

AUF DEN
PUNKT.

Eröffnung der Ausstellung
„Systemerkrankung“:
Ärzte im Nationalsozialismus

■ SEITE 7

info.service – offizielle
Bekanntmachungen

■ HEFTMITTE

change

chance

**Neustart im Bundes-
gesundheitsministerium**

■ SEITE 11



Die Rundschreiben der KVH zu lesen lohnt sich immer!

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



Neustart im Gesundheitsministerium



AKTUELLES

- Mit großen Erwartungen – Dialog statt Alleingänge 4
- „Schweigen Sie nicht!“ 7
- Netzwerken, austauschen und Themen setzen 9

TITELTHEMA

- Neustart im Gesundheitsministerium 11
- Politischer Aufstieg mit Bodenhaftung 12
- Warken setzt auf Miteinander 14
- Fehldiagnose verpflichtendes Primärarztssystem 17
- Interview Dr. Pauls 20

GUT INFORMIERT

- ePA-Update: Was aktuell wichtig ist 24
- KBV erweitert #Praxenland-Kampagne 25

- Komplexversorgung für psychisch schwer kranke Kinder startet 26
- Diagnose per Video 28
- „Die Vorteile liegen auf der Hand“ 30

QUALITÄT

- Tatort Hygienetag 34
- Qualität im Fokus 36

VERANSTALTUNGEN

- Noch wenige freie Plätze 39

PRAXISTIPPS

- Wie war das? 42

SERVICE

- Ihr Kontakt zu uns 43
- Impressum 43

Gesucht: die eierlegende Wollmilchsau

Sehr geehrte Damen und Herren,
liebe Kolleginnen und Kollegen,

im Koalitionsvertrag haben Union und SPD sich auf die Einführung eines verbindlichen Primärarztsystems festgelegt. Damit will die Politik die Voraussetzungen für eine schnellere Terminvergabe bei Fachärzten schaffen, indem Haus- und Kinderärzte in der HzV und im Kollektivvertrag als Lotsen fungieren. Dies verbindlich im Rahmen einer primärärztlichen Versorgung, von deren Vermittlung die Augenheilkunde und die Gynäkologie ausgenommen sind. Und für Chroniker kündigen die Koalitionäre an, geeignete Lösungen zu erarbeiten.

Das Primärarztsystem ist also nun der Stein der Weisen, der das komplette deutsche Gesundheitswesen von jeglicher – und vor allem der finanziellen Malaise – befreit. Denn, so war aus der entsprechenden Arbeitsgruppe zu hören, die die jeweiligen Passagen für den Koalitionsvertrag beisteuerte, die Primärversorgung soll vor allem auch Geld sparen. Und das nicht zu knapp. Von zwei Milliarden Euro per anno war zu hören. Und wer sich nun fragt, wo dieser Betrag herkommt, dem kann geholfen werden. Die Überlieferung schreibt diese Zahl dem ausgeschiedenen Bundesgesundheitsminister zu. Nun, Ihnen dürfte recht klar sein, was wir von der Belastbarkeit von Aussagen aus eben dieser Quelle halten. Aber zusammen mit der behaupteten Einsparung macht es die Patientensteuerung in der angedachten Form zu einer eierlegenden Wollmilchsau. Denn sie soll schnelle Termine garantieren. Sie soll steuern, das aber bei weiterhin freier Arztwahl. Und sie soll viel Geld sparen.

Jetzt ist es ja nicht so, dass wir als KV Steuerung nicht auch für wichtig und richtig halten. Wir tun dies in einem Bundesland, in dem die HzV blendend funktioniert und weiteren Zuwachs vertragen kann. Und wir tun dies in einem Land, in dem wir gerade in der Notfallversorgung in den letzten Jahren mit dem SaN-Projekt und dem Gemeinsamen Tressen bundesweit Leuchttürme in Sachen Steuerung



auf den Weg gebracht haben. Aber eben dort, wo es notwendig ist. Nämlich bei der unkoordinierten Inanspruchnahme eines unselektierten Patientengutes, kurz: in der Notfallversorgung. Dort haben wir ein großes Problem, dort sollte die Politik nun als Erstes ansetzen. Und nicht bei über 90 Prozent der Patienten, die sich auch ohne Steuerung gut und angemessen in unserem System bewegen.

Wir werden unsere Gespräche mit der Politik nutzen, um die Dinge in diese Richtung zu bewegen. Und hoffen darauf, dass die Einsicht größer sein wird als das Beharren auf das geschriebene Wort im Koalitionsvertrag. Denn funktionieren dürfte das an dieser Stelle so nicht.

Mit kollegialen Grüßen
Ihre

Frank Dastych

Vorstandsvorsitzender

Armin Beck

stellv. Vorstandsvorsitzender

Möchten ihre gute Zusammenarbeit fortsetzen: Armin Beck, Frank Dastych, Diana Stolz und Dr. Klaus-Wolfgang Richter (v. l.)



Mit großen Erwartungen – Dialog statt Alleingänge

Die Vertreterversammlung der KVH setzt klare Signale Richtung Bundespolitik. Der Fokus liegt auf Dialogbereitschaft, sachorientierter Gesundheitsreform und einer deutlichen Positionierung zum geplanten Primärarztssystem.

Mit Spannung wurde der Besuch von Hessens Gesundheitsministerin Diana Stolz auf der Vertreterversammlung der KVH am 10. Mai 2025 erwartet. Zum ersten Mal nahm sie an einer Sitzung des höchsten Gremiums der KVH teil. In ihrer Rede sprach sie unter anderem über die Zusammenarbeit mit der KVH, die Erwartungen an die neue Bundesregierung und insbesondere an Bundesgesundheitsministerin Nina Warken. Ihr Auftritt wurde von den Anwesenden als Signal für einen möglichen Neuanfang in der Zusammenarbeit zwischen Bundes- und Landesebene wahrgenommen.

ANGEBOT ZUM DIALOG

Frank Dastych, Vorstandsvorsitzender der KVH, äußerte sich betont optimistisch: „Wir freuen uns auf die neue Bundesgesundheitsministerin und ihren durchaus sehr positiven Aufschlag.“ Er verwies auf Warkens Vita als parlamentarische Geschäftsführerin der CDU/CSU-Bundestagsfraktion, ihre Herkunft aus einem ländlich geprägten Wahlkreis in Baden-Württemberg und die damit verbundene Nähe zu den Versorgungsthemen im ländlichen Raum. Ihre ersten Äußerungen zur Gesundheitspolitik – vor allem das klare Angebot zum Dialog – seien viel-

versprechend. Dastych rief dazu auf, dieses Signal aufzugreifen: „Wir als KV-System sollten in jedem Fall ein Gesprächsangebot nach Berlin senden.“ Er betonte, wie wichtig es sei, die Versorgungskompetenz der Selbstverwaltung einzubringen und gemeinsam mit dem Ministerium unter anderem an der Stärkung der Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung zu arbeiten.

HESSEN SETZT BEI AMBULANTISIERUNG AUF EIGENE DATEN

Diana Stolz unterstrich in ihrer Rede die enge und verlässliche Zusammenarbeit mit der KVH. Bereits in ihrer Zeit als Gesundheitsdezernentin habe sie die KVH als engagierten Partner in der hessischen Gesundheitspolitik erlebt. Sie würdigte insbesondere deren Rolle beim Aufbau des hessischen Gesundheitsnetzes, um die Umsetzung der Krankenhausreform bestmöglich vorzubereiten, und in Modellprojekten wie dem Medibus, dem SaN-Projekt oder dem Gemeinsamen Tresen. Für sie sei klar: Ohne einen starken ambulanten Sektor sei keine zukunftsfähige Gesundheitsversorgung denkbar. Ambulantisierung müsse allerdings „sinnvoll gesteuert und ausfinanziert sein – mit evidenzbasierten Daten“. Dabei habe sich Hessen bewusst von den rein bundespolitischen Ansätzen abgesetzt und auf eigene Erhebungen zur Versorgungsrealität verlassen. Stolz geht in der Zusammenarbeit mit der neuen Bundesministerin von einem partnerschaftlichen und lösungsorientierten Kurs aus. Der Stil unter der alten Bundesregierung sei in der Gesundheitspolitik geprägt gewesen von fehlender Einbindung der Akteure vor Ort.

Inhaltlich dominierten zwei Themen die Debatte: das geplante Primärarztssystem der Bundesregierung und die Neuordnung der stationären Versorgung. Beide Reformvorhaben stehen exemplarisch für den Kurswechsel, den die KVH anmahnt: weg von zentralistischen Vorgaben, hin zu dialogorientierter Politik mit Praxisbezug. Die Einführung eines verpflichtenden Primärarztsystems, wie es im Koali-

tionsvertrag angekündigt wurde und von Ministerin Warken unterstützt wird, sieht die KVH kritisch. Zwar verfolgt das Modell das Ziel, Patienten durch eine klarere Steuerung zielgerichteter in die Versorgung zu führen. In ihrer Antrittsrede hatte Warken betont, das System solle Hausärztinnen und Hausärzten mehr Zeit am Patienten ermöglichen und gleichzeitig für Entlastung durch weniger Bürokratie sorgen. Doch aus Sicht der KVH bleiben viele zentrale Fragen bislang unbeantwortet.

PRIMÄRARZTSYSTEM – VIELE OFFENE FRAGEN

Armin Beck, hausärztlicher Vorstand der KVH, warnte vor einer Überlastung der Primärversorgung: „Was steht im Koalitionsvertrag? Da steht eine primärärztliche Steuerung durch die gesamte hausärztliche Ebene drin, die kinderärztliche Ebene und die gynäkologische Ebene. Das sind die drei Fachgruppen, die die eigentliche Patientensteuerung übernehmen.“ Alle Patientinnen und Patienten sollten demnach primär einen dieser drei Fachbereiche aufsuchen, um eine sogenannte „qualifizierte und überprüfbare Überweisung“ zu erhalten. „Damit haben wir schon zwei Worte, die mir Sorgen machen: überprüfbar und qualifiziert“, so Beck. Die Berechnungen des Zentralinstituts (ZI) zeigen, was das für die Praxen bedeuten könnte: zwischen 500 und 1.700 zusätzliche Fälle pro Quartal und Praxis. „Ich kenne ganz viele Kolleginnen und Kollegen, für die wäre das problematisch.“ Für Beck ist klar: „Viele Fragen sind aus meiner Sicht noch überhaupt nicht geklärt. Wir warten ab, was wirklich kommt.“

Gleichzeitig verwies Beck auf die konstruktiven Ansätze, die in Hessen bereits Realität sind – etwa im Bereich der digitalen Versorgungsmodelle. Besonders hervor hob er die kinderärztliche Videosprechstunde der KVH, ein Projekt, das seit seiner Einführung kontinuierlich an Bedeutung gewinnt. „Die Fallzahlen steigen“, berichtete Beck. „Zum 1. Oktober 2025 geht die Videosprechstunde in die Regel-



ZUKÜNFTIG PARTNERSCHAFTLICH UND LÖSUNGSORIENTIERT

Der Stil unter der alten Bundesregierung sei in der Gesundheitspolitik geprägt gewesen von fehlender Einbindung der Akteure vor Ort.

versorgung. Dann wird es auch eine eigenständige Dienstgruppe der Kinderärzte geben.“ Hessen ist damit das erste Bundesland, das parallel zu den Zeiten des Ärztlichen Bereitschaftsdienstes eine landesweite kinderärztliche Videosprechstunde anbietet – mit EBM-Abrechnung. Beck würdigte das Projekt als „ein echtes Vorzeigeprojekt in ganz Deutschland“ und dankte allen Beteiligten, insbesondere mit Blick auf die technische Umsetzung: „Dass die Videosprechstunde im Homeoffice möglich ist, war immer ein Wunsch. Jetzt ist es tatsächlich umsetzbar.“

Auch Diana Stolz verwies auf die zentrale Bedeutung einer intelligenten Steuerung. Sie betonte, dass Hessen bereits eigene Modelle zur sektorenübergreifenden Versorgung entwickelt habe. Entscheidend sei, dass Doppelstrukturen vermieden und Ressourcen gezielt eingesetzt würden – und zwar gemeinsam mit der KVH als kompetenter Partnerin.

WARKEN MUSS SCHWÄCHEN DER KRANKENHAUSREFORM AUFARBEITEN

Die Krankenhausreform, ein weiteres Großprojekt der Bundesregierung, wurde sowohl von Stolz als auch Dastych als dringend erforderlich bezeichnet. Diese sei aber von der alten Bundesregierung unzu-

reichend umgesetzt worden. Stolz nannte es richtig und wichtig für die Länder, dass der Bund nunmehr beim Gesetz nachsteuern werde.

Diana Stolz betonte, dass man die Reform in Hessen als sektorübergreifendes Projekt denke, in dem ambulanter Bereich, stationäre Versorgung, Rettungsdienst und öffentlicher Gesundheitsdienst zusammengedacht würden. Die Einrichtung von Gesundheitskoordinatorinnen und -koordinatoren in allen hessischen Landkreisen sei Ausdruck dieses pragmatischen Ansatzes, um die engere Zusammenarbeit aller Beteiligten zu etablieren.

Dastych sprach in Bezug auf die Krankenhausreform des Bundes von einer „bisher überschaubaren Bilanz“. Nun liege es an der neuen Bundesregierung und an Ministerin Warken, Strukturen aufzubauen und ein tragfähiges, praxistaugliches Konzept zu entwickeln.

KVH IST IMPULSGEBER

Am Ende der Veranstaltung stand eine klare Botschaft: Die KVH ist bereit, den eingeschlagenen Weg des Dialogs konsequent fortzusetzen – auf Landes- wie auf Bundesebene. Sie nimmt das Angebot von Nina Warken zur Zusammenarbeit ernst und stellt eigene Lösungsvorschläge in den Mittelpunkt. Gleichzeitig warnt sie davor, politische Projekte ohne Beteiligung der Praktiker umzusetzen. Die KVH versteht sich nicht als Bremser, sondern als Impulsgeber. Die Vertreterversammlung machte deutlich: Wer Gesundheitsversorgung ernsthaft verbessern will, kommt an der Expertise der Kassenärztlichen Vereinigungen nicht vorbei. Die neue Bundesregierung ist nun am Zug.

ALEXANDER KOWALSKI



Diana Stolz verwies auf die zentrale Bedeutung einer intelligenten Patientensteuerung

„Schweigen Sie nicht!“

Die Wanderausstellung „Systemerkrankung“ beleuchtet die dunkle Rolle der Ärzteschaft im Nationalsozialismus. Vom 3. bis 26. Juni 2025 war sie bei der KVH in Frankfurt zu Gast. In Erinnerung bleibt insbesondere die Vernissage mit einem überaus bewegenden Vortrag der Holocaust-Überlebenden Eva Szepesi.

Selten zuvor hat das Foyer der KVH eine solche Stille erlebt. Es ist der 2. Juni 2025, und die KVH eröffnet eine Ausstellung, die tiefe Wunden in der Geschichte der deutschen Ärzteschaft offenlegt: „Systemerkrankung. Arzt und Patient im Nationalsozialismus“. Die Wanderausstellung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) ist das Ergebnis einer mehrjährigen, akribischen Forschungsarbeit des Zentrums für Antisemitismusforschung der Technischen Universität Berlin. Sie beleuchtet, wie die Ärzteschaft und ihre Standesorganisationen, darunter die Kassenärztliche Vereinigung Deutschlands (KVD) als Vorgängerorganisation der KBV, im Nationalsozialismus zu Tätern wurden – und wie das Gesundheitssystem selbst zu einem Werkzeug der Unmenschlichkeit pervertierte.

EINE UNGESCHÖNTE AUFARBEITUNG

Der Titel „Systemerkrankung“ ist dabei Programm und verdeutlicht, wie tiefgreifend die ideologischen Verwerfungen des deutschen Gesundheitswesens

ab 1933 waren. Es ist eine ungeschönte Aufarbeitung der Rolle der Ärzte bei Zwangssterilisationen, den sogenannten „Euthanasie“-Morden und menschenverachtenden Experimenten. Ein Forschungsprojekt, das auf einen Beschluss der KBV-Vertreterversammlung aus dem Jahr 2018 zurückgeht und unter dem Titel „KBV übernimmt Verantwortung“ initiiert wurde, um die eigene dunkle Vergangenheit schonungslos zu beleuchten.

Die Vernissage war ein Ereignis, das in der Geschichte der KVH wohl einmalig war und in den Köpfen der Anwesenden noch lange nachhallen wird. KVH-Geschäftsführer Jörg Hoffmann, der durch den Abend führte, brachte es auf den Punkt: „Eine vergleichbare Veranstaltung gab es in der KVH noch nie – und wird es so schnell wohl auch nicht wieder geben.“

EVA SZEPESI RÜHRT ZU TRÄNEN

Der emotionale Höhepunkt des Abends war zweifellos die Rede von Eva Szepesi. Als die heute





Eva Szepesi, Diana Stolz und Frank Dastych (v. l.) waren sich in ihrer Botschaft einig: Eine „Systemerkrankung“ darf nie wieder passieren

92-jährige Holocaust-Überlebende, die seit 1954 in Frankfurt am Main lebt, zu sprechen beginnt, ist es still. Sehr still. Ihre Geschichte – die Trennung von der Familie, das Abschneiden ihrer geliebten Zöpfe, die eintätowierte Häftlingsnummer A26877 auf ihrem Unterarm – geht den rund 100 Gästen unter die Haut. Viele haben Tränen in den Augen, als sie schildert, wie sie als Zwölfjährige im KZ Auschwitz-Birkenau dem Tod näher war als dem Leben und nur knapp von der Roten Armee gerettet wurde. Ihr eindringlicher Appell: „Mischen Sie sich ein, wenn Ihnen Antisemitismus begegnet. Schweigen Sie nicht“, ist nicht nur eine Mahnung, sondern auch ein Weckruf.

DEN ETHISCHEN KOMPASS VERLOREN

Die Worte Szepesis bildeten den bewegenden Auftakt zu einer Reihe nachdrücklicher Botschaften. Frank Dastych, Vorstandsvorsitzender der KVH, erinnerte daran, dass viele Ärztinnen und Ärzte in der NS-Zeit ihren ethischen Kompass verloren und ihre Werte aufgaben. „Das darf nie wieder passieren“, betonte er. Die Ausstellung zeige eindrücklich, wie Antisemitismus als schleichendes Gift alle gesellschaftlichen Bereiche durchdringen könne – auch die Medizin. Es gelte, wachsam zu bleiben und als Ärzteschaft heute klare Haltung zu zeigen. Auch Hessens Gesundheitsministerin Diana Stolz unterstrich

die historische Verantwortung der Medizin. Entgegen ihres hippokratischen Eides hätten viele Ärztinnen und Ärzte zur Umsetzung des nationalsozialistischen Unrechtssystems beigetragen; in Hessen war über die Hälfte von ihnen Mitglied der NSDAP.

Die Ausstellung, konzipiert vom Historiker und Kurator Dr. Ulrich Prehn vom Zentrum für Antisemitismusforschung der TU Berlin, dokumentiert auf 20 Bannern und einer Multimediastation, wie eng ärztliches Handeln und die damalige KVD mit dem NS-System verflochten waren. Alle Redner waren sich einig: „Systemerkrankung“ ist ein wichtiger Beitrag zur Erinnerung und ein Weckruf für die Gegenwart.

RAHMENPROGRAMM RUNDET AUSSTELLUNG AB

Das besondere Rahmenprogramm zur Ausstellung hat diese Botschaft eindrucksvoll verstärkt und die Auseinandersetzung mit dem schwierigen Thema vertieft. Alle vier von der KVH organisierten Veranstaltungen waren außergewöhnlich interessant und sehr gut besucht. Hans Riebsamen, ehemaliger FAZ-Redakteur, und Rafael Herlich, Publizist und Chronist jüdischen Lebens in Deutschland, begeisterten mit ihrer Autorenlesung „Nie gefragt – nie erzählt. Das vererbte Trauma in den Familien der Holocaust-Überlebenden“. Prof. Volker Roelcke vom Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin der Justus-Liebig-Universität Gießen bot mit seinem Vortrag „Medizin im Nationalsozialismus“ tiefgehende Einblicke in die Mechanismen der Verbrechen. Dr. Harro Jenss, Gastroenterologe und Buchautor sowie Initiator des Projekts „Gegen das Vergessen“, präsentierte sein Erinnerungsprojekt „Gegen das Vergessen. Jüdische Gastroenterolog*innen 1933–1945 – Das Erinnerungs-Projekt der DGVS“. Abgerundet wurde das Programm durch Dr. Christoph Webers ärztliche Führung durch die Wanderausstellung, die den Mitarbeitenden der KVH eine besondere Perspektive eröffnete.

Die Wanderausstellung „Systemerkrankung“ und ihr Begleitprogramm in der KVH waren somit nicht nur eine historische Aufarbeitung, sondern ein starkes Zeichen für die Gegenwart. Sie haben eindringlich daran erinnert, dass die Wachsamkeit gegenüber jeder Form von menschenverachtender Ideologie eine ständige Aufgabe ist.

ALEXANDER KOWALSKI



Netzwerken, austauschen und Themen setzen

Mit einer klaren Botschaft reiste die KVH zum diesjährigen Hessenfest in die Hauptstadt der Republik. Im Fokus stand die innovative Patientensteuerung im Land.

