Das Servicemagazin für unsere Mitglieder Nr. 6 / Dezember 2023

AUF DEN PUNKT.

info.service – offizielle Bekanntmachungen

HEFTMITTE

Elf sechs elf sieben und die 67 ÄBD-Zentralen

SEITE 17

Neu: Arzneimittel-Trendinformationen und SSB-Suche

SEITE 30

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG HESSEN

INHALT

Die Rundschreiben der KVH zu lesen lohnt sich immer! In den Rundschreiben finden Sie wichtige Infos und Antworten auf aktuelle Fragen.

Elf sechs elf sieben und die 67 ÄBD-Zentralen

AKTUELLES

„Der Protest muss auf die Straße“ 4

Impulse für die Niederlassung 6

Abschied im Guten 8

„Dann wird hier in Zukunft nur noch Kreisliga gespielt …“ 12

Ehrung für Prof. Dr. Erika Baum 13

Suchtmedizin ist zugleich herausfordernd und erfüllend! 14

TITELTHEMA

Elf sechs elf sieben und die 67 ÄBD-Zentralen 17

Quo vadis, ÄBD? 18

Mit dem Rettungswagen in die Praxis statt ins Krankenhaus 22

Test geglückt: KVH versorgt Kinder per Video 23

„Die Leute arbeiten freiwillig, gerne und das System ist stabil“ 25

GUT INFORMIERT

Sofort testen: die Sprechstundenbedarf-Suche unter **kvh.link/p23169**! 28

Verordnungskosten im Blick haben mit der neuen Arzneimittel-Trendinformation 30

Wechsel des Therapieformats hat sich bewährt 32

Die stille Gefahr: multiresistente Keime und ihre unterschätzte Bedrohung 36

Migräne 38

QUALITÄT

Qualitätssicherung in der Ultraschalldiagnostik 39

Aus- und Weiterbildung intersektoral gestalten 40

Sicherheit für Patientinnen und Patienten in der ambulanten Versorgung 42

VERANSTALTUNGEN

Noch wenige freie Plätze 43

PRAXISTIPPS

Wie war das? 46

SERVICE

Ihr Kontakt zu uns/ Impressum 47

Krisenjahr

Liebe Kolleginnen und Kollegen, sehr geehrte Damen und Herren,

wenn Sie diese Zeilen lesen, geht es mit Riesenschritten auf Weihnachten zu. Wie immer ein guter Anlass, um das vergangene Jahr Revue passieren zu lassen. Wie werden wir demnächst auf das Jahr 2023 zurückschauen? Ist es das Jahr, in dem die Ärzteproteste so nachhaltig und flächendeckend begannen, um endlich für eine veränderte Politik in Berlin zu sorgen? Oder wird es das Jahr sein, in dem unser Bundesgesundheitsminister seinem nicht mehr klammheimlichen Ziel einer klinikzentrierten Staatsmedizin weitere entscheidende Schritte nähergekommen ist?

Wohin wir schauen – scheinbar gibt es nur noch Krisen. Kriege, Terror, das Verschwinden gesellschaftlichen Kitts, immer unversöhnlicher geführte Debatten, all das macht unser Leben und das unserer Mitmenschen gerade aus. Und natürlich hat dies einen starken Impact auf die Arbeit in unseren Praxen und verstärkt das Krisengefühl zusätzlich.

Auch wir Niedergelassenen haben Existenzängste und diese sind selbstverständlich auch berechtigt. Leider scheint es nach wie vor so, dass mit der Spitze des Bundesgesundheitsministeriums nicht nur nicht zu reden ist, sondern dort unbeirrbar der Kurs Staatsmedizin auf dem Kompass eingestellt ist. Und wir fragen uns angesichts immer lauterer Klagen rund um die Versorgung, ob es denn wirklich erst richtig schlimm werden muss, damit es wieder besser werden kann? Allüberall stoßen wir auf großes Verständnis für unsere Anliegen und Sorgen – doch es ändert sich, zumindest bisher, leider nichts.

Trotz oder gerade wegen der vielen Krisen tut uns allen die Weihnachtspause vielleicht in diesem Jahr besonders gut. Wir wünschen Ihnen und Ihren Familien, aber auch den Praxisteams ruhige und erholsame Feiertage und ein möglichst gutes und gesundes 2024!

Mit besten kollegialen Grüßen,
Ihre

Frank Dastych
Vorstandsvorsitzender

Armin Beck
stellv. Vorstandsvorsitzender

„Der Protest muss auf die Straße“

In der Herbstsitzung der Vertreterversammlung dominieren die Ärzteproteste. Die VV unterstützt diese mit einer einstimmig verabschiedeten Resolution. Und sorgt mit der Verabschiedung des Haushalts dafür, dass die Verwaltungskosten auch 2024 stabil bleiben. Gute Nachrichten gab es auch für die leidgeprüften Kolleginnen und Kollegen in der Ukraine.

Solidarität in Krisenzeiten: Hessische Medizingeräte werden in der Ukraine erwartet

Manchmal hilft ein Seitenblick, um die eigene Situation anders zu reflektieren. Zu Beginn seines Berichts zur Lage überbrachte Frank Dastych der Vertreterversammlung stellvertretend für die hessische Ärzteschaft den herzlichen Dank von Kliniken und niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten in der Ukraine. Denn nach einem Aufruf im Sommer, wer intakte medizinische Geräte abgeben wolle, konnten nun nach einem technischen Check unter anderem Ultraschallgeräte in die medizinische Versorgung im vom Krieg gebeutelten Land übergeben werden. „Man ist in der Ukraine sehr dankbar für das, was die Kolleginnen und Kollegen für sie getan haben.“

Doch damit hatte es sich fast schon mit den guten Nachrichten. Denn beim Blick nach Berlin oder auf die aktuelle finanzielle Situation der Praxen konnte der KV-Chef naturgemäß nur Krisenhaftes berichten. Absehbar deutlich verringerte Honorare durch den Wegfall von Neupatientenregelung und Corona-Leistungen, dazu ein Honorarergebnis auf Bundesebene, das mit 3,85 Prozent noch nicht einmal die Verluste durch die Preissteigerungen kompensiert. „Es bleibt politischer Wahnsinn, dass Herr Lauterbach und die Bundesländer nicht von ihrer Krankenhausfixierung abzubringen sind. Wir Niedergelassenen in Hessen versorgen pro Jahr mehr Fälle als alle Kliniken Deutschlands zusammen. Und

anstatt dieses Rückgrat der Versorgung zu stärken, lässt der Bundesgesundheitsminister die ambulante Versorgung langsam, aber sicher ausbluten. Deshalb kann es nur ein Motto geben: „Der Protest muss nun auf die Straße."

„OHNE HESSEN HÄTTE ES DEN PROTESTTAG AM 18. AUGUST NICHT GEGEBEN"

Armin Beck, das hausärztliche Vorstandsmitglied, stellte in seinem Bericht heraus, dass es den Protesttag am 18. August in Berlin ohne hessisches Drängen gar nicht gegeben hätte. „An dieser Stelle hat sich unser hessischer Einfluss ausgezahlt. Wir haben die Initiative ergriffen und so dafür gesorgt, dass wir ein ziemlich beeindruckendes Zeichen an die Politik senden konnten." Ein sehr positives Fazit zog Beck über das Pilotwochenende zur Videosprechstunde im pädiatrischen Bereitschaftsdienst (siehe Seite 23). Ärztinnen und Ärzte sowie die Eltern der behandelten Kinder seien voll des Lobes gewesen, die Technik habe stabil funktioniert und insgesamt waren 66 Behandlungen via Videosprechstunde möglich: „Wir haben so eine stabile Basis für die nächsten Brückentage rund um Weihnachten und den Jahreswechsel geschaffen, wo wir das Angebot auch auf den allgemeinen Bereitschaftsdienst ausweiten wollen. Mein Dank gilt sowohl den beteiligten Kinderärztinnen und -ärzten als auch allen Mitarbeitenden aus der Verwaltung."

KARL M. ROTH

Die Vertreterinnen und Vertreter haben dem Haushaltsvoranschlag für das Jahr 2024 einstimmig zugestimmt.

Verwaltungshaushalt
Seit dem Quartal IV/09 hat sich der Verwaltungskostensatz wie folgt verändert:

IV/09 – I/10	=	2,90 %
II/10 – III/10	=	2,70 %
IV/10 – III/11	=	2,53 %
IV/11 – III/20	=	2,49 %
ab IV/20	=	2,64 %

Zudem sind die folgenden Sonderumlagen vorgesehen:

- Sonderumlage Arzt in Weiterbildung 0,68 % (VJ 0,58 %)
- Fördermittel Sicherstellung 0,10 %
- Ärztlicher Bereitschaftsdienst 0,765 % (0,288 % reduziert für PT), maximal 1.500 € pro Mitglied/Quartal gemäß Bereitschaftsdienstordnung (BDO)

INFOBOX

In einer einstimmig verabschiedeten Resolution appellierten die Vertreterinnen und Vertreter an die Politik, endlich die Systematik der Finanzierungsfestlegungen für die ambulante Versorgung zu ändern:

„Die VV der KVH fordert ein Ende des Honorardiktates des Erweiterten Bewertungsausschusses und eine Rückkehr zu echten Honorarverhandlungen.

Das Ergebnis ist ein Angriff auf die ambulante Versorgung, ganz im Sinne unseres Gesundheitsministers Lauterbach, der die Forderungen und Interessen der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte nicht hört, nicht sieht und vergisst. Stattdessen verortet er die ambulante Versorgung der Zukunft am Krankenhaus, im Gesundheitskiosk und bei der Gemeindeschwester.

Um gerechtere Verhandlungen zu ermöglichen, muss im SGB V eine Änderung dahingehend erreicht werden, dass wie bei allen sonstigen Schlichtungsverfahren sich beide Verhandlungsparteien jeweils aktuell auf einen unabhängigen Schlichter einigen."

Impulse für die Niederlassung

Im Werra-Meißner-Kreis denkt man heute schon an morgen. Wie die hausärztliche Versorgung in der Zukunft aussehen könnte, wurde mit den Teilnehmerinnen und Teilnehmern gemeinsam überlegt.

Hierzu haben Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung (ÄiW), erfahrene Niedergelassene sowie Akteurinnen und Akteure im Gesundheitswesen beim Hausärztlichen Aktionstag der KVH Mitte November in Eschwege die Köpfe zusammengesteckt. Organisiert wurde die Veranstaltung vom regionalen BeratungsCenter Kassel. „Uns ist es sehr wichtig, dass unsere Mitglieder auch regionale Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner vor Ort haben", so Carla Staufenberg, Beraterin am Standort Kassel und Moderatorin des Aktionstags.

In einer Ideenwerkstatt entwickelten sie Antworten auf die Fragen: „Was muss getan werden?", „Wie kann es verändert werden?" und „Was ist bereits gut?" „Das BeratungsCenter Kassel sowie die Nachwuchsförderung der KVH setzen sich mit den gesammelten Impulsen auseinander. So kann die KVH ihre Angebote noch gezielter auf die Bedürfnisse und Wünsche ihrer Mitglieder zuschneiden und die Niederlassung attraktiver machen", sagte Armin Beck, stellvertretender Vorstandsvorsitzender der KVH in der Stadthalle Eschwege.

WAS GETAN WERDEN MUSS

Neben dem Wunsch nach mehr finanziellen Förderangeboten für eine Niederlassung und diversen Schulungsangeboten richteten die Teilnehmenden Forderungen vor allem an die Politik. Dazu zählten: eine Reform des Medizinstudiums, Nachwuchsförderung schon vor dem Studium sowie eine Art „Unternehmerschule" für ÄiW. Zudem erwarten Praxen von den Krankenkassen bessere Patienteninformationen und Aufklärung in Richtung Patientensteuerung. Weitere Wünsche (siehe Infobox) betreffen die KVH – und sind teils bereits umgesetzt, etwa Infos über finanzielle Förderungen (siehe **kvh.link/p23164**). „Bei der Orientierung durch die vielzähligen Angebote der KVH sind wir als Beraterinnen und Berater sehr gerne ansprechbar", meinte André Momberg, Berater im BeratungsCenter Kassel.

Jennifer Watermann, Teamleiterin Arznei-, Heil- und Hilfsmittel, sowie Dr. Stefan Grenz, Hausarzt und Vorstandsberater Pharmakotherapie der KVH, legten in ihrem Vortrag dar, warum Regresse in Hessen eigentlich kein Thema sind und wie Praxen sie verhindern können

Die Mitglieder Astrid Menzer und Tim Pippart, beide niedergelassen im Werra-Meißner-Kreis, diskutierten mit bei der Ideenwerkstatt

Die KVH hat sich sehr über das Grußwort von Ministerialdirigent Stefan Sydow (HMSI) gefreut, zeigt seine Teilnahme am Aktionstag doch das hohe Engagement des HMSI rund um den Medibus

Durfte nicht fehlen: Der Medibus, die mobile Arztpraxis der KVH, konnte beim Aktionstag besichtigt werden

WIE KANN ES VERÄNDERT WERDEN?

Neu waren die Ideen eines speziellen Studientags für ÄiW, eines Schulungsfahrplans oder einer Kinderbetreuung während KVH-Veranstaltungen. Auch gab es Rufe nach Schulungen für ÄiW tagsüber, also während der Praxisöffnungszeiten.

DAS LÄUFT SCHON GUT

Insbesondere die Online-Workshops der KVH, ihr Bildungs- und Kommunikationsangebot, ihre finanzielle Förderung und ihr Doc's Camp haben die Teilnehmenden positiv hervorgehoben. Auch die Aussage „Die Beratung der KVH ist super!" hat das gesamte Team in Kassel sehr gefreut. „Wir sind glücklich darüber, dass unsere Motivation, die Ärztinnen und Ärzte in den verschiedensten Anliegen zu unterstützen, auch so wahrgenommen wird", so Saskia Khalifa, Mitarbeiterin BackOffice im BeratungsCenter Kassel.

SO GEHT'S WEITER

„Der Hausärztliche Aktionstag mit Vorträgen und intensivem Austausch in angenehmer Atmosphäre war eine gelungene Fortsetzung der letztjährigen Veranstaltung und der Auftakt für weitere. Unser Ziel ist es, einerseits die Versorgung, insbesondere in der Medibus-Region, auszubauen, andererseits auch uns mit unseren Mitgliedern zu vernetzen und ansprechbar zu sein. Nur gemeinsam gelangen wir zum Erfolg!", so Armin Beck.

LISA PROBST

Berater André Momberg notiert den praxisnahen Input aus der Ideenwerkstatt

INFOBOX

Angebote der KVH

- Kodierungsschulung: Fortbildung ICD-Kodierung
- Mitarbeiterführung: Fortbildung Führungskräfte in der Praxis sowie Führungsqualitäten und Motivation von Mitarbeitenden
- BWL: Fortbildung BWL für Fortgeschrittene und Beratungsangebot **kvh.link/p23165**
- Doc's Camp
- siehe auch **kvh.link/p23178**

Alle Fortbildungen finden Sie unter **kvh.link/p23166**.

Abschied im Guten

Mitte Januar 2024 wird Sozialminister Kai Klose seinen Posten im HMSI räumen. Im Bilanzinterview mit AufdenPUNKT. blickt er auf fünf extrem fordernde Jahre zurück und erklärt, warum er nun mit der Politik aufhört.

In den vergangenen fünf Jahren ist wahnsinnig viel passiert, gerade in Ihrem Ressort. Was ist aus Ihren Vorhaben zu Beginn Ihrer Amtszeit geworden, können Sie noch erinnern, wie Ihr Anfang war?

Kai Klose: Ich war zuvor Staatssekretär für Integration und Antidiskriminierung, also bereits für einen Teil des breiten Bereichs des Hauses verantwortlich. Das gesamte Spektrum kam dann mit meinem Amtsantritt dazu, auch die Verantwortung für alle, die hier arbeiten. Also ging es am Anfang auch darum, die Menschen kennenzulernen – sowohl hier im Haus als auch die externen Player. Und dann ging es sehr schnell mit dem ersten Krisenthema los, der Psychiatrie in Höchst, Stichwort Wallraff. Das war direkt ein satter Einstieg.

Wie wichtig war Ihnen ab Beginn eine eigene Handschrift?

Der Wunsch war gar nicht so vordringlich, weil die Koalition ja fortbestand, die Agenda wurde durch den Koalitionsvertrag vorgegeben, aber natürlich hat jeder einen eigenen Führungsstil. Klar war, was unsere Aufgaben sein würden: eine gerechte Gesellschafts- und Vielfaltspolitik und gerade im Gesundheitsbereich wollten wir z. B. die Geburtshilfe mit dem Runden Tisch Geburts- und Hebammenhilfe voranbringen, die sektorenübergreifende Zusammenarbeit stärken, auch das Thema Stärkung der Organspende-Bereitschaft hat mich von Beginn an begleitet. Wir haben es dank einer riesigen Kraftanstrengung trotz der Pandemie geschafft, diese Themen voranzubringen.

Sie gehen also zufrieden, wenn Mitte Januar Schluss ist?

Wenn ich mir die Agenda des Koalitionsvertrags und unsere Leistungsbilanz darüber hinaus anschaue, ja. Ich bin auch zufrieden, was die Zusammenarbeit der einzelnen Player und Sektoren betrifft. Das ist deutlich besser geworden, wir haben viele Brücken gebaut. In meinem ersten Jahr war zum Beispiel der Diskurs zwischen der KVH und der Krankenhausgesellschaft überschaubar konstruktiv. Ich glaube, hier haben wir gerade durch das Zusammenführen, Zuhören und auch Integrieren richtig viel vorangebracht.

Beschreibt das Ihren Grundansatz in der Politik?
Gerade in der Sozialpolitik ist es wichtig, Gemeinsames zu befördern, statt Mauern zu errichten. Das ist tatsächlich seit 20 Jahren mein persönlicher politischer Ansatz, der zwar häufig mühsamer ist, aber sich nach meiner Erfahrung mittel- und langfristig lohnt, weil dadurch belastbare Arbeitsbeziehungen entstehen. Ich habe unter Beweis gestellt, dass ich mich der Anliegen meiner Gegenüber ernsthaft annehme, dadurch konnte Vertrauen entstehen. Gerade während der Pandemiebekämpfung war das eine wichtige Voraussetzung. Denn wenn man etwas Positives an Corona finden will, dann, dass wir alle gezwungen und willens waren, an einem Strang zu ziehen: Das betrifft die Niedergelassenen genauso wie den Öffentlichen Gesundheitsdienst, die Krankenhäuser und natürlich das Ministerium. Wir waren aufeinander angewiesen. Es ist nicht vorstellbar, Corona so gut zu bearbeiten, wie es uns in Hessen im Großen und Ganzen gelungen ist, ohne den Schutzwall für die Kliniken, den die ambulante Versorgung gebildet hat. Die Kliniken wurden, anders als beispielsweise in Italien, nie überlastet. Das haben wir in einem gemeinsamen Kraftakt geschafft und darauf können wir auch gemeinsam stolz sein. Das Corona-Symposium im vergangenen Sommer hat unseren insgesamt erfolgreichen Umgang mit dieser enormen Herausforderung ja auch bestätigt.

Sie sind beziehungsweise waren mit dem SaN-Projekt und dem Medibus als Ministerium auch bei zwei Leuchtturmprojekten der KV dabei. Warum?
Ich glaube, dass das SaN-Projekt ein wirkliches Vorzeigeprojekt ist, weil die KV und wir im Zusammenspiel mit allen Akteurinnen und Akteuren – Landkreise und Kommunen, Krankenkassen, Landesärztekammer, Hessische Krankenhausgesellschaft und Rettungsdienste – gezeigt haben, dass es geht: Diese Player alle an einen Tisch zu kriegen und dafür zu sorgen, dass es eine gemeinsame Richtung gibt, ist ein Riesenerfolg. Mit diesem Modellprojekt sind wir im Grunde Vorreiter für manches, was jetzt von der Regierungskommission für die Reform der Akut- und Notfallversorgung vorgeschlagen wurde. Wenn wir uns diese vierte Empfehlung anschauen, dann ist da ziemlich viel drin, was wir in Hessen schon machen bzw. testen. Da ist uns auf Initiative der KV etwas richtig Gutes gelungen.

Unser Ziel ist, die medizinische und pflegerische Versorgung auch in ländlichen Gebieten langfristig zu sichern und innovative Ideen wie den Medibus zu unterstützen. Er schließt temporär eine Versorgungslücke in Nordosthessen, was die ambulante Versorgung angeht, bis vakante Arztsitze adäquat nachbesetzt sind.

ZUR PERSON

Kai Klose

seit 18. Januar 2019: Hessischer Minister für Soziales und Integration

seit 18. Januar 2019: Abgeordneter BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN im Hessischen Landtag

Oktober 2017 bis Januar 2019: Staatssekretär und Bevollmächtigter für Integration und Antidiskriminierung im Hessischen Ministerium für Soziales und Integration

Dezember 2013 bis Mai 2019: Vorsitzender BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN Hessen

2009 – 09/2017: Abgeordneter BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN im Hessischen Landtag

Diese Herausforderung und die Lücken werden immer größer. Was heißt das aus Ihrer Sicht?
Wir haben – und da waren wir anderer Meinung als die KV – die Landarztquote eingeführt, um dem ein Stück weit entgegenzuwirken. Aber auch das wird nicht der Weisheit letzter Schluss sein, zumal es dauern wird, bis sich der Effekt der Landarztquote zeigt. Es wird am Ende wahrscheinlich nur gelingen, wenn wir in der Bevölkerung einen gewissen Mentalitätswandel bewirken, der dann auch dazu führt, dass man nicht jede Beschwerde unmittelbar in einer ärztlichen Praxis behandeln lassen muss. Auf der anderen Seite wird uns die Digitalisierung helfen. Aber realistisch wird es diesen Umfang der Versorgung, wie wir sie aus der Vergangenheit kennen, in Zukunft nicht mehr geben können.

Glauben Sie denn, dass die Politik den Willen und die Kraft für diese unangenehme Wahrheit in der Auseinandersetzung mit den Bürgerinnen und Bürgern aufbringen wird? Denn das Problem ist ja schon lange bekannt und man hat trotzdem das Gefühl, dass nichts passiert, weil man die Zumutungen so gering wie möglich halten will.
Das hat vermutlich auch damit zu tun, dass im politischen Diskurs häufig nur die Perspektive einer Legislaturperiode in den Blick genommen wird. Alles, was mit dem demografischen Wandel zu tun hat, wurde zumindest tendenziell vor zwei oder drei Legislaturen von einer Enquetekommission im Hessischen Landtag bereits richtig eingeschätzt und aufgeschrieben. Aber die Einflussmöglichkeiten sind begrenzt. So, wie sich die KV keine Ärztinnen und Ärzte backen und sie dann auch noch verpflichten kann, in bestimmten Regionen zu arbeiten, ist das auch für politische Entscheiderinnen und Entscheider. Ich nehme bewusst ein anderes Beispiel: Bei der Krankenhausreform nehmen wir uns jetzt notwendigerweise ein großes Rad vor. Da wird es extrem auf die Kommunikation ankommen. Unsere Botschaft an die Bürgerinnen und Bürger ist eine doppelte: Wir sorgen dafür, dass du im Notfall weiterhin mindestens genauso gut und schnell versorgt wirst, wie das im Moment der Fall ist. Im Falle einer planbaren Behandlung in einem Krankenhaus kann es aber sein, dass du einen weiteren Weg in Kauf nehmen musst. Dafür kannst du aber sicher sein, dass dort besondere Expertise vorhanden ist, du also von Menschen behandelt wirst, die besondere Erfahrungen mit diesem Eingriff haben.

