

AUF DEN
PUNKT.

**info.service – offizielle
Bekanntmachungen**

■ HEFTMITTE

**Interdisziplinärer Fachtag
„Substitution aktuell“**

■ SEITE 19

**ePA für alle:
Top oder Flop?**

■ SEITE 5





ePA für alle: Top oder Flop?



AKTUELLES

Krankheitsbild im Detail: Osteoporose 4

TITELTHEMA

ePA für alle: Top oder Flop? 5
 Daten-Tohuwabohu in der ePA befürchtet 6
 Know-how zur ePA 9
 Clever bei der TI-Pauschale vorgehen 13
 AOK befragt Versicherte 14

GUT INFORMIERT

Mädchensprechstunde für Zwölf- bis 17-Jährige 15
 Tödliche Preise – auch in Europa 16
 PP-Ausgabe nur noch digital 17

VERANSTALTUNGEN

Interdisziplinärer Fachtag „Substitution aktuell“ 19
 16 neue Fortbildungen 20
 #FokusVersorgung 22
 Noch wenige freie Plätze 23

PRAXISTIPPS

Wie war das? 26

SERVICE

Ihr Kontakt zu uns/ Impressum 27



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

Nicht Fisch, nicht Fleisch

Liebe Kolleginnen und Kollegen,
sehr geehrte Damen und Herren,

seit 16. September 2024 wissen wir, wie sich unsere Honorare im Jahr 2025 entwickeln werden. Sie steigen um 3,85 Prozent, Sie haben dies natürlich längst der nachfolgenden Berichterstattung entnommen. Es dauerte aber nur wenige Minuten beziehungsweise Stunden, bis sich die bekannten Heckenschützen aus Berufsverbänden und manchen KVen in Stellung gebracht hatten.

Ja, 3,85 Prozent Honorarsteigerung sind angesichts der Kostenexplosion in den letzten Jahren in unseren Praxen zu wenig. Viel zu wenig, um es klar zu sagen. Und trotzdem ist es nicht besonders schlau, nun die Messer gegen die KBV oder diejenigen zu wetzen, die diese „Verhandlungen“ für die Seite der Vertragsärzteschaft zu führen hatten. Denn diejenigen, denen möglicherweise die nötigen Einblicke fehlen, sei gesagt: Diese Verhandlungen sind im Prinzip gar keine, es geht tatsächlich um die Festlegung eines Honorarzuwachses nach einem komplizierten, aber in sich sehr unflexiblen Verfahren. Und das führt am Ende leider dazu, relativ weit von dem zu landen, was sich der eine oder die andere vorstellt oder wünscht.

Doch leider sind solche Verhandlungen weder ein Wunschkonzert noch etwas, wo es etwas geschenkt gibt. Hinter den erreichten knapp vier Prozent stecken jede Menge Arbeit, hartes Verhandeln und viel Hartnäckigkeit, die sowohl die KBV als auch die ärztliche Seite im Bewertungsausschuss beziehungsweise im Erweiterten Bewertungsausschuss mitgebracht haben. Insofern ist es an dieser Stelle auch angebracht, den Beteiligten zu danken und ihnen den notwendigen Respekt zu zollen.



Trotzdem heilen diese 3,85 Prozent natürlich die prekäre finanzielle Situation in unseren Praxen noch nicht einmal im Ansatz. Deshalb ist es nun höchste Zeit, die Weichen für eine andere Form der Finanzierungsverhandlungen zu stellen. Diese sind zu zeitversetzt, zu retrospektiv ausgerichtet und berücksichtigen allgemeine Kostensteigerungen zu wenig. Wir brauchen deshalb ein anderes Verfahren. Da das bisherige Verfahren aber gesetzlich so festgelegt ist, brauchen wir dafür den Gesetzgeber beziehungsweise politische Mehrheiten. Wir sollten gemeinsam dafür arbeiten: KVen, Berufsverbände und Ärzteschaft.

Mit kollegialen Grüßen,
Ihre

Frank Dastych

Vorstandsvorsitzender

Armin Beck

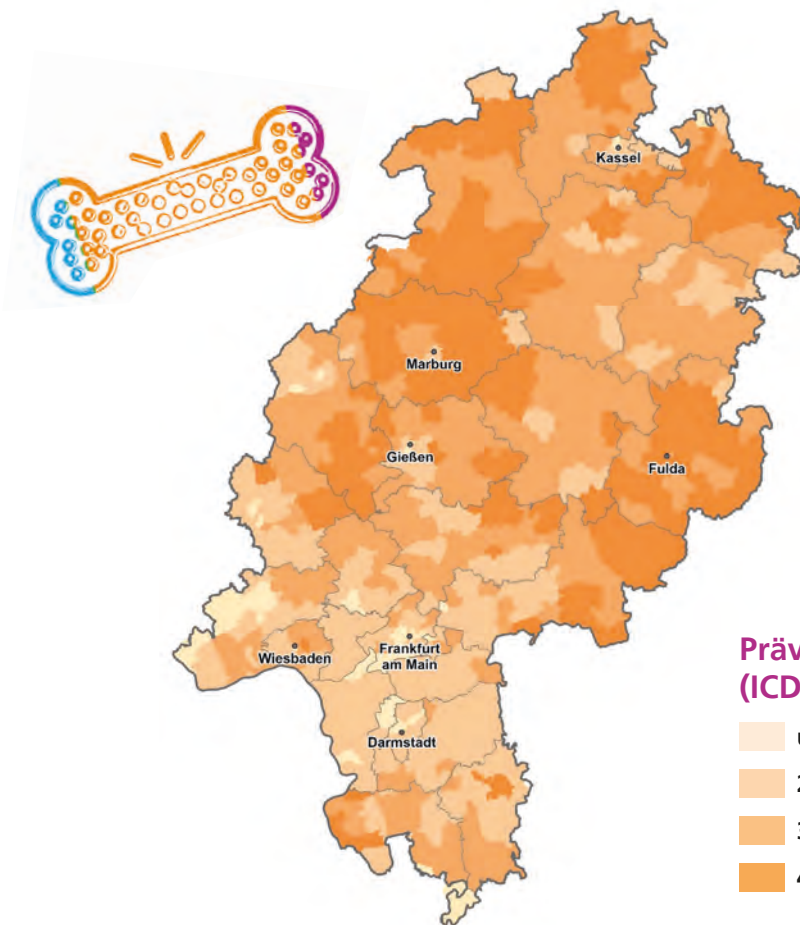
stellv. Vorstandsvorsitzender

SERIE: KRANKHEITSBILD IM DETAIL

Osteoporose

(ICD M80.- G, M81.- G, M82.- G)

Bei etwa **187.000 Patientinnen und Patienten** wurde in 2022 eine gesicherte Osteoporose (ICD M80.- G, M81.- G und/oder M82.- G) diagnostiziert. Betroffen sind überwiegend **Frauen (87 %)**, die Erkrankten waren zu **56 % 75 Jahre und älter**.



Aufteilung der Erkrankten nach Osteoporose-Klassifikationen (2022)

- 8,3 %** M80.- (Osteoporose mit pathologischer Fraktur/manifeste Osteoporose)
- 78,5 %** M81.- (Osteoporose ohne pathologische Fraktur)
- 0,2 %** M82.- (Osteoporose bei andernorts klassifizierten Krankheiten)
- 12,9 %** mehr als ein Osteoporose-ICD-Dreisteller

Prävalenz von Osteoporose (ICD M80 – M82 G) in 2022

- unter 2 % der Bevölkerung
- 2 bis unter 3 % der Bevölkerung
- 3 bis unter 4 % der Bevölkerung
- 4 % der Bevölkerung

Digest aus dem Pschyrembel

Osteoporose ist die häufigste Knochenerkrankung im höheren Lebensalter. Klinisch bedeutsame Folgen sind vor allem die Häufung von Schenkelhals-, Vorderarm- und Wirbelfrakturen. Erkrankungen, die mit Osteoporose assoziiert sein können, sind unter anderem Rheumatoide Arthritis, Morbus Crohn sowie Typ-1-Diabetes.



ePA für alle: Top oder Flop?

Im Vorfeld zur bundesweiten Einführung der elektronischen Patientenakte (ePA) ab 2025 haben wir Ihnen auf den folgenden Seiten diverse Informationen zu dieser wichtigen Anwendung der TI zusammengetragen. Weitere Infos folgen zu gegebener Zeit von Ende Oktober bis Februar 2025. Nach den Plänen des Bundesministeriums für Gesundheit geht es mit der ePA am 15. Januar 2025 in den Modellregionen Franken und Hamburg los. Die Pilotphase dauert vier Wochen. Verlaufen die Tests reibungslos, soll der bundesweite Roll-out erfolgen. Als Starttermin wird der 15. Februar 2025 angestrebt.

Alle gesetzlich Versicherten sollen eine ePA erhalten, es sei denn, sie widersprechen. Lesen Sie ab Seite 9, was Ihnen die KBV rund um dieses komplexe Thema zusammengetragen hat. Zudem haben wir mit dem Allgemeinmediziner Peter Franz gesprochen, der sich sorgt, dass die ePA zu einem Daten-Tohuwabohu führen könnte (siehe Seite 6). Außerdem stellen wir Ihnen die Ergebnisse einer Versichertenbefragung der AOK zur bundesweiten ePA vor (siehe Seite 14). Und falls Sie sich fragen, warum Sie nicht die volle TI-Pauschale erhalten, sollten Sie den Text auf Seite 13 lesen.

PETRA BENDRICH

Daten-Tohuwabohu in der ePA befürchtet

Allgemeinmediziner Peter Franz ist Referent beim eHealth-Kongress 2024 „ePA für alle – alle für die ePA?!“ am 8. Oktober in Offenbach. AufdenPUNKT hat vorab mit ihm gesprochen.

Wie erleben Sie die Digitalisierung in Ihrer hausärztlichen Praxis?

Peter Franz: Bisher ist die Digitalisierung eigentlich ein Trauerspiel. Wenn man bedenkt, dass mein Vater 1983 den ersten Praxis-Computer hatte und in der Praxis seit 1995 eine elektronische Akte existiert, die Programmwechseln und technischen Aufrüstungen zum Trotz noch immer in meiner EDV verfügbar ist, ist die politisch mit Honorarabzug erzwungene Online-Anbindung von Telematikinfrastruktur über Stammdatenmanagement und eAU bis eRezept immer nur zum Nutzen von anderen (meist der Krankenkassen), aber auf unsere Kosten, unsere Arbeitszeit und unsere Leistungsfähigkeit erfolgt. Einzig der eArztbrief bringt eine gewisse Arbeitersparnis, da dieser nicht eingescannt werden muss.

Was funktioniert, was sorgt immer wieder für Probleme?

Mit einer guten Praxissoftware funktioniert lokal alles bestens. Die Online-Dienste sind im letzten halben Jahr stabiler geworden, aber immer noch fällt ab und zu beim Arbeiten die Verbindung aus

und zieht dann, während man eigentlich Patienten versorgen möchte, Fehlersuche, Neustarts von Konnektor, Terminal, Router, Server, Computer und zum Teil kostenpflichtige Kontakte zum Support nach sich. Einige Kollegen berichten von Sicherheitssystemen (insbesondere in den Kartenlesegeräten), die bei einer leichten Erschütterung diese Geräte unbrauchbar machen. Updates und neue Pflichtfeatures (EPA 2.0, ...) kosten in der Regel mehr, als die Förderung für die TI ausmacht.

Im Januar 2025 soll mit der ePA das nächste Digitalisierungsgadget gelauncht werden. Was erwarten Sie, wie blicken Sie auf diesen Termin?

Die ePA soll eine patientengeführte Akte sein. Damit ist sie voraussichtlich nicht als sichere Informationsquelle für die Praxis zu gebrauchen. Patientinnen und Patienten mit Smartphone und PIN werden zum Teil gedankenlos bestimmte Dokumente vor dem Zugriff verbergen. Viele Menschen werden sie ohne PIN oder aktuelles Smartphone gar nicht steuern können. In Akten von Kindern und Jugendlichen werden sich durch unser Abrechnungs- und Regresssystem getriggerte Diagnosen ansammeln, die später Versicherungsabschlüsse konterkarieren können.



