

AUF DEN
PUNKT.

EHV: Vom Sparen zum Haben

SEITE 11

Am Ende gelungen

SEITE 10

info.service – offizielle
Bekanntmachungen

HEFTMITTE

EHV: Vom Sparen zum Haben



AKTUELLES

Politisch noch nie so irrelevant	4
Wir sind für Sie nah	7
Regenpause zur rechten Zeit	8
Am Ende gelungen	10

TITELTHEMA

EHV: Vom Sparen zum Haben	11
„Ich wünsche mir langfristig eine Korrektur“	12
Begriffe von A bis Z	14
Monatlich 3.465 € sind maximal drin	16
Wie kann man die EHV erhalten?	19
Berufsunfähig kann jeder werden – die EHV sichert Sie ab!	22
Die EHV der KVH	24

GUT INFORMIERT

Krankheitsbild im Detail: Ametropie	27
Klima- und Hitzeschutz großschreiben	28
Empfehlungen zur Labordiagnostik	30
Fit für jeden Notfall	32
Ein ersparter Cent ist zweimal verdient	33

VERANSTALTUNGEN

#Fokusversorgung	34
Noch wenige freie Plätze	35

PRAXISTIPPS

Wie war das?	38
--------------	----

SERVICE

Ihr Kontakt zu uns/ Impressum	39
-------------------------------	----



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

Stabil und werthaltig

Liebe Kolleginnen und Kollegen,
sehr geehrte Damen und Herren,

alle Jahre wieder beschäftigen wir uns in AufdenPUNKT. mit der Erweiterten Honorarverteilung, einem wichtigen Teil der Alterssicherung der hessischen Ärztinnen und Ärzte. Denjenigen von Ihnen, die schon lange Zeit Teil des vertragsärztlichen Systems sind, werden die Inhalte deshalb nicht nur recht vertraut sein. Sie werden rein altersbedingt langsam, aber sicher dem Ausscheiden aus dem Berufsleben näherkommen. Und in Zeiten, in denen der Erlös aus dem Verkauf einer Praxis in vielen Fällen entweder ganz entfällt oder deutlich geringer ausfällt als in der Vergangenheit, spielt natürlich die Frage der sonstigen Altersversorgung eine wichtige Rolle.

Dass wir in den letzten Jahren kaum Anpassungsbedarf an der EHV hatten, ist Beleg für deren Stabilität. Natürlich gehören auch externe Faktoren in dieses positive Gesamtbild der EHV mit hinein. Die Tatsache, dass Kolleginnen und Kollegen ihre Praxen schlechter als in der Vergangenheit abgeben können, führt oft zu längerer Tätigkeit der Praxisinhaber, was sich wiederum positiv auf die Finanzlage der EHV auswirkt. Wir sind froh, dass sich die sehr unheilvollen Prognosen der Nullerjahre für die EHV nicht nur nicht bewahrheitet haben, sondern dass die EHV gut und stabil dasteht. Von einer „Dauerbaustelle“, wie zwischenzeitlich geunkt, sind wir weit entfernt.

Das ändert aber nichts daran, dass wir natürlich im Blick behalten müssen, wie sich die Lasten zwischen Inaktiven und Aktiven entwickeln werden. Die Schwankungsreserve, mit der wir in den vergangenen Jahren verhindern konnten, dass der in der



Satzung festgelegte Ausgleich zwischen Punktwert und Umlage erfolgen musste, ist endlich. Die EHV wird uns also auch in den nächsten Jahren immer wieder beschäftigen.

Mit kollegialen Grüßen,
Ihre

Frank Dastych

Vorstandsvorsitzender

Armin Beck

stellv. Vorstandsvorsitzender

Sorgt sich um die ärztliche Selbstverwaltung: Frank Dastych, Vorstandsvorsitzender der KVH



Politisch noch nie so irrelevant

Die ärztliche Selbstverwaltung droht an Bedeutung zu verlieren; von der Gesundheitspolitik wird sie bereits weitgehend ignoriert. Frank Dastych, Vorstandsvorsitzender der KVH, macht das Sorgen, denn die Schwäche ist auch hausgemacht.

In der Vertreterversammlung (VV) am 25. Mai 2024 legte der Vorstandschef der KVH den Fokus auf die Situation der ärztlichen Selbstverwaltung. Seine Diagnose: „Wir waren politisch noch nie so irrelevant wie im Moment.“ Deutlich gemacht habe das einmal mehr die VV der KBV im Vorfeld des Deutschen Ärztetags im Mai in Mainz. Denn weder in der medialen Berichterstattung noch in den Reaktionen der Politik spielten die Anträge der Vertreterinnen und Vertreter eine Rolle. Für Dastych stellt sich daher eine besorgniserregende Frage: „Wie unverhohlen kann es sich die Berliner Gesundheitspolitik eigentlich inzwischen leisten, die KBV-VV und deren Anliegen zu ignorieren?“

Als Ursache für diese Entwicklung sieht er allerdings nicht ausschließlich die Politikerinnen und Politiker. Auch die Selbstverwaltung habe maßgeblich dazu beigetragen, ihre Position zu schwächen. So komme es beispielsweise immer wieder vor, dass, anstatt Geschlossenheit zu demonstrieren, interne Diskussionen öffentlich geführt werden. „Da machen wir unsere Hausaufgaben nicht“, stellte Dastych fest. In

diesem Zusammenhang sprach er unter anderem die Zusammenstellung der KBV-VV an. Die Mischung aus ehren- und hauptamtlich tätigen Mitgliedern mache die Arbeit des Gremiums „nicht unbedingt einfach“. Die Crux: Diejenigen Ärztinnen und Ärzte, die ehrenamtlich in der VV aktiv und alle zwei bis drei Monate in Berlin sind, können naturgemäß nicht so umfassend in das Berliner Tagesgeschäft involviert sein wie die hauptamtlichen Vertreterinnen und Vertreter, die quasi im Wochenrhythmus in verschiedenen Arbeitskreisen das operative Geschäft der KBV begleiten. Keine optimale Konstellation, findet Dastych. Auch seine beziehungsweise die Rolle der in den Ländern verantwortlichen KV-Vorstände nahm er unter die Lupe: „Kann es sinnvoll sein, die Geschäfte einer Kassenärztlichen Vereinigung und der KBV zu lenken und gleichzeitig Mitglied des höchsten politischen Aufsichtsgremiums der KBV zu sein? Also Geschäftsführung, Vorstand und Aufsichtsrat zugleich? Eigentlich nicht. Möglicherweise tut sich die KBV-VV und damit die ärztliche Selbstverwaltung genau deshalb so schwer“, gab er zu bedenken.

SELBSTVERWALTUNG IST EIN KOSTBARES GUT

In jedem Fall, so Dastych, brauche es eine Stärkung der Selbstverwaltung – auch intern. Es bereite ihm Bauchschmerzen, dass sich immer weniger Ärztinnen und Ärzte in den Gremien engagieren. „Durch die derzeitige Nichtbeachtung und fortlaufende politische Be- und Einschränkung der Selbstverwaltung wird es zunehmend schwieriger, insbesondere jungen Kolleginnen und Kollegen den Wert der Selbstverwaltung zu vermitteln. Eine starke Selbstverwaltung kann es jedoch nur geben, wenn wir Stärke zeigen und für unsere Belange eintreten.“ Wer – wie er – das System seit vielen Jahren kenne, der wisse, welches hohe Gut die Selbstverwaltung tatsächlich sei. Aufgabe sei es, ein Engagement in der Selbstverwaltung wieder attraktiver zu machen. Dazu müsse es die Selbstverwaltung schaffen, dass ihr Wissen, also die Erfahrung aus vielen Jahren Versorgung, politisch wieder Gehör findet. Nur so sei es zukünftig möglich, dass die Entwicklungen im Gesundheitswesen nicht ideologisch, sondern durch Versorgungsthemen getrieben sind.

KVH NIMMT EINFLUSS AUF NEUE GESETZE

Einen interessanten Einblick gab Dastych in die Entstehung eines Gesetzes und die Möglichkeit der KVH, Einfluss auf dessen Inhalte zu nehmen. So gebe es auf dem Weg vom Referentenentwurf aus dem Bundesgesundheitsministerium (BMG) hin zum verabschiedeten Gesetz Gelegenheiten wie zum Beispiel das parlamentarische Verfahren, über schriftliche Stellungnahmen und Gespräche Gesetzesentwürfe in eine für die ambulante Versorgung richtige Richtung zu lenken. „Das ist eine oftmals zähe Arbeit, bei der nicht täglich Erfolge herauspringen. Sie ist aber immens wichtig“, betonte Dastych. Die KVH sieht er durch ihre Stabsstelle Politik, die seit einigen Monaten von Marko Gvero,

ehemaliger Leiter des Ministerbüros im damaligen Hessischen Ministerium für Soziales und Integration, bekleidet ist, gut aufgestellt.

In dem gerade genannten parlamentarischen Verfahren befindet sich derzeit das für die ambulante Versorgung so wichtige Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz (GVSG). Auch hier arbeitet die KVH daran, dass der Gesetzentwurf nicht so aus dem Parlament herauskommt, wie er vom BMG eingebracht wurde. Ein Beispiel: die geplante Jahrespauschale für chronisch kranke Patienten. Diese soll die bisherige Quartals- und Chronikerpauschale ablösen und nur noch von einer einzigen Praxis abgerechnet werden dürfen. Das Problem: Viele chronisch Kranke suchen mehr als eine Praxis auf, beispielsweise Urlaubsvertretungen oder einen Hausarzt am Arbeitsplatz. Diese würden aufgrund der neuen Regelung dann jedoch leer ausgehen. „Eine vollkommen sinnlose Idee“, so Armin Beck, stellvertretender Vorstandsvorsitzender der KVH. So könne die Jahrespauschale insbesondere bei Patienten, die jedes Quartal kämen, für die Praxen finanziell nachteilig sein. Gemeinsam mit den Falk-KVen habe die KVH daher „viel Hirnschmalz investiert, um Lösungen für diese Problematik zu erarbeiten“. Mit Erfolg: Denn im aktuellen Regierungsentwurf für das GVSG seien genau diese Vorschläge berücksichtigt worden. „Es soll nun einen ‚Chroniker light‘ geben; also Patienten mit nur einer Diagnose und entsprechender Dauermedikation. Zwar soll die Pauschale auch weiterhin nur von einer Praxis abzurechnen sein, es sind aber Vertretungsstrukturen vorgesehen. Die etwaigen Praxen zwei, drei und vier Stunden demnach nicht mit leeren Händen da. Alle anderen chronisch Kranken verbleiben – und das war uns ein wichtiges Anliegen – in der alten Systematik“, erklärte Beck, der mit den erreichten Anpassungen sehr zufrieden ist.



VERSORGUNGSQUALITÄT IM ÄBD

Rund 570.000 Hilfesuchende haben im Jahr 2023 den ÄBD für ärztliche Leistungen außerhalb der regulären Praxisöffnungszeiten aufgesucht.

KINDERÄRZTLICHE VERSORGUNG IN LIMBURG

Was die aktuelle Versorgung in Hessen betrifft, so hält derzeit insbesondere die kinderärztliche Versorgung im Landkreis Limburg-Weilburg die KVH auf Trab. Auch in den Medien ist die Situation regelmäßig präsent. Das Problem: Derzeit sind acht Kinderärztinnen und -ärzte im Landkreis niedergelassen, fünf davon in Limburg. Eine Kinderärztin ist über die Landesgrenze nach Diez gezogen. Die verbliebenen vier Kinderärzte geben zum Ende des dritten Quartals ihre Zulassung zurück; einige von ihnen möchten dann ab Herbst in einem Medizinischen Versorgungszentrum arbeiten (MVZ). „Derzeit arbeiten alle Beteiligten mit Hochdruck daran, dass es zum vierten Quartal klappt. Möglicherweise kann es aber auch erst ein wenig später losgehen“, erklärte Beck. Der KVH-Vize ist dennoch zuversichtlich, denn die lange befürchteten

Versorgungsengpässe wird es wohl – wenn überhaupt – nur kurzzeitig geben. „Wir sind auf einem sehr guten Weg. Zudem sind weitere Kolleginnen und Kollegen an einer kinderärztlichen Tätigkeit in Limburg interessiert.“

SAN-PROJEKT GEHT VORAN

Gute Neuigkeiten gab es indes vom SaN-Projekt. Wie Beck berichtete, sei es inzwischen gelungen, die Kostenträger mit ins Boot zu holen. Diese hatten das Projekt zur sektorenübergreifenden ambulanten Notfallversorgung aus nicht bekannten Gründen bisher nicht unterstützt. „In vielen, vielen Gesprächen haben wir es endlich geschafft, die Krankenkassen zu überzeugen. Nun sind sie alle mit dabei“, freute sich Beck. Er hob zudem noch einmal hervor, dass auch die Landesregierung das Projekt als Vorzeigeprojekt wahrnehme und daher ebenfalls sehr engagiert sei.

ALEXANDER KOWALSKI



Armin Beck,
stellvertretender
KVH-Vorstand,
beschäftigt die
kinderärztliche
Versorgung in
Limburg



Echter Hingucker: Das mobile Plakat gefällt auch Armin Beck, stellvertretender Vorstandsvorsitzender der KVH

Wir sind für Sie nah

Mit einer aufmerksamkeitsstarken Kampagne stellen die KBV und die Kassenärztlichen Vereinigungen die herausfordernde Situation in der ambulanten Versorgung in den öffentlichen Fokus.

Deutschlandweite Plakatwerbung, digitale Anzeigen und Spots in öffentlich-rechtlichen und privaten Fernsehsendern – die KBV hat gemeinsam mit den KVen lautstark auf die Sorgen der Vertragsärztinnen und -ärzte aufmerksam gemacht. Im April startete die Kampagne mit dem Slogan „Wir sind für Sie nah“. Die Botschaft an die Patientinnen und Patienten und die Gesundheitspolitik: Die wohnortnahe ambulante Versorgung ist in akuter Gefahr und ein gesundheitspolitischer Richtungswechsel zwingend und dringend erforderlich (siehe AdP 3/2024 ab Seite 6).

ZWISCHENSTOPP BEI DER KVH

Auch in Frankfurt war die Kampagne präsent, unter anderem durch ein sogenanntes CoolLite-Bike, ein rollendes Kampagnenmotiv. Armin Beck, stellvertretender Vorstandsvorsitzender der KVH, nutzte einen kurzen Stopp des Werbefahrrads in der Europa-Allee, um sich das Plakat aus der Nähe anzusehen und ein Foto zu machen. Damit unter-

strich er, dass die KVH die Kampagne und ihre Botschaften voll unterstützt.

Hintergrund der Offensive sind die politischen Missstände, mit denen die ambulante Versorgung seit geraumer Zeit konfrontiert ist. Die durch den aktuellen Kurs der Gesundheitspolitik permanent schlechter werdenden Rahmenbedingungen erschweren die Versorgung in den Praxen zunehmend. Trotz langer Arbeitszeiten bleibt durch die zunehmende Bürokratie und schlecht funktionierende digitale Anwendungen wie das E-Rezept immer weniger Zeit für die Patientinnen und Patienten. Gleichzeitig folgen die Honorare den deutlich gestiegenen Praxiskosten bereits seit vielen Jahren nicht mehr. Die ambulante Versorgung weist die politisch Verantwortlichen bereits seit rund zwei Jahren auf die Probleme hin; bisher ohne nennenswerte Reaktionen.

ALEXANDER KOWALSKI



Politprominenz am Stand: Ministerpräsident Boris Rhein (2. v.l.) und Gastgeber Europaminister Manfred Pentz (r.) besuchen den KVH-Stand mit den Vorstandsvorsitzenden Frank Dastych (3. v.r.), Armin Beck (2. v.r.) und Geschäftsführer Jörg Hoffmann (1. v.l.).

Regenpause zur rechten Zeit

Wie in den vergangenen Jahren auch war die KVH beim Hessenfest in der hessischen Landesvertretung mit einem Stand dabei. Beim Treffen mit dem „Who’s who“ der hessischen Politik ging es ums Netzwerken, Gespräche abseits üblicher Sitzungsformate und den Aufbau von Kontakten.

In diesem Sommer ist es mit dem Wetter so eine Sache: Das einzig Stabile ist die Instabilität. Vielleicht lag es ja daran, dass eine hessische Feier in Berlin in der dortigen Landesvertretung stattfand: Auf jeden Fall hatte der Wettergott ein Einsehen und pünktlich um 18 Uhr lachte die Sonne von einem blauen Berliner Himmel auf das Gelände der Landesvertretung herab. Das sorgte für beste Stimmung bei den rund 2.700 Besuchern und einer ausgelassenen Gartenparty stand nichts im Wege.

Am Stand der KV Hessen lud ein Airhockey-Spiel zum sportlichen Duell, es gab frisches Popcorn und ansonsten gab es vor allem zahlreiche Gespräche. Auf der (nicht vorhandenen) Gästeliste fanden sich:

Ministerpräsident Boris Rhein, Europaminister Manfred Pentz, Wirtschaftsminister Kaweeh Mansoori. Und aus dem Hessischen Gesundheitsministerium Gesundheitsministerin Diana Stolz, Staatssekretärin Dr. Sonja Optendrenk und Abteilungsleiter Stefan Sydow. Für die FDP Yanki Pürsün und Moritz Promny (beide MdL). Wenn auch an Krücken, schaute für die SPD Innenministerin Nancy Faeser wie auch der Parlamentarische Staatssekretär im BMG, Dr. Edgar Franke, am Stand der KVH vorbei.