Man kann in diesen Tagen kein Interview mit einem Sozialminister führen, ohne die Ärzteproteste anzusprechen. Wie nehmen Sie sie wahr? Der Druck im Kessel ist immens. Haben Sie Verständnis dafür?
Ich habe natürlich Verständnis für die schlechte Stimmung und es ist völlig legitim, dass auch die Ärzteschaft ihre Kritik nach außen trägt. Wichtig ist, dass das nicht zulasten der Patientenversorgung geht. Es gibt den Forderungskatalog von KBV und KVen, der sicherlich eine Basis für Reformüberlegungen ist. Natürlich geht es auch um das Thema MFA-Mangel und um das Berufsausübungsverständnis, also den verstärkten Wunsch, angestellt zu arbeiten. Auch die Last der letzten Jahre wirkt nach: Mir ist sehr bewusst, dass die Vertragsärzteschaft während der Pandemie über sich selbst hinausgewachsen ist. Gerade im Kontext der Impfungen gegen das Virus war das herausragend, die Niedergelassenen haben hier Rekordwerte gezeigt.

Es gibt sicherlich auch im ambulanten Bereich Reformbedarf, das ist allerdings Bundesangelegenheit. Wir haben als Hessen aber bei den Diskussionen rund um die Klinikreform immer wieder betont, dass es nicht ausreicht, nur den stationären Sektor zu betrachten. Natürlich kann man nicht alle Baustellen gleichzeitig bearbeiten. Aber aus meiner Sicht muss sich, wenn die Klinikstrukturreform unter Dach und Fach ist, die Aufmerksamkeit des Bundesgesundheitsministers auf die Niedergelassenen rich-

Kai Klose:
„Gerade in der Sozialpolitik ist es wichtig, Gemeinsames zu betonen statt Mauern zu errichten."

ten und ich hoffe sehr, dass das auch passiert. Die Vertragsärzteschaft wird aber auch von der Reform der Notfallversorgung profitieren.

Wie könnte dieser Effekt aussehen?
Hier geht es mir vor allem um die ersten stärkeren Steuerungseffekte. Wir haben mit SaN gezeigt, dass bestimmte Notfälle genauso gut ambulant in Praxen behandelt werden können, die sich dafür bereit erklärt haben. Das funktioniert in unseren drei Modellkreisen auch schon sehr gut.

Zwar ist die Inflation mittlerweile gesunken. Haben Sie aber trotzdem Verständnis für den Unmut der Niedergelassenen, wenn bei 6 Prozent Inflation auf kaum noch nachvollziehbare Art eine Honoraranpassung von 3,85 Prozent festgelegt wird?
Eine grundsätzliche Reform der vertragsärztlichen Vergütung ist notwendig. Da ist vieles zu lange unverändert geblieben, die GOÄ sogar seit 1993. Das anzugehen ist wichtig, wird aber nicht dadurch gelöst, indem man sagt: Es muss mehr Geld ins System. Wir müssen auch auf die Seite der Kostenträger schauen und können die Sozialversicherungsbeiträge nicht beliebig steigern. Wir müssten uns also in einem ersten Schritt ansehen, welche Vergütungsregel setzt eigentlich welche Anreize und bewirkt was? Und dann wirklich sortieren, was sich bewährt hat und wo es Fehlanreize gibt. Das ist ein sehr grundsätzliches Herangehen, das es aber braucht. Mir wäre es zu wenig, zu sagen: „Jetzt gibt es noch mal drei Prozent Honorar obendrauf." Dieser grundsätzlichere Ansatz verlangt aber auch, dass alle Beteiligten selbstkritisch auf die Situation schauen.

Gibt es am Ende, auch wenn wir das mal sektorenübergreifend betrachten, zu einer Konzentration der Versorgung überhaupt eine Alternative?
Das wird so sein. Schon mit der Krankenhausstrukturreform konzentrieren und spezialisieren wir stärker. Bei den Niedergelassenen muss das gesondert betrachtet werden. Das ist auf einer sehr schematischen Ebene möglicherweise vergleichbar mit Notfall und planbarem Eingriff bei den Krankenhäusern: Menschen wollen einen möglichst kurzen Weg zum Hausarzt, zu ihrer Hausärztin. Das wird auch in Zukunft wichtig sein. Möglicherweise muss ich dann aber für bestimmte fachärztliche Behandlungen weitere Wege in Kauf nehmen.

Warum hören Sie als mutmaßlicher Politik-Junkie nun auf?
20 Jahre hauptberuflich politisch zu arbeiten sind eine lange Zeit und es ist ein großes Privileg, unmittelbar gestalten zu können. Politik ist aber immer ein Job auf Zeit, ein Fünfjahresvertrag mit dem Souverän. Die Entscheidung ist gereift und für mich ist jetzt der richtige Zeitpunkt, selbstbestimmt noch einmal einen anderen Weg einzuschlagen.

Herr Klose, vielen Dank für das Gespräch.

DIE FRAGEN STELLTE KARL M. ROTH

„Dann wird hier in Zukunft nur noch Kreisliga gespielt …“

Wohin geht's? Minister Kai Klose und KV-Chef Frank Dastych diskutieren über die Zukunft der ambulanten Versorgung.

Wie exzellent ambulante Versorgung sein kann, zeigte sich exemplarisch beim Besuch von Staatsminister Kai Klose im Humanmedicum in Königstein. Gleichzeitig brachten die Inhaber der Praxis zusammen mit dem KV-Vorstand die Sorge zum Ausdruck, dass es damit bald vorbei sein könnte.

„Die nächsten zehn Jahre werden wir noch schaffen“, zeichnete stellvertretend für seine Kollegen Dr. Patrick Heinzelmann die aktuelle Krise in der ambulanten Versorgung nach. „Aber so düster wie es jetzt aussieht, wird hier danach keine Bundesliga mehr gespielt, sondern nur noch Kreisliga.“ Und adressierte diese Botschaft an Staatsminister Kai Klose, der nach Königstein gekommen war, um sich gemeinsam mit KV-Vorstand Frank Dastych über Möglichkeiten und aktuelle Nöte der ambulanten Versor-

INFOBOX

Fakten zum Humanmedicum:

Die Tagesklinik Humanmedicum ist eine überörtliche Gemeinschaftspraxis (Königstein und Oberursel) mit eigenem ambulantem OP-Betrieb. Das Konstrukt wurde 2010 gegründet. Die fünf Partner beschäftigen mittlerweile fünf angestellte Ärzte und ca. 30 medizinische Fachangestellte.

Der OP wird mit zwei OP-Sälen betrieben und steht in seiner Ausstattung einer Klinik in nichts nach. Die Gerätetechnik wird stets auf dem neuesten Stand gehalten. Die operierenden Fachärzte, die vor ihrer Niederlassung durchweg als Oberärzte oder leitende Ärzte tätig waren, wissen um die Notwendigkeit einer aktuellen Expertise. Diese wird von den Patientinnen und Patienten erwartet, umgekehrt aber auch mit einer stetig steigenden Nachfrage honoriert.

Die Praxis und Tagesklinik können somit über das Jahr hinweg ähnlich viele Patientinnen und Patienten ambulant behandeln wie die Ambulanz einer Klinik der Maximalversorgung (ca. 50.000 – 70.000 Patientenkontakte). Mit 1.300 – 1.500 ambulanten Operationen (mit Anästhesie) werden im Humanmedicum viele Eingriffe durchgeführt, die unter stationären Bedingungen viele Aufenthaltstage und das Auslösen hoher Kosten mit sich bringen würden.

gung zu informieren. Klose zeigte sich beeindruckt von den Möglichkeiten ambulanter Hochleistungsversorgung und warb für ein gedeihliches Miteinander von stationärer und ambulanter Versorgung. Gleichzeitig sei es für ihn völlig klar, dass es dringend notwendig sei, an die Vergütungssystematik in der ambulanten Versorgung heranzugehen: „Es braucht einen angemessenen Ausgleich und Anreiz für das unternehmerische Risiko, das Ärztinnen und Ärzte eingehen, die etwas wie hier hinstellen und betreiben."

KV-Chef Frank Dastych bat den Minister in den letzten Tagen seiner Amtszeit bis Mitte Januar noch einmal alles ihm Mögliche zu tun, um diesen Gedanken in den Gesprächen bei den politischen Entscheidern in Wiesbaden und Berlin zu platzieren: „Mein Eindruck ist eigentlich, dass es immer noch genügend Ärztinnen und Ärzte gibt, die auch als Selbstständige in die ambulante Versorgung wollen, allen Schwierigkeiten und auch den generationsbedingten Ansprüchen zum Trotz. Aber andererseits ist es so – und das wäre wirklich sehr besorgniserregend –, dass man den Eindruck bekommt, dass gerade solche Hochleistungsstrukturen wie diese hier aus Berlin nachhaltig bekämpft werden."

KARL M. ROTH

Klose: „Wir müssen auch an die Vergütungssystematik in der ambulanten Versorgung ran."

Ehrung für Prof. Dr. Erika Baum

Für ihr vielfältiges ehrenamtliches Engagement im Bereich der Medizin wurde Prof. Dr. Erika Baum mit dem Verdienstkreuz am Bande des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland ausgezeichnet. Überreicht wurde ihr der Verdienstorden in Wiesbaden von Hessens Europaministerin Lucia Puttrich (l.).

Prof. Dr. Baum gehört unter anderem auch zum wissenschaftlichen Beirat von KVH aktuell Pharmakotherapie. Die KVH gratuliert ihr herzlich zu dieser Auszeichnung.

PETRA BENDRICH

Suchtmedizin ist zugleich herausfordernd und erfüllend

Die Initiative „Junge Suchtmedizin“ will neugierig machen auf die vielfältigen Facetten der suchttherapeutischen Arbeit und dazu beitragen, dass sich Menschen, die sich von der suchttherapeutischen Arbeit angezogen fühlen, miteinander vernetzen können. Wie das geht, erfahren Sie im Interview, das AufdenPUNKT. mit Deborah Scholz-Hehn, stellvertretend für die „Junge Suchtmedizin“, führte.

Wer macht mit bei der Initiative „Junge Suchtmedizin"?

Wir sind eine Gruppe, die aus (Medizin)studierenden, Berufsneulingen sowie jungen Menschen mit fachärztlichem oder psychologischem Hintergrund, aber auch aus Pflegekräften besteht. Mitmachen kann jede Person, die das Thema berührt, auch Angehörige oder Betroffene dürfen sich bei uns einbringen. Aufgrund unserer Entstehungsgeschichte machen Medizinstudierende und Ärztinnen und Ärzte derzeit den größeren Teil unserer Gruppe aus.

Wie kommt es, dass Sie sich für dieses Thema so begeistern?

Die Arbeit mit suchtkranken Menschen ist spannend und teilweise herausfordernd, weil uns oft chronisch mehrfach geschädigte und stigmatisierte Menschen begegnen, die ganz individuelle Bedürfnisse, Fähigkeiten und Einschränkungen haben. Oft müssen wir kreativ werden und „um die Ecke denken" und uns auch in die Lebenssituation der Betroffenen versetzen, um durch eine Begegnung auf Augenhöhe die Entwicklung von Selbstverantwortung zu unterstützen.

Suchtmedizin berührt dabei nicht nur medizinische, sondern auch gesellschaftliche, politische bis hin zu philosophischen Fragestellungen. Wenn es gelingt, in der Behandlung tragfähige Beziehungen aufzubauen, und wenn Patientinnen oder Patienten zufriedener und gestärkter Schritt für Schritt ein Leben führen können, das wieder mehr ihren Vorstellungen entspricht, ist das unheimlich erfüllend.

Außerdem ist die enge interdisziplinare Zusammenarbeit mit weiterführenden Einrichtungen wie Suchtberatungen, Fachkliniken oder den sozialpsychiatrischen Einrichtungen spannend. Die verschiedenen Herangehensweisen können sehr blickerweiternd sein.

Die Suchttherapie bietet jungen Medizinerinnen und Medizinern einen Bereich, der nicht durchalgorithmisiert ist, sondern individuelle Herangehensweisen erfordert. Außerdem ist es möglich, psychotherapeutisch und gleichzeitig somatisch zu arbeiten – eine Kombination, die man sonst in den wenigsten Fachbereichen hat.

Obwohl die Themen Substanzgebrauch, Konsum und Rausch, aber auch Abhängigkeiten uns alle fast in irgendeiner Weise betreffen, besteht ein erheblicher Neglect diesbezüglich in der Ausbildung. Diese Lücke möchten wir schließen.

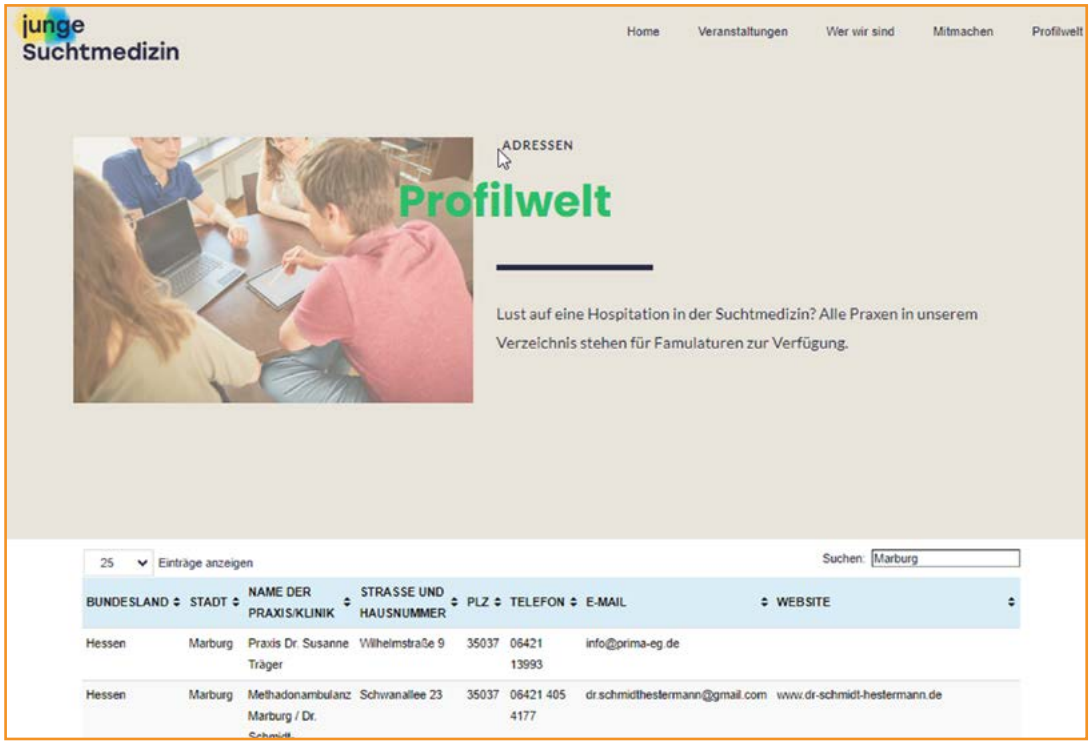
Wie sind Sie organisiert?

Wir treffen uns regelmäßig online und mindestens einmal im Jahr auch in Präsenz. Wir arbeiten basisdemokratisch, es gibt daher innerhalb der „Jungen Suchtmedizin" keine festgelegte Hierarchie. Die Gruppenstruktur ist fluide, das heißt, dass jede oder jeder so viel beiträgt, wie es gerade zur aktuellen Lebenssituation passt. Unterstützt werden wir von der Deutschen Gesellschaft für Suchtmedizin (DGS). Wir haben uns für eine industrieunabhängige Arbeit entschieden, erhalten also kein Sponsoring von Pharmafirmen.

Was sind Ihre Ziele?

Wir wollen zum einen das Wissen über Suchterkrankungen und Substanzgebrauchsstörungen vermitteln, das wir selber im Studium vermissen oder vermisst haben. Zum anderen würden wir gern bei der Vernetzung Studierender untereinander, aber auch von Substituierenden mit Studierenden unterstützen.

Das Team „Junge Suchtmedizin" beim Jahrestreffen 2022 in Gießen (v. l.): Beate Hoffmann, Philipp Böhmer, Deborah Scholz-Hehn, Moritz Jägemann, Maurice Cabanis, Jochen Vukas, Babette Müllerschön



Unter kvh.link/p23167 gibt es einen Reiter „Profilwelt". Hier finden junge Medizinstudierende bundesweit Praxen, die für Famulaturen zur Verfügung stehen.

Ein etwas abstrakteres Ziel der „Jungen Suchtmedizin" ist die Entstigmatisierung. Indem wir in unseren Seminaren und Summer Schools Betroffene als Dozierende einsetzen, hoffen wir, Vorurteile und Berührungsängste gegenüber Abhängigkeitserkrankten abzubauen. Das Wissen und die Perspektive von Betroffenen fließen somit unmittelbar in die Lehre, die wir anbieten, mit ein.

Was sollten niedergelassene Ärztinnen und Ärzte über Sie wissen?

Die Niedergelassenen sollten unbedingt über unsere „Profilwelt" Bescheid wissen. Das ist ein Register auf unserer Website, in dem wir Praxen, MVZs und Kliniken führen, die substituieren und Lust haben, ihr Wissen an Famulierende oder PJlerinnen und PJler weiterzugeben. Im Verzeichnis können Studierende nach Bundesländern oder Städten filtern und so passende Ansprechpersonen finden.

Wo kann man Sie kennenlernen?

Wir organisieren Online-Seminare, die wir „Digitale Roadshows" nennen. Zielpublikum sind vor allem Studierende der Medizin, Psychologie und Sozialwissenschaften, eingeladen ist aber jede und jeder mit Interesse (unabhängig von Fachrichtung und Ausbildungsstand). Zu unseren internen Treffen, die auch regelmäßig online stattfinden, sind ebenfalls alle eingeladen, die sich aktiv an unseren Projekten beteiligen oder nur mal vorbeischauen möchten.

Wie kann man Sie kontaktieren?

Am besten sind wir unter info@jungesuchtmedizin.de erreichbar. Kontaktieren kann man uns auch per Instagram (@junge_suchtmedizin). Unter **kvh.link/p23167** findet man alle kommenden Veranstaltungen und ein Kontaktformular.

Vielen Dank für das Gespräch, Frau Scholz-Hehn.

DIE FRAGEN STELLTE PETRA BENDRICH

Elf sechs elf sieben und die 67 ÄBD-Zentralen

Nichts ist so beständig wie der Wandel. Das gilt auch für den Ärztlichen Bereitschaftsdienst (ÄBD). Einen grundlegenden Überblick zur aktuellen Struktur des ÄBD in Hessen lesen Sie auf Seite 18. Erfolgreich angelaufen ist das hessische Pilotprojekt SaN – die sektorenübergreifende Notfallversorgung, die bundesweit große Beachtung findet. Was sich dort zwischenzeitlich getan hat, erfahren Sie ab Seite 22. Und auch das Thema Videokonferenzen hat Einzug in den ÄBD gehalten. Im Oktober testete die KVH sehr erfolgreich die Videosprechstunde im Pädiatrischen Bereitschaftsdienst. Kinder, Eltern und Ärztinnen und Ärzte lobten diesen Service. Ein weiterer Test folgt in Kürze „zwischen den Jahren" (siehe Seite 23).

Es tut sich also viel rund um die Versorgung außerhalb der klassischen Sprechzeiten. In welche Richtung sich diese Versorgung entwickeln soll, lesen Sie in einem Interview mit Vorstand Armin Beck, der für den ÄBD verantwortlich ist (siehe Seite 25).

Mit Spannung erwartet die KVH zudem die schriftliche Urteilsbegründung zum Urteil des BSG vom 24. Oktober 2023 zur Sozialversicherungspflicht von Poolärztinnen und -ärzten. Aktuell geht die KVH davon aus, dass dieses Urteil wenig bis kaum Auswirkungen auf den ÄBD in Hessen haben wird. Der Grund dafür ist, dass in Hessen Ärztinnen und Ärzte, die im Bereitschaftsdienst tätig sind, ihre erbrachten Leistungen individuell mit der KVH abrechnen, es keinen pauschalen Stundenlohn gibt. Zum Redaktionsschluss dieser Ausgabe lag die Urteilsbegründung noch nicht vor. Wir bleiben am Ball und informieren dazu, wenn wir mehr wissen.

PETRA BENDRICH

Quo vadis, ÄBD?

Spricht man vom ÄBD, ist der Ärztliche Bereitschaftsdienst in Hessen in seiner Gesamtheit gemeint. Der ÄBD stellt die medizinische Versorgung außerhalb der Sprechzeiten der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten – mit Präsenzdiensten in ÄBD-Zentralen und dem Hausbesuchsdienst – sicher.

ÄBD Ärztlicher Bereitschaftsdienst Hessen

Der ÄBD umfasst

- **den allgemeinen Ärztlichen Bereitschaftsdienst inklusive Hausbesuchsdienst,**
- **den pädiatrischen Bereitschaftsdienst,**
- **zwei Augenärztliche Bereitschaftsdienste sowie**
- **den überregionalen Hintergrunddienst und**
- **weitere fachärztliche Bereitschaftsdienste.**

Eine eigene Abteilung in der KVH stellt seit 2020 der **Patientenservice** dar. Hier sind unter anderem die früher zur Abteilung ÄBD gehörenden Dispositionszentralen verortet – ansässig in Frankfurt und Kassel. Unter der Rufnummer 116117 werden Hilfeersuchen gesteuert, medizinische Telefonberatung realisiert und Hausbesuche im ÄBD koordiniert.

Der ÄBD befindet sich in der Organisationsverantwortung der KVH seit der Reform ab 2014. Vorab organisierten die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte ihre Vertretung und damit die Patientenversorgung in Abwesenheit eigenständig.

AKTEURE IM ÄBD

Die ärztliche Besetzung im ÄBD wird sichergestellt durch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, die zur Teilnahme an diesem Leistungsspektrum verpflichtet sind. Unterstützt werden sie hierbei auch von angestellten Ärztinnen und Ärzten aus Praxen und MVZs sowie von freiwillig im ÄBD tätigen Ärztinnen und Ärzten, wie Krankenhausärztinnen und -ärzten und sogenannten Freelancern. Alle Ärztinnen und Ärzte (zirka 9.500) arbeiten selbstständig und eigenverantwortlich im ÄBD und sind nicht bei der KVH angestellt. Ihre Vergütung basiert auf definierten Stundenhonoraren sowie auf der Abrechnung der medizinischen Leistungen gemäß EBM, der Abrechnungsgrundlage der vertragsärztlichen Versorgung.

Die Mitarbeitenden der ÄBD-Zentralen sind die ersten Ansprechpersonen für die Patientinnen und Patienten im ÄBD. Sehr hohen Wert legen wir hierbei auf Fachpersonal, Mitarbeitende mit medizinischer und/oder pflegerischer Kompetenz wie zum Beispiel Medizinische Fachangestellte. Dieser Qualitätsanspruch ist gleichzeitig auch eine große Herausforderung in Zeiten des Fachkräftemangels in allen Sektoren des Gesundheitswesens. Insgesamt stellen zirka 900 Mitarbeitende die Patientenversorgung in den ÄBD-Zentralen direkt vor Ort operativ und in Zusammenarbeit mit den Ärztinnen und Ärzten sicher.

