

Nr. 2 \ April 2026

AUF DEN PUNKT.

Das Servicemagazin für unsere Mitglieder

Fort- und Weiterbildung
mit der KVH:

ZUKUNFT BEGINNT JETZT

■ SEITE 22

info.service – offizielle
Bekanntmachungen

■ AB SEITE 53

Anreize für die Versorgung:
**Förderungswürdige
Leistungen** im HVM

■ SEITE 10



KOMPETENZ SICHERN.
GUT AUFGESTELLT. JETZT UND IN ZUKUNFT.

Die Medizin entwickelt sich stetig weiter, deshalb sind Ärzte und Psychotherapeuten dazu verpflichtet, sich kontinuierlich fortzubilden. Dabei immer an Ihrer Seite: Die KVH, mit einem vielfältigen Angebot an Seminaren und Vorträgen sowie individueller Beratung. Für starke Praxen und eine gesicherte Versorgung.

FALSCHES SIGNAL ZUR FALSCHEN ZEIT

**LIEBE KOLLEGINNEN UND KOLLEGEN,
SEHR GEEHRTE DAMEN UND HERREN,**

die Absenkung der Honorare der psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zum 1. April 2026 durch eine Entscheidung des erweiterten Bewertungsausschusses hat zu Recht für viel Ärger, Wut und Frust unter unseren psychotherapeutischen Mitgliedern gesorgt. Denn eins ist völlig klar: Die Absenkung unserer Honorare ist das falsche Signal, egal ob es um Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Haus- oder Fachärztinnen und -ärzte geht. Punkt. Daran gibt es keinerlei Abstriche.

Gerade angesichts der aktuellen Spardiskussionen im Gesundheitswesen müssen wir sehr darauf achten, dass es an dieser Stelle nicht zu einer problematischen Allianz von Politik und Krankenkassen kommt. Dass das Interesse der Krankenkassen an der Versorgung ihrer Versicherten durchaus überschaubar ist, ist nicht mehr These, sondern tägliche Realität. Zusammen mit dem immensen Spardruck, unter dem das System aber steht, hat diese Situation das Potenzial für einen „perfect storm“, ein Ereignis katastrophalen Ausmaßes also. Denn wir wissen, dass die „Gifflisten“ in den Hinterzimmern lang sind: Sie reichen vom Ende der Entbudgetierung bei Haus- und Kinderärztinnen und -ärzten über die Streichung der angeblich sinnlosen Aufschläge für Fälle aus dem Bereich des TSVG bis zu Allmachtsphantasien von Gesundheitspolitikerinnen und -politikern, die von Termingarantien bei Fachärztinnen und -ärzten schwadronieren. Ohne finanzielle Kompensation, selbstverständlich. So stellen sich die deutschen Gesundheitspolitikerinnen und -politiker in ihrer offensichtlichen Panik und Konzeptlosigkeit offenbar die ambulante Versorgung der nächsten Jahre vor. Dass wir uns das nicht gefallen lassen können, ist klar. Wer glaubt, mehr Termine durch Honorarkürzungen zu erreichen, ist gewaltig auf dem Holzweg. Und deshalb wird es bei entsprechenden Entscheidungen auch entsprechende Empfehlungen unsererseits geben müssen.



Doch noch einmal zurück zur Entscheidung rund um die Honorare der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Dass diese den Kassen in ihrer Systematik und auch Entwicklung schon lange ein Dorn im Auge waren, kann nur die verwundern, die nicht genau hingeschaut haben. Schon im vergangenen Jahr gab es erste Anläufe der Kassen für Kürzungen, die aber aus formalen Gründen nicht erfolgreich waren. Und bei aller berechtigten Kritik der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten: Es war die KBV, die mit exzellenter Arbeit und Argumentation Schlimmeres im erweiterten Bewertungsausschuss verhindern konnte. Denn die Sparvorstellungen der Kassen waren mit zehn Prozent Reduzierung mehr als doppelt so hoch wie das, was nun am Ende unter dem Strich steht.

Uns stehen unruhige Zeiten bevor. Wir brauchen deshalb umso mehr einen engen Schulterschluss in der ambulanten Versorgung. Lassen Sie uns diesen gemeinsam schaffen, nur dann besteht die Chance, einigermaßen unbeschadet aus dem erwarteten „schweren Wetter“ herauszukommen.

Mit kollegialen Grüßen, Ihre

Frank Dastych
Vorstandsvorsitzender

Armin Beck
stellv. Vorstandsvorsitzender

IMPRESSUM

Herausgeber (V. i. S. d. P.)

Kassenärztliche Vereinigung Hessen, vertreten durch den Vorstand

Redaktion

Karl Roth,
Katharina Sauerbier und
Alexander Kowalski
Kassenärztliche Vereinigung Hessen

Redaktion AufdenPUNKT.

Europa-Allee 90,
60486 Frankfurt am Main
aufdenpunkt@kvhessen.de

Hinweis

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

Verlag

Markt1 Verlagsgesellschaft mbH,
Essen

Objektleitung:

Guido Schweiß-Gerwin,
Markt1 Verlagsgesellschaft mbH,
Essen

Druck:

Rehms Druck GmbH, Landwehr 52,
46325 Borken

Bildnachweis

Adobe Stock/Victor (Titel),
Judith Scherer (S. 2), Thorsten kleine
Holthaus (S. 3), Adobe Stock/Monkey
Business (S. 4, 10), Adobe Stock/
Fatema (S. 4, 22), Carolin Reisert
(S. 5/31), Alexander Kowalski (S. 6, 7,
8, 9), Adobe Stock/Witoo (S. 15),
Adobe Stock/onephoto (S. 17),
Adobe Stock/bnenin (S. 18), Adobe
Stock/janvier (S. 19), Adobe Stock/
Framestock (S. 25), Adobe Stock/
StockPhotoPro (S. 26), Adobe Stock/
Charlie's (S. 29), Adobe Stock/quinica.
com (S. 32), Adobe Stock/Sina Ettmer
(S. 33), Thorben Oberhag (S. 34),
Adobe Stock/Studio Romantic (S. 40),
Adobe Stock/Victoria Key (S. 45),
Adobe Stock/ARTSTOK (S. 45),
Adobe Stock/valantsin (S. 47),
Adobe Stock/kucherav (S. 49)

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 wieder.

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.

Die KV Hessen
bietet ein breites
Fortbildungs-
angebot

22

AKTUELLES

ZWISCHEN REFORMDRUCK UND VERSORGUNGSREALITÄT

Staatssekretärin Dr. Sonja Optendrenk über
Strukturreformen, Ambulantisierung und die
Zukunft der ambulanten Versorgung

06

HONORARVERTRAG 2026: FÖRDERUNGSWÜRDIGE LEISTUNGEN IM ÜBERBLICK

Übersicht der förderungswürdigen Leistungen

10

VORHALTEPAUSCHALE: KRITERIEN FÜR SPRECHSTUNDEN UND QUALITÄTSZIRKEL

16

HAUSÄRZTLICHE ENTBUDGETIERUNG: INFORMATIONEN PER VIDEO

Kurze Videoclips der KVH informieren die Mitglieder
über die hausärztliche Entbudgetierung

17

ERWEITERTE FRÜHERKENNUNGS- UNTERSUCHUNGEN BEI KINDERN UND JUGENDLICHEN

Vertragliche Regelung für zusätzliche Früherkennungs-
maßnahmen bei Kindern und Jugendlichen

18

10



Die Erbringung der
förderungswürdigen
Leistungen ist aufgrund
ihrer Vergütung besonders
attraktiv – ein Überblick



**GRIPPEIMPFSTOFF
RECHTZEITIG BESTELLEN**

Frühzeitige Bestellung zur bedarfsgerechten Versorgung

19

**NEUE KBV-PATIENTENINFOS
VERFÜGBAR**

Patienteninformationen der KBV informieren verständlich über wichtige Präventionsangebote.

21

TITELTHEMA

**FORT- UND WEITERBILDUNG IN
DER KV HESSEN: WISSEN ALS
PFLICHT UND CHANCE**

Lebenslanges Lernen ist die Voraussetzung für eine gute Versorgung.

22

**FORTBILDUNGSPFLICHT – GUT
INFORMIERT, SICHER NACHGEWIESEN**

Eine kontinuierliche fachliche Fortbildung ist wichtig für die Qualität der ambulanten Versorgung.

24

**GENEHMIGUNG UND FÖRDERUNG
DER AUS- UND WEITERBILDUNG
VEREINFACHT**

Richtlinienänderungen zur Genehmigung und finanziellen Förderung der Aus- und Weiterbildung

28

**VON DER WEITERBILDUNG ZUR
PARTNERSCHAFT: WIE PRAXIS-
NACHFOLGE GELINGEN KANN**

Das Team der Hausarztpraxis in Groß-Umstadt zeigt seinen Weg zur Praxisnachfolge.

30

DER QUALITÄTS-PIONIER

Dr. Claus Haeser berät, moderiert und bildet im Bereich der Qualitätszirkel (QZ) aus.

34

**ZAHLEN & FAKTEN FORT- UND
WEITERBILDUNG IN DER KVH**

38

JETZT KONTAKT AUFNEHMEN

40

30

GUT INFORMIERT

**KVH VON A BIS Z
H WIE HAUTKREBSVORSORGE**

21

**RECHTLICHER RAHMEN
FÜR DEN EINSATZ VON KI-SYSTEMEN**

Orientierungshilfe vor dem Einsatz von KI

42

**KRANKHEITSBILD IM DETAIL
GLAUKOM/GRÜNER STAR**

45

APPS AUF REZEPT

Voraussetzungen und Nutzenbewertung von Digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGA)

46

IM WARTEZIMMER

Die Patientenstruktur im Jahr 2024 beim hessischen Ärztlichen Bereitschaftsdienst (ÄBD)

48

TERMINE

**JETZT ANMELDEN FÜR
UNSERE KURSE**

49

PRAXISTIPS

WIE WAR DAS?

51

SERVICE

IMPRESSUM

04

IHR KONTAKT ZU UNS

52

INFO.SERVICE

AB 53

*Ein gutes Team:
Dr. Sebastian List,
Stephanie Friedrich
und Dr. André Hartmann
(von links nach rechts)*

ZWISCHEN REFORMDRUCK UND VERSORGUNGSREALITÄT

Staatssekretärin Dr. Sonja Optendrenk diskutierte mit den Delegierten der Vertreterversammlung der KVH über Strukturreformen, Ambulantisierung und die Zukunft der ambulanten Versorgung.



Die jüngste Sitzung der Vertreterversammlung (VV) der KVH stand ganz im Zeichen der großen gesundheitspolitischen Umbrüche. Mit Staatssekretärin Dr. Sonja Optendrenk aus dem Hessischen Ministerium für Familie, Senioren, Sport, Gesundheit und Pflege war eine zentrale Stimme der Landespolitik zu Gast. Ihr Impulsvortrag und die anschließende Diskussion mit den Delegierten machten deutlich: Die Reformdebatten in Berlin und Wiesbaden betreffen die ambulante Versorgung unmittelbar – und sie können nur erfolgreich sein, wenn sie das Gesundheitssystem als Ganzes in den Blick nehmen.

REFORMEN NUR MIT BLICK AUF DAS GESAMTSYSTEM

Für Optendrenk ist klar, dass viele aktuelle Reformvorschläge noch immer zu stark in sektoralen Strukturen gedacht werden. Die Krankenhausreform sei zwar ein wichtiger Schritt, greife aber zu kurz, wenn ihre Auswirkungen auf die ambulante Versorgung nicht konsequent mitgedacht würden. „Eigentlich bräuchten wir eine Gesundheitsstrukturreform“, sagte die Staatssekretärin.

Hintergrund ist der zunehmende Druck auf das Versorgungssystem. Der demografische Wandel führt zu steigenden Patientenzahlen, während gleichzeitig immer mehr Arztsitze unbesetzt bleiben. Gleichzeitig sieht Optendrenk erhebliche Potenziale für eine stärkere Ambulantisierung von Leistungen – Potenziale, die bislang nur teilweise genutzt würden.

Diese Einschätzung deckt sich mit der Analyse des KVH-Vorstandsvorsitzenden Frank Dastych. In seinem Bericht unterstrich er die zentrale Rolle der Praxen für die Versorgung: Rund 97 Prozent aller Behandlungsfälle würden ambulant versorgt – bei lediglich etwa 16 Prozent Anteil an den Gesamtausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung.

„Die ambulante Versorgung ist das Fundament unseres Gesundheitssystems – sie trägt den größten Teil der Versorgung, bekommt aber nur einen Bruchteil der Mittel“, betonte Dastych. Angesichts eines ungedeckten Leistungsaufwands von rund elf Milliarden Euro in den vergangenen fünf Jahren sei dieses Missverhältnis langfristig nicht tragfähig.

MISSVERSTÄNDNIS BEI TSVG-REGELUNGEN

Vor diesem Hintergrund übte Dastych deutliche Kritik an aktuellen finanzpolitischen Debatten im Gesund-

heitswesen. Besonders scharf reagierte er auf die Forderung des Bundesrechnungshofes (BHR), zentrale Regelungen des Terminservice- und Versorgungsgesetzes (TSVG) kurzfristig abzuschaffen.

Der BHR argumentiert, dass diese Regelungen Mehrkosten verursacht hätten, ohne Wartezeiten spürbar zu reduzieren. Zudem kritisieren die Prüferinnen und Prüfer, dass Fachärztinnen und -ärzte für bestimmte Fälle – etwa bei der Behandlung von Patientinnen und Patienten nach Vermittlung über die Terminservicestellen oder in akuten Situationen – zusätzliche Vergütungen

Zeigte keinerlei Verständnis für die Kürzungen der psychotherapeutischen Vergütung: Frank Dastych



erhalten hätten und es dadurch zu einer „Doppelvergütung“ gekommen sei.

Dastych widersprach dieser Darstellung entschieden. „Die Kritik beruht auf einem grundlegenden Missverständnis des Gesetzes“, stellte er klar. Das TSVG sei in erster Linie ein Priorisierungsinstrument, um Patientinnen und Patienten schneller Termine zu vermitteln. „Durch diese Regelungen werden keine zusätzlichen Behandlungskapazitäten geschaffen“, erläuterte Dastych. Wenn bestimmte Patientengruppen priorisiert würden, verlängerten sich zwangsläufig die Wartezeiten für andere. Dass sich dadurch die durchschnittlichen Wartezeiten nicht verkürzten, sei daher keine Überraschung.

Er verwies zudem darauf, dass die heute noch bestehenden TSVG-Regelungen nur einen kleinen Teil der Einnahmen kompensierten, die mit der bereits abgeschafften ▶

Freuten sich über den Besuch von Staatssekretärin Dr. Sonja Optendrenk: KV-Geschäftsführer Jörg Hoffmann, VV-Vize Jan Henniger, stellv. Vorstandsvorsitzender Armin Beck, VV-Vorsitzender Michael Thomas Knoll sowie KV-Chef Frank Dastych (v. l. n. r.)



Dr. Sonja Optendrenk gab interessante Einblicke in die gesundheitspolitischen Planungen in Wiesbaden

Neupatientenregelung verbunden gewesen seien. Auch grundsätzlich sieht Dastych eine deutliche Schiefelage zwischen ambulantem und stationärem Bereich. Während Praxen einen erheblichen Teil der Versorgung mit begrenzten Mitteln stemmen müssten, würden andere Sektoren finanziell deutlich stärker gestützt.

Optendrenk machte in der Diskussion deutlich, dass auch aus Sicht der Landespolitik Sparmaßnahmen zur Stabilisierung der gesetzlichen Krankenversicherung nur dann Akzeptanz finden können, wenn sie alle Versorgungsbereiche betreffen. „Einsparungen dürfen nicht einseitig einzelne Gruppen belasten“, sagte sie.

EIN „FATALES SIGNAL“

Mit großer Verärgerung wurde die Absenkung der psychotherapeutischen Vergütung diskutiert. Der erweiterte Bewertungsausschuss hatte kürzlich gegen die Stimmen der KBV eine Reduktion um 4,5 Prozent bei psychotherapeutischen Leistungen beschlossen. Für die Delegierten ist diese Entscheidung angesichts der steigenden Nachfrage nach psychotherapeutischer Versorgung kaum nachvollziehbar.

Auch Dastych bewertete die Entscheidung deutlich: „Gerade jetzt die Vergütung zu senken, ist ein fatales Signal – sowohl für die bestehenden Praxen als auch für junge Therapeutinnen und Therapeuten, die über eine Niederlassung nachdenken.“

Die VV reagierte schließlich mit einer klaren politischen Botschaft: Sie verabschiedete eine Resolution gegen die Honorarkürzungen und machte damit öffentlich auf die Problematik aufmerksam.

Staatssekretärin Optendrenk bezeichnete die Kürzungen als „überraschend“ und „irritierend“. In einem System mit steigenden Einnahmen erscheine es widersinnig, Vergütungen absolut abzusenkten. „Diese Entwicklung

sollte man sich sehr genau anschauen“, sagte sie und plädierte dafür, die gesetzlichen Rahmenbedingungen solcher Anpassungen grundsätzlich zu überprüfen.

PATIENTENSTEUERUNG BRAUCHT DIFFERENZIERTE LÖSUNGEN

Ein weiterer Schwerpunkt der Diskussion war die geplante Einführung eines Primärarztsystems. In der Bundespolitik wird ein verpflichtendes Gatekeeper-Modell, bei dem die Hausärztin oder der Hausarzt als zentrale Steuerungsinstanz fungiert, zunehmend als Lösung für Versorgungsprobleme propagiert.

Optendrenk äußerte sich hierzu deutlich differenzierter. Ein ausschließlich auf Hausärztinnen und Hausärzte ausgerichtetes Gatekeeper-System halte sie für kaum umsetzbar. „Wir haben schlicht nicht genügend Hausärztinnen und Hausärzte, um ein solches Modell flächendeckend umzusetzen“, erklärte sie.

Aus ihrer Sicht müsse Patientensteuerung flexibler gedacht werden. Auch Fachärztinnen und -ärzte könnten in bestimmten Versorgungssituationen eine koordinierende Rolle übernehmen – etwa bei chronischen Erkrankungen, bei denen Patientinnen und Patienten bereits dauerhaft fachärztlich betreut werden.

Dastych warnte davor, Patientensteuerung vor allem als Instrument zur Kostendämpfung zu verstehen. Sie müsse medizinisch sinnvoll ausgestaltet sein und den Zugang zur Versorgung verbessern – nicht erschweren.

MEILENSTEIN FÜR SAN-PROJEKT

Eng mit der Frage der Patientensteuerung verbunden ist die Reform der Notfallversorgung. Während auf Bundesebene noch über neue Strukturen diskutiert wird, präsentierte Armin Beck, stellvertretender Vorstandsvorsitzender der KVH, positive Entwicklungen im hessischen SaN-Projekt.



Armin Beck berichtete zufrieden von weitgreifenden Fortschritten im SaN-Projekt

Ein zentraler Meilenstein des Projekts ist die digitale Anbindung der Leitstellen in den Pilotregionen Gießen, Main-Taunus und Main-Kinzig. Dieser Schritt hat mehrere Jahre intensiver Vorbereitung benötigt – technisch, organisatorisch und rechtlich. Dass nun alle drei Leitstellen digital vernetzt sind, wertete Beck als großen Erfolg. „Dieser Schritt ist ein echter Durchbruch für das Projekt“, sagte Beck. „Daran haben wir mehrere Jahre gearbeitet.“

Mitarbeitende im Rettungsdienst nutzen inzwischen Tablets zur strukturierten Ersteinschätzung von Patientinnen und Patienten. Die ersten Daten aus dem Projektzeitraum zeigen bereits ein deutliches Bild: Nur etwa fünf Prozent der Fälle erweisen sich tatsächlich als akute Krankenhaufälle. Rund 60 Prozent der Einsätze betreffen dagegen nicht-akute Situationen, die in die ambulante Versorgung gesteuert werden können – entweder unmittelbar oder am Folgetag.

Der Go-Live des Projekts soll offiziell am 1. April sein und perspektivisch auf ganz Hessen ausgeweitet werden. Weitere Landkreise haben bereits Interesse an einer Beteiligung signalisiert.

Auch Optendrenk begrüßte diese Entwicklung. Parallelstrukturen, wie sie teilweise auf Bundesebene diskutiert würden, seien aus ihrer Sicht weder realistisch noch sinnvoll. Projekte wie SaN zeigten dagegen, wie sektorenübergreifende Zusammenarbeit konkret funktionieren könne.

KRANKENHAUSREFORM UND AMBULANTISIERUNG

Diskutiert wurde auch über die Krankenhausreform und ihre Auswirkungen auf die ambulante Versorgung. Optendrenk machte deutlich, dass die Reform zwar im stationären Bereich ansetze, aber erhebliche Konsequenzen für die Ambulantisierung haben werde.

Besonders sensibel ist in Hessen die Zukunft der belegärztlichen Versorgung. Aktuelle Prüfungen des Medizinischen Dienstes orientieren sich teilweise an Kriterien, die eine 40-Stunden-Präsenz im Krankenhaus verlangen. „Ein Belegarzt kann nicht gleichzeitig 40 Stunden im Krankenhaus präsent sein und seinen ambulanten Versorgungsauftrag erfüllen“, stellte Optendrenk klar.

In Hessen sollen daher flexiblere Lösungen geschaffen werden. Gleichzeitig räumte sie ein, dass nicht jede belegärztliche Struktur in ihrer bisherigen Form erhalten bleiben könne. Ziel sei jedoch, über Ausnahmeregelungen möglichst viel Versorgung zu sichern. Für Dastych steht indes fest: „Ambulantisierung muss am Ende auch wirklich ambulant stattfinden.“

ZUSAMMENARBEIT ALS SCHLÜSSEL

Am Ende ihres Besuchs richtete die Staatssekretärin einen klaren Appell an die Delegierten: Die anstehenden Strukturveränderungen im Gesundheitswesen könnten nur gelingen, wenn Politik und Leistungserbringer eng zusammenarbeiten. „Die ambulante Versorgung wird eine Schlüsselrolle in diesem System spielen“, betonte Optendrenk. Gleichzeitig müsse sie aber auch Teil der notwendigen Veränderungen sein.

Die Diskussion in der Vertreterversammlung machte deutlich, dass diese Bereitschaft zur Zusammenarbeit vorhanden ist – verbunden mit der Erwartung, dass die ambulante Medizin künftig den Stellenwert erhält, den sie für die Versorgung der Patientinnen und Patienten längst hat. ■

ALEXANDER KOWALSKI

ZUR RESOLUTION

www.kvhessen.de/presse/gegen-die-abwertung-der-ambulanten-psychotherapeutischen-verguetung



PERSONALIE

Nach langjähriger Tätigkeit im Beratenden Fachausschuss EHV ist Dr. Lutz-Hendrik Holle als Vorsitzender des Gremiums mit sofortiger Wirkung zurückgetreten. Eine Nachfolgerin oder ein Nachfolger für das Amt wird von den Mitgliedern des Ausschusses gewählt, war zum Redaktionsschluss dieser Ausgabe jedoch noch nicht bekannt.

HONORARVERTRAG 2026: FÖRDERUNGSWÜRDIGE LEISTUNGEN IM ÜBERBLICK

In den letzten vier Jahren wurde nach und nach ein Katalog förderungswürdiger Leistungen erarbeitet. Welche Zuschläge müssen Sie selbst in Ihrer Abrechnung ansetzen, sofern Sie eine förderungswürdige Leistung erbracht haben, und welche setzt Ihnen die KVH automatisch zu?



