensiveren Blick auf den Koalitionsvertrag und die Vorhaben der neuen Regierung zu werfen.

Wir wünschen Ihnen eine interessante Lektüre – trotz allem!

Ihre

Frank Dastych
Vorstandsvorsitzender

Dr. Eckhard Starke
stv. Vorstandsvorsitzender

Eine Mappe, zwei Hefte

Frisch gebackene Eltern in Hessen bekommen künftig das sogenannte „Gelbe Heft“ und das Zahnärztliche Kinderuntersuchungsheft im Doppelpack. Die kombinierte Ausgabe ist deutschlandweit einmalig und ein Gemeinschaftsprojekt mehrerer Institutionen im hessischen Gesundheitswesen.

Zwei Kinderuntersuchungshefte in einer Mappe, das gibt es so in keinem anderen Bundesland. „Hessen ist Vorreiter und setzt ein klares Zeichen: Eltern werden von Anfang an umfassend über die Vorsorgeuntersuchungen informiert“, sagt der hessische Gesundheitsminister Kai Klose. Bei einem Pressegespräch zur Vorstellung des Projekts lobte er die gute Zusammenarbeit aller Beteiligten im Sinne der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Neben der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Hessen (KZVH), dem Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ), der Hessischen Krankenhausgesellschaft (HKG), der Landesärztekammer Hessen (LÄKH) und der Landeszahnärztekammer Hessen (LZKH) gehört auch die Kassenärztliche Vereinigung Hessen (KVH) zu den Kooperationspartnern. Warum die KVH sich am Projekt beteiligt, erläutert Dr. Eckhard Starke, stellvertretender Vorstandsvorsitzender der KVH: „Prävention ist insbesondere im Kindesalter wichtig, möglichst gut gelingt sie dann, wenn Ärztinnen und Ärzte interdisziplinär zusammenarbeiten.“ Genau deshalb begrüße er die Doppelabgabe der Kinderuntersuchungshefte und die engere Verzahnung von Zahnärzten und Kinder- und Jugendmedizinern. Stephan Allroggen, Vorstandsvorsitzender der KZVH, freut sich, dass

In Hessen erhalten Eltern neugeborener Kinder in Kürze das ärztliche und das Zahnärztliche Kinderuntersuchungsheft in einer Mappe

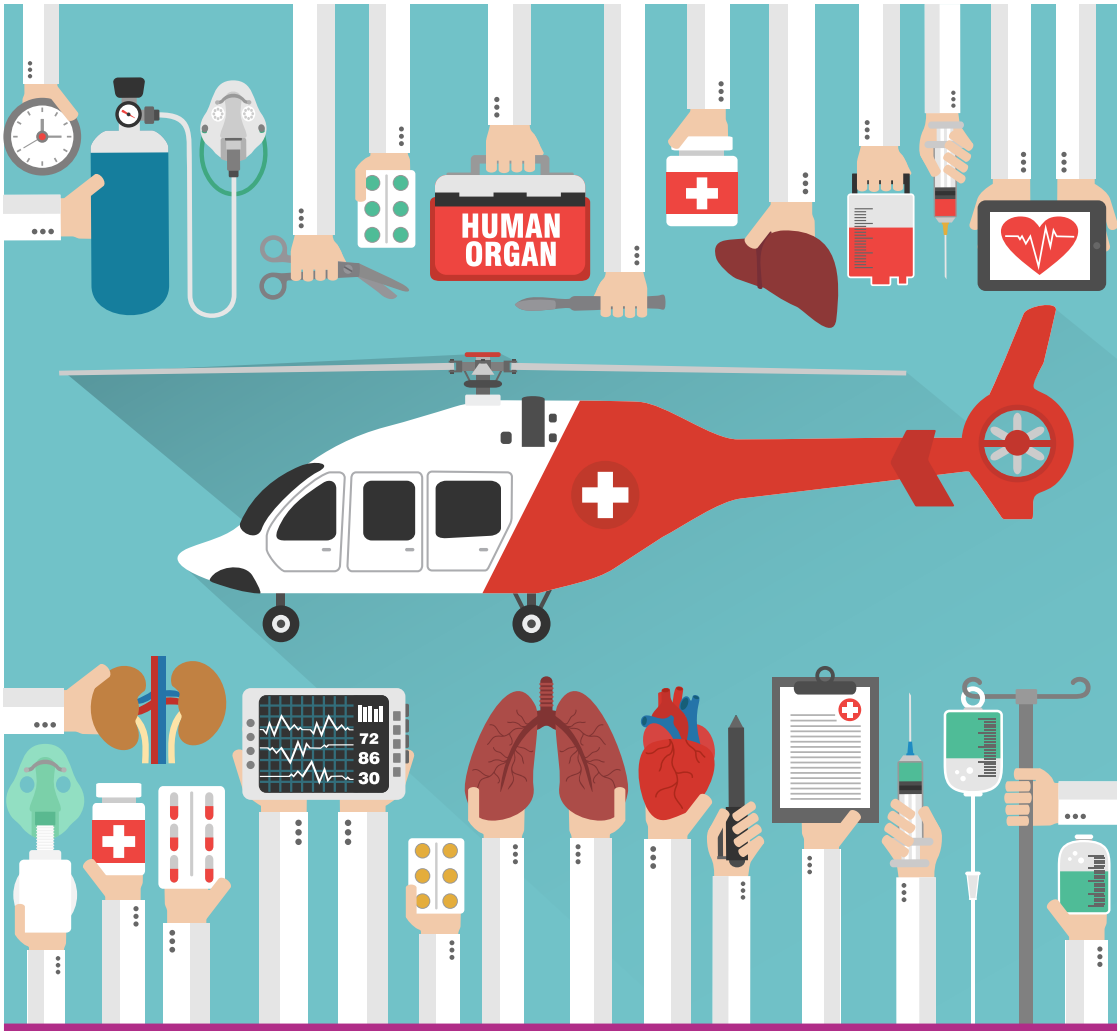
Beim Pressegespräch zum Start der Doppelabgabe der Kinderuntersuchungshefte: Stephan Allroggen, Dr. Wolfgang Seher, Prof. Dr. Steffen Gramminger, Dr. Eckhard Starke, Staatsminister Kai Klose, Dr. Ralf Moebus, Dr. Antje Köster-Schmidt, Dr. Andrea Thumeyer und Susanne Otte-Seybold

der Doppelpack endlich an den Start geht: „Mit der kombinierten Abgabe des Gelben Hefts und des Zahnärztlichen Kinderuntersuchungshefts schließt sich in Hessen ein wichtiger Kreis. Ich freue mich sehr über dieses hessische Kooperationsprojekt: Es eint Partner, die mit Blick auf das Kindeswohl einen gemeinsamen Weg beschritten haben." Eltern neugeborener Kinder erhielten dadurch neben dem ärztlichen „U-Heft" nun endlich auch wichtige zahnärztliche Informationen.

FRÜHKINDLICHE KARIES BEI JEDEM SIEBTEN KIND

Warum das so wichtig ist, weiß Dr. Andrea Thumeyer, Zahnärztin mit dem Tätigkeitsschwerpunkt Prophylaxe und Kinderzahnheilkunde und seit 1997 Vorsitzende der Landesarbeitsgemeinschaft Jugendzahnpflege in Hessen (LAGH): „Frühkindliche Karies ist die häufigste chronische Erkrankung bei Kleinkindern in Hessen und Deutschland. Jedes siebte Kind unter sechs Jahren ist betroffen und leidet regelmäßig unter starken Zahnschmerzen." Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Karies seien daher unbedingt notwendig, um eine Karies und die langfristige Schädigung der Zähne zu vermeiden. Der Doppelpack aus Gelbem Heft und Zahnärztlichem Kinderuntersuchungsheft schaffe ein höheres Bewusstsein bei Müttern und Vätern für die Mundgesundheit ihrer Kinder. Die neue Mappe mit den beiden U-Heften soll nun so schnell wie möglich „unter die Eltern" gebracht werden.

ALEXANDER KOWALSKI



Seit Jahren fehlt es an Spender-organen

Organspende kann Leben retten

Dank einer neuen Beratungsleistung soll Patientinnen und Patienten durch eine ergebnisoffene Information eine persönliche Entscheidung zur Organspende ermöglicht werden.

Hausärztinnen und Hausärzte können ihre Patientinnen und Patienten seit 1. März 2022 bei Bedarf alle zwei Jahre über die Voraussetzungen und Möglichkeiten einer Organ- und Gewebespende beraten. Das sieht das aktualisierte Transplantationsgesetz vor. Mit dem Gesetz zur Stärkung der Entscheidungsbereitschaft bei der Organspende wurde eine ergebnisoffene Beratung als zusätzliche hausärztliche Leistung verankert. Außerdem sollen Ärztinnen und Ärzte unter anderem über die Möglichkeit, eine Erklärung zur Organ- und Gewebespende im Organspende-Register abzugeben, informieren. Die Vergütung der Beratung erfolgt extrabudgetär.

ORGANSPENDE

Rund 1.000 Organspenderinnen und Organspender wurden 2021 durch hessische Ärzte ambulant behandelt. Unter den Spendern sind 20 Prozent mehr Frauen als Männer.

GOP 01480 FÜR BERATUNG

Zur Abrechnung der Leistungen wird zum 1. März die Gebührenordnungsposition (GOP) 01480 in den EBM aufgenommen. Sie ist mit 65 Punkten (7,32 Euro) bewertet. Haus- sowie Kinder- und Jugendärzte können die GOP alle zwei Jahre pro Patient ab dem vollendeten 14. Lebensjahr abrechnen. Eine Evaluation ist erstmalig nach Vorliegen der Abrechnungsdaten für die ersten zwei Jahre vorgesehen.

BZGA BIETET INFOMATERIALIEN AN

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) hat Informationsmaterialien für Ärzte und Patienten entwickelt. Dazu zählen Materialien zur Aufklärung von je zehn Patientinnen oder Patienten sowie 100 Organspendeausweise. Ein Manual für das Arzt-Patienten-Gespräch zur Organ- und Gewebespende sowie weitere Aufklärungsmaterialien können zusätzlich kostenfrei bei der BZgA bestellt werden.

Mit der Novellierung des Transplantationsgesetzes durch das Gesetz zur Stärkung der Entscheidungsbereitschaft bei der Organspende hatte der Bundestag im Januar 2020 eine Beibehaltung der Zustimmungslösung beschlossen. Das Gesetz trat zum 1. März 2022 in Kraft und sieht unter anderem die Förderung von Maßnahmen vor, die die Organspendebereitschaft und die dazugehörige Dokumentation erhöhen. Weitere Infos auch unter **kvh.link/p22001**

KBV

Mit Vollendung des 14. Lebensjahres kann jeder einer Organ- und Gewebespende widersprechen. Mit Vollendung des 16. Lebensjahres kann jeder eine Erklärung zur Organ- und Gewebespende abgeben, ändern und widerrufen.

In Kooperation

heidelberger medizinakademie

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG HESSEN

BEREITSCHAFTSDIENST-SEMINAR „FIT FÜR JEDEN NOTFALL“

08.07. – 10.07.2022
in Eschborn bei Frankfurt

32 CME-Fortbildungspunkte werden beantragt

LIVESTREAM: 06.05. – 07.05.2022 (21 CME)

Die KV Hessen übernimmt die Hälfte der Seminargebühr bei ihren Vertragsärztinnen/Vertragsärzten; bei Nichtvertragsärztinnen/-ärzten nur dann, wenn sie mehr als 12 Dienste pro Jahr im ÄBD in Hessen ausüben.
Die genauen Voraussetzungen für die hälftige Förderung der Seminargebühr entnehmen Sie bitte der nächsten Seite.

Sie lernen kompetent alle großen und kleinen Notfälle sicher zu behandeln:
– im Bereitschaftsdienst
– in der Praxis
– im Flugzeug
– auf der Straße

Das 3-tägige Seminar wurde von einem Ärzteteam aus Heidelberg entwickelt und basiert auf der Erfahrung aus über 100.000 Patientenkontakten im Bereitschaftsdienst. Das gesamte Spektrum wird darin **100% praxisbezogen vermittelt.** Für Kollegen ALLER Fachrichtungen.

Die Themen:
Akute Erkrankungen aus den Bereichen: Kardiologie, Neurologie, Pädiatrie, Orthopädie und Unfallchirurgie, Psychiatrie, Urologie, Gynäkologie, HNO, Augenheilkunde, Dermatologie, Dyspnoe, Bauchschmerzen, Erbrechen, Diabetes, Niereninsuffizienz, Antibiotikatherapie, Schmerztherapie und Palliativmedizin, Ausstattung des Arztkoffers, Abrechnung, juristische Aspekte im Notfall, Fallstricke und Problemfälle

Praktische Übungen:
Neurologische Untersuchung im Notfall, Fremdkörperaspiration beim Kind, neue stabile Seitenlage, i.v.-Zugänge legen, Vorgehen bei bewusstloser Person und NEU: Alle wichtigen Erkrankungen im Notfall werden im 3er-Team nach dem ABCDE-Schema trainiert.

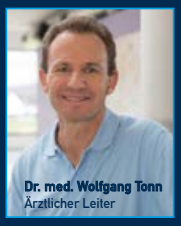
Inkl. Reanimationstraining in Kleingruppen nach den neusten ERC-Guidelines
mit Defibrillation, Larynxtubus, Mega-Code-Training, Kinder- und Säuglingsreanimation

Komplett pharmaunabhängig!
Wir fühlen uns ausschließlich den Ärzten, den Patienten und der Wahrheit verpflichtet.

VIDEO ÜBER DAS SEMINAR:
www.hdmed.de/film

Leitung: **Dr. med. Wolfgang Tonn**
Allgemeinarzt und Notarzt

Informationen und Anmeldung: www.hdmed.de oder Tel: 06221 32189-0



08.07.2022 – 10.07.2022

Preis 640,00 Euro

Ort Bürgerzentrum
Niederhöchstadt
Montgeronplatz 1
65760 Eschborn

Die Seminargebühr beträgt 640,00 Euro und beinhaltet folgende Leistungen:
das 3-tägige Seminar, den Reanimationskurs und die praktischen Übungen in Kleingruppen, ein ausführliches Skript aller Vorträge, Mittagessen, Zwischenmahlzeiten, Getränke und die Zertifizierung.

LIVESTREAM: 06.05. – 07.05.2022 (420,– Euro / 21 CME-Punkte)

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG HESSEN

Der Vorstand der KV Hessen hat eine hälftige Förderung der Teilnahmegebühr für das Bereitschaftsdienst-Seminar „Fit für jeden Notfall" der Heidelberger Medizinakademie bei Erfüllung der nachfolgenden Voraussetzungen beschlossen:

- **Sie sind Vertragsärztin/Vertragsarzt der KV Hessen**
- **Sie sind Nichtvertragsärztin/Nichtvertragsarzt und nehmen regelmäßig am Ärztlichen Bereitschaftsdienst in Hessen (d. h. mehr als zwölf Dienste innerhalb der letzten zwölf Monate vor Seminaranmeldung) teil.**
- **Sie haben in den vergangenen zwei Jahren keine Förderung erhalten.**

Auch die Teilnahme an den Notdienstseminar-LIVESTREAMS ist förderfähig.

Prozedere:
Nach Ihrer Anmeldung auf www.hdmed.de und dem Erhalt der Zahlungsaufforderung überweisen Sie bitte Ihren Anteil der Seminargebühr in Höhe von 320,– Euro (bzw. 210,– Euro für LIVESTREAM) an die Heidelberger Medizinakademie. Die KV Hessen wird Ihre Zuschussberechtigung prüfen. Im Falle einer Zuschussberechtigung müssen Sie nichts weiter tun. Andernfalls werden wir uns mit Ihnen in Verbindung setzen.

Bitte melden Sie sich online unter www.hdmed.de an.
Bei telefonischen Rückfragen wählen Sie bitte die 06221 32189-0.

Die Teilnehmerzahl ist begrenzt, die Plätze werden nach dem Eingangsdatum der Anmeldung vergeben.

heidelberger medizinakademie

VIDEO ÜBER DAS SEMINAR:
www.hdmed.de/film

HDMED.online

Fortbildung und CME-Fortbildungspunkte bequem von zu Hause?

Kein Problem, nehmen Sie am Livestream teil oder besuchen Sie unsere digitale Plattform auf www.hdmed.online

Die Onlineplattform für praxisorientierte und pharmaunabhängige Fortbildung.
- Zeitlich und örtlich flexibel
- Hochkarätige Dozenten
- Themen, die in der Praxis wirklich wichtig sind
- CME-Fortbildungspunkte

Hauptstraße 29 . D-69221 Dossenheim . Fon 06221 32189-0 . info@hdmed.de . www.hdmed.de

Genug gekachelt

Die erste VV in Präsenz seit zwei Jahren

Die VV tagt wieder – erstmals seit über zwei Jahren in Präsenz. Und auch in Präsenz bestimmt die Pandemie die inhaltliche Agenda. Um medizinisch in der Ukraine helfen zu können, stellt die VV Geld zur Verfügung.

Das Bemerkenswerteste an der Vertreterversammlung (VV) am 12.03.22 war eigentlich und vor allem, dass sie wieder in Präsenz stattfand – und das zum ersten Mal seit zwei Jahren und fünf Tagen Coronaunterbrechung. „Wir haben genug gekachelt", begründete Dr. Klaus-Wolfgang Richter, der Vorsitzende der VV, den Entschluss zur Präsenzsitzung, die nach den Lockerungen des Frühjahrs unter Einhaltung der Hygiene- und Abstandsregeln sogar im Verwaltungsgebäude in Frankfurt stattfinden konnte. „Zur Not hätten wir auch die Jahrhunderthalle gemietet, um endlich von den Zoom-Kacheln wegzukommen", so Dr. Richter scherzhaft. In seinem Bericht ließ Richter die letzten Monate seit der letzten VV Revue passieren und freute sich besonders über den starken Anstieg des EHV-Punktwerts um rund vier Prozent. Trotz dieses tollen Ergebnisses höre man gerade im EHV-Beirat, der die Interessen der Inaktiven vertreten soll, vorrangig Gemecker über die EHV.

PANDEMIE UND IMMER NOCH KEIN ENDE

Der „Bericht zur Lage" des Vorstandsvorsitzenden Frank Dastych beschäftigte sich vor allem mit der Pandemie. So beklagte er zum wiederholten Mal die Art, wie in Deutschland Entscheidungen zur Pandemie getroffen und (nicht) begründet würden: „Es ist schon bemerkenswert, wie in Deutschland nach wie vor die Evidenz keine Rolle zu spielen scheint. Und das, obwohl mit Herrn Lauterbach ja angeblich ein deutlich evidenzbasierterer Ansatz im Ministerium eingezogen sein sollte. Auf der Basis fehlender Daten werden nebulöse Diskussionen geführt und eine Begründung dafür, dass anders als in anderen Ländern nicht gelockert werden kann, findet sich einfach nicht. Stattdessen wird das eben behauptet." Gleiches gelte für die Debatte um die Impfpflicht, die sich komplett von einer Evidenzbasierung entkoppelt habe. Auch wenn man davon ausgehen könne, dass eine Impfung vor einem schweren Verlauf schütze, sei dies nicht sicher, schon gar angesichts der Tatsache, dass immer noch mit Impfstoffen geimpft werde, die auf der Basis des ursprünglichen Wuhan-Wildtyps designt worden seien. Dies sei auch für die Debatte um die Impfpflicht wichtig: „Ich kann mir nicht vorstellen, dass die KV oder die Vertragsärzte als verlängerter Arm des Gesetzgebers fungieren, wenn es um die Durchsetzung einer etwaigen Impfpflicht geht. Wir impfen weiter gerne die, die sich impfen lassen wollen, aber zwangsweise Impfungen sind mit uns nicht drin!"

