

Nr. 3 \ Juni 2026

AUF DEN PUNKT.

Das Servicemagazin für unsere Mitglieder

ZWISCHEN VERORDNUNG UND HAFTUNG

SEITE 20

info.service – offizielle
Bekanntmachungen

AB SEITE 49

Die KVH als Vorreiter:
SaN-Projekt
stärkt ambulante
Notversorgung

SEITE 12



GUT BERATEN, SICHER VERORDNEN

Kaum ein Thema verunsichert Niedergelassene so sehr, wie das Thema der Arznei- und Heilmittelausgaben mit den zahlreichen Regelungen und gesetzlichen Vorschriften. Die kompetente und Praxisnahe Beratung der KVH gibt Orientierung und schützt vor Regressen.

MIT DER ABRISS- BIRNE

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

alea iacta est – die Würfel sind gefallen! Wer hier an Asterix denkt, liegt zwar richtig, läuft aber trotzdem in die falsche Richtung. Denn es geht statt um die wackeren Gallier um die aktuelle Spargesetzgebung, bei der Frau Warken offensichtlich nicht nur mit ein paar Würfeln hantiert, sondern gleich auch die Abrissbirne mitgebracht hat. Denn das, was uns die Ministerin da als Reformgesetz verkaufen will, ist nichts weniger als Kostendämpfung der übelsten Sorte.

Es liegt ja auf der Hand, dass diejenigen, die 97 Prozent der Behandlungsfälle versorgen und dafür lediglich 16 Prozent der Ausgaben der Krankenkassen auslösen, als Deppen vom Dienst ruhig noch einige Honorarkürzungen vertragen können. So glaubt es zumindest die Ministerin, die wir vor einiger Zeit noch wegen ihrer Konsequenz bei der Klinikfinanzierung gelobt hatten. Doch mit dem Lob ist es so eine Sache, wenn man so vorgeht wie die Ministerin jetzt.

Es ist völlig unstrittig, dass das deutsche Gesundheitswesen einer gewissen Generalüberholung bedarf: zu teuer, allenfalls mittelmäßig bei den Ergebnissen, ohne sinnvolle Steuerung und bei der Digitalisierung bestenfalls dort, wo die deutschen Teilnehmer regelhaft beim European Song Contest (ESC) landen. Irgendwo zwischen dem Schlusslicht und kaum messbar also. Handlungsfelder gibt es also im deutschen Gesundheitswesen zuhauf, man müsste sie nur konsequent anpacken.

Nun ist das mit der Konsequenz in der Politik im Allgemeinen und der in der Gesundheitspolitik im Speziellen so eine Sache. Denn es hat durchaus eine gewisse Brisanz, den Patientinnen und Patienten zu erklären, dass wir mit der weit verbreiteten Flatrate-Mentalität nun am Ende der finanziellen Fahnenstange angekommen sind. Was liegt da also näher, als diese Wahrheit einfach mal für sich zu behalten und stattdessen die weiter zu belasten, mit denen man das offenbar machen kann? Gesagt, getan! Krankenhäuser – brauchen wir



alle! Pharmaindustrie – als Wirtschaftszweig zu wichtig! Also kürzen wir einfach noch ein wenig bei den Niedergelassenen weg, die wehren sich ja eh nicht.

So oder so ähnlich wird man in Berlin gedacht haben. Doch die, die so denken, sollten sich nicht täuschen. Wer glaubt, er könne bei weniger Honorar die gleiche oder sogar noch mehr Leistung von den Praxen erwarten, hat offenbar zuviel am Zaubertrank genippt oder sonstige bewusstseinsweiternde Substanzen konsumiert. Wir werden uns intensive Gedanken darüber machen, wie wir den Honorarverteilungsmaßstab so anpassen, dass weniger Honorar und weniger Leistung besser zusammenpassen. Im Klartext: Wer weniger zahlt, bekommt auch weniger. Und dann werden wir schon sehen, was dann passiert. Es ist kaum damit zu rechnen, dass der gemeine Wähler, die gemeine Wählerin besonders amused sein wird, wenn das Warten auf Termine sich signifikant verlängert. Und es ist ehrlich gesagt auch nicht damit zu rechnen, dass Praxisinhaber und ihr Personal diejenigen wählen, die ihnen wirtschaftlich schaden. Die nächsten Monate werden also sehr spannend.

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. Bilder können in diesem Heft mit KI erstellt oder bearbeitet worden sein. Texte können mit KI-Unterstützung bearbeitet worden sein. Alle Inhalte wurden von Menschen geprüft und freigegeben.

Verlag
Markt11 Verlagsgesellschaft mbH, Essen

Objektleitung:
Guido Schweiß-Genwin,
Markt11 Verlagsgesellschaft mbH, Essen

Druck:
Rehms Druck GmbH, Landwehr 52,
46325 Borken

Bildnachweis
Adobe Stock/Tatiana (Titel), Adobe Stock/Druvh/KI-bearbeitet (S. 2), Thorsten kleine Holthaus (S. 3), Markt1/KI generiert (S. 4), HMFVG (S. 4), Dr. Claus Haeser (S. 5, 40, 42, 43), Markt1/KI generiert (S. 6), picture alliance/dts-Agentur (S. 8), Adobe Stock/Valiantin (S. 11), Lena Kirchner/Malteser (S. 12), KVH/Alexander Kowalski (S. 14), KVH/Judith Scherer (S. 16, 19), Markt1/KI generiert (S. 20), graphicriver (S. 22), KVH (S. 22), Adobe Stock/Anna-Stills (S. 24), Adobe Stock/Alfi (S. 26, 27), Markt1/KI generiert (S. 28), Adobe Stock/AZ Studio/KI generiert (S. 30), Adobe Stock/Dusan Petcovic (S. 32, 33), graphicriver (S. 34), KVH (S. 34, 35), Adobe Stock/yanto (S. 36), Adobe Stock/janvier (S. 37), Adobe Stock/Syda Productions (S. 38), Adobe Stock/new africa (S. 39), KVH/Judith Scherer (S. 41, 43), Adobe Stock/kucherav (S. 45)

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

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

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

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

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



20

Bei Arzneimittelverordnungen gibt es einiges zu beachten. Aber es gibt Unterstützung. In unserer Titelstrecke geben wir Ihnen einen Überblick über das Thema – und wie wir Sie unterstützen.

AKTUELLES

ZWISCHEN SPARPOLITIK UND VERSORGENGAUFTRAG

Das Sparpaket der Bundesregierung markiert einen Wendepunkt und sorgt für Diskussionen

06

KVH: ZWEITER ANMELDE-FAKTOR FÜR NUTZERKONTEN KOMMT

11

SaN-PROJEKT STÄRKT AMBULANTE NOTVERSORGUNG

Die KVH als Vorreiter

12

SaN: MEILENSTEIN GESCHAFFT – HESSEN GEHT VORAN

Die vernetzte Notfallversorgung ist erfolgreich in den Echtbetrieb gestartet

14

DAS ZIEL IST RICHTIG – DIE UMSETZUNG GESCHEITERT

Ein Interview mit Christian Sommerbrodt, Vorsitzender des Hausärztinnen- und Hausärzterverbandes Hessen

16

TITELTHEMA

SICHER VERORDNEN: WISSEN, DAS SCHÜTZT

Im Spannungsfeld von Verordnungen, Wirtschaftlichkeit und Beratung

20

PRAXISDATEN AUF EINEN BLICK: BERATUNGSDASHBOARDS

22

NEUER VERORDNUNGSLEITFADEN: SICHER DURCH DEN PRAXISALLTAG

24

NACHFORDERUNGEN VERMEIDEN MIT DIESEN TIPPS BEHALTEN SIE DEN ÜBERBLICK

25

UMGANG MIT LIEFERENGPÄSSEN IN DER PRAXIS

26

Ministerin Diana Stolz (Dritte v. l.), Armin Beck, stellv. KVH-Vorstand, (Zweiter v. l.) und weitere Projektpartner schauen sich das im Rettungswagen genutzte Tablet zur Ersteinschätzung an.



14

**AUTOMATISCHER AUSTAUSCH
VON BIOLOGIKA** IN DER APOTHEKE _____ **28**

**ORPHAN DISEASES/ORPHAN
DRUGS: HERAUSFORDERUNGEN**
IN DER PRAXIS _____ **30**

UNTERSTÜTZUNG BEI SELTENEN
ERKRANKUNGEN _____ **31**

WEITERVERORDNUNG VON
FACHÄRZTLICHEN ARZNEIMITTELN UND
ABNAHME LABOR
Die Verantwortung liegt bei den Hausärzten _____ **32**

ALLES AUF EINEN BLICK: DAS
**HEILMITTEL-BUCH ALS
WEGWEISER** _____ **34**

IMPFUNGEN: VON DER
**STIKO-EMPFEHLUNG ZUR
KASSENLEISTUNG** _____ **36**

ARZNEIMITTEL IN HESSEN –
EIN **ÜBERBLICK** _____ **37**

■ **GUT INFORMIERT**

AUSFÜLLHILFE KIND-
KRANK-BESCHEINIGUNG _____ **38**

KVH VON A BIS Z
I WIE IMPFUNGEN _____ **38**

KRANKHEITSBILD IM DETAIL
ZERVIKALE UND SONSTIGE
BANDSCHEIBENSCHÄDEN _____ **39**

*Ein Ausgleich zum
fordern Praxis-
alltag: Dr. Haeser
hat in der Malerei
seinen Weg
gefunden.*



DIE MALEREI ALS RÜCKZUGSORT
Ein Hobby als Ausgleich zum Beruf _____ **40**

IM WARTEZIMMER
Patientenstruktur im Jahr 2024 bei
hessischen Radiologinnen und Radiologen _____ **44**

■ **TERMINE**

JETZT ANMELDEN FÜR
UNSERE KURSE _____ **45**

■ **PRAXISTIPS**

WIE WAR DAS? _____ **47**

■ **SERVICE**

IMPRESSUM _____ **04**

IHR **KONTAKT** ZU UNS _____ **48**

INFO.SERVICE _____ **AB 49**

ZWISCHEN **SPARPOLITIK** UND **VERSORGUNGS**AUFTRAG



Das Sparpaket der Bundesregierung markiert aus Sicht der KVH einen Wendepunkt für die ambulante Versorgung. Auf der Vertreterversammlung machten die Vorstände deutlich, dass die Folgen weit über einzelne Honorarfragen hinausreichen. Es geht um die grundsätzliche Frage, wie viel Versorgung künftig noch finanziert werden soll – und wie sich die Selbstverwaltung auf diese neue Realität einstellt.

Die jüngste Sitzung der Vertreterversammlung stand unter dem Eindruck einer gesundheitspolitischen Entwicklung, die nach Einschätzung der Vorstandsvorsitzenden Frank Dastych und Armin Beck das Potenzial hat, die ambulante Versorgung nachhaltig zu verändern. Im Mittelpunkt ihrer Berichte stand das von Bundesgesundheitsministerin Nina Warken vorgelegte GKV-Sparpaket. Für beide ist dabei weniger die kurzfristige finanzielle Wirkung entscheidend als die politische Signalwirkung: Der bisherige Grundsatz, medizinisch notwendige Versorgung bereitzustellen und anschließend angemessen zu finanzieren, werde faktisch umgekehrt.

„Es ist keine Gesundheitsreform, es ist ein Spargesetz“, stellte Frank Dastych gleich zu Beginn seines Berichts klar. Die Diskussion über einzelne Maßnahmen greife deshalb zu kurz. Vielmehr gehe es um einen grundlegenden Paradigmenwechsel in der Gesundheitspolitik.

SPARGESETZ MIT WEITREICHENDEN FOLGEN

Aus Sicht der Vorstände ist besonders bemerkenswert, dass der größte Teil der geplanten Einsparungen unmittelbar bei den Leistungserbringern ansetzt. Ärztinnen, Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und -therapeuten sollen einen erheblichen Anteil der finanziellen Last tragen, obwohl sie bereits heute steigenden Kosten, zunehmender Bürokratie und wachsendem Versorgungsbedarf gegenüber stehen.

Dastych kritisierte zudem die Zusammensetzung der begleitenden Finanzkommission. Dort hätten finanzielle und gesundheitspolitische Erwägungen dominiert, während praktische Versorgungserfahrung kaum vertreten gewesen sei. Entsprechend groß sei die Diskrepanz zwischen den politischen Zielsetzungen und der Realität in den Praxen.

Dabei sieht er die Sparmaßnahmen nicht isoliert. Vielmehr fügten sie sich in eine Reihe von Gesetzesvorhaben ein, die gemeinsam erhebliche Auswirkungen auf die Struktur der Gesundheitsversorgung entfalten könnten. Krankenhausreform, Apothekenpolitik, Digitalisierungsvorhaben und die aktuellen Sparmaßnahmen seien in ihren Wirkungen eng miteinander verknüpft. Die auffälligen Überschneidungen zwischen politischen Zielsetzungen, Gutachten einzelner Krankenkassen und den Vorschlägen der Finanzkommission seien zumindest erklärungsbedürftig.

Kritisch äußerte sich Armin Beck in diesem Zusammenhang zu den geplanten Kompetenzerweiterungen für Apotheken. Er forderte: „Schuster bleib bei deinen Leisten.“ Aufgaben wie Blutentnahmen oder vergleichbare diagnostische Leistungen gehörten weiterhin in die Hände medizinischer Fachkräfte. Auch die immer wieder angeführte Rolle der Apotheken bei der Steigerung der Impfquoten bewertete er zurückhaltend. Der tatsächliche Beitrag der Apotheken sei mit rund einem Prozent vergleichsweise gering geblieben.

WENN VERSORGUNG AUF BUDGETGRENZEN TRIFFT

Besonders eindrücklich wurde die Tragweite der geplanten Veränderungen anhand konkreter Berechnungen. Sie zeigen, wie stark die Finanzierung künftig hinter dem tatsächlichen Versorgungsbedarf zurückbleiben könnte. Für die hausärztliche Versorgung bedeuten die Modellrechnungen, dass künftig nur noch rund 89 Prozent der derzeit behandelten Fälle finanziell abgedeckt wären. In verschiedenen fachärztlichen Bereichen fällt die Differenz noch größer aus. Bei HNO-Ärzten könnten lediglich rund 82 Prozent der tatsächlich erbrachten Leistungen finanziert werden, bei Radiologen sogar nur etwa 78 Prozent. ▶



Die FinanzKommission Gesundheit präsentiert mit Bundesgesundheitsministerin Nina Warken auf der Bundespressekonferenz Ende März 2026 den 1. Bericht mit Reformempfehlungen.

Damit werde ein Problem sichtbar, das bislang häufig durch den außerordentlichen Einsatz der Praxen aufgefangen worden sei. Viele Fachgruppen erbringen bereits heute einen erheblichen Teil ihrer Leistungen faktisch ohne ausreichende Vergütung. In der Hämatologie und Onkologie, der Angiologie oder der Pneumologie seien entsprechende Belastungen längst Realität.

Gleichzeitig stehen diese Zahlen in deutlichem Gegensatz zu politischen Forderungen nach zusätzlichen Sprechstundenkapazitäten. Während auf Bundesebene immer wieder über Mindestsprechzeiten diskutiert werde, zeigten die hessischen Versorgungsdaten, dass die Praxen bereits heute deutlich mehr Patientinnen und Patienten versorgen als unter den angenommenen Rahmenbedingungen überhaupt möglich wäre.

Für Dastych ergibt sich daraus eine klare Schlussfolgerung: „Wenn die Politik eine einnahmenorientierte Ausgabenpolitik verfolgt, muss die Versorgung künftig ebenfalls an den tatsächlich verfügbaren Mitteln ausgerichtet werden.“

NEUE LEITPLANKEN FÜR DIE HONORARVERTEILUNG

Vor diesem Hintergrund kündigte Dastych grundlegende Anpassungen beim Honorarverteilungsmaßstab (HVM) an. Die zentrale Botschaft formulierte er

bewusst zugespitzt: Leistungen außerhalb des finanzierten Budgets dürften künftig nicht mehr selbstverständlich erbracht werden. Die bisherige Logik, nach der Versorgung unabhängig von der Finanzierung sichergestellt und Honorarlücken innerhalb des Systems ausgeglichen wurden, stoße unter den neuen Rahmenbedingungen an ihre Grenzen. Stattdessen müsse die Honorarverteilung künftig stärker an den tatsächlich verfügbaren Mitteln orientiert werden.

Für das Jahr 2026 gelten zwar noch die bisherigen Regelungen. Die eigentliche Zäsur erwarten Vorstand und Vertreterversammlung jedoch zum Jahresende. Bereits in den kommenden Monaten sollen deshalb konkrete Vorschläge für die Weiterentwicklung des HVM beraten werden.

PSYCHOTHERAPIE UNTER DOPPELTEM DRUCK

Wie tief die aktuellen Finanzierungsdebatten bereits in einzelne Versorgungsbereiche hineinwirken, verdeutlichte Dastych am Beispiel der Psychotherapie. Die jüngst beschlossene Absenkung der Vergütung um 4,5 Prozent gehe zwar nicht unmittelbar auf das Sparkpaket zurück, belaste die Betroffenen jedoch zusätzlich. Für Hessen bedeutet dies einen jährlichen Honorarverlust von mehr als zwölf Millionen Euro.

Noch größere Sorgen bereiten die langfristigen Perspektiven. Seit Jahren drängen die Krankenkassen darauf,

psychotherapeutische Leistungen wieder stärker in budgetierte Vergütungsbereiche zu überführen. Sollte dies gelingen, würden neue Verteilungskonflikte entstehen, die viele Beteiligte noch aus früheren Jahren kennen. Dastych machte deutlich, dass die KVH alles daran setzen werde, eine solche Entwicklung zu verhindern. Der neue HVM müsse sicherstellen, dass unterschiedliche Leistungsbereiche nicht gegeneinander ausgespielt werden und sich gegenseitig die Finanzierungsgrundlage entziehen.

NOTFALLVERSORGUNG ALS GEGENMODELL

Während die Diskussion um die Finanzierung vielfach von Einschränkungen geprägt ist, stellte Armin Beck bei der Notfallversorgung bewusst die Perspektive der Weiterentwicklung in den Vordergrund.

Mit dem sogenannten „Hessischen Weg“ verfolgt die KVH ein Modell, das bestehende Strukturen nutzt und zugleich neue digitale Möglichkeiten einbindet. Im Zentrum steht das Projekt der „Sektorenübergreifenden ambulanten Notfallversorgung“ (SaN), das Leitstellen, Praxen und Krankenhäuser miteinander vernetzt.

Die bisherigen Ergebnisse des Pilotbetriebs bestätigen nach Auffassung der KVH die Notwendigkeit einer besseren Patientensteuerung. Von knapp 1.000 ausgewerteten Fällen erwies sich nur ein kleiner Teil als echter Notfall. Rund 30 Prozent der Patienten konnten kurzfristig ambulant versorgt werden, während etwa 60 Prozent keine Behandlung im Notfallsystem benötigten.

Für Beck ist dies ein Beleg dafür, dass intelligente Steuerung wirksamer sein kann als zusätzliche Bürokratie. Geplant sind deshalb weitere Bausteine wie eine zentrale Videosprechstunde in Abend- und Nachtstunden sowie ein gezielterer Einsatz des aufsuchenden Dienstes nach vorheriger medizinischer Einschätzung. Gleichzeitig soll die Belastung der Ärztinnen und Ärzte im Bereitschaftsdienst sinken und die Finanzierung des Systems langfristig stabilisiert werden.

VERSORGUNG BRAUCHT POLITISCHE EHRlichkeit

Trotz unterschiedlicher Themen verband die Berichterstattung von Dastych und Beck ein gemeinsamer Gedanke: Die ambulante Versorgung steht vor einer Phase grundlegender Neujustierungen.

Ob bei der Honorarverteilung, der Psychotherapie oder der Notfallversorgung – immer wieder ging es um dieselbe Frage: Welche Leistungen sollen künftig erbracht werden, und wie werden sie finanziert?

Eine zentrale Aufgabe der Vertreterversammlung in den kommenden Monaten wird daher sein, die anstehenden Veränderungen nicht nur zu begleiten, sondern aktiv mitzugestalten. Denn nach Überzeugung des Vorstands geht es längst nicht mehr allein um Honorarfragen. Im Kern steht die Zukunft der ambulanten Versorgung – und damit die Frage, ob medizinische Leistungen auch künftig in dem Umfang verfügbar sein werden, den Patientinnen und Patienten heute als selbstverständlich ansehen. ■

ALEXANDER KOWALSKI

ZUR RESOLUTION

Mit einer einstimmig verabschiedeten Resolution forderte die Vertreterversammlung Bundeskanzler Friedrich Merz auf, das Beitragsatzstabilisierungsgesetz von Nina Warken umgehend zu stoppen, um einen Kollaps der ambulanten Versorgung zu verhindern. Die Resolution:

www.kvhessen.de/presse/herr-bundeskanzler-merz-handeln-sie-jetzt-verantwortungsvoll



DIE KVH ORGANISIERT SICH NEU

Geschäftsführer Jörg Hoffmann informierte die Vertreterversammlung über Veränderungen in der internen Organisationsstruktur der KVH. Künftig entfällt die bisherige Ebene der Bereichsleitungen. Stattdessen setzt die KVH auf fachübergreifende Kompetenzcenter, in denen thematisch zusammenhängende Aufgaben gebündelt und Abteilungen enger verzahnt werden. Ziel der Neuordnung ist es, Hierarchien zu reduzieren, Entscheidungswege zu verkürzen und die Zusammenarbeit innerhalb des Hauses stärker projekt- und prozessorientiert auszurichten.

Die künftige Struktur umfasst Kompetenzcenter für die Bereiche Honorar, Mitglieder, Versorgung sowie zentrale Querschnitts- und Servicefunktionen der Verwaltung. Parallel dazu sollen ausgewählte Fachkompetenzen in Stabsstellen erhalten bleiben, um die Kontinuität in zentralen Steuerungsbereichen sicherzustellen.

22.08.2026

SOMMERFEST

KV+

für Ärztinnen und Ärzte
in Weiterbildung

Sommerfest für die ganze Familie – Austausch, Inspiration und gute Vibes!

Am Samstag, 22. August 2026, laden wir dich und deine Familie herzlich zu unserem **Sommerfest für Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung** ein!

Was dich erwartet:

- Wertvolle Kontakte in entspannter Atmosphäre
- Spannende Impulsvorträge für deinen beruflichen Weg in der ambulanten Versorgung
- Leckeres Essen und gute Drinks für alle
- Aktivitäten für Groß und Klein – damit die ganze Familie auf ihre Kosten kommt



Hofgut Mappen
Hof Mappen 1
65388 Schlangenbad



Bring deine Familie mit!

Ob Partner, Partnerin oder Kinder – bei uns sind alle willkommen.
Genieße einen Tag, der Beruf und Privatleben auf entspannte Weise verbindet.

Wir freuen uns auf dich und deine Lieben!

Dein Team Nachwuchsförderung der KVH



JETZT ANMELDEN

KVH: ZWEITER ANMELDE-FAKTOR FÜR NUTZERKONTEN KOMMT

Mehr Sicherheit für Nutzerkonten und eine vereinheitlichte Anmeldung für verschiedene Dienste schafft ein neues Anmeldeverfahren bei der KVH.

Um Nutzerkonten effektiv vor unbefugtem Zugriff zu schützen, plant die KV Hessen zum Herbst 2026 die Einführung der sogenannten Zwei-Faktor-Authentifizierung (2FA). Dabei handelt es sich um ein erweitertes Anmeldeverfahren. Es ist heute Stand der Technik und wird vielfach auch im Online-Banking und ähnlichen Anwendungen eingesetzt.

FUNKTIONSWEISE

Neben Passwort und Benutzername muss bei der Anmeldung ein zusätzliches Identifikationsmerkmal eingegeben werden. Dieses Merkmal wird – zum Schutz des Kontos – auf einem weiteren Gerät erzeugt. Dies stellt sicher, dass sich unberechtigte Personen nicht anmelden können. Selbst dann nicht, wenn sie, etwa durch Phishing, Zugriff auf die Zugangsdaten erlangt haben sollten.

Bei dem zweiten Faktor setzt die KVH auf Smartphone plus zugehöriger App. Sogenannte Authenticator-Apps wie „Google Authenticator“ oder „Microsoft Authenticator“ erzeugen einen zeitbasierten Einmalcode. Dieser Code wird bei Anmeldung neben Passwort und Benutzername zusätzlich eingegeben.

2FA AKTIV? DAS MÜSSEN SIE JETZT WISSEN

Sobald die Zwei-Faktor-Authentifizierung (2FA) eingerichtet und der QR-Code in einer App wie dem Microsoft- oder Google Authenticator hinterlegt wurde, spielt das Smartphone bei zukünftigen Anmeldungen eine zentrale Rolle. Ab diesem Zeitpunkt ist für jeden Login zusätzlich zum Passwort ein aktueller Code aus der App erforderlich.

Das bedeutet auch: Sollten mehrere berechtigte Personen denselben Zugang nutzen, benötigen künftig alle den entsprechenden 2FA-Code aus der App, um sich erfolgreich anmelden zu können.

GELTUNGSBEREICH

Das erweiterte Anmeldeverfahren wird mit Inkrafttreten der Umstellung verpflichtend und Grundlage, um die Online-Dienste der KVH weiterhin nutzen zu können. Gelten wird es für den Mitgliederbereich der Website und die damit verbundenen Online-Dienste. Außerdem ersetzt es den bisherigen Sicherheitstoken für die Webanwendung zur Abrechnung von Hybrid-DRG, um die Nutzung zu vereinheitlichen und zu vereinfachen.

Nach erfolgter Umstellung ist die Anmeldung für die genannten Dienste nur noch mit aktiviertem zweitem Faktor möglich.

EINRICHTUNG

Authenticator-Apps sind kostenfrei erhältlich. Je nach Betriebssystem des Smartphones, gibt es sie im Google-Playstore oder im App-Store für iOS. Nach dem Download der App ist die Anmeldung im persönlichen KVH-Benutzerkonto erforderlich. Damit die App personalisierte Codes für das Konto erzeugen kann, muss sie mit ihm verknüpft werden. Dies geschieht durch Scannen eines QR-Codes im Nutzerkonto.

EINORDNUNG

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) plant perspektivisch die Abschaltung des Sicheren Netzes der KVen (SafeNet). Die darin betriebenen Anwendungen werden dann über das Internet erreichbar sein. Die Zwei-Faktor-Authentifizierungs-Lösung schützt den Netzwerkzugriff durch zeitbasierte Einmalpasswörter, was die Sicherheit bei der Anmeldung deutlich erhöht. ■

KATRIN SCHNÖDEWIND

INFORMIERT BLEIBEN

Per Rundschreiben, Newsletter sowie über ihre Website informiert die KVH rechtzeitig über die nächsten Schritte rund um das neue Anmeldeverfahren.

