

AUF DEN  
**PUNKT.**

**info.service –  
offizielle Bekanntmachungen**

■ SEITE 31

**Ei gude wie?  
Hessen 2040**

■ SEITE 10

**Rückruf vereinbaren zur  
Abrechnungsberatung**

■ SEITE 38



# Ei gude wie? Hessen 2040



**Die Rundschreiben der KVH zu lesen lohnt sich immer!**

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



**36**



**38**

## ■ AKTUELLES

- Stabil und krisenresistent 4
- Berliner Irrwege 6
- Förderung für Weiterbildung endlich ganz leicht beantragen 8

## ■ TITELTHEMA

- Ei gude wie? Hessen 2040 10
- Hessen – wie geht's? Wie steht's? 11
- Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens 20
- Demografischer Wandel in Hessen: Was bringt die Zukunft? 22
- Bedarfsplanung – (k)ein Modell für die Ärzteschaft in 2040 26
- Wir brauchen Köpfe, Köpfe, Köpfe 32
- Bei Notfallversorgung ganz weit vorn 33
- Zurück in die Zukunft: Medibus 2.0 36

## ■ GUT INFORMIERT

- Fragen zur Abrechnung? Rückruf vereinbaren! 38
- Leistungen der Telematikinfrastruktur abrechnen 40
- Viel Action auf dem Online Campus 2.0 44
- Freie Sitze in Hessen unter [www.kvhessen.de](http://www.kvhessen.de) 46

## ■ QUALITÄT

- Qualität setzt sich durch 47

## ■ PRAXISTIPPS

- Gar nicht so einfach: Hepatitis-Impfungen 48
- Woher so viel Geld nehmen? 54
- Wie war das? 56

## ■ VERANSTALTUNGEN

- Gefährdungsbeurteilung und Arbeitsschutz in der Arztpraxis 57
- Fortbilden in Eigenregie – flexibel mit dem neuen E-Learning 58

## ■ SERVICE

- Ihr Kontakt zu uns/ Impressum 59

# „Tja ...“

## Sehr geehrte Damen und Herren, liebe Kolleginnen und Kollegen,

sicher, man kennt diesen Spruch nur zu gut: „Hinterher ist man immer schlauer.“ Doch im Fall unseres aktuellen Bundesgesundheitsministers gilt dieser Satz nicht. Jede oder jeder, der sich ein bisschen mit der Materie auskennt, wusste, auf was es mit dieser Personalie hinauslaufen würde. Klar, Herr Prof. Lauterbach ist nicht so fachfremd wie Herr Spahn und Herr Gröhe oder auch Frau Schmitt. Aber wer geglaubt hat, dass dieses Plus an Expertise die anderen absehbaren Probleme aufwiegen würde, sieht sich nun getäuscht. Wir wollen hier nicht beckmesserisch auftreten, aber dieses Scheitern – und anders kann man das leider nicht mehr einordnen – ist ein Scheitern mit jahrelanger Ansage. Lauterbach, der als skurriler Wissenschaftler mit vermeintlicher epidemiologischer Expertise seine Nische dank Corona gefunden zu haben schien, wäre wohl besser in selbiger geblieben. Es hatte wohl valide Gründe, warum sich der damals noch Bundeskanzler in spe so zierte, Herrn Lauterbach, den Bundesgesundheitsminister vieler Herzen, in dieses Amt zu berufen.

Was wir an Insider-Informationen aus dem BMG und seinem Umfeld hören, lässt schlimmste Befürchtungen wahr werden beziehungsweise übertrifft sie sogar noch: Strategie, Organisation, Idee – alles Fehlanzeige. Und wir sprechen hier wohlgermerkt von der Pandemie, nicht von sonstigen gesundheitspolitischen Planungen. Mittlerweile sitzt der Bund dem Vernehmen nach auf rund 70 Millionen Impfdosen, die auch noch bald ablaufen werden. Zeitgleich fantasiert der Minister nach dem grandiosen Scheitern der Impfpflicht davon, die Impfkampagne wiederbeleben zu wollen, und ignoriert damit erneut, dass das Potenzial an Impfungen in Deutschland wahrscheinlich ziemlich ausgeschöpft ist. Diejenigen, die vielleicht noch bereit zur Impfung gewesen wären, lassen sich vom konsequenten Zickzack des Abgeordneten aus dem Wahlkreis Leverkusen – Köln IV wohl nun endgültig abschrecken. Als letztes Argument muss



nun wieder die Killer-Mutante, die der Minister am Corona-Horizont entstehen sieht, erhalten. Nichts gelernt, nichts besser gemacht – leider sogar noch viel schlimmer. Und dieses Problem ist hausgemacht und völlig überflüssig. Da helfen auch keine Studien, die der Minister zur Entspannung liest, keine nächtlichen Twitter-Nachrichten oder die nach wie vor häufigen Teilnahmen an Talkshows, für die ja offensichtlich Zeit vorhanden ist. Die Debatte um die Ex-Post-Triage zeigt, dass wir hier leider über ein Fehlermuster sprechen müssen.

Dass ein Minister Fehler eingesteht: Chapeau, sehr gut! Aber dass er eine so relevante Volte wie bei den Vorgaben zur Isolation bei Markus Lanz kassiert, spricht die besagten Bände. Politik nach Meinungsumfragen und vermeintlicher Popularität auszurichten bleibt nämlich ein Irrweg. Das zeigt der Fall Lauterbach nur allzu deutlich.

Mit besten kollegialen Grüßen,  
Ihre

**Frank Dastych**

Vorstandsvorsitzender

**Dr. Eckhard Starke**

stv. Vorstandsvorsitzender

# Stabil und krisenresistent

Wer hätte das gedacht? Die EHV, von vielen über Jahre schon totgesagt und am liebsten rückabgewickelt, steht so stabil da wie lange nicht. War die fehlende Kapitalbindung der EHV vor Jahren noch als eines der größten Probleme ausgemacht worden, erweist sich dies nun fast als Segen. Eine Bestandsaufnahme.

Wer heute, zur Jahresmitte 2022, einen Artikel über die Erweiterte Honorarverteilung (EHV) mit den Attributen „stabil“ und „krisenresistent“ überschreibt, der wäre noch vor gut zehn Jahren als Träumer bezeichnet worden. Zu instabil wirkte das Gebilde, zu wenig Zukunft schien in der EHV zu stecken. Doch kluge Reformschritte und auch das Korrigieren von Fehleinschätzungen – und auch die gab es – haben dazu geführt, dass die EHV im Moment stabiler dasteht als in vielen Jahren zuvor. Wichtig in diesem Zusammenhang ist die enge Abstimmung mit dem EHV-Ausschuss. Armin Beck, stv. Vorsitzender der Vertreterversammlung, stellt dies heraus: „Die EHV wird auch in den nächsten Jahren immer wieder vor großen Herausforderungen stehen. An dieser Stelle darf man nicht naiv sein. Doch obwohl es im Ausschuss natürlicherweise oft kontrovers zugeht, gelingt es in der Regel, für alle Seiten tragbare Lösungen zu finden.“ Dr. Eckhard Starke, das für die EHV zuständige Vorstandsmitglied, ergänzt: „Natürlich sind wir in der Lage, auch in einer aktuell sehr stabilen Situation die Gefahren und Schwächen der EHV nicht aus den Augen zu verlieren. Es ist klar, dass die EHV als umlagebasiertes Versorgungssystem mit den gleichen Problemen zu kämpfen hat wie vergleichbare Systeme, also zum Beispiel die Rentenversicherung. Trotzdem haben wir in den vergangenen Jahren eine Stabilität in die EHV bekommen, von der wir vor einiger Zeit nur hätten träumen können.“ In der Tat konnten beispielsweise in diesem Jahr die EHV-Bezüge der Empfänger angehoben werden, ohne dass die Aktiven höher belastet wurden.

## DÜSTERE PROGNOSEN SIND NICHT EINGETROFFEN

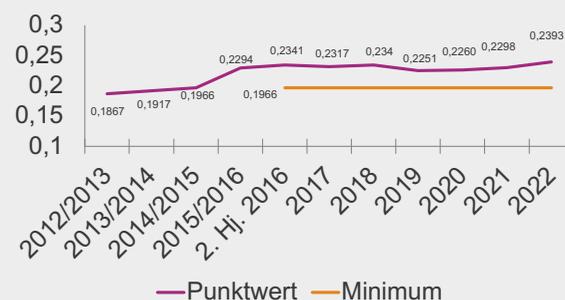
Schaut man sich zwei zentrale Parameter bei der Beurteilung der EHV an, so zahlen sowohl die Entwicklung des EHV-Punktwertes als auch die Entwicklung der EHV-Umlage auf das Stabilitätskonto ein. Während sich die Zahlungen an die Empfänger mit einem Punktwert von knapp 24 ct auf einem „All-

zeithoch“ bewegen, konnte dies durch eine stabile Umlage im Vergleich zu 2021 erreicht werden. „Es geht bei der EHV immer um einen fairen und solidarischen Lastenausgleich zwischen Inaktiven und Aktiven. Das funktioniert in den letzten Jahren gut und stabil, auch wenn wir uns darauf nicht ausruhen dürfen“, so Dr. Starke weiter.

## GERICHTE BESTÄTIGEN GROSSE LINIEN DER REFORMARBEIT

Kaum ein Bereich, abgesehen von der „normalen“ Honorarverteilung, wird so oft juristisch hinterfragt und auch beklagt wie die Erweiterte Honorarverteilung. Was sich hinter diesem Fakt verbirgt, mag der Lesende selbst bewerten. Ist es der nachvollziehbare Wunsch, sich nach einem harten Arbeitsleben als Ärztin oder Arzt über eine auskömmliche und verdiente Altersversorgung freuen zu dürfen, die nicht geschmälert werden soll? Ist es die Angst, die finanziell ohnehin knappen Ressourcen in einem laufenden Praxisbetrieb nicht „unnötig“ durch andauernd steigende Umlagesätze in einem System, dessen Bestand man nicht traut, reduziert zu sehen? Wahrscheinlich sind das die beiden Hauptmotive, die zu den zahlreichen Klagen führen, mit denen sich die KV immer wieder auseinandersetzen muss. „Ich bin

## ENTWICKLUNG DES PUNKTWERTES



sehr froh, dass wir vor dem Bundessozialgericht in den letzten Jahren eine klare Bestätigung unseres Handelns und der Entscheidungen der Vertreterversammlung als Normgeber erlebt haben. Aber einen absoluten Rechtsfrieden wird es nicht geben, zu uneinsichtig geben sich hier die Interessenvertreter zumindest einer Gruppe.“

**UMLAGEBASIERUNG ALS UNVERHOFFTER TRUMPF**

Angesichts einer jahrelangen Niedrigzinsphase sehen sich Empfänger klassischer berufsständischer Altersversorgungssysteme Jahr für Jahr mit sinkenden „Gewinnprognosen“ für den Eintritt in den Ruhestand konfrontiert. Das liegt in der Natur der Sache, denn die Versorgungszusagen, die ja teilweise schon Jahrzehnte laufen, basierten auf ganz anderen Einnahmeannahmen, die dann wiederum an die Empfangenden ausgeschüttet worden wären. Wohlgermerkt heißt es hier „wären“, denn die rapide sinkenden Einnahmen aus Kapitalerträgen bringen die kapitalgedeckten Systeme zunehmend in Bedrängnis und führen zu viel Ärger angesichts ursprünglich deutlich höherer Prognosen. Über die Frage, inwieweit eine Kapitalorientierung einer Umlagebasierung vorzuziehen sei, wurde auch in Bezug auf die EHV viel und kontrovers gestritten. Gerade zu Beginn der Nullerjahre dieses Jahrtausends, als auf den Kapitalmärkten Boomstimmung herrschte, schien vielen die Umlagebasierung der EHV eins von vielen Mankos und Anachronismen zu sein. Heute erweist sich diese geradezu als Trumpf, denn die EHV blieb von der jahrelangen Niedrigzinsphase nahezu unberührt. Dr. Eckhard Starke ergänzt: „Auch hier zeigt sich, dass sich Kontinuität und Beharrungsvermögen auszahlen. Die EHV ist ein Gebilde, das seit Jahrzehnten

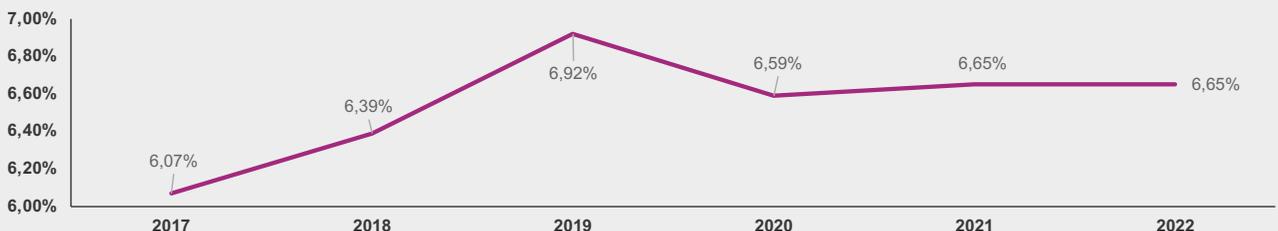
zusätzliche finanzielle Absicherung leistet und dies auch weitere Jahrzehnte tun soll. Deshalb braucht es neben permanenten Justierungen aber auch ein Festhalten an den großen Linien. Mit diesem Kurs sind wir in den vergangenen Jahren sehr gut gefahren – allen Unkenrufen zum Trotz. Auf die EHV können sich Inaktive wie Aktive gleichermaßen verlassen. Dafür steht der aktuelle Vorstand und das gilt auch – soweit man das heute überhaupt sagen kann – für den Vorstand, der danach kommt.“

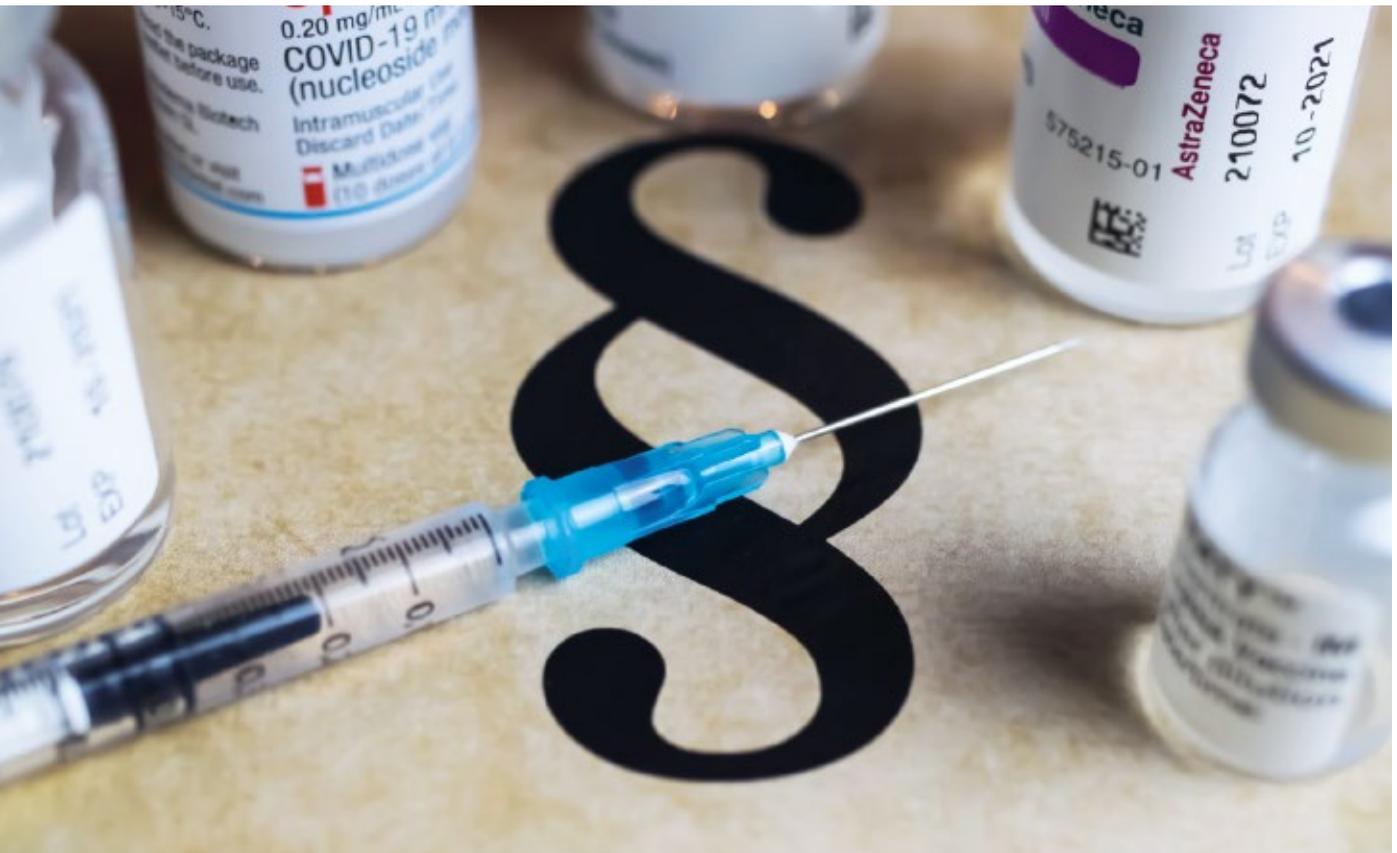
**RÜCKBESINNUNG AUF DIE ANFÄNGE**

„Vielleicht ist es sinnvoll, sich bei allen nachvollziehbaren Auseinandersetzungen rund um die EHV auch immer mal wieder an die Anfänge und den eigentlichen Zweck dieser Altersversorgung zu erinnern“, regt Dr. Starke an. Denn tatsächlich ging es bei der Erweiterten Honorarverteilung neben einer Altersversorgung von ausgeschiedenen Ärztinnen und Ärzten auch um die Versorgung von Witwen und Waisen, den Angehörigen der Inaktiven also. Ein Motiv, das die ursprüngliche Ausrichtung der EHV noch einmal betont, das der Solidarität nämlich. „Ich weiß, wie antiquiert sich dieser Gedanke heute für den einen oder die andere anhören mag in einer Gesellschaft, in der zwar viel über Solidarität gesprochen wird, es oft aber nur noch um Symbole von vermeintlicher Solidarität geht. Doch gerade das macht die Rückbesinnung auf diesen wichtigen Aspekt so wertvoll und wichtig. Da, wo wir Ärztinnen und Ärzte diesen Gedanken wieder stärker leben, wird die EHV eine wichtige Stütze unserer innerärztlichen Gesellschaft bleiben. Es liegt auf der Hand, dass ich mir dies für die Zukunft und die nächsten Jahrzehnte wünsche.“

*KARL M. ROTH*

**ENTWICKLUNG DER EHV-UMLAGE**





Die Datenlage ist eigentlich eindeutig – das BMG und sein Hausherr halten dennoch an der sektoralen Impfpflicht fest

## Berliner Irrwege

Politische Erpressung ist mit der Vertreterversammlung (VV) nicht zu machen, auch nicht bei der Einführung von eAU und eRezept. Entsprechend scharf kritisieren die Vertreterinnen und Vertreter die Pläne der gematik und des Bundesgesundheitsministeriums (BMG) für einen Zwangs-Roll-out der Anwendungen.

Bis zum 1. September dieses Jahres sollen zunächst Bayern und Schleswig-Holstein die eAU und das eRezept einführen, anschließend soll der bundesweite Roll-out folgen. Das bisherige papiergebundene Verfahren soll ersatzlos verschwinden. So planen es derzeit die gematik und das BMG, das mit 51 Prozent die Stimmenmehrheit in der gematik hält und folglich die politische Richtung vorgibt. Für die VV der KVH ist der Fall klar: Das BMG versucht durch diese Erpressung ihre unzureichend getesteten und

wieder einmal fehlerhaften digitalen Anwendungen zwangsweise in die Praxen zu bringen und „führt sehenden Auges einen Kurs weiter, der sich schon unter der Vorgängerleitung des Ministeriums als Irrweg erwiesen hat“, heißt es in einer einstimmig verabschiedeten Resolution der VV. Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach wirft die VV in diesem Zusammenhang gar Wortbruch vor. So habe dieser zugesichert, nur noch funktionierende Anwendungen in den Praxen einzuführen, für funktionieren-

de eAU und eRezept gäbe es jedoch keine realistische Perspektive. „Wer solche Produkte trotzdem zwangseinführt, läuft Gefahr, immer mehr Leistungserbringer zu verlieren, weil sie sich nicht per Erpressung auf einen offensichtlich falschen Kurs zwingen lassen“, droht die VV in Richtung Berlin. Sie fordert zudem ein papiergebundenes Ersatzverfahren zulasten der Krankenkassen, um sicherzustellen, dass Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen und Rezepte trotzdem in den Praxen ausgestellt werden können.

### 150 TAGE KONZEPTLOSIGKEIT

Kritik an Lauterbach übte auch Frank Dastych, Vorstandsvorsitzender der KVH, in seinem Bericht zur Lage. Er sieht ein Führungsvakuum im BMG und wirft der Hausleitung Konzeptlosigkeit vor. Gesetzesentwürfe, die in Talkshows wieder einkassiert werden, verwirrende Twitter-Mitteilungen und die unsägliche Posse um die sektorale Impfpflicht – die 150-Tage-Bilanz des Gesundheitsministers fällt katastrophal aus. Während für Lauterbach beispielsweise die einrichtungsbezogene Impfpflicht nicht zur Disposition steht, ist sie für Dastych infektiologisch nicht zu begründen. Die Datenlage zeige, dass der Impfschutz bei Omikron derart schnell nachlässt, dass die Impfung ohnehin nur kurzzeitig vor einer Infektion und Weitergabe des Virus schützt. Entsprechend haben sich unter anderem bereits die CDU/CSU-Bundestagsfraktion und auch die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) gegen die Maßnahme ausgesprochen. „Dass Herr Lauterbach dennoch an seiner sektoralen Impfpflicht festhält, verwundert indes nicht. Inzwischen ist es ja gelernt, dass er – wie sein Vorgänger im Übrigen auch – teils eine spezielle Sicht auf die Dinge hat“, so der KVH-Vorsitzende. „Sollte es, wie zu erwarten, zu Widerstand und Chaos rund um die einrichtungsbezogene Impfpflicht kommen, muss er die Verantwortung dafür übernehmen.“

### RETTUNGSWAGEN FÜR KIEW

100.000 Euro hat die KVH für die Ukraine-Hilfe zur Verfügung gestellt. Das hatte die VV im Rahmen ihrer Sitzung im März beschlossen. Bereits im April wurde in Kooperation mit den Johannitern ein aus Hessen stammender Rettungswagen nach Krakau überführt und an die ukrainische Feuerwehr übergeben. Seither ist das Fahrzeug im Kriegsgebiet im Einsatz, um verletzte Menschen zu versorgen. Weitere Fahrzeuge sollen folgen. „Mit den Johannitern

haben wir einen hochprofessionellen Partner gefunden, bei dem wir genau wissen, dass die Hilfe bei den Menschen ankommt“, sagte Dastych.

### ANALYSE: EINSARPOTENZIALE IM ÄBD

Der Ärztliche Bereitschaftsdienst (ÄBD) in Hessen ist gut aufgestellt, allein rund 70 der deutschlandweit 600 direkt an ein Krankenhaus angeschlossenen Bereitschaftsdienstzentralen befinden sich in Hessen. Damit ist das hessische ÄBD-Netz so engmaschig, dass – so eine Analyse der Inanspruchnahme durch die Patienten im Vor-Corona-Jahr 2019 – örtlich Öffnungszeiten reduziert oder Zentralen geschlossen werden können. Und das, ohne die Versorgung der Menschen zu beeinträchtigen. „Das birgt gewisse Einsparpotenziale, die wir Schritt für Schritt nutzen möchten und werden“, berichtete Dr. Eckhard Starke, stellvertretender Vorstandsvorsitzender der KVH. Je nach Umfang der Einsparungen gehe es um einen niedrigen bis mittleren siebenstelligen Betrag pro Jahr.

### VV GRATULIERT ZUM EHRENTAG

Beinahe wichtiger als die Zahlen zum ÄBD war jedoch eine andere Zahl: Dr. Starke hatte wenige Tage zuvor seinen 70. Geburtstag gefeiert. Von der VV gab es einen Blumenstrauß und die besten Wünsche.

ALEXANDER KOWALSKI



**Blumen zum Siebzigsten: Dr. Klaus-Wolfgang Richter gratuliert Dr. Eckhard Starke zum Ehrentag**



# FÖRDERUNG

## GENEHMIGT



sie sich wenden können. Ebenfalls entfällt die zusätzliche Wartezeit auf die Ausstellung des Vorwegentscheides, die zuvor bis zu drei Monate dauern konnte, und die seit Beginn dieses Jahres erhobene Bearbeitungsgebühr.

Die Möglichkeit der Beantragung eines Vorwegentscheides bleibt für die Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung bei der LÄKH aber weiterhin bestehen. Dieser dient lediglich der persönlichen Verifizierung der Weiterbildungsabschnitte, ist aber für einen Förderantrag nicht erforderlich.

### MAXIMALE FLEXIBILITÄT UND SERVICE

Als weitere Vereinfachung kann eine Förderung nun auch an jedem Tag im Monat beginnen. Bisher war ein Förderbeginn nur zum Ersten eines Monats möglich. Damit wird den Praxen gemeinsam mit den Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung maximale Flexibilität in der Gestaltung des Förderzeitraums gegeben.

CARINA CIESIELSKI

### KONTAKT

Bei Fragen zum neuen Antragsverfahren können sich Praxen sowie Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung gerne an die zuständigen Ansprechpartnerinnen und -partner des Teams Förderung Weiterbildung und der Koordinierungsstelle wenden.