APOTHEKER DRINGEND ENTLASTEN

Dastych forderte zudem dringend auf, die Apotheker in Zukunft zu entlasten. Diese hätten mit rund 870 Impfungen gegen COVID-19 zwar einen wichtigen Beitrag zur Pandemiebekämpfung geleistet, sich damit aber auch wahrnehmbar verausgabt. „Es ist kaum anzunehmen, dass angesichts dieser zusätzlichen Belastung in den Apotheken noch ein normaler Geschäftsbetrieb aufrechtzuerhalten ist. Hier möchten wir als hessische Vertragsärzteschaft helfen und unterstützen. Ich könnte mir gut vorstellen, dass es die Apotheken substanziell entlastet,

wenn wir zum Beispiel in Zukunft den Sprechstundenbedarf über in Deutschland ansässige Online-Apotheken organisieren, und ich glaube auch, dass wir an dieser Stelle bei den Krankenkassen auf offene Ohren stoßen."

FINGER WEG VON DER AMBULANTEN VERSORGUNG!

Dastych wagte auch einen Blick in die nächsten Monate Gesundheitspolitik in Deutschland. Bundesgesundheitsminister Lauterbach mache keinen Hehl daraus, dass es angesichts großer Finanzlücken in der GKV zeitnah um ein GKV-Finanzierungsgesetz und einen Dreiklang aus Beitragserhöhung, Einsparungen bei den Leistungserbringern und höheren Zuschlägen gehen werde. „Hier lohnt sich ein Blick auf die einzelnen Faktoren der Kostensteigerungen. Die ärztliche Behandlung liegt mit einem Steigerungsfaktor von unter 1,8 Prozent im Vergleich der Jahre 2020 und 2021 sogar noch deutlich unter der Teuerungsrate. Kostentreiber sind vor allem der Zahnersatz, die Heilmittel und die Hilfsmittel, also Bereiche, die von uns nicht beeinflusst sind oder mit denen wir nichts zu tun haben. Deshalb gilt die klare Ansage: Finger weg von der ambulanten Versorgung, wenn es um Einsparungen geht!"

SAN STARTET ENDLICH DURCH

Mit rund eineinhalb Jahren Corona-bedingter Verspätung startet nun auch endlich das hessische Modellprojekt zur ambulanten Notfallversorgung SaN (sektorenübergreifende ambulante Notfallversorgung). „Wir sind froh, dass es mit viel KV-Anschub nun endlich losgeht und dass unser Modellprojekt auch auf Bundesebene wichtige Impulse liefern konnte. Ich konnte für die ambulante Versorgung viele unserer Gedanken in ein hochrangig besetztes Gremium der Bertelsmann Stiftung, das ein von den beteiligten Sektoren konsentiertes Grundlagenpapier für die Reform der Notfallversorgung erarbeitet hat, einbringen. Und ich möchte und kann auch all diejenigen beruhigen, die die Sorge haben, die KVH würde ihnen etwas überstülpen wollen ohne Rücksicht auf in den Bundesländern oder KV-Bereichen bestehende Strukturen. Das ist nicht der Fall, aber wir müssen in der Notfallversorgung dringend zu Reformen kommen. Und wenn die ambulante Versorgung am Ende darüber entscheidet, ob eine Behandlung ambulant oder stationär erfolgt, dann ist das sicher in unserem Sinn und ein Erfolg", so Dr. Eckhard Starke, Hessens KV-Vize, in seinem Vortrag. Das hessische SaN-Projekt verfolgt das Ziel, alle Beteiligten an Akut- und Notfallversorgung digital zu vernetzen und so eine ressourcengerechte Steuerung der Patienten zu ermöglichen.

WENIGER BÜROKRATIE DANK GEÄNDERTER FÖRDERRICHTLINIE

Gute Nachrichten konnte Dr. Starke auch beim Thema Bürokratieabbau vermelden. Gemeinsam mit der Landesärztekammer sei es gelungen, einen bisher langen und aufwendigen Prozess zu verschlanken und zu beschleunigen. Konkret geht es um die Förderrichtlinien in der Allgemeinmedizin und weiterer fachärztlicher Weiterbildungen. Einem dafür notwendigen Antrag war bisher ein Vorwegentscheid der Kammer vorgeschaltet, der teilweise bis zu drei Monate Bearbeitungszeit verursachte und zu einer zu langen Phase der Unsicherheit führte, ob Praxen tatsächlich gefördert werden. „Hier konnten wir gemeinsam mit der Kammer für ein höheres Tempo und schnellere Gewissheit für die Praxen sorgen", so Dr. Starke. Einer notwendigen Änderung der beiden Richtlinien stimmten die Vertreter einstimmig zu.

BEIM HELFEN HELFEN

Ebenfalls einstimmig ermächtigte die VV den Vorstand, ein oder mehrere Projekte, mit denen in der Ukraine oder in Nachbarländern medizinische Hilfe geleistet wird, mit insgesamt 100.000 € zu unterstützen. Das Geld dafür stammt aus den Verwaltungskosten, die die KV durch die Abrechnung von Corona-Tests von Nichtmitgliedern erwirtschaftet hat, also nicht aus Mitgliedsbeiträgen.

IM SPOTLIGHT: BETRIEBLICHE ALTERSVERSORGUNG

Zum Schluss der VV hatte mit Sigrid Dworschak die Referentin bAV (betriebliche Altersversorgung) ihren Auftritt: Auf Wunsch des Hauptausschusses nahm sie die Vertreter mit auf eine Reise in die Historie der bAV in der KVHBU, erläuterte deren Besonderheiten und „Untiefen" und konnte den Vertretern so ein lebendiges Bild eines wichtigen, aber im Normalfall „trockenen Themas" vermitteln, das für die KV ein wichtiger Baustein bei der Gewinnung neuer Mitarbeitenden ist. In einem immer umkämpfteren Markt ist eine attraktive Altersversorgung ein wichtiger Aspekt zur Steigerung der Attraktivität eines Arbeitgebers.

KARL M. ROTH

Vertreterversammlung wird neu gewählt

Information rund um die Neuwahl der Vertreterversammlung, die in diesem Jahr auf der Agenda der KVH steht.

Zum Ablauf des Jahres 2022 endet die aktuelle Legislaturperiode der Vertreterversammlung, es stehen Neuwahlen an. Vielleicht denken Sie darüber nach, sich berufspolitisch zu engagieren? Könnten Sie sich vorstellen, an der Wahl nicht nur als Wähler, sondern auch als Kandidat teilzunehmen? Damit Sie ausreichend Zeit haben, sich zu diesen Fragen Gedanken zu machen, und damit auch diejenigen, die schon entschieden sind, bereits in die Planung und Vorbereitung einsteigen können, stellen wir Ihnen hier die Eckdaten für die Wahl zur Vertreterversammlung zusammen. Dieser Artikel hat rein informativen Charakter.

Die offizielle **Wahlbekanntmachung**, mit der der Wahlprozess in Gang gesetzt wird, wird voraussichtlich im Juli 2022 per Rundschreiben erfolgen. Die **Stimmabgabe** wird Ihnen voraussichtlich in der Zeit vom 12. September bis zum 4. Oktober 2022 möglich sein. Die Wahlunterlagen, also Stimmzettel und Umschläge, werden Sie wenige Tage vor Beginn der Wahlfrist erhalten.

Wahlvorschläge, also Ihre Kandidatenlisten, können vom Zeitpunkt der Wahlbekanntmachung bis zum 1. August 2022 eingereicht werden. Für die Wahlvorschläge enthält § 14 der Wahlordnung der KVH einige Vorgaben, auf die wir bereits jetzt hinweisen möchten. So müssen den Wahlvorschlägen schriftliche Erklärungen der Bewerber beigefügt sein, mit denen sie erklären, dass sie mit der Aufnahme in den Wahlvorschlag einverstanden und ihnen Umstände, die ihre Wählbarkeit ausschließen, nicht bekannt sind. Gleichzeitig muss jeder Wahlvorschlag von mindestens zehn Wahlberechtigten unterschrieben und „unterstützt" werden. Unverbindliche Muster sowohl für die Bewerber- als auch für die Unterstützererklärungen finden Sie ebenso wie die Wahlordnung auf unserer Homepage unter **kvh.link/p22002**. Selbstverständlich müssen Sie nicht die von uns zur Verfügung gestellten Muster verwenden, wichtig ist nur, dass alle Angaben, die § 14 der Wahlordnung fordert, enthalten sind.

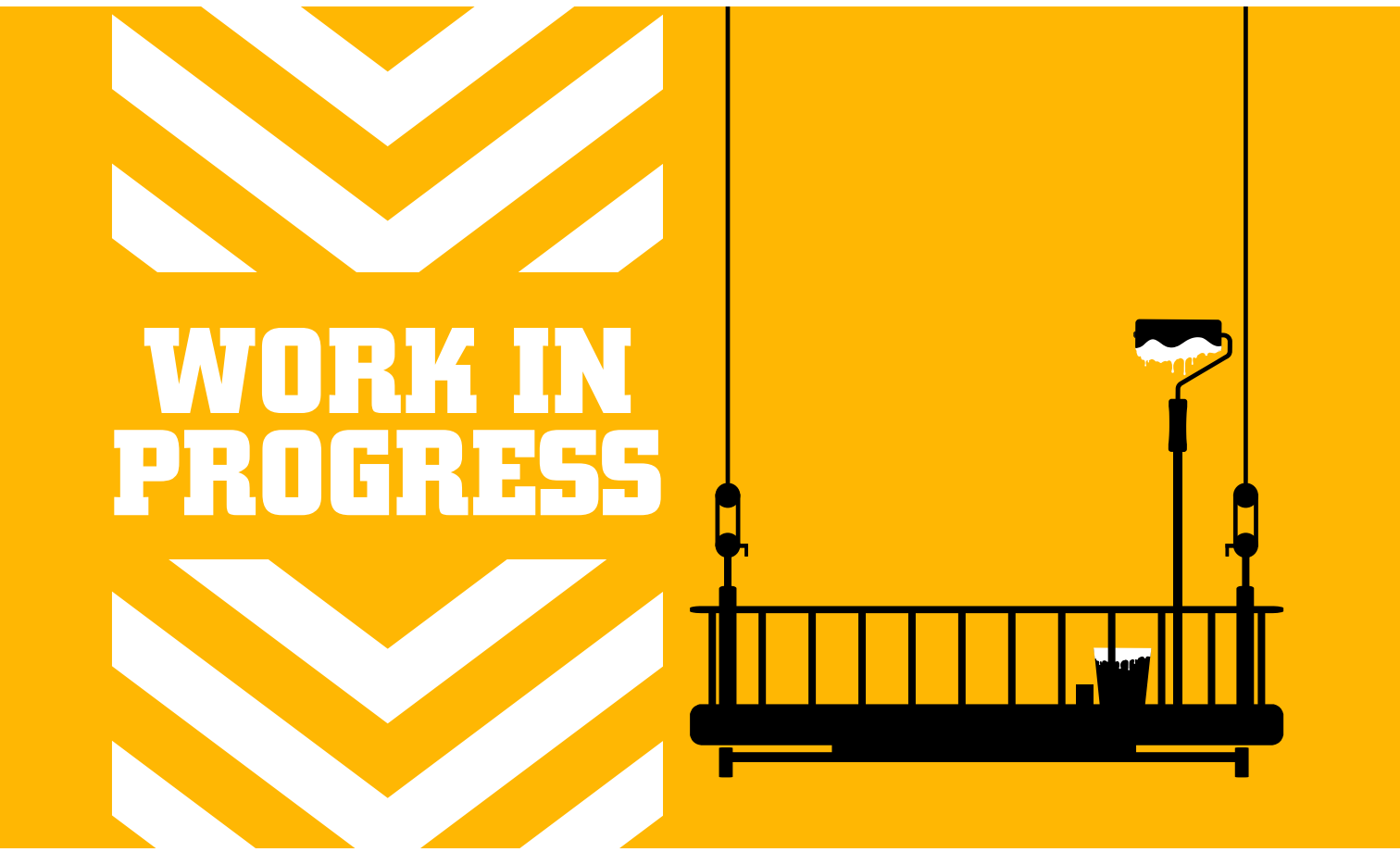
MICHAELA VETTEN

INFOBOX

Machen Sie unbedingt Ihr Kreuz bei der nächsten Wahl

Wer die KV-Politik mitgestalten will, sollte von seinem Wahlrecht Gebrauch machen. Oder – noch besser – sich in den Gremien engagieren. Die Standespolitik kann zwar mühselig sein, aber das Ringen um die besten Kompromisse macht auch Spaß. Es ist – so sagen diejenigen, die es schon tun – sehr bereichernd (siehe ADP 2/2021, ab Seite 12). Sie werden erstaunt sein, wie viel Sie gestalten können. Neugierig geworden? Dann schreiben Sie an **aufdenPUNKT@kvhessen.de**. Wir leiten Ihre Anfrage an die richtige Stelle weiter. Erfahrene Gremiumsmitglieder zeigen Ihnen gern, wie Sie sich engagieren können. *PETRA BENDRICH*

Was können Praxen von der Ampel-Regierung erwarten?



Das Gute vorab: Die Abschaffung der privaten Krankenversicherung steht nicht im Koalitionsvertrag. Der Koalitionsvertrag „Mehr Fortschritt wagen – Bündnis für Freiheit, Gerechtigkeit und Nachhaltigkeit" widmet nur acht Seiten dem Thema Gesundheit. Welche Aufgaben und Ziele dies konkret sind, hat Prof. Dr. med. Reinhard Busse für uns unter die Lupe genommen und analysiert (Seite 14). Ob die Bürgerversicherung nun endgültig vom Tisch ist, wollten wir zudem von Stefan Grüttner, dem ehemaligen hessischen Sozialminister, wissen (Seite 16). Interessant sind auch seine Einschätzungen zur Telematikinfrastruktur und zur Stärkung des ÖGD. Und da das Thema eGK auch im Koalitionsvertrag explizit erwähnt wird, werfen wir dazu einen Blick auf unsere Nachbarländer, um zu erfahren, wie sie dieses Thema anpacken (Seite 18). Aber ganz unabhängig von den Zielen der Politik können sich die Mitglieder der KVH auch anderer aktueller Themen annehmen. So könnten sie beispielsweise an ihre Patientinnen und Patienten appellieren, Präventionsleistungen stärker als bisher in Anspruch zu nehmen (Seite 23). Und wer sich für mögliche Trends der Versorgung der Zukunft interessiert, sollte sich die „Gesundheitswelt 2049" downloaden (Seite 22).

PETRA BENDRICH

GASTBEITRAG VON PROF. DR. MED. REINHARD BUSSE, MPH FFPH

Mehr stationäre Fälle bei uns als in Nachbarländern

Analyse des gesundheitspolitischen Status quo in der ambulanten Versorgung vor dem Hintergrund der Aufgaben und Ziele, die sich im Koalitionsvertrag finden.

Existierte der deutsche ambulante Sektor mit seinen vielen „Niederlassungen" nicht, die für die meisten Fachgebiete eine wohnortnahe Versorgung ermöglichen, müsste er erfunden werden beziehungsweise entsprechend gestärkt werden, wie dies in anderen Ländern derzeit passiert. Im Koalitionsvertrag der neuen Regierung sind vermutlich auch deswegen keine wirklichen Reformen des ambulanten Sektors vorgesehen. So heißt es dort: „Wir stellen gemeinsam mit den KVen die Versorgung in unterversorgten Regionen sicher. Wir heben die Budgetierung der ärztlichen Honorare im hausärztlichen Bereich auf." Genau wie bei der Einschätzung des deutschen Gesundheitssystems insgesamt, das viele – bis zum vorigen Gesundheitsminister – als „eines der besten der Welt" betrachten, lohnt es sich aber zu hinterfragen, ob sich die durchscheinende positive Bewertung empirisch untermauern lässt – und ob der Optimierungsbedarf an den richtigen Stellen ansetzt. So ist gerade in der hausärztlichen Versorgung eine besonders ausgewogene Verteilung der Ärztinnen und Ärzte zu beobachten: Die durchschnittliche Hausarztdichte pro Einwohner in städtischen Regionen liegt, anders als oft vermutet, sogar etwas niedriger als in ländlichen Regionen (im Jahr 2020 um 3 Prozent). Für andere Fachgruppen gilt das umgekehrte Verhältnis: So liegt die durchschnittliche Arztdichte in der Psychotherapie in städtischen Regionen um 78 Prozent über den ländlichen Regionen, in der Frauenheilkunde um 31 Prozent. Ob es da hilft, wenn die Koalitionäre vereinbaren, dass sie „die Gründung von kommunal getragenen Medizinischen Versorgungszentren und deren Zweigpraxen erleichtern" und „Entscheidungen des Zulassungsausschusses (…) künftig durch die zuständige Landesbehörde bestätigt werden" müssen?

Gut schneidet Deutschland bei der sogenannten „Responsiveness" ab, also inwiefern auf die gerechtfertigten Erwartungen der Patientinnen und Patienten eingegangen wird: So gaben 2020 in einer internationalen Befragung des Commonwealth Funds 85,4 Prozent der Befragten an, dass sie „immer" oder „häufig" ausreichend Zeit mit ihrer Ärztin oder ihrem Arzt hatten; 93,5 Prozent bejahten, leicht verständliche Erklärungen erhalten zu haben, und 86,6 Prozent gaben an, dass sie in dem Umfang, den sie wünschen, in Entscheidungen über die Betreuung und Behandlung miteinbezogen wurden.