Als Interessenvertretung ihrer Mitglieder setzt sich die KVH jedes Jahr in den Honorarverhandlungen mit den Krankenkassen dafür ein, dass die Honorare in Hessen steigen. Im Zuge dessen verständigen sich die Vertragspartner entsprechend ihrem gesetzlichen Auftrag auch darauf, welche Leistungen sie als besonders förderungswürdig erachten, sowie auf gebe-

nenfalls besonders zu fördernde Leistungserbringer. Die Erbringung dieser sogenannten förderungswürdigen Leistungen ist aufgrund ihrer Vergütung besonders attraktiv, weil dafür extrabudgetäre Zuschläge gezahlt werden. Folgende förderungswürdige Leistungen wurden im Honorarvertrag 2026 vereinbart:

FÖRDERGEBIET	ZUSCHLAGSFÄHIGE GOP	ZUSCHLAGS-GOP	ZUSCHLAGS-WERT
Zuschläge zu den Wegepauschalen	40220	98220	0,92 €
	40222	98222	1,69 €
	40224	98224	2,15 €
	94225/94226	98225	3,60 €
	40226	98226	1,53 €
	40228	98228	2,39 €
	40230	98230	3,19 €
	94231/94232	98232	4,50 €
	94220	98220	0,92 €
	94222	98222	1,69 €
	94224	98224	2,15 €
	94326	98225	3,60 €
	94227	98226	1,53 €
	94228	98228	2,39 €
	94230	98230	3,19 €
94332	98232	4,50 €	
Zuschlag für die Mitwirkung an der interdisziplinären Eingangs- und Verlaufsdagnostik zur Erstellung bzw. Änderung des Förder- und Behandlungsplans im Rahmen der Früherkennung und Frühförderung von Kindern mit Behinderungen und von Behinderung bedrohten Kindern gemäß § 46 SGB IX	03230	99083	14,00 €
	04230		
	04231		
	06210, 06211		
Förderung von Eingriffen der Kategorien I bis III bei Kindern unter 16 Jahren	09210, 09211	99115	90 % der Vergütung der jeweiligen GOP
	Abschnitt 31.2*		
Förderung der Anästhesien bei Eingriffen der Kategorien I bis III bei Kindern unter 16 Jahren	Abschnitt 36.2*	99116	75 % der Vergütung der jeweiligen GOP
	Abschnitt 31.5.3		
	Abschnitt 36.5.3		

■ Zuschlag rechnen Sie als Ärztin bzw. Arzt ab ■ Zuschlag wird von der KVH zugesetzt

*) Diese GOP sind genehmigungspflichtig. Zur Abrechnung dieser Leistungen bedarf es einer vorherigen Antragstellung sowie einer Genehmigung durch die KVH.

FÖRDERGEBIET	ZUSCHLAGSFÄHIGE GOP	ZUSCHLAGS-GOP	ZUSCHLAGS-WERT
Förderung der Hyposensibilisierungsbehandlung	30130	99130	3,60 €
	30131	99131	2,57 €
	30133, 30134	99153	4,72 €
Förderung der Epilation mittels Lasertechnik bei Mann-zu-Frau-Transsexualismus	02325	99135	37,97 €
	02326		
Förderung der Epilation durch Elektrokoagulation bei Mann-zu-Frau-Transsexualismus	02300	99136	67,28 €
	10340	99137	68,55 €
Förderung von U3-Untersuchungen	01713	99138	20,00 €
Förderung der kardiorespiratorischen Polygraphie	30900*, 30900U*	99139	20,00 €
Förderung der TSS-Vermittlungsfälle bei Fachärztinnen und Fachärzten	TSS-Terminfall und Akutfall	99140	25,00 €
Zuschlag für die sitzungsgleiche Sprachaudiometrie für Fachärzte für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde sowie Phoniater und Pädaudiologen	09320	99141	9,00 €
	20320		
Förderung der Fachärztinnen und Fachärzte für Nervenheilkunde, Neurologie, Psychiatrie	16210 bis 16212	99142	3,00 €
	21210 bis 21212		
Förderung von Lupenlaryngoskopien	09311	99143	2,00 €
	20310		
Förderung von Zystoskopien	08310	99150	15,42 €
	08311*, 08311T*	99145	7,16 €
	26310*, 26310T*	99144	19,03 €
	26311*, 26311T*	99145	7,16 €
	26313	99151	21,79 €
	34257*	99152	21,53 €
Förderung der fachärztlichen Behandlung onkologischer Patientinnen und Patienten	07345	99146	3,50 €
	08345		
	09345		
	10345		
	13435		
	13500		
	13675		
	15345		
26315			
Förderung der Bereitschaft zur Behandlung von suchtkranken Versicherten	01949* bis 01960*	99147	35,00 €
Förderung des Behandlungsangebots der HIV-Präexpositionsprophylaxe (PrEP)	01920* bis 01922*	99148	8,00 €
Förderung der konservativ tätigen Augenärztinnen und Augenärzte	06225	99072	quartalsweise schwankend

■ Zuschlag rechnen Sie als Ärztin bzw. Arzt ab ■ Zuschlag wird von der KVH zugesetzt

*) Diese GOP sind genehmigungspflichtig. Zur Abrechnung dieser Leistungen bedarf es einer vorherigen Antragstellung sowie einer Genehmigung durch die KVH.

ZUSCHLÄGE ZU DEN WEGEPAUSCHALEN

Ärztinnen und Ärzte, die ihre Patientinnen und Patienten im Rahmen von Besuchen behandeln, rechnen neben den Leistungen, welche sie im Rahmen des Besuchs erbracht haben, auch die Wegepauschalen nach den GOP 40220, 40222, 40224, 94225, 94226, 40226, 40228, 40230, 94231, 94232, 94220, 94222, 94224, 94227, 94228, 94230, 94326 oder 94332 ab. Hierfür erhalten sie eine weitere finanzielle Vergütung in Form extrabudgetärer Zuschläge. Die Wegepauschalen wurden in Hessen seit vielen Jahren nicht mehr erhöht, so dass die Vereinbarung dieser Zuschläge im Jahr 2023 angezeigt war, um die wirtschaftliche Attraktivität von Besuchsleistungen für die Ärztinnen und Ärzte trotz gestiegener Kraftstoffpreise zu erhalten.

ZUSCHLAG FÜR DIE MITWIRKUNG AN DER INTERDISZIPLINÄREN EINGANGS- UND VERLAUFDIAGNOSTIK ZUR ERSTELLUNG BZW. ÄNDERUNG DES FÖRDER- UND BEHANDLUNGSPLANS IM RAHMEN DER FRÜHERKENNUNG UND FRÜHFÖRDERUNG VON KINDERN MIT BEHINDERUNGEN UND VON BEHINDERUNG BEDROHTEN KINDERN GEMÄSS § 46 SGB IX

Im Rahmen der Früherkennung und Frühförderung von Kindern mit Behinderungen und von Behinderung bedrohten Kindern gemäß § 46 SGB IX erarbeiten neben Fachärztinnen und Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin in Einzelfällen auch Hausärztinnen und Hausärzte, Fachärztinnen und Fachärzte für Augenheilkunde sowie Fachärztinnen und Fachärzte für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde in interdisziplinärer Zusammenarbeit mit pädagogischen und medizinisch-therapeutischen Fachkräften einen Förder- und Behandlungsplan (FuB). Oftmals wird der FuB gemeinsam in sogenannten „runden Tischen“ ausgearbeitet. Für die Teilnahme an dieser Form von interdisziplinärem Austausch im Rahmen der Frühförderung nach § 46 SGB IX können Sie zusätzlich den Zuschlag nach der GOP 99083 ansetzen. Kinderärztinnen und Kinderärzte sowie Hausärztinnen und Hausärzte rechnen neben dem vorgenannten Zuschlag auch die GOP 04230, 04231 oder 03230 ab, um den Aufwand abzugelten, der durch die Besprechung der (geplanten) Inhalte des FuB mit den Bezugspersonen des leistungsberechtigten Kindes entsteht. Fachärztinnen und Fachärzte für Augenheilkunde sowie Fachärztinnen und Fachärzte für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde rechnen bei dem ersten Arzt-Patienten-Kontakt neben dem Zuschlag wie gewohnt ihre Grundpauschale ab.

FÖRDERUNG VON EINGRIFFEN DER KATEGORIEN I BIS III UND DER ANÄSTHESIEN BEI EINGRIFFEN BEI KINDERN UNTER 16 JAHREN

Ärztinnen und Ärzte, die Eingriffe der Kategorien I bis III bei Kindern unter 16 Jahren aus dem Abschnitt 31.2 (ambulante Operationen) bzw. aus dem Abschnitt 36.2 (belegärztliche Operationen) durchführen, erhalten einen Zuschlag in Höhe von 90 Prozent auf die erbrachte Operationsleistung.

Auf die Leistungen der Unterabschnitte 31.5.3 (Anästhesie im Zusammenhang mit der Erbringung von Leistungen des Abschnittes 31.2) und 36.5.3 (Anästhesie im Zusammenhang mit der Erbringung von Leistungen des Abschnittes 36.2) erhalten Ärztinnen und Ärzte einen Zuschlag in Höhe von 75 Prozent. Zunehmende Probleme bei der Sicherstellung einer zeitnahen ärztlichen Versorgung von Kindern haben dazu geführt, dass die Förderung vereinbart wurde und diese Leistungen geltend gemacht werden können.

FÖRDERUNG DER HYPOSENSIBILISIERUNGS-BEHANDLUNG

Die Chancen auf eine Beschwerdefreiheit oder deutliche Verringerung der Symptome durch eine Hyposensibilisierung sind hoch. Daher erhalten Ärztinnen und Ärzte, welche Hyposensibilisierungsbehandlungen nach den GOP 30130, 30131, 30133 und 30134 durchführen, eine finanzielle Förderung.

FÖRDERUNG DER EPILATION BEI MANN-ZU-FRAU-TRANSEXUALISMUS

Im Rahmen geschlechtsangleichender Maßnahmen haben Versicherte bei Mann-zu-Frau-Transsexualismus einen Anspruch auf Entfernung der Haare im Gesicht und/oder am Hals sowie der Haare an einer Hand, beziehungsweise den Händen. Auch wenn demnach nur ein verhältnismäßig kleines Patientenkontingent leistungsberechtigt ist, erschien eine solche Fördermaßnahme notwendig, weil auch in Hessen wiederholt Probleme bei der Sicherstellung der Versorgung mit diesen Leistungen auftraten. Ärztinnen und Ärzte, welche die Epilation mittels Lasertechnik bei Mann-zu-Frau-Transsexualismus durchführen und hierfür die GOP 02325 oder 02326 abrechnen, bekommen jeweils einen Zuschlag durch die KVH zugesetzt.

Führen Ärztinnen und Ärzte eine Epilation durch Elektrokoagulation (sogenannte „Nadelepilation“) bei Versicherten mit Mann-zu-Frau-Transsexualismus durch und rechnen sie dafür die GOP 02300 bzw. 10340 ab, kann zusätzlich die GOP 99136 (Zuschlag zur ▶

Nadelepilation nach GOP 02300) bzw. GOP 99137 (Zuschlag zur Nadelepilation nach GOP 10340) abgerechnet werden. Die Epilation muss nicht durch die Ärztin oder den Arzt selbst durchgeführt werden, sondern kann auch durch nichtärztliche Mitarbeitende erfolgen. Mit dem Angebot dieser Leistungen in Ihrer Praxis können Sie einen Beitrag dazu leisten, dass die KVH ihrem Sicherstellungsauftrag vollumfänglich nachkommen kann.

FÖRDERUNG VON U3-UNTERSUCHUNGEN

Mit der Förderung der U3-Untersuchung, die zumeist die erste Vorsorgeuntersuchung für Säuglinge nach dem Übergang vom stationären Sektor in ambulante Strukturen darstellt, wird ein besonderer Anreiz für die Übernahme neuer Versicherter geschaffen. Rechnen Ärztinnen und Ärzte die GOP 01713 ab, so erhalten sie daher eine zusätzliche finanzielle Förderung.

FÖRDERUNG DER KARDIORESPIRATORISCHEN POLYGRAPHIE

Zur Förderung der Schlafstörungsdiagnostik wird ein Zuschlag bei Erbringung der Leistungen nach den GOP 30900 und 30900U gezahlt, wenn Ärztinnen bzw. Ärzte eine kardiorespiratorische Polygraphie bzw. eine Polygraphie im Rahmen einer Therapie mittels einer Unterkieferprotrusionsschiene erbringen.

FÖRDERUNG DER TSS-VERMITTLUNGSFÄLLE BEI FACHÄRZTINNEN UND FACHÄRZTEN

Die Angebotsstrukturen der Terminservicestelle (TSS) sollen durch die vermehrte Meldung freier Termine von zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Fachärztinnen und Fachärzten im Sinne von § 75 Abs. 1a Satz 4 SGB V ausgeweitet werden, um dem gesetzlichen Auftrag hinsichtlich der Wartezeiten für die Versicherten und der für eine ärztliche Behandlung noch zumutbaren Entfernung künftig noch besser erfüllen zu können. Mit der zusätzlichen extrabudgetären Förderung soll ein Anreiz für entsprechende Terminangebote geschaffen werden. Behandeln Sie Ihre Versicherten aufgrund einer Terminvermittlung (TSS-Terminfall oder TSS-Akutfall) durch die TSS, bekommen Sie zusätzlich eine Förderung von 25,00 Euro je TSS-Fall. Die Zusetzung des Zuschlags erfolgt durch die KVH, aber um an dieser Förderung zu partizipieren, müssen Sie zunächst entsprechende Terminkapazitäten an die TSS melden.

ZUSCHLAG FÜR DIE SITZUNGSGLEICHE SPRACHAUDIOMETRIE

Ärztinnen und Ärzte, welche eine tonschwellenaudiometrische Untersuchung nach GOP 09320 bzw. GOP 20320 und die sprachaudiometrische Bestimmung in einer Sitzung durchführen, können hierfür die GOP 99141 abrechnen. Die tonschwellenaudiometrische Untersuchung und die sprachaudiometrische Bestimmung des Hörvermögens (GOP 09321 bzw. 20321) werden regelmäßig in engem zeitlichem Zusammenhang erbracht, sind aber grundsätzlich nicht in derselben Sitzung berechnungsfähig. Im Sinne einer Verbesserung der Prozessqualität ermöglicht es die GOP 99141, die Tonschwellen- und Sprachaudiometrie in nur einer Sitzung am gleichen Behandlungstag zu erbringen. Der Zuschlag beträgt zwar nur etwas mehr als 50 Prozent der Bewertung der GOP 09321 bzw. 20321, dafür sitzt die Patientin bzw. der Patient schon im Audiometrieräum und es entfällt gegebenenfalls der zweite Termin am Behandlungstag oder ein Folgetermin. Wer das nicht möchte, kann ansonsten nach wie vor die GOP 09321 bzw. 20321 in einer zweiten Sitzung am Behandlungstag oder an einem zweiten Termin im Behandlungsfall abrechnen.

FÖRDERUNG DER NERVENÄRZTE, NEUROLOGEN, PSYCHIATER

Ärztinnen und Ärzte, welche Grundpauschalen nach den GOP 16210 bis 16212 und 21210 bis 21215 abrechnen, erhalten eine zusätzliche Förderung. Damit soll ein besonderer Anreiz für eine Verbesserung der Angebotsstrukturen geschaffen werden, um die große Nachfrage nach Terminen bei diesen Fachgruppen weiterhin erfüllen zu können.

FÖRDERUNG VON LUPENLARYNGOSKOPIEN

Die endoskopische Untersuchung des Kehlkopfes erweist sich wegen der Anforderungen an die Aufbereitung der dafür benötigten Instrumente als besonders aufwändig. Zur Kompensation des Aufwandes wird ein Zuschlag bei Erbringung der GOP 09311 bzw. GOP 20310 gezahlt.

FÖRDERUNG FÜR ZYSTOSKOPIEN

Die Vertragspartner entschlossen sich wegen der steigenden (technischen) Anforderungen an die Aufbereitung der für eine Zystoskopie benötigten Instrumente für die Aufnahme einer Förderung in den Honorarvertrag. Bei Abrechnung der GOP 08310 (Apparative Untersuchung bei Harninkontinenz) und GOP 26313 (Zusatzpauschale apparative Untersuchung bei Harninkontinenz oder neurogener Blasenentleerungsstö-

nung) rechnen Ärztinnen und Ärzte die GOP 99150 bzw. 99151 ab, sofern im Rahmen der Erbringung dieser beiden Leistungen fakultativ eine Zystoskopie erbracht wurde. Des Weiteren ist bei der GOP 34257 (Retrograde Pyelographie einer Seite) der Zuschlag nach der GOP 99152 abzurechnen, wenn eine Zystoskopie von Ihnen erbracht wurde. Aufgrund der Ausnahmeregelung im EBM, dass die GOP 34257 bei Patientinnen und Patienten mit Zustand nach Zystektomie auch ohne die Durchführung einer Zystoskopie berechnungsfähig ist, rechnen Ärztinnen und Ärzte den Zuschlag nach der GOP 99152 selbst ab, obwohl die Zystoskopie grundsätzlich ein obligater Inhalt dieser Leistung ist.

Ärztinnen und Ärzte, welche Zytoskopien nach den GOP 08311, 08311T, 26310, 26310T, 26311, 26311T erbringen, bekommen diese ebenfalls gefördert. Die Zusetzung des Zuschlags erfolgt in diesen Fällen durch die KVH.

FÖRDERUNG DER FACHÄRZTLICHEN BEHANDLUNG ONKOLOGISCHER PATIENTINNEN UND PATIENTEN

Aufgrund des zu beobachtenden Anstiegs onkologischer Erkrankungen sowie der oft komplexen, individuellen Krankheitsbilder wurde ein erhöhter Bedarf an entsprechenden Behandlungsressourcen festgestellt. Rechnen Sie eine Zusatzpauschale Onkologie nach den GOP 07345, 08345, 09345, 10345, 13435, 13500, 13675, 15345 oder 26315 ab, erhalten Sie eine zusätzliche Förderung.

FÖRDERUNG DER BEREITSCHAFT ZUR BEHANDLUNG VON SUCHTKRANKEN VERSICHERTEN

Um den Leistungsbereich der Substitution und den Erwerb der entsprechenden Genehmigung attraktiver auszugestalten sowie um die Bereitschaft zur Übernahme der Behandlung von suchtkranken Patientinnen und Patienten insgesamt zu stärken, wird in jedem Behandlungsfall, in dem eine GOP aus dem Abschnitt 1.8 EBM abgerechnet wurde, ein Zuschlag gezahlt. Ärztinnen und Ärzte, die suchtkranke Versicherte behandeln und eine Leistung nach den GOP 01949 bis 01960 abrechnen, erhalten den Zuschlag in Höhe von 35,00 Euro durch die KVH zugesetzt. Zusätzlich wird in Hessen seit Jahrzehnten die sogenannte Take-Home-Vergabe nach der GOP 01949 gesondert gefördert. Erwägen daher auch Sie die Übernahme der Versorgung von suchtkranken Versicherten.

FÖRDERUNG DES BEHANDLUNGSANGEBOTS DER HIV-PRÄEXPOSITIONSPROPHYLAXE (PrEP)

Um das Beratungs- und Leistungsangebot für Versicherte mit substanziellen HIV-Infektionsrisiko zu verbessern, soll mit der Gewährung eines Zuschlags deren Ausbau gefördert werden. In der Folge werden durch die verbesserte Prophylaxe die hohen Folgekosten für die Behandlung von Versicherten mit einer HIV-Infektion/Aids-Erkrankung sowie mit der Infektion im Zusammenhang stehende Behandlungen im Krankenhaus oder im Rahmen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung vermieden. Daher werden Ärztinnen und Ärzte mit der Berechtigung zum Führen einer Facharztbezeichnung in den Gebieten Allgemeinmedizin, Innere Medizin, Kinder- und Jugendmedizin, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Urologie oder Haut- und Geschlechtskrankheiten gesucht, die bereit sind, das Leistungsangebot ihrer Praxis um diese Präventionsleistung zu erweitern. Sobald Sie Leistungen nach den GOP 01920, 01921 oder 01922 aus dem Unterabschnitt 1.7.8 erbringen, erhalten Sie für jeden Ansatz dieser GOP einen Zuschlag von der KVH zugesetzt. Sowohl bei der PrEP als auch der Behandlung Suchterkrankter handelt es sich um GeLe, d.h. eine Erbringung und vor allem Abrechnung ohne vorherige Prüfung und Genehmigung durch die QS der KVH ist nicht möglich bzw. wird abgesetzt.

FÖRDERUNG DER KONSERVATIV TÄTIGEN AUGENÄRZTINNEN UND AUGENÄRZTE

Aus dem Volumen, das in dem Quartal nicht zur Vergütung der anderen förderungswürdigen Leistungen verwendet wurde, wird konservativ tätigen Augenärztinnen und Augenärzten eine zusätzliche Vergütung gezahlt. Konservativ tätig und zur Abrechnung der GOP 06225 berechtigt sind Sie, wenn Sie in dem Quartal keine der folgenden Leistungen erbracht und abgerechnet haben: GOP 31101 bis 31108, 31321 bis 31328, 31331 bis 31338, 31350, 31351, 31362, 31364, 36101 bis 36108, 36321 bis 36328, 36331 bis 36338, 36350, 36351, 36358 und 36364. ■

MELANIE OCHS, JOSHUA BILL, KLAUS PANTRY

KONTAKT

Sie haben Fragen oder benötigen Unterstützung? Wir helfen Ihnen gerne weiter! Rufen Sie uns an. Wir sind telefonisch für Sie zwischen 7 und 17 Uhr erreichbar.

069 24741-7777

ebm-hotline@kvhessen.de

WEITERE INFORMATIONEN

www.kvhessen.de/abrechnung-ebm



VORHALTEPAUSCHALE: KRITERIEN FÜR SPRECHSTUNDEN UND QUALITÄTSZIRKEL

WEITERE INFORMATIONEN

zur neuen **Vorhaltepauschale**

www.kvhessen.de/abrechnung-ebm/neu-im-ebm/januar-2026/vorhaltepauschale-zusetzung-neu-geregelt



zu Qualitätszirkeln

www.kvhessen.de/qualitaetszirkel



zu den 14-tägigen Sprechstunden

www.arztsuche.hessen.de



Hausärztinnen und Hausärzte erhalten eine Vorhaltepauschale für Leistungen der hausärztlichen Grundversorgung. Neu ist ein gestaffelter Zuschlag. Für dessen Zahlung ist die Erfüllung einer Mindestanzahl von Kriterien erforderlich.

Seit dem 1. Januar 2026 gilt die neu gefasste Vorhaltepauschale nach GOP 03040 mit ihren gestaffelten Zuschlägen nach den Gebührenordnungspositionen (GOP) 03041 und 03042. Die Zusetzung der gestaffelten Zuschläge ist abhängig von der Erfüllung einer Mindestanzahl von Kriterien. Hierbei kommen zehn Kriterien in Betracht.

Eine Ausnahme ergibt sich bei diabetologischen Schwerpunktpraxen, HIV-Schwerpunktpraxen und Substitutionspraxen, in denen Hausärztinnen und Hausärzte bei mehr als 20 Prozent der Patientinnen und Patienten spezialisierte diabetologische Behandlungen, spezialisierte Behandlungen von HIV-/AIDS gemäß Abschnitt 30.10 oder substitions-gestützte Behandlungen Opioidabhängiger gemäß Abschnitt 1.8 des EBM durchführen. Hier wird die GOP 03041 ausnahmsweise ohne die Erfüllung einer Mindestanzahl von Kriterien zugesetzt. Diese Praxen erhalten bei Erfüllung der Mindestanzahl von acht Kriterien gemäß der Leistungslegendierung die GOP 03042.

