

AUF DEN  
**PUNKT.**

info.service – offizielle  
Bekanntmachungen

HEFTMITTE

Sie haben die  
**Wahl!**

SEITE 12

Fragen zur  
Abrechnung?  
Rückruf  
vereinbaren!

SEITE 11





Die Rundschreiben der KVH zu lesen lohnt sich immer!

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

# Sie haben die Wahl!



16



31

## AKTUELLES

- Mit der Abrissbirne 4
- Sektorenübergreifende ambulante Notfallversorgung 7
- Eltern-Kind-Beziehung: Psychoanalyse-Award aus San Diego geht nach Hessen 8
- 116117 Terminservice ist gestartet 10
- Fragen zur Abrechnung? Rückruf vereinbaren! 11

## TITELTHEMA

- Sie haben die Wahl! 12
- Für Boris Rhein gilt ambulant vor stationär 13
- Von wem stammt was? 14
- Unter die Lupe genommen – welche Partei will was? 16
- „Wir brauchen wieder ein eigenständiges Gesundheitsministerium“ 22
- „Die Politik muss endlich aufwachen und mit uns reden“ 24
- Lessons learned? 26

## GUT INFORMIERT

- Erfolgreiche Eigeneinrichtung 28
- Berufsunfähig kann jeder werden – die EHV sichert Sie ab! 29
- Meldestelle „Gewalt gegen Ärzteschaft und Team“ 30
- Sozialversicherungsabkommen bei ausländischen Krankenversicherten 31

## QUALITÄT

- Anpassung des Gehalts für geförderte Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung 36
- Jobbörse-Erweiterung um Famulatur- und PJ-Stellen 37
- Gut vorbereitet in die Niederlassung 38
- Fachärztliche Weiterbildungsnetzwerke 40

## VERANSTALTUNGEN

- Neue Veranstaltung zur ambulanten Pflegeversorgung 42
- Virusenzephalitis, durch Zecken übertragen 43
- Noch wenige freie Plätze 44

## PRAXISTIPPS

- Wie war das? 46

## SERVICE

- Ihr Kontakt zu uns/ Impressum 47

# Digitales Desaster

Liebe Kolleginnen und Kollegen,  
sehr geehrte Damen und Herren,

was wir im Moment bei der Digitalisierung erleben, schlägt – man muss es leider so deutlich sagen – wieder einmal dem Fass den Boden aus. Der Bundesgesundheitsminister lässt sich einfallen, von jetzt auf fast gleich zu erklären, dass nun die Zeit der digitalen Verordnungen begonnen habe. Unabhängig vom technischen Status in den Praxen und den Apotheken, die im Gegensatz zu den allermeisten Praxen eben noch nicht eRezept-ready sind. Es ist ja richtig, dass wir in Deutschland bei der Digitalisierung endlich in die Puschen kommen müssen. Aber es funktioniert eben nicht per Befehl und Ausrufen eines neuen Zeitalters, sondern durch solide Vorarbeit in Gestalt von stabil arbeitender Hard- und Software. Und ehrlich gesagt eben auch auf der Basis vernünftiger Lasttests, von denen wir angesichts von Millionen von eRezepten, die auf das System zukommen, noch immer meilenweit entfernt sind. Stattdessen sind wir wohl nach wie vor kaum über den Status einer Beta-Testversion hinaus.

„Garniert“ wird das Ganze durch eine Ersatzvornahme des Ministers bei der Festlegung der künftigen TI-Pauschalen, die auch nicht nur annähernd kostendeckend ist. Im Gegenteil: Je nach Praxisgröße kommt man hier auf Zuschüsse und einen Kostendeckungsanteil von rund 50 Prozent. Auf den Punkt gebracht: Wir bezahlen einen Großteil des Schrotts, der dann in den Praxen nicht funktioniert, aus der eigenen Tasche. Und werden von den Krankenkassen auch noch als „natürliche“ Multiplikatoren angesehen, um den Patientinnen und Patienten die Vorzüge des eRezepts nahezubringen. Unentgeltlich, selbstverständlich.



Während die KBV rechtliche Schritte erwägt, sollten wir dringend über den „Druck der Straße“ nachdenken. Denn ohne massiven Protest wird es kaum möglich sein, der Politik zu zeigen, dass es so nicht weitergeht.

Mit kollegialen Grüßen,  
Ihre

**Frank Dastych**

Vorstandsvorsitzender

**Armin Beck**

stellv. Vorstandsvorsitzender



## Mit der Abrissbirne

Die Vertreterversammlung zieht sich in Klausur zurück und diskutiert über die Zukunft der ambulanten Versorgung. Doch auch hochkarätigste Experten vermögen es nicht, Hoffnung auf Besserung zu machen. Es sieht düster aus.

Wer Prof. Josef Hecken bei einem seiner Vorträge erlebt, könnte fast vergessen, wie schlimm es um das steht, worüber er spricht. Nämlich das deutsche Gesundheitswesen, genauer: die ambulante Versorgung. Denn der gebürtige Westerwälder ist nicht nur der unabhängige Vorsitzende des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), sondern ein höchst unterhaltsamer Redner. Und er ist wohl der „mächtigste Mann“ im Gesundheitswesen in Deutschland, wie viele ihn anerkennend nennen. So unternahm Hecken bei der Klausurtagung der Vertreterver-

sammlung nicht einmal den Versuch, ein Blatt vor den Mund zu nehmen. Im Gegenteil: Tacheles stand auf der Tagesordnung. Und so ließ Hecken kein gutes Haar an der geplanten Klinikreform („Alle dürfen in Zukunft weiterhin alles, um nur ja jeden Standort zu erhalten.“), den geplanten Gesundheitskiosken („Alles geht in die total falsche Richtung.“) und der Gesundheitspolitik im Allgemeinen („Lauterbach ist in zwei Jahren weg, aber bis dahin kann er so viel angerichtet haben, dass wir das nicht mehr zurückgedreht bekommen.“). In den Kliniken und den



**Diskussionsfreudig: G-BA-Chef Prof. Josef Hecken, KVH-Geschäftsführer Jörg Hoffmann und KBV-Vorstand Dr. Andreas Gassen**

## INFOBOX

### Weitere Ausschussmitglieder gewählt

Die Vertreterversammlung hat in ihren Sitzungen am 18. März und am 6. Mai 2023 weitere Mitglieder für die Beratenden Fachausschüsse und den Beirat für die Erweiterte Honorarverteilung gewählt.

#### Beratender Fachausschuss Angestellte Ärztinnen und Ärzte (BFA AÄ)

In den BFA AÄ wurde als weiteres hausärztliches Mitglied Dr. med. Natalie Striegl gewählt. Als Stellvertreterinnen und Stellvertreter vervollständigen die hausärztlich tätigen Ärztinnen Dr. med. Brigitte Zurlinden und Dr. med. Marianne Jahn sowie die fachärztlich tätigen Ärzte Reza Falsafi Tonekaboni, Dr. (TR) Turhan Osman und Dr. med. Gregor Voß den BFA.

#### Beirat für die Erweiterte Honorarverteilung (EHV-Beirat)

Susanne Sommer wurde als hausärztliches Mitglied in den EHV-Beirat gewählt, Dr. med. Johann Trutz ist ihr Stellvertreter.

MICHAELA VETTEN

Bundesländern, denen es offensichtlich gelinge, den Gesundheitsminister bei der Klinikreform ins Leere laufen zu lassen, werde gefeiert: „Es gibt für die gleiche, oft schlechte, Qualität mehr Geld. Wenn das kein Grund zum Feiern ist?“ Es sei völlig klar, dass Lauterbach die Freiberuflichkeit zurückdrängen und durch mehr Staatsmedizin ersetzen wolle.

### PROBLEMFALL KLINIKREFORM

Ebenfalls von einem „Kippunkt“ im Gesundheitswesen, der durch die Maßnahmen des

Ministers bald erreicht sein könnte, sprach Dr. Andreas Gassen, der Vorstandsvorsitzende der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Mittlerweile sei klar, dass es nicht vorteilhaft sei, wenn ein Bundesgesundheitsminister auch gleichzeitig Arzt sei. Besonders kritisch auch sein Blick auf die Klinikreform: „Die Kliniken haben nach dem Ende von Corona, während dessen es für leer stehende Betten viel Geld vom Staat gab, nun wirklich ernsthafte finanzielle Probleme. Und dem Staat fällt nichts anderes ein, als immer wieder weitere





**Prof. Hecken ließ kein gutes Haar an der geplanten Klinikreform**



**Jörg Hoffmann: „Glauben Sie, dass nach Lauterbach die Staatsmedizin wieder verschwindet?“**



**„Ein unbegrenztes Leistungsversprechen ist nicht mehr drin“, sagt Dr. Andreas Gassen**

Milliarden in ein System zu pumpen, das nur einen Bruchteil der Fälle versorgt wie das ambulante System und das auch noch zu einer überaus fragwürdigen Qualität. Wir schaffen für viel weniger Geld viel mehr.“ Der einzige Vorteil des aktuellen Bundesgesundheitsministers sei, „dass nun vielleicht alles richtig gegen die Wand fährt“ und die Politik dann endlich eingreife. Dies passiere, so Gassen, aber eigentlich nur bei einer wirklich nachhaltigen Protestlage, von der er nicht glaube, dass sie von der ambulanten Versorgung erzeugt werden könne. Dafür gehe es offenbar vielen noch nicht schlecht genug. Dies könne sich aber

in relativ kurzer Zeit ändern, da die politischen Rahmenbedingungen aktiv gegen das ambulante System gesetzt würden.

Um die Vermittlung der aktuellen „Schmerzpunkte“ ging es im zweiten Teil der Diskussion, an der die beiden Vorstandsvorsitzenden, Frank Dastych und Armin Beck, teilnahmen. Die beiden Vorsitzenden forderten die Vertreter auf, vor den Landtagswahlen in den aktiven Dialog mit den örtlichen Politikerinnen und Politikern zu gehen und diese dazu zu drängen, endlich in die ambulante Versorgung zu investieren.

*KARL M. ROTH*

# Sektorenübergreifende ambulante Notfallversorgung im Aufwind

Im letzten Jahr haben wir es schon zweimal vorgestellt<sup>1</sup>: das Projekt „Sektorenübergreifende ambulante Notfallversorgung (SaN)“. Seit Sommer 2022 läuft es in den Pilotregionen Main-Taunus-Kreis, Main-Kinzig-Kreis und Landkreis Gießen, höchste Zeit also für ein Update.

Im Kern geht es beim SaN-Projekt darum, ambulant versorgbare Notfälle (Akutfälle) in vertragsärztlichen Praxen zu behandeln und nicht in Krankenhäusern, und zwar auch dann nicht, wenn eine Patientin oder ein Patient die 112 angerufen hat und bereits in der rettungsdienstlichen Versorgung „gelandet“ ist. Die Rettungsdienste haben bisher außerhalb des Projekts keine andere Möglichkeit, als die Person in ein Krankenhaus zu bringen. Das Potenzial liegt bei jährlich über 80.000 Fällen in Hessen.

## GROSSES POTENZIAL UND „LUFT NACH OBEN“

Bei SaN werden zunächst die angezeigte Versorgungsebene und -dringlichkeit strukturiert ermittelt. Für die Ersteinschätzung ist SmED<sup>2</sup> vorgesehen. Über IVENA<sup>3</sup>, mit dem der Rettungsdienst bereits seit Jahren alle Notfälle auf digitalem Weg ausschließlich den Krankenhäusern zuweist, können bei SaN nun auch nicht stationär zu versorgende Patientinnen und Patienten in Partnerpraxen angemeldet werden. Jede Praxis kann dabei jeweils unmittelbar entscheiden, ob sie die Patientin oder den Patienten auch zur Versorgung annehmen kann. Zwischen Anfang Mai 2022 und Ende Juni 2023 nahmen die aktuell 35 Partnerpraxen rund 270 solcher Zuweisungen an. Die fünf häufigsten Beschwerdebilder, die fast die Hälfte aller Fälle ausmachen, waren dabei Gesichts- und Kopfverletzungen, geschlossene Frakturen der Extremitäten, sonstige internistische Notfälle, nicht traumatische Rückenschmerzen ohne neurologische Ausfälle und sonstige kombinierte Verletzungen.

Ohne Zweifel, bei diesen Zahlen ist ordentlich „Luft nach oben“. Eine Ursache ist sicherlich die noch geringe Dichte des Partnerpraxis-Netztes, sodass eher

das nächste Krankenhaus angesteuert wird als eine Praxis. Deshalb werben wir hier für Ihre Teilnahme am SaN-Projekt:

## MACHEN SIE MIT – DIE TEILNAHME IST FREIWILLIG UND FÜR PRAXEN IN DEN DREI PILOTREGIONEN (SIEHE OBEN) MÖGLICH.

Sie kann übrigens jederzeit zurückgenommen werden. Die Voraussetzungen sind niedrigschwellig: Eine Partnerpraxis muss nur bereit sein, über den IVENA-Alarm (eine kleine in der Praxis zu installierende Anwendung) angemeldete Akutfälle in den Praxisablauf einzubauen. Der Aufwand hierfür wird mit 15 Euro pro Fall zusätzlich vergütet.

## INTERESSE? SPRECHEN SIE UNS AN: PILOTPROJEKT.NOTFALLVERSORGUNG@KVHESSEN.DE

Übrigens: In diesem Jahr wollen wir mit unseren Projektpartnern das SaN-Projekt auf die nächste Ebene heben: Die Prozesse werden vom Erstkontakt bis zur Übergabe einer Patientin oder eines Patienten an eine Praxis erstmals durchgängig digitalisiert. Ein absolutes Novum – wir werden berichten!

ANDREAS BEIERLE



In bestimmten Fällen fährt ein Rettungswagen jetzt auch Praxen an. Das SaN-Projekt hat Vorbildcharakter für ganz Deutschland – da sind sich die Projektpartner einig.

<sup>1</sup> AdP 5-2022, S. 5 ff., AdP 3-2022, S. 33 ff. <sup>2</sup> Informationen unter <https://smed.zi.de>. <sup>3</sup> Informationen unter <https://www.ivena.de>

# Eltern-Kind-Beziehung: Psychoanalyse-Award aus San Diego geht nach Hessen

Wird ein Mitglied per Video in eine Präsenzsitzung der KVH zugeschaltet, hat das in der Regel triftige Gründe. Ist dieses Mitglied in den USA, um den Award of Excellence der Association for Child Psychoanalysis entgegenzunehmen, ist das definitiv etwas Besonderes.

Kein Wunder also, dass die Analytische Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeutin Tanja Maria Müller äußerst glücklich in die Runde des Beratenden Fachausschusses Psychotherapie blickte, so kurz nachdem sie im April 2023 den Preis für das Anna-Freud-Institut Frankfurt e.V. entgegengenommen hatte. „Die Association for Child Psychoanalysis ist eine wichtige kideranalytische Vereinigung, die den Award für besonderes Engagement auf diesem Feld verleiht“, sagt sie. Die Auszeichnung erkennt die Arbeit des Anna-Freud-Instituts für die Ausbildung neuer Kinder- und Jugendlichentherapeutinnen und -therapeuten, die Versorgungsambulanz, das Pilotprojekt einer Walk-in-Ambulanz für Jugendliche, Angebote von Frühprävention und die therapeutische Arbeit der Säuglings-Kleinkind-Eltern-Psychotherapie an. Dafür brennen die Vorstandsvorsitzende Tanja Maria Müller und ihre Mitstreiterinnen und Mitstreiter: „Bei uns passiert wahnsinnig viel im Ehrenamt, unsere Verfahren sind aufwendig. Ohne das Engagement vieler Kollegen und Kolleginnen wären Projekte und Ausbildung nicht zu schaffen“, so die 49-Jährige.

## STADTGESELLSCHAFT PROFITIERT

„In Kooperation mit dem Sigmund Freud Institut betreiben wir ‚Starthilfe‘. Ein Projekt zur Frühprävention, bei dem wir Erzieherinnen und Erzieher städtischer Kitas in sozialen Brennpunkten über Jahre hinweg begleiten und Elterngespräche führen.“ Das Vorgehen: mit psychoanalytisch orientierten Präventionsmaßnahmen nicht nur soziales Lernen fördern, sondern auch die Bindungs- und Beziehungsfähigkeit, den gewaltfreien Umgang mit Konflikten sowie indirekt die Sprachentwicklung. Das soll Aggressivität, Hyperaktivität und Ängsten vorbeugen. Starthilfe sei aus einem Forschungsprojekt entstanden mit dem Ziel, schon früh zu intervenieren und Supervision zu leisten. Ein zweites Projekt namens „Erste Schritte“, ebenfalls zusammen mit dem Sigmund Freud Institut und gefördert von mehreren Ministerien, konzentriert sich auf Mütter mit Migrationshintergrund und deren Kinder bis drei Jahren. Dabei wird wissenschaftlich evaluiert, was wirksamer ist: ein psychoanalytisch orientiertes Frühpräventionsangebot oder durch Laienhelferinnen geleitete offene Mutter-Kind-Gruppen.

Bei all dem geht es laut Tanja Maria Müller darum, die Theorie mit der Praxis zu verbinden und das psychoanalytische Denken in andere Institutionen zu tragen. „Wie und dass wir ausbilden, sind wichtige Botschaften für uns“, sagt sie. Denn das Institut ist nicht nur auf qualifizierte Therapeutinnen und Therapeuten angewiesen, sondern auch auf Fördergelder.

### DEM SCHREIEN EINE BEDEUTUNG GEBEN

Mit viel Herzblut berichtet sie auch von der Baby-Ambulanz des Anna-Freud-Instituts, die einige auch „Schreiambulanz“ nennen. In vielen gynäkologischen Praxen hängen sie bereits: Plakate, die Eltern mit sogenannten Schreikindern Hilfe anbieten sollen. „Es kann zermürben, wenn Menschen nicht verstehen, warum ihr Baby sich so verhält.“ Solch ein Start könne die Eltern-Kind-Beziehung nachhaltig verkomplizieren. „Deshalb, das hört sich vielleicht komisch an, sprechen wir in Gegenwart der Eltern mit den Säuglingen und erörtern gemeinsam mit Müttern und Vätern Fragen der Entwicklung: Schrei-, Schlaf-, Gedeihstörungen, schwierige Geburten – all das ist nicht nur belastend für Eltern, sondern auch für ihre Kinder. Auch das Baby erleidet mitunter Todesangst bei einer Geburt.“ Nachzuvollziehen, dass ein Mensch schon so früh eine eigene Psyche hat, sei für viele schwer. Da könne es helfen, Unsicherheit und Ablehnung früh anzugehen, um späteren Beziehungskonflikten vorzubeugen.

### ANERKENNUNG TUT GUT

„So eine Auszeichnung zu bekommen tut gut. Erst recht, wenn sie von einer Vereinigung kommt, in der sich so viele Expertinnen und Experten für Kindertherapie engagieren.“ Eine von ihnen ist die international anerkannte Lebenszyklus-Psychoanalytikerin Kerry Kelly Novick, die in Lehre und Praxis, als Autorin und in psychoanalytischen Organisationen aktiv war. Sie hat Tanja Maria Müller und Liz Holland, Geschäftsleitung des Anna-Freud-Institutes Frankfurt e.V., den Award of Excellence in San Diego überreicht.

SABINE GOTTHARDT

### Tanja Maria Müller

Die Analytische Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeutin (VAKJP) ist Vorstandsvorsitzende des Anna-Freud-Institutes e.V. und mit einem halben Sitz in Frankfurt Mitglied der KVH. Dort engagiert sie sich berufspolitisch, unter anderem als Vorsitzende des Beratenden Fachausschusses Psychotherapie.



# 116117 Terminservice ist gestartet

Die kv.digital hat zum Juli die Terminverwaltungssoftware für Arztpraxen und psychotherapeutische Praxen erneuert.

Mitglieder der KVH, die dem 116117 Patientenservice Termine gemeldet oder für ihre Patientinnen und Patienten gebucht haben, haben bisher den eTerminservice genutzt. Im Juli ist aus dem eTerminservice der 116117 Terminservice geworden. In Hessen ging dabei die neue von der kv.digital entwickelte Version der Terminverwaltungssoftware an den Start. Die Bedienung der Software bleibt weitestgehend gleich, sie soll Praxen unterstützen, Termine einfacher und schneller zu verwalten. Optische Veränderungen sorgen zudem für eine übersichtlichere Darstellung und höhere Nutzerfreundlichkeit. So ersetzt eine Wochenansicht die bisherige Listenansicht und zeigt alle Termine auf einen Blick. Selbstverständlich können Hausarztpraxen weiterhin im Namen ihrer Patientinnen und Patienten Termine in einer fachärztlichen Praxis buchen. Dazu war die von der KVH initiierte Hausarzt-Facharzt-Terminvermittlung (HAFA) bereits vor einigen Monaten in den eTerminservice integriert worden.

## SICHERHEIT FÜR GESUNDHEITSDATEN

Ärztinnen und Ärzte, Psychotherapeutinnen und -therapeuten sowie Praxismitarbeitende erreichen die Software wie gewohnt im SafeNet\*-Portal. Der Login funktioniert mit den bestehenden Zugangsdaten. Für mehr Sicherheit ist der 116117 Terminservice seit der Umstellung nur noch in der Telematikinfrastruktur (TI) beziehungsweise im Sicheren Netz der KVen (SNK) aufrufbar. Das minimiert das Risiko von Hackerangriffen und schützt die Gesundheitsdaten der Patientinnen und Patienten.

Um den Start mit der neuen Softwareversion zu erleichtern, hat die KVH unter [kvh.link/p23110](https://kvh.link/p23110) Informationen, Anleitungen und Video-Tutorials zusammengestellt. Für Praxen gibt es unter [kvh.link/p23111](https://kvh.link/p23111) zudem eine Website der KBV.

Die KVH bittet ihre Mitglieder, freie Termine in das Portal einzustellen. Die Terminservicestelle (TSS), die ebenfalls auf diese Termine zugreift, erlebt eine hohe Nachfrage durch die Patientinnen und Patienten. Die Terminmeldungen der Praxen sind daher dringend notwendig.

ALEXANDER KOWALSKI

## HABEN SIE WEITERE FRAGEN?

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

069 24741-7777

[info.line@kvhessen.de](mailto:info.line@kvhessen.de)



# Fragen zur Abrechnung? Rückruf vereinbaren!

914 gebuchte Termine, 745 Gespräche – seit einem Jahr können Mitglieder und ihre Praxismitarbeitenden bei Fragen zur Quartalsabrechnung telefonische Beratungstermine buchen. Mitarbeitende der EBM-Hotline rufen zu vereinbarten Terminen an.

Im Mai 2022 ging der Rückruf-Service für Mitglieder und Praxismitarbeitende online. Seitdem nutzen vor allem die psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten das Angebot. Inzwischen gab es schon über 914 Termine und 745 Telefonate. Gleichzeitig wünscht sich die KVH, dass auch noch mehr ärztliche Mitglieder und deren Praxismitarbeitenden den Service nutzen. Die Vorteile dieses Services liegt auf der Hand: Da die Mitglieder und ihre Mitarbeitenden an fest vereinbarten Terminen zurückgerufen werden, können sich die KVH-Beraterinnen und -Berater gezielt auf die Gespräche vorbereiten. Das ist beim komplexen EBM und den ständigen Änderungen ein echter Mehrwert und spart allen Beteiligten kostbare Zeit. Zudem ist durch die individuelle Planung der Termine der Rückruf immer garantiert.

Bei diesen Themen eignet sich der Rückruf-Service der KVH bestens: bei Fragen

- zur Abrechnungsinfo,
- zu Neuerungen oder Verständnisfragen zum EBM,
- zur Abrechnung von Sonderverträgen oder der Ambulant Spezialfachärztlichen Versorgung (ASV),
- zur Abrechnung der Videosprechstunde oder
- zu allgemeinen Fragen der Abrechnung.