Hauptthemen waren die aktuell in der Diskussion befindlichen Gesetze (Notfallversorgung, Krankenhausreform) und das Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz (GVSG). *KARL M. ROTH*



Gesundheitskompetenz unter sich: (v.l.): Yanki Pürsün (FDP), Armin Beck, Gesundheitsministerin Diana Stolz, Jörg Hoffmann, Frank Dastych



Auch der hessische Wirtschaftsminister schaute bei der KVH vorbei: (v.l.) Frank Dastych, Jörg Hoffmann und Kaweeh Mansoori (SPD)



Duell mit dem Hessen-Maskottchen: Jörg Hoffmann fertigt den hessischen Löwen ab



Nachbarschaftsbesuch: Dr. Isabella Erb-Herrmann (Vorständin der AOK Hessen), Armin Beck, Jörg Hoffmann und Frank Dastych (v.l.)



Zum Glück nur Deko: Ein trockener Abend zur richtigen Zeit sorgte für gute Stimmung beim Hessenfest

Am Ende gelungen

Die Reform des Ärztlichen Bereitschaftsdienstes in Hessen vor zehn Jahren hat vieles verändert. In der Reform spielte der Solidaritätsgedanke eine wichtige Rolle. Auch dort, wo Zentralen gut und wirtschaftlich betrieben werden konnten, musste um des großen Ganzen willen die Reform kommen. Eine Zwischenbilanz von Armin Beck, Vorstand der KVH.



Die Reform des Ärztlichen Bereitschaftsdienstes hat allen Beteiligten eine Menge abverlangt. Ich möchte mit den Obleuten beginnen, die sich nach vielen Jahren großer Autonomie plötzlich mit Reformideen auseinandersetzen mussten, die eine Zentralisierung der Struktur und Organisation vorsahen. Das führte zu viel Ärger, Unverständnis und auch Widerstand. Dessen bin ich mir bewusst. Trotzdem führte die Reform aus meiner Sicht und über ganz Hessen betrachtet zu deutlich mehr Positivem. „Am Ende gelungen“ lautet deshalb mein Fazit, wenn es auch immer etwas zu bekräfteln gibt. Auch der üHGD ist nichts, womit man sich innerhalb der Ärzteschaft Sympathiepunkte sichert. Der üHGD wird nicht geliebt, notwendig und sinnvoll ist er trotzdem, um eine flächendeckende Versorgung zu gewährleisten.

Ganz bewusst möchte ich an dieser Stelle auch die Verwaltung und die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Ärztlichen Bereitschaftsdienstes in meinen Dank und Respekt mit einbeziehen. Hier wurden – im laufenden Betrieb – Strukturen und natürlich viele gewohnte Abläufe verändert. Auch hier gilt für mich, dass wir dort, wo es nötig war, Reformideen von damals angepasst und nachjustiert haben. Trotzdem wären wir mit den alten Strukturen auch innerhalb von Verwaltung und Betrieb nicht in der Lage, mit den Herausforderungen der Zukunft klarzukommen. Und auch die Pandemie wäre wohl nicht so gut zu managen gewesen in den alten Strukturen.

Die Reform der Notfallversorgung wird uns allen zusätzlich eine Menge abverlangen. Noch ist nicht klar, wie das Gesetz am Ende aussehen wird. Es wird aber womöglich eine zusätzliche Versorgungs-

struktur einziehen, die Rede ist von den Integrierten Notfallzentren (INZ). Hierfür wird es sowohl ärztliches als auch nichtärztliches Personal brauchen. Wo das herkommen soll, ist mir im Moment schleierhaft. Meine Hoffnung ist, dass noch Vernunft einkehrt und wir dann mit den Strukturen, die wir bereits aufgebaut haben bzw. aufbauen, genau dort landen, wo wir landen müssen. Denn unsere „gemeinsamen Tresen“, die es schon an zwei Standorten in Hessen gibt und die wir weiter ausbauen wollen, leben ja genau die Vernetzung des klinischen und ambulanten Bereichs vorbildlich vor. Gleiches gilt für unser SaN-Projekt zur sektorenübergreifenden ambulanten Notfallversorgung, das den 24/7-Gedanken, der dem Bundesgesundheitsminister ja offenbar so wichtig ist, ohne zusätzliche Parallelstrukturen umsetzt. Hier sind wir also ebenfalls, natürlich immer abhängig vom Gang des Gesetzgebungsverfahrens, in Hessen eigentlich gut vorbereitet. Anders als in anderen KV-Bezirken müssen wir uns auch in Fragen der Sozialversicherungspflicht für unseren Bereitschaftsdienst wohl keine allzu großen Sorgen machen. Zwar gibt es noch immer keine abschließende Aussage aus den dafür zuständigen Bundesministerien. Ich bin aber sicher, dass für Hessen allenfalls kleinere Anpassungen notwendig sind und keinesfalls neue Strukturen.

Auch die momentanen Erweiterungen unseres Versorgungsangebots durch die Videosprechstunde wären in den alten Strukturen kaum umsetzbar gewesen. Nun, nachdem wir sie erfolgreich in der pädiatrischen Versorgung erprobt haben, werden wir sie auch Schritt für Schritt in die Regelversorgung im Bereitschaftsdienst integrieren und sind damit gut aufgestellt für die Zukunft. Vorausgesetzt, der Gesetzgeber lässt das zu.

ARMIN BECK



EHV: Vom Sparen zum Haben

Wussten Sie, dass Sie allein aus der Erweiterten Honorarverteilung (EHV) später bis zu 3.465,00 Euro monatlich bekommen können? Und kennen Sie alle Möglichkeiten, wie und wann Sie in die EHV eintreten können? Wenn nicht, empfehlen wir Ihnen unsere aktuelle Titelstrecke.

Denn die EHV ist bundesweit einmalig und sichert die hessischen Vertragsärztinnen und -ärzte sehr gut ab. Die Zahlungen aus der EHV sind höher als die der Deutschen Rentenversicherung.

Sämtliche Eintrittsvarianten stellen wir Ihnen ab Seite 19 vor, anhand von Modellrechnungen erläutern wir Ihnen ab Seite 16, wie viel EHV-Bezüge Sie erwarten können, und ab Seite 22 erfahren Sie zudem, wie auch Ihre Hinterbliebenen von der EHV profitieren. Mithilfe des Glossars (siehe Seite 14) finden Sie sich im Begriffsdschungel rund um die EHV zurecht. Lesen Sie außerdem, wie die EHV überhaupt entstanden ist (siehe Seite 24) und wie Dr. Lutz-Hendrik Holle, der Vorsitzende des EHV-Ausschusses, die Entwicklung der EHV beurteilt (siehe Seite 12).

CORNELIA KUR

„Ich wünsche mir langfristig eine Korrektur“

Die EHV ist stabiler als ihr Ruf. Gefeit gegen Schwankungen ist sie damit trotzdem nicht. Und aus Sicht des Ausschussvorsitzenden, des Nuklearmediziners Dr. Lutz-Hendrik Holle, braucht sie über kurz oder lang eine Lastenverschiebung weg von den Aktiven. Ein Gespräch.



Dr. Lutz-Hendrik Holle baute die Überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft für Nuklearmedizin in Hanau mit diversen anderen Standorten aus

Herr Dr. Holle, Sie sind seit über neun Jahren Vorsitzender des EHV-Ausschusses der VV. Was hat sich in diesen Jahren aus Ihrer Sicht Positives getan?

Dr. Lutz-Hendrik Holle: Den Vorsitz im Ausschuss habe ich in einer Zeit übernommen, in der es noch viel Unruhe und eine erhebliche Unzufriedenheit über die EHV sowohl bei den Aktiven als auch bei den Inaktiven gab. Erst kurz vorher gab es eine umfangreiche Reform mit Einführung einer Beitragsklassensystematik im Stufenmodell und einer Punktwertanpassung auf Basis der Entwicklung der Bezugsgröße (aus der Rentensystematik der DRV). Im Stufenmodell der Beitragsklassensystematik ergaben sich gefühlte Ungerechtigkeiten bei Vertragsärztinnen und -ärzten, die Honorarumsätze im Grenzbereich zwischen zwei Stufen erzielten. Die „Entkoppelung“ der Punktwertentwicklung von der Honorarentwicklung beinhaltete

hingegen große Risiken für die Umlagehöhe der Aktiven, insbesondere unter Berücksichtigung der demografischen Entwicklung der Vertragsärztinnen und -ärzte. Mit der letzten Satzungsänderung haben wir wieder eine direkt proportionale Umlage in Abhängigkeit der Honorarumsätze eingeführt und der demografischen Entwicklung mit dem paritätischen Defizitausgleich Rechnung getragen. Zur Absicherung der EHV-Teilnehmer (Empfänger) wurde ein Mindestpunktwert eingeführt. Durch diese Maßnahmen hat die aktuelle Satzung in meinen Augen eine deutlich höhere Akzeptanz als die vorherigen.

Gerade in den Nullerjahren gab es teils dramatische Projektionen, was die Entwicklung des Beitragssatzes angeht. Warum sind diese Szenarien nicht eingetreten?

Die damaligen Prognoseberechnungen für die Entwicklung des Beitragssatzes beruhten auf Annahmen, die offenbar nicht alle in dieser Form eingetreten sind. Eine genauere Analyse über die Abweichungen ist aktuell in Arbeit. Ein wichtiger Punkt könnte sein, dass die Entwicklung der Arztanzahl in der Niederlassung weiter angestiegen ist, während in den Prognosen ein 1:1-Verhältnis bei Praxisübergaben angenommen wurde. Die Entwicklung ist aktuell positiv, dennoch möchte ich keine Entwarnung geben, da die Umlage nominell sehr wohl weiterhin angestiegen ist und dieser Trend sich mittelfristig fortsetzen wird. Immerhin blieb in den letzten Jahren der Umlagesatz stabil.

Welche Maßnahmen führten dazu, dass die EHV vergleichsweise stabil dasteht?

Wenn Sie mit Stabilität die Umlage und die gute Punktwertentwicklung meinen, sind eher äußere Einflüsse hierfür verantwortlich als interne Maß-

nahmen. Die Honorarentwicklung ist eine Seite, der Finanzierungsbedarf die andere. Viele Kolleginnen und Kollegen arbeiten länger als früher, da sie ihre Praxen nicht verkaufen können. Auch das kann ein Grund sein. Aber wie schon gesagt, die exakten Analysen liegen noch nicht vor. Zusätzlich stabilisierende Maßnahmen wurden durch Verwendung der in den letzten Jahren erfreulich angewachsenen Schwankungsreserve, eine Art „Puffer“ in der EHV, ergriffen. Damit konnte auf die Anwendung des paritätischen Defizitausgleichs verzichtet werden, was zu einem niedrigeren Punktwert beziehungsweise einer höheren Umlage geführt hätte. Natürlich wird dadurch die Schwankungsreserve vermindert, ein Mechanismus also, der nicht beliebig wiederholbar ist.

Welche Entwicklungen erwarten Sie in den nächsten Jahren?

Aufgrund der prognostizierten Entwicklung des zu bedienenden Punktzahlvolumens wird es vermutlich notwendig, den paritätischen Defizitausgleich wieder anwenden zu müssen. Das bedeutet Anstieg der Umlage und reduzierte Entwicklung des Punktwertes. Eine noch etwas unklare Konsequenz wird sich aus dem Trend zu angestellten Vertragsärztinnen und -ärzten ergeben. Hier greift bislang nicht die hälftige Befreiung beim Versorgungswerk für Niedergelassene. Daraus resultiert eine zusätzliche Belastung für die Anstellung zugunsten einer besseren Altersversorgung der Angestellten.

Was wünschen Sie sich?

Insgesamt sehe ich die Umlagehöhe im Umfeld der Kostensteigerungen in der ambulanten Medizin ohne bislang adäquate Honoraranpassungen sehr problematisch. Besonders bei kostenintensiven Praxen beziehungsweise Fachgruppen ist schon jetzt die Umlage, die sich auf den Umsatz und nicht den Gewinn bezieht, für viele schmerzhaft. Natürlich steht dem gegenüber eine nicht zu verachtende Honorarteilnahme in der Zeit nach der vertragsärztlichen Tätigkeit. Aber es handelt sich bei der EHV ja nicht um eine freiwillige, sondern um eine Pflichtteilnahme. Bereits zu Beginn meines Vorsitzes hatte ich der Vertreterversammlung gesagt, dass ich es als Aufgabe sehe, die Umlageentwicklung durch geeignete Maßnahmen zu begrenzen. Das hat mir damals Kritik eingebracht vonseiten der Inaktiven. Ich stehe jedoch weiterhin dazu. Das Niveau sowohl der Umlage als auch der EHV-Teilnahme als Pflichteinrichtung halte ich für zu hoch. Darüber hinaus sehe ich es kritisch, dass der Punkteerwerb ab dem Durchschnittshonorar nicht mehr linear ansteigt, was zur Konsequenz hat, dass die umsatzstarken Vertragsärztinnen und -ärzte weniger Anspruchspunkte erhalten, also mehr für den einzelnen Punkt aufbringen müssen. In der ambulanten Versorgung wird immer nach Leistung gerufen, hier werden die Leistungsträger benachteiligt. Schlimmer wird es dann nach Erreichen der Punkteobergrenze von 14.000 Punkten, wenn gar keine Punktegutschrift mehr erfolgt. Aber verstehen Sie mich hier nicht falsch, ich stehe zur EHV und halte sie für eine gute Sache. Aber im Vergleich zu anderen verpflichtenden Altersvorsorgen ist sie meines Erachtens zu teuer für die Aktiven und unverhältnismäßig hoch für die Inaktiven. Daher wünsche ich persönlich mir langfristig eine Korrektur, wohl wissend, dass dies ein Kraftanstrengung für eine ganze Generation bedeuten würde.

DIE FRAGEN STELLTE KARL M. ROTH



Was bringt die EHV für Jung und Alt?

Begriffe von A bis Z

Einige Begriffe werden im Zusammenhang mit der EHV immer wieder verwendet. Doch was steckt dahinter und was bedeuten sie? Das ist oft schwer zu durchschauen. Wir bringen Ihnen die Welt der EHV näher und erläutern Ihnen in unserem Glossar die wichtigsten Fachausdrücke.

Berechnung des EHV-Punktwerts

Der Punktwert wird einmal jährlich zum 1. Januar eines Jahres angepasst. Die Anpassung erfolgt grundsätzlich anhand des Prozentsatzes, um den sich das EHV-relevante Durchschnittshonorar vom Vor-Vor-Vorjahr zum Vor-Vorjahr verändert hat (Honorardynamik).

Einnahmen aus Selektivverträgen

Zur Berechnung der EHV-Umlage werden Honorare, die über die KV Hessen abgerechnet werden, herangezogen wie auch die Honorare für ärztliche Leistungen aus Selektivverträgen. Die Einnahmen aus Selektivverträgen sind einmal jährlich durch eine Bescheinigung einer Steuerberaterin oder eines Steuerberaters oder eines Angehörigen der steuerberatenden Berufe nachzuweisen.

Erweiterte Honorarverteilung

Die Erweiterte Honorarverteilung (EHV) ist die Altersversorgung der niedergelassenen Vertragsärzte und Vertragsärztinnen in Hessen. Die EHV besteht neben dem Versorgungswerk der Landesärztekammer Hessen.

EHV-Kontoauszug (Unterlage für die Steuererklärung)

Nach Ablauf eines Kalenderjahres wird eine Übersicht aller geleisteten EHV-Zahlungen einer EHV-Empfängerin oder eines EHV-Empfängers versendet. Anhand der Auflistung sind alle Buchungen über die Abrechnungsnummer zu ersehen.

EHV-Jahresmitteilung

Einmal im Jahr werden alle vertragsärztlich tätigen Ärztinnen und Ärzte (Ausübung einer EHV-pflichtigen Tätigkeit) über ihren EHV-Punkttestand mit Stand zum 31.12. eines Jahres informiert. Zudem wird das Regeleintrittsalter zur EHV mitgeteilt sowie auch die Möglichkeit verschiedener Teilnahmearten.

Grundsätze der EHV

Geregelt ist die EHV in den Grundsätzen der EHV (GEHV). Die GEHV werden als autonomes Satzungsrecht von der Vertreterversammlung der KVH beschlossen.

Maximalumlage

Der Umlagebetrag zur EHV ist (unter Einbeziehung der Selektivvertragshonorare) auf einen Höchstbetrag (Maximalumlage) begrenzt. Jeweils zum 1. Januar eines Jahres wird für insgesamt vier Quartale eine Maximalumlage festgesetzt. Basis für die Festsetzung der quartalsweisen Maximalumlage ist die durchschnittliche EHV-Umlage je Zulassungsumfang der letzten vier vollständigen Abrechnungsquartale. Die Maximalumlage beträgt 250 Prozent der durchschnittlichen EHV-Umlage (zum Beispiel beträgt die Maximalumlage pro Quartal für das Jahr 2024 12.668,28 €).

