

Abrechnung

Inhalt

1. Ab sofort alle Textfassungen unserer Rundschreiben zum Thema Abrechnung gebündelt auf unserer Homepage 2
2. Online-Abrechnung und digitale Sammelerklärung ab Quartal 1-2025 über neues Serviceportal KV Saarland MedHub möglich 2
3. Vergütung für App "elona therapy Depression" jetzt über EBM 3
4. Anpassungen der Obergrenzen bei der Videosprechstunde sowie die Aufnahme eines neuen Zuschlags für Videosprechstunden 4
5. Implantateregister Deutschland: Melde- und Nachweisverpflichtung bei belegärztlichen Operationen 5
6. ZEPAL: COVID-19-Impfstoff Nuvaxovid JN.1 ab Mai nicht mehr verfügbar 7
7. Wirtschaftlichkeitsbonus Labor: Fallwerte angepasst 7
8. Früherkennungskoloskopie jetzt auch schon für Frauen ab 50 8
9. Höhere Kostenpauschalen für Vakuumversiegelung bei Wunden 8
10. Vergütung der ambulanten Komplexversorgung schwer psychisch kranker Kinder und Jugendlicher ab 1. April 2025 9

1. Ab sofort alle Textfassungen unserer Rundschreiben zum Thema Abrechnung gebündelt auf unserer Homepage

Um Ihnen die Informationssuche zu aktuellen Neuerungen ab dem Jahr 2025 zum Thema Abrechnung zu erleichtern, werden wir in Zukunft alle Textbeiträge, die in jeglichen Rundschreiben der KV Saarland, in Form von KVS-Aktuell, Fax-News oder auch Sonderrundschreiben veröffentlicht wurden, quartalsweise gebündelt in dem Ordner „**Änderungen und Infos im Jahr 2025**“ auf der Homepage (<https://www.kvsaarland.de/>) veröffentlichen.

Diesen Ordner finden Sie ab sofort unter der Rubrik „**EBM-Änderungen + Infos**“, unter dem folgenden Link:

<https://www.kvsaarland.de/kb/aenderungen-und-neuerungen-im-jahr-2025>



Die Publikation der gewöhnlichen Rundschreiben, wie KVS aktuell, Fax-News und auch Sonderrundschreiben (aber nur noch online) bleibt.



Erinnerung:

Sie können das KVS-Aktuell als Newsletter abonnieren und an beliebig viele E-Mail-Adressen senden lassen. So erhält Ihr komplettes Praxisteam das KVS-Aktuell unkompliziert sofort bei Erscheinen.

Abonnement des KVS-Aktuell (Praxis-Newsletter):

<https://www.kvsaarland.de/newsletter>



2. Online-Abrechnung und digitale Sammelerklärung ab Quartal 1-2025 über neues Serviceportal KV Saarland MedHub möglich

Ab dem Quartal 1-2025 steht Ihnen das neue Serviceportal KV Saarland MedHub zur Verfügung. Dieses ermöglicht die Übermittlung der Online-Abrechnung und der digitalen Sammelerklärung (SE).

Unser IT Servicedesk hat Sie bereits in einem gesonderten Anschreiben mithilfe einer Anleitung über das Abrechnungsportal MedHub informiert.

Kurz zum Ablauf der Abrechnungsabgabe:

Nach Upload Ihrer Quartalsabrechnung und der anschließenden Markierung als endgültig, erscheint Ihnen im nächsten Schritt ein Fenster zum Einreichen der Sammelerklärung. Diese ist komplett digital ausfüllbar. Mit ihrem Login im Serviceportal KV Saarland MedHub haben sie sich

bereits authentifiziert. Demnach müssen Sie abschließend die digital ausgefüllte Sammelerklärung über eine Zwei-Klick-Bestätigung freigeben. Die Sammelerklärung wird danach an die KV Saarland gesendet.

Bitte beachten Sie, dass an die Übermittlung Ihrer endgültigen Quartalsabrechnung die Versendung der digitalen Sammelerklärung geknüpft ist. Somit gilt Ihre Quartalsabrechnung nur nach Versenden der digitalen Sammelerklärung als endgültig markiert.