PETER FRANZ

Der Facharzt für Allgemeinmedizin mit eigener Praxis in Ehringshausen ist zugleich Geschäftsführer der Service- und Fortbildungsgesellschaft des Hausärztinnen- und Hausärzterverbands Hessen e.V.

Peter Franz ist zudem Mitglied der Vertreterversammlung der KVH.

Kontakt: kvh.link/p24093

Dann geht das weiter mit der Datenstruktur. Bei Datenmengen von max. 25 MB sind Bilder von radiologischen Untersuchungen sicher nicht in der Akte zu finden. Die Archivierung der Dateien als PDF-A wird von vielen EDV-Systemen als Container benutzt, um Word-Dokumente im eArztbrief zu transportieren. Damit bleibt ein erhebliches Risiko für Makroviren, abgesehen von der fehlenden Durchsuchbarkeit der Dokumente. Ein ordentlich geführter Index über die Inhalte der Dokumente wird erst mit sogenannten MIO (medizinische Informationsobjekte) kommen, wobei ich das Beobachten meiner Dokumentation durch eine KI (künstliche Intelligenz) problematisch für den Datenschutz empfinde.

Ich habe die aktuelle ePA in meiner Praxis ausprobiert und musste die Erfahrung machen, dass derzeit auch bei digital affinen Patientinnen nicht alles so läuft, wie erwünscht. Um Zugriff auf eine Akte anzulegen, war mit installierten Apps und vorhandener PIN auf Patientenseite noch ein Einrichtungsaufwand von einer halben Stunde nötig. Um von der Praxis Zugriff auf die Akte zu bekommen mit Rechtevergabe, Anforderung der Bestätigung und Übertragung der eingestellten Daten, war der Zeitraum einer Konsultation erforderlich. Also müsste man sich entschei-

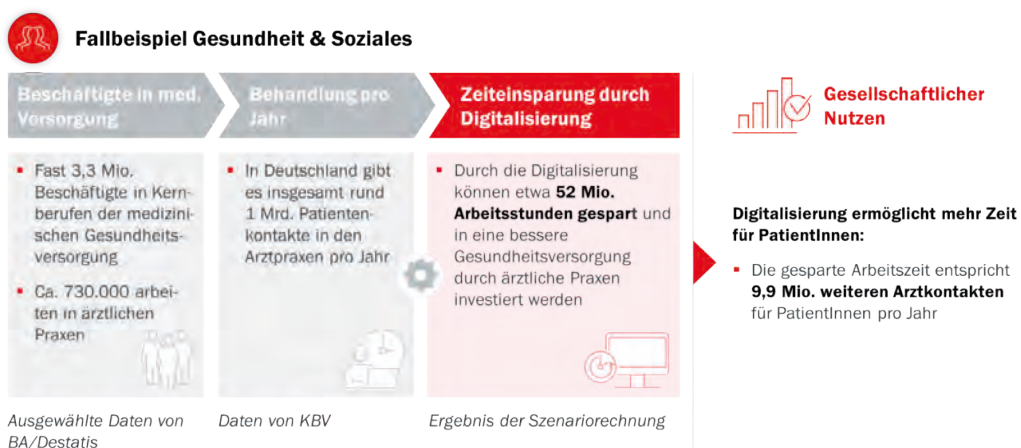
den, entweder die Arbeit an der ePA oder eine medizinische Behandlung durchzuführen.

Bei einer anwachsenden Datenmenge in einer ePA wird der Aufwand einer Aktensuche nicht durch die Vergütung abgebildet. Eine „Alditüte“ von PDF-Dokumenten gelesen zu haben, eine Information darin zu finden, soll in den durchschnittlich 7,5 Minuten Behandlungszeit pro Konsultation erledigt sein? Ich glaube das nicht. Da werden sich einige Kolleginnen und Kollegen für ein – juristisch unsicheres, aber weniger zeittrendes – Vorgehen ohne ePA entscheiden.

Die Hoffnungen, Wechselwirkungen von Arzneimitteln durch die direkte Aufnahme aller Medikamente in die ePA zu verhindern, werden an der Realität der Versorgung scheitern. Zum einen sind manche Wechselwirkungen im Hinblick auf eine notwendige Behandlung hinzunehmen und hinreichend bekannt, zum anderen ist ein vernünftig erstellter und aktuell gehaltener Medikationsplan eine Illusion. Die meisten Pläne sind genau bis zum Verlassen der Praxis aktuell. Im Moment steht in den Spezifikationen noch, dass fälschlich hinzugefügte Medikamente nicht gelöscht werden können, das kann auch zu erheblichen Stigmatisierungen und Problemen beitragen.



Abbildung 8: Digitalisierung ermöglicht mehr Zeit für Patientinnen und Patienten



Quelle: Eigene Darstellung

© Prognos 2024

Die Musterrechnung soll zeigen, dass durch digitale Lösungen gut 52 Mio. Arbeitsstunden in Arztpraxen eingespart werden können. Diese Arbeitsstunden könnten zu einer effizienteren Behandlung von Patienten genutzt werden (Quelle: Potenzialindex Deutschland, Potenziale der Digitalisierung für Wirtschaft und Gesellschaft, Seite 17). Peter Franz sieht das völlig anders: „Online-Konsultationen brauchen in der Regel mehr Zeit, da ein Teil der Information fehlt, die durch die ersparten Wege nicht kompensiert werden kann.“



Die ePA soll am 15. Januar 2025 in den Modellregionen Franken und Hamburg eingesetzt werden. Die Pilotphase dauert vier Wochen. Verlaufen die Tests reibungslos, erfolgt der bundesweite Rollout, angestrebt wird der 15. Februar 2025.

Taugt denn die Datensammlung für die ePA wenigstens, wie von der Politik gebetsmühlenartig wiederholt, für die Forschung?

Ich denke nicht, dass eine unstrukturierte „PDF-Alditüte“ aus Bildern mit Text, Laborwerten ohne strukturelle Zuordnung, pseudonymisierten Patientendaten und einer Ansammlung von irgendwo verordneten, gekauften, zum Teil nicht eingenommenen Medikamenten auch nur brauchbare Korrelationen, geschweige denn wissenschaftliche Schlüsse zulässt. Alle Daten in den Praxen tragen eine BIAS (Verzerrung), die von den Rahmenbedingungen unserer Arbeit herrührt und der wissenschaftlichen Arbeit abträglich sein dürfte.

Laut einer Prognos-Studie können in der ambulanten Versorgung durch die Digitalisierung 52 Mio. Arbeitsstunden pro Jahr eingespart werden, was 9,9 Mio. Arztkontakte ermöglichen soll. Wie sehen Sie solche Zahlen?

Ich weiß nicht, wo digitale Anwendungen Arztzeit am Patienten sparen sollen. Versuche mit KI-basierten Telefonservices sparen derzeit keine Zeit der MFA ein, können manchmal ein Nutzen sein, die Arbeit an weniger belastete Zeitpunkte zu verschieben, indem Information zeitversetzt verarbeitet werden kann. Online-Konsultationen brauchen in der Regel mehr Zeit, da ein Teil der Information fehlt. Sie ersparen Wege oder vermeiden Infektionsrisiken, aber Zeitreserven schaffen sie nicht. Eine Digitalisierung reduziert nicht die notwendige Zeit am Patienten.

Erfahrungen aus der Vergangenheit erinnern an das „Parkinsonsche Gesetz“, das sagt, dass Arbeit oder wie bei uns die Bürokratie in dem Maße steigt, in dem Zeit zu ihrer Erledigung zur Verfügung steht.

Wie müsste die Digitalisierung laufen, damit sie für die Praxen und die Versorgung einen wirklichen Nutzen stiftet?

Erstmal müsste eine getestete und absolut stabile Funktion unabdingbar vor dem Start vorhanden sein. Die Praxen sind keine Betatester für überbeuerte Anwendungen mit zweifelhaftem Nutzen. Nützliche Dinge haben schon immer die Kolleginnen und Kollegen überzeugt und finden Anwendung auch ohne Zwang. Also braucht es einen Mehrwert für die Menschen in den Praxen. Was brauchen die Praxen: eine Reduktion von Dokumentationsaufwand und Bürokratie. Ich könnte mir vorstellen, dass beispielsweise ein Online-Medikationsplan, der durch Mitwirkung der Krankenkassen eine Regressfreiheit (auch gegen „sonstige Schäden“) garantieren würde, von den Kolleginnen und Kollegen gerne genutzt würde.

Einen ordentlichen Schub zur Nutzung der ePA würde eine verpflichtende Verwendung in Krankenhäusern ergeben. Viele Kolleginnen und Kollegen warten dringend auf einen effektiven Datenaustausch und die Möglichkeit, zeitnah und zuverlässig auf die Informationen über stationäre Behandlungen zugreifen zu können. Insbesondere Labordaten und strukturierte Behandlungsinformationen von dort wären ein echter Motor, die notwendige Digitalisierung voranzubringen.

DIE FRAGEN STELLTE KARL M. ROTH

EPA FÜR ALLE

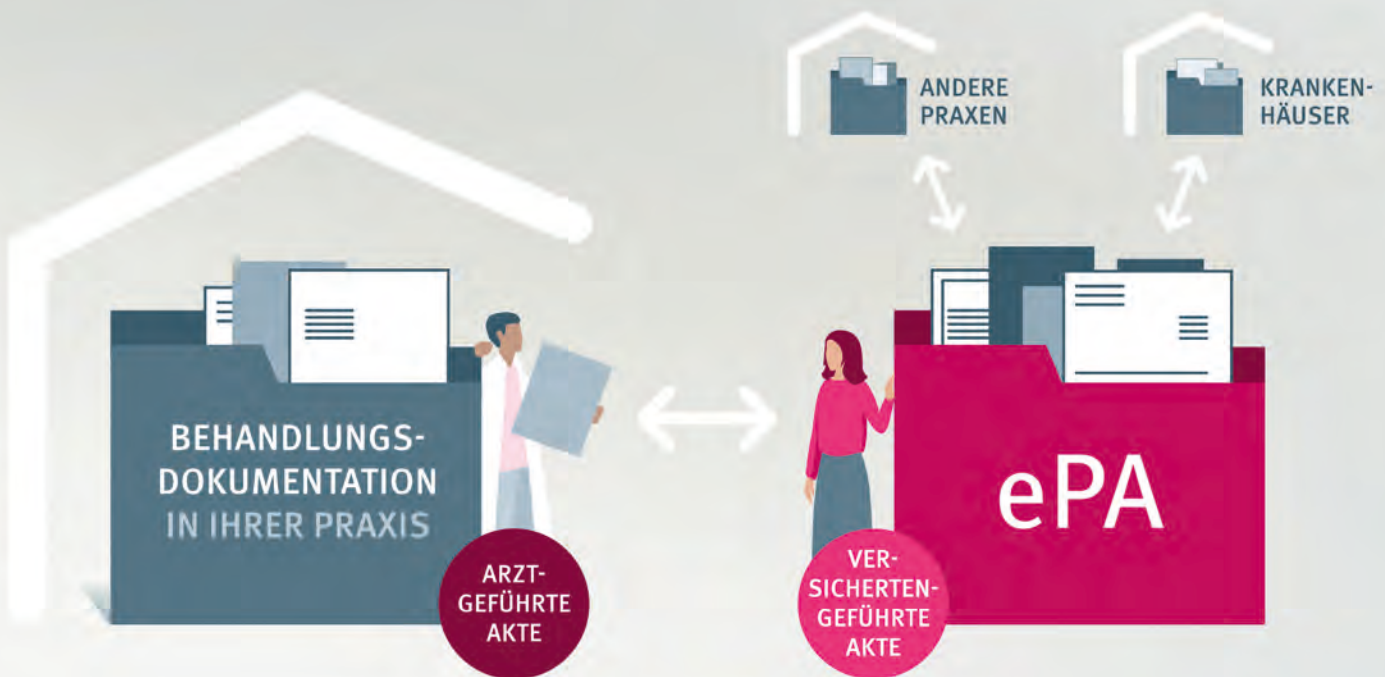
Rund 29.000 Erstbefüllungen und Unterstützungsleistungen (Erfassungen, Verarbeitungen und Speicherungen von Daten) im Zusammenhang mit der ePA gab es seit der Einführung am 1. Januar 2021 durch die hessischen Vertragsärztinnen und -ärzte (Stand Quartal 1/2024).

