

landesrundschriften

Das Magazin der
Kassenärztlichen Vereinigung
Bremen

Nr. 5 | 29. Juli 2021

Konzept Notfallversorgung ↳ 04
Bewerbung Zulassungsausschüsse ↳ 08
Fahrplan Digitalisierung ↳ 14
DiGA, ePA, E-Rezept, eHBA, eAU ↳ 18
Kennzeichnung TSS-Fälle ↳ 28
Das ist neu zum 1. Juli ↳ 32
Abrechnung Kryokonservierung ↳ 38
Zweitmeinung per Video ↳ 41
Honorarbericht 2020 ↳ 52





PETER KURT JOSEHANS
stellv. Vorsitzender der KV Bremen

Liebe Leser:innen,

ich gewöhne mich langsam an diese Form der Ansprache, wenngleich ich es noch immer etwas unpersönlich empfinde! Aber es ist ein Zeichen der Zeit. Ebenso ist es ein Zeichen der Zeit, dass unsere Bundeskanzlerin gerade ihre letzte parlamentarische Woche angegangen ist, als ich dieses Editorial schreibe – wenn Sie es jetzt lesen, verwaltet die Bundeskanzlerin faktisch nur noch den Übergang bis zum Zeitpunkt ihrer Ablösung. Wer auch immer kommen mag: Ich finde, sie hat sehr viel geleistet, und es gebührt ihr ein großer Dank!

Leider auch ein Zeichen dieser Zeit ist das Abwerfen von Aufgaben, die man nicht liebt und schon gar nicht selbst erfüllen kann. Das rechtstechnische Wording ist „Beleihen“, was gleich zeigt, worum es geht: Viel zu überstürzt und ohne klare Vorgaben hatte Bundesminister Jens Spahn es den Ländern per Rechtsverordnung ins Aufgabenheft geschrieben, auch gewerbliche Anbieter zur Testung auf COVID-19-Infektionen zuzulassen. Nach Geschwindigkeit beim Aufbau von Testkapazitäten wurde gerufen. Darauf haben alle Länder sehr fleißig sofort gehört. So weit, so gut? Faktisch ohne irgendeine Möglichkeit der Prüfung gestattete das Gesundheitsministerium die Abrechnung der Leistungen per Selbsterklärung und degenerierte diese damit zur Selbstbedienungstheke! Die KVen wurden via gleicher Rechtsverordnung beauftragt, die Abrechnung vorzunehmen. Schnell kamen Hinweise und Verdacht auf, dass Betrug im Spiel sein könnte. Massive öffentliche Kritik führte dazu, dass der Minister nun die Aufgabe der Plausibilitätsprüfung mit heißer Nadel gestrickt erneut an die KVen abwirft: übereilt, ohne Abstimmung und handwerklich schlecht gemacht! Die Kritik von KBV und KVen verhallt fast ungehört, es gibt Nachbesserungen, jedoch bleiben die Probleme im Kern bestehen. Im Ergebnis wirft der Minister nun die von ihm zu verantwortenden Probleme in die Haftung der KVen und ihrer Vorstände. Herzlichen Dank sagt „Ironimus“! Lesen Sie mehr darüber, wie es steht (→ Seite 07).

Damit sind wir beim Impfen, Testen und Behandeln auf/von COVID-19 angekommen – war ja zu erwarten, denken Sie. Richtig! Die Vertreterversammlung der KV Bremen hat sich intensiv damit im Rahmen ihrer Klausursitzung am 12. Juni in Bremerhaven beschäftigt. Sorgen bereitet hier nach wie vor die Situation in den Praxen, die weiterhin unter kürzesten Halbwertszeiten der Rahmenbedingungen leiden. Ausdrücklich „Danke!“ für Ihr Engagement. Sorge hat die VV aber insbesondere mit Blick in die Zukunft und dass dies alles so auch in sechs Monaten weiter geht, wenn die Auffrischungsimpfungen notwendig werden – lesen Sie hierzu die Berichte (→ Seite 06).

Damit zurück zum Zeitgeist: Digitalisierung! Sie haben uns in den vergangenen Wochen hohen Bedarf an Information und Unterstützung rund um das Digitalisieren in Ihren Praxen als Aufgabe aufgegeben – diese Aufgabe nehmen wir gerne an, im Gegensatz zu ... na, Sie wissen schon! In dieser Ausgabe haben wir weitere Informationen dazu aufbereitet (→ Seite 12). Dies ist zugleich auch eines der Kernthemen in der Diskussion um die künftige strategische Zielsetzung für die KV Bremen. Den Blick voraus zur Diskussion und Findung der strategischen Zielsetzungen hat die VV in ihrer Klausur gemeinsam mit dem Vorstand, Dr. Bernhard Rochell und mir, aufgenommen. Wir berichten in einer der nächsten Ausgaben dazu.

Dr. Bernhard Rochell und ich wünschen eine spannende Lektüre!

Ihr
Peter Kurt Josenhans
stellv. Vorsitzender der KV Bremen

↳ AUS DER KV

- 04** — Mit dem RTW zum **Bereitschaftsdienst** oder in die **Koop-Praxis**
- 06** — VV fordert verlässliche Rahmenbedingungen für **Coronaimpfungen**
- 07** — Kritik an **Abrechnungsprüfung** von Corona-Teststellen
- 07** — Wo die KV Bremen in **zehn Jahren** steht
- 08** — Mitglieder in der **Gremienarbeit**: „Wir füllen die Selbstverwaltung mit Leben“
- 12** — **Nachrichten** aus Bremerhaven, Bremen, Berlin und ...

↳ IM BLICK

- 14** — **Mit Vollgas in die Digitalisierung**: So sieht Ihr Fahrplan aus
- 17** — Das sagen die Vorstände der KV Bremen
- 18** — Die wichtigsten Anwendungen: **DiGAs – Apps auf Rezept**
- 20** — Die wichtigsten Anwendungen: **ePA, E-Rezept & eHBA**
- 22** — Die wichtigsten Anwendungen: **Jetzt kommt die eAU !**

- 23** — „Vielen Dank, Herr Willers!“

↳ IN PRAXIS

- 24** — #Patient: **So nutzen Sie Social Media für Ihren Praxisbetrieb**
- 28** — **TSVG-Leistungen**: So rechnen Sie die Zuschläge ab
- 32** — Auf einen Blick: **Das ist neu zum 1. Juli**
- 34** — **Sie fragen – Wir antworten**
- 35** — **Praxisberatung & Terminservicestelle**: Wir geben Unterstützung

↳ IN KÜRZE

- 36** — **Meldungen & Bekanntgaben**
 - GOP 01641 muss pro Quartal angesetzt werden
 - EBM: Hygienezuschläge in Höhe von 98 Mio. Euro
- 37** — So wird die Gesundheits-App „vorvida“ abgerechnet
 - Infusionstherapie mit Sebelipase alfa ist jetzt abrechenbar
- 38** — Kryokonservierung von Ei- oder Spermazellen kann abgerechnet werden
- 40** — GOP 01671 und 01672 jetzt pro Arztgruppenfall
 - Abrechnung von Brachytherapie bei Prostatakarzinom möglich
- 41** — Zweitmeinung auch per Video und vor Amputation beim diabetischen Fußsyndrom möglich
- 42** — Sonderregelung für Substitutionsbehandlung verlängert
 - Unfallversicherung: Hygienepauschale und Videosprechstunde verlängert
- 43** — Neuerungen in der gesetzlichen Unfallversicherung
- 44** — Heilmittelbedarf um Post-COVID-19-Syndrom erweitert
- 45** — Neue Regelungen für Wirkstoffe zur Migräneprophylaxe, Vitamin B 6 und Lipidsenker
- 46** — Fortbildungsmaßnahmen bleiben bis Ende September ausgesetzt
 - Förderung von Qualitätszirkeln setzt Sitzungsprotokolle voraus
- 47** — Neue Behandlungsempfehlungen bei DM 1
 - Ausnahmeregel für DMP verlängert

↳ ÜBER KOLLEGEN

- 48** — „Moin, wir sind die Neuen!“ Kolleginnen und Kollegen stellen sich vor
- 50** — **Bekanntgaben aus den Zulassungsausschüssen**

↳ IN ZAHLEN

- 52** — **Honorarbericht** für das Jahr 2020

↳ SERVICE

- 54** — **Kleinanzeigen**
- 54** — **Impressum**
- 56** — **Der Beratungsservice** der KV Bremen

Mit dem RTW zum Bereitschaftsdienst oder in die Koop-Praxis

Die Vertreterversammlung der KV Bremen hat auf ihrer Sitzung am 12. Juni den Vorstand beauftragt, das Konzept der Bremer Ärztekammer zur Notfallversorgung zu unterstützen. Dabei geht es insbesondere um die Einbeziehung des Bereitschaftsdienstes und der Koop-Praxen, die künftig direkt von Rettungswagen angesteuert werden sollen.



Vertreterversammlung
am 12. Juni 2021

⇒ Über das grundsätzliche Problem – die Überlastung der zentralen Notaufnahmen durch Patienten, die da nicht hingehören - ist schon viel geredet und viel geschrieben worden. Deshalb hat sich die Vertreterversammlung der KV Bremen auf ihrer Sitzung am 12. Juni nicht mit dem Grundsätzlichen, sondern mit dem Speziellen beschäftigt. Die Ärztekammer Bremen hatte im Vergangenen eine Arbeitsgruppe eingerichtet mit Teilnehmern aus dem stationären und dem ambulanten Sektor. Diese Arbeitsgruppe hat ein Papier mit dem Titel „Weiterentwicklung der Notfallversorgung im Land Bremen“ vorgelegt.

Das Konzept fußt auf drei Säulen. Die erste Säule ist die Steuerung der Patienten über einen einheitlichen Zugang bzw. über eine einheitliche Rufnummer, was eine Bündelung der Rufnummern 112, 116117 und 19222 bedeutet. Die zweite Säule des Konzepts ist eine qualifizierte Erstein-

schätzung auf allen Versorgungsebenen. Hier kommt das Ersteinschätzungsprogramm SMeD (Strukturierte medizinische Ersteinschätzung in Deutschland) ins Spiel, das bereits in den Bereitschaftsdienstzentralen zum Einsatz kommt. Und schließlich bildet der Punkt Vernetzung sowohl zwischen dem ambulanten und dem stationären Bereich als auch zwischen den rettungsdienstlichen und den ambulanten Strukturen die dritte Säule des Notfallkonzeptes.

Auf besonderes Interesse ist auf der Sitzung der Vertreterversammlung die Vernetzung der Strukturen gestoßen, insbesondere die Einbeziehung der KV-Bereitschaftsdienste und der Koop-Praxen des Bereitschaftsdienstes. Seit 2020 übernehmen Praxen in Bremen und Bremerhaven Patienten, die sich tagsüber an die 116117 gewandt haben und offensichtlich kein Notfall sind und nicht in die statio-



nären Strukturen gehören. Mittlerweile gibt es 50 Koop-Praxen im Land Bremen – hausärztlich und fachärztlich. Im Notfallkonzept der Ärztekammer spielen diese Praxen eine wichtige Rolle. In dem Papier heißt es: „Der Rettungsdienst muss Patienten direkt in die ambulante Versorgung übergeben können, tagsüber in die Partnerpraxen, außerhalb der Sprechzeiten an den Ärztlichen Bereitschaftsdienst. Notwendig dafür ist eine Einbindung der Partnerpraxen in IVENA.“ Wie es die Krankenhäuser tun, sollen sich auch die Koop-Praxen nach ihren individuellen Kapazitäten von der Notfallplattform IVENA an- und abmelden können.

Das Ansteuern von KV-Bereitschaftsdiensten und Koop-Praxen durch Rettungswagen macht eine Reform des Bremischen Hilfeleistungsgesetz möglich, wonach Rettungswagen nicht mehr nur die Notaufnahmen anfahren müssen, sondern „geeignete Einrichtungen“. Dies hat auch

das Bremische Modell „Hanse Sani“ möglich gemacht.

Die Vertreterversammlung der KV Bremen unterstützt ausdrücklich das Notfallkonzept, insbesondere auch den Vernetzungsgedanken. Dr. Stefan Trapp, Vorsitzender der Vertreterversammlung, stellt fest: „Wir werden natürlich nicht alle Probleme lösen, aber das Konzept ist ein erster Aufschlag.“ Und diesen ersten Aufschlag wird die KV Bremen nun unterstützen und voranbringen. Der Vorstand ist dazu beauftragt worden und soll insbesondere die Einbindung der Koop-Praxen und auch des eTerminservices prüfen. Kurzum: Die nächsten Schritte zu einer Reform der Notfallversorgung im Land Bremen sind gemacht. <+

Coronaimpfung in der Regelversorgung: VV fordert verlässliche Rahmenbedingungen

↳ Wenn die Impfung gegen das Coronavirus in Zukunft in die Regelversorgung übergehen soll, dann muss nicht nur der Aufwand erheblich reduziert werden, sondern auch auskömmlich finanziert werden. Das fordert die Vertreterversammlung der KV Bremen auf ihrer Sitzung am 12. Juni in einem einstimmig gefassten Beschluss.

„Die niedergelassenen Praxen können und möchten impfen. Wir können es effizienter und kostengünstiger als behördliche Strukturen, benötigen dafür aber einige Voraussetzungen“, betont Antragssteller Georg Kückelmann, Facharzt für Innere Medizin. Diese Voraussetzungen sind:

- Sicherstellung einer planbaren und verlässlichen Impfstoffbeschaffung für die impfenden Haus- und Facharztpraxen
- radikale Reduktion des aktuellen Dokumentationsaufwandes
- Sicherstellung von Impfstoffzubereitungen, die im Praxisalltag praktikabel eingesetzt werden können (deren Lagerfähigkeit mindestens 1-2 Wochen beträgt und die möglichst als Einzeldosen vorliegen)
- Sicherstellung einer auskömmlichen Vergütung von mindestens 40 Euro pro Impfung
- umgehender Beginn einer Planung auf der politischen Ebene mit den zuständigen Behörden und Verbänden zur Sicherstellung einer rechtzeitigen Erfüllung der o.g. Ziele
- Information der KV-Mitglieder über den Ablauf und den Zeitplan der Boosterimpfungen
- angemessene Information der Öffentlichkeit über das mit allen Beteiligten abgestimmte Procedere ←

↳ Honorareinbußen infolge der Pandemie werden im Bundesland Bremen im vertragsärztlichen Bereich auch im ersten Halbjahr 2021 durch einen Corona-Schutzschirm der KV Bremen aufgefangen. Die Vertreterversammlung hat am 12. Juni einer entsprechenden Ergänzung des Honorarverteilungsmaßstabes (HVM) zugestimmt.

Der bisherige gesetzlich garantierte Corona-Rettungsschirm wurde vom Gesetzgeber nicht über 2020 hinaus verlängert. Eine neue Regelung ermöglicht es den KVen aber, für ihre Mitglieder eigenständig Ausgleichszahlungen vorzunehmen. Von dieser Möglichkeit macht die KV Bremen Gebrauch. Die Vertreterversammlung hatte

den KV-Vorstand auf ihrer Sitzung im März dazu beauftragt eine Regelung vorzuschlagen, die nun von der Vertreterversammlung beschlossen wurde. Damit setzt die KV Bremen die bisherige gesetzliche Regelung nahezu unverändert aus ihren eigenen Finanzmitteln fort.

Damit stellt die KV Bremen sicher, dass durch einen Patientenrückgang besonders betroffene Praxen für die Versorgung erreichbar bleiben bzw. im schlimmsten Falle Schließungen verhindert werden. ←

Der Honorarverteilungsmaßstab ist auf der Homepage der KV Bremen abrufbar: www.kvhb.de/honorarverteilung

**Vertreterversammlung
am 12. Juni 2021**

KVen wollen keine Erfüllungsgehilfen sein: Kritik an Abrechnungsprüfung von Corona-Teststellen

↳ Künftig sollen KVen bei Schnelltest-Einrichtungen eine ausführliche Abrechnungs- und Plausibilitätskontrolle vornehmen und Zahlungsflüsse an die Finanzbehörden melden. Das sei weder rechtlich noch inhaltlich machbar, mahnen die Vorstände der KV Bremen, Dr. Bernhard Rochell und Peter Kurt Josenhans, auf der Sitzung der Vertreterversammlung am 12. Juni.

Der Entwurf einer neuen Bundes-Testverordnung sieht eine massive Ausweitung der Kontrollfunktion durch die KVen von Einrichtungen (Nicht-KV-Mitgliedern) ein, die Corona-Schnelltests anbieten. Hintergrund sind Berichte über Abrechnungsbetrug in Nordrhein-Westfalen.

Die jetzigen Regelungen im Entwurf machen es den KVen unmöglich, Auszahlungen an die Teststellen rechtsicher und zeitnah vorzunehmen, bemängelt KV-Vorstand Dr. Bernhard Rochell. „Man kann nicht im Nachhinein die KVen mit Rechnungsprüfungen nach unklaren Maßstäben beauftragen und später dafür in Haftung nehmen. Dies käme einem Polizisten gleich, der plötzlich dafür haften muss, wenn Beamte des Ordnungsamtes zu wenige oder falsche Tickets für das Falschparken ausstellen.“

Nachtrag: Mittlerweile hat das Bundesgesundheitsministerium die Testverordnung angepasst. Dabei sind einige wichtige Kritikpunkte der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der regionalen KVen aufgenommen worden. Im Grundsatz bleibt es aber bei der Prüfaufgabe für die KVen, wenngleich die Gesundheitsämter etwas stärker in die Pflicht genommen werden. ←

Wo die KV Bremen in zehn Jahren steht

↳ Wo steht die KV Bremen in zehn Jahren? Was sind mittel- und langfristig die wichtigsten Herausforderungen? Mit diesen Fragen hat sich die Vertreterversammlung der KV Bremen am 12. Juni in Klausur zurückgezogen – und ein Arbeitspaket für den KV-Vorstand geschnürt. Bis zum Jahresende soll dieser eine „Vision KV Bremen 2032“ entwickeln und mit den Gremien abstimmen. Dabei wird es um diese fünf Schwerpunkte gehen: 1.) Aufgaben/Interessen der KV-Mitglieder, 2.) Digitalisierung der KV Bremen, 3.) KV Bremen als attraktiver Arbeitgeber, 4.) Politische Positionierung und 5.) Dienstleistungen für Patienten. ←

Mitglieder in der Gremienarbeit: „Wir füllen die Selbstverwaltung mit Leben“

Die Zulassungsausschüsse der KV Bremen entscheiden über die Vergabe von Sitzen, Praxisverlegungen oder Sonderbedarf in einer Region. Alle Mitglieder können sich dabei engagieren. Hier erzählen vier von ihnen, warum sich die Arbeit in den Gremien lohnt.

„Als Niedergelassene sitzen wir alle in einem Boot – und in der Gremienarbeit kann man aktiv etwas dafür tun, dass sich alle in diesem Boot wohlfühlen.“

DR. JÜRGEN KELLERMANN, INTERNIST
IN HEMELINGEN



„Im Gesundheitssystem wird zu oft einseitig auf die Kosten geschaut. In den Gremien ist es deshalb unsere Aufgabe als Praktiker, die Versorgungsqualität zu erhalten und zu verbessern.“

FRANK BODENSTEIN, PSYCHOLOGISCHER
PSYCHOTHERAPEUT IN HORN-LEHE





„Die Sichtweisen der Niedergelassenen, der Krankenkassen und der Patientenvertreter kommen zusammen, und am Ende müssen wir uns auf einen Kompromiss einigen. Das ist ein wahnsinnig spannender Prozess.“

DR. SUSANNE REINECKE, ÄRZTLICHE
PSYCHOTHERAPEUTIN IN
SCHWACHHAUSEN



„Wir können die Organe der Selbstverwaltung durch unsere Praxiserfahrung mit Leben füllen und die Versorgung der Patienten in den Regionen mitgestalten.“

DR. IRIS STECK, NERVENÄRZTIN IN
BREMEN-VEGESACK

↳ Am 15. August ist es wieder soweit: Für alle Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigung Bremen endet die Bewerbungsfrist für einen Posten in einem der Zulassungsausschüsse. Zum 1. Januar 2022 startet dann die neue Amtszeit der Gremien, die über die Neuzulassung von Ärztinnen und Ärzten sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten entscheiden. Auch Praxisverlegungen und Anträge auf Berufsausübungsgemeinschaften werden den Zulassungsausschüssen vorgelegt. Gemeinsam mit Patientenvertretern, aber auch mit Gesandten der Krankenkassen, beraten die KV-Mitglieder dann unter Berücksichtigung aller juristischen Rahmenbedingungen über die vorliegenden Anträge.