Probleme zeigen sich hingegen an anderer Stelle, nämlich an den vielen stationären Fällen, die angesichts des großen ambulanten Sektors so nicht zu beobachten sein sollten: Dies betrifft zum einen ambulantisierbare Operationen, aber auch die sogenannten „ambulant-sensitiven" vermeidbaren Krankenhausaufnahmen. International geht man davon aus, dass solche insbesondere dann hoch sind, wenn die ambulante Versorgung entweder nicht flächendeckend vorhanden ist – und/oder qualitative Mängel hat, die zur stationären Aufnahme bei Komplikationen führen. Für einige dieser Diagnosen, wie beispielsweise Herzinsuffizienz, Bluthochdruck und Diabetes (jeweils als Hauptdiagnose), werden in Deutschland aber vergleichsweise hohe alters- und geschlechtsadjustierte Krankenhausfallraten beobachtet (beim Bluthochdruck etwa vierfach höher als in Dänemark und sogar zehnmal so hoch wie in Schweden). Zu welchen Anteilen die Krankenhausfallraten durch die vermeintlich schlechte ambulante Versorgung und zu welchen Anteilen durch andere Faktoren (wie etwa die Sog-

ZUR PERSON

Reinhard Busse ist Professor für Management im Gesundheitswesen an der Fakultät Wirtschaft und Management der Technischen Universität Berlin. Er ist gleichzeitig Co-Director des European Observatory on Health Systems and Policies und Fakultätsmitglied der Charité – Universitätsmedizin Berlin.

wirkung des stationären Sektors) beeinflusst sind, ist jedoch kaum bekannt. Im Koalitionsvertrag kommt dies nicht vor, wohl aber die ambulantisierbaren Operationen: „Um die Ambulantisierung bislang unnötig stationär erbrachter Leistungen zu fördern, setzen wir zügig für geeignete Leistungen eine sektorengleiche Vergütung durch sogenannte Hybrid-DRG um."

Damit sind wir beim Hauptproblem des deutschen Gesundheitssystems, dem übergroßen stationären Sektor, der rund 50 Prozent mehr Betten umfasst, in denen auch 50 Prozent mehr stationäre Fälle als im Schnitt unserer Nachbarländer behandelt werden, und dies oftmals in personell und technisch inadäquat ausgestatteten Häusern. Die Hälfte aller stationären Fälle wird von den Krankenhäusern über die Notaufnahmen selbst aufgenommen. Inzwischen sind dies mehr, als es Einweisungen gibt, deren Zahl kontinuierlich zurückgegangen ist. Die stationäre Aufnahmequote von 45 Prozent (gemessen an allen Notaufnahmekontakten) ist international extrem hoch. In Dänemark liegt sie etwa bei 20 Prozent. Zu Recht erkennt die Koalition hier eines der Hauptprobleme und sieht vor: „Die Notfallversorgung soll in integrierten Notfallzentren in enger Zusammenarbeit zwischen den KVen und den Krankenhäusern erfolgen. Durch eine Verschränkung der Rettungsleitstellen mit den KV-Leitstellen und standardisierten Einschätzungssystemen (telefonisch, telemedizinisch oder vor Ort) erreichen wir eine bedarfsgerechtere Steuerung."

Der für den ambulanten Sektor interessanteste Teil findet sich aber unter „Krankenhausplanung und -finanzierung": Für die nötigen Reformen hin zu einer modernen und bedarfsgerechten Krankenhausversorgung soll „eine kurzfristig eingesetzte Regierungskommission (…) Empfehlungen vorlegen und insbesondere Leitplanken für eine auf Leistungsgruppen und Versorgungsstufen basierende und sich an Kriterien wie der Erreichbarkeit und der demographischen Entwicklung orientierende Krankenhausplanung erarbeiten." Ganz klar: Wenn eine solche Reform hin zu weniger, aber qualitativ besserer stationärer Versorgung nicht gelingt, betrifft dies die Leistungsfähigkeit des gesamten deutschen Gesundheitssystems einschließlich des ambulanten Sektors, dessen Stärken nur unzureichend zum Tragen kommen können.

PROF. REINHARD BUSSE

PKV steht vor Herausforderungen

Stefan Grüttner, ehemaliger hessischer Sozialminister, nimmt in AufdenPUNKT. Stellung zu drei Fragen zum Koalitionsvertrag der Ampel-Koalition.

Im Koalitionsvertrag steht nichts zum Thema Abschaffung der privaten Krankenversicherung. Wie schätzen Sie das ein aufgrund Ihrer Erfahrung? Wie lange ist das Thema vom Tisch? Nur diese Legislatur oder doch noch länger?

Stefan Grüttner: Ich gehe davon aus, dass das Thema „Abschaffung der privaten Krankenversicherung" nicht vom Tisch ist, weder für die laufende noch für eventuell folgende Legislaturperioden. Es gibt zwar eine klare Aussage im Koalitionsvertrag, dass die private Krankenversicherung erhalten bleibt, aber aufgrund der Positionen der Ampel-Koalitionäre wird es zu inhaltlichen Änderungen kommen. Die SPD fordert nach wie vor die Bürgerversicherung als Vollversicherung, die Grünen wollen die Bürgerversicherung schrittweise unter Erhalt der PKV einführen, und die FDP spricht sich für einen leichteren Wechsel zwischen GKV und PKV aus. Diese Positionen können nicht gerade als Garant für den Erhalt der PKV gesehen werden.

Gleichzeitig ist für diese Legislaturperiode eine angespannte Finanzierungssituation der GKV absehbar. Eine Möglichkeit, stark steigende Steuerzuschüsse zu vermeiden, könnte darin liegen, die GKV finanziell durch eine Ausweitung des Versichertenkreises zu stärken. Hier ist das Hamburger Modell mit der Möglichkeit, dass Beamte sich gesetzlich versichern, sicherlich ein ernst zu nehmender Ansatz. Mit diesem Ansatz und einem leichteren Wechsel von GKV zu PKV und umgekehrt würde der PKV die finanzielle Grundlage entzogen, sozusagen Abschaffung der PKV, ohne das beim Namen zu nennen.

Aber auch unabhängig davon wird es die PKV schwer haben. Die Digitalisierung eröffnet ganz neue Möglichkeiten, Versicherte und Patienten zu begleiten; die PKV ist hier strukturell benachteiligt, diese Möglichkeiten ihren Versicherten anzubieten. Schon jetzt ist das Geschäft mit Vollversicherungen rückläufig. Trotzdem sehe ich eine positive Entwicklungsperspektive für die PKV im Markt für Zusatzversicherungen.

Mit der neuen Bundesregierung soll plötzlich alles schneller und besser funktionieren. So zum Beispiel die Einführung der ePA und des eRezepts. Auch die Anbindung aller Akteure an die Telematikinfrastruktur soll beschleunigt werden. Für wie realistisch halten Sie diese Pläne?

Die Digitalisierung im Bereich des Gesundheitswesens ist nicht aufzuhalten, die Dynamik der Prozesse wird zunehmen. ePA, eRezept, eAU werden Normalität werden. Allerdings wird es noch dauern, bis alle Akteure schnittstellenfrei an die Telematik-

infrastruktur angebunden sind. Besonders die Schnittstelle ambulant-stationär muss hier noch deutlich schneller und einfacher auf den Weg gebracht werden. Onboarding, Entlassmanagement, elektronischer Arztbrief müssen Standard werden. Eine besondere Herausforderung wird die Anbindung des ÖGD an die Telematikinfrastruktur sein. Hier stecken wir noch in den Kinderschuhen.

Unabhängig davon halte ich die Pläne zu einer Beschleunigung der digitalen Anwendungen nicht nur für realistisch, sondern dringend erforderlich. Dabei kommt es einerseits darauf an, Insellösungen zu vermeiden, so gut sie im Einzelfall auch sein mögen. Digitale Weiterentwicklungen sollten immer das grundsätzliche Potenzial haben, als Standard von allen genutzt werden zu können. Und andererseits brauchen wir ein Klima, in dem Digitalisierung wirklich als Chance gesehen wird, nicht

CDU-Politiker Stefan Grüttner verfolgt nach wie vor aufmerksam die bundesweite Gesundheitspolitik

als notwendiges Übel, das im besten Fall noch etwas ausgebremst werden kann. Hier könnte ich mir auch KVen, aber auch die KBV in einer aktiveren Rolle vorstellen.

EIN BÜNDEL VON MASSNAHMEN

„Mehr Köpfe in veralteten Strukturen machen noch keinen modernen ÖGD“, sagt Stefan Grüttner.

Dass der ÖGD in Deutschland nicht funktioniert, zeigt nicht zuletzt die Pandemie Tag für Tag. Der Koalitionsvertrag geht kaum über diese Diagnose hinaus. Wie kann man den ÖGD wirklich stärken und wie realistisch ist, dass dies passiert?

Lippenbekenntnisse, den ÖGD zu stärken, reichen nicht aus. Eine Verbesserung der personellen Ausstattung ist ja bereits eingeleitet worden, aber nur mehr Köpfe in veralteten Strukturen machen noch keinen modernen ÖGD. Um den ÖGD tatsächlich zu stärken, bedarf es eines Bündels von Maßnahmen. Diese reichen von der schnelleren Digitalisierung des ÖGD und Anbindung an die Telematikinfrastruktur über die Aufhebung der kommunalen Gebietsgrenzen, die Erarbeitung verbindlicher, gemeinsamer und damit kommunale Gebietskörperschaften übergreifender Handlungskonzepte bis hin zu einer besseren Besoldung im ÖGD. Nur wenn es ein einheitliches Vorgehen in allen Landkreisen und Städten, eine bessere Sachausstattung der Gesundheitsämter, eine Beschleunigung durch Gesetzesnovellierungen, mit denen Modernisierungshemmnisse beseitigt werden, gibt, kann der ÖGD gestärkt werden. Die grundsätzlichen Aufgaben des ÖGD sind überall gleich, trotzdem leisten wir uns einen kommunalen Flickenteppich. Ich vermute allerdings, dass dies durch Partikularinteressen, zum Beispiel denen der kommunalen Gebietskörperschaften, stark verlangsamt werden wird.

DIE FRAGEN STELLTE KARL ROTH

Die elektronische Patientenakte im europäischen Vergleich

Die Einführung einer elektronischen Patientenakte (ePA) in Deutschland hat sich seit Jahren verzögert. Im Vergleich sind international strukturähnliche Länder bei der Etablierung von elektronischen Patientenakten sehr viel weiter.

Die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten stehen der Digitalisierung weiterhin offen gegenüber, dennoch zeigen sie sich zunehmend enttäuscht angesichts wenig praxistauglicher Anwendungen. Das geht aus dem „PraxisBarometer Digitalisierung 2021“ hervor, das das IGES Institut zum vierten Mal im Auftrag der KBV durchgeführt hat.

KRITISCHES STIMMUNGSBILD

Die Befragung von 2.836 niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten hat ergeben, dass die Fehleranfälligkeit der digitalen Anbindung der Praxen 2021 gegenüber dem Vorjahr drastisch zugenommen hat. Während 2020 noch 50 Prozent der Befragten einen hohen Nutzen in digitalen Anwendungen zur Sammlung medizinischer Daten sahen, waren es 2021 nur noch 22 Prozent. Dies dürfte auf die bisherigen Erfahrungen mit der ePA zurückzuführen sein.

Der Roll-out der neuen ePA sollte in Deutschland in einem Drei-Phasen-Modell erfolgen. Der Startschuss der ePA als freiwilliges Angebot für die 73

Patientinnen und Patienten beantragen ihre ePA bei ihrer Krankenkasse

Millionen gesetzlich Versicherten fiel am 1. Januar 2021 mit der Bereitstellung einer Benutzeroberfläche, konkret der Zurverfügungstellung einer App zum Download auf Smartphone oder Tablet.

VON DER THEORIE ZUR PRAXIS

Seit dem 1. Januar 2022 soll das deutsche Patientenaktensystem dem Einzelnen gestatten, entweder von seinem eigenen Endgerät aus feingranular den Zugriff von Leistungserbringern auf Dokumente und Datensätze zu steuern oder mittels der dezentralen Infrastruktur eines Leistungserbringers eine Einwilligung in den Zugriff zumindest mittelgranular auf Kategorien von Dokumenten und Datensätzen zu erteilen. Ab dem 1. Januar 2023 sollen dann alle Erweiterungsschritte vollzogen und das volle Potenzial der ePA ausgeschöpft sein. So viel zur Theorie, die Praxis sieht ganz anders aus. Eine Umfrage der Gematik bestätigt die allgemeine Zurückhaltung: Lediglich ein Fünftel aller gesetzlich Versicherten hat bereits von der ePA gehört. Erst 30 Prozent der Ärztinnen und Ärzte, elf Prozent der Krankenhäuser und sieben Prozent der Apotheken haben bisher das Modul installiert, das für die Nutzung der ePA notwendig ist (Gematik, Atlas zur Telematikinfrastruktur, Stand: November 2021).

DIGITALISIERUNGSFORTSCHRITT IM VERGLEICH

An dieser Stelle lohnt sich ein Blick in die Nachbarländer. Durch die frühzeitige Setzung verbindlicher Ziele und zeitlicher Rahmen bei der Digitalisierung des Gesundheitswesens haben folgende Länder es geschafft, elektronische Patientenakten erfolgreich umzusetzen.

Die praktische Verbreitung der Elektronischen Gesundheitsakte (ELGA) in Österreich nahm ihren Anfang im Dezember 2015 in öffentlichen Krankenhäusern in der Steiermark und in Wien. Zeitgleich startete das ELGA-Portal für Patienten. Weitere Krankenhäuser, Arztpraxen und Apotheken folgten in den Jahren darauf. Mittlerweile zählen im niedergelassenen Bereich circa 93 Prozent der Praxen und circa 97 Prozent der Apotheken zu den ELGA-Gesundheitsdiensteanbietern. Laut einer beauftragten Umfrage der ELGA GmbH sprechen sich 91 Prozent der Befragten für einen Erfolg der ELGA aus. Durch die Einführung wurden schon einige E-Health-Anwendungen etabliert, unter anderem ein e-Medikationssystem. Zuletzt eingeführt wurden ein elektronischer Impfpass sowie ein elektronisches Impfregister.

In Spanien handelt es sich bei der historia clínica (HC) – im Unterschied zur deutschen ePA – nicht um eine zentrale, patientengeführte elektronische Datei, sondern um ein System zur koordinierten Verwaltung der dezentral abgelegten Gesundheitsdaten der Patienten. Neben dem zentralen Servicio Nacional de Salud und den Áreas de Salud liegen wichtige Funktionen insbesondere in den Händen der 17 autonomen Gemeinschaften. Die praktische Einführung der HC erfolgte bereits in 16 von 17 autonomen Gemeinschaften. In 14 kann der Patient über das Internet auf die personenbezogenen Daten zugreifen, in sechs werden mobile Apps angeboten und in fünf können die Bürger bereits weitere Daten selbstständig hinzufügen. Das spanische Modell verzichtet auf einen generellen Opt-out und spricht der lückenlosen und umfassenden Gesundheitsvorsorge einen hohen Stellenwert zu.

Estland wird immer wieder als europäischer Vorreiter in der Digitalisierung des öffentlichen Lebens und des Gesundheitswesens genannt. Bereits im Jahr 2001 wurde mit der X-Road eine Infrastruktur zum sicheren Datenaustausch implementiert und von da an stets weiterentwickelt. Mittlerweile können nahezu alle Behördengange und Rechtsgeschäfte online getätigt werden. Im Jahr 2008 wurde in Estland ein landesweites E-Health-System eingeführt mit dem Ziel, Gesundheitsressourcen effizienter zu nutzen, Bürokratie zu reduzieren und Doppeluntersuchungen zu vermeiden. Im Wesentlichen stellt das estnische E-Health-System eine flächendeckende Plattform dar, deren Sicherheit über die sogenannte Blockchain-Technologie sichergestellt wird. Das Vertrauen der Bevölkerung in die E-Health-Strategie des Landes ist ausgesprochen hoch.

Auch das dänische Gesundheitswesen zeichnet sich durch eine umfangreiche Digitalisierung mit enger elektronischer Kommunikation zwischen den Leistungserbringern, einschließlich digitalisierter Arbeitsverfahren sowie einer systematischen Nutzung von Daten, aus. Schon im Jahr 2003 ging ein Patientenportal als digitale Plattform in Form einer abgesicherten Cloud-Lösung online, in dem mittlerweile alle Patientendaten der unterschiedlichen Leistungserbringer und Systeme integriert sind, beispielsweise elektronische Rezepte einschließlich Folgeverschreibungen, elektronische Impfregister und elektronische Patientenverfügungen. Insbesondere die Tatsache, dass das Vertrauen der etwa 5,8 Millionen Dänen in ihre Regierung und deren Handeln hoch ist, hat die Einführung moderner Technologien erleichtert. Das Vertrauen basiert auf der hohen Transparenz der Prozesse. Der Patient hat über das Patientenportal Einsicht, welcher Leistungserbringer wann auf seine Daten zugegriffen hat. Jeder Datenzugriff wird transparent mit dem Namen des Leistungserbringers sowie Datum und genauer Uhrzeit des Zugriffs protokolliert. Dänemark führte für die elektronische Patientenakte keine separaten Datenschutzbestimmungen ein. Für diese gelten die gleichen Gesetze, die zuvor auch schon bei papierbasierten Patientenakten galten.

OPT-IN VERSUS OPT-OUT

Die deutsche ePA folgt mit dem Ziel größtmöglicher Patientensouveränität bisher einem strikten Opt-in-System und basiert von Anfang an auf durch den einzelnen Patienten zu erteilenden Einwilligungen bei der Anlage und Befüllung der elektronischen Patientenakten. Dänemark, Österreich und Estland setzen dagegen auf Opt-out-Lösungen. Die Patientenakten werden automatisch eingerichtet und befüllt, sofern der Patient keinen Widerspruch dagegen einlegt. Die Bundesregierung plant diesen Punkt demnächst zu überarbeiten. Im Koalitionsvertrag steht, dass das Prinzip Opt-out in Zukunft auch für die deutsche ePA umgesetzt werden soll.

PATIENTEN STEUERN ZUGRIFF AUF GESUNDHEITSDATEN

Die Datenhoheit in Bezug auf die ePA liegt in Deutschland bei dem Versicherten. Ausgeblendete Daten bleiben für Leistungserbringer gänzlich verborgen. In Dänemark, Österreich, Estland und Spanien existiert ebenfalls ein feingranulares Berechtigungsmanagement mit Möglichkeiten der Ein- und Ausblendungen sowie einzelner Sperrungen durch den Einzelnen über dessen Endgerät. Das spanische Modell hebt sich dadurch hervor, dass ausgeblendete Informationen teilweise nur unlesbar „schattiert" werden. Dadurch haben Leistungserbringer die Möglichkeit, Patienten auf „verschattete" Informationen anzusprechen und etwaige Datenlücken zu vermeiden.

DATENSCHUTZ BREMST UMSETZUNG

Der Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI) Ulrich Kelber dämpft die Hoffnung auf eine zügige Umsetzung der ePA. Grund ist ein juristischer Streit zwischen Kelber und den gesetzlichen Krankenkassen über die Ausgestaltung. Kelber hatte vier große gesetzliche Kassen angewiesen, die ePA um zusätzliche Datenschutzfunktionen zu erweitern, weil die ePA sonst gegen die europäische Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) verstoße. Bei dem Streit geht es darum, wie detailliert die Versicherten den Ärzten den Zugriff auf gespeicherte Diagnosen, Befunde oder Laborberichte erlauben oder sperren können. Kelber stört sich zudem daran, dass die ePA von den Versicherten nur mit einem geeigneten Smartphone eingesehen und verwaltet werden kann. Man darf sich fragen, wo die Hinweise von Kelber während des Gesetzgebungsverfahrens waren und wie andere Staaten die Ausgestaltung einer DSGVO-konformen elektronischen Patientenakte ohne derartige Konflikte erreicht haben.