Paritätischer Defizitausgleich

Die EHV-Leistungen werden durch die Umlage finanziert. Es erfolgt eine jährliche Anpassung, bei der zu schätzen ist, ob die EHV-Ausgaben durch die Einnahmen gedeckt werden. Im Falle eines Defizits wird der zusätzliche Bedarf zu gleichen Teilen durch die Umlagezahlenden und die EHV-Empfängerinnen und -empfänger getragen. Aufseiten der Umlagezahlenden führt dies zu einer Erhöhung der Beiträge, aufseiten der EHV-Empfängerinnen und -empfänger zu einer Absenkung des Punktwerts.



Prozentuale Umlage

Die Umlage wird in Form eines prozentualen Abzugs von dem über die KVH abgerechneten EHV-relevanten Honorar der jeweiligen Vertragsärztin beziehungsweise des jeweiligen Vertragsarztes im aktuellen Abrechnungsquartal zuzüglich der auf vier Quartale aufgeteilten Summe der für das Vorjahr gemeldeten beziehungsweise geschätzten Honorare aus Selektivverträgen einbehalten.

Regelaltersgrenze

Die Regelaltersgrenze wird mit Vollendung des 67. Lebensjahres erreicht. Die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt nehmen automatisch an der EHV teil, wenn sie oder er die Regelaltersgrenze erreicht und auf die vertragsärztliche Tätigkeit verzichtet hat. Durch die im Juli 2012 in Kraft getretene Reform der EHV wird die Regelaltersgrenze von der Vollendung des 65. Lebensjahres für die ab dem 1. Januar 1950 geborenen Vertragsärztinnen und -ärzte stufenweise auf die Vollendung des 67. Lebensjahres angehoben.

Schwankungsreserve

Für einen unterjährigen Defizitenausgleich ist eine Schwankungsreserve in Höhe von mindestens sieben Prozent des für das vorherige Bezugsjahr festgestellten Umlagevolumens vorzuhalten. Ergibt die Überprüfung des Finanzstatus einen vollständigen oder teilweisen Verzehr der Schwankungsreserve, so ist dieses Defizit zu dem Umlagevolumen nach § 5 Abs. 1 GEHV vor Durchführung der weiteren Rechenschritte hinzuzurechnen, sodass zusätzlich zur Finanzierung der Leistungen aus der Umlage die Schwankungsreserve auf den Sollwert aufgefüllt wird.

STEFFEN GRÖBER

Monatlich 3.465 € sind maximal drin

Vertragsärztinnen und -ärzte zahlen eine EHV-Umlage. Dadurch erhalten sie Punktgutschriften, aus denen sich später die EHV-Ansprüche ergeben. Wie das konkret aussieht, lesen Sie hier.

Maßgebend für die Höhe der individuellen Punktgutschrift sind das über die KVH abgerechnete EHV-relevante Honorar sowie mögliche Einnahmen aus Selektivverträgen. Die darauf zu entrichtende EHV-Umlage wird der durchschnittlichen Umlage pro Zulassungsumfang aller in diesem Quartal EHV-pflichtigen Vertragsärztinnen und -ärzte gegenübergestellt. Der hieraus resultierende Prozentsatz wird vierteljährlich in gleicher Höhe der EHV-Punktekarte als Punktzahl gutgeschrieben.

ERST PUNKTEN, DANN AUSZAHLUNG ERHALTEN

Eine Ärztin oder ein Arzt mit einer individuellen EHV-Umlage in Höhe der durchschnittlichen Umlage erhält somit nach Ablauf eines Jahres 400 Punkte auf dem EHV-Punktekonto gutgeschrieben (je Quartal 100 Prozent der durchschnittlichen Umlage entspricht 100 Punkte x 4 Quartale = 400 Punkte/Jahr). Unter gleichbleibenden Bedingungen würde somit bei einer vertragsärztlichen Tätigkeit von 25 Jahren

ein EHV-Anspruch von 10.000 Punkten erreicht (400 Punkte x 25 Jahre).

Zur Feststellung der monatlichen EHV-Zahlung wird die erreichte Punktzahl zum Leistungszeitpunkt mit dem dann jeweils gültigen Auszahlungspunktwert in Euro multipliziert. Der Auszahlungspunktwert wird jährlich neu festgelegt und beträgt bis zum 31. Dezember 2024 derzeit 0,2475 €. Bei einem EHV-Anspruch von 10.000 Punkten würde die monatliche Zahlung aktuell 2.475 € betragen.

Bei Überschreitung der durchschnittlichen Umlage, bezogen auf die abgerechneten Quartale je Kalenderjahr, erfolgt die EHV-Punktgutschrift nach Anwendung einer Degressionsformel. Dies bedeutet, dass die über die 400 Punkte hinausgehende Punktzahl somit nur abgestaffelt zuerkannt wird. Soweit für ein Kalenderjahr nicht durchgehend eine Umlage entrichtet wird, erfolgt die Punktgutschrift im Verhältnis der Umlagezeiträume.

Überschreitung von 50 Prozent der Durchschnittsumlage:

Quartal	Individuelle EHV-Umlage	Durchschnittsumlage	Punkte nach Umlage
1	2.375 €	4.750 €	50
2	2.375 €	4.750 €	50
3	2.375 €	4.750 €	50
4	2.375 €	4.750 €	50

Nach Ablauf eines Jahres beträgt die EHV-Punktgutschrift somit 200 Punkte.

Unter gleichbleibenden Bedingungen würde somit bei einer vertragsärztlichen Tätigkeit von 25 Jahren ein EHV-Anspruch von 5.000 Punkten erreicht (200 Punkte x 25 Jahre). Diese Punktzahl entspricht derzeit 1.237,50 €/monatlich.



Die EHV ist eine sichere und stabile Altersvorsorge

Unten auf dieser Doppelseite finden Sie zwei weitere beispielhafte Berechnungen auf Grundlage einer durchschnittlichen Umlage von 4.750 €. Hierbei wurde eine individuelle EHV-Umlage von jeweils 50 Prozent bei Unterschreitung und Überschreitung der Durchschnittsumlage zugrunde gelegt.

Es können maximal 14.000 Punkte als Höchstanspruch erreicht werden. Der Höchstanspruch entspricht einem monatlichen EHV-Bezug von derzeit 3.465 €.

Bei einer Teilnahme an der EHV nach dem Erreichen der Regelaltersgrenze oder vorgezogen mit Kürzung besteht bei weiterer Ausübung der vertrags-

ärztlichen Tätigkeit weiterhin die Verpflichtung zur Zahlung der EHV-Umlage. Die daraus resultierenden EHV-Punkte werden, abweichend von der bereits genannten Regelung, zur Hälfte gutgeschrieben. Voraussetzung hierfür ist, dass die maximale Punktzahl von 14.000 Punkten noch nicht erreicht ist. Bei einer vorgezogenen Teilnahme besteht somit die Möglichkeit, den gekürzten EHV-Anspruch wieder ganz oder teilweise aufzufüllen.

Die Modalitäten zur EHV-Berechnung sowie die Teilnahmevoraussetzungen sind in den Grundsätzen der EHV geregelt. Die derzeit gültige Fassung können Sie unter [kvh.link/p24078](https://www.kvh.link/p24078) herunterladen.



Überschreitung von 50 Prozent der Durchschnittsumlage:

Quartal	Individuelle EHV-Umlage	Durchschnittsumlage	Punkte nach Umlage	EHV-Punkte nach Abstufung
1	7.125 €	4.750 €	150	135
2	7.125 €	4.750 €	150	135
3	7.125 €	4.750 €	150	135
4	7.125 €	4.750 €	150	135

Nach Ablauf eines Jahres beträgt die EHV-Punktgutschrift somit 540 Punkte.

Unter gleichbleibenden Bedingungen würde somit bei einer vertragsärztlichen Tätigkeit von 25 Jahren ein EHV-Anspruch von 13.500 Punkten erreicht (540 Punkte x 25 Jahre). Diese Punktzahl entspricht derzeit 3.341,25 €/monatlich.

Ein Muster einer Jahresmitteilung mit der Berechnung eines EHV-Anspruchs

KV HESSEN | Europa-Allee 90 | 60486 Frankfurt

Persönlich
Herrn
Dr. med. Max Mustermann

**Erweiterte Honorarverteilung (EHV)
Information über EHV-Anspruch zum 31.12.2022**

29. September 2023

Sehr geehrter Herr Dr. Mustermann,

nachstehend erhalten Sie eine Mitteilung über die nach Abrechnung des 4. Quartals 2022 erworbenen Punktzahlen nach den GEHV in der ab 01.01.2017 gültigen Fassung.

► Erarbeitete Punktzahl: 8.498,3312

Zur Feststellung der monatlichen EHV-Zahlung wird die erreichte Punktzahl zum Leistungszeitpunkt mit dem dann jeweils gültigen Auszahlungspunktwert in Euro multipliziert.

Nach dem zurzeit gültigen Auszahlungspunktwert würde Ihre monatliche EHV-Zahlung den folgenden ungefähren Betrag ergeben:

Berechnung der Höhe Ihres ungefähren EHV-Anspruchs

Ihr EHV-Anspruch in Punkten	8.498,3312
X derzeitiger Auszahlungspunktwert in Euro nach §§ 4 Abs. 5; 6 Abs. 3 GEHV	0,2447
= Ihre monatl. EHV-Zahlung in Euro	2.079,54

Die vorstehenden Feststellungen stehen unter folgenden Vorbehalten:

► Obige Berechnung geben wir Ihnen nach den jetzt geltenden Bestimmungen sowie dem derzeit geltenden Auszahlungspunktwert. Die endgültige Festsetzung Ihres Anspruchs kann erst zum Zeitpunkt der Antragstellung und unter Berücksichtigung der dann maßgebenden Grundsätze erfolgen.

Geschäftsbereich
Honorar & Finanzen

info.line
Tel 069 24741-7777

Kassenärztliche Vereinigung Hessen
Körperschaft des öffentlichen Rechts
Europa-Allee 90 | 60486 Frankfurt
www.kvhessen.de

JAHRESMITTEILUNG

Jede Ärztin und jeder Arzt erhält einmal jährlich ein Informationsschreiben über die Höhe des individuellen EHV-Anspruchs zum 31.12. eines Jahres. Gleichfalls

wird das persönliche Regeleintrittsalter mitgeteilt. Dem Schreiben sind die verschiedenen Teilnahmeszenarien als Anhang beigefügt (siehe Seite 19).

TORSTEN BAJUS



Wie kann man die EHV erhalten?

Es gibt verschiedene Zeitpunkte, ab denen Sie die EHV erhalten können. Welche das sind und wann Sie einen Antrag stellen müssen, lesen Sie hier.

TEILNAHME OHNE ANTRAG:

1. „Ruhestand“

Die Vertragsärztin/der Vertragsarzt erreicht das Regeleintrittsalter abhängig vom eigenen Geburtsjahr (§ 1 Abs. 3 GEHV) und gibt die vertragsärztliche Tätigkeit auf. Ein Antrag ist nicht erforderlich.

Gem. § 1 Abs. 2 GEHV beginnt die Teilnahme an der EHV ohne Antrag für die Vertragsärztin/den Vertragsarzt ab dem Ersten des Monats, der auf die Aufgabe der vertragsärztlichen Tätigkeit nach Erreichen der Regelaltersgrenze (abhängig vom Geburtsjahr, siehe Tabelle in § 1 Abs. 3 GEHV) folgt.

Folge: Ab dem Folgemonat wird die Vertragsärztin/der Vertragsarzt automatisch in die EHV einbezogen (regulärer EHV-Anspruch, sogenannter „Erstanspruch“).

2. „Fortgesetzter Erstanspruch“

Die Vertragsärztin/der Vertragsarzt erreicht das Regeleintrittsalter und setzt die vertragsärztliche Tätigkeit weiter fort (das heißt, sie oder er überschreitet die Regelaltersgrenze, ein Verzicht auf die Zulassung findet nicht statt).

Gem. § 1 Abs. 2 GEHV ist jedoch die Rückgabe der Zulassung Tatbestandsvoraussetzung für eine antraglose Teilnahme.

Folge: Bei der Fortführung der Tätigkeit über das Regeleintrittsalter hinaus erwirbt die Vertragsärztin/der Vertragsarzt weiterhin EHV-Punkte innerhalb des Erstanspruchs bis zur Maximalgrenze von 14.000 Punkten. Eine Einbeziehung in die EHV findet solange nicht statt.



Folge bei späterem Verzicht: Die Vertragsärztin/der Vertragsarzt wird wiederum automatisch in die EHV einbezogen. Ein Antrag ist hierbei nicht erforderlich, da hierbei die beiden Voraussetzungen des § 1 Abs. 2 GEHV (mit zeitlichem Versatz) vorliegen.

TEILNAHME MIT ANTRAG:

1. „Vor-Ruhestand“ oder „Gekürzter Erstan-spruch“

Die Vertragsärztin/der Vertragsarzt nimmt auf Antrag bereits vor dem Erreichen des Regeleintritts-

alters vorgezogen an der EHV teil und gibt die Zulassung zurück.

Die vorgezogene Teilnahme ergibt sich je nach Geburtsjahr anhand der Tabelle in § 1 Abs. 4 GEHV.

Folge: Die Einbeziehung in die EHV erfolgt im Rahmen des regulären Erstan-spruchs vor Erreichen des Regeleintrittsalters, jedoch nebst Abzügen gem. § 4 Abs. 7 GEHV i. H. v. 0,5 % pro Monat.

INFOBOX

Auszug aus den Grundsätzen der Erweiterten Honorarverteilung (GEHV gültig ab 01.01.2017)

§ 1 Abs. 2

Die Teilnahme an der EHV beginnt ohne Antrag für den Vertragsarzt ab dem Ersten des Monats, der auf die Aufgabe der vertragsärztlichen Tätigkeit nach Vollendung des 67. Lebensjahres (Regelaltersgrenze) folgt.

§ 1 Abs. 4

Die Teilnahme an der EHV ist im Übrigen zu beantragen. Wird ein Antrag auf Teilnahme an der EHV später als drei Monate nach Eintritt des Versorgungsfalles gestellt, beginnen die Zahlungen vom Ersten des auf den Eingang des Antrages folgenden Monats. Im Falle der vorgezogenen Teilnahme besteht der Anspruch auf Teilnahme für den Vertragsarzt auf Antrag ab dem vollendeten 65. Lebensjahr. [...]

§ 4 Abs. 7

Bei vorzeitigem Eintritt in die EHV nach § 1 Abs. 4 verringert sich die individuell erworbene Punktzahl nach § 4 Abs. 1 für jeden Monat, den der EHV-Empfänger vor Erreichen der Regelaltersgrenze in die EHV eintritt und Zahlungen empfängt, um 0,5 %.

§ 4 Abs. 8

Nimmt ein Vertragsarzt an der EHV teil und ist er zugleich vertragsärztlich tätig im Sinne des § 2 Abs. 1 lit. b), ist er weiter zur Umlagezahlung verpflichtet. Er erwirbt abweichend von Abs. 1 die Hälfte der im Rahmen der EHV-Umlage gutgeschriebenen Punkte, sofern die in Abs. 1 Satz 7 festgelegte maximale Punktzahl von 14.000 Punkten noch nicht erreicht ist.

§ 2 Abs. 1 lit. b)

Die Teilnahme an der EHV setzt voraus: Rechtskraft des Verzichts auf die Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit oder Tod des Vertragsarztes, wobei ein Verzicht auf die Ausübung vertragsärztlicher Tätigkeit nach dem Erreichen der Regelaltersgrenze nach § 1 Abs. 2 und 3 oder bei vorzeitiger Teilnahme an der EHV nach § 1 Abs. 4 nicht erforderlich ist, wenn weiterhin die Tätigkeit als Vertragsarzt oder angestellter Arzt eines vertragsärztlichen Leistungserbringers ausgeübt und eine Teilnahme an der EHV beantragt wird.

■ ABRECHNUNG

EBM aktuell

- 2 EBM-Änderungen seit 1. Januar 2024
- 2 EMB-Änderungen seit 1. April 2024
- 4 EBM-Änderungen seit 1. Juli 2024

■ QUALITÄT

Ärztliche Zweitmeinung einholen

- 8 Eingriffe zum Hüftgelenkersatz

■ SONSTIGES

Ärztlicher Bereitschaftsdienst

- 10 Änderungen der Bereitschaftsdienstordnung
- ### Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e.V. (DGUV)
- 11 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 und Nr. 2/2024 veröffentlicht.

HYGIENAUFWAND: ZUSÄTZLICHE ZUSCHLÄGE BEI AMBULANTEN OPERATIONEN

Rückwirkend zum 01.01.2024 erhalten Ärztinnen und Ärzte neben ihren ambulanten Operationen neue Zuschläge für den Hygienemehraufwand nach den GOP 01858, 01859, 01907 und nach den GOP 31020 bis 31082 aus dem EBM.

Für die Sterilisation nach GOP 01854 und 01855 wurden die Zuschläge nach den GOP 01858 und 01859 in den Unterabschnitt 1.7.6 des EBM aufgenommen. Ebenso wurde für die Abruptio nach GOP 01904 und 01905 der neue Zuschlag nach GOP 01907 in den Unterabschnitt 1.7.7 des EBM aufgenommen. Zudem wurden bei fast allen GOP aus Abschnitt 31.2 (Ambulante Operationen) Zuschläge (GOP 31020 bis 31082) für den Hygienemehraufwand in den neuen Unterabschnitt 31.2.19 (Zuschläge für zusätzlichen Hygieneaufwand) des EBM aufgenommen. Kein Zuschlag ist für die GOP 31350 und 31351 (Kataraktoperationen) sowie für

solche GOP, denen keine OPS-Kodes im Anhang 2 des EBM zugeordnet sind, vorgesehen.