[Koordinierungsstelle@kvhessen.de](mailto:Koordinierungsstelle@kvhessen.de)

069 24741-7050/-7227

### INFOBOX

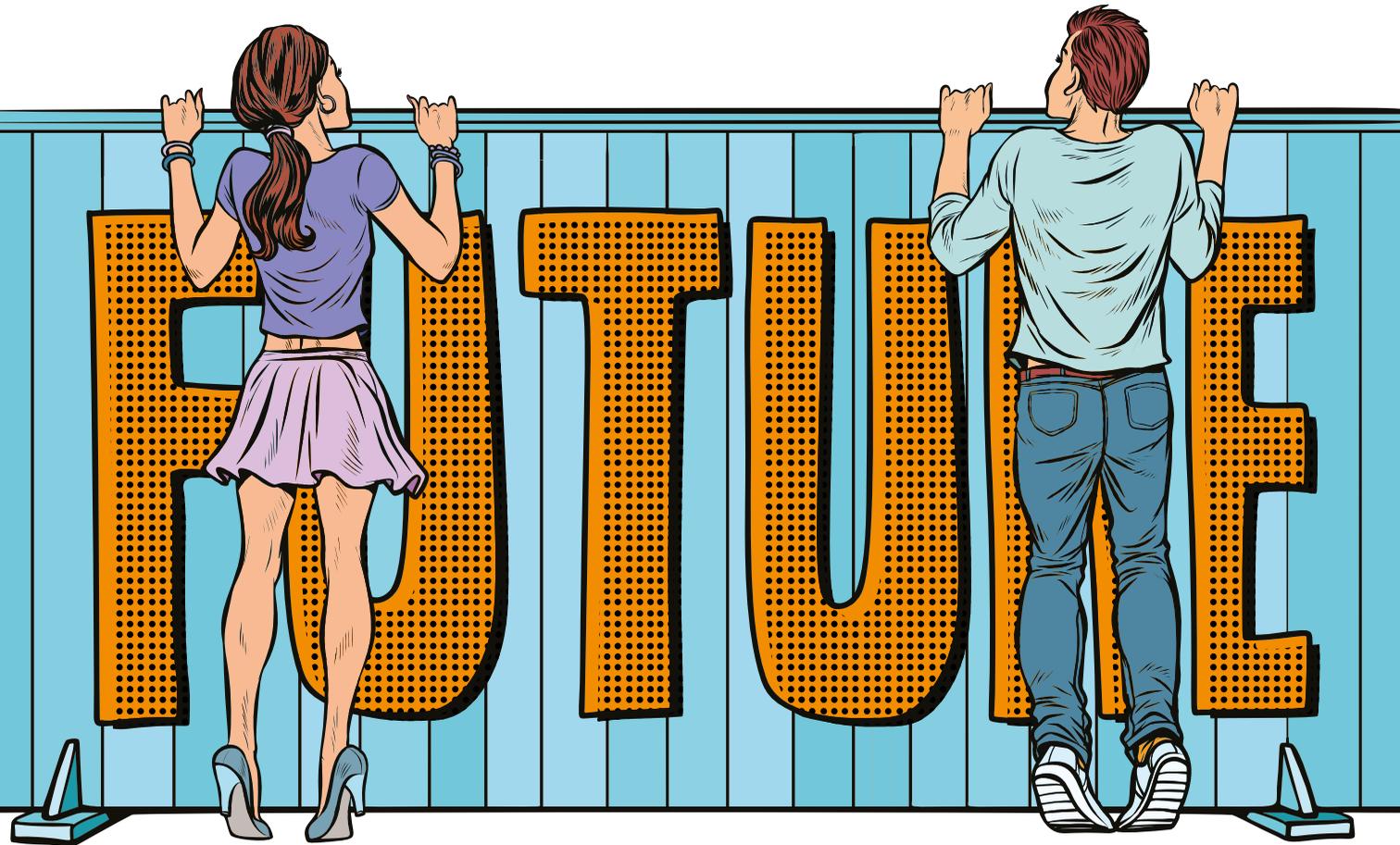
#### Fördergebiete fachärztliche Weiterbildung für den Zeitraum 01.10.2020 bis 30.09.2023:

- Allgemeine Chirurgie
- Innere Medizin und Angiologie
- Augenheilkunde
- Frauenheilkunde und Geburtshilfe
- Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde
- Haut- und Geschlechtskrankheiten
- Innere Medizin und Rheumatologie
- Kinder- und Jugendmedizin
- Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
- Neurologie/Psychiatrie
- Orthopädie und Unfallchirurgie
- Urologie

Foerderung-Allgemeinmedizin@kvhessen.de oder

Foerderung.Fachaerzte@kvhessen.de

# Ei gude wie? Hessen 2040



Wie entwickelt sich Hessen in den nächsten 20 Jahren und was bedeutet das für die Gestaltung der medizinischen Versorgung? Dieser Frage gehen wir in der aktuellen Titelstrecke nach und kombinieren dabei statistische Bevölkerungsdaten mit unseren Daten aus der Abrechnung und der Bedarfsplanung. Herausgekommen sind spannende Ein- und Aussichten. So haben wir ein vorliegendes sozioökonomisches Ranking der Städte und Landkreise Hessens mit unseren Abrechnungsdaten von Diagnosen nach dem ICD-10-GM-Katalog kombiniert und interessante Korrelationen festgestellt (S. 11). In einem anderen Beitrag gehen wir der Frage nach, wie sich der demografische Wandel auf den Behandlungsbedarf für die einzelnen Städte und Landkreise zukünftig auswirkt (S. 22). Außerdem

befassen wir uns mit den bereits erkennbaren Trends zur Versorgung, die sich aus unseren Zahlen zur Bedarfsplanung ergeben. In einer Modellrechnung verbinden wir diese mit den Prognosen zur Bevölkerungsentwicklung (S. 26). Dreh- und Angelpunkt wird sicher sein, wie wir mehr Köpfe ins System bekommen – merkt der KVH-Vorsitzende Frank Dastych in seinem Kommentar an (S. 32). Dass die KVH bereits jetzt aktiv ist, ihren Sicherstellungsauftrag zukunftsweisend auszufüllen, zeigen zwei aktuelle Beispiele: Mit dem SaN-Projekt sorgen wir für eine effektivere Nutzung der Ressourcen (S. 33) und mit dem Medibus 2.0 stellen wir die Versorgung dort sicher, wo es schon jetzt nicht mehr genügend Niedergelassene gibt (S. 36).

CORNELIA KUR

# Hessen – wie geht's? Wie steht's?

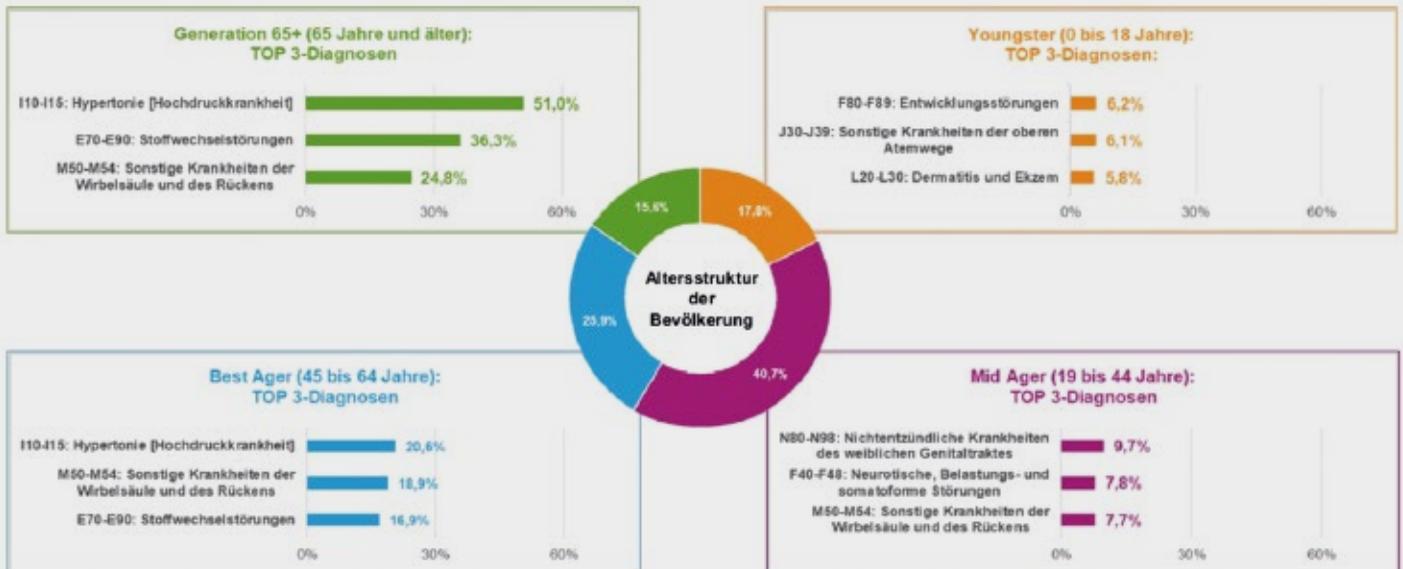
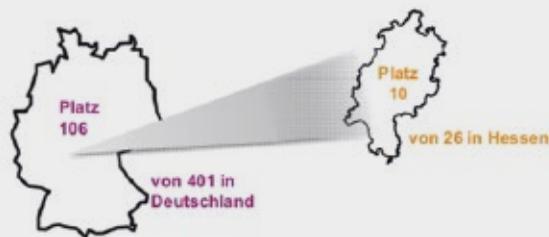
Wie stellt sich die Gesundheitslage in Hessen unter Berücksichtigung von sozio-ökonomischen Faktoren dar? Spiegelt sich die soziale Ungleichheit von Gesundheitschancen und Krankheitsrisiken in Kreisen und kreisfreien Städten wider?

Die Gesundheitslage einer Region steht im Zusammenhang mit der sozialen Struktur der Bevölkerung. So wirkt die Krankheitslast in ländlichen Kreisen mit alternder Bevölkerung anders als in jungen, dafür aber teils sozial schwächeren Städten. Dies gilt auch für einen Industriestaat wie Deutschland mit einem rela-

tiv hohen Lebensstandard und einem recht gut ausgebauten und verlässlichen Sozialsystem. Die KVH hat einen Blick auf die kreisfreien Städte und die hessischen Kreise unter Berücksichtigung sozioökonomischer Faktoren geworfen und so ein Bild von der allgemeinen Gesundheitslage in allen Regionen erhalten.



## FRANKFURT AM MAIN



**WIE WURDE VORGEGANGEN?**

Um ein aussagekräftiges Bild zu zeichnen, hat man hier für die sozioökonomische Einordnung zunächst ein bereits existentes Deutschland-Ranking zugrunde gelegt. In dem großen Focus-Ranking 2017/2018 wurde auf Kreisebene ein Vergleich in den Kategorien Lebenswert, Verdienste, Wirtschaft und Arbeitsmarkt gezogen: In Hessen gewinnt demnach der Hochtaunuskreis das Ranking, Platz 26 (von insgesamt 26) belegt der Werra-Meißner-Kreis. Im nächsten Schritt wurden die Abrechnungsdaten der KVH aus dem Jahr 2018 herangezogen. Auf Basis des Rankings und der KVH-Daten wurde dann die Krankelage aller hessischen Kreise und kreisfreien Städte untersucht und miteinander verglichen.

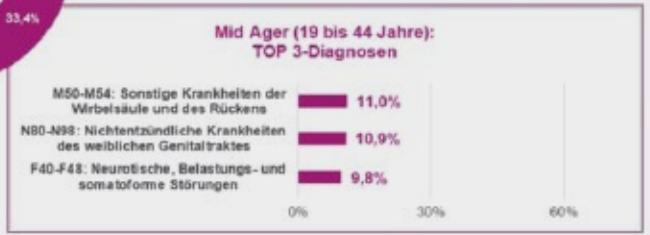
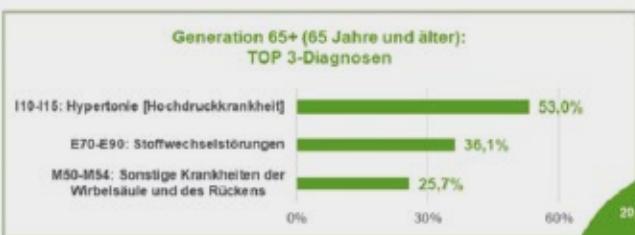
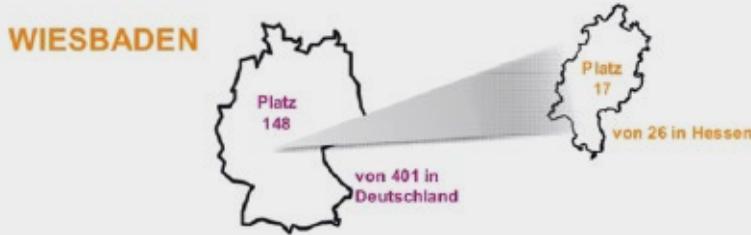
Für jeden Kreis und für jede kreisfreie Stadt wurden

- die Einordnung im hessen- und bundesweiten Ranking,
- die Altersstruktur der Wohnbevölkerung sowie
- die drei häufigsten Erkrankungen innerhalb der Altersgruppen

dargestellt. Die Altersgruppen unterteilen sich in vier Kohorten:

1. Youngster (0 bis 18 Jahre),
2. Mid Ager (19 bis 44 Jahre),
3. Best Ager (45 bis 64 Jahre) und
4. Generation 65+ (65 Jahre und älter).

Betrachtet wurden dabei ausschließlich gesicherte Diagnosen nach dem ICD-10-GM-Katalog unter Ausschluss von akuten, infektiösen und parasitären Diagnosen. Die Auswertung erfolgte nach den ICD-Diagnosegruppen.



**DER ERSTE BLICK: DIE DREI GRÖSSTEN (KREISFREIEN) STÄDTE**

In den Abbildungen auf den Seiten 11 bis 13 sieht man Analyse für die Großstädte Frankfurt/Main, Wiesbaden und Kassel.

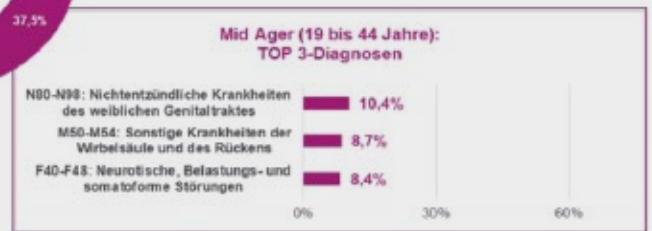
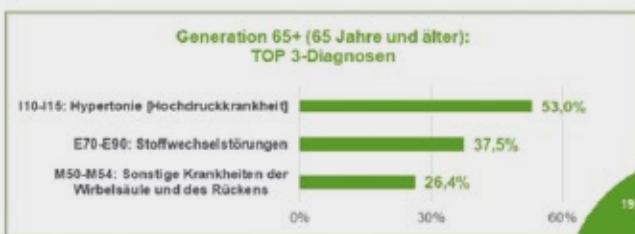
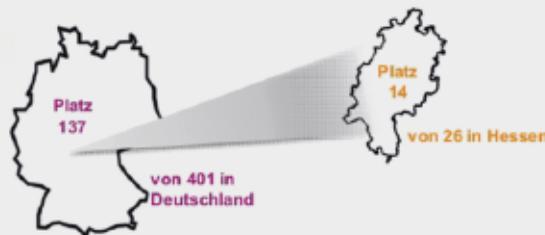
Bei der Betrachtung der drei bevölkerungsstärksten (kreisfreien) Städte Hessens sticht unter den Top-3-Diagnosen die ICD-Gruppe M50-M54 (Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens) besonders hervor. Patientinnen und Patienten mit Wohnort in einer der genannten Städte leiden ab einem Alter von 19 Jahren und älter verstärkt unter Rückenproblemen.

**DER ZWEITE BLICK: DIE KREISE AUF PLATZ 1, 2 UND 3**

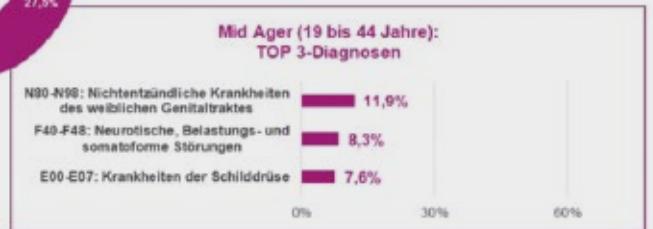
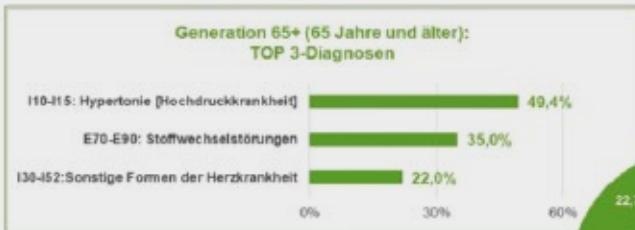
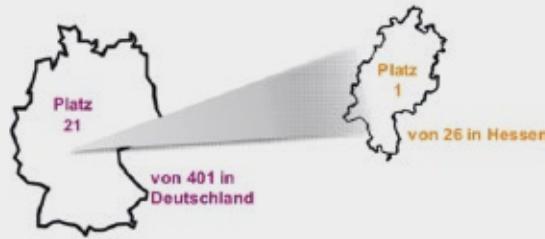
Im sozioökonomischen Ranking liegen die Kreise Hochtaunus, Main-Taunus und Offenbach (Land) auf den Podestplätzen. Auf den Abbildungen der Seiten 14 bis 16 sehen Sie die Krankelage in den drei genannten Regionen.

In den dargestellten drei Landkreisen mit besonders attraktiven und hohen sozioökonomischen Faktoren ist die Diversität der Top-3-Diagnosen innerhalb der Altersgruppen recht groß. Zudem sieht man eindrucksvoll, dass die allgemeine Krankenkostenlast in den Landkreisen insgesamt deutlich geringer ausfällt, je höher die Einstufung im sozioökonomischen Ranking erfolgt ist. →

**KASSEL**



**HOCHTAUNUSKREIS**



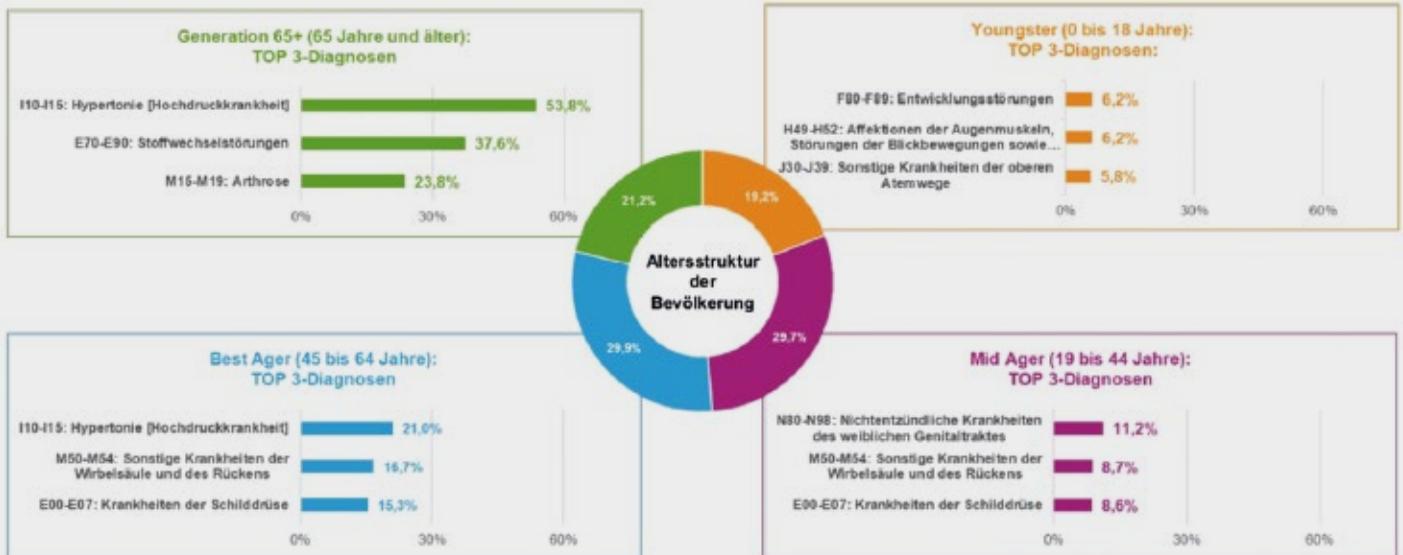
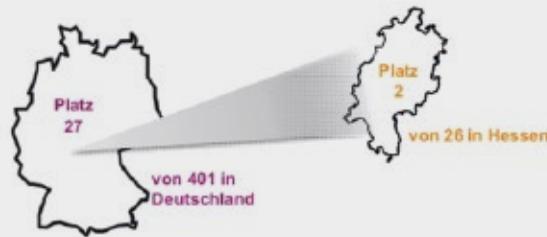
**DER DRITTE BLICK:  
DIE KREISE AUF PLATZ 24, 25, UND 26**

Der Schwalm-Eder-Kreis, der Vogelsbergkreis und der Werra-Meißner-Kreis belegen die letzten drei Plätze im hessenweiten Ranking der Landkreise und kreisfreien Städte. Auf den Abbildungen der Seiten 17 bis 19 sehen Sie auch hierzu die Ergebnisse der sozioökonomischen Analyse zur Krankenkarte.

Im Gegensatz zu den Landkreisen auf Platz eins, zwei und drei im sozioökonomischen Ranking ist die Krankenkarte in den Landkreisen Schwalm-Eder-

Kreis, Vogelsbergkreis und Werra-Meißner-Kreis sehr viel höher. Besonders stark vertreten ist die ICD-Gruppe I10-I15 (Hypertonie [Hochdruckkrankheit]) in den Altersgruppen ab 45 Jahren. Außerdem ist die ICD-Gruppe F40-F48 (Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen) in der Altersgruppe der Mid Ager besonders präsent – zum Beispiel leidet jeder zehnte Einwohner im Werra-Meißner-Kreis an mindestens einer neurotischen, Belastungs- und/oder somatoformen Störung.

## MAINTAUNUSKREIS



## FAZIT UND AUSBLICK

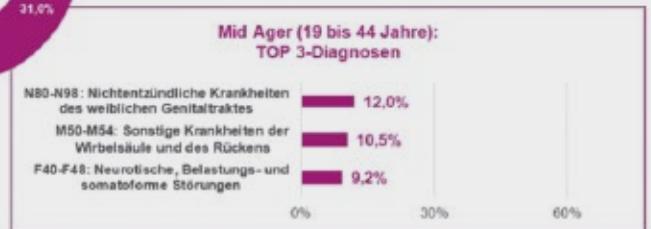
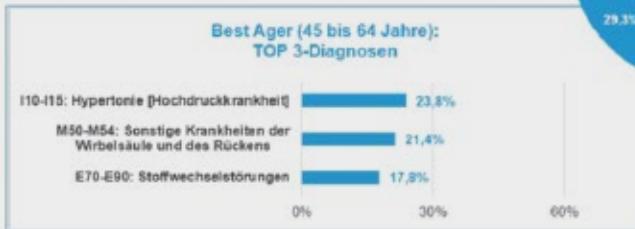
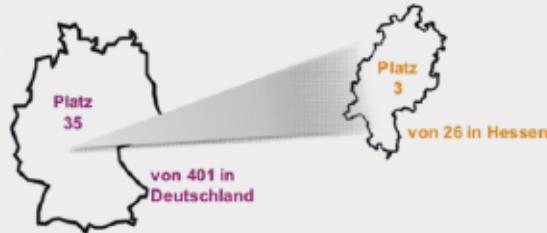
Dieser Auszug aus der Analyse der hessischen Landkreise und kreisfreien Städte nach vorheriger Eingruppierung anhand von sozioökonomischen Kriterien zeigt den Facettenreichtum und die Vielfalt Hessens sehr deutlich. Enorm unterscheiden sich die Regionen des städtischen im Vergleich zum ländlichen Raum oder auch die Regionen mit großer Wirtschaftskraft zu denen mit entsprechend geringerer im Gesundheitsstatus der Bevölkerung. Eine gewisse Korrelation zwischen Alters- bezie-

hungswise Sozialstruktur und der jeweiligen Kranklast im Kreis ist tatsächlich erkennbar. In der Gesamtbetrachtung Hessens mit seiner regionalen Diversität werden dadurch die Anforderungen an die heutige und zukünftige (ambulante) ärztliche Versorgung mehr als deutlich. Lesen Sie dazu den Artikel „Demografischer Wandel in Hessen: Was bringt die Zukunft?“ ab Seite 22.

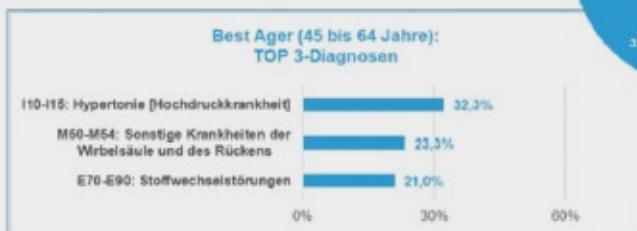
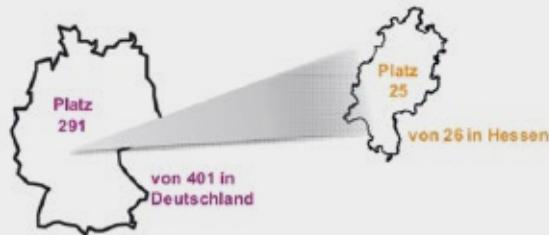
THERESA RIEBSAMEN



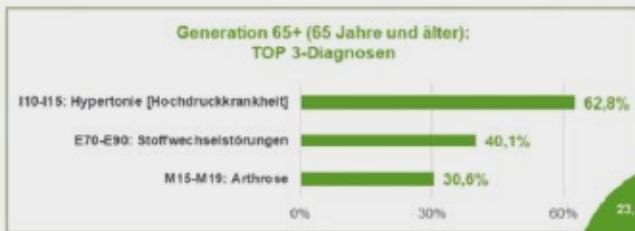
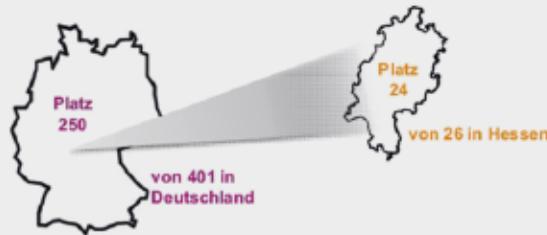
**LANDKREIS OFFENBACH**



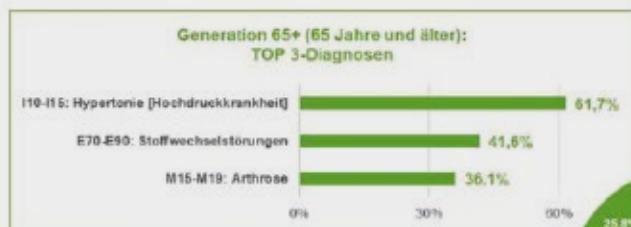
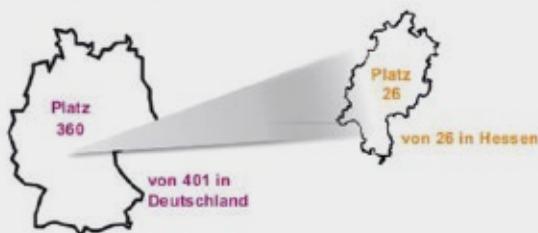
## VOGELSBERGKREIS



**SCHWALM-EDER-KREIS**



## WERRA-MEIßNER-KREIS



# Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens

Im Jahr 2020 litten etwa **1,5 Millionen Patientinnen und Patienten** in Hessen an einer Sonstigen Krankheit der Wirbelsäule und des Rückens (ICD-10-GM: M50-M54.- G), dabei sind Frauen weitaus häufiger betroffen (6 von 10 Betroffenen sind Frauen).

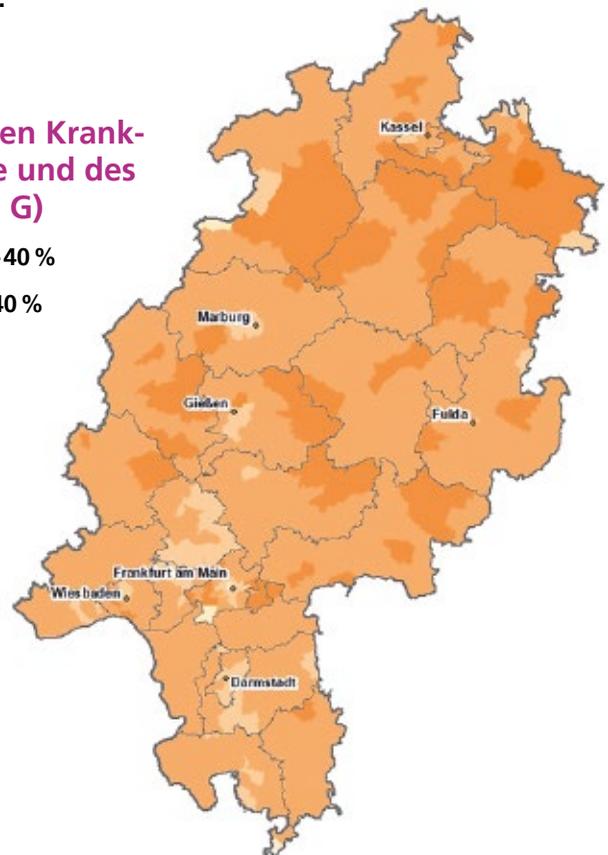


## Diagnosehäufigkeiten M50-M54.- G:

- 5 %** Zervikale Bandscheibenschäden (M50.- G)
- 19 %** Sonstige Bandscheibenschäden (M51.- G)
- 16 %** Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens, anderenorts nicht klassifiziert (M53.- G)
- 60 %** Rückenschmerzen (M54.- G)

## Prävalenz von Sonstigen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens (ICD M50-54.- G)

- unter 10 %**
- 10 % – 20 %**
- 20 % – 30 %**
- 30 % – 40 %**
- über 40 %**



## Digest aus dem Pschyrembel

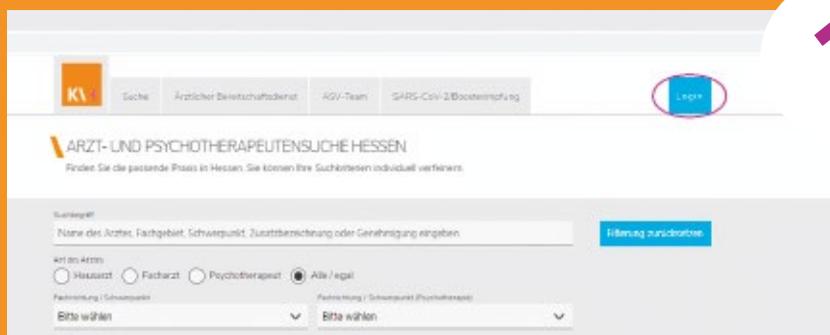
Ein **Bandscheibenvorfall** ist die Verlagerung beziehungsweise der Austritt von Gewebe des Nucleus pulposus der Bandscheibe durch meist degenerative oder selten traumatisch entstandene Risse im Anulus fibrosus mit **Schmerzen, Bewegungseinschränkung, Sensibilitätsstörungen** und eventuellen **Lähmungen**. Nach Diagnosestellung mit MRT oder CT wird konservativ mit Physiotherapie und Analgetika oder chirurgisch therapiert.