Ein Telefonat ist buchbar unter <https://www.kvhessen.de/abrechnung-ebm/rueckruf-service>. Bitte loggen Sie sich im mitgliedergeschützten Bereich der Website ein. Geben Sie unbedingt bei der Buchung

**Abrechnungsberatung: Rückruf-Service**

Die Kassenärztliche Vereinigung Hessen (KVH) hilft bei Fragen zur Abrechnung weiter. Mitglieder können einen telefonischen Beratungstermin buchen, an dem Mitarbeitende der EBM-Hotline sie dann anrufen. Für Fragen zu folgenden Themen eignet sich der Rückruf-Service der KVH:

- Abrechnungsinfo (die Mitglieder nach der Abgabe ihrer Quartalsabrechnung erhalten),
- Neuerungen im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) oder
- Verständnisfragen zum EBM,
- Abrechnung von Sonderverträgen oder der Ambulant Spezialfachärztlichen Versorgung (ASV),
- Videosprechstunde abrechnen oder einen Anbieter melden,
- Abrechnung allgemein.

**Rückruftermin buchen**

1. Im mitgliedergeschützten Bereich der Website einloggen (Login).
2. [Terminbuchung](#) aufrufen.
3. Termin auswählen.
4. BSNR angeben sowie die Telefonnummer, die angerufen werden soll.
5. Thema auswählen und einen Kommentar dazu hinterlegen.

Geben Sie unbedingt bei der Buchung eines Rückrufes alle notwendigen Infos an (füllen Sie alle Felder aus). Nur dann wird systemseitig auch der Rückrufwunsch gespeichert. Wenn Sie eine Bestätigungs-E-Mail erhalten, wissen Sie sicher: Die Terminbuchung war erfolgreich.

Bitte denken Sie daran, den Termin zu stornieren oder zu verlegen, wenn sich der Sachverhalt zwischenzeitlich klärt oder der Termin nicht passt.

**Das in der KVH entwickelte Tool kommt bei den Nutzerinnen und Nutzern sehr gut an und wird kontinuierlich weiterentwickelt**

eines Rückrufes alle notwendigen Infos an und füllen Sie alle Felder aus. Nur dann wird systemseitig auch der Rückrufwunsch gespeichert. Wenn Sie eine Bestätigungs-E-Mail erhalten, wissen Sie sicher: Die Terminbuchung war erfolgreich. Bitte denken Sie daran, den Termin zu stornieren oder zu verlegen, wenn sich der Sachverhalt zwischenzeitlich klärt oder der Termin nicht passt.

STEFANIE SCHMITT,  
EMMA LUNDGREN



## Sie haben die Wahl!

Am 8. Oktober 2023 wird in Hessen der neue Landtag gewählt und es entscheidet sich, wer in den kommenden Jahren die Gesundheitspolitik dieses Bundeslandes bestimmen wird. Machen Sie sich ein Bild davon, was die einzelnen Parteien vorhaben. Wir haben für Sie die Wahlprogramme nach gesundheitspolitischen Themen durchforstet und die entsprechenden Passagen sortiert (ab Seite 16). Hätten Sie gewusst, welche Aussage zu welcher Partei gehört? Testen Sie Ihr Wissen auf Seite 14.

Die KVH jedenfalls weiß sehr genau, was sie auch in den nächsten Jahren von der Politik einfordern wird. Lesen Sie dazu das Interview mit dem KVH-Vorstandsvorsitzenden Frank Dastych ab Seite 24. Zudem verschafft die KVH sich immer wieder Gehör – sei es in Berlin beim Hessenfest (siehe Seite 13) oder bei einem hochkarätig besetzten Podium zu den Lehren aus Corona (siehe Seite 26).

CORNELIA KUR

Boris Rhein  
zusammen  
mit dem  
Hessischen  
Löwen



## Für Boris Rhein gilt ambulant vor stationär

Die KVH war auch in diesem Jahr beim Hessenfest in Berlin dabei. Ministerpräsident und Gastgeber Boris Rhein stellte die Bedeutung der ambulanten Versorgung heraus. Darüber hinaus wurde erfolgreich genetzwerkt.

Das Hessenfest in der Hessischen Landesvertretung gehört zu den fröhlichen Höhepunkten im politischen Berlin. Traditionell lädt die Landesregierung hessische Unternehmen, Institutionen und Verbände sowie rund 2.000 Gäste aus Politik, Wirtschaft und Medien zum Netzwerken in die Ministerterrassen ein. Für die KVH ist das Hessenfest schon seit einigen Jahren ein fester Termin im Kalender. Denn bei angenehmem Sommerwetter, musikalischer Unterhaltung und kulinarischen Spezialitäten aus Hessen lässt sich im persönlichen Austausch ungezwungen über die ambulante Versorgung diskutieren und der eine oder andere wichtige Kontakt herstellen. So begrüßten die Vorstandsvorsitzenden der KVH, Frank Dastych und Armin Beck, sowie Geschäftsführer Jörg Hoffmann auch dieses Mal wieder interessante Gäste am Stand der KVH. Gleich zu Beginn der Veranstaltung besuchte Hessens Ministerpräsident und Gastgeber Boris Rhein die KVH, um sich über die derzeit herausfordernde Situation der ambulanten Versorgung in Deutschland und Hessen

auszutauschen. Eine für die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und -therapeuten durchaus positive Erkenntnis aus dem Gespräch: Der Grundsatz ambulant vor stationär ist dem Landesoberhaupt besonders wichtig. Daher, so Rhein, wünsche er sich einen weiterhin guten und engen Kontakt zur KVH und den Niedergelassenen. Wie gut und erfolgreich die Zusammenarbeit zwischen Land und ambulanter Versorgung sein könne, habe die Corona-Pandemie gezeigt. Daran sei anzuknüpfen. Bevor der Ministerpräsident seinen Besuch beendete, bedankte er sich dann auch noch einmal ausdrücklich für das Engagement der KVH und der Praxen während der Pandemie. Ebenso zu Gast am Stand waren der Fraktionsvorsitzende der FDP-Fraktion im Frankfurter Römer und Landtagsabgeordnete Yanki Pürsün, Dr. Edgar Pinkowski, Präsident der Landesärztekammer Hessen, und viele mehr. Für die KVH war das Hessenfest somit erneut eine gelungene Veranstaltung.

ALEXANDER KOWALSKI



Als zwei der prominenten Gäste der Bundesebene haben Ministerpräsident Boris Rhein (2.v.r.) und Staatsministerin Lucia Puttrich (rechts) unter anderem Bundesinnenministerin Nancy Faeser (links) und Bundeskanzler Olaf Scholz (2.v.l.) auf dem Hessenfest in Berlin begrüßt



Im Austausch (v.l.): Hessens Ministerpräsident Boris Rhein mit den Vorstandsvorsitzenden der KVH, Frank Dastych und Armin Beck, sowie Geschäftsführer Jörg Hoffmann

# Von wem stammt was?

Wie gut kennen Sie Ihre favorisierte Partei? Testen Sie es aus bei unserem Quiz! Wir haben uns die Wahlprogramme der Parteien mit den größten Chancen bei der Landtagswahl genau angeschaut und einzelne gesundheitspolitische Positionen herausgepickt. Jetzt sind Sie dran: Versuchen Sie, die Zitate den Parteien zuzuordnen. CDU, Bündnis 90/Die Grünen, SPD, FDP, DIE LINKE, AfD – von wem stammt was? Die Auflösung gibt's auf Seite 34.

**a.**

„Nicht jedes Krankenhaus muss alles machen, aber wenn es drauf ankommt, muss ein Krankenhaus für alle schnell erreichbar sein.“

Partei: \_\_\_\_\_

**b.**

„Die im SaN-Projekt erprobte Verzahnung der Rettungsdienste mit niedergelassenen Ärzt\*innen wollen wir flächendeckend in Hessen umsetzen.“

Partei: \_\_\_\_\_

Partei: \_\_\_\_\_

**c.**

„Die Kas- senärztliche Vereinigung hat die Aufgabe, die ambulante Versorgung mit Haus- und Fachärzt\*innen, insbesondere Kinderärzt\*innen und Psychotherapeut\*innen, sicherzustellen. Das fordern wir konsequent ein und erwarten, dass sie attraktive Bedingungen für die Niederlassung von Hausärzt\*innen, Psychotherapeut\*innen etc. im ländlichen Regionen schafft.“

Partei: \_\_\_\_\_

**d.**

„Ob Hausärzt\*innen, Pädiater\*innen oder Psychiater\*innen – wir brauchen Arbeitsmodelle, die den Anforderungen der jungen Ärzt\*innen entsprechen.“

**e.**

„Wir setzen uns für den weitgehenden Erhalt und gegen eine Privatisierung der kommunalen Krankenhäuser sowie für eine bedarfsgerechte Finanzierung ein.“

Partei: \_\_\_\_\_

**f.**

„Eine strikte Trennung der ambulanten und stationären Versorgungsebene ist nicht mehr zeitgemäß.“

Partei: \_\_\_\_\_

Partei: \_\_\_\_\_

**g.**

„Wir wollen draufhinwirken, dass telemedizinische Leistungen, Telekonsile und Televisiten angemessen vergütet werden.“

Partei: \_\_\_\_\_

**h.**

„Die ambulante Behandlung ist der Schutzwall vor den Krankenhäusern.“

**i.**

„Das bundesweit einzigartige hessische Projekt ‚Sektorenübergreifende ambulante Notfallversorgung (SaN)‘ wird flächendeckend ausgerollt.“

Partei: \_\_\_\_\_

**j.**

„Für eine am Menschen und nicht an Profiten orientierte Gesundheitsversorgung gehören Krankenhäuser in gemeinnützige oder öffentlich-rechtliche Trägerschaft.“

Partei: \_\_\_\_\_

Partei: \_\_\_\_\_

**k.**

„Wir werden uns deshalb dafür stark machen, dass ärztliche Leistungen, die digital erbracht werden, sowohl finanziell als auch in der öffentlichen Wahrnehmung den Leistungen in Präsenz gleichgestellt werden.“

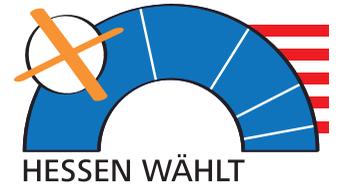
Partei: \_\_\_\_\_

**l.**

„Wir wollen, dass kleinere Kliniken erhalten und zu Gesundheitszentren mit Ambulanzen verschiedener Fachrichtungen, einfachem stationären Angebot und auch ambulanter Pflege weiterentwickelt werden.“

Die Lösungen finden Sie auf Seite 34.

CORNELIA KUR



## Unter die Lupe genommen – welche Partei will was?

Welche Pläne haben die Parteien in Hessen zur Zukunft der ambulanten Versorgung? Wie stehen sie zur Finanzierung der Krankenhäuser? Welche Rolle spielt die Digitalisierung? Oder wie sollen Notfälle zukünftig behandelt werden? Lesen Sie hier die entsprechenden Passagen aus den Wahlprogrammen<sup>1</sup>.

### AMBULANTE VERSORGUNG

**CDU** Die CDU macht sich für eine flächendeckende haus- und fachärztliche Versorgung stark und will die medizinische Versorgung im ländlichen Raum stärken. Sie will Medizinische Versorgungszentren, insbesondere im ländlichen Raum, als Ergänzung zur medizinischen Grundversorgung weiter fördern und ausbauen. „Das Pilot-Projekt ‚Gemeineschwester 2.0‘ soll dauerhaft auf möglichst alle interessierten Gemeinden ausgeweitet und etabliert werden, insbesondere im ländlichen Bereich. Dazu wollen wir das zeitlich begrenzte Förderprogramm entfristen.“

**SPD** Die Kassenärztliche Vereinigung hat laut SPD die Aufgabe, die ambulante Versorgung mit Haus- und Fachärzt\*innen, insbesondere Kinderärzt\*innen und Psychotherapeut\*innen, sicherzustellen. Das fordert sie konsequent ein und erwartet, „dass sie attraktive Bedingungen für die Niederlassung von Hausärzt\*innen, Psychotherapeut\*innen etc. in ländlichen Regionen schafft. Zudem braucht es eine kleinräumige Bedarfsplanung.“ Kommunale Medizinische Versorgungszentren, Gesundheitskioske sowie -lotsen, Gemeindepflegekräfte vor Ort und Pflegestützpunkte sichern aus Sicht der SPD die gute und sichere medizinische Versorgung der Menschen vor Ort. „Telemedizin ergänzt ortsunabhängig die Versorgung, deshalb wollen wir in allen Landkreisen Telenotärzte und zusätzlich Gemeinde-Notfallsanitäter schaffen.“

<sup>1</sup> Die Positionen der CDU wurden einer Vorabfassung des Programms entnommen, da die finale Fassung bis Redaktionsschluss noch nicht vorlag. Die Positionen der Grünen stammen von Kathrin Anders, der gesundheitspolitischen Sprecherin der Grünen im Landtag, da der Parteitag zum Beschluss des Wahlprogramms zu Redaktionsschluss noch nicht stattgefunden hat.



Zum Erhalt einer wohnortnahen, flächendeckenden und qualitativ hochwertigen medizinischen Versorgung wollen die Grünen bedarfsgerechte Angebote mit weiteren Investitionsmitteln unterstützen. „Medizinische Versorgungszentren sowie das Angebot von Gemeindepfleger\*innen müssen weiter gestärkt werden.“ Genügend Medizinstudienplätze und Anreize wie die Landarztquote sind nach Ansicht der Grünen wichtige Voraussetzungen, um dem Fachkräftemangel zu begegnen. „Wir fördern im Besonderen die gesundheitliche Versorgung im ländlichen Raum.“



Um zukünftig die Versorgung der Bürger, insbesondere im ländlichen Raum, sicherzustellen, will die FDP Gesundheits-Versorgungszentren (GVZ) gründen. Eine Aufgabe dieser neuen GVZ solle der Aufbau eines regionalen Zentrums für die primäre und sekundäre Gesundheitsversorgung der Bevölkerung in einem definierten Einzugsgebiet sein. Das solle im Einvernehmen mit der Kassenärztlichen Vereinigung geschehen. „Das Ärztezentrum innerhalb des GVZ ist eine wirtschaftlich autonom agierende Einheit. Für die Versorgung der Bevölkerung in entlegenen Gebieten können Außenstellen etabliert werden. Diese größere Organisation kommt oft den Vorstellungen junger Ärzte und Ärztinnen mit der Möglichkeit von Teilzeit- und Teamarbeit eher entgegen und erhöht somit die Chancen, auch junge Ärztinnen und Ärzte für ländliche Räume zu gewinnen. Außerdem ermöglichen sie Spezialisierung und die Delegation insbesondere nicht ärztlicher Aufgaben.“

**DIE LINKE.** Medizinische Versorgungszentren sollen laut DIE LINKE kommunal oder genossenschaftlich organisiert sein. Zur Sicherung der ambulanten ärztlichen Versorgung will sie unter anderem mit der Stärkung des ländlichen Raums die Bedingungen für junge Ärzt\*innen verbessern. Sie möchte die Kommunen dabei unterstützen, medizinische Versorgungszentren zu etablieren, Ärzt\*innen anzustellen und so von Niederlassungsdruck und Bürokratie zu entlasten.



Die AfD hält die ambulante Behandlung durch Praxen und individuellen Arzt-Patient-Kontakt für die bestmögliche Versorgung der Patienten vor Ort. „Die ambulante Behandlung ist der Schutzwall vor den Krankenhäusern.“ Sie fordert eine Aufhebung der Budgetierung und den Erhalt der Neupatientenregelung. „Die Regressforderungen von Krankenkassen in Hessen an niedergelassene Ärzte sind komplett abzulehnen. Medizinisch notwendige Therapien und Behandlungen werden von Dritten erbracht (Apotheker, Physiotherapeut etc.) und für den Patienten rezeptiert. Die niedergelassenen Ärzte können nicht für die Finanzierung dieser gesundheitlichen Maßnahmen haften. Hier ist die Krankenkasse verpflichtet, den Patienten über den Umfang und die Finanzierung der Krankenkassenleistungen zu informieren.“

## PSYCHOTHERAPEUTISCHE VERSORGUNG

**CDU** Die CDU wird sich für die flächendeckende Schaffung von psychosozialen und psychiatrischen Krisenhilfen-Systemen einsetzen, um Menschen in akuten psychischen Krisenlagen schnelle Hilfe verfügbar zu machen. Die vorhandenen Strukturen in Krankenhäusern und ÖGD bezieht sie dabei mit ein, wobei der ÖGD eine koordinierende Verantwortung übernehmen soll.



Die SPD möchte die therapeutische Unter-versorgung bekämpfen und Beratungsstellen, Suchthilfe, den sozialpsychiatrischen Dienst, die psychosomatische Grundversorgung sowie die ambulante Psychiatrie und Psychotherapie besser vernetzen und sich für eine flächendeckende, zeitnahe Versorgung überall in Hessen einsetzen.





Auch im Bereich der psychotherapeutischen Versorgung braucht es laut Grünen wohnortnahe Angebote mit reduzierten Wartezeiten und einem Schwerpunkt auf Prävention und Vorsorge. Dazu sei es notwendig, regionale Versorgungszentren und vorhandene Beratungsstellen zu stärken. „Wir wollen die Kinder- und Jugendlichenpsychologische Soforthilfe ausbauen.“



Keine Aussage

**DIE LINKE.** Keine Aussage



Der Bedarf an psychotherapeutischer Behandlung ist laut AfD in den letzten Jahren beträchtlich gestiegen und zu einem erheblichen Kostenfaktor geworden. Dies gelte sowohl für den ambulanten als auch für den stationären Bereich. Deswegen möchte die AfD, dass Kontrollmechanismen aufgebaut werden, die übermäßige Ausgaben zu vermeiden helfen.

### NOTFALLVERSORGUNG

**CDU** Die CDU möchte Gemeindenotfallsanitäter etablieren, die Fälle behandeln können, die keinen Rettungssanitäter oder Notarzt benötigen. Das bundesweit einzigartige hessische Projekt „Sektorenübergreifende ambulante Notfallversorgung (SaN)“ solle flächendeckend ausgerollt werden. „Entlastung schaffen wir so dadurch, dass in die Notaufnahmen nur noch diejenigen Fälle kommen, die wirklich eine Notfallversorgung brauchen.“



Es braucht laut SPD eine Stärkung statt Kürzung des Ärztlichen Bereitschaftsdienstes (ÄBD). Modellprojekte wie der gemeinsame Tresen für ÄBD und das Krankenhaus Frankfurt/Höchst möchte sie landesweit etablieren. Landeseinheitliche Regelungen der Befugnisse im Rettungsdienst wird die SPD prüfen.



Alle Menschen in Hessen müssen laut Grünen bei einem medizinischen Notfall schnelle und wohnortnahe Hilfe erhalten können. „Wir wollen die intersektorale Zusammenarbeit und Patientensteuerung in der Notfallversorgung fördern. So unterstützen wir das Projekt ‚Sektorenübergreifende ambulante Notfallversorgung (SaN)‘. Die geschaffenen Strukturen sollten flächendeckend ausgeweitet werden.“



Keine Aussage

**DIE LINKE.** Aus Sicht der LINKEN braucht es eine Entlastung der Kliniken mit einer besseren Patient\*innensteuerung. Alle grundversorgenden Kliniken sollen eine direkte örtliche Anbindung an den Ärztlichen Bereitschaftsdienst bekommen. Um bei Notfällen eine bessere Vernetzung von Rettenden und Kliniken zu erzielen, müssen laut der LINKEN deutlich mehr Mittel in Digitalisierung fließen. „Die im SaN-Projekt erprobte Verzahnung der Rettungsdienste mit niedergelassenen Ärzt\*innen wollen wir flächendeckend in Hessen umsetzen.“



Die AfD sieht im Einsatz von Telemedizin große Chancen für eine Verbesserung der fach-, haus- und notärztlichen Versorgung der Menschen in Hessen.

## ERHALT UND FINANZIERUNG VON KRANKENHÄUSERN

**CDU** Eine leistungsfähige Krankenhauslandschaft ist laut CDU essenziell für die gesundheitliche Versorgung. Sie wird deshalb den hessischen Versorgungsgipfel, in dem alle wesentlichen Akteure der Gesundheitsbranche in Hessen, wie insbesondere Krankenhausgesellschaft, Kassenärztliche Vereinigung, Kommunen, Land, zusammengeschlossen sind, fortführen und die Ergebnisse und Vorschläge umsetzen. Die Grund- und Notfallversorgung, Geburtskliniken und Pädiatrie sollen wohnortnah auch in den ländlichen Räumen zur Verfügung stehen. Dazu brauchen Krankenhäuser aus Sicht der CDU eine moderne Ausstattung. „Die Investitionsmittel, die schon jetzt bundesweit im Spitzenfeld liegen, werden wir in mindestens stabiler Höhe beibehalten und dabei insbesondere die Digitalisierung, die IT-Ausstattung und die Cyber-Sicherheit sowie bauliche Modernisierungen in den Blick nehmen.“

**SPD** Für eine am Menschen und nicht an Profiten orientierte Gesundheitsversorgung gehören Krankenhäuser für die SPD in gemeinnützige oder öffentlich-rechtliche Trägerschaft. Sie wird eine auskömmliche Finanzierung der Investitionskosten der Krankenhäuser sicherstellen, die sich am Bedarf orientiert, dem wiederum eine evidenzbasierte Versorgungsforschung zugrunde liegt. Darüber hinaus braucht es laut SPD eine gute Krankenhausplanung, die es derzeit in Hessen nicht gibt.



Gemeinsam mit den Kommunen ist es das Ziel der Grünen, eine leistungsfähige und erreichbare Krankenhausversorgung für alle zu sichern. Nicht jedes Krankenhaus müsse alles machen, aber wenn es drauf ankommt, müsse ein Krankenhaus für alle schnell erreichbar sein. „Wir begleiten die Krankenhausreform im Bund intensiv und konstruktiv und haben dabei fest im Blick, die Gesundheitsversorgung in Hessen nachhaltig sicherzustellen – zum Wohl der Patient\*innen sowie der Mitarbeitenden.“



Bevor Gelder für Vorhaltungen an die Kliniken ausgezahlt werden, muss nach Ansicht der FDP festgelegt werden, welche Krankenhäuser mit welchem Leistungsangebot an welchem Ort tatsächlich gebraucht werden. „Bei der Festlegung dieser Bedarfsnotwendigkeit müssen Qualitätsvorgaben, wie Ausstattung und Spezialisierung, eine ausschlaggebende Rolle spielen.“ Immer mehr Leistungen der Patientenversorgung können laut FDP sowohl ambulant als auch stationär erbracht werden. Dabei würden der Zustand der Patienten und das damit verbundene Eingriffsrisiko entscheiden, ob ambulant oder stationär behandelt wird. Größtes Hindernis sei dabei das unterschiedliche Vergütungssystem in der ambulanten und stationären Versorgung. „Es muss daher auf einen zukünftig gleichen Leistungskatalog unter gleichen Qualitätsstandards zur gleichen Honorierung hingearbeitet werden.“



## DREISTELLIG

**Rückblick auf die gesundheitspolitische Ausschusstätigkeit in der 20. Wahlperiode: 101 Sitzungen hat der für Gesundheit zuständige Sozial- und Integrationspolitische Ausschuss des hessischen Landtags bis Ende Juni 2023 abgehalten.**

**DIE LINKE.** DIE LINKE will, dass kleinere Kliniken erhalten und zu Gesundheitszentrum mit Ambulanzen verschiedener Fachrichtungen, einfachem stationären Angebot und auch ambulanter Pflege weiterentwickelt werden. Die Lösung liege in der Rückkehr der stationären Gesundheitsversorgung in öffentliche und gemeinnützige Hand. „Unser ‚Gesundheitsplan für Hessen‘ zeigt, wie wir die Versorgung mit Kliniken und Krankenhäusern an qualitativen Kriterien bemessen und zugleich für jede\*n die Erreichbarkeit der stationären Grund- und Notfallversorgung in 30 Minuten mit Bus und Bahn sicherstellen. Dazu schaffen wir abgestimmte und gestufte Angebote, natürlich in öffentlicher, genossenschaftlicher oder gemeinnütziger Hand. Fallpauschalen gehören vollständig abgeschafft.“



Der Erhalt kommunaler Krankenhäuser als Standortfaktor ist laut AfD ein wichtiger Bestandteil der Kommunal- und Landespolitik. „Wir setzen uns für den weitgehenden Erhalt und gegen eine Privatisierung der kommunalen Krankenhäuser sowie für eine bedarfsgerechte Finanzierung ein.“

## DIGITALISIERUNG

**CDU** Laut CDU wird in Zukunft die Digitalisierung im Gesundheitswesen immer mehr an Bedeutung gewinnen. „Daher müssen wir Sorge dafür tragen, dass Krankenhäuser, Arztpraxen und Bürger in die Lage versetzt werden, die neuen Angebote zu nutzen, damit Patienten bestmöglich versorgt sind.“ Die CDU möchte ergänzende Projekte auflegen, damit Hessinnen und Hessen bestmöglich von den digitalen medizinischen Möglichkeiten profitieren können. Sie will darauf hinwirken, dass telemedizinische Leistungen, Telekonsile und Televisiten angemessen vergütet werden. Außerdem soll das etablierte hessische Kompetenzzentrum für Telemedizin und eHealth-Beratung und Unterstützung von niedergelassenen Ärzten in Bezug auf Digitalisierung weiterentwickelt werden.