Sollte eine Übertragung ab dem Quartal 1-2025 für Sie noch nicht möglich sein, so können Sie das gewohnte Abrechnungsportal (<https://portal.kvsl.kv-safenet.de/>) parallel zu unserem neuen Serviceportal KV Saarland MedHub noch bis zum **20.10.2025** nutzen. In diesem Fall erfolgt die Sammelerklärung wie gehabt in Papierform.



WICHTIG!

Ab dem Quartal 4-2025 ist die Übertragung der abrechnungsrelevanten Daten ausschließlich nur noch über das Serviceportal KV Saarland MedHub möglich.

Eine Versendung der **Sammelerklärung in Papierform** ist ab dem **Quartal 4-2025** ebenfalls **nicht mehr zulässig**.

NEU:

Ab dem Quartal 1-2025 ist neben der Abrechnungsverarbeitung und Freigabe über KIM (Kommunikation im Medizinwesen) eingereichte Abrechnungen ebenfalls ein manueller Upload über das KV Serviceportal MedHub möglich. Die Praxis kann selbstständig all ihre Dateien hochladen. **Sodass das Einreichen von bspw. USB-Sticks bei der KV Saarland entfallen kann.** Nach erfolgreichem Upload werden Sie automatisch zur digitalen Sammelerklärung weitergeleitet. Der Ablauf ist identisch, wie im vierten Absatz („Kurz zum Ablauf der Abrechnungsabgabe“) beschrieben.

Weitere Informationen finden Sie auf unserer Homepage unter

<https://www.kvsaarland.de/kb/serviceportal-medhub>



3. Vergütung für App "elona therapy Depression" jetzt über EBM

Für die digitale Gesundheitsanwendung „elona therapy Depression“ wurde zum 1. April 2025 eine Zusatzpauschale in den EBM aufgenommen. Verhaltenstherapeuten können darüber die erforderliche Verlaufskontrolle und Auswertung bei Patienten abrechnen, die die App nutzen.

GOP 01479 - Zusatzpauschale für die Verlaufskontrolle und die Auswertung der digitalen Gesundheitsanwendung (7,93 € / 64 Punkte)

- richtet sich an Patientinnen und Patienten mit psychischen Erkrankungen
- Ausführung und Abrechnung bei 18- bis 65-jährigen Patienten mit einer Angsterkrankung, Depression oder hypochondrischen Störungen ergänzend zur ambulanten Psychotherapie
- Bis zu 2-mal im KHF berechnungsfähig

Vergütung für „companion shoulder“

Außerdem wurde zum 1. April 2025 die therapeutische DiGA „companion shoulder“ für Patientinnen und Patienten mit Schulterbeschwerden in der Anlage 34 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte aufgenommen. Ärzte und Psychotherapeuten können mit der Pauschale 86700 (7,93 Euro) die Verlaufskontrolle und Auswertung der App abrechnen.

4. Anpassungen der Obergrenzen bei der Videosprechstunde sowie die Aufnahme eines neuen Zuschlags für Videosprechstunden

Mit unserem Fax-News vom 31.03.2025 informierten wir sie bereits über die Änderungen der Videosprechstunden.

Zur Ergänzung möchten wir Ihnen hier folgendes Fallbeispiel zur Obergrenze für Videosprechstunde mitteilen:

Beispiel 1:

Die Praxis hat 1.000 Behandlungsfälle (BHF), davon 800 bekannte und 200 unbekannte Patienten. Sie kann in dem Quartal bis zu 500 bekannte Patienten (50 % der 1.000 BHF) und bis zu 60 unbekannte Patienten (30 % der 200 BHF) ausschließlich in der Videosprechstunde versorgen.

Beispiel 2:

Eine neugegründete Praxis hat 1.000 Behandlungsfälle, alle Patienten sind unbekannt. Sie kann in dem Quartal bis zu 300 Patienten (30 % der 1.000 BHF) ausschließlich per Video versorgen.

Weitere Informationen entnehmen Sie aus unserem Fax-News oder der Homepage der KBV:

<https://www.kvsaarland.de/kb/kvs-fax-news-2>



https://www.kbv.de/html/1150_74575.php



5. Implantateregister Deutschland: Melde- und Nachweisverpflichtung bei belegärztlichen Operationen

Der GKV-Spitzenverband, der Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV), die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) und die KBV haben sich am 14. Februar 2025 auf eine gemeinsame Empfehlung zur Melde- und Nachweisverpflichtung nach dem Implantateregistergesetz (IRegG) bei belegärztlichen Operationen verständigt.