Das hat mitunter entscheidende Auswirkungen auf die Versorgungslandschaft: „Hier in Bremen-Nord gibt es immer wieder Engpässe in der haus- und fachärztlichen Versorgung – anders ist das zum Beispiel in Schwachhausen, wo viele Privatpatienten leben“, erklärt Nervenärztin Dr. Iris Steck, die seit sieben Jahren im Zulassungsausschuss Ärzte/Krankenkassen engagiert und in einem MVZ gegenüber des Klinikums Bremen-Nord niedergelassen ist. „Im Gremium können wir darauf einwirken, dass eine wohnortnahe Versorgung mit Haus- und Fachärzten in allen Teilen Bremens gesichert bleibt. So tragen wir Praktiker dazu bei, die Versorgung auf sichere Füße zu stellen.“

Für den hausärztlichen Internisten Dr. Jürgen Kellermann gibt es seit seiner Niederlassung im Jahr 1988 zwei Epochen: „Die Zeit, in der ich als Praxisinhaber meine KV als Blackbox wahrgenommen habe – und die Zeit, die mit meinem Engagement im Zulassungsausschuss begonnen hat. Seitdem sehe ich mich selbst als Teil der Selbstverwaltung und die KV als wichtige Institution, die aus ihren Mitgliedern heraus lebt und besteht.“ Wie sehr die Versorgungslandschaft im Wandel ist, konnte Kellermann in seiner 15jährigen Gremienarbeit live mitverfolgen: „Für die Niederlassung sind immer mehr Praxisformen hinzugekommen, und beispielsweise im Bereich der Augenheilkunde hat die fortschreitende Entwicklung operativer Verfahren den Zulassungsausschuss immer wieder vor große Herausforderungen gestellt, die stadtteilbezogene augenärztliche Versorgung auch erhalten zu können.“

Für Dr. Susanne Reinecke, die seit acht Jahren im Zulassungsausschuss Psychotherapeuten/Krankenkassen mitentscheidet, ist die kollegiale Ebene der Gremienarbeit besonders reizvoll: „Wer in Bremen eine Praxis eröffnen, abgeben oder auch nur verlegen möchte, kommt am Zulassungsausschuss nicht vorbei. Ich finde es faszinierend, mit den Kolleginnen und Kollegen die Beweggründe zu diskutieren – dabei lernt man auch eine Menge über die Versorgungsrealität“, sagt die ärztliche Psychotherapeutin. Wer zum Beispiel seine Praxis aus einem schwächer versorgten Gebiet in ein besser versorgtes verlegen möchte, müsse dafür schon gute Gründe vortragen. „Die verschiedenen Sichtweisen der Niedergelassenen, der Krankenkassen und der Patientenvertreter kommen zusammen, und am Ende müssen wir uns auf einen Kompromiss einigen. Das ist ein wahnsinnig spannender Prozess.“

Die politische Dimension der Gremienarbeit liegt Frank Bodenstein, psychologischer Psychotherapeut, ganz besonders am Herzen. „Ich habe mich für die Arbeit im Zulassungsausschuss gemeldet, weil ich für eine gute psychotherapeutische Versorgung in Bremen kämpfen will“, sagt er. Da im Gesundheitswesen zu kurzfristig auf den Kostenfaktor geschaut werde, gebe es häufig Versuche, Sitze einzuziehen. „Das ist fatal, wie uns gerade der explodierende psychotherapeutische Bedarf durch die soziale Isolation der Corona-Pandemie gezeigt hat. Langfristig senkt ambulante Psychotherapie die Kosten im Gesundheitssystem, und mit diesem Argument setzen wir uns immer wieder im Zulassungsausschuss für den Erhalt von Sitzen und damit der Grundversorgung ein.“ Für Bodenstein ist der wichtigste Grund für sein Engagement: „Wir Praktiker mit unserer Erfahrung nah dran an den Patienten dürfen die Entscheidungen nicht der Bürokratie allein überlassen.“

Was die Mitglieder der Zulassungsausschüsse einhellig bestätigen: Das Miteinander in den Gremien schweißt zusammen: „Es hat etwas Bremisches, das sich die Vertreter von Krankenkasse, Verwaltung, Patienten und Ärzten in gegenseitigem Respekt und Offenheit begegnen und so eine hohe Entscheidungsqualität ermöglichen“, sagt Dr. Kellermann. Die Gremienarbeit biete auch die Chance, sich gut zu vernetzen. Er könne es verstehen, wenn der Nachwuchs vor

zusätzlichen Belastungen zurückschrecke. „Aber ich würde es trotzdem empfehlen: Erstens ist die Gremienarbeit ein persönlicher Erfahrungszuwachs. Zweitens lernst Du deine KV besser kennen – und das kostet viel weniger Zeit als du vielleicht glaubst – und drittens kannst Du im Gremium Entscheidungen fällen, die von großer Bedeutung sein können.“

Immer wieder höre sie von KV-Mitgliedern, dass sie vor der Gremienarbeit wegen Formalitäten und juristischen Details zurückschreckten, berichtet Dr. Susanne Reinecke: „Aber das ist gar nicht schlimm“, sagt die Psychotherapeutin. „Alle Sitzungen sind durch die KV bestens vorbereitet, und es sind immer Juristen anwesend, die bei Fachfragen beraten und aushelfen.“ Trotzdem müsse man für die Zulassungsausschüsse neben der Berufserfahrung auch Lust auf Regelungen und Prozesse mitbringen. „Man sollte auch bereit sein, mal unliebsame Entscheidungen zu fällen“, sagt Reinecke. Und Frank Bodenstein gibt den Tipp, über die Position eines stellvertretenden Gremienmitglieds hinauszuschnuppern: „Das ist eine ausgezeichnete Ausgangslage

um herauszufinden, ob Dir die Gremienarbeit liegt.“

In Bremen-Nord, ermutigt auch Dr. Iris Steck ihre Kolleginnen und Kollegen zur Mitarbeit in den Gremien: „Viele haben das Gefühl, ihrer KV ausgeliefert zu sein und dass die Selbstverwaltung über ihren Kopf hinweg entscheidet“, sagt die Nervenärztin. „Das stimmt nicht. Wir haben durch das KV-System direkten Einfluss auf das Gesundheitswesen. Wir können die Organe der Selbstverwaltung mit Leben füllen.“

Übrigens hat der Gesetzgeber die Gemeinsame Selbstverwaltung als einen der Kerneckpfeiler der Steuerung der Gesetzlichen Krankenversicherung etabliert. In Bremen zeigen die Kassenärztliche Vereinigung, die Ärzteschaft und die Psychotherapeuten gemeinsam, dass das funktioniert. „Wir danken Ihnen, die Sie hier immer aktiv mitwirken, ausdrücklich für Ihr Engagement und freuen uns über neues Interesse zur Beteiligung“ bekräftigen die Vorstände der KV Bremen Dr. Bernhard Rochell und Peter Kurt Josenhans. ←

von **FLORIAN VOLLMERS** | KV Bremen | f.vollmers@kvhb.de | 0421.34 04-181

ZULASSUNGSAUSSCHÜSSE SUCHEN NEUE MITGLIEDER

Am 1. Januar 2022 beginnt die neue Amtszeit für die Zulassungsausschüsse Ärzte/Krankenkassen und Psychotherapeuten/Krankenkassen. Zu ihren Aufgaben gehören:

- Entscheidungen in Sachen Erteilung und Beendigung von Zulassungen
- Sonderbedarfszulassungen
- Ermächtigungen
- Nachbesetzungen von ausgeschriebenen Vertragsarztsitzen und Vertragspsychotherapeutesitzen
- Berufsausübungsgemeinschaften
- Verlegungen
- Ruhensanträge

Alle KV-Mitglieder können sich im Zulassungsausschuss engagieren, berufen wird man dazu von der Vertreterversammlung der KV Bremen. Für die Teilnahme an Gremiensitzungen wird eine Aufwandsentschädigung gezahlt. Aktuell sucht die KV Bremen für die Amtszeit ab 1. Januar neue Mitglieder und Stellvertreter. Haben wir Ihr Interesse geweckt? Dann melden Sie sich bitte bis zum 15. August 2021 bei uns:

→ Für den Zulassungsausschuss Ärzte/Krankenkassen erteilt Ihnen gerne Auskunft Manfred Schober, Telefon: 0421/3404-332, E-Mail: m.schober@kvhb.de

→ Für den Zulassungsausschuss Psychotherapeuten/Krankenkassen erteilt Ihnen gerne Auskunft Martina Plieth, Telefon: 0421/3404-336, E-Mail: m.plieth@kvhb.de

Nachrichten aus Bremerhaven, Bremen, Berlin und ...



Grundmann ist neuer Ärztchammer-Präsident

Bremen | Dr. Johannes Grundmann ist neuer Präsident der Ärztekammer Bremen. Er erhielt im ersten Wahlgang alle Stimmen der anwesenden Delegierten. Grundmann war von 1987 bis 2018 als hausärztlicher Internist in einer Gemeinschaftspraxis in Bremen-Gröpelingen niedergelassen. Seit 2004 ist er Mitglied der Delegiertenversammlung, seit 2008 auch im Ärztekammervorstand, seit 2012 Vizepräsident. Grundmann arbeitet seit vielen Jahren im Beschwerdeausschuss der Ärztekammer und sitzt seit 2012 dem Beirat der Akademie für Fort- und Weiterbildung vor. Außerdem vertritt er die Ärztekammer in der Finanzkommission und der Ständigen Konferenz „Fortbildung“ bei der Bundesärztekammer. In seiner Präsidentschaft möchte Grundmann Lösungen für die Probleme des Gesundheitswesens entwickeln: „Die fortschreitende Kommerzialisierung des Gesundheitswesens mit ihren Auswirkungen für die Patientenversorgung; der sich bedrohlich verschärfende Personalmangel im pflegerischen, aber auch im ärztlichen Bereich, der eine flächendeckende gute Gesundheitsversorgung in Bremen und Bremerhaven gefährdet; die nach wie vor angespannte Situation im öffentlichen Gesundheitsdienst, dessen Bedeutung gerade in der Pandemie deutlich geworden ist.“ Neue Vizepräsidentin der Ärztekammer Bremen ist Christina Hillebrecht, Fachärztin für Innere Medizin und Rheumatologie und seit 2010 Oberärztin der Klinik für internistische Rheumatologie im Rotes-Kreuz-Krankenhaus. Seit 2019 ist sie zudem erste Vorsitzende des Marburger Bundes, Landesverband Bremen. ←

Arzt verliert Klage gegen Homöopathie-Streichung

Bremen | Das Oberverwaltungsgericht Bremen hat den Antrag eines Bremer Arztes gegen die Streichung der Zusatzbezeichnung Homöopathie aus der Weiterbildungsordnung der Ärztekammer Bremen als unzulässig abgelehnt. Damit hat die neue Weiterbildungsordnung ohne die Zusatzbezeichnung Homöopathie Bestand. Der Arzt mit der Zusatzbezeichnung Homöopathie hatte gegen die Aufhebung der Zusatzbezeichnung geklagt, die die Delegiertenversammlung der Ärztekammer 2019 in einer neuer Weiterbildungsordnung beschlossen hatte. Er machte geltend, dass die Streichung in sein Grundrecht der Berufsfreiheit und sein Eigentumsgrundrecht eingreife. Das Gericht lehnte den Antrag ab, da eine Verletzung der Rechte des Klägers nicht zu erkennen sei. ←

In Bremen größter Zuwachs bei stationären Fallkosten

Wiesbaden | Die Kosten der stationären Krankenhausversorgung in Deutschland sind 2019 am deutlichsten in Bremen gestiegen, und zwar mit einem Plus von 12,6 Prozent. Bundesweit stiegen die Kosten auf insgesamt 98,8 Milliarden Euro. Umgerechnet auf die rund 19,4 Millionen vollstationär im Krankenhaus behandelten Patienten lagen die Kosten damit pro Fall bei durchschnittlich 5.088 Euro und 5,5 Prozent höher als 2018. Das hat das Statistische Bundesamt in Wiesbaden mitgeteilt. Am höchsten waren die durchschnittlichen stationären Kosten je Fall mit 6.146 Euro in Hamburg, am niedrigsten in Thüringen mit 4.679 Euro. Während Bremen im Vergleich zum Vorjahr bei den stationären Kosten je Fall mit einem Plus von 12,6 Prozent den Spitzenplatz belegt, gab es mit 3,8 Prozent in Rheinland-Pfalz den geringsten Anstieg. Die regionalen Unterschiede sind laut Statistischem Bundesamt strukturell bedingt: Beeinflusst würden sie vom Versorgungsangebot sowie von Art und Schwere behandelter Erkrankungen. ←

Gutachten: Vorzeitige Impfung von Klinik-Chef war keine Vorteilsnahme

Aurich | Nach der vorzeitigen Impfung eines Klinik-Chefs mehrerer Krankenhäuser in Ostfriesland kommt eine Untersuchung zum Schluss, dass kein Vergehen wegen Vorteilsnahme vorliegt. Der Geschäftsführer des Klinik-Verbandes Aurich-Emden-Norden hatte sich im Januar mit weiteren Verwaltungsangestellten gegen Covid-19 impfen lassen, obwohl Pflegekräfte und Ärzte der Klinik laut Impfverordnung eigentlich eher berechtigt gewesen wären. Der Vorfall hatte in der Öffentlichkeit für Empörung gesorgt, der Klinik-Chef bat um Entschuldigung. Über eine Freistellung hatten der Kreistag in Aurich und die Stadt Emden zwischenzeitlich keine Einigung gefunden. Dem Gutachten zufolge sei die Impfung nach den zu der Zeit geltenden Impfregelein zwar widerrechtlich gewesen. Es gebe aber keine Anhaltspunkte dafür, dass der Geschäftsführer seine Impfung selbst veranlasst oder wider besseren Wissens angenommen habe. Der Vorwurf der Vorteilsnahme treffe daher auf den Klinik-Chef ebenso wenig zu wie auf weitere leitende Verwaltungsmitarbeiter. ←

Bremerhaven plant mehr Stellen im Gesundheitsamt

Bremerhaven | Die Stadt Bremerhaven will im nächsten Haushalt mehr Stellen für Ärzte, Wissenschaftler und Fachangestellte für das Gesundheitsamt einplanen. Die Mitglieder des Gesundheitsausschusses der Stadtverordneten haben ab 2022/2023 Stellen für zwei Ärzte, einen Gesundheitswissenschaftler, einen Kinderkrankenschwefler, vier medizinische Fachangestellte sowie eine volle Stelle für Stadtangestellte sowie eine halbe Stelle für Sozialpädagogen am Gesundheitsamt eingeplant. Die Kosten soll der Bund über den so genannten Pakt für den Öffentlichen Gesundheitsdienst tragen. ←

Niedersachsen: Verdoppelung junger Patienten in Psychotherapie

Hannover | Immer mehr Kinder und Jugendliche in Niedersachsen und Bremen sind in psychotherapeutischer Behandlung. Innerhalb von elf Jahren hat sich die Zahl der jungen Patienten fast verdoppelt. Das geht aus dem aktuellen Arztreport der BARMER hervor. Demnach benötigten im Jahr 2019 rund 72.900 Kinder und Jugendliche psychotherapeutische Hilfe, 90 Prozent mehr als im Jahr 2009. In Bremen stieg die Zahl im gleichen Zeitraum um 52 Prozent auf 7.500. „Die Corona-Pandemie samt strikter Kontaktbeschränkungen dürfte dabei die Situation noch ein Stück weit verschärfen“, sagt Heike Sander, Landesgeschäftsführerin der BARMER in Niedersachsen und Bremen. ←

zeichnung geschaffen.

Daten aus Digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGAs, → Seite 18) sollen künftig von Versicherten in ihre elektronische Patientenakte (ePA, → Seite 20) eingestellt werden können. Auch Leistungen von Heilmittelerbringern und Hebammen, die im Zusammenhang mit DiGAs erbracht werden, sollen künftig vergütet werden. Um Datenschutz und Informationssicherheit von DiGAs zu stärken, wird ein verpflichtendes Zertifikat für die Informationssicherheit eingeführt.

Telemedizin wird ausgebaut

Laut DVPMG soll die Vermittlung von Vor-Ort-Arztterminen um die Vermittlung telemedizinischer Leistungen ergänzt werden, und auch der kassenärztliche Bereitschaftsdienst soll telemedizinische Leistungen anbieten. Das Ziel dabei: Versicherte erhalten ein Angebot aus einer Hand. Telemedizinische Leistungen werden zugleich auch für Heilmittelerbringer und Hebammen ermöglicht. Außerdem wird der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) beauftragt, die Feststellung der Arbeitsunfähigkeit im Rahmen der abschließlichen Fernbehandlung zu ermöglichen.

Die TI bekommt ein Update

Vom Gesetzgeber erhält die gematik den Auftrag, „einen sicheren, wirtschaftlichen, skalierbaren und an die unterschiedlichen Bedürfnisse der Nutzer angepassten Zugang zur Telematikinfrastruktur als Zukunftskonnektordienst“ zu entwickeln. Die Übermittlungsverfahren sollen künftig neben der E-Mail-Funktion auch einen Videokommunikationsdienst und einen Messagingdienst umfassen. Versicherte und Leistungserbringer erhalten dann ab 2023 „digitale Identitäten“, um sich zum Beispiel für eine Videospreechunde sicher zu authentifizieren.

Der elektronische Medikationsplan soll innerhalb der TI in eine eigene Anwendung überführt werden, die nicht mehr auf der elektronischen Gesundheitskarte gespeichert wird. Genau wie bei der elektronischen Patientenakte können Versicherte künftig über ihre persönliche digitale Benutzeroberfläche auch auf diese digitalen Anwendungen selbstständig zugreifen. Abgabe, Änderung und Widerruf der Organspendeerklärungen in dem zu errichtenden Organspenderegister können künftig auch über die Versicherten-Apps der Krankenkassen getätigt werden – selbst

dann, wenn die Versicherten keine ePA nutzen.

Zur Stärkung grenzüberschreitender Patientensicherheit soll bis spätestens Mitte 2023 die nationale E-Health-Kontaktstelle aufgebaut werden, so dass Versicherte ihre Gesundheitsdaten auch Ärzten im EU-Ausland sicher und übersetzt zur Verfügung stellen können.

Weiterentwicklung von E-Rezept und ePA

Für den Bereich der häuslichen Krankenpflege, außerklinischen Intensivpflege, der Soziotherapie, der Heil- und Hilfsmittel, der Betäubungsmittel und weiterer verschreibungspflichtiger Arzneimittel sieht das neue Gesetz elektronische Verordnungen (E-Rezept) vor (→ Seite 21). Um eine flächendeckende Nutzbarkeit sicherzustellen, werden andere Erbringer der verordneten Leistungen – wie Pflegedienste oder auch die Heil- und Hilfsmittelerbringer – zum sukzessiven Anschluss an die TI verpflichtet.

Versicherte erhalten die Möglichkeit, Rezept- und Dispensierinformationen in der elektronischen Patientenakte (ePA) einzustellen und dort im Sinne einer Arzneimittelhistorie zu nutzen. Dabei sollen künftig Rezepte in der Apotheke auch personenbezogen mit Identitätsnachweis abgerufen werden können. Auch bei Apotheken im europäischen Ausland soll es möglich werden, elektronische Rezepte einzulösen.

Stärkung digitaler Gesundheitskompetenz

Für das im September 2020 ins Leben gerufene Nationale Gesundheitsportal sollen künftig mehr Informationen zur vertragsärztlichen Versorgung zugänglich gemacht werden. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) wird über das DVPMG damit beauftragt, entsprechende Daten zusammenzuführen und nutzbar zu machen. Versicherte können künftig auch über die ePA und das E-Rezept verlässliche Informationen direkt auf dem Portal abrufen.

Das von der KBV entwickelte Konzept sogenannter „Medizinische Informationsobjekte“ – kurz MIOs – wird durch das neu verabschiedete Digitalisierungs-Gesetz gestärkt: MIOs sollen dazu dienen, medizinische Daten, etwa in einer ePA, standardisiert, also nach einem festgelegten Format, zu dokumentieren. Sie können als kleine digitale Informationsbausteine verstanden werden, die universell verwendbar und kombinierbar sind. Ziel dabei ist, dass MIOs im Sinne der Interoperabilität für jedes System lesbar

sind und Informationen leichter zwischen den einzelnen Akteuren im Gesundheitswesen ausgetauscht werden.

Aufbau einer digitalen Patienten-Identität

Laut DVMPG sollen die Krankenkassen den Versicherten ab dem 1. Januar 2023 ergänzend zur elektronischen Gesundheitskarte (eGK) auf Verlangen eine sichere „digitale Identität für das Gesundheitswesen“ barrierefrei zur Verfügung stellen. Ab dem 1. Januar 2024 soll diese digitale Identität in gleicher Weise wie die elektronische Gesundheitskarte zur Authentisierung des Versicherten im Gesundheitswesen und als Versicherungsnachweis dienen. Spätestens ab dem 1. Juli 2022 sollen die Krankenkassen den Nutzungsberechtigten Verfahren zur Verfügung stellen, um die Integration der sicheren digitalen Identität zu erproben.

Kritiker drücken auf die Bremse

Mit dem DVPMG will das Gesundheitsministerium an das Digitale-Versorgung-Gesetz (DVG) und an das Patientendaten-Schutzgesetz (PDSG) anknüpfen – es soll dazu beitragen, „das Potenzial der Digitalisierung auszuschöpfen“. Doch vielen Akteuren im Gesundheitswesen geht das zu schnell: Insgesamt werde eine weitreichende Neuausrichtung der Gesundheitsversorgung in Deutschland „mit Milliardeninvestitionen aus Versichertengeldern und unter hohem Zeitdruck“ vorangetrieben, mahnte beispielsweise der Deutsche Ärztetag im vergangenen Mai. Dabei gebe der Gesetzgeber in „zu schneller Taktung“ die Einführung digitaler Anwendungen der TI vor und verbinde diese mit Sanktionen. Auch ohne die außergewöhnlich hohe Belastung der Arztpraxen durch die Corona-Pandemie seien die Vorgaben des Gesetzgebers unrealistisch. Daher forderten die Delegierten des Ärztetages die Streichung aller die Ärzteschaft betreffenden Sanktionen sowie die Verschiebung der Einführung von TI-Anwendungen, die nicht unmittelbar der medizinischen Versorgung dienen.