Die ersten acht Kriterien sind prozentual an den Behandlungsfällen gemäß Nummer 10 der Präambel 3.1 des EBM zu messen. Sie umfassen unter anderem Hausbesuche, Impfungen, Basisdiagnostik und Videosprechstunden. Die Prüfung erfolgt automatisiert durch die KV Hessen anhand Ihrer Abrechnungsdaten. Die grundlegenden Änderungen sowie die neuen GOP wurden bereits im info.service der Ausgabe Nr. 6/Dezember 2025 vorgestellt.

REGELMÄSSIGE TEILNAHME AN QUALITÄTSZIRKELN

Die Erfüllung dieses Kriteriums können Sie künftig über die elektronische Quartalerklärung nachweisen. Ab dem 1. Quartal 2026 steht Ihnen hierfür ein eigenes

Ankreuzfeld zur Verfügung. Falls Sie regelmäßig an anerkannten Qualitätszirkeln teilnehmen, bestätigen Sie das dort durch das Setzen eines Hakens.

ANGEBOT VON MINDESTENS 14-TÄGIGEN SPRECHSTUNDEN

Für das Kriterium der regelmäßigen Sprechstunden werden die in der Online-Erfassung der Arztsuche hinterlegten Sprechzeiten herangezogen. Bitte hinterlegen Sie hierfür Ihre 14-tägig stattfindenden Sprechstunden in den relevanten Zeitfenstern. Diese Angaben werden automatisiert berücksichtigt.

Für die Erfüllung des Kriteriums ist ein Angebot von mindestens 14-tägig stattfindenden Sprechstunden in folgenden Zeitfenstern erforderlich:

- am Mittwoch nach 15 Uhr und/oder
- am Freitag nach 15 Uhr und/oder
- nach 19 Uhr an mindestens einem Werktag und oder
- vor 8 Uhr an mindestens einem Werktag

Für die Erfüllung dieses Kriteriums muss die Dauer einer Sprechstunde in den genannten Zeitfenstern mindestens 60 Minuten umfassen. Entsprechend müsste die Sprechstunde um 7 Uhr beginnen, um die Option „vor 8 Uhr“ zu erfüllen.

Bitte stellen Sie sicher, dass die erforderlichen Angaben erbracht wurden, damit diese im Rahmen der Vorhaltepauschale berücksichtigt werden können. ■

CHRISTINE SCHNEIDER

HAUSÄRZTLICHE ENTBUDGETIERUNG: INFORMATIONEN PER VIDEO

Mit kurzen Videoclips informiert die KVH ihre Mitglieder über die hausärztliche Entbudgetierung und die Neuregelung der Vorhaltepauschale.

Die Entbudgetierung hausärztlicher Leistungen gilt seit 1. Oktober 2025. Und die hausärztliche Vorhaltepauschale wurde zum 1. Januar 2026 neu geregelt. Beide Themen sorgen für viele Nachfragen in den BeratungsCentern der KVH und in der info.line. Welche Kriterien müssen die Mitglieder erfüllen, um die neuen Zuschläge nach den GOP 03041 und 03042 zu erhalten? Was bedeutet die Entbudgetierung nun genau? „Wir haben gemerkt, dass bei unseren Mitgliedern noch Fragen offen sind“, erklärt Tabea Suk, Referentin der Beratung der KVH. Um möglichst viele Mitglieder über die weitreichenden Änderungen zu informieren, organisierte ein Team aus den verschiedenen BeratungsCentern, bestehend aus Tabea Suk, Michael Möllmann, Maximilian Bellon und Stefan Kobisch, bereits im Dezember 2025 zwei Online-Informationsveranstaltungen – und das mit großem Erfolg. Rund 250 Mitglieder nahmen pro Session teil. „Solch große Online-Veranstaltungen waren auch für uns Neuland. Es hat aber alles reibungslos funktioniert“, erklärt Michael Möllmann.

INFORMATIONEN AUF DER WEBSITE ZU FINDEN

Wer an beiden Terminen nicht teilnehmen konnte, findet Antworten auf die Fragen rund um die Entbudgetierung hausärztlicher Leistungen und die Neuregelung der Vorhaltepauschale im digitalen Info-Angebot der KVH. „Wir haben die Vorträge separat aufgezeichnet und in kurze Videos verpackt“, so Suk. In jeweils drei- bis 15-minütigen Videoschnipseln können sich KVH-Mitglieder mit ihrem KVH-Login alle relevanten Informationen auf der Homepage anschauen. Was genau wird entbudgetiert? Wie funktioniert das neue System der Honorarverteilung? Wie ist die neue GOP 03040 aufgebaut? Welche Zuschlagsregelungen gibt es? Auf

all diese Fragen geben die Videos auf der KVH-Webseite Antworten. „So ist alles jederzeit verfügbar. Auch Mitglieder, die bei den Informationsveranstaltungen dabei waren, aber gerne nochmal etwas nachschauen wollen, können sich informieren. Wir freuen uns, auch auf diesem Weg eine bestmögliche Beratung und Information anbieten zu können“, sagt Tabea Suk. ■

THORBEN OBERHAG

KONTAKT

Sie haben noch Fragen zu der Entbudgetierung der hausärztlichen Leistungen oder der Neuregelung der Vorhaltepauschale? Dann wenden Sie sich gerne an Ihr jeweiliges BeratungsCenter oder die info.line.

BeratungsCenter Südhessen

06151 158-500
beratung-suedhessen@kvhessen.de

BertungsCenter Rhein-Main

069 24741-7600
beratung-rheinmain@kvhessen.de

BeratungsCenter Mittelhessen

0641 4009-314
beratung-mittelhessen@kvhessen.de

BeratungsCenter Nord-Osthessen

0561 7008-250
beratung-nordosthessen@kvhessen.de

info.line

069 24741-7777
info.line@kvhessen.de

Änderungen an der Vorhaltepauschale oder der Entbudgetierung können für Verwirrung sorgen. Die KVH führt ihre Mitglieder durch das VergütungsLabyrinth

SCHON GESEHEN?

Informationsvideos zur Vorhaltepauschale finden Sie jetzt auf unserer Homepage.

Bitte beachten Sie, dass die Seite mitgliedergeschützt ist. Melden Sie sich einfach mit Ihrer Benutzer-ID und Ihrem Kennwort an, um die Inhalte sehen zu können.

[www.kvhessen.de/
abrechnung-ebm/
hausarztliche-
entbudgetierung-
und-
vorhaltepauschale](http://www.kvhessen.de/abrechnung-ebm/hausarztliche-entbudgetierung-und-vorhaltepauschale)



ERWEITERTE FRÜHERKENNUNGS- UNTERSUCHUNGEN BEI KINDERN UND JUGENDLICHEN

VERGÜTUNG

Die AOK Hessen vergütet die Untersuchungen nur im Rahmen dieses Vertrages. Die Leistungen können nicht zusätzlich über die Regelversorgung oder über andere Verträge oder als private Liquidation gegenüber dem Versicherten abgerechnet werden.

WEITERE INFORMATIONEN

[www.kvhessen.de/
recht-vertrag](http://www.kvhessen.de/recht-vertrag)



Ein Vertrag zwischen der KV Hessen und der AOK Hessen regelt zusätzliche Früherkennungsmaßnahmen bei Kindern und Jugendlichen. Ärztinnen und Ärzte, die an dem Vertrag teilnehmen, können die entsprechenden Leistungen über die KVH abrechnen.

Der bereits seit vielen Jahren erfolgreich laufende und im letzten Jahr auf die Rechtsgrundlage nach § 140a SGB V umgestellte Vertrag zu erweiterten Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern und Jugendlichen (U10, U11 und J2) zwischen der AOK Hessen und der KV Hessen regelt in Ergänzung zum Katalog der Früherkennungsrichtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (Kinder-Richtlinien und Jugendgesundheitsuntersuchungs-Richtlinie) die oben genannten zusätzlichen Früherkennungsmaßnahmen bei Kindern und Jugendlichen. Die Leistungen können durch Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte sowie Hausärztinnen und -ärzte auf Basis dieses Vertrages erbracht und über die KVH abgerechnet werden.

Aktuell nehmen bereits über 1.300 Ärztinnen und Ärzte sowie rund 6.500 Versicherte am Vertrag teil. Die teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte erhalten für die

Durchführung und Abrechnung der U10, U11 oder J2 jeweils eine Vergütung in Höhe von 58,00 Euro – zum 1. Januar 2028 steigt diese auf 60,00 Euro.

SIE NEHMEN NOCH NICHT AM VERTRAG TEIL, HABEN ABER INTERESSE?

Um am Vertrag teilnehmen zu können, benötigt die KVH lediglich Ihre ausgefüllte und unterzeichnete Teilnahmeerklärung. Diese sowie die gesamten Vertragsunterlagen, beispielsweise die entsprechenden Dokumentationsbögen, erhalten Sie auf unserer Homepage über den Reiter „Mitglieder > Recht > Recht, Vertrag, Richtlinie, Satzung“, Buchstabe „e“. ■

SEBASTIAN GÖBEL

GRIPPEIMPFFSTOFF RECHTZEITIG BESTELLEN

Seien Sie vorbereitet: Grippeimpfstoff für die nächste Saison kann bereits jetzt bestellt werden.

Eine frühzeitige Bestellung des Grippeimpfstoffs für die Saison 2026/2027 ist entscheidend, um eine zuverlässige und bedarfsgerechte Versorgung Ihrer Patientinnen und Patienten sicherzustellen. Aufgrund begrenzter Produktionskapazitäten und langwieriger Herstellungsprozesse sollten Arztpraxen ihren voraussichtlichen Bedarf rechtzeitig planen und disponieren. Eine rechtzeitige Bestellung trägt dazu bei, Lieferengpässe zu vermeiden und einen reibungslosen Ablauf in der kommenden Influenzasaison zu ermöglichen. Detaillierte Informationen zum Thema finden Sie auch im info.pharm Nr. 2, das im Januar von der KV Hessen an alle hessischen Ärztinnen und Ärzte versendet wurde. ■

KATHARINA SAUERBIER

WEITERE INFORMATIONEN

www.kvhaktuell-verordnungen.de



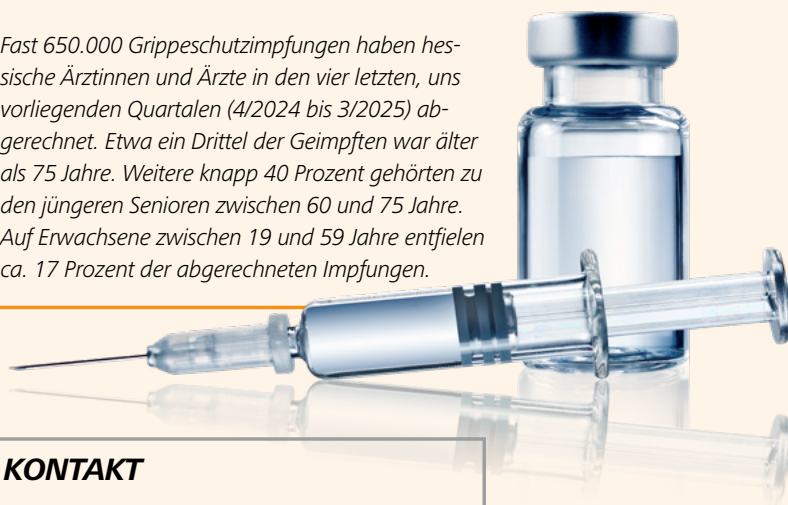
GROßTEIL DER
FRÜHERKENNUNGS-
UNTERSUCHUNGEN
ENTFÄLLT AUF
U10 UND U11

U10 45%
U11 42%
J2 13%

Rund 3.500 Früherkennungsuntersuchungen haben Kinder- und Hausärzte im Rahmen des Vertrags „Erweiterte Früherkennung bei Kindern und Jugendlichen“ im vergangenen Quartal 3/2025 abgerechnet.

GRIPPESCHUTZIMPFUNGEN VOR ALLEM BEI ÄLTEREN

Fast 650.000 Gripeschutzimpfungen haben hessische Ärztinnen und Ärzte in den vier letzten, uns vorliegenden Quartalen (4/2024 bis 3/2025) abgerechnet. Etwa ein Drittel der Geimpften war älter als 75 Jahre. Weitere knapp 40 Prozent gehörten zu den jüngeren Senioren zwischen 60 und 75 Jahre. Auf Erwachsene zwischen 19 und 59 Jahre entfielen ca. 17 Prozent der abgerechneten Impfungen.



KONTAKT

Bei Fragen oder dem Wunsch nach einer persönlichen Beratung steht Ihnen das Team Arznei-, Heil- und Hilfsmittel gerne zur Verfügung.

069 24741-7333
verordnungsanfragen@kvhessen.de



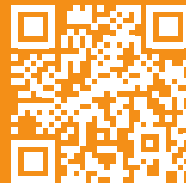
News verpasst?

DANN BESTELLEN SIE UNSERE NEUEN INFORMATIVEN NEWSLETTER

KURZ, KOMFORTABEL UND KOSTENLOS!

Erhalten Sie jeden Monat bequem per E-Mail




- ✓ Informationen zur Abrechnung
- ✓ Termine, die Sie nicht verpassen sollten
- ✓ wichtige News aus den KVH-Online-Portalen




HIER klicken und abonnieren

www.kvhessen.de/newsletter

ODER BESUCHEN SIE UNS IM WEB!

-  www.kvhessen.de
-  www.facebook.com/kvhessen
-  www.instagram.com/kvhessen

HIER klicken und liken

-  www.arztinhessen.de
-  www.facebook.com/arztinhessen

NEUE KBV-PATIENTENINFOS VERFÜGBAR

Die Patienteninformationen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) informieren verständlich über wichtige Präventionsangebote. Neu sind die Materialien über Darmkrebsvorsorge und HPV-Impfung bei Kindern und Jugendlichen.

Die KBV hat neue Patienteninformationen in Form von bestellbaren Infokarten und Postern veröffentlicht.

Die Infokarte zur Darmkrebsvorsorge erklärt anschaulich, welche Untersuchungen zur Früherkennung zur Verfügung stehen, ab welchem Alter sie empfohlen werden und welche Vorteile eine frühzeitige Diagnose bietet.

Ein weiteres Thema ist die Impfung gegen Humane Papillomviren (HPV) bei Kindern und Jugendlichen. Die

KBV-Infos erläutern, wie die Impfung schützen kann und warum sie bereits im Kindes- beziehungsweise frühen Jugendalter empfohlen wird. Eltern erhalten zudem Hinweise auf Impfablauf, zur Wirksamkeit und mögliche Nebenwirkungen.

Mit den neuen Patienteninformationen setzt die KBV ihre Strategie fort, medizinisches Wissen niedrigschwellig zugänglich zu machen und die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung zu stärken. ■

KATHARINA SAUERBIER

JETZT BESTELLEN

Die Materialien können kostenfrei angefordert werden unter

www.kbv.de/infothek/publikationen/patienteninformationen



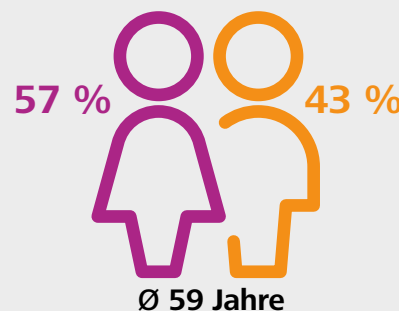
KVH VON A BIS Z

In unserer Serie „KVH VON A BIS Z“ stellen wir in jeder Ausgabe eine zentrale Kennzahl zur ambulanten Versorgung vor.

H WIE HAUTKREBSVORSORGE

Mehr als **556.000 Hautkrebscreenings** wurden 2024 in Hessen durchgeführt. Der Anteil der Frauen lag bei 57 Prozent, der Anteil der Männer entsprechend bei 43 Prozent. Das Durchschnittsalter lag bei 59 Jahren.

Über **83.000** mal wurde verdächtiges Hautgewebe gefunden und entfernt.



FORT- UND WEITERBILDUNG
IN DER KV HESSEN

WISSEN ALS PFLICHT UND CHANCE



Lebenslanges Lernen ist für Ärztinnen, Ärzte und Psychotherapeutinnen und -therapeuten keine Option, sondern Voraussetzung für gute Versorgung. Die KV Hessen bietet ein breites Fortbildungsangebot und erinnert zugleich an die gesetzliche Verpflichtung zur kontinuierlichen Qualifizierung.

Medizinisches Wissen entwickelt sich rasant: Neue Therapieformen, digitale Anwendungen, veränderte Leitlinien und gesellschaftliche Anforderungen prägen den Berufsalltag von Ärztinnen, Ärzten und Psychotherapeutinnen und -therapeuten. In diesem dynamischen Umfeld wird Fort- und Weiterbildung zur zentralen Grundlage professionellen Handelns. Die Kassenärztlichen Vereinigungen nehmen dabei eine Schlüsselrolle ein – als Anbieter, Koordinatoren und Qualitätsgaranten.

Lebenslanges Lernen ist im Gesundheitswesen weit mehr als ein persönlicher Anspruch. Es sichert Behandlungsqualität und sorgt für reibungslose Abläufe im Praxisalltag, stärkt Patientensicherheit und erleichtert den Umgang mit neuen Anforderungen, etwa in der Digitalisierung.

Das Angebot der KV Hessen ist entsprechend vielfältig: Seminare zu medizinischen Themen, Veranstaltungen zu Abrechnung, Recht oder Praxisorganisation. Onlineformate und Workshops ergänzen sich. Auch strukturelle Themen wie Qualitätsmanagement oder Kommunikation mit Patientinnen und Patienten spielen eine zentrale Rolle.

Auch Qualitätszirkel (QZ) gelten hierbei als etablierte Form kollegialen Lernens in der vertragsärztlichen Versorgung. Diese Form des Austauschs trägt nachweislich zur Qualitätssicherung bei und stärkt zugleich den fachlichen Dialog. Die KV Hessen unterstützt diesen Austausch aktiv, bietet Moderationsschulungen an, hilft bei der Gründung neuer Qualitätszirkel und stellt digitale Werkzeuge sowie organisatorische Hilfe bereit. Anerkannte Qualitätszirkel können sogar Fortbildungspunkte vergeben. Teilnehmende profitieren vom Erfahrungsaustausch mit Kolleginnen und Kollegen und können Behandlungsabläufe kontinuierlich weiterentwickeln.

Natürlich spielen außerdem die Nachwuchsförderung und Weiterbildung angehender Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten eine wichtige Rolle. Damit die hausärztliche und fachärztliche Versorgung auch in Zukunft gesichert ist, unterstützt die KV Hessen die Nachwuchskräfte zum Beispiel durch Beratung und finanzielle Hilfen.

Neben der inhaltlichen Vielfalt spielt auch die Fortbildungsverpflichtung eine zentrale Rolle. Vertragsärztinnen, Vertragsärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sind gesetzlich verpflichtet, regelmäßig Fortbildungspunkte zu sammeln und ihre Qualifikation nachzuweisen. Diese Regelung dient der Qualitätssicherung: Sie stellt sicher, dass medizinische Entscheidungen auf aktuellem Wissen beruhen.

Darüber hinaus arbeitet die KV Hessen kontinuierlich daran, Prozesse zu vereinfachen. So wurde in der Vertreterversammlung im März beschlossen, dass es eine Richtlinienänderung zur Genehmigung und finanziellen Förderung der ärztlichen und psychotherapeutischen Aus- und Weiterbildung geben wird. Außerdem wurden weitere Änderungen in Bezug auf die Genehmigung und Förderung der Weiterbildung in der Kinder- und Jugendmedizin beschlossen.

Fort- und Weiterbildung in der KV Hessen ist damit zugleich Pflicht und Chance. Sie eröffnet Raum für fachliche Entwicklung, fördert Austausch und Vernetzung und stärkt die Versorgung insgesamt. Wer kontinuierlich lernt, bleibt nicht nur fachlich auf dem neuesten Stand, sondern gestaltet aktiv die Zukunft der ambulanten Medizin und Psychotherapie mit. ■

KATHARINA SAUERBIER

FORTBILDUNGSPFLICHT – GUT INFORMIERT, SICHER NACHGEWIESEN

Die kontinuierliche fachliche Fortbildung ist ein wesentlicher Baustein für die Qualität der ambulanten Versorgung. Damit Patientinnen und Patienten darauf vertrauen können, nach aktuellem medizinischen Wissenstand behandelt zu werden, hat der Gesetzgeber die Fortbildungspflicht für Vertragsärztinnen und Vertragsärzte sowie Vertragspsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten verbindlich geregelt. Rechtsgrundlage ist § 95d SGB V. Für Mitglieder der KVH bedeutet das: Fortbildung ist nicht nur fachlich sinnvoll, sondern auch rechtlich verpflichtend.

Die Verpflichtung betrifft alle an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Dazu zählen niedergelassene, angestellte sowie ermächtigte Leistungserbringer in Praxen oder Medizinischen Versorgungszentren. Der Umfang der Tätigkeit – ob in Vollzeit oder Teilzeit – ändert nichts an der grundsätzlichen Pflicht. Davon ausgenommen sind Sicherstellungsassistenten und Vertreterinnen und Vertreter zugelassener Vertragsärztinnen oder Vertragsärzte und Psychotherapeutinnen oder Psychotherapeuten. Darüber hinaus sind Ärztinnen und Ärzte, die ausschließlich im ärztlichen Bereitschaftsdienst tätig sind, nicht nachweispflichtig.

WIE VIEL PUNKTE SIND ERFORDERLICH?

Innerhalb eines Zeitraums von fünf Jahren müssen mindestens 250 anerkannte Fortbildungspunkte erworben werden. Maßgeblich ist jeweils Ihr persönlicher Fünfjahreszeitraum, der mit Beginn Ihrer vertragsärztlichen oder -psychotherapeutischen Tätigkeit startet, also zum Beispiel mit der Zulassung oder der Aufnahme einer Anstellung in der vertragsärztlichen Versorgung. Hierzu werden auch Zeiten aus anderen Bundesländern dazugezählt. Zeiten, in denen die Tätigkeit offiziell ruht, werden dabei automatisch berücksichtigt.

Die Fortbildungspunkte werden durch die zuständige Ärztekammer beziehungsweise Psychotherapeuten-

kammer vergeben. Grundlage bildet die jeweilige Fortbildungsordnung der Kammer. Danach zertifizierte Fortbildungsveranstaltungen werden über die Kammern, Berufsverbände, die berufsbezogenen Verlage und selbstverständlich über die KVH angeboten.

Mitglieder der Ärztekammer (LÄKH) kleben ihren Barcode mit der „Einheitlichen Fortbildungsnummer“ (EFN) auf die Teilnehmerliste und die Fortbildungspunkte werden in aller Regel vom Veranstalter auf dem Punktekonto gutgeschrieben. Wurde der Barcode vergessen oder nimmt der Veranstalter nicht am Barcodesystem teil, kann die zertifizierte Teilnahmebescheinigung im Mitgliederbereich der LÄKH hochgeladen werden. Der Punktestand sollte vor der Einreichung von Teilnahmebescheinigungen bei der LÄKH, zum Beispiel über die FobiApp, geprüft werden. Denn nur Bescheinigungen für Veranstaltungen, die dem Punktekonto noch nicht gutgeschrieben worden sind, sollten nachgereicht werden. So wird eine Bearbeitungsgebühr in Höhe von fünf Euro pro doppelt eingereichter Bescheinigung seitens der LÄKH vermieden, die ab dem 1. Juli 2026 erhoben wird.