Verantwortliche Gesundheitseinrichtung bei belegärztlicher Operation

Als verantwortliche Gesundheitseinrichtungen gelten nach IRegG alle Einrichtungen, die eine implantatbezogene Maßnahme durchführen – insbesondere Krankenhäuser, Einrichtungen für ambulantes Operieren, vergleichbare Behandlungs- oder Versorgungseinrichtungen und Arztpraxen. Eine implantatbezogene Maßnahme darf nur von jeweils einer Gesundheitseinrichtung an das IRD übermittelt werden. Diese erhält, sofern alle Voraussetzungen erfüllt sind, eine Meldebestätigung, die gegenüber den Kostenträgern als Nachweis dient, dass der Meldepflicht nachgekommen wurde. Ohne diese Meldebestätigung droht gemäß Paragraf 35 IRegG eine Vergütungsminderung.

Die Frage des Vorgehens in Fällen der belegärztlichen Versorgung ist weiterhin noch nicht gesetzlich geregelt. Um dennoch eine einheitliche Umsetzung des IRegG sowohl in der vertragsärztlichen als auch in der privatärztlichen Versorgung sicherzustellen, haben sich GKV-Spitzenverband, PKV, DKG und KBV auf eine gemeinsame Empfehlung verständigt.

Demnach fungiert bei implantatbezogenen Maßnahmen, die durch Belegärzte durchgeführt werden, das Krankenhaus, in dem die implantatbezogene Maßnahme durchgeführt wird, als verantwortliche Gesundheitseinrichtung im Sinne von Paragraf 2 Nummer 5 IRegG. Die Empfehlung wurde rückwirkend für Leistungen für Patienten und Patientinnen, die ab dem 1. Juli 2024 stationär aufgenommen wurden, formuliert.

Pflichten des Krankenhauses

Das Krankenhaus erfüllt alle Pflichten der verantwortlichen Gesundheitseinrichtung, die durch das IRegG und die IRegBV vorgegeben sind, insbesondere die Meldung nach den Paragrafen 16 und 17 IRegG. Klarstellung zur Vergütung des Aufwandes, zur Nachweispflicht und zur Minderung der Leistungsvergütung bei Nichterfüllung der Nachweispflicht. Das Krankenhaus rechnet nach Paragraf 34 IRegG den Aufwand ab, der sich aus der Erfüllung der Pflichten nach dem IRegG ergibt. Die Nachweispflicht gemäß Paragraf 36 IRegG beziehungsweise eine mögliche Vergütungsminderung gemäß Paragraf 35 IRegG treffen das Krankenhaus. Das bedeutet für die Abrechnung belegärztlicher Leistungen mit der zuständigen kassenärztlichen Vereinigung:

- Der Belegarzt erhält keine Meldebestätigung nach Paragraf 4 Absatz 3 IRegG und legt sie demzufolge bei der Abrechnung seiner Leistungen nicht vor.
- Diese Nicht-Vorlage führt nicht zu einer Vergütungsminderung nach Paragraf 35 IRegG.
- Der Belegarzt berechnet keine Zuschläge nach den Gebührenordnungspositionen (GOP) 01965 und 01966 EBM.

Mitwirkung des Belegarztes

Das Krankenhaus und der Belegarzt vereinbaren im Innenverhältnis das Nähere zur Mitwirkung bei der Wahrnehmung der Pflichten der verantwortlichen Gesundheitseinrichtung, eine eventuelle

Beteiligung an der dafür erhaltenen Vergütung und eine mögliche Regressnahme bei einer Verletzung der Pflichten nach dem IRegG und den auf seiner Grundlage erlassenen Verordnungen. Abschließend möchten wir darauf hinweisen, dass der dargestellte Konsens einen Empfehlungscharakter ohne präjudizierende Wirkung trägt.

Das Unterschriftenverfahren ist eingeleitet. Informationen zum IDR stellt das Ministerium bereit:

www.bundesgesundheitsministerium.de/implantateregister-deutschland.htm



Meldung abrechnen

Die neue GOP 01965 rechnen Fachärztinnen und Fachärzte für Gynäkologie und Fachärztinnen und Fachärzte für Chirurgie als Zuschlag zu einem Eingriff bei Brustimplantaten nach Unterabschnitt 31.2.2 (ambulante Eingriffe an der Körperoberfläche) oder 36.2.2 (belegärztliche Eingriffe an der Körperoberfläche) je Meldung an das Implantateregister ab. Praxen erhalten von der Implantateregisterstelle nach erfolgter Meldung der implantatbezogenen Maßnahme unverzüglich eine elektronische Meldebestätigung (u.a. Melde-ID, Hash-String und Hash-Wert) über die Erfüllung der Meldepflicht.