Weitere Infos & Einrichtungsleitfaden:

www.kvhessen.de/zwei-faktor-authentifizierung



SaN-PROJEKT STÄRKT AMBULANTE NOTVERSORGUNG

„Gut‘ Ding braucht Weile“ sagt ein Sprichwort. Das trifft auch auf das SaN-Projekt zu, das nach einer langen Entwicklungs- und Testphase im April gestartet ist. Ab Sommer sollen auch Krankenhäuser teilnehmen. Damit ist die KVH Vorreiter in der kommenden Notfallreform.

Im Projekt zur Sektorenübergreifenden ambulanten Notfallversorgung (SaN) geht es darum, Hilfesuchende schneller zur richtigen medizinischen Versorgung zu lenken, unabhängig davon, ob sie zuerst den Notruf 112 gewählt haben oder die 116117 oder ob sie direkt die Notaufnahme eines Krankenhauses aufgesucht haben – wer ambulant behandelbar ist (Akutfall), soll auch im ambulanten „Sektor“ medizinisch versorgt werden, so dass sich Rettungsdienst und Notaufnahmen auf die wirklich dingenden Fälle, nämlich lebensbedrohliche Notfälle, konzentrieren können. Eine Analyse der vom Rettungsdienst transportierten Patientinnen und Patienten zeigt, dass sich in Hessen jährlich bis zu 80.000 Transporte in Krankenhäuser vermeiden ließen und schätzungsweise die Hälfte der ‚Walk-In‘-Patientinnen und Patienten in den Notaufnahmen ambulant versorgt werden können. Das Potenzial ist also groß und hier setzt das SaN-Projekt an. Zunächst starten wir in drei Pilotregionen: dem Main-Taunus-Kreis, dem Main-Kinzig-Kreis und dem Landkreis Gießen. Nach einem Jahr Laufzeit erfolgt im kommenden Jahr dann auch die Evaluation des Projektes, wofür wir das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (Zi) gewonnen haben.

Und eigentlich ist alles doch (scheinbar) ganz einfach: beim Erstkontakt die Dringlichkeit der Behandlung und die benötigte Versorgungsebene bestimmen, geeignete Versorgungseinrichtung finden, die Patientin oder den Patienten anmelden oder bei Bedarf dorthin bringen und behandeln. Und schon hat die sektorenübergreifende Patientensteuerung funktioniert? Theoretisch ja, aber natürlich ist die Realität komplexer – viel komplexer. Dieser Herausforderung hat sich das SaN-Projekt angenommen. Kernelemente des Projektes sind daher Ersteinschätzung, Steuerung und digitale Vernetzung.

ERSTEINSCHÄTZUNG

Hilfe suchende Menschen rufen die 116117 an, die 112 oder gehen direkt in ein Krankenhaus. Ihr Versorgungsbedarf (unbedingt zu unterscheiden vom individuellen Bedürfnis) wird am Telefon, am Krankenhaus-Tresen oder durch das RTW-Team vor Ort qualifiziert ersteingeschätzt. Dafür kommt, außer in den 112-Leitstellen, die „Strukturierte medizinische Ersteinschätzung für Deutschland“ (SmED) zum Einsatz. SmED gibt als Medizinprodukt hinreichende, auch rechtliche Sicherheit und ist bereits millionenfach erprobt, mit

Schwerpunkt in der 116117. Als Ergebnis liefert SmED eine Empfehlung zur Versorgungsdringlichkeit und der geeigneten Ebene der Versorgung.

STEUERUNG

Auch hier kommt mit IVENA eHealth („Interdisziplinärer Versorgungsnachweis“) ein im Rettungsdienst und den Krankenhäusern in Hessen und darüber hinaus bereits etabliertes IT-System zum Einsatz. Seit Mai-Juli 2022 sind hier die teilnehmenden SaN-Partnerpraxen abgebildet, seit November 2023 auch die ÄBD-Praxen in den Regionen. Anhand des Ergebnisses der Ersteinschätzung kann hier direkt (gleiche Codierung der Beschwerdebilder: RMI) eine geeignete Praxis ausgewählt und die Patientin bzw. der Patient dort mit Angabe der voraussichtlichen Eintreffzeit angemeldet werden. SaN-Partnerpraxen können dann entscheiden, ob sie diese Anmeldung annehmen.

DIGITALE VERNETZUNG

Der gesamte Prozess ist durchgängig digitalisiert. Dabei werden aus Datenschutzgründen mit Ausnahme der Fallübergabe zwischen der 116117 und den 112-Leitstellen keine Daten übermittelt, die einen unmittelbaren Rückschluss auf die jeweilige Person ermöglichen. Dies wird mit Hilfe eines durchgängig verwendeten eindeutigen Pseudonyms (Master-Fall-ID) ermöglicht. Die als letzter Baustein im April gestartete digitale Vernetzung der Einsatzsysteme der 116117 und der 112-Leitstellen ermöglicht es, einen Fall zusammen mit den bereits aufgenommenen Patientendaten direkt und dokumentiert zu übergeben, so dass Informationen nicht erneut abgefragt werden müssen und insbesondere wertvolle Zeit nicht verloren geht. In die Tablet-Systeme der RTWs, die ihre Einsatzdaten von der Leitstelle bereits digital erhalten, ist SmED integriert, so dass auch das gesamte Assessment in der Einsatzdokumentation enthalten ist. Praxen erhalten alle relevanten Informationen über die IVENA-App angezeigt und können aus dieser auch direkt per Mausklick (Copy & Paste) die Master-Fall-ID für ihre Abrechnung in ihre PVS-Software übernehmen.

GUT 1.300 FÄLLE BEREITS IM VORBEREITENDEN TESTBETRIEB

Da seit 2022/2023 bereits Praxen und der ÄBD im Projektrahmen „SaN-Patientinnen und Patienten“ über IVENA erhalten können und seit Herbst/Winter 2025/2026 SmED zunehmend in den Rettungsdiensten eingesetzt wird, ließen sich bereits erste Erfahrungen sammeln und bewerten. Mit über 1.300 IVENA-Fällen bisher zeigt sich bereits ein Muster hinsichtlich

der Beschwerdebilder: Der „sonstige internistische Notfall“ ist mit 16,7 Prozent (davon rund 80 Prozent im ÄBD) aller Fälle der häufigste Grund, gefolgt von geschlossenen Frakturen an Extremitäten mit rund 8,5 Prozent der Fälle und dem nicht traumatischen Rückenschmerz ohne neurologische Ausfälle mit rund acht Prozent auf Platz drei. Insgesamt wurden bisher 68 verschiedene Beschwerdebilder (RMI-Codes) in Partnerpraxen und den ÄBD-Praxen angemeldet und behandelt. Fachlich konzentrieren sich diese Fälle auf allgemeinmedizinische bzw. hausärztlich-internistische sowie chirurgische bzw. unfallchirurgische Praxen. Regional spielen auch HNO-Praxen eine wichtige Rolle bei der Versorgung von „SaN-Fällen“. Um im Best-Case-Szenario dieses Modell im Zuge der Notfallreform ausrollen zu können, wären zweifelsohne sehr viel mehr Partnerpraxen erforderlich. Das aktuell sehr grobmaschige Praxisnetz mit kaum über zehn Praxen je Landkreis führt sicherlich häufig dazu, dass doch das nächstgelegene Krankenhaus aufgesucht wird, als eine ggf. sogar weiter entfernte SaN-Partnerpraxis. Bei den derzeit weniger als 100 SaN-Fällen pro Quartal und in allen drei SaN-Landkreisen zusammen (davon entfallen über 70 Prozent auf den ÄBD) ist zweifelsohne also noch sehr viel Luft nach oben.

KRANKENHÄUSER SOLLEN AB SOMMER EINGEBUNDEN WERDEN!

Im Sommer 2026 soll außerdem je ein Krankenhaus pro Landkreis Teil des SaN-Projektes werden. Dann wird es auch möglich sein, dass ambulant versorgbare Patientinnen und Patienten mit der Dringlichkeit „heute“ über IVENA in SaN-Partnerpraxen angemeldet werden können.

WERDEN SIE SAN-PARTNERPRAXIS!

Das SaN-Modell kann nur gut funktionieren, wenn möglichst viele Praxen teilnehmen. Werden Sie SaN-Partnerpraxis im Main-Taunus-Kreis, dem Main-Kinzig-Kreis und im Landkreis Gießen. SaN-Fälle können als Notfälle abgerechnet werden und werden zusätzlich, wie von der Vertreterversammlung beschlossen, mit 15 Euro pro Fall vergütet ■

ANDREAS BEIERLE

INTERESSIERT?

Weitere Infos unter:

www.kvhessen.de/praxis-management/san-projekt



KONTAKT

Werden Sie SaN-Partnerpraxis und sprechen Sie uns an!

069 24741-6645

pilotprojekt.notfallversorgung@kvhessen.de

SaN: MEILENSTEIN GESCHAFFT – HESSEN GEHT VORAN

Die KVH und ihre Partner konnten im April einen wichtigen Projektfortschritt präsentieren: Die vernetzte Notfallversorgung ist erfolgreich in den Echtbetrieb gestartet.

Am 27. April 2026 war es soweit: In der Rettungsleitstelle in Hofheim am Taunus präsentierten die Projektpartner des SaN-Projekts („Sektorenübergreifende ambulante Notfallversorgung“) einen wichtigen Meilenstein – den Start in den Echtbetrieb. Vor zahlreichen Medienvertretern erläuterten Gesundheitsministerin Diana Stolz, Armin Beck, stellvertretender Vorstandsvorsitzender der KVH, sowie Prof. Steffen Gramminger von der Hessischen Krankenhausgesellschaft (HKG), Claudia Ackermann, vdek-Landesvertretung Hessen, als Vertreterin der Krankenkassen, und Jörg Blau, Ärztlicher Leiter Rettungsdienstes Main-Taunus-Kreis, die praktische Umsetzung der digital vernetzten Notfallsteuerung. Ziel des Projekts ist es, Patienten durch eine digitale Ersteinschätzung schneller in die richtige Versorgungsebene zu leiten und so Rettungsdienste sowie Notaufnahmen in Hessen spürbar zu entlasten. Das mediale Echo nach dem Presetermin war durchweg positiv – ein Zeichen für den innovativen Charakter des Projekts.

BLICK HINTER DIE KULISSEN: WIE DIE VERNETZUNG FUNKTIONIERT

Im Mittelpunkt des Termins stand ein gemeinsamer Rundgang durch die Leitstelle. Den anwesenden Journalisten wurde detailliert demonstriert, wie die technischen Schnittstellen zwischen Rettungsdienst und Ärztlichem Bereitschaftsdienst (ÄBD) nun reibungslos ineinandergreifen. Mithilfe der Software „SmED“ (Strukturierte medizinische Ersteinschätzung in Deutschland) kann das Personal in der Leitstelle – aber auch im Rettungswagen (RTW) – qualifiziert einschätzen, ob ein Patient ein echter Notfall für das Krankenhaus ist oder besser in einer ambulanten Praxis versorgt werden kann und sollte. „Bereitschafts- und Rettungsdienst werden im SaN-Projekt bei der Akut-

und Notfallversorgung endlich so verzahnt, dass der medizinische Bedarf im Vordergrund steht und der Patient in die richtige Versorgungsebene gesteuert werden kann“, betonte Beck zu Beginn seines Statements.

Anhand eines fiktiven Falls wurde gezeigt, dass RTW-Patienten nun gezielt in den ÄBD oder in Praxen, die ihre freien Kapazitäten digital an die Leitstelle melden, gefahren werden können. „Keiner möchte sechs Stunden in der Notaufnahme sitzen, wenn er da nicht hingehört“, betonte Ministerin Stolz die Vorteile für Betroffene. Armin Beck ergänzte: „Durch die durchgängig digitalen Prozesse kann niemand mehr im Steuerungsprozess ‚verloren gehen‘. Die zentrale Innovation des Projektes ist das Denken der medizinischen Versorgung von Not- und Akutfällen als Ganzes – ganz unabhängig davon, welche Anlaufstelle eine Hilfe suchende Person zuerst kontaktiert.“

HESSEN ALS VORREITER: „WIR SIND IM BEREICH DES MACHENS“

Während die Bundesregierung ihre Notfallreform erst noch „auf die Schiene bringen muss“, hat Hessen mit SaN bereits Fakten geschaffen. Stolz hob die hessische Pionierarbeit deutlich hervor: „In Berlin ist man im Bereich des Wollens, wir sind im Bereich des Machens.“ Das System wird nun ein Jahr lang in den Pilotkreisen Main-Taunus, Main-Kinzig und Gießen auf Herz und Nieren geprüft, bevor eine umfassende Evaluation erfolgt.

Die Projektpartner betonten abschließend, dass die erfolgreichen hessischen Strukturen durch kommende Bundesvorgaben nicht gefährdet werden dürfen. „Damit Projekte wie SaN ihr Potenzial entfalten können, dürfen die bestehenden Strukturen nicht durch

Diana Stolz (Mitte) lässt sich in der Rettungsleitstelle erklären, wie die sektorenübergreifende ambulante Notfallversorgung technisch funktioniert.



zusätzliche Anforderungen überfordert werden“, warnte Prof. Steffen Gramminger, Geschäftsführender Direktor der HKG. Auch Claudia Ackermann, Leiterin der vdek-Landesvertretung Hessen, unterstrich: „Mit dem SaN-Projekt schließen wir in Hessen gezielt eine Versorgungslücke. Durch die technische Vernetzung der ambulanten Akutversorgung (116117) mit dem Rettungsdienst (112) ist erstmals eine durchgängige, patienten- und bedarfsorientierte Steuerung möglich.“

EIN SYSTEM MIT ZUKUNFT

Das SaN-Projekt ist ein gemeinsames Vorhaben der KVH, des Hessischen Ministeriums für Familie, Senioren, Sport, Gesundheit und Pflege, der Hessischen Krankenhausgesellschaft und der gesetzlichen Krankenversicherungen. „Es zeigt, wie eine bessere Patientensteuerung in der Praxis funktionieren kann – wenn wir die Versorgung gemeinsam denken und nicht entlang von Sektorengrenzen organisieren“, so Beck. „Hessen ist hier früh vorangegangen und hat seine

Hausaufgaben gemacht“, ergänzte Gramminger. Entscheidend sei nun, dass dieser Weg nicht durch fehlende Rahmenbedingungen des Bundes aufs Spiel gesetzt werde.

Ministerin Stolz würdigte abschließend das Engagement der Projektpartner: „Dieses Projekt zeigt, was möglich ist, wenn alle Akteure im Gesundheitswesen partnerschaftlich an einem Strang ziehen.“ Ihr Dank galt der KVH, den beteiligten Landkreisen und Krankenhäusern, der HKG, den Krankenkassen und allen weiteren Partnern, die dieses Vorhaben mit großem Einsatz vorangebracht haben. „Wir werden den hessischen Weg konsequent im Sinne unserer Bürgerinnen und Bürger weitergehen.“ ■

ALEXANDER KOWALSKI



» DAS ZIEL IST RICHTIG – DIE UMSETZUNG IST GESCHEITERT «



EIN INTERVIEW MIT CHRISTIAN SOMMERBRODT,
VORSITZENDER DES HAUSÄRZTINNEN- UND
HAUSÄRZTEVERBANDES HESSEN

Herr Sommerbrodt, zum 1. Juli 2026 tritt die neue hausärztliche Versorgungspauschale in Kraft. Was verbirgt sich dahinter?

Ab dem 1. Juli gilt für stabile chronisch kranke Patientinnen und Patienten die neue Versorgungspauschale, abgerechnet unter GOP 03100. Sie löst die bisherige Kombination aus Versichertenpauschale, Chronikerpauschale und Medikationsplan-Zuschlag ab. Das Entscheidende: Statt quartalsweise wird künftig halbjährlich abgerechnet.

Die Bewertung ist altersgestaffelt – 356 Punkte, das entspricht 45,36 Euro, für Patienten vom vollendeten 18. bis zum 54. Lebensjahr, 403 Punkte beziehungsweise 51,34 Euro ab dem 55. Lebensjahr. Und noch etwas ist wichtig: Es handelt sich um eine Pflichtpauschale. Sobald die Voraussetzungen erfüllt sind, ist sie zwingend anzuwenden. Eine Weiterführung der bisherigen Einzelleistungen ist dann ausgeschlossen.

Für Fälle mit unerwartet höherem Betreuungsbedarf im Folgequartal gibt es den Zuschlag GOP 03110 – 19,37 Euro für die jüngere, 22,04 Euro für die ältere Altersgruppe. Dieser Zuschlag ist allerdings auf 8 Prozent der im Vorquartal mit GOP 03100 abgerechneten Fälle begrenzt.

Welche Patienten sind anspruchsberechtigt?

Die Voraussetzungen sind eng – sehr eng, wie wir noch sehen werden. Berechtigt sind Patientinnen und Patienten zwischen 18 und 74 Jahren, die seit mindestens vier Quartalen an genau einer chronischen Erkrankung ohne intensiven Betreuungsaufwand leiden und ausschließlich ein einziges verschreibungspflichtiges Präparat zu Lasten der GKV erhalten.

Die zugelassenen Diagnosen beschränken sich auf vier Gruppen: Hypothyreosen und Autoimmunthyreoiditis, Fettstoffwechselstörungen, essenzielle Hypertonie ohne hypertensive Krise sowie idiopathische Gicht. Zusätzlich darf der Patient keine weiteren chronischen Erkrankungen haben, und er darf im aktuellen, wie im Folgequartal keinen Kontakt zu einer anderen Vertragsarztpraxis gehabt haben. Auch die Kontakthistorie ist geregelt: In den letzten vier Quartalen müssen mindestens drei Arzt-Patienten-Kontakte dokumentiert sein, davon mindestens zwei persönliche.

Welches Ziel verfolgt der Gesetzgeber damit – und erreicht er es?

Das Ziel ist nachvollziehbar: Stabil eingestellte Chroniker sollen nicht mehr jedes Quartal in die Praxis kommen müssen, nur um ein Folge Rezept zu holen. Unnötige Kontakte sollen wegfallen, die Abrechnung vereinfacht werden.

Das Ziel ist richtig. Die Umsetzung ist gescheitert – und das ist kein Einzelfall.

Mit dem GVSG hat der Gesetzgeber drei Maßnahmen verabschiedet, die alle dasselbe versprechen: die Stärkung der hausärztlichen Versorgung. Die Entbudgetierung. Die neue Vorhaltepauschale. Und jetzt die Versorgungspauschale. Alle drei haben ihr Ziel verfehlt.

Die Entbudgetierung blieb Stückwerk – zentrale hausärztliche Leistungen liegen weiterhin im Budget, der strukturelle Effekt weit hinter den Ankündigungen. Die Vorhaltepauschale schuf statt Entlastung einen neuen Bürokratieapparat: zwölf Kriterien, Fallzahlschwellen, Impfquotenabschläge, gestaffelte Zuschläge – ein Konstrukt, das Verwaltungsaufwand produziert, keine Versorgung. Die Versorgungspauschale setzt diesen Trend fort und übertrifft ihn noch. Selbst der stellvertretende KBV-Vorstandsvorsitzende Dr. Stephan Hofmeister nannte das Gesetz öffentlich „ausgesprochen schlecht gemacht“ und attestierte Vorgaben, die dem Versorgungsalltag schlicht nicht entsprächen.

Was hier beschrieben wird, trifft auf einen kleinen Bruchteil der hausärztlichen Patientenschaft zu. Der eigentliche Kern – multimorbid, mehrfachmediziert, komplex – bleibt vollständig außen vor. Die Pauschale greift nicht dort, wo sie gebraucht wird.

Ist die Pauschale wenigstens ein Schritt in Richtung Entbürokratisierung?

Nein. Durch die neue Pauschale kommen neue Kennzeichnungspflichten, zusätzliche Prüflogiken und Begrenzungsregeln in die Praxis. Und es kommt ein Problem hinzu, das bislang kaum diskutiert wird: Die KVH kann die Abrechnungsvoraussetzungen gar nicht eigenständig prüfen.

Die KVH hat keinen Zugriff auf Verordnungsdaten. Sie kann lediglich Patienten mit einer der betroffenen ►

» Die Pauschale greift nicht dort, wo sie gebraucht wird. «

Diagnosen herausfiltern – aber ob diese Patienten tatsächlich nur ein einziges Medikament erhalten und damit die Kriterien der GOP 03100 erfüllen oder nicht, kann sie nicht beurteilen. Das bedeutet: Jede Praxis muss diese Patienten anschließend händisch durchsehen und fallweise bewerten. Was als Vereinfachung gedacht war, schafft in Wirklichkeit einen erheblichen manuellen Mehraufwand, der vollständig auf den Schultern der Praxisteams landet.

Die Versorgungspauschale ist nach der Vorhaltepauschale der nächste Beweis: Der EBM ist nicht reformierbar. Jede neue Regelung macht ihn kleinteiliger, unübersichtlicher und praxisferner. Die Bürokratie wächst – auf Kosten der Praxen und ihrer Patientinnen und Patienten.

Was ändert sich konkret für die Patientinnen und Patienten?

Für die wenigen, die tatsächlich in die enge Zielgruppe fallen, ist der Gewinn real: keine verpflichtenden Quartalsbesuche mehr allein für eine Folgeverordnung. Über die elektronische Mehrfachverordnung lassen sich Rezepte künftig stärker auf Vorrat organisieren. Die Pauschale deckt zwei aufeinanderfolgende Quartale ab – unabhängig davon, ob in beiden ein Praxisbesuch stattfindet.

Für die große Mehrheit der hausärztlichen Chroniker ändert sich hingegen gar nichts. Wer mehrere Erkrankungen hat, wer zwei Medikamente braucht, wer über 74 ist – all das führt dazu, dass die Regelung schlicht nicht greift.

Und wie funktioniert der gestaffelte Zuschlag zur Vorhaltepauschale?

Zur Versorgungspauschale setzt die KVH automatisch eine angepasste Vorhaltepauschale zu – GOP 03043 mit 179 Punkten, also 22,81 Euro. Wer mindestens zwei, aber weniger als acht der bekannten Qualitätskriterien erfüllt, erhält zusätzlich GOP 03044 mit 14 Punkten. Ab acht erfüllten Kriterien kommt GOP 03045 mit 42 Punkten hinzu.

Auch die Praxisgröße wirkt sich aus: Unter 400 Behandlungsfällen je Vollzeit tätigem Hausarzt greift ein Abschlag von 18 Punkten, über 1.200 Fällen ein Aufschlag von 13 Punkten. Die Kriterien selbst – Hausbesuche, geriatrische Versorgung, Basisdiagnostik, Videosprechstunde, erweiterte Sprechzeiten und so weiter – sind dieselben wie bei der regulären Vorhaltepauschale.

Gibt es für hessische Praxen Besonderheiten zu beachten?

Hessenspezifische Sonderregelungen zur GOP 03100 gibt es derzeit nicht – die Pauschale ist bundeseinheitlich. Zwei Punkte verdienen aber besondere Aufmerksamkeit.

Erstens: Die Zusetzung der Vorhaltezuschläge liegt wie gewohnt bei der KVH, die diese automatisch ergänzt, sofern die Praxis die Voraussetzungen erfüllt.

Zweitens – und das ist in Hessen besonders relevant: Die Versorgungspauschale ist eine Kollektivvertragspauschale. Für Patientinnen und Patienten, die in der Hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b SGB V eingeschrieben sind, gilt sie nicht. Hessen hat eine überdurchschnittlich hohe HzV-Durchdringung – das schränkt den Anwendungsbereich der GOP 03100 hier von vornherein weiter ein.

Können sich Vertragsärztinnen und -ärzte gegen die Regelung wehren?

Direkt dagegen klagen kann man kaum. Aber es gibt zwei Wege, dem Regelwerk praktisch zu begegnen.

Der erste und wichtigste: die HzV. Wer seine Patienten in die Hausarztzentrierte Versorgung einschreibt, bewegt sich außerhalb des Kollektivvertragsrahmens – und damit außerhalb der Pflichtlogik der GOP 03100. Die HzV ist nicht nur die bessere Alternative zur Versorgungspauschale, sie ist auch das Modell, das strukturell das leistet, was der Gesetzgeber mit dem GVSG eigentlich wollte: echte Pauschalen, klare Bedingungen, keine Bürokratiefallen.

Der zweite Weg ist klinischer Natur: Patientinnen und Patienten, bei denen auf den ersten Blick nur eine der genannten Diagnosen vorliegt, sollten sorgfältig auf weitere Diagnosen geprüft werden. Wer tatsächlich eine zweite relevante Erkrankung hat – was bei dieser Altersgruppe häufig der Fall ist –, erfüllt die engen Kriterien der GOP 03100 nicht mehr. Das ist keine Umgehung, sondern sorgfältige Dokumentation der tatsäch-



lichen Versorgungsrealität. Hausarztmedizin ist Medizin für komplexe Menschen, nicht für Diagnose-Einzeiler.

Was raten Sie Kolleginnen und Kollegen konkret für die Abrechnung ab Juli?

Vor allem: gut vorbereiten und die Fallstricke kennen. Der wichtigste Punkt ist der Pflichtcharakter. Die GOP 03100 ist keine Option – sobald die Voraussetzungen erfüllt sind, muss sie angesetzt werden. Wer weiterhin Versichertenpauschale und Chronikerpauschale abrechnet, macht einen Abrechnungsfehler.

Die Kontakthistorie muss im PVS nachvollziehbar hinterlegt sein – vier Quartale, mindestens drei Kontakte, davon mindestens zwei persönliche. Die Bindungswirkung über zwei Quartale ist ebenfalls zu beachten: Im Folgequartal kann keine andere Praxis die Pauschale abrechnen, was bei Hausarztwechsel oder Vertretung zu Konflikten führt. Im Folgequartal müssen außerdem persönliche Kontakte mit GOP 88230, Videokontakte mit GOP 88220 gekennzeichnet werden – fehlt das, drohen Plausibilitätsprobleme.

In größeren Praxen und BAGen muss die acht-Prozent-Grenze beim Zuschlag GOP 03110 praxisweit überwacht werden, nicht arztbezogen. Und schließlich: Tritt im Pauschale-Zeitraum eine Akut- oder neue chronische Erkrankung auf, bleibt die Abrechnung unverändert – Versichertenpauschale und Chronikerpauschale sind ausgeschlossen, alle anderen nicht eingeschlossenen EBM-Leistungen bleiben abrechnungsfähig.

Ein letzter, praktischer Hinweis: Ob alle Praxisverwaltungssysteme die Altersklassenstaffelung korrekt abbilden, ist noch nicht abschließend geklärt. Ein Gespräch mit dem PVS-Anbieter vor dem 1. Juli ist dringend empfehlenswert.

Wie sollte sich die Pauschale langfristig weiterentwickeln?