Währenddessen rät das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) den Krankenkassen zur Klage gegen die Weisung des Bundesdatenschutzbeauftragten. Trotz der ausstehenden gerichtlichen Klärung wird die ePA von den gesetzlichen Krankenkassen angeboten. Noch gibt es aber bei der vorgesehenen flächendeckenden Vernetzung der ePA mit Arztpraxen und Krankenhäusern Verzögerungen wegen teils fehlender Ausstattung.

NICOLE SPUR

STATEMENT

Eine Innovation kann nur Erfolg haben, wenn sie mehr Vorteile bringt und Kosten einspart. Wir sehen aktuell aber das Gegenteil, alles wird teurer und der Arbeitsaufwand in den Praxen nimmt zu. Digitale Prozesse dürfen aber nicht umständlicher sein als die analogen. E-Health-Anwendungen sollten vor einer breiten Anwendung in realistischen Tests belegen, dass sie in der Praxis sicher funktionieren und Patienten und Praxen nachweislich nützen.

Die unter Zeitdruck forcierte Einführung unreifer digitaler Anwendungen bei unzureichendem Nutzen hat zu Recht viele frustriert. Der Verdruss mit defizitären Funktionen und Störungen in der Gematik ist sehr hoch. Dies ist eine unmittelbare Folge einer proprietären Technologie, die sich von wenigen Herstellern mit fragwürdigen Kompetenzen und in der Regel teureren Produkten abhängig gemacht hat und Drittanbieter ausgrenzt, die in diesem Bereich nutzenstiftende Anwendungen platzieren möchten. Stattdessen beruhen sie eher auf 15 Jahre alten Technologien und schaffen zudem noch zusätzliche Hürden in der Zertifizierung.

Wir sehen nur wenig Licht am Ende des Tunnels, allerdings birgt die Neubesetzung im BMG und die Umwandlung der Gematik in eine Bundesagentur womöglich neue Chancen. Bisher hat sich unter dem Dach der Gematik eine dubiose Suppe zusammengebraut, die Milliarden gekostet hat, aber für Kunden, in diesem Fall für die Niedergelassenen, ungenießbar ist. Das liegt zum einen daran, weil der Koch vom Kochen keine Ahnung hat, und zum anderen, weil er teure Zutaten von exklusiven Händlern einkauft, bei denen sich herausstellt, dass sie ungenießbar sind.

Frank Dastych, Vorstandsvorsitzender der KVH

Der Trendreport ist kostenlos abrufbar unter kvh.link/p22003

Fortschritt geht nicht rückwärts

Der Report „Gesundheitswelt 2049: Ein Navigator für die Zukunft" zeigt zwölf Megatrends im Gesundheitswesen bis 2049 auf. In dem 88-seitigen Report wird jeder Trend vorgestellt und mehrdimensional mit allen anderen Trends in Relation gesetzt.

Die Corona-Pandemie hat aufgezeigt, wo unser Gesundheitswesen seine Stärken, aber auch wo es seine Schwächen hat. Ohne Corona wäre es nur schwer vorstellbar gewesen, dass es in Hessen seit 2020 knapp 200.000 Behandlungsfälle mit einer Videosprechstunde gab. Bekanntlich ist nichts so beständig wie der Wandel. Da fragt sich die eine oder der andere sicher auch, wie unsere Gesundheitswelt zur Jahrhundertmitte aussehen wird. In welcher Welt werden die jetzt Neugeborenen dann leben? Welchen Herausforderungen müssen sich Ärztinnen und Ärzte aufgrund der zunehmenden Digitalisierung stellen? Mit welchen Veränderungen ist in den Gesundheitsberufen zu rechnen? Werden Roboter in der Pflege eingesetzt? Werden sich Einzelne Gesundheit überhaupt noch leisten können? Diese und weitere Fragen hat das Zukunftsinstitut 14 Expertinnen und Experten des Gesundheitswesens gestellt. Überraschende Quintessenz der Befragung ist die Aussage, dass für die Menschen im Jahr 2049 die Lebensqualität wichtiger sein dürfte als die Lebenserwartung.

Herausgeber des kurzweilig verfassten Reports ist die Roche Pharma AG. Die Redaktion übernahm die Zukunftsinstitut GmbH, die zudem die Texte mit interessanten Schaubildern versah und zahlreiche Illustrationen erstellen ließ. Ein Blick in den kostenlos zu beziehenden Report lohnt sich für alle, die gern auf die Reise zu möglichen Zukunftstrends mitgenommen werden möchten. In den nächsten Jahren werden die Weichen gestellt für die Gesundheitsversorgung der nachfolgenden Generation. Hier werden viele neue Konzepte erarbeitet werden müssen.

Nach Meinung der KVH sollten diese neuen Konzepte, welche Ziele sie auch avisieren, unter aktiver Mitwirkung der Ärzteschaft konzipiert werden. Der Politik allein darf man diese Aufgaben nicht überlassen. Daher hofft die KVH, dass ihre Mitglieder die Selbstverwaltung weiter stärken. Im Jahr der Wahl der Vertreterversammlung wäre das genau der richtige Zeitpunkt, um sich zu engagieren und beispielsweise für die Vertreterversammlung zu kandidieren.

PETRA BENDRICH

info.service

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG HESSEN

NR. 2 / April 2022

Offizielle Bekanntmachungen der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen

ABRECHNUNG

EBM aktuell

2 EBM-Änderungen seit 1. Januar 2022

7 EBM-Änderungen seit 1. April 2022

Psychiatrische Versorgung in Altenpflegeheimen (PIA)

9 AOK hat PIA-Vertrag gekündigt

SONSTIGES

Ärztlicher Bereitschaftsdienst (ÄBD)

10 Brückentage 2023

Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e. V. (DGUV)

10 Zulassung zum Durchgangsarztverfahren

Kopiervorlage

11 Abwesenheits-/Vertretungsmeldung

EBM AKTUELL

EBM-Änderungen seit 1. Januar 2022

Die weiteren EBM-Änderungen zum 01.01.2022 sind bereits in der vorherigen Ausgabe Nr. 1/22 veröffentlicht.

TELEMONITORING BEI HERZINSUFFIZIENZ ABRECHNEN

Sie als Ärztinnen und Ärzte können seit dem 01.01.2022 neue Leistungen für das Telemonitoring bei Herzinsuffizienz abrechnen. Dafür wurden die neuen GOP 03325, 03326, 04325, 04326, 13578, 13579, 13583 bis 13587 und 40910 in den EBM aufgenommen.

Das Telemonitoring bei Herzinsuffizienz ist ein datengestütztes, zeitnahes Management, das in Zusammenarbeit von einer primär behandelnden Ärztin oder einem primär behandelnden Arzt (PBA) mit einem ärztlichen Telemedizinischen Zentrum (TMZ) erfolgt.

Grund für die Anpassung des EBM ist, dass das Telemonitoring bei Herzinsuffizienz zum 31.03.2021 in der Nr. 37 Anlage I „Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden" der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung (MVV-RL) des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) aufgenommen wurde.

PBA: Überblick neue Leistungen

GOP	Kurzbeschreibung	Bewertung
03325	Indikationsstellung zur Überwachung eines Patienten im Rahmen des Telemonitorings bei Herzinsuffizienz gemäß Nr. 37 Anlage I der MVV-RL Obligater Leistungsinhalt: – Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt – Aufklärung und Beratung zur Teilnahme am Telemonitoring bei Herzinsuffizienz je vollendete 5 Minuten, höchstens dreimal im Krankheitsfall	7,32 Euro* (65 Punkte)
03326	Zusatzpauschale für die Betreuung eines Patienten im Rahmen des Telemonitorings bei Herzinsuffizienz gemäß Nr. 37 Anlage I der MVV-RL Obligater Leistungsinhalt: – Kommunikation mit dem verantwortlichen TMZ einmal im Behandlungsfall	14,42 Euro* (128 Punkte)

PBA: Überblick neue Leistungen		
GOP	**Kurzbeschreibung**	**Bewertung**
04325	Indikationsstellung zur Überwachung eines Patienten im Rahmen des Telemonitorings bei Herzinsuffizienz gemäß Nr. 37 Anlage I der MVV-RL Obligater Leistungsinhalt: – Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt – Aufklärung und Beratung zur Teilnahme am Telemonitoring bei Herzinsuffizienz je vollendete 5 Minuten, höchstens dreimal im Krankheitsfall	7,32 Euro* (65 Punkte)
04326	Zusatzpauschale für die Betreuung eines Patienten im Rahmen des Telemonitorings bei Herzinsuffizienz gemäß Nr. 37 Anlage I der MVV-RL Obligater Leistungsinhalt: – Kommunikation mit dem verantwortlichen TMZ einmal im Behandlungsfall	14,42 Euro* (128 Punkte)
13578	Indikationsstellung zur Überwachung eines Patienten im Rahmen des Telemonitorings bei Herzinsuffizienz gemäß Nr. 37 Anlage I der MVV-RL Obligater Leistungsinhalt: – Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt – Aufklärung und Beratung zur Teilnahme am Telemonitoring bei Herzinsuffizienz je vollendete 5 Minuten, höchstens dreimal im Krankheitsfall	7,32 Euro* (65 Punkte)
13579	Zusatzpauschale für die Betreuung eines Patienten im Rahmen des Telemonitorings bei Herzinsuffizienz gemäß Nr. 37 Anlage I der MVV-RL Obligater Leistungsinhalt: – Kommunikation mit dem verantwortlichen TMZ einmal im Behandlungsfall	14,42 Euro* (128 Punkte)

* nach bundeseinheitlichem Orientierungspunktwert 2022 (11,2662 ct)

Die neuen GOP 03325, 03326, 04325, 04326, 13578 und 13579 können Sie abrechnen, wenn Sie Patientinnen oder Patienten im Rahmen des Telemonitorings bei Herzinsuffizienz gemäß Nr. 37 Anlage I der MVV-RL als PBA behandeln.

Als PBA können Sie für die Indikationsstellung inklusive der Aufklärung der Patientin oder des Patienten die neuen GOP 03325, 04325 und 13578 abrechnen. Die Zusatzpauschale nach den neuen GOP 03326, 04326 und 13579 können Sie als PBA für die Betreuung der Patientin oder des Patienten, den Austausch zwischen Ihnen als PBA und TMZ, die Indikationsprüfung sowie den Kontakt zwischen Patientin oder Patient und Ihnen als PBA gegebenenfalls mit Therapieanpassung abrechnen.

Folgende Fachgruppen können die GOP abrechnen:

- GOP 03325 und 03326: Fachärztinnen und Fachärzte für Allgemeinmedizin, hausärztlich tätige Internistinnen und Internisten, praktische Ärztinnen und Ärzte
- GOP 04325 und 04326: Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin
- GOP 13578 und 13579: Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt, Innere Medizin mit Schwerpunkt (SP) Kardiologie, SP Nephrologie, SP Pneumologie und Lungenärztinnen, Lungenärzte, Ärztinnen und Ärzte, die über eine Genehmigung zur Durchführung von Blutreinigungsverfahren besitzen

TMZ: Überblick neue Leistungen

GOP	Kurzbeschreibung	Bewertung
13583	Anleitung und Aufklärung durch ein TMZ zum Telemonitoring bei Herzinsuffizienz gemäß Nr. 37 Anlage I der MVV-RL einmal im Krankheitsfall	10,70 Euro* (95 Punkte)
13584	Telemonitoring bei Herzinsuffizienz mittels kardialem Aggregat durch ein TMZ gemäß Nr. 37 Anlage I der MVV-RL Obligater Leistungsinhalt: – Kommunikation mit dem PBA, – Versenden eines Quartalsberichts an den PBA, – Telemonitoring gemäß § 3 Absatz 2, Absatz 3 Nr. 2 bis 3 und Absatz 4 Nr. 1 bis 4 der Nr. 37 Anlage I MVV-RL, – Dokumentation gemäß § 4 Absatz 6 der Nr. 37 Anlage I MVV-RL einmal im Behandlungsfall	123,93 Euro* (1.100 Punkte)

TMZ: Überblick neue Leistungen		
GOP	**Kurzbeschreibung**	**Bewertung**
13585	Zuschlag zur GOP 13584 für das intensivierte Telemonitoring bei Herzinsuffizienz mittels kardialem Aggregat durch ein TMZ gemäß Nr. 37 Anlage I der MVV-RL Obligater Leistungsinhalt: – Telemedizinische Datenabfrage und Auswertung bei Patienten mit einem implantierten Kardioverter bzw. Defibrillator oder einem implantierten System zur kardialen Resynchronisationstherapie (CRT-P, CRT-D) an Wochenenden und/oder Feiertagen einmal im Behandlungsfall	26,48 Euro* (235 Punkte)
13586	Telemonitoring bei Herzinsuffizienz mittels externer Messgeräte durch ein TMZ gemäß Nr. 37 Anlage I der MVV-RL Obligater Leistungsinhalt: – Kommunikation mit dem PBA, – Versenden eines Quartalsberichts an den PBA, – Telemonitoring gemäß § 3 Absatz 2, Absatz 3 Nr. 2 bis 3 und Absatz 4 Nr. 1 bis 4 der Nr. 37 Anlage I MVV-RL, – Dokumentation gemäß § 4 Absatz 6 der Nr. 37 Anlage I MVV-RL einmal im Behandlungsfall	236,59 Euro* (2.100 Punkte)
13587	Zuschlag zur GOP 13586 für das intensivierte Telemonitoring bei Herzinsuffizienz mittels externer Messgeräte durch ein TMZ gemäß Nr. 37 Anlage I MVV-RL Obligater Leistungsinhalt: – Telemedizinische Datenabfrage und Auswertung bei Patienten mit externen Geräten an Wochenenden und/oder Feiertagen einmal im Behandlungsfall	26,48 Euro* (235 Punkte)
40910	Kostenpauschale für die erforderliche Geräteausstattung des Patienten im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistung(en) nach der/den GOP 13586 und/oder 13587 einmal im Behandlungsfall	68,00 Euro

* nach bundeseinheitlichem Orientierungspunktwert 2022 (11,2662 ct)

Die Leistungen für das Telemonitoring im TMZ (GOP 13583 bis 13587 und 40910) können Sie als Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Kardiologie abrechnen.

Die neue GOP 13583 rechnen Sie im TMZ für die Anleitung und Aufklärung der Patientin oder des Patienten zu Grundprinzipien des zur Anwendung kommenden Telemonitorings, zum Gebrauch der dabei eingesetzten Geräte und zu relevanten Aspekten des Selbstmanagements gemäß § 3 Absatz 3 Nr. 1 der Nr. 37 Anlage I der MVV-RL ab.

Für das kontinuierliche Telemonitoring von Patientinnen und Patienten mit kardialen Aggregaten rechnen Sie im TMZ die GOP 13584 und bei externen Messgeräten die GOP 13586 ab. Diese sind jeweils abrechenbar für die Erfassung, Analyse und Sichtung der Daten, die Dokumentation sowie die Benachrichtigung und Abstimmung mit der/dem PBA.

Zu den GOP 13584 und 13586 können Sie im TMZ jeweils einen Zuschlag für ein gegebenenfalls stattfindendes intensiviertes Monitoring über die GOP 13585 bzw. 13587 abrechnen. Das intensivierte Monitoring beinhaltet das Telemonitoring auch am Wochenende sowie an Feiertagen und erfordert eine schriftliche patientenindividuelle Vereinbarung zwischen PBA und TMZ zur Zusammenarbeit.

Die GOP 13585 und 13587 können Sie im TMZ nur abrechnen, wenn eine medizinische Begründung der Notwendigkeit der Intensivierung des Monitorings vorliegt. Diese geben Sie im freien Begründungsfeld (Feldkennung 5009) an.

Die GOP 13584 bis 13587 und 40910 kann nur ein TMZ im Laufe eines Quartals abrechnen.

Falls die Patientin oder der Patient bereits mit einem externen Übertragungsgerät (Transmitter) versorgt wurde, das auch im Rahmen des Telemonitorings bei Herzinsuffizienz mittels kardialer Aggregate gemäß Nr. 37 Anlage I MVV-RL genutzt werden kann, kann kein weiterer Transmitter zulasten der Krankenkassen bereitgestellt werden.

Über die neue Kostenpauschale (GOP 40910) können Sie im TMZ die Kosten für die notwendigen Geräte für das Telemonitoring von Patientinnen und Patienten mittels externer Messgeräte (GOP 13586 und/oder 13587) abrechnen. Mit der GOP 40910 sind alle Kosten im Zusammenhang mit der Geräteversorgung der Patientin und des Patienten durch das TMZ abgegolten.

Die im Zusammenhang mit dem Telemonitoring bei Herzinsuffizienz entstehenden Kosten für die technische Ausstattung des TMZ und für die informationstechnische Infrastruktur (inkl. Nutzungsentgelten und Lizenz- oder Leasinggebühren sowie die gesamten Kosten in Zusammenhang mit der Datenübermittlung) kann das TMZ mit Ausnahme der GOP 40910 nicht gesondert abrechnen. Diese sind Bestandteil der GOP 13583 bis 13587.

Um die neuen GOP 13583 bis 13587 und 40910 abzurechnen, benötigen Sie als Kardiologinnen und Kardiologen eine Genehmigung der KVH nach der Qualitätssicherungsvereinbarung (QSV) zur Rhythmusimplantat-Kontrolle. Zusätzlich benötigen Sie eine Genehmigung der KVH nach der QSV Telemonitoring bei Herzinsuffizienz – diese ist noch nicht in Kraft getreten. Eine Genehmigung der KVH nach der QSV Telemonitoring bei Herzinsuffizienz kann dadurch noch nicht erteilt werden. Die QSV wird voraussichtlich im Laufe des ersten Quartals 2022 in Kraft treten.

Die neuen Leistungen können Sie als Kardiologinnen und Kardiologen mit Genehmigung für die Rhythmusimplantat-Kontrolle bis zum Inkrafttreten der QSV Telemonitoring bei Herzinsuffizienz unter Beachtung der Vorgaben in Nr. 37 Anlage I der MVV-RL des G-BA abrechnen.

Bevor Sie die neuen Leistungen (GOP 13583 bis 13587 sowie die Kostenpauschale 40910) durchführen und abrechnen, wenden Sie sich unbedingt an Team 1 (Stefanie Gilmer) der Abteilung Qualitätssicherung der KVH unter den Kontaktdaten:

069 24741-6354 (Telefon)
069 24741-68819 (Telefax)
qs.fb1.1@kvhessen.de

Weitere Informationen zur Abrechnung finden Sie unter **kvh.link/p22013**

EBM-Änderungen seit 1. April 2022

BEOBACHTUNG UND BETREUUNG NEU ABRECHNEN

Seit dem 01.04.2022 rechnen Sie als Ärztinnen und Ärzte für die Beobachtung und Betreuung nach einer Infusionsgabe oder oralen Medikamentengabe die neuen GOP 01540 bis 01545 aus dem Abschnitt 1.5 des EBM ab. Die bisherigen GOP 01514, 01516 und 01517 für die Beobachtung und Betreuung wurden gestrichen.