Die Melde-ID geben Praxen für die Abrechnung in der Feldkennung 5050, den Hash-String Nachweis über die Erfüllung der Meldepflicht) in der FK 5051 und den Hash-Wert in der FK 5052 an.

Melden an das Implantateregister Deutschland (IRD)

Vor der ersten Meldung, muss sich jede Gesundheitseinrichtung, die implantatbezogene Maßnahmen durchführt, einmalig selbst beim IRD registrieren. Das IRD erläutert das Meldeverfahren und hat dafür eine Webanwendung bereitgestellt. Die URL <https://rst.ir-d.de/registration> ist nur innerhalb der Telematikinfrastruktur aufrufbar. Daher ist es für die Selbstregistrierung erforderlich, dass sich die Gesundheitseinrichtung mit ihrer SMC-B (Institutionskarte) in der Telematikinfrastruktur anmeldet.

Erfasst werden mit der Selbstregistrierung folgende Daten:

- Art der Gesundheitseinrichtung (Krankenhaus, Arztpraxis)
- Name der Gesundheitseinrichtung
- Telematik-ID (TID)
- Adressdaten
- zentrale, nicht personalisierte E-Mail-Adresse
- IK und/oder BSNR (falls vorhanden)
- Standort-ID (falls vorhanden)

Jede Gesundheitseinrichtung erhält ein eigenes IRD-Kennzeichen, das unter anderem für die Datenübermittlung benötigt wird und verpflichtender Bestandteil jeder Meldung ist. Um implantatbezogene Maßnahmen weitgehend automatisiert melden zu können, benötigen Praxen eine Meldekomponente, die in das jeweilige Primärsystem (Krankenhausinformations- oder Praxisverwaltungssystem) integriert ist. Ansprechpartner dafür sind die jeweiligen Softwarehersteller.

6. ZEPAI: COVID-19-Impfstoff Nuvaxovid JN.1 ab Mai nicht mehr verfügbar

Der proteinbasierte COVID-19-Impfstoff Nuvaxovid JN.1 steht in Kürze nicht mehr zur Verfügung. Alle Impfstoff-Chargen haben spätestens am 30. April 2025 das Ende der Haltbarkeitsdauer erreicht.

Dies teilte das Zentrum für Pandemie-Impfstoffe und -Therapeutika am Paul-Ehrlich-Institut (ZEPAI) mit. Eine Verwendung des an die Omikron-Variante JN.1 angepassten Vakzins auf Proteinbasis ist nach Angaben des Instituts über dieses Datum hinaus nicht möglich. Daher wird der Impfstoff Nuvaxovid JN.1 ab dem 1. Mai 2025 in Deutschland nicht mehr zur Verfügung stehen. Falls dann noch Dosen des Impfstoffs in Arztpraxen vorhanden sind, sollten diese fachgerecht entsorgt werden.

Als Alternative stellt der Bund weiterhin Omikron-angepasste COVID-19-Impfstoffe des pharmazeutischen Unternehmens BioNTech/Pfizer bereit.

Ob der Impfstoff Nuvaxovid JN.1 in der Impfsaison 2025/2026 nochmals zur Verfügung stehen wird, ist laut ZEPAI derzeit noch unklar.

Weitere Informationen entnehmen sie folgenden Links:

https://www.kbv.de/html/1150_74261.php

<https://www.kvsaarland.de/vertrag/impfvereinbarungen>



7. Wirtschaftlichkeitsbonus Labor: Fallwerte angepasst

Die begrenzenden Fallwerte zur Berechnung des Wirtschaftlichkeitsbonus Labor werden für alle Arztgruppen abgesenkt. Damit werden die Fallwerte an die seit 1. Januar 2025 geltende neue Bewertung von Laborleistungen angepasst.

Mit dem Beschluss des Bewertungsausschusses (BA) soll erreicht werden, dass die Höhe des Wirtschaftlichkeitsbonus, den Ärztinnen und Ärzte bei wirtschaftlicher Veranlassung und Erbringung von Laborleistungen maximal erhalten können, unverändert bleibt.