„Patientensteuerung in der Notfallreform: Hessen vorn!“ – mit dieser klaren Botschaft reiste die KVH zum diesjährigen Hessenfest in Berlin. Die hessische Landesvertretung in Deutschlands Hauptstadt hatte am 9. Juli 2025 über 2.500 Gäste aus Politik, Wirtschaft, Kultur und Gesellschaft eingeladen. „Das Hessenfest bietet jedes Jahr aufs Neue eine gute Möglichkeit, unsere Interessen und Anliegen an den richtigen Stellen zu platzieren. Es entsteht jedes Jahr ein guter und wichtiger Austausch“, sagt Armin Beck, stellvertretender Vorstandsvorsitzender der KVH. Im Fokus stand in diesem Jahr die Patientensteuerung in der Notfallversorgung in Hessen. Durch das Erfolgsmodell „Gemeinsamer Tresen“ hat sich eben diese Patientensteuerung dort enorm verbessert, wo es solche Gemeinsamen Tre-

sen bereits gibt. Durch engere Zusammenarbeit zwischen Notfallaufnahme und Ärztlichem Bereitschaftsdienst (ÄBD) haben sich beispielsweise die Fallzahlen im varisano Klinikum in Frankfurt-Höchst, wo 2017 der erste Gemeinsame Tresen bundesweit eröffnet wurde, halbiert. „Wir in Hessen sind Vorreiter, wenn es um innovative und effiziente Ideen der verbesserten Patientensteuerung in der Notfallversorgung geht. Darauf können wir sehr stolz sein. Jetzt geht es aber darum, bestehende Innovationen zu festigen und diese Strukturen weiter auszubauen“, so Beck.

RHEIN, WARKEN UND STOLZ IM GESPRÄCH

Ein echter Hingucker in der Pagode der KVH in diesem Jahr? Eine Gucklochwand, die die Zusammen-



arbeit am Gemeinsamen Tresen darstellte. Egal ob Hessens Ministerpräsident Boris Rhein (CDU), Hessens Gesundheitsministerin Diana Stolz (CDU) oder die neue Bundesgesundheitsministerin Nina Warken (CDU) – alle fanden den Weg zum Zelt der KVH und tauschten sich dort über aktuelle gesundheitspolitische Themen aus.

Ein Foto hinter der Gucklochwand durfte da natürlich nicht fehlen. Auch Bundeskanzler Friedrich Merz (CDU) und Bundestagspräsidentin Julia Klöck-

ner (CDU) gaben sich die Ehre und eröffneten die Feierlichkeiten beim obligatorischen Fassenstich.

„Wir können mit dem Hessenfest in diesem Jahr sehr zufrieden sein. Wir hatten die Chance, ein wirklich wichtiges Thema zu setzen. Auch mit anderen relevanten Personen aus Kultur, Wirtschaft und Politik konnten wir in den Austausch treten und netzwerken“, zieht Beck ein durchweg positives Fazit.

THORBEN OBERHAG



Patientensteuerung im Fokus: In vielen Gesprächen konnten Armin Beck (l.), stellvertretender Vorstandsvorsitzender der KVH, und KVH-Geschäftsführer Jörg Hoffmann (2. v. l.) ihre Themen setzen



Durch die Gucklochwand schauten nicht nur Bundesgesundheitsministerin Nina Warken (CDU) (r.) und Hessens Gesundheitsministerin Diana Stolz (CDU)



Bundeskanzler Friedrich Merz (l.) und Bundestagspräsidentin Julia Klöckner (CDU) unterstützten Hessens Ministerpräsident Boris Rhein (CDU) beim Fassenstich



Gesundheitspolitische Themen an der richtigen Adresse: Auch Bundesgesundheitsministerin Nina Warken (2. v. r.) (CDU) und Hessens Gesundheitsministerin Diana Stolz (r.) (CDU) kamen zum Gespräch ans KVH-Zelt



Neustart im Bundesgesundheitsministerium

Das Gesundheitswesen steht vor einem Neustart – mit neuer Ministerin, neuem Kurs und alten Problemen. Im Zentrum der Reformdebatte: die Patientensteuerung als Schlüssel zu mehr Effizienz und besserer Versorgung.

Mit dem Amtsantritt der neuen Bundesgesundheitsministerin Nina Warken (CDU) beginnt für das deutsche Gesundheitswesen eine Phase der Neujustierung. Die Erwartungen sind groß – nicht nur wegen des politischen Wechsels an der Spitze, sondern auch aufgrund der strukturellen Herausforderungen, die sich immer deutlicher abzeichnen. Die Versorgung ist lückenhaft, die Wartezeiten auf Facharzttermine steigen, und das System droht vielerorts unter dem Druck von Personalmangel, Überlastung und Ineffizienz zu kollabieren.

Ein zentrales Stichwort in der aktuellen Reformdebatte lautet: Primärarztssystem. Künftig sollen Patientinnen und Patienten zunächst verpflichtend eine hausärztliche Praxis aufsuchen, bevor sie eine Facharztbehandlung erhalten – eine Art „Lotsenfunktion“, die Versorgung besser steuern und Ressourcen gezielter einsetzen soll. Was in vielen europäischen Ländern längst Praxis ist, gilt hierzulande noch als sensibles Reformvorhaben. Kritiker warnen vor bürokratischer Gängelung, Befürworter sehen darin den einzigen möglichen Weg aus der Überlastung. Nina Warken als neue Gesundheitsministerin steht vor einem System in desolatem Zustand und damit vor einer großen Herausforderung. Auf dem 129.

Deutschen Ärztetag in Leipzig hatte sie ihren ersten großen Auftritt vor der Ärzteschaft (mehr dazu auf Seite 14). Nina Warken präsentierte sich bisher als dialogfreudige und bodenständige Diplomatin, der es vor allem darum geht, das System besser zu steuern und zu vereinfachen. Aber eine Sache ist klar: Visionen reichen nicht. Das sieht wohl auch Dr. Thomas Pauls, Mitglied im Ausschuss für Gesundheit des Bundestags, so, der im Interview mit AufdenPUNKT. darstellt, welche Chancen er in der Digitalisierung und Patientensteuerung für die Versorgungsqualität sieht (Seite 20). Aber kann eine vermeintlich bessere Steuerung der Patientinnen und Patienten über das Primärarztssystem die Qualität der Versorgung wirklich sichern, Ressourcen gezielter einsetzen und das Gesundheitssystem effizienter machen? Dazu bezieht auch Frank Dastych, Vorstandsvorsitzender der KVH, Stellung (Seite 17). Das Gesundheitsministerium muss nun zeigen, ob es den politischen Willen und die fachliche Klarheit besitzt, ein System mit echter Patientenzentrierung, effizienter Ressourcensteuerung und digitaler Unterstützung neu aufzusetzen. Im Mittelpunkt steht die Frage: Wie kann Versorgung gelingen – heute und in Zukunft?

KATHARINA SAUERBIER

Politischer Aufstieg mit Bodenhaftung

Bis zu ihrer Ernennung als Bundesgesundheitsministerin war Nina Warken außerhalb politischer Fachkreise kaum bekannt. Umso größer ist nun die Aufmerksamkeit, mit der ihr Amtseintritt verfolgt wird. Juristin, Mutter, Ministerin – wer ist die neue Spitze des Gesundheitsministeriums?

Nina Warken hat die
Hausleitung im Bundes-
gesundheitsministerium
übernommen

Am 6. Mai 2025 übernahm Nina Warken (CDU) das Bundesministerium für Gesundheit im Kabinett von Bundeskanzler Friedrich Merz. Sie tritt damit die Nachfolge von Karl Lauterbach (SPD) an – und steht nun vor einer ihrer bislang größten politischen Herausforderungen. Die Erwartungen an die neue Ministerin sind hoch: Das Ministerium braucht eine klare Führung, verlässliche Kommunikation und politische Gestaltungsstärke. Kann Nina Warken das leisten?

HEIMATVERBUNDEN UND BODENSTÄNDIG

Nina Warken wurde am 15. Mai 1979 im baden-württembergischen Bad Mergentheim geboren. Aufgewachsen ist sie in Tauberbischofsheim, wo sie auch heute mit ihrer Familie lebt. Die Juristin ist verheiratet mit dem Rechtsanwalt Sebastian Warken und Mutter von drei Söhnen. Sie gilt als bodenständig, tief in ihrer Heimat verwurzelt und gesellschaftlich stark engagiert – unter anderem im Rotary-Club, in der Bürgerstiftung, im Kuratorium des Theodor-Heuss-Hauses sowie im Verwaltungsrat der Johannes-Diakonie.

Nach dem Abitur 1998 am Matthias-Grünewald-Gymnasium in Tauberbischofsheim studierte Warken Rechtswissenschaften an der Universität Heidelberg. Sie legte 2002 ihr Erstes juristisches Staatsexamen ab, war anschließend am Landgericht Mosbach als Rechtsreferendarin tätig und bestand 2005 das Zweite Staatsexamen. Seit 2006 ist sie als Rechtsanwältin mit Schwerpunkt im Verwaltungs-, Sozial- und gewerblichen Recht zugelassen.

ERFAHRUNG UND ENGAGEMENT

Politisch aktiv ist Nina Warken seit ihrer Jugend. Von 1999 bis 2014 war sie Mitglied der Jungen Union und ab 2002 auch Mitglied der CDU. In ihrer Parteikarriere bekleidete sie mehrere Ämter, darunter den stellvertretenden Bundesvorsitz der Jungen Union. Kommunalpolitisch engagierte sie sich von 2004 bis 2024 im Stadtrat von Tauberbischofsheim – zwanzig Jahre ehrenamtliche Lokalpolitik, die ihr das politische Rüstzeug und die Nähe zu Bürgerinnen und Bürgern mitgegeben haben dürfte.

Auf Bundesebene zog Warken erstmals 2013 über die Landesliste in den Bundestag ein. Zwar musste sie 2017 aufgrund eines Listenplatzes ausscheiden,

kehrte jedoch 2018 über das Nachrückverfahren zurück, als Stephan Harbarth zum Bundesverfassungsgericht wechselte. Seither ist sie ununterbrochen Mitglied des Bundestags und war unter anderem im Innen- und Rechtsausschuss aktiv.

Ein Höhepunkt ihrer parteiinternen Karriere war ihre Ernennung zur stellvertretenden Vorsitzenden des Kuratoriums der Stiftung Forum Recht in Karlsruhe. Im Sommer 2024 wurde sie zudem in den Landesvorstand der THW Landesvereinigung Baden-Württemberg e.V. gewählt und übernahm Ende 2023 sogar dessen Präsidentschaft.

FÜHRUNGSSTIL

Warken gilt als sachlich, dialogorientiert und lösungsfokussiert. In der CDU wird sie für ihre verbindliche Art geschätzt, ihre Fachlichkeit als Juristin und ihre Fähigkeit, Brücken zwischen unterschiedlichen politischen Lagern zu bauen. Sie ist keine Lautsprecherin, sondern eine strategisch denkende Netzwerkerin, die in Ausschüssen und Arbeitsgruppen durch ruhige, aber konsequente Arbeit auffällt. Ihre Berufung in das Gesundheitsressort wurde parteiübergreifend als Zeichen für einen Neuanfang mit fachlicher Kompetenz gedeutet.

NEUE AUFGABEN, ALTE PROBLEME

Das Gesundheitsministerium steht vor enormen Herausforderungen: die Finanzierung des Gesundheitssystems, der demografische Wandel, der Fachkräftemangel in der Pflege, der Reformbedarf bei der Krankenhausstruktur sowie die Digitalisierung von Gesundheitsdaten. Hinzu kommt die politische Aufgabe, das Vertrauen der Bevölkerung in die Gesundheitspolitik wieder zu stärken. Nina Warken bringt die nötige juristische Fachkenntnis, kommunalpolitische Erfahrung und parteipolitische Vernetzung mit, um das Gesundheitsressort in ruhigeres Fahrwasser zu führen. Ob sie auch die nötige Durchsetzungskraft besitzt, um tiefgreifende Reformen auf den Weg zu bringen, wird sich zeigen. Eines aber ist sicher: Die Erwartungen an die neue Ministerin sind ebenso groß wie die Aufgaben, die vor ihr liegen.

KATHARINA SAUERBIER



Warken setzt auf Miteinander

Bundesgesundheitsministerin Nina Warken setzt auf einen Neuanfang. Ihre mit Spannung erwartete Rede beim Deutschen Ärztetag gab erstmals Aufschluss über ihren politischen Kurs – und weckt Hoffnung auf ein besseres Miteinander mit den Leistungserbringern.

Karl Lauterbach, Warkens Vorgänger im Amt, ist Geschichte. Und mit ihm eine Politik, die die ambulante Versorgung weitgehend ignorierte und die Praxen gar wirtschaftlich unter Druck setzte. Ein Dialog mit den Kassenärztlichen Vereinigungen? Fehlanzeige. Lauterbachs Alleingänge und die Missachtung der Expertise der Institutionen im Gesundheitswesen führten zu einer mehr als ernüchternden Bilanz. Auch bei der KVH stieß dieser Kurs auf wenig Gegenliebe. Nun aber weht ein anderer Wind. Nina Warken, die neue Bundesgesundheitsministerin, verspricht einen Paradigmenwechsel: Dialog und Zusammenarbeit auf Augenhöhe.

NEUER WIND IM MINISTERIUM

Warkens Antrittsrede in Leipzig war ein klares Signal. Sie betonte die Notwendigkeit einer guten Kommunikation und Zusammenarbeit mit allen Akteuren im Gesundheitswesen. „Es ist mir ernst damit“, versicherte Warken und hob hervor, dass der Austausch mit den Praktikern entscheidend sei, „denn sie erleben täglich, wo es nicht rundläuft in der Versorgung“. Dies steht im krassen Gegensatz zur Politik ihres Vorgängers, der den Dialog kaum suchte. Die KVH, die sich stets für eine stärkere Einbindung der Selbstverwaltung starkgemacht hat, hat diese Ankündigung mit Erleichterung aufge-

nommen. Warken setzt auf eine neue Vertrauenskultur und will gemeinsam an Lösungen arbeiten – ein Ansatz, den die KVH seit Langem fordert und proaktiv angeboten hat.

BÜROKRATIE: WARKEN KÜNDIGT SCHRITTE AN

Eines der drängendsten Probleme in den Praxen ist die überbordende Bürokratie. Hier zeigte Warken Verständnis und kündigte konkrete Schritte an. „Ich rede normalerweise nicht so gerne über Bürokratieabbau, weil es immer ein gewisses Augenrollen verursacht, aber es ist mir ernst damit“, so die Ministerin. Geplante Maßnahmen reichen von der Einführung einer Bagatellgrenze bei Regressprüfungen bis zur Vereinfachung von Verwaltungsverfahren. Die KVH und die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) haben wiederholt darauf hingewiesen, dass die Praxen jährlich bis zu zwei Monate allein mit bürokratischem Aufwand verbringen – Zeit, die für die Patientenversorgung fehlt. Die Forderung der KVH ist klar: eine deutliche Entlastung, um die ambulante Versorgung nachhaltig zu stärken. Warkens Bekenntnis, Anregungen aus der Selbstverwaltung aufzugreifen, lässt hier auf konkrete Verbesserungen hoffen.

PATIENTENSTEUERUNG UND PRIMÄRARZTSYSTEM

Die zielgerichtete Patientensteuerung durch ein verbindliches Primärarztssystem ist ein zentrales Vorhaben der Koalition. Warken sieht die Hausarztpraxis als „regelhaft erste Ansprechstelle mit einer beschleunigten Terminvermittlung zur fachärztlichen Weiterbehandlung“. Ziel sei eine gute, verlässliche Versorgung aus einer Hand, die Doppeluntersuchungen und lange Wartezeiten vermeidet. Die KVH unterstützt grundsätzlich eine Patientensteuerung, warnt jedoch davor, dass die ohnehin bereits

am Limit arbeitenden Hausarztpraxen die zusätzliche Belastung nicht werden stemmen können. Warken betonte die Komplexität des Vorhabens und die Notwendigkeit, alle Beteiligten von Beginn an in den Reformprozess einzubeziehen: „Umdenken und Umlenken können nur gemeinsam gelingen.“ Dies ist ein wichtiges Signal an die Ärzteschaft, die eine übermäßige Steuerung oder Kapazitätsengpässe befürchtet.

KRANKENHAUSREFORM: QUALITÄT VOR ORT

Auch zur Krankenhausreform äußerte sich Warken. Sie bekräftigte die grundsätzliche Ausrichtung der Reform zur Verbesserung der Behandlungsqualität und zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung. Die Ministerin stellte klar, dass es nicht darum gehe, Krankenhäuser zu schließen, sondern die Qualität zu verbessern. „Und ja, dann kann es auch sein, dass für die spezialisierte planbare Operation eine längere Anfahrt nötig sein wird“, räumte sie ein. Die KVH fordert in diesem Zusammenhang eine konsequente Ambulantisierung und eine bessere Behandlungsqualität in den verbleibenden Krankenhäusern – bei gleichzeitig geringeren Kosten. Und sie erwartet eine bessere Verteilung der finanziellen und personellen Ressourcen zwischen ambulant und stationär. Warken versprach, die Reform weiterzuentwickeln und dabei den Dialog mit Ländern, Selbstverwaltungspartnern und Praktikern zu suchen. Mehr Kommunikation und Information sollen künftig Vertrauen schaffen.

DIGITALISIERUNG UND KI

Die Digitalisierung im Gesundheitswesen, insbesondere die elektronische Patientenakte (ePA), war unter Lauterbach ein Dauerthema der Kritik. Warken sieht hier große Chancen: „Die ePA schafft aber nicht nur für die Patientinnen und Patienten

BÜROKRATIE VS. VERSORGUNG

Die KVH und die KBV haben wiederholt darauf hingewiesen, dass Praxen jährlich bis zu zwei Monate mit bürokratischem Aufwand verbringen – Zeit, die für die Patientenversorgung fehlt.



Mehrwerte, sondern insbesondere auch für Sie in den Praxen.“ Sie betonte, dass die ePA versorgungsrelevante Informationen bündeln und die Medikationssicherheit verbessern könne. Trotz anfänglicher Schwierigkeiten in den Praxisverwaltungssystemen hält sie am Zeitplan fest und ermutigt die Praxen zur Nutzung: „Je mehr Sie die ePA nutzen, desto schneller wird sie Standard in der Praxis sein mit allen Vorteilen.“ Die KVH sieht die ePA grundsätzlich als sinnvolle Ergänzung – wenn sie tatsächlich einen Mehrwert für Patienten und Ärzte bietet und nicht, wie aktuell, nur zu einem Mehraufwand in den Praxen führt. Sie fordert zudem eine ePA, die nicht patientengeführt ist, damit Behandler tatsächlich einen schnellen Überblick über das medizinisch Wissenswerte bekommen können.

Auch Künstliche Intelligenz (KI) sieht Warken als Entlastungspotenzial für Praxen, etwa bei Bürokratie und Routinetätigkeiten. Sie will die Voraussetzungen für die schnelle Einführung guter KI-Lösungen in die Versorgung verbessern, unter Beachtung von Datensicherheit und Interoperabilität.

AUSBLICK: GEMEINSAM IN DIE ZUKUNFT

Nina Warken schloss ihre Rede mit einem Appell an die Ärzteschaft: „Lassen Sie uns die Aufgaben gemeinsam angehen, denn wir brauchen Reformen von allen Beteiligten.“ Sie betonte ihren Respekt vor dem täglichen Engagement der Ärzte und freut sich auf eine vertrauensvolle Zusammenarbeit, auch bei kritischen Punkten. Für die KVH und ihre Mitglieder bedeutet dies eine spürbare Veränderung im politischen Klima. Nach Jahren der Frustration scheint die neue Gesundheitsministerin bereit, zuzuhören und die Expertise der ambulanten Versorgung ernst zu nehmen. Ob diese Dialogbereitschaft tatsächlich zu den dringend benötigten Verbesserungen führt, wird die Zukunft zeigen. Die KVH wird den Kurs der Ministerin weiterhin aufmerksam begleiten und sich aktiv in die Gestaltung der Gesundheitsversorgung einbringen, um die Praxen zu stärken und die Patientenversorgung zukunftsfest zu machen.

ALEXANDER KOWALSKI



Sorgte mit seinem politischen Kurs der Alleingänge immer wieder für Kritik seitens der KVH: Karl Lauterbach, Warkens Vorgänger im Bundesgesundheitsministerium

Der Vorstand der KVH, Frank Dastych, hat sich das verpflichtende Primärarztssystem genau angesehen und sieht die Einführung überaus kritisch

Fehldiagnose verpflichtendes Primärarztssystem

Frank Dastych, Vorstandsvorsitzender der KVH, hat sich mit den Folgen eines verpflichtenden Primärarztssystems auseinandergesetzt. Die Pläne der Bundesregierung hält er für unrealistisch und in Deutschland nicht umsetzbar.

Die Bundesregierung strebt laut Koalitionsvertrag die Einführung eines verpflichtenden Primärarztssystems an. Versicherte sollen demnach künftig zunächst zwingend eine Hausarztpraxis aufsuchen müssen, bevor sie eine Facharztpraxis konsultieren dürfen. Ziel soll eine bessere Steuerung der Patientinnen und Patienten sein. Was in der Theorie vernünftig klingt, würde in der Praxis zu erheblichen Problemen führen. Meine Einschätzung ist eindeutig: Dieser Vorschlag ist weder realistisch umsetzbar noch zielführend.