Die Grundidee – Halbjahresrhythmus, weniger Pflichtkontakte für stabile Patienten, keine Budgetierung – ist vertretbar. Aber die Umsetzung muss grundlegend überarbeitet werden. Ob die Selbstverwaltung dazu allein in der Lage ist, bezweifle ich.

Konkret braucht es drei Dinge:

erstens eine deutliche Erweiterung der Diagnosepalette und die Abschaffung des Einfachmedikament-Kriteriums, das der Versorgungsrealität widerspricht.

Zweitens den Abbau aller technischen Detailvorgaben, die Bürokratie erzeugen, statt sie zu reduzieren.

Und drittens mittelfristig den Übergang zu einer echten Jahrespauschale mit Risikoadjustierung – weg vom Quartalstakt, hin zu einem Vergütungsmodell, das Hausarztmedizin so abbildet, wie sie wirklich ist.

Das Vorbild dafür existiert bereits. Die HzV zeigt seit Jahren, dass es geht: pauschalenbasiert, transparent, mit festen Eurobeträgen und ohne bürokratische Fallstricke. Es wäre an der Zeit, dieses Modell zur Grundlage einer echten Reform zu machen – statt immer neuer Schichten auf ein ohnehin überreguliertes System zu stapeln. ■

DIE FRAGEN STELLTEN KARL ROTH
UND THORBEN OBERHAG

KURZVITA DR. CHRISTIAN SOMMERBRODT:

Der Allgemeinmediziner Christian Sommerbrodt ist Mitinhaber einer Hausärztlichen Gemeinschaftspraxis in Wiesbaden in der Friedrichstraße. Er ist 1. Vorsitzender des hessischen Hausärzteverbands, Schatzmeister im Bundesverband der Hausärztinnen und Hausärzte sowie Mitglied der Vertreterversammlung der KVH. Zusammen mit Dr. Christian Köhler moderiert er außerdem den Medizin-Podcast „Das Arztgespräch“. Auch in der Lehre bringt sich Sommerbrodt ein – als Referent in der Weiterbildung für Allgemeinmedizin. Außerdem engagiert er sich im Institut für hausärztliche Fortbildung.

SICHER VERORDNEN: WISSEN, DAS SCHÜTZT

Sich als Ärztin oder Arzt im komplexen System von Verordnungen, Wirtschaftlichkeitsprüfung und Beratung sicher zu bewegen, ist nicht immer einfach. Wir zeigen Ihnen, wie Sie den Überblick behalten.

Arzneimittel zu verordnen war schon immer Kern ärztlicher Tätigkeit – doch selten war sie so herausfordernd wie heute. Lieferengpässe zwingen Praxen zu kurzfristigen Therapieanpassungen, während gleichzeitig strenge Vorgaben zur Wirtschaftlichkeit eingehalten werden müssen. Die Verordnung von Arzneimitteln ist ein Feld großer Unsicherheiten. Zwischen medizinischer Notwendigkeit, Wirtschaftlichkeitsgebot und rechtlichen Vorgaben bewegen sich Ärztinnen und Ärzte in einem Spannungsfeld, das zunehmend komplexer wird. Regresse, Richtgrößenprüfungen und formale Anforderungen stellen hohe Hürden dar, während gleichzeitig die bestmögliche Versorgung der Patientinnen und Patienten im Fokus bleiben muss. Doch es gibt Unterstützung: Die KV Hessen bietet vielfältige Beratungsangebote, die Orientierung und Sicherheit geben. Diese Titelstrecke beleuchtet, wie Verordnungen rechtssicher und wirtschaftlich gelingen, welche Fallstricke drohen – und wie gezielt Beratung helfen kann, Risiken zu minimieren und Handlungsspielräume zu nutzen. ■

KATHARINA SAUERBIER

PRAXISDATEN AUF EINEN BLICK: BERATUNGSDASHBOARDS

Das Gesundheitswesen unterliegt einem stetigen Wandel – neue regulatorische Anforderungen, sich ändernde Rahmenbedingungen und wachsende Herausforderungen für Praxen sind an der Tagesordnung. Um Ärztinnen und Ärzte bestmöglich zu unterstützen, bieten die BeratungsCenter und das Team Arznei-, Heil- und Hilfsmittel der KV Hessen an, Praxisdaten auf Dashboards zu visualisieren. Ziel ist es, durch datenbasierte Einblicke individuelle Stärken und Potenziale der Praxen zu identifizieren und gezielt zu fördern.



DATENGETRIEBENE BERATUNG: EIN NEUER ANSATZ

Gemeinsam mit Kolleginnen und Kollegen aus den Abteilungen Honorarverteilung und Statistik hat das Beratungsteam nach Wegen gesucht, die Beratungstiefe und -qualität zu steigern. Dank der bereits vorhandenen Datenbasis konnten für die unterschiedlichsten Themenbereiche spezifische Beratungsdashboards entwickelt werden. Diese ermöglichen es, im Rahmen eines Beratungsgesprächs praxisindividuelle Daten zu analysieren – und so nicht nur Stärken, sondern auch mögliche Schwachpunkte aufzuzeigen.

BERATUNGSDASHBOARDS IM FOKUS: ARZNEI-, HEIL- UND HILFSMITTEL

Ein zentrales Element der neuen Beratungsangebote ist das Verordnungsdashboard. Seit dem dritten Quartal 2023 sind hier alle Verordnungskosten zu Arznei- und Verbandstoffen hinterlegt. Praxen erhalten damit die Möglichkeit, gemeinsam mit dem Beratungsteam detaillierte Auswertungen durchzuführen:

- **Verordnungsverhalten:** Welche Verordnungen wurden in welcher Höhe ausgestellt?

- **Generika-Analyse:** Wie viele Generika wurden verordnet?
- **ATC-Gruppen:** Welche Arzneimittelgruppen sind die umsatzstärksten?
- **Aut-Idem-Quote:** Wie hoch ist die Substitutionsquote?
- **Vergleiche:** Wie schneidet die Praxis im Vergleich zur eigenen Fachgruppe ab?
- **Sprechstundenbedarf:** Welche Artikel wurden bezogen? Wie entwickelte sich der Umsatz quartalsweise oder jährlich?

Mit Hilfe des Dashboards kann die Praxis gemeinsam mit dem Team AHH ihren Kostenverlauf und die einzelnen Verordnungen analysieren.

WEITERE DASHBOARDS FÜR MEHR KLARHEIT

Das Team Arznei-, Heil- und Hilfsmittel hat gemeinsam mit der Abteilung Honorarverteilung und Statistik weitere Dashboards entwickelt, die den Praxisalltag erleichtern:

- **Prävalenzdashboard:** Analyse von Erkrankungsbildern und deren Entwicklung – besonders hilfreich bei preisintensiven Arznei- und Hilfsmitteln. Zudem ermöglicht es den Vergleich mit

Leistungserbringern aus der eigenen Fachgruppe und die Überprüfung der Kodiergenauigkeit.

- **Budgethistorie:** Praxen, die bereits vor 2024 aktiv waren, können ihre Budgetentwicklung auf Grundlage der Prüfungsstellenzahlen auswerten. Das Dashboard zeigt auch die Auswirkungen von Praxisbesonderheiten oder kostenintensiven Arznei- und Hilfsmitteln auf das Budget.

BERATUNGEN IN UNSEREN BERATUNGSCENTERN: INDIVIDUELLE EINBLICKE FÜR IHRE PRAXIS

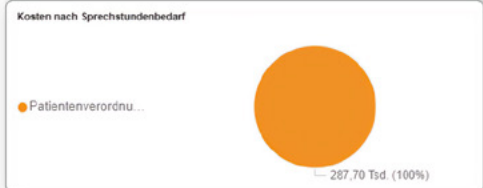
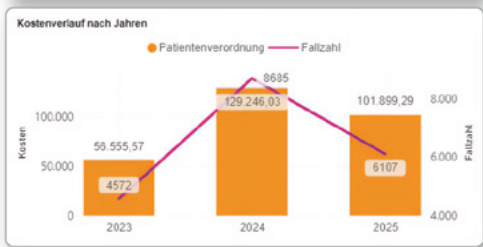
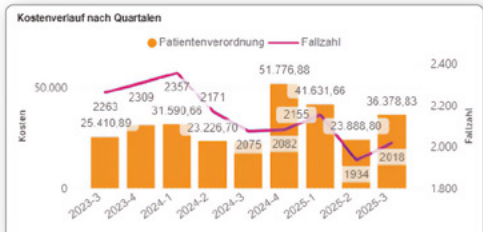
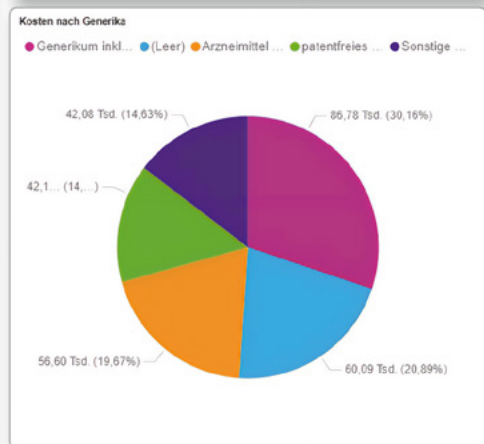
Unsere Kolleginnen und Kollegen in den BeratungsCentern bieten Ärztinnen und Ärzten sowie psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten zudem weitere individuelle Einblicke in die vielfältigen Themen:

- Honoraranalysen im Quartalsvergleich
- Abrechnungspotenziale
- Standortanalysen
- Praxiskennzahlen
- Auslastung von Versorgungsaufträgen und Plausibilitätszeiten
- Versorgungsdaten
- Fachgruppenindividuelle GOP-Vergleiche

| PZN-Bezeichnung | Kosten |
|--|-----------|
| | 17.285,35 |
| CEFPO BASICS 100 mg | 34,98 |
| TerbiGALEN 250 mg | 25,45 |
| Pipamperon HEXAL 20 mg/5 ml | 83,24 |
| Pipamperon HEXAL 20 mg/5 ml | 152,28 |
| Ibuhexal akut 400 | 3,63 |
| Cetirizin AL 1mg/ml | 11,40 |
| Cetirizin AL 1mg/ml | 79,40 |
| BABYLAX | 31,84 |
| Azithromycin HEXAL 200mg/5ml TS | 15,01 |
| Oxybugamma 5 | 21,29 |
| Ben-u-ron 250mg | 15,95 |
| Anaesthesulf | 15,98 |
| Soderm | 93,34 |
| Soderm Emulsion | 25,31 |
| Salbutamol AL Inhalat | 756,26 |
| Salbutamol AL Inhalat 5x10 ml | 39,76 |
| Salbutamol AL Inhalat 10x10 ml | 28,35 |
| Ibubeta 400 akut | 2,67 |
| Livocab direkt | 40,39 |
| Azithromycin HEXAL 200mg/5ml TS | 208,77 |
| Flutide mite 100 Diskus Doppelpackg 2x60 | 121,46 |
| ADVANTAN | 103,18 |
| Azithromycin HEXAL 200mg/5ml TS | 18,31 |
| Amoxicillin Stada 1000 mg | 13,36 |
| Junik 100µg 1x200 Hub Dosier 10ml | 30,11 |
| Amoxiclav 400/57 TS 1A Pharma | 716,86 |
| Atrovant N Dosier 10 ml Kohl Ph. | 42,10 |
| Ferro sanol überzogene Tabl | 7,94 |
| Amoxicillin-ratiopharm 1000 | 14,65 |
| Viani mite 50 µg/100 µg Diskus Plv 60 ED | 68,24 |
| Viani 50 µg/250 µg Diskus Plv 60 ED | 73,80 |
| GUTTAPLAST 6 CM X 9 CM | 15,96 |
| 287.700,89 | |

| PZN | PZN Bezeichnung |
|------|-----------------|
| Alle | Alle |

| Kosten pro Jahr | |
|-----------------|------------|
| 2023 | 56.555,57 |
| 2024 | 129.246,03 |
| 2025 | 101.899,29 |



Darüber hinaus gibt es noch eine Vielzahl weiterer Dashboards, die im Rahmen eines Beratungsgesprächs vorgestellt werden können, um somit einen besseren Überblick zu erhalten und den Praxisalltag zu erleichtern.

FAZIT: MEHR TRANSPARENZ, BESSERE ENTSCHEIDUNGEN

Die neuen Beratungsdashboards der KV Hessen bieten Praxen eine wertvolle Grundlage, um fundierte Entscheidungen zu treffen. Durch die Kombination von Datenanalyse und individueller Beratung können unsere Mitglieder ihre Praxisprozesse optimieren – und sich so noch besser auf die Herausforderungen des Gesundheitswesens einstellen.

INTERESSE GEWECKT?

Ärztinnen und Ärzte sowie psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten, die an einer datenbasierten Beratung interessiert sind, können sich direkt an ihre BeratungsCenter oder das Team Arznei-, Heil- und Hilfsmittel der KV Hessen wenden. Gemeinsam werden wir im Beratungsgespräch einen Blick in ihre Praxisdaten werfen – für mehr Klarheit und Handlungsoptionen.

STETIGE WEITERENTWICKLUNG FÜR IHREN PRAXISALLTAG

Wir wissen, wie wichtig maßgeschneiderte Beratung zu speziellen Themen für Sie sind. Daher arbeiten wir kontinuierlich an der Entwicklung weiterer Dashboards – etwa zu Heilmittelverordnungen oder Antibiotikareports.

FEHLT IHNEN EINE SPEZIFISCHE AUSWERTUNG?

Ihre Rückmeldung ist uns wichtig! Wenn Sie Daten oder Analysen zu bestimmten Themen vermissen, sprechen Sie uns gerne an. Gemeinsam ermitteln wir den Bedarf und entwickeln passgenaue Lösungen für Ihre Praxis. ■

DOREEN BECKER

KONTAKT

Sie möchten sich zu einem speziellen Thema beraten lassen oder eine allgemeine Beratung nutzen? Dann kontaktieren Sie uns!

Team Arznei-, Heil- und Hilfsmittel
069 24741-7333
verordnungsanfragen@kvhessen.de

BeratungsCenter Südhessen
06151 158-500
beratung-suedhessen@kvhessen.de

BeratungsCenter 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

NEUER VERORDNUNGSLEITFADEN: SICHER DURCH DEN PRAXISALLTAG

Der neue Verordnungsleitfaden der KV Hessen erscheint demnächst und hilft Ärztinnen und Ärzten, einen grundlegenden Überblick und damit Sicherheit beim Verordnen zu gewinnen.

SCHON GESEHEN?

Den Verordnungsleitfaden finden Sie online unter:

www.kvhaktuell.de



Fragen rund um die Verordnungsfähigkeit von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, sowie die Sorge vor Nachforderungen durch die Krankenkassen beschäftigen viele niedergelassene Ärztinnen und Ärzte fast täglich. Aus diesem Grund haben wir mit unserem Verordnungsleitfaden einen Ratgeber für Sie erstellt, der die Grundlagen zum Thema Verordnen erklärt.

In erster Linie richtet sich der Verordnungsleitfaden an neu niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, bietet aber auch für langjährige Mitglieder sicher noch die eine oder andere wissenswerte Information.

Neben grundsätzlichen Themen, wie dem Wirtschaftlichkeitsgebot, der Rezeptausstellung und der Arznei-

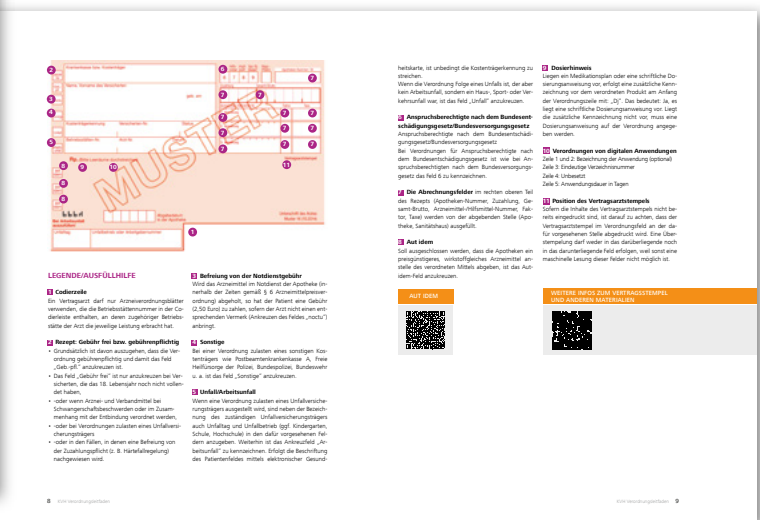
mittelrichtlinie beleuchten wir auch das Thema Budget, die möglichen Prüfscenarien und geben Tipps, um Nachforderungen durch die Krankenkasse zu vermeiden.

Darüber hinaus erhalten Sie im Leitfaden Erklärungen zum Bezug von Sprechstundenbedarf und lernen unsere Sprechstundenbedarfssuche kennen.

Unser Verordnungsleitfaden soll neu Niedergelassenen als gute Orientierung im Praxisalltag dienen.

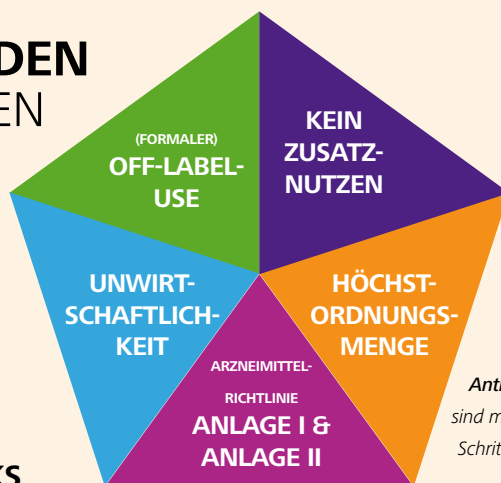
Aus diesem Grund erhalten alle Teilnehmenden der #FokusVersorgung Veranstaltungen ein gedrucktes Exemplar dieses Ratgebers. ■

HELENA SCHMIDT



NACHFORDERUNGEN VERMEIDEN MIT DIESEN TIPPS BEHALTEN SIE DEN ÜBERBLICK

Aus unseren Veranstaltungen und dem direkten Austausch wissen wir: Das Thema Nachforderungen durch Krankenkassen verunsichert viele Ärztinnen und Ärzte. Doch mit ein paar gezielten Maßnahmen können Sie das Risiko deutlich reduzieren – und gewinnen gleichzeitig mehr Sicherheit im Praxisalltag.



Die fünf häufigsten Antragsgründe sind mit einfachen Schritten leicht zu vermeiden.

NACHFORDERUNGEN VERMEIDEN – TIPPS UND TRICKS



1. IHR PRAXISSOFTWARESYSTEM – IHR WICHTIGSTES WERKZEUG

Nehmen Sie sich bewusst Zeit, um die Funktionen Ihrer Praxissoftware kennenzulernen. Viele Nachforderungen entstehen durch unvollständige oder fehlerhafte Eingaben, die sich mit den richtigen Einstellungen vermeiden lassen.

Updates einpflegen: Achten Sie darauf, dass Ihre Software immer auf dem neuesten Stand ist, um aktuelle gesetzliche Verordnungsregeln abzubilden.

In Ihrer Software sind die Anlagen der Arzneimittel-Richtlinie hinterlegt – nutzen Sie diese Informationen, um Verordnungsausschlüsse oder -einschränkungen frühzeitig zu erkennen.



2. KODIERUNGEN – AUCH BEI „NUR“ VERORDNUNGEN, OHNE DIREKTEN ARZT-PATIENTEN-KONTAKT

Ein häufiger Stolperstein: Fehlende oder unvollständige Kodierungen, selbst wenn „nur“ eine Verordnung ausgestellt wird.

Grundsatz: Jede Verordnung erfordert eine passende Diagnosekodierung – auch wenn keine Behandlung stattfindet.

Praxistipp: Legen Sie sich Checklisten oder Vorlagen für häufige Chroniker-Diagnosen an, um nichts zu übersehen.



3. THERAPIESTELLUNGEN – DOKUMENTATION IST ALLES

Bei Änderungen der Medikation oder Therapie sind Krankenkassen besonders aufmerksam. Eine lückenlose Dokumentation schützt Sie vor Rückfragen und rechtfertigt Ihre Entscheidungen.

Dokumentieren Sie:

- Warum die Umstellung erfolgt (z. B. Unverträglichkeit, Wirkungslosigkeit).
- Welche Alternativen Sie in Betracht gezogen haben.
- Ob der Patient über die Änderungen informiert wurde.

Vorlage nutzen: Ein kurzer Standardtext in Ihrer Software (z. B. „Therapiemstellung nach Abwägung von Nutzen/Risiko“) spart Zeit und erhöht die Sicherheit.

WARUM DAS ALLES?

Nachforderungen sind oft kein Zeichen von Fehlern, sondern von unvollständiger Kommunikation mit den Kassen. Mit diesen drei Schritten schaffen Sie Transparenz, sparen Zeit – und vor allem: vermeiden unnötigen Stress.

KONTAKT

Haben Sie Fragen oder brauchen Sie Unterstützung? Wir sind für Sie da – sprechen Sie uns an!

Team Arznei-, Heil- und Hilfsmittel

069 24741-7333

verordnungsanfragen@kvhessen.de

UMGANG MIT LIEFERENGPÄSSEN IN DER PRAXIS

Immer häufiger kommt es in Deutschland zu Lieferengpässen bei Arzneimitteln. Manchmal sind Arzneimittel sogar europaweit vergriffen. Das Problem ist belastend – für Ärzte und Patienten.

Lieferengpässe bei Arzneimitteln stellen mittlerweile ein großes Problem dar. Neben Antibiotika und Schmerzmitteln sind auch Medikamente gegen Bluthochdruck, Asthma und Onkologika betroffen. Das bedeutet einen hohen Aufwand für Praxen und Apotheken: Ärztinnen und Ärzte müssen Rezepte häufig ändern, Patientinnen und Patienten erneut beraten und nach Alternativen suchen, was den Arbeitsablauf verlangsamt. Apotheken müssen zeitintensive Recherchen nach Restbeständen oder Importmöglichkeiten durchführen.

GESETZ GEGEN LIEFERENGPÄSSE

Am 27. Juli 2023 trat das Gesetz zur Bekämpfung der Lieferengpässe und zur Verbesserung der Versorgung (ALBVVG) in Kraft. Das Gesetz folgte auf die geltenden Übergangsregeln, die nach Auslaufen der SARS-CoV-2-Arzneimittelversorgungsverordnung, die während der Pandemie als Hilfestellung dienten, eingeführt wurden und bis zum 31. Juli 2023 galten.

Apotheken können bei Nichtverfügbarkeit ein nach Rahmenvertrag abzugebendes Arzneimittel gegen ein verfügbares wirkstoffgleiches austauschen. Die Regelung gilt auch für Privatverordnungen. Voraussetzung für die Austauschregeln nach § 129 Abs. 2a SGB V ist das Vorliegen der Nichtverfügbarkeit.

Apotheken dürfen auch ohne Rücksprache mit dem verordnenden Arzt von der ärztlichen Verordnung abweichen, sofern die verordnete Gesamtmenge des Wirkstoffs nicht überschritten wird. Dabei muss folgendes beachtet werden:

- Die Packungsgröße (auch mit einer Überschreitung der nach der Packungsgrößenverordnung maßgeblichen Messzahl),
- die Packungszahl,
- die Wirkstärke (sofern keine pharmazeutischen Bedenken bestehen) und
- die Abgabe von Teilmengen

Außerdem gestattet das Arzneimittel-Lieferengpassbekämpfungs- und Versorgungsverbesserungsgesetz (ALBVVG) bei Nichtverfügbarkeit, wenn alle anderen vorrangigen Abgabemöglichkeiten ausgeschöpft sind, die Abgabe von Teilmengen. Auch hier hat die Apotheke die Möglichkeit, dies auf der Verordnung (egal ob Muster 16 oder E-Rezept) kenntlich zu machen. Die Praxis muss keine neue Verordnung ausstellen. **Auch der Bezug über den Sprechstundenbedarf ist von Lieferengpässen nicht ausgenommen.**

REZEPTWÜNSCHE VON APOTHEKEN

Doch wie verhält sich die Praxis richtig, wenn Apotheken sich melden und Rezeptwünsche haben?

Auf Nachfrage bei der Sprechstundenverwaltenden Stelle bei der AOK Hessen erhielt die KV Hessen die Auskunft, dass die Apotheken sich um den Bezug und die Einholung der Genehmigung kümmern sollen.

Für Sie als medizinisches Personal bedeutet das, dass Sie nicht dem Wunsch der Apotheke nach einer Rezeptänderung nachkommen sollten.

Die Apotheke muss sich im Falle eines offiziellen Lieferengpasses an die Sprechstunden verwaltende Stelle

bei der AOK Hessen wenden, um einen evtl. Bezug aus dem Ausland nach § 73 AMG zu besprechen und eine Kostenübernahme einzuholen. Ein offizieller Lieferengpass liegt dann vor, wenn eine Listung des Arzneimittels in der Lieferengpassliste des BfArM zu finden ist. Die Apotheken sollten die Arztpraxen über den Bezug eines Einzelimportes nach § 73 AMG informieren. **Diese Regelung gilt nur im Sprechstundenbedarf.**

Grundsätzlich gilt: Eine explizite Dokumentation von Lieferengpässen ist in der Praxis nicht verpflichtend. Bei hochpreisigen Arzneimitteln kann es jedoch sinnvoll sein, um bei Wirtschaftlichkeitsprüfungen die Therapieentscheidung zu begründen.

KINDER – EINE BESONDERE PATIENTENGRUPPE

Seit dem 16. Dezember 2023 können Apotheken beim Austausch von Kinderarzneimitteln zur Kompensation einer Nichtverfügbarkeit ggf. auch von der Darreichungsform abweichen oder eine Rezeptur anfertigen, ohne dass ein neues Rezept erforderlich wäre. Das BfArM veröffentlicht eine Dringlichkeitsliste Kinderarzneimittel, die regelmäßig aktualisiert wird. Auf dieser Liste sind Fertigarzneimittel benannt, welche im Fall steigender Infektionszahlen von einer erhöhten Nachfrage betroffen sein könnten.

Apotheken können ohne ärztliche Rücksprache und ohne neues Rezept auf Grundlage der ursprünglichen Verordnung austauschen und erhalten so mehr Flexibilität, um die Arzneimittelversorgung von Kindern sicherzustellen. Der Austausch auf Basis der Liste kann gegen ein wirkstoffgleiches Fertig- oder Rezepturarzneimittel erfolgen – auch in einer anderen Darreichungsform (z. B. Zäpfchen statt Saft).