Berechnung des Wirtschaftlichkeitsbonus

Zur Berechnung des Wirtschaftlichkeitsbonus gibt es zwei entscheidende Parameter: Die tatsächlich veranlassten und die eigenerbrachten Laborleistungen der EBM-Abschnitte 32.2 (Allgemeine Laboratoriumsuntersuchungen) und 32.3 (Spezielle Untersuchungen) der Praxis sowie die arztgruppenspezifischen begrenzenden Fallwerte. Letztere geben vor, wie hoch die durchschnittlichen Laborkosten je Fall sein dürfen, um den Wirtschaftlichkeitsbonus zu erhalten.

Dabei gibt es für jede Fachgruppe zwei Werte: einen unteren begrenzenden Fallwert – bis zu dem erhalten Ärztinnen und Ärzte den Bonus in voller Höhe – und einen oberen begrenzenden Fallwert – ab dem erhalten sie keinen Bonus. Liegen die Laborkosten der Praxis zwischen beiden Werten, wird der Wirtschaftlichkeitsbonus anteilig ausgezahlt.

Die Abrechnung erfolgt mit der Gebührenordnungsposition (GOP) 32001. Sie wird von der Kassenärztlichen Vereinigung zugesetzt und je nach Fachgruppe unterschiedlich hoch vergütet.

Weitere Anpassungen

Darüber hinaus hat der BA klargestellt, dass die Abrechnungsausschlüsse der zum 1. Januar 2025 in den EBM aufgenommenen GOP für das laborärztliche Honorar beziehungsweise die Kostenpauschalen für in-vitro-diagnostische Leistungen neben der Grund-, Versicherten- und Konsiliarpauschale auch für ermächtigte Ärztinnen und Ärzte gelten.

8. Früherkennungskoloskopie jetzt auch schon für Frauen ab 50

Beim Darmkrebs-Screening-Programm können ab 1. April 2025 auch Frauen ab dem Alter von 50 Jahren eine Früherkennungskoloskopie in Anspruch nehmen.

Bislang hatten Frauen erst ab 55 Jahren Anspruch auf zwei Früherkennungskoloskopien im Mindestabstand von zehn Jahren. Mit der Absenkung der Altersgrenze hat der G-BA die Anspruchsberechtigung von Männern und Frauen angeglichen.

Außerdem hat das Gremium die Intervallvorgaben für die immunologischen Tests (iFOBT) auf nicht sichtbares Blut im Stuhl vereinheitlicht. Ab April können Frauen und Männer ab 50 Jahren, die im Früherkennungsprogramm keine Darmspiegelung wahrnehmen möchten, alternativ alle zwei Jahre einen iFOB-Test machen. Bisher konnte dieser Test im Alter von 50 bis 54 Jahren jährlich erfolgen, ab dem Alter von 55 Jahren im Zwei-Jahres-Abstand.

Weitere Informationen dazu finden Sie unter folgenden Links:

https://www.kbv.de/html/1150_74301.php

<https://www.g-ba.de/beschluesse/7021/>



9. Höhere Kostenpauschalen für Vakuumversiegelung bei Wunden

Die Kostenpauschalen für die Verbrauchsmaterialien zur Vakuumversiegelungstherapie von Wunden werden zum 1. April erhöht.

Für die Sachkosten im Zusammenhang mit der Durchführung der Behandlung entsprechend der Gebührenordnungsposition 02314 (Zusatzpauschale für die Vakuumversiegelungstherapie) erhalten Ärztinnen und Ärzte künftig:

Kostenpauschale 40901 (Wundfläche bis einschließlich 20 cm²)

- Bewertung ab 1. April 2025: 91,14 Euro
- Bewertung bisher: 65,49 Euro

Kostenpauschale 40902 (Wundfläche größer als 20 cm²)

- Bewertung ab 1. April 2025: 94,27 Euro
- Bewertung bisher: 71,39 Euro

Die Anhebung der Kostenpauschalen wurde notwendig, da die Preise der entsprechenden Materialien zur Vakuumversiegelung stark gestiegen sind.