Dass mit dem DVPMG der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen das Heft aus der Hand gerissen werde, bemängeln die gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) in Deutschland: „Mehr und mehr Entscheidungsbefugnisse im Rahmen der Digitalisierung werden staatlichen Einrichtungen übertragen und parallel die Handlungsfähigkeit der sozialen Selbstverwaltung geschwächt“, sagt Uwe Klemens, Verwaltungsratsvorsitzender des GKV-Spitzenverbandes. Er kritisiert auch die Finanzierung neuer Technologien im Gesundheitswesen und eine fehlende Nutzenbewertung: „Während alle Akteure des Gesundheitssystems von den Vorzügen der Digitalisierung profitieren und sie für die Gesundheitswirtschaft eines der maßgeblichen Wachstumsfelder mit beträchtlichen Umsatzversprechen darstellt, müssen die Beitragszahlenden der GKV in weiten Teilen allein dafür aufkommen.“ Dies zeige sich im „nonchalanten Umgang“ bei der Einführung neuer digitaler Leistungen. Gemeint ist die Praxis, nach der Hersteller von „Apps auf Rezept“ nach einer Zulassung durch das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) für ein Jahr lang einen Preis festsetzen, den die Krankenkassen dann erstatten müssen. Dies hatte Preissteigerungen zwischen 400 und 600 Prozent im Vergleich zum Selbstzahlermarkt zur Folge. Um eine schnelle Implementierung sicherzustellen, habe die Politik außerdem auf bewährte Methoden zur Nutzenbewertung verzichtet.

Digitalisierung als „Scheinriese“

Für die Arztpraxen bestehe das grundlegende Prob-

lem, dass die technische Verfügbarkeit von digitalen Anwendungen den vom Gesetzgeber festgelegten Fristen hinterherhinke, kritisiert die KBV. Dies stelle das zentrale Hemmnis für mehr Akzeptanz der Ärzte und Psychotherapeuten bezüglich der Digitalisierung von Praxen dar. Der Vorstand der KBV spricht sich deshalb dafür aus, in die Prozesse ein Instrument zu implementieren, mit dem der jeweilige „Umsetzungsstand fristbewehrter, digitaler Lösungen eingeschätzt und so gegebenenfalls reagiert werden“ kann. Es gebe durchaus legitime Gründe für auftretende Verzögerungen, so die KBV. Dann müssten aber auch das Erwartungsmanagement und drohende Sanktionsmechanismen entsprechend angepasst werden.

Man sei „nicht sicher“, dass alle im Jahr 2021 vom Gesetzgeber angesetzten Starttermine zu halten sind, betont Dr. Thomas Kriedel, Mitglied des KBV-Vorstands. So erfolge die Implementierung der ePA in den Versorgungsalltag laut Hofmeister „im laufenden Galopp“. Er verweist darauf, dass bislang nur regionale Feldtests laufen, die ePA aber schon seit Juli von allen Arztpraxen verpflichtend angeboten werden soll. Hier könne es, ähnlich wie es bereits bei der elektronischen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (eAU) der Fall ist, zu Verzögerungen bei den notwendigen flächendeckenden Updates der TI-Konnektoren oder auch den Anpassungen der jeweiligen Praxisverwaltungssoftware kommen. Bislang hätten sich, so der KBV-Vorstand, viele politische Heilsversprechen der Digitalisierung für die Niedergelassenen als „Scheinriesen“ erwiesen. Leider sei die digitale Realität in den Praxen in Hinblick auf sinnvolle Anwendungen bislang „eher ernüchternd“.

Weniger Belastungen für die Leistungserbringer

Neben den detailreichen Regelungen zur weiteren Ausgestaltung der digitalen Gesundheitsversorgung – und damit einhergehenden Pflichten – sieht das „Digitale-Versorgung-und-Pflege-Modernisierungs-Gesetz“ aber auch eine Reduzierung der Belastungen für die Leistungserbringer vor. Mit dem DVPMG will der Gesetzgeber die sogenannte Datenschutzfolgenabschätzung (DSFA) nach der EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) für die Verarbeitung personenbezogener Daten in den Komponenten der dezentralen TI, also Konnektoren und Kartenlesegeräte, übernehmen. Das Bundesministerium würde damit erstmals Gebrauch von der Möglichkeit machen, eine solche – sonst individuell zu verantwortende – Folgenabschätzung bereits im Rahmen eines Gesetzgebungsverfahrens durchzuführen. Die Leistungserbringer würden damit auch von der Pflicht zur Benennung eines Datenschutzbeauftragten befreit. Das Ministerium rechnet mit einer Entlastung der Leistungserbringer von Bürokratiekosten in Höhe von rund 731 Millionen Euro für die entfallende erstmalige Datenschutzfolgenabschätzung sowie weiteren 549 Millionen pro Jahr für Abschätzungen, die regelmäßig aufgrund von Updates der TI anfallen würden. Zudem entfielen 427 Millionen Euro durch die Einschränkung der Pflicht zur Bestellung eines Datenschutzbeauftragten.

Die Diskussion über die Digitalisierung ist seit langem entbrannt und wird auch unter der Sommersonne weitergeführt – spätestens bis zur ersten Sitzung des neuen Bundestages Anfang November. Lesen Sie bis dahin auf den kommenden Seiten, welche digitalen Anwendungen in den kommenden Wochen auf Sie zukommen. ←

Das sagen die Vorstände der KV Bremen

DR. BERNHARD ROCHELL,
PETER KURT JOSENHANS

→ zum Digitale-
Versorgung-und-
Pflege-Modernisierungs-
Gesetz DVPMG

„Wir begrüßen das DVPMG, weil das Angebot für die Patienten medizinisch nützlicher Anwendungen ausgeweitet werden soll und mit der neuen Telematik-Infrastruktur verbundene Verantwortlichkeiten und Kosten für die Gewährleistung des Datenschutzes und der Datensicherheit in einem ersten Schritt vom Staat übernommen und nicht länger auf die Praxen abgewälzt werden sollen. Digitalisierung wird flächendeckend in der Versorgung etabliert, mit dem DVPMG wird dies ausgebaut und konkretisiert: Die gematik soll einen sicheren und an den Bedürfnissen der jeweiligen Nutzer orientierten Zugang zur Telematik-Infrastruktur bereitstellen. Damit erhalten auch kleinere Praxen eine effektive Zugangsmöglichkeit. Dies soll dann auch mobil möglich sein.“

→ zum Tempo
der Digitalisierung

„Bei der Digitalisierung muss künftig mehr darauf geachtet werden, dass realistische Vorgaben für die inhaltliche und technische Umsetzung erfolgen. Dabei müssen an Stelle von Druck und Sanktionen in Folge unerfüllbarer Fristen Positivanreize gesetzt werden. Dies gilt nicht nur für die Zukunft, sondern allem voran für den aktuell bereits gültigen gesetzlichen Zeit-, Maßnahmen- und Sanktionsplan für die elektronischen Heilberufe-Ausweise, elektronische Patientenakte & Co. Denn deren fristgemäße Erfüllung ist während der vielen Monate der Corona-Pandemie bereits jetzt zur reinen Farce verkommen!“

→ zur Unterstützung
durch die KV Bremen

„Die KV Bremen unterstützt ihre Mitglieder bei der Digitalisierung, indem sie ergänzend zu den hierzu bereits zur Verfügung gestellten Informationen und Hilfen aktuell mit ihren Beratern, Fachausschüssen und ihrer Vertreterversammlung ein Maßnahmenpaket entwickelt: Dazu gehört zum Beispiel spezieller Support für Praxen rund um die Themen von der technischen Ausstattung, Informationen über die eAnwendungen bis hin zur Unterstützung bei Datenschutz und Datensicherheit. Dabei soll auch geprüft werden, inwieweit hierzu sinnvolle Kooperationen, zum Beispiel mit Krankenkassen und staatlichen Stellen, eingegangen werden können.“

Die wichtigsten Anwendungen: DiGAs – Apps auf Rezept

DIGITALE GESUNDHEITSANWENDUNGEN

Wie Arznei-, Heil- und Hilfsmittel können auch digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung von Ärzten und Psychotherapeuten verordnet werden. Die verordneten Anwendungen müssen im Verzeichnis des Bundesinstitutes für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) gelistet sein. Ein Informationsportal für Gesundheits-Apps hat das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (ZI) online gestellt: Unter www.kvappadar.de können sich Ärzte und Psychotherapeuten kostenfrei über sämtliche in App-Stores gehosteten Gesundheits-Apps informieren.

So funktionieren digitale Gesundheitsanwendungen

→ Digitale Gesundheitsanwendungen sind Medizinprodukte niedriger Risikoklassen, die dazu bestimmt sind, die Erkennung, Überwachung, Linderung und Behandlung von Krankheiten zu unterstützen. Es handelt sich um Apps, die mit dem Smartphone oder Tablet genutzt werden können, aber auch um webbasierte Anwendungen, die über einen Internetbrowser aufgerufen werden können.

→ Mit der Verordnungsfähigkeit digitaler Gesundheitsanwendungen wurde ein zentrales Vorhaben aus dem Digitale-Versorgung-Gesetz (DVG) umgesetzt. Damit eine digitale Gesundheitsanwendung zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordnet werden kann, prüft das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM), ob eine App die vorgeschriebenen Anforderungen hinsichtlich Funktionstauglichkeit, Datenschutz und Sicherheit sowie Qualität erfüllt. Außerdem muss der Hersteller belegen, dass die Anwendung einen positiven Versorgungseffekt verspricht. Nach positiver Prüfung werden die DiGA im DiGA-Verzeichnis des BfArM gelistet. Die Listung erfolgt dauerhaft oder vorläufig, sofern der positive Versorgungseffekt in einer Erprobungsphase erst noch nachgewiesen werden muss.

So werden DiGAs verordnet

→ Der Arzt / Psychotherapeut verordnet: Ärzte und Psychotherapeuten können alle Gesundheitsanwendungen verordnen, die im laufend aktualisierten DiGA-Verzeichnis des BfArM gelistet sind, wenn sie diese zur Behandlung ihrer Patienten für zweckmäßig und medizinisch sinnvoll erachten. Die Verordnung erfolgt über das Arzneimittelrezept (Muster 16) und unter Angabe der zugeordneten Pharmazentralnummer (PZN). Sofern die Verordnungssoftware die Bezeichnung der Anwendung nicht automatisch hinzufügt, ist diese manuell einzutragen. Die Verordnungsdauer muss nicht angegeben werden, da diese bereits mittels der PZN hinterlegt ist. Die Möglichkeiten der Verordnungen über das Muster 16 beschränkt sich für die Psychologischen Psychotherapeuten allein auf die digitalen Gesundheitsanwendungen. Arznei- und Hilfsmittel dürfen weiterhin nur von den niedergelassenen Vertragsärzten verordnet werden. Die Patienten wenden sich mit der Verordnung dann an ihre Krankenkasse: Diese generiert einen Rezept-Code. Danach laden sich die Patienten die Anwendung im jeweiligen App-Store herunter und geben den Code ein.

→ Versicherte wenden sich an ihre Krankenkasse: Versicherte können auch einen Antrag auf Kostenübernahme für eine DiGA bei ihrer Krankenkasse stellen. Dazu muss der Versicherte eine entsprechende Indikation nachweisen, die ihm oder der Krankenkasse vorliegen. Ärzte oder Psychotherapeuten müssen dafür keine Nachweise erbringen oder Befunde zusammenstellen. Aber auch hier gilt: Die Krankenkassen übernehmen nur die Kosten für Gesundheitsanwendungen, die im DiGA-Verzeichnis aufgeführt sind.

→ Diese „Apps auf Rezept“ wurden in Bremen am häufigsten genehmigt

In der ersten Jahreshälfte 2021 sind bei der AOK Bremen/ Bremerhaven insgesamt 31 Anträge auf Kostenübernahme von DiGAs genehmigt worden. Ein einzelner Antrag wurde abgelehnt. Die Top 3 der „Apps auf Rezept“ bilden mit jeweils acht genehmigten Anträgen:

→ Zanadio (Adipositas)

→ Kalmeda (Tinnitus)

→ Vivira (Osteochondrose, Gon- und Coxarthrose)

Auf Platz 4 folgt mit drei Genehmigungen:

→ Somnio (Ein- und Durchschlafstörungen)

So wird die ärztliche Leistung vergütet

Abrechnung DiGA

→ Für die Vergütung der Verordnung von DiGA wurden zum 01. Januar 2021 zwei neue GOP in den EBM aufgenommen. Die beiden neuen GOP werden für zwei Jahre extra-budgetär vergütet.

Erstverordnung

→ Für die Erstverordnung einer DiGA kann die GOP 01470 (18 Punkte/ 2 Euro) abgerechnet werden.

→ Die GOP ist einmal im Behandlungsfall berechnungsfähig, außer dem Patienten werden mehrere DiGA verordnet. In diesem Fall muss im freien Begründungstext (Feldkennung 5009) die verordnete DiGA benannt werden.

Weitere Leistungen

→ Für die App „somnio“ (zur Behandlung von Ein- und Durchschlafstörungen) kann zusätzlich zu der GOP 01470 die GOP 01471 (64 Punkte/ 7,12 Euro) für die Verlaufskontrolle und Auswertung abgerechnet werden.

→ Die GOP 01471 ist einmal im Behandlungsfall ausschließlich von folgenden Fachgruppen berechnungsfähig:

- Hausärzte
- Gynäkologen
- HNO-Ärzte
- Kardiologen
- Pneumologen
- Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt
- Fachärzten beziehungsweise Psychotherapeuten, die Leistungen nach Kapitel 16, 21, 22 und 23 EBM abrechnen

→ Die GOP kann ebenfalls abgerechnet werden, wenn die Verlaufskontrolle und Auswertung im Rahmen einer Videosprechstunde erfolgt. Finden im Quartal ausschließlich Arzt-Patienten-Kontakte im Rahmen einer Videosprechstunde statt, ist der Behandlungsfall zusätzlich mit der GOP 88220 zu kennzeichnen.

→ Die durch das BfArM zugelassenen Anwendungen werden in dem DiGA-Verzeichnis gelistet (Stand 30. Juni: 17 Anwendungen): <https://diga.bfarm.de/de/verzeichnis>

Das sagen die Vorstände der KV Bremen

DR. BERNHARD ROCHELL,
PETER KURT JOSENHANS

→ zu den Digitalen Gesundheitsanwendungen

„DiGAs können für Vertragsärzte und –psychotherapeuten in Zukunft unter Umständen zu wertvollen Hilfen werden. Diagnostische und therapeutische Prozesse können unterstützt oder sinnvoll ergänzt und Compliance verbessert werden. Die Arbeit der Vertragsärzte und Psychotherapeuten können diese aber keinesfalls ersetzen. Bei der Zulassung von DiGAs darf nicht politischer Aktionismus, sondern muss der Patientennutzen der entscheidende Taktgeber sein!“

Die wichtigsten Anwendungen: ePA, E-Rezept & eHBA

ELEKTRONISCHE PATIENTENAKTE

Die elektronische Patientenakte (ePA) ist das zentrale Element der vernetzten Gesundheitsversorgung und der Telematikinfrastruktur. Sie soll die bisher an verschiedenen Orten wie Praxen und Krankenhäusern abgelegten Patientendaten digital zusammentragen. Damit liegen alle Informationen wie Befunde, Diagnosen, Therapiemaßnahmen, Behandlungsberichte, den Medikationsplan und den Notfalldatensatz auf einen Blick vor und können Ärzten, Therapeuten und Apothekern zur Verfügung gestellt werden.

So funktioniert die ePA

→ Ab dem 1. Juli 2021 müssen alle Vertragsärzte die ePA lesen und befüllen können. Arztseitige Voraussetzungen dafür sind:

- Anbindung an die Telematikinfrastruktur
- Update Konnektor auf ePA-Konnektor (PTV 4)
- ePA-Modul in Ihrem Praxisverwaltungssystem
- eHBA G2
- Eingabe der Patienten-PIN für Zugriff auf die ePA

→ Die ePA ersetzt nicht die Kommunikation unter den Ärzten oder zu anderen Einrichtungen des Gesundheitswesens. Sie kann Befunde, Diagnosen, Therapiemaßnahmen, Behandlungsberichte, den Medikationsplan und den Notfalldatensatz enthalten. Ab 2022 kommen weitere, heute nur in Papierform vorhandene Dokumente hinzu: Impfpass, Mutterpass, Kinder-Untersuchungsheft, Zahnärztliches Bonusheft. Auch Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen und Rezepte können dann in der ePA abgelegt werden.

So wird die ePA abgerechnet

Erstbefüllung der ePA

→ 10 Euro je ePA (für das Jahr 2021 laut Gesetz). Der konkrete Abrechnungsweg wird derzeit noch mit dem GKV-Spitzenverband verhandelt.

Erfassen, Verarbeiten, Speichern von Daten auf der ePA

→ GOP 01647 (1,67 Euro / 15 Punkte): Sie beinhaltet die Erfassung und/oder Verarbeitung und/oder Speicherung medizinischer Daten aus dem aktuellen Behandlungskontext in der ePA. Sie wird als Zusatzpauschale zu den Versicherten-, Grund- und Konsiliarpauschalen sowie den Leistungen des Abschnitts 1.7 (ausgenommen in-vitro-diagnostische Leistungen) gezahlt. Sie ist einmal im Behandlungsfall (= Quartal) berechnungsfähig. Sie ist nicht berechnungsfähig, wenn im selben Behandlungsfall die Pauschale für die sektorenübergreifende Erstbefüllung (10 Euro) abgerechnet wird

→ GOP 01431 (33 Cent / 3 Punkte): Sie umfasst Versorgungsszenarien mit ärztlichen Tätigkeiten im Zusammenhang mit der ePA, in denen keine Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale berechnet wird. Die GOP 01431 wird als Zusatzpauschale zu den GOP 01430 (Verwaltungskomplex), 01435 (Haus-/Fachärztliche Bereitschaftspauschale) und 01820 (Rezepte, Überweisungen, Befundübermittlung) gezahlt. Sie ist höchstens viermal im Arztfall berechnungsfähig und – mit Ausnahme der GOP 01430, 01435 und 01820 – im Arztfall nicht neben anderen GOP und nicht mehrfach am selben Tag berechnungsfähig.

ELEKTRONISCHES REZEPT

Seit dem 1. Juli 2021 läuft in ausgewählten Praxen ein Feldtest zur Ausstellung von e-Rezepten. Ab dem 1. Oktober, sollen Ärzte auch bundesweit auf freiwilliger Ebene E-Rezepte ausstellen können. Das E-Rezept wird ausschließlich digital erstellt und signiert. Der Zugang dazu über einen Rezeptcode kann digital oder per Ausdruck erfolgen. Es kann bei jeder Apotheke eingelöst werden.

ELEKTRONISCHER HEILBERUFSAUSWEIS

Für zahlreiche digitale Anwendungen in der Praxis ist der elektronische Heilberufsausweis (eHBA, eArztausweis) erforderlich. Praxisärzte müssen nachweisen, dass sie den eHBA bis zum 30. Juni 2021 bestellt haben, andernfalls drohen Honorarkürzungen.

So funktioniert das eRezept

→ Ab dem 1. Januar 2022 müssen Vertragsärzte und Patienten das elektronische Rezept bei der Verordnung von apothekenpflichtigen Arzneimitteln über die gesetzliche Krankenversicherung nutzen.

→ Elektronische Verordnungen für GKV-versicherte Selbstzahler sind auch als eRezept möglich. Prüfen Sie, ob die potenziell beliefernde Apotheke in der Lage ist, eRezepte zu verarbeiten.

- Anbindung an die Telematikinfrastruktur
- Update Konnektor auf ePA-Konnektor (PTV4)
- eRezept-Modul in Praxissoftware
- eHBA G2 für die Signatur des eRezepts
- Patienten-PIN der eGK
- Für den Patienten die Patienten-App
- Drucker mit Auflösung von 300 dpi für den Token-Ausdruck

Dafür brauchen Sie den elektronischen Heilberufsausweis

→ Unter anderem ist der eHBA Voraussetzung, um folgende Anwendungen durchzuführen

- Notfalldatenmanagement
- elektronischer Arztbrief
- elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (ab 1. Oktober 2021)
- elektronisches Rezept (ab 1. Januar 2022)
- Laborüberweisungen
- Anforderung von Telekonsilien

→ Auch für die Anwendungen elektronischen Medikationsplan und die elektronische Patientenakte setzt der Gesetzgeber aus rechtlichen Gründen einen eHBA voraus. Für die Ausgabe sind die Landesärztekammern zuständig.

→ Der eHBA ist ein personenbezogenes Dokument. Deshalb müssen Ärzte und Psychotherapeuten für den Antrag das Post-Ident-Verfahren durchführen – nur so können sie zweifelsfrei ihre Identität nachweisen.

→ Der eHBA der Generation 2 kann über die Ärztekammer Bremen bestellt werden. Das Antragsformular und eine Anbieter-Auswahl gibt es Sie online unter www.aekhb.de

→ Sobald der Ausweis produziert ist, erhalten Sie ihn per Einschreiben zugeschickt. PIN und PUK folgen separat. Nach Erhalt muss der Ausweis innerhalb von 28 Tagen über ein Online-Portal freigeschaltet werden.

Die wichtigsten Anwendungen: Jetzt kommt die eAU!

ELEKTRONISCHE ARBEITSUNFÄHIGKEITS- BESCHEINIGUNG

Die elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (eAU) ist die digitale Version der jetzigen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung. Ursprünglich war der 1. Januar 2021 geplant, an dem alle Ärzte dazu verpflichtet gewesen wären, die eAU-Daten an die Krankenkasse über den Kommunikationsdienst KIM zu übermitteln. Dann wurde eine Übergangsfrist verhandelt, so dass der verpflichtende Startbeginn der eAU jetzt der 1. Oktober 2021 ist.