Diese Fachgruppen können die neuen GOP abrechnen:

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

Sie rechnen für die Infusionsgabe mit Sebelipase alfa (Kanuma®) oder Velmanase alfa (Lamzede®) mit anschließender Beobachtung und Betreuung die GOP 01540, 01541 oder 01542 ab. Bei einer Dauer von mehr als 2 Stunden rechnen Sie die GOP 01540 ab, bei der Dauer von mehr als 4 Stunden ist es die GOP 01541 und bei einer Betreuung von mehr als 6 Stunden rechnen Sie die GOP 01542 ab. Sie geben bei der Abrechnung der GOP zwingend das Präparat, die Begründung der erforderlichen Überwachung gemäß der jeweiligen aktuell gültigen Fachinformation und die Überwachungsdauer im freien Begründungstext (Feldkennung 5009) an.

Verabreichen Sie die Infusion und es ist keine mehrstündige Beobachtung erforderlich, so rechnen Sie die GOP 02102 auch neu für die Gabe des Medikamentes Lamzede® ab. Wie bisher rechnen Sie die GOP 02102 bei der Infusionsgabe von Kanuma® ab.

Leistungen Zusatzpauschale Beobachtung und Betreuung nach Infusionsgabe		
GOP	**Kurzbeschreibung**	**Bewertung**
01540	Zusatzpauschale für die Beobachtung und Betreuung einer kranken Person unter Behandlung mit Arzneimitteln, einschließlich Infusion Obligater Leistungsinhalt: – Beobachtung und Betreuung einer kranken Person unter parenteraler intravasaler Behandlung mit Sebelipase alfa und/oder Velmanase alfa Dauer mehr als 2 Stunden	43,49 Euro* (386 Punkte)
01541	Zusatzpauschale für die Beobachtung und Betreuung einer kranken Person unter Behandlung mit Arzneimitteln, einschließlich Infusion Obligater Leistungsinhalt: – Beobachtung und Betreuung einer kranken Person unter parenteraler intravasaler Behandlung mit Sebelipase alfa und/oder Velmanase alfa Dauer mehr als 4 Stunden	70,41 Euro* (625 Punkte)
01542	Zusatzpauschale für die Beobachtung und Betreuung einer kranken Person unter Behandlung mit Arzneimitteln, einschließlich Infusion Obligater Leistungsinhalt: – Beobachtung und Betreuung einer kranken Person unter parenteraler intravasaler Behandlung mit Sebelipase alfa und/oder Velmanase alfa Dauer mehr als 6 Stunden	108,27 Euro* (961 Punkte)

* gemäß bundeseinheitlichem Orientierungspunktwert 2022 (11,2662 ct)

Bei der oralen Medikamentengabe rechnen Sie die neuen GOP 01543 bis 01545 ab, wenn nach der Einnahme eine Beobachtung und Betreuung über mehrere Stunden hinweg notwendig wird. Dies können Sie bei der Gabe von Fingolimod (Gilonya®), Ozanimod (Zeposia®), Ponesimod (Ponvory®) oder Siponimod (Mayzent®) durchführen und abrechnen. Sie rechnen die GOP 01543 bei der Betreuungsdauer von mehr als 2 Stunden ab, die GOP 01544 bei einer Dauer von mehr als 4 Stunden und die GOP 01545 rechnen Sie für die Beobachtungsdauer von mehr als 6 Stunden ab.

Sie geben bei der Abrechnung das Präparat, die Begründung der erforderlichen Überwachung gemäß der jeweiligen Fachinformation und die Überwachungsdauer im freien Begründungstext (Feldkennung 5009) zwingend an.

Leistungen Zusatzpauschale Beobachtung und Betreuung nach Medikamentengabe		
GOP	**Kurzbeschreibung**	**Bewertung**
01543	Zusatzpauschale für die Beobachtung und Betreuung einer kranken Person unmittelbar nach der Gabe eines Arzneimittels Obligater Leistungsinhalt: – Beobachtung und Betreuung einer kranken Person nach der oralen Gabe von Fingolimod oder Ozanimod oder Ponesimod oder Siponimod Dauer mehr als 2 Stunden	35,04 Euro* (311 Punkte)
01544	Zusatzpauschale für die Beobachtung und Betreuung einer kranken Person unmittelbar nach der Gabe eines Arzneimittels Obligater Leistungsinhalt: – Beobachtung und Betreuung einer kranken Person nach der oralen Gabe von Fingolimod oder Ozanimod oder Ponesimod oder Siponimod Dauer mehr als 4 Stunden	61,96 Euro* (550 Punkte)
01545	Zusatzpauschale für die Beobachtung und Betreuung einer kranken Person unmittelbar nach der Gabe eines Arzneimittels Obligater Leistungsinhalt: – Beobachtung und Betreuung einer kranken Person nach der oralen Gabe von Fingolimod oder Ozanimod oder Ponesimod oder Siponimod Dauer mehr als 6 Stunden	99,71 Euro* (885 Punkte)

* gemäß bundeseinheitlichem Orientierungspunktwert 2022 (11,2662 ct)

PRAXISTIPP

Zu allen EBM-Änderungen finden Sie aktuelle und weiterführende Informationen unter **kvh.link/p22014**

Reinschauen lohnt sich!

PSYCHIATRISCHE VERSORGUNG IN ALTENPFLEGEHEIMEN (PIA)

AOK hat PIA-Vertrag gekündigt

Die AOK Hessen hat den Vertrag zur besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung zur Verbesserung der Qualität der psychiatrischen Versorgung in Altenpflegeheimen (PIA) im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung vom 20.04.2010 fristgerecht zum 30.06.2022 gekündigt. Wir bitten um Beachtung, dass die darin vorgesehenen Leistungen nach der GOP 91410 nach diesem Zeitpunkt nicht mehr abgerechnet werden können.

MZ

ÄRZTLICHER BEREITSCHAFTSDIENST (ÄBD)

Brückentage 2023

Die Brückentage nach § 5 Abs. 2 Buchst. e) der Bereitschaftsdienstordnung der KVH, bei denen es sich um typische Brückentage im Sinne von Einzeltagen zwischen einem Feiertag und dem Wochenende handelt, stehen fest:

- Freitag, 19.05.2023
  (Tag nach Christi Himmelfahrt)
- Freitag, 09.06.2023
  (Tag nach Fronleichnam)

Der ÄBD wird an diesen Tagen ganztägig besetzt, also durchgängig jeweils Mittwoch ab 14:00 Uhr bis zum folgenden Werktag 7:00 Uhr.

- Montag, 02.10.2023
  (Tag vor Tag der Deutschen Einheit)

Der ÄBD wird durchgängig von Freitag, 29. September 2023 ab 14:00 Uhr bis Mittwoch, 4. Oktober 2023 um 7:00 Uhr besetzt.

Zum Jahresende wurden für die Tage zwischen Weihnachten und Neujahr zusätzliche Brückentage beschlossen. Diese sind:

- Mittwoch, 27.12.2023
- Donnerstag, 28.12.2023
- Freitag, 29.12.2023

Das bedeutet, dass der ÄBD von Freitag, 22. Dezember 2023 ab 14:00 Uhr bis Dienstag, 2. Januar 2024 um 7:00 Uhr ebenfalls durchgängig besetzt wird.

Zu den Dienstzeiten des Ärztlichen Bereitschaftsdienstes haben Sie die Möglichkeit, Ihre Praxis zu schließen und auf den ÄBD mit der bundesweit gültigen Rufnummer 116117 zu verweisen (siehe Seite 40).

Bitte beachten Sie: Unzulässig ist, das Praxistelefon direkt auf die 116117 umzuleiten.

Wichtig! Falls Ihre Praxis an den Brückentagen geschlossen ist, verweisen Sie bitte bei der Ansage auf Ihrem Anrufbeantworter auf die ÄBD-Präsenz.

UH

INFOBOX

Mustertexte für die Ansage auf Ihrem Anrufbeantworter während Ihrer Abwesenheit finden Sie unter kvh.link/p22015

DEUTSCHE GESETZLICHE UNFALLVERSICHERUNG E. V. (DGUV)

Zulassung zum Durchgangsarztverfahren

Daniel Rosca ist ab sofort als in der Ambulanz tätiger Arzt am Standort Bergman Clinics Mathilden-Hospital in Büdingen am Durchgangsarztverfahren beteiligt.

Dr. med. Thomas Stockhausen, Medizinisches Versorgungszentrum medicum Mittelhessen Weilmünster, hat seine durchgangsärztliche Tätigkeit zum 31.12.2021 aufgegeben.

DGUV

KOPIERVORLAGE ZUM AUSSCHNEIDEN (FÜR ORIGINALGRÖSSE DIN A4 BEIM KOPIEREN AUF 117% VERGRÖSSERN)

Abwesenheits- /Vertretungsmeldung

Nur auszufüllen bei einer Abwesenheit von mehr als einer Woche.

Bitte senden Sie das in Blockbuchstaben ausgefüllte Formular an

Kassenärztliche Vereinigung Hessen

BeratungsCenter/E-Mail/Fax:
– bitte angeben –

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG HESSEN

Betriebsstättennummer (BSNR):	Name Praxis / MVZ:	
☐ Vertragsarzt ☐ angestellter Arzt Name des abwesenden Arztes *:	Lebenslange Arzt-Nummer (LANR):	
Praxisadresse Straße PLZ Ort	Abwesenheit	
	von:	bis:

Grund der Abwesenheit:

☐ Urlaub ☐ Ärztliche Fortbildung ☐ Erkrankung ☐ Wehrübung ☐ Entbindung eines Kindes

☐ Während meiner Abwesenheit übernehmen folgende **an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte (gleicher Fachgruppe)** die Versorgung der Patienten:

Praxis:
Praxis:

☐ **Die Vertretung wird in meinen Räumen wahrgenommen durch:**

Name:	Wohnort:

☐ ist zugelassener Vertragsarzt* gleicher Fachgruppe

☐ ist Facharzt für _____ und ich habe mich davon überzeugt, dass bei diesem Kollegen die deutsche Approbation und die Facharzturkunde vorliegt.

Für Vertretungen bei Vakanz eines ärztlichen Angestelltensitzes (gem. § 32 b (6) Ärzte-ZV):

☐ Beendigung wurde noch nicht durch ZA festgestellt ☐ Beendigung wurde bereits durch ZA festgestellt

Die Vertretung erfolgt durch:

Name:	LANR, sofern vorhanden:	Abwesenheit von:	bis:

☐ ist zugelassener Vertragsarzt* gleicher Fachgruppe

☐ ist Facharzt für _____ und ich habe mich davon überzeugt, dass bei diesem Kollegen die deutsche Approbation und die Facharzturkunde vorliegt.

☐ **Arztregisterauszug oder beglaubigte Approbation u. Facharzturkunde beigefügt**

Gem. § 32 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV) kann sich der Vertragsarzt bei Krankheit, Urlaub oder Teilnahme an ärztlicher Fortbildung oder an einer Wehrübung innerhalb von zwölf Monaten bis zu einer Dauer von drei Monaten vertreten lassen. Eine Vertragsärztin kann sich in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit einer Entbindung bis zu einer Dauer von zwölf Monaten vertreten lassen. Dauert die Vertretung länger als eine Woche, so ist sie der Kassenärztlichen Vereinigung mitzuteilen. Der Vertragsarzt darf sich grundsätzlich nur durch einen anderen Vertragsarzt oder durch einen Arzt, der die Voraussetzungen des § 3 Abs. 2 der Ärzte-ZV erfüllt, also die Approbation als Arzt und eine abgeschlossene Facharztanerkennung besitzt, vertreten lassen. Überschreitet innerhalb von zwölf Monaten die Dauer der Vertretung einen Monat, kann die Kassenärztliche Vereinigung beim Vertragsarzt oder beim Vertreter überprüfen, ob der Vertreter die Voraussetzungen nach Satz 5 erfüllt und keine Ungeeignetheit nach § 21 vorliegt. Eine ausreichende Qualifikation und Zugehörigkeit zum gleichen Fachgebiet sind auch Voraussetzungen, die die Berufsordnung vorschreibt. Leistungen für die ein spezieller Qualifikationsnachweis erforderlich ist (z. B. Sonographie, Röntgen usw.) kann ein Vertragsarzt im Fall der Vertretung nur abrechnen, wenn auch der Vertreter diese Qualifikation besitzt (§ 14 Abs. 1 BMV-Ä).

Gem. § 32b Abs. 6 ist die Beschäftigung eines Vertreters für einen angestellten Arzt zulässig; § 32 Absatz 1 und 4 gilt entsprechend. Die Beschäftigung eines Vertreters für einen angestellten Arzt ist für die Dauer von sechs Monaten zulässig, wenn der angestellte Arzt freigestellt ist oder das Anstellungsverhältnis durch Tod, Kündigung oder andere Gründe beendet ist. Hat der angestellte Arzt einen gesetzlichen Anspruch auf Freistellung, ist eine Vertretung für die Dauer der Freistellung zulässig.

Ort und Datum: …… Unterschrift und Abrechnungsstempel: .....

*Die folgenden Ausführungen beziehen sich immer auf die Gesamtheit der von der Kassenärztlichen Vereinigung vertretenen Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten, auch wenn aus sprachlicher Vereinfachung die Psychotherapeuten nicht immer genannt werden und auch zwischen weiblichen sowie männlichen Anreden nicht unterschieden wird.

Kassenärztliche Vereinigung Hessen, Stand: 30.11.2021

KASSENÄRZTLICHE
VEREINIGUNG
HESSEN

Sie finden uns im Internet unter:

www.kvhessen.de/aufdenpunkt

Hessen, da geht noch was!

Die Corona-Pandemie hat besonders auf die Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen bei Erwachsenen gewirkt. Die KVH stellt Ihnen diese Pandemieeffekte vor und richtet einen dringenden Appell an ihre Mitglieder zu mehr Prävention.

Früherkennungsuntersuchungen sind wichtig, um chronische oder Krebserkrankungen frühzeitig zu erkennen. Die Behandlung solcher Krankheiten kann im frühen Stadium sehr viel effektiver, besser und mit wesentlich weniger Nebenwirkungen erfolgen. Unter dem Begriff der Sekundärprävention als Leistungen der vertragsärztlichen Versorgung werden möglichst gezielte Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten definiert. Näheres dazu regelt der G-BA.

	Inanspruchnahmealter	Inanspruchnahmeintervall
Früherkennung von Krebserkrankungen bei der Frau	ab 20. Lebensjahr	jährlich
Früherkennung von Krebserkrankungen beim Mann	ab 45. Lebensjahr	jährlich
Allgemeine Gesundheitsuntersuchung (ehemals Checkup 35)	ab 35. Lebensjahr	alle drei Jahre
Darmkrebsfrüherkennung		
Stuhltest	50. bis 55. Lebensjahr	jährlich
Stuhltest	ab 55. Lebensjahr	alle zwei Jahre, wenn keine Koloskopie
Beratung	ab 55. Lebensjahr	einmal
Koloskopie	ab 55. Lebensjahr (Frauen)/ ab 50. Lebensjahr (Männer)	zweimal, mit mind.zehn Jahren Abstand
Screening auf Bauchaortenaneurysmen		
Beratung	ab 65. Lebensjahr (Männer)	einmal
Sonographie	ab 65. Lebensjahr (Männer)	einmal
Früherkennungsuntersuchung auf Haukrebs	ab 35. Lebensjahr	alle zwei Jahre
Mammographie-Screening	50. bis 70. Lebensjahr	alle zwei Jahre

Übersicht zu Früherkennungsuntersuchungen für Erwachsene

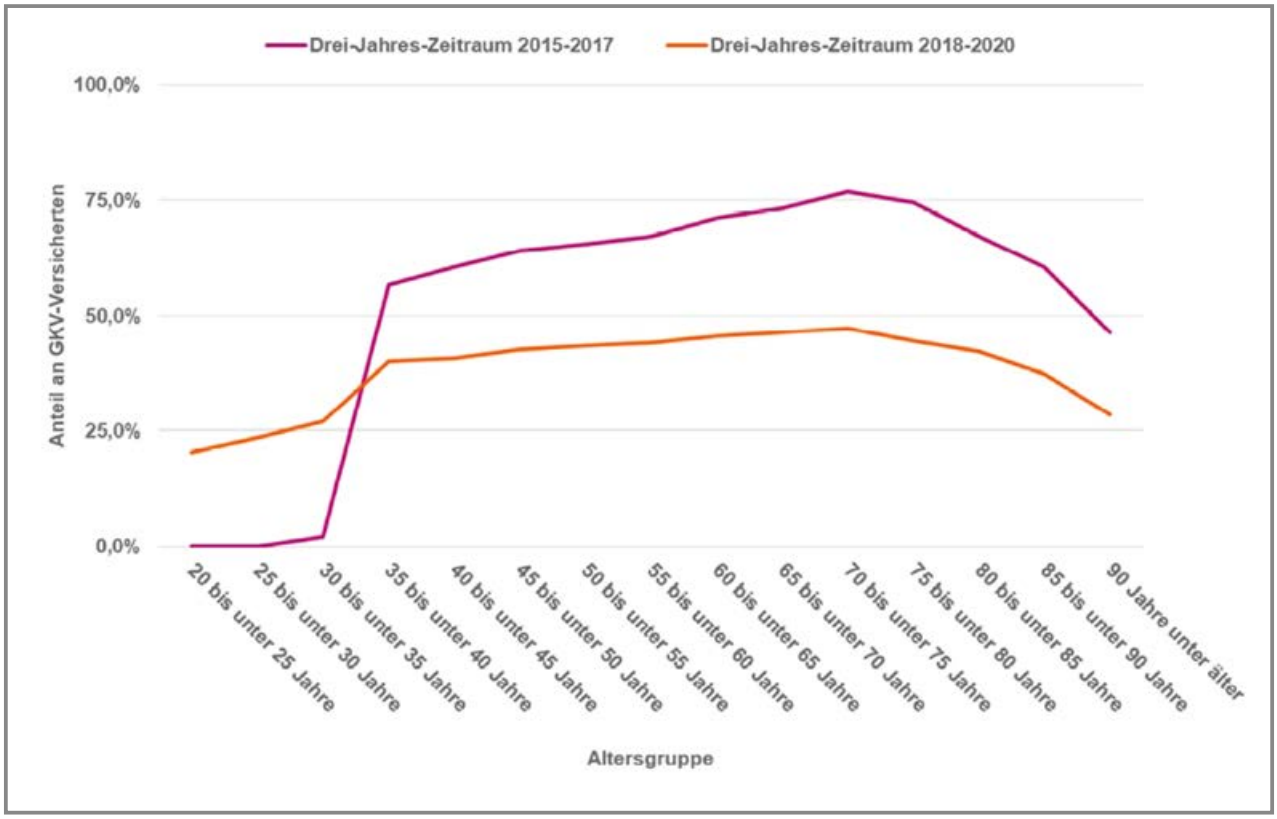
Dieser Artikel befasst sich mit der Inanspruchnahme von Präventionsleistungen für Erwachsene, die in Art und Umfang in der Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinie, der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie (KFE-RL) und der Richtlinie für organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme (oKFE-RL) festgelegt sind.