Alle neuen Hygienezuschläge finden Sie auf unserer Homepage: kvh.link/p24069

Die Zuschläge für den Hygienemehraufwand setzt die KVH den Praxen, in denen Vertragsärztinnen und Vertragsärzte niedergelassen sind, ab dem 1. Quartal 2024 automatisch zu.

Ärztinnen und Ärzte haben keinen Anspruch auf die Zuschläge bei Bezug einer Förderung nach § 4 Absatz 9 des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG). Das bedeutet, dass die Zuschläge nicht bei stationären und belegärztlichen Behandlungen berechnungsfähig sind.

Ärztinnen und Ärzte können ambulante Operationen nur dann abrechnen, wenn sie bestimmte Qualifikationsvoraussetzungen erfüllen. Sie müssen einen Antrag bei der KVH stellen, die diesen genehmigen muss. Alle Informationen zur Genehmigung finden Sie auf unserer Homepage: kvh.link/p24070

EBM-Änderungen seit 1. April 2024

Die weiteren EBM-Änderungen zum 01.04.2024 sind bereits in der vorherigen Ausgabe Nr. 2/2024 veröffentlicht.

EBM-DETAILÄNDERUNG 2/2024

Seit dem 01.04.2024 gibt es im EBM weitere Detailänderungen.

- **DiGA „Mawendo“ und „companion patella“: Kinderärztinnen und Kinderärzte dürfen abrechnen**

Seit dem 01.04.2024 können Ärztinnen und Ärzte für Kinder- und Jugendmedizin die GOP 01476 (Auswahl und/oder Individualisierung von Inhalten der DiGA Mawendo) und die GOP 01477 (Verlaufskontrolle und Auswertung der DiGA companion patella) abrechnen. Da beide DiGA auch bei unter 18-jährigen Versicherten angewendet werden können, wurden die Leistungen in die Präambel 4.1 Nr. 5 des EBM aufgenommen.

Die DiGA „Mawendo“ dient der Behandlung von Erkrankungen der Kniescheibe (Patella). Die DiGA „companion patella“ begleitet Patientinnen und Patienten bei spezifischen Knieschmerzen, beispielsweise bei Patellaspitzenyndrom, patellofemoralem Schmerzsyndrom oder Patella(erst)luxation.

■ **ATMP: Leistungen der Genterapie bei Hämophilie geändert**

Ärztinnen und Ärzte für Transfusionsmedizin sowie Internistinnen und Internisten beachten rückwirkend zum 01.04.2024 eine Detailänderung bei den GOP 30320 bis 30323 (Infusionstherapie mit Valoctocogen Roxaparovec) und GOP 30326 (Intravasale Infusionstherapie mit Etranacogen dezaparovec) im Unterabschnitt 30.3.3 (Anwendung von Arzneimitteln für neuartige Therapien) des EBM. Die jeweils vierte Anmerkung der GOP wurde gestrichen.

Hintergrund ist, dass die Beratungen zur Anlage IV der ATMP-Qualitätssicherungs-Richtlinie (ATMP-QS-RL) im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) noch nicht abgeschlossen waren, als der Bewertungsausschuss die Aufnahme der Leistungen in den EBM beschlossen hatte. In den Anmerkungen der fünf Leistungen wurde daher festgehalten, dass diese erst ab Inkrafttreten der Anlage IV der ATMP-QS-RL berechnungsfähig sind. Da die Anlage IV zum 26.03.2024 in Kraft getreten ist, sind die Anmerkungen nicht mehr erforderlich.

Ärztinnen und Ärzte für Transfusionsmedizin sowie Internistinnen und Internisten benötigen für die Durchführung und Abrechnung von Genterapien bei Hämophilie eine Genehmigung der KVH gemäß ATMP-QS-RL. Weitere Informationen zur Genehmigung finden Sie auf unserer Homepage: [kvh.link/p24071](https://www.kvh.at/link/p24071)

■ **PET und PET/CT: Übergangsregelung verlängert**

Die bis zum 31.03.2024 vereinbarte Übergangsregelung bis zur Anpassung der Qualitätssicherungsvereinbarung PET, PET/CT für die GOP 34720 und 34721 (PSMA-PET/CT des Körperstammes zur Indikationsstellung einer Therapie mit ¹⁷⁷Lu)Lutetiumvipivotidtraxetan wurde um ein Quartal, bis zum 30.06.2024, verlängert.

Seit dem 01.07.2024 benötigen Fachärztinnen und Fachärzte für Nuklearmedizin oder Radiologie für die Abrechnung der beiden GOP eine aktualisierte Genehmigung auf Basis einer angepassten QSV PET, PET/CT, die ausdrücklich das Verfahren PSMA-PET/CT umfasst.

Weitere Informationen zur Genehmigung finden Sie unter [kvh.link/p24072](https://www.kvh.at/link/p24072)

■ **Kostenpauschale 40835 und 40836: Coronavirus-Einreiseverordnung ausgelaufen**

Ärztinnen und Ärzte können seit dem 01.04.2024 die Zuschläge für die Infektionsdialyse nach den GOP 40835 und 40836 nicht mehr bei Patientinnen oder Patienten, die gemäß § 4 Coronavirus-Einreiseverordnung zur Absonderung verpflichtet sind, abrechnen. Hintergrund sind die zum 07.04.2023 ausgelaufenen Regelungen der Coronavirus-Einreiseverordnung.

Für die Berechnung der Dialyseleistungen benötigen Ärztinnen und Ärzte eine Genehmigung der KVH gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung für Blutreinigungsverfahren nach § 135 Abs. 2 SGB V. Weitere Informationen zur Genehmigung finden Sie unter [kvh.link/p24073](https://www.kvh.at/link/p24073)

EBM-Änderungen seit 1. Juli 2024

MAMMOGRAPHIE-SCREENING: HÖHERE ALTERSGRENZE ABRECHNEN

Seit dem 01.07.2024 können Ärztinnen und Ärzte, die am Mammographie-Screening-Programm teilnehmen, auch bei Frauen zwischen 70 und 75 Jahren die GOP des Unterabschnitts 1.7.3.1 (Früherkennung von Brustkrebs durch

Mammographie-Screening) im EBM abrechnen. Bisher hatten Frauen zwischen 50 und 69 Jahren alle zwei Jahre Anspruch auf ein Mammographie-Screening. Aufgrund neuer Empfehlungen hat der G-BA die obere Altersgrenze angehoben und die Krebsfrüherkennungs-Richtlinie (KFE-RL) geändert.

Leistungen überblicken		
GOP	Kurzbeschreibung	Bewertung
01750	Röntgenuntersuchung im Rahmen des Mammographie-Screenings	66,83 Euro* (560 Punkte)
01751	Aufklärungsgespräch im Rahmen des Mammographie-Screenings	10,98 Euro* (92 Punkte)
01752	Beurteilung von Mammographieaufnahmen im Rahmen des Mammographie-Screenings	4,89 Euro* (41 Punkte)
01753	Abklärungsdiagnostik I im Rahmen des Mammographie-Screenings	107,52 Euro* (901 Punkte)
01754	Abklärungsdiagnostik II einschließlich ultraschallgest. Biopsie im Rahmen des Mammographie-Screenings	75,54 Euro* (633 Punkte)
01755	Stanzbiopsie(n) unter Röntgenkontrolle im Rahmen des Mammographie-Screenings	134,14 Euro* (1.129 Punkte)
01756	Histologische Untersuchung im Rahmen des Mammographie-Screenings	11,58 Euro* (97 Punkte)
01757	Zuschlag zu der Nr. 01756 für Aufarbeitung	12,65 Euro* (106 Punkte)
01758	Teilnahme an einer multidisziplinären Fallkonferenz im Rahmen des Mammographie-Screenings	10,26 Euro* (86 Punkte)
01759	Vakuumbiopsie der Mamma im Zusammenhang mit der Erbringung der GOP 01753 oder 01755	34,61 Euro* (290 Punkte)

*gemäß bundeseinheitlichem Orientierungspunktwert 2024 (11,9339 ct)

Seit dem 01.07.2024 gilt eine Übergangsregelung bis zur vollständigen Umstellung der softwaregestützten Datenflüsse. Die in der KFE-RL Abschnitt B III § 13 Absatz 1 Satz 1 (Einladung), § 20 Absatz 4 (Übersicht über falsch positive und falsch negative Befunde) und Absatz 5 Satz 2 (Übermittlung der Dokumentation der Fallkonferenzen an das Referenzzentrum [RZ]), § 23 Absatz 1 sowie Absatz 3 (Evaluation) geregelten Vorgaben für Frauen ab 70 Jahren werden danach ausgesetzt.

Die GOP des Unterabschnitts 1.7.3.1 können Ärztinnen und Ärzte auch während der seit dem 01.07.2024 gültigen Übergangsregelung abrechnen.

Ärztinnen und Ärzte benötigen für die Abrechnung von Leistungen des Mammographie-Screenings eine Genehmigung (mit Ausnahme der GOP 01758 für Frauen- und Hausärztinnen/-ärzte) der KVH. Weitere Informationen zur Genehmigung finden Sie unter kvh.link/p24074

COMPANION-DIAGNOSTIK: GOP BEIM BRUSTKREBSMEDIKAMENT ORSERDU ABRECHNEN

Ärztinnen und Ärzte können neu seit dem 01.07.2024 die GOP 19466 und 19467 für die Companion Diagnostik bei der Anwendung des Arzneimittels Orserdu zur Behandlung von fortgeschrittenem Brustkrebs abrechnen. Die Leistungen werden in den Unterabschnitt 19.4.4 (In-vitro-Diagnostik tumorgenetischer Veränderungen zur Indikationsstellung einer pharmakologischen Therapie) des EBM aufgenommen.

Das Medikament Orserdu wurde 2023 zur Behandlung von Brustkrebs für den deutschen Markt zugelassen. Hintergrund für die Aufnahme der neuen Leistungen in den EBM ist, dass die Fachinformationen zum Medikament ärztliche Leistungen vorsehen, die noch nicht im EBM enthalten sind.

Ärztinnen und Ärzte rechnen die gezielte Bestimmung der wichtigsten aktivierenden ESR1-Mutationen mittels PCR-basierter Verfahren unter Verwendung von zirkulierender Tumor-DNA vor einer Behandlung mit Orserdu über die GOP 19466 ab. Sie können die GOP zweimal im Krankheitsfall ansetzen. Die GOP 19466 setzt die Anwendung eines validierten Verfahrens voraus, für das Nachweisgrenzen von $\leq 0,1\%$ Variantenallelfrequenz für die im ESR1-Gen zu bestimmenden Mutationen belegt werden können.

Außerdem können sie neu die GOP 19467 für die Bestimmung des PIK3CA- und ESR1-Mutationsstatus unter Verwendung von zirkulierender Tumor-DNA abrechnen. Sie können die Leistung ebenfalls zweimal im Krankheitsfall ansetzen. Die Berechnung der GOP 19467 setzt die Anwendung eines validierten Verfahrens voraus, für das Nachweisgrenzen von $\leq 0,5\%$ Variantenallelfrequenz für die zu bestimmenden Mutationen belegt werden können. Das Untersuchungsverfahren muss auch Maßnahmen zur Erkennung falsch positiver Mutationsnachweise vorsehen.

Ärztinnen und Ärzte können die beiden neuen Leistungen nicht für das Therapiemonitoring abrechnen. Der Höchstwert für die Untersuchungen nach den GOP 19463, 19466 und 19467 beträgt 11.700 Punkte im Krankheitsfall.

Leistungen überblicken		
GOP	Kurzbeschreibung	Bewertung
19466	<p>Gezielte Bestimmung von ESR1-Mutationen unter Verwendung von zirkulierender Tumor-DNA zur Indikationsstellung einer gezielten Behandlung von postmenopausalen Frauen und Männern mit Estrogenrezeptor(ER)-positivem, HER2-negativem, lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem Mammakarzinom, deren Erkrankung nach mindestens einer endokrinen Therapielinie, einschließlich eines CDK-4/6-Inhibitors, fortgeschritten ist, wenn diese laut Fachinformation obligat ist</p> <p>Obligater Leistungsinhalt: – gezielte Untersuchung der aktivierenden Mutationen E380Q, L536H, Y537C/N/S und D538G sowie von bis zu 4 weiteren aktivierenden Mutationen in der Ligandenbindungsdomäne</p>	250,61 Euro* (2.100 Punkte)
19467	<p>Bestimmung des PIK3CA- und ESR1-Mutationsstatus unter Verwendung von zirkulierender Tumor-DNA zur Indikationsstellung einer gezielten Behandlung von postmenopausalen Frauen und Männern mit Hormonrezeptor-positivem, HER2-negativem, lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem Mammakarzinom bei Fortschreiten der Erkrankung nach endokriner Therapie, wenn die Bestimmung des Mutationsstatus eines der genannten Gene in einer Fachinformation obligat ist</p> <p>Obligater Leistungsinhalt: – Mutationssuche auf aktivierende ESR1-Mutationen mindestens in der Ligandenbindungsdomäne zwischen den Codons 310 bis 547, – Mutationssuche auf aktivierende PIK3CA-Mutationen mindestens in den Exonen 7, 9 und 20</p>	698,13 Euro* (5.850 Punkte)

*gemäß bundeseinheitlichem Orientierungspunktwert 2024 (11,9339 ct)

Ärztinnen und Ärzte können die GOP 19462 (Bestimmung des PIK3CA-Mutationsstatus unter Verwendung von zirkulierender Tumor-DNA) nicht mehr abrechnen. Der Grund für die Streichung ist, dass das für die Behandlung mit Orserdu infrage kommende Patientenkollektiv eine hohe Überschneidung mit dem des Medikamentes Piqray aufweist. Zur Indikationsstellung ist der Nachweis von aktivierenden Mutationen im jeweiligen Gen (ESR1-Gen bzw. PIK3CA-Gen) erforderlich.

Der Bewertungsausschuss (BA) geht davon aus, dass künftig die Untersuchung des Mutationsstatus mittels Next-Generation-Sequencing im ESR1- und PIK3CA-Gen regelhaft aus derselben Blutprobe und

in einem Untersuchungsgang erfolgt. Daher wird für die gleichzeitige Bestimmung des PIK3CA- und ESR1-Mutationsstatus unter Verwendung von zirkulierender Tumor-DNA die GOP 19467 aufgenommen und die GOP 19462 für die Bestimmung des PIK3CA-Mutationsstatus gestrichen.

Der BA hat ferner klargestellt, dass Ärztinnen und Ärzte nur dann die Leistungen im Abschnitt 19.4 EBM (In-vitro-Diagnostik tumorgenetischer Veränderungen) abrechnen können, wenn sie diese mittels zyto- und/oder molekulargenetischer Verfahren durchführen. Darüber hinaus werden zum 01.07.2024 die Anforderungen an die Nachweisgrenze bei molekulargenetischen Untersuchungen

unter Verwendung von zirkulierender Tumor-DNA im Unterabschnitt 19.4.4 EBM an die Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen angepasst.

Zusätzlich gibt es eine Änderung an den Anmerkungen der in-vitro-diagnostischen GOP 19460, 19461, 19463 und 19465. Ärztinnen und Ärzte rechnen die GOP 19460, 19461 und 19465 für die Anwendung neu ab, wenn sie ein validiertes Verfahren durchführen, für das Nachweisgrenzen von $< 0,5\%$ Variantenallelfrequenz belegt werden können. Zuvor lag die Nachweisgrenze bei $\leq 0,1\%$. Bei der GOP 19463 sinkt die Nachweisgrenze von $\leq 0,5$ auf $\leq 0,1\%$ ab.

EBM-DETAILÄNDERUNG 3/2024

Seit dem 01.07.2024 gibt es im EBM weitere Detailänderungen.

■ Mutterschafts-Richtlinie:

EBM redaktionell angepasst

Der EBM wurde zum 01.07.2024 redaktionell angepasst. Grund hierfür ist die Überarbeitung der Mutterschafts-Richtlinie durch den G-BA im vergangenen Jahr. Beispielsweise heißt es im EBM jetzt nicht mehr „Entbindung“, sondern „Geburt“ und statt „Mutterschafts-Richtlinien“ wird „Mutterschafts-Richtlinie“ verwendet. Darüber hinaus werden die formalen Verweise im EBM auf die Mutterschafts-Richtlinie aktualisiert. Die Änderungen betreffen die Abschnitte 1.7 (Vorsorge-Untersuchungen) und 32.1 (Laborleistungen) sowie den Anhang 3 zum EBM (Angaben für den Zeitaufwand).