Mit Regelungen im SGB V, die mit dem Inkrafttreten des Pflegestudiumstärkungsgesetzes (PflStudStG) zum 16. Dezember 2023 gelten, wird sichergestellt, dass Verordnungen von Arzneimitteln, die zum Zeitpunkt der Verordnung auf der Dringlichkeitsliste mit Kinderarzneimitteln geführt werden, nicht als unwirtschaftlich gelten.

Ergänzend ist geregelt, dass auch für Apotheken keine Nachteile entstehen, wenn Arzneimittel der Dringlichkeitsliste zur Kompensation einer Nichtverfügbarkeit abweichend von der Verordnung beliefert werden, selbst wenn das abgegebene Arzneimittel unter „normalen“ Umständen gegebenenfalls als unwirtschaftlich angesehen wird. ■

JENNIFER WATERMANN

WICHTIG!

Die Verordnung wird nicht nachträglich durch den Arzt auf das tatsächlich abgegebene Arzneimittel umgeschrieben oder neu ausgestellt. Zur Anwendung der Regelung muss der Austausch auf Basis der ursprünglichen Verordnung erfolgen.

Diese Regelung gilt ausschließlich für Arzneimittel der Dringlichkeitsliste.

Der gegebenenfalls notwendige Austausch erfolgt in der Apotheke. Die Apotheke kennzeichnet die Nichtverfügbarkeit auf der vom Arzt ursprünglich ausgestellten Verordnung.

MELDUNGEN ZU LIEFERENGPÄSSEN

Meldungen erfolgen durch die pharmazeutischen Unternehmer und basieren auf der im Pharmadialog erklärten Selbstverpflichtung zur Meldung von Lieferengpässen für versorgungsrelevante Arzneimittel.

Zuständig für Meldung und Überwachung von Lieferengpässen sind die Bundesoberbehörden.

Beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) gemeldete Lieferengpässe werden veröffentlicht unter:

<https://anwendungen.pharmnet-bund.de/lieferengpassmeldungen/faces/public/meldungen.xhtml>



Lieferengpässe aus dem Zuständigkeitsbereich des Paul Ehrlich-Instituts (PEI) - wie Impfstoffe und biomedizinische Arzneimittel, sind hier zu finden:

www.pei.de/DE/arzneimittel/impfstoffe/lieferengpaesse/lieferengpaesse-node.html



AUTOMATISCHER **AUSTAUSCH** **VON BIOLOGIKA** IN DER APOTHEKE

Biotechnologisch hergestellte Arzneimittel (Biologika) spielen u. a. bei der Behandlung von Autoimmunerkrankungen wie rheumatoider Arthritis oder in der Krebstherapie eine immer wichtigere Rolle – nicht nur medizinisch, sondern auch hinsichtlich der Kostenanteile bei den Arzneimittelausgaben.



Im Auftrag des Gesetzgebers hat der G-BA beschlossen, unter welchen Voraussetzungen Apotheken ärztlich verordnete Biologika durch in der Regel preisgünstigere Nachahmerpräparate (Biosimilars) austauschen können. Das Ersetzen von verordneten Arzneimitteln durch eine preisgünstigere Alternative – die sogenannte Aut-idem-Regelung – ist bei chemisch-synthetisch hergestellten Arzneimitteln ein bewährtes Instrument für Kosteneinsparungen. Für die meist hochpreisigen Biologika gab es diese Möglichkeit bislang nur für Infusions- und Injektionslösungen, die in Apotheken patientenindividuell zur unmittelbaren ärztlichen Anwendung zubereitet werden. Seit April 2026 ist dies nun auch für Fertigarzneimittel vorgeschrieben.

RECHTLICHER RAHMEN

Das Leistungsrecht der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) basiert auf dem Wirtschaftlichkeitsgebot, § 12 SGB V. Danach müssen Leistungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein und dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten.

Der automatische Austausch von Arzneimitteln in der Apotheke ist grundsätzlich zulässig, wenn:

- ein Rabattvertrag zwischen Krankenkasse und Hersteller besteht,
- das Arzneimittel als austauschbar gilt,
- der Arzt den Austausch nicht ausgeschlossen hat („Aut idem“-Kreuz).

Für Biologika galt bisher eine Sonderstellung, da ihre Austauschbarkeit medizinisch sensibler ist. Erst mit einer gesetzlichen Anpassung der Arzneimittel-Richtlinie (§ 40c AM-RL) wurde der Rahmen für eine mögliche Substitution geschaffen.

AUSTAUSCHBARKEIT VON BIOLOGIKA

Beim Ersetzen eines ärztlich verordneten Biologikums durch ein preisgünstigeres Produkt ist durch Apotheken gemäß § 40c AM-RL Folgendes zu prüfen:

- Das abzugebende Produkt muss für mindestens ein gleiches Anwendungsgebiet sowie mindestens für dieselben Applikationsarten zugelassen sein wie das verordnete.
- Das abzugebende und das verordnete Produkt müssen in Wirkstärke und Packungsgröße identisch sein und die gleiche oder eine austauschbare Darreichungsform besitzen. Bei Arzneimitteln mit gleicher Darreichungsform muss zudem das Verhältnis (Fertigspritze, Fertigpen, Patrone etc.) übereinstimmen.
- Eine Ersetzung kann grundsätzlich im Verhältnis eines Referenzarzneimittels zu seinen Biosimilars sowie zwischen Biosimilars untereinander erfolgen, sofern diese mit Bezug auf dasselbe Referenzarzneimittel zugelassen sind.

Steht ein Arzneimittel mit Rabattvertrag der Krankenkasse zur Verfügung, so muss die Apotheke dieses abgeben.

Wenn die Ärztin oder der Arzt einen Austausch des verordneten Biologikums aus medizinisch-therapeutischen Gründen auf der Verordnung ausgeschlossen hat, entfällt die Pflicht der Apotheke für einen Austausch. ■

URSULA BÜDEL

SCHON GEWUSST?

Die Arzneimittel-Richtlinie, Anlage VIIa, bietet eine Übersicht über die Zusammenhänge der in Deutschland zugelassenen Biologika sowie deren Biosimilars.

www.g-ba.de/richtlinien/anlage/290/



WANN SOLTE MAN AUT IDEM ANKREUZEN?

- Medizinisch begründeter Einzelfall (z. B. dokumentierte Unverträglichkeit) – die Gründe sollten in der Patientenakte dokumentiert werden

WANN SOLLTE KEIN AUT-IDEM-KREUZ GESETZT WERDEN?

- Wunschverordnung des Patienten

FAZIT FÜR DIE PRAXIS

Bei der Verordnung von Biosimilars und deren Referenzprodukten sollten Praxen daher

- bestehende Rabattverträge berücksichtigen
- eins der vier preiswertesten Biosimilars wählen, wenn kein Rabattvertrag bekannt ist
- keine „Wirkstoffverordnung“ vornehmen (unklare Verordnung)
- Patientinnen und Patienten auf einen möglichen Austausch hinweisen

ORPHAN DISEASES/ORPHAN DRUGS: HERAUSFORDERUNGEN IN DER PRAXIS

Seltene Erkrankungen, sogenannte Orphan Diseases, stellen die Ärztinnen und Ärzte vor besondere Herausforderungen. In der Europäischen Union gilt eine Erkrankung als selten, wenn nicht mehr als 5 von 10.000 Menschen betroffen sind.

HERAUSFORDERUNGEN BEI KLINISCHEN STUDIEN

Orphan Diseases sind häufig genetisch bedingt, verlaufen chronisch und sind häufig auch lebensbedrohlich. Die geringe Prävalenz führt dazu, dass klinische Studien schwierig durchzuführen sind: kleine Patientenzahlen, heterogene Krankheitsverläufe und fehlende Vergleichsdaten erschweren die Evidenzgewinnung. Randomisierte kontrollierte Studien sind daher nicht immer möglich oder ethisch vertretbar. Stattdessen basieren Zulassungen häufig auf kleineren oder einarmigen Studien. Entsprechend ist die Datenlage bei vielen Therapien begrenzt.

ORPHAN DRUGS: DEFINITION UND FRÜHE NUTZENBEWERTUNG

Orphan Drugs sind Arzneimittel, die speziell zur Behandlung seltener Erkrankungen (Orphan Diseases) entwickelt wurden.

Die frühe Nutzenbewertung von Orphan Drugs nimmt in Deutschland eine Sonderstellung ein. Im Rahmen des AMNOG-Verfahrens gilt für Orphan Drugs der Zusatznutzen bereits mit der Zulassung als belegt, so-

fern ein bestimmter Umsatzschwellenwert nicht überschritten wird. Dies trägt der besonderen Situation dieser Arzneimittel Rechnung, da große randomisierte Studien oft nicht realisierbar sind. Mit zunehmendem Umsatz („30 Millionen Euro Grenze“) entfällt jedoch diese Sonderregelung und es erfolgt eine reguläre Nutzenbewertung.

Wird diese 30 Millionen Euro Grenze überschritten, ist der pharmazeutische Unternehmer verpflichtet, ein vollständiges Dossier zur Nutzenbewertung vorzulegen – analog zu nicht seltenen Erkrankungen. In diesem Fall erfolgt eine reguläre Bewertung durch den Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA) unter Einbeziehung des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG), einschließlich einer Bewertung des Zusatznutzens im Vergleich zur zweckmäßigen Vergleichstherapie.

VERORDNUNG IN DER ÄRZTLICHEN PRAXIS

Für Ärztinnen und Ärzte bedeutet die Verordnung von Orphan Drugs ein hohes Maß an Verantwortung. Wichtige Aspekte sind:

UNTERSTÜTZUNG BEI SELTENEN ERKRANKUNGEN

Die Stiftung Gesundheitswesen hilft Ärztinnen und Ärzten dabei, Betroffene verständlich zu informieren und Versorgungswege zu erläutern.

Meistens ist der Hausarzt die erste Anlaufstelle bei Erkrankungen und übernimmt somit eine wichtige Rolle bei der ersten Einschätzung von Beschwerden und der weiteren Koordination der Versorgung. Seltene Erkrankungen stellen dabei eine besondere Herausforderung dar. Um Hausärztinnen und Hausärzte zu unterstützen, hat die Stiftung Gesundheitswesen wissenschaftlich fundierte Materialien für den Praxiseinsatz entwickelt. Die Materialien enthalten unter anderem Informationen über Zentren für Seltene Erkrankungen (ZSE), die ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV) und Selbsthilfegruppen. Ziel ist es, die Beratung in der Praxis zu unterstützen, Transparenz zu schaffen und Versorgungswege aufzuzeigen. ■

KATHARINA SAUERBIER

WEITERE INFORMATIONEN

für Patientinnen
und Patienten unter:

www.stiftung-gesundheitswissen.de/seltene-erkrankungen



MATERIALIEN ZUM DOWNLOAD

www.gesundesprechstunde.de/fachinformationen/seltene-erkrankungen



- Indikationsstellung: Häufig nur für eng definierte Patientengruppen zugelassen
- Therapiemonitoring: Aufgrund begrenzter Daten besonders wichtig
- Aufklärung: Patientinnen und Patienten müssen über Chancen und Unsicherheiten informiert werden
- Interdisziplinäre Abstimmung: Zusammenarbeit mit spezialisierten Zentren und Fachkollegen kann notwendig sein

Grundsätzlich unterliegt auch die Verordnung von Orphan Drugs dem Wirtschaftlichkeitsgebot nach § 12 SGB V („ausreichend, notwendig, zweckmäßig und wirtschaftlich“). Dennoch wird der besondere Status von Orphan Drugs in der praktischen Umsetzung berücksichtigt.

So wird u. a. berücksichtigt, dass es sich häufig um alternativlose Therapien handelt. Die Verordnung gilt trotz der meist sehr hohen Kosten als wirtschaftlich, sofern sie indikationsgerecht und leitlinienkonform erfolgt.

Wichtig für verordnende Ärztinnen und Ärzte ist daher eine sorgfältige Dokumentation. Dazu gehören insbesondere die gesicherte Diagnose, die Einhaltung der zugelassenen Indikation, der Ausschluss von Therapiealternativen sowie der Therapieverlauf. ■

URSULA BÜDEL

EINE REPRÄSENTATIVE BEFRAGUNG DER STIFTUNG GESUNDHEITSWISSEN ZEIGT, DASS VIELE PRAXEN SICH PASSENDE INFORMATIONSMÖGLICHKEITEN WÜNSCHEN:

44 %

der befragten Ärzte bewerten die bestehenden Informationsmöglichkeiten als nicht ausreichend.

28 %

der Befragten mit Kontakt zu Patienten mit einer Seltenen Erkrankung sehen die Suche nach geeigneten spezialisierten Anlaufstellen als herausfordernd an.

55 %

wünschen sich geeignete Unterlagen zur Weitergabe an Patienten mit einer Seltenen Erkrankung.

WEITERVERORDNUNG VON FACHÄRZTLICHEN ARZNEIMITTELN UND ABNAHME LABOR



Fachärztliche Medikamente können teuer sein. Hausärztinnen und Hausärzte überweisen Patientinnen und Patienten deshalb gerne an die fachärztlichen Kolleginnen und Kollegen. Das kann allerdings einen unerwünschten Nebeneffekt haben. Auch Laborleistungen sollten Hausarztpraxen lieber selber durchführen. Wir erklären, warum.

MÜSSEN HAUSÄRZTE TEURE FACHÄRZTLICHE MEDIKAMENTE VERORDNEN?

Häufig lehnt der Hausarzt die Verordnung von fachärztlichen Medikamenten ab. Dies wohl in erster Linie aus einer „Budgetangst“ und Befürchtung, wegen Überschreitung des eigenen Arzneimittelbudgets durch diese in der Regel relativ teuren Verordnungen in eine Wirtschaftlichkeitsprüfung zu geraten. Dies führt in Extremfällen zu einem Ping-Pong-Mechanismus, bei dem der Patient zwischen Hausarzt und Facharzt hin- und hergeschoben wird, damit die erforderliche Verordnung getätigt werden kann.

WAS RÄT DIE KV HESSEN IN DIESEN FÄLLEN?

Wird ein Patient zur Abklärung/Mitbehandlung einer Krankheit zum Facharzt überwiesen, erfolgt nach Diagnosestellung und Einleitung der erforderlichen Therapie für das laufende Quartal die Rücküberweisung des Patienten mit einem Arztbrief zum Hausarzt. Dieser soll in den folgenden Quartalen, in denen aus medizinischer Sicht keine Wiedervorstellung beim Facharzt erforderlich ist, die entsprechende Folgeverordnung vornehmen. Eine Überweisung zum Facharzt ohne medizinische Notwendigkeit nur für das Erhalten eines Folgerezeptes ist definitiv nicht erwünscht.

Medizinische Gründe, wie zum Beispiel Therapieprobleme oder Therapieversagen, sind natürlich der Grund für eine umgehende neue Überweisung bzw. Vorstellung beim Facharzt. Ansonsten soll der Hausarzt – wie beispielsweise bei der Verordnung der PCSK9-Hemmer zur Senkung erhöhter Cholesterinwerte –, wenn keine Therapieprobleme vorliegen, die Folgeverordnung vornehmen, bis nach einem Jahr der Patient zur vorgesehenen Kontrolluntersuchung zum Facharzt geschickt wird. Es gibt viele derartige Beispiele, wie zum Beispiel die Betreuung von Patienten mit rheumatoiden Erkrankungen oder die Betreuung eines Patienten mit Morbus Parkinson.

WIE SIEHT ES MIT DEM BUDGET AUS?

Die Befürchtung wegen Budgeterschöpfung/Überschreitung durch derartige Verordnungen in eine Wirtschaftlichkeitsprüfung zu geraten, ist falsch. Derartige Therapien werden als Praxisbesonderheit anerkannt und es gibt bis heute keinen einzigen Fall, bei dem derartige Verordnungen des Hausarztes zu einem Prüfverfahren mit Regress geführt haben.

Die Verordnung teurer Präparate geht in das Verordnungsvolumen der Fachgruppe ein. Da der Fachgruppendurchschnitt die Basis für eventuelle Wirtschaftlichkeitsprüfungen ist, erhöhen diese Verordnungen diese Basis und erst deren Überschreitung von mehr als 45 Prozent kann zu einer Wirtschaftlichkeitsprüfung führen.

AUSFÜHRUNGEN VON LABORLEISTUNG – WER MACHTS?

Die Kassenärztliche Vereinigung Hessen vertritt die Auffassung, dass Laboruntersuchungen von dem Arzt durchzuführen sind, der aufgrund der Laborergebnisse die Entscheidung über die Behandlung trifft. Allen Fachgruppen steht ein fachgruppen-typisches Laborbudget zu Verfügung. Die Kassenärztliche Vereinigung geht hier von einem kollegialen Miteinander aus. Berufsrechtlich kann kein Arzt von einem anderen Arzt bindend beauftragt werden, bestimmte Leistungen zu erbringen.

Das schließt auch dieses Szenario ein:

Ein Facharzt, der nur in seltenen Fällen Labordiagnostik benötigt, leitet seinen Patienten an einen hausärztlichen Kollegen weiter samt einer Reihe von Laborwerten, die er beim Patienten ermitteln möge. Dies mag im Sinne eines kollegialen Miteinanders eine freundliche Geste sein. Einen Anspruch hat der Facharzt aus diesem Beispiel allerdings nicht. Und der Hausarzt darf mit gutem Recht das Anliegen seines Kollegen zurückweisen. Denn jeder Arzt ist für sich und seine Leistungen verpflichtet, deren Sinnhaftigkeit unter WANZ-Kriterien (wirtschaftlich, ausreichend, notwendig, zweckmäßig) zu prüfen und dafür geradzustehen. Kurzum: Der Indikationssteller einer Abklärungsdiagnostik ist auch für die dafür notwendige Labordiagnostik verantwortlich.

Lediglich bei radiologischen Untersuchungen (wie zum Beispiel einer MRT-Untersuchung) kann es sein, dass die Kreatinin-Werte oder das Thyreoidea-stimulierende Hormon (TSH)-Werte im Vorfeld bestimmt werden müssen und müssen durch die überweisende Praxis durchgeführt werden. Bei kernspintomographischen Untersuchungen besteht bei Verwendung von gadoliniumhaltigen Kontrastmitteln für Patienten mit eingeschränkter Nierenfunktion das Risiko einer sogenannten nephrogenen systemischen Fibrose (NSF). Zum Ausschluss dieses Risikos kann vor einer MRT-Untersuchung die Bestimmung des aktuellen Kreatininwertes des Patienten notwendig werden. Vor einer Untersuchung mit jodhaltigem Kontrastmittel kann die Bestimmung des TSH-Wertes zum Ausschluss einer manifesten oder drohenden Schilddrüsenüberfunktion notwendig sein. Radiologen sind bei Patienten mit Risikofaktoren auf die Übermittlung des Kreatininwertes oder des TSH-Wertes durch die überweisende Haus- oder Facharztpraxis angewiesen, um den Auftrag zur radiologischen Untersuchung im Rahmen eines einmaligen Termins durchführen zu können.

Die Praxisstruktur von radiologischen Praxen ist meist nicht auf die notwendigen Schritte für Laboruntersuchungen im Vorfeld zur radiologischen Untersuchung ausgerichtet. Als Ausnahme bitten wir daher die Laboruntersuchungen hier selbst durchzuführen. ■

JENNIFER WATERMANN

WEITERE INFORMATIONEN

<https://verordnungen.kvhaktuell.de/news>



www.kvhessen.de/abrechnung-ebm/laboruntersuchung



ALLES AUF EINEN BLICK: DAS HEILMITTELBUCH ALS WEGWEISER

Die Verordnung von Heilmitteln sorgt in hessischen Arztpraxen weiterhin für zahlreiche Fragen. Im Austausch mit unseren Mitgliedern und der Beratung von Praxen zeigt sich immer wieder, wo konkreter Klärungsbedarf besteht. Um mehr Orientierung und Sicherheit zu schaffen, ist nun das neue Heilmittelbuch erschienen.



**NUTZEN SIE UNSER
HEILMITTELBUCH**

und loggen Sie sich auf
unserem Portal ein:

www.kvhaktuell.de



Vor diesem Hintergrund hat unser Team das Thema Heilmittel systematisch aufgearbeitet und in einem Praxisleitfaden zusammengefasst. Das Buch bietet eine fundierte Orientierungshilfe für den Umgang mit Heilmitteln und trägt dazu bei, die Verordnungssicherheit in den Praxen zu erhöhen.

TIPPS UND TRICKS AUS DEM HEILMITTELBUCH

Sie erhalten neben den Grundlagen der Heilmittel-Richtlinie auch Wissen zu einzelnen Heilmitteln zum Beispiel im Bereich der Physiotherapie oder Ergotherapie. Dazu haben wir kleine Tipps und Checklisten in dem Buch untergebracht.

Auch die Blankverordnung, die sich seit 2024 in der Ergo- und Physiotherapie etabliert haben, werden von uns näher erläutert. Ergänzt werden die Infos auch zu anderen tangierenden Themen wie Intensivtherapie oder I-Rena® oder T-Rena® oder Rehasport.

Das Heilmittelbuch steht unseren Mitgliedern sowie deren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern im Mitgliederbereich der KV Hessen und im Verordnungsportal KVH aktuell sowohl zum Lesen als auch zum Download bereit.

Die digitale Version ermöglicht ein komfortables Navigieren:

- Mit nur einem Klick gelangen Sie vom Inhaltsverzeichnis direkt zu den gewünschten Kapiteln oder zurück zu der Hauptinhaltsverzeichnis. Sie können mit einem Klick zu den Themen springen.
- Über die grauen Kästchen können Sie direkt auf das Inhaltsverzeichnis der Unterkapitel zurückspringen. Über das KVH-Logo kommen Sie schnell auf das Gesamtinhaltsverzeichnis.

Sie haben zudem die Möglichkeit, das gesamte Dokument oder einzelne, für Sie relevante Kapitel, herunterzuladen und auf Ihrem Laufwerk zu speichern.

Das Buch wird von uns regelmäßig oder bei umfangreichen Gesetzesänderungen aktualisiert. ■

DOREEN BECKER



Verlinkung zum Inhaltsverzeichnis 

| | | |
|---|--|------------|
|  | Ergotherapie | 89 |
| | Welche Formen der Ergotherapie gibt es? | 90 |
| | Motorisch-funktionelle Behandlung | 90 |
| | Sensomotorische-perzeptive Behandlung | 91 |
| | Hirnleistungstraining | 92 |
| | Psychisch-funktionelle Behandlung | 93 |
| | Ergänzende Heilmittel | 94 |
|  | Podologie | 98 |
| | Generelle Voraussetzung für die Verordnung von Podologiebehandlungen | 99 |
| | Verordnungsfähige podologische Heilmittel | 101 |
| | Diagnosegruppen Podologie | 103 |
| | Quellennachweise | 110 |
|  | Ernährungstherapie | 111 |
| | Ziele der Ernährungstherapie | 112 |
| | Wer kann verordnen? | 113 |
| | Bei welchen Krankheitsbildern kann eine Ernährungsberatung verordnet werden? | 113 |
| | Verordnung von Ernährungstherapie | 115 |
| | Wer führt die Therapie durch? | 115 |

(Herpertz, 2020)

| Kompressionsbestimmung | Kompressionsgeräte |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> in allen anderen Situationen, die nicht unter Kompressionsbehandlungsgeneraten sind lymphologische Ödeme Varikoz Schwangerschaft (nur varikoz und Thrombose-Prophylaxe) | <ul style="list-style-type: none"> in der Ödemreduktionsphase ergänzend zu der Bandagenversorgung in der Erhaltungphase bei vorhandener Belastung schwergradige lymphoedem, Phlebödeme (auch mit Ulcus venosum) und Lipödem der Beine |
| <ul style="list-style-type: none"> Fortgeschrittene periphere arterielle Verschlusskrankheit Dekompenzierte Herzinsuffizienz Phlegmasia cerebrale dolens Septische Phlebitis Schwere Sensibilitätsstörung der Extremitäten Fortgeschrittene periphere Neuropathie Materialunverträglichkeit | <ul style="list-style-type: none"> Schmerzreduktion durch die Behandlung, z.B. bei Retropatellarfraktur akute Entzündung, z.B. Erysipel akute Hantekrose (Erysipeloid) akute Thrombose akute Phlebitis schmerzhaftes Subcut-Ödem ischämisches Ödem hämorrhagisches Ödem Ödeme durch Entzündung innerer oder anderer Organe alleiniges Malignom einer Extremität oder Extremitätennahe Sensibilitätsstörungen Vorsicht bei Hypertonie |
| <ul style="list-style-type: none"> individuelle Anpassung an Patientenanforderung möglich (Hoffbank, Fußstütze usw.) Einfacher und schneller anzulegen, ist für wahlweise die Patienten bzw. den Patienten selbst = Selbstständigkeit Bequemer zu tragen als Kompressionsverband und alltagsunfallicher | <ul style="list-style-type: none"> Nachherung des physikalischen Lymphabflusses durch eine Art Spindel-Wirkung mittels überlagerter Kammer Durch regelmäßige Behandlung kann langfristig die M.D. Behandlungsfrequenz reduziert und ggf. entfällt werden |
| <ul style="list-style-type: none"> Keine tägliche Neu-Anpassung möglich, passt sich nicht optimal an Schwellungen und unregelmäßige Formen des Beins an Keine Anwendung bei offenen Wunden oder Hautverletzungen Muss in der Lager regelmäßig gewechselt werden, um seine Wirksamkeit zu erhalten. | <ul style="list-style-type: none"> Keine Notwendigkeit bei orthostatischen Ödemen, idiopathischen Ödemen und bei Dauertherapie induzierten Ödemen, die Kompressionsunempfindlich zunehmend ist Nur für den Heimgebrauch geeignet |



IMPFUNGEN: VON DER STIKO-EMPFEHLUNG ZUR KASSENLEISTUNG

Wie wird eine Impfung Teil der Regelversorgung? Wir zeigen Ihnen, welche Stationen ein Impfstoff durchläuft, welche Rolle die STIKO spielt und wie aus einer wissenschaftlichen Empfehlung schließlich eine Leistung in der Gesetzlichen Krankenkasse (GKV) wird.

DIE STIKO-EMPFEHLUNG

Zunächst bewertet die Ständige Impfkommission (STIKO) beim Robert Koch-Institut basierend auf Wirksamkeit, Sicherheit und epidemiologischer Lage ob und für wen sie eine Impfung als sinnvoll erachtet und veröffentlicht ihre Empfehlung im Epidemiologischen Bulletin. Die STIKO-Empfehlung alleine hat allerdings noch keine leistungsrechtliche Relevanz. Vielmehr gibt sie den Startschuss für das weitere Vorgehen.

ENTSCHEIDUNG DES GEMEINSAMEN BUNDESAUSSCHUSS (G-BA)

Der G-BA hat nach der Veröffentlichung der STIKO-Empfehlung im Epidemiologischen Bulletin zwei Monate Zeit, diese zu prüfen. Danach entscheidet er, ob die Impfung in die Schutzimpfungsrichtlinie mit aufgenommen werden soll und legt die Einzelheiten zur Leistungspflicht fest.