# 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.

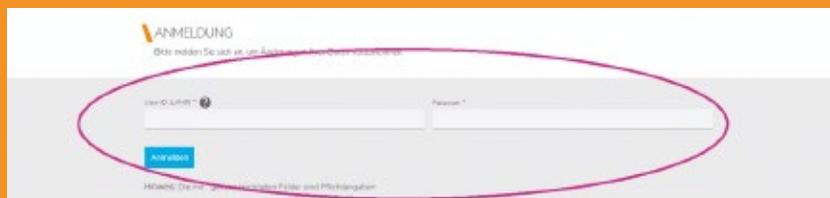
[www.arztsuche.hessen.de](http://www.arztsuche.hessen.de)



Arztsuche Hessen Login page. The 'Login' button is circled in red.

1

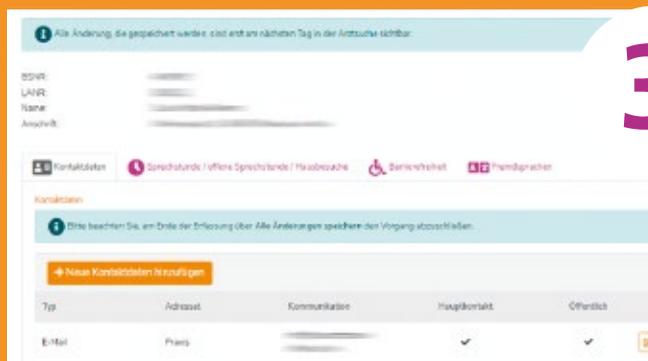
Klicken Sie auf Login



Arztsuche Hessen registration page. The input fields for 'User-ID (LANR)' and 'Passwort' are circled in red.

2

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

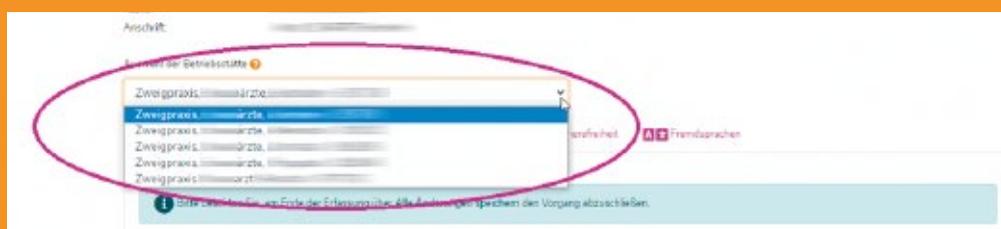


Arztsuche Hessen profile page. The 'Kontaktstellen' section is highlighted with a red oval.

3

Mitglieder mit nur einer BSNR können sofort ihre Daten ändern.

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



Arztsuche Hessen profile page. The dropdown menu for selecting a practice is circled in red.

4

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

# Demografischer Wandel in Hessen: Was bringt die Zukunft?

Das Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) hat vergangenes Jahr die Raumordnungsprognose 2040 vorgelegt. Die KVH wirft einen Blick auf die hessischen Ergebnisse und stellt die voraussichtlichen Auswirkungen des demografischen Wandels vor.

## HESSEN: WACHSTUM IM SÜDEN, RÜCKGANG IM NORDEN

Im Bundesland-Vergleich mit seinen Nachbarn wirkt sich der demografische Wandel in Hessen moderat aus: Bis 2030 rechnet das BBSR mit einem Wachstum (+1,7 Prozent gegenüber 2017), gefolgt von einem leichten Rückgang bis 2040. Bayern und Baden-Württemberg verzeichnen bis 2040 ein stetiges Wachstum, Rheinland-Pfalz, NRW, Niedersachsen und Thüringen können mit stetiger Bevölkerungsabnahme rechnen.

Mittelfristig wird der Anteil der Altersgruppe „65 und älter“ in Hessen auf etwa 25 Prozent steigen. Zum Vergleich: In Thüringen liegt dieser Wert ab 2030 bei über 30 Prozent (siehe Abbildung auf Seite 24).

Wie fällt der Blick auf die hessischen Städte- und Landkreise aus? Um es auf den Punkt zu bringen: Bevölkerungszuwachs im Süden (Ausnahme: Odenwaldkreis) trifft auf teils deutlichen -rückgang im Norden (siehe Abbildung auf Seite 23).

Ähnliche Unterschiede zeigt der Blick auf die Alterung der Bevölkerung. 2040 wird in sieben Landkreisen der Bevölkerungsanteil der Generation 65+ mehr als 30 Prozent betragen, hauptsächlich im nördlichen Hessen. Lediglich in den Städten Frankfurt, Offenbach und Darmstadt bleibt der Anteil unter 20 Prozent.

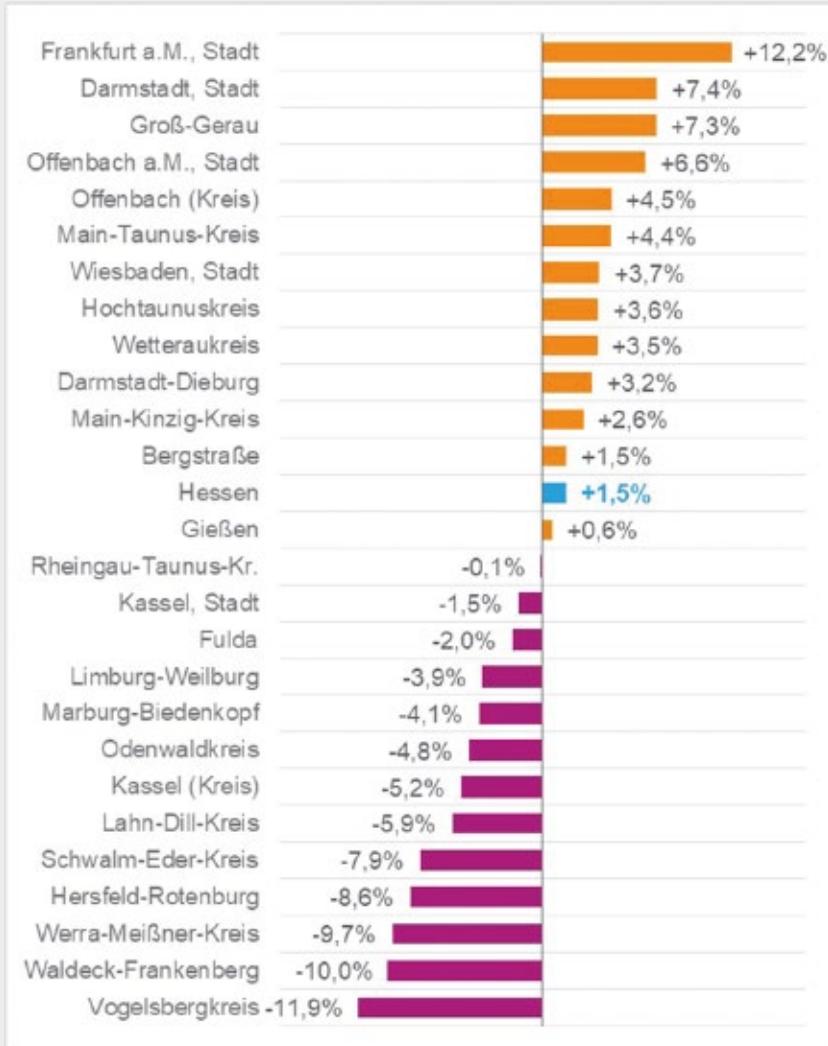
## IMPLIKATIONEN FÜR DEN ZUKÜNFTIGEN BEHANDLUNGSBEDARF

Wie würde sich der demografische Wandel auf die vertragsärztliche Versorgung auswirken, wenn sich die Bevölkerungszahlen so entwickeln, wie es das BBSR prognostiziert? Eine Simulation mit Abrechnungsdaten der KVH liefert Eindrücke. Konkret wurde betrachtet, wie sich der tatsächliche Behandlungsbedarf (gemessen am EBM-Leistungsbedarf in 2017) entwickeln würde, wenn man die prognostizierten Bevölkerungszahlen des BBSR zugrunde legt.

## DEUTLICH MEHR HOCHBETAGTE

Für die Gruppe der Hochbetagten (80 Jahre und älter) prognostiziert das BBSR für Hessen bis 2040 einen Zuwachs von fast +29 Prozent gegenüber 2017.

Prozentuale Bevölkerungsentwicklung in Hessen 2040 gegenüber 2017



Die Abbildung auf Seite 25 zeigt arztgruppenbezogen für Hessen, wie sich der Behandlungsbedarf gegenüber den Abrechnungsergebnissen für 2017 ändern würde, wenn man die Bevölkerungszahlen je Alters- und Geschlechtsgruppen mit den Prognosezahlen des BBSR „austauscht“. Deutlich wird, dass nicht jede der betrachteten Arztgruppen gleich von den demografischen Entwicklungen betroffen sein wird.

Zukünftig klar steigen wird der urologische und der augenärztliche Behandlungsbedarf, während der gynäkologische Bedarf voraussichtlich rückläufig

sein wird. Die urologische und die augenärztliche Fachgruppe generieren das Gros ihres Leistungsbedarfs über die Behandlung der deutlich wachsenden älteren Altersgruppen. Gynäkologinnen und Gynäkologen hingegen werden von Frauen im Alter von 20 bis 65 nachgefragt, eine Bevölkerungsgruppe, die tendenziell schrumpft. Zuwachsraten gegenüber 2017 ergeben sich ebenfalls für die Bereiche Orthopädie, HNO und Dermatologie.

Im Bereich der Kinder- und Jugendmedizin zeichnet sich kurzfristig ein deutlicher Nachfragezuwachs ab, der mittelfristig dann abflacht. Beim hausärztlichen



Behandlungsbedarf ist ein stetes gleichmäßiges Wachstum zu erwarten.

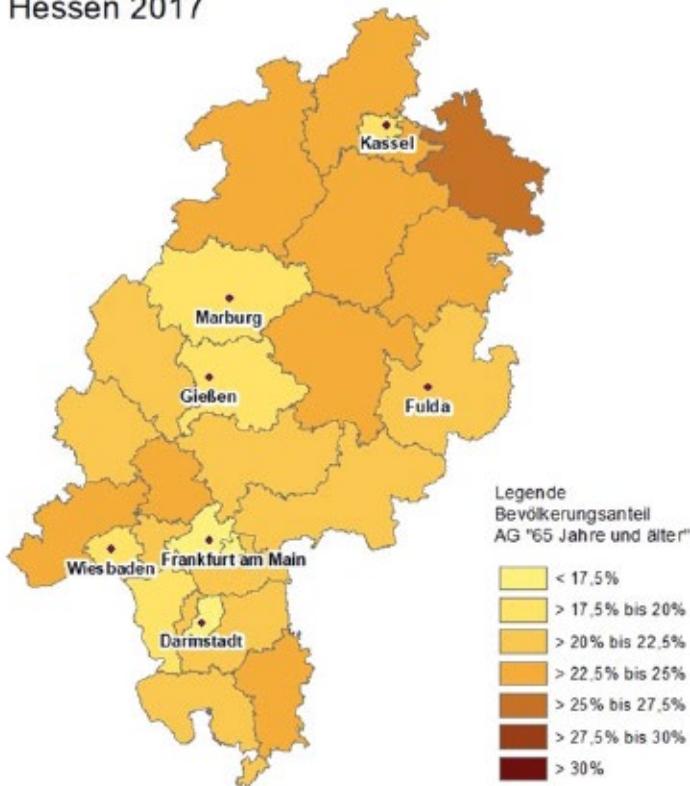
Eine regionalisierte Betrachtung liefert je nach Kreis teils deutlich abweichende Ergebnisse. Beim kinder- und jugendärztlichen Behandlungsbedarf gibt es beispielsweise erhebliche Varianz zwischen städtischen und ländlichen Kreisen; Ähnliches gilt für den gynäkologischen Bedarf. Über alle Kreise hinweg zeigt sich jedoch, wie schon erwähnt, ein zukünftiger urologischer und augenärztlicher Mehrbedarf. Ähnlich verhält es sich beim hausärztlichen Behandlungsbedarf, der auch bei rückläufiger Bevölkerung aufgrund der Alterung nur unwesentlich zurück-

geht. Bei den Bereichen Dermatologie, HNO und Orthopädie muss in Kreisen mit Bevölkerungsrückgang teils auch mit rückläufigem Bedarf gerechnet werden.

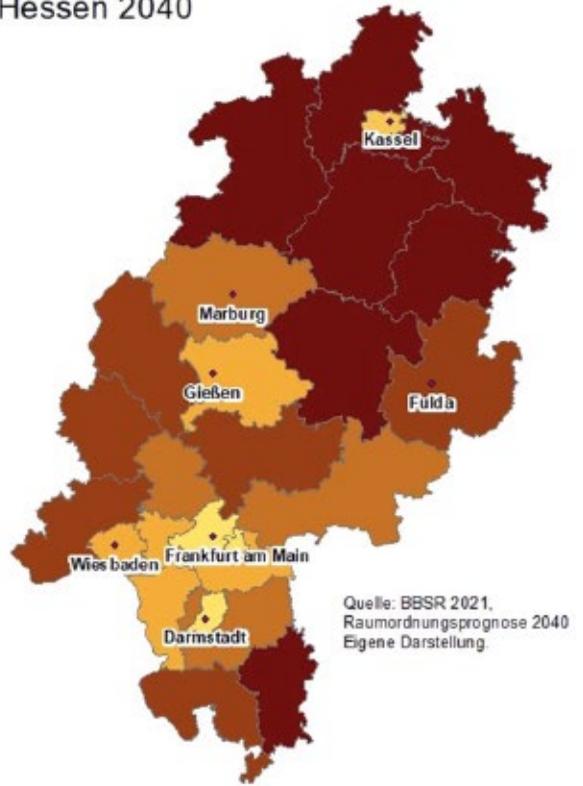
**FAZIT UND EINSCHÄTZUNG**

Der demografische Wandel wird sich in Hessen vor allem durch eine zunehmende Divergenz zwischen nördlichem und südlichem Landesteil äußern. In Ersterem muss mit einem deutlichen Bevölkerungsrückgang gerechnet werden, während insbesondere in Frankfurt und den umliegenden Kreisen ein deutliches Wachstum prognostiziert wird.

Hessen 2017



Hessen 2040



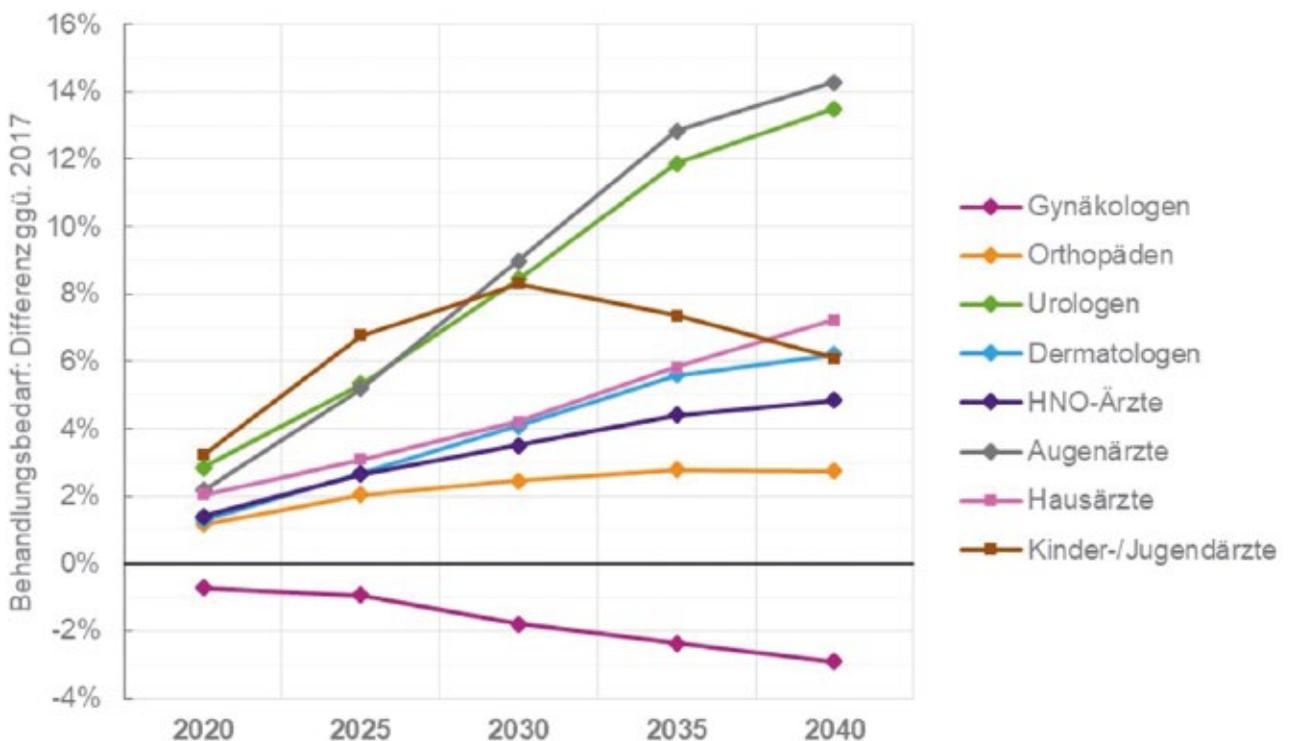
**Bevölkerungsanteil der Altersgruppe „65 Jahre und älter“ in 2017 und 2040**

Prognosen greifen Entwicklungen aus der Vergangenheit auf und schreiben diese in die Zukunft fort. Ob sich die Trends der vergangenen Jahre (zunehmende Verstädterung, Abwanderung im ländlichen Raum) so fortsetzen, kann zumindest in Zweifel gezogen werden. Zu tief scheint der Einschnitt, den die Pandemie und ihre Begleiterscheinungen mit sich gebracht haben. Zu nennen wäre hier etwa die inzwischen breite Möglichkeit zum Homeoffice. In Kombination mit weiter steigenden Wohnkosten in den Ballungsräumen scheint eine Renaissance des ländlichen Raums zumindest nicht ausgeschlossen. Dass der Trend zur Verstädterung zumindest zeitweise ins Stocken geraten ist, zeigt sich etwa in

Frankfurt, welches 2021 einen Bevölkerungsrückgang vermeldet hat. Einstellen muss man sich hingegen auf eine alternde Bevölkerung.

Gleichmaßen mit Unsicherheit verbunden ist die Prognose des zukünftigen ärztlichen Behandlungsbedarfs. So sind in den dargestellten Hochrechnungen weder der medizinisch-technische Fortschritt berücksichtigt noch die Effekte der Pandemie: Aktuell ist zum Beispiel noch nicht absehbar, ob sich das Inanspruchnahmeverhalten ärztlicher Leistungen wieder so einstellen wird, wie dies vor der Pandemie der Fall war.

PHILIPP GOTTSTEIN



Prognose des zukünftigen Behandlungsbedarfs nach Arztgruppen

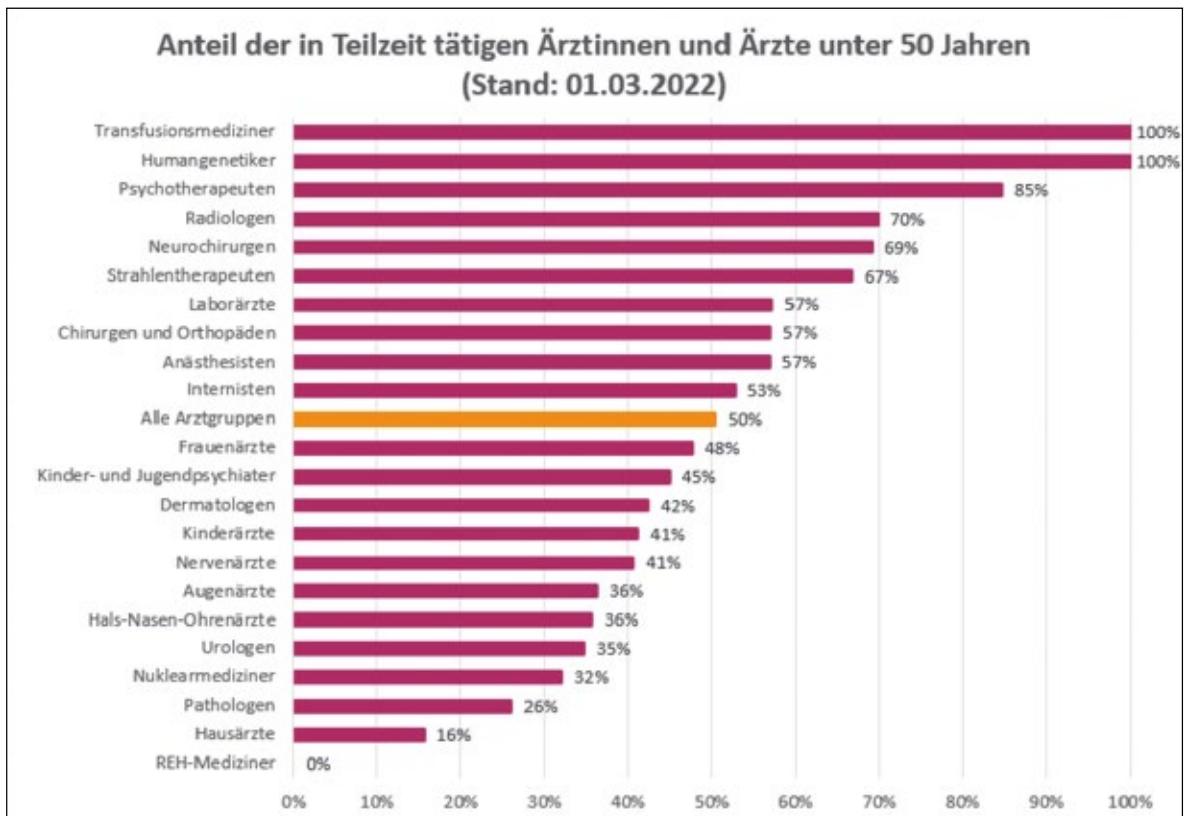
# Bedarfsplanung – (k)ein Modell für die Ärzteschaft in 2040

Die ärztliche Tätigkeit unterliegt einem Wandel, der die Strukturen der Versorgung deutlich verändern wird. Welche Versorgung können wir zukünftig noch erwarten? Ist die Bedarfsplanung dafür das richtige Modell? Mit einer Prognose auf das Jahr 2040 beleuchten wir diese Fragen.

Der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen in Hessen stellt zwei Mal jährlich den Stand der Versorgung fest. Die Grundlage bilden Verhältniszahlen (Einwohner je Arzt), die unter Berücksichtigung der Demografie und Morbidität angepasst werden. Greift man allein auf diese Ergebnisse zurück, könnte ein Fazit zur aktuellen Versorgung ganz einfach sein: Hausärztlich haben wir Bedarf, fachärztlich sind wir gut aufgestellt, noch.

## DIE ATTRAKTIVITÄT STEIGT – DIE VERSORGUNG SINKT

Diese Sichtweise ist natürlich zu kurz gedacht. Bereits jetzt können Hausarztsitze gerade in ländlichen Gebieten nur schwer nachbesetzt werden und durch den Landesausschuss ausgewiesene freie Sitze finden keine Interessenten. Auch die Fachärztinnen und Fachärzte merken, dass die Suche nach einer Nachfolgerin oder einem Nach-



folger kein Selbstläufer mehr ist. Der Abbau von Überversorgung ist kein relevantes Thema mehr. Mit zahlreichen Fördermaßnahmen und innovativen Versorgungsprojekten kommt die KVH ihrem Sicherstellungsauftrag nach. Die Erfolge sind auch tatsächlich nicht unbedeutend. Die Attraktivität des Arztberufes selbst und einer ärztlichen Tätigkeit in der ambulanten Versorgung hat sich in den vergangenen Jahren sogar noch gesteigert.

Dennoch wird sich das Versorgungsniveau bis zum Jahr 2040 deutlich verändern.

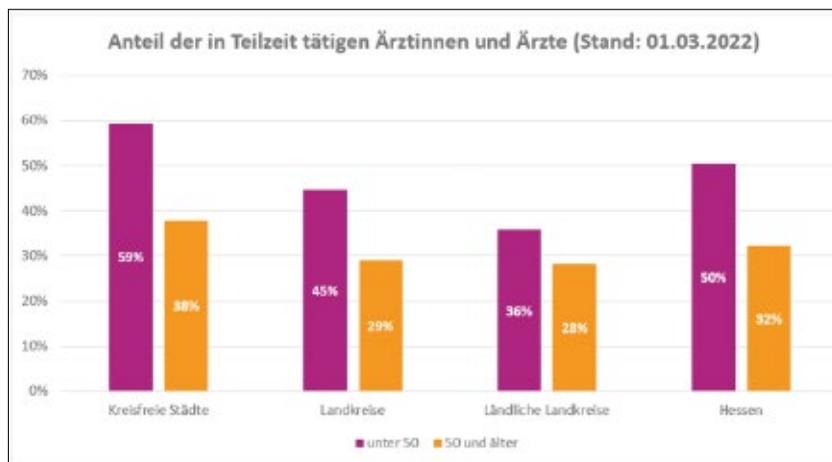
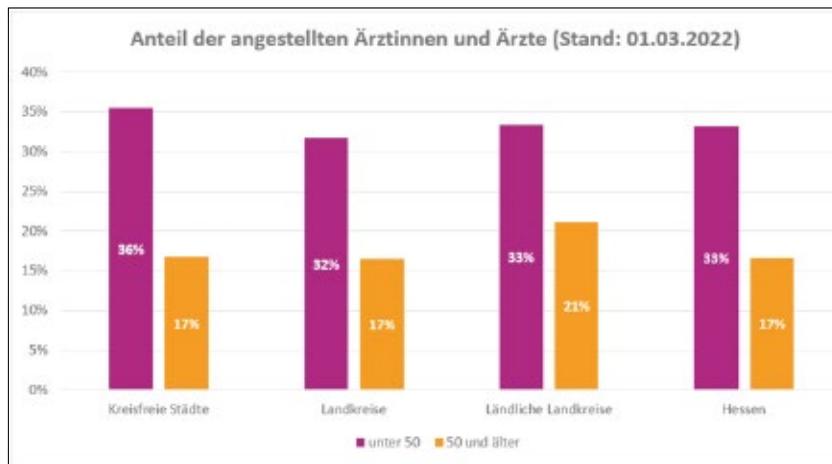
So ist die Anzahl der Ärztinnen und Ärzte in der vertragsärztlichen Versorgung in den vergangenen zehn Jahren kontinuierlich gestiegen, in Hessen mehr als im Bundesdurchschnitt: So liegt der bundesweite Anstieg im Jahr 2021 gegenüber 2020 bei 1,5 Prozent, in Hessen sogar bei 2,4 Prozent.

Dazu trägt wesentlich bei, dass die Praxisstätigkeit, ob im Rahmen einer Zulassung oder Anstellung, bedeutend flexibler geworden ist. Teilzeitangebote und geregelte Arbeitszeiten im Angestelltenverhältnis erfüllen die heutigen Wünsche an das Berufsleben. Das gilt nicht nur für Ärztinnen, die inzwischen die Hälfte der ambulant tätigen Ärzteschaft ausmachen, auch Ärzte legen mehr Wert auf eine ausgeglichene Work-Life-Balance, die Zeit für Familie, Freunde oder Freizeitgestaltung möglich macht.