Anders sieht es bei Mitgliedern der Psychotherapeutenkammern Hessen (PTKH) oder Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgen (MKG), die auch Mitglieder der Zahnärztekammer sind, aus. Die beiden hessischen Kammern nehmen nicht am Barcodesystem teil. Die Fortbildungspunkte werden daher nicht automatisch gutgeschrieben. MKG reichen die Teilnahmebescheinigungen bei der LÄKH ein, die ebenfalls eine Punktekonto für sie führt. Eine Selbsterklärung mit einer Aufstellung der besuchten Fortbildungen, wie bei der Zahnärztekammer, ist hier nicht ausreichend. Auch MKG, die vertragsärztlich tätig sind, müssen der KVH 250 Punkte nachweisen.

Mitglieder der PTKH reichen eine Aufstellung der besuchten Fortbildungen zusammen mit Kopien der Teilnahmebescheinigungen bei ihrer Kammer ein. Wichtig ist, dass die zehn Punkte für das Selbststudium pro Jahr extra aufgeführt werden müssen. Bei der LÄKH erfolgt die Gutschrift der Fortbildungspunkte für das Selbststudium automatisch.



WIE ERFOLGT DER NACHWEIS?

Der Nachweis erfolgt in der Regel über ein Fortbildungszertifikat Ihrer Kammer. Dieses bestätigt, dass Sie die erforderliche Punktzahl im maßgeblichen Zeitraum erreicht haben. In Hessen können Sie Ihre Fortbildungsdaten über die Onlineportale der LÄKH beziehungsweise der PTKH einsehen. Die Kammern übermitteln der KVH automatisch die Informationen zu Ihrem Punktekonto, so dass Sie als Mitglieder keine zusätzlichen Unterlagen bei der KVH einreichen. Dennoch liegt die Verantwortung für einen vollständigen und fristgerechten Nachweis letztlich bei Ihnen. Es empfiehlt sich daher, den eigenen Punktstand regelmäßig über die Portale der Kammern zu überprüfen. Mitglieder der LÄKH beachten an dieser Stelle bitte die bereits erwähnte Bearbeitungsgebühr für doppelt eingereichte Unterlagen, die ab dem 1. Juli 2026 gelten wird.

KONTAKT

Landesärztekammer Hessen

Hanauer Landstraße 152
60314 Frankfurt am Main

069 97672-0
info@laekh.de

Psychotherapeutenkammer Hessen

Frankfurter Straße 8
65189 Wiesbaden

0611 53168-0
Fortbildung@ptk-hessen.de

Wichtig ist, dass der Nachweis spätestens zum Ende des individuellen Fünfjahreszeitraums vorliegt. Eine verspätete Erfüllung der Fortbildungspflicht kann finanzielle Folgen nicht immer rückwirkend verhindern.

WAS PASSIERT, WENN DER NACHWEIS FEHLT?

Der Gesetzgeber verpflichtet die KVH, bei nicht vollständig erbrachtem Nachweis der Fortbildungspflicht tätig zu werden. Bleibt der Fortbildungsnachweis nach Ablauf des Fünfjahreszeitraums aus, sind gestaffelte Honorarkürzungen vorgesehen. Dabei wird Ihr Honorar, das Sie für vertragsärztliche oder -psychotherapeutische Leistungen erhalten, für die folgenden Quartale gekürzt – zunächst für die ersten vier Quartale um zehn Prozent und ab dem fünften Quartal um 25 Prozent. Sobald der vollständige Nachweis vorliegt, enden die Kürzungen für die Zukunft. Erfüllt das angestellte Mitglied – also der Arbeitnehmer – seine Nachweispflicht nicht, wird dem Arbeitgeber der entsprechende Honoraranteil gekürzt.

Wird die Fortbildungspflicht auch innerhalb des zweijährigen Nachbesserungszeitraums nicht erfüllt, kann dies im äußersten Fall berufsrechtliche und zulassungsrechtliche Konsequenzen haben. Die KVH muss in diesem Fall einen Antrag auf Entzug der Anstellung oder Zulassung beim Zulassungsausschuss stellen. Ziel dieser Regelung ist jedoch nicht die Sanktion, sondern die Sicherstellung einer flächendeckenden qualitativ hochwertigen Versorgung. ▶

**WEITERE
INFORMATIONEN**

[www.laekh.de/
fuer-aerztinnen-
und-aerzte/
fortbildung/
fortbildungs
punktekonto](http://www.laekh.de/fuer-aerztinnen-und-aerzte/fortbildung/fortbildungspunktekonto)



[https://ptk-hessen.de/
mitglieder/aus-
fort-
und-weiterbildung/
fortbildung](https://ptk-hessen.de/mitglieder/aus-fort-und-weiterbildung/fortbildung)



TIPP: PUNKTE SAMMELN LEICHT GEMACHT

Von der KVH anerkannte Qualitätszirkel werden derzeit mit vier Fortbildungspunkten pro Sitzung akkreditiert. Bei der Teilnahme an acht Qualitätszirkeln pro Jahr würden somit 32 Punkte auf dem Fortbildungskonto gutgeschrieben. Hinzu kommen jährlich zehn Punkte für das Selbststudium. Bereits mit einer eintägigen Hospitation, die mit bis zu zwölf Punkten bewertet werden kann, lässt sich damit das durchschnittliche Jahressoll erfüllen.

Darüber hinaus werden selbstverständlich alle zertifizierten Fortbildungen anerkannt, die zum Erwerb oder Erhalt genehmigungspflichtiger Leistungen oder von DMP-Qualifikationen dienen. Ebenso können regelmäßige Interventionen, Supervisoren sowie fachlicher Austausch im Rahmen von Fallkonferenzen oder klinischen Besprechungen fortbildungsrelevant sein, sofern sie entsprechend anerkannt sind.

WIE LASSEN SICH PROBLEME VERMEIDEN?

Erfahrungsgemäß entstehen Schwierigkeiten selten, weil zu wenig Fortbildung besucht wird, sondern weil Nachweise unvollständig sind oder Fristen aus dem Blick geraten. Fortbildungen sollten daher kontinuierlich über den gesamten Fünfjahreszeitraum hinweg geplant und das Punktekonto sollte im Auge behalten werden. Wer regelmäßig teilnimmt und seinen Stand prüft, gerät selten in Zeitdruck.

Teilnahmebescheinigungen sollten sorgfältig aufbewahrt und beachtet werden, damit absolvierte Veranstaltungen korrekt Ihrem Fortbildungskonto gutgeschrieben und, falls notwendig, nachgereicht werden können. Gerade bei verschiedenen Anbietern oder bei älteren Veranstaltungen lohnt sich eine gelegentliche Kontrolle.

Auch wenn Mitglieder von der Niederlassung in ein Angestelltenverhältnis wechseln, läuft der bisherige Fortbildungszeitraum und auch die unter Umständen erfolgte Sanktionierung weiter. Ebenso gilt bei einem Wechsel zwischen zwei Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) und damit auch Kammerzugehörigkeiten zu beachten, dass auch die Fortbildungspunkte an die neu zuständige Kammer übermittelt werden. Es ist ratsam, einen Auszug vom Fortbildungskonto zu erstellen, der als Nachweis bei der KV eingereicht werden kann. Und sollte keine Mitgliedschaft der hessischen Ärzte- oder Psychotherapeutenkammer vorliegen, kann mit einem Punktekontoauszug der außerhessischen Kammer der Nachweis bei der KVH eingereicht werden. Achtung: Der Nachweiszeitraum muss mit dem Fortbildungszeitraum identisch sein. Ihren Fortbildungszeitraum gibt die prüfende KV, in ihrem Fall die KVH, vor.

CHECKLISTE:

- Punkte kontrollieren (Kammer)
- Startdatum Fortbildungszeitraum beachten (KVH)
- Unbedingt nur fehlende Teilnahmebescheinigungen bei der LÄKH nachreichen (Bearbeitungsgebühr ab 1. Juli 2026)
- Hospitationen in Praxen und Kliniken können angerechnet werden
- Fehlende Punkte kurzfristig online, z. B. durch unsere zum Teil kostenfreien Veranstaltungen, erwerben
- Sicherstellen, dass im Fortbildungszeitraum mindestens 250 Punkte auf dem Konto der Kammer gutgeschrieben sind



ELTERNZEIT UND CO – WAS DANN?

Die Fortbildungsfrist lässt sich grundsätzlich verlängern, sofern dies begründet ist und bei der KVH vor Ablauf der Frist beantragt wurde. Gründe hierfür sind beispielsweise Unterbrechungen der Tätigkeit aufgrund von Krankheit oder Elternzeit. Bei Krankheit können Kopien von Attesten, Befund- oder Entlassberichten eingereicht werden. Bei einer Elternzeit können die Geburtsurkunde und Elterngeldbescheide in Kopie eingereicht werden. Sollte die Tätigkeit länger als drei Monate am Stück unterbrochen werden, ohne dass die Zulassung zum Ruhen gebracht wird, kann die Fortbildungsfrist um den Zeitraum der Unterbrechung verlängert werden. Dies ist zum Beispiel der Fall, wenn in dieser Zeit eine Sicherstellungsassistenz oder eine Vertretung die Versorgung sicherstellt (*das Antragsformular finden Sie unter dem Link im Infokasten rechts*). Wurde keine Vertretung für Mitglieder vom Zulassungsausschuss der KVH genehmigt, muss ebenfalls für den Zeitraum der Unterbrechung ein Antrag auf Fristverlängerung gestellt werden. Sofern ein Beschluss über das Ruhen der Zulassung vorliegt, verlängert sich der Zeitraum automatisch.

Auch der Wechsel des KV-Bereichs beeinflusst den Fortbildungszeitraum. Bei einem Wechsel aus einem anderen KV-Bereich wird die KVH den Fortbildungszeitraum aufgrund der Tätigkeitsdauer in dem anderen KV-Bereich neu berechnen und das Mitglied darüber informieren. Das gilt auch bei einem vorherigen Verzicht und einer späteren Wiederaufnahme der Tätigkeit. Hier beginnt der Fortbildungszeitraum nicht von Neuem, sondern vorherige Zeiten werden angerechnet, unabhängig davon, wie lang die Unterbrechung andauerte.

Die Sonderregelung, dass Mitglieder der KVH ihren Nachweiszeitraum auf Grund der Corona-Pandemie verlängern können, ist zum 31. März 2026 ausgelaufen.

WELCHE AUFGABE HAT DIE KVH?

Als Ihre Kassenärztliche Vereinigung haben wir eine doppelte Rolle: Einerseits unterstützen wir Sie als Dienstleisterin und Interessenvertretung in allen Fragen der Praxisführung, Fortbildung und Weiterbildung. Andererseits erfüllen wir eine gesetzlich übertragene Kontroll- und Überwachungsfunktion, indem wir die Einhaltung der Fortbildungspflicht prüfen und – im Falle nicht oder nicht vollständig erfolgter Nachweise – die gesetzlich vorgegebenen Folgen umsetzen. Diese Aufgaben sind Teil unseres Gewährleistungsauftrags im Rahmen der vertragsärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung.

WELCHE UNTERSTÜTZUNG BIETET DIE KVH?

Die KVH begleitet ihre Mitglieder aktiv dabei, ihre Fortbildungsverpflichtung auf mehreren Ebenen zu erfüllen. Zum einen stellen wir ein umfangreiches Fortbildungsangebot zur Verfügung, das direkt genutzt werden kann – von fachlichen Veranstaltungen über praxisrelevante Seminare bis hin zu spezifischen Fachtagungen (*siehe dazu Link im Infokasten rechts*). Diese Veranstaltungen decken viele fachliche Fragestellungen ab, sind zum Teil kostenfrei und helfen gleichzeitig, die notwendigen Fortbildungspunkte zu sammeln. Mit unseren Veranstaltungen, die in Präsenz oder online angeboten werden, können Sie noch fehlende Fortbildungspunkte sammeln. Auch kurzfristig sind oft noch Plätze frei. Außerdem können Sie mit der Teilnahme an Qualitätszirkeln Punkte sammeln. Die KVH bieten hierfür eine Übersicht zahlreicher hessischer Qualitätszirkel an (*siehe dazu Link im Infokasten rechts*).

Zum anderen informieren wir regelmäßig über Fristen, Abläufe und rechtliche Rahmenbedingungen. Im jeweils laufenden Fünfjahreszeitraum werden Sie rechtzeitig von uns angeschrieben und noch einmal an den Ablauf der Frist erinnert. Bei angestellten Mitgliedern wird auch der Arbeitgeber über den Fristablauf informiert.

Fordern Sie aktiv Unterstützung bei der KVH an, wenn droht, dass der Nachweis nicht rechtzeitig erbracht werden kann. Die Ansprechpersonen der Fortbildungsverpflichtung helfen bei der Nachweissführung und beraten zu den Möglichkeiten der Fortbildungen. In kritischen Fällen stehen Ihnen die Vorstandsbeauftragten der KVH für eine kollegiale Beratung zur Verfügung. ■

PATRICK ZUBER

ANTRAGS-FORMULAR

zur Fortbildungsverpflichtung unter:

www.kvhessen.de/fortbildung/fortbildungsverpflichtung



UNSER UMFANGREICHES FORTBILDUNGSANGEBOT

<https://veranstaltung.kvhessen.de/>



ÜBERSICHT

der zahlreichen hessischen Qualitätszirkel unter:

www.kvhessen.de/qzsuche



KONTAKT

Kontakt zur Fortbildungsverpflichtung:

069 24741-7556

fortbildung-info@kvhessen.de

fortbildung-info@kvhessen.kim.telematik

GENEHMIGUNG UND FÖRDERUNG DER AUS- UND WEITERBILDUNG VEREINFACHT

Die Vertreterversammlung der KV Hessen stimmte am 14. März 2026 mehreren Richtlinienänderungen zur Genehmigung und finanziellen Förderung der ärztlichen und psychotherapeutischen Aus- und Weiterbildung zu. Mit kritischem Blick wurden die bestehenden Prozesse zuvor analysiert, verschlankt und damit der Prozess für die antragsstellenden Praxen vereinfacht.

Die Beschäftigung von Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung sowie Psychotherapeutinnen und -therapeuten in Aus- und Weiterbildung setzt die Genehmigung der KV Hessen voraus. In einigen Fällen kann darüber hinaus eine finanzielle Förderung beantragt werden. Der rechtliche Rahmen wird durch das SGB V und durch die Vereinbarung zur Förderung der Weiterbildung der DKG, KBV und des GKV-Spitzenverbandes auf Bundesebene gebildet. In Hessen werden die Anforderungen durch die KV Hessen in den aktuell gültigen Richtlinien zur Genehmigung der Beschäftigung von Ärztinnen und Ärzten, Psychotherapeutinnen und -therapeuten sowie Ausbildungsassistentinnen und -assistenten, zur Förderung der Weiterbildung Allgemeinmedizin und zur Förderung weiterer fachärztlicher Weiterbildungen spezifiziert.

Aufgrund der umfangreichen Vorgaben war der Anteil unvollständiger Anträge hoch, wodurch die Bearbeitung verzögert wurde. Häufig mussten die antragsstellenden Praxen gemeinsam mit den zukünftigen Assistentinnen und Assistenten Unterlagen zusammensuchen und nachreichen. Durch die jüngsten Richtlinienänderungen konnte der Antragsprozess deutlich vereinfacht und die Anzahl der notwendigen Nachweise reduziert werden. Die KV Hessen hofft, dass der Anteil vollständiger Anträge dadurch erhöht wird, was sowohl den Praxen als auch der bearbeitenden Fachabteilung einiges an Arbeitsaufwand ersparen wird. Diese gelebte Entbürokratisierung wird damit mutmaßlich zu einer schnelleren Antragsbearbeitung und somit früheren Planungssicherheit für die Praxen führen.

GENEHMIGUNG UND FÖRDERUNG VON ÄRZTINNIEN UND ÄRZTEN IN WEITERBILDUNG

Für die Genehmigung der Beschäftigung von Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung (ÄiW) ist seit dem 1. April 2026 neben dem aktuellen Antragsformular ein Arbeitsvertrag sowie die Approbationsurkunde der ÄiW einzureichen. Die Weiterbildungsbefugnis der Landesärztekammer Hessen (LÄKH) muss nur noch auf Anfrage der KV Hessen eingereicht werden. Grundsätzlich wird die Weiterbildungsbefugnis seitens der KV Hessen direkt online bei der LÄKH abgerufen. Dies gewährleistet, dass stets der aktuelle Stand genutzt werden kann.

Für die finanzielle Förderung der Weiterbildung müssen darüber hinaus der Personalausweis und ein Weiterbildungsplan der ÄiW eingereicht werden. Bei Quereinsteigern in die Allgemeinmedizin reicht zukünftig das Einreichen der ersten Facharzturkunde in einfacher Kopie, bislang war hier eine beglaubigte Version gefordert. Ebenfalls muss im Arbeitsvertrag als Mindestvergütung nur noch die derzeit gültige Fördersumme angegeben werden. Der in der Vergangenheit nötige Passus, wonach das Gehalt mindestens nach TV-Ärzte/VKA gezahlt wird, entfällt als Fördervoraussetzung. Zu einer erheblichen bürokratischen Einsparung führt der Wegfall der Anforderung der monatlichen Gehaltsnachweise. Bislang mussten die Praxen bzw. ÄiW zu jedem geförderten Weiterbildungsmonat einen Gehaltsnachweis vorlegen. Die KV Hessen behält sich lediglich das Recht vor, in Einzelfällen die Gehaltsnachweise anzufordern.



Auf Initiative des Berufsverbands der Kinder- und Jugendärzt*innen Hessen (BVKJ), wurden weitere Änderungen in Bezug auf die Genehmigung und Förderung der Weiterbildung in der Kinder- und Jugendmedizin beschlossen. Die zugehörigen Anträge dürfen zukünftig 12 Monate vor Beginn der geplanten Beschäftigung gestellt werden. Für alle anderen Fachgebiete gilt weiterhin die Frist von sechs Monaten vor Beginn. Die finanzielle Förderung der Kinder- und Jugendmedizin ist zukünftig auf sechs Monate je ÄiW beschränkt. Bei Teilzeitbeschäftigungen verlängern sich die sechs Monate entsprechend. Für alle anderen Fachgebiete gilt weiterhin unverändert eine maximale Förderdauer von 24 Monaten je ÄiW und Praxis, ausgenommen der Förderung der Allgemeinmedizin. Ebenfalls auf Initiative des BVKJ hin wurde zum 1. April 2026 die Sicherstellungsrichtlinie (SiRiLi) der KV Hessen zur Verwendung der Mittel aus dem Strukturfonds angepasst und ergänzt die bestehende Förderung auf Grundlage der „Vereinbarung zur Förderung der Weiterbildung gemäß § 75a SGB V“. Entsprechend Kapitel 3.6 der SiRiLi werden zusätzliche Finanzmittel zur Förderung von bis zu vier Vollzeitstellen pro Förderjahr im Fachgebiet Kinder- und Jugendmedizin (Kap. 3.6.1) zur Verfügung gestellt. Die bereits bestehende Förderung von bis zu zehn Vollzeitstellen pro Förderjahr in Fachgebieten der fachärztlichen Weiterbildung, deren antragstellende Praxen in Regionen mit eingetretener und drohender Unterversorgung liegen, wird im Kapitel 3.6.2 fortgeführt (vormals Kap. 3.6). Neu ist hierbei, dass von den zehn Stellen zwei für Weiterbildungen im Fachgebiet Kinder- und Jugendmedizin reserviert sind.

GENEHMIGUNG VON PSYCHOTHERAPEUTIN- UND -THERAPEUTEN IN AUS- UND WEITERBILDUNG

Dem Antrag auf Genehmigung der Beschäftigung von Psychotherapeutinnen und -therapeuten in Ausbildung (PiA) ist zukünftig lediglich das Zwischenzeugnis der PiA beizufügen. Die in der Vergangenheit vorzuweisende Bestätigung der Supervision sowie Anerkennung der Supervisorin oder des Supervisors und Zweizeiler der PiA über die Anrechnungsfähigkeit der Ausbildungsfälle entfallen. Stattdessen wird mit Unterschrift im Antragsformular bestätigt, dass eine Supervision seitens anerkannter Supervisorinnen oder Supervisoren in jedem Behandlungsfall der PiA stattfindet.

Beim Antragsverfahren zur Genehmigung der Beschäftigung von Psychotherapeutinnen und -therapeuten in Weiterbildung (PTW) kam es zu keinen Änderungen. Weiterhin müssen hierfür das Antragsformular, eine Weiterbildungsermächtigung, ein Arbeitsvertrag und die Approbationsurkunde der PTW eingereicht werden. ■

MARA KLAHR

KONTAKT

Sie möchten ÄiW, PTW oder PiA in Ihrer Praxis beschäftigen und haben Fragen zur Antragsstellung und finanziellen Förderung? Dann kontaktieren Sie uns!

069 24741-7050
weiterbildung@kvhessen.de

WEITERE INFORMATIONEN

www.kvhessen.de/aus-weiterbildung



VON DER WEITERBILDUNG ZUR PARTNERSCHAFT: WIE PRAXISNACHFOLGE GELINGEN KANN

Es ist früher Nachmittag in der Hausarztpraxis in Groß-Umstadt. Die reguläre Sprechstunde ist für die Mittagspause unterbrochen, das Wartezimmer leer. In dieser kurzen Phase zwischen zwei Sprechzeiten findet das Interview statt. Hier, mitten im ländlich geprägten Hessen, zeigt sich, wie ärztliche Weiterbildung in der Praxis funktionieren kann – und warum sie für viele längst mehr ist als nur eine Pflichtstation auf dem Weg zur Fachärztin oder zum Facharzt.

EIN BERUFSWEG MIT VIELEN STATIONEN

Dr. med. André Hartmann kennt das Gesundheitssystem aus unterschiedlichen Perspektiven. Studiert hat er an der Goethe-Universität Frankfurt, sein Praktisches Jahr führte ihn unter anderem in die Innere Medizin, die Chirurgie und die Neurologie. Es folgten Stationen in Darmstadt, Freiberg, Osnabrück – Innere Medizin, Kinderheilkunde, Chirurgie. Ein klassischer, vielseitiger Werdegang, wie er für viele Hausärztinnen und Hausärzte typisch ist.

Zurück in die Heimatregion kam er schließlich auch aus familiären Gründen. „Eltern und Schwiegereltern wohnen hier“, erzählt er. Drei Praxen schaute er sich an – und entschied sich für Groß-Umstadt. „Das war das, was am besten gepasst hat“, so Hartmann.

WEITERBILDUNG ALS CHANCE – FÜR BEIDE SEITEN

Seit April 2019 bildet Dr. Hartmann in seiner Praxis Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung aus. Der Impuls war zunächst pragmatisch: Eine Kollegin näherte sich dem Ruhestand, die Frage nach einer Nachfolge stand im

Raum. „Von der Idee her ist es natürlich schön, wenn man mit jemandem schon mal zusammengearbeitet hat“, sagt Hartmann. Schließlich verbringe man im Praxisalltag viel Zeit miteinander. „Wenn das gut harmoniert, könnte der Weiterzubildende dann quasi in die Praxis mit einsteigen“, meint Herr Dr. Hartmann. So wie bei Herrn Dr. med. Sebastian List. Er kam zunächst zur Weiterbildung und blieb.

Mit seinem ersten Arzt in Weiterbildung sei es ein „Volltreffer“ gewesen. Und das Modell setzte sich fort: Nahtlos kam mit Frau Stephanie Friedrich eine zweite Ärztin in Weiterbildung hinzu – am 1. April 2022. „Ein glückliches Datum für die Praxis“, sagt Hartmann und lächelt.