Laut SPD braucht es endlich flächendeckend die elektronische Patientenakte (ePA) sowie datenschutzsichere Möglichkeiten für Ärzt\*innen und Therapeut\*innen, Dokumente und Befunde zu verschicken und zu verwalten. „Das schafft mehr Zeit und mehr Ressourcen für Patient\*innen.“



Gerade im ländlichen Raum sind laut Grünen die Vernetzung des Gesundheitswesens und große Investitionen in digitale Infrastruktur besonders notwendig. Sie könnten einen großen Teil für eine flächendeckende, leistungsstarke Versorgung der hessischen Bevölkerung leisten. „Wir wollen die bereits bestehenden Förderprogramme zur Digitalisierung im Gesundheits- und Pflegebereich weiter ausbauen und Ansätze der Telemedizin stärken.“



Die FDP will Hessen zu einem Vorreiter-Bundesland im Bereich eHealth und Telemedizin machen und digitale Lösungen unterstützen, die Pflegekräfte sowie Ärztinnen und Ärzte in ihrem Alltag entlasten und den Bürgerinnen und Bürgern den Zugang zu Gesundheitsleistungen erleichtern. Die FDP wird sich unter anderem dafür einsetzen, dass Bürgerinnen und Bürger Arzttermine schneller und einfacher selbst buchen können. Zudem will sie Telemedizin im ländlichen Raum noch stärker etablieren, um Versorgungslücken zu schließen. Außerdem wird sie dafür sorgen, dass die elektronische Patientenakte breit ausgerollt und von allen Akteuren des Gesundheitswesens sowie den Bürgerinnen und Bürgern aktiv genutzt wird. „Wir setzen uns zudem dafür ein, dass Anwendungen der Telematikinfrastruktur wie etwa das eRezept schneller in die Umsetzung kommen. Darüber hinaus unterstützen wir die Weiterentwicklung der Telematikinfrastruktur hin zu einer praktikableren und zeitgemäßen ‚TI 2.0‘.“

**DIE LINKE.** Ob eine digitale Anwendung im Gesundheitswesen eingesetzt werden soll oder nicht, darf sich laut der LINKEN nur daran bemessen, ob es zu besserer Patient\*innenversorgung und verbesserten Arbeitsbedingungen für die Beschäftigten beiträgt. „Die digitale Dividende muss für mehr Personal und bessere Arbeitsbedingungen eingesetzt werden.“



Die AfD Hessen will die Digitalisierung der medizinischen Versorgung weiter vorantreiben und erkennt den Nutzen der Telemedizin an. Telemedizin ersetze nicht die Vor-Ort-Behandlung, sondern ergänze sie lediglich. Die AfD Hessen wird sich daher im Landtag dafür einsetzen, dass der Ausbau der Telemedizin vorangetrieben und verstärkt in die Regelversorgung eingebunden wird. Innovative Einrichtungen wie Tele-Notarzt, e-AUF, oder eRezept, Know-how-Transfer sowie die Zusammenarbeit im Gesundheitswesen müssen laut AfD gefördert werden.

## NACHWUCHSFÖRDERUNG UND STUDIENPLÄTZE

**CDU** Die Einführung der Landarztquote ist laut CDU ein wichtiger Baustein, um eine zukunftsfeste Versorgung zu sichern. Deshalb wird sie die Plätze im Rahmen der Landarztquote erhöhen und dabei auch weitere Fachrichtungen mit einbeziehen. Außerdem wird sie weitere unterversorgte Gebiete in der Landarztquote berücksichtigen, um die so ausgebildeten Mediziner in alle unterversorgten Gebiete zu bringen. Die Zahl der Medizinstudienplätze in Hessen möchte die CDU nochmals erhöhen und an den Bedarf der Zukunft anpassen.



Aus Sicht der SPD müssen mehr Studienplätze für Medizin und Ausbildungsplätze in allen medizinischen Berufen geschaffen werden. „Wir werden in diesem Zusammenhang für mehr Praxis im Studium, bessere Rahmen- und Arbeitsbedingungen, die Entlastung der Bürokratie/Entbürokratisierung sowie für Teilzeitmöglichkeiten zur Aus- und Weiterbildung sorgen, um Lebensrealitäten besser zu entsprechen.“



„Wir haben es geschafft, die Medizinstudienplätze auszubauen, und streben dies auch weiterhin an“, sagen die Grünen. Durch die Umwandlung von Teilstudienplätzen in Vollstudienplätze im Fach Humanmedizin könnten mehr Medizinstudierende ihr Studium in Hessen abschließen und sich hier niederlassen. „Mit der Einführung der Landarztquote sowie dem dazugehörigen Stipendium sorgen wir zudem perspektivisch für eine bessere Versorgung unterversorgter Gebiete.“



Laut FDP verliert auch beim hessischen Ärztenachwuchs die Vorstellung, sich in eigener Praxis und noch dazu auf dem Land niederzulassen, zunehmend an Attraktivität. Die von der Landesregierung im vergangenen Jahr auf den Weg gebrachte Landarztquote wird dieses Problem nach Ansicht der FDP nicht lösen – vor allem nicht kurzfristig.

**DIE LINKE.** Die Landarztquote steht laut LINKE nur auf dem Papier. „Wir wollen daher die Hochschulmedizin und deren Ausbildungsbestandteile im ländlichen Raum deutlich ausbauen und für mehr Fachrichtungen öffnen.“



Die AfD fordert die Schaffung ausreichender Studien- und Anschlussstudienplätze insbesondere im zweiten Teil des Medizinstudiums, die Vergabe von Stipendien bei Facharztweiterbildung auf dem Land sowie die Einführung von Studiengebühren für ausländische Studenten.

CORNELIA KUR



## „Wir brauchen wieder ein eigenständiges Gesundheitsministerium“

Die Landtagswahl steht vor der Tür und die Vorstandsvorsitzenden der KVH formulieren Forderungen und Wünsche an den hessischen Landtag und die zukünftige Landesregierung.

Frank Dastych und Armin Beck:

Endlich ehrliche Kommunikation mit den Bürgerinnen und Bürgern, dass 24/7 zu jeder Zeit an jedem Ort nicht möglich ist. Dazu gehören auch weitere Wege. Erkrankungen müssen von denjenigen eingeschätzt werden, die dafür ausgebildet sind.

Notfallreform und Klinikreform: Hier muss die Politik unsere Kritik ernst nehmen, dass es derzeit Strukturüberlegungen gibt, die mit ambulanter Versorgung einfach nicht kompatibel sind.

## Zukunftsfeste Gesundheitspolitik

Das Gesundheitsressort sollte wieder als eins der Kernressorts verstanden werden. Das ist ein zentrales Thema der Daseinsvorsorge, das nicht unter „ferner liefen“ behandelt werden darf. Gesundheit darf thematisch nicht untergehen, wir brauchen ein klassisches Gesundheitsministerium.

Nachhaltige Plattform, auf der man Versorgungsfragen diskutieren kann mit gesetzgeberischen Initiativen.

Ärztliche Versorgung ist kein Wahlkampfgeschenk im Bastkorbchen. Wenn die Politik nichts gegen den strukturellen Ärztemangel tun will, dann muss sie den Menschen endlich auch mal erzählen, wie es ist. Die Versorgung wird also deutlich schlechter. Die Politik muss sich ehrlich machen.

Landesebene muss sich intensiver um die ambulante Versorgung kümmern und das auch nach Berlin eskalieren und weiterleiten.

Wenn das Ministerium in Zukunft stärker als bisher in Zulassungsfragen eingebunden wird, erwarten und erhoffen wir uns das nötige Augenmaß dabei. In der Bedarfsplanung steht ein Paradigmenwechsel an, es wird darum gehen, wie wir den Mangel verteilen.

Die Landesregierung muss sich auf der Bundesebene viel mehr dafür einsetzen, dass wir in der Bedarfsplanung in den Regionen eine deutliche Flexibilisierung hinbekommen.

Wenn das Land möchte, dass die KV Versorgung gestaltet, braucht sie dafür mehr Freiheit.

Das Land muss dafür sorgen, dass Versorgung und Gesundheit wieder regionaler geplant werden kann. Federführend dafür muss die KV als Körperschaft sein.

# „Die Politik muss endlich aufwachen und mit uns reden“

Frank Dastych, Vorstand der KVH, im Gespräch mit „KBV Klartext“ (Nachdruck)

## Was braucht es, um das System der ambulanten Versorgung für die Zukunft zu wappnen?

**Frank Dastych:** Eine der, wenn nicht die größte Herausforderung der nächsten Jahre wird sein, dass zunehmend weniger qualifiziertes ärztliches wie auch medizinisches Fachpersonal zur Verfügung stehen wird. Wir müssen uns daher zwingend Gedanken darüber machen, wie und wo wir diese knappen Ressourcen einsetzen und wie wir die Rahmenbedingungen für die Ärztinnen und Ärzte, aber auch die Praxismitarbeitenden, so gestalten, dass die ambulante Versorgung die primäre Option darstellt. Das wird nur über Incentives wie eine angemessene Vergütung sowie eine dem Zeitgeist entsprechende Work-Life-Balance funktionieren. In diesem Zusammenhang muss sich im Übrigen auch das KV-System positionieren. Ist es lediglich der Hüter des SGB V, der seine Mitglieder nur als ausführende Organe des Sicherstellungsauftrags sieht? Oder steht es seinen Mitgliedern zur Seite und stellt sich mit aller Konsequenz dem aktuellen Kurs der Gesundheitspolitik und der Krankenkassen entgegen? In Hessen haben wir uns für unsere Mitglieder entschieden, denn die Interessen und das Wohl unserer Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und -therapeuten wird in Hessen immer im Fokus stehen.

## Welches Thema liegt Ihnen für Ihre KV-Region in den nächsten Jahren besonders am Herzen?

Wir haben uns mit Beginn der neuen Legislatur auf die Fahnen geschrieben, die niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen noch stärker zu unterstützen, als wir das ohnehin schon gemacht haben. Wir werden für die Gesundheitspolitik und die Krankenkassen weiterhin unbequem sein und scheuen auch nicht vor Diskussionen zurück, die in Deutschland beinahe reflexartig zu Sozialneid führen. Denn eines ist klar: Sowohl die Politik wie auch die Krankenkassen haben ganz offensichtlich nach wie vor nicht begriffen, dass unsere Mitglieder nicht nur Ärztinnen und Ärzte beziehungsweise Psychotherapeutinnen und -therapeuten sind, sondern überwiegend

auch selbstständige Unternehmer, die ihre Praxen wirtschaftlich führen müssen. Wenn Prof. Karl Lauterbach davon spricht, dass eine Eigenkapitalrendite von zehn Prozent nicht vertretbar sei, belegt das eindrücklich, dass kein Verständnis dafür vorhanden ist, wie Praxen arbeiten beziehungsweise arbeiten müssen. Insbesondere dann, wenn Oberärzte in Krankenhäusern ohne individuelles Risiko mit einem Jahresgehalt von 180.000 Euro oder mehr nach Hause gehen. Diesen Missstand, dieses unaufhörliche Geringschätzen der ambulanten Versorgung müssen und werden wir anpacken. Andernfalls werden wir unsere Mitglieder und diejenigen, für die die Niederlassung eine Option ist, nicht im System halten beziehungsweise nicht für das System gewinnen können. Und das zu Recht.

## Wie möchten Sie es anpacken?

In Hessen werden wir den eingeschlagenen Weg des Widerstands konsequent weitergehen. Und zwar mit allen Mitteln, die uns zur Verfügung stehen. Unsere Mitglieder können sich darauf verlassen, dass wir in Richtung der Gesundheitspolitik und der Krankenkassen keinen Zentimeter zurückweichen. Die Kassenärztliche Vereinigung Hessen wird keine KV sein, die den SGB-V-Knecht gibt und die Kolleginnen und Kollegen bis Ultimo zur Erfüllung ihres gesetzlichen Versorgungsauftrags zwingt, wenn dieser nicht mehr wirtschaftlich zu erfüllen ist. Und wir sind auch keine KV, die um ihrer selbst willen den Erhalt des KV-Systems propagiert.

## Welche Bedeutung hat für Sie die ärztliche Selbstverwaltung?

Die ärztliche Selbstverwaltung ist und bleibt von existenzieller Bedeutung, denn wir sind es, die die vielen Missstände in Richtung der Gesundheitspolitik und der GKV kommunizieren. Die Selbstverwaltung bietet demnach – im Gegensatz zu einer unflexiblen, im Politikbetrieb angesiedelten Gesundheitsbürokratie – die wichtige Chance zu einem zielgerichteten und konstruktiven Dialog.

## ■ ABRECHNUNG

### EBM aktuell

- 2 EBM-Änderungen seit 1. Juli 2022
- 2 EBM-Änderungen seit 1. Oktober 2022
- 3 EBM-Änderungen seit 1. Januar 2023
- 6 EBM-Änderungen seit 1. April 2023
- 7 EBM-Änderungen seit 1. Juli 2023

## ■ QUALITÄT

### Qualitätssicherung

- 13 Aufhebung der Stichprobenprüfung Computertomographie
- 14 Genehmigung für stereotaktische Radiochirurgie

## ■ RECHT

### Freie Arzt- und Medizinkasse (FAMK)

- 15 Vertrag mit der FAMK endet zum 30.09.2023

## ■ SONSTIGES

### Bereitschaftsdienstordnung (BDO)

- 16 Änderung der BDO – Anpassung Anhang zu § 8 BDO (Wegepauschalen)

### Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e.V. (DGUV)

- 18 Zulassung zum Durchgangsarztverfahren

**EBM AKTUELL**

## EBM-Änderungen seit 1. Juli 2022

**PSYCHOTHERAPIE:  
VERGÜTUNG RÜCKWIRKEND ERHÖHT**

Rückwirkend zum 01.07.2022 wurden die Bewertungen der psychotherapeutischen Leistungen um 2,1 Prozent angehoben. Gleichzeitig wurden die Strukturzuschläge leicht abgesenkt. Die durchschnittliche Vergütung für psychotherapeutische Patientinnen und Patienten steigt damit insgesamt um ca. 1,7 Prozent. Dies hat der Erweiterte Bewertungsausschuss in seiner 80. Sitzung beschlossen. Die Bewertungen der folgenden GOP wurden geändert: 30932, 30933, 35151, 35152, 35173 bis 35179 und GOP des Abschnitts 35.2 EBM.

Die rückwirkend zum 01.07.2022 geänderten Bewertungen werden bei Erstellung der Quartals-

abrechnung zum Quartal 1/2023 bei der Abrechnungsbearbeitung der KVH bereits mitberücksichtigt und ausgezahlt. Die Strukturzuschläge setzt die KVH der Abrechnung automatisch zu.

Die Nachvergütungen für das bereits abgeschlossene Quartal 3/2022 beziehungsweise das für eine automatisierte Berücksichtigung bereits zu weit vorangeschrittene Quartal 4/2022 wird die KVH im Nachgang vornehmen.

Psychotherapeutische Leistungen können Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten nur dann abrechnen, wenn sie eine Genehmigung der KVH besitzen. Alle Informationen zur Genehmigung finden Sie unter [kvh.link/p23093](https://www.kvh.at/link/p23093)

## EBM-Änderungen seit 1. Oktober 2022

**KSV-PSYCH:  
BEWERTUNG GOP 37500 ERHÖHT**

Die Vergütung der GOP 37500 (Eingangssprechstunde) bei der psychiatrischen und psychotherapeutischen Komplexversorgung (KSV-Psych) wurde rückwirkend ab 01.10.2022 leicht angehoben.

Konkret stieg die Bewertung der GOP 37500 von 231 auf 236 Punkte. Die GOP ist dann 26,59 Euro wert; bundeseinheitlicher Orientierungspunktwert 2022 (11,2662 Cent). Das hat der ergänzte Bewertungsausschuss in seiner 92. Sitzung beschlossen.

# EBM-Änderungen seit 1. Januar 2023

Die weiteren EBM-Änderungen zum 01.01.2023 sind bereits in den vorherigen Ausgaben Nr. 6/2022, 1/2023, 2/2023 und 3/2023 veröffentlicht.

## HAUSARZTVERMITTLUNG IN DER HAUSARZTZENTRIERTEN VERSORGUNG

Rückwirkend zum 01.01.2023 wurde klargestellt: Hausärztinnen und Hausärzte können auch in der hausarztzentrierten Versorgung (HzV) die GOP 03008 bzw. 04008 abrechnen, wenn sie einen Termin bei einer Facharztpraxis vereinbaren. Zum Nachweis geben sie in ihrer Abrechnung zusätzlich zur GOP 03008 bzw. 04008 die neue Pseudo-GOP 88196 an. Die Terminvermittlung darf nicht Gegenstand des Selektivvertrages (Inhalt des Ziffernkranzes) sein.

Im EBM wurde jeweils eine Anmerkung bei den GOP 03008 bzw. 04008 ergänzt. Die GOP rechnen sie in selektivvertraglichen Fällen auch ohne die Versicherungspauschale (GOP 03000 bzw. 04000) ab.

## KLARSTELLUNG AUSGABE NR. 1/2023 (SEITE 32) ZU HZV

Im Artikel „Leistungen bei Patientinnen und Patienten der HzV kennzeichnen“ wurde im zweiten Beispielfall (Behandlungstag 03.04.2023) der Fall versehentlich mit der GOP 88192 gekennzeichnet. Hier muss stattdessen die GOP 99980 für den Arzt-Patienten-Kontakt (APK) angesetzt werden.

## STRUKTURZUSCHLÄGE BEI PSYCHOTHERAPIE HÖHER BEWERTET

Die Strukturzuschläge für psychotherapeutische Einzeltherapien, Gruppentherapien und Sprechstunden/Akutbehandlungen wurden rückwirkend zum 01.01.2023 höher bewertet. Konkret geht es um die GOP 35571 bis 35573 in Unterabschnitt 35.2.3.1 EBM.

Die rückwirkend zum 01.01.2023 erhöhten Strukturzuschläge werden bei Erstellung der Quartalsabrechnung zum Quartal 1/2023 bei der Abrechnungsbearbeitung der KVH bereits mitberücksichtigt und ausgezahlt. Die Strukturzuschläge setzt die KVH der Abrechnung automatisch zu.

Strukturpauschalen überblicken			
GOP	Kurzbeschreibung	Bewertung ab 01.07.2022	Bewertung ab 01.01.2023
35571	Zuschlag Einzeltherapie	20,62 Euro* (183 Punkte)	21,37 Euro** (186 Punkte)
35572	Zuschlag Gruppentherapie (auch Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung)	8,56 Euro* (76 Punkte)	8,85 Euro** (77 Punkte)
35573	Zuschlag Sprechstunde / Akutbehandlung	10,48 Euro* (93 Punkte)	10,92 Euro** (95 Punkte)

\* nach bundeseinheitlichem Orientierungspunktwert 2022 (11,2662 ct)

\*\* nach bundeseinheitlichem Orientierungspunktwert 2023 (11,4915 ct)

Die Strukturzuschläge dienen der Deckung von Personalkosten in psychotherapeutischen Praxen. Sie sind jetzt an die gestiegenen Gehälter für Medizinische Fachangestellte (MFA) angepasst.

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 bestimmten neuropsychologischen Leistungen abrechnen. Das Ziel ist, gut ausgelasteten Praxen zu ermöglichen, eine MFA (als Halbtagskraft) für die Praxisorganisation zu beschäftigen.

### RADIOSYNOVIORHESE: BEWERTUNG DER KOSTENPAUSCHALEN ERHÖHT

Ärztinnen und Ärzte erhalten rückwirkend zum 01.01.2023 eine 30 Prozent höhere Vergütung für die Sachkosten von Radionukliden, die sie bei der Durchführung der Radiosynoviorthese verwenden. Die Bewertungserhöhung erfolgt wegen der seit Jahren steigenden Preise für die Radionuklide.

Ärztinnen und Ärzte erhalten somit rückwirkend für die Kostenpauschalen bei Verwendung von Yttrium-90-Colloid (GOP 40556), Rhenium-186-Colloid (GOP 40558) und Erbium-169-Colloid (GOP 40560) aus Abschnitt 40.10 eine höhere Erstattung.

Die Kostenpauschalen bilden die Sachkosten bei dem nuklearmedizinischen Verfahren der Radiosynoviorthese nach den GOP 17371 (an einem kleinen Gelenk) und GOP 17373 (an großen oder mittleren Gelenken) ab.

Der Bewertungsausschuss prüft bis zum 30.09.2023, ob weiterer Anpassungsbedarf bezüglich der Kostenpauschalen 40556, 40558 und 40560 besteht.

Neue Bewertungen überblicken			
GOP	Kurzbeschreibung	Bewertung bis 31.12.2022	Bewertung ab 01.01.2023
40556	Kostenpauschale für die Sachkosten im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistung entsprechend der GOP 17371 oder 17373 bei Verwendung von Y-90-Colloid (Radiosynoviorthese)	100,00 Euro	130,00 Euro
40558	Kostenpauschale für die Sachkosten im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistung entsprechend der GOP 17371 oder 17373 bei Verwendung von Re-186-Colloid (Radiosynoviorthese)	125,00 Euro	163,00 Euro
40560	Kostenpauschale für die Sachkosten im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistung entsprechend der GOP 17371 bei Verwendung von Er-169-Colloid (Radiosynoviorthese)	95,00 Euro	124,00 Euro

Ärztinnen und Ärzte können die Radiosynoviorthese nach den GOP 17371 und 17373 nur abrechnen, wenn sie über eine Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung nuklearmedizinischer Leistungen gemäß den Vereinbarungen zur Strahlendiagnostik und -therapie nach § 135 Abs. 2 SGB V verfügen. Alle Informationen zur Genehmigung finden Sie unter [kvh.link/p23094](https://www.kvh.at/link/p23094)

### ENERGIEKOSTEN: ZUSÄTZLICHE STROMKOSTEN ERSTATTEN LASSEN

Rückwirkend zum 01.01.2023 und befristet bis zum 31.12.2023 können Arztpraxen mit besonders energieintensiven Leistungen aus den Bereichen Radiologie, Strahlentherapie und Dialyse die Erstattung von zusätzlichen Stromkosten beantragen.

Ziel der Regelung ist es, die Ausgaben aufgrund der stark gestiegenen Strompreise auszugleichen.

Der Bewertungsausschuss prüft bis zum 31.12.2023, ob eine Verlängerung der Regelung erforderlich ist.

Praxen sind zur Abrechnung zusätzlicher Stromkosten berechtigt, wenn sie in dem entsprechenden Quartal GOP des EBM aus mindestens einem der folgenden Abschnitte bzw. Unterabschnitte abrechnen:

- Unterabschnitt 25.3.2 (Hochvolttherapie)
- Abschnitt 34.3 (CT) und/oder Abschnitt 34.4 (MRT)
- Abschnitt 40.14 (Kostenpauschalen für die Behandlung mit renalen Ersatzverfahren und extrakorporalen Blutreinigungsverfahren)

Die zusätzlichen Stromkosten der Praxis müssen mindestens 500 Euro im Abrechnungsquartal betragen, damit die Praxis Anspruch auf Erstattung zusätzlicher Stromkosten hat.