Management und Führung dieser Personengruppe erfolgen zentral, ausgehend von der KVH durch die Abteilungsleiterin, unterstützt durch das Backoffice der Verwaltung, sowie dezentral in den Regionen durch die Regional- und Gebietsleiterinnen oder -leiter. Für den ärztlichen Part werden Obleute (zurzeit 166) gewählt, die in den Legislaturperioden – aktuell 2023 bis 2028 – die Qualität der medizinischen Versorgung im ÄBD als erste Ansprechpartner der ÄBD-Ärztinnen und ÄBD-Ärzten sicherstellen und gemeinsam mit den Akteuren der KVH mitgestalten. In vertrauensvoller Zusammenarbeit werden Zahlen, Daten und Fakten des ÄBD regelmäßig erfasst und ausgewertet sowie strategische Ziele definiert und zeitgemäße Wege moderner und bedarfsorientierter ambulanter Patientenversorgung etabliert.

INFOBOX

Weiterführende Informationen/Inhalte
Alle Informationen rund um den Ärztlichen Bereitschaftsdienst Hessen sowie die Adressen der 67 Bereitschaftsdienstzentralen stehen unter **kvh.link/p23168** zur Verfügung.

Über den Ärztlichen Bereitschaftsdienst Hessen
Die Kassenärztliche Vereinigung Hessen (KVH) ist verantwortlich für den Ärztlichen Bereitschaftsdienst Hessen (ÄBD). Der ÄBD versorgt außerhalb der üblichen Praxissprechzeiten (mittwochs- und freitagsnachmittags, abends und nachts sowie an Wochenenden und Feiertagen) Patientinnen und Patienten mit akuten Beschwerden, bei denen normalerweise eine Haus- oder Facharztpraxis aufgesucht würde und deren Behandlung so dringlich ist, dass ein Abwarten bis zum nächsten Werktag nicht möglich ist. Der ÄBD ist telefonisch unter der 116117 sowie in 67 Bereitschaftsdienstzentralen in ganz Hessen für die Patientinnen und Patienten da. Informationen zu den Bereitschaftsdienstzentralen gibt es unter **kvh.link/p23168**. Sie können zu den Öffnungszeiten jederzeit aufgesucht werden. Eine Terminvereinbarung ist nicht notwendig.

ALLGEMEINER ÄBD

Hessen wird mit Blick auf den ÄBD in fünf Regionen aufgeteilt – Nord, Ost, Süd, West und Rhein/Main.

Die Regionen gliedern sich in 40 ÄBD-Bezirke mit insgesamt 53 ÄBD-Zentralen. Die meisten (43 Zentralen) sind an Krankenhäusern angegliedert. Pro ÄBD-Bezirk verfügt Hessen über mindestens einen Hausbesuchsdienst.

PÄDIATRISCHER BEREITSCHAFTSDIENST (PBD)

Der PBD Hessens umfasst zehn Bezirke mit elf PBD-Zentralen, die bisher ausnahmslos an Krankenhäuser angegliedert sind.

Neben ÄBD und PBD bestehen weitere fachärztliche und kollegiale Bereitschaftsdienste, zu denen die Augenärztlichen Bereitschaftsdienste wie auch kollegiale chirurgische, gynäkologische und HNO-Bereitschaftsdienste zählen

ÜBERREGIONALER HINTERGRUNDDIENST (ÜHGD)

Der üHGD umfasst zehn Bezirke mit bis zu 16 parallelen üHGD-Diensten. Diese dienen der Sicherstellung der medizinischen Versorgung bei kurzfristigen Dienstausfällen (innerhalb von 24 Stunden) der Ärztinnen und Ärzte im ÄBD. Die üHGD-Ärztin oder der üHGD-Arzt übernimmt auf Anforderung durch die Dispositionszentralen den Präsenz- oder Hausbesuchsdienst oder unterstützt die diensthabenden Ärztinnen und Ärzte in Ausnahmesituationen, zum Beispiel bei sehr hohem Patientenaufkommen.

HAUSBESUCHSDIENST

Der Hausbesuchsdienst stellt parallel zum Präsenzdienst in den ÄBD-Zentralen und über die Präsenzzeiten hinaus die medizinische Patientenversorgung in Abwesenheit der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte sicher. Die Beauftragung erfolgt nach telefonischem Hilfeersuchen des Patienten – Anruf 116117 – durch die Mitarbeitenden der Dispositionszentralen. Die Ärztinnen und Ärzte im Hausbesuchsdienst erhalten die Einsatzdaten und entscheiden eigenverantwortlich über die Art der medizinischen Versorgung – Hausbesuch und/oder Telefonberatung.

ÄBD IN ZAHLEN

Region	ÄBD-Bezirk	ÄBD-Zentralen	PBD-Bezirk	PBD-Zentrale	Augen-ÄBD-Zentralen	Summe Zentralen
Nord	8 Bezirke	11 Zentralen	1 Bezirk	1 Zentrale	*(1 Zentrale* selbstorganisiert)*	**12 Zentralen**
Ost	9 Bezirke	12 Zentralen	2 Bezirke	3 Zentralen*	–	**16 Zentralen**
Rhein-Main	6 Bezirke	8 Zentralen	3 Bezirke	3 Zentralen	1 Zentrale	**12 Zentralen**
Süd	7 Bezirke	11 Zentralen	1 Bezirk	1 Zentrale	–	**12 Zentralen**
West	10 Bezirke	11 Zentralen	3 Bezirke	3 Zentralen	2 Zentralen	**18 Zentralen**
Summe	**40 Bezirke**	**53 Zentralen**	**10 Bezirke**	**11 Zentralen**	**3 Zentralen**	**67 Zentralen**

* Die PBD-Zentrale Fulda teilt sich die Räumlichkeiten mit der ÄBD-Zentrale Fulda.

WAS BISHER GESCHAH

Der ÄBD wurde im Laufe der letzten Jahre in Strukturen und Prozessen weiterentwickelt. Die Etablierung oben genannter Führungsstruktur, der Aufbau eines Qualitätsmanagements, diverse Projekte wie zum Beispiel zur Dienstplangestaltung und dem Praxisverwaltungssystem dauern bis heute an und dienen der Modernisierung von Arbeitsprozessen.
Entscheidende Herausforderungen bilden Fragestellungen wie „Was macht den ÄBD als Arbeitsfeld attraktiv und zukunftsfähig?". Dies im Hinblick auf Themen wie Fachkräfterekrutierung und -bindung ebenso wie neue Anreize zur ärztlichen Teilnahme im ÄBD sowie korrekter und qualitätsvoller Leistungserbringung und -abrechnung.

Mit den Entscheidungsträgern der KVH und Expertinnen und Experten des ÄBD bewegen wir derzeit Zukunftsthemen zur Definition unserer Regelleistungen in den sprechstundenfreien Zeiten und deren wirtschaftlichen Sicherstellung. Wir streben einheitliche Strukturen und Prozesse in den ÄBD-Zentralen ebenso an wie ein optimales Qualifikationsniveau bei Ärztinnen und Ärzten und medizinischen Fachkräften basierend auf regelhaften Fortbildungen. Neue Anreizsysteme und Personalstrategien können davon nicht losgelöst betrachtet werden und bedingen strategische Entscheidungen wechselseitig.

Ein wesentlicher und abgeschlossener Meilenstein war die Neuregelung des Hausbesuchsdienstes. Deren Organisation über Fahrdienstleister erwies sich mehrheitlich als unwirtschaftlich und wurde daher reduziert. Nur noch in zwei ÄBD-Bezirken gibt es derzeit Fahrdienstleister. Im Gegenzug wurden die Wegepauschalen, die bei der Erbringung der Hausbesuche abgerechnet werden können, deutlich angehoben.

JANA JOHN

Mit dem Rettungswagen in die Praxis statt ins Krankenhaus

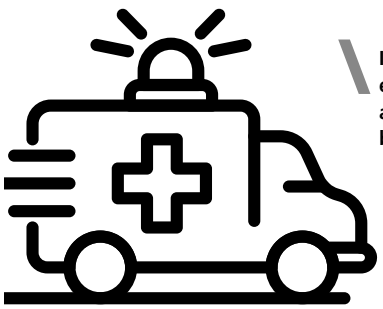
Neues vom SaN-Projekt: ÄBD-Zentralen in den Pilotregionen nehmen seit November teil.

Wussten Sie, dass das Projekt zur Sektorenübergreifenden ambulanten Notfallversorgung, kurz „SaN", auch bundesweit Beachtung findet? Und das an prominenter Stelle: Wer die sogenannte Neunte Stellungnahme der Regierungskommission zur Reform der Notfall- und Akutversorgung liest, stellt fest, dass darin eine ganze Reihe von Bausteinen des SaN-Projektes wiederzufinden sind. Da hat offenbar jemand nach Hessen geschaut.

In AufdenPUNKT. 4/2023 konnten Sie zuletzt über das SaN-Projekt lesen. Es wurden dabei alle Praxen im Main-Taunus-, Main-Kinzig- und im Kreis Gießen aufgerufen, als SaN-Partnerpraxis am Projekt teilzunehmen, um das Versorgungsnetz engmaschiger zu machen, denn bei aktuell zehn bis 14 Praxen pro Kreis ist zweifelsohne noch ordentlich „Luft nach oben". Unser Aufruf gilt daher unverändert:

MACHEN SIE MIT – DIE TEILNAHME IST FREIWILLIG UND FÜR ALLE PRAXEN IN DEN DREI PILOTREGIONEN MÖGLICH.

Haben Sie sich schon die Informationen auf unserer Internetseite kvhessen.de angesehen? Einfach „SaN" als Suchbegriff eingeben und Sie werden fündig. Zum Beispiel finden Sie dort zum Download Informationen speziell für interessierte Praxen. Sprechen Sie uns auch gerne direkt an: pilotprojekt.notfallversorgung@kvhessen.de



In bestimmten Fällen fährt ein Rettungswagen Praxen an. Das SaN-Projekt hat bundesweit Vorbildcharakter.

APROPOS VERSORGUNGSNETZ ENGMASCHIGER MACHEN: JETZT GEHT SAN BEIM ÄBD AN DEN START!

Ein wichtiger Schritt, um nicht nur tagsüber ambulante Anlaufstellen für die Rettungsdienste verfügbar zu machen, ist das Einbinden des ÄBD. So nehmen seit November auch die sieben ÄBD-Zentralen in den drei Pilotregionen sowie, wegen deren Bedeutung für die ambulante Versorgung für den Main-Taunus-Kreis, die ÄBD-Zentrale in Frankfurt Höchst am SaN-Projekt teil:

- ÄBD-Zentrale Schlüchtern
- ÄBD-Zentrale Gelnhausen
- ÄBD-Zentrale Bruchköbel
- ÄBD-Zentrale Hanau
- ÄBD-Zentrale Gießen
- ÄBD-Zentrale Bad Soden am Taunus
- ÄBD-Zentrale Hofheim am Taunus
- ÄBD-Zentrale Frankfurt-Höchst

Damit kann auch abends und an Wochenenden sowie an Feier- und Brückentagen eine ambulante Versorgung für Notfall-Patientinnen und -Patienten aus dem Rettungsdienst angeboten werden. Wie bei den Partnerpraxen auch, muss im ÄBD ein per IVENA angemeldeter Fall nicht angenommen werden, wenn die Kapazitäten vor Ort dies aktuell nicht zulassen.

SAN IST AUCH EIN DIGITALISIERUNGSPROJEKT: DIE STUFE ZWEI KOMMT 2024

In der bisherigen ersten Stufe konzentriert sich SaN vor allem auf die Steuerung von Patientinnen und Patienten aus der rettungsdienstlichen in die ambulante Versorgungsebene. Die erfolgt teilweise digitalisiert, unter anderem durch die Nutzung von IVENA. Im kommenden Jahr soll die Stufe zwei, also die durchgängige Digitalisierung des Steuerungs- und Versorgungsprozesses, erreicht werden. Wir werden dazu an dieser Stelle berichten!

ANDREAS BEIERLE

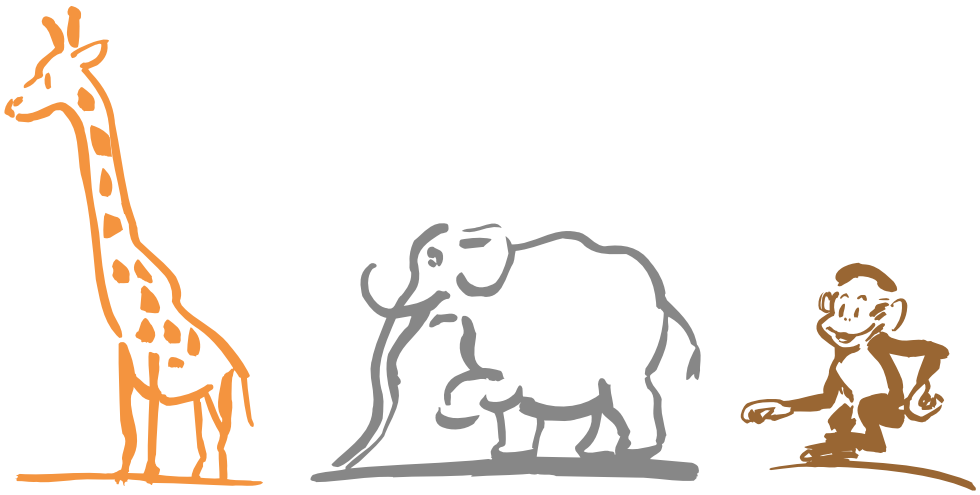
Christoph Wiemers, Sven Paulik und Lena von Randow (v. l.) freuen sich über den geglückten Test der Videosprechstunde im pädiatrischen Bereitschaftsdienst

Test geglückt: KVH versorgt Kinder per Video

Die KVH hat erfolgreich die Videosprechstunde im PBD getestet. Kinder, Eltern und Ärztinnen und Ärzte loben den Service. Ein weiterer Test folgt „zwischen den Jahren“.

Die pädiatrischen Bereitschaftsdienstzentralen (PBD) in Hessen haben gut zu tun. Besonders an Feier- und Brückentagen sind die Wartebereiche normalerweise voll mit Patientinnen und Patienten und ihren Eltern. Für die Kleinen, aber auch für das Personal können die Wartezeit und der teils hohe Geräuschpegel ganz schön anstrengend sein. Die KVH hatte sich daher für das lange Wochenende rund um den Tag der Deutschen Einheit etwas überlegt: Testweise bot sie als zusätzliches Serviceangebot eine Videosprechstunde an. Vier Tage hatten Eltern und ihre Kinder die Gelegenheit, sich per Video von einer Kinderärztin oder einem Kinderarzt versorgen zu lassen, anstatt in die Bereitschaftsdienstzentrale zu

→



gehen. Aus Sicht der KVH ein Gewinn für alle Beteiligten. Die kranken Kinder können zu Hause bleiben und sich schonen, die Mitarbeitenden der Zentralen und die Ärztinnen und Ärzte werden entlastet.

PROZESSE FUNKTIONIEREN, RESONANZ DURCHWEG POSITIV

„Die Videosprechstunde ist ein super Angebot. Allerdings müssen sie und die Prozesse im Hintergrund reibungslos funktionieren, damit einerseits die Patientinnen und Patienten profitieren und andererseits die Ärztinnen und Ärzte gewohnt gut versorgen können. Deshalb haben wir die Videosprechstunde und die notwendige Technik zunächst einmal getestet", erklärt Christoph Wiemers, Abteilungsleiter Patientenservice und verantwortlich für das Projekt. Und das mit Erfolg. Denn die viertägige Erprobungsphase verlief ohne Komplikationen. Sowohl aufseiten der KVH wie auch bei den Kindern beziehungsweise Eltern gab es keine technischen Schwierigkeiten. Die Resonanz war durchweg positiv. Viele Eltern wünschten sich eine dauerhafte Einführung des Videoservices.

Auch die elf diensthabenden Ärztinnen und Ärzte sowie die Mitarbeitenden der Hotline waren sehr zufrieden. Insgesamt 66 Videosprechstunden, hauptsächlich wegen Erkältungssymptomen und Hautausschlägen, wurden durchgeführt. Rund 50 weitere interessierte Eltern wurden an den PBD verwiesen, weil die Symptome ihrer Kinder nicht für eine Videosprechstunde geeignet waren.

Um eine Videosprechstunde wahrzunehmen, hatten sich die Mütter und Väter an die Hotline der KVH gewendet. Kamen die Kinder aufgrund ihrer Symptomatik für eine Untersuchung per Video infrage, wurde ein Termin vereinbart, zu dem sich die Eltern auf einem Smartphone, Tablet oder Computer mit Kamera und Mikrofon in die Videosprechstunde einwählen konnten. Über einen Link gelangten sie zunächst in ein virtuelles Wartezimmer, in dem sie dann von einer Kinderärztin oder einem Kinderarzt zur Videosprechstunde „abgeholt" wurden. „Abgesehen von ein paar ‚Kinderkrankheiten' war das eine runde Sache. Da, wo notwendig, werden wir gemeinsam mit der IT Stellschrauben drehen. Der nächste, dann längere, Test der Videosprechstunde ist zwischen Weihnachten und Neujahr geplant", so Wiemers.

ALEXANDER KOWALSKI

ÄBD Ärztlicher Bereitschaftsdienst Hessen

KINDER

info.service

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG HESSEN

NR. 6 / DEZEMBER 2023

Offizielle Bekanntmachungen der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen

ABRECHNUNG

EBM aktuell

2 Onkologie-Vereinbarung

3 EBM-Änderungen seit 1. Oktober 2023

12 EBM-Detailänderung 4/2023

Nichtärztliche Praxisassistenz (NäPa)

14 Pflegefachkräfte können seit dem 01.09.2023 auch NäPa sein!

SONSTIGES

Sitzungstermine

15 Zulassungsausschuss 2024

Fortbildungsverpflichtung Stichtag 30.06.2024

16 Was 4.400 Mitglieder zum Stichtag 30.06.2024 wissen sollten

Beratung Wiesbaden

17 BeratungsCenter Wiesbaden nun in Frankfurt

Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e. V. (DGUV)

18 Zulassung zum Durchgangsarztverfahren

EBM AKTUELL

Onkologie-Vereinbarung

Die Onkologie-Vereinbarung wurde zum 01.10.2023 angepasst. Die auf Bundesebene aktualisierte Vereinbarung wird als Anlage 7 zum Bundesmantelvertrag – Ärzte (BMV-Ä) veröffentlicht. Folgende Punkte wurden angepasst:

- Fallkonferenzen per Video durchführen
- Hämoglobinurie (ICD-Kode D59.5) dauerhaft aufgenommen
- Fristen EDV-Dokumentation verlängert

Klargestellt wurde, dass Ärztinnen und Ärzte die Fallbesprechungen (§ 6 Absatz 5) im Zusammenhang mit den Kostenpauschalen 86510 und 86512 auch per Video gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä erbringen können.

Führen sie die Fallbesprechung im Rahmen einer Videofallkonferenz durch, können sie zusätzlich den Technikzuschlag nach der GOP 01450 abrechnen, wenn sie die Videofallkonferenz initiiert haben.

Für die Abrechnung benötigen sie dann einen zertifizierten Videodienstanbieter. Diesen melden sie der KVH ganz einfach über das Formular „zertifizierten Videodienstanbieter melden".

Alle wichtigen Infos zur Videosprechstunde finden Sie auf **kvh.link/p23149**

Ärztinnen und Ärzte können die Kostenpauschalen 86510 und 86516 dauerhaft für Patientinnen und Patienten mit paroxysmaler nächtlicher Hämoglobinurie (ICD-Kode D59.5) abrechnen. Der ICD-Kode zählt nun dauerhaft zu den Erkrankungen im Sinne der Onkologie-Vereinbarung (§ 1 Absatz 2).

Die Fristen zum EDV-technischen Zugriff auf Patientendaten in onkologischen Kooperationsgemeinschaften in § 6 Absatz 7 der Onkologie-Vereinbarung und zur Einführung einer EDV-Dokumentation in Anhang 1 Satz 3 werden jeweils um ein weiteres Jahr bis zum 01.01.2025 verlängert.

Um die Kostenpauschalen aus der Onkologie-Vereinbarung abzurechnen, benötigen Ärztinnen und Ärzte eine Genehmigung zur Teilnahme an der Onkologie-Vereinbarung der KVH. Alle Informationen zur Genehmigung finden Sie unter **kvh.link/p23150**

EBM-Änderungen seit 1. Oktober 2023

Die weiteren EBM-Änderungen zum 01.10.2023 sind bereits in der vorherigen Ausgabe Nr. 5/2023 veröffentlicht.

DIGA: „OVIVA DIREKT“ UND „MAWENDO“ ABRECHNEN

Seit dem 01.10.2023 können Ärztinnen und Ärzte die neue GOP 01475 für die Digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGA) „Oviva Direkt für Adipositas“ und die GOP 01476 für die DiGA „Mawendo“ abrechnen. Beide DiGA wurden dauerhaft im DiGA-Verzeichnis nach § 139e SGB V aufgenommen. Die GOP werden in den Abschnitt 1.4 im EBM eingegliedert.

Für die Verlaufskontrolle und Auswertung der DiGA „Oviva Direkt für Adipositas“ können Ärztinnen und Ärzte die neue GOP 01475 abrechnen. Die DiGA dient der Behandlung von starkem Übergewicht und unterstützt Menschen täglich dabei, ihre Gewohnheiten zu ändern und ihr Gewicht zu reduzieren.

Folgende Fachgruppen können die GOP 01475 abrechnen:

- Hausärztinnen und Hausärzte
- Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin
  - ohne Schwerpunkt
  - mit dem Schwerpunkt Endokrinologie
  - mit dem Schwerpunkt Gastroenterologie
  - mit dem Schwerpunkt Kardiologie
  - mit dem Schwerpunkt Angiologie

Die GOP 01475 können sie einmal im Krankheitsfall abrechnen, im Behandlungsfall jedoch nicht neben der GOP 01473 (Verlaufskontrolle DiGA „zanadio“). Sie ist 7,35 Euro (64 Punkte) wert; bundeseinheitlicher Punktwert 2023 ist 11,4915 Cent.

Für die Auswahl und/oder Individualisierung von Inhalten der DiGA „Mawendo“ können Ärztinnen und Ärzte die neue GOP 01476 ansetzen. „Mawendo“ dient der Behandlung von Erkrankungen der Kniescheibe (Patella).

Die GOP 01476 können sie ausschließlich bei Versicherten ab Vollendung des 12. Lebensjahres abrechnen.

Folgende Fachgruppen können die GOP 01476 abrechnen:

- Hausärztinnen und Hausärzte
- Fachärztinnen und Fachärzte für
  - Chirurgie
  - Kinderchirurgie
  - Orthopädie
  - Orthopädie und Unfallchirurgie
  - Physikalische und Rehabilitative Medizin

Die GOP 01476 können sie einmal im Krankheitsfall abrechnen. Sie ist 7,35 Euro (64 Punkte) wert; bundeseinheitlicher Punktwert 2023 ist 11,4915 Cent.

Bisher konnten sie die Verlaufskontrolle der DiGA „Oviva Direkt für Adipositas“ und „Mawendo“ über die Pauschale 86700 aus der Anlage 34 zum Bundesmantelvertrag – Ärzte (BMV-Ä) abrechnen. Seit dem 01.10.2023 rechnen sie die DiGA „Oviva Direkt für Adipositas“ und „Mawendo“ nur noch über die neue GOP 01475 bzw. 01476 ab. Die DiGA wurden aus der Leistungsbeschreibung der Pauschale 86700 gestrichen, um eine doppelte Berechnungsfähigkeit dieser Leistungen auszuschließen.