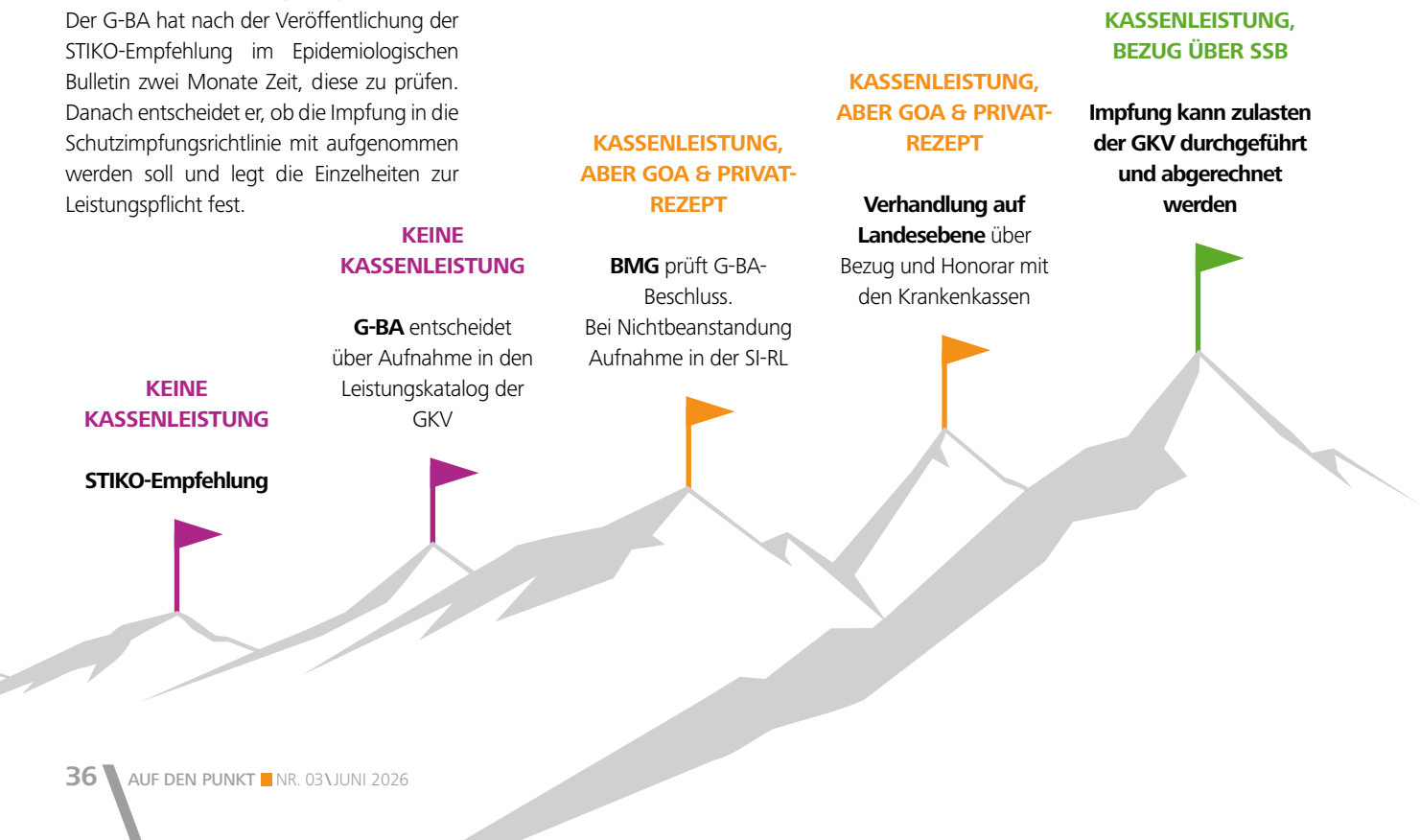
PRÜFUNG DES BUNDESMINISTERIUMS FÜR GESUNDHEIT (BMG)

Das BMG prüft den Beschluss des G-BA. Bei Nichtbeanstandung wird der Beschluss im Bundesanzeiger veröffentlicht. Ab der Veröffentlichung im Bundesanzeiger ist Impfung eine Leistung der GKV. Bis zum Abschluss der Verhandlungen auf Landesebene sind Impfstoff und Impfleistung privat zu liquidieren. Die Patienten müssen sich zwecks Kostenübernahme an ihre Krankenkasse wenden. Der Bezug über Sprechstundenbedarf ist noch nicht möglich.

VERHANDLUNGEN AUF LANDESEBENE

Nach der Veröffentlichung im Bundesanzeiger beginnen die Verhandlungen über das Impfhonorar mit den Krankenkassen. Erst wenn diese Verhandlungen abgeschlossen sind, ist ein Bezug der Impfstoffe über Sprechstundenbedarf und eine Abrechnung des Impfhonorars über die KV Hessen möglich. ■

MARINA MEIERS



ARZNEIMITTEL IN HESSEN – EIN ÜBERBLICK

Die gesamten Arzneimittelausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) in Hessen beliefen sich 2023 auf rund 5,2 Milliarden Euro. Dies entspricht etwa 15 Prozent der gesamten GKV-Ausgaben Hessens.

In Hessen sind aktuell über 500 Arzneimittel-Engpässe beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) gemeldet. Besonders betroffen sind Quetiapin-haltige retardierte Präparate (ca. 50 Meldungen), die für die Behandlung von Schizophrenie und bipolaren Störungen essenziell sind. Diese Engpässe bestehen seit Anfang 2025 und haben keine Alternativen, was die Versorgung besonders prekär macht. Auch Salbutamol-haltige Arzneimittel in pulmonaler Darreichungsform sind seit Februar 2023 von Engpässen betroffen. Weitere Engpässe betreffen Galantamin und verschiedene Psychopharmaka.

Die Verordnungsqualität in Hessen zeigt ein Generika-Einsparpotenzial von ca. 12 Prozent. Der Anteil generikafähiger Verordnungen liegt bei etwa 88 Prozent, was auf eine relativ hohe Akzeptanz und Nutzung von Generika hindeutet.

Der Antibiotika-Verbrauch in Hessen beträgt ca. 18 definierte Tagesdosen (DDD) pro 1.000 Einwohner und Tag, was leicht über dem Bundesdurchschnitt von 17 DDD liegt.

Für 2026 werden zahlreiche neue Arzneimittel erwartet, darunter besonders in der Onkologie (ca. 1/3 der Neueinführungen), bei Diabetes Typ 1, Infektionskrankheiten und seltenen Erkrankungen. ■

JENNIFER WATERMANN

TOP-5-ARZNEIMITTELGRUPPEN NACH VERORDNUNGSVOLUMEN

| | | |
|--------------------------------|-----------------|-------------------------------------|
| Antineoplastika (L01) | ca. 20 % | Krebsmittel, Immuntherapeutika |
| Immuntherapeutika (L04) | ca. 15 % | Biologika, Biosimilars |
| Antidiabetika (A10) | ca. 12 % | Insulin, Metformin, GLP-1-Agonisten |
| Antihypertensiva (C02) | ca. 10 % | Blutdrucksenker |
| Psychopharmaka (N05) | ca. 8 % | Antidepressiva, Antipsychotika |

UMSATZANTEIL REZEPTFREIER ARZNEIMITTEL

Der Umsatzanteil rezeptfreier Arzneimittel (OTC) in hessischen Apotheken beträgt ca. 30 % der gesamten Arzneimittelumsätze. **Die Top-3-OTC-Wirkstoffgruppen nach Umsatz sind:**

| OTC-WIRKSTOFFGRUPPE | UMSATZANTEIL IN HESSEN (2023) | |
|--|----------------------------------|-----------------------------|
| Schmerzmittel (N02) | ca. 40 % | Ibuprofen, Paracetamol, ASS |
| Husten- und Erkältungspräparate | ca. 25 % | Ambroxol, Dextromethorphan |
| Magen-Darm-Mittel (A02) | ca. 15 % | Omeprazol, Pantoprazol |

QUELLEN/WEITERE INFORMATIONEN UNTER:

- GKV-Spitzenverband (www.gkv-spitzenverband.de): Arzneimittel-Schnellinformationen 2023
- GAmSi (www.gamsi.de): Gesundheitsatlas
- Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (Zi) (www.zi.de): Arzneiverordnungs-Portal
- KBV (www.kbv.de): Arzneimittel-Report 2023
- Kassenärztliche Vereinigung Hessen (KVH) (www.kvhessen.de): Daten zur ambulanten Versorgung
- Arzneimittelkommission der Deutschen Apotheker (AMK) (www.abda.de/fuer-apotheker/arzneimittelkommission/amk/zahlen-und-fakten/): Jahresberichte 2023/2024
- Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) (www.bfarm.de/DE/Home/_node.html): Engpassliste 2024
- Gelbe Liste (www.gelbe-liste.de): Neue Arzneimittel 2026





AUSFÜLLHILFE KIND- KRANK-BESCHEINIGUNG

WEITERE INFORMATIONEN

[www.kbv.de/
documents/infotehek/
publikationen/
praxisinfo/praxisinfo-
kind-krank-
bescheinigung.pdf](http://www.kbv.de/documents/infotehek/publikationen/praxisinfo/praxisinfo-kind-krank-bescheinigung.pdf)



Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) hat eine neue Praxisinformation zur ärztlichen Bescheinigung eines kranken Kindes veröffentlicht.

Kann ein Elternteil aufgrund eines erkrankten Kindes nicht arbeiten, wird in der Regel eine ärztliche Bescheinigung (Formular 21) benötigt. Damit weisen Eltern gegenüber dem Arbeitgeber und der Krankenkasse nach, dass das Kind krank ist und betreut werden muss. Und das betreuende Elternteil beantragt damit das Kinderkrankengeld.

Bereits vor rund zwei Jahren wurde das Formular an mehreren Stellen angepasst. Aufgrund zusätzlicher Ankreuzfelder für Unfälle und soziales Entschädigungsrecht (SER) bestehen teilweise Unsicherheiten bei der richtigen Auswahl der Felder.

Die Praxisinformation der KBV gibt Hinweise und praxisnahe Beispiele, etwa zur Unterscheidung von Unfällen als Grund der Erkrankung des Kindes. ■

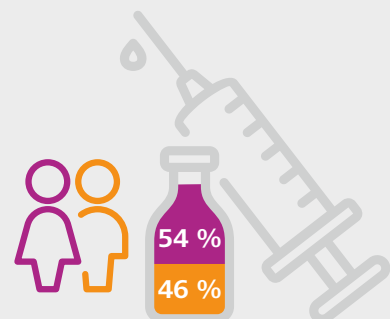
KATHARINA SAUERBIER

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.

I WIE IMPFUNGEN

2.450.000 mal, so oft haben hessische Ärztinnen und Ärzte **im Jahr 2024** Impfungen erbracht. **54 Prozent der Geimpften sind weiblich, 46 Prozent männlich.** Häufigste Impfung dabei war gegen **Influenza**, gefolgt von Impfungen gegen das **FSME Virus**.



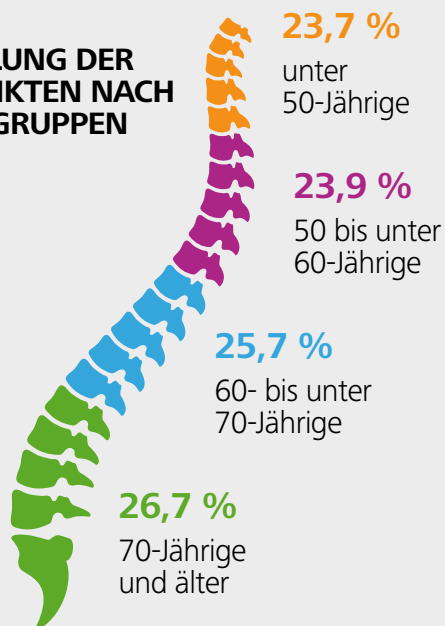
KRANKHEITSBILD IM DETAIL

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

ZERVIKALE UND SONSTIGE BANDSCHEIBENSCHÄDEN (ICD M50.-/M51.- G)

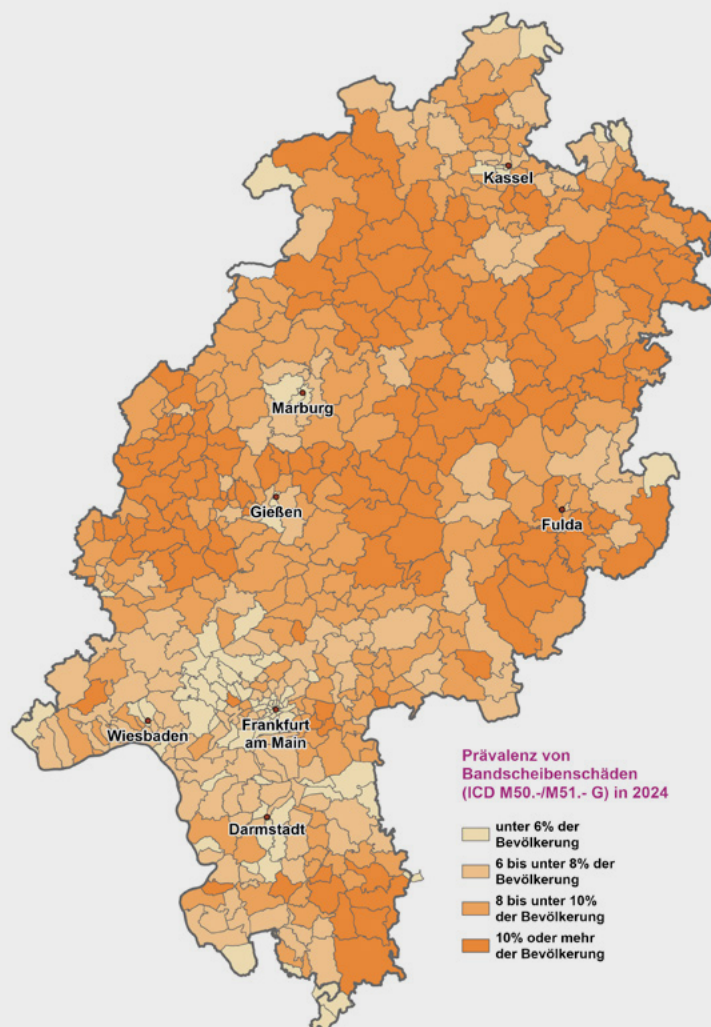
Zervikale oder sonstige Bandscheibenschäden wurden in 2024 bei circa **490.000 Patientinnen und Patienten** gesichert diagnostiziert. **56 Prozent** der Betroffenen sind Frauen. Knapp die **Hälfte** der Patientinnen und Patienten sind zwischen 55 und 75 Jahre alt.

AUFTEILUNG DER ERKRANKTEN NACH ALTERSGRUPPEN (2024)



DIGEST AUS DEM PSCHYREMBEL:

Als Bandscheibenschaden bezeichnet man alle degenerativen und traumatischen Veränderungen im Bandscheibenbereich (wie etwa einen Bandscheibenvorfall) und deren Folgezustände. Unter einem Bandscheibenvorfall versteht man die Verlagerung bzw. den Austritt von Gewebe des Nucleus pulposus der Bandscheibe durch Risse im Anulus fibrosus. Die Betroffenen leiden unter Bewegungseinschränkungen, Schmerzen und Sensibilitätsstörungen.



DIE MALEREI ALS RÜCKZUGSORT

Schwere Krankheiten, Hiobsbotschaften, Tod – der Alltag eines Mediziners kann zu einer schweren psychischen Belastung werden. Allgemeinmediziner Dr. Claus Haeser hat seinen eigenen Weg gefunden, um mit diesem Druck umzugehen.



Stolz präsentiert Dr. Claus Haeser seine Werke. Die Malerei ist die große Leidenschaft des Allgemeinmediziners aus Diemelsee.



» Die Malerei ist ein Ausgleich zu meinem Beruf. Ein Hobby, das mich von der Praxis und der Belastung löst. «

Mit einem Lächeln im Gesicht geht's durch seine Praxis. „Hier sind mir die Übergänge sehr gut gelungen“, sagt er, während sein Zeigefinger über ein Bild an der Wand fährt. Nur wenige Meter später bleibt er stehen, sieht sich das nächste Gemälde an. „Blau und gelb in diesem Aquarell ohne Vermischen zusammenzubekommen, das war schwierig. Daran erinnere ich mich noch genau.“ Wieder ein paar Meter weiter: „In diesem Bild habe ich zusätzlich mit Tusche und Feder gemalt, um einzelne Details des Bildes noch weiter zu akzentuieren.“ Wenn Allgemeinmediziner Dr. Claus Haeser durch seine Praxis in Diemelsee läuft, ist er nicht nur mit seiner Arbeit als Arzt konfrontiert. In jedem Raum hängen Nachweise seiner Leidenschaft. Bereits seit Kindheitstagen begleitet den 59-Jährigen die Malerei. Doch ist sie viel mehr als ein Hobby. Vielmehr ist sie ein dringend benötigter Ausgleich zu seinem Berufsleben.

Ganz offen spricht Dr. Haeser darüber: „Als Arzt hat man es ganz oft mit Schicksalsschlägen zu tun. Ich brauchte einen Ausweg aus der Negativität mancher Erlebnisse.“ Doch um diesen Ausweg, diesen Rückzugsort genauer zu verstehen, muss man in die Historie von Dr. Haeser eintauchen. Nach seinem Medizin-

studium in Bayern, zog es ihn aus familiären Gründen nach Diemelsee in Nordhessen. 1999 ergab sich die Chance die Praxis zu übernehmen. „Nordhessen hat mir und meiner Frau gefallen, wir haben hier Anschluss an unsere Familien. Als sich die Chance ergab, habe ich nicht lange gezögert“, blickt der Oldtimer-Fan zurück.

ENGE BEZIEHUNG ZU PATIENTINNEN UND PATIENTEN

Schon immer baute er eine enge Beziehung zu seinen Patientinnen und Patienten auf. Gerade in ländlichen Regionen, wie Diemelsee eine ist, bestehen oft generationsübergreifende Verbindungen zwischen Patientinnen und Patienten und dem Arzt. Diese enge Bindung ist auch bei Dr. Haeser nicht zu übersehen. Die ersten Sonnenstrahlen des Jahres scheinen vom Himmel. Vereinzelt liegen noch die letzten Schneehaufen des Jahres am Straßenrand. Ein Auto fährt auf den Parkplatz der Praxis von Dr. Claus Haeser. Eine ältere Frau steigt aus, doch zum Arzt möchte sie heute nicht. „Hallo Herr Doktor, wäre es in Ordnung, wenn wir hier kurz parken?“, fragt sie. Eigentlich ist der Parkplatz für Patientinnen und Patienten reserviert, doch man kennt sich in Diemelsee. „Sie wollen doch bestimmt ▶

Inspiration sucht sich Dr. Claus Haeser oft bei seinen Urlauben am Meer.

» Probleme aus der Praxis mit nach Hause zu nehmen, nicht abschalten und loslassen zu können – das war äußerst schwierig zu verarbeiten. «

Maritime Motive malt Dr. Claus Haeser besonders gerne.



zu Ihrer Tochter und dazu noch ein paar Blumen kaufen? Richten Sie bitte schöne Grüße aus, natürlich dürfen Sie hier parken.“ Der Allgemeinmediziner weiß genau, was in den Leben seiner Patienten vorgeht. Für seinen Job ist dieses Wissen ein Faustpfand, für sein Privatleben entpuppte es sich aber schnell als Bürde.

Über Jahre merkt Dr. Haeser, wie emotional belastend der Beruf sein kann. Schwere Krankheiten seiner langjährigen Weggefährtinnen und Weggefährten in der hausärztlichen Versorgung oder das Übermitteln von Hiobsbotschaften waren und sind fast tägliche Herausforderungen. Nicht immer haben solche Schicksale ein glückliches Ende. „Mir ist bewusst, dass solche Themen zu meinem Beruf gehören. Doch ich habe mehr und mehr gemerkt, wie sie mich verfolgten. Probleme aus der Praxis mit nach Hause zu nehmen, nicht abschalten und loslassen zu können, das war äußerst schwierig zu verarbeiten“, blickt Dr. Haeser auf die ersten zehn Jahre in Diemelsee zurück.

MALEREI ALS AUSWEG AUS DER BELASTUNG

Doch was tun? Die Praxis aufgeben war keine Option, ein „weiter so“ kam aber ebenso nicht in Frage. „Meine Frau kam auf mich zu und hat mir klar gesagt, dass ich einen Ausgleich zum Beruf brauche. Ein Hobby, das mich von der Praxis und der Belastung löst.“ Mit nur einem Blick durch die Räumlichkeiten in der Flechtendorfer Straße in Diemelsee wird schnell deutlich, dass sich der 59-Jährige den Auftrag seiner Frau zu Herzen genommen und ihn umgesetzt hat. Die Malerei sollte der Schlüssel sein. Die Entscheidung kam dabei nicht überraschend. Schon als Kind war Dr. Claus Haeser fasziniert von Farbkombinationen, Malstiften und Maltechniken. „Durch das Studium und den Beruf lag das Hobby aber eine ganze Zeit brach. Die Zeit hat einfach gefehlt. Zum Glück habe ich es aber wieder für mich entdeckt. Ohne diesen Ausgleich wäre es für mich in diesem Berufsfeld auf Dauer schwierig geworden.“

Seit knapp 15 Jahren steht der Allgemeinmediziner in seiner Freizeit vor der Leinwand und schwingt den Pinsel. Fiktive Realität, so nennt er seinen Stil. Er gehe mit offenen Augen durchs Leben, hat ein besonderes Faible für Häuserfronten, Eckhäuser, aber auch maritime Motive. Sieht er spannende Architektur auf seinen Reisen mit seiner Frau oder beim Stöbern in Zeitschriften, möchte er diese gleich auf neue Art und Weise auf die Leinwand bringen. Über 150 Bilder sind so bereits zustande gekommen. Fertig werden ist dabei das Problem für den 59-Jährigen. In den Details sei-



Motive, die Dr. Claus Haeser im wahren Leben entdeckt, setzt er gerne im eigenen Stil um.

ner Bilder kann er sich Stunde um Stunde vertiefen. Meistens sind es seine Frau oder die beiden Söhne, die ihm helfen, das Bild zu finalisieren. „Sie gucken es sich an und geben Feedback. Ich muss aber ehrlicherweise sagen, dass ich doch sehr wohlwollende Kritiker in der Familie habe.“

Auch bei seinen Patientinnen und Patienten hat sich das Hobby schon rumgesprochen. Erst kürzlich hat ihm ein Patient zwei Kunstbücher über Aquarellmalerei geschenkt, die er auf einem Flohmarkt in Hamburg entdeckt hat. „Dass sie in solchen Momenten an mich denken, das bedeutet mir viel“, so der Arzt. Doch ist seine Kunst nicht nur für die eigenen vier Wände und die Praxis gedacht. 2017 durfte er seine Werke in den Räumen der Kaiserin-Friedrich-Stiftung in Berlin ausstellen. Zwei Monate konnten Besucher die Werke von Dr. Claus Haeser bestaunen. „Ein wirklich toller Moment“, blickt er zurück.

Dabei entwickelte er seine Maltechniken stetig weiter und verfeinerte sie. Schnell war klar: Bücher über die Technik des Malens alleine reichen als Wissenstransfer nicht mehr aus. Ein Malkurs musste her. „Ein gewisses künstlerisches Talent war schon immer da, das war aber über die Jahre eingerostet.“ Inzwischen fallen Dr. Claus Haeser die Übergänge leichter, Farbkombinationen versteht er besser und verschiedene Maltechniken gehen ihm geschmeidiger von der Hand. „Es ist wie



Gebäude und maritime Motive – schnell wird klar, welche Themen Dr. Claus Haeser für seine Bilder präferiert.

überall im Leben. Übung macht den Meister.“ Entstanden sind so im Lauf der Jahre Aquarelle, Bilder in Acryl auf Canvas, Mischtechniken mit Pastell-Kreide oder Kalligraphie Tusche.

PLÖTZLICHER TOD ALS KREATIVSTOPP

Abschalten, abdriften von der Realität, loslassen – für Dr. Haeser ist das unumgänglich. Immer gelingt das aber nicht. Er hat zwar seine Leidenschaft gefunden, die ihm hilft mit belastenden Arbeitssituationen umzugehen, doch ein Allheilmittel ist es nicht. Insbesondere wenn er mit dem Tod konfrontiert ist, ruht der Pinsel für eine Zeit. „Bei einem plötzlichen Tod einer Patientin oder eines Patienten kann ich nicht sofort an die Leinwand und malen. Das ist für mich schwierig“, gibt er Einblicke in sein Inneres. Claus Haeser braucht Zeit, um diese Eindrücke zu verarbeiten, erst danach kann er sich wieder seiner Leidenschaft widmen und seine Kreativität auf die Leinwand bringen. Ans Aufhören denkt er noch lange nicht – weder in seiner Praxis in Diemelsee, noch mit der Malerei. Noch ist an den Wänden der Hausarztpraxis genügend Platz für weitere Werke. Es scheint ganz so, als ob dieser auch gebraucht wird. ■

THORBEN OBERHAG

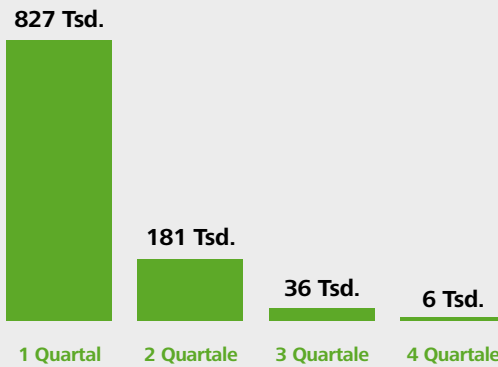
IM WARTEZIMMER

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 BEI HESSISCHEN RADIOLOGINNEN UND RADIOLOGEN

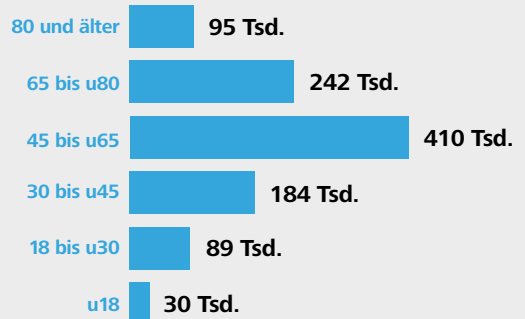
INANSPRUCHNAHME DER ARZTGRUPPE

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



ALTERSVERTEILUNG

Patientenzahl nach 6 Altersgruppen

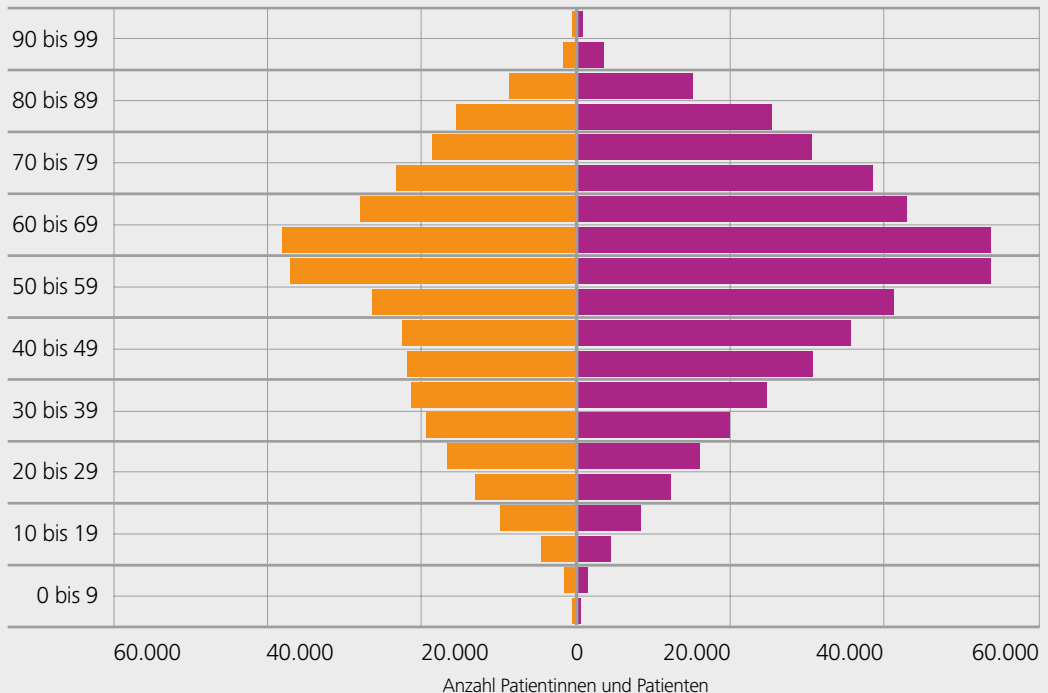


1,05 MIO.