VERSORGUNGSMANGEL TRIFFT VERSORGUNGSauftrag

Ein Blick auf Hessen zeigt: 4.183 Ärztinnen und Ärzte arbeiten in der hausärztlichen Versorgungsebene. 300 hausärztliche Sitze sind aktuell unbesetzt – Tendenz steigend. Der landesweite hausärztliche Versorgungsgrad liegt bei rund 92 Prozent, in ländlichen Regionen deutlich darunter, sodass in Hessen wie auch bundesweit eine unterschiedliche Hausarztichte besteht. Die Folge: Insbesondere in

strukturschwachen, ländlichen Regionen kann es zu längeren Wartezeiten, überlasteten Praxen und drohender Unterversorgung kommen. Ein verpflichtendes Primärarztssystem würde diese Situation zuspitzen. Wer den Zugang zur Fachärztin oder zum Facharzt an eine hausärztliche „Gatekeeper“-Funktion koppelt, muss auch sicherstellen, dass diese Funktion flächendeckend überhaupt erfüllt werden kann. Davon kann keine Rede sein.

Rund 900 Hausärztinnen und Hausärzte behandeln schon heute weit über 1.500 Fälle pro Quartal. Sie sind bereits hocheffizient organisiert und vielfach personell überdurchschnittlich ausgestattet. Zusätzliche Steuerungsaufgaben werden sie kaum stemmen können. Gleichzeitig arbeiten etwa 350 Praxen mit unter 300 Fällen pro Quartal. Dies erklärt sich zum Teil aus Zulassungsumfang oder der Praxisstruktur (z. B. Klinik-MVZen). Hier lässt sich weder Steuerungs- noch Versorgungspotenzial heben.

Lediglich 2.500 bis 3.000 Hausärzte könnten über-

haupt realistisch zusätzliche Steuerungsaufgaben übernehmen – zu wenig für ein flächendeckendes System. Gerade in ländlichen Regionen, wo der Bedarf hoch wäre, stehen diese Kapazitäten nicht zur Verfügung. Hinzu kommt: Bis 2030 werden in Hessen fast 1.000 Hausärzte altersbedingt ausscheiden. Bei gleichzeitig wachsender Bevölkerung, zunehmender Morbidität und dem Trend zur Teilzeittätigkeit wäre ein verpflichtendes Primärarztssystem nicht nur heute, sondern auch zukünftig nicht umsetzbar. Die Hausarztgarantie aus dem Koalitionsvertrag lässt sich unter diesen Bedingungen nicht mit einer Hausarztverpflichtung vereinbaren.

SYSTEMSTÄRKE STATT -BRUCH – UNSER GESUNDHEITSWESEN FUNKTIONIERT

Trotz aller Herausforderungen belegt das deutsche Gesundheitssystem im internationalen Vergleich nach wie vor einen Spitzenplatz. Bei Facharztterminen, Behandlungszugänglichkeit und Versorgungsqualität liegt Deutschland vielfach vorn. Eine pauschale Umstellung auf ein verpflichtendes Primärarztssystem würde funktionierende Versorgungsbereiche gefährden.

Fehlsteuerungen entstehen zudem weniger im vertragsärztlichen Bereich, sondern hauptsächlich in den Notaufnahmen der Krankenhäuser – mit überbordenden Aufnahmen trotz ambulanter Behandlungsfähigkeit. Die Zahlen des Gemeinsamen Trends im Klinikum Frankfurt-Höchst zeigen etwa 50 Prozent Fehlansprache mit anschließender Umsteuerung in das richtige, ambulante System.

Belastbare Statistiken zu angeblicher Fehlansprache im vertragsärztlichen Bereich? Fehlansprache. Deutschland zählt international zu den Ländern mit den kürzesten Wartezeiten auf Facharzttermine – deutlich schneller als viele Länder mit verpflichtendem Primärarztmodell.

FEHLENDE EVIDENZ UND DAS AUSLAND ALS FALSCHES VORBILD

In vielen europäischen Ländern gibt es Primärarztssysteme mit verpflichtendem Hausarztkontakt. Doch diese Systeme sind historisch gewachsen, strukturell anders aufgebaut und deutlich anders finanziert. Ihre Übertragung auf Deutschland wäre ein Systembruch – ohne klaren Nutzen. Studien zeigen,

dass weder Wartezeiten auf Facharzttermine sinken noch die Zufriedenheit der Menschen mit dem Gesundheitssystem steigt oder Arzneimittelausgaben signifikant reduziert werden. Im Gegenteil, gerade das Vereinigte Königreich als „Mutterland“ des Primärarzt-systems kämpft mit Überlastung, Wartezeit und Unzufriedenheit.

Viele Argumente für ein verpflichtendes Primärarzt-system entbehren der faktischen Grundlage. Eine generelle Fehlsteuerung oder systematische Fehlansprache von Fachgruppen lässt sich nicht belegen. Bereits heute erfolgen Facharztkontakte in vielen Fällen über Überweisungen – insbesondere in Bereichen wie Radiologie oder Kardiologie. Die Annahme, Fachärzte würden durchweg direkt aufgesucht, ist ein Mythos. Stattdessen besteht mit dem geplanten Primärarztzwang das Risiko einer Leistungsrationierung über Steuerung, z. B. durch Ablehnung von Leistungen, bei denen die Kosten-Nutzen-Relation nicht akzeptabel ist: Netto first, Gesundheit second.

EINSPARPOTENZIALE SIND AUS DER LUFT GEGRIFFEN

Ein verpflichtendes Primärarztssystem verspricht vermeintliche Kosteneinsparungen. Aus der Luft gegriffen sind dabei Einsparpotenziale von zwei Milliarden Euro. Vielmehr drohen zusätzliche Ausgaben durch Steuerungsaufwand und Systemumstellungen. Das neue System würde hohe Risiken bergen: Honorierungsfragen, Doppelstrukturen, Steuerungslogistik. Kostentreiber im Gesundheitswesen sind jedoch vor allem Krankenhausaufenthalte. Dort müsste angesetzt werden – durch gezielte Ambulantisierung. Auch Honorareingriffe und Eingriffe in die ärztliche Unabhängigkeit wären kaum zu vermeiden. Gerade Letzteres widerspricht fundamentalen Prinzipien der ärztlichen Berufsausübung.

FREIHEIT UND VERANTWORTUNG: DIE FREIE ARZTWahl IST KEIN AUSLAUF-MODELL

Die freie Arztwahl ist ein hohes Gut im deutschen Gesundheitswesen. Sie sorgt für Vertrauen und Wahlfreiheit. Ein verpflichtendes Primärarztssystem hebt dieses Prinzip aus und stößt bei vielen Menschen auf Ablehnung. Das Vertrauen in das Versorgungssystem würde sinken, nicht steigen.

Viele Hausärzte arbeiten bereits am Limit, zusätzliche Steuerungsaufgaben werden sie laut Frank Dastych kaum stemmen können



BESSER STEuern STATT STRANGULIEREN: MEINE VORSCHLÄGE

Stattdessen braucht es eine pragmatische, an der Versorgung orientierte Steuerung. Dazu gehören:

- Ausbau freiwilliger Steuerungsinstrumente wie der Hausarztzentrierten Versorgung (HzV)
- künftige Nutzung der 116117 in drei Ebenen:
 1. Versicherte bleiben grundsätzlich im bisherigen Kollektivvertrag und nutzen die 116117 in der bisherigen Form.
 2. verpflichtende HzV im Selektivvertrag mit Sachleistungsprinzip in der Primärarztbene und nach qualifizierter Überweisung auch bei den Gebietsfachärzten. Fachärzte sollen Überweisungen prioritär annehmen.
 3. freiwillige HzV im Selektivvertrag analog zur ersten Gruppe Versicherter
- verpflichtende selektivvertragliche, hausarztzentrierte Steuerung für die wenigen „unberechtigten“ Vielnutzer statt pauschalem Systemwechsel für alle
- Ausnahmeregelungen für besondere Versorgungssituationen zur Vermeidung unnötiger Versorgungsschleifen
- Digitale Triage-Instrumente zur Patientenlenkung und -versorgung. Die Einbindung strukturierter Ersteinschätzungsverfahren (z. B. SmED)
- eine Stärkung sektorenübergreifender Modelle wie z. B. das hessische SaN-Projekt sowie der Gemeinsamen Tischen
- eine verpflichtende, vollständige und arztgeführte elektronische Patientenakte
- Wegfall unnötiger Arztkontakte, etwa durch Entbürokratisierung der AU-Regelung
- endlich ambulant vor stationär
- eine realistische Einschätzung der Steuerbarkeit: Schon heute werden 45 Prozent der Versicherten zumindest teilweise hausärztlich gesteuert.

Nur ein kleiner Teil der Patientinnen und Patienten nimmt ärztliche Leistungen mehrfach und unangemessen in Anspruch. Für diese Fälle braucht es gezielte Steuerung, nicht eine generelle Einschränkung des freien Arztzugangs. Das Primärarztssystem ist kein Allheilmittel – und nicht geeignet, die Herausforderungen der Versorgung in Deutschland zu lösen. Der Gesetzgeber ist gut beraten, nicht einem schematischen, auf mangelnder Datengrundlage beruhenden Modell zu folgen, sondern auf Versorgungssicherheit, Akzeptanz und Realität zu setzen.

FRANK DASTYCH

Dr. Thomas Pauls unterstützt die Pläne des Bundesgesundheitsministeriums für ein verpflichtendes Primärarztssystem



Weniger Papierkram, mehr Patient

Dr. Thomas Pauls ist promovierter Wirtschaftswissenschaftler, Gesundheitspolitiker und seit einigen Monaten Mitglied im Gesundheitsausschuss im Deutschen Bundestag. Mit AufdenPUNKT. hat er über aktuelle politische Vorhaben und Herausforderungen gesprochen.

Sie sind Wirtschaftswissenschaftler, kommen aus Forschung und Unternehmenspraxis. Was hat Sie an die vorderste Linie der Gesundheitspolitik geführt – Zufall, Berufung oder Neugier?

Dr. Thomas Pauls: Ein bisschen von allem. Ich darf im Ausschuss für Digitales und Staatsmodernisierung sowie im Gesundheitsausschuss mitwirken – eine Kombination, die ich sehr sinnvoll finde. Denn im Gesundheitswesen liegt enormes Potenzial für digitale Innovationen. Als Berichterstatter für Digitalisierung im Gesundheitswesen unserer Fraktion kann ich genau dort ansetzen: Ich bin überzeugt, dass digitale Lösungen ein Schlüssel für eine moderne, leistungsfähige und gerechte Gesundheitsversorgung sind.

Gesundheitspolitik gilt als komplexes Feld. Hatten Sie schon Zeit, sich einzuarbeiten? Und: Wer oder was hilft Ihnen dabei?

Die Gesundheitspolitik ist eines der komplexesten und sensibelsten politischen Felder – mit vielen Baustellen, aber auch mit Gestaltungspotenzial. Ich habe mich gut eingearbeitet.

Gleichzeitig bin ich realistisch genug, zu sagen: Das Gesundheitswesen ist riesig, und ich lerne jeden Tag dazu. Als Quereinsteiger habe ich bei der Fachexpertise einen gewissen Nachholbedarf – aber auch einen unvoreingenommenen Blick auf die Herausforderungen. Gerade das motiviert mich, mich intensiv einzuarbeiten.

Dabei hilft – neben Fachgesprächen, Anhörungen, Dossiers oder Analysen – der direkte Austausch mit Praktikern aus dem Gesundheitswesen. Ihre Perspektiven helfen mir, auch bei komplexen Fragen eng an der Lebensrealität der Menschen zu bleiben.

Was sind Ihre gesundheitspolitischen Ziele für diese Legislatur – speziell mit Blick auf Hessen?

Mir ist wichtig, die Digitalisierung so voranzubringen, dass sie im Versorgungsalltag spürbar hilft – Patienten, Ärzten und Pflegekräften. Gerade in einem Flächenland wie Hessen muss das einen echten Unterschied machen. Stellen Sie sich vor: Bei ersten Beschwerden starten Sie mit einem digitalen Symptom-Check. Eine Hotline klärt, ob eine telemedizinische Beratung reicht oder ein Termin beim Haus- oder Facharzt nötig ist. Die elektronische Patientenakte stellt sicher, dass alle relevanten Informationen, etwa Vorbefunde und Allergien, sofort verfügbar sind. So werden Behandlungen schneller, gezielter und sicherer.

Mein Anliegen ist es, solche digitalen Abläufe zur Selbstverständlichkeit zu machen – durch klare Standards, benutzerfreundliche Anwendungen und eine bessere digitale Infrastruktur. Das würde die Versorgungsqualität verbessern und die Gesundheitsversorgung in Hessen zukunftsfest machen.

Der Koalitionsvertrag enthält das Vorhaben eines verpflichtenden Primärarztsystems. Finden Sie als Ökonom darin solide Daten und gute Evidenz – oder eher politischen Aktionismus?

Das geplante Primärarztsystem zielt darauf ab, die Versorgung besser zu steuern, Fachärzte zu entlasten und Terminwege zu verkürzen – es stützt sich dabei auf fundierte Evidenz und internationale Erfahrungen. Länder wie die Schweiz, Finnland oder England zeigen, wie eine hausarztzentrierte Versorgung zu effizienterer Ressourcennutzung, besserer Koordination und höherer Versorgungsqualität führt. Auch in Deutschland liefert die hausarztzentrierte Versorgung bereits positive Ergebnisse.

Studien belegen etwa eine Reduktion von Doppeluntersuchungen und Klinikaufenthalten. Der politische Plan greift folgerichtig diese Erkenntnisse auf und ergänzt sie um Elemente wie eine Termingarantie, digitale Unterstützung und Bürokratieabbau.

Entscheidend ist nun eine sorgfältige, evidenzbasierte Umsetzung.

Wir haben da eine These: Das Primärarztsystem wirkt wie eine Behandlung, die an der falschen Diagnose ansetzt. Schon jetzt fehlen Hausärzte, vor allem auf dem Land. Gleichzeitig bekommen wir Facharzttermine schneller als viele Länder mit „Gatekeeper-Modellen“. Ist dieser Systemwechsel also gut gemeint, aber schlecht gemacht?

Ja, es gibt bereits heute Engpässe in der hausärztlichen Versorgung, besonders im ländlichen Raum. Genau deshalb schließe ich mich der Einschätzung unserer Gesundheitsministerin Nina Warken an: Das Primärarztsystem darf keinen zusätzlichen Flaschenhals erzeugen. Es soll auf mehreren Säulen stehen: digitale Terminvermittlung, Telemedizin und mehr Kompetenzen für nichtärztliche Gesundheitsberufe. Ein zentrales Ziel ist, Hausärzte durch Bürokratieabbau zu entlasten und die Niederlassung attraktiver zu machen. Ich sehe viel Potenzial: Richtig umgesetzt, sollten Patienten schneller einen Termin beim Haus- oder Facharzt erhalten, der dann auch mehr Zeit für ihre Behandlung hat.

Wäre es nicht zielführender, gezielt die wenigen „Vielnutzer“ durch selektivvertragliche Hausarztmodelle zu steuern, statt pauschal alle Patienten in ein starres System zu pressen?

Die Idee, nur sogenannte Vielnutzer gezielt zu steuern, klingt im ersten Moment plausibel – ist aber in der Praxis kaum umsetzbar. Wer genau zählt wann zu den Vielnutzern? Ich bin überzeugt: Der Zugang zu Gesundheitsleistungen muss für alle Menschen fair und nachvollziehbar geregelt sein, unabhängig davon, wie häufig sie auf medizinische Leistungen angewiesen sind. Ein einheitliches, gut organisiertes Primärarztsystem schafft hier mehr Klarheit, bessere Steuerung und entlastet Facharztpraxen und Patienten. Ich bin zuversichtlich, dass wir in dieser Wahlperiode einen großen Schritt hin zu einem funktionierenden und modernen System schaffen können.

780.000 Menschen arbeiten in rund 100.000 Praxen – ein beachtlicher Wirtschaftsfaktor. Gesundheit ist Standortfaktor, Arbeitsmarkt, Versorgungsgarantie. Warum hat sie dennoch

in der politischen Agenda oft nur Platz im zweiten Glied?

Ich teile die Einschätzung nicht, dass Gesundheitspolitik nur im zweiten Glied steht. Im Gegenteil: Rund 7,7 Millionen Menschen arbeiten in der Gesundheitswirtschaft, das sind über 16 Prozent aller Erwerbstätigen. Gesundheit ist ein starker Wirtschafts- und Standortfaktor. In dieser Wahlperiode setzen wir gezielt Schwerpunkte: Krankenhausreform, Digitalisierung, Fachkräftesicherung und Notfallversorgung stehen ganz oben auf der Agenda. Gleichzeitig erleben wir einen tiefgreifenden strukturellen Wandel im System, der aber oft still verläuft und daher nicht als solcher wahrgenommen wird. Genau deshalb braucht es mehr Kommunikation, Beteiligung und Transparenz. Gesundheit ist kein Nebenbereich. Sie ist zentral für sozialen Zusammenhalt, wirtschaftliche Stabilität und individuelle Lebensqualität – und verdient genau diese Aufmerksamkeit auch in der politischen Debatte.

Kommen wir zur Bürokratie: Im Schnitt geht ein Praxistag pro Woche für Verwaltung drauf. Was muss geschehen, damit sich das ändert?

Bürokratieabbau ist ein zentrales Ziel dieser Legislatur. Wir wollen die Fachkräfte im Gesundheitswesen endlich von überbordenden Dokumentationspflichten entlasten und gleichzeitig Notwendiges effizienter aufsetzen. Der Koalitionsvertrag sieht dazu klare Maßnahmen vor: ein eigenes Bürokratieentlastungsgesetz, die Reduktion von Prüf- und Berichtspflichten, eine Bagatelldgrenze bei Regressprüfungen sowie die Vereinfachung der Heil- und Hilfsmittelverordnung.

Mir ist besonders wichtig, dass wir den Bürokratieabbau mit der Digitalisierung zusammendenken: weniger Papierkram, mehr Zeit am Patienten. Digitale Lösungen wie eine vereinfachte Dokumentation können Ärzten den Rücken freihalten und die Versorgung spürbar verbessern.

Ein erstes Projekt der neuen Gesundheitsministerin ist die Reform der Reform – konkret des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes. Teilen Sie die Sorge, dass der ursprüngliche Plan verwässert wird?

Ich stehe hinter unserer Gesundheitsministerin: Die Krankenhausreform bleibt richtig und wichtig.

Es geht darum, sie praxistauglich zu machen. Die Grundprinzipien – mehr Qualität, mehr Spezialisierung, mehr Effizienz – bleiben bestehen. Zugleich ist es richtig, stärker auf Versorgungssicherheit und Umsetzbarkeit zu achten. Besonders in ländlichen Regionen.

Die Ergebnisse des Bund-Länder-Treffens zeigen, dass wir diesen Weg gemeinsam gehen, mit längeren Übergangsfristen, mehr Flexibilität für die Länder und vier Milliarden Euro Soforthilfe für die Transformationskosten. Das schafft Verlässlichkeit und nimmt die Kliniken mit. Entscheidend ist, dass der kommende Referentenentwurf die Balance hält: Strukturreform mit Augenmaß, ohne die Versorgung vor Ort zu gefährden.

Einerseits wird für jedes kleine Krankenhaus gekämpft, andererseits fahren viele Kommunalpolitiker selbst lieber ins Maximalzentrum. Brauchen wir mehr Ehrlichkeit und Mut zur Ambulantisierung – gerade weil 95 Prozent aller Fälle ohnehin ambulant versorgt werden?

Eine gute medizinische Versorgung darf nicht vom Wohnort abhängen – das ist mir als Abgeordnetem eines ländlich geprägten Wahlkreises wichtig. Ich weiß aus eigener Erfahrung und vielen Gesprächen, wie sehr Klinikschließungen die Menschen bewegen: Im vergangenen Jahr musste das Mathilden-Hospital in Büdingen einen Großteil seiner Stationen schließen. Das hat Sorgen ausgelöst, etwa um längere Wege und die Erreichbarkeit im Notfall.

Wir brauchen grundlegende Strukturreformen, ambulant wie stationär. Die ambulante Versorgung ist das Rückgrat unseres Systems, gerade auf dem Land. Sie muss gestärkt werden: durch attraktive Rahmenbedingungen für niedergelassene Ärzte, gezielte Steuerung über ein Primärarztssystem mit Termingarantie, bessere digitale Prozesse und eine enge Vernetzung der Versorgungsbereiche. So kann Versorgung effizienter, wohnortnäher und verlässlicher werden.

Die Reform der Notfallversorgung steht ebenfalls an. Hessische Modelle wie die Sektorenübergreifende ambulante Notfallversorgung oder der „Gemeinsame Tresen“ gelten bundes-

■ ABRECHNUNG

Bundsmantelvertrag-Ärzte geändert

- 2 Strahlentherapie jetzt ohne Überweisung möglich

EBM aktuell

- 3 EBM-Änderungen seit 1. Januar 2025
- 3 EBM-Änderungen seit 1. April 2025
- 15 EBM-Änderungen seit 1. Juli 2025

■ SONSTIGES

Ärztlicher Bereitschaftsdienst (ÄBD)

- 17 Regelung der Brückentage 2026

Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e. V. (DGUV)

- 18 Zulassung zum Durchgangsarztverfahren

BUNDESMANTELVERTRAG-ÄRZTE GEÄNDERT

Strahlentherapie jetzt ohne Überweisung möglich

Der Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) wurde rückwirkend zum 01.04.2025 angepasst. Bisher konnten Ärztinnen und Ärzte für Strahlentherapie nach § 13 Absatz 4 des BMV-Ä nur auf Überweisung in Anspruch genommen werden. Dies wurde dahingehend geändert, dass strahlentherapeutische Leistungen während einer vollstationären Behandlung der Versicherten auf Veranlassung eines Krankenhauses ohne Überweisung erbracht werden können, soweit ihre Durchführung durch die Vertragsärztin bzw. den Vertragsarzt medizinisch notwendig ist.