XEVUDY: BEOBACHTUNG ABRECHNEN

Seit dem 01.10.2023 können Ärztinnen und Ärzte die Beobachtung und Betreuung von Patientinnen und Patienten mit bestätigter COVID-19-Erkrankung unter intravenöser Infusionstherapie mit dem monoklonalen Antikörper Sotrovimab (Handelsname: Xevudy®) nach der GOP 01546 abrechnen. Die neue GOP wird in den Abschnitt 1.5 des EBM aufgenommen.

Die neue GOP 01546 ist 56,42 Euro (491 Punkte) wert; bundeseinheitlicher Orientierungspunktwert 2023 ist 11,4915 Cent.

Folgende Fachgruppen können die neue GOP 01546 abrechnen:

- Hausärztinnen und Hausärzte
- Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin
- Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin

Für die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit bestätigter COVID-19-Erkrankung mit Sotrovimab gelten besondere organisatorische und hygienische Bedingungen in der Arztpraxis, die erfüllt sein müssen.

Sotrovimab (Handelsname: Xevudy®) ist ein monoklonaler Antikörper zur Behandlung von COVID-19, den sie bei Erwachsenen und Jugendlichen ab 12 Jahren mit mindestens 40 Kilogramm Körpergewicht, die keine zusätzliche Sauerstofftherapie benötigen und bei denen ein erhöhtes Risiko für einen schweren Verlauf von COVID-19 besteht, abrechnen. Das Robert Koch-Institut empfiehlt die Anwendung von Xevudy® aufgrund einer reduzierten bzw. fehlenden Neutralisationskapazität gegenüber verschiedenen Virusvarianten derzeit nur eingeschränkt. Sie können Xevudy® über die üblichen Vertriebswege des pharmazeutischen Großhandels und der Apotheken beziehen. Die Kosten für das Medikament übernimmt die gesetzliche Krankenversicherung.

Neue Leistungen überblicken

GOP	Kurzbeschreibung	Bewertung
01546	Beobachtung und Betreuung einer Patientin oder eines Patienten unter Behandlung mit monoklonalen Antikörpern gegen SARS-CoV-2 **Obligater Leistungsinhalt** – Beobachtung und Betreuung einer Patientin oder eines Patienten mit bestätigter COVID-19-Erkrankung unter intravenöser Infusionstherapie mit Sotrovimab gemäß aktuell gültiger Fachinformation, – Unterbringung des Patienten in einem separaten Bereich, – Dauer mindestens 90 Minuten	56,42 Euro* (491 Punkte)

*gemäß bundeseinheitlichem Orientierungspunktwert 2023 (11,4915 ct)

SPRAVATO: BEOBACHTUNG ABRECHNEN

Seit dem 01.10.2023 können Psychiaterinnen und Psychiater die Beobachtung und Betreuung eines Kranken nach der intranasalen Anwendung von Esketamin (Handelsname: Spravato®) nach der GOP 01549 abrechnen. Die neue GOP wird in den Abschnitt 1.5 des EBM aufgenommen.

Die neue GOP 01549 ist 33,33 Euro (290 Punkte) wert; bundeseinheitlicher Orientierungspunktwert 2023 ist 11,4915 Cent.

Folgende Fachgruppen können die neue GOP 01549 abrechnen:

- Fachärztinnen und Fachärzte für
  - Kinder- und Jugendpsychiatrie bzw. für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
  - Psychiatrie und Psychotherapie
  - Nervenheilkunde
  - Neurologie und Psychiatrie

Esketamin (Handelsname: Spravato®) wird insbesondere als antidepressive Therapie bei Erwachsenen mit therapieresistenter Major Depression in Kombination mit weiteren Arzneimitteln angewendet. Bisher war das Medikament nur im Rahmen einer Behandlung im Krankenhaus zugelassen. Die Anwendung von Spravato® erfolgt intranasal, ein- bis zweimal wöchentlich, wobei die Applikation durch die Patientin bzw. den Patienten in der Arztpraxis unter der direkten Aufsicht von medizinischem Fachpersonal erfolgt. Anschließend sind die Patientinnen und Patienten wegen des möglichen Auftretens von Sedierung, Dissoziation und erhöhtem Blutdruck von medizinischem Fachpersonal zu überwachen und der Blutdruck ist nach etwa 40 Minuten – sowie anschließend nach klinischem Ermessen – zu kontrollieren.

Neue Leistungen überblicken

GOP	Kurzbeschreibung	Bewertung
01549	Zusatzpauschale für die Beobachtung einer kranken Person nach der intranasalen Anwendung von Esketamin **Obligater Leistungsinhalt** – Dauer mindestens 40 Minuten, – ärztliche Beurteilung zum Ausschluss von dissoziativen Zuständen und/oder Wahrnehmungs- und/oder Bewusstseinsstörungen	33,33 Euro* (290 Punkte)

*gemäß bundeseinheitlichem Orientierungspunktwert 2023 (11,4915 ct)

STEREOTAKTISCHE RADIOCHIRURGIE (SRS) ABRECHNEN

Seit dem 01.10.2023 können Fachärztinnen und Fachärzte für Strahlentherapie oder Neurochirurgie neue Leistungen für die einseitige stereotaktische Radiochirurgie bei Vestibularisschwannomen und bei Hirnmetastasen abrechnen. Dazu wurden die drei neuen GOP 25322, 25323 und 25348 in Abschnitt 25.3 im EBM aufgenommen.

Die SRS können sie nur bei den in § 2 der Nr. 40 bzw. Nr. 41 der Anlage I der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses (MVV-RL) festgelegten Indikationen erbringen.

Neue Leistungen überblicken

GOP	Kurzbeschreibung	Häufigkeit	Bewertung
25322	Einseitige stereotaktische Radiochirurgie (SRS) gemäß Nr. 40 und/oder Nr. 41 der Anlage I der MVV-RL **Obligater Leistungsinhalt** – Einseitige stereotaktische Radiochirurgie (SRS) mit Linearbeschleuniger oder – Einseitige stereotaktische Radiochirurgie (SRS) mit Kobalt-60-Gamma-Strahlungsquellen	für das erste Zielvolumen, einmal im Krankheitsfall	1.251,88 Euro* (10.894 Punkte)
25323	Zuschlag zur GOP 25322 für die stereotaktische Radiochirurgie (SRS) von mehr als einem Zielvolumen	je weiterem Zielvolumen	312,91 Euro* (2.723 Punkte)
25348	Rechnerunterstützte Bestrahlungsplanung für die stereotaktische Radiochirurgie nach der GOP 25322 **Obligater Leistungsinhalt** – Ärztliche Definition der Zielvolumina und der Risikobereiche – Physikalische Bestrahlungsplanung – Autorisierung des Bestrahlungsplans	einmal im Krankheitsfall	3.651,19 Euro* (31.773 Punkte)

*gemäß bundeseinheitlichem Orientierungspunktwert 2023 (11,4915 ct)

Fachärztinnen und Fachärzte für Strahlentherapie oder Neurochirurgie rechnen die GOP 25322 für die Bestrahlung des ersten Zielvolumens ab. Jede Metastase bzw. jedes Vestibularisschwannom stellt dabei grundsätzlich ein eigenes Zielvolumen dar.

Für jedes weitere Zielvolumen können sie die GOP 25323 ansetzen. Die GOP 25323 können sie auch für mehr als drei Zielvolumina je Bestrahlungssitzung abrechnen.

Treten nach erfolgter primärer radiochirurgischer Behandlung interventionsbedürftige neue Hirnmetastasen oder Vestibularisschwannome gemäß Nr. 40 und/oder Nr. 41 der Anlage I der MVV-RL auf, bei denen es sich nicht um Lokalrezidive handelt, können sie die GOP 25322 erneut im selben Krankheitsfall für das erste Zielvolumen abrechnen.

Die radiochirurgische Behandlung von Lokalrezidiven innerhalb desselben Krankheitsfalls ist fakultativer Leistungsinhalt der GOP 25322, sie können sie daher nicht separat abrechnen.

Die GOP 25322 können sie auch bei einer Verteilung der Strahlendosis im Rahmen der SRS auf bis zu fünf Sitzungen abrechnen, dies setzt eine ausführliche Begründung der medizinischen Notwendigkeit voraus. Die Begründung geben sie im Feld „freier Begründungstext" (Feldkennung 5009) an.

Die GOP 25348 rechnen sie für die Bestrahlungsplanung für die SRS ab. Die Berechnung der GOP 25348 setzt das Vorliegen eines Bestrahlungsplanungs-CT und/oder -MRT voraus. Im Zusammenhang mit der GOP 25348 können sie für dasselbe Zielvolumen jeweils die GOP 34360 und 34460 abrechnen.

Treten nach erfolgter primärer radiochirurgischer Behandlung interventionsbedürftige neue Hirnmetastasen oder Vestibularisschwannome gemäß Nr. 40 und/oder Nr. 41 der Anlage I der MVV-RL auf, bei denen es sich nicht um Lokalrezidive handelt, so können sie die GOP 25348 erneut im selben Krankheitsfall abrechnen.

Die Bestrahlungsplanung für die radiochirurgische Behandlung von Lokalrezidiven innerhalb desselben Krankheitsfalls ist fakultativer Leistungsinhalt der GOP 25348, sie können sie daher nicht separat abrechnen.

Die GOP 25340, 25341 und 25342 (Bestrahlungsplanung für die perkutane Bestrahlung mit/ohne Rechnerunterstützung) können sie im Zeitraum der letzten drei Quartale unter Einschluss des aktuellen Quartals nicht abrechnen, wenn sie bereits die GOP 25348 für dasselbe Zielvolumen in derselben Arztpraxis abgerechnet haben.

Um die SRS (GOP 25322, 25323 und 25348) abzurechnen, benötigen Fachärztinnen und Fachärzte für Strahlentherapie oder Neurochirurgie eine Genehmigung für Strahlentherapie der KVH.

Alle Informationen zur Genehmigung finden Sie unter **kvh.link/p23151**

TOXOPLASMA-INFEKTION ABRECHNEN

Seit dem 01.10.2023 können Ärztinnen und Ärzte neu die serologische Diagnostik der Toxoplasma-Infektion nach den GOP 32572 und 32573 abrechnen. Die neuen GOP werden in den Unterabschnitt 32.3.7 des EBM aufgenommen. Die serologische Diagnostik der Toxoplasma-Infektion im EBM wird damit an den aktuellen Stand von Wissenschaft und Technik angepasst. Die bisherigen GOP 32569 bis 32571 und 32640 werden aus dem EBM gestrichen.

Die neue GOP 32572 rechnen sie für den qualitativen Nachweis und/oder die quantitative Bestimmung von Toxoplasma-Antikörpern der Immunglobulinklasse IgM und/oder IgG, auch zur Verlaufskontrolle, ab. Für die Bestimmung der Avidität von Toxoplasma-IgG-Antikörpern als weiterführender Abklärungstest nach positiver IgM-Antikörperbestimmung rechnen sie die GOP 32573 als Zuschlag zur GOP 32572 ab.

Die serologische Diagnostik der Toxoplasma-Infektion neu nach GOP 32572 ersetzt die bisherigen serologischen Einzelleistungen nach den GOP 32569, 32570 und 32571. Der Zuschlag nach der GOP 32573 ersetzt die GOP 32640.

Neue Leistungen überblicken

GOP	Kurzbeschreibung	Bewertung
32572	Qualitativer Nachweis und/oder quantitative Bestimmung von Toxoplasma-Antikörpern der Immunglobulinklasse IgM und/oder IgG, auch zur Verlaufskontrolle	11,75 Euro
32573	Zuschlag zur GOP 32572 für die Bestimmung der Avidität von Toxoplasma-IgG-Antikörpern als Abklärungstest nach positiver IgM-Antikörperbestimmung, in mehreren Ansätzen, insgesamt	25,90 Euro

*gemäß bundeseinheitlichem Orientierungspunktwert 2023 (11,4915 ct)

Veranlassen Ärztinnen und Ärzte die Laboruntersuchung nach der GOP 32572 und 32573, geben sie die Kennnummer 32006 (Untersuchungsindikation: Erkrankungen oder Verdacht auf Erkrankungen, bei denen eine gesetzliche Meldepflicht besteht, oder Mukoviszidose) bzw. die Kennnummer 32024 (Untersuchungsindikation: Erkrankungen oder Verdacht auf prä- bzw. perinatale Infektionen) in der Abrechnung mit an. Das Laborbudget wird dann nicht belastet (der Wirtschaftlichkeitsbonus (WiBo) auf diesen Fällen bleibt also erhalten).

Um die GOP 32572 und 32373 abzurechnen, benötigen sie eine Genehmigung der KVH nach der Qualitätssicherungsvereinbarung Spezial-Labor gemäß § 135 Abs. 2 SGB V. Ärztinnen und Ärzte, die bereits eine Genehmigung Spezial-Labor für den Unterabschnitt 32.3.7 besitzen, können die GOP 32572 und 32573 automatisch abrechnen und brauchen keinen neuen Antrag zu stellen.

Alle Informationen zur Genehmigung finden Sie unter **kvh.link/p23152**

PSMA-PET/CT VOR THERAPIE MIT PLUVICTO ABRECHNEN

Fachärztinnen und Fachärzte für Nuklearmedizin und Radiologie können seit dem 01.10.2023 die Positronenemissionstomographie/Computertomographie(PET/CT)-Untersuchungen zur Indikationsstellung einer Therapie mit Pluvicto® über die zwei neuen GOP 34720 und 34721 des EBM abrechnen. Sie wurden in den Abschnitt 34.7 (PET, PET/CT) des EBM aufgenommen. Zusätzlich können sie die Kostenpauschale 40585 für die Sachkosten im Zusammenhang mit der Durchführung entsprechender Leistungen bei Verwendung eines Ga-68-PSMA-Liganden aus dem Abschnitt 40.10 (Leistungsbezogene Kostenpauschalen für Radionuklide) ansetzen.

Die GOP 34720 und 34721 können Ärztinnen und Ärzte ausschließlich für zwingend erforderliche Untersuchungen zur Indikationsstellung für eine nach der jeweils gültigen Fachinformation für diese Indikation zugelassene nuklearmedizinische Therapie mit (177Lu)Lutetiumvipivotidtetraxetan abrechnen.

Seit Dezember 2022 ist das Arzneimittel Pluvicto® mit dem Wirkstoff (177Lu)Lutetiumvipivotidtetraxetan für Männer mit dem Prostata-spezifisches-Membranantigen(PSMA-)positiven, metastasierten, kastrationsresistenten Prostatakarzinom zugelassen, die mit einer Hormonblockade behandelt werden und deren Erkrankung trotz Chemotherapie fortschreitet.

Die GOP 34720 können sie ansetzen, wenn in demselben Quartal bereits diagnostische CT-Untersuchungen durchgeführt wurden. Bei Durchführung einer PSMA-PET mit diagnostischer CT ist die GOP 34721 berechnungsfähig.

Die GOP 34721 können sie nicht abrechnen, wenn sie bereits in demselben Quartal eine diagnostische CT des Körperstammes angesetzt haben. Dies gilt auch, wenn die diagnostische CT in einer anderen Praxis durchgeführt wurde.

Entgegen Nr. 4.3.2 der Allgemeinen Bestimmungen können sie die GOP 34720 auch dann berechnen, wenn ihre Arztpraxis nicht über die Möglichkeit zur Durchführung einer Niedrigdosis-Computertomographie verfügt.

Sie können die GOP 34720 und 34721 einmal im Krankheitsfall abrechnen. Die GOP können im Krankheitsfall jedoch nicht nebeneinander abgerechnet werden. Die GOP 34270 ist 512,06 Euro (4.456 Punkte) und die GOP 34271 ist 649,61 Euro (5.653 Punkte) wert; bundeseinheitlicher Punktwert 2023 ist 11,4915 Cent.

Für die Verwendung eines Ga-68-PSMA-Liganden im Zusammenhang mit der Durchführung PET/CT-Untersuchungen nach den GOP 34720 und 34721 setzen sie die Kostenpauschale 40585 in Höhe von 1.100 Euro an.

Neue Leistungen überblicken			
GOP	**Kurzbeschreibung**	**Häufigkeit**	**Bewertung**
34720	PSMA-PET des Körperstammes mit technischer Bildfusion einer diagnostischen CT zur Indikationsstellung einer Therapie mit (177Lu)Lutetium-vipivotidtetraxetan bei Vorliegen von diagnostischen CT-Untersuchungen	einmal im Krankheitsfall	512,06 Euro* (4.456 Punkte)
34721	PSMA-PET des Körperstammes mit technischer Bildfusion einer diagnostischen CT zur Indikationsstellung einer Therapie mit (177Lu)Lutetium-vipivotidtetraxetan mit diagnostischer CT	einmal im Krankheitsfall	649,61 Euro* (5.653 Punkte)
40585	Kostenpauschale für die Sachkosten im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistungen entsprechend der GOP 34720 und 34721 bei Verwendung eines Ga-68-PSMA-Liganden		1.100 Euro

*gemäß bundeseinheitlichem Orientierungspunktwert 2023 (11,4915 ct)

Fachärztinnen und Fachärzte für Nuklearmedizin und Radiologie benötigen bis zum 31.03.2024 eine Genehmigung der KVH nach der Qualitätssicherungsvereinbarung PET, PET/CT gemäß § 135 Abs. 2 SGB V, um PET/CT-Leistungen durchzuführen und abzurechnen.

Besitzen sie bereits die Genehmigung, können sie die neuen GOP 34720 und 34721 automatisch abrechnen und brauchen keinen neuen Antrag zu stellen.

Ab dem 01.04.2024 ist für die Berechnungsfähigkeit der beiden GOP eine aktualisierte Genehmigung auf Basis einer angepassten Qualitätssicherungsvereinbarung PET, PET/CT erforderlich, die ausdrücklich das Verfahren PSMA-PET/CT umfasst. Alle Informationen zur Genehmigung finden Sie unter **kvh.link/p23153**

AUSSERKLINISCHE INTENSIVPFLEGE (AKI): ABRECHNUNG ERWEITERT

Seit dem 01.10.2023 können weitere Arztgruppen die Verordnung und Potenzialerhebung bei der außerklinischen Intensivpflege (AKI) über den EBM abrechnen. Damit wird der EBM an die geänderte AKI-Richtlinie (AKI-RL) angepasst.

Neu können alle Ärztinnen und Ärzte mit der Genehmigung für die AKI-Verordnung auch die GOP 37710 (Verordnung), 37711 (Koordination) sowie 37714 (Konsiliar) abrechnen. Bisher konnten nur bestimmte Facharztgruppen sowie Hausärztinnen und Hausärzte mit einer Genehmigung der KVH die GOP abrechnen.

Neu können die GOP 37700, 37701, 37704 und 37705 für die Potenzialerhebung sowie 37710 und 37711 für die Verordnung folgende Facharztgruppen mit einer Genehmigung der KVH abrechnen:

- Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde
- Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen
- Orthopädie
- Orthopädie und Unfallchirurgie

Alle Informationen zur Genehmigung finden Sie unter **kvh.link/p23154**

Mit der Ergänzung der ersten Anmerkung zur GOP 37710 wird klargestellt, dass unter Berücksichtigung der neuen Übergangsregelung in § 5a der AKI-RL befristet vom 31.10.2023 bis zum 31.12.2024 eine Potenzialerhebung keine zwingende Voraussetzung für die Berechnung der GOP 37710 ist. Das heißt, stehen keine qualifizierten Personen zur Potenzialerhebung vor der Verordnung rechtzeitig zur Verfügung, können Ärztinnen und Ärzte ausnahmsweise von einer Potenzialerhebung absehen. Sie dokumentieren dies auf dem Muster 62B unter „weitere Erläuterungen".

EBM-Detailänderung 4/2023

Seit dem 01.10.2023 gibt es im EBM weitere Detailänderungen.

- **Konsultationspauschale GOP 01436: Anmerkung geändert:** Ärztinnen und Ärzte rechnen die GOP 01436 nur neben ihrer arztgruppenspezifischen Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale in demselben Behandlungsfall ab, wenn ein weiterer persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt vorliegt. Seit dem 01.10.2023 kann der Arzt-Patienten-Kontakt zusätzlich auch im Rahmen einer Videosprechstunde erbracht werden. Es erfolgte eine Anpassung der zweiten Anmerkung zur GOP 01436 im EBM.

  Für die Abrechnung der GOP 01450 (Zuschlag Videosprechstunde) benötigen Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten einen zertifizierten Videodienstanbieter. Diesen melden sie der KVH ganz einfach über das Formular „zertifizierten Videodienstanbieter melden". Alle wichtigen Infos zur Videosprechstunde finden Sie unter: **kvh.link/p23155**

- **Reproduktionsmedizinische Beratung: GOP 08622 per Video:** Führen Ärztinnen und Ärzte die Reproduktionsmedizinische Beratung und Aufklärung im Zusammenhang mit § 5 Abs. 2 Nr. 3 der Richtlinie zur Kryokonservierung (Kryo-RL) nach GOP 08622 im Rahmen einer Videosprechstunde durch, rechnen sie daneben die GOP 01450 (Zuschlag Videosprechstunde) ab. Die Möglichkeit zur Berechnung der GOP 01450 ergibt sich aus der Berechnung der fachgruppenspezifischen Grundpauschale, sodass Beratungsleistungen – mit Ausnahme der GOP des Kapitels 35 – nicht zusätzlich in der Leistungslegende der GOP 01450 aufgeführt werden. Eine Anpassung des EBM erfolgte durch die Streichung der GOP 08622 aus der Leistungslegende der GOP 01450.

  Für die Abrechnung der GOP 01450 benötigen Ärztinnen und Ärzte einen zertifizierten Videodienstanbieter. Diesen melden sie der KVH ganz einfach über das Formular „zertifizierten Videodienstanbieter melden". Alle wichtigen Infos zur Videosprechstunde finden Sie unter **kvh.link/p23155**

- **Klarstellung: Physikalische Therapie abrechnen:** Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten können die Leistungen der Physikalischen Therapie (GOP 30400 bis 30440) nicht neben den Neurophysiologischen Übungsbehandlungen nach GOP 30300 und 30301 abrechnen. Sie können jedoch die GOP der Unterabschnitte 30.3.2 (Tumortherapiefelder zur Behandlung des Glioblastoms) und 30.3.3 (Anwendung von Arzneimitteln für neuartige Therapien) neben der Physikalischen Therapie abrechnen. Es erfolgte zum 01.10.2023 eine Anpassung der fünften Bestimmung zum Abschnitt 30.4 „Physikalische Therapie". Der Abrechnungsausschluss des Abschnitts bezieht sich somit nur auf die GOP des Unterabschnittes 30.3.1 „Neurophysiologische Übungsbehandlung".

- **Duplexsonographie: Zuschlag nach GOP 33075 neben GOP 34283 möglich:** Seit dem 01.10.2023 können Ärztinnen und Ärzte zusätzlich den Zuschlag GOP 33075 für die Durchführung der Untersuchung als farbcodierte Untersuchung neben der Serienangiographie nach GOP 34283 abrechnen. Hierfür wurde die zweite Anmerkung zur GOP 34283 angepasst. Sie konnten die Duplex-Sonographie der extremitätenver- und/oder entsorgenden Gefäße bisher nur nach GOP 33072 ohne den Zuschlag im Behandlungsfall neben der GOP 34283 abrechnen.