Praxen, die im Jahr 2023 zusätzliche Stromkosten abrechnen, sind verpflichtet, die rechnungsbegründenden Unterlagen bis zum 31.12.2026 aufzubewahren.

Praxen reichen zum Erhalt der Erstattung bis einen Monat nach Quartalsende eine Selbsterklärung bei der KVH ein. Die Selbsterklärung finden Sie unter [kvh.link/p23095](https://www.kvh.hessen.de/abrechnung/p23095)

Um die Finanzhilfen zu erhalten, müssen Sie diese ausgefüllt an unten stehende Adresse senden:

- per Post an KV HESSEN, Team Antragsverfahren, Europa-Allee 90, 60486 Frankfurt
- oder per Fax an 069 24741-68847
- oder per Mailanhang an [Antragsverfahren@kvhessen.de](mailto:Antragsverfahren@kvhessen.de)

Alle ärztlichen Mitglieder, die Leistungen der Bereiche Radiologie, Strahlentherapie und Dialyse abrechnen, erhielten hierzu ein Rundschreiben.

Weitere Informationen zu den Einreichungsfristen finden Sie unter [kvh.link/p23096](https://www.kvh.hessen.de/abrechnung/p23096)

Um die GOP 25316 und 25321 abrechnen zu können, benötigen Ärztinnen und Ärzte eine Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung strahlentherapeutischer Leistungen gemäß den Vereinbarungen zur Strahlendiagnostik und -therapie nach § 135 Abs. 2 SGB V. Alle Informationen zur Genehmigung finden Sie unter [kvh.link/p23097](https://www.kvh.hessen.de/abrechnung/p23097)

Um die CT-Leistungen aus Abschnitt 34.3 berechnen zu können, benötigen Sie eine Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von computertomographischen Leistungen. Alle Informationen zur Genehmigung finden Sie unter [kvh.link/p23098](https://www.kvh.hessen.de/abrechnung/p23098)

Die MRT-Leistungen nach GOP 34410, 34411, 34420 bis 34422, 34430, 34431, 34440 bis 34442, 34450 und 34451 aus Abschnitt 34.4 können Ärztinnen und Ärzte abrechnen, wenn sie eine Genehmigung der KVH nach der Kernspintomographie-Vereinbarung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V haben. Alle Informationen zur Genehmigung finden Sie unter [kvh.link/p23099](https://www.kvh.hessen.de/abrechnung/p23099)

Um die Leistungen aus dem Unterabschnitt 34.4.7 (MRT-Angiographien) abrechnen zu können, benötigen Sie eine Genehmigung der KVH nach der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V zur MR-Angiographie. Alle Informationen zur Genehmigung finden Sie unter [kvh.link/p23100](https://www.kvh.hessen.de/abrechnung/p23100)

Die Berechnung der Kostenpauschalen nach den GOP 40815 und 40819 sowie 40823 bis 40828 setzt eine Genehmigung der KVH nach der Qualitätssicherungsvereinbarung für Blutreinigungsverfahren gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus. Alle Informationen zur Genehmigung finden Sie unter [kvh.link/p23101](https://www.kvh.hessen.de/abrechnung/p23101)

# EBM-Änderungen seit 1. April 2023

Die weiteren EBM-Änderungen zum 01.04.2023 sind bereits in den vorherigen Ausgaben Nr. 2/2023 und Nr. 3/2023 veröffentlicht.

## **OPERATION: MEHR LEISTUNGEN IM ZEITRAUM VON DREI TAGEN MÖGLICH**

Rückwirkend seit dem 01.04.2023 können Ärztinnen und Ärzte weitere Leistungen innerhalb von drei Tagen neben einer ambulanten bzw. belegärztlichen Operation abrechnen. Der erste Zähltag ist der Operationstag. Neu abrechenbar sind unter anderem die Zusatzpauschalen im Rahmen einer TSS-Vermittlung oder Hausarztvermittlung. Die GOP wurden deshalb in den Anmerkungen der Präambeln 31.2.1 Nr. 8 und 36.2.1 Nr. 4 des EBM aufgenommen.

In die Präambel 31.2.1 Nr. 8 des ambulanten Bereichs wurden alle fachgruppenspezifischen Zusatzpauschalen für die Behandlung aufgrund einer TSS-Terminvermittlung und/oder Vermittlung durch die Hausarztpraxis sowie die GOP 30740 (Überprüfung eines zur Langzeitanalgesie angelegten Plexus-, Peridural- oder Spinalkatheters und/oder eines programmierbaren und implantierten Stimulationsgerätes) und GOP 31600 (Postoperative Behandlung durch die Hausärztin bzw. den Hausarzt) aufgenommen.

In die Präambel 36.2.1 Nr. 4 im belegärztlichen Bereich wurden alle fachgruppenspezifischen Zusatzpauschalen für die Behandlung aufgrund einer TSS-Terminvermittlung und/oder Vermittlung durch die Hausarztpraxis – mit Ausnahme der GOP 30705 – aufgenommen.

## **AU PER TELEFON BEI ABSONDERUNG: PORTO ABRECHNEN**

Rückwirkend seit dem 01.04.2023 können Ärztinnen und Ärzte neu die GOP 40128 auch für den postalischen Versand der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (AU) abrechnen, wenn sie eine

AU per Telefon für Patientinnen und Patienten ausstellen, die einer öffentlich-rechtlichen Pflicht zur Absonderung unterliegen oder für die eine öffentlich-rechtliche Empfehlung zur Absonderung besteht. Die GOP ist 86 Cent wert.

Die GOP 40128 rechnen sie ab, wenn sie die AU nach telefonischer Anamnese gemäß § 4 Absatz 6 der Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie (AU-RL) feststellen und die mittels Stylesheet erzeugte AU an die Patientin oder den Patienten per Post versenden.

Nach einer telefonischen Anamnese können Ärztinnen und Ärzte seit dem 01.04.2023 eine AU bis zu sieben Tage ausstellen. Bei Bedarf kann diese einmalig um weitere sieben Tage verlängert werden. Die Erstbescheinigung als auch die Folgebescheinigungen können sie längstens bis zum Ablauf des Zeitraums der öffentlich-rechtlichen Pflicht oder Empfehlung zur Absonderung ausstellen.

Die Regelung setzt das Vorliegen einer Erkrankung nach dem Infektionsschutzgesetz (beispielsweise eine Corona- oder Affenpocken-Infektion) voraus. In Hessen gibt es aktuell hinsichtlich des Coronavirus keine Pflicht oder Empfehlung zu einer Absonderung.

Wie bisher können sie die GOP 40128 auch abrechnen, wenn sie die AU im Rahmen einer Videosprechstunde gemäß § 4 Absatz 5 der AU-RL feststellen und die mittels Stylesheet erzeugte AU an die Patientin oder den Patienten per Post versenden.

Es besteht kein Anspruch auf eine telefonische Krankschreibung. Sofern eine hinreichend sichere Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit im Rahmen einer telefonischen Konsultation nicht möglich ist, können sie von einer Feststellung der Arbeitsunfähigkeit im Rahmen einer telefonischen Konsultation absehen und auf die Erforderlichkeit einer unmittelbar persönlichen Untersuchung verweisen.

# EBM-Änderungen seit 1. Juli 2023

## **DIGA „ZANADIO“: STREICHUNG DER GESCHLECHTSBEDINGUNG**

Seit dem 01.07.2023 können Ärztinnen und Ärzte die GOP 01473 für die Verlaufskontrolle und Auswertung der Digitalen Gesundheitsanwendung (DiGA) „zanadio“ aus dem Abschnitt 1.4 im EBM neu unabhängig vom Geschlecht der zu behandelnden Person abrechnen. Bisher war die Berechnungsfähigkeit der Leistung auf Patientinnen eingeschränkt. Hierzu erfolgt die Streichung der ersten Anmerkung zur GOP 01473.

Ebenfalls können seit dem 01.07.2023 neu Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Angiologie die GOP 01473 abrechnen.

„zanadio“ hilft Patientinnen und Patienten durch eine Veränderung ihrer Gewohnheiten in den Bereichen Bewegung, Ernährung sowie weitere Verhaltensweisen, langfristig ihr Gewicht zu reduzieren.

## **DIGA „ZANADIO“ UND „SOMNIO“: IN FACHÄRZTLICHE GRUNDVERSORGUNG AUFGENOMMEN**

Klargestellt: Ärztinnen, Ärzte, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten erhalten die Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung, auch wenn sie die GOP 01471 bzw. GOP 01473 abrechnen. Dafür wird die GOP 01471 jeweils in die erste Anmerkung der GOP 13543 und 13644 sowie die GOP 01473 jeweils in die erste Anmerkung der GOP 13294, 13344, 13394 und 13543 aufgenommen.

Die Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung setzt die KVH der Abrechnung – wenn die Voraussetzungen nach dem EBM erfüllt sind – automatisch zu.

## **KRANKENHAUSBEGLEITUNG: FORMLOSE BESCHEINIGUNG ABRECHNEN**

Seit dem 01.07.2023 können Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten neu die GOP 01615 abrechnen, wenn sie bei einer nicht geplanten Krankenhausbehandlung die medizinische Erforderlichkeit für eine Begleitperson

feststellen und bescheinigen gemäß § 3 Abs. 2 der Krankenhausbegleitungs-Richtlinie (KHB-RL). Die neue GOP wurde in den Abschnitt 1.6 des EBM aufgenommen.

Die neue GOP 01615 können sie pro Patientin bzw. Patient einmal im Krankheitsfall abrechnen. Die neue GOP 01615 ist 3,45 Euro (30 Punkte) wert; bundeseinheitlicher Orientierungspunktwert 2023 ist 11,4915 Cent.

Sie können zusätzlich für die Feststellung der medizinischen Notwendigkeit in freier Form die Kostenpauschale nach GOP 40142 ansetzen. Die Leistungslegende der GOP wurde um die GOP 01615 erweitert. Diese Kostenpauschale können sie im Zusammenhang mit der GOP 01615 jedoch insgesamt nur für eine Seite abrechnen.

Für eine medizinisch notwendige Krankenhausbegleitung von Menschen mit Behinderung hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) die KHB-RL beschlossen. Die KHB-RL bestimmt gemäß § 44b Absatz 2 SGB V Kriterien zur Abgrenzung des Personenkreises, der eine Begleitung während einer stationären Krankenhausbehandlung aus medizinischen Gründen benötigt. Die medizinische Notwendigkeit für eine Begleitperson kann sich beispielsweise dadurch ergeben, dass ein Mensch mit Behinderung nur mit ihrer Hilfe den Anweisungen des Krankenhauspersonals folgen kann. Die Behinderung allein genügt laut KHB-RL nicht als Kriterium. Im Genaueren werden die Kriterien für die Mitaufnahme einer Begleitperson im Krankenhaus in der Anlage zu der KHB-RL definiert.

Im Rahmen nicht geplanter stationärer Eingriffe können sie die medizinische Notwendigkeit der Mitaufnahme einer Begleitperson unter Angabe mindestens eines medizinischen Kriteriums gemäß Anlage der KHB-RL befristet für bis zu zwei Jahre formlos bescheinigen.

Sie können die Bescheinigung der medizinischen Notwendigkeit der Mitaufnahme einer Begleit-

person formlos für einen Zeitraum von bis zu zwei Jahren im Voraus ausstellen, sofern diese nach medizinischer Einschätzung voraussichtlich mindestens für diesen Zeitraum bei der oder dem Versicherten vorliegen wird.

Bei planbaren stationären Eingriffen bescheinigen sie die medizinische Notwendigkeit der Mitaufnahme einer Begleitperson unter Angabe mindestens eines medizinischen Kriteriums gemäß Anlage der KHB-RL auf Muster 2 „Verordnung von Krankenhausbehandlung“. Die Feststellung und Bescheinigung sind in diesem Fall Bestandteil der fachgruppenspezifischen Versicherten- und Grundpauschalen.

### ZWEITMEINUNG: BERATUNG MEHRMALS ABRECHNEN

Klargestellt: Bei einem Zweitmeinungsverfahren können indikationsstellende Ärztinnen und Ärzte die Aufklärung und Beratung nach der GOP 01645 je dokumentierter Indikation einmal im Krankheitsfall abrechnen. Zudem können sie neu bei paarigen Organen oder Körperteilen (z. B. Implantation einer Knieendoprothese) die GOP 01645 je Seite einmal im Krankheitsfall abrechnen. Sie ergänzen dafür den ICD-10-Kode der jeweiligen Indikation mit dem Zusatzkennzeichen für die Seitenangabe. Die GOP 01645 kennzeichnen sie je Indikation – wie bisher auch – mit dem jeweiligen Suffix (A bis I).

Ärztinnen und Ärzte müssen nach der Zweitmeinungsrichtlinie des G-BA Patientinnen und Patienten über ihren Rechtsanspruch informieren, wenn sie die Indikation für einen in der Zweitmeinungsrichtlinie aufgeführten planbaren Eingriff stellen. Die Aufklärung soll mindestens zehn Tage vor dem geplanten Eingriff erfolgen.

Alle Informationen zur Zweitmeinung finden Sie unter [kvh.link/p23102](https://www.kvh.de/link/p23102)

### GLUKOSEMESSUNG MIT REAL-TIME-MESSGERÄTEN: BESTIMMUNGEN GEÄNDERT

Zum 01.07.2023 wurden die Bestimmungen zur Abrechnung der GOP 03355, 04590 und 13360 für die Anleitung von Patientinnen und Patienten zur Selbstanwendung eines Real-Time-Messgerätes zur kontinuierlichen interstitiellen Glukosemessung

(rtCGM) geändert. Ärztinnen und Ärzte beachten die geänderte Häufigkeit der Berechnungsfähigkeit und die neue Abrechnungsvoraussetzung. Hierfür wurde die erste Anmerkung geändert und eine neue zweite Anmerkung im EBM aufgenommen.

Ärztinnen und Ärzte rechnen die GOP 03355, 04590 und 13360 neu höchstens siebenmal je System eines Real-Time-Messgerätes im Krankheitsfall ab (davor waren es zehnmal im Krankheitsfall unabhängig von einem evtl. Systemwechsel). Dabei beachten sie, dass je rtCGM-System die Abrechnung in zwei aufeinanderfolgenden Quartalen erfolgt. Sie rechnen die GOP je vollendete zehn Minuten für die Anleitung zur Selbstanwendung einer Patientin oder eines Patienten und/oder deren bzw. dessen Bezugsperson ab.

Die neue Anmerkung an den GOP stellt klar, dass Ärztinnen und Ärzte die GOP 03355, 04590 und 13360 nur im Zusammenhang mit der ersten Verordnung eines rtCGM-Systems oder dem Umstieg auf ein anderes System abrechnen. Die Vorgaben der Anleitung zur Selbstanwendung ergeben sich aus § 3 Nr. 3 der Nr. 20 der Anlage I „Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden“ der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung (MVV) des G-BA.

Die GOP 03355 rechnen Fachärztinnen und Fachärzte für Allgemeinmedizin sowie Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin mit der Zusatzweiterbildung „Diabetologie“ oder der Qualifikation „Diabetologe Deutsche Diabetes Gesellschaft“ ab.

Die GOP 04590 rechnen Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatzweiterbildung „Diabetologie“ oder der „Kinder-Endokrinologie und -Diabetologie“ oder mit der Qualifikation „Diabetologe Deutsche Diabetes Gesellschaft“ ab.

Die GOP 13360 rechnen Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin mit der Zusatzweiterbildung „Diabetologie“ oder der Qualifikation „Diabetologe Deutsche Diabetes Gesellschaft“ ab.

**KRYOKONSERVIERUNG VON EIERSTOCKGEWEBE (OVARIALGEWEBE) ABRECHNEN**

Seit dem 01.07.2023 können Ärztinnen und Ärzte neue Leistungen für die Kryokonservierung von Eierstockgewebe (Ovarialgewebe) abrechnen. Dazu wurden vier neue GOP für die Beratung, die Aufbereitung und Untersuchung sowie das Einfrieren und Auftauen von Ovarialgewebe (GOP 08622, 08642, 08643 und 08649) in den Abschnitt 8.6 im EBM aufgenommen.

Die GOP des Abschnitts 8.6 können Ärztinnen und Ärzte bei Patientinnen und Patienten abrechnen, die gemäß § 2 der Richtlinie zur Kryokonservierung (Kryo-RL) anspruchsberechtigt sind.

Ärztinnen und Ärzte konnten bisher bereits Ei- und Samenzellen sowie männliches Keimzellgewebe kryokonservieren und abrechnen.

Strukturpauschalen überblicken		
GOP	Kurzbeschreibung	Bewertung
08622	Reproduktionsmedizinische Beratung und Aufklärung im Zusammenhang mit § 5 Abs. 2 Nr. 3 Kryo-RL  je vollendete 10 Minuten, höchstens dreimal im Krankheitsfall, mit medizinischer Begründung bis zu viermal im Krankheitsfall	14,71 Euro* (128 Punkte)
08642	Aufbereiten und Untersuchung von Ovarialgewebe nach Entnahme zur Kryokonservierung gemäß § 5 Absatz 2 Nr. 3 Kryo-RL	139,05 Euro* (1.210 Punkte)
08643	Aufbereiten und Einfrieren von Ovarialgewebe gemäß § 5 Kryo-RL	141,81 Euro* (1.234 Punkte)
08649	Auftauen und Aufbereiten von Ovarialgewebe gemäß § 5 Kryo-RL zwecks Wiederherstellung der Empfängnisfähigkeit	100,67 Euro* (876 Punkte)

\* nach bundeseinheitlichem Orientierungspunktwert 2023 (11,4915 ct)

Maßnahmen im Zusammenhang mit der Gewinnung von Ovarialgewebe können sie nur für weibliche Kinder und Jugendliche ab der Pubertät, frühestens nach der Menarche und für Frauen bis zur Vollendung des 40. Lebensjahres erbringen und abrechnen.

Ärztinnen und Ärzte beraten die Patientin umfassend vor der Kryokonservierung. Die ärztliche Erstberatung zur Kryokonservierung rechnen sie – wie bisher – über die GOP 08619 (Erstberatung) ab.

Die ärztliche Beratung zur Kryokonservierung von Ovarialgewebe können sie nach der GOP 08622 abrechnen. Die GOP 08622 können sie sowohl vor der Entnahme als auch für eine medizinisch notwendige Beratung vor dem Auftauen von Ovarialgewebe ansetzen.

Da das Auftauen des Gewebes und die Retransplantation im unmittelbaren zeitlichen Zusammenhang stehen, muss eine entsprechende Beratung vor dem Auftauen erfolgen. Dies sieht die Richtlinie der Bundesärztekammer zur Entnahme und Übertragung von menschlichen Keimzellen oder Keimzellgewebe im Rahmen der assistierten Reproduktion vor.

Die GOP 08622 können sie je vollendete 10 Minuten höchstens dreimal im Krankheitsfall abrechnen. Rechnen sie die GOP viermal im Krankheitsfall ab, begründen sie die medizinische Notwendigkeit in dem Feld „freier Begründungstext“ (Feldkennung 5009).

Sie können die GOP 08622 auch im Rahmen einer Videosprechstunde erbringen. Dann kennzeichnen sie in der Abrechnung die GOP mit dem Suffix „V“ (08622V). Führen sie die Beratung nach der GOP 08622 im Rahmen einer Videosprechstunde durch, können sie zusätzlich den Technikzuschlag nach der GOP 01450 abrechnen. Für die Abrechnung der Videosprechstunde benötigen sie zudem einen zertifizierten Videodienstleister. Diesen melden sie der KVH über das Formular „Zertifizierten Videodienstleister melden“.

Für das Aufbereiten und die Untersuchung, das Einfrieren sowie das Auftauen von Ovarialgewebe können Ärztinnen und Ärzte die GOP 08642, 08643 und 08649 abrechnen.

Die GOP 08649 für das Auftauen und Aufbereiten von Ovarialgewebe können sie nur abrechnen, wenn sie davor im selben Krankheitsfall eine reproduktionsmedizinische Beratung nach der GOP 08622 angesetzt haben.

Die GOP 08622 können ausschließlich Fachärztinnen und Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit Schwerpunkt Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin einer Praxis oder Einrichtung abrechnen, welche die Vorgaben gemäß § 6 Absatz 1 und Absatz 2 Nr.1 der Kryo-RL erfüllt.

Die GOP 08642, 08643 und 08649 können Vertragsärztinnen und -ärzte, ermächtigte Ärztinnen/Ärzte und ermächtigte ärztlich geleitete Einrichtungen abrechnen, welche die jeweiligen Vorgaben gemäß § 6 Kryo-RL erfüllen:

a) Die Leiterin oder der Leiter der Praxis oder Einrichtung muss Fachärztin/Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe sein und über die Schwerpunktbezeichnung „Schwerpunkt Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin“ verfügen.

b) In der Praxis oder Einrichtung müssen die folgenden Kenntnisse und Erfahrungen vorhanden sein:

- Endokrinologie der Reproduktion
- Gynäkologische Sonographie
- Operative Gynäkologie
- Reproduktionsbiologie
- bei der Behandlung von männlichen Patienten zusätzlich Andrologie

Von diesen Bereichen können jeweils nur zwei gleichzeitig von einer Ärztin oder einem Arzt, einer Wissenschaftlerin oder einem Wissenschaftler der Praxis oder Einrichtung verantwortlich geführt werden. Die regelmäßige Kooperation mit einer Humangenetikerin oder einem Humangenetiker und einer Psychotherapeutin oder einem Psychotherapeuten muss gewährleistet sein.

### MIKROBIOLOGISCHE DIAGNOSTIK: NEUE SPEZIALLABORLEISTUNGEN ABRECHNEN

Seit dem 01.07.2023 wurden die GOP 32674, 32818 und 32820 für die mikrobiologische Diagnostik in den Abschnitt 32.3 des EBM aufgenommen. Die neuen GOP rechnen Ärztinnen und Ärzte im Rahmen eines Antikörpernachweises (GOP 32674) bzw. bei Cytomegalievirus (CMV) (GOP 32818 und 32820) ab.

Ärztinnen und Ärzte rechnen seit dem 01.07.2023 neu die GOP 32674 für den qualitativen Nachweis und/oder die quantitative Bestimmung von Antikörpern gegen Adenoassoziierte Viren (AAV) zur Indikationsstellung einer gezielten medikamentösen Behandlung, wenn diese(r) laut Fachinformation obligat ist, ab. Die neue GOP wurde in den Unterabschnitt 32.3.7 des EBM aufgenommen.

Die neue GOP 32674 können sie einmal am Behandlungstag abrechnen. Die neue GOP 32674 ist 40,00 Euro wert.

Die neue GOP 32674 findet beispielsweise bei einer medikamentösen Behandlung mit dem Arzneimittel Roctavian Anwendung. Roctavian dient der Behandlung von schwerer Hämophilie A (kongenitalem Faktor-VIII-Mangel) bei erwachsenen Patientinnen und Patienten ohne Faktor-VIII-Inhibitoren in der Vorgeschichte und ohne nachweisbare Antikörper gegen Adenoassoziertes Virus Serotyp 5 (AAV5). Im Rahmen der Indikationsstellung einer gezielten medikamentösen Behandlung mit Roctavian ist eine entsprechende Untersuchung auf Antikörper gegen AAV nach GOP 32674 laut Fachinformation obligat.

Ärztinnen und Ärzte können seit dem 01.07.2023 neu die GOP 32818 für die quantitative Bestimmung der CMV-DNA und die GOP 32820 für die genotypische CMV-Resistenztestung bei Verdacht auf ein Therapieversagen unter einer spezifischen antiviralen Therapie abrechnen. Die neuen GOP wurden in den Unterabschnitt 32.3.12 des EBM aufgenommen.

Die neue GOP 32818 rechnen sie nur in begründeten Einzelfällen neben kulturellen Untersuchungen und/oder Antigennachweisen zum Nachweis von CMV ab. Die GOP 32818 ist 44,50 Euro wert. Die neue GOP 32820 können sie einmal im Behandlungsfall abrechnen. Die GOP 32820 ist 260,00 Euro wert.