Neu können Strahlentherapeutinnen und Strahlentherapeuten ab dem Abrechnungsquartal 2/2025 die Strahlentherapie auf Veranlassung eines Krankenhauses während eines vollstationären Aufenthalts des Versicherten auch ohne eine Überweisung durchführen und abrechnen. Hierzu kennzeichnen sie den Behandlungsschein (SUG 00/20) neu mit der Pseudo-GOP 99992.

Zum Hintergrund: Mit dem Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) wurde § 2 des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) geändert. Strahlentherapeutische Leistungen gelten danach nicht mehr als Krankenhausleistungen, wenn ihre Durchführung durch Vertragsärztinnen oder Vertragsärzte medizinisch notwendig ist. Dies hat zur Folge, dass Krankenhäuser in diesen Fällen die Leistungen bei niedergelassenen Strahlentherapeutinnen und Strahlentherapeuten veranlassen müssen.

EBM-FR

EBM AKTUELL

EBM-Änderungen seit 1. Januar 2025

Die weiteren EBM-Änderungen zum 01.01.2025 sind bereits in den vorherigen Ausgaben Nr. 1/2025, 2/2025 und 3/2025 veröffentlicht.

VIDEOSPRECHSTUNDE: OBERGRENZE JE LEISTUNG ENTFÄLLT

Rückwirkend seit dem 01.01.2025 können Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten die GOP, die entsprechend ihrer Leistungsbeschreibung auch per Videosprechstunde erbracht werden können, unbegrenzt abrechnen. Sie unterliegen nicht mehr der Obergrenze von 30 Prozent je Mitglied und je Quartal.

Damit entfällt auch rückwirkend die Mengengrenzung für die GOP der Psychotherapie aus Kapitel 35. Bisher lag die Obergrenze bei 30 Prozent der GOP, bezogen auf die Gesamtpunktzahl der erbrachten Leistungen.

Ebenfalls gestrichen wird als Folgeanpassung eine Anmerkung zur GOP 37700 mit Bezug zu der Begrenzungsregelung. Erbrachten Praxen im Quartal höchstens drei Erhebungen nach der GOP 37700, unterlag diese GOP 37700 nicht der Obergrenze von Einzelleistungen bei Videosprechstunden von 30 Prozent je Mitglied und je Quartal. Diese Vorgabe entfällt mit der Streichung der Anmerkung.

EBM-Änderungen seit 1. April 2025

Die weiteren EBM-Änderungen zum 01.04.2025 sind bereits in den vorherigen Ausgaben Nr. 2/2025 und 3/2025 veröffentlicht.

VIDEOSPRECHSTUNDE: OBERGRENZE VON BEHANDLUNGSFÄLLEN ERHÖHT

Alle Informationen zu der neuen Obergrenze in der Videosprechstunde finden Sie auf unserer Homepage: [kvh.link/p25107](https://www.kvh.link/p25107)

Neu können seit dem 01.04.2025 Nuklearmedizinerinnen und Nuklearmediziner Videosprechstunden durchführen und in diesem Zusammenhang den Technikzuschlag (GOP 01450) und den Authentifizierungszuschlag (GOP 01444) abrechnen.

Wenn sie eine Patientin oder einen Patienten in einem Quartal ausschließlich über Videosprechstunde versorgen, kennzeichnen sie den Fall mit der Pseudo-GOP 88220.

Die nuklearmedizinische Konsiliarpauschale nach der GOP 17210 ist mit einem Abschlag von 20 Prozent versehen, sollte im Behandlungsfall mindestens

ein Kontakt im Rahmen einer Videosprechstunde erfolgt sein, jedoch kein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt.

Vermitteln Haus- oder Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte ihren Patientinnen und Patienten im Zusammenhang mit einer Videosprechstunde einen Termin bei einer fachärztlichen Praxis, so können sie auch dann den Zuschlag für den Hausarzt-Vermittlungsfall (GOP 03008/04008) abrechnen. Dies wurde durch Aufnahme entsprechender Anmerkungen zu beiden GOP klargestellt.

Rechnen Praxen die GOP im Rahmen einer Videosprechstunde ab, kennzeichnen sie die GOP in der Abrechnung mit dem Suffix V (GOP 03008V/04008V).

Neu können Nuklearmedizinerinnen und Nuklearmediziner die Behandlung aufgrund einer TSS-Vermittlung und/oder Vermittlung durch die Hausarztpraxis per Video erbringen und abrechnen. Hierfür rechnen sie die GOP 17228 mit dem entsprechenden Suffix E, F, G oder H ab (z. B. 17228E).

DIGA: „ELONA THERAPY DEPRESSION“ UND „COMPANION SHOULDER“ ABRECHNEN

Seit dem 01.04.2025 können Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten neu für die Verlaufskontrolle und Auswertung der Digitalen Gesundheitsanwendung (DiGA) „elona therapy Depression“ die GOP 01479 und für die DiGA „companion shoulder“ die Pauschale 86700 abrechnen.

Neu können Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten die DiGA „elona therapy Depression“ nach der GOP 01479 abrechnen. Die DiGA wurde dauerhaft im DiGA-Verzeichnis nach § 139e SGB V und im Abschnitt 1.4 im EBM aufgenommen.

Bisher konnten sie die Verlaufskontrolle und Auswertung für die DiGA „elona therapy Depression“ über die Pauschale 86700 aus der Anlage 34 zum BMV-Ä abrechnen. Seit dem 01.04.2025 rechnen sie die Verlaufskontrolle und Auswertung für die DiGA „elona therapy Depression“ nur noch über die neue GOP 01479 ab. Die DiGA wird aus der Leistungsbeschreibung der Pauschale 86700 gestrichen, um eine doppelte Berechnungsfähigkeit dieser Leistung auszuschließen.

Die neue GOP 01479 ist 7,93 Euro (64 Punkte) wert; bundeseinheitlicher Orientierungspunktwert 2025 ist 12,3934 Cent. Sie können die GOP 01479 einmal im Behandlungsfall und höchstens zweimal im Krankheitsfall abrechnen.

Sie können die GOP 01479 auch dann abrechnen, wenn sie die Leistungen im Rahmen einer Videosprechstunde erbringen. Dann kennzeichnen sie in der Abrechnung die GOP 01479 mit dem Suffix „V“ (01479V). Für die Abrechnung der Videosprechstunde benötigen sie zudem einen zertifizierten Videodienstanbieter. Diesen melden sie der KVH über das Formular „zertifizierten Videodienstanbieter melden“. Das Formular finden Sie unter: [kvh.link/p25107](https://www.kvh.at/link/p25107)

Folgende Fachgruppen können die GOP 01479 abrechnen:

- Hausärztinnen und Hausärzte
- Kinderärztinnen und Kinderärzte
- Anästhesistinnen und Anästhesisten
- Augenärztinnen und Augenärzte
- Chirurginnen und Chirurgen
- Kinderchirurginnen und Kinderchirurgen
- Fachärztinnen und Fachärzte Plastische und Ästhetische Chirurgie
- Gynäkologinnen und Gynäkologen
- Fachärztinnen und Fachärzte für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
- Dermatologinnen und Dermatologen
- Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin
- Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
- Fachärztinnen und Fachärzte für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie
- Neurologinnen und Neurologen
- Fachärztinnen und Fachärzte Nervenheilkunde
- Fachärztinnen und Fachärzte Neurologie und Psychiatrie
- Neurochirurginnen und Neurochirurgen
- Nuklearmedizinerinnen und Nuklearmediziner
- Orthopädinnen und Orthopäden
- Fachärztinnen und Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie
- Fachärztinnen und Fachärzte für Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen (Phoniater und Pädaudiologen)
- Fachärztinnen und Fachärzte Psychiatrie und Psychotherapie
- Fachärztinnen und Fachärzte Nervenheilkunde
- Fachärztinnen und Fachärzte Neurologie und Psychiatrie
- Fachärztinnen und Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
- Ärztliche und Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten
- Fachpsychotherapeutinnen und Fachpsychotherapeuten für Erwachsene
- Fachärztinnen und Fachärzte für Urologie
- Fachärztinnen und Fachärzte für Physikalische und Rehabilitative Medizin

Um die GOP 01479 abzurechnen, benötigen Ärztinnen und Ärzte bzw. Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten eine Genehmigung der KVH für die Verhaltenstherapie nach der Psychotherapie-Vereinbarung.

Die neue GOP 01479 können sie ausschließlich bei Patientinnen und Patienten ab Beginn des 19. bis zum vollendeten 66. Lebensjahr abrechnen. Alle Informationen zur Genehmigung finden Sie unter: **[kvh.link/p25108](https://www.kvh.link/p25108)**

Die App „elona therapy Depression“ richtet sich laut Gebrauchsanweisung an Patientinnen und Patienten in ambulanter Psychotherapie mit Depression, Angst-/Panikstörungen und hypochondrischen Störungen.

Seit dem 01.04.2025 können Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten die Pauschale 86700 für die Verlaufskontrolle und Auswertung der in Anlage 34 zum BMV-Ä und vorläufig ins DiGA-Verzeichnis aufgenommenen DiGA „companion shoulder“ abrechnen.

Rechnen sie die Pauschale 86700 ab, geben sie die Pharmazentralnummer (PZN) der DiGA im Feld „freier Begründungstext“ (Feldkennung 5009) an. Die Leistung 86700 ist einmal im Behandlungsfall, bei Anwendung mehrerer DiGA entsprechend der Anzahl der DiGA mehrfach abrechenbar. Die Pauschale rechnen sie je DiGA höchstens zweimal im Krankheitsfall ab.

Bei der DiGA „companion shoulder“ handelt es sich um ein entwickeltes videogestütztes Trainingsprogramm bei Schulterbeschwerden. Dabei werden Patientinnen und Patienten individualisierte

Therapieinhalte evidenzbasiert und leitliniengerecht zum Eigentaining bereitgestellt und auf Basis der Patientenangaben an die individuellen Bedürfnisse der Nutzenden angepasst.

DARMKREBSFRÜHERKENNUNG: ALTERSGRENZE UND IFOBT GEÄNDERT

Ärztinnen und Ärzte können seit dem 01.04.2025 die Früherkennungskoloskopie nach GOP 01741 nicht nur bei Männern, sondern auch bei Frauen bereits ab 50 Jahren abrechnen. Alternativ ist nun auch alle zwei Jahre der immunologische Test auf okkultes Blut im Stuhl (iFOBT) nach GOP 01738 möglich.

Bislang hatten Frauen ab 55 Jahren Anspruch auf zwei Früherkennungskoloskopien im Mindestabstand von zehn Jahren. Mit der Absenkung der Altersgrenze ist der Anspruch nun für Männer wie für Frauen gleichgestellt. Zusätzlich wurden die Intervallvorgaben für den immunologischen Test (iFOBT) auf nicht sichtbares Blut im Stuhl vereinheitlicht.

Seit April 2025 haben Frauen und Männer ab 50 Jahren, die im Früherkennungsprogramm keine Darmspiegelung durchführen lassen möchten, die Möglichkeit, alternativ alle zwei Jahre einen iFOBT-Test zu machen. Bisher konnte dieser Test im Alter von 50 bis 54 Jahren jährlich erfolgen, ab dem Alter von 55 Jahren dann im Zweijahresabstand.

Eine Anpassung der diesbezüglich vorhandenen GOP im EBM ist nicht erforderlich, da diese lediglich auf Paragraphen der Richtlinie für organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme (oKFE-RL) verweisen. Die Anspruchsregelungen sind in den entsprechenden Paragraphen der oKFE-RL festgehalten.

Neue Ansprüche überblicken:			
GOP	Kurzbeschreibung	Leistung vor dem 31.03.2025	Leistung seit dem 01.04.2025
01737	Ausgabe und Weiterleitung eines Stuhlprobenentnahmesystems	Wenn keine Koloskopie erfolgt: 50 – 54 Jahre jährlich Ab 55 Jahre alle zwei Jahre	Wenn keine Koloskopie erfolgt: Ab 50 Jahre alle zwei Jahre
01738	Hämoglobin im Stuhl, immunologisch	50 – 54 Jahre jährlich Ab 55 Jahre alle zwei Jahre	Ab 50 Jahre alle zwei Jahre
01740	Beratung zur Früherkennung	Ab 50 Jahre einmalig	Ab 50 Jahre einmalig
01741	Totale Früherkennungskoloskopie	Männer: ab 50 Jahre Frauen: ab 55 Jahre Alle 10 Jahre Hinweis: – Versicherte ab dem Alter von 55 Jahren können zwischen einem Test auf okkultes Blut im Stuhl, der alle zwei Jahre durchgeführt wird, und einer Koloskopie entscheiden. – Es können höchstens zwei Koloskopien als Früherkennungsmethode durchgeführt werden. – Eine Koloskopie ab dem Alter von 65 Jahren gilt als zweite Früherkennungskoloskopie.	Ab 50 Jahre alle 10 Jahre Hinweis: – Versicherte ab dem Alter von 50 Jahren können zwischen einem Test auf okkultes Blut im Stuhl, der alle zwei Jahre durchgeführt wird, und einer Koloskopie entscheiden. – Es können höchstens zwei Koloskopien als Früherkennungsmethode durchgeführt werden. – Eine Koloskopie ab dem Alter von 65 Jahren gilt als zweite Früherkennungskoloskopie.
01742	Zuschlag zu Nr. 01741 für Abtragung von Polypen	Männer: ab 50 Jahre Frauen: ab 55 Jahre Zweimal im Abstand von 10 Jahren	Ab 50 Jahre Zweimal im Abstand von 10 Jahren
01743	Histologie bei Früherkennungskoloskopie	Kein festes Intervall vorhanden	Kein festes Intervall vorhanden

Wenn sich Patientinnen und Patienten zehn Jahre nach der ersten Darmspiegelung gegen eine zweite Darmspiegelung entscheiden, haben sie stattdessen Anspruch auf einen Stuhltest. Bei auffälligen Stuhltests besteht außerdem immer die Möglichkeit, eine Darmspiegelung zur weiteren Abklärung zu erhalten.

Die GOP 01738 (iFOBT) setzt eine Genehmigung nach der QS-Vereinbarung Speziallabor voraus. Weitere Informationen zur Genehmigung finden Sie auf der Website: [kvh.link/p25109](https://www.kvh.at/link/p25109)

Die GOP 01741 und 01742 können Ärztinnen und Ärzte mit einer Genehmigung nach der Qualitätssicherungsvereinbarung Koloskopie abrechnen. Weitere Informationen zur Genehmigung finden Sie auf der Website: [kvh.link/p25110](https://www.kvh.at/link/p25110)

OMIM®-KODES ABGELÖST: KODIERUNG BEI GENDIAGNOSTIK GEÄNDERT

Ärztinnen und Ärzte können seit dem 01.07.2025 human- und tumorgenetische Leistungen nicht mehr mit OMIM®-Kodes (Online Mendelian Inheritance in Man) kodieren. Ab dem Abrechnungsquartal 3/2025 geben sie die Gensymbole des HUGO Gene Nomenclature Committee (HGNC) an.

Betroffen sind 15 GOP aus den Abschnitten 11.3 (Diagnostische GOP), 11.4 (In-vitro-Diagnostik konstitutioneller genetischer Veränderungen) und 19.4 (In-vitro-Diagnostik tumorgenetischer Veränderungen) des EBM.

Bei der GOP 11233 (Ausführliche humangenetische Beurteilung) geben sie neu die Art der Erkrankung in der Feldkennung 5079 an. Weitere Angaben sind bei der GOP nicht mehr erforderlich.

Bei der Abrechnung der weiteren GOP 11511 bis 11513, 11516 bis 11518, 11521 und 11522 sowie der GOP 19421 und 19424, 19451 bis 19453 und 19456 machen sie folgende Angaben:

- Begründung, die die Art der Erkrankung enthält, in der Feldkennung 5079,
- Gensymbol nach HGNC in der Feldkennung 5077,
- Multiplikator (falls größer 1).

Sollte kein entsprechendes Gensymbol nach HGNC vorhanden sein, geben sie stattdessen den Ersatzwert 999999 in Feldkennung 5077 und den Gen-Namen in Feldkennung 5078 an.

Human- und tumorgenetische Untersuchungen, die sie im 2. Abrechnungsquartal 2025 oder früher durchgeführt haben, rechnen sie weiterhin unter Angabe der OMIM-Kodes ab. Die Abrechnungen dieser Leistungen mussten sie spätestens bis zum 29.07.2025 bei der KVH einreichen.

Bei human- und tumorgenetischen Untersuchungen, die sie im 2. Quartal 2025 oder früher durchgeführt haben, jedoch erst ab dem 3. Abrechnungsquartal 2025 bei der KVH abrechnen, verwenden sie die neue HGNC-Kodierung.

Leistungen überblicken:	
GOP	Kurzbeschreibung
11233	Ausführliche humangenetische Beurteilung wegen evidentem genetischen und/oder teratogenen Risiko
11511	Gezielter Nachweis oder Ausschluss einer krankheitsrelevanten oder krankheitsauslösenden konstitutionellen genomischen Punktmutation, Deletion, Duplikation oder Inversion in kodierenden oder regulatorischen Sequenzen
11512	Gezielter Nachweis oder Ausschluss von krankheitsrelevanten oder krankheitsauslösenden großen Deletionen und/oder Duplikationen
11513	Postnatale Mutationssuche zum Nachweis oder Ausschluss einer krankheitsrelevanten oder krankheitsauslösenden konstitutionellen genomischen Mutation
11516	Untersuchung auf konstitutionelle epigenetische Veränderungen mittels methylierungs-sensitiver Techniken
11517	Vollständige Untersuchung auf eine konstitutionelle krankheitsauslösende Repeat-Expansion
11518	Untersuchung auf eine oder mehrere in der Familie bekannte konstitutionelle Mutation(en)
11521	Gezielter Nachweis oder Ausschluss einer krankheitsrelevanten oder krankheitsauslösenden konstitutionellen genomischen Punktmutation, Deletion, Duplikation oder Inversion in kodierenden oder regulatorischen Sequenzen
11522	Mutationssuche zum Nachweis oder Ausschluss einer krankheitsrelevanten oder krankheitsauslösenden genomischen Mutation mittels Sequenzierung menschlicher DNA
19421	Gezielter Nachweis oder Ausschluss einer krankheitsrelevanten oder krankheitsauslösenden somatischen genomischen Punktmutation, Deletion oder Duplikation in kodierenden oder regulatorischen Sequenzen
19424	Mutationssuche zum Nachweis oder Ausschluss einer krankheitsrelevanten oder krankheitsauslösenden somatischen genomischen Mutation mit klinisch relevanten Eigenschaften
19451	Gezielte Untersuchung einer somatischen genomischen Punktmutation, einer Deletion oder Duplikation in kodierenden oder regulatorischen Sequenzen
19452	Gezielte Untersuchung einer/eines krankheitsrelevanten oder krankheitsauslösenden Translokation/Fusionsgens
19453	Mutationssuche zum Nachweis oder Ausschluss einer krankheitsrelevanten oder krankheitsauslösenden somatischen genomischen Mutation mit klinisch relevanten Eigenschaften
19456	Nachweis oder Ausschluss einer krankheitsrelevanten oder krankheitsauslösenden genetischen Veränderung menschlicher DNA zur Indikationsstellung einer gezielten medikamentösen Behandlung

KJ-KSV-PSYCH: LEISTUNGEN FÜR KINDER UND JUGENDLICHE ABRECHNEN

Seit dem 01.04.2025 können Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten neue Leistungen für die Komplexversorgung schwer psychisch kranker Kinder und Jugendlicher abrechnen. Elf neue GOP wurden dazu in einen neuen Abschnitt 37.6 im EBM aufgenommen.

Der ergänzte erweiterte Bewertungsausschuss setzt damit die Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Kinder und Jugendliche mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf (KJ-KSV-Psych-RL) im EBM um.

Die neuen Leistungen aus Abschnitt 37.6 (mit Ausnahme der GOP 37650) können Vertragsärztinnen und Vertragsärzte sowie Vertragspsychotherapeutinnen und Vertragspsychotherapeuten abrechnen, die nach der KJ-KSV-Psych-RL zur Teilnahme an der Komplexversorgung berechtigt sind. Sie müssen ihre Teilnahme gegenüber der KVH erklären (§ 4 Abs. 2 KJ-KSV-Psych-RL). Ansprechpartner für die Teilnahmeerklärung ist das Team Bedarfsprüfung der KVH.

Zur Versorgung bilden sich Teams gemäß § 4 KJ-KSV-Psych-RL, bestehend aus mindestens einem psychotherapeutischen und einem ärztlichen Mitglied sowie einer nichtärztlichen koordinierenden Person (als Zentrales Team). Die Mitglieder des Zentralen Teams beziehen im „Erweiterten Team“ Fachärztinnen und -ärzte für Kinder- und Jugendmedizin, Sozialarbeiter, Kita-Erzieher, Lehrer und viele weitere Akteure wie Ergotherapeuten bei Bedarf in die Behandlung mit ein.

Das Zentrale Team muss mindestens 4 Tage pro Woche jeweils mindestens 50 Minuten telefonisch erreichbar sein.