  Um Sonographie-Leistungen abzurechnen, benötigen Ärztinnen und Ärzte die Genehmigung der KVH nach der Ultraschall-Vereinbarung. Alle Informationen zur Genehmigung finden Sie unter **kvh.link/p23156**

- **Anzahl der Sequenzen bei MRT-Untersuchung:** Ärztinnen und Ärzte rechnen MRT-Untersuchungen des Abschnitts 34.4 (Magnet-Resonanz-Therapie) nur bei der Durchführung von mindestens vier Sequenzen ab. Bei der MRT-Un-

tersuchungen zum Zweck der Bestrahlungsplanung nach GOP 34460 ist die Durchführung von vier Sequenzen nicht in jedem Fall erforderlich, somit wurde die erste Bestimmung zum Abschnitt 34.4 dahingehend zum 01.10.2023 ergänzt. Ausgenommen waren bisher von dieser Regelung nur die MRT-Angiographien des Unterabschnitts 34.4.7 (GOP 34470 bis 34492).

Die MRT-Leistungen aus Abschnitt 34.4 können Ärztinnen und Ärzte abrechnen, wenn sie eine Genehmigung der KVH nach der Kernspintomographie-Vereinbarung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V haben. Alle Informationen zur Genehmigung finden Sie unter **kvh.link/p23157**

Um die Leistungen aus dem Unterabschnitt 34.4.7 (MRT-Angiographien) abrechnen zu können, benötigen sie eine Genehmigung der KVH gemäß der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zu MR-Angiographie. Alle Informationen zur Genehmigung finden Sie unter **kvh.link/p23158**

- **Psychotherapie:** Bei der Psychotherapie gibt es für Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten eine Klarstellung in den Anmerkungen der GOP 35173 bis 35179 (Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung) im Abschnitt 35.1 des EBM.

  Demnach haben Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren grundsätzlich Anspruch auf eine Erwachsenentherapie und es gelten in diesen Fällen die Regelungen für Erwachsene. Die Richtlinie über die Durchführung der Psychotherapie (PT-RL) des G-BA unterscheidet in § 1 Absatz 4 zwischen Erwachsenentherapie und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie.

  Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten erhalten je nach Genehmigung ein unterschiedliches Kontingent bei der Behandlung einer Patientin oder eines Patienten ab 18 Jahren. Behandeln sie Erwachsene, können sie nur das Kontingent für Erwachsene nutzen. Behandeln sie Kinder und Jugendliche, können sie ein höheres Kontingent verwenden. Folglich ist die Genehmigung entscheidend, welches Kontingent sie bei Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren anwenden.

  Dies schließt auch die Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung (§ 11a PT-RL) nach den GOP 35173 bis 35179, für die jeweils entsprechende Kontingente für die Behandlung von Erwachsenen sowie für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen festgelegt sind, mit ein.

  Psychotherapie sowie verschiedene psychotherapeutische Leistungen können Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten nur dann abrechnen, wenn sie eine Genehmigung der KVH besitzen. Alle Informationen zur Genehmigung finden Sie unter **kvh.link/p23159**

EBM-FR

PRAXISTIPP

Zu allen EBM-Änderungen finden Sie aktuelle und weiterführende Informationen unter **kvh.link/p23160**

Reinschauen lohnt sich!

NICHTÄRZTLICHE PRAXISASSISTENZ (NÄPA)

Pflegefachkräfte können seit dem 01.09.2023 auch NäPa sein!

Seit dem 01.09.2023 kommen in Arztpraxen auch diejenigen Fachkräfte als nichtärztliche Praxisassistenten (NäPa) infrage, die nach dem 2020 in Kraft getretenen Pflegeberufegesetz (PflBG) ausgebildet wurden. KBV und Krankenkassen haben sich auf entsprechende Anpassungen der Delegationsvereinbarung (Anlage 8 zum Bundesmantelvertrag) verständigt.

Mit diesen Änderungen können die KVen auch bei Personen, die nach dem PflBG ausgebildet wurden, die Genehmigung entsprechend der Delegationsvereinbarung erteilen.

Die Genehmigung ist Voraussetzung dafür, dass Praxen weitere EBM-Positionen und Zuschläge abrechnen können (zum Beispiel die GOP 03062 ff.)

Im Rahmen der delegierbaren ärztlichen Leistungen übernimmt eine nichtärztliche Praxisassistenz selbstständig Haus- und Pflegeheimbesuche, bei denen der direkte Arztkontakt nicht medizinisch notwendig ist.

Informationen zum Genehmigungsverfahren finden Sie unter **kvh.link/p23161** und **kvh.link/p23162**.

AA

SITZUNGSTERMINE

Zulassungsausschuss 2024

Die Sitzungen des Zulassungsausschusses für Ärztinnen und Ärzte sowie für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten finden an folgenden Terminen statt:

ZULASSUNGSAUSSCHUSS ÄRZTINNEN UND ÄRZTE:

23.01.2024 (Ermächtigungen/Sonderbedarf/Nachbesetzungsverfahren)

13.02.2024 (Zulassungssachen)

20.02.2024 (Ermächtigungen/Sonderbedarf/Nachbesetzungsverfahren)

12.03.2024 (Zulassungssachen)

26.03.2024 (Ermächtigungen/Sonderbedarf/Nachbesetzungsverfahren)

23.04.2024 (Ermächtigungen/Sonderbedarf/Nachbesetzungsverfahren)

07.05.2024 (Zulassungssachen)

21.05.2024 (Ermächtigungen/Sonderbedarf/Nachbesetzungsverfahren)

11.06.2024 (Zulassungssachen)

18.06.2024 (Ermächtigungen/Sonderbedarf/Nachbesetzungsverfahren)

23.07.2024 (Ermächtigungen/Sonderbedarf/Nachbesetzungsverfahren)

06.08.2024 (Zulassungssachen)

20.08.2024 (Ermächtigungen/Sonderbedarf/Nachbesetzungsverfahren)

10.09.2024 (Zulassungssachen)

24.09.2024 (Ermächtigungen/Sonderbedarf/Nachbesetzungsverfahren)

22.10.2024 (Ermächtigungen/Sonderbedarf/Nachbesetzungsverfahren)

12.11.2024 (Zulassungssachen)

19.11.2024 (Ermächtigungen/Sonderbedarf/Nachbesetzungsverfahren)

10.12.2024 (Zulassungssachen)

17.12.2024 (Ermächtigungen/Sonderbedarf/Nachbesetzungsverfahren)

ZULASSUNGSAUSSCHUSS PSYCHOTHERAPIE:

08.02.2024
21.03.2024
02.05.2024
06.06.2024
01.08.2024
19.09.2024
07.11.2024
05.12.2024

Vorsorglich weisen wir darauf hin, dass aktuelle Anlässe unter Umständen zu kurzfristigen Terminveränderungen führen können.

MST

FORTBILDUNGSVERPFLICHTUNG STICHTAG 30.06.2024

Was 4.400 Mitglieder zum Stichtag 30.06.2024 wissen sollten

Alle Mitglieder der KVH, die bei der Einführung der Fortbildungsverpflichtung in 2004 bereits vertragsärztlich oder -psychotherapeutisch tätig waren, müssten an sich bis zum 30.06.2024 den Nachweis über ihre erworbenen Fortbildungspunkte erbringen. Das betrifft rund 4.400 Mitglieder.

Alle anderen Mitglieder der KVH – die nach 2004 eingetreten sind – haben individuelle Stichtage, die abhängig sind von ihrem individuellen Eintrittstag.

Zur Erinnerung: Alle fünf Jahre müssen nach § 95d SGB V 250 Fortbildungspunkte der KVH nachgewiesen werden. Das ist eine gesetzliche Vorgabe.

Aber aufgepasst: Alle, für die die Stichtagsregelung 30.06.2024 gilt, haben nun wegen der Corona-Pandemie bis 30.06.2025 Zeit, die 250 Fortbildungspunkte nachzuweisen. Denn für diese Mitglieder wurde der Fortbildungszeitraum (FBZ) um ein Jahr verlängert. Eine Unterbrechung der Tätigkeit während der Corona-Pandemie ist dabei bereits berücksichtigt.

Über den Stand der Fortbildung, den individuellen Ablauf der Fortbildungsfrist und die Corona-Verlängerung werden wir Sie rechtzeitig informieren. Die Daten werden uns elektronisch von den Kammern übermittelt; Sie brauchen nichts weiter zu tun. Die Daten für die aktuellen FBZ, die am 01.07.2019 begonnen haben, werden Anfang 2024 vorliegen. Sie erhalten dann unaufgefordert eine schriftliche Nachricht über Ihren Fortbildungsstand. Wer die erforderlichen 250 Punkte zu diesem Zeitpunkt bereits gesammelt hat, kann die Corona-bedingte Verlängerung des Zeitraums über den 30.06.2024 hinaus auch ablehnen und mit dem Sammeln der Fortbildungspunkte für den nächsten FBZ ab dem 01.07.2023 beginnen.

Alle Informationen zur Fortbildungsverpflichtung finden Sie unter **kvh.link/p23163**

RU

INFOBOX

Sie wissen nicht, wann Ihr Nachweiszeitraum abläuft, und haben Fragen zur Berechnung? Ihre Ansprechpersonen erreichen Sie unter 069 24741-7556 oder fortbildung-info@kvhessen.de

BERATUNG WIESBADEN

BeratungsCenter Wiesbaden nun in Frankfurt

Seit dem 16.11.2023 befindet sich das Beratungs-Center Wiesbaden (ehemals Abraham-Lincoln-Straße 36, 65189 Wiesbaden) in den Räumlichkeiten der KVH in der Europa-Allee 90 in 60486 Frankfurt.

WAS ÄNDERT SICH FÜR SIE?

Das Team des BeratungsCenters Wiesbaden wird weiterhin für die Mitglieder zur Verfügung stehen. Persönliche Beratungsgespräche werden in den Räumlichkeiten in Frankfurt stattfinden können. Wir machen Ihnen außerdem das Angebot, persönliche Gespräche auch in Ihrer Praxis vor Ort durchzuführen. Telefon- und Zoomtermine werden weiterhin wie gewohnt stattfinden.

Wenn es sich für Sie örtlich günstiger gestaltet, besteht zudem die Möglichkeit, dass zum Beispiel unsere Mitglieder aus dem Bereich Limburg-Weilburg Termine bei unserem Beratungsteam in Gießen wahrnehmen.

AKTUALISIERTE KONTAKTDATEN

T. 069 24741-7171
F. 069 24741-78171
M. beratung-wiesbaden@kvhessen.de

Konstantin Baier	Claudia Brede	Elke Dietrich
069 24741-7177 Konstantin.Baier@kvhessen.de	069 24741-7173 Claudia.Brede@kvhessen.de	069 24741-7178 Elke.Dietrich@kvhessen.de
Jonas Feuerbacher	**Teresa Gros**	**Norbert Ortloff**
069 24741-7179 Jonas.Feuerbacher@kvhessen.de	069 24741-7174 teresa.gros@kvhessen.de	069 24741-7172 Norbert.Ortloff@kvhessen.de
Monika Vollmer	**Monika Wiche**	
069 24741-7175 monika.vollmer@kvhessen.de	069 24741-7176 Monika.Wiche@kvhessen.de	

DEUTSCHE GESETZLICHE UNFALLVERSICHERUNG E. V. (DGUV)

Zulassung zum Durchgangsarztverfahren

Dr/Univ. Libre de Bruxelles Heinrich Kniffler gibt seine durchgangsärztliche Tätigkeit zum 31.08.2023 auf.

Klaus Ludwig Kornder, Dillenburg und Herborn, hat seine durchgangsärztliche Tätigkeit zum 01.01.2023 aufgegeben.

Klaus Ludwig Kornder, Arzt für Chirurgie/Unfallchirurgie, wird für Dr. med. Andreas Pschaick als ständiger Vertreter im Durchgangsarztverfahren anerkannt.

Dr. med. Dirk Reedwisch, MVZ OCP Kassel, Leipziger Str. 164, 34123 Kassel, gibt seine durchgangsärztliche Tätigkeit zum 01.10.2023 auf.

Dr. med. Dirk Reedwisch wird für Dr. med. Felix Hübner als ständiger Vertreter im Durchgangsarztverfahren anerkannt.

Dr. med. Christoph Jungheim gibt seine durchgangsärztliche Tätigkeit zum 30.09.2023 auf.

Dr. med. Peter Schinke ist seit dem 01.09.2023 als Arzt für Orthopädie und Unfallchirurgie am Standort MVZ medicum.mittelhessen EHM GmbH in Weilmünster am Durchgangsarztverfahren beteiligt.

DGUV

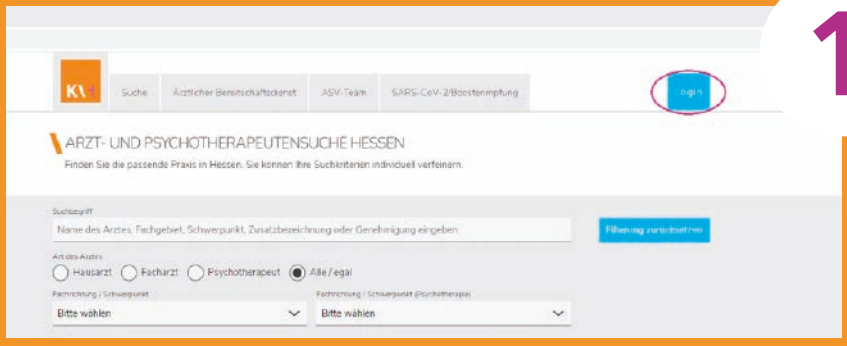
Online statt „per Brieftaube“

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.

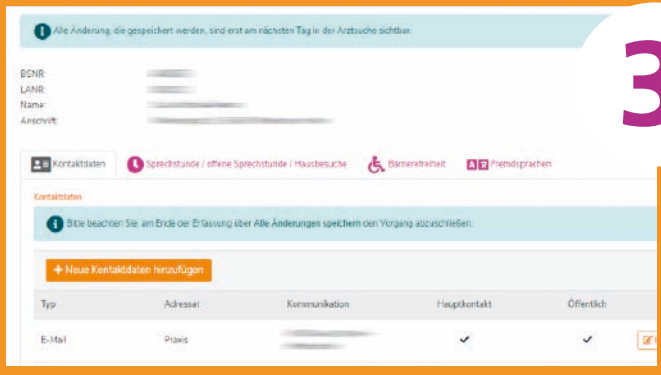
Wussten Sie schon? Die Arztsuche erstrahlt seit Februar in einem neuen Look und einem vereinfachten Login.

www.arztsuchehessen.de



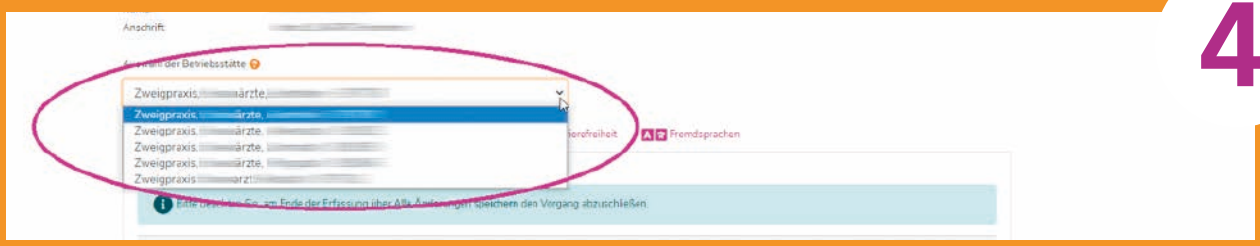
1 **Klicken Sie auf Login**

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



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

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



4

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

KASSENÄRZTLICHE
VEREINIGUNG
HESSEN

Sie finden uns im Internet unter:

www.kvhessen.de/aufdenpunkt

„Die Leute arbeiten freiwillig, gerne und das System ist stabil“

Der für den Ärztlichen Bereitschaftsdienst zuständige Vorstand Armin Beck über seine Vision für die Zukunft des ÄBD, über das, was in Hessen verändert werden kann, und die Abhängigkeit von der Reform der Notfallversorgung.

Herr Beck, wenn Sie sich die Diskussionen um die Notfallversorgung auf Bundesebene ansehen, was beschäftigt Sie?

Armin Beck: Im Prinzip geht die Diskussion, bezogen auf den Bereitschaftsdienst, um die Frage: Ist der ÄBD fallabschließend oder soll er Patienten vor großem gesundheitlichem Unheil schützen und ansonsten nur stabilisieren wie bisher? In Berlin scheint das vor allem im Bundesgesundheitsministerium (BMG) anders gesehen zu werden, dort will man eine fallabschließende Behandlung, was für uns ein Gau wäre. Hier muss man klar sagen: Das geht nicht!

Warum?

Beispiel Kopfschmerzen: Ein Patient kommt, ich brauche irgendetwas, um die Kopfschmerzen in den Griff zu bekommen. Man kann den Blutdruck kontrollieren, neurologische Auffälligkeiten ausschließen. Im Zweifelsfall gibt es eine Infusion, um den Schmerz zu blocken, aber natürlich ist das nicht fallabschließend und kann es auch nicht sein. Der Patient ist vorübergehend stabilisiert, mehr nicht. „Fallabschließend“ würde bedeuten, dass ich nachts einen Neurologen aktiviere, bei dem ein MRT gefahren wird, um den Hirntumor auszuschließen. Und richtig fallabschließend ist das nicht und kann es auch nicht sein. Andererseits ist das der Gedanke, der aktuell den Damen und Herren im BMG vorzuschweben scheint. Medizinisch ist das sinnlos und offensichtlich vom Gedanken geleitet, dass jede Behandlung in der Klinik stattfinden sollte. Das kann man aber nur denken, wenn man die Kosten gar nicht im Blick hat. Wahrscheinlich ist es zudem so, dass wir bei unserem bisherigen Behandlungsansatz bis auf einen minimalen Promillebereich alle vernünftig behandeln, vernünftig ansehen und ihnen helfen, bis die nächste Versorgungsebene übernimmt.

Bei einer multimorbiden Erkrankung zum Beispiel, einem Hypertoniker, einem Diabetiker oder einem Gefäßerkrankten, kann man nachts tun, was man will: Das geht nicht fallabschließend, auch nicht von einer Uniklinik.

→

ALLES GEBEN FÜR PATIENTINNEN UND PATIENTEN

In 2022 wurden mehr als 520.000 Stunden außerhalb der Praxisöffnungszeiten im Ärztlichen Bereitschaftsdienst geleistet. Sicherstellung der Versorgung rund um die Uhr!

Armin Beck:
„Wir brauchen eine vernünftige Versorgung, orientiert an dem, was notwendig ist."

Was stellen Sie sich stattdessen vor, wo wollen Sie hin?

Ich will eine stabile nächtliche Versorgung haben, die der jeweiligen Indikation gerecht wird. Die aber nicht Maximalversorgung auslöst, sondern es auf dem Behandlungslevel belässt, das sich in den letzten Jahren sehr bewährt hat. Und da das zu einem großen Teil klassische hausärztliche Fälle sind, passt das auch. Es findet eine Anamnese, Untersuchung und Behandlung statt. Der Harnwegsinfekt wird wahrscheinlich abschließend mit einem Antibiotikum behandelt. Da kann man sicher einiges verbessern, dass dafür notwendige Medikamente in der Zentrale vorrätig sind und nachts kein Apotheker mehr geweckt werden muss.

Welche Strukturänderungen sind gegebenenfalls nötig?

Der zweite Punkt ist, dass wir ein gesundes Maß zwischen einer nicht zu kleinteiligen Beplanung unseres Bundeslandes und der daraus erwachsenden Belastung unserer Mitglieder hinbekommen müssen. Viele Bereitschaften laufen aktuell so ab, dass es keine oder kaum Fälle gibt. Wir haben immer weniger Ärztinnen und Ärzte und verlieren 800 – 1.000 Hausärzte in den nächsten Jahren. Der ÄBD wird von allen Niedergelassenen abgedeckt und deshalb müssen wir eine vernünftige, für alle tragbare Situation in den Strukturen schaffen – nicht mehr und nicht weniger. Falls der Staat uns am Ende eine ganz andere Art von Dienst aufs Auge drückt, muss er natürlich auch sagen, wo ich die Ärztinnen und Ärzte dafür bekommen soll. Wo das Geld dafür herkommt, muss der Staat in einem solchen Fall natürlich auch sagen – denn mit der gedeckelten Gesamtvergütung solche Strukturen aufzuziehen ist schlicht unmöglich. Dass wir das auch noch selbst bezahlen sollen, wäre eindeutig nicht in Ordnung!

Wie kann es also gehen?

Ich habe klare Vorstellungen: Die Kolleginnen und Kollegen, die gerne Dienste übernehmen, sollen das weiterhin tun können. Ihre Entlohnung soll aber dem Aufwand entsprechen, denn sie unterstützen

WICHTIGER BAUSTEIN!

Mehr als 660.000 Kontakte gab es im ärztlichen Bereitschaftsdienst in 2022. Somit bildet der ÄBD einen wichtigen Baustein in der Versorgung von Patientinnen und Patienten, wenn die Vertragsarztpraxen nicht geöffnet haben.

damit die ÄBD-Gemeinschaften in der Unzeit. Die Strukturen des ÄBD sind so zu planen, dass eine flächendeckende ausreichende, aber nicht überversorgte Abdeckung im Bereitschaftsdienst entsteht. Immer natürlich unter der Prämisse, dass es sich um ein lebendes System handelt, in dem man nachsteuert, wenn man muss.

Wo sehen Sie weiteren Reformbedarf?

Der üHGD ist ebenfalls ein Thema, das mir wichtig ist. Er wurde eingerichtet, um prinzipiell ein Sicherheitsnetz für den Fall zu haben, dass jemand ausfällt. Im Prinzip ein richtiger Gedanke. Allerdings nur, solange niemand ausfällt. Durch Corona und andere Einflüsse fallen nun vermehrt Kolleginnen und Kollegen aus. Aus diesem Grund wird der üHGD zunehmend beansprucht; hier muss angesetzt werden. Im Süden und im Rhein-Main-Gebiet ist das Problem größer, im Rest Hessens eher untergeordnet. Da müssen wir schauen, woran das liegt, und dafür Lösungen unter Berücksichtigung der regionalen Besonderheiten finden.

Warum reicht Ihnen die Reform von 2014 nicht?

Die Reform von 2014 ist durch die Pandemie in ihrer Wirkung deutlich verwässert worden. Mit Entscheidungen, wie zum Beispiel denen zu den Fahrdiensten, die dazu führten, dass wir plötzlich sehr hohe Kosten generierten. Ohne, dass diese wirklich substanziell in Anspruch genommen wurden, wir haben also viel Geld für nichts ausgegeben. Das müssen wir nun wieder umdrehen. Hier müssen wir ausreichend flexibel sein.

Wie soll zukünftig die Versorgung im Bereitschaftsdienst aussehen?

Wir brauchen eine vernünftige Versorgung, orientiert an dem, was notwendig ist. Das heißt aber auch, dass es nicht luxuriös sein kann. Und das kann man mobil oder mit einer Zentrale abbilden – im Idealfall mit einer Mischung wie bisher. Es hängt sicher von der Größe des Landkreises oder Bezirks ab, aber natürlich können wir vieles mittlerweile auch ohne persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt erledigen, zum Beispiel durch Telemedizin, digitale Anwendungen. Das kann uns sehr entlasten.

Welches Zielbild schwebt Ihnen vor?