Know-how zur ePA

Damit die ePA keine Blackbox bleibt, hier die aktuellen Basisinfos zu Aufgaben, Zugriffsrechten und Pflichten. Quelle der nachfolgenden Infos ist das PraxisInfoSpezial der KBV, das unter [kvh.link/p24094](https://www.kbv.de/PraxisInfoSpezial) downzuloaden ist.

Die ePA ist eine versichertengeführte Akte. Versicherte können entscheiden, welche Daten in die ePA kommen und wer Einsicht nehmen darf. Aber: Die ePA ersetzt nicht die Primär- beziehungsweise Behandlungsdokumentation im Praxisverwaltungssystem. Ärzte* und Psychotherapeuten sind nach Gesetz und Berufsordnung weiterhin verpflichtet,

alle medizinisch relevanten Informationen für die Behandlung ihrer Patientinnen und Patienten zeitnah festzuhalten – elektronisch oder auf Papier. An dieser Pflicht ändert sich mit der ePA nichts. Wichtig zu wissen ist: Es fließen keine Daten aus der Behandlungsdokumentation automatisch in die ePA.



* Die Aussagen in dem Text gelten natürlich in gleichem Umfang für Ärztinnen und Ärzte und Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten.

WER WELCHE DATEN EINSTELLT

Ärzte in Praxen und Krankenhäusern, Psychotherapeuten sowie Zahnärzte sind verpflichtet, bestimmte Daten in die ePA einzustellen, sofern der Versicherte dem nicht widersprochen hat. Auch die Apotheken haben Zugriff. Später können weitere Einrichtungen, zum Beispiel aus dem Heilmittelbereich (Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie etc.) oder der häuslichen und stationären Pflege, Daten in die ePA einstellen. Eine Voraussetzung ist, dass sie an die TI angeschlossen sind.

Darüber hinaus werden bestimmte Daten automatisch in die ePA übertragen. Ein solcher erster medizinischer Anwendungsfall ist die elektronische Medikationsliste (eML), die alle Arzneimittel enthält, die per eRezept verordnet und in der Apotheke eingelöst wurden. Die Krankenkassen sind gesetzlich verpflichtet, die elektronischen Patientenakten ihrer Versicherten mit den Abrechnungsdaten der Praxen zu befüllen. Zudem haben Versicherte die Möglichkeit, selbst Daten einzustellen.

BEFÜLLUNG DER ePA

AB JANUAR 2025

DURCH PRAXEN

- › Daten, die in der aktuellen Behandlung erhoben wurden und elektronisch vorliegen:

Gesetzliche Pflicht:

Befundberichte aus invasiven oder chirurgischen sowie aus nicht invasiven oder konservativen diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen, Befundberichte aus bildgebender Diagnostik, Laborbefunde, elektronische Arztbriefe

Auf Versicherten-Wunsch:

DMP-Daten, eAU-Bescheinigungen, Daten zu Erklärungen zur Organ- und Gewebespende, Vorsorgevollmachten oder Patientenverfügungen, Kopie der Behandlungsdokumentation etc.

DURCH VERSICHERTE

- › Eigene Daten wie Tagebuch zur Blutdruckmessung, Vitalparameter aus Gesundheits- und Fitnessapps
- › Ältere Papierbefunde

DURCH WEITERE EINRICHTUNGEN

- › Entlassbriefe und Befunddaten von Krankenhäusern, Dokumente von Zahnärzten etc.

DURCH KRANKENKASSEN

- › Abrechnungsdaten

Auf Versicherten-Wunsch:

- › Ältere Papierbefunde

AUTOMATISCHE BEFÜLLUNG

- › Elektronische Medikationsliste (vom eRezept-Server)

AB JULI 2025

Digitaler Medikationsprozess:

- › Die Medikationsliste wird durch die Praxen um den elektronischen Medikationsplan und Zusatzinformationen wie Körpergewicht oder Allergien, die für die Arzneimitteltherapiesicherheit relevant sind, ergänzt
- › Apotheken können bei ihnen erworbene, frei verkäufliche Medikamente in die Medikationsliste übertragen

AB 2026

- › Daten in strukturierten Formaten (sogenannte MIO statt PDF), z. B. Laborbefund, Impfpass, Mutterpass, Kinderuntersuchungsheft, Patientenkurzakte



STRUKTURIERTE FORMATE DURCH MIO

Im Laufe der Zeit sollen mehr und mehr Dokumente in einem universellen, systemübergreifenden Format erstellt werden, sodass beispielsweise Informationen mithilfe der Praxisverwaltungssysteme automatisiert weiterverarbeitet werden können. Dieses spezielle Format ermöglicht es, die Daten aus medizinischen Dokumenten direkt im PVS zu sichten, ohne vorher ein PDF-Dokument öffnen zu müssen. Fachleute sprechen hierbei von Medizinischen Informationsobjekten – kurz MIO.

Nach dem eML sollen Laborwerte, die Patientenkurzakte, der Mutterpass und die Impfdokumentation folgen. Welche Anwendungen wann kommen werden, legt das Bundesministerium für Gesundheit fest. Der Gesetzgeber hat die KBV beauftragt, solche MIOs zu erarbeiten und festzulegen. Bei der Entwicklung setzt die KBV auf internationale Standards und engen Austausch mit anderen Beteiligten im Gesundheitswesen.

EINSICHTNAHME KEINE PFLICHT

Eine „anlasslose Ausforschungspflicht“, also dass der Arzt oder Psychotherapeut routinemäßig in die ePA schauen muss, gibt es nicht. Grundlage der ärztlichen Behandlung bleibt das anamnestische Gespräch. Hieraus können sich Umstände ergeben, die eine Einsichtnahme erforderlich machen – eine Patientin mit Oberbauchschmerzen weist zum Beispiel auf einen aktuellen Befund einer kürzlich durchgeführten Magenspiegelung hin. Der Arzt kommt so seiner ärztlichen Sorgfalt nach.

Mit dem Start der ePA sind Praxen aber gesetzlich verpflichtet, folgende Dokumente in die ePA einzustellen:

- Befundberichte aus invasiven oder chirurgischen sowie aus nichtinvasiven oder konservativen diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen

- Befunddaten aus bildgebender Diagnostik
- Laborbefunde
- eArztbriefe

EINPFLEGEN ÄLTERER BEFUNDE

Das Einpflegen von Informationen in Papierform, zum Beispiel ältere Arztbriefe und Befunde, ist hingegen nicht Aufgabe der Praxen. Versicherte haben mit der neuen ePA ab 2025 einen gesetzlichen Anspruch darauf, dass ihre Krankenkasse medizinische Dokumente, die auf Papier vorliegen, digitalisiert, wenn Versicherte es wünschen. Möglich ist das zweimal innerhalb von 24 Monaten für jeweils bis zu zehn Dokumente. Praxen sind im Übrigen auch nicht verpflichtet, ältere, bei ihnen bereits digital vorliegende Befunde in die ePA einzustellen – auf Wunsch der Patienten ist dies aber möglich. Auch Versicherte können Arztbriefe, Befunde und so weiter einscannen oder abfotografieren und mit der ePA-App ihrer Krankenkasse in der ePA speichern.

EPA-NUTZUNG DURCH VERSICHERTE

Was in die elektronische Patientenakte kommt und was nicht, entscheidet letztlich der Versicherte. Er kann festlegen, welche Daten von wem gespeichert werden und wer diese sehen darf. Dies erfolgt, indem er Widerspruch einlegt, Zugriffe beschränkt, Daten löscht oder verbirgt, sodass nur er sie lesen kann.

Wer die ePA aktiv nutzen möchte, benötigt jedoch eine ePA-App seiner Krankenkasse. Möglich ist auch, dass Versicherte eine Vertreterin oder einen Vertreter benennen, der für sie die ePA in der App verwaltet. Außerdem sind die Krankenkassen verpflichtet, Ombudsstellen einzurichten. Auch dort können Versicherte Widersprüche einreichen.

KBV



Die KBV-Themenseite zur ePA mit FAQ, Schaubildern und Videos gibt es unter [kvh.link/p24095](https://www.kbv.de/faq/p24095)

MÖGLICHKEITEN DES WIDERSPRUCHS DURCH VERSICHERTE	In der ePA-App	Bei der Ombudsstelle	In der Praxis
<p>Gegen die Bereitstellung der ePA Versicherte können der Bereitstellung einer ePA durch ihre Krankenkasse widersprechen. Dies ist erstmalig vor der initialen Einrichtung möglich. Die Kassen sind per Gesetz verpflichtet, ihre Versicherten vorab ausführlich zu informieren. Die Versicherten haben dann sechs Wochen Zeit zu widersprechen. Auch später ist ein Widerspruch jederzeit möglich. Die Kassen sind in diesem Fall verpflichtet, die ePA inklusive aller Daten zu löschen.</p>	X*	direkt bei der Kasse	
<p>Gegen den Zugriff einer Praxis auf die ePA Versicherte können festlegen, dass eine Praxis, ein Krankenhaus oder eine Apotheke keinen Zugriff auf ihre ePA erhält. Dann kann die betroffene Einrichtung bis zum Widerruf keine Daten in der ePA lesen oder einstellen.</p>	X	X	
<p>Gegen die Bereitstellung der Medikationsliste Bei einem Widerspruch gegen die Medikationsliste fließen keine Verordnungs- und Dispensierdaten vom eRezept-Server in die ePA. In der ePA befindet sich folglich keine Medikationsliste. Alternativ können Versicherte festlegen, dass ihre ePA eine Medikationsliste enthält, aber nur sie selbst die Daten sehen können.</p>	X	X	
<p>Gegen das Einstellen von Dokumenten in einer Behandlungssituation Versicherte können der Übertragung von einzelnen Informationen widersprechen. Die Daten werden dann nicht in der ePA gespeichert. Die Praxis dokumentiert den Widerspruch.</p>			X
<p>Gegen das Einstellen von Abrechnungsdaten Die Kassen stellen bei einem Widerspruch keine Abrechnungsdaten ein.</p>	X	direkt bei der Kasse	
<p>Gegen die Nutzung der ePA-Daten zu Forschungszwecken Die Nutzung der ePA-Daten zu Forschungszwecken (geplant ab Juli 2025) ist dann insgesamt oder für die angegebenen Zwecke nicht mehr zulässig.</p>	X	X	

*Ein Widerspruch per ePA-App ist nur möglich, wenn bereits eine ePA eingerichtet wurde.

Clever bei der TI-Pauschale vorgehen

Die Pauschale für die Telematikinfrastruktur (TI) kann unterschiedlich hoch ausfallen. Was die Praxen wissen müssen, um die volle TI-Pauschale zu erhalten, erfahren Sie unter kvh.link/p24018

Seit Anfang Juli 2023 erhalten Praxen eine monatliche TI-Pauschale, um die Installation und den Betrieb der Telematikinfrastruktur zu finanzieren. Der Prozess hat sich mittlerweile gut eingependelt und der Großteil der Praxen ist damit weitgehend vertraut.

Probleme bleiben dennoch nicht aus: Manche IT-Dienstleister beliefern ihre Auftraggeber nicht fristgemäß, wodurch die Pauschalen unter Umständen gekürzt werden. Die Angebote der IT-Dienstleister können außerdem weit über den jeweiligen Förderungssummen liegen. Grund dafür sind Zusatzleistungen, die zu unerwünschten Mehrkosten führen. Deshalb ist es ratsam, die genaue Höhe seiner Förderungssumme zu kennen.

Ebenso wichtig zu wissen: Die KVH kann die jeweilig vorhandenen technischen Komponenten und installierten TI-Fachanwendungen aus den Ab-

rechnungsdaten automatisch erkennen. Im dritten und vierten Quartal 2023 mussten die Praxen noch Pseudoziffern in der Abrechnung hinterlegen, um dort die notwendigen Fachanwendungen nachzuweisen und die Förderungen auszulösen. Dies läuft seit dem ersten Quartal 2024 automatisiert über die Abrechnung – vorausgesetzt die Praxen haben alle notwendigen Anwendungen installiert, was anhand der befüllten KVDT-Felder ersichtlich ist.