Die neuen GOP 32818 und 32820 finden beispielsweise bei einer medikamentösen Behandlung mit dem Arzneimittel Livtency Anwendung. Livtency wird zur Behandlung einer therapierefraktären CMV-Infektion und/oder -Erkrankung bei Erwachsenen, die sich einer hämatopoetischen Stammzelltransplantation oder einer Transplantation solider Organe unterzogen haben, angewendet.

Die neuen GOP 32818 und 32820 können sie ausschließlich bei organtransplantierten und immunsupprimierten Patientinnen und Patienten abrechnen.

Neue Bewertungen überblicken			
GOP	Kurzbeschreibung	Häufigkeit	Bewertung
32674	Qualitativer Nachweis und/oder quantitative Bestimmung von Antikörpern gegen AAV zur Indikationsstellung einer gezielten medikamentösen Behandlung, wenn diese(r) laut Fachinformation obligat ist	einmal am Behandlungstag	40,00 Euro
32818	Quantitative Bestimmung der CMV-DNA zur Diagnostik einer CMV-Reaktivierung bei organtransplantierten Patienten oder immundefizienten Patienten oder vor, während, zum Abschluss oder nach Abbruch einer spezifischen antiviralen Therapie		44,50 Euro
32820	Genotypische CMV-Resistenztestung bei Verdacht auf ein Therapieversagen unter einer spezifischen antiviralen Therapie Obligater Leistungsinhalt: Untersuchung auf resistenzvermittelnde Mutationen in den Genen UL97 und UL54	einmal im Behandlungsfall	260,00 Euro

Die Berechnung der GOP 32674, 32818 und 32820 setzt eine Genehmigung der KVH nach der Qualitätssicherungsvereinbarung Spezial-Labor gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus. Ärztinnen und Ärzte, die bereits eine Genehmigung Spezial-Labor für die Unterabschnitte 32.3.7 bzw. 32.3.12 besitzen, können die GOP 32674, 32818 und 32820 automatisch abrechnen und brauchen keinen neuen Antrag zu stellen. Alle Informationen zur Genehmigung finden Sie unter [kvh.link/p23103](#)

### ENERGIEKOSTEN BEI DIALYSE: ERSTATTUNG KLARGESTELLT

Klargestellt zum 01.07.2023: Ärztinnen und Ärzte erstatten ihren Patientinnen und Patienten die Stromkosten im Falle der kontinuierlichen cyclergestützten Peritonealdialyse (CCPD) als Heimdialyse. Die Klarstellung betrifft die leistungsbezogenen Kostenpauschalen für Sach- und Dienstleistungen bei Behandlung mit renalen Ersatzverfahren und extrakorporalen Blutreinigungsverfahren nach den GOP 40816, 40817, 40819, 40825, 40826 und 40828 in dem Abschnitt 40.14 des EBM. Über die Kostenpauschalen werden auch die Energiekosten für die Dialysebehandlung vergütet.

Ärztinnen und Ärzte können – wie bei der Hämodialyse – auch bei der CCPD als Heimdialyse eine Pauschale für die Erstattung der Kosten mit den Dialysepatientinnen und -patienten vereinbaren.

Hierzu wurde die vierte Bestimmung zum Abschnitt 40.14 EBM ergänzt. Darin hieß es bislang, dass die Dialysepraxis Strom-, Wasser- und Entsorgungskosten erstatten muss, die der Patientin oder dem Patienten bei der Hämodialyse als Heimdialyse entstanden sind.

Für die Berechnung der Kostenpauschalen (GOP 40816, 40817, 40819, 40825, 40826 und 40828) benötigen Ärztinnen und Ärzte eine Genehmigung der KVH gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung für Blutreinigungsverfahren nach § 135 Abs. 2 SGB V. Alle Informationen zur Genehmigung finden Sie unter [kvh.link/p23104](#)

*EBM-FR*

### PRAXISTIPP

Zu allen EBM-Änderungen finden Sie aktuelle und weiterführende Informationen auf unserer Homepage unter [kvh.link/p23105](#)

Reinschauen lohnt sich!

## QUALITÄTSSICHERUNG

# Aufhebung der Stichprobenprüfung Computertomographie

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat am 12. Mai 2023 beschlossen, die Verpflichtung zur Durchführung von Stichprobenprüfungen im Leistungsbereich Computertomographie dauerhaft aufzuheben.

Die KV Hessen begrüßt diesen Beschluss, da der Bürokratieaufwand für unsere Mitglieder verringert wird. Begründet wird die Aufhebung mit den positiven Prüfergebnissen in den vergangenen Jahren.

Über die Details möchten wir Sie im Folgenden informieren.

Bereits seit den 1990er-Jahren wurden von den KVen Stichprobenprüfungen in der Computertomographie durchgeführt, seit Inkrafttreten der QP-RL in 2007 nach bundeseinheitlichen Vorgaben des G-BA. Demnach waren bei jährlich mindestens vier Prozent der Ärztinnen und Ärzte, die Computertomographien ausführen und abrechnen, jeweils zwölf Behandlungsfälle (Patientinnen und Patienten) von einer QS-Kommission zu begutachten. Aufgrund geringer Beanstandungsquoten wurde die Prüfverpflichtung vom G-BA aber wiederholt befristet ausgesetzt. Zwischen 2008 und 2021 wurden bei fast 1.800 Ärztinnen und Ärzten die Computertomographien zu rund 20.000 Patientinnen und Patienten überprüft. Dabei waren die Prüfergebnisse durchweg gut. In den Jahren mit bestehender Prüfverpflichtung betrug der bundesweite Anteil an Prüfungen ohne Beanstandungen zwischen 85 und 90 Prozent. Bei knapp zehn Prozent gab es lediglich geringe Beanstandungen. Insgesamt wurden seit 2008 nur in 64 Fällen erhebliche oder schwerwiegende Beanstandungen festgestellt.

Der G-BA hatte das Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH (aQua-Institut) mit einer Evaluation

der Qualitätsprüfungs-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung (QP-RL) in Verbindung mit den Qualitätsbeurteilungs-Richtlinien beauftragt. Im Evaluationsbericht kommt das aQua-Institut 2021 zu dem Schluss, dass das Stichprobenverfahren insgesamt und in der vergleichenden Betrachtung zu Qualitätssicherungsanforderungen anderer Sektoren als aufwandsarm einzustufen sind. Für die Ärztin oder den Arzt beschränkt sich der Aufwand im Falle einer Überprüfung darauf, die Unterlagen zusammenzustellen und zu versenden. Eine zusätzliche Dokumentation nur zu Zwecken der Qualitätssicherung ist nicht erforderlich. Der zeitliche Aufwand für die Mitglieder der QS-Kommission kann hingegen beträchtlich sein, gerade bei der Computertomographie, wo umfangreiches Bildmaterial gesichtet werden muss.

Das aQua-Institut weist im Evaluationsbericht darauf hin, dass Stichprobenprüfungen bei dauerhaft guten Ergebnissen vergleichsweise ineffizient sind.

Da die Prüfergebnisse in den vergangenen Jahren durchweg gut waren und auch wiederholte befristete Aussetzungen der Prüfungen keine nachteiligen Auswirkungen auf die Beanstandungsquoten hatten, folgt der Beschluss des G-BA der Evaluationsempfehlung des aQua-Instituts und trägt dazu bei, die Ärztinnen und Ärzte sowie die QS-Kommissionen zu entlasten.

*AK, SCHU, MS*

Das Team 2 der Qualitätssicherung hilft Ihnen gerne weiter, die Ansprechpartnerinnen mit den zugehörigen Kontaktdaten finden Sie auf unserer Homepage.

[kvh.link/p23106](https://kvh.link/p23106)

# Genehmigung für stereotaktische Radiochirurgie

Bei der stereotaktischen Radiochirurgie (SRS) handelt es sich um eine besondere Form der Strahlentherapie bei Krebserkrankungen. Die Behandlung konzentriert sich mit einer hohen Strahlendosis ganz gezielt auf das Tumorgewebe, während das umliegende Gewebe geschont wird. Die Behandlung erfolgt in einer Sitzung. Mit dem seit 14.01.2023 in Kraft getretenen Beschluss ergänzte der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) seine Richtlinie „Methoden vertragsärztliche Versorgung“.

## BEHANDLUNGEN AM TUMORGEWEBE IN DER VERTRAGSÄRZTLICHEN VERSORGUNG

Künftig darf die SRS für die Behandlung von Vestibularisschwannomen und Hirnmetastasen zulasten der gesetzlichen Krankenkassen in der vertragsärztlichen Versorgung vorgenommen werden.

## BERECHTIGTE FACHÄRZTINNEN UND FACHÄRZTE

Die Genehmigung, SRS abzurechnen, können Fachärztinnen und Fachärzte folgender Fachrichtungen bei der KVH beantragen:

Fachärztinnen und Fachärzte für Strahlentherapie mit der erforderlichen Fachkunde nach § 47 Strahlenschutzverordnung (StrlSchV), mit Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Strahlentherapie durch die Kassenärztliche Vereinigung.

Eine Genehmigung für Fachärztinnen und Fachärzte für Neurochirurgie kann erst nach erfolgreicher Absolvierung eines Kolloquiums erfolgen.

Ärztinnen und Ärzte, die nicht berechtigt sind, die Facharztbezeichnung „Facharzt für Strahlentherapie“ zu führen, müssen für die SRS zusätzlich zur

Fachkunde nach § 47 StrlSchV ihre jeweilige fachliche Befähigung in einem Kolloquium nachweisen und diese durch ausreichende Zeugnisse belegen.

## STEREOTAKTISCHE RADIOCHIRURGIE ERBRINGEN

Um die SRS erbringen zu können, müssen Sie verschiedene Voraussetzungen erfüllen. Dazu gehören apparative Voraussetzungen, Einzelheiten dazu regelt § 12 der Vereinbarung für Strahlendiagnostik und -therapie. Weitere apparative Voraussetzungen sind in § 3 Absatz 4 Anlage I Nummer 40 und 41 der MVV-RL festgelegt. Darüber hinaus sind eine Anzeigebestätigung der Aufsichtsbehörde (Regierungspräsidium) und ein Sachverständigen-Prüfbericht nachzuweisen. Weiterhin muss der Indikationsstellung eine begründete positive Empfehlung einer interdisziplinären Tumorkonferenz nach § 3 Absatz 5 Anlage I Nummer 40 MVV-RL (Vestibularisschwannome) oder § 3 Absatz 5 Anlage I Nummer 41 MVV-RL (Hirnmetastasen) zugrunde liegen.

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

Die KVH informiert ihre Mitglieder über alle wichtigen Informationen zur Abrechnung unter [kvh.link/p23107](https://www.kvh.hessen.de/link/p23107)

SJ

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

**069 24741-7300**

**069 24741-68832**

**[qs.radiologie@kvhessen.de](mailto:qs.radiologie@kvhessen.de)**

## FREIE ARZT- UND MEDIZINKASSE (FAMK)

# Vertrag mit der FAMK endet zum 30.09.2023

Aufgrund einer langjährigen Vertragspartnerschaft zwischen der Freien Arzt- und Medizinkasse (FAMK) und der KVH konnten Sie die Versicherten dieser Krankenkasse innerhalb Ihrer KV-Abrechnung nach Maßgabe der für die gesetzliche Krankenversicherung geltenden Bestimmungen abrechnen. Diese Leistungen wurden Ihnen mit einem besseren Punktwert und ohne Budgetierung vergütet.

Dieser Vertrag wird zum 30.09.2023 beendet mit der Folge, dass die Versicherten der FAMK ab dem 01.10.2023 wie andere Privatpatienten auch zu behandeln sind. Im Detail ist Folgendes zu beachten:

## ABLAUF BIS ZUM 30.09.2023

Bis zu diesem Zeitpunkt rechnen Sie bitte – wie bisher – alle erbrachten Behandlungsleistungen mit der FAMK-Krankenversichertenkarte durch Angabe der Gebührenordnungspositionen des EBM sowie der hessenspezifischen Gebührenordnungspositionen im Rahmen der regulären Quartalsabrechnung über die KVH ab. Sie erkennen diese Versicherten an folgender Karte:



## ABLAUF AB DEM 01.10.2023

Ab diesem Zeitpunkt verlieren die FAMK-Krankenversichertenkarten ihre Gültigkeit und werden durch eine ab sofort gültige „Card für Privatversicherte“ ersetzt, mit der die Versicherten der FAMK ab Ende August 2023 ausgestattet werden sollen.



Ihre ab dem 01.10.2023 erbrachten Leistungen rechnen Sie dann entsprechend der GOÄ unmittelbar mit Ihren FAMK-Versicherten ab. Sofern Ihnen bereits vor dem 01.10.2023 die neue Versichertenkarte der FAMK als Versicherungsnachweis vorgelegt wird, können Sie die ab Vorlage der neuen Karte erbrachten Leistungen bereits alternativ nach der GOÄ abrechnen.

GO

Weitere wichtige Informationen – insbesondere zum Ablauf vor und ab dem 01.10.2023 – erhalten Sie unter [kvh.link/p23108](https://www.kvh.link/p23108)

## VERGLEICHSWEISE WENIG VERSICHERTE

19.561 – so viele Versicherte der Freien Arzt- und Medizinkasse (FAMK) wurden 2022 von Mitgliedern der KVH ärztlich und psychotherapeutisch versorgt. Bei über 6 Mio. Hessinnen und Hessen ein eher kleiner Anteil.

BEREITSCHAFTSDIENSTORDNUNG (BDO)

# Änderung der BDO – Anpassung Anhang zu § 8 BDO (Wegepauschalen)

Zum 30.06.2023 wurden die Verträge für die Fahrserviceleistungen im ÄBD in Hessen mit Ausnahme der Verträge für die ÄBD-Bezirke Darmstadt und Wiesbaden gekündigt.

Bei vollständigem Wegfall der Fahrserviceleistungen müssen ÄBD-Ärztinnen und -Ärzte ab dem 01.07.2023 Hausbesuche mit dem eigenen PKW fahren oder einen persönlichen Fahrservice beauftragen.

Daher wurde die Honorierung der Wegepauschalen angepasst. Zudem wurde die Formulierung „Radius“ durch „einfache Strecke“ ersetzt.

In ihren Sitzungen am 06.05.2023 und 07.07.2023 hat die Vertreterversammlung der KVH die BDO mit Wirkung zum 01.07.2023 (rückwirkend) geändert. Die vollständige Lesefassung der BDO ist online auf unserer Website zu finden: [kvh.link/p23109](https://www.kvh.link/p23109)

UH

## BESCHLÜSSE DER VERTRETERVERSAMMLUNG ZUR ÄNDERUNG DER BEREITSCHAFTSDIENSTORDNUNG DER KASSENÄRZTLICHEN VEREINIGUNG HESSEN VOM 06.05.2023 UND 07.07.2023

Die Bereitschaftsdienstordnung der KVH vom 01.10.2013, geändert durch die Beschlüsse der Vertreterversammlung vom 14.12.2013, 17.05.2014, 11.10.2014, 13.12.2014, 10.10.2015, 12.12.2015, 02.07.2016, 03.12.2016, 11.03.2017, 02.12.2017, 27.10.2018, 30.03.2019, 11.12.2021, 06.05.2023 und 07.07.2023, wird wie folgt geändert:

**ANHANG ZU § 8 DER BDO**

Ergänzend zu den Abrechnungsrichtlinien der KV Hessen in der Fassung vom 1. April 2010 und den Honorarverteilungsregelungen der KV Hessen gelten für die Abrechnung von ÄBD-Leistungen folgende Regelungen:

1. Bei den im ÄBD erbrachten EBM-Leistungen sind die jeweiligen Uhrzeiten der Leistungserbringung je Ziffer anzugeben.

2. Unabhängig davon, ob der Hausbesuchsdienst als sog. Selbstfahrer oder als Fahrdienst organisiert ist, hat der diensttuende ÄBD-Arzt eine Wegepauschale abzurechnen. Ausgangspunkt für die Berechnung der Kilometerzahl (kürzeste Strecke – einfach) ist die jeweilige ÄBD-Zentrale. Entsprechend den Entfernungen sind nachfolgende GOP-Ziffern anzugeben:

40220	Wegepauschale für Besuche bis zu 2 km einfache Strecke, <b>bei Tage</b> zwischen 8:00 und 20:00 Uhr	5,00 €
40222	Wegepauschale für Besuche bei mehr als 2 km bis zu 5 km einfache Strecke, <b>bei Tage</b> zwischen 8:00 und 20:00 Uhr	8,00 €
40224	Wegepauschale für Besuche bei mehr als 5 km bis zu 15 km einfache Strecke, <b>bei Tage</b> zwischen 8:00 und 20:00 Uhr	10,00 €
94226	Wegepauschale für Besuche bei mehr als 15 km bis zu 25 km einfache Strecke, <b>bei Tage</b> zwischen 8:00 und 20:00 Uhr	25,00 €
94225	Wegepauschale für Besuche bei mehr als 25 km einfache Strecke, <b>bei Tage</b> zwischen 8:00 und 20:00 Uhr	45,00 €

40226	Wegepauschale für Besuche bis zu 2 km einfache Strecke, <b>bei Nacht</b> zwischen 20:00 und 8:00 Uhr	8,00 €
40228	Wegepauschale für Besuche bei mehr als 2 km bis zu 5 km einfache Strecke, <b>bei Nacht</b> zwischen 20:00 und 8:00 Uhr	12,00 €
40230	Wegepauschale für Besuche bei mehr als 5 km bis zu 15 km einfache Strecke, <b>bei Nacht</b> zwischen 20:00 und 8:00 Uhr	15,00 €
94232	Wegepauschale für Besuche bei mehr als 15 km bis zu 25 km einfache Strecke, <b>bei Nacht</b> zwischen 20:00 und 8:00 Uhr	30,00 €
94231	Wegepauschale für Besuche bei mehr als 25 km einfache Strecke, <b>bei Nacht</b> zwischen 20:00 und 8:00 Uhr	75,00 €

Diese Änderungen der Bereitschaftsdienstordnung wurden von der Vertreterversammlung der KV Hessen mit der erforderlichen Mehrheit der gewählten Mitglieder am 06.05.2023 und 07.07.2023 mit Wirkung zum 01.07.2023 (rückwirkend) beschlossen.

DER VORSITZENDE DER VERTRETER-  
VERSAMMLUNG DER KASSENÄRZTLICHEN  
VEREINIGUNG HESSEN  
GEZ. DR. KLAUS-WOLFGANG RICHTER

DEUTSCHE GESETZLICHE UNFALLVERSICHERUNG E. V. (DGUV)

## Zulassung zum Durchgangsarztverfahren

**Dr. med. Katharina Mörs** wird ab 01.07.2023 als Ärztin für Orthopädie, Unfallchirurgie und Handchirurgie am Standort der Praxis Krauß und Sander in Frankfurt am Main am Durchgangsarztverfahren beteiligt.

**Alaadin Ahmed** wird ab sofort als niedergelassener Arzt für Orthopädie und Unfallchirurgie am Standort Praxis für Unfallchirurgie und Orthopädie in Schwalmstadt am Durchgangsarztverfahren beteiligt.

**Dr. med. Jörg Beardi** wird ab sofort als Chefarzt der Klinik für Orthopädie, Unfallchirurgie und Sportmedizin, Agaplesion Elisabethenstift in Darmstadt am Durchgangsarztverfahren beteiligt.

**Winfried Sailer**, Limburg, hat seine durchgangsärztliche Tätigkeit zum 30.04.2023 aufgegeben.

**Dr. med. Winfried Blum**, Offenbach, gibt seine durchgangsärztliche Tätigkeit zum 30.06.2023 auf.

**Dr. med. Sophia Schmücker**, Ärztin für Chirurgie und Unfallchirurgie, wird für **PD Dr. med. Ralf Kraus** als ständige Vertreterin im Durchgangsarztverfahren anerkannt.

**Dr. med. Christian Gäck**, Arzt für Chirurgie, Orthopädie und Unfallchirurgie, wird für **PD Dr. med. Carsten Englert** als ständiger Vertreter im Durchgangsarztverfahren anerkannt.

DGUV

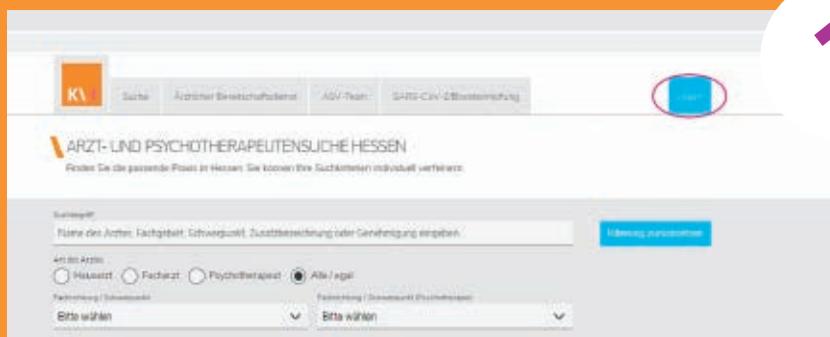
# Online statt „per Brieftaube“

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

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

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

[www.arztsucheessen.de](http://www.arztsucheessen.de)



The screenshot shows the top navigation bar with the KV logo and menu items: Suche, Ärztlicher Berufsverband, AGV Team, and SÄRS-CIV-Öffentlichkeitsbüro. Below the navigation is the title 'ARZT- UND PSYCHOTHERAPEUTENSUCHE HESSEN' and a search form with fields for 'Name des Arztes, Fachgebiet, Schwerpunkt, Zustandsbezeichnung oder Genehmigung eingeben' and a 'Übersuchung auslösen' button. There are also radio buttons for 'Hausarzt', 'Facharzt', 'Psychotherapeut', and 'Alle / egal', and dropdown menus for 'Bitte wählen'.

1

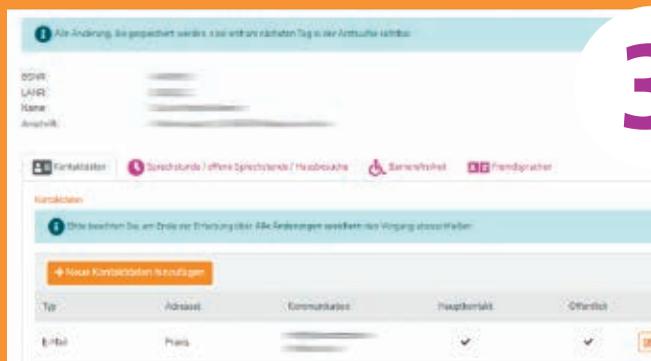
Klicken Sie auf Login



The screenshot shows the 'ANMELDUNG' (Login) page. It features a 'Login' button and a 'Passwort' field. Below the fields are checkboxes for 'Hausarzt', 'Facharzt', 'Psychotherapeut', and 'Alle / egal', and a 'Bitte wählen' dropdown menu.

2

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



The screenshot shows the 'Kontaktieren' (Contact) page. It features a 'Kontaktieren' button and a 'Bitte beachten Sie' message. Below the message is a table with columns for 'Titel', 'Adresse', 'Kommunikationskanal', 'Hauptkontakt', and 'Offiziell'. The 'Kommunikationskanal' column has a dropdown menu.

3

Mitglieder mit nur einer BSNR können sofort ihre Daten ändern.

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



The screenshot shows the 'Kontaktieren' page with a dropdown menu open, showing a list of 'Zweigpraxis' entries. The dropdown menu is circled in red.

4



KASSENÄRZTLICHE  
VEREINIGUNG  
HESSEN

Sie finden uns im Internet unter:

[www.kvhessen.de/aufdenpunkt](http://www.kvhessen.de/aufdenpunkt)

Die Forderungen der KVH richten sich unter anderem an das BMG in Berlin in der Mauerstraße



Das Beispiel England zeigt eindrücklich, was passiert, wenn stattdessen Gesundheitsbürokraten zu lange das Sagen haben. Das System fährt gegen die Wand. Und die Ärztinnen und Ärzte stimmen mit den Füßen ab. Die ärztliche Selbstverwaltung ist demnach ein kostbares Gut, denn sie gibt uns die Möglichkeit mitzugestalten.