Meine Kolleginnen und Kollegen arbeiten freiwillig, gerne und in einem stabilen System. Der ÄBD ist aufgrund seiner Komplexität nie ein einfaches Thema. Im Prinzip geht es immer um die Balance der Attraktivität von Fahr- und Sitzdiensten, das müssen wir stabilisieren und so etwas schaffen, das die Kolleginnen und Kollegen mittragen. Seit den schwierigen Verhältnissen der Vergangenheit sind wir glücklicherweise mittlerweile auf einem guten Weg. Hierzu tragen neben den Expertengruppen die sehr engagierten ÄBD-Ausschuss-Mitglieder umfangreich bei.

Und auch unser SaN-Projekt, das auf flexiblere und passendere Versorgungsstrukturen setzt, wird wichtig bleiben in der Zukunft. Wir müssen die Notfallversorgung endlich so gestalten, dass den Patientinnen und Patienten an der richtigen Stelle geholfen wird. Und welche die richtige Stelle ist, muss medizinisch von Fachleuten entschieden werden – in keinem Fall von der Patientin oder dem Patienten.
Das Zusammenspiel von Sitz- und Fahrdiensten sowie den neu eingeführten Videosprechstunden und dem SaN-Projekt in den drei Pilotlandkreisen sind richtungsweisend für eine stabile und medizinisch sehr gute Patientensteuerung.

DIE FRAGEN STELLTE KARL M. ROTH

Bitte weitersagen:
Es gibt sie, die Online-SSB-Suche!

Sofort testen: die Sprechstundenbedarf-Suche unter kvh.link/p23169!

Recherchieren Sie mit wenigen Klicks, was Sie konkret für die Erst- und Akutbehandlung Ihrer Patientinnen und Patienten über den Sprechstundenbedarf beziehen dürfen.

Aufgrund vieler Anfragen und Ihres Wunsches, eine Möglichkeit zu haben, schnell Produkte auf ihre Bezugsfähigkeit im Bereich des Sprechstundenbedarfs (SSB) zu prüfen, entwickelte das Team Arznei-, Heil- und Hilfsmittel ein Servicetool innerhalb des Verordnungsportals **kvh.link/p23169**.

SIEBEN SIEGEL „AUFBRECHEN"

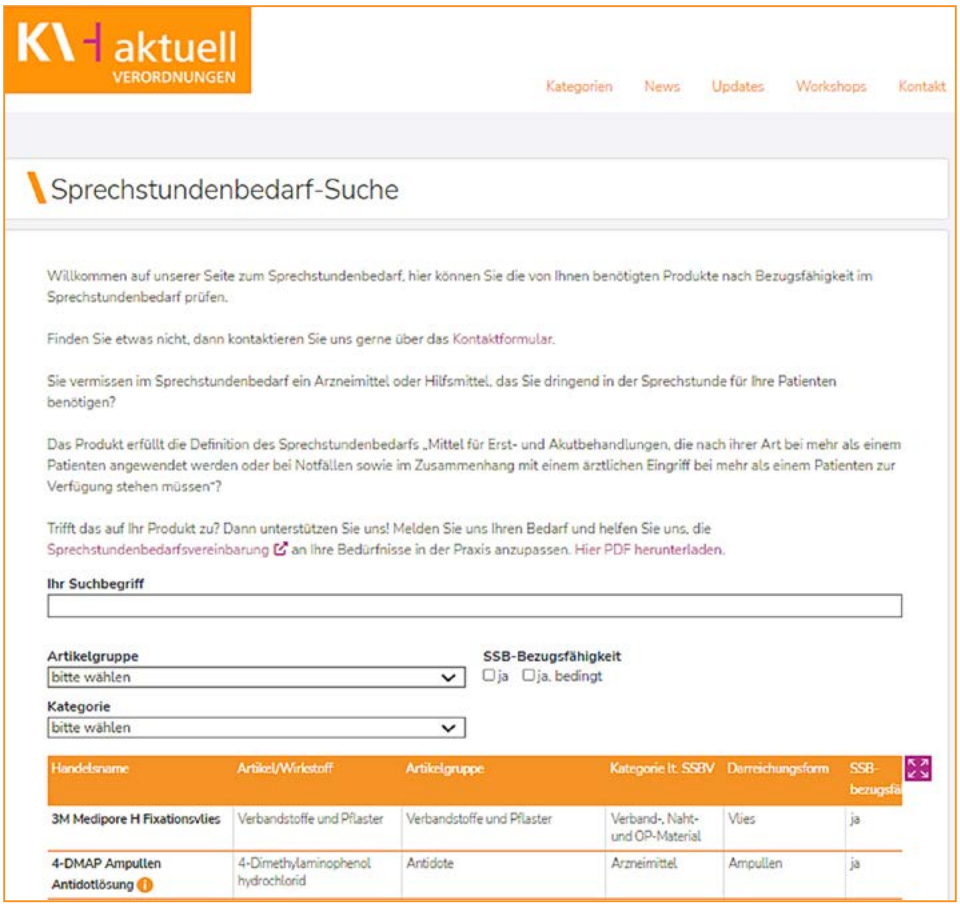
Die Sprechstundenbedarfsvereinbarung ist für viele Ärztinnen und Ärzte ein Buch mit sieben Siegeln. Die Sprechstundenbedarfsvereinbarung, das Vertragswerk zwischen Krankenkassen und der KVH, ist nicht leicht zu interpretieren, wenn man schnell wissen möchte, ob das eigene Produkt im Sprechstundenbedarf bezugsfähig ist oder nicht. Um dem Abhilfe zu schaffen, gibt es seit August 2023 ein neues Servicetool auf **kvh.link/p23169**.

WAS VERBIRGT SICH DAHINTER?

Über den Button „Sprechstundenbedarf-Suche" gelangen Sie zu einer Tabelle, in der Sie einzelne Präparate/Produkte, aber auch gezielt nach Artikelgruppe oder Kategorien suchen und filtern können. Sie bekommen angezeigt, ob ein Präparat/Produkt über den Sprechstundenbedarf verordnet werden kann oder eben nicht. Zudem erhalten Sie ergänzende Hinweise, wenn Sie mit Ihrem Cursor über das orangefarbene „i" fahren.

IST DIE LISTE ABSCHLIESSEND?

Nein, noch nicht. Wir arbeiten aber täglich daran, Präparate und Produkte zu ergänzen, um die Liste stetig zu erweitern oder zu aktualisieren. Ihnen fehlt etwas – was können Sie tun? Teilen Sie uns



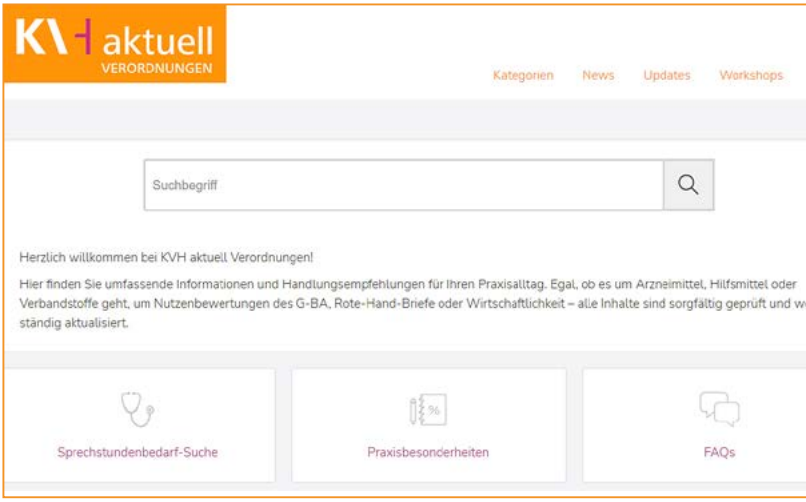
Die neue SSB-Suche wird ständig erweitert oder aktualisiert

fehlende Produkte/Präparate bitte umgehend per E-Mail mit. Wir nehmen sie dann selbstverständlich in die SSB-Suche auf.

JENNIFER WATERMANN

Team Arznei-, Heil- und Hilfsmittel
Europa-Allee 90
60486 Frankfurt am Main
T. 069 24741-7333
F. 069 24741-68835
M. verordnungsanfragen@kvhessen.de

Ist Ihnen die Kachel „Sprechstundenbedarf-Suche" noch nicht aufgefallen? Dann sofort anklicken und eine Testsuche starten.



Verordnungskosten im Blick haben mit der neuen Arzneimittel-Trendinformation

Die eigenen Arzneimittelkosten im Vergleich zum Fachgruppendurchschnitt und zu den vereinbarten Wirtschaftlichkeitszielen frühzeitig abschätzen – das geht, dank der Arzneimittel-Trendinformation.

Eine Arzneimittel-Trendinformation umfasst jeweils alle Ärztinnen und Ärzte innerhalb einer Praxis. Die Praxis identifiziert sich dabei über die Betriebsstättennummer (BSNR) und umfasst alle dieser BSNR zugeordneten Leistungsorte (Haupt- und gegebenenfalls Nebenbetriebsstätten) und Fachgruppen.

NEUE INFORMATIONEN ÜBER DIE ARZNEIMITTEL-TRENDINFORMATION EINSEHBAR

Die wichtigste Information ist nach wie vor die Angabe der Unter- oder Überschreitung des Arzneimittel-Budgets. Einmal für das angegebene Quartal, aber auch kumuliert seit Jahresbeginn, da es sich bei der Durchschnittswertprüfung um eine Jahresprüfung handelt.

Neu ist seit dem 1. Quartal 2023 die Auflistung der abgerechneten hessenspezifischen Praxisbesonderheiten. Hier wird angezeigt, wie oft die Gebührenordnungsposition im Quartal angesetzt wurde. Dies gibt einen guten Einblick über eventuell vorhandene Praxisbesonderheiten im Vergleich zur Fachgruppe.

1. Ihre Verordnungskosten im Vergleich zur Prüfgruppe

Aktuelles Quartal

Versicherten-gruppe	Verordnungskosten Brutto				Abweichung (+/-)
	Praxis			Prüfgruppe	
	Fälle	Absolut in €	je Fall in €	je Fall in €	
M	552	24.771,65	44,88	44,69	
F	89	1.046,65	11,76	27,95	
R	479	61.458,03	128,30	130,30	
Gesamt	1.120	87.276,33	66,99	69,19	-3 %

Seit Jahresbeginn kumuliert

Versicherten-gruppe	Verordnungskosten Brutto				Abweichung (+/-)
	Praxis			Prüfgruppe	
	Fälle	Absolut in €	je Fall in €	je Fall in €	
M	552	24.771,65	44,88	44,69	
F	89	1.046,65	11,76	27,95	
R	479	61.458,03	128,30	130,30	
Gesamt	1.120	87.276,33	66,99	69,19	-3 %

Hier sieht man auf einen Blick, dass die Abweichung minus drei Prozent beträgt. Es liegt also alles im grünen Bereich. Der Praxis droht kein Regress.

2.1 Hessenspezifische Praxisbesonderheiten

Bei den Arzneimittelverordnungen gibt es in Hessen mit den Krankenkassen vereinbarte Praxisbesonderheiten/Krankheiten nach den Gebührenordnungspositionen (GOP) 98502 bis 98522, deren Kosten in einem Prüfverfahren in dem Umfang aus den Verordnungskosten herausgerechnet werden, wie sie den Fachgruppendurchschnitt überschreiten. Voraussetzung ist natürlich, dass Sie diese Krankheitsbilder in der Abrechnung codiert haben.

Folgende hessenspezifische Praxisbesonderheiten haben Sie abgerechnet:

Sie haben in diesem Quartal keine hessenspezifischen Praxisbesonderheiten abgerechnet.

Weiterhin werden alle bundesweit gültigen Praxisbesonderheiten nach § 130 b inklusive der entstandenen Verordnungskosten aufgezeigt.

2.2 Bundesweite Praxisbesonderheiten

Bitte beachten Sie, dass bei der Anerkennung von nutzenbewerteten Arzneimitteln ggf. nur eine oder mehrere Subgruppen des Arzneimittels eine Praxisbesonderheit darstellen. Diese Kosten werden zu 100 Prozent als Praxisbesonderheit anerkannt. Die Verordnung von Subgruppen eines nutzenbewerteten Arzneimittels ohne Zusatznutzen gilt als unwirtschaftlich und kann zu Prüfverfahren führen. Weiterhin sind eine gute Dokumentation und Kodierung wichtig.

Die Details hierzu erfahren Sie in unserem Verordnungsportal unter www.kvhaktuell.de

Arzneimittel	Bruttoumsatz in €
Dupixent	24.651,77
Jardiance	238,96

Gilt ein Arzneimittel als bundesweite Praxisbesonderheit, wird es bei einer Durchschnittswertprüfung aus dem Verordnungsvolumen herausgerechnet.

Wie bisher auch wird über die mit den Krankenkassen vereinbarten Wirtschaftlichkeitsziele unter anderem in Rundschreiben sowie im Verordnungsportal informiert. Ein Verfehlen der einzelnen Quoten ist nicht regressbedroht. Einen guten Überblick über die Behandlungsschwerpunkte in der Praxis bietet die neue Auflistung der Top-10-Wirkstoffgruppen nach Umsatz. Informationen zu den Top-10-Wirkstoffgruppen nach Umsatz finden Sie unter **kvh.link/p23169**.

5. TOP 10 Wirkstoffgruppen nach Umsatz

Unten finden Sie Ihre TOP 10 Wirkstoffgruppen mit jeweils den TOP 5 Substanzen nach Umsatz:

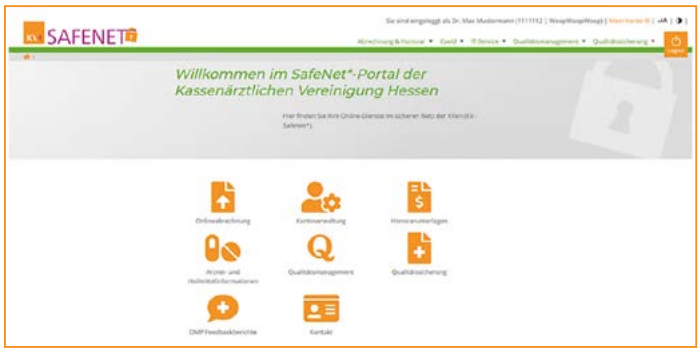
ATC-Code	umsatzstärkste Wirkstoffe	Bruttoumsatz in €
B01	**ANTITHROMBOTISCHE MITTEL**	**7.373,39 €**
B01AF02	Apixaban	3.789,32 €
B01AF01	Rivaroxaban	1.284,16 €
B01AF03	Edoxaban	748,65 €
B01AE07	Dabigatranetexilat	431,90 €
B01AC24	Ticagrelor	267,70 €
C09	**MITTEL MIT WIRKUNG AUF DAS RENIN-ANGIOTENSIN-SYSTEM**	**7.346,88 €**
C09DX04	Valsartan und Sacubitril	2.157,08 €
C09AA05	Ramipril	1.673,90 €
C09CA06	Candesartan	1.037,84 €
C09DX01	Valsartan, Amlodipin und Hydrochlorothiazid	290,48 €
C09AA02	Enalapril	277,36 €
A10	**ANTIDIABETIKA**	**7.270,35 €**
A10BK01	Dapagliflozin	1.618,38 €
A10BK03	Empagliflozin	976,06 €
A10AE04	Insulin glargin	731,53 €
A10BA02	Metformin	694,44 €
A10BJ05	Dulaglutid	678,87 €

Hier ein Beispiel, wie hoch der Umsatz der Praxis bei drei der Top-10-Wirkstoffgruppen ist.

WO FINDET MAN DIE ARZNEIMITTEL-TRENDINFORMATION?

Um die praxisindividuelle Arzneimittel-Trendinformation einzusehen, muss man sich über KV SafeNet* anmelden. Unter „Arznei- und Heilmittelinformationen" findet man dann die Arzneimittel-Trendberichte.

URSULA BÜDEL



Im SafeNet*-Portal gibt es ein extra Feld für Arznei- und Heilmittelinformationen. Einfach anklicken und sich informieren!

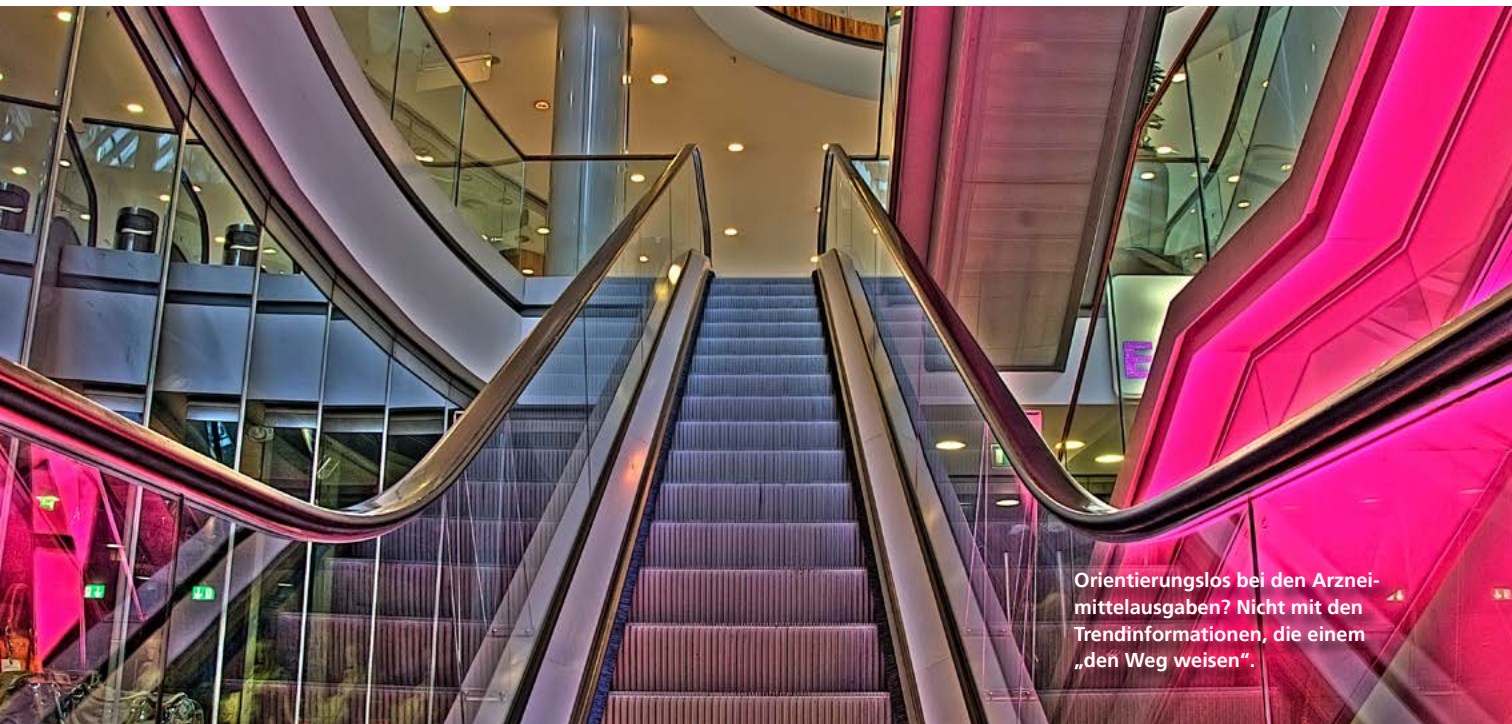
Bei Fragen oder dem Wunsch, eine Beratung rund um das Thema Verordnungen zu erhalten, steht Ihnen das Team Arznei-, Heil- und Hilfsmittel gerne zur Verfügung.

T. 069 24741-7333

M. verordnungsanfragen@kvhessen.de

H. kvh.link/p23169 (Verordnungsportal)

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



Orientierungslos bei den Arzneimittelausgaben? Nicht mit den Trendinformationen, die einem „den Weg weisen".

Wechsel des Therapieformats hat sich bewährt

Inanspruchnahme von und Erfahrungen mit Videotherapiesitzungen während der Corona-Pandemie – Schlaglichter aus einer hessenweiten Umfrage

Die psychotherapeutische Versorgung in Hessen konnte während der Hochphase der Corona-Pandemie 2020/2021 unter dem flexiblen Einsatz videobasierter Therapieangebote aufrechterhalten werden. Dies zeigen die Ergebnisse einer von der KV Hessen in Auftrag gegebenen Studie der Professur für Psychotherapieforschung der Justus-Liebig-Universität Gießen, bei der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und Patientinnen und Patienten zu ihrer Wahrnehmung und Nutzung digitaler Therapiesitzungen befragt wurden. Deutlich wird, dass sich während dieser gesellschaftlichen Krise hessische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten schnell und flexibel an das Pandemiegeschehen adaptierten und verstärkt auf videobasierte Therapie zurückgriffen, obwohl diese zuvor kaum zum Einsatz kam. Insbesondere wurde Therapie via Video verstärkt zu Zeiten erhöhter Inzidenzen im Sinne des Infektionsschutzes angeboten. Dennoch lag der Anteil an Videotherapie zu jedem Zeitpunkt deutlich unter dem Präsenzanteil, sodass digitale Formate die Präsenztherapie ergänzt, jedoch nicht gänzlich ersetzt haben.

STICHPROBE

Alle über die KVH abrechnenden Therapeutinnen und Therapeuten wurden per E-Mail oder per Post zur Teilnahme an der Umfrage eingeladen. An der Umfrage nahmen 1.065 Therapeutinnen und Therapeuten aller sozialrechtlich anerkannten Psychotherapieverfahren und 256 Patientinnen und Patienten teil. Teilnahmeberechtigt waren alle, die ihren Patientinnen und Patienten mindestens eine Therapiesitzung per Video oder Telefon angeboten haben, sowie alle Patientinnen und Patienten, die ein solches Angebot erhalten hatten. Aufgrund des großen Stichprobenumfanges, der guten Rücklaufquote und der insgesamt geringen Abweichungen in den betrachteten Stichprobenmerkmalen (Alter, Geschlecht) von der Grundgesamtheit der in Q2/2021 tätigen Therapeutinnen und Therapeuten ist davon auszugehen, dass die vorliegende Stichprobe hinreichend repräsentativ ist.

Bezogen auf die Repräsentativität der Patientendaten ist davon auszugehen, dass es sowohl aufseiten der Patientinnen und Patienten selbst als auch auf-

seiten von Therapeutinnen und Therapeuten, die Personen zur Umfrage eingeladen haben, zu Selektionseffekten gekommen ist. So zeigte sich etwa im Vergleich zu den in der TK-Studie eingeschlossenen Patientinnen und Patienten eine deutlich höhere Rate an Personen mit Hochschulabschluss (43,6 Prozent vs. 23 Prozent; Wittmann et al., 2011). Daher ist davon auszugehen, dass die Befunde in Bezug auf die Aussagen der Patientinnen und Patienten nicht ohne Weiteres auf die Gesamtpopulation der in Hessen Psychotherapie in Anspruch Nehmenden zu übertragen ist. Weiterhin liegen uns die Abrechnungsdaten für die Quartale 03/2019 – 02/2021 vor, sodass wir die in der Umfrage berichteten Daten mit den tatsächlich abgerechneten vergleichen können.