Mittlerweile gibt es einen TI-Nachweis, aus dem hervorgeht, welche Förderpauschale eine Praxis erhält. Dieser wurde am 15. August 2024 rückwirkend für alle Quartale ab dem dritten Quartal 2023 versendet.

Was Sie tun müssen, um die volle TI-Pauschale zu erhalten, erfahren Sie unter kvh.link/p24096 sowie auf den Seiten der KBV unter kvh.link/p24097

FELIX LIPPOLD, HENDRIK MERZ, MIRJA LANG

Fördervoraussetzungen entnimmt die KVH der Quartalsabrechnung einer Praxis – den sogenannten KVDT-Feldern (BESA-Datensatz). Praxen achten wie bisher darauf, dass die Angaben in der Praxisverwaltungssoftware (PVS) vollständig sind und der Versichertenstammdaten-Abgleich (VSDM) erfolgt. Der IT-Dienstleister der Praxis kann dabei unterstützen.

Um Kürzungen der TI-Pauschale zu vermeiden, müssen die KVDT-Felder korrekt nach der vorhandenen technischen Grundausstattung und den installierten Anwendungen befüllt werden.

Haben Sie weitere Fragen?

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

T. 069 24741-7777

E. info.line@kvhessen.de

INFOBOX

Die ePA ist eine wichtige Anwendung der TI. Seit 2021 kann man eine ePA bei den Krankenkassen bestellen. Bis Herbst 2024 sind die Nutzerzahlen auf 1,4 Mio. gestiegen. Das wird sich ab 2025 mit der ePA-Pflicht schlagartig ändern. kvh.link/p24098 [Stand: 13. August 2024]

AOK befragt Versicherte



Beim Thema ePA ist noch viel Informations- und Überzeugungsarbeit zu leisten. Das zeigen die Ergebnisse einer Befragung im August 2024 unter 10.000 AOK-Versicherten.

Rund 61 Prozent der Befragten befürworten die Regelung, dass 2025 für alle gesetzlich Versicherten automatisch eine ePA angelegt wird, falls dem nicht aktiv widersprochen wird (Opt-out-Regelung). Knapp 20 Prozent der Befragten lehnen die Regelung ab, etwa 15 Prozent sind noch unentschieden. Der Anteil der Unentschiedenen ist damit im Vergleich zu einer gleichlautenden Vorgängerbefragung im November 2023, also kurz vor dem Beschluss der Einführung der „ePA für alle“, sogar um knapp drei Prozent gestiegen.

GROSSES INTERESSE

Die Befragung zeigt ein großes Interesse an der Nutzung der Funktionen, die die ePA bietet, insbesondere bei digital affinen Menschen. So sind 77 Prozent der Befragten interessiert, über ihre ePA künftig Gesundheitsdaten wie Arztbriefe oder Labordaten einzusehen. Knapp 13 Prozent haben daran kein Interesse, zehn Prozent sind unentschieden. Bei Menschen, die sich besonders für neue

digitale Anwendungen wie Apps auf dem Smartphone interessieren, liegt der Anteil der Interessierten sogar bei knapp 90 Prozent.

Ähnlich groß ist die Zustimmung zu der Aussage „Ich habe Interesse daran, über die ePA Informationen zu verordneten Behandlungen und Medikamenten einzusehen“. Hier äußern sich 73 Prozent der Teilnehmenden positiv (bei den besonders digital affinen Befragten sogar 86 Prozent), 15 Prozent ablehnend und knapp zwölf Prozent unentschieden.

DOKUMENTE HOCHLADEN

Weniger ausgeprägt ist dagegen das Interesse, künftig selbst Dokumente in der persönlichen ePA zu speichern und dadurch den behandelnden Ärztinnen und Ärzten zugänglich zu machen. Hier äußern knapp 57 Prozent Zustimmung, während sich ein Viertel ablehnend äußert und knapp ein Fünftel (19 Prozent) unentschieden ist. Bei den Befragten, die sich nach eigener Auskunft besonders für neue digitale Anwendungen wie Smartphone-Apps interessieren, liegt die Zustimmungsrate für das Hochladen eigener Dokumente in der ePA bei 71 Prozent.

WIDERSPRUCH MÖGLICH

„Wichtig ist, dass sich die Versicherten nicht aktiv um die neue ePA kümmern müssen. Ab 2025 steht diese automatisch bereit, wenn nicht vorher widersprochen wurde“, sagt AOK-Vorständin Carola Reimann. Wer die neue elektronische Patientenakte nicht nutzen möchte, hat die Möglichkeit, der Einrichtung der Akte innerhalb von sechs Wochen nach Eingang des Briefes beziehungsweise der E-Mail zu widersprechen. „Selbstverständlich können sich die Versicherten auch zu einem späteren Zeitpunkt anders entscheiden und ihre Entscheidung für oder gegen die Einrichtung der ePA jederzeit ändern“, so Reimann.

AOK-BUNDESVERBAND



■ ABRECHNUNG

EBM aktuell

- 2 EBM-Änderungen seit 1. Januar 2024
- 2 EBM-Änderungen seit 1. Juli 2024

■ QUALITÄT

Qualitätssicherung

- 9 Genehmigung für Positronenemissionstomographie/
Positronenemissionstomographie mit Computertomographie

■ SONSTIGES

Ärztlicher Bereitschaftsdienst

- 10 ÄBD-Brückentagsregelung 2025

Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e.V. (DGUV)

- 10 Zulassung zum Durchgangsarztverfahren

EBM AKTUELL

EBM-Änderungen seit 1. Januar 2024

Die weiteren EBM-Änderungen zum 01.01.2024 sind bereits in den vorherigen Ausgaben Nr. 1/2024, 2/2024 und 4/2024 veröffentlicht.

PRÄOPERATIVE LEISTUNGEN IM RAHMEN VON HYBRID-DRG KLARGESTELLT

Rückwirkend zum 01.01.2024 wird klargestellt, dass Vertragsärztinnen und Vertragsärzte des hausärztlichen Versorgungsbereichs präoperative

Leistungen des Unterabschnitts 31.1.2 im Zusammenhang mit Operationen nach der Hybrid-DRG-Verordnung unabhängig davon abrechnen können, ob diese in derselben Einrichtung erfolgen wie die Operation. Hierfür erfolgte eine Streichung des Passus „außerhalb der Einrichtung, in der die Operation durchgeführt wird“ in der dritten Bestimmung zum Unterabschnitt 31.1.1 des EBM.

EBM-Änderungen seit 1. Juli 2024

Die weiteren EBM-Änderungen zum 01.07.2024 sind bereits in der vorherigen Ausgabe Nr. 4/2024 veröffentlicht.

DIGA „KRANUS LUTERA“ ABRECHNEN

Seit dem 01.07.2024 können Ärztinnen und Ärzte die neue GOP 01478 für die Verlaufskontrolle der Digitalen Gesundheitsanwendung (DiGA) „Kranus Lutera“ abrechnen. Die DiGA wurde dauerhaft im DiGA-Verzeichnis nach § 139e SGB V aufgenommen. Die GOP wurde in den Abschnitt 1.4 im EBM aufgenommen.

Die neue GOP 01478 können sie ausschließlich bei männlichen Patienten ab Vollendung des 18. Lebensjahres abrechnen. Die App richtet sich an Männer, die an einer Blasenentleerungsstörung, Lower Urinary Tract Symptoms (LUTS), leiden. Laut Verzeichnis digitaler Gesundheitsanwendungen des

Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM-Verzeichnis) bietet sie unter anderem ein Miktionstagebuch und Anleitungen zum Blasen-training.

Folgende Fachgruppen können die neue GOP 01478 abrechnen:

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

DiGAs

Angekommen in der Versorgungspraxis?

In 2023 wurden von über 400 hessischen Praxen fast 6.000 Verlaufskontrollen und Auswertungen zu digitalen Gesundheitsanwendungen abgerechnet – am häufigsten die DiGA Vivira (GOP 01472).

Die neue GOP 01478 ist 7,64 Euro (64 Punkte) wert; bundeseinheitlicher Orientierungspunktwert 2024 ist 11,9339 Cent. Sie können die GOP 01478 einmal im Krankheitsfall abrechnen.

DiGA „COMPANION PATELLA“: HÖCHSTALTER ANGEPASST

Seit dem 01.07.2024 können Ärztinnen und Ärzte die Verlaufskontrolle und Auswertung der DiGA „companion patella“ (GOP 01477) ausschließlich bei Patientinnen und Patienten ab der Vollendung des 14. Lebensjahres bis zur Vollendung des 66. Lebensjahres abrechnen. Die DiGA war zuvor ausschließlich bis zur Vollendung des 65. Lebensjahres abrechenbar.

Die App begleitet Patientinnen und Patienten bei spezifischen Knieschmerzen, beispielsweise bei Patellaspitzensyndrom, patellofemoralem Schmerzsyndrom oder Patella(erst)luxation.

IMPLANTATEREGISTER STARTET: NEUE GOP ABRECHNEN

Seit dem 01.07.2024 rechnen Fachärztinnen und Fachärzte für Gynäkologie und Fachärztinnen und Fachärzte für Chirurgie für die Meldung operativer Eingriffe bei Brustimplantaten an das Implantateregister die neuen GOP 01965 und 40162 aus dem EBM ab.

Mit dem neuen Implantateregister Deutschland (IRD) hat der Gesetzgeber ein bundesweites Register geschaffen, das systematische Langzeitbeobachtungen als Teil der Qualitätssicherung bei der Versorgung von Implantaten ermöglicht.

Seit dem 01.07.2024 sind Ärztinnen und Ärzte verpflichtet, implantatbezogene Maßnahmen bei Brustimplantaten, zum Beispiel Implantationen oder Explantationen, zu melden. Ab dem 01.01.2025 folgen Meldungen zur Erfassung von Endoprothesen für Hüfte und Knie sowie von Aortenklappen.

Leistungen überblicken			
GOP	Kurzbeschreibung	Häufigkeit	Bewertung
01965	Zuschlag zu einem Eingriff nach Abschnitt 31.2.2 oder 36.2.2 für die zugehörige Erfassung, Speicherung und Übermittlung von Daten bezüglich einer implantatbezogenen Maßnahme an die Register- und Vertrauensstelle gemäß §§ 16 und 17 Absatz 1 Implantateregistergesetz (IRegG) sowie Erfüllung der Pflichten nach §§ 18, 20, 24 und 25 IRegG	je Meldung	9,31 Euro* (78 Punkte)
40162	Kostenpauschale für die Meldegebühr im Zusammenhang mit der Meldung einer implantatbezogenen Maßnahme entsprechend der GOP 01965 gemäß § 2 Absatz 1 Implantateregister-Gebührenverordnung (IRegGebV)	je Meldung	6,24 Euro

*gemäß bundeseinheitlichem Orientierungspunktwert 2024 (11,9339 Cent)

Die neue GOP 01965 rechnen Fachärztinnen und Fachärzte für Gynäkologie und Fachärztinnen und Fachärzte für Chirurgie als Zuschlag zu einem Eingriff bei Brustimplantaten nach Unterabschnitt 31.2.2 (ambulante Eingriffe an der Körperoberfläche) oder 36.2.2 (belegärztliche Eingriffe an der Körperoberfläche) je Meldung an das Implantateregister ab. Die Meldebestätigung des IRD können Praxen in der Feldkennung 4135 eintragen.

Führen sie einen Eingriff bei einem Brustimplantat nach Abschnitt 2.23 (Operationen an der Mamma) aus dem Anhang 2 im EBM durch, können sie die Leistungen nach den Unterabschnitten 31.2.2 und 36.2.2 nur abrechnen, wenn sie die Meldung durchführen.

Das Bundesgesundheitsministerium hat nach Mitteilung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung

(KBV) in Aussicht gestellt, dass der Berechnungsausschluss für jeden Implantattyp vom 01.07.2024 bis zum 31.12.2024 ausgesetzt werden soll.

Die GOP 01965 können sie im Falle einer Vervollständigung oder Korrektur einer bereits erfolgten Meldung nicht erneut abrechnen.

Die neue Kostenpauschale 40162 rechnen sie für die anfallende Meldegebühr im Zusammenhang mit einer Meldung an das Implantateregister je Meldung ab.