So funktioniert die elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (eAU)

→ Ab 1. Oktober 2021 wird der Versand der eAU über KIM an die Krankenkassen zur Pflicht. Arztseitige Voraussetzungen dafür sind:

- Anbindung an die Telematikinfrastruktur
- Update Ihres Konnektors – nach vorheriger Absprache mit Ihrem Softwarehaus – auf den eHealth-Konnektor (PTV3)
- KIM-Anbieter
- Zugangsdaten und E-Mailadresse für den KIM-Dienstleister (Verzeichnisdienst)
- KIM und eAU-Modul in Ihrem PVS
- eHBA G2 für die qualifizierte Signatur der eAU
- Eventuell zusätzliche Kartenterminals in Ihren Sprechzimmern

→ Finanzierung der eAU: Für die Einrichtung von KIM wird eine einmalige Pauschale von 100 Euro gewährt. Zusätzlich gibt es eine Betriebskostenpauschale von 23,40 Euro pro Quartal.

→ Mit der Verpflichtung der eAU ab dem 1. Oktobert wird der Formularversand eingestellt und gilt dann nur noch für eine Übergangszeit. Die Praxis stellt die eAU aus und stellt den Ausdruck für den Patienten her. Ab dem 1. Juli 2022 müssen die Arbeitgeber die eAU von den Kassen elektronisch abholen.

Systemupdate im September

→ Genau wie das Papier (Muster 1) muss auch die eAU unterschrieben werden. Damit wird die elektronische Signatur zum Arbeitsalltag der Ärzte gehören. Die Übermittlung erfolgt über den elektronischen, sicheren, Nachrichtendienst KIM der Telematikinfrastruktur.

→ Die Erstellung muss im PVS erfolgen. Deshalb gibt es Ende September ein großes Funktions-Update, das am 1. Oktober 2021 in den Praxen sicher beherrscht werden muss.

→ Wenn alles fehlerfrei läuft, ist die Erstellung der eAU in der Theorie ganz einfach: Generieren Sie im PVS die AU wie gewohnt. Neben „Drucken“ erscheint ein neuer Button „an Kasse senden“, darauf bitte klicken. Es erscheint eine Aufforderung, den eHBA in das Terminal zu stecken und die PIN einzugeben. Bitte beeilen, die Zeit läuft ab – das sehen Sie an einem Balken auf dem Display. Erstellen Sie gegebenenfalls für den Patienten den gewünschten Ausdruck oder stellen Sie ihm die eAU digital zur Verfügung.

Beratungsbedarf steigt

→ In der Praxis rechnet die KV Bremen bei der Umstellung auf die eAU jedoch mit einem erhöhten Beratungsbedarf. Zum einen stellt die elektronische Unterschrift eine gewaltige Änderung im Praxisablauf dar. Zum anderen müssen zur Übermittlung der elektronischen Nachrichten fehlerfreie Empfänger- und Absenderadressen vorliegen – hier ist der Nachholbedarf noch enorm: Im Verzeichnisdienst VZD, der als eine Art Telefonverzeichnis aller Teilnehmer im Gesundheitswesen seit Ende 2020 im Aufbau ist, haben für Bremen erst 50 Prozent der Praxen einen Eintrag (Stand: 7. Juli 2021), davon sind 15 Prozent fehlerhaft. Die aus den Zertifikaten der Praxisausweise übertragenen Daten werden bei der eAU mit den KIM-Adressen kombiniert.

→ Pro Jahr wird in Deutschland mit 77.000.000 eAU gerechnet (Quelle: GKV-Spitzenverband). Auf Bremen heruntergebrochen wären das 3.500 pro Arbeitstag – es handelt sich also um eine echte Hochfrequenzanwendung. Wenn dabei nur 90 Prozent der Daten korrekt sind, könnten allein in Bremen täglich 350 fehlerhafte eAUs ausgestellt werden. Ein Korrekturverfahren –Rückruf, Ersatz-eAU, Bestätigungen – ist derzeit noch in Vorbereitung.

Vielen Dank, Herr Willers!



Über 20 Jahre lang prägte er maßgeblich die Kassenärztliche Vereinigung Bremen und ihre Erfolge in seiner Funktion als Leiter der Vertragsabteilung: Oltmann Willers. Ende Juni ist er jetzt in den Ruhestand gegangen. Zum Abschied gab es für Oltmann Willers Geschenke von der Mitarbeiterschaft und eine Würdigung durch die Vorstände der KV Bremen Dr. Bernhard Rochell und Peter Kurt Josenhans. „Die warmen Worte und tollen Geschenke haben mich sehr gefreut, und da alle so zahlreich erschienen sind, war dies ein wunderschöner Tag für mich“, sagt Willers zum Abschied. Sein Nachfolger als Abteilungsleiter Vertragswesen ist seit dem 1. Juni Matthias Metz (→ Seite 56), dem Oltman Willers alles Gute und viel Erfolg wünscht. Die KV Bremen bedankt sich bei Oltmann Willers für die vielen Jahre der guten Zusammenarbeit und wünscht für den wohlverdienten Ruhestand alles Gute!

#Patient: So nutzen Sie Social Media für Ihren Praxisbetrieb

Katalysiert durch Corona integrieren wir Social Media mehr und mehr in unseren Alltag. In Deutschland allein nutzen 38 Millionen Menschen die Online-Netzwerke, das sind 45 Prozent der Bevölkerung. Ärzte und Psychotherapeuten können das nutzen.



⇒ Social Media kann Ihrer Praxis – richtig eingesetzt – einen Mehrwert bieten: Sie können die Patientenkommunikation vereinfachen, sich als attraktiven Arbeitgeber für potentielle Mitarbeiter präsentieren oder aber Patienten und Kollegen mit interessanten Inhalten begeistern.

Dabei ist Konsistenz der Schlüssel. Es ist nicht wichtig, auf allen Plattformen vertreten zu sein. Vielmehr ist es essenziell, sich zielgruppenorientiert für eine oder mehrere Plattformen zu entscheiden, sofern Sie diese regelmäßig bespielen. Die laufende Interaktion mit anderen Usern und die Reaktion auf Anfragen und Kommentare sind elementar. Wird Ihre Social-Media-Präsenz nicht regelmäßig für neue Inhalte genutzt, wird der Algorithmus Sie nicht mehr auf den ersten Plätzen Ihrer Follower platzieren. Posten Sie mindestens ein Mal pro Woche.

Ebenso spielt der Zeitfaktor eine große Rolle. Regelmäßig hochwertigen, neuartigen Content zu veröffentlichen, kostet Zeit. Es lohnt sich, einen konkreten Redaktionsplan für jedes Quartal im Voraus zu erstellen und ein Teammitglied

als Social-Media-Beauftragten einzusetzen. Ein paar Inhalte kann man schon im Vorhinein erstellen und mit sog. Social-Media-Management-Tools (wie Later, Buffer, Agora Pulse, Sprout Social oder Hootsuite) vorab programmieren und automatisch veröffentlichen lassen. So haben Sie unter der Woche nicht den Stress, sich hierum kümmern zu müssen.

Gerade in der andauernden Pandemie kommunizieren Praxen vermehrt über soziale Medien mit ihren Patienten. Diese erhalten so Einblicke in das Praxisgeschehen und erfahren in Zeiten des stetigen Wandels von Neuigkeiten in der Praxis (von COVID-Updates über Änderungen der Öffnungszeiten bis hin zu Urlaubszeiten). Gleichzeitig bietet es potenziellen Patienten die Chance, das Team sowie die Abläufe Ihrer Praxis kennenzulernen. Durch diese Transparenz räumen Sie etwaige Sorgen im besten Fall bereits im Vorfeld aus. Diese Art des digitalen Erstkontaktes stellt einen sehr nahbaren Ansatz dar, da der Patient von Zuhause einen Blick hinter Ihre Kulissen werfen kann. So entwickeln Sie Ihre Social-Media Strategie:

Was und wen möchten Sie mit Social Media für Ärzte erreichen?

Die Auswahl zwischen den verschiedenen Portalen gestaltet sich als kompliziertes Unterfangen. Bei der Menge an sozialen Netzwerken ist es wichtig, sich zu fragen, wen Sie erreichen wollen und was Ihr Ziel ist. Den Möglichkeiten sind keine Grenzen gesetzt. Sie können sowohl Neupatienten als auch potenzielle Mitarbeiter durch Social-Media-Portale erreichen. Durch sogenanntes Employer-Branding können Sie nämlich durch einen gelungenen Online-Auftritt potentielle Mitarbeiter begeistern und sich als attraktiver Arbeitgeber positionieren.

Die Festlegung der Zielgruppe spielt eine elementare Rolle. Definieren Sie Ihre Zielgruppe klar und richten Sie Ihre Social-Media-Strategie daran aus. Hierbei ist es essenziell, sich konkrete, messbare, aber auch realistische Ziele zu setzen, die in einem bestimmten Zeitraum zu erreichen sind. Das kann zum Beispiel sein, bis zum Ende des Quartals die Follower-Zahl um 200 zu erhöhen oder durch-

schnittlich 40 Likes pro Posting zu erreichen oder mind. 5 Kommentare zu erhalten oder bis zum Ende des Jahres, die Followerzahl um 10% zu erhöhen.

Halten Sie Ihr Ziel oder Ihre Ziele schriftlich fest und setzen sich spätestens nach Ablauf dieses Zeitraums hin und überprüfen Sie die Ergebnisse. Schauen Sie in die Analysen Ihres Profils. Was hat funktioniert, was hat nicht funktioniert und warum? Wie sieht es bei den Wettbewerbern aus? Gerne sind wir Ihnen dabei natürlich behilflich.

Wo erreiche ich meine Zielgruppe?

Von Facebook über Instagram bis hin zu TikTok ist alles möglich. Sie haben die Wahl! Abhängig von der Zielgruppe sind Social-Media-Plattformen jedoch unterschiedlich effektiv. Ältere Menschen erreichen Sie über andere Netzwerke als junge Patienten. Je klarer das Bild Ihres Wunschpatienten ist, umso einfacher ist es, die Social-Media-Strategie daran auszurichten.



Instagram

Instagram ist neben Facebook das beliebteste Soziale Netzwerk. Bei Instagram liegt der Fokus auf visuell ansprechenden Fotos und Videos. Es eignet sich besonders dafür, auf unkomplizierte Art und Weise nicht nur Fotos oder Videos mitsamt einer Bildunterschrift zu veröffentlichen, sondern auch sogenannte Storys. In den Storys können kurze Videos oder Fotos hochgeladen und beispielsweise mit Musik hinterlegt werden. Genauso können Sie hier Umfragen erstellen, Patienten Fragen stellen lassen oder Ihr neues Posting bekannt machen. Sie können die Story-Funktion auch nutzen, um Ihre Praxis und Ihre Leistungen vorzustellen, oft gestellte Fragen von Patienten zu beantworten oder Blogartikel zu bewerben.

Instagram Stories sind für Ihre Follower 24 Stunden sichtbar und können zusätzlich im Profil gespeichert werden. Die Story-Funktion ermöglicht Ihnen, Ihre Patienten aktiv werden zu lassen und stärkt so den Dialog und die Patientenbindung.



Facebook

Bei Facebook kann auf unkomplizierte Art und Weise eine Praxisseite erstellt werden. Dieses Netzwerk eignet sich aufgrund der hohen Mitgliederzahl zur Zielgruppenerweiterung. Auf Ihrem Praxisprofil können Sie von Praxisinformationen bis hin zu automatischen Antworten auf Patientenfragen viele Möglichkeiten nutzen. Ebenso bietet Facebook eine Bewertungsfunktion und eignet sich besonders für öffentlichkeitswirksame Aktionen, wie zum Beispiel einem Aufruf nach Stammzellspenden. Ein Post kann unkompliziert mit dem gesamten eigenen Netzwerk geteilt und dann weiter verbreitet werden. Auch Facebook bietet die Storyfunktion an. Hier können – ähnlich wie bei Instagram – für 24 Stunden sichtbare Inhalte veröffentlicht werden.



Twitter

Twitter stellt ebenfalls ein beliebtes Medium dar, ist aber aufgrund der begrenzten Wortanzahl pro Tweet eher geeignet, um Links oder kurze Statements oder Neuigkeiten zu veröffentlichen.



YouTube

YouTube ist ein Social-Media-Kanal auf dem man Videos veröffentlichen kann. Dies wird noch nicht von so vielen Ärzten und Praxen genutzt. Somit ist es möglich, hier einen eventuellen Vorsprung zu nutzen und auszubauen. Es bietet sich an, Videos zu posten, in denen Sie Ihre Kernkompetenzen erläutern. Als Zahnarzt könnten Sie beispielsweise den Aufbau eines Zahnimplantates zu erklären oder die Vorgehensweise bei einem Bleaching. Dermatologen könnten Patienten über den idealen Lichtschutzfaktor in Tagescremes aufklären oder Orthopäden über den Aufbau der Wirbelsäule. Lassen Sie Patienten durch dieses Medium an Ihrem Fachwissen teilhaben und geben Sie hier Antworten auf häufig gestellte Fragen.



TikTok

TikTok ist ein relativ neues chinesisches Videoportal, das sich nun auch in unseren Breiten an immer größerer Beliebtheit erfreut. Es ist als App verfügbar und wird hauptsächlich für die Erstellung von Kurzvideos benutzt. Sie können sich das wie die Instagram Stories vorstellen. Einige wenige Praxen benutzen dieses Medium bereits und veröffentlichen dort kurze Videoclips mit Inhalten aus ihrem Praxisalltag. Bisher ist TikTok jedoch hauptsächlich bei einer jungen Zielgruppe beliebt und wird meist informell genutzt. Sie sollten die Entwicklung jedoch beobachten, da sich das schnell ändern kann. Denn der Trend geht immer mehr in Richtung Videoformat.

Achten Sie auf diese 4 Stolperfallen!

So sehr Sie mit der richtigen Social-Media-Strategie für Ärzte von den sozialen Netzwerken profitieren können, gibt es im Netz ein paar Stolperfallen.

1. Datenschutz und Schweigepflicht

Wie immer gilt, der Datenschutz Ihrer Patienten hat oberste Priorität! Patienten müssen immer um Erlaubnis gefragt werden, wenn Daten oder Krankengeschichten verwendet werden und auch durch Informationen aus verschiedenen Plattformen dürfen keine Rückschlüsse auf die Person möglich sein. Im besten Fall lassen Sie sich das Einverständnis sogar schriftlich geben. Ein Beispiel aus der Praxis ist die Verwendung von Vorher-Nachher-Fotos. Sie können durch die Verwendung dieser Bilder potentielle Neupatienten von Ihrer Arbeit überzeugen und mit Zustimmung des Patienten beispielsweise Bilder einer gelungenen Zahnkorrektur, Schönheitsoperation oder Narbentfernung veröffentlichen.

2. Trennung von Beruf- und Privatleben

Ihr Privatleben sollte von Ihrem Berufsleben in den sozialen Netzwerken strikt getrennt sein. Legen Sie ein Praxisprofil an und verweisen Sie darauf, falls Patienten Ihnen persönliche Freundschaftsanfragen schicken sollten. Letztendlich bleibt es Ihnen überlassen, wie privat Sie sich auf Ihrem Praxisprofil zeigen möchten. Selbstverständlich freuen sich Patienten über Nahbarkeit und Menschlichkeit. Wichtig ist hier nur, das professionelle Verhältnis zu wahren und eine klare Grenze zu Ihrem Privatleben zu ziehen.

3. Umgangston beachten

Entsprechend dem ärztlichen Berufsrecht, sollte ein höflicher Umgangston eine Selbstverständlichkeit sein. Beleidigungen oder unsachliche Kritik an der Arbeit Ihrer Kollegen sollten unter allen Umständen unterlassen werden. Nicht nur sind solche Äußerungen berufswidrig, gleichzeitig werfen Sie ein schlechtes Licht auf Sie.

4. Fernbehandlungsverbot

Prinzipiell ist es Ihnen untersagt, persönliche Diagnosen ausschließlich über digitale Kommunikationsmittel zu stellen. 2018 wurde zwar eine Lockerung des Fernbehandlungsverbotes für Ärzte umgesetzt, bis zum Lockdown war die Online-Sprechstunde allerdings die Ausnahme in deutschen Praxen. Es ist zu beachten, dass Sie abgesehen von der Videosprechstunde über die sozialen Netzwerke keine gesundheitlichen Fragen für Patienten beantworten sollten. Nicht nur sind soziale Medien keine angemessene Kommunikationsform für höchstpersönliche Belange, ebenso ersetzt der Kontakt hier keinen persönlichen Arztbesuch oder ein direktes Gespräch.

TSVG-Leistungen: So rechnen Sie die Zuschläge ab

Im Umfeld des im Juni beschlossenen Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (GVWG) wurde ein deutliches Signal dafür gesetzt, dass die extrabudgetäre Vergütung von TSVG-Leistungen auch längerfristig ein fester Bestandteil der Honorierung bleibt. Hier erklären wir, welche TSVG-Fälle es gibt und wie sie für die Abrechnung gekennzeichnet werden müssen.

↳ Im Rahmen aktueller Gesetzesvorhaben ist vom Deutschen Bundestag Ende Juni eine kleine, aber sehr entscheidende Änderung bei der Bereinigung von TSVG-Leistungen beschlossen worden: Der Bewertungsausschuss wurde damit beauftragt, ein neues Korrekturverfahren für die TSVG-Leistungen „Neupatient“ und „Offene Sprechstunde“ ab dem 3. Quartal 2021 zu beschließen.

Dabei soll der Leistungsbedarf ermittelt werden, um den die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung für jede Kasenärztliche Vereinigung zusätzlich zu bereinigen ist. Die Bemessungsgrundlage je KV-Bezirk soll zum Beispiel bei der TSVG-Leistung „Neupatient“ die jeweiligen historischen Abrechnungsdaten aus der Zeit vor Inkrafttreten des TSVG (2016 bis 2018) sein – also unabhängig davon, wie viele Neupatienten im aktuellen Quartal tatsächlich als TSVG-Leistung abgerechnet wurden.

Die gesetzliche Regelung sieht weiter vor, dass ab dem 1. Juli 2021 die TSVG-Leistungen TSS-Terminfall, TSS-Akutfall, HA-Vermittlungsfall, Neupatient und Offene

Sprechstunde bei der Abrechnung gekennzeichnet werden müssen.

Mit diesen Beschlüssen werden die TSVG-Leistungen für die Praxen aktuell noch relevanter – lesen Sie deshalb hier eine Übersicht über die Vermittlungsarten und ihre Kennzeichnung. Grundsätzlich gilt: TSVG-Leistungen für Patienten werden extrabudgetär vergütet. Die Kennzeichnung der unterschiedlichen Konstellationen erfolgt im Praxisverwaltungssystem (Feldkennung 4103):

1 = TSS-Terminfall	abrechenbar seit Mai 2019
2 = TSS-Akutfall	abrechenbar seit Januar 2020
3 = HA-Vermittlungsfall	abrechenbar seit Mai 2019
4 = Offene Sprechstunde	abrechenbar seit Sept. 2019
5 = Neupatient	abrechenbar seit Sept. 2019

TSS-Terminfall

→ Beim TSS-Terminfall müssen neben der Kennzeichnung der TSVG-Vermittlungsart zusätzlich der Vermittlungscode und das Datum der ersten Kontaktaufnahme bei der Terminservicestelle mit angegeben werden. Der Vermittlungscode (12-stellige Zahlen/Buchstaben-Kombination) wird in das dafür vorgesehene Feld „Vermittlungscode“ (Feldkennung: 4114) eingepflegt. In das KDTV-Feld 4115 „Datum der Kontaktaufnahme bei der TSS“ wird entsprechend das Datum der ersten Kontaktaufnahme angegeben.

→ Beide Informationen erhalten Sie entweder über die automatisierte Terminbenachrichtigung, oder sind direkt im eTerminservice beim passenden gebuchten Termin einsehbar. Bei überweisungspflichtigen Fachrichtungen befindet sich der Vermittlungscode zusätzlich auf der Überweisung. Sofern Sie die Schnittstelle TSS-Abrechnungsinformation eingerichtet haben, sollten diese Informationen automatisch in Ihr PVS eingepflegt werden.

GOP FÜR ZUSCHLÄGE NACH EINER TSS-TERMINVERMITTLUNG

- Seit 2019 erhalten Ärzte und Psychotherapeuten für Patienten, die über die Terminservicestelle (TSS) vermittelt wurden, zusätzlich einen extrabudgetären Zuschlag auf die Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale von bis zu 50 Prozent.
- Für jede Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale wurde dazu eine GOP als „Zusatzpauschale TSS-Terminvermittlung“ im EBM (EBM-Kapitel 3 bis 27 sowie EBM-Abschnitt 30.7 Schmerztherapie; ohne Kapitel 12 Labormedizin und 19 Pathologie) aufgenommen.
- Die Zuschläge müssen von Ärzten und Psychotherapeuten zusätzlich mit den Buchstaben A, B, C oder D gekennzeichnet werden, je nach der Wartezeit, die zwischen dem Anruf des Versicherten bei der TSS und dem Behandlungstermin liegt.
- Die Terminservicestelle teilt Ihnen den Tag mit, an dem sich der Patient an die TSS gewandt hat. Die Terminbenachrichtigung wurde dafür um das Datum des ersten Vermittlungsversuchs erweitert. Sollten Sie aktuell keine Terminbenachrichtigungen erhalten, sehen Sie hier, wie Sie diese im eTerminservice aktivieren können: www.kvhb.de/tss-terminbenachrichtigung
- Sämtliche GOP für Zuschläge nach TSS-Terminvermittlung gibt es online: www.kvhb.de/tsvg-so-werden-die-zuschlaege-fuer-vermittelte-patienten-abgerechnet

	Anzahl der Tage ab Kontaktaufnahme des Versicherten zur TSS bis zum Tag der Behandlung	Kennzeichnung der Vermittlungsart	Zuschlag auf die jeweilige altersgruppenspezifische Versicherten-, Grund- bzw. Konsiliarpauschale
A	24 Stunden	TSS-Akutfall*	50 Prozent
B	1. bis 8. Tag	TSS-Terminfall	50 Prozent
C	9. bis 14. Tag	TSS-Terminfall	30 Prozent
D	15. bis 35. Tag	TSS-Terminfall	20 Prozent

*Der TSS-Akutfall setzt voraus, dass am Telefon der 116117 eine medizinische Ersteinschätzung der Dringlichkeit erfolgt ist.