### Was wünschen Sie sich von der Politik?

Die Politik muss endlich aufwachen und mit uns reden. Darüber, wie wir zukünftig mit der knappen Ressource Arzt umgehen wollen, und darüber, wie die Gelder sinnvoll im Gesundheitssystem zu verteilen sind. Fakt ist: Wir werden in wenigen Jahren erheblich mehr Haus- und Fachärzte brauchen als bisher. Haben wir die nicht, werden wir die ambulante Versorgung nicht aufrechterhalten können. Ein konstruktiver Dialog ist daher überfällig. Sollte das Ergebnis dann sein, dass weiterhin Milliardensummen in den Krankenhäusern und aufgeblasenen

Verwaltungsapparaten von Krankenkassen sinnlos verbrannt werden, um politische Interessen zu verfolgen, und kein Interesse mehr an der ambulanten Versorgung besteht, nehmen wir das zur Kenntnis und gehen unseren eigenen Weg. Dann müssen die Damen und Herren Gesundheitspolitikerinnen und -politiker den Menschen aber auch erklären, warum sie zukünftig nicht mehr von qualifizierten Ärztinnen und Ärzten, sondern von Hilfspersonal in Gesundheitskiosken versorgt werden. Es sei denn, sie verfügen über die notwendigen Mittel und können sich eine ärztliche Versorgung leisten. Und das, weil die Gelder nicht dort eingesetzt werden, wo es sinnvoll ist: nämlich in den Praxen, in denen mit jährlich 600 Millionen Behandlungsfällen die eigentliche Arbeit im Gesundheitswesen stattfindet.

*NACHDRUCK AUS KBV KLARTEXT  
VOM 24.05.2023 MIT FREUNDLICHER  
GENEHMIGUNG DER KBV*

# Lessons learned?

Corona ist vorbei und damit alles gut? Von Sozialminister Kai Klose initiiert, diskutiert ein hochrangig besetztes Podium über die Lehren aus Corona. Mit dabei: KVH-Vorstand Frank Dastych und eine Frankfurter Hausärztin.

Prof. Christian Drosten, für viele neben Prof. Lothar Wieler, dem ehemaligen Chef des RKI, das „Gesicht der Pandemie“, zog ein überraschend beruhigendes Fazit beim Symposium „SARS-CoV-2: Herausforderungen und Lehren aus der Pandemie“, das am 10. Juli 2023 an der Uniklinik in Frankfurt stattfand: „Ich glaube nicht, dass diese, also unsere, Generation noch einmal eine Pandemie gleichen Ausmaßes erleben wird bzw. erleben muss.“ Trotzdem gibt es natürlich viel zu lernen aus einer Situation, die unvergleichlich war mit allem zuvor und die die Gesellschaften auf harte Proben stellte. Es sei zu wenig in Systemen gedacht worden, jeder sei zuerst mit seinem Ansatz, ob stationär oder klinisch, soziologisch

oder wissenschaftlich, der Pandemie begegnet, analysierte beispielsweise Prof. Dr. Volker Mosbrugger von der Polytechnischen Gesellschaft Hessen am Senckenbergmuseum. Erst als man erkannt habe, dass die Pandemie einen ganz neuen Ansatz erforderte, habe man in Deutschland und Hessen Fortschritte gemacht.

Frank Dastych, der Vorstandsvorsitzende der KVH, wünschte sich, dass auch nach Corona das große Potenzial der ambulanten Versorgung nicht nur wahrgenommen, sondern genutzt werde. „Neben allen Fehlern, die während der Pandemie gemacht wurden, muss man nämlich festhalten: Wir haben

Ein wissenschaftlicher  
Schlussstrich unter  
Corona: Staatsminister  
Kai Klose im Kreis seiner  
Referentinnen und  
Referenten



**Dr. Carola Koch: „Not schweißt zusammen. In der Pandemie hat die Zusammenarbeit zwischen Haus- und Fachärzten hervorragend funktioniert.“**

in Deutschland und auch gerade in Hessen vieles, vieles richtig gemacht.“ Er habe, nachdem klar war, dass Covid ambulant behandelbar sei, mit großem Vertrauen auf die Leistungsfähigkeit der ambulanten Versorgung der Politik Zusagen machen können, die dazu führten, dass 19 von 20 an Covid Erkrankten im niedergelassenen Bereich behandelt werden konnten.

Prof. Drosten, der sich während der Pandemie immens um eine verständliche Kommunikation bemüht hatte, beklagte vor allem den Streit innerhalb der Wissenschaft, der sehr schädlich gewesen sei und viel Akzeptanz gekostet habe. Aufgrund politischen Drucks seien falsche Entscheidungen getroffen worden und die nicht einheitliche Kommunikation, vor allem in Talk-Shows, habe sehr zur Verunsicherung der Bevölkerung beigetragen. So sei es auch möglich gewesen, dass sich Corona-Mythen verbreiteten, die nun bei wissenschaftlicher Analyse keinen Bestand mehr haben könnten. Es sei eben und beispielsweise falsch, so Drosten, dass in Deutschland überdurchschnittlich lange Schulen geschlossen waren, Deutschland sei hier im internationalen Vergleich im Mittelfeld und keineswegs so negativ auffällig, wie es oft dargestellt worden war.

Mit Dr. Carola Koch vertrat eine Frankfurter Hausärztin die ärztliche Basis. Koch, jahrelang in der VV der KVH unterwegs, unterstrich den guten Zusammenhalt innerhalb der Ärzteschaft während der Pandemie. „Wir haben uns als kleinste Versorgungszelle schnell an die Situation adaptiert, haben gelernt, mit dem anfänglichen Mangel umzugehen, und erlebt, was für ein großer Fortschritt der Webshop der KVH war, in dem wir Persönliche Schutzausrüstung bestellen konnten. Und das manchmal schwierige Verhältnis zwischen Haus- und Fachärzten konnten wir während der Pandemie komplett verdrängen und haben einfach sehr gut zusammengearbeitet.“

*KARL M. ROTH*



**„Die ambulante Versorgung hat geliefert. Die Politik muss daraus jetzt die richtigen Schlüsse ziehen“, sagt Frank Dastych**

# Erfolgreiche Eigeneinrichtung der KVH

Der Medibus, die mobile Hausarztpraxis der KVH Hessen, blickt auf ein gutes Jahr 2022 zurück!

Der Medibus, die Hausarztpraxis auf vier Rädern, fährt seit eineinhalb Jahren auf den Straßen im Werra-Meißner-Kreis und im Kreis Hersfeld-Rotenburg mit neuem Projektansatz: der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit mit der Diakonie Eschwege Land. Ermöglicht wird dies durch die umfangreiche finanzielle Unterstützung vom Hessischen Ministerium für Soziales und Integration.

Das Ziel des Projekts ist weiterhin die Entlastung der Hausärztinnen und Hausärzte an den fünf Medibus-Standorten; mit Blick auf das Jahr 2022 war dies ein voller Erfolg. Der Medibus hat sich zu einem wichtigen Bestandteil der hausärztlichen Versorgung in diesen ländlichen Regionen etabliert. Von knapp 800 Behandlungsfällen im ersten Quartal 2022 hat er sich auf über tausend Fälle im vierten Quartal entwickelt. Insofern können wir auch das Honorar mit einer durchschnittlichen Hausarztpraxis vergleichen. Wir freuen uns daher, dass die mobile Praxis kostendeckend unterwegs ist.

Ein wesentlicher Erfolgsfaktor ist natürlich das Praxisteam, bestehend aus zwei Ärzten und zwei MFA. Eine MFA ist schon seit 2018 mit „on tour“. Der Rest der Crew ist in 2022 gestartet. Langfristiges Projektziel ist natürlich weiterhin, die Medibus-Standorte nachzubesetzen, daher freuen wir uns sehr über das positive Feedback unseres Aktionstags im Jahr 2022. Hier konnten sich die Nachwuchsärztinnen und -ärzte mit den Niedergelassenen vernetzen und so die Basis der hausärztlichen Versorgung für die Zukunft stärken. Mit Vorfreude blicken der hausärztliche Vorstand Armin Beck und das Beratungszentrum Kassel einer Wiederholung im Herbst 2023 entgegen.

CARLA STAUFENBERG

**BLICK IN DEN BUS**



Anmelde- und Wartebereich

Labor- und Behandlungsbereich

**VORTEILE FÜR PATIENTINNEN UND PATIENTEN**

- Kurze Wege zur ärztlichen Versorgung
- Versorgung verbessert sich für chronisch kranke, ältere und wenig mobile Menschen
- Umfangreiches medizinisches Leistungsspektrum vor Ort
- Keine Terminvereinbarung nötig
- Keine zusätzlichen Kosten

Bringen Sie bitte Ihre elektronische Gesundheitskarte mit und Sie werden wie in einer Hausarztpraxis behandelt.

**SPRECHZEITEN UND HALTESTELLEN** Informieren Sie sich immer aktuell unter: [www.kvhessen.de/medibus](http://www.kvhessen.de/medibus)

	MO	DI	MI	DO
 8:30 – 12:00 Uhr	<b>Nentershausen</b> An der Tannenberghalle, Eisenacher Straße 1 36214 Nentershausen	<b>Weißborn</b> Halle in der Aue 37299 Weißborn	<b>Cornberg</b> Am Markt 8 36219 Cornberg	<b>Herleshausen</b> Gartenstraße 1 37293 Herleshausen
13:30 – 17:00 Uhr	<b>Cornberg</b> Am Markt 8 36219 Cornberg	<b>Nentershausen</b> An der Tannenberghalle, Eisenacher Straße 1 36214 Nentershausen	<b>Sontra</b> Thingstätte 2 36205 Sontra (Parkplatz hinter Bürgerhaus)	<b>Weißborn</b> Halle in der Aue 37299 Weißborn

Stand: Januar 2022

**FR** Pflegerisches und soziales Beratungsangebot als offene Sprechstunde

keine ärztliche Sprechstunde

Die Leistungen werden von der Diakonie Eschwege Land oder dem Hospizdienst erbracht

• Leistung nach SGB XI • Beratung von Angehörigen • Informationen zu Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht • Seelsorge

Info zu den Praxiszeiten im Medibus finden sich unter [kvh.link/p23112](http://kvh.link/p23112)

## „OB JUNG OB ALT – ALLE EINSTEIGEN, BITTE!“

Mehr als 1.800 gesetzlich Versicherte besuchten 2022 den Medibus. Dabei wurden Patientinnen und Patienten im Alter von 1 bis 97 Jahren behandelt.

# Berufsunfähig kann jeder werden – die EHV sichert Sie ab!

Nicht mehr arbeiten zu können bedeutet, nichts oder weniger zu verdienen. So können schwere Versorgungslücken entstehen. Über die EHV sind Ärztinnen und Ärzte sowie ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten aber gut abgesichert.



Die Mitglieder der KVH genießen über die EHV einen besonderen Risikoschutz, falls sie berufsunfähig werden. Dieser Schutz wird ohne vorherige Gesundheitsprüfung gewährt. Ein Anspruch auf Teilnahme an der EHV aus Berufsunfähigkeitsgründen besteht nach einer mindestens fünfjährigen Tätigkeit als Vertragsärztin, Vertragsarzt, ärztliche Psychotherapeutin oder ärztlicher Psychotherapeut. Tritt die Berufsunfähigkeit unfallbedingt ein, gilt der Schutz ab dem ersten Tag. Die Anerkennung der Berufsunfähigkeit kann befristet, aber auch unbefristet ausgesprochen werden.

## WANN LIEGT EINE BERUFUNFÄHIGKEIT IM SINNE DER EHV VOR?

Die Unfähigkeit zur Ausübung des ärztlichen Berufs liegt vor, wenn dem Mitglied der KVH unter Berücksichtigung des Alters und sonstiger Umstände eine fortlaufende ärztliche Tätigkeit, sei es in einer Anstellung oder in einem anderen Fachgebiet – gegebenenfalls auch nach einer Umschulungsfrist – nicht zugemutet werden kann.

## WIE WIRD DIE BERUFUNFÄHIGKEIT FESTGESTELLT?

Die Berufsunfähigkeit wird in der Regel durch zwei unabhängige Gutachtende festgestellt. Die Gutachtenden sind Mitglieder der KVH und werden vom Vorstand der KVH benannt. Der Vorstand kann im Einzelfall beschließen, dass auch Nichtmitglieder der KVH die Begutachtung durchführen.

Das Antrag stellende Mitglied kann für die Erstbegutachtung von mehreren benannten Gutachtenden des Vorstands der KVH einen Gutachtenden seiner Wahl bestimmen. Im Zweifelsfall kann der

Vorstand der KVH ein Obergutachten einholen. Aufgrund einer Vereinbarung mit dem Versorgungswerk der Landesärztekammer Hessen besteht zudem die Möglichkeit, in Auftrag gegebene Gutachten seitens des Versorgungswerkes oder der KVH auszutauschen.

## NACH WELCHEN KRITERIEN BERECHNET SICH DIE EHV NACH ANERKANNTER BERUFUNFÄHIGKEIT?

Die Höhe des EHV-Anspruchs ist abhängig vom Lebensalter des Mitglieds bei Eintritt in die EHV aus Berufsunfähigkeitsgründen. Mitglieder, die nach Vollendung ihres 60. Lebensjahres berufsunfähig werden, erhalten die bis zur Inanspruchnahme der EHV erwirtschafteten Punkte mit dem zu diesem Zeitpunkt geltenden Punktwert ausgezahlt. Mitglieder, die vor Vollendung ihres 60. Lebensjahres berufsunfähig werden, erhalten die Zeit ab dem Eintritt der Berufsunfähigkeit bis zur Vollendung des 60. Lebensjahres hinzugerechnet (Zurechnungszeit). Hier werden die während der beitragspflichtigen Zeit im Durchschnitt pro Jahr erworbenen Punkte errechnet und für jedes Jahr der Zurechnungszeit dem Punktekonto gutgeschrieben.

Analog der Regelung bei vorzeitiger Inanspruchnahme der EHV verringert sich bei einem vorzeitigen Eintritt in die EHV aus Berufsunfähigkeitsgründen der EHV-Anspruch für jeden Monat um 0,5 Prozent, den die EHV-Empfängerin oder der EHV-Empfänger vor Erreichen der Regelaltersgrenze in die EHV eintritt. Allerdings darf die Minderung des Anspruchs zwölf Prozent nicht übersteigen, soweit keine Zurechnungszeiten vorliegen.

TORSTEN BAJUS

# Meldestelle „Gewalt gegen Ärzeschaft und Team“

Studien belegen, dass aggressives Verhalten gegenüber Ärztinnen und Ärzten und medizinischem Personal häufiger vorkommt, als im Allgemeinen angenommen.



**Meldebogen "Gewalt gegen Ärzteschaft und Team"**

Bitte füllen Sie pro Vorfall einen Online-Fragebogen separat aus.

In welchem Bundesland arbeiten Sie?

In welchem Bereich sind Sie tätig?  
 ambulant  
 stationär  
 sonstiger Bereich

In welchem Fachgebiet sind Sie tätig?

Wann ereignete sich der Vorfall?  
 in den letzten 2 Monaten (< 2 Monate)  
 vor mehr als 2 Monaten (> 2 Monate)

Bitte kreuzen Sie an, welche Form aggressiven Verhaltens Sie im Rahmen dieses Vorfalls gegen Person aus Ihrem Team erlebt haben.  
 (Mehrfachnennungen möglich)

Beleidigung, Beschimpfung  
 Bedrohung Einschüchterung  
 Körperliche Gewalt, leichtere Form (z.B. Schubsen, Bedrängen, Fesseln)  
 Körperliche Gewalt ausgeprägt (z.B. Beißen, Schlagen, Treten, Würgen)  
 Bedrohung mit Gegenstand oder Waffe  
 Angriff mit Gegenstand oder Waffe  
 Sexuelle Belästigung (anzügliche Bemerkungen und Gesten, Grabschen)  
 Sexueller Missbrauch (Grabschen von Brüsten und Genitalien, sexueller Kontakt)

Sie oder Ihr Praxisteam haben in Ihrem beruflichen Alltag Erfahrungen mit verbaler oder gar körperlicher Gewalt seitens Patientinnen und Patienten oder deren/dessen Angehörigen gemacht? Dann haben Sie als Ärztin oder Arzt die Möglichkeit, diesen Vorfall anonym der Landesärztekammer Hessen zu melden.

Um eine Vorstellung über Zahlen und Formen von Gewalt zu erhalten, hat die Landesärztekammer Hessen 2019 den anonymen Online-Meldebogen „Gewalt gegen Ärzteschaft und Team“ entwickelt und unter der Rubrik „Für Ärztinnen und Ärzte/Gewalt gegen Ärzte“ auf ihrer Website positioniert.

Der Meldebogen kann innerhalb weniger Minuten von Ärztinnen und Ärzten online ausgefüllt werden. Der Landesärztekammer Hessen ist es ein Anliegen, fundierte Fakten zu schaffen, um auf deren Grundlage Ansprüche gegenüber dem Gesetzgeber zu bekräftigen, das gesamte medizinische Personal im Paragrafenteil des Strafgesetzbuches bei Gewalt-erfahrungen mit einzubeziehen sowie praxistaugliche Lösungsstrategien zu entwickeln.

DR. IRIS NATANZON

NINA WALTER M.A.

LANDESÄRZTEKAMMER HESSEN



Der Meldebogen ist per Link oder QR-Code abrufbar und kann mit ärztlichen Kolleginnen und Kollegen aus allen Bereichen (bundesweit) geteilt werden: [kvh.link/p23113](https://kvh.link/p23113)



# Sozialversicherungsabkommen – Leistungen bei ausländischen Krankenversicherten abrechnen

Ärztinnen und Ärzte beachten bei der Behandlung von Personen, die im Ausland krankenversichert sind und während ihres Aufenthalts in Deutschland erkranken, je nach Herkunftsland beziehungsweise Aufenthaltswort unterschiedliche Abrechnungsmodalitäten.

In der Abrechnung bei im Ausland krankenversicherten Patientinnen und Patienten unterscheiden sie grundsätzlich zwischen drei Abrechnungsmodalitäten:

Patientinnen und Patienten

- aus den Staaten der Europäischen Union (EU), des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR), der Schweiz oder dem Vereinigten Königreich,
- aus Staaten mit bilateralem Abkommen über Soziale Sicherheit und
- die keinen beziehungsweise nicht den richtigen Anspruchsnachweis vorlegen.

## **PATIENTINNEN UND PATIENTEN AUS DEN EU-/EWR-STAATEN, DER SCHWEIZ ODER DEM VEREINIGTEN KÖNIGREICH**

Patientinnen und Patienten aus den EU-/EWR-Staaten, der Schweiz oder dem Vereinigten Königreich haben während ihres Aufenthalts in Deutschland Anspruch auf alle notwendigen medizinischen Leistungen. Dazu zählt sowohl die unmittelbar erforderliche medizinische Versorgung, wie beispielsweise die Behandlung einer Virusinfektion, als auch eine fortlaufende Versorgung chronisch Kranker (zum Beispiel Dialysepatientinnen und Dialysepatienten),



die nicht bis zur Rückkehr in das Heimatland aufgeschoben werden kann. Für Personen, die sich vorübergehend für einen längeren Zeitraum in Deutschland aufhalten, wie zum Beispiel Studentinnen und Studenten oder entsandte Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, können möglicherweise auch regelmäßige Vorsorgeuntersuchungen medizinisch erforderlich sein. Bei Fragen zum Umfang der Leistungen wenden sich Ärztinnen und Ärzte an die von der Patientin beziehungsweise dem Patienten gewählte deutsche Krankenkasse.

Als Anspruchsnachweis müssen Patientinnen und Patienten entweder eine Europäische Krankenversicherungskarte (EHIC) oder eine Provisorische Ersatzbescheinigung (PEB) beziehungsweise Global Health Insurance Card (GHIC) vorlegen. Vorläufig werden zudem bei Patientinnen und Patienten aus dem Vereinigten Königreich noch alle gültigen EHIC akzeptiert. Dies gilt jedoch nur für solche Fälle, in denen die Patientin oder der Patient nicht ausdrücklich zur medizinischen Versorgung nach Deutschland eingereist ist.

### **GEPLANTE GESUNDHEITSLAISTUNGEN ABRECHNEN**

Für Patientinnen und Patienten, die in einem anderen EU-/EWR-Staat, der Schweiz oder dem Vereinigten Königreich versichert sind und speziell nach Deutschland reisen, um medizinische Leistungen zu erhalten, ist es erforderlich, vorab die Zustimmung ihrer Krankenkasse im Heimatland einzuholen.

Diese Patientinnen und Patienten erhalten von ihrer Krankenkasse ein Formular (Vordruck E 112 oder S2), das als Nachweis für ihren Anspruch dient. Bevor sie mit der Behandlung beginnen, müssen sie dieses Formular zunächst bei der deutschen Krankenkasse ihrer Wahl am Aufenthaltsort gegen einen nationalen Anspruchsnachweis eintauschen. Sofern die Krankenkasse im Heimatland den Umfang der Behandlung begrenzt hat, wird auf dem nationalen Anspruchsnachweis vermerkt, für welche Leistungen die Genehmigung gilt.

### **CHECKLISTE: LEISTUNGEN BEI PATIENTINEN UND PATIENTEN AUS EU-/EWR-STAAATEN, DER SCHWEIZ ODER DEM VEREINIGTEN KÖNIGREICH ABRECHNEN**

1. Eine Patientin oder ein Patient aus einem EU-/EWR-Staat, der Schweiz oder dem Vereinigten Königreich legt zur Behandlung
  - eine gültige EHIC, eine PEB oder GHIC
  - sowie einen Identitätsnachweis (Reisepass oder Personalausweis) vor.
2. Praxen kopieren die EHIC, PEB beziehungsweise die GHIC und den Identitätsnachweis der Patientin oder des Patienten jeweils zweimal und versehen die Kopien mit Datum, Unterschrift und Stempel.
3. Die Patientin oder der Patient füllt das Formular „Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung“ in der jeweiligen Sprache aus. Dieses Dokument steht im Praxisverwaltungssystem (PVS) mehrsprachig zur Verfügung. Praxen geben ebenfalls hier die gewählte deutsche Krankenkasse an.
4. Die Kopien von EHIC, PEB beziehungsweise GHIC und das Original der unterzeichneten Patientenerklärung senden Praxen zeitnah an die von der Patientin oder dem Patienten gewählte Krankenkasse – für das Versenden der Kopien können sie die Kostenpauschale nach GOP 40110 abrechnen.
5. Ärztinnen und Ärzte in Hessen rechnen die Kosten für die Behandlung mit der KVH nach den Regeln des Ersatzverfahrens ab, das heißt:
  - Im PVS legen sie einen Abrechnungsschein an.
  - Im Adressfeld geben sie Namen, Vornamen und Geburtsdatum der Patientin oder des Patienten sowie Namen und Institutionskennzeichen der gewählten deutschen Krankenkasse an.
  - Zusätzlich fügen sie die Ziffer 1 für die Angabe „Versichertenart“ in der Feldkennung (FK) 3108 und die Ziffer 7 für die Angabe „Besondere Personengruppe“ (FK 4131) ein.

### **PATIENTINNEN UND PATIENTEN AUS STAATEN MIT BILATERALEM ABKOMMEN ÜBER SOZIALE SICHERHEIT**

Patientinnen und Patienten, die aufgrund eines bilateralen Abkommens über Soziale Sicherheit Anspruch auf Leistungen bei Krankheit und Mutterschaft haben, können während ihres Aufenthalts in Deutschland ebenfalls ärztliche Hilfe in Anspruch nehmen. Der wesentliche Unterschied zu Patientinnen und Patienten aus EU-/EWR-Staaten, der Schweiz und dem Vereinigten Königreich besteht darin, dass Patientinnen und Patienten aus Ländern mit bilateralem Abkommen zunächst mit dem Anspruchsnachweis ihrer heimischen Krankenkasse an eine von ihnen gewählte deutsche Krankenkasse herantreten müssen. Der Leistungsumfang ist zudem deutlich eingeschränkter und es werden nur solche Behandlungen durchgeführt, die unaufschiebbar sind.