Bei den unter 50-Jährigen macht der Anteil der angestellten Ärztinnen und Ärzte im hessischen Durchschnitt 33 Prozent aus. In den kreisfreien Städten sind es sogar 36 Prozent. Bei den 50-Jährigen und älteren sind es demgegenüber nur 17 Prozent (siehe Abbildung rechts oben).

### TEILZEITTREND KLAR ERKENNBAR

Hinzu kommt die Präferenz für eine Teilzeittätigkeit. So sind aktuell 38 Prozent aller Ärztinnen und Ärzte in Teilzeit tätig. Noch deutlicher wird die Präferenz der heutigen Ärztesgeneration zur Teilzeittätigkeit, wenn man die Altersstruktur berücksichtigt. Bei der Altersgruppe unter 50 liegt diese bei etwas über 50 Prozent. Bei den Hausärztinnen und Hausärzten unter 50 Jahren noch moderat bei 16 Prozent, demgegenüber bei den Augenärztinnen und Augenärzten schon bei 36 Prozent und, noch auffälliger, bei den Humangenetikerinnen und Humangenetikern und Transfusionsmedizinerinnen und Transfusions-



medizinern bei 100 Prozent (siehe Abbildung Seite 26). Dabei spielen natürlich auch weitere Faktoren eine Rolle, wie zum Beispiel die vielfältigen Möglichkeiten zur Sitzteilung und der Trend zur Konzentration von Behandlungsangeboten sowie größeren Betriebseinheiten.

Es zeigen sich zudem regionale Unterschiede (siehe Abbildungen oben und auf Seite 29). Die markantesten Zahlen zeigen die kreisfreien Städte mit durchschnittlich 59 Prozent Teilzeitanteil und die Landkreise Gießen (58 Prozent) und Marburg-Biedenkopf (53 Prozent) sowie der Hochtaunuskreis (58 Prozent). Demgegenüber liegt der Anteil in den ländlich geprägten Kreisen, wie zum Beispiel im Werra-Meißner-Kreis (34 Prozent) oder im Odenwaldkreis (28 Prozent), noch deutlich unter dem hessischen Durchschnitt.



Man kann sich sicher sein, dass der Anteil an Teilzeittätigkeit weiter steigen wird. Die Altersgruppe 50+ hat bis zum Jahr 2040 überwiegend ihre Tätigkeit beendet. Die durchaus begründete Annahme, dass mindestens 50 Prozent aller Ärztinnen und Ärzte, die die Nachfolge dieser Altersgruppe antreten, in Teilzeit arbeiten werden, löst den eingangs erwähnten Zuwachs an Ärztinnen und Ärzten von 2,4 Prozent faktisch in Luft auf. Die Auswirkungen des Anstellungs- und Teilzeittrends auf das künftige Angebot an ärztlicher Arbeitszeit insgesamt sind somit gravierend.

### **VERSORGUNGSNIVEAU NIMMT RAPIDE AB**

Bei demografiebedingt steigenden Versorgungsansprüchen wird das Versorgungsniveau bis zum Jahr 2040 unaufhaltsam sinken. Vergleicht man die Zu- und Abgänge in der Ärzteschaft der letzten fünf Jahre, schreibt diese Entwicklung bis zum Jahr 2040 fort und prognostiziert parallel die Bevölkerungsentwicklung zum Jahr 2040, dann wird Versorgung in manchen Fachgebieten und Regionen faktisch nicht mehr stattfinden (siehe Abbildungen Seite 30 und 31).

Im hausärztlichen Bereich wird das Versorgungsniveau mit durchschnittlich 77 Prozent Versorgungsgrad im Jahr 2040 noch relativ hoch liegen. Die augenärztliche Versorgung rutscht in den ländlich geprägten Kreisen demgegenüber teilweise auf einen Versorgungsgrad von unter 10 Prozent.

### **REIN HYPOTHETISCH: BEDARFSPLANUNG MIT BLICK AUF DAS ARBEITSVOLUMEN**

Die Bedarfsplanung steht trotz zahlreicher Reformen nach wie vor in der gesundheitspolitischen Kritik. Immer wieder wird die allseits bekannte Planungssystematik über Verhältniszahlen oder Zuschnitte der Planungsbereiche bemängelt. Die tatsächlich erbrachten Leistungen der einzelnen Ärztinnen und Ärzte spielen in diesem Zusammenhang nur eine geringfügige Rolle. Wir wagen daher den Blick auf eine Prognose der hausärztlichen Versorgung im Jahr 2040, die die Versorgungsrealität anhand des tatsächlichen Arbeitsvolumens der Ärzteschaft aufzeigt.

Gemessen am bisherigen Leistungsvolumen der einzelnen Ärztin beziehungsweise des einzelnen Arztes im Vergleich zur durchschnittlichen Fallzahl der Fachgruppe wurde der Versorgungsumfang der

Ärztin/des Arztes neu definiert und dieser für die Berechnung des Versorgungsniveaus herangezogen. Eine Gegenüberstellung der Prognoseergebnisse nach der konventionellen Bedarfsplanung und unseres hypothetischen Modells führt zu einem recht homogenen Bild. Die meisten hausärztlichen Planungsbereiche, für die unter Anwendung der regulären Planungsparameter Engpässe prognostiziert werden, stellen sich auch in der Modellrechnung unter Berücksichtigung des Arbeitsvolumens als die zukünftigen Sorgenkinder heraus. So wird zum Beispiel nach regulärer Planung der Versorgungsgrad im Mittelbereich Hanau im Jahr 2040 von aktuell 94,29 Prozent auf 63,56 Prozent sinken. Die leistungsbezogene Modellrechnung prognostiziert einen Versorgungsgrad von 67,47 Prozent.

Ein aktuell hohes Abrechnungsvolumen der Hausärztinnen und Hausärzte führt im Zusammenspiel weiterer Parameter, wie unter anderem die reinen Zu- und Abgänge der Ärztinnen und Ärzte in letzten zehn Jahren, aber auch zu verbesserten Prognoseergebnissen. Dem Planungsbereich Eschwege mit einem aktuellen Versorgungsgrad von 81,99 Prozent wird für das Jahr 2040 nach klassischer Bedarfsplanung ein Versorgungsgrad von 70,47 Prozent prophezeit. Anhand der leistungsbezogenen Prognoserechnung konnte hingegen ein Versorgungsgrad von 96,51 Prozent berechnet werden (siehe Abbildungen Seite 30 und 31).

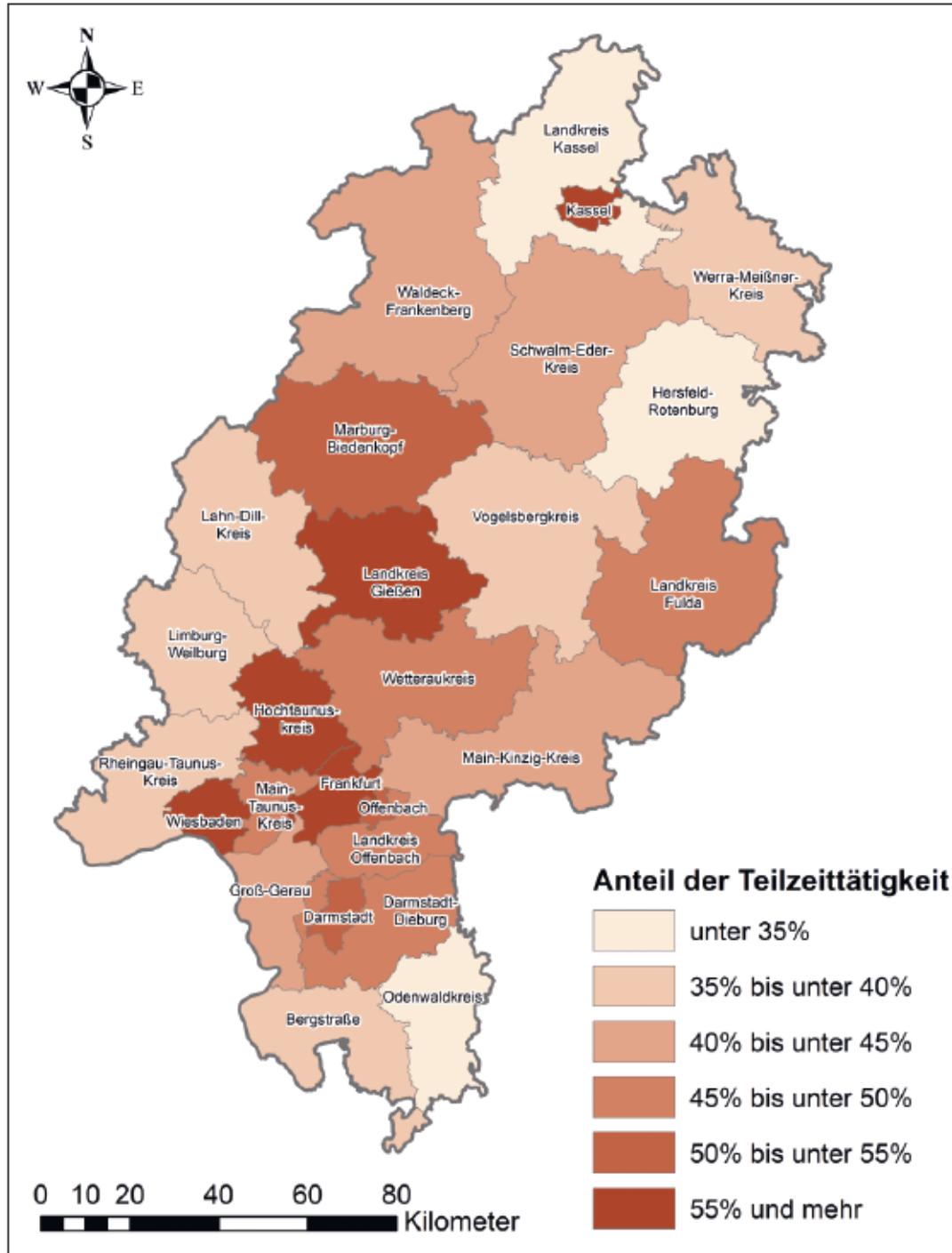
### **BEDARFSPLANUNG – QUO VADIS?**

Kommen wir nun also zurück auf die Instrumente der Bedarfsplanung, die uns zur Verfügung stehen. Die KVH könnte die Planungsbereiche oder die Verhältniszahlen anpassen, was letztlich dazu führt, dass (noch) mehr freie Sitze ausgewiesen werden. Der Einfluss auf die regionale Verteilung der Sitze und Konzentrationstendenzen ist schon jetzt gering. Die KVH weist Unterversorgung aus und bietet (noch) mehr Förderungen an, obwohl die vertragsärztliche Tätigkeit doch eine sehr attraktive Tätigkeit ist. Die KVH könnte Eigeneinrichtungen gründen, aber mit welchen Ärztinnen und Ärzten? Es braucht einfach viel mehr Köpfe!

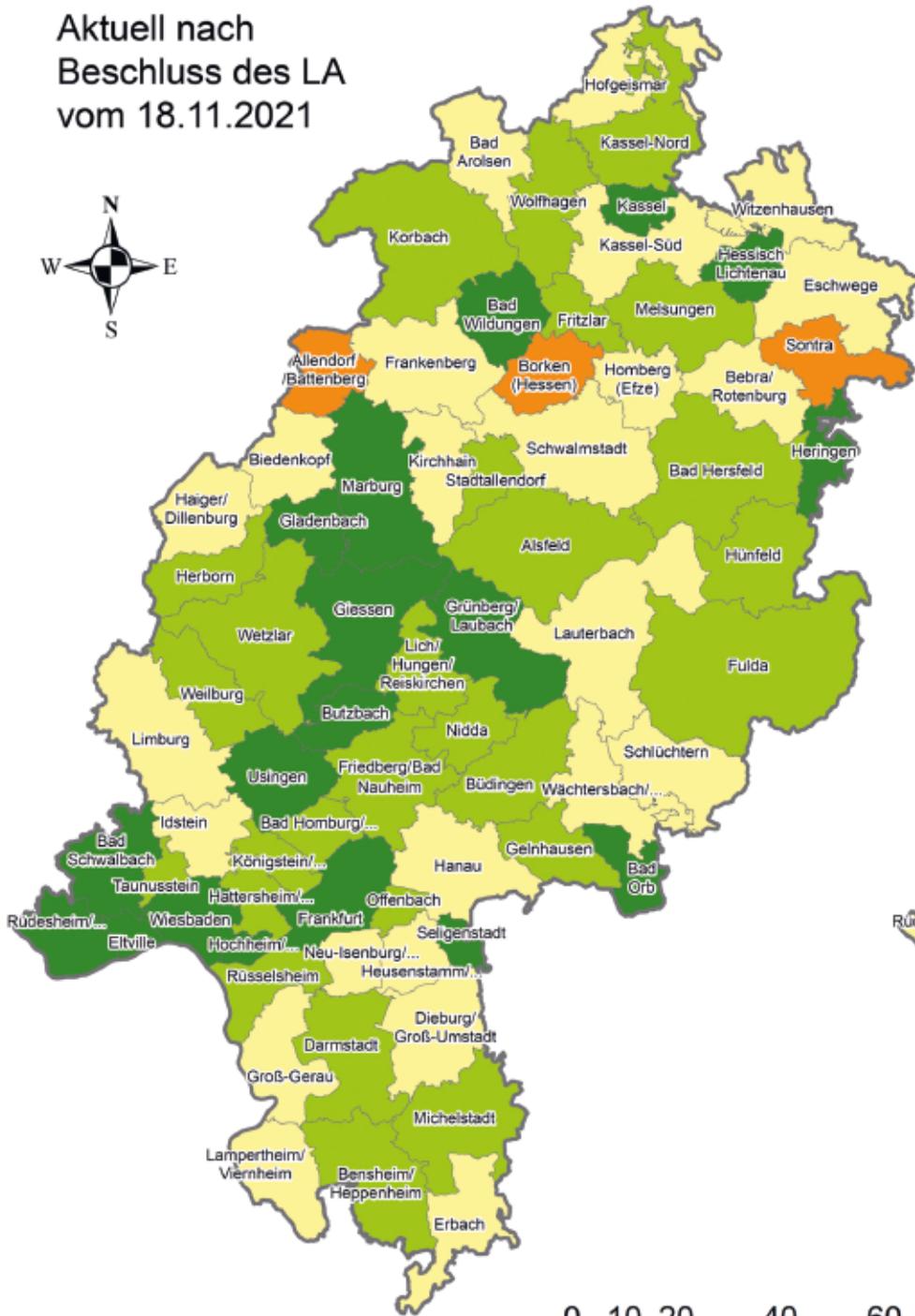
*MAJA ZINK,  
ANALYSEN:  
JIPING ZHANG,  
SASCHA FERLING*

# Anteil der in Teilzeit tätigen Ärztinnen und Ärzten im Alter von unter 50 Jahren

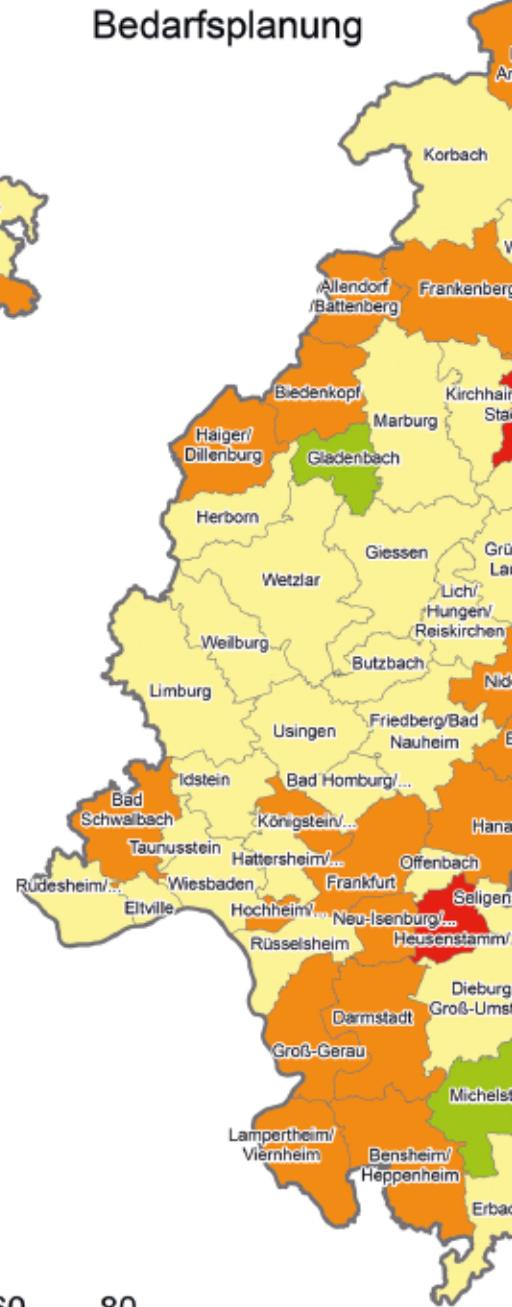
Stand: 01.03.2022

Aktuell nach  
Beschluss des LA  
vom 18.11.2021



Prognose 2040 -  
Nach klassischer  
Bedarfsplanung



0 10 20 40 60 80  
Kilometer

## ■ ABRECHNUNG

### Monoklonale-Antikörper-Verordnung angepasst

- 2 Coronavirus: Vergütung für die Therapie mit monoklonalen Antikörpern abgesenkt

### EBM Aktuell

- 3 Rückwirkende Detailänderungen zum 1. Januar 2022
- 4 EBM-Änderungen seit 1. April 2022

## ■ HONORARVERTEILUNG

### Honorarverteilungsmaßstab (HVM)

- 9 Änderung des Honorarverteilungsmaßstab (HVM)

## ■ QUALITÄT

### Neues Versorgungsangebot steht in den Startlöchern

- 18 Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zum Telemonitoring bei Herzinsuffizienz

## ■ SONSTIGES

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

- 19 Zulassung zum Durchgangsarztverfahren

MONOKLONALE-ANTIKÖRPER-VERORDNUNG GEÄNDERT

# Coronavirus: Vergütung für die Therapie mit monoklonalen Antikörpern abgesenkt

Zum 15.03.2022 wurde die Vergütung für die Therapie mit monoklonalen Antikörpern nach der GOP 88400 auf 360 Euro abgesenkt.

Sie als Ärztinnen und Ärzte können neu die GOP 88403 auch abrechnen, wenn Sie die monoklonalen Antikörper selbst in der bereitstellenden Krankenhausapotheke (Stern- oder Satellitenapotheke) abholen oder für die Abholung eine öffentliche Apotheke beauftragen. Sie rechnen dafür die GOP 88403 ab und teilen die Vergütung von 40 Euro je nach Vorgehen auf:

- Holen Sie die Medikamente in der Apotheke selbst ab, behalten Sie 30 Euro von der Vergütung ein, 10 Euro geben Sie für die Lagerung weiter an die Krankenhausapotheke.

- Beauftragen Sie für die Abholung der Medikamente eine weitere öffentliche Apotheke, dann geben Sie 30 Euro an die beauftragte Apotheke weiter. Für die Lagerung geben Sie 10 Euro an die abgebende Krankenhausapotheke weiter.

Die GOP 88403 können Sie auch weiterhin für die Lagerung und Abgabe einschließlich Transport der monoklonalen Antikörper durch die Krankenhausapotheke abrechnen. Die Vergütung zahlen Sie an den Träger des Krankenhauses, dessen Krankenhausapotheke die Antikörper abgegeben hat.

Klargestellt: Die Vergütung der GOP 88403 umfasst auch den Transport der Medikamente und die Preise gelten einschließlich Umsatzsteuer.

Weitere Informationen zu monoklonalen Antikörpern finden Sie unter **[kvh.link/p22022](https://www.kvh.link/p22022)**

TD

## EBM AKTUELL

# Rückwirkende Detailänderungen zum 1. Januar 2022

Die weiteren Detailänderungen zum 01.01.2022 sind bereits in der vorherigen Ausgabe Nr. 2/2022 veröffentlicht.

- Sie erhalten aufgrund der Portoerhöhung der Deutschen Post für den Versand von Briefen rückwirkend 0,86 Euro statt 0,81 Euro. Die Änderung betrifft die folgenden Kostenpauschalen:
  - GOP 40110 (Versendung bzw. Transport eines Briefes und/oder von schriftlichen Unterlagen),
  - GOP 40128 (Versendung einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung an die Patientin oder den Patienten bei Patientenkontakt im Rahmen einer Videosprechstunde),
  - GOP 40129 (Versendung einer Bescheinigung gemäß Muster 21 an die Patientin oder den Patienten bzw. die Bezugsperson bei Patientenkontakt im Rahmen einer Videosprechstunde),
  - GOP 40130 (Versendung einer papiergebundenen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung an die Krankenkasse) und
  - GOP 40131 (Versendung einer papiergebundenen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung an die Patientin oder den Patienten nach der Durchführung einer Besuchsleistung).

Die arztgruppenspezifischen Höchstwerte für die Kostenpauschalen 40110 und 40111 wurden entsprechend erhöht.

- Sie als Fachärztinnen und Fachärzte erhalten rückwirkend und befristet bis zum 30.06.2023 die Zuschläge zur fachärztlichen Grundversorgung nach den GOP 13294, 13344, 13394, 13543, 13594, 13644 und 13694 auch in Behandlungsfällen zugesetzt, in denen Sie nur den Zuschlag zur eArztbrief-Versandpauschale nach GOP 01660 erhalten haben. Die GOP 01660 setzt die KVH Ihnen als Strukturförderpauschale automatisch zu, sobald Sie einen eArztbrief versenden und über die GOP 86900 abrechnen.

# EBM-Änderungen seit 1. April 2022

Die weiteren EBM-Änderungen zum 01.04.2022 sind bereits in der vorherigen Ausgabe Nr. 2/2022 veröffentlicht.

## REPRODUKTIONSMEDIZIN OHNE STIMULATIONSBEHANDLUNG ABRECHNEN

Seit dem 01.04.2022 können Sie als Gynäkologinnen und Gynäkologen neu die GOP 08550 (In-vitro-Fertilisation), 08555 (intracytoplasmatische Spermieninjektion) und 08558 (Embryo-Transfer) ohne die GOP 08535 (Stimulationsbehandlung) im Zyklusfall abrechnen. Sie können damit die GOP 08550, 08555 und 08558 abrechnen, wenn Sie bei einer Patientin unbefruchtete Eizellen aus einer vorausgegangenen Eizellgewinnung nach den Richtlinien über künstliche Befruchtung des G-BA verwenden. Eine erneute Stimulationsbehandlung ist nicht mehr erforderlich.

Sie können neu auch bei Patientinnen ohne endogen gesteuerten Zyklus und ohne hormonelle Stimulation Leistungen der künstlichen Befruchtung (GOP 08550, 08555 und 08558) abrechnen. Für diese Patientinnen umfasst der Zyklusfall einen Zeitraum von 28 Tagen. Die Definition des Zyklusfalls in Nr. 6 der Bestimmungen zum Abschnitt 8.5 des EBM wurde dafür erweitert.

Klargestellt: Sie können die GOP 08558 mit Ausnahme des intratubaren Gameten-Transfers (GIFT) nur abrechnen, wenn Sie im Zyklusfall die GOP 08550 oder 08555 abrechnen. Wenn Sie die GOP 08558 für einen GIFT abrechnen, dokumentieren Sie dies in Ihren Patientenunterlagen.

Sie benötigen eine Genehmigung der Landesärztekammer Hessen (LÄKH) nach § 121a SGB V, um Leistungen aus der Reproduktionsmedizin durchzuführen und abzurechnen. Genehmigungspflichtig sind die GOP 08520, 08531, 08535, 08537, 08538, 08539, 08550, 08555 und 08558. Alle Informationen zur Genehmigung für die Reproduktionsmedizin finden Sie unter [kvh.link/p22023](https://www.kvh.hessen.de/link/p22023)

## PET/CT BEI HODGKIN-LYMPHOM HÄUFIGER ABRECHNEN

Seit dem 01.04.2022 können Sie als Fachärztinnen und Fachärzte für Nuklearmedizin und Radiologie die Positronenemissionstomographie/Computertomographie (PET/CT)-Untersuchungen bei Erwachsenen mit einem Hodgkin-Lymphom und bei Kindern und Jugendlichen mit malignen Lymphomen zweimal im Behandlungsfall abrechnen. Zusätzlich haben erwachsene Versicherte nun in allen Stadien eines Hodgkin-Lymphoms Anspruch auf eine Untersuchung mittels PET/CT.

Sie können für PET- und PET/CT-Untersuchungen des Körperstammes sowie von Teilen des Körperstammes die vier neuen GOP 34704 bis 34707 aus dem Abschnitt 34.7 des EBM abrechnen. Sowohl der obligate als auch der fakultative Leistungsinhalt der neuen GOP entspricht dem Inhalt der bestehenden GOP 34700 bis 34703 für PET- und PET/CT-Untersuchungen. Im Unterschied dazu können die vier neuen GOP 34704 bis 34707 bis zu zweimal im Behandlungsfall abgerechnet werden.

Sie können bei medizinischer Notwendigkeit die neuen GOP 34705 und 34707 mit diagnostischer CT auch berechnen, wenn im selben Quartal bereits eine diagnostische CT-Untersuchung des Körperstammes beziehungsweise von Teilen des Körperstammes durchgeführt wurde.

Um die GOP 34704 und 34705 neben den GOP 34706 und 34707 abzurechnen, geben Sie eine ausführliche Begründung der medizinischen Notwendigkeit in der Feldkennung 5009 an.

Für die Verwendung des Radionuklids F-18-Fluorodesoxyglukose im Rahmen der PET/CT-Untersuchungen nach den GOP 34704 bis 34707 setzen Sie die Kostenpauschale 40584 an. Die Legende der Kostenpauschale im Abschnitt 40.10 des EBM wurde entsprechend angepasst.

Die neuen GOP 34704 bis 34707 können Sie zweimal im Behandlungsfall und nur bei Vorliegen einer Indikation gemäß Nr. 6 oder Nr. 9 des § 1 Nr. 14 der Anlage I „Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden“ der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung (MVV-RL) des G-BA berechnen. Zu den Indikationen gemäß Nr. 6 zählen die Staging-Untersuchungen beim Hodgkin-Lymphom bei Erwachsenen sowohl bei Ersterkrankung als auch bei rezidivierter Erkrankung. Ausgenommen hiervon ist der Einsatz der PET in der Routine-Nachsorge von Patientinnen und Patienten ohne begründeten Verdacht auf ein Rezidiv des

Hodgkin-Lymphoms. Zu den Indikationen gemäß Nr. 9 zählen maligne Lymphome bei Kindern und Jugendlichen.

Mit Aufnahme jeweils einer neuen ersten Anmerkung zu den bereits bestehenden GOP 34700 bis 34703 wird zusätzlich klargestellt, dass diese nur bei Vorliegen mindestens einer der anderen acht Indikationen (gemäß den Nrn. 1 bis 5, 7, 8 und 10 des § 1 Nr. 14 der Anlage I „Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden“ der MVV-RL) berechnungsfähig sind und die GOP einmal im Behandlungsfall angesetzt werden können.