→ TSS-Akutfall

→ Patienten, die wegen akuter Beschwerden die 116117 wählen, werden mittels eines standardisierten medizinischen Ersteinschätzungsverfahrens (SmED) in die richtige Versorgungsebene vermittelt.

→ Für sogenannte Akutfälle, die laut Ersteinschätzung innerhalb von 24 Stunden ärztlich versorgt werden müssen, bekommt der behandelnde Arzt alle Leistungen im Arztgruppenfall extrabudgetär vergütet sowie einen Zuschlag in Höhe von 50 Prozent auf die Versicherten-, Grund- und Konsiliarpauschale.

→ Der Fall ist als TSS-Akutfall in der Praxissoftware zu

kennzeichnen mit der Vermittlungs-/Kontaktart „2 = TSS-Akutfall“ (Feldkennung 4103).

→ Sollte ein Vermittlungscode vorliegen, ist dieser in der Abrechnung anzugeben. Dazu wird das Freitextfeld „ergänzende Information zur TSVG Vermittlungs-/Kontaktart (Feldkennung 4105) genutzt.

→ Die GOP ist einmal im Arztgruppenfall berechnungsfähig, sofern der vermittelte Termin spätestens am Tag nach Kontaktaufnahme des Versicherten bei der TSS und der Einschätzung als TSS-Akutfall stattfindet.

PT-Termine melden!

→ Ziel des Terminservice- und Versorgungsgesetzes (TSVG) ist auch die Verkürzung der Terminwartezeit für gesetzlich Krankenversicherte. Zur Erfüllung dieses gesetzlichen Auftrages und zur gerechten Verteilung zwischen allen Niedergelassenen ist es erforderlich, dass sich alle Praxen an der TSS beteiligen.

→ Aktuell ist die Nachfrage nach psychotherapeutischen Terminen sehr hoch. Um den gesetzlichen Auftrag weiterhin erfüllen zu können, bittet die KV Bremen Psychotherapeutinnen und -therapeuten um eine kurzfristige Terminmeldung: www.kvhb.de/tss

→ Für eine gerechte Verteilung der Terminanspruchnahme hat die TSS der KV Bremen fachgruppenspezifische Richtwerte auf Grundlage der Inanspruchnahme und unter Berücksichtigung der Versorgungsaufträge ermittelt. Dies betrifft:

- PT-Sprechstunden pro Woche
- PT-Akutbehandlungen pro Quartal
- Termine PT-Probatorik pro Quartal

Abrechnung:

ISABELLA SCHWEPPE

0421.34 04-300 | i.schweppe@kvhb.de

ALEXANDRA THÖLKE

0421.34 04-315 | a.thoelke@kvhb.de

TSS:

JENNIFER ZIEHN

0421.34 04-371 | j.ziehn@kvhb.de

HA-Vermittlungsfall

Annehmender Facharzt

→ Weiterbehandelnde Fachärzte erhalten die entsprechenden Leistungen im Arztgruppenfall extrabudgetär und damit in voller Höhe vergütet.

→ Der Fall ist als HA-Vermittlungsfall in der Praxissoftware zu kennzeichnen mit der Vermittlungs-/Kontaktart „3 = HA-Vermittlungsfall“ (Feldkennung 4103).

Vermittelnder Hausarzt / Kinder- und Jugendarzt

→ Haus- sowie Kinder- und Jugendärzte erhalten für die „erfolgreiche Vermittlung“ eines „dringenden“ Facharzttermins zehn Euro (93 Punkte) extrabudgetär.

→ Neben der GOP 03008/04008 ist im Feld „(N)BSNR des vermittelten Facharztes (Feldkennung 5003) die Betriebsstättennummer der Praxis anzugeben, an die der Patient vermittelt wurde.

→ Die GOP ist berechnungsfähig, wenn der erfolgreich vermittelte Facharzttermin innerhalb von vier Kalendertagen liegt, nachdem der Hausarzt eine Behandlungsnotwendigkeit festgestellt hat.

→ Die GOP ist mehrfach berechnungsfähig, wenn der Patient in demselben Quartal durch denselben Arzt zu unterschiedlichen Arztgruppen vermittelt wird. Sie ist nicht berechnungsfähig, wenn der vermittelte Patient bei demselben Facharzt im laufenden Quartal bereits behandelt wurde.

→ Der Hausarzt erhält den Zuschlag unabhängig davon, ob der Patient den Termin auch tatsächlich wahrgenommen hat.

→ Zur Info: Die Betriebsstättennummer der einzelnen Praxen finden Hausärzte in der Kollegensuche im Sicheren Netz – auch erreichbar über die Telematikinfrastruktur: <https://portal.kv-safenet.de>

➔ Offene Sprechstunde

→ Augenärzte, Chirurgen, Frauenärzte, HNO-Ärzte, Hautärzte, Kinder- und Jugendpsychiater, Nervenärzte, Neurologen, Orthopäden, Psychiater und Urologen müssen mindestens fünf Stunden pro Woche als offene Sprechstunde ohne vorherige Terminvereinbarung anbieten (bei vollem Versorgungsauftrag, sonst anteilig).

→ In der offenen Sprechstunde werden alle Leistungen im Arztgruppenfall extrabudgetär und damit in voller Höhe vergütet – für bis zu fünf offene Sprechstunden je Kalenderwoche. Dafür hat der Bewertungsausschuss eine Obergrenze eingeführt: Diese liegt bei 17,5 Prozent der Arztgruppenfälle einer Arztpraxis des Vorjahresquartals.

→ Der Fall ist als Offene Sprechstunde in der Praxissoftware zu kennzeichnen mit der Vermittlungs-/Kontaktart „4 = Offene Sprechstunde“ (Feldkennung 4103).

→ Ärzte dieser Fachgruppen müssen die Zeiten ihrer offenen Sprechstunden veröffentlichen sowie ihrer KV mitteilen. Die KVen müssen auf ihren Internetseiten ebenfalls über das Angebot an offenen Sprechstunden der betreffenden Praxen informieren. Hier können Sie Ihre offenen Sprechstunden an die KV melden: www.kvhb.de/sprechstunden-barrierefreiheit

➔ Neupatienten

→ Sucht ein Patient erstmals oder erstmals nach zwei Jahren einen Arzt auf, werden alle Leistungen in dem jeweiligen Arztgruppenfall extrabudgetär und damit in voller Höhe vergütet, begrenzt auf maximal zwei Arztgruppen in einer Praxis.

→ Der Fall ist als Neupatient in der Praxissoftware zu kennzeichnen mit der Vermittlungs-/Kontaktart „5 = Neupatient“ (Feldkennung 4103). Ausgenommen von dieser Regelung sind Anästhesisten, Humangenetiker, Labormediziner, Mund-Kiefer-Gesichts-Chirurgen, Nuklearmediziner, Pathologen, Strahlentherapeuten und Radiologen.

→ Gibt es in der Praxis mehrere Arztgruppen, gilt der Patient bei maximal zwei verschiedenen Arztgruppen als neuer Patient. Das heißt: In einer Praxis können zwei Arztgruppen, wenn der Patient von diesen nicht innerhalb der letzten zwei Jahre behandelt wurde, eine extrabudgetäre Vergütung im Arztgruppenfall erhalten. Ab der dritten behandelnden Arztgruppe ist keine extrabudgetäre Vergütung mehr möglich. Bei der Zählung ist auch die Behandlung in Selektivverträgen zu berücksichtigen, zum Beispiel nach Beendigung der Teilnahme am Selektivvertrag.

→ Auch für neu gegründete Praxen gibt es eine Ausnahme: Innerhalb der ersten zwei Jahre nach Gründung einer Praxis, gilt die extrabudgetäre Vergütung nicht.

Auf einen Blick: Das ist neu zum 1. Juli

Was hat sich zum 1. Juli 2021 für Vertragsärzte und -psychotherapeuten geändert? Einige wichtige Neuerungen haben wir hier zusammengetragen.

Arzneimittelvereinbarung

Die KV Bremen und die Krankenkassen haben sich auf die Arzneimittelvereinbarung für das Jahr 2021 verständigt. → [Landesrundschriften Juni 2021, S. 36](#)

Post-COVID-19-Syndrom

Das Post-COVID-19-Syndrom wird bei der Heilmittelversorgung bundesweit als besonderer Verordnungsbedarf anerkannt. → [S. 44](#)

DMP

Der Vertrag zum Disease-Management-Programm Diabetes mellitus Typ 1 (kurz: DM 1) ist an die geänderte DMP-Anforderungsrichtlinie angepasst worden. → [S. 47](#)

Rhesusfaktor D

Schwangere mit negativem Rhesusfaktor D können jetzt als Teil der gesetzlichen Mutterschaftsvorsorge in ihrem Blut den Rhesusfaktor D des ungeborenen Kindes genetisch bestimmen lassen. → [Landesrundschriften Juni 2021, S. 34](#)

Heilmittel-Richtgrößen

Die KV Bremen und die Krankenkassen haben sich für das Kalenderjahr 2021 auf eine Steigerung der Heilmittel-Richtgrößen für alle Fachgruppen um 11,8 Prozent verständigt. → [Landesrundschriften Juni 2021, S. 38](#)

Telekonsilium

Die GOP 01671 und 01672 (Telekonsiliarische Beurteilung) beziehen sich nun auf den Arztgruppenfall und nicht mehr jeweils auf den Behandlungsfall. → [S. 40](#)

Infusionstherapie

Die neue Leistung für die Infusionstherapie mit Sebelipase alfa ist nach der Gebührenordnungsposition (GOP) 02102 abrechnungsfähig. → [S. 37](#)

Unfallversicherung

Zahlreiche Änderungen in der Unfallversicherung (UV-GOÄ) und in dem Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger sind in Kraft getreten. → [S. 42](#)

Kryokonservierung

Maßnahmen zur Kryokonservierung von Ei- oder Spermazellen oder Keimzellgewebe wegen einer keimzellschädigenden Therapie können jetzt über den EBM abgerechnet werden. → [S. 38](#)

Vertragsportal

Mit einer neuen „Single Sign-on“-Funktion können Benutzer ab sofort die IVPnet und das KVHB-Vertragsportal bequem mit einer Einmalanmeldung nutzen. → [Landesrundschriften Juni 2021, S. 40](#)

Migräneprophylaxe

Die Wirkstoffe zur Migräneprophylaxe Amitriptylin und Topiramate, Vitamin B 6 und Lipidsenker können unter bestimmten Voraussetzungen verordnet werden. → [S. 45](#)

Zweitmeinung

Das Einholen einer Zweitmeinung ist jetzt auch im Rahmen einer Videosprechstunde möglich. → [S. 41](#)

VIER STELLEN UNS VOR:

DIAKO Ev. Diakonie-Krankenhaus



**Wirbelsäulenzentrum /
Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie**
Leitung: Dr. med. Martin Lewandowski
Fon 0421-6102-1501
orthopaedie@diako-bremen.de

Kompetenzen:

- :: Operative und nichtoperative Therapie von Nacken- und Rückenerkrankungen / -verletzungen
- :: Minimalinvasive Operationsverfahren an der Wirbelsäule
- :: Bandscheibenschäden an Hals-, Brust- und Lendenwirbelsäule
- :: Mikroskop. Dekompression bei Stenosen u. Nervenkompression
- :: Minimalinvasive und offene Stabilisierungen bei Frakturen
- :: Kyphoplastie
- :: Korrekturoperationen bei Fehlstellungen der Wirbelsäule
- :: Fusionsoperationen in Hals-, Brust- und Lendenwirbelsäule
- :: Operative Verfahren bei Tumoren und Infektionen aller Wirbelsäulenabschnitte
- :: Behandlung des Becken-Kreuzbeingelenkes
- :: Multimodale Schmerztherapie
- :: Ursachenforschung von Rückenleiden und Stufendiagnostik
- :: Neue laterale Verfahren unter Neuromonitoring – XLIF

Krankenhaus St. Joseph-Stift



**Zentrum für Geriatrie und Frührehabilitation,
Zert. klinisch-osteologisches Schwerpunktzentrum
(DVO), zert. AltersTraumaZentrum (DGU)**
Leitung: Dr. med. Anit Choudhury
Fon 0421-347-1652, achoudhury@sjs-bremen.de

Kompetenzen:

- :: Diagnostik und Therapie von Knochenerkrankungen: Wirbelkörper- und Beckenringfrakturen bei Osteoporose
- :: Therapie nach Knochenfrakturen, Hüft- oder Knieoperationen
- :: Behandlung entzündlicher und degenerativer Gelenkerkrankungen: Arthrose, Wirbelsäulenerkrankungen, rheumatische Erkrankungen
- :: Frührehabilitation nach abdominellen chirurgischen Maßnahmen
- :: Diagnostik und Therapie neurologischer Erkrankungen: Schlaganfall, NPH-Syndrom, Morbus Parkinson
- :: Diagnostik und Therapie von Gangstörungen und Sturzfolgen
- :: Strukturierte Demenzdiagnostik mit Angehörigenberatung
- :: Diagnostik und Therapie von Ernährungs- und Schluckstörungen
- :: Rehabilitation nach Herzinfarkt, Bypass-Operation, langer intensivmedizinischer Behandlung
- :: Geriatrische Tagesklinik mit Medizinischer Trainingstherapie

Roland-Klinik



**Zentrum für Schulterchirurgie, Arthroskopische
Chirurgie und Sporttraumatologie**
Leitung: Dr. med. Rüdiger Ahrens
Fon 0421-8778-372
orthopaedie2@roland-klinik.de

Kompetenzen:

- :: Gelenkerhaltende Hüfteingriffe bei Impingement
- :: Behandlung von Knorpelschäden an Knie-, Hüft-, Sprunggelenk
- :: Behandlung der Instabilität am Ellenbogen
- :: Behandlung von Bandverletzungen des Sprunggelenks
- :: Behandlung von Überlastungssyndromen durch Sport
- :: Behandlung der Osteochondrosis dissecans (OD)
- :: Behandlung von Gelenksteife
- :: Behandlung von Enge- und Impingementsyndromen
- :: Endoprothetik (Gelenkersatz) an der Schulter
- :: Behandlung von Rissen der Rotatorenmanschette
- :: Behandlung der Kalkschulter (Tendinosis calcarea)
- :: Stabilisierende OP an der Schulter bei Labrumverletzungen
- :: Behandlung von Kreuzband- und Meniskusverletzungen
- :: Behandlung der instabilen Kniescheibe (Patellaluxation)

Rotes Kreuz Krankenhaus



**Gefäßzentrum /
Aortenzentrum**
Leitung: Dr. med. Frank Marquardt
Fon 0421-5599-880
gefaesszentrum@roteskreuzkrankenhaus.de

Kompetenzen:

- :: Eingriffe an supraaortalen Gefäßen, endovaskulär und offen
- :: Behandlung von Aneurysma und Dissektion der Brust- und Bauchorta, endovaskulär und offen
- :: Therapie der pAVK, Angioplastie (PTA) und Stentimplantation
- :: Sämtliche Bypassverfahren (Aorta, Becken-/Beingefäße), auch hybrid mit endovaskulären Verfahren im neuen Hybrid-OP
- :: Therapie des diabetischen Fußes und der >chronischen Wunde<
- :: Therapie des Krampfaderleidens, klassisch und minimalinvasiv
- :: Differenzierte endovaskuläre und offene Shuntchirurgie, Vorhofverweil- und Peritonealkatheter
- :: Komplett gefäßmedizinische Diagnostik und Behandlung im interdisziplinären Team
- :: Duplexsonografie des arteriellen und venösen Systems, auch ambulant
- :: CT- oder MR-Angiografie, DSA (KM und CO₂-Technik)

Sie fragen – Wir antworten

Was andere wissen wollten, ist vielleicht auch für Sie interessant. In dieser Rubrik beantworten wir Fragen, die den Beratern der KV Bremen gestellt wurden.

Vertragsportal

Wie erstelle ich einen neuen Mitarbeiterzugang im KVHB-Vertragsportal?

Sie haben eine neue Kollegin oder einen neuen Kollegen in Ihrer Praxis und möchten einen eigenen Zugang für das Vertragsportal der KV Bremen erstellen? Mit ein paar einfachen Klicks können Sie im Menüpunkt der Benut-

zerverwaltung den neuen Zugang ganz einfach selbst erstellen. Eine Anleitung dazu hat die KV Bremen veröffentlicht unter:

www.kvhb.de/sites/default/files/vertragsportal-mitarbeiterzugang.pdf (QP)

eGK

Muss die eGK des Patienten immer eingelesen werden?

Ja. Allerdings gib es einige Ausnahmen: Das Einlesen der eGK ist nicht notwendig, wenn es sich im Behandlungsfall ausschließlich um ein Telefo-

nat, einen Videokontakt, eine Befundübermittlung oder um die Ausstellung eines Wiederholungsrezeptes oder Überweisungsscheines handelt. (A1)

Balint

Für die Genehmigung der psychosomatischen Grundversorgung muss ich 15 Doppelstunden Balint nachweisen. Welche Kurse sind anerkannt?

Die 15 Doppelstunden Balint müssen über einen Zeitraum von mindestens einem halben Jahr abgeleistet werden. Wichtig ist, dass Balintstunden bei

anerkannten Balint-Gruppenleiterinnen oder Balint-Gruppenleitern absolviert werden müssen. (QP)

Corona-Impfungen

Was ist bei der Abrechnung von Corona Schutzimpfungen bei nicht GKV-Versicherten zu beachten?

Die Impfleistungen werden über die Quartalsabrechnung mit der KV Bremen abgerechnet. Dafür wird ein ambulanter Abrechnungsschein im Ersatzverfahren mit folgenden Anga-

ben angelegt: Kostenträger Bundesamt für soziale Sicherung (BAS), VKNR: 38825, Patientendaten, Behandlungstag, GOP und Chargennummer des Impfstoffes. (A2)

Praxisberatung & Terminservicestelle der KV Bremen – Wir geben Unterstützung

Sehr geehrte Damen und Herren,

die KV Bremen stellt sich Ihnen heute mit dem neuen Team der Praxisberatung „KV vor Ort“ vor. Wir sind für Sie da, wenn Sie Beratungen rund um die folgenden Themen wünschen:

- Praxisorganisation (Praxisanalyse)
- EDV und Telematikinfrastruktur
- Hygiene
- Datenschutz
- Patienten-/
Beschwerdemanagement
- Konfliktprävention
- Aktuelles aus der Vertragsarztwelt

Unser neues Beratungsteam besteht aus den Mitarbeiterinnen Nicole Daub-Rosebrock und Orsolya Balogh, die ursprünglich aus verschiedenen Nischen des Gesundheitssektors kommen und in der KV Bremen ihr interdisziplinäres Repertoire optimal einsetzen können (siehe rechts).

Egal, ob Sie frisch zugelassen sind oder schon lange dabei sind. Wir beraten Sie gerne über Neues und gut Bewährtes rund um Ihre Praxis.

Ihre
Nicole Daub-Rosebrock,
Orsolya Balogh



oder unter praxisberatung@kvhb.de



Das neue Team der Praxisberatung „KV vor Ort“:
(von links) Nicole Daub-Rosebrock und Orsolya Balogh

Nicole Daub-Rosebrock

ausgebildete medizinische Fachangestellte und Praxismanagerin, langjährige Erfahrung als Erstkraft in Praxen verschiedener Fachrichtungen.
Tel: 0421 / 3404 - 373, Mail: n.daub@kvhb.de

Orsolya Balogh

studierte Gesundheitswissenschaftlerin und ist ausgebildete Kauffrau im Gesundheitswesen, zuvor war sie in der Abteilung Recht und Zulassung der Kassenärztlichen Vereinigung Bremen tätig.
Tel: 0421 / 3404 - 323 Mail: o.balogh@kvhb.de

Die KV vor Ort in Ihrer Praxis

Beratungen erfordern manchmal, dass wir uns ein Bild von Ihren Abläufen in der Praxis während der laufenden Sprechstunde machen oder uns die Räumlichkeiten Ihrer Praxis gemeinsam anschauen. Anschließend bringen wir Ihnen unsere Ergebnisse näher und helfen Ihnen, unsere Vorschläge alltagstauglich zu integrieren. Dabei achten wir auf die individuellen Gegebenheiten vor Ort und streben eine Erleichterung für Ihren Praxisalltag an. Darüber hinaus geben wir gerne Hilfestellung im Bereich der Telematikinfrastruktur und der aktuellen Rahmenbedingungen der Digitalisierung. In einem separaten Termin stellen wir Ihnen einen auf die Praxis zugeschnittenen Maßnahmenkatalog vor.