Die GOP 40162 können sie im Falle einer Vervollständigung oder Korrektur einer bereits erfolgten Meldung nicht erneut abrechnen.

Weitere Informationen zur Meldung an das Implantateregister finden Sie unter **[kvh.link/p24086](https://www.kvh.de/link/p24086)**

PERKUTANE BIOPSIE: EBM-ÄNDERUNG IM ZUSAMMENHANG MIT AOP-KATALOG

Ärztinnen und Ärzte rechnen seit dem 01.07.2024 die perkutane Biopsie neu nach der GOP 02344 ab. Diese wurde in Abschnitt 2.3 (Kleinchirurgische Eingriffe, Allgemeine therapeutische Leistungen) des EBM aufgenommen. Die GOP 02302 (Kleinchirurgischer Eingriff III und/oder primäre Wundversorgung bei Säuglingen, Kleinkindern und Kindern) rechnen sie neu auch bei einer Biopsie ohne Inzision am Endometrium ab. Die Angiokardiographie nach GOP 34290 können sie jetzt auch bei Versicherten nach dem vollendeten 18. Lebensjahr durchführen und abrechnen. Zudem wurden weitere Leistungen für Nachbeobachtungen im Anhang 8 des EBM aufgenommen.

Ärztinnen und Ärzte rechnen für die perkutane (Nadel-)Biopsie an Lymphknoten, Knochen, Muskeln und Weichteilen verschiedener Lokalisationen sowie an Samenbläschen, Samenleitern, Samensträngen und Nebenhoden die neue GOP 02344 ab.

Rechnen sie GOP 02344 nicht im Rahmen des AOP-Vertrags ab, geben sie bei der Abrechnung das Suffix A zur Dokumentation an (GOP 02344A).

Die zur GOP 02344 gehörenden Begleitleistungen kennzeichnen Ärztinnen und Ärzte im Rahmen des AOP-Vertrags mit dem Suffix C (Beispiel GOP 33050C):

- GOP 33040 (Sonographie der Thoraxorgane)
- GOP 33042 (Abdominelle Sonographie)
- GOP 33043 (Uro-Genital-Sonographie)
- GOP 33050 (Gelenk-Sonographie, Sonographie von Sehnen, Muskeln, Bursae)
- GOP 33091 und 33092 (Zuschlag für optische Führungshilfe)

- GOP 34430 (MRT-Untersuchung des Thorax)
- GOP 34441 (MRT-Untersuchung des Abdomens)
- GOP 34442 (MRT-Untersuchung des Beckens)

Ärztinnen und Ärzte können sich an folgender Faustregel orientieren: Wird die GOP 02344 nicht gekennzeichnet, erfolgt eine Kennzeichnung der genannten Begleitleistungen.

Die perkutane Biopsie rechnen Fachärztinnen und Fachärzte für folgende Fachgruppen ab:

- Anästhesiologie
- Augenheilkunde
- Chirurgie, Kinderchirurgie, Plastische und Ästhetische Chirurgie
- Frauenheilkunde und Geburtshilfe
- Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde
- Dermatologie
- Innere Medizin
- Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie
- Neurologie, Nervenheilkunde, Neurologie und Psychiatrie, Neurochirurgie
- Nuklearmedizin und Vertragsärzte mit Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung nuklearmedizinischer Leistungen
- Orthopädie, Orthopädie und Unfallchirurgie
- Diagnostische Radiologie
- Strahlentherapie
- Urologie
- Physikalische und Rehabilitative Medizin

Um die Sonographie-Leistungen nach den GOP 33040, 33042, 33043, 33050, 33091 und 33092 abzurechnen, benötigen Ärztinnen und Ärzte eine Genehmigung der KVH. Besitzen sie bereits eine Genehmigung, brauchen sie keinen neuen Antrag zu stellen. Sie können automatisch abrechnen. Alle Informationen zur Genehmigung finden Sie unter **[kvh.link/p24087](https://www.kvh.link/p24087)**

Um die MRT-Leistungen (GOP 34430, 34441 und 34442) abzurechnen, benötigen Ärztinnen und Ärzte eine Genehmigung für Kernspintomographie der KVH. Besitzen sie bereits eine Genehmigung, brauchen sie keinen neuen Antrag zu stellen. Sie können automatisch abrechnen. Alle Informationen zur Genehmigung finden Sie unter [kvh.link/p24088](https://www.kvh.at/link/p24088)

Ärztinnen und Ärzte benötigen für die Erbringung und Abrechnung von ambulanten Operationen eine Genehmigung der KVH nach der Qualitätssicherungsvereinbarung (QSV) ambulantes Operieren nach § 135 Abs. 2 SGB V. Alle Informationen zur Genehmigung finden Sie unter [kvh.link/p24089](https://www.kvh.at/link/p24089)

FACHPSYCHOTHERAPEUTEN KÖNNEN ABRECHNEN

Seit dem 01.07.2024 können Fachpsychotherapeutinnen und Fachpsychotherapeuten für Erwachsene und für Kinder und Jugendliche die GOP für psychotherapeutische Leistungen aus Kapitel 23 (Psychotherapeutische GOP) des EBM abrechnen. Die Berufsgruppe wurde zudem in den jeweiligen Kapiteln und Bestimmungen im EBM ergänzt.

Um psychotherapeutische Leistungen abrechnen zu können, benötigen sie eine Genehmigung der KVH. Alle Informationen zur Genehmigung finden Sie unter [kvh.link/p24090](https://www.kvh.at/link/p24090)

Der EBM wurde für die Fachpsychotherapeutinnen und Fachpsychotherapeuten für Erwachsene und für Kinder und Jugendliche zudem an folgenden Stellen angepasst: In der Nr. 1.1 der Allgemeinen Bestimmungen, der Leistungslegende der GOP 01612 im Abschnitt 1.6 EBM, der Überschrift des

Kapitels 23 EBM, den Nrn. 1 und 6 der Präambel 23.1 EBM, der Leistungslegende zum Katalog nach den GOP 23210 bis 23212 im Abschnitt 23.2 EBM, der Leistungslegende und in der ersten Anmerkung zur GOP 23214 im Abschnitt 23.2 EBM, in der ersten Anmerkung zur GOP 35142 im Abschnitt 35.1 EBM, der Nr. 1 der Präambel 40.1 EBM und im Anhang 1 zum EBM.

Des Weiteren wurden die Verweise auf Regelungen der Psychotherapie-Vereinbarung aktualisiert. Dies betrifft die erste Anmerkung zur Grundpauschale für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten nach GOP 23214 im Abschnitt 23.2 (Psychotherapeutische Grundpauschalen) EBM sowie die erste Anmerkung zu den nicht antragspflichtigen Leistungen nach GOP 35100, 35110 bis 35113 und 35120 im Abschnitt 35.1 EBM.

Darüber hinaus wurde das Kapitel 35 in der Präambel 11.1 Nummer 5 EBM (Humangenetik), der Präambel 24.1 Nummer 3 EBM (Radiologie) und der Präambel 25.1 Nummer 3 EBM (Strahlentherapie) ergänzt. Damit wird berücksichtigt, dass eine Genehmigungserteilung für Fachärztinnen und Fachärzte mit Anerkennung in einem Gebiet der unmittelbaren Patientenversorgung – bei Vorliegen der entsprechenden Qualifikationsvoraussetzungen – möglich ist (gemäß § 3 Abs. 1 Satz 1 der Psychotherapie-Vereinbarung). In den Präambeln der übrigen Facharztgruppen der unmittelbaren Patientenversorgung ist Kapitel 35 bereits aufgeführt.

Die Schreibweise der „Psychologischen Psychotherapeuten“ wird zudem an die in der Psychotherapie-Vereinbarung angeglichen.

NACHBEOBACHTUNGEN IN ANHANG 8 EBM ERWEITERT

Seit dem 01.07.2024 können Ärztinnen und Ärzte die Beobachtung und Betreuung von Patientinnen und Patienten nach den GOP 01500 bis 01503 bei weiteren Leistungen abrechnen. Die jeweiligen

GOP, für die sie eine oder mehrere Beobachtungs-/Betreuungsleistungen ansetzen können, wurden im Anhang 8 im EBM zusätzlich aufgenommen. Beispielsweise ist eine Nachbeobachtung künftig auch nach einer Lumbalpunktion (GOP 02342) möglich.

Neue Leistungen überblicken			
GOP	Prozedur	Berechnungsfähige GOP	Gesamthöchstwert (in Stunden)
02302#	Kleinchirurgischer Eingriff III und/oder primäre Wundversorgung bei Säuglingen, Kleinkindern und Kindern: Biopsie ohne Inzision am Endometrium: Diagnostische Mikrokürettage (Strichkürettage) oder Aspirationskürettage	01501 und 01502	2
02342	Lumbalpunktion	01502	2
02344#	Perkutane Biopsie: Perkutane Biopsie an Lymphknoten, mediastinal oder paraaortal	01501 und 01503	3
34290	Angiokardiographie	01501 und 01503	4

*gemäß bundeseinheitlichem Orientierungspunktwert 2024 (11,9339 Cent)

Die im Anhang 8 in Spalte 1 mit # gekennzeichneten GOP rechnen sie für die Nachbeobachtung und/oder Überwachung nur ab, wenn die entsprechende Prozedur im Abschnitt 2 der Anlage 1 zum Vertrag

nach § 115b SGB V (AOP-Vertrag) genannt ist und in Spalte 6 des Abschnitts 2 der Anlage 1 zum Vertrag nach § 115b SGB V ein Hinweis auf eine Nachbeobachtung und/oder Überwachung aufgeführt wird.

EBM-DETAILÄNDERUNG 3/2024

Seit dem 01.07.2024 gibt es im EBM weitere Detailänderungen.

■ Telefonische AU eines Kindes: Porto dauerhaft abrechnen

Seit dem 01.07.2024 können Ärztinnen und Ärzte neu die GOP 40129 dauerhaft für den postalischen Versand einer ärztlichen Bescheinigung für den Bezug von Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes (Muster 21) abrechnen, wenn sie die entsprechende Bescheinigung nach telefonischer Anamnese bei Kindern ausstellen. Die Regelungen zur Bescheinigung der Erkrankung eines Kindes waren zuvor befristet bis zum 30.06.2024.

Ärztinnen und Ärzte rechnen die Kostenpauschalen 40129 für Portokosten ab, bis ein verbindliches elektronisches Muster zur Verfügung steht und sie die Bescheinigung auf elektronischem Weg an die Patientin oder den Patienten versenden dürfen. Die GOP 40129 ist 86 Cent wert.

Wenn sie mit dem Kind beziehungsweise mit einer Bezugsperson in dem Quartal nur über das Telefon Kontakt haben, rechnen sie die GOP 01435 (Bereitschaftspauschale) ab. Wenn sie das Kind in dem Quartal mindestens einmal in der Praxis getroffen oder per Videosprechstunde versorgt haben, rechnen sie ihre Versicherten-, Grund- und/oder Konsiliarpauschale ab.

■ Angiokardiographie: Altersbeschränkung aufgehoben

Ärztinnen und Ärzte rechnen neu die GOP 34290 (Angiokardiographie) auch bei Versicherten nach dem vollendeten 18. Lebensjahr ab. In der Leistungslegende der GOP 34290 wurde der Altersbezug „bei Patienten bis zum vollendeten 18. Lebensjahr“ gestrichen. Als fakultativer Leistungsinhalt wurde die Druckmessung aufgenommen.

Sofern sie die Leistung nicht im Rahmen des AOP-Vertrags durchführen, rechnen sie die GOP mit einem Suffix ab (GOP 34290A).

Um die GOP 34290 abzurechnen, benötigen Ärztinnen und Ärzte eine Genehmigung der KVH nach der Vereinbarung zur invasiven Kardiologie gemäß § 135 Abs. 2 SGB V. Alle Informationen zur Genehmigung finden Sie unter [kvh.link/p24091](https://www.kvh.at/link/p24091)

■ GOP 02302: Leistungsinhalt erweitert

Ärztinnen und Ärzte können neu den klein chirurgischen Eingriff III nach GOP 02302 abrechnen, wenn sie eine Biopsie ohne Inzision am Endometrium als Diagnostische Mikrokürettage (Strichkürettage) oder Aspirationskürettage durchführen. Der obligate Leistungsinhalt wurde mittels Und/oder-Verknüpfung bei der GOP ergänzt.