Neue Leistungen für PET oder PET/CT überblicken			
GOP	Kurzbeschreibung	Häufigkeit	Bewertung
34704	F-18-Fluorodesoxyglukose-PET des Körperstammes mit technischer Bildfusion einer diagnostischen CT bei Vorliegen von diagnostischen CT-Untersuchungen	zweimal im Behandlungsfall	502,02 Euro* (4.456 Punkte)
34705	F-18-Fluorodesoxyglukose-PET des Körperstammes mit technischer Bildfusion einer diagnostischen CT mit diagnostischer CT	zweimal im Behandlungsfall	636,88 Euro* (5.653 Punkte)
34706	F-18-Fluorodesoxyglukose-PET von Teilen des Körperstammes mit technischer Bildfusion einer diagnostischen CT bei Vorliegen von diagnostischen CT-Untersuchungen	zweimal im Behandlungsfall	401,64 Euro* (3.565 Punkte)
34707	F-18-Fluorodesoxyglukose-PET von Teilen des Körperstammes mit technischer Bildfusion einer diagnostischen CT mit diagnostischer CT	zweimal im Behandlungsfall	509,57 Euro* (4.523 Punkte)

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

Sie benötigen eine Genehmigung der KVH nach der Qualitätssicherungsvereinbarung PET, PET/CT gemäß § 135 Abs. 2 SGB V, um PET/CT-Leistungen

nach GOP 34700 bis 34707 durchzuführen und abzurechnen. Alle Informationen zur Genehmigung für das PET, PET/CT finden Sie unter [kvh.link/p22024](https://www.kvh.at/link/p22024)

### CORONAVIRUS: FAST ALLE SONDERREGELUNGEN ENDEN

Seit dem 01.04.2022 sind fast alle Corona-Sonderregelungen aufgehoben. Nur die Feststellung einer Arbeitsunfähigkeit nach telefonischer Anamnese wurde bis zum 31.05.2022 verlängert. Eine Verlängerung der bis 30.06.2022 geltenden Aussetzung von Zeiträumen bei U-Untersuchungen wurde vom G-BA abgelehnt.

Folgende Sonderregelungen gelten länger:

- Bis zum 31.05.2022 können Ärztinnen und Ärzte weiterhin Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen (AU) nach telefonischer Anamnese bei leichten Erkrankungen der oberen Atemwege ausstellen. Ab 01.04.2022 rechnen Sie die GOP 01435 (Bereitschaftspauschale) ab, wenn Sie mit der Patientin oder dem Patienten nur über das Telefon Kontakt haben. Wenn Sie die Patientin oder den Patienten in dem Quartal mindestens einmal in der Praxis getroffen oder per Videosprechstunde versorgt haben, rechnen Sie die Versicherten- oder Grundpauschale ab. Für den postalischen Versand der AU-Bescheinigung rechnen Sie die GOP 88122 (Hessenspezifische GOP) für das Porto ab.
  - Bis zum 30.06.2022 können Sie die Kinder-Untersuchungen U6, U7, U7a, U8 sowie U9 auch bei Überschreitung der Untersuchungszeiträume und Toleranzzeiten durchführen.
- Folgende Sonderregelungen wurden zum 31.03.2022 beendet:
- Die kurative Abstrichentnahme über die GOP 02402 und der Zuschlag nach GOP 02403 wurden beendet und Sie können diese **seit dem 01.04.2022** nicht mehr abrechnen. Die Abstrichpauschale ist somit Bestandteil der Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale. Die Beauftragung des Labors für den PCR-Test bei symptomatischen Patientinnen und Patienten erfolgt weiterhin über Muster 10C. Für den PCR-Test rechnet das Labor die GOP 32816 ab. Die Veranlassung des PCR-Tests (GOP 32816) belastet nicht das Laborbudget. Leistungen im Zusammenhang mit dem Coronavirus kennzeichnen Sie mit der 88240. Alle Leistungen, die Sie und gegebenenfalls Kolleginnen und Kollegen Ihrer Arztgruppe an den gekennzeichneten Tagen (88240) erbringen, sollen dann in voller Höhe vergütet werden.
  - Bis zum 31.03.2022 waren die 20-Prozent-Obergrenzen bei Videosprechstunden ausgesetzt. Dies betraf behandlungsfall- und leistungsbezogene Begrenzungen bei der Durchführung der Videosprechstunde. **Seit dem 01.04.2022** ist die Obergrenze wieder eingeführt und dabei auf 30 Prozent erhöht worden.
  - Bis zum 31.03.2022 konnten Sie die Telefonsprechstunde mit den Zuschlägen – GOP 01433 oder 01434 – durchführen und abrechnen. **Ab dem 01.04.2022** rechnen Sie die GOP 01435 (Bereitschaftspauschale) ab, wenn Sie mit der Patientin oder dem Patienten nur über das Telefon Kontakt haben. Wenn Sie die Patientin oder den Patienten in dem Quartal mindestens einmal in der Praxis getroffen oder per Videosprechstunde versorgt haben, rechnen Sie die Versicherten- oder Grundpauschale ab.

- Bis zum 31.03.2022 konnten Sie die hausärztlichen Chronikerpauschalen (GOP 03221/04221) auch dann abrechnen, wenn nur ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt und ein weiterer Kontakt per Video oder Telefon stattgefunden hat. **Ab 01.04.2022** sind wieder mindestens zwei persönliche Kontakte im Quartal erforderlich, damit Sie die Zuschläge abrechnen können.
  - Bis zum 31.03.2022 konnten Sie psychotherapeutische Sprechstunden, probatorische Sitzungen sowie probatorische Sitzungen in der Neuropsychologie per Video in Ausnahmefällen erbringen und abrechnen.
  - Bis zum 31.03.2022 konnten Sie die Gruppentherapie unbürokratisch in Einzeltherapie umwandeln: Für je eine bewilligte Gruppensitzung (100 Minuten) durfte je eine Einzelsitzung durchgeführt werden (50 Minuten), eine formlose Anzeige bei der Krankenkasse war ausreichend. Dieses Vorgehen ist **seit dem 01.04.2022** nicht mehr möglich.
  - Bis zum 31.03.2022 konnten Sie die Kostenpauschalen in der Infektionsdialyse (GOP 40835 und 40836) ausdrücklich auch bei Quarantäne-Patienten und bei Kontaktpersonen abrechnen.
  - Bis zum 31.03.2022 konnten Sie für den postalischen Versand von bestimmten Folgeverordnungen und Überweisungsscheinen die GOP 88122 abrechnen. Lediglich für den Versand von AU-Bescheinigungen können Sie die GOP 88122 darüber hinaus bis zum 31.05.2022 abrechnen.
  - Bis zum 31.03.2022 durften videogestützte Maßnahmen einer funktionellen Entwicklungstherapie durch qualifizierte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (GOP 14223) durchgeführt werden.
  - Bis zum 31.03.2022 konnten Sie das therapeutische Gespräch (GOP 01952) bei der Behandlung Opioidabhängiger wegen der Corona-Pandemie vorübergehend auch per Telefon und Video durchführen und bis zu achtmal im Behandlungsfall abrechnen. **Seit dem 01.04.2022** können Sie die 01952 wieder bis zu viermal im Behandlungsfall abrechnen. Für die Abrechnung ist der persönliche Arzt-Patienten-Kontakt erforderlich.
- Die KVH hat alle wichtigen Informationen zur Abrechnung rund um Sonderregelungen Corona für Sie auf der Homepage der KVH aktuell und leicht verständlich aufbereitet: [kvh.link/p22025](https://www.kvh.de/link/p22025)

### DETAILÄNDERUNGEN 2/2022

Seit dem 01.04.2022 gibt es im EBM Detailänderungen:

- Sie können ausschließlich als Fachärztinnen und Fachärzte für Pathologie die biomarkerbasierten Tests nach den GOP 19503 bis 19506 abrechnen. Sie müssen als weitere Abrechnungsvoraussetzung dazu berechtigt sein, die GOP 19332 und Leistungen aus Abschnitt 19.4 (In-vitro-Diagnostik tumorgenetischer Veränderungen) abzurechnen. Hierfür wurde eine erste Bestimmung zum Abschnitt 19.4.5 in den EBM aufgenommen.
- Sie können die GOP 02101 auch für die intravasale Infusionstherapie mit Immunglobulinen abrechnen. Hierfür wurde der obligate Leistungsinhalt der GOP 02101 aus dem Abschnitt 2.1 des EBM erweitert. Davor konnte die Infusionsgabe mit Immunglobuline über den EBM nicht abgerechnet werden. Die Infusionsgabe mit den Immunglobulinen muss mindestens 60 Minuten andauern, damit Sie die GOP 02101 abrechnen können.
- Seit dem 01.04.2022 können Sie die GOP 01460 für die Aufklärung sowie die GOP 01461 für die Datenerfassung und Datenübermittlung im Rahmen der Begleiterhebung gemäß Cannabis-Begleiterhebungs-Verordnung (CanBV) nicht mehr abrechnen. Die GOP wurden zum 01.10.2017 für den befristeten Zeitraum der nichtinterventionellen Begleiterhebung bis zum 31.03.2022 aufgenommen.

- Klargestellt: Die Vakuumbiopsie der Mamma nach GOP 01759 können Sie im Bedarfsfall auch im Folgequartal nach Durchführung der Grundleistung nach GOP 01753 oder 01755 durchführen und abrechnen. Hierfür wurde die Leistungslegende angepasst.
- Klargestellt: Sie als Fachärztinnen und Fachärzte für Orthopädie, für Orthopädie und Unfallchirurgie oder für Physikalische und Rehabilitative Medizin können die GOP 30440 für die Stoßwellentherapie bei Fasciitis plantaris je Fuß dreimal im Krankheitsfall abrechnen. Die Abrechnungsbestimmung wurde entsprechend angepasst. Sie ergänzen die Zusatzangabe der Seitenlokalisierung bei der Diagnosen-Angabe und die Eintragung der Seitenlokalisierung an der GOP 30440 im freien Begründungstext (Feldkennung 5009).

*EBM-FR*

### PRAXISTIPP

Zu allen EBM-Änderungen finden Sie aktuelle und weiterführende Informationen unter **[kvh.link/p22026](https://www.kvh.at/link/p22026)**

Reinschauen lohnt sich!

## HONORARVERTEILUNGSMASSTAB

# Änderung des Honorarverteilungsmaßstabes (HVM) gem. § 87b Abs. 1 S. 2 SGB V der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen

Gültig ab dem 1. Juli 2021/1. Januar 2022

Die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen hat in ihrer Sitzung am 12.03.2022 Änderungen des Honorarverteilungsmaßstabes beschlossen. Diese Änderungen werden hiermit veröffentlicht.

Der Honorarverteilungsmaßstab (HVM) der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen gem. § 87b Abs. 1 S. 2 SGB V wird mit Wirkung ab 01.07.2021 bzw. ab 01.01.2022 wie folgt geändert:

## A) Ab 01.07.2021

### I. Im Inhaltsverzeichnis wird unter Teil C Nr. 4 nach Nr. 4.2 eine weitere Nr. 4.3 wie folgt eingefügt:

„4.3 Vorgaben zum Korrekturverfahren der TSVG Bereinigung“

### II. Teil C Nr. 4 wird nach der lfd. Nr. 4.2 um eine weitere Nr. 4.3 wie folgt ergänzt „4.3 Vorgaben zum Korrekturverfahren der TSVG Bereinigung“

Der Bewertungsausschuss beschließt nach § 87a Abs. 3 Satz 10 SGB V Vorgaben zum Korrekturverfahren einschließlich der Korrekturbeträge, um die die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung basiswirksam für jede Kassenärztliche Vereinigung zusätzlich zur bisher erfolgten Bereinigung nach § 87a Abs. 3 Satz 7 SGB V zu bereinigen ist.

Das Korrekturverfahren erfolgt für sechs Quartale (Korrekturquartale), beginnend mit dem Quartal 3/2021.

Die arztseitige Korrekturbereinigung für die TSVG Konstellationen „Neupatient“ und „offene Sprechstunde“ wird analog nach gleichem Verfahren umgesetzt, wie dies im HVM gültig ab 2/2019 in Abschnitt II Teil C Nr. 4 und allen relevanten Stellen für die in Abschnitt II Teil C Nr. 4.1 Buchstabe c) und d) genannten TSVG-Konstellationen im 1. Jahr (ab 01. September 2019 bis 31. August 2020) bereits geschehen ist.“

**III. Die Anlage 5 zum HVM wird nach der laufenden Nr. 16 um eine weitere Nr. 17 wie folgt ergänzt:**

Lfd. Nr.	Quartal	Thema	Bemerkungen	Verweis HVM
17)	3/2020 – 2/2022	<b>Absenkung mGV</b> Anpassung mGV aufgrund nachgelagerter Überprüfung der mGV Erhöhung aus der 54. Sitzung EBA aus dem Jahr 2018 zu den GOP 32151, 32720 bis 32727, 32750, 32759 bis 32763, 32772 und 32773.	Nach Beschluss des BA in der 504. Sitzung wird die mGV für die zu einem basiswirksamen Anteil und einem nicht basiswirksamen Anteil vermindert.  Dieser Beschluss wird nach BA in der 563. Sitzung für die Quartale 3/2021 – 2/2022 verlängert.  Die kassenseitig ermittelte Verminderung wird im Teil A 3.1.3 im GB Labor berücksichtigt.	– Abschnitt II Teil A 3.1.3

**B) Ab 01.01.2022**

- I. Im Inhaltsverzeichnis wird unter der Überschrift „Anlagen“ bei der Anlage 4 die Jahreszahl „2021“ durch die Zahl „2022“ ersetzt.**
- II. In Abschnitt I werden die Jahreszahlen „2021“ jeweils durch die Zahl „2022“ ersetzt, ferner wird der letzte Absatz gestrichen.**
- III. Abschnitt II Teil A Nr. 3 wird geändert und lautet wie folgt:**

**„3. Grundbeträge**

Zur Festlegung und Anpassung des Vergütungsvolumens für die hausärztliche und fachärztliche Versorgung ist nach KBV-Vorgaben die Bildung verschiedener Grundbeträge je Versicherten vorgesehen, sofern die entsprechenden Leistungen nach den regionalen Gesamtverträgen innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung nach Abschnitt II Teil A 1. zu vergüten sind.

Folgende Grundbeträge sind nach KBV-Vorgaben zu bilden:

- Bereitschaftsdienst und Notfall (GB BD/Notfall)
- Labor (GB LAB)
- Hausärztliche Versorgungsebene (GB HÄ)
- Fachärztliche Versorgungsebene (GB FÄ)
- Pauschale für fachärztliche Grundversorgung (GB PFG)
- Leistungen des genetischen Labors (GB gen. LAB)

Die Basis für den jeweiligen Ausgangswert ist das im Vorjahresquartal gebildete Vergütungsvolumen je Grundbetrag abzüglich der zugeführten Leistungsanforderung mit der Kennzeichnung GOP 88240 (Coronavirus) des korrespondierten Vorjahresquartal zuzüglich der durchgeführten Bereinigungen für Verträge zur Hausarztzentrierten Versorgung (HzV) und Kostenerstattungsfälle (§§ 13 Abs. 2, 53 Abs. 4 SGB V) abzüglich der noch nicht bereits berücksichtigten arztseitigen Bereinigungen zum Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) nach Abschnitt II Teil C Nr. 4.2, dividiert durch die Versichertenzahl im Vorjahr.

Die im Vorjahresquartal zur Anwendung gekommenen Ein- und Ausdeckelungen der MGV nach Abschnitt II Teil A 1. sowie Verschiebungen von Leistungen in andere Grundbeträge sind bereits bei der Bildung der Ausgangswerte berücksichtigt.“

**IV. Die Anlage 4 zum HVM wird geändert und lautet wie aus dem Anhang 1 ersichtlich.**

**V. In der Anlage 5 zum HVM wird die Ziffer 12 geändert und lautet wie folgt:**

Lfd. Nr.	Quartal	Thema	Bemerkungen	Verweis HVM
12)	ab 4/2021	<b>Mehrbedarf:</b> Erhöhung der Grundpauschalen 13691 und 13692	Nach Beschluss des BA in der 511. Sitzung werden die GOP 13691 und 13692 inklusive Suffixe um den Mehrbedarf aufgrund der EBM Bewertungsanpassung erhöht. Der im Vorjahresquartal ermittelte Mehrbedarf gesteigert nach Abschnitt II Teil A 3.1.1 wird dem RLV in Abschnitt II Teil B Nr. 3.3.3 (HA) und 4.3.3 (FA) unter Berücksichtigung der Arztgruppen in Anlage 2 zugeführt.	– Abschnitt II Teil B Nr. 3.3.3 – Abschnitt II Teil B Nr. 4.3.3

**VI. Die Anlage 5 zum HVM wird nach der laufenden Nr. 17 um weitere Nrn. 18, 19 und 20 wie folgt ergänzt:**

Lfd. Nr.	Quartal	Thema	Bemerkungen	Verweis HVM
18)	1/2022 – 4/2022	<b>Eindeckelung:</b> GOP 32362 und 32363 EBM (Labor)	Nach Beschluss des BA in der 570. Sitzung werden die GOP 32362 und 32363 EBM ab dem 1. Januar 2022 in die mGV überführt.  Der kassenseitig ermittelte Eindeckelungsbetrag/Aufsatzwert wird im Teil A 3.1.3 im GB Labor berücksichtigt.	– Abschnitt II Teil A 3.1.3
19)	1/2022 – 4/2022	<b>Mehrbedarf:</b> Aufnahme von Hygienezuschlägen in den EBM	Nach Beschluss des EBA in seiner 74. Sitzung am 21.11.2021 wird die mGV um den erwarteten Mehrbedarf für die Zuschläge basiswirksam erhöht.  Der ermittelte kassenseitige Mehrbedarf wird nach prozentualen Anteilen der arztseitigen Leistungsanforderung im aktuellen Quartal dem jeweiligen Grundbetrag im entsprechenden Bereich (Vorwegleistung, RLV, QZV oder freie Leistung) unter Berücksichtigung der Arztgruppen in Anlage 2 zugeführt.	– Abschnitt II Teil A Nr. 3.1.3 – (allgemeine Beschreibung) – Abschnitt II Teil B Nr. 1–6

Lfd. Nr.	Quartal	Thema	Bemerkungen	Verweis HVM
20)	1/2022 – 4/2022	<b>Eindeckelung:</b> Ärztliches Zweitmeinungsverfahren bei Mandeloperationen und Gebärmutterentfernungen	<p>Nach Beschluss des BA in der 430. Sitzung werden die Leistungen, die mit der entsprechenden indikationsspezifischen Pseudoziffer (GOP 01645A/B EBM) gemäß der Protokollnotiz gekennzeichnet sind, ab dem 1. Januar 2022 in die mGV überführt.</p> <p>Der ermittelte kassenseitige Eindeckelungsbetrag für das Zweitmeinungsverfahren Mandeloperationen (01645A EBM) wird dem RLV-Verteilungsvolumen der HNO-Ärzte zugeführt. Der ermittelte kassenseitige Eindeckelungsbetrag für das Zweitmeinungsverfahren Gebärmutterentfernungen (01645B EBM) wird dem RLV-Verteilungsvolumen der Gynäkologen zugeführt.</p>	– Abschnitt II Teil B Nr. 4.3.3 Buchstabe a)

**Anhang 1**

<b>Anlage 4 Katalog förderungswürdiger Leistungen ab 1/2022</b>					
<b>GOP*</b>	<b>Kurzbezeichnung</b>	<b>Wert EBM (2018)</b>	<b>Wert Zuschlag</b>	<b>Steigerung</b>	<b>Bemerkungen</b>
01410	Besuch	22,59 €	2,53 €	11,20 %	nur für Versicherte > 60 Jahre
01411	Dringender Besuch I	49,97 €	5,60 €	11,20 %	nur für Versicherte > 60 Jahre
01413	Besuch eines weiteren Kranken	11,29 €	1,26 €	11,20 %	nur für Versicherte > 60 Jahre
01415	Dringender Besuch Patient im Pflegeheim	58,17 €	6,52 €	11,20 %	nur für Versicherte > 60 Jahre
01510	Praxisklinische Betreuung 2h	53,48 €	5,99 €	11,20 %	
01511	Praxisklinische Betreuung 4h	101,75 €	11,40 €	11,20 %	
01512	Praxisklinische Betreuung 6h	149,59 €	16,76 €	11,20 %	
02110	Erste Transfusion	22,59 €	2,53 €	11,20 %	
02311	Behandlung Diabetischer Fuß	14,92 €	1,67 €	11,20 %	
02312	Behandlungskomplex chron.venöse Ulcera c	5,86 €	0,66 €	11,20 %	
02313	Kompressionstherapie chron.venöse Insuff	6,07 €	0,68 €	11,20 %	
02322	Wechsel/Entfern.suprapub.Harnblasenkath.	5,43 €	0,61 €	11,20 %	nur in Verbindung mit Besuch
02323	Legen/Wechsel transurethraler Dauerkath.	7,35 €	0,82 €	11,20 %	nur in Verbindung mit Besuch
03360	Hausärztlich-geriatrisches Basisassessme	13,00 €	2,29 €	17,61 %	
03362	Hausärztlich-geriatrischer Betreuungskom	16,94 €	2,60 €	15,36 %	

<b>Anlage 4 Katalog förderungswürdiger Leistungen ab 1/2022</b>					
<b>GOP*</b>	<b>Kurzbezeichnung</b>	<b>Wert EBM (2018)</b>	<b>Wert Zuschlag</b>	<b>Steigerung</b>	<b>Bemerkungen</b>
04221	intensiver Chronikerzuschlag z. GOP04000	4,26 €	0,48 €	11,20 %	
06333	Binokulare Unters. d. Augenhintergrundes	5,43 €	0,61 €	11,20 %	
13253	Computergest. Auswertung Langzeit-EKG	9,80 €	1,10 €	11,20 %	
13254	Langzeit-Blutdruckmessung	8,31 €	0,93 €	11,20 %	
13255	Spirographische Untersuchung	6,39 €	0,72 €	11,20 %	
13300	Angiologisch-diagnostischer Komplex	65,42 €	7,33 €	11,20 %	
13400	Ösophago-Gastro-duodenaler Komplex	88,96 €	9,96 €	11,20 %	
13571	Funktionsanalyse Herzschrittmacher	20,14 €	2,26 €	11,20 %	
13573	Funktionsanalyse Defibrillator/Kardiover	37,29 €	4,18 €	11,20 %	
13575	Funktionsanalyse CRT	45,92 €	5,14 €	11,20 %	
13611	Ärztliche Betreuung b. Peritonealdialyse	7,88 €	0,88 €	11,20 %	
14220	Gespräch, Beratung, Erörterung, Abklärung	14,49 €	1,62 €	11,20 %	
14240	Psychiatrische Betreuung	21,10 €	2,36 €	11,20 %	
14313	Kontinuierl. Mitbetr i. häusl./famil. Umgebung	39,95 €	4,47 €	11,20 %	
14314	Kontinuierliche Mitbetreuung in Heimen	22,27 €	2,49 €	11,20 %	

Anlage 4 Katalog förderungswürdiger Leistungen ab 1/2022					
GOP*	Kurzbezeichnung	Wert EBM (2018)	Wert Zuschlag	Steigerung	Bemerkungen
20314	Videostroboskopie	16,19 €	1,81 €	11,20 %	
20338	Hörgerätevers. Säugling, Kleinkind o. Kind	138,08 €	15,47 €	11,20 %	
30111	Allergologiediagnostik II	48,80 €	5,47 €	11,20 %	
30120	Rhinomanometrischer Provokationstest	6,93 €	0,78 €	11,20 %	
30130	Hyposensibilisierungsbehandlung	10,02 €	1,12 €	11,20 %	
30131	Zuschlag zu der GOP 30130	7,56 €	0,85 €	11,20 %	
33023	Zuschlag TEE	40,17 €	4,50 €	11,20 %	
33030	Echokardiographie mit physikalischer Stu	78,74 €	8,82 €	11,20 %	
33031	Echokardiographie mit pharmakainduzierte	88,96 €	9,96 €	11,20 %	
33070	Duplex-Sonographie der extrakraniellen G	43,68 €	4,89 €	11,20 %	
33072	Duplex-Sonographie der extremitätenvers-	27,70 €	3,10 €	11,20 %	
33073	Duplex-Sonographie abdomineller, retrope	27,70 €	3,10 €	11,20 %	
34256	Urethrozystographie oder Refluxzystogram	61,58 €	6,90 €	11,20 %	
34257	Retrograde Pyelographie	94,18 €	10,55 €	11,20 %	
34503	Bildwandlergestützte Interv. Wirbelsäule	73,30 €	8,21 €	11,20 %	
09330	Gründliche Untersuchung der Stimme	21,63 €	2,42 €	11,20 %	

<b>Anlage 4 Katalog förderungswürdiger Leistungen ab 1/2022</b>					
<b>GOP*</b>	<b>Kurzbezeichnung</b>	<b>Wert EBM (2018)</b>	<b>Wert Zuschlag</b>	<b>Steigerung</b>	<b>Bemerkungen</b>
09331	Untersuchung des Sprechens/der Sprache	31,11 €	3,48 €	11,20 %	
09332	Aphasie, Dysarthrie und/oder Dysphagie	34,52 €	3,87 €	11,20 %	
14210	Grundpauschale bis 5. Lebensjahr	26,53 €	2,65 €	10,00 %	
14211	Grundpauschale 6. – 21. Lebensjahr	27,17 €	2,72 €	10,00 %	
16310	EEG	26,74 €	2,99 €	11,20 %	
16321	Neurophysiologische Untersuchung	28,02 €	3,14 €	11,20 %	
99099	Zuschlag für Behandlung HIV-Infizierter		51,82 €		Wert der GOP analog Honorarvertrag 2022

\* Kommen die in der Anlage genannten GOP auch mit Suffixen vor und unterliegen diese ebenfalls der mGV, dann lösen diese analog zur Blank GOP ebenfalls den Zuschlag in gleicher Höhe aus, unabhängig von der Bewertung der GOP mit Suffix.

Die Zusetzung der Zuschläge erfolgt ausschließlich für die in dieser Anlage genannten Leistungen, sofern diese innerhalb der mGV vergütet werden.

Weiterhin ausgenommen von den Zuschlägen zu den in dieser Anlage genannten förderungswürdigen Leistungen sind Leistungen, welche aus dem Grundbetrag „Bereitschaftsdienst/Notfall“ vergütet werden, die Leistungen bei Sonstigen Kostenträgern und die Leistungen, welche durch Laborgemeinschaften und Krankenhäuser/Institute abgerechnet werden oder über die KVH im Auftrag abgewickelt werden.

Die Änderungen treten zum 01.07.2021/01.01.2022 in Kraft.

Der Vorsitzende der Vertreterversammlung  
der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen

*GEZ. DR. MED. KLAUS-WOLFGANG RICHTER*

NEUES VERSORGUNGSANGEBOT STEHT IN DEN STARTLÖCHERN

## Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zum Telemonitoring bei Herzinsuffizienz

Die neu gefasste Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zum Telemonitoring bei Herzinsuffizienz (Qualitätssicherungsvereinbarung Telemonitoring bei Herzinsuffizienz „QS-V TmHi“) ist zum 01. April 2022 in Kraft getreten.

Beim Telemonitoring können Patientinnen und Patienten mit einer fortgeschrittenen Herzinsuffizienz von einer lückenlosen Betreuung profitieren. Dabei arbeiten primär behandelnde Ärztinnen und Ärzte (PBA) mit Kardiologinnen und Kardiologen eines telemedizinischen Zentrums (TMZ) eng zusammen.

Die neue Qualitätssicherungsvereinbarung regelt nun die Voraussetzungen, die für die Erteilung der Genehmigung zum Telemonitoring bei Herzinsuffizienz von den Kardiologinnen und Kardiologen

des TMZ nachgewiesen werden müssen, sowie die Aufgaben der beteiligten Ärztinnen und Ärzte im Rahmen der Umsetzung dieses neuen telemedizinischen Versorgungsangebots.

### GENEHMIGUNGSVORAUSSETZUNGEN TMZ

Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin und Kardiologie im TMZ, die über eine Genehmigung nach der Qualitätssicherungsvereinbarung Rhythmusimplantat-Kontrolle der KVH verfügen und zusätzlich die Anforderungen an die technische Ausstattung (u.a. müssen die eingesetzten Produkte und Geräte eine tägliche, vollständige Datenübertragung ermöglichen, vgl. § 5 der Vereinbarung) nachweisen, können eine Genehmigung zum Telemonitoring bei Herzinsuffizienz erhalten.

# 270.000 PATIENTEN

Über ¼ Million schwache Herzen in Hessen.

Bei rund 270.000 Patientinnen und Patienten wurde im Jahr 2021 eine Herzinsuffizienz (ICD-10-GM I11, I13, I50) diagnostiziert.

Das TMZ muss darüber hinaus bestimmte patientenbezogene Parameter dokumentieren und Quartalsberichte sowie eine Jahresstatistik erstellen.

Anders als die TMZ müssen Hausärzte, Kinder- und Jugendmediziner, Kardiologen, Nephrologen oder Pneumologen, die als PBA am Telemonitoring teilnehmen möchten, keine besonderen Voraussetzungen erfüllen und benötigen keine Genehmigung der KVH.