Leckeres Essen und Gesundheitsvorsorge müssen sich nicht ausschließen

ZUERST: DIE GUTE NACHRICHT!

Die Inanspruchnahme der allgemeinen Gesundheitsuntersuchung ist über die Jahre auf einem gleichbleibenden Niveau geblieben. Im Zehnjahreszeitraum von 2011 bis 2020 waren es hessenweit annähernd 70 Prozent der GKV-Versicherten, die diese Untersuchung in Anspruch genommen haben, dabei fällt der geringere Anteil auf die jüngere Generation. Am häufigsten wird die allgemeine Gesundheitsuntersuchung von Patienten und Patientinnen im Alter von 65 bis 70 Jahren in Anspruch genommen.

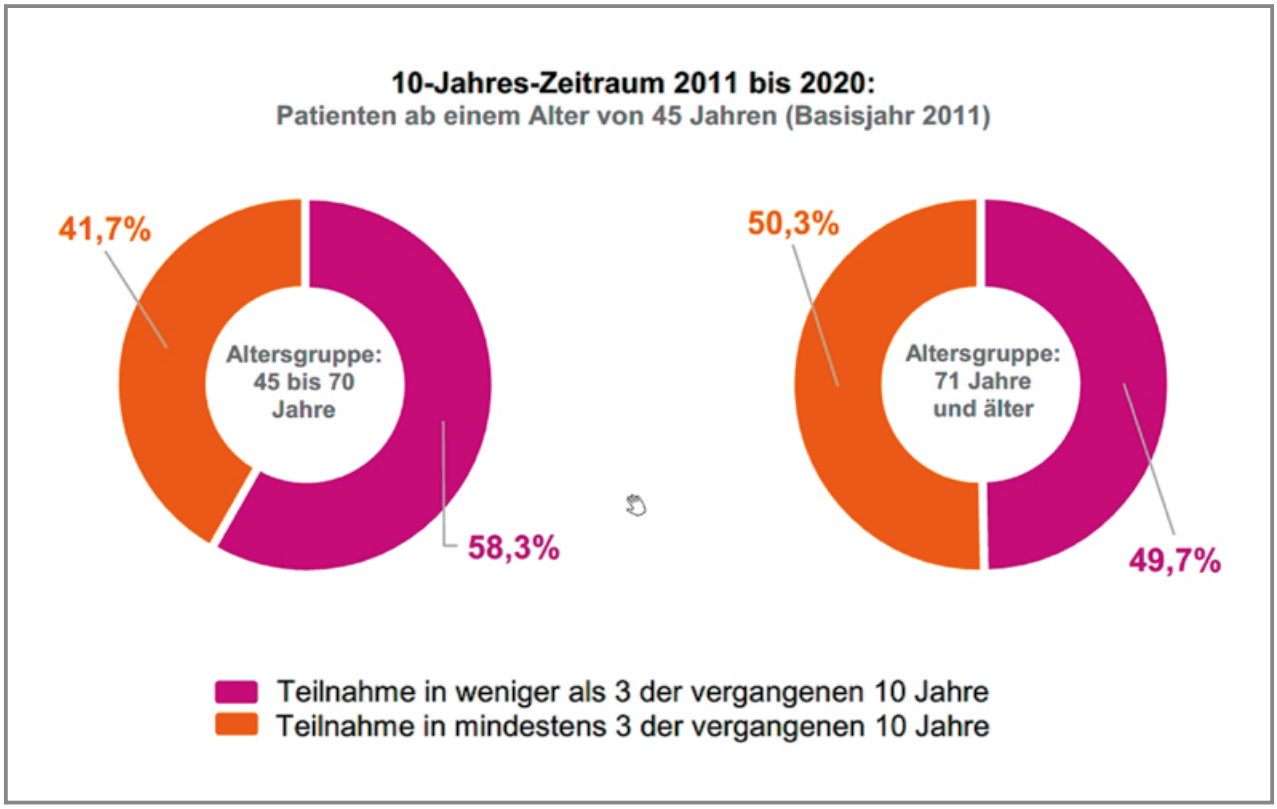
Verglichen mit anderen Krebsfrüherkennungsuntersuchungen wird die allgemeine Früherkennung von Krebserkrankungen bei der Frau sehr häufig und zusätzlich sehr regelmäßig beziehungsweise jährlich in Anspruch genommen. In der Altersgruppe der 20- bis 40-jährigen GKV-Versicherten liegt die jährliche Inanspruchnahmerate bei über 60 Prozent. Ein Rückgang der Inanspruchnahme während der Hochphasen der Pandemie konnte bei der allgemeinen Krebsfrüherkennungsuntersuchung bei der Frau zum Teil bereits im zweiten Halbjahr 2020 ausgeglichen werden.



Inanspruchnahmeraten der allgemeinen Gesundheitsuntersuchung im Vergleich zweier Dreijahreszeiträume

MOTIVATIONSSTEIGERUNG NOTWENDIG!

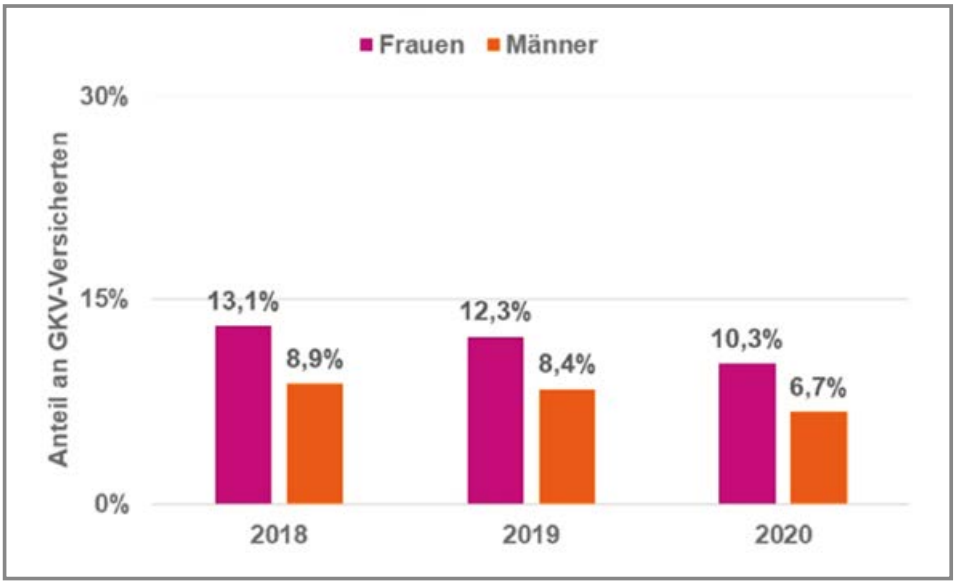
Im Vergleich liegen die Inanspruchnahmeraten der Krebsfrüherkennungsuntersuchung beim Mann deutlich unter denen der Frauen. Dabei zeigt sich ein gegensätzliches Inanspruchnahmeverhalten: Während bei den Frauen die Inanspruchnahme von Krebsfrüherkennungsleistungen mit steigendem Alter sinkt, steigt sie bei Männern erst deutlich ab einem Alter von 70 Jahren an. Bemerkenswert ist dabei auch der hohe Anteil der hausärztlich beziehungsweise urologisch versorgten Männer ohne Inanspruchnahme der Krebsfrüherkennungsuntersuchung. Über drei Viertel der Patienten nehmen nicht an der angebotenen Vorsorge zur Krebsfrüherkennung beim Mann teil, während Patientinnen in gynäkologischer Behandlung eine entsprechende Vorsorgeuntersuchung zu über 75 Prozent in Anspruch nehmen.



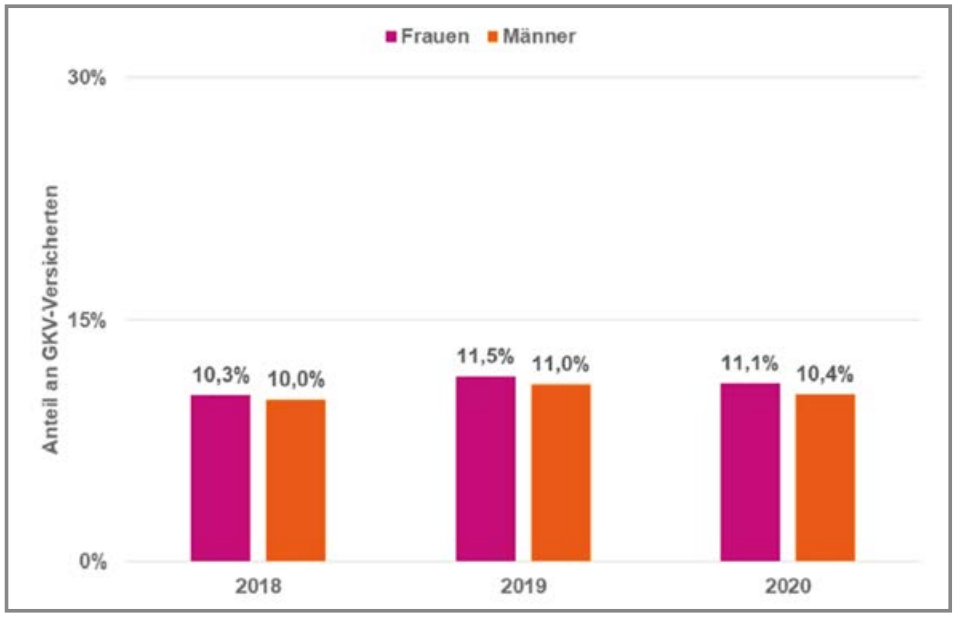
Allgemeine Teilnahme an der Krebsfrüherkennungsuntersuchung beim Mann, unterteilt nach Altersgruppen

„DARM MIT CHARME“: UNREALISTISCHE ZUKUNFTSMUSIK

Die Darmkrebsfrüherkennungsuntersuchung wurde schon vor der Pandemie vergleichsweise wenig in Anspruch genommen. Überwiegend werden in Hessen ambulant diagnostische Koloskopien beziehungsweise Koloskopien außerhalb des Darmkrebs-Screenings durchgeführt. Um die Inanspruchnahmeraten der Darmkrebsvorsorge zu steigern, wurde mit dem Krebsplanumsetzungsgesetz beschlossen, ein Einladungsverfahren analog zum Mammographie-Screening aufzubauen. Zusätzlich wurde der Personenkreis, der einen Anspruch auf umfassende Untersuchungen im Rahmen des Darmkrebs-Screenings hat, erweitert. Seit Juli 2019 werden Versicherte in den entsprechenden Altersgruppen zur Darmkrebsvorsorge bundeseinheitlich eingeladen. Pandemiebedingt sind die Aussagen zur Wirkung dieser Maßnahmen kaum möglich.



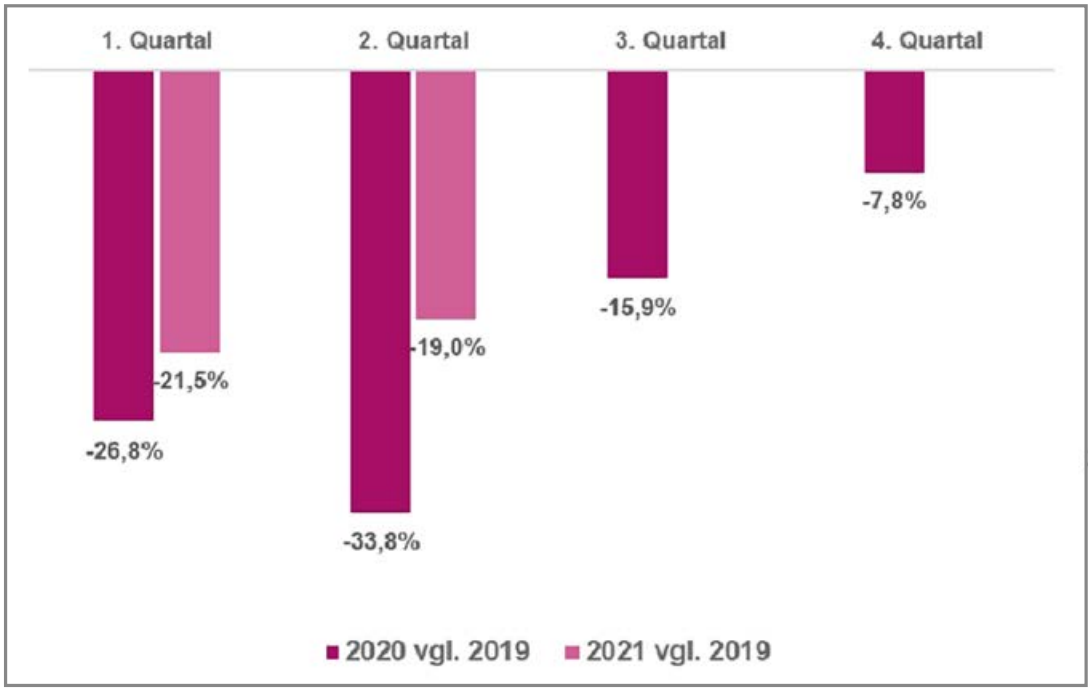
Zeitreihe der Inanspruchnahme des Stuhltests im Rahmen des Darmkrebs-Screenings getrennt nach Geschlechtern



Zeitreihe der Inanspruchnahme der Beratung und Früherkennungskoloskopie im Rahmen des Darmkrebs-Screenings getrennt nach Geschlechtern

EIN (UNBEKANNTES) STIEFKIND

Die Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs wurde seit der Einführung in 2008 nicht wirklich häufig genutzt. Das Hautkrebs-Screening gehört zu den Früherkennungsleistungen mit den niedrigsten Nutzungsraten und verzeichnete pandemiebedingt einen quartalsweisen Rückgang um 33 Prozent, der bis heute noch nicht ausgeglichen werden konnte. Die Untersuchung im Rahmen der Früherkennung auf Hautkrebs lässt sich, wie viele weitere vertragsärztliche Untersuchungen, nur schwer unter Einhaltung der in Pandemiezeiten offerierten Abstandsregeln durchführen, sodass der extreme Rückgang der Inanspruchnahme bei dieser Leistung zu Pandemiezeiten erklärbar wird. Einen weiteren Einflussfaktor auf den Rückgang beim Hautkrebs-Screening hat zudem die Änderung des fakultativen Leistungsinhaltes der Gebührenordnungsposition im EBM, die mit der EBM-Reform am 1. April 2020 etabliert wurde.



Der Corona-Faktor: weniger Hautkrebs-vorsorge-untersuchung in der Pandemie

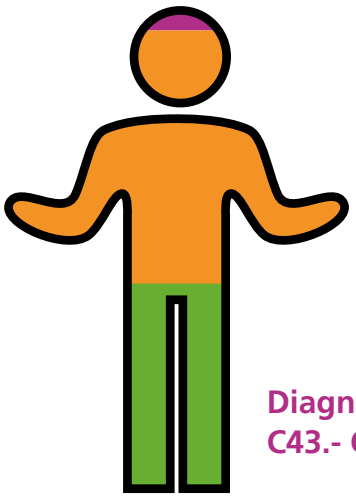
Mit Blick auf die Gesundheit der hessischen Bevölkerung zeigt sich das Potenzial von allen Leistungen der Sekundärprävention, die darauf abzielen, schwerwiegende Krankheitsverläufe zu vermeiden. Die KVH empfiehlt, Patientinnen und Patienten diese Untersuchungen weiter anzubieten und dazu aufzuklären. Die Stimmen bei allen Akteuren im Gesundheitswesen zu mehr Prävention sind allgegenwärtig. Der Appell der KVH lautet: „Hessen, da geht noch was!"

THERESA RIEBSAMEN

SERIE: KRANKHEITSBILD IM DETAIL

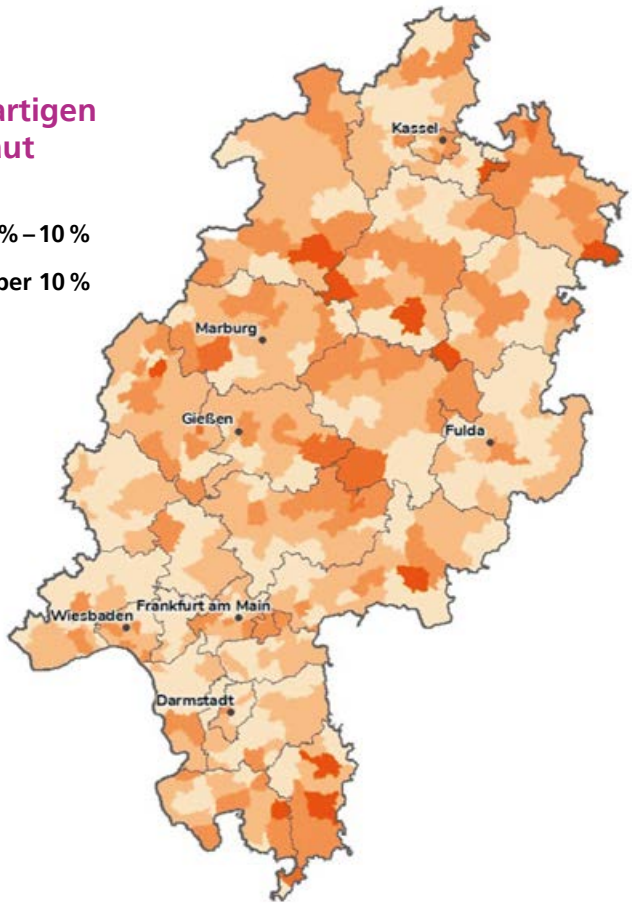
Melanom und sonstige bösartige Neubildungen der Haut

Im Jahr 2020 litten **449.648 Patientinnen und Patienten** in Hessen an einem Melanom und/oder sonstigen bösartigen Neubildungen der Haut (ICD-10-GM: C43./C44.- G), darunter etwa **33 Prozent Männer im Alter von 70 Jahren und älter**.



Prävalenz von bösartigen Melanomen der Haut (ICD C43.- G)

- unter 3,5 %
- 3,5 % – 5 %
- 5 % – 8 %
- 8 % – 10 %
- über 10 %



Diagnosehäufigkeiten C43.- G nach Altersgruppen:

5% der Patientinnen und Patienten unter 35 Jahren

52% der Patientinnen und Patienten zwischen 35 und 70 Jahren

43% der Patientinnen und Patienten über 70 Jahren

Digest aus dem Pschyrembel

Um ein malignes Melanom zu erkennen, hilft die **ABCDE-Regel**. Die Buchstaben stehen für „**A**symmetrie, **B**egrenzung, **C**olorierung, **D**urchmesser, **E**volution/Erhabenheit“ und zielen auf die Selbst- bzw. Laiendiagnose eines atypischen Nävuszellnävus ab. Sie sind ein Hinweis zur Einschätzung von Hautveränderungen, werden aber dermatologisch ergänzt durch weitere Kriterien.