Meldungen & Bekanntgaben

↳ ABRECHNUNG

GOP 01641 muss pro Quartal angesetzt werden

ISABELLA SCHWEPPE
0421.34 04-300 | i.schweppe@kvhb.de

ALEXANDRA THÖLKE
0421.34 04-315 | a.thoelke@kvhb.de

GOTTFRIED ANTPÖHLER
0421.34 04-121 | g.antpoebler@kvhb.de

→ Die GOP 01641 muss weiterhin in jeder Quartalsabrechnung einmalig bei einem beliebigen Fall angesetzt werden, um die Nutzung der Anwendung des Notfalldatenmanagement (NFDm) gegenüber der KV Bremen nachzuweisen. Andernfalls kann die GOP 01641 auf weiteren Behandlungsfällen von der KV nicht automatisch zugesetzt werden.

→ Die GOP 01641 dient zur Überprüfung und Aktualisierung des Notfalldatensatzes (4 Punkte/0,44 Euro) und ist ein Zuschlag zu allen Versicherten-, Grund- und Konsiliarpauschalen mit persönlichem Arzt-Patienten-Kontakt (siehe Landesrundschriften Nr. 6 vom 10. September 2020).

↳ ABRECHNUNG

EBM: Hygienezuschläge in Höhe von 98 Mio. Euro

ISABELLA SCHWEPPE
0421.34 04-300 | i.schweppe@kvhb.de

KATHARINA KUCZKOWICZ
0421.34 04-301 | k.kuczkwicz@kvhb.de

ALEXANDRA THÖLKE
0421.34 04-315 | a.thoelke@kvhb.de

LILIA HARTWIG
0421.34 04-320 | l.hartwig@kvhb.de

→ Fachgruppenspezifische Hygienezuschläge in Höhe von 98 Millionen Euro sollen zu den Versicherten- und Grundpauschalen in den EBM aufgenommen werden. Diese Eckpunkte zur Finanzierung der gestiegenen Hygieneaufwendungen in den Vertragsarztpraxen sind vom Erweiterten Bewertungsausschuss (EBA) beschlossen worden. Nachdem ein Antrag der Ärzteseite im Bewertungsausschuss von den Krankenkassen zuvor abgelehnt worden war, hat nach vehementen Forderungen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) nun der EBA diesen finanziellen Mehrbedarf beziffert. Über die Ausgestaltung der Zuschläge müssen sich KBV und GKV-Spitzenverband jetzt verständigen.

→ Die KBV fordert seit Jahren eine kostendeckende Finanzierung der Hygienemaßnahmen in Arztpraxen. Hintergrund ist, dass durch eine Vielzahl neuer Gesetze, Vorschriften und Richtlinien die Anforderungen und damit auch die Ausgaben und Zeitaufwände für Hygiene enorm gestiegen sind. Nach einer Erhebung des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung mussten die Praxen im Jahr 2018 durchschnittlich 24.287 Euro für Hygienekosten aufwenden.

So wird Gesundheits-App „vorvida“ abgerechnet

→ Bei einer Erstverordnung der digitalen Gesundheitsanwendung (DiGA) „vorvida“ soll die bereits seit dem 1. Januar 2021 bestehende Gebührenordnungsposition (GOP) 01470 abgerechnet werden. Es werden keine gesonderten Leistungen bezüglich dieser Gesundheits-App in den EBM aufgenommen.

Aufnahme von „vorvida“ in das DiGA-Verzeichnis

→ Die Gesundheits-App „vorvida“ wurde im Mai 2021 zur Anwendung bei Patienten mit schädlichem Alkoholkonsum oder Alkoholabhängigkeit dauerhaft in das DiGA-Verzeichnis des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM; vgl. § 139e SGB V) aufgenommen.

GOP 01470 für die Erstverordnung von DiGA

→ Die Erstverordnung von Gesundheits-Apps, wie von „vorvida“, „velibra“, „somnia“, „elevida“ und „depaxis“, die dauerhaft in das DiGA-Verzeichnis des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM; vgl. § 139e SGB V) aufgenommen wurden, kann mit der bestehenden GOP 01470 (18 Punkte/ 2 Euro) abgerechnet werden.

→ Da das BfArM bereits für „velibra“, „somnia“, „elevida“ und „depaxis“ keine erforderlichen ärztlichen Leistungen im Zusammenhang mit der Versorgung der DiGA bestimmt hat, haben sich KBV und GKV-Spitzenverband darauf verständigt, dass auch für „vorvida“ keine gesonderten Leistungen in den EBM aufgenommen werden.

ISABELLA SCHWEPPE

0421.34 04-300 | i.schweppe@kvhb.de

KATHARINA KUCZKOWICZ

0421.34 04-301 | k.kuczkwicz@kvhb.de

ALEXANDRA THÖLKE

0421.34 04-315 | a.thoelke@kvhb.de

LILIA HARTWIG

0421.34 04-320 | l.hartwig@kvhb.de

Infusionstherapie mit Sebelipase alfa ist jetzt abrechenbar

→ Kinder- und Jugendärzte, die über eine Berechtigung zur Abrechnung der Abschnitte 4.4 und 4.5 EBM verfügen, sowie Internisten können die GOP 02102 (165 Punkten/ 18,36 Euro) für die Infusionstherapie mit Sebelipase alfa (Kanuma) abrechnen. Eine Untersuchung auf Antikörper gegen Sebelipase alfa kann nach der GOP 32481 (28,70 Euro) abgerechnet werden. Die Vergütung erfolgt zunächst extrabudgetär.

→ Für die Beobachtung und Betreuung eines Patienten bei der Gabe von Sebelipase alfa hat der Bewertungsausschuss keinen entsprechenden Anpassungsbedarf festgestellt, da aber eine Beobachtungsleistung unter bestimmten Bedingungen medizinisch geboten sein kann, wird die GOP 02102 in die bestehende GOP 01514 (Beobachtung und Betreuung eines Kranken bei der Gabe von Velmanase) im Abschnitt 1.5 des EBM integriert. Somit kann die GOP 01514 bei der Gabe der Medikamente Velmanase oder Sebelipase alfa abgerechnet werden.

→ Zudem wird der Bewertungsausschuss bis zum 30. September 2021 prüfen, ob Leistungsbestandteile der GOP 01510 bis 01512 (im Zusammenhang mit der Gabe von Alglucosidase alfa bei Morbus Pompe und nach subkutaner Injektion von Trastuzumab), 01514, 01516 und 01517 in eine neue Leistungsstruktur überführt werden und die Bewertung angepasst wird.

Anti-Drug-Antikörper gegen Sebelipase alfa

→ Unter einer Enzyersatztherapie mit Sebelipase alfa (Kanuma) können sich spezifische Antikörper entwickeln und eine schwere Immunreaktion auslösen oder die therapeutische Wirkung kann ausbleiben. Für diese Fälle ist eine Untersuchung auf Antikörper gegen Sebelipase alfa nach der GOP 32481 (28,70 Euro) zum 1. Juli 2021 eingeführt worden.

ALEXANDRA THÖLKE

0421.34 04-315 | a.thoelke@kvhb.de

LILIA HARTWIG

0421.34 04-320 | l.hartwig@kvhb.de

ISABELLA SCHWEPPE

0421.34 04-300 | i.schweppe@kvhb.de

KATHARINA KUCZKOWICZ

0421.34 04-301 | k.kuczkwicz@kvhb.de

Kryokonservierung von Ei- oder Samenzellen kann abgerechnet werden

→ Maßnahmen zur Kryokonservierung von Ei- oder Samenzellen oder Keimzellgewebe wegen einer keimzellschädigenden Therapie können jetzt über den EBM abgerechnet werden. Dazu wurden neue Gebührenordnungspositionen und Sachkostenpauschalen im EBM aufgenommen.

→ Mit der Kryokonservierung soll Versicherten die Erfüllung eines Kinderwunsches nach einer keimzellschädigenden Therapie ermöglicht werden. Der gesetzliche Leistungsanspruch besteht für weibliche Versicherte bis zur Vollendung des 40. Lebensjahres und männliche Versicherte bis zu Vollendung des 50. Lebensjahres, sofern die Kryokonservierung aufgrund einer Erkrankung medizinisch notwendig erscheint, um spätere Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft vornehmen zu können. Zu keimzellschädigen Behandlungen zählen insbesondere die operative Entfernung von Keimdrüsen, eine Strahlentherapie mit zu erwartender Schädigung der Keimdrüsen sowie potentiell fertilitätsschädigende Medikationen. Ob eine Therapie keimzellschädigend sein kann, entscheidet der Facharzt, der auch die Grunderkrankung diagnostiziert oder behandelt.

→ Für die Leistungen zur Kryokonservierung wurde der neue Abschnitt 8.6 in den EBM aufgenommen. Die Abbildung der Sachkosten für die Lagerung des Materials erfolgt über die Aufnahme neuer Kostenpauschalen in einem neuen Abschnitt 40.12 EBM. Für die Transportkosten wurde keine eigene Kostenpauschale, sondern eine Bestimmung in die Präambel 40.12 EBM aufgenommen, die eine gesonderte Abrechnung der Kosten für den Transport ermöglicht (als Sachkosten über die Pseudo-GOP 98999 berechnungsfähig).

Abschnitt 8.6 (Kryokonservierung von Ei- oder Samenzellen)

GOP	Bezeichnung	Bewertung
08619	Erstberatung durch den die Grunderkrankung diagnostizierenden oder behandelnden Arzt	90 Pkt./ 10,01 Euro
08621	Reproduktionsmedizinische Beratung und Aufklärung zu den dazugehörigen medizinischen Maßnahmen	128 Pkt./ 14,24 Euro
08623	Andrologische Beratung und Aufklärung bei Männern mit bestimmter Indikation	90 Pkt./ 10,01 Euro
08635	Stimulationsbehandlung zur Kryokonservierung von Eizellen	1.991 Pkt./ 221,49 Euro
08637	Ultraschallgezielte und/oder laparoskopische Follikelpunktion zur intendierten Eizellentnahme im Zusammenhang mit der Kryokonservierung von Eizellen	365 Pkt./ 40,60 Euro
08638	Zuschlag zur GOP 08637 bei ambulanter Follikelpunktion	447 Pkt./ 49,37 Euro
08639	Identifizierung von Eizelle(n) in der Follikelflüssigkeit und Beurteilung der Reifestadien der Eizelle(n) zur Kryokonservierung	157 Pkt./ 14,47 Euro
08640	Gewinnung, Untersuchung und Aufbereitung des Spermas zur Kryokonservierung	168 Pkt./ 18,69 Euro
08641	Aufbereiten und Untersuchung von Hodengewebe nach testikulärer Spermienextraktion zur Kryokonservierung	242 Pkt./ 26,92 Euro
08644	Aufbereiten und Einfrieren der/den Eizelle(n)	1.312 Pkt./ 145,95 Euro
08645	Aufbereiten und Einfrieren von Samenzellen oder Keimzellgewebe	987 Pkt./ 109,80 Euro
08646	Auftauen und Aufbereiten der/den Eizelle(n)	584 Pkt./ 64,97 Euro
08647	Auftauen und Aufbereiten von Samenzellen oder Keimzellgewebe	384 Pkt./ 42,72 Euro
08648	Spermienpräparation aus Hodengewebe nach testikulärer Spermienextraktion und Aufbereiten nach Kryokonservierung	300 Pkt./ 33,37 Euro

Abschnitt 40.2 (Sachkosten)

GOP	Bezeichnung	Bewertung
40700	Kostenpauschale für die Lagerung	68 Euro
40701	Zuschlag zur Kostenpauschale 40700 für die Lagerung unter Quarantänebedingungen	10 Euro
Präambel 40.12	Für Transportkosten wurde eine Bestimmung aufgenommen, die eine gesonderte Abrechnung mithilfe der Sachkosten Pseudo-GOP 98999 ermöglicht	

→ Die Vergütung der neu aufgenommenen Gebührenordnungspositionen (GOP) des Abschnitts 8.6 und 40.12 EBM erfolgt dauerhaft extrabudgetär.

Im Rahmen der Kryokonservierung sind folgende nach Transplantationsgesetz erforderlichen Laborleistungen berechnungsfähig:

Laborleistungen Kapitel 32.3 EBM

GOP	Bezeichnung	Bewertung
32575K	Nachweis von HIV-1- und HIV-2-Antikörpern und von HIV-p24-Antigen	4,45 Euro
32614K	HBc-Antikörper	5,90 Euro
32618K	HCV-Antikörper	9,80 Euro
32660K	HIV-1, HIV-2-Antikörper Westernblot	53,60 Euro
32781K	Nachweis von HBsAg	5,50 Euro

→ Weitere Begleitleistungen im Zusammenhang mit der Kryokonservierung wie die Gebührenordnungspositionen 01510 bis 01512, 02100, 02341, 05310, 05340, 05341, 05350, 08575, 31272, 31503, 31600, 31608, 31609, 31822, 33043, 33044, 33064, 33090, 36272, 36503 und 36822 werden ebenfalls extrabudgetär vergütet und müssen in diesem Fall mit dem Suffix „K“ gekennzeichnet werden.

Übergangsregelung für Versicherte

→ Für Versicherte, die aufgrund einer Behandlung mit keimzellschädigender Therapie ihre Ei- oder Samenzellen oder männliches Keimzellgewebe auf eigene Kosten bereits haben kryokonservieren lassen oder mit entsprechenden Maßnahmen begonnen haben, besteht ab Inkrafttreten der Umsetzung der Kryo-Richtlinie im EBM Anspruch auf die Leistungen. Die entsprechenden Leistungen werden auf Antrag der Versicherten gewährt.

ALEXANDRA THÖLKE

0421.34 04-315 | a.thoelke@kvhb.de

LILIA HARTWIG

0421.34 04-320 | l.hartwig@kvhb.de

ISABELLA SCHWEPPE

0421.34 04-300 | i.schweppe@kvhb.de

KATHARINA KUCZKOWICZ

0421.34 04-301 | k.kuczkwicz@kvhb.de

↳ ABRECHNUNG

GOP 01671 und 01672 jetzt pro Arztgruppenfall

ISABELLA SCHWEPPE

0421.34 04-300 | i.schweppe@kvhb.de

KATHARINA KUCZKOWICZ

0421.34 04-301 | k.kuczkwicz@kvhb.de

ALEXANDRA THÖLKE

0421.34 04-315 | a.thoelke@kvhb.de

LILIA HARTWIG

0421.34 04-320 | l.hartwig@kvhb.de

→ Die Die GOP 01671 und 01672 (Telekonsiliarische Beurteilung) beziehen sich nun auf den Arztgruppenfall und nicht mehr jeweils auf den Behandlungsfall.

→ Dazu sind zum 1. Juli 2021 die Abrechnungsbestimmungen der GOP 01671 und GOP 01672 entsprechend angepasst worden. Mit der Anpassung soll eine Ungleichbehandlung von im Krankenhaus tätigen Ärzten oder Psychotherapeuten im Vergleich zu Vertragsärzten vermieden werden.

↳ ABRECHNUNG

Abrechnung von Brachytherapie bei Prostatakarzinom möglich

ALEXANDRA THÖLKE

0421.34 04-315 | a.thoelke@kvhb.de

LILIA HARTWIG

0421.34 04-320 | l.hartwig@kvhb.de

NICOLE HEINTEL

0421.34 04-329 | n.heintel@kvhb.de

→ Für die Low-Dose-Rate-Brachytherapie beim lokal begrenzten Prostatakarzinom mit niedrigem Risikoprofil können zwei neue GOP abgerechnet werden: Die GOP 25335 (8432 Punkte / 938,01 Euro) für die interstitielle Low-Dose-Rate-Brachytherapie (LDR-Brachytherapie) mit permanenter Seed-Implantation und die GOP 25336 (1007 Punkte / 112,02 Euro) für die Postimplantationskontrolle und Nachplanung. Die GOP 25335 und GOP 25336 sind von Strahlentherapeuten und Urologen berechnungsfähig, die über die für die LDR-Brachytherapie erforderliche Fachkunde verfügen und eine entsprechende Abrechnungsgenehmigung haben. Die Vergütung erfolgt dauerhaft extrabudgetär.

→ Die bei der LDR-Brachytherapie anfallenden Sachkosten wie implantierte Seeds und Implantationsnadeln sind nicht in den Leistungen enthalten und können gesondert abgerechnet werden. Die Abrechnung der Sachkosten erfolgt über die Pseudo GOP 98999 mit Angabe des €-Wertes in der Feldkennung 5012.

Anzeige

meditaxa[®]

Fachkreis für Steuerfragen
der Heilberufe

**Ihre Berater
für Heilberufe
in Bremen
und Umzu.**



**HAMMER
& PARTNER**

Wirtschaftsprüfer
Steuerberater
Rechtsanwälte

0421 / 369 04 - 0
hammerundpartner.de

Zweitmeinung auch per Video und vor Amputation beim diabetischen Fußsyndrom möglich

→ Die ärztliche Zweitmeinung kann jetzt auch im Rahmen einer Videosprechstunde durchgeführt werden. Zudem ist eine Zweitmeinung auch vor einer Amputation beim diabetischen Fußsyndrom abrechnungsfähig.

→ Die ärztliche Zweitmeinung kann seit dem 1. Juli nicht nur während eines persönlichen Gesprächs vor Ort erfolgen, sondern auch im Rahmen einer Videosprechstunde (Anlage 31b BMV-Ärzte). Dafür sind zu den jeweiligen arztgruppenspezifischen Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschalen die Gebührenordnungspositionen (GOP) 01444 (10 Punkte / 1,11 Euro) und GOP 01450 (40 Punkte / 4,45 Euro) berechnungsfähig. Es gelten die gleichen Abrechnungsbestimmungen, wie sie für die Abrechnung der Videosprechstunde außerhalb des Zweitmeinungsverfahrens vorgesehen sind.

Zweitmeinung auch vor Amputation beim diabetischen Fußsyndrom

→ Patienten mit diabetischen Fußsyndrom (DFS) haben vor einer geplanten Amputation das Recht, eine zweite ärztliche Meinung einzuholen.

→ Gegenstand des Zweitmeinungsverfahrens „Amputation bei DFS“ sind planbare Minoramputationen (bis unterhalb des Knöchels) oder Majoramputationen (bis oberhalb des Knöchels) bei Diabetikern. Patienten können sich bei einem qualifizierten Zweitmeiner zur Notwendigkeit einer Amputation oder zu alternativen Behandlungsmöglichkeiten ohne Amputation beraten lassen. Notfallmäßige Amputationen, zum Beispiel aufgrund einer akut drohenden Sepsis, sind von der Zweitmeinung ausgenommen.

Aufgaben der Erstmeiner

→ „Erstmeiner“ ist der Arzt, der die Indikation zur Amputation nach der Zweitmeinungs-Richtlinie stellt. Dieser kann die GOP 01645D (75 Punkte/ 8,34 Euro) bei einem Patienten einmal im Krankheitsfall abrechnen. Die Leistung beinhaltet auch die Zusammenstellung aller erforderlichen Unterlagen für den Patienten.

→ Der Erstmeiner ist verpflichtet, Patienten über ihren Rechtsanspruch auf eine Zweitmeinung zu informieren, sobald die Indikation für eine Amputation gestellt wird. Die Aufklärung soll mindestens zehn Tage vor der Amputation erfolgen. Im Rahmen der Aufklärung händigt der Arzt die nötigen Befunde sowie ein Patientenmerkblatt mit Informationen zum Leistungsumfang aus. Diese finden Sie unter www.g-ba.de (Suchbegriff „Zweitmeinungsverfahren“).

Aufgaben des Zweitmeiner

→ „Zweitmeiner“ benötigen eine Genehmigung der KV Bremen. Eine Genehmigung können Ärzte folgender Fachrichtungen beantragen:

- Fachärzte für Innere Medizin und Angiologie
- Fachärzte für Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie
- Allgemeinmediziner mit Zusatzbezeichnung Diabetologie
- Fachärzte für Innere Medizin mit Zusatzbezeichnung Diabetologie

Ferner muss der Arzt erklären, dass keine Interessenkonflikte vorliegen, die einer unabhängigen Zweitmeinung entgegenstehen.

→ Eine Liste der genehmigten Zweitmeiner finden Sie auf der Homepage der KV Bremen unter www.kvhb.de/zweitmeinungsverfahren

→ Der Arzt, der die Zweitmeinung abgibt, rechnet für den Patienten seine jeweilige Grund-/Versichertenpauschale ab. Sind für die Beurteilung ergänzende Untersuchungen notwendig, können diese durchgeführt werden, müssen aber medizinisch begründet werden (Begründung erfolgt im freien Begründungstext; Feldkennung 5009).

→ Die erbrachten GOP sind zusätzlich im freien Begründungstext mit dem Code 88200D zu kennzeichnen. Mit der Kennzeichnung 88200D wird die extra-budgetierte Vergütung gewährleistet. In Behandlungsfällen, in denen ausschließlich Leistungen im Zweitmeinungsverfahren durchgeführt und abgerechnet werden, kann die Kennzeichnung auch über die Angabe der Pseudo-GOP 88200D erfolgen, anstelle der Kennzeichnung im freien Begründungstext. Kommt derselbe Patient im selben Quartal mit einem anderen Anliegen erneut in die Praxis (nicht im Rahmen des Zweitmeinungsverfahrens), erfolgt die Abrechnung der GOP wie gewohnt. Diese Leistungen müssen nicht gesondert gekennzeichnet werden.