#### ZUSAMMENARBEIT PBA UND TMZ

Neben den fachlichen und technischen Genehmigungsvoraussetzungen für die TMZ regelt die neue Qualitätssicherungsvereinbarung zum Telemonitoring bei Herzinsuffizienz vor allem die Aufgaben von PBA und TMZ und deren Zusammenarbeit (vgl. §§ 4 und 6 der Vereinbarung).

Eine aktuelle PraxisInfo informiert interessierte Praxen, für welche Patientinnen und Patienten das Telemonitoring infrage kommt, welche Aufgaben PBA dabei konkret haben und wie die Zusammenarbeit mit dem TMZ funktioniert. Aktuelle Informationen, Antragsunterlagen und die PraxisInfo finden Sie unter [www.kvhessen.de](http://www.kvhessen.de) → Für Mitglieder → Qualität & Behandlung → Genehmigung → Telemonitoring bei Herzinsuffizienz

Weitere Informationen zur Abrechnung finden Sie unter [kvh.link/p22027](http://kvh.link/p22027)

SG

---

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

## Zulassung zum Durchgangsarztverfahren

**Dr. med. René Buchcik** wird ab dem 01.05.2022 als niedergelassener Chirurg am Standort Schön Klinik Medizinisches Versorgungszentrum Lampert-

heim GmbH, Kaiserstr. 11, 68623 Lampertheim am Durchgangsarztverfahren beteiligt.

DGUV

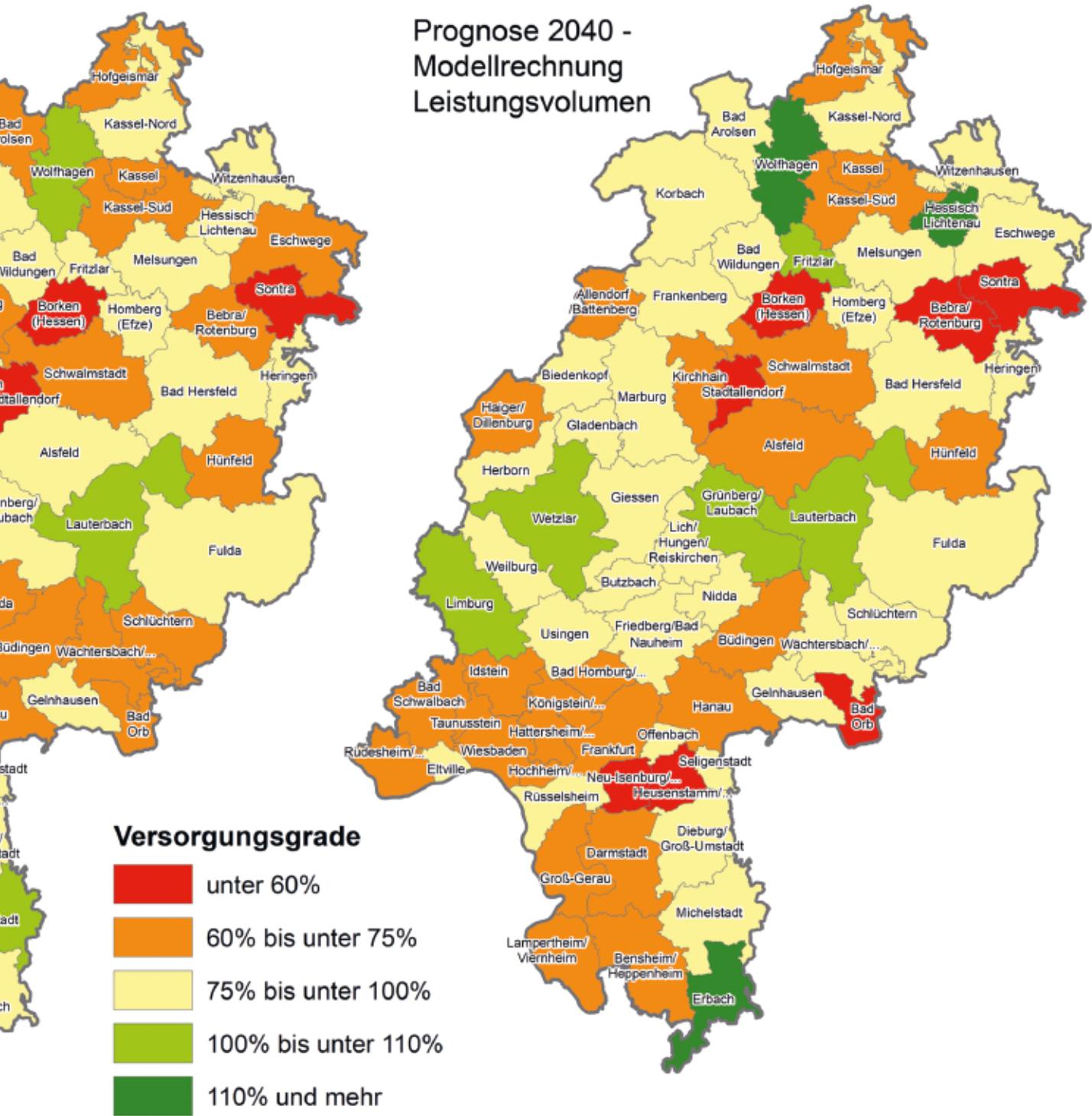


KASSENÄRZTLICHE  
VEREINIGUNG  
HESSEN

Sie finden uns im Internet unter:

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

### Prognose 2040 - Modellrechnung Leistungsvolumen



KOMMENTAR VON FRANK DASTYCH,  
VORSTANDSVORSITZENDER DER KVH

# Wir brauchen Köpfe, Köpfe, Köpfe

Der Behandlungsbedarf steigt, das quantitative  
Versorgungsangebot sinkt – das ist die Realität!



Lange Jahre wurden unsere Bemühungen um mehr Plätze für Medizinstudierende fast schon als lästig abgetan und gebetsmühlenartig erwidert, wir müssten die Ärztinnen und Ärzte nur anders verteilen.

Nun sprach sich Bundesgesundheitsminister Lauterbach im KBV-PraxisCheck am 3. März 2022 (Aufzeichnung unter [kvh.link/p22016](https://www.kvh.de/link/p22016)) für Reformen bei der Bedarfsplanung aus. Parallel kündigte Lauterbach an, 5.000 zusätzliche Medizinstudienplätze pro Jahr schaffen zu wollen. Ein dringend notwendiges Signal, das hoffen lässt.

Zu hoffen ist zunächst aber auf die Umsetzung. Denn der Gesundheitsminister ruft etwas aus, das außerhalb seiner Ressortzuständigkeit liegt: Hochschulpolitik zählt zur Wissenschaft und ist zudem Ländersache. Vielleicht zeigt die grüne hessische Wissenschaftsministerin Angela Dorn Erbarmen und finanziert Prof. Lauterbachs dringend notwendige Maßnahme. Zweifel sind erlaubt, sowohl was das Verhältnis zwischen Bund und Ländern als auch die Lage der öffentlichen Finanzen anbelangt.

Derweil hat sich die schwarz-grüne Koalition in Hessen für einen anderen Weg entschieden und ist auf den Bummelzug der (Landarzt-)Quotierung von Studienplätzen für Kandidatinnen und Kandidaten der Allgemeinen und Inneren Medizin und des ÖGD aufgesprungen. „Probleme verschieben, statt sie zu lösen“ heißt wohl die Devise.

Aber gehen wir vom Besten aus und die 5.000 neuen Medizinstudienplätze jährlich bundesweit kämen tatsächlich. Würde das reichen? Bei Studienbeginn 2023 wäre mit den ersten niederlassungsfähigen Absolventen in 15 Jahren zu rechnen. Bis dahin wäre das Versorgungsniveau auf etwa 70 Prozent des heutigen Niveaus runtergewirtschaftet.



Und wer erklärt das nun unseren Patientinnen und Patienten?

FRANK DASTYCH

# Bei Notfallversorgung ganz weit vorn

Der Gesetzgeber strebt flächendeckend einheitliche Strukturen zur Notfallversorgung an. Deshalb hat die KVH gemeinsam mit starken Partnern das Projekt Sektorenübergreifende ambulante Notfallversorgung (SaN) initiiert.

dpa, Ärzte Zeitung, RTL, hr, Frankfurter Allgemeine Zeitung und Frankfurter Rundschau haben sich bei einer Pressekonferenz in Frankfurt über das deutschlandweit einzigartige Modellprojekt informiert. Wenig später ist SaN auch schon gestartet: im April 2022.

Dabei geht es um nicht weniger als neue Strukturen in der Notfallversorgung. Sie werden zurzeit – unter anderem durch die Unterstützung einiger KVH-Mitglieder – in den drei hessischen Landkreisen Main-Taunus, Main-Kinzig und Gießen eingeführt. Ziel ist es, eine ganzheitliche Notfallversorgung zu etablieren, um Patientinnen und Patienten nicht nur schnell, sondern auch direkt an der richtigen Stelle zu versorgen. Das geht nur durch einen breiten Schulterschluss.

Projektpartner der KVH sind: die Landkreise Main-Taunus, Main-Kinzig und Gießen, die Hessische Krankenhausgesellschaft (HKG), die Landesärztekammer Hessen (LÄKH), das Hessische Ministerium für Soziales und Integration (HMSI), der Hessische Landkreistag (HLT), der Hessische Städtetag (HST), das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland (Zi) und die Kostenträger, vertreten bei der Pressekonferenz durch vdek und AOK Hessen.



V. l.: Dr. Eckhard Starke, stellv. Vorstandsvorsitzender der KVH, Dr. Edgar Pinkowski, Präsident LÄKH, Claudia Ackermann, Leiterin der vdek-Landesvertretung Hessen, Kai Klose, Hessischer Minister für Soziales und Integration, Prof. Dr. Steffen Gramminger, Geschäftsführender Direktor HKG, Dr. Isabella Erb-Herrmann, Mitglied des Vorstands AOK Hessen

Der Hessische  
Gesundheits-  
minister  
Kai Klose im  
Interview



### BUNDESWEITE INNOVATION AUS HESSEN

Beim SaN-Projekt handelt sich um nicht weniger als eine bundesweite Innovation: Patientinnen und Patienten des Rettungsdienstes, die ambulant versorgt werden können, werden gezielt und digital gesteuert in eine Arztpraxis gebracht anstatt in ein Krankenhaus. Standardisierte und digital unterstützte Prozesse steuern sie intelligent durch das Gesundheitssystem. Die zu versorgenden Patientinnen und Patienten werden mit SmED zunächst ersteingeschätzt. Das Ergebnis der Befragung weist ein Beschwerdebild aus, die Behandlungsdringlichkeit und die geeignete Versorgungsebene. Damit werden nicht nur die ambulante Versorgung gestärkt und die Notaufnahmen entlastet, sondern Patientinnen und Patienten werden auch optimal und ressourcengerecht versorgt.

Die Projektpartner beziehen dafür ein:

1. ambulante Strukturen (Niedergelassene, ÄBD-Zentralen, Dispositionszentralen 116117),
2. stationäre Strukturen (Zentrale Notaufnahme/ Krankenhaus) und
3. rettungsdienstliche Strukturen (Zentrale Leitstellen 112, Rettungsdienst, Krankentransport)

### KVH-MITGLIEDER SIND TEIL DER LÖSUNG

Ohne die Unterstützung der KVH-Mitglieder und ohne den Ärztlichen Bereitschaftsdienst Hessen wäre das Modellprojekt überhaupt nicht machbar. Circa 70 Praxen haben sich in den drei Pilotregionen als Partnerpraxis angeboten. Als solche versorgen sie nun kurzfristig ambulante Notfallpatienten neben dem üblichen Praxisbetrieb. Dafür verzahlen die KVH, das Land Hessen und die drei Pilotlandkreise ihre bereits bestehenden Arbeitsprozesse und digitalen Systeme SmED und IVENA, um mit deren Hilfe die ambulanten Notfallpatientinnen und -patienten tagsüber in eine Partnerpraxis oder zu sprechstundenfreien Zeiten in eine ÄBD-Zentrale zu lenken.

# ZIELE DES PILOTPROJEKTS:

1. die Reduzierung vermeidbarer Transporte des Rettungsdienstes
2. die Entlastung der Notaufnahmen in Krankenhäusern bei ambulant versorgbaren Patienten unter Berücksichtigung des Grundsatzes ambulant vor stationär

Eine Projektbeteiligte, die alle drei Bereiche bestens kennt, ist KVH-Mitglied Nicola Friedhoff. Sie arbeitet als Allgemeinmedizinerin in Gießen, ist als Notärztin tätig und leitet die zentrale Notaufnahme des Evangelischen Krankenhauses Mittelhessen. „Durch SaN wird die Kooperation von Rettungsdienst, Kliniken und Praxen vorangetrieben. Das finde ich gut, denn wir wollen alle dasselbe: Patientinnen und Patienten gut behandeln. Da hilft es, miteinander zu sprechen und gemeinsam Lösungen zu finden.“



**Nicola Friedhoff, Allgemeinmedizinerin aus Gießen, engagiert sich im SaN-Projekt**

## „ERFRISCHENDE UND MUTIGE ZUSAMMENARBEIT“

„Es ist ein echter Meilenstein, Hessen ist innovativ unterwegs“, sagte Kai Klose, Hessischer Minister für Soziales und Integration, bei der Pressekonferenz. Das HMSI hatte am selben Nachmittag die gemeinsame Pressemitteilung an hessische und überregionale Medien verschickt, entsprechend groß war die Berichterstattung. „Diese Aufmerk-

samkeit hat das Projekt auch verdient“, äußerte sich der stellvertretende Vorstandsvorsitzende der KVH, Dr. Eckhard Starke. Er lobte die „erfrischende und mutige Zusammenarbeit“ aller Beteiligten. Das findet auch Vorstandsreferent Nicolas Alix, der das Projekt gemeinsam mit Julia Lampferhoff, ebenfalls Vorstandsreferentin, für die KVH leitet: „Es ist eine Herausforderung, so viele Beteiligte mit unterschiedlichen Interessen an einen Tisch zu bringen. Umso besser, dass der Startschuss nun gefallen ist und alle mit viel Engagement dabei sind.“ Da zeigt sich, dass Dr. Isabella Erb-Herrmann, Mitglied des Vorstands der AOK Hessen, Recht hat, wenn sie sagt: „Wo ein Wille ist, ist auch ein Weg.“ Denn, das wiederum betonte Claudia Ackermann, Leiterin der vdek-Landesvertretung: „Bis wir da standen, wo wir heute sind, war ein längerer Aushandlungsprozess nötig.“

## „SAN SOLL EIN BEISPIEL FÜR EINE BUNDESWEITE LÖSUNG WERDEN“

Alle wissen, worum es ihnen geht: „Unzufriedene Patientinnen und Patienten, gestresste Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie nicht erreichbare Praxen – hier müssen wir etwas tun!“, attestierte Prof. Dr. med. Steffen Gramming, Geschäftsführender Direktor der HKG. Und die Projektpartner zeigten sich genauso überzeugt wie zuversichtlich, mit SaN den Schlüssel gefunden zu haben: „Hessen hat Übung darin, über Grenzen hinweg an Lösungen zu arbeiten. SaN soll ein Beispiel für eine bundesweite Lösung werden“, so Dr. med. Edgar Pinkowski, Präsident LÄKH. Die Projektbeteiligten sind gespannt, wie das Modellprojekt anläuft und welche Erkenntnisse die Praxis bringen wird – für eine ganzheitliche Notfallversorgung.

SABINE GOTTHARDT



## Zurück in die Zukunft: Medibus 2.0

Rund 1,4 Millionen Euro an Fördergeldern stellt die Hessische Landesregierung für das Projekt Medibus 2.0 in Nordhessen zur Verfügung. Die Versorgung in der ländlichen und seit vielen Jahren unterversorgten Region ist damit bis einschließlich 2024 sichergestellt.

Seit mehr als drei Jahren rollt der Medibus inzwischen durch Nordhessen, erheblich verbessert hat sich die Versorgungssituation vor Ort in dieser Zeit nicht. Aus den Kommunen Sontra, Weißenborn, Cornberg, Nentershausen und Herleshausen ist die mobile Hausarztpraxis der KVH weiterhin nicht wegzudenken. Dennoch war es lange fraglich, ob der Bus in den kommenden Jahren weiterfährt. Die Finanzierung bereitete der KVH und allen voran ihrem stellvertretenden Vorstandsvorsitzenden Dr. Eckhard Starke erhebliches Kopfzerbrechen. Entsprechend groß war die Erleichterung, als die Hessische Landesregierung ihre finanzielle Unterstützung zusagte. Etwa 1,4 Millionen Euro stellt sie dem neuen Projekt Medibus 2.0 in den nächsten

drei Jahren zur Verfügung. Im März überreichte Kai Klose, Hessischer Minister für Soziales und Integration, den Förderbescheid vor Ort am Medibus an Dr. Starke.

„Unser Ziel ist, die medizinische und pflegerische Versorgung auch in ländlichen Gebieten langfristig zu sichern und innovative Ideen zu unterstützen. Eine solche ist der Medibus 2.0. Er ist ein Musterbeispiel für gelebte Zusammenarbeit zwischen den Institutionen vor Ort, der öffentlichen Verwaltung und den Leistungserbringerinnen und -bringern. Außerdem trägt er dazu bei, die Hausärztinnen und Hausärzte in der ländlichen Region zu entlasten“, sagte Klose bei dem Termin in Nentershausen.



Sozialminister Kai Klose überreicht den Förderbescheid an den stellvertretenden Vorstandsvorsitzenden der KVH, Dr. Eckhard Starke

## 1 BUS – 5 STANDORTE – 1.500 PATIENTEN

Der Medibus bietet eine optimale Unterstützung der hausärztlichen Versorgung in den Orten Herleshausen, Sontra, Cornberg, Nentershausen und Weißenborn.

### VERSORGUNG VOR ORT GESICHERT

Bis 2024 können sich die Bürgerinnen und Bürger in der Region nun auf den Medibus verlassen, ihre medizinische Versorgung ist gewährleistet. Darüber hinaus wurde das Leistungsangebot des Busses sogar noch erweitert. Als zusätzlicher Projektpartner ermöglicht die Diakonie Eschwege Land – und damit der Hospizdienst Freunde und Förderer der Diakonie e.V. – bereits seit Januar dieses Jahres auch eine (psycho-)soziale Beratung. Außerdem können sich die Menschen im Bus über Patientenverfügungen und Vorsorgevollmachten informieren.

„Der Medibus ist mit Blick auf die hausärztliche Versorgung in der Region derzeit kaum bis überhaupt nicht zu ersetzen. Er ist eine wichtige Säule

der Versorgung und eine verlässliche Anlaufstelle für die Patientinnen und Patienten vor Ort. Daher freut es uns ganz besonders, dass der Betrieb des Medibus mit der Unterstützung des hessischen Sozialministeriums und dessen finanziellem Engagement für drei weitere Jahre sichergestellt ist. Wir bedanken uns beim Ministerium und den weiteren Partnern für die gute Zusammenarbeit im Sinne einer bestmöglichen Versorgung der Menschen in Nordhessen und werden uns weiterhin intensiv darum bemühen, Ärztinnen und Ärzte für eine Niederlassung in der Region zu gewinnen“, unterstrich Dr. Starke die Bedeutung des Medibus für die nordhessischen Kommunen.

ALEXANDER KOWALSKI



**RÜCKRUF  
SERVICE**



**Fragen zur Abrechnung?**

**Rückruf vereinbaren!**

Seit Mai 2022 können Sie unter [www.kvhessen.de](http://www.kvhessen.de) komfortabel Termine zur Abrechnungsberatung buchen. Mit wenigen Klicks finden Sie Ihren Wunschtermin.

Über den neuen Rückrufservice im mitgliedergeschützten Bereich auf der Website können Sie ab sofort einen Termin buchen. Sie erhalten dann zum vereinbarten Termin einen Anruf der Mitarbeitenden der EBM-Hotline, um Ihr Anliegen und Ihre Fragen zu besprechen. Auch Ihre Praxismitarbeitenden mit einem Zugang zum mitgliedergeschützten Bereich auf der Website können einen telefonischen Beratungstermin buchen.

Für diese Themen eignet sich der Rückrufservice der KVH:

- zu den Abrechnungsinfos (erhalten Sie nach der Abgabe Ihrer Quartalsabrechnung)
- zu Neuerungen im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) oder
- zu Verständnisfragen zum EBM oder weiteren Abrechnungsgrundlagen wie dem Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä)
- zu Sonderverträgen oder zur ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) oder
- zur Abrechnung allgemein

#### **RÜCKRUFTERMIN BUCHEN**

Und so geht's: Sie loggen sich im mitgliedergeschützten Bereich der Website ein (Login) und wählen dort die Rubrik „Abrechnungsberatung: Rückrufservice“ durch Anklicken aus. Schon landen Sie im neuen Serviceangebot und können den für Sie passenden Termin buchen. Wir haben für Sie hierzu auch eine kleine Anleitung erstellt.

Bitte denken Sie daran, den Termin zu stornieren oder zu verlegen, wenn sich der Sachverhalt zwischenzeitlich geklärt hat oder der Termin doch nicht passt. Eine Stornierung oder die Buchung eines für Sie passenderen Termins führen Sie ebenfalls im mitgliedergeschützten Bereich der Website durch.

#### **ANDERE KONTAKTWEGE**

Sie und Ihre Praxismitarbeitenden können uns natürlich auch weiterhin telefonisch oder per E-Mail erreichen. Der Rückrufservice der Abrechnungsberatung ist ein zusätzlicher Service für Sie, damit Sie in Ihrem Praxisalltag keine kostbare Zeit verlieren.

*EMMA LUNDGREN*

## ANLEITUNG ABRECHNUNGSBERATUNG: RÜCKRUFSERVICE – TERMIN BUCHEN

- Gehen Sie auf die Website der KV Hessen [www.kvhessen.de](http://www.kvhessen.de) und wählen Sie sich dort in Ihrem Konto ein (Login).
- Klicken Sie auf die Abrechnungsberatung: Rückrufservice.  
Alternative: Wählen Sie sich direkt über die Themenseite Abrechnungsberatung: Rückrufservice unter [kvh.link/p22017](http://kvh.link/p22017) ein, dann landen Sie nach dem Login auf der richtigen Seite im mitgliedergeschützten Bereich.
- Wählen Sie jetzt ein Thema, auf das sich Ihre Frage bezieht, aus (beispielsweise ASV oder Abrechnungsinfo). Sollte Ihr Thema nicht zu den vorhandenen passen, wählen Sie einfach „Sonstiges“ aus. Ihre LANR wird automatisch generiert – wählen Sie bitte noch die zutreffende BSNR aus. Dann wählen Sie den für Sie passenden Termin durch Klicken auf den Telefonhörer aus.
- In der neuen Ansicht geben Sie unter „Mitteilung“ bitte Ihre Fragen oder Hinweise für den Rückruf an, so können sich die Mitarbeitenden von der EBM-Hotline auf den Termin vorbereiten und eventuell Fragen vorab zum Termin klären, damit das Gespräch optimal verläuft. Prüfen Sie auch unbedingt, ob Ihre Kontaktdaten und die Rufnummer korrekt sind, damit wir Sie auch erreichen können.
- Sie sehen dann den gebuchten Termin und erhalten eine Bestätigungs-E-Mail. Wir rufen Sie unter der gewünschten Telefonnummer zum vereinbarten Termin an.

Termin buchen

Um einen Termin zu buchen, wählen Sie im ersten Schritt ein Thema sowie die BSNR aus. Anschließend erscheinen freie Termine in einer Tabelle: klicken Sie den gewünschten Termin an.

Thema\*  
Abrechnungsinformation

LANR  
1111112

BSNR\*  
123456789

Verfügbare Termine

11.04.2022 – 17.04.2022

MONTAG	DINNSTAG	MITTWOCH	DONNERSTAG	FREITAG	SAMSTAG	SONNTAG
	☎ 07:30	☎ 07:30				
	☎ 07:40	☎ 07:40				
	☎ 08:10	☎ 08:10	☎ 08:10			
	☎ 08:40	☎ 08:40	☎ 08:40			

TERMIN BUCHEN

Terminübersicht

LANR  
1111112

BSNR  
123456789

Datum  
13.04.2022

Uhrzeit  
07:10

Weitere Angaben

Thema  
Abrechnungsinformation

Mitteilung (1900 Zeichen übrig)\*

ABRECHNUNGSBERATUNG: RÜCKRUFSERVICE

Guten Tag Dr. Max Mustermann (1111112)

Gebuchte Termine 📅

Hier haben Sie eine Übersicht über Ihre bereits gebuchten Termine. Diese können Sie hier stornieren oder bearbeiten.

AKTION	THEMA	BSNR	DATUM	UHRZEIT	STATUS	MITTEILUNG
🗑️	Abrechnungsinformation	391002100	04.04.2022	11:10	Gebucht	Frage
🗑️	EBM-Fragen	391002100	04.04.2022	15:10	Gebucht	Frage
🗑️	Abrechnungsinformation	391002100	04.04.2022	15:40	Gebucht	Frage
🗑️	EBM-Fragen	391002100	06.04.2022	07:10	Gebucht	Frage
🗑️	Abrechnungsinformation	391002100	07.04.2022	12:10	Gebucht	Frage
🗑️	Abrechnungsinformation	391002100	07.04.2022	15:40	Gebucht	Frage
🗑️	Sonstiges	391002100	08.04.2022	10:10	Gebucht	Coronatest
📅	Abrechnungsinformation	391002100	13.04.2022	09:40	Storniert (ASV)	Coronatest

# Leistungen der Telematikinfrastruktur abrechnen

Wie werden Leistungen rund um die Telematikinfrastruktur (TI) abgerechnet? Welche technischen Voraussetzungen sind dafür erforderlich?

Als elektronisches Netzwerk der Akteure im Gesundheitswesen stellt die TI eine Plattform für zahlreiche Fachanwendungen dar. Wichtige Infos zu den abrechenbaren Leistungen je Anwendung mit den dafür benötigten technischen Voraussetzungen erhalten Sie hier.

Um Ihre Praxis an die TI anzuschließen und Leistungen für die Anwendungen abzurechnen, benötigen Sie zunächst für jede Haupt- und Nebenbetriebsstätte folgende Komponenten:

- eHealth-Konnektor (mit Updates für TI-Module),
- E-Health-Kartenterminal und gegebenenfalls mobile Kartenterminals,

- elektronischen Heilberufsausweis (eHBA) beziehungsweise elektronischen Psychotherapeutenausweis (ePtA),
- Praxisausweis (SMC-B) zur Registrierung und Anmeldung,
- Software-Updates für das Praxisverwaltungssystem (PVS) und
- VPN-Zugangsdienst und Internetanschluss.

Damit die Ausstattung Ihrer Praxis mit der TI finanziell gefördert wird, ist die Durchführung eines Versichertenstammdatenmanagements (VSDM) notwendig. Hierbei werden die Daten der Versicherten auf der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) geprüft und bei Bedarf automatisch aktualisiert. Sie brauchen dabei keine GOP anzugeben. Der Prüfnachweis wird im PVS dokumentiert.

Alles Wichtige zur Förderung und Finanzierung der TI finden Sie auf unserer Homepage:

**[kvh.link/p22018](https://www.kvh.at/link/p22018)**

Nach der erfolgreichen Einrichtung der TI können Sie folgende Leistungen abrechnen:

## ELEKTRONISCHER MEDIKATIONSPLAN

Auf dem Elektronischen Medikationsplan (eMP) der eGK können Sie analog zu dem bundeseinheitlichen Medikationsplan bei Patientinnen oder Patienten, die mindestens drei zulasten der gesetzlichen Krankenkassen verordnete, systemisch wirkende Arzneimittel einnehmen oder anwenden, einen Medikationsplan erstellen. Die Anwendung der Arzneimittel muss für mindestens 28 Tage vorgesehen sein.