■ Enzyersatztherapie Onpattro abrechnen:

Seit dem 01.07.2024 können Ärztinnen und Ärzte die Beobachtung und Betreuung von Patientinnen und Patienten unter parenteraler intravasaler Behandlung nach der GOP 01540 neu bei der Enzyersatztherapie mit Patisiran (Onpattro) abrechnen. Neben den bereits abrechnungsfähigen Therapiemaßnahmen erfolgt die Aufnahme des Arzneimittels Onpattro bei der GOP 01540 für die mehr als zweistündige Beobachtung und Betreuung im EBM. Ärztinnen und Ärzte geben bei der Abrechnung der GOP 01540 zwingend das Präparat, die Begründung der

erforderlichen Überwachung gemäß der jeweiligen Fachinformation (zum Beispiel Dosierung, Erstgabe oder Körpergewicht) und die Überwachungsdauer im Feld „freier Begründungstext“ (Feldkennung 5009) an.

Verabreichen Ärztinnen und Ärzte die Infusion und es ist keine mehrstündige Beobachtung erforderlich, können sie die GOP 02102 für die mindestens 60-minütige intravasale Infusion von Onpattro abrechnen. Bisher konnten Ärztinnen und Ärzte die GOP 02102 bereits für die Infusionsgabe von Kanuma®, Lamzede® und Xenpozime® abrechnen.

■ Vorläufige DiGA abrechnen: Vergütung angehoben und Fachgruppe gestrichen

Für die Verlaufskontrolle und Auswertung bestimmter vorläufig ins DiGA-Verzeichnis aufgenommener DiGA (Digitale Gesundheitsanwendungen) nach der Pauschale 86700 erhalten Ärztinnen und Ärzte und Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ab dem 01.07.2024 eine erhöhte Vergütung. Die Bewertung der Pauschale wird auf 7,64 Euro angehoben. Das entspricht der aktuellen Bewertung der GOP für ärztliche Tätigkeiten bei dauerhaft aufgenommenen DiGA, deren Vergütung im EBM geregelt ist.

Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzweiterbildung Kinder- und Jugend-Orthopädie oder mit Zusatzweiterbildung Kinder- und Jugend-Rheumatologie können die Pauschale 86700 ab dem 01.07.2024 nicht mehr abrechnen. Hintergrund ist, dass aktuell keine DiGA für Kinder und Jugendliche im Verzeichnis stehen.

EBM-FR

PRAXISTIPP

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

Reinschauen lohnt sich!

ÄRZTLICHE ZWEITMEINUNG EINHOLEN

Eingriffe zum Hüftgelenkersatz

Patientinnen und Patienten, denen ein Eingriff zum Hüftgelenkersatz empfohlen wird, haben seit dem 1. Juli 2024 Anspruch auf eine ärztliche Zweitmeinung.

Mit dem Beschluss erweitert der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) seine Richtlinie zum Zweitmeinungsverfahren (Zm-RL) um einen zehnten planbaren Eingriff. Ambulant oder stationär tätige Ärztinnen und Ärzte können ab dem Inkrafttreten auf Wunsch einer Patientin oder eines Patienten als Zweitmeiner prüfen, ob der empfohlene Eingriff auch aus ihrer Sicht medizinisch notwendig ist. Zudem beraten sie die Versicherten zu möglichen Behandlungsalternativen.

Bei einem Eingriff zur Implantation einer Totalendoprothese am Hüftgelenk oder einem Revisionsingriff, Wechsel und Entfernung von Total- oder Teilendprothesen handelt es sich laut G-BA überwiegend um einen planbaren Eingriff, der nicht umgehend vorgenommen werden muss. Der Eingriff zum Hüftgelenkersatz kann beispielsweise notwendig sein, wenn ein Gelenkverschleiß in der Hüfte zu starken Schmerzen und Einschränkungen im Alltag führt und konservative Behandlungen wie Schmerzmittel, Bewegungstherapien oder eine Gewichtsabnahme nicht ausreichen.

ALS ERSTMEINER ABRECHNEN

Als Erstmeiner müssen Sie Patientinnen und Patienten, bei denen der Eingriff zum Hüftgelenkersatz geplant ist, über ihren Rechtsanspruch auf eine zweite ärztliche Meinung informieren.

Bei dieser Indikationen können Sie Erstmeiner sein, wenn Sie Fachärztin oder Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie, Orthopädie, Chirurgie mit Schwerpunkt Unfallchirurgie oder Physikalische und Rehabilitative Medizin sind.

Gehören Sie zur abrechnungsberechtigten Fachgruppe, rechnen Sie seit dem 1. Juli 2024 die GOP 01645 mit dem Suffix „J“ (01645J) bei einem geplanten Eingriff zum Hüftgelenkersatz ab. Die GOP 01645J beinhaltet die Aufklärung, Beratung und Zusammenstellung aller erforderlichen Unterlagen für die Patientin oder den Patienten. Als indikationsstellende/r Ärztin oder Arzt händigen Sie den Patientinnen und Patienten zudem das Merkblatt des G-BA aus. Beachten Sie bitte, dass die Aufklärung zur Zweitmeinung mindestens zehn Tage vor dem geplanten Eingriff erfolgen soll.

ZWEITMEINUNGSGEBENDE FACHÄRZTINNEN UND FACHÄRZTE

Möchten Sie für die Eingriffe zum Hüftgelenkersatz eine Genehmigung als sogenannter Zweitmeiner erhalten, müssen Sie in einer der folgenden Facharztrichtungen qualifiziert sein:

- Orthopädie und Unfallchirurgie,
- Orthopädie,
- Chirurgie mit Schwerpunkt Unfallchirurgie oder
- Physikalische und Rehabilitative Medizin.

Die Genehmigung, Zweitmeinungsleistungen abzurechnen, können Sie bei Ihrer KV Hessen beantragen unter [kvh.link/p24076](https://www.kvh.hessen.de/link/p24076)

Zudem gelten die generellen Anforderungen des G-BA, die zweitmeinungsgebende Ärztinnen und Ärzte hinsichtlich ihrer Qualifikation und Unabhängigkeit erfüllen müssen.

ALS ZWEITMEINER ABRECHNEN

Als Zweitmeiner müssen Sie bestimmte fachliche Voraussetzungen gemäß dem Allgemeinen Teil der Zm-RL erfüllen. Dazu gehört vor allem der Nachweis einer geeigneten Weiterbildungsmöglichkeit. Zudem müssen Sie erklären, dass keine Interessenskonflikte vorliegen, die einer unabhängigen Erbringung der Zweitmeinung entgegenstehen. Als Zweitmeiner rechnen Sie Ihre Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale beim ersten Arzt-Patienten-Kontakt ab.

Die Zweitmeinung umfasst die Durchsicht vorliegender Befunde der/des indikationsstellenden Ärztin oder Arztes und ein Anamnesegespräch. Hinzu kommen Untersuchungen, sofern sie zur Befunderhebung und Überprüfung der Indikationsstellung erforderlich sind. Als Zweitmeiner kennzeichnen Sie vor dem Eingriff zum Hüftgelenkersatz alle im Zusammenhang mit dem Zweitmeinungsverfahren durchgeführten und abgerechneten GOP im Feld „freier Begründungstext“ (Feldkennung 5009) mit der 88200J.

Die KVH hat alle wichtigen Informationen zur Abrechnung rund um das Zweitmeinungsverfahren für Sie leicht verständlich aufbereitet unter [kvh.link/p24077](https://www.kvh.hessen.de/link/p24077)

HINTERGRUND – ZWEITMEINUNGSVERFAHREN BEI GEPLANTEN OPERATIONEN

Gesetzlich Versicherte haben bei planbaren Operationen gemäß § 27b SGB V einen Rechtsanspruch auf eine unabhängige ärztliche Zweitmeinung. Der G-BA legt in der Zm-RL den genauen Leistungsumfang eines Zweitmeinungsverfahrens fest. Zudem wählt er aus, für welche Eingriffe dieser Anspruch besteht. Ein rechtlicher Zweitmeinungsanspruch besteht aktuell bei den folgenden planbaren Eingriffen:

- Mandeloperation
(Tonsillotomie oder Tonsillektomie)
- Gebärmutterentfernung (Hysterektomie)
- Schulterarthroskopie
- Knieendoprothese
- Amputation bei diabetischem Fußsyndrom
- Eingriff an der Wirbelsäule
- Kathetergestützte elektrophysiologische Herzuntersuchungen und Ablationen am Herzen
- Implantation eines Herzschrittmachers oder eines Defibrillators
- Entfernung der Gallenblase (Cholezystektomie)
- Eingriffe zum Hüftgelenkersatz

SJ

KONTAKT

Für Ihre Fragen zur Genehmigung steht Ihnen das Team Qualitätssicherung Team 1 gerne zur Verfügung.

T. 069 24741-6687

F. 069 24741-68687

M. zweitmeinungsverfahren@kvhessen.de

ÄRZTLICHER BEREITSCHAFTSDIENST

Änderungen der Bereitschaftsdienstordnung

Beschluss der Vertreterversammlung zur Änderung der Bereitschaftsdienstordnung vom 05.07.2024

I. Die Vertreterversammlung hat am 05.07.2024 einstimmig beschlossen die Bereitschaftsdienstordnung in der Fassung vom 25.05.2013, zuletzt geändert mit Beschluss vom 07.07.2023, wie folgt zu ändern:

Nach § 3 Abs. 8 S. 2 wird folgender neuer Satz eingefügt:

„Eine Befreiung von der Teilnahme entbindet nicht von der Finanzierungspflicht nach § 9 BDO.“

§ 7 Abs. 3 wird wie folgt geändert:

Die Verweisung auf „§ 9 Abs. 4 BDO“ wird in „§ 9 Abs. 5 BDO“ geändert.

§ 8 Abs. 1 lit. b) wird wie folgt geändert:

Nach den Wörtern „vermindert um den einheitlichen Betriebskostenabzug nach“ wird die Verweisung auf „§ 9 Abs. 1 BDO“ in „§ 9 Abs. 2 BDO“ geändert.

In § 9 wird ein neuer Abs. 1 wie folgt eingefügt. Die bisherigen Absätze 1 bis 5 werden zu Absätzen 2 bis 6.

„Die Finanzierung des gesamten Aufwands für den ÄBD (insbesondere Einrichtung und Betrieb der ÄBD-Zentralen, Kosten für nichtärztliches Personal und die Zahlungen an Ärzte nach § 8 BDO) erfolgt durch die Betriebskostenpauschale nach Abs. 2, die Umlagen nach Abs. 3, den pauschalen Beitrag bzw. die individuelle Umlage nach Abs. 4 sowie den nach § 4 Abs. 5 eingenommenen Aufwendersatz.

Der voraussichtliche Aufwand für den ÄBD für das nächste Kalenderjahr wird anhand der bestehenden Aufwendungen sowie voraussichtlicher Änderungen

ermittelt. Ebenso werden die voraussichtlichen Einnahmen aus der Betriebskostenpauschale und dem Aufwendersatz ermittelt. Über- und Unterdeckungen aus dem Vorjahr und dem laufenden Jahr sowie eventuelle weitere Einnahmen (z. B. nach § 105 Abs. 1b SGB V) werden ebenfalls berücksichtigt.

Zur Deckung der dann noch bestehenden Differenz wird das benötigte Finanzierungsvolumen dem voraussichtlichen heranzuziehenden Honorar der Vertragsärzte und -psychotherapeuten und der Privatärzte gegenübergestellt und so die erforderliche prozentuale Umlage nach Abs. 3 und 4 sowie der durchschnittliche Umlagebetrag in € zur Festsetzung des Höchstbeitrags nach Abs. 3 und des pauschalen Beitrags nach Abs. 4 ermittelt.

Die Vertreterversammlung beschließt erstmalig im Rahmen der Haushaltsplanung für 2025 und danach bei Änderungsbedarf über die prozentualen Umlagen, den Höchstbeitrag nach Abs. 3 und den pauschalen Beitrag nach Abs. 4. Für 2024 gelten die bereits beschlossenen Umlagen, der Höchstbeitrag und der pauschale Beitrag fort.

Die Festsetzung der prozentualen Umlagen, des Höchstbeitrags nach Abs. 3 und des pauschalen Beitrags nach Abs. 4 werden veröffentlicht.“

Der neue § 9 Abs. 2 wird wie folgt geändert:

Satz 1 wird gestrichen.

Dem Absatz wird folgender neuer Satz angefügt: „Die Wegepauschalen nach § 8 Abs. 1 Buchstabe c. BDO sind nicht zu berücksichtigen.“

Der neue § 9 Abs. 3 wird wie folgt geändert:

Satz 1 wird wie folgt neu gefasst:

„Zur Deckung des Gesamtaufwandes nach Abs. 4 wird zusätzlich eine jeweils einheitliche ÄBD-Umlage unter allen abrechnenden Ärzten und Psychotherapeuten sowie ermächtigten Krankenhausärzten nachfolgender Regel erhoben:“

Satz 3 wird gestrichen. Satz 2 werden folgende neue Sätze angefügt:

„Der Höchstbeitrag wird gerundet in Höhe des Doppelten des ermittelten durchschnittlichen Umlagebetrags festgelegt. Für Psychologische Psychotherapeuten beträgt der prozentuale Abzug aufgrund der fehlenden Teilnahmemöglichkeit am ÄBD drei Viertel des prozentualen Abzugs für Ärzte.“

Der neue § 9 Abs. 4 wird wie folgt geändert:

Satz 1 wird wie folgt neu gefasst:

„Bei Privatärzten wird grundsätzlich abweichend von Abs. 3 zur Deckung des Gesamtaufwandes nach Abs. 1 zusätzlich ein pauschaler ÄBD-Beitrag in Höhe der Hälfte des in Abs. 3 S. 3 genannten Höchstbeitrages je Quartal erhoben.“

Satz 3 wird gestrichen.

Im neuen Satz 3 wird die Verweisung auf „Abs. 2“ in „Abs. 3“ geändert.

Der neue § 9 Abs. 5 wird wie folgt geändert:

Satz 1 wird gestrichen.

Im neuen Satz 1 werden die Wörter „In diesem Zusammenhang stellt“ gestrichen und nach den Wörtern „Die KVH“ das Wort „stellt“ eingefügt.

Der neue § 9 Abs. 6 wird wie folgt geändert:

Die Verweisung auf „§ 9 Abs. 2 und 3 BDO“ wird in „§ 9 Abs. 3 und 4 BDO“ geändert.

II. Inkrafttreten

Die Änderungen treten am Tag nach der Veröffentlichung in Kraft.

Der Vorsitzende der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen

gez. Dr. med. Klaus-Wolfgang Richter

DEUTSCHE GESETZLICHE UNFALLVERSICHERUNG E. V. (DGUV)

Zulassung zum Durchgangsarztverfahren

Dr. med. Constanze Bohl ist ab dem 01.06.2024 als niedergelassene Orthopädin und Unfallchirurgin am Standort des Klinikums Bad Hersfeld in 36251 Bad Hersfeld am Durchgangsarztverfahren beteiligt.

Dr. med. Rüdiger Mascher, Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie, wird für **Dr. med. Constanze Bohl** als ständiger Vertreter im Durchgangsarztverfahren anerkannt.

Volker Neumann, Marburg-Wehrda, hat seine durchgangsärztliche Tätigkeit zum 30.06.2024 aufgegeben.

Mohamed Elzaafarany ist ab sofort als niedergelassener Orthopäde und Unfallchirurg am Standort Gelenk- und Fußchirurgie Mittelhessen in 35447 Reiskirchen, Siemensstraße 12 A, am Durchgangsarztverfahren beteiligt.

Dr. med. Ragnar Winkelmann, Wiesbaden, hat seine durchgangsärztliche Tätigkeit zum 01.07.2024 aufgegeben.

DGUV



KASSENÄRZTLICHE
VEREINIGUNG
HESSEN

Sie finden uns im Internet unter:

www.kvhessen.de/aufdenpunkt

2. „Klassischer Zweitanspruch“

Die Vertragsärztin/der Vertragsarzt erreicht das Regeleintrittsalter, nimmt auf Antrag an der EHV teil und ist zugleich weiterhin vertragsärztlich tätig.

Gem. § 4 Abs. 8 ist er weiter zur Umlagezahlung verpflichtet und erwirbt dabei die Hälfte der im Rahmen der EHV-Umlage gutgeschriebenen Punkte.

Folge: Die Vertragsärztin/der Vertragsarzt nimmt an der EHV in Höhe der bis dahin erwirtschafteten Punkte teil (sog. Erstanspruch). Gleichzeitig beginnt sie oder er mit dem weiteren Erwerb von Punkten, den sogenannten Zweitanspruch (von Null an) aufzubauen. Diese Punkte erwirbt man gem. § 4 Abs. 8 GEHV nur in hälftiger Höhe und auch nur, wenn die maximale Punktzahl von 14.000 Punkten noch nicht erreicht ist.

3. „Gekürzter Erstanspruch und Zweitanspruch“

Die Vertragsärztin/der Vertragsarzt nimmt auf Antrag vor Erreichen des Regeleintrittsalters vorgezogen an der EHV teil und ist weiterhin vertragsärztlich tätig.

Gem. § 1 Abs. 4 GEHV kann die Vertragsärztin/der Vertragsarzt maximal zwei Jahre vor Erreichen der Regelaltersgrenze vorgezogen (mit Abzügen) an der EHV teilnehmen. Bisher war hierfür jedoch ein Verzicht auf die Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit erforderlich. Seit 2017 wird die vorzeitige Teilnahme an der EHV auch dann ermöglicht, wenn die vertragsärztliche Tätigkeit weitergeführt wird.