Behandelte Patientinnen und Patienten im Jahr 2024

ALTERSPYRAMIDE

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



54,7 JAHRE

Durchschnittsalter

Durchschnittlich suchten **41,9 Prozent Männer** und **58,1 Prozent Frauen** eine radiologische Praxis auf.

PATHOLOGISCHES HORTEN – DIAGNOSTIK UND HANDLUNGSKOMPETENZ FÜR DIE ÄRZTLICHE PRAXIS

Welche Maßnahmen sollten zuerst getroffen werden – ohne die Beziehung zur Patientin oder zum Patienten zu gefährden – und wie sieht eine zielführende Begleitung konkret aus?

Pathologisches Horten – auch bekannt als „Hoarding Disorder“ – ist eine oft unterschätzte psychische Störung, die erhebliche Belastungen mit sich bringt. Seit dem 01. Januar 2022 wurde das „Pathologische Horten“ sogar als eigenständige Diagnose über die WHO in den ICD 11 6b24 aufgenommen. Im hausärztlichen Kontext zeigen sich erste Hinweise häufig indirekt, etwa durch vernachlässigte medizinische Versorgung, wiederholte Infekte oder psychosoziale Belastungen. In dieser Veranstaltung erfahren Sie praxisnah, wie Sie pathologisches Horten frühzeitig erkennen und diagnostisch einordnen.

THEMENSCHWERPUNKTE

- Diagnostische Kriterien und Differenzialdiagnosen
- Ursachen und Symptomatik
- Auswirkungen des Syndroms (emotional, sozial, häuslich etc.)
- Psychodynamik und neurobiologische Grundlagen
- Komorbiditäten und Verlauf
- Behandlungsansätze (medikamentöse Optionen)
- Umgang mit Betroffenen und Angehörigen

Zielgruppe: Ärztinnen und Ärzte, Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung

Leitung: Veronika Schröter, Pflegefachkraft, Ausbilderin für Pflegeberufe, Gestaltpsychotherapeutin, Systemikerin, Traumatherapie, Messie-Kompetenz-Zentrum, Stuttgart

Gebühr: 130,00 Euro

Fortbildungspunkte: 10

Termin: Sa. 22. August 2026, 09.00 bis 17.00 Uhr, KVH Frankfurt (**Kurs 11678**)

KONFLIKTPRÄVENTION IM PRAXISTEAM BEHERRSCHEN

Wie können entstehende Konflikte bereits im Keim erstickt werden? Was sind Signale für aufkommende Konflikte?

Lernen Sie, wie Konflikte vermeidbar sind, woran Sie frühzeitig erkennen, dass etwas nicht stimmt und welche Lösungs- und Gesprächsansätze am besten greifen. Dazu gehört auch die richtige Einschätzung der Teammitglieder – ihrer Sichtweisen und ihres Kommunikationsstils. Ebenso wichtig ist die richtige Form, wertschätzend miteinander umzugehen, zu loben und konstruktiv zu kritisieren. Praxisnah beleuchten wir konkrete Fallbeispiele, entwickeln optimale Vorgehensweisen und üben die Umsetzung. Sie erhalten wertvolle Tipps, Konflikte zu vermeiden oder souverän zu meistern, um damit die Qualität Ihrer Arbeit und die Stimmung im Team spürbar zu verbessern.

SIE ERFAHREN

- alles über rechtzeitige Konfliktvermeidung
- alles über mutige Konflikterkennung
- wie Sie Ihr Gegenüber richtig einschätzen können
- wie Sie Regeln des gegenseitigen Umgangs verankern
- wie Sie Verbesserungen durchsetzen
- wie Sie verantwortungsvolles Mitdenken fördern
- wann Sie Lob und Kritik richtig einsetzen
- wie Sie Stress und Frust gut bewältigen

Zielgruppe: Praxismitarbeitende

Leitung: Ariane Hanfstein, Personal- und Team-Coach, Trainerin für Praxismanagement und Teamführung, Eningen

Gebühr: 85,00 Euro

Fortbildungspunkte: 0

Termin: Mi. 26. August 2026, 15.00 bis 20.00 Uhr, KVH Frankfurt (**Kurs 11480**)

**ANMELDUNG
ZU ALLEN
VERANSTALTUNGEN
UNTER:**

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



HINWEIS:

Das Fortbildungsprogramm entspricht den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) und ist durch das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (Zi) anerkannt.

**ANMELDUNG
ZU ALLEN VERAN-
STALTUNGEN UNTER:**

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



HAUTKREBSSCREENING (HKS)

Sie möchten den Qualifikationsnachweis für den Erwerb der Abrechnungsgenehmigung erhalten?

Die Leistungen „Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs“ können nur von Fachärztinnen und Fachärzten für Haut- und Geschlechtskrankheiten sowie für Allgemeinmedizin, für Innere Medizin (hausärztlich tätig), praktischen Ärztinnen und Ärzten und Ärztinnen und Ärzten ohne Gebietsbezeichnung erbracht und abgerechnet werden. Wir stellen Ihnen Fallbeispiele vor und diskutieren diese gemeinsam.

Im Rahmen der Präsenz-Veranstaltung üben Sie praktisch eine visuelle, standardisierte Ganzkörperinspektion. Dazu steht Ihnen eine von der KVH beauftragte Probandin zur Verfügung.

THEMENSCHWERPUNKTE

- Prävention und Screening
- der Mensch im Mittelpunkt der Früherkennung
- Entstehung von Hautkrebs
- Epidemiologie
- Krankheitsbilder von Hautkrebs
- Krebsregister
- Durchführung des HKS
- Erkennen von Hautkrebs

Zielgruppe: Ärztinnen und Ärzte, Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung

Leitung: Dr. med. Johannes Neuwirth, Facharzt für Dermatologie und Allergologie, Mainz
Dr. med. Fabian Tölle, Facharzt für Innere Medizin, Notfall- & Palliativmedizin, Flieden

Gebühr: 170,00 Euro

Fortbildungspunkte: 11

Termin: Fr. 04. September 2026, 14.00 bis 22.30 Uhr, KVH Frankfurt (**Kurs 11438**)

HINWEISE:

- Die Ausbildung richtet sich an Personen, die als Beauftragte für den Datenschutz benannt sind oder benannt werden sollen.
- Praxisinhaberinnen und -inhaber können diese Aufgabe für die eigene Praxis nicht übernehmen.
- Die Veranstaltung endet mit einer Lernerfolgskontrolle.
- Die Veranstaltung besteht aus 4 Terminen und kann nur zusammenhängend gebucht werden.
- Fortbildungsveranstaltung nach Art. 37 Abs. 5 DSGVO

DATENSCHUTZ-AUSBILDUNG

Welche datenschutzrelevanten Themen sind in der Praxis zu regeln? Wie kann die Umsetzung dieser Anforderungen gelingen?

Unter bestimmten Voraussetzungen ist die Benennung eines Datenschutzbeauftragten oder einer Datenschutzbeauftragten (DSB) in Arztpraxen gefordert, denn es handelt es sich um ganz besonders sensible Daten von Patienten und Patientinnen. Dementsprechend hoch sollte auch die Qualifikation des DSB sein.

Ziel der Ausbildung ist dabei die Vermittlung von umfassenden Datenschutzkenntnissen mit dem Schwerpunkt „Arztpraxis“. Dies beinhaltet die Vermittlung von wichtigen gesetzlichen Grundlagen bis hin zu praktischen Umsetzungsmaßnahmen für Ihren Praxisalltag.

SIE LERNEN

- Grundlagen des Datenschutzes, Datenschutzrecht
- den Rahmen der Schweigepflicht von Berufsgeheimnisträger und Berufsgeheimnisträgerinnen
- Aufgaben des/der DSB

- Meldepflichten und Aufgaben der Aufsichtsbehörden und die Datenweitergabe sowie -übermittlung
- das Verzeichnis für Verarbeitungstätigkeiten anzulegen und Informations- sowie Dokumentationspflichten einzuhalten
- die Diskretion einzuhalten und Auskünfte zu geben

Zielgruppe: Ärztinnen und Ärzte, Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung, Praxismitarbeitende, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten

Leitung: Daniel Schaupp, Datenschutz-Experte, Prokurist bei DeltaMed Süd GmbH & Co. KG, Ludwigsburg

Gebühr: 550,00 Euro

Fortbildungspunkte: 0

Termin: Di. 01. September 2026, 09.00 bis 17.00 Uhr
Mi. 02. September 2026, 09.00 bis 17.00 Uhr
Do. 03. September 2026, 09.00 bis 17.00 Uhr
Fr. 04. September 2026, 09.00 bis 14.00 Uhr
KVH Frankfurt (**Kurs 11384**)

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 zwei neuen Gesundheitsanwendungen können seit dem 1. April 2026 über die Pauschale 86700 mit Angabe der entsprechenden Pharmazentralnummer (PZN) abgerechnet werden?

Neu können seit dem 1. April 2026 die DiGA Oviva Direkt Bluthochdruck (PZN: 20401936) und INKA (PZN: 20514505) über die Pauschale 86700 abgerechnet werden.

Wie melde ich für die Zuschläge zur Vorhaltepauschale meine Teilnahme an regelmäßigen Qualitätszirkeln?

Die Erfüllung dieses Kriteriums können Sie über die elektronische Quartalsklärung nachweisen. Seit 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.

Ich habe in der elektronischen Quartalsklärung das Ankreuzfeld für die regelmäßige Teilnahme an Qualitätszirkeln im Rahmen der Zuschläge zur Vorhaltepauschale nicht angekreuzt. Was kann ich tun?

Hierfür können Sie das entsprechende Nachmeldeformular benutzen, welches Sie im SafeNet-Portal der KVH finden. Bitte übermitteln Sie dieses zeitnah, damit es bei der Abrechnungsbearbeitung noch berücksichtigt werden kann.

Wann erhalte ich die Jahresmitteilung über mein EHV-Punktekonto?

Die postalische Mitteilung über den aktuellen Stand Ihres Kontos wird turnusgemäß im Zeitraum September/Oktobre versendet, nachdem die Honorarabrechnung für das Vorjahr endgültig abgeschlossen wurde. Als Beispiel wird Ihnen im September/Oktobre 2026 das Punktekonto bekanntgegeben, das bis zum 31. Dezember 2025 aufgefüllt wurde.

Ich bin privat umgezogen. Wie kann ich meine neue Anschrift melden?

Im Falle eines privaten Umzugs können Sie uns Ihre neue Anschrift formlos entweder schriftlich per Post oder per E-Mail (arztregister@kvhessen.de) mitteilen.

Wie kann ich die Sprechzeiten meiner Praxis aktualisieren bzw. neu einpflegen??

Um die Sprechzeiten Ihrer Praxis zu aktualisieren oder neu einzugeben, gehen Sie bitte wie folgt vor:

1. Anmeldung auf arztsuchehessen.de: Melden Sie sich auf der Website arztsuchehessen.de mit Ihren Zugangsdaten an.
2. Rubrik „Meine Daten“: Nachdem erfolgreichen Login gelangen Sie in die Rubrik „Meine Daten“. Hier haben Sie die Möglichkeit, Ihre Sprechzeiten zu bearbeiten.
3. Bearbeitung der Sprechzeiten: In diesem Bereich können Sie Ihre regulären Sprechzeiten, offene Sprechzeiten oder Hausbesuchszeiten aktualisieren oder neu einpflegen. Zusätzlich können Sie hier für die Zuschläge zur Vorhaltepauschale nach den GOP 03041 und 03042 Ihre 14-tägigen Sprechzeiten nach Kriterium 10 der Bestimmung zum Unterabschnitt 3.2.1.2 Nr. 8 im EBM hinterlegen.

MEHR INFORMATIONEN:

zu Qualitätszirkeln und der Qualitätszirkelsuche erhalten Sie unter:

www.kvhessen.de/qualitaetszirkel



Auf der Website der KV Hessen finden Sie eine **detaillierte Anleitung zur Änderung weiterer Praxisdaten** unter folgendem Link:

www.kvhessen.de/fileadmin/user_upload/kvhessen/Mitglieder/Praxismanagement/ARZTSUCHE_Anleitung_Daten_bearbeiten.pdf



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 September

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

■ MEDIZINSTUDIUM UND WEITERBILDUNG

Team Nachwuchsförderung 069 24741-7227
nachwuchs@kvhessen.de
www.arzt-in-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

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

NR. 3 \ JUNI 2026

OFFIZIELLE BEKANNTMACHUNGEN

ABRECHNUNG

EBM AKTUELL

EBM-Änderungen seit 1. Januar 2026

■ SEITE 2

EBM-Änderungen seit 1. April 2026

■ SEITE 4

EBM-Änderungen seit 1. Juli 2026

■ SEITE 11

GENEHMIGUNG COMPUTERTOMOGRAPHIE

Lungenkrebs-Screening

■ SEITE 15

SONSTIGES

ÄBD BRÜCKENTAGSREGELUNG 2027

Brückentage 2027

■ SEITE 16

DEUTSCHE GESETZLICHE UNFALLVERSICHERUNG E. V. (DGUV)

Zulassung zum Durchgangsarztverfahren

■ SEITE 16

EBM-ÄNDERUNGEN SEIT 1. JANUAR 2026

Die weiteren EBM-Änderungen zum 1. Januar 2026 wurden bereits in den vorherigen Ausgaben Nr. 6/2025, 1/2026 und 2/2026 veröffentlicht.

WUNDINFEKTIONEN: GOP 01650 FÜR EINRICHTUNGS- BEFRAGUNG GESTRICHEN

Seit dem 1. Januar 2026 ist der Zuschlag für die jährliche Einrichtungsbefragung im Qualitätssicherungsverfahren Wundinfektionen nach der GOP 01650 gestrichen.

STRUKTURZUSCHLÄGE BEI PSYCHOTHERAPIE HÖHER BEWERTET

Die Strukturzuschläge zu psychotherapeutischen Einzeltherapien, Gruppentherapien und Sprechstunden/Akutbehandlungen wurden rückwirkend zum 1. Januar 2026 höher bewertet. Konkret geht es um die GOP 35571 bis 35573 in Unterabschnitt 35.2.3.1 des EBM.

Die Strukturzuschläge setzt die KVH der Abrechnung automatisch zu.

Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten erhalten die Strukturzuschläge zu ihren Leistungen, wenn sie im Quartal eine bestimmte Mindestpunktzahl von antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen, psychotherapeutischen Sprechstunden, Akutbehandlungen und bestimmter neuropsychologischer Leistungen abrechnen. Das Ziel ist, gut ausgelasteten Praxen zu ermöglichen, eine medizinische Fachangestellte (als Halbtagskraft) für die Praxisorganisation zu beschäftigen.

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 im Quartal sinkt die Bewertung auf 5,99 Euro (47 Punkte); bundeseinheitlicher Orientierungspunktwert 2026 ist 12,7404 Cent.

Mit dem Beschluss in der 826. Sitzung hat der Bewertungsausschuss rückwirkend zum 1. Januar 2026 klargestellt, dass sich die Absenkung der Bewertung der GOP 01966 ab der siebten Leistung auf die Praxis bezieht.

LEISTUNGEN ÜBERBLICKEN

| GOP | Kurzbeschreibung | Bewertung bis 31. Dezember 2025 | Bewertung ab 1. Januar 2026 |
|--------------|---|---------------------------------|-----------------------------|
| 35571 | Zuschlag Einzeltherapie | 19,71 €* (159 Punkte) | 23,19 €** (182 Punkte) |
| 35572 | Zuschlag Gruppentherapie (auch Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung) | 8,18 €* (66 Punkte) | 9,56 €** (75 Punkte) |
| 35573 | Zuschlag Sprechstunde / Akutbehandlung | 10,04 €* (81 Punkte) | 11,85 €** (93 Punkte) |

* gemäß bundeseinheitlichem Orientierungspunktwert 2025 (12,3934 Cent)

** gemäß bundeseinheitlichem Orientierungspunktwert 2026 (12,7404 Cent)

EBM-ÄNDERUNGEN SEIT 1. APRIL 2026

LECANEMAB:

ALZHEIMER-MEDIKAMENT ABRECHNEN

Seit dem 1. April 2026 können Ärztinnen und Ärzte für die Indikationsstellung und die Therapie von Alzheimer-Patientinnen und Patienten mit dem Arzneimittel Lecanemab (Leqembi®) neu die GOP 01510A, 02101A und 02342A, 11602 und 34410A, 32407A, 32408A sowie 32409A im EBM abrechnen.

Die GOP (außer GOP 11602) kennzeichnen Ärztinnen und Ärzte mit dem Suffix A.

Die GOP 01510A, 02101A und 02342A können nur Fachärztinnen und Fachärzte für Neurologie, für Nervenheilkunde, für Neurologie und Psychiatrie oder für Psychiatrie und Psychotherapie abrechnen. Die GOP 11602 und 34410A können Ärztinnen und Ärzte nur abrechnen, wenn ihnen eine Überweisung (Veranlassung) von Fachärztinnen und Fachärzten für Neurologie, für Nervenheilkunde, für Neurologie und Psychiatrie oder für Psychiatrie und Psychotherapie vorliegt.

Um die GOP 34410A abzurechnen, benötigen sie zudem eine Genehmigung für Kernspintomographie der KVH. Ärztinnen und Ärzte, die bereits eine Genehmigung für die GOP 34410 besitzen, können die GOP 34410A automatisch abrechnen und brauchen keinen neuen Antrag zu stellen.

Die neue GOP 11602 können Ärztinnen und Ärzte einmal im Krankheitsfall für die Bestimmung des Apolipoprotein E-Genotyps vor der Gabe von Lecanemab bei gesicherter früher Alzheimer-Krankheit mit nachgewiesener Amyloid-Beta-Pathologie ansetzen.

Rechnen Sie die GOP 11602 ab, geben Sie das verwendete Medikament oder die verwendeten Medikamente im Feld „freier Begründungstext“ (Feldkennung 5009) an.

| LEISTUNGEN ÜBERBLICKEN | | |
|------------------------|--|--------------------------|
| GOP | Kurzbeschreibung | Bewertung |
| 01510A | Beobachtung und Betreuung des Patienten für die Behandlung mit Lecanemab (mindestens 2 Stunden) | 56,44 €* 443 Punkte |
| 02101A | Infusion für die Behandlung mit Lecanemab (mindestens 60 Minuten) | 21,02 €* 165 Punkte |
| 02342A | Lumbalpunktion im Zusammenhang mit der Diagnostik einer Amyloid-Beta-Pathologie zur Indikationsstellung einer Therapie mit Lecanemab | 74,15 €* 582 Punkte |
| 11602 | Bestimmung des Apolipoprotein E-Genotyps vor der Gabe von Lecanemab bei gesicherter früher Alzheimer-Erkrankung mit nachgewiesener Amyloid-Beta-Pathologie | 53,76 €* 422 Punkte |
| 34410A | MRT-Untersuchung des Neurocraniums zur Einleitung und im Zusammenhang mit einer Therapie mit Lecanemab bei Patienten mit nachgewiesener Amyloid-Beta-Pathologie und nach Ausschluss eines homozygoten ApoE ε4-Trägerstatus | 134,16 €* 1053 Punkte |

* gemäß bundeseinheitlichem Orientierungspunktwert 2026 (12,7404 Cent)

WEITERE INFORMATIONEN

zur Genehmigung finden Sie unter:

www.kvhessen.de/genuehmigung/kernspintomographie



WEITERE INFORMATIONEN

zur Genehmigung finden Sie unter:

www.kvhessen.de/genuehmigung/labormedizin



| LEISTUNGEN ÜBERBLICKEN | | |
|------------------------|---|-----------|
| GOP | Kurzbeschreibung | Bewertung |
| 32407A | Bestimmung von β-Amyloid 1-42 im Liquor im Zusammenhang mit der Diagnostik einer Amyloid-Beta-Pathologie zur Indikationsstellung einer Therapie mit Lecanemab | 18,86 € |
| 32408A | Bestimmung von Gesamt-Tau im Liquor im Zusammenhang mit der Diagnostik einer Amyloid-Beta-Pathologie zur Indikationsstellung einer Therapie mit Lecanemab | 18,86 € |
| 32409A | Bestimmung von Phospho-Tau im Liquor im Zusammenhang mit der Diagnostik einer Amyloid-Beta-Pathologie zur Indikationsstellung einer Therapie mit Lecanemab | 18,86 € |

Für die Diagnostik der Amyloid-Pathologie zur Indikationsstellung einer Therapie mit Lecanemab gemäß der jeweils aktuell gültigen Fachinformation können Ärztinnen und Ärzte die neuen GOP 32407A, 32408A und 32409A je Untersuchung ansetzen. Die GOP 32406 bis 32409 für die Bestimmung von Amyloiden und Tau-Proteinen werden aus der „Ähnlichen Untersuchung“ nach der GOP 32405 in spezifische GOP überführt.

Um die GOP 32407A, 32408A und 32409A abzurechnen, benötigen sie eine Genehmigung für Spezial-Labor für den Unterabschnitt 32.3.4. (Klinisch-chemische Untersuchungen) der KVH. Ärztinnen und Ärzte, die bereits eine Genehmigung für den Unterabschnitt 32.3.4. besitzen, können die GOP automatisch abrechnen und brauchen keinen neuen Antrag zu stellen.

DIGA: „KRANUS MICTERA“ ABRECHNEN

Seit dem 1. April 2026 können Ärztinnen und Ärzte die neue GOP 01482 für die Verlaufskontrolle und Auswertung der Digitalen Gesundheitsanwendung (DiGA) „Kranus Mictera“ abrechnen. Die DiGA wurde dauerhaft im DiGA-Verzeichnis nach § 139e SGB V und im Abschnitt 1.4 im EBM aufgenommen.

Die neue GOP 01482 ist 8,15 Euro (64 Punkte) wert; bundeseinheitlicher Orientierungspunktwert 2026 ist 12,7404 Cent. Sie können die GOP 01482 einmal im Krankheitsfall abrechnen.

Folgende Fachgruppen können die GOP 01482 abrechnen:

- Hausärztinnen und Hausärzte
- Gynäkologinnen und Gynäkologen
- Internistinnen und Internisten ohne Schwerpunkt
- Internistinnen und Internisten mit Schwerpunkt Nephrologie
- Internistinnen und Internisten mit einer Genehmigung zur Durchführung von Blutreinigungsverfahren
- Fachärztinnen und Fachärzte für Neurologie
- Fachärztinnen und Fachärzte für Nervenheilkunde
- Fachärztinnen und Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie
- Fachärztinnen und Fachärzte für Neurochirurgie
- Fachärztinnen und Fachärzte für Urologie

Die neue GOP 01482 können Sie ausschließlich bei Patientinnen ab Vollendung des 18. Lebensjahres abrechnen.

Die App „Kranus Mictera“ richtet sich laut Gebrauchsanweisung an Patientinnen mit Belastungs- und Dranginkontinenz. Ein zwölfwöchiges personalisiertes Training aus Beckenbodenübungen, Blasentraining, Wissensvermittlung sowie Verhaltensänderungen sollen laut Hersteller die Lebensqualität verbessern.

LABOR: NEUGEBORENE-SCREENING, TUBERKULOSE-UNTERSUCHUNG UND TRANSPORTKOSTEN GEÄNDERT

Seit dem 1. April 2026 wurde die Vergütung für die Laboruntersuchung im erweiterten Neugeborenen-Screening nach der GOP 01724 erhöht. Daneben wurde die Laboruntersuchung auf Tuberkulose (GOP 32670) erweitert und eine Folgeanpassung zu den Transportkosten im Labor vorgenommen.

Die Vergütung wurde für die Laboruntersuchung auf Zielkrankheiten im erweiterten Neugeborenen-Screening nach der GOP 01724 auf 46,50 Euro (365 Punkte) erhöht; bundeseinheitlicher Orientierungspunktwert 2026 beträgt 12,7404 Cent.

Ärztinnen und Ärzte können die GOP 32670 für die Laboruntersuchung zum Ausschluss einer latenten oder aktiven Tuberkulose als Alternative zur Bestimmung der Freisetzung von Interferon-gamma mittels IGRA-Tests (z. B. QuantiFERON) neu auch für die Freisetzung von IP-10 (Interferon-gamma-induziertes Protein 10) abrechnen. Insbesondere bei Kindern oder immungeschwächten Patientinnen und Patienten zeigt die Bestimmung der Freisetzung von IP-10 eine höhere Sensitivität.

Die GOP 32670 für die quantitative Bestimmung einer in-vitro-Freisetzung von Interferon-gamma nach ex-vivo-Stimulation mit Antigenen des Mycobacterium tuberculosis Complex wurde damit an den Stand von Wissenschaft und Technik angepasst.