Die Komplexversorgung richtet sich nach § 2 KJ-KSV-Psych-RL insbesondere an schwer psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche mit einem komplexen Behandlungsbedarf von der Geburt bis zum vollendeten 21. Lebensjahr, bei denen neben einer psychischen Erkrankung deutliche Einschränkungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen vorliegen und bei denen ein komplexer psychiatrischer oder psychotherapeutischer Behandlungsbedarf besteht.

Eine psychische Erkrankung und deutliche Einschränkungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen liegen dann vor, wenn drei Kriterien zutreffen:

- mindestens eine psychische Störung gemäß der ersten Achse des MAS aus dem V. Kapitel (F1 – F6, F84, F9) oder F7x.1 des ICD-10-GM,
- mindestens ein psychosozialer Umstand aus den neun Kategorien „assozierte aktuelle abnormale psychosoziale Umstände“ gemäß der fünften Achse des MAS und
- mindestens eine ernsthafte soziale Beeinträchtigung des psychosozialen Funktionsniveaus gemäß den Stufen vier bis acht auf der sechsten Achse des MAS.

Ein komplexer Behandlungsbedarf liegt vor, wenn zur Erreichung des Behandlungsziels (Heilung, Linderung oder Verhütung von Verschlimmerung) pro Quartal der Einsatz von mindestens zwei Maßnahmen der Krankenbehandlung durch Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer unterschiedlicher Berufsgruppen notwendig ist.

Vor einer Versorgung nach der KJ-KSV-Psych-RL von jungen Erwachsenen im Alter ab 18 Jahren ist zu prüfen, ob vergleichbare Versorgungsmöglichkeiten im Versorgungssystem für Erwachsene vorliegen. Ist dies der Fall, so sollte in der Regel die Versorgung in der entsprechenden Struktur für Erwachsene angestrebt werden.

Neue Leistungen überblicken			
GOP	Kurzbeschreibung	Häufigkeit	Bewertung
37600	Eingangssprechstunde gemäß § 7 Abs. 2 und § 9 Abs. 1 der KJ-KSV-Psych-RL	je vollendete 15 Minuten, höchstens sechsmal im Krankheitsfall	29,25 Euro* (236 Punkte)
37610	Differenzialdiagnostische Abklärung gemäß § 9 Abs. 1 der KJ-KSV-Psych-RL	je vollendete 15 Minuten, höchstens sechsmal im Krankheitsfall	28,63 Euro* (231 Punkte)
37620	Erstellen eines Gesamtbehandlungsplans gemäß § 10 der KJ-KSV-Psych-RL	einmal im Krankheitsfall	55,52 Euro* (448 Punkte)
37625	Zusatzpauschale für Leistungen des Bezugsarztes oder des Bezugspsychotherapeuten	einmal im Behandlungsfall	55,77 Euro* (450 Punkte)
37626	Zuschlag im Zusammenhang mit der GOP 37625 für Leistungen im Rahmen der Transition gemäß § 3 der KJ-KSV-Psych-RL	höchstens zweimal im Krankheitsfall	28,75 Euro* (232 Punkte)
37630	Koordination der Versorgung nach § 7 Abs. 2 Nr. 3 der KJ-KSV-Psych-RL durch eine nichtärztliche Person gemäß § 6 Abs. 2 der KJ-KSV-Psych-RL	einmal im Behandlungsfall	71,51 Euro* (577 Punkte)
37635	Aufsuchen eines Patienten im häuslichen Umfeld durch eine nichtärztliche Person gemäß § 6 Abs. 2 der KJ-KSV-Psych-RL im Rahmen der Koordination der Versorgung gemäß § 7 Abs. 2 Nr. 3 e der KJ-KSV-Psych-RL	je Sitzung, höchstens fünfmal im Behandlungsfall	20,57 Euro* (166 Punkte)
37650	Patientenorientierte Fallbesprechung gemäß § 7 Abs. 2 Nr. 5 a und b und/oder § 3 Abs. 2 Nr. 3 und 4 der KJ-KSV-Psych-RL	je vollendete 10 Minuten, höchstens achtmal im Behandlungsfall	15,86 Euro* (128 Punkte)
37651	Zuschlag zu der GOP 37650 bei Teilnahme eines oder mehrerer nichtärztlicher bzw. nichtpsychotherapeutischer Teilnehmer, die nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen und nach § 4 Abs. 5 der KJ-KSV-Psych-RL einbezogen werden	je vollendete 10 Minuten, höchstens achtmal im Behandlungsfall	15,86 Euro* (128 Punkte)
37655	Teilnahme an einer SGB-übergreifenden Hilfekonferenz gemäß § 7 Abs. 2 Nr. 5 c der KJ-KSV-Psych-RL	je vollendete 10 Minuten, höchstens achtmal im Behandlungsfall	15,86 Euro* (128 Punkte)
37656	Zuschlag zu der GOP 37655 bei Teilnahme eines oder mehrerer nichtärztlicher bzw. nichtpsychotherapeutischer Teilnehmer, die nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen und nach § 4 Abs. 5 der KJ-KSV-Psych-RL an der Behandlung beteiligt sind	je vollendete 10 Minuten, höchstens achtmal im Behandlungsfall	15,86 Euro* (128 Punkte)

* gemäß bundeseinheitlichem Orientierungspunktwert 2025 (12,3934 Cent)

Die Komplexversorgung können Patientinnen und Patienten direkt in Anspruch nehmen. Möglich ist dies auch über eine Empfehlung oder über eine Überweisung. Zuerst besucht die Patientin oder der Patient die Eingangssprechstunde. Sie soll möglichst innerhalb von zehn Werktagen stattfinden.

Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten rechnen die Eingangssprechstunde über die neue GOP 37600 ab. In der Eingangssprechstunde prüfen sie in einer Einzelbehandlung, ob die Voraussetzungen nach § 2 KJ-KSV-Psych-RL für die Komplexversorgung vorliegen, und führen eine Anamnese durch. Die GOP 37600 können sie höchstens sechsmal im Krankheitsfall, davon bis zu dreimal auch mit relevanten Bezugspersonen ohne Anwesenheit der Patientin bzw. des Patienten, abrechnen.

Rechnen sie die GOP 35151 (Psychotherapeutische Sprechstunde) neben der GOP 37600 ab, ist eine mindestens 15 Minuten längere Arzt-Patienten-Kontaktzeit als in der GOP 35151 Voraussetzung für die Berechnung der GOP 37600.

Die neue GOP 37600 wird bei der Berechnung des Strukturzuschlags berücksichtigt. Die KVH setzt die Zuschläge automatisch der Abrechnung zu.

Nach der Eingangssprechstunde folgt zeitnah die Differenzialdiagnostische Abklärung. Für die Differenzialdiagnostische Abklärung des Krankheitsbildes als Einzelbehandlung rechnen sie die neue GOP 37610 ab. Die GOP 37610 können sie höchstens sechsmal im Krankheitsfall, davon bis zu dreimal auch mit relevanten Bezugspersonen ohne Anwesenheit der Patientin bzw. des Patienten, abrechnen.

Die GOP 37610 können sie nur abrechnen, wenn die GOP 37600 für die Eingangssprechstunde durch sie oder durch eine Kollegin oder einen Kollegen im aktuellen oder im Vorquartal abgerechnet wurde.

In regelmäßigen Fallbesprechungen überprüft das Zentrale Team, inwieweit die Therapieziele erreicht sind oder ob eine Anpassung des Gesamtbehandlungsplans notwendig ist. Solche Fallbesprechungen sollten mindestens einmal im Quartal erfolgen, erstmals spätestens einen Monat nach dem Erstkontakt mit der Patientin oder dem Patienten in der Ein-

gangssprechstunde. Die Beteiligten des Erweiterten Teams können bedarfsweise hinzugezogen werden. Für die patientenorientierte Fallbesprechung rechnen sie die neue GOP 37650 ab.

Die GOP 37650 können sie auch abrechnen, wenn sie nicht zur Teilnahme an der Komplexversorgung berechtigt sind. Im Rahmen des laufenden Transitionsprozesses können sie die GOP 37650 auch nach Beendigung der Versorgung gemäß der KJ-KSV-Psych-RL abrechnen.

Für die Teilnahme an einer SGB-übergreifenden Hilfekonferenz rechnen sie die neue GOP 37655 ab. Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten aus dem Zentralen Team tauschen sich dazu mit Vertretern aus Schulsozialarbeit, Eingliederungshilfe, Jugendamt, Öffentlichem Gesundheitsdienst, Beratungsstellen, Sozialpsychiatrischen Diensten oder anderen für die Behandlung relevanten SGB-V-externen Akteuren in Hilfekonferenzen aus.

Die GOP 37650 und 37655 können sie sowohl telefonisch als auch per Video durchführen. Führen sie die Fallbesprechung nach der GOP 37650 und/oder 37655 im Rahmen einer Videofallbesprechung durch, können sie zusätzlich den Technikzuschlag nach der GOP 01450 abrechnen, wenn sie die Videofallkonferenz initiiert haben.

Für die Abrechnung der GOP 37650 und 37655 benötigen sie zudem einen zertifizierten Videodienstanbieter. Diesen melden Sie der KVH ganz einfach über das Formular „zertifizierten Videodienstanbieter melden“: [kvh.link/p25111](https://www.kvh.de/link/p25111)

Innerhalb des Zentralen Teams übernimmt eine Person aus den teilnahmeberechtigten Berufsgruppen die Leitung der Behandlung einer Patientin oder eines Patienten. Sie verantwortet die Koordination und die Abstimmung der Behandlung, delegiert Aufgaben an den oder die Koordinator/-in und kümmert sich um eine stabile Beziehung zur Patientin oder zum Patienten.

Die neuen GOP 37620, 37625, 37630, 37635, 37651 und 37656 können nur die Bezugärztin oder der Bezugsarzt und die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut abrechnen.

Für das Erstellen des Gesamtbehandlungsplans können sie die neue GOP 37620 abrechnen. In dieser Zusatzpauschale ist zum Beispiel die Aktualisierung des Behandlungsplans enthalten. Der Gesamtbehandlungsplan zielt auf Basis der Differenzialdiagnostischen Abklärung darauf ab, die verschiedenen Versorgungsmaßnahmen zusammenzubringen und eine einheitliche Zielrichtung der Maßnahmen herbeizuführen.

Ab einer Größe des patientenindividuellen Zentralen und Erweiterten Teams von mindestens fünf Leistungserbringern und Akteuren wird die GOP 37620 mit 627 Punkten bewertet. In diesem Fall kennzeichnen sie in der Abrechnung die GOP 37620 mit dem Suffix „T“ (37620T).

Die GOP 37620 können sie nur abrechnen, wenn die GOP 37600 für die Eingangssprechstunde durch sie oder durch eine Kollegin oder einen Kollegen im aktuellen oder im Vorquartal abgerechnet wurde.

Die neue GOP 37625 rechnen sie als Zusatzpauschale für Leistungen als Bezugärztin/-arzt und Bezugspsychotherapeutin/-therapeut für die dokumentierte Überprüfung und Fortschreibung des Gesamtbehandlungsplanes sowie den fachlichen Austausch und die Abstimmung mit den an der Behandlung Beteiligten und die Initiierung von Fallbesprechungen ab.

Ab einer Größe des patientenindividuellen Zentralen und Erweiterten Teams von mindestens fünf Leistungserbringern und Akteuren wird die GOP 37625 mit 627 Punkten bewertet. In diesem Fall kennzeichnen sie in der Abrechnung die GOP 37625 mit dem Suffix „T“ (37625T).

Die neue GOP 37626 rechnen sie als Zuschlag zur GOP 37625 für Leistungen im Rahmen der Transition ab. Die GOP können sie nur in den letzten vier Quartalen vor einer Überleitung in die Erwachsenenversorgung ansetzen. Zusätzliche Voraussetzung für die Berechnung der GOP 37626 ist die Durchführung von mindestens einer Fallbesprechung nach der GOP 37650 mit der/dem für den Erwachsenenbereich zuständigen Ärztin/Arzt oder Psychotherapeutin/Psychotherapeuten in den letzten vier Quartalen vor einer Überleitung in die Erwachsenenversorgung.

Die GOP 37626 können sie einmal und mit einer medizinischen Begründung zweimal im Krankheitsfall abrechnen. Diese geben sie im Feld „freier Begründungstext“ (Feldkennung 5009) an.

Für die Koordination der Versorgung durch eine nichtärztliche Person rechnen Bezugärztin/-arzt und Bezugspsychotherapeutin/-therapeut die neue GOP 37630 ab. Die Koordination des Versorgungsangebotes übernimmt eine qualifizierte Fachkraft, die beispielsweise in Soziotherapie, Ergotherapie oder in psychiatrischer Krankenpflege ausgebildet ist.

Ab einer Größe des patientenindividuellen zentralen und erweiterten Teams von mindestens fünf Leistungserbringern und Akteuren wird die GOP 37630 mit 808 Punkten bewertet. In diesem Fall kennzeichnen sie in der Abrechnung die GOP 37630 mit dem Suffix „T“ (37630T).

Zu den Koordinationsaufgaben gehört vor allem, die Patientin oder den Patienten zu motivieren, die einzelnen Behandlungsmaßnahmen wahrzunehmen. Die Person, die die Koordination übernimmt, vereinbart beispielsweise Behandlungstermine, besucht die Betroffenen im häuslichen Umfeld und leitet gegebenenfalls weitere Leistungen und Hilfen in die Wege. Sie erarbeitet ein Rückmeldesystem mit der Patientin oder dem Patienten. Vorgesehen ist mindestens ein telefonischer Kontakt pro Woche mit der Patientin oder dem Patienten beziehungsweise den Sorgeberechtigten.

Sucht die nichtärztliche Person eine Patientin oder einen Patienten im häuslichen Umfeld für die Versorgung auf, rechnen Bezugärztin/-arzt und Bezugspsychotherapeutin/-therapeut dafür die neue GOP 37635 ab.

Die ebenfalls neue GOP 37651 rechnen Bezugärztin/-arzt und Bezugspsychotherapeutin/-therapeut als Zuschlag zur GOP 37650 ab, wenn an der Fallbesprechung eine oder mehrere nichtärztliche bzw. nichtpsychotherapeutische Personen teilnehmen (z.B. Physiotherapeut), die an der Behandlung beteiligt sind.

Die Vergütung der GOP 37651 verteilen sie an die nichtärztlichen bzw. nichtpsychotherapeutischen Teilnehmerinnen oder Teilnehmer der Fallbesprechung.

Die GOP 37656 können sie als Bezugärztin/-arzt und Bezugspsychotherapeutin/-therapeut als Zuschlag zur GOP 37655 abrechnen, wenn an der SGB-übergreifenden Hilfefunktion eine oder mehrere nichtärztliche bzw. nichtpsychotherapeutische Personen teilnehmen, die an der Behandlung beteiligt sind.

Die Vergütung der GOP 37656 verteilen sie an die nichtärztlichen bzw. nichtpsychotherapeutischen Teilnehmerinnen oder Teilnehmer der Fallbesprechung.

Die GOP 37650 können nur folgende Fachgruppen abrechnen:

- Fachärztinnen und Fachärzte für Allgemeinmedizin
- Fachärztinnen und Fachärzte für Innere und Allgemeinmedizin
- Praktische Ärztinnen und Ärzte
- Ärztinnen und Ärzte ohne Gebietsbezeichnung
- Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunktbezeichnung, die gegenüber dem Zulassungsausschuss ihre Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung gemäß § 73 Abs. 1a SGB V erklärt haben
- Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin
- Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie bzw. Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
- Fachärztinnen und Fachärzte für Neurologie,
- Fachärztinnen und Fachärzte für Nervenheilkunde
- Fachärztinnen und Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie
- Fachärztinnen und Fachärzte für Neurochirurgie,
- Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie
- Fachärztinnen und Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
- Ärztliche und Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten

- Fachpsychotherapeutinnen und Fachpsychotherapeuten für Erwachsene
- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (ausschließlich für die Behandlung von Patienten bis zum vollendeten 21. Lebensjahr bzw. bei Patienten, deren Behandlung vor Vollendung des 21. Lebensjahres begonnen wurde)
- Fachpsychotherapeutinnen und Fachpsychotherapeuten für Kinder und Jugendliche

Die GOP 37600, 37610, 37620, 37625, 37626, 37630, 37635, 37651, 37655 und 37656 können nur folgende Fachgruppen abrechnen:

- Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und Fachpsychotherapeutinnen und Fachpsychotherapeuten für Kinder und Jugendliche
- Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin, Nervenheilkunde, Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie mit mindestens zweijähriger Weiterbildung im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie gemäß § 4 Abs. 1 Nr. 3 der KJ-KSV-Psych-RL
- Fachärztinnen und Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie mit mindestens zweijähriger Erfahrung in der Behandlung von schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen (insbesondere im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie) gemäß § 4 Abs. 1 Nr. 3 der KJ-KSV-Psych-RL
- Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit der fachlichen Befähigung zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen gemäß § 4 Abs. 1 Nr. 4 der KJ-KSV-Psych-RL
- Ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit der fachlichen Befähigung zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen gemäß § 4 Abs. 1 Nr. 4 der KJ-KSV-Psych-RL

Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten können probatorische Sitzungen bereits frühzeitig auch in den Räumen des Krankenhauses durchführen, sofern sich nach der Krankenhausbehandlung eine Komplexversorgung nach der KJ-KSV-Psych-RL anschließen soll, in deren Rahmen auch eine ambulante psychotherapeuti-

sche Behandlung durchgeführt werden soll. Für die Besuche können sie die GOP 01410 bis 01413 und 01415 abrechnen. Sie kennzeichnen die GOP dann mit dem Suffix L (GOP 01410L bis 01413L und 01415L).

Rechnen Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten die GOP 22220 und 23220 im Zusammenhang mit der Komplexversorgung nach der KJ-KSV-Psych-RL ab, dann können sie die GOP 22220 und 23220 höchstens 25-mal im Behandlungsfall, davon bis zu 5-mal auch mit relevanten Bezugspersonen ohne Anwesenheit der Patientin bzw. des Patienten, abrechnen. Sie kennzeichnen die GOP dann mit dem Suffix L (GOP 22220L und 23220L). Die GOP 22220 und 23220, die sie häufiger als 15-mal im Behandlungsfall im Zusammenhang mit der Komplexversorgung nach der KJ-KSV-Psych-RL abrechnen, sollen zunächst extrabudgetär vergütet werden. Führen sie die GOP 22220 und 23220 im Zusammenhang mit der Komplexversorgung nach der KJ-KSV-Psych-RL per Video

durch, kennzeichnen sie die GOP dann mit dem Suffix W (GOP 22220W und 23220W).

Praxen können gemäß § 9 Abs. 4 KJ-KSV-Psych-RL die Komplexversorgung nicht parallel zu einer Sozialpsychiatrischen Behandlung (Sozialpsychiatrie-Vereinbarung) erbringen.

VAKUUMVERSIEGELUNGSTHERAPIE: VERGÜTUNG DER SACHKOSTEN ERHÖHT

Seit dem 01.04.2025 erhalten Ärztinnen und Ärzte eine höhere Vergütung für die Sachkosten der Verbrauchsmaterialien zur Vakuumversiegelungstherapie nach den GOP 40901 (Kostenpauschale zur GOP 02314 bei einer Wundfläche bis einschließlich 20 Quadratzentimeter) und 40902 (Kostenpauschale zur GOP 02314 bei einer Wundfläche > 20 Quadratzentimeter). Die Kostenpauschalen wurden angehoben, da die Preise der entsprechenden Materialien zur Vakuumversiegelung stark gestiegen sind.

Leistungen überblicken		
Kostenpauschale	Bewertung bis 31.03.2025	Bewertung ab 01.04.2025
40901	65,49 Euro	91,14 Euro
40902	71,39 Euro	94,27 Euro

EBM-Änderungen seit 1. Juli 2025

EBM-DETAILÄNDERUNGEN:

■ Videosprechstunde: Höchstwert für

Technikzuschlag GOP 01450 wird abgesenkt

Der Höchstwert für den Technikzuschlag für die Videosprechstunde nach der GOP 01450 wurde auf 700 Punkte je Ärztin, Arzt oder Psychotherapeutin, Psychotherapeut im Quartal abgesenkt. Der Höchstwert liegt damit bei 86,75 Euro; bundeseinheitlicher Punktwert 2025 ist 12,3934 Cent. Bisher lag der Höchstwert bei 1.899 Punkten bzw. 235,35 Euro.

Ärztinnen und Ärzte rechnen die GOP 01450 als Zuschlag zu jeder durchgeführten Videosprechstunde ab. Die Bewertung der GOP 01450 bleibt unverändert bei 40 Punkten, sodass Ärztinnen und Ärzte den Höchstwert zukünftig bei 18 Videosprechstunden im Quartal erreichen.

Für die Abrechnung der Videosprechstunde benötigen Praxen zudem einen zertifizierten Videodienstanbieter. Diesen melden Sie der KVH über das Formular „zertifizierten Videodienstanbieter melden“: [kvh.link/p25111](https://www.kvh.at/link/p25111)

Mit dem Technikzuschlag (GOP 01450) werden diejenigen Kosten erstattet, die Praxen durch die Nutzung eines gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä zertifizierten Videodienstanbieters entstehen.

Hintergrund für die Absenkung des Höchstwertes ist laut dem Bewertungsausschuss, dass Praxen nach aktueller Marktrecherche mehrere Videodienstanbieter zur Verfügung stehen, deren Angebotspreise unterhalb des Niveaus liegen, das bei Ausschöpfung des Höchstwertes bei der GOP 01450 erzielt werden kann.