Informationen dazu finden Sie auch im Beschluss und auf der Homepage der KBV unter folgendem Link:

https://www.kbv.de/html/beschluesse_des_ba.php

https://www.kbv.de/html/1150_74278.php



10. Vergütung der ambulanten Komplexversorgung schwer psychisch kranker Kinder und Jugendlicher ab 1. April 2025

Bezugnehmend unserer KVS-Fax-News vom **18.03.2025** haben wir Ihnen zu einzelnen Leistungen einen kurzen Nachtrag zusammengefasst, zu denen bereits einige Fragen aufkamen.

GOP 37635 – Aufsuchen eines Patienten im häuslichen Umfeld durch eine nichtärztliche Person (166 Punkte)

- Höchstens 5-mal im BHF berechnungsfähig
- **Die Gebührenordnungsposition 37635 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03062, 03063, 38100 und 38105 (Verah, NäPa) berechnungsfähig.**

GOP 37650 – Fallbesprechung (128 Punkte je vollendete 10 Minuten)

- **Die GOP 37650 kann nur von folgenden Ärzten berechnet werden:**
 - Fachärzten für Allgemeinmedizin,
 - Fachärzten für Innere und Allgemeinmedizin,
 - Praktischen Ärzten,
 - Ärzten ohne Gebietsbezeichnung,
 - Fachärzten für Innere Medizin ohne Schwerpunktbezeichnung, die gegenüber dem Zulassungsausschuss ihre Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung gemäß § 73 Abs. 1a SGB V erklärt haben,
 - Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin,

- Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie bzw. Fachärzten für Kinder und Jugendpsychiatrie und-psychotherapie,
- Fachärzten für Neurologie,
- Fachärzten für Nervenheilkunde,
- Fachärzten für Neurologie und Psychiatrie,
- Fachärzten für Neurochirurgie,
- Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie,
- Fachärzten für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie,
- Ärztlichen und Psychologischen Psychotherapeuten,
- Fachpsychotherapeuten für Erwachsene,
- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (ausschließlich für die Behandlung von Patienten bis zum vollendeten 21. Lebensjahr bzw. bei Patienten, deren Behandlung vor Vollendung des 21. Lebensjahres begonnen wurde),
- Fachpsychotherapeuten für Kinder und Jugendliche berechnet werden.

Bei den nachfolgenden Leistungen des Abschnitts 37.6 ist die erzielte Vergütung durch den Bezugsarzt bzw. den Bezugspsychotherapeuten an die entsprechenden nichtärztlichen bzw. nichtpsychotherapeutischen Teilnehmer nach § 4 Abs. 5 der KJ- KSVPsych-RL zu verteilen:

- GOP 37651 – Zuschlag zur GOP 37650 bei Teilnahme eines oder mehrerer nichtärztlicher oder nichtpsychotherapeutischer Teilnehmer (128 Punkte je vollendete 10 Minuten)
- GOP 37656 – Zuschlag zur GOP 37655 bei Teilnahme eines oder mehrerer nichtärztlicher oder nichtpsychotherapeutischer Teilnehmer (128 Punkte je vollendete 10 Minuten)

Weitere Infos dazu finden Sie auch in der Infobroschüre der PraxisInfoSpezial der KBV unter folgendem Link:

https://www.kbv.de/media/sp/PraxisInfoSpezial_Komplexversorgung_Kinder_Jugendliche.pdf



Herausgeber: Kassenärztliche Vereinigung Saarland - Europaallee 7-9 - 66113 Saarbrücken - Körperschaft des öffentlichen Rechts
- Tel 0681 99 83 70 – Fax: 0681 99 83 71 40 - Mail info@kvsaarland.de - Web www.kvsaarland.de
Verantwortlich: Vorstand - Redaktion: Öffentlichkeitsarbeit
- Zuständige Aufsichtsbehörde: Ministerium für Arbeit, Soziales, Frauen und Gesundheit

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in diesem Dokument auf eine geschlechtsneutrale Differenzierung (z.B. Ärztinnen/ Ärzte) verzichtet. Entsprechende Begriffe gelten im Sinne der Gleichbehandlung grundsätzlich für alle Geschlechter. Die verkürzte Sprachform hat nur redaktionelle Gründe und beinhaltet keine Wertung. Wenn aus Gründen der Lesbarkeit nur die Gruppe der Ärzte genannt wird, ist hiermit selbstverständlich auch die Gruppe der Psychologischen Psychotherapeuten gemeint.