Folge: Die Vertragsärztin/der Vertragsarzt erfährt eine Kürzung im Rahmen ihres/seines Erstanspruchs. Sie oder er erhält Leistungen aus der EHV und kann im Rahmen des Zweitanspruchs bei hälftiger Punktgutschrift ihr/sein Punktekonto (bis zur Obergrenze von 14.000 Punkten) wieder auffüllen.

STEFFEN GRÖBER

Sie haben allgemeine Fragen zur EHV?

Die Berater der KV Hessen stehen Ihnen dazu gerne Rede und Antwort.

BeratungsCenter Frankfurt
069 24741-7600
beratung-Frankfurt@kvhessen.de

BeratungsCenter Darmstadt
06151 158-500
beratung-Darmstadt@kvhessen.de

BeratungsCenter Wiesbaden
069 24741-7171
beratung-Wiesbaden@kvhessen.de

BeratungsCenter Gießen
0641 4009-314
beratung-Giessen@kvhessen.de

BeratungsCenter Kassel
0561 7008-250
beratung-Kassel@kvhessen.de

Haben Sie ganz individuelle Fragen?

Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Abteilung EHV helfen Ihnen gerne weiter. Richten Sie Ihre Fragen bitte per Mail an ehv@kvhessen.de



Berufsunfähig kann jeder werden – die EHV sichert Sie ab!

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

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

WANN LIEGT EINE BERUFSUNFÄHIGKEIT IM SINNE DER EHV VOR?

Die Unfähigkeit zur Ausübung des ärztlichen Berufs liegt vor, wenn dem Mitglied der KVH unter Berücksichtigung des Alters und sonstiger Umstände eine fortlaufende ärztliche Tätigkeit, sei es in einer

Anstellung oder in einem anderen Fachgebiet – gegebenenfalls auch nach einer Umschulungsfrist – nicht zugemutet werden kann.

WIE WIRD DIE BERUFSUNFÄHIGKEIT FESTGESTELLT?

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

Das antragstellende Mitglied kann für die Erstbegutachtung von mehreren benannten Gutachtenden des Vorstands der KVH einen Gutachtenden seiner Wahl bestimmen. Im Zweifelsfall kann der Vorstand der KVH ein Obergutachten einholen. Aufgrund einer Vereinbarung mit dem Versorgungswerk der

Vorsorge ist immer gut. Die EHV unterstützt Sie im Alter finanziell, bei Berufsunfähigkeit und auch Ihre Hinterbliebenen haben einen anteiligen EHV-Anspruch.



Landesärztekammer Hessen besteht zudem die Möglichkeit, in Auftrag gegebene Gutachten seitens des Versorgungswerkes oder der KVH auszutauschen.

NACH WELCHEN KRITERIEN BERECHNET SICH DIE EHV NACH ANERKANNTER BERUFUNFÄHIGKEIT?

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

Analog der Regelung bei vorzeitiger Inanspruchnahme der EHV verringert sich bei einem vorzeitigen Eintritt in die EHV aus Berufsunfähigkeitsgründen der EHV-Anspruch um 0,5 Prozent für jeden Monat

INFOBOX

HINTERBLIEBENENVERSORGUNG

Auch die finanzielle Absicherung der Hinterbliebenen ist ein Bestandteil der EHV.

Witwenanspruch*

Bei Erfüllung einiger Voraussetzungen beträgt der Anspruch der Witwe 60 Prozent des EHV-Anspruchs des verstorbenen Vertragsarztes. Die Ehe muss im Fall einer Berufsunfähigkeit oder bei Verzicht auf die Vertragsarztzulassung beziehungsweise Entzug der Zulassung bereits geschlossen sein und mindestens zwei Jahre während der Vertragsarztstätigkeit in Hessen bestanden haben. Weitere Einschränkungen hinsichtlich des Anspruchs kann es geben, wenn der Altersunterschied mehr als zehn Jahre beträgt.

Waisenanspruch

Waisen werden bis zum 18. Lebensjahr uneingeschränkt an der EHV beteiligt. Zwischen dem 18. und 27. Lebensjahr kann bei Nachweis einer Ausbildung die Teilnahmerechtigung entsprechend verlängert werden. Halbweisen haben einen Anspruch von zehn Prozent des Anspruchs des verstorbenen Vertragsarztes, Vollweisen einen Anspruch von 20 Prozent. Im Fall des Versterbens eines noch aktiven Vertragsarztes wird der Hinterbliebenenanspruch (Witwen, Waisen) für jeden Monat, den der aktive Vertragsarzt vor Erreichen der Regelaltersgrenze verstirbt, um 0,5 Prozent gekürzt. Die Minderung des Anspruchs darf analog der vorgezogenen EHV-Teilnahme zwölf Prozent nicht übersteigen.

*Die Aussagen in dieser Infobox gelten natürlich in gleichem Umfang für Witwen und Witwer bzw. Vertragsärzte und -ärztinnen.

zwischen Eintritt in die EHV bis zum Erreichen der Regelaltersgrenze. Allerdings darf die Minderung des Anspruchs zwölf Prozent nicht übersteigen, soweit keine Zurechnungszeiten vorliegen.

TORSTEN BAJUS

Die EHV der KVH

Wie ist die EHV, die tragende Säule der Alterssicherung, aufgebaut? Seit wann gibt es sie? Wie sind die rechtlichen Grundlagen? Und ist sie krisenfest?

Die Erweiterte Honorarverteilung, kurz EHV, ist eine Alters- und Hinterbliebenenversorgung der hessischen Vertragsärzte im Umlageverfahren: Abhängig von der Länge der vertragsärztlichen Tätigkeit und der Höhe der während dieser Zeit erwirtschafteten Honorare zahlen die hessischen Vertragsärztinnen und Vertragsärzte unterschiedlich viel in die EHV ein. Hierdurch erwerben sie sich einen Anspruch auf Bezüge für ihre Altersversorgung – die EHV-Ansprüche.

HESSISCHE BESONDERHEIT

Aber warum gibt es in Hessen eine eigene Altersversorgung? Diese als Besonderheit empfundene Konstellation hat rechtliche Hintergründe. Kurz nach Einführung der EHV in Hessen hat der Bundesgesetzgeber die Verteilung der von den Krankenkassen zu zahlenden Gesamtvergütung abschließend geregelt. Das heißt, der Beschluss eines Landesgesetzes wie in Hessen zur Einführung einer Altersversorgung, die sich – wie die EHV – aus der Gesamtvergütung finanziert, war den anderen Kassenärztlichen Vereinigungen ab dann nicht mehr möglich. Seitdem steht die Altersversorgung der hessischen Vertragsärzte „auf zwei Beinen“: Das Versorgungswerk der Ärztekammer Hessen und die EHV ergänzen sich.

INFOBOX

Entstehungsgeschichte der EHV

Die Erweiterte Honorarverteilung wurde zum 1. Januar 1954 eingeführt. Da Finanzmittel für den Aufbau eines kapitalbasierten Altersversorgungswerkes fehlten und schon früh nach Start der EHV die Ansprüche der damaligen Kassenärztinnen und -ärzte bedient werden sollten, wurde die EHV als Umlageverfahren angelegt.

Die EHV ist im Landesrecht verankert: Nach § 8 des Gesetzes über die KVH sorgt die KV „im Rahmen ihrer Satzung für eine wirtschaftliche Sicherung der invaliden und alten Vertragsärztinnen oder Vertragsärzte und der Hinterbliebenen von Vertragsärztinnen oder Vertragsärzten. Diese Sicherung kann auch durch besondere Honorarverteilungsgrundsätze geregelt werden“.

Die maßgeblichen Regelungen für die EHV sind in den „Grundsätzen der Erweiterten Honorarverteilung“ (GEHV) enthalten. Diese werden von der Vertreterversammlung der KVH beschlossen und müssen vom Hessischen Sozialministerium genehmigt werden. Dies gilt auch für alle Änderungen.

BEITRÄGE ERFOLGEN PER UMLAGE

Zur Finanzierung der EHV wird ein prozentualer Umlagesatz erhoben. Die Umlage wird jeweils von der Quartalsabrechnung der aktiven Ärztinnen und Ärzte erhoben. Als Basis für den prozentualen Abzug wird das EHV-relevante Honorar herangezogen, welches im aktuellen Quartal über die KVH abgerechnet wird, zuzüglich je eines Viertels des EHV-relevanten Jahresumsatzes aus Selektivverträgen aus dem Vor-Vorjahr.

Zudem wird die individuelle Umlage auf einen Höchstbetrag pro Quartal begrenzt. Die Maximalumlage ist ein Eurobetrag, der je Bezugsjahr (jeweils 01.01. bis 31.12. eines Kalenderjahres) neu bekannt gegeben wird und grundsätzlich in Höhe der 2,5-fachen durchschnittlichen Umlage festgelegt wird.

Die prozentuale EHV-Umlage wird jeweils zum 1. Januar eines Jahres neu berechnet. Der Prozentsatz errechnet sich auf Basis des Umlagevolumens, welches die aktiven Ärztinnen und Ärzte zur Finanzierung der EHV bereitstellen.



SELEKTIVVERTRÄGE: EINKÜNFEN MELDEN

Die Vertragsärztinnen und Vertragsärzte sind nach wie vor dazu verpflichtet, den Umsatz, den sie aufgrund der Abrechnung von Leistungen aus dem Katalog der GKV innerhalb von Selektivverträgen erhalten, gegenüber der KVH offenzulegen. Sofern sie dieser Verpflichtung nicht nachkommen, ist die KVH befugt, diese Vergütung zu schätzen (Ermächtigung: § 8 KVHG und § 3 Abs. 4 GEHV). Damit ist gesetzlich geregelt, dass die KVH die Umsätze aus Selektivverträgen schätzen kann, wenn ein entsprechender Nachweis nicht erbracht wird. Die Schätzung erfolgt auf Basis gebildeter Vergleichsgruppen. Wichtig: Selektivvertragseinkünfte von angestellten Ärztinnen und Ärzten schlagen sich in der Honorarabrechnung des Anstellers nieder.

EHV GILT AUCH FÜR ANGESTELLTE

Angestellte Ärztinnen und Ärzte sind ebenso wie deren Ansteller EHV-pflichtig (§ 1 GEHV). In Verbindung mit § 3 Abs. 4 GEHV ergibt sich damit auch

die Meldepflicht für die angestellten Ärztinnen und Ärzte hinsichtlich der Einkünfte aus Selektivverträgen. Da eine angestellte Ärztin oder ein angestellter Arzt auch mehrere Beschäftigungsverhältnisse gleichzeitig haben kann, kann nur sie oder er zuverlässig Auskunft über die Gesamteinkünfte aus Selektivverträgen (über verschiedene BSNR) geben. Diese Angaben sind wiederum relevant für die Höhe der EHV-Umlage in den Honorarunterlagen beziehungsweise bei der Honorarabrechnung der Praxisinhabenden. Damit entfalten diese zusätzlichen Einkünfte der Angestellten eine direkte Wirkung auf deren Ansteller. Soweit hierbei Meldungen unterbleiben, ist auch hier die KVH gehalten, diese Einkünfte zu schätzen. Deshalb ergehen nach Anhörung die Schätzbescheide hinsichtlich der Einkünfte aus Selektivverträgen der angestellten Ärztinnen und Ärzte auch gegenüber den Anstellern. In den Konstellationen, in denen ein Angestellter mehrere Arbeitsverhältnisse unterhält, ergehen die Bescheide zunächst an alle seine Ansteller.

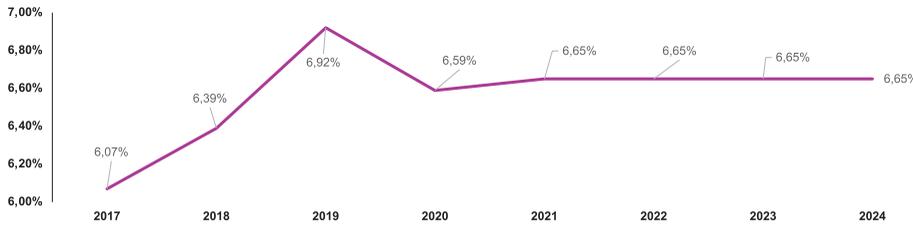


SATZUNGSÄNDERUNGEN 2022

Die Vertreterversammlung der KVH hat in ihren Sitzungen vom 6. März 2021 und 29. Mai 2021 Änderungen der GEHV beschlossen und mit Schreiben vom 15. Dezember 2021 nebst Anlagen bezüglich der Berücksichtigung von Praxiskosten veröffentlicht. In Umsetzung des Urteils vom Bun-

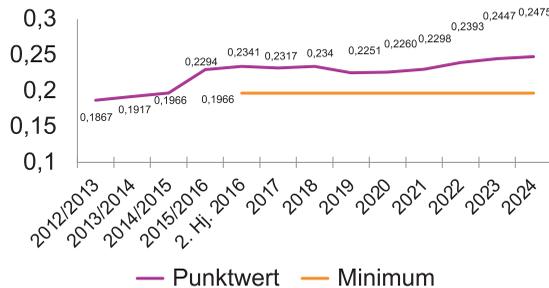
desozialgericht vom 11. Dezember 2019 findet die Berücksichtigung besonderer Kosten regelhaft seit dem 3. Quartal 2021 statt. Hierfür werden Daten des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (ZI) verwendet. Das nähere Vorgehen ist in § 3a GEHV geregelt.

ENTWICKLUNG DER EHV-UMLAGE



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 25 ct auf einem „Allzeithoch“ befinden, ist die EHV-Umlage seit ein paar Jahren unverändert.

ENTWICKLUNG DES PUNKTWERTES



STABIL UND KRISENRESISTENT

Noch vor zwölf Jahren wirkte das Gebilde EHV recht instabil, doch kluge Reformschritte haben dazu geführt, dass die EHV im Moment stabiler dasteht als in vielen Jahren zuvor. Insbesondere in der Niedrigzinsphase der letzten Dekade, in welcher alle Versorgungswerke die Erwartungen ihrer Einzahler

massiv heruntergeschraubt haben, erwies sich das Umlageverfahren der EHV als Fels in der Brandung. In den vergangenen Jahren konnten die EHV-Bezüge der Empfängerinnen und Empfänger immer weiter angehoben werden, ohne dass die Aktiven höher belastet wurden.

STEFFEN GRÖBER

SERIE: KRANKHEITSBILD IM DETAIL

Ametropie

(ICD H52.0 G, H52.1 G, H52.2 G)

Im Jahr 2022 wurde in Hessen bei etwa **877.000 Patientinnen und Patienten** eine Ametropie (ICD H52.0 G, H52.1 G und/oder H52.2 G) diagnostiziert; davon waren **63,2 % Patientinnen und Patienten** von einer **Hypermetropie** betroffen.

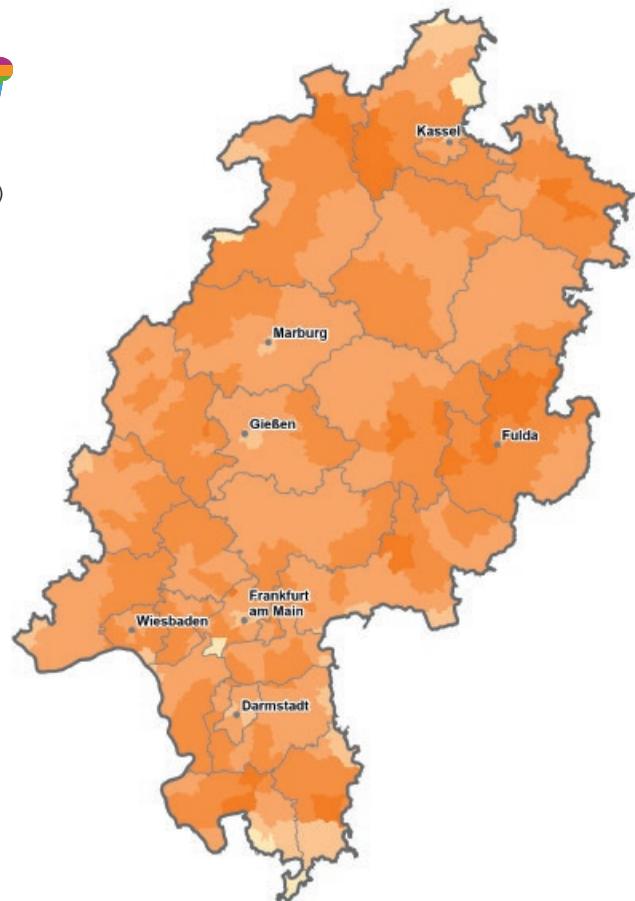
Altersprävalenz von Ametropien in 2022



- 12 %** Generation alpha (geboren zwischen 2010 und heute)
- 10 %** Generation Z (geboren zwischen 1995 und 2009)
- 8 %** Generation Y (geboren zwischen 1980 und 1994)
- 16 %** Generation X (geboren zwischen 1965 und 1979)
- 54 %** Generation Babyboomer (geboren zwischen 1955 und 1964) und älter

Prävalenz von Ametropien (ICD H52.0 G, H52.1 G, H52.2 G) im Jahr 2022

- unter 5 % der Bevölkerung
- 5 bis unter 10 % der Bevölkerung
- 10 bis unter 15 % der Bevölkerung
- 15 bis unter 20 % der Bevölkerung
- 20 % und mehr der Bevölkerung



Digest aus dem Pschyrembel

Unter einer Ametropie versteht man eine Fehlsichtigkeit infolge einer Refraktionsanomalie, entweder als Myopie, Hyperopie oder Astigmatismus. Ametropien werden entweder verursacht durch einen zu kurzen oder zu langen Augapfel oder durch eine abnorme Brechkraft von Hornhaut oder Linse. Therapiert wird je nach Erkrankung mit Brille, Kontaktlinsen oder refraktiver Chirurgie.