ERGEBNISSE

Laut Selbstauskunft boten hessische Psychotherapeutinnen und -therapeuten zwischen Q2/2020 und Q4/2020 durchschnittlich

- 71,03 Prozent Präsenztermine,
- 22,56 Prozent Videotermine und
- 6,37 Prozent Telefontermine

im Rahmen der Einzeltherapien an. Diese Werte spiegeln sich in etwa auch in den Abrechnungsdaten wider (Abb. 1). Während Videositzungen vor dem Beginn der Pandemie (~vor März 2020) nur einen verschwindend geringen Anteil der abgerechneten Leistungen ausmachten, stieg dieser Anteil zunächst auf 6,98 Prozent im März und auf 26,37 Prozent im April 2020 an, bevor dieser wieder etwas zurückging und sich ähnlich dem Pandemiegeschehen wellenförmig entwickelte. Der Anteil durchgeführter Sprechstunden und probatorischer Sitzungen via Video lag zu jedem Zeitpunkt deutlich unter dem Anteil der Videoeinzeltherapiesitzungen. Auf dem Höhepunkt im April 2020 lag der Anteil via Video durchgeführter Sprechstunden bei 12,46 Prozent, während der Anteil videobasierter probatorischer Sitzungen nie über 2 Prozent lag (1,57 Prozent im April 2020). Dieser Unterschied bietet bereits Hinweise auf die wahrgenommenen Grenzen dieses Formats vor allem in Hinblick auf das Kennenlernen und den Aufbau einer tragfähigen therapeutischen Beziehung (z. B. Flückiger et al., 2018).

Im weiteren Verlauf des betrachteten Zeitraums zeigte sich eine Kreuzkorrelation (Korrelation der Werte des einen Monats mit den Werten des Folgemonats) von r = .80 zwischen den Fallzahlen in Hessen von Mai 2020 bis Juni 2021 und dem jeweiligen Anteil der abgerechneten Videotherapiesitzungen im Folgemonat (r = .62 für probatorische Sitzungen und r = .76 für Sprechstunden). Dies deutet darauf hin, dass Psychotherapeutinnen und -therapeuten dann verstärkt auf digitale Alternativen zurückgriffen, wenn die Inzidenzen erhöht waren, und somit ihr Angebot dynamisch an das Pandemiegeschehen angepasst haben.

Die **Initiative** für den Wechsel des Therapieformats erfolgte aus Sicht der Therapeutinnen und Therapeuten entweder beidseitig (41,1 Prozent) oder auf Therapeutinnen- oder Therapeutenseite (39,2 Prozent). Eine ähnliche Einschätzung gaben die befragten Patientinnen und Patienten mit 48,1 Prozent beiderseitiger beziehungsweise 35 Prozent therapeutinnen- und therapeutenseitiger Initiativen ab. Zudem gaben 76,9 Prozent der befragten Therapeutinnen und Therapeuten an, dass die Umstellung des Sitzungsformats von Präsenz auf Video nie zu **Therapieabbrüchen** geführt habe. **Therapieunterbrechungen** traten mehrheitlich nie (41,5 Prozent) beziehungsweise selten (49,9 Prozent) in Folge der Pandemie auf.

Dennoch sahen 91,5 Prozent (n = 846) der Therapeutinnen und Therapeuten **Gründe** auf Patientinnen- und Patientenseite, nicht auf Videotherapie umzustellen. Insbesondere fehlende technische Voraussetzungen, wie die Verfügbarkeit eines Computers (n = 247, 29,2 Prozent), technische Probleme zum Beispiel mit der Internetverbindung (n = 221, 26,1 Prozent) sowie der Wunsch nach persönlichem Kontakt (n = 246, 29,1 Prozent) wurden hierfür genannt. Des Weiteren schlossen etwa 37 Prozent (n = 336) der Psychotherapeutinnen und -therapeuten eine Videobehandlung vor allem bei folgenden Patientinnen- und Patientengruppen **kategorisch aus**: bei Personen, die sie als nicht reif genug einschätzten (n = 76, 22,6 Prozent), bei denen eine Risikoabschätzung (zum Beispiel hinsichtlich Suizidalität) erschwert war (n = 72, 21,4 Prozent), Traumapatientinnen und -patienten (n = 43, 12,8 Prozent) und Personen mit Persönlichkeitsstörungen (n = 23, 6,8 Prozent) sowie bei Neuaufnahmen (n = 61, 18,2 Prozent). Wie bereits ausgeführt, zeigte sich der letztgenannte Vorbehalt auch in den Abrechnungsdaten, die deutlich machen, dass die Anfangsphase der Therapien nahezu ausschließlich in Präsenz stattgefunden hat.

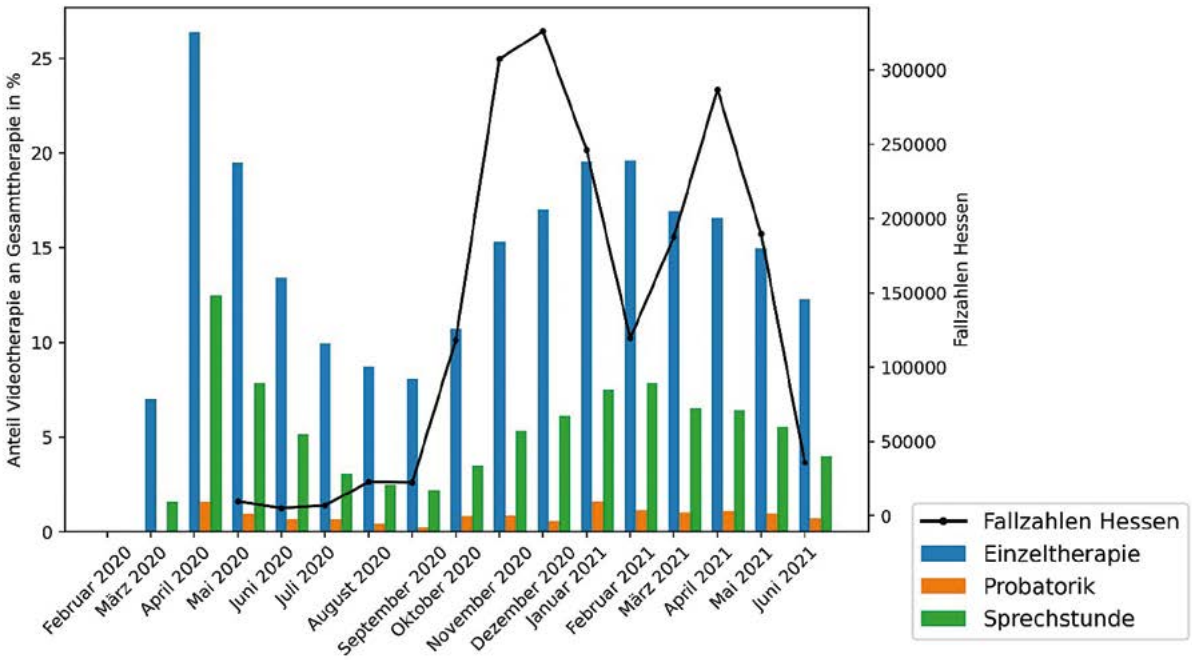


Abb. 1: Anteil Videotherapie an der Gesamtzahl der abgerechneten Sitzungen (aufgeschlüsselt nach Einzeltherapie, Probatorik und Sprechstunde) für den Zeitraum Februar 2020 bis Juni 2021 sowie die Covid-Fallzahlen in Hessen von Mai 2020 bis Juni 2021.

Bezogen auf ihre **therapeutische Vorgehensweise** stimmten 39 Prozent (n = 276) der Therapeutinnen und Therapeuten der Aussage zu, dass diese bei Videositzungen eher anders ist als in Präsenz. Veränderungen umfassten eine aktivere Rolle der Therapeutinnen und Therapeuten im Rahmen der Videotherapiesitzungen (n = 63, 12,9 Prozent) sowie eine erschwerte Nutzung von zusätzlichen Materialien wie Flipcharts (n = 62, 12,7 Prozent).

Entsprechend berichteten rund 74 Prozent der Therapeutinnen und Therapeuten von **negativen Effekten** der Umstellung auf Videotherapie sowohl aus ihrer eigenen Sicht (n = 640) als auch auf Patientinnen- und Patientenseite (n = 642). Als negative Auswirkungen für die Therapeutinnen und Therapeuten wurden ein erhöhter Aufwand (n = 136, 21,3 Prozent) und technische Probleme mit beispielsweise der Internetverbindung (n = 136, 21,3 Prozent) am häufigsten angegeben.

Aus ihrer Sicht hätten sich für Patientinnen und Patienten ebenfalls vor allem technische Probleme (n = 95, 14,8 Prozent) negativ ausgewirkt, aber auch der bei Videotherapien häufig fehlende geschützte therapeutische Rahmen (wie die Therapiepraxis) wurde benannt (n = 86, 13,4 Prozent). Übereinstimmend mit den befragten Therapeutinnen und Therapeuten gaben auch 52,6 Prozent (n = 110) der Patientinnen und Patienten an, dass es negative Effekte durch die Umstellung auf Videotherapie gegeben habe. Der von ihnen am häufigsten genannte negative Effekt war mit 29,1 Prozent (n = 32) die fehlende Abgrenzung zum häuslichen Umfeld (Kinder, Partner, Mitbewohner etc.). Des Weiteren berichteten Patientinnen und Patienten von technischen Problemen, wie beispielsweise der Internetverbindung (n = 29, 26,4 Prozent), einer Distanziertheit zwischen ihnen und den Therapeutinnen oder Therapeuten (n = 27, 24,5 Prozent), der Schwierigkeit, Therapie vom Alltag abzugrenzen, beispielsweise wenn Therapie zwischen anderen Online-Konferenzen stattfand (n = 19, 17.3 Prozent), sowie dem Wunsch nach persönlichem Kontakt (n = 14, 12,7 Prozent).

Sowohl die Mehrzahl der Therapeutinnen und Therapeuten mit 54 Prozent als auch die der Patientinnen und Patienten mit 63,2 Prozent gab an, keinen Unterschied in der Qualität der therapeutischen

Beziehung wahrgenommen zu haben. Es wurde jedoch von beiden Seiten am häufigsten eine Distanziertheit zwischen Patientinnen und Patienten und Therapeutinnen und Therapeut als ein störender Faktor benannt. Etwa ein Drittel der Patientinnen und Patienten gab an, aufgrund der fehlenden räumlichen Anwesenheit ihrer Therapeutinnen oder Therapeuten mehr Schwierigkeiten gehabt zu haben, Gefühle zuzulassen. Zudem gaben etwa 43,9 Prozent der Therapeutinnen und Therapeuten an, dass es eher schwieriger für sie gewesen sei, Belastungen bei ihren Patientinnen oder Patienten über Video zu erkennen als in Präsenz.

Im Rahmen der Befragung wurden sowohl Therapeutinnen und Therapeuten als auch Patientinnen und Patienten dazu befragt, wie wirksam sie die angebotene beziehungsweise erhaltene Psychotherapie über Videotelefonie wahrgenommen haben. Etwa die Hälfte der Therapeutinnen und Therapeuten schätzte die Wirksamkeit von Videotherapie als eher schlechter im Vergleich zu Präsenztherapie ein. Gründe hierfür waren insbesondere der Verlust von nonverbalen Signalen wie der Mimik (n = 91, 14,4 Prozent), technische Probleme (n = 99, 15,6 Prozent) sowie fehlende therapeutische Tiefe (n = 80, 12,6 Prozent). Im Vergleich zur Einschätzung der Therapeutinnen und Therapeuten gab die Mehrheit der befragten Patientinnen und Patienten (54,7 Prozent) an, keinen Unterschied in der Wirksamkeit zwischen Therapie in Präsenz und via Video wahrgenommen zu haben.

Darüber hinaus zeigte sich die Mehrzahl der befragten Patientinnen und Patienten mit ihrer psychotherapeutischen Behandlung zufrieden: 57,3 Prozent gaben an, eindeutig die Art der Behandlung erhalten zu haben, die sie wollten; 64,6 Prozent waren mit dem bislang erhaltenen Ausmaß der Hilfe und 70,4 Prozent mit der Behandlung im Allgemeinen sehr zufrieden. Nur unter drei Prozent der befragten Patientinnen und Patienten gaben an, mit ihrer Therapie unzufrieden gewesen zu sein.

Mit Blick in die Zukunft können es sich die meisten der befragten Therapeutinnen und Therapeuten jedoch nicht vorstellen, nach der Pandemie überwiegend digitale Therapie anzubieten (9,4 Prozent). Auf Patientinnen- und Patientenseite besteht dennoch mehrheitlich der Wunsch, nach Ende der Pandemie weiterhin Therapiesitzungen per Video wahrzunehmen im Vergleich zur Zeit vor Pandemiebeginn (61,8 Prozent).

SCHLUSSFOLGERUNGEN

Vor dem Hintergrund dieser Ergebnisse wird deutlich, dass sich Videotherapiesitzungen als ergänzende Maßnahmen zur Präsenztherapie während der Pandemie bewährt haben, ohne diese ersetzt zu haben. Die Umstellung der Therapieform ermöglichte Therapeutinnen und Therapeuten sowie Patientinnen und Patienten eine flexiblere Therapiegestaltung unter Wahrung des Infektionsschutzes. Auf diesem Weg war es möglich, die psychotherapeutische Versorgung zu sichern. Die hessischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten haben in angemessener Art und Weise auf diese gravierende gesellschaftliche Krise reagiert und die Belastungen der Menschen aufgefangen. Mit Blick auf die andauernden und sich verschärfenden aktuellen Krisen weltweit bezeugen die Ergebnisse die gesellschaftliche Relevanz von Psychotherapie in Krisenzeiten. Die Aussagen der vorliegenden Studie zur Rolle von Videotherapien müssen vor dem Hintergrund der besonderen Rahmenbedingungen während der Pandemie interpretiert werden und können nicht ohne Weiteres auf sonstige Situationen generalisiert werden.

JULIAN A. RUBEL, FLAVIO IOVOLI, TERESA VÄTH, MILA HALL, LUISA JOEL, ROBIN WESTER, KATIE MICHAEL, MITGLIEDER DES BERATENDEN FACHAUSSCHUSSES PSYCHOTHERAPIE DER KV HESSEN

Die Studie ist nachlesbar unter
kvh.link/p23170

Referenzen

Flückiger, C., Del Re, A. C., Wampold, B. E., & Horvath, A. O. (2018). The alliance in adult psychotherapy: A meta-analytic synthesis. Psychotherapy, 55(4), 316.

Wittmann, W. W., Lutz, W., Steffanowski, A., Kriz, D., Glahn, E. M., Völkle, M. C., ... & Ruprecht, T. (2011). Qualitätsmonitoring in der ambulanten Psychotherapie: Modellprojekt der Techniker Krankenkasse – Abschlussbericht. Hamburg: Techniker Krankenkasse.

Die stille Gefahr: multiresistente Keime und ihre unterschätzte Bedrohung

Die historische Segnung der Antibiotikaentwicklung steht einer akuten und besorgniserregenden Bedrohung durch Resistenzen und multiresistente Keime gegenüber. Das MRE-Netzwerk Rhein-Main setzt sich mit seiner Aufklärungsarbeit dafür ein, das oft unterschätzte Problem stärker ins Bewusstsein zu rücken.

Die Corona-Pandemie hat dieses wichtige Anliegen vorübergehend in den Hintergrund gedrängt, jedoch bleibt die Gefahr des Antibiotikaeinsatzes und der wachsenden Bildung multiresistenter Keime präsent. Dr. Nikolaos Sapoutzis, Vorsitzender des MRE-Netzwerks Rhein-Main, sieht dies als eine ernsthafte Bedrohung für die Gesundheitssysteme. Er erklärt: „Die Pandemie hat uns gezeigt, wie eng die Menschheit bei der Verbreitung von Krankheiten zusammenrückt. Die Tatsache, dass weltweit im Jahr 2019 schätzungsweise 4,95 Millionen Todesfälle mit bakteriellen AMR-Infektionen in Verbindung gebracht wurden, von denen 1,27 Millionen direkt auf Antibiotikaresistenz als Todesursache zurückzuführen waren, verdeutlicht die beunruhigende Dimension."

Dr. Sapoutzis betont, dass das Thema in den letzten vier Jahren und insbesondere seit Beginn der Pandemie nicht mehr die verdiente Aufmerksamkeit erhalten hat. „Weniger ist mehr", sagt Dr. Sapoutzis. Er sieht niedergelassene Ärztinnen und Ärzte als Schlüsselakteure im Kampf gegen übermäßige Antibiotikaverschreibungen. Er erkennt, dass es in vielen Fällen einfacher ist, bei bestimmten Infektionen schnell ein Antibiotikum zu verschreiben, um den Erwartungen der Patientinnen und Patienten gerecht zu werden. Doch gerade bei weniger schwerwiegenden Infektionen ist das Abwarten ohne Antibiotikum eine sinnvollere und verantwortungsvollere Option.

Um Praxen in dieser nicht immer einfachen Situation bei der Kommunikation mit ihren Patientinnen und Patienten zu unterstützen, hat das Netzwerk umfangreiche Informationsmaterialien in diversen Sprachen entwickelt, die gratis unter **kvh.link/p23171** heruntergeladen oder bestellt werden können. Dort sind auch Schulungen und Fortbildungen verfügbar. Ein solches Beispiel ist das Projekt Rationale Antibiotikatherapie durch Information und Kommunikation (RAI). Dieses Projekt vermittelt nicht nur Wissen über die Entstehung von Antibiotikaresistenzen und den angemessenen Einsatz von Antibiotika, sondern konzentriert sich auch gezielt auf Kommunikationsstrategien und -wege.

Dr. Sapoutzis weist darauf hin, dass es unter kvh.link/p23171 gratis zahlreiche Flyer in verschiedenen Sprachen gibt

Zusätzlich zu Schulungs- und Fortbildungsangeboten bietet das MRE-Netz Rhein-Main gemeinsam mit der BG Unfallklinik Frankfurt am Main die Arbeitsgruppe Antibiotic Stewardship an, die die regionale Expertise vieler Gesundheitsakteure vereint mit dem Ziel, Synergien zu fördern, einheitliche Strukturen zu etablieren und voneinander zu lernen. „Die Teilnahme von interessierten niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten ist ausdrücklich erwünscht", betont Dr. Sapoutzis.

Die Mitgliedschaft im Netzwerk ist kostenfrei und äußerst sinnvoll, denn das Hauptziel des Netzwerks besteht darin, das Bewusstsein für die hohe Relevanz dieses Themas zu stärken. Aktuell gehören dem Netzwerk 360 Mitglieder an, darunter neun regionale Gesundheitsämter, zahlreiche Kliniken, Rettungsdienste, Pflegeeinrichtungen und auch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte. Das Hessische Ministerium für Soziales und Integration unterstützt das Netzwerk als Schirmherr, jedoch bleibt die finanzielle Ausstattung problematisch. Dr. Sapoutzis appelliert daher an die verantwortlichen Stellen und bittet um Gespräche über die Vergabe eines jährlichen Budgets für das Netzwerk.

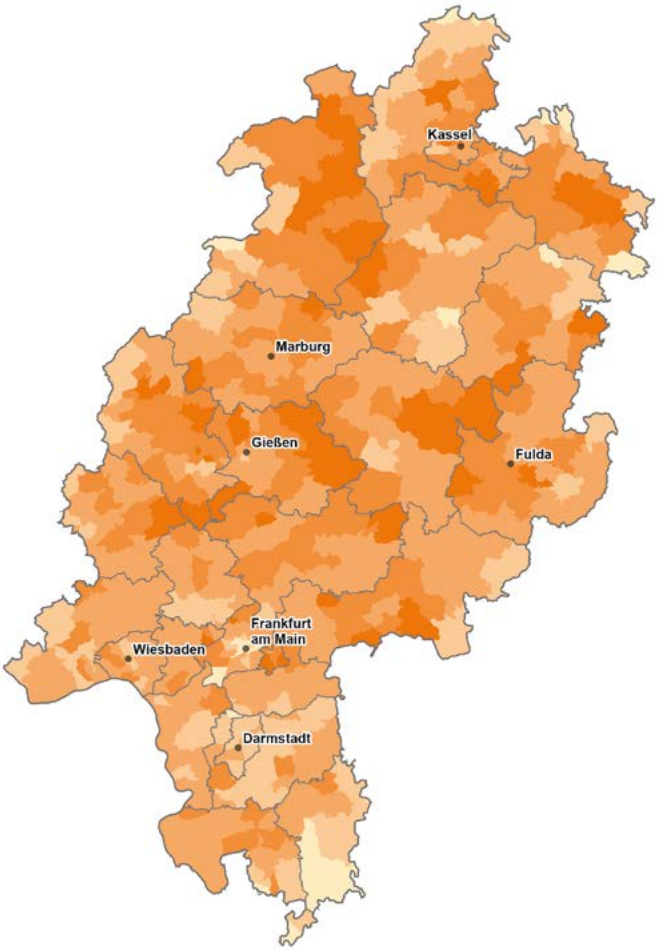
Denn es steht viel auf dem Spiel: Die europäische Gesundheitsbehörde schätzt die zukünftigen Auswirkungen von multiresistenten Keimen als genauso gravierend ein wie die von Grippe, Tuberkulose und AIDS zusammen. Um niedergelassene Kolleginnen und Kollegen besser für dieses Thema zu sensibilisieren und zu unterstützen, plant das Netzwerk gemeinsam mit der KVH eine Fortbildung.

KARL M. ROTH

SERIE: KRANKHEITSBILD IM DETAIL

Migräne

Fast **300.000 Hessinnen und Hessen** litten in 2022 unter einer gesicherten Migräne (ICD G43.-). Im Durchschnitt waren die Betroffenen 45 Jahre alt. Auch bei Kindern tritt die Krankheit auf, die unter 12-Jährigen machen jedoch nur 1 Prozent aller Betroffenen aus.



Prävalenz von Migräne (ICD G43.- G)

- **unter 3 % der Patientinnen und Patienten**
- **3 bis unter 4 % der Patientinnen und Patienten**
- **4 bis unter 5 % der Patientinnen und Patienten**
- **5 bis unter 6 % der Patientinnen und Patienten**
- **6 % und mehr der Patientinnen und Patienten**

Aufteilung der Betroffenenzahlen nach Art der Migräne:

- **72 %** G43.2, G43.3, G43.8 & G43.9 (sonstige und nicht näher bezeichnete Migräne)
- **15 %** G43.1 (Migräne mit Aura)
- **13 %** G43.0 (Migräne ohne Aura)

Digest aus dem Pschyrembel

Anfallartige, oft pulsierende Kopfschmerzen, die wiederholt und meist einseitig auftreten (Hermikranie), in den frühen Morgenstunden beginnen und Stunden bis Tage andauern können. Die Migräne wird oft von vegetativen Symptomen (beispielsweise Übelkeit), Licht- und Lärmscheu, visuellen Symptomen (beispielsweise Sehstörungen) oder neurologischen Ausfällen begleitet.

Qualitätssicherung in der Ultraschalldiagnostik

Die Sonographie ist deutschlandweit das am häufigsten eingesetzte bildgebende Untersuchungsverfahren in der erweiterten klinischen Untersuchung.

Sie ist flächendeckend verfügbar, basiert auf dem Einsatz nichtionisierender Strahlen und unterliegt im Gegensatz zu anderen Schnittbildverfahren keinen patientenbezogenen Kontraindikationen. Zudem erlaubt die kontinuierliche Bildgebung in Echtzeit die Beantwortung morphologischer und funktioneller Fragestellungen.

Die Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Ultraschalldiagnostik in der vertragsärztlichen Versorgung ist erst nach Erteilung einer Genehmigung durch die KVH zulässig. Die Voraussetzungen für die Genehmigungserteilung werden in der Ultraschall-Vereinbarung nach § 135 Abs. 2 SGB V definiert. Die Vereinbarung, die zwischen KBV und GKV-Spitzenverband getroffen wird, regelt die fachlichen und apparativen Voraussetzungen.