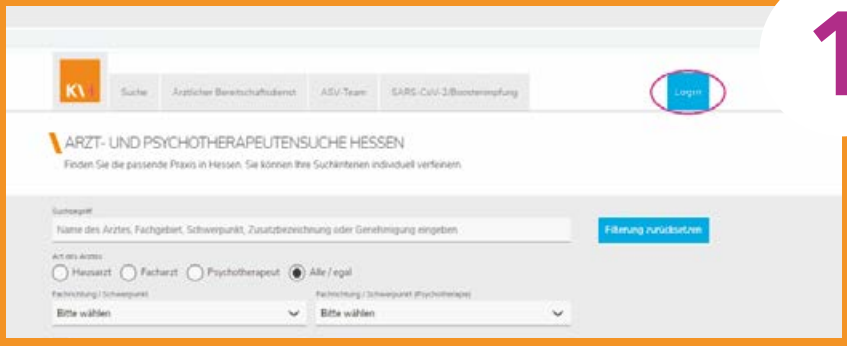
Online statt „per Brieftaube“

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

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

Wussten Sie schon? Die Arztsuche erstrahlt seit Februar in einem neuen Look und einem vereinfachten Login.

www.arztsuchehessen.de



1 Klicken Sie auf Login

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

3 Mitglieder mit nur einer BSNR können sofort ihre Daten ändern.

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

4

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

GASTBEITRAG VON DAVID ROSEMANN

„Leichte Sprache“ in der Medizin – ein Wunsch vieler Menschen

Nur wer versteht, was sein Gegenüber sagt oder was in einem Text steht, kann selbstbestimmt am gesellschaftlichen Leben teilnehmen. Vor allem für Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen ist das eine Herausforderung.

Vertreter der Arbeitsgruppe „Unsere Stimme zählt“ der Lebenshilfe Berlin haben mit PD Dr. med. Peter Bobbert, Präsident der Ärztekammer Berlin, darüber gesprochen, wie Leichte Sprache ihnen helfen kann. „Mein Name ist David Rosemann. Ich arbeite in der Arbeitsgruppe ‚Unsere Stimme zählt‘ von der Lebenshilfe Berlin mit. Jedes Jahr organisieren wir eine Veranstaltung für Selbstvertreterinnen und Selbstvertreter. In diesem Jahr wollen wir uns für ‚Leichte Sprache‘ einsetzen. Wir wollen Leichte Sprache bekannter machen, zum Beispiel bei Ärztinnen und Ärzten.

Ich bin oft aufgeregt, wenn ich beim Arzt bin. Oft reden Ärztinnen und Ärzte nur in einer Fachsprache mit vielen Fremdwörtern, und ich verstehe sie nicht. Das macht die Aufregung viel schlimmer. Ich möchte aber verstehen, was passiert. Deshalb haben wir uns mit Doktor Peter Bobbert getroffen. Wir wollten wissen, ob Ärztinnen und Ärzte auch Leichte Sprache in ihrer Ausbildung haben. Herr Bobbert hat gesagt, dass es noch nicht Teil der Ausbildung ist. Herr Bobbert hat auch selbst noch nicht viel mit Leichter Sprache zu tun gehabt. Deshalb hat er sich auch so über den Austausch mit uns gefreut. Für das Gespräch hatten wir eine Stunde Zeit. Wir haben viel besprochen. Im Gedächtnis ist mir geblieben, dass wir bei unseren Ärztinnen und Ärzten immer Leichte Sprache einfordern sollen. Ich habe das Gefühl, dass wir mit dem Gespräch einen Stein ins Rollen gebracht haben. Es war schon einmal ein guter Anfang. Unser Ziel ist: Leichte Sprache muss Teil der Gesellschaft werden.“

Haben Sie sich schon einmal gefragt, wie das Leben funktionieren würde, wenn Sie nicht oder nur schlecht lesen könnten? Unsere Gesellschaft kommuniziert zum großen Teil über die Schriftsprache. Wir müssen Formulare ausfüllen, um etwas zu beantragen. Wir erhalten Bescheide und müssen darauf reagieren. Ärztinnen oder Ärzte schicken uns Diagnosen. Selbst wenn wir eine Wohnung oder eine Arbeit suchen, sind wir auf schriftbasierte Angebote angewiesen. Aber was ist, wenn uns das Lesen und Schreiben schwerfällt? Holen wir uns Unterstützung oder ist es uns peinlich?

INFOBOX

„Es ist normal, verschieden zu sein.“ (Richard von Weizsäcker)

Die Lebenshilfe Berlin will eine Gesellschaft, in der Menschen mit Beeinträchtigung in allen Lebensbereichen willkommen sind. Sie gehören dazu wie alle anderen auch. Die Lebenshilfe Berlin ist davon überzeugt, dass jeder Mensch einzigartig und wertvoll ist. Deshalb unterstützt sie Menschen mit verschiedenen Beeinträchtigungen. Vor allem setzt sie sich für Menschen mit schwerer und mehrfacher Beeinträchtigung ein.

David Rosemann (links) und Sascha Ubrig (rechts) arbeiten seit vielen Jahren in der Arbeitsgruppe „Unsere Stimme zählt". Sie fordern mehr Leichte Sprache.

Laut der Level-One Studie von 2018, durchgeführt von der Universität Hamburg, haben bundesweit rund 6,2 Millionen Deutsch sprechende Erwachsene im Alter zwischen 18 und 64 Jahren Schwierigkeiten beim Lesen und Schreiben. Das sind 12,1 Prozent in dieser Altersstufe. Diese Menschen können einzelne Wörter oder kurze Sätze lesen oder schreiben, aber keine längeren zusammenhängenden Sätze. Aber nicht nur gering literarisierte Menschen haben Probleme mit der Schriftsprache, auch ca. 300.000 Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung, ca. 80.000 gehörlose Menschen sowie Menschen mit Migrationshintergrund gehören dazu. Insgesamt würden ca. acht Millionen Menschen, also zehn Prozent unserer Gesellschaft von der Einfachen oder Leichten Sprache profitieren. Die Leichte Sprache entstand in der weltweiten Aufbruchsstimmung der 1960er-Jahre. Viele verschiedene Gruppen haben in dieser Zeit für ihre Rechte und für Selbstbestimmung gekämpft. Dazu gehörten auch Menschen mit Lernschwierigkeiten, die sich den Namen „People First" gaben. Deutschland erreichte die Bewegung erst in den 1990er-Jahren. Eine gut verständliche Sprache war eine wichtige Forderung innerhalb der Bewegung. Das war der Beginn der Leichten Sprache. Sie entstand also innerhalb der Selbstvertretung von Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung. Diese haben auch an der Ausarbeitung der Regeln der Leichten Sprache entscheidend mitgewirkt. Leichte Sprache hat ein festes Regelwerk; mittlerweile gibt es sogar mehrere Regelwerke von unterschiedlichen Akteuren (Netzwerk Leichte Sprache, Capito, Forschungsstelle Leichte Sprache der Universität Hildesheim). In vielen Punkten stimmen diese aber überein. Derzeit erarbeitet das Deutsche Institut für Normung (DIN) Empfehlungen für die „Deutsche Leichte Sprache". Das Ziel ist eine für alle geltende Norm.

Die Regelwerke der Leichten Sprache sind sehr umfangreich und beziehen sich auf das Wort, den Satz, den Text und die Gestaltung. Hier ein Beispiel:

Original: *Lesen Sie die gesamte Packungsbeilage sorgfältig durch, bevor Sie mit der Einnahme dieses Arzneimittels beginnen, denn sie enthält wichtige Informationen.*

Leichte Sprache: *Hier finden Sie wichtige Infos zu dem Medikament. Bitte lesen Sie sich die Infos gut durch. Dann können Sie das Medikament einnehmen.*

PD Dr. med. Peter Bobbert, Präsident der Ärztekammer Berlin, David Rosemann und Sascha Ubrig von der Lebenshilfe Berlin (v. l.)

Leichte Sprache ist allerdings eine Herausforderung. Daher gibt es Fortbildungen, um sie zu lernen. Anschließend braucht es viel Übung. Aber probieren Sie es aus. Es lohnt sich. Sie werden erstaunt sein, wenn Ihr Gegenüber Sie plötzlich versteht. Obwohl Leichte Sprache für die Schriftsprache konzipiert ist, lassen sich viele Regeln auch für das Sprechen verwenden. Hinzu kommen noch weitere Regeln, zum Beispiel: langsam, laut und deutlich sprechen. Wichtige Inhalte müssen Sie wiederholen. Fragen Sie nach. Leichte Sprache ist ein sehr leicht verständliches Deutsch.

Daneben gibt es noch das Konzept der Einfachen Sprache. Auch hier steht eine gute Verständlichkeit im Mittelpunkt. Doch obwohl einige Regeln der Leichten Sprache auch für die Einfache Sprache genutzt werden, ist das Konzept offener und bietet mehr sprachliche Möglichkeiten. Es gibt Empfehlungen, aber keine festen Regeln. Daher ist die Einfache Sprache zum Beispiel gut für literarische Texte geeignet. Leichte Sprache eignet sich aber auch für Sachtexte, wie das Beispiel zeigt:

Einfache Sprache: *Hier finden Sie wichtige Informationen zu dem Medikament. Bitte lesen Sie sich erst alles durch, bevor Sie das Medikament einnehmen.*

Seit Ratifizierung der UN-Behindertenrechtskonvention im Jahr 2009 unterstützen wichtige Gesetze die Barrierefreiheit im Hinblick auf die Leichte Sprache. Das Behindertengleichstellungsgesetz verpflichtet alle Bundesbehörden, Informationen vermehrt in Leichter Sprache bereitzustellen. Sie sollen sich auch

INFOBOX

Das sind einige wichtige Regeln der Leichten Sprache:

- Benutzen Sie einfache Wörter.
- Benutzen Sie kurze Wörter oder trennen Sie lange Wörter.
- Verzichten Sie auf Fach- und Fremdwörter.
- Verzichten Sie auf Abkürzungen.
- Vermeiden Sie Redewendungen und bildliche Sprache.
- Vermeiden Sie Passiv. Sprechen Sie die Leserinnen und Leser persönlich an.
- Vermeiden Sie den Konjunktiv.

- Schreiben Sie kurze Sätze mit einem einfachen Satzbau.
- Jeder Satz kommt in eine neue Zeile.
- Benutzen Sie eine große, serifenlose Schrift und einen großen Zeilenabstand.
- Machen Sie viele Absätze.
- Schreiben Sie linksbündig.
- Strukturieren Sie Ihren Text gut.
- Benutzen Sie Bilder.
- Lassen Sie Ihren Text von der Zielgruppe prüfen.

BUCHTIPP

Tanja Sappok: Einfach sprechen über Gesundheit und Krankheit, Medizinische Aufklärungsbögen in Leichter Sprache, 1. Auflage 2021, 288 S., ISBN: 9783456859989, 44,95 €, auch als E-Book.

stärker für Leichte Sprache einsetzen und ihre Kompetenzen für das Verfassen von Texten in Leichter Sprache auf- und ausbauen. Die Anforderungen an die barrierefreie Gestaltung von Internetauftritten und öffentlich zugänglichen Angeboten im Internet von Behörden der Bundesverwaltung werden in der Barrierefreie-Informationstechnik-Verordnung (BITV 2.0) geregelt. Auch im Land Berlin soll demnächst ein neues Landesgleichstellungsgesetz (LGBG) verabschiedet werden, das das Recht auf Leichte Sprache verbessert. Das Gespräch mit PD Dr. med. Bobbert war der Arbeitsgruppe „Unsere Stimme zählt" sehr wichtig. Denn vielen Klientinnen und Klienten der Lebenshilfe Berlin geht es wie David Rosemann: Sie gehen zu Ärztinnen und Ärzten, verstehen oft nichts und sind dann frustriert und hilflos.

Deshalb wünschen sich die Mitglieder der Arbeitsgruppe, dass Ärztinnen und Ärzte eines Tages Leichte Sprache sprechen und schreiben können, damit auch Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung selbstständig ihr Leben führen können.

INFOBOX

Links zu Leichter Sprache

www.leichte-sprache.org/ → Die leichte Sprache → Die Regeln **kvh.link/p22004**

Patienteninformationen in Leichter Sprache vom Deutschen Netzwerk Gesundheitskompetenz DNGK
dngk.de/leichte-sprache-gesundheitsinfos/ oder **kvh.link/p22005**

Informationen in Leichter Sprache zu Liebe, Sexualität und dem Körper
www.profamilia.de/ → Über pro familia → Landesverband Sachsen → Projekt „Melisse" → Informationen in Leichter und Schwerer Sprache
kvh.link/p22006

Das Gespräch von Mitgliedern der Arbeitsgruppe „Unsere Stimme zählt" mit PD Dr. med. Peter Bobbert
https://youtu.be/5XqKiLzV_8A oder **kvh.link/p22007**

Doreen Kuttner ist im Büro für Leichte Sprache der Lebenshilfe Berlin tätig.

David Rosemann ist in vielen Selbstvertretergremien aktiv, wie in der Arbeitsgruppe „Unsere Stimme zählt".

DER BEITRAG WURDE MIT FREUNDLICHER GENEHMIGUNG VON AUTOREN, VERLAG UND HERAUSGEBER AUS BERLINER ÄRZT:INNEN – MITGLIEDERZEITSCHRIFT DER ÄRZTEKAMMER BERLIN, AUSGABE 12/2021, ÜBERNOMMEN.

So läuft die psychotherapeutische Behandlung ab

Der Weg der psychotherapeutischen Behandlung von der Sprechstunde bis zum Therapieende kann lang und komplex sein. Was Sie als Ärztinnen und Ärzte, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zur Abrechnung der Leistungen beachten müssen, erfahren Sie hier.

Für die Abklärung der Notwendigkeit einer physiotherapeutischen Behandlung beginnen Sie grundsätzlich mit der Sprechstunde. Dabei prüfen Sie, ob die oder der Versicherte eine Psychotherapie benötigt oder keine weitere Behandlung mittels Richtlinientherapie nach Kapitel 35 EBM notwendig ist. Für die Sprechstunde rechnen Sie die GOP 35151 ab. Diese findet mit mindestens 25 Minuten je Sitzung statt. Bevor Sie in die weitere Behandlung einsteigen, führen Sie mindestens eine 50-minütige Sprechstunde durch. Sie können die Sprechstunde bei Bedarf insgesamt bis zu sechsmal im Krankheitsfall durchführen.

Für die weitere Behandlung haben Sie nach der Sprechstunde vier Möglichkeiten als nächste Schritte:

- Sie wechseln zur Akutbehandlung, um eine zeitnahe Intervention durchzuführen, oder
- Sie beginnen mit der gruppenpsychotherapeutischen Grundversorgung, wenn Sie die/den Versicherten in einer Gruppe behandeln möchten, oder
- Sie führen direkt die probatorische Sitzung durch, bevor Sie in die Richtlinientherapie übergehen, oder
- Sie entscheiden, dass die oder der Versicherte keine Richtlinientherapie benötigt, und vermitteln diese oder diesen bei Bedarf an andere Fachbereiche zur weiteren Behandlung.

AKUTBEHANDLUNG

Nach der Sprechstunde können Sie die Akutbehandlung durchführen und abrechnen. Die Akutbehandlung nach GOP 35152 wird hierbei auf das spätere Kontingent der Richtlinientherapie angerechnet. Die GOP 35152 können Sie bei mindestens 25 Minuten je Therapie bis zu 24 Einheiten im Krankheitsfall abrechnen.

GRUPPENPSYCHOTHERAPEUTISCHE GRUNDVERSORGUNG

Die gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung können Sie nach der Sprechstunde durchführen, wenn Sie die Versicherte oder den Versicherten in einer Gruppe therapieren möchten. Sie rechnen die GOP 35173 bis 35179 je nach Gruppengröße höchstens viermal bei jeweils 100 Minuten oder bis zu achtmal im Krankheitsfall bei einer Therapiedauer von jeweils 50 Minuten ab. Die Grundversorgung wird nicht auf nachfolgende Kontingente angerechnet.

PROBATORIK

Nach erfolgter Akutbehandlung beziehungsweise Grundversorgung führen Sie bei Bedarf die probatorischen Sitzungen durch. Sie können die Probatorik auch direkt im Anschluss an die Sprechstunde durchführen. Die probatorischen Sitzungen nach GOP 35150 dienen der Einleitung einer ambulanten Psychotherapie und werden Ihnen daher nicht auf die Therapiekontingente angerechnet. Diese müssen Sie jedoch vor der weiteren Behandlung mit den Richtlinientherapien durchführen. Bei Erwachsenen können Sie die Probatorik mindestens zwei- bis viermal im Krankheitsfall durchführen. Führen Sie die Probatorik im Gruppensetting durch, rechnen Sie je nach Gruppengröße die GOP 35163 bis 35169 ab. Mindestens eine Probatorik müssen Sie dabei im Einzelsetting erbringen.

RICHTLINIENTHERAPIE

Wenn Sie die vorgegebenen Mindesteinheiten der Probatorik durchgeführt haben, können Sie mit den antragspflichtigen Richtlinientherapien beginnen. Sie starten in der Regel mit der Kurzzeittherapie (KZT), können aber auch direkt in die Langzeittherapie (LZT) einsteigen. Hierbei wird für die Versicherte oder den Versicherten die richtige The-

rapie aus Verhaltenstherapie, tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie, analytischer Psychotherapie oder systemische Therapie gewählt. Diese Therapien führen Sie als Einzel- oder Gruppentherapie durch.

Kurzzeittherapien umfassen bis zu 24 Therapieeinheiten. Sie können sie in zwei Schritten für jeweils ein Kontingent von zwölf Therapieeinheiten beantragen. Die Beantragung bei der Krankenkasse können Sie schon während der probatorischen Sitzungen vornehmen. Nach sieben Therapieeinheiten der KZT1 können Sie das zweite Kontingent (KZT2) beantragen. Die KZT können Sie je vollendete 50 Minuten abrechnen.

Die Langzeittherapie ist in zwei Bewilligungsschritte gegliedert. Der erste Bewilligungsschritt in der LZT ist antrags- und gutachtenpflichtig. Bei Beantragung des zweiten Kontingentes liegt die Gutachterpflicht im Ermessen der Krankenkasse. Die LZT können Sie je vollendete 50 Minuten abrechnen.

Hinweis: Im Antrag für eine LZT können Sie bereits Einheiten für eine Rezidivprophylaxe berücksichtigen. Die Durchführung der Rezidivprophylaxe kann bis zu zwei Jahre nach Abschluss der LZT in Anspruch genommen werden. Mit Durchführung dieser Rezidivprophylaxe-Sitzungen fangen Sie wieder auftretende entwicklungsbedingte Herausforderungen und Krisen ab und verhindern damit Neubeantragungen von Richtlinientherapien.