Ärztinnen und Ärzte können neu die GOP 01437 (Grundpauschale für Auftragsleistungen) nicht neben der GOP 01698 (Zuschlag zur GOP 01840 und 01915 (Chlamydia-trachomatis-Nachweis im Urin)) im Behandlungsfall abrechnen. Die Änderung ist eine Folgeanpassung zur im Jahr 2025 in Kraft getretenen Änderung der Transportkosten im Labor.

KREBSFRÜHERKENNUNG BEI LUNGENKREBS

Seit dem 1. April 2026 können Ärztinnen und Ärzte ihre Versicherten über die Krebsfrüherkennung bei Lungenkrebs beraten und untersuchen. Hierfür wurden acht neue GOP für die Beratung, Untersuchung und Befundung in den Unterabschnitt 1.7.2 (Früherkennung von Krankheiten bei Erwachsenen) des EBM aufgenommen.

Anspruchsvoraussetzungen zur Lungenkrebsfrüherkennung

Gemäß § 38 der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie (KFE-RL) und § 2 der Lungenkrebs-Früherkennungs-Verordnung (LuKrFrühErkV) gelten diese Voraussetzungen:

- Versicherte, die das 50., aber noch nicht das 76. Lebensjahr vollendet haben und einen starken Zigarettenkonsum aufweisen: Sie rauchen aktuell oder haben früher stark geraucht, und zwar über mindestens 25 Jahre mit einem Konsum von mindestens 15 Packungsjahren. Etwaige Rauchpausen innerhalb dieser Zeit dürfen nicht länger als 10 Jahre gewesen sein.

- Erfolgte innerhalb der letzten 12 Monate zum Zeitpunkt der geplanten Früherkennungsuntersuchung mittels Niedrigdosis-Computertomographie bereits aus anderen Gründen eine Untersuchung der Lunge mittels Computertomographie (CT) und ermöglicht diese Voraufnahme eine zuverlässige Befundung im Hinblick auf ein Lungenkarzinom, besteht der Anspruch auf Leistungen frühestens 12 Monate nach Durchführung dieser Computertomographie.
- Versicherte, die sich aufgrund einer Lungenkrebs-erkrankung in ärztlicher Behandlung oder Nachbehandlung befinden oder bei denen aufgrund von Vorliegen typischer Symptome ein konkreter Verdacht auf eine Lungenkrebs-erkrankung besteht, haben Anspruch auf die notwendige ärztliche Betreuung und Behandlung innerhalb der kurativen Versorgung.

LEISTUNGEN ÜBERBLICKEN

| GOP | Kurzbeschreibung | Häufigkeit | Bewertung |
|--------------|--|---------------------------|--------------------------|
| 01871 | Niedrigdosis-Computertomographie zur Früherkennung von Lungenkrebs gemäß Abschnitt D. III. der KFE-RL | Einmal im Krankheitsfall | 95,04 €* (746 Punkte) |
| 01872 | Niedrigdosis-Computertomographie zur Befundkontrolle im Rahmen der Früherkennung von Lungenkrebs gemäß Abschnitt D. III. der KFE-RL bei innerhalb von 12 Monaten vorausgegangenem kontrollbedürftigem Befund | Einmal im Behandlungsfall | 74,66 €* (586 Punkte) |
| 01875 | Erstellung eines Berichts gemäß Abschnitt D. III. der KFE-RL | Einmal im Krankheitsfall | 4,97 €* (39 Punkte) |
| 01876 | Erstberatung zur Früherkennung von Lungenkrebs gemäß Abschnitt D. III. der KFE-RL | Dreimal in der Sitzung | 11,08 €* (87 Punkte) |
| 01878 | Veranlassung der konsiliarischen Zweitbefundung der Niedrigdosis-Computertomographie zur Früherkennung von Lungenkrebs gemäß Abschnitt D. III. der KFE-RL | Dreimal im Krankheitsfall | 11,98 €* (94 Punkte) |
| 01879 | Konsiliarische Zweitbefundung der Niedrigdosis-Computertomographie zur Früherkennung von Lungenkrebs gemäß Abschnitt D. III. der KFE-RL | Je Konsiliarauftrag | 49,56 €* (389 Punkte) |
| 01880 | Beratung des Versicherten bei abklärungsbedürftigem Befund im Rahmen der Früherkennung von Lungenkrebs gemäß Abschnitt D. III. der KFE-RL | Einmal im Behandlungsfall | 10,45 €* (82 Punkte) |
| 01881 | Teilnahme an einer Konsensuskonferenz im Rahmen der Früherkennung von Lungenkrebs gemäß Abschnitt D. III. der KFE-RL | | 13,89 €* (109 Punkte) |

* gemäß bundeseinheitlichem Orientierungspunktwert 2026 (12,7404 Cent)

**WEITERE
INFORMATIONEN****Für die Abrech-
nung der Video-
sprechstunde**

benötigen Sie zudem einen zertifizierten Videodienstanbieter. Diesen melden Sie der KVH::

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

**WEITERE
INFORMATIONEN**

zur **Genehmigung**
finden Sie unter:

[www.kvhessen.de/
genehmigung/
lungenkrebs-
screening](http://www.kvhessen.de/genehmigung/lungenkrebs-screening)

**Beratung und Berichtserstellung abrechnen**

Fachärztinnen und Fachärzte für Allgemeinmedizin, Innere und Allgemeinmedizin sowie Innere Medizin stellen die Indikation zur Durchführung einer Niedrigdosis-Computertomographie und beraten ihre Versicherten dementsprechend. Bei medizinischer Eignung dokumentieren Sie dies in einem Bericht und überweisen die Patientin bzw. den Patienten an eine Fachärztin oder einen Facharzt für Radiologie. Für die Erstberatung zur Früherkennung rechnen sie die GOP 01876 ab und für die Erstellung des Berichts die GOP 01875. Die Erstberatung nach GOP 01876 führen Sie nur einmalig bei Ihrer Patientin oder Ihrem Patienten durch.

Fachärztinnen und Fachärzte für Allgemeinmedizin sowie Fachärztinnen und Fachärzte des Gebiets Innere Medizin weisen der KVH nach, dass sie bei der Weiterbildung zum Facharzt oder durch Fortbildung ihr Wissen im Bereich der Lungenkrebs-Früherkennung erworben haben.

Fachärztinnen und Fachärzte für Allgemeinmedizin sowie Fachärztinnen und Fachärzte des Gebiets Innere Medizin, die die Qualifikation besitzen, bestätigen dies der KVH in ihrer elektronischen Quartalsklärung.

Erstbefundung mittels Niedrigdosis-CT

Fachärztinnen und Fachärzte für Radiologie führen als Erstbefunder die Niedrigdosis-Computertomographie zur Früherkennung von Lungenkrebs durch und rechnen hierfür die neue GOP 01871 ab. Die GOP 01871 können sie einmal im Krankheitsfall abrechnen. Ist aufgrund eines kontrollbedürftigen Befundes schon vor Ablauf der zwölf Monate ein erneutes CT nötig, führen Sie dieses durch und rechnen die neue GOP 01872 ab.

Rechnen Fachärztinnen und Fachärzte für Radiologie die GOP 01872 ab, geben sie das Kontrollintervall in Monaten im Feld „freier Begründungstext“ (Feldkennung 5009) an.

**Zweitbefundung bei kontroll- oder
abklärungsbedürftigem Befund**

Die Fachärztin bzw. der Facharzt für Radiologie veranlasst bei einem kontroll- oder abklärungsbedürftigen Befund eine Zweitbefundung durch eine weitere Radiologin oder Radiologen (sog. Zweitbefunder). Für die Veranlassung rechnet die Erstbefunderin bzw. der Erstbefunder die GOP 01878 – innerhalb von 14 Tagen nach der Durchführung einer CT nach den GOP 01871 oder 01872 – ab und übermittelt die Daten der Befundung sowie die CT-Aufnahmen.

Die GOP 01878 rechnen sie höchstens dreimal im Krankheitsfall ab, wobei die GOP 01878 im Zusammenhang mit der GOP 01871 nur einmal im Krankheitsfall und im Zusammenhang mit der GOP 01872 höchstens zweimal im Krankheitsfall abgerechnet werden kann. Die Zweitbefunderin bzw. der Zweitbefunder erstellt einen unabhängigen Befundbericht anhand der übermittelten Unterlagen und rechnet dafür die GOP 01879 ab. Die Zweitbefunderin bzw. der Zweitbefunder muss an einer Einrichtung tätig sein, die auf die Untersuchung und Behandlung von Lungenkrebs spezialisiert ist und in der im Bedarfsfall auch die weitere Abklärung erfolgen kann.

Wird eine Abstimmung bei unterschiedlichen Befunden zwischen Erst- und Zweitbefundern zur Erstellung einer gemeinsamen Befundbeurteilung erforderlich, rechnen beide Ärztinnen oder Ärzte die GOP 01881 ab. Diese Konsensuskonferenz kann auch per Video durchgeführt werden. Rechnen sie die GOP 01881 im Rahmen einer Videokonferenz ab, kennzeichnen sie die Leistung in der Abrechnung mit dem Suffix „V“ (GOP 01881V) und sie können als Initiator zusätzlich den Technikzuschlag nach GOP 01450 abrechnen.

Stellen Erstbefunderin bzw. Erstbefunder und Zweitbefunderin bzw. Zweitbefunder gemeinsam einen abklärungsbedürftigen Befund fest, bespricht die Erstbefunderin oder der Erstbefunder das Ergebnis und die weiteren Maßnahmen zur Abklärung des Befundes mit der Patientin bzw. mit dem Patienten. Dafür rechnet sie bzw. er die GOP 01880 ab. Dieses Gespräch kann im persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt, telefonisch oder im Rahmen einer Videosprechstunde erfolgen. Im Rahmen der Videosprechstunde rechnen sie die GOP mit dem Suffix „V“ (GOP 01880V) ab.

Fachärztinnen und Fachärzte für Radiologie können die GOP 01871, 01872 und 01878 bis 01881 nur dann abrechnen, wenn eine Genehmigung der KVH nach der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und –therapie (§ 135 Abs. 2 SGB V) vorliegt.

LDL-APHERESE:**ABRECHNUNGS-AUSSCHLUSS KLARGESTELLT**

Ärztinnen und Ärzte können die Zusatzpauschalen nach GOP 13620 und 13622 für die ärztliche Betreuung bei einer ambulanten LDL-Apherese aufgrund der unterschiedlichen Indikationen nicht gleichzeitig durchführen und abrechnen. Um dies klarzustellen, wurde jeweils eine weitere Anmerkung zur GOP 13620 und 13622 in den EBM aufgenommen, die die Berechnungsfähigkeit der GOP in der Behandlungswoche nebeneinander ausschließen. Die GOP 13622 beinhaltet die ärztliche Betreuung bei LDL-Apherese ausschließlich bei Patientinnen und Patienten mit einer isolierten Lp(a)-Erhöhung. Die GOP 13620 hingegen umfasst alle anderen Indikationen gemäß Nr. 1 Anlage I der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung (MVV-RL).

Um die Behandlungswoche im Sinne der GOP 13620 und 13622 klarer zu definieren, wurde eine neue siebte Bestimmung im Unterabschnitt 13.3.6 (GOP der Nephrologie und Dialyse) des EBM aufgenommen. Eine Behandlungswoche ist demnach jede Kalenderwoche, in der mindestens eine LDL-Apherese durchgeführt wird.

Für die Abrechnung der GOP 13620 und 13622 benötigen Sie eine Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Apheresen als extrakorporales Hämotherapieverfahren.

WEITERE INFORMATIONEN

zur **Genehmigung** finden Sie unter:

www.kvhessen.de/genehmigung/apherese-als-extrakorporales-haemotherapie-verfahren

**LEISTUNGEN ÜBERBLICKEN**

| GOP | Kurzbeschreibung | Häufigkeit | Bewertung |
|--------------|--|-------------|--------------------------|
| 13620 | Zusatzpauschale ärztliche Betreuung bei LDL-Apherese gemäß Nr. 1 Anlage I der MVV-RL ausgenommen bei isolierter Lp(a)-Erhöhung | Je Apherese | 18,98 €* (149 Punkte) |
| 13622 | Zusatzpauschale ärztliche Betreuung bei LDL-Apherese gemäß Nr. 1 Anlage I der MVV-RL, bei isolierter Lp(a)-Erhöhung | Je Apherese | 18,98 €* (149 Punkte) |

* gemäß bundeseinheitlichem Orientierungspunktwert 2026 (12,7404 Cent)

MUTATIONSSUCHE FÜR DIE BEHANDLUNG MIT INAVOLISIB ABRECHNEN

Seit dem 1. April 2026 rechnen Fachärztinnen und Fachärzte für Pathologie sowie Neuropathologie die neue GOP 19468 als Zuschlag zu der GOP 19467 für die Mutationssuche auf aktivierende PIK3CA-Mutationen in den Exonen 1, 2 und 4 ab. Hierzu erfolgte die Aufnahme in den Unterabschnitt 19.4.4 des EBM.

Die neue GOP 19468 ist 259,14 Euro (2034 Punkte) wert; bundeseinheitlicher Orientierungspunktwert 2026 ist 12,7404 Cent. Sie können die GOP 19468 zweimal im Krankheitsfall abrechnen.

Die Bestimmung aktivierender Mutationen in den Exonen 1, 2, 4, 7, 9 und 20 des PIK3CA-Gens ist Voraussetzung für die Therapie mit dem Arzneimittel Itovebi® (Inavolisib). Für die Anwendung von Inavolisib wurde die für eine Therapie infrage kommende Patientenpopulation in der Leistungslegende der GOP 19467 entsprechend angepasst.

Ebenfalls erfolgte eine Anpassung des Höchstwertes für die Untersuchungen nach den GOP 19463, 19466, und 19467 und 19468 (Bestimmungen von Mutationen). Dieser wird von 11700 auf 15768 Punkte im Krankheitsfall angehoben.

Zudem wurde die GOP 19467 um die Möglichkeit der Bestimmung des PIK3CA- und ESR1-Mutationsstatus bei metastasiertem Mammakarzinom bereits während der Therapie statt wie zuvor nur nach der endokrinen Therapie erweitert.

Hintergrund: Bei Inavolisib (Itovebi®) handelt es sich um ein Medikament zur Behandlung eines lokal fortgeschrittenen oder metastasierten Mammakarzinoms mit nachgewiesener/n aktivierender/n PIK3CA-Mutation(en) bei Erwachsenen.

FACHPSYCHOTHERAPEUTEN FÜR NEUROPSYCHOLOGISCHE PSYCHOTHERAPIE AUFGENOMMEN

Ab dem 1. April 2026 können Fachpsychotherapeutinnen und Fachpsychotherapeuten für Neuropsychologische Psychotherapie die Leistungen aus dem EBM abrechnen. Zusätzlich wird der EBM betreffend die Berufsgruppe der Fachpsychotherapeuten angepasst.

Fachpsychotherapeutinnen und Fachpsychotherapeuten für Neuropsychologische Psychotherapie können die Leistungen aus Kapitel 23, die psychotherapeutischen Grundpauschalen (GOP 23210 bis 23212) mit den entsprechenden Zuschlägen sowie bestimmte Leistungen aus den arztgruppenübergreifenden allgemeinen und speziellen Bereichen des EBM abrechnen.

Hierzu zählen beispielsweise folgende GOP:

- Abschnitt 30.8 (Soziotherapie)
- Abschnitt 30.11 (Neuropsychologische Psychotherapie)
- Abschnitt 37.7 (Außerklinischen Intensivpflege) nur die GOP 37714 (Konsiliarische Erörterung) und 37720 (Fallkonferenz)
- Abschnitt 40.1 (Kostenpauschalen) die GOP 40110 (für den Versand bzw. den Transport eines Briefes und/oder von schriftlichen Unterlagen), 40111 (für die Übermittlung eines Telefaxes) sowie die Kostenpauschale 40128 (u. a. für die postalische Versendung einer Verordnung an den Patienten im Rahmen einer Videosprechstunde oder nach telefonischem Kontakt) und 40142 (Schreibgebühren).

Zusätzlich wird klargestellt, dass Fachpsychotherapeutinnen und Fachpsychotherapeuten für Neuropsychologische Psychotherapie die GOP 23220 (Psychotherapeutisches Gespräch als Einzelbehandlung) nicht abrechnen können. Auch können sie keine Leistungen der Psychotherapie-Richtlinie nach Kapitel 35 abrechnen.

Auch Fachpsychotherapeutinnen und Fachpsychotherapeuten für Erwachsene und für Kinder und Jugendliche können weitere GOP im EBM abrechnen:

- Abschnitt 30.8 (Soziotherapie)
- Abschnitt 37.7 (Außerklinischen Intensivpflege) nur die GOP 37714 (Konsiliarische Erörterung) und 37720 (Fallkonferenz)
- Abschnitt 40.1 (Kostenpauschalen) die GOP 40128 (u.a. für die postalische Versendung einer Verordnung an den Patienten im Rahmen einer Videosprechstunde oder nach telefonischem Kontakt)

Zudem können Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten, Fachpsychotherapeutinnen und Fachpsychotherapeuten für Erwachsene, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten sowie Fachpsychotherapeutinnen und Fachpsychotherapeuten für Kinder und Jugendliche sowie Fachpsychotherapeutinnen und Fachpsychotherapeuten für Neuropsychologische Psychotherapie neu die GOP 40128 abrechnen. Die GOP 40128 rechnen sie u.a. für die postalische Versendung einer Verordnung an die Patientin oder den Patienten im Rahmen einer Videosprechstunde oder nach telefonischem Kontakt ab.

ABSENKUNG PSYCHOTHERAPEUTISCHER LEISTUNGEN

Seit dem 1. April 2026 erhalten Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten 4,5 Prozent weniger Vergütung für psychotherapeutische Leistungen nach den GOP 30932, 30933, 35151, 35152, 35173 bis 35179 und den GOP des Abschnitts 35.2 im EBM. Die Kürzung basiert auf einer Neubewertung der Vergütung durch den erweiterten Bewertungsausschuss, bei der die Einnahmen von Psychotherapeu-

tinnen und Psychotherapeuten mit denen anderer Facharztgruppen verglichen und von den Krankenkassen als zu hoch eingeschätzt wurden. Grundlage hierfür waren Erhebungen des Statistischen Bundesamtes zur Kostenstruktur der Praxen aus dem Jahr 2023 sowie Abrechnungsdaten aus dem Jahr 2024.

Des Weiteren erfolgen aufgrund der Absenkung der Bewertungen Folgeanpassungen der zweiten bis vierten Bestimmung zum Abschnitt 35.2 im EBM.

| LEISTUNGEN ÜBERBLICKEN | | |
|------------------------|--|---------------------------------------|
| GOP | Bewertung bis 31. März 2026 in Punkten | Bewertung ab 1. April 2026 in Punkten |
| 30932 | 119,89 Euro* (941 Punkte) | 114,53 Euro* (899 Punkte) |
| 30933 | 86,51 Euro* (679 Punkte) | 82,56 Euro* (648 Punkte) |
| 35151 | 60,13 Euro* (472 Punkte) | 57,46 Euro* (451 Punkte) |
| 35152 | 60,13 Euro* (472 Punkte) | 57,46 Euro* (451 Punkte) |
| 35173 | 119,12 Euro* (935 Punkte) | 113,77 Euro* (893 Punkte) |
| 35174 | 100,39 Euro* (788 Punkte) | 95,94 Euro* (753 Punkte) |
| 35175 | 89,18 Euro* (700 Punkte) | 85,22 Euro* (669 Punkte) |
| 35176 | 81,67 Euro* (641 Punkte) | 77,99 Euro* (612 Punkte) |
| 35177 | 76,19 Euro* (598 Punkte) | 72,76 Euro* (571 Punkte) |
| 35178 | 72,37 Euro* (568 Punkte) | 69,05 Euro* (542 Punkte) |
| 35179 | 69,18 Euro* (543 Punkte) | 66,13 Euro* (519 Punkte) |
| 35401 | 119,89 Euro* (941 Punkte) | 114,53 Euro* (899 Punkte) |
| 35402 | 119,89 Euro* (941 Punkte) | 114,53 Euro* (899 Punkte) |
| 35405 | 119,89 Euro* (941 Punkte) | 114,53 Euro* (899 Punkte) |
| 35411 | 119,89 Euro* (941 Punkte) | 114,53 Euro* (899 Punkte) |
| 35412 | 119,89 Euro* (941 Punkte) | 114,53 Euro* (899 Punkte) |
| 35415 | 119,89 Euro* (941 Punkte) | 114,53 Euro* (899 Punkte) |
| 35421 | 119,89 Euro* (941 Punkte) | 114,53 Euro* (899 Punkte) |
| 35422 | 119,89 Euro* (941 Punkte) | 114,53 Euro* (899 Punkte) |
| 35425 | 119,89 Euro* (941 Punkte) | 114,53 Euro* (899 Punkte) |
| 35431 | 119,89 Euro* (941 Punkte) | 114,53 Euro* (899 Punkte) |
| 35432 | 119,89 Euro* (941 Punkte) | 114,53 Euro* (899 Punkte) |
| 35435 | 119,89 Euro* (941 Punkte) | 114,53 Euro* (899 Punkte) |
| 35503 | 119,12 Euro* (935 Punkte) | 113,77 Euro* (893 Punkte) |

| LEISTUNGEN ÜBERBLICKEN | | |
|------------------------|--|---------------------------------------|
| GOP | Bewertung bis 31. März 2026 in Punkten | Bewertung ab 1. April 2026 in Punkten |
| 35504 | 100,39 Euro* (788 Punkte) | 95,94 Euro* (753 Punkte) |
| 35505 | 89,18 Euro* (700 Punkte) | 85,22 Euro* (669 Punkte) |
| 35506 | 81,67 Euro* (641 Punkte) | 77,99 Euro* (612 Punkte) |
| 35507 | 76,19 Euro* (598 Punkte) | 72,76 Euro* (571 Punkte) |
| 35508 | 72,37 Euro* (568 Punkte) | 69,05 Euro* (542 Punkte) |
| 35509 | 69,18 Euro* (543 Punkte) | 66,13 Euro* (519 Punkte) |
| 35513 | 119,12 Euro* (935 Punkte) | 113,77 Euro* (893 Punkte) |
| 35514 | 100,39 Euro* (788 Punkte) | 95,94 Euro* (753 Punkte) |
| 35515 | 89,18 Euro* (700 Punkte) | 85,22 Euro* (669 Punkte) |
| 35516 | 81,67 Euro* (641 Punkte) | 77,99 Euro* (612 Punkte) |
| 35517 | 76,19 Euro* (598 Punkte) | 72,76 Euro* (571 Punkte) |
| 35518 | 72,37 Euro* (568 Punkte) | 69,05 Euro* (542 Punkte) |
| 35519 | 69,18 Euro* (543 Punkte) | 66,13 Euro* (519 Punkte) |
| 35523 | 119,12 Euro* (935 Punkte) | 113,77 Euro* (893 Punkte) |
| 35524 | 100,39 Euro* (788 Punkte) | 95,94 Euro* (753 Punkte) |
| 35525 | 89,18 Euro* (700 Punkte) | 85,22 Euro* (669 Punkte) |
| 35526 | 81,67 Euro* (641 Punkte) | 77,99 Euro* (612 Punkte) |
| 35527 | 76,19 Euro* (598 Punkte) | 72,76 Euro* (571 Punkte) |
| 35528 | 72,37 Euro* (568 Punkte) | 69,05 Euro* (542 Punkte) |
| 35529 | 69,18 Euro* (543 Punkte) | 66,13 Euro* (519 Punkte) |
| 35533 | 119,12 Euro* (935 Punkte) | 113,77 Euro* (893 Punkte) |
| 35534 | 100,39 Euro* (788 Punkte) | 95,94 Euro* (753 Punkte) |
| 35535 | 89,18 Euro* (700 Punkte) | 85,22 Euro* (669 Punkte) |
| 35536 | 81,67 Euro* (641 Punkte) | 77,99 Euro* (612 Punkte) |

LEISTUNGEN ÜBERBLICKEN

| GOP | Bewertung bis 31. März 2026 in Punkten | Bewertung ab 1. April 2026 in Punkten |
|--------------|--|---------------------------------------|
| 35537 | 76,19 Euro* (598 Punkte) | 72,76 Euro* (571 Punkte) |
| 35538 | 72,37 Euro* (568 Punkte) | 69,05 Euro* (542 Punkte) |
| 35539 | 69,18 Euro* (543 Punkte) | 66,13 Euro* (519 Punkte) |
| 35543 | 119,12 Euro* (935 Punkte) | 113,77 Euro* (893 Punkte) |
| 35544 | 100,39 Euro* (788 Punkte) | 95,94 Euro* (753 Punkte) |
| 35545 | 89,18 Euro* (700 Punkte) | 85,22 Euro* (669 Punkte) |
| 35546 | 81,67 Euro* (641 Punkte) | 77,99 Euro* (612 Punkte) |
| 35547 | 76,19 Euro* (598 Punkte) | 72,76 Euro* (571 Punkte) |
| 35548 | 72,37 Euro* (568 Punkte) | 69,05 Euro* (542 Punkte) |
| 35549 | 69,18 Euro* (543 Punkte) | 66,13 Euro* (519 Punkte) |
| 35553 | 119,12 Euro* (935 Punkte) | 113,77 Euro* (893 Punkte) |
| 35554 | 100,39 Euro* (788 Punkte) | 95,94 Euro* (753 Punkte) |
| 35555 | 89,18 Euro* (700 Punkte) | 85,22 Euro* (669 Punkte) |
| 35556 | 81,67 Euro* (641 Punkte) | 77,99 Euro* (612 Punkte) |
| 35557 | 76,19 Euro* (598 Punkte) | 72,76 Euro* (571 Punkte) |
| 35558 | 72,37 Euro* (568 Punkte) | 69,05 Euro* (542 Punkte) |
| 35559 | 69,18 Euro* (543 Punkte) | 66,13 Euro* (519 Punkte) |
| 35591 | 17,96 Euro* (141 Punkte) | 17,20 Euro* (135 Punkte) |
| 35593 | 17,84 Euro* (140 Punkte) | 17,07 Euro* (134 Punkte) |
| 35594 | 15,03 Euro* (118 Punkte) | 14,40 Euro* (113 Punkte) |
| 35595 | 13,38 Euro* (105 Punkte) | 12,74 Euro* (100 Punkte) |
| 35596 | 12,23 Euro* (96 Punkte) | 11,72 Euro* (92 Punkte) |
| 35597 | 11,47 Euro* (90 Punkte) | 10,96 Euro* (86 Punkte) |
| 35598 | 10,83 Euro* (85 Punkte) | 10,32 Euro* (81 Punkte) |
| 35599 | 10,32 Euro* (81 Punkte) | 9,94 Euro* (78 Punkte) |
| 35703 | 119,12 Euro* (935 Punkte) | 113,77 Euro* (893 Punkte) |
| 35704 | 100,39 Euro* (788 Punkte) | 95,94 Euro* (753 Punkte) |
| 35705 | 89,18 Euro* (700 Punkte) | 85,22 Euro* (669 Punkte) |
| 35706 | 81,67 Euro* (641 Punkte) | 77,99 Euro* (612 Punkte) |
| 35707 | 76,19 Euro* (598 Punkte) | 72,76 Euro* (571 Punkte) |

LEISTUNGEN ÜBERBLICKEN

| GOP | Bewertung bis 31. März 2026 in Punkten | Bewertung ab 1. April 2026 in Punkten |
|--------------|--|---------------------------------------|
| 35708 | 72,37 Euro* (568 Punkte) | 69,05 Euro* (542 Punkte) |
| 35709 | 69,18 Euro* (543 Punkte) | 66,13 Euro* (519 Punkte) |
| 35713 | 119,12 Euro* (935 Punkte) | 113,77 Euro* (893 Punkte) |
| 35714 | 100,39 Euro* (788 Punkte) | 95,94 Euro* (753 Punkte) |
| 35715 | 89,18 Euro* (700 Punkte) | 85,22 Euro* (669 Punkte) |
| 35716 | 81,67 Euro* (641 Punkte) | 77,99 Euro* (612 Punkte) |
| 35717 | 76,19 Euro* (598 Punkte) | 72,76 Euro* (571 Punkte) |
| 35718 | 72,37 Euro* (568 Punkte) | 69,05 Euro* (542 Punkte) |
| 35719 | 69,18 Euro* (543 Punkte) | 66,13 Euro* (519 Punkte) |

* gemäß bundeseinheitlichem Orientierungspunktwert 2026 (12,7404 Cent)

EBM-ÄNDERUNGEN AB 1. JULI 2026

VERSORGUNGSPAUSCHALE FÜR HAUSARZTPRAXEN: CHRONIKER ABRECHNEN

Hausärztinnen und Hausärzte rechnen ab dem 1. Juli 2026 für bekannte, chronisch kranke Patientinnen und Patienten ohne intensiven Betreuungsaufwand die neue Versorgungspauschale nach der GOP 03100 des EBM ab. Die GOP wird in den Unterabschnitt 3.2.1.1 aufgenommen. Sie umfasst die Behandlung für ein halbes Jahr. Sollte im Folgequartal der Abrechnung der GOP 03100 dennoch ein intensiver Behandlungsbedarf bestehen, rechnen Sie den neuen Zuschlag nach GOP 03110 ab.