HITZEBILANZ FÜR 2023

Bei fast 5.000 Patientinnen und Patienten wurden in 2023 Schäden durch Hitze und Sonnenlicht (ICD-10 T67.-) gesichert diagnostiziert. Ein Drittel der Betroffenen waren junge Erwachsene im Alter von 18 bis unter 30.

Klima- und Hitzeschutz großschreiben

Checkliste hilft Praxen, einen Hitzeschutzplan umzusetzen

Praxen und MVZ sollten sich auch mit dem Risiko „Hitze“ befassen. Wie können Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sich und ihr Personal, Räumlichkeiten und Arbeitsabläufe auf Hitzewellen vorbereiten? Welche vorbeugenden Maßnahmen können konkret ergriffen und wie Patientinnen und Patienten im Sommer geschützt werden? Dies sollten Praxen in einem Hitzeschutzplan festhalten. Hierfür gibt es Muster-Hitzeschutzpläne des Aktionsbündnisses Hitzeschutz Berlin, die die KBV für ambulante Praxen weiterentwickelt und als prak-

tische Checkliste veröffentlicht hat unter [kvh.link/p24079](https://www.kvh.link/p24079). Die Checkliste kann an die individuellen Gegebenheiten der Praxis angepasst werden.

PATIENTEN ÜBER GEFAHREN AUFKLÄREN

Besonders Risikogruppen sollten aktiv über die Gefahren von Hitze und vorbeugende Maßnahmen informiert werden. Dazu zählen ältere und chronisch kranke Menschen, Säuglinge und Kleinkinder sowie Schwangere. Auch für Menschen, die im Freien körperlich schwer arbeiten, intensiv Sport treiben oder bestimmte Medikamente nehmen, kann Hitze besonders gefährlich werden.

Um ihre Patientinnen und Patienten über Beschwerden durch Hitze aufzuklären und Tipps für heiße Tage zu geben, können Praxen die Patienteninformation „Klimawandel und Gesundheit – Wenn Hitze zum Risiko wird“ des Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin nutzen und im Wartezimmer auslegen. Das zweiseitige Dokument zum Herunterladen – auch in Leichter Sprache und auch in sechs Fremdsprachen – gibt es ebenfalls unter [kvh.link/p24079](https://www.kvh.link/p24079)

KBV



Kostenfrei gibt es Patienteninfos, Poster für Wartezimmer, diverse Checklisten und vieles mehr

INFOBOX

HITZEWARNUNGEN DES DEUTSCHEN WETTERDIENSTES

Die Hitzewarnungen werden herausgegeben, wenn eine starke Wärmebelastung für mindestens zwei Tage in Folge vorhergesagt wird. Als weiteres Kriterium einer Warnung wird die nächtliche Abkühlung herangezogen. Denn bleibt die Nacht zu warm, verschlechtert sich die Schlafqualität. Durch diese zusätzliche Belastung wird die Hitze tagsüber schlechter verkräftet.

Warnstufe 1: starke Wärmebelastung

Eine Warnung vor einer starken Wärmebelastung wird dann herausgegeben, wenn die gefühlte Temperatur am frühen Nachmittag bei etwa 32 °C oder darüber liegt. Aufgrund eines Akklimatisationseffektes kann dieser Schwellenwert früh im Sommer etwas niedriger und im Hochsommer etwas höher liegen.

Warnstufe 2: extreme Wärmebelastung

Überschreitet die gefühlte Temperatur am frühen Nachmittag einen Wert von 38 °C, so wird vor einer extremen Wärmebelastung gewarnt.



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



Empfehlungen zur Labordiagnostik

Neue Ausgabe zur isolierten PTT-Verlängerung veröffentlicht

Über die Labordiagnostik zur Abklärung einer isoliert verlängerten partiellen Thromboplastinzeit – kurz PTT – informiert eine neue Ausgabe der Reihe „Empfehlungen zur Labordiagnostik“ der KBV. Sie soll Ärztinnen und Ärzte beim Einsatz von Laboruntersuchungen zur Basisdiagnostik der isolierten PTT-Verlängerung, die auf eine Gerinnungsstörung hinweisen kann, unterstützen. Die Ausgabe steht ab sofort auf der Internetseite der KBV unter [kvh.link/p24080](https://www.kbv.de/infokasten/p24080) zur Verfügung.

Der neue Laborpfad beinhaltet verschiedene Ablaufschemata, die die Stufendiagnostik zur Abklärung der isolierten PTT-Verlängerung sowohl bei asymptomatischen Patienten und Patientinnen als auch bei Thrombose- oder Blutungsneigung beschreiben.

Ein begleitender Text informiert unter anderem über die Bedeutung einer umfassenden Anamnese und der Einhaltung der empfohlenen präanalytischen Bedingungen. Außerdem sind wichtige allgemeine Handlungsempfehlungen zur Blutentnahme aufgeführt sowie ein Erfassungsbogen zur Blutungstendenz beigefügt. Ein Infokasten bietet schnell erfassbar alle relevanten Laborparameter mit kurzen Erläuterungen.

Die Messung der partiellen Thromboplastinzeit ist ein Labortest, mit dem die Funktion des Blutgerinnungssystems überprüft wird. Gerinnungsstörungen können sich in milden Symptomen wie Nasenbluten äußern, allerdings auch lebensbedrohliche Ausmaße annehmen. Besteht der Verdacht auf eine

EMPFEHLUNGEN ZUR LABORDIAGNOSTIK AUSGABE 1/2024

Erfassungsbogen Blutungstendenz nach dem ISTH-Blutungs-Score*

Symptom (jeweils schwerstes Ereignis)	0	1	2	3	4	Wert
Nasenbluten	keine	> 5x/Jahr oder > als 10 Minuten	Arztbesuch ohne Intervention	Tamponade / Verödung / antifibrinolytische Therapie	Bluttransfusionskonzentrat / Bluttransfusion	
Hautsymptome	keine	> 5 Hämatome (> 1 cm) an exponierten Stellen	Arztbesuch ohne Intervention	ausgeprägte spontane Hämatome an Extremitäten oder Rumpf	spontan m Bluttransfusion	
Kleine Wunden (Hautschnitt)	keine	> 5x/Jahr oder > als 10 Minuten vorhanden	Arztbesuch ohne Intervention	Operation / Naht	Bluttransfusionskonzentrat	
Mundhöhlenblutung	keine	vorhanden, nicht assoziiert mit Ulcus, portaler Hypertension, Hämorrhoiden	Arztbesuch ohne Intervention	Operation	Bluttransfusionskonzentrat	
Gastrointestinale Blutung	keine	vorhanden, nicht assoziiert mit Ulcus, portaler Hypertension, Hämorrhoiden	Arztbesuch ohne Intervention	Operation	Bluttransfusionskonzentrat / Desmopressin	
Muskel- oder Gelenkblutungen	keine	nach Trauma, keine Therapie	spontan, keine Therapie	Faktorenkonzentrat / Desmopressin	Operation / Naht	
Zahnextraktion (Zusatz)	keine	< 25 % aller Eingriffe	> 25 % aller Eingriffe	Re-Operation		
Operation (Blutung)	keine	< 25 % aller Eingriffe	> 25 % aller Eingriffe	subtotal		
Hirnbrutung	keine	–	–	Operation		
Hämaturie	keine	nicht assoziiert mit Harnwegsinfektion	Arztbesuch ohne Intervention	kombinierte Behandlung	> 12 Monate	
bei Frauen: Menorrhagie (vorzeitige Menstruationsblutung)	keine	Arztbesuch oder Tamponwechsel > alle 2 h	orale Kontrazeption / Eisensubstitution / antifibrinolytische Therapie / > 2x/Jahr Krankschreibung	Bluttransfusion / konzentrat / Desmopressin / oder Uterustamp		
Postpartale Blutung	keine	Arztbesuch ohne Intervention oder Therapie mit Syntecin oder Wechenbittlungen > 6 Wochen	Eisenthherapie oder antifibrinolytische Therapie			

* nach ISTH/SSC bleeding assessment tool: a standardized questionnaire and a proposal for a new bleeding score for inherited bleeding disorders; Rodeghiero et al. J Thromb Haemost 2010 Sep;8(9):2063
weitere Informationen zum Erfassungsbogen unter www.isth.org

Alle Infos sind gut zusammengefasst. Hier der Bogen, um die Blutungstendenz einer Patientin oder eines Patienten in einem Bogen zu erfassen.

Gerinnungsstörung, wird zur initialen Gerinnungsdiagnostik neben der PTT auch ein weiterer Globaltest – der Quick-Test (siehe Empfehlungen zur Labordiagnostik Ausgabe 4/2023) – durchgeführt. Beide Globaltests erkennen dabei Störungen in unterschiedlichen Bereichen des Gerinnungssystems. Zeigt sich trotz eines unauffälligen Quick-Wertes eine pathologische Verlängerung der PTT, wird von einer isolierten PTT-Verlängerung gesprochen.

Die labordiagnostischen Empfehlungen zur isolierten PTT-Verlängerung stehen auf der Themenseite der KBV als Webversion sowie als zehnstufige Druckversion bereit. Auf der Seite finden Ärzte und Ärztinnen darüber hinaus weitere Ausgaben der Reihe zur isolierten Quick-Wert-Verminderung,

den Schilddrüsenerkrankungen Hyperthyreose und Hypothyreose sowie zur Anämie, zum Eisenmangel und zur Thrombozytose. Alle Ausgaben der Reihe sind auch in der App KBV2GO! enthalten und damit jederzeit mobil abrufbar.

Empfehlungen zur Labordiagnostik bei Verdacht auf rheumatoide Arthritis sind in Vorbereitung, weitere Indikationen folgen. Die Laborpfade dienen der Orientierung und als Entscheidungshilfe, stellen jedoch keine verpflichtenden Standards dar. Ziel ist es unter anderem, eine Unter- beziehungsweise Überdiagnostik zu vermeiden.

KBV



KBV KASSENÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG

Isolierte PTT-Verlängerung

Die partielle Thromboplastinzeit (PTT) wird sowohl zur Gerinnungsdiagnostik als auch zur Therapieüberwachung bei Antikoagulantengabe eingesetzt und ist ein wichtiger Parameter zur Erkennung von Gerinnungsstörungen. Das Erkennen von Gerinnungsstörungen stellt lebensbedingliche Ausmaße an. Besteht der Verdacht auf eine Gerinnungsstörung, besteht der Globaltest – der Quick-Test (siehe Empfehlungen zur Labordiagnostik Ausgabe 4/2023) – durchgeführt. Beide Globaltests geben Aufschluss über die Funktion und das beeinträchtigte biochemische Gerinnungssystem und erkennen dabei Störungen in unterschiedlichen Bereichen des Gerinnungssystems. Die PTT erfasst die Aktivitäten der Gerinnungsfaktoren VII, IX, XI und XII sowie die von Präkallikrein (Pk) und High Molecular Weight Kininogen (HMWK) im intrinsischen System gebildene Endstrecke der plasmatischen Gerinnung. Zusätzlich werden die Gerinnungsfaktoren I, II, V und X erfasst, die die gemeinsame Endstrecke der plasmatischen Gerinnung bilden. Dagegen ist der Quick-Test sensitiv für die Gerinnungsfaktoren II, VII und X des extrinsischen Systems sowie eingeschränkt sensitiv für die Faktoren I und V der gemeinsamen Endstrecke. Dabei sollte jedoch beachtet werden, dass auf physiologischer Ebene die Hämostase nicht, wie früher vermutet, in einem intrinsischen und einem extrinsischen Prozess getrennt abläuft, sondern aus einem Wechselspiel von vaskulären Gerinnungsfaktoren, Blutkörperchen, Gefäßen und Geweben besteht.

Dennoch kann die Unterteilung des Aktivierungsweges in extrinsisch und intrinsisch zum Verständnis der *in vitro*-Diagnostik weiterhin herangezogen werden. Zeigt sich trotz eines unauffälligen Quick-Wertes eine pathologische Verlängerung der PTT, wird von einer isolierten PTT-Verlängerung gesprochen. Je nach vorliegender Symptomatik können die Ursachen für eine isolierte PTT-Verlängerung sehr unterschiedlich sein. Tritt eine Blutungsneigung (hämorragische Diathese) auf, kann beispielsweise eine Hämophilie, ein Von-Willebrand-Syndrom (VWS) oder ein transientes Faktor-mangel im Zusammenhang mit einer PTT-Verlängerung, Hageman-Syndrom oder ein PK-/HMWK-Mangel das Hinweiszeichen sein. Besteht dagegen eine Thrombozytose, kann dies auf ein Antiphospholipid-Syndrom (APS) hindeuten. Einige seltene Erkrankungen wie das Hageman-Syndrom oder ein PK-/HMWK-Mangel zeigen keine weiteren auffälligen pathologischen PTT-Verlängerungen sind nur durch differentialdiagnostische Laboruntersuchungen zu identifizieren. Eine Verlängerung der partiellen Thromboplastinzeit ist daher nicht in jedem Fall mit einer klinisch wirksamen Gerinnungshemmung gleichzusetzen. Gleichzeitig schließt eine unauffällige PTT eine Subhämophilie oder ein Von-Willebrand-Syndrom nicht aus. Eine umfassende Anamnese ist somit essenziell für die weiterführende Diagnostik sowie hier die Befundinterpretation. Da die PTT-Messung von zahlreichen Faktoren und Einflussgrößen abhängt, ist die Einhaltung der empfohlenen präanalytischen Bedingungen maßgeblich für eine korrekte Diagnosestellung.

EMPFEHLUNGEN ZUR LABORDIAGNOSTIK AUSGABE 1/2024

Fit für jeden Notfall

Sicherheit im Umgang mit großen und kleinen Notfällen – darum ging es im Mai in einem von der KVH empfohlenen Bereitschaftsdienst-Seminar der Heidelberger Medizinakademie. Die teilnehmenden Haus- und Fachärzte zeigten sich von der Veranstaltung überzeugt.



Dr. Wolfgang Tonn macht die Seminarteilnehmer fit für jeden Notfall

Das Seminarangebot „Fit für jeden Notfall“ vermittelt Ärztinnen und Ärzten kompetent und praxisnah Wissen für die Behandlung medizinischer Notfälle in der Praxis, im Bereitschaftsdienst oder in Alltagssituationen, wie beispielsweise im Straßenverkehr. Angeboten wird es von der Heidelberger Medizinakademie, durchgeführt von dem Allgemein- und Notarzt Dr. Wolfgang Tonn. Frank Dastych, Vorstandsvorsitzender der KVH,

hat das dreitägige Seminar besucht und ist von dem Konzept überzeugt. „Die Veranstaltung spricht Ärztinnen und Ärzte aller Fachbereiche gleichermaßen an. Das gesamte Spektrum der Versorgung von Notfallpatienten wird mit praktischen Übungen sehr praxisbezogen vermittelt; inklusive eines den aktuellsten Standards entsprechenden Reanimationstrainings“, erklärt Dastych. Obendrein gibt es für die Teilnahme 34 Fortbildungspunkte.

Aufgrund seiner positiven Erfahrung hat er gemeinsam mit Armin Beck, stellvertretender KVH-Vorstandsvorsitzender, entschieden, den Mitgliedern der KVH das Seminar zu empfehlen und die Hälfte der Teilnahmegebühr durch die KVH zu fördern. Dieses Angebot nahmen viele Niedergelassene wahr, um sich im Mai von Dr. Tonn für den Notfall fit machen zu lassen. Dr. Martin Schlauer, Orthopäde aus Darmstadt, sagt: „Obwohl es zeitlich recht anspruchsvoll und umfangreich gestaltet war, gelang es, prägnant und praxisnah mehr Sicherheit im Umgang mit Notfällen zu vermitteln. Die positive Ausstrahlung von Dr. Tonn hat das Seminar sehr kurzweilig und angenehm gemacht. Er vermittelte sowohl Mut zum Handeln als auch Spaß am Arztberuf.“ Der KVH dankte er für die Veranstaltungsempfehlung und die finanzielle Förderung.

Mitglieder der KVH, die sich für das Seminar interessieren, können sich auf der Website der Heidelberger Medizinakademie unter [kvh.link/p24081](https://www.kvh.link/p24081) informieren und für kommende Termine anmelden.

ALEXANDER KOWALSKI



Mit praktischen Übungen wird die Reanimation von Erwachsenen und Kindern trainiert

Ein ersparter Cent ist zweimal verdient

kv.dox: KIM-Dienst der KBV nun günstiger

Die KBV senkt den Preis für den Kommunikationsdienst kv.dox. Je KIM-Adresse zahlen Ärzte und Psychotherapeuten seit 1. Juli 5,90 Euro statt bisher 6,55 Euro monatlich. Außerdem gibt es zwei praktische Services für Kunden: dem elektronischen Rechnungsversand und das SEPA-Lastschriftverfahren.