Seine Bilanz bezüglich Weiterbildung in der eigenen Praxis fällt eindeutig aus: „Durchweg 100 Prozent positive Erfahrungen.“ Der Austausch mit jungen Kolleginnen und Kollegen sei bereichernd. „Man lernt immer wieder etwas Neues dazu. In der Medizin sollte man ja grundsätzlich offen gegenüber neuester Forschung und Wissen sein.“ ▶



*Team der Berufsausübungsgemeinschaft:
Dr. Sebastian List,
Stephanie Friedrich
und Dr. André Hartmann
(von links nach rechts)*

*Das Gespräch
führten wir mit:*

**STEPHANIE
FRIEDRICH**

- *Gelernte Gesundheits- und Krankenpflegerin*
- *Fachärztin für Allgemeinmedizin*
- *Seit 01.10.2024 niedergelassen in der Berufsausübungsgemeinschaft mit Dr. Hartmann und Dr. List*

**DR. MED.
ANDRÉ HARTMANN**

- *Facharzt für Allgemeinmedizin*
- *Niedergelassen in Groß-Umstadt seit 01.01.2009*
- *Weiterbildungsbefugnis über 24 Monate für Allgemeinmedizin*
- *Bildet seit dem 01.04.2019 erfolgreich in der eigenen Praxis weiter*



Die Arbeit in ländlichen Regionen kann Vorteile haben, vor allem was die Work-Life-Balance angeht

» *Der Austausch mit jungen Kolleginnen und Kollegen ist bereichernd. Man lernt immer wieder etwas Neues dazu.* «

Dr. med. André Hartmann

DER WEG AUS DER KLINIK IN DIE PRAXIS

Auch für Stephanie Friedrich war der Weg in die Allgemeinmedizin kein geradliniger. Sie ist gelernte Gesundheits- und Krankenpflegerin, arbeitete während des Studiums auf der Intensivstation und dachte lange, ihr Weg führe sie in die Anästhesie. Doch das Praktische Jahr brachte Zweifel. „Ich habe gedacht: Nee, das ist es nicht.“

Erste Einblicke in die Allgemeinmedizin rückten ihre Ansichten in ein anderes Licht. Was sie zunächst unterschätzt hatte, bewertete sie nach dem Blockpraktikum neu. „Vor dem Praktikum in einer allgemeinmedizinischen Praxis, während des Studiums, habe ich immer gedacht, das wäre so ein bisschen langweilig“, sagt sie offen. „Aber währenddessen habe ich die Vielfältigkeit des Fachgebietes schätzen gelernt.“ Heute beschreibt sie die Allgemeinmedizin als das breiteste Fach überhaupt: „Man muss eigentlich von allem ein bisschen was wissen. Oder ein bisschen mehr.“

Nach Stationen in der Inneren Medizin, der Geriatrie und einer Hausarztpraxis in Münster suchte sie gezielt eine neue Weiterbildungsstelle – und stieß über die Jobbörse der Koordinierungsstelle Weiterbildung Allgemeinmedizin der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen auf die Praxis von Herrn Dr. Hartmann und Herrn Dr. List. Die Entscheidung, ihre Weiterbildung in dieser Praxis zu beenden, fiel schnell. „Man kommt ja auch mit einem Gefühl aus dem Bewerbungsgespräch raus“, sagt sie. „Und das hat sich eigentlich sofort richtig angefühlt.“

ANKOMMEN, BLEIBEN, VERANTWORTUNG ÜBERNEHMEN

Dass sich Frau Friedrich langfristig eine Zukunft in der Praxis vorstellen konnte, entwickelte sich schleichend. „Es gab keinen festen Punkt, wo ich gesagt habe: Ja, ich übernehme einen Kassensitz“, erzählt Friedrich. „Aber es war irgendwie immer klar, dass ich auf jeden Fall dableibe.“

Der Schritt in die Niederlassung – inklusive Sitzübernahme – war für sie weniger abschreckend als oft angenommen. „Alleine hätte ich es nicht gemacht“, sagt sie offen. In der Gemeinschaftspraxis zu dritt dagegen verteilt sich die Verantwortung. „Jeder hat seinen Bereich in der Praxis, bei dem er sich mehr einbringt. Und so wird die Verantwortung gut auf drei Schultern verteilt.“

Ein weiterer wichtiger Punkt sei für sie der kollegiale Austausch im Alltag. Insbesondere für eine fachliche Zweiteinschätzung oder für eine zweite Meinung für verunsicherte Patientinnen und Patienten. „Auch der psychosoziale Austausch in den Pausen ist sehr wertvoll“, verrät Friedrich.

NÄHE ZU DEN MENSCHEN – UND ZUM EIGENEN LEBEN

Was Friedrich an ihrem Praxisalltag besonders schätzt, ist die Beziehung zu den Menschen. „Ich mag das, dass ich die Patienten und auch deren Familien kenne“, sagt sie. „Man begleitet sie – medizinisch, aber manchmal auch in Lebensfragen.“ Diese Kontinuität habe sie im Krankenhaus vermisst.





Ein weiterer Pluspunkt an der Tätigkeit in einer Praxis: die Vereinbarkeit von Beruf und Familie. „Das ist schon deutlich familienfreundlicher“, sagt sie. Flexible Arbeitszeiten, weniger Dienste, die Möglichkeit, abends von zu Hause aus zu dokumentieren – Vorteile, die für viele junge Ärztinnen und Ärzte zunehmend entscheidend sind.

WEITERBILDUNG ALS ZUKUNFTSMODELL

Auch mit Blick nach vorn bleibt das Thema Weiterbildung präsent. Friedrich kann sich vorstellen, künftig selbst weiterzubilden – wenn auch dosiert. „Das ist ja auch eine gewisse Verantwortung und auch die Größe der Praxis lässt eine kontinuierliche Weiterbildung nicht zu.“ In der Praxis wird bereits darüber nachgedacht, die Weiterbildungsbefugnis auszuweiten. Und auch eine geeignete Kandidatin für die Weiterbildung scheint die Berufsausübungsgemeinschaft schon ins Auge gefasst zu haben.

Unterstützung auf dem Weg in die Niederlassung kam dabei auch von der Kassenärztlichen Vereinigung. Die Beantragung und Auszahlung der Fördergelder empfand Frau Friedrich als überraschend unkompliziert: „Das ging tatsächlich erstaunlich reibungslos.“

FAZIT

Das Beispiel aus Groß-Umstadt zeigt, wie Weiterbildung in der Praxis gelingen kann: als Lernraum, als Begegnung auf Augenhöhe und als Brücke in die eigene Niederlassung. Für Dr. Hartmann ist klar, dass der Austausch mit Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung nicht nur die Praxis belebt, sondern auch ein realistischer Weg ist, Nachfolge zu sichern. Und für die jüngere Generation bietet die Weiterbildung in der Praxis genau das, was viele suchen: fachliche Breite, menschliche Nähe – und eine Perspektive, die über den Facharzt hinausreicht. ■

CAROLIN REISERT

KONTAKT

Sie möchten sich zum Thema Weiterbildung beraten lassen? Dann kontaktieren Sie uns!

069 24741-7227

www.arzt-in-hessen.de

nachwuchs@kvhessen.de

DER QUALITÄTS- PIONIER



Seit Jahren ist Dr. Claus Haeser im Bereich der Qualitätszirkel (QZ) von unschätzbarem Wert. Er berät, moderiert und bildet aus – ohne ihn wäre die Qualitätszirkel-Landschaft in Hessen nicht dieselbe. Im Interview spricht er über seine Rolle als Tutor, darüber, wie wichtig Qualitätszirkel für die vertragsärztliche und psychotherapeutische Versorgung sind und wie Patientinnen und Patienten direkt von QZ-Arbeit profitieren.

Herr Dr. Haeser, Sie sind von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung als Qualitätszirkel-Tutor ausgebildet und seit vielen Jahren in dieser Rolle für die KVH tätig. Was genau machen Sie in dieser Rolle – und was sollten Leserinnen und Leser darüber wissen?

In meiner Rolle als Tutor bin ich mittlerweile seit zehn Jahren Ausbilder und Ansprechpartner: Mit der Unterstützung der Kollegin und der Kollegen seitens der KVH bilden wir regelmäßig neue Moderatorinnen und Moderatoren aus, damit diese selbst in dieser Funktion tätig werden können und einen Qualitätszirkel neu gründen oder übernehmen können. Wir sind also hier direkt auf dem Weg der Nachwuchsförderung unterwegs, um die Qualitätszirkel intensiv zu fördern und – in meiner weiteren Rolle – auch zu unterstützen. Ich sehe mich hier als Ansprechpartner für zum Beispiel

schwierige Situationen im QZ oder möchte zur Lösung auch anderer Situationen, die im Laufe des QZ stattfinden, beitragen. Vor diesem Hintergrund haben wir auch einen Online-QZ ins Leben gerufen, der – wie der Titel schon verrät – 90 Minuten Dialog und Coaching darstellt. Hierzu laden wir auch interessante Gäste ein und bieten ein abwechslungsreiches Programm, seien Sie gespannt.

Welche Bedeutung haben Ihrer Meinung nach Qualitätszirkel für die vertragsärztliche und -psychotherapeutische Versorgung in Hessen?

Die Qualitätszirkel haben eine große Bedeutung für die vertragsärztliche und psychotherapeutische Versorgung. Der QZ hat hier ein enormes Potential, einen Austausch innerhalb der Zirkelteilnehmer auf Augen-

KURZVITA DR. CLAUDIA HAESER:

Der 59-jährige Allgemeinmediziner Dr. Claus Haeser übernahm 1999 die hausärztliche Praxis in Diemelsee im Kreis Waldeck-Frankenberg im Nordwesten Hessens. Als von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) ausgebildeter Tutor berät er die KVH zu allen Fragen rund um die Qualitätszirkel-Arbeit in Hessen. Auch bildet er neue QZ-Moderatoren aus. Neben seiner Arbeit interessiert er sich sehr für die Malerei und Oldtimer. Er lebt mit seiner Frau zusammen und hat zwei erwachsene Söhne.

höhe zu ermöglichen und kritische Fragen aus der Versorgung zu erörtern. Thematisch können wir hierbei auf bestimmte Szenarien zurückgreifen, die uns seitens der KBV oder KVH zur Unterstützung des Zirkels zur Verfügung stehen. In der Auswahl dieser Themen ist der QZ aber flexibel und kann insofern immer „am Puls der Zeit“ reagieren. Er stellt damit eine ideale Reflexion der Dinge dar, die uns in der vertragsärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung beschäftigen.

Wie funktioniert ein Qualitätszirkel und wie unterscheidet sich dieser von anderen Fortbildungsformaten?

Der QZ ist eine freiwillige Zusammenkunft verschiedener in der vertragsärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung tätigen Kolleginnen und Kollegen. Die Gruppe kann in geschlossener Form oder mit wechselnder Besetzung „offen“ mit einer vorgegebenen minimalen und maximalen Anzahl von Teilnehmern stattfinden. In einer vertrauten Gruppe ist hier beispielsweise eine Fallbesprechung möglich, deren Inhalte im Zirkel bleiben und nach den Regeln der Verschwiegenheit damit den Zirkel nicht verlassen dürfen. Das schafft eine andere Atmosphäre als eine reine Fortbildung zu einem Thema und zu einem Frontalvortrag. Insofern hat der Zirkel ein Alleinstellungsmerkmal und ist in dieser Form wirklich besonders – und besonders wertvoll!

Wenn die Leserinnen und Leser Interesse an der Gründung eines Qualitätszirkels haben, wie gründe ich einen?

Interessenten können bei uns eine Schulung machen, sie werden dabei in die Abläufe der KVH und der Landesärztekammer eingeführt. Ebenso werden dabei die Inhalte des Qualitätszirkels und die Ziele der QZ-Arbeit thematisch und formal erklärt.

Welche Voraussetzungen müssen dafür erfüllt sein?

Niedergelassene ärztliche Kolleginnen und Kollegen beziehungsweise Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten aus unserer Versorgungslandschaft werden von uns geschult. Einen bereits bestehenden QZ zu übernehmen, ist keine Voraussetzung, auch die komplette Neugründung ist möglich.

Müssen die Qualitätszirkel ausschließlich in Präsenz stattfinden oder können diese auch online gehalten werden?

Es gibt beide Möglichkeiten: Seit der Covid-Pandemie wurde die Online-Version gerne durchgeführt, aber

auch ein QZ über größere Entfernungen wird dadurch möglich. Die KVH fördert zudem finanziell die Durchführung der Online-Zirkel ab einer bestimmten Anzahl von Zirkeln. Die Ausführung „online oder Präsenz“ kann aber letztendlich jeder Zirkel für sich entscheiden.

Was macht aus Ihrer Sicht eine gute Moderation aus?

Sicherlich macht ein vorab besprochenes, passendes Setting eine gute Moderation leichter. Eine Festlegung von Rahmenbedingungen, die verbindlich eingehalten werden, ebenso wie das Ermöglichen eines kollegialen Austausches wären ideale Voraussetzungen, um gut durch einen Zirkel zu moderieren. Also Dinge, die im Lauf der Zeit mit dem Zirkel und im Zirkel in diese Richtung erarbeitet werden. Sicherlich bedeutet eine gute Moderation auch eine interessante Moderation für die Teilnehmer, wenn die Themen realitätsbezogen sind und ansprechend für unseren Praxisablauf. Aber auch mit Spaß, mit Freude bei der Sache sein, ist Bestandteil einer guten Moderation. Hier wird sicherlich jede Moderatorin und jeder Moderator für sich im Laufe der Zeit eine eigene Strategie entwickeln und reflektiert bekommen, was im Zirkel gefragt ist. Hieraus sollte sich idealerweise ein erfolgreiches Miteinander ergeben. Ich könnte mir vorstellen, dass eine gute Moderation in der Fortsetzung dieser Gedanken auf die einzelnen Wünsche und Themengebiete Rücksicht nimmt und über das Jahr hin plant. Insofern liegt „gut“ auch immer im Sinne des Betrachters, des Zirkelteilnehmers, also etwas, das man dann schon mitgeteilt bekommt.

Wie gelingt es, auch kontroverse Themen konstruktiv zu besprechen?

Eine Möglichkeit wäre, sich auf seine Rolle als Moderator zu konzentrieren und nicht als Interpret einer eigenen Meinung zum Thema. Diese kann man – erkennbar gemacht für den Zirkel – dann selbst als Teilnehmer äußern. Bei der Diskussion kontroverser Themen nochmal an die „Spielregeln“ erinnern, sachlich bleiben, sich nicht persönlich angreifen. Gerne auch Studien oder Ergebnisse zum Thema reflektieren und auf dem Flipchart präsentieren, Meinungen dazu wertfrei festhalten. Diese können im Nachgang – friedlich – diskutiert werden, ohne persönliche Vorwürfe, auf Augenhöhe.

Als Tutor arbeiten Sie eher im Hintergrund – stimmt das in Ihrem Fall und wann kommen Sie ins Spiel?

Ich sehe mich gar nicht so im Hintergrund mit meiner Arbeit als Tutor: Ich pflege einen regen Austausch ►

mit dem Team der KVH und wir sind regelmäßig mit der Planung unserer Zirkel und Schulungen beschäftigt. Ins Spiel komme ich auch, wenn in diesem Zusammenhang neue Fragestellungen oder Änderungen auftreten, zu deren Lösung ich gerne beitrage.

Wie unterstützen Sie die Moderierenden konkret?

Als Ansprechpartner für Situationen, die im Zirkel auftreten können und zu deren Klärung ich – hoffentlich – beitragen kann. Dies ist bei Nachfrage immer möglich, auch teilen wir am Ende jeder Moderierendenschulung mit, dass mit der Schulung die Unterstützung nicht beendet wird, sondern, wie gesagt, jederzeit möglich ist.

Auch vor diesem Hintergrund haben wir ja den bereits erwähnten „90 Minuten Dialog“-Zirkel ins Leben gerufen.

» *Der Nutzen des kollegialen Austauschs ist immens und in dieser Form einzigartig.* «

Welchen Nutzen haben Qualitätszirkel für die Teilnehmenden?

Als Nutzen sehe ich die kontinuierliche – gegenseitige – Fortbildung, durch direkten Austausch oder auch beispielsweise im Rahmen eines Vortrages ebenso wie durch das Gespräch im Experteninterview. Dieser Nutzen im kollegialen Austausch ist immens und gleichzeitig in dieser Form einzigartig. Er ist variierbar durch den Bezug zu Studienauswertungen, zu Evidence-Based Medicine und weiteren denkbaren Optionen. Darüber hinaus gibt es für jeden Teilnehmenden am QZ auch vier Fortbildungspunkte, für die Moderierenden fünf Punkte!

Spüren letztlich auch die Patientinnen und Patienten die Ergebnisse dieser Arbeit?

Auf jeden Fall: Gerade bei komplexen Behandlungsfällen und bei schwierigen Situationen in unserem Praxisalltag ist diese Form der Suche nach Lösungsansätzen für unsere Patientinnen und Patienten im Nachgang direkt spürbar.

Können Sie ein Beispiel nennen, das zeigt, was Qualitätszirkel bewirken können?

Im Qualitätszirkel kann man als Beispiel – im konkreten Fall meiner Praxis – eine Praxisbegehung im Hinblick auf die Umsetzung der Hygienevorschriften initiieren. Mithilfe der professionellen und kompetenten Unterstützung durch die Fachkollegin der KVH lässt sich hier im zwanglosen und sympathischen Rahmen mit den Zirkelteilnehmern die Umsetzung des Regelwerks erarbeiten. Das ist für alle ein unglaublich wertvoller Vorgang und direkt für den Praxisalltag und die Patientinnen und Patienten spürbar. Unter diesem Aspekt bewirkt der QZ also ein optimiertes Setting für die Praxis-Hygiene-Ziele.

Was begeistert Sie an der Qualitätszirkel-Arbeit bis heute?

Mich begeistert bis heute an meiner Qualitätszirkel-Arbeit der sympathisch kollegiale Umgang mit den Teilnehmenden, der Gedanke des gemeinsamen Austausches, das Reflektieren der Ereignisse in unseren Praxen und das stete Erarbeiten der vielen Themen, die uns im Lauf der Jahre bewegt haben.

Gab es einen Moment, der Ihnen gezeigt hat: Die Qualitätszirkel-Arbeit ist wirklich sinnvoll?

Es ist der Moment des Nachfragens und des Diskutierens, nicht stehen bleiben, sondern immer weiter lernen, zwanglos, fröhlich. Der Moment, wenn man auf eine scheinbar unlösbare Frage doch eine Antwort bekommt. Probieren Sie es mal aus, das funktioniert, „nobody is perfect“.

Vor welchen Herausforderungen stehen Qualitätszirkel-Tutorinnen und Tutoren aktuell?

Eine Herausforderung ist, den Austausch unter den Moderierenden weiter zu fördern und die gemeinsame Idee am Leben zu halten. Je nach Situation und Ausrichtung das gute „alte Modell“ der Präsenz-Zirkel zu beleben, aber sich auch gegebenenfalls online auszutauschen und den neuen Kolleginnen und Kollegen das Modell der Zirkel weiter „schmackhaft“ zu machen, um den Anreiz für diese Form der Qualitätsgewinnung zu erhalten.

Was wünschen Sie sich für die Weiterentwicklung der Qualitätszirkel bei der KVH?

Für die Weiterentwicklung der Qualitätszirkel bei der KVH wünsche ich mir eine weiterhin so kollegiale, fröhliche und erfolgreiche Zusammenarbeit! Vielleicht

etwas weniger Bürokratie im Zusammenhang mit der Aufteilung der Zuständigkeiten zwischen Landesärztekammer (LÄKH) und KV Hessen, mit Punkteverteilung, Anwesenheitslisten und Psychotherapeutenkammer. Die KV Hessen steht hierzu mit der LÄKH im Austausch.

glaube, wir können gemeinsam diese Idee ganz gut verwirklichen, wie wir es auch zum Finale unserer Schulungen immer wieder reflektiert bekommen. ■

DIE FRAGEN STELLTE PATRICK ZUBER

Gibt es etwas, das Ihnen im Zusammenhang mit Ihrer Tutorentätigkeit besonders am Herzen liegt?

Besonders am Herzen liegt mir, nach den vielen Jahren der guten Zusammenarbeit und Unterstützung durch die KVH einmal danke zu sagen für all diese Dinge. Ich

QUALITÄTSZIRKEL GRÜNDEN UND MODERIEREN LEICHT GEMACHT

Machen Sie mit! Die KVH unterstützt ihre Mitglieder mit Angeboten für Qualitätszirkel:

- Eine Moderatorenausbildung befähigt Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, einen QZ zu gründen
- Qualitätszirkelprotokolle können Mitglieder der KVH ganz einfach online pflegen und einreichen

- Über die KVH-Qualitätszirkelsuche finden sie bestehende QZ in Hessen, an denen sie teilnehmen können

Um einen Qualitätszirkel gründen zu können, müssen Ärztinnen oder Ärzte und Psychotherapeutinnen oder -therapeuten in Hessen eine Moderatorenausbildung haben.

INTERESSE?

Alle Informationen zu Qualitätszirkeln finden Sie unter

www.kvhessen.de/qualitaetszirkel



1. VORAUSSETZUNGEN SCHAFFEN

- Absolvierung einer anerkannten **QZ-Moderatorenschulung**



2. ANTRAG STELLEN

- **Antrag auf Anerkennung** samt Teilnehmerliste bei der KVH stellen
- KVH übermittelt die Daten an die LÄKH



3. QUALITÄTSZIRKEL STARTEN

Erhalt des:

- Anerkennungsschreibens der KVH
- Anmeldeschreibens der LÄKH

Auf dem Portal der LÄKH:

- Anmeldung des QZ vor der ersten Sitzung durch Auswahl der Fortbildungsmaßnahme und des Namens des QZ
- Generierung der Teilnehmerliste mit Veranstaltungsnummer

KONTAKT

Sie möchten sich zum Thema Qualitätszirkel beraten lassen? Dann kontaktieren Sie uns!

069 24741-7552

qualitaetszirkel@kvhessen.de

ZAHLEN & FAKTEN

FORT- UND WEITERBILDUNG IN DER KVH

TEAM FÖRDERUNG WEITERBILDUNG

FÖRDERSUMME 2024*:

38,2 MIO. EURO

**Das Förderjahr 2025 befindet sich noch in der Abrechnung*

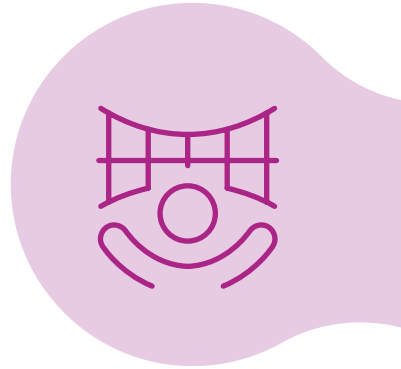
ANZAHL BESCHEIDE*:

1.982

Anstellungsgenehmigungen

1.251

Förderungen



TEAM NACHWUCHSFÖRDERUNG

6.805

veröffentlichte Inserate zu Aus- und Weiterbildung seit 2012

31

gegründete Weiterbildungsverbände; davon 27 aktiv tätig

726

Beratungs- bzw. Weiterbildungsgespräche

66

Messen/Veranstaltungen

**Die Anzahl der Bescheide resultiert aus den eingereichten Anträgen sowie allen gemeldeten Änderungen (z. B. Arbeitsstundenänderungen, frühzeitige Beendigung usw.).*

TEAM QUALITÄTS- UND VERANSTALTUNGSMANAGEMENT

FORTBILDUNGSVERPFLICHTUNG

4.531

Mitglieder erfüllten ihre Fortbildungspflicht (97 %)

QUALITÄTSMANAGEMENT (QM)

98 %

Rücklaufquote bei der QM-Stichprobenprüfung

156

QM-Beratungen

151

QEP-Bestellungen

1.181

Patientenbefragungen seit 2010

QUALITÄTSZIRKEL (QZ)

556

aktive QZ

59

QZ-Themen

47

QZ-Module

22.949

QZ-Teilnehmende

VERANSTALTUNGSMANAGEMENT

360

geplante Veranstaltungen 2026 (VA)

236

stattgefundene VA

192

Online

47

Präsenz

4.951

Teilnehmende

NEUE VERANSTALTUNGEN MIT HOHER NACHFRAGE:

- Medical English für Praxismitarbeitende – an der Rezeption
- Testabrechnung

ÄLTERE DAUERBRENNER-VERANSTALTUNGEN:

- EBM Basis (unterteilt nach Ärztinnen/Ärzten und Psychotherapeutinnen/-therapeuten)
- EBM Fortgeschrittene (für ausgewählte Fachgebiete)
- Arzneimittelverordnungen
- Heilmittelverordnungen
- Hygiene-Grundlagen für die Praxis
- Hausarztvermittlung und TSS-Terminvermittlung (TSVG) richtig abrechnen
- Hybrid-DRG und Begleitleistungen abrechnen

JETZT KONTAKT AUFNEHMEN

Wissen, das weiterbringt. Beratung, die wirkt. Wir beraten Sie individuell zu Ihrer Aus-,Fort- und Weiterbildung.