Alles rund um die Abrechnung der psychotherapeutischen Behandlung finden Sie auf der Homepage der KVH. Lesen Sie noch mal im Detail, was es bei der Abrechnung zu beachten gibt: **kvh.link/p22008**

THOMAS DERKS,
MELANIE OCHS

INFOBOX

Junge Patientinnen und Patienten

Bei Versicherten bis zum vollendeten 21. Lebensjahr und deren Bezugsperson beziehungsweise bei Versicherten mit Vorliegen einer Intelligenzstörung (ICD-10-GM: F70-F79) können Sie die Therapieeinheiten bei der Sprechstunde, der Akutbehandlung, der gruppenpsychotherapeutischen Grundversorgung und der Probatorik mit einem erhöhten Kontingent durchführen und abrechnen. Die genauen Kontingente entnehmen Sie dem Ablaufschema.

ABLAUFSCHEMA: PSYCHOTHERAPEUTISCHE BEHANDLUNG

PT SPRECHSTUNDE GOP 35151

- **Erwachsene:** mindestens 25 Minuten, höchstens 6 Einheiten im KHF
- **Kinder, Jugendliche und deren Bezugsperson bzw. Menschen mit geistiger Behinderung:** mindestens 25 Minuten, höchstens 10 Einheiten im KHF
- Relevante Formulare: PTV 11

Hinweis: Für eine weitergehende Behandlung (gemäß PT-Richtlinie §§ 12, 13 und 15) ist eine Sprechstunde von mindestens 50 Minuten Dauer verpflichtend!

Kein weiterer Versorgungsbedarf

Weitervermittlung z. B. an:

- andere Fachärztinnen und Fachärzte
- andere Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten
- Krankenhaus
- Selbsthilfe

AKUTBEHANDLUNG GOP 35152

- **Erwachsene:** mindestens 25 Minuten, höchstens 24 Einheiten im KHF
- **Kinder, Jugendliche und deren Bezugsperson bzw. Menschen mit geistiger Behinderung:** mindestens 25 Minuten, höchstens 30 Einheiten im KHF
- Erbrachte Stunden werden auf das Therapiekontingent einer sich anschließenden RLT (KZT1, LZT) angerechnet
- Relevantes Formular: PTV 12

GRUPPENPSYCHOTHERAPEUTISCHE GRUNDVERSORGUNG GOP 35173-35179

- **Erwachsene:** höchstens 4-mal mit jeweils 100 Minuten im KHF (oder 8 x 50 Minuten)
- **Kinder, Jugendliche und deren Bezugsperson bzw. Menschen mit geistiger Behinderung**: höchstens 5-mal mit jeweils 100 Minuten im KHF (oder 10 x 50 Minuten)
- Keine Anrechnung auf nachfolgende Kontingente
- Voraussetzung ist die Abrechnungsgenehmigung durch die KVH für die Gruppentherapie

PROBATORIK GOP 35150

- **Erwachsene:** mindestens 2 bis 4 Einheiten im KHF
- **Kinder, Jugendliche und deren Bezugsperson bzw. Menschen mit geistiger Behinderung:** mindestens 2 bis 6 Einheiten im KHF
- Einheiten sind in 25 oder 50 Minuten möglich
- **Probatorik nach GOP 35163-35169** auch im **Gruppensetting** möglich
- Daneben **mindestens 50 Minuten Einzel-Probatorik**
- Einheit im Gruppensetting: 100 oder 50 Minuten mit Vermehrung Sitzungszahl

KZT1

- Bis zu 12 Einheiten
- Einheiten von 50 Minuten
- Relevante Formulare: PTV1, PTV2

KZT2

- Bis zu 12 Einheiten
- Einheiten von 50 Minuten
- Relevante Formulare: PTV1, PTV2

LZT

Verhaltenstherapie (VT)	bis zu 60; antrags- und gutachterpflichtig	bis zu 80 antragspflichtig; Gutachten liegt im Ermessen der Krankenkasse
Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (TP)	Erwachsene: bis zu 60; Kinder: 70/60; Jugendliche: 90/60; antrags- und gutachterpflichtig	E: bis zu 100/80; K: 150/90; J: 180/90 antragspflichtig; Gutachterpflicht liegt im Ermessen der Krankenkasse
Analytische Psychotherapie (AP)	Erwachsene: bis zu 160/80; Kinder: 70/60; Jugendliche: 90/60; antrags- und gutachterpflichtig	E: bis zu 300/150; K: 150/90; J: 180/90 antragspflichtig; Gutachterpflicht liegt im Ermessen der Krankenkasse
Systemische Therapie	bis zu 36/36; antrags- und gutachterpflichtig	bis zu 48/48; antragspflichtig; Gutachterpflicht liegt im Ermessen der Krankenkasse

LEGENDE: keine Anzeige- oder Antragspflicht | Anzeigepflicht | Antragspflicht

Antragspflicht mit Gutachtenverfahren bzw. Gutachtenverfahren nach Ermessen der Kasse

Ablaufschema: Psychotherapeutische Behandlung | Stand: Januar 2022 | Abrechnung Team 5

Pilotprojekt: Interkulturell-medizinisches Netzwerk

Sprachbarrieren, unterschiedliche Kulturen, Religionen und Werte beeinflussen die medizinische Versorgung. Interkulturelle Fortbildungen schaffen eine Grundlage, den Menschen ganzheitlich gerecht zu werden.

Die Türkisch-Deutsche Gesundheitsstiftung e.V. setzt sich seit über 30 Jahren für die Belange von Migrantinnen und Migranten in Deutschland ein. Mit dem Interkulturell-medizinischen Netzwerk wurde ein Projekt entwickelt, das eine bessere kultursensible Behandlung von Menschen mit Migrationshintergrund ermöglichen soll. Dabei ist selbstverständlich nicht von einer homogenen Gruppe auszugehen. In modularen Fortbildungsveranstaltungen zu ausgewählten Themenschwerpunkten erlangen die Teilnehmenden Hintergrundwissen zu kulturellen und religiösen Besonderheiten im Alltag, aber auch im Umgang mit Gesundheit und Krankheit innerhalb unterschiedlicher Bevölkerungsgruppen. Über den damit verbundenen kollegialen Austausch werden die Teilnehmenden für die Bedürfnisse ihrer Patientinnen und Patienten sensibilisiert und Berührungsängste abgebaut. Ein besonderer Schwerpunkt liegt stets auf einer kultursensiblen und patientengerechten Kommunikation sowie auf der Überwindung sprachlicher Barrieren. Diese Fortbildungsangebote haben das Ziel, eine Veränderung der Haltung zu initialisieren und damit einen Prozess anzustoßen, bei dem alle Teilnehmenden ihre eigenen Wege zu einer Haltung von mehr Achtsamkeit, Menschlichkeit und interkulturell angemessenem Verhalten im medizinischen Handeln hervorbringt. Schon in der ersten Jahreshälfte 2022 werden die Fortbildungen beginnen. Die Projektdurchführung erfolgt in Kooperation mit der Landesärztekammer Hessen, der Psychothe-

rapeutenkammer Hessen und der KVH. Das Projekt wird vom Hessischen Ministerium für Soziales und Integration gefördert. Über eine enge Zusammenarbeit mit der Interkulturellen Ambulanz am UKGM in Gießen kann das theoretische Wissen bei Hospitationen erprobt und gefestigt werden.

EIN NETZWERK FÜR DIE ZUKUNFT

Ziel ist, über das Interkulturell-medizinische Netzwerk als Fachstelle hessenweit interkulturelle Fortbildungen zu vermitteln und gleichzeitig Erfahrungen und Ressourcen der beteiligten Fachpersonen zu sammeln. Das Fortbildungsangebot soll entsprechend des Bedarfs weiter ausgebaut werden.

TDG

Bei Fragen steht das Team Qualitäts- und Veranstaltungsmanagement gerne zur Verfügung.

069 24741-7550 (Telefon)
069 24741-68842 (Telefax)
veranstaltung@kvhessen.de

INFOBOX

Die KVH bietet gemeinsam mit der Türkisch-Deutschen Gesundheitsstiftung e.V. die Veranstaltungsmodule online an folgenden Terminen an:

Mittwoch, 11.05.2022 ab 15:30 Uhr
Bedeutung und Verständnis von Gesundheit und Krankheit in unterschiedlichen Kulturkreisen und deren Kommunikation

Freitag, 13.05.2022 ab 15:30 Uhr
Organentnahme und Transplantation

Samstag, 14.05.2022 von 09:00 bis 13:00 Uhr
Medizin und Islam: Religiöse Gebote zur Gesundheit

Samstag, 14.05.2022 von 14:00 bis 18:00 Uhr
Die Rolle der Frau, genitale Verstümmelung

Freitag, 20.05.2022 ab 15:30 Uhr
Unterschiedliche Krankheitsbilder und unterschiedliche Ausbildung

Samstag, 21.05.2022 von 09:00 bis 13:00 Uhr
Abtreibung und Grenzentscheidungen in der Neonatologie

Samstag, 21.05.2022 von 14:00 bis 18:00 Uhr
Lebensbeendende Maßnahmen

Mittwoch, 01.06.2002 ab 15:30 Uhr
Trauer und Abschied: Sterben, rituelle Waschung und Versorgung von Verstorbenen

Weitere Informationen sowie die Möglichkeit zur Buchung der einzelnen Module finden Sie unter **kvh.link/p22009**

Praxis muss erreichbar bleiben

Sie verreisen, sind erkrankt oder machen Mittagspause? Was dabei zu beachten ist, stellen wir Ihnen genauer vor.

Seit Einführung der 116117 ist einige Zeit vergangen. Vielleicht sind Sie generell noch unsicher, zu welchen Zeiten auf diese Rufnummer verwiesen werden darf.

Grundsätzlich haben Vertragsärztinnen und Vertragsärzte eine sich aus dem Versorgungsauftrag ergebende Präsenzpflicht. Diese umfasst nicht nur die Verpflichtung, Sprechstunden abzuhalten, sondern darüber hinaus auch jene, in Zeiten, die nicht von einem organisierten allgemeinen Ärztlichen Bereitschaftsdient (ÄBD) abgedeckt werden, für die Patientinnen und Patienten zur Verfügung zu stehen. Die Einführung der Rufnummer 116117 hat daher selbstverständlich nicht Ihre Präsenzpflicht ausgehebelt.

400.000 PATIENTEN

Jedes Jahr werden von hessischen Ärztinnen und Ärzten bis zu 400.000 Patientinnen und Patienten im Rahmen der Krankheits- und Urlaubsvertretung behandelt.

WANN AUF DIE 116117 UMSTELLEN?

Gemäß § 5 Abs. 2 der Bereitschaftsdienstordnung der KVH haben Sie zu folgenden Zeiten die Möglichkeit, Ihre Praxis zu schließen und auf den ÄBD zu verweisen:

- Montag, Dienstag, Donnerstag: 19:00 bis 7:00 Uhr
- Mittwoch und Freitag: 14:00 bis 7:00 Uhr
- Samstag, Sonntag, Feiertage: 7:00 bis 7:00 Uhr
- Brückentage, soweit sie vom Vorstand beschlossen wurden: 7:00 bis 7:00 Uhr

Als Inhaberin oder Inhaber eines Vertragsarztsitzes sind Sie grundsätzlich verpflichtet, auch außerhalb der Sprechstunden für Ihre Patienten erreichbar zu sein. Sorgen Sie bitte daher selbstständig für eine Vertretung oder geben Sie in der Mittagspause, beispielsweise für Notfälle, Ihre Mobilnummer über den Anrufbeantworter an.

Achtung: Bei genehmigungspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen einschließlich der probatorischen Sitzungen ist eine Vertretung grundsätzlich unzulässig. Dies ergibt sich aus § 14 Abs. 3 BMV-Ä. Daher können sich Vertragspsychotherapeutinnen und -therapeuten in der Regel nicht vertreten lassen.

Auch wenn Sie nur einzelne Tage Ihre Praxis schließen, sind Sie als Ärztin oder Arzt verpflichtet, einen Vertreter zu organisieren. Gemäß § 32 Abs. 1, Seite 2 und 3 Ärzte-ZV ist eine Vertretung im Fall von Krankheit, Urlaub, Teilnahme an einer Fortbildung oder Wehrübung innerhalb eines Zeitraums von zwölf Monaten maximal für drei Monate möglich. Sofern die Abwesenheit länger als eine Woche dauert, ist diese der KVH mitzuteilen. Bitte nutzen Sie hierzu unser Abwesenheitsformular (siehe auch info.service, Seite 11), das Sie unter **kvh.link/p22010** finden. Hier stellen wir Ihnen auch Mustertexte für die Ansage auf Ihrem Anrufbeantworter während Ihrer Abwesenheit.

Für weitere Informationen oder im Falle lang andauernder Abwesenheiten stehen Ihnen die Beraterinnen und Berater der KVH (siehe Seite 43) jederzeit gerne zur Verfügung. Gemeinsam finden wir einen Weg für Sie und Ihre Praxis.

LISA MARIA PROBST

INFOBOX

Wie wirkt es sich aus, wenn viele Praxen auf die 116117 umstellen?

Daten im Überblick von Ende 2021:

- Am Montag, dem 27.12.2021 kam es beispielsweise zu 150 Prozent mehr Anrufern bei der 116117 als an einem durchschnittlichen Montag in 2021.
- Von Montag bis Donnerstag, den regulären Werktagen zwischen den Jahren, kam es nahezu zu doppelt so vielen Anrufen bei der 116117 wie von Montag bis Donnerstag im Jahresdurchschnitt 2021.
- Dieses erhöhte Anrufaufkommen erhöht die Wartezeit der Anrufer zusätzlich und hat direkten Einfluss auf die Telefonie-Kosten der 116117.
- Die Kosten für die auf Bundesebene bereitgestellte Rufnummer 116117 sowie Kosten für das Auswahlmenü fallen für jeden einzelnen Anrufer an. Unabhängig davon, ob es zu einer Gesprächsannahme kommt oder die Anruferin oder der Anrufer zuvor auflegt.
- Personalkosten für die Mitarbeitenden in der Telefonie fallen zusätzlich noch an.
- Die zusätzlichen Kosten, die durch Anruferinnen oder Anrufer entstehen, die die 116117 kontaktieren, weil ihre behandelnde Ärztin oder ihr behandelnder Arzt keinen Vertreter benennt und auf die 116117 verweist, fallen dem ÄBD-Haushalt zur Last.

STEFANIE WAGNER

Verordnungswissen für psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten

Wer sich für Verordnungs-Know-how speziell für psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten interessiert, sollte sich den 24. Mai 2022 vormerken.

Die Verordnungsmöglichkeiten für psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten haben sich in den letzten Jahren deutlich ausgeweitet. Somit ist es möglich, dass unter bestimmten Voraussetzungen Heilmittel wie Ergotherapie, Soziotherapie, aber auch medizinische Rehabilitation verordnet werden können. Verordnet werden können außerdem Krankenfahrten oder digitale Gesundheitsanwendungen für psychisch kranke Patienten. Das Team Arznei-, Heil- und Hilfsmittel macht Sie fit zu diesem wichtigen Thema und hat dazu extra einen neuen Workshop konzipiert.

Der erste Online-Workshop findet am 24. Mai 2022 von 9:00 bis 11:15 Uhr statt. Hier erfahren Sie alles rund um Formulare, Regelungen, aber auch über die Fallstricke des Verordnungsbereichs und wie Sie sie sicher umschiffen können.

Interessiert?
Melden Sie sich an unter **kvh.link/p22011**.
Weitere Workshops werden im September 2022 stattfinden.

JENNIFER WATERMANN

Fragen? Antworten!

Wie war das?

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

Muss die KIM-Anbindung auch für NBSNR gemeldet werden?

Ja, für Haupt- und Nebenbetriebstätten (NBSNR) muss die Meldung zur vorhandenen KIM-Anbindung in der Abrechnung über die Kennzeichnung 98151 erfolgen. Ausnahme: Die NBSNR für eine Belegarzttätigkeit ist nicht förderungswürdig und muss somit nicht mit der 98151 gekennzeichnet werden.

Wie erhalten Haus- und Kinderärzte Infomaterial zur Beratung über Organ- und Gewebespenden?

Sie erhalten automatisch ein Infopaket und können dann Material nachbestellen. Alle Informationen rund um die neuen Leistungen und was es zu beachten gilt, finden Ärztinnen und Ärzte unter **kvh.link/p22012** (siehe auch Seite 6 und 7).

Wann verwende ich als Anästhesistin oder als Anästhesist das Suffix A bei belegärztlichen Visiten (GOP 01412A und 01414A), wenn ich von einer Belegärztin oder einem Belegarzt hinzugezogen werde, aber selbst keine Belegärztin beziehungsweise kein Belegarzt bin?

Ab dem zweiten Quartal 2022 müssen Sie in diesen Fällen nicht mehr das Suffix A verwenden. Sie rechnen als Anästhesistin oder Anästhesist für die belegärztliche Behandlung/Narkosen (zum Beispiel GOP aus Abschnitt 36.3 und 36.5 EBM) über die Scheinuntergruppe (SUG) 26 und die Visiten nach GOP 01414 beziehungsweise die dringende Visite nach GOP 01412 ab. Wenn Sie als Anästhesistin oder Anästhesist Belegärztin beziehungsweise Belegarzt sind, rechnen Sie, wie auch andere Belegärztinnen und Belegärzte, über die SUG 30 ab.

HABEN SIE WEITERE FRAGEN?

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

069 24741-7777

info.line@kvhessen.de

IHR KONTAKT ZU UNS

info.line	069 24741-7777 069 24741-68826 (Fax) info.line@kvhessen.de
Montag bis Freitag:	7.00 bis 17.00 Uhr

BERATUNG VOR ORT

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

ABRECHNUNGSVORBEREITUNG

AV-Help	av-help@kvhessen.de

ONLINEPORTAL

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

ARZNEI-, HEIL- UND HILFSMITTELBERATUNG

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

KOORDINIERUNGSSTELLE

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

QUALITÄTS- UND VERANSTALTUNGSMANAGEMENT

Qualitätsmanagement	069 24741-7551 069 24741-68841 (Fax) qm-info@kvhessen.de
Veranstaltungsmanagement	069 24741-7550 069 24741-68842 (Fax) veranstaltung@kvhessen.de

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

Redaktion
Karl Matthias Roth und Petra Bendrich

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

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

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

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

Bildnachweis
Gwrm: S. 17; HDMED: S. 8-9; C. Herdt/KZV Hessen: S. 4; Lebenshilfe Berlin: S. 31; Dennis Lenz: S. 32; Florian von Ploetz: S. 33; Privat: S. 15; Carolina Ramirez: S. 3; Karl Roth: S. 10; Judith Scherer: S. 21; Michelle Spillner: S. 5; TDG: S. 38

Adobe Stock: Titel: ~ Bitter ~, S. 6: dicraftsman, S. 7: blende11.photo, S. 12: Ingo Bartussek, S. 13: selim, S. 18: TarikVision, S. 22 shepherd302, S. 23: New Africa, S. 35: michaeljung, S. 37: Franzi draws, S. 39: PhotoSG, S. 41: Wanlee

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

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

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

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

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

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

AUF DEN
PUNKT.

erscheint wieder
im Juni

KASSENÄRZTLICHE
VEREINIGUNG
HESSEN

Sie finden uns im Internet unter:

www.kvhessen.de/aufdenpunkt