Die neue Broschüre der KBV zur Ultraschalldiagnostik ist abrufbar unter kvh.link/p23179

Diese wird regelmäßig angepasst und aktualisiert. So sind Ultraschallkurse mittlerweile in Teilen auch online möglich. Die neue Broschüre der KBV bietet Ihnen einen Überblick über die Anforderungen und das Genehmigungsverfahren. Außerdem geht sie auf die Stichprobenprüfungen ein, die jährlich erfolgen. Ziel ist es, Sie bei der Umsetzung der Vorgaben aus der Ultraschall-Vereinbarung bestmöglich zu unterstützen und Ihnen für den Praxisalltag hilfreiche Tipps zu geben.

KBV

INFOBOX

Ihr Draht zu uns

kvh.link/p23172

Hier finden Sie alle relevanten Informationen,

- für welche Leistungen Sie eine Genehmigung benötigen,
- wie Sie die einzelnen Genehmigungen erhalten,
- wie die Qualität geprüft wird und
- an wen Sie sich bei Fragen wenden können sowie
- zum Download sämtliche Antragsformulare, Checklisten, Dokumentationsbögen etc.

Klicken Sie dazu einfach auf die jeweilige Leistung.

HOCHRELEVANTER LEISTUNGSBEREICH

In 2022 haben über 1,5 Millionen Patientinnen und Patienten Ultraschall-Leistungen aus EBM-Kapitel 33 bei hessischen Ärztinnen und Ärzten wahrgenommen. Fast zwei Drittel der Behandelten waren Frauen.

Aus- und Weiterbildung intersektoral gestalten

Bei der Pre-Conference des Sicherstellungskongresses der KBV im Oktober zum Thema „Intersektorale Aus- und Weiterbildung: Best of both worlds?“ sprachen Expertinnen und Experten der KVH zu den Weiterbildungsverbünden.

Dass für eine qualitativ hochwertige Aus- und Weiterbildung die Zusammenarbeit zwischen ambulantem und stationärem Bereich unabdingbar ist, ist für alle Rednerinnen und Redner der Pre-Conference selbstverständlich:

- Henning Schettulat, Abteilungsleiter Qualitätsförderung der KVH,
- Prof. Dr. Marco Roos, Lehrstuhlinhaber Allgemeinmedizin der Universität Augsburg und Sektionssprecher Weiterbildung der DEGAM,
- Marlene Mörig vom bvmd und
- Mira Faßbach vom Bündnis Junge Ärztinnen und Ärzte.

Zahlreiche Beiträge aus dem Publikum untermauern diese These. Junge Studierende und Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung (ÄiW) sollen frühzeitig an den ambulanten Bereich herangeführt werden. Durch die Arbeit der Koordinierungsstelle Weiterbildung Allgemeinmedizin, des Ärztlichen Kompetenzzentrums Hessen, des universitären Kompetenzzentrums Weiterbildung und Programmen wie beispielsweise der Landpartie der Universität Frankfurt wurde dazu in den letzten Jahren in Hessen viel erreicht.

INTERDISZIPLINÄR, INTERSEKTORAL, INTERPROFESSIONELL

In der Fachsession „How to? Gebrauchsanleitung Weiterbildungsnetzwerke: interdisziplinär, intersektoral, interprofessionell" wurden von Mara Klahr, Teamleiterin Förderung Weiterbildung der KVH, und Henning Schettulat die wichtigsten Aspekte erfolgreich etablierter Weiterbildungsverbünde herausgearbeitet. Dank der Impulse und der durchaus sehr unterschiedlich, aber gut arbeitenden Weiterbildungsverbünde entstand eine rege Diskussion. Über seine positiven Erfahrungen berichtete Priv.-Doz. Dr. Markus Schubert, Chefarzt im St. Josefs-Hospital Rheingau GmbH. Wegen der guten Zusammenarbeit aller Akteure in der Region seit 2016 konnten einige Praxen nachbesetzt und das Durchschnittsalter der niedergelassenen Fachärztinnen und -ärzte erheblich gesenkt werden. Als Grundpfeiler einer guten Zusammenarbeit nannte er den engen Kontakt und kurze Kommunikationswege untereinander sowie jährliche Treffen in großer Runde. Diese Erfahrungen machen auch andere Teilnehmende. Weiterbildungsverbünde gelängen insbesondere dann, wenn es motivierte, treibende Kräfte gebe, die alle Beteiligten an einen Tisch bringen. Die Koordination der freien Stellen und Bewerberinnen und Bewerber sollte über eine Person laufen. Wo die koordinierende Person angesiedelt sei, sei dabei individuell zu entscheiden. Ein weiteres, gut funktionierendes Beispiel lieferte Manuela Amm vom Leipziger Gesundheitsnetz e.V., die für die gesamte Region im Blick hat, wann Stellen frei werden und ab wann ÄiW die nächste Station suchen. Dabei kennt sie die individuellen Vorlieben und versucht diese in der Verteilung zu berücksichtigen. Es sollte möglichst ein enger Kontakt zu den ÄiW aufgebaut werden, um auf deren Wünsche und Bedürfnisse einzugehen und diese gut zu betreuen. Beispielsweise können wöchentliche Fallbesprechungen auch digital durchgeführt werden, wie der Impulsgeber Dr. Wolfgang Blank aus der Praxis Bayerwald berichtete.

FAZIT

Eine allgemeingültige Gebrauchsanweisung für Weiterbildungsverbundarbeit gibt es nicht. Die regionalen Besonderheiten sollten stets berücksichtigt werden. Mit Kommunikation, Koordination und Motivation lässt sich jedoch viel erreichen, so die einhellige Meinung der Praktiker.

ENGAGEMENT IN HESSEN

In Hessen existieren flächendeckend Weiterbildungsverbünde Allgemeinmedizin und auch im fachärztlichen Bereich wurden erste Weiterbildungsnetzwerke etabliert. Die Koordinierungsstelle Weiterbildung Allgemeinmedizin intensiviert derzeit den Kontakt zu den Verbünden, um diese zu unterstützen.

MARA KLAHR

INFOBOX

Wenn Sie sich einem Weiterbildungsverbund anschließen oder einen gründen möchten, wenden Sie sich gerne an:

Fachgebiet Allgemeinmedizin:

Koordinierungsstelle Weiterbildung Allgemeinmedizin

T. 069 24741-7227
koordinierungsstelle@kvhessen.de
kvh.link/p23173

Weitere Fachgebiete:

Ärztliches Kompetenzzentrum Hessen

T. 069 24741-7191
aerzte-fuer-hessen@kvhessen.de
kvh.link/p23174

Sicherheit für Patientinnen und Patienten in der ambulanten Versorgung

Patientinnen und Patienten soll die Bedeutung ihrer Rolle in der Gesundheitsversorgung vor Augen geführt werden.

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG HESSEN

SICHERHEIT FÜR PATIENTINNEN UND PATIENTEN IN DER AMBULANTEN VERSORGUNG

Was kann ich selbst tun – vor, während und nach meinem Arztbesuch?

Schreiben Sie die Ihnen wichtigen Beschwerden bzw. Fragen vorher auf und nehmen Sie diese zu Ihrem Praxisbesuch mit.
Machen Sie sich ggf. auch während dem Arztgespräch Notizen.

Bringen Sie alle Unterlagen, welche für Ihren Besuch in der Praxis relevant sein könnten, mit.
Z. B. Allergieausweis, Medikamentenplan, Impfausweis, Entlass- bzw. Arztbriefe, Patientenverfügungen bzw. eine bestehende Vollmacht.

Lassen Sie sich von einer Ihnen vertrauten Person begleiten.
Vier Ohren hören mehr.

Denken Sie an den Schutz Ihrer Daten. Z. B. achten Sie darauf, dass andere Patientinnen oder Patienten bei Ihrer Anmeldung beim Praxispersonal nicht mithören können, lassen Sie keine Unterlagen offen liegen.

Melden Sie sich, wenn Sie mit dem falschen Namen angesprochen werden.

Händehygiene
Waschen und desinfizieren Sie regelmäßig Ihre Hände. Denken Sie auch an den Daumen und die Fingerzwischenräume.

Sprechen Sie das Praxisteam oder die Ärztin/den Arzt bei Unsicherheiten an.
Fragen Sie nach, wenn Sie etwas nicht verstanden haben.

Fragen Sie nach, warum und wann Sie Ihre Medikamente nehmen sollen.
Lassen Sie sich einen Plan ausstellen. Sind alle Medikamente, die Sie derzeit einnehmen, auf diesem enthalten?

Sagen Sie dem Praxisteam oder der Ärztin/dem Arzt, wenn Sie (akute) Schmerzen haben oder Auffälligkeiten an sich bemerken.

Sagen Sie dem Praxisteam oder der Ärztin/dem Arzt, wenn Ihnen häufiger schwindelig ist oder Sie aus anderem Grunde häufiger stürzen. Notieren Sie dies in einem Tagebuch.

Detaillierte, werbungsfreie Informationen zu diversen Krankheitsbildern finden Sie beispielsweise unter: www.patienten-information.de oder sprechen Sie Ihre Ärztin/Ihren Arzt an.

HESSISCHES NETZWERK PATIENTENSICHERHEIT

UNIVERSITÄTS KLINIKUM FRANKFURT GOETHE-UNIVERSITÄT

Landesärztekammer Hessen
Körperschaft des öffentlichen Rechts

Zum Welttag der Patientensicherheit am 17. September 2023 hat die Landesärztekammer Hessen in einem gemeinschaftlichen Projekt mit der KVH und dem Universitätsklinikum Frankfurt den Flyer „Sicherheit für Patientinnen und Patienten in der ambulanten Versorgung – Was kann ich selbst tun vor, während und nach meinem Arztbesuch?“ erstellt.

Inspiriert vom diesjährigen Motto des Welttages, „Engaging Patients for Patient Safety“, werden Patientinnen und Patienten hilfreiche Tipps zur Verfügung gestellt, die sie darin bestärken sollen, sich als aktiven Part des Teams zu sehen, das für die Gesundheitsversorgung zuständig ist – neben den Ärztinnen und Ärzten, nichtärztlichem Fachpersonal sowie Pflegekräften. Die Mitglieder der KVH sind dazu eingeladen, den Flyer in ihren Wartezimmern oder an ihrer Anmeldung für Patientinnen und Patienten zur Verfügung zu stellen.

JAN MARTENS

INFOBOX

Für die Praxis kann der Flyer heruntergeladen und ausgedruckt werden – auch als Plakat oder als Aufsteller im Wartezimmer oder direkt zum Verteilen an Patientinnen und Patienten.

Er ist abrufbar unter **kvh.link/p23175**

Noch wenige freie Plätze

Rasch anmelden unter **kvh.link/p23125**

ERSTE HILFE – NOTFALLTRAINING FÜR PSYCHOTHERAPEUTISCHE PRAXEN

Kenne ich noch die Inhalte der Ersten Hilfe? Was muss ich bei einem lebensbedrohlichen Notfall tun? Sie wollen Ihre Kenntnisse auffrischen und speziell auf Ihre Bedürfnisse abgestimmte Inhalte erfahren? Wir werden Sie in dieser Veranstaltung wieder fit in Erster Hilfe machen und Ihnen genau das vermitteln, was Sie in Ihrem psychotherapeutischen Alltag brauchen.

Sie üben praktisch
- die Reanimation (Herz-Lungen-Wiederbelebung)
- die stabile Seitenlage

Sie erfahren
- wie Sie Notfallpatientinnen und Notfallpatienten identifizieren
- wie Notfallmanagement in der Praxis funktioniert
- wie Sie folgende Notfälle erkennen und dann richtig handeln:
  - Schlaganfall
  - Herzinfarkt
  - Atemnot, Asthma
  - epileptischer Anfall
  - Herz-Kreislauf-Stillstand

Zielgruppe: Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Berufseinsteigerinnen und Berufseinsteiger, Praxismitarbeiterinnen und Praxismitarbeiter
Referent: Mathias Strauch
Gebühr: 110,00 €
Fortbildungspunkte: 7
Termin: Do., 01.02.24, 09:00 Uhr – 14:00 Uhr, KVH Frankfurt (Kurs 10754)
Anmeldung unter: kvh.link/p23125

ARBEITSRECHT IN DER PRAXIS – ÄRZTLICHE PRAXEN (ONLINE)

Welche rechtlichen Aspekte sind bei der Beschäftigung einer Assistentin oder eines Assistenten maßgeblich? Was muss ich bei der Beschäftigung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern beachten?

Bei der Beschäftigung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern und Assistentinnen und Assistenten gibt es viele rechtliche Aspekte und Regelungen, die es zu beachten gilt. Sie erfahren, welche Gestaltungsmöglichkeiten Sie als Praxisinhaberin und Praxisinhaber haben, wenn Sie beispielsweise wegen Elternzeit, längerer Krankheit oder einer längeren Auszeit ausfallen.

Sie erfahren
- wie Sie Arbeitsverträge gestalten
- welche Vor- und Nachteile die verschiedenen Beschäftigungsmöglichkeiten haben
- welche Rechte und Pflichten Sie als Arbeitsgeberin und Arbeitgeber haben
- was das Arbeitsverhältnis stören kann
- welche sozialversicherungsrechtlichen Aspekte eine Beschäftigung beinhaltet
- was Sie bei der Beschäftigung von Assistentinnen und Assistenten beachten sollten

Zielgruppe: Ärztinnen und Ärzte, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Berufseinsteigerinnen und Berufseinsteiger
Referentin: RA Simone Burkard
Gebühr: 80,00 €
Fortbildungspunkte: 6
Termin: Fr., 26.01.24, 15:00 Uhr – 19:00 Uhr, online via Zoom (Kurs 10723)
Anmeldung unter: kvh.link/p23125

UMGANG UND INTERAKTION MIT ANSPRUCHSVOLLEN PATIENTINNEN UND PATIENTEN

Empfinden Sie die Kontakte zu Ihren Patientinnen und Patienten manchmal als frustrierend, anstrengend oder stressig? Wünschen Sie sich einen entspannteren Umgang für eine harmonischere Arzt-Patienten-Beziehung? Manchmal kommt man im aufreibenden Praxisalltag schnell an seine Grenzen, eine konstruktive und geduldige Interaktion aufzubauen und aufrechtzuerhalten.

Sie lernen
- was den Umgang mit Patientinnen und Patienten schwierig macht
- welche eigenen und fremden Anteile zu der Situation führen können
- wie Sie Handlungsalternativen (zum Beispiel das CALM-Modell) anwenden können
- Empathie und Abgrenzung
- Patiententypologie: zum Beispiel Schweigsame

Sie erfahren
- welche Motive zu den Handlungen von Patientinnen und Patienten führen
- wie Sie Verständnis entwickeln können für unangemessene Verhaltensweisen
- wie Sie Patientinnen und Patienten Grenzen aufzeigen und konsequent verfolgen
- mit welchen Techniken Sie anstrengende Interaktionen auflösen und verändern können

Zielgruppe: Ärztinnen und Ärzte, Berufseinsteigerinnen und Berufseinsteiger, Praxismitarbeiterinnen und Praxismitarbeiter
Referentin: Mechthild Wick
Gebühr: 80,00 €
Fortbildungspunkte: 6
Termin: Fr., 02.02.24, 15:00 Uhr – 19:30 Uhr, KVH Frankfurt (Kurs 10721)
Anmeldung unter: kvh.link/p23125

GESCHLECHTERSENSIBLE VERSORGUNG – EINE CHANCE IN DER PRAXIS? (ONLINE)

Sie möchten mehr zum Thema geschlechtersensible Versorgung erfahren oder Ihr Wissen dazu auffrischen? Dieses Modul ist darauf ausgerichtet, das Thema eines geschlechtersensiblen Umgangs in der Patientenversorgung in die vertragsärztliche Versorgung und damit in die tägliche Arbeit in den Praxen hineinzutragen.

Sie erfahren

- mehr von dem KBV-Modul „Aspekte einer geschlechtersensiblen Gesundheitsversorgung", die Historie, aktuelle Diskussion und Lehre
- die verschiedenen Aspekte der geschlechtersensiblen Versorgung
- die medizinische Versorgung in den Medien und Veröffentlichungen

Zielgruppe: Ärztinnen und Ärzte, Berufseinsteigerinnen und Berufseinsteiger
Referent: Dr. med. Claus Haeser
Gebühr: 35,00 €
Fortbildungspunkte: 3
Termin: Mi., 05.06.24, 14:30 Uhr – 16:30 Uhr, online via Zoom (Kurs 10946)
Anmeldung unter: kvh.link/p23125

PERSÖNLICHKEITSTYPEN ERKENNEN UND DAS IM PRAXISALLTAG NUTZEN (ONLINE)

Hätten Sie gedacht, dass es so überraschend einfach ist, sein Gegenüber schneller zu verstehen und in spürbar mehr Eigenverantwortung zu bringen? Das Erkennen von Persönlichkeitstypen kann nachweislich zu einer besseren Zusammenarbeit mit Kolleginnen und Kollegen, Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern und Patientinnen und Patienten führen. Sobald Sie die wichtigsten Persönlichkeitsprofile kennen, werden Sie besser verstehen, wie Sie erfolgreicher mit anderen umgehen können. Dies wirkt sich messbar positiv auf Ihre Kommunikation und Ihren Führungsstil aus. Es geht hier nicht darum, Schwächen zu identifizieren, sondern persönliche Potenziale zu erkennen und einen authentischen und empfängergerechten Umgang mit anderen zu pflegen.

Ihr Nutzen: Je schneller Sie erkennen, wie Ihr Gegenüber „tickt", desto besser können Sie eine positive Arbeitsatmosphäre fördern und zu mehr Gelassenheit, Souveränität und Zufriedenheit im anspruchsvollen Praxisalltag beitragen.

Inhalte

- Hippokrates stellt erste Weichen
- D.I.S.G.-Modell
- Riemann-Thoman-Modell
- V.A.K.F.-Wahrnehmungskanal
- Myers-Briggs-Typenindikator
- Schlaglicht auf weitere Aspekte und Tipps zur Umsetzung

Zielgruppe: Ärztinnen und Ärzte, Berufseinsteigerinnen und Berufseinsteiger, Praxismitarbeiterinnen und Praxismitarbeiter
Referentin: Ariane Hanfstein
Gebühr: 80,00 €
Fortbildungspunkte: 5
Termin: Fr., 05.07.24, 15:00 Uhr – 19:00 Uhr, online via Zoom (Kurs 10947)
Anmeldung unter: kvh.link/p23125

Wie war das?

Fragen? Antworten!

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).

Geben Hausarztpraxen bei der Ausstellung einer Überweisung im Rahmen einer Hausarztvermittlung einen Vermittlungscode an?

Nein, ein Vermittlungscode ist nicht notwendig, wenn die Hausarztpraxis eine Hausarztvermittlung an die Facharztpraxis vermittelt. Hilfreich ist der Vermerk, dass die Vermittlung im Rahmen der Hausarztvermittlung stattgefunden hat. Dieser Vermerk ist aber nicht verpflichtend anzugeben.

Wie oft kann ich die GOP 01645 (Zweitmeinung) abrechnen?

Die GOP 01645 für die Aufklärung und die Beratung zum Zweitmeinungsverfahren können Sie je Indikation einmal im Krankheitsfall abrechnen. Bei Indikationen, die mit einer Seitenangabe gekennzeichnet sind, ist die GOP je Seite einmal im Behandlungsfall berechnungsfähig.

Die Impfsaison hat begonnen, insbesondere die gegen das Corona-Virus. Wie kann ich die Impfleistungen nun abrechnen?

Sie können die Covid-19-Impfungen seit dem 20. September 2023 für GKV-Versicherte zulasten der Krankenkassen abrechnen. Alle zusätzlichen Leistungen der ImpfV (Besuch, Beratung und Impfzertifikate erstellen) sind seit dem 8. April 2023 nicht mehr abrechenbar und auch mit der neuen Regelung nicht berechnungsfähig. Eine ausführliche Erläuterung der abrechenbaren Impfleistungen finden Sie auf der Themenseite unter **kvh.link/p23176**

Muss für eine Notfallbehandlung im Krankenhaus eine Einweisung oder eine Überweisung ausgestellt werden?

Nein. Es darf weder eine Einweisung noch eine Überweisung ausgestellt werden, wenn eine Patientin oder ein Patient als Notfall ohne Einbindung einer niedergelassenen Ärztin oder eines Arztes im Krankenhaus erscheint. Wird die Patientin oder der Patient über eine niedergelassene Ärztin oder einen Arzt als Notfall ins Krankenhaus verwiesen, ist hierfür eine Einweisung oder Überweisung, je nach Notfall, notwendig.

Wie lange sind ärztliche Unterlagen aufzubewahren?

Ärztliche Unterlagen, Honorarunterlagen, Überweisungsscheine und vieles mehr unterliegen bestimmten Aufbewahrungsfristen. Die entsprechenden Fristen können Sie auf der Themenseite (Suchbegriff „Aufbewahrungsfristen“) unter **kvh.link/p23177** einsehen.

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

Tipp: Nicht auflegen, wenn man in der Warteschleife hängt. Die Anrufe werden der Reihe nach angenommen.

IHR KONTAKT ZU UNS

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

BERATUNG VOR ORT

BeratungsCenter Frankfurt:	069 24741-7600 069 24741-68829 (Fax) beratung-frankfurt@kvhessen.de
BeratungsCenter Darmstadt:	06151 158-500 06151 158-488 (Fax) beratung-darmstadt@kvhessen.de
BeratungsCenter Wiesbaden:	069 24741-7171 069 24741-78171 (Fax) beratung-wiesbaden@kvhessen.de
BeratungsCenter Gießen:	0641 4009-314 0641 4009-219 (Fax) beratung-giessen@kvhessen.de
BeratungsCenter Kassel:	0561 7008-250 0561 7008-4222 (Fax) beratung-kassel@kvhessen.de

ABRECHNUNGSVORBEREITUNG

AV-Help	av-help@kvhessen.de

ONLINEPORTAL

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

ARZNEI-, HEIL- UND HILFSMITTELBERATUNG

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

KOORDINIERUNGSSTELLE

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

ÄRZTLICHES KOMPETENZZENTRUM HESSEN

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

QUALITÄTS- UND VERANSTALTUNGSMANAGEMENT

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

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

Redaktion
Karl Matthias Roth, Petra Bendrich und Cornelia Kur

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

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

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

Objektleitung:
Karin Oettel, Wiebel und Partner GmbH, Frankfurt am Main

Druck:
AC medienhaus GmbH, Ostring 13, 65205 Wiesbaden

Bildnachweis
Andreas Bartelmess: S. 14; Sabine Gotthardt: S. 6, 7;
Hessische Staatskanzlei: S. 13 (Prof. Baum); HMSI: S. 9;
Johanniter Unfallhilfe e.V.: S. 4; Thorsten kleineHolthaus: S. 3, 26;
Nikolaos Sapoutzis: S. 36; Judith Scherer: S. 2, 8, 10, 11, 12, 13, 17, 18, 23; Stefanie Schmitt: S. 1, 18; Ylivdesign: S. 43 (Grafik SaN)

Adobe Stock: HNFoto: S. 2; DOC RABE Media: S 28;
magele-picture: S. 32; Maks_Lab: S. 37; Kasto: S. 40;
Aenne Bauck: S. 41; VectorMine: S. 43

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

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

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

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

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

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

AUF DEN
PUNKT.

erscheint wieder
im Februar

KASSENÄRZTLICHE
VEREINIGUNG
HESSEN

Sie finden uns im Internet unter:

www.kvhessen.de/aufdenpunkt