AUS- UND WEITERBILDUNG

ANGEBOT	KONTAKTDATEN	BESCHREIBUNG
FAMULATUR-FÖRDERUNG	069 24741-7050 foerderung.studierende@kvhessen.de www.kvhessen.de/studium/famulatur	<ul style="list-style-type: none"> ■ Antragsunterlagen ■ Förderbedingungen
FÖRDERUNG PRAKTISCHES JAHR	069 24741-7050 foerderung.studierende@kvhessen.de www.kvhessen.de/studium/praktisches-jahr	<ul style="list-style-type: none"> ■ Antragsunterlagen ■ Förderbedingungen
FÖRDERUNG PSYCHOTHERAPIE: FORT- UND WEITERBILDUNG	069 24741-7050 sirili@kvhessen.de www.kvhessen.de/beratung-foerderung/psychotherapie	<ul style="list-style-type: none"> ■ Antragsunterlagen ■ Förderbedingungen
FÖRDERUNG WEITERBILDUNG	069 24741-7050 weiterbildung@kvhessen.de Allgemeinmedizin: www.kvhessen.de/allgemeinmedizin Weitere Fachgebiete: www.kvhessen.de/aus-weiterbildung/facharzt-weiterbildung	<ul style="list-style-type: none"> ■ Antragsunterlagen ■ Förderbedingungen
FÖRDERUNG ZUSATZBEZEICHNUNG KLINISCHE NEURO-PSYCHOLOGIE	069 24741-7050 sirili@kvhessen.de www.kvhessen.de/foerderung/neuropsychologie	<ul style="list-style-type: none"> ■ Antragsunterlagen ■ Förderbedingungen
GENEHMIGUNG AUS- UND WEITERBILDUNG	069 24741-7050 weiterbildung@kvhessen.de www.kvhessen.de/praxis-management/aus-und-weiterbildung	<ul style="list-style-type: none"> ■ Antragsunterlagen sowie Voraussetzungen zur Beschäftigung von <ul style="list-style-type: none"> • Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung • Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Ausbildung (PIA) • Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Weiterbildung (PTW)
WEITERBILDUNG ALLGEMEINMEDIZIN UND WEITERE FACHGEBIETE	069 24741-7227 nachwuchs@kvhessen.de www.aerzte-fuer-hessen.de	<ul style="list-style-type: none"> ■ Individuelle Beratung für Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung, Weiterbildungsbefugte und Studierenden in allen Fragen der Facharzt-Weiterbildung Allgemeinmedizin und weiteren Fachgebieten



FORTBILDUNG

ANGEBOT	KONTAKTDATEN	BESCHREIBUNG
FORTBILDUNGS- VERPFLICHTUNG	069 24741-7556 fortbildung-info@kvhessen.de www.kvhessen.de/fortbildung/fortbildungsverpflichtung	<ul style="list-style-type: none"> ■ Information über die Fortbildungsverpflichtung gemäß § 95d SGB V ■ Beratung <ul style="list-style-type: none"> • zu Möglichkeiten der Fortbildungen und Nachweisführung • zur Vermeidung von Honorarkürzungen • zur Durchführung von Antragsverfahren z. B. Fristverlängerungen
QUALITÄTS- MANAGEMENT (QM)	069 24741-7551 qm-info@kvhessen.de www.kvhessen.de/qualitaetsmanagement	<ul style="list-style-type: none"> ■ Informationen zu QM und dem QM-System QEP (Qualität & Entwicklung in Praxen) ■ Bestellung der QEP-Unterlagen zum Vorzugspreis ■ Information und Anforderung von einer Patientenbefragung (digital oder Papierform) ■ QM/QEP-Beratung ■ QM-System QEP gemeinsam als Projekt erstellen
QUALITÄTSZIRKEL (QZ)	069 24741-7552 qualitätszirkel@kvhessen.de www.kvhessen.de/qualitaetszirkel QZ-Suche: www.kvhessen.de/qzsuche	<ul style="list-style-type: none"> ■ Information <ul style="list-style-type: none"> • Gründung eines QZ • Ablauf von QZ-Sitzungen • Ausbildung zu QZ-Moderatorin/Moderator • Fördermaßnahmen • Antragsunterlagen • Suche von QZ
VERANSTALTUNGS- MANAGEMENT	069 24741-7550 https://veranstaltung.kvhessen.de/kontakt https://veranstaltung.kvhessen.de	<ul style="list-style-type: none"> ■ Anmeldung zu Veranstaltungen ■ Kontaktaufnahme via Kontaktformular ■ Fragen rund um die Fortbildungs-Veranstaltungen (Fortbildungsprogramm)

RECHTLICHER RAHMEN FÜR DEN EINSATZ VON KI-SYSTEMEN

Die Digitalisierung des Gesundheitswesens schreitet rasant voran – und mit ihr hält Künstliche Intelligenz (KI) zunehmend Einzug in deutsche Arztpraxen. Ob bei der Diagnosefindung, der Therapieplanung, der Verwaltung oder der Dokumentation: KI-gestützte Systeme versprechen, den Praxisalltag effizienter, sicherer und patientenorientierter zu gestalten.

Ärztinnen und Ärzte, Praxisteams und KV Hessen stellen sich gleichermaßen die Frage: Wie lassen sich die technischen Innovationen wie KI rechtssicher und gewinnbringend in den Praxisbetrieb integrieren? Zwei Regelwerke bilden hierfür den wesentlichen Rahmen: die Verordnung (EU) 2024/1689 über Künstliche Intelligenz (EU AI Act) sowie die Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO).

WAS IST EIN KI-SYSTEM? – DIE DEFINITION NACH EU AI ACT

Bevor die rechtlichen Pflichten erläutert werden, werfen wir einen Blick darauf, was überhaupt als KI-System gilt. Der EU AI Act definiert in Artikel 3 Absatz 1 ein KI-System als:

„ein maschinengestütztes System, das für einen in unterschiedlichem Grade autonomen Betrieb ausgelegt ist und das nach seiner Betriebsaufnahme anpassungsfähig sein kann und das aus den erhaltenen Eingaben für explizite oder implizite Ziele ableitet, wie Ausgaben wie etwa Vorhersagen, Inhalte, Empfehlungen oder Entscheidungen erstellt werden, die physische oder virtuelle Umgebungen beeinflussen können.“

Diese Definition wurde bewusst breit gefasst. Im Praxisalltag können darunter zahlreiche Anwendungen fallen – von einfachen Assistenzsystemen für die Terminvergabe bis hin zu komplexen Diagnosetools, die medizinische Bildgebung analysieren.

DER EU AI ACT – RISIKOBASIERTE REGULIERUNG

Der EU AI Act verfolgt einen risikobasierten Ansatz. Das bedeutet: Je höher das Risiko ist, das von einem KI-System ausgeht, desto strenger sind die regulatorischen Anforderungen. Gleichzeitig ist die Verordnung rollenbasiert – für den Praxisbetrieb sind insbesondere die Rollen von Anbieter und Betreiber von Interesse. Für Arzt- und Psychotherapeutische Praxen und andere medizinische Einrichtungen ist vor allem die Rolle des Betreibers relevant.

Die Risikoeinstufung kann sich im Lebenszyklus eines KI-Systems ändern, sofern neue Features hinzukommen/wegfallen.

HOCHRISIKO-KI-SYSTEM IM MEDIZINISCHEN BEREICH

Für den medizinischen Bereich ist die Einstufung als Hochrisiko-System von besonderer Bedeutung. KI-Systeme, die Gesundheitsdaten verarbeiten oder die in der Diagnostik und Therapieplanung eingesetzt werden, fallen in aller Regel in diese Kategorie. Damit verbunden sind umfangreiche Anforderungen:

DIE VIER RISIKOKATEGORIEN

RISIKOKATEGORIE	BESCHREIBUNG	BEISPIEL IM PRAXISALLTAG
GERINGES RISIKO	KI-System ohne besondere regulatorische Auflagen. Allgemeine Transparenzpflichten gelten.	Spam-Filter, einfache Textverarbeitung
HOHES RISIKO	KI-System mit erhöhtem Risikopotenzial, die erweiterte Pflichten auslösen, z. B. bei der Verarbeitung personenbezogener Daten.	KI-Telefonassistenten, automatisierte Terminvergabe mit Patientendaten
HOCHRISIKO	KI-Systeme, die in sicherheitskritischen Bereichen eingesetzt werden – insbesondere bei der Verarbeitung von Gesundheitsdaten.	Diagnostik-Tools, Therapieplanung
VERBOTENE PRAKTIKEN	KI-Systeme, die gegen Grundrechte verstoßen und grundsätzlich unzulässig sind.	Biometrische Fernerkennung, Social Scoring, unterschwellige Manipulation

ONLINE-HILFE UND PRÜF-TOOL

Das Europäische KI-Office hat eine Online Hilfe eingerichtet, um zu überprüfen in welcher Rolle und Risiko-Kategorie ein KI-System liegt.

<https://ai-act-service-desk.ec.europa.eu/de/eu-pruefer-fuer-die-einhaltung-der-ki-verordnung>



KI-ANWENDUNGEN IN DER PRAXIS – BEISPIELE UND RECHTLICHE EINORDNUNG

- CE-Kennzeichnung: Hochrisiko-KI-Systeme müssen eine CE-Kennzeichnung tragen. Die Verantwortung hierfür liegt beim Anbieter.
- Transparenz und Nachvollziehbarkeit: Die Entscheidungswege des KI-Systems müssen transparent und nachvollziehbar sein. Betreiber müssen verstehen können, wie das System zu seinen Ergebnissen gelangt.
- Datenschutz-Folgenabschätzung (DSFA): Vor dem Einsatz eines Hochrisiko-Systems ist in der Regel eine Datenschutz-Folgenabschätzung gemäß der DSGVO durchzuführen. Der Hersteller ist verpflichtet, hierbei zu unterstützen.
- Kontinuierliche Überwachung: Hersteller müssen eine fortlaufende Überwachung und ein Qualitätsmanagement für ihre KI-Systeme nachweisen.
- Menschliche Aufsicht (Human in the Loop): Die Verantwortung verbleibt stets bei der behandelnden Ärztin/dem behandelnden Arzt. KI darf ausschließlich als Entscheidungsunterstützung dienen.

KI-KOMPETENZ – SCHULUNGSPFLICHTEN FÜR MITARBEITENDE

Der EU AI Act schreibt vor, dass Personen, die KI-Systeme nutzen, über eine ausreichende KI-Kompetenz verfügen müssen. Die Art und der Umfang der erforderlichen Schulung hängen dabei vom jeweiligen KI-System ab:

- Ein Expertensystem zur Analyse von Mammographie-Screenings erfordert eine andere, tiefgreifendere Schulung als ein administratives System.
- Auch Praxispersonal, das mit KI-gestützten Verwaltungstools arbeitet, muss entsprechend im Umgang geschult werden.
- Die Schulungen sollten dokumentiert werden, um die Einhaltung der Vorgaben nachweisen zu können.

Hersteller von KI-Systemen können hierbei zu Rate gezogen werden.

KI-GESTÜTZTE UNTERSTÜTZUNG BEI DIAGNOSE UND THERAPIE

KI-Algorithmen analysieren heute bereits komplexe medizinische Daten – von Laborwerten über Anamnesen bis hin zu genetischen Informationen – und liefern Ärztinnen und Ärzten fundierte Vorschläge für Diagnosen und Therapieoptionen. Solche Systeme können Muster erkennen, die dem menschlichen Auge verborgen bleiben, und so die Treffsicherheit medizinischer Entscheidungen erhöhen. Besonders in der Onkologie, Kardiologie oder bei seltenen Erkrankungen zeigen KI-gestützte Tools ihr Potenzial, indem sie Behandlerinnen und Behandler bei der Auswahl individueller Behandlungsstrategien unterstützen.

§ Rechtliche Aspekte:

Seit August 2026 gelten die vollen Bestimmungen der EU-KI-Verordnung. KI-Systeme, die in der Diagnostik oder Therapieplanung eingesetzt werden, zählen zu den Hochrisiko-Anwendungen und unterliegen strengen Auflagen: Sie müssen als Medizinprodukte zertifiziert sein (CE-Kennzeichnung), transparent arbeiten und ihre Entscheidungswege nachvollziehbar machen.

Zudem bleibt die letzte Verantwortung stets bei der behandelnden Ärztin oder beim behandelnden Arzt – KI darf nur als Entscheidungsunterstützung dienen, nicht als Ersatz für ärztliche Expertise (Stichwort „Human in the Loop“: Ärztinnen und Ärzte behalten die vollständige Kontrolle und müssen alle KI-Vorschläge überprüfen). Die (Muster-)Berufsordnung für Ärztinnen und Ärzte (MBO-Ä) verlangt etwa, dass ärztliches Handeln eigenständig und verantwortungsvoll erfolgt. KI darf nur als Unterstützungstool eingesetzt werden, nicht als Ersatz für ärztliche Entscheidungen.

Eine sorgfältige Patientenaufklärung über den Einsatz von KI ist Pflicht, solange diese noch nicht zum medizinischen Standard gehört (Stichwort: Neulandmethoden).

Werden KI-Tools genutzt, sollte dies lückenlos in der Dokumentation vermerkt werden, um Transparenz und Nachvollziehbarkeit zu gewährleisten.

Außerdem muss bei der Verarbeitung von Gesundheitsdaten der Datenschutz gewährleistet sein, sprich, die KI-Tools müssen DSGVO-konform sein. Beim Einsatz von KI im Rahmen von Diagnostik und Behandlung dürfte in der Regel keine gesonderte Einwilligung der Patienten und Patientinnen erforderlich sein, da die Datenverarbeitung durch medizinisches Fachpersonal erfolgt und für die Behandlung notwendig ist. Anders ist dies indes bei der Nutzung von Patientendaten zum Training von KI-Systemen. Hier ist besondere Vorsicht geboten.

AUTOMATISIERUNG VON VERWALTUNGSPROZESSEN

Routineaufgaben wie Terminplanung, Abrechnung oder Patientenkommunikation binden wertvolle Ressourcen in Praxen. Hier setzen KI-gestützte Tools an. Sie übernehmen repetitive Tätigkeiten, optimieren Abläufe und entlasten so das Praxispersonal. KI-Telefonassistenten beantworten Patientenfragen, Chatbots vereinbaren Termine, und intelligente Abrechnungssysteme schlagen passende Gebührensätze vor – basierend auf Diagnosen und Behandlungsverläufen.

§ Rechtliche Aspekte:

Auch bei administrativen KI-Anwendungen sind Datenschutz (DSGVO) und Compliance zentral. Da hier sensible Patientendaten verarbeitet werden, müssen auch hier die Systeme hohe Sicherheitsstandards erfüllen und DSGVO-konform betrieben werden. Die KBV betont, dass administrative KI zwar weniger strenge Anforderungen erfüllt als medizinische KI, aber dennoch klar von letzterer getrennt und transparent (Stichwort: Patientenaufklärung) eingesetzt werden muss. ▶

Auch hier gilt: Sensible Patientendaten dürfen nur unter strengen Auflagen verarbeitet werden. Die Nutzung allgemeiner KI-Cloud-Dienste (z. B. ChatGPT) ist für Patientendaten tabu. Vielmehr ist es zu empfehlen, auf eigene, in Deutschland gehostete Server oder TI-integrierte Lösungen zurückzugreifen.

Automatisierte Abrechnungssysteme müssen zudem etwa mit den gesetzlichen Vorgaben und den Abrechnungsrichtlinien der KVH konform sein.

KI IN DER DIAGNOSTIK: PRÄZISION DURCH MASCHINELLE BILDANALYSE

In der Radiologie, Dermatologie und Pathologie sind KI-Systeme bereits heute im Einsatz: Sie analysieren Röntgenbilder, MRT- oder CT-Aufnahmen und erkennen Auffälligkeiten wie Tumore, Frakturen oder Entzündungen – oft mit einer Trefferquote, die der von erfahrenen Fachärztinnen und -ärzten entspricht. Solche Tools dienen als „stille Assistenten“, die die ärztliche Diagnose absichern und die Befundungszeiten verkürzen.

§ Rechtliche Aspekte:

KI-Diagnosetools müssen als Medizinprodukte zugelassen sein und unterliegen dem EU AI Act und benötigen eine CE-Kennzeichnung. Insbesondere in der Radiologie sind hunderte KI-basierte Produkte bereits zugelassen. Entscheidend sind die Qualität der Trainingsdaten, die Interoperabilität mit bestehenden Systemen (z. B. PACS, ePA etc.) und die Einhaltung des Datenschutzes. Zudem müssen die Hersteller der KI-Tools eine kontinuierliche Überwachung und ein Qualitätsmanagement nachweisen.

Auch hier verbleibt die Verantwortung für die Diagnose selbstverständlich bei der Ärztin bzw. dem Arzt, ungeachtet dessen, ob die KI Auffälligkeiten markiert oder nicht.

Hinsichtlich der Aufklärungspflicht müssen Patientinnen und Patienten über den KI-Einsatz und diesbezügliche mögliche Grenzen informiert werden.

DIGITALE ARZTBRIEFE

Die Erstellung von Arztbriefen gehört zu den zeitintensivsten Aufgaben im Praxisalltag. KI-gestützte Systeme können hier revolutionieren: Sie transkribieren Arzt-Patienten-Gespräche in Echtzeit, fassen die wichtigsten Informationen zusammen und generieren strukturierte, vollständige Arztbriefe – direkt während oder unmittelbar nach der Konsultation. Die Ärztin oder der Arzt muss den Entwurf nur noch prüfen, ergänzen und freigeben.

§ Rechtliche Aspekte:

Die automatisierte Erstellung von Arztbriefen muss DSGVO-konform erfolgen und die ärztliche Verantwortung wahren. KI-generierte Dokumente sind stets durch die Ärztin oder den Arzt zu prüfen und freizugeben. Zudem sollten die Systeme interoperabel sein (z. B. Standards nach HL7, FHIR etc.) und eine qualifizierte elektronische Signatur (QES) unterstützen, denn diese kann als einzige elektronische Signatur die Schriftform ersetzen.

Zu beachten ist, dass Aufzeichnungen und Transkriptionen der Schweigepflicht und DSGVO unterliegen. Die Nutzung externer KI-Dienste ist nur mit expliziter Einwilligung der Patientin bzw. des Patienten und unter Wahrung der Datenhoheit zulässig.

ALLGEMEINE KI-MODELLE (GPAI) ALS RECHERCHETOOL

Allgemeine KI-Modelle (General Purpose AI), wie z. B.: Mistral, ChatGPT, Claude etc., können grundsätzlich als Recherchetool eingesetzt werden – etwa zur Literaturrecherche oder zur Vorbereitung von Fachthemen.

Dabei ist jedoch besonders darauf zu achten, dass keine personenbezogenen Daten – insbesondere keine Patientendaten – in diese Systeme eingegeben werden. Da diese in der Regel, sofern nicht in den Einstellungen angepasst, die Daten zum Training der Modelle weiterverwenden.

ORIENTIERUNGSHILFE VOR DEM EINSATZ EINES KI-SYSTEMS

Bevor Sie ein KI-System in Ihrer Praxis einsetzen, empfiehlt es sich, unter anderem folgende Fragen zu beantworten bzw. diese an Ihren Dienstleister zu stellen:

- Wo werden die Daten verarbeitet? Werden die Server in der EU / in Deutschland gehostet?
- Welche Daten werden verarbeitet? Handelt es sich um personenbezogene Daten oder Gesundheitsdaten?
- Werden mit den Daten LLMs trainiert?
- Ist der Anbieter in der EU ansässig? Gibt es einen Ansprechpartner innerhalb der EU?
- Welche Risikoeinstufung hat das System?
- Bei Hochrisiko-System zwingend erforderlich: Liegt eine CE-Kennzeichnung vor?
- Ist eine Datenschutz-Folgenabschätzung erforderlich?
- Sind Schulungen für Mitarbeitende geplant?
- Ist die Patientenaufklärung gewährleistet?
- Ist die Dokumentation sichergestellt?
- Ist die menschliche Aufsicht gewährleistet?

FAZIT

Der Einsatz von KI-Systemen in der Arztpraxis bietet erhebliches Potenzial – von der Verbesserung der Diagnosequalität über die Entlastung bei Verwaltungsaufgaben bis hin zur effizienteren Dokumentation. Gleichzeitig erfordert die Nutzung dieser Technologien ein klares Verständnis des technischen und rechtlichen Rahmens.

Der EU AI Act gibt mit seinem risikobasierenden Ansatz die Leitplanken vor und definiert klare Pflichten für Anbieter und Betreiber. In Kombination mit der DSGVO wird so auch sichergestellt, dass der Schutz sensibler Gesundheitsdaten jederzeit gewährleistet ist. ■

ANNE KÜTEMEYER, DUSTIN LEIBNITZ,
PAUL WIENHOLTZ

KRANKHEITSBILD IM DETAIL

Unsere Serie bündelt verfügbare Daten und Fakten zu Krankheitsbildern in kompakter Form. Dieses Mal im Fokus:

GLAUKOM/GRÜNER STAR (ICD H40.- G)

Ein Glaukom wurde 2024 bei **fast 170.000 Patientinnen und Patienten** gesichert diagnostiziert. Mit **60 %** sind mehr Frauen von der Erkrankung betroffen als Männer.

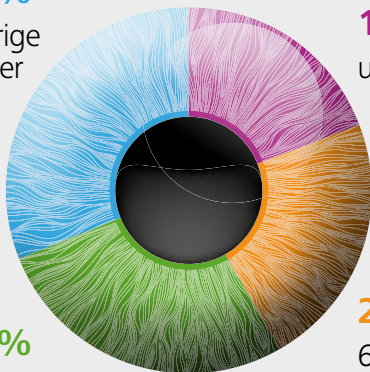
Mehr als zwei Drittel der Erkrankten sind über 65 Jahre alt.