EBM-FR

PRAXISTIPP

Zu allen EBM-Änderungen finden Sie aktuelle und weiterführende Informationen unter [kvh.link/p24075](https://www.kvh.at/link/p24075)

Reinschauen lohnt sich!

QUALITÄTSSICHERUNG

Genehmigung für Positronenemissionstomographie/Positronenemissionstomographie mit Computertomographie

Bei der Positronenemissionstomographie/Positronenemissionstomographie mit Computertomographie (PET, PET/CT) bei Prostata-spezifischem Membran-Antigen (PSMA) handelt es sich um eine Kombination von bildgebenden Methoden zur Prostatakrebs-Diagnostik. Die GOP (34720 und 34721) konnten zunächst übergangsweise mit einer Genehmigung nach der bis zum 30. Juni 2024 gültigen Qualitätssicherungsvereinbarung (QS-Vereinbarung) abgerechnet werden. Am 1. Juli 2024 ist die überarbeitete QS-Vereinbarung in Kraft getreten, damit ist die Übergangsregelung ausgelaufen.

ÜBERSICHT DER ÄNDERUNGEN

Die zehn Indikationen für die Leistungen der PET, PET/CT, die bereits vom Gemeinsamen Bundesausschuss zugelassen wurden, werden analog um die Indikation des fortgeschrittenen Prostatakarzinoms erweitert (vgl. § 1 Abs. 1 Nr. 11 QS-Vereinbarung PET, PET/CT).

Die Durchführung der PET beziehungsweise PET/CT ist an die Voraussetzung geknüpft, dass ein interdisziplinäres Team für die Versorgung der betroffenen Patienten zur Verfügung steht. Um PSMA-PET abrechnen zu können, müssen dem interdisziplinären Team jeweils eine Fachärztin oder ein Facharzt folgender Fachrichtungen angehören:

- für die Durchführung und Befundung der PET beziehungsweise PET/CT eine verantwortliche Fachärztin oder ein verantwortlicher Facharzt,
- für den Patienten eine onkologisch verantwortliche Ärztin oder ein verantwortlicher Arzt oder ein/e Onkologin/Onkologe oder eine Fachärztin oder ein Facharzt für Urologie mit Weiterbildung in der Medikamentösen Tumorthherapie und

- eine Fachärztin oder ein Facharzt für Nuklearmedizin (vgl. § 5 Abs. 8 QS-Vereinbarung PET, PET/CT).

Die erforderlichen Patientenkriterien müssen dokumentiert werden. Der Patient mit progredientem, metastasiertem, kastrationsresistentem Prostatakarzinom (mCRRC) muss vorab mittels Inhibition des AR-Signalwegs und taxanbasierter Chemotherapie behandelt werden (vgl. § 6 Nr. 12 QS-Vereinbarung PET, PET/CT).

Die Zusammensetzung der QS-Kommission wurde ebenfalls angepasst (vgl. § 8 Abs. 3 QS-Vereinbarung PET, PET/CT).

Die KVH informiert ihre Mitglieder über alle wichtigen Informationen zur Abrechnung unter **[kvh.link/p24075](https://www.kvh.link/p24075)**

KONTAKT

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

T. 069 24741-7300

F. 069 24741-68832

E. qs.radiologie@kvhessen.de

ÄRZTLICHER BEREITSCHAFTSDIENST

ÄBD-Brückentagsregelung 2025

Brückentage 2025

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

- Freitag, 02.05.2025 (Tag nach 1. Mai)
- Freitag, 30.05.2025
(Tag nach Christi Himmelfahrt)
- Freitag, 20.06.2025 (Tag nach Fronleichnam)

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

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

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

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

UH

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

[kvh.link/p24092](https://www.kvh.link/p24092)

DEUTSCHE GESETZLICHE UNFALLVERSICHERUNG E. V. (DGUV)

Zulassung zum Durchgangsarztverfahren

Ibrahim Khalil Ibrahim ist ab sofort als niedergelassener Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie am Standort des MVZ Medicum Mittelhessen in

65549 Limburg, Zeppelinstraße 3, am Durchgangsarztverfahren beteiligt.

DGUV

Online statt „per Brieftaube“

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

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

www.arztsuchehessen.de

The screenshot shows the top navigation bar with the KV logo and menu items: Suche, Ärztlicher Bereitschaftsdienst, ASIV-Team, SARS-CoV-2/Boosterimpfung. A red circle highlights the 'Login' button. Below the navigation is the search section titled 'ARZT- UND PSYCHOTHERAPEUTENSUCHE HESSEN' with a search input field and filter options for 'Art des Arztes' (Hausarzt, Facharzt, Psychotherapeut, Alle / egal) and 'Fachrichtung / Schwerpunkt'.

1

Klicken Sie auf Login.

The screenshot shows the 'ANMELDUNG' (Login) form. The input fields for 'User-ID (LANR)' and 'Passwort' are circled in red. There is an 'Anmelden' button and a note: 'Hinweis: Die mit * gekennzeichneten Felder sind Pflichtangaben.'

2

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

The screenshot shows the user profile page. The 'Kontaktangaben' section is highlighted with a red circle. It includes fields for BSNR, LANR, Name, and Anschrift. Below this is a table for contact data with columns for Typ, Adressat, Kommunikation, Hauptkontakt, and Öffentlich.

3

Mitglieder mit nur einer BSNR können sofort ihre Daten ändern.

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

The screenshot shows the contact data table with a dropdown menu open. The dropdown menu is circled in red and shows a list of 'Zweigpraxis' entries. The table has columns for Typ, Adressat, Kommunikation, Hauptkontakt, and Öffentlich.

4

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



KASSENÄRZTLICHE
VEREINIGUNG
HESSEN

Sie finden uns im Internet unter:

www.kvhessen.de/aufdenpunkt



Mädchensprechstunde für Zwölf- bis 17-Jährige

Frauenarztpraxen können sich in Selektivvertrag einschreiben

Mit der „Mädchensprechstunde M1“ startet ein neues Versorgungsangebot für Mädchen und junge Frauen zwischen zwölf und 17 Jahren, die bei einer der 46 teilnehmenden Betriebskrankenkassen versichert sind. Alle Fachärztinnen und Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe können an dem Vertrag teilnehmen. Erforderlich ist nur, sich über die KVH in den Selektivvertrag einzuschreiben. Für die Einschreibung, Beratung und Impfmotivation erhalten Praxen eine extrabudgetäre Vergütung von über 100 Euro pro Mädchen. Die „Mädchensprechstunde M1“ soll einen niedrigschwelligen Erstkontakt zur frauenärztlichen Beratung und Begleitung ermöglichen. Dazu gehört unter anderem, den Impfstatus zu überprüfen und über sexuell übertragbare Krankheiten aufzuklären. Im weiteren Verlauf informiert die Ärztin oder der Arzt über die geschlechtsspezifische Gesundheitsprävention. Anlassbezogen und mit Zustimmung der Versicherten kann auch eine körperliche Untersuchung erfolgen.

Wird festgestellt, dass der Impfstatus gegen sexuell übertragbare Erkrankungen (HPV und Hepatitis B) nicht vollständig ist, kann ein Aufklärungsgespräch dazu stattfinden. Dies soll die Versicherte motivieren, die fehlenden Impfungen in Anspruch zu nehmen.

ERSTKONTAKT ERLEICHTERN

Für viele Mädchen und deren Eltern stellen die körperlichen und emotionalen Veränderungen verbunden mit der Pubertät eine Herausforderung dar. Zugleich stellt sich die Frage, wann der richtige Zeitpunkt für den ersten Besuch in einer Frauenarztpraxis ist. Die „Mädchensprechstunde M1“ bietet hierfür nun Gesprächs- und Beratungsleistungen.

KBV



Hier finden Sie die
Teilnahmeerklärung
[kvh.link/p24099](https://www.kvh.link/p24099)

Weitere Infos gibt es unter [kvh.link/p24100](https://www.kvh.link/p24100)

Informationen zur Mädchensprechstunde gibt es auch unter [kvh.link/p24101](https://www.kvh.link/p24101)

Haben Sie weitere Fragen?

Mitgliederservice Sonderverträge

T. 069 24741-7580

F. 069 24741-68805

E. mitgliederservice.sondervertraege@kvhessen.de



Medikamente sind in einzelnen Ländern unterschiedlich teuer. Das hat Einfluss auf die Versorgung.

Tödliche Preise – auch in Europa

Wenn über mangelnde Versorgung mit Medikamenten gesprochen wird, denkt man zuerst an den Globalen Süden. Doch die Probleme fangen schon in unseren Nachbarländern an. Das hat eine journalistische Recherche-Kooperation eindrucksvoll dokumentiert.

Investigate Europe hat in Zusammenarbeit mit WDR, NDR und Süddeutscher Zeitung den Zugang zu neuen Medikamenten in den EU-Mitgliedsstaaten untersucht.¹ Dabei wurden die 32 Medikamente unter die Lupe genommen, die zwischen 2019 und 2023 auf den Markt gekommen sind und einen erheblich größeren Nutzen haben als bisherige Therapien.² Die zahlreichen Pseudo-Innovationen, bei denen es gar nicht unbedingt erwünscht ist, dass sie von öffentlichen Gesundheitssystemen erstattet werden, wurden also nicht berücksichtigt.

Deutschland und Österreich waren die einzigen Länder, in denen alle 32 Medikamente allgemein verfügbar waren. Während in zehn weiteren EU-

Staaten maximal drei Medikamente fehlen, sind die Lücken am unteren Ende beträchtlich: In den baltischen Staaten fehlen 8–11, auf Zypern 15, auf Malta 19 und in Ungarn sind gar mit 25 die allermeisten wichtigen Neuerungen nicht verfügbar. Der wichtigste Grund, warum es die Medikamente nicht gibt, sind die enorm hohen Preise, die sich viele Staaten nicht leisten können.

Mancherorts vermarkten die Firmen die Mittel erst gar nicht. Die mangelnde Kostentransparenz spielt dabei den Herstellern in die Hände. Sie verlangen von den Ländern die Geheimhaltung der ausgehandelten Preise. Der ehemalige zyprische Gesundheitsminister George Pamboridis beklagt „den Missbrauch einer Machtposition der Industrie gegenüber ihren Kunden, den Staaten“. Die Pharmakonzerne spielten die EU-Länder gegeneinander aus, „indem sie uns in getrennte Räume sperren“. Kleine Länder würden besonders benachteiligt. Zu seiner Zeit als Minister erfuhr er unter der Hand, dass Zypern „doppelt, dreifach oder sogar fünfmal so hohe Preise wie andere Länder zahlte“.³

INFOBOX

Buchtipps: Jörg Schaaber, *Pillen-Poker, Wie uns die Pharmaindustrie schadet und was man dagegen tun kann*, 18 Euro, Suhrkamp Verlag, 978-3-518-47241-5.

Illustrieren lässt sich das am Beispiel von Mukoviszidose-Medikamenten der Firma Vertex. Während Frankreich für die Kombinationsbehandlung pro Patientin oder Patient⁴ und Jahr rund 71.000 € zahlt, muss Tschechien glatt das Doppelte berappen. Noch teurer kommt es Betroffene in Litauen mit 175.000 € und auf Zypern mit 200.000 € zu stehen. In beiden Ländern werden die Medikamente deshalb nicht erstattet. Preisverhandlungen mit Vertex führten bislang zu keinem akzeptablen Ergebnis. Dabei erzielte die Firma 2023 bei einem Umsatz von 9,7 Mrd. US\$ einen Gewinn von 3,6 Mrd. US\$.⁴

Das Team der Reporterinnen und Reporter⁴ hatte übrigens große Schwierigkeiten, an die tatsächlich von den Ländern gezahlten Preise zu kommen. Insofern ist es skandalös, dass in Deutschland die bislang bekannten Erstattungspreise künftig auf

Antrag des Herstellers zum Geheimnis gemacht werden können.⁵

JÖRG SCHAABER

Dieser Beitrag wurde mit freundlicher Genehmigung von Autor und Herausgeber aus dem pharma-brief 6-7/2024 übernommen.