■ Klargestellt: GOP 13602 (Betreuung Dialysepatienten) mit Genehmigung abrechnen

Ärztinnen und Ärzte können die GOP 13602 (Zusatzpauschale kontinuierliche Betreuung eines dialysepflichtigen Patienten) nur abrechnen, wenn sie eine Genehmigung der KVH zur Durchführung von Blutreinigungsverfahren besitzen. Damit erfolgt eine Angleichung an die erste Bestimmung der bestehenden Regelung in Abschnitt 13.3.6 EBM.

Weitere Informationen zur Genehmigung finden Sie auf der Website: [kvh.link/p25112](https://www.kvh.at/link/p25112)

■ Hilfsmittel: Porto für Versand der Verordnung abrechnen

Seit dem 01.07.2025 können Ärztinnen und Ärzte die GOP 40128 für die Kosten für den postalischen Versand der Verordnung von Hilfsmitteln nach einer Videosprechstunde oder einem telefonischen Kontakt abrechnen.

Die GOP 40128 ist 0,96 Euro wert. Sie ist nur berechnungsfähig, bis ein verbindliches elektronisches Muster zur Verfügung steht und auf dem elektronischen Weg versendet werden kann.

Der G-BA hat am 16.05.2025 die Hilfsmittel-Richtlinie angepasst und eine Regelung geschaffen, wonach Hilfsmittel auch per Videosprechstunde oder nach telefonischem Kontakt verordnet werden können.

Der EBM wird entsprechend angepasst, sodass Ärztinnen und Ärzte die Kosten für den postalischen Versand der ärztlichen Verordnung für die Hilfsmittel (Muster 16) an die Patientin oder den Patienten bzw. die Bezugsperson über die Kostenpauschale 40128 abrechnen können.

■ **Wirtschaftlichkeitsbonus:**

Fallwerte abgesenkt

Die begrenzenden Fallwerte zur Berechnung des Wirtschaftlichkeitsbonus Labor nach GOP 32001 wurden für alle Arztgruppen zum 01.07.2025 abgesenkt. Damit werden die Fallwerte an die seit dem 01.01.2025 geltende neue Bewertung von Laborleistungen angepasst. Für Ärztinnen und Ärzte soll durch den Beschluss die Höhe des Wirtschaftlichkeitsbonus, den sie bei wirtschaftlicher Veranlassung und Erbringung von Laborleistungen maximal erhalten können, unverändert bleiben.

Weitere Informationen zu den neuen Fallwerten finden Sie auf unserer Homepage: [kvh.link/p25113](https://www.kvh.de/link/p25113)

■ **Labor und In-vitro-Diagnostik:**

Abrechnungsausschlüsse angepasst

Klargestellt: Mit dem Beschluss der 709. Sitzung des Bewertungsausschusses (BA) wurden neue GOP zum 01.01.2025 für das laborärztliche Honorar und Kostenpauschalen für in-vitro-diagnostische Leistungen in den EBM aufgenommen. Ärztinnen und Ärzte können diese Leistungen im Arzt- oder Behandlungsfall nicht neben nachfolgenden Leistungen abrechnen:

- die Versichertenpauschalen der Kapitel 3 und 4,
- die Grundpauschalen der Kapitel 5 bis 10, 13 bis 16, 18, 20 bis 23, 26, 27, 30, 37 sowie des Abschnitts 11.2,
- die Konsiliarpauschalen 12210, 17210, 19210, 24210, 24211, 24212, 25210, 25211 und 25214.

Zusätzlich beachten ermächtigte Ärztinnen und Ärzte neu zum 01.07.2025, dass die Abrechnungsausschlüsse der zum 01.01.2025 in den EBM aufgenommenen GOP für das laborärztliche Honorar beziehungsweise die Kostenpauschalen für in-vitro-diagnostische Leistungen neben der Grund-, Versicherten- und Konsiliarpauschale auch für Grundpauschalen des Abschnitts 1.3 gelten.

■ **KJ-KSV-Psych: Transition-Zuschlag abrechnen**

Klargestellt: Seit dem 01.07.2025 können im Rahmen der Komplexversorgung schwer psychisch kranker Kinder und Jugendlicher (KJ-KSV-Psych) ausschließlich die Bezugsärztin bzw. der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin bzw. der Bezugspsychotherapeut die GOP 37626 (Zuschlag zur GOP 37625 für Transition) abrechnen. Hierzu erfolgt die Aufnahme der GOP 37626 in die zweite Bestimmung zum Abschnitt 37.6 EBM.

■ **Zweitmeinung Aortenaneurysmen: Radiologen als Erstmeiner**

Fachärztinnen und Fachärzte für Diagnostische Radiologie können neu seit dem 01.07.2025 als Erstmeiner bei Eingriffen an Aortenaneurysmen die GOP 01645 für die Aufklärung und Beratung sowie Zusammenstellung der Patientenunterlagen mit dem Suffix „K“ abrechnen (GOP 01645K). Hierzu erfolgt die Aufnahme der GOP 01645 in die Präambel 24.1 Nr. 2.

EBM-FR

PRAXISTIPP

Zu allen EBM-Änderungen finden Sie aktuelle und weiterführende Informationen unter [kvh.link/p25005](https://www.kvh.de/link/p25005)

Reinschauen lohnt sich!

ÄRZTLICHER BEREITSCHAFTSDIENST (ÄBD)

Regelung der Brückentage 2026

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

- Freitag, 02.01.2026
(Tag nach Neujahr)

Der ÄBD wird von Dienstag, 30. Dezember 2025, ab 19 Uhr, bis Montag, 5. Januar 2026, um 7 Uhr durchgängig besetzt.

- Freitag, 15.05.2026
(Tag nach Christi Himmelfahrt)
- Freitag, 05.06.2026
(Tag nach Fronleichnam)

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

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

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

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

UH

INFOBOX

Mustertexte für die Ansage auf Ihrem Anrufbeantworter während Ihrer Abwesenheit finden Sie unter kvh.link/p25114

DEUTSCHE GESETZLICHE UNFALLVERSICHERUNG E. V. (DGUV)

Zulassung zum Durchgangsarztverfahren

Dr. med. Sören Bachmann ist ab sofort als niedergelassener Orthopäde und Unfallchirurg am Standort BAG Dres. Bachmann in 34117 Kassel, Königsplatz 59, am Durchgangsarztverfahren beteiligt.

Prof. Dr. med. Daphne-Asimonia Eschbach ist seit dem 01.07.2025 als niedergelassene Fachärztin für Orthopädie und Unfallchirurgie am Standort Praxisklinik des Forstbachweg, Forstbachweg 63, 34123 Kassel, am Durchgangsarztverfahren beteiligt.

Dr. med. Philipp Kleemann ist ab sofort als niedergelassener Orthopäde und Unfallchirurg am Standort Im Ziegelgarten 1, 63607 Wächtersbach, am Durchgangsarztverfahren beteiligt.

Dr. med. Andreas Michel, Eschwege, hat seine durchgangsärztliche Tätigkeit zum 30.06.2025 aufgegeben.

Dr. med. Riccarda Rau ist ab sofort als niedergelassene Orthopädin und Unfallchirurgin am Standort des ATOS MVZ Wiesbaden, Hagenauer Str. 47, 65203 Wiesbaden, am Durchgangsarztverfahren beteiligt.

Dr. med. Patrick Volk ist ab sofort als niedergelassener Facharzt für Kinderchirurgie am Standort Praxis für Kinder- und Jugendchirurgie Südhessen, Dieburger Straße 30 in 64287 Darmstadt, am Durchgangsarztverfahren beteiligt.

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.

www.arztsuchehessen.de

Suche | Ärztlicher Bereitschaftsdienst | AGV-Team | SARS-CoV-2-Bestimmungsfähig

ARZT- UND PSYCHOTHERAPEUTENSUCHE HESSEN
Finden Sie die passende Praxis in Hessen. Sie können Ihre Suchkriterien individuell verfeinern.

Suchkriterien:
Name des Arztes, Fachgebiet, Schwerpunkt, Zusatzbezeichnung oder Genehmigung eingeben Filterung zurücksetzen

Art des Arztes:
 Hausarzt Facharzt Psychotherapeut Alle / egal

Fachrichtung / Schwerpunkt: Bitte wählen | Fachrichtung / Schwerpunkt (Psychotherapie): Bitte wählen

1

Klicken Sie auf Login.

ANMELDUNG
Bitte melden Sie sich an, um Ihre Kommunikationsoptionen zu verwalten.

User ID (LANR) Personen *

Passwort

Anmelden

Hinweis: Die mit * gekennzeichneten Felder sind Pflichtfelder.

2

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

Alle Änderungen, die gespeichert werden, sind erst am nächsten Tag in der Arztsuche sichtbar.

BSNR:
LANR:
Name:
Anschrift:

Kontaktstellen 1 Sprechstunde / offene Sprechstunde / Hausbesuche 2 Berufshilfe 3 Fremdsprachen

Kontaktstellen:
Bitte beachten Sie, am Ende der Erfassung über Alle Änderungen speichern den Vorgang abzuschließen.

→ Neue Kontaktstellen hinzufügen

Typ	Adresse	Kommunikation	Hauptkontakt	Öffentlich
E-Mail	Praxis	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

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.

Anschrift:

Kontaktstellen:
Bitte beachten Sie, am Ende der Erfassung über Alle Änderungen speichern den Vorgang abzuschließen.

→ Neue Kontaktstellen hinzufügen

berufshilfe 3 Fremdsprachen

- Zweigpraxis, ...ärzte
- Zweigpraxis, ...arzt

4

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



KASSENÄRZTLICHE
VEREINIGUNG
HESSEN

Sie finden uns im Internet unter:

www.kvhessen.de/aufdenpunkt

weit als Blaupause. Was lässt sich von Hessen lernen?

Hessen zeigt mit dem SaN-Projekt und dem Gemeinsamen Tresen, wie moderne Notfallversorgung funktionieren kann. Die standardisierte Ersteinschätzung und gezielte Weiterleitung entlasten die Notaufnahmen – und verbessern die Versorgung, wie etwa das Klinikum Höchst mit halbierten Fallzahlen belegt.

Diese Erfahrungen sollten unbedingt in die Bundesreform einfließen. Viele Elemente, die wir auf Bundesebene anstreben – wie Gemeinsame Tresen, bessere Patientensteuerung oder einheitliche Standards, – sind in Hessen bereits Realität. Das ist ein Vorsprung, den wir nutzen müssen. In Berlin sollten diese Ansätze unbedingt als Blaupause ernst genommen werden.

Wie wichtig ist Ihnen der Austausch mit den Akteuren vor Ort – also mit Ärztinnen und Ärzten, Verbänden, Kammern? Und wie wollen Sie sicherstellen, dass praktische Erfahrung in politisches Handeln einfließt?

Der Austausch mit Ärzten, Verbänden und anderen Akteuren im Gesundheitswesen ist für mich unverzichtbar, gerade weil ich Politik nicht am Schreibtisch, sondern im Dialog gestalten will. Als Abgeordneter eines ländlich geprägten Wahlkreises weiß ich, wie sehr die Perspektive aus der Praxis zählt, besonders wenn es um Versorgungssicherheit im ländlichen Raum geht.

Auch in Berlin suche ich regelmäßig das Gespräch mit Fachleuten. Der Austausch hört nicht mit der Sommerpause auf, im Gegenteil: Ich freue mich über alle Impulse, die dabei helfen, Versorgung zukunftsfest zu gestalten und digitale Lösungen sinnvoll einzusetzen.

Herr Dr. Pauls, vielen Dank für das Gespräch – und alles Gute für Ihre neue Aufgabe!

Ich danke Ihnen und wünsche der KVH weiterhin viel Erfolg bei ihrer wichtigen Aufgabe, die ambulante Versorgung in unserem Land sicherzustellen.

DIE FRAGEN STELLTE MARKO GVERO

SERIE: KVH von A bis Z
D wie...

... Dialyse

Die jährlichen Kosten für Sach- und Dienstleistungen im Rahmen von Blutreinigungsverfahren liegen pro Patient bei durchschnittlich rund **19.150 Euro**.



ePA

Elektronische Patientenakte

ePA-Update: Was aktuell wichtig ist

Frische Impulse für die „ePA für alle“: Das Herzstück des Digital-Gesetzes wird konkreter. Ziel ist es, den Versorgungsalltag durch eine sichere, digitale Dokumentation der Patientendaten zu verbessern und die Kommunikation zwischen den verschiedenen Akteuren im Gesundheitswesen effizienter zu gestalten.

Nach der kleinräumigen Erprobung der elektronischen Patientenakte (ePA) in den Modellregionen Hamburg und Umland sowie Franken und Teilen Nordrhein-Westfalens läuft seit Ende April 2025 der flächendeckende bundesweite Roll-out für alle Praxen.

TESTPHASE NUTZEN

Durch die Softwarehersteller wird in der sogenannten aktuellen „Hochlaufphase“ die Ausstattung von (Zahn-)Arztpraxen, Krankenhäusern und Apotheken mit dem entsprechenden Software-Update vorangetrieben. Während dieser Phase ist die Nutzung der ePA zunächst freiwillig, bevor ab Oktober die Nutzung im Versorgungsalltag Pflicht wird. Es ist empfehlenswert, die ePA im Praxisalltag zu testen, Erfahrungen zu sammeln und bei Bedarf hinsichtlich Funktionalität und Verbesserung der Technik in den Austausch mit dem Software-Anbieter zu gehen. Ab welchem Zeitpunkt die ePA-Funktionen in Ihrer Praxis verfügbar sind, hängt vom Roll-out-Status Ihres betreuenden

Softwareherstellers ab. Stimmen Sie sich hierzu bei Rückfragen bitte direkt mit Ihrem IT-Dienstleister ab.

START DER EPA

Die ePA wird stufenweise ausgebaut. Zu Beginn können noch nicht alle Dokumente eingestellt werden. Im ersten Schritt der Einführung wird mit der elektronischen Medikationsliste (eML) gestartet (seit Januar 2025 in Nutzung), die – in enger Verknüpfung mit der Nutzung des eRezept-Fachdienstes – die Etablierung eines einheitlichen, zentralen Speicherorts für alle Medikationsdaten ermöglicht. Im Versorgungsalltag können somit ungewollte Wechselwirkungen von Arzneimitteln erkannt und besser vermieden werden. Der papiergebundene Medikationsplan mit Barcode soll durch die fortwährende Umsetzung des digital gestützten Medikationsprozesses (dgMP) und der Umsetzung des elektronischen Medikationsplans (eMP) zukünftig in weiteren Ausbaustufen der ePA abgelöst werden. Eine Option zum Ausdrucken des Medikationsplans in der ePA soll es aber geben.

MUSTERFORMULAR GENETISCHE ERKRANKUNGEN

Vor dem Speichern genetischer Untersuchungsergebnisse in der ePA müssen Patienten ausdrücklich schriftlich oder digital einwilligen. Für diese Fälle stellt die KBV Praxen ein Musterformular zur Verfügung. Bei anderen sensiblen Diagnosen wie psychischen Erkrankungen oder sexuell übertragbaren Infektionen reicht ein mündlicher Hinweis auf das Widerspruchsrecht. Grundsätzlich müssen Ärzte oder Psychotherapeuten ihre Patienten darüber informieren, welche Daten gesetzlich in die ePA eingestellt werden. Wer das nicht möchte, muss aktiv widersprechen, auch bei automatisch einfließenden Daten wie Medikationsliste oder Abrechnungsdaten. Das Muster für die Einwilligungserklärung bei genetischen Erkrankungen finden Sie auf der Homepage der KBV unter [kvh.link/p25115](https://www.kvh.link/p25115)

HENDRIK MERZ

INFOBOX

Materialien für die Praxis

Die KBV stellt online ein Starterpaket für die Praxen bereit. Bestandteile des Pakets sind unter anderem ein neues Serviceheft aus der Reihe „PraxisWissen“ sowie Materialien zur Nutzung im Wartezimmer.

Ergänzend zum Serviceheft hat die KBV ein Infoblatt und ein Schaubild veröffentlicht, in dem alle für den Praxisalltag relevanten Informationen zusammengefasst werden.

Für das Wartezimmer stellt die KBV eine Patienteninformation zum Auslegen sowie mehrere Poster zum Ausdrucken bereit.

Alle Materialien finden Sie unter [kvh.link/p25116](https://www.kvh.link/p25116)

KBV erweitert

#Praxenland-Kampagne

Die bundesweite Kampagne der KBV „Deutschland muss Praxenland bleiben“ wird stetig weiterentwickelt. Sie rückt die Bedeutung der ambulanten Versorgung stärker ins öffentliche Bewusstsein und versorgt Praxen dafür mit Informationsmaterialien.

Mit der aktuellen Kampagne „Deutschland ist #Praxenland“ stellt die KBV nicht nur die Bedeutung der ambulanten Versorgung in den Mittelpunkt der Öffentlichkeit, sondern bietet Praxen auch vielfältige Materialien zur Unterstützung an. Dabei macht die KBV deutlich, wie wichtig die ambulante Versor-

gung für Deutschland ist, und rückt die drängenden Probleme der Praxen in den Fokus. Mit dem Aufruf „Deutschland muss #Praxenland bleiben“ richtet sich die KBV insbesondere an die Politik und fordert konkrete Maßnahmen gegen die angespannte Lage in der ambulanten Versorgung.



Mit der Bereitstellung praxisnaher Kampagnenmaterialien setzt die KBV auf die Unterstützung der Niedergelassenen. Über die Kampagnenplattform [praxenland.de](https://www.praxenland.de) können Praxen kostenlose Werbemittel bestellen oder herunterladen. Dazu zählen unter anderem Plakate im DIN-A3-Format, die die Kernbotschaften der Kampagne aufgreifen. Kampagnenmaterialien stehen online zur Verfügung unter [kvh.link/p25117](https://www.kvh.link/p25117)

KATHARINA SAUERBIER

Komplexversorgung für psychisch schwer kranke Kinder startet

Mit der KJ-KSV-Psych-Richtlinie wird erstmals eine koordinierte, multiprofessionelle Versorgung für Kinder und Jugendliche mit komplexem psychischem Behandlungsbedarf eingeführt. Das Ziel: Betroffene schneller erreichen, Versorgungslücken schließen und stationäre Aufenthalte vermeiden.

Psychisch schwer erkrankte Kinder und Jugendliche sind oft auf sich allein gestellt, wenn Behandlungsangebote nicht ausreichend verzahnt sind. Die neue Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Kinder und Jugendliche mit komplexem psychiatrischem oder psychotherapeutischem Behandlungsbedarf – kurz KJ-KSV-Psych – soll das ändern. Betroffene Kinder und Jugendliche können nun eine abgestimmte Behandlung durch ein sogenanntes „Zentrales Team“ erhalten.

Das Zentrale Team besteht aus einem Facharzt, einem Psychotherapeuten und einer nichtärztlichen Koordinationsperson. Sie bündeln ihre Kompetenzen und planen die Behandlung gemeinsam. Das stellt sicher, dass Diagnostik, Therapie, Krisenintervention und Alltagshilfen ineinandergreifen. Ergänzt wird das Zentrale Team bei Bedarf durch weitere Fachkräfte, zum Beispiel aus der Ergotherapie, Logopädie oder Sozialarbeit. Diese bilden das „Erweiterte Team“. Ziel ist es, Behandlungen besser aufeinander abzustimmen, unnötige stationäre

Aufenthalte zu vermeiden und den Übergang in andere Versorgungsbereiche – insbesondere in die Erwachsenenversorgung – gut zu begleiten.

Die Versorgung beginnt mit einer Eingangssprechstunde. Dort wird geprüft, ob die Voraussetzungen für eine Behandlung nach der Richtlinie vorliegen. Die differenzialdiagnostische Abklärung erfolgt unter Berücksichtigung aller bereits vorliegenden relevanten Befunde. Auf dieser Grundlage wird ein vorläufiger Gesamtbehandlungsplan erstellt. Dabei werden bei Bedarf die relevanten Bezugspersonen einbezogen. Die erste interdisziplinäre Fallbesprechung erfolgt einen Monat nach der Eingangssprechstunde, danach mindestens einmal im Quartal. Für Jugendliche bzw. junge Erwachsene wird die spätere Transition in die Erwachsenenversorgung frühzeitig eingeplant. So gelingt ein reibungsloser Übergang und Behandlungslücken werden vermieden.

Die Richtlinie stellt sicher, dass Kinder, Jugendliche und ihre Familien nicht mehr allein durch ein oft unübersichtliches Hilfesystem navigieren müs-

25 % DER KINDER UND JUGENDLICHEN HABEN MINDESTENS EINE PSYCHISCHE ERKRANKUNG

Im Behandlungsjahr 2024 wurde von Ärztinnen und Ärzten, Psychotherapeutinnen und -therapeuten bei mehr als 280.000 verschiedenen Kindern und Jugendlichen bis 18 Jahren mindestens eine Diagnose aus dem Kapitel V „Psychische und Verhaltensstörungen“ erfasst. 61% dieser Betroffenen hatten eine psychische Störung gemäß KJ-KSV-Psych-Richtlinie.

sen. Der gesamte Behandlungsprozess wird verbindlich organisiert: Von der ersten diagnostischen Einschätzung über die Therapieplanung bis hin zur laufenden Begleitung übernimmt das Zentrale Team Verantwortung, bei Bedarf unterstützt vom Erweiterten Team. Auch in Krisen ist schnelle Hilfe möglich, weil klare Zuständigkeiten bestehen und die Koordinationsperson regelmäßig mit allen Beteiligten spricht.

WER UND WIE KANN MAN AN DER RICHTLINIE TEILNEHMEN?