Voraussetzungen beachten

Die Versorgungspauschale nach GOP 03100 gilt für bekannte Patientinnen und Patienten ab Beginn des 19. bis zum vollendeten 75. Lebensjahr, die an nur einer chronischen Erkrankung leiden, die kontinuierlich mit einem erkrankungsspezifischen verschreibungspflichtigen Arzneimittel behandelt werden.

Die GOP 03100 rechnen Sie bei Erfüllung der vorgenannten Voraussetzungen und bei Vorliegen einer der nachfolgend aufgeführten gesicherten Diagnosen gemäß ICD-10-GM ab:

- Hypothyreose oder Autoimmunthyreoiditis: E03.0, E03.1, E03.4, E03.8, E03.9, E06.3
- Störungen des Lipoproteinstoffwechsels oder sonstige Lipidämien: E78.0, E78.2, E78.4, E78.5, E78.6, E78.8-, E78.9
- Essentielle (primäre) Hypertonie ohne Vorliegen einer hypertensiven Krise: I10.0(0), I10.9(0)
- Idiopathische Gicht: M10.0-

Die Versorgungspauschale entspricht dem Leistungsinhalt der Versichertenpauschale, umfasst aber die Behandlung für zwei Quartale (Halbjahrespauschale). Sie ersetzt die Berechnung der Versichertenpauschale (GOP 03000), der Chronikerpauschalen (GOP 03220/03221) und des Zuschlags für den Medikationsplan (GOP 03222).

Bei allen anderen chronisch erkrankten Patientinnen und Patienten, die nicht die Voraussetzungen für die Versorgungspauschale erfüllen, rechnen Sie weiterhin quartalsweise die Versichertenpauschale und gegebenenfalls die Chronikerpauschalen ab.

Versorgungspauschale ausgeschlossen

Bei Patientinnen und Patienten, bei denen die Voraussetzungen für die Abrechnung der Versorgungspauschale nicht gegeben sind, können Sie weiterhin die Versichertenpauschale und die Chronikerpauschalen abrechnen. Dazu zählen Patientinnen und Patienten mit:

- mehr als einer lang andauernden, lebensverändernden chronischen Erkrankung, die einer hausärztlichen Behandlung bedarf.
- kontinuierlich mehr als einem zur leitliniengestützten Behandlung der chronischen Erkrankung eingesetzten verschreibungspflichtigen Arzneimittel zu Lasten der Krankenkassen.

Ausnahme beachten: Sie können die GOP 03100 jedoch bei Patientinnen und Patienten mit zwei Arzneimitteln abrechnen, sofern diese jeweils aus einem verschreibungspflichtigen Wirkstoff bestehen und ein entsprechendes Kombinationspräparat, das ausschließlich aus einer Zusammensetzung dieser beiden Wirkstoffe besteht, verfügbar ist.

Die Details sind in der neuen zweiten und vierten Bestimmung zum EBM-Unterabschnitt 3.2.1.1 (Hausärztliche Versichertenpauschalen) geregelt.

Weitere Vorgaben überblicken

Die GOP 03100 kann im Quartal nur von einer Vertragsarztpraxis und im Folgequartal durch keine andere Vertragsarztpraxis abgerechnet werden.

Die GOP 03100 können Sie nicht in zwei aufeinanderfolgenden Quartalen abrechnen und höchstens zweimal im Krankheitsfall. Rechnen Sie die GOP zweimal im Krankheitsfall ab, muss mindestens ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt im Krankheitsfall stattgefunden haben.

Die GOP 03100 können Sie erstmalig abrechnen, wenn die Patientin oder der Patient im Zeitraum der letzten vier Quartale unter Einschluss des aktuellen Quartals wegen derselben gesicherten chronischen Erkrankung, die medikamentös durch die kontinuierliche Versorgung mit einem bestimmten Arzneimittel zu Lasten der Krankenkasse behandelt wird, und jeweils mindestens ein Arzt-Patienten-Kontakt gemäß 4.3.1 der Allgemeinen Bestimmungen pro Quartal in mindestens drei Quartalen in derselben

ABRECHNUNG DER VIDEO- SPRECHSTUNDE

Bitte melden Sie
der KVH ihren
zertifizierten Video-
anbieter nter:

[www.kvhessen.de/
fileadmin/user
upload/kvhessen/
Mitglieder/
Abrechnung/
Honorar/EBM
Videosprech
stunde Formular
zertifizierten-
Videodienst
anbieter-melden.
pdf](http://www.kvhessen.de/fileadmin/user_upload/kvhessen/Mitglieder/Abrechnung/Honorar/EBM_Videosprechstunde_Formular_zertifizierten_Videodienstanbieter-melden.pdf)



Praxis stattgefunden hat. Hierbei müssen in mindestens zwei Quartalen persönliche Arzt-Patienten-Kontakte stattgefunden haben, wobei davon ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt auch als Arzt-Patienten-Kontakt im Rahmen einer Videosprechstunde gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä erfolgt sein kann.

Sie können die GOP 03100 unter Berücksichtigung der zweiten Anmerkung zur GOP 03100 auch dann erneut abrechnen, wenn zwischen dem Quartal der letzten Berechnung der GOP 03100 und dem Quartal der erneuten Berechnung der GOP 03100 mehr als ein Quartal und nicht mehr als drei Quartale ohne persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt liegen. Andernfalls gelten für die erneute Berechnung der GOP 03100 die unter der zweiten Bestimmung zum Abschnitt 3.2.1.1 genannten Voraussetzungen.

Leistungen der hausärztlichen geriatrischen Versorgung (Unterabschnitt 3.2.4), palliativmedizinischen Versorgung (Unterabschnitt 3.2.5) sowie aus Kapitel 37 (Kooperations- und Koordinationsleistungen Pflegeheim, palliativmedizinische Versorgung, Patienten mit psychiatrischen und psychotherapeutischen Betreuungsbedarf, Außerklinische Intensivpflege, Long-COVID) können Sie neben der Versorgungspauschale im Behandlungsfall und im Folgequartal abrechnen, da sich der Gesundheitszustand der Patientin oder des Patienten im Laufe des Halbjahres verändern kann.

Die Versichertenpauschale nach GOP 03000 kann wie bisher durch andere Vertragsarztpraxen im selben- und/oder Folgequartal ohne Abschläge berechnet werden, z. B. im Vertretungsfall.

Die Chronikerpauschalen können nicht durch andere Hausärztinnen und Hausärzte berechnet werden, wenn eine andere Vertragsarztpraxis bereits die Versorgungspauschale berechnet hat.

Zuschlag bei intensivem Betreuungsbedarf im Folgequartal abrechnen

Bei Patientinnen und Patienten, bei denen im Folgequartal der Berechnung der Versorgungspauschale ein intensiver Betreuungsbedarf besteht, rechnen Sie den neuen Zuschlag nach der GOP 03110 ab. Voraussetzung ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt oder ein Arzt-Patienten-Kontakt im Rahmen einer Videosprechstunde. Maßgeblich ist das Alter im Quartal der Berechnung des Zuschlags, auch wenn im Vorquartal die Versorgungspauschale für eine andere Altersklasse berechnet wurde.

Sie können den Zuschlag einmal im Behandlungsfall und höchstens zweimal im Krankheitsfall abrechnen.

Für die Dokumentation und Berücksichtigung von Behandlungsfällen im Folgequartal der Berechnung der GOP 03100 wird die neue Pseudo-GOP 88230 aufgenommen. Diese gilt als Kennzeichnung zur Fallzählung und Hausarztpraxen setzen sie an. Die genaue Umsetzung der Pseudo-GOP ist noch auf Bundesebene in Klärung.

Findet im Quartal der Kontakt ausschließlich in der Videosprechstunde statt, kennzeichnen Sie den Behandlungsfall mittels der GOP 88220. Zusätzlich rechnen Sie den Technikzuschlag nach GOP 01450 ab. Für die Abrechnung der Videosprechstunde benötigen Sie zudem einen zertifizierten Videodienstanbieter. Diesen melden Sie der KVH über das Formular „zertifizierten Videodienstanbieter melden“.

VERSORGUNGSPAUSCHALE UND ZUSCHLAG ÜBERBLICKEN

| GOP | Kurzbeschreibung | Häufigkeit | Bewertung |
|--------------|---|---|---|
| 03100 | <p>Versichertenpauschale gemäß § 87 Abs. 2b Satz 7 bis 10 SGB V für die Behandlung und Betreuung eines Patienten mit nur einer chronischen Erkrankung und bei Erfüllung der weiteren Voraussetzungen gemäß den Nrn. 1 bis 4 der Bestimmungen zum Abschnitt 3.2.1.1 (Versorgungspauschale)</p> <p><i>Obligater Leistungsinhalt</i> - Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt und/oder Arzt-Patienten-Kontakt im Rahmen einer Videosprechstunde gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä,</p> | <p>einmal im Behandlungsfall, höchstens zweimal im Krankheitsfall</p> <p>Die GOP 03100 ist nicht in zwei aufeinanderfolgenden Quartalen berechnungsfähig.</p> | <p>Automatisierte Umwandlung durch PVS oder KV Hessen in GOP 03103: - ab Beginn des 19. bis zum vollendeten 54. Lebensjahr: 45,36 Euro* (356 Punkte)</p> <p>Automatisierte Umwandlung durch PVS oder KV Hessen in GOP 03104: - ab Beginn des 55. bis zum vollendeten 75. Lebensjahr: 51,34 Euro* (403 Punkte)</p> |
| 03110 | <p>Zuschlag im Folgequartal der Berechnung der GOP 03100 für Patienten mit intensivem Betreuungsbedarf gemäß der Nr. 5 der Bestimmungen zum Abschnitt 3.2.1.1</p> <p><i>Obligater Leistungsinhalt</i> - Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt und/oder Arzt-Patienten-Kontakt im Rahmen einer Videosprechstunde gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä im Folgequartal nach Berechnung der GOP 03100</p> | <p>einmal im Behandlungsfall, höchstens zweimal im Krankheitsfall</p> <p>Die GOP 03110 ist nicht in zwei aufeinanderfolgenden Quartalen berechnungsfähig.</p> | <p>Automatisierte Umwandlung durch PVS oder KV Hessen in GOP 03113: - ab Beginn des 19. bis zum vollendeten 54. Lebensjahr: 19,37 Euro* (152 Punkte)</p> <p>Automatisierte Umwandlung durch PVS oder KV Hessen in GOP 03114: - ab Beginn des 55. bis zum vollendeten 75. Lebensjahr: 22,04 Euro* (173 Punkte)</p> |

* gemäß bundeseinheitlichem Orientierungspunktwert 2026 (12,7404 Cent)

Halbjährliche Vorhaltepauschale erhalten

Zusätzlich erhalten Sie bei Abrechnung der neuen Versorgungspauschale eine angepasste Vorhaltepauschale als Halbjahrespauschale durch die KVH zugesetzt. Die Voraussetzungen (Kriterien) sowie die Ausnahmeregelungen für Schwerpunktpraxen sind dieselben wie die der bisherigen quartalsweisen Vorhaltepauschale. Für die Abrechnung werden neue GOP 03043 bis 03045 in den Unterabschnitt 3.2.1.2 des EBM aufgenommen.

Die GOP 03043 erhalten Sie als Zuschlag zur Versorgungspauschale einmal im Behandlungsfall und höchstens zweimal im Krankheitsfall. Abhängig von der Größe der Praxis erfolgt ein Bewertungsauf- oder -abschlag:

- bei weniger als 400 Behandlungsfällen je Vollzeit tätiger Hausärztin/ tätigem Hausarzt: Abschlag von 18 Punkten
- bei mehr als 1.200 Behandlungsfällen je Vollzeit tätiger Hausärztin/ tätigem Hausarzt: Aufschlag von 13 Punkten

Die Abschlagsregelung (40 Prozent) für Hausarztpraxen, die weniger als 10 Schutzimpfungen (Anlage 1 der Schutzimpfungsrichtlinie des G-BA) im Quartal durchführen gilt auch für die GOP 03043.

Ausnahmeregelung: Von der Abschlagsregelung ausgenommen sind diabetologische Schwerpunktpraxen, HIV-Schwerpunktpraxen und Substitutionspraxen (Definition analog der Ausnahmeregelung bei der GOP 03040).

Ausnahmeregelung: Diabetologische Schwerpunktpraxen, HIV-Schwerpunktpraxen und Substitutionspraxen (Definition analog der Ausnahmeregelung bei der GOP 03040 bzw. 03043) erhalten die GOP 03044 ohne die Erfüllung einer Mindestanzahl von Kriterien zugesetzt. Die GOP 03045 erhalten diese Praxen bei Erfüllung der Mindestanzahl von acht Kriterien gemäß der Leistungslegende zugesetzt. Die KVH kennzeichnet diese Zuschläge bei Praxen mit dem bundeseinheitlichen Suffix „S“ (GOP 03044S und 03045S) analog Protokollnotiz Nr. 4 (Teil A des Beschlusses).

**AKTUELLE
INFORMATIONEN**

zum **Beschluss**
finden Sie auf
unserer Website:

[www.kvhessen.de/
abrechnung-ebm/
neu-im-ebm/
juli2026-
versorgungs-
pauschale-fuer-
hausarztpraxen-
chroniker-
abrechnen](http://www.kvhessen.de/abrechnung-ebm/neu-im-ebm/juli2026-versorgungs-pauschale-fuer-hausarztpraxen-chroniker-abrechnen)



PRAXISTIPP

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

[www.kvhessen.de/
abrechnung-ebm/
neu-im-ebm](http://www.kvhessen.de/abrechnung-ebm/neu-im-ebm)



**Vorhaltepauschale beim Zuschlag
für intensiven Betreuungsbedarf**

Für Patientinnen und Patienten, bei denen Sie im Folgequartal der Berechnung der Versorgungspauschale aufgrund des intensiven Betreuungsbedarfs die GOP 03110 abrechnen, setzt Ihnen die KVH die GOP 03046 bis 03048 als Zuschläge zu.

Analoge Regelungen für Zu- oder Abschläge, die sich auf die GOP 03043 beziehen, wurden für die GOP 03046 nicht vereinbart (Mindestanzahl Impfungen, Praxisgröße, Videosprechstunde).

Folgeanpassungen

Der umfangreiche Beschlussteil B beinhaltet diverse Folgeanpassungen an verschiedenen Stellen im EBM aufgrund der Einführung der neuen GOP (Beschluss teil A).

Sie betreffen insbesondere die Berechnungsaus- schlüsse von Leistungen in dem Quartal, in dem die Versorgungspauschale berechnet wird, und im Folgequartal. Dazu zählt auch der Ausschluss der

Berechnung der Chronikerpauschalen (GOP 03220 und 03221) durch weitere Vertragsarztpraxen, wenn für die Patientin oder den Patienten bereits die Versorgungspauschale durch eine Vertragsarztpraxis berechnet wurde.

Weiterer Bestandteil sind Regelungen, die die Berechnung von Leistungen im Folgequartal einer Abrechnung der Versorgungspauschale ermöglichen, wenn im Folgequartal ein persönlicher Arzt- Patienten-Kontakt (und/oder eine Videosprechstun- de) stattgefunden hat.

Weitere Anpassungen betreffen die Höhe der Zu- und Abschläge, die sich bisher auf die Versicherten- pauschale (BAG-Zuschlag; ausschließliche Video- sprechstunde) und Vorhaltepauschale (Videosprech- stunde) beziehen, die für die Versorgungspauschale, die damit zusammenhängende Vorhaltepauschale und teilweise die neuen Zuschläge Anwendung fin- den. ■

EBM-FR

| NEUE LEISTUNGEN DER VORHALTEPAUSCHALE ÜBERBLICKEN | | | |
|---|---|--|-----------------------------|
| GOP | Kurzbeschreibung | Häufigkeit | Bewertung |
| 03043 | Zusatzpauschale zur GOP 03100 für die Vorhaltung der zur Erfüllung von Aufgaben der hausärztlichen Grundversorgung notwendigen Strukturen gemäß § 87 Abs. 2q SGB V (Vorhaltepauschale bei Patienten mit Versorgungspauschale) | einmal im Behandlungsfall, höchstens zweimal im Krankheitsfall | 22,81 Euro* (179 Punkte) |
| 03044 | Zuschlag zur GOP 03043 gemäß der achten Bestimmung zum Abschnitt 3.2.1.2 für die Erfüllung der zusätzlichen Kriterien gemäß § 87 Abs. 2q Satz 3 SGB V, bei Erfüllung von mindestens 2 und weniger als 8 Kriterien | einmal im Behandlungsfall, höchstens zweimal im Krankheitsfall | 1,78 Euro* (14 Punkte) |
| 03045 | Zuschlag zur GOP 03043 gemäß der achten Bestimmung zum Abschnitt 3.2.1.2 für die Erfüllung der zusätzlichen Kriterien gemäß § 87 Abs. 2q Satz 3 SGB V, bei Erfüllung von mindestens 8 Kriterien | einmal im Behandlungsfall, höchstens zweimal im Krankheitsfall | 5,35 Euro* (42 Punkte) |
| 03046 | Zuschlag zur GOP 03110 im Folgequartal der Berechnung der GOP 03043 | einmal im Behandlungsfall | 9,81 Euro* (77 Punkte) |
| 03047 | Zuschlag zur GOP 03046 im Folgequartal der Berechnung der GOP 03044 | einmal im Behandlungsfall | 0,76 Euro* (6 Punkte) |
| 03048 | Zuschlag zur GOP 03046 im Folgequartal der Berechnung der GOP 03045 | einmal im Behandlungsfall | 2,29 Euro* (18 Punkte) |

* gemäß bundeseinheitlichem Orientierungspunktwert 2026 (12,7404 Cent)

LUNGENKREBS-SCREENING

Vertragsärztinnen und Vertragsärzte dürfen seit dem 1. April 2026 bei starken Raucherinnen und Rauchern Niedrigdosis-Computertomographien (NDCT) zur Früherkennung von Lungenkrebs zulasten der gesetzlichen Krankenkasse durchführen.

Mit dem Beschluss erweitert der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) seine Krebsfrüherkennungs-Richtlinie (KFE-RL) um die Früherkennungsuntersuchung auf Lungenkrebs.

Rechtliche Grundlage der Früherkennungsuntersuchung auf Lungenkrebs bildet die Verordnung über die Zulässigkeit der Anwendung der Niedrigdosis-Computertomographie zur Früherkennung von Lungenkrebs bei rauchenden Personen (LuKrFrühErkV) in der geltenden Fassung. Insbesondere deren Vorgaben sowie die Vorgaben des Strahlenschutzgesetzes und der Strahlenschutzverordnung sind bei der Umsetzung dieser Regelungen dieses Abschnitts zu beachten.

Zudem gelten die generellen Anforderungen der Qualitätssicherungs-Vereinbarung (QSV) Strahlendiagnostik und -therapie hinsichtlich der fachlichen Qualifikation und organisatorischen sowie apparativen Voraussetzungen.

DURCHFÜHRENDE VERTRAGSÄRZTIN ODER VERTRAGSARZT

Möchten Sie eine Genehmigung für NDCT erhalten und die Leistung abrechnen, müssen Sie in der Facharzttrichtung Radiologie zugelassen sein und eine Genehmigung bei Ihrer Kassenärztlichen Vereinigung Hessen (KVH) beantragen.

ALS VERTRAGSÄRZTIN ODER VERTRAGSARZT DIE ERSTBEFUNDUNG ABRECHNEN

Die Genehmigung ist an bestimmte fachliche Voraussetzungen gemäß der LuKrFrühErkV gebunden. Dazu gehört vor allem der Nachweis einer von der Landesärztekammer anerkannten Fortbildung zur Lungenkrebs-Früherkennung gemäß § 43 Abs. 6 KFE-RL und eine schriftliche Vereinbarung zur Kooperation mit einem nach § 43 Abs. 3 der KFE-RL genehmigten Zweitbefunder.

Die NDCT umfasst die Untersuchung, die Befunderhebung, gegebenenfalls die Veranlassung der konsiliarischen Zweitbefundung, die Beratung und die Teilnahme an einer Konsensuskonferenz. Hierfür rechnen Sie die GOP 01871, 01872, 01878, 01880 und 01881 ab.

Die KVH hat alle wichtigen Informationen zur Abrechnung rund um das Lungenkrebs-Screening für Sie leicht verständlich aufbereitet unter <https://www.kvhessen.de/abrechnung-ebm/neu-im-ebm/april2026-krebsfrueherkennung-bei-lungenkrebs>.

ALS VERTRAGSÄRZTIN ODER VERTRAGSARZT DIE ZWEITBEFUNDUNG ABRECHNEN

Die Genehmigung ist an bestimmte fachliche Voraussetzungen gemäß der LuKrFrühErkV gebunden. Dazu gehört vor allem der Nachweis einer von der Landesärztekammer anerkannten Fortbildung zur Lungenkrebs-Früherkennung gemäß § 43 Abs. 6 KFE-RL und eine Tätigkeit an einer Einrichtung, die auf die Untersuchung und Behandlung von Lungenkrebs gemäß § 43 Abs. 4 KFE-RL spezialisiert ist.

Zweitbefunder, die bislang noch nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, müssen nicht nur die Genehmigung durch die KVH, sondern auch die Ermächtigung durch den Zulassungsausschuss Hessen beantragen.

Die Leistungen umfassen die konsiliarische Zweitbefunderhebung und gegebenenfalls die Teilnahme an einer Konsensuskonferenz. Hierfür rechnen Sie die GOP 01879 und 01881 ab. ■

SJ

ALLE WICHTIGEN INFORMATIONEN

zur Abrechnung rund um das Lungenkrebs-Screening für Sie leicht verständlich aufbereitet unter:

www.kvhessen.de/abrechnung-ebm/neu-im-ebm/april2026-krebsfrueherkennung-bei-lungenkrebs



WEITERE INFOS

www.kvhessen.de/genehmigung/lungenkrebs-screening



KONTAKT

Für Ihre Fragen zur Genehmigung steht Ihnen das Team Qualitätssicherung Team 2 gerne zur Verfügung.

069 24741-7300
069-24741-68832 (Fax)
qs.radiologie@kvhessen.de

ANSAGETEXTE

für Ihren Anrufbeantworter während Ihrer Abwesenheit, zum Beispiel auch zu Anrufen außerhalb der Praxisöffnungszeiten während der ÄBD-Zeiten, finden Sie unter:

www.kvhessen.de/praxismanagement/abwesenheitvertretung



BRÜCKENTAGE 2027

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

- Freitag, 07.05.2027 (Tag nach Christi Himmelfahrt)
- Freitag, 28.05.2027 (Tag nach Fronleichnam)

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

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

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

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

**ZULASSUNG ZUM
DURCHGANGSARZTVERFAHREN**

Alexandra Sachs ist ab sofort als niedergelassene Fachärztin für Orthopädie und Unfallchirurgie am Standort **64372 Ober-Ramstadt, Im Flürchen 10** am Durchgangsarztverfahren beteiligt.

Patrick Saalabian ist ab sofort als ermächtigter Facharzt für Kinderchirurgie am Standort **Varisano Klinikum Frankfurt Höchst GmbH, Gotenstr. 6-8, 65929 Frankfurt am Main** am Durchgangsarztverfahren beteiligt.

Gabriel Carranza Velasquez ist ab sofort als niedergelassener Orthopäde und Unfallchirurg am Standort **Stechbahn 18, 34497 Korbach** am Durchgangsarztverfahren beteiligt.

Dr. med. Jochen Krauß, 60596 Frankfurt, Hans-Thoma-Straße 24, hat seine durchgangsarztliche Tätigkeit zum 31. März 2026 aufgegeben.

Dr. med. Christoph Schäfer ist ab sofort als niedergelassener Orthopäde und Unfallchirurg am Standort **OUZ Gießen, Frankfurter Str. 1, 5390 Gießen** am Durchgangsarztverfahren beteiligt.

UH

■ DGUV

ANSAGETEXTE

Mustertexte für die Ansage auf Ihrem Anrufbeantworter während Ihrer Abwesenheit, zum Beispiel auch zu Anrufen außerhalb der Praxisöffnungszeiten während der ÄBD-Zeiten, finden Sie auf unserer Homepage unter:

<https://www.kvhessen.de/praxismanagement/abwesenheitvertretung>