Sonderregelung für Substitutionsbehandlung verlängert

ISABELLA SCHWEPPE

0421.34 04-300 | i.schweppe@kvhb.de

KATHARINA KUCZKOWICZ

0421.34 04-301 | k.kuczkwicz@kvhb.de

ALEXANDRA THÖLKE

0421.34 04-315 | a.thoelke@kvhb.de

LILIA HARTWIG

0421.34 04-320 | l.hartwig@kvhb.de

→ Für die Behandlung von opioidabhängigen Patienten mit einem Depotpräparat wird die GOP 01953 bis zum 30. September 2021 verlängert. Die GOP 01953 ist je Behandlungswoche einmal berechnungsfähig und ist mit 130 Punkten / 14,46 Euro bewertet.

Unfallversicherung: Hygienepauschale und Videosprechstunde verlängert

ALEXANDRA THÖLKE

0421.34 04-315 | a.thoelke@kvhb.de

LILIA HARTWIG

0421.34 04-320 | l.hartwig@kvhb.de

ISABELLA SCHWEPPE

0421.34 04-300 | i.schweppe@kvhb.de

KATHARINA KUCZKOWICZ

0421.34 04-301 | k.kuczkwicz@kvhb.de

→ Die im Mai 2020 vereinbarte Hygienepauschale für Durchgangsärzte, mit der sich die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung an den Mehraufwendungen für Infektionsschutz während der COVID-19-Pandemie beteiligen, ist bis zum 31. Juli 2021 verlängert. Die Möglichkeit, in begründeten Ausnahmefällen eine Videosprechstunde zu erbringen, ist bis zum 30. September 2021 verlängert.

Details zur Hygienepauschale

→ Die Pauschale in Höhe von 4 Euro pro Behandlungstag erhalten Durchgangsärzte zusätzlich zu den Behandlungskosten für die ambulante Behandlung von Unfallverletzten. Sie kann als „Besondere Kosten“ mit der Bezeichnung „COVID-19-Pauschale“ mit jeder regulären Behandlungsabrechnung nach § 64 Absatz 1 Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger abgerechnet werden. Die Vergütungsregelung gilt seit dem 16. März 2020 und ist bis zum 31. Juli 2021 befristet.

Details zur Videosprechstunde

→ Vertragsärzte, beteiligte Ärzte sowie Psychotherapeuten können den Unfallverletzten per Videosprechstunde behandeln, um die Versorgung dieser Patienten sicherzustellen. Voraussetzung ist der Einsatz eines zugelassenen zertifizierten Videosystems. Für diese Arzt-Patienten-Kontakte kann die Nummer 1 UV-GOÄ abgerechnet werden, wobei eine entsprechende Kennzeichnung als Videobehandlung erfolgen muss. Die Regelung gilt seit dem 16. März 2020 und ist befristet bis zum 30. September 2021.

→ Auch Psychotherapeuten können entsprechend der Behandlungsziffern (P-Ziffern) Videosprechstunden abrechnen.

Neuerungen in der gesetzlichen Unfallversicherung

→ Zahlreiche Änderungen in der Unfallversicherung (UV-GOÄ) und in dem Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger sind am 1. Juli 2021 in Kraft getreten.

Übersicht der Änderungen für Ärzte in der UV-GOÄ

- Zur Sichtung und Bewertung von Schnittbildern und /oder Röntgenbildern durch den Durchgangsarzt bei einem Durchgangsarztwechsel kann die neue Gebührennummer 35 UV-GOÄ berechnet werden.
- Bei einem Befund, der von dem des Radiologen abweicht, kann der Durchgangsarzt die Gebührennummer 36 UV-GOÄ zur Beurteilung und Bewertung von Schnittbildern berechnen.
- Zur Erleichterung der Abrechnung können die neuen Nummer 379a (ohne spezifische Aufbereitung) und Nummer 379b (mit spezifischer Aufbereitung) UV-GOÄ zur Vorbereitung der patienteneigenen Substanz im Rahmen der Allergiediagnostik abgerechnet werden.
- Die Nummer 757 ist gestrichen worden, da es hierfür keine praktischen Anwendungsbeispiele gibt und diese Gebühr fälschlicherweise bei der Behandlung der Berufskrankheit –BK 5103- angesetzt wurde.
- Mit der Verpflichtung zur Dokumentation der Erstversorgung wird der Formtext F 1050 um ein weiteres Feld mit der Bezeichnung „Art der Erstversorgung“ ergänzt.

Übersicht der Änderungen im Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger

§ 21 Verordnung von Arznei- und Verbandmitteln

- Bei der Verordnung von Arznei- und Verbandmitteln zulasten eines Unfallversicherungsträgers sind auf dem Arzneiverordnungsblatt (Muster 16 der Vereinbarung über Vordrucke für die vertragsärztliche Versorgung) oder dem elektronischen Rezept (E-Rezept) bei einem Arbeitsunfall:
 - der Unfallversicherungsträger bzw. die Institutskennzeichnung des Unfallversicherungsträgers,
 - eine Befreiung von der Zuzahlung bzw. Gebühr,
 - der Unfalltag und der Unfallbetrieb aufzunehmen.
- Entsprechendes gilt bei einer Berufskrankheit wobei die Kennzeichnung „Berufskrankheit“ bei Muster 16 nicht erforderlich ist.

§ 203 Auskunftspflicht von Ärzten

- Versicherte müssen aufgrund ihres Auskunftsrechts über die übermittelten Angaben an die Unfallversicherung informiert werden.

§ 58 Vereinbarte Formtexte

- Die Formtexte stehen auf der Webseite der DGUV unter www.dguv.de (Link „Download“) bereit.

ALEXANDRA THÖLKE
0421.34 04-315 | a.thoelke@kvhb.de

LILIA HARTWIG
0421.34 04-320 | l.hartwig@kvhb.de

ISABELLA SCHWEPPE
0421.34 04-300 | i.schweppe@kvhb.de

KATHARINA KUCZKOWICZ
0421.34 04-301 | k.kuczkwicz@kvhb.de

Heilmittelbedarf um Post-COVID-19-Syndrom erweitert

- Heilmittelverordnungen beim Post-COVID-19-Syndrom gelten jetzt als besonderer Verordnungsbedarf. Auch die Liste der budgetfreien Langfristfälle wird um weitere Diagnosen erweitert.
- Der Post-COVID-19-Zustand wurde zum 1. Juli 2021 in die Diagnoseliste für den besonderen Verordnungsbedarf aufgenommen. Damit wurde dem Mehrbedarf an Maßnahmen der Physiotherapie (WS/AT) und Ergotherapie (SB1/PS2/PS3) begegnet. Entsprechende Verordnungs-kosten werden damit im Falle einer Wirtschaftlichkeitsprüfung nicht mehr angerechnet. Bei der Verordnung auf Muster 13 ist dementsprechend darauf zu achten, den ICD-10-Code U09.9 zu verwenden.
- Somit können die Folgen der häufig beschriebenen Fatigue-Symptomatik, beispielsweise eine anhaltende Dyspnoe, eine allgemeine Störung der Muskelfunktion oder auch die Schädigung mentaler Funktionen, bedarfsgerecht behandelt werden.
- Die Kosten für anerkannte Langfristfälle werden von vornherein nicht in das Heilmittel-Budget der Praxis eingerechnet. Ab 01.07.2021 wird die Diagnoseliste zum langfristigen Heilmittelbedarf wie folgt erweitert (Kurzübersicht):
 - G61.0 Guillain-Barre-Syndrom
 - G91.2- Normaldruckhydrozephalus
 - Q79.6 Ehlers-Danlos Syndrom
 - Q78.0 Osteogenesis imperfecta
 - Q87.2 Angeborene Fehlbildungssyndrome mit vorwiegender Beteiligung der Extremitäten
 - T20.3- ff Verbrennungen oder Verätzungen 3. Grades
 - M36.2 Arthropathia haemophilica
- Die konkreten ICD-10, Hinweise und Diagnosegruppen finden Sie in der Anlage 2 zur Heilmittel-Richtlinie, im Internet unter www.g-ba.de
- Ebenfalls zum 1. Juli 2021 gibt es Verbesserungen für Patienten mit Ergotherapie-Bedarf. Im Heilmittelkatalog werden die verordnungsfähigen Höchst-mengen je Verordnung für folgende Diagnosegruppen von 10 auf 20 erweitert:
 - PS2 Neurotische, Belastungs-, somatoforme und Persönlichkeitsstörungen
 - PS3 Wahnhafte und affektive Störungen/ Abhängigkeitserkrankungen, Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen
- Die Praxisverwaltungssysteme werden zum Stichtag entsprechend angepasst. Die Übersichten und Listen auf der Homepage der KV Bremen wurden entsprechend aktualisiert.
- Weitere Informationen auf unserer Homepage unter www.kvhb.de/heilmittel

Neue Regelungen für Wirkstoffe zur Migräneprophylaxe, Vitamin B 6 und Lipidsenker

→ Die Wirkstoffe zur Migräneprophylaxe Amitriptylin und Topiramat, Vitamin B 6 und Lipidsenker können unter bestimmten Voraussetzungen verordnet werden. Das hat der Gemeinsame Bundesausschuss mit neuen Beschlüssen für die Anlagen der Arzneimittel-Richtlinie jetzt festgelegt. Damit wurde in weiteren Fällen entschieden, dass Arzneimittel auf einem Kassenrezept (Muster 16) verordnet werden können. Die Anlagen zur Arzneimittel-Richtlinie regeln die Verordnungsfähigkeit von Arzneimitteln für Kassenpatienten.

→ Die Anlage I (OTC-Übersicht) regelt die ordnungsfähigen Ausnahmen von apothekenpflichtigen, nicht verschreibungspflichtigen Arzneimitteln zur Behandlung von schwerwiegenden Erkrankungen. Sie wurde um die Nummer 42a ergänzt: „Vitamin B6 (als Monopräparat) nur zur Behandlung von angeborenen pyridoxinabhängigen Störungen mit schwerwiegender Symptomatik. Nach erfolgreichem Therapieversuch ist eine längerfristige Verordnung zulässig.“

→ Die Anlage III der Arzneimittel-Richtlinie regelt Verordnungseinschränkungen und -ausschlüsse. Mit einer Erweiterung der Nummer 35 können Lipidsenker jetzt auch bei genetisch bestätigtem Familiären Chylomikroanämie Syndrom und einem hohen Risiko für Pankreatitis ausnahmsweise zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) verordnet werden.

→ Die Wirkstoffe Amitriptylin und Topiramat zur Migräneprophylaxe bei Kindern und Jugendlichen wurden in Teil B der Anlage VI (Off-Label-Use) aufgenommen. Damit sind beide Wirkstoffe für diese Indikation- auch in Einzelfällen unter Beachtung der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts – weiterhin nicht zu Lasten der GKV ordnungsfähig.

MICHAEL SCHNAARS
0421.34 04-154 | m.schnaars@kvhb.de

..... Anzeige

DÜNOW

Steuerberatungsgesellschaft

Fachgerechte Steuerberatung für Ärzte:
0421 30 32 79-0
www.steuerberater-aerzte-bremen.de

Dünow Steuerberatungsgesellschaft
Wachmannstraße 7 | 28209 Bremen
Telefon: 0421 30 32 79-0
kontakt@duenow-steuerberatung.de



FACHBERATER
für das Gesundheitswesen
(DStV e.V.)



↳ QUALITÄTSSICHERUNG

Fortbildungsmaßnahmen bleiben bis Ende September ausgesetzt

SYLVIA KANNEGIESSER

0421.34 04-339 | s.kannegiesser@kvhb.de

NATHALIE NOBEL

0421.34 04-330 | n.nobel@kvhb.de

JENNIFER BEZOLD

0421.34 04-118 | j.bezold@kvhb.de

STEFFEN BAUMANN

0421.34 04-335 | s.baumann@kvhb.de

→ Die Verpflichtung zum Nachweis von Fortbildungsmaßnahmen, die für bestimmte Leistungen eigentlich vorgeschrieben sind, bleiben von der KV Bremen weiterhin bis zum 30. September 2021 ausgesetzt. Hintergrund ist, dass der Bundestag die epidemische Lage von nationaler Tragweite für weitere drei Monate bis Ende September 2021 festgestellt hat.

→ Der Beschluss zur Aussetzung der Verpflichtung zum Nachweis von Fortbildungsmaßnahmen betrifft Abklärungskoloskopie, Akupunktur, HIV/Aids, Hörgeräteversorgung, Schmerztherapie, ambulante spezialisierte Geriatrie, Zervix-Zytologie. Dies betrifft neben Dokumentationsprüfungen durch Stichproben und die Einhaltung von Mindestmengen beispielsweise auch Fallsammungs-, Präparate- oder Geräteprüfungen. Ausgesetzt werden:

- Hygieneprüfungen in der Koloskopie
- Konstanzprüfungen in der Ultraschalldiagnostik
- Messtechnische Kontrollen in der Hörgeräteversorgung

↳ QUALITÄTSSICHERUNG

Förderung von Qualitäts- zirkeln setzt Sitzungs- protokolle voraus

SYLVIA KANNEGIESSER

0421.34 04-339 | s.kannegiesser@kvhb.de

→ Damit die KV Bremen Ihre Arbeit in den anerkannten Qualitätszirkeln finanziell fördern kann, reichen Sie bitte das vollständig ausgefüllte Sitzungsprotokoll und die Anwesenheitsliste bis spätestens einen Monat nach Ihrer Sitzung bei der KVHB ein.

→ Qualitätszirkel sind eine anerkannte, auf ärztliche Eigeninitiative aufgebaute Methode zur Qualitätssicherung in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung. Die KVHB unterstützt die dauerhafte Einrichtung von Qualitätszirkeln im vertragsärztlichen Bereich, in dem sie Qualitätszirkel finanziell und organisatorisch fördert.

→ Voraussetzung für die Anerkennung eines Qualitätszirkels und den Erhalt der Förderung ist außerdem die Umsetzung der „Grundsätze für Qualitätszirkelarbeit“.

→ Ein Muster für ein Qualitätszirkel-Protokoll und die „Grundsätze für Qualitätszirkelarbeit“ sowie alle weiteren Dokumente hinsichtlich der Anerkennung eines Qualitätszirkels finden Sie auf unserer Homepage unter www.kvhb.de/qualitaetszirkel

Neue Behandlungsempfehlungen bei DM 1

- Der Vertrag zum Disease-Management-Programm Diabetes mellitus Typ 1 (kurz: DM 1) ist an die geänderte DMP-Anforderungsrichtlinie (DMP-A-RL) angepasst worden.
- Dabei wurden in der DMP-A-RL aktualisierte inhaltliche Vorgaben und Empfehlungen zur Behandlung übernommen, insbesondere:
 - Erweiterung der Definition des DM 1: Absoluter Insulinmangel aufgrund einer Zerstörung der Betazellen in der Regel im Rahmen eines Autoimmungeschehens und häufig mit anderen Autoimmunerkrankungen assoziiert
 - Aufhebung der Vorrangigkeit der Anwendung von Human-Insulin gegenüber den Insulinanaloga
 - Angepasste Empfehlungen zum HbA1c-Zielwert, therapeutische Maßnahmen zum Beispiel rtCGM,
 - Anpassung der Überweisungsanlässe für die Behandlung des diabetischen Fußsyndroms
 - Informationen des Patienten über die weitere Diagnostik (zum Beispiel Bestimmung des Schilddrüsenwertes TSH sowie der Transglutaminase – Autoantikörper bei Kindern und Jugendlichen)
 - Erstmals Risikoberatung des Patienten bezüglich Hypoglykämien im Alltag und Straßenverkehr
 - Spezifizierung der Vorgaben zu den einzusetzenden Schulungen für Kinder und Jugendliche
- Darüber hinaus gibt es Änderungen einiger Dokumentationsparameter (zum Beispiel Albumin-Kreatinin-Ratio (AKR)). Die in Anlage 6 des DMP-Vertrages vereinbarten Qualitätsziele wurden ebenfalls angepasst.
- Die Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Patienten sowie der Ärzte wurden gemäß den geltenden gesetzlichen und datenschutzrechtlichen Vorgaben angepasst.
- Die Teilnahmevoraussetzungen für diabetologisch qualifizierte Ärzte (Anlagen 1 bis 3) wurden erweitert. Bitte beachten Sie: Es gilt eine Bestandsschutzregelung für die zum 30. Juni 2021 am Vertrag bereits teilnehmenden Ärzte.
- Seit dem 1. Juli 2021 gilt:
 - Streichung von Mindestmengen
 - Überarbeitung der fachlichen Voraussetzung des nicht-ärztlichen Personals: Neben dem Diabetesberater DDG können Diabetesassistenten KVN in Vollzeit bzw. Besetzung durch entsprechende Teilzeitstellen mit jeweils spezieller Fachkompetenz in lokaler Wundversorgung und einer besonderen diabetologischen Ausbildung für die Langzeitbehandlung des Patienten oder medizinisches Fachpersonal, das sich in der Weiterbildung/Qualifizierung zur/m Diabetesberater/in DDG oder gleichgestellt befindet eingesetzt werden.
- Nähere Informationen erhalten Sie auf unserer Homepage unter www.kvhb.de/dmp-diabetes-mellitus-typ-1

Ausnahmeregel für DMP verlängert

- Die Frist der Corona-Ausnahmeregelungen für die DMP-Präsenz- und Video-Schulungen und für die Nachsorgegespräche im DMP Brustkrebs wird bis zum Ende der Feststellung der pandemischen Lage von nationaler Tragweite verlängert.

„Moin, wir sind die Neuen!“

Kolleginnen und Kollegen stellen sich vor

48



Name: **Dr. med. Paul Henning**

Geburtsdatum: **7. September 1983**

Geburtsort: **Braunschweig**

Fachrichtung: **Radiologie**

Sitz der Praxis:
MVZ am RKK GmbH
St.-Pauli-Deich 24
28199 Bremen

Niederlassungsform:
Medizinisches Versorgungszentrum

Kontakt:
paul.henning@mvzamrkk.de

Wie kam es zu Ihrer Anstellung im MVZ am Rotes Kreuz Krankenhaus?

Über einen Kollegen wurde ich auf die vakante Position aufmerksam gemacht. Nach einem kurzfristigen Vorstellungsgespräch nahmen die Dinge dann ihren Lauf. Meine Frau war erst nicht allzu begeistert, Hamburg zu verlassen, hat sich jetzt aber glücklicherweise damit angefreundet.

Planen Sie langfristig die eigene Niederlassung mit Praxis?

Eine eigene Niederlassung plane ich aktuell nicht. Mein Fokus liegt jetzt auf meiner neuen Aufgabe als ärztlicher Leiter des MVZ. Die Kombination der Versorgung von Patienten aus dem Krankenhaus, dem ambulanten Bereich und spezialmedizinischen Sprechstunden, zum Beispiel der Rheumatologie, finde ich sehr abwechslungsreich und interessant.

Was sind die Vor- und Nachteile von Anstellung und Niederlassung?

Eine Anstellung bietet Sicherheit und Flexibilität. Gerade Teilzeitarbeit oder Elternzeit lässt sich hier meist einfacher umsetzen. Dagegen besteht mit der Niederlassung die Möglichkeit, Dinge nach seinen eignen Vorstellungen zu gestalten. Das unternehmerische Risiko ist bei den hohen Fixkosten in der Radiologie natürlich nicht irrelevant. Die kürzliche, uns betreffende EBM-Absenkung hat dies ver-

deutlicht.

Warum Bremen und nicht anderswo?

Ich bin in Bremen groß geworden und schätze die Stadt für ihre Menschen und die Größe – und jetzt schätze ich Bremen auch als Ort, um selber Kinder groß zu ziehen. Es ist einfach toll, wenn man alles mit dem Fahrrad erreichen kann und trotzdem in einer richtigen Stadt wohnt.

Von der KV Bremen erwarte ich ...

... eine gute Zusammenarbeit, unkomplizierte Kommunikationswege und einen berufspolitischen Partner.

Was lieben Sie an Ihrem Beruf?

Die unglaubliche Vielfalt des Faches. Als Radiologe hat man mit dem Querschnitt der Medizin zu tun. Die technische Entwicklung ist beeindruckend, wenn man beachtet, wie rasant sich zum Beispiel die Bildqualität verbessert hat oder die Strahlenbelastung mit den neuen Geräteklassen kontinuierlich abnimmt.

Wie entspannen Sie sich?

Mit einer Angel in der Hand auf einem Boot. Ob Fluss, See oder Meer, spielt dabei keine so große Rolle.

Wenn ich nicht Arzt geworden wäre...

... dann hätte ich irgendwas mit Medien gemacht.

Sie auch?

Sie sind neu in Bremen oder Bremerhaven und möchten sich Ihren Kolleginnen und Kollegen vorstellen?

Bitte melden!

0421.3404-181
redaktion@kvhb.de

Warum haben Sie sich niedergelassen?

Nach meiner mehrjährigen Tätigkeit als Assistenz- und Oberärztin haben mich die Unabhängigkeit sowie die Möglichkeit, meine Arbeitszeiten freier zu gestalten und enger mit den Patienten arbeiten zu dürfen, besonders gereizt. Ich hoffe, dass ich auch als niedergelassene Ärztin einen guten Kontakt zu meinen Kolleginnen und Kollegen behalten werde. Das ist mir sehr wichtig.

Warum Bremen?

Ich bin in Bremen aufgewachsen. Nach meinem Studium am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf bin ich zur Weiterbildung direkt wieder nach Bremen gezogen. Bremen ist meine Heimat.

Welchen Ratschlag geben Sie Kollegen, die sich niederlassen wollen, mit auf den Weg?