Die Krankenkasse stellt einen entsprechenden Nationalen Anspruchsnachweis aus, auf dem gegebenenfalls Einschränkungen des Leistungsspektrums („Für sofort notwendige Sachleistungen“) vermerkt sind.

#### **CHECKLISTE: LEISTUNGEN BEI PATIENTINNEN UND PATIENTEN AUS STAATEN MIT BILATERALEM ABKOMMEN ÜBER SOZIALE SICHERHEIT ABRECHNEN**

1. Eine Patientin oder ein Patient aus einem Land mit bilateralem Abkommen kommt in die Praxis und legt einen Nationalen Anspruchsnachweis der gewählten deutschen Krankenkasse vor.
2. Ärztinnen und Ärzte prüfen die Dringlichkeit der Behandlung und achten auf die Behandlungseinschränkungen, die auf dem Nationalen Anspruchsnachweis notiert sind.
3. Praxen legen einen Abrechnungsschein im PVS mit den Daten des vorgelegten Nationalen Anspruchsnachweises/Abrechnungsscheins der gewählten deutschen Krankenkasse an. Zusätzlich fügen sie die Ziffer 1 für die Angabe „Versichertenart“ in der Feldkennung (FK) 3108 und die Ziffer 7 für die Angabe „Besondere Personengruppe“ (FK 4131) ein.

### **PATIENTINNEN UND PATIENTEN, DIE KEINEN ODER DEN FALSCHEN ANSPRUCHSNACHWEIS VORLEGEN**

Bei Patientinnen und Patienten, die keinen oder den falschen Anspruchsnachweis vorlegen, sind Ärztinnen und Ärzte berechtigt und verpflichtet, nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) abzurechnen.

#### **CHECKLISTE: LEISTUNGEN BEI PATIENTINNEN UND PATIENTEN, DIE KEINEN ODER DEN FALSCHEN ANSPRUCHSNACHWEIS VORLEGEN, ABRECHNEN**

1. Die Patientin oder der Patient kommt in die Praxis und legt keinen beziehungsweise den falschen Anspruchsnachweis vor.
2. Ärztinnen und Ärzte informieren die Patientin oder den Patienten,
  - dass das Arzthonorar auf Basis der GOÄ zunächst privat zu bezahlen ist und auch Arznei-, Heil- und Hilfsmittel nur auf Privatrezept verordnet werden können,
  - dass das Honorar erstattet wird, wenn ein gültiger Anspruchsnachweis bis zum Ende des Quartals nachgereicht wird, und
  - dass die Patientin oder der Patient den Anspruchsnachweis entweder selbst bei ihrem oder seinem zuständigen Träger im Heimatstaat anfordern oder durch eine gesetzliche deutsche Krankenkasse ihrer beziehungsweise seiner Wahl anfordern lassen kann.
3. Auch Patientinnen und Patienten, die ihren Leistungsanspruch mit einer anderen Bescheinigung nachweisen (zum Beispiel Vordruck E 112/S2 oder E 121/S1), müssen nach wie vor zuerst zu einer deutschen Krankenkasse. Dort erhalten sie einen Nationalen Anspruchsnachweis.



Ansprüche überblicken		
	Patientinnen und Patienten aus EU-/EWR-Staaten, der Schweiz oder dem Vereinigten Königreich	Patientinnen und Patienten aus Staaten mit bilateralem Abkommen über Soziale Sicherheit
<b>Arznei-, Heil- und Hilfsmittel</b>	Verordnungen erfolgen auf den üblichen Formularen. Im Adressfeld geben Praxen den Namen, Vornamen und das Geburtsdatum der Patientin oder des Patienten sowie den Namen und das Institutionskennzeichen der gewählten deutschen Krankenkasse an. Ziffer 1 für die „Versichertenart“ (FK 3108) und die Ziffer 7 für die Angabe „Besondere Personengruppe“ (FK 4131) angeben.	Verordnungen erfolgen auf dem Arzneiverordnungsblatt (Muster 16). Im Adressfeld geben Praxen den Namen, Vornamen und das Geburtsdatum der Patientin oder des Patienten sowie den Namen und das Institutionskennzeichen der gewählten deutschen Krankenkasse an. Ziffer 1 für die „Versichertenart“ (FK 3108) und die Ziffer 7 für die Angabe „Besondere Personengruppe“ (FK 4131) angeben.
<b>Krankenhausbehandlung</b>	Die Ausstellung erfolgt auf dem üblichen Formular (Muster 2). Im Adressfeld geben Praxen den Namen, Vornamen und das Geburtsdatum der Patientin oder des Patienten sowie den Namen und das Institutionskennzeichen der gewählten deutschen Krankenkasse an. Ziffer 1 für die „Versichertenart“ (FK 3108) und die Ziffer 7 für die „Besondere Personengruppe“ (FK 4131) angeben.	Die Ausstellung erfolgt auf dem Einweisungsschein (Muster 2). Im Adressfeld geben Praxen den Namen, Vornamen und das Geburtsdatum der Patientin oder des Patienten sowie den Namen und das Institutionskennzeichen der gewählten deutschen Krankenkasse an. Ziffer 1 für die „Versichertenart“ (FK 3108) und die Ziffer 7 für die „Besondere Personengruppe“ (FK 4131) angeben.

QUIZ-LÖSUNG

Von wem stammt was?  
Quiz Lösungen (Seite 14 – 15):

- a. Grüne
- b. DIE LINKE
- c. SPD
- d. Grüne
- e. AfD
- f. FDP
- g. CDU
- h. AfD
- i. CDU
- j. SPD
- k. FDP
- l. DIE LINKE

Ansprüche überblicken		
	Patientinnen und Patienten aus EU-/EWR-Staaten, der Schweiz oder dem Vereinigten Königreich	Patientinnen und Patienten aus Staaten mit bilateralem Abkommen über Soziale Sicherheit
<b>Überweisung</b>	<p>Überweisungen erfolgen auf dem üblichen Formular (Muster 6). Im Adressfeld geben Praxen den Namen, Vornamen und das Geburtsdatum der Patientin oder des Patienten sowie den Namen und das Institutionskennzeichen der gewählten deutschen Krankenkasse an.</p> <p>Ziffer 1 für die „Versichertenart“ (FK 3108) und die Ziffer 7 für die „Besondere Personengruppe“ (FK 4131) angeben.</p> <p>Bei Patientinnen und Patienten, die sich nur vorübergehend in Deutschland aufhalten, geben Praxen auch die voraussichtliche Aufenthaltsdauer an. Für die weiterbehandelnde Ärztin oder den weiterbehandelnden Arzt gelten die vorher beschriebenen Regelungen entsprechend.</p>	<p>Die Bescheinigung der Notwendigkeit anderweitiger ärztlicher Behandlung erfolgt auf einem Rezept (Muster 16). Dieses Rezept muss die Patientin oder der Patient bei der gewählten deutschen Krankenkasse vorlegen, dann bekommt sie oder er wieder einen Nationalen Anspruchsnachweis und kann eine weitere Ärztin oder einen weiteren Arzt aufsuchen.</p>
<b>Arbeitsunfähigkeit</b>	<p>Bescheinigungen erfolgen auf dem üblichen Formular (Muster 1). Die Patientin oder der Patient bekommt das Original sowie die Durchschrift zur Vorlage beim Arbeitgeber und der Krankenkasse.</p>	<p>Bescheinigungen erfolgen auf dem üblichen Formular (Muster 1). Die Patientin oder der Patient bekommt das Original zur Vorlage beim Arbeitgeber. Die Durchschrift leiten Praxen an die gewählte deutsche Krankenkasse weiter.</p>

JOSHUA BILL

# TARIF

## Anpassung des Gehalts für geförderte Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung



Seit dem 1. Juli 2023 greift die erste Erhöhung der Arbeitsentgelte der kommunalen Krankenhäuser. Zwar gilt der Tarifvertrag nicht für den vertragsärztlichen Bereich, dennoch müssen Praxen, die finanziell geförderte Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung beschäftigen, die Erhöhung berücksichtigen und umsetzen.

Beim Tarifvertrag für Ärzte der Vereinigung kommunaler Arbeitgeberverbände (TV-Ärzte/VKA) konnte im Mai eine Einigung zwischen den Tarifparteien erzielt werden. Diese sieht eine Erhöhung zum 1. Juli 2023 von 4,8 Prozent sowie eine weitere Erhöhung zum 1. April 2024 um nochmals vier Prozent vor.

Die bundes- und hessenweiten Vorgaben der finanziellen Förderung für die Weiterbildung besagen, dass das Gehalt für finanziell geförderte Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung in der entsprechenden Stufe der Entgeltgruppe I in der jeweils gültigen Version liegt. Die Zuordnung zur jeweiligen Stufe ergibt sich aus den für die Weiterbildung anrechenbaren Zeiten. Durch die stufenweise Anhebung der Gehaltssummen sind diese Anpassungen auch an die Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung weiterzugeben, sodass das Gehalt seit dem 1. Juli 2023

ab dem dritten Weiterbildungsjahr und ab dem 1. April 2024 ab dem zweiten Weiterbildungsjahr die momentane Fördersumme von 5.400 Euro pro Monat übersteigt.

Wichtig ist, dass die im Tarifabschluss vorgesehenen Einmalzahlungen im Sinne der Fördervoraussetzungen nicht an die Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung weitergegeben werden müssen, da der Tarifvertrag nicht für den vertragsärztlichen Bereich gilt, sondern ausschließlich die Eingruppierung in die entsprechenden Entgeltgruppen gefordert wird. Alle geförderten Praxen sowie die Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung wurden im Juni bereits über die Änderungen informiert. Weitere Informationen dazu finden Sie im Merkblatt Tarifvertrag unter **kvh.link/p23114** beziehungsweise **kvh.link/p23115**.

HENNING SCHETTULAT

# Jobbörse-Erweiterung um Famulatur- und PJ-Stellen

Seit Kurzem können Praxen in der Jobbörse der KVH auch Inserate für Famulatur- und PJ-Stellen schalten. Die Jobbörse wird von der Koordinierungsstelle Weiterbildung Allgemeinmedizin (KoStA) betreut.

Als Lehrpraxis für Famulanten und Studierende im Praktischen Jahr sorgen Sie als Praxisteam nicht nur für eine qualifizierte Ausbildung, sondern gewinnen auf diesem Wege perspektivisch Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung. Durch die frühzeitige Vernetzung und die langfristige Bindung der Medizinstudierenden an die Praxis wird auch ein späterer Praxiseinstieg attraktiv.

Auf der Jobbörsenseite ([kvh.link/p23116](https://kvh.link/p23116)) können sowohl interessierte Praxen als auch Studierende Inserate beziehungsweise Gesuche für Famulatur- oder PJ-Stellen schalten.

An einem Gesuch interessierte Praxen wenden sich unter Angabe der Chiffre und der eigenen Kontaktdaten an die Koordinierungsstelle für Allgemeinmedizin ([kvh.link/p23117](https://kvh.link/p23117)). Die Koordinierungsstelle setzt sich dann mit dem Inserenten in Verbindung. Das Aufgeben von Stellenangeboten und -gesuchen ist kostenlos.

CAROLIN REISERT,  
GERALDINE SCHOLL

**WEITERE INFORMATIONEN**

The screenshot shows the 'Jobbörse Allgemeinmedizin' website. At the top, there are navigation tabs for 'Auf der Weiterbildung', 'Weiterbilde', and 'Downloads'. Below the navigation, there is a search bar and a section titled 'Weiterbildungsstelle finden & anbieten'. A prominent orange button says 'Angebot oder Gesuch ausgeben'. Below this, there is a section for '132 Inserate' with a search filter for 'ID / Chiffre'. To the right, a list of job postings is displayed, including 'Famulaturstelle in MVZ', 'Famulaturstelle in Berufsausbildungsgemeinschaft', and 'Famulaturstelle in Einzelpraxis'. The 'Famulaturstelle in Einzelpraxis' listing is highlighted in orange.

## INFOBOX

Sie möchten mehr über die Koordinierungsstelle Weiterbildung Allgemeinmedizin erfahren? Carolin Reisert und Geraldine Scholl stehen Ihnen gerne telefonisch unter 069 24741-7227 oder per E-Mail unter [koordinierungsstelle@kvhessen.de](mailto:koordinierungsstelle@kvhessen.de) zur Verfügung. Weitere Informationen unter [kvh.link/p23118](https://kvh.link/p23118)

# Gut vorbereitet in die Niederlassung

Dr. med. Maximilian Swoboda, vormals Anästhesist, hat den Quereinstieg in die Allgemeinmedizin gewagt und wurde dabei von der KVH unterstützt. Patrick Zuber und Mara Klahr, beide im Bereich Nachwuchsförderung tätig, haben mit ihm über die Wege in die hausärztliche Praxis und ergänzende Begleitangebote gesprochen.

**Sie haben als Facharzt für Anästhesiologie den Quereinstieg in die Allgemeinmedizin gewagt. Was waren Ihre Beweggründe?**

**Dr. Swoboda:** Die Beweggründe waren eine Mischung aus rein beruflichen und persönlichen Gründen. Beruflich gesehen war die Allgemeinmedizin meine Liebe auf den zweiten Blick. Ich wollte meine berufliche Passion als Arzt mit einer guten Work-Life-Balance verbinden und mich selbst verwirklichen. Hinzu kam, dass sich privat einiges geändert hat. Ich habe geheiratet und meine erste Tochter ist auf die Welt gekommen. Auch deshalb wollte ich raus aus der Wochenendarbeit.

Einige ehemalige Kolleginnen und Kollegen haben sich als Anästhesisten niedergelassen, worüber ich zunächst auch nachgedacht habe. Allerdings denke ich, dass ich, wenn es privat mit der Zeit ruhiger wird, beruflich etwas Action brauche, und hatte Sorge, mich in der ambulanten Anästhesiologie zu langweilen. Davor hatte ich in der Allgemeinmedizin zunächst ebenfalls Sorge, aber nun passt es ganz gut. Ich hatte als junger Arzt mit Ende 20 die Allgemeinmedizin für mich erstmal ausgeschlossen. Vielleicht auch, weil damals nicht ausreichend Werbung für die Allgemeinmedizin gemacht wurde. Wir waren als Studenten nur eine Woche im Blockpraktikum Allgemeinmedizin und im Studium wurde kein Fokus auf die Ausbildung in der Allgemeinmedizin gelegt. Inzwischen hat die KVH zum Beispiel mit der Summer- und Winterschool sinnvolle Angebote, um die Studierenden von der Allgemeinmedizin zu überzeugen.

**Wie haben Sie Ihre Weiterbildungszeit in der Allgemeinmedizin erlebt?**

Der Wechsel in die Allgemeinmedizin wurde damals gut von der KVH begleitet. Das erste Mal hatte ich Kontakt mit der KVH, als ich über die Jobbörse nach Weiterbildungsstellen gesucht habe und es um die Förderung der Weiterbildung ging.

Die Fälle, die in die Praxis kommen, sind komplex. Ich würde allen raten, zunächst den stationären Teil der Weiterbildung zu absolvieren und im fortgeschrittenen Stadium der Weiterbildung in den ambulanten Bereich zu wechseln. Vorher fehlt der Blick für das große Ganze.

Die Zeit nach der Weiterbildung bis zum Start als angestellter Facharzt war kurz. Ich war einen Monat arbeitslos und habe die Zeit genutzt, mich auf die Prüfung vorzubereiten. Am 31. März habe ich die Facharztprüfung bestanden und am 1. April in der Praxis von Kai Götte in Friedrichsdorf angefangen. Hier werde ich auch noch die Zusatzweiterbildung Diabetologie absolvieren.

**Welche Begleitangebote haben Sie in Anspruch genommen?**

Zunächst die finanzielle Förderung der Weiterbildung, die die Weiterbildung für die Praxis attraktiv macht und in mein Gehalt umgesetzt wurde. Darüber hinaus primär das Doc's Camp. Das hat mir für den Sprung in die Praxis geholfen. Wir waren zwei Wochenenden im Vogelsberg und insbesondere von dem BWL-Vortrag konnte ich persönlich viel mitnehmen. Durch die Vielzahl der relevanten Themen war es zeitlich eng getaktet und ich konnte einen umfassenden ersten Einblick gewinnen. Es war gut, vor Ort in den Austausch mit meinen Kollegen gehen zu können.

In meinem Praxisalltag nutze ich die Newsletter der KVH, das Portal KVH aktuell, um konkret etwas nachschauen zu können, und die Kontakte zum Team Arznei-, Heil- und Hilfsmittel. Es ist schön, immer schnell eine Antwort zu bekommen.

## INFOBOX

Das nächste Doc's Camp zur Vorbereitung auf die Niederlassung findet an zwei Wochenenden im November in Lauterbach statt. Das Programm und die Möglichkeit zur Anmeldung finden Sie unter [kvh.link/p23119](https://www.kvh.de/link/p23119)

**Würden Sie das Doc's Camp weiterempfehlen?**

Unbedingt, ja. Die Struktur ist super und gegen Ende der Weiterbildung ein guter Zeitpunkt zur Teilnahme. Es war gut vor Ort zu sein und abends noch zusammensitzen.

**Haben Sie sich am Ende Ihrer Weiterbildungszeit bereit für die Niederlassung gefühlt?**

Ja und nein. Alleine nicht, wenn, dann als Berufsausübungsgemeinschaft. Ich glaube, dass ich die bessere Versorgung mache, wenn ich mich mit Kollegen austauschen kann.

Natürlich muss man sich in jeder Praxis neu in die Praxisstruktur und das jeweilige Praxisverwaltungssystem einfinden. Ich habe davon profitiert, vorher schon andere Praxen in der Weiterbildung erlebt zu haben. Vor der letzten Entscheidung habe ich mir verschiedene Praxen angeschaut. Das Bauchgefühl sowie die Arbeitsstruktur in der Praxis waren mir wichtig.

**Inzwischen sind Sie selbst als Referent bei unserer Summer- und Winterschool tätig.**

Ich habe Spaß daran, meine positiven Erfahrungen der letzten Jahre weiterzugeben und junge Kolleginnen und Kollegen zu ermutigen, einen ähnlichen Weg zu gehen. Ich möchte die Scheu vor der KV, die möglicherweise da sein könnte, nehmen. Die ambulante Versorgung ist gefährdet und ich möchte weiterge-

ben, dass man auch in der Praxis vernünftige Medizin machen und davon leben kann. Meine Begeisterung will ich weitergeben. Eine Praxis ist wirklich wie eine Ehe. Wenn man es halbgar macht, macht man es nicht richtig. Und ja, es hat mir Spaß gemacht. Bisher hatten wir nur einen Online-Termin. Im September in Präsenz wird es noch besser werden.

**Wie kann die ambulante Weiterbildungszeit attraktiver gestaltet werden?**

Möglicherweise durch Angebote seitens der KVH zur Vorbereitung auf die Facharztprüfung und durch die Anbindung der Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung an Qualitätszirkel. Damit man nicht so wie ich erst am Ende der Weiterbildungszeit unter Druck für die Prüfung lernt.

**Wie erleben Sie die Unterstützung durch die KV Hessen? Gibt es Stellen, an denen Sie sich eine engere Begleitung wünschen würden?**

Sie erfüllen da schon sehr viel. Das Doc's Camp hat mir deutlich gemacht, worauf es bei der Praxis-suche ankommt, und ich habe zum ersten Mal eine Abrechnung erklärt bekommen. Ich glaube, wer sich nicht in die eigene Niederlassung traut, tut dies oft aus finanziellen Ängsten. Da hat die BWL-Beratung geholfen. Ich finde es prima, dass es die Möglichkeit zum Quereinstieg gibt. Ich wusste, dass Sie sich auskennen, aber dass man so an die Hand genommen wird, hätte ich nicht gedacht. Auf meiner Wunschliste habe ich nichts mehr. Sie sind da und das ist gut.

*DIE FRAGEN STELLTEN  
MARA KLAHR  
UND PATRICK ZUBER*



**HABEN SIE FRAGEN?**

Die Koordinierungsstelle Weiterbildung Allgemeinmedizin hilft Ihnen gerne weiter. Das Team steht Ihnen unter 069 24741-7227 und [koordinierungsstelle@kvhessen.de](mailto:koordinierungsstelle@kvhessen.de) zur Verfügung. Weitere Informationen unter [kvh.link/p23120](https://www.kvh.link/p23120)

**Maximilian Swoboda, Facharzt für Allgemeinmedizin, im Gespräch mit Mara Klahr.**  
Nicht auf dem Bild: Patrick Zuber.

# Fachärztliche Weiterbildungsnetzwerke: Eine Win-win-Situation

Das Ärztliche Kompetenzzentrum Hessen (ÄKH) gründet fachärztliche Weiterbildungsnetzwerke, die den zukünftigen Ärztinnen und Ärzten eine umfassende und praxisnahe Weiterbildung ermöglichen und die ambulante ärztliche Versorgung langfristig sicherstellen sollen.

Exemplarisch für ein Weiterbildungsnetzwerk steht die Kooperation zwischen dem Klinikum Frankfurt Höchst und der Praxis von Eckhard Wendt, Gynäkologe in Kronberg. Patrick Zuber, im Bereich Nachwuchsförderung der KVH tätig, hat mit ihm, seiner ehemaligen Ärztin in Weiterbildung und seinem aktuellen Arzt in Weiterbildung über die Vorteile der Weiterbildung im Netzwerk gesprochen.

## VORTEILE FÜR ALLE AKTEURE

„Als niedergelassene Frauenärztinnen und -ärzte sind wir darauf angewiesen, auf lange Sicht Unterstützung in unserem Fach bekommen“, erklärt Eckhard Wendt, der Initiator der Kooperation, seine Motivation zur Gründung des Weiterbildungsnetzwerks. Durch die Rotation von Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung (ÄiW) aus der Klinik in die Praxis können diese einen Einblick in die Niederlassung erhalten und man kann ihr Interesse an der ambulanten Versorgung wecken. Bislang findet die fachärztliche Weiterbildung meist stationär statt. Mit den Weiterbildungsnetzwerken soll sich dies ändern und der Wechsel von der stationären in die ambulante Weiterbildungszeit vereinfacht werden. Statt sich ihre Weiterbildungsabschnitte selbst zusammensuchen und so Leerlaufzeiten zu riskieren, ermöglichen Kooperationen den ÄiW einen nahtlosen Wechsel. So beschreibt Jonas Burghardt, der erste Arzt in Weiterbildung in diesem Konstrukt, wie einfach ihm der Wechsel in die Praxis gemacht wurde: „Ich musste wirklich nur ‚Ja‘ sagen und habe mich ansonsten um nichts kümmern müssen.“

Bei der Gründung der Weiterbildungsnetzwerke sollte insbesondere die Perspektive der Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung beachtet werden, betont Eckhard Wendt. Im Weiterbildungsgebiet

Frauenheilkunde und Geburtshilfe können seit Umstellung der Weiterbildungsordnung 2020 einige Kenntnisse und Kompetenzen kaum noch stationär erlangt werden. Für Kliniken und Praxen ist es daher vorteilhaft, sich zu einem Netzwerk zusammenzuschließen und den ÄiW gemeinsam sämtliche Weiterbildungsinhalte zu vermitteln. Für die Kliniken ergibt sich des Weiteren der Mehrwert, regional zukünftige Zuweiserinnen und Zuweiser zu generieren.

Die ambulante Weiterbildungszeit bietet den angehenden Fachärztinnen und -ärzten viele Vorteile. Sie können den direkten Kontakt mit den Patienten intensivieren und ihre Entscheidungs- und Handlungskompetenz in der Praxis erweitern. „Gerade der Eins-zu-eins-Kontakt macht mir persönlich sehr viel Spaß“, sagt Jonas Burghardt. Und das wirkt. So beschreibt er weiter: „Grundsätzlich bin ich der Niederlassung gegenüber sehr aufgeschlossen.“ Nach den ersten zwei Monaten mit seinem neuen Arzt in Weiterbildung zieht Eckhard Wendt ebenfalls für sich persönlich ein positives Fazit: „Aus meiner Sicht ist es insofern angenehm, als dass man, wenn man allein arbeitet, dazu neigt, etwas betriebsblind zu werden. Es ist immer hilfreich, mit jemandem zu sprechen.“ Weiterbildungsbefugte würden aus seiner Sicht davon profitieren, ihr Handeln zu reflektieren und zu hinterfragen. Im Gespräch mit den ÄiW könnten sich neue Handlungsalternativen ergeben. Die ÄiW wiederum würden entsprechend durch den Wechsel der Weiterbildungsstätte möglichst vielfältige Behandlungsmethoden kennenlernen.