**eMP in der hausärztlichen Versorgung:** Als haus- und kinderärztlich tätige Ärztinnen und Ärzte können Sie bei Ihren Patientinnen und Patienten ohne Chronikerpauschale (GOP 03220/04220) die GOP 01630 als Zuschlag zur Versichertenpauschale abrechnen. Beachten Sie bitte, dass die GOP im Laufe von vier Quartalen nur von einer Vertragsärztin oder einem Vertragsarzt berechnungsfähig ist und eventuell Aktualisierungen mit der GOP abgegolten sind. Bei Patientinnen und Patienten mit einer Chronikerpauschale setzt die KVH Ihnen die GOP 03222/04222 als Zuschlag zur Chronikerpauschale einmal im Quartal zu. Dies erfolgt unabhängig davon, ob Sie einen Plan erstellt haben oder nicht. Der Zuschlag wird Ihnen in den drei Quartalen, die der Berechnung der GOP 01630 unmittelbar folgen, nicht zugesetzt.

**eMP in der fachärztlichen Versorgung:** Als Fachärztinnen und Fachärzte rechnen Sie für Ihre Patientinnen und Patienten, die onkologisch oder schmerztherapeutisch behandelt werden oder Transplantatträger sind, die GOP 01630 ab. Die Leistung ist im Laufe von vier Quartalen jedoch nur von einer Vertragsärztin oder einem Vertragsarzt berechnungsfähig, wenn ein Medikationsplan erstellt wurde. Eine Aktualisierung des Plans ist auch hier mit der GOP 01630 abgegolten. In allen anderen Fällen setzt Ihnen die KVH einmal im Quartal automatisch einen Zuschlag zur Grundpauschale zu (zum Beispiel GOP 05227 bei Anästhesistinnen und Anästhesisten). Wie im hausärztlichen Bereich ist auch hier die Vergütung unabhängig davon, ob ein Plan bei der Patientin oder dem Patienten erstellt wurde. Die Zuschlagshöhe ist von Fachgruppe zu Fachgruppe unterschiedlich.

### NOTFALLDATENMANAGEMENT

Mit dem Notfalldatenmanagement (NFDm) dokumentieren Sie medizinische Informationen auf der eGK, die im Notfall für die Versorgung wichtig sind.

■ **Notfalldatensatz anlegen:** Wenn Sie für eine Patientin oder einen Patienten einen Notfalldatensatz mit medizinisch notfallrelevanten Informationen (wie Befunddaten und Medikation) anlegen, können Sie dafür die GOP 01640 abrechnen. Sie können die GOP 01640 nur

abrechnen, wenn eine Anlage medizinisch notwendig ist und noch kein Notfalldatensatz auf der eGK vorhanden ist.

- **Zuschlag Notfalldatensatz:** Mit der GOP 01641 werden verschiedene Tätigkeiten rund um den Notfalldatensatz pauschal vergütet. Die GOP 01641 wird automatisch von der KVH zu jeder Versicherten-, Grund- und Konsiliarpauschale zugesetzt. Voraussetzung ist, Sie verfügen über die technischen Voraussetzungen, um das NFDm durchzuführen.
- **Notfalldatensatz löschen:** Die GOP 01642 können Sie abrechnen, wenn Sie auf ausdrücklichen Wunsch der Patientin oder des Patienten sämtliche notfallrelevante Informationen löschen.

Die drei **GOP 01640, 01641 und 01642** können Sie im Behandlungsfall nicht nebeneinander abrechnen.

### ELEKTRONISCHE PATIENTENAKTE

Die Elektronische Patientenakte (ePA) soll die bisher an verschiedenen Orten wie Praxen und Krankenhäusern abgelegten Patientendaten digital zusammentragen.

- **ePA erstbefüllen:** Die GOP 01648 für die Erstbefüllung der ePA rechnen Sie ab, wenn Sie als Erste oder Erster zum Beispiel Befunde oder Arztbriefe auf Wunsch der Patientinnen und Patienten in der ePA speichern. Die GOP 01648 können Sie sektorenübergreifend je Patientin oder Patient nur einmal abrechnen.
- **ePA bearbeiten:** Erfassen, verarbeiten und speichern Sie Daten in der ePA, dann rechnen Sie dafür die GOP 01647 als Zusatzpauschale zu Ihrer Versicherten-, Grund- und Konsiliarpauschale ab. Die GOP 01647 können Sie im Behandlungsfall nicht neben der GOP 01648 (Erstbefüllung) abrechnen.
- **ePA bearbeiten ohne persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt (pAPK):** Findet kein pAPK statt, rechnen Sie die GOP 01431 als Zusatzpauschale zu den GOP 01430 (Verwaltungskomplex), 01435 (Bereitschaftspauschale) und 01820 (Rezepte, Überweisungen, Befundübermittlung) ab.



**VERSAND DER ELEKTRONISCHEN ARBEITSUNFÄHIGKEITSBESCHEINIGUNG**

Die elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (eAU) ist die elektronische Form der bisherigen papiergebundenen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (Muster 1) und wird diese in Zukunft ersetzen.

- **Versand an Patientin oder Patient:** Die Kostenpauschale 40128 können Sie abrechnen, wenn Sie im Rahmen einer Videosprechstunde eine Arbeitsunfähigkeit feststellen und anschließend die mittels Stylesheet erzeugte Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung per Post an die Patientin oder den Patienten versenden.
- **Versand an die Krankenkasse:** Die Kostenpauschale 40130 können Sie für die postalische Versendung einer mittels Stylesheet erzeugten papiergebundenen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung an die Krankenkasse abrechnen. Die Kostenpauschale 40130 können Sie nur dann abrechnen, wenn Sie nach Ausstellung der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung feststellen, dass die Datenübermittlung an die Krankenkasse nicht möglich ist und diese nicht bis zum Ende des nachfolgenden Werktages nachgeholt werden kann.
- **Versand an Patientin oder Patient nach Besuch:** Die Versendung der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung an die Patientin oder den Patienten können Sie mit der GOP 40131 abrechnen, wenn diese nach einem Hausbesuch nach GOP 01410, 01411, 01412, 01413, 01415 oder 01418 erfolgt. In der Praxis drucken Sie die papiergebundene Bescheinigung mittels Stylesheet aus und senden diese an die Patientin oder den Patienten im Nachgang per Post zu.

**ELEKTRONISCHER ARZTBRIEF**

Der eArztbrief ermöglicht Ihnen das schnelle und einfache Versenden und Empfangen von medizinischen Informationen direkt aus dem PVS heraus.

Für den Versand des eArztbriefs rechnen Sie die GOP 86900 und für den Empfang eines eArztbriefs die GOP 86901 ab. Die Vergütung für beide Pauschalen unterliegt einem gemeinsamen Höchstwert von 23,40 € je Quartal und Ärztin und Arzt beziehungsweise Psychotherapeutin und Psychotherapeut.

Zusätzlich erhalten Sie eine Strukturförderpauschale (GOP 01660) als Zuschlag ausschließlich für das Versenden eines eArztbriefs automatisch von der KVH zugesetzt. Die GOP 01660 wird ohne eine Höchstwertbegrenzung vergütet. Um den Versand und Empfang von eArztbriefen abzurechnen, nutzen Sie zwingend den Dienst für Kommunikation im Medizinwesen (KIM).

Aktuelle Informationen zu diesem dynamischen Thema und die regelmäßig aktualisierte Übersicht finden Sie auf unserer Homepage bei den jeweiligen Fachanwendungen (zum Beispiel ePA: [kvh.link/p22019](https://www.kvh.link/p22019)).

Weitere Fachanwendungen wie das elektronische Rezept befinden sich derzeit in der Testphase.

THOMAS DERKS,  
CHRISTINE SCHNEIDER

TI-Fachanwendungen abrechnen			
Fachanwendung	GOP	Bewertung	Technische Voraussetzungen
Elektronischer Medikationsplan (eMP)	GOP 01630 (Zuschlag für die Erstellung eines Medikationsplans)	4,39 Euro* (39 Punkte)	– Update eHealth-Konnektor (PTV3**) – eGK (evtl. mit PIN) – eHBA – PVS mit NFDM/eMP-Modul – Stationäres Kartenlesegerät – Internetverbindung
	GOP 03222/04222 (von KVH zugesetzt)	1,13 Euro* (10 Punkte)	

TI-Fachanwendungen abrechnen			
Fachanwendung	GOP	Bewertung	Technische Voraussetzungen
Notfalldatenmanagement (NFDM)	GOP 01640 (Anlegen der Notfalldaten)	9,01 Euro* (80 Punkte)	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Update eHealth-Konnektor (PTV3)</li> <li>– eGK (evtl. mit PIN)</li> <li>– eHBA</li> <li>– PVS mit NFDM/eMP-Modul</li> <li>– Stationäres Kartenlesegerät</li> <li>– Internetverbindung</li> </ul>
	GOP 01641 (von KVH zugesetzt)	0,45 Euro* (4 Punkte)	
	GOP 01642 (Löschung von Notfalldaten)	0,11 Euro* (1 Punkt)	
Elektronische Patientenakte (ePA)	GOP 01648 (Erstbefüllung)	10,03 Euro* (89 Punkte)	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Update eHealth-Konnektor (PTV4 oder PTV5)</li> <li>– eGK</li> <li>– eHBA / ePtA</li> <li>– PVS</li> <li>– Stationäres Kartenlesegerät</li> <li>– Internetverbindung</li> </ul>
	GOP 01647 (Zusatzpauschale ePA)	1,69 Euro* (15 Punkte)	
	GOP 01431 (Zusatzpauschale ePA zur 01430, 01435 oder 01820)	0,34 Euro* (3 Punkte)	
Elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (eAU)	GOP 40128 (Postalische Versendung einer mittels Stylesheet erzeugten AU an Patienten bei Patientenkontakt per Video)	0,86 Euro	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Update eHealth-Konnektor (PTV3)</li> <li>– eGK</li> <li>– eHBA</li> <li>– PVS mit eAU-Modul</li> <li>– Stationäres Kartenlesegerät</li> <li>– Internetverbindung</li> <li>– KIM-Dienst</li> </ul>
	Ersatzverfahren bei TI-Ausfall: GOP 40130 (Postalische Versendung einer mittels Stylesheet erzeugten AU an die Krankenkasse)	0,86 Euro	
	GOP 40131 (Postalische Versendung einer mittels Stylesheet erzeugten AU an die Patientin oder den Patienten bei Durchführung einer Besuchsleistung)	0,86 Euro	
Elektronischer Arztbrief (eArztbrief)	GOP 86900 (Versand eines eArztbriefs)	0,28 Euro	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Update eHealth-Konnektor (PTV3)</li> <li>– Vertrag mit einem zugelassenen KIM-Anbieter</li> <li>– Client-Modul für KIM (wird vom Anbieter gestellt)</li> <li>– PVS-Modul für KIM-Dienst</li> <li>– eHBA/ePtA oder SMC-B (zur Aktivierung)</li> <li>– Internetverbindung</li> </ul>
	GOP 86901 (Empfang eines eArztbriefs)	0,27 Euro	
	GOP 01660 (Förderpauschale Versand eArztbrief von KVH zugesetzt)	0,11 Euro* (1 Punkt)	

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

\*\* PTV = Produkt-Typ-Version



## Viel Action auf dem Online Campus 2.0

Seit Anfang des Jahres ist das Ärztliche Kompetenzzentrum Hessen mit dem zugehörigen Online Campus live. Seit April gibt es interessante Erweiterungen.

Das Ärztliche Kompetenzzentrum Hessen (ÄKH) unterstützt mit vielfältigen Services den Weg in die Niederlassung. Im Online Campus werden Angebote gebündelt und stehen registrierten Nutzerinnen und Nutzern kostenfrei zur Verfügung. Bisher gehörten dazu unter anderem eine Akademie, die Wissen digital vermittelt, ein Forum zur Vernetzung und Diskussion, Weiterbildungsnetzwerke, ein Coachingprogramm für Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung sowie die Möglichkeit, Förderanträge digital einzureichen und stets den aktuellen Status einzusehen.

Nach einem erfolgreichen Start mit 50 Registrierungen für den Online Campus innerhalb von acht Wochen und stetig wachsenden Followerzahlen bei Facebook und Instagram gibt es jetzt bereits eine Folgeversion. Im Online Campus 2.0 wurden die Ideen und das Feedback der primären Zielgruppe (Studierende und Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung) ebenso wie erste Erfahrungen des Teams aufgegriffen und umgesetzt.

## GEMEINSAM STÄRKER

Insbesondere die Vernetzung mit (zukünftigen) Kolleginnen und Kollegen wird durch die Folgeversion 2.0 erleichtert. Registrierte Personen können in einem persönlichen Profil ihre Kontaktdaten hinterlegen. Dieses persönliche Profil war bislang nur für das Team des Ärztlichen Kompetenzzentrums sichtbar. Mit der neuen Version kann es nun öffentlich gemacht werden. Über die Suche (beispielsweise über das Fachgebiet und den Wohnort) oder Beiträge im Forum lassen sich die öffentlichen Profile nun finden und der eigenen Netzwerkliste hinzufügen. Über die Netzwerkliste werden interessante Kontakte gespeichert. Die Kontaktaufnahme erfolgt über die hinterlegten und öffentlich gemachten Kontaktdaten.

Des Weiteren bietet der neue Menüpunkt „Lerngruppen“ die Möglichkeit, eigene kleine Veranstaltungen in den Online Campus einzustellen und zu bewerben. Der Begriff „Lerngruppen“ wurde gewählt, da insbesondere Studierenden und Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung die Möglichkeit gegeben werden sollte, sich für eine gemeinsame Prüfungsvorbereitung zu verabreden. Registrierte Nutzerinnen und Nutzer können ihre Veranstaltungsidee mit Titel, kurzem Text, Uhrzeit und Ort einstellen und die Liste der Teilnehmenden verwalten. Interessierte Personen können sich anmelden, insofern es noch freie Plätze gibt. Auch Praxen und Kliniken haben die Möglichkeit, ihre Weiterbildungsveranstaltungen hier einzustellen. Ebenso werden an dieser Stelle künftig die Veranstaltungen des Teams ÄKH, beispielsweise Get-together mit den Studierenden, buchbar sein.

Eine Hessenkarte mit eingezeichneten Weiterbildungsstätten gibt es jetzt zusätzlich zu den fachärztlichen Weiterbildungsmöglichkeiten auch für das Praktische Jahr (PJ). Studierende haben dadurch die Möglichkeit, nach PJ-Stellen zu suchen.

## SCHNELLER ZUM ZIEL

Nach dem Login im Online Campus erscheint nun anstelle einer statischen Startseite ein sich aktuell anpassendes, übersichtliches Dashboard. Hier finden Nutzende die neuesten Beiträge aus dem Forum und der Akademie sowie neue Veranstaltungsangebote. Wichtige Themen können so kaum übersehen werden. Zusätzlich erleichtern einige technische Verbesserungen, wie eine zweite Ebene im Menü auf der linken Seite, die Navigation durch den Online Campus.

Ob studierend, in Weiterbildung oder bereits niedergelassen, die Registrierung lohnt sich. Besuchen Sie [kvh.link/p22020](https://www.kvh.link/p22020) und profitieren Sie von dem gesamten kostenfreien Angebot!

MARA KLAHR

Bei Fragen und Anregungen steht Ihnen das Team des Ärztlichen Kompetenzzentrums Hessen gerne zur Verfügung.

069 24741-7191  
[aerzte-fuer-hessen@kvhessen.de](mailto:aerzte-fuer-hessen@kvhessen.de)  
[kvh.link/p22020](https://www.kvh.link/p22020)

# ONLINE CAMPUS 2.0

Das Ärztliche Kompetenzzentrum Hessen steht an Ihrer Seite mit einem starken Netzwerk, finanzieller Förderung und persönlicher Beratung. Registrieren Sie sich jetzt!

# Freie Sitze in Hessen unter [www.kvhessen.de](http://www.kvhessen.de)

Gibt es freie Sitze für Hausärzte in Frankfurt? Kann ich mich als Dermatologin im Landkreis Kassel niederlassen? Niederlassungsinteressierte finden freie Arzt-sitze auf der Homepage der KVH.

Wie viele Ärztinnen und Ärzte und Psychotherapeu-tinnen und Psychotherapeuten eine Zulassung zur Versorgung von gesetzlich versicherten Patientinnen und Patienten erhalten, ist vom Gesetzgeber in der Bedarfsplanung strikt geregelt. Die Bedarfsplanung soll die vertragsärztliche Versorgung sicherstellen und gewährleisten, dass sich ausreichend und flächendeckend Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten niederlassen können. Gleichzeitig verhindert sie, dass sich zu viele Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten einzelner Fachrichtungen an bestimmten Standorten niederlassen.

Um eine flächendeckende Verteilung der ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung zu gewährleisten, bestehen differenzierte, in ihrer Größe und im Zuschnitt unterschiedliche Planungsbereiche. Hausärzte werden dabei kleinräumig beplant, Fachärzte großflächiger (je spezialisierter, desto größere Planungsbereiche).

Zwei Mal im Jahr stellt der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen in Hessen fest, in welchen Arztgruppen und Planungsbereichen zusätzliche Sitze für eine Niederlassung zur Verfügung stehen und welche Planungsbereiche für weitere Niederlassungen gesperrt werden. Für niederlassungsinteressierte Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sind diese Informationen enorm wichtig, denn oftmals stellt sich nach der Entscheidung zur Niederlassung oder zu einer Tätigkeit in Anstellung im ambulanten Bereich die Frage: „Wie erhalte ich eine kassenärztliche Zulassung?“

## AUSGESCHRIEBENE ODER FREIE SITZE?

Damit Nutzerinnen und Nutzer beides leicht finden, wurde auf der Website der KVH sowohl im Navigationsmenü „Mitglieder“ als auch im Menü

„Für Berufseinsteiger“ eine neue Ebene „Arzt- und Psychotherapeutesitze“ hinzugefügt, die den Unterschied eindeutig konkretisiert. In gesperrten Gebieten dürfen sich Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die gesetzlich Versicherte behandeln möchten, nur neu niederlassen oder anstellen lassen, wenn sie die Praxis eines Vorgängers übernehmen oder im Job-sharing tätig werden. In offenen Planungsbereichen hingegen bestehen keine Zulassungsbeschränkungen. Hier gibt es freie Sitze.

Neben den ausgeschriebenen Sitzen, die bereits auf unserer Homepage veröffentlicht werden, können nun auch die aus der Bedarfsplanung resultierenden freien Sitze ganz bequem über eine digitale filterbare Liste abgerufen werden. Und diese werden ständig aktualisiert! Wurden freie Sitze durch den Zulassungsausschuss für Ärzte oder Psychotherapie bereits vergeben, wird dies bei der Veröffentlichung berücksichtigt.

Sofern eine Bewerbungsfrist angezeigt wird, hat dies folgenden Hintergrund: Freie Sitze mit Bewerbungsfrist resultieren aus dem zuletzt gültigen Beschluss des Landesausschusses der Ärzte und Krankenkassen in Hessen. Dieser Beschluss wird mit der Angabe einer konkreten Bewerbungsfrist veröffentlicht, damit der Zulassungsausschuss für Ärzte oder Psychotherapie im Fall von mehreren Bewerberinnen und Bewerbern um einen Sitz eine Entscheidung im Rahmen eines Auswahlverfahrens treffen kann.

Sind Sie neugierig geworden? Werfen Sie einen Blick auf die freien Sitze in Hessen! Bei Fragen rund um das Thema Niederlassung stehen Ihnen die Kolleginnen und Kollegen in den BeratungsCentern der KVH gerne zur Verfügung!

ANITA PFEIFFER

GASTBEITRAG VON DR. CLAUD HAESER,  
ALLGEMEINMEDIZINER UND VORSTANDSBERATER DER KVH

## Qualität setzt sich durch

Um den kollegialen Austausch zu stärken, haben viele Qualitätszirkel während der Pandemie hybride oder Online-Veranstaltungsvarianten ausprobiert.



Wegen der Pandemie sind viele Qualitätszirkel auf Online-Formate der Zirkel gewechselt. Neben der finanziellen Unterstützung der KVH zur Finanzierung einer Lizenz für die QZ-Videokonferenzen gibt es auf der Qualitätszirkel-Website der KBV weitere Neuigkeiten. Dort finden sich über 30 Qualitätszirkel-Module inklusive eines neuen Videos zu Online-Qualitätszirkeln unter <https://www.kbv.de/html/57129.php>. Das neue Video soll motivieren, einen Online-Zirkel abwechslungsreich mit virtuellen Pinnwänden oder aktiven Pausen zu gestalten.

Ein Hinweis: Für den 10. September 2022 ist ein Online-Erfahrungsaustausch der hessischen Moderatorinnen und Moderatoren geplant. Weitere Infos folgen bald unter <https://veranstaltung.kvhessen.de>.

DR. MED. CLAUD HAESER

Bei Fragen steht Ihnen das Team Qualitäts- und Veranstaltungsmanagement gerne zur Verfügung.

069 24741-7552  
[qualitaetszirkel@kvhessen.de](mailto:qualitaetszirkel@kvhessen.de)

### Qualitätszirkel online planen und durchführen: So geht's



In Qualitätszirkeln tauschen sich KVH-Mitglieder fachlich aus. Das geht auch online. Ein neues Video zeigt, worauf es bei der Planung und Durchführung ankommt.

# Gar nicht so einfach: Hepatitis-Impfungen

Wer sollte sich gegen Hepatitis impfen lassen?

Wird eigentlich (noch) aufgefrischt? Ist eine Titerbestimmung sinnvoll?

Was zahlt die Krankenkasse? Und wie war das nochmal mit Twinrix?

Zu den Impfungen gegen Hepatitis erreichen uns mit großer Regelmäßigkeit Anfragen aus den Praxen. Hier die wichtigsten Infos.

Spätestens seit der Impfung gegen das SARS-CoV-2-Virus ist die Ständige Impfkommission (STIKO) in aller Munde. Sie erarbeitet auf Basis von Studien- und epidemiologischen Auswertungen bundesweite Impfempfehlungen für Deutschland – so auch für die Impfungen gegen Hepatitis A und B. Diese Empfehlungen sind nicht automatisch Leistung der gesetzlichen Krankenversicherungen, sie müssen dafür in die Schutzimpfungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses übernommen werden. Erst mit diesem Schritt werden die eigentliche Leistungspflicht und Einzelheiten wie Voraussetzungen, Art und Umfang der präventiven Impfungen definiert. Anschließend werden auf Länderebene noch die Honorare für die Impfleistung vereinbart und der Bezug der Impfstoffe geregelt. Erst nach Abschluss dieser Verhandlungen

können in Hessen die Impfstoffe als Kassenleistung bei Ihren Patienten verimpft werden.

## HEPATITIS-IMPFUNGEN NACH DEN EMPFEHLUNGEN DER STIKO

### Grundimmunisierung gegen Hepatitis A

Die Hepatitis-A-Impfung gehört nicht zu den Standardimpfungen, die von der STIKO für die gesamte Bevölkerung empfohlen werden. Bestimmte Personengruppen gelten jedoch als besonders gefährdet und sollten daher über einen Impfschutz verfügen (Tabelle 1). Außerdem empfiehlt die STIKO Reisenden in Regionen mit hoher Hepatitis-A-Prävalenz die Impfung.

### Grundimmunisierung gegen Hepatitis B

Die Hepatitis-B-Impfung gehört zu den empfohlenen Standardimpfungen im Säuglingsalter. Wird zu die-

Tabelle 1: Hepatitis-A-Impfung – Empfehlungen der STIKO [1]

Indikationsimpfung	Berufliche Indikation
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Personen mit einem Sexualverhalten mit erhöhtem Expositionsrisiko, z. B. Männer, die Sex mit Männern haben (MSM)</li> <li>■ Personen mit häufiger Übertragung von Blutbestandteilen, z. B. i.v. Drogenkonsumierende, Hämophile, oder mit Krankheiten der Leber/ mit Leberbeteiligung</li> <li>■ BewohnerInnen von psychiatrischen Einrichtungen oder vergleichbaren Fürsorgeeinrichtungen für Menschen mit Verhaltensstörung oder Zerebralschädigung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Gesundheitsdienst (inkl. Sanitäts- und Rettungsdienst, Küche, Labor, technischer und Reinigungsdienst, psychiatrische und Fürsorgeeinrichtungen)</li> <li>■ Personen mit Abwasserkontakt, z. B. in Kanalisationseinrichtungen und Klärwerken Beschäftigte</li> <li>■ Personen mit Tätigkeit (inkl. Küche und Reinigung) in Kindertagesstätten, Kinderheimen, Behindertenwerkstätten, Asylbewerberheimen u. a.</li> </ul>



Viele, die sich mit Hepatitis B infizieren, merken nichts davon. Dennoch können sie andere anstecken.

sem Zeitpunkt nicht geimpft und die Impfung auch nicht bis zum 18. Geburtstag nachgeholt, sieht die STIKO nur noch für besonders gefährdete Personengruppen eine Indikation: Personen mit bestimmten Erkrankungen und solche mit erhöhtem beruflichem oder nichtberuflichem Expositionsrisiko (Tabelle 2).

Vor Reisen soll im Hinblick auf das konkrete Expositionsrisiko eine individuelle Gefährdungsbeurteilung stattfinden.

### AUFRISCHIMPFUNGEN

Bei der Hepatitis-A-Impfung kann nach einer vollständigen Grundimmunisierung (monovalenter Impfstoff: zwei Dosen, Hepatitis-A/B-Kombinationsimpfstoff: drei Dosen) von einem anhaltenden Schutz ausgegangen werden. Die STIKO weist darauf hin, dass nur in Einzelfällen (zum Beispiel HIV-Infizierte mit signifikanter Immunsuppression) aufgefrischt wird [3]. Die Angaben in der Fachinformation des jeweiligen Impfstoffs sind zu beachten.

Tabelle 2: Hepatitis-B-Impfung – Empfehlungen der STIKO [1]

Indikationsimpfung	Berufliche Indikation
<p><b>1.</b> Personen, bei denen wegen einer vorbestehenden oder zu erwartenden Immundefizienz, z. B. eine geplante Immunsuppression, oder wegen einer vorbestehenden Erkrankung ein schwerer Verlauf einer Hepatitis-B-Erkrankung zu erwarten ist, z. B.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ HIV-Positive</li> <li>■ Hepatitis-C-Positive</li> <li>■ DialysepatientInnen</li> </ul> <p><b>2.</b> Personen mit einem erhöhten nicht-arbeitsbedingten Expositionsrisiko, z. B.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Kontakt zu HBsAg-Trägern in Familie/Wohngemeinschaft</li> <li>■ Sexualverhalten mit hohem Infektionsrisiko</li> <li>■ i.v. Drogenkonsumierende</li> <li>■ Untersuchungshäftlinge und Strafgefangene</li> <li>■ ggf. PatientInnen psychiatrischer Einrichtungen</li> </ul>	<p><b>3.</b> Personen mit erhöhtem arbeitsbedingtem Expositionsrisiko, einschließlich Auszubildende, PraktikantInnen, Studierende und ehrenamtlich Tätige mit vergleichbarem Expositionsrisiko, z. B.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Personal in medizinischen Einrichtungen (einschließlich Labor- und Reinigungspersonal)</li> <li>■ Personal im Sanitäts- und Rettungsdienst</li> <li>■ betriebliche Ersthelfer</li> <li>■ PolizistInnen</li> <li>■ Personal von Einrichtungen, in denen eine erhöhte Prävalenz von Hepatitis-B-Infizierten zu erwarten ist (z. B. Gefängnisse, Asylbewerberheime, Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen)</li> </ul>



Ähnlich bei der Hepatitis-B-Impfung: Laut STIKO „ist eine Auffrischimpfung nach Impfung im Säuglingsalter und Kleinkindalter derzeit für Kinder, Jugendliche und Erwachsene ohne besonderes Risiko nicht generell empfohlen“ [1]. Die Fachinformation zum Beispiel von Engerix®-B Erwachsene (Stand: September 2020) [4] äußert sich analog: „Nach aktueller Datenlage ist eine Auffrischimpfung bei immunkompetenten Personen [...] nicht notwendig.“

Wurde im Säuglingsalter gegen Hepatitis B geimpft und tritt ein neues Hepatitis-B-Risiko auf (z. B. Aufnahme einer Beschäftigung im Gesundheitsdienst), wird von der STIKO eine weitere Impfstoffdosis empfohlen, wenn der Anti-HBs-Status unbekannt ist [1].