AUFTEILUNG DER ERKRANKTEN NACH ALTERSGRUPPEN (2024)

31,1 %

80-Jährige und älter



19,2 %

unter 60-Jährige

27,0 %

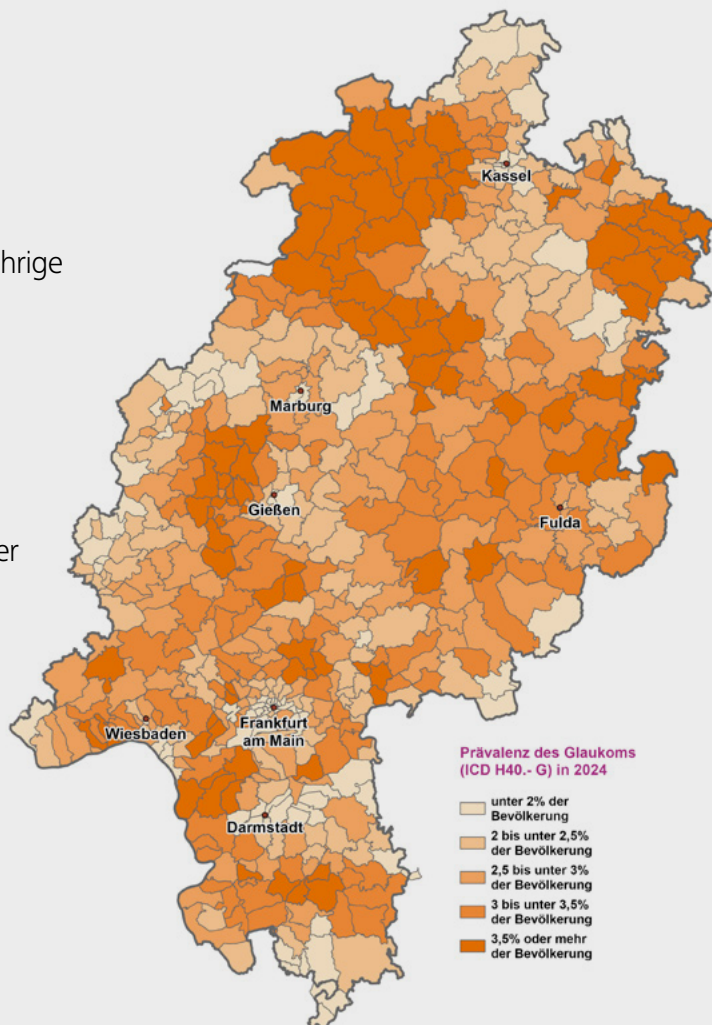
70- bis unter 80-Jährige

22,7 %

60- bis unter 70-Jährige

DIGEST AUS DEM PSCHYREMBEL:

Das Glaukom ist im Volksmund auch als grüner Star bekannt. Es ist eine Sammelbezeichnung für verschiedene Augenerkrankungen, die meist einhergehen mit einer Erhöhung des Augeninnendrucks. In den Industrieländern ist es eine der häufigsten Ursachen für Erblindung. Unterscheiden lassen sich unter anderem primäres und sekundäres Glaukom. Bei Letzterem handelt es sich etwa um die Folge einer Augenverletzung oder einer Augenentzündung.



APPS AUF REZEPT

Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) sind Teil der Regelversorgung. Was sind die Voraussetzungen, wie ist die Nutzenbewertung und wie funktioniert die praktische Verordnung digitaler Anwendungen?

Mit dem Digitale-Versorgung-Gesetz (DVG) wurden Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) 2019 in die Regelversorgung der gesetzlichen Krankenversicherung aufgenommen. Damit haben ca. 73 Millionen Versicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung einen Anspruch auf DiGA, die von Ärztinnen und Ärzten sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten verordnet werden können.

Digitale Gesundheitsanwendungen sind damit ein fester Bestandteil der Versorgung geworden. Für Ärztinnen und Ärzte bedeutet dies, digitale Angebote kompetent einzuordnen, indikationsgerecht zu verordnen und realistische Erwartungen an Nutzen und Grenzen zu vermitteln. Richtig eingesetzt können DiGA die Behandlung sinnvoll ergänzen und die Versorgung erweitern.

DiGA sind CE-gekennzeichnete Medizinprodukte der Risikoklasse I oder IIa und seit Inkrafttreten des Digital-Gesetzes (DigiG) auch der höheren Risikoklasse IIb, deren Hauptfunktion auf digitalen Technologien beruht. Sie dienen der Unterstützung bei Diagnose, Therapie oder Monitoring von Erkrankungen, aber auch der Wissensvermittlung, indem sie über Krankheitsbilder informieren und die Gesundheitskompetenz sowie die

Autonomie der Patientinnen und Patienten im Alltag fördern. In der Regel werden sie selbstständig von den Patientinnen und Patienten genutzt.

POSITIVER VERSORGUNGSEFFEKT ALS ZULASSUNGSKRITERIUM

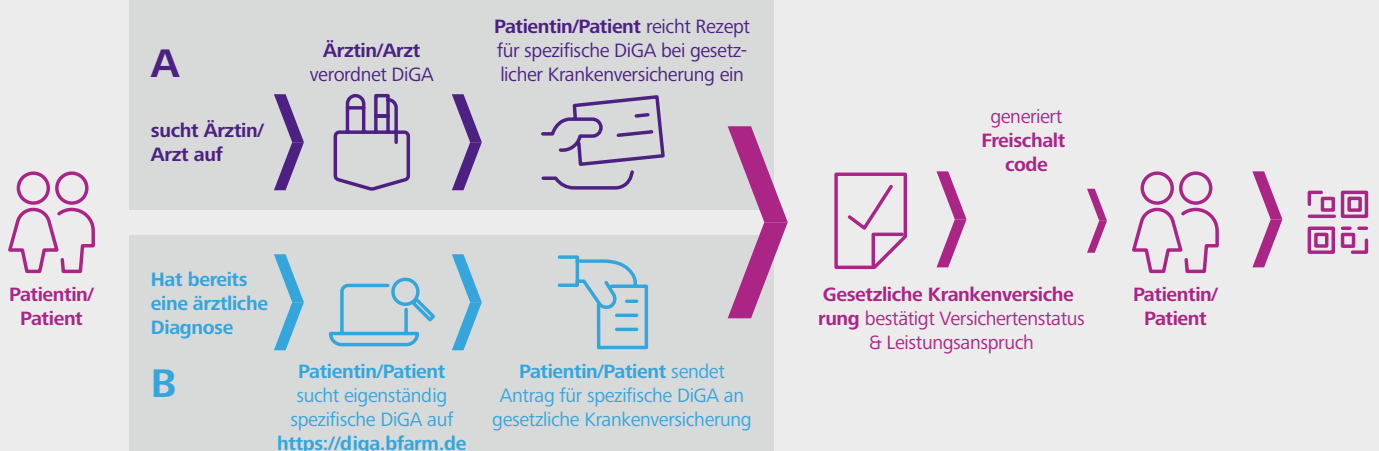
Für die Aufnahme in das DiGA-Verzeichnis müssen Hersteller durch das „Fast-Track-Verfahren“ des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) einen positiven Versorgungseffekt nachweisen. Dieser kann entweder ein medizinischer Nutzen (z. B. Symptomverbesserung) oder eine patientenrelevante Struktur- und Verfahrensverbesserung sein, etwa eine bessere Therapieadhärenz. Die Anwendung muss außerdem technische Anforderungen an Funktionalität, Sicherheit und Interoperabilität (Datenaustausch mit anderen Systemen) erfüllen. Da sensible Gesundheitsdaten verarbeitet werden, gelten extrem strenge Vorgaben gemäß der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) und spezifischer Sicherheitskriterien des BfArM. Die Verantwortung für die Datenverarbeitung liegt beim jeweiligen Anbieter, nicht bei der verordnenden Ärztin oder dem Arzt. Die Hauptfunktion der App muss digital sein und primär von der Patientin oder vom Patienten selbst genutzt werden können (keine reine Arzt-Software).

WEITERE INFORMATIONEN

<https://diga.bfarm.de/de/verzeichnis>



WIE ERHÄLT DIE PATIENTIN ODER DER PATIENT DIE DIGA UND WIE ERFOLGT DIE KOSTENÜBERNAHME DURCH DIE KRANKENKASSE?



Einige DiGA werden zunächst vorläufig aufgenommen. In dieser Phase erheben die Anbieter die erforderlichen Evidenzdaten. Für die Praxis gilt: Auch vorläufig gelistete DiGA sind voll erstattungsfähig und verordnungsfähig.

DAS DIGA-VERZEICHNIS DES BfARM

Verordnungsfähig sind ausschließlich Anwendungen, die im DiGA-Verzeichnis des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) gelistet sind. Die Nutzung des Verzeichnisses ist Voraussetzung für eine indikationsgerechte Verordnung.

Im DiGA-Verzeichnis werden für DiGA-Nutzerinnen und Nutzer sowie für Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und -therapeuten wesentliche Informationen zu den DiGA zusammengefasst. Hier finden Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und -therapeuten auch wichtige Informationen, die sie unmittelbar zur Verordnung einer von ihnen gewählten Verordnungseinheit (DiGA-E) der erstattungsfähigen DiGA für eine Patientin oder einen Patienten mit vorliegender Indikation nutzen können. Die wichtigsten verordnungsrelevanten Informationen werden auch vom jeweilig genutzten Praxisverwaltungssystem (PVS) bereitgestellt. Aus technischen Gründen bildet dies aber oft nur einen Ausschnitt der im Verzeichnis zur Verfügung stehenden Information ab, sodass es insbesondere bei neu aufgenommenen DiGA besser ist, sich direkt im Verzeichnis zu informieren.

Schlüssel zur Verordnung einer bestimmten DiGA-VE (DiGA-Versorgungseinheit) ist, analog z. B. zu unterschiedlichen Dosierungen und Packungsgrößen bei Arz-

neimitteln, die Pharmazentralnummer (PZN), die dazu auf dem Verordnungsvordruck (Muster 16) angegeben werden muss. Eine Tabelle vorgesehener Verordnungseinheiten einschließlich der jeweiligen Eigenschaften und der zugehörigen Pharmazentralnummer (PZN) finden Sie im Verzeichnis auf der Informationsseite für Leistungserbringer auf der Internetseite des BfArM. Nach Bewilligung erhalten Patientinnen und Patienten einen Freischaltcode, mit dem sie die DiGA aktivieren können. Die Kosten werden vollständig von der gesetzlichen Krankenversicherung übernommen. Die Verordnung selbst ist für Ärztinnen und Ärzte extrabudgetär, belastet also nicht das Arzneimittel- oder Heilmittelbudget. Eine Folgeverordnung kann nach 90 Tagen erfolgen. ■

KATHARINA SAUERBIER

SCHON GEWUSST?

Informationen zu den DiGAs mit einer tabellarischen Übersicht zu Diagnosen, PZN und Kontraindikationen finden Sie auch unter

www.kvhaktuell.de



BESONDERS RELEVANT FÜR DEN PRAXISALLTAG SIND:

- **PZN und genaue Bezeichnung:** Für die Verordnung auf Muster 16 (Kassenrezept) werden die Pharmazentralnummer (PZN) und der exakte Name der DiGA benötigt.
- **Indikation (ICD-10):** Das Verzeichnis listet präzise auf, für welche Diagnoseschlüssel die DiGA zugelassen ist. Eine Verordnung ohne passende medizinische Indikation ist nicht zulässig.
- **Kontraindikationen & Ausschlusskriterien:** Ärztinnen und Ärzte müssen prüfen, ob bei der Patientin oder dem Patienten Umstände vorliegen, die eine Nutzung verbieten (z. B. bestimmte Begleiterkrankungen oder ein Mindestalter).
- **Ärztliche Begleitleistungen:** Das Verzeichnis gibt an, ob für die Therapie mit der App zusätzliche ärztliche Leistungen (z. B. regelmäßige Kontrolluntersuchungen oder Labortests) erforderlich oder empfohlen sind.
- **Nachweis des Nutzens:** Fachkreise finden hier Zusammenfassungen der Studienlage zum positiven Versorgungseffekt (pVE), um die medizinische Qualität der Anwendung besser einschätzen zu können.
- **Technische Voraussetzungen:** Infos dazu, ob die Patientin oder der Patient ein bestimmtes Betriebssystem (iOS/Android) oder Hardware benötigt, damit die Therapie nicht an technischen Hürden scheitert.



DiGA als App Patientin/Patient kann DiGA mit Freischaltcode auf entsprechender Plattform downloaden und aktivieren



DiGA als Webanwendung Patientin/Patient aktiviert Webanwendung mit Freischaltcode auf entsprechender Website

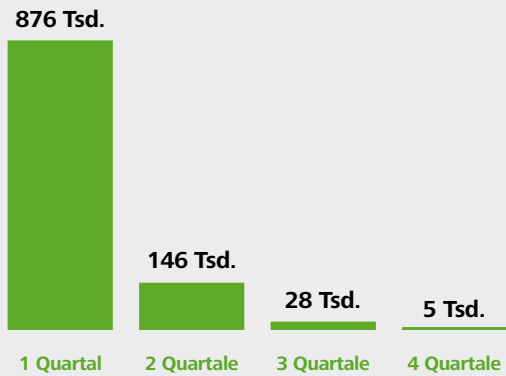
IM WARTEZIMMER

Die Serie „IM WARTEZIMMER“ gibt Auskunft über die Patientenstruktur einer jeweiligen Arztgruppe. Betrachtet werden die Alters- und Geschlechterverteilung sowie die Häufigkeit der Inanspruchnahme im letzten abgeschlossenen Abrechnungsjahr.

PATIENTENSTRUKTUR IM JAHR 2024 BEIM HESSISCHEN ÄRZTLICHEN BEREITSCHAFTSDIENST (ÄBD)

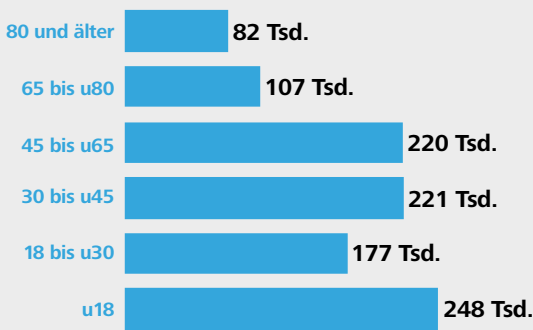
INANSPRUCHNAHME DER ARZTGRUPPE

Wieviele Personen waren in wievielen Quartalen bei der Arztgruppe in Behandlung? (Patientenzahl)



ALTERSVERTEILUNG

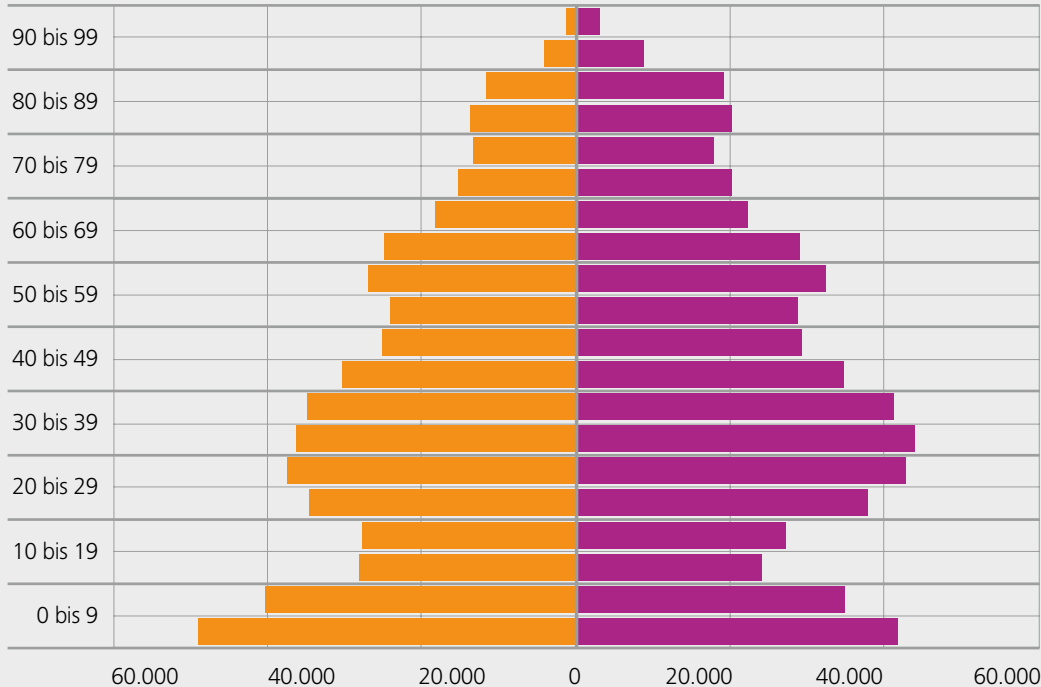
Patientenzahl nach 6 Altersgruppen



1,05 MIO.
behandelte Patientinnen und Patienten im Jahr 2024

ALTERSPYRAMIDE

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



38,6 JAHRE
Durchschnittsalter

Durchschnittlich nahmen **47,0 % Männer** und **53,0 % Frauen** den Ärztlichen Bereitschaftsdienst in Anspruch.

STARK IM TEAM

Ihre Mitarbeitenden sind unzufrieden, kündigen oder lassen bei der Qualität der Arbeit deutlich nach?

Das ist gerade in der heutigen Zeit ein großes Problem.

Schlechte Stimmung geht auch an Ihren Patientinnen und Patienten nicht spurlos vorbei, denn sie fühlen sich unwohl und wechseln die Praxis. Gelöste Konflikte helfen dabei, das Team weiterzuentwickeln und zu stärken. Ungelöste Konflikte sind Gift für das Betriebsklima und das Image der Praxis. In diesem Workshop erhalten Sie praxiserprobtes Handwerkszeug, um Ihr persönliches Stressmanagement zu verbessern. Achten Sie auf Ihr Team, denn es ist der Schlüssel zum Erfolg. Es gilt das Sprichwort: „Zusammenkommen ist ein Beginn, Zusammenbleiben ein Fortschritt, Zusammenarbeiten ist Erfolg.“

GENERATION Z UND ALPHA ALS MITARBEITENDE GEWINNEN UND BINDEN

In diesem Workshop erfahren Sie, wie Sie junge Fachkräfte der Generationen Z und Alpha für Ihre Praxis begeistern und langfristig ans Team binden können.

Hier geht es um die Frage, wie Sie Ihre eigenen Werte und die Kultur Ihrer Praxis authentisch an die nächste Generation vermitteln können. Gerade in Praxen, die weniger hierarchisch und stärker teamorientiert geführt werden, ist es wichtig, Kommunikationsprozesse bewusst zu gestalten und dabei das Wissen und die Erfahrung aller Mitarbeitenden zu nutzen.

Sie werden im Workshop eigene Kommunikationsstrategien entwickeln und erkennen Generationenunterschiede nicht als Hürde, sondern als Chance für Zusammenarbeit und Innovation.

SIE ERFAHREN MEHR ÜBER

- Prinzipien für den positiven Umgang untereinander, Feedback und Feedback-Regeln
- Umgang miteinander unter Druck
- konstruktive Kritikgespräche
- Gesprächsübungen mit Analyse
- Übungen zur Motivation

Zielgruppe: *Praxismitarbeitende*

Leitung: *„Das Praxismanagement“ Sanker & Eckmann GbR, Buchenbach*

Gebühr: *60,00 Euro*

Fortbildungspunkte: *0*

Termin: *Fr. 22. Mai 2026, 15.00 bis 18.30 Uhr, Online (Kurs 11665)*

THEMENSCHWERPUNKTE

- Praxis als attraktiven Arbeitgeber positionieren
- Werte und Erwartungen der Generationen Z und Alpha
- eigene Werte und eigene Praxiskultur
- bestehende Stereotype hinterfragen
- Unterschiede als Chance sehen
- Bewerbende gezielt ansprechen
- teamorientierte Kommunikation fördern

Zielgruppe: *Ärztinnen und Ärzte, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten*

Leitung: *Manuel Klos, Kommunikationspsychologe B.Sc., Dozent an der Akademie Deutscher Genossenschaften e. V. für Young Professionals Frankfurt am Main*

Gebühr: *120,00 Euro*

Fortbildungspunkte: *0*

Termin: *Sa. 23. Mai 2026, 9.00 bis 16.00 Uhr, KVH Frankfurt (Kurs 11680)*

**ANMELDUNG
ZU ALLEN
VERANSTALTUNGEN
UNTER:**

[https://
veranstaltung.
kvhessen.de/
veranstaltungen](https://veranstaltung.kvhessen.de/veranstaltungen)





Save the Date
20. Mai 2026
Idstein

Save the Date
10. Juni 2026
Borken

Gemeinsam Versorgung stärken:

Sie sind Hausärztin, Hausarzt, Kinderärztin, Kinderarzt, Ärztin oder Arzt in Weiterbildung im Untertaunus oder im Schwalm-Eder-Kreis oder Sie sind an einer Niederlassung/Anstellung in der jeweiligen Region interessiert?

Dann freuen wir uns, Sie bei der Veranstaltungsreihe #FokusVersorgung begrüßen zu dürfen!

Ihre BeratungsCenter Rhein-Main und Mittelhessen der KVH

BeratungsCenter Rhein-Main
Tel 069 24741-7600
beratung-rheinmain@kvhessen.de

BeratungsCenter Mittelhessen
Tel 0641 4009-314
beratung-mittelhessen@kvhessen.de

Darauf können Sie sich freuen:

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

Die Veranstaltung ist mit
3 Fortbildungspunkten zertifiziert.



Jetzt anmelden unter:
www.kvhessen.de/fokusversorgung

Folgen Sie der
KVH auf Instagram,
Facebook und
LinkedIn.

KASSENÄRZTLICHE
VEREINIGUNG
HESSEN

KVH

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.

Welche neuen ICD-Kodes wurden zum 1. Januar 2026 aufgenommen und in welchem Turnus erfolgt zukünftig die routinemäßige Weiterentwicklung der ICD-10-GM?

Alle neu zum 1. Januar 2026 aufgenommenen ICD-Kodes finden Sie auf unserer Homepage (*siehe Infokasten rechts*). Die routinemäßige Weiterentwicklung der ICD-10-GM erfolgt zukünftig im dreijährigen Turnus.

Ab wann gilt die neue Systematik für die Abrechnung bei paarigen Organen und einer beidseitigen Operation im Rahmen des ambulanten Operierens und was ändert sich bei der Kennzeichnung?

Im Rahmen des ambulanten Operierens kennzeichnen Ärztinnen und Ärzte ab dem 1. Januar 2026 bei paarigen Organen oder Körperteilen neu mit dem jeweiligen Zusatzkennzeichen „R“ und „L“. Es reicht nicht mehr aus, den OPS-Kode mit „B“ anzugeben.

Besteht die Möglichkeit, die Muster-Formulare online zu bestellen, oder ist die Bestellung ausschließlich per Fax vorgesehen?

Sie haben die Möglichkeit, die Muster-Formulare einfach und bequem im Webshop der Firma Rieco zu bestellen. Den entsprechenden Link zur Online-Plattform unseres Dienstleisters finden Sie auf unserer Homepage (*siehe Infokasten rechts*).

KORREKTUR zu „Wie war das?“ AUSGABE NR. 1/Februar 2026

Bei der Frage, welche neue GOP für die Aktualisierung des Notfalldatensatzes abgerechnet werden kann, haben wir geschrieben, dass die seit dem 1. Januar 2026 neu im EBM aufgenommene GOP 01643 für die Aktualisierung des Notfalldatensatz auf der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) für die Patientin bzw. den Patienten nicht im Ärztlichen Bereitschaftsdienst (ÄBD) abgerechnet werden kann. Das stimmt nicht. Die GOP 01643 kann auch im ÄBD abgerechnet werden. Wir bitten den Fehler zu entschuldigen.