Die strukturierte Versorgung nach der KJ-KSV-Psych-Richtlinie wird von Zentralen Teams erbracht, die sich aus drei Berufsgruppen patientenindividuell zusammensetzen.

Mitmachen können u. a. Fachärztinnen und -ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sowie Fachärztinnen und -ärzte für verwandte Gebiete wie Kinder- und Jugendmedizin oder Psychiatrie, Neurologie oder Nervenheilkunde – vorausgesetzt, sie verfügen über eine entsprechende Zusatzqualifikation oder nachgewiesene Erfahrung in der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung. Ebenfalls teilnahmeberechtigt sind approbierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten sowie psychologische oder ärztliche

Psychotherapeutinnen und -therapeuten, wenn sie die fachliche Befähigung zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen nachweisen können. Ein Zentrales Team muss zudem immer eine nichtärztliche Koordinationsperson einbinden. Diese kann zum Beispiel aus der Ergotherapie, psychiatrischen Pflege, Soziotherapie, Sozialarbeit oder Heilpädagogik stammen und übernimmt die Organisation, Terminplanung, Netzwerkarbeit und Begleitung der Familie.

Um teilnehmen zu können, muss jede Leistungserbringerin und jeder Leistungserbringer den Teilnahmeantrag bei der KVH einreichen. Die KVH prüft den Antrag und führt die Mitglieder nach der Genehmigung in einem öffentlichen Verzeichnis. Danach können sich die Mitglieder zu patientenindividuellen Zentralen Teams zusammenschließen. Zudem können die Mitglieder die Leistungen für die Komplexversorgung schwer psychisch kranker Kinder und Jugendlicher aus dem neuen Abschnitt 37.6 im EBM zusätzlich abrechnen.

Weitere Informationen zum Thema sowie den Antrag zur Teilnahme an der Versorgung finden Sie auf unserer Homepage unter: [kvh.link/p25118](https://www.kvh.at/link/p25118)

LIESA SPÖCKER

Die KJ-KSV-Psych-Richtlinie koordiniert die Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher



Diagnose per Video

Die KVH weitet die Sprechzeiten der kinderärztlichen Videosprechstunde aus. Ab dem 1. Oktober 2025 sind die Kinder-VIDEOÄRZTINNEN und -ÄRZTE mehrmals pro Woche im Einsatz.

Sie soll pädiatrische Praxen und Bereitschaftsdienstzentralen entlasten und Patientenströme besser steuern: die kinderärztliche Videosprechstunde der KVH. Seit dem 30. September 2023 wurde sie erfolgreich im Live-Betrieb erprobt – an verlängerten Wochenenden rund um Weihnachten, Ostern oder diverse Feiertage.

Von Beginn an mit dabei: engagierte Kinderärztinnen und -ärzte, die sich freiwillig für Videodienste gemeldet hatten, sowie Mitarbeitende aus den Abteilungen Patientenservice, Ärztlicher Bereitschaftsdienst und IT der KVH. Nach zwei Jahren und über tausend durchgeführten Beratungen per Video wird das Serviceangebot ab Oktober 2025 deutlich ausgeweitet.

KLEINE PATIENTINNEN UND PATIENTEN GEZIELT STEUERN

Dann können Eltern mehrmals wöchentlich über die 116117 einen Termin in der Videosprechstunde vereinbaren. Zu den bekannten Zeiten des Pädiatrischen Bereitschaftsdienstes, immer mittwoch- und freitagnachmittags, samstags, sonntags sowie an Feier- und Brückentagen, werden zukünftig niedergelassene Kinderärztinnen und -ärzte aus ganz Hessen – die sogenannten Kinder-VIDEOÄRZTINNEN und Kinder-VIDEOÄRZTE – im Einsatz sein.

Pluspunkt für die teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte: Die Dienste werden mobil von zu Hause aus oder in den Dispositionszentralen der KVH in Frankfurt und Kassel möglich sein. Die Grundlage dafür wurde

KONTAKTE IM KINDER-ÄBD

Der Kinder-ÄBD an elf Standorten in Hessen hatte im Jahr 2023 über 105.000 Kontakte. Das sind ca. 3,5% mehr als im Vorjahr. Somit bildet der Kinder-ÄBD eine wichtige Anlaufstelle für akut erkrankte Kinder und Jugendliche.

30. September 2023:

Start der Pilotphase mit eigener Rufnummer für die Videosprechstunde

Weihnachten 2023:

Jetzt können auch eRezepte in der Videosprechstunde ausgestellt werden

Ostern 2024:

Videosprechstunde erstmals über die 116117 erreichbar

2023

2024

KINDER

116117!

VIDEOÄRZTIN

Die Videosprechstunde der
Kassenärztlichen Vereinigung Hessen



Sorgt für Aufmerksamkeit: das Werbemotiv für die kinderärztliche Videosprechstunde der KVH

mit dem neuen Pädiatrischen Beratungsarzt dienst geschaffen, der ab Oktober 2025 mit der geänderten Bereitschaftsdienstordnung (BDO) in Kraft tritt.

DIGITALES VERSORGUNGSANGEBOT KOMMT GUT AN

Von den hessischen Familien wurde das digitale Versorgungsangebot in den vergangenen zwei Jahren sehr gut angenommen. Es erspart den kleinen Patientinnen und Patienten längere Fahrt- und Wartezeiten insbesondere in den ländlichen hessischen Regionen. Symptome, die gut per Video beurteil-

bar sind, wie beispielsweise Augenentzündungen, Hautveränderungen oder Erkältungsbeschwerden mit leichtem Fieber, eignen sich für eine medizinische Videoberatung.

Mit dem regelhaften Angebot setzt die KVH auf eine gezieltere Patientensteuerung in der kinderärztlichen Versorgung. Zugleich ist die Videosprechstunde einer der ersten pädiatrischen Videodienste im Ärztlichen Bereitschaftsdienst bundesweit.

MARILENA DEMAREZ-BANDEH

Dezember 2024:

Wartezimmerkampagne mit Teddybär-Motiv und Logo

Fronleichnam 2025:

131 durchgeführte Videosprechstunden an 4 Tagen und damit so viele wie noch an keinem Modellwochenende

Oktober 2025:

Einführung der wöchentlichen Videosprechzeiten

2025

„Die Vorteile liegen auf der Hand“

Was die Videosprechstunde leisten kann und warum die Sprechzeiten ausgeweitet werden, erzählen Armin Beck, hausärztlicher Vorstand der KVH, und Dr. Burkhard Voigt, niedergelassener Kinderarzt und ärztlicher Koordinator des Pädiatrischen Beratungsarztdienstes.

Herr Beck, Sie haben die Videosprechstunde für Kinder und Jugendliche seit zwei Jahren maßgeblich vorangetrieben. Warum war Ihnen das wichtig?

Armin Beck: Mir war früh klar, dass wir langfristig nicht an der Digitalisierung in der ambulanten Versorgung und damit auch im Ärztlichen Bereitschaftsdienst vorbeikommen werden. Die medizinische Beratung per Video ist schon jetzt in der Versorgung nicht mehr wegzudenken, auch wenn es natürlich Einschränkungen in der Eignung gibt. Und die Vorteile liegen auf der Hand: flexiblere Arbeitsbedingungen für unsere Mitglieder, keine weiten Wege für Patienten und Behandler und eine geziel-

tere Patientensteuerung. Besonders wichtig ist mir, dass wir die Videosprechstunde technisch nun auch so weit haben, dass wir sie den Kolleginnen und Kollegen von zu Hause aus anbieten können. Das ist natürlich maximal flexibel.

Wie funktioniert die Patientensteuerung?

Beck: Eltern von akut erkrankten Kindern rufen die 116117 an, dann nehmen unsere Mitarbeitenden eine telefonische Einschätzung der Beschwerden vor und entscheiden dann, ob es ein Fall für die Videosprechstunde, die nächstgelegene pädiatrische Bereitschaftsdienstzentrale oder auch die Notaufnahme ist.

Die Videosprechstunde trägt zu einer gezielteren Patientensteuerung bei



Warum weitet die KVH die Sprechzeiten ab Oktober so deutlich aus?

Beck: Weil wir mit den neuen Sprechzeiten einen Entlastungseffekt in den Bereitschaftsdienstzentralen und den Praxen erzielen können und zugleich unseren Ärztinnen und Ärzten durch das mobile Arbeiten flexiblere Arbeitsmodelle im Bereitschaftsdienst ermöglichen können. Zu guter Letzt wurde die Videosprechstunde von den Patientinnen und Patienten in jeder unserer Testrunden besser angenommen und hat sich offensichtlich herumgesprochen. Unser digitales Serviceangebot hat sich also bewährt.

Herr Dr. Voigt, Sie hatten die Aufgabe, eine Dienstgruppe für die Videosprechstunde zu erstellen. Wie war die Resonanz?

Burkhard Voigt: Nach meinem Aufruf via Rundschreiben hatten innerhalb von 24 Stunden bereits 21 Kolleginnen und Kollegen ihr Interesse bekundet. Da war ich wirklich sehr positiv überrascht. Inzwischen haben wir eine voll besetzte Dienstgruppe mit Kinderärztinnen und -ärzten aus ganz Hessen, und der Dienstplan steht.

Wie geht es für die sogenannten Kinder-VIDEO-ÄRZTINNEN und -ÄRZTE jetzt weiter und können sich Interessierte noch für Dienste melden?

Voigt: Alle Kolleginnen und Kollegen der Dienstgruppe erhalten vor ihrem ersten Einsatz eine technische Einweisung vor Ort in der Dispositionszentrale. Das ist insbesondere für diejenigen wichtig, die bisher noch nicht dabei waren. Nach ersten Diensten in den Räumen der KVH werden sie dann fürs mobile Arbeiten freigegeben. Interessierte, die auch an der Kinder-Videosprechstunde mitwirken wollen, können sich jederzeit per E-Mail unter bereitschaftsdienst.kassel@kvhessen.de bei uns melden.

Sind langfristig weitere Schritte geplant?

Beck: Jetzt starten wir ab Oktober das regelhafte kinderärztliche Angebot auch über Feier- und Brückentage hinaus. Perspektivisch sind weitere Schritte denkbar. Beispielsweise eine Videosprechstunde im Bereitschaftsdienst für Erwachsene.

*DIE FRAGEN STELLTE
MARILENA DEMAREZ-BANDEH*



**Armin Beck, stellv. Vorsitzender der KVH
und Facharzt für Allgemeinmedizin**



**Dr. med. Burkhard Voigt, ärztlicher Koordinator
des Pädiatrischen Beratungsdienstes und
Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin**



BITTE!

Helpen Sie, chronisch kranke
Drogenabhängige zu substituieren,
eine professionelle Herausforderung
und erfüllende Aufgabe.

Wir brauchen Sie,
liebe Kolleginnen und Kollegen.

Bitte substituieren Sie!

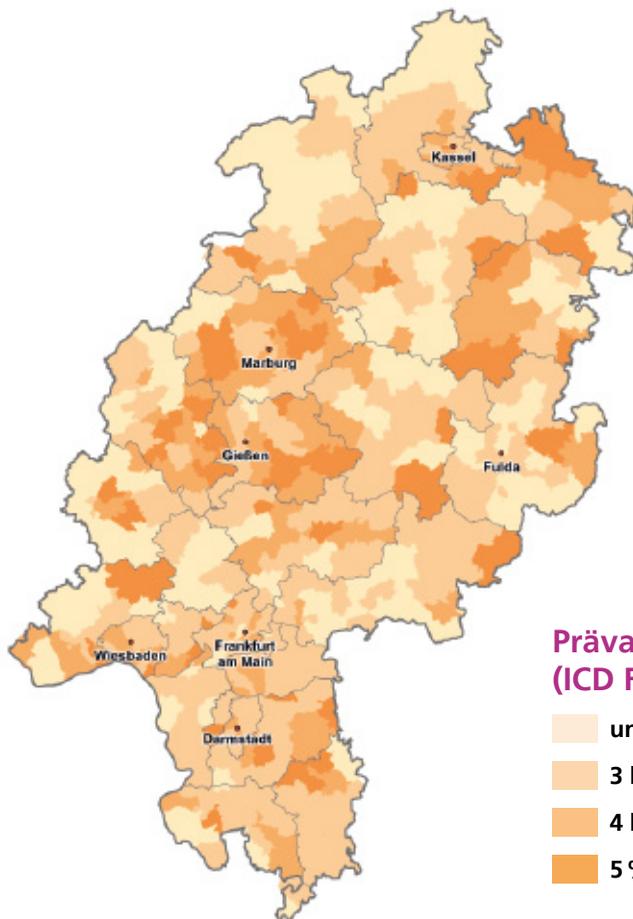
Weitere Informationen

finden Sie unter kvh.link/p25004 oder senden Sie
eine Mail an qs.substitution@kvhessen.de

SERIE: KRANKHEITSBILD IM DETAIL

Anpassungsstörungen (ICD F43.2 G)

Anpassungsstörungen wurden 2023 bei circa **228.000 Patientinnen und Patienten** gesichert diagnostiziert. **65 %** der Betroffenen sind Frauen. **Ein Drittel** ist zwischen 50 und 65 Jahre alt.



Aufteilung der Erkrankten nach Altersgruppen (2023)

13,5 %	unter 25-Jährige
30,5 %	25- bis unter 45-Jährige
39,9 %	45- bis unter 65-Jährige
16,1 %	65-Jährige und älter

Prävalenz von Anpassungsstörungen (ICD F43.2 G) in 2023

	unter 3 % der Bevölkerung
	3 bis unter 4 % der Bevölkerung
	4 bis unter 5 % der Bevölkerung
	5 % oder mehr der Bevölkerung

Digest aus dem Pschyrembel

Anpassungsstörungen sind gekennzeichnet durch Zustände subjektiver Bedrängnis und emotionaler Beeinträchtigung (zum Teil mit Behinderung sozialer Funktionen), die infolge eines kritischen Lebensereignisses auftreten und meist nicht länger als sechs Monate andauern. Symptomatisch für Anpassungsstörungen sind unter anderem Trauer, Angst, Sorgen und depressive Stimmung.



Tatort Hygienetag

Was passiert, wenn ein TV-Star über Hygiene spricht? Der Tatort-Schauspieler und ehemalige Gefängnisarzt Joe Bausch gab beim Hygienetag 2025 spannende Einblicke in die Hygiene hinter Gittern.

Joe Bausch (M.) war das Highlight des Hygienetags 2025. Senay Arslan und Dr. Norbert Weykunat von der KVH freuten sich, Bausch als Referenten begrüßen zu dürfen.

Normalerweise ist er auf den Bildschirmen der Republik zu sehen. Am 24. Mai 2025 machte er jedoch beim diesjährigen Hygienetag in den Räumen der KVH in Frankfurt persönlich auf sich aufmerksam. Von wem die Rede ist? Joe Bausch natürlich. Vielen ist er vielleicht besser in seiner Rolle als Gerichtsmediziner Dr. Joseph Roth bekannt. Die verkörpert er nämlich in der WDR-Krimiserie „Tatort“. Doch war er auch über 30 Jahre lang Gefängnisarzt in der Justizvollzugsanstalt Werl. Mit viel Elan, Witz und Euphorie berichtete Bausch den Anwesenden beim Hygienetag über seine zahlreichen Erlebnisse. Er sprach von Drogenmissbrauch, mit den Jahren wachsendem Sinn für Hygiene in der Gefängnismedizin und auch über Vor- und Nachteile eines Mediziners hinter Gittern. Mit seiner mitreißenden Art sorgte Bausch dafür, dass ihm alle wie gebannt an den Lippen klebten. „Mir ist es immer wichtig, spannende Referentinnen und Referenten für unseren Hygienetag zu gewinnen. Joe Bausch konnte nun Einblicke in die Hygiene im Gefängnis geben. Das war wirklich sehr

interessant“, sagt Dr. Norbert Weykunat, Leiter der Stabsstelle Hygiene bei der KVH.

NICHT NUR BAUSCH SORGT FÜR SPANNENDE EINBLICKE

Aber es war nicht nur Joe Bausch, der mit seinem spannenden Insiderwissen zum Zuhören beim Hygienetag 2025 anregte. Was passiert bei einer Praxisbegehung durch das Gesundheitsamt? Wie sieht es mit der Trinkwasserhygiene in der Arztpraxis aus, und was kommt im Zuge der Ambulantisierung auf die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte zu? In drei weiteren spannenden Redebeiträgen von Dr. Bernhard Bornhofen, Amtsleiter des Stadtgesundheitsamtes in Offenbach, der Diplom-Ingenieurin Susanne Harpel, Leiterin des Bereichs Krankenhaushygiene im Hessischen Landesamt für Gesundheit und Pflege, sowie von Dr. Georg-Christian Zinn, Direktor des Zentrums für Hygiene und Infektionsprävention der Bioscientia Ingelheim, wurden diese und viele weitere Fragen beantwortet. „Volles Haus, starke Inhalte, guter Austausch – die Veranstaltung war ein voller Erfolg und unterstrich die Bedeutung von Wissenstransfer, Austausch und konkreten Handlungsempfehlungen im Praxisalltag“, zieht Senay Arslan, Referentin des Vorstands und mit Weykunat das Team der Stabsstelle Hygiene, ein gelungenes Fazit.



Mit gekonnter Moderation führte Dr. Norbert Weykunat durch den Hygienetag 2025

THORBEN OBERHAG

SERIE: IM WARTEZIMMER

Die Patientenstruktur im Jahr 2023 bei hessischen ...

258 Tsd.

behandelte Patientinnen und Patienten in 2023



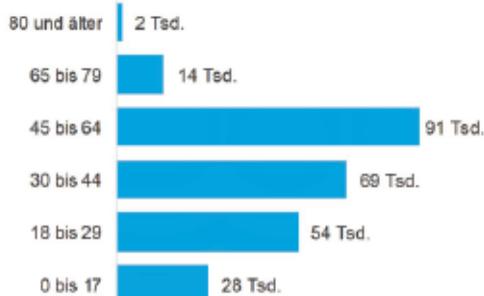
Psychotherapeutinnen

und Psychotherapeuten*

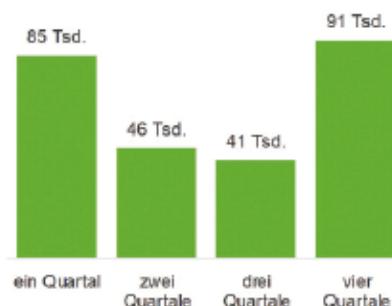
39,8 Jahre

Durchschnittsalter

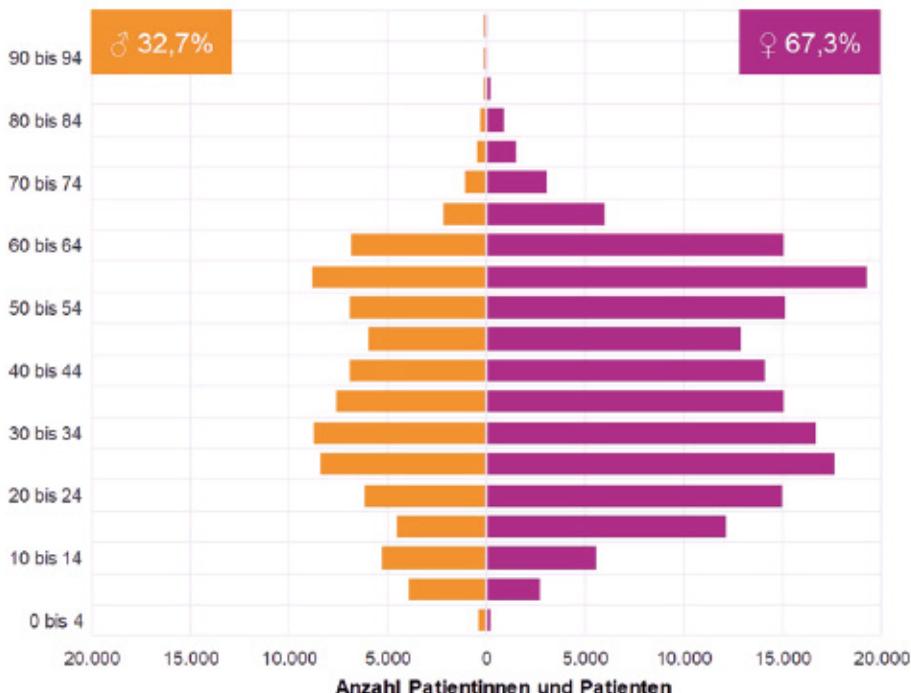
Altersverteilung
Patientenzahl nach 6 Altersgruppen



Inanspruchnahme der Arztgruppe
Wie viele Personen waren in wie vielen Quartalen bei der Arztgruppe in Behandlung? (Patientenzahl)



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



* inklusive Kinder- und Jugendlichen-psychotherapeuten sowie psychotherapeutisch tätigen Ärzten (Arztgruppen 51 bis 54)



Sorgten mit viel Organisation im Vorfeld für einen reibungslosen Ablauf: Jan Martens, Bianca Slood und Katharina Grad (von links nach rechts) vom Qualitäts- und Veranstaltungsmanagement der KVH

Qualität im Fokus

Rund 30 Teilnehmer machten sich im Mai auf den Weg in die Räumlichkeiten der KVH, um an der ersten „QM am Nachmittag“-Veranstaltung teilzunehmen. Die Resonanz fiel durchweg positiv aus.