Die Praxen, die kv.dox nutzen, wurden bereits per E-Mail über die Neuerungen informiert. Aktuell nutzen rund 11.000 Ärzte und Psychotherapeuten kv.dox. Damit hat der KIM-Dienst der KBV mittlerweile einen Marktanteil von über 11 Prozent erreicht.

KBV

kv.dox
DER KIM-DIENST DER KBV

**Mit Sicherheit
medizinisch vernetzt:
kv.dox, der KIM-Dienst
der Kassenärztlichen
Bundesvereinigung**

Arztbriefe, Befunde oder AU-Bescheinigungen sicher und dennoch so einfach versenden wie eine E-Mail an die Freundin oder den Freund: Mit kv.dox geht das. kv.dox ist der Dienst für Kommunikation in der Medizin (KIM), den die KBV für Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten bereitstellt. Mit kv.dox können Sie Dokumente innerhalb der Telematikinfrastruktur (TI) direkt aus Ihrem Praxisverwaltungssystem (PVS) sicher und einfach verschicken – an die ärztliche Kollegin genauso wie an den Apotheker, das Krankenhaus, Pflegeheim oder Ihre Kassenärztliche Vereinigung. kv.dox passt zu allen Praxisverwaltungssystemen und allen E-Health-Konnektoren.

Warum kv.dox als KIM-Dienst?

**DER KIM-DIENST VON
ÄRZTEN FÜR ÄRZTE:**
Als Interessensvertretung der Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten bietet die KBV ein passgenaues Angebot.

**EINE KIM-ADRESSE,
EIN PREIS:**
Sie zahlen 6,55 €* zzgl. MwSt. monatlich – egal, wie viele Nachrichten Sie versenden. Es fallen keine Einrichtungsgebühren an.

**UNBEGRENZTE ANZAHL
AN NACHRICHTEN:**
Mit kv.dox können Sie so viele Nachrichten, Arztbriefe oder AU-Bescheinigungen digital versenden, wie Sie möchten.

**HOHE FLEXIBILITÄT
UND BESTER SERVICE:**
kv.dox passt zu jedem PVS und ist monatlich kündbar. Das Serviceteam von kv.dox steht Ihnen kostenfrei zur Verfügung.

kv.dox: nur für KV-Mitglieder

5,90 €*
im Monat zzgl. MwSt.

Jetzt bestellen unter www.kvdox.kbv.de

Im Angebot enthalten sind:

- eine KIM-Adresse
- eine unbegrenzte Anzahl von Nachrichten
- die Bereitstellung KIM (inklusive Clientmodul)**
- der technische Support
- Mailprogramm, mit dem Sie KIM direkt ausprobieren können

Für die Finanzierung eines KIM-Dienstes erhält jede Praxis folgende Förderung:

- einmalig: 200 € für die Einrichtung des Dienstes
- monatlich: 7,80 € für die laufenden Betriebskosten

* Je Quartal und Nutzer plus 3,03 € (bei Papierrechnung 3,55 €) zzgl. MwSt., gültig ab 7/24
** das KIM Clientmodul wird vom Kunden selbst installiert und betrieben

Ihr Weg zu KIM mit kv.dox

Über das Portal www.kvdox.kbv.de können Sie kv.dox ganz einfach online bestellen und installieren. So geht's:

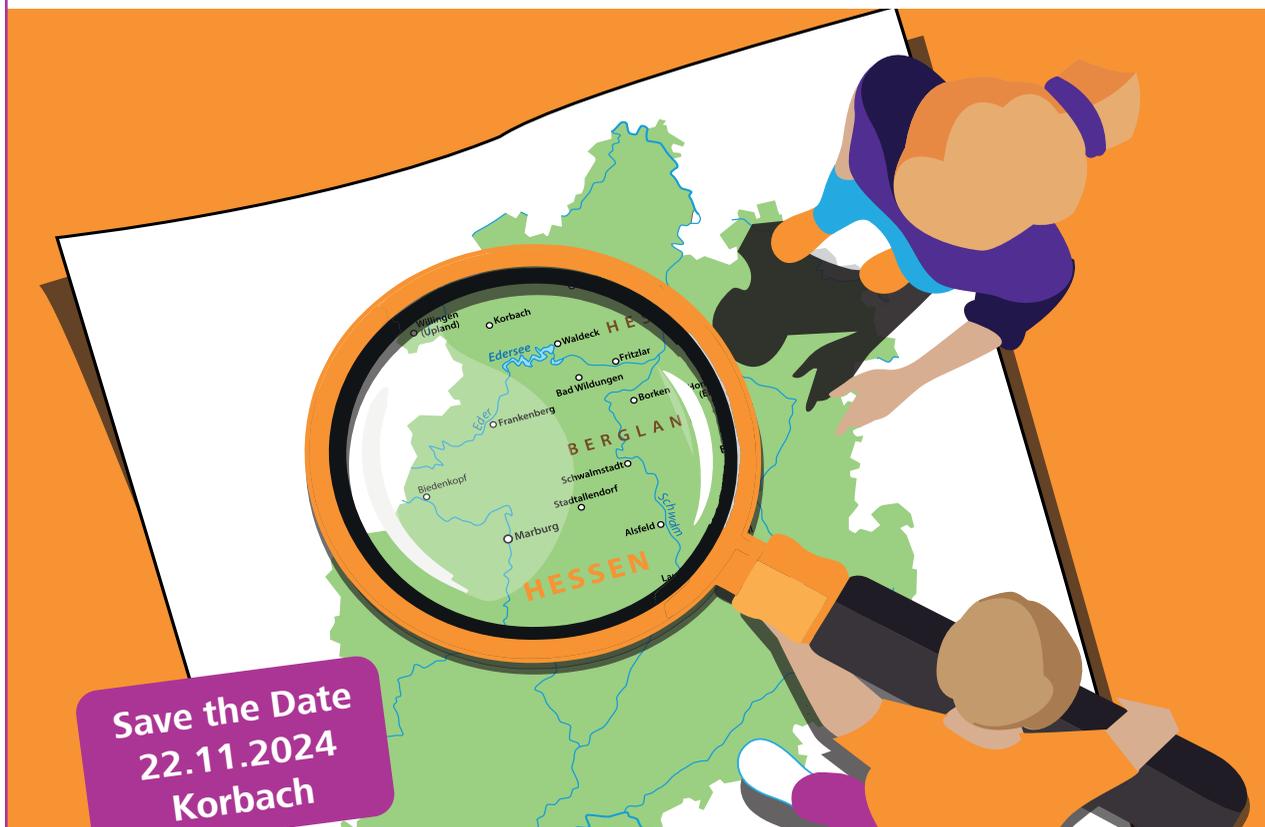
- 1 KIM-Adresse bestellen und Registrierungscode generieren
- 2 kv.dox-Clientmodul installieren
- 3 KIM-Mailadresse im zentralen Verzeichnisdienst registrieren
- 4 kv.dox in das Praxisverwaltungssystem einbinden lassen
- 5 Nachrichten sicher online versenden

KBV KASSENÄRZTLICHE
BUNDESVEREINIGUNG

Weitere Infos unter
vvh.link/p24082

#FokusVersorgung

WALDECK-FRANKENBERG



Save the Date
22.11.2024
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



Jetzt schon 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

QEP® – GRUNKURS PSYCHOTHERAPEUTISCHE PRAXEN

Was ist QEP®? Wie kann Qualitätsmanagement den Arbeitsalltag erleichtern? Wie kann QEP® in der Praxis umgesetzt werden?

Qualität und Entwicklung in Praxen (QEP®) ist das von der KBV in Kooperation mit 61 Pilotpraxen entwickelte Qualitätsmanagement-System, das spezifisch auf den niedergelassenen Bereich zugeschnitten ist. Es erfüllt die Anforderungen der Qualitätsmanagement-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses.

Sie erarbeiten

- konkrete Qualitätsziele für Ihre Praxis

Sie erfahren

- wie QEP® aufgebaut und strukturiert ist
- wie Sie den QEP®-Zielkatalog und das QEP®-Manual anwenden
- wie Sie QEP® konkret umsetzen

Bitte beachten Sie folgende Hinweise:

Voraussetzung für eine Teilnahme ist, dass Sie ein QEP®-Manual für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten vor der Veranstaltung erworben und die Veranstaltung „Qualitätsmanagement leben“ besucht haben.

Sie werden die Musterdokumente von QEP® im Rahmen dieser Veranstaltung in digitaler Form herunterladen und bearbeiten. Aus diesem Grund ist die Mitnahme eines Laptops (Microsoft-Word-kompatibel und USB-2.0- oder -3.0 Buchse vorhanden) für den Erfolg der Veranstaltung maßgeblich. Selbstverständlich werden wir in einer Präsenzveranstaltung auch eine analoge Alternative anbieten, die von uns jedoch nicht priorisiert wird.

Die Teilnahmegebühr der Veranstaltung versteht sich exklusive der QEP®-Unterlagen. Das QEP®-Manual (+ Zielkatalog bei Bedarf) erhalten Sie unter: kvh.link/p24083

Zielgruppe: Psychotherapeutinnen und -therapeuten, Psychotherapeutinnen und -therapeuten in Ausbildung, Praxismitarbeiterinnen und -mitarbeiter

Referent: QM-Beraterinnen und -Berater

Gebühr: 0,00 €

Fortbildungspunkte: 6

Termin: Di. 10.09.2024, 10:00 Uhr – 14:30 Uhr, KVH Kassel (Kurs 10782)

Anmeldung unter: kvh.link/p24020

QUALITÄTSMANAGEMENT LEBEN I – ÄRZTLICHE PRAXEN

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

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

Sie lernen

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

Sie erfahren

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

Zielgruppe: Ärztinnen und Ärzte, Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung, Praxismitarbeiterinnen und -mitarbeiter

Referent: QM-Berater

Gebühr: 0,00 €

Fortbildungspunkte: 6

Termin: Mi. 18.09.2024, 15:00 Uhr – 19:00 Uhr, KVH Gießen (Kurs 10698)

Anmeldung unter: [kvh.link/p24020](https://www.kvh.link/p24020)

BRANDSCHUTZ IN DER PRAXIS – QUALIFIKATION BRANDSCHUTZ

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

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

Sie erfahren

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

Zielgruppe: Ärztinnen und Ärzte, Psychotherapeutinnen und -therapeuten, Berufseinsteigerinnen und -einsteiger, Praxismitarbeiterinnen und Praxismitarbeiter

Referent: Jörn Dutz

Gebühr: 130 €

Fortbildungspunkte: 0

Termin: Mi. 25.09.2024, 15:00 Uhr – 19:00 Uhr, Wetzlar (Kurs 10740)

Anmeldung unter: [kvh.link/p24020](https://www.kvh.link/p24020)

KLIMA UND GESUNDHEIT

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

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

Sie erfahren mehr über

- die Auswirkung der Medikation auf die CO₂-Bilanz
- Produkte im Praxisalltag

- die Förderung von umweltfreundlichen Verkehrsmitteln wie Fahrrädern oder öffentlichem Nahverkehr
- die Verwendung von digitalen Medien zur Reduzierung von Papierverbrauch und CO₂-Ausstoß
- die Nutzung erneuerbarer Energien wie Solar- oder Windenergie

Zielgruppe: Ärztinnen und Ärzte, Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung

Referent: Dr. med. Armin Wunder

Gebühr: 35 €

Fortbildungspunkte: 4

Termin: Mi. 25.09.2024, 15:00 Uhr – 17:00 Uhr, online (Kurs 10953)

Anmeldung unter: kvh.link/p24020

KONFLIKTPRÄVENTION IM PRAXISTEAM BEHERRSCHEN

Wie können entstehende Konflikte im Keim erstickt werden? Was sind Signale für aufkommende Konflikte?

Lernen Sie, wie Konflikte vermeidbar sind, woran Sie frühzeitig erkennen, dass etwas nicht stimmt, und welche Lösungs- und Gesprächsansätze am besten greifen. Dazu gehört auch die richtige Einschätzung der Teammitglieder – ihrer Sichtweisen und ihres Kommunikationsstils. Ebenso wichtig ist die richtige Form, wertschätzend miteinander umzugehen, zu loben und konstruktiv zu kritisieren. Praxisnah beleuchten wir konkrete Fallbeispiele, entwickeln optimale Vorgehensweisen und üben die Umsetzung. Sie erhalten wertvolle Tipps, Konflikte zu vermeiden oder souverän zu meistern, um damit die Qualität Ihrer Arbeit und die Stimmung im Team spürbar zu verbessern.

Sie erfahren

- alles über rechtzeitige Konfliktvermeidung
- alles über mutige Konflikterkennung
- wie Sie Ihr Gegenüber richtig einschätzen können
- wie Sie Regeln des gegenseitigen Umgangs verankern
- wie Sie Verbesserungen durchsetzen
- wie Sie verantwortungsvolles Mitdenken fördern
- wann Sie Lob und Kritik richtig einsetzen
- wie Sie Stress und Frust gut bewältigen

Zielgruppe: Praxismitarbeiterinnen und -mitarbeiter

Referentin: Ariane Hanfstein

Gebühr: 90 €

Fortbildungspunkte: 0

Termin: Mi. 06.11.2024, 15:00 Uhr – 20:00 Uhr, KV Frankfurt (Kurs 11001)

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).

Wie ist die Probatorische Sitzung im Gruppensetting bei Erwachsenen abrechenbar?

Es sind höchstens vier Einheiten Probatorik im KHF berechnungsfähig.

Abrechnung mit vorheriger Sprechstunde bei gleichem Therapeuten:

- 1-mal 35150 (**Einzel-Probatorik Pflicht**)
- 3-mal 3516X (bis zu 3 Einheiten à 100 Minuten je KHF oder 6-mal 50 Minuten)

Abrechnung ohne vorherige Sprechstunde (Sprechstunde durch einen anderen Therapeuten erbracht):

- 2-mal 35150 (**Einzel-Probatorik Pflicht**)
- 2-mal 3516X (bis zu 2 Einheiten à 100 Minuten oder 4-mal 50 Minuten)

Wie können sich Mitglieder der KVH über gebuchte Termine durch die Terminservice-stelle informieren?

Sobald Sie sich auf dem Portal der Terminservice-stelle angemeldet haben (über das KV-SafeNet* auf die eTerminservice-stelle), können Sie, über „Praxisdaten bearbeiten“ -> „Benachrichtigungen“, einstellen, ob und über welchen Kanal – also per E-Mail oder Fax – Sie über Terminbuchungen und -absagen informiert werden wollen. Eine genaue Anleitung zur Termin- und Profilpflege finden Sie unter [kvh.link/p24084](https://www.kvh.link/p24084)

Nach welcher GOP rechnen Ärztinnen und Ärzte die postalische Versendung einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (AU) im Zusammenhang mit einer Besuchsleistung nach den Gebührenordnungspositionen (GOP) 01410, 01411, 01412, 01413, 01415 und 01418 neu seit dem 01.04.2024 nach EBM ab?

Ärztinnen und Ärzte rechnen hierfür seit 01.04.2024 neu die GOP 40128 ab. Zuvor war die Leistung nach der GOP 40131 abrechenbar.

Welche Leistungen darf eine NÄPa übernehmen und braucht sie dafür eine Genehmigung?

Eine Nichtärztliche Praxisassistentin kann Hilfeleistungen, die vom Arzt angeordnet worden sind, selbstständig übernehmen (Anlage 8 des Bundesmantelvertrag-Ärzte). Hierfür ist eine Genehmigung notwendig, die die an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden praktischen Ärzte und Fachärzte für Allgemeinmedizin, Innere Medizin und Allgemeinmedizin sowie Innere Medizin ohne Schwerpunktbezeichnung erhalten können.

Die Qualifikationsvoraussetzungen, um die Genehmigung zu erhalten, beinhalten:

- die Tätigkeit von mindestens 20 Wochenstunden in der Praxis
- einen Nachweis über einen qualifizierten Berufsabschluss
- eine mindestens dreijährige Berufserfahrung in einer haus- oder fachärztlichen Praxis
- einen Nachweis über eine Zusatzqualifikation (gemäß § 7 der Delegations-Vereinbarung)

Auf der Themenseite der „NäPa“ finden Sie weitere Informationen sowie den Antrag für die Genehmigung [kvh.link/p24085](https://www.kvh.link/p24085)

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. 7, 29; Gesche Brock: S. 8, 9; Heidelberger
Medizinakademie: S. 32; Thorsten kleineHolthaus: S. 3, 10, 12;
Alexander Kowalski: S. 4, 6

Adobe Stock:

Titel: Jacob Lund; S. 11: Deivison – KI-generiert; S. 13: Jürgen Fälchle
(bearbeitet); S. 15: TarikVision; S. 18: Volker Witt; S. 19: VLA Studio –
KI-generiert; S. 22: vegefox.com; S. 25: Coloures-Pic; S. 28: Wolfilser;
S. 30: pasakorn; S. 33: Who is Danny; S. 34: lesniewski/Frogella.stock/
umut hasanoglu (Komposition KVH)

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 Heraus-
geber 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 -psychothe-
rapeuten 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. Rechts-
widrige Inhalte waren zum Zeitpunkt des Redaktionsschlusses nicht
erkennbar.

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



erscheint wieder
im Oktober



KASSENÄRZTLICHE
VEREINIGUNG
HESSEN

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