Hinweis: Die Pharma-Kampagne hat die Recherche konzeptionell und mit Informationen unterstützt.

¹ Bersi E et al. (2024) Geheime Preisabsprachen: Wie Pharmaunternehmen EU-Staaten gegeneinander ausspielen. *Investigate Europe*, 13. Juni [kvh.link/p24102](#) [Zugriff 4.7.2024].

² Grundlage war das Urteil beträchtlicher oder erheblicher Zusatznutzen in der deutschen Nutzenbewertung.

³ Berndt C et al. (2024) Zahl oder stirb. *Süddeutsche Zeitung*, 14. Juni

⁴ SEC (2024) Form 10-K Annual Report 2023 Vertex Pharmaceuticals Inc. [kvh.link/p24103](#) [Zugriff 4.7.2024]

⁵ Heim M (2024) Linke zum Medizinforschungsgesetz. *taz*, 5. Juli [kvh.link/p24104](#)

PP-Ausgabe nur noch digital

Um das ePaper zu erhalten, ist eine einmalige Registrierung unter [kvh.link/p24105](#) erforderlich.

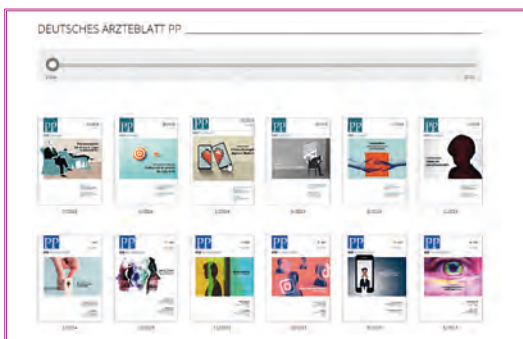
Die Umstellung auf ein ePaper des Deutschen Ärzteblatts für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten trägt den Wünschen der Leser nach mehr Klimafreundlichkeit Rechnung. Zudem spart es Kosten für Papier und Porto. Dies haben die KBV und den Deutschen Ärzteverlag veranlasst, die Printausgabe einzustellen.



Die sogenannte PP-Ausgabe erschien im September 2024 zum letzten Mal in gedruckter Form. Seit Oktober 2024 steht das Blatt ausschließlich digital zum Lesen bereit. Die Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die die Zeitschrift bislang einmal monatlich per Post erhielten, müssen sich unter [kvh.link/p24105](#) registrieren, um über den Erscheinungstermin informiert zu werden und die PP-Ausgabe dann in der App des Deutschen Ärzteblattes oder als ePaper zu lesen.

KBV

Alle Printausgaben sind online abrufbar





BITTE!

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

Wir brauchen Sie,
liebe Kolleginnen und Kollegen.

Bitte substituieren Sie!

Weitere Informationen

finden Sie unter kvh.link/p24049 oder senden Sie
eine Mail an qs.substitution@kvhessen.de

Interdisziplinärer Fachtag

„Substitution aktuell“

am Samstag, 9. November 2024

Die KV Hessen veranstaltet am 9. November 2024 von 09.00 bis 16.00 Uhr einen Fachtag mit dem Titel „Substitution aktuell“.

Vor diesem Hintergrund freuen wir uns sehr, wenn wir Sie zu dieser Veranstaltung begrüßen dürfen.

Der Fachtag „Substitution aktuell“ richtet sich an Ärztinnen und Ärzte, die bereits in der Substitution tätig sind, als auch an potenzielle Interessenten sowie an in den Substitutionspraxen und Substitutionsambulanzen tätige Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.

Folgende Vorträge sind vorgesehen:

- Gesetzliche Grundlagen der substituionsgestützten Behandlung Opioidabhängiger
- Substitution abrechnen – Abschnitt 1.8 EBM
- Umgang mit Komorbidität
- Warum ist Substitution gut und wichtig?
- Vorstellung der Initiative „Junge Suchtmedizin“
- Vorstellung Qualitätszirkel Substitution
- Fördermaßnahmen für die Substitution
- Moderierte Frage- und Diskussionsrunde

Wir laden Sie ein, diese Themen im Rahmen eines Erfahrungsaustausches gemeinsam mit uns zu betrachten, Ihre Fragen einzubringen und neue Lösungsansätze zu generieren.

Weiterführende Informationen zur Teilnahme und zum Programm entnehmen Sie dem Veranstaltungsportal unter Kursnummer 11334 (kvh.link/p24106).

Die Veranstaltung ist im Rahmen der Zertifizierung der ärztlichen Fortbildung der Ärztekammer Hessen mit voraussichtlich 6 Punkten anrechenbar.



SUBSTITUTIONSBEHANDLUNGEN IN HESSEN

Bei über 7.500 Betroffenen haben hessische Ärztinnen und Ärzte in 2023 Substitutionsleistungen aus EBM-Kapitel 1.8 erbracht.

16 neue Fortbildungen

Das druckfrische Fortbildungsprogramm für das kommende Jahr wird aktuell an die hessischen Praxen versendet. Wer sich einen Platz in den beliebten Seminaren und Workshops sichern möchte, meldet sich jetzt an: kvh.link/p24107

Mit dem neuen Fortbildungsprogramm bietet die KVH insgesamt 110 Themen an. Davon werden 16 neue Themen mit sowohl bekannten als auch neuen Referentinnen und Referenten angeboten. Neben den neuen Seminaren und Workshops zu den Themen Abrechnung (zum Beispiel EBM Augenheilkunde und Kinder- und Jugendmedizin) und Qualitätsmanagement (zum Beispiel Blended Learning, Qualitätsmanagement Grundlagen) haben wir unter anderem folgende weitere geplant:

MEHR ALS 370 TERMINE

digiFIT Quick: Quereinstieg in die ärztliche Praxis (Kursnummer: 11298)

Fachkräftemangel ausgleichen und Personal entlasten

Branchenfremdes Personal wird zur administrativen Praxisassistentin. Sie unterstützen bei der Organisation von Praxisabläufen, übernehmen die Kommunikation mit Leistungsträgern und -erbringern sowie allgemeine Verwaltungsaufgaben. Dabei wird die MFA entlastet und die Effizienz der Praxis gesteigert.

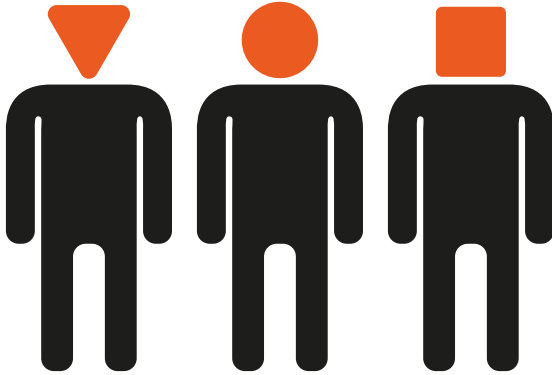
Referent: Holger Stehlau, Gründer, Geschäftsführer digiFORT

Kompetenz-Boost für Praxismanagerinnen und -manager (Kursnummer: 11297)

Für neuen Schwung starten wir mit dem Teamcoaching-Nachmittag für erfahrene Praxismanagerinnen und -manager. Wir bieten Ihnen Reflexion, Input, moderierten und visualisierten kollegialen Austausch und eine Fülle neuer Ideen an.

Referentin: Ariane Hanfstein, Personal- und Teamcoach, Trainerin für Teamführung, Kommunikation und Praxismanagement





Erkennen Sie Persönlichkeitstypen? Nutzen Sie dies für Ihren Praxisalltag.

Vertiefung der Privatabrechnung nach GOÄ (Kursnummer: 11038)

Im Rahmen der Fortgeschrittenenseminare werden die Grundlagen und rechtlichen Aspekte bei der Anwendung der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) wiederholt und weitere Möglichkeiten aufgezeigt, die GOÄ korrekt und vollständig anzuwenden.
Referentin: Katja Rusch-Saalfrank, Betriebswirtin für Management im Gesundheitswesen, Auditorin für ISO 9001

„Du gehst mir auf den Geist“ – Das 1 x 1 der Persönlichkeit (Kursnummer: 11308)

Sicheres und souveränes Auftreten sind der Schlüssel zum Erfolg: Mit einer gefestigten Persönlichkeit stärken Sie nicht nur Ihre eigene Entwicklung, sondern auch die des Teams und der Praxis.
Referentin: Mechthild Wick, Systemischer Coach, Personaltrainerin

Umgang und Interaktion mit psychisch auffälligen Patientinnen und Patienten

(Kursnummer: 11268)
Ziel des Workshops ist es, Sie für die Herausforderungen im Umgang mit psychisch kranken Patientinnen und Patienten zu sensibilisieren, Unsicherheiten in der Begegnung zu überwinden und konkrete Handlungsstrategien aufzuzeigen.
Referentin: Mechthild Wick, Systemischer Coach, Personaltrainerin

VIELE SEMINARE KOSTENFREI

Auf insgesamt 120 Seiten sind weiterhin altbewährte Workshops zu Themen rund um die Niederlassung, den Praxisalltag und persönliche Weiterentwicklung zu finden. Zu den etablierten Veranstaltungen gehören weiterhin unter anderem „EBM Basis und Aufbau“, „Honorar und Abrechnung“ und „Fortbildung zum Praxismanagement“. Für Ärztinnen und Ärzte, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Berufseinsteigende und Praxismitarbeitende bietet die KVH passende Workshops und Seminare an, um sich fortzubilden und auf dem aktuellen Stand zu bleiben. Wie gewohnt wird ein erheblicher Teil der Veranstaltungen durch Expertinnen und Experten der KVH durchgeführt und kann somit kostenfrei angeboten werden.

FORTBILDUNG IST PFLICHT

Mit dem Fortbildungsprogramm bietet die KVH nicht nur wertvolle Veranstaltungen zu zahlreichen Themen an, sondern unterstützt ihre Mitglieder bei der Erfüllung der gesetzlich vorgeschriebenen Fortbildungsverpflichtung. Bitte informieren Sie sich auf kvh.link/p24108

PATRICK ZUBER

INFOBOX

WÜNSCHE? MELDEN!

Wenn Ihnen am Fortbildungsprogramm der KVH etwas fehlt oder Sie uns Feedback geben möchten, schreiben Sie an veranstaltung@kvhessen.de



#FokusVersorgung

WALDECK-FRANKENBERG



22.11.2024
in Korbach

Gemeinsam Versorgung stärken:

Sie sind Hausärztin, Hausarzt, Kinderärztin oder Kinderarzt in der Region Waldeck-Frankenberg oder an einer Niederlassung/Anstellung interessiert? Dann freuen wir uns, Sie bei der neuen Veranstaltungsreihe #FokusVersorgung begrüßen zu dürfen!

**Ihre BeratungsCenter
Gießen und Kassel der KVH**



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

Die Veranstaltung ist mit
3 Fortbildungspunkten zertifiziert.

Das erwartet Sie:

- spannende Impulsvorträge, Workshops und Diskussionen
- wertvolle Gespräche mit Kolleginnen und Kollegen, Niederlassungsinteressierten und Persönlichkeiten aus dem Landkreis
- persönlicher Austausch mit dem Vorstand sowie mit wichtigen Ansprechpersonen der KVH

KASSENÄRZTLICHE
VEREINIGUNG
HESSEN





Noch wenige freie Plätze

Rasch anmelden unter kvh.link/p24020

FIT AM EMPFANG – DER ERSTE EINDRUCK ZÄHLT

Wie kann ich bereits im ersten Kontakt die Weichen für ein harmonisches Verhältnis stellen? Wie kann der erste Kontakt zur Patientin bzw. zum Patienten den Verlauf der Behandlung beeinflussen?

Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen am Empfang sind das Aushängeschild der Praxis und Spiegelbild des Unternehmens. Für den Erfolg einer Praxis ist es wichtig, dass Patienten und Patientinnen gleich von der ersten Begegnung an einen überzeugenden Eindruck von der Praxis gewinnen!