Dynamisch, kurz und vor allem praxisnah – so sollte die erste Auflage der Veranstaltung „QM am Nachmittag“ aussehen. Und genau diese Ziele wurden erfüllt, als die rund 30 Teilnehmerinnen und Teilnehmer am 14. Mai 2025 in die Räume der KVH in der Europa-Allee kamen und sich einen Nachmittag lang über Erfahrungen, Ideen und die Vorteile des Qualitätsmanagementsverfahrens „QEP“ informierten. „Es war eine bewusste Entscheidung, dass wir die Veranstaltung auf einen Nachmittag und nicht einen ganzen Tag gelegt haben. Es sollte ein kurzer und präziser Austausch sein und kein langatmiger, zeitraubender Tag“, erklärt Jan Martens, Teamleiter Qualitäts- und Veranstaltungsmanagement bei der KVH.

PRAXISNAHE ERFAHRUNGSBERICHTE

Besonderer Fokus lag dabei auf einer praxisnahen Vermittlung. Und genau das wurde auch bei der Auswahl der Referentinnen und Referenten deutlich. Mit eigenen Erfahrungsberichten über die Einführung von QEP in ihren Praxen zeigten die niedergelassene Ärztin Fabienne Blank und die Psychotherapeutin Sonja Glaser die Vorteile des QM-Systems auf. „Ich habe meine Praxis 2022 übernommen und hatte vorher keine Erfahrungen mit Qualitätsmanagement (QM) gemacht. Durch ein Rundschreiben der KVH bin ich dann auf QEP aufmerksam geworden“, erklärte Blank. Ein strukturiertes und kostenfreies Praxisprojekt, eine feste Ansprechpartnerin in Katharina Grad, Qualitätsmanagementberaterin

bei der KVH, und die Möglichkeit der freien Zeiteinteilung hätten ihr die Einführung von QM in ihrer Praxis deutlich erleichtert. „Mir hat es wirklich Spaß gemacht. Ich habe viele neue Dinge dazugelernt, zum Beispiel wie ich einen Hitzeschutzplan aufstelle“, erklärte Blank den Anwesenden.

Doch auch die anderen Referentinnen und Referenten sorgten für spannende Impulse. Ulrike Schmidt und Sascha Förster gaben gleich zu Beginn einen Einblick in das QM aus Sicht der KBV. Weitere Erfahrungsberichte lieferten die Psychologen Mathias Schuch, Thomas von der Ohe sowie die Ärztin Dr. Julia Tucholke. Einen Blick über den Tellerrand wagte zum Schluss noch Prof. Dr. Jörg Wendorff. Er widmete sich in seinem Vortrag der Generation Z. Wie können Ärztinnen und Ärzte mit Patientinnen und Patienten dieser Generation umgehen? Wie mit Kolleginnen und Kollegen in der Praxis?

Und wie war das Feedback zu der Veranstaltung seitens der Teilnehmerinnen und Teilnehmern? „Ich finde es toll, dass das Thema QM so vorgestellt wurde. Es hilft sehr, Abläufe zu strukturieren und Verantwortungsbewusstsein zu schaffen. Gerade die praxisnahen Erfahrungsberichte haben das nochmal gezeigt“, erklärte Dr. Eric Stittler, Internist im medizinischen Versorgungszentrum Mevero in Rodgau. Zusammen mit der Qualitätsmanagementbeauftragten Berrit Janotta besuchte er die Veranstaltung.

„QM wird in den Praxen immer wichtiger. Da greifen viele Themen ineinander. Das Engagement der KVH bei diesem Thema ist lobenswert“, empfand auch Janotta.

Auch die Verantwortlichen bei der KVH zogen ein positives Fazit. „Wir sind sehr erfreut über die durchweg gute Resonanz. Obwohl wir im Vorfeld nicht genau wussten, wie die Veranstaltung angenommen wird, zeigte sich schnell: Das Interesse war groß. Die Teilnehmenden nutzten die Gelegenheit intensiv, um sich zu vernetzen, spannende Beiträge zu verfolgen und sich aktiv in den Austausch einzubringen. Ein rundum gelungener Nachmittag.“ Es deutet vieles darauf hin, dass die erste „QM am Nachmittag“-Veranstaltung nicht die letzte gewesen wird.

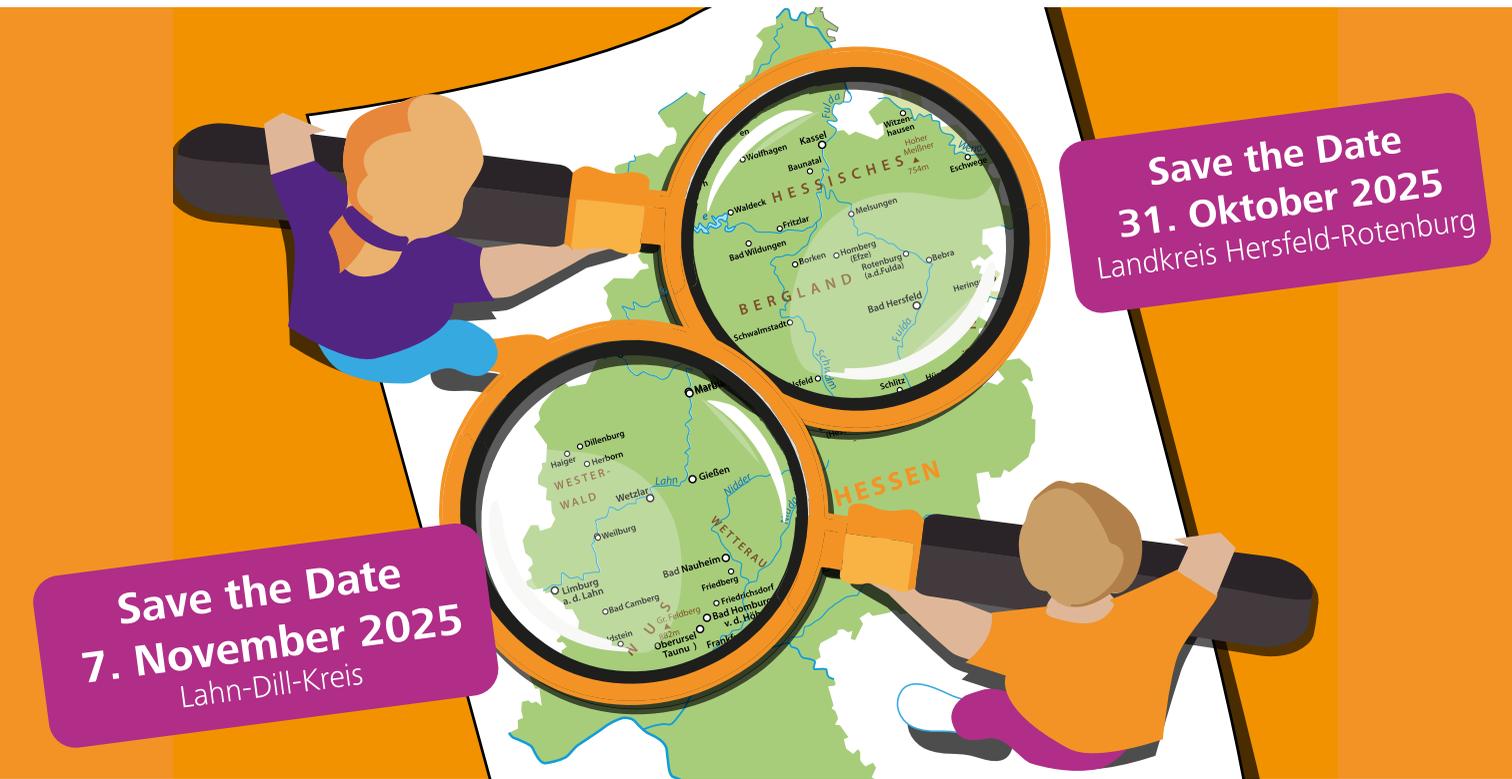
THORBEN OBERHAG

INFOBOX

Alle zwei Jahre steht die QM-Stichprobe an. In diesem Jahr ist es wieder so weit. Im vierten Quartal 2025 wird die Stichprobe durchgeführt und mindestens vier Prozent der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten werden zufällig ausgewählt.



Knapp 30 Teilnehmende informierten sich bei „QM am Nachmittag“ über QEP



Gemeinsam Versorgung stärken:

Sie sind Hausärztin, Hausarzt, Kinderärztin, Kinderarzt, Ärztin oder Arzt in Weiterbildung im Landkreis Hersfeld-Rotenburg oder im Lahn-Dill-Kreis oder Sie sind an einer Niederlassung/Anstellung in der jeweiligen Region interessiert? Dann freuen wir uns, Sie bei der neuen Veranstaltungsreihe #FokusVersorgung begrüßen zu dürfen!

Ihre BeratungsCenter Mittelhessen und Nord-Osthessen der KVH

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

BeratungsCenter Nord-Osthessen
Tel 0561 7008-250
beratung-nordosthessen@kvhessen.de

Darauf können Sie sich freuen:

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

Die Veranstaltung ist mit
3 Fortbildungspunkten zertifiziert.



Jetzt schon anmelden unter:
<https://www.kvhessen.de/fokusversorgung>

Folgen Sie der
KVH auf Instagram,
Facebook und
LinkedIn.

KASSENÄRZTLICHE
VEREINIGUNG
HESSEN

KVH



Noch wenige freie Plätze

Rasch anmelden unter kvh.link/p25003

MEDICAL ENGLISH FÜR ÄRZTINNEN UND ÄRZTE

Sie sind ärztlich tätig und möchten Ihre Englischkenntnisse vertiefen?

Unser Training schafft für Sie die Grundlage einer zugewandten und sicheren Kommunikation mit ausländischen Patientinnen oder Patienten. Führen Sie künftig Anamnesegespräche, Untersuchungen, Aufklärung von Patientinnen oder Patienten und therapeutische Maßnahmen effektiv auf Englisch durch!

Sie erweitern Ihr englisches Vokabular an medizinischen Fachbegriffen, üben den Einsatz für die Praxis und erhalten Strategien, wie Sie Kommunikationsprobleme erfolgreich meistern können. Unser zielorientiertes Trainingskonzept mit einem umfangreichen Skript ist genau auf die Bedarfe von Ärztinnen und Ärzten in der Kommunikation mit Patientinnen oder Patienten zugeschnitten.

Sie lernen in Englisch

- Anamnese
- körperliche Untersuchung
- Diagnostik
- Aufklärung
- Therapie

- Prophylaxe
- Entlassung/Überweisung
- Anatomie
- Schmerzen/Symptome/Krankheiten

Hinweis:

Diese Veranstaltung wird ausschließlich in englischer Sprache durchgeführt. Gute Vorkenntnisse in Englisch sind daher erforderlich. Bitte bringen Sie ein Deutsch-Englisch-Wörterbuch zur Veranstaltung mit.

Zielgruppe: Ärztinnen und Ärzte, Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung

Leitung: Markus Ammon, Sprachtrainer, Gründer und Inhaber von „Arzt und Sprache“

Gebühr: 110,00 €

Fortbildungspunkte: 10

Termin: Sa. 06.09.2025, 09:00 Uhr – 17:00 Uhr, online (Kurs 11310)

Anmeldung unter: kvh.link/p25003

HONORAR UND ABRECHNUNG – ÄRZTLICHE PRAXEN

**Wie setzt sich das Honorar zusammen?
Was ist das sogenannte Budget?
Wie kann ich mich schnell in meinen
Abrechnungsunterlagen orientieren?
Welche Neuregelungen der Politik haben
welche Auswirkung auf mein Honorar?**

RLV, QZV und frL? BHF, mGV und eGV? Sie schauen in Ihre Honorarunterlagen und fragen sich, was Ihnen Ihre KV mit diesen Abkürzungen mitteilen möchte? Schon wieder ein neues Gesetz, eine neue Richtlinie, und Sie sind unsicher, welche Auswirkungen dies auf Ihre Praxis haben wird?

Honorar und Abrechnung sind wesentliche Bestandteile Ihres Unternehmens. Für die erfolgreiche Führung einer Praxis sind fundierte Kenntnisse in diesen Bereichen unerlässlich. Anhand der Abrechnungsunterlagen können Potenziale der Praxis und Verbesserungsmöglichkeiten schnell erkannt und angegangen werden.

Sie erfahren

- welche wesentlichen rechtlichen Neuregelungen es gibt, ob diese Auswirkungen auf Ihren Praxisablauf haben, was Sie bei der Abrechnung beachten müssen und welche Honorarkonsequenzen damit verbunden sind
- wie die KV die Honorarverteilung vornimmt und welche verschiedenen Honorarbestandteile und -bereiche es gibt
- wie die Honorarunterlagen zu lesen sind
- wie Sie anhand der Honorarunterlagen Chancen und Verbesserungspotenziale erkennen können

Zielgruppe: Ärztinnen und Ärzte, Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung

Leitung: Beraterinnen und Berater der KVH

Gebühr: kostenfrei

Fortbildungspunkte: 5

Termin: Fr. 12.09.2025, 15:00 Uhr – 19:00 Uhr, KVH Beratungszentrum Nord-Osthessen (Kurs 11070)

Anmeldung unter: kvh.link/p25003

DATENSCHUTZ

Welche gesetzlichen Anforderungen in Bezug zum Datenschutz muss ich erfüllen?

Datenschutz hat in der Praxis einen hohen Stellenwert. Aufgrund der persönlichen und zum Teil sehr sensiblen Informationen spielt der korrekte Umgang mit Patientendaten und -unterlagen eine wichtige Rolle. Die Patientinnen und Patienten müssen darauf vertrauen können, dass alles geschützt bleibt, was der Ärztin bzw. dem Arzt oder was der Psychotherapeutin bzw. dem Psychotherapeuten im Zuge seiner Behandlung bekannt wird.

In diesem Seminar zeigen wir, worauf Sie beim Datenschutz in der Praxis achten müssen, wann eine Datenschutzbeauftragte oder ein Datenschutzbeauftragter erforderlich ist und welche Aufgaben diese Person übernimmt. Wir informieren über die aktuelle Rechtslage und den korrekten Umgang mit Unterlagen von Patientinnen und Patienten. Darüber hinaus geben wir organisatorische Tipps zur praktischen Umsetzung im Alltag.

Sie erfahren

- wie Sie Diskretion in den einzelnen Bereichen sicherstellen können
- wie der Umgang mit Daten von Patientinnen und Patienten zu regeln ist
- wie Sie den Datenschutz in Ihre Praxisorganisation integrieren
- wann ein Datenschutzbeauftragter erforderlich ist

Zielgruppe: Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Ausbildung, Praxismitarbeiterinnen und Praxismitarbeiter, Ärztinnen und Ärzte, Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung

Leitung: Daniel Schaupp, Datenschutzexperte im Gesundheitswesen, Prokurist bei DeltaMed Süd

Gebühr: 80,00 €

Fortbildungspunkte: 6

Termin: Sa. 13.09.2025, 10:00 Uhr – 15:00 Uhr, online (Kurs 11166)

Anmeldung unter: kvh.link/p25003

BRANDSCHUTZ IN DER PRAXIS – QUALIFIKATION BRANDSCHUTZ

Es brennt in meiner Praxis! Ein Szenario, das hoffentlich nie eintritt. Doch was, wenn es passiert? Sind die Abläufe im Brandfall klar geregelt?

Um Bränden vorzubeugen beziehungsweise im Ernstfall gewappnet zu sein, bekommen Sie Tipps und aktuelle Informationen. So schreibt zum Beispiel die aktuelle Arbeitsstättenrichtlinie die Anzahl der Brandschutzhelfenden in einer Praxis vor. Ergänzend zur Theorie werden auch praktische Übungseinheiten durchgeführt. Sie lernen Feuer am Beispiel eines Brandsimulators selbst zu löschen!

Sie erfahren

- welche gesetzlichen Vorgaben existieren
- was bei Flucht- und Rettungswegen zu beachten ist
- was vorbeugender Brandschutz heißt

Zielgruppe: Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Ausbildung, Praxismitarbeiterinnen und Praxismitarbeiter, Ärztinnen und Ärzte, Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung, Medizin-studierende

Leitung: Jörn Dutz, Freier Brandschutzbeauftragter, Fachreferent für Brandschutz

Gebühr: 130,00 €

Fortbildungspunkte: 0

Termin: Mi. 24.09.2025, 15:00 Uhr – 19:00 Uhr, Buderus Arena Wetzlar / Wolfgang-Kühle-Str. 1 / 35576 Wetzlar (Kurs 11133)

Anmeldung unter: kvh.link/p25003

KLIMA UND GESUNDHEIT

Für Sie ist die Klimakrise die größte Bedrohung für die Gesundheit in unserem Jahrhundert? Sie möchten Ihren Beitrag leisten, mit Ihrem Praxisbetrieb CO₂ einzusparen? Zeitgleich möchten Sie die Versorgung Ihrer Patienten verbessern? Sie fragen sich, wie das geht?

In diesem Workshop erfahren Sie die ersten Handlungsfelder, die Sie bereits morgen in der Praxis anwenden können. Der Schwerpunkt liegt hierbei bei der ärztlichen Versorgung von Patienten.

Sie erfahren mehr über

- die Auswirkung der Medikation auf die CO₂-Bilanz
- Produkte im Praxisalltag
- die Förderung von umweltfreundlichen Verkehrsmitteln wie Fahrrädern oder öffentlichem Nahverkehr für Mitarbeiter und Patienten

■ die Verwendung von digitalen Medien zur Reduzierung von Papierverbrauch und CO₂-Ausstoß

■ die Nutzung erneuerbarer Energien wie Solar- oder Windenergie

Zielgruppe: Ärztinnen und Ärzte, Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung

Leitung: Dr. med. Armin Wunder, Facharzt für Allgemeinmedizin

Gebühr: 25,00 €

Fortbildungspunkte: 4

Termin: Mi. 24.09.2025, 15:00 Uhr – 17:00 Uhr, online (Kurs 11269)

Anmeldung unter: kvh.link/p25003

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).

Wie werden die Verlaufskontrolle und Auswertung der DiGA (Digitale Gesundheitsanwendung) „elona therapy Depression“ abgerechnet?

Seit dem 01.04.2025 rechnen Sie die Verlaufskontrolle und Auswertung der DiGA „elona therapy depression“ nach der GOP 01479 ab. Davor wurden die Verlaufskontrolle und Auswertung über die Pauschale 86700 aus der Anlage 34 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) abgerechnet.

Über welche GOP können Praxen die Erstbefüllung der elektronischen Patientenakte (ePA) abrechnen?

Die Erstbefüllung der ePA können Sie über die GOP 01648 sektorenübergreifend je Patientin oder Patient einmal abrechnen.

Wie kennzeichnen Praxen in der Abrechnung die Patienten, die sie im Quartal ausschließlich per Videosprechstunde behandeln?

Sie kennzeichnen den Fall mit der Pseudo-GOP 88220.

Wie wird KV-Connect ersetzt?

Zum 20.10.2025 wird KV-Connect abgeschaltet und durch KIM (Kommunikation im Medizinwesen) ersetzt. Alle Anwendungen müssen daher bis spätestens 30.09.2025 im PVS auf KIM umgestellt sein. Was müssen Sie dafür in die Wege leiten? Nichts! Die Umstellung läuft im Hintergrund über Datensammelstellen, KVEn und Softwarehersteller.

Haben meine Patientinnen aufgrund einer Fehlgeburt Anspruch auf Mutterschaftsgeld?

Frauen, die ab der 13. Schwangerschaftswoche eine Fehlgeburt erlitten haben, haben seit dem 01.06.2025 übergangsweise bis zum 31.12.2025 Anspruch auf Mutterschaftsgeld. Um für die entsprechende Zeit Mutterschaftsgeld beanspruchen zu können, ist eine ärztliche Bescheinigung über die Fehlgeburt erforderlich. Die Vergütung für das Ausstellen der Bescheinigung ist mit der Versicherten- bzw. Grundpauschale abgegolten. Hintergrund ist die Anpassung des Mutterschutzgesetzes vom 24.02.2025.

Weitere Infos zur Dauer des Mutterschutzes und die davon abhängige Zahlung des Mutterschaftsgeldes sowie zu den entsprechenden Formularen finden Sie auf der Themenseite unserer Homepage: [kvh.link/p25119](https://www.kvh.link/p25119)

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

IHR KONTAKT ZU UNS

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

Montag bis Freitag: 7.00 bis 17.00 Uhr

BERATUNG VOR ORT

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

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

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

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

ONLINEPORTAL

Internetdienste/SafeNet* internetdienste@kvhessen.de

Technischer Support internetdienste@kvhessen.de

ARZNEI-, HEIL- UND HILFSMITTELBERATUNG

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

KOORDINIERUNGSSTELLE

Koordinierungsstelle 069 24741-7227
Weiterbildung 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 Roth, Katharina Sauerbier und Alexander Kowalski

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

Thorsten kleine Holthaus: S. 3, 17, 31; Alexander Kowalski: S. 4, 6; Judith Scherer: S. 7, 8, 38; Thorben Oberhag: S. 9, 10, 34, 36, 37; BMG/Jan Pauls: S. 12; Christian Glawe-Griebel – helliwood.com: S. 14; picture alliance/NurPhoto | Emmanuele Contini: S. 16; Tobias Koch: S. 20; KBV: S. 25; Tom Wolf: S. 31; Petra Bendrich: S. 22

Adobe Stock:

Titel: Ace64 Studio; S. 11: Jo Panuwat D; S. 19: Monika Wiesniewska; S. 24: Zerbor; S. 27: Africa Studio; S. 29: Jenny Sturm; S. 30: Robert Kneschke, contrastwerkstatt; S. 35: 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