## WEITERE PRAXEN GESUCHT

Das ÄKH möchte die Weiterbildungsnetzwerke gerne in verschiedenen Fachgebieten flächen-



**Eckhard Wendt,**  
Praxisinhaber in Kronberg und Initiator  
des Weiterbildungsnetzwerks



**Jonas Burghardt,**  
erster Arzt in Weiterbildung, der  
über das Weiterbildungsnetzwerk in  
die Praxis von Eckhard Wendt kam



**Dr. med. Katharina Blatecki-Burgert,**  
Ärztin in Weiterbildung, die vor der  
Gründung des Weiterbildungsnetz-  
werks in der Praxis von Eckhard Wendt  
tätig war

deckend etablieren und sucht dafür motivierte Weiterbildungspraxen. Grundsätzlich können alle Praxen mit gültiger Weiterbildungsbefugnis Teil einer Kooperation werden. Die ambulante Weiterbildungszeit wird von der KVH unter bestimmten Voraussetzungen finanziell gefördert. Die finanzielle Förderung wird an die Praxen ausgezahlt und an die ÄiW als Gehalt weitergegeben. Diese haben dadurch nicht nur finanziell einen Vorteil. So lobt Dr. Katharina Blatecki-Burgert, die Ärztin in Weiterbildung, die bereits vor Gründung des Weiterbildungsnetzwerks in der Praxis war, die Unterstützung durch die KVH: „Die Förderung ist wirklich super, sie entlastet, weil man tatsächlich die Zeit hat, die Patientinnen gemeinsam anzuschauen und zu besprechen.“

#### **BEGLEITENDES ANGEBOT ZUR VORBEREITUNG AUF DIE NIEDERLASSUNG**

Zusätzlich bietet das ÄKH den beteiligten Ärztinnen und Ärzten Unterstützung in Form von festen Ansprechpartnern und Seminaren als Vorbereitung auf die Niederlassung an. Um die ambulante Weiterbildungszeit noch attraktiver zu gestalten, können Angebote wie EBM-Kurse und das Doc's Camp

der KVH durch die Freistellung und Anmeldung der ÄiW fest mit in die Kooperation integriert werden.

Insgesamt zeigt die Kooperation zwischen dem Klinikum Frankfurt Höchst und der Praxis Wendt, dass fachärztliche Weiterbildungsnetzwerke eine Win-win-Situation für alle Beteiligten darstellen. Die Kliniken profitieren von der Möglichkeit, ihren ÄiW eine qualitativ hochwertige Weiterbildung zu ermöglichen, während die Praxen langfristig qualifizierte Fachärzte für eine Niederlassung gewinnen können. Das ÄKH leistet eine wichtige Unterstützung, um solche Netzwerke weiter auszubauen und zu fördern.

MARA KLAHR

#### **INFOBOX**

Sie möchten mehr über die Weiterbildungsnetzwerke erfahren oder selbst eine Kooperation auf den Weg bringen? Das Team des ÄKH steht Ihnen gerne unter 069 24741-7191 oder [aerzte-fuerhessen@kvhessen.de](mailto:aerzte-fuerhessen@kvhessen.de) zur Verfügung.

# Neue Veranstaltung zur ambulanten Pflegeversorgung

Die KVH hat ihr Seminarangebot um ein aktuelles Thema erweitert: Interessierte Ärztinnen und Ärzte können sich zur außerklinischen Intensivpflege und häuslichen Krankenpflege informieren.

Aufgrund der Aktualität und der Brisanz des Themas hat die KVH hierzu eine neue Veranstaltung konzipiert. Wir freuen uns, Sie durch die beiden betroffenen Richtlinien zu leiten und gemeinsam mit Ihnen zu erörtern, was zusätzlich in der Außerklinischen Intensivpflege-Richtlinie steht, welcher Unterschied zu der häuslichen Krankenpflege besteht und welche Richtlinie für welche Patientinnen oder Patienten geeignet ist. Diese und andere Fragen werden in der neuen Veranstaltung zur ambulanten Pflegeversorgung besprochen.

Zum Hintergrund: Anfang 2023 trat die neue Richtlinie für die Versorgung von schwerstkranken und/oder beatmeten/trachealkanülierten Patientinnen und Patienten in Kraft. Diese vulnerable Gruppe wurde bisher über die häusliche Krankenpflege-Richtlinie versorgt. Mit der neuen Richtlinie zur außerklinischen Intensivpflege (AKI) soll dieser Patientengruppe eine verbesserte Versorgungssicherheit garantiert werden. Zudem soll bei beatmeten oder trachealkanülierten Patientinnen und Patienten das Potenzial für eine Entwöhnung beziehungsweise für eine Dekanülierung ermittelt werden.

Haben wir Ihr Interesse geweckt? Dann melden Sie sich zu der Veranstaltung der KVH an unter [kvh.link/p23122](https://www.kvh.link/p23122).

Haben Sie noch keinen Zugang zum Veranstaltungsportal, dann registrieren Sie sich unter [kvh.link/p23121](https://www.kvh.link/p23121). Bei Fragen zu der Registrierung können Sie sich gerne an [veranstaltung@kvhessen.de](mailto:veranstaltung@kvhessen.de) wenden oder rufen Sie an unter **069 24741-7550**.

Ergänzend zu der Schulung der KVH bietet die KBV eine Online-Fortbildung „Außerklinische Intensivpflege“ an. Sie umfasst drei Teile, in denen die Lerninhalte „Krankheitsbilder“, „Weaning – Beatmungsentwöhnung und Dekanülierung“, „Hilfsmittel in der außerklinischen Intensivpflege – Beatmungsgeräte und Zubehör“ sowie „Therapieoptimierung“ und „besondere Versorgungssituationen“ behandelt werden. Diese Schulung richtet sich in erster Linie an Hausärztinnen und Hausärzte, aber auch andere Fachgruppen können daran teilnehmen. Die Online-Fortbildung ist mit je drei CME-Punkte – insgesamt 9 CME-Punkten – zertifiziert. Eine Anmeldung erfolgt über das Fortbildungsportal der KBV: [kvh.link/p23123](https://www.kvh.link/p23123).

Zusätzlich hat die KBV in der Reihe „PraxisWissen“ eine neue Broschüre zu dem Thema „Außerklinische Intensivpflege“ veröffentlicht. Den Download finden Sie auf der KBV-Seite in der Mediathek unter dem Punkt „Broschüren aus der Reihe Praxiswissen“ oder unter [kvh.link/p23124](https://www.kvh.link/p23124).

DOREEN BECKER



## Thema: Häusliche Krankenpflege und Außerklinische Intensivpflege (#10665)

Fortbildungspunkte: 5 Punkte

Datum: 27.09.2023

Uhrzeit: 15:00 – 19:30

Ort: KV Hessen,

Europa-Allee 90, 60486 Frankfurt/Main.

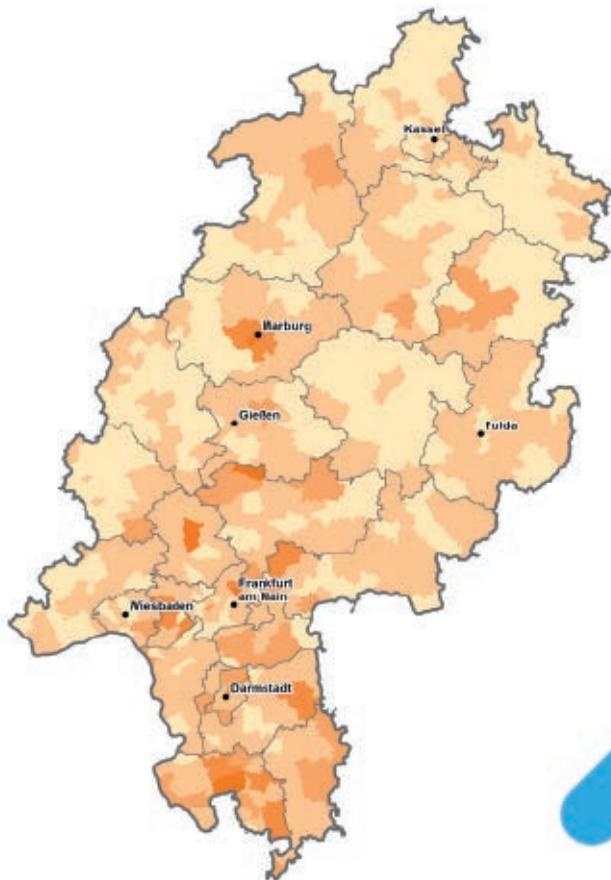
Für 2024 sind Termine online geplant.

Inhaltliche Fragen beantwortet Ihnen gerne das Team Arznei-, Heil- und Hilfsmittel unter [verordnungsanfragen@kvhessen.de](mailto:verordnungsanfragen@kvhessen.de) beziehungsweise **069 24741-7333**

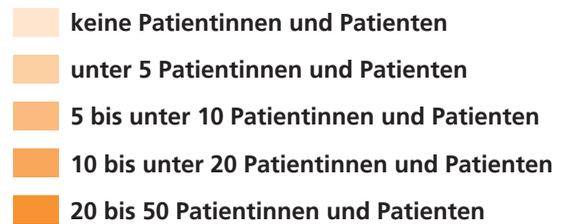
SERIE: KRANKHEITSBILD IM DETAIL

# Virusenzephalitis, durch Zecken übertragen

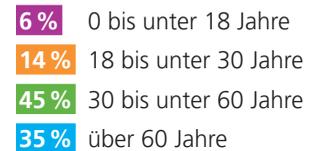
In 2022 wurden nur **etwas mehr als 1.000 Patientinnen und Patienten** mit einer Virusenzephalitis durch Zecken übertragen (ICD A84.- G) behandelt.



## Patientenzahlen von Virusenzephalitis, durch Zecken übertragen (ICD A84.- G)



## Altersprävalenz von A84.- G



## Digest aus dem Pschyrembel

Das Frühsommer-Meningoenzephalitis-Virus (FSME-Virus) ist ein RNA-Virus des Genus Flavivirus aus der Familie Flaviviridae. FSME-Viren zählen zu den Arboviren, da sie durch Zecken übertragen werden. Unterschieden werden zwei Subtypen: das europäische CEE-Virus (Erreger der Frühsommer-Meningoenzephalitis) sowie das russisch-asiatische RSSE-Virus (Erreger der Russian-Spring-Summer-Enzephalitis). Nachgewiesene Infektionen sind meldepflichtig nach § 7 Infektionsschutzgesetz.

# Noch wenige freie Plätze

Rasch anmelden unter [kvh.link/p23065](https://kvh.link/p23065)

## WIE SIEHT EINE ADÄQUATE WUNDVERSORGUNG AUS?

In Deutschland leiden circa zwei Millionen Menschen an chronischen Wunden. Eine unzureichende Behandlung kann zu einer längeren Behandlungsdauer für die Patienten beziehungsweise Patientinnen führen. Sehr häufig ist die Lebensqualität durch Wundgeruch, Exsudatmenge und Schmerzen erheblich vermindert.

Eine konsequente, wundadaptierte Versorgung kann Kosten sparen und den Patientinnen oder Patienten eine angemessene Lebensqualität zurückgeben.

### Sie lernen

- einen Streifzug durch Pathophysiologie und Klassifizierung chronischer Wunden kennen
- die situationsgerechte (Wund-)Versorgung mit den „richtigen“ Materialien
- Aspekte zur Hygiene und Wunde sowie Richtlinien in der Versorgung kennen
- Unklarheiten zur Antiseptik in der Wundversorgung zu beantworten

- anhand verschiedener Fallbeispiele eine individuelle (Wund-)Versorgung und erarbeiten diese gemeinsam

**Zielgruppe:** Ärztinnen und Ärzte, Berufseinsteigerinnen und Berufseinsteiger, Praxismitarbeiterinnen und Praxismitarbeiter

**Referent:** Andreas Hahn

**Gebühr:** 170,00 €

**Fortbildungspunkte:** 11

**Termin:** Sa., 23.09.23, 09:00 Uhr – 17:00 Uhr, KVH Frankfurt (Kurs 10479)

**Anmeldung unter:** [kvh.link/p23125](https://kvh.link/p23125)

## QUALITÄTSMANAGEMENT LEBEN I – ÄRZTLICHE PRAXEN

Wie sehen die gesetzlichen Vorgaben für die Einführung von Qualitätsmanagement (QM) aus? Wie gehe ich bei der Einführung vor?

QM begegnet Ihnen täglich in der Praxis: Sei es im Rahmen der Terminvereinbarung, des Datenschutzes oder der Hygiene. In Ihren Arbeitsabläufen kann QM als Führungsinstrument viele Dinge vereinfachen und sollte daher in einem angemessenen Arbeitsumfang geschehen. Wie das gelingen kann, erfahren Sie von unseren Referentinnen und Referenten und Ihren Kolleginnen und Kollegen in diesem Workshop.

### Sie lernen

- hilfreiche Tipps zum Einstieg in ein QM-System kennen und Qualitätsziele zu erarbeiten

### Sie erfahren

- was die Grundlagen von QM nach der QM-Richtlinie sind
- wie die Stichprobenprüfung funktioniert
- wie QM-Systeme aufgebaut sind

**Zielgruppe:** Ärztinnen und Ärzte, Berufseinsteigerinnen und Berufseinsteiger, Praxismitarbeiterinnen und Praxismitarbeiter

**Referenten:** QM-Beraterinnen und QM-Berater der KV Hessen

**Diese Veranstaltung ist kostenfrei**

**Fortbildungspunkte:** 6

**Termin für ärztliche Praxen:** Mi., 27.09.23, 15.00 Uhr – 19.00 Uhr, KVH Kassel (Kurs 10372)

**Anmeldung unter:** [kvh.link/p23125](https://kvh.link/p23125)



### DAS EINMALEINS DER VERORDNUNGEN

Sie lassen sich erstmalig in Hessen nieder? Die Zulassung haben Sie bereits oder stehen kurz davor? Mit den Regelungen, was Sie für Ihre Patientinnen und Patienten verordnen dürfen, sind Sie nicht oder nur wenig vertraut?

Dann machen wir Sie fit für Ihre Niederlassung!

#### Wie verordne ich richtig und fehlerfrei:

- Heilmittel
- Hilfsmittel
- Arzneimittel
- Sprechstundenbedarf
- Schutzimpfungen
- Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen

**Zielgruppe:** Ärztinnen und Ärzte,

Berufseinsteigerinnen und Berufseinsteiger

**Referenten:** Beraterinnen und Berater des Teams  
Arznei-, Heil- und Hilfsmittel der KV Hessen

**Diese Veranstaltung ist kostenfrei**

**Fortbildungspunkte:** 5

**Termin:** Mi., 11.10.23, 15.00 Uhr – 18.00 Uhr,  
online (Kurs 10495)

**Anmeldung unter:** [kvh.link/p23125](https://kvh.link/p23125)

### LEBENSMITTEL-INTOLERANZ – MODERNE MYTHEN UND HANDFESTE FAKTEN

Was ist bei entsprechenden ernährungsmitbedingten Erkrankungen zu beachten?

Unverträglichkeiten von Lebensmitteln sind „in aller Munde“, Bauchschmerz, Blähungen, Verdauung und Obstipation sind häufige Klagen in der Sprechstunde. Von Dr. Google aufgeklärte Patientinnen und Patienten fordern Diagnostik und Therapie von zweifelhafter Relevanz. Und auch so mancher selbst ernannte „Ernährungsexperte“ spuckt in diese Suppe.

#### Wir klären Sie auf über

- ernährungsmitbedingte Krankheiten (zum Beispiel Zöliakie)
- echte Intoleranz (Laktose, Fruktose, Sorbit, Histamin)
- Reizdarm, was es ist und wie es behandelt wird
- sinnvolle Diagnostik

■ wirksame Behandlung

■ offene Fragen

Aus Sicht der Diätassistentin und des Arztes und Ernährungsmediziners.

**Zielgruppe:** Ärztinnen und Ärzte,

Berufseinsteigerinnen und Berufseinsteiger,  
Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten

**Referentin:** Ute Stille

**Referent:** Dr. med. Klaus Winckler

**Gebühr:** 90,00 €

**Fortbildungspunkte:** 6

**Termine:** Mi., 11.10.23, 15.00 Uhr – 19.00 Uhr,  
KVH Frankfurt (Kurs 10610)

**Anmeldung unter:** [kvh.link/p23125](https://kvh.link/p23125)

Fragen?

Antworten!

## Wie war das?

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

### Können Praxen bei Chroniker-GOP das Suffix „H“ verwenden, wenn keine kontinuierliche Behandlung vorlag?

Nein, gemäß Präambel 3.2.2 EBM muss eine kontinuierliche Betreuung vorliegen. Die Kennzeichnung Suffix „H“, verwenden Sie bei einem Haus- bzw. Kinder- und Jugendarztwechsel im Rahmen der kontinuierlichen Behandlung. In diesen Fällen kennzeichnen Sie die GOP (03220, 03221 oder 04220, 04221) solange mit „H“ bis Sie die jeweils erforderlichen Arzt-Patienten-Kontakte innerhalb von vier Quartalen in der neuen Praxis (BSNR) erreicht haben.

### Können Facharztpraxen bei einer Terminvermittlung durch die Krankenkasse für einen Versicherten einen Hausarztvermittlungsfall anlegen?

Nein, das ist nicht möglich.

### Wann können Praxen einen Dringlichkeitscode/ Vermittlungscode auf der Überweisung übergeben?

Sieht die Ärztin oder der Arzt eine Behandlung als dringlich an, so kann man der Patientin oder dem Patienten auf der Überweisung einen Vermittlungscode aufdrucken/aufkleben. Mit diesem Vermittlungscode kann man sich dann an die Terminservicestelle (116117) wenden und erhält einen Termin innerhalb von fünf Wochen. Genauere Voraussetzungen und wie eine Terminvermittlung stattfindet, finden Sie unter: [kvh.link/p23126](https://www.kvh.hessen.de/link/p23126)

Über das Portal „eTerminservice“, dem sogenannten „Webarzt“, im SafeNet\*, können Hausärztinnen und -ärzte Termine für die Patientin oder den Patienten bei einer Fachärztin oder einem Facharzt buchen, hierfür benötigen Sie dann einen Code, der automatisch generiert wird. Vereinbaren Hausarztpraxen den Termin telefonisch bei einer Facharztpraxis, reicht eine reine Überweisung ohne Code aus. Eine Vermittlung über die Terminservicestelle ist dann nicht möglich. Wie Sie die Vermittlung richtig kennzeichnen, finden Sie hier in der Übersicht: [kvh.link/p23127](https://www.kvh.hessen.de/link/p23127)

Die Dringlichkeits- oder Vermittlungscode können Sie im „WebArzt“ im SafeNet\*-Portal generieren. Eine Hilfe zu allen Möglichkeiten des „WebArztes“ finden Sie unter: [kvh.link/p23128](https://www.kvh.hessen.de/link/p23128)

### Welches Suffix rechnen berechnete Facharztpraxen bei der TSS- oder Hausarztvermittlung ab?

Generell rechnen Sie die GOP xx228 Ihrer Fachgruppe (zum Beispiel bei einer orthopädischen Facharztpraxis die GOP 18228) mit dem entsprechenden Suffix ab:

- A: für TSS-Akutfall
- B: für TSS-Terminfall und/oder Hausarztvermittlungsfall vom gleichen bis 4. Kalendertag
- C: für TSS-Terminfall und/oder Hausarztvermittlungsfall vom 5. bis 14. Kalendertag
- D: für TSS-Terminfall und/oder Hausarztvermittlungsfall vom 15. bis 35. Kalendertag
- E: für TSS-Akutfall, wenn ausschließlich Arzt-Patienten-Kontakte im Rahmen einer Videosprechstunde stattfinden
- F: für TSS-Terminfall und/oder Hausarztvermittlungsfall vom gleichen bis 4. Kalendertag, wenn ausschließlich Arzt-Patienten-Kontakte im Rahmen einer Videosprechstunde stattfinden
- G: für TSS-Terminfall und/oder Hausarztvermittlungsfall vom 5. bis 14. Kalendertag, wenn ausschließlich Arzt-Patienten-Kontakte im Rahmen einer Videosprechstunde stattfinden
- H: für TSS-Terminfall und/oder Hausarztvermittlungsfall vom 15. bis 35. Kalendertag, wenn ausschließlich Arzt-Patienten-Kontakte im Rahmen einer Videosprechstunde stattfinden

### HABEN SIE WEITERE FRAGEN?

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

069 24741-7777

[info.line@kvhessen.de](mailto:info.line@kvhessen.de)

## IHR KONTAKT ZU UNS

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

**BERATUNG VOR ORT**

BeratungsCenter Frankfurt: 069 24741-7600  
069 24741-68829 (Fax)  
beratung-frankfurt@kvhessen.de

BeratungsCenter Darmstadt: 06151 158-500  
06151 158-488 (Fax)  
beratung-darmstadt@kvhessen.de

BeratungsCenter Wiesbaden: 0611 7100-220  
0611 7100-284 (Fax)  
beratung-wiesbaden@kvhessen.de

BeratungsCenter Gießen: 0641 4009-314  
0641 4009-219 (Fax)  
beratung-giessen@kvhessen.de

BeratungsCenter Kassel: 0561 7008-250  
0561 7008-4222 (Fax)  
beratung-kassel@kvhessen.de

**ABRECHNUNGSVORBEREITUNG**

AV-Help av-help@kvhessen.de

**ONLINEPORTAL**

Internetdienste/SafeNet\* internetdienste@kvhessen.de

Technischer Support onlineservices@kvhessen.de

**ARZNEI-, HEIL- UND HILFSMITTELBERATUNG**

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

**KOORDINIERUNGSSTELLE**

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

**ÄRZTLICHES KOMPETENZZENTRUM HESSEN**

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

**QUALITÄTS- UND VERANSTALTUNGSMANAGEMENT**

Qualitätsmanagement 069 24741-7551  
069 24741-68841 (Fax)  
qm-info@kvhessen.de

Veranstaltungsmanagement 069 24741-7550  
069 24741-68842 (Fax)  
veranstaltung@kvhessen.de

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

Kassenärztliche Vereinigung Hessen, vertreten durch den Vorstand

**Redaktion**

Karl Matthias Roth, Petra Bendrich und Cornelia Kur

**Kontakt zur Redaktion**

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

**Hinweis**

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

**Verlag**

Wiebel und Partner GmbH, Frankfurt am Main  
Judith Scherer (KV Hessen)

**Objektleitung:**

Karin Oettel, Wiebel und Partner GmbH, Frankfurt am Main

**Druck:**

AC medienhaus GmbH, Ostring 13, 65205 Wiesbaden

**Bildnachweis**

BMG/Schinkel: S. 25; FAMK: S. 15 info.service; Thorsten kleineHolt-  
haus: S. 3; Alexander Kowalski: S. 13; Privat: S. 9, 41; Manuel Maier:  
S. 26, 27; Karl Roth: S. 4, 5; Judith Scherer: S. 22; Ylivdesign: S. 7;  
Patrick Zuber: S. 39

Titelbild: travelview; S. 12: Mehmet; S. 16: Celt Studio; S. 29: WoGi;  
S. 36: Angelov; S. 45: VectorMine

**Nachdruck**

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

**Zuschriften**

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

**Haftungsausschluss**

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

**Bezugspreis**

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

**Haftungsbeschränkung für weiterführende Links**

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

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



erscheint wieder  
im Oktober



KASSENÄRZTLICHE  
VEREINIGUNG  
HESSEN

Sie finden uns im Internet unter:  
[www.kvhessen.de/aufdenpunkt](http://www.kvhessen.de/aufdenpunkt)