In Corona-Zeiten sich niederzulassen, ist und war eine besondere Herausforderung. Wichtige Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner sind oft wegen des Homeoffice schlecht zu erreichen und melden sich häufig erst nach Tagen zurück. Es ist daher besonders hilfreich, wenn man nette Kolleginnen und Kollegen an der Seite hat, die unterstützen und Mut machen. In anderen Zeiten ist es sicherlich deutlich einfacher.

Von der KV Bremen erwarte ich...

... weiterhin eine gute, entspannte und kooperative Zusammenarbeit und hoffe, dass die KV meine Interessen

bei den Krankenkassen kompetent vertritt. Ich bin dankbar für die Unterstützung der KV-Mitarbeiterinnen und -Mitarbeiter, die mich während meiner gesamten Niederlassungsphase begleitet haben. Die Corona-Zeit war und ist für alle eine Herausforderung und kostet viel Geduld und Nerven.

Was lieben Sie an Ihrem Beruf?

Es bereitet mir sehr viel Freude, Kindern, Jugendlichen und ihren Eltern in emotionalen Krisen beizustehen. Als Kinder- und Jugendpsychiaterin und Psychotherapeutin unterstütze ich meine Patientinnen und Patienten dabei, aus eigener Kraft einen Weg aus der Krise zu finden. Die Freude über gemeinsame Erfolge teilen wir. Bei Misserfolgen ermutige ich zu Weitermachen. Ich empfinde meinen Beruf als sehr erfüllend.

Wie entspannen Sie sich?

Ich habe einen wunderbaren Hund. Wir genießen zusammen die Natur, gehen viel spazieren. Treffen unter Freunden und gemeinsame Kochabende sind mir sehr wichtig. Zusätzlich suche ich Auszeiten in meinem Garten oder lese ein Buch. Das alles hilft mir, vom beruflichen Alltag abzuschalten und neue Kraft zu schöpfen.

Wenn ich nicht Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapeutin geworden wäre ...

... dann wäre ich Anästhesistin geworden, mit Schwerpunkt Intensiv-, Notfall-, Schmerztherapie. Ich hätte den Menschen auf eine andere Art und Weise in Notfallsituationen geholfen.



Name: **Anina Nastasja Schiwara**

Geburtsdatum: : **9. November 1978**

Geburtsort: **Stade**

Fachrichtung: **Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie/ Tiefenpsychologie**

Sitz der Praxis:

Berckstr. 6-8

28359 Bremen (Horn)

Niederlassungsform:

Einzelpraxis

Kontakt:

Telefon: 0151.154 671 11

schiwara@web.de

Bekanntgaben aus den Zulassungsausschüssen

Zeitraum 1. Mai bis 30. Juni

Zulassungen

Name	Ort	Fachgruppe	Beginn	Nachfolger von
Dr. med. Jan-Henning Hahn - volle Zulassung -	Universitätsallee 3 28357 Bremen	Hals-, Nasen- und Ohren-Heilkunde	08.06.2021	

Verlegungen, Umzüge

Name	von	nach	Datum
Dipl.-Psych. Karl Heinz Schrömgens	Carl-Ronning-Straße 2 28195 Bremen	Delbrückstraße 15 28209 Bremen	01.05.2021
Anwer Masarwa	Gröpelinger Heerstraße 145 28237 Bremen	Berliner Freiheit 12 28327 Bremen	04.05.2021
Dipl.-Psych. Susanne Schernau	Slevogtstraße 21 28209 Bremen	Delbrückstraße 15 28209 Bremen	01.05.2021

Anstellungen

Name	anstellende Betriebsstätte	Ort	Fachgruppe	Beginn
Dr. med. Yousef Al Yousef - viertel Anstellung -	MVZ "Augenzentrum Speckenbüttel GmbH", Zweigpraxis	Lindenstraße 1a 28755 Bremen	Augenheilkunde	01.06.2021
Natalia Tyc - volle Anstellung -	ZG Zentrum Gesundheit GmbH / MVZ Augenzentrum Bremen-Neustadt	Königsteiner Straße 2 28307 Bremen	Augenheilkunde	04.05.2021
Ahmad Almasri - halbe Anstellung -	Prof. Dr. med. Jörn Elsner	Wachmannstraße 7 28209 Bremen	Haut- und Geschlechts-Krankheiten	15.05.2021
Ute Niehoff - volle Anstellung -	Ralf Ladberg MVZ GmbH, MVZ	Hastedter Heerstraße 281 28207 Bremen	Haut- und Geschlechts-Krankheiten	04.05.2021
Ilona Trestyanszki - volle Anstellung -	LADR GmbH Medizinisches Versorgungszentrum, MVZ	Friedrich-Karl-Straße 22 28205 Bremen	Laboratoriumsmedizin	04.05.2021
Nili Yama - volle Anstellung -	Dr. med. Francois Lanners und Kollegen, Überörtliche Gemeinschaftspraxis	Gröpelinger Heerstraße 406 28239 Bremen	Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie	08.06.2021
PD Dr. med. Reza Akhavan-Sigari - viertel Anstellung -	Paracelsus Med. Versorgungszentrum/Dr. Boos, Überörtliche BAG	In der Vahr 65 28329 Bremen	Neurochirurgie	04.05.2021
Spyros Gkolezakis - viertel Anstellung -	MVZ Augenzentrum Speckenbüttel GmbH, MVZ	Debstedter Weg 2 27578 Bremerhaven	Augenheilkunde	01.06.2021
Dr. med. Dr. med. dent. Melanie Benedek - volle Anstellung -	Dr. med. Geza Benedek	Bürgermeister-Smidt-Straße 86 27568 Bremerhaven	Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie	04.05.2021

TELEMATIKINFRASTRUKTUR ANWENDUNGEN IN DER PRAXIS

Die Telematikinfrastruktur (TI) entwickelt sich weiter und ermöglicht nun nach und nach weitere digitale Anwendungen. Welche das sind, wann mit ihnen zu rechnen ist und was Praxen dafür benötigen, zeigt die folgende Übersicht auf einen Blick.



PVS-Modul
NFDM

NOTFALLDATEN-MANAGEMENT (NFDM)

Speichern und Auslesen notfallrelevanter Daten auf der elektronischen Gesundheitskarte (eGK)
STATUS: verfügbar

PVS-Modul
eMP

ELEKTRONISCHER MEDIKATIONSPLAN (eMP)

Speichern, Auslesen und Aktualisieren des Medikationsplans auf der eGK
STATUS: verfügbar
Patient benötigt eine PIN für die eGK

PVS-Modul
eArztbrief
und **KIM**

ELEKTRONISCHER ARZTBRIEF

elektronisches Senden und Empfangen von Arztbriefen über die TI
STATUS: verfügbar

PVS-Update
und **KIM**

ELEKTRONISCHE ARBEITSUNFÄHIGKEITSBESCHEINIGUNG (eAU)

elektronischer Versand der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung an die Krankenkassen
STATUS: ab 1. Oktober 2021 Pflicht

PVS-Modul
ePA

ELEKTRONISCHE PATIENTENAKTE (ePA)

digitale Akte, in der Patienten ihre medizinischen Daten speichern können
STATUS: ab 1. Juli 2021 Pflicht

PVS-Update

ELEKTRONISCHES REZEPT

elektronisches Verordnen von verschreibungspflichtigen Arzneimitteln
STATUS: ab Juli 2021 freiwillig, ab Januar 2022 Pflicht

KIM

KOMMUNIKATION IM MEDIZINWESEN

ARZTBRIEFE, BEFUNDE ODER AU-BESCHEINIGUNGEN SO EINFACH VERSENDEN WIE EINE E-MAIL AN DIE FREUNDIN ODER DEN FREUND:

Mit einem Dienst für sichere Kommunikation im Medizinwesen (KIM) geht das. Nutzen können ihn alle, die an die TI angeschlossen sind, etwa Praxen, Krankenhäuser und Apotheken. Verschiedene Anbieter haben bereits KIM-Dienste auf den Markt gebracht, darunter die KBV mit ihrem Dienst kv.dox.

Um KIM nutzen zu können, müssen Praxen einen Vertrag mit einem zugelassenen KIM-Dienst-Anbieter abschließen. Notwendig sind zudem ein entsprechendes PVS-Modul, das Update zum E-Health-Konnektor und ein eHBA.



➔ Weitere Infos unter:
www.kbv.de/html/telematikinfrastruktur.php
www.kvdox.kbv.de

Honorarbericht für das Jahr 2020

BRUTTO-HONORAR

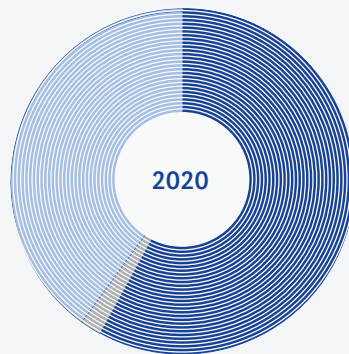
	2020	2019	+/-
Alle	502.977.241 €	486.430.516 €	+3,4%
Hausärzte	119.134.878 €	119.467.855 €	-0,3%
Fachärzte	339.229.805 €	327.587.652 €	+3,6%
Psychotherapeuten	44.612.559 €	39.375.009 €	+13,3%

GESAMT
502.977.241 €

MGV
269.512.755 €

EGV
228.654.543 €

SOK
4.809.943 €



Ambulantes Operieren

2020	2019	+/-
24.083.185 €	23.883.730 €	+0,8%

Prävention

2020	2019	+/-
26.431.088 €	26.273.743 €	+0,6%

Schutzimpfung

2020	2019	+/-
3.070.846 €	2.722.284 €	+12,8%

Ärztlicher Bereitschaftsdienst Bremen Stadt

2020	2019	+/-
1.750.843 €	1.757.122 €	-0,4%

Ärztlicher Bereitschaftsdienst Bremen Nord

2020	2019	+/-
487.450 €	563.893 €	-13,6%

Ärztlicher Bereitschaftsdienst Bremerhaven

2020	2019	+/-
452.447 €	519.384 €	-12,9%

Kinderärztlicher Bereitschaftsdienst (alle)

2020	2019	+/-
665.262 €	1.049.875 €	-36,6%

KV-HAUSARZTVERTRÄGE

	2020	2019
Ø-Jahresfallwert HZV	334,72 €	317,84 €

	2020	2019	+/-
Hausärztl. Versorgung	4.956.205 €	4.724.534 €	+4,9%
HZV Knappschaft	6.436 €	6.316 €	+1,9%
Hausärztl. Versorgung - BKK	648.120 €	669.836 €	-3,2%
HZV-Ergänzung Rheumatologie	20.580 €	37.485 €	-45,1%
HZV-Ergänzung Kindervorsorge	84.216 €	88.266 €	-4,6%
Gesamt	5.715.557 €	5.526.436 €	+3,4%

AUSGLEICHSZAHLUNGEN COVID-19-PANDEMIE

Quartal 1/2020

Ausgleichszahlung (AGZ)	Praxen mit AGZ	AGZ MGV	AGZ EGV	Gesamt
gesamt	172 von 953	380.081 €	385.366 €	765.447 €
Hausärzte	19 von 264	73.945 €	10.888 €	84.832 €
Fachärzte (inkl. MVZ)	56 von 363	284.939 €	202.698 €	487.637 €
Psychotherapeuten	97 von 326	21.197 €	171.781 €	192.978 €

Quartal 2/2020

Ausgleichszahlung (AGZ)	Praxen mit AGZ	AGZ MGV	AGZ EGV	Gesamt
gesamt	327 von 984	2.104.698 €	847.580 €	2.952.278 €
Hausärzte	115 von 264	509.202 €	167.753 €	676.955 €
Fachärzte (inkl. MVZ)	154 von 364	1.584.878 €	588.050 €	2.172.928 €
Psychotherapeuten	58 von 356	10.618 €	91.776 €	102.395 €

Quartal 3/2020

Ausgleichszahlung (AGZ)	Praxen mit AGZ	AGZ MGV	AGZ EGV	Gesamt
gesamt	141 von 815	469.824 €	311.744 €	781.568 €
Hausärzte	32 von 259	100.573 €	22.310 €	122.883 €
Fachärzte (inkl. MVZ)	68 von 353	355.864 €	210.612 €	566.476 €
Psychotherapeuten	41 von 202	13.387 €	78.822 €	92.209 €
Sonstige	0 von 1	0 €	0 €	0 €

Quartal 4/2020

Ausgleichszahlung (AGZ)	Praxen mit AGZ	AGZ MGV	AGZ EGV	Gesamt
gesamt	145 von 919	614.296 €	255.175 €	869.471 €
Hausärzte	55 von 259	282.846 €	9.190 €	292.036 €
Fachärzte (inkl. MVZ)	56 von 359	327.576 €	182.495 €	510.071 €
Psychotherapeuten	34 von 300	3.874 €	63.489 €	67.363 €
Sonstige	0 von 1	0 €	0 €	0 €

Kleinanzeigen

Mitglieder der KV Bremen können Inserate kostenlos in der Online-Praxisbörse unter praxisboerse.kvhb.de aufgeben. Annoncen im Landesrundschreiben werden noch bis Ende des Jahres angeboten: Unter www.kvhb.de/kleinanzeigen oder mit einer E-Mail an kleinanzeigen@kvhb.de. Anzeigenschluss für die nächste Ausgabe ist der 17. August.

Praxisflächen in Bremen

provisionsfrei zu vermieten

- Alte Herrstraße 4 •
 - Vahrer Straße 203/204 •
- +49 381 25 21 740
moin@drmakler.de

Niederlassung ausprobieren

Suche eine approbierte Psychotherapeut*in (ärztlich oder psychologisch) als Sicherstellungsassistent*in für eine langfristige Praxisvertretung im Umfang eines vollen Kassensitzes ab Oktober. Ggfs. ist die spätere Übernahme des Sitzes möglich. Fragen oder Bewerbungen bitte unter Chiffre AM8306

So antworten Sie auf Chiffre-Anzeigen

Antworten auf Chiffre-Anzeigen übermitteln Sie bitte an die KV Bremen (Schwachhauser Heerstr. 26-28, 28209 Bremen). Beschriften Sie den Umschlag deutlich mit der Chiffrenummer. Die Zusendungen werden einen Monat nach Erscheinen des Landesrundschreibens gesammelt an den Inserenten verschickt.

Augenarzt

sucht Kollegin/Kollegen oder Partner/Partnerin zur Unterstützung oder zum Einsteigen.
Kontakt: Chiffre XJ5073

www.kvhb.de/kleinanzeigen

Impressum

Herausgeberin: Kassenärztliche Vereinigung Bremen, Schwachhauser Heerstraße 26/28, 28209 Bremen, Tel.: 0421.34 04-0 | **v. i. S. d. P.:** Dr. Bernhard Rochell, Peter Kurt Josenhans | **Redaktion:** Christoph Fox, Florian Vollmers (RED) | **Autoren dieser Ausgabe:** Jessica Drewes, Christoph Fox, Peter Kurt Josenhans, Matthias Metz, Christin Rösner, Florian Vollmers, Friederike Wiegand, Jennifer Ziehn
Abbildungsnachweise: Christoph Fox (S. 01 & S.23); Thaut Images - Adobe Stock (S.01 & S.05); natali_mis - Adobe Stock (S.01 & S.14); Jens Lemkühler (S.02 & S.35 & S.56); Florian Vollmers (S.08 & S.09); Karsten Klama - Ärztekammer Bremen (S.12); Aleksei - Adobe Stock (S.24); Rey, 123levit - Adobe Stock (S.26); privat (S.48 & S.49)
Redaktion: siehe Herausgeberin, Tel.: 0421.34 04-328, E-Mail: redaktion@kvhb.de | **Gestaltungskonzept:** oblik visuelle kommunikation | **Druck:** BerlinDruck GmbH + Co KG | **Vertrieb:** siehe Herausgeberin

Das Landesrundschreiben erscheint achtmal im Jahr als Informationsmedium für die Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigung Bremen. Abdruck nur mit Genehmigung der Herausgeberin. Gezeichnete Artikel geben nicht unbedingt die Meinung des Herausgebers wieder. Wenn aus Gründen der Lesbarkeit die männliche Form eines Wortes genutzt wird („der Arzt“), ist hiermit selbstverständlich auch die weibliche Form („die Ärztin“) gemeint.

Das Landesrundschreiben enthält Informationen für den Praxisalltag, die auch für nichtärztliche Praxismitarbeiter wichtig sind. Bitte ermöglichen Sie Ihren Mitarbeitern den Einblick in diese Ausgabe.



GUTE LAUNE TEAMS



Angebot
wegen hoher
Nachfrage und
Beliebtheit
verlängert.

Da kommt Freude auf!

Ein bisschen Arbeitserleichterung kann viel bewirken. Daher wird es Zeit, über eine Praxissoftware nachzudenken, die alle nötigen Funktionen bietet und trotzdem einfach zu bedienen ist. Und die mit der integrierten Online-Terminbuchung eine Menge Zeitersparnis und Entspannung mitbringt. Welche Software das ist? Na, medatixx: modern, funktional und mit Gute-Laune-Potenzial!

Praxisteams, die medatixx einsetzen, freuen sich über die Vorteile, die die Software bietet, und sind überzeugte Nutzer. Damit auch Sie von einer effizienten Arbeitsweise profitieren können, haben wir ein passendes Angebot geschnürt: Sie erhalten die **Praxissoftware medatixx** mit **drei Zugriffslizenzen** statt einer und die **Online-Terminbuchung x.webtermin** für 99,90 €* statt 144,90 €. **Sparen Sie also ein Jahr lang jeden Monat 45,00 €.**

Zeit für gute Laune! Bestellen Sie am besten sofort und sichern Sie sich das **Gute-Laune-Angebot**. Details finden Sie unter

gute-laune.medatixx.de

Der Beratungsservice der KV Bremen

Haben Sie Fragen?
Wir haben nicht alle, aber viele
Antworten. Rufen Sie uns an!

0421.34 04-

Abrechnungsberatung

Team 1

Allgemeinärzte und Praktische Ärzte, Fachärztliche Kinderärzte, Fachärztliche Internisten ohne Schwerpunkt, Hausärztliche Internisten, Nichtvertragsärzte im Notfalldienstbereich

Isabella Schweppe -300
Katharina Kuczkowicz -301

Ärztliche und Psychologische Psychotherapeuten, Fachärzte für Psychotherapeutische Medizin, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Kinder- und Jugendpsychiater, Nervenärzte, Neurologen, Psychiater, Ermächtigte Psychotherapeuten, PT-Ausbildungsinstitute

Petra Bentzien -165

Team 2

Anästhesisten, Augenärzte, Chirurgen, Gastroenterologen, Gynäkologen, Hämatologen, Hautärzte, HNO-Ärzte, Kardiologen, Laborärzte, Laborgemeinschaften, Lungenärzte, MVZ, MKG-Chirurgen, Nephrologen, Neurochirurgen, Nuklearmediziner, Orthopäden, Pathologen, Radiologen, Strahlentherapeuten, Rheumatologen, Urologen, Ermächtigte Ärzte, Institute, Krankenhäuser

Alexandra Thölke -315
Lilia Hartwig -320

RLV-Berechnung

Petra Stelljes -191
Sandra Stoll (RLV-Fallzahlen) -152

RLV-Anträge und Widersprüche

Kathrin Radetzky -195

Praxisbesonderheiten (RLV)

Daniela Scheglow -193

Abteilungsleitung

Jessica Drewes -190
Daniela Scheglow -193

IT-Beratung

Praxissysteme, Online-Anbindung

Nina Arens -372

Abteilungsleitung

Gottfried Antpöhler -121

Praxisberatung

Jennifer Ziehn -371
Nicole Daub-Rosebrock -373
Orsolya Balogh -323

Qualität & Selektivverträge

Neue Versorgungsformen (DMP, HzV, ...), Qualitätszirkel

Barbara Frank -340
Inga Boetzel -159
Sylvia Kannegießer -339

Qualitätssicherung, QM

Jennifer Bezold -118
Steffen Baumann -335
Nicole Heintel -329
Kai Herzmann (Substitution) -334
Nathalie Nobel -330

Abteilungsleitung

Christoph Maaß -115

Zulassung

Arztregister

Krassimira Marzog -377

Zulassung und Bedarfsplanung

Manfred Schober (Ärzte) -332
Martina Plieth (Psychotherapeuten) -336

Abteilungsleitung

Marion Bünning -341

Rechtsfragen

Christoph Maaß (u. a. Datenschutz) -115
Marion Bünning (Zulassung) -341

Verträge

Abteilungsleitung

Matthias Metz -150

Honorarkonto

Abschläge, Bankverbindung, Kontoauszug

Martina Prange -132

Verordnungen

Arzneimittel, Heilmittel, Hilfsmittel
Michael Schnaars -154

Prüfung

Plausibilitätsprüfung (Abrechnung)

Christoph Maaß -115

Wirtschaftlichkeitsprüfung (Verordnung, Behandlung)

Thomas Arndt -176

Bereitschaftsdienste

Bremen und Bremen-Nord

Annika Lange -107
Kerstin Lünsmann -103

Bremerhaven Martina Schreuder 0471.48 293-0

Abteilungsleitung

Jennifer Ziehn -371

Formulare und Vordrucke

Formularausgabe, Zentrale

Erika Warnke -0
Petra Conrad-Becker -106

Bremerhaven

Martina Schreuder 0471.48 293-0

Formulare & Aktenvernichtung

Wolfgang Harder -178

Abteilungsleitung

Birgit Seebeck -105



Das Gesicht hinter der
Rufnummer 0421.34 04-150
Matthias Metz ist als Abteilungsleiter
Vertragswesen Ihr Ansprechpartner für
den Abschluss von Verträgen und die
Regelungen zur Honorarverteilung.