ALLE NEUEN
ICD-KODES
(AB 1. JANUAR 2026)
UNTER:

[www.kvhessen.de/
abrechnung-ebm/
icd-kodieren](http://www.kvhessen.de/abrechnung-ebm/icd-kodieren)



MUSTER-
FORMULARE
ONLINE
BESTELLEN
UNTER:

[www.kvhessen.de/
praxismanagement/
praxismaterial-
bestellen](http://www.kvhessen.de/praxismanagement/praxismaterial-bestellen)



HABEN SIE WEITERE FRAGEN?

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

info.line@kvhessen.de



069 24741-7777

AUF DEN PUNKT.

erscheint wieder im Juni

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

IHR KONTAKT ZU UNS

info.line 069 24741-7777
069 24741-68826 (Fax)
info.line@kvhessen.de

Montag bis Freitag: 7.00 bis 17.00 Uhr

■ BERATUNG VOR ORT

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

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

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

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

■ ONLINEPORTAL

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

■ ARZNEI-, HEIL- UND HILFSMITTELBERATUNG

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

■ KOORDINIERUNGSSTELLE

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

■ ÄRZTLICHES KOMPETENZZENTRUM HESSEN

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

■ QUALITÄTS- UND VERANSTALTUNGSMANAGEMENT

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

NR. 2 \ APRIL 2026

OFFIZIELLE BEKANNTMACHUNGEN

ABRECHNUNG

AOP-KATALOG ERWEITERT

Neuer OPS-Kode aufgenommen

■ SEITE 2

ONKOLOGIE-VEREINBARUNG GEÄNDERT

Subkutane medikamentöse Tumorthherapie abrechnen

■ SEITE 3

ANLAGE 4A ZUM BMV-Ä GEÄNDERT

Ersatzverfahren für Kinder und Jugendliche bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres einsetzen

■ SEITE 4

EBM AKTUELL

EBM-Änderungen seit 1. Januar 2026

■ SEITE 5

QUALITÄT

SEKTORENÜBERGREIFENDE QUALITÄTSSICHERUNG (SQS)

Änderung der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung

■ SEITE 7

SONSTIGES

DEUTSCHE GESETZLICHE UNFALLVERSICHERUNG E. V. (DGUV)

Zulassung zum Durchgangsarztverfahren

■ SEITE 8

**NEUER OPS-KODE
AUFGENOMMEN**

Zum 1. Januar 2026 wurden eine neue Operation in den AOP-Katalog aufgenommen sowie Anpassungen an den aktuellen Stand des Anhang 2 im EBM. In Abschnitt 1 des AOP-Kataloges wurde neu die Injektion bei Ostiuminsuffizienz (transurethral) aufgenommen:

LEISTUNGEN ÜBERBLICKEN		
OPS 2026	ZUSATZ- KENN- ZEICHEN 2026	OPS-TEXT 2026
5-569.62	↔	Andere Operationen am Ureter: Injektion bei Ostiuminsuffizienz: Transurethral

ANLAGE 2 ANGEPASST

Bei den Kontextfaktoren (Anlage 2 AOP-Vertrag) erfolgten Anpassungen bei Eingriffen an den Augenmuskeln. Diese Änderung wurde aufgrund des vollständigen Wegfalls der Angabe der Seitenlokalisierung an OPS-Kodes für kombinierte Operationen an den Augenmuskeln (OPS 5-10k ff.) notwendig.

**VERGÜTUNG DER
FRAKTURZUSCHLÄGE ERHÖHT**

Ärztinnen und Ärzte erhalten bei den Frakturzuschlägen (Anlage 3 des AOP-Vertrages) aufgrund der Anpassung des Orientierungswertes zur Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen für 2026 eine höhere Vergütung.

Ärztinnen und Ärzte rechnen bei der Versorgung von Frakturen sowie bei einer geschlossenen Reposition von Frakturen ohne Osteosynthesen einen Zuschlag (Pseudo-GOP 85501 bis 85522) neben der Operationsleistung aus dem Abschnitt 31.2 beziehungsweise neben der konservativen Behandlung aus Abschnitt 31.6 des EBM ab. Möglich ist das bei allen OPS-Kodes, die in der Anlage 3 des AOP-Vertrages aufgeführt sind.

WEITERE WICHTIGE ÄNDERUNGEN

Die Regelung zu den mit „*“ gekennzeichneten EBM-GOP, die bei Durchführung der jeweiligen Prozedur entsprechend abgerechnet werden können, auch wenn der Leistungsinhalt der OP nicht oder nicht vollständig erfüllt ist, wurde bis 30. Juni 2026 verlängert. ■

EBM-FR

SUBKUTANE MEDIKAMENTÖSE TUMORTHERAPIE ABRECHNEN

Die Onkologie-Vereinbarung wurde zum 1. Januar 2026 angepasst. Die auf Bundesebene aktualisierte Vereinbarung wird als Anlage 7 zum BMV-Ä veröffentlicht. Ärztinnen und Ärzte können die neue Kostenpauschale 86522 für die subkutane medikamentöse Tumorthherapie abrechnen. Darüber hinausgehend beachten sie eine Fristverlängerung bei der EDV-Dokumentation.

Die neue Kostenpauschale 86522 können Ärztinnen und Ärzte als Zuschlag zu den Kostenpauschalen 86510 (Behandlung florider Hämoblastosen) und 86512 (Behandlung solider Tumore) abrechnen.

Sie können die Kostenpauschale 86522 einmal im Behandlungsfall bei Verabreichung von mindestens einem subkutan applizierten Tumorthapeutikum der ATC-Klasse L01-Antineoplastische Mittel ansetzen. Ausgenommen sind hierbei Medikamente der ATC-Klassen L01CH-Homöopathische und anthro-
posophische Mittel und L01CP-Pflanzliche Mittel.

Dies gilt auch für die subkutane Applikation eines Tumorthapeutikums im Rahmen eines bei der zuständigen Bundesoberbehörde (BfArM oder PEI) angezeigten Arzneimittel-Härtefallprogramms („Compassionate Use“), sofern diese der Anzeige nicht widersprochen hat. Sollte ein subkutan appliziertes Tumorthapeutikum noch keinen gültigen ATC-Code tragen, muss eine zukünftige Klassifizierung unter ATC-Klasse L mindestens anzunehmen sein.

Bei der Abrechnung der Kostenpauschale 86522 geben sie das verwendete Medikament oder die verwendeten Medikamente im Feld „freier Begründungstext“ (Feldkennung 5009) an.

Ihr Gebührenwert beträgt 70 Prozent des Gebührenwertes der Kostenpauschale 86516 für die intravasale medikamentöse Tumorthherapie.

Durch die Aufnahme der neuen Kostenpauschale ergeben sich weitere Folgeanpassungen in der Onkologie-Vereinbarung, die Bestandteil der Änderungsvereinbarung sind.

Die Fristen zum EDV-technischen Zugriff auf Patientendaten in onkologischen Kooperationsgemeinschaften in § 6 Absatz 7 der Onkologie-Vereinbarung und zur Einführung einer EDV-Dokumentation in Anhang 1 Satz 3 werden jeweils um zwei weitere Jahre bis zum 1. Januar 2028 verlängert.

Um die Kostenpauschalen aus der Onkologie-Vereinbarung abzurechnen, benötigen Ärztinnen und Ärzte eine Genehmigung zur Teilnahme an der Onkologie-Vereinbarung der KV Hessen. ■

EBM-FR

WEITERE INFORMATIONEN

zur **Genehmigung**
finden Sie unter:

[www.kvhessen.de/
genehmigung/
onkologie](http://www.kvhessen.de/genehmigung/onkologie)



ERSATZVERFAHREN FÜR KINDER UND JUGENDLICHE BIS ZUR VOLL- ENDUNG DES 18. LEBENSJAHRES EIN- SETZEN

Das Ersatzverfahren kann seit dem 1. Januar 2026 auch dann durchgeführt werden, wenn eine Versicherte oder ein Versicherter, die/der das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, die elektronische Gesundheitskarte nicht vorlegen oder eine elektronische Ersatzbescheinigung nicht übermitteln kann.

Für das Ersatzverfahren werden folgende Daten des Kindes oder Jugendlichen erhoben:

- Bezeichnung der Krankenkasse
- Name und Geburtsdatum
- Versichertenart
- Postleitzahl des Wohnorts
- nach Möglichkeit die Versichertennummer

Durch eine Unterschrift auf dem Abrechnungsschein (Vordruckmuster 5) ist von einem Elternteil zu bestätigen, dass das Kind gesetzlich krankenversichert ist. Dies gilt nicht für das Vordruckmuster 19 (Notfall-/Vertretungsschein), sofern es im Notfalldienst versendet wird. Die Unterschrift entfällt auch, wenn die oder der Versicherte die Behandlung ohne Begleitung einer Vertreterin oder eines Vertreters in Anspruch nimmt. ■

EBM-FR

EBM-ÄNDERUNGEN SEIT 1. JANUAR 2026

Die weiteren EBM-Änderungen zum 1. Januar 2026 sind bereits in der vorherigen Ausgabe Nr. 6/2025 und 1/2026 veröffentlicht.

BESUCHE NACH GOP 01410 UND 01413 ABRECHNEN: KENNZEICHNUNG ENTFÄLLT

Seit dem 1. Januar 2026 müssen Ärztinnen und Ärzte die Besuchsleistungen nach den GOP 01410 (Besuch) und 01413 (Besuch eines weiteren Kranken) nicht mehr im Zusammenhang mit der Durchführung von probatorischen Sitzungen im Krankenhaus gemäß § 12 Abs. 6 der Psychotherapie-Richtlinie kennzeichnen. Die bundeseinheitliche Kennzeichnung mit dem Suffix „K“ ist demnach nicht mehr erforderlich. Hierzu erfolgten Anpassungen der ersten Anmerkung zur GOP 01410 im Abschnitt 1.4 und der zweiten Anmerkung zur GOP 01413 im Abschnitt 1.4 des EBM.

EPA-UNTERSTÜTZUNGSLEISTUNG MIT KONSULTATIONSPAUSCHALE ABRECHNEN

Ärztinnen und Ärzte, welche ausschließlich im Rahmen einer Überweisung tätig werden und die Konsultationspauschale nach der GOP 01436 abrechnen, können seit dem 1. Januar 2026 die GOP 01647 (Zusatzpauschale ePA-Unterstützungsleistung) ansetzen, wenn sie medizinische Daten aus dem aktuellen Behandlungskontext in der elektronischen Patientenakte (ePA) erfassen, verarbeiten und speichern. Hierzu erfolgt die Aufnahme der GOP 01436 in die Leistungslegende der GOP 01647 im Abschnitt 1.6 EBM.

SONOGRAPHIE DER SÄUGLINGSHÜFTEN BEI U3 ABRECHNEN

Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendchirurgie können seit dem 1. Januar 2026 die Sonographische Untersuchung der Säuglingshüften nach der GOP 01722 abrechnen. Hierzu erfolgte die Aufnahme der GOP 01722 in die Nr. 3 der Präambel 7.1 im EBM. Zuvor konnten die Leistung ausschließlich Fachärztinnen und Fachärzte für Orthopädie und Fachärztinnen und Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie abrechnen.

IMPLANTATEREGISTER: ENDOPROTHESEN AN HÜFT- UND Kniegelenken

Seit dem 1. Januar 2026 erhalten Fachärztinnen und Fachärzte für Chirurgie, Orthopädie oder Orthopädie und Unfallchirurgie für die Meldung an das Implantateregister bei Endoprothesen an Hüft- und Kniegelenken für die GOP 01966 eine höhere Vergütung. Die Bewertung der GOP 01966 steigt auf 16,18 Euro (127 Punkte). Ab der siebten Leistung in der Praxis im Quartal sinkt die Bewertung auf 5,99 Euro (47 Punkte); bundeseinheitlicher Orientierungspunktwert 2026 ist 12,7404 Cent.

Die GOP 01966 rechnen Fachärztinnen und Fachärzte für Chirurgie oder Orthopädie oder Orthopädie und Unfallchirurgie als Zuschlag zu einem Eingriff mit Endoprothesen an Hüft- und/oder Kniegelenken nach dem Unterabschnitt 31.2.4 (operative Eingriffe an Knochen und Gelenken) oder 36.2.4 (belegärztliche operative Eingriffe an Knochen und Gelenken) je Meldung an das Implantateregister ab.

Praxen erhalten von der Implantateregisterstelle nach erfolgter Meldung der implantatbezogenen Maßnahme unverzüglich eine elektronische Meldebestätigung (unter anderem Melde-ID, Hash-String und Hash-Wert) über die Erfüllung der Meldepflicht. Die Melde-ID geben Praxen für die Abrechnung in der Feldkennung (FK) 5050, den Hash-String in der FK 5051 und den Hash-Wert in der FK 5052 an.

Die Kostenpauschale 40162 können sie für die anfallende Meldegebühr im Zusammenhang mit einer Meldung an das Implantateregister je Meldung abrechnen.

ZUSCHLAG ZUR KONSILIARPAUSCHALE 17214 ABRECHNEN

Seit dem 1. Januar 2026 können Ärztinnen und Ärzte die GOP 17214 (Zuschlag zur Konsiliarpauschale 17210 bei Neugeborenen, Säuglingen, Kleinkindern und Kindern) neu in Behandlungsfällen mit ausschließlichem Arzt-Patienten-Kontakt im Rahmen einer Videosprechstunde abrechnen. Die Abschlagshöhe für den Zuschlag beträgt in diesem Fall 20 Prozent. Hierzu wurde die GOP 17210 in Satz 2 der Nr. 1 des fünften Absatzes der Nr. 4.3.1 der Allgemeinen Bestimmungen aufgenommen.

**WEITERE
INFORMATIONEN**

zur **Genehmigung
Radiologie:**

www.kvhessen.de/genehmigung/strahlentherapie



zur **Genehmigung
Onkologie:**

www.kvhessen.de/genehmigung/onkologie



INFOS

zu allen **EBM-
Änderungen:**

www.kvhessen.de/abrechnung-ebm/neu-im-ebm



Rechnen sie die GOP 17214 ausschließlich im Rahmen einer Videosprechstunde ab, kennzeichnen sie die Leistung in der Abrechnung mit dem Suffix „V“ (17214V), und sie können zusätzlich den Technikzuschlag nach GOP 01450 abrechnen. Für die Abrechnung der Videosprechstunde benötigen sie zudem einen zertifizierten Videodienstanbieter. Diesen melden sie der KVH über das Formular „zertifizierten Videodienstanbieter melden“. Die GOP 01450 kann nur die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt abrechnen, die/der die Videofallkonferenz initiiert.

**KAPITEL 37:
STRUKTURELLE ANPASSUNGEN
VORGENOMMEN**

Zum 1. Januar 2026 erfolgten Anpassungen des Kapitel 37 (Versorgung gemäß Anlage 27 und 30 zum BMV-Ä, der Vereinbarung nach § 132g Abs. 3 SGB V, der KSVPsych-RL, der KJ-KSVPsych-RL, der AKI-RL und der LongCOV-RL) im EBM. Aktuell beinhaltet die Präambel 37.1 verschiedene Regelungen, welche GOP des Kapitels von welchen Ärztinnen und Ärzten abgerechnet werden dürfen. Diese Einteilung ist jedoch aufgrund der Struktur und Diversität des Kapitels 37 unübersichtlich.

Um die Zuordnung der Ärztinnen und Ärzte zu den abrechnungsfähigen Leistungen künftig zu erleichtern, wurden die Präambel 37.1 gestrichen und die Regelungen der Nummern 1 bis 11 in die entsprechenden Bestimmungen des jeweils passenden Abschnitts im Kapitel 37 überführt. Der Abschnitt 37.1 bleibt in der Folge unbesetzt. Diese Umstrukturierung führte zu verschiedenen redaktionellen Anpassungen bei GOP, die auf die Bestimmungen zu den Abschnitten 37.2, 37.3, 37.4, 37.5 und 37.7 Bezug nehmen.

**LONG-COVID:
ÄNDERUNGEN BEACHTEN**

Seit dem 1. Januar 2026 wurden Anpassungen im Rahmen der Abrechnung von Leistungen zu Long-Covid vorgenommen. Aufgrund abweichender Darstellung im ICD-10-GM 2026 erfolgt die Streichung des Worts „orthostatisches“ bei dem ICD-Kode G90.80 und Änderung des ICD-Kodes von „G93.3“ in „G93.3-“. Des Weiteren wurden die ICD-Kodes R53.0 für die Kodierung der chronischen Fatigue mit post-exertioneller Malaise (PEM) und R53.1 für die Kodierung der chronischen Fatigue

ohne post-exertionelle Malaise gemäß § 2 LongCOV-RL in den Abschnitt 37.8 EBM in den ersten Spiegelstrich der dritten Bestimmung aufgenommen.

Zudem wurde die GOP 37802 (Zuschlag zur Versichertenpauschale oder Grundpauschale für den koordinierenden Vertragsarzt gemäß § 4 und § 5 LongCOV-RL) an die Vorgaben der Long-COVID-RL angepasst. Die „Verordnung von Heilmitteln im Zusammenhang mit einer Indikation gemäß § 2 LongCOV-RL wird fakultativer Leistungsinhalt und ist demnach nicht mehr zwingend zu erbringen. Hierzu erfolgte eine Änderung des vierten und Streichung des fünften Spiegelstriches des obligaten Leistungsinhaltes zur Gebührenordnungsposition 37802 im Abschnitt 37.8 EBM.

**KOSTENPAUSCHALE BEI VERWENDUNG
EINER EINMAL-PROBENENTNAHMEZANGE
ABRECHNEN**

Seit dem 1. Januar 2026 können Ärztinnen und Ärzte die Kostenpauschale 40461 bei der Verwendung einer Einmal-Probenentnahmezange neu im Zusammenhang mit der GOP 13431 (Zusatzpauschale biliopankreatische Therapie) abrechnen. Hierzu erfolgte die Aufnahme der GOP 13431 in die Leistungslegende der GOP 40461 im Abschnitt 40.9 EBM.

Die Berechnung der GOP 13431 setzt eine Genehmigung der KVH nach der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.

**ONKOLOGIE-VEREINBARUNG:
AUSSCHLÜSSE IM EBM ANGEPAST**

Zum 1. Januar 2026 erfolgte die Aufnahme der Kostenpauschale 86522 für die subkutan applizierte medikamentöse Tumorthherapie neu in den Anhang 2 Teil A zur Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 BMV-Ä). Im Zuge dessen wurde die GOP 86522 in die Abrechnungsausschlüsse der GOP 07345, 08345, 09345, 10345, 13435, 13675, 15345 und 26315 des EBM aufgenommen.

Um die Kostenpauschale nach der GOP 86522 abzurechnen, benötigen Ärztinnen und Ärzte eine Genehmigung zur Teilnahme an der Onkologie-Vereinbarung der KVH. ■

EBM-FR

ÄNDERUNG DER RICHTLINIE ZUR DATENGESTÜTZTEN EINRICHTUNGSÜBERGREIFENDEN QUALITÄTSSICHERUNG

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat die Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) zum Erfassungsjahr 2026 geändert (den Beschluss finden Sie unter <https://www.g-ba.de/beschluesse/7609/>). Die wesentlichen Änderungen umfassen die Einstellung des Verfahrens „Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektion (QS WI)“ und das zweijährige Aussetzen des Verfahrens „Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen einschließlich Pankreastransplantationen (QS NET)“.

DOKUMENTATIONSPFLICHT IM VERFAHREN „QS WI“ ENTFÄLLT

Der G-BA hat am 19.01.2023 das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) beauftragt, einen Abschlussbericht zu den Empfehlungen zur Weiterentwicklung ausgewählter Verfahren der datengestützten gesetzlichen Qualitätssicherung im Rahmen der DeQS-RL zu verfassen. Im Hinblick auf die guten Ergebnisse bei den Wundinfektionsraten und das schlechte Aufwand-Nutzen-Verhältnis hat der G-BA beschlossen, die Erprobung des Verfahrens QS WI zu beenden und es nicht weiter fortzuführen.

Die Datenlieferfrist für die einrichtungsbezogene Dokumentation endet rückwirkend zum 28.02.2025 und die Dokumentation im Jahr 2026 für das Erfassungsjahr 2025 entfällt vollständig. Das Webportal zur Dokumentation wurde technisch angepasst, so dass Ärztinnen und Ärzte nicht mehr dokumentieren können. Alle laufenden Qualitätssicherungsmaßnahmen werden eingestellt und es werden keine Stellungnahmeverfahren im Jahr 2026 geführt.

Da das Thema der nosokomialen Infektionen im G-BA weiterhin als wichtig erachtet wird, prüft der G-BA fachlich zusammen mit dem IQTIG weitere Optionen zur Berücksichtigung der hygienebezogenen Qualitätssicherung und erteilt bei Bedarf entsprechende Aufträge.

DOKUMENTATIONSPFLICHT IM VERFAHREN „QS NET“ AUSGESETZT

Seit Einführung des Verfahrens im Jahr 2020 bestehen technische und inhaltliche Unstimmigkeiten, weswegen ein Überarbeitungsbedarf festgestellt wurde.

Der G-BA hat deswegen beschlossen, das Modul Dialyse des Verfahrens QS NET für die Erfassungsjahre 2026 und 2027 auszusetzen. In diesem Zeitraum pausieren sowohl die fallbezogene Dokumentation durch Nephrologinnen und Nephrologen als auch die Sozialdatenlieferung der Krankenkassen.

Mit der Aussetzung soll das IQTIG hinreichend Zeit für eine inhaltliche und verfahrenstechnische Überarbeitung erhalten.

Die Aussetzung beeinflusst jedoch nicht die Verarbeitung der bis einschließlich für das Erfassungsjahr 2025 erhobenen und übermittelten QS-Daten.

HINTERGRUND – SEKTORENÜBERGREIFENDE QUALITÄTSSICHERUNG

Im Verlauf der Behandlung werden Patientinnen und Patienten häufig sowohl ambulant als auch stationär versorgt. Dies bedingt eine gute Zusammenarbeit aller beteiligten Berufsgruppen. Folgendes datengestütztes QS-Verfahren läuft aktuell:

- Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie

■ SJ

AUSFÜHRLICHE INFORMATIONEN

finden Sie auf der Homepage der Kassenärztlichen Bundesvereinigung unter:

www.kbv.de/html/sqs.php



KONTAKT

Für Ihre Fragen zur Genehmigung steht Ihnen das Team der Datenannahmestelle sektorenübergreifende Qualitätssicherung gerne zur Verfügung.

069 24741-7777
sqs@kvhessen.de

**DEUTSCHE GESETZLICHE
UNFALLVERSICHERUNG E. V. (DGUV)**

**ZULASSUNG ZUM
DURCHGANGSARZTVERFAHREN**

Sami Arbase ist ab sofort als niedergelassener Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie am Standort Praxisklinik Kassel in Kassel am Durchgangsarztverfahren beteiligt.

Dr. med. Rainer Ulrich, Bad Vilbel, hat seine durchgangsarztliche Tätigkeit zum 31. Dezember 2025 aufgegeben.

Dr. med. Tobias Tscherner ist ab sofort als niedergelassener Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie am Standort Praxisklinik Kassel in Kassel am Durchgangsarztverfahren beteiligt.

Dirk Thorsten Lewerenz ist ab sofort als niedergelassener Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie am Standort Orthopädie Unfallchirurgie in Herborn am Durchgangsarztverfahren beteiligt.

Sebastian Koch ist ab sofort als niedergelassener Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie am Standort Praxisklinik Kassel in Kassel am Durchgangsarztverfahren beteiligt.

Dr. med. Ulf Georgi, Facharzt für Chirurgie und Unfallchirurgie, wird für Dr. med. Jörn Wagner als ständiger Vertreter im Durchgangsarztverfahren anerkannt.

■ DGUV