Für Personen mit einem besonderen Risiko für eine Hepatitis-B-Infektion empfiehlt die STIKO ein abweichendes Vorgehen: Bei bekannter Immundefizienz (z. B. bei Dialyse) sollen jährliche Anti-HBs-Kontrollen durchgeführt werden. Ist der Anti-HBs-Wert < 100 IE/l, wird eine Auffrischimpfung durchgeführt. Bei besonders hohem individuellem Expositionsrisiko wird der Anti-HBs-Wert zehn Jahre nach der letzten Impfung kontrolliert. Eine Auffrischimpfung wird auch hier empfohlen, wenn der Anti-HBs-Wert < 100 IE/l ist. Als Beispiele für ein besonders hohes individuelles Risiko führt die STIKO Sexualpartner von HBsAg-Trägern, OP-Personal, das regelmäßig HBsAg-positive Patient\*innen operiert, sowie immunsupprimierte Beschäftigte auf [5].

## ANTIKÖRPERBESTIMMUNGEN GEMÄSS STIKO

Eine generelle Vor- bzw. Nachtestung zur Kontrolle des Impferfolgs – insbesondere bei gesunden, regulär grundimmunisierten Personen – ist bei Hepatitis-Impfungen nicht erforderlich. In folgenden Fällen sind Ausnahmen möglich.

### Hepatitis-A-Impfung

Haben Personen länger in Endemiegebieten gelebt, sind sie in Familien aus Endemiegebieten aufgewachsen oder wurden sie vor 1950 geboren, kann eine Bestimmung der HA-Antikörper vor der Impfung durchgeführt werden. Es besteht jedoch keine Gefahr der „Überimpfung“. Eine routinemäßige Antikörperbestimmung nach der Impfung wird nicht empfohlen [3].

### Hepatitis-B-Impfung

Für die in Tabelle 2 aufgeführten Personen kann eine serologische Vortestung erfolgen, wenn die Personen ein hohes anamnestisches Expositionsrisiko haben. Da die Konzentration von HB-Antikörpern mit dem Ausmaß des Impferfolgs korreliert, soll bei allen Personen der Tabelle 2 nach der Impfung eine Titerbestimmung erfolgen (4–8 Wochen nach der letzten Dosis der Grundimmunisierung). Details können der aktuellen STIKO-Empfehlung entnommen werden [1].

# 33,7 % WENIGER PATIENTEN

**Drastischer Rückgang bei Hepatitis-A+B-Impfungen. Im Vergleich von 2019 zu 2021 erhielten insgesamt 33,7 Prozent weniger Patientinnen und Patienten eine Impfung gegen Hepatitis-Viren. Dabei ist der Rückgang der Hepatitis-A-Impfungen deutlich stärker ausgeprägt als bei Hepatitis-B-Impfungen.**

### HEPATITIS-IMPFUNGEN IN DER GKV

Dass gesetzlich Versicherte Anspruch auf Schutzimpfungen haben, ist grundsätzlich im Sozialgesetzbuch V (SGB V) festgelegt. Die Einzelheiten regelt die Schutzimpfungs-Richtlinie (SI-RL) des G-BA.

Der G-BA übernimmt dabei in der Regel die Empfehlungen der STIKO; er kann von diesem Vorgehen nur mit expliziter Begründung abweichen. Daher legt die Anlage 1 der SI-RL fest, dass beide Hepatitis-Impfungen bei jenen Personen durchgeführt werden können, für die auch die STIKO eine

Empfehlung ausspricht (siehe Tabelle 1 und 2) [6]. Darüber hinaus ist hier geregelt, dass die Impfungen auch dann zulasten der GKV durchgeführt werden können, wenn sie im Zusammenhang mit einer beruflichen oder im Rahmen einer Ausbildung notwendigen Reise stehen [6].

Die Impfvereinbarungen zwischen der KVH und den Krankenkassen definieren ergänzend dazu den Bezugsweg für Impfstoffe und die Abrechnung der Impfleistung auf Landesebene [7].

**Tabelle 3: Kostenträger, Abrechnung und Bezugswege bei Impfungen gegen Hepatitis A, Hepatitis B und Hepatitis A+B in Abhängigkeit von Alter, Gesundheitszustand und Beruf der zu impfenden Person**

Impfung gegen	Konstellation	Kosten-träger	Dokumentation und Abrechnung	Bezugs-weg
<b>Grundimmunisierung</b>				
Hepatitis A	Person ohne Indikation	privat	privat	Privat-rezept
	Person mit Indikation (z. B. häufige Übertragung von Blutbestandteilen <sup>1)</sup> )	GKV	89105 A/B	SSB
	Person mit erhöhtem beruflichen oder durch eine Ausbildung bedingtem Expositionsrisiko; ggf. auch im Zusammenhang mit einer beruflichen oder im Rahmen einer Ausbildung notwendigen Reise	GKV	89105 V/W	SSB
Hepatitis B	Kind oder Jugendliche/-r mit oder ohne Indikation	GKV	89106 A/B	SSB
	Erwachsene/-r mit Indikation (z. B. chronische Hepatitis C <sup>1)</sup> )	GKV	89107 A/B	SSB
	Person mit erhöhtem beruflichen oder durch eine Ausbildung bedingtem Expositionsrisiko; ggf. auch im Zusammenhang mit einer beruflichen oder im Rahmen einer Ausbildung notwendigen Reise	GKV	89107 V/W/	SSB
	Dialysepatient/-in	GKV	89108 A/B	SSB



**Tabelle 3: Kostenträger, Abrechnung und Bezugswege bei Impfungen gegen Hepatitis A, Hepatitis B und Hepatitis A+B in Abhängigkeit von Alter, Gesundheitszustand und Beruf der zu impfenden Person**

Impfung gegen	Konstellation	Kosten-träger	Dokumentation und Abrechnung	Bezugs-weg
<b>Grundimmunisierung</b>				
Hepatitis A+B	Nur bei Vorliegen der Indikationen für eine Hepatitis-A- und eine Hepatitis-B-Impfung (siehe oben)	GKV	89202 A/B	SSB
	Person mit erhöhtem beruflichen oder durch eine Ausbildung bedingtem Expositionsrisiko für eine Hepatitis-A- und eine Hepatitis-B-Infektion; ggf. auch im Zusammenhang mit einer beruflichen oder im Rahmen einer Ausbildung notwendigen Reise	GKV	89202 V/W	SSB

<b>Auffrischimpfung</b>				
Hepatitis A	Nur im Einzelfall (z. B. HIV-Infizierte mit signifikanter Immunsuppression)	GKV	89105 R	SSB
	Gesunde Person, die eine Auslandsreise plant	privat	privat	Privat-rezept
Hepatitis B	Person mit Indikation (z. B. chronische Hepatitis C <sup>1</sup> )	GKV	89107 R	SSB
	Person mit erhöhtem beruflichen oder durch eine Ausbildung bedingtem Expositionsrisiko; ggf. auch im Zusammenhang mit einer beruflichen oder im Rahmen einer Ausbildung notwendigen Reise	GKV	89107 X	SSB
	Dialysepatient/-in	GKV	89108 R	SSB
	Gesunde Person, die eine Auslandsreise plant	privat	privat	Privat-rezept
Hepatitis A+B	Nur im Einzelfall, beispielsweise bei Personen mit signifikanter Immundefizienz und Indikation für Hepatitis-A- und -B-Auffrischimpfung (siehe oben)	GKV	89202 R	SSB
	Gesunde Person, die eine Auslandsreise plant	privat	privat	Privat-rezept

<sup>1</sup> beispielhafte, nicht abschließende Nennung (vollständige Auflistung siehe Anlage 1 zur Schutzimpfungs-Richtlinie, Spalte 2)

## ANTIKÖRPERBESTIMMUNG ALS GKV-LEISTUNG

In bestimmten Situationen (Tabelle 4) kann gemäß SI-RL eine Antikörperbestimmung zulasten der GKV durchgeführt und abgerechnet werden [6].

Tabelle 4: Titerbestimmungen im Zusammenhang mit Hepatitis-Impfungen gemäß Schutzimpfungs-Richtlinie [6]	
Hepatitis A	Hepatitis B
<b>Vor der Impfung:</b>	
Eine serologische Vortestung auf Anti-HAV kann erfolgen, wenn Personen länger in Endemiegebieten gelebt haben oder in Familien aus Endemiegebieten aufgewachsen sind oder vor 1950 geboren wurden.	Personen der Tabelle 2: Eine serologische Vortestung kann erfolgen, wenn Personen ein hohes anamnestisches Expositionsrisiko haben.
<b>Nach der Impfung:</b>	
Nicht vorgesehen	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Geringes Geburtsgewicht oder HBsAg-positive Mutter bzw. Mutter mit unbekanntem HBsAg-Status: Bei den in diesen Fällen erforderlichen serologischen Kontrollen beim Säugling vgl. Epidemiologisches Bulletin Nr. 34 vom 20. August 2020.</li> <li>■ Personen der Tabelle 2: Eine serologische Kontrolle des Impferfolges soll bei allen Personen erfolgen. Nähere Erläuterungen zur Kontrolle des Impferfolges und zum weiteren Vorgehen siehe Epidemiologisches Bulletin Nr. 36/37 vom 9. September 2013.</li> </ul>

## NEUEINFÜHRUNG: SCREENING AUF HEPATITIS-INFektion

Für das Screening auf eine Hepatitis-B- und Hepatitis-C-Virusinfektion für Versicherte ab 35 Jahren wurden zum 1. Oktober 2021 neue Leistungen in den EBM aufgenommen. Der Nachweis einer durchgemachten Hepatitis-B-Infektion erfolgt durch die Bestimmung des HBs-Antigens, nicht über eine Antikörperbestimmung (Anti-HBs).

KVBW

## DER BEITRAG WURDE MIT GENEHMIGUNG VON AUTOREN UND HERAUSGEBER AUS VERORDNUNGSFORUM 60 VOM FEBRUAR 2022 VON DER KV BADEN-WÜRTTEMBERG ÜBERNOMMEN UND VON JENNIFER WATERMANN (KVH) ANGEPASST AUF HESSISCHE REGELUNGEN.

### Literatur

- [1] Ständige Impfkommision: Empfehlungen der Ständigen Impfkommision (STIKO) beim Robert-Koch-Institut 2021. Epid Bull 2021; 34: 3–63
- [2] Gemeinsamer Bundesausschuss: Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Schutzimpfungen nach § 20i Abs. 1 SGB V (Schutzimpfungs-Richtlinie/SI-RL) in der Fassung vom 21. Juni 2007/18. Oktober 2007, veröffentlicht im Bundesanzeiger 2007, Nr. 224 (S. 8 154), zuletzt geändert am 3. Juni 2021, veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 09.08.2021 B2), in Kraft getreten am 10. August 2021. [https://www.g-ba.de/downloads/62-492-2572/SI-RL\\_2021-06-03\\_jk-2021-08-10.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/62-492-2572/SI-RL_2021-06-03_jk-2021-08-10.pdf) (Zugriff am 12.08.2021)
- [3] Schutzimpfung gegen Hepatitis A: Häufig gestellte Fragen und Antworten. [https://www.rki.de/SharedDocs/FAQ/Impfen/HepatitisA/FAQ-Liste\\_HepA\\_Impfen.html](https://www.rki.de/SharedDocs/FAQ/Impfen/HepatitisA/FAQ-Liste_HepA_Impfen.html) (Zugriff am 12.08.2021)
- [4] [www.fachinfo.de](http://www.fachinfo.de)
- [5] Schutzimpfung gegen Hepatitis B: Häufig gestellte Fragen und Antworten. [https://www.rki.de/SharedDocs/FAQ/Impfen/HepatitisB/FAQ-Liste\\_HepB\\_Impfen.html](https://www.rki.de/SharedDocs/FAQ/Impfen/HepatitisB/FAQ-Liste_HepB_Impfen.html) (Zugriff am 12.08.2021)
- [6] Impfvereinbarung Hessen [https://www.kvhessen.de/fileadmin/user\\_upload/kvhessen/Mitglieder/Recht\\_Vertrag/VERTRAG\\_Impfvereinbarung](https://www.kvhessen.de/fileadmin/user_upload/kvhessen/Mitglieder/Recht_Vertrag/VERTRAG_Impfvereinbarung).

Werden die Kassen versuchen, ihr finanzielles Defizit auch durch strengere Prüfungen auszugleichen?



## Woher so viel Geld nehmen?

Mindestens 17 Milliarden Euro werden voraussichtlich 2023 in der GKV fehlen. Das stellt die Krankenkassen vor große Herausforderungen. Könnte das Auswirkungen auf die Prüfungen haben?

Aufgrund des hohen Defizits in der GKV ist davon auszugehen, dass die Krankenkassen versuchen werden, mit allen Mitteln Gelder aufzutreiben, um ihr hohes finanzielles Defizit ansatzweise auszugleichen. Mag es einen Zusammenhang geben zwischen dem hohen Defizit und den Prüfungen der Verordnungen? Wir wissen es nicht. Aber es ist nicht ausgeschlossen, dass die Kassen unter anderem auch versuchen werden, noch aufmerksamer als bisher die Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung zu prüfen. Dies betrifft aus unserer Sicht vornehmlich

- die Einzelfallprüfungen der Krankenkassen,
- die Einzelregresse wegen Verstößen gegen den Sprechstundenbedarf sowie
- das Thema Off-Label-Use.

Sie wollen sich diesen Ärger nicht antun? Dann lesen Sie hier unbedingt weiter.

### EINZELFALLPRÜFUNGEN DER KRANKENKASSEN

Die Kassen haben die Möglichkeit, bei Verdacht auf Verstöße gegen die Wirtschaftlichkeit auch Einzelregressanträge zu stellen. Diese schriftlichen Anträge werden dann von der Prüfungsstelle an die Arztpraxen weitergeleitet mit der Bitte um Stellungnahme und Erläuterung. Meist handelt es sich dabei um Verstöße gegen die Arzneimittel-Richtlinie, gegen den Sprechstundenbedarf oder gegen sonstige Richtlinien. Die Anzahl dieser Verfahren ist leider hoch. Die Beträge, um die es dabei geht, liegen oft nur im dreistelligen Bereich, in seltenen Extremfällen aber auch im sechsstelligen Bereich. Diese Verfahren führen zu Empörung bei den betroffenen Ärztinnen und Ärzten, die sich verständlicherweise gemäß-

regelt und bevormundet fühlen. Die Crux dabei ist: In diesem Zusammenhang gibt es keine Beratung vor Regress und eine Budgetunterschreitung schützt Betroffene ebenfalls nicht vor solch einem Einzelregress. Diese Beanstandungen beziehen sich auf Verstöße gegen die Arzneimittel-Richtlinien des G-BA und zunehmend auf Verordnungen von Arzneimitteln oder Arzneimittelsubgruppen ohne Zusatznutzen der G-BA-Bewertung. Da Richtlinien rechtsverbindlich sind, sind Widersprüche gegen diese Regresse fast zu 100 Prozent aussichtslos. Kassen können solche Einzelanträge rückwirkend bis zu zwei Jahren stellen.

### SPRECHSTUNDENBEDARF

Es gibt zum Sprechstundenbedarf eine Vereinbarung zwischen der KV Hessen und den hessischen Krankenkassen. Einer der wesentlichen Eckpunkte ist, dass der Sprechstundenbedarf (SSB) grundsätzlich kalendervierteljährlich als Ersatz für verbrauchte Artikel unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots zu beziehen ist. Als SSB gelten nur die im Sachverzeichnis der Vereinbarung aufgeführten Mittel für Erst- und Akutbehandlungen, die nach ihrer Art

- bei mehr als einer Patientin oder einem Patienten angewendet werden oder
- bei Notfällen sowie im Zusammenhang mit einem ärztlichen Eingriff bei mehr als einer Patientin oder einem Patienten zur Verfügung stehen müssen.

Mittel, die nur für eine einzelne Person bestimmt sind, stellen keinen SSB dar und können nicht über diesen bezogen werden, sondern müssen auf Namen der Patientin oder des Patienten verordnet werden. Allgemeine Praxiskosten, die durch

Anwendung von ärztlichen Instrumenten und Apparaturen entstehen, sind durch die Vergütung für vertragsärztliche Leistungen im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) abgegolten und können ebenfalls nicht als SSB verordnet werden. **Achtung:** Die Grundausstattung einer Praxis für neu niedergelassene Ärzte kann nicht als SSB bezogen werden. Ein Ersatz der Erstbeschaffung ist erst im nächsten Quartal möglich.

### ECHTER OFF-LABEL-USE

Immer wieder kommt es vor, dass Patientinnen und Patienten bestimmte Arzneimittel benötigen, die für die betreffende Erkrankung jedoch nicht zugelassen sind (Off-Label-Use). Handelt es sich zudem um eine schwerwiegende Erkrankung und ist keine andere Behandlung verfügbar und besteht aufgrund der Datenlage die begründete Aussicht auf einen Behandlungserfolg, gibt es hier die Möglichkeit für einen Off-Label-Use. Die KV Hessen rät daher, einen Antrag zur Kostenübernahme für den Off-Label-

Einsatz bei der jeweiligen Krankenkasse zu stellen. Ist dieser Off-Label-Use nicht schriftlich mit den Krankenkassen abgestimmt, kann die Verordnung beanstandet werden und zu einem Regress führen.

### FORMALER OFF-LABEL-USE

Verordnungen ohne begründende Diagnose auf dem Abrechnungsschein führen zu den meisten Anträgen durch die Krankenkassen. Hier handelt es sich im Regelfall um vergessene Diagnosen, die sich im Nachhinein durch Nachreichen der Patientenakte erklären lassen. Dies bedeutet für Sie aber viel Schreibarbeit, die sich durch eine vollständige Kodierung der Erkrankungen Ihrer Patientinnen und Patienten vermeiden ließe.

Bleiben Sie immer auf sicherem Kurs bei Ihren Verordnungen. Die KVH lotst Sie in sicheres Gewässer, damit Sie keine Prüfungen durch die Krankenkassen fürchten müssen.

PETRA BENDRICH

## INFOBOX

### Man ist für die eigenen Verordnungen verantwortlich

**Aufgepasst bei Weiterverordnungen von Arzneimitteln nach Empfehlungen von Fachkolleginnen und -kollegen oder Kliniken.**

Zurzeit häufen sich Anträge durch Krankenkassen bei Verstößen gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot und gegen die Regelungen der Arzneimittel-Richtlinie. Dabei wird von betroffenen Praxen argumentiert, dass Therapien durch die fachärztliche Versorgungsebene und Kliniken empfohlen oder gar begonnen wurden und eine Folgeverordnung unumgänglich war. Dies ist aus medizinischer Sicht gewiss richtig, eine Empfehlung darf aber nicht kritiklos übernommen werden, denn sie ist nicht maßgeblich für eine Verordnungsfähigkeit zulasten der GKV.

Die Ärztin oder der Arzt selbst ist nach Bundesmantelvertrag – Ärzte § 29 Abs. 1 für eigene Verordnungen verantwortlich. Für Verordnungen trägt nur die verordnende Person die Verantwortung, ökonomisch und juristisch. Die Berufung auf die Empfehlungen des Krankenhauses oder aus der Fachkollegenschaft schützt

nicht vor Nachforderungsansprüchen durch die Krankenkassen.

Zwar sind die Kliniken verpflichtet gemäß §115c SGB V, der weiterbehandelnden Vertragsärztin oder dem weiterbehandelnden Vertragsarzt die Therapievorschlüsse unter Verwendung der Wirkstoffbezeichnungen mitzuteilen. Falls preisgünstigere Arzneimittel mit pharmakologisch vergleichbaren Wirkstoffen oder therapeutisch vergleichbarer Wirkung verfügbar sind, ist mindestens ein preisgünstigerer Therapievorschlus anzugeben. Dennoch lässt sich daraus nicht immer ein Leistungsanspruch der Patientinnen und Patienten durch die Kassen ableiten. Bitte prüfen Sie also unbedingt vor einer Weiterverordnung die Verordnungsfähigkeit des empfohlenen Arzneimittels. *JENNIFER WATERMANN*

**Gerne unterstützt Sie das Team  
Arznei-, Heil- und Hilfsmittel.  
069 24741 7333  
verordnungsanfragen@kvhessen.de  
Infoportal [www.kvhaktuell.de](http://www.kvhaktuell.de)**

# 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).

## Müssen bei der Versorgung von Geflüchteten Behandlungsscheine von den Kommunen an die KVH eingereicht werden?

Nein, diese verbleiben unbedingt bei Ihnen in der Praxis.

## Was passiert mit dem Behandlungsschein des Geflüchteten, wenn dieser eine Überweisung benötigt?

Wenn Geflüchtete eine Überweisung für die weitere Versorgung benötigen, geben Sie diesem bitte die Überweisung und eine Kopie des Behandlungsscheins vom zuständigen Sozialamt mit. Den Behandlungsschein im Original bewahren Sie als Überweiser in Ihrer Praxis auf. Für eine Überweisung sollte in der Regel auch die Zustimmung des zuständigen Sozialamts vorliegen. Der Überweiser behält den Originalschein und gibt dem Geflüchteten eine Kopie des Behandlungsscheins gemeinsam mit der Überweisung mit.

## Welche Voraussetzungen braucht eine Praxis, um das Notfalldatenmanagement (NFDm) abzurechnen?

Sie müssen die Kennzeichnung 98150 einmalig je BSNR und je NBSNR in der Abrechnung (für das eHealth-Update) in der Abrechnung angeben und einen eHBA haben.

## Wann bekommen Praxen den Zuschlag für den Notfalldatensatz von der KVH zugesetzt?

Der Zuschlag (GOP 01641) erfolgt unabhängig von einer eventuellen Abrechnung der GOP 01640 (Notfalldatensatz anlegen) und 01642 (Notfalldatensatz löschen). Automatisiert wird dieser von der KVH zugesetzt (zu jeder Versicherten- und Grundpauschale), sobald Sie einmalig die Kennzeichnung 98150 in der Abrechnung (bitte auch bei den NBSNR) angegeben haben und einen eHBA besitzen.

## Gibt es eine Bedienungsanleitung für das Portal „MeinÄBD“?

Ja, eine Anleitung für das Portal „MeinÄBD“ finden Sie auf der Website des Bereitschaftsdienstes unter [kvh.link/p22021](https://kvh.link/p22021)

## HABEN SIE WEITERE FRAGEN?

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

**069 24741-7777**

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



## Gefährdungsbeurteilung und Arbeitsschutz in der Arztpraxis

Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz haben Praxisinhaber und -inhaberinnen sicherzustellen. Und nach fünf Jahren sind Wiederholungsschulungen nötig. KV und Kammer bieten die notwendigen Kurse an.

Nachdem die Pandemie zwei Jahre lang die notwendigen Kurse verhinderte, finden nun wieder die wichtigen Kurse und Fortbildungen, mit denen die Gesundheit und Sicherheit der Beschäftigten einer Praxis gewährleistet werden sollen, statt. Dazu können sich Praxisinhaber entweder selbst kontinuierlich qualifizieren oder sie schließen einen Vertrag mit einer Betriebsärztin oder mit einem Betriebsarzt und einer Fachkraft für Arbeitssicherheit. Für diejenigen Praxisinhaberinnen oder Praxisinhaber, die dieses wichtige Thema selbst abdecken wollen, besteht die Möglichkeit, sogenannte Informations- und Motivationsmaßnahmen zu besuchen, die auf die eigenverantwortliche Wahrnehmung der Aufgaben rund um Arbeits- und Gesundheitsschutz vorbereiten.

Die notwendigen Kurse werden sowohl von der KVH im Rahmen ihres Fortbildungsprogramms als auch der Kammer in Zusammenarbeit mit der BGW (Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege) angeboten. Anmeldungen sind unter [veranstaltung@kvhessen.de](mailto:veranstaltung@kvhessen.de) sowie [abba@laekh.de](mailto:abba@laekh.de) möglich. Kenntnisse im Arbeits- und Gesundheitsschutz müssen nach fünf Jahren aufgefrischt werden, dafür werden gesonderte Fortbildungen angeboten.

*KARL M. ROTH*



## Fortbilden in Eigenregie – flexibel mit dem neuen E-Learning

Der Startschuss ist gefallen: Sie und Ihre Praxismitarbeitenden können sich ab sofort auch flexibel und online bei der KVH fortbilden.

Unter dem Begriff E-Learning versteht man das selbstbestimmte Lernen mit elektronischen Medien. Alles, was Sie hierfür benötigen, ist ein Laptop oder Tablet mit einem Internetzugang. Hierbei bestimmen Sie selbst, wann und wo Sie lernen und ob Sie die einzelnen Einheiten am Stück oder einzeln bearbeiten möchten.

Beispiel: Sie beginnen am Mittwochnachmittag mit der Bearbeitung und schließen diese am kommenden Samstag ab. Ganz wie Sie es mit Ihrem Termin kalender vereinbaren können.

Auch der interkollegiale Austausch, der für den Lernerfolg eine zentrale Rolle spielt, ist durch eine Pinnwand im Veranstaltungsportal gesichert. Jedes E-Learning verfügt über eine Pinnwand, die alle Teilnehmenden nutzen können. Stellen Sie ganz einfach eine Frage und erhalten Sie von Ihren Kolleginnen und Kollegen oder durch die KVH eine Antwort. Selbstverständlich können Sie Fragen auch immer direkt an uns, das Team Qualitätsmanagement, über das Kontaktformular senden. Auch über ein

Feedback und Themenwünsche freuen wir uns sehr, damit wir unser Angebot stets für Sie weiterentwickeln können. Selbstverständlich erhalten Sie auch Fortbildungspunkte für unsere E-Learnings. Buchen können Sie diese im Veranstaltungsportal in dem Teilnahmeformat „E-Learning“.

Getreu dem Streben nach Weiterentwicklung und Verbesserung steht das erste bepunktete E-Learning „Qualitätsmanagement leben“ für Sie bereit. Weitere folgen in Kürze. Wir wünschen Ihnen viel Erfolg beim Ausprobieren.

JANNA RAMBOW

### SIE HABEN FRAGEN?

Das Team Qualitätsmanagement hilft Ihnen gerne weiter.

**069 24741-7551**

**069 24741-68713**

**qm-info@kvhessen.de**

## IHR KONTAKT ZU UNS

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

### BERATUNG VOR ORT

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

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

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

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

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

### ABRECHNUNGSVORBEREITUNG

AV-Help **av-help@kvhessen.de**

### ONLINEPORTAL

Internetdienste/SafeNet\* **internetdienste@kvhessen.de**

Technischer Support **onlineservices@kvhessen.de**

### ARZNEI-, HEIL- UND HILFSMITTELBERATUNG

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

### KOORDINIERUNGSSTELLE

Koordinierungsstelle **069 24741-7227**  
 Weiterbildung Allgemeinmedizin **069 24741-68845 (Fax)**  
**koordinierungsstelle@kvhessen.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.

### Grafik

Steffen Klein (wdv Gesellschaft für Medien mbH & Co. OHG)  
 Judith Scherer (KV Hessen)

### Verlag

wdv Gesellschaft für Medien mbH & Co. OHG, Siemensstraße 6,  
 61352 Bad Homburg. Objektleitung: Karin Oettel; Projekt-  
 management: Colleen Haas; Bildredaktion: Daniela Hillbricht;  
 Herstellung: Christian Beck; Vertrieb: Stefan Schumacher;  
 Druck: AC medienhaus GmbH, Ostring 13, 65205 Wiesbaden.

### Bildnachweis

Agaplesion Evangelisches Krankenhaus Mittelhessen: S. 35;  
 Jochen Kratschmer: S. 33; Carolina Ramirez: S. 3, S. 32;  
 Judith Scherer: S. 7, S. 34; HMSI//Harry Soremski: S. 36;  
 Adobe Stock: Titel: studiostoks; S. 6: Ralf; S. 11: Sbluedesign;  
 S. 32: Rob; S. 38: Kzenon; S. 40: NINENI; S. 44: MicroOne;  
 S. 49: svtdesign; S. 54: linavita; S. 57: Jürgen Fälchle; S. 58: Wanlee

### Nachdruck

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

### Zuschriften

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

### Haftungsausschluss

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

### Bezugspreis

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

### Haftungsbeschränkung für weiterführende Links

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

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



erscheint wieder  
im September



KASSENÄRZTLICHE  
VEREINIGUNG  
HESSEN

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