Sie lernen

- den Empfang zu „gestalten“ als Spiegelbild der Praxis
- wie ein professioneller erster Eindruck aussieht
- was die Besucher und Besucherinnen erwarten
- wer Ihre „Kunden und Kundinnen“ sind
- wie Sie auch in schwierigen Situationen einen kühlen Kopf bewahren

Sie erfahren

- welche Bedeutung Service und Dienstleistung für den Erfolg einer Arztpraxis haben
- welchen „Wert“ der Empfang für die Patientenzufriedenheit hat
- wie Sie durch ein patientenorientiertes Verhalten Konflikte reduzieren oder im Vorfeld vermeiden können

Zielgruppe: Praxismitarbeiterinnen und Praxismitarbeiter

Referentin: Mechthild Wick

Gebühr: 80,00 €

Fortbildungspunkte: 0

Termin: Mi. 13.11.2024, 15:00 Uhr – 19:30 Uhr, KVH Frankfurt (Kurs 10718)

Anmeldung unter: kvh.link/p24020

CYBERKRIMINALITÄT AUF DEM VORMARSCH

Weiß ich, wie ich mich gegen Spam-Mails, Viren, gefälschte Websites schütze und in einem Cyberangriff richtig verhalte?

Hacker und Kriminelle sind gut vorbereitet. Viele Ärztinnen und Ärzte und Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind es nicht. Sie fühlen sich vor Cyberkriminalität sicher. Doch die Angreifenden sind sehr professionell und die Bedrohung ist real. Umfragen zeigen, dass mittlerweile jedes dritte Unternehmen in Deutschland von Cyberattacken betroffen ist. In der Hälfte der Fälle waren die Angreifenden erfolgreich und konnten sich Zugang zu IT-Systemen verschaffen oder Internetauftritte manipulieren.

Sie üben praktisch

- Cyberkriminalität zu erkennen
- Prävention und Schadensbekämpfung
- E-Mail-Adressen zu prüfen

Sie erfahren

- was bei Cyberattacken zu tun ist
- Sensibilisierung für den Umgang mit digitalen medizinischen Geräten
- Sensibilisierung für den Umgang mit digitalen medizinischen Apps
- gesetzliche Regelungen im Praxisalltag zu beachten
- Anlaufstellen bei Fragen

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

Referent: Mark Peters

Gebühr: 40,00 €

Fortbildungspunkte: 2

Termin: Fr. 15.11.2024, 15:00 Uhr – 16:30 Uhr, online (Kurs 10902)

Anmeldung unter: kvh.link/p24020

DAS GRÜNE PRAXIS-TEAM

Sie sind für das Praxismanagement oder die Praxisorganisation zuständig? Oder möchten Sie in der Praxis den Stein ins Rollen bringen, weniger CO₂ zu erzeugen?

Dann sind Sie bei diesem Workshop genau richtig. Werden Sie zum „grünen Arztpraxis-Team“ und spezialisieren Sie sich besonders auf Nachhaltigkeit und Umweltschutz. Das bedeutet, dass Sie in allen Bereichen der Praxis umweltfreundliche und nachhaltige Maßnahmen umsetzen können. Das grüne Arztpraxis-Team setzt sich somit für eine nachhaltige und umweltbewusste Gesundheitsversorgung ein, die auch langfristig den ökologischen Fußabdruck minimiert.

Sie erfahren mehr über:

- die Verwendung von energiesparenden Geräten und LED-Beleuchtung
- die Vermeidung von Plastik durch die Verwendung von recycelbaren oder biologisch abbaubaren Materialien

- die Verwendung von umweltfreundlichen Reinigungsmitteln und Desinfektionsmitteln
- die Trennung und korrekte Entsorgung von Abfällen

Zielgruppe: Praxismitarbeiterinnen und Praxismitarbeiter

Referent: Mark Peters

Gebühr: 40,00 €

Fortbildungspunkte: 0

Termin: Mi. 20.11.2024, 15:00 Uhr – 16:30 Uhr, online (Kurs 10948)

Anmeldung unter: kvh.link/p24020

VERSORGUNGSKRITERIEN CHRONISCHER WUNDEN UND WUNDMANAGEMENT

Wie sieht eine adäquate Wundversorgung aus?

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

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

Sie lernen

- einen Streifzug durch Pathophysiologie und Klassifizierung chronischer Wunden kennen
- die situationsgerechte (Wund-)Versorgung mit den „richtigen“ Materialien

- Aspekte zur Hygiene und Wunde sowie Richtlinien in der Versorgung kennen
- Unklarheiten zur Antiseptik in der Wundversorgung zu beantworten
- anhand verschiedener Fallbeispiele eine individuelle (Wund-)Versorgung und erarbeiten diese gemeinsam

Zielgruppe: Ärztinnen und Ärzte, Praxismitarbeiterinnen und Praxismitarbeiter, Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung

Referent: Andreas Hahn

Gebühr: 170,00 €

Fortbildungspunkte: 11

Termin: Sa. 23.11.2024, 09:00 Uhr – 17:00 Uhr, KVH Frankfurt (Kurs 10877)

Anmeldung unter: kvh.link/p24020

HYBRID-DRG UND BEGLEITLEISTUNGEN ABRECHNEN

Was steckt hinter der Hybrid-DRG? Was umfasst die Hybrid-DRG-Leistung? Wie rechne ich die Leistung ab und was ist zu beachten? Wie nutze ich den Grouper?

Hybrid-DRG und deren Abrechnung spielen zunehmend für operierende Praxen eine wichtige Rolle. Mit den Gesetzesvorgaben und der Abrechnungsvereinbarung müssen viele komplexe Regelungen bei Operationen beachtet werden. Wir beantworten Ihnen die häufig gestellten Fragen rund um die Hybrid-DRG und geben Ihnen hilfreiche Tipps und Beispiele für die Abrechnung.

Sie üben praktisch

- anhand von Fallbeispielen den Umgang mit dem Grouper
- das Auswerten des Ergebnisses und die Umsetzung in der Abrechnung

Sie lernen

- welche Leistungen in der Hybrid-DRG beinhaltet sind und welche Sie separat abrechnen können
- wie prä- und postoperative Leistungen abgerechnet werden
- wann Sie den Grouper einsetzen, um eine Hybrid-DRG zu erhalten
- wie Sie eine Abrechnung über die KVH vornehmen

Zielgruppe: Ärztinnen und Ärzte, Praxismitarbeiterinnen und Praxismitarbeiter, Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung

Referent: Berater der KVH

Gebühr: 0,00 €

Fortbildungspunkte: 3

Termin: Mi. 27.11.2024, 15:00 Uhr – 17:00 Uhr, online (Kurs 11010)

Anmeldung unter: kvh.link/p24020

Fragen?

Antworten!

Wie war das?

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

Welche Leistungen sind seit dem 1. April 2024 ausschließlich auf Muster 10 zu veranlassen?

Sie beauftragen ausschließlich auf Muster 10 die in-vitro-diagnostischen Leistungen nach den Kapiteln 11, 19 und 32 sowie die laboratoriumsmedizinischen Leistungen nach den Abschnitten 1.7, 8.5, 8.6 und 30.12.2 des EBM.

Welche Leistungen können seit dem Inkrafttreten der Anlage 4 ATMP-Qualitätssicherungs-Richtlinie abgerechnet werden?

Seit Inkrafttreten der Anlage 4 ATMP-Qualitätssicherungs-Richtlinie zum 26. März 2024 können Ärztinnen und Ärzte für Transfusionsmedizin sowie Internistinnen und Internisten mit einer Genehmigung gemäß ATMP-Qualitätssicherungs-Richtlinie die Gebührenordnungspositionen (GOP) 30320 bis 30323 und 30326 für die Infusionstherapie mit Valoctocogen Roxaparovec (Handelsname: Roctavian®) und Etranacogen dezaparovec (Handelsname: Hemgenix®) abrechnen.

Welche Leistungen dürfen eine Hausärztin oder ein Hausarzt zur Operationsvorbereitung befristet für das Jahr 2024 im Rahmen einer Hybrid-DRG-OP abrechnen?

Als Hausärztin oder Hausarzt rechnen Sie die Operationsvorbereitung nach den GOP 31010 bis 31013 des EBM ab.

Wie rechnen Ärztinnen und Ärzte die postoperative Nachbehandlung im Jahr 2024 im Rahmen einer Hybrid-DRG-OP ab, wenn der OPS-Kode nicht in Anhang 2 EBM vorliegt?

Als Operateurin oder Operateur rechnen Sie die GOP 31611 ab. Übernimmt auf dessen Überweisung eine andere Fachärztin oder ein anderer Facharzt die postoperative Behandlung, rechnet diese beziehungsweise dieser die GOP 31610 ab. Haus- sowie Kinder- und

Jugendärztinnen und -ärzte rechnen in diesem Fall die GOP 31600 ab. In allen drei Fällen fügen Sie die Pseudo-GOP 88110 hinzu.

Können Psychotherapeutinnen und -therapeuten die PT-Sprechstunde und Probatorik als Videosprechstunde durchführen und abrechnen?

Nein. Seit dem dritten Quartal 2022 ist die Sprechstunde sowie die Probatorik nicht mehr per Video berechnungsfähig. Die Gebührenordnungspositionen zur Videosprechstunde, die Sie mit einem Suffix kennzeichnen, und weitere typische Videoleistungen (beispielsweise GOP 01102, Fallkonferenzen), die Sie per Video erbringen und nicht kennzeichnen müssen, können Sie in der Übersicht auf der Themenseite „Psychotherapie“ unter [kvh.link/p24109](https://www.kvh.hessen.de/kvh.link/p24109) einsehen.

Sie möchten wissen, ob Sie bestimmte Medikamente über den Sprechstundenbedarf verordnen dürfen, oder benötigen Informationen zu Heilmitteln?

Oft sind Verordnungen an bestimmte Bedingungen geknüpft, die durch Richtlinien geregelt sind. Fragen rund um Verordnungen, Sprechstundenbedarf, Rezepte und vieles mehr werden Ihnen in dem Portal „KVHaktuell Verordnungen“ beantwortet. Registrieren Sie sich mit Ihrer 7-stelligen LANR und erhalten Sie sämtliche Informationen zu verordnungsrelevanten Themen unter [kvh.link/p24110](https://www.kvh.hessen.de/kvh.link/p24110)

HABEN SIE WEITERE FRAGEN?

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

069 24741-7777

info.line@kvhessen.de

IHR KONTAKT ZU UNS

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

BERATUNG VOR ORT

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

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

BeratungsCenter Wiesbaden: 069 24741-7171
069 24741-78171 (Fax)
beratung-wiesbaden@kvhessen.de

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

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

ONLINEPORTAL

Internetdienste/SafeNet* internetdienste@kvhessen.de

Technischer Support internetdienste@kvhessen.de

ARZNEI-, HEIL- UND HILFSMITTELBERATUNG

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

KOORDINIERUNGSSTELLE

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

ÄRZTLICHES KOMPETENZZENTRUM HESSEN

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

QUALITÄTS- UND VERANSTALTUNGSMANAGEMENT

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

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

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

Kassenärztliche Vereinigung Hessen, vertreten durch den Vorstand

Redaktion

Karl Matthias Roth, Petra Bendrich und Cornelia Kur

Kontakt zur Redaktion

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

Hinweis

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

Verlag

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

Objektleitung:

Karin Oettel, Wiebel und Partner GmbH, Frankfurt am Main

Druck:

AC medienhaus GmbH, Ostring 13, 65205 Wiesbaden

Bildnachweis

Petra Bendrich: S. 18; Gematik: S. 8; KBV: Titelbild, S. 9, 10;
Thorsten kleineHolthaus: S. 3; Tom Wolf: S. 6

Adobe Stock:

S. 5: Suelzengenappel; S. 15: Halfpoint; S. 16: peterschreiber.media;
S. 19: M.Rode-Foto; S. 20: Collage von Scherer mit: lesniewski,
Frogella.stock, umut hasanoglu; S. 21: igor kisselev; S. 23: VectorMine

Nachdruck

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

Zuschriften

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

Haftungsausschluss

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

Bezugspreis

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

Haftungsbeschränkung für weiterführende Links

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

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



erscheint wieder
im Dezember



KASSENÄRZTLICHE
VEREINIGUNG
HESSEN

Sie finden uns im Internet unter:
www.kvhessen.